

## توانبخشی اسکیزوفرنیا: در انتها یا از آغاز؟

### چکیده

بخش عمده بیماران روانی که نیازمند بستری طولانی مدت و توانبخشی هستند را مبتلایان به اسکیزوفرنیا تشکیل می‌دهند. قسمت زیادی از این بیماران همراه با بیماری خود به سنین سالمندی رسیده‌اند و علاوه بر عوارض بیماری اسکیزوفرنیا با کمبودها و بیماریهای ناشی از سالمندی هم روبرو هستند.

برخلاف دهه‌های گذشته که درمان مؤثری برای بیماری اسکیزوفرنیا وجود نداشت، امروزه می‌توان با تشخیص فوری و درمان بهنگام بیماری با داروهای مؤثر از ازمان و مقاومت به درمان جلوگیری کرد و ضمن بهبود چشمگیر پیش‌آگهی بر کیفیت زندگی بیماران و مراقبان آنان افزود. در حال حاضر تقسیم بندی مصنوعی بیماران اسکیزوفرنیک به انواع حاد و مزمن اعتباری ندارد و در عین حال توصیه می‌شود به جای برپا کردن بیمارستانهای ویژه بیماران روانی که موجب جدا افتادن بیماران از اجتماع می‌گردد در بیمارستانهای عمومی بخش‌هایی به این بیماران اختصاص داده شود تا ضمن برخورداری از مراقبتهای درمانی و توانبخشی بهتر از عواقب روانشناختی و اجتماعی بستری در بیمارستانهای اختصاصی روانی هم محفوظ بمانند.

کلید واژه‌ها: اسکیزوفرنیا / توانبخشی / انزوا

### دکتر فرید فدائی

دانشیار گروه روانپزشکی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

\* E-mail: farbodfadai@uswr.ac.ir



بخش عمده بیماران روانی نیازمند به توانبخشی مبتلایان به اسکیزوفرنیا هستند. در مرکز روانپزشکی رازی حدود ۷۵٪ بیماران بستری در بخش های حاد را بیماران اسکیزوفرنیک تشکیل می دهند (۱). این میزان در بخش های توانبخشی درازمدت (که سابق براین بخش های نگهداری خوانده می شد) حداقل ۹۰٪ است که بخش عمده ای از این بیماران بالای ۶۰ سال سن دارند و بنابراین سالمند تلقی می شوند (۲). نظر به اینکه طول عمر بیماران اسکیزوفرنیک به دلایل گوناگون پایین تر از کل جمعیت است، این تعداد بیمار اسکیزوفرنیک سالخورده جلب توجه بیشتری می کنند.

برحسب بررسی، بروز بیماری اسکیزوفرنیا پس از ۴۵ سالگی نادر است (۳) بنابراین اکثریت قریب به اتفاق این بیماران، و بیماران اسکیزوفرنیک دیگری که سالمند هستند و در جامعه زندگی می کنند، در دوران نوجوانی و جوانی به این بیماری مبتلا شده اند و همراه با آن به سن سالمندی رسیده اند. سالمندی خود به معنی دوره رویارویی با مشکلات در زمانی است که امکانات زیستی - روانی - اجتماعی فرد به نازلترین سطح خود رسیده است و می توان مجسم کرد که سالمند مبتلا به اسکیزوفرنیا با چه مشکلاتی روبرو است. بدیهی است که بیماران اسکیزوفرنیک سالمند نیاز به توجه ویژه ای دارند که مستلزم امکانات انسانی و مالی فراوانی است. اما آیا راهی اساسی تر برای کاستن از اینگونه رنجها و هزینه های گزاف وجود ندارد؟ آیا باید منتظر شد اسکیزوفرنیا در وجود فرد مستقر گردد و با نزول شدید در کارکردهای شخصی - اجتماعی بیمار یا ممانعت از رسیدن او به آن حدی از کارکردهای تحصیلی و اجتماعی که در شرایط عادی از او انتظار می رود، وی را از دیگر مردم جامعه جدا کند؟ آیا باید تحت عنوان توانبخشی به توسعه بیمارستانهای ویژه بیماران روانی و برپا کردن تختهای بیشتر روانپزشکی با هزینه های گزاف و سرسام آور پرداخت یا آنکه امکان شایسته تری می توان یافت؟ بینیم پژوهشهای نوین در این باره چه می گوید.

روانپزشکی نوین و اسکیزوفرنیا:

در طبقه بندیهای نوین نابسامانی های روانی از جمله طبقه بندی سازمان جهانی بهداشت موسوم به ICD-10 در سال ۱۹۹۳ (۴) - که وزارت بهداشت ایران نیز ملزم به رعایت آن است - و در طبقه بندی انجمن روانپزشکی آمریکا تحت عنوان DSM-IV در سال ۱۹۹۴ (۵) و سپس تجدیدنظر آن در سال ۲۰۰۰، یعنی در DSM-IV-TR (۶) اصطلاح اسکیزوفرنیای مزمن حذف شده است. دلایل حذف نوع مزمن از طبقه بندی انواع اسکیزوفرنیا به شرح زیر است:

۱- پرهیز از طبقه بندی مصنوعی مزمن و غیرمزمن

۲- احتراز از جداسازی تبعیض آمیز و حاکی از ناامیدی درمانی  
۳- کنار نهادن ارزش گذاری غیرعلمی و منفی که سبب محرومیت بیماران دردمند از درمانهای موجود می شود.

برحسب پژوهشهای متعدد هرچه درمان بیماران روانپزشکی سریعتر آغاز شود امکان بهبود آنان بیشتر می شود و درمان زودهنگام با سرانجام مناسب تر برای بیماران مرتبط است (۸، ۷) و از عوارضی نظیر انزوای اجتماعی و خودکشی و سوء مصرف و وابستگی به مواد (۹) و رفتارهای کفری (۱۰) نیز می کاهد. اگر حمله حاد اسکیزوفرنیا با درمان سریع و در صورت لزوم بستری فوری کنترل شود از مرگ یاخته های مغزی جلوگیری می گردد. هر چه تشخیص و درمان به تعویق بیفتد مرگ یاخته های مغزی موجب بی تأثیر شدن درمان دارویی خواهد شد (۱۱).

بخشی از بهبود پیش آگهی اسکیزوفرنیا در دهه های اخیر ناشی از وجود امکانات درمانی فوری تر برای مرحله حاد بیماری به ویژه نخستین حمله بیماری است به نحوی که در کشورهای دارای سازمان بهداشتی پیشرفته در حال حاضر ۲۵ درصد بیماران اسکیزوفرنیک پس از درمان به دنبال نخستین حمله بیماری بهبود کامل می یابند و هیچگاه مبتلا نمی شوند در حالیکه یکصد سال پیش که امکان درمان بیماری وجود نداشت فقط ۴ درصد بیماران بهبود کامل می یافتند (۱۲).

نظر به دلایل مستند و تجربی و انگیزه های انسانی، کشورهای پیشرفته صنعتی از چند دهه پیش به جای افزودن بر تختهای نگهداری برای بیماران روانپزشکی که خود باعث مسئله ناخوشایندی به نام مؤسسه زدگی هم می شد (وابسته شدن بیمار به بیمارستان روانی و از دست دادن همه انگیزه ها و مهارت های طبیعی زندگی) به فکر اقداماتی در جهت تشخیص و درمان سریع روانپزشکی ها به ویژه اسکیزوفرنیا افتادند (۷).

روند نوین روانپزشکی بر انسجام این شاخه پزشکی با شاخه های دیگر تخصصی پزشکی و انسجام بیماران روانی با بیماران دیگر تأکید دارد. این روند نوین تأسیس درمانگاههای سرپایی و بخش های بستری روانپزشکی را در بیمارستانهای عمومی توصیه می کند و جداسازی بیماران روانپزشکی را روشی قرون وسطایی می داند که به زوال بیشتر شخصیت بیماران اسکیزوفرنیک می انجامد (۱۲).

پزشکی دهه اخیر و به تبع آن روانپزشکی، پزشکی مولکولی است و به جای تمرکز بر فرضیه پردازیهای پرشاخ و برگ در مورد مسائل محیطی و روانشناختی و جامعه شناختی کوشش خود را برای تشخیص و درمان به ژن ها و مولکولها معطوف کرده است (۱۴، ۱۳).

استفاده از داروهای ضدروانپزشکی از دهه ۱۹۵۰ میلادی (۱۵) و به دنبال آن طراحی داروهای مؤثر بر روان با توجه به زمینه های بیوشیمیایی بیماریهای روانی و گیرنده های سطح یاخته های عصبی (۱۶) موجب



## نتیجه‌گیری

با عنایت به آنچه آمد بهتر است علاوه بر تمرکز لازم بر تشخیص سریع و درمان بهنگام اسکیزوفرنیا در نخستین حمله بیماری، تقسیم بندی غیرعلمی و غیرانسانی بیماران روانپزشکی در ایران به مزمن و غیرمزمن که در واقع به معنای ارزش گذاری بیماران روانی به درجه سه و درجه دو است (در قیاس با بیماران غیرروانپزشکی که لا بد از نظر کارگزاران درجه یک هستند) کنار گذاشته شود و همه بیماران بتوانند از امکانات مساوی درمانی برخوردار شوند (۲۲).

## منابع:

- ۱- فدائی، فرید: پیگیری درمان بیماران روانی. مجله دانشکده پزشکی تهران، سال ۵۶ خرداد و تیر ۱۳۶۹. ص: ۶۸ - ۵۱.
- ۲- واحد آمار و بایگانی مرکز روانپزشکی رازی: آمار سال ۱۳۸۳ بیماران بستری در مرکز روانپزشکی رازی.
- 3- Sadock BJ, Sadock VA: Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry (Behavioral Sciences / Clinical Psychiatry), Ninth Edition. Lippincot Williams & Wilkins, 2003. pp: 471-504
- 4- World Health Organization: International Classification of Diseases, 10 th edition: ICD-10, WHO, Geneva, 1993.
- 5- American Psychiatric Association: Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth edition: DSM IV, A.P.A. press, Washington DC, 1994
- 6- American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth edition, Text Revision: DSM IV, TR, A.P.A. press, Washington DC, 2000 (Quick Reference, pp 153-157).
- 7- Aitchison K J, Meehan K, Murray R: First Episode Psychosis, Martin Dunitz Ltd London, 1999.
- ۸- فخاریان، فرشید: بررسی عوامل مؤثر بر طول مدت بستری بیماران روانی در مرکز روانپزشکی رازی: پایان نامه برای دریافت درجه تخصص روانپزشکی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی ۱۳۷۹
- ۹- شفیعی پور کرمانی، علیرضا: بررسی رابطه سوء مصرف حشیش و بیماری اسکیزوفرنیا: پایان نامه برای دریافت درجه پزشکی - دانشگاه آزاد اسلامی واحد پزشکی تهران، ۱۳۸۰
- ۱۰- تهمورث بشیریه: بررسی جرایم ارتكابی در نمونه ای از بیماران روانی بستری. پایان نامه برای دریافت درجه کارشناسی ارشد حقوق جزاء و جرم شناسی - دانشکده حقوق و علوم سیاسی دانشگاه تهران، ۱۳۸۱
- 11- Stahl S.M: Mental Illness May Be Damaging to Your Brain. J Clin Psychiatry, July 1997, 58: 7, pp: 289-290
- 12- Sadock BJ, Sadock VA: Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, Eighth Edition. Lippincot Williams & Wilkins, 2005
- 13- Fadaei, F, Ohadi, M et al: Association of the Dopamine Transporter Gene (DAT1) Core Promoter Polymorphism -67T Variant with Schizophrenia. American Journal of Medical Genetics Part B (Neuropsychiatric Genetics) Vol. 29, No. 129 June 2004.
- 14- Fadaei, F, Ohadi, M et al: Association Analysis of the Dopamine Transporter (DAT1) Polymorphism -67T in Bipolar Disorder. American Journal of Medical Genetics Part B (Neuropsychiatric Genetics) Vol. 30, No. 135 April 2005.
- 15- Straube ER, Halweg K (editors): Schizophrenia: Concepts, Vulnerability, and Intervention. Springer - Verlag, Berlin 1990.
- 16- Weller M: The Scientific Basis of Psychiatry. Bailliere Tindall, London 1983.
- ۱۷- فدائی، فرید: بستری کوتاه مدت، نخستین نیاز بیماران روانپزشکی. روزنامه اطلاعات ۸۲/۴/۱۶ شماره ۲۲۸۱۳ صفحه ۱۰
- ۱۸- فدائی، فرید: انتظارات خانواده‌های بیماران روانپزشکی از دولت. روزنامه اطلاعات ۸۲/۳/۱۱ شماره ۲۲۷۸۴ صفحه ۱۱
- ۱۹- ملکوتی، کاظم: ساماندهی بیماران روانی نباید به بهزیستی واگذار شود. روزنامه جام جم ۸۱/۱/۱۸ شماره ۵۴۸ صفحه ۱۳
- ۲۰- ملکوتی، کاظم، فدائی، فرید: ابتلای ۳۰ درصد افراد جامعه به بیماریهای روانی. روزنامه ایران ۸۳/۲/۳ شماره ۲۷۷۱ صفحه ۴
- ۲۱- فدائی، فرید: اسکیزوفرنیا و نوع مقادیر به درمان آن. روزنامه اطلاعات ۸۳/۳/۲۸ شماره ۲۳۰۸۱ صفحه ۱۰
- ۲۲- فدائی، فرید: بیماران روانپزشکی را به بخش خصوصی نسپارید. روزنامه ایران ۸۳/۵/۲۵ شماره ۲۸۸۳ صفحه ۶

رهایی دهها میلیون نفر از بیماران اسکیزوفرنیک از بخشهای بسته بیمارستانهای روانی شده است.

توجه به حمله حاد بیماری اسکیزوفرنیا و وجود امکانات درمانی و بستری کوتاه مدت تا یک ماه در چنین مواردی مهمترین خواسته مراقبان و خانواده بیماران نیز هست (۱۷) و در مقابل برحسب پژوهشهایی که در ایران انجام شده است سپردن بیمار برای نگهداری به مؤسسات روانپزشکی، پایین ترین نیاز مراقبان و خانواده‌های بیماران گزارش شده است (۱۸).

شاید اکنون بتوان به پرسشی که عنوان این مطلب را تشکیل می‌دهد به طور مستقیم پاسخ داد: توانبخشی اسکیزوفرنیا از آغاز بر توانبخشی در انتها ترجیح دارد. این امر در صورت توجه به تشخیص سریع و درمان بهنگام بیماری اسکیزوفرنیا عملی است و این دو نیز با پرهیز از جداسازی بیماران اسکیزوفرنیک در مکانهایی تحت عنوان بیمارستانهای ویژه روانی از سایر بیماران (۱۹).

ضروری است که بیماران روانپزشکی نیز از خدمات درمانی و بستری در بیمارستانهای عمومی برخوردار شوند (۲۰). این موضوع دارای امتیازات متعدد دیگری نیز هست که در ذیل نیز به آنها اشاره می‌شود:

- ۱- استفاده از ظرفیتهای موجود بیمارستانهای سراسر کشور
- ۲- انسجام روانپزشکی با دیگر رشته‌های پزشکی (که از اهداف پزشکی نوین است)
- ۳- زدودن داغ ننگ بستری شدن در بیمارستانهای روانی (یا به اصطلاح عموم مردم که قابل نادیده گرفتن نیست، دیوانه خانه). ترس از برچسب بستری در بیمارستان روانی باعث اکراه تعداد زیادی از بیماران روانی و خانواده‌های آنان از بستری و در نتیجه محرومیت از درمان لازم می‌شود.
- ۴- ممانعت از انزوای بیماران روانپزشکی و کادر درمانی اعم از پزشک و پیراپزشک در قلعه‌های مهیب در بسته ای به نام بیمارستان روانی که نه فقط با هدف غائی روانپزشکی یعنی انسجام بیماران با جامعه در تضاد است بلکه موجب جدا افتادن کادر پزشکی این مؤسسات از جریانهای نوین پیشرفت پزشکی می‌شود.

- ۵- امکان استفاده بیماران روانی بستری از خدمات نوین پزشکی که در بیمارستانهای عمومی وجود دارد از جمله آزمایشگاههای کامل، سی تی اسکن، ام. آر. آی، اندازه گیری جریان موضعی خون مغز، ...
- ۶- امکان برخورداری سایر بخشهای تخصصی بیمارستان از خدمات مشاوره‌ای روانپزشکان

ذکر این نکته نیز لازم است که در بیماران اسکیزوفرنیک که گاهی تحت عنوان مقاوم به درمان سالها است از درمان مناسب محروم مانده‌اند برخی داروهای جدیدتر و آتپیک ضدروانپزشکی می‌تواند در حدود یک سوم موارد باعث کنترل بیماری و ترخیص بیمار از بیمارستان گردد (۲۱).