

# زندگی با اسکیزوفرنی

تألیف  
دکتر برندا لیتنر

ترجمه  
دکتر مهشید فروغان  
متخصص روان‌پزشکی  
عضو هیأت علمی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی





سرشناسه: لینتر، برندا

Lintner, Brenda

عنوان و نام‌پدیدآور: زندگی با اسکیزوفرنی / تألیف برندا لینتر؛ ترجمه مهشید فروغان.

مشخصات نشر: انتشارات درج عقیق، ۱۳۹۳.

مشخصات ظاهری: ۲۰۰ ص، رقی

شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۹۳۰۶۸-۹-۳

یادداشت: عنوان اصلی: Living with Schizophrenia: a Positive Guide for Sufferers and Carers, 1995.

موضوع: اسکیزوفرنی

شناسه افزوده: فروغان، مهشید، مترجم

رده‌بندی کنگره: ۵۱۴ RC ۱۳۹۳ ز ۹ / ل ۹۴

رده‌بندی دیویی: ۶۱۶/۸۹۸

شماره کتابشناسی ملی: ۳۶۶۰۱۳۸

دکتر برندا لینتر

## زندگی با اسکیزوفرنی

ترجمه: دکتر مهشید فروغان

فروست: ۶۰۵

ناشر: انتشارات درج عقیق با همکاری کتاب ارجمند

صفحه‌آرا: محبوبه دلجو

مدیر هنری: احسان ارجمند

سرپرست تولید: پروین عبدی

ناظر چاپ: سعید خانکشلو

چاپ و صحافی: سمارنگ

چاپ چهارم، دی ۱۳۹۴، ۱۱۰۰ نسخه

شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۹۳۰۶۸-۹-۳

این اثر، مشمول قانون حمایت از مؤلفان و مصنفان و هنرمندان مصوب ۱۳۴۸ است، هر کس تمام یا قسمتی از این اثر را بدون اجازه مؤلف، ناشر، نشر یا پخش یا عرضه کند مورد پیگرد قانونی قرار خواهد گرفت.

[www.arjmandpub.com](http://www.arjmandpub.com)

## مرکز پخش: انتشارات ارجمند

دفتر مرکزی: تهران بلوار کشاورز، بین خ کارگر و ۱۶ آذر، پلاک ۲۹۲، تلفن: ۸۸۹۸۲۰۴۰

شعبه مشهد: ابتدای احمدآباد، پاساژ امیر، انتشارات مجد دانش، تلفن: ۰۵۱-۳۸۴۴۱۰۱۶

شعبه رشت: خ نامجو، روبروی ورزشگاه عضدی، تلفن: ۰۱۳-۳۳۳۳۲۸۷۶

شعبه بابل: خ گنج افروز، پاساژ گنج افروز، تلفن: ۰۱۱-۳۲۲۲۷۷۶۴

شعبه ساری: بیمارستان امام، روبروی ریاست تلفن: ۰۹۱۱-۸۰۲۰۰۹۰

شعبه کرمانشاه: خ مدرس، پشت پاساژ سعید، کتابفروشی دانشمند تلفن: ۰۸۳-۳۷۲۸۴۸۳۸

بها: ۱۲۰۰۰ تومان

با ارسال پیامک به شماره ۰۵۹۹ ۰۵۹۹ ۰۰۰۰ ۱۰۰۰ در جریان تازه‌های نشر ما قرار بگیرید:

ارسال عدد ۱: دریافت تازه‌های نشر پزشکی به صورت پیامک

ارسال عدد ۲: دریافت تازه‌های نشر روان‌شناسی به صورت پیامک

ارسال ایمیل: دریافت خبرنامه الکترونیکی انتشارات ارجمند به صورت ایمیل

# فهرست

فصل ۱: تاریخچه مختصر .....	۱۳
فصل ۲: اسکیزوفرنی چیست؟ .....	۱۹
فصل ۳: چه عواملی سبب اسکیزوفرنی می شوند؟ .....	۳۹
فصل ۴: تشخیص اسکیزوفرنی .....	۵۳
فصل ۵: برنامه ریزی برای درمان اسکیزوفرنی .....	۶۱
فصل ۶: درمان اسکیزوفرنی .....	۷۵
فصل ۷: مراقبت در جامعه .....	۱۱۱
فصل ۸: راهنمای استفاده از نظام بیمه .....	۱۲۱
فصل ۹: مدارا با اسکیزوفرنی .....	۱۳۱
فصل ۱۰: مسائل حقوقی .....	۱۵۷
فصل ۱۱: اسکیزوفرنی در هنر و ادبیات .....	۱۶۹
فصل ۱۲: آینده .....	۱۷۵
ضمیمه ۱: داروهای جدید در درمان بیماری اسکیزوفرنی .....	۱۷۷
ضمیمه ۲: تخت‌های روانپزشکی بخشها و بیمارستانهای روانپزشکی موجود کشور .....	۱۷۹
ضمیمه ۳: آدرس و مشخصات مراکز ارائه خدمات توانبخشی و نگهداری بیماران روانی مزمن .....	۱۸۵
واژه‌نامه .....	۱۹۳
آدرس‌های مفید .....	۱۹۹



## سخنی با خوانندگان

تن ز جان و جان ز تن مستور نیست

لیک تن را دید جان مقدر نیست

بیش از یکصد سال قبل، روانپزشک فرانسوی، بندیکت اگوستین مورل<sup>(۱)</sup> شاهد بود که چگونه نوجوانی ۱۴ ساله که دانش‌آموزی برجسته بود طی مدّت چند ماه چنان رو به تباهی رفت که به موجودی کودن تبدیل شد. افکار او درهم و رفتار او غریب و نامأنوس بود. مورل این بیماری را زوال عقل پیش‌رس نامید، نامی که سال‌ها بعد با واژه اسکیزوفرنی جایگزین شد.

اوج‌گیری ابتلا به اسکیزوفرنی در سال‌های بیست و سی عمر و نیز سابقه تاریخی فوق سبب شد که این بیماری در کشور ما با نام جنون جوانی معرفی شود و این برداشت نادرست در اذهان شکل بگیرد که بیماری اسکیزوفرنی مخصوص دوره جوانی است، گرچه همان طور که در متن کتاب بارها به آن اشاره شده، اسکیزوفرنی ممکن است نخستین بار در سنین میانسالی و حتی سالمندی آغاز شود.

اسکیزوفرنی اختلالی است که مرز نمی‌شناسد. سنّ، جنس، نژاد، طبقه اجتماعی، و... آن را محدود نمی‌کنند و در همه کشورهای، فرهنگ‌ها، و اعصار تاریخی رد پای آن را می‌توان دید. براساس آمار سازمان جهانی بهداشت، یک نفر از هر صد نفر در مقطعی از عمر خود به این بیماری گرفتار می‌شود. آن را به سرطان اختلالات روانی تشبیه کرده‌اند. این دو بیماری از بسیاری جهات به هم شباهت دارند: عوامل سبب ساز هیچکدام را به درستی نمی‌شناسیم و نمی‌دانیم چگونه باید از آنها پیشگیری کنیم؛ از یک سو تلاش در جهت درمان هر دو با

---

1. Benedict-Augustin Morel

موفقیت محدود همراه است و از سوی دیگر، هزینه‌های مالی و عاطفی مبارزه با آنها برای خانواده‌ها بسیار سنگین و از طاقت اغلب آنها فراتر است. خوشبختانه در سال‌های اخیر با تحولاتی که در زمینه پژوهش و درمان اسکیزوفرنی رخ داده، در قلب بسیاری از بیماران و خانواده‌ها با رقه‌هایی از امید جرقه زده است. آنچه تا حدودی بر پیچیدگی مسایل مبتلایان به بیماری اسکیزوفرنی می‌افزاید، فقدان بصیرت به بیماری است. از آنجا که اکثر بیماران حداقل در مقطعی از زمان خود را بیمار نمی‌پندارند، سیر درمان و مراقبت از آنان به دلیل عدم همکاری‌شان روندی پیوسته ندارد. این امر به عودهای مکرر منجر و با هر عود بر عمق و دامنه ناتوانی بیمار افزوده می‌شود.

اکثر بیماران بستری در بخش‌های روانپزشکی یا بیمارستان‌های روانی، خصوصاً مراکز بلندمدت، را افراد مبتلا به اسکیزوفرنی تشکیل می‌دهند، آمار گزارش شده از اقصی نقاط جهان به رقمی حدود ۵۰٪ اشاره دارند ولی آنچه در سنوات اخیر و پس از معرفی داروهای مؤثر در کنترل علائم بیماری توجه پزشکان، پژوهشگران، خانواده‌ها و افکار عمومی را به خود جلب کرده است امکان درمان و پی‌گیری این بیماران در جامعه و هدایت آنان به سوی یک زندگی عادی، مستقل، و کم و بیش کامل در کنار خانواده و دوستان است. دستیابی به این هدف میسر نخواهد بود مگر آن که شناخت بیماران، خانواده‌ها، و در کل جامعه، درباره این بیماری افزایش یابد و جامعه به ابزارهای مناسب برای خدمت‌رسانی به این بیماران و خانواده‌ها مجهز شود. مراکز روزانه، کلینیک‌های جامعه‌گرا، واحدهای اشتغال تحت نظارت، خانه‌های گروهی کوچک، تخت‌های بیمارستانی کافی و... از جمله این مواردند.

این کتاب با هدف ارتقای آگاهی بیماران و خانواده‌ها و به منظور تسهیل استقرار آنان در جامعه نگاشته شده است. هدف آن است که بیماران بتوانند حتی الامکان زندگی عادی داشته باشند.

در فصل یک، تاریخچه‌ای کوتاه ما را با آنچه در طی قرون و اعصار بر این بیماران گذشته است، آشنا می‌کند. در فصل دو، با علایم و نشانه‌های اسکیزوفرنی آشنا می‌شویم، در فصل سه، پی می‌بریم که گرچه هنوز نمی‌توانیم اسکیزوفرنی را اختلالی با علت شناخته شده بدانیم، ولی درباره مجموعه عوامل سبب ساز آن اطلاعات گسترده‌ای داریم. فصول چهار و پنج، به تشخیص و برنامه‌ریزی درمانی این بیماری اختصاص دارد. در فصل شش، با انواع مختلف

درمان‌های رایج، اثربخشی، و آثار ناخواسته آنها آشنا می‌شویم. از فصول جالب این کتاب مراقبت در جامعه است که ما را با انواع خدمات مورد نیاز بیماران تحت مراقبت در جامعه و ساختار مؤسسات ارایه دهنده آنها آشنا می‌کند و خصوصاً بر اهمیت کارگروهی متخصصان ذیربط تأکید دارد. در فصل نهم، نحوه کنار آمدن با این بیماری و روش‌های مقابله با تأثیرات منفی آن در عرصه‌های مهم زندگی نظیر تحصیل، اشتغال، زناشویی، فراغت و... شرح داده شده است. دو فصل هشتم و نهم، به تشریح حقوق مدنی و قوانین تأمین اجتماعی حمایت‌کننده از بیماران و خانواده‌ها در کشور بریتانیا اختصاص دارد. گرچه چنین به نظر می‌رسد که این دو فصل ارزش آموزشی چندانی برای بیماران ایرانی نخواهد داشت، ولی از آنجا که آشنایی با این قوانین می‌تواند بیماران، خانواده‌ها، و سیاستگذاران را با یکی از نظام‌های قانونی بهینه‌سازی شرایط زندگی بیماران و خانواده‌های آنان در جهان آشنا کند، از برگردان آنها به فارسی صرف‌نظر نکردم. فصل یازدهم، ما را با بازنمودهای این بیماری در هنر و ادبیات و نیز برخی از چهره‌های خلاق و مشهوری که به رغم ابتلا به بیماری توانستند در زمان خود یا پس از مرگ، جهانی را با نبوغ خود شگفت‌زده کنند، آشنا می‌کند و بالاخره در فصل دوازدهم، در قالب برخی از پیش‌بینی‌های واقع‌گرایانه مبتنی بر اصول علمی به چشم‌انداز آتی سرنوشت این بیماران نظری می‌افکنیم. این کتاب بسیار ساده و روان نگاشته شده و از جنبه آموزشی بسیار ارزشمند است. ذکر شرح حال بیماران واقعی، تصاویری زنده و روشن از این بیماری را در ذهن خواننده می‌پروراند.

در پایان متن اصلی، بخشی به ذکر آدرس انجمن‌ها و مؤسساتی اختصاص یافته بود که در زمینه آموزش، پژوهش، خدمت‌رسانی یا حمایت از بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی در بریتانیا فعالیت دارند، این بخش در برگردان کتاب حذف و با فهرست آدرس‌های مفید مشابه برای بیماران ایرانی جایگزین شد.

## دکتر مهشید فروغان

استادیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی





## پیشگفتار

نگارش کتابی دربارهٔ آشنایی با اسکیزوفرنی آسان نیست. اغلب بیماران بیماری خود را می‌پذیرند و آماده‌اند به توصیه‌های مربوط به نحوهٔ کنار آمدن با بیماری گوش فرا دهند، گرچه ممکن است به آن عمل نکنند - مانند افرادی که مشکل قلبی یا ریوی دارند ولی به کشیدن سیگار ادامه می‌دهند، یا دیابتی‌هایی که مرتباً از غذاهای ممنوع می‌خورند، یا کسانی که فشار خون دارند ولی در مصرف داروی خود اهمال می‌ورزند، چون احساس نمی‌کنند که بیمارند. متأسفانه، در برخی مراحل اسکیزوفرنی آگاهی به بیماری از میان می‌رود، و بیمار نمی‌پذیرد که بیمار شده است. اما، به عقیدهٔ من حتی در این هنگام نیز بخشی از وجود او می‌داند که اوضاع آن‌طور که باید باشد نیست و دلیل سردرگمی، افسردگی و ترس او نیز همین است. تردیدی نیست که این ناآگاهی یکی از دلایلی است که کنار آمدن با بیماری را برای خویشاوندان بسیار دشوار می‌کند.

به سختی می‌توان پذیرفت خواندن چنین کتابی برای کسی که در مراحل حاد بیماری اسکیزوفرنی است سودی داشته باشد، زیرا سرشت آن به گونه‌ای است که ذهن فرد را چنان درگیر می‌کند که تقریباً همهٔ چیزهای دیگر به کنار رانده می‌شوند. وضع آنان در این موارد مانند کسانی است که به دلیل حملهٔ قلبی در بخش مراقبت‌های ویژه بستری شده‌اند و طبعاً نمی‌توانند به خواندن کتابی با عنوان چگونه می‌توانید با قلب بیمار خود مدارا کنید، میلی داشته باشند. البته، امیدوارم که این کتاب به بیمارانی که با درمان، حالشان رو به بهبود است کمک

کند که بیماری‌شان را بهتر بفهمند و دربارهٔ زندگی و مداوای بیماری خود تصمیم‌های درستی بگیرند. علاوه بر این، امید دارم که این کتاب برای خویشاوندان این بیماران که غالباً بار عظیم مراقبت از آنان را بر دوش دارند مفید باشد.

کمتر بیماری را می‌توان یافت که دربارهٔ آن به اندازهٔ اسکیزوفرنی برداشت غلط وجود داشته باشد. اسکیزوفرنی بیماری غم‌انگیزی است، چون جوانان را گرفتار می‌کند، آن‌هم در زمانی که تواناییها و امیدشان به آینده در اوج خود قرار دارد. ولی نگرش جامعه، به طور عام، نیز بر عمق فاجعه می‌افزاید. خوشبختانه، دورانی را که ابتلا به بیماری روانی دلیلی برای گرفتار کردن فرد در غل و زنجیر بود پشت سر گذاشته‌ایم، ولی هنوز برای رسیدن به همدردی عمومی راه درازی در پیش داریم. وقتی می‌شنوم، افرادی که در سایر موارد هوشمندانه و انسانی رفتار می‌کنند، واژگانی چون «خل و چل» و «دیوانه‌خانه» و «دارالمجانین» به کار می‌برند و اسکیزوفرنی را موضوعی برای لطیفه‌های سخیف تلقی می‌کنند، به شدت احساس انزجار می‌کنم.

شکی نیست که این نگرش را آمیزه‌ای از ترس و جهل به وجود آورده است. چون افراد مبتلا به اسکیزوفرنی همیشه طبق انتظار رفتار نمی‌کنند، دیگران نمی‌دانند که در برابر آنان چگونه واکنش نشان دهند. این دستپاچگی منحصراً در برخورد با بیماران روانی، رخ نمی‌دهد، بلکه در برابر افراد داغ‌دیده، از شکل افتاده، و حتی مبتلایان به سرطان نیز دیده می‌شود. جهل ما را به سوی این تصور سوق می‌دهد که فرد مبتلا به اسکیزوفرنی ممکن است غیر قابل پیش‌بینی و خشن شود. درست است که گاه از این بیماران رفتارهای عجیب و حرف‌های نامربوط سر می‌زند، ولی مطمئناً، این دلیل ترسیدن از آنها نمی‌شود. اگر ما افراد بی‌آزاری را که تنها گناهشان آن است که رفتارشان با هنجارهای مورد پذیرش اجتماع وفق نمی‌کند بهتر تحمل می‌کردیم، جامعهٔ غنی‌تری داشتیم. این تصور که افراد مبتلا به اسکیزوفرنی برای ارتکاب اعمال هولناک و خشونت‌آمیز آمادگی دارند، مردود است. بیشتر این جنایات توسط کسانی صورت می‌گیرد که به عنوان افراد بهنجار - صرف نظر از معنای آن - آزادانه در اجتماع می‌گردند؛ نفهمیدن انگیزهٔ آنان دلیل ابتلایشان به اسکیزوفرنی نیست. امیدوارم که کتاب حاضر بتواند این نکته را روشن کند که اسکیزوفرنی نوعی بیماری با مجموعهٔ معینی از علائم و نشانه‌هاست، نه برچسبی که بتوانیم به هر کس که اعمال

شریرانه‌اش را نمی‌فهمیم، بزنیم. اکثر افرادی که گرفتار اسکیزوفرنی هستند مطیع قانون و با توجه به رفتار جامعه با آنان، باید گفت که بی‌اندازه صبورند.

از آنجا که علت این بیماری هنوز روشن نیست، طبیعتاً نظریه‌های بسیاری برای تبیین آن مطرح شده‌اند. برخی از این نظریه‌ها اسکیزوفرنی را نتیجه فشار محیطی می‌دانند یا حتی آن را افسانه‌ای ساخته و پرداخته جامعه برای کنار آمدن با اعضای متمرد خود تلقی می‌کنند. تصور نمی‌کنم کسی که با بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی زیاد کار کرده باشد، هیچ یک از این دو توضیح را بپذیرد. نظریه‌های فوق با این واقعیت که اسکیزوفرنی در تمام فرهنگ‌ها و، تا آنجا که بتوان محقق کرد، در تمام ادوار تاریخ فراوان بوده است سازگار نیستند. علاوه بر آن، این باورها معمولاً مورد پذیرش افرادی هستند که قربانی جامعه بودن را از قربانی اختلال زیست-شیمیایی بودن «محترمانه» تر می‌دانند، و از آنجا که امکان درمان در آنها نادیده گرفته شده، کاملاً پوچ انگارانه‌اند. طبیعتاً، استرس در ایجاد این بیماری نیز، مثل اکثر بیماری‌های دیگر، نقش دارد، ولی همه شواهد به نفع آن هستند که در سبب‌شناسی اسکیزوفرنی عوامل دیگری نیز مطرح می‌شوند. در واقع، اگر نظریه‌های زیست-شیمیایی جهت تقریباً درستی بیابند، درمان قطعی چندان دور از دسترس‌مان نخواهد بود.

به هر حال، این واقعیت که از دیدگاه اکثر روان‌پزشکان اسکیزوفرنی نوعی بیماری است نه برجستگی که جامعه به اعضای ناسازگار خود بزند، جامعه را از مسئولیت تحمل و حمایت این افراد معاف نمی‌کند. درمان‌های قدیمی غالباً وضع بیمار را بدتر و او را منزوی‌تر می‌کردند. ولی از سوی دیگر، وجود شمار اندکی از انگاره‌های عجیب، نیز دلیل موجهی برای کاربرد روش‌های اصلاحی نمی‌شود.

آنچه سعی کرده‌ام در این کتاب نشان دهم آن است که اسکیزوفرنی یک نوع بیماری (یا گروهی از بیماری‌ها) است با علائم و نشانه‌های قابل فهم که غالباً ناراحت‌کننده‌اند، ولی ممکن است با درمان تخفیف یابند. این تصور که افراد مبتلا به آن تماس‌های اسرارآمیزی با نیروهای ماوراءالطبیعه دارند یا حقایق جاودانی‌ای بر آنان مکشوف می‌شود که باقی افراد بشر از کشفشان محرومند، یکی دیگر از پندارهایی است که معمولاً کسانی آن را مطرح می‌کنند که واقعیت بیماری را در جنبه‌های دلخراش‌تر آن هرگز ندیده‌اند. تلاش آنان برای فهمیدن دنیای گرفتاران به اسکیزوفرنی قابل احترام است، ولی ابتلا به اسکیزوفرنی ندرتاً

تجربه‌ای حیات‌افزاست، و تصور می‌کنم که اگر آن را بیماری ناتوان‌کننده‌ای  
بپنداریم که امیدواریم درمان آن بزودی کشف شود سودمندتر خواهد بود.  
هدف من آن است که تعریف قابل‌فهمی از این بیماری غامض را، نه تنها به  
بیماران و نزدیکان آنان، بلکه به افراد عادی‌ای که با آن برخورد می‌کنند، ارائه  
دهم، با این امید که بتوانند با فرد مبتلا به اسکیزوفرنی با صبر و همدردی  
بیشتری روبرو شوند.



## تاریخچه مختصر

معنای تحت‌لفظی اسکیزوفرنی «فکر چند پاره» است. این اصطلاح را نخستین بار روان‌پزشک آلمانی، اویگن بلویلر<sup>۱</sup> در سال ۱۹۱۱ به کار برد. او از آن برای اشاره به آنچه اختلال اساسی در این بیماری روانی می‌دانست، یعنی چند پاره شدن افکار یا سست شدن ارتباط میان آنها، به نحوی که تفکر کاملاً نظامش را از دست بدهد و شکاف ایجاد شده میان تفکر و هیجان به رفتار نامناسب منجر شود، استفاده کرد.

### اعصار نخستین

نشانه‌هایی را که امروز تحت عنوان اسکیزوفرنی گروه‌بندی می‌کنیم از زمان‌های قدیم می‌شناختند. احتمالاً بیشتر کسانی که در گذشته آنها را دیوانه می‌دانستند و محبوسشان می‌کردند به اسکیزوفرنی گرفتار بودند. هر چند در برخی کشورها این افراد را به دلیل افکار عجیب و رفتار غریبشان در تسخیر نیروهای اسرارآمیز می‌دانستند، اما در اکثر نقاط آنها را هدف رفتارهای بی‌ملاحظه و سنگدلانه قرار می‌دادند؛ به عنوان جادوگر در آتش می‌سوزاندند یا می‌گذاشتند چون گدایان تهیدست در روستاها سرگردان شوند. بعدها، در

---

1. Eugen Bleuler

آسایشگاه‌های قدیمی مانند بدلم<sup>۱</sup> آنان را به زنجیر می‌کشیدند و با آنها چون حیوانات رفتار، به شیوه‌های گوناگون تحقیرشان می‌کردند و غالباً آنها را نمایش سرگرم‌کننده‌ای برای گردش‌های خارج شهر خود به شمار می‌آوردند. در سال ۱۷۹۵ عصر انسانی تری آغاز گشت. پینل<sup>۲</sup>، تحت تأثیر افکار بدو انقلاب فرانسه، با این باور که محبوس کردن بیمار روانی، بی‌تردید، حال او را وخیم‌تر می‌کند درهای آسایشگاه سالپتریر<sup>۳</sup> در پاریس را گشود و در آنجا بیمارانی یافت که چنان به دست فراموشی سپرده شده بودند که هیچ کس به یاد نمی‌آورد چه وقت به آنجا وارد شده‌اند. بسیاری از آنها سال‌ها بود که به ندرت آفتاب را می‌دیدند و برخی دیگر همیشه زنجیر به دور بدنشان پیچیده بود، فقط به این دلیل که تفریبات از سر استیصالشان به غلط دلیل بر خشونت تلقی می‌شد. او دریافت که در برخی تمام نشانه‌های بیماری از میان رفته است و مراقبت مناسب و محیط عادی برای اکثر آنها بی‌نهایت سودبخش است.

نیازی نیست اشاره کنیم که اکثر افرادی که مسئول مراقبت از این بیماران بودند، از جمله پزشکانشان، حساسیت خود را به مشکلات بیماران از دست داده و نسبت به آنان بی‌تفاوت شده بودند. حتی بیماری جرج سوم<sup>۴</sup> که مبتلا به اسکیزوفرنی نبود، اما احتمالاً از جنون ادواری ناشی از نوعی اختلال سوخت و ساز به نام پورفیری<sup>۵</sup> رنج می‌برد، به محبوس شدن او تحت شرایطی بسیار ظالمانه منجر شد، بدون آنکه به مسأله سلطان بودن او کوچکترین عنایتی شود.

## قرن نوزدهم

روان‌پزشکان قرن نوزدهم، که برخی از آنان در دوره‌ای که از اعصار بسیار تاریک پزشکی به شمار می‌آید در امر روشنگری سخت اهتمام ورزیدند، درباره اسکیزوفرنی مطالعات وسیعی انجام دادند و در نوشته‌های خود بارها آن را به توصیف کشیدند. یکی از این پیشگامان، جان کانوللی<sup>۶</sup>، در کتاب خود به نام

1. Bedlam

2. Pinel

3. Salpetriere

4. George (۱۷۳۸-۱۸۲۰) پادشاه انگلستان

5. porphyria

6. John connolly

«جستاری در باب نشانه‌های جنون» (۱۸۳۰) به شرح مورد آقای ماتیوز<sup>۱</sup> می‌پردازد (صفحه ۴۱):

او خود را هدف ویژه مزاحمت گروه اسرارآمیزی می‌دانست که در آپارتمان ناشناخته‌ای در لندن<sup>۲</sup> وال سکونت داشتند و به دلیل چیره‌دستی در شیمی‌بادی می‌توانستند انواع مختلف شکنجه را در مورد او اعمال کنند. او می‌توانست از انواع این شکنجه‌ها و افرادی که آنها را اعمال می‌کردند شرح بسیار دقیقی ارائه دهد. آنها گاه عضلات زبان او را منقبض می‌کردند، گاه پرده‌ای زیر مغز او می‌گستراندند که راه ارتباطی ذهن و قلبش را می‌بست. با زدن سنگ به مثانه‌اش او را آزار می‌کردند، افکاری را عمداً به ذهن او وارد می‌کردند تا در آن بچرخد و شناور شود، از طریق اتمسفر مغناطیسی تا سر حد مرگ او را می‌فشرده‌اند، معده‌اش را می‌خراشیدند، مایعات را با فشار وارد سرش می‌کردند، مغزش را از دو طرف می‌کشیدند و تمام تصاویر ذهنی و افکارش را تحریف می‌کردند، و هر چند وقت یک بار با وارد کردن گاز به درون رشته‌های عصبی آنها را متسع می‌کردند.

هیچکس نمی‌تواند نوع پارانوئیدی اسکیزوفرنی را بهتر از این توصیف کند. نیت کانوللی از نگارش این کتاب، ممانعت از اجرای این رویه غلط رایج بود که بیماران بی‌آزار و مبتلا به هذیان‌های گزند و آسیب، به رغم داشتن شخصیتی ملایم و صلحجو، به آسایشگاه‌های روانی سپرده شوند.

جالب است بدانیم که روشنگری در نیمه نخست قرن نوزدهم، از بسیاری جهات، بیش از نیمه دوم آن بود. اما رفته رفته، بر اثر فشارهای ناشی از صنعتی شدن، و نیز دیدگاه پدرسالارانه عصر ویکتوریا، این تصور به وجود آمد که بهتر است بیماران روانی در مؤسسات وسیعی، کاملاً دور از شهر و نیز خویشاوندانشان، محبوس شوند. این مؤسسات را هنوز هم می‌توان دید، از جمله در بیمارستان‌های روانی زنجیره‌ای حومه شهر لندن.

البته، این کار دارای وجه انسانی نیز بود، از این لحاظ که تصور می‌شد روان‌های آشفته از «آسایشگاه»، یعنی دور شدن از استرس‌های روزمره و زندگی در محیطی آرامبخش، سود می‌برند. اما، در عمل نتیجه آن بود که بسیاری از

1. Mr. Matthews

2. London Wall

بیماران ارتباط خود را با خانواده و غالباً با دنیای واقعی از دست دادند و از زمان سپرده شدن تا روز مرگ، حتی اگر از بیماری بهبود یافته بودند، در آسایشگاه باقی ماندند. «مجنونی» که به آسایشگاه سپرده می‌شد، اکثر حقوق مدنی خود را از دست می‌داد. هیچ درمان مؤثری برای بیماران وجود نداشت؛ از این رو، همهٔ خویشاوندان جز وفادارترینشان از انتظار خسته می‌شدند و علاقه‌شان را به بیمار از دست می‌دادند. همسرش او را ترک می‌گفت و فرزندانشان بدون آنکه چیزی دربارهٔ او بدانند بزرگ می‌شدند. یکی از دردناکترین خصوصیات بیماری بیگانه شدن بیمار با عزیزان بود، چون اغلب چنین می‌نمود که دادن پاسخ‌های هیجانی مناسب یا پاسخ‌های هوشمندانه برای او مقدور نیست. و بالاخره به دلیل فقدان همدردی همگانی، بیمار روانی بودن معادل طرد اجتماعی بود.

### قرن حاضر

پیدایش روانکاوی بر درمان اسکیزوفرنی چیزی نیفزود، چون فروید می‌پنداشت که این بیماری به روش‌های او پاسخ نمی‌دهد. ولی روانکاوان، با اثبات آنکه عوامل روانشناختی می‌توانند به نشانه‌های جسمی نظیر فلج، کوری و از دست دادن حافظه منجر شوند، درگُل، نگرش تازه‌ای به بیماری روانی ایجاد کردند. علاوه بر آن، نشان دادند که اگر استرس‌های زمینه‌ساز با روش‌های روان درمانگرانه برطرف شوند می‌توان مشکلات روانی را درمان کرد و در نتیجه این تصور را که جسم و روان دو واحد کاملاً مجزا هستند از میان بردند. و بالاخره، معلوم شد که ابتلا به بیماری روانی برای هرکسی ممکن است پیش بیاید. شماری از بیماریهای روانی رفته رفته قابل فهم شدند، اما اسکیزوفرنی همچنان رازی سر به مهر باقی ماند. گذشته از آن، به رغم این حقیقت که حدود یک چهارم بیماران، حتی، در دورهٔ قبل از معرفی درمان‌های مؤثر نیز خود به خود بهبود می‌یافتند، هنوز هم شهرت داشت که اسکیزوفرنی بیماری هولناک و درمان‌ناپذیری است. روش‌های درمانی به کار رفته - بخش‌های بسته، جداکردن دو جنس، داروهای غیر مؤثر و نامطبوع، و شاید مهم‌تر از همه انزوای اجتماعی - بیش از آنکه بیماری را بهبود بخشد آن را وخیم‌تر می‌کرد. ارتباط بسیاری از بیماران با تکالیف زندگی روزمره نظیر خرید کردن، نگهداشتن حساب پول،



آشپزی، ایاب و ذهاب با وسائط نقلیه عمومی و نظایر آن قطع می‌شد. آنها مجبور بودند لباس‌هایی را بپوشند که بیمارستان برایشان تهیه می‌کرد، نه آنچه خود انتخاب می‌کردند - لباس‌هایی که بیشتر شبیه یونیفرم بود تا اگر به دنیای خارج فرار کردند به آسانی شناخته شوند.

اصلاحات واقعی تنها در سال‌های ۱۹۵۰ و با پیدایش روش‌های تازه درمان آغاز شد. عقاید قبلی درباره دادن آزادی و احترام به خود به بیماران، و اعتقاد به آنکه کار بیماران قدیمی نباید تنها نشستن در محیط پر ازدحام، زشت، و بی‌روح آسایشگاه، بلکه باید پرداختن به کارهای مفید و ارضاکننده باشد، از نو زنده شدند. افکار تازه‌ای درباره رعایت شأن بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی پدیدار گشت و این دیدگاه که آنها نیز باید حقوقی یکسان با بیماران دیگر داشته باشند، مطرح گردید.

### مراقبت جامعه‌گرا

امروزه بسیاری از بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی می‌توانند به خانه و نزد خانواده خود بازگردند، چون دوره بستری آنها بسیار کوتاه‌تر از سابق است و جامعه نیز از آنان حمایت می‌کند. ولی به هر حال، تعدادی نیز هستند که جز خود اتکایی ندارند و مراقبت از آنها حساسیت قابل ملاحظه‌ای را ایجاد می‌کند. نیاز آشکاری برای ایجاد تسهیلات بیشتر در جامعه احساس می‌شود. تعطیل کردن بیمارستان‌های روانی بزرگ چه سودی دارد اگر بیمارانی که حداقل در آنجا آسایش داشتند و تنها نبودند خود را در شرایط بدتری بیابند. استحقاق بیماران روانی چیزی بیش از سرگردانی و تکدی در خیابان‌ها و خوابیدن بر روی زمین سخت، و بدتر از آن به زندان افتادن برای ارتکاب جرائم ناشی از بیماری و صرفاً به این دلیل است که بخش‌های روان‌پزشکی برای آنها جا ندارند. آنها بیش از هر گروه دیگری، نه فقط به جا و مکان بلکه به محیطی تفاهم‌آمیز نیاز دارند تا آنان را در کنار آمدن با حمله‌های بیماریشان یاری دهد. بیمارستان‌های روانی فقط در صورتی باید تعطیل شوند که بتوان برای تمام بیماران نیازمند مراقبت مناسب در جامعه فراهم نمود.





## اسکیزوفرنی چیست؟

اسکیزوفرنی نوعی اختلال روانی شدید است که بر کل شخصیت تأثیر می‌گذارد. میزان این تأثیر با سن شروع بیماری مرتبط است. اسکیزوفرنی را می‌توان به عارضه‌ای نظیر دیابت تشبیه کرد که طیف شدت آن گسترده است، ولی همه نشانه‌هایش را می‌توان با درمان کنترل کرد. بدین نحو که فردی با دیابت شدید به مصرف قرص یا تزریق انسولین نیاز دارد، در حالی که در نوع خفیف‌تر که شروع دیررس دارد و احتمالاً با چاقی مرتبط است می‌توان با گرفتن رژیم و رسیدن به وزن نرمال و حفظ رژیم محدود از لحاظ کربوهیدرات تمام نشانه‌ها را برطرف کرد. به همین ترتیب نیز، برخی از مبتلایان به اسکیزوفرنی برای کنترل نشانه‌های بیماری خود باید همیشه دارو مصرف کنند، برخی دیگر برای دوره محدودتری نیاز به دارو دارند، و بالاخره عده‌ای نیز که بیماری آنها در پی استرس حاد، نظیر بیماری جسمی یا زایمان شروع شده، ممکن است طی مدت زمان نسبتاً کوتاهی بهبود بالینی کامل پیدا کنند.

### روان نژندی‌ها و روان پریشی‌ها

مرسوم است که بیماری‌های روانی را به دو گروه اصلی تقسیم کنند:

### روان‌نژندی‌ها

در روان‌نژندی الگوهای بهنجار تشدید می‌شوند تا جایی که به ناتوانی فرد منجر می‌گردند. مثلاً، اضطراب اگر در پاسخ به استرس باشد واکنشی بهنجار و گاه نجات‌بخش حیات به شمار می‌آید؛ ولی هنگامی که پس از رفع استرس، ادامه می‌یابد و لحظه به لحظه شدیدتر می‌شود به پاسخی نابهنجار تبدیل می‌شود. اضطراب ممکن است تعمیم یابد، به گونه‌ای که فرد مبتلا در وحشت دائم به سر برد، گرچه خود نمی‌داند که چرا. یا ممکن است بر شیء یا موقعیت خاصی متمرکز شود، به طوری که فرد را به هراس (فوبی)<sup>۱</sup> از ارتفاع، فضاهای بسته، جانوران و نظایر آن دچار کند. به همین ترتیب، تمایل بهنجار برای رعایت نظم و قرار دادن اشیاء در جای خود یا توجه به درست یا غلط بودن کارها در حالت وسواس تشدید می‌شود و توجه افراطی به نظافت یا مشغله ذهنی دائم با برخی خطاهای جزئی، رفته رفته تمام زندگی فرد را اشغال می‌کند.

مبتلایان به روان‌نژندی می‌فهمند که این نشانه‌ها نابهنجارند، هر چند که این آگاهی الزاماً به تخفیف نشانه‌ها کمکی نمی‌کند. شخصیت و قوای ذهنی آنان حفظ می‌شود، و گرچه غالباً به شدت ناتوان هستند ولی می‌توانند زندگی کم و بیش بهنجاری را بگذرانند.

### روان‌پریشی‌ها

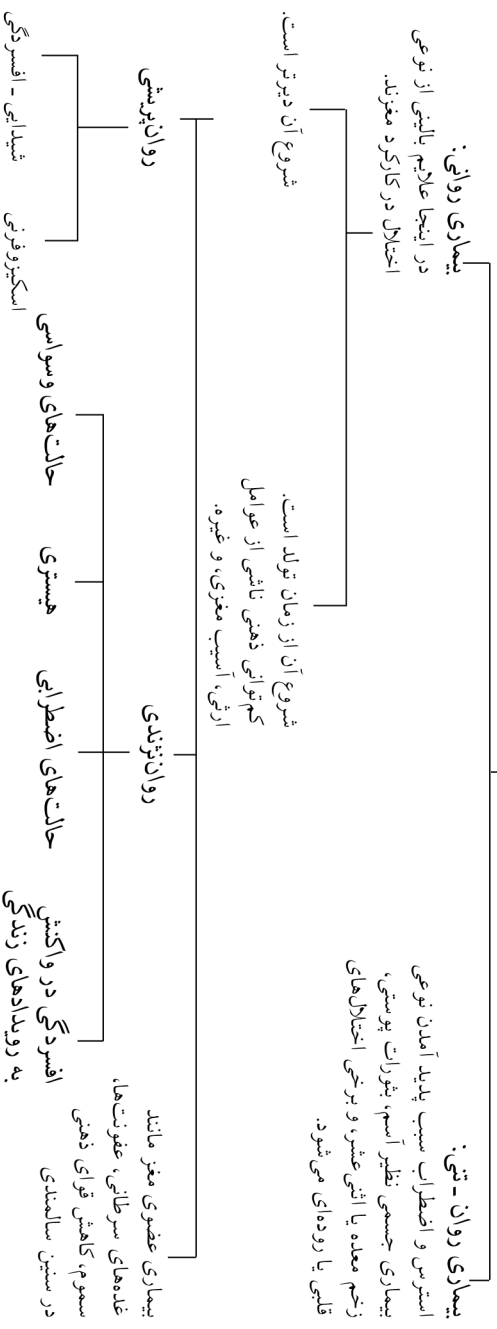
روان‌پریشی تمام شخصیت فرد را درگیر می‌کند و سبب از میان رفتن آگاهی او نسبت به وضعیت خود می‌شود به گونه‌ای که بهیچ وجه نمی‌تواند بیماری خود را بپذیرد. این بیماری به بروز تغییراتی در هیجان و تفکر منجر می‌شود و افکار نابهنجاری را به وجود می‌آورد که اغلب در جامعه مشکلاتی برای فرد ایجاد می‌کند. در حالی که اکثر مردم می‌توانند تصور کنند که در شرایط خاصی دچار روان‌نژندی شوند، تصور ابتلا به روان‌پریشی برای آنان بسیار دشوار است، به طوری که افراد دچار روان‌پریشی غالباً اطرافیان را با خود بیگانه می‌یابند. دو گروه اصلی روان‌پریشی‌ها عبارتند از:

---

1. phobia

## اختلالات روانی

(برای آگاهی از تعریف اصطلاحاتی که به حروف ابراینک نوشته شده به واژه‌نامه رجوع کنید)



اسکیزوفرنی چیست؟ ۲۱

ارتباط انواع عمده اختلالات روانی با یکدیگر

- روان‌پریشی شیدایی - افسردگی (مانیک - دپرسیو)؛ و
- اسکیزوفرنی

در روان‌پریشی شیدایی - افسردگی، بین سرخوشی و فعالیت مفرط - یعنی شیدایی - و افسردگی عمیق، نوسان‌های متناوبی دیده می‌شود. در شیدایی، افراد ممکن است به شدت برانگیخته و تحریک‌پذیر باشند. راجع به موقعیت اجتماعی، ثروت و کلاً توانایی‌های خود، افکار بزرگ منشانه داشته باشند. این افکار مشکلات زیادی در اجتماع برایشان به بار می‌آورد. مثلاً، یکی از بیماران من که با مستمری ناچیزی گذران می‌کرد در برابر چشمان ناباور همسرش کاری کرد که ۵ اتومبیل رولزرویس دم در خانه‌اش حاضر شود.

نقطه‌مقابل حالت شیدایی، حالت افسردگی عمیق است؛ در این حالت بیمار ارتکاب جنایتی اهریمنی را به خود نسبت می‌دهد که باید برای آن تا ابد مجازات شود. این افراد از خوردن و خوابیدن باز می‌مانند و اغلب ذهنشان درگیر افکار خودکشی می‌شود. آنها چنان احساس گناه می‌کنند که ممکن است به هر جنایت جنجالی‌ای اعتراف کنند. در یکی از تحقیقات جنایی، که در آن دو کودک خردسال در مجاورت حیاط بیمارستان روانی به قتل رسیده بودند، کارآگاهان پلیس از کثرت «اعترافات» بیماران افسرده‌سالمند حیرت زده شدند.

### چند نفر به اسکیزوفرنی دچار هستند؟

میزان بروز (یا نرخ موارد تازه) اسکیزوفرنی در جمعیت عمومی حدود یک درصد است، یعنی یک نفر از هر ۱۰۰ نفر جمعیت، بنابراین به هیچ وجه نمی‌توان آن را اختلال نادری به شمار آورد. شاید اگر بدانیم تعداد بیماران مبتلا به اسکیزوفرونی در انگلستان در هر مقطع از زمان ربع میلیون<sup>۱</sup> - یعنی مساوی مبتلایان به آرتریت روماتوئید<sup>۲</sup> و ۲۰ برابر مبتلایان به اسکروز مولتیپل<sup>۳</sup> است،

۱. میزان شیوع نقطه‌ای اسکیزوفرنی در کشور ما به طور مستقل محاسبه نشده، ولی میزان شیوع روان‌پریشی در آخرین مطالعه انجام شده (نوربالا و همکاران، ۱۳۸۰) ۰/۶٪ اعلام شده که با احتساب

۷۰ میلیون نفر جمعیت فعلی کشور رقمی حدود ۴۲۰۰۰۰ نفر را شامل می‌شود. (م)

نوعی روماتیسم مفصلی که از التهاب بافت همبند ناشی می‌شود و 2. rheumatoid arthritis گاه اندامهای داخلی، نظیر قلب، را نیز گرفتار می‌کند.

ابعاد این مشکل را بهتر درک کنیم. این بیماری به خودی خود کشنده نیست، ولی رنج حاصل از آن توصیف‌ناپذیر است.

اسکیزوفرنی در تمام جوامع، از جمله جوامع بدوی، دیده می‌شود گرچه میزان بروز آن در این‌گونه جوامع به سختی قابل محاسبه است؛ زیرا از یک سو، بسیاری از بیماران هرگز به پزشک ارجاع داده نمی‌شوند و، از سوی دیگر، چون جامعه نیز توقع رفتار چندان هوشمندانه‌ای از اعضای خود ندارد غالباً این ناهنجاری کشف نشده باقی می‌ماند. روی هم رفته تفاوت چندانی بین تعداد مردان و زنان مبتلا وجود ندارد. این اختلال که می‌تواند در هر سنی از اوایل نوجوانی تا سالمندی ایجاد شود، در اواخر دوره نوجوانی و اوایل دوره جوانی شایعتر است. سن شروع بیماری بر نوع نشانه‌های غالب و نیز تأثیر بیماری بر شخصیت مؤثر است.

یکی از وجوه متمایز اسکیزوفرنی آن است که بندرت قبل از بلوغ تظاهر می‌کند ولی پس از آن میزان بروز بیماری با شیب تندی افزایش می‌یابد و این نکته نیز جالب است که سن شروع بیماری در آقایان کمتر از خانم‌هاست. به طوری که حداکثر میزان بروز بیماری در آقایان در ۲۵ سالگی و در خانم‌ها در ۲۸ سالگی است.

### اسکیزوفرنی چگونه بروز می‌کند؟

در بحث راجع به نشانه‌های اسکیزوفرنی، مشکل تا حدودی ناشی از آن است که چون هنوز هیچ علت شناخته‌شده‌ای برای بیماری یافت نشده است، نمی‌توان نشانه‌ها و علیت‌ها را به نحو قابل اعتمادی با یکدیگر مرتبط کرد. این احتمال نیز وجود دارد که اسکیزوفرنی یک بیماری واحد نباشد، بلکه مجموعه‌ای از بیماری‌ها را شامل شود. گذشته از آن، با توجه به سن، شخصیت و مشکلات انفرادی هر بیمار، تنوع گسترده‌ای در نشانه‌های بیماری دیده می‌شود. اسکیزوفرنی ممکن است کاملاً ناگهانی، معمولاً در پاسخ به رویدادی

---

بیماری پیشرونده دستگاه عصبی مرکزی که با ضایعات منتشر در 3. multiple sclerosis  
ماده سفید مغز مشخص می‌شود و به نام اختصاری ام.اس شهرت یافته است.

استرس‌زا، ایجاد شود، یا به کندی، طی هفته‌ها یا ماهها قبل از تشخیص بیماری به وجود آید. نحوه شروع علایم هر چه باشد، اسکیزوفرنی سبب اختلال در فرایندهای فکر و محتوای آن می‌شود؛ احساسات غریبی را به وجود می‌آورد که به آشفتگی هیجانی منتهی می‌شوند؛ ادراک بیمار را از دنیای خارج دچار اختلال می‌کند و سبب رویگردانی وی از واقعیات می‌شود.

این نشانه‌ها را می‌توان به انواع زیر تقسیم کرد:

- اختلال تفکر
- اختلال احساس
- هذیان‌ها
- توهم‌ها
- اختلال حرکت

### اختلال تفکر

تفکر در اسکیزوفرنی دچار اشکال می‌شود، به طوری که فرایندهای فکر غیر منطقی، و پیوند میان افکار متوالی سست می‌شود. این وضع سبب می‌شود که فرد مبتلا به اسکیزوفرنی مرتباً موضوع را دور بزند، به طوری که دیگران می‌فهمند او سعی دارد پاسخ سؤال را بدهد، ولی نمی‌تواند افکارش را منظم کند. مثلاً وقتی از او پرسند کجا بوده ممکن است پاسخ دهد «تو و بیرون، دور و بر، همه به هم مربوط اند، همین ارتباطات است که باعث می‌شود هر کسی ردی از خودش به جا بگذارد.» به خوبی دیده می‌شود که بیمار تلاش می‌کند پاسخ سؤال را بدهد ولی ذهن او تحت تأثیر افکار نامربوط زیادی قرار می‌گیرد که قادر نیست آنها را از یکدیگر جدا کند. به عبارت دیگر، روش بهنجاری که از طریق آن مغز برخی افکار را انتخاب می‌کند و در کنار هم قرار می‌دهد تا اطلاعات قابل فهمی را پدید آورد، عمیقاً بر اثر اسکیزوفرنی آسیب دیده است. این بیمار آشکارا سؤال را فهمیده و در واقع آن را تا حدودی پاسخ داده است. اما، سپس توجه او به واژه ناخوانده «مربوط» جلب شده که او را به سوی واژه مشابه «ارتباط» هدایت کرده است، و آن را نیز به فکر «هر کسی ردی بر جا می‌گذارد» که ماهیت‌گزند و آسیب دارد، ملحق نموده است.



اگر از بیمار بخواهیم ضرب‌المثلی را که قاعدتاً نباید برایش دشوار باشد تفسیر کند می‌توانیم ناتوانی او را در پاسخ به جان‌کلام ببینیم. مثلاً اگر از او معنی «آشپز که دو تا شد آش یا شور می‌شود یا بی‌نمک» را سؤال کنیم ممکن است پاسخ‌هایی از این دست را بشنویم «بیشتر به آشپزخانه مربوط می‌شود»، «آدم‌های زیادی آنجا هستند»، «دخالت، غذای خوب را خراب می‌کند». اگر تفکر این افراد بهنجار بود، کاملاً می‌توانستند معنای کلی را برسانند، مثلاً بگویند که دخالت بیش از اندازه از سوی آدم‌های زیاد می‌تواند باعث خراب شدن هر برنامه یا عملی شود. یکی از علائم بهبود این بیماران نظم یافتن افکار آنهاست.

اختلال در تفکر همه بیماران اسکیزوفرنیایی دیده می‌شود. در موارد شدید ممکن است کاملاً گنگ شوند یا فقط یکی دو کلمه بگویند یا در پاسخ به هر پرسشی فقط با یک کلمه واحد و ظاهراً نامناسب جواب دهند. گاهی از یک واژه تازه - نوواژه - که کاملاً ابداعی است استفاده می‌کنند نظیر «بلانکتی بو<sup>۱</sup>» برای احساس غم یا «گرویلنگر<sup>۲</sup>» برای احساس خشم. یکی از نخستین نشانه‌های بیماری در نوجوانان آن است که به شکلی روزافزون و ناتوان کننده، بیان آنچه می‌خواهند بگویند برایشان دشوار می‌شود، مثلاً جوانی که هوش بهنجار دارد در ورقه امتحان چیزهایی می‌نویسد که کاملاً بی‌معنی است. فرد مبتلا به اسکیزوفرنی گاه احساس می‌کند که افکار در سرش از یکدیگر پیشی می‌گیرند و قابل کنترل نیستند یا، بالعکس، احساس می‌کند که افکار او بند آمده‌اند.

بسیاری از بیماران تصور می‌کنند که ذهن و افکار آنان تحت کنترل عاملی خارجی است، نشانه‌ای که به آن احساس انفعال گفته می‌شود. آنها بر این باورند که دیگران می‌توانند افکارشان را بخوانند، افکار بیگانه‌ای را در ذهن آنان بکارند، یا افکارشان را از مغزشان بیرون بکشند. جالب است بدانیم که این عقاید با زمان همگام هستند و اطلاعات بیماران درباره رویدادهای پیرامونشان روزآمد است. هواپیما ربایی، جنایت یا رفتار غیر عادی شخصیتی برجسته به سرعت نقطه‌ای برای تمرکز فکر بیمار مبتلا به اسکیزوفرنی می‌شود، به طوری که رفته رفته

۱. به شباهت آوایی این کلمه با واژه blue به معنی غم و اندوه توجه کنید (م).

۲. به شباهت آوایی این کلمه با واژه anger به معنی خشم توجه کنید (م).

تصویر می‌کند خود نیز در آن نقشی دارد. اخیراً یکی از بیمارانم می‌گفت که وزارت دفاع یک «مقلد» در مغز او کار گذاشته که از طریق آن می‌تواند تمامی افکارش را روی پرده‌ای منعکس کند تا مطمئن شود که به آنان خیانت نخواهد کرد. امروز تلویزیون از نظر افراد مبتلا به اسکیزوفرنی وسیله‌ای عادی برای پخش افکارشان و نمایش دادن خطاهایشان برای عموم است. این حقیقت که بیماران تصویر می‌کنند شخصیت‌های تلویزیونی جزئیات خصوصی زندگی شخصی آنها را به جهانیان نشان می‌دهند شاید یکی از دلایل آمار بالای شکسته شدن گیرنده‌های تلویزیون در بخش‌های روان‌پزشکی باشد.

فرد ممکن است به شکلی کاملاً بی‌ثمر به تعمق در عقاید مبهم عرفانی و فلسفی بپردازد. پرسش‌هایی نظیر «خدا چیست؟» و «جهان چه معنایی دارد؟» ذهن بیمار را مشغول می‌کنند تا جایی که همهٔ امور دیگر را کنار می‌گذارد، بدون آنکه نتیجه‌ای حاصل او شود. گاه این مشغولیت‌های ذهنی ماهیت افسرده‌کننده دارند، مثلاً فرد می‌اندیشد که تیک تاک ساعت، دقایق باقیماندهٔ عمر او را اعلام می‌کند. گاه نیز ممکن است صفحات بسیاری را با جملات تکراری و بی‌معنی سیاه کند که خود تصویر می‌کند مطلبی فوق‌العاده و در حد شاهکار است.

یکی دیگر از نشانه‌ها، مشغولیت ذهنی با جزئیات است. افراد مبتلا به اسکیزوفرنی قادر نیستند پدیده‌ها را در کلیتشان ببینند. به همین دلیل، در هنگام رسم یک تصویر ممکن است فقط گوشهٔ کاغذ را نقاشی کنند یا اگر از آنها بخواهیم طرحی را تفسیر کنند، تنها به وجه کوچکی از آن بپردازند بدون آنکه به باقی آن توجهی نشان دهند.

فقر فکری، که بیمار خود آن را تشخیص می‌دهد، ممکن است به پاسخ‌های کوتاهی نظیر «شاید»، «ممکن است»، «احتمالاً»، «نمی‌دانم» منتهی شود که برای افراد غریبه، نشانهٔ عدم همکاری است، در حالی که، در واقع، بیانگر اختلال عمیق فرایندهای فکری بیمار است.

### اختلال احساس

پیش درآمد شروع اسکیزوفرنی ممکن است نوعی تغییر در خلق، افسردگی یا ندرتاً سرخوشی، باشد. گاه، حالت جذبه رخ می‌دهد و فرد در سکوت، غرق

در سیر و سلوک می‌شود. از حس افتادن واکنش‌های هیجانی در برابر بسیاری از موقعیت‌های زندگی، تقریباً در همه موارد، دیده می‌شود به طوری که بیمار با رویدادهای مهم زندگی با نوعی بی‌تفاوتی آشکار روبرو می‌شود و این نشانه‌ای است که به خصوص برای نزدیکان بیمار دردناک است. ناهمخوانی هیجانی سبب می‌شود که با شنیدن اخبار ناگوار قهقهه بزند، تجارب‌هذیانی مخوف خود را با لبخندی آشکار بازگو کند یا در مواجهه با رویدادی خوشایند گریه سر دهد. آنها با دنیای خود مشغولند و نمی‌توانند با افراد پیرامون ارتباط برقرار کنند، و نزدیکان غالباً به وجود نوعی دیوار شیشه‌ای بین خود و بیمار اشاره می‌کنند که به خوبی بیانگر این احساس است که نمی‌توانند به او نزدیک شوند.

## هذیان‌ها

هذیان‌ها باورهای غلطی هستند که با استدلال، نمی‌توان تغییری در آنها ایجاد کرد و مهمتر آنکه با زمینه فرهنگی و هوشی بیمار نیز بیگانه‌اند. به عبارت دیگر، شاید اعتقاد به ورد و جادوگری را برای فردی از قبایل بدوی چندان غیر عادی به شمار نیاوریم ولی اگر شخصی، از اهالی حومه و وکینگ<sup>۱</sup> یا چلتن‌هام<sup>۲</sup> مصرانه به آن اعتقاد ورزد، کم و بیش برایمان غریب و نامأنوس خواهد بود. در افراد مبتلا به اسکیزوفرنی این هذیان‌ها از هذیان اولیه نشأت می‌گیرند. به این معنی که، فرد به طور ناگهانی و به شکلی که فقط برای خود او متقاعدکننده است باور می‌کند که یک رویداد عادی روزمره اهمیتی عمیق و مخصوص دارد. شکل این باور به شخصیت قبلی بیمار مربوط می‌شود. مثلاً، ممکن است دختری که به شدت مذهبی است دفعتاً به این نتیجه برسد که نحوهٔ تا کردن روزنامه توسط همسفرش نشانهٔ آن است که او برای انجام هدفی مهم و مخصوص، برگزیده شده و مثلاً نظر کردهٔ پروردگار است. مردی بدگمان ممکن است از نحوهٔ پارک کردن اتومبیل‌ها در خارج خانه تصور کند که دائماً تحت نظر جاسوسانی است که می‌خواهند اطلاعاتی را که نزد اوست به دست آورند. بر مبنای هذیان اولیه به آسانی می‌توان فهمید که چگونه رویدادهای زندگی و

1. woking

2. Cheltenham

نگرش شکاکانه دیگران به ایجاد تفسیر هذیانی ثانویه - یعنی به آنکه بیمار خود را قربانی بی‌گناه آزاری گسترده بداند - منجر می‌شود.

هذیان‌ها ممکن است اشکال مختلفی داشته باشند:

- هذیان‌های **پارانوئید** (بدگمانانه) دارای ماهیت تعقیب و آزار هستند؛ بیمار اعتقاد دارد که تحت نظر است و سرانجامی خطرناک برای او در نظر گرفته شده است.

- در هذیان‌های **بزرگ منشی**، بیمار بر این باور است که فردی استثنائی و دارای نیروهای عظیم است.

- در هذیان‌های **افسردگی** بیمار معتقد است که جنایت وحشتناکی را مرتکب شده یا مسئول رویدادهای هولناک جهانی است.

اینگونه هذیان‌ها می‌توانند به انواع رفتارهای غریب منجر شوند. بیماری که معتقد است مأموریتی اطلاعاتی به وی محول شده ممکن است تمام شب را در جستجوی محل اختفای انبار مهمات، مأموران مخفی یا پیام‌های ویژه در بیرون شهر سرگردان باشد؛ و تعجبی نخواهد داشت اگر صبح در وضعیتی آشفته به منزل بازگردد و تمام روز در خواب باشد. فردی که معتقد بود رسالت یافته است مردم را به دینی تازه دعوت کند، اصرار داشت راه را بر رهگذران ببندد و آنها را به کیش خود در آورد، و با آنکه از سوی افرادی که به اصول اعتقادی او توهین می‌کردند تهدید می‌شد، به سرزنش آنان پردازد.

موضوع باورهای هذیانی بحث فراوانی را در میان صاحب نظران غیر پزشک برانگیخته است. در این رابطه غالباً به افرادی که به اسرار غیبی آگاهی دارند اشاره می‌شود، چون آنان نیز احساس می‌کنند که دارای نیروهای استثنائی و با خداوند در ارتباط هستند. تفاوت در این است که آنان هماهنگ با باورهای خود عمل می‌کنند، در حالی که افراد مبتلا به اسکیزوفرنی رفتارهای نامتناسب نشان می‌دهند. مثلاً زنی که تصور می‌کند ملکه انگلستان و مالک ثروتی شگفت‌آور است به ماندن در بیمارستان قانع است و حاضر نیست لباس تازه‌ای برای خود بخرد. من معالجه‌ دو بیمار را بر عهده داشتم که دوستان بسیار خوبی بودند، در بخش روی دو تخت مجاور هم می‌خوابیدند و همه جا با هم بودند. یکی از آنها کمونیسست متعصبی بود که اعتقاد داشت تمام بخش دستخوش

توطئه‌ای کاتولیکی است. دیگری، کاتولیکی دو آتشه بود، که او نیز اعتقاد داشت قربانی کمونیسیم بین‌المللی است.

به هر حال هذیان، به خودی خود، به رغم فشاری که گاه از سوی جامعه اعمال می‌شود، موردی برای درمان به شمار نمی‌آید؛ درمان منوط به آن است که این هذیان‌ها تا چه میزان مزاحم زندگی فرد یا اطرافیانش شده یا تا چه اندازه اسباب ناشادی بیمار را فراهم آورده‌اند. اگر مادر مبتلا به اسکیزوفرنی تصور کند فرزند بهنجارش دچار نابهنجاری شدیدی است که اگر او را از میان ببرد در حقش محبت کرده است باید نگران بود، زیرا روشن است که او نه تنها ارتباط خود را با واقعیت از دست داده بلکه در خطر ارتکاب جنایتی است که با شخصیت عادی او به شدت در تناقض است و پس از بهبودی عمیقاً مایهٔ تأسف او خواهد شد. کسی که تصور می‌کند دائماً مورد تعقیب است و مأمورانی که قصد کشتن‌اش را دارند همه جا در پی او هستند، کاملاً امکان دارد به فکر خودکشی بیفتد. از سوی دیگر، باورهای هذیانی ممکن است کاملاً بی‌ضرر و حتی منبع آرامش باشند. سال‌ها، پزشک بانوی سالمندی بودم که همیشه خود را باردار می‌دانست؛ میزان مصرف کاموای صورتی و آبی رنگ او بسیار بالا بود؛ ولی او با تولد بچه‌هایش، عروسک‌ها و خرس‌هایی که همهٔ آنها اسم داشتند و با نظم روی کاناپه‌اش چیده شده بودند، پاداش‌اش را دریافت می‌کرد! در این موارد، بیشتر، نزدیکان و همسایگان‌اند که نمی‌توانند موقعیت را بپذیرند.

لازم است تاکید کنم که به رغم اعتقاد راسخ و ماهیت غالباً ناخوشایند باورهای هذیانی، تعداد بسیار اندکی از بیماران تمایلی جدی به رفتارهای خشونت‌آمیز و ضد اجتماعی نشان می‌دهند.

### توهم‌ها

توهم ادراک کاذب محرکی است که واقعیت خارجی ندارد. این ویژگی، وجه افتراق توهم از خطای درکی است که در آن ادراک شیء واقعی به غلط تفسیر می‌شود؛ مثلاً، تکه کاغذی که باد آن را به حرکت در آورده است به شکل مخلوقی کوچک نظیر موش دیده می‌شود.

توهم در همهٔ حواس ایجاد می‌شود؛ ولی در اسکیزوفرنی، توهم بیشتر از نوع شنوایی و به شکل «صداهایی» است که بیمار را مسخره می‌کنند، به او فحاشی می‌کنند، یا حرف‌های مضحک می‌زنند و سبب می‌شوند که بیمار به شوخی‌هایشان بخندد. گاهی صداها به صدای فردی آشنا تبدیل می‌شوند، ولی غالباً بیمار حتی در تشخیص جنسیت صدا نیز در می‌ماند. ممکن است بیمار احساس کند که این صداها از حیوانات صادر می‌شوند؛ احتمالاً برخی از جادوگران بدبختی که در آتش سوزانده شدند دچار توهم شنوایی بودند - یعنی صدایی از حیوان دست‌آموزشان، گربه‌ای سیاه، می‌شنیدند. عده‌ای دیگر تصور می‌کنند که این صداها از تلویزیون خارج می‌شوند، صداهایی که از هر حرکت آنها انتقاد می‌کنند، خصوصی‌ترین افکارشان را افشا می‌کنند و یا راجع به زندگی‌شان اظهار نظر می‌کنند. بیماران اغلب بر سر این «صداها» فریاد می‌کشند و یا به گفته‌های خنده‌دارشان می‌خندند. آنها اغلب در مورد آنچه «صداها» می‌گویند بسیار تودار هستند و کمتر از هذیان‌ها آنها را بازگو می‌کنند.

توهم بینایی در اسکیزوفرنی کمتر دیده می‌شود. رویت صحنه‌های کامل، بیشتر ویژگی روان‌پریشی‌های ناشی از مواد، نظیر حشیش، است. به هر حال، گاه بیماران، افراد و یا چیزهایی را که وجود ندارند می‌بینند. یکی از بیمارانش فکر می‌کرد که روح برادر شوهر مرحومش روی صندلی مخصوصی در اطاق نشیمن نشسته است. متأسفانه روح در برابر تمام تلاش‌هایی که برای دور کردنش می‌شد مقاومت می‌کرد و هرگاه صندلی محبوبش را از اتاق می‌بردند جایش را عوض می‌کرد.

توهم لمسی ممکن است به این باور منجر شود که آزارکنندگان بیمار برای او مزاحمت جنسی فراهم کرده‌اند یا برق از بدن او عبور می‌دهند. بانوی میانسال بسیار محترمی که یکی از ارکان جامعهٔ محلی به شمار می‌آمد، در میان بهت و ناباوری سایرین در حین انجام مراسم مذهبی بر سر کشیش وحشتزده فریاد کشید که فوراً باید «توجه جنسی تخیلی» خود را به او متوقف کند؛ دختر نوجوانی نیز درگردهمایی مدرسه با اعلام آنکه مدیر مدرسهٔ خصوصی از طریق تله‌پاتی او را باردار کرده است و پدر فرزند به دنیا نیامده‌اش به شمار می‌آید،