

تشخیص اسکیزوفرنی و کاربرد بالینی آزمون‌های تشخیصی

نویسنده:

دکتر مهرانگیز پیوسته گر

ویراستار علمی و ادبی:

احمد حیدری عبدی



انتشارات آوای نور

تهران-۱۳۹۱

سرشناسه: پیوسته گر، مهرنگیز، ۱۳۳۸ -
 عنوان و نام پدیدآور: تشخیص اسکیزوفرنی و کاربرد بالینی آزمون‌های تشخیصی / نویسنده مهرنگیز
 پیوسته گر؛ ویراستار علمی احمد حیدری عیدی
 مشخصات نشر: تهران: آوای نور، ۱۳۹۰.
 مشخصات ظاهری: ۲۲۴ ص: مصور، جدول
 شلیک: ۳-۶۶-۵۴۱۳-۶۰۰-۹۷۸
 وضعیت فهرست نویسی: فیبا
 موضوع: اسکیزوفرنی -- بیماریان -- پیشگیری -- تشخیص روانی -- بیماری‌های
 روانی -- تشخیص
 شناسه افزوده: حیدری عیدی، احمد ویراستار
 ردجندی کنگره: ۱۳۹۰: ۵۹ پ/ ۱۴/ RC
 ردجندی برقی: ۶۱۶/۸۹۸
 کتابشناسی ملی: ۲۵۳۱۸۱۷



تشخیص اسکیزوفرنی و کاربرد بالینی آزمون‌های تشخیصی

تألیف: دکتر مهرنگیز پیوسته گر

ویراستار علمی و ادبی: احمد حیدری عیدی

چاپ: اول ۱۳۹۱ تیراز: ۱۰۰۰ جلد صحافی: کسری

شابک: ۳-۶۶-۵۴۱۳-۶۰۰-۹۷۸

تهران- خیابان انقلاب- خیابان ۱۲ فروردین- خیابان شهید وحید نظری- پلاک ۹۹

تلفن: ۶- ۶۶۹۶۷۳۵۵ / نمایر: ۶۶۴۸۰۸۸۲ / همراه: ۰۹۱۲۱۰۸۳۷۳۱

کلیه حقوق برای ناشر محفوظ است

قیمت ۶۸۰۰ تومان

د فهرست مطالب»

صفحه	عنوان
۹	پیشگفتار
۱۱	مقدمه
۱۹	فصل اول: علائم بیماری
۲۰	علائم مثبت
۲۲	علائم منفی
۲۴	علائم شناختی
۲۶	علائم تشخیص اسکیزوفرنی از دیدگاه بارلو
۲۹	فصل دوم: همه گیرشناسی
۳۶	تمايز روان پریشی ناشی از مصرف مواد و اسکیزوفرنی اولیه
۴۱	فصل سوم: کاربرد آزمون های تشخیصی
۴۳	ملاک های تشخیص D.S.M-IV
۴۹	سودمندی تشخیص بالینی
۵۱	ارزیابی روانی
۵۳	اخلاقیات حرفه ای و آزمون بالینی
۵۶	پرسشنامه چند وجهی شخصیت

۵۹	تفسیر نمرات
۵۹	ام ام پی آی ۲
۶۱	الگوهای رایج در تفسیر نیمرخ روانی
۷۱	آزمون چندمحوری بالینی میلون
۷۵	آزمون طرحهای دیداری - حرکتی بندر گشتالت
۷۷	تغییر آزمون طرح های بندر
۷۹	ارزیابی آزمون طرح های بندر
۸۱	آزمون های هوش جایگزین مصاحبه بالینی
۸۶	آزمون رورشاخ
۸۷	تاریخچه آزمون
۸۹	مقیاس تشخیصی خود گزارشی
۹۴	پرسشنامه چند وجهی شخصیت
۹۲	نقش آزماینده
۹۵	فصل چهارم: مداخلات درمانی
۹۵	درمان دارویی
۹۷	دسته بندی نورولپتیک ها
۹۷	۱- نمایه بالینی
۹۸	۲- نمایه پیوند دریافت کننده ها
۹۸	۳- ساختار شیمیایی
۹۸	نورولپتیک های تیپیکال قوی
۹۹	نورولپتیک های تیپیکال متوسط و ضعیف
۹۹	نورولپتیک های آتیپیکال
۱۰۳	داروهای ضد روان پریشی پس از کلوزاپین
۱۱۱	عوارض جانبی غیر نورولوژیک

فصل پنجم: درمان های روان شناختی	۱۱۷
درمان های روانی - اجتماعی	۱۲۲
مداخلات خانواده	۱۲۲
نقش خانواده درمانی در جلوگیری از عود بیماری	۱۲۳
اهداف مشارکت خانواده در درمان	۱۲۸
اقدامات روانی - آموزشی	۱۳۴
فصل ششم: درمان شناختی	۱۴۱
بهبود اختلالات شناختی	۱۷۱
فصل هفتم: (شیوه های کاهش خطر) اسکیزوفرنی	۱۷۷
نقش مراقبین	۱۷۸
اسکیزوفرنی و ازدواج	۱۸۲
بارداری در زنان مبتلا به اسکیزوفرنی	۱۸۵
سخنی در پایان	۱۹۳
منابع	۱۹۵

پیشگفتار

هدف از نگارش این کتاب افزایش میزان آگاهی علاقمندان در مورد شناخت بیماری اسکیزوفرنی و ارائه راههای احتمالی کمک به چنین بیمارانی است. اسکیزوفرنی یکی از پیچیده ترین بیماریهایی است که به شدت زندگی افراد مبتلا به این بیماری را تحت تاثیر قرار می دهد و باعث ناتوانی آنها می شود. بیمار اسکیزوفرنی همانند فردی است که در حال رویادیدن است. او در زندگی روزمره به صورتی عمل می کند، که یک فرد سالم در رویا عمل می کند. به عنوان مثال، او می ترسد زیرا وقایع ناراحت کننده می بیند. تفاوت بیمار اسکیزوفرنی با فرد سالم این است، که از همیشه در خواب است و هرگز از خواب بیدار نمی شود.

این بیماری در فاصله ۵۰-۴۴ سالگی شایع تر است و بین ۰/۰۵ تا ۱/۰ درصد افراد جامعه بدان مبتلا هستند. شیوع آن را در مردان بیشتر از زنان تخمین می زنند. علائم منفی بیماری (کناره گیری اجتماعی، فقدان انگیزه و نداشتن عاطفه) در مردها پایدارتر است، در حالی که حائله های افسردگی، توهم و هذیان پارانوئیدی در زنان پایدارتر است.

پاره ای از محققان اسکیزوفرنی را بی جان شدن انسان می نامند که با مرگی احساسات و یا کند شدن آن همراه است. اطلاعات نسبتاً اندکی در مورد ماهیت، ریشه ها و نیز درمان آن موجود می باشد. در نتیجه، اختلاف نظرهای زیادی درباره علل، شیوه های تشخیص و درمان این بیماری در میان محققان وجود دارد. با این حال، طی دهه گذشته، تحقیقات جدید زیادی، درباره علل ژنتیکی و عوامل خطرزای بروز این بیماری

صورت گرفته است. داروهای جدید به بازار آمده، و بحث در مورد مزایا و معایب نسبی درمان‌های جدیدتر در مقایسه با درمان‌های قدیمی ترافزایش یافته است. علاوه بر اینها، رشد فن آوری ژنتیک، زیست‌شناسی مولکولی و سیستم عصبی حاکی از تاثیر ضروری این عوامل در بروز بیماری است.

کتاب حاضر اطلاعات مفیدی درباره شناخت علائم بیماری، شیوه‌های روان‌شناختی تشخیصی، درمان‌های دارویی و روان‌شناختی بیماری اسکیزوفرنی ارائه می‌دهد. آشنائی با خصوصیات، شیوه‌های تشخیصی و درمانی به مراقبان این بیماران کمک می‌کند تا آنها بتوانند با موفقیت به امر مراقبت و مشارکت در درمان این بیماران بپردازند. افزون بر اینها به نظر می‌رسد که مطالب این کتاب منبع خوبی برای آگاهی دانشجویان روانشناسی و مشاوره باشد.

مقدمه

اسکیزوفرنی بیماری است، که اکثر افراد تا قبل از مواجهه با فردی مبتلا، نسبت به آن بی اطلاع هستند و یا حتی اطلاعاتی نادرست و افسانه گونه‌ای راجع به آن دارند. به دلیل آنکه تا زمان معاصر درمانی مفید برای اسکیزوفرنی یافت نشده است، اسم این بیماری برای خیلی از افراد مترادف با پدیده‌ای وحشت‌آور و غیر قابل درمان بود. اسکیزوفرنی به معنای ذهن از هم گسیخته است، بنابراین برخی آن را با اختلال چند شخصیتی اشتباه می‌گیرند. اسکیزوفرنی بیماری روانی بسیار پیچیده و سبب علائمی است، که رفتار، گفتار و کردار آدمی را تحت تاثیر قرار می‌دهد. به رغم زندگی رنج‌آوری که شخص مبتلا به آن تجربه می‌کند، تشخیص این بیماری کار ساده‌ای نیست و در واقع علامت گسترده‌ای که مشخصه این بیماری است، کار را برای درمان‌گر بسیار دشوار می‌کند.

به طور کلی شخص مبتلا به اسکیزوفرنی دارای اختلالاتی در رفتار متعارف می‌باشد و این رفتار به علت غیر متعارف بودن، توجه‌ها را به خود جلب می‌کند. به عنوان مثال، شخص مبتلا ممکن است با صدایی آهسته با خود سخن بگوید و یا لباس‌های غیر متعارف نسبت به آب و هوا بپوشد (لباس‌های تابستانی در سرمای زمستان).

برخی از افراد مبتلا گوشه گیر هستند، و دارای توهم و هذیان می‌باشند. در طول قرن گذشته مفهوم اسکیزوفرنی دستخوش تغییر شده است. این اختلال قبل از اینکه اسکیزوفرنی نام بگیرد، عنوان دمانس پره کوزه (دمانس زودرس) را گرفت.

این اصطلاح توسط بندکیت مورل برای بیماران تباهی یافته ای که بیمارشان در نوجوانی آغاز شده بود، به کار برده شد. اما امیل کراپلین^۱ اصطلاح دمانس پره کوزه را به دیمنشیا پری کاکس به کار برد. سرانجام یوجین بلولر اصطلاح اسکیزوفرنی را مطرح کرد، تا مبین گسیختگی‌هایی باشد که میان افکار، احساسات و رفتار بیماران مبتلا به این اختلال وجود دارد (دیوید سون و نیل^۲ ۱۹۹۶).

نخستین فردی که اقدام به طبقه بندی بیماران روانی نمود، امیل کراپلین (۱۹۲۶-۱۸۵۶) بود. وی بیماران مانیک دپرسیو^۳ (که به عقیده او به طور دوره‌ای بهبود می‌یابند) و دایمنشیا^۴ (که به عقیده او بیماری‌شان بازگشت می‌کند) را از هم متمایز نمود. اصطلاح اسکیزوفرنی^۵ را نخستین بار روانپزشک ها، از واژه یونانی اسکیزین^۶ (شکسته شدن) گرفتند. بلولر^۷ در سال (۱۸۷۵-۱۹۳۹) اظهار نمود، هسته مرکزی بیماری اسکیزوفرنی شکسته شدن تداعی بین فعالیتهای ذهنی، یعنی شناخت و عاطفه^۸ است. اما در زمان حاضر آشکار شده است که کاربرد واژه اسکیزوفرنی اصطلاحی مبهم است. فقدان توافق درباره معیار تشخیصی برای این بیماری پژوهش درباره آن را مختل کرده است. کورت اشنايدر^۹ (۱۸۸۷-۱۹۶۷) اظهار نمود، بسیاری از علائمی که برای اسکیزوفرنی ذکر می‌شود، تنها خاص این بیماری نبوده و در بسیاری از بیماران روانی دیگر ملاحظه می‌شود. در نظامهای طبقه بندی قدیمی اسکیزوفرنی را مجموعه ای از بیماری‌ها (مانند هبفرنی، پارانویا و کاتاتونیا^{۱۰}) و یا یک بیماری مرکب و پیچیده می‌دانستند. در نظامهای طبقه بندی جدیدتر (DSM-IV) نیز برای اسکیزوفرنی زیر مجموعه

1- Kraepelin, E.

2 - Davison G.C. & Neale J.M.

3- manic depressive

4- Dementia Praecox

5 -Schizophrenia

6 - schizein

7 - Paul E. Bleuler

8 -Affect

9 - Kurt Schneider.

10 -Hebephrenia, Paranoia & Catatonia

هائی در نظر گرفتند. تیم کرو^۱ این اختلال را به اسکیزوفرنی نوع I و نوع II^۲ تقسیم بندی نمود. وی ویژگیهای اسکیزوفرنی نوع I را ظهور علائم مثبت (علائمی که حضورشان غیر عادی است) دانست، که این علائم شامل توهم^۳، هذیان^۴ و تفکر غیر عادی، صحبت‌های غیر عادی^۵ و رفتارهای غیر عادی^۶ می شوند.

اسکیزوفرنی نوع II با ظهور علائم منفی^۷ مشخص می شود. این علائم شامل کناره گیری، بی تفاوتی و حلق نامناسب^۸ است. هنوز راه حلی بیولوژیک مانند تست خون برای تشخیص این بیماری اختراع نشده است، و تنها بررسی دقیق و کامل روانپزشک و روانشناس می تواند وجود این بیماری را تایید کند. هرچند تشخیص نادرست هم تا حدودی رایج است، چرا که اختلالاتی مانند اختلال در قضاوتی مشابهت‌های علائمی با این بیماری دارند.

تا قبل از دهه ۱۹۵۰ میلادی افراد مبتلا به اسکیزوفرنی را در مکان‌هایی مانند بیمارستان‌ها و یا حتی زندان‌ها نگهداری می داشتند. زندگی در چنین جاهایی استرس و فشار روی بیمار را شدیدتر می کرد و این منجر به حاد تر شدن شرایط بیمار می شد (هنسل و دامور^۹، ۲۰۰۵). در ابتدای قرن بیستم درمان‌های دارویی ناموفقی امتحان شد، که امروزه بیشتر شبیه به شکنجه می مانند. به عنوان مثال، به بیمار میزان زیادی انسولین تزریق می کردند و بیمار به حالتی شبیه به کما فرو می رفت. سپس به او گلوکز تزریق می کردند و وقتی او به هوش می آمد، بسیار آرام و بی انرژی می شد.

امروزه روانشناس‌ها بر این باور هستند، که افراد مبتلا به اسکیزوفرنی در صورتی که در محیط خانواده که درک موقعیت بیمار و همدردی با او میسر است، باقی بمانند،

-
- 1 - Tim Crow
 - 2 - Type I Schizophrenia & TYPE II Schizophrenia
 - 3 - Delusion
 - 4 - Hallucination
 - 5 - disorganized speech & thinking
 - 6 - disorganized or catatonic behaviour.
 - 7 - negative' symptoms
 - 8 - Withdrawal, Apathy, & inappropriate mood.
 - 9 - Hansell, J. Damour, I.

امکان بیشتری برای بهبود دارند (فریت^۱ ۱۹۹۳). به عنوان مثال، می‌توان به جان نش^۲ تصویر (۱)، ریاضیدان آمریکایی که جایزه نوبل را نیز دریافت کرد و نهایتاً بهبود یافت، اشاره کرد. جامعه دانشگاهی، دوستان و اطرافیانش هرگز وی را طرد نکردند و این رفتار انسانی نقش بزرگی را در بهبود بیماری او بازی کردند.

جان نش علت بهبود بیماری اش را به رغم مصرف نکردن دارو و نرفتن به بیمارستان، فکر کردن راجع به افکار بزرگ منشاء اش می‌داند. این جنبه شناختی خود درمانی جان نش در بیماری اسکیزوفرنی قابل تامل است که در بخش‌های بعدی به آن اشاره خواهد شد.

تصویر شماره ۱- جان نش ریاضیدان آمریکایی



یافته‌های جدید فرضیه‌های سستی که استدلال می‌کردند، رابطه خصمانه بین مادر و فرزند موجب بروز این بیماری می‌شود، را رد می‌کند. هرش و لفت^۳ (۱۹۷۵)، بر این عقیده است، که تک عاملی دانستن نحوه شکل‌گیری این بیماری ساده‌انگاری به نظر می‌رسد. همان‌طور که اشاره شد،

اسکیزوفرنی در گذشته به عنوان یک بیماری ناشناس و پلید شناخته می‌شد و عذری برای او قابل نبودند. بر خلاف امروزه که عوامل ژنتیکی را یکی از عوامل اصلی ایجاد بیماری به

1 - Frith C.D.

2 - Nesh, J.

3 - Hirsch, S.R. & Left

حساب می آورند. این موضوع حاکی از آن است، که خود شخص در ایجاد بیماری نقشی ندارد (کراو^۱، ۱۹۸۰).

در کنار عوامل ژنتیک می توان به عواملی همچون از دست دادن یکی از والدین در سنین نوجوانی، ترومای^۲ فیزیکی برای جنین در هنگام تولد، و یا نرسیدن اکسیژن کافی به مادر در هنگام بارداری اشاره کرد. تحقیقاتی که اخیراً انجام شده است، عوامل محیطی و نژادی را نیز در ابتلا به اسکیزوفرنی دخیل می دانند که در بخش اپیدمیولوژی به آنها اشاره می شود. جان لاک^۳ (۱۶۵۹) فیلسوف انگلیسی سه قرن پیش نوشت "شخصی که استدلالی عقلانی مانند اینکه روز روشن است، را نمی پذیرد مبتلا به جنون می دانیم، و شخصی که در تمام امور این چنین رفتار کند، باید در آسایشگاه بدلم^۴ نگه داری شود، چرا که از هوس یا تمایلی نافرمان تابعیت می کند." آنچه از گفته ی لاک بر می آید، این است که شخصی که امروزه به او اسکیزوفرن گفته می شود، به نوعی مسحور تمایلاتی غیرعقلانی است که احتمالاً با اراده خویش به آن تن در می دهد. نگرش های غیرواقع بینانه این چنین نزد متفکرین متأخرتری مانند میشل فوکو^۵ (۱۹۶۷) نیز یافت می شود که هر نوع جنونی را تضادی با عقلانیت حاکم می داند (کوهن و هارولد^۶، ۲۰۰۸).

درفصل هفتم چاپ چهارم کتاب راهنمای تشخیصی روان پریشان^۷ آمریکائی، اسکیزوفرنی را یک اختلال روان پریشانه معرفی نمی کنند، بلکه آن را در زمره اختلال های شخصیتی گروه آ بر می شمارند، و برای تشخیص اسکیزوفرنی حداقل دو عامل از عواملی که نام برده خواهد شد، را به مدت یک ماه ضروری می دانند. این

1 - Crow T.J.

2 - trauma

3- Locke, J.

4 - Bedlam

5 - Foucault, M

6 - Kuhn, W & Harold, S.

7- American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.

عوامل عبارتند از: توهم، هذیان، گفتار نامنسجم، رفتار کاتاتونیک و یا علائم منفی. هر چند وجود هذیان‌های بسیار نامتعارف و یا توهم صوتی شخص هم به تنهایی می‌توانند از علائم قطعی اسکیزوفرنی باشند.

دی.اس.ام^۱ علاوه بر تداوم یک ماهه این علائم، اختلال در فعالیت‌های اجتماعی و شغلی را به مدت شش ماه در تشخیص اسکیزوفرنی ضروری می‌داند. آیا چنین تعاریفی از اسکیزوفرنی توسط دی.اس.ام به پیشرفت در زمینه شناسایی بیشتر و بهبود این بیماری کمک می‌کند؟

بین دو انجمن تشخیصی مهم یعنی دی.اس.ام و آی.سی.دی^۲ در تعریف اسکیزوفرنی و عوامل تشخیصی این بیماری تفاوت‌هایی وجود دارد. به عنوان مثال، در آی.سی.دی^۳ وجود شش ماه اختلال اجتماعی و شغلی برای تشخیص اسکیزوفرنی ضروری شمرده نشده است. از طرف دیگر روانشناس‌ها و روانپزشک‌های اگزستانسیالیست به دسته‌بندی‌های این چنینی اعتقاد چندانی ندارند (بنت^۴، ۲۰۰۳). هرچند فراهم کردن چنین منبعی برای بیماری‌های روانی و پیچیده‌ترین آنها یعنی اسکیزوفرنی رضایت کامل را فراهم نمی‌کند و حتی بین منابع مختلف اختلاف نظر وجود دارد (آسامو و مک کریمن^۴، ۱۹۷۸). با این حال، وجود چنین مآخذی برای تکامل نظریه‌های مربوط به بیماری‌ها و اختلالات روانی ضروری به نظر می‌رسد؛ چرا که این منابع به طور دائم در معرض آزمون قرار می‌گیرند، و با آزمون و خطا که سبک کلاسیک هر علمی است، به پیشرفت‌های بیشتری دست می‌یابند.

1- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

2- ICD-10(The international statistical classification of diseases and related health problems revision)

3 -Bennett, P.

4 - Asamow, R.F. & MacCrimmon, D.J.

کتاب حاضر متشکل از هفت فصل است: فصل اول به بررسی توصیفی علائم بیماری می پردازد. فصل دوم به همه گیرشناسی و عوامل ابتلا به این بیماری پرداخته است. در فصل سوم آزمون های تشخیصی ذکر شده اند. در فصل چهارم به درمان دارویی و عوارض آنها اختصاص دارد. در فصول پنجم و ششم به ترتیب، درمان های روان شناختی و درمان شناختی مورد بحث قرار گرفته است. در فصل هفتم پیشگیری از اسکیزوفرنیا (نیوه های کاهش خطر)، پیامدهای اجتماعی و اقتصادی بیماری، ازدواج و بارداری در زنان مبتلا به اسکیزوفرنی مورد بحث قرار گرفته است.