روانپزشکی برای همه (1)

اسکیزوفرنیا

راهنمای آموزش خانواده

تالیف:
دکتر ویکتوریا عمرانی فرد
دکتر حمید افشار
دکتر صفا مقصودلو

ویرایش:
دکتر ابراهیم افشار

مرکز تحقیقات علوم رفتاری و گروه روانپزشکی
دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

1389

2 ⁂ اسکیزوفرنیا

سرشناسه	: عمرانی‌فرد، ویکتوریا، ۱۳۴۳ -
عنوان و نام پدیدآور	: اسکیزوفرنیا/ گردآوری و تالیف ویکتوریا عمرانی‌فرد ، حمید افشار ، صفا مقصودلو ؛ ویرایش ابراهیم افشار.
مشخصات نشر	: اصفهان : دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اصفهان ، ۱۳۸۸.
مشخصات ظاهری	: 54ص. : مصور.
فروست	: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اصفهان ؛ ۴۴۷.
شابک	: 978-964-524-246-4
وضعیت فهرست نویسی	: فیپا
موضوع	: اسکیزوفرنی
موضوع	: اسکیزوفرنی-- درمان
موضوع	: بیماری‌های روانی -- تشخیص
موضوع	: بیماران روانی -- پرستاری و مراقبت
شناسه افزوده	: افشار، حمید، ۱۳۴۶ -
شناسه افزوده	: مقصودلو، صفا
شناسه افزوده	: افشار، ابراهیم، ۱۳۴۴ - ، ویراستار
شناسه افزوده	: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اصفهان
رده بندی کنگره	: RC۵۱۴الف۵ ۸۸۸۳۱ع/
رده بندی دیویی	: ۸۹۸/۶۱۶
شماره کتابشناسی ملی	: ۲۱۱۳۶۷۱

نام کتاب: **اسکیزوفرنیا** (راهنمای آموزش خانواده)
نویسنده: **دکتر ویکتوریا عمرانی فرد – دکتر حمید افشار – دکتر صفا مقصودلو**
ویراستار: **دکتر ابراهیم افشار**
ناشر: **انتشارات دانشگاه علوم پزشکی اصفهان**
شابک: 978-964-524-246-4
نوبت چاپ: اول – بهار 1389
شمارگان: 1000
قطع: **رقعی** تعداد صفحات: 54
قیمت: 2500 تومان

کلیه حقوق برای دانشگاه علوم پزشکی اصفهان محفوظ است.

آدرس: دانشگاه علوم پزشکی اصفهان – ص.پ. 319-81745 – تلفن: 67-3066!03
دورنما: 0311-6687898
تلفن فروشگاه: 6699401 – 6683405 - 0311

معاونت تحقیقات و فناوری

فهرست

عنوان **صفحه**

پیشگفتار 5
مقدمه 7
تاریخچه 7
اسکیزوفرنیا چیست؟ 8
اسکیزوفرنیا در چه کسانی بروز می کند؟ 10
علت اسکیزوفرنیا چیست ؟ 10
علائم اسکیزوفرنیا کدام است؟ 11
- نحوه شروع بیماری.....11
- ظاهر بیمار 12
توهم 13
- هذیان : 14
- خلق و هیجان بیمار 15
- رفتار:.....15
- ارتباطات احتماعی :.....15
- عملکرد:.....16
- سایر علائم.....16
- تشخیص :.....18
- سیر بیماری: 18
- در چه موردی سیر بیماری بهتر است ؟ 18
- درمان:.....19
انواع درمان: 19
- درمانهای داروئی:.....19
- انواع داروها: 20
- عوارض داروها:.....21
- ضعف و سرگیجه: 21
خواب آلودگی.....22
- خشکی دهان و یبوست 22
- آفتاب سوختگی:.....23
- افزایش وزن:.....23
- عوارض عصبی:.....23
- درمان با شوک الکتریکی(ECT): 25
- چه موقع لازم است بیمار مبتلا به اسکیزوفرنیا بستری شود؟ 25
- درمان دارویی در حاملگی و شیردهی:.....26

- درمانها و اقدامات روانی - اجتماعی:.....27
- درمانهای مختلف کدامیک از علائم بیماری را کنترل می کنند؟ 28
- خانواده و بیماری اسکیزوفرنیا 28
- نکاتی برای خانواده های بیماران: 29
- پاره ای ازعلائم اسکیزوفرنیا ونحوه برخورد افراد خانواده با آنها ..30

- توهم : 30
- هذیان: 31
- تهاجم و پرخاشگری : 32
- انزوا و گوشه گیری : 33
- سخنان بی ربط : 35
- رعایت نکردن نظافت و بهداشت شخصی 35
- بی تفاوتی و بی اشتیاق بودن: 35
- نقش خانواده در مواردی که بیمار از خوردن دارو خودداری می‌کند36

- چه موقع باید نگران عود بیماری باشیم:.....37

منابع 53

پیشگفتار

سلامت روان یکی از مهم‌ترین ابعاد سلامتی و لازمه رشد و شکوفایی انسان است. تأمین و حفظ و ارتقاي سلامت فکر و روان و بالا بردن توانایی مقابله با مشکلات روزمره زندگی، توانایی برقراری و حفظ روابط سالم و صمیمانه با همنوعان و داشتن زندگی هدف دار و پرثمر و لذت بردن از آن، براي این منظور بسیار اهمیت دارد.

بیماری‌های روانی یکی از علل عمده ناتوانی شغلی، افت تحصیلی، درگیری‌های خانوادگی و ارتباطات غلط بین فرد و اجتماع و اعتیاد به شمار مي‌رود. مطالعات نشان می‌دهد شیوع این اختلالات در ایران بین 11/9 تا 30/2 است و در اصفهان نیز شیوع این اختلالات را 19/9 درصد گزارش کرده‌اند.

بسیاری از بیماری‌های روانی علاوه بر فرد بیمار، اطرافیان و خانواده او را نیز دچار مشکلات فراوان مي‌کند؛ بخصوص وقتی که شناخت و آگاهی بیمار و اطرافیان او از بیماری و شیوه‌های درمان و مقابله با عوارض آن، ناکافی و یا غیر علمی باشد.

همچنین برقراری رابطة مثبت بین درمانگر، بیمار و خانواده او باعث پیشرفت بهتر برنامه‌های درمانی مي‌شود. برای انتخاب آگاهانه نوع درمان، لازم است بیماران و خانواده های آنان در مورد ماهیت بیماری خود و راههای درمانی آن اطلاعاتی داشته باشند. مراجعه به درمانگر و مشورت در مورد مشکلات خاص هر بیمار، و در صورت لزوم تصمیم‌گیری مشترک در مورد انتخاب نوع درمان، و نیز آگاه کردن بیمار و

خانوادة او از عوارض احتمالی داروها نیاز به صرف وقت و حوصله فراوان دارد.

مرکز تحقیقات علوم رفتاری و گروه روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان در نظر دارد به منظورهاي فوق و نیز براي گسترش آگاهی همگان و آموزش خانوادهها، به انتشار سری کتابهای آموزش خانواده در خصوص شایعترین بیماریهای روانپزشکی به زبانی ساده و قابل استفاده برای عموم بپردازد. این کتابها به ترتیب اولویت منتشر خواهند شد.

کتاب حاضر برای آموزش بیماران و خانواده ها در خصوص بیماری افسردگي تهیه شده است. این کتاب را اعضاي هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان تالیف کرده اند.

امید است بیماران و خانوادههای آنها مطالب این کتاب را مفید و قابل استفاده بیابند

مقدمه

خانواده منبع اصلی و حیاتی درمان و توانبخشی بیماران مبتلا به اختلالات شدید روانی است و در اغلب موارد تنها حمایتی است که فرد به راحتی به آن دسترسی دارد.

اعضای خانواده اولین کسانی هستند که هم درگیر بحران بیماری و هم مسئول تأمین نیازهای فردی و اجتماعی بیمار خود هستند. آنان با شناخت و درک ماهیت بیماری، همدلی و همراهی با بیمار می توانند به بیمار خود خدمت کنند و با پرهیز از احساسات و عواطف نامناسب محیط سالمی برای بیمار ایجاد کنند. به علاوه، خانواده‌ای که عضو مبتلا به بیماری سخت روانی مانند اسکیزوفرنیا دارد، لازم است از علایم، علت، سیر و طول درمان بیماری اطلاع داشته باشد تا بتواند به موقع بحرانهای زندگی بیمار را حل و فصل کند.

این کتاب برای آگاهي خواننده از نقش خانواده در درمان و بازتوانی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا و کمک به بهبودی سریع تر این بیماران است.

تاریخچه

اختلالی که امروزه با عنوان اسکیزوفرنیا یا شیزوفرنی شناخته می‌شود، در گذشته با نام کلی جنون یا دیوانگی شناخته می شد. برخورد های نامناسب وغیر انسانی با این بیماران در گذشته معمول بودوبیماران به اشکال مختلف مورد آزار و اذیت قرار می گرفتند.

در برخورد با این بیماران تحقیر و تمسخر رواج داشته است. آنان در کوچه و بازار انگشت نما بودند و گاه سرگردان در خیابان‌ها و محلات پرسه می زدند.

امروزه نیز بخش بزرگی از افراد بی خانمان و" کارتن خواب" در کشورهای غربی اینگونه بیماران هستند. اما از اواخر قرن 18 با شروع درمانهای طبی و دارویی و تلاش برای درمان آنان با رویکرد انسانی برخورد با آنان بهبود یافت. در کشور ما نیز امروزه به منظور انگزدایی از این بیماری به جای جنون، با واژه روان پریشی و بیماری شدید روانی یاد می شود.

در سالیان اخیر مراکز متعددی برای باز توانی و نگهداری بیماران اسکیزوفرن تاسیس شده است. . گسترش بیمه ها و سازمانهاي حمايتي نيز به بازتواني بيماران مبتلا به اسکیزوفرنیا کمک بسیار کرده است و تأمین سلامت روان افراد خانواده این بیماران جایگاه اهمیت یافته است.

امید است با ارتقاء فرهنگ جامعه و گسترش اطلاعات مردم در مورد این گونه بیماریها در سالهای آینده، بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا و خانواده آنان از ترس و نگرانی از افشای این بیماری رهائی یابند و با این بیماری همانند سایر بیماریهای جسمی برخورد شود. در نتیجه برخورد صحیح جامعه با این بیماران امید می رود درمان اسکیزوفرنیا آسان تر و از مزمن شدن آن پیشگیری شود.

اسکیزوفرنیا چیست؟

بيماري اسكيزوفرنيا را در ابتدا با نام زوال عقل(دمانس) زودرس و همچنين جنون جواني مي خواندند. اوائل قرن

بیستم این بیماری را اسکیزوفرنیا نامیدند که بـه معنـي روان از هم گسیخته و یا روان پریشی است.

اسکیزوفرنیا اغلب در دوران نوجوانی و اوایـل بزرگسـالی بروز می کند و دارای نشـانه هـای جسـمی، روانـی و رفتـاری اسـت. اسـکیزوفرنیا نحـوه تفکـر، حـواس پنجگانـه، عواطـف، ارتباطات اجتماعی و خانوادگی بیمار را تحـت تـأثیر قـرار مـی دهد.

اسکیزوفرنیا در چه کسانی بروز می کند؟

این بیماری در هرسنی، در هر دو جنس و در تمامی فرهنگ ها و طبقات اجتماعی بروز می کند. شروع بیماری معمولاً درجوانی است. در مردان اغلب بین 15 تا 25 سالگی و در زنان بین 25 تا 35 سالگی شروع می شود. این بیماری سیر مزمن و طولانی دارد ؛ گاه شدید و گاه تخفیف بروز می کند. .

بطور کلی 1% مردم هر جامعه ای به اسکیزوفرنیا مبتلا می‌شوند. اما در خواهران و برادرانی که یکی از آنها به این بیماری مبتلا باشد این احتمال به 8%، و در فرزندانی که یکی از والدین آنها به این اختلال مبتلا بوده اند 12% گزارش شده است.

علت اسکیزوفرنیا چیست ؟

عوامل موثر در بروز بیماری اسکیزوفرنیا را بطور خلاصه می توان بصورت زیر بیان کرد:

1) عوامل ارثی و زیستی
2) عوامل روانشناسی
3) عوامل محیطی و اجتماعی

آنچه امروزه پژوهشگران بر آن توافق دارند این است که اگر کسی به خاطر زمینه ارثی آسیب پذیر باشد، فشار روانی و اجتماعی می‌تواند سبب بروز اسکیزوفرنیا در او شود و هر 3 دسته عوامل ارثی، روانی و اجتماعی می توانند در مبتلا شدن به اسکیزوفرنیا مؤثر باشند. عوامل مختلفی سبب آسیب پذیری، بروز و ادامه بیماری می شوند.

علائم اسکیزوفرنیا کدام است؟

ابتدا پیش از هرچیز تآکید کنیم که اسکیزوفرنیا هیچ علامت مخصوص به خود ندارد. بسیاری از علایم این بیماری در سایر بیماریهای روانپزشکی و یا حتی بیماریهای جسمی، مانند بیماریهای مغز واعصاب وحتی در افراد عادی جامعه نیز دیده شود. بنابراین صرفا وجود برخی از علایمی را که در این جا به آنها می پردازیم، نباید دلیل مبتلا بودن کسی به اسکیزوفرنیا بدانید.

در اختلال اسکیزوفرنیا علائم بیماران ممکن است باهم بسیار متفاوت باشد. همینطور طول مدت درمان، سیر و عملکرد و پاسخ به درمان بیماران نیز باهم متفاوت است. بنابراین خانواده ها هرگز نمی توانند بیمار خود را با بیمار دیگری مقایسه و در مورد نوع درمان یا سیر آن پیشداوری کنند.

- **نحوه شروع بیماری**

بیماری اسکیزوفرنیا اغلب آرام آرام شروع و ماهها و حتی سالها به تدریج علایم خفیف آن آشکار می شود و تغییرات در رفتار وحالات روحی بیمار ظاهر می گردد. این دوران که علایم بیماری به وضوح آشکار نشده است دوران بسیار حساسی است. در صورت شناسائی بیماری در این دوران، به بهبود بیماری بسیار می‌توان کمک کرد. در این دوران بیماری می تواند با دوری گزیدن فرد از جمع یا به صورت گرایش‌های فلسفی یا فکری خاص خود را نشان دهد. برخی بیماران عقاید و رفتارهای خاصی در زمینه بهداشت و تغذیه پیدا می کنند.

در این دوران ممکن است علایم بیماری شباهت زیادی به اختلال افسردگی داشته وبه راحتی ازافسردگی و حتی در

مواردی از وضع شخص عادی قابل تشخیص نباشد. این مرحله از بیماری فاقد علایم وویژگیهای آشکار بیماری اسکیزوفرنیا است و هنوز بیماری تثبیت نشده وفقط روانپزشک ممکن است بتواند بیماری را شناسایی کند.

تدریجاً بیمار از این مرحله که دوران نهفته بیماری است عبور می‌کند و وارد دوران فعال بیماری می شود. در دوران فعال، علایم بیماری آشکارتر می شود و رفتار، روابط، هیجانات، عواطف، وبه ویژه عملکرد بیمار تغییرات محسوس می یابد.

هرگونه تغییر بارز رفتاری در عادات معمول(لباس پوشیدن،غذا خوردن،رفت و آمد،صحبت کردن) تغییر ناگهانی افکار و اعتقادات و بروز گرایش های فکری عجیب و غریب، افت در کارکردشغلی و تحصیلی،گوشه گیري و انزوا طلبی ،به خصوص در سنین نوجوانی و جوانی، باید خانواده و اطرافیان رابه چاره جوئی صحیح بیندازد. مشاوره با روانپزشک لازم است.

در اینجا به پاره ای از علایم بیماری در مرحله فعال بیماری اسکیزوفرنیا می پردازیم:

- **ظاهر بیمار**

بی توجهی به ظاهر، رعایت نکردن بهداشت و نرفتن به حمّام، بی‌توجهی به آداب و رسوم معاشرت، ژولیدگی، اکراه از برقراری تماس چشمی در حین صحبت با دیگران و خنده های بیمورد از ویژگیهای ظاهری بیمار اسکیزوفرن است.

توهم

بیمار اسکیزوفرن ممکن است بدون وجود هیچگونه محرک بیرونی صداهایی را بشنود یا چیزهایی را ببیند یا بوهایی را حس کند که دیگران آنها را درک نمی کنند. در این صورت می گوییم بیمار دچار توهم شده است. در این حالت ارتباط بیمار با دیگران به دلیل شنیدن این صداها و یا دیدن افراد و اشیاء غیرواقعی دچار اشکال می گردد و ممکن است بیمار دچار سردرگمی شود. بیمار ممکن است در واکنش به این توهم ها بسیارهیجان زده و یا بالعکس بسیارخموده و منزوی و وحشت زده شود.

شایعترین توهمات در این بیماري توهم شنوایی است. صداهای توهمی ممکن است به او امر و نهی کنند و او را بترسانند یا بالعکس، احساس خوشایندی در او ایجاد کنند. در پاسخ به صداهای توهمی، ممکن است فرد مبتلا عکس العمل نشان دهد و دستورهای صداهای توهمی را اجرا کند. خوشبختانه دراکثر موارد امر و نهی صداهای دستور دهنده به کارهای بی خطر و روزمره است. گاه نیز بیمار توهمی صداهایی را می شنود که او را مسخره و تحقیر می کنند. این وضعیت باعث ترس و نگرانی و اضطراب وی می شود.

در مواردی ممکن است فردی که دچار توهم شنوایی یا بینایی است در پاسخ به این توهم ها شروع به حرف زدن کند و یا بخندد. در این هنگام دیگران می گویند با خودش حرف می زند یا می‌خندد. گاه نیز بیمار سخناني را بلند یا آهسته بر زبان می آورد که شبیه جدال لفظي با دیگری است.

- **هذیان :**

فرد مبتلا به اسکیزوفرنیا ممکن است با یك سري افکار و باورهای غلط یا عجیب و غریب و ناسازگار با فرهنگ وی و محیط اجتماعی خود درگیر شود. بیمار ایمان دارد که افکارش درست است. مثلاً فکر می کند افراد و نیروهایی در صدد آزار و اذیت او هستند؛ دشمنانی دارد که او را کنترل می کنند؛ یا افکارش را می‌خوانند. این افکار و باورهاي بیمار، که با دلیل و برهان اصلاح نمی‌شوند، هذیان نامیده می شوند.

فرد مبتلا به این هذیانها ممکن است دچار ترس و نگرانی شود و یا در دفاع از خود به بحث و جدل و درگیری با دیگران بپردازد و یا از غذا خوردن با دیگران امتناع کند یا خود را در اتاقی زندانی سازد.

- **خلق و هیجان بیمار**

بیمار مبتلا به اسکیزوفرنیا ممکن است حالات هیجانی مختلف، از خشم و ترس گرفته تا سرخوشی و اضطراب و غم را تجربه کند. به هرحال، میزان وقوع هیجانات و حالات عاطفی این بیماران نسبت به افراد عادی به علت های مختلف، از جمله توهم و هذیان، دچار تغییرات زیاد می شود. مثلاً دچار کُندی عواطف و یا بی‌تفاوتی می شوند و یا درمواردی فاقد هرگونه احساس به نظر می‌رسند.گاه نیز هیجانهای شدید و نامناسب مانند خشم، خنده، گریه و اضطراب نشان می دهند مثلاً بیمار ممکن است با چهره شاد و خندان از مرگ عزیزش صحبت کند.

- **رفتار:**

گاهي به علت افکار هذياني و غيرواقعي، رفتار بيمار نيز دچار تغییرات فاحش می شود. رفتارها گاه بسیار آشفته و عجیب و غریب اند. حرکات تکراری و بی معنی، انزوا طلبی، با خود صحبت کردن، رفتارهای نامناسب اجتماعی و دور از نزاکت، نمونه ای از این رفتارهاي بيمارگونه هستند..

- **ارتباطات احتماعی :**

بیمار ممکن است به دلیل ابتلاء به توهم ها و یا افکار و اعتقادات هذیانی و نیز از دست رفتن عواطف سالم، منزوی و گوشه گیر شود و از حضور در جمع امتناع کند. گاه مهمترین علامت بیماری اسکیزوفرنیا دوری گزینی و فرار از اجتماع است.

دلایل سست شدن و یا تغییر ارتباطات اجتماعی در این بیماران بسیار متنوع است و از یک بیمار به بیمار دیگر تفاوت

دارد مثلاً در یک بیمار به دلیل وجود این توهم شنوایی که " تو حق نداری بیرون بروی" انزوا ظاهر می شود و در دیگری فکر هذیانی مبنی بر اینکه «دیگران در تعقیب تو هستند» باعث گوشه گیری می شود.

- **عملکرد:**

تمام علائم و نشانه های فوق منجر به اختلال در عملکرد بیمار درابعاد مختلف می شود. کاهش توان کار و تحصیل یا به اصطلاح افت عملکرد، از علائم اصلی این بیماری است. معمولاً در سابقه اینگونه افراد اختلال درمسئولیت پذیری فرد در دوره های چند ماهه تا چند ساله، افت عملکرد شغلی و گاه عدم ثبات شغلی و اختلال در روابط اجتماعی و خانوادگی و نرسیدن به سر و وضع وجود دارد. بیمار ممکن است به از دست دادن شغل، ژوليدگي سر و وضع ، بروز بيماري و يا حوادث ناگوار براي خود و نزديكانش واكنش نشان ندهد.

علائم فوق عمدتاً علائم مرحله حاد و فعال بیماری است. با کمک دارو بسیاری از این علائم کنترل می شود و بیمار به شرایط نسبتاً عادی باز می گردد.

- **سایر علائم**

از دیگر علائم این بیماری کنترل نداشتن بیمار بر امیال درونی و ظاهر کردن رفتارهای مهار گسیخته و گاه خطرناک، اعمال وسواسی و آگاه نبودن فرد از بیماری خود است. مثلاً ممکن است فرد مبتلا خیلی ساده پرخاشگر شود و گاه درگیری بدنی پیدا کند و یا غرایز خود را به شکل ناخوشایندی ارضاء کند (مثلا در حضور دیگران خودارضايي كند). گاهی شیوه های خاص زندگی، پوشش های ویژه، رژیم ها و عادات غذایی

خاص و یا عادات و اعمال تکراری در این بیماران ظـاهر مـی شود(مثلا به تنهایی غذا بخورد یا غذاهای خاصی را بخورد).

- **تشخیص :**

تشخیص اسکیزوفرنیا بر مبنای شرح حال و معاینه وضعیت روانی بیمار توسط روانپزشک و بر اساس ملاکهای تشخیصی خاص صورت می گیرد و تا کنون هیچ آزمون آزمایشگاهی از قبیل آزمایشهای خونی یا روشهایی مثل انجام نوار مغز و یا CT- Scan و MRI در تشخیص قطعی این بیماری کاربرد نداشته و آزمایش و انجام تصویرنگاري و نوارمغزي فقط در مواردی برای بررسی سایر علل و رد کردن علل جسمی به کار می رود.

بنابراین تنها با انجام آزمایش و یا انجام CT- Scan نمی توان این بیماری را تشخیص داد و فقط تشخیص گذاری این بیماری توسط پزشک متخصص پذیرفتنی است.

- **سیر بیماری:**

شروع علائم در اکثر موارد تدریجی و ندرتاً ناگهانی است اسکیزوفرنیا معمولاً در سالهای نوجوانی شروع و منجر به افت تحصیلی و حتي مانع اخذ دیپلم و یا ورود به دانشگاه می شود.

سیر معمولی آن شامل دوره های حاد و بهبودی است، ولی معمولاً در دوره های بهبودی، بیمار به سطح عملکرد پایه خود نمی‌رسد. 20 تا 30% این بیماران می توانند به زندگی نسبتاً طبیعی ادامه داده، 20 تا 30% درصد کمی بهبودی می یابند و 40 تا 60% در تمام عمر درگیر علائم بیماری هستند.

- **در چه موردی سیر بیماری بهتر است ؟**

افرادی که بیماری آنها در سنین پایین و بتدریج شروع شده و عامل خاص یا حادثه ای در آغاز بیماری نقش ندارد، سیر و عاقبت چندان خوبی ندارند، برعکس افرادی که در سنین بالاتر

به این بیماری مبتلا می شوند، بیماری شان ناگهانی شروع می شود و سوابق تحصیلی، شغلی و اجتماعی بهتری دارند، احتمالاً وضعیت بهتری خواهند داشت. همچنین شرایط خانوادگی و مراقبتی خوب و حمایت های روانی و اجتماعی مناسب در بهبودی بیشتر و سیر بهتر بیماری نقش دارد.

- **درمان:**

کشف داروهای روانپزشکی نوید بخش کنترل و درمان هر چه موثرتر این بیماری است. به کارگیری همزمان درمان دارویی و غیر دارویی، علاوه بر تسریع بهبودی و کنترل علائم بیماری، به بهبود کیفیت زندگی این بیماران و خانواده های آنان منجر می شود و از رنج، فشار و نگرانی خانواده های آنها می کاهد.

انواع درمان:

درمانهای دارویی
مداخلات روانی و اجتماعی

- **درمانهای داروئی:**

مطالعات نشان داده اند که درمان داروئی رکن اصلی درمان بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا است. همچنین ثابت شده که میزان عود در بیمارانی که دارو مصرف نمی کنند یا از داروهای مناسب استفاده نمی کنند چند برابر بیمارانی است که داروهای ضد روان پریشی مصرف می کنند. اگر چه این داروها علاج قطعی اسکیزوفرنیا نیست ولی علائم بیماری را کنترل و درمان می کند. استفاده از این داروها امکان انجام سایر درمان ها و

توانبخشی را فراهم و بازگشت نسبي فرد به جامعه را تسهیل می کند.

- **انواع داروها:**

برای کنترل بیماری از دو دسته دارو استفاده می شود:

1- داروهای دسته اول یا سنتی یا نسل اول مانند هالوپریدول، پرفنازین، تری فلوپرازین، کلرپرومازین، تیوتکسین و فلوفنازین.

2- داروهای دسته دوم که به آنها داروهای جدید یا نسل دوم گفته می شود مانند: کلوزاپین، ریسپریدون، الانزاپین و کوتیاپین.

25% بیماران با استفاده از داروهای دسته اول بهبودی قابل ملاحظه می‌یابند و وضعیت قابل قبولی پیدا میکنند. 25% دیگر نسبتاً به درمان پاسخ می دهند و 50 % به سمت ناتوانی و افت عملکرد سیر می کنند.

درمان با استفاده از داروهای نسل دوم به ویژه کلوزاپین برای40 تا 60 درصد بیماران مقاوم به داروهای دسته اول موثر است. از این رو داروهای جدید به تدریج روش درمان داروئی اصلی شناخته شده است. تفاوت این دسته داروها عمدتاً ناشی از عوارض دارویی و تا حدودی در میزان تاثیر آنها بر علائم مختلف این بیماری است.

برای بعضی از انواع داروهای ضد اسکیزوفرني اشکال تزریقی طولانی اثر وجود دارد، که به ویژه در زمانی که بیمار همکاری درمانی کمی داشته ویا از خوردن دارو اجتناب نموده، کاربرد دارد.

- **عوارض داروها:**

مصرف دارو براي تمام بيماريها ممكن است در بيمار عوارض ايجاد كند. داروهاي ضد جنون هم از اين قاعده مستثنی نيستند. اما ***تمام عوارضي كه در بروشورهاي داروها ذكر مي شود در تمام بيماران بروز نمي كنند*** و ذكر آنها صرفاً جنبه آگاه كنندگی و هشدار دارد و نبايد در بيمار و خانواده او ايجاد نگراني كند. به علاوه، روانپزشک بعد از مصاحبه با بيمار و تشخيص سود و زيان دارو، مناسبترين نوع و مقدار آن را تجويز می كند. بعد از آن نيز چنانچه عارضه ظاهر شود روانپزشک مـی توانـد بـه راحتی آن را كنترل كند.

در صورت بروز هر عارضه يـا ابهـام و نگرانـی در ذهـن خود در مورد دارو و عوارض احتمـالی آن، در اولـين فرصـت بـه پزشـک خـود مراجعـه كنيـد و موضـوع را بـا او درميـان بگذاريد.

به ياد داشته باشيد كه مدت مصـرف داروهـا ي ضـدجنون، طولاني و گاه مادام العمر است. به علاوه، هيچ يك از داروهای ضد جنون، اعتيادآور نيستند و نياز بـه مصـرف طـولانی مـدت آنها به خاطر وابسته شـدن بيمـار بـه آنهـا نيسـت بلكـه بـه علـت ماهيت بيماری است.

در اينجـا بعضـی از عـوارض داروهـا ی اسـكيزوفرنيا و نحوه برخورد با آنها را توضيح می دهيم:

- **ضعف و سرگيجه:**

ضعف و سرگيجه معمولاً دراثر افت فشار خون بيمار به هنگـام از جا بلند شدن ناگهانی ايجاد می شود. اين عارضه معمولا" در روزهای اول شروع درمان ظاهر می شود. برای پيشـگيری از آن اين نكات را رعايت كنيد:

از تغییر وضعیت ناگهانی خودداری کنید: بیمار را نباید ناگهانی از حالت درازکش یا نشسته به پا برخیزد. اول به آرامی به حالت نشسته درآید، بعد به آرامی بایستد. مصرف مایعات و نمک (درصورت نداشتن فشار خون بالا) مفید است. به مرورزمان این عارضه کاهش می یابد و شخص به آن عادت می کند و می تواند آن را تحمل کند.

خواب آلودگی

خواب آلودگی و احساس کسالت معمولاً با شروع مصرف بعضی از داروها ظاهر می شود. رعایت این موارد برای کنترل خواب آلودگی ناشی از دارو مفید است:

1) بخش عمده دارو را درهنگام شب (بویژه ساعات اولیه شب) مصرف کنید. ممکن است تغیر نوع و میزان دارو لازم شود. این کار را خودسرانه انجام ندهید. آن را به عهده پزشک معالج بگذارید.

2) از خواب بعد از ظهر بپرهیزید یا آن را کم کنید تا میزان و کیفیت خواب شب بهتر شود.

3) خواب آلودگی بیمار ممکن است به سبب های دیگری از جمله وجود علائم افسردگی باشد نه مصرف دارو.

- **خشکی دهان و یبوست**

- در صورت بروز خشكي دهان، آدامس های بدون شکر یا مواد محرک بزاق دهان بجوید. توجه به بهداشت دهان و دندان در موارد بروز خشکی دهان اهمیت دارد و لازم است خانواده های بیماران به آن توجه کنند. استفاده از محلولهاي دهان شويه و خمير دندانهاي مخصوص به كاهش اين عارضه كمك مي كنند.

- در صورت بروز یبوست میوه و مایعات بیشتر مصرف کنید.

- **آفتاب سوختگی:**

حساسیت شدید به نور آفتاب در مصرف طولانی مدت بعضی از داروها(مثل کلرپرومازین) ایجاد می شود. از کرم ضد آفتاب وکلاه لبه دار استفاده کنید.

- **افزایش وزن:**

از دیگر عوارض داروهای ضد اسکیزوفرني افزایش وزن است. برای کنترل یا کاهش وزن به توصیه های زیر عمل کنید:

1) مواد نشاسته ای و قندی کم بخورید؛
2) تا می توانید به رژیم غذائی خود مواد فیبر دار مانند سبزیجات و میوه بیفزائید؛
3) هر روز به طور مرتب پیاده روی کنید و ورزش های مورد علاقه تان را انجام دهید؛

- **عوارض عصبی:**

- از عوارض مهم عصبی داروهای اسکیزوفرنیا گرفتگی شدید عضلات در ساعات و روزهای اول مصرف دارو است. گاه زبان از دهان خارج و گردن می‌شود و یا ا سیاهی چشمها بالا می رود. با پزشک خود تماس بگیرید. او نوع دارو و مقدار مناسب آن را تجویز و این عوارض را به راحتی کنترل و از بروز آنها پیشگیری می کند. این عارضه به راحتی قابل کنترل و درمان است و نشانه سکته مغزی نیست.

- عوارض دیگر عصبی داروهای اسکیزوفرنیا کُندی حرکات، قیافه بی حالت، سفتی اندامها، لرزش و برخی علائم دیگر است که به آن پارکینسونیسم ناشی از دارو گفته می شود. این

عارضه با مراجعه به پزشک و تجویز و تنظیم مقدار داروهای بیمار،کنترل می شود.
- بیقراری عارضه دیگر این داروهاست. بیمار قادر به آرام گرفتن و نشستن در یکجا نیست و ترجیح می دهد دائم قدم بزند. این حالت برای او و اطرافیانش گاه قابل تحمل نیست. لرزش دستها، پاها و گاه زبان و چانه نیز عارضه های دیگر است. همه اینها با مراجعه به پزشک کنترل پذیر است.
- عارضه عصبی دیگر داروهای ضد روان پریشی یک اختلال حرکتی است که معمولاً بعد از چند ماه استفاده از دارو ظاهر می‌شود. این عارضه بروز حرکات غیر عادی عضلات دور دهان است. کنترل این عارضه دشوارتر از کنترل سایر عوارض عصبی است. بنابراین با مشاهده اولین نشانه های حرکات اضافی در ناحیه فک و دهان پزشک خود را در جریان قرار دهید.
- یکی از عوارض نادر داروهای اسکیزوفرنیا سفتی عضلات همراه با تب و عرق کردن است. در صورت بروز تب به هر دلیل پزشک معالج را مطلع کنید.
- بروز تب و گلو درد ممکن است نشانه اختلال در تولید سلولهای سفید خون و اشکال در سیستم ایمنی بدن باشد. این عارضه عمدتاً با دارویی چون کلوزاپین ممکن است بروز کند و در این مورد لازم است بیمار و خانواده توصیه های پزشک را در انجام آزمایشهای خون جدی بگیرند و بروز نشانه هایی مثل تب، گلودرد یا لکه های خون مردگی در اندامهای بیمار را بلافاصله به پزشک گزارش دهند.

- از عوارض دیگر داروهای اسکیزوفرنیا قطع موقت قاعدگی، بزرگی پستانها در زنها و گاه ترشح شیر است. این موارد نیز لازم است با پزشک معالج در میان گذاشته شود.

- **درمان با شوک الکتریکی(ECT):**

اگر از بیماران اسکیزوفرن رفتارهای پرخاشگرانه نظیر فحاشی و حمله به دیگران سربزند و یا خیلی جدی حرف از خودکشی بزنند، و یا از خوردن غذا و دارو خودداری کنند، پزشکان گاه به آنها شوک الکتریکی وارد می کنند. شوک الکتریکی ایجاد تشنج خفیف مصنوعی در بیمار است شوک الکتریکی رفتارهائی را که برشمردیم، برطرف می کند و درمانی بی خطر و مطمئن است.

- **چه موقع لازم است بیمار مبتلا به اسکیزوفرنیا بستری شود؟**

الف) یکی از مواردی که شخص مظنون به اسکیزوفرنیا را بستری می‌کنند زمانی است که مشکل او تشخیص داده نشده اشت. پزشک با بستری کردن می تواند بیمار را از نزدیک زیر نظر بگیرد و با انجام مصاحبه های بیشتر ودقیق تر بیماری را تشخیص دهد.

ب – زمانی که بیمار در منزل از خوردن دارو و غذا خودداری کند.

ج – زمانی که بیمار برای خود و دیگران تهدید آفرین باشد و مثلاً دست به خودکشی بزند یا تهدید کند که خود یا دیگری را خواهد کشت. و یا پرخاشگری کند.

د- در مواقعی که اطرافیان بیمار قادر به نگهداری از بیمار نباشند و با او برخورد نامناسب کنند یا بیماری وی تأثیرات و عواقب ناگوار جدی بر افراد خانواده داشته باشد.

- **درمان دارویی در حاملگی و شیردهی:**

در فرزندان بیماران مبتلا بـه اسـکیزوفرنیا، احتمـال بـروز ایـن بیماری بالاتر از حد معمول است. اگر یکی از والدین مبـتلا بـه این بیماری باشد.، احتمال بـروز اسـکیزوفرنیا در فرزنـدان وی 12% و چنانچه پدر و مادر هر دو به این بیمـاری مبـتلا باشـند احتمال بروز بیماری در فرزنـدان آنـان بـه 46% میرسـد. قـبلا گفتیم که احتمال بروز این بیماری در جمعیت عادی جامعه 1% است.

چـون احتمـال ابـتلای فرزنـدان بیمـاران اسـکیزوفرنیا زیـاد است، توصیه ما آن است که بیماران اسکیزوفرن از فرزنـد دار شدن منع شوند. اما این ممانعت باید با ظرافـت توسـط نزدیکـان به آنها گفته شود تا به حس محرومیـت و نقصـان در آنهـا دامـن نزند. در صورت باردار شدن بیمار مبتلا به اسـکیزوفرنیا لازم است در مورد مصرف دارو بـا پزشـک معـالج مشـورت شـود. بارداری و شیردهی مانع از ادامه درمان داروئی نمی شود، اما بهتر است قبل از تصمیم به بارداری، بیمار با روانپزشک خـود مشورت کند تا اقدامات لازم بـرای آمـادگی وی وخـانواده انجـام شـود. در صـورت لـزوم بایـد داروهـای بیمـار تغییـر کنـد و داروهـای مکمـل و ویتـامین بـرای او تجـویز شـود. لازم اسـت بیمار به متخصص زنان و زایمان ارجاع شود تا آزمـایش هـای لازم در مورد او انجام شود و وضعیت بیمار در طول بارداری به خوبی کنترل شود. همچنین لازم است در آینده بیمار و همسر وی در مـورد چگـونگی برخـورد بـا کـودک خـود و کنتـرل اسـترس‌های احتمـالی، آموزشـهای لازم را ببیننـد تـا بتواننـد نیازهای عاطفی فرزند خود را برآورده سازند.

- **درمانها و اقدامات روانی - اجتماعی:**

شامل اقدامات و آموزش هایي است که باعث افزایش همکاری بیمار با پزشک و افزایش مهارتهای فردی و اجتماعی و بازگشت وی به اجتماع می شود. درمانهای روانی- اجتماعی درمانهایی طولانی مدت هستند که بیشترشان بعد از کنترل مرحله حاد بیماری نتیجه می دهد.

توجه داشته باشید که بیمار مبتلا به اسکیزوفرنیا ممکن است مدتها در انزوا سر کرده باشد و شغل و موقعیت اجتماعی خود را از دست داده باشد. او برای بدست آوردن توانایی های قبلی خود علاوه بر دارو، احتیاج دارد بیاموزد چطور با دیگران عمل کند؛ آداب و رفتار در اجتماع را بیاموزد؛ نحوه مراقبت از خود، نظافت، آراستگی و بازگشت به شغل، خانواده و اجتماع را فراگیرد. بازتوانی این بیماران نیاز به مددکاراجتماعی، روانپرستار، روانشناس و روانپزشک نیاز دارد.

در بازتوانی بیماران به عواملی که در پیشگیری از عود، تشدید و تخریب بیماری نقش عمده دارند توجه می‌شود (برای مثال وجود همسر یا والدین حمایت کننده یاشغل مناسب در بهبودی و جلوگیری از عود بیماری نقش دارد). همچنین به بیمار در زمینه مصرف دارو و مهارتهای شخصی و اجتماعی آموزش میدهند و ضمن کنترل علائم بیماری با استفاده از دارو، از نظر کسب مهارتهای مختلف و اشتغال سودمند راهنمایی انجام می‌شود تا بتواند به محیط خانوادگی و اجتماعی سابق خود باز می گردند.

انواع آموزش ها و روان درمانی‌ها برای بیمار و افراد خانواده او در این مرحله توصیه می‌شود.

- **درمانهای مختلف کدامیک از علائم بیماری را کنترل می کنند؟**

همانگونه که قبلاً ذکر شد دارو درمانی، شوک درمانی با برق و درمانهای روانی اجتماعی روشهای مورد استفاده در درمان اسکیزوفرنیا هستند. در مورد توهم، هذیان، پرخاشگری و در مرحله حاد بیماری، درمان دارویی اساس کار است. در مورد پرخاشگری‌های شدید، افکار خودکشی یا دیگر کشی یا شرایطی مانند خودداری بیمار از غذا خوردن از شوک الکتریکی استفاده می‌شود. اما شوک الکتریکی درمان موقتی است و فقط شرایط را برای درمان دارویی فراهم می سازد. درمانهای روانی-اجتماعی بعد از کنترل علائم حاد بیماری و بروز بهبودی قابل استفاده هستند.

به عنوان بیمار و خانواده او به یاد داشته باشید که درمان دارویی در همه مراحل، اساس درمان است و در صورت قطع آن خطر بازگشت بیماری افزایش می یابد.

- **خانواده و بیماری اسکیزوفرنیا**

خانواده ها نقش بسیارمهمی در توانبخشی و کمک به بهبودی سریع بیمار خود دارند و بیش از دیگران نیز از آثار و عواقب این بیماری تاثیر می پذیرند.

به سبب ماهیت طولانی و مزمن این بیماری، خانواده ها می‌توانند نقش بسیار مهمی در مراقبت از این بیماران اسکیزوفرن به عهده بگیرند. خوشبختانه در جامعه ما روابط عاطفی خوبی بین افراد خانواده برقرار است و اعضای خانواده خود را نسبت به مسائل و مشکلات یکدیگر مسئول می دانند. اعضای خانواده با داشتن دانش، نگرش و مهارت کافی قادر خواهند بود ارتباط قوی با بیمار برقرار کنند و نقش رابط بین بیمار و پزشک را بخوبی بازی کنند.

گاه خانواده ها به سبب آمادگی نداشتن برای رویاروئی با بیماری اسکیزوفرنیا ممکن است دچار هیجانات منفی (ترس، اضطراب، عصبانیت و خشم) شوند و با بیمار و علائم بیماری او نامناسب برخورد کنند و خود نیز دچار استرس و فشار روانی شوند. این برخورد ها و ابراز هیجانهای نامناسب، زمینه ساز بروز درگیری های شدید و عود بیماری میشود.

مطالعات نشان داده محیط آشفته خانواده، بعد از قطع سرخود دارو، دومین عامل عود بیماری اسکیزوفرنیا است.

- **نکاتی برای خانواده های بیماران:**

1- عامل اصلی و مهم بیماری اسکیزوفرنیا و سایر بیماریهای شدید روانی، اختلال در کارکرد مغز و تغییرات مواد شیمیایی ساختمانی آن است.

وقتی عضوی از خانواده به یکی از این بیماری ها مبتلا شد، نباید به دنبال مقصر گشت یا با ایجاد احساس گناه در سایر اعضای خانواده آنها را دچار فشار روحی و افسردگی کرد. در مواردی که بیمار از نظر مغزی استعداد ابتلا به اسکیزوفرنیا را دارد، مشکلات خانوادگی و استرس های محیطی می تواند موجب آشکار شدن یا تشدید بیماری شود و یا در صورت وجود بیماری از بهبودی آن جلوگیری کند.

2- برای شناخت بیماری و نحوه برخورد صحیح با آن آموزش ببینید و بیمار را در میان خود بپذیرید. از بیمار انتظار برگشت کامل به وضعیت روانی و رفتاری و شغلی قبل از بیماری را نداشته باشید.

گـاهی افـراد خـانواده بیمـار را سـرزنش مـی کننـد و بـه او سرکوفت می‌زنند و پرخاش مـی کننـد. انتقادهـای[1] زیـاد، ابـراز خشم و رفتارهای خصمانه[2]، دخالت های بـیش از حـد[3] و ایجـاد وابستگی[4] موجب تشدید و عود بیماری می شود.

- **پاره ای ازعلائم اسکیزوفرنیا ونحوه برخورد افراد خانواده با آنها**

- توهم :

همانطوریکه قبلاً اشاره شد، شایعترین نوع تـوهم، شـنیدن صـدا توسط بیمار بدون منشاء خارجی است توهم ها برای بیمـار گـاه ناراحت کننده و گاه خوشایند؛ گاه آمرانـه و گـاه سـتایش آمیـز و اطمینـان بخـش هسـتند. واکـنش بیمـار ممکـن اسـت اجـرای دستورات صداها و استقبال از صداهای خوشایند باشد ولـی گـاه بیمار در اثراین صداها بسیار مضطرب و پریشان می شود.

لازم است به بیمار یاد بدهیم به صداهای توهمی توجه نکند و آنها را نادیده بگیرد؛ به موسیقی گوش دهد، جدول حل کنـد و کارهائی نظیر آن انجام دهد.. همچنین باید بیمار یـاد بگیـرد کـه

1- **انتقاد گری:** به صورت انتقاد مداوم از رفتارهای بیمار، خستگی و بی حالی بیمار، عدم تمایل او به تماس اجتماعی این علائم تظاهراتی از بیماری است و به تدریج و با کمک پزشک کاهش می یابد.

2- **خصومت:** الفاظ تند و پرخاشگرانه، نگاههای تحقیرآمیزو ملامت بار به بیمار، او را عامل مشکلات و مصائب خانوادگی دانستن نمونه ها ئی از رفتارهای خصمانه است که گاه بین اعضاء خانواده و بیمار بروز می کند.

3- **مداخله زیاد در امور بیمار:** گاه در خانواده ها مشاهده می‌شود بیمار کانون بحث و گفتگوی دائم است. در باره او اظهار نظر شده و از حالاتش در جمع صحبت می شود این رفتار نیز باعث استرس و فشارروانی بیمار می شود. بحث و گفتگو در باره بیمار بایستی محدود به شرایط خاص و در حضور اعضاء نزدیک و با موافقت بیمار باشد.

4- بدلیل شرایط خاص بیمار و خانواده برای انجام بعضی از امور، ممکن است بیمار به سایر اعضای خانواده خصوصاً مادر وابسته شود. بنا براین نزدیکان بیمار لازم است به موقع، انجام امور بیمار را به وی بسپارند.

به دستور صداها عمل نکند و در مقابل آنها مقاومت کند. به نزدیکان بیمار توصیه می شود توهم ها را علائم بیماری بدانند و از هر گونه جر و بحث در مورد واقعی نبودن آنها بپرهیزند. توهم‌ها را نه تائید کنند و نه تکذیب؛ زیرا اینها حالاتی است که بیمار تجربه می‌کند و بر او تاثیر گذار ند و نمی توان او را متهم به دروغ پردازی یا خیالاتی بودن کرد. باید به تدریج و به کمک روانپزشک و روانشناس و پس از مصرف دارو درباره ماهیت توهم ها به بیمار آگاهی و بصیرت داد.

کاهش استرس و مصرف داروهای ضد جنون باعث کاهش توهم می شود. مشغول شدن بیمار به فعالیتهای ذهنی و بدنی و آموزش بیماران مزمن در این زمینه باعث کاهش تاثیر صداها بر رفتارهای روزمره آنان می شود.

- هذیان:

هذیانها عقاید اشتباه و باطل هستند که با بحث و منطق اصلاح نمی‌شوند. این عقاید و باورهای اشتباه می تواند بسیار متنوع باشد از قبیل "من فرد مهمی هستم"، "دیگران مرامسموم کرده اند"، "دیگران مرا تعقیب می کنند".

این عقاید می تواند رفتارهای متفاوتی را در بیمار به دنبال داشته باشد. مثلاً اعتقاد به اینکه دیگران و حتی افراد خانواده او را آزار می دهند، می تواند بیمار را دشمن دیگران و پرخاشگر سازد و باعث خودداری او از حضور وی در جمع شود. بیان این هذیانها طبعاً در نظر دیگران غیرمنصفانه و غیر واقعی تلقی می شود و چه بسا برانگیختگی و خشم زیادی علیه بیمار ایجاد کند. لازم است افراد خانواده به هذیان های بیمار گوش دهند و اما برانگیخته نشوند و بر سر آنها با بیمار بحث نکنند. جدل با بیمار در مورد هذیانهای وی فقط بی اعتمادی و خشم

بیمار را دامن می زند. خانواده و آشنایان باید هذیانها را فقط نشانه از بیماری وی بدانند و آن را یک دندگی بیمار تلقی نکنند. مثلاً در مورد هذیان ادعای گزند و آسیب رسیدن به بیمار می توانید از او سوال کنید که «چی شد به این نتیجه رسیدی که دیگران ترا تعقیب می کنند؟» و بعد از گوش دادن کامل به دلایل و شواهد بیمار می توان فقط به او گوشزد کرد که "من جور دیگری فکر می کنم". یا " من متوجه نشدم ".

در مرحله حاد بیماری، تقریباً هیچگاه نمی توان بیمار را با بحث و منطق از عقیده اش منصرف کرد. بنابراین تاکید می شود از هرگونه بحث با بیمار خودداری کنید.

در مورد بیمارانی که گرفتار توهم و هذیان هستند از رفتار یا گفتار شک برانگیز خودداری کنید. پچ پچ و درگوشی حرف زدن، ایما و اشاره، پوزخند زدن به تعبیر های مضر در بیمار دامن می زند. هذیانها در مرحله فعال بیماری رخ می دهند و در مواقع افزایش استرس تشدید می شود.

- تهاجم و پرخاشگری :

تهاجم و پرخاشگری بیشتر گاه همراه با توهم و یا هذیان و در شرایط پراسترس به ویژه در بیماران جوان مذکر ظاهر می شود. تهاجم و پرخاشگري ، واکنش به توهمات و یا هذیانهایی است که بیمار با آنها در گیر است و در واقع نوعي دفاع از خود است و البته سبب ترس و نگرانی اطرافیان می شود.

برای پیشگیری از بروز تهاجم و پرخاشگری باید در برخورد با اینگونه بیماران از سرزنش، مسخره کردن ، مقابله و مانند اینها خودداری کرد و در صورت نیاز با پلیس تماس گرفت. شماره تلفن‌های مراکز کمک رسانی مانند پلیس و اورژانس را همیشه در دسترس داشته باشید. در صورت بروز

پرخاش یا خشونت لازم است آرامش خود را حفظ کنید؛ از بیمار فاصله بگیرید، درها و راههای خروج را باز نگه دارید و وسایل و ابزارهای برنده و خطرناک را از دسترس بیمار دور نگهدارید؛ با آرامش ولی با قاطعیت به او یادآور شوید که پرخاشگر شده و بعد که آرام شد با او گفتگو خواهید کرد. ازبستگان، اورژانس و نیروهای امداد کمک بخواهید واز نزدیک شدن و دست زدن به تن بیمار خودداری کنید.

- انزوا و گوشه گیری :

علل متفاوتی می تواند باعث تمایل به انزوا و گوشه گیری در بیمار اسکیزوفرن شود؛ تا حدی که گاه بیمار حتی از حضور درجمع خانواده نیز خودداری می کند و ترجیح دهد به تنهایی غذا بخورد و یا ساعتها در اتاق خود تنها بماند یا با آمدن مهمان به خانه، بلافاصله به خلوت پناه بَرَد. چنین بیمارانی برحسب شدت بیماری ممکن است روزها، ماهها و حتی سالها حاضر به خروج از خانه نباشند.

برخی سبب های انزوا و گوشه گیری وجود هذیانها و توهم گزند و آسیب از ناحیه دیگران و احساس ناامنی در جمع است.احساس تحقیر شدگی حاصل از رفتار و گفتار دیگران، ترس ازانتقاد اطرافیان و اظهار نظرهای منفی یا سرزنش آمیز آنها در مورد رفتار و گفتار و یا لباس و آرایش بیمار در جمع، نداشتن اراده کافی برای خروج از منزل یا اتاق، نداشتن ارتباط کلامی مناسب، گرفتگی خلق و افسردگی بیمار سببهای بروز میل به انزوا و گوشه گیری است. به جز در میان گذاشتن با پزشک، می توان از تمهیدات ساده زیر برای حل مشکل انزوا طلبی بیمار کمک گرفت.

1) اطمینان یافتن از مصرف کافی داروها

2) از بیمار بخواهیم در مورد هر چه علاقه دارد حتی به کوتاهی صحبت کند و هیجان و علاقمندی خود را به حرف های او ابراز کنیم.
3) در حضور بیمار با فرد دیگری بحث ساده ای را شروع کنیم و به تدریج نظر اور ا بخواهیم.
4) مسئولیتهای ساده ای به او واگذار کنیم. برحسب شدت ناراحتی و علائم بیمار این مسئولیت ها می تواند در داخل منزل کارهائی نظیر شرکت در آماده کردن وسایل سفره، ریختن چای و آوردن میوه باشد. در خارج از منزل خریدهای ساده مانند خرید نان، شیر و انجام کارهائی مانند پرداخت قبض، آب، برق، مراجعه به پست باشد.

البته بر اساس شدت انزوای بیمار، می توان از وی انجام امور فوق را خواستار شد و به تدریج تعامل وی را با خانواده و اجتماع افزایش داد. تشویق بیمار در قبال هر یک از فعالیتهای انجام شده، احساس مفید بودن و رضایتمندی در بیمار را نیز تقویت می کند و به تدریج وی را به جمع باز می گرداند.

گاه بیمار علاقه ای به انجام درخواستهای ساده و یا پیشنهادهای شما ندارد و حاضر به خروج از انزوای خود نیست. در این موارد بهتر است اعضای خانواده صبر پیشه کنند و از نصیحت و توصیه و یا تهدید بپرهیزند و به حداقل اموری که باعث حضور بیمار در جمع خانواده می شود رضایت دهند تا به تدریج بتوانند معاشرت و تعامل بیمار را افزایش دهند. خانواده ها این نکته را نیز در نظر داشته باشند که بیماران اسکیزوفرن نیز مانند دیگران در مواردی نیاز به خلوت و آرامش دارند، بنابراین احترام به خلوت بیماران در آرامش روان آنان، تاثیر به سزا دارد.

- سخنان بی ربط :
بیمار اسکیزوفرن گاه زیاد صحبت می کند اما سخنانش برای شنونده نامفهوم است یا دریافت منظور او بسیار دشوار است. توصیه ما آن است که نزدیکان بیمار از وی بخواهند در حرف زدن جملات کوتاه بکار ببرد و هرگاه این کار را کرد او را تشویق کنند. می توان به بیمار یاد داد که زمان خاصی را برای صحبت کردن با افراد خانواده ، اختصاص دهد تا بتواند حرفهای خود را بیان کند .

- رعایت نکردن نظافت و بهداشت شخصی
رعایت نکردن نظافت و بهداشت شخصي در مرحله حاد و مزمن آشفتگی ظاهر بیمار می شود. مو نامرتب، ناخنها کثیف و بلند می‌شود. اما بیمار حاضر نیست به سلمانی و حمام رفتن برود و باید به زور و اصرار او را به حمام بفرستند. اما در حمام نیز حاضر نیست از شامپو و صابون استفاده کند. در چنین مواردی باید با تشویق و یا محروم کردن وی از بعضی از امکانات، رفتار او را تغییر داد. گاه همراهی با بیمار در بعضی از امور و حمایت و کمک به وی می تواند مشوق باشد. مثلاً آماده کردن وسایل حمام و باز کردن شیر حمام برای علاقه مند کردنش مفید است.

- بی تفاوتی و بی اشتیاق بودن:
این عارضه به ویژه برای همسران این بیماران مشکل آفرین می‌شود. همسر شکایت دارد که بیمار در رابطه با وی و فرزندان مانند قبل هیجان و عاطفه ندارد. این حالت نتیجه تغییرات در عمل مغز بیمار و مواد شیمیائی درون آن است.به عنوان اطرافیان بیمار این حالت جزئی از بیماری وی بدانید. توصیه می شود خودتان عاطفه و هیجانتان را به او نشان بدهید

و تشویقش کنید هیجـان (غـم، شـادی، خشـم) خـود را در مـورد موضوع هیجان دار بیان کند و در چهره خود نیـز آن را ظـاهر سازد.

البته علائم و رفتارهای فوق در همه بیمـاران مشـاهده نمـی شود. بروز آنها به مرحله و شدت بیماری بستگی دارد.

ممکن است رفتارهای غیر معمـول و پراکنـده دیگـری نیـز در بیمار ببینید که ما به آنها اشاره نکـرده ایـم. راه حلهـائی نیـز که پیشنهاد کردیم نیز بر اسـاس نـوع علائـم، مرحلـه، شـدت و شـرایط فـردی و خـانوادگی بیمـار نیـز مـی توانـد تغییـر کنـد. درصورت ابهام یا هر گونه مشکل در برخورد بـا رفتـار بیمـار خود از روانپزشک، روانشناس یا روانپرستار کمک بگیرید.

- نقش خانواده در مواردی که بیمار از خوردن دارو خودداری می‌کند

به دلایـل مختلـف بیمـار مبـتلا بـه اسـکیزوفرنیا ممکـن اسـت از خوردن دارو خودداری کند. یک دلیل درایت نداشتن بـه احـوال خود و نا آگاه بودن از بیمار بودنش است. بیمار می گوید «من بیمار نیستم، مشکل ندارم، دیگران برای من نـاراحتی ببـار مـی آورند».

- یک دلیل دیگـر هـذیان مسـمومیت اسـت ؛ بـه ایـن معنـی کـه بیمار فکر می کند دارو ممکن است بـه وی آسـیب برسـاند و یـا اینکه دیگران قصد مسموم کردن او را داشته باشند.

دیگر آنکه بیمار از بیماری خود آگاه است امـا معتقـد اسـت نسبتاً بهبود یافته و بر زبان می آورد که «فعلاً حـال مـن خـوب است و نیازی به دارو ندارم».

به هرحال خـانواده هـا بایـد آگـاه باشـند کـه سـرباز زدن از مصرف دارو می تواند اولین علامت عود بیمـاری باشـد. حتمـاً باید این موضوع را جدی گرفت و با روانپزشـک معـالج بیمـار

درمیـان گذاشـت. در اینگونـه مـوارد گـاه بـا توصـیه هـای روانپزشک یا مشاور بیمار مصرف دارو را شروع مـی کنـد و یا پزشک معالج از برنامه های دیگری برای درمان استفاده می کند. شاید هم لازم شود بیمـار بستري شـود تـا درمـاني مجـدداً برقـرار شـود و از داروهـای تزریقـی طـولانی اثـر بـا فواصـل هفتگی یا ماهانه استفاده شود.

در برخـی مـوارد بهبـودی نسـبی، بیمـار خـانواده را فریـب میدهد و بدون اطلاع پزشک معالج اقدام به قطع دارو می کند.

- **چه موقع باید نگران عود بیماری باشیم:**

همانطورکه بسیاری از بیماریهای جسمی مانند بیماریهـای قلبـی عروقی، فشار خون، بیماریهای غدد ی و بسیاری ازبیماریهـای بد خیم، درمان کامل و قطعی ندارند، اکثر بیماران اسـکیزوفرن نیز برای تامین سلامت خود نیاز به درمان مـادام العمـر دارنـد. درصدی از آنها ممکن است با درمـان و پشـت سرگذاشـتن یـک دوره بیماری به زندگی عادی دست یابند.

درمانهای موجود عمدتاً در کنترل علائم بیماری موفق بوده اند. متأسفانه در بسیاری موارد با قطع دارو علائم بیمـاري بـاز میگـردد (همانطورکـه در بسـیاری از بیماریهـای جسـمی ماننـد بیماریهای قلبی عروقی، فشار خون، بیماریهای غـدد و بسـیاری از بیماریهـای بـدخیم چنـین اسـت.)، امـا رونـد رو بـه رشـد درمانهای دارویی در دهه های اخیـر امیـد درمـان اسـکیزوفرنیا را روز به روز افزایش داده است.

بـا مصـرف مناسـب دارو علائـم تـا حـدود زیـادی کنتـرل میشود و فرد به یک دوره عملکرد تقریباً طبیعی می رسد یا به اصطلاح وارد دوره بهبودی (تخفیف بیماری)می شـود امّـا بـا قطع دارو یا به علل دیگر مجدداً علائم عود می کند.

خانواده بیماران لازم است توجه داشته باشند که علائم و نشانه‌ها در یک بیمار با بیمار دیگر تفاوت دارد بنابراین باید علائم بیمار خود را در مرحله شدت بیماری به خاطر سپرند و در دوره تخفیف یا بهبودی بیماری نیز عملکرد او را از لحاظ های مختلف در نظر داشته باشند مثلاً اگر بیمار مدتی است که به سرو و ضع خود رسیدگی نمی کند، یا از جمع دوری می کند، یا به افراد خانواده بدبین شده و با آنها غذا نمی خورد، و یا شروع به پرخاشگری می کند، یا با خود حرف می زند، آن را نشانه عود بیماری بدانند. گاه نیز بعد از کنترل مرحله حاد بیماری و بهبودی نسبی، ممکن است همچنان یك یا چند علامت در بیمار باقي بماند، مثلاً از حضور در جمع فامیل خودداری کند. بنابراین افراد خانواده باید با ظرافت به رفتارهای بیمار دقت کنند تا چنانچه زمانی مثلاً بیمارشان شروع به گوشه نشینی و تنها غذاخوردن کرد و یا به سر و وضع خود اهمیت نداد، این علائم را زنگ خطر بروز دوره شدت بیماری بدانند و به سرعت به پزشک معالج اطلاع دهند. اما همیشه بیاد داشته باشند که ممکن است بیمار هرگز به عملکرد قبلی خود نرسد.

به هر حال حتی در شرایط کاملاً ایده آل و کنترل شدگی تمام علائم نیز ممکن است بیمار هرگز حاضر به شرکت در مهمانی خانوادگی نباشد یا مانند قبل از بیماری قادر به انجام وظایف و امور شغلی و تحصیلی نپردازد. بنابراین باید انتظار خود را از بیمار محدود کرد و به شیوه های مناسب تحت نظر روانپزشک و روانشناس برای حل این مسئله گام برداشت

مجدداً متذکر می شویم که در یک بیمار ممکن است عصبانیت و تند خوئی و در دیگری بیخوابی و انزوا اولین

علائم تشدید (عود) بیماری باشد، بنابراین هر خانواده لازم است نسبت به علائم خاص بیمار خود توجه و دقت کافی کند تا به موقع اقدام لازم را انجام دهد.

در اینجا به تعدادی از علائم که می تواند زنگ خطری از بازگشت بیماری باشد، اشاره می کنیم:

1) امتناع از خوردن دارو
2) امتناع از خوردن غذا
3) کاهش خواب
4) دوری گزینی مجدد
5) کاهش حجم کلام
6) تغییرات رفتاری
7) بد بینی به اطرافیان
8) پرخاشگری
9) بیقراری
10) صحبت های بی ربط
11) رفتارهای عجیب و غریب
12) با خود حرف زدن
13) با خود خندیدن
14) رسیدگی نکردن به نظافت شخصی
15) ترک کردن برخی از فعالیت ها، مانند حاضر نشدن در محل کار و یا عدم انجام وظایف خانه داری

تلاش و زحماتي كه خانواده ها در مراقبت و درمان اينگونه بيماران متحمل مي شوند اغلب نتيجه بخش است و مي تواند در بهبود وضعيت زندگي بيمار مؤثر باشد.

وجود اين بيماري در يك فرد، عواقب و مشكلاتي را در ساير افراد خانواده و به ويژه شخصی كه از آنها مراقبت می

کند، به وجود می آورد. بنابراین مراقب نیز به سلامت جسمي و رواني نیازمند است و بهتر است خود نیز بـه صـورت دوره ای به روانپزشك و مشاور مراجعه کند.

بهر حال همانگونه که بیماریهای جسمی ممکن است به هر خانه راه یابد، اختلالات روانی، جمله اختلال اسـکیزوفرنیا، هـم ممکن است بـه سـراغ هـر خـانواده ای بـرود. در ایـن صـورت فردی که مسئولیت اصـلی مراقبـت و رسـیدگی بـه بیمـار را بـه عهده دارد باید به سلامت روان خود بیش از پیش اهمیّت دهد.

نکات زیر تعدادی از پیشنهادات متخصصین بهداشت روان در این زمینه اسـت. مسـلماً یـک نفـر بـه تنهـائی تـوان بـه دوش کشیدن مسئولیت سنگین مراقبت از بیمار اسکیزوفرنیا را ندارد. بهتر است برای مراقبت بهتر و مناسـب تـر از اعضـای دیگـر خانواده و حتی دوستان و نزدیکان نیز کمک بگیرد.

- تغذیـه مناسـب، ورزش مـنظم و اسـتفاده از تکنیـک هـای آرام سازی بدن و گاهی حتی تخلیه هیجان(صـحبت کـردن در بـاره احساسـات خـود، گریـه کـردن، ابـراز خشـم و...) در حضـور مشاوران و روانشناس مجرب، به مراقب کمک می کند.

- ادامـه فعالیـت هـای اجتمـاعی و شـغلی و ایفـای تمـام نقشـهای اجتماعی و خانوادگی قبلی، داشتن تفریحات سـالم مثـل: ملاقـات دوستان، فامیل، پیاده روی به مراقب توصیه می شود. متأسـفانه بعضی مراقبین دچـار باورهـای نادرسـت دربـاره خودشـان مـی شوند : مثلاً « به دلیـل اینکـه پسـرم بیمـار شـده مـن دیگـر بایـد شرکت در مجالس دوستان یا پیاده روی را تعطیل کنم » و «یـا حوصله شـرکت در کـلاس ورزش را نـدارم»؛ ویـا « مـن بایـد تمام وقتم را صرف فرزند یا برادرم کنم ».

این گونه طرز تفکر و کناره گیری از فعالیتهای اجتماعی و خوشایند، اوضاع را وخیم تر می کند و با ایجاد خستگی، استرس و افسردگی توان فرد را کاهش می دهد و باعث افزایش تنشها و تشدید مشکلات فردی و خانوادگی می شود.
- در صورت بستری شدن بیمار تان در بیمارستان در کلاسهای آموزشی که در بیمارستانها برای آشنایی شما با ماهیت بیماری، اصول درمان، سیر و. . . . تشکیل می شود، شرکت کنید و در صورت بستری نشدن وی نیز با دریافت معرفی نامه از پزشک معالج می توانید از آموزش کلاسهای مزبور بهره ببرید.
- با رعایت تمام تدابیر، شما هم که مسئولیت سنگین مراقبت از بیمار را به عهده دارید، ممکن است مضطرب یا افسرده شوید، احساسات خود را انکار نکنید و در صورت بروز هرگونه تغییر در حالات، رفتار، احساسات و حتی وضعیت خواب و استراحت، از روانشناس یا روانپزشک کمک بگیرید.

منابع:

1- Hatfileld A. B,Lefley H. P. Helping elderly care givers plan for fucture care of a relative with mental illness.Psychosocial Rehabilitation Journal. 2000; 24: 103-107.

2- Sefes a,Crumlish N , Sanalani P, Kinesella A, Ocalloghn E,Chilale H. A little knowledge: caregiver burden in schizophrenia in MalaSoc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2008;43 (2):160-4.

3- Munro A, Mok H. An overview of treatment in paranoia/delusional disorder. Can J Psychiatry. 1995; 40(10):616-22.

4- Cohen AN, Glynn SM, Murray-Swank AB, Barrio C, Fischer EP, McCutcheon SJ, Perlick DA, Rotondi AJ, Sayers SL, Sherman MD, Dixon LB. The family forum: directions for the implementation of family psychoeducation for severe mental illness. Psychiatr Serv 2008; 59(1):40-8.

5- Hinshaw SP, Stier A. Stigma as related to mental disorders. Annu Rev Clin Psychol Annu. Rev Clin Psychol. 2008; 4:367-93.

6-Pollio DE, North CS, Reid DL, Miletic MM, McClendon JR. Living with severe mental illness--what families and friends must know: evaluation of a one-day psychoeducation workshop. Soc Work. 2006 Jan; 51(1):31-8.

7-عمرانی فرد ویکتوریا، مسائلی نسرین، امامی پریسا. شیوع افسردگی واضطراب در مراقبین اصلی در بخشهای روانپزشکی بیمارستان نور اصفهان در سال 1385. *مجله کومش*:1387

8- عمرانی فرد ویکتوریا، افشار حمید، مهرابی طیبه، اسدالهی قربانعلی. ابعاد مختلف کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا. *مجله تحقیقات علوم رفتاری*. شماره 9-1386

9- Victoria Omranifard, MD, Mohsen Yazdni, MD, Mohammad Yaghoubi, MD, Mahshid Namdari, MD. Noncompliance and its Causes Resulting in Psychiatric Readmissions. Iranian J Psychiatry 3:1, Winter 2008.

10-.Salehi M, Nadi M, Afsha H. r, Effectiveness of home visit on "GAF" , "Quality of life" and "Hospitalization rate" of schizophrenic patients. Journal of Isfahan medical school, No 24, 2006.

پیشگفتار 5
مقدمه 7
تاریخچه 7
اسکیزوفرنیا چیست؟ 8
اسکیزوفرنیا در چه کسانی بروز می کند؟ 10
علت اسکیزوفرنیا چیست ؟ 10
علائم اسکیزوفرنیا کدام است؟ 11
- نحوه شروع بیماری.....11
- ظاهر بیمار 12
توهم 13
- هذیان : 14
- خلق و هیجان بیمار 15
- رفتار:.....15
- ارتباطات احتماعی :.....15
- عملکرد:.....16
- سایر علائم.....16
- تشخیص :.....18
- سیر بیماری: 18
- در چه موردی سیر بیماری بهتر است ؟ 18
- درمان:.....19
انواع درمان: 19
- درمانهای داروئی:.....19
- انواع داروها: 20
- عوارض داروها:.....21
- ضعف و سرگیجه: 21
خواب آلودگی.....22
- خشکی دهان و یبوست 22
- آفتاب سوختگی:.....23
- افزایش وزن:.....23
- عوارض عصبی:.....23
- درمان با شوک الکتریکی(ECT): 25
- چه موقع لازم است بیمار مبتلا به اسکیزوفرنیا بستری شود؟ 25
- درمان دارویی در حاملگی و شیردهی:.....26
- درمانها و اقدامات روانی - اجتماعی:.....27
- درمانهای مختلف کدامیک از علائم بیماری را کنترل می کنند؟ 28

- خانواده و بیماری اسکیزوفرنیا 28
- نکاتی برای خانواده های بیماران: 29
- پاره ای ازعلائم اسکیزوفرنیا ونحوه برخورد افراد خانواده با آنها ..30
- توهم : 30
- هذیان: 31
- تهاجم و پرخاشگری : 32
- انزوا و گوشه گیری : 33
- سخنان بی ربط : 35
- رعایت نکردن نظافت و بهداشت شخصی 35
- بی تفاوتی و بی اشتیاق بودن: 35
- نقش خانواده در مواردی که بیمار از خوردن دارو خودداری می‌کند36
- چه موقع باید نگران عود بیماری باشیم:.....37