



دانشگاه پیام نور
مجمع علوم انسانی

پایان نامه

جهت اخذ مدرک کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی

عنوان:

بررسی تاثیر تفریح درمانی و ورزشهای هوازی بر کیفیت
زندگی

و علائم مثبت و منفی بیماران اسکیزوفرنیا

استاد راهنما:

دکتر علی فتحی آشتیانی

استاد مشاور:

دکتر فرهاد شقاقی

نگارش:

زهره پارسا معین

سال تحصیلی ۱۳۸۹-۱۳۸۸

چکیده :

هدف: این تحقیق با هدف بررسی تاثیر ورزش و تفریح درمانی به عنوان نوعی از شیوه های توانبخشی بر وضعیت روانی و رفتاری و علائم مثبت و منفی و در نتیجه کیفیت زندگی بیماران اسکیزوفرنی صورت گرفت.

روش پژوهش: در یک مطالعه شبه تجربی از نوع قبل و بعد تعداد ۴۰ بیمار ۶۰-۲۰ ساله مبتلا به اسکیزوفرنی بستری انتخاب شدند و به طور تصادفی (یک در میان) در دو گروه آزمایش (۲۰ نفر) و کنترل (۲۰ نفر) قرار گرفتند. بیماران مبتلا به فاز حاد بیماری و سایر اختلالات روانپزشکی بر اساس نظر روانپزشک از مطالعه حذف شدند. در ابتدای پژوهش دو گروه آزمایش و کنترل از نظر متغیرهای سن ، جنس ، تحصیلات و مدت زمان ابتلا به بیماری یکسان سازی شدند. برای کلیه مددجویان قبل از مداخله ابتدا پرسشنامه کیفیت زندگی و پرسشنامه علائم مثبت و منفی آندرسون (SANPS) ۱ توسط پژوهشگر تکمیل گردید. سپس مداخله به مدت یک ماه روی گروه آزمایش اجرا شد. مجدداً بعد از مداخله دوپرسشنامه مذکور روی کلیه افراد دو گروه تکمیل گردید.

یافته ها: استفاده از برنامه های ورزشی و تفریحی باعث افزایش معنادار در کیفیت زندگی گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل گردید.

استفاده از برنامه های ورزشی و تفریحی باعث کاهش معنادار علائم منفی و مثبت در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل گردید.

نتیجه گیری: با توجه به نتایج بدست آمده به نظر می رسد استفاده از برنامه های ورزشی و تفریح درمانی جهت پیشگیری و کاهش مشکلات و نیازهای بیماران اسکیزوفرن و افزایش سازگاری آنها یک ضرورت محسوب گردد.

کلید واژگان: علائم مثبت و منفی ، کیفیت زندگی ، ورزشهای هوازی ، تفریح درمانی ، بیماران اسکیزوفرنی

۱. Scale for the assessment negative and positive symptom,

فصل اول

گستره مساله مورد بررسی

مقدمه

سلامت یکی از بنیان‌های اصلی زندگی انسان و شرط ضروری ایفای نقش‌های اجتماعی وی به شمار می‌رود و انسان‌ها بویژه گروه‌هایی که سلامتی آنها به نوعی در معرض خطر قرار دارد در صورتی می‌توانند به فعالیت‌های فردی و جمعی خود به نحو مطلوب ادامه دهند که خود را سالم احساس کنند و در عین حال جامعه نیز آنها را سالم بداند. درمان بیماریها به خصوص بیماری‌های روانی، یکی از مشکل‌ترین و با اهمیت‌ترین مسائلی است که بسیاری از مراکز درمانی با آن دست به گریبان هستند و با توجه به اینکه بیماران روانی به جزء درمان دارویی نیازمند درمان‌های مکمل و روش‌های نوین درمانی می‌باشند، شناخت این روش‌ها و تست آنها می‌تواند کمک شایانی به پروسه درمانی در مراکز نگهداری بیماران روانی بکند. در کشور ما که داعیه گام برداشتن در مسیر توسعه را دارد، ارتقاء وضع سلامت بیماران تحت درمان جایگاه ویژه‌ای را در برنامه‌ریزی سازمان‌های ذیربط به خود اختصاص داده است، بنابراین به نظر می‌رسد گام نهادن در این مسیر در شرایط کنونی ضرورتی مضاعف یافته و از جهات زیر اهمیت داشته باشد:

الف- مطالعه وضع افراد تحت درمان از لحاظ کیفیت زندگی می‌تواند به آشکار شدن مسائل نظری و روش‌شناختی موضوع کمک نموده و موجب فراهم آمدن ابزارهای مناسب و قابل اعتماد برای مطالعات بعدی گردد.

ب- بررسی تاثیر روش‌های درمانی مکمل و نوین در درمان بیماران روانی می‌تواند برنامه ریزان را در سیاست‌گذاری‌های

خود با توجه به فضای اجتماعی و گروهی مؤثر بر سلامتی یاری رسانده و تصمیم‌گیری‌ها را به سمتی سوق دهد که منابع اندک مالی و انسانی بخش‌های دولتی و خصوصی در این زمینه به حداکثر کارآیی و اثربخشی برسد.

د-نتایج حاصل از شناخت فوق‌قادر است با تأثیر بر افکار عمومی، تصور مردم عادی، بیماران و وابستگان آنها را از ابعاد مختلف اختلالات روانی به نحوی شکل دهد تا میزان مقبولیت و پذیرش بیماران روانی در بین آحاد جامعه را افزایش دهد.

۱-۱ بیان مساله

اسکیزوفرنیا یک اختلال مزمن، عودکننده و ناتوان‌کننده می‌باشد که منجر به بستری در بیمارستان، اشغال تخت و ایجاد ناتوانی در بیمار میگردد (کاپلان و سادوک ۲۰۰۳)^۲. اسکیزوفرنیا نوعی بیماری روانی است که هر چند علائم بالینی متفاوتی دارد اما پاتوفیزیولوژی تخریب‌کننده عمیقی داشته و تفکر، ادراک، احساس، حرکت و رفتار را مختل می‌کند. اسکیزوفرنیا اختلالی است که حداقل ۶ ماه طول می‌کشد و در این مدت حداقل یک ماه مرحله فعال وجود دارد که وجود دو علامت از مجموعه علائم هذیان^۳، توهم^۴، تکلم آشفته^۵، رفتار آشفته^۶ و علائم منفی^۷ ضروری است. اسکیزوفرنی براساس وجود علائم مثبت و منفی یا نقصی و تولیدی^۸ به دو نوع ۱ و ۲ تقسیم می‌شود، در بیماران نوع ۱ عمدتاً علائم مثبت که عبارت‌اند از: توهمات، هذیان‌ها، رفتار غریب و اختلال در فرم فکر وجود دارد، ساختمان مغز در CT اسکن طبیعی است و پاسخ به

^۲.Kaplan H. Sadok B. ۱۹۹۵

^۳.delusion

^۴.hallucination

^۵.disorganized speech

^۶.disorganized behavior

^۷.negative symptom

^۸.deficit and productive

درمان هم نسبتاً خوب است و در بیماران نوع ۲ عمدتاً علائم منفی که عبارتند از کند شدن حالات عاطفی، آفازی، بی ارادگی، بی احساسی، عدم توجه وجود دارد و در CT اسکن نابهنجاریهای ساختمانی مغز دیده می شود و پاسخ به درمان هم خوب نیست (سادوک و سادوک ۲۰۰۳)^۹. مشکلات اجتماعی طولانی مدت به عنوان یک خصوصیت اصلی بیماران اسکیزوفرن شناخته شده است. فقر اجتماعی، نقص در مراقبت از خود و مشکلات عملکردی و از کارافتادگی معیارهای تشخیصی اسکیزوفرنیا در اغلب سیستمهای تشخیصی است (تورز، مندز، مرینو و لوزن ۲۰۰۲)^{۱۰}.

بین علائم منفی و ایجاد دیسکنیزی ارتباطی وجود دارد. یعنی وجود علائم منفی نشانه ای از آسیب پذیری بیشتر به دیسکنیزیهای دهانی-صورتی است. با توجه به تفاوتهای بارز در پاتولوژی دو تیپ بیماران اسکیزوفرنی درمانهای این دو تیپ نیز باید اختصاصی گردد. لذا برای درمان صحیح تر باید علائم دقیق تر مشخص گردد، از این رو بررسی علائم مثبت و منفی کمک بزرگی در تشخیص صحیح تر و دقیق تر بیماری می کند. در بسیاری از بیماران با مزمن شدن بیماری علائم منفی برجسته تر گردیده و برخی دیگر از ابتدا علائم مثبت یا منفی بارزتری دارند (استوماتیاس ۱۹۹۹)^{۱۱}.

تحقیقات صورت گرفته در سالهای اخیر ارتباط بین علائم مثبت و منفی بیماری اسکیزوفرنی، عملکرد فیزیکی، زندگی مستقل و کیفیت زندگی بیماران را نشان داده است (پکر، هاستد، کوهن، تاملینسون ۱۹۹۷)^{۱۲}. شیوع اسکیزوفرنیا در منابع مختلف ۱/۹ در صد گزارش شده است که دوسوم آنها نیاز به بستری دارند، در صورتیکه فقط نیمی از آنها علی رغم نیاز به

^۹. Kaplan H. Sadok B. ۱۳۸۲

^{۱۰}. Torres A, Mendez LP, Merino H, Moran EA

^{۱۱}. steve mathysee

^{۱۲}. Packer S, Husted J, Cohen S, Tomlinson G

درمان و شدت بیماری تحت درمان قرار می گیرند (کاپلان و سادوک ۱۹۹۵)^{۱۳}. با وجود درمان دارویی حداقل نیمی از بیماران دچار ناتوانی های شدید می شوند که توجه به کیفیت زندگی آنان اهمیت فراوانی دارد. گسترش انواع مداخلات دارویی و روانی - اجتماعی در راستای بهبود کیفیت زندگی این بیماران و افزایش عملکرد آنها رو به رشد می باشد (آنتونیو ، استلا ، سانتوز ، بوئنو ۲۰۰۵)^{۱۴}. موضوع کیفیت زندگی بیماران اسکیزوفرنی یکی از نگرانی های عمده محققین و متخصصین بالینی است (مورلو ، واسه ، لاهگوز ، دلامیریو ، دیوانون ۲۰۰۶)^{۱۵}. بر اساس نظر سازمان بهداشت جهانی ، کیفیت زندگی ، درک افراد از موقعیت زندگی با توجه به فرهنگ ، سیستم ارزشها ، اهداف ، انتظارات استانداردها و نگرانیهای فرد می باشد (گوراسیب ، فاجیولینا ۲۰۰۱)^{۱۶}.

تحقیقات نشان داده است که کیفیت زندگی بیماران اسکیزوفرنی نسبت به جمعیت عمومی پایین تر است و بررسی شاخصهای سلامتی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اختلالات ذهنی جدید مانند اسکیزوفرنی می تواند باعث از بین رفتن دیسترس و ناتوانی در این بیماران گردد. در طی سالهای اخیر بسیاری از محققان تاکید می کنند که نقص کیفیت زندگی در بیماران اسکیزوفرنی نسبت به علائم بیماری اهمیت بیشتری دارد و حفظ و توسعه آن یکی از ضروریات بوده و بایستی اساس کار سیستمهای درمانی قرارگیرد (جیبل ، ریسترنر ۲۰۰۶)^{۱۷}.

^{۱۳} . Kaplan H. Sadok B. ۱۹۹۵

^{۱۴} . Antunes HK, Stella SG, Santos RF, Bueno OF, de Mello MT

^{۱۵} . Divanon F, Delamillieure P, Lehaguez A, Vasse T, Morello R, Gourevitch

^{۱۶} . Fagiolinia A, Goraccib A

^{۱۷} . Ritsner MS, Gibel A

از طرفی بیماران اسکیزوفرنیادچار ناتوانی‌هایی در ابعاد مختلف زندگی فردی ، اجتماعی ، تحصیلی و شغلی و... می گردند که برای رفع آنها نیاز به توانبخشی ضروری می باشند. فعالیتهای توانبخشی انواع مختلف داشته و هر یک با هدف خاصی به دنبال رفع ناتوانیهای مددجویان در زمینه های مختلف می باشد (کارلوس، پرت ۱۹۹۹)^{۱۸}.

درمانهای روانی اجتماعی و فعالیتهای توانبخشی شامل روشهای مختلفی هستند که در کنار درمان دارویی به منظور اثربخشی قابلیت‌های اجتماعی ، خود اتکایی ، مهارتهای عملکردی و روابط بین فردی در بیماران اسکیزوفرن به کار می روند. هدف از این درمانها توانا ساختن افراد شدیداً بیمار به کسب مهارتهای شغلی ، جهت ایجاد یک زندگی مستقل برای آنها است (بلوریان ۱۳۸۰).

یکی از انواع درمانهای گروهی در توانبخشی تحت عنوان تفریح درمانی می باشد که در این نوع درمان درمانگر با مشارکت دادن مددجو در انواع فعالیتهایی که جنبه تفریحی و سرگرمی نیز دارد به دنبال دستیابی به اهدافی چون بهبود و افزایش مهارتهای اجتماعی ، افزایش مهارتهای ارتباطی و ارتقاء فعالیتهای روزمره زندگی می باشد. براساس مطالعات انجام شده مداخلات تفریح درمانی فواید و سودمندیهای زیادی برای این بیماران نظیر بیرون ریختن احساسات خصمانه و سایر هیجانات نظیر احساس اضطراب و افسردگی ، کمک به گسترش مهارتهای اجتماعی و علائق جدید و تصمیم گیریهای فردی و گروهی داشته است (استامبو ۱۹۹۹)^{۱۹}.

^{۱۸} . Pratt, Carlos W

^{۱۹} .Stambo J N.

برخلاف دهه های گذشته که درمان موثری برای بیماری اسکیزوفرنی وجود نداشت امروزه می توان با تشخیص فوری و درمان بهنگام بیماری با انواع مداخلات دارویی و غیر دارویی ضمن بهبود بیشتر پیش آگهی ، بر کیفیت زندگی این بیماران و مراقبان آن افزود (فدایی ۱۳۸۴). یکی دیگر از مداخلات غیر دارویی در درمان اسکیزوفرنیا ورزش می باشد. درجوامع مختلف از ورزش به عنوان یک وسیله در پیشگیری از بیماریها، بهبود سلامتی و احساس خوب بودن استفاده می شود. شواهد مختلف نشان می دهد که ورزش باعث توسعه سلامت روانی، کاهش اضطراب، افسردگی و خلق منفی و همچنین بهبود اعتماد به نفس و عملکرد شناختی افراد مبتلا به اسکیزوفرنی می شود (کالاگان ۲۰۰۴)^{۲۰}. ورزش نقش با ارزشی در بازتوانی و مدیریت درمان بیماران روانی به خاطر اثرات مثبت ذهنی و فیزیکی آن دارد (بروکس ۲۰۰۵، اسپیونک، پالاسکا ۲۰۰۰)^{۲۱}. حال با توجه به مطالب فوق این سوال مطرح می شود که آیا ورزشهای هوازی و تفریح درمانی بر کیفیت زندگی و علائم مثبت و منفی گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل تاثیر خواهد داشت؟

۲-۱ ضرورت و اهمیت موضوع

با توجه به محدودیت مطالعات انجام شده در کشور ما و با توجه به نقش مثبت ورزش و تفریح درمانی در کاهش علائم بیماری ، محقق بر آن است تا تاثیر ورزش و تفریح درمانی را به عنوان نوعی از شیوه های مداخله بر وضعیت روانی و رفتاری ، علائم مثبت و منفی و در نتیجه کیفیت زندگی بیماران اسکیزوفرنی بررسی نماید .

۳-۱ اهداف پژوهش

^{۲۰}. Callaghan P

^{۲۱}. Paluska SA, Schwenk TL

✓ هدف کلی

تعیین تاثیر تفریح درمانی و ورزشهای هوازی بر کیفیت زندگی و علائم مثبت و منفی بیماران اسکیزوفرنی

✓ اهداف اختصاصی

۱- تعیین سطح کیفیت زندگی و علائم مثبت و منفی بیماران اسکیزوفرنی بستری قبل از مداخله در گروه آزمایش و کنترل.

۲- تعیین سطح کیفیت زندگی و علائم مثبت و منفی بیماران اسکیزوفرنی بستری بعد از مداخله در گروه آزمایش و کنترل.

۳- تعیین اثربخشی ورزشهای هوازی بر کیفیت زندگی و علائم مثبت و منفی بیماران اسکیزوفرنی بستری در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل.

۴- تعیین اثربخشی برنامه تفریح درمانی بر کیفیت زندگی و علائم مثبت و منفی بیماران اسکیزوفرنی بستری در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل.

۴-۱ فرضیه های تحقیق

✓ **فرضیه اول :** کیفیت زندگی در بیماران اسکیزوفرنی که مداخلات درمانی (ورزشهای هوازی و تفریح درمانی) را دریافت می کنند نسبت به گروه کنترل که مداخلات درمانی (ورزشهای هوازی و تفریح درمانی) را دریافت نمی کنند ، افزایش پیدا می کند .

✓ **فرضیه دوم :** علائم مثبت در بیماران اسکیزوفرنی که مداخلات درمانی (ورزشهای هوازی و تفریح درمانی) را دریافت می کنند نسبت به گروه کنترل که مداخلات درمانی (ورزشهای هوازی و تفریح درمانی) را دریافت نمی کنند ، کاهش می یابد .

✓ **فرضیه سوم** : علائم منفی در بیماران اسکیزوفرنی که مداخلات درمانی (ورزشهای هوازی و تفریح درمانی) دریافت می کنند نسبت به گروه کنترل که مداخلات درمانی (ورزشهای هوازی و تفریح درمانی) را دریافت نمی کنند ، کاهش می یابد .

۵-۱ تعریف اصطلاحات و مفاهیم

✓ تعاریف نظری و عملیاتی

❖ **اسکیزوفرنیا** : اسکیزوفرنیا نوعی بیماری روانی است که هر چند علائم بالینی متفاوتی دارد اما پاتوفیزیولوژی تخریب کننده عمیقی داشته و تفکر، ادراک ، احساس ، حرکت و رفتار را مختل می کند. اسکیزوفرنیا اختلالی است که حداقل ۶ ماه طول می کشد و در این مدت حداقل یک ماه مرحله فعال وجود دارد که وجود دو علامت از مجموعه علائم هذیان، توهم، تکلم آشفته ، رفتار آشفته ، و علائم منفی ضروری است (سادوک و سادوک ۲۰۰۳) ^{۲۲}.

علائم مثبت و منفی : اسکیزوفرنی براساس وجود علائم مثبت و منفی یا نقصی و تولیدی به دو نوع ۱ و ۲ تقسیم می شود، در بیماران نوع ۱ عمدتاً علائم مثبت که عبارت اند از: توهمات ، هذیان ها، رفتار غریب و اختلال در فرم فکر وجود دارد و در بیماران نوع ۲ عمدتاً علائم منفی که عبارتند از کند شدن حالات عاطفی ، آفازی ، بی ارادگی ، بی احساسی ، عدم توجه وجود دارد (تورز، مندز، مرینو و لوزن ۲۰۰۲) ^{۲۳}. در این پژوهش برای علائم مثبت از مقیاس ارزشیابی نشانه های مثبت آندرسون و برای علائم منفی از مقیاس نشانه های منفی آندرسون استفاده شده است .

^{۲۲} . Kaplan H. Sadok B

^{۲۳} . Torres A, Mendez LP, Merino H, Moran EA

❖ **کیفیت زندگی:** بر اساس نظر سازمان بهداشت جهانی ، کیفیت زندگی ، درک افراد موقعیت زندگی با توجه به فرهنگ ، نظام ارزشها، اهداف ، انتظارات ، معیارها و نگرانیهای فرد می باشد (فاجیولینا ، گوراسیب ۲۰۰۱)^{۲۴}. در این پژوهش برای سنجش میزان کیفیت زندگی از آزمون (SF-۳۶) استفاده شده است.

❖ **تفریح درمانی:** یکی از انواع درمانهای گروهی در توانبخشی تفریح درمانی می باشد که در این نوع درمان درمانگر با مشارکت دادن مددجو در انواع فعالیتهایی که جنبه تفریحی و سرگرمی نیز دارد به دنبال دستیابی به اهدافی چون بهبود و افزایش مهارتهای اجتماعی ، افزایش مهارتهای ارتباطی و ارتقاء فعالیتهای روزمره زندگی می باشد (استامبو ۱۹۹۹)^{۲۵}.

❖ **ورزشهای هوازی:** اصطلاح ورزش هوازی ، یعنی فعالیت بدنی انرژی خواه که به حجم فراوانی از اکسیژن در دقایقی طولانی ، مثلاً نیم ساعت نیازمند است. فعالیتهای ایروبیک به طور کلی عبارت است از حرکات موزونی که بدن را در فاصله ای معین یا در جهت خلاف نیروی جاذبه زمین ، حرکت می دهد. انجام دادن فعالیتهای هوازی به مدت وبا شدت کافی وبه طور منظم بدن را برای گرفتن اکسیژن از خون وسوزاندن اسیدهای چرب وگلوکز به گونه ای موثر، افزایش می دهد (سارافینو ۱۳۸۴)^{۲۶}.

^{۲۴} . Fagiolinia A, Goraccib A

^{۲۵} . Stambo J N.

^{۲۶} . Sarafino

فصل دوم

مروری بر یافته های

قبلی در قلمرو مساله

مورد بررسی

مقدمه :

در این فصل با تعریف اسکیزوفرنیا ، انواع آن ، بیان برخی نظریه های مهم چون نظریه امیل کرپلین و ویوجین بلولر و همچنین تعریف کیفیت زندگی ، به خصوص در بیماران اعصاب و روان و رابطه بین کیفیت زندگی با اسکیزوفرنیا سعی در روشن کردن مسئله خواهیم داشت. همچنین تاثیر ورزشهای هوازی و تفریح درمانی در کاهش علائم منفی و مثبت و افزایش کیفیت زندگی در بیماران تحت درمان اسکیزوفرنیا را بررسی خواهیم کرد.

در ادامه ابتدا به ارائه پیشینه تحقیق در حوزه تحقیق حاضر می پردازیم تا راهنما و چراغ راه تحقیق حاضر باشد و سپس مفاهیم و نظریه های مرتبط و لازم تحقیق را ارائه می کنیم.

۱-۲ اسکیزوفرنیا

اسکیزوفرنیا نوعی بیماری مغزی - رفتاری است که نشانه های آن غالباً در دوره نوجوانی یا اوایل بزرگسالی بروز می کند. افراد مبتلا به اسکیزوفرنیا به فشارهای وارده بر زندگی خود حساس هستند. نشانه های مهم اسکیزوفرنیا در ابعاد جسمی ، روانی و رفتاری بیمار ایجاد می شود. در این بیماری عواطف ، نحوه تفکر ، احساسات ، حواس بیمار و رفتار بیمار تحت تاثیر بیماری قرار می گیرد. علت اصلی اسکیزوفرنیا هنوز ناشناخته است با این وجود عوامل زیستی (ساختاری و ژنتیکی) ، عوامل بیوشیمیایی و عوامل عفونی (عفونت های مغزی) ، عوامل روان شناختی و عوامل محیطی را در بروز اسکیزوفرنیا موثر دانسته

اند) کاپلان و سادوک ، ویلیام وویکنیس^{۲۷} ۲۰۰۳ ، پرالا ، سوویساری ، سارنی(۲۰۰۷)^{۲۷} . در ایالت متحده میزان شیوع اسکیزوفرنیا را ۰/۵-۰/۸ درصد گزارش کرده اند(آزورین ، کالادیجانفاکرا^{۲۸}(۲۰۰۵). تفاوت نژادی را در بروز بیماری موثر ندانسته اند. همچنین بروز اسکیزوفرنیا در زنان را شایعتر از مردان گزارش کرده اند و اینکه در سن بالاتری نسبت به مردان بروز می کند (آلبون ، تی سوراپس ، فری ، داونپورت و. ۲۰۰۸)^{۲۹} . در ضمن بیماران جوان مبتلا به اسکیزوفرنیا با زیر شاخه دوقطبی و بیماران مسن با زیر شاخه افسردگی تشخیص داده می شوند. مطالعات با استفاده از تستهای عصب روانشناختی و تکنیکهای تصویر برداری مغزی مانند FMRI و PET که تفاوتهای عملکردی در فعالیت مغزی را بررسی می کنند ، نشان داده اند که این تفاوتها به طور رایجی در لوبهای فرونتال ، هیپوکمپ و لوبهای تمپورال رخ می دهد. این تفاوتها به طورقابل توجهی با نقصهای شناختی در اسکیزوفرنیا در حوزه های حافظه ، توجه ، حل مساله و شناخت اجتماعی مربوط می باشد(آزورین ، کالادیجانفاکرا^{۳۰}(۲۰۰۵).

۱-۱-۲ تاریخچه :

اسکیزوفرنی چنان مشکل بالینی عظیمی بوده که توجه مشاهیر بزرگ روانپزشکی وعصب شناسی (نورولوژی) را همواره در تمام طول تاریخ این اختلال به خود جلب کرده است. دو تن از مشاهیر امیل کرپلین^{۳۱}(۱۹۲۶-۱۸۵۶) و یوجین بلولر^{۳۲}(۱۹۳۹-۱۸۵۷) بوده اند. پیش از این دو نیز کسانی بوده اند: یک

^{۲۷} . Kaplan HI, Sadock BJ, eds.

^{۲۸} . Azorin JM, Kaladjian A, Fakra E.

^{۲۹} . Albon E, Tsourapas A, Frew E, Davenport C, Oyebode F, Bayliss S, Arvanitis T, Meads C.

^{۳۰} . Azorin JM, Kaladjian A, Fakra E.

^{۳۱} . Krepline

^{۳۲} . Blueler

روانپزشک فرانسوی به نام بندیکت مورل^{۳۳} (۱۸۷۳-۱۸۰۹) اصطلاح دمانس پره کوزه (دمانس زودرس) را برای بیماران تباهی یافته ای به کار برد که بیماریشان در نوجوانی شروع شده بود. کارل لودویگ گالبا^{۳۴} (۱۸۹۹-۱۸۲۸) علائم کاتاتونی را توصیف کرده بود و ایولد هکر^{۳۵} (۱۹۰۹-۱۸۴۳) درباره رفتار غریب بیماران دچار رکودروانی (هبرنی) مطالبی نوشته بود (آلبون، تی سوراپس، فری، داونپورت و... ۲۰۰۸)^{۳۶}.

۲-۱-۲ همه گیر شناسی

شیوع مادام العمر اسکیزوفرنی در ایالات متحده، حدود یک درصد است، به این معنا که از هر صد نفر، تقریباً یک نفر در طول زندگی خود به اسکیزوفرنی مبتلا خواهد شد. در مطالعه (ناحیه تحت پوشش همه گیر شناختی) هم که با هزینه موسسه ملی بهداشت روان انجام شده بود، شیوع مادام العمری در طیف ۰/۶ تا ۱/۹ گزارش شده بود. براساس معیارهای DSM-IV-TR میزان بروز سالیانه اسکیزوفرنی از ۰/۵ تا ۰/۵ مورد از هر ۱۰۰۰۰ نفر متغیر است. و این میزان در نواحی جغرافیایی مختلف نیز یکسان نیست (مثلاً میزان بروز اسکیزوفرنی در افرادی که در نواحی شهری جوامع صنعتی به دنیا آمده اند، بالاتر است). اسکیزوفرنی در تمام جوامع و حوزه های جغرافیایی یافت می شود، و میزان بروز و شیوع آن در سراسر جهان تقریباً یکسان است. سالیانه قریب به ۵ درصد از کل جمعیت ایالات متحد تحت درمان اسکیزوفرنی قرار می گیرند، و صرفنظر از شدت این

^{۳۳}.Muler

^{۳۴}.Galbam

^{۳۵}.heker

^{۳۶}.Albon E, Tsourapas A, Frew E, Davenport C, Oyebo E, Bayliss S, Arvanitis T, Meads C.

اختلال ، تقریباً فقط نیمی از تمام بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی تحت درمان قرار می گیرند (سادوک و سادوک ۲۰۰۳)^{۳۷} .

✓ **سن و جنس:** شیوع اسکیزوفرنیا در زن و مرد یکسان است ، حداکثر شروع در مردان در سنین ۱۵-۴۵ سالگی و در زنان در سنین ۲۵-۳۵ سالگی است. به طور کلی پیش آگهی بیماری در زنان بهتر از مردان است (کاپلان و سادوک ۲۰۰۳) .

✓ **وضعیت اقتصادی-اجتماعی - فرهنگی :** اسکیزوفرنیا در تمامی فرهنگها و کلیه گروههای اقتصادی-اجتماعی دیده می شود. گزارش شده که پیش آگهی این بیماری در جوامع کمتر توسعه یافته بهتر است. در جوامع صنعتی در گروههای اقتصادی-اجتماعی پایین بیشتر دیده می شود. برای توجیه این تفاوت دو فرضیه وجود دارد (کاپلان و سادوک ۲۰۰۳)^{۳۸} :

فرضیه نزول تدریجی:^{۳۹} افراد مبتلا به علت بیماری یا به لایه های پایین اجتماع رانده می شوند و یا توانایی ارتقاء موقعیت اجتماعی - اقتصادی خود را ندارند.

✓ **فرضیه علیت اجتماعی**^{۴۰} : طبق این فرضیه تعلق به یک گروه اقتصادی - اجتماعی پایین خود در ایجاد این بیماری نقش دارد.

۳-۱-۲ سبب شناسی

✓ **مدل استرس - آسیب پذیری**^{۴۱} : در این مدل عوامل زیستی - شناختی و محیطی هر سه مورد نظر هستند. با استناد به این مدل

^{۳۷} . Sadok&Sadok

^{۳۸} .kaplan&sadok

^{۳۹} .down drift hypothesis

^{۴۰} .social causation hypothesis

^{۴۱} . stress diathesis model

، فرد ممکن است دارای آسیب پذیری خاصی^{۴۲} (باشد که تحت تاثیر استرس ، نشانه های اسکیزوفرنیا در اوظاهر می شود. آسیب پذیری و استرس هر دو می تواند زیستی یا محیطی باشد (قلعه بندی ۱۳۸۵).

۴-۱-۲ عوامل زیست شناختی

✓ عوامل آناتومیکیال:

پژوهشها حاکی از این است که سیستم لیمبیک ، کورتکس فرونتال و هسته های قاعده ای مغز در پاتوفیزیولوژی اسکیزوفرنیا نقش دارند. تالاموس و پایه مغز نیز در تحقیقات اخیر مطرح شده اند (قلعه بندی ۱۳۸۵).

✓ عوامل بیوشیمیایی:

✓ **فرضیه دوپامین^{۴۳}:** افزایش فعالیت سیستم دوپامین در اسکیزوفرنیا مطرح است. کنترل علائم اسکیزوفرنیا به وسیله داروهای مهارکننده دوپامین (آنتی سایکوتیکها) و ایجاد نشانه های سایکوز به وسیله داروهای دوپامینرژیک (آمفتامین) به نفع این فرضیه است. اما با توجه به اینکه داروهای مهارکننده دوپامین در تمامی انواع سایکوز موثرند و نیز افزایش شلیک^{۴۴} نورونهای دوپامین به دنبال مصرف طولانی مدت داروهای آنتی سایکوتیک ، جامعیت این فرضیه مورد سوال قرار می گیرد (قلعه بندی ۱۳۸۵).

❖ **سروتونین:** از زمانی که دیده شد که داروهای آنتاگونیست

توام سروتونین و دوپامین (SDAS) (مثل کلوزاپین ، ریسپریدون، و سرتیندول) فعالیت پر قدرتی از نظر سروتونینی دارند، سروتونین هم در پژوهشهای اسکیزوفرنی مورد توجه

^{۴۲}. diathesis

^{۴۳}. dopamine hypothesis

^{۴۴}. firing

زیادی واقع شد. مشخصاً تأکید شده است که اثر آنتاگونیستی با گیرنده نوع ۲ سروتونین (۵HT₂) در کاهش علائم سایکوتیک و در تقلیل اختلالات حرکتی مربوط به فعالیت آنتاگونیستی با D₂ اهمیت دارد.

نوراپی نفرین ، گابا و گلوتامات نوروترنسمیترهایی هستند که به نوعی در پاتوفیزیولوژی اسکیزوفرنیا نقش دارند.

✓ آسیب شناسی عصبی:

در قرن نوزدهم آسیب شناسان اعصاب نتوانسته بودند مبنای آسیب شناسی عصبی اسکیزوفرنی را بیابند و لذا آن را در زمره اختلالات کارکردی (فانکشنال) قرار دادند. اما در انتهای قرن بیستم پژوهشگران در کشف مبنای احتمالی آسیب شناسی عصبی اسکیزوفرنی به جهشهای چشمگیری نائل شدند. این مبنا در درجه اول در دستگاه لیمبیک و عقده های قاعده ای قرار دارد و شامل نابهنجاریهایی از نظر آسیب شناسی عصبی یا شیمی عصبی در قشر مخ ، تالاموس و ساقه مغز است. کاهش حجم مغز که در اسکیزوفرنیها به فراوانی گزارش شده است ، ظاهراً نتیجه کاهش چگالی اکسونها ، دندریتها و سیناپسها است که واسطه انجام کارکردهای ارتباطی و تداعیها در مغزند (کاپلان و سادوک ۲۰۰۳).

دستگاه لیمبیک (کناره ای): فرضیه هایی داده شده حاکی از اینکه چون دستگاه لیمبیک در تنظیم احساسات دخیل است ، در مبنای پاتوفیزیولوژی اسکیزوفرنی هم باید نقش داشته باشد. در واقع هم بیشترین مطالعات آسیب شناسی عصبی که درباره اسکیزوفرنی انجام شده ، بر روی دستگاه لیمبیک بوده است. مطالعه کاملاً خوب نظارت شده بر روی نمونه های پسامرگی مغز اسکیزوفرنیها کاهشی را در اندازه ناحیه ای نشان داده که

شامل بادامه (آمیگدالا)^{۴۵} ، هیپوکمپ ، وشکنج پاراهیپوکامپی است. این یافته آسیب شناسی عصبی ، موید مشاهده های مشابهی است که با انجام تصویر برداری با طنین مغناطیسی (MRI) بر روی بیماران اسکیزوفرن به دست آمده است (کاپلان و سادوک ۲۰۰۳).

❖ **عقدہ های قاعدہ ای و مخچه:** عقدہ قاعدہ ای و مخچه لاقبل به دو دلیل در اسکیزوفرنی به لحاظ نظری مورد توجه بوده اند. نخست آنکه بسیاری از اسکیزوفرنها حتی اگر اختلالات حرکتی ناشی از دارو (مثلاً اختلال حرکتی دیررس [تاردیودیسکینزی]^{۴۶} هم نداشته باشند ، باز حرکاتی عجیب^{۴۷} از خود نشان می دهند. این حرکات عجیب عبارت است از راه رفتن ناشیانه^{۴۸} ، شکلک درآوردن^{۴۹} و حرکات قالبی^{۵۰}. از آنجا که عقدہ های قاعدہ ای و مخچه در تنظیم حرکت دخیلند ، پس بیماری آنها نیز در پاتوفیزیولوژی اسکیزوفرنی نقش دارد. دلیل دوم برای توجه به عقدہ های قاعدہ ای و مخچه این بوده که درمیان همه اختلالات عصب شناسانه ای که سایکوز هم ممکن است از علائمشان باشد، اختلالات حرکتی ای که عقدہ های قاعدہ ای را درگیر می کنند (مثل بیماری هانتینگتون) بیش از بقیه با سایکوز همراهند. گذشته از این عقدہ های قاعدہ ای و مخچه ارتباطی دوطرفه با قطعه پیشانی دارند و شاید کارکرد نابهنجار قطعه پیشانی هم که در برخی مطالعات با استفاده از تصویر برداری مغزی دیده می شود ، از یک بیماری در داخل عقدہ های قاعدہ ای یا مخچه ناشی شده باشد ، نه از خود قطعه های پیشانی (کاپلان و سادوک ۲۰۰۳).

^{۴۵}.Amigdala

^{۴۶}.Tardiodyskinesia

^{۴۷}. odd

^{۴۸}. awkward gait

^{۴۹}. facial grimacing

^{۵۰}.Streotypy