

آشنایی با اسکیزوفرنی کودکان

مهرناز کمیجانی / دکترای روان شناسی

چکیده:

موضوع اسکیزوفرنی در دوران کودکی بحث‌های بسیاری را برانگیخته است. هر چند شواهد حاکی از آن است که نشانه‌های اسکیزوفرنی در کودکی و بزرگسالی تا اندازه‌ای مشابه هستند، هنوز اختلاف نظرهایی در مورد چگونگی تشخیص و کیفیت این اختلال وجود دارد. در حال حاضر، اسکیزوفرنی کودکی همانند اسکیزوفرنی بزرگسالی بر پایه ملاک‌هایی همچون هذیان، توهم، گفتار آشفته، رفتار آشفته، بی‌تفاوتی عاطفی، فقر گفتار یا فقدان اراده، همراه با کژکاری اجتماعی که طی آن کودک یا نوجوان نمی‌تواند از نظر روابط بین فردی و پیشرفت تحصیلی به سطح مورد انتظار رشد اجتماعی برسد، ظاهر می‌شود. در این مقاله، نگاهی گذرا و مختصر بر مشخصات بالینی، تشخیص، سبب‌شناسی و درمان این اختلال در دوران کودکی خواهیم داشت.

مقدمه:

عصبی - تحولی است. ظهور نشانه‌های اسکیزوفرنی پیش از ۱۲ سالگی بسیار نادر است. اما مطالعه این مورد برای فهم این اختلال، مهم است (ماکریس^۱، ۲۰۰۵). به نظر می‌رسد که آسیب عصبی - تحولی در نوع کودکی اسکیزوفرنی بیشتر از نوع بزرگسالی آن باشد. اغلب کودکان اسکیزوفرن، تأخیر در زبان و سایر کارکردها را پیش از نشانه‌های روان‌پریشی^۲ از خود نشان می‌دهند (توهم، هذیان و تفکر مختل). در نخستین سال زندگی، در حدود سی درصد از این کودکان نشانه‌های موقتی از اختلال فراگیر رشد از قبیل ادا و اصول عجیب از خود نشان می‌دهند. فیلم‌های خانوادگی مربوط به دوره کودکی اسکیزوفرن‌های نوع بزرگسالی نشان می‌دهد که رشد حرکتی، نامتعارف و نامعمول بوده است. این آسیب‌ها در اسکیزوفرن‌های نوع کودکی به مراتب شدیدتر و جدی‌تر می‌باشد. آنها همچنین مضطرب‌تر و مهار گسیخته‌تر از اسکیزوفرنی

اسکیزوفرنی بیماری است که موجب افکار عجیب، احساس غیرطبیعی و رفتار غیرمعمول می‌شود. این بیماری در کودکان بسیار نادر بوده و تشخیص آن در مراحل ابتدایی بسیار مشکل است. ویژگی‌های اصلی اسکیزوفرنی در کودکان همانند بزرگسالان است هر چند که هذیان‌ها و توهم‌های کودکان با شرح و بسط کمتری همراه است و معمولاً توهم‌های بینایی در بین کودکان مبتلا شایع‌تر است. هنگامی که شروع این اختلال در دوران کودکی یا نوجوانی است شخص مبتلا نمی‌تواند از نظر روابط بین فردی، پیشرفت تحصیلی یا شغلی به سطح مورد انتظار برسد بنابراین، در مسیر اصلی تحول دچار دست‌اندازهای جدی می‌شود. شیوع اسکیزوفرنی در بزرگسالان ۱ در ۱۰۰ نفر بوده و در حالی که در کودکان ۱ در ۴۰/۰۰۰ نفر می‌باشد. شواهد فزاینده بیانگر آن است که اسکیزوفرنی دارای ریشه‌های

نوع بزرگسالی می باشد.

محتمل است. (همان منبع)

علائم هشدار دهنده ی اولیه :

تشخیص اسکیزوفرنی

- مشکل در تفکیک رویا از واقعیت
- دیدن چیزها و یا شنیدن صداهایی که واقعی نیستند
- افکار و عقاید نامأنوس
- دمدمی بودن شدید
- رفتار عجیب و غریب
- ترس و اضطراب شدید
- اشتباه گرفتن تلویزیون و فیلم ها با واقعیت
- مشکلات شدید در دوست یابی و ادامه ی دوستی ها.
- رفتار این کودکان ، ممکن است در طول زمان تغییر کند. اختلال اسکیزوفرنی کم کم در دوران کودکی، بدون بحران خاصی که اغلب در نوع بزرگسالی دیده می شود، ظاهر می شود. کودکان ممکن است شروع به صحبت کردن درباره ی عقاید و ترس های عجیب کنند.
- کودکانی که پیشتر از روابط با دیگران لذت می بردند ممکن است کم کم کناره گیری کرده و به دنیای درون خود پناه ببرند. (فریدمن^۳، ۲۰۰۱).

اسکیزوفرنی تنها باید به وسیله ی متخصص تشخیص داده شود که این متخصص در اغلب اوقات روان پزشک کودک است. برای تشخیص این بیماری ، دو تا از نشانه های توصیف شده در بالا، دست کم باید به مدت ۶ ماه وجود داشته و با زندگی روزانه ی کودک تداخل داشته باشند.

متأسفانه ، تشخیص اسکیزوفرنی در کودکان بسیار مشکل است. به گونه ای که تشخیص های اشتباهی مانند اختلال افسردگی و دوقطبی متداول است. (باندی^۴ و فراست^۵، ۱۹۹۴).

سبب شناسی

علت واحد شناخته شده ای برای اسکیزوفرنی وجود ندارد. اعتقاد بر آن است که عدم تعادل شیمیایی در مغز یک عامل ارثی است که موجب بروز اسکیزوفرنی می شود. همچنین اسکیزوفرنی به عنوان یک بیماری چند عاملی ارثی محسوب می شود و این بدان معنی است که عوامل زیادی در این اختلال درگیر هستند. عوامل معمولاً هم ژنتیکی و هم محیطی هستند. به گونه ای که ترکیبی از ژن ها از والدین به همراه عوامل محیطی ناشناخته بوجود آورنده این اختلال هستند. کودکی که در خانواده ای متولد می شود که در آن یک یا چند عضو دچار اسکیزوفرنی وجود دارد، احتمال بیشتری برای ابتلا به اسکیزوفرنی دارد تا کودکی که در خانواده ای متولد می شود که هیچ تاریخچه ای از اسکیزوفرنی ندارد. پس از این که شخص، تشخیص اسکیزوفرنی را در خانواده گرفت، شانس همشیرها برای دریافت تشخیص این اختلال ۷ تا ۸ درصد است. اگر

علائم و نشانه های اسکیزوفرنی شامل دو دسته علائم (مثبت و منفی) می باشد. کودکان دچار اسکیزوفرنی معمولاً هر دو دسته علامت را تجربه می کنند. علائم مثبت شامل هذیان (عقاید غیرواقعی) اختلال تفکر و توهم می باشد. و علائم منفی شامل بی عاطفگی و کناره گیری اجتماعی است که می تواند در رفتارهایی از قبیل از دست دادن علاقه به فعالیت هایی که کودک پیشتر لذت می برده، فقدان توجه به نظافت شخصی و فقدان علاقه به تمرکز برای وظایفی از قبیل کارهای روزمره و یا تکلیف مدرسه جلوه گر شود. البته همه ی کودکان دارای اسکیزوفرنی همه ی علائم مثبت و منفی را باهم تجربه نمی کنند. اما بروز ترکیبی از علائم مثبت و منفی

به مراتب کمتر است و همچنین وقتی این رابطه معنادار است که فرد دچار اسکیزوفرنی در نزدیکان درجه یک وجود نداشته باشد (هربرت^۸، ۲۰۰۵).

تشخیص افتراقی اسکیزوفرنی

تشخیص اشتباه در اسکیزوفرنی کودکان بسیار متداول است. اسکیزوفرنی اغلب با درخودماندگی اشتباه گرفته می‌شود. اما توجه به موارد زیر موجب تشخیص افتراقی درست اختلال درخودماندگی از اسکیزوفرنی می‌شود.

- علائم درخودماندگی معمولاً در ۲ تا ۳ سال نخست زندگی آشکار می‌شود در حالی که اسکیزوفرنی معمولاً در دوره‌ی بعدی زندگی شروع می‌شود.
- کودکان دارای درخودماندگی، خود را بیش از کودکان دارای اسکیزوفرنی منزوی می‌سازند.
- کودکان دارای درخودماندگی دارای مشکلات زبانی ویژه‌ای از قبیل تکرار بی‌معنی کلمات و معکوس-سازی ضمیر هستند.
- درخودماندگی در پسرها رایج‌تر است. در حالی که نسبت جنسی در اسکیزوفرنی تقریباً مساوی است.
- اسکیزوفرنی همچنین با روان‌پریشی مختصری که معمولاً در اختلال افسردگی، اختلال شخصیت و اختلال از هم‌پاشیدگی دیده می‌شود، متفاوت است. نوجوانان دارای اختلال دوقطبی که در مرحله‌ی شیدایی^۹ قرار می‌گیرند. ممکن است با اسکیزوفرنی اشتباه شوند. همچنین کودکان و نوجوانی که قربانی سوء استفاده از مواد هستند، ممکن است مدعی شوند که صداهایی می‌شنوند و یا چیزهایی می‌بینند که این مسأله ممکن است تشخیص اسکیزوفرنی را برای آنها مطرح نماید (فامبانی^{۱۰}، ۲۰۰۴). از طرف دیگر گاهی تشخیص اسکیزوفرنی از اختلال فراگیر رشد مشکل است، باید

یکی از والدین دچار اسکیزوفرنی باشد شانس ابتلا به اختلال به ۱۰ تا ۱۵ درصد می‌رسد.

آسیب به دستگاه عصبی در دوران رشد، مهم‌ترین عامل در اسکیزوفرنی نوع کودک است. همچنین آمادگی‌های ژنتیکی نقش مهمی در این زمینه بازی می‌کند (فایندلینگ^{۱۱}، ۲۰۰۵).

در مجموع می‌توان گفت، خطر ابتلا به اسکیزوفرنی از ۱ درصد برای کودکان بدون هیچ‌تاریخچه خانوادگی اسکیزوفرنی، تا ۱۰ درصد برای کودکانی که یکی از نزدیکان درجه یک آنها دچار اسکیزوفرنی است و ۵۰ درصد در دوقلوهای یک تخمکی در نوسان می‌باشد.

- واتس^۷ و همکاران (۱۹۸۴) به نقل از لطفی و کاشانی (۱۳۸۵) در بررسی مجموعه پژوهش‌هایی که در رابطه با گروه‌های در معرض خطر ابتلا به اسکیزوفرنی انجام گرفته، اعلام کرده‌اند که (۱) مشکلات تولد (کم خونی و زایمان سخت مادر)، (۲) تعلق عاطفی ضعیف (فقدان رابطه‌ی نزدیک با مادر در سال نخست زندگی)، (۳) ضعف‌های هماهنگی حرکتی در نوزادی، (۴) جدایی از والدین (زندگی در پرورشگاه یا در شیرخوارگاه)، (۵) نقایص عقلانی (عملکرد ضعیف در آزمون هوشی، به‌ویژه در توانش‌های کلامی، (۶) نقایص شناختی (آمادگی برای آشفستگی و اشکال در تمرکز و توجه (۷) نقایص اجتماعی و خصومت در ارتباط والد - کودک، خطر بروز اسکیزوفرنی را افزایش می‌دهد.

به گزارش پایگاه اینترنتی بی‌بی‌سی بیش از هزار مورد تولد در دانمارک بین سال‌های ۱۹۷۳ تا ۱۹۷۵ میلادی نشان می‌دهد احتمال بروز اسکیزوفرنی در میان کودکانی که مادرشان در طول بارداری یکی از نزدیکان خود را از دست داده بودند، ۶۷ درصد بیشتر از دیگر کودکان است، البته به نظر پژوهشگران، اگر مرگ نزدیکان در دوره سوم بارداری بروز پیدا کند این خطر

مهم است. کودکان دارای اسکیزوفرنی باید طرح‌های درمانی را مرتباً دنبال کنند. این کودکان باید در خانه و مدرسه حمایت شوند. به گونه‌ای که آموزگاران و والدین این کودکان باید پشتیبانی و شکیبایی لازم را از خود بروز دهند. این کودکان معمولاً به روابط اجتماعی علاقه‌ای نشان نمی‌دهند. بنابراین، بازی‌های گروهی ممکن است گزینه‌ی مناسبی برای این افراد نباشد. در مجموع درمان کودکان اسکیزوفرنی با توجه به سن کودک، شدت بیماری، نوع اسکیزوفرنی، تحمل کودک برای دریافت داروها و نظر و ترجیحات والدین ترسیم می‌شود (فایندلینگ، ۲۰۰۵).

دانست که در اختلالات فراگیر رشد توهم و هذیان بارز وجود ندارد و بیشتر نا بهنجاری‌ها، در بُعد عاطفی و گفتاری نمود می‌یابد.

درمان اسکیزوفرنی

شناسایی و مداخله‌ی زودهنگام می‌تواند کیفیت زندگی کودک و نوجوان دارای اسکیزوفرنی را بالا ببرد. دارودرمانی، روش اصلی درمان اسکیزوفرنی است. متأسفانه اغلب این داروها دارای عوارض جانبی شدیدی هستند که افزایش وزن یکی از آنها می‌باشد. بنابراین، رژیم غذایی و داشتن، تمرینات ورزشی روزمره، بسیار

زیر نویس ها :

- | | |
|--------------|--------------|
| 1. Makris | 6. Findling |
| 2. psychotic | 7. Watts |
| 3. Friedman | 8. Herbert |
| 4. Bandy | 9. Manic |
| 5. Frost | 10. Fambonne |

منابع:

- لفطی کاشانی، فرح؛ وزیری، شهرام (۱۳۸۵). روان‌شناسی مرضی کودک. تهران: انتشارات ارسباران.
- 1- Bondy, A.S., _ Frost, L.A (1994). *The Picture exchange Communication system focus on schizophrenia* , 7(4). 20-23
 - 2- Fondling, R. (2005). *Pharmacologic treatment of behavior symptoms in autism and pervasive developmental disorders*. Journal of clinical psychiatry, 66, 26-31.
 - 3- Fombonne . E. (2003). *Epidemiological surveys of autism and other pervasive developmental disorders* journal of autism and developmental disorders. 33(4), 365-382.
 - 4- Friedman, S. (2001). *Alternative complementary approaches to treatment of children with schizophrenia*. Infant and young children, 14(3). 33-42.
 - 5- Herbert, M.R. (2005). *The challenge of pervasive abnormality*. The Neuroscientist. 11,417-440.
 - 6- Makris, N. (2005). *Developmental pattern and outcomes in infants and children with disorders in relating and communicating*. Journal of Developmental Disorder, 33(4), 365-382.