

اسکیزوفرنی

اسکیزوفرنی

کریستوفر فریت و ایو جانستون

مترجم
آرش طهماسبی



نشر ماه
تهران
۱۳۹۷

A Very Short Introduction
Schizophrenia
Christopher Frith & Eve Johnstone
Oxford University Press, New York, 2003

سرشناسه:	فریت، کریستوفر	Frith, Christopher
عنوان و پدیدآور:	اسکیزوفرنی؛ کریستوفر فریت و ایو جانستون؛ مترجم آرش طهماسبی. تهران، نشر ماهی، ۱۳۸۹.	اسکیزوفرنی؛ کریستوفر فریت و ایو جانستون؛ مترجم آرش طهماسبی. تهران، نشر ماهی، ۱۳۸۹.
مشخصات نشر:	۲۴۸ ص. (۱۱×۱۸/۵ س.م.)؛ مصور.	۲۴۸ ص. (۱۱×۱۸/۵ س.م.)؛ مصور.
مشخصات ظاهری:	ISBN 978-964-209-075-4	ISBN 978-964-209-075-4
شابک:	فهرست نویسی بر اساس اطلاعات فیپا.	فهرست نویسی بر اساس اطلاعات فیپا.
یادداشت کلی:	عنوان اصلی:	<i>Schizophrenia</i> , 2003
یادداشت:	نمایه.	
یادداشت:	کتابنامه: ص. ۲۲۵-۲۲۶.	
یادداشت:	اسکیزوفرنی - به زبان ساده.	
موضوع:	جانستون، ایو	Johnstone, Eve
شناسه ی افزوده:	طهماسبی، آرش، ۱۳۵۵ -	طهماسبی، آرش، ۱۳۵۵ -
شناسه ی افزوده:	۱۳۸۹ الف ۴ / RC۵۱۴	۱۳۸۹ الف ۴ / RC۵۱۴
رده بندی کنگره:	۶۱۶ / ۸۹۸	۶۱۶ / ۸۹۸
رده بندی دیویی:	شماره ی کتاب شناسی ملی: ۲۰۷۱۲۳۶	شماره ی کتاب شناسی ملی: ۲۰۷۱۲۳۶

اسکیزوفرنی

«مجموعه‌ی مختصر مفید: ۱۸»
سرپرست مجموعه: احمد رضا نقاء

نویسندگان کریستوفر فریت و ایو جانستون
مترجم آرش طهمااسبی

چاپ اول بهار ۱۳۹۷
تیراژ ۱۰۰۰ نسخه

مدیر هنری حسین سجادی
حروف چینی سپیده
لیتوگرافی گرافیک گستر
چاپ جلد صنوبر
چاپ متن و صحافی سپیدار

شابک ۹۷۸-۹۶۴-۲۰۹-۰۷۵-۴
همه‌ی حقوق برای ناشر محفوظ است.



نشر ماهی

تهران، خیابان انقلاب، رویه روی سینما سپیده، شماره‌ی ۱۱۷۶، واحد ۴
تلفن و دورنگار: ۶۶۹۵۱۸۸۰
www.nashremahi.com

۱	تجربه‌ی اسکیزوفرنی	۷
۲	مفهوم اسکیزوفرنی	۳۵
۳	کارکردهای ذهنی در اسکیزوفرنی	۶۱
۴	اسکیزوفرنی، داروها و مواد محرک	۹۱
۵	عوامل زیستی	۱۱۵
۶	عوامل محیطی	۱۳۵
۷	درک نشانه‌های اسکیزوفرنی	۱۵۵
۸	اهمیت اسکیزوفرنی	۱۸۳
	منابع	۲۱۵
	برای مطالعه‌ی بیش‌تر	۲۲۹
	نمایه	۲۳۳

فصل ۱ تجربه‌ی اسکیزوفرنی

اصطلاح اسکیزوفرنی به شکل حادی از اختلال روانی اطلاق می‌شود که در تمام کشورها و فرهنگ‌ها شیوع دارد و گسترده‌تر از آن است که تصور می‌کنید. تقریباً از هر صد نفر، یک نفر ممکن است این اختلال را در برهه‌ای از زندگی‌اش تجربه کند. این ریسک یک درصدی ابتلا در طول عمر تقریباً معادل ریسک ابتلا به بیماری آرتریت روماتوئید (التهاب مفاصل روماتیسمی) است؛ خیلی از ما کسی را دور و برمان می‌شناسیم که به این بیماری به مراتب مشهودتر مبتلا شده است. اسکیزوفرنی نه تنها برای فرد مبتلا و اطرافیانش به شدت دردآور و محتمل‌بار است، بلکه هزینه‌ی مالی سنگینی را نیز به بار می‌آورد. در اوایل دهه‌ی ۱۹۹۰، هزینه‌ی سالانه‌ی درمان مبتلایان به اسکیزوفرنی و مراقبت از آن‌ها در بریتانیا بالغ بر ۳۹۷ میلیون پوند بود و هزینه‌های غیرمستقیم این بیماری در همین بازه‌ی زمانی، در بهترین حالت، حدود ۱/۷ میلیارد پوند برآورد شد.

از آن‌جا که بیش‌تر ما تجربه‌ی مستقیمی از اختلالات روانی نداریم، دانشمان درباره‌ی اسکیزوفرنی اغلب از مطبوعات جنجالی سرچشمه می‌گیرد. مقالات مربوط به بیماری‌های روانی زیاد است، اما از مبتلایان و اطرافیان ایشان تقریباً همیشه چهره‌ای منفی و محنت‌زده ترسیم می‌شود. روزنامه‌های جنجالی مخصوصاً بر موارد خاصی انگشت می‌گذارند که

و تجربه کنم. اما گاه به ندرت درک ناگهانی نابودی هولناکی که این بیماری مرموز خزننده به جانم انداخته تمام وجودم را به تسخیر خویش درمی آورد... گاهی اوقات ناامیدی چون سیل تمام هستی مرا در بر می‌گیرد. اما بعد از هر فوران این چینی، بی‌اعتنا تر از قبل می‌شوم، بیش تر در بیماری فرو می‌روم و کم و بیش معنای زندگی برایم رنگ می‌بازد. وقتی در سرنوشتم غور می‌کنم، می‌بینم وحشتناک‌ترین سرنوشتی است که می‌توان تصورش را کرد. آیا چیزی از این هولناک تر هم هست که یک انسان سالم و قیاق تمام زندگی‌اش را در مسیر زوالی تدریجی سپری کند و تازه در همه‌ی اوقات کاملاً از این زوال آگاه باشد؟ اما این درست همان چیزی است که دارد برای من اتفاق می‌افتد.

این گزارش به‌ویژه از آن جهت درخور توجه است که به جنبه‌ی به‌اصطلاح «سلبی» اسکیزوفرنی می‌پردازد، یعنی قطع تدریجی ارتباط شخص با دنیا و خودش. اندکند بیمارانی که می‌توانند تجربه‌ی خود را به این شیوه شرح دهند. دقیقاً به سبب همین قطع ارتباط است که اکثریت قریب به اتفاق مبتلایان دیگر توان یا انگیزه‌ی آن را ندارند که این‌طور زنده و گویا درباره‌ی بیماری‌شان حرف بزنند. گزارش‌هایی که به جنبه‌ی «ایجابی» اسکیزوفرنی اشاره دارند — تصورات پرنقش و نگار کاذب (توهم) و باورهای کاذب (هذیان) که ویژگی‌های مختص این اختلالند — شایع‌تر هستند. معمولاً این گزارش‌ها بعد از بهبودی نوشته می‌شود، نه در طول دوره‌ی بیماری.

این جنبه‌ی بیماری در قالب دو گزارش تاریخی معروف ترسیم شده است، یکی مربوط به اواخر قرن هفدهم و دیگری اواسط قرن نوزدهم. به سبب فقدان اطلاعات کافی، مطمئن نیستیم روایتگران، یعنی جورج تروس و

به مرگی دلخراش منتهی شده است. این مرگ دلخراش یا ناشی از یک خودکشی تکان‌دهنده است (مثل مردی که وارد قفس شیرهای باغ وحش لندن شد و شیرها تکه پاره‌اش کردند) یا ناشی از قتل‌های بی‌انگیزه (مثلاً ماجرای کریستوفر کلونیس که فردی کاملاً غریبه را در ایستگاه متروی فینزبری پارک با ضربات چاقو به قتل رساند). با خواندن خبرهای این چینی، این انگاره در ذهنمان جان می‌گیرد که اسکیزوفرنی نوعی دیوانگی خطرناک است و مبتلایان به این اختلال آدم‌هایی بی‌عقلند که ما قادر به درک رفتارشان نیستیم. اما خواهیم دید که اکثریت گسترده‌ای از مبتلایان خطرناک نیستند و اگر قصد کمک به آن‌ها را داریم، باید سعی کنیم درکشان کنیم.

با توجه به آنچه گفتیم، همواره برای آن دسته از ما که به لحاظ روانی سالمیم درک ماهیت تجربه‌ی اسکیزوفرنی دشوار است. شاید بهترین راه برای به‌دست آوردن درکی نسبی از این تجربه بررسی گفته‌های خود مبتلایان درباره‌ی بیماری‌شان باشد. یکی از به‌یادماندنی‌ترین این گزارش‌ها، که سر اوبری لوییس آن را در سال ۱۹۶۷ نقل کرده، نوشته‌ی پسری هجده ساله است که دست‌کم به مدت یک سال به اسکیزوفرنی مبتلا بوده است.

روز به روز دارد ارتباطم با محیط اطراف و خودم محدودتر می‌شود. به جای آن‌که به آنچه در جریان است فکر کنم و مراقب تحولات بیماری‌ام باشم، مدام دارم ارتباط احساسی‌ام را با هر چیزی از جمله خودم از دست می‌دهم. تنها چیزی که باقی مانده نوعی آگاهی انتزاعی نسبت به رویدادهای اطراف و درونم است... حتی این بیماری را که تا عمق وجودم رخنه کرده، فقط می‌توانم منفعلانه و در قالب پدیده‌ای بیرونی درک

جان پرسیوال، بنا بر معیارهای امروزی به اسکیزوفرنی مبتلا بوده‌اند یا خیر. با این همه، توصیفات ایشان از تجاربی که داشته‌اند در بسیاری موارد شباهت حیرت‌انگیزی به اظهارات بیماران امروزی دارد. هر دو مرد به وضوح از توهمات و هذیان‌ها سخن می‌گویند. این گزارش‌های تاریخی همچنین به ما می‌گویند که در گذشته با بیماران چگونه رفتار می‌شده است.

پدر روحانی جورج تروس، ح. ۱۶۹۰

انبوهی از تصاویر و صداها و وحشتناک و آزاردهنده بر من هجوم می‌آوردند که گرچه (به باور من) واقعیت نداشتند، برای من واقعی به نظر می‌رسیدند و بر من تأثیری مشابه واقعیت داشتند، گویی واقعاً همان چیزی هستند که می‌نمایند.

به نظرم رسید درست از پشت سرم صدایی می‌شنوم که مدام می‌گفت: باز هم افتاده‌تر، باز هم افتاده‌تر... به تبعیت از این صدا، ابتدا جوراب‌ها و بعد شلوار و نیمتنه‌ام را درآوردم. همچنان‌که داشتم لباس‌هایم را می‌کندم، حس درونی قدرتمندی در من برانگیخته شد که به من می‌گفت کارم را درست انجام داده‌ام و از دستورات صدا کاملاً تبعیت کرده‌ام.

سرانجام، همچنان‌که مقابل پنجره ایستاده بودم، نمی‌دانم صدایی را شنیدم که به من دستور می‌داد یا احساسی قوی در من به وجود آمد که موهایم را کوتاه کنم. من هم در پاسخ گفتم قیچی ندارم. آن صدا یا احساس گفت با چاقو هم می‌توانم این کار را بکنم، اما من پاسخ دادم چاقو هم ندارم. یقین دارم که اگر می‌داشتم، این صدا از موهایم به گلویم راه می‌یافت و دستور می‌داد که تاهشان کنم.

این‌ها بریده‌هایی است از زندگی‌نامه‌ی پدر روحانی جورج تروس به قلم خود او که کمی بعد از مرگش در سال ۱۷۱۴ منتشر شد. تجربه‌هایی که او شرح می‌دهد سال‌ها پیش از این تاریخ، در بیست و چند سالگی او، روی داده بود. وقتی به این فکر افتاد که شرح این تجارب را بنویسد، کشیش فرقه‌ی پرسبیتی و عضو برجسته‌ی آن در آگریتر بود. زمانی که دچار این حالات بود، او را دیوانه می‌پنداشتند. او لب به چیزی نمی‌زد، کلمه‌ای بر زبان نمی‌آورد و از بسترش خارج نمی‌شد، بنابراین تعجب ندارد که دوستانش نگران حال او شدند.

یقین داشتم که اگر بستم را ترک کنم، در آتش دوزخ سقوط خواهم کرد و به قعر مصیبت و بدبختی فرو خواهم رفت.

در نتیجه مجبور شدند او را به زور از بسترش جدا کنند.

آن‌ها مرد بسیار تنومندی را سوار اسب کردند، مرا به زور پشتش نشانند و با تسمه‌ای پارچه‌ای محکم به او بستند. من مقاومت می‌کردم و تمام زورم را می‌زدم تا خودم را از اسب به زیر افکنم، بنابراین پاهایم را به زیر شکم اسب بستند.

سرانجام، با عنایت پروردگار، به سلامت به مریضخانه رسیدیم. آن‌جا مرا به شخصی سپردند که در واقع نگهبان من بود و مراقب بود من به خودم آسیب نزدم. در آن اتاق، در آن مریض‌خانه، چند هفته، نه، چند ماه را سپری کردم. گاهی، وقتی پرخاشگر می‌شدم و سر به طغیان برمی‌داشتم (یعنی در اغلب اوقات)، دست و پایم را غل و زنجیر می‌کردند، زیرا معمولاً در این مواقع دعوا و نزاع راه می‌انداختم.

جان پرسیوال، ۱۸۳۸

بیش از یکصد سال بعد، در ۱۸۳۸، جان پرسیوال گزارشی طولانی درباره‌ی تجربه‌ی خود از جنون نوشت. جان پرسیوال یکی از دوازده فرزند اسپنسر پرسیوال، تنها نخست‌وزیر ترور شده‌ی انگلستان، بود. وقتی جان به سن بیست و هفت سالگی رسید، رفته‌رفته تصاویری را می‌دید و صداهایی را می‌شنید که به او می‌گفتند کارهای عجیبی انجام دهد. رفتارشان چنان پرتناقض شد که طیب‌خبر کردند. طیب‌او را به تخت بست و سوپ و دوا به خوردش داد. چند روز بعد، برادر جان سر رسید و او را به آسایشگاهی خصوصی در نزدیکی بریستول برد که دکتر فاکس نامی آن را می‌گرداند.

جان حدود سه سال در این آسایشگاه روانی بستری بود، اما رفته‌رفته سلامتی‌اش را بازیافت و یک سال و اندی بعد از بهبودی، تجربیاتش را از دوران بیماری به روی کاغذ آورد. او مابقی زندگی‌اش را وقف بهبود شرایط نگهداری و درمان بیماران روانی کرد.

درست کمی پیش از آن‌که مرا به تختم ببندند، صداهایی را می‌شنیدم که ابتدا فقط نزدیک گوشم بود، اما بعد در سرم می‌پیچید. انگار کسی داشت در گوشم، یا گوشه و کنار اتاق، پیچ می‌کرد. من گوش به فرمان این صداها بودم یا تلاش می‌کردم گوش به فرمانشان باشم و تقریباً باورشان می‌کردم... این صداها به من فرمان می‌دادند دست به کارهای هولناکی بزنم و افکار باطل و وحشتناکی را به من القا می‌کردند.

سر میز صبحانه، اشباح مختلفی بر من هجوم می‌آوردند و آزارم می‌دادند. یکی می‌گفت به خاطر من یک تکه نان بخور و چه و چه. دیگری می‌گفت به خاطر من نان نخور، یا این تکه را نخور و آن یکی را بخور. بقیه هم به همین شیوه دستور می‌دادند چای بخورم یا چای نخورم. به سختی می‌توانستم همزمان از همه‌شان اطاعت کنم... زاگری گیبز [مراقب او] کنار تختم می‌ایستاد و به شخصیت تازه‌ام خیره می‌شد. او دیگر برای من زاگری گیبز نبود، بلکه موجودی اثیری به نام هر مینت هربرت بود. نیمتنه‌ای کتانی به تن کرده بود تا رؤیایی را به یادم بیاورد که در آن روح‌القدس که مادرش بود، بر من ظاهر شده و عهد بسته بود هرگز رهایم نکند. او از همه‌ی افکارم خبر داشت، از هر چیزی که به من الهام می‌شد تا انجام دهم، و نمی‌شد فریبش داد.

یکی از اصلی‌ترین ویژگی‌های تجربه‌ی جان پرسیوال نیز همچون جورج تروس این بود که صداها پیوسته به او فرمان می‌دادند دست به کارهای

تصویر ۱. صحنه‌ای از یک دارالمجانین. گراور اثر گرانت از مجموعه‌ی طرح‌هایی از لندن (۱۸۳۸) که نمای داخلی تیمارستانی گمنام در لندن را نشان می‌دهد. بیماران روی دیوار نقاشی می‌کشند، به پنجره‌های مرتفع سالن نگاه می‌کنند یا با حواس پرتی چیز می‌خوانند.

مختلفی بزند، از کارهای معمولی و پیش پا افتاده گرفته تا حمله به دیگران.

به یاد می‌آورم که حتی در اوج وهم و خیال بسیار پیش می‌آمد که از اجرای فرمان صدها سر باز می‌زدم، مثل مواقعی که می‌ترسیدم در صورت اطاعت از آن‌ها زندگی مراقبم را به خطر بیندازم. مثلاً به دفعات پیش می‌آمد که دوست داشتم مردی به نام هابز را به درون وان خالی هل دهم، اما می‌ترسیدم آسیبی به او برسد.

از تجربه‌های مبتلایان به اسکیزوفرنی گزارش‌های اول شخص کمی در دست داریم، اما در عوض از گفته‌هایی که بیماران نزد پزشکان خود اظهار داشته‌اند گزارش‌های زیادی موجود است. پزشکان به منظور یاری رساندن به افرادی که دچار بیماری روانی اند، سعی می‌کنند تا آن‌جا که ممکن است از تجارب بیمار مطلع شوند و جزئیات نسبی گفته‌های او را ثبت کنند. برخی از این گزارش‌ها بعدها چاپ می‌شود.

نخستین گزارش‌ها از این دست را، که با اطمینان نسبی می‌توان لفظ اسکیزوفرنی را درباره‌شان به کار برد، دو پزشک به نام‌های فیلیپ پینل و جان هاسلم در سال ۱۸۰۹ مستقل از هم منتشر کردند. هاسلم به شرح موارد منفرد هم پرداخته، اما بیش تر گزارشی ترکیبی درباره‌ی شکلی از دیوانگی فراهم آورده که «در جوانان به وقوع می‌پیوندد». او بیش از هر چیز به جنبه‌های سلبی اسکیزوفرنی پرداخته است. هاسلم با اشاره به شروع این نوع بیماری می‌نویسد:

... کم و بیش نامحسوس است و معمولاً چند ماهی طول می‌کشد تا به مرحله‌ی محسوس برسد. اطرافیان غالباً به دام این خیال خام می‌افتند که

این حالت سکون و توداری شخص صرفاً نتیجه‌ی کاهش شور و نشاط اوست. پیش از شروع این حالت، فرد دچار درجه‌ای از درخودفرورفتگی و بی‌حرکی می‌شود، همچنین کاهش حس کنجکاو و توجه به محیط اطراف. بنابراین شخص مبتلا از اهداف و انگیزه‌هایی که پیش از این منشأ لذت و یادگیری‌اش بودند چشمپوشی می‌کند. واکنش‌های احساسی فرد به محرک‌های بیرونی بسیار کند می‌شود و دیگر آن‌ها را به محبت سابق نسبت به والدین و اطرافیان ندارد. به محبت بی‌اعتناست و ملامت دیگران هم تأثیری در او ندارد... به موازات افزایش بی‌حسی و بی‌اعتنائی بیمار، توجه او به سر و ظاهرش از بین می‌رود و به نظافت شخصی‌اش بی‌اعتنا می‌شود. به کترات دیده می‌شود که این بیماران تکانه‌های احساسی آنی و شدیدی از خود بروز می‌دهند. اما این تکانه‌های روانی ریشه در احساسات فرد ندارد؛ به عبارت دیگر، اشکی که در یک لحظه جاری می‌شود همان قدر بی‌معنا و بی‌دلیل است که شلیک خنده‌ی متعاقب آن.

در سال ۱۸۶۰، بندیکت اوگوستن مورل، روان‌شناس فرانسوی، در توصیف بیمار جوانی که زمانی سالم و شاداب بود اما به تدریج در یک حالت واپس‌زدگی و گوشه‌گیری فرو رفته بود، از اصطلاح «زوال عقل جوانی» استفاده کرد.

او به تدریج طراوت و شادابی‌اش را از دست داد، گرفته و کم‌حرف شد و میل به انزوا پیدا کرد... بیمار جوان رفته‌رفته هر آنچه را که بلد بود فراموش کرد. توانایی‌های فکری بسیار درخشانش به مرور دستخوش رکود و رخوتی شدید شد. نوعی سستی و بی‌حالی شبیه به کندذهنی جایگزین سرزندگی‌ای شد که پیش از این در او دیده بودم. بنابراین نتیجه گرفتم بیمار در آستانه‌ی مرحله‌ی ویرانگر زوال عقل جوانی است... در این

بیماری، زوال ناگهانی توانایی‌های فرد نشان می‌دهد بیمار به نقطه‌ی پایان حیات ذهنی خود، که زمانی آن را در اختیار داشته، رسیده است.

هاسلم و مورل گزارش‌های مفصلی از موارد منفرد فراهم کردند، اما معلوم نیست این گزارش‌ها تا چه حد نمونه‌ی وضعیت همه‌ی بیماران مختلف آن‌ها بوده است. با این‌همه، گزارش‌های جامع‌تری وجود دارد که در آن‌ها جزئیات پرونده‌های کلیه‌ی بیمارانی که طی یک دوره‌ی زمانی خاص در یک مؤسسه بستری بوده‌اند آمده است.

گیلیان دودی پرونده‌ی ۳۳۷ بیمار مرد را که بین سال‌های ۱۸۷۴ تا ۱۸۹۹ در آسایشگاه روانی ناحیه‌ی فایف و کین راس بستری بودند مطالعه کرد. گرچه این پرونده‌ها موجز بودند، دودی توانست هر بیمار را ذیل یکی از این چهار گروه تشخیصی بگنجانند: اسکیزوفرنی؛ اختلال عاطفی (پریشانی مزاج، چنان‌که در افسردگی یا شیدایی مشاهده می‌شود)؛ اختلال روان‌رنجوری (شامل نشانه‌های اضطراب)؛ و مواردی که در آن‌ها علت جسمانی مشخصی برای بیماری وجود داشت (مثل آسیب مغزی). طبق طبقه‌بندی دودی، ده درصد بیماران به اسکیزوفرنی مبتلا بودند. هذیان، بنا بر تعاریف امروزی، در ۶۳ درصد بیماران طی مدت اقامتشان در بیمارستان مشاهده شد. شش درصد هذیان‌ها مضمون علمی داشت و اغلب موضوعاتی چون برق، تلگراف یا ماشین‌های پرنده را در بر می‌گرفت. در هجده درصد بیماران هذیانی، دغدغه‌های مذهبی مشهود بود. جوانی بیست و دو ساله به نام دبلیو. بی. می‌خواست به لندن برود تا «فرشته شود» و برای همین به مراقبت و ویژه‌نیاز داشت. آلکساندر بی. اعتقاد راسخ داشت که روح خداوند در او حلول کرده و با حالتی عجیب می‌ایستاد، گویی در حال دعاخواندن است. در بیش از یک‌سوم بیماران هذیانی، هذیان

تعقیب شدن گزارش شده بود. بسیاری از بیماران معتقد بودند عده‌ای می‌خواهند آن‌ها را با موادی مثل شوکران، مخلوط افیون، کلروفورم یا گوگرد مسموم کنند. عده‌ای دیگر اظهار می‌داشتند که نیروهای جادویی آن‌ها را هیپنوتیزم کرده‌اند یا «آدم‌های بادکنکی» بر آن‌ها هجوم می‌آورند. بیماری سعی کرد از آسایشگاه بگریزد، زیرا اعتقاد داشت عده‌ای «آدم رذل قوزی با چشمانی مثل گاو» در تعقیب او هستند.

امکان ندارد درکی از این روشن‌تر از تجربه‌ی واقعی این بیماران به دست آوریم، زیرا در گزارش‌هایی از این دست جزئیات دقیق شرح حال آن‌ها موجود نیست. با این‌همه، طی بیست و پنج سال گذشته یکی از ما، ایو جانستون، مستقیماً در چندین پژوهش کلان درباره‌ی گروه‌هایی از بیماران که در مراحل مختلف بیماری‌شان بوده‌اند شرکت داشته است. این پژوهش‌ها بازه‌ی زمانی ۱۹۰۹ تا ۱۹۹۰ را در بر می‌گیرد. پرونده‌هایی که از این پژوهش‌ها در دست است گوشه‌ای از تغییرات شدید زندگی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی در طول قرن بیستم را آشکار می‌سازد.

دوران پیش از درمان دارویی، دهه‌ی ۱۹۳۰ تا دهه‌ی ۱۹۶۰
پیش از کشف داروهای ضدجنون یا ضدروان‌پریشی (نورولپتیک)، درمان مؤثری برای اسکیزوفرنی وجود نداشت. داروهای ضدروان‌پریشی در سال ۱۹۵۲ به دنیای روان‌پزشکی معرفی شدند و تا دهه‌ی ۱۹۶۰ مصرف عمومی داشتند (فصل ۴ را ببینید). با این حال، این داروها در هر جایی به کار نمی‌رفتند. در دهه‌ی ۱۹۷۰، دیوید آونز و ایو جانستون تمام بیماران بستری در بیمارستان شنلی (۱۲۲۷ بیمار) را بررسی کردند. شنلی یک بیمارستان بزرگ روان‌پزشکی در شمال لندن بود که همان زمان تعطیل شد. از میان این بیماران، ۵۱ نفر که با معیارهای

استاندارد تشخیص اسکیزوفرنی مطابقت می‌کردند زیر ذره‌بین قرار گرفتند؛ مثلاً تمام درمان‌های جسمی انجام شده به دقت ثبت شد. معلوم شد ۶۵ نفر از این بیماران هرگز تا آن زمان داروهای ضدروان‌پریشی دریافت نکرده بودند. این بدین سبب بود که در آن زمان بیمارستان شنلی، بر اساس تقسیم‌بندی شهری لندن، به دو جناح تقسیم شده بود که هر یک به یکی از دو بخش شهر لندن خدمات می‌داد. مسئولان و مشاوران یکی از این دو جناح دیدگاه‌های سنتی داشتند و همه‌ی انواع درمان‌های معمول در آن زمان را روی بیمارانشان اعمال می‌کردند، مثلاً درمان با اغمای انسولینی (تصویر ۲)، درمان با تشنج برقی (وصل جریان برق به مغز برای تولید تشنج) و داروهای ضدروان‌پریشی.

جناح دیگر زیر نظر مشاورانی بود که تحت تأثیر مفهوم «اجتماع درمانی» قرار داشتند که در دهه‌ی ۱۹۶۰ رایج بود. این متخصصان داروهای ضدروان‌پریشی تجویز نمی‌کردند. وقتی از آن‌جا بازدید کردیم، در کمال تعجب دیدیم که برخی بیماران نسبتاً جوان، بی‌آن‌که داروهای ضدروان‌پریشی دریافت کرده باشند، گوشه‌گیر شده بودند و دست به حرکات تکراری عجیبی می‌زدند. نکته این جاست که آن روزها بسیاری بر این عقیده بودند که چنین رفتاری در واقع ناشی از درمان دارویی است (رجوع کنید به فصل ۴).

شرح حال دقیق و مفصل برخی از این موارد هنوز موجود است. در یک نمونه‌ی بسیار چشمگیر، از یکی از بیماران می‌پرسند مشکلتش چیست و او می‌گوید: «این "ناحیه"ی روی شانهم.» وقتی می‌پرسند آن «ناحیه» چه مشکلی دارد، می‌گوید: «ناحیه نه، ماهیه. ماهیه. همیشه آن جاست، روی شانهم. به من پماد دادند که بمالم رویش. پماد به چه درش

تصویر ۲. درمان با اغمای انسولینی: نوعی درمانی پیش از کشف داروهای ضدروان‌پریشی. در این نوع درمان، به بیمار دوزهای بالای انسولین تزریق می‌شد و این میزان به تدریج افزایش می‌یافت تا میزان قند خون کاهش یابد و بیمار به اغما برود. بیمار را حدود یک ساعت در حالت اغما نگه می‌داشتند و سپس با خوراندن محلول قندی گرم از طریق سوندی که به معده راه داشت یا تزریق وریدی گلوکز، به سطح هوشیاری بازمی‌گرداندند.

می خورد؟» این مرد خیلی عادی به نظر می رسید، با روحیه ای شاد و ظاهری معقول. از عهده ای امور خود برمی آمد و می توانست کاملاً منطقی و معقول درباره ی مسائل روزمره بحث کند. با این همه معتقد بود تمام مدت یک ماهی روی شانه اش نشسته است. این وسط برای ما مشخص نبود چگونه بازی با این دو واژه چنین موقعیتی را به وجود آورده است.

موارد زیر کم و بیش به ما نشان می دهد ابتلا به اسکیزوفرنی تا پیش از فراگیر شدن درمان دارویی چگونه تجربه ای بوده است.

مورد ۱

این بیمار متولد ۱۹۱۱ بود و در شب سال نو ۱۹۳۵، وقتی بیست و چهار سال داشت، در بیمارستان شنلی بستری شده بود. سی و نه سال بعد، یعنی شب کریسمس سال ۱۹۷۵، به سراغ او رفتند. او در تمام این مدت بیمارستان را ترک نکرده بود. هیچ گزارشی مبنی بر درمان این شخص به کمک داروهای ضدروان پریشی یا هر نوع درمان جسمی دیگر وجود ندارد. در سن چهارده سالگی مدرسه را رها کرده بود و تا پیش از آن که بیمار شود، کارمند مخابرات بود. بسیاری از علائم شایع اسکیزوفرنی را داشت: دست به حرکات تکراری و بی معنی می زد، با خودش صحبت می کرد و رفتارش به گونه ای بود که انگار صداهایی می شنود و گاهی اوقات از صداهایی می گفت که با او حرف می زدند. علائم سلبی اسکیزوفرنی هم در او مشاهده می شد. به ندرت حرف می زد و بعضاً مدت های مدید چیزی نمی گفت. او در مصاحبه ای پانزده دقیقه ای فقط سه کلمه حرف زد. علاقه اش را به هرگونه فعالیتی از دست داده بود و به سر و ظاهرش نمی رسید. ساعت ها به یک حالت می ایستاد یا می نشست و گاهی اوقات دست و پایش را به حالت های غریبی درمی آورد. گهگاه لبخند بی موردی بر لبانش ظاهر می شد. او هیچ گاه ملاقاتی نداشت.

دوران بستری‌سازی، ۱۹۳۰-۱۹۷۵

مواردی که در بالا شرح دادیم از این جهت غیرعادی است که بیماران هیچ داروی ضدروان‌پریشی‌ای دریافت نکرده بودند. البته در دوران رواج تفکر بستری‌سازی این وضعیت مرسوم بود و بیماران بعد از شروع بیماری، چندین دهه در بیمارستان می‌ماندند. اما زمانی که ما مطالعه‌ی خود را در بیمارستان شنلی شروع کردیم، بسیاری بر این باور بودند که بیش‌تر این بیماران لازم نیست در بیمارستان بستری شوند. انتظار ما این بود که احتمالاً تعداد قلیلی از این بیماران مشکل حادی داشته باشند و رفتار کناره‌جویانه و توأم با اندکی بی‌اعتنایی‌شان نیز احتمالاً پیامد اجتناب‌ناپذیر چندین دهه اقامت در بیمارستان و درمان طولانی‌مدت با داروهای ضدروان‌پریشی است. ولی ما با مشکلات جدی فراوانی مواجه شدیم. می‌توان گفت وضعیت تنها ۳۲ نفر از ۵۱ بیمار نسبتاً خوب بود.

مورد ۶

این بیمار متولد ۱۹۱۱ بود و در ۱۹۳۵، در سن بیست و چهار سالگی، در بیمارستان شنلی بستری شده بود. ما در سال ۱۹۷۴ ملاقاتش کردیم. در آن زمان سی و نه سال از بستری‌شدنش می‌گذشت و در این مدت هیچ‌گاه داروهای ضدروان‌پریشی دریافت نکرده بود. پیش از آن‌که بیمار شود، ویولونیست یکی از گروه‌های موسیقی معروف آن دوره بود و هنوز می‌توانست در این‌باره صحبت کند. او تعریف می‌کرد که یک سال پیش از بستری‌شدن، همراه با گروه آستوریا به تور سراسری انگلستان رفته است. یک بار ویولونش را، که معمولاً درون جعبه‌ای زیر تختش بود، با خود آورد. بعد از کمی تشویق و اصرار، چند تا از آهنگ‌هایی را که زمانی در گروه سابقش می‌زد برایش نواخت. این قطعات را دقیق و عالی اجرا کرد، گرچه سبک نواختنش، احتمالاً به سیاق سال‌های دهه‌ی سی، آرام و کشدار بود. می‌گفت افکاری در ذهنش رسوخ کرده و در آن جای گرفته‌اند. همچنین از صداهایی می‌گفت که با او حرف می‌زدند. اعتقاد داشت این صداها می‌توانند افکارش را بخوانند. گفته می‌شد بسیار کم‌حرف است و احساسات بی‌موردی را از خود بروز می‌دهد. در مصاحبه‌ای در سال ۱۹۷۴، تا از او نمی‌خواستند حرف نمی‌زد و احساساتش را چندان آشکار نمی‌کرد. اما اگر مستقیماً از او سؤال می‌کردند، پاسخ مناسب می‌داد. اصرار داشت سن واقعی‌اش بیست و چهار سال است و می‌گفت هر قدر هم که عمر کند، سنش همین خواهد بود. البته توضیحی برای این اعتقاد نداشت. طی مدتی که در بخش تحقیقات بود، مادرش به ملاقات او می‌آمد. معلوم شد از همان ابتدا که پسرش بستری شده، هر جمعه به ملاقاتش می‌آید.

تصویر ۴. اسپر اسکیزوفرنی: از مجموعه عکس‌هایی که یکی از بستگان بیماری مبتلا به اسکیزوفرنی گرفته است.

مشکلات و مسائل بیماران متنوع بود و این مشکلات بر وضعیت روانی، توانایی‌های ذهنی، حرکات و توانایی عمومی آن‌ها برای گذران زندگی مستقل در دنیای بیرون تأثیر می‌گذاشت. انتظار ما این بود که عده‌ی زیادی از آن‌ها بتوانند بی‌سر و صدا به خانه برگردند (البته اگر خانه‌ای می‌داشتند)، اما در عمل به نظر نمی‌رسید چنین باشد. کاملاً واضح بود که این بیماران در صورت مرخص شدن همچنان به کمک نیاز خواهند داشت. در این جا دو نمونه‌ی گویا را ارائه می‌دهیم.

مورد ۷

این مرد متولد ۱۹۲۳ بود و در ۱۹۵۶، در سی و سه سالگی، در بیمارستان شنلی بستری شده بود. درمان‌های جسمی متعددی به کار بسته شده بود، از جمله لوکوئومی پیش‌پیشانی (عمل قطع رشته‌های عصبی مغز) و درمان طولانی مدت با داروهای ضدروان‌پریشی. در دوران مدرسه، استعداد هنری چشمگیری داشت، اما موفق به دریافت مدرک نشده بود. تا پیش از شروع بیماری، کارش طراحی آگهی‌های بازرگانی بود. در پرونده‌اش آمده بود که در اوایل دوران بعد از جنگ سالانه بیش از هزار پوند دستمزد می‌گرفته که آن زمان درآمد بالایی محسوب می‌شد. وقتی در سال ۱۹۵۶ بستری شد، معتقد بود تحت تعقیب است و نیروهایی از بیرون بر اعمال او نظارت دارند. گاهی اوقات سخنان منقطع و بی‌انسجامی بر زبان می‌آورد و به هیچ چیز علاقه نشان نمی‌داد. در مه ۱۹۷۵، وقتی بعد از بیست و سه سال بستری شدن مستمر دوباره معاینه شد، هنوز بسیاری از این نشانه‌های ایجابی را حفظ کرده بود. می‌شنید که دیگران با او و درباره‌ی او صحبت می‌کنند. افکارش را با صدای بلند می‌شنید و معتقد بود نیروهایی در تلاشند تا بر اعمال او نظارت کنند. می‌گفت گرچه این صداها از اندام‌های بدن خودش می‌آید، ربطی به او ندارد. آزادانه و به تفصیل حرف می‌زد و دایره‌ی لغات وسیعی

داشت، اما گاهی اوقات کلمات را به معنایی خاص به کار می‌برد و گاهی هم چنان بی‌انسجام حرف می‌زد که برقراری ارتباط معنادار و معقول را غیرممکن می‌کرد. نشانه‌های اندکی از خصایص سلبی در او مشهود بود. او بیش‌تر اوقاتش را به قدم‌زدن‌های بی‌هدف می‌گذراند، اما می‌توانست بر برنامه‌های تلویزیونی تمرکز کند و با علاقه و حرارت درباره‌شان حرف بزند.

مورد ۸

این مرد متولد ۱۹۲۸ بود و در بیست و دو سالگی در بیمارستان شنلی بستری شده بود. در چهارده سالگی مدرسه را رها کرده و ابتدا پادو و بعد کارگر ساختمانی شده بود. شش سالش بود که مادرش در بیمارستان روانی درگذشت. مدتی طولانی داروهای ضدروان‌پریشی مصرف می‌کرد. می‌شنید که آدم‌ها درباره‌اش صحبت می‌کنند و افکارش با صدای بلند در گوشش طنین‌انداز می‌شد. معتقد بود تحت تعقیب است و دیگران می‌خواهند اختیار اعمالش را در دست گیرند. گاهی کم حرف می‌زد و واکنش‌های احساسی از خود بروز نمی‌داد، اما گاهی هم به شدت هیجان‌زده می‌شد و بعضاً چیزهایی را پرت می‌کرد یا می‌شکست. وقتی در سال ۱۹۷۵ او را معاینه کردیم، گفت هنوز بسیاری از این خصایص ایجابی را دارد. شکایت داشت که سیم‌پیچی با ایجاد نوسان باعث تولید صداهای ناخوشایندی می‌شود که ذهنش را پریشان می‌کند و می‌گفت نیروهای مادی عجیبی جسمش را در اختیار دارند. گاهی اوقات حرف‌هایش انسجام نداشت، اما بیش‌تر مواقع می‌شد مقصودش را درک کرد. خصایص سلبی در او دیده نمی‌شد. خودش از خودش مراقبت می‌کرد، خودش شروع به حرف‌زدن می‌کرد و به اطرافش بی‌توجه نبود.

دوران مخالفت با بستری‌سازی، ۱۹۷۵-۱۹۸۵

در دهه‌ی ۱۹۷۰، اعتقاد عموم بر این بود که بهتر است بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی را به مدت طولانی، مثلاً چند دهه، در مؤسسات بزرگ روانی بستری نکنند. در این دوران تصور می‌کردند نگهداری طولانی مدت فرد در آسایشگاه‌های روانی به خودی خود می‌تواند باعث بروز بی‌اعتنایی، گوشه‌گیری و اضمحلال عادات فردی شود. در فصل ششم به این مطلب بازخواهیم گشت و نشان خواهیم داد این ویژگی‌ها تا چه حد پیامد اقامت در آسایشگاه است و تا چه حد نتیجه‌ی ابتلا به اسکیزوفرنی. چنان‌که از نمونه‌های معرفی شده تا این جا بر می‌آید، در بیماران بستری در آسایشگاه‌های بزرگ بی‌اعتنایی و گوشه‌گیری زیاد دیده می‌شود. این دیدگاه‌ها در باب بستری‌سازی سبب شد سیاست و نگرش‌های موجود در قبال بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی تغییر کند. حالا دیگر حتی الامکان بیماران را فقط برای مدت کوتاهی در بیمارستان بستری می‌کردند.

اما چه چیز انتظار بیمارانی را می‌کشید که بستری نمی‌شدند و به جامعه باز می‌گشتند؟ ما با هشتاد بیمار مبتلا به اسکیزوفرنی که در اوایل دهه‌ی ۱۹۷۰ از بیمارستان شنلی مرخص شده بودند مصاحبه کردیم. بعضی از این بیماران سالم بودند و زندگی عادی‌شان را داشتند. جای بسی خوشحالی بود که می‌دیدیم این عده سلامتی‌شان را باز یافته‌اند. اما برخی دیگر مشکلات و ناتوانی‌های عدیده‌ای داشتند و خود و نزدیکانشان زیر فشار زیادی بودند. در این جا نمونه‌هایی را می‌آوریم تا سطوح مختلف توانایی‌های افراد این گروه را نشان دهیم.

عملکرد خوب

این زن از هیچ‌گونه حمایت پزشکی یا اجتماعی برخوردار نبود و، بنا به گفته‌ی خودش، نیازی هم به هیچ‌یک نداشت. بیست و هشت ساله و مجرد بود، در کلوپ‌های شبانه‌ی اروپا و امریکا رقصندگی می‌کرد و در این حرفه بسیار هم موفق بود. در ایام استراحتش، با مادرخوانده‌اش زندگی می‌کرد. هم خودش و هم مادرخوانده‌اش می‌گفتند هیچ مشکلی ندارند. او سرزنده و جذاب بود و مادرخوانده‌اش از داشتن چنین دختر فوق‌العاده و موفقی به خود می‌بالید. در واقع از او سپاسگزار بود که کمک‌ها و حمایت‌های مالی‌اش را نثار مادرش کرده است.

مشکلات احتمالی

این مرد چهل و هفت ساله با همسر و دختر کوچکش زندگی می‌کرد و بلیت فروش بود. او و همسرش می‌گفتند زودرنجی و اضطراب او مشکلاتی را در خانه به وجود آورده است. طی مصاحبه، سخت بی‌تاب بود و می‌گفت اعتقاد به ارواح ذهن او را مشغول کرده است. این مسئله عجیب بود و با زمینه‌ی فرهنگی‌اش سنخیتی نداشت، اما نمی‌شد به وضوح گفت غیرطبیعی است.

مشکلات قطعی

این زن پنجاه و هشت ساله خانه‌دار بود و با شوهر پنجاه و نه ساله و پسر بیست و دو ساله‌اش زندگی می‌کرد. معتقد بود شوهر و پسرش می‌خواهند او را مسموم کنند. فقط برای خودش خرید و آشپزی می‌کرد و در اتاق جداگانه‌ای می‌خوابید. شب‌ها از توهمات که دچارشان می‌شد فریاد می‌زد و به هر مهمانی که به ملاقاتشان می‌آمد دشنام می‌داد. در طول مصاحبه، به هیچ‌یک از پرسش‌ها پاسخ نمی‌داد. لباسی با رنگ‌های روشن و نامتعارف

به تن داشت، چنان‌که از دید بیننده‌ی عادی عجیب و غریب به نظر می‌آمد. تزیینات دکوری زیادی دور خودش جمع کرده بود، به‌ویژه گوی‌های برقی که ظاهراً برای او جنبه‌ی نمادین داشت. واکنش‌های عاطفی نامناسبی نشان می‌داد و اگرچه به‌ندرت حرف می‌زد، روشن بود صحبت‌ها پیش از هم‌گسیخته و پراکنده است.

مواردی که در این جا آوردیم مربوط به دوران رواج تفکر «مراقبت در اجتماع» هستند. در واقع این‌ها بلافاصله بعد از معاینه و درمان از بیمارستان مرخص شده و به خانه برگشته بودند، گرچه همچنان مرتباً به مرکزی درمانی مراجعه می‌کردند. درباره‌ی موفقیت یا ناکامی شیوه‌ی «مراقبت در اجتماع» در نشریات پزشکی و عمومی بحث‌های زیادی شده است. ما درباره‌ی آن دسته از بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی که بین سال‌های ۱۹۷۵ تا ۱۹۸۵ از مراکز درمانی مرخص شده بودند تا مراقبت و پیگیری درمانشان در متن جامعه ادامه پیدا کند مطالعه‌ی تکمیلی گسترده‌ای انجام دادیم. این مطالعه برای ما بسیار جالب بود، زیرا این فرصت را یافتیم که مستقیماً شاهد باشیم بر سر بیمارانی که سال‌ها پیش تحت نظر ما بودند چه آمده است. اساساً این بیماران زندگی راحتی نداشتند، مدام نشانه‌های بیماری‌شان عود می‌کرد و ناچار می‌شدند به مراکز درمانی مراجعه کنند. بعضی‌شان مرده بودند و بسیاری نیز کارشان را از دست داده بودند و مشکلات اجتماعی دیگری گریبانگیرشان شده بود. در این بین، تعداد بسیار زیادی هم سعی کرده بودند به خودشان آسیب برسانند. آن‌ها که به‌خوبی از پس تبعات بیماری خود برآمده یا از چنگ آن‌ها رهایی یافته بودند و زندگی شاد و موفق‌تری را دنبال می‌کردند انگشت‌شمار بودند.

میزان بالای آسیب به خود، خودکشی و مرگ زودرس یکی از نتایج آزاردهنده‌ی این تحقیق بود. در سی درصد موارد، برخی رفتارها باعث شده بود پای پلیس به میان کشیده شود، گرچه تنها در ده مورد، حملات صورت گرفته برای افراد دیگر خطرناک یا بالقوه خطرناک تشخیص داده شده و در یک مورد هم منجر به مرگ شده بود. اگر گزارش‌هایی را که نشریات جنجالی چاپ می‌کنند و در ابتدای این فصل به آن‌ها اشاره شد مینا قرار دهیم، باید آمار جرائم خشونت‌بار بسیار بالا باشد، اما در واقع آمار واقعی بسیار پایین‌تر است.

سرآغاز اسکیزوفرنی

تقریباً همه‌ی کسانی که تا به این جا شرح حالشان را آوردیم سالیان درازی بیمار بوده‌اند. وضعیت این افراد ناگزیر تحت‌الشعاع تجاربی است که از بیماری‌شان نتیجه می‌شود. بر همین اساس، بین سال‌های ۱۹۷۹ و ۱۹۸۲، فیونا مک‌میلان به بررسی و مطالعه‌ی بیماران فراوانی پرداخت که در مرحله‌ی اول اسکیزوفرنی بودند. ما در این جا برخی از مواردی را که او شرح داده نقل می‌کنیم تا معلوم شود گستره و تنوع این اختلال تا چه اندازه است.

مورد ۳۸

این مرد سی و یک ساله و دارای مدرک دانشگاهی با درجه‌ی ممتاز بود. دو سال پیش از بیماری، طرحی را برای بازپروری جوانان بیکار سازماندهی کرده و حامی مالی نیز دست و پا کرده بود. یک سال پیش از مراجعه به بیمارستان، سعی کرده بود خودش را با سم بکشد و بعد داوطلبانه کارش را (که در آن بسیار هم موفق بود) ترک کرده بود. چند ماه بعد، به شدت دچار هذیان شده و به بیمارستان مراجعه کرده بود. صحبت‌ها پیش در توصیف این