

سنگینی گوش و بیماریهای روانی

دکتر منوچهر مدرس نراقی

گزارش داده‌اند.

اما در باره ارتباط بین اختلالات شنوایی و حالت اسکیزوفرنی بطورکلی عقاید خیلی مختلف و در بعضی موارد متناقض می‌باشد.

مطالعه Altshuler و همکارانش نشان داده است که افراد کر ساکن ایالت نیویورک که مبتلا به اسکیزوفرنی بوده‌اند تعدادشان کمی بیشتر از گروه اسکیزوفرنی شناخته شده است بطوریکه در افراد کر تعداد مبتلایان به اسکیزوفرنی ۲/۵ درصد بوده و در افراد غیر مبتلا ۱ تا ۲ درصد بوده و این رقم بنظر غیر معنی دار می‌آید و اختلاف زیادی بین این دو گروه موجود نیست و همچنین میزان شیوع اسکیزوفرنی در فرزندان ناشنوا (۱۲% تا ۱۴%) با میزان شیوع اسکیزوفرنی در افراد ناشنوا از جمعیت عمومی بیشتر نیست و احتمالاً ناشنوایی نقشی در حالات اسکیزوفرنی ندارد.

Kraepelin (۱۹۱۵) اولین روانپزشکی است که ارتباط بین هذیانهای زیان و آسیب و اختلالات شنوایی را مورد بحث و گزارش قرار داده است. همینطور مؤلفین دیگر به موضوع ارتباط بین کری و سمپتومهای پارانوئید توجه کرده‌اند و دیگران نیز وقوع بیشتر اسکیزوفرنی و حالات پارانوئید را نزد کرها در مقام مقایسه آن با اختلالات عاطفی

بنظر میرسد که بین اختلالات شنوایی و ابتلا به بیماری پارانوئید ارتباط وجود داشته باشد و از دیرباز گروهی از روانپزشکان در این زمینه تحقیقاتی بعمل آورده‌اند هدف از این بررسی مطالعات این گروه از روانپزشکان و روشن ساختن ارتباط بین کری و بیماری پارانوئید می‌باشد. قبل از اینکه در باره ارتباط بین اختلالات شنوایی و حالت پارانوئید صحبت شود مختصری درباره سایر اختلالات روانی و کری بحث می‌گردد.

کری‌های عمیق ابتدائی و زودرس اختلالاتی در رشد روانی را سبب میشود و این اختلالات که از راه محروم کردن حواس شخص ایجاد میشود نه تنها در زمینه معلومات عمومی و تحارب بلکه در زمینه رشد تکلم و حنیه‌های هیجانی ارتباطات تکلمی که برای رشد روانی طبیعی ضروری است می‌باشد (Denmark ۱۹۶۹).

بر طبق تحقیقات (Ransdell ۱۹۶۲ و Denmark ۱۹۶۹ و Mahaptra ۱۹۷۴) واکنش‌های افسردگی یکی از حالاتی است که بطور شایع نزد کسانی که بخصوص مبتلا به سنگینی ناگهانی گوش هستند دیده میشود و علاوه بر افسردگی محققین نامبرده واکنشهای نوروتیک و احساس ناامنی و میل به انزوا را نزد افراد مبتلا به سنگینی گوش

مزمی یکی از عوامل سنی مهم در بروز پسکوز پارانوئید توهمی در سنین متوسط و بالا میباشد، طبقه بندی این گروه از پسکوزها مدتی طولانی مورد بحث و مجادله بوده است و هنوز هم توافقی در محل واقعی این پسکوزها در طبقه بندی حاصل نشده است. عده ای عقیده دارند که پسکوزهای پارانوئید سنین بالا یکی از تظاهرات اسکیزوفرنی دوران پیری است (Kay, Roth ۱۹۶۱) و یا اینکه یکی از انواع اختلالات جزئی و ناکامل از اسکیزوفرنی است (Gillepsie, Henderson Post ۱۹۶۶). این بیماری را بطور جداگانه از اسکیزوفرنی طبقه بندی کرده و برای آن علائم بالینی و پیش آگهی جداگانه قائل شده اند.

شخصیت و سنگینی گوش

بطور کلی مطالعاتی که در شخصیت افراد مبتلا به سنگینی گوش بعمل آمده نتایج متعددی بدست داده است: گروه اول این اختصاصات شخصیتی بصورت نارسائی های اجتماعی است مانند: اختلافات ظاهری قیافه، صدا و حالات صورت و گرایش به تغییر دادن و تغییر ناهجای آنچه که مورد گفتگو و بحث قرار میگیرد و عادت به عدم توجه و بی دقتی، عدم مسئولیت و فقدان همدردی، گروه دوم: این اختصاصات شخصیتی جنبه روانشناسی دارد و بیشتر مربوط به تمایلات افسردگی است مانند یأس و ناامیدی و احساس حقارت، صفات پارانوئید مانند بدبینی، سوءظن نسبت به رفقا و همکاران خصمگین بودن بر علیه اعتقادات مذهبی و افکار زیان و آسیب است.

تغییرات شخصیتی افراد مبتلا به سنگینی گوش بنظر میرسد ناشی از استرسهای مربوط به صداهای گوش، جدائی از جمعیت، خستگی و درماندگی از ناتوانی و عجز در تحریبات روزانه زندگی توأم با هیجان از بی صدائی و سکوت بخصوص نشیندن صدای انسانها می باشد.

Welles با استفاده از تست شخصیتی B.P.I.

تعداد ۲۲۵ نفر مبتلا به کری گوش و ۱۴۸ نفر افراد شنوائی که از لحاظ جنس و سن و سواد و شغل و غیره شبیه هم بودند مورد سنجش قرار داد و باهم مقایسه کرد و نتیجه گرفت که

گزارش کرده اند و این زیادی وقوع اسکیزوفرنی نزد کرها مربوط به هذیانهای مزمی پارانوئید در سنین بالا است. Kay (۱۹۷۲) در تحقیقی که نزد افراد مبتلا به اسکیزوفرنی که سن آنها بیشتر از ۷۵ سال بوده و برای اولین بار بستری شده اند بعمل آورده و به این نتیجه رسیده که احتمالاً ضایعات اعصاب مرکزی، اختلالات جسمی و حواسی، انزوای اجتماعی و استرسها در ایجاد و بروز اسکیزوفرنی نزد این افراد دخالت دارد.

از طرف دیگر مطالعاتی که نزد افراد مسن بالاتر از ۶۵ سال که اختلالات شنوائی نیز داشته اند بعمل آمد وقوع اسکیزوفرنی بخصوص پسکوزهای هذیانی پارانوئید در این گروه بیشتر از جمعیت عمومی بوده است، شاید بالا بودن رقم ابتلاء پسکوزهای پارانوئید در چنین افراد با توجه به تحقیق بالا مربوط به ضایعات عضوی سنین بالاتر باشد.

Cooper (۱۹۷۴) مقایسه ای بین دو گروه که مبتلا به اسکیزوفرنی و پسکوزها عاطفی بوده اند و سنین آنها در حد متوسط و بالای عمر بوده است نموده و این دو گروه کاملاً غیر انتخابی و اتفاقی انتخاب شده بودند وی مشاهده کرده است که در هیچ موردی کربهای عمیق و زودرس در سابقه آنها وجود نداشته است در صورتیکه مطالعات آماری نشان داده که مطالعه در نزد بیماران مبتلا به پارانوئید تعداد افرادی که بیماری آنها در نتیجه سنگینی گوش بوده و این سنگینی در نتیجه عارضه عضوی گوش میانی بوده است و از سالهای قبل ابتلاء به حالت پارانوئید داشته اند به نحو معنی داری بالاتر است.

بدین معنی که کری عمیق و مادرزادی در سابقه افراد مبتلا به پسکوزهای اسکیزوفرنی و پارانوئید بالاتر از جمعیت عمومی نیست در صورتیکه سنگینی گوش که در اثر عارضه گوش میانی باشد در نزد افراد مبتلا به پسکوزهای پارانوئید به نحو معنی داری بالاتر از جمعیت عمومی است. در مطالعه دیگری که Kay و همکاران در سال ۱۹۷۶ انجام داده اند به این نتیجه رسیده اند که کربهای اکتسابی که موجب عقب افتادگی اجتماعی میگردد یکی از عواملی است که موجب حالات پارانوئید نزد این افراد میگردد، در صورتیکه در بیماریهای عاطفی به چنین عاملی برخورد نمیکنیم. از مجموع مطالعات بالا چنین استنباط میشود که کربهای

در زمینه کری و اختلالات روانی بعمل آمده ولی هنوز ارتباط مستقیمی بین کری و پسیکوز بخصوص نوع اسکیزوفرنی پارانوئید که مورد بحث فراوان قرار گرفته و عده زیادی طرفدار دارد بدست نیامده است.

البته در زمینه اثرات روانی اجتماعی افراد کور و مبتلایان به سنگینی گوش مطالعاتی انجام شده است که بعضی از آنها نکاتی را در این زمینه روشن میکند و ما به شرح بعضی از آنها میپردازیم.

یکی از تحقیقات مربوط به Barker (۱۹۵۳) است که مطالعه مقایسه‌ای بین انواع نقص عضو از نظر اجتماعی مانند کری، کوری چاقی و غیره را انجام داده است. او در مطالعه خود آمار زیر را ارائه داده است. آمار بر مبنای جمع‌آوری طنزهای اجتماعی است که برای این افراد در اجتماع معمول است.

مثلاً بالاترین طنزها مربوط به صورت نازیبا و کمترین طنزها مربوط به کوری است. ناشنوایی با رقم (۱۱٪) در ردیف سوم از نظر شیوع قرار دارد یعنی بعد از صورت نازیبا (۱۵/۷٪) و چاق (۱۳/۷٪) قرار دارد و کوری که کمترین رقم را دارد (۱/۷٪) است.

یکی از عواملی که کری برعکس کوری باعث طنز بیشتر در اجتماع است اشکالات تکلمی است که بوجود می‌آورد، بدین معنی که افراد کور در عین حال که نقص آنها کاملاً آشکار است ولی بعلمت اینکه هیچ نوع اختلالات تکلمی بوجود نمی‌آورد کمتر باعث دوری‌گزینی از اجتماع است میشود، در صورتیکه اشکالات تکلمی که بیشتر موجب طنز و شوخی و در نتیجه باعث دوری‌گزینی و انزوا میگردد. عامل دوم این است که افراد که احساس میکنند که مردم، آدی نسبت به آنها کم حوصله هستند زیرا آنها از درک مطالب عاجز هستند و بالنتیجه آنها را افرادی ناشایسته میدانند بعلاوه دلسوزی‌هایی که نسبت به این افراد نشان میدهند یا اینکه در صدد کمک به آنها برمی‌آیند موجب اختلال بیشتر در سلول و رفتار آنها میگردد.

بطور کلی افراد کور خود را در یک گروه اقلیت طبقه پائین احساس میکنند و سعی دارند که خود را پنهان کنند یا در مواردی که در اجتماع هستند از بکار بردن سمک و وسائل مشابه که موجب جلب توجه میگردد خودداری کنند.

گروه ناشنوا بیشتر هیجانی، درون‌گرا، فرمان‌بردار و فروتن بوده‌اند اگرچه Barkar معتقد است که این اختلافات مربوط به شخصیت افراد ناشنوایی نیست بلکه به نقص شنوایی آنها در انجام آزمون میباشد.

Myklebust در سال ۱۹۶۴ مطالعه‌ای در زمینه شخصیت افراد ناشنوا و مبتلایان به سنگینی گوش در مورد سازش و تطبیق هیجانی با استفاده از آزمون MMPI انجام داده است. حد متوسط سن آنها پائین‌تر از حد متوسط سن مبتلا به سنگینی گوش است. نتیجه این تجربه این است که اختلالات شخصیتی در زمینه تطبیق و سازش هیجانی در دو گروه بیشتر از افراد طبیعی است اما کرها بیشتر از مبتلایان به سنگینی گوش غیر طبیعی بوده‌اند. همچنین نیم‌رخ‌های MMPI که حاکی از توصیف شخصیت این افراد میباشد نشان میدهد که عوامل پسیکوزی بیشتر از عوامل نوروزی است بعلاوه اسکور (Sc) نشانه اسکیزوفرنی است در هر گروه بالا بوده است و Myklebust نتیجه میگیرد که بالا بودن اسکور بیشتر (Sc) نتیجه جدائی اجتماعی ناشی از کری است تا سایر تمایلات و حالات پسیکوزی بدین معنی که افراد کر که خواهی‌خواهی بعلمت ناشنوایی از اجتماع و گروه دور میمانند خود زمینه‌ایست که آنها را بطرف جدائی اجتماعی Social-isolation که یکی از عوامل مهم در

بروز اسکیزوفرنی است سوق میدهد

تأیید این نظریه Myklebust دریافت که اسکور Si که نشانه Social Introversion است در هر گروه پائینتر از طبیعی است و این نشان میدهد که کرها و مبتلایان به سنگینی گوش بطور قابل ملاحظه‌ای در جستجو و در صدد برقراری تماس با دیگران هستند نه اینکه در خود فرو رفته باشند و از این جهت بطرف اسکیزوفرنی سوق داده شوند.

ولی مطلبی که باید اینجا اضافه کرد این است که Myklebust در پیدا کردن ارتباط بین کری و تمایلات پارانوئید شکست خورده زیرا حد متوسط اسکور هر دو گروه در پارانوئیا با گروه طبیعی اختلاف معنی‌داری ندارد.

اثرات روانی اجتماعی کری

البته باید اذعان کرد که باوجود اینکه تحقیقات مفصلی

نتیجه

بلکه بطور پیش‌رونده طولانی و آهسته اثر میگذارد و اگر چنین باشد نقش پدیده محرومیت حواسی Sensory deprivation در ایجاد پارانوئید نمیتواند اهمیتی داشته باشد.

عوامل اجتماعی و مطالب روانشناسی مبتلا به کری و سنگینی گوش که مطالعه شده احتیاج به تحقیقات مفصلی دارد و مطالعاتی که در این زمینه شده توجه را به سوی شیوع اختلالات روانی و روان تنی در کسانی که مبتلا به سنگینی گوش هستند جلب میکند.

در هر صورت تا زمانیکه تحقیقات کامل و قطعی در مورد بالا بودن میزان شیوع اسکیزوفرنی در افراد مبتلا به کری را نشان ندهد نمیتوان اظهار نظر قطعی در این مورد بعمل آورد، ولی در حال حاضر میتوان گفت که اختلالات روانی بخصوص حالات اسکیزوفرنی در نزد مبتلایان به کری و سنگینی گوش با نقص عضو ارتباط دارد و محققاً ادامه تحقیقات اطلاعات بیشتری را در اختیار متخصصین قرار خواهد داد.

در تحقیقات متعددی که در مورد سنگینی گوش و بیماریهای روانی بعمل آمده است و نمونه‌ای از تحقیقاتی در این مقاله ذکر شد چنین نتیجه گرفته میشود که هنوز ارتباط قطعی بین پسکوز پارانوئید و کری بدست نیامده است ولی باید دانست که افراد ناشنوایی که مبتلا به حالات پارانوئید هستند ناشنوایی آنها یکی از مکانیسم‌هایی است که در بروز پارانوئید نزد این افراد دخالت داشته است.

از نتیجه Cooper و همکاران (۱۹۷۴) و Cooper Curry (۱۹۷۶) چنین برمیآید که کری ناشی از گوش میانی هردو طرف که بعلت عوارض عضوی دوران کودکی میباشد. در بروز اختلالات روانی بخصوص اسکیزوفرنی نقشی دارد ولی سنگینی گوش ناشی از کبر سن و عوارض مشابه نقشی ندارد.

بنظر میرسد که حالات پارانوئید ناشی از کری بعلت عوامل روانشناسی و تطبیق اجتماعی باشد که نه بطور ناگهانی

References

1. Denmark, J.C. (1969) Management of Sever deafness in adults. The psychiatrist's contributions proceedings of the Royal Society of Medicine, 62, 965-7.
2. Mahapatra, S.B. (1974) Deafness and Mental Health: Psychiatric and Psychosomatic illness in the deaf. Acta Psychiatrica Scandinavica, 50, 596-611.
3. Ransdell, D.A. (1962) The Psychology of the hard of hearing and the deafened adult in Hearing and deafness, ch. 18 (edited by H. Davis and S.R. Silverman). New York; Holt, Rinehart and Stratton.
4. Altshuler, K.Z. (1971) Studies of the deaf Relevance to Psychiatric Theory American Journal of Psychiatry, 127, 1521-6.
5. Kraepelin, E. (1915) Der Vefolgungswahn der Schwer Horigen in Psychatrie-Anflage 8, Band IV, P. 1441. Leipzig: Barth
6. Kay, D.W.K. (1972) Schizophrenia and Schizophrenia like states in the Elderly. British Journal of Hospital Medicine, 8-369-76.
7. Cooper, A.F. Curry, A.R., Kay, D.W.K., Garside, R.F. & Roth, N. (1974) ; Hearing loss in Paranoid and affective Psychoses of the elderly. Lancet, 851-4
8. Kay, Cooper, A.F., Garside, R.F. & Roth, M. (1976) The differentiation of Paranoid and affective psychoses by Patients pre-morbid Characteristics British Journal of Psychiatry, 125, 146-51.

9. Kay, Roth, M. (1961) Environmental and Hereditary factors in the schizophrenias of old age. *Journal of Mental Science*, 107-649-86.
10. Post, F. (1966) *Persistent persecutory states of the Elderly*. London: Pergamon.
11. Henderson, D.K. & Gillespie, R.D. (1944-69) *textbook of psychiatry*, 10th edition revised by I.R.C- Batchelor London: Oxford University Press.
12. Welles, H.H. (1932) *The Measurement of Certain Aspects of Personality among Hard of Hearing Adults* New York: Columbia University.
13. Myklehust, H.R. (1964) *The Psychology of Deafness* 2nd edition. New York Grune and Stratton.
14. Barker, R.G. (1953) *Adjustment to Physical Handicap and illness*. New York: Social Science Research Council.