

پایان نامه بخش خنک

طیبات هنراست،

هنر جانشینی قلب و اندیشه



سرشناسه	عباسی، بهنام، ۱۳۷۰ -
عنوان و نام پدیدآور	کدگشایی از اختلال اسکیزوفرنی: خلاصه درس به همراه سوالات ارتقا و مورد ویژه آزمون ارتقاء و مورد تخصصی ۱۴۰۵ - ترجمه و تلخیص و پاسخدهی به سوالات: دکتر بهنام عباسی kaplan & sadock's comprehensive textbook of psychiatry, 11th. ed, 2024/ تهران: کاردیا، ۱۴۰۵.
مشخصات نشر	۱۸۸ ص: مصور(رنگی). ج ۱
مشخصات ظاهری	ریال: شابک: ۹۷۸-۶۲۲-۴۰۴-۵۰۷-۲
شابک	الهی شهدادی
وضعیت فهرست نویسی	فیپا
یادداشت	کتاب حاضر ترجمه و تلخیص بخشی از کتاب " kaplan & sadock's comprehensive textbook of psychiatry, 11th. ed, 2024 به ویراستاری الن تاسمن... [و دیگران] است.
شناسه افزوده	روان پزشکی Psychiatry پزشک و بیمار Physician and patient تزمن، آلن، ۱۹۴۷ - م. Tasman, Allan RC ۴۵۴
شناسه افزوده	۸۹/۶۱۶
شناسه افزوده	۹۷۰۷۳۵۴
رده بندی کنگره	فیپا
رده بندی دیویی	
شماره کتابشناسی ملی	

عنوان کتاب: کدگشایی از اختلال اسکیزوفرنی: خلاصه درس به همراه سوالات ارتقا و مورد ویژه آزمون ارتقاء و مورد تخصصی ۱۴۰۵	چاپ و لیتوگرافی: رزیدنت یار
" Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry, 11th. ed, 2024 "	نوبت چاپ: اول ۱۴۰۵
ترجمه و تلخیص و پاسخدهی به سوالات: دکتر بهنام عباسی	تیراژ: ۱۰۰ نسخه
ناشر: انتشارات کاردیا	شابک: ۹۷۸-۶۲۲-۴۰۴-۵۰۷-۲
صفحه آرا: رزیدنت یار - صبا درخشان فرد	بهاء: ریال
طراح و گرافیسیت: رزیدنت یار - مهرداد فیضی	

آدرس: تهران میدان انقلاب - کارگر جنوبی - خیابان روانمهر - بن بست دولتشاهی پلاک ۱ واحد ۱۸

شماره تماس: ۰۲۱-۶۶۴۱۹۵۲۰، ۰۲۱-۸۸۹۴۵۲۰۸، ۰۲۱-۸۸۹۴۵۲۱۶ - شماره تماس ویژه: ۰۲۱-۹۱۰۹۵۹۶۷

www.residenttyar.com

هر گونه کپی برداری از این اثر پیگرد قانونی دارد.

کد کشایی از اختلال اسکیزوفرنی

مرور سریع بر روان پزشکی خلاصه مفهومی و روان ویژه آزمون های ارتقا
و بورد تخصصی

Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of
psychiatry, 11th. ed, 2024



ترجمه و تلخیص و پاسخدهی به سوالات

دکتر بهنام عباسی

رتبه ۵ درصد بورد تخصصی ۱۴۰۴

هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی مازندران



سپاس و ستایش شایسته پروردگاری که کرامتش نامحدود و رحمتش بی‌پایان است. اوست که بشر را دانش بیاموخت و با قلم آشنا کرد. به انسان فرصت آن داد که علم را به خدمت گیرد و با قلم خود و رسم خطوط گویا آن را به دیگران نیز بیاموزد.

خدایا از شاگردان درگاهت و حقیقت‌جویان راهت قرارم ده و یاری‌ام کن تا در آموختن نلغزم و آنچه را آموختم، به شایستگی عرضه کنم.

رزیدنت‌یار، حامی و پیشرو در نظام کمک آموزشی پزشکی کشور به سبک نوین و مطابق با آخرین پیشرفت‌های آموزشی در میانه پزشکی با کادری مجرب و آشنا طی ۱۸ سال گذشته از منظر متفحصین همواره بهترین محصولات را ارائه و در دسترس مخاطبین خود قرار داده است.

اثر پیش رو با توجه به محتوی بسیار غنی در مباحث روان پزشکی گردآوری شده و با استفاده از مفهومی نمودن مباحث و روان‌سازی توسط مؤلف محترم از منابع و رفرنس بوده و در روال گذر از گروه کنترل کیفیت رزیدنت‌یار با جمعی از اساتید رتبه A را به خود اختصاص داده است، امید است با مطالعه تمام مباحث پیش رو با یاری خداوند متعال پیروز و پایدار باشید.

مدیرمسئول انتشارات

مرجان پورندیم



مقدمه مؤلف

این درسنامه با هدف ارائه‌ی مرور سریع و منسجم از فصل اسکیزوفرنی در کتاب Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry, 11th. ed, 2024 تدوین شده است. تلاش شده تا تمامی نکات کلیدی، مباحث پر تکرار و مطالب با اهمیت در آزمون‌های ارتقا و بورد تخصصی روان پزشکی، به شکلی فاصله، منظم و کاربردی گردآوری شود؛ به گونه‌ای که خواننده بتواند در زمان کوتاه، به مهم‌ترین مفاهیم مورد نیاز خود دسترسی پیدا کند.

بدیهی است این درسنامه جایگزین متن کامل و مرجع اصلی کتاب نمی‌شود و مطالعه‌ی نسخه اصلی برای درک عمیق مباحث همچنان ضروری است. با این حال، این مجموعه در کنار تست‌های انتخاب شده از آزمون‌های ارتقا و پر ارتقا دو سال اخیر می‌تواند به عنوان یک ابزار مرور سریع، جمع‌بندی نهایی و تثبیت نکات امتحانی، منبعی بسیار کارآمد برای دستیاران و داوطلبان شرکت در آزمون‌های ارتقا و بورد تخصصی باشد.

امید است مطالعه این فاصله، راهنمایی مؤثر در مسیر یادگیری و موفقیت علمی شما باشد.

دکتر بهنام عباسی

رتبه ۵ درصد برتر آزمون بورد تخصصی ۱۴۰۴

عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی مازندران



فصل ۱۲.۱: مقدمه و نگاه کلی	۱۱
فصل ۱۲.۲: فنومنولوژی	۱۳
فصل ۱۲.۳: بار جهانی	۲۹
فصل ۱۲.۴: ژنتیک	۳۹
فصل ۱۲.۵: اپیدمیولوژی	۴۱
فصل ۱۲.۶: نوروپاتولوژی سلولی مولکولی	۵۳
فصل ۱۲.۷: تصویربرداری ساختاری	۶۱
فصل ۱۲.۸: تصویربرداری عملکردی مغز	۶۹
فصل ۱۲.۹: تصویربرداری مولکولی	۷۳
فصل ۱۲.۱۰: نوروکانتیو	۷۷
فصل ۱۲.۱۱: فنوتیپ های سایکوز	۸۵
فصل ۱۲.۱۲: دارو درمانی	۹۱
فصل ۱۲.۱۳: توانبخشی	۱۰۹
فصل ۱۲.۱۴: سایکوز به عنوان بعد تقویت کننده اسکیزوفرنی	۱۳۱
فصل ۱۲.۱۷: سایر اختلالات سایکوتیک	۱۴۱
سؤالات و پاسخنامه مرور سریع اسکیزوفرنی	۱۷۳

مقدمه و نگاه کلی

- تا قرن ۱۹ هنوز چشم‌اندازی از اینکه اسکیزوفرنی را به عنوان یک بیماری انسانی قلمداد کند، وجود نداشت.
- از اواسط قرن بیستم به بعد داروهای آنتی‌سایکوتیک به طور گسترده در دسترس قرار گرفت.
- اکنون در اوایل قرن بیست و یکم دو یا سه نسل آنتی‌سایکوتیک در دسترس قرار دارد.
- فرضیات کلی بر مبنای منشأ آناتومیک علائم شناختی در PFC و سایکوز در هیپوکمپ وجود دارد.
- دیدگاه اساسی و مهم که داروهایی که انتقال عصبی با واسطه دوپامین در مغز کاهش می‌دهند باعث کاهش علائم سایکوز می‌شوند، در اواسط قرن بیستم شکل گرفت.
- اولین داروی روانپزشکی کلرپرومازین بود که به طور اتفاقی اما با مبنای دقیق و قوی بالینی کشف شد.
- یکی از مؤلفه‌های شناختی که مورد مطالعه قرار گرفت حافظه Declarative بود که اکنون مشخص شده توسط تغییرات در قدرت سیناپسی، تعامل کلسیم پس سیناپسی با سلول گیرنده و بازسازی اپی ژنتیک در هیپوکامپ و نئوکورتکس حافظه مورد استفاده قرار می‌گیرد ← تغییر در این فرآیند فیزیولوژی حافظه می‌تواند پایه و اساس الگوی روانپریشی باشد.
- ساختار research domain به نام criteria RDOC در حال بررسی است که در آن دامنه‌های مختلف به صورت مستقل قرار دارند: علائم سایکوز، اختلالات شناختی، اختلال افکتیو و علائم منفی.
- جدیدترین مطالعه در خصوص سایکوز اولیه به نام RAISE نشان داد که اجرای زودهنگام همه این روش‌های درمانی در تظاهرات بیماری، نتایج بهتری را در افراد جوان ایجاد می‌کند.

یادداشت

[illegible]

فنونولوژی

پیشگام در طبقه بندی بیماری های روانپزشکی و پایه های گسترش تشخیص های روانپزشکی را بنا کرد.

امیل کرپلین (۱۹۵۶-

(۱۹۲۶

دو گروه عمده بیماری های سایکوتیک را (۱) سایکوز مانیک - دپرسیو معرفی کرد: (۲) دمانس پرکاکس

پیش آگهی بیماری و سیر طولانی را معیار تمایز دو گروه فوق معرفی کرد.

معتقد بود دمانس پرکاکس به معنای از دست دادن یکپارچگی درونی فعالیت های عقل، هیجان و اراده است و پارانوئا، هبه فرنی و کاتاتونیا را زیرمجموعه های آن دانست.

* دمانس پرکاکس اولین بار توسط مورل بیان شد و بعداً در طبقه بندی کرپلین قرار گرفت.

اولین بار اصطلاح اسکیزوفرنی را در ۱۹۱۱ به کار برد.

بلوئر

(۱۸۵۷-۱۹۳۹)

معتقد بود دویاره سازی عملکرد روانی عامل پاتولوژی بیماری است.

کمتر از کرپلین به سیر بیماری اهمیت می داد.

- Abnormal association

- Autistic behavior

- Abnormal affect

- Ambivalency

:4A

از نظر وی توهم ها، هذیان ها، گوشه گیری اجتماعی و افت انگیزه، ویژگی ثانویه بیماری هستند.

او علائم اسکیزوفرنی را به صورت پیوستار از رفتار عادی می دید.

کورت اشنايدر (۱۹۶۷-۱۸۸۷) ← علائم first rank را معرفی کرد.



Voices Arguing
Voices Commenting
Thought Withdrawal
Thought Insertion
Thought Broadcasting
Thought Audible
Made Feeling
Made Volitional Act
Made Impulse or Drive
Delusional Perception



Table 12.2–1.
First-Rank Symptoms of Kurt Schneider

Audible thoughts	Auditory hallucinations of a person's voice being spoken aloud
Voices arguing or discussing	Auditory hallucinations of two or more voices arguing or discussing, usually about the person experiencing the hallucination
Voices commenting on patient's actions	Auditory hallucinations commenting on a person's behaviors
Somatic passivity	Tactile or visceral hallucinations that are imposed by some external agent; can be combinations of different somatic hallucinations
Thought withdrawal	Sensation of thoughts being actively removed from a person's mind
Thought insertion	Thoughts inserted into a person's mind by some external agent
Thought broadcasting	The sense that a person's thoughts are experienced as real phenomena by others—the thoughts are made audible or may be experienced by others through telepathy
Made feelings	Feelings that are not a person's own are imposed on that person by an external agent
Made impulses or drives	An impulse for action is imposed on a person by some external agent
Made volitional acts	A person's actions are from and are controlled by an external agent; the person is a passive participant in the action
Delusional perception	A perception that has a unique and idiosyncratic meaning for a person, which leads to an immediate delusional interpretation



- نکات معیارهای تشخیصی:

- DSM II تحت تأثیر کرایتیریا بلوئر بود.
- معیارهای تشخیصی کلی‌تر در آمریکا در دهه ۱۹۶۰ و ۱۹۷۰ باعث ارقامی بسیار بالاتر نسبت به اروپا شد.
- در DSM III یک تعریف محدودتر توسط گروه تحقیقاتی دانشگاه واشنگتن ارائه شد که معروف به کرایتیریا Feighner بود (۱۹۷۲).
- در ۱۹۷۸ معیار RDC (Research Diagnostic Criteria) معرفی شد که وام گرفته از معیار اشنایدری و Feighner بود.
- تفاوت عمده RDC و Feighner ← کاهش مدت زمان فاز فعال علائم از یک ماه در Feighner به ۲ هفته در RDC
- طول دوره بیماری در هر دو معیار ۶ ماه بود که در DSM III اضافه شد.
- مصاحبه استاندارد تشخیصی SADS هم در این دوره برای تشخیص معرفی شد.
- در DSM III حداکثر سن شروع که ۴۵ سال بود، حذف شد.
- در DSM5-TR نیاز به افت عملکرد شغلی و اجتماعی و بین فردی است اما در ICD11 چنین معیاری وجود ندارد.
- در DSM5-TR نیاز به مدت زمان ۶ ماه است اما در ICD11 مدت زمان یک ماه کافی است.
- در DSM5 نیاز به وجود ۲ معیار اصلی برای تشخیص است که در DSM4 فقط یک معیار اصلی کافی بود.
- در DSM5-TR در فاز سایکوز فعال نباید علائم یک اپیزود خلقی کامل وجود داشته باشد و یا در صورت وجود باید نسبت به دوره سایکوز کوتاه باشد، اما در ICD این معیار خروج وجود ندارد و می‌تواند هر دو اختلال با هم وجود داشته باشند به شرط وجود علائم سایکوز قبل از خلقی.
- زیرمجموعه‌های تشخیصی اسکیزوفرنی در DSM V و ICD10 حذف شدند.
- زیرمجموعه پارانوئید پایداری بیشتری نسبت به سایر زیرمجموعه‌ها دارد و همراه با نوع غیر قابل تمایز بیشتر در بالین مورد استفاده قرار می‌گیرد.
- **BPRS**: اولین ابزار کوتاه (۱۶ مورد) برای ارزیابی پاسخ به درمان اختلالات روانپزشکی
- **PSE**: ابزاری کامل‌تر (۱۴۰ نشانه) برای ارزیابی علائم روانپزشکی
- **BPRS** و **PANSS** مقیاس‌های قابل اعتماد در ارزیابی اسکیزوفرنی



علائم سایکوتیک:

شایع‌ترین علامت در اسکیزوفرنی ← فقدان بینش

استفاده از اصطلاح سایکوتیک فقط برای توهم و هذیان

علائم Inappropriate affect و فعالیت بدون هدف و گفتار و رفتار آشفته در دسته Disorganization قرار می‌گیرند.

علائم سایکوتیک مترادف علائم مثبت نیست.

Hallucination:

* علائم سایکوتیک در جمعیت عادی حدود ۷ درصد شیوع دارد (وجود توهم نشان‌دهنده بیماری روانپزشکی نیست).

* توهم ۴ برابر شایع‌تر از هذیان است.

* علائم اضطرابی با توهم‌ها ارتباط دارند.

* سوء مصرف مواد با توهم ارتباط دارد، اما ارتباط خاصی بین مصرف مواد و توهم شنوایی یافت شد.

* استرسور حاد احتمال بروز توهم را بیشتر می‌کند.

* توهم، حضور و بروز هذیان را پیش‌بینی می‌کند.

* از زمان کارل یاسپرس این دیدگاه وجود داشته که توهم حقیقی به نظر می‌رسد خارج از بدن منشأ می‌گیرد و توهم‌هایی که منشأ داخلی دارند، "کاذب" هستند.

* دیدگاه دیگری وجود دارد که بینش به توهم به این معنا است که توهم واقعی نیست و "کاذب" محسوب می‌شود، اما نه دو دیدگاه فوق نه مقادیر توهم و نه محتوای آن اهمیت تشخیصی ندارند.

شیوع توهم شنوایی: شنوایی < بینایی < لامسه < بویایی < چشایی < احشایی

توهم احشایی و سایر توهم‌های بافت‌های بدن (cenesthetic hallucination) مانند سوزش مغز و کمترین شیوع را دارند.

۷۰ درصد بیماران اسکیزوفرنی توهم شنوایی را تجربه می‌کنند.

محتوای منفی توهم‌ها اغلب از جانب صدایی مردانه ادراک می‌شود.

معمولاً توهم‌ها در طول روز سیر افزایش‌یابنده دارند و قبل از خواب به حداکثر می‌رسد.



Extracampine hallucination: برای توصیف ادراکی که توسط بیمار خارج از دستگاه حسی دریافت می‌شود (مثلاً با زانوها صدایی را می‌شنوم).

سن پایین‌تر - زندگی در محیط شهری - درآمد پایین - تحصیلات کمتر - بیکاری - جنس مؤنث - مجرد بودن ← افزایش نرخ توهمات

* با گذر زمان بیمار با توهمات تطابق پیدا می‌کند و اثرگذاری آن‌ها کمتر شده و میزان آن‌ها نیز کمتر می‌شود.
* تک کلمات، شایع‌ترین نوع توهمات هستند.

* متوسط تعداد صداهایی که می‌شنود، سه عدد است.

احساس کنترل کمتری در برابر توهمات منفی نسبت به توهمات مثبت یا پرخطر دارند و شدت توهمات و علائم منفی می‌تواند مقابله با توهمات بیشتر را دشوار کند.

معمولاً توهم‌ها صبح کمتر و به تدریج بیشتر می‌شوند / صداهای نامفهوم و صدای زنگ و موسیقی و ... نیز توهم است.

جنسیت صدای توهم قابل شناسایی است و وضعیت اجتماعی و اقتصادی بالاتر از بیمار و هم سن بیمار.
صدای رادیو یا تلویزیون توهمات را تشدید می‌کند.

برخی بیماران می‌توانند لحن و محتوای گفتگو را تغییر دهند و یا توهم را متوقف یا شروع کنند.

مواردی که احتمال دارد بیمار به دستورات عمل کند:

- | | |
|---|---|
| - دستورات خیرخواهانه | - عواقب منفی در صورت انجام ندادن |
| - وجود trait های پرخاشگری و impulsivity | - هویت صدا مشخص باشد (صدای فردی که می‌شناسد). |
| - سازگار با ساختار هذیانی بیمار باشد. | - دستور به اقدامی غیرخوشونت‌آمیز |

دو سوم افرادی که توهم شنوایی دارند توهم بینایی هم تجربه می‌کنند.

Delusions:

- هذیان گزند و آسیب شایع‌ترین هذیان SZ
- تروماهای کودکی و محرومیت از خواب می‌تواند منجر به هذیان در جمعیت عمومی شود ← پارانوئید شایع‌ترین نوع توهم در جمعیت عمومی است.
- مصرف همزمان مواد و زندگی در محیط شهری، خطاهای شناختی منجر به هذیان را تشدید می‌کند.



Delusion of reference: هذیانی که در آن محرک‌ها یا وقایع خنثی یا افراد در اشاره به فردی که در حال تجربه این هذیان‌ها است از اهمیت ویژه‌ای برخوردار می‌شود.

Ideas of reference: احساس اینکه حوادث ملی و وقایع بیرونی معنای غیرمعمول و خاصی دارند که مخصوص خود آن شخص است.

دو مورد فوق معمولاً مترادف هم قرار می‌گیرند و اهمیت بالینی اندکی دارند.

Ponymous delusion ← هذیان مربوط به identity خود یا اطرافیان که در بیماری مدیکال نیز دیده می‌شود.

شایع‌ترین نوع شکل‌گیری هذیان ← توضیح برای توهمات شنوایی
بیشترین تأثیر بر رفتار ← هذیان persecutory و مذهبی

Reasoning error
Rush to judgment

دلایل شکل‌گیری هذیان

علائم منفی:

- * مهم‌ترین علامت بالینی اسکیزوفرنی، علائم منفی است.
- * علائم منفی ناتوانی بلندمدت و کوتاه مدت را پیش‌بینی می‌کند.
- * پایداری علائم منفی در طول زمان نسبت به علائم سایکوتیک و آشفتگی بیشتر است.
- * flat affect در DSM3-R به کرایتیریا تشخیصی اضافه شد.
- * علائم منفی در DSM5 به کرایتیریا افزوده شد اما منجر به افزایش موارد تشخیص نشده که این امر نشان‌دهنده آن است که این علامت از قبل وجود داشته ولی کشف نشده بود.
- * علائم منفی در ابتدای سیر بیماری می‌تواند پیش‌بینی کننده ماندگاری بیماری باشد.
- * وجود علائم خلقی برجسته‌تر با علائم منفی کمتری همراه است.
- * علائم منفی می‌تواند پیش از شروع بیماری نمایان شود.
- * علائم منفی: (۱) مهم‌ترین پیش‌بینی کننده عملکرد اجتماعی
- (۲) ثبات و پایداری بیشتر از دو دسته دیگر



SAPS علائم مثبت

SANS علائم منفی

ابزار بررسی علائم ← PANSS

ریسک فاکتورهای علائم منفی:

- جنس مرد
- سطح عملکرد و تحصیلات ↓ قبل از شروع بیماری
- شروع زودتر بیماری
- مدت طولانی بیماری بدون درمان
- شبکه اجتماعی ضعیف و نبود رابطه عاشقانه

- انتقال ارثی علائم منفی و disorganization بیشتر از علائم سایکوتیک است و disorganization بالاترین انتقال ارثی را دارد.

علائم منفی با عملکرد لوب فرونتال یا حجم بافت مغز همبستگی دارد.



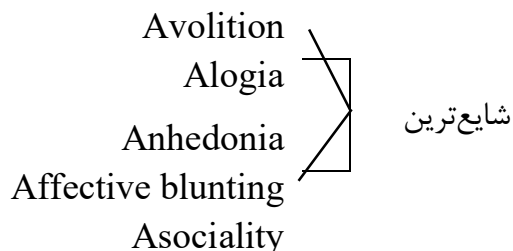
Table 12.2-2.

Symptoms Assessed in the Brief Negative Symptom Scale

1. Intensity pleasure during activities
2. Frequency pleasurable activities
3. Intensity expected pleasure future activities
4. Lack of normal distress
5. Asociality: Behavior
6. Asociality: Internal experience
7. Avolition: Behavior
8. Avolition: Internal experience
9. Facial expression
10. Vocal expression
11. Expressive gestures
12. Quantity of speech
13. Spontaneous elaboration



دسته‌بندی علائم منفی:



دو مورد زیر شایع‌ترین علائم منفی هستند:

• با بهداشت فردی نیز مرتبط است و مهم‌ترین عامل ناتوانی ناشی از علائم منفی (آبولیا هم می‌گویند)	Avolition
• ماندگارترین علامت منفی نقص در لذت بردن از پاداش در لحظه وجود ندارد بلکه ناتوانی در پیش‌بینی ظرفیت‌های لذت‌بخش آینده (Anticipatory) وجود ندارد.	Anhedonia
• بی‌تفاوتی نسبت به روابط اجتماعی و کاهش معاشرت و عدم توانایی در صمیمت و نقص در تئوری ذهن	انزوای اجتماعی
• کاهش یا ناتوانی در ابراز احساسات و پیش‌بینی کننده مهم برای ناتوانی بیماران اسکیزوفرنی نقص در آهنگ کلام و ابراز هیجانات جسمی عاطفه Flat: عدم وجود ابراز هیجانی	کندی عاطفه (Blunt)
• کم حرفی و کاهش برقراری ارتباط کلامی. در حال حاضر فقط <u>عدم توانایی</u> تولید به عنوان علامت منفی در نظر گرفته می‌شود. افزایش تأخیر در پاسخ پاسخ‌های کوتاه - مکث طولانی - کمبود گفتار خودبه‌خودی	Alogia

Poverty of content در حضور حجم طبیعی کلام جزئی از آشفتگی تفکر است.