

# schizophrenia

Dr Abolfazl Ghoreishi

Associate Professor of Psychiatry

Zanjan University of Medical Science

Fellowship of Assessment and Evaluation in Medical Sciences

# بیماریست که

- قریب 1% جمعیت کلی انسانها
- قبل از 25 سالگی شروع و تا آخر عمر پایدار است
- ابتلا در تمام طبقات اجتماعی
- تشخیص مبتنی بر شرح حال روانپزشکی و معاینه وضعیت روانی

# تاریخچه

Benedict Morel :(1809-1873)

(Demance precoce

Emil Kraepelin :(1856-1926)

1-demantia precox

2-manic depressive psychosis

3-paranoia

■ Eugen Bleuler :(1857-1939)

■ Schizophrenia ابداع

■ (گسیختگی فکر-احساس و

رفتار )

عدم لزوم سیر تباهشی

چهار A بلولری :

1-association

2-affect

3-autism

4-ambivalence

علائم فرعی: توهمها و هذیانها

# epidemiology

شیوع مادام العمر :  
%1

$$M/F=1$$

M (15-25)      F(25-35)

شیوع در قبل از 10 سالگی و بعد از 60 سالگی نادر است

در زنان: کار کرد بهتر اجتماعی – علائم منفي کمتر-پیش آگهی بهتر.

شروع بعد از 45 سالگی = late onset sch.

توزیع جغرافیایی نامساوی / احتمال نقش عفونتهای ویروسی

# عفونت و فصل تولد

- انفلولانزا: سه ماهه دوم
- تولد در زمستان و اوایل بهار
- سوء تغذیه در زمان حاملگی و سه ماهه اول

RH

ناسازگاری

# بیماری طبی

- میزان مرگ و میر در اثر تصادفات و علل طبیعی بیش از جمعیت عمومی
- بیماری همزمان داخلی در 80%

# خودکشی

ریسک بالا در تمام عمر

15% موارد مبتلایان

بیمار جوان-اوایل دوره - اوایل ترخیص



# سوء مصرف مواد

- شیوع طول عمر هر نوع ماده (بجز توتون): بیش از 50%
- سیگار: 90%
- (ناهنجاریهای گیرنده های نیکوتینی مغز-کاهش علائم مثبت-افزایش متابولیسم دارو -کاهش عوارض پارکینسونیسم دارویی)
- الکل: 30-50%
- حشیش: 15-25%
- کوکائین: 5-10%



## علل

---

- 1- جمعیتی: همبستگی مثبت با تراکم جمعیت در شهرهای بالای یک میلیون
- شیوع دو برابری در جوامع شهری نسبت به روستایی
- عدم ارتباط در جوامع زیر 10000 نفر
- 2- فرهنگی اجتماعی:

“1-downward drift hypothesis”

“2-social causation h.”

بعد

## اقتصادي

- ◆ خسارت بیش از مجموع خسارت تمام سرطانها
- ◆ درگیری 50% کل تختهاي بیمارستانهاي رواني
- ◆ 16% کل بیماران رواني تحت درمان
- ◆ 40-60% احتمال بستري مجدد در عرض دو سال
- ◆ جمعیت افراد بي خانمان  $1/3-2/3$

# Etiology

- 1-الگوي فشار کم بنیگی (مایر): تلفیق عوامل زیستی-روانی-اجتماعی و محیطی
- 2-زیست شناسی عصبی:
- 
- 
- -علت نا مشخص و درگیری
- لیمبیک
- قشر فرونتال
- مخچه
- B.G
- -مهاجرت نابهنجار نرونها در طول سلولهای گلیال یا اضمحلال نرونها پس از رشد
- -فرضیه دوپامینی پر فعالیت دوپامینرژیک

■ - سروتونين: پر فعاليتي

■ - گلوتامات: کم کاري (مصرف  
انتاگونيست)

■ - نور اپي نفرين:

نقش اضمحلال انتخابی نرونی سیستم پاداش نوراپی نفرین در Anhedonia

# BRAIN

- کاهش حجم مغز بجز در گانگلیون بازال (افت چگالی اکسونها  
دندریتها و سیناپسها)
- CT scan:
- - کاهش حجم قشر مغز و مخچه
- - افزایش حجم بطنهای طرفی و سوم
- - عدم تقارون مغز
- - تغییر چگالی مغز

# وراثت

- ◆ جامعه : 1%
- ◆ همشيرها : 8%
- ◆ تك والد مبتلا : 12%
- ◆ دو قلوي دو تخمكي : 12%
- ◆ دو والد مبتلا : 40%
- ◆ دو قلوي تك تخمكي : 47%

# عوامل رواني اجتماعي

◆ نظريات روانکاوانه :

◆ 1- فرويد : تثبيت در سير رشد

◆ (Decathexis & Regression)

◆ 2- هري استوك ساليوان: اختلال در روابط بين فردي

◆ 3- مارگارت ماهلر: اختلال در ثبات ابژه

◆ 4- پاول فدرن: اختلال در دستيابي به افتراق ميان

◆ خود و ابژه

◆ نظريه هاي يادگيري

◆ ديناميك هاي خانواده

double bind

تعهد دوگانه

Skewed & schism گسیختگی و خانواده یکسویه

pseudomutual & pseudohostile family

Expressed emotion

نظریه های اجتماعی



# تشخيص

- معيارهاي كورت اشنايدر
- معيارهاي گابريل لنگفالت
- DSM-IV-TR

# کورت اشنايدر

## علائم درجه اول:

- شنيدن صدای افکار خود
- صداهائی که باهم بحث و جدل می کنند
- صداهائی که اظهار نظر می کنند
- تجاربی از احساس انفعال در بدن
- برداشت فکر
- نفوذ در فکر
- پخش فکر
- ادراکهای هذیانی

## علائم درجه دو

- - افکار هذیانی ناگهانی-تغییرات خلقی -
- سایر اختلالات ادراکی-preplexhty

# گابریل لنگفلت

- - تغییراتی در شخصیت: کندی هیجانی - تغییرات رفتاری
- - چهره چرب - جمود عضلانی در نوع کاتاتونیک
- - در سایکوزهای پارانوئیدی: علائم اساسی شامل
- هذیانهای اولیه و  
depersonalization&derealization
- - توهمات مزمن
- - سیر مزمن حد اقل یک دوره پنج ساله

# DSM-IV-TR

- وجود حداقل دو علامت\* در يك دوره يك ماهه
  - توهم
  - هذيان
  - تکلم نابسامان
  - رفتار نابسامان يا کاتاتونيك
  - علائم منفي
  - \*هذيانهاي غريب يا صداي اظهار نظرکننده در مورد رفتار يا افکار فرد يا صدهايي که مکالمه مي کنند
- وجود نشانه هاي اختلال به مدت حد اقل شش ماه

# انواع فرعي اسكيزوفرنيا

Paranoid

disorganized

Catatonic

Undifferentiated

Residual

others: Bouffee Delirante- latent- parapherenia –  
pseuoneurotic – simple – deficit schizophrenia

# پیش آگهی

خوب

شروع در سن بالا

وجود عوامل تسریع کننده اشکار

شروع حاد

سابقه خوب اجتمائی-شغلی-جنسی

وجود علائم اختلالات خلقی

متاهل بودن

سابقه اختلالات خلقی در خانواده

نظام حمایتی مناسب

وجود علائم مثبت

بد

داشتن علائم نرولوژیک

سابقه تروما در حوالی تولد

عدم هر گونه فروکش در عرض سه سال

عودهای مکرر

سابقه حمله وری

# خصائص باليني

- نبود هیچ ویژگی پاتوگنومیک
- ناکافی بودن معاینه جهت تشخیص
- ضرورت سابقه برای تشخیص
- تغییر علائم در طول زمان
- توجه بالینیگر به سطح آموزش قدرت هوشی فرهنگ و خرده فرهنگ بیمار

- علائم Primorbid
- علائم Prodrom
- علائم مثبت و منفي
- تکانشگري: 50% اقدام به خودکشي 10-15% خودکشي
- آدمکشي در حد جامعه
- ميزان بالاي خشونت
- يافته هاي جسمي در 30-75% موارد
- احساس اجبار به نوشيدن آب (تا 10 ليتر)



## پیش آگهی

- 20%: خوب
- 30%: متوسط
- 50%: بد

# درمان

1- داروهای آنتی سایکوتیک

2- مداخله های روانی-اجتماعی

پرورش مهارت های اجتماعی  
درمان های معطوف به خانواده  
درمان پیشگیرانه اجتماعی  
گروه درمانی-درمان های فردی  
شغل درمانی



# Schizophreniform

- Gabriel Langfeldt : sch. Disorder

- در نوجوانان و جوانان شایع  
شیوع: 2% در  
طول عمر

است

- خطر بالایی ابتلا به سایر اختلالات روانپزشکی در خانواده
- در طی شش ماه به سطح عملکرد پایه بر می گردد
- پیشرفت به سمت اسکیزوفرنی 60-80%
- احتمال حملات دوم یا سوم
- درمان: 3-6 ماه دارو-خیلی سریعتر از اسکیزوفرنی پاسخ میدهد
- 75% در طی 8 روز در مقابل 20% در اسکیزوفرنیا

# Schizoaffective

- جاکوب کازنین: اختلالی که علائم اسکیزوفرنی را همراه با علائم خلقی داشته باشد
- شیوع: 5-8%
- نوع افسرده در در سالمندان شایعتر و نوع دو قطبی در جوانان بیشتر است
- شیوع در زنان “ بویژه زنان متأهل بیشتر
- سن شروع در زنان بیشتر از مردان است
- اختلالی است ناهمگن
- خطر بروز اسکیزوفرنی در میان بستگان بالاتر است
- پروگنوز بهتر از اسکیزوفرنی و بدتر از اختلالات خلقی است. به ایتیموم جواب میدهد و اکثراً سیر رو به تباهش ندارد
- هر چه علائم اسکیزوفرنی بیشتر پروگنوز بدتر

# Delusional disorder

- وجود هذیانهای Nonbizzar بیش از یک ماه
- شیوع 03-025% (بسیار نادر)
- سن متوسط شروع 40 سالگی (18-90)
- در زنان مختصری شایعتر است
- در مردان نوع پارانوئید و در زنان اروتومانیا شایعتر است
- احتمال ارتباط با مهاجرت - وضعیت اقتصادی اجتماعی پایین وجود دارد
- ارتباطی با اسکیزوفرنی و اختلال خلقی وجود ندارد
- عوامل خطر ساز: سن بالا - اختلال حسی-انزوای حسی-سابقه خانوادگی-انزوای اجتماعی-مهاجرت اخیر-خصایص شخصیتی

هذيانهاي جسمي:

- 1-Foul body ordor del.(halitosis)
- 2-Infestation
- 3-Dysmorphophobia

عوامل مرتبط با : Shared psy.dis.

- 1-ارتباط نزديك با يكديگر (خواهر-شوهر.....)
- 2-انزوای اجتماعي
- 3-فرد با نفوذ
- 4-تلقين پذيري
- 5-هوش کمتر

- پروگنوز بهتر: جنس مذکر
- سن شروع کمتر از 30 سال
- سطح بالاي سازشکاري اجتماعي و شغلي
- شروع ناگهاني
- کوتاه بودن مدت بيماري
- وجود عوامل تسريع کننده

- 50% - بهبود
- 20% کاهش علائم
- 30% - عدم تغيير
- grandiose & jealous بدترين پيش آکهي را دارند

# Brief psychotic disorder

- سنين جواني (30-40 سالگي)
- جنس مؤنث
- مردم کشورهاي در حال توسعه
- طبقات اقتصادي اجتماعي پائين
- در افراد با اختلالات شخصيتي (هيستر يونيك-خود شيفته-پارانويد-اسکيزوتيپال-مرزي)
- 50% بعدا نشانگان روانپزشکي مزمن ميابند
- 50-80% پرگنوز خوب و بدون مشگل عمده

پروگنوز خوب :

- وجود علائم عاطفي
- شروع ناگهاني
- وجود استرس تسريع کننده شديد
- نداشتن بستگان اسکيزوفرن

سازگاري خوب قبلي  
کم بودن صفات اسکيزونويد  
وجود perplexit  
مختصري کندي عاطفي  
کوتاه مدت بودن