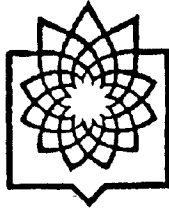


محمد بن عبد الله
صلى الله عليه وسلم

١٢٨٥ / ١٢ / ١١

٩٢٢٩٨



ش. ک. ۷۹۶ . ۲۷ / ۱۴۰۷

WM
۲۵۳

Schi Zorhacm111

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی

دانشکده پزشکی

پایان نامه:

جهت دریافت درجه دکتراي پزشکی

موضوع:

بررسی شیوع علائم منفی اسکیزوفرنی و ارتباط آن با برخی

از شاخص های بالینی و اپیدمیولوژیک در بیماران بستری شده

در بخش روانپزشکی بیمارستان امام حسین (ع) در سال ۱۳۷۵-۱۳۷۴

به راهنمایی:

استاد گرامی جناب آقای دکتر مصطفی حمدیه

نگارش:

علی احمدی تنکابنی

تأیید و تصدیق از سوی مسئولان
تسبیح داران

۱۳۸۵ / ۱۲ / ۱۱

سال تحصیلی: ۱۳۷۵-۷۶

۹۳۲۹

چکیده

در این بررسی ۱۷۷ بیمار مبتلا به اسکیزوفرنی که در سالهای ۱۳۷۴ و ۱۳۷۵ در بخش روانپزشکی بیمارستان امام حسین (ع) بستری شده بودند مورد مطالعه قرار گرفته است که ۶۲ بیمار (حدود ۳۵ درصد) از این تعداد علائم منفی برجسته تر داشتند. این مطالعه ارتباط علائم منفی را با برخی از شاخص های اپیدمیولوژیک، بالینی و پاراکلینیک مورد ارزیابی قرار می دهد. برای ارزیابی علائم منفی عناوین زیر مورد توجه قرار داشتند. سطحی شدن نمود (Affect)، اختلالات تکلمی نقص در عملکرد، گوشه گیری و عدم ارتباط اجتماعی و اختلالات توجه.

توزیع جنسی در این بیماران قابل توجه بوده و نسبت مردان به زنان ۲ به یک می باشد. توزیع سنی، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات نیز مورد توجه قرار گرفته اند. بعلاوه اختلالات نمود، تکلم و نقص های عملکردی در گروه های سنی پائین تر مشهودترند، فقر کلام، گوشه گیری و کاهش تماس چشمی شایعترین علائم منفی در بیماران می باشند. برخی علائم فرعی همچون تحریک پذیری، پرخاشگری، بی اشتها و بی خوابی نیز ارزیابی شدند. نتیجتاً پرخاشگری بنظر می رسد که علامت نسبتاً شایعی به حساب آید و بسیاری از بیماران این علامت را در شروع بیماری خویش نیز داشته اند.

بسیاری از بیماران (حدود ۷۰ درصد) علائم غیر مثبت را در شروع بیماری خویش داشته اند و درصد ناچیزی از بیماران توهمات و اختلالات تفکر را در ابتدای بیماری از خود بروز داده اند.

در مطالعه پاراکلینیک بیماران، CT اسکن، الکتروانسفالوگرافی و شمارش گلبولی بیماران مورد ارزیابی قرار گرفت. در بسیاری از موارد هیچ گزارشی از CT اسکن یا EEG در پرونده ها موجود نبود و بسیاری از گزارشات نرمال بودند. CBC در صد درصد موارد نرمال بود.

از آنجائی که بیشتر بیماران دارای علائم منفی اسکیزوفرنی در برابر درمان با

داروهای ضدپسیکوز تیپیک مقاوم بودند و پیش‌آگهی بدی دارند، تشخیص سریع این بیماران و درمان به موقع آنها با داروهای ضدپسیکوز آتیپیک اهمیت دارد. و این مطالعه می‌تواند ما را در تأمین این هدف تا حدودی یاری نماید.

به دلایل مختلفی همچون اطلاعات ناکافی بیماران از بیماری خویش و مشکلات تشخیصی پزشکان در این زمینه و دلایل دیگر، تمام بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی تشخیص داده نمی‌شوند. بنابراین به جز در مورد بیماران بستری شده، نتایج این مطالعه قابل تعمیم به تمام بیماران واقعی مبتلا به اسکیزوفرنی نمی‌باشد.

ABSTRACT

In this research, 177 cases of schizophrenic patients admitted by department of psychiatry in Imam Hossein hospital in 1374-1375 were studied and 62 patients of them (35 percent) have prominent negative symptoms.

This study evaluates relation of negative symptoms with some of epidemiological, clinical and paraclinical parameters. For assessment of negative symptoms we survey these topics: Flattening of affect, alogia, avolition, anhedonia and attention deficit.

Sex distribution in these cases is considerable and ratio of male to female is 2:1. Age distribution, marriage condition, educational level is also assessed.

In addition, affect disturbances, alogia and avolition are seen more in lower age groups. Poverty of speech, anhedonia and poor eye contact have the most prevalent in cases.

Some of accessory symptoms such as irritability, aggression, anorexia and insomnia is evaluated. Consequently aggression is a fairly prevalent symptom and several cases project it at the onset of disease.

Many patients have nonpositive symptoms at the onset and few percent of them have hallucination and thought disturbances.

In paraclinical studies of the patients, computerized tomography (CT-SCAN), electroencephalography (EEG) and CEBC are assessed. In many of cases there isn't any scan or EEG report in files and many of the

reports are normal. CBC in 100 percent of patients is normal.

Because the most of patients with negative symptoms of schizophrenia have resistance to treatment with typical antipsychotic drugs and have poor prognosis, early diagnosis of this patients and ontime treatment with atypic antipsychotic drugs is significant and this study can help inmore security of this purpose. Because of various reasons such as patients' inadiquate information about their disease, misdiagnosis by physitions, etc, all of the patients with schizophrenia aren't diagnosed. Thus except for admitted patients, results of this study aren't extendable in all of the true population of schizophrenic patients.



تقدیم به پدرم؛

که اشاراتش مراد در این طریق راهنما بود.

تقدیم به مادرم؛

که مشفقانه مراد در این راه همراهی کرد

و تقدیم به؛

تمامی عزیزانی که با دستها، افکار و دلگرمیشان

یارِ یگرم بودند.





تقدیم به:

استاد ارجمند جناب آقای دکتر مصطفی حمدیه



عنوان	فهرست مندرجات	شماره صفحه
مقدمه.....		۱
تاریخچه.....		۳
اپیدمیولوژی.....		۶
سن و جنس.....		۶
میزان باروری، خودکشی و خطر مرگ و میر.....		۶
ملاحظات فرهنگی و اجتماعی - اقتصادی.....		۷
جمعیت.....		۷
مهاجرت، تکنولوژی و توسعه.....		۸
فصل تولد.....		۸
نکات دیگر.....		۹
اتیولوژی و پاتوژنز.....		۱۱
تئوریهای روانشناختی.....		۱۱
نظریه فروید.....		۱۱
نظریه ماهلر.....		۱۲
فرضیه روانکاوی.....		۱۲
فرضیه یادگیری.....		۱۲
فرضیه مربوط به خانواده.....		۱۲
فرضیه اجتماعی.....		۱۳
تئوریهای بیولوژیک.....		۱۴
دوپامین.....		۱۴
نوراپی نفرین.....		۱۵

عنوان	فهرست مندرجات	شماره صفحه
سروتونین	۱۶
گاما آمینوبوتیریک اسید	۱۶
گلو تامات	۱۷
علائم بالینی و پاراکلینیک	۲۰
دوره قبل از بروز بیماری - نحوه بروز بیماری	۲۰
حالات روانی (Mental Status)	۲۲
اختلالات تفکر و تکلم	۲۳
اختلالات نمود (Affect)	۲۵
اختلالات رفتار	۲۷
اختلالات درک	۲۸
وضعیت هشیاری	
ارزیابی های نورولوژیک	۳۰
یافته های الکتروانسفالوگرافیک	۳۲
یافته های تصویری در اسکیزوفرنی	۳۳
تشخیص	۳۷
معیارهای کورت اشنایدر	۳۸
معیارهای گابریل لانگ فلد	۳۹
معیارهای نیوهاون	۳۹
سیستم انعطاف پذیر	۴۱
معیارهای تحقیقی - تشخیصی	۴۱
معیارهای سنت لوئیس	۴۳

عنوان	فهرست مندرجات	شماره صفحه
معیارهای تیلور آبرام	۴۳	۴۳
آزمون وضعیت فعلی	۴۴	۴۴
معیاری تشخیص در DSM IV	۴۵	۴۵
پیش آگهی	۴۶	۴۶
علائم مثبت و منفی	۴۸	۴۸
درمان دارویی	۴۹	۴۹
داروهای ضد پسیکوز آتیپیک	۵۰	۵۰
درمان بیماران پسیکوتیک مزمن	۵۳	۵۳
عوارض جانبی داروهای ضد پسیکوز تیپیک	۵۴	۵۴
عوارض جانبی داروهای ضد پسیکوز آتیپیک	۵۵	۵۵
مروری بر مطالعات انجام شده	۵۷	۵۷
روش تحقیق	۶۱	۶۱
نتایج	۶۱	۶۱
نمودارها	۶۵	۶۵
بحث	۷۴	۷۴
نتیجه گیری	۷۷	۷۷
منابع	۷۹	۷۹

مقدمه

الهی:

مجنون تو کوه را ز صحرا نشناخت دیوانه عشق تو سر از پا نشناخت
هر کس به توره یافت ز خود گم گردید آنکس که تو را شناخت خود را نشناخت

تظاهرات روانی مختل به درجات مختلف و کمابیش در جمیع طیف‌های سنی بروز می‌کند. در این میان تنها آن دسته‌ای را بیمار می‌خوانیم که در نتیجه بروز این تظاهرات دچار اختلال در توانائی‌های اولیه و عملکرد شغلی، تحصیلی و اجتماعی خود شده باشند و یا موجب آسیب فردی یا اجتماعی گردند.

اسکیزوفرنی از دیرباز به عنوان شاخص‌ترین اختلال روانی شناخته شود مطرح بوده‌است. در سالهای پیش از این توصیف این بیماری از حد جنون فراتر نمی‌رفته و شاید بسیاری از اختلالات پسیکوتیک دیگر را نیز تحت همین عنوان مطرح می‌نمودند.

علیرغم شیوع نسبتاً زیاد این بیماری، متأسفانه از نظر تحقیقات علمی، هزینه ناپیزی در این زمینه در نظر گرفته می‌شود. اگر چه مرگ و میر بعلت بیماری روانی فوق در بیماران رخ نمی‌دهد و اکثراً به علت‌های دیگر فوت می‌کنند ولی این بیماران می‌توانند از نظر اجتماعی مشکلات عمده‌ای را فراهم آورند چرا که رفتارهای عجیب و نوعاً پرخاشجویانه این بیماران می‌تواند برای آنان و یا اطرافیان مخاطره‌آمیز باشد.

مشکل دیگری که در بیماران اسکیزوفرنیک جلب نظر می‌کند وجود مواردی در این بیماری است که به اعتباری تظاهرات وخیم‌تری دارند و عملاً بسیاری از نیازها و عملکردهای بدیهی و اصلی خویش را از یاد می‌برند و در نهایت سیر بالینی ناخوشایندتری دارند.

اکثر اوقات این بیماران در شروع بیماری تشخیص داده نمی‌شوند و دچار عودها و بستری‌های مکرر می‌شوند و لیست وسیعی از داروهای روانگرا در مورد آنها به کار گرفته

می شود. شاید تشخیص زود هنگام این دسته از بیماران با کمک شاخص های مختلف بتواند نقش مؤثری را در بهبود پیش آگهی بیماری بازی کند.

اینکه چه تعداد از بیماران در ابتدای بیماری خویش دارای این علائم بوده اند و یا اینکه کدامیک از این سری علائم شیوع بیشتری داشته است و یا اینکه در چه سنی این شکل از بیماری تحقق بیشتری پیدا می کند، سؤالاتی هستند که کمابیش در این مطالعه به آنها پاسخ داده می شود.

در این رابطه در طی سالهای اخیر نیز مطالعاتی انجام گرفته است. این مطالعات در زمینه های مختلفی چون پاتوژنز، اپیدمیولوژی، Outcome و ... نتایجی را بدست داده اند که پاره ای از آنها حتی المقدور با توجه به امکانات موجود در پرونده ها در این بررسی مورد توجه واقع شدند.

علیرغم محدودیت های موجود در امر مطالعه پرونده های بیماران که عمدتاً شامل نقایص این پرونده ها می شد، این وجیزه فراهم آمد و امید است که علاقمندان این طریق را راهنمایی صحیح باشد.

خواستم کز کوچه دیوانگی بیرون روم تا قدم برداشتم زنجیر نالیدن گرفت

تاریخچه

توضیحات نوشته شده در باب اسکیزوفرنی به قرن ۱۵ قبل از میلاد برمی‌گردد. در قرون اول و دوم میلادی پزشکان یونانی اختلالاتی در عملکرد شناختی و شخصیت را تشخیص دادند که مشابه شکایات شایع در بیماران اسکیزوفرنیک کنونی بود (از جمله هذیانهای بزرگ منشی و پارانویا). مشاهده و درمان بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی طی قرون وسطی پیشرفتی نداشت. در قرن ۱۹ بسیاری از اختلالات پسیکوتیک بطور کلی در قالب جنون بررسی می‌شدند.

در اواسط و اواخر قرن ۱۹ توصیفات کلینیکی جنون دسته‌بندی‌های مختلفی داشت اما هیچیک از این رویکردها قادر نبود تا مفصلاً تظاهرات متعدد گونه‌های بسیاری از اختلالات روانی را در گروه‌های دارای ارزش تشخیصی جمع‌آوری کند.

در تاریخ اسکیزوفرنی نام دو مرد بنام‌های امیل کرپلین (Emil Kraepelin) (۱۸۷۵-۱۹۲۶) و یوگین بلولر (Eugen Bleuler) آشنا تر از دیگران است. حداقل سه پزشک و محقق دیگر بر کرپلین و بلولر تقدم داشته‌اند. بندیکت مورل (Benedict Morel) (۱۸۷۳-۱۸۰۹) روانپزشکی بلژیکی بود که اصطلاح دمانس پره‌کوز (Dementia Praecox) یا جنون زودرس را برای بیمارانی که بیماری منجر به زوال عقل آنان در دوره نوجوانی شده بود بکار برد. کارل کالبام (Karl Kalbam) (۱۸۲۸-۱۸۹۹) علائم کاتاتونی را شرح داد و اوالد نکر (Ewald Necker) (۱۹۰۹-۱۹۴۳) رفتار هبه فرنیک را توصیف کرد.

نگرش بلولر بعنوان یک پروسه شکافنده و اساسی، نگرشی نوین در زمینه اسکیزوفرنی است. وی معتقد است که علیرغم تظاهرات مختلف، اسکیزوفرنی یک بیماری با هویت منحصر به فرد است که شباهت‌های بسیاری در اتیولوژی و پاتوفیزیولوژی در تمام بیماران مبتلا به آن دیده می‌شود.

بر طبق این نگرش یک اختلال نوروفیزیولوژیک با منشأ و طبیعت نامشخص اتفاق می‌افتد که می‌تواند بصورت پدیده‌های مجزایی تظاهر کند که تأثیرات سوئی در تکامل

قابلیت‌های روانی در سطوح تفکر، هیجان و رفتار ایجاد می‌کند و بسته به توانایی تطابق افراد با رویدادهای محیطی، این پدیده‌های مجزا اساسی می‌تواند منجر به تظاهرات بیمارگونه ثانوی همچون هذیانها، توهمات، جامعه‌گریزی و سایر علائم شود.

کراپلین دو پدیده پاتوفیزیولوژیک عمده را که در دمانس پره‌کوز ایجاد می‌شود شرح داد. وی معتقد بود که در وهله اول ما در این بیماران با ضعفی در فعالیتهای هیجانی مواجهیم که در ارتباط با آن فعالیت‌های ذهنی و انگیزه‌کاری تأثیر پذیرفته و بیمارگونه می‌شود.

به عقیده کراپلین، گروه دوم از اختلالات که دمانس پره‌کوز ایجاد می‌کند مجموعه‌ای است از اختلالاتی که در طی آن بیمار فعالیت‌های هوشی، هیجانی و ارادی سازگاری با محیط ندارد. به عبارت دیگر هیجانان با تفکرات مطابقتی ندارد.

آدولف مایر معتقد بود که اسکیزوفرنی و سایر اختلالات روانی در واکنش به استرسها و فشارهای زندگی است. این تفکر به اشکال ناپخته‌تری نیز قبل از زمان مایر موجود بود بطوری که این بیماری را واکنشی معقول به دنیای نامعقول می‌دانستند. سالیوان از دیدگاه روانکاوی بیماری را مورد بررسی قرار داد و کناره‌گیری و انزوا را علت و علامت مهمی در اسکیزوفرنی می‌دانست.

افراد دیگری از جمله گابریل لانگ فلد (Gabriel Langfeld) و کورت اشنايدر (Kurt Schneider) نیز در زمینه تشخیص بیماری قائل به تقسیم‌بندی‌های خاصی بودند که در فصول بعد اشاره‌ای به آنها خواهد شد.

در سال ۱۹۲۲ دیده شد که در اسکیزوفرنی کاهش پاسخ هیستامین وجود دارد که احتمالاً بعلت افزایش کاتکولامین‌ها است و این موضوع سرآغازی برای بررسی‌های بیوشیمیایی و جای ویژه آن در بررسی اسکیزوفرنی بود.

در سال ۱۹۸۰ طبقه‌بندی بیماران اسکیزوفرن به تیپ‌های او I و علائم منفی و مثبت بیماری توسط Crow تبیین شد.

در مجموع مدلی که طیفی از فاکتورهای مولکولی تا روانی اجتماعی را بیان می‌کند
برای توصیف اسکیزوفرنی ضروری است که مؤید تأثیرات پاتوژنیک وسیعی بوده و یک
سیستم کاربردی برای درمان و بازتوانی بیماران را فراهم می‌سازد.

اپیدمیولوژی

میزان بروز اسکیزوفرنی در ایالات متحده امریکا و اروپا ۰/۳ تا ۰/۶ در هر هزار نفر است. در ایالات متحده میزان شیوع به نسبت کل عمر یک شخص حدود ۱/۵ درصد است. حدود ۰/۰۲۵ تا ۰/۰۵ درصد از کل جمعیت در هر سال مورد درمان اسکیزوفرنی قرار می‌گیرند و دو سوم از این بیماران نیاز به بستری شدن در بیمارستان دارند. بعضی از نقاط جغرافیایی از نظر میزان شیوع اسکیزوفرنی میزان غیر معمول و بالایی دارند که این مطلب باعث بروز بعضی ادعاها پیرامون علت عفونی (مثلاً ویرال) برای اسکیزوفرنی شده است.

سن و جنس

اوج سن شروع در مردان بین سنین ۱۵-۲۵ و برای خانمها ۲۵-۳۵ سالگی است. شروع اسکیزوفرنی قبل از سن ۱۰ سالگی و بعد از ۵۰ سالگی نادر است. حدوداً ۹۰ درصد از بیمارانی که تحت درمان اسکیزوفرنی بوده‌اند در سنین بین ۱۵-۴۵ سالگی قرار داشته‌اند. در بررسی دیگری شیوع بیماری در افراد مذکر و مؤنث یکسان گزارش شده است.

میزان باروری، خودکشی و خطر مرگ و میر

میزان ازدواج و باروری در بین افراد مبتلا به اسکیزوفرنی افزایش یافته است. این افزایش معلول چندین عامل است از جمله استفاده از داروهای روانگرا، خط مشی درهای باز بیمارستانهای روانی، عدم مؤسسه گرایی در بیمارستانهای ایالتی، تأکید بر روی باز توانی و مراقبت‌های اجتماعی از بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی. در نتیجه این عوامل تعداد کودکان متولد شده از بیماران اسکیزوفرنی در بین سالهای ۱۹۳۵ تا ۱۹۹۵ دو برابر شده است. چنانچه در حال حاضر عقیده بر آن است که میزان باروری در این بیماران بسیار نزدیک به این میزان در بین کل جمعیت می‌باشد.

ملاحظات فرهنگی و اجتماعی - اقتصادی

اسکیزوفرنی در بین تمام فرهنگ‌ها و طبقات و وضعیت‌های اقتصادی - اجتماعی مختلف وجود داشته و توصیف گشته است. در جوامع و ملل صنعتی تعداد نامتناسبی از بیماران اسکیزوفرنیک در طبقات و گروه‌های پائین اجتماعی قرار دارند. این ملاحظات توسط فرضیه حرکت به سطوح پائین (Down ward Drift Hypothesis) توضیح داده شده است که مبین آنست که بیماران مبتلا متعاقب بیماری به طبقات اجتماعی و اقتصادی پائین تر سقوط کرده و یا به خاطر وجود بیماری قادر به ارتقاء خویشتن از سطوح پائین اجتماعی - اقتصادی به سطوح بالاتر نیستند. توصیف دیگر، فرضیه عامل اجتماعی می باشد که پیشنهادکننده این مطلب است که استرس‌هایی که توسط افراد متعلق به طبقه پائین اجتماعی - اقتصادی متحمل می‌گردد می‌تواند در تکامل و پیشرفت بیماری و حتی در ایجاد آن مؤثر واقع گردد.

جمعیت

ارتباط میزان شیوع اسکیزوفرنی با تراکم محلی جمعیت در شهرهای با جمعیت کمتر از ده هزار نفر اصلاً وجود ندارد و اثر تراکم جمعیت با این مشاهدات تقویت شده که بروز اسکیزوفرنی در بچه‌های متولد شده از یکی یا هر دو والد بیمار در شهرها دو برابر این میزان در روستاها بوده است که نشان‌دهنده اثر عوامل استرس‌زای شهری بر روی افراد در معرض خطر و مستعد بیماری می‌باشد. مسئله افراد بیخانمان در شهرها نیز احتمالاً باعث عدم نگهداری بیماران اسکیزوفرنیک مربوطه در مؤسسات روانی است.

هر چند که تعداد دقیق افراد بیخانمان که در حقیقت اسکیزوفرنیک باشند به آسانی بدست نمی‌آید ولی بر طبق یک برآورد کلی بین $\frac{1}{3}$ تا $\frac{2}{3}$ افراد بی‌خانه و کاشانه مبتلا به اسکیزوفرنی می‌باشند.

بر طبق برخی فرضیات پدیده مهاجرت و صنعتی شدن می‌توانند بعنوان عامل بروز اسکیزوفرنی مطرح باشند. از آنجایی که طبق مطالعاتی گزارش شده است که شیوع زیادی از اسکیزوفرنی بین مهاجرین جدید دیده شده است. این یافته تغییرات فرهنگی ناگهانی را بعنوان استرسی که عامل این بیماری است مطرح می‌کند.

ظاهراً بنظر می‌رسد که شیوع اسکیزوفرنی در بین افراد کشورهای جهان سوم به محاذات تماس بیشتر با فرهنگ‌های تکنولوژیک در حال افزایش باشد.

ضمناً بر سر این موضوع نیز بحث و گفتگو است که کم و بیش فرهنگ‌ها خود باعث اسکیزوفرنی (اسکیزوفرنوژنیک) هستند که البته این مطلب براساس چگونگی درک بیماری روانی، چگونگی ماهیت نقش بیمار و چگونگی سیستم مهارت‌های اجتماعی و میزان پیچیدگی ارتباطات اجتماعی قرار دارد.

اسکیزوفرنی از نظر پیش‌آگهی در ملت‌های کم پیشرفته و کم توسعه یافته‌تر خوش‌خیم‌تر است یعنی در مناطقی که ارتباط مجدد بیماران با جامعه و خانواده خویش در مقایسه با جوامع غربی کاملتر برقرار شده و بهتر پذیرفته می‌گردد.

فصل تولد

در نیمکره شمالی منجمله ایالات متحده بیشترین بیماران اسکیزوفرنیک در ماه‌های زمستان از ژانویه تا آوریل بدنیا می‌آیند. در نیمکره جنوبی بیشتر بیماران اسکیزوفرنیک در ماه‌های ژوئن تا سپتامبر بدنیا می‌آیند که این فصلی بودن تولد برای برخی محققین این فرضیه را مطرح نموده است که احتمالاً اسکیزوفرنی در رابطه با عفونتهای ویرال در زمان جنینی (قبل از تولد) و یا بهنگام تولد می‌باشد که در ماه‌های زمستان شایع‌ترند.

چگونگی بستری کردن بیماران اسکیزوفرنیک در بیمارستان در عرض سه دهه گذشته تغییر یافته است. مدت زمان بستری شدن در بیمارستان کاهش یافته است ولی میزان و تعداد بستری شدن‌ها افزایش یافته است. احتمالاً پذیرش مجدد بیمار در بیمارستان در عرض یک دوره دو ساله پس از ترخیص از بیمارستان بدنبال بستری شدن اولیه در بیمارستان حدود ۴۰-۶۰ درصد می‌باشد. بیماران اسکیزوفرنیک حدود ۵۰ درصد تخت‌های بیمارستانهای روانی را اشغال می‌کنند و حدود ۱۶ درصد کل بیماران روانپزشکی را که تحت نوعی از درمان می‌باشند را نیز شامل می‌شوند.

اسکیزوفرنی از نظر هزینه‌های مستقیم درمانی و فندان قدرت تولید بیمار و هزینه‌های کمک جمعی یا عمومی پرخرج‌ترین بیماری روانی است. بطوری که هزینه سالانه اسکیزوفرنی در ایالات متحده بطور تخمینی حدود ۲ درصد تولید ناخالص ملی این کشور را شامل می‌گردد که از این مبلغ عرضه مستقیم مراقبتهای روانپزشکی فقط بیست درصد آن را به خود اختصاص می‌دهد.

نکات دیگر

نکته دیگر آن است که بیماران با شروع زودرس‌تر بیماری تمایل بیشتری به بروز اشکال دیس‌ارگانیزه داشته و پیش‌آگهی بدتری از جهت بهبود علائم و جهت عملکرد نسبت به بیماران با شروع دیررس‌تر (Late onset) دارند.

بیماران با شروع دیررس تماس بیشتری به بروز اشکال پارانوئید و پیش‌آگهی بهتر و حفظ عملکرد بیشتری نسبت به اشکال early onset دارند.

حدود ۲۵ درصد بیماران اسکیزوفرنیک یک شخصیت اسکیزوئید قابل شناسایی دارند که شامل مواردی از جمله گریز از اجتماع، غیرفعال بودن، خیالبافی، تعداد دوستان کم قبل از شروع علائم پسیکوتیک می‌باشد.