

مشخصات نشر

مشخصات ظاهری

شابک

وضعیت فهرست نویسی

یادداشت

موضوع

شناسه افزوده

ردہ بندی کنگره

ردہ بندی دیوبی

شماره کتابشناسی ملی

اطلاعات رکورد کتابشناسی

روضانی، کمال، ۱۳۷۱

اسکیزوفرنی: خلاصه درس به همراه مجموعه سوالات آزمون ارتقاء و بورد با پاسخ تشریحی روانپزشکی تا سال ۱۴۰۲ Sadock's Comprehensive textbook of psychiatry 2017 Kaplan and & Kaplan 2022 ترجمه و تحلیص مباحث سیناپس ۲۰۲۲ کمال روضانی، ترجمه و تلحیص مباحث کامپرنهنسیو ۲۰۱۷ سینا طاهرزاده بروجنی، مهسا معتمد.

تهران: کاردا، ۱۴۰۲

ص:، مصور(رنگی)، جدول(رنگی)، نمودار(رنگی).

:۹۷۸-۶۲۲-۵۵۶۰-۶۶-۸۴۲۰۰۰

فیبا

کتاب حاضر برگرفته از کتاب "Sadock's synopsis of psychiatry, 12th ed, 2022 " & Kaplan "Sadock's comprehensive textbook of & Kaplan" رایت جوزف بولند، مارشا ال، پدره روئیز و کتاب "Psychiatry, 10th.ed, 2017"

اسکیزوفرنی - Schizophrenia Psychiatry -- Examinations, questions, etc. - اسکیزوفرنی -- آزمون‌ها و نمرین‌ها - روان‌پزشکی -- آزمون‌ها و نمرین‌ها - Psychiatry -- Examinations, questions, etc.

طاهرزاده بروجنی، سینا، ۱۳۶۳

معتمد، مهسا، ۱۳۶۷

Boland, Robert Joseph بولند، رایت جوزف

Verduin, Marcia L. وردون، مارشا ال

Ruiz, Pedro, M. روئیز، پدره، ۱۹۲۶

Sadock, Benjamin James سادوک، بنجامین جیمز، ۱۹۳۳

садوک، ویرجینیا، ۱۹۷۸

Sadock, Virginia A. کاپلان، هرولد آی، ۱۹۹۸-۱۹۲۷

Kaplan, Harold I., 1927-1998 کاپلان، هرولد آی، ۱۹۹۸-۱۹۲۷

۵۱۴RC

۸۹۸/۶۱۶

۹۱۸۱۴۳۱

فیبا

عنوان کتاب: اسکیزوفرنی - خلاصه درس به همراه مجموعه سوالات آزمون ارتقاء و بورد تا سال ۱۴۰۲ روانپزشکی همراه پاسخ تشریحی

"Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry, 2017"
"Kaplan_and_Sadock's_Synopsis_of_Psychiatry 2022"

ترجمه و تلحیص: دکتر کمال روضانی، دکتر سینا طاهرزاده بروجنی و دکتر مهسا معتمد

ناشر: انتشارات کاردیا

صفحه آرایی: رزیدنت یار - منیرالسادات حسینی

طراح و گرافیست: رزیدنت یار

آدرس: تهران میدان انقلاب - کارگرجنوبی - خیابان روانمehr - بن بست دولتشاهی بلاک ۱ واحد ۱۸

شماره تماس: www.residenttyar.com / ۰۲۱-۸۸۹۴۵۲۱۶، ۰۲۱-۶۶۴۱۹۵۲۰

هر گونه کپی برداری از این اثر پیگرد قانونی دارد.

اسکیزوفرنی

خلاصه درس به همراه

مجموعه سؤالات آزمون ارتقاء و بورد با پاسخ تشریحی روانپزشکی تا سال ۱۴۰۲

Kaplan & Sadock's Comprehensive
TEXTBOOK of PSYCHIATRY 2017
Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry 2022

ترجمه و تلخیص مباحث سیناپس ۲۰۲۲

دکتر کزال رضوانی

رتبه ۵ درصد آزمون بورد تخصصی سال ۱۴۰۰

ترجمه و تلخیص مباحث کامپرنهنسیو ۲۰۱۷

دکتر سينا طاهرزاده بروجنى

دکتر مهسا معتمد

دارای بورد تخصصی دانشگاه علوم پزشکی تهران

كتاب پيش و حاصل ترجمه و تأليف گامپرهنسيو ۲۰۱۷ و سيناپس ۲۰۲۲ است که تلاش كردیم با قلمي ساده و روان آن را به رشته‌ی تمرير در بيداريم.

در اين كتاب بر آن شدیم تا با کمک تصاویر، نمودارها و جداول مربوطه در فهم بهتر مطالعه گامي به جلو ببرداريم؛ و همچنین تلاش كردیم با اضافه کردن سؤالات امتحانات جامع پرها (تقا، ارتقا و بورد) تخصصي اهمیت نوشته‌های كتاب را در جای خود به فوائدگان عزيز گوشزد نماییم. سؤالات در اين كتاب، پاسخ تشرییمی ندارد بلکه در محدوده متن مربوط به پاسخ قرار داده شده است و متن بعد از پاسخ گزینه‌ای، الزاماً پاسخ سؤال نیست، بلکه ادامه متن تأليفي قبل از سؤال می‌باشد.

در پيان مطمئنا هیچ كتابی خالی از ايراد نفاوه بود و باعث افتخار ماست که ما را با پيشنهادات و انتقادات سازنده خود در ادامه اين راه ياري نمایيد. در انتهای، سفتمان را با شعری از استاد محمد رضا شفیعی کدکنی به پيان می(سانیمه):

«پيش از من و تو بسيار بودند و نقش بستند
دروار زندگی را زينگونه يادگاران
این نخمه ممبت بعد از من و تو ماند
تا در زمانه باقيست آواز باد و باران ...»



فصل ۵- طیف اسکیزوفرنی و سایر اختلالات سایکوتیک	۱۱
فصل ۱۲-۱ - مقدمه	۶۱
فصل ۱۲-۲ - پدیدارشناسی اسکیزوفرنی	۶۳
فصل ۱۲-۳ - بار جهانی اسکیزو فرنی	۱۰۷
فصل ۱۲-۴ - ژنتیک schz	۱۱۵
فصل ۱۲-۵ - اپیدمیولوژی بالینی	۱۲۱
فصل ۱۲-۶ - نوروپاتولوژی سلولی مولکولی اسکیزوفرنی	۱۲۹
فصل ۱۲-۷ - تصویربرداری ساختاری از مغز بیماران اسکیزو فرنی	۱۴۱
فصل ۱۲-۸ - تصویر برداری فانکشنال و اسکیزوفرنی	۱۴۷
فصل ۱۲-۹ - تصویربرداری مولکولی	۱۵۱
فصل ۱۲-۱۰ - اختلال عصبی شناختی در اسکیزوفرنی	۱۵۷
فصل ۱۲-۱۱ - تظاهرات فنوتیپی اسکیزوفرنی	۱۸۳
فصل ۱۲-۱۲ - pharmacological treatment	۱۹۳
فصل ۱۲-۱۳ - رویکرد سایکو سوشیال در بیماران مبتلا به schz	۲۱۷
فصل ۱۲-۱۴ - سلامت مدنیکال در بیماران اسکیزوفرنی	۲۲۹
فصل ۱۲-۱۵ - ریکاوری در بیماران اسکیزوفرنی	۲۳۹
فصل ۱۲-۱۶ - باز تعریف سایکوز به عنوان یک بعد بیماری اسکیزوفرنی	۲۵۳
فصل ۱۲-۱۷ - سایر اختلالات دیگر روان پریشی	۲۶۳
سوالات و پاسخنامه ارتقا و بورد	۳۰۵

مقدمه

فصل ۱۲-۱

Section 12-1

- اسکیزوفرنی یکی از بیماری‌های مزمن همراه با علایم سایکوتیک شدید در کنار اختلال شناختی است که در اکثر اوقات سبب اختلال کارکرد در زمینه‌های اجتماعی و شغلی و روابط بین فردی می‌شود.
- علایم در کودکی معمولاً قابل تشخیص نیست و در اصل شروع علایم معمولاً در اواخر جوانی و اوایل بزرگسالی است با افزایش سن این علایم تا حدودی بهبود می‌یابد.
- از اواسط قرن بیستم به بعد با ظهور داروهای آنتی‌سایکوتیک و به دنبال آن کشف ژن‌های دخیل در اسکیزوفرنی را برای فهم بهتر این بیماری همواره شده است.
- در زمینه بیولوژی، اولین دارویی که برای درمان SCZ کشف گردید، کلرپرومازین بود، کشف کلرپرومازین که به صورت اتفاقی و با چاشنی خوش‌شانسی انجام شد فرضیه بلوك گیرنده‌های دوپامین در SCZ را تقویت کرد.



Schizophrenia

- در حال حاضر فرضیه دوپامین پاتوفیزیولوژی اصلی در SCZ است.



- در زمینه فیزیوپاتولوژی SCZ، دیده شده است که تغییر در کلسیم post synaptic سبب تغییر در فرایند تبادلی سلول‌ها و تغییرات اپیژنتیک در هیپوکامپ و نئوکورتکس می‌شود که این مراکز در اصل مربوط به حافظه خصوصاً حافظه اعلانی (Declarative memory) - در حال حاضر درمان SCZ، از درمان دارویی فراتر رفته است و درمان‌های شناختی مثل family training ،Behavioral therapy ،psychosocial cognitive remediation و community involvement است.
- مطالعه RAISE نشان می‌دهد که انجام درمان‌های بالا، سبب نتایج بهتر درمان در بیماری جوان مبتلا به SCZ می‌شوند.

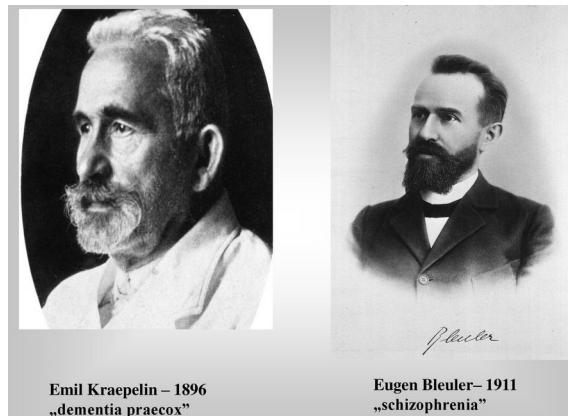


پدیدارشناسی اسکیزوفرنی

فصل ۱۲-۲

Section 12-2

- امیل کرپلین اولین کسی بود که اختلالات روان‌بویشی را در ابتدا از اختلالات روان‌پریشی با منشا جسمی جدا کرد.
- وی اختلال سایکوتیک اولیه را به دو گروه تقسیم کرد:
 ۱. سایکوز مانیک دپرسیو
 ۲. دمانس پره‌کاکس (*dementia praecox*)
- کرپلین به این نتیجه رسیده بود که سایکوزهای خلفی نسبت به دمانس‌های پره‌کاکس خوش‌خیم‌تر و سیر بهتری دارد.
- کرپلین دمانس پره‌کاکس را به گروه‌های جداگانه‌ای همچون پارانویا، کاتاتونیا و *hebe phrenia* دسته‌بندی کرد.
- دمانس‌های پره‌کاکس به عقیده کرپلین سبب آسیب‌های وسیع و از هم گسیختگی در احساسات و اراده و هوش فردی می‌شود.
- بلولر اولین بار کلمه اسکیزوفرنی را به کار برد. علایم اسکیزوفرنی را به دو گروه اولیه و ثانویه تقسیم کرد.
- بلولر برخلاف کرپلین کمتر نگران سیر بیماری بود و بیشتر در زمینه جنبه‌های سایکولوژیک اقدام SCZ کرد.



- بلولر علائم اولیه SCZ را شامل A4 نامید:

- Abnormal affect
- Autistic behavior and thinking
- Abnormal association
- Ambivalence

- بلولر عدم هماهنگی بین تفکرات، احساسات و رفتار بیماران SCZ را هالمارک این بیماری نامید. (۱۰۰٪ امتحانی)

- هذیان، توهمندی و انزواج اجتماعی و عدم وجود میل و انگیزه از جمله علایم ثانویه از دیدگاه بلولر هستند.

(۱) ابراز کدام هیجان زیر در خانواده بیمار مبتلا به اسکیزوفرنیا در فاز مقدماتی (prodromal) بیماری معمولاً بیشتر دیده می‌شود؟ (بورد ۹۶)

Over involvement (ب)	Criticism (الف)
Fear (د)	Hostility (ج)

پاسخ: ب

- کورت اشنایدر تمرکز خود را در پیدا کردن علائم بارز در بیماران SCZ گذاشت، علائم از نظر Thought Insertion، Thought withdrawal، Thought Broadcasting شامل انواع مختلفی از هالوسیناسیون،

(جدول ۱۲.۲-۱) تجربه‌های احساسی متفاوت است.

اپیدمیولوژی بالینی

فصل ۱۲-۵

Section 12-5

- بستگان درجه اول بیماران مبتلا به SCZ دارای خطر موربیدیتی بالاتری برای SCZ نسبت به بستگان گروه کنترل داشت.

- در مطالعات فرزندخواندگی مشاهده شد، . بستگان بیولوژیک فرزندان مبتلا به اسکیزوفرنی خطر بالاتری از ابتداء به SCZ را نسبت به بستگان فرزندخوانده که در اصل یک خطر مشابه بقیه جمعیت عمومی دارد نشان می‌دهد.

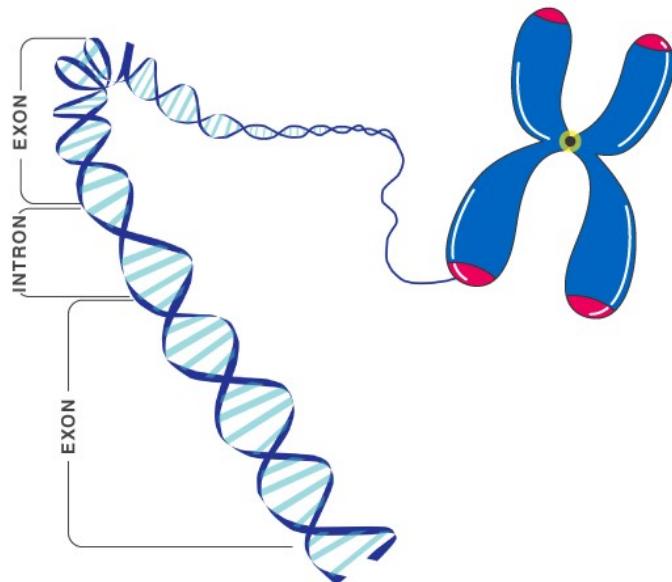
- در اسکیزوفرنی میزان ریسک هم ابتدایی در دوقلوهای مونوزیگوت‌ها ۵۰ درصد و در دوقلوهای دیزیگوت‌ها فقط ۴ درصد است.

نکته: ریسک ابتداء به اسکیزوفرنی در فرزندان قل مبتلا و قل سالم مونوزیگوت یکسان است.
- در دوقلوهای مونوزیگوت اگر شروع اسکیزوفرنی در سنین پایین‌ترین باشد ریسک concordance بیشتر است.

- در دوقلوهای مونوزیگوت در سابتایپ‌های حبه فرنیک ریسک concordance بیشتر است.
- familial coaggregation اینگر وجود ارتباط بین scz و اختلالات کلاستر A (شخصیت اسکیزوتایپال-اسکیزوئید و پارانوئید) در اعضای خانواده بیماران scz است (اختلال شخصیت کلاستر A، ۲ تا ۴ برابر بیشتر در اعضای خانواده بیماران SCZ دیده می‌شود).

- ارتباط بین اسکیزوفرنی و اختلال بای پولار غیرسایکوتیک کنترل ورسی وجود دارد ولی بین اسکیزو فرنی و اختلال اسکیز و افکتیو ارتباط مشاهده شد.

- در مطالعات انجام شده فنوتایپ‌های مشترک بین بیماری اسکیزوفرنی- اسکیزوفافکتیو و اختلال دوقطبی سایکوتیک پیدا شد، هرچند که نیاز به پژوهش‌های بیشتر در این باره هست.



تقابل محیط و ژن:

:Gene -Environment correlation

یعنی عوامل محیطی سبب بیان ژن مرتبط با آن بیماری هستند مثلاً عوارض جدی زایمان با افزایش بیان ژن مرتبط با اسکیزوفرنی در ارتباط است، یا پدر و مادر در نه تنها در شکل‌گیری ژنتیپ فرزندشان نقش دارند بلکه محیط او را نیز انتخاب می‌کنند و بر روی اینکه او چگونه بر محیطش اثر بگذارد موثر هستند

Gene -Environment synergism

فرد به جای به ارث بردن یک وضعیت بیمارگونه یک مجموعه از فاکتورهای ژنتیکی را که اکسپوزر محیطی را تعدیل یا تغییر میدهد به ارث میبرد مثل پلیمورفیسم ژن COMT در مصرف کنندگان کاتالیپس

تصویربرداری فانکشنال و اسکیزوفرنی

فصل ۱۲-۸

Section 12-8

• معایب :fmri

۱) صدای دستگاه زیاد است

۲) انجام تکالیف رفضی دستگاه معمولاً دشوار است

۳) کلاستر فوبیا

- مزایای FMRI (functional MRI) نسبت به PET: وضوح مکانی بالاتر، وضوح زمانی بالاتر، غیرتهاجمی بودن، عدم تابش یونیزاسیون، تکرارپذیری بیشتر، هزینه کمتر است.
- نقایص عملکرد اجرایی، یادگیری و حافظه از اختلالات محوری اسکیزوفرنی بوده و با سیستم فرونتو تمپورال مرتبط هستند. این نواقص در ابتدای تظاهرات بیماری بارز بوده و با Outcome فانکشنال ارتباط دارند و با فروکش علایم، تخفیف بسیار کمی می‌یابند. از این موارد به عنوان اندوفنوتیپ یا بیومارکر می‌توان استفاده کرد.

یافته‌های FMRI در اسکیزوفرنی:

- فعالسازی غیرطبیعی لوب تمپورال فوقانی و ونترومدیال، کورتکس پرهفرونтал و ساختارهای لیمبیک در هنگام تکالیف حافظه و اجرایی (Executive)
- نقایص فروننتوتمپورال حین فاز یادگیری
- کاهش فعالسازی کورتکس فرونтал بویژه ناحیه پرهفرونтал تحتانی
- دیسفنکشن هیپوکامپ و پاراهیپوکامپ که اغلب همزمان با انحرافاتی در فانکشن فرونтал است و مطرح کننده از هم گسیخته شدن اتصالات فروننتوتمپورال در اسکیزوفرنی است.
- آسیب در ناحیه فروننتوتمپورال در بیماران مبتلا به SCZ سبب اختلال در حافظه اپیزودیک کلامی می‌شود.



طبق مطالعات PET:

- در افراد سالم حین انجام تکالیف کلامی، نواحی پره فرونتال فعال و شیار سوپریور تمپورال غیر فعال می‌شود.
- در افراد اسکیزوفرنیک، غیرفعالسازی شیار تمپورال فوقانی کمتر رخ می‌دهد و بین فعالیت نواحی فرونتال و شیار تمپورال فوقانی ارتباط مثبت وجود دارد.

اختلال در عملکرد هیجانی و شناسایی affect چهره‌ها در این بیماری وجود دارد.

- در افراد سالم، آمیگدال در پردازش affect نقش دارد.
- در اسکیزوفرن‌ها، فعالسازی نواحی لیمبیک و پارالیمبیک بویژه آمیگدال کاهش یافته است.
- عدم فعالسازی آمیگدال در زمان القای خلق نراحت، در برادران و خواهران غیر مبتلا هم دیده می‌شود.
- در مجموع فعالسازی آمیگدال و سایر نواحی مرتبط در بیماران اسکیزوفرن، غیرطبیعی است که این ناهنجاری، در مورد محرک‌های منفی بارزتر است.

با وجود کاهش پاسخ لیمبیک به شناسایی هیجان چهره در بیماران اسکیزوفرن، بیماران افزایش غیر طبیعی فعالیت لیمبیک در واکنش به چهره با هیجان خشم و یا ترس نشان داده‌اند و همچنین افزایش فعالیت امیگدال برای ترس در بیمارانی که در تشخیص هیجان مشکل دارند و یا دچار عاطفه سطحی شده‌اند گزارش شد.

در مطالعه‌ایی در مورد شدت هیجان دیده شد:

- چهره‌هایی با هیجان مثبت فعالیت امیگدال راست را در هردو گروه کنترل و بیمار برمی‌انگیزد در حالی که چهره‌هایی با هیجان منفی تنها امیگدال راست را در افراد سالم کنترل و هردو امیگدال رادر بیماران برمی‌انگیزد.
- در ارائه تصاویر متزجر کننده بیماران فعالیت بیشتری در pfc مدیال نسبت به گروه سالم نشان دادند.
- در ارائه تصاویر غیر متزجر کننده در افراد سالم فعالیت اربیتو فرونتال دوطرفه و در بیماران فقط اوربیتوفرونتال سمت چپ فعال شد.

ظاهرات فوتوفیپی اسکیزوفرنی

فصل ۱۲-۱۱

Section 12-11

دانشمندان در تلاش بودند که یک طبقه‌بندی نظام مند از اختلالات روان پزشکی را بر اساس روندهای نوروپیولوژی انجام بدهند، تقسیم بندی‌های مثل DSM و ICD در اصل از طبیعت و واقعیت بیماری‌های سایکوتیک فاصله داشت و تنها می‌توانست ویژگی‌های فنو منو لوژیکال اختلالات سایکوتیک مثل اسکیزوفرنی اسکیزو افکتیو و بیماری بای پولار همراه با سایکوزرا نشان دهد برای همین پروژه بزرگی به اسم BSNIP (Bipolar Schizophrenia network on Intermediate Psychosis) بوجود آمد.

BSNIP سعی در تعریف و تغییر شکل سایکوز و ارتباط آن با ظاهرات بالینی ارائه داد، به این صورت که اول شواهد معقول و منطقی به پیوسته شدن شدت در هر دو شکل نوروپیولوژی و علامت‌شناسی مربوط به تقسیم‌بندی روان‌پویشی به شکل اسکیزاوفکتیو که از یک سو با اختلال دوقطبی سایکوتیک در یک سر طیف و از سوی دیگر با SCZ آن طرف طیف به عنوان طیف خفیف و شدید در ارتباط بود.

سه هدف مهم در در پیشبرد پروژه وجود داشت:

۱) به دست آوردن و جمع کردن نمونه با اندازه مناسب

۲) در نظر گرفتن فاکتورهای اتیولوژیک مستقل

۳) استفاده از متغیرهای مختلف و چندگانه

مطالعه B-SNIP سایکوز را به عنوان یک فنوتیپ بالینی انتخاب کرد زیرا سایکوز مرز مبهمی با واریانت نرمال داشت و تشخیص آن ریالیبیلیتی مناسبی داشت و گروه‌های تشخیصی مختلف مانند اسکیزوفرنی

اسکیزاوفکتیو اختلال بای‌پلار همراه با سایکوز همگی ویژگی مشترکی به نام سایکوز داشتند.

هدف از این پروژه تعیین ویژگی‌های نوروپیولوژیک و بیومارکرهایی است که در بین این اختلال مشترک هستند این پروژه از بیماران سایکوتیک، خویشاوندان درجه اول غیرمبلا و یک نمونه قابل مقایسه از جامعه به دست آمد.



با بررسی سمتوم‌ها بین این سه بیماری دو طیف از علائم شناخته شد: (شکل ۱۲.۱۱-۱)

- ۱) طیف علائم عمومی سایکوز شامل توهمندی blunt affect محتوای فکر غیرمعمول اختلال در تفکر انتزاعی اختلال در قضاوت و بینش انزواج اجتماعی
- ۲) طیف علائم ناپایدار عاطفی شامل افسردگی غمگینی شکایت جسمی تنفس داخلی کاهش خواب افکار خودکشی اختلال در تمرکز تحریک‌پذیری کاهش اشتها و استرس

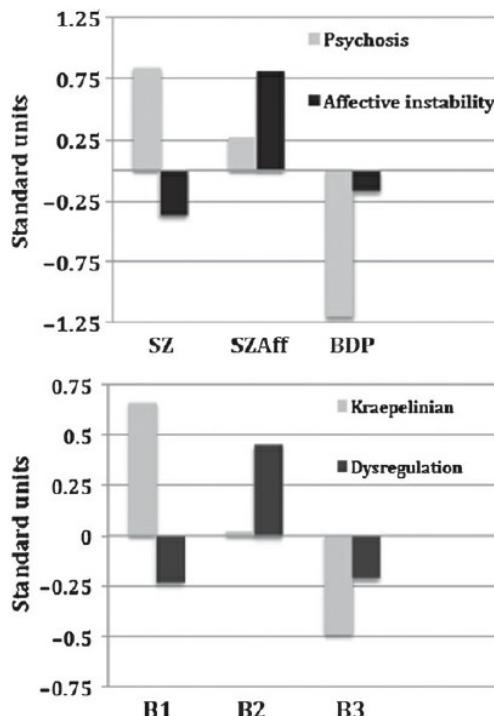


FIGURE 12.11-1. Symptom dimensions of psychosis. The ordinate shows standard score units on psychosis dimensions that best characterized DSM diagnoses (upper plot) and psychosis biotypes (lower plot). For DSM diagnoses, symptomatic differences were captured by “General Psychosis” and “Affective Instability” dimensions. For psychosis biotypes, symptomatic differences were captured by “Kraepelinian” and “Neuro-Cognitive Dysregulation” dimensions. SZ, schizophrenia; SZAff, schizoaffective disorder; BDP, bipolar disorder with psychosis; B1, biotype-1; B2, biotype-2; B3, biotype-3.

با بررسی این موارد دیده شد که بیماران اسکیزوفرنی بالاترین نمره را در طیف علائم عمومی سایکوز به دست آورد ولی هیچ کدام از ویژگیهای بالینی ذکر شده کاراکتریستیک اسکیزوفرنی نبود. با پولار همراه با سایکوز پایین‌ترین نمره را در طیف علائم عمومی سایکوز به دست آورد ولی ناپایداری عاطفی نقشی

رویکرد سایکو سوشیال در بیماران SCZ مبتلا به

فصل ۱۲-۱۳

Section 12-13

- تاکید بر استقلال فرد، مدیریت بیمار توسط خودش، اعتماد به بیمار و ادغام بیمار در جامعه
 - ۱۰-۱۵٪ این بیماران بهبودی کامل دارند، سایرین درجاتی از علایم و مشکلات سایکوسووال را خواهند داشت. بهبودی آنها بقول بلولر همراه با اسکار است.
 - در ۲۰٪ بیماران، علایم سایکوتیک به آنتی‌سایکوتیک‌ها پاسخ نمی‌دهد.
 - افزایش بهبود فانکشنال بیماران از طریق توانبخشی برای اغلب این بیماران ضروری است.
 - در نیم قرن اخیر حرکتی در جهت بیرون آوردن بیماران روانپردازی از موسسات نگهداری طولانی مدت و وارد شدن آنها به متن جامعه آغاز شده است.
 - Community support system model
- این مدل شامل رویکردهایی از قبیل، هماهنگی، ادغام، پیوستگی، آموزش، استخدام حمایت شده، اقامت حمایت شده، خودداری، وکالت و تاکید ویژه بر اهداف شخصی می‌باشد.
- در دهه ۱۹۹۰ حرکتی با نام "Recovery" شکل گرفت که نوعی ایدئولوژی شامل امید، خود مدیریتی (self-management)، دنبال کردن اهداف شخصی، یافتن معنایی در زندگی و مشارکت کامل در اجتماع بود.

Psychiatric rehabilitation

سه روش اساسی دارد:

- ۱) فرصت آفرینی / تحصیل / مسکن / تفریح / اجتماعی شدن
- ۲) فراهم کردن ساپورت (حمایت اضافی شدید). (intensive support)
- ۳) افزایش skill مهارت‌های شخصی برای مدیریت بیماری و عملکرد اجتماعی آموزش مهارتها، یک ویژگی هسته‌ای در بازتوانی بیماران است.



(۱) هدف عمدۀ از بازتوانی بیمار مبتلا به اسکیزوفرنیا کدام مورد است؟ (مشهد ۹۵)

الف) ارتقای مهارت‌های شناختی، هیجانی، اجتماعی و فیزیکی به منظور زندگی مستقل در جامعه

ب) بهبود و ارتقای مهارت‌های اجتماعی و بین فردی بیمار مبتلا

ج) از بین بردن علایم سایکوتیک بیمار مبتلا به اسکیزوفرنیا

د) برخوردار نمودن بیمار از سیستم‌های حمایتی - اجتماعی

پاسخ: الف

در واقع رویکردهای جاری از ترکیبی از سه اصل بالا تشکیل شده‌اند. سه مدل برای مثال در ادامه می‌آیند:

۱. اقامت ابتدایی Housing First

۲. Individual placement& support (IPS)

۳. ابزار تکنولوژی Technology tools

اول اقامت (Housing First)

(۱) اقامت جداسازی شده از اولین مدل‌های سنتی در گذشته بود شامل خانه‌های پرستاری‌کننده (Nursing home)، خانه‌های گروهی / خانه‌های پنسیونی، مراقبت خانواده (FAMILY CARE) و واحدهای اقامت که در نزدیکی و با نظارت ثابت تیم سلامت روان اداره می‌شوند و در اصل این تصور وجود داشت که این افراد صلاحیت ندارند که بتوانند خودشان زندگی کنند.



بازتعریف سایکوز به عنوان یک بعد بیماری اسکیزوفرنی

فصل ۱۶-۱۲

Section 12-16

با مطالعه dimension بیومارکرها ژنتیک و اهداف دارویی میسر می‌شود هر کدام از مکانیسم و فیزیو پاتولوژی خود را دارد.

:Intermediate phenotype

تغییرات قابل سنجش و اختصاصی در فانکشن یا ساختار مغز یا ناهنجاری در سیستم‌های محیطی که منعکس‌کننده اجزایی از پاتولوژی بیماری هستند. در واقع حد وسط بین ژنهای بیماری و تظاهرات بالینی هستند.

یک بیومارکرو اندوفونوتیپ آیده آل وارث پذیر است، با سندروم بالینی مرتبط بوده، غیروابسته به state است.

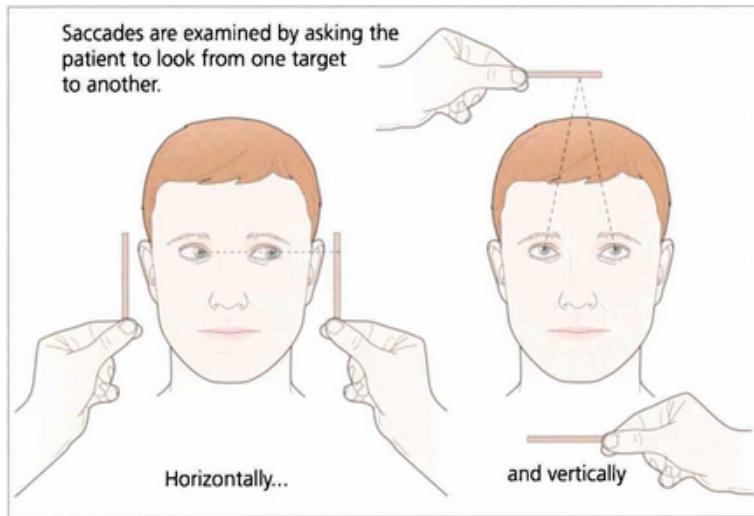
در اعضای غیرمتبلای خانواده نیز دیده شده و نوعی پیش‌بینی‌کننده یا ریسک مارکر است یعنی از مدت‌ها قبل از بروز تظاهرات کامل بیماری می‌تواند وجود داشته باشد.

بیومارکرهای احتمالی اسکیزوفرنی:

۱) ناهنجاری‌های اکولوموتور

-تغییرات حرکات smooth pursuit چشم

-مهارگسیختگی حرکات ساکادیک چشم



(۲) نقایص دروازه حسی حرکتی (sensory motor gating)

که با این موارد سنجیده می‌شود: ERP بروایه EEG و PPI

(۳) غیرطبیعی بودن پروفورمنس عصبی شناختی

(۴) ناهنجاری‌های عملکردی و ساختاری مغز

بیومارکرها بین سه اختلال سایکوتیک متداول یعنی اسکیزوفرنی، اسکیزوفکتیو و بایپلار مشترک هستند.

تغییرات اکولوموتور در اختلالات سایکوتیک

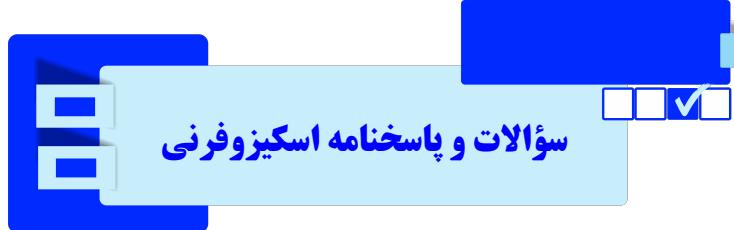
- ناتوانی از دنبال کردن یک هدف متحرک (اختلال حرکات smooth pursuit)

- مهار گسیختگی حرکات ساکادیک چشم

دو مورد ذکر شده در بیماران اسکیزوفرنیک و بایپلار سایکوتیک و بستگان درجه اول آنها و نیز افراد همچنین اختلال شخصیت اسکیزوتایپال‌ها دیده می‌شود.

فتوتیپ اکولوموتور با کاهش فعالیت کورتکس فرونتال، عملکرد حافظه بصری-فضایی و نقایص کنترل مهاری پرهفرونتمال ارتباط دارد.

این نقایص اکولوموتور پایدار و شبیه trait هستند وهم در دوره‌های حاد (سایکوز، مانیا) و هم در دوره فروکش بیماری دیده می‌شوند و بصورت کمتر تحت تاثیر داروها قرار می‌گیرند.



(۱) برای مرد جوان و لاغراندامی که چندین هفته است از تجربه‌های توهمی به همراه افکار بدبینانه رنج می‌برد و به دلیل همین تجارب اخیراً پرخاشگر و بی‌قرار شده است، داروی آریپیپرازول شروع شده است. گرچه تجربه درکی بیمار سست شده است اما بی‌قراری وی تشدید شده به قدری که نمی‌تواند در محل زندگی و یا کار خود دوام بیاورد. کدام درمان برای وی مناسب‌تر است؟ (۱۴۰۲) (ارتقا ۲۰۱۷)

- ب) کاهش دوز آریپیپرازول
د) اضافه کردن پروپرانولول

- الف) تغییر دارو به الانزاپین
ج) اضافه کردن بی‌پریدین

پاسخ: د

کامپرنسیو ۲۰۱۷ - فصل ۱۲

با توجه به بهبود علائم سایکوز، اضافه کردن پروپرانولول برای کنترل آکاتزی مناسب است.

(۱) مرد ۲۵ ساله‌ای که با علائم **negativism, echolalia, waxy flexibility, posturing, psychomotor disturbance** مراجعه نموده است، در بررسی علل اختلال فوق، اندازه‌گیری سطح سرمی کدام یک از ویتامین‌های زیر می‌تواند لازم باشد؟ (۱۴۰۲) (ارتقا ۲۰۱۷)

Folate (ب)

Vitamin D (الف)

Riboflavin (د)

Thiamine (ج)

پاسخ: ب

Autoimmune cerebral folate deficiency(ACFD):

یک بیماری اکتسابی است که در کودکی، نوجوانی و به ندرت در بزرگسالی شروع می‌شود. اکثر افزایشی هستند که بعد از ۴ ماهگی دچار علائم به صورت تحریک‌پذیری، اختلال خواب و بعدها دیس-



کینزی، آتاکسی و تشنج می‌شوند. تعدادی از بیماران ویژگی‌های رفتاری اتیستیک را نشان می‌دهند و در نوجوانان با اسکیزوفرنیا کاتاتونیک مرتبط است.
کامپرنسیو ۱۷- جلد ۱- صفحه ۶۶۵- ستون اول- پاراگراف اول

(۲) در ارزیابی‌های بالینی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا چند درصد این بیماران بدون آسیب نروسایکولوژیک (unimpaired) گزارش می‌شوند؟ (Comprehensive 2017) (بورد ۱۴۰۲)

- | | | |
|----|----|----|
| ۲۵ | ب) | ۱۵ |
| ۴۵ | د) | ۳۵ |

پاسخ: الف

تقرباً ۱۵ درصد بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی (و ۸۵ درصد از جمعیت عمومی) در ارزیابی‌های بالینی نروسایکولوژیکال، بدون اختلال هستند.

کامپرنسیو ۱۷- جلد ۲- صفحه ۱۵۰۴- ستون دوم- پاراگراف اول

(۳) پسر ۲۰ ساله‌ای بدون سابقه‌ی قبلی مصرف مواد و علل طبی، از ۷ هفته قبل معتقد است که خانواده‌اش قصد کشتن او را دارند به طوری که صدای‌هایی در گوشش می‌شنود که او را تهدید می‌کند. در شرح حال اخذ شده از خانواده، سابقه‌ی قبلی از چنین علائمی نداشته است. بر اساس ICD-11 چه تشخیصی برای وی مطرح است؟ (بورد ۱۴۰۱)

- | | |
|------|--|
| الف) | Schizophrenia |
| ب) | Other primary psychotic disorders |
| ج) | Acute and transient psychotic disorder |
| د) | Unspecified primary psychotic disorder |

پاسخ: الف

:DSM و ICD معیارهای تشخیصی

(۱) Duration (طول مدت علائم): در DSM باید ۶ ماه علائم پابرجا باشد که حداقل ۱ ماه علائم شامل فاز فعال باشد (که در صورت درمان موفق می‌تواند کمتر شود) ولی در ICD کلاً ۱ ماه برای تشخیص