

بررسی اختلال روانی اسکیزوفرنیا و علل ابتلاء به آن

فریبرز غلامی

چکیده

اختلالاتی که امروزه با عنوان «اسکیزوفرنیا» شناخته می‌شوند، در گذشته با عنوان «جنون» از آنها نام برده می‌شد. از زمان‌های قدیم سوء برداشت‌هایی از این اختلال وجود داشته است.

به هر حال امروزه معلوم شده است که اختلال اسکیزوفرنی نوعی اختلال شدید روانی است که در هر سنی و در هر دو جنس و در تمامی فرهنگ‌ها و طبقات اجتماعی امکان بروز دارد. نشانه‌های آن غالباً در دوران نوجوانی یا اوایل بزرگسالی بروز می‌کند. افراد مبتلا به این اختلال روانی به فشارهای وارده بر زندگی خود حساس هستند. نشانه‌های مهم اسکیزوفرنی در همه ابعاد جسمی، روانی و رفتاری بیمار ایجاد می‌شود. عواطف، نحوه تفکر، احساسات و حواس بیمار (بینایی، شنوایی، بویایی، چشایی و لامسه) و رفتار وی تحت تاثیر بیماری قرار می‌گیرند. مهمترین علائم و نشانه‌های بیماری توهم و هذیان است.

واژگان کلیدی

اسکیزوفرنی؛ اختلال روانی؛ توهم؛ هذیان.

بررسی اختلال روانی اسکیزوفرنیا و علل ابتلاء به آن

هر عضوی از بدن انسان وقتی به منتها درجه نیرو و توانایی خود رسید رو به ضعف و سستی و در نهایت زوال و نیستی می‌نهد. این قاموس طبیعت است! مغز، عضو حاکم بر بدن نیز تابع این قانون کلی است و پس از رسیدن به حد کمال و رشد به تدریج روبه نقصان رفته و شخص در کنش یعنی احساس و درک و فهم و در واکنش یعنی رفتار و گفتار دچار اختلال و کندی می‌گردد، لیکن اختلالات مغزی تنها در اثر پیری و کبر سن حاصل نمی‌شود بلکه علل دیگری به صورت‌های مختلف می‌تواند این کندی و ناتوانی را در عمل ایجاد نماید که از آنها تحت عنوان اختلالات روانی نامبرده می‌شود. به هر حال باید توجه داشت آنچه را که به عنوان بیماری‌های روانی و اختلال حواس و مشاعر می‌نامند مخالف و متباین با بیماری‌های جسمی نیست بلکه طریقی از تظاهرات مرضی است که از مغز بیمار ناشی می‌گردد.

بیماری‌ها و اختلالات روانی و راز بغرنج علی و معلولی آنها به لحاظ پیچیدگی ساختمان مغز در طول تاریخ همواره ذهن محققین و دانشمندان را به خود مشغول نموده است.

فصل اول: اختلال اسکیزوفرنی و ویژگی‌های آن

مبحث اول: تعریف - تاریخچه - واژه‌شناسی

گفتار اول: تعریف اسکیزوفرنی

اسکیزوفرنی^۱ نوعی اختلال روانی پیش‌رونده است که قریب به یک درصد جمعیت انسانی به آن مبتلا هستند، در عین حال آمارها نشان می‌دهد که بیش از

نیمی از تخت‌های بیمارستان‌های روانی را مبتلایان به این بیماری اشغال کرده‌اند^۲ که نشان دهنده وخامت این بیماری نسبت به سایر اختلالات روانی است. این بیماری که معمولاً قبل از سن ۲۵ سالگی شروع می‌شود به قید غالب تا آخر عمر پایدار باقی مانده و قاطعانه می‌توان گفت که هیچیک از طبقات اجتماعی از ابتلای به آن مصون نیستند کم‌توجهی و انزوای اجتماعی که به دلیل ناآگاهی عمومی نسبت به این اختلال گریبانگیر بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی می‌شود این بیماران و خانواده‌هایشان را در غالب موارد آزار می‌دهد و هر چند که اسکیزوفرنی به عنوان یک بیماری واحد توصیف می‌شود ولی احتمالاً مرکب از یک گروه اختلالاتی است که سبب‌شناسی ناهمگونی داشته و بیمارانی را دربر می‌گیرد که تظاهرات بالینی، پاسخ درمانی و سیر بیماری آنها یکسان نیست (کاپلان و سادوک، ج ۲، ۱۳۸۶، ص ۱۳).

برخی از محققین معتقدند که بیماری اسکیزوفرنی «آخرین مرحله بیماری روانی و اختلال حواس و مشاعر است» (باروک و پیازه، بی‌تا، ص ۵۲).

گفتار دوم: تاریخچه و واژه‌شناسی

۱- تاریخچه

اختلالاتی که امروزه با عنوان «اسکیزوفرنی» یا «شیزوفرنی» شناخته می‌شود، در گذشته با عنوان کلی «جنون» یا «دیوانگی» از آنها نام برده می‌شد و از زمان‌های قدیم سوء برداشت‌هایی از این اختلال وجود داشته است که در حال حاضر هم در برخی از فرهنگ‌های بدوی این طرز تلقی وجود دارد. در گذشته‌های دور ابتلا به این اختلال ننگ و عار شمرده می‌شد. در آن ایام بروز این اختلالات را به علت نفوذ قدرت‌های ماوراء قدرت انسانی و عوامل طبیعی مانند ماه

و خورشید و رعد و برق در بدن و یا حلول شیطان یا تسخیر جسم از سوی ارواح خبیثه می‌دانستند. برمبنای این تصورات عقیده بر این بود که بیماری‌های مذکور باید به وسیله نیروهای مارواء الطبیعه و وساطت افراد مقدس نزد خداوند بهبود یابند.

۲- واژه‌شناسی

همچنانکه گفته شده واژه اسکیزوفرنی^۳ در محاورات روزمره غالباً به غلط و نابجا مورد استعمال واقع می‌شود و افراد برداشت‌های مختلفی از آن دارند که با حقیقت معنا متفاوت است. اما همان‌طور که قبلاً بدان اشاره شد، باید توجه داشت واژه اسکیزوفرنی از حیث عنوان منحصر به یک اختلال روانی خاص بوده و برای وضعیت روانی خاص به کار می‌رود. واژه اسکیزوفرنی از مصطلحات بلولر است که در روانپزشکی معمول گردیده، وی واژه اسکیزوفرنی را از ترکیب دو واژه یونانی «اس خیزن»^۴ یعنی شکافتن یا تجزیه و «فرن»^۵ یا «فرنوس»^۶ به معنی قوه تفکر یا ذهن ساخته است و آن را به جای جنون پیش‌رس برگزید (کی‌نیا، ج ۱، ۱۳۶۹، ص ۵۳۲).

مبحث دوم: اسکیزوفرنی و همه‌گیر شناسی

گفتار اول: همه‌گیر شناسی

تخمین تعداد بیماران اسکیزوفرنیک در کل جمعیت تا حدود زیادی بستگی دارد به نوع تعریفی که از سن بیماری ارائه می‌شود تا زمانی که متخصصان برای به کار بردن فرم مصاحبه استاندارد شده و معیار تشخیص یکسان آموزش لازم را نبینند این بیماری در بررسی‌های مختلف اشکال متفاوتی خواهد داشت بی‌آنکه به این

مسئله توجهی شود. درباره پراکندگی و فراوانی اسکیزوفرنی در کل جمعیت مطالعات بسیاری شده است؛ از این رو مقایسه آماری مطالعات مختلف دشوار خواهد بود.

اما بطور کلی می‌توان گفت، اسکیزوفرنی در تمام جوامع و حوزه‌های جغرافیایی یافت می‌شود و میزان بروز و شیوع آن در سراسر جهان تقریباً یکسان است. سالیانه قریب به ۰/۰۵ درصد از کل جمعیت ایالات متحده تحت درمان اسکیزوفرنی قرار می‌گیرند و صرف‌نظر از شدت این اختلال تقریباً نیمی از تمام بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی تحت درمان قرار می‌گیرند (کاپلان و سادوک، ج ۲، ۱۳۸۶، ص ۱۵).

گفتار دوم: سن و جنس

شیوع اسکیزوفرنی در مردان و زنان مساوی است ولی شروع و سیر بیماری در دو جنس تفاوت دارد اسکیزوفرنی در مردها زودتر از زنان شروع می‌شود. اولین بستری روانپزشکی در سنین کمتر از بیست و پنج سالگی، شامل حال بیش از نیمی از مردان اسکیزوفرنیک و فقط یک سوم زنان مبتلا به اسکیزوفرنی می‌شود. بیشترین سن شروع در مردان پانزده تا بیست و پنج سالگی و در زنان بیست و پنج تا سی و پنج سالگی است. برخلاف مردان در زنان دووجهی است و در میانسالی نیز به نقطه اوج دیگری می‌رسد. قریب به ۳ تا ۱۰ درصد زنان مبتلا، اولین بار پس از ۴۰ سالگی این بیماری را نشان می‌دهند. شروع اسکیزوفرنی قبل از ده سالگی یا بعد از شصت سالگی بی‌نهایت نادر است حدود نود درصد از بیمارانی که به خاطر اسکیزوفرنی درمان می‌شوند. پانزده تا پنجاه و پنج سال سن دارند. برخی مطالعات نشان داده است که مردان بیشتر از زنان ممکن است دچار

علائم منفی شوند. و زنها بیشتر از مردان ممکن است قبل از شروع بیماری کارکرد اجتماعی بهتری داشته باشند. در کل پیامد بیماران اسکیزوفرنیک مونث بهتر از پیامد بیماران اسکیزوفرنیک مذکر است. مواردی از اختلال که پس از ۴۵ سالگی شروع می‌شوند. با اصطلاح اسکیزوفرنی با شروع دیررس مشخص می‌گردند (کاپلان و سادوک، ج ۲، ۱۳۸۶، ص ۱۲). معمولاً ابتلاء به اسکیزوفرنی در زنان به دلایل هورمونی (استروژن) دیرتر از مردان است و علائم آن قبل از یائسگی معمولاً ضعیف ولی بعد از آن، علائم شدت می‌یابد.^۷

فصل دوم: انواع اسکیزوفرنی - سیر بیماری و پیش‌آگهی

مبحث اول: شناخت بیماری براساس خصوصیات بالینی

گفتار اول: انواع فرعی بیماری اسکیزوفرنی

واکنش‌های اسکیزوفرنی مانند هر بیماری دیگری دارای سه مرحله یا دوره است: آغاز، استقرار و پایان بیماری. (منظور از پایان بهبودی نیست بلکه منتهای بیماری است) در هنگام آغاز بیماری علائم ممکن است متنوع و متفاوت باشد. در هنگام استقرار بیماری، برحسب شدت و ضعف، بعضی علائم به صورت خاصی جلوه‌گر می‌شود که انواع فرعی بیماری در این مرحله دسته‌بندی می‌شود. و اما در پایان بیماری تفاوت‌ها به تدریج از میان رفته و زوال کامل عقل نمایان می‌شود (میرسپاسی، ۱۳۴۱، ص ۲۲۷).

اسکیزوفرنی انواع مختلفی دارد در آخرین چاپ تجدید نظر شده راهنمای تشخیص آماری اختلالات روانی (DSM-IV-TR)^۸ پنج طبقه فرعی تشخیص و در طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها (ICD-10) نه گونه تشخیصی از بیماری مذکور

آورده شده است طبقه‌بندی اول شامل - پارانوئید^۹ - نابسامان^{۱۰} - کاتاتونیک^{۱۱} - نامتماز^{۱۲} و نوع باقیمانده^{۱۳} است.

۱- اسکیزوفرنی پارانوئید^{۱۴}

مشخصه اسکیزوفرنی پارانوئید یا بدگمان وجود هذیان و توهمات شنوایی مکرر است. شروع آن در اواخر دهه دوم یا اوایل دهه سوم زندگی است (میرسپاسی، ۱۳۴۱، ص ۲۲).

افراد مبتلا به این نوع اسکیزوفرنی معمولاً در شروع بیماری سن بیشتری از افراد مبتلا به اسکیزوفرنی کاتاتونی و نابسامان دارند. این بیماران معمولاً شکاک، در خود فرو رفته و منزوی، پرتنش و گاهی اوقات پرخاشگر می‌باشند. هوش این بیماران اغلب سالم است و ذهن این بیماران به یک یا چند هذیان مشغول است.^{۱۵} این بیماران اغلب خونسرد و غیر معاشرتی، کناره جو و ایرادگیر هستند در این بیماران تداعی معانی مختل است و برای حقایق ارزشی قائل نیستند. در اوایل هذیان محدود و مخصوص نیازهای روانی بوده ولی تدریجاً متنوع و از خلال آن آثار تمایلات و آرزوهای بر باد رفته به خوبی مشهود است بسیاری از این بیماران قابل تحریک، ناراضی و از مصاحبه با دیگران گریزانند. هذیان مبتلایان به پارانوئید مفصل و متمادی است هنگام صحبت جد و جهدی در بکار بردن کنایات و استعارات دارند به حدی که منظور آنان را نمی‌توان درک نمود، آنقدر با حروف جمله‌پردازی می‌نمایند و تابع معانی و تسلسل افکارند که اصل موضوع از یاد می‌رود با این حال احساسات و عواطف آنها پابرجاست و ممکن است به کارها و فعالیت‌های مفید دست بزنند گاهی هذیان این بیماران از محیط تجاوز

نموده و شامل دنیا و مافیها، آسمان و کواکب می‌شود (فرخ، ۱۳۳۸، ج ۳، ص ۸۱ به بعد).

۲- اسکیزوفرنی نابسامان^{۱۶}

مشخصه اسکیزوفرنی نابسامان پسرقت آشکار به رفتارهای بدوی مهار گسیختگی و سازمان نیافته و فقدان علایم نوع کاتاتونی است. شروع این اختلال معمولاً پیش از ۲۵ سالگی است بیماران معمولاً فعال هستند، ولی فعالیت آنان بی‌هدف و غیر سازنده^{۱۷} است اختلال فکر در آنها برجسته است و تماس چندانی با واقعیات ندارند ظاهر شخصی و رفتار اجتماعی آنان آشفته و به هم ریخته است. واکنش‌های هیجانی نامتناسب دارند و بدون دلیل می‌خندند اصولاً خندیدن و شکلک در آوردن بی‌جا و بی‌مناسبت در این بیماران شایع است (براتی سده، قائم مقام فراهانی، خدابخشی، ۱۳۸۵، ص ۲۳).

مبتلایان به این نوع اختلال به طور بارز و برجسته‌ای دچار تکلم نابسامان، رفتار نابسامان و حالت عاطفی نامتناسب هستند. ضمناً در این بیماران حالت و معیارهای نوع کاتاتونی وجود ندارد (کاپلان و سادوک، ج ۲، ۱۳۸۶، ص ۲۸).

۳- اسکیزوفرنی کاتاتونیک

خصیصه اسکیزوفرنی کاتاتونیک آشفتگی واضح در کارکرد حرکتی است که ممکن است شامل بهت منفی کاری - سفتی عضلات - برآشفتگی - یا اتخاذ وضعیت‌های خاص بدنی باشد (کاپلان و سادوک، ج ۲، ۱۳۸۶، ص ۳۰). بیمار ممکن است در بهت فرو رود یا بسیار فعال شود یا خشکی و تثبیت موقعیت جسمی در یک وضع خاص را از خود نشان دهد. یکی دیگر از واکنش‌های اسکیزوفرنیک

کاتاتونیک تقلید بی‌اراده از رفتار دیگران است. منفی‌گرایی که درست مخالف این نوع تقلید است از عکس‌العمل‌های بیماران کاتاتونیک می‌باشد.

گاهی منفی‌گرایی پاسخی است به توهمات که در آن صداهایی به بیمار امر می‌کند تا کارهایی انجام دهد درست برخلاف آنچه که باید انجام دهد. در "DSM-III"..... نشانه‌شناسی کاتاتونیک به شرح زیر توصیف شده است.

الف) بهت کاتاتونیک یا خموشی^{۱۸} مشخص می‌شود با کاهش قابل ملاحظه عکس‌العمل به محیط، کاهش حرکات و فعالیت‌ها یا خموشی.

ب) منفی‌کاری کاتاتونیک^{۱۹} مشخص می‌شود با مقاومت ظاهراً بدون انگیزه بیمار نسبت به اجرای تمام دستورها و در برابر سعی برای حرکت و جابجایی.

ج) جمود کاتاتونیک^{۲۰} مشخص می‌شود با حفظ و نگهداری یک وضعیت منجمد بدنی در مقابل اقدام به تغییر آن وضعیت.

د) تهییج کاتاتونیک^{۲۱} مشخص می‌شود با تهییج فعالیت‌های حرکتی، ظاهراً بدون منظور و دور از تاثیر و تحریکات خارجی.

ه) وضعیت‌گیری کاتاتونیک^{۲۲} مشخص می‌شود با اتخاذ وضعیت بدنی نامتناسب و عجیب و غریب (کلارنس، ۱۳۷۰، ص ۳۷۳).

بین تمام انواع اسکیزوفرنی بیماران نوع کاتاتونیک غالباً رفتار ناگهانی و غیرقابل پیش‌بینی دارند و گاهی بدون هیچ علتی ممکن است ناگهان به دیگران حمله کنند یا وسایل اطراف خود را شکسته و تخریب نمایند یا لباس‌های خود را پاره نموده و برهنه بمانند (فرخ، ۱۳۳۸، ج ۳، ص ۷۵).

بیمار کاتاتونیک ممکن است مکرراً بهت‌زده شود و یا به هیجان آید یا ناگهان از یک قطب به قطب مخالف نوسان پیدا کند. اگرچه این نوسان در خلق و

فعالیت‌های عضلانی با بیماری عاطفی مانیک و دپرسیو شباهت دارد لکن علائم مشخص بیماری کاتاتونیک آن را مجزا می‌سازد (شاملو، ۱۳۷۰، ص ۲۰۳).

۴- اسکیزوفرنی نامتمایز^{۲۳}

خیلی وقت‌ها بیمارانی را که به وضوح مبتلا به اسکیزوفرنی هستند نمی‌شود به راحتی در یکی از انواع دسته‌بندی گنجانند DSM-IV-IR این نوع بیماران را تحت عنوان مبتلایان به اسکیزوفرنی از نوع نامتمایز دسته‌بندی می‌کند (کاپلان و سادوک، ج ۲، ۱۳۸۶، ص ۸۳).

۵- اسکیزوفرنی باقیمانده^{۲۴}

مشخصه این نوع اختلال وجود شواهد مستمر مبنی بر اسکیزوفرنی و نبود مجموعه کامل علائم مرحله فعال یا علائم دیگری است که برای تشخیص یک نوع دیگر از اسکیزوفرنی کافی است نشانه‌های این نوع اسکیزوفرنی کنندی هیجانی، انزوای اجتماعی و رفتارهای عجیب و غریب است. هذیان و توهم اگر وجود داشته باشد برجسته نیست (براتی سده، قائم مقام فراهانی، خدابخشی، ۱۳۸۵، ص ۲۳). در این نوع از اسکیزوفرنی هذیان و توهم و تکلم نابسامان بطور جدی وجود ندارد و «همچنین رفتاری که آشکارا نابسامان یا کاتاتونیک باشد ملاحظه نمی‌شود. ضمن اینکه علائم اختلال هیچ وقت از بین نرفته است مثلاً علایم منفی یا حداقل دو تا از معیارهای اسکیزوفرنی به شکلی سبک (مثلاً عقاید عجیب یا تجارب ادراکی غیرمعمول) وجود دارد» (کاپلان و سادوک، ج ۲، ۱۳۸۶، ص ۲۸).

گفتار دوم: سیر بیماری و پیش آگهی

۱- سیر بیماری

الگوی پیش مرضی بیماری، شاید نخستین تظاهر آن باشد، هر چند اهمیت این علائم تنها در نگاه به گذشته است این علائم، مشخصاً در نوجوانی شروع می‌شود و سپس در عرض چند روز تا چند ماه، علائم پیش‌درآمدی پیدا می‌شود. شروع علائم مخل ممکن است به نظر برسد که بر اثر یک تغییر اجتماعی یا محیطی نظیر قبولی در دانشگاه، مصرف مواد، یا مرگ یکی از بستگان تسریع شده است. نشانه‌های پیش‌درآمدی ممکن است حداقل یک سال تا شروع علائم بارز سایکوز ادامه داشته باشد. سیر شناخته شده اسکیزوفرنی پس از تشدید و فروکش است، پس از نخستین حمله سایکوز، بیمار به تدریج بهبود می‌یابد و به دنبال آن نیز ممکن است تا مدت‌ها کارکرد نسبتاً بهنجاری داشته باشد. اما معمولاً عود صورت می‌گیرد و الگوی عمومی بیماری در پنج سال اول پس از تشخیص، معمولاً پیش‌بینی کننده سیری است که بیمار خواهد پیمود. به دنبال هر عود سایکوز، تباهی بیشتری در کارکرد پایه بیمار صورت می‌گیرد تمایز عمده اسکیزوفرنی با اختلالات خلقی در همین است که اسکیزوفرنی پس از هر عود نمی‌تواند به کارکرد پایه‌اش بازگردد.

۲- پیش آگهی بیماری

در چندین مطالعه معلوم شده که در دوره پنج تا ده ساله، متعاقب نخستین بستری شدن در بخش‌های روانپزشکی به خاطر اسکیزوفرنی، تنها حدود دو تا بیست درصد از بیماران را می‌شود دارای پیامد خوب دانست. بیش از پنجاه درصد از بیماران را می‌شود دارای پیامد بد دانست چون مکرراً بستری می‌شوند، علایمشان

تشدید می‌یابد، حملاتی از اختلالات خلقی عمده پیدا می‌کنند و چندین بار اقدام به خودکشی می‌کنند. این تصاویر حزن‌انگیز نشان می‌دهد اسکیزوفرنی همیشه سیری روبه تباهی دارد و تعدادی عوامل هستند که با پیش‌آگهی خوب همراهی دارند. طبق گزارش‌های موجود میزان بهبود در طیفی از ده تا شصت درصد متغیر است و تخمین منطقی آن است که بگوییم بیست تا سی درصد از همه بیماران اسکیزوفرنیک می‌توانند در مجموع زندگی بهنجاری را طی کنند حدود بیست تا سی درصد دیگر همچنان علایم متوسطی خواهند داشت، و چهل تا شصت درصد از آنها در نتیجه این بیماری تا آخر عمرشان به نحو چشمگیری اختلال خواهند داشت. گرچه بیست تا بیست و پنج درصد از بیماران دچار اختلالات خلقی هم در پیگیری دراز مدت وضعشان به شدت خراب خواهد بود، اما وضع بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی خیلی بدتر از بیماران دچار اختلالات خلقی است (کاپلان، سادوک، ج ۲، ۱۳۸۶، ص ۴۰).

مبحث دوم: علائم بیماری اسکیزوفرنی

در تقسیم‌بندی‌های جدید بیماری اسکیزوفرنی را به دو تیپ یک و دو تقسیم کرده‌اند در تیپ یک بیمار دارای علائم مثبت است (بعضی وجود این علائم را معادل مرحله حاد بیماری می‌دانند) در تیپ دو علائم منفی غلبه دارد. علایم مثبت علایمی هستند که قبلاً در فرد وجود نداشته ولی اکنون وجود دارند. در هر فردی که این علائم وجود داشته باشد، تشخیص اسکیزوفرنی قطعی است. علائم منفی شامل علایمی هستند که به علت از دست دادن رفتار یا عواطف طبیعی به وجود آمده‌اند مانند عاطفه سطحی، انسداد فکر، انزوای اجتماعی (براتی سده، قائم مقام فراهانی، خدابخشی، ۱۳۸۵، ص ۲۴).

گفتار اول: علائم منفی بیماری اسکیزوفرنی

علائم منفی بیماری اسکیزوفرنی عبارتند از: حالت بی‌عاطفگی، حالت ثابت چهره، کم بودن تماس چشمی، فقدان پاسخ عاطفی، حالات عاطفی نامتناسب، یکنواخت بودن ریتم و تن صدا، کم صحبت کردن، فقر تکلم و فقر فکر^{۲۵} (بیمار ناگهان جمله خود را رها کرده و مات و مبهوت نگاه می‌کند وقتی مجدداً شروع به صحبت می‌کند از چیزی سخن می‌گوید که هیچ ارتباطی با موضوع رها شده قبلی ندارد.) افزایش مدت پاسخ‌دهی (بیمار سؤالات را به کندی و با پاسخ‌های کوتاه و حداقل کلمات و اغلب پس از مکث‌های طولانی جواب می‌دهد) گاهی به نظر می‌رسد که سؤال را نشنیده یا نفهمیده است. بی‌ارادگی، آشفتگی سر و وضع، بی‌ثباتی در کار و تحصیل، بی‌حسی و بی‌قوتی جسمی، عدم لذت و غیراجتماعی بودن، عدم علاقه به فعالیت‌های تفریحی، عدم علاقه به روابط جنسی، عدم روابط صمیمی و نزدیک، عدم ارتباط با دوستان و آشنایان، عدم توجه، در خود فرورفتگی در جمع.

گفتار دوم: علائم مثبت بیماری اسکیزوفرنی

علائم مثبت بیماری اسکیزوفرنی عمدتاً عبارتند از: رفتار عجیب و غریب، لباس پوشیدن و ظاهر غیرعادی، رفتارهای جنسی غیرعادی، رفتار پرخاشگرانه، رفتار مکرر یا قالبی (مثلاً دست‌ها را مداوماً به هم مالیدن) از دست دادن رشته کلام، بی‌ربط صحبت کردن، غیرمنطقی بودن، حاشیه‌پردازی^{۲۶} (حاشیه‌پردازی با شرح جزئیات نامربوط و غیرضروری، انحراف از موضوعی به موضوعی دیگر به علت فقدان عقیده واضح و عدم توانایی در انتخاب آنچه که مهم و اساسی است).

فشار تکلم:^{۲۷} (به عبارت ساده فشار تکلم پرگویی و وراجی است گاهی ممکن است بیمار وسط جمله مکث نموده و نفس بلندی بکشد و مجدداً ادامه دهد و بدین ترتیب مجال تداخل به موقع را از شنونده بگیرد) (براتی سده، قائم مقام فراهانی، خدابخشی، ۱۳۸۵، ص ۲۴؛ پورافکاری، ۱۳۷۱، ص ۱۲). از دیگر علائم مثبت اسکیزوفرنی هذیان و توهم است که در بیماران به صورت مختلف و متفاوت دیده می‌شود.

۱- هذیان

شعور چراغ و راهنمای کردار و گفتار ماست و در صورت کدورت و تاریکی، گفتار ما را نیز به موازات رفتار ما پریشان می‌کند. این پریشانی گفتار را در فرهنگ عرف «هذیان» گویند. «هذیان» عقیده باطلی است که با منطق سازگار نیست و سایر مردم آن عقیده را ندارند.^{۲۸}

هذیان پاسخ سؤالی است که هرگز مطرح نمی‌شود. و هیچ بعید نیست هذیان‌ها گاه به صورت اثر ادبی و هنری ظاهر شوند کارل ژاسپر^{۲۹} فیلسوف و روان‌پزشک آلمانی در کتاب دانشگاهی خود بنام «طب روان» یادآور می‌شود که تحلیل روانی کتاب «چنین گفت زردشت» نوشته نیچه نشان می‌دهد که نویسنده آن دچار بیماری «اسکیزوفرنی» است.

هذیان با اشتباهات عادی انسان مثل موهوم‌پرستی و خرافه‌پرستی متفاوت است. هذیان همیشه علامتی از بیماری روانی است در حالی که خرافه‌پرستی لزوماً نشانه بیماری روانی نیست.

۲- توهم

بلولر توهم را درک بدون محرک از دنیای خارج توصیف نموده است. توهم یک نوع تخیل بی‌اساس است که عامل آن در خارج از بدن انسان وجود ندارد و درک ظاهری یک شیئی خارجی است وقتی که چنین شیئی وجود ندارد (معنائی، ۱۳۴۴، ص ۳۳).

تقسیم‌بندی توهمات اغلب با توجه به رابطه آنها با اعضای حسی صورت می‌گیرد که عبارتند از: توهمات شنوایی، بینایی، بویایی، چشایی، لامسه.

۲-۱- توهم شنوایی

توهم شنوایی اغلب به صورت درک خود به خودی کلمات، صداها، صحبت‌ها و سر و صدا ظاهر می‌شود. توهمات کلامی از نظر محتوا ممکن است با هم خیلی فرق داشته باشند. مثلاً بیمار صدای کسی را می‌شنود که او را به نام می‌خواند. گاهی بیمار جمله‌ای کامل حتی صحبتی طولانی را با چندین صدای متفاوت می‌شنود. گاهی بیمار صداها را نامشخص موزیکال می‌شنود. گاهی نجوایی می‌شنود و قادر به تشخیص کلمات نیست. بیماران اسکیزوفرنیک گاهی صداها را می‌شنوند که بیمار را بعنوان سوم شخص مورد خطاب قرار می‌دهند.

فصل سوم: سبب‌شناسی اسکیزوفرنی

در حال حاضر ما واقعاً نمی‌دانیم چه چیزی سبب این بیماری می‌شود در حقیقت نمی‌دانیم آیا اسکیزوفرنی یک بیماری است یا دسته‌ای از بیماری‌های مختلف با علل گوناگون که همگی نشانه‌هایی مشابه دارند. این نکته مشابه آن چیزی است که در تشخیص بعضی از بیماری‌های عفونی رخ می‌دهد که نشانه همه آنها «تب»

است. به نظر می‌رسد نشانه‌ها و ناتوانی‌ها همراه با اسکیزوفرنی ناشی از اختلالات و مشکلاتی در عملکرد و ساختار مغز باشد امروز پژوهشگران اتفاق نظر دارند که اسکیزوفرنی، اختلالی با فشار زیستی (بیولوژیکی) است که عوامل دیگری هم در بروز آن نقش دارند. برای مثال، برای دسته‌ای از این اختلالات که با علائم «مثبت» همراهند، منشاء زیست شیمیایی «بیوشیمیایی» قائل می‌شوند. در نوع دیگری از این اختلال که با علائم منفی همراه است وجود نارسایی‌های غیرقابل برگشت ساختمان مغز و تغییرات در قسمت‌های مختلف مغز مانند قسمت قدامی مغز (لوب پیشانی) را مؤثر می‌دانند (معنائی، ۱۳۴۴، ص ۲۱ و ۲۰).

مبحث اول: عوامل بیولوژیک

گفتار اول: وراثت

شواهد و دلایل علمی به دست آمده در چند دهه اخیر نشانگر وجود زمینه‌های ارثی در بیماری اسکیزوفرنی است. گو اینکه نقش دقیق نحوه انتقال آن کاملاً روشن نشده است.

چنانچه بخواهیم از دیدگاه آمار به موضوع بنگریم موضوع به این نحو قابل دسته‌بندی است. در کل جمعیت احتمال ابتلا به اسکیزوفرنی در حدود یک درصد است. این احتمال برای پدر و مادرها و برادران و خواهران مبتلا به اسکیزوفرنی بین ۴ تا ۱۴ درصد است. به عبارت دیگر این عده ده برابر بیشتر از کل جمعیت در معرض ابتلا به این بیماری هستند. احتمال ابتلای فرزندان والدین اسکیزوفرنیک ۱۲/۳ درصد است، این کودکان ۱۵ برابر بیشتر از کل جمعیت در معرض ابتلا به این بیماری هستند. اگر پدر و مادر، هر دو مبتلا به اسکیزوفرنی باشند این احتمال به ۴۰ درصد می‌رسد. عموها و عمه‌ها پسرعموها و دخترعموها،

نوه‌ها و خواهران و برادران ناتنی سه برابر بیشتر از کل جمعیت احتمال دارد به این بیماری دچار شوند و این عده کمتر از بستگان نزدیک افراد اسکیزوفرنیک در معرض این بیماری قرار دارند. بطور کلی هر قدر که بستگی خونی به فرد بیشتر باشد، احتمال ابتلا به این بیماری بیشتر خواهد بود (مینگ، تسوانگ، ۱۳۶۶، ص ۵۱).

گفتار دوم: عوامل بیوشیمیایی

درباره رابطه بیوشیمیایی بدن با ایجاد بیماری اسکیزوفرنی، از زمان‌های قدیم اظهارنظرهایی شده است. کراپلین معتقد بود که در اسکیزوفرنی عدم توازن و تعادل عناصر شیمیایی ایجاد می‌شود، بدین معنی که با ترشح سمومی از غدد جنسی و تاثیر در مغز، علائم این بیماری بروز می‌کند. در سال‌های اخیر در این زمینه تحقیقات بسیار مفصل و دامنه‌داری در مراکز مختلف پژوهشی جهان به عمل آمده است.

گفتار سوم: سایر عوامل بیولوژیک موثر در ایجاد اسکیزوفرنی

محققین، عوامل دیگر بیولوژیک مانند تیپ‌های جسمی^{۳۰}، نارسایی ساختار بدن و اضمحلال سلول‌های مغز را در رابطه با بیماری اسکیزوفرنی مورد بررسی قرار داده‌اند. مثلاً شلدن^{۳۱}، ویتمن^{۳۲}، کاتز^{۳۳} در تحقیقات خود به این نتیجه رسیدند که بین تیپ جسمی اکتومورف^{۳۴} یا لاگراندام و بیماری اسکیزوفرنیا نوع هبفرنیک از یک طرف و بین تیپ مزومورف^{۳۵} یا تیپ عضلانی و اسکیزوفرنیا نوع پارانوئید از طرف دیگر، همبستگی آماری معتبری وجود دارد (شاملو، ۱۳۷۰، ص ۲۱۶).

مبحث دوم: عوامل روانی و خانوادگی

گفتار اول: عوامل روانشناختی

در زمینه عوامل روانشناختی نیز محققین و صاحب‌نظران عقاید بسیاری را در مورد بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی ابراز داشته و عواملی را بعنوان علت بیماری معرفی نموده‌اند.

یونگ این بیماری را افسردگی بسیار شدید روانی می‌داند (شکیباپور، ۱۳۶۸، ص ۵۳). او بر این باور بود که وقتی روح قادر به رها ساختن خود از یک عقیده نباشد و دیگر نتواند خود را با محیط پیرامون تطبیق دهد، اسکیزوفرنی ایجاد می‌شود. به این ترتیب منجر به جدایی از واقعیت می‌گردد (کلارنس، راو، ۱۳۷۰، ص ۳۵۲).

گفتار دوم: نقش خانواده

از سال‌ها قبل روانشناسان و متخصصان و محققین امور انسانی، اهمیت روابط خانوادگی و جو خانوادگی و نیز خصوصیات شخصیت پدر و مادر را در ارتباط با بیماری اسکیزوفرنی مورد بررسی قرار داده‌اند.

پروفسور «باولبی»^{۳۶} پس از تحقیقات بسیار به این نتیجه رسیده است که ابتلا به اسکیزوفرنی در خانواده‌هایی که روابط عاطفی ضعیف دارند بیشتر دیده می‌شود (حکمت، ۱۳۷۰، ص ۱۱۹).

هری استاک سالیوان^{۳۷} که یکی از مهم‌ترین نظریه‌پردازان در مورد اسکیزوفرنیا است به این نتیجه رسیده که اسکیزوفرنیا نتیجه غیرمستقیم رابطه اولیا با کودکان خود است. یعنی به کودک اجازه برقراری الگوهای ارتباط سالمی که اضطراب را برطرف می‌کند را نمی‌دهند. به نظر سالیوان، کودک مضطرب از روابط فردی خود

با والدینش، تفسیر درستی ندارد، بنابراین به تدریج معیار واقعی را در این روابط از دست می‌دهد «فرید فرام رایمکم»^{۳۸} روابط ناسالم مادر را موجب ایجاد اسکیزوفرنیا در کودکان می‌داند، وی اصطلاحی تحت عنوان مادر اسکیزوفرنیازا^{۳۹} ابداع و بر اهمیت این ارتباط تاکید کرد، بر این اساس طی تحقیقی که در مورد چهل و پنج بیمار اسکیزوفرنیک انجام شد این نتیجه بدست آمد که ۶۰ درصد این بیماران، مادرهای شدیداً طرد کننده یا محافظت کننده داشته‌اند. همچنین در تحقیقی دیگر گزارش گردیده است. مادرهای کودکان اسکیزوفرنیک، پرخاشگر، مضطرب، خجول و اغلب بین احساس خشم و محبت در نوسان هستند و به اصطلاح دوسوگرایی احساسی دارند. همچنین تحقیقات دامنه‌دار دیگری در این خصوص بعمل آمده که طی آنها مشخص گردیده است مادران بیماران اسکیزوفرنیک کمال‌طلب، حق به جانب و تسلط‌جو می‌باشند.

مبحث سوم: عوامل اجتماعی و محیطی

گفتار اول: تأثیر عوامل محیطی

هر چند شواهد محکمی در مورد تأثیر عوامل ژنتیکی در انتقال بیماری اسکیزوفرنی وجود دارد ولی مکانیزم این تأثیر هنوز مجهول است. همان‌طور که گفته شد برای اینکه شخصی که مستعد ابتلا به اسکیزوفرنی است به این بیماری دچار شود لازم است عوامل دیگری نیز دخالت داشته باشند عامل غیر ژنتیکی یا محیطی به همه عوامل گفته می‌شود که مستقیماً یا به تنهایی ناشی از ژن‌هایی نیست که از طریق تخمک مادر یا اسپرم پدر قبل از لقاح منتقل می‌شود عامل غیرژنتیکی یعنی هر عامل بیولوژیکی، روان‌شناختی یا هر عامل اجتماعی که بعد از لقاح تأثیر بگذارد. اصولاً هر واقعه‌ای که قبل از تولد در جنین که در زهدان

مادر است تاثیر کند (ضربه جسمی، سوء تغذیه، عفونت، مسمومیت) واقعه پیش‌زادی خوانده می‌شود بعضی از وقایع که در حین تولد اتفاق می‌افتد، مانند صدمه جسمانی، کمبود اکسیژن، عفونت و خونریزی وقایع حین تولد گفته می‌شود و وقایع پس‌زادی آنهایی هستند که بعد از تولد روی می‌دهند مانند وقایع بیولوژیکی یا روانی و اجتماعی، این چند نمونه حاکی از پیچیده بودن مطالعات مربوط به عوامل اجتماعی است.^{۴۰}

گفتار سوم: رابطه طبقه اجتماعی با اسکیزوفرنی

در خصوص رابطه طبقه اجتماعی با اسکیزوفرنی از سال‌ها قبل تحقیقات بسیاری صورت گرفته است. نتیجه این تحقیقات نشان داده است که تعداد بیماران مبتلا به این اختلال در مراکز شهرهای پر جمعیت و در طبقات فقیرنشین به مراتب بیشتر از سایر نقاط است.

براساس این یافته‌ها بعضی نتیجه‌گیری کرده‌اند که ناهماهنگی اجتماعی، محرومیت اقتصادی، عدم بهداشت و آموزش لازم در بین ساکنان مراکز شهرها در افراد مستعد باعث اسکیزوفرنی می‌شود.

بعضی معتقدند که صرف بودن و زندگی کردن در طبقات محروم، خود یک عامل ابتلاء به اسکیزوفرنی است. این دیدگاه را فرضیه سوسیوژنیک^{۴۱} می‌نامند. طبق این نظریه، افراد پایین جامعه به دلیل تحقیری که نسبت به آنها می‌شود. عدم دسترسی به آموزش و پرورش صحیح، همچنین عدم رفاه و پاداش لازم اجتماعی و فردی، و در مجموع تحت تاثیر این عوامل استرس‌زا دچار بیماری اسکیزوفرنی می‌شوند.

نظریه دیگری نیز راجع به رابطه اجتماعی و بیماری اسکیزوفرنی ارائه شده است به نام تئوری سرگردانی اجتماعی^{۴۲}. طبق این نظریه، بیماران اسکیزوفرنیک در جریان ابتلاء به این جنون، بین طبقات پایین تر سرگردان می شوند. معمولاً به گروه های فقیر و مسکین شهر می پیوندند، و در زمره آنان درمی آیند.

گفتار سوم: نگاهی به وضعیت موجود

تعداد افرادی که به اختلالات روانی شدید به ویژه اسکیزوفرنیا مبتلا می شوند، روزبه روز افزایش می یابد. علت این امر افزایش طول عمر و امید به زندگی و افزایش جمعیت مبتلا، با وجود ثابت بودن میزان بروز است. بطوری که به استناد پژوهش کشوری دکتر نوربالا و همکاران (۱۳۸۰) میزان شیوع اختلالات روانی در جمعیت عمومی کشور ۲۱ در صد و میزان شیوع اختلال اسکیزوفرنیا ۰/۶ درصد است بنابراین، با توجه به جمعیت ۷۰ میلیون نفری کشور در حال حاضر حدود ۱۴ میلیون نفر از جمعیت کشور دچار انواع خفیف تا شدید اختلالات روانی هستند و حدود ۴۲۰ هزار نفر از اسکیزوفرنیا رنج می برند. سالانه به تعداد مبتلایان به اختلال اسکیزوفرنیا براساس تخمین کاپلان و سادوک (۲۰۰۳) به میزان حداقل ۳۵۰۰ نفر و حداکثر ۳۵۰۰۰ مورد و بر مبنای آمار استفان و تراویس^{۴۳}، حداقل ۷۰۰۰ نفر و حداکثر ۷۰ هزار مورد و بطور متوسط حداقل ۵۲۵۰ نفر و حداکثر ۴۲۰۰۰ مورد جدید افزوده می شود (براتی سده، قائم مقام فراهانی، خدابخشی، ۱۳۸۵، ص ۱۰۳).

نتیجه

اختلالاتی که امروزه آنها را با نام «اسکیزوفرنی» می‌شناسیم نخستین بار توسط بندیک مورل تحت عنوان زوال پیش‌رس عقل تشریح شد. امیل کریپلین با وسعت دیدی که داشت به درستی دریافت که لازم است مشخص شود این سندرم در ممالک شرقی هم وجود دارد یا نه؟ به همین جهت مسافرت‌های متعددی نمود و تا جاوه سفر کرد و موارد متعددی از اختلال را یافت و به این نتیجه رسید که این نوع اختلال در اقوام مختلف با فرهنگ‌های متفاوت وجود دارد و سرانجام یوگین بلولر در سال ۱۹۱۱ برای این نوع اختلال روانی واژه «اسکیزوفرنی» را به معنی تجزیه و انفکاک مغز به کار برد. در حالی که سابقاً با توجه به تعریفی که از زوال عقل پیش‌رس ارائه شده بود و همچنین با توجه به سن شروع بیماری که در اکثر موارد در سنین جوانی است این اختلال را عمدتاً جنون جوانی می‌نامیدند بطور کلی در بین تمام اختلالات عمده روان‌پزشکی تعریف و توصیف اسکیزوفرنی از همه دشوارتر است علت عمده این دشواری این است که در طول قرن گذشته مفاهیم بسیار دور از ذهنی از اسکیزوفرنیا در ممالک مختلف و از سوی روان‌پزشکان متفاوت بیان شده است. در عین حال در برخی از منابع ضمن اشاره به علائم و ناشناخته ماندن علل بیماری، اسکیزوفرنی نوعی روان‌گسستگی (پسیکوز) تعریف شده است که با علائمی مانند اختلال فکر، خلق و عواطف و رفتار مشخص می‌شود.

شخص مبتلا به این اختلال به عبارتی اسکیزوفرنیک معمولاً توانایی عادی خود را برای درک صحیح مطالب و تفسیر و تعبیر اطلاعات محیطی که از طریق حواس پنج‌گانه دریافت می‌گردد از دست می‌دهد. این وضعیت موجب بروز اشکال در رفتار و اعمال او می‌شود، او چیزهایی را می‌بیند یا صداهایی را می‌شنود

که دیگران آنها را نمی‌بینند و نمی‌شنوند و در واقع درک بدون وجود محرک واقعی دارد. همچنین افکار و باورهای عجیب و غریبی دارد که با فرهنگ یا محیط اجتماعی که در آن زندگی می‌کند ناسازگار است و در عین حال فرد بیمار به صحت این افکار عجیب و غریب ایمان دارد. مثلاً معتقد است که ارتباط خاصی با خدا و پیامبران دارد و از ناحیه ایشان جهت هدایت نوع بشر تعیین شده است. این نوع افکار و باورهای هذیانی با نصیحت و شماتت و دلیل و برهان اصلاح نمی‌شود به همین ترتیب رفتار بیمار مبتلا به اسکیزوفرنی نیز آشفته و عجیب و غریب است. انزوایی، تکرار بعضی حرکات، صحبت با خود و شکلک در آوردن نمونه‌هایی از این قبیل رفتارها هستند. همچنین عواطف و احساسات این بیماران نامتناسب و غیرمنتظره است و با شرایط زمانی و مکانی و اوضاع و احوال حاکم بر موقعیت فرد تناسب ندارد مثلاً در مورد مرگ بستگان خود با خنده و خوشحالی صحبت می‌نمایند یا کاملاً سرد و بی‌احساس هستند گویی که هیچ‌گونه عاطفه‌ای نسبت به بستگان خود ندارند. گاهی فرد آنچنان درگیر دنیای درون خود است که به نظر می‌رسد اساساً در این دنیا زندگی نمی‌کند و اهل این جهان نیست. این امر مشکلات دیگری را برای او به همراه دارد مثل از دست دادن دوستان، فاصله گرفتن از اعضای خانواده و احساس بیگانگی با دیگران و از دست دادن فرصت‌های تحصیلی و شغلی و غیره، علیرغم تلاش بسیاری که تاکنون جهت شناسایی عوامل این بیماری صورت گرفته است، باید گفت در حال حاضر واقعاً مشخص نیست چه چیزی موجب این بیماری می‌شود. پژوهشگران معتقدند اسکیزوفرنی اختلالی با منشأ زیستی (بیولوژیکی) است که عوامل دیگری هم در بروز آن نقش دارند. مثلاً در دسته‌ای از این اختلالات که با علائم مثبت همراه است وجود نارسایی‌های غیرقابل برگشت ساختمان مغز را موثر می‌دانند.

همچنین تاثیر عوامل ژنتیکی در بروز اسکیزوفرنی مورد مطالعات فراوانی قرار گرفته است. نتیجه این مطالعات بر نقش انتقال ژنتیکی اسکیزوفرنی تاکید فراوان دارد. این مطالعات نشان می‌دهد در حالی که میزان شیوع اسکیزوفرنی در جمعیت عمومی ۱ در صد است میزان شیوع آن در افرادی که یکی از والدین آنها به این اختلال مبتلا بوده اند ۱۲ درصد و میزان آن در افرادی که والدین آنها هر دو مبتلا بوده اند ۴۰ درصد می‌باشد. به هر حال درباره علل اسکیزوفرنی به عوامل دیگری مانند فصل تولد، عفونت‌های مغزی، ضربه‌های زایمانی، وضعیت اقتصادی و عوامل روانی و اجتماعی اشاره شده است اما نقش هیچ‌یک از این موارد به خوبی نقش عوامل ژنتیکی و در درجه بعد تغییرات ساختمانی و زیست شیمی مغز تاثیر خود را نشان نداده‌اند. براساس تحقیقات صورت گرفته تعداد افرادی که به اختلالات روانی شدید به ویژه اسکیزوفرنی مبتلا می‌شوند، روزبه‌روز افزایش می‌یابد علت این امر افزایش طول عمر و امید به زندگی است. بطوری که به استناد پژوهش‌های کشوری میزان شیوع اختلالات روانی در جمعیت عمومی کشور ۲۱ درصد و میزان شیوع اختلال اسکیزوفرنی ۰/۶ درصد است؛ بنابر این با توجه به جمعیت کشور در حال حاضر حدود ۱۴ میلیون نفر از جمعیت کشور دچار انواع خفیف تا شدید اختلالات روانی هستند و حدود ۴۲۰ هزار نفر از اسکیزوفرنی رنج می‌برند.

پی‌نوشت‌ها

- 1- Schizophrenia
- 2- www.Lawneto.ir
- 3- Schizophrenie
- 4- Sknizein
- 5- Fren
- 6- Frenos
- 7- w.w.w.isnatums.com

۸- دی - اس - ام یا کتاب تشخیص آماری اختلالات روانی کتابی است که از سوی «انجمن روان پزشکیان آمریکا» به چاپ رسیده است. براساس آن دستورالعمل، بیمار روانی یا ذهنی کسی است که نشانه‌های ناراحتی او با تعداد مشخصی از نشانه‌های مندرج در این دستورالعمل مطابقت داشته باشد. با توجه به مندرجات این کتاب، هر شخص در گروه ویژه‌ای قرار می‌گیرد. مثلاً ممکن است آقای اسمیت بیمار از نوع (A) تشخیص داده شود زیرا دست کم دو مورد از نشانه‌های بیماری A در او مشاهده می‌شود. آقای اسمیت از آن جهت در گروه بیماران (B) قرار نمی‌گیرد زیرا هیچ یک از نشانه‌های بیماری او با نشانه‌های بیماری (B) مطابقت ندارد. روانپزشکان به کمک دستورالعمل (دی - اس - ام) در شرایطی قرار دارند که می‌توانند در امر تشخیص بیماری به نظر مشترکی برسند و به کمک راهنمایی‌های مندرج در آن هر جا که باشند با معیاری همگون با بیمار روبرو گردند. در حال حاضر شرایطی فراهم است که روان‌پزشکان در تمام دنیا می‌توانند با مفاهیم و عبارات مشترک با هم گفتگو و ارتباط برقرار سازند لذا می‌توان گفت که روش دستورالعمل «دی - اس - ام» تا حدود زیاد تشخیص‌های روانپزشکی را استاندارد کرده است. جهت مطالعه بیشتر در این زمینه رک به (درمان افسردگی) کیت راسل ابلاو - جی ریموند دوپاولو ترجمه مهدی قراچه داغی.

- 9- Paranoid
- 10- Disorganized
- 11- Catatonic
- 12- Vndifferentiated
- 13- Residual
- 14- paranoid
- 15- www.mardoman.com
- 16- disorganized
- 17- No nconstructive
- 18- Catatonic stupor or mutism
- 19- Catatonic negativism
- 20- Catatonic posturing
- 21- Catatonic excitement
- 22- Catatonic posturing

- 23- Undifferentiated
- 24- residual
- 25- Blocking
- 26- Circumstantiality
- 27- Pressure of speech
- 28- www.Lawenet.ir
- 29- Karl Jasper
- 30- Physical Types
- 31- Sheldon
- 32- Wittman
- 33- Katz
- 34- Ectomorph
- 35- Mesomorph
- 36- Bavelby
- 37- Harry stock Sullivan
- 38- Frieda f Remkem
- 39- Schizohrenogenic mother
- 40- Precipitating events
- 41- Sociogenic Hypothesis
- 42- Social drift theory
- 43- Stephan & travis

فهرست منابع

- باروک، هانری؛ پیازه، ژان. (بی تا). *بیماری‌های روانی*. (ترجمه: عنایت‌اله شکیبیاپور). انتشارات سعیدی.
- براتی سده، فرید؛ قائم مقام فراهانی، ضیاء؛ خدابخشی کولایی، آناهیتا. (۱۳۸۵). *درمان و توانبخشی اسکیزوفرنیا: راهنمای خانواده‌ها و مراقبان*. تهران: انتشارات رشد.
- پورافکاری، نصرت‌الله. (۱۳۷۱). *نشانه‌شناسی بیماری‌های روانی*. انتشارات آزاده، چاپ چهارم.
- حکمت، سعید. (۱۳۷۰). *روانپزشکی کیفری*. چاپ اول. انتشارات گوتنبرگ.
- شاملو، سعید. (۱۳۷۰). *آسیب‌شناسی روانی*. چاپ ۳. انتشارات رشد.
- کاپلان و سادوک. (۱۳۸۶). *خلاصه روانپزشکی*. (ترجمه حسن رفیعی، خسرو پیمانیان). ج دوم. چاپ ۵. انتشارات ارجمند.
- کلارنس، ج. راو. (۱۳۷۰). *مباحث عمده در روانپزشکی*. (ترجمه جواد وهاب‌زاده). چاپ دوم. انتشارات آموزش انقلاب اسلامی.
- کی‌نیا، مهدی. (۱۳۶۹). *مبانی جرم‌شناسی*. ج اول و دوم، انتشارات دانشگاه تهران.
- معمائی، نصرالله. (۱۳۴۴). *هنر و جنون*. چاپ اول، انتشارات پیک.
- میرسپاسی، عبدالحسین. (۱۳۴۱). *روان پزشکی*. ج دوم. انتشارات دانشگاه تهران.

یادداشت شناسه مؤلف

فریبرز غلامی؛ فوق لیسانس جزا و جرم‌شناسی، قاضی دادگاه تجدیدنظر

نشانی الکترونیکی: medlaw2008@yahoo.com

تاریخ وصول مقاله: ۱۳۸۸/۹/۱۳

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۸/۱۱/۲۷