

# اختلال شخصیت اسکیزوفرنی و نحوه مواجه شدن با آن‌ها

سید مصطفی ضرابی حسینی

دانشجوی کارشناسی رشته روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد یادگار امام خمینی (ره)، شهرری

[smostafazarrabi@gmail.com](mailto:smostafazarrabi@gmail.com)

سید علی طاهری جاوید

دانشجوی کارشناسی رشته روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد یادگار امام خمینی (ره)، شهرری

[alitaheeri4@yahoo.com](mailto:alitaheeri4@yahoo.com)

## چکیده

زمینه و هدف: اسکیزوفرنی یکی از شایع‌ترین اختلالات روانی در میان دیگر اختلالات است. شاید مواجه شدن با این بیماری برای مردم خطرناک و سخت به نظر برسد. هدف از این تحقیق، بررسی اختلال شخصیت اسکیزوفرنی و نحوه مواجه شدن با آنها است. مواد و روش تحقیق: روش مطالعه در این تحقیق به صورت مطالعه کتابخانه‌ای است. برای این منظور از مطالب موجود در مقاله، تحقیق‌های چاپ شده و همچنین مطالب دیجیتالی استفاده شده است.

یافته‌ها و نتایج: اسکیزوفرنی اختلالی مزمن و طولانی است که با قطع ارتباط با واقعیت که ممکن است شکل توهمات شنیدن یا دیدن چیزهایی که واقعاً وجود ندارند، هذیان‌ها و عقاید کاذب مانند رفتار عجیب و غریب و غیر منطقی به خود بگیرد، مشخص می‌شود. بروز اسکیزوفرنی می‌تواند توانایی فرد را برای انجام کارهای روزمره بگیرد. برای کنترل این اختلال می‌توان از دارودرمانی، تغذیه سالم و فعالیت‌های ورزشی به خصوص ورزش‌های هوازی استفاده کرد؛ همچنین ورزش‌های هوازی می‌تواند بر روی بهبود حافظه آنان موثر باشد و به عنوان یک مکمل در کنار دارودرمانی و روان‌درمانی قرار بگیرد. یکی از بهترین روش‌های درمانی شناخته شده برای اسکیزوفرنی، درمان شناختی-رفتاری است که می‌توان با استفاده از آن علائم منفی و مثبت و همچنین توهم‌های افراد مبتلا به اسکیزوفرنی را کاهش داد.

**واژگان کلیدی:** اسکیزوفرنی، مواجه شدن با اسکیزوفرنی

بیماری اسکیزوفرنی، نوعی اختلال در فکر و خلق ناآرام است. این اختلال فکر به صورت دشواری در حفظ و تمرکز توجه و در تشکیل مفاهیم آشکار می‌شود. هیجان‌ها را به طور عام، اغلب، عبارت از مجموعه‌ای از فرایندهای متعادل می‌دانند که احساسات هیجانی، ارزیابی‌های شناختی، فرایندهای غیر بیولوژیک، نمودهای رفتاری و تمایلات انگیزشی را دربرمی‌گیرند (لیاقت و همکاران، ۱۳۹۴). اختلالات روانی از معضلات بهداشتی و اقتصادی پیش روی جوامع بشری از جمله جامعه ما می‌باشد. چگونگی ارائه خدمات روان‌پزشکی به خیل عظیم بیماران روانی، با مشکلات و مسائل متعددی رو به رو است و این مسائل در کشورهای در حال رشد، از جمله ایران، پیچیده‌تر و از ابعاد مختلف قابل بررسی و تعمق است. در میان بیماری‌های روانی، سایکوزها و در رأس آن‌ها اسکیزوفرنی از اهمیت بیشتری برخوردار است. اسکیزوفرنی، یکی از ناتوان‌کننده‌ترین و شایع‌ترین اختلالات روان‌شناختی و از مهم‌ترین مشکلات بهداشت روانی در جهان است. این بیماری یک اختلال مغزی است که موجب آسیب به عملکرد اجتماعی و روان‌شناختی فرد می‌شود و به‌همین دلیل به ایزوله شدن، زندگی فقیرانه، سطح پایین تحصیل و آموزش و اختلال در مهارت‌های اجتماعی، تفریحی و لذت در این افراد می‌شود (ذکریا، جمیلیان و رحمانی، ۱۳۹۴). ماهیت ناتوان‌کننده اختلال اسکیزوفرنی و عود دوره‌های روان‌پریشی، اغلب میان اعضای خانواده بیمار اسکیزوفرن که به‌عنوان مراقبان اولیه نقش ایفا می‌کنند، مورد سوتعبیر قرار گرفته است و اغلب باعث سردرگمی آن‌ها می‌شود. بر اساس نقش هیجان ابراز شده خویشاوندان و صفات شخصیتی آنان در پیش‌بینی عود اسکیزوفرنی، زمانی که خویشاوندان سطح بالایی از هیجان ابراز شده را نشان می‌دهند عود این بیماری تا هشت برابر افزایش می‌یابد (احدی‌نیا و برهمند، ۱۳۹۳).

### بیان مسئله تحقیق

افراد روان‌پریش به هذیان و نیز به اختلالات فکری مبتلا می‌شوند. در نتیجه درباره خود و دنیای اطراف خود افکار غلط یا توهمات فراگیر پیدا می‌کنند. افرادی که به عارضه‌های روان‌پریشی مبتلا هستند، ممکن است خود را از تعاملات اجتماعی عادی عقب بکشند؛ زیرا اختلال در ادراک حسی و افکار آن‌ها را ناتوان می‌سازد. انزوای اجتماعی باعث می‌شود که برای آن‌ها مسائلی ناگوار پیش آید از جمله: عملکرد تحصیلی ضعیف، عدم نوآوری و خلاقیت، مشکل در روابط میان‌فردی، غفلت از کارهای روزمره، توجه دائم به دنیای شخصی و نادیده گرفتن دیگران. در نتیجه بسیاری از کسانی که عارضه‌های روان‌پریشی نشان می‌دهند به پایین‌ترین پله نردبان اجتماعی سقوط می‌کنند و حتی بی‌خانمان می‌شوند، زیرا نمی‌توانند برای خود شغلی نگه‌دارند یا پیوند خود را با دیگران حفظ کنند؛ پدیده‌ای که انحراف نزولی نامیده می‌شود (آذیش و عرشی رفیع، ۱۳۹۴).

کاپلان و سادوک (۲۰۰۵)، اسکیزوفرنی اختلالی است که علی‌رغم آن‌که درصد کمی از افراد جامعه را مبتلا می‌نماید، خسارات هنگفتی به بار می‌آورد. اسکیزوفرنی شدیدترین اختلال روانی است. معمولاً قبل از ۲۵ سالگی شروع می‌شود و تا آخر عمر پایدار می‌ماند. ۹۰ درصد از بیماران اسکیزوفرنی ۱۵ تا ۵۵ سال دارند، شیوع مادام‌العمر این بیماری ۰/۶ تا ۱/۹ درصد می‌باشد و هیچ یک از طبقات اجتماعی از ابتلای به آن مصون نیستند. ۵۰ درصد تخت‌های بیمارستان‌های روانی به بیماران اسکیزوفرن تعلق دارد و ۱۶ درصد از کل بیماران روان‌پزشکی را که به شکلی تحت درمان قرار دارند به خود اختصاص می‌دهند. در میان بیماری‌های روانی، فرد اسکیزوفرن بیشترین میزان فرسودگی را به خانواده بیماران تحمیل می‌نماید؛ تخمین زده می‌شود که زیان‌های ناشی از اسکیزوفرنی، از مجموع تمام خسارت‌های ناشی از سرطان‌ها نیز بیشتر است (امینی‌خو و همکاران، ۱۳۹۴).

در هر سال ۰/۰۲۵ تا ۰/۰۵ درصد جمعیت کل به دلیل اسکیزوفرنی درمان می‌شوند. دو سوم این بیماران نیازمند به بستری شدن هستند. شیوع اسکیزوفرنی در مردان و زنان مساوی است ولی شروع و سیر بیماری در دو جنس تفاوت دارد، حداکثر شیوع در مردان ۲۵-۱۵ سالگی و در زنان ۲۵-۳۵ سالگی است. در اکثر مطالعات گزارش شده بیش از سه چهارم بیماران اسکیزوفرنی سیگار می‌کشند. ریسک فاکتورها (عوامل خطر ساز) به چند دسته تقسیم می‌شوند: فاکتورهای دموگراف، فاکتورهای ضمیمه‌ای مثل سن، جنس، نژاد و طبقه اجتماعی، فاکتورهای تسریع کننده مثل وقایع زندگی و مهاجرت (که قبل از بروز اسکیزوفرنی ایجاد شوند) فاکتورهای زمینه‌ساز مثل ژن‌ها، عفونت و مشکلات قبل از تولد و فاکتورهایی مثل طبقه اجتماعی، وضعیت زناشویی و گروه خونی و... احتمال ابتلاء دوقلوهای یک تخمکی به اسکیزوفرنی ۴۷ درصد و کودکی که یکی از والدینش اسکیزوفرن باشد ۱۲ درصد است (عجم خیجی و همکاران، ۱۳۹۴).

### اهمیت و ضرورت تحقیق

اسکیزوفرنی شکل شدیدی از بیماری روانی است که یک درصد جمعیت ممکن است در طول عمر به آن مبتلا شوند. این بیماری طیف وسیعی از علائم مانند اختلال در تفکر، ادراک، مشکلات شناختی و عاطفی را شامل می‌شود. هسته اصلی مشکل وجود علائم مثبت مانند توهم و هذیان و گاهاً علائم منفی مانند انزوای اجتماعی، کاهش انگیزه و بی‌ارادگی می‌باشد که این علائم منجر به اختلال در عملکرد شغلی و اجتماعی می‌گردد. این در حالی است که اساس درمان بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی چه در فاز حاد، چه در فاز مزمن درمان‌های دارویی و غیردارویی است و ترکیبی از این دو روش درمانی مفیدتر می‌باشد (پروین و همکاران، ۱۳۹۳).

هیچ اختلال روانی، پیچیده‌تر و عجیب‌تر از اسکیزوفرنی وجود ندارد. اسکیزوفرنی یک اختلال واحد نیست، بلکه مجموعه‌هایی از روان‌پریشی‌هاست که با مجموعه‌ای از نشانه‌های مختلف مشخص می‌شود که غرابت شدید در ادراک، تفکر، عمل، خودپنداره و شیوه ارتباط برقرار کردن با دیگران از آن جمله است. این اختلال ناتوان کننده معمولاً در اواخر نوجوانی یا اوایل جوانی پدیدار گردیده، روند اجتماعی شدن و رشد مهارت‌های زندگی را مختل نموده و سبب افزایش انزوای اجتماعی و ناکامی در ایفای نقش‌های اجتماعی می‌گردد. به دلیل شیوع زودرس بیماری و ایجاد اختلال در همه عمر و نیاز به مراقبت‌های پیوسته و پی‌گیر، اختلال یاد شده هزینه هنگفت و فزاینده‌ای را بر سامانه بهداشتی-روانی وارد می‌کند. به طوری که بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی همواره نیمی از تخت‌های بیمارستان‌های روانی را اشغال می‌کنند (محمدی و همکاران، ۱۳۹۳).

علائم و نشانه‌ها در اجتماعات و فرهنگ‌های مختلف دیده می‌شود. طبق پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، اسکیزوفرنی اختلالی است که حداقل شش ماه طول کشیده و بیمار حداقل یک ماه دو یا چند علامت مرحله‌ی فعال بیماری مانند هذیان، توهم، تکلم آشفته، رفتار آشفته یا کاتاتونیک و علائم منفی را نشان می‌دهد. حدود ۱ درصد مردم به این اختلال مبتلا هستند و شروع اختلال معمولاً قبل از سن ۲۵ سالگی می‌باشد. هیچ‌کدام از طبقات اجتماعی از ابتلای به این اختلال مصون نیستند. علائم اختلال اسکیزوفرنی در حالت کلی به دو دسته‌ی علائم مثبت و علائم منفی تقسیم می‌شود. علائم مثبت نشانه‌ی بیش‌کارکردی رفتار است و از جمله آن‌ها می‌توان به توهمات، هذیان‌ها، رفتارهای عجیب و غریب و تفکر مختل اشاره کرد. علائم منفی نیز که نشانه‌ی کمبود و نقص رفتاری است، شامل عاطفه‌ی سطحی، فقر گفتار، بی‌ارادگی، بی‌انگیزگی، فقدان احساس لذت، نقص‌های توجه و نقص‌های شناختی می‌باشد. مبتلایان به اختلال اسکیزوفرنی، بر اساس نوع علائم غالب به دو دسته تیپ ۱ و تیپ ۲ تقسیم می‌شوند. تیپ ۱ مشتمل بر علائم مثبت است و فرض می‌شود که این علائم ناشی از اختلال انتقال‌دهنده‌ی عصبی دوپامین است. این بیماران ساختار مغزی بهنجار دارند و به درمان‌های دارویی خوب پاسخ داده و شانس بیشتری برای بهبود دارند. اسکیزوفرن‌های تیپ ۲ که

مشتمل بر علائم منفی هستند، با انتقال‌دهنده‌ی عصبی دوپامین مرتبط نبوده و پیش‌آگهی منفی‌تری دارند (عطادخت و همکاران، ۱۳۹۳).

## مبانی نظری

هرچند رویدادهای تنش‌زا نمی‌تواند منجر به ایجاد نشانگان کامل اسکیزوفرنی شود با این‌حال در مردمانی که آمادگی زیستی برای ابتلا به این بیماری را دارند عوامل روانی-اجتماعی نقش پر اهمیتی در وخامت و شدت و نیز راه‌اندازی دوره‌های روان‌پریشی بر عهده دارد. عمده‌ترین تنش‌زاهایی که اخیراً درباره آن‌ها بررسی صورت می‌گیرد تنش‌زاهای برخاسته از خانواده است. خانواده‌هایی که اعضای آن هیجان‌ات خود را به وفور آشکار می‌کنند، بیش از اندازه در زندگی یک‌دیگر مداخله می‌کنند و از عضو دچار اختلال حمایت به‌عمل می‌آورند و در عین حال او را به باد انتقام می‌گیرند و خشم و خصومت خود را متوجه او می‌سازند، آسیبی‌ترین تنش‌ها را فراهم می‌آورند (براهنی و همکاران، ۱۳۹۶).

گفتار افراد مبتلا به اسکیزوفرنی ممکن است تقریباً به‌طور کامل غیر قابل فهم و بی سر و ته و حاوی واژه‌تراشی‌ها باشد. برخلاف کلماتی که سرانجام ممکن است کلمات پذیرفته شده در زبان خاصی شوند (مانند google)، این کلمات معانی بسیار شخصی دارند که فقط توسط فرد مورد استفاده قرار می‌گیرند. رفتار فرد مبتلا به این نوع از اسکیزوفرنی، همان‌گونه که این اصطلاح اشاره دارد بسیار نامنظم است و ممکن است آن‌ها نتوانند تکالیف اساسی زندگی روزمره، مانند حمام کردن را انجام دهند. نشانه مخصوص دیگر، عاطفه نامناسب است، بدین معنی که پاسخ هیجانی فرد با علائم اجتماعی که در موقعیت وجود دارند، مانند خندیدن بعد از شنیدن داستانی غم‌انگیز، هم‌خوانی ندارد (سیدمحمدی، ۱۳۹۷).

اسکیزوفرنی اختلالی مزمن و طولانی است که با قطع ارتباط با واقعیت که ممکن است شکل توهمات (شنیدن یا دیدن چیزهایی که واقعاً وجود ندارند)، هذیان‌ها (عقاید کاذب) و رفتار عجیب و غریب و غیر منطقی به خود بگیرد، مشخص می‌شود. شروع این اختلال معمولاً در اوایل بزرگسالی است، در همان زمانی که افراد برای راه پیدا کردن به دنیا آماده می‌شوند. افراد مبتلا به اسکیزوفرنی در حافظه، توجه و ارتباط مشکل دارند. گفتار آن‌ها ممکن است آشفته باشد. امکان دارد که قسمت‌هایی از کلمات را در کلمات جدید ترکیب کنند یا قافیه‌های بی معنی بسازند. امکان دارد که آن‌ها از یک موضوع به موضوع دیگر بپرند و اطلاعات مفید کمی را انتقال دهند. سه نوع اصلی اسکیزوفرنی وجود دارد: پارانوئید، آشفته و کاتاتونیک. نوع پارانوئید؛ افراد مبتلا به اسکیزوفرنی پارانوئید هذیان‌های منظم، اغلب توهمات شنیداری مرتبط نشان می‌دهند. نوع آشفته؛ اسکیزوفرنی آشفته با گفتار گسیخته، سستی تداعی‌ها، رفتار آشفته، توهمات یا هذیان‌های ناپیوسته و پاسخ‌های هیجانی سطحی و بسیار نامناسب مشخص می‌شود. نوع کاتاتونیک؛ افراد مبتلا به اسکیزوفرنی کاتاتونیک فعالیت حرکتی آشفته نشان می‌دهند. امکان دارد که آن‌ها به حالت بهت فرو روند و ناگهان به مرحله سراسیمگی تغییر یابند (سید محمدی، ۱۳۹۷).

امروزه اختلالات روانی به عنوان یکی از بزرگ‌ترین مشکلات جوامع بشری است و از میان آن‌ها روان‌پریش‌ها<sup>۱</sup> بالاخص اسکیزوفرنیا<sup>۲</sup> یکی از بزرگ‌ترین چالش‌ها به‌سبب هزینه‌ها و پیامدهای آن می‌باشد. کم‌توجهی و انزوای اجتماعی که به دلیل ناآگاهی عمومی نسبت به این اختلال گریبان‌گیر بیماران می‌شود، این گروه و خانواده‌هایشان را درغالب موارد آزار می‌دهد. در میان بیماری‌های روانی، سایکوزها و در راس آن‌ها اسکیزوفرنیا از اهمیت بیشتری برخوردار است. اسکیزوفرنیا گاه ویران‌گرترین بیماری روانی یاد میکنند. این

<sup>1</sup> psychotic

<sup>2</sup> Schizophrenia

بیماری در طول عمر حدود یک درصد افراد جامعه را گرفتار می‌سازد. در صورتی که جمعیت ایران ۷۰ میلیون باشد حدوداً ۳۵۰ هزار نفر به این بیماری مبتلا می‌باشند. بیماری اسکیزوفرنیا به علت آغاز در دوره جوانی، سیر عموماً پیش‌رونده و نشانه‌های شدید، بیشتر تخت‌های بیمارستان‌های روان‌پزشکی را اشغال می‌کند و هزینه‌های زیادی صرف درمان توان‌بخشی و نگهداری بیماران می‌شود. هم‌اکنون مشکل اساسی سازمان بهداشت جهانی ابتلای میلیون‌ها نفر در جهان به اختلالات شدید روانی از جمله اسکیزوفرنیاست که موجب صرف میلیون‌ها دلار و از دست دادن سرمایه انسانی شده است (ترناس، طیبی و پاشنگ، ۱۳۹۵).

یک بخش مهم در اسکیزوفرنیا اختلال عملکرد در اغلب جنبه‌های شناختی است که شامل اختلال در حافظه، عملکرد حرکتی، یادگیری، یادآوری، توجه و پردازش بینایی-حرکتی می‌باشد. این نقایص شناختی جدای از علائم کلینیکی به‌عنوان هسته مرکزی بیماری اسکیزوفرنیا در نظر گرفته شده و به شدت نتایج درمانی را تحت‌الشعاع قرار می‌دهند. طبق پژوهش‌های صورت گرفته میزان شیوع اختلال اسکیزوفرنیا تقریباً یک درصد می‌باشد؛ به طوری که سالانه ۵ تا ۲۵ درصد افراد اسکیزوفرنیا تحت درمان قرار می‌گیرند. شیوع اسکیزوفرنیا در مرد و زن برابر است اما در مردها شروع بیماری زودتر است (محمودی و خلخالی، ۱۳۹۵).

بالن و همکاران (۲۰۰۷) دریافتند که افراد در معرض خطر اسکیزوفرنی نسبت به گروه سالم کاهش قابل ملاحظه‌ای در کارکردهای اجتماعی از قبیل ارتباط با همسالان، خانواده، کار و مدرسه نشان می‌دهند. با توجه به شدت و تداوم این اختلال، افراد مبتلا، با آسیب‌هایی در زندگی شخصی، خانوادگی و اجتماعی مواجه می‌شوند و به دلیل فقدان مراقبت کافی، دچار انزوای اجتماعی شده و سطح پایین‌تری از کیفیت زندگی را تجربه می‌کنند (صمدی فرد و همکاران، ۱۳۹۷).

### پیشینه تحقیق

در تحقیقی که رستگار و شفیع (۱۳۹۷) تحت عنوان تاثیر ژنتیک بر اختلال طیف اسکیزوفرنی انجام داده‌اند، بیان داشته‌اند که ژن در رفتارهای فیزیکی و بروانه‌ها نیز نقش دارند که به مجموعه‌ای از این رفتارها می‌توانیم برخی بیماری‌های روانی نسبت دهیم مانند: اسکیزوفرنی، اتیسم و دوقطبی. در علوم روان‌شناسی و یا روان‌شناختی نقش ژنتیک و ژن در نوع شکل‌گیری رفتار یک شخص پر رنگ‌تر شده. همچنین در مسائلی همچون ماهیت روان و شخصیت انسان، ژن نیز حضور ویژه‌ای دارد.

در تحقیقی که حجاری و محمدی (۱۳۹۶) تحت عنوان اثربخشی فعال‌سازی رفتاری بر علائم مثبت و منفی بیماران زن اسکیزوفرنیک مزمین انجام داده‌اند، بیان داشته‌اند که میانگین نمرات علائم مثبت و منفی اسکیزوفرنی در گروه فعال‌سازی رفتاری نسبت به گروه گواه به طور معناداری کاهش یافته است.

در تحقیقی که یارمادی (۱۳۹۶) تحت عنوان یادگیری کلامی، حافظه و آسیب‌شناسی روانی در اسکیزوفرنی انجام داده است، بیان داشته است که گروه اسکیزوفرنی در زمینه ی VLM در هر دو زمان مشخص در مقایسه با مقیاس‌های استاندارد به طرز چشمگیری ضعیف عمل کرد، با این وجود در طی شش هفته درمان پیش رو پیشرفت قابل ملاحظه‌ای داشت. تنها نشانه‌های منفی بودند که به طور معکوس با گستره ی حافظه ی فوری و یادگیری کلامی به طور استاندارد پیوستگی داشتند، و در مجموع یادگیری کلامی در مدت شش هفته با وجود تغییر در هریک از ابعاد آسیب شناختی روانی (ارزیابی شده در خصوص نشانه‌های مثبت، منفی و افسرده ساز) با تغییر در میزان کارکردهای شناختی همبستگی نداشت.

در تحقیقی که صداقت‌پور حقیقی (۱۳۹۶) تحت عنوان بررسی اسکیزوفرنی و نحوه برخورد صحیح و درمان بیماران انجام داده است، بیان داشته است که روش‌های کنترل بیماری اسکیزوفرنی در سه دسته کنترل دارویی و بستری، تغذیه سالم و فعالیت ورزشی قرار می‌گیرد.

در تحقیقی که پرچگانی (۱۳۹۶) تحت عنوان بررسی نقاشی درمیان بیماران اسکیزوفرن انجام داده است، بیان داشته است که این نوع بیماری خود تولید نبوغ نمی‌کند بلکه فرد را در بهترین حالت تخیل قرار می‌دهد که در شرایط عادی و تحت تاثیر معیارها و قراردادهای اجتماعی و آموزشی نهفته در بطن جامعه، پنهان مانده و امکان ظهور و بروز پیدا نمی‌کند.

در تحقیقی که عطادخت، ابافت و نریمانی (۱۳۹۵) تحت عنوان اثربخشی تمرینات ورزشی هوازی بر بهبود حافظه بیماران طیف اسکیزوفرن انجام داده‌اند، بیان داشته‌اند که در پس‌آزمون عمل‌کرد دو گروه آزمایش و کنترل در آزمون حافظه و کسلر تفاوت معناداری دارد. نتایج تحقیق نشان داد که ۱۴ جلسه تمرین ورزشی هوازی اثر معنی‌داری بر حافظه بیماران طیف اسکیزوفرن داشته و به‌نظر می‌رسد که تمرینات ورزشی هوازی می‌تواند به‌عنوان درمانی مکمل هم‌زمان با درمان دارویی و روان‌درمانی استفاده شود.

در تحقیقی که عطری‌جو، نظیری و جهانگیری (۱۳۹۴) تحت عنوان بررسی اثربخشی درمان شناختی-رفتاری در کاهش علائم منفی و مثبت بیماران اسکیزوفرنیا انجام داده‌اند، بیان داشته‌اند که درمان شناختی-رفتاری به‌طور معنی‌داری علائم منفی، علائم مثبت و توهم بیماران در گروه آزمایش کاهش داد چنین تغییری در بیماران گروه گواه دیده نشد. نمرات دو گروه در زیرمقیاس توهم در مرحله پس‌آزمون تفاوت معنی‌داری با یکدیگر نداشتند.

در تحقیقی که عطادخت، مجدی، حاجلو و ابوالقاسمی (۱۳۹۵) تحت عنوان رابطه سیستم‌های مغزی-رفتاری با علائم مثبت و منفی اسکیزوفرنی انجام داده‌اند، بیان داشته‌اند که سیستم‌های مغزی-رفتاری با ویژگی‌های متعدد آسیب‌شناسی اسکیزوفرنی و به‌خصوص با علائم و نشانه‌های آن رابطه دارد، بنابراین می‌تواند آماج درمان‌های گوناگون دارویی و روان‌شناختی قرار گیرد.

در تحقیقی که عطادخت، رجایی، حاجلو و بشرپور (۱۳۹۵) تحت عنوان رابطه بین نشانگان مثبت و منفی و شیوه ابراز هیجان در بیماران مذكر اسکیزوفرن انجام داده‌اند، بیان داشته‌اند که با بهبود وضعیت ابرازگری مثبت هیجانی می‌توان انتظار داشت که نشانگان منفی و عمومی بیماران اسکیزوفرن کاهش می‌یابد.

در تحقیقی که لطفی، لطفی و موسوی (۱۳۹۵) تحت عنوان بررسی میزان سطح هورمون رشد در بیماران اسکیزوفرنی و مقایسه آن با افراد سالم انجام داده‌اند، بیان داشته‌اند که مقادیر هورمون رشد در مردان مبتلا به اسکیزوفرنی و مردان سالم نمونه، هیچ اختلاف معناداری با یکدیگر ندارند، اما در رابطه با زنان مبتلا به اسکیزوفرنی مشخص شد آن‌ها مقادیر هورمون رشد بیشتری نسبت به زنان سالم دارند و در حالت کلی افراد مبتلا به اسکیزوفرنی نسبت به افراد سالم دارای هورمون رشد بیشتری هستند.

## هدف از تحقیق

اسکیزوفرنی یکی از شایع‌ترین اختلالات روانی در میان دیگر اختلالات است. شاید مواجه شدن با این بیماری برای مردم خطرناک باشد و سخت به‌نظر برسد. هدف از انجام این تحقیق، بررسی اختلال شخصیت اسکیزوفرنی و نحوه مواجه شدن با آنها است.

## مواد و روش تحقیق

روش مطالعه در این تحقیق به صورت مطالعه کتابخانه‌ای بوده است. برای این منظور از مطالب موجود در مقاله، تحقیق‌های چاپ شده و همچنین مطالب دیجیتالی استفاده شده است.

## بحث و نتیجه‌گیری

اسکیزوفرنی اختلالی مزمن و طولانی است که با قطع ارتباط با واقعیت که ممکن است شکل توهمات شنیدن یا دیدن چیزهایی که واقعاً وجود ندارند، هذیان‌ها و عقاید کاذب مانند رفتار عجیب و غریب و غیر منطقی به خود بگیرد، مشخص می‌شود. این نوع بیماری خود تولید نبوغ نمی‌کند بلکه فرد را در بهترین حالت تخیل قرار می‌دهد که در شرایط عادی و تحت تاثیر معیارها و قراردادهای اجتماعی و آموزشی نهفته در بطن جامعه، پنهان مانده و امکان ظهور و بروز پیدا نمی‌کند. افراد مبتلا به اسکیزوفرنی ممکن است به صورت غیر قابل فهم و بی سر و ته صحبت کنند و نتوانند فعالیت‌های روزمره خود را (مانند حمام کردن) انجام دهند؛ همچنین ممکن است پاسخ عاطفی مناسب با اجتماع خود ندهند؛ به طور مثال بعد از شنیدن یک داستان غم‌انگیز شروع به خندیدن کنند. روش‌های کنترل بیماری اسکیزوفرنی در سه دسته کنترل دارویی و بستری، تغذیه سالم و فعالیت ورزشی قرار می‌گیرد. جلسات تمرین ورزش هوازی بر بهبود حافظه بیماران اسکیزوفرنی می‌تواند کمک‌کننده باشد، همچنین این تمرینات می‌تواند به عنوان یک مکمل درمانی، با درمان دارویی و روان‌درمانی ادغام شود و اثربخشی درمان را افزایش دهد. یکی از بهترین روش‌های درمانی و یا کاهش علائم منفی در بیماران اسکیزوفرنی، درمان شناختی-رفتاری (CBT) است؛ درمان شناختی-رفتاری به طور معنی‌داری علائم منفی، علائم مثبت و توهم بیماران اسکیزوفرنی را کاهش می‌دهد. سیستم‌های مغزی-رفتاری با ویژگی‌های متعدد آسیب‌شناسی اسکیزوفرنی و به خصوص با علائم و نشانه‌های آن رابطه دارد، بنابراین می‌تواند آماج درمان‌های گوناگون دارویی و روان‌شناختی قرار گیرد. همچنین با افزایش بروز هیجان‌ات مثبت فرد مبتلا به اسکیزوفرنی، می‌توان انتظار داشت که نشانگان منفی و عمومی بیماران کاهش پیدا کند. میزان سطح هورمون رشد افراد مبتلا به اسکیزوفرنی می‌تواند با عاملی چون جنسیت، متفاوت باشد. مقدار هورمون‌های رشد مردان سالم در مقابل مردان مبتلا به اسکیزوفرنی اختلاف معناداری ندارد. این در صورتی است که در زنان مبتلا به اسکیزوفرنی مقدار بیشتری هورمون رشد نسبت به زنان سالم، دیده شده است.

## منابع

- آذیش، معصومه. عرشی رفیع، زهرا. (۱۳۹۴). از علت تا درمان اسکیزوفرنی. کنفرانس بین المللی مدیریت، اقتصاد و علوم انسانی.
- اتکینسون، ریتا. اتکینسون، ریچارد. اسمیت، ادوارد. بم، داریل. نولن-هوکسما، سوزان. (۱۹۰۴). متن کامل زمینه روان‌شناسی هیلگارد. ترجمه: محمدنقی براهنی، بهروز بیرشک، مهرداد بیک، رضا زمانی، سعید شاملو، مهرناز شهرآرای، یوسف کریمی، نیسان گاهان، مهدی محی‌الدین و کیانوش هاشمیان (۱۳۹۵)، چاپ بیست و هشتم، تهران: انتشارات رشد.
- احدی‌نیا، مریم. برهمند، اوشا. (۱۳۹۳). رابطه هیجان ایزار شده خانوادگی با پرخاشگری در بیماران اسکیزوفرنی. اولین کنفرانس بین‌المللی روان‌شناسی و علوم رفتاری.
- امینی خو، معصومه. اسکندری، حسین. فلسفی نژاد، محمد رضا. برجعلی، احمد. پزشک، شهلا. (۱۳۹۴). خود و اسکیزوفرنی. فصلنامه مطالعات روانشناسی بالینی، سال ششم، شماره ۲۱، ۲۰۱-۲۲۶.
- پرچگانی، رحمان. (۱۳۹۶). بررسی نقاشی در میان بیماران اسکیزوفرن. دوازدهمین همایش ملی پژوهش‌های نوین در علوم و فناوری.
- پروین، ندا. رفیعی، لیلا. نیک فرجام، مسعود. محمدی احمد محمود، عبدالله. دریس، فاطمه. (۱۳۹۳). تاثیر فعالیت کشاورزی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی مزمن. فصلنامه انجمن علمی پرستاری ایران، دوره دوم، شماره ۳، ۶۹-۷۶.
- ترناس، غزاله. طیبی، افشین. پاشنگ، سارا. (۱۳۹۵). تاثیر الحاق داروی متوکلوپرامید بر علائم اضطراب بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی. هفتمین کنفرانس بین‌المللی روان‌شناسی و علوم اجتماعی.
- حجاری، زهرا. محمدی، مسعود. (۱۳۹۶). اثربخشی فعال‌سازی رفتاری بر علائم مثبت و منفی بیماران زن اسکیزوفرنیک مزمن. سومین همایش تازه‌های روان‌شناسی مثبت‌نگر.
- ذکریا، سید محمود. جمیلیان، سید رضا. رحمانی، مهری. (۱۳۹۴). تاثیر آموزش مهارت‌های ارتباطی بر کیفیت زندگی خانواده بیماران اسکیزوفرن. کنفرانس بین‌المللی مدیریت، اقتصاد و علوم انسانی.
- رستگار همت‌آبادی، غزل. شفیعی، سولماز. (۱۳۹۷). تاثیر ژنتیک بر اختلال طیف اسکیزوفرنی. کنفرانس ملی دستاوردهای نوین جهان در تعلیم و تربیت، روان‌شناسی، حقوق و مطالعات فرهنگی - اجتماعی.
- صداقت‌پور حقیقی، محمدمهدی. (۱۳۹۶). بررسی اسکیزوفرنی و نحوه برخورد صحیح و درمان بیماران. کنفرانس ملی پژوهش‌های نوین ایران و جهان در روان‌شناسی، علوم تربیتی و مطالعات اجتماعی.
- صمدی‌فرد، آذر. سهرابی‌فرد، محمدمهدی. رشیدی، فرزانه. ناصرجبری، علی. (۱۳۹۸). مقایسه خودانعکاسی، خودآگاهی شناختی و عملکرد اجتماعی در بیماران اسکیزوفرن و افراد بهنجار. پنجمین کنفرانس ملی نوآوری‌های اخیر در روان‌شناسی، کاربردها و توانمندسازی با محوریت روان‌درمانی.
- عجم خیجی، عبدالرحیم. بوذر پور، سهراب. خان احمدی، علیرضا. (۱۳۹۴). مطالعه عوامل تاثیر گذار در بروز بیماری اسکیزوفرنی. دومین همایش علمی پژوهشی زیست‌شناسی و علوم باغبانی ایران.



- عطادخت، اکبر. ابافت، لیلا. نریمانی، محمد. (۱۳۹۵). اثربخشی تمرینات ورزشی هوازی بر بهبود حافظه بیماران طیف اسکیزوفرن. اولین کنفرانس بین‌المللی پژوهش‌های نوین در حوزه علوم تربیتی و روان‌شناسی و مطالعات اجتماعی ایران.
- عطادخت، اکبر. بشرپور، سجاد. رحیمی، ندا. نوری، المیرا. مولوی، پرویز. (۱۳۹۳). نقش حمایت اجتماعی ادراک شده در تبیین نشانگان مثبت و منفی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی. مجله دانشگاه علوم پزشکی اردبیل. دوره چهاردهم، شماره ۴، ۳۴۰-۳۴۹.
- عطادخت، اکبر. رجایی، فهیمه. حاجلو، نادر. بشرپور، سجاد. (۱۳۹۵). رابطه بین نشانگان مثبت و منفی و شیوه ابراز هیجان در بیماران مذكر اسکیزوفرن. سومین کنفرانس بین‌المللی روان‌شناسی، علوم تربیتی و سبک زندگی.
- عطادخت، اکبر. مجددی، نورالدین. حاجلو، نادر. ابوالقاسمی، عباس. (۱۳۹۵). رابطه سیستم‌های مغزی - رفتاری با علائم مثبت و منفی اسکیزوفرنی. سومین کنفرانس بین‌المللی روان‌شناسی، علوم تربیتی و سبک زندگی.
- عطری‌جو، نسرين. نظیری، قاسم. جهان‌گیری، بهرام. (۱۳۹۴). بررسی اثربخشی درمان شناختی - رفتاری در کاهش علائم منفی و مثبت بیماران اسکیزوفرنی. نخستین کنگره بین‌المللی جامع روان‌شناسی ایران.
- لطفی، الهام. لطفی، نسیم. موسوی، محمد. (۱۳۹۵). بررسی میزان سطح هورمون رشد در بیماران اسکیزوفرنی و مقایسه آن با افراد سالم. پنجمین کنفرانس ملی توسعه پایدار در علوم تربیتی و روان‌شناسی، مطالعات اجتماعی و فرهنگی.
- لیاقت، ری‌تا. اخلاقی، زهره. بهروزنژاد، سیمین. بلوک صحراگرد، سولماز. (۱۳۹۴). بررسی حافظه گذشته‌نگر و آینده‌نگر در بیماران اسکیزوفرنی بر اساس سرمایه‌های روان‌شناختی و راهبردهای تنظیم هیجان. همایش ملی روان‌شناسی و مدیریت آسیب‌های اجتماعی.
- محمدی، جواد. نریمانی، محمد. بگیان، محمدجواد. درکه، محسن. (۱۳۹۳). اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر نشانه‌های مثبت اختلال اسکیزوفرنی. مجله پزشکی ارومیه، دوره بیست و پنجم، شماره ۳، ۱۸۲-۱۹۰.
- محمودی، بیوک. خلخالی، وحید. (۱۳۹۵). مقایسه بینش شناختی بیماران اسکیزوفرنی، اختلال دو قطبی و افراد عادی. سومین همایش ملی راهکارهای توسعه و ترویج علوم تربیتی، روان‌شناسی، مشاوره و آموزش در ایران.
- نوید، جفری. راتوس، اسپنسر. (۲۰۰۷). بهداشت روانی. ترجمه: یحیی سید محمدی (۱۳۹۷)، چاپ هشتم، تهران: نشر ارسباران.
- هالچین، ریچارد. کراس ویتبورن، سوزان. (۲۰۱۳). آسیب‌شناسی روانی جلد ۲. ترجمه: یحیی سید محمدی (۱۳۹۷)، چاپ بیستم، تهران: نشر روان.
- یارمرادی، فاطمه. (۱۳۹۶). یادگیری کلامی، حافظه و آسیب‌شناسی روانی در اسکیزوفرنی. اولین همایش ملی علوم اجتماعی، علوم تربیتی، روان‌شناسی و امنیت اجتماعی.

# Schizophrenia Personality Disorder and How to Deal with Them

**Seyed Mostafa Zarrabi Hosseini**

Department of Psychology, College of Humanities,  
Yadegar -e- Imam Khomeini (RAH) Branch, Islamic  
Azad University, Tehran, Iran

[smostafazarrabi@gmail.com](mailto:smostafazarrabi@gmail.com)

**Seyed Ali Taheri Javid**

Department of Psychology, College of Humanities,  
Yadegar -e- Imam Khomeini (RAH) Branch, Islamic  
Azad University, Tehran, Iran

[alitahe4@yahoo.com](mailto:alitahe4@yahoo.com)

## Abstract

**Background and Aim:** Schizophrenia is one of the most common mental disorders among other disorders. Facing this disease may seem dangerous and difficult for people. The aim of this study was to investigate schizophrenia personality disorder and how to deal with them.

**Materials and Research Method:** The study method in this research is library study. For this purpose, the contents of the article, published researches as well as digital contents have been used.

**Findings and Results:** Schizophrenia is a long-term chronic disorder characterized by disconnection from reality, which may take the form of hallucinations of hearing or seeing things that do not really exist, delusions and false beliefs such as strange and irrational behavior. The onset of schizophrenia can affect a person's ability to perform daily tasks. Medication, healthy eating, and exercise, especially aerobic exercise, can be used to control this disorder; Also, aerobic exercise can improve their memory and be a supplement to medication and psychotherapy. One of the best known treatments for schizophrenia is cognitive-behavioral therapy that can be used to reduce both negative and positive symptoms as well as hallucinations in people with schizophrenia.

**Keywords:** Schizophrenia, Facing Schizophrenia