



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی
و درمانی استان قزوین
مرکز آموزشی و درمانی ۲۲ بهمن

کتابچه آموزشی اسکیزوفرنیا برای خانواده بیماران



بِسْمِ اللّٰهِ الرَّحْمٰنِ الرَّحِیْمِ

تهیه و تنظیم :

آقای سعید محمدی

خانم مهرک رهبریان

آقای محمد رضا بیگدلو

زیر نظر : آقای دکتر سید حسین قافله باشی

سال چاپ اول : ۱۳۹۰

باتشکر از همکاران:

خانم نیره رحیمی

آقای جلال عباس پور

آقای سید جمال جواهری

چاپ : شرکت دانش چاپ قزوین

فهرست مطالب

۱ مقدمه :
۴ علائم و نشانه های اسکیزوفرنی.....
۵ اشکال مختلف هذیان و توهم
۹ دورنمای اسکیزوفرنی.....
۱۱ تمایل بیمار و خانواده به قبول توصیه های درمانی
۱۱ چه عواملی سبب اسکیزوفرنی می شود
۱۳ درمان اسکیزوفرنی
۱۶ درمان روانشناختی
۲۶ منابع

بیماری اسکیزوفرنیا

مقدمه

اسکیزوفرنی نوعی اختلال روانی شدید است که بر کل شخصیت تأثیر می گذارد. میزان این تأثیر با سن شروع بیماری مرتبط است. اسکیزوفرنی را می توان به عارضه ای نظیر دیابت تشبیه کرد که طیف و شدت آن گسترده است، ولی همه نشانه هایش را می توان با درمان کنترل کرد. بدین نحو که فردی با دیابت شدید به مصرف قرص یا تزریق انسولین نیاز دارد، در حالی که در نوع خفیف تر که شروع دیررس دارد و احتمالاً با چاقی مرتبط است می توان با در نظر گرفتن رژیم و رسیدن به وزن نرمال و حفظ رژیم محدود از لحاظ کربوهیدرات تمام نشانه ها را برطرف کرد. به همین ترتیب نیز، مبتلایان به اسکیزوفرنی برای کنترل نشانه های بیماری خود باید همیشه دارو مصرف کنند. نشانه های اسکیزوفرنی نه تنها تأثیر بسیار بزرگی بر زندگی بیماران، بلکه همچنین بر زندگی خانواده ها و دوستان آنها دارد. هذیان و توهم ها می توانند رنج و پریشانی چشمگیری، هم برای بیماران و هم برای دیگران به وجود آورند که بر باد رفتن امیدها و رؤیاهای آنها بر شدت آنها می افزایند.

علائم دیگر اشتغال پایدار را دشوار می کنند و معمولاً باعث فقر و بی خانمانی می شوند. رفتار عجیب و غریب و نقایص مهارت های اجتماعی به از دست دادن دوستان، زندگی در انزوا و تنهایی و گاهی تمسخر و آزار و اذیت منجر می شود. نرخ سوء مصرف مواد بالا است، که احتمالاً نمایان گر تلاش برای خلاص شدن از هیجان های منفی است. بنابراین خیلی عجیب نیست که شیوع خودکشی در میان بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی بالا است.

چند نفر به اسکیزوفرنی دچار هستند؟

میزان بروز اسکیزوفرنی در جمعیت عمومی حدود یک درصد است، یعنی یک نفر در هر ۱۰۰ نفر جمعیت. بنابراین به هیچ وجه نمی توان آن را اختلال نادری به شمار آورد. زنان و مردان تقریباً به یک اندازه دچار آن می شوند. اسکیزوفرنی گاهی در کودکی شروع می شود، اما معمولاً در اواخر نوجوانی یا اوایل بزرگسالی پدیدار می گردد و معمولاً مردان در مقایسه با زنان تا حدودی در سن پایین تر دچار می شوند. به نظر می رسد که در دهه های گذشته سن شروع این بیماری رو به کاهش بوده است. اشخاص دچار اسکیزوفرنی معمولاً شماری از دوره های حاد با علایم خاص خود، و علائمی با شدت کمتر اما باز هم بسیار ناتوان کننده در بین این دوره ها دارند. سوء مصرف مواد به طور

همزمان، در حدود ۵۰ درصد بیماران دچار اسکیزوفرنی دیده می شود و به همین دلیل مشکل بزرگی است.

تعریف اسکیزوفرنی

اسکیزوفرنی اختلالی است که مشخصه آن آشفتگی در تفکر، هیجان و رفتار است. تفکر مختل که در آن افکار و اندیشه ها ارتباط منطقی با هم ندارند؛ ادارک و توجه ناقص؛ فقدان بیان هیجانی یا در مواقعی، بیان های نامناسب؛ و آشفتگی هایی در حرکت و رفتار، مانند سر و وضع ژولیده و پریشان. در اسکیزوفرنی واقعیت سنجی مختل می شود و عملکرد (شغلی-اجتماعی، تحصیلی و) به سطح قبل از بیماری برنمی گردد. ولی ممکن است عملکرد نسبی داشته باشند. بیماران دچار اسکیزوفرنی ممکن است از مردم و واقعیت های روزمره کناره گیری کنند و اغلب به زندگی همراه با باورهای عجیب و غریب (هذیان ها) و توهم ها رو بیاورند.

علائم و نشانه های اسکیزوفرنی

با توجه به سن، شخصیت و مشکلات انفرادی هر بیمار، تنوع گسترده ای در نشانه های بیماری دیده می شود. اسکیزوفرنی ممکن است کاملاً ناگهانی، معمولاً در پاسخ به رویدادی استرس زا، ایجاد شود، یا به کندی، طی هفته ها یا ماهها قبل از تشخیص بیماری به وجود آید. نحوه ی شروع علائم هر چه باشد، اسکیزوفرنی سبب اختلال در عملکرد، فرایندهای فکر و محتوای آن می شود؛ احساسات غریبی را به وجود می آورد که به آشفتگی هیجانی منجر می شود و سبب رویگردانی وی از واقعیات می شود.

نشانه ها را می توان به انواع زیر تقسیم کرد:

۱- علائم مثبت ۲- علائم منفی

علائم مثبت شامل توهم ها، هذیان ها، تغییرات خلقی، رفتار و گفتار آشفته است. دوره های حاد اسکیزوفرنی تا حد زیادی با علائم مثبت مشخص می شود. علائم منفی بی سروصدا ظاهر می شوند و شامل آنچه بیمار باید در فعالیت های روزانه انجام دهد و انجام نمی دهد. نظیر فقدان اراده، سطحی شدن عواطف، کناره جویی از اجتماع به طوری که فرد از برقراری ارتباط و معاشرت با دیگران ناتوان است. در ادامه علائم فوق بیشتر توصیف می شود.

هذیان ها: هذیان ها باورهای غلطی هستند که با استدلال نمی توان تغییری در آنها ایجاد کرد و مهم تر آنکه با زمینه فرهنگی و هوشی بیمار نیز بیگانه اند.

اشکال مختلف هذیان:

۱- هذیان های 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 .

۲- در هذیان های بزرگ منشی، بیمار بر این باور است که فردی استثنایی و دارای نیروهای عظیم است (مانند اعتقاد به اینکه با امامان رابطه دارد).

۳- هذیان انتساب: بیمار معتقد است یک نیروی خارجی احساسات یا رفتارهایش را کنترل می کند.

هر چند هذیان در میان بیش از نیمی از بیماران دچار اسکیزوفرنی دیده می شود، اما در میان بیمارانی که تشخیص های دیگر دارند، به ویژه اختلال دو قطبی، اختلال هذیانی و افسردگی همراه با ویژگی های روان پریشی نیز وجود دارد. اما هذیان های بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی بی اندازه نامعقول هستند.

توهم ها

توهم ادراک کاذب محرکی است که واقعیت خارجی ندارد. توهم ها نیز مانند هذیان ها می تواند تجارب بسیار وحشتناکی باشند.

انواع توهم

۱- توهم شنیداری: در میان بیماران اسکیزوفرنی شایع تر است، به شکل صداهایی است که بیمار را مسخره می کنند، به او فحاشی می کنند، یا حرف های مضحک می زنند و سبب می شوند که بیمار به شوخی هایش بخندد. گاهی صداها به صدای فردی آشنا تبدیل می شوند، ولی غالباً بیمار حتی در تشخیص جنسیت صدا نیز در می ماند.

۲- توهم دیداری: در اسکیزوفرنی کمتر دیده می شود. گاه بیماران، افراد و یا چیزهایی را که وجود ندارند می بینند. ممکن است بیمار فکر کند روح برادر مرحومش روی صندلی مخصوصی در اتاق نشیمن نشسته است.

۳- توهم لمسی: ممکن است به این باور منجر شود که آزاردهندگان بیمار برای او مزاحمت جنسی فراهم کرده اند یا برق از بدن او عبور می دهند.

۴- توهم چشایی و بویایی نیز ممکن است رخ دهد؛ مثلاً مزه خاص یک غذا ممکن است سبب شود که فرد بدگمان تصور کند قصد مسموم کردنش را دارند. در این مورد ممکن است فرد از غذا خوردن امتناع کند.

گفتار آشفته: که اختلال در جریان فکر هم نامیده می شود، به مشکلاتی در منظم کردن افکار و حرف زدن به گونه ای که شنونده بتواند آن را بفهمد، اشاره دارد. مثال: مصاحبه گر: آیا به تازگی عصبی بوده اید؟ بیمار: نه، برگ کاهو خریدم. گفتار آشفته با چیزی رابطه دارد که عملکرد اجرایی - حل مسئله، برنامه ریزی، و برقراری ارتباط بین تفکر و احساس - نامیده می شود.

رفتار آشفته

به اشکال متعدد ظاهر می شود. بیماران ممکن است دچار حمله های توجیه ناپذیر بی قراری شوند، لباس های غیر عادی بپوشند، به شیوه کودکانه یا احمقانه رفتار کنند، غذا بیندوزند، چیزهای به درد نخور جمع کنند، یا اقدام به رفتارهای نامناسب جنسی مانند خود ارضایی پیش دیگران کنند. به نظر می رسد که آنها توانایی نظم دهی به رفتار خود و هماهنگ کردن آن با معیارهای جامعه را از دست می دهند. آنها در انجام کارها و وظایف زندگی روزمره هم مشکل دارند. علائم منفی: علائم منفی بی سرو صدا ظاهر می شوند و شامل آنچه در فعالیت های روزانه باید انجام دهد و انجام نمی دهد است. نظیر فقدان اراده، سطحی شدن و بی تفاوتی عواطف، کناره جویی از اجتماع به طوری که فرد از برقراری ارتباط و معاشرت با دیگران ناتوان است. در این مورد پاسخ به درمان چندان بارز نیست. کم حرفی، زیر لب حرف زدن - با خود خندیدن، خروج بی هدف از

منزل و عدم رسیدگی به امور شخصی (از جمله تحصیلی - شغلی و روابط بین فردی - مسئولیت پذیری - نظافت شخصی) از دیگر علایم منفی است. این علایم معمولاً بیش از دوره ی حاد تداوم می یابند و تأثیرات عمیقی بر زندگی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی می گذارند. آنها از لحاظ پیش آگاهی نیز اهمیت دارند؛ وجود علایم منفی زیاد عامل پیش بینی کننده ی نیرومندی برای کیفیت پایین زندگی (برای مثال مشکلات شغلی، دوستان کم) در دو سال بعد از بستری شدن است.

دورنمای اسکیزوفرنی:

قاعده ی «یک چهارم ها» عاقبت مبتلایان به اسکیزوفرنی را رقم می زند. طبق این قاعده، یک چهارم مبتلایان به اسکیزوفرنی خوب می شوند و خوب می مانند. یک چهارم دیگر هم عملکردشان نسبتاً خوب شده و می توانند زندگی مستقلی داشته باشند. یک چهارم بعدی می توانند به خوبی در خانه ها گروهی زندگی کنند و بالاخره یک چهارم آخر، عملکرد خوبی نخواهند داشت و عمرشان را در حالت بستری بودن سپری می کنند. عواملی که بر سرانجام اسکیزوفرنی تأثیر می گذارند شامل موارد زیر است:

- **سن شروع:** به طور کلی هر چه بیماری زودتر شروع شود قاعدتاً میزان تخریب شخصیت در حال تکوین بیشتر خواهد بود.

- **شکل شروع:** بیماری حاد غالباً به بهبودی کامل تری منجر می شود. شروع آهسته و بی سروصدا غالباً به استمرار نشانه ها منتهی می شود.

- **حفظ پاسخ های هیجانی کافی:** به طور کلی بیمارانی که قادرند با دیگران به شیوه ای گرم و معنی دار رابطه برقرار نمایند، احتمالاً به دلایل مختلفی که منحصر به ایجاد رابطه خوب نیست، بهتر می توانند با شرایط کنار بیایند.

- **وجود استرس آشکار ساز:** برای مثال بیمارانی که پس از زایمان به این بیماری مبتلا می شوند، معمولاً بهبودی کاملی پیدا می کنند.

- ماهیت حمایت های اجتماعی: با توجه به ماهیت بیماری اسکیزوفرنی، تعجبی ندارد که کیفیت محیط بیمار مهم باشد. بیمارانی که پس از ترخیص از بیمارستان به منازل یا خوابگاه هایی می روند که در آنجا بیگانه به شمار می آیند، پیشرفت خوبی نمی کنند. همین طور هم بیمارانی که پس از ترخیص نزد همسر یا والدینی باز می گردند که در آن سطح «ابراز هیجان» بالاست، یعنی نزد منسوبینی که مرتب عیب جویی و خرده گیری می کنند، متخاصم اند یا بیش از اندازه دخالت می کنند و بیش از آنچه بیمار می تواند انجام دهد از او توقع دارند.

بیمارانی خوب پیشرفت می کنند که برای زندگی نزد خانواده یا دوستانی
صبورتر با سطح ابراز هیجان پایین تر باز می گردند یا به خوابگاه های کوچک
تحت نظارت کافی می روند. نباید تصور کنیم که این موضوع به منزله انتقاد از
همسر یا خویشاوندان است که معمولاً می خواهند هر چه از دستشان بر می آید
انجام دهند، ولی همان طور که انتظار می رود نمی دانند چگونه باید با قضیه کنار
بیایند و در نتیجه از لحاظ هیجانی با مسائل درگیر می شوند.

تمایل بیمار و خانواده به قبول توصیه های درمانی

تقریباً شکی وجود ندارد که عود نشانه های اسکیزوفرنی را اغلب مستقیماً می توان به عوامل استرس زا و تصمیم بیمار در مورد امتناع از ادامه ی مصرف داروی تجویز شده نسبت داد.

چه عواملی سبب اسکیزوفرنی می شوند؟

پاسخ این است که متأسفانه در حال حاضر هیچکس به طور دقیق نمی داند و دلیل وجود نظریه های فراوان نیز همین است. پژوهش های زیادی این فرضیه را تأیید می کنند که اسکیزوفرنی مؤلفه ای ژنتیکی دارد. اما این بیماری علت واحدی ندارد و مجموعه ی عواملی در شکل گیری اسکیزوفرنی نقش دارند. به عبارت دیگر درست است که بگوییم در حال حاضر، بر مبنای دانش روان پزشکی، سبب شناسی بیماری اسکیزوفرنی چند عاملی به شمار می آید. اما به این معنی که ممکن است بیماری اسکیزوفرنی در نتیجه اختلال محیطی، استرس روانی، یا بیماری جسمی، در فردی که از لحاظ ژنتیکی مستعد ابتلای به این بیماری برانگیخته شود. به طور خلاصه عواملی علمی احتمالی در بروز اسکیزوفرنی به شرح زیر می باشد:

- ژنتیک: خویشاوندان نزدیک افراد مبتلا به اسکیزوفرنی بیشتر از افراد دیگر مستعد ابتلا به این بیماری هستند و هر چند این نزدیکی بیشتر باشد شانس ابتلا به اسکیزوفرنی بیشتر می شود. برای مثال اگر یکی از دوقلوهای یک تخمکی دچار این بیماری باشد، شانس ابتلای دیگری تا ۵۰ درصد افزایش می یابد.

- عوامل زیست شیمیایی و عضوی در مغز: ساختار مغز و افزایش یا کاهش موادی تحت عنوان انتقال دهنده های عصبی در مغز باعث این بیماری می شود (مثال: سروتونین، نوراپی نفرین، دوپامین).

- عوامل روانشناختی: هر چند که نقش زمینه های ژنتیکی و ارثی در ایجاد اسکیزوفرنی برجسته و تأیید شده است اما چیزی بیش از بیماری پذیری ارثی برای ایجاد اسکیزوفرنی لازم است. فشار روانی از راه تعامل با آسیب پذیر ارثی، نقش کلیدی در ایجاد این بیماری بازی می کند. به خصوص افزایش فشار روانی احتمال عود بیماری را بیشتر می کند. برای مثال در خانواده هایی که ارتباط نادرست با یکدیگر و با بیمار دارند، یا خانواده هایی که دستورات دارویی را رعایت نمی کنند و خانواده هایی که در آنها درگیری هیجانی، تعارض و انتقاد از بیمار زیاد دیده می شود، احتمال بازگشت بیماری، بستری شدن در بیمارستان و بهبود کمتر افزایش می یابد.

علاوه بر این، اشخاص مبتلا به اسکیزوفرنی در برابر عوامل تنش زایی که همه ما در زندگی روزمره با آن روبرو می شویم، بسیار واکنش پذیر به نظر می رسند. بنابراین بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی در برابر فشار روانی روزمره فوق العاده آسیب پذیرند.

درمان اسکیزوفرنی:

روش های درمانی اسکیزوفرنی را به شرح زیر می توان طبقه بندی کرد:

- دارو درمانی

- تشنج درمانی با برق (ECT)

- روان درمانی و مشاوره

- گروه درمانی

- خانواده درمانی (آموزش خانواده)

- درمان های اجتماعی و تغییر رفتار

- رژیم غذایی

درمان دارویی: داروها قسمتی ضروری از درمان اسکیزوفرنی است و بی شک بخشی مهم باقی خواهند ماند. بی تردید مهم ترین پیشرفت در درمان این بیماری، ظهور تعدادی دارو بود که به آنها داروهای ضد روانپزشکی (یا نورولپتیک) گفته می شود. موفقیت تازه بعضی از داروها، تلاشی مداوم برای

پیدا کردن درمان های دارویی جدید و مؤثرتر برای اسکیزوفرنی را برانگیخته است. بنابراین ممکن است در آستانه شروع دورانی جدید در درمان اسکیزوفرنی باشیم.

همان طوری که بیماران دیابتی و فشار خون جهت کنترل دیابت و فشار خون باید دائم تحت درمان دارویی باشند، بیماران اسکیزوفرنیک نیز باید دائم تحت درمان های دارویی و زیر نظر پزشک باشند. در این صورت احتمال عود بیماری (تشدید بیماری) خیلی کمتر است. در نتیجه بیمار پس رفت کمتری می نماید. اثر عمده داروها بر روی نشانه های مثبت اسکیزوفرنی است. آنها از شدت توهم ها و هذیان ها می کاهند یا سبب بازداری کامل آنها می شوند، خلق تحریک شده بیمار را آرام می کنند و رفتارهای آشفته و پرخاشگرانه را کاهش می دهند. اکثر آنها بر کناره جویی، بی احساسی، و سایر نشانه های منفی بی تأثیر و یا تأثیر کمتری دارند.

داروهای ضد روانپزشکی باید توسط پزشک متخصص (روانپزشک) تجویز شود و نباید به صورت خودسرانه مصرف کرد و یا مقدار آن را کم و یا زیاد کرد. بعضی از بیماران و یا خانواده های آنها مصرف داروها را بعد از مدت کوتاهی (به دلیل عوارض جانبی و یا عدم تأثیر دارو در چند روز اول) قطع می کنند. در صورت بروز هر کدام از موارد فوق نباید دارو خودسرانه قطع شود. زیرا حدود ۴ تا ۶ هفته طول می کشد تا داروها شروع به تأثیر گذاری کنند. به همین دلیل در

این موارد باید با پزشک مشورت کرد تا درباره دارو و میزان مصرف آن تصمیم گیری کند.

عوارض جانبی درمان دارویی

داروهای ضد روانپریشی هم مانند بسیاری از داروها دارای عوارض جانبی می باشد که به برخی از آن ها اشاره می شود:

الف- سرگیجه، تاری دید، بی قراری و مشکلات جنسی

ب- عوارض جانبی خارجی شامل: لرزش انگشتان دست، لخ لخ راه رفتن آب ریزش دهان، کشیدگی عضلات، حالت سفتی و سختی ماهیچه ها و حرکت پریشی، حرکت غیر عادی ماهیچه های ارادی و غیر ارادی، که حرکات جویدن و سایر حرکات لب ها، انگشتان و پاها را به وجود می آورند. این عوارض روی هم رفته باعث قوز شدن پشت و حالت تاب خوردگی گردن و بدن می شود. بی قراری حرکتی، ناتوانی از بی حرکت ماندن یک عارضه جانبی دیگر است. شخص پیوسته قدم می زند و وول می خورد.

حرکت پریشی دیررس که در آن ماهیچه های بدن به شکل غیر ارادی حرکات: مک زدن، ملوچ ملوچ کردن و پر چانگی را انجام می دهند.

پ- سندرم نورولپتیک بدخیم در حدود یک درصد موارد دیده می شود. در این نشانگان که گاهی می تواند کشنده باشد، سفتی و خشکی شدید عضلات ایجاد

می شود و با تب همراه است. قلب تند می زند، فشار خون افزایش می یابد و بیمار ممکن است به اغما برود.

درمان های روانشناختی

دانش فزاینده ما درباره ی عوامل عصبی- زیستی مؤثر در اسکیزوفرنی و بهبود مداوم داروهای ضد روان پریشی، نباید باعث شود عوامل روانشناختی را هم در علت شناسی و هم در درمان اسکیزوفرنی، نادیده بگیریم. بنابراین در نظر گرفتن درمان های اسکیزوفرنی در زمینه زیستی- روانی- اجتماعی آنها ضروری است. و کنار گذاشتن هر یک از این سه مؤلفه تأثیر و کارآیی درمان را کاهش می دهد. اکنون به رویکردهای جدیدتر و مؤثرتر روانشناسی می پردازیم.

- آموزش مهارت های اجتماعی: هدف آموزش مهارت های اجتماعی، آموختن نحوه ی برخورد موفقیت آمیز با موقعیت های بین فردی گوناگون به اشخاص دچار اسکیزوفرنی است. بحث و گفتگو با روان پزشک درباره ی داروهای خود، سفارش دادن غذا در رستوران، مصاحبه شغلی، نه گفتن به فروشنده های دارو در خیابان و خواندن جدول زمانی اتوبوس ها. بیشتر ما این مهارت ها را بدیهی می دانیم و در زندگی روزمره خود توجه اندکی به آنها می کنیم. اما اشخاص دچار اسکیزوفرنی نمی توانند آنها را بدیهی تلقی کنند. آنها باید سخت تلاش کنند تا چنین مهارت هایی را فرا بگیرند یا دوباره بیاموزند. این کار آنها را قانع می سازد تا از چیزهای مثبتی که بیرون

از محیط های سازمانی در دسترس است و کیفیت زندگی آنها را بالا می برد، بهره ی بیشتری ببرند. اثربخشی آموزش مهارت های اجتماعی چه در خارج از کشور و چه در داخل به اثبات رسیده است (به خصوص در علایم منفی).

- خانواده درمانی هایی که هیجان ابراز شده را کاهش می دهد: بسیاری از بیماران که از بیمارستان مرخص می شوند، پیش خانواده هایشان برمی گردند. پژوهش ها نشان می دهد که بین سطح بالای هیجان ابراز شده (EE) در خانواده شامل خصومت، انتقاد بیش از اندازه و حمایت بیش از حد و بازگشت و بستری شدن مجدد، رابطه پیدا شده است. عناصر خانواده درمانی به شرح زیر قابل بررسی است:

*آموزش اعضای خانواده درباره ی اسکیزوفرنی: به ویژه در خصوص عوامل ژنتیکی یا عصبی زیستی که عده ای را مستعد این بیماری می کنند، مشکلات شناختی همراه با اسکیزوفرنی، علایم اسکیزوفرنی نشانه های بازگشت قریب الوقوع. خانواده های (EE) بالا، نوعاً اطلاعات مناسبی درباره ی اسکیزوفرنی ندارند و دادن اطلاعات مبنایی، به آنها کمک می کند تا از خویشاوند مبتلا به اسکیزوفرنی خود کمتر انتقاد کنند. برای مثال، دانستن اینکه وضعیت عصبی زیستی رابطه زیادی با اسکیزوفرنی دارد، می تواند به اعضای خانواده کمک کند تا رفتارهای نامناسب یا بیهوده بیمار را بیشتر بپذیرند و درک کنند. درمانگران، اعضای خانواده را تشویق می کنند که انتقادشان را از

خویشاوند مبتلا به اسکیزوفرنی کم کنند و این موضوع را برای خانواده و همین طور بیمار روشن می کنند که داروهای مناسب و روان درمانی، می تواند از فشار روانی بیمار بکاهد و از تباهی و بدتر شدن جلوگیری کند.

- دادن اطلاعات به بیماران و خانواده ها درباره ی داروهای ضد روان پریشی:

درمانگران، اهمیت خوردن داروی ضد روان پریشی، داشتن اطلاعات بیشتر درباره اثرات مطلوب و عوارض جانبی دارو، بر عهده گرفتن مسئولیت زیر نظر گرفتن واکنش بیمار به دارو و درخواست مشاوره پزشکی به جای قطع مصرف دارو در صورت پدید آمدن عوارض جانبی نامطلوب، را هم به خانواده و هم به بیمار خاطر نشان می کنند.

* کمک به خانواده برای پرهیز از سرزنش کردن: به طور خاص تشویق اعضای خانواده به اینکه نه خودشان و نه بیمار را به خاطر بیماری و به خاطر مشکلاتی که همگی در مقابله با آن دارند، سرزنش نکنند.

* بهبود مهارت های ارتباطی و حل مسأله در خانواده: درمانگران راه های ابراز احساسات مثبت و منفی به شیوه ی سازنده، همدلانه و سهل گیرانه به جای شیوه تهدید آمیز، انتقادی یا بیش از حد حمایت گرانه را آموزش می دهند. آنها به کمتر کردن ناراحت کنندگی تعارض های مشخصی از راه

آموزش راه های همکاری برای حل مشکلات روزمره به اعضای خانواده هم تأکید می کنند.

* تشویق بیماران و خانواده هایشان به گسترش شبکه های اجتماعی، به خصوص شبکه های حمایتی خود.

* القای امید به اینکه اوضاع را می توان بهتر کرد، و از جمله امید به اینکه بعید است بیمار ناچار به بازگشتن به بیمارستان شود.

درمانگران برای اجرای این راهبردها از فنون گوناگون بهره می گیرند. شناسایی عوامل تنش زایی که می تواند باعث بازگشت شود، آموزش خانواده ها در خصوص مهارت های ارتباط و حل مسأله و متقاعد کردن اعضای خانواده های (EE) بالا به تماشای فیلم تعاملات خانواده های (EE) نمونه هایی از آن فنون است.

خانواده درمانی به علاوه درمان دارویی، در مقایسه با درمان های متداول (معمولاً فقط دارو) نوعاً نرخ بازگشت را در دوره های یک تا دو ساله پایین آورده است. این یافته ی مثبت، به خصوص در مطالعاتی بارز بود که در آن ها درمان ۹ ماه به طول انجامید.

درمان های شناختی رفتاری:

پژوهشگران زمانی تصور میکردند که تلاش برای اصلاح تعریف های شناختی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی و از جمله هذیانها ، بیهوده است اما اکنون ادبیات بالینی و آزمایشی فزاینده نشان میدهد که باورهای غیرانطباقی برخی بیماران را میتوان تشویق کرد که باورهای هذیانیشان را به همان شیوه ای که افراد مبتلا به اسکیزوفرنی آزمایش میکنند، امتحان کنند از طریق بحث های دسته جمعی (در چارچوب روشهای درمانی دیگر، شامل ضد روانپزشکی) به بیماران کمک شده است که معنایی ضدروان پریشانه برای نشانه های پارادواییی قائل شوند و بدین وسیله ماهیت افراطی و نفرت انگیز آنها را کاهش دهند.

درمان شناختی رفتاری (CBT) میتواند علایم منفی را هم کاهش دهد. برای مثال: به چالش کشیدن ساخت های اعتقادی مرتبط با انتظارات پایین برای موفقیت (بی رمقی) و انتظارات پایین برای لذت و خوشی (بی لذتی)

* همچنین آموزش مدیریت استرس در کاهش فشار روانی در میان بیماران اسکیزوفرنی مؤثر است.

1.E.E (سطح بالای هیجان ابراز شده)

۴- درمان فردی (Personal therapy):

درمان فردی ، رویکرد شناختی رفتاری گسترده ای به چندگانگی مشکلات آن دسته از بیماران دچار اسکیزوفرنی است که از بیمارستان ترخیص شده اند...آموزش نحوه تشخیص عاطفه نامناسب ، عنصری کلیدی در این رویکرد است. بیماران همچنین آموزش میبینند تا به نشانه های کوچک بازگشت، مانند کناره گیری اجتماعی یا تهدیدهای نامناسب علیه دیگران توجه کنند و نیز مهارتهایی برای برخورد با این مشکلات فرامی گیرند. این درمان همچنین شامل نوعی بازسازی شناختی است تا به بیماران کمک کند که از تبدیل ناکامی ها و چالش های اجتناب ناپذیر زندگی به فاجعه یا مصیبت پرهیز کنند و از این راه آنها را در پایین آوردن سطح فشار روانی شان یاری می کند. علاوه بر این ، بیماران معمولاً فنون آرمیدگی را نیز آموزش میبینند که ابزاری برای یادگیری نحوه پی بردن به افزایش تدریجی اضطراب یا خشم و سپس به کارگیری مهارتهای آرمیدگی برای کنترل بهتر این هیجانها است. همچنین بر آموزش مهارتهای اجتماعی خاص و همینطور تشویق بیماران به مصرف مداوم داروی ضد روان پریشی خود در وضعیت تثبیت ، یعنی در دوزی که معمولاً کمتر از دوز لازم در مرحله حاد بیمار است، به شدت تأکید می شود .

درمان فردی ، عناصر غیررفتاری به ویژه پذیرش صمیمانه و همدلانه آشفتهگی هیجانی و شناختی بیمار به همراه انتظارات واقع بینانه و در عین حال

خوش بینانه دربارهٔ اینکه زندگی میتواند بهتر باشد را نیز دربر میگیرد. معمولاً بیماران آموزش می بینند که : از لحاظ هیجانی در برابر فشار روانی آسیب پذیرند، تفکرشان همیشه واضح و روشن نیست، باید مصرف داروی خود را ادامه دهند و میتوانند مهارتهای گوناگونی را فرا بگیرند تا از موهبتی که طبیعت به آنها داده است بیشترین بهره را ببرند. این درمان کوتاه مدت نیست ، میتواند به مدت سه سال در جلسه های هفتگی تا دو هفته یکبار ادامه یابد. توجه داشته باشید که تمرکز درمان فردی روی بیمار بوده در حالیکه تمرکز خانواده درمانی بر کاهش هیجان ابراز شده در خانواده بیمار است.

هدف درمان شخصی ، آموزش مهارتهای کنار آمدن است. یعنی روش های جدید تفکر دربارهٔ واکنش های عاطفی به هر چالشی که محیط ایجاد می کند و کنترل آنها . مدیریت انتقاد و حل تعارض نیز در این روش درمانی مهم است که به یادگیری و نحوهٔ برخورد با پسخوراند منفی از طرف دیگران و نحوهٔ حل تعارضات بین فردی که بخشی اجتناب ناپذیر در برقراری رابطه با دیگران است ، اشاره دارد.

شواهدی وجود دارد که نشان میدهد درمان فردی میتواند به بسیاری از اشخاص دچار اسکیزوفرنی کمک کند تا بیرون از بیمارستان بمانند و بهتر عمل کنند و کسانی که می توانند با خانوادهٔ اصلی خود زندگی کنند به بهترین نتایج دست می یابند.

در پایان چند توصیه برای خانواده بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیک به طور خلاصه ارائه می شود :

* تمامی اعضای خانواده باید اطلاعات مناسبی از این بیماری داشته باشند.

* توقع افراد خانواده از بیمار باید منطقی و به اندازه توانایی او باشد (نه او را رها کنید و نه از او توقع یک فرد سالم را داشته باشید). در واقع او را به عنوان یک فرد بیمار از مسئولیتها معاف نکرده و از او بایست خواست تا فعالیتهایی که میتواند انجام بدهد انجام دهد .

* از توهین و تحقیر پرهیز کرده و از اینکه او بیمار است از خانواده طرد نشود و او را عامل بدبختی خانواده ندانند.

* جهت انجام امور او تشویق کنند و به علت ناتوانی او را تحقیر نکنند(توانایی های او را به کار گیرند).

* با عقاید غیرعادی او مستقیماً برخورد و مخالفت نکنند. مثلاً وقتی او صحبت از دشمنی دیگران می کند نگوئید تو بدبینی بلکه عنوان شود ما می فهمیم که تو از او ناراحت هستی و بعد مسیر صحبت عوض شود در واقع این افراد با منطق اصلاح نمی شوند بلکه اگر ما به بیمار عنوان کنیم که تو اشتباه می کنی ممکن است بیمار نسبت به ما نیز بدبین شود.

* با تشویق (جایزه) می توانیم رفتار مناسب را افزایش دهیم.

* جو مناسب خانواده استرس و فشار روانی بیمار را کم کرده و اولاً نیاز کمتری به دارو دارد و ثانیاً کمتر دچار تشدید بیماری می شود.

* از بروز خشم و خشونت و تهدید جداً خودداری نمایید.

* مصرف منظم دارو از اساسی ترین وظایف خانواده است و ترتیبی اتخاذ شود که بیمار تحت نظارت خانواده، مرتباً از داروها استفاده نماید.

وقتی بیماری تشدید یافته و بیمار دارو مصرف نمی کند باید به نکات زیر توجه کنیم :

منطق و استدلال کمکی نمی کند.

عصبانیت و تهدید رفتار تهاجمی او را بیشتر می کند.
انتقاد نکنید.

نزدیک او نروید ، به او دست نزنید ، به او زل نزنید.

با تقاضای او که خطرناک نیستند موافقت کنید.

راه خروج را نبندید.

به او نشان دهید که حال او را می فهمید.

در نهایت اگر رفتار خشونت آمیز داشت از دیگران و پلیس کمک بگیرید.

منابع:

- کرینگ ، آن ام و دیگران (۲۰۰۷) آسیب شناسی روانی فصل
- (۱۱) ترجمه شمس پور ، حمید چاپ اول ، تهران : انتشارات
ارجمند ۱۳۸۸
- لینتز ، برندا (۱۹۹۵) زندگی با اسکیزوفرنی ، ترجمه فروغان ،
مهشید . چاپ دوم ، تهران ، انتشارات اندیشه آور.
- کاپلان ، سادوک (۲۰۰۷) خلاصه روانپزشکی ترجمه رضایی ،
فرزین ، چاپ تهران ، انتشارات ارجمند ۱۳۸۸.
- فلاحی خشکناز ، مسعود ، غضنفری ، ناهید - تأثیر فعالیتهای
معنوی - تفریحی گروهی بر وضعیت مراقبت از خود بیماران
اسکیزوفرنیک ، مجله پژوهش پرستاری دوره ۲ ، شماره های ۴ و ۵
بهار و تابستان ۱۳۸۶ ، ۳۰-۲۵.
- شیری ، کامران و دیگران ، اثر بخشی توان بخشی روانی - اجتماعی
در کاهش علائم منفی و بهبود مهارتهای اجتماعی مبتلا به
اسکیزوفرنی مزمن ، مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ، ایران ،
سال چهاردهم ، شماره ۴ ، زمستان ۱۳۸۷ ، ۳۷۰-۳۶۳