

خصوصیات بالینی اسکیزوفرنی در کودکان

دکتر جواد نوربخش * دکتر سیروس ایزدی *

نشانه‌های بالینی اسکیزوفرنی اطفال به سن شروع بیماری بستگی کامل دارد چه هر اندازه سن ابتلای کودک بیشتر باشد علائم بیماری با آنچه در بزرگسالان مشاهده می‌شود شبیه‌تر است. علت این امر آنست که در سنین پائین محتوی اندیشه محدود و در نتیجه تنوع علائم کمتر است و بنا به گفته «پوتر» (Potter) همانطور که سطح رشد عقلانی و تجربیات زندگی کودکان در مقایسه با افراد بالغ به نسبت پائین‌تر و محدودتر است؛ «پسیکوپاتولوژی» آنها نیز باهم متفاوت می‌باشد. پیشرفت ترکیب و تلفیق ارتباط‌های لفظی یکی از نتایج بلوغ و تکامل هوش است و بی‌شک کودکان برای بیان احساس‌های خود آمادگی کافی ندارند و در نتیجه سازمان‌های هذیانی بویژه مکانیسم «سمبولیزاسیون» نزد آنها ساده‌تر است.

با آنکه نشانه‌های بارز اسکیزوفرنی اطفال با آنچه در بالغین مشاهده می‌شود تفاوت بسیاری دارد و در اکثر موارد بشکل اختلالهای رفتاری ناجور و ناپایداری روابط هیجانی ظاهر می‌شود، در گزارش‌های اولیه بررسی علائم و تشخیص بالینی بر مبنای معیارهای تشخیصی این بیماری در بزرگسالان بود.

«پوتر» پس از سالها بررسی و مطالعه در زمینه اسکیزوفرنی اطفال معیارهایی پیشنهاد نمود که میتوان آنها را بسا توجه به مفهوم کلی «اسکیزوفرنی» در مورد کودکان بکار برد. این محقق اسکیزوفرنی کودکان را به واکنشی محدود می‌سازد که دارای مشخصاتی بدین شرح باشد:

- ۱- قطع علائق و دل‌بستگی‌ها از محیط.
- ۲- فکر، احساس و عمل خود کاوانه.

۳- اختلالهای فکری بصورت جریان فکر ، سمبولیزاسیون ، اختصار ، مداومت ، بی ربطی کلام ، کاهش محتوی اندیشه که در بعضی موارد به سکوت کم و بیش کاملی منتهی میشود .

۴- اختلال روابط هیجانی .

۵- انعطاف ناپذیری ، خشونت و آشفتگی عواطف .

۶- اختلالهای رفتاری مانند افزایش تحرك که گاه به فعالیتی مداوم منجر میشود ، یا برعکس کاهش تحرك که ممکن است به بی حرکتی کامل یا رفتارهای عجیب و غریبی که جنبه مداومت ، تکرار یا « استرئوتیپی »^۱ دارد بیانجامد .

برادلی^۲ و بوون^۳ ضمن بررسی چهار کودک مبتلا به اسکیزوفرنی و ده کودک « اسکیزوئید » هشت علامت زیر را بعنوان نشانه‌های سطحی بیماری نام می‌برند :

۱- میل به تنهایی و گوشه‌گیری .

۲- تحريك پذیری و عصبانیت بهنگامیکه مانعی برای تنهایی ایجاد شود .

۳- رؤیای روزانه^۴

۴- پیدایش رفتارهای عجیب و غریب .

۵- کاهش علائق شخصی .

۶- سیر قهقرائی تمایلات و علائق .

۷- حساسیت نسبت بایرادات و انتقادات .

۸- فقدان فعالیت بدنی .

بدیهی است این طرح کلی را نمیتوان مانند اسکیزوفرنی بالغین به انواع گوناگونی تقسیم کرد . ولی در عمل تظاهرات بالینی بعضی از مبتلایان بانوع ساده قهقرائی ، برخی باشکل « کاتاتونیک »^۵ ، تعدادی با اجزاء « هبفر نیک » و درپاره‌ای

پیدا کرده بود ولی به مشخصات تشخیصی آنها توجهی نداشت. بیمار دیگری نیز داشتیم که میل شدیدی برای ذخیره اشیاء بی فایده و بی مصرف در وی ایجاد شده بود و چیزهای بی ارزشی مانند تکه‌های نخ و دکمه را جمع آوری می‌کرد.

خانم «لورتابندر» که مدت‌ها است در زمینه اسکیزوفرنی اطفال کار می‌کند عقیده دارد که اسکیزوفرنی اطفال همیشه بمعنی «پسیکوز» نمی‌باشد و برای آن سه شکل بالینی گزارش داده است:

۱- نوع نقیصه عقلی کاذب

این نوع مربوط به بیمارانی است که یا از ابتدا بلوغ روانی آنها متوقف مانده، یا آنکه پس از یک مرحله رشد عادی و حتی زود رس دچار سیر قهقرائی شده‌اند.

این کودکان اغلب دچار وقفه، انزوا، بی‌میلی و گنگی می‌باشند. درپاره‌ای موارد نیز بسیار عصبانی و مضطرب بوده از تماس با اشیاء جدید و جدائی از چیزهای آشنا هراس دارند. چنین اطفالی از نظر خصوصیات جسمانی اغلب کودکانه بنظر می‌آیند و در خوردن و خوابیدن عادات ناجوری دارند. فعالیت‌های فیزیولوژیک و نیروی دفاعی آنها درقبال بیماری‌های مختلف ضعیف است. کمی تنوس عضلانی و عادات حرکتی کودکانه‌ای مانند گرفتن، شکستن و پرت کردن اشیاء در این کودکان شایع است.

۲- نوع پسیکونوروتیک.

رشد و نمو و بلوغ روانی این کودکان در حدود عادی و حتی درپاره‌ای موارد بیشتر از عادی است. ولی اضطراب دائم، ترس‌های شدید، سؤال‌های وسواس آمیز، حرکات یکنواخت و مکرر، تکان دادن و پرش بعضی از اعضاء یا «تیک» و بالاخره اعمال اجباری که گاه ممکن است جنبه تخریبی داشته و حتی خطرناک باشد از خصوصیات مرضی این کودکان است. این چنین کودکی ممکن است به افسردگی «هیپوکوندری» و یا واقعاً به انواع مختلف اختلال‌هایی که آنها را «روانتنی» یا آلرژیک نامیده‌اند مبتلا باشد. این کودکان درباره بدن، هویت، روابط خویش با دیگران و شناخت زمانی و مکانی نگرانند. گفتارها، کردارها، ادراک‌ها و تجربه‌های حسی آنها بطور کلی از راه عادی منحرف شده است.

خشم کودکانه ، وحشت و فریادهای نابهنجار و خنده‌های هیستری شکل در این اطفال شایع است . بعضی از این کودکان وابستگی شدیدی به مادر دارند و بعضی دیگر به شدت از مادر خویش گریزانند و از دستوراتش سرپیچی می‌کنند ، این اطفال اغلب باهوش و خیال پرداز بوده ، دنیائی پراز تصورات عجیب و غریب دارند .

۳- نوع پ سود و پسیکو پاتیک یا کژخوی کاذب .

این گروه معمولاً از لحاظ بلوغ روانی به درجه بالاتری میرسند ، اما رفتار و کردار آنها نابهنجار و تقریباً شبیه کژخویان است ، این دسته را کژخویان ضد اجتماع نامیده‌اند زیرا از اجتماع روی گردانیده ، قوانین و مقررات جاری آنرا محترم نمی‌شمردند و اغلب سوابقی از قبیل شرارت ، بزهکاری و ناسازگاری دارند . سازش اجتماعی آنها کاملاً مختل است و لجبازی ، فرار ، خرابکاری و حتی آزار افراد خانواده از کارهای معمولی آنها بحساب می‌آید . این رفتارهای ناجور و ضد اجتماعی در حقیقت ناشی از احساس‌های درونی این اطفال است ، چه این کودکان خود را از محیط جدا دانسته و نسبت به آن احساس بیگانگی می‌کنند .

این موضوع نیز خود معلول سردی عاطفی حاکم بر محیط رشد اولیه کودک است که در نتیجه کودک احساس می‌کند هیچکس او را درک نمی‌نماید و به این ترتیب نوعی احساس ستم‌دیدگی در وی پدیدار میگردد - احساسی که بناگهان تخلیه شده موجب اعمال و کردارهای اجباری و وسواس آمیز و حتی خطرناک میشود .

« بندر » موارد زیادی را بحساب اسکیزوفرنی کودکان گزارش داده است که سایر مؤلفین بسیاری از آن حالات را بحساب اسکیزوفرنی نمی‌گذارند . البته باید توجه داشت که دامنه اسکیزوفرنی کودکان را نمیتوان به حالات معین و مشخصی محدود نمود . زیرا چه بسیارند کودکان مبتلا به اسکیزوفرنی که با تشخیص‌های نقیصه عقلی و آنفالوپاتی از درمانهای ممکنه محروم مانده و یا آنکه برعکس با تشخیص تو مور مغز تحت عمل جراحی قرار گرفته‌اند . نکته عملی آنکه تشخیص اسکیزوفرنی اطفال خالی از اشکال نیست و تظاهرات ناجور و عجیب و غریب این

از مطالعه و بررسی نظریات مختلف میتوان استنباط نمود که اکنون نیز که دهه هفتم قرن بیستم را پشت سر می‌گذاریم و شاهد مطالعات و بررسی‌های ممتدی مخصوصاً در زمینه سبب شناسی می‌باشیم موضوع آنطور که باید و شاید روشن نشده است.

چنانکه ملاحظه میشود مطالعات « بندر » در باره اسکیزوفرنی و نظریه وی مبنی بر تأخیر بلوغ « نوروفیزولوژیک » با ارزش است. اما از آنجا که هیچیک از نظریات علمی را نباید بطور يك جانبه وقسطح تفسیر نمود، ترجیح میدهم که « تداخل علل »، عوامل بدنی و محیطی را در پیدایش و همچنین در جریان درمان طرح‌های رفتاری اسکیزوفرنیک کودکان موثر بدانیم. چه در حقیقت ناتوانی کودک مبتلا به اسکیزوفرنی در برقرار کردن روابط معنی داری با مردم ناشی از ظرفیت محدود وی در برخورد با موقعیت‌ها و تحریکات جدید است و درمان باید بر اساس تغییر خواسته‌ها بقسمی پی ریزی شود، که کودک بتواند ظرفیت سازشی بیشتری پیدا کرده، رفتارهای مورد قبول اجتماع را در خود توسعه دهد.

در اینجا بشرح حال يك مورد از سه مورد بیماری که در بخش يك روانی بیمارستان روزبه تحت مطالعه قرار گرفته و انگیزه‌ای برای نگارش این مطالب بوده است می‌پردازیم:

د. م. پسر ۱۱ ساله‌ای نسبتاً باهوش است که تا یکسال قبل بخوبی رشد نموده و کلاس پنجم ابتدائی را بانمرات بسیار خوب پایان رسانیده است.

این بیمار در تاریخ هفتم شهریورماه ۱۳۴۷ توسط مادرش به بخش يك روانی بیمارستان روزبه مراجعه داده شد. مادرش زنی وسواسی بود وضمن تشریح حالات غیرعادی فرزندش مرتباً تکرار میکرد « فکر میکنم آقای دکتر این حالات بچه ناشی از سخت‌گیری‌ها و کمال جوئی‌هایی باشد که من و پدرش درباره وی روا داشته‌ایم. آخر ما خیلی درباره این بچه سخت‌گیری نموده‌ایم و شاید توقع مافوق توانائی او بوده است » علت مراجعه دادن بیمار به بیمارستان آن بود که ازدوسه ماه قبل متوجه حرکات ناجور و عجیبی در دست و پهای راست کودک شده بودند که در حین راه رفتن شدت پیدا میکرد.

این حرکات بطرز خاصی صورت می‌گرفت که در وهله اول بنظر می‌آمد که بیمار دچار پارزی طرف راست بدن می‌باشد. با وجود این بیمار و حتی پدر وی به این کیفیت کوچکترین توجهی نداشتند و بکلی آنرا انکار می‌کردند. بررسی کاملی که از وضع روانی بیمار بعمل آمد از نشانه‌هایی مانند میل به تنهائی، گوشه‌گیری و قطع تدریجی روابط عاطفی کودک با محیط، مختصری اختلال جریان فکر، توهمات شنوایی بصورت صداهائی که گاه به بیمار دستوراتی میداد پرده برداشت. امتحانات عصبی و رادیوگرافی جمجمه و الکترو آنسفالوگرافی همه طبیعی بود. کودک با تشخیص اسکیزوفرنی تحت درمان قرار گرفت و پس از مدت زمانی کوتاه علائم بنحو قابل توجهی تخفیف یافت ولی با وجود تذکراتی که به پدر و مادرش داده شده بود، این بهبودی سبب قطع ارتباط درمانی ما با بیمار شد و متأسفانه همانطور که پیش‌بینی میشد در حدود یک ماه پیش‌حملهٔ مجدد بیماری با شدتی بیشتر آغاز و علائم بیماری با وضوح هرچه تمامتر ظاهر گردید با آنکه فعلاً با معالجه مجدد نشانه‌های بیماری توسط داروهای شیمیائی کنترل گردیده و بصیرت بیمار تا حدود زیادی تقویت شده اما بعلت عدم همکاری والدین در اصلاح محیط و پی‌گیری درمانهای روانی و شیمیائی پیش‌آگهی باقید احتیاط تلقی میشود.

خلاصه

نشانه‌های بالینی اسکیزوفرونی اطفال به سن شروع بیماری بستگی کامل دارد، چه هر اندازه سن کودک بیشتر باشد علائم بیماری با آنچه در بزرگسالان مشاهده میشود شبیه‌تر است. در سنین پائین محتوی و تنوع نشانه‌ها محدودتر است. توسعه ارتباطهای لفظی یکی از نتایج بلوغ و تکامل هوش است و بی‌شک کودکان برای بیان احساس‌های خود آمادگی کافی ندارند. تظاهرات بالینی اسکیزوفرونی اطفال زودگذر، غیر ثابت و بندرت آشکار است. اخیراً عده‌ای از مؤلفین روسی و آمریکائی برای این بیماری دوشکل بالینی یکی شروع حاد و دیگری با شروع پنهانی عنوان کرده‌اند. خانم « بندر » که مدتهاست در زمینه اسکیزوفرونی اطفال کار میکند عقیده دارد که اسکیزوفرونی اطفال همیشه بمعنی پسیکوز نمی‌باشد. نامبرده برای این بیماری سه شکل بالینی گزارش داده است:

REFERENCES

- 1 - Bender, L., Am-J. Pathopsychiat, **17**:40 - 50, 1947.
- 2 - Bender, L. Psychiat. Quart. 1953, **27**: 66 - 681, 1993
Bender, L'Am-J. Psychiat, **110**. 855 - 356, 1924
- 3 - Bender, L. International Journal of Psychiat, **15**:
211 - 219, 1968.
- 4 - Blumenfeld, S. Anales Medico - Psychologique **4**:
497 - 504, 1967.
- 5 - Braely, C. and Bowen, M. Psychiat. Quart, **35**. 266-
315, 1941
- 6 - Brice, P., British Journal of Psychiat., **89**: 1325 -
1335, 1968
- 7 - Clmens Benda, International Journal of Psychiat, **33**:
220 - 221, 1968
- 8 - De Sanctis, S., Neuropsychiatria Infantile, 1925,
Stoch, Rome, 623 - 666
- 9 - Despert, L., Psychiat. Quart, **12**: 366 - 371, 1938
- 10 - Friedman, S. W. Bull. Menninger Cli., **14**: 41 - 51,
1954
- 11 - Kanner, Am. J. Orthopsychiat., **24**: 528 - 58 , 1954
- 12 - Potter, H. W. Am. J. Psychiat, **89**: 125 - 1933