

روان گسیختگی

(اسکیزوفرنی)

## فهرست مطالب

- فصل ۱ پیشگفتار ..... ۷
- فصل ۲ ارزیابی و مدیریت روان پریشی حاد ..... ۹
- فصل ۳ مقاومت و پاسخ جزئی به درمان ..... ۴۱
- فصل ۴ دوره ثبات و بازیابی ..... ۶۱
- فصل ۵ نخستین دوره های روان پریشی و مداخله اولیه ..... ۹۹
- فصل ۶ بیماران با تشخیص دوگانه (توآمان) ..... ۱۱۷
- فصل ۷ جمعیت های خاص: کودکان و سالمندان ..... ۱۳۵
- واژه نامه انگلیسی به فارسی ..... ۱۴۸

## سخن مترجم

در میان اختلالات روانی، روان‌گسیختگی یا اسکیزوفرنی شاید ویرانگرترین باشد. شیوع مادام‌العمر این اختلال در جمعیت عمومی حدود ۱ درصد است، بیماران مبتلا به آن نزدیک به ۱۶ درصد از مراجعات سرپایی درمانگاه‌های روان‌پزشکی را تشکیل می‌دهند و حدود نیمی از تخت‌های بیمارستانی مراکز روان‌پزشکی توسط این گروه از بیماران اشغال می‌شوند [۱].

بیماران روان‌گسیخته می‌توانند مراجعانی دشوار باشند؛ شدت بیماری در تعامل با شخصیت و تجربیات منحصربه‌فرد هر بیمار، تجلی ویژه‌ای از اختلال را پدید می‌آورد که حتی ممکن است بالینگران باتجربه را نیز سردرگم سازد. کتابی که در دست دارید تلاش می‌کند تا با در نظر گرفتن همه سناریوهای ممکن در بیماران روان‌گسیخته، بر مبنای شواهد محکم علمی به شکلی مختصر و مفید رهنمودهایی به درمانگران ارائه دهد. هر فصل از کتاب به موقعیتی متفاوت و درمان‌های مختص به آن موقعیت می‌پردازد، موقعیت‌هایی نظیر روان‌پریشی حاد؛ نخستین دوره روان‌پریشی؛ پاسخ‌دهی جزئی به درمان؛ ابتلای توأمان به روان‌گسیختگی و اختلال مصرف مواد و روان‌گسیختگی در کودکان و سالمندان.

تأکید کتاب بر این است که کمک به بیماران مبتلا به روان‌گسیختگی اغلب نیازمند گروه‌های مختلف درمانی شامل روان‌پزشکان، روان‌شناسان، مددکاران اجتماعی، پرستاران، داروسازان بالینی و مراجع گردانان است؛ از این رو گمان می‌رود تا افرادی از همه این رشته‌ها کتاب را جالب و سودمند بیابند.

میشم همدمی

## منابع

1. Schultz SH. North SW, Shields CG. Schizophrenia: A review. *Am Fam Physician*. 2007; 75(12): 1821-1829.

# فصل ۱

## پیشگفتار

خصیصه‌ای که ویژهٔ یک فرد مبتلا به روان‌گسیختگی باشد وجود ندارد. مبتلایان می‌توانند میان آن‌هایی که از نشانه‌های بی‌امان و سرکش روان‌پریشی در رنج‌اند تا آن‌هایی که تنها نشانه‌های خفیف دارند در تنوع باشند، میان آن‌هایی که پس از دورهٔ روان‌پریشی اخیر خود، بهبودی‌شان را بازیافته‌اند تا آن‌هایی که زیر بار سنگینی از نقایص شناختی و اثرات جانبی داروها دفن شده‌اند، آن‌هایی که در میانهٔ نخستین دورهٔ روان‌پریشی‌شان قرار دارند تا آن‌هایی که دهه‌هاست با بیماری‌شان زندگی می‌کنند. روند مدیریت این گروه‌های ناهمگون، توانایی انطباق با فرایند ارزیابی و متناسب ساختن مداخلات ارائه‌شده با نیازهای خاص هر فرد را می‌طلبد.

کتاب حاضر با سازمان‌دهی بخش‌های متعدد خود پیرامون گروه‌های متنوع بیماران و مراحل مختلف اختلال، خود را با این واقعیت منطبق ساخته است. هر یک از این بخش‌ها شامل توصیه‌هایی برای ارزیابی بیماران و مدیریت راهبردهایی است که برای موقعیت‌های بالینی خاص مناسب‌اند. از آنجایی که درمان اغلب نیازمند ترکیب رویکردهای دارویی و روانی-اجتماعی است، در هر بخش هردوی این رویکردها لحاظ شده‌اند. پیش‌بینی ما این است که این روش بر اهمیت طراحی درمانی مبتنی بر بار بیماری<sup>۱</sup> فرد و همچنین اهداف شخصی او تأکید خواهد کرد.

---

۱. بار بیماری (disease burden)، تأثیر یک مشکل بهداشتی با توجه به هزینه‌های مالی، مرگ‌ومیر، شیوع یا دیگر شاخص‌های آن مشکل است. بار بیماری اغلب بر حسب سال‌های باکیفیت زندگی یا سال‌های زندگی با کم‌توانی که هر دو تعداد سال‌های از دست‌رفته به سبب بیماری را مشخص می‌کنند، تعیین می‌شود. م.

همچنین اصول بازیابی سلامت را به مدیریت بیمار افزوده‌ایم. این اصول بر مراقبت بیمار-محور که از طریق اهداف و اولویت‌های شخصی فرد هدایت می‌شود، تأکید دارند. توصیه‌های مدیریتی بر راهبردی تأکید می‌کنند که حتی در صورت تداوم نشانه‌ها و نقایص در بیماران به آن‌ها کمک می‌کنند تا به اهدافشان دست یابند. به‌علاوه کوشیده‌ایم پیرامون توانایی بسیاری از بیماران در برآورده شدن اهدافشان برای بازیابی، خوش‌بینی متناسبی داشته باشیم.

می‌توان گفت همهٔ توصیه‌های ارائه‌شده در این کتاب با شواهد محکم علمی پشتیبانی می‌شوند. در بسیاری از موارد به شواهدی معتبر استناد کرده‌ایم، شواهدی نظیر آنچه از گروه پژوهشی پیامدهای بیماران روان‌گسیخته (Schizophrenia PORT)<sup>۱</sup> [۱] به‌دست آمده است. همچنین درجایی که برای حمایت از یک توصیه، شواهد ناکافی‌اند، ما بازهم نظر متخصصان -من جمله خودمان- را مورد استناد قرار داده‌ایم. هدف نهایی ما کمک به بالینگران، از طریق پرداختن به مسائل و مشکلات چالش‌برانگیزی است که آنان طی درمان افراد دچار نشانه‌های روان‌گسیختگی با آن مواجه می‌شوند.

## منابع

1. Kreyenbuhl J, Buchanan RW, Dickerson FB, Dixon LB, Schizophrenia Patient Outcomes Research Team. The Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT): updated treatment recommendations 2009. *Schizophr Bull.* 2010; 36(1):94-103.

## فصل ۲

# ارزیابی و مدیریت روان‌پریشی حاد

### ارزیابی بیماران مبتلا به روان‌پریشی حاد

بیمارانی که دچار نشانه‌های روان‌پریشی می‌شوند، برای نخستین بار در دامنه وسیعی از موقعیت‌ها دیده می‌شوند، موقعیت‌هایی نظیر دفاتر ارائه مراقبت‌های اولیه، مطب روان-پزشکان، مطب ارائه‌دهندگان غیرپزشک خدمات بهداشت روان (مانند روان‌شناسان، مددکاران اجتماعی، پرستاران) و بخش‌های اورژانس.

مسائل ضروری که بایستی در ارزیابی اولیه در نظر گرفته شوند عبارت‌اند از:

۱. ایمنی بیمار و افرادی که با بیمار تعامل دارند؛
  ۲. ناراحتی شخصی بیمار که ممکن است ناشی از تجربه حالت روان‌پریشی باشد؛
  ۳. اطمینان یافتن از اینکه روان‌پریشی فعلی با وضعیتی پزشکی که نیازمند درمان فوری است مرتبط نیست؛
  ۴. ارزیابی توانایی بیمار برای دانستن این که آیا قادر به مشارکت در تصمیم‌گیری برای مدیریت خود است یا خیر؛
  ۵. تصمیم‌گیری در مورد اینکه بهترین مکان برای ارائه درمان به بیمار کجاست.
- علل پزشکی روان‌پریشی حاد را بایستی خیلی زود در ارزیابی مدنظر قرار داد. این

علل ممکن است شامل مصرف الکل یا مواد، اختلالات عصب شناختی یا اختلال در غدد درون ریز، عفونت خون (سپسیس) و اختلالات قلبی-عروقی باشند. بررسی علائم حیاتی، تعیین جهت یابی بیمار، انجام معاینه عصب شناختی و رد عللی مانند کم‌اکسیژنی (هیپوکسی) یا افت قند خون (هیپوگلیسمی) باید بخش‌هایی از روند ارزیابی هر روان‌پریشی تازه‌ای باشند.

برای برخی بالینگران ممکن است اتخاذ تصمیم‌های مدیریتی ناخوشایند باشد و قبل از رسیدن به تشخیص، درمان را شروع کنند. در ضمن اگر نشانه‌های روان‌پریشی شدید باشند، ممکن است به دست آوردن سابقه مناسبی از بیمار، اعضای خانواده او و دیگر منابع طی ارزیابی اولیه میسر نباشد. به علاوه نوع درمان اولیه در روان‌پریشی‌ها مختص به نوع بیماری نیست. بدین معنا که رویکردهای داروشناختی و روان‌شناختی در درمان روان‌پریشی‌های حاد مشابه‌اند، صرف‌نظر از اینکه علت بنیادی، روان‌گسیختگی، اختلال روان‌پریشی خلقی<sup>۱</sup> یا روان‌پریشی عضوی<sup>۲</sup> باشد.

## ارزیابی ایمنی در بخش اورژانس

برای بررسی خطر خشونت یا رفتارهای خود-تخریبی در افراد دچار روان‌گسیختگی و دیگر انواع روان‌پریشی‌ها تعدادی از عوامل را باید مدنظر قرار داد [۱-۳]. عوامل مرتبط با افزایش خطر رفتارهای خشونت‌بار در افراد دچار روان‌پریشی عبارت‌اند از:

- سابقه رفتار خشونت‌آمیز
- دل‌مشغولی نسبت به مورد تهدید قرار داشتن در نزدیکان بیمار
- توهمات آمرانه<sup>۳</sup>
- مصرف هم‌زمان مواد

---

1. psychotic mood disorder  
2. organic psychosis  
3. command hallucinations



- سابقه رفتارهای تکانشی

- در مردان احتمال انجام رفتارهای خشونت‌بار بیشتر است.

عوامل مرتبط با افزایش خطر رفتارهای خود-تخریبی و خودکشی در افراد دچار

روان‌پریشی عبارت‌اند از:

- سابقه رفتار خودکشی

- توهمات آمرانه

- مصرف هم‌زمان مواد

- جوان بودن.

حتی اگر بیمار سابقه شناخته شده بیماری روان‌پریشی داشته باشد، بازهم بایستی در بخش اورژانس علل عضوی رفتار پرخاشگرانه رد شوند. گمان می‌رود مسمومیت با مواد و الکل شایع‌ترین دلایل خشونت در بخش اورژانس باشند [۴]. سایر علل شایع عبارت‌اند از: حالت‌های پس-صرعی<sup>۱</sup>، افت قند خون و نشانگان ترک، به‌ویژه ترک الکل. مصاحبه با بیمارانی که عصبانی یا پرخاشگر به نظر می‌رسند باید در اتاقی انجام گیرد که در آن هم بیمار و هم بالینگر به سهولت به درب خروج دسترسی داشته باشند. هر زمان که ممکن است بایستی از روش‌های آرام‌سازی کلامی برای بیمار استفاده کرد، روش‌هایی نظیر نزدیک شدن به بیمار به شکلی دوستانه و حمایت‌گرانه و نیز توجه نشان دادن به نگرانی‌های بیمار. تنها در صورت ناموفق بودن سایر رویکردها می‌توان از محدودیت فیزیکی استفاده کرد.

نتایج ارزیابی ایمنی تعیین خواهند کرد که تصمیم‌گیری پیرامون حفاظت از ایمنی بیمار و دیگران تا چه میزان برای بالینگر ضروری است. برای بالینگر مهم است تا با پرسش مستقیم از بیمار پیرامون تجربه فعلی روان‌پریشی وی و این‌که این تجربیات متوجه چه افرادی در محیط بلافصل او هستند، به ملاحظات ایمنی پردازد. توهماتی

---

1. post-ictal states



که به بیمار دستور می‌دهند تا علیه خودشان یا دیگران به اعمالی خشونت‌آمیز دست زنند باید بالینگر را نسبت به وجود یک مسئله ایمنی هشیار سازند - حتی اگر بیمار به نسبت آرام به نظر بیاید [۵]. این تجربیات به‌ویژه زمانی خطرناک‌اند که بیمار گزارش کند مقاومت مقابل این دستورات دشوار است. اگر بیمار باور داشته باشد که انتخابی ندارد و محکوم به عمل است، افکار هذیانی<sup>۱</sup> وی در مورد افراد حاضر در محیطش را نیز باید مورد توجه قرار داد.

اعضای خانواده و دیگر افراد مطلع هم می‌توانند اطلاعاتی ارزشمند در مورد رفتار اخیر بیمار و محتوای افکار وی ارائه دهند. این گونه اطلاعات به‌ویژه زمانی سودمند هستند که کسب سابقه مناسب از بیمار دشوار یا غیرممکن باشد.

## سابقه و ارزیابی جسمانی

### سابقه بیماری فعلی

همچون هر مصاحبه روان‌پزشکی دیگری، باید با یک سؤال باز-پاسخ به بیمار نزدیک شد، سؤالی نظیر «امروز چطور می‌توانم به شما کمک کنم؟» و سپس به بیمار اجازه داد تا به‌طور غیر منقطع برای حداقل ۳ تا ۵ دقیقه به سؤال پاسخ دهد. طی این مدت بیمار اغلب شکایت اصلی و هرگونه نشانه روان‌پریشی دیگر خود را آشکار می‌کند، روندی که اجازه می‌دهد تا بالینگر ادامه مصاحبه را متناسب با اطلاعات دریافتی به پیش برد. در صورت امکان بایستی نقل‌قول‌های مستقیم بیمار که وضعیت فعلی او را مستند می‌سازند ضبط کرد.

برخی بیماران دچار نشانه‌های فعال روان‌پریشی یا نشانه‌های منفی ممکن است در مواجهه با سؤالات باز-پاسخ اطلاعاتی کم ارائه دهند یا اینکه هیچ اطلاعاتی ارائه ندهند. اگر این مورد صادق باشد، بالینگر بایستی به‌طور مستقیم در مورد بقیه اطلاعات سؤال کند. به‌طور مثال پرسد: «چرا به‌جای اینکه دیروز یا هفته پیش به دیدار من

1. delusional ideas

بیاید، امروز به دیدنم آمده‌اید؟» این گونه سؤالات اغلب می‌توانند سرخ‌هایی فراهم آورند مبنی بر اینکه نشانه‌های اصلی چه هستند و گسترش‌شان تا چه میزان تحمل‌ناپذیر شده یا تا چه اندازه بر عملکرد فرد تأثیری مخرب داشته‌اند. دانستن اینکه عملکرد خط پایه بیمار چه تغییری داشته، مهم است. درخواست شرح مفصلی از چگونگی سپری شدن ساعات بیداری بیمار طی روز قبل از تجلی بیماری، می‌تواند اطلاعات سودمندی فراهم آورد.

در صورتی که بیمار خوددار یا شکاک است، استخراج گزارش‌هایی از نشانه‌های روان‌پریشی وی می‌تواند دشوار باشد. احساس بیمار مبنی بر اینکه درخطر قرار دارد یا وجود افراد و موقعیت‌هایی که وی از آن‌ها اجتناب می‌کند، می‌تواند توصیف مناسبی از تحریف واقعیت در او به دست دهد. ممکن است افراد دچار تجربه‌های روان‌پیشانه، حضور در محیط‌های پرسروصدا یا پر محرک را دشوار ببینند. پرسش پیرامون اینکه آیا بیمار افکار عجیب یا غیرمعمول دارد نیز می‌تواند به استخراج توصیفی از نشانه‌های روان‌پریشی در وی منجر شود.

به علاوه شرح هر نشانه دیگر مرتبط با دوره فعلی بیماری بایستی جمع‌آوری شود، نشانه‌هایی نظیر هر نوع توهم (مثل توهمات آمرانه یا دیگر انواع توهمات)، هذیان‌ها، بدگمانی، تغییرات در خلق (افسردگی یا شیدایی)، اضطراب، تغییرات در سخن گفتن یا رفتار و / یا انزوای اجتماعی. ثبت عدم وجود این نشانه‌ها نیز می‌تواند سودمند باشد، به‌ویژه برای بالینگرانی که ممکن است در مراحل آتی بازهم به ارزیابی بیمار بپردازند.

آگاهی یافتن از رویدادهای اخیر زندگی بیمار ممکن است اطلاعاتی پیرامون محرک و راه‌انداز احتمالی دوره روان‌پریشی فعلی بیمار فراهم آورد. آیا به تازگی محیط بیمار تغییر بخصوصی داشته است؟ تغییرات جسمانی ثبت یا گزارش شده‌ای که همراه دوره روان‌پریشی فعلی‌اند یا پیش از آن رخ داده‌اند، کدام‌اند (تغییراتی نظیر افزایش درد، شکایات تنی، کاهش وزن و غیره)؟ مصرف هر داروی جدید یا افزایش دوز مصرفی داروهای قبلی (اعم از داروهای تجویز شده یا غیرقانونی) نیز ممکن است راه‌اندازهای احتمالی دیگر باشند. سرانجام اینکه بالینگر می‌بایستی انگیزه‌های احتمالی بیمار برای