

به نام خدا

# بررسی و رژیم های مخصوص بیماران اسکیزوفرنی

مولفان :

فاطمه کریمی کهکی  
عیسی محمدیانی کریم آبادی  
زهرة رضائیان جعفری  
طاهره بهانسته

انتشارات ارسطو

(سازمان چاپ و نشر ایران - ۱۴۰۲)

نسخه الکترونیکی این اثر در سایت سازمان چاپ و نشر ایران و اپلیکیشن کتاب رسان موجود می باشد

chaponashr.ir

سرشناسه: کریمی کهکی، فاطمه، ۱۳۷۲  
عنوان و نام پدیدآور: بررسی و رژیم های مخصوص بیماران اسکیزوفرنی / مولفان فاطمه کریمی کهکی، عیسی محمدیانی کریم آبادی، زهره رضائیان جعفری، طاهره بهانسته.  
مشخصات نشر: انتشارات ارسطو (سازمان چاپ و نشر ایران)، ۱۴۰۲.  
مشخصات ظاهری: ۱۲۹ ص.  
شابک: ۹۷۸-۶۲۲-۳۳۹-۷۴۹-۳  
وضعیت فهرست نویسی: فیبا  
یادداشت: کتابنامه: ص ۱۲۹.  
موضوع: بیماران اسکیزوفرنی - رژیم های مخصوص  
شناسه افزوده: محمدیانی کریم آبادی، عیسی، ۱۳۶۳  
شناسه افزوده: رضائیان جعفری، زهره، ۱۳۵۲  
شناسه افزوده: بهانسته، طاهره، ۱۳۵۴  
رده بندی کنگره: GV۷۴۵  
رده بندی دیویی: ۸۳۴  
شماره کتابشناسی ملی: ۹۵۱۴۲۰۴  
اطلاعات رکورد کتابشناسی: فیبا

نام کتاب: بررسی و رژیم های مخصوص بیماران اسکیزوفرنی  
مولفان: فاطمه کریمی کهکی - عیسی محمدیانی کریم آبادی - زهره رضائیان جعفری - طاهره بهانسته  
ناشر: انتشارات ارسطو (سازمان چاپ و نشر ایران)  
صفحه آرایی، تنظیم و طرح جلد: پروانه مهاجر  
تیراژ: ۱۰۰۰ جلد  
نوبت چاپ: اول - ۱۴۰۲  
چاپ: زبرجد  
قیمت: ۱۱۷۰۰۰ تومان  
فروش نسخه الکترونیکی - کتاب رسان:  
<https://chaponashr.ir/ketabresan>  
شابک: ۹۷۸-۶۲۲-۳۳۹-۷۴۹-۳  
تلفن مرکز بخش: ۰۹۱۲۰۲۳۹۲۵۵  
[www.chaponashr.ir](http://www.chaponashr.ir)



انتشارات ارسطو



## فهرست مطالب

۵	چکیده
۵	اسکیزوفرنی در زبان انگلیسی
۵	علائم اسکیزوفرنی
۱۲	تاریخچه اسکیزوفرنی
۱۵	همه گیری شناسی
۱۵	سن و جنس
۱۶	فصلی بودن تولد
۱۶	توزیع جغرافیائی
۱۷	بیماری جسمی
۱۷	خودکشی
۱۷	مصرف و سوء مصرف توأم مواد
۱۸	مواد غذایی مفید و مضر در تغذیه بیماران اسکیزوفرنی
۱۸	مواد غذایی مفید برای بیماران اسکیزوفرنی
۲۰	آیا رژیم های ویژه می توانند به افراد مبتلا به اسکیزوفرنی کمک کنند؟
۲۱	غذای ارگانیک
۲۱	رژیم های بدون گلوتن و اسکیزوفرنی
۲۱	رژیم کتوژنیک:
۲۲	مواد غذایی مضر برای مبتلایان به اسکیزوفرنی:
۲۲	غذاهای حاوی نشاسته
۲۲	چربی های اشباع شده
۲۲	غذاهای تهیه شده از گندم
۲۲	تراکم جمعیت
۲۲	ملاحظات فرهنگی اجتماعی - اقتصادی
۲۴	سبب شناسی
۲۴	مدل استرس - دیاتز
۳۵	عوامل زیست شناختی
۴۸	توارث
۴۹	عوامل روانی اجتماعی

rTMS ممکن است عملکرد شناختی را بهبود بخشد: یک مطالعه اکتشافی در بیماران

اسکیزوفرنی با توهمات شنوایی ..... ۱۲۶

اهداف ..... ۱۲۶

ابزار و روش ها ..... ۱۲۶

نتایج ..... ۱۲۷

## چکیده

اسکیزوفرنی نوعی اختلال روانی مزمن است که معمولاً اثراتی نظیر تحریف واقعیت و توهم را به همراه داشته و نحوه برداشت فرد از عوامل محیطی، تفکر و شیوه رفتارهای وی را به شدت تحت تأثیر قرار می‌دهد. خوشبختانه، این بیماری چندان شایع نبوده و بر اساس مطالعات، تنها در حدود یک درصد از جمعیت جهان با این اختلال دست‌وپنجه نرم می‌کنند.

در مواردی اشتباهاً از این اختلال با عنوان از هم گسیختگی شخصیتی (dissociative identity disorder) یا (split personality) یاد می‌شود. این برداشت درستی نبوده و این دو بیماری به صورت کلی با یکدیگر تفاوت دارند. احتمال ابتلا به اسکیزوفرنی در زنان و مردان به یک اندازه بوده و در هر سنی ممکن است خود را نشان دهد. با این حال، مردان غالباً در اواخر دوران نوجوانی و در اوایل دهه ۲۰ زندگی خود این عارضه را تجربه می‌کنند. این در حالی است که به طور معمول، اسکیزوفرنی در زنان در اواخر دهه ۲۰ و اوایل دهه ۳۰ پدیدار می‌شود. برای اطلاع از نشانه‌ها و روش‌های درمان و عوامل به‌وجود آورنده این بیماری با ما همراه شوید.

## اسکیزوفرنی در زبان انگلیسی

اسکیزوفرنی یا شیزوفرنی در زبان انگلیسی با عبارت Schizophrenia شناخته می‌شود؛ بنابراین، می‌توان دریافت تفاوت شیزوفرنی و اسکیزوفرنی تنها در نحوه تلفظ آن‌ها بوده و هر دو کلمه به یک بیماری واحد اشاره می‌کنند.

## علائم اسکیزوفرنی

علائم اسکیزوفرنی به سه گروه علائم اولیه، علائم مثبت و علائم منفی تقسیم می‌شوند.

## علائم اولیه

علائم اولیه ابتلا به این اختلال عمدتاً در سال‌های نوجوانی و اوایل دهه ۲۰ زندگی مشاهده شده و غالباً به رفتارهای معمول و مشکلات نوجوانی نسبت داده می‌شود. به این ترتیب، در بسیاری از مواقع این نشانه‌ها چندان مورد توجه قرار نمی‌گیرند. علائم اولیه اسکیزوفرنی عبارت‌اند از:

- انزوا طلبی

- تغییر مداوم دوستان یا گروه‌های اجتماعی
- کاهش تمرکز
- مشکلات خواب اعم از کم‌خوابی یا پرخوابی
- تحریک‌پذیری
- ضعیف شدن عملکرد تحصیلی و مشکل در انجام و ارائه تکالیف

### علائم مثبت

علائم مثبت اسکیزوفرنی عبارت از رفتارهایی است که عموماً در افراد سالم مشاهده نمی‌شود؛ بنابراین، اطلاق این صفت به علائم به معنای مطلوب یا خوشایند بودن آن‌ها نیست. در اصل، منظور این است که پس از گذشت مدتی ممکن است این نشانه‌ها نیز به علائم اولیه اضافه شده و زندگی و روابط اجتماعی فرد را تحت تأثیر خود قرار دهند. نشانه‌های مثبت شیزوفرنی عبارت‌اند از:

#### توهم

توهم عبارت از تجربیاتی است که در واقع وجود نداشته و ذهن فرد آن‌ها را برای وی ایجاد می‌کند. این موارد شامل شنیدن، دیدن، بوییدن، چشیدن یا به طور کلی، حس کردن چیزهایی است که در واقعیت وجود نداشته و اطرافیان نمی‌توانند آن‌ها را تجربه کنند. لازم است توجه داشته باشید، در بین مبتلایان به شیزوفرنی توهم شنیداری و دیداری از سایر موارد شایع‌تر است.

#### هذیان

بر اساس مطالعات، اغلب قریب به اتفاق بیماران شیزوفرنی دچار هذیان می‌شوند. این به معنای اعتقاد به باورهایی غیرمنطقی و خلاف واقعیت است. از شایع‌ترین انواع هذیان‌های مربوط به این اختلال می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

- فرد مبتلا به شیزوفرنی بر این باور است که خویشان و آشنایان در صدد آزار و اذیت وی هستند.

- فرد مبتلا به شیزوفرنی کلیه رویدادهای طبیعی و رفتارهای عادی اطرافیان را سوءتعبیر کرده، آن‌ها را دارای بار معنایی خاصی دانسته و به خود نسبت می‌دهد.
- فرد مبتلا به شیزوفرنی در خلال تصورات هذیانی خود را فرد بسیار مهمی پنداشته و غالباً فکر می‌کند از قدرت‌های ماورایی برخوردار است.
- فرد مبتلا به شیزوفرنی در خلال حملات هذیانی می‌پندارد تحت کنترل فرد یا گروهی بیگانه قرار دارد. این افراد باور دارند تحت تلقین و تحمیل افکار بیگانگان قرار داشته یا ایده‌ها و نظرات شخصی آن‌ها توسط افرادی دزدیده می‌شود.

### اختلالات فکری

برخورداری از روش‌های غیرمعمول تفکر یا پردازش اطلاعات از ویژگی‌های مبتلایان به این بیماری به حساب می‌آید. از این جمله می‌توان به عدم تمرکز، استفاده از واژه‌ها و جملات از هم گسیخته، به کارگیری کلمات و عبارات بی‌معنا، استفاده از واژه‌ها و عبارات آهنگین و فاقد معنا و تکرار بیش از اندازه جملات اشاره کرد.

### اختلالات حرکتی

اختلالات حرکتی عبارت از حرکات آشفته یا حالت‌های عجیب و غریب و غیرمعمولی است که در بیماران شیزوفرنی مشاهده می‌شود. از این جمله می‌توان به مواردی نظیر رفت‌وآمدهای مکرر و بی‌هدف در فضایی نسبتاً کوچک یا در الگویی دایره‌وار اشاره کرد.

### اختلالات رفتاری

از جمله اختلالات رفتاری بیماران شیزوفرنی می‌توان پرخاش، تکرار مکرر برخی حرکات و ثابت ماندن در وضعیتی خاص برای مدتی طولانی را نام برد. در واقع، ابتلا به این بیماری کلیه فعالیت‌های هدفمند فرد را دچار اختلال می‌کند. به این ترتیب، بیمار قادر به کنترل رفتارها و واکنش‌های خود نبوده و نمی‌تواند با سایرین به درستی ارتباط برقرار کند.

### علائم منفی

کلمه منفی صرفاً به معنای بد بودن نشانه‌ها نبوده و به معنای عدم وجود برخی ویژگی‌هایی است که در افراد سالم مشاهده می‌شود. از این میان می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

- عدم وجود یا محدود بودن احساسات
- کمبود انرژی
- کم‌حرفی
- بی‌انگیزگی
- عدم اشتیاق به زندگی و لذت‌های آن
- عدم رعایت بهداشت و رسیدگی به وضعیت ظاهری

### علائم شناختی

علائم شناختی اسکیزوفرنی عمدتاً به عدم درک اطلاعات و ناتوانایی در بهره‌گیری از آن‌ها، میزان تمرکز یا توجه و عملکرد حافظه فعال مربوط می‌شود. همچنین، تشخیص فرد درباره ابتلا به این اختلال یا عادی نبودن وضعیت از اهمیت بسیار زیادی برخوردار است.



**مقدمه:**

اصطلاح اسکیزوفرنی، در تمام گروه‌های سنی، آن دسته از بیماریها را شامل می‌شود که از همان ابتدا با اختلالهای اساسی در شخصیت، تفکر، زندگی هیجانی، رفتار، علاقه‌مندیها و ارتباط با دیگران مشخص می‌شود.

اسکیزوفرنی گرایشی به کناره‌گیری از محیط و گسیختگی درونی در تفکر، احساس و رفتار در شخص مبتلا ایجاد می‌کند که منتج به ناهماهنگی بین حالت عاطفی و افکار و رفتار بیمار می‌شود. همچنین گرایشی به تشکیل تداعیهای ویژه در تفکر و تمایلی به برون‌فکنی‌های مرضی به وجود می‌آید.

تجزیه‌ی اعمال روانی در اسکیزوفرنی ذره‌ای است و با نوع تجزیه‌ی توده‌ای که در هیستری و شخصیت‌های چندگانه دیده می‌شود کاملاً متفاوت می‌باشد.

توصیف بالینی اسکیزوفرنی تحت عنوانهای زیر سهولت بیشتری فراهم می‌کند:

۱- کناره‌گیری

۲- تجزیه و انفکاک:

**الف) اختلال فکر**

**ب) انفکاک عاطفی**

**ج) انفکاک رفتاری**

۱- حالت پارانوئید

۲- ناهنجاریهای ادراکی

در پنج ساله گذشته پیشرفت‌های عمده در فهم اسکیزوفرنی در سه زمینه اساسی حاصل شده است. اولاً، پیشرفت‌های روش‌های تصویرگیری از مغز، مخصوصاً تصویرگیری بارزونانس مغناطیسی (MRI)، و پالایش روش‌های نوروپاتولوژیک موجب تمرکز علاقه بر سیستم لیمبیک به عنوان محل فیزیوپاتولوژی اساسی اسکیزوفرنی گردیده است. نواحی مورد توجه خاص مشتملند بر آمیگدال، هیپوکامپ و شکنج پراهیپوکامپی. تمرکز بر این نواحی مغز موجب بی‌توجهی به نواحی دیگر مغز نیست بلکه موجب بوجود آمدن فزاینده فرضیه‌هایی می‌شود که با گسترش معلومات پایه در مورد اسکیزوفرنی قابل سنجش است.

ثانیاً پس از معرفی کلوزاپین (Clozaril)، یک داروی ضد جنون آتیپیک با حداقل اثرات جانبی عصبی، پژوهش‌های فراوان در مورد سایر ضد جنون‌های آتیپیک، بخصوص ریسپریدون و رموکسی پراید به عمل آمده است. این داروهای آتیپیک و داروهای دیگر که در نیمه دوم دهه ۱۹۹۰ معرفی خواهند شد می‌توانند در کاهش علائم منفی اسکیزوفرنی موثر و با بروز اثرات نامطلوب نورولوژیک معدودتری همراه باشند. ثانیاً، با بهبود درمان‌های دارویی و شناخته شدن وسیع تر اساس زیست شناختی اسکیزوفرنی، از جمله عوامل روانی- اجتماعی موثر بر اسکیزوفرنی، از جمله عوامل موثر بر شروع، و نتایج درمانی پدید می‌آید.

هدف ما از این کتاب بررسی ارائه راهکارهایی برای کنترل بهتر و بیشتر این بیماری است. چون این بیماری درمان قطعی ندارد خواستار این شدیم که روش های مناسب رژیم درمانی را در کنار انواع درمان های دیگر (دارو درمانی، گروه درمانی، خانواده درمانی، ...) اجرا کنیم. برای این کار با تهیه ی پرسش نامه ای این بیماران را روان سنجی کردیم و میزان متغیرهای مختلف را در آنها بررسی کردیم. (که تعدادی از بیماران اسکیزوفرنی مورد بررسی قرار گرفته اند).

بیماران اسکیزوفرنی، بیماران حاد روانی هستند که مهم ترین اختلال آنها اختلال در تفکر است. بیماری اسکیزوفرنی یک بیماری مغزی حاد است که در این تحقیق این بیماری را هم از لحاظ زیستی- شیمیایی مورد بررسی قرار داده ایم و هم از لحاظ عوامل محیطی و بیرونی.

با قرار دادن این افراد در گروه های تغذیه ای خاص خود (با توجه به نوع اسکیزوفرنی آنها) می‌توان در همان مراحل اولیه ی بیماری تأثیر چشم گیری را مشاهده کرد به طوریکه در بعضی از بیماران که اسکیزوفرنی آنها حاد نبوده است توانسته اند به طور کلی دارو درمانی را کنار گذاشته و با رژیم درمانی به بهبودی و سلامتی کامل برسند.

تحقیقات نشان می دهند که به مسئله تغذیه ی این افراد توجه خاصی نمی‌شود و با مسئله ی تغذیه ی این بیماران مانند سایر افراد عادی برخورد می‌شود. با توجه به مسئله ی کم اشتها یی این افراد، پزشک باید بتواند با ایجاد یک رابطه ی کاملاً صمیمانه بین خود و

بیمار، با این مسئله مبارزه کند و با ارائه‌ی رژیم درمانی در کوتاه مدت تاثیرهای شگرف آن را ببیند و بتواند دنیای واقعی را در ذهن آن‌ها تداعی کند و زندگی واقعی را به آنها نشان دهد. تا این بیماران بتوانند مانند سایر افراد سالم دیگر زندگی کنند (در دنیای واقعی که وجود دارد نه دنیای خیالی خود).

به امید آن روز که به بیماران روانی توجه بیشتری شود زیرا که روح آدمی با ارزش‌ترین چیز موجود در این دنیاست.

جنگ و اثرات ناشی از آن همواره انسان را تهدید کرده است. به طوریکه پس از گذشت سال‌های متمادی از جنگ‌ها اثرات سوء آن هنوز در بیماران روانی دیده می‌شود که نه تنها زندگی خود این بیماران بلکه زندگی اطرافیان آن‌ها را هم مختل ساخته است. از آن جا که روح آدمی با ارزش‌ترین چیز است، با گذشت زمان و هر چه قدر که به سمت جلو پیش می‌رویم و با پیشرفتهای روز افزون و توجه بیشتر به دنیای ماشین‌آلات روبرو می‌شویم ناخودآگاه روح و روان خود را فراموش می‌کنیم که به دنبال آن اختلالات روانی افزایش می‌یابند و در آینده‌ای نزدیک که علم و صنعت نهایت پیشرفت خود را کردند علوم انسانی بخصوص علم روانشناسی در دنیا بیشتر مطرح خواهند شد. زیرا انسان متوجه روح خسته و شکست خورده‌ی خود می‌شود.

موضوع اصلی این کتاب در مورد بیماران اسکیزوفرنی و کنترل این بیماری با رژیم غذایی مناسب است. این بیماران اغلب مشاغل و کارهای خود را از دست می‌دهند و ارگان‌ها یا سازمانی که به طور جدی از آن‌ها حمایت کند وجود ندارد و اکثر این افراد بی‌خانمانی را تجربه می‌کنند و آن می‌شود که ما اکثر این افراد را در خیابان‌ها در حال پرسه زدن می‌بینیم. اغلب این افراد از طرف خانواده، دوستان طرد می‌شوند که به دنبالش اعتیاد، بزهکاری، افسردگی، خودکشی، دیگرکشی، آزار رساندن به دیگران را به همراه دارد. از آن جا که این افراد خود را بیمار نمی‌دانند حاضر به همکاری با پزشک خود در زمینه‌ی دارو درمانی نیستند و هر چه قدر که همکاری آن‌ها با پزشک کم تر شود این بیماری حادتر خواهد شد ما خواستاریم که با روشی ساده و کم هزینه که البته قابل اجرا نیز هست زندگی واقعه‌ای را به این بیماران که اکثراً جوان هستند باز گردانیم.

## تاریخچه اسکیزوفرنی

تاریخچه روانپزشکان و نورولوژیست‌هایی که در مورد اسکیزوفرنی قلم‌زده و نظریه‌پردازی کرده‌اند، همانند تاریخچه خود روانپزشکی است. ابعاد این مساله بالینی همیشه توجه صاحب نظران بزرگ را در سراسر تاریخ این رشته بخود جلب کرده است. امیل کرپلین و یوگین بلولر دو شخصیت کلیدی در تاریخ اسکیزوفرنی هستند. بنديک مورل (Emil Kraepelin) (جنون زودرس) را برای بیماری که مہجر به زوال عقل آنان در دوره نوجوانی شروع شده بود بکار برد؛ کارل کالهام (Karl Kahlbaum) (۱۸۹۹-۱۸۲۸) علائم کاتاتونی را شرح داد، و اوالدهکر (Ewald Hecker) (۱۹۰۹-۱۸۴۳) رفتار بی نهایت غریب هبه فرنیک را توصیف نمود.

امیل کرپلین: امیل کرپلین اصطلاح مورل را به **dementia precox** لاتینیزه کرد، اصطلاحی که برفرآیند شناختی مشخص (دمانس) و شروع زودرس (پره کوز) تاکید داشت، چیزی که مشخصه اختلال است. کرپلین بیماران مبتلا به دمانس پره کوز را از بیمارانی که مبتلا به جنون منیک- دپرسیو یا پارانو یا طبقه بندی می شدند تفکیک کرد. بیماران مبتلا به دمانس پره کوز با سیر طولانی و رو به تباهی و علائم بالینی شایع هذیان ها و توهمات مشخص می شدند. نظر کرپلین در مورد سیر اسکیزوفرنی از نظر سیر رو به تباهی حتمی سوءتعبیر شده است، چون وی اعلام نمود که تقریباً ۴ درصد بیماران او بهبود کامل و ۱۳ درصد نیز بهبود موقت قابل ملاحظه پیدا کردند. بیماران مبتلا به جنون منیک دپرسیو از مبتلایان به دمانس پره کوز، با توجه به دوره های مشخص بیماری که با فواصل عملکرد بهنجار از هم جدا می شدند تفکیک می گردیدند. علائم عمده بیماران مبتلا به پارانویا هذیان‌های مستمر گزند و آسیب بود اما سیر رو به تباهی دمانس پره کوز یا علائم متناوب جنون منیک دپرسیو را نداشت.

یوگین بلولر: یوگین بلولر اصطلاح «اسکیزوفرنی» (schizophrenia) را ابداع کرد و این اصطلاح در منابع علمی جانشین «دمانس پره کوز» گردید. به نظر

بلولر این اصطلاح بر وجود گسستگی بین تفکر، هیجان، و رفتار در بیماران مبتلا تاکید می کرد. معهدا، این اصطلاح با سوءتفاهم گسترده همراه بوده است. بخصوص در نظر عوام که آن را شخصیت از هم گسسته می پنداشتند. شخصیت گسسته یا دوپاره (split personality) (که امروزه اختلال هویت تجزیه ای نامیده می شود)، اختلالی کاملاً متفاوت است که در چهارمین چاپ راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM- IV) با سایر اختلالات تجزیه ای طبقه بندی شده است. یک وجه تفکیک عمده که بلولر بین مفهوم اسکیزوفرنی و مفهوم دمانس پره کوز کرپلین قائل شد این بود که سیر رو به تباهی لزوماً در مفهوم اسکیزوفرنی، به گونه ای که در دمانس پره کوز بود، وجود نداشت. این گسترش تشخیص احتمالاً به پیدایش حداقل در برابر در میزان بروز اسکیزوفرنی قبل از معرض شد DSM- IV در مقایسه ممالک اروپائی (که به اصول کرپلین گرایش داشتند) با ایالات متحده (که از اصول بلولری تبعیت می کرد) گردید. از DSM-IV به بعد سیستم تشخیص گذاری ایالات متحده آشکار به عقاید کرپلین گرایش پیدا کرده است. هر چند اصطلاح «اسکیزوفرنی» بلولر بر چسب مقبول بین المللی برای این اختلال باقی مانده است.

چهار «A»: بلولر در توضیح بیشتر نظریه دوپارگی روانی بیماران مبتلا، علائم اساسی (یا اولیه) اسکیزوفرنی را شامل اختلال تفکر مشخص با اختلال تداعی، بخصوص شل شدن آن، توصیف کرد. سایر علائم اساسی عبارت بودند از اختلال عاطفی، اوتیسم، و دوگانگی احساس. به این ترتیب چهار A بلولر تشکیل یافته از ambivalence, autism, affect, association بلولر همچنین علائم فرعی (یا ثانوی) را تعریف کرد که مشتمل بوده بر توهمات و هذیان ها، علائمی که در مفهوم کرپلینی اختلال بخش عمده ای را تشکیل می داد. نظریه پردازان دیگر: آدولف مایر (Adolf Meyer)، هری استک سالیوان (Harry Stack Sullivan)، گابریل لنگفلت (Gabriel Langfeldt) و کورت اشنايدر (Kurt Schneider) نیز سهم عمده ای در فهم بسیاری از جنبه های اسکیزوفرنی داشته

اند. مایر، بنیانگذار پسیکوبیولوژی، متعقد بود که اسکیزوفرنی و سایر اختلالات روانی واکنش در مقابل استرس های گوناگونی زندگی است و به همین جهت سندرم «واکنش اسکیزوفرنیک» را معرفی نمود. سالیوان، بنیانگذار مکتب روانکاوی بین فردی (interpersonal, psychoanalytic school) روی انزوای اجتماعی به عنوان یک علت و علامت اسکیزوفرنی تاکید نمود. داده های ارنست کرچمر (Ernst Kretschmer) این عقیده را تقویت می کرد که اسکیزوفرنی در بیماران که سنخ بدنی آستینیک، آلتیک، و دیسپلازیک دارند بیشتر از مستعد اختلالات دو قطبی هستند، مشاهده می شود. هر چند این برداشت غیر عادی به نظر می رسد، چندان ناهماهنگ با برداشت سطحی در مورد سنخ بدنی افراد بی خانمان نیست.

گابریل لنگفلت: لنگفلت بیماران مبتلا به علائم پسیکوتیک عمده را به دو گروه تقسیم کرد: بیمارانی که مبتلا به اسکیزوفرنی واقعی بوده اند و بیماران مبتلا ب جنون اسکیزوفرنیفرم. لنگفلت در توصیف اسکیزوفرنی واقعی (true schizophrenia) بر اهمیت وجود مسخ شخصیت، اوتیسم، کندی هیجانی، و شروع آهسته و احساس مسخ واقعیت تاکید کرد. اسکیزوفرنی واقعی بعدها در مقالات لنگفلت و پیروان او با نام های اسکیزوفرنی هسته ای (nuclear schizophrenia) اسکیزوفرنی فرآیندی (process schizophrenia) و اسکیزوفرنی بهبود ناپذیر معرفی شد.

کورت اشنايدر: کورت اشنايدر تعدادی علائم درجه اول تعريف کرد که خود به هیچوجه آن ها را مختص اسکیزوفرنی نمی دانست اما در تشخیص گذاری ارزش قاطع برای آن ها قائل بود (جدول ۱-۱۳). اشنايدر اشاره کرد که اسکیزوفرنی را می توان منحصرأ بر اساس علائم درجه دوم یا یک شکل بالینی دیگر نیز تشخیص داد. منظور اشنايدر کاربرد بدون انعطاف این علائم نبود. او به پزشکان هشدار داد که تشخیص اسکیزوفرنی را در بعضی از بیماران که علائم درجه اول را نشان نمی دهند می توان گذاشت. متأسفانه این هشدار غالباً نادیده گرفته می شود و فقدان این علائم در مصاحبه ای واحد گاهی قرینه ای بر این که بیمار مبتلا به اسکیزوفرنی نیست تلقی می شود.