روانپزشک
خبرنامه داخلی انجمن علمی روانپزشکان استان اصفهان
دو فصلنامه بهار و تابستان/ ۱۳۹۴

در شبستان جهان عمر گرانمایه گذشت
هر چه در خواب نشد صرف به افسانه گذشت
ما به عشرت ایام کهنسالی شد
آنچه از عمر به بازیچه طفلانه گذشت

صائب تبریزی

این نشریه به طور رایگان برای جامعه روانپزشکی کشور ارسال می گردد.
شماره دریافت پیامک های شما: ۷۳۳۷- ۳۱۹- ۰۹۳۹
آدرس جدیدخبرنامه: اصفهان، بلوار ارغوانیه، بیمارستان فارابی، دفتر انجمن روانپزشکان اصفهان
پست الکترونیک: ravan.pezeshky@gmail.com
وب سایت: www.isf-psychiatrist.com
تلفن انجمن اصفهان: ۰۹۱۳-۰۷۵-۸۵۳۰

انجمن علمی روانپزشکان ایران
شاخه اصفهان

هیأت مدیره انجمن علمی روانپزشکان شاخه اصفهان
رئیس: دکتر مرتضی واعظی
نایب رئیس: دکتر صفا مقصودلو
دبیر انجمن: دکتر علی عباسعلی زاده
خزانه دار: دکتر غلامرضا بارانی
عضو هیئت مدیره: دکتر آزاده ملکیان
بازرس: دکتر فرزانه رجایی
اعضاء علی البدل: دکتر فریدون یداله مقدم، دکتر حمید محمد بیگی
مدیر اجرایی و امور آگهی ها:
مهندس مجید مختاری(آوای سلامت) / ۷۳۳۷- ۳۱۹- ۰۹۱۳
گرافیک: (گروه هنری سارنگ) محمد علی خوشکام، سحر محمدیان
مسئول وبسایت انجمن: دکتر مسعود ازهر

با تشکر از همکاران این شماره:
دکتر سعید سمندری، دکتر سید مرتضی واعظی، دکتر صفا مقصودلو، دکتر علی عباسعلی زاده، دکتر مسعود ازهر، دکتر حمید محمد بیگی، دکتر آرش ناهید، دکتر ترانه تقوی، دکتر مینو هاشمی، دکتر مژگان امانت کار، دکتر ناهید گرامیان، دکتر الهام نصر اصفهانی، فاطمه سادات ناجی، فایزه ضیایی، دکتر فاطمه رجبی، دکتر فریبا حسنی، دکتر فاطمه جبلی، دکتر زهرا یوسفیان، دکتر مجید زمانی، دکتر علی مولایی، دکتر فریبا فغانی، دکتر علی رضا قادری، دکتر محمد حسن افلاکیان.

▪ جامعه روانپزشکی حیطه وسیعی را شامل می شود؛ کسانی که خود را عضو آن می دانند بدانند که خبرنامه مشتاق هرگونه مشارکت ایشان است.
▪ برای انتقادات، پیشنهادات، خاطرات، نظرات و نوشته های شما همیشه جایی در خبرنامه وجود دارد.

فهرست:

مرگ حق است ۲
آیا به تربیت تعداد بیشتری از روانپزشکان نیاز هست؟ ۳
اخبار ٤
مصاحبه ۵
معرفی موسسه خیریه امداد سالمندان نجف آباد ۷
گفتگویی کوتاه با حاج محمد حق پرستی ۱۰
گزارشی از شرکت در هفدهمین کنفرانس بین المللی سالیانه اختلال دوقطبی ۱۱
صدای نفسهایش ۱۲
درمانگاه حافظه ۱٤
نقش فراموش شده فرهنگ در روانپزشکی ۱٦
اختلالات شناختی و بیماری های اولیه روانپزشکی، چالش های تشخیصی ۱۷
تاثیر مثبت ممانتین در بهبود مشکلات شناختی و علائم منفی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا ۲۱
اختلال شناختی و علائم روانپزشکی در بیمار با آسیب ناشی از ترومای مغزی ۲٤
پزشک و مراقبت بیمار مبتلا به آلزایمر ۲۷
مرگ اختیاری سفری از ذهنیت تا حقیقت ۲۹
خاطرات یک روانپزشک ۳۰
گزارش فعالیت های واحد سلامت روان ۳۱
دلایل تمایل نداشتن روان شناسان به کار با سالمندان و ضرورت آن ۳۲
«آشیانه خالی» آشفتگی و سردرگمی در میانسالی ۳٦
نگاهی به ترجمه ECT ۳۹
آیا من برای تکنولوژی خیلی پیرم؟ ٤۰
معرفی بیمار با اختلالات رفتاری و مشکلات شناختی ٤۲
کشمکش های درونی روزگار کهنسالی ٤٤
معرفی کتاب ٤۸

دکتر علی عباسعلی زاده
روانپزشک و مسئول خبرنامه

مرگ حق است

مرگ بخشی از زندگی است . زندگی آدمها بعد از مرگ با آثار آنها ادامه می یابد و با این ترتیب مرگ مطلق وجود ندارد . چگونه می توان باور کرد که حافظ ، ادیسون و یا فروید با این همه تاثیر که در زندگی هر روزه ما دارند دیگر در میان ما نیستند ؟ بقول شاعر :

سعدیا مرد نکو نام نمیرد هرگز مرده آنست که نامش به نکویی نبرند .

در ادبیات مردمی می گویند «مرگ حق است » ، اگرچه نسبت به چگونه مردن نگرانی جدی دارند .

در سیر رشد در کودکی با بازی و نشاط و بهره مند از حمایت همه جانبه خانواده بتدریج از نظر فیزیکی و هیجانی به استقلال و فردیت می رسیم ، در نوجوانی در عین بازیگوشی وبا کشمکش های درون بالاخره به هویت می رسیم ، در جوانی کار می کنیم و عشق می ورزیم و از سلامت و کفایت خود لذت می بریم ، در میانسالی از مهارت و تجربیات خود استفاده می کنیم و از اینکه می توانیم به سهم خود نقش سازنده ای در جامعه داشته باشیم خدا را شاکر و خود مشعوف می شویم . پس از آن پیری فرا می رسد ، زمانیکه علی القاعده باید احساس اغنا و رضایت داشته باشیم . در این سن و سال آدمی احساس می کند که «خیلی چیز ها دیده است ، سفر ها کرده است ، غم و شادی های فراوان دیده است » . با متانت رفتار می کند و بتدریج احساس می کند که اگرچه نه از زندگی سیر شده است اما دیگر « آرزو به دل هم نیست « . او اینک با سر افرازی و رضایت می گوید « آسیاب به نوبت ، ما سهم خود را از زندگی و دنیا گرفتیم ، انشاله که آیندگان شاد و سلامت باشند « . وصیت خود را می نویسد ، به امور خیریه در زندگی خانوادگی ، فامیلی و اجتماعی می پردازد و برای آنچه که از مال دنیا دارد و از او میماند برنامه ریزی می کند . با خونسردی و وارستگی تا آنجا که در توان دارد با متانت و صبوری تجربه خود را در اختیار دیگران می گذارد و از کار مفیدی که هنوز در توان اوست و هستی خویش لذت می برد .با درایت و خوشرویی و با استفاده از همه خدمات بهداشتی و درمانی با انواع بیماریهای فرساینده مواجهه و مقابله می کند واگرچه « برای رفتن به دیار باقی « نمی شتابد اما خود را برای دل کندن از دنیا آماده می کند و برای بازماندگان و آیندگان دعای خیر می کند .

اما اگر خدای ناکرده آدمی مراحل مختلف زندگی را با ناکامی ها و حسرتها گذرانده باشد ، در کهنسالی با احساس ضعف ، ناتوانی و افسردگی ، و نا امید از اینکه دیگر فرصتی و توانی برای برآوردن آرزوها و اهدافش نمانده است کماکان و با تلاشی نا فرجام علی رغم وجود انواع بیماریهای فرساینده که هشدار « رفتن « می دهند برای عمر بیشتر برنامه ریزی می کند و در عمل و رفتار و نا خودآگاهانه منکر مرگ می شود . استاد همایی عزیز در وصف آنان چه زیبا گفته است :

جز وهم خیال پرورم نیست می میرم و مرگ باورم نیست

دکتر مرتضی واعظی
رئیس انجمن روانپزشکان شاخه اصفهان

آیا به تربیت تعداد بیشتری از روانپزشکان نیاز هست؟

چندین سال قبل در یکی از همایش های سالیانه انجمن علمی روانپزشکان ایران بحثی در حاشیه همایش وجود داشت مبنی بر اینکه آیا نیاز است تعداد رزیدنت های روانپزشکی افزایش پیدا کند؟! روانپزشکان جوان این نیاز را ضروری نمی دانستند. همکاری می گفت: در جامعه ایرانی با توجه به وجود درصد بالای بیماران روانپزشکی تا سال ها نیاز به تربیت روانپزشکان وجود دارد. اگر نگاهی گذرا به شهر های درجه ۲ استان ها بیندازیم مشاهده می کنیم که بسیاری از این شهر ها فاقد روانپزشک هست. حتماً با من هم عقیده هستید که متأسفانه به علت عدم آگاهی ، قشر عظیمی از جامعه وقتی مشکل روانپزشکی برای آن ها بروز می کند تصور می کنند که مغزشان دچار اشکال است. بنابراین خیل عظیمی از بیماران روان پزشکی توسط متخصصین دیگر ویزیت می شوند. گفته شده که ۷۰ درصد بیماران نورولوژیست ها را بیماران روانپزشکی تشکیل می دهند. بعد از انقلاب چنان تعداد روانپزشکان کم بود که اکثر استان ها فاقد بخش های روانپزشکی بودند. به یاد دارم که پس از انقلاب بیمارستان فارابی اصفهان پذیرای بیمارانی از شهرکرد، کاشان، یزد، کرمان، خرم آباد و حتی خوزستان بود. همایشی در یزد برگزار شد و موقعیتی پیش آمد که با مدیر عامل بهداری ملاقاتی داشتم و به ایشان گفتم چرا بخش روانپزشکی دایر نمی کنید؟! جواب داد: یک روانپزشک بیاید یزد، فردای آن روز بخش روانپزشکی را راه اندازی خواهم نمود.

امروز که ۳۳ سال از آن روز می گذرد با فارغ التحصیل شدن رزیدنت های روانپزشکی تمام شهر هایی که ذکر نمودم دارای بخش های روانپزشکی هستند. همکار محترمی که در زادگاهش شروع به کار نمود در شهری که جمعیت زیادی نداشته و فاصله کوتاهی تا اصفهان دارد بخش روانپزشکی راه اندازی نموده است. بنابراین اگر گسترش در روانپزشکی بوجود آمد حاصل تربیت روانپزشکان جوان می باشد که عاشق تحول هستند و با وجودآن هاست که آرام آرام فرهنگ جامعه عوض خواهد شد. زمانی خواهد رسید که دیگر ترس از اَنگ خوردن برای بیماران روانپزشکی وجود نخواهد داشت و درمانشان را روانپزشکان انجام خواهند داد. آن وقت متوجه خواهیم شد که باز هم به تربیت بیشتر روانپزشک نیاز داریم.

اخبار

دکتر غلامرضا بارانی، متخصص روانپزشکی از سال ۱۳۸۱ ریاست بیمارستان فارابی را که عمدتاً یک بیمارستان روانپزشکی شناخته می شود، عهده دار بوده اند. بر هیچکس پوشیده نیست که در زمان ریاست ایشان بخش های روانپزشکی تا چه حد گسترش یافت و نوسازی شد و کیفیت خدمت رسانی به بیماران به چه میزان ارتقاء یافت.

در تاریخ ۹۴/۴/۲۲ به صلاحدید معاونت محترم درمان و ریاست محترم دانشگاه علوم پزشکی اصفهان ریاست این بیمارستان به جناب آقای دکتر سید مجتبی طلایی واگذار گردید و جناب آقای دکتر بارانی به سمت نماینده ریاست محترم دانشگاه در شورای هماهنگی مبارزه با مواد مخدر استان اصفهان منصوب گردیدند.

جامعه روانپزشکان اصفهان خدمات ارزنده ایشان را ارج می نهند و برایشان آرزوی سلامتی و موفقیت روز افزون دارند.

روز پنجشنبه هفدهم اردیبهشت ۹۴ نخستین برنامه بازآموزی امسال برای روانپزشکان در هتل آسمان اصفهان برگزار شد.

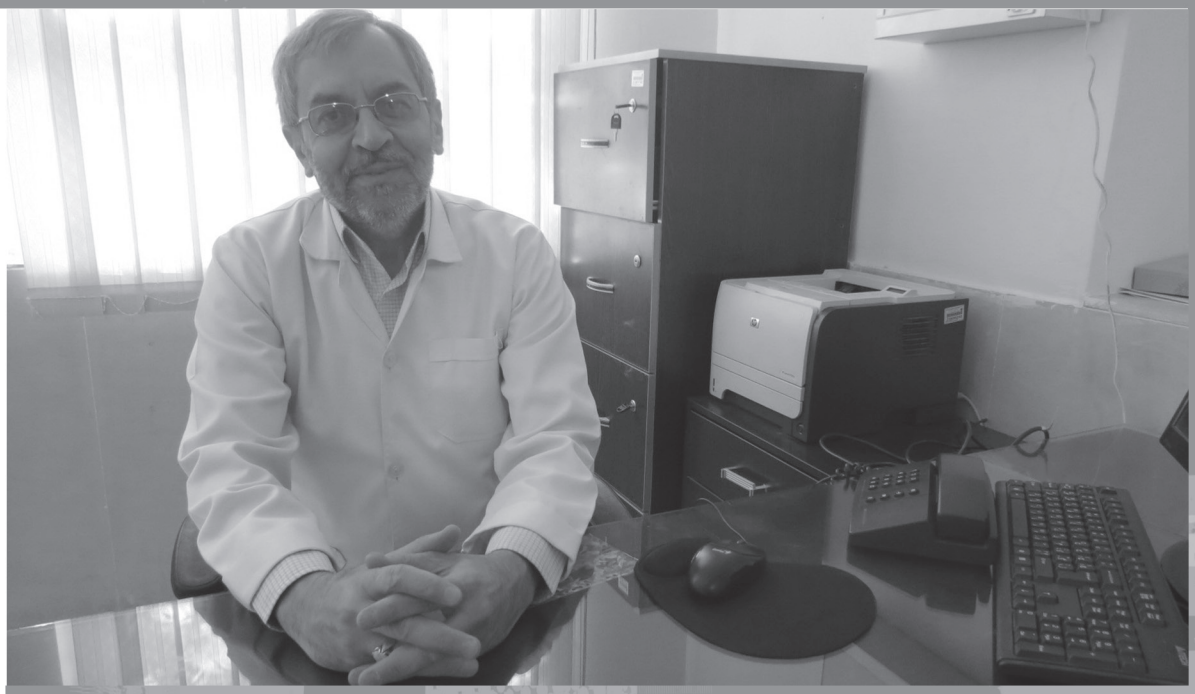
عنوان برنامه تازه های اختلال دوقطبی بود. ابتدا سرکار خانم دکتر رجبی به تاریخچه بای پولار در یک قرن اخیر اشاره کردند و سپس جناب آقای دکتر شعربافچی با مطرح کردن یک مورد به بررسی مرزهای تشخیصی بین اختلال شخصیت مرزی و اختلال دو قطبی پرداختند. پس از آن جناب آقای دکتر رنجکش آلگوریتمهای درمانی در اپی زودهای مختلف اختلال دو قطبی را مطرح کردند. جناب آقای دکتر برکتین آخرین سخنران قبل از پذیرایی بودند که فراز و فرود های تشخیصی و درمانی طیف اختلال دو قطبی را شرح دادند. بعد ازپذ یرایی سرکار خانم دکتر میانجی که از دانشگاه مک گیل کانادا مهمان انجمن بودند به جایگاه فرهنگ در ارزیابی طیف اختلالات دو قطبی پرداختند.

این برنامه که توسط شرکت کوبل دارو حمایت می شد با پذیرایی ناهار از مدعوین پایان یافت.

قابل توجه همکاران روانپزشک در سر تاسر کشور: بدینوسیله به اطلاع می رساند، انجمن روان پزشکان اصفهان در نظر دارد از ابتدای سال ۱۳۹۵ دوره های فلوشیپ روان پزشکی سالمندی را برای اولین بار در کشور به سرپرستی ونظارت آقای دکتر سعید سمندری فلوشیپ روانپزشکی سالمندان برگزار نماید.

همکاران گرامی علاقمند برای فلوشیپ روانپزشکی می توانند برای کسب اطلاعات بیشتر با بیمارستان شهید آیت اله مدرس اصفهان از طریق تلفن ۰۳۱۴۲۲۳۳۳۳۶ و ۶-۰۳۱۴۲۲۳۲۰۸۵ با خانم شکوفه عظیمی تماس حاصل فرمایند.

بیمارستان شهید مدرس اقدام به تأسیس بخش روان پزشکی سالمندان مستقل نموده است که آخرین کارهای آماده سازی در شرف پایان است. بخش فوق از ابتدای تیرماه ۱۳۹۴ پذیرای سالمندان مبتلا به اختلالات روان پزشکی خواهد بود. این بخش که آموزشی خواهد شد، در ارتقاء دانش روان پزشکی وبهداشت روانی سالمندان تأثیر مثبتی خواهد داشت و از معدود بخش های روان پزشکی سالمندی در ایران خواهد بود.



مصاحبه

مصاحبه با آقای دکتر سعید سمندری فلوشیپ روان پزشکی سالمندان و مسئول آموزش روان پزشکی سالمندان در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

۱.آقای دکتر لطفاً سوابق تحصیلاتی خود را بیان کنید؟

در سال ۱۳۸۵ میلادی در دانشکده پزشکی دانشگاه دولتی بوئنوس آیرس کشور آرژانتین پذیرفته شدم و درسال ۱۳۹۲ دوره پزشکی عمومی را در آن دانشگاه به اتمام رساندم . پس از بازگشت به ایران وانجام تعهدات قانونی در امتحانات ورودی دستیاری ، رشته روان پزشکی را انتخاب و در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان دوره تخصصی را آغاز کردم . در سال ۱۳۷۷ دوره تخصصی روان پزشکی را با احراز رتبه اول امتحانات بورد تخصصی به پایان برده وبه عنوان روان پزشک مشغول به کار شدم . پس از چند سال کار روان پزشکی تصمیم به ادامه تحصیل وکسب تجربه در روان پزشکی سالمندی گرفتم . درسال ۲۰۰۶ میلادی در دانشگاه استرالیای غربی و در مرکز مطالعات سالمندی و نوروساینس آن دانشگاه ، تحت نظارت آقای پروفسور المیدا دوره فلوشیپ روان پزشکی سالمندی را آغاز و با اتمام این دوره به ایران برگشتم .

۲.کار آموزش در زمینه روان پزشکی سالمندی را از چه سالی در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان آغاز کردید و فعالیت های خود را در این بخش توضیح دهید ؟

از سال ۲۰۰۶ میلادی کار آموزش روان پزشکی سالمندی را در بیمارستان خورشید با دستیاران روان پزشکی آغاز کردم . در ابتدا فعالیت های ما اساساً کار در درمانگاه روان پزشکی سالمندی بود ولی در سال های بعد کار آموزش بالینی روان پزشکی سالمندی در بیمارستان مدرس به آن افزوده شد . از دیگر فعالیت های ما راه اندازی درمانگاه حافظه بود . در حال حاضر برنامه های آموزشی در این بخش برای دستیاران روان پزشکی از سال دوم دوره تخصصی آغاز می شود .برای هر یک از دستیاران حداقل دو ماه در سال های دوم وسوم دستیاری به فراگیری آموزش بالینی روان پزشکی سالمندی در بیمارستان های خورشید ومدرس اختصاص یافته است . هم چنین درمانگاه های روان پزشکی سالمندی وحافظه نیز آموزشی بوده و دستیاران به کسب دانش وتجربه لازم در این بخش ها می پردازند .

۳.چه برنامه های آموزشی و پژوهشی برای آینده در نظر گرفته اید؟

با توجه به نیاز مبرم جامعه به روان پزشکی سالمندی ، راه اندازی دوره های فلوشیپ روانپزشکی سالمندی در اولویت های برنامه ما قرار دارد. البته این دوره را به شکل غیر رسمی از اوایل سال جاری آغاز کرده ایم . یکی از همکاران روان پزشک علاقه مند ،کار در این زمینه را با گروه ما آغاز کرده است . به تازگی فعالیت های پژوهشی در زمینه سلامت روان سالمندان را نیز آغاز کرده

ایم و سال گذشته اولین مقاله مشترک ما با همکاران متخصص قلب وعروق به چاپ رسید .

٤.در مورد راه اندازی دوره های فلوشیپ روان پزشکی سالمندی اطلاعات بیشتری ارایه کنید ؟

همانطور که گفتم از اولویت های حال حاضر جامعه روان پزشکی دایر نمودن دوره های فلوشیپ روان پزشکی سالمندی در ایران است . در گفت وگویی که با مسئولان انجمن روان پزشکی اصفهان داشتیم مقرر گردید دوره فلوشیپ روان پزشکی سالمندی با نظارت انجمن وبرای اولین بار در ایران در بیمارستان شهید مدرس راه اندازی شود .

٥.آیا با سایر روان پزشکان در حیطه روانپزشکی سالمندی در ایران تماس وهمکاری دارید ؟

بر اساس آخرین اطلاعاتی که دارم جمع روان پزشکان این حیطه در ایران از تعداد انگشتان یک دست افزون نیست . متأسفانه ارتباط ما با همکارانمان در سایر دانشگاه های علوم پزشکی رضایت بخش نیست و ما از هم اکنون دست آن ها را می فشاریم وآماده ایم تا تجربیات نزدیک به یک دهه کار دراین زمینه را در اختیار آن ها قرار دهیم و از دانش وتجربه ارزنده آن ها نیز استفاده کنیم .

٦.آیا تألیفاتی در زمینه روان پزشکی سالمندی دارید ؟

کتاب روان پزشکی سالمندی که جلد اول آن در سال ۱۳۹۳ منتشر شده ، اولین کتاب در این زمینه به زبان فارسی است . این کتاب مرجع ارزنده ای برای تمامی افرادی است که با سالمندان کار می کنند اعم از روان پزشک، متخصص اعصاب ، پزشکان سالمند ، روان شناس وحتی مددکاران اجتماعی . در حال نوشتن جلد دوم کتاب هستم . امیدوارم در سال های آینده بتوانیم از آن استفاده کنیم . دو کتاب دیگر نیز در دست تهیه داریم که امید است در طول یک سال آماده شود . کتابی تحت عنوان راهنمای خانواده ها ومراقبین بیماران آلزایمر و کتابی نیز برای پزشکان عمومی وخانواده در زمینه آموزش بالینی دمانس وآلزایمر در حال آماده شدن است .

٧.در پایان اگر مطلب دیگری دارید بفرمائید ؟

جامعه ایران به سرعت رو به طرف سالمندی دارد. بهداشت جسمی و روانی سالمندان قابل تفکیک از یکدیگر نیست . همانگونه که مسئولان وزارت بهداشت وعلوم با دایر کردن دوره های تخصصی طب سالمندی وسایر رشته های مرتبط ، گام های بزرگی رابرای ارتقاء سلامت وبهداشت جامعه سالمندی برداشته اند ، بجاست با تقویت بخش های روان پزشکی سالمندی وتربیت نیروی تخصصی لازم بهداشت روان سالمندان را ارتقاء بخشند .روشن است بذرهایی که با نیت خدمت به مردم پاشیده شوند ، دیر یا زود به بار خواهند نشست واز ثمره آن همگان بهره مند خواهند گردید. با آرزوی روزهایی بهتر وتوأم با موفقیت بیشتر برای جامعه پزشکی وروان پزشکی .

با سپاس از آقای دکتر محمد حسن افلاکیان و همکاران

معرفی موسسه خیریه امداد سالمندان نجف آباد

موسسه خیریه امداد سالمندان نجف آباد از سال ۱۳۸٤ با مجوز رسمی از سازمان بهزیستی به صورت هیات امنایی آغاز به کار نمود و در حال حاضر با ظرفیت ٤٥ تخت مشغول به خدمت رسانی به سالمندان می باشد .

هدف از تاسیس این مجموعه نگهداری شبانه، مراقبت و ارایه خدمات توانبخشی به سالمندان است .

همچنین تعداد ۵۰ سالمند هم در منازل خود تحت پوشش خدمات مراقبتی و درمانی این موسسه هستند . در این موسسه تعداد ٤٤ پرسنل شامل : پزشک متخصص و عمومی ،پرستار ،روانشناس، مددکار، کاردرمان گر ،فیزیوتراپیست ،مادریار ،کارکنان اداری –خدماتی –راننده و آشپز مشغول انجام وظیفه می باشند.

عمده فعالیت های مؤسسه به شرح زیر می باشد :

۱–مراقبت و نگهداری سالمندان
۲–مشاوره و مددکاری و کار درمانی
۳–امور اداری و مالی موسسه
٤–امور فرهنگی
۵–خدمات و نقلیه
٦–تغذیه
۷–درمان و خدمات پرستاری
۸–امور مشارکت ها
۹–امور نیکوکاری
۱۰– سایر فعالیت ها

۱–مراقبت و نگهداری :

ظرفیت فعلی مؤسسه ٤٥ تخت می باشد.در حال حاضر تمامی تخت ها پر بوده وتعداد ۵۱ نفر بستری و تعداد زیادی هم در نوبت بستری می باشند.سالمندان بستری شده در سه گروه A و B و C تقسیم شده اند:

A: غیر وابسته به تخت
B: نیاز مند به کمک
C: وابسته به تخت

امور نگهداری و مراقبت و مساعدت سالمند توسط مادر یاران انجام می شود.

۲–مشاوره و مددکاری و کاردرمانی :

انجام تست های روانشناسی از سالمندان، مشاوره ، تشکیل پرونده روانشناسی ، مشاوره خانواده سالمند و پرسنل، تهیه گزارش مددکاری سالمندان و ارتباط با خانواده های ایشان، اقدامات مددکاری فردی و گروهی، ارتباط با بهزیستی جهت تهیه وسایل توانبخشی مورد نیاز و ... تقویت و باز توانی قوای ذهنی –جسمی سالمندان با تجهیزات کمک آموزشی مانند پازل سالمندی،لوگو،هنرهای دستی و ورزش سالمندان همراه با حرکات ویژه ی بازتوانی جسمی سالمند.

۳-اداری و مالی :

کلیه امور مربوط به عقد قرارداد با پرسنل، پذیرش - تشکیل پرونده و یا ترخیص سالمند،حقوق پرسنل،تنظیم ساعت کار و شیفت ها و کلیه ی امور بانکی و حسابداری و حسابرسی اموال و انبار و ...

٤-واحد فرهنگی:

معرفی مؤسسه ، تهیه و آرشیو فیلم و عکس و پوستر و ... تهیه ی کتاب و جزوه و مستندات فرهنگی با موضوع سالمندان، برگزاری نمایشگاه های فرهنگی و هنری، برگزاری مسابقات و ... با هدف ارتقاء سطح دانش عمومی جامعه نسبت به دوران سالمندی و تکریم این بخش از اجتماع و ایجاد پل ارتباطی بین نسل حاضر و نسل های گذشته .

٥-خدمات و نقلیه

٦-تغذیه

۷-واحد درمانی

مجموعه توسط ۳ پزشک عمومی و ۵ پرستار و ۱ فیزیوتراپیست به طور شیفتی و یا آن کال اداره می شود.

۸-مشارکت ها:

از آنجا که این مؤسسه خیریه می باشد جذب کمک های مردمی و خیرین رکن اساسی تهیه و تأمین بخش مالی است که به کمک راهکارهایی مانند: فیش های اهدایی - قلک - دفترچه های کمک مالی - تشکیل کارت ویژه خیرین و ... اقدام به جذب نذورات و کمک های مردمی می نماید.

۹-گروه نیکوکاران کوثر:

از آنجا که انجام کلیه فعالیت های ذکر شده در بالا نیاز به مجموعه ای وسیع دارد بخشی از این فعالیت ها به کمک گروه نیکوکاران کوثر انجام می شود.این گروه که بالغ بر ۳۰۰ نفر عضو دارد به طور مستقیم و یا غیر مستقیم با مؤسسه همکاری دارند.

برخی از فعالیت ها عبارتند از:

-برگزاری نمایشگاه های اقتصادی-فرهنگی به نفع سالمندان

-هدفمند کردن نذورات و هدایای مردمی

-برگزاری اردوهای ویژه سالمندان بصورت هفتگی

-برگزاری جلسات آموزشی ویژه عموم مردم و علاقه مندان به همکاری با مؤسسه.

-برگزاری جشن ها و مراسم مذهبی و سنتی به مناسبت های گوناگون مانند نوروز- شب چله- عاشورا- ماه رمضان و ...

۱۰-سایر فعالیت ها:

-هوم ویزیت (ویزیت بیماران در منزل) - برخی از سالمندان پس از تشکیل پرونده ، در منازل خود تحت پوشش کمک های درمانی و حمایتی مؤسسه قرار می گیرند.

-واحد ضایعات نخاعی :

تعدادی از مددجویان ضایعه نخاعی توسط بهزیستی به این مؤسسه معرفی می گردند که برخی از خدمات پزشکی،مراقبتی و ... آنها توسط این مؤسسه انجام می شود.

-تهیه کارت طلایی :

کارت طلایی ویژه نیازمندان کم بضاعت و یا بی بضاعت و معرفی آنها به مراکز درمانی و پزشکی جهت انجام امور با تخفیف ویژه.

-جذب و هدایت نذورات و هدایا و یا کمک های خیرین به نیازمندان سطح شهر.

-برگزاری اردوهای آموزشی و زیارتی و تفریحی ویژه پرسنل،مددجویان و سالمندان.

و اما دو طرح عمده و بزرگ در دست اجرای این موسسه

۱۱: دهکده سالمندان

بنا بود با خرید ۱۰۰/۰۰۰ متر مربع زمین از دولت اقدام به ساخت منحصر به فردترین دهکده نگهداری سالمندان بشود . مراحل تصویب و خرید زمین از

دولت با چالشهای بسیاری مواجه شد و چند سال در بلاتکلیفی و مراحل اداری به تاخیر افتاد و انجام نپذیرفت تا اینکه در نهایت در سال ۱۳۹۱ این موسسه با یاری و همت خیر نیک اندیش حاج آقا محمود حق پرستی ، یکی از خیرین والا و ارجمند شهرستان، مقدار ۳۰۰۰۰ متر مربع زمین، در ۸ کیلو متری غرب شهرستان ، خریداری گردید (مقدار ۱۷۰۰۰ متر مربع از زمین فوق به هزینه شخصی ایشان و بقیه به هزینه ی موسسه خریداری گردید) .

سپس حاج آقا حق پرستی دست بکار ساخت فاز اول دهکده شدند که تا این لحظه (خرداد ۹٤) بیش از ۱۰۰۰۰ متر مربع زیر بنا در سه طبقه ، فوندانسیون ، دیوار کشی ، سقف ریزی انجام شده و یک طبقه از آن در مرحله ی نازک کاری است .ایشان بر آن است فازاول این مجموعه را تا مهر ماه ۱۳۹٤ افتتاح نماید . درفاز اول این مجموعه نگهداری از تعداد بیش از ۳۰۰ نفر سالمند پیش بینی گردیده که علاوه بر نگهداری شبانه روزی از سایر خدماتی مانند امور درمانی ، توانبخشی ، تفریحی ، آموزشی و غیره برخوردار خواهند شد .

موسسه خیریه امداد سالمندان ضمن سپاسگزاری فراوان از حاج آقا حق پرستی که سهم مهمی در شروع و راه اندازی این دهکده داشته و دارند ، بر آن است که در فازهای بعدی این مجموعه عظیم را گسترش داده وعلاوه بر نگهداری شبانه روزی سالمندان ، فضاهایی مانند پانسیون های شخصی ، هتل ، بازار چه ، مزرعه ، کتابخانه ، سالن چند منظوره ، باشگاه ورزشی و .... را جهت بازپروری روحی و توانبخشی جسمانی سالمندان به مجموعه اضافه نماید

۲: مهد سالمندان

همانگونه که آگاه هستید یکی از روشهای مهم نگهداری سالمندان نگهداری روزانه می باشد . برای این منظور بر آن شدیم تا مرکز نگهداری روزانه سالمندان را احداث کنیم تا سالمندان ارجمند بتوانند همه روزه به این مرکز آمده و تا عصر از همه ی خدمات لازمه (درمانی ، توانبخشی ، آموزشی و تفریحی و ...) برخوردار گردیده و نهایتا در پایان روز به آغوش خانواده بازگردند . برای این منظور و با همت خیر گرامی جناب آقای حاج احمد کاظمی مقدار ۱۱۸۰۰ مترمربع زمین به این موسسه اهدا شد وایشان مشغول ساخت و ساز آن گردیدند که تا کنون ۲۰۰۰ متر از آن تا سقف ریزی طبقه دوم انجام و به موسسه اهدا گردید که انشا الله بقیه عملیات ساختمانی آن توسط موسسه ادامه خواهد داشت .

همت والای همه ی خیرخواهان را می ستاییم و دستان بخشنده شان را به گرمی می فشاریم و بر تارک نیک اندیش شان بوسه می زنیم .

گفتگویی کوتاه با حاج محمود حق پرستی

۱ : لطفا خودتان را معرفی بفرمایید

با نام و یاد خدای بزرگ اینجانب محمود حق پرستی نجف آبادی فرزند مرحوم یدالله ، متولد سال ۱۳۲۳ در شهر نجف آباد و ساکن در آن هستم

۲ : حاج آقا چی شد که به فکر تاسیس و ساخت چنین مرکزی افتادید ؟

از آنجایی که بنده خود از ابتدای نوجوانی ، زندگی ام همراه با تلاش و کوشش بوده و شاهد و ناظر زندگی مردم بوده ام و مخصوصا گرفتاری های آنان چه از نظر کار و درآمد و معیشت و یا معضلات فرهنگی و اجتماعی و محدودیت امداد رسانی به این قبیل اقشار را شاهد بوده ام به فکر افتادم که همانند دیگر انسانهای خیّر از توانایی و درآمد خود در راه کمک به مردم استفاده نمایم . و در این راه رضای خداوند مد نظرم بوده است . یکی از کمبودها که در جامعه ما مخصوصا شهرستان نجف آباد احساس می شد مرکز و محلی جهت نگهداری و صیانت از مردان و زنان سالخورده که یار و یاوری ندارند که از آنان نگهداری و حمایت نماید و در تنگنا و سختی ، روزگار سپری می کردند بود که اینجانب در راه تاسیس آن قدم برداشتم و اکنون به نام موسسه خیریه امداد سالمندان شناخته می شود .

۳ : کمی از سایر فعالیتهای نیکوکارانه خود بگویید

تنوع امور خیر و فعالیت های نیکوکارانه زیاد است و افراد خیّر هر کدام در یک یا چند رشته فعالیت دارند . اما بنده معتقد هستم که بهترین کار خیر در درجه اول ایجاد کار و زمینه سازی برای اشتغال مردم بخصوص جوانان می باشد که اولا ایجاد درآمد و پیش گیری از بیکاریست که سرچشمه خیلی از فسادها نظیر دزدی ، اعتیاد و ... طلاق و درگیری و غیره میباشد که بحمدالله در این راستا موفق بوده ایم و موجب اشتغال صدها سرپرست خانوار را فراهم کرده ایم و در زمینه های دیگر امور خیر نظیر احداث مساجد و تکایا ، کمک به بیماران صعب العلاج ، مهمانخانه در مشهد مقدس و غیره نیز اقداماتی شده که نیازی به ذکر ندارد .

٤ : چند وقت است که درگیر این پروژه هستید؟ تا کجا پیش رفته اید ؟ و پایان پروژه چه تاریخی ست ؟

حدود یک سال است که در فکر ایجاد دهکده چند منظوره سالمندان نجف آباد بوده ام و با خرید زمین و احداث ساختمانهای آن از قبیل خوابگاه ، آسایشگاه ، درمانگاه و سالن کتابخانه و غذاخوری و غیره به لطف خدا و همت و یاری مسئولین محترم شهرستان و استان و مردم خوب شهرمان ، مرحله اول کار نزدیک به اتمام و در حال حاضر در کار نماسازی داخلی و بیرونی ساختمان هستم که دارای تجهیزات پیشرفته تاسیساتی حرارتی و برودتی و آسایشی ، بیمارستانی و درمانی می باشد و رو به اتمام است و امید است تا آخر شهریور ماه سال جاری این مرکز با استخدام و تکمیل کادر انسانی لازم ، قابل بهربرداری گردد . پیش بینی هزینه این مرکز بالغ بر ده میلیارد تومان بر آورد می گردد که حدود نیمی از آن توسط اینجانب پرداخت گردید و بقیه آن را نیز تامین و پرداخت خواهم نمود

۵ : چه توصیه ای برای سایر خیّرین دارید ؟

البته خداوند افراد نیکوکار و خیّری را در جوامع انسانی آفریده و ما هر روز در رسانه ها شاهد معرفی و اقدامات آنان هستیم . خیّران مدرسه ساز و نیکوکاران یاور تامین هزینه معیشتی خانوارها ، بعضا در ساختمانها و مراکز عمومی سرمایه گذاری کرده اند و صدها امور خیر دیگر که انجام می دهند و آنان خود انسانهای بزرگ و شریفی هستند که خداوند خوبی و محبت و بزرگواری در نهاد آنان خلق فرموده و نیازی به توصیه افرادی همچون بنده ندارند .

٦ : چه چیز باعث دلگرمی و یا دلسردی شما نسبت به کارتان می شود ؟

هر چند در انجام امور و هر کاری مشکلات و موانعی وجود دارد ولی برای کسانیکه در راه خیر گام بر می دارند هیچکدام نمی تواند دلسرد کننده باشد بلکه لذت و شوق کار را بیشتر می کند و چه تشویقی می تواند بالاتر از لطف پروردگارمان که از ما راضی خواهد بود باشد ؟

گزارشی از شرکت در هفدهمین کنفرانس بین المللی سالیانه اختلال دوقطبی

دکتر فاطمه رجبی –استادیار روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

هفدهمین کنفرانس سالانه اختلال دوقطبی امسال به مدت چهار روز، از سوم تا ششم ژوئن در کانادا برگزار شد. جامعه بین المللی اختلال دوقطبی(ISBD) متولی اجرای این همایش است و هربار یکی از کشورهای عضو، میزبانی را به عهده می گیرد و متخصصین این رشته را برای بروز رسانی دانش و تبادل تجارب دراین حیطه، از نقاط مختلف دنیا گرد هم می آورد. این بار که کانادا میزبانی را عهده دار شده بود، کنفرانس را در شهر تورانتو، در سالن همایشهای Westin–Harbor برگزار کرد که موقعیت بسیار خوبی از نظر دسترسی به خطوط تردد شهری و منظره زیبایی از دریاچه انتاریو دارد. این موقع سال، بهترین فصل تورانتو است؛ از سرمای شدید خبری نیست، آفتاب ملایمی هست و چند بار در روز بارش کوتاه ولی سیل آسای بارانی است که بلافاصله جای خود را به آفتاب می دهد. تورانتو شهر نسبتا جوانی است: سال هزار و هفتصدو نود و سه میلادی بنا شده و بیش از دو میلیون و ششصد هزار نفر جمعیت دارد.

چندماه قبل از برگزاری همایش کلیه اطلاعات لازم از نظر زمان بندی و عناوین، مکان، اسکان وهمچنین نکات مهم گردشگری به ایمیل شرکت کنندگان ارسال و در وبسایت کنفرانس قرار داده شد. هیأت برگزارکننده ، عناوین مطالب را در پنج دسته قرار داده بود: بالینی، علوم پایه، جمعیت های خاص، درمان، و تجارب. پذیرش اولیه در زمان ورود به فضای کنفرانس، بسیار گرم ، ساده و خودمانی انجام شد. کیف پارچه ای سبک حاوی بروشور کنفرانس، کتاب معرفی تورانتو، ژتون خوراک و بلیط تور شهری تورانتو به هر شرکت کننده داده شد. برای تاکید بر اهمیت مساله، برنامه با بیوگرافی و ارایه آثار یک خانم دوقطبی جوان و خلاق که بعلت خودکشی درگذشته بود شروع شد و پس از آن از یک بیمار دوقطبی نوع یک دعوت شد تا خودش در مورد تجربه اش از بیماری صحبت کند.

بطور کلی، هر روز رأس ساعت هفت صبح، برنامه با جلسات بارش افکار (Brain Storming)، به مدت یک ساعت و نیم، شروع می شد. به جز زمان سخنرانی اصلی، در پنج سالن، پنج سخنرانی مجزا به صورت همزمان صورت می گرفت، که شرکت کننده بایست بین آنها انتخاب کند. همانطور که انتظار می رفت، مطالعات اخیر توجه زیادی به جنبه های بیوژنتیک، Neurochemical، Neurodevelopmental، و Neuro–imaging، بیماری دوقطبی داشتند و در رویکرد روانشناختی نیز تأکید فزاینده‌ای بر حمایت های اجتماعی، بازتوانی، تقویت معنوی و جنبه های فرهنگی وجود داشت. جمعیت های خاص نظیر کودکان، نوجوانان، مادران باردار یا شیرده و سالمند در مباحث مجزا مطرح شدند. نکته جالب، توجه زیاد به تشخیص زودهنگام و بررسی نکات مثبت و منفی تشخیص زودهنگام و روشهای تشخیص افتراقی در کودکان وجوانان بود. پذیرایی ناهار با جلساتی آموزشی، کمی شبیه بازآموزی های خودمان منتها خیلی تعاملی تر، همراه بود، و در خصوص تشخیص دوره های mixed و درمانهای فارماکولوژیک بودو ارزشیابی هم در غالب سوالات چهارجوابی به صورت آنلاین در حین جلسه انجام می شد و همان موقع بازخورد ارایه می شد. سامانه سمعی –بصری جلسات آموزش حین ناهار جدا جالب بود، و این باعث می شد علی رغم خستگی، گرسنگی و همزمانی با ناهار توجه شنوندگان روی مطالب حفظ شود.در پایان هر روز جلسات پوستر همزمان با پذیرایی عصرانه مختصر و سبکی برگزار می شد و این جایی بود که می شد با دیدگاههای جدید آشنا شد، با محققان جوان گفتگو داشت و پژوهشگرهای شاخص را حضوری ملاقات کرد. (یک گوشه سالن هم یک بنده خدایی کتاب می فروخت؛ چه کتابهایی! و آدم دلش می خواست همه اش را بخرد.)

عصر پنجشنبه چهارم ژوئن، جلسه ای با حضور اعضای ISBD صورت گرفت، خلاصه ای از عملکرد اخیر ISBD و مرور برنامه های آتی، با تاکید بر تقویت سیستم های مراقبتی، تشخیص دقیق، همکاریهای بین تیمی و در نظر گرفتن مسایل فرهنگی ارائه شد. (ایران در حال حاضر سه نفر عضو در این انجمن دارد که البته من موفق به دیدار آن دو عضو دیگر در کنفرانس نشدم.) پس از جلسه کلی اعضا، جلسه ای با حضور خانم های عضو ISBD به صورتی خیلی دوستانه برگزار شد و محور آن تمرکز بر مشکلات خلقی خصوصاً دوقطبی در زنان و اتخاذ رویکردهای کل نگر و متناسب با فرهنگ بود.

به استثنای روز آخر، در بقیه روزها کنفرانس حدود شش و نیم الی هفت عصر تمام می شد. این موقع سال در تورانتوحدود ساعت ده شب آفتاب غروب می کند. از محوطه کنفرانس که در می آمدیم فضای حقیقی شهر بود با همان خصوصیات ملموسی که خیلی می شناسید: پر رفت وآمد، چند ملیتی و زنده.

شرکت در همایشهای آینده ISBD را به همه همکاران علاقمند توصیه می کنم. برای دانستن بیشتر در این باره، مراجعه به سایت http://isbd.org می تواند کمک کننده باشد. (خرداد ۹٤)

صدای نفسهایش

دکتر مسعود ازهر- فوق تخصص روانپزشکی کودک و نوجوان

امروز روز دیگری بود، هیچگاه نگذاشته بود کیفش را برایش حمل کنم حتی آن موقع که تنگی نفس سرعتش را در پله های بیمارستان امام حسین تهران کند می کرد و وادارش می کرد بارها توقف کند. صبح مثل همیشه مرتب و شیک در جمع مشتاقان کلاسش ظاهر می‌شد. رزیدنتها هر طور بود خود را به این کلاسها می‌رساندند حتی به قیمت توبیخ از طرف استادان دیگر. معمولاً بزرگترین اطاق انتخاب می‌شد هر کس می‌آمد یک صندلی برای خودش جور می کرد و حلقه وار می نشستیم و بهتر است بگویم لحظاتی می‌نشستیم زیرا بزودی نقشی را باید بازی می کردیم. درس استاد بر پایه همین بازیها بود. بارها و بارها به شیوه‌های گوناگون، ابعاد مختلف یک ماجرا بررسی می‌شد و برای همین بود که این درسها هیچگاه از یاد نمی‌روند.

استاد می گفت اگر کسی نتواند نقش بازی کند بهتر است روانپزشک نشود. او خود را مسئول می‌دانست آهن ما را در کوره کلاس خود تفته کند. مباد فردا در جلسات درمانی گیر بیفتیم. اولین نقشی که به من محول کردند نقش درمانگر بود. خودشان در نقش پدر لاابالی و ضداجتماعی بازی کردند که الحق از نقشهایی بود که خوب بازی می کردند. همان دقیقه اول حمله شدیدی به لهجه اصفهانی من انجام دادند تا مرا بیازمایند همینکه فهمیدند در این زمینه مسلطم و پس کار بر می آیم خیالشان راحت شد و با آنکه بارها و بارها در طی این نقش بازی کردنها می توانستند حمله ای چنین داشته باشند هیچ بار دیگر تکرار نکردند. همه اش برای آن بود که ما را به کار خود اشراف دهد و برای این کار از سلامتیش و از وقت با ارزشش مایه می گذاشت.

تسلط خودش در خانواده درمانی آنقدر زیاد بود که هر جلسه مانند یک شاهکار بود و ما این صحنه را از اطاق آینه می‌دیدیم. شیشه ای دوجداره که دو اطاق را از هم جدا کرده بود. بینندگان در اطاقی که تاریک شده بود می‌نشستند و خانواده و درمانگران در اطاق دیگر که پرنور بود. سیستم صوتی هم براه بود و صدا را در اطاق تاریک پخش می کرد.

دستگاههای دیگری هم بود که روزگاری استفاده شده بود. یک میز مخصوص پر از صفحات تلویزیون کوچک با تعداد زیادی دکمه که برای تصویربرداری از هر صندلی در اتاق خانواده درمانی بوده است. این همه را خود استاد تهیه کرده بود و او بود که می‌دانست برای خشت خشت این صحنه چقدر زحمت کشیده شده است و خود او بود که بهترین اجرا را روی صحنه داشت. چنان ماهرانه، زیرکانه، خردمندانه و مسلط کار می کرد که بارها خودم را در حالی یافتم که پشت آینه ایستاده بودم و از هیجان نمی توانستم قرار بگیرم.

در گروه درمانی با نوجوانان نیز بی نظیر عمل می‌کرد. شاید

قسمتی از این همه توانایی برای آن بود که سابقه معلمی در مدارس داشت. سلامت روانی مدرسه – school mental health ،از کارهای ابدائی او بود که در زمان خود با مشقت فراوان راه اندازی کرده بود. وقتی از سازمان بهداشت جهانی به ایران آمده بودند و پرسیده بودند برای مدرسه ها چه کرده اید تنها کسی که جواب داده بود او بود و وزارت خانه که تابحال از آن کار خبر نداشت موضوع را به عنوان یک برگ برنده به بازرسان نشان داده بود. آموزش مهارتهای زندگی که حالا جزئی از درس مدرسه شده است نیز حاصل کارگاههای متعددی بود که او اجرا می‌کرد. امروز بتدریج در تمام نقاط ایران حتی در دوردست ترین نقاط کشور صدای او از دهان کسانی که حتی او را نمی‌شناسند و نمی‌دانند مبدا افکارشان که بوده است شنیده می‌شود و من هر وقت این صداها را می‌شنوم صدای نفس استادم را به یاد می‌آورم که در راه پله بیمارستان مرا شرمگین می‌کرد و حتی در آن هنگام نمی‌گذاشت کیف سنگینی که حمل می‌کرد را برایش بیاورم. ولی امروز فرق می‌کرد امروز نکوداشت استاد دکتر مهدی بینا است. آنها که مثل من افتخار شاگردیش را دارند و تعدادی از بزرگانی که بزرگیش را قدر می‌دانند گردهم جمع شده اند. این مراسم را خانم دکتر داوری و خانم دکتر رازجویان و آقای دکتر تهرانی دوست مسئولین اصلی هفتمین کنگره بین المللی روانپزشکی کودک ونوجوان ترتیب داده‌اند. مکان کنگره دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و زمان بیست و دوم اردیبهشت نود و چهار است.

کلیپ جالبی از زندگی استاد به نمایش در می آید. بزرگان سخنرانی می کنند و از خاطرات و کارها و سلوک او می گویند. نوبت به استاد می رسد. استاد در حال سخنرانی است که حرف به صدای نفسهایش در راه پله بیمارستان می‌رسد. چقدر جالب او هم شرم مرا به یاد دارد. نمی توانم سرجایم بنشینم .هدیه انجمن روانپزشکی اصفهان را بر می‌دارم و بالای صحنه می روم. ماجرای صدای شنیدن نفسها را با هم تعریف میکنیم. آن چیزی که سال بعد استاد را به اصفهان آورد و کارگاهی پرمحتوا برای رزیدنتها و مشتاقان بوجود آورد. استاد در آن کارگاه گفت امروز اینجایم چون او صدای نفسهایم را شنید. گفتم انجمن اصفهان همینکه خبردار شد نکوداشت استاد است دستور داد نفیس ترین قاب خاتم را تهیه کنم. به انجمن گفتم چه تصویری در آن باشد. پاسخ انجمن این بود زیباترین تصویر.

حال شما بگوئید من چه تصویری انتخاب کردم؟ قاب خاتم را از جلدش خارج کردم. از استاد خواستم قدمی جلو بیایند و قاب را تماشا کنند. صدای کف و شادی جماعت بلند شد. آینه تصویر استاد را نشان می‌داد. زیباترین تصویری که می‌توانست داشته باشد.

پس از خاتمه مراسم چندین لوح که تقدیم به استاد شده بود منتظر دستان استاد بود و استاد این بار بدنبال کسی می‌گشت آینه‌ای که صدای نفسهایش را شنیده بود تا اتومبیل برایش بیاورد و پس از سالها این خدمت کوچک برای این مرد بزرگ نصیب من شد چون امروز روز دیگری بود .

دکتر فریبا حسنی

روان پزشک، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، بیمارستان مدرس

درمانگاه حافظه

تاریخچه درمانگاه حافظه:

درمانگاه حافظه اولین بار در اواسط سال ۱۹۸۰ میلادی با هدف تشخیص ، بررسی و درمان بیماران با اختلال حافظه از جمله دمانس، درکشور آمریکا تشکیل شد. استقبال از این مراکز سبب توسعه هر چه بیشتر آن در ممالک دیگر ، از جمله کشورهای اروپایی از قبیل انگلیس ، فرانسه ، ایرلند وغیره گردید.

در کشورهایی مانند استرالیا نیز ، این مراکز به طور فعال مشغول به کار شدند به طوری که در سال ۱۹۹۲ تعداد آن به ۲۰ و در سال ۲۰۰۲ میلادی به ۱۰۲ مورد رسید.

در حال حاضر تعداد زیادی از این مراکز در شهرهای مختلف این کشورها دایر و مراجعین از خدمات آن ها استفاده می کنند.

اما شاید بتوان گفت اولین درمانگاه حافظه ایران ، در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان ، بیمارستان خورشید به وسیله آقای دکتر سعید سمندری روان پزشک سالمندان ، آغاز به کار کرد.

هر چند در ابتدا درمانگاه با مشکلات زیادی از جمله نبود تعداد افراد متخصص و کار آزموده در بخش های مختلف همراه بود، اما به تدریج روند تکاملی را پیموده وهم اکنون درمانگاه حافظه در کنار سایر بخش های ارایه دهنده خدمات روان پزشکی سالمندان در بیمارستان مدرس به کار خود ادامه می دهد و قرار است که درمانگاه مشابهی نیز در محل درمانگاه های فوق تخصصی روان پزشکی در اصفهان دایر گردد.

برای روشن شدن مطلب چند سؤال طرح وبا جواب به آن هابه چگونگی نحوه کار واهداف درمانگاه حافظه می پردازیم:

درمانگاه حافظه چیست ؟

درمانگاه های غیر وابسته که هدف اولیه آنها تشخیص، ارزیابی و درمان اختلالات حافظه از جمله دمانس می باشد . کارکنان درمانگاه برای تشخیص اختلالات حافظه وپاسخ گویی به بیماران که درمورد مشکلات شناختی وحافظه خود نگران هستند و یا ارجاع داده شد ه اند ، آموزش دیده اند. با توجه به این که بخشی از مبتلایان به دمانس در مراکز درمانی تشخیص دقیقی دریافت نمی کنند، به نظر می رسد که تشخیص زود هنگام آلزایمر و انواع دیگر دمانس جهت درمان مناسب ضروری است .از این راه بیمار می تواند زمان کافی برای انجام کارهای قانونی و مالی خود ودسترسی مناسب به مراکز حمایتی را داشته باشد و با تشخیص زودهنگام نوع اختلال حافظه ، درمان نیز آغاز می شود .

هم چنین ارایه راهکارهای لازم برای تقویت حافظه و محافظت از بیمار درانجام کارهای خطر آفرین مثل فعالیت های مالی وبانکی ، از دیگر برنامه های درمانگاه حافظه است .

آموزش مقدماتی به خانواده و مراقبین بیماران از دیگر فعالیت های این مراکز است .

بیماران چگونه به درمانگاه حافظه ارجاع می شوند ؟

در کشور های اروپایی این مسئولیت با پزشکان خانواده است در ایران سیستم ارجاعی خاصی وجود ندارد وبیمار از طریق خانواده به طور مستقیم مراجعه می کند و یا روان پزشک بیمار این کار را می کند . از بیمار وخانواده او خواسته می شود که دوست نزدیک و یا یکی از اعضاء نزدیک خانواده او را همراهی کنند که اگر نیاز به اطلاعات بیشتری بود این کار صورت گیرد .

سؤالاتی که از بیمار پرسیده می شود اول از همه در مورد داده های اولیه و چگونگی سلامت عمومی او می باشد . در مرحله بعد زمان وچگونگی شروع نشانه ها وعلائم مشکلات حافظه را سؤال می کنیم . سپس عوامل خطر برای بیماری آلزایمر وسایر انواع دمانس ، از قبیل سیگار کشیدن ، چاقی ، دیابت ، سابقه خانوادگی و فشار خون سؤال می شود . در ضمن تغییرات شخصیتی و رفتاری ، سطح سواد وتحصیلات ، میزان فعالیت های جسمی و روزانه را می پر سیم ودرمرحله بعد ارزیابی های نوروسایکولوژیک از قبیل آزمون های بررسی حافظه کوتاه مدت و بلند مدت ، زبان ، جهت یابی ، توجه ، درک و توانایی محاسبات را انجام می دهیم .

آیا همه افرادی که در درمانگاه حافظه ارزیابی می شوند تشخیص مشابهی دریافت می کنند ؟

معمولاً هر فردی که مورد توجه و بررسی قرار می گیرد ، بعد از انجام ارزیابی بازخوردی نیز دریافت می کند مثلاً اینکه بیمار مشکل نگران کننده ای (علیرغم شکایت از مشکل حافظه) ندارد یا اینکه بیمار تشخیص اختلال شناختی خفیف و یا دمانس را دریافت می کند .البته سایر اختلالات روانپزشکی نیز بررسی و جزء تشخیص های افتراقی قرار می گیرند .

معمولاً توصیه می شود که تشخیص را با بیمار در میان گذاشته و توضیحات لازم به وی داده شود .

مگر اینکه دلیل موجهی برای انجام ندادن این کار وجود داشته باشد .

چه درمان هایی در درمانگاه حافظه پیشنهاد می شود ؟

نوع درمانی که به هر فرد داده می شود تنها به خود او اختصاص دارد و به تشخیص داده شده، بستگی دارد این درمان ها معمولاً به دو دسته دارویی و غیر دارویی تقسیم می شود و درمان های دارویی با تشخیص روانپزشک سالمندان تجویز می شود .

اما اقدامات غیر دارویی که بیشتر سفارش می شود شامل مشاوره، تقویت فعالیت های روزمره فرد وتوصیه هایی برای کاهش رفتارهای مشکل آفرین آن هاست وهم چنین طرح کمک های لازم جهت بهتر کردن کیفیت زندگی آن ها .

آیا بیماران مراجعه کننده به این درمانگاه باید بستری شوند ؟

باید به این افراد اطمینان داده شود که بیشتر خدمات به شکل سرپایی ارایه می شود و معمولاً به بستری منجر نمی شود مگر در مواردی ویژه که بیمار جهت انجام ارزیابی کامل تر به بستری کوتاه مدت نیاز پیدا کند .

چه کسانی در درمانگاه حافظه کار می کنند ؟

معمولاً مدیریت درمانگاه حافظه را روان پزشک سالمندان و یا متخصص طب سالمندی به عهده دارد . دیگر افراد گروه را روان شناس آشنا با انجام آزمون های شناختی ، پرستار سالمندان و مددکار اجتماعی تشکیل می دهند .

آیا تنها افرادی که مشکل حافظه در مراحل اولیه حافظه دارند می توانند از خدمات این درمانگاه ها استفاده کنند ؟

پاسخ منفی است . در موارد زیادی ، اختلالات شناختی به ویژه انواعی از دمانس های غیر آلزایمری ممکن است با علائم روان پزشکی نمودار شوند. این مسئله به ویژه وقتی که بیماری برای اولین بار در سن بالا دچار علائم روان پزشکی شده باشد می تواند صادق باشد در چنین مواردی تشخیص این که آیا بیمار واقعاً مبتلا به یک اختلال روان پزشکی اولیه است ویا سندرم دمانس آغاز شده است به راستی مشکل است و نیاز به ارزیابی های دقیق توسط افراد خبره دارد .

لذا بهتر آن است که درمان گران (روان پزشک ، متخصص نورولوژی ، روان شناس) بیمار را به این گونه مراکز ارجاع نمایند تا به وسیله گروه تخصصی مطالعه جامعی صورت گیرد .

نقش فراموش شده فرهنگ در روانپزشکی

دکتر ترانه تقوی، روانپزشک

در نشست باز آموزی اردیبهشت ماه در هتل آسمان اصفهان از خانم دکتر میانجی دکترای روانشناسی و پژوهشگر در دانشگاه مک کین خواسته شده بود که سخنرانی درباره نقش فرهنگ در روانپزشکی داشته باشد. من از این سخنرانی بسیار خرسند شدم و در دل گفتم «جانا سخن از زبان ما می گویی» اما دیدم که برخی همکاران برداشت نادرستی از این سخنرانی داشتند. با توجه به علاقه شخصی خودم به گفتمان فرهنگی در روانپزشکی و داشتن نقش ویژه آن در این زمینه و همچنین آموزه‌هایی که اکنون در دوره‌ی پسا دکترای روان تنی در حال آموختن آن هستم، وظیفه خود دانستم که به روشن تر شدن این گفتمان که شوربختانه به فراموشی سپرده شده بپردازم.

در آموزه‌هایمان از دوره‌ی رزیدنتی روانپزشکی تاکنون هر جا گفتگو از اتیولوژی بیماری‌های روانپزشکی می-شود هم به گونه‌ای کلیشه‌ای از نقش – bio psycho – social (زیستی – روانی – اجتماعی) سخن به میان می-آوریم. کتاب رفرانس ما بر اساس DSM5 نوشته شده هم چنین نگرشی به بیماری‌های روانپزشکی و سلامت روان دارد اما پرسش اینجاست که آیا در رویکردهای درمانی چقدر به نقش هر کدام از این علت‌ها می پردازیم و دست کم به نقش آن‌ها «باور» داریم. من به عنوان روانپزشک می بینم که بیشتر همکاران تنها به درمان زیستی (بیولوژیک) بیمار می پردازند و اگر نگاهی کل نگر تر داشته باشند او را نزد روانشناسی برای انجام روان درمانی می فرستند، اما نقش اجتماع و فرهنگ به فراموشی سپرده می شود و نادیده گرفته می شود.

باید گفت با نادیده گرفتن نقش فرهنگ این نقش از میان نمی رود بلکه پنهانی و زیرپوستی به اثرگذاری خاموش خود ادامه می دهد.

نمونه‌هایی که خانم دکتر میانجی به میان آورد، موردهایی بود که به دلیل ناآشکاری بیمار همکاری درمانی نداشته یا به درمان‌های زیستی یا روان‌درمانی پاسخ پیش بینی شده نداشته است.

آنچه روشن است، فرهنگ در بروز، درمان، پیش آگهی بیماری‌ها اثر گذار است.

نیازهای درمانی بیمار، نگرش او به بیماری‌ها، درمان‌های دارویی و غیر دارویی رابطه پزشک – بیمار (درمانگر – بیمار)، پذیرش درمان، افت عملکرد از سویی و نگاه خانواده، دوستان و جامعه به بیمار و بیماریش همه و همه از فرهنگ اثر می پذیرد.

برای همدلی با بیمار و راه یافتن به زیست جهان (life world) او و رابطه درمانی پایدار و درست و همچنین باز توانی بیمار پس از بروز یک بیماری و بازگشت او به روال عادی بیماری و کنار آمدن با ناتوانی های بر جا مانده نیاز به دانستن گفتمان فرهنگی آن بیمار «ویژه» داریم، که اگر چنین نباشد گویی بیمار به زبان ژاپنی گفتگو می-کند و درمانگر به زبان یونانی پاسخ می دهد. روشن است آموزه های مورد نیاز درباره گفتمان فرهنگی به اندازه-ای که شایسته و نیاز است در رفرانسهایی که بر اساس DSM5 نگاشته شده یافت نمی شود و برای آموختن آن نیاز است که استادان و دانشجویان و همه درمانگران در پی راهکارهایی مناسب باشند.

«تو می گویی من افسرده‌ام
و من می پذیرم
و می پندارم
که تو را و دردت را فهمیده‌ام!!
و شتاب‌زده در پی درمانت بر می خیزم
چه پندار نادرست ویرانگری!
تو با زبان خودت با من گفتگو می کنی
و من با دیدگاه خود آن را می شنوم
و پس از دیر زمانی تو می فهمی که من تو را نفهمیده‌ام
سرخورده و ناامید به درمانگر دیگر پناه می بری
و باز هم این داستان تلخ رخ می دهد
تا روزی که تو از پای در می آیی
و من شگفت زده هنوز نفهمیده‌ام که چرا؟!که چرا؟!

اختلالات شناختی و بیماری های اولیه روانپزشکی، چالش های تشخیصی

**دکتر فاطمه جبلی- رزیدنت روانپزشکی

*دکتر سعید سمندری-فلوشیپ روانپزشکی سالمندان

اختلالات شناختی,شایع ترین مشکلات روانپزشکی در دوره سالمندی محسوب میشوند. مشکل غالب در این افراد کاهش توانایی های شناختی است که تظاهر آن به شکل افت عملکرد فرد در مقایسه گذشته است.تخمین زده می شود,تاسال ۲۰۳۰ تعداد مبتلایان به دمانس درسراسرجهان,به ۶۳ میلیون نفربالغ گردد.

علیرغم شیوع بالای این دسته از اختلالات و آزمونهایی که برای ارزیابی جنبه های مختلف توانایی های فرد در دسترس می باشند,تشخیص آن ها گاه تا سالها پس از شروع بیماری به تاخیر می افتد. (۱)

علائم و سندرم های افسردگی در بیماران با مشکلات شناختی ,چالش بالینی شایعی است که درمانگران با آن مواجه هستند.علائم شناختی در بیماران افسرده شایع بوده و می تواند تشخیص دمانس را پیچیده کند.بیماران افسرده معمولا از اشکالات حافظه شاکی هستند,در حالی که بیماران مبتلا به دمانس بینش کافی نسبت به مشکل خود ندارند.همچنین این بیماران در انجام آزمون های شناختی تلاش زیادی از خود نشان می دهند,اما در تکمیل تکالیف درخواستی,مشکل دارند.اگر سالمندی به افسردگی دیر آغاز مبتلا شود,با توجه به اینکه افسردگی به خودی خود عامل خطر مستقلی برای ابتلا به آن است,پیگیری دقیق بیمار از این نظر,لازم است(۲).

هذیان ها و توهمات در یک چهارم سالمندان سرپایی مبتلا به اختلالات روانپزشکی و یک سوم سالمندان ساکن در مراکز روزانه گزارش شده است.هذیان ها و توهمات در اوایل زندگی ,تقریبا همیشه با تشخیص هایی چون اسکیزوفرنی ,اختلالات خلقی ,سوء مصرف یا محرومیت از مواد همراه است.اما در دوره سالمندی ,تشخیص های دیگری برای سایکوز مطرح است.بر پایه نتایج یک مطالعه در سالمندان درامریکا شایع ترین علت سایکوز در دوره پیری (۴۰درصد)دمانس و به دنبال آن افسردگی(۳۳درصد)دیلریوم (۷درصد) سایر علل طبی (۵درصد) مسمومیت دارویی (۴درصد) اختلال هذیانی (۲درصد)اسکیزوفرنی و اسکیزوافکتیو هر کدام یک درصد,بوده است.

علائم رفتاری در مبتلایان به دمانس عبارتند از اضطراب ,پرسه زدن,بی قراری و در مراحل پیشرفته تر آژیتاسیون شدید.

افکار پارانویید,خصومت و فوران های خشم به ویژه هنگامی که جهت یابی ,حافظه و تفکر منطقی بیمار مختل میشود ممکن است,دیده شود(۱)

به تازگی ماهیتی به نام اختلال رفتاری خفیف (MBI),توسط پژوهشگران آرژانتینی گزارش شده است.بر اساس تعریف ارائه شده ,MBI سندرمی با علائم غالب روانپزشکی و رفتاری در نبود نشانه های شناختی بارز است. MBI میتواند, پیش درآمد دمانس باشد.این پژوهش گران نتیجه گیری میکنند که MBI, وضعیتی گذرا مابین سالمندی طبیعی و دمانس است.MBI به ویژه در گروه بدون علائم شناختی ممکن است, در مقایسه با MCI خطر بالاتری برای ابتلا به دمانس داشته باشد و احتمالا میتواند پیش در آمد دمانس لوب فرونتال باشد(۱) . همچنین تغییرات رفتاری مثل مهار گسیختگی ,رفتار های وسواسی,نداشتن بینش ,رفتار نامناسب اجتماعی و تغییرات در خوردن مشاهده میشود(۳).این بیماران ممکن است,در تصمیم گیری های اخلاقی مشکل داشته باشند و رفتار های نامناسب و مهار نشده احتماعی مثل رانندگی های بی محابا و آزار حیوانات از خود نشان دهند(۵).

در ادامه به معرفی یک مورد بالینی می پردازیم.

بیمار آقای ٦٥ ساله متاهل ,بازنشسته ذوب آهن, با تحصیلات پنجم ابتدایی است. مشکلات روان پزشکی بیمار از سال ۱۳۸۲ (۱۱ سال قبل) به تدریج آغاز شده است.بیمار در ابتدا با نشانه هایی چون خلق افسرده, کاهش انرژی و علایق به پزشک مراجعه می کند و تحت درمان سرپایی افسردگی قرار میگیرد.کم کم دیگر نشانه ها مثل اضطراب ونگرانی پیرامون مسایل روزمره زندگی, اشتغال ذهنی با موضوعات مالی ,گوشه گیری از جمع, تکرار جملات و تغییرات در الگوی خواب ظاهر می شود.

با گذشت زمان, نگرانی بیمار در مورد مسایل مالی ماهیت هذیانی می یابد.به گونه ای که خلال سال های اخیر, از بدبختی و بیچارگی خود شکایت دارد .او می گوید» چیزی برای گذران زندگی ندارم و از گرسنگی خواهیم مرد».این در حالی است که خانواده او درستی سخنانش را نمی پذیرند.

همچنین پس از حدود دو سال از آغاز نشانه ها, به همسرش بدبین می شود.بیمار میگفته همسرش قصد دارد از او جدا شود و با فرد دیگری ازدواج کرده و اموال او را تصاحب کند.افکار او در این زمینه هذیانی بود.در سالهای اخیر چندین بار پرخاشگری لفظی و فیزیکی با همسر داشته و می خواسته او را خفه کند.دامنه بدبینی های بیمار به تدریج گسترش یافت و هذیان های گزند و آسیب به اطرافیان پیدا می کند.در آغاز سیر اختلال گوشه گیری داشت.اختلال خواب به شکل بیدار شدن های مکرر شبانه و دوره های کاهش یا افزایش اشتها در سال های نخستین داشته است.بیمار سابقه شانزده بار بستری در بیمارستان دارد. آپاتی, کندی روانی حرکتی ,تکرار, اختلال در قضاوت و فقر تفکراز دیگر علائم اوست.در خلال دوره های بستری و بر اساس گزارش پرونده ها, گاه علائم خلقی بیمار برجسته بوده و تشخیص MDD با نمای سایکوتیک مطرح و تحت درمان قرار گرفته است.همچنین گاهی با نمود بیشتر علائم سایکوتیک تشخیص اسکیزوفرنی و اسکیزوافکتیو نیز گذاشته شده است.در تمام این سال ها,بیمار نسبت به مشکلات خود بینشی نداشته و پذیرش دارویی (compliance) نداشته است.

با پیشرفت سیر اختلال مشکلات دیگری افزوده می شود.سخنان نسنجیده و رفتار های بچه گانه موجب آزار خانواده بوده است.پرخوری های شدید (مثلا خوردن یک تا دو کیلوموز) از دیگر علایم بیمار بوده است.رعایت بهداشت فردی به شدت کاهش یافته ,به طوری که فقط با فشار خانواده به حمام میرود و اخیرا حتی قادر به شستن خود نیزنمی باشد.

در طی دو سال اخیر از شدت هذیان های بیمار که درخلال سیر بیماری به طور ثابت ادامه داشته و به داروهای ضد جنون پاسخ نداده است,کاسته شد.

بیمارعلی رغم بستری های مکرر هیچگاه بهبودی در علایم را تجربه نکرده است. سیر علائم بیمار پیشرونده بوده است.او دیگر قادر به مراقبت از خود به تنهایی نیست و حتی در عمل کرد های روزانه اساسی نیز به کمک دیگران نیاز دارد. اختلال شدید در کارکرد های فردی و اجتماعی بارز است.

لازم به ذکر است که اطرافیان بیمار تا قبل از شروع مشکلات(۵۵ سالگی) هیچ سابقه ای از اختلال روانپزشکی را ذکر نمیکنند. اودر سال های قبل از شروع بیماری, در منزل,محیط کار و اجتماع مشکلی نداشته است.شرح حالی از اختلال شخصیت ,تفکر یا خلق بدست نیامد.یکی از برادران بیمار نیز سابقه ای از اختلال روانپزشکی در سن بالا داشته که نشانه هایی مشابه با علایم بیمار از سوی خانواده گفته شد.هیچ سابقه ای از سوءمصرف مواد بدست نیامد.

بیمار سابقه دیابت از ۱۵ سال قبل و بیماری ایسکمیک قلبی از ۵ سال قبل دارد. بیمار در طی بستری ها و به صورت سرپایی, تحت درمان چندین آنتی سایکوتیک نسل اول و دوم, با دوز و مدت مناسب قرار داشته است و دچار تاردیو دیسکنزی

نیز شده است. چند نوبت نیز تحت درمان با ECT قرار گرفته است.همچنین مدت ها با تشخیص افسردگی اساسی تحت درمان با ضد افسردگی هایی با دوز و مدت کافی بوده اما هیچ گاه بهبودی نداشته است.

نمره بیمار در آزمون KICA که در سال ۱۳۸۸ انجام شده ۳۶ بوده است که براساس آن داشتن اختلال شناختی رد می شود. در آن زمان با توجه به نتایج در آزمون هایGDS و DAP بیمار با تشخیص افسردگی اساسی درمان می شد.در آخرین بستری در سال ۱۳۹۳ارزیابی شناختی کامل از بیمار انجام شد.نمره بدست آمده در آزمونKICA این بار ۳۳ گزارش شد. نتایج آزمون های (۱۳۹۳)bed side و بررسی لوب فرونتال طبیعی نبود و در بیان شباهت ها مشکل داشت.نتایج آزمون ساعت, توالی درترسیم, لوریا و روانی کلام مختل بود.گزارشMRI مغزی بیمار نشان دهنده تغییرات بازر آتروفیک در لوب فرونتال و تمپورال است.

نتیجه گیری

همان گونه که دیدیم علائم بیمار بدون هیچ سابقه روانپزشکی از حدود ۵۵ سالگی آغاز شده است.با توجه به وجود علائم خلقی و اختلال تفکر بیمار سال ها با تشخیص های افسردگی و اسکیزوفرنی تحت درمان قرار می گیرد اما هیچگاه بهبودی علایم را تجربه نمی کند.

متاسفانه سیر پیش رونده بیماری ادامه می یابد.اکنون با گذشت چندین سال از آغاز علائم ,مشکلات بارز در توانایی های مربوط به لوب فرونتال بارز شد و تشخیص دمانس فرونتو تمپورال (از نوع رفتاری)قویا مطرح است.

دمانس فرونتوتمپورال که در DSM-۵ به نام major or mild frontotemporal neurocognitive disorder کد گزاری میشود, با طیف وسیعی از تغییرات پیش رونده رفتاری و یا کاستی های زبانی شناخته میشود.تغییرات رفتاری با درجات متفاوت از آپاتی تا مهارگسیختگی همراه است.کاهش علایق,افت بهداشت شخصی ,رفتار های نامناسب اجتماعی از جمله علایم مهم بیماران است. این بیماران در مراحل اولیه مشکلات بارزی در حافظه ندارند.فقدان برنامه ریزی و سازماندهی ,حواس پرتی ,قضاوت ضعیف و کاهش انعطاف پذیری از جمله مشکلات شناختی این بیماران است(٦).

بیماران مبتلابه اختلالات شناختی (neurocognitive disorder)اغلب به اشتباه تشخیص یک اختلال اولیه روانپزشکی دریافت میکنند.شایدبه ایندلیل باشدکه اختلال این بیماران دردوره پرودروم ممکن است باعلائم روانپزشکی باشد(۷).

تشخیص گذاری اشتباه اسکیزوفرنی در بیماران مبتلا به دمانس فرونتو تمپورال به ویژه نوع رفتاری(bv-FTD) آن شایع است.نتایج پژوهش های فراتحلیلی نشان می دهد,هر چه سن بیماران کم تر باشد احتمال اینکه تشخیص اسکیزوفرنی دریافت کنند بیشتر است صاحبنظران در این زمینه علت آن را تداخل بین رشد مغز و نوروپاتولوژی اختلال شناختی بیان می کنند که می تواند به بروزعلائم سایکوتیک منجر شود(۸).

نوع رفتاری دمانس فرونتوتمپورال معمولابامشکلات رفتاری ,تغییرات شخصیتی و گاهی مواقع بابروزعلایم سایکوزتظاهرمی کند(۹).افتراق بین این بیماری واسکیزوفرنی گاه به یک چالش تشخصی تبدیل میشود. علائمی مثل مهارگسیختگی جنسی,مراقبت های فردی ضعیف,رفتارهای ضداجتماعی,فقدان بینش,افت درفعالیتهای اجرایی وازدست دادن همدلی (empathy)علائمی است که با اسکیزوفرنی اشتباه می شود.احتمالا علایم سایکوز بیمار موجب تاخیر در تشخیص گذاری و شک به bv-FTD بوده است(۱۰).برای توضیح شباهت علائم بین این دو اختلال, گاه از واژه schizophrenia –like psychosis استفاده شده است که نشان دهنده شباهت های ظاهری بین علایم آن دو است.همچنین همپوشانی بین یافته های عصبی –روان شناختی(neuropsychological) وتصویر برداری مغزی(neuroimaging) در هر دو بیماری وجود دارد(۱۱).

در بیماران جوانی که با تغییرات شخصیتی ,بی انگیزگی, رفتار های غریب مراجعه میکنند, این اشتباه تشخیصی شایع تر است.بیش از ۵۰ درصد مبتلایان بهFTD ,سابقه خانودگی این اختلال را دارند .در اسکیزوفرنی چنین الگویی مشاهده نمیشود(۱۲). بنابراین,آغاز و پیشرفت علائم در دهه سوم عمر و سابقه خانوادگی مشکلاتی مشابه باید نگرانی نسبت به احتمال وجود یک اختلال مخرب نورونی(ND)را افزایش دهد(۷).

علی رغم اینکه افسردگی دیر آغازمیتواندبا مشکلات همراه باشد(دمانس کاذب) ولی بیش از ۷۰ درصد این بیماران بالاخره به دمانس مبتلا خواهند شد.به همین علت تردیدهایی درمورد درستی دمانس کاذب وجود دارد(۱۳).تغییرات شخصیتی مثل کاهش برونگرایی وتعاملات اجتماعی بادوری گزینی اجتماعی

ناشی از MDD اشتباه میشود(۱٤). باتوجه به همپوشانی بالای علائم MDD واختلالات مخرب نورونی,پزشکان بایدهنگام مراجعه بیماران سالمند افسرده به یک اختلال ND مشکوک شده وبرای بررسی دقیق تر,بیمارانرابه متخصصین مربوطه ارجاع دهند(۱۵).

در یک بررسی جامع پیرامون چالش های تشخیصی علائم روانپزشکی در بیماران با یک اختلال شناختی نتایج جالبی به دست آمد.۲۸/۲ درصد بیماران مبتلا به ND تشخیص اختلال اولیه روانپزشکی را در مراجعات قبلی خود دریافت کرده بودند.در این بین افسرگی شایع ترین تشخیص این بیماران بوده است.همچنین در مبتلا به bv FTD ,بیش از سایر انواع دمانس, به اشتباه تشخیص اختلال روانپرشکی اولیه داده شده بود.مبتلایان به bvFTD,این میزان ۵۲/۲ درصدبوده است ,در حالی که در بیماران با آلزایمر (۲۳/۱ درصد) گزارش شده است(۷).

تشخیص گذاری نادرست این بیماران باعث میشود که زمان ارزشمند اوایل بیماری از دست برود.این تشخیص های اشتباه منجر به درمان های طولانی ,غیر مفید و گاها مضر خواهد شد.همچنین با افزایش فشار روانی بر خانواده و کاهش حمایت ها همراه خواهد بود(۱٦).استفاده از آنتی سایکوتیک, در این بیماران میتواند, به بدتر شدن وضعیت شناختی بیمار ,منجر شود(۱۰)درمقابل تشخیص درست این فرصت را برای خانواده فراهم می کند که با رفتار ها و مشکلات شناختی بیماران سازشی نیکوتر پیدا کنند,برای آینده برنامه ریزی کرده و به مسایل مربوط به نگهداری و مدیریت امور مالی آنها بهتر بپردازند.از سویی درمان هرچه زود تر بیماری آلزایمر (AD) و دمانس فرونتوتمپورال (FTD) ,میتواند نتایج سودمندتری را در پی داشته باشد.پزشکان باید از هم پوشانی علائم روانپزشکی در اختلالات اولیه روانپزشکی و بیماری های مخرب نورونی (ND) اگاه باشند و بدانند که آثار بیماری های مخرب نورونی بر رفتار های اجتماعی و عاطفی دردهه های سوم عمر میتواند, آغاز شده و بروز چنین علایمی میتواند سرآغاز چنین بیماری هایی باشد و نه یک اختلال روانپزشکی اولیه.

در این بین شرح حال دقیقی از بیمار,توجه کافی به شواهد موجود و سیر پیش رونده یا کانونی نقص شناختی همراه با آگاهی کافی از چگونگی افتراق بین علائم بیماری های ND از سایر اختلالات روانپزشکی اهمیت حیاتی دارد.در مواردی که تغییرات رفتاری ,عاطفی و یا شناختی در سنین بالای ٤۰ سال شروع شود,پزشکان بهتر است با ارجاع بیماران به متخصصین مربوطه ,احتمال وجود یک اختلال مخرب نورونی را در نظر داشته باشند(۷).

سوال: شباهت بین توپ و پرتقال پاسخ بیمار: هر دو دایره اند

سوال:شباهت بین مانتو و دامن پاسخ بیمار:هر دو دایره اند

سوال:شباهت بین ببر و پلنگ پاسخ بیمار:ببر شکار می کند و پلنگ هم شکارمی کند

در یک دقیقه نام حیوانات را بگویید :سگ –پلنگ –شغال –ببر

REFRENCES:

1-Smandary S.GeriatricPsychiatry Principles of assessment diagnosis and management of cognitive disorder,Tehran:Ariaya:2014,110-132.

2-marce E. Agronin, Gape J. Malett.Priciples and Practice of Geriatric Psychiatry, 2006;147-148.

3-Weder ND,Aziz R, Wilkins K.frontotemporaldementia s:areview.Ann Gen Psychatry.2007; 6 (15):1-10.

4-Woolley J, Gorno-Tempini M, Seeley W, Binge eating is associated with right orbitofrontal-insular-striatal atrophy in frontotemporal dementia. Neurology. 2007;69(14):1423-33.

5-Miller B, Darby A, Benson D.Aggresive,socially disruptive and antisocial behavior frontotemporal dementia. Br J Psychiatry. 1997;170:150-4.

6-Doagnostic and Statistical Manual Of Mental Disorder,fifthedition.Arlington, VA,American Psychiatric Association,2013:614-617 .

7-Woolley J, Khan B. The diagnostic challenge of psychiatric symptoms in neurodegenerative disease;rate of and risk factors for prior psychiatric diagnosis in patient with early neurodegenerative disease.J Clin Psychiatry.2011;72(2):126-133.

8-Velakoulis D, Mark W, Ramnon M.Abnormal hippocampal distribution of TDP-43 in patient with-late onset psychosis.Aust N Z J Psychiatry.2009;43:739-45.

9-Duggal H. Frontotemporal dementia presenting With Psychotic Symptoms.J Neuropsychiatry Clin Neurosci.2009; 21(1):103-104.

10-KhanB,WoolleyJ.Schizophreniaorneurodegenerative disease prodrome.Psychosomatics.2012;53(3):280-284.

11-VelakoulisD,Walterfang M.frontotemporal dementia presenting as schzophernia-like psychosis in young people.B J Psych.2009;194:298-305.

12-Chow TW, Miller BL, Hayashi VN,etal.Inheritance of frontotemporaldementia.Arch Neural.1999; 56(7):817-22.

13-Saez-Fonseca J,leeL,Walker Z. Long-term outcome of depressive pseudodementia in the elderly. J Affect Disord.2007;101:123-9.

14- Rankin K, Kramer J,Mychack P.double dissociation of social functioning in frontotemporal dementia.Neurology.2003;60(2):266-71.

15-Blass DM,Rabins PV.Depressionin frontotemporal dementia.Psychosomatics.2009 ;50(3):239-47.

16- Passant U,Elfgren C, Englund E.Psychiatric symptoms and their psychosocial consequensea in frontotemporal dementia.Alzheimer Dis AssocDisord. 2005; 19 (1):15-18.

گزارش بالینی

تاثیر مثبت ممانتین در بهبود مشکلات شناختی و علائم منفی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا

دکتر الهام نصر اصفهانی- دستیار روانپزشکی

دکتر سعید سمندری- فلوشیپ روان پزشکی سالمندان،
گروه روان پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، بیمارستان مدرس

خلاصه:

با توجه به اثر بازدارنده داروی ممانتین بر سیستم گلوتاماترژیک و این حقیقت که سازوکار زیربنایی در مشکلات شناختی بیماران اسکیزوفرنیا ممکن است، اختلال عمل کرد گلوتاماترژیک باشد، از این دارو به عنوان درمان کمکی در ترکیب با درمان های رایج این بیماری استفاده شده است. در این گزارش بالینی، مرد ٤٦ ساله مبتلا به اسکیزوفرنیای مزمن، با علائم منفی بارز، توام با مشکلات شناختی، تحت درمان با ممانتین، الانزاپین و ریواستیگمین قرار گرفت. پس از یک دوره یک ماهه، اثرات مثبت در بهبود علائم شناختی و منفی بیمار دیده شد.

مقدمه:

اسکیزوفرنیا سندرمی است، که ملاک های تشخیصی آن در .DSM IV.TR، عبارت اند از: نشانه های مداوم اختلال به مدت شش ماه که حداقل یک ماه آن، دو یا چند مورد از علائم مرحله فعال وجود داشته باشد و یک یا چند زمینه از عمل کرد به سطحی پایین تر از آن چه قبل از شروع اختلال وجود داشته برسد. این بیماری معمولا در اواخر نوجوانی آغاز و باعث اختلال عمل کرد قابل توجه بیمار می گردد. بیماران به مراقبت های پزشکی، درمانی و حمایتی مختلفی نیازدارند.

بیماران سالمند با اسکیزوفرنیا ممکن است، درجات مشخصی از اختلالات شناختی داشته باشند و پایین بودن سطح تحصیلات و سن بالاتر، ازعوامل خطر آن هستند. حوزه های شناختی اصلی که در این بیماری تحت تاثیر قرار می گیرند، عبارتند از: یادگیری، عمل کرد های اجرایی، توجه و تمرکز(۱).

Palmerو همکاران، در پژوهشی، یک گروه ۳۷ نفره از بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی دیرآغاز(LOS)، سرپایی(اسکیزوفرنیایی که پس از ٤٥ سالگی آغاز می شود)، ٦٩ بیمار با تشخیص اسکیزوفرنی زودآغاز (EOS) و ٦٧ بیمار مبتلا به آلزایمر(AD) را از نظر شناختی در یک دوره دو ساله بررسی و پی گیری کردند. یافته های پژوهش نشان دهنده تغییرات بسیار محدودی در عمل کرد شناختی بیماران اسکیزوفرنیا (دیرآغاز و یا زودآغاز) و آزمودنی های گروه گواه، پس از یک دوره دو ساله بود که در مقایسه با افت بارز در گروه سالمند با تشخیص بیماری آلزایمر، مطلوب ارزیابی گردید. نویسندگان مقاله، اختلال عمل کرد و پیامد ضعیف در بیماری اسکیزوفرنیا را به افت کارکردهای عصبی-شناختی (Neuro-Cognitive)، ناشی از بیماری نسبت می دهند. داروهای رایجی که در این بیماران تجویز می شود (داروهای ضد جنون قدیم و جدید)، اثری بر مشکلات اصلی ناشی از بیماری نداشته و موجب ارتقاء کیفیت زندگی بیماران نمی شوند. به همین دلیل تلاش های زیادی برای کشف دارو هایی که بتوانند موجب تخفیف این علائم گردند، ادامه دارد. اسکیزوفرنی دیر آغاز، یک انسفالوپاتی غیر پیشرونده است و نه یک اختلال مخرب نورونی (۲). در حال حاضر داروهایی که ممکن است، در درمان اختلال عمل کرد بیماران اسکیزوفرنیا موثر باشند، عبارتند از: آنتی سایکوتیک های آتیپیک، آگونیست های الفا ۲ آدرنرژیک، مهارکننده های کولین استراز و شاید ممانتین. اضافه کردن ممانتین به درمان های آنتی سایکوتیک بیماران اسکیزوفرنیا ممکن است، وضعیت بالینی را بهبود بخشد. اثر اصلی این دارو احتمالا بر علائم منفی است و نه کاستی های

شناختی ناشی از بیماری(۳). نتایج یک مطالعه نشان داد، پاره ای از نقایص شناختی (حافظه، سرعت پردازش اطلاعات و توجه که بخشی از توانایی های اجرایی است) در مبتلایان به اسکیزوفرنیا و اسکیزوافکتیو، با مصرف ریواستیگمین، دونپزیل و گالانتامین(به عنوان درمان مکمل)، کاهش می یابد. مطالعات تکمیلی جهت تایید سودمندی این رویکرد درمانی، نیاز است(٤).

آگونیست های الفا ۲ ادرنرژیک مانند گوانفسین، می توانند موجب بهبود یادگیری، حافظه و توجه بیمار شوند. با این وجود، افت فشار خون، افزایش فشار خون بازگشتی و آنژین در قطع ناگهانی داروی الفا۲ آدرنرژیک، از جمله مشکلات استفاده از این ترکیبات، در بیماران و به ویژه افراد مسن است. داروهای کولینرژیک، باعث بهبود در عمل کرد حافظه، زبان و فعالیت های روزمره می شوند(۵). همان گونه که اشاره شد، مشکلات شناختی علامت محوری در اسکیزوفرنیا است و در بسیاری از بیماران دیده می شود(٦). در حال حاضر داروهای آنتی سایکوتیک، محور اصلی درمان این بیماران را تشکیل می دهند. با وجود تاثیر این داروها بر علائم مثبت، درجات بالایی از مشکلات شناختی و علایم منفی، کماکان باقی می ماند(۷). درنتیجه درمان گران، معمولا بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیای مزمن را با چند دارو (ترکیبی از آنتی سایکوتیک ها و داروهای ضد تشنج)، درمان می کنند. متاسفانه نتایج ارزیابی های بالینی متعدد، این شیوه درمان را چندان حمایت نمی کند(۸). بروز اختلالات شناختی در مراحل اولیه اسکیزوفرنیا و قبل از شروع درمان های آنتی سایکوتیک نشان می دهد که علت این مشکلات، عوارض داروهای آنتی سایکوتیک نیست. اختلالات شناختی ناشی از بیماری با عمل کرد و پیش آگهی ضعیف همراه است. با توجه به اهمیت مشکلات شناختی در ارزیابی میزان پاسخ به درمان بیماران، بهبود این بخش از اهداف مهم درمان این بیماران می باشد(۹).

نقش مهم قشر پره فرونتال مغز و اختلالات آن در ایجاد نقایص و افت توانایی های اجرایی (Executive Function)، در اسکیزوفرنیا انکارناپذیر است. پژوهش ها نشان می دهد که کژکاری قشر پره فرونتال، نقش محوری در این اختلال دارد و درگیری سایر نواحی مغزی، به ارتباط آن ها با قشر پره فرونتال وابسته است. فعالیت های مهم لوب پیشانی شامل: استدلال، هدف گذاری، برنامه ریزی، سازماندهی زمانی و مکانی رفتار و بازبینی بازخورد می باشند که از آن ها تحت عنوان کارکردهای اجرایی یاد می شود. بنابراین، اختلال و بی نظمی در فعالیت لوب پیشانی، به ویژه با توجه به ارتباط آن با دستگاه لیمبیک، می تواند مستقیما شخصیت را تحت تاثیر قرار دهد(۱۰).

مما نتین یک انتاگونیست غیر رقابتی گیرنده ان متیل دی اسپارت (NMDA) است، که برای درمان بیماری الزایمر در بسیاری از کشورها از جمله ایالات متحده و کشورهای اروپایی مورد استفاده قرار گرفته است. نشان داده شده است که این دارو ممکن است، موجب کند شدن افت عمل کرد شناختی بیماران دمانس شود. به نظر می رسد، عمل کرد این دارو محدود کردن ورود مقادیر بالای کلسیم توسط کانال های گیرنده NMDA باشد(۱۱و ۱۲).

هدف از این مطالعه، بررسی تاثیر اثر بخشی ممانتین به عنوان یک داروی همراه با داروهای آنتی سایکوتیک در بیمار مبتلا به اسکیزوفرنیا بود که پاسخ مناسبی به داروهای آنتی سایکوتیک نداده بود و علائم منفی بارزی داشت.

موردبالینی:

بیمار مردی ٤٦ ساله، جدا شده از همسر، تحصیلات پنجم ابتدایی، اهل و ساکن اصفهان، بیکار، با سابقه بستری های مکرر (متجاوز از ۳۰ بار) که در بیمارستان تخصصی روانپزشکی مدرس بستری و تحت درمان قرار گرفته بود.

شروع بیماری از سن ۱۲ سالگی با علائمی چون انزوای اجتماعی، خودارضایی، تحریک پذیری و پرخاشگری شدید لفظی و فیزیکی بوده که منجر به ترک تحصیل وی شده است. تدریجا علائمی مثل بدبینی، هذیان گزند و آسیب و انتساب، توهمات شنوایی، بی قراری، بی خوابی و مشکلات رفتاری بارز می شوند بیمار تحت درمان های نامنظم با آنتی سایکوتیک های نسل اول و دوم و سدیم والپروات قرار می گیرد. علائم بیمار به تدریج شدت یافته و روابط اجتماعی او محدود می شود. بیمار عمل کرد شغلی مناسبی نداشته است. از ۲۳ سالگی بستری های مکرری در بخش های روانپزشکی داشته که به دلیل پذیرش درمانی ضعیف و عود های مکرر منجر به ازمان بیماری شده است.

بیمار از سال ۱۳۸۵ با توجه به علائم منفی غالب همراه با علائم مثبت (روابط اجتماعی محدود، مشکلات زبانی و فقر کلام، عاطفه کند، کاهش عمل کرد های شخصی و شناختی، هذیان و توهم)، تحت درمان با لپونکس قرار می گیرد که تاثیر محسوسی در بهبود علائم منفی نداشته است و مشکلات او هم چنان ادامه یافته است. بیماری قلبی (IHD و RBBB) از دو سال قبل تشخیص داده شده که تحت درمان دارویی قرار می گیرد. به جز سیگار ترکیب دیگری مصرف نمی کند. یکی از دایی های بیمار مبتلا به اختلال روان پزشکی است و دیگری خودکشی منجر به مرگ داشته است.

معاینه وضعیت روانی:

بیمار با قد (۱۸۰ سانتی متر)، وزن ۸۵ کیلوگرم که حین مصاحبه ارتباط چشمی و کلامی خوبی برقرار نکرد و همکاری مناسبی نداشت. سوالات را با پاسخ های کوتاه جواب می داد. عاطفه بیمار سطحی بود. در بررسی تفکر، فقر کلام و فقدان کلام خود انگیز، تفکر مماسی، بی ربط گویی و سستی تداعی ها دیده می شد. در محتوای تفکر بیمار، هذیان گزند و آسیب بارز بود. جهت یابی به زمان و مکان و شخص مناسب بود. حافظه دور تا اندازه ای طبیعی، ولی حافظه اخیر، مختل بود. قضاوت بیمارنیز مختل و تفکر انتزاعی نداشت. بینش او نسبت به بیماری بسیار ضعیف ارزیابی شد. نتیجه آزمون MMSE، که در روزهای اول بستری انجام شد، ۱٦/۳۰ بود. نتایج آزمون های بررسی کارکردهای دیداری-فضایی و ترسیم ساعت (CDT)، مختل بود. معاینات فیزیکی بیمار طبیعی بود. بیمار از بدو بستری تحت درمان با داروی ممانتین ۱۰ میلی گرم روزانه که به تدریج به ۲۰ میلی گرم افزایش یافت و الانزاپین(۵ میلی گرم) شبانه قرار گرفت. با توجه به مشکلات حافظه، بعد از گذشت ۱۰ روز، داروی ریواستیگمین(۱/۵ میلی گرم) روزانه اضافه و سپس به ۳ میلی گرم افزایش یافت.

بحث:

فرضیه های گوناگونی در مورد نوروترانسمیترهای درگیر در اسکیزوفرنیا

و درمان مناسب آن وجود دارد، ولی تاکنون درمان جامعی برای کنترل علائم بیماری ذکر نشده است. بنابراین انجام پژوهش های بیشتر در این زمینه لازم است. بی کفایتی نسبی آنتاگونیست های دوپامین برای درمان بعضی از نشانه های بیماری، پژوهش گران را بر آن داشته است، تا سایر مسیرهای عصبی را در پاتوفیزیولوژی بیماری دخیل بدانند. به ویژه بسیاری از نظریه های جدید بر نقش آمینواسیدهای تحریکی به عنوان نوروترانسمیتر دخیل در سایکوز تاکید می کنند(۱۳).

گلوتامات به عنوان یک نوروترانسمیتر تحریکی اصلی در مغز، واسطه مهمی در مسیرهای عصبی Cortico-Cortical, Cortico-Sub-Cortical و Talamo-Cortical است. در پژوهش های مختلف، کاهش، عدم تغییر یا افزایش سطح گلوتامات آزاد درمقایسه با گروه گواه را در مبتلایان به اسکیزوفرنیا، گزارش کرده اند. فرضیه افزایش فعالیت گلوتامات در اسکیزوفرنیا، بر اساس مطالعات انجام شده روی مغز بیماران پس از مرگ و نیز بی اثر بودن آگونیست های گلوتامات به عنوان داروی ضد جنون مطرح شده است. مطالعات پایه در مورد گیرنده های گلوتامات (KA ، AMPA و NMDA)، نشان داده است که علائم ایجاد شده توسط فن سیکلیدین (PCP) و کتامین مشابه علائم مثبت و منفی اسکیزوفرنیا است و موجب اختلال در انجام تکالیف مربوط به قشر فرونتال می شود(۱٤). بر این اساس، برای بیمار از داروی ممانتین به عنوان درمان ترکیبی در کنار داروهای رایج درمان اسکیزوفرنیا استفاده شد که در نتیجه مشکلات شناختی بهبودی نسبی داشته، ارتباط چشمی و کلامی بیمار پیشرفت محسوسی نشان داد. عاطفه کند و سطحی او نیز ارتقاء یافت و در عمل کرد شخصی از جمله بهداشت فردی و تمایل به برقراری ارتباط با اطرافیان، روند بهبودی مشاهده شد. نتیجه آزمون MMSE ،ازنمره ۱٦ قبل از شروع مصرف ممانتین به ۲۲ (یک ماه پس از مصرف این دارو)، نشان دهنده بهبودی در عمل کرد شناختی، از جمله توجه، تمرکز و حافظه کوتاه مدت می باشد.

نتیجه گیری:

پژوهش های کمی در زمینه ارزیابی تاثیر ممانتین در بیماران اسکیزوفرنیا وجود دارد. هم چنین اثر افزودن ممانتین بر درمان معمول آنتی سایکوتیک در مقایسه با دارونما مورد بررسی و مطالعه قرارنگرفته است. نتایج این گزارش بالینی تائید کننده نیاز به درمان های همراه برای به حداکثر رساندن اثرات رژیم های دارویی آنتی سایکوتیک در درمان اسکیزوفرنیا است. آنتاگونیست های گلوتامات مانند ممانتین به ویژه با توجه به اثر آن ها بر علائم منفی ، بهبود عمل کرد شناختی و احتمالا کنترل افزایش وزن ناشی از داروهای آنتی سایکوتیک، می توانند اثرات مفیدی در بهبود علائم اسکیزوفرنی داشته باشند.

References

1.Kaplan HI, Sadok BJ. Comprehensive Text Book of Psychiatry. 9th ed. St.Louis: Mosby; 2007. pp: 1096- 1230.

2.S. samandary ,Geriatric Psychiatry, Principle of Assessment, Diagnosis and Management of Cognitive Disorders; 2014: pp438

3.Amir Krivoy, Abraham weimasn, Lucian laor, Nurit hellinger, Addition of memantin to Antiphsychotic treatment in schizopherenia in patient with residual symptoms: A preliminary study. 2007,European Neurosychofarmacology.

4.Salma R.I.Ribeiz, Debra P. Basett, Jony A., Arraise, Renata Anyla, David C. Stiffense and Cassio M.C Bottino. Cholinesterase Inhibitors as adjunctive Therapy in patients with Schizopherenia and Schizoaffective disorder, A review and meta analysis of the literature, CNS Drugs. 2010. 24(4) 303-317

5.Sandra A. Jacobson, M.D. Ronald W.Pies, M.D Ira R.Katz. Clinical Manual of Geriatric Psychopharmacology; 2007, 575-576,APP

6.Lewis R. Should cognitive deficit be diagnostic criterion for schizophre¬nia? J Psychiatry Neurosci 2004;29:102-113.

7.Stahl SM, Grady MM (2004). A critical review of atypical antipsychotic utilization: comparing monotherapy with polypharmacy and augmentation. Curr Med Chem 11: 313–327.

8.Tuominen H, Tiihonen J, Wahlbeck K (2006). Glutamatergic drugs for schizophrenia. Cochrane Database Syst Rev: D003730.

9.Harvey PD, Green MF, Keefe RS, Velligan DI. Cognitive functioning in schizophrenia: a consensus statement of its role in the definition and evaluation of effective treatments for the illness. J Clin Psychiatry 2004; 65:361-372.

10.Pantelis C, Wood S J, Maruff P. (2002). In Harrion JE, Owen AM.(Eds.). Cognitive deficit in brain disorders. Martin Dunitz: London. 2002

11.Parsons CG, Stoffler A, Danysz W (2007). Memantine: a NMDA receptor antagonist that improves memory by restoration of homeostasis in the glutamatergic system-Ftoo little activation is bad, too much is even worse. Neuropharmacology 3:699–23.

12.Kondziella D, Brenner E, Eyjolfsson EM, Sonnewald U. How do glial-neuronal interactions fit into current neurotransmitter hypotheses of schizophrenia? Neurochem Int 2007; 50(2):291-301.

13.Arnone D. Review of the use of Topiramate for treatment of psychiatric disorders. Ann Gen Psychiatry 2005; (1):5.

14.Keefe RS, Poe M, Walker TM, Harvey PD (2006). The relationship of the Brief Assessment of Cognition in schizophrenia (BACS) to functional capacity and real-world functional outcome. J Clin Exp Neuropsychol 28: 260–269.

دکتر علیرضا قادری
رزیدنت روانپزشکی–دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، بیمارستان مدرس

دکتر سعید سمندری–فلوشیپ روان پزشکی سالمندان،
گروه روان پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، بیمارستان مدرس

اختلال شناختی و علائم روان پزشکی در بیمار با آسیب ناشی از ترومای مغزی

خلاصه:
در این گزارش به بررسی اختلالات شناختی و علائم روانپزشکی ایجاد شده به دنبال آسیب مغزی ناشی از تروما می پردازیم که موجب اختلال حافظه، تغییرات شخصیتی، پرخاشگری، بدبینی ، هذیان و تغییرات خلقی به دنبال تصادف با اتومبیل در آقایی ٤٧ ساله شده است. MRI بیمار نشان دهنده آسیب و خونریزی های متعدد در لوب های فرونتال، تمپورال و کارپوس کالزوم است.

مقدمه:طبق تعریف DSM۵ ضربه به سر عبارت است:وجود مدارکی از برخورد سر با یک جسم سخت یا مکانیسم هایی که به سرعت باعث جابه جایی مغز شده وجود داشته باشد و همراه با یکی از علائم زیر باشد: ۱) کاهش سطح هشیاری ۲) فراموشی پس از ضربه ۳) اختلال جهت یابی و گیجی ٤) علائم عصبی مثل نشانه هایی ازآسیب در تصویربرداری مغزی،تشنج با شروع جدید، فلج یک طرفه، اختلال دید و اختلال بویایی. این اختلالات باید بلافاصله بعد از ضربه یا پس از به هوش آمدن ایجاد شده باشد. اختلالات ایجاد شده بدنبال ضربه به سر شامل: ۱) اختلالات شناختی ۲) عوارض هیجانی و خلقی ۳) تغییرات شخصیتی ٤) عوارض نورفیزیولوژیک(۱)

از اثار مزمن و مهم آسیب های وارده به سر ، بروزاختلالات شناختی است(۲) که با و یا بدون اختلالات رفتاری دیده می شود. اختلالات شناختی شایع شامل: مشکلات در توجه، توانایی های اجرایی، یادگیری و مشکلات اجتماعی و کاهش سرعت پردازش اطلاعات است. در موارد شدید ممکن است، سایر اختلالات عصبی شناختی مثل اختلال گفتاری، غفلت واختلال در عملکرد هم ایجاد شود(۱).در آسیب های لوب فرونتال و تمپورال تغییرات شخصیتی، مهار گسیختگی و افسردگی اساسی ممکن است دیده شود(۳). از دیگراختلالات

می توان به سایکوزاشاره کرد که بیشتر در مردان و در ۲ سال اول بعد از آسیب مغزی ایجاد می شود و عمدتا با علایمی چون هذیان پارانوئید و توهم شنوایی است (٤).خطر دمانس بعد از ضربه به سر افزایش می یابد و از عوامل مهم در ایجاد آن می توان ژنتیک را نام برد. وجودAPOE e٤ میتواند پیشگوی پیامد بد در این راستا باشد (۵). به دنبال ضربه به سر، آسیب اکسونی منتشر بویژه در کارپوس کالزوم، ماده ی سفید،پونز وتالاموس ایجاد می شود. تروما می تواند آسیب اکسونی و اکسوتومی اولیه در اکسون ها ایجاد کند .این رخداد در اثر نیروهای پیچشی و چرخشی در نتیجه آسیب به جمجمه است و همراه با آسیب ثانویه به دنبال ایسکمی،موجب تخریب و دژنرسانس والرین ایجاد می شود و کاهش ارتباط عمومی مغز را می توان بدنبال داشته باشد که شبیه به دمانس دیرآغاز است (٦). در دمانس به دنبال ضربه به سر، تغییرات پاتولوژیک شایع آلزایمر مثل کلافه های عصبی و پلاک‌های آمیلوئید افزایش نمی یابد اما به دنبال آسیب اکسونی، بتاامیلوریدAB٤٢ در مایع مغزی بالا می رود.شاخص های خونی مهم مثل کراتین کیناز، پروتئین تائو و پروتئین S١٠٠ بعد از ضربه به سر افزایش می دهند و با بهبودی کاهش می یابد. بنابراین می توان ازآن ها برای پیگیری روند بهبود استفاده کرد (۵).یکی از مشکلات به دنبال ضربه به سر افسردگی است (۷) که باوجود علایمی چون بی قراری، ناکامی، عصبانیت، خشم و پرخاشگری تظاهر می کند(احساس غم وگریه ممکن است دیده شود). کاهش اعتماد به نفس، نارضایتی از اطرافیان و انزواطلبی هم ممکن است به دنبال احساس نگرانی و افسردگی ایجاد شود (۸). افسردگی تا ۲۵ درصد موارد ضربه به سر دیده می شود(۹). به دلیل همپوشانی علائم ضربه ی مغزی با افسردگی، تشخص افسردگی اغلب مشکل است (۱۰) هم چنین اختلالات روانپزشکی دیرآغاز بدون اختلالات شناختی، در پی ضربات به سر ممکن است دیده شود. (۱۱)

پیش اگهی: به شدت و نوع ضایعه ی ایجاد شده ،بود یا نبود بیماری طبی همراه، سن بالا، اثار درمان طبی و جراحی، سطح تحصیلات، بیماری روانپزشکی قبلی و سطح عملکرد پیشین بیمار متناوب است. بیشترین ناتوانی های به درازا کشیده در اثر اختلال شناختی است. مشکلات شناختی در موارد خفیف چند هفته تا چندماه بعد بهبود می یابد. ولی نگرانی بیشتر برای موارد متوسط تا شدید آن است. شخصیت قبلی فرد نیز در بهبودی می تواند موثر باشد (۸). خطر بروز دمانس بعد از ضربه به سر در مواردی که همراه با PTSDباشد دو برابر بیشتر است(۱۲)

درمان:

مصرف متیل فنیدیت ، آمفتامین وآمانتادین بعد از ضربه به سر می تواند کمک کننده باشد، بروموکریپتین در بهبود توانایی های اجرایی و افزایش انگیزه و آگاهی مؤثر است. فیز وستیگمین در بهبود حافظه و کاهش اغتشاش بعد از تروما مؤثر است(۱۳). مهارکننده های کولین استراز مثل دونپزیل در کاهش اغتشاش شعور زودهنگام و اختلالات حافظه و تمرکز مؤثرگزارش شده است (١٤و١۵).در موارد بیقراری بهتر است تا آنجا که امکان دارد صبر کنیم، زیرا درمان با آنتی ساکوتیک ها می تواند باعث افزایش بیقراری و آکاتاژیا شود و احتمال ایجاد دلیریوم و اغتشاش شعور را بالا برد. همچنین آنتی سایکوتیک‌ها می توانند بهبود نورونی را کم کرده و خطر دیس کنزی دیررس وسندروم نورولپتیک بدخیم را در ضربه های مغزی بالا ببرند. برای درمان پرخاشگری بویژه اگر همراه با تشنج باشد، می توان از سدیم والپروات و کاربامازمپن استفاده کرد. در موارد سایکوز هم می توان از آنتی سایکوتیک استفاده کرد، اگر چه امکان بروز خطرات اشاره شده وجود دارد(۱۳) .در افسردگی بعد از ضربه به سر به ویژه در صورت بی قراری و اضطراب،ترکیبات SSRI انتخاب اول است(١٦). گریه ها و خنده های های پاتولوژیک گاهی به خوبی به ترکیبات SSRI پاسخ می دهند(۱۳). برای معالجه سردردها مطالعات حامی انجام نشده (۱۷) ولی در موارد با منشأ عروقی گاهی ارگوتامین ها مؤثر هستند. برای درمان مانیا سدیم والپروات انتخاب اول است. افسانه پردازی به مهارکننده های کولین استراز پاسخ می دهد و جهت درمان بی خوابی در درجه ی اول بهداشت خواب توصیه می شود و در صورت لزوم، خواب آورهای غیر بنزو دیازپینی مثل زولپیدم و ترازدون ممکن است مؤثر باشد. در مواردخواب آلودگی روزانه هم، مدافینیل می تواند مؤثر باشد.(۱۳)

موردبالینی:

بیمار آقای ٤۷ ساله اهل اهواز ساکن یزدان شهر نجف آباد، متأهل ، دیپلم ناقص و کارمند اداره بهزیستی نجف آباد. بدون سابقه ی بستری روانپزشکی که توسط خانواده به علت پرخاشگری،عصبانیت شدید و بدبینی به اطرافیانش بستری بود. بیمار به دنبال تصادف با اتومبیل در تاریخ ۹۳/۵/١٦، دچار ضربه ی مغزی و کاهش سطح هشیاری شد.او به مدت ۱۰ روز در کما بوده است. پس از ترخیص از بیمارستان، اختلال در تعادل، گیجی ، کاهش شدید اشتها و بی خوابی داشته است. خلق بیمار افسرده و Dysphoric بوده است.عصبانیت شدید و پرخاشگری نسبت به اطرافیان به ویژه همسرداشته است و او را به داشتن روابط با مرد دیگری متهم می کرده است.بیمار بر این باور بوده که فیلمی در این مورد دیده وآن را از بین برده است. پس از بستری در بیمارستان مدرس علاوه بر پرخاشگری وبدبینی معتقد بود که هر روز او را کتک می زنند و پس از ان استخوان هایش را مجددا جا می اندازند و به او داروهایی می دهند تا بی هوش باقی بماند. بیمار اعتقادی به درمان دارویی نداشت و حین مصاحبه خلق گرفته همراه با گریه های ناگهانی داشت. تمرکز و جهت یابی او مختل بود. چیزی از رخداد تصادف را به یاد نمی آورد. افراد آشنا را نمی شناخت، تعداد و نام فرزندانش را هم نمی توانست به درستی بیان کند. او قادر به همکاری برای انجام آزمون های روانشناختی نبود.بجز کاهش حدت بینایی، معاینه ی فیزیکی و عصبی سالم بود. پس از ضربه به سر، از سردرد و گردن درد ناحیه گردن شاکی بود. سابقه ای از تشنج بدست نیامد. سابقه‌ای از بیماری های طبی و روانپزشکی در بیمار و خانواده اش نبود. بیمار قبل از تصادف به عنوان پدریار در بهزیستی نجف آباد مشغول به کار بوده و مسؤلین مرکز از کارش رضایت داشتند.در ساعات ازاد خود ماهواره ودرب های کرکره ای نصب می کرده است.معمولا روزهایی که سر کار می رفته خوب بوده اما بی حوصله و عصبی هم بوده، اما روزهای تعطیل خوب بوده است. گوشه نشینی و کناره گیری و اجتماعی نبودن را اطرافیان ذکر می کنند. نسبت به مشکلات خانواده کم‌اهمیتی نداشته است و بیشتر اوقاتش را در خانه صرف تماشای تلویزیون می کرده است. روزانه دو پاکت سیگار مصرف می کرده، که گاهی تریاک و الکل هم مصرف می کرده است. بیمار چهار فرزند دارد (یک دختر و سه پسر). نتایج MRI نشان دهنده خونریزی پراکنده در نسج مغز توأم با آسیب به کارپوس کالزوم و کانکوژن های لوب فورنتال و تمپورال بود. بیمار تحت درمان روزانه دپاکین ۱۵۰۰ mg ،دونپزیل ۵mg صبح،ممانتین ۲۰mg ،زولپیدم ۱۰mg شبانه،آمانتادین ۲۰۰mg ، آری پیرازول ۷٫۵mg ،ملاتونین ۳mg شبانه وکپسول گاباپنتین ۳۰۰mg شبانه قرار گرفت. پس از چند روز پرخاشگری بیمار کنترل شد و سرگیجه های او کمتر شد. در آزمون های روانشناختی اولیه ،اختلال

در توانایی اجرایی، تمرکز، حافظه، قضاوت و حل مسئله بارز بود. تفکر بیمار غیرانتزاعی و فقر کلام بارز بود. آزمون های بررسی عملکرد لوب فورنتال: کشیدن ساعت، لوریا، شباهت ها و کپی کردن، توالی ها و MMSEانجام شد.نمره اولیه بیمار در آزمون MMSE ۱۷ بود .پس از یک ماه، خواب و اشتهای بیمار طبیعی شد. خلق طبیعی شده و گریه های ناگهانی که در ابتدای مراجعه به کرات دیده می شد گزارش نشد. تعداد فرزندانش و سن آن ها را به خاطر می اورد و ملاقات کننده گانش را می شناخت. حافظه گذشته را بجزبرای رخدادهایی که از نظر زمانی نزدیک به زمان ویا خود تصادف بود را بیاد می اورد. ولی در یادگیری موارد جدید کماکان مشکل داشت. بدبینی و هذیان نسبت به همسرش کمتر شده بود. قضاوت و تفکر بیمار بهتر از قبل بود.اودر بحش احساس امنیت می کرد. نمره بیمار در انجام مجدد آزمون MMSE=۲۱بود وبهره هوشی با آزمون هوش وکسلر بالغین ۷۸ بود. نتایج آزمایشات بیمار طبیعی بود.

بحث:: بیمار آقایی ٤٧ ساله که به علت تصادف با اتومبیل دچار اختلال در سطح هشیاری و کماشده بود.علایم بیمار پس از آسیب مغزی عمدتا به صورت مشکلات رفتاری، هیجانی، اخلال در تفکر ومشکلات شناختی بود که به انها اشاره شد.پس از یک ماه بستری در بخش ومعالجه دارویی،از شدت بدبینی ها، پرخاشگری،بی خوابی وخلق تحریک پذیر کاسته شد.قضاوت بیمار نسبت به اطرافیان بهتر شده بود اما کماکان مشکلات شناختی وبه ویژه اختلال در توانایی های اجرایی با شدتی کمتر ادامه داشت.پیش اگهی بیمار با توجه به مدت نسبتا طولانی کاهش سطح هشیاری،کما، فراموشی طولانی مدت پس از آسیب مغزی شدید، سن بالای چهل سال، مرد بودن وافسردگی پس از آسیب ،چندان رضایت بخش نبود اما عملکرد قبلی نسبتا مناسب وپاسخ نسبتا خوب به درمان از جمله پیش اگهی مساعد می توانند باشند.

در بیماران با آسیب مغزی با توجه به این که درمان می تواند در ارتقای توانایی های شناختی، انگیزه، سطح فعالیت و بهبود اختلالات هیجانی موثر واقع شود بهتر است هر چه زودتر آغاز شود (٤). همان گونه که گفته شد از داروهای دوپامینرژیک، آمانتادین، بروموکریپین، متیل فتیدیت، ممانتین وکولین استرازها می توان در درمان این بیماران استفاده کرد. بهتر است بازتوانی شناختی هرچه زودتر آغاز شود. سایکوتراپی، خانواده درمانی و آموزش خانواده از درمان‌های لازم جهت بهبودی بیماران است. بهتر است بیمار هر ٦ ماه از نظر شناختی و رفتاری مجدداارزیابی شود.

References

1-Dilip V.J and et.Diagnostic and sataistical manual of mental disorder.nurocognetive disorder. DSM-5. 5th ; 2013.p:624-627

2-Bales J.W., wagner A.K., Antnony E.K., Dixon C.E. Persisten cognitive dysfunction after trauma tic brain injury A dopamine hypothesis. Neuroscience and Biobehavioral. 2009; 33:981-1003

3- Koponen S., Taiminen T., Taiminen T., Portin R., Isoniemi H., Himane L., Hinkka S., Salokangas R.K.R., Tenovuo O. MRI findings and Axis I and II psychiatric disorders after traumatic brain injury: A 30-year retrospective follow-up study. Psychiatry Research: Neuroimaging. 2006; 146:263-270.

4-Kaplan HI, Sadock B.J., Sadock V.A. Kaplan & Sadock›s Comprehensive Textbook of Psychiatry, Neuropsychiatric and behavioral neurology; 9th ;2009;chapter2.3 :435-450

5-Starksteinstein S.E., Jorge R.Dementia after traumatic brain injury. International psychogeriatrics. 2005; 17: 293-297.

6-Weiner M.F and Lipton A.M; text book of Alzheimer deases and other Demantias. The American psychiatric press. 7th. 2002: 239

7- Osborn A.J., Mathias J.L., Fairweather-Schmidt A.K. Depression following adult, non-penetrating traumatic brain injury: A meta-analysis examining methodological variables and sample. Neuroscience and Biobehavioral Reviews. 2014; 47:1–15.

8- Seel R T., Macciocchi S., Kreutzer J.S. Clinical consideration for the diagnosis of major depression after moderation to severe ضربه به سر . J Head Trauma Rebabil. 2010; 25(2):99-112.

9- Roa V., Lyketsos C. Neuropsychiatric Sequelae of Traumatic Brain Injury. Psychosomatics 2000; 41:95–103.

10- Bay E., Hagerty B.M., Williams R.A. Depressive Symptomatology After Mild-to-Moderate Traumatic Brain Injury. Archives of Psychiatric Nursing. 2007; 21(1):2-11.

11- Brissos S., Dias V.V. Bipolar disorder after traumatic brain injury. International journal of psychiatry in clinical practice. 2005; 9(4):292-295

12- Yaffe k., Vittinghoff E., Lindquist K., Barnes D., Covinsky K.E., Neylan T., Kluse M., Marmar C. Posttraumatic Stress Disorder and Risk of Dementia Among US Veterans. Arch Gen Psychiatry. 2010; 67(6):608-613.

13-David A., Fleminger S., Kopelman M.D., Lovestone S., Mallers J.D.C. Lishmans organic psychiatry a text book of Neuropsychiatry. Headinjury. 4th ; 2009: 250-254

14-Tenovuo O. Central acetylcholinestrase inhibitors in the treatment of chronic traumatic brain injury clinical experience in 111 patients. Progress in neuropsychopharmacology and biology psychiatry. 2005: 29; 61-67

15-Walker W., Seel R. The effects of donepezil on traumatic brain injury acute rehabilitation outcome. Brain injury. 2004; 18: 739-750

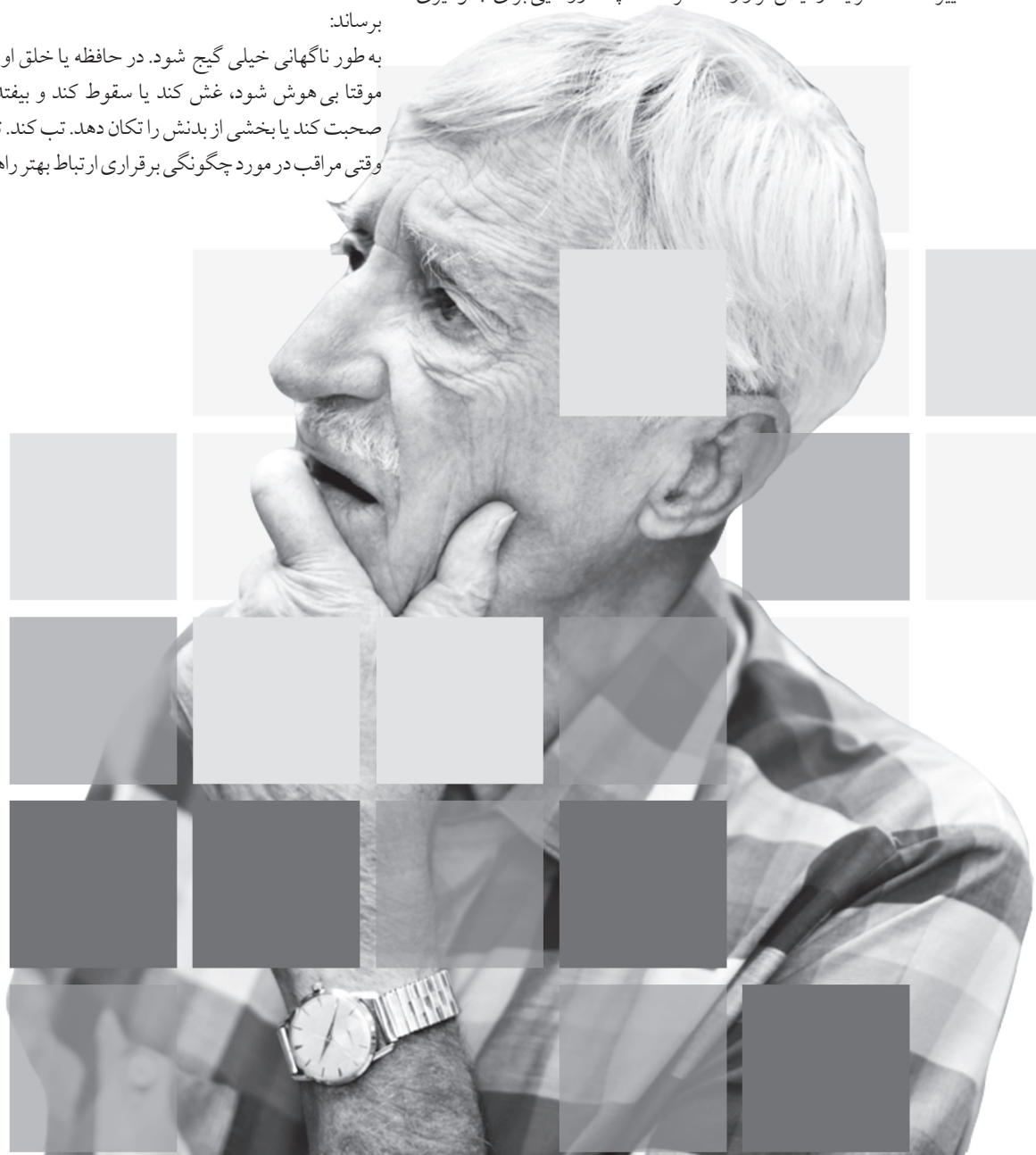
16-Alderfer B.S., Arciniegas D.B. Treatment of depression following traumatic brain injury. Journal of head trauma rehabilitation. 2005; 20: 544-562

17-Lew H.L., Lin P.H. Characteristics and treatment of lead ache after traumatic brain injury. American journal of physical medicine and rehabilitation. 2006; 85: 619-627.

پزشک و مراقب بیمار مبتلا به آلزایمر

فاطمه ناجی اصفهانی (کارشناس ارشد روان شناسی بالینی)

به عنوان پزشکی که بیمار آلزایمر را معاینه می کند بهتر است:
تشخیص خود را برای مراقب بیمار توضیح دهید. چشم اندازی از آینده در اختیارش بگذارید. بگویید که از کجا می تواند به اطلاعات و کمک بیشتر دسترسی پیدا کند. بیمار و مراقبش را در جریان درمان های ممکن بگذارید تا به یاری همدیگر بهترین درمان را انتخاب کنید. قبل از این که بیمار مطب را ترک کند، تاریخ ملاقات بعدی را مشخص کنید. بگویید چند وقت یک بار باید بیمار را ببینید. اگر نوشته ای در مورد این بیماری دارید می توانید به مراقبش معرفی کنید یا او را راهنمایی کنید که از کجا این مطالب را تهیه کند. سازمان یا انجمن هایی (مانند انجمن آلزایمر تهران) که در این زمینه بتوانند به او کمک کنند را معرفی کنید.
در مورد درمان بیمار می توانید این مطالب را برای مراقبش توضیح دهید:
آیا درمان های غیردارویی برای این بیماری وجود دارد؟ آیا چیزی را در خانه باید تغییر دهند تا شرایط را ایمن تر و راحت تر کنند؟ چه داروهایی برای جلوگیری از زوال عقل موجود است؟ برای تغییرات رفتاری چطور؟ خطرات و مزیت ها و عوارض جانبی داروها چیست؟ چه مدتی این دارو را باید مصرف کند؟ تا چه مدت دیگر می توان انتظار داشت که این شخص بتواند کار کند؟ رانندگی کند؟
در فاصله ی بین این قرار ملاقات ها، تحت چه شرایطی می توانند با مطب شما تماس بگیرند؟
در ملاقات های بعدی از مراقب بیمار می توانید بخواهید که این اطلاعات را به شما ارائه دهد:
آیا در وضعیت سلامتی، حافظه یا خلق بیمار تغییراتی دیده اید؟ اولین بار که این تغییر را متوجه شدید کی بود؟ چند وقت یک بار و چه موقع این اتفاق می افتد؟ (به عنوان مثال: پدرم همیشه بعد از غذا معده درد می گیرد یا مادر عصرها بیشتر منزوی می شود).
به مراقب او بگویید که در صورت بروز موارد زیر باید سریعا بیمار را به پزشک برساند:
به طور ناگهانی خیلی گیج شود. در حافظه یا خلق او تغییر عمده ای رخ دهد. موقتا بی هوش شود، غش کند یا سقوط کند و بیفتد. به طور ناگهانی نتواند صحبت کند یا بخشی از بدنش را تکان دهد. تب کند. توهم و هذیان پیدا کند.
وقتی مراقب در مورد چگونگی برقراری ارتباط بهتر راهنمایی می خواهد، موارد



زیر می توانند به او کمک کنند:
آرام باشید. بر احساسات تمرکز کنید نه بر واقعیات. به لحن کلامتان توجه کنید. خودتان را معرفی کنید. به آرامی و به روشنی صحبت کنید. از جملات کوتاه و ساده با کلمات آشنا استفاده کنید. در آن واحد فقط یک سوال بپرسید. فرصت کافی برای پاسخ بدهید. بحث نکنید. انتقاد نکنید. از ضمیرها، جملات منفی و امتحان کردن او اجتناب کنید (من را می شناسی؟). از ارتباط غیر کلامی مانند اشاره و لمس کردن استفاده کنید. آگاه باشید که زبان بدن و حالات چهره تان چه چیزی را به بیمار انتقال می دهد. در مورد او به گونه ای صحبت نکنید که گویی او آن جا نیست. صبور و انعطاف پذیر باشید و سعی کنید او را درک کنید. با بیمار به عنوان یک «انسان» رفتار کنید. از او قدردانی کنید. وقتی که مراقبین آن ها در موردشان صحبت می کنند و این صحبت به صورتی است که انگار فرد بیمار در اتاق دیگری است، اغلب آزرده خاطر می شوند. پس مراقب نحوه صحبت کردن خود باشید. توصیفات تحقیرآمیز و خشن به کار نبرید. او را قرنطینه نکنید و اجازه دهید مهمان هایتان او را ببینند. رفتار کودکانه با او نداشته باشید. در سطح بالغ-بالغ با او ارتباط برقرار کنید. هم زمان فقط با ارائه ی یک پیام با او ارتباط برقرار کنید. دستورالعمل ها را به چندین بخش تقسیم کنید. مثبت گرا باشید. به بیمار قوت قلب بدهید. به خاطر ساده ترین پیشرفت ها و موفقیت ها او را تحسین کنید. مثلا بگویید « عالی است» یا « خیلی خوب داری انجام می دهی». از بروز رفتارهای پرخاشگرانه جلوگیری کنید.
هنگامی که مراقب در مورد غذا دادن به بیمار سوالاتی پرسید او را می توانید بدین گونه راهنمایی کنید:
محیطی آرام و ساکت به دور از تلویزیون فراهم کنید تا حواسش پرت نشود. زمان کافی برای غذا خوردنش اختصاص دهید. دادن چندین میان وعده غذایی کوچک در طول روز شاید بهتر و راحت تر از سه وعده ی غذایی اصلی باشد. طرز نشستن او مهم است. راست و راحت نشستن در حین و پس از صرف غذا به هضم آن کمک می کند. شاید اصلا متوجه نشود که تشنه است. خوراک های آبکی، آب میوه، ژلاتین، دسر میوه و ژله یا نوشیدنی های غلیظ در صورتی که بلع آب برایش مشکل است، به او بدهید. خوردن غذاهای نرم یا لقمه های کوچک برای او راحت تر است. هنگامی که بلعیدن برای او مشکل تر می شود مراقبش باشید چون احتمال خفگی وجود دارد. او را تشویق کنید که خودش غذایش را بخورد. شما فقط با اشاره یا قرار دادن آرام دستتان روی دستش به او کمک کنید. اگر او کمک می خواهد، به آرامی غذا یا نوشیدنی به او بدهید. شاید نیاز باشد به او یادآوری کنید که غذا را فرو دهد و ببلعد.
اگر مراقب در مورد مراقبت های پوستی و بهداشتی سوال پرسید، می توانید به او بگویید که:
هر دو ساعت یک بار برای کاهش و رفع فشار بر بدن بیمار، وضعیت او را تغییر دهید. برای پیش گیری از ایجاد زخم بستر، جاهای استخوانی را با بالش و بالشتک محافظت کنید. با ملایمت پوست او را بشویید و با حداقل مالش و فشار آن را خشک کنید. مراقب باشید که انقباض و گرفتگی مفاصل پیدا نکند. دو یا سه بار در روز دست ها و پاهایش را به آرامی و بادقت حرکت دهید. فیزیوتراپیست، روش های مناسب و نرمش های مربوطه را به شما یاد خواهد داد.
به بهداشت دهان او اهمیت زیادی دهید. بریدگی ها و خراش ها را زود مداوا و رسیدگی کنید. حتما بیمار و مراقبش باید واکسن سالیانه ی آنفولانزا بزنند.
هنگامی که مراقب بیمار در مورد عمل دفع و ادرار او اطلاعاتی خواست، این موارد را می توانید به او خاطرنشان کنید:
برنامه ای برای دستشویی رفتن او تنظیم کنید. نوشیدنی های کافئین دار که باعث تحریک ادرار می شوند را حذف کنید. در طول روز آب کافی را به بدن او برسانید. حداقل دو ساعت قبل از خواب به او مایعات ندهید. اگر لازم بود، از شلوارهای کوتاه و تشک های ویژه تخت استفاده کنید. روی در توالت، عکس توالت را بچسبانید و درشت روی آن واژه ی توالت را بنویسید تا بتواند آن جا را تشخیص دهد. پوششی با رنگ متضاد روی محل توالت قرار دهید. هنگام دستشویی کردن، آب را به آرامی باز کنید.
وقتی مراقب می خواهد بداند که چگونه از درد کشیدن بیمارش مطلع شود، این موارد را می توانید به او بگویید:
افراد مبتلا به آلزایمر در این مرحله از بیماری در بیان دردشان مشکل دارند. نشانه هایی که باید مراقبش باشید عبارتند از: رنگ پریدگی یا قرمز شدن پوست، لثه های رنگ پریده، زخم های دهانی، استفراغ، پوست داغ و تب دار یا متورم شدن هر بخش از بدن که می تواند نشانه ای از بیماری باشد. به نشانه های غیرکلامی و زبان بدن توجه خاصی کنید. زیرا می توانند ناراحتی را نشان دهند. نسبت به تغییرات رفتاری (به ویژه نگرانی، بی قراری، فریاد زدن و اختلال در خواب) هوشیار باشید. این ها می توانند نشان دهنده درد باشند.
وقتی مراقب مایل است در مورد چگونگی غنی و هدفمند کردن زندگی بیمارش بداند، او را بدین گونه می توانید راهنمایی کنید:
او را به انجام کارهای معمول خانگی مانند شستن ظرف ها، گردگیری، آب دادن گل ها، مرتب کردن تخت خواب، خشک کردن سطوح و غیره ترغیب کنید. البته میزان توانایی او را در نظر داشته باشید. گوش دادن به موسیقی، رقصیدن، آواز خواندن یا فقط گوش دادن و به خاطر آوردن آن را جز برنامه ی او قرار دهید. در جمع کردن برگ ها یا کار در باغ و باغچه از او کمک بخواهید. البته بر این کار نظارت داشته باشید. بازی با کلمات (متضادها، چیستان، حدس بزن) را انجام دهید. نخ یا کاموا به او بدهید و بخواهید که آن ها را به دور یک توپ یا گلوله کاغذی بپیچد. سبدی پر از لباس های نوزاد و کودک که بوی پودر بچه می دهد در اختیار او بگذارید و از او بخواهید آن ها را مرتب کند، قزن و دکمه هایشان را ببندد یا گره بزند. او از این کار لذت می برد و خاطرات برایش تداعی می شوند. از او بخواهید که در جارو زدن به شما کمک کند. از یک دوست یا همسایه ای که صاحب فرزند یا حیوان خانگی است، بخواهید به دیدن او بیاید. به ویژه اگر آن بچه یا حیوان خانگی بخشی از خاطرات او باشد. تصاویری که مناسب سنش هست را به او بدهید و بخواهید که آن ها را با مداد رنگی یا آبرنگ رنگ کند. آن ها را روی مقوا بچسبانید و به نمایش بگذارید. از او بخواهید که قطعات مجزا شده یک وسیله را مونتاژ کند، مرکز استان ها، پایتخت کشورهاو اسامی رییس جمهور کشورها را تشخیص دهد یا تصویر پرچم کشوری را رنگ کند.
به مراقب بیمار آموزش دهید که چگونه می تواند به عنوان مراقب استرس خود را کاهش دهد:
مراقب بیمار آلزایمر را اغلب قربانی پنهان یا دوم بیماری آلزایمر می نامند. نشانه های استرس در فرد مراقب عبارتند از: انکار، خشم، دوری گزینی از اجتماع، اضطراب، افسردگی، احساس خستگی و فرسودگی، بی خوابی، تحریک پذیری، نداشتن تمرکز و بروز مشکلاتی در سلامتی. لذا از او بخواهید که با احساسات خود نجنگد. سرگرمی داشته باشد. نفس عمیق کشیدن را در طی شبانه روز داشته باشد. پیاده-روی و ورزش ملایم داشته باشد نه شدید. در گروه های حمایتی شرکت کند. در این گروه ها با افرادی آشنا می شود که به صحبت هایش گوش می دهند و درکش می کنند. علاوه بر این، راهبردهای مفید و کاربردی مربوط به مراقبت از بیمار را می شنود.

مرگ اختیاری سفری از ذهنیت تا حقیقت

دکتر آرش ناهید- روانپزشک

ترس از مرگ در تمام طول عمر با ما همسفر است، منتها وقتی سن از میانسالی می گذرد آهنگ جرس بلندتر و جدی تر شنیده می شود و به ما می گوید که باید محمل ها را بربندیم و دیگر ذهن نمی تواند آنرا چیزی دوردست تصور کند.
مرگ مانند هر پدیده ای واقعیت و حقیقتی دارد منتهی این ذهنیت ما در مورد مرگ است که حال ما را اینگونه خراب می کند و گوش ذهن را از نام و یادش گریزان می گرداند.

ازچه بگـــریزیم از خود ای مـــحال
از که بربابیم از حق ای وبال

حال سؤال این است که بزرگانی همچون مولانا در پس پرده پندار ذهن چه حقیقتی از مرگ چشیده اند که اینگونه در مورد آن صحبت می کنند.

مرگ حیات است و حیات است مرگ
عکـــس نماید نظر کافری

و راهکاری که عرفان برای غلبه به این ترس پیشنهاد می دهد چیست؟
در مثنوی معنوی تحت عنوان مرگ اختیاری حدیثی منتسب به پیامبر اکرم بیان می شود و مورد تجزیه و تحلیل قرار می گیرد.
«بمیرید قبل از اینکه بمیرید.»
این مرگ که قبل از مرگ واقعی ایجاد می شود از جنس حقیقت مرگ است نه از جنس واقعیت آن. به این معنی که یک تبدیل، تغییر هوشیاری یا تغییر نگرش به جهان است. این مرگ مرگی است که باید سال ها قبل از مرگ واقعی به وقوع بپیوندد تا زندگی انسان را رنگ و بویی دیگر بخشد و انسان را آماده پرکشیدن از عالم خاک کند.

جان بسی کندی و اندر پرده ای
زانکه مردن اصل بد ناورده ای
تا نمیری نیست جان کندن تمام
بی کمال نردبان نایی به بام
نه چنان مرگی که در گوری روی
مرگ تبدیلی که در نوری روی

زندگی کردن بدون مرگ اختیاری از نظر مولانا جان کندنی بیش نیست. ایشان توضیح می دهد که این نه آن مرگی است که تو را به خاک می سپارد بلکه مرگی است که تو را از خاک به زر تبدیل می کند.

خاک زر شد هیأت خاکی بمرد
غم فرح شد خار غمناکی بمرد

همانطور که خاک به طلا تبدیل می شود و از هیأت خاکی اش چیزی باقی نمی ماند، این تبدیل هم باعث می شود که رویکرد ما به زندگی آنچنان عوض شود که از چاه غم به باغ شادی و فرح درآییم.
در داستان طوطی و بازرگان مولوی به شکل جامع تری مرگ اختیاری را به تصویر می کشد. همان طور که می دانید داستان از این قرار است که بازرگانی در منزلش طوطی زیبا و خوش زبانی را در قفس نگه داشته بود و از زیبایی و هم صحبتی با او بهره می برد، تأیید طلبی ما نسبت به دیگران و حسن فروشی مان و همچنین هویت گرفتن از ظواهر زندگی که ما را در ذهن محبوس کرده و جلوی پرواز مرغ جان ما را می گیرد، در واقع همان قفس طوطی در بند است.
انسانی که عمر خود را برای جلب تأیید دیگران به بیکاری گذرانده چگونه بمیرد؟
انسانی که عمر را برای جمع آوری مال، ثروت، علم و شهرت و .... در جهت فزونی خود صرف کرده، چگونه بمیرد؟ مرگ تار و پود هر آنچه را بافته می شکافد و هر آنچه اندوخته را از دست رفته می بیند.
نوش داروی مرگ اختیاری نسخه ای است که از گنجینه عرفان ایرانی بدون هیچ عوارض جانبی برای درد مشترک همه انسان ها پیچیده شده، باشد که برای ما نوش دارو پس از مرگ سهراب نشود.
بازرگان قصد سفر به هندوستان دارد و از طوطی می خواهد که هدیه ای از او طلب کند تا بازرگان برایش به ارمغان آورد. طوطی در برابر اصرار او می گوید: اگر در آن دیار طوطیان آزاد را دیدی سلام مرا به آنها برسان و داستان مرا برای آنها بازگو. بازرگان نیز در حین سفر در هندوستان دسته ای از طوطیان را می بیند که آزاد و سرخوش بر درختی نشسته اند و طبق خواسته طوطیش شرایط او را برای آنها باز می گوید. هنگامی که طوطیان این قصه را می شنوند همگی همچون برگ درخت از شاخه فرو می ریزند و در دم می میرند. بازرگان از دیدن این صحنه سخت ناراحت و از گفته خود پشیمان می گردد و در بازگشت سعی می کند موضوع را از طوطی پنهان کند ولی طوطی در قفس بسیار اصرار می کند و در نتیجه بازرگان تسلیم می شود و شرح ماوقع همان و مردن این طوطی هم همان.

ای که از این تنگ قفس می پری
رخت به بالای فلک می بری
زندگی تازه ببین بعد از این
چند از این زندگی سرسری
در هوس مشتریت عمر رفت
ماه ببین و بره از مشتری
جمله جان ها که از این تن شدند
حی و نهانند کنون چون پری
گشت سوار فرس غیب جان
باز رهید از خر و از خرخری

بازرگان با چشمان گریان جسد طوطی را از قفس در می آورد و بر زمین گذارد . به ناگاه در برابر چشمان اشکبارش طوطی پر می کشد و در جایی می نشیند که دیگر دست بازرگان به او نمی رسد.

تن بود چون ریسمان بر پای جان
می کشاند بر زمینش ز آسمان
گر گشاید دل سر انبان راز
جان به سوی عرش تازد ترکتاز

خاطرات یک روانپزشک

دکتر مژگان امانت کار-روانپزشک

چندی پیش آقایی با سوء ظن به همسرش به مطب آمد . قضایا از آنجا شروع شد ه بود که همسرش در گروه وایبر با همکلاسیهای دانشگاهی مراوده داشته است و از قضا با دونفر از خواستگاران قدیمی خود نیز بسیار صمیمی شده بود و این سبب شده بود که بی اعتمادی شوهرش به او شدت بگیرد به حدی که باعث برخورد های شدید بین زوجین شده بود . اینگونه که زوج تعریف می کرد زوجه زوج خود را پیش روانپزشک یا روان شناس و مشاور برده بود . با توجه به توصیفاتی که زوج از این مشاور می کرد می توان حدس زد که روانپزشک نبوده است پیر مرد با لباس یک دست سفید ، سبیل و مویی بلند که قیافه محمد رضا لطفی مرحوم را تداعی می کرد. بعد از آن مشاور برای حساسیت زدایی یا غرقه سازی یا « غیرت زدایی « نزد زوج به این خانم جملات عاشقانه ابراز کرده بود و همین باعث شده بود که زوج جلسه را ترک کند و قید مشاوره را بزند .زوج در ادامه گفت اگر این عملی که شما ها در کتاب ها می خوانید این است که خاک بر سر علم تان و اگر این مشاور تحصیل کرده های این مملکت هستند خاک بر سر ما عوام درس نخوانده که مجبوریم پیش چنین کسانی برویم و کمک بخواهیم . در هر صورت خاک بر سر بود که در این میان بر سر و صورت خلق اله می ریخت و من نیز این وسط این حرفهای خاک بر سری قصد اصلاح اوضاع را داشتم !

■■■

منشی مطب وارد اتاق شد و گفت خانم دکتر تلفنی از شهرستان داری ، وقتی گوشی را برداشتم متوجه شدم از انگلستان تماس می گیرند ! بیماری بود با اختلال وسواس . وقتی علت تماس را از او جویا شدم گفت : خانم دکتر دستم به دامنت !

گفت وقتی بخواهد تحت درمان قرار گیرد باید هفت خوان رستم را طی کند تا یک روانپزشک او را ویزیت کند ، بعد هم یک قلم دارو به او می دهد که کم خوابی و اضطراب او را درمان نمی کند . گفت تو را خدا من هزینه ویزیت را می دهم ، خواهرم هفته دیگر به انگلستان می آید ، شما برای من دارو تجویز کنید تا خواهرم برای من بیاورد .در این لحظه فکر کردم که چقدر جهان سوم خوب است دکتر دم دست ، دارو دم دست ، حتی مریض به داروخانه می رود و بدون نسخه کلوزاپین می خرد . چه خوبه پیشنهاد توریسم درمانی بدهیم تا هم بیماران کشور های توسعه یافته شفا یابند و هم پزشکان جهان سوم به نان و نوایی برسند . بهر حال در زمینه سیستم پزشکی موردی پیدا کردیم که بتوانیم به کشور های توسعه یافته پز بدهیم !

■■■

یکی از بیمارانم می گفت : خانم دکتر من دو سال است دارو می خورم ، نه خوب می شوم نه بد تر . همینطور وسط هوا و زمین مانده ام . نمی دانم چه کار کنم . بعد از اینکه شرح حال تکمیلی گرفتم گفت : سه قلم دارویی که شما تجویز کرده بودید هر شبی یک عدد می خوردم ، شب بعد قلم دیگر را می خوردم و قلم سوم را نیز شب بعدش و سه شب هم به بدنم استراحت می دادم تا خیلی اذیت نشود .وقتی علت این کار را پرسیدم گفت : آخر من دیدم پشت قرص نوشته هر شب یک عدد ، فکر کردم هر شب باید یک دانه قرص بخورم !

خدایا این مریض ها را از ما نگیر و گرنه سازندگان طنز ما از کجا الهام بگیرند ؟!

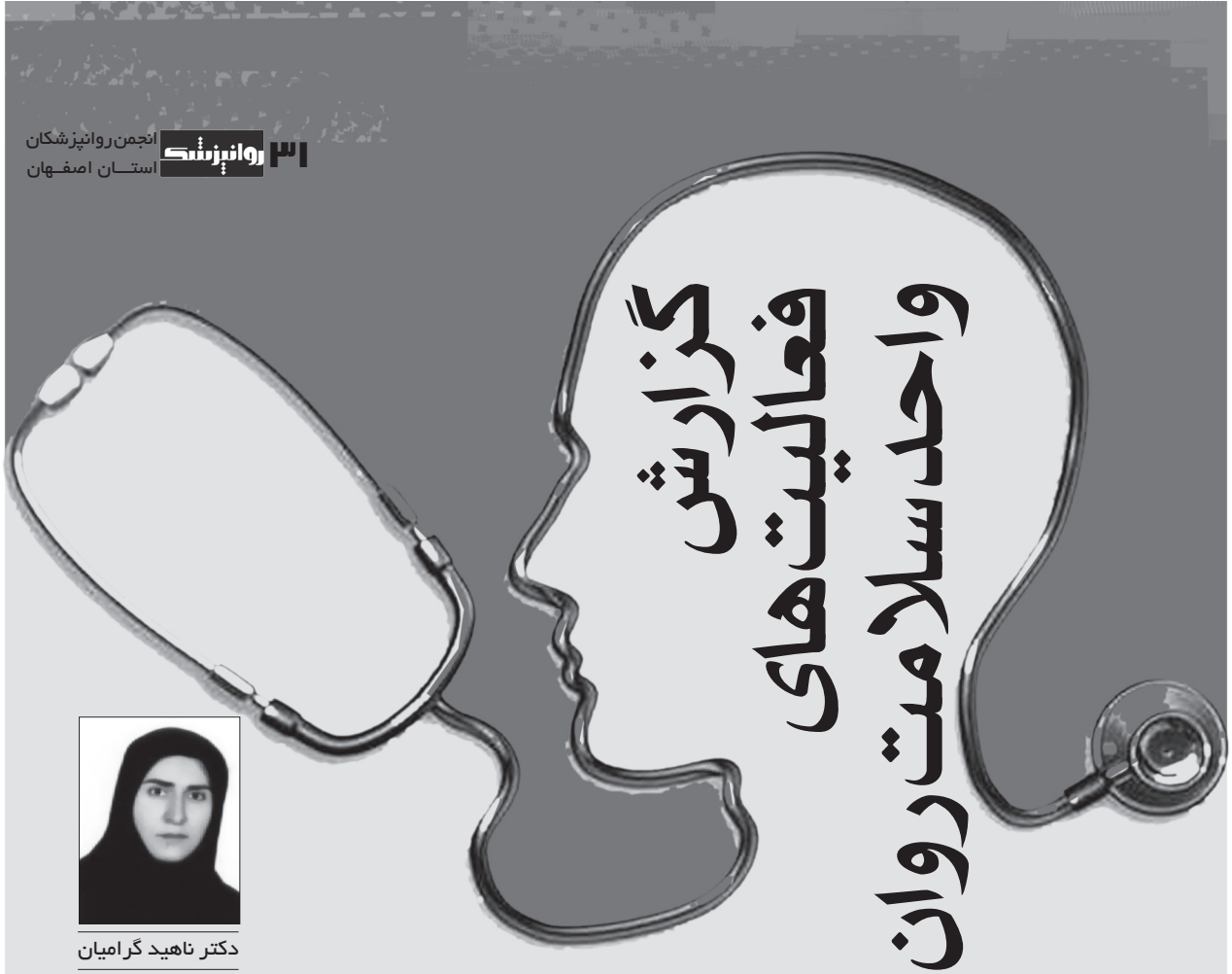
■■■

چندی قبل یکی از آشنایان با مشکل تکرر ادرار مواجه شد . هر روز به مطب یکی از پزشکان متخصص می رفت . یک روز متخصص کلیه نفرولوِیست ، یک روز متخصص ارولوِی ، یک روز متخصص و...و دارو ها و آزمایش های مختلف برای وی تجویز می گردید . متخصص زنان تشخیص داده بود که میومی درون رحم شما هست که به مثانه فشار می آورد و باعث تکرر ادرار می شود . با این تشخیص بیمار هیسترکتومی شد و یک سالی نیز گرفتار عوارض این عمل بود . بعد از آن یک بار برای درمان میگرن به اینجانب مراجعه کرد . وقتی شرح حال دقیق گرفتم تکرر ادرار او را سایکوژنیک تشخیص دادم و دارو تجویز کردم . بعد از چندی آمد و گفت : خانم دکتر! آب در کوزه و ما تشنه لبان می گردیم .کاشکی زود تر پیش شما آمده بودم . ای کاش همکاران رشته دیگر طب کمی « به این آب در کوزه « گوشه چشمی داشته باشند و علل سایکوپنیک را نیز با تظاهرات جسمانی مد نظر داشته باشند .

انشااله که مسائل مالی در میان نیست و اخلاق حرفه ای همکاران نیز از نوع درجه یک است ونیز باید جلسات آشتی و آشنایی بین روانپزشکان و رشته های دیگر برقرار کرد تا به علل سایکوپنیک در تظاهرات جسمانی توجه بیشتری داشته باشند .

■■■

چندی پیش خانمی پنجاه ساله جهت وزیزیت آمده بود . از همان ابتدا با لهجه ی زیبای کرمانشاهی گفت :من نه افسردگی دارم نه مشکل روحی . فقط آمده ام پیش شما رازی را در میان بگذارم که نمی توانم به هیچکس بگویم و این روی دلم سنگینی می کند و شروع کرد به گفتن قصه ی زندگیش ، اینکه همسری داشته که در تمام این سالها او را مورد آزار جسمی و روحی قرار داده و حالا همسرش فوت کرده است . بعد از فوت همسرش خواستگار دوران نو جوانیش بعد از ۳۵ سال مجدداً او را پیدا کرده و به خواستگاریش آمده است ! این خانم می گفت به هر کس بگویم مرا سرزنش می کند که « سر پیری و معرکه گیری « ؟ گفت فقط دیدم شما تحصیل کرده ای و بیشتر از ما بلد هستی و می توانم از شما راهنمایی بگیرم . البته در اثنای سخنانش بقول معروف با دست پیش می کشید و با پا پس ! وقتی صحبتهای مراجع تمام شد گفت : حس می کنم کوهی از روی شانه هایم برداشته شده است . ظاهراً متخصصان روانپزشکی باید در تابلو های سر در مطب خود بنویسند « متخصص اعصاب و روان و صندوقچه اسرار و غیره « !



گزارش فعالیت‌های واحد سلامت روان

دکتر ناهید گرامیان

مسئول واحد سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

از آنجاکه، ماموریت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تامین سلامت همه جانبه جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی آحاد جمعیت ساکن در پهنه جغرافیایی جمهوری اسلامی با اولویت مناطق کم برخوردار است، لذا انجام مداخلاتی به منظور ارتقاء وضعیت سلامت مناطق مختلف کشور ضرورت دارد.

وزارت بهداشت طرح تحول حوزه بهداشت را مشتمل بر شش برنامه و چندین پروژه برای دستیابی به اهداف زیر تهیه کرد:

۱.ارتقاء شاخص های سلامت

۲.افزایش رضایتمندی گیرندگان خدمت (مردم) و ارائه دهندگان خدمت

۳.عدالت در سلامت از نظر دسترسی به خدمات، بهره‌مندی از خدمات ارائه شده و حفاظت مالی از آنان در بستر پوشش بیمه همگانی.

٤.بهبود کیفیت و کنترل قیمت خدمات سلامت

۵.اصلاح رفتار گیرندگان و ارائه دهندگان خدمت

٦.اصلاح نظام پرداخت و شیوه خرید خدمت

دو برنامه اساسی معاونت بهداشت در طرح تحول حوزه بهداشت، برنامه تامین مراقبت های اولیه سلامت در حاشیه شهرها و سکونتگاه‌های غیررسمی و نیز شهرهای کمتراز ۵۰۰۰۰ نفر است.

خدمات سطح اول در نقطه آغازین در واحدی با نام عمومی پایگاه سلامت تعریف می‌شود که با استاندارد نیروی انسانی، فضای فیزیکی و تجهیزات مشخص در حاشیه شهرها مبتنی بر اصول ساختار و سطح بندی نظام شبکه بهداشت و درمان کشور ارائه می گردند.

سایر خدمات سلامت مانند خدمات دارویی، پاراکلینیک (آزمایش‌ها و تصویربرداری‌های پزشکی) نیز در مراکز و موسسات دولتی و غیردولتی مانند داروخانه‌ها، آزمایشگاه‌ها و مراکز تصویربرداری ارائه می‌شوند.

پایگاه های سلامت به طور معمول در جایی نزدیک به محل زندگی گروه هدف این برنامه قرار دارند و در آن، نخستین تماس فرد با نظام سلامت از طریق تیم سلامت اتفاق می‌افتد.

مرکز سلامت جامعه با تبدیل مرکز بهداشتی درمانی موجود در منطقه (درصورت نبود، ایجاد)، پذیرای ارجاعات افقی از پایگاه‌های سلامت تحت پوشش خود خواهند بود.

سایر خدمات از طریق ارجاع به سطح دوم و با پذیرش مسوولیت پیگیری و تداوم خدمات به بیمار توسط واحد ارائه دهنده خدمات سطح اول انجام می گیرد.

در هر مرکز سلامت جامعه یک روانشناس بالینی در کنار پزشک مرکز استقرار داردکه فعالیت هایی در سه حیطه سلامت روان، سلامت اجتماعی و اختلالات مصرف مواد را مدیریت می کند.

در هر پایگاه سلامت،مراقبین سلامت به عنوان خط اول ارائه دهنده خدمت حضور دارند که وظیفه غربالگری اولیه در هر سه حیطه فوق به عهده آنها می باشد. ابزارهای غربالگری استاندارد در این برنامه مورد استفاده قرار گرفته و بر اساس نتایج غربالگری ،سطح خطر ارزیابی و اقدامات لازم توسط کارشناس سلامت روان و پزشک مرکز و در صورت نیاز سطوح تخصصی ارائه خواهد شد. برای اجرای هرچه بهتر فعالیت ها آموزش کارشناسان سلامت روان در این حوزه انجام شده و پایش برنامه ها در حال انجام می باشد.

با توجه به سیاست های وزارت بهداشت، پوشش کامل خدمات جامع سلامت در حاشیه شهرها مد نظر بوده و این کار در چند مرحله انجام خواهد گرفت

با توجه به اینکه این برنامه مراحل اولیه اجرا را طی می کند قطعاً با راهنمایی و مشاوره همکاران محترم قابلیت ارتقاء خواهد داشت.

دلایل تمایل نداشتن روان‌شناسان به کار با سالمندان و ضرورت آن

نویسندگان: کریستینا براینت و دبورا کودر

مجله بین‌المللی روان‌پزشکی سالمندان (۲۰۱۵)

مترجم: فاطمه ناجی اصفهانی (روان‌شناس بالینی)

آمار نشان می دهد که جمعیت اکثر کشورهای پیشرفته، در حال پیر شدن است. زیرا میزان مرگ و میر ناشی از بیماری های عفونی و جسمانی، به ویژه بیماری های قلبی-عروقی، کاهش یافته است. با این حال، چالش پیش روی ما، تامین خدمات بهداشتی مناسب برای این جمعیت است. علاوه بر این، باید سیاست هایی تدوین شوند که به ارتقای بهداشت جسم و روان این افراد بپردازند. چندین نویسنده این سوال را مطرح کرده‌اند که آیا ما آمادگی مواجهه با چالش های این بخش از جمعیت را داریم یا خیر (دویل و همکاران، ۲۰۰۹؛ کانلی، ۲۰۱۲). روان‌شناسان برجسته، بارها اشاره کرده‌اند که روان‌شناسی بالینی می تواند نقش پررنگ تری در ارائه‌ی خدمات به سالمندان داشته باشد. اما متاسفانه روان‌شناسان، تمایلی به کار با گروه سالمند ندارند (کارل و همکاران، ۲۰۱۲). در این مقاله به بررسی این سوال‌ها می پردازیم: روان‌شناسانی که در زمینه‌ی ارائه‌ی خدمات سلامت روان به سالمندان کار می کنند، کجا هستند؟ نقش روان‌شناسان در بهبود سلامت روان سالمندان چیست؟ چگونه انگیزه‌ی کار تخصصی با سالمندان را در آن‌ها ایجاد کنیم؟

آیا واقعا روان‌شناسان نمی خواهند به کار با سالمندان بپردازند؟

نتایج شماری از پژوهش‌ها نشان می دهند که این مساله واقعیت دارد. به‌عنوان نمونه، در پژوهشی که در کشور پرتغال انجام شد، در بین ٤٦٠ دانشجوی دوره لیسانس، دانشجویان رشته روان‌شناسی نسبت به دانشجویان رشته پرستاری و کارآموزان امور اجتماعی، در پرسشنامه‌ی نگرش نسبت به سالمندان، پایین ترین درجه را کسب کردند. آن‌ها کار با سالمندان را در پایین ترین درجه علاقه‌مندی خود نسبت به کار با نوجوانان و جوانان قرار دادند (گونکالوز و همکاران، ۲۰۱۱). هم‌چنین در سال ۲۰۰۸، انجمن روان‌شناسی آمریکا پژوهشی انجام داد. نتایج آن نشان داد که فقط ٤/۲ درصد روان‌شناسان، کار با سالمندان را به‌عنوان حیطه‌ی اصلی کار بالینی خود قرار داده‌اند. هم‌چنین، در پژوهشی که در استرالیا انجام شد، آمار مشابهی به‌دست آمد. نتایج این پژوهش نشان داد که ٦ درصد روان‌شناسان شرکت کننده در این پژوهش، در زمینه‌ی مراقبت‌های سالمندی تخصص داشتند و ٤٠ درصد این افراد اصلا با مراجعین سالمند سر و کار نداشته‌اند (کودر و هلمز، ۲۰۰۸). آمار بریتانیا هم نتایج مشابهی داشت و نشان داد که در دنیا منابع کمی برای ارائه‌ی خدمات روان-شناختی به سالمندان موجود است.

در پایین بودن سطح علاقه روان‌شناسان به کار با سالمندان عوامل مختلفی

دخیل هستند. یکی از این موارد، تبعیض سنی حرفه‌ای (professional ageism) است. از زمان فروید، نسبت به توانایی سالمندان در بهره گیری از درمان‌های روان‌شناختی، نگرش منفی ایجاد شده است. زیرا اعتقاد بر این بوده است که این درمان‌ها نیاز به انعطاف‌پذیری در تفکر دارند: «... از ۵۰ سالگی به بعد، انعطاف‌پذیری ذهنی، که در درمان به آن نیاز داریم، همانند قبل نیست و نظم خود را از دست می‌دهد... بنابراین سالمندان، آموزش‌پذیر نیستند» (فروید، ۱۹۰۵، در مورفی ، ۲۰۰۰، ص. ۱۸۲). او زمانی که این مطلب را می‌نوشت، چهل و نه سال داشت. بی‌علاقگی روان‌شناسان به کار با سالمندان، و این پوچ‌گرایی درمانی (therapeutic nihilism)، باعث شده است که سالمندان از دریافت مداخله‌های بالقوه و موثر روان‌شناختی بهره‌مند نشوند (هپل ، ۲۰۰٤). در پژوهش‌های متعدد انجام شده، دیدگاه‌های مختلفی در مورد تبعیض سنی نقل شده است. مثلا، «این که سالمندان در طول زندگی خود، محرومیت و داغ‌دیدگی‌های زیادی را چشیده‌اند، قوای ذهنی آن‌ها دچار ضعف و نقص شده است و فرصت محدودی را در پیش رو دارند، بسیار ناراحت کننده است. اما چه کاری از دست ما برمی‌آید؟» (لی و همکاران، ۲۰۰۳، ص. ۵). نتایج پژوهش زمینه‌یابی در اسرائیل نشان داد که ۵۵ درصد روان‌شناسان بالینی شرکت کننده در این پژوهش به‌طور ویژه ابراز کردند که هیچ‌گونه تمایلی به کار با سالمندان ندارند (اشموتکین و همکاران، ۱۹۹۲).

سایر عوامل پیش‌بینی کننده در مورد گرایش روان‌شناسان به کار تخصصی با سالمندان عبارتند از: مواجهه آن‌ها با سالمندان، آموزش و دانش آن‌ها (کودر و هلمز، ۲۰۰۸). پژوهش‌هایی که به بررسی این ۳ عامل پرداختند، نشان دادند که سطح آموزش، بیشترین تاثیر را دارد (کودر و هلمز، ۲۰۰۸). در علاقه‌مند شدن روان‌شناس به کار با سالمند، مواجهه‌ی بالینی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است (کارل و همکاران، ۲۰۱۲). از طریق تجارب بالینی مثبت و حمایتی در ارتباط با سالمندان می‌توانیم کلیشه‌های منفی موجود در مورد سالمندان را به چالش بکشیم و از برنامه‌های مختلف در این زمینه استفاده کنیم. مثلا، برنامه آموزش روان-شناسی سالمندی در آمریکا (Pikes Peak Model)، دانش، طرز برخورد و مهارت‌های لازم برای کار با سالمندان را به شکل اجمالی ارائه می‌دهد (نایت و همکاران، ۲۰۰۹). تلاش‌های مشابهی نیز در زمینه‌ی ارائه راهبردهایی برای روان‌شناسان حوزه‌ی سالمند، در بریتانیا و استرالیا انجام شده است (پاچانا و همکاران، ۲۰۰٦). پیشنهاد ویژه‌ی ما این است که دوره‌های کارآموزی کیفی، در مراکز نگهداری سالمندان، برگزار شود. اما کمبود ناظرین باتجربه و ماهر، و اختیاری بودن پذیرش کارآموز در این مراکز، مانع رسیدن به این هدف بوده است (پاچانا و همکاران، ۲۰۱۰).

نقش روان‌شناسان در ارتقای سلامت روان سالمندان چیست؟

اگر مداخله‌های روان‌شناسی، چیزی برای ارائه به سالمندان نداشته باشند، بی‌علاقگی و نداشتن تجربه‌ی کارآموزی، احتمالا اهمیتی نخواهند داشت. برای رد کردن این موضوع، به نمونه‌هایی از درمان‌های مورد تایید در سه حوزه‌ی بالینی می‌پردازیم. نخست آن که، افزایش سن، یکی از عوامل خطر در پیدایش اختلالات عصب‌شناختی است که در این اختلالات، مجموعه‌ای از نشانگان، با سبب شناسی‌های مختلف وجود دارند. این اختلالات که ماهیت پیش‌رونده‌ای دارند و با اختلالات رفتاری ارتباط تنگاتنگی دارند، سبب ایجاد اضطراب در بیمار و مراقبین او می‌شوند (کوهن-منزفیلد، ۲۰۱۳). درمان‌های دارویی تاثیر بسیار کمی در این زمینه دارند و خطر عوارض دارویی را به دنبال خواهند داشت (اوسلندر و همکاران، ۲۰۰۳). چندین مداخله‌ی موثر برای مراقبین افراد مبتلا به آلزایمر، شکل گرفتند تا به مراقبین کمک کنند که خود را با مسائل مراقبتی بیمار خود تطبیق دهند. در برخی موارد، این مداخله‌ها انتقال بیمار به مراکز مراقبتی را به تاخیر انداختند (الویش و همکاران، ۲۰۱۳). این مداخله‌ها، شامل برنامه‌های آموزشی، مهارت‌های مدیریت رفتار و حمایت و مشاوره مراقبین می‌باشد. با آموزش روان‌شناسان در زمینه‌ی درک و مدیریت این رفتارها، امکان مداخله‌ی بالینی برای آن‌ها میسر می‌شود. در مراکز مراقبتی نیز این اصول قابل کاربرد هستند زیرا بروز رفتارهای چالش‌برانگیز در این مکان‌ها زیاد به چشم می‌خورد.

دوم این که، با افزایش طول عمر، فرد باید با شرایط خاصی به ادامه‌ی زندگی بپردازد. یکی از این موارد، درد مزمن است که سبب ناامیدی فرد شده و محدودیت‌های خاصی را برای او ایجاد می‌کند. متخصصان بالینی در زمینه‌ی درمان این مسائل می‌توانند خود را به چالش بکشند. دو مداخله‌ی روان‌شناختی CBT (درمان شناختی-رفتاری) و ACT (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) بر روی ۱۱٤ شرکت کننده مبتلا به درد مزمن انجام شد. ۱۸ درصد این افراد، ٦۵ ساله یا بالاتر بودند (ودرل و همکاران، ۲۰۱۱). هر دو درمان در کاهش تاثیر درد بر زندگی فرد، افسردگی و اضطراب ناشی از درد موثر بودند و تفاوت چشمگیری بین دو مداخله مشاهده نشد. اما ACT درمان قابل قبول‌تری بود و افراد کمتری در حین درمان حذف شدند. این مطلب، نقش مداخله‌های روان‌شناختی در مدیریت بیماری‌های مزمن، ارتقاء کیفیت زندگی و کارکرد سالمندان را نشان می‌دهد.

سوم این که، افسردگی عنوان «سرماخوردگی روان» را به خود اختصاص داده است (سلیگمن، ۱۹۷۵) و شیوع آن در بین سالمندان به‌ویژه آن‌هایی که در مراکز نگهداری، تحت مراقبت هستند، بالا است (سنودان و فلمینگ ، ۲۰۰۸). با توجه به افزایش میزان خودکشی در بین مردهای سالمند (طبق آمار انجمن آمار استرالیا، ۲۰۱٤)، تشخیص و درمان به موقع افسردگی ضرورت پیدا می‌کند. روان‌شناسان، در درمان و مدیریت اختلال‌هایی مانند افسردگی و اضطراب بسیار خوب درخشیده‌اند (فریزر و همکاران، ۲۰۰۵). چندین برنامه-ی گروهی نیز طراحی شده‌اند که به انطباق روی‌کردهای شناختی-رفتاری در درمان افسردگی در مراکز نگهداری می‌پردازند (میکس و همکاران، ۲۰۰۸).

به دو نکته دیگر نیز باید اشاره شود. یکی این که، در حال حاضر، سالمندان تمایلی به دریافت کمک‌های روان‌شناختی ندارند. زیرا آن‌ها تصور می‌کنند که در روان‌درمانی برچسبی به آن‌ها زده می‌شود یا روان‌درمانی، نشانه‌ای از ضعف آن‌ها است (زاریت و زاریت، ۲۰۰٦). نسل بعد از جنگ جهانی دوم، که اوج زاد و ولد را داشتند، الان مسن شده‌اند. آن‌ها در دوره‌ای رشد یافتند که آگاهی‌های روان‌شناختی بیشتر بوده است و به احتمال زیاد، به مداخله‌های روان‌شناختی بیشتر نیاز دارند (لیدلو، ۲۰۱۳). با توجه به بی‌میلی روان‌شناسان به کار با سالمندان، احتمالا نیروی کار باتجربه و آموزش دیده‌ای که بتوانند نیازهای سالمندان را برآورده سازند، نخواهیم داشت. دوم این که، با پیچیده‌تر شدن مراقبت‌های بهداشتی و سلامتی، نیاز به همکاری منسجم، از اهمیت ویژه‌ای برخوردار می‌شود (کارل و همکاران، ۲۰۱۲). مراقبت بیمار محور، به روی‌کرد یکپارچه‌ای نیاز دارد تا بتواند نیازهای جسمانی و روان‌شناختی سالمندان را برآورده سازد. اما هنوز، روان-شناسان از این فضاها دور هستند و حضور خود را پررنگ نکرده‌اند (کارل و همکاران، ۲۰۱۲، ص. ۱۸۷).

چگونه انگیزه‌ی کار تخصصی با سالمندان را در روان‌شناسان ایجاد کنیم؟

برای ایجاد انگیزه و پررنگ کردن نقش روان‌شناسان در بهزیستی سالمندان

چندین روش پیشنهاد می‌شود. البته این روش‌ها باید از جنبه‌های مختلفی به چالش کشیده شوند. یکی از این روش‌ها، آموزش است. آموزش، بیشترین تاثیر را بر افزایش علاقه روان‌شناسان به کار با سالمندان و انجام مداخله‌های روان‌شناختی برای آن‌ها دارد (کودر و هلمز، ۲۰۰۸). در مقطع کارشناسی روان‌شناسی، بخش ناچیزی از برنامه‌های درسی به پیر شدن و سالمندی اختصاص دارد. درس روان‌شناسی رشد، بیشترین تاکید را بر دوران کودکی و نوجوانی دارد و به دوران پیری، که حداقل سی سال از دوران زندگی را به خود اختصاص می‌دهد، نسبتا بی-توجه بوده است. حتی در بخش آموزش روان‌شناسی بالینی، این سوگیری وجود دارد. هم‌چنین، توجه بیش از اندازه به ارزیابی و تشخیص، و بی‌توجهی به دروسی که به آموزش مهارت‌های عملی در درمان می‌پردازند، باعث شده‌اند که کارآموزان این سوگیری را نسبت به کار با سالمندان داشته باشند (پاچانا و همکاران، ۲۰۱۰). تا این اواخر، در بریتانیا، کارآموزان روان‌شناسی بالینی ملزم بودند که در مراکز خدمات سالمندان کار کنند. این کارورزی‌ها بسیار مطلوب هستند. مواجهه‌ی بالینی با مراجعین سالمند بسیار موثرتر از ارائه‌ی مقاله و سخنرانی در مورد سالمندان است (کودر و هلمز، ۲۰۰۸). وقتی که روان‌شناسان در این محیط‌ها قرار بگیرند، می‌توانند به این واقعیت پی ببرند که سالمندان، دوست داشتنی هستند، حس شوخ طبعی دارند و در پذیرش رفتارهای جدید انعطاف پذیرند.

روش دیگر این است که به سایر متخصصانی که با سالمندان کار می‌کنند، در مورد نقش روان‌شناسان و مداخله‌های بالینی آن‌ها آگاهی بیشتری داده شود. روان‌شناسان باید به صورت تنگاتنگ با درمانگاه‌های سالمندان کار کنند. با توجه به توان‌مندی سالمندان، و با بهره‌گیری از فنون روان‌شناختی، روان‌شناسان می‌توانند نسبت به آموزش و مداخله‌های بالینی اولیه آن‌ها اقدام نمایند. علاوه بر این، روان‌شناسان، می‌توانند در کنار پزشکان و متخصصان سالمندان مشغول به کار شوند و نقش خود را پررنگ کنند. لازم به ذکر است که نقش روان‌شناسان، فقط محدود به درمان اختلال‌های روان نیست. آن‌ها می‌توانند در امور معمول سالمندان، مانند برنامه‌ریزی دوران بازنشستگی و سازگاری سالمند با مسائل مراقبتی خود، فعالیت داشته باشند. سازمان-های دولتی نیز باید امکانات بیشتری را فراهم کنند تا سالمندان و مراقبین آن‌ها راحت‌تر بتوانند از خدمات روان‌شناختی استفاده نمایند. علاوه بر این، نگرش نسبت به کار با سالمندان، بستگی به نگرش افراد نسبت به پیر شدن دارد. پس تصورات کلیشه‌ای نسبت به پیری باید اصلاح شوند تا روان‌شناسان هم بتوانند به کار با سالمندان بپردازند.

در بیست و پنجمین سالگرد روان‌پزشکی سالمندی، ما در مسیر دستیابی به هدف خود که «بهتر شدن سلامت روان سالمندان» بوده است، پیشرفت‌هایی کسب کرده‌ایم. مثلا، در ۲۵ سال اخیر، شاهد تحقیقات بسیار زیاد روان‌شناسان در مورد پیری بوده‌ایم. اما روان‌شناسان، هنوز در نقش بالینی خود نسبت به سلامت روان سالمندان، به ویژه در حوزه‌های درمان و مشاوره، عقب هستند. در سال ۱۹۹۷، میزلر و رانچ اظهار داشتند: «سوال امروز ما این نیست که آیا سالمندان آموزش‌پذیر هستند یا خیر؟ سوال ما این است که آیا ما متخصصان، آموزش‌پذیر هستیم؟» (میزلر و رانچ، ۱۹۹۷، ص. ۲۸۳). شاید در نهایت، خود سالمندان به ما بیاموزند که نسبت به مسائل مربوط به آن‌ها چگونه برخورد کنیم. زیرا آن‌ها نسلی هستند که خود را با نگرش‌های مختلف نسبت به پیر شدن سازگار کرده‌اند و احتمالا خواستار مداخله‌های روان‌شناسانه-محورتری هستند. روان‌شناسان بالینی مطالب زیادی را می‌توانند ارائه دهند. آن‌ها هنوز، آن‌گونه که انتظار می‌رود، استعدادهای خود را در عمل، نشان نداده‌اند. پس با ایجاد فرصت‌های بیشتر برای روان‌شناسان در زمینه‌ی کار با سالمندان در دوران دانشجویی روان‌شناسی بالینی و حضور فعالانه‌تر در مباحث و برنامه‌ریزی‌های بالینی، به ویژه در حوزه‌ی سالمندی، می‌توانیم برای برآورده کردن نیازهای آتی سالمندان، آمادگی پیدا کنیم.

منابع

Australian Bureau of Statistics (2014). Causes of Death, Australia, 2012. Catalogue No. 3303.0. Belconnen, ACT: Commonwealth of Australia.

British Psychological Society (2006). Specialists working with older people. Good Practice Guidelines of UK Clinical Psychology Training Providers for the Training and Consolidation of Clinical Practice in Relation to Older People. Leicester: British Psychological Society.

Cohen-Mansfield, J. (2013). Nonpharmacologic treatment of behavioral disorders in dementia. Current Treatment Options in Neurology, 15, 765–785.

Connolly, M. (2012). Futurology and mental health services: are we ready for the demographic transition? The Psychiatrist, 36, 161–164.

Doyle, Y., McKee, M., Rechel, B. and Grundy, E. (2009). Meeting the challenge of population aging. British Medical Journal, 339, 892–894.

Elvish, R., Lever, SJ, Johnstone, J., Cawley, R. and Keady, J. (2013). Psychological interventions for carers of people with dementia: a systematic review of quantitative and qualitative evidence. Counselling and Psychotherapy Research, 13, 106–125.

Frazer, C., Christensen, H. and Griffiths, K. (2005). Effectiveness of treatment for depression in older people. Medical Journal of Australia, 182, 627–632.

Goncalves, D. et al. (2011). Attitudes, knowledge and interest: preparing university students to work in an aging world. International Psychogeriatrics, 23, 315–321.

Hepple, J. (2004). Psychotherapies with older people: an overview. Advances in Psychiatric Treatment, 10, 371–377.

Karel, M., Gatz, M. and Smyer, M. (2012). Aging and mental health in the decade ahead: what psychologists need to know. American Psychologist, 67, 184–198.

Knight, B., Karel, M., Hinrichsen, G., Qualls, S. and Duffy, M. (2009). Pikes Peak model for training in professional geropsychology. American Psychologist, 64, 205–214.

Koder, D. and Helmes, E. (2008a). The current status of clinical geropsychology in Australia: a survey of practising psychologists. Australian Psychologist, 43, 22–26.

Koder, D. and Helmes, E. (2008b). Predictors of working with older adults in an Australian psychologist sample: revisiting the influence of contact. Professional Psychology: Research and Practice, 39, 276–282

Koder, D. and Helmes, E. (2008c). Predictors of interest in working with older adults: a survey of post-graduate trainee psychologists. Gerontology and Geriatrics Education, 29, 158–171.

Laidlaw, K. (2013). A deficit in psychotherapeutic care for older people with depression and anxiety. Gerontology, 59, 549–556.

Lee, K., Volans, J. and Gregory, N. (2003). Trainee clinical psychologists' views on recruitment to work with older people. Aging and Society, 22, 1–15.

Maizler, J. and Ronch, , (1977), Individual psychotherapy with the institutionalized aged. American Journal of Orthopsychiatry, 47, 275–283.

Meeks, S., Looney, S., Van Haitsma, K. and Teri, L. (2008). BE-ACTIV: a staff-assisted behavioural intervention for depression in nursing homes. Gerontologist, 48, 105–114.

Murphy, S. (2000). Provision of psychotherapy services for older people. Psychiatric Bulletin, 24, 181–184.

Ouslander, J., Bartels, S., Beck, C., Beecham, N., Burger, S. and Clark, T. (2003). Consensus statement on improving the quality of mental healthcare in US nursing homes: management of depression and behavioral symptoms associated with dementia. Journal of the American Geriatric Society, 51, 1287–98.

Pachana, N., Emery, E., Konnert, C., Woodhead, E. and Edelstein, B. (2010). Geropsychology content in clinical training programs: a comparison of Australian, Canadian and US data. International Psychogeriatrics, 22, 909– 918.

Pachana, N., Helmes, E. and Koder, D. (2006). Guidelines for the provision of psychological services for older adults. Australian Psychologist, 41, 15–22.

Seligman, M. (1975). Helplessness: on Depression, Development, and Death. San Francisco: W.H. Freeman.

Shmotkin, D., Eyal, N. and Lomranz, J. (1992). Motivations and attitudes of clinical psychologists regarding treatment of the elderly. Educational Gerontology, 18, 177–192.

Snowdon, J. and Fleming, R. (2008). Recognizing depression in residential facilitites: an Australian challenge. International Journal of Geriatric Psychiatry, 23, 295–300.

Wetherell, J. L. et al. (2011). A randomized, controlled trial of acceptance and commitment therapy and cognitive-behavioral therapy for chronic pain. Pain, 152, 2098–2107.

Zarit, S. and Zarit, J. (2006). Mental disorders in older adults: fundamentals of assessment

«آشیانه خالی»، آشفتگی و سردرگمی در میانسالی

دکتر ترانه تقوی، روانپزشک

نخستین بار بیست روزی به نوروز مانده بود که برای درمان «آورده» شد. خانمی بود در آستانه یائسگی، ۴۸ ساله که بیقرار و نالان بود مرتب زمزمه می کرد به دادم برسید. «یک کاری برام بکنید»، پسر و دخترش هم که همراهش بودند هم حال و روز بهتری نداشتند. او را به آرامش فراخواندم، باز هم نمی توانست شرح حال بدهد، دختر و پسرش به یاری او آمدند و داستان را بازگو کردند. خانم دارای یک دختر و سه پسر بود طی ۲ سال گذشته تنها دختر و دو پسرش ازدواج کرده و خانه را ترک کرده بودند و پسر آخر در شهری دور خدمت سربازی را می گذراند. آنها تا یک سال پیش مادرشان را فردی کدبانو، وظیفه شناس و پرکار می دانستند، کسی که حتی کم کاری های گاه گاه پدر را در اداره خانه و فرزندان پوشش داده بود اما گویی به ناگاه از یک سال پیش «بریده بود» آیا او از بار مسوولیت خسته شده بود؟ نه درست وارونه این داستان ... طی ۲ سال گذشته که فرزندان یکی پس از دیگری خانه را ترک کرده بودند او ناگاه تنها شده بود و اکنون از این تنهایی می ترسید و نمیدانست در زمان تنهایی و بیکاری چه بکند. هر روز همه فرزندان یا زمانی که پسرها سر کار بودند، دختر و دو عروسش در خانه او حضور داشتند و اگر می خواستند او را ترک کنند حتی با وجود حضور شوهرش، او هراسان و آشفته می شد، او پافشاری می کرد که یکی از پسرانش به همراه عروسش طبقه بالای آن ها زندگی کنند اما آن ها نپذیرفته بودند و پس از ازدواج در خانه‌ای به فاصله چند کوچه با مادر عروسش زندگی می کردند.او از این کار آنها دلخور بود. از دیدگاه تشخیص بر اساس DSM v در محور یک می توانست دچار یک اختلال سازگاری یا افسردگی یا اختلال خلقی دیگری باشد. و در محور II ممکن بود تشخیص شخصیت وابسته بگیرد.

برای درمان بیقراری زیاد و اختلال خلقی احتمالی (که پیشینه‌ای هم نداشت) و ممکن بود دو قطبی هم باشد درمان های دارویی را آغاز کردم. با فرزندانش جداگانه گفتگو کردم آن ها و خانواده هایشان دچار آشفتگی شده بودند و در آستانه نوروز «فلج» شده بودند و می رفت که اختلاف های خانوادگی نیز در آن سه خانواده رخ دهد. به آن ها پیشنهاد کردم «نوبتی» یکی از دختر، عروس یا پسرها نزد او حضور داشته باشند آن ها هم پذیرفتند و قرار شد هفته پس از آن بیایند تا ببینم بیقراری شدید بیمار آرام تر شده تا بتوانیم درمان های ژرف تری را آغاز کنیم یا نه؟ بیمار به همراه دختر و دامادش آمدند، باز همگی سراسیمه و آشفته او حتی نتوانسته بود برای اینکه نوبتش شود شکیبایی کند و به یکباره اتاق انتظار را ترک کرده و به خیابان رفته و به کمک دخترش بازگردانده شد کم کم پازل «آشیانه خالی» کنار هم چیده شد. او حدود ۱۶ سالگی (نوجوانی) ازدواجی سنتی کرده بود، در این سی سال هیچ گاه پیوند عاطفی و دلبستگی میان او و شوهرش شکل نگرفته بود. هنوز به سن بزرگسالی نرسیده بود که چشم باز کرده و دیده بود که چهار شیرخوار و کودک قد و نیم قد دور او را پر کرده‌اند و مانند جوجه هایی که دهان خود را به سوی مادر گشوده‌اند از او درخواست غذا و پشتیبانی دارند. او چهار جوجه اش را زیر پر و بال خود گرفته بود، شوهر هم نقش مهمش نان آوری خانه بود و در خانه حضور کمرنگی داشته بود. او آرام آرام با بزرگ شدن فرزندان پا به دنیای میانسالی گذاشته بود و هم چنان تنها نقشی که می دانست و بلد بود و از او چشمداشت بود که انجام دهد «نقش مادری» بود تا اینجای داستان همه چیز آرام پیش می رود اما ناگاه با پر کشیدن یکی پس از دیگری جوجه های بزرگ شده از لانه و خالی شدن آشیانه «مادر» به یکباره آشفته و گیج و سر در گم می شود. او نمی تواند این رخداد را درک و هضم کند. او دچار گیجی در نقش «role confuse» می گردد. اگر من «مادر»، «غذا دهنده» و «پشتیبان» جوجه های نیازمند نیستم پس «کیستم»؟ و نقش من در این آشفته بازار زندگی چیست؟ گویا یکباره در حال گذر از پل بزرگسالی به میانسالی، پل زیر پایش خراب می شود و او دست فرزندانش که بالای پل هستند را گرفته و می پندارد اگر آن ها دست او را رها کنند یا او دست آن ها را در دره نیستی و تباهی «سقوطی سهمگین» و نابود شونده، می کند. پس با همه توان دست آن ها را گرفته و رها نمی کند، هم او خسته شده هم فرزندان و همه دنبال راه چاره هستند؟ کوشیدم در طی کردن «سوگواری» این داستان اندوه بار و واقعیت نه چندان خوشایند و دادن بینش به او برای فرا رسیدن مرحله نوینی از زندگی او را یاری دهم اما او مقاومتی (resistance) شدیدی در برابر درمان و درمانگر می کرد. کوشیدم او و جهان درونش را درک کنم و با گفتمان فرهنگی مناسب او پیش بروم اما نتیجه نداد. ممکن است شخصیت ناپخته و ذهنی که psychological minded نبود به این ناکامی در درمان دامن می زند و همچنین تجربه ناکافی من در درمان های روانکاوانه که به نظر می رسید تنها رویکرد مناسب برای او باشد.

از خانواده خواستم از ویزیت بعدی او به همراه شوهرش بیاید، هرچند بیمار از این پیشنهاد خوشحال نشد. داستان را برای شوهر بازسازی کردم نقش او را در درمان گوشزد کردم. او کشاورز بود و گاهی ۲ هفته حتی شب ها خانه نبود اما نزد همسرش ماند و به پشتیبانی از او پرداخت اما برخورد خانم با او خیلی «سرد» و «بافاصله» بود. به نقش های نو در این سن پرداخته حتی آن ها را «عروس» و «داماد» خواندم و از آنها خواستم رابطه همسری خود را از نو بسازند.شوهر با خوشحالی ابراز آمادگی کرد اما بیمار با لجبازی به همکاری نکردن ادامه داد. به خانم پیشنهاد کردم با همسایه ها و هم نسل های خود در فامیل ارتباطش را افزایش دهد از آنها برای کنار آمدن با تنهایی میانسالی الگو بگیرد. با آن ها به مسجد و پیاده روی برود، کار هنری و خیریه انجام دهد و ... او هنوز هم پافشاری می کرد که جوجه ها را به آشیانه بازگرداند و او نمی توانست با سوگ خالی شدن آشیانه کنار بیاید. در اینجا بود که من دستانم را به نشانه تسلیم و ناتوانی از درمان بالا بردم و او را نزد همکار دیگری فرستادم. اما هنوز این بیمار و «بحران میانسالی» که در او به این شکل هویدا شده بوده اندیشه مرا به خود مشغول کرده است. به راستی ستمی ناگفته به زنانی این چنینی روا داشته شده که خود آن ها به عنوان یک انسان به رسمیت شناخته نمی شوند و حتی نقش همسری روشن و آشکاری هم ندارند و تنها نقشی که به آن ها داده شد خانه داری و مادری است. حال اگر خانمی نابارور باشد یا فرزندان را از دست دهد یا مانند داستان بالا به سرنوشت آشیانه خالی دچار شود دچار سردرگمی در هویت و نقش می شود. این است که به باور من باید به آدم ها از کودکی و نوجوانی آموزش داده شود که پیشنهاد اقتصاددانان را انجام دهند و تخم مرغ های خود را در یک سبد قرار ندهند و خویشتن خویش را به خودی خود ارج نهند و دوست بدارند.ودلبستگی بدون وابستگی آسیب زا داشته باشند. اینگونه است که در فراز و نشیب های زندگی و در سهمگین ترین توفان های پیش بینی نشده آن هم روان آدمی تاب می آورد و دچار نابسامانی و از هم گسیختگی نمی شود و آرام آرام قایق زندگی خود را با همراه یا بدون همراه به ساحل امن می رساند.

پیامدهای رفتاری و شناختی سکته مغزی

دکتر فریبا فغانی: متخصص روانپزشکی ، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان ، گروه روانپزشکی، بیمارستان مدرس

دکتر علی مولایی: رزیدنت روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

دکتر سعید سمندری: روانپزشک ، فلوشیپ روانپزشکی سالمندان

چکیده:
اگر چه اختلالات شناختی و رفتاری پس ازسکته های مغزی پیشگوی مهمی برای اختلالات عملکردی، هیجانی، وشناختی است، اما با بررسی، تشخیص ودرمان زودهنگام، ممکن است بتوان از بروز این عوارض شدید و ماندگار جلوگیری کرد و یا شدت آن ها را کاهش داد . در این گزارش بالینی شرح حال بیماری ۷۰ ساله آمده است که پس از سکته مغزی، دچار علائم شناختی ورفتاری شده است .

مقدمه:
امروزه بیماری های عروقی- مغزی ، از شایعترین عوامل ایجاد عوارض ماندگار در سیستم عصبی است. گستردگی، شیوع و شدت این پیامدها آنها را پس از سرطان وبیماریهای قلبی ، در ردیف سومین عامل مرگ و میر در جهان و در مرتبه دوم در ایران قرار داده است (۱ و ۲) . سکته های مغزی می توانند منجربه عوارض شناختی وعصبی -رفتاری بسیاری شوند (۳). میزان بروزاینگونه عوارض پس از ۵۵ سالگی، به ازای هردهه، تقریبادوبرابر میشود (٤) .

آسیب مغزی ناشی از سکته مغزی ، اغلب با تغییراتی در شناخت و رفتار همراه است . بسته به نوع ، شدت و محل ضایعه ، سکته مغزی می تواند تغییرات چندی در کارکردهای مختلف شناختی ایجاد کند (۵ و٦) . این عوارض حتی ممکن است ، در اثر درگیری شریان های کوچک مغز (نظیر بیماران مبتلا به انفارکت لاکونار) ، نیز ایجاد شوند (۷ و ۸) . پژوهشگران اختلال در حافظه و توجه را از جمله شایع ترین و نخستین نشانه های شناختی ناشی از سکته های مغزی می دانند (۹-۱۱) . آنچه به ویژه در مرحله حاد سکته مغزی زیاد دیده می شود « تغییر در پردازش ذهنی » بیماران است . این تغییر در بسیاری از موارد ممکن است ، موجب قضاوت ضعیف بیمار شود . از دیگر علائم پس از سکته های مغزی،اختلال حافظه حاد است (۱۲). نتیجه پژوهش گروتا و براتینا (۱۹۹۵) نشان داد ، یک سوم از بیماران ، رخ داد های مرحله حاد را بسیار کم و یا اصلا به خاطر نمی آورند . این مشکل معمولا بدون آسیب خاص به ساختارهای آناتومیک مسئول پردازش اطلاعات رخ می دهد (۳) . شکل دیگر ، آگاهی کم بیمار نسبت به شرایط جدیدو یا اختلالات شناختی ایجاد شده است (انوزوگنوزیا). در این شرایط، بیمار بر این باور است که مشکلی ندارد (۱۲) و ممکن است سخنانی رابگوید که موجب رنجش اعضای خانواده شود(۳). نتایج بررسی نایس و همکاران ، نشان دهنده اختلال در عملکردهای اجرایی، درک دیداری،توانایی های زبان،حافظه کلامی واستدلال انتزاعی در مبتلایان به سکته های مغزی است (۱۳) . این گونه مشکلات شناختی، نشان دهنده اهمیت پیگیری و ارزیابی دوره ای توانایی های شناختی در بیماران پس ازسکته های مغزی است (١٤) .

از دیگر مشکلات عملکردی -رفتاری،به دنبال سکته مغزی در بیماران، می توان به اختلال در راه رفتن ، همی پارزی (۱۵) ، افسردگی کاذب(هیجان شدید ، واکنش مصیبت وار ، اضطراب ، گریه های غیر معمول ، بی تفاوتی و انفعال) (۱۲)اشاره کرد . از جمله مهمترین و شایع ترین عوارض عصبی -روانشناختی پس از سکته های مغزی افسردگی«PSD » است . پژوهش های مقطعی از بازماندگان سکته مغزی نشان می دهد که نزدیک به یک سوم از آنها ، دچار PSD حاد هستند. هم چنین بیش از نیمی از آنها از افسردگی در مواقعی از زندگی خود رنج می برند (۱۵ و ۱٦) . PSD با طیف گسترده ای از مشکلات بالینی ناخوشایند از جمله افزایش مدت بستری ، تشدید اختلالات شناختی و بالا رفتن میزان مرگ و میر بیماران ،همراه است (۱۷ -۲۱) .

سکته های مغزی می توانند سه حوزه اصلی احساسی (تجارب ، خاطرات و رفتارهای عاطفی) را درگیر سازند (۳) .هیلمن و همکاران بر این باورند که سکته های مغزی میتوانند تجارب احساسی را از لحاظ شدت و انگیختگی تحت تاثیر قرار دهند. همچنین ممکن است بر احساسات اولیه (مثل شادی ، غم، خشم ، ترس) و اجتماعی (مانند خجالت)، اثر گذار باشند. بسیاری از بیماران مبتلا به آفازی ، مشکلاتی در زمینه روابط عاطفی دارند .از جمله می توان به مشکل در درک و بیان احساسات به دلیل ضعف در حرکات صورت اشاره کرد ،که بر ارتباط بیمار با دیگران تاثیر گذار خواهد بود(۲۲).

مورد بالینی:
این گزارش بالینی در مورد آقای ۷۰ ساله ای است ، با تحصیلات ابتدایی . مشکلات وی از حدود ٤ سال قبل به دنبال سکته مغزی آغاز شده است . بیمار یک ماه پس از سکته ، دچار خلق افسرده ، گوشه گیری و کم حوصگی شده است. گریه های خود به خود، تحریک پذیری و پرخاشگری نیز داشته است (کلامی و گاهی فیزیکی) . برخی اوقات دچار اضطراب می شده که معمولا منتشر بوده و در مورد موضوع خاصی نبوده است . گاهی حرف های بی مورد، کم خوابی و نیز پر حرفی گزارش شده است . ناپایداری خلق ، رفتار و عواطف بارز بوده است . اختلال در محتوای تفکر (هذیان)بیشتر از نوع گزند و آسیب و حسادت بوده است . بیمار توهم شنوایی موردی را نیز بیان می کند . در خلال این چهار سال، تواناییهای شناختی او به تدریج کاهش یافته است . مسیر ها را گم میکرده و یا فراموش می کرده اشیاء را کجا گذاشته است. در ماه های اخیر نمی توانسته خرید کند و در حساب رسی نیز اشتباه می کرده است . به تنهایی قادر نبوده از خانه خارج شودورانندگی کند .در این مدت عملکرد شغلی خاصی نداشته است و حتی بسیاری از کارهای شخصی را با کمک اطرافیان انجام می داده است . بیمار سابقه فشار خون دارد . به علت تری گلیسیریدبالا ، دارو مصرف می کند . در مدت چهار سال چندین بار در بیمارستانهای مختلف بستری می شده که با بهبود نسبی ترخیص شده است. ولی پس از مدتی دوباره دچار مشکل می شده است . مشکلات بیمار در انجام آزمون های شناختی (آزمون ساعت ، Kica، ۵ ضلعی های درهم و به خاطر آوردن سه کلمه)، بارز است که در ذیل مطلب آورده شده است .

بیمار روزانه ٦۰۰ میلی گرم والپروات سدیم ، ۱۰ میلی گرم سیتالوپرام ، ۱۰ میلی گرم دونپزیل و ۱۰ میلی گرم ممانتین مصرف می کند .

نتیجه گزارش MRI،سکته مغزی قبلی درناحیه عمقی لوب تمپورواکسیپیتال و تغییرات پاتولوژیک ناشی از آسیب مغزی در لوب فرونتال است .

Old infarction in deep temporo-occipital lobe .

Porencephalic change in Lt frontal lobe .

پس از درمان از میزان بی قراری ، تحریک پذیری و پرخاشگری بیمارکاسته شد. خواب واشتهابه وضعیت طبیعی بازگشت. ناپایداری خلق کاهش یافت. هذیان بیمار تا حد قابل قبولی کم شد. از لحاظ وضعیت شناختی اگر چه بیمار به وضعیت قبل از سکته بازنگشته است اما عملکرد شخصی بیمار بهتر شده است .بیمار درانجام کارهای روزانه نیاز کمتری به کمک دیگران دارد . روابط بین فردی بیمار نیز نسبت به قبل بهبود قابل توجهی پیدا کرده است.

بحث:

یکی از ارزیابی های مهم که به ویژه باید در مراحل اولیه پس از سکته مغزی انجام شود ، ارزیابی شناختی ورفتاری بیمار است . در این دوران (به ویژه سه ماهه اول پس از شروع ضایعه) شدت اختلالات شناختی بیشتر است (۲۳)، همچنین وجود مشکلات شناختی / رفتاری شدید می تواند به اختلال در فعالیت های روزانه منجرشود(۲٤) . بیرجیتابرنسپنج (۲۵) ، ساندرلند (۲٦) و پوجاسوارا (۲۷) همگی ارتباط بین اختلال در انجام فعالیت های روزانه و وضعیت شناختی در بیماران با سکته های مغزی را تایید کرده اند (۲٦،۲۵ ، ۲۷) ؛ولی سدرفلتو همکارانش (۲۸) اذعان میکنند که اختلالات شناختی و رفتاری تاثیری بر استقلال فرد در اجرای فعالیت های روزانه ندارند . بنابراین در این بیماران تشخیص و طبقه بندی نقایص در حوزه های مختلف حرکتی ، حسی ، شناختی و یکپارچگی مغزی حائز اهمیت است (۲۹) .همچنین روندبهبودی،طی ششماه اول پس ازآسیب وبه ویژه درهفته های اول سریعتراست (۳۰) ودرمان زودهنگام بیماران با سکته مغزی بربهبودعملکردآنان دردرازمدت تاثیری مثبت دارد(۱٤).
چراکه دربسیاری مواردوجوداختلالات شناختی بهبودعملکرد بیمار رابه تاخیرمی اندازدیاآنرابامشکل روبه رومی کند (۳۱) .

نتیجه گیری

پس از سکته مغزی، بروز اختلالات شناختی و هیجانی از جمله عوارض شایع هستند (۳۲) ، نتایج به دست آمده از بررسی بیمار مذکور و سایر موارد مشابه (۱۲ ، ۲۷ ، ۳۳) نشان می دهد، درمان درست و به موقع مشکلات هیجانی، خواب و اشتها و علائمی چون هذیان و توهم و نیز پیگیری مشکلات شناختی بیماران (انجام آزمون های لازم و درمان مناسب) می تواند مشکلات بیماران با سکته های مغزی را کاهش دهد و پیش آگهی را بهبود بخشد .
در پژوهش حاضر وضعیت شناختی و افسردگی بیمار پس از مصرف والپروات سدیم و سیتالوپرام بهبود نشان داد. سایر مطالعات نیز نشان دهنده ارتباط معنادار وضعیت شناختی باتغییرات وضعیت خلقی بیماران بااستفاده از این داروها می باشد (۳٤ و۳۵) .بنابراین با توجه به همراهی افسردگی و اختلالات شناختی پس از سکته های مغزی ، درمان افسردگی می تواند پیشنهاد مناسبی برای بهبود وضعیت خلقی و شناختی و در نتیجه ارتقاء سلامت بیماران مبتلا به دنبال سکته های مغزی باشد . همچنین درمان بیماریهای طبی همراه مانند فشار خون و دیابت اهمیت فراوانی دارد .
پس از مداخلات درمانی مناسب پرخاشگری ، اضطراب و بیقراری بیمار کاهش یافت (۳٦)،آسیب های شناختی و روابط بین فردی بهبود یافت (۳۱و۳۷) ، الگوی خواب و اشتها به حالت طبیعی بازگشت (۳۷) ، ناپایداری هیجانی بیمار کمتر (۳۷)و نیزهذیان گزند و آسیب و حسادت بیمار کاهش یافت (۳۸)که همه این ها می تواند حاکی از درمان به هنگام و موثر باشد .
به خاطر داشته باشیم که بیماران مبتلا به کاهش ذخیره شناختی و مغزی ، از جمله مبتلایان به سکته های مغزی ،آسیب پذیری بیشتری به عوارض سوء دارو های روان پزشکی به ویژه آثار آنتی کولینرژیک آن ها دارند . بنابراین سفارش می شود در این بیماران استفاده از این داروها با دقت و وسواس بیشتری انجام شود . هم چنین این بیماران با در نظر گرفتن مشکلات عروقی زمینه ای به دنبال مصرف داروهای آنتی سایکوتیک و ضد افسردگی ها (به ویژه سه حلقوی ها) ممکن است دچار مشکلات قلبی شده و یا بیماری زمینه ای آن ها شدت یابد (۳۹) .

References:

1-Pedretti , L. (2001) , Occupational Therapy practice skills For physical dysfunction, 5th ed., United States of America, Mosby; p:643.

2-Sakhayi Sh.(1384), [The investigation of self-care ability in stroke patients,hospitalized in Shafa hospital of Kerman, (Persian)].[national website of scientific mission members]. Available at: URL: http://www.ofis.ir/defult.aspx?news8l=fa.

3-Schweizer T A.,MacdonaldR.L.(2014),The Behavioral Consequences of Stroke , Springer, New York , Heidelberg Dordrecht , London .

4-Goldstein LB, Adams R, Becker K, Furberg CD, Gorelick PB, Hademenos G, et al . (2001) .Primary prevention of ischemic stroke: a statement for healthcare professionals from the stroke council of the American Heart Association. Stroke.;32(1):280-99.

5-Walsh , E . (1987) . Neuropsychology a clinical approach . Churchill Livingstone, Inc .

6-Skuster, D. et al . (1992) . Neurological conditions presenting as psychiatric disorder . Psychiatric Clinics of North American , 15 , 311- 322 .

7-Tatemichi TK, Desmond DW, Prohovink I, Cross DT, GropenTI,Mohr JP.(1992), Confusion and memory loss from capsular genu infarction,athalamocortical disconnection syndrome?. Neurology; 42:1966 .

8-De Reuck J, Sieben G, De Coster W, Van der Eecken H.(1982), Dementia and confusional state in patients with cerebral infarcts. Eur Neurol;21:94-7.

9-Grant , A., & Reed, N. (1982) . Neuropsychological testing. In W. C. Wiederholt , (Ed) . Neurology for non-neurologist . New York : Academic Press.

10-Filsko, S. B., Leli, D. A. (1981) . Assessment of the individual in neuropsychological practice . In S. B.

11-Heinrichs, W. R. (1993). Schizophernia and the brain. American Psychologiest , 4,221-223 .

12-Bogousslavsky J. Emotions, Mood, and Behavior After Stroke. (2003), stroke jornal;34:1046–1050.

13-Nys GM, van Zandvoort MJ, de Kort PL, Jansen BP, de Haan EH, KappelleLJ .(2007) . Cognitive disorders in acute stroke: prevalence and clinical determinants. Laboratory for Neuropsychology, Department of Internal Medicine , , 23(5-6):408-416 .

14-Strand T, Asplund K, Erikson S, Hagg E, Lithner F, Wester P O.(1985) . Anon intensive stroke unit reduces functional disabiity and the need forlong-term hospitalization. Stroke; 16(1):29-34.

15-Wolf SL, Winstein CJ, Miller JP, Taub E, Uswatte G, Morris D, Giuliani C, Light KE, Nichols-Larsen D, EXCITE Investigators.(2006), Effect of constraint-induced movement therapy on upperextremity function 3 to 9 months after stroke: the EXCITE randomized clinical trial. JAMA ;296:2095–104.

16-Hackett ML, Yapa C, Parag V, Anderson CS.(2005), Frequency of depression after stroke: a systematic review of observational studies. Stroke ;36(6):1330–40.

17- Robinson R.(2006), The clinical neuropsychiatry of stroke. 2nd ed. Cambridge: Cambridge University Press .

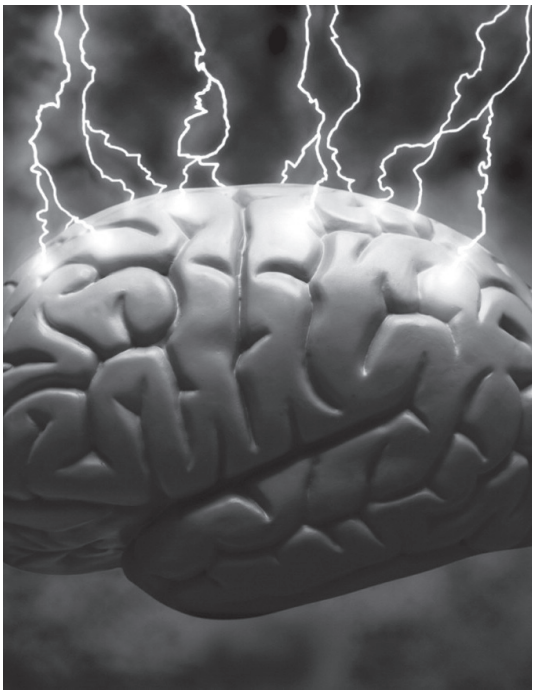
18-Feigin VL, Barker-Collo S, Parag V, Senior H, Lawes CM,Ratnasabapathy Y, et al.(2010), AucklandStroke Outcomes Study.

Part 1:Gender, stroke types, ethnicity, and functional outcomes 5years poststroke. Neurology ;75(18):1597–607.
19-House A, Knapp P, Bamford J, Vail A. (2001) , Mortality at 12 and 24 months after stroke may be associated with depressive symptoms at 1 month. Stroke ;32(3):696–701.
20-Ferri CP, Schoenborn C, Kalra L, Acosta D, Guerra M, Huang Y, et al. (2011) , Prevalence of stroke and related burden among older people living in Latin America, India and China. J NeurolNeurosurgPsychiatry ;82(10):1074–82.
21-Morris PL, Robinson RG, Andrzejewski P, Samuels J, Price TR. (1993) , Association of depression with 10-year poststroke mortality. Am J Psychiatry;150(1):124–9.
22-Heilman KM, Blonder LX, Bowers D, Valenstein E.(2012), Emotional disorders associated with neurological diseases. In: Heilman KM, Valenstein E, editors. Clinical neuropsychology. 5th ed.New York: Oxford University Press. p. 466–503.
23-Cleasson L, Linda T. (2005),Cognitive impairment after stroke, impact on activities of daily living and costs of care for elderly people. The Goteborg 70+ study, cerebrovasc; 19(2):102-9.
24-Nell M, Titus Gall N. (1991),Correlation of perceptual performance andactivities of daily living in stroke patients. AJOT; 45(5):410-5.
25-Bernspang B, Asplund K, Rikson S, Meyer F. Motor and perceptual impairments in acute stroke patients: effects on self-care ability. Stroke, 1987;18:1081-6.
26-Sunderland A, Stewart FM, Sluman SM.(1996), Adaptation to cognitive deficit? An explorarion of apparent dissociations between every day memory and test performance late after stroke. Br J Clin Psychol;35(3): 463-476.
27-Pohjasvaara T, Erkinjuntti T, Vataja R, Kaste M.(1998), Correlates of dependent living 3 months after ischemic stroke. CerebrovascDis,Sep-Oct; 8(5):259-66.
28-Cederfeldt M, Gosman-Hedström G, Sävborg M, Tarkowski E.(2009),Influence of cognition on personal activities of daily living (P-ADL) inthe acute phase: The Gothenburg Cognitive Stroke Study in Elderly.ArchiGerontolGeriatr; 49(1):118-122.
29-Trombly CA, Scott AD.(1977), Occupational therapy for physical dysfunctions. Baltimore, Williams & Wilkins Co, pp: 109-19.
30-Duncan PW, Patel AT.(2000), The relation between impairments andfunctional outcomes post stroke. Arch Phys Med Reh; 81(10):1357-63.
31-Mok VCT, Wong A, Lam WWM.(2004), Cognitive impairment and functional outcome after stroke associated with small vessel disease.NeurolNeurosurg Psychiatry; 75:560-6.
32-GodefroyO ,Bogousslavsky J , (2007), The Behavioral and Cognitive Neurology of Stroke , Cambridge University Press , New York .
33-Sato S,Yamakawa Y, Terashimai Y, Asada T. (2006) ,A clinical psychiatric study about post-stroke depression.SeishinShinkeigakuZasshi; 108(9): 906-16.
34-Olesen S. C, Andersen B, Kofoed-Enevoldse A.(2007), The treatment of post stroke-depression and emotionalism in clinical practice, Ugeskr. Laeger; 169(16): 1470-72.
35-Kimura M, Robinson RG, Kosier JT.(2000),Treatment of Cognitive Impairment After Poststroke Depression, Adouble-blind treatment trial. Stroke;31(7):1482-86.
36-Nicholl C. R, Lincoln N. B, Muncaster K, Thomas S.(2002), Cognitions and post-stroke depression, Br.J.Clin.Psycho; 41(3):221-31.
37-GiuffreD . (2014) , Post-Stroke Mood Disorders . Stroke journal ,Sep 13; 13-17 .

نگاهی به ترجمه ECT

دکتر سید مرتضی واعظی
رئیس شاخه اصفهان انجمن روانپزشکی ایران

در زمانی که ابتدا این درمان در روانپزشکی آغاز گردید با نام الکتروشوک درمانی نام برده شد که پس از آن Electro Convulsive Therapy یا تشنج درمانی با الکتریسیته نام گذاری گردید. متأسفانه در روانپزشکی ایران هنوز نام الکتروشوک را بکار می بریم که این نام برای درمان هر بیمار روان شوک آور است. مدت ها در این فکر بودم که نام دیگری برای این درمان انتخاب گردد. تا اینکه با خود گفتم اگر تشنج را از آن حذف کنیم می توان نام این روش درمانی را الکترو درمانی بنامیم. در جلسه گروه روانپزشکان بیمارستان فارابی این موضوع مطرح گردید. همه به اتفاق آرا قبول نمودند که تلاش کنیم بجای الکتروشوک بگوییم الکترو درمانی. با هماهنگی ریاست محترم بیمارستان فارابی بخش ECT به بخش الکترو درمانی تغییر نام پیدا نمود و در بورد بخش ها نام بیماران تحت درمان ECT نوشه شد بیماران الکترو درمانی. حال این موضوع را با شما خوانندگان به اشتراک می گذاریم. اگر موافق هستید هر بیمارستان یا کلینیکی که کار می کنید این نام شوک آور الکتروشوک را بنامید الکترو درمانی. اگر هم مخالف هستید یا نظر دیگری دارید خبر نامه را مطلع نمائید.



آیا من برای تکنولوژی خیلی پیرم؟

دکتر مینو هاشمی/روانپزشک

جمعیت سالمندان در کشورهای پیشرفته قابل توجه شده و در کشورهای در حال توسعه در حال رشد است و حتی سرعت رشد بیشتری پیدا کرده است.
علل رشد این طبقه سنی را می توان در بهتر شدن وضعیت بهداشت، بهبود استانداردهای زندگی و کاهش مرگ و میر و ریت باروری یافت.
برای تعریف سالمندی همه ابتدا به سن تقویمی توجه می کنند. اغلب کشورهای پیشرفته سن ٦٥ را برای تبدیل به «senior person» شدن تعیین کرده اند. البته با افزایش امید به زندگی یا life expectancy کسانی که زمانی old در نظر گرفته می شدند حالا young و یا حداقل not so old در نظر گرفته می شوند.
هم اکنون در نقاط مختلف جهان امید به زندگی متفاوتی وجود دارد. اطلاعات سال ۲۰۱۰ نشان داده افغانستان با ریت ٤٥ پایین ترین و ژاپن با ریت ۸۳/۵ بالاترین سطح امید به زندگی را داراست.
اغلب کشورهای اروپایی سن ٦٥ را برای شروع سالمندی در نظر می گیرند در حالی که WHO و سازمان ملل ٦٠ سال در نظر می گیرند.
ولی سن تقویمی به تنهایی برای تعریف سالمندی کافی به نظر نمی رسد و پروسه aging یک مفهوم کاملا ذهنی است. افراد با سن یکسان توانایی های متفاوت فیزیکی و روانی دارند.
به جز سن تقویمی ، مفاهیم دیگری نیز برای تعریف سالمندی مورد توجه قرارمی گیرد:
۱- Functional age: یا سن بیولوژیک و مربوط به ظرفیت های فیزیکی و شناختی افراد است. برای تعریف این سن از مفهوم frailty یا نقصان استفاده می شود و یک مجموعه ۲۰ تایی از نقص ها و کمبودها و ناتوانایی ها شامل از دست دادن فعالیت های عملکردی، وضع سلامت کلی و مشکلات رفتاری وجود دارد که مشکلات فرد با آن سنجیده می شود (frailty index)
۲- Perceived age: یا سن درک شده که به آن « subjective» هم گفته می شود و در واقع سنی است که فرد از خود درک می کند یا دیگران برای او متصور می شوند. تحقیقات نشان داده که سالمندان با احساس جوان تری از خود، عملکرد سایکولوژیک بهتری داشته اند وبالعکس داشتن یک حس درونی پیری نشانه اولیه ای از روبه وخامت رفتن وضع سلامتی فرد است.
در یک مطالعه طولی دیده شده احساس پیری درونی ریسک بیشتری از مرگ و میر درآینده به دنبال دارد.
۳- Social age: سنی است که براساس تجربیات اجتماعی و فرهنگی افراد تعریف می شود مثل بازنشستگی، بیوه گی، پدربزرگ یا مادربزرگ شدن.
٤-Cognitive age :در واقع تیپی از سن درک شده است که توسط ٤معیار نگرش فرد به خود شکل می گیرد:
احساس می کند چند ساله است؟a-feel-age
چند ساله به نظر می رسد؟b- look-age
چه کارهایی رامی تواند انجام دهد؟c-do-age
چه علائقی در این سن دارد؟ d-interest-age
علاوه بر مفاهیم ذهنی متفاوتی که در تعریف سالمندی مد نظر قرار می گیرد لازم است به تفکیک دو نوع هوش از دید ریموند کاتل و جان هورن نیز توجه کنید:
General fluid intelligence: هوش سیال که زمینه ارثی دارد و قابلیت فرد را در استفاده از توانایی های ذهنی در موقعیت های جدید بدون توجه به آموزش و تجربیات قبلی نشان می دهد و شامل فرایندهایی نظیر درک رابطه ها،مفهوم سازی ، استدلال و تفکر انتزاعی است.
از انجا که این نوع هوش بیشتر زمینه بیولوژیک دارد تا سنین جوانی یعنی حدود ۲۰ سالگی افزایش نشان داده و پس از ان افت تدریجی دارد.
Cristallized intelligence: هوش متبلور یا کریستال نوعی توانایی اکتسابی است که فرد با کمک آن اطلاعات آموخته شده را در حل مسائل به کار می گیرد و به عوامل فرهنگی و اکتسابی بستگی دارد. این نوع هوش برخلاف هوش سیال ممکن است تا سنین پیری افزایش تدریجی نشان دهد.
ICT چیست؟ information and communication technologies
(تکنولوژی کسب اطلاعات و برقراری ارتباطات)
از سالمندان معمولا به عنوان افراد تکنوفوبیک یاد می شود . طبق تعریف فوبیا، این افراد نسبت به تکنولوژی های جدید ترس و واهمه دارند و از آن اجتناب می کنند.
شاید اصطلاح فوبیا برای توجیه فاصله موجود بین جمعیت سالمند و تکنولوژی مناسب نباشد ولی به هر حال آمار نشان می دهد تفاوت چشم گیری بین میزان استفاده جوانان و سالمندان از تکنولوژی وجود دارد. خوشبختانه آمار جدید نشان میدهد که میزان استفاده سالمندان از ICT روبه رشد است.
مزایای فراوانی برای یادگیری و استفاده از تکنولوژی در سالمندان وجود دارد:
پر کردن اوقات فراغت، تفریح و بازی های کامپیوتری جهت بهبود توانایی های ذهنی، برقراری ارتباطات بین فردی، گرفتن سرویس های آنلاین بهداشتی و درمانی ، خرید کردن انلاین و تحویل درب منزل ساده ترین استفاده های ICT برای سالمندان است.
در واقع یادگیری تکنولوژی سالمندان را مستقل تر و کیفیت زندگی آنان را بهتر می سازد.

برنامه ها و نرم افزارهای داروئی که قابل نصب روی وسائل دیجیتال ساده هستند برای استفاده سالمندان به بازار می آیند. سیستم های ردیاب قابل نصب روی گوشی همراه برای سالمندان دارای نقص حافظه که خطر گم شدن دارند از فناوری های نوین می باشد. شبکه های اجتماعی با دسترسی آسان کمک می کند افراد گروه های اجتماعی مناسب خود را در فضای مجازی بیابند.

انچه گفته شد درراستای مبارزه با ageism یا استیگماتیزه کردن و کنار گذاشتن سالمندان از دنیای تکنولوژی است. تحقیر و ناتوان شمردن آنان عواقب منفی اجتماعی ،فرهنگی و اقتصادی دارد که از جمله می توان به افزایش میزان ناتوانایی، وابستگی و افسردگی درسالخوردگان اشاره کرد.

کلیشه ها و پیشداوری:

در کلیشه های بسیاری که درجامعه شایع است شاهد هستیم سالمندان در باب یادگیری تازه ها و استفاده از تکنولوژی به استهزا گرفته می شوند. پیشداوری مبنی بر اینکه سالمندان کند ذهن شده و قادر به یادگیری تکنولوژی نیستند نیز در جامعه و حتی در بین خود این افراد وجود دارد.

این کلیشه ها از غرب تا شرق و تمام فرهنگها را در بر گرفته ولی واقعیت این است که بسیاری از آنها ناتوانی سالمندان را بیش از آنچه واقعیت دارد برآورد کرده اند.

واقعیت مشکل سالمندان در یادگیری تکنولوژی چیست؟ گاه دسترسی به کامپوتر و یا اینترنت برای انها دشوار است و دربرخی موارد انگیزه و علاقه لازم را برای استفاده از تکنولوژی روز ندارند. در موارد دیگر سالمندان بعلت کاهش توانایی های حسی مثل بینایی و شنوایی در کارکردن با وسایل دیجیتال مشکل دارند. این مشکل با تغییر نور و صدا، تغیر سایز دکمه ها و آیتم های وسایل و ساده ترشدن استفاده از آنها قابل حل است.

مهارت هایی مثل حل مسئله که در هوش سیال وجود دارد در سالمندی افت کرده ولی در عوض هوش متبلور بدون خدشه مانده و حتی افزایش یافته است و می تواند تضمین کننده ی یادگیری مناسب با روش های مخصوص باشد.

سالمندان گرچه درزمینه هایی دچار نقصان می گردند ولی به علت افزایش تجربه، انضباط کاری بالاتر،وقت شناسی بهتر و قدرت همکاری بهتر در مواردی نسبت به جوان ترها عملکردهای کاری بالاتری نشان داده اند.

نتیجه گیری:

اصطلاح mental fitness یا تناسب و پرورش ذهن باید جای خود را در برنامه های توانبخشی سالمندان باز کند. مفهوم یادگیری مادام العمر (learning life- long) برپایه ی همین توانایی ها و طرد پیشداوری ها پدید آمده است. لذا می توان گفت: ز دانش و تکنولوژی دل پیر برنا بود.

معرفی بیمار با اختلالات رفتاری و مشکلات شناختی

دکتر زهرا یوسفیان
رزیدنت روانپزشکی

دکترمجید زمانی
متخصص طب اورژانس

دکتر سعید سمندری

خلاصه

در این گزارش به معرفی بیماری با تشخیص اختلال شناختی به دنبال مشکلات رفتاری و بدون سابقه مشکلات شناخته شده روان‌پزشکی ، می‌پردازیم.

مقدمه

به تازگی پژوهش گران آرژانتینی، ماهیتی به نام اختلال رفتاری خفیف (Mild behavioral impairment, MBI) را تعریف و ارائه کرده‌اند. اهمیت این موضوع به این دلیل است، که MBI می‌تواند پیش‌گوی بروز دمانس باشد. MBI سندرمی با علایم رفتاری و بدون مشکلات شناختی قابل توجه است. اختلال رفتاری خفیف مشابه با اختلال شناختی خفیف (MCI)، می‌تواند وضعیتی گذرا بین سالمندی طبیعی و دمانس باشد. اختلالات رفتاری در سندرم های دمانس، به وفور دیده می‌شود و از جمله عوامل اصلی استقرار مبتلایان به دمانس در مراکز نگهداری است. این‌گونه مشکلات رفتاری در مراحل اولیه سیر دمانس به ویژه بیماری پیک، نیز گزارش می‌شوند. بنابراین، علائم عصبی – روان‌پزشکی ، از نشانه‌های عمده اختلالات شناختی دوره سالمندی محسوب می شود و درمان گران باید به اهمیت آن ،واقف باشند. از جمله علائم عصبی – روان‌پزشکی می‌توان به پرخاشگری، تحریک پذیری، سایکوز، wandering، مشکلات خواب و تغذیه، آپاتی و افسردگی اشاره کرد.

با توجه به بالا رفتن امید به زندگی، افزایش جمعیت سالمندان و مبتلایان به دمانس و تأثیرات اقتصادی ناشی از این اختلال بر جوامع، دمانس را می‌توان از جمله معضلات اصلی سلامت عمومی جوامع برشمرد.در واقع دمانس اختلالی مزمن با پی‌آمدهای فراوان می‌باشد، که اثرات منفی زیادی بر بیمار، خانواده و جامعه برجا می‌گذارد (۵).با توجه به اهمیت تشخیص هرچه زودتر دمانس، به ویژه در مراحل اولیه آن، پیش‌گیری مؤثرتر اختلال امکان پذیرتر خواهد بود (٦). ملاک هایی برای MBI، در نظام‌های طبقه‌بندی اختلالات روان‌پزشکی تاکنون ذکر نشده است (۷). اما به منظور استفاده مؤثر و کاربردی از آن در مطالعات می‌توان از معیارهای زیر استفاده کرد:

۱) تغییر در رفتار دیده شود، ۲) سن شروع تغییرات رفتاری ٦۰ سالگی به بعد است و حداقل ٦ ماه ادامه داشته باشد ۳) بیمار یا مراقب او شکایتی از اختلال شناختی ندارد ٤) عملکرد شغلی و اجتماعی بیمار طبیعی است. ۵) فعالیت‌های روزانه دست نخورده است ٦) ملاک‌های دمانس وجود ندارد. (۸)

تشخیص MBI در موارد زیر در نظر گرفته نمی‌شود:

۱) اختلال نورولوژی یا روان‌پزشکی دیگری وجود داشته باشد که بتوان علائم بیمار را با آن توجیه کرد(تشنج، تومور، اسکیزوفرنی و ...) ۲) اختلال رفتاری شروع حاد داشته باشد ۳) مصرف الکل یا سایر مواد وجود داشته باشد. (۸)

علائم عصبی– روان‌پزشکی ، از مشکلات اصلی در بیماری آلزایمر و دمانس مرتبط با آن است.اختلالات رفتاری در بیماران با MCI، پیش گوی افزایش احتمال پیشرفت به سوی دمانس است. از سوی دیگر، تشخیص MBI در بیمارانی که از لحاظ شناختی طبیعی به نظر می‌رسند نیز، احتمال خطر پیشرفت به سوی دمانس را افزایش می‌دهد. اختلالات رفتاری و علائم روان‌پزشکی تقریباً در بیشتر بیماران مبتلا به دمانس دیده می‌شود (۸). تحقیقات نشان داده است که ۹٤/٦ درصد افراد با ملاک‌های MBI، در ارزیابی‌های انجام شده دچار مشکلات شناختی بوده‌اند. همچنین،علایم روان‌پزشکی ، در ۳۵/۵ درصد افراد مبتلا به MCI،گزارش شده است (۸ و ۹).

براساس مطالعات انجام‌شده، MBI مشابه MCI مرحله‌ای انتقالی بین سالمندی طبیعی و دمانس است. بیماران با تشخیص MBI، در خطر بالاتر ابتلا به دمانس (حدود ٦۷درصد) در مقایسه با مبتلایان به MCI (۳٦درصد) قرار دارند (۱۰). احتمال تبدیل MBI به دمانس فرونتوتمپورال ٤٤/۵درصد، آلزایمر ۲۲/۷درصد و دمانس با اجسام لوی ٤/۲درصد گزارش شده است (۱۰ و ۱۱).

نمونه‌هایی از تغییرات رفتاری در MBI،آژیتاسیون، اضطراب، آپاتی، افسردگی، مهار گسیختگی، سرخوشی، تحریک پذیری، بی‌قراری، نداشتن همدلی و بینش، وضعیت بهداشتی نامناسب، بی نزاکتی و پایبند نبودن به ضوابط اجتماعی، تغییر در آداب غذا خوردن و اختلال خواب است (۸).

میزان پیشرفت بیماران با MBI و ابتلاء آن‌ها به دمانس در آن دسته از بیماران که هم‌زمان اختلالات شناختی نیز دارند، مشابه با مبتلایان به MCI همراه با سندرم

های عصبی-روان‌پزشکی است.
MBI معمولاً با یافته‌های غیر طبیعی در تصویربرداری مغز و یا شواهد بالینی حاکی از درگیری لوب فرونتال همراه است و احتمال خطر بالاتری در تبدیل به دمانس فرونتوتمپورال تا بیماری آلزایمر دارد. MBI در نبود مشکلات شناختی، احتمالاً پیش‌گوی ابتلا به دمانس فرونتوتمپورال در حداقل نیمی از بیماران است (۸).
تشخیص و درمان با هدف ارتقاء پیش آگهی، کاهش استرس مراقبین، بستری شدن مکرر بیماران و واگذاری زود هنگام بیماران به مراکز مراقبت طولانی مدت، ضروری است (۹). درمان هدفمند بیماران با MBI و دارودرمانی مناسب ممکن است، تبدیل آن به دمانس را به تأخیر اندازد (۹).

موردبالینی

بیمار خانمی ٦٠ ساله، اهل و ساکن داران اصفهان، متاهل، بی سواد، خانه‌دار با سابقه یک نوبت بستری روان‌پزشکی که توسط خانواده به علت خروج مکرر از منزل و اقدام به مسافرت بدون هماهنگی و اطلاع خانواده، بستری شده است. بیمار از حدود چند ماه قبل و طبق گفته فرزند به تدریج دچار بی‌قراری شده است .چندین باربدون اطلاع خانواده از منزل خارج شده و اقدام به مسافرت کرده است. او بدون هیچ‌گونه اطلاعی به خانواده از روستای محل زندگی به داران می آمده و با اتوبوس به مسافرت می‌رفته است. آخرین مسافرت‌های او به مشهد، اهواز و قم بوده است. البته شیوه مسافرت یکسان بوده و پس از رسیدن به مقصد مورد نظر، یک شب را در حرم سپری می‌کرده و فردای آن، مجدداً با رفتن به پایانه مسافری به اصفهان و داران بر می گشته است. بیمار در پاسخ به این سؤال که چرا بدون اطلاع به مسافرت رفته ای توضیح روشنی نمی داده است. بیمار و خانواده شکایتی از تغییری در خلق او نداشتند. بیمار چون گذشته ،به امور زندگی رسیدگی نمی‌کرده و تمایلی به آشپزی نشان نمی داده است . در صورت پختن، غذای آماده شده کیفیت سابق را نداشته است. خریدهای ساده را گاه‌گاه انجام می‌دهد، اما گاهی اوقات نیز در حساب کردن و پرداخت پول اشتباهاتی می‌کند. خواب و اشتها نسبتاً خوب است. تا قبل از مشکلات اخیر، بیمار فردی آرام، گوشه گیر، کم حرف و روابط اجتماعی محدودی با بستگان درجه اول داشته است. کارهای منزل را به خوبی انجام می داده و اطرافیان او عملکرد گذشته اش را خوب ارزیابی می‌کنند. بیمار تعداد و نام فرزندانش را می‌داند و در نام بردن اشیاء مشکلی ندارد. خانواده بیمار، علت بستری قبلی (یک سال قبل) را تنها بی‌قراری و خارج شدن بدون اطلاع از محل سکونت ذکر کردند. شکایتی مبنی بر مشکلات در خلق و تفکر عنوان نشد. البته تشخیص روان‌پزشکی ثبت شده در پرونده بیمار اختلال دو قطبی است و تحت درمان با تثبیت کننده خلق قرار داشته است. بیمار با بهبودی نسبی از بیمارستان مرخص می‌شود. سابقه سوء مصرف مواد منفی است .همچنین سابقه‌ای از بیماری‌های جسمی بدست نیامد.
در مدت بستری اخیر نیز، بیمار قادر به توضیح کافی و روشن درباره علت خروج از منزل نبود و در ابتدا آن را انکار می‌کرد. در مصاحبه، خلق بیمار طبیعی ارزیابی شد. صحبت خودانگیز نداشت و پاسخ به سؤالات را با جملات کوتاه و مختصر می‌داد. همچنین تکرار به شکل ارائه پاسخ‌های یکسان به سؤالات متفاوت داشت. ارائه پاسخ‌های غیر منطقی و امتناع از دادن پاسخ‌های کامل پیرامون سؤالات مختلف ،از جمله موارد قابل توجه بود. در طی مدت بستری نیز مشکلات خلقی بارزی نداشت. بیمار هیچ‌گونه بینشی در مورد مشکلات خود نداشت و تنها درخواست هر روزه بیمار ترخیص از بیمارستان بود.
در MRI بیمار، اتروفی منتشر به‌ویژه در لوب فرونتال دیده می‌شود. در آزمون‌های روان‌شناختی انجام شده، اختلال در تمرکز، حافظه اخیر، قضاوت، حل مسأله و تفکر انتزاعی بارز است. آزمون ترسیم ساعت، لوریا و شباهت ها ضعیف بود. بیمار در آزمون MMSE، نمره ۲۰/۳۰ بدست آورد. آزمون Mini. Cog مختل بود. آزمون Kica انجام شده و نمره بدست آمده ۲۵ گزارش شد. در آزمون GDS، بیمار افسردگی نداشت. نتایج آزمایشات بیمار نرمال بود. بیمار تحت درمان بامانتین ۱۰ میلی گرم روزانه یک عدد و قرص ملاتونین ۳ میلی گرم برای خواب قرار گرفت.
پس از حدود ۱ ماه مصرف دارو، شدت بی‌قراری بیمار کاهش یافت. اما مشکلات رفتاری وشناختی (به شکل ارائه پاسخ‌های تکراری به سؤالات مختلف، جواب های کوتاه و مختصر و درخواست‌های تکراری)همچنان پابرجا ماند. بیمار در انجام آزمون ساعت، لوریا و MMSE نسبت به قبل تفاوتی نشان نداد.

نتیجه‌گیری

با توجه به علایم بیمار درخلال سالهای اخیر و موارد بالینی مشابه که به دنبال بروز مشکلات رفتاری دچار اختلال شناختی می گردند، به نظر می رسد که باید ماهیت اختلال رفتاری خفیف، به عنوان یک عامل پیشگوی دمانس به ویژه در افراد بدون سابقه اختلال شناخته شده روان‌پزشکی ، حتماً مورد توجه قرار گیرد. تا به این وسیله بتوان هم از پیامدهای فراوان دمانس بر خانواده و جامعه تا حدی کم کرد، درمان مناسب‌تری را جهت بیماران مدنظر قرار داد و مهمتر این که از تجویز داروهای بدون اثر،و عوارض جانبی ان ها در این گروه سنی ،جلوگیری کرد.

References

۱) روانپزشکی سالمندان، اصول اساسی ارزیابی، تشخیص و مدیریت اختلالات شناختی؛ دکتر سعید سمندری
2)Allegri RF, Butman J, Arizaga RL, et al. Economic impact of dementia in developing countries: an evaluation of costs of Alzheimer-type dementia in Argentin. In psychoGeriatr 2007;19(4):405-718.
3)Brookmeyer,R, Gray S, kawasC.Projection of Alzheimer, disease in the united states and the public health impact of delaying disease onset. Am J Public Health 1998;88(9):1337-1342.
4) Rabins PV, Lyketsos CG, Steele C. Practical Dementia Care. New York, NY: OXFORD University Press;1999.
5) Helmer C, Pasquire F, DartiguesJF.Epidemiology of Alzheimer disease and Related disorder. MedSci(Paris)2006 22(3):288-296
6)Gauthier S, Reisberg B, ZaudingM,et al. International Psychogeriatric Association Expert Conference on MCI.Lancet 2006; 367(9518):1262-1270.
7)American Psychiatric Association.Diagnostic and Statistical Manual of Mantal Disorders, Fourth Edition. Washington DC:APA;1994.
8)Taragano FE, Allegri RF, Krupitzki H, … . MBI and Risk of dementia (A prospective cohort study of 358 Paitientis) J Clin Psychiatry 2009;70(00).
9)Dillon C., Serranoc, Costro D., Taragano FE. Behavioral Symptoms related to cognitive impairement. Natro psychiatric Disease and Treatment 2013;9:1443-1445.
10) Taragano FE, Allegri RF, Lyketsos C. Mild Behavioral Impairment (Aprodromal stage of dementia).Dementia &Neuropsychologia. 2008, December; 2(4):256-260.
11)Allegri RF, Sarasola D, Serrano CM, et al. Neuropsychiatric Symptoms as a predictor of caregiver burden in Alzheimer ‘s disease. Neuropsychiatr Dis Treat 2006; 2:105-110.
12) Petersen RC, Parisi JE, Dickson, et al. Nearopathology of amnesic. Arch Neural 2006; 63:665-672.

کشمکش‌های درونی روزگار کهنسالی

دکتر علی عباسعلی زاده – روانپزشک

اروین یلوم می گوید : آنهایی که بیش از بقیه از مرگ می ترسند ، کسانی هستند که با حجم زیادی از زندگی نزیسته به مرگ نزدیک می شوند. بهتر است از همه زندگی استفاده کنیم. برای مرگ چیزی جز تفاله باقی نگذاریم ، هیچ چیز جز یک قلعه سوخته

پیری می تواند زمان وارستگی و بی نیازی باشد و از سویی می تواند پر باشد از حسرت و آرزوهای دست نایافته .پیر فرزانه ای می گفت آدمی نیاز دارد تا زمانی برسد که دیگر چیز تازه ای نخواهد و به عبارتی احساس سیری کند مثل آنکه وقتی شما را بر سر سفره ای دعوت می کنند بتوانید بگویید : « متشکرم ، سیرم ، میل ندارم « .

امان از دل پر حسرت که ترک دنیا را مشکل می سازد . « آرزو بر جوانان عیب نیست « اما پیر نیاز دارد تا احساس وارستگی ، بی نیازی ، کام یافتگی و چشم و دل سیری داشته باشد و فقط برای آیندگان چیزی از خدا بخواهد .

خدا نکند که آدمی در سنین کهولت که نیاز به سکون ، آرامش ، متانت و چشم دل سیری دارد آرزو به دل مانده باشد ، آنگاهست که ناتوانی جسمی و روانی آرزوهای او را محال می کند و چیزی جز نا امیدی ، افسردگی و یأس نصیب او نخواهد شد .

سالخوردگان فرزانه که به درستی و به حق از سهم خود از زندگی بهره برده اند دنیا و همه نعم آنرا با گشاده دستی و رضایت به آیندگان وا می گذارند و خود را برای خدا حافظی از زندگی آماده می کنند . آنها از گذشته زندگی با همه فراز و فرود های آن راضی هستند و مسئولیت همه آنچه را که انجام داده اند با رغبت و بی منت می پذیرند . آنها زندگی را دوست دارند ولی این سبب نمیشود که نتوانند به وقت رفتن از دنیا « چار چنگولی « به آن بچسبند ، آنها آینده دنیا را با طیب خاطر به آیندگان می سپارند و از اینکه باید همه آنچه را که اندوخته اند را به آیندگان بسپارند تاسفی که ندارند بلکه با میل و اشتیاق به آنان می سپارند و معتقدند که « آسیاب به نوبت « و حال نوبت آیندگان است و در حالیکه خود را برای ترک دنیاآماده می کنند نسبت به گذشت عمر و نوبت آنها که سپری شد خواهند گفت « ما سهم خودرا از میوه زندگی چیدیم باشد که فرزندان ما نیز از آن بخوبی بهرهمند شوند « و با دعای خیر برای بازماندگان و سپاس از عمری که گذشت با دنیا خداحافظی می کنند .

کسانی که بموقع کودکی شان را با شادابی گذراندند و بموقع جوانی کرده اند

و عشق ورزیده اند و در بزرگسالی سهم خود را از خلاقیت و تلاش برای بهتر زیستن خود و همنوعان خود ادا نموده اند در سنین پیری سر افرازند و با متانت و آرامش تجربیات خود را در اختیار نسلهای بعد قرار می دهند و به حق از احترام و عشق و محبت ثمره زندگی خود برخوردار می شوند و چند صباحی را با متانت و در آرامش و کمال رضامندی به تماشای زندگی می نشینند و با احساس سرفرازی و اقناع و غنی از آنچه باید از خود به یادگار گذاشته باشند و بی آنکه حسرتی از ناکامی ها داشته باشند و احساس رضایت از همه آنچه کرده اند و نکرده اند و سپاسگزار از سهمی که از نعمت‌های دنیا داشته اند دنیا را با همه تلخی و شیرینی های به حق آن با طیب خاطر و دعای خیر برای آیندگان به آنها می سپارند و خود را برای ترک آن آماده می کنند. آنان می پذیرند که مسئولیت همه آنچه انجام داده اند یا از آن گذشته اند بعهده خود آنان بوده است . آنان می دانند که هر کس داستان مستقل و خاص زندگی خود را دارد . پیران فرزانه عزیزانی که با آنها گذرانده اند را دوست دارند و می دانند که آنها بهترین کسانی بودند که می توانسته اند داشته باشند و حسرت داشته های دیگران را نمی خورند .این همان عاقبت خیری است که برای هم آرزو می کنیم وبزرگتر ها برای جوانان آرزو می کنند که « الهی پیر شی » .

اما داستان خوش پیری متاسفانه روی ناخوشی هم دارد . آرزوهای بر باد رفته، حسرت های بجا مانده از گذشته ، کودکی های سخت که داغ خود را بر همه ایام عمر گذاشته است ، جوانی همراه با محرومیت و ناکامی ، احساس بطالت در سالهایی که می توانست بسیار ثمر بخش باشد ، همراهان و وابستگانی که « چنگی به دل نمی زنند « و با همه این احساسات حالا احساس ناتوانی ، فقدان فرصت ، نبود وقت ، ناچاری و ناگزیری و احساس اینکه دیگر کاری از او ساخته نیست افسردگی فرساینده و مهلکی را بر آنها تحمیل می کند . افسردگی مزمن از سویی آنها را از جان خود سیر می کند و از سویی حسرتهای بجا مانده از گذشته تلاشهای مذبوحانه بیهوده ای را

برمی انگیزد که ترک دنیا را برای آنها سخت می کند . نه تاب زندگی دارند و نه میل رفتن . برزخی که این بار نیز همه چیز را بر آنها تحمیل می کند و در حالیکه از همه چیز می نالند و مسئولیت امری را نمی پذیرند غر و لوند کنان در حالیکه از زمین و زمان شاکی هستند ته مانده کاسه حیات را سر می کشند و دار فانی را وداع می گویند .

مطمئناً سالهای آخر عمر فقط دو رویی ندارد که این چنین سفید و سیاه ترسیم شده است . غالب آدمها در وضعیتی خاکستری و بین سیاه و سفید و ترکیبی از رضامندی و نا امیدی و فراغ بالی و استیصال روزگار را به پایان می رسانند . ما نیاز داریم توشه ای برای زمان پیری خود فراهم سازیم . بخش قابل توجه این توشه امکانات مالی است .

آنچه بنام حقوق بازنشستگی به سالخوردگان تعلق می گیرد با قیمت امروز کالاها و در مقاسه با هزینه ای که زندگی سالخوردگان دارد در اکثر موارد هیچ تناسب درستی ندارد . از دغدغه های نگران کننده برای زمان پیری توانایی مالی است . این زمان علی رغم هزینه های روتین زندگی ، انواع بیماری ها به سراغ آدمی می آید که غیر از درد و رنج آن ها بار مالی گاه کمر شکنی نیز به انسان تحمیل می کنند . دیگر توان کسب درآمد بیشتر هم وجود ندارد . لذا یکی از اموری که می تواند تا حدودی نگرانی سالخوردگان را از ایام پیری و نا توانی کم کند داشتن پس اندازی برای این سالهاست .

توشه مالی و پس انداز اگرچه بخش مهم و غیر قابل انکار برای سالخوردگی آبرومندانه است اما توشه روانی بخش مهم دیگری برای آسودگی ایام کهنسالی است . آدمی نیاز دارد تا چیزی که « باقی الصالحات « خوانده می شود از خود به یادگار گذارد . یکی از دغدغه های این ایام کاری برای نام نیک است . انجام امری خیر و عام المنفعه که یاد آور نام آدمی باشد و دیگران را برای آمرزش رفتگان ترغیب کند یکی از اشتغالات ذهنی آدمهای کهنسال است و اگر چنین امکان و توانی نداشته باشند بهانه ای برای اضطراب آنان خواهد شد .

ناتوانی های فیزیکی و تحریک تنش های فروخورده درونی یکی دیگر از نگرانی های افراد پیر است . او هر روز شاهد ناتوانایی های فیزیکی خود و دوستانش است . انواع بیماریهای فرساینده تن و جان به سراغ آنها می آید . بیماریهایی که نشان از گذشت ایام و فرسودگی ارگانهای مختلف می کند . قلب دیگر مثل سابق تحمل بار و فشار را ندارد ، قند خون مثل سابق در حدود نرمال نمی ماند ، اندامها توان و تحمل وزن او را ندارد ، در اثر تغییرات دژنراتیو مهره ها فرسوده و کمر خمیده و دردناک می شود ، دید چشمان نقصان می یابد وکاهش شنوایی ارتباط با دیگران را با مشکل روبرو می کند ، حافظه نقصان می یابد و گاه فراموشی موجب حیرت و حتی کم توجهی نزدیکان می شود . هر روز که می گذرد وابستگی آنها به دیگران بیشتر می شود . از کف دادن اختیار و آزادی عمل و نیاز به دیگران که هر روز بیشتر و آزارنده تر می شود چالش های قدیمی او را برای استقلال تحریک می کند . او که اجازه نمی داد کسی در کارش دخالت بکند حالا باید منتظر بنشیند تا دیگران در کوچکترین امور زندگی او دخالت بکنند . وقتی به ملاقات یک رفیق قدیمی می رود که دیگر ملاقات کننده را نمی شناسد ، برای انجام ساده ترین امور خود نیز به دیگران وابسته است و نزدیکانش هم بر سر تقسیم میراث او با هم جدل دارند و هم بر سر نگهداری پدر پیر خود با هم چانه می زنند ، نگران آینده نزدیک خود می شود .

یکی از دلایل نگرانی و اضطراب پیش بین سالخوردگان ترس جدا افتادن از همسر است . امروز داشتن «همراه اول « چندان مشکل نیست اما فقدان همراه آخر و همسر که نزدیک ترین یار آدمی است آنهم در سن پیری که آدمی بیشتر از همیشه نیاز به یار و یاور دارد جداً نگران کننده است . به روال عادی که خانمها به هنگام ازدواج کم سن تر از آقایان هستند و از طرفی بطور متوسط عمر بیشتری از آقایان دارند غالباً دیر تر از شوهران خود فوت می کنند . خوشبختانه بعد از فقدان همسر خانمها تا حدودی قادر به اداره زندگی خود هستند و آنچه را که خانه و زندگی « به راه « خوانده می شود را حفظ می کنند . البته از سویی در جامعه ما خانم ها بیشتر از آقایان به همسر خود وابسته اند و نگرانی آنها از اینکه روزی بیوه و تنها شوند بیشتر از آقایان است .اما علی رغم انکار آقایان که نیازی به کسی ندارند و « مرد خانه هستند و همه محتاج آنها هستند « واقعیت اینست که بیوه شدن مرد ها غالباً به از دست رفتن زندگی مستقل آنها می انجامد و بهمین دلیل گاه نیازمند تجدید فراش می شوند . تجدید فراش هم با روان پویایی متناقضی همراه است . گاهی حسرتهای خیال پردازانه آقایان از اینکه بهر حال شرعاً و قانوناً امکان تجدید فراش داشتند رفتار نوروتیک خاصی را در آنها بیدار می کند و دون کیشوت وار آنها را حالا به دنبال « معشوق دلخواه « می کشاند و رفتار وهم آلودی را در آنها سبب می شود که عوارض فوق العاده ای را برای خانواده ایجاد می کند و همه را مضطرب می سازد . بهر حال علی رغم انکار و فانتزی های غیر واقع بینانه نگرانی نا خودآگاه آقایان از بیوه شدن بمراتب بیشتر از خانمهاست چون بر خلاف آقایان بیوه که کاملاً وابسته به خانواده می شوند خانمهای بیوه

می توانند « گلیم خود را از آب بیرون بیاورند « .
گذشت ایام و تاثیر تعامل های منفی و پشیمان شدن های مکرر از اعتمادی که به دیگران کرده است از یک سو و نا توانی امروز او از سوی دیگر سبب می شود تا بتدریج اعتماد خود را به دیگران ازدست بدهد . بتدریج خوش بینی گذشته را ازدست می دهد و در موارد شدید تر دچار سوء ظن بیمار گونه می شود . بخصوص به پچ پچ نزدیکان خود حساس می شود .
او بتدریج در بخاطر آوردن اسامی دوستان و آشنایان یا چهره های برجسته مشکل پیدا می کند . شنیده است که افراد پیر حافظه خود را از دست می دهند . بخصوص این روزها که اسم بیماری آلزهایمر و دمانس که با اختلال حافظه و فراموشی همراه است زیاد شنیده می شود . پیش از این با دوستانش که دچار فراموشی می شدند اندکی با شوخ طبعی برگزار می کرد اما بتدریج از کلمه فراموشی و نام آلزهایمر می ترسد و دچار ا ضطراب می شود . وقتی احساس می کند که جوانتر ها با فراموشکاری او شوخی می کنند عصبانی می شود . بستگان او نیز کم کم خاطرات او را و اظهاراتش را جدی نمی گیرند و موجب دلخوریش می شوند . اما خود او نیز آرام آرام حساسیت خود را نسبت به فراموشکاری از دست می دهد و چه بسا انکار می کند که فراموشکار شده است . اما انکار فایده ای ندارد ، هر روز اتفاق تازه ای به رخ او می کشد که حافظه اش ضعیف شده است . دنبال اشیا مورد نیاز خود می گردد و پیدا نمی کند ، خاطره ای را تعریف می کند و در بین آن مکرراً نمی تواند اسامی را بیاد بیاورد و مورد مضحکه قرار می گیرد . به دلیل فراموشی درباره موضوع ساده ای مکرراً از اطرافیان خود پرسش می کند و باز هم پاسخ آنها را بخاطر نمی آورد و گاه حوصله آنان را سر می برد که موجب دلخوری او می شود . مهارتهایی که پیش از این داشته است را از دست می دهد . نمی تواند در جریان اخبار و جریانات روز قرار گیرد . افراد خانواده نیز او را از نظر داشتن اطلاعات دست کم می گیرند . تقویم ایام و روز های هفته را فراموش می کند. گاهی اسباب تمسخر جوانان خام می شود که اختلال حافظه او اسباب خنده آنها می شود .بتدریج هویت او نیز خدشه دار می شود . اعتبار و احترام سابق را از دست می دهد . داشتن هویت روشن مغز سالم می خواهد که او ندارد . اختلال در هویت او را بیش از پیش آشفته می کند . از دست دادن مهارتها و اختلال حافظه و کم توجهی اطرافیان او را کج خلق و عصبانی می کند و بر بد بینی او می افزاید . بتدریج از بقیه فاصله می گیرد و به خلوت خود پناه می آورد . اختلال در حافظه که هر روز بدتر می شود و اختلال در شناخت زمان و مکان و اختلال در هویتی که عارض او شده است دست بدست هم می دهند و خلوت آرام و راحت را نیز از او می گیرند . خلوت او از اوهام پر می شود . دنیای متوهم او را مضطرب و هراسان می کند . تلاش های بیهوده برای کسب آرامش از مغزی که کارایی خود را هر روز بیش از پیش از دست می دهد راه به جایی نمی برد . مکان و زمان را گم می کند . خواب او آشفته و نا منظم می شود و روال عادی خود را از دست می دهد . نیاز او به اطرافیان هر روز بیشتر می شود . ابتدا از اینکه دیگران سعی در کنترل او دارند او را عصبانی می کند اما بتدریج تسلسیم می شود و با نا امیدی و در عین گیجی می پذیرد .اختلال حافظه و اشکال در عملکرد های شناختی روز افزون است . حال دیگر اسامی فرزندان خود را نیز فراموش می کند . وابستگی او به کمک دیگران هر روز بیشتر می شود . دیگر قادر نیست که خود را تغذیه کند . به بهداشت خود نمی رسد . برای رفتن به توالت نیاز به کمک پیدا می کند . باید برای تخلیه ادرار و مدفوع لگن زیر پای او بگذارند . اطرافیان او نه تنها دیگر مثل سابق با او رفتار محترمانه ندارند بلکه آنها نیز بتدریج از دست او به ستوه می آیند و بر سر نگهداری او با هم کشمکش دارند و در عین فرسودگی از پرستاری والد پیرشان احساس گناه نیز می کنند . فرزندانش به خانه های سالمندان سر می زنند و جایی را نمی پسندند . اگر جای خیلی مناسبی برای نگهداری او پیدا کنند آنقدر گران و پر هزینه است که از پس آن بر نمی آیند . خانه های ارزانتر سالمندان هم چنگی به دل نمی زند و موجب احساس گناه در بازماندگان می شود . به هر حال بالاخره تسلیم می شوند . ابتدا برایش پرستار می گیرند . پرستار ها به دلیل چالش هایی که پیش می آید مرتب عوض می شوند و سرانجام به خانه سالمندان پناه می آورند و حال در حالیکه سپاسگزار هستند که چنین پناهگاههایی وجود دارد انتظار می کشند تا خبر فوت والد برسد و بگویند که « پدر شان راحت شده است « .
گذار آدم سالخورده به بیمارستان زیاد اتفاق می افتد . روزی در بخش سی سی یو بخاطر مشکل قلبی بستری می شود وشاهد است که چگونه پرستار و پزشک بخاطر وخیم شدن حال بیماری به تکاپو می افتند . می شنود که بیمار ایست قلبی کرده است . می بیند که تیم درمانگر با چه زحمتی با کمک دستگاه الکتروشوک بیمار را بر گردانده اند . همواره همه چیز به خیر نمی گذرد . شاهد بیمار دیگریست در سی سی یو که این بار سکته مغزی کرده است و تن نیمه جان و فلج او را به بخش آی سی یو منتقل کرده اند . یک بار به دلیل قند خون بسیار بالا در بخش اورژانس بستری می شود . بیمار دیگری را می بیند که در حال اغما ارجاع داده اند . بی هوش و در حال کما . بیمار را به اکسیژن وصل می کنند ، سوند در مجرای ادرار او می گذارند ، به زحمت از او رگ می گیرند تا سرم به او وصل کنند ،لوله در معده او می گذارند و پاراوان به دور او می گیرند تا بیماران دیگر شاهد جان کندن او نباشند . نا گهان بیمار بد حال تر می شود و تیم درمانگر سراسیمه به سراغ او می روند و تلاش آنها بی ثمر می شود و اعلام می کنند که بیمار فوت کرده است . بیمار ما که شاهد صحنه های گوناگون بد حالی بیماران دیگر و بویژه دوستان خود است از خدا می خواهد که او را زمین گیر نکند و بتواند راحت از دنیا برود . بخصوص می خواهد که اگر به دنبال بیماری سختی دچار ایست قلبی شد اصرار نکنند که او را بر گردانند و یا اگر به حال اغما رفت دست از سرش بردارند و با لوله معده و لوله ادرار و ... عذابش ندهند . او شاهد بیماران زیادی بوده است که به دلیل سرطان از دنیا رفتند . مثلاً یکی از دوستان نزدیکش سرطان معده گرفته بود . ابتدا غذا خوردن برای دوستش سخت شده بود ، اشتهایش را اذ دست داده بود . با یک جراحی وسیع بخشی از»امعا و احشای « او را خالی کرده بودند . بیمار چند صباحی بد نبود . اما تکیده و زار تحت شیمی درمانی قرار گرفته بود . یک روز دید که دوستش زردی گرفته است . علی رغم تحمل عذاب شیمی درمانی کبد بیمار نیز گرفتار شده بود . او می دید که دوستش چگونه مثل شمع آب می شود و هر روز عذاب بیشتری را بخاطر بیماری و عوارض دارو تحمل می کند . هر روز علی رغم انواع معالجه از درد می نالید . هر روز عضو تازه ای گرفتار سرطان می شد . فقط با تزریق آمپولهای مخدر —آنهم روزی چند بار ، مدت کوتاهی می خوابید .دوستش همچنان درد می کشید که برایش رادیو تراپی تجویز شد . عوارض تازه ای به مشکلات بیمار اضافه شد تا بالاخره به دلیل پنومونی در بیمارستان بستری شد و دیگر زنده به خانه برنگشت . او دیگر نمرده بود بلکه از درد و رنج روز افزون آزاد شد . بعد از

این پیر مرد شاهد داستان ما دیگر از مردن هراسی نداشت . پذیرفته بود که آدمی رفتنی است . همه هراس او از این بود که چگونه از دنیا می رود . فقط آرزو می کرد که راحت از دنیا برود . یک مرگ آرام .

چگونه مردن یکی از دغدغه های زمان پیریست . ترس از زمین گیر شدن ، ترس از از دست دادن استقلال ، ترس از درد های بی درمان و بی امان ، ترس از از دست دادن حرمت و عزتی که با یک عمر زحمت و آبرو داری بدست آمده است ، ترس از اینکه نتواند نیاز های ابتدایی خود را نیز بر طرف کند و وابستگان خود را از دست خود خسته کند و بالاخره ترس از اینکه از سختی طاقت فرسای زندگی آرزوی مرگ کند و نمیرد و مجبور باشد چند صباح دیگر مایه عذاب خود و فرزندان خود باشد .

یکی از دغدغه های اضطراب انگیز زمان پیری نگرانی در مورد آیندگان است . دختر مجردی که هنوز شوهر نکرده است ، پسر جوانی که بیکار است و آینده روشنی ندارد ، دختر ی که اگرچه ازدواج کرده است ولی با شوهرش با هم نمی سازند ، فرزند دیگری که مشکلات مالی دارد ، تنش های هر روزه ای که نوه های نوجوان او با والدین خود دارند ، یکی از نوه ها که از یک بیماری صعب العلاج رنج می برد و بار روانی و البته مالی فوق العاده ای را بر خانواده تحمیل می کند و ...که بیرون از شمار است و مایه نگرانی سالخوردگان است . غم آیندگان یکی از دلمشغولی های نگران کننده آنان است . بویژه فکر اینکه بعد از او چه بر سر همسرش می آید یکی از بزرگترین غصه هایی است که بخاطر دیگران و بازماندگان دارند . حال سعی می کنند تا آنجا که ممکن است با نوشتن وصیت نامه مناسبی از اضطراب خود نسبت به سرنوشت بازماندگان بکاهند اما اینکه دست شان از آنها بکلی کوتاه می شود و در عین حال کار بیشتری هم از آنها ساخته نیست آنها را افسرده می کند .

شروع علایم بعضی از بیماریها که به نوعی هشدار « رفتن « می دهند فرد را به یاد مرگ می اندازد و از جمله اینکه سرنوشت او بعد از مرگ چه می شود . وقتی برای اولین بیمار به کسی گفته می شود که فشار خونش بالاست ، قند خون بالا رفته و یا کلسترول خیلی بالایی دارد ، وقتی متوجه می شود که بهنگام بالا رفتن از پله ها سینه اش درد می گیرد و آنژیوگرافی می شود و معلوم می شود که چند تا از رگهای قلبش به شدت گرفته است ، وقتی برای نخستین بار می بیند که اوره وکراتینین خونش بالارفته است ، وقتی برای مدت کوتاهی از هوش می رود و یا قادر به تکلم نیست و به او گفته می شود که سکته مغزی گذرایی داشته است و... بیمار برای نخستین بار « مرگ را به چشم خود می بیند « و آنگاهست که از جمله نگران دنیای بعد از مرگ می شود . کسی هم که از آن دنیا برنگشته که تعریف کند آنجا چه خبر است . هر چه هست فلسفی است . چه به دین خاصی اعتقاد داشته باشیم و یا به مشرب فلسفی خاصی وابسته باشیم آنچه از دنیای بعد از مرگ می دانیم صرفاً اعتقاد محض است . بهر حال نگران آنکه چه برجسم مان می آید نیز هستیم – اگرچه بار ها به چشم خود دیده باشیم که خوراک مور و مار و کرمها خواهیم شد . نگرانی از دنیای بعد از مرگ بشر را واداشته است که با ساختن ذهنیاتی درباره آن از ترس خود بکاهد . در بعضی ادیان تجسم کاملاً فیزیکی به دنیای بعد از مرگ می دهند . انگار آدمی با همین شکل و شمایل – البته همراه با اصلاحاتی ، در دنیای دیگر زندگی می کند و در بخشی از بینش های فلسفی و مذهبی تصویری نسبتاً سمبولیک از حیات در جهان دیگر می دهند . بهر حال یکی از نگرانی های سالخوردگان به زندگی در جهان دیگر مربوط می شود که دست روانپزشکان در پاسخ به آنها کاملاً کوتاه است و تنها روحانیون محترم و فیلسوفان می توانند آرامبخش این نوع نگرانی ها باشند . اگر روانپزشکان هم گاه به ناچار به اینگونه نگرانی ها واکنش نشان می دهند غالباً از مشرب اعتقادی و فلسفی خود کمک می گیرند.

اگرچه غالباً همراهان بیماران سالخورده با عزت و احترام والدین خود را در بیمارستان همراهی می کنند ، اگرچه غالباً مردم ما خیلی دیر والدین فرتوت خود را به خانه سالمندان ارجاع می دهند و در خانه نیز حرمت آنها را نگه می دارند اما یکی از نگرانی های سالخوردگان اینست که اسباب زحمت فرزندان خود شده اند . از سویی ترس از مردن آنها را نسبت به عزیزان شان دلتنگ می کند و از سویی راضی به زحمت آنها برای مراقبت از خود که ناتوان و درد سر ساز شده اند نیستند. برای ترک زندگی وآنچه در دنیا دارند که عمری برای آن زحمت کشیده اند دلتنگ می شوند اما درد و رنج گاه جانکاه آنها را جان برلب می کند . گاه احساس نزدیک شدن مرگ و شکست همه تعارض های ناشی از محرومیت و فقدان که در زندگی داشته اند را بر می انگیزد و افسردگی عمیقی پیش از فوت بر آنها غالب می شود که موجب کج خلقی، عدم همکاری برای درمان ، بی حوصلگی در ارتباط با دیگران ، بد بینی نسبت به نزدیکان و مراقبین خود ، انزوا و عدم تحمل دیگران ، اختلال در خواب و اشتهای آنها و نا سازگاری با دیگران بتدریج عزت و احترام آنها را خدشه دار و دیگران را در مراقبت از آنها خسته می کند و پیش از فوت سفارش سنگ قبر او را می دهند که « بزرگ خاندان « دار فانی را وداع گفته است.

با گذشت زمان و سالخوردگی مغز آدمی توانایی خود را از دست می دهد. شناخت زمان و مکان مشکل می شود . قدرت انطباق با شرایط جدید مشکل می شود . حتی جابجایی بیمار از این خانه به آن خانه او را گیج می کند . کم شدن نور محیط خانه او را مشوش می کند . ازدحام ملاقات کننده او را آشفته می کند . بتدریج از شناخت آشنایان نز دیک هم نا توان می شود . همه اینها او را از واقعیت دور می کند و دور شدن از واقعیت او را به انزوا می کشاند . انزوا سبب می شود که ارتباط با دنیای خارج غیر واقعی شود . او از محرک های خارجی فاصله می گیرد و بتدریج خیال پردازی ها جای ارتباط واقعی را می گیرد و خیال پردازی های زیاد و مهار گسسته او را به دنیای وهم می کشاند . دنیای وهم آلود هراس انگیز می شود . محرکها چه دیداری ، چه شنیداری و لمسی طبیعت خارق العاده پیدا می کنند و بیمار را دچار هراس و وحشت می کنند و بیمار نسبت به آنها واکنش های جنون آمیز نشان می دهد و ارتباط او با واقعیت قطع می شود .

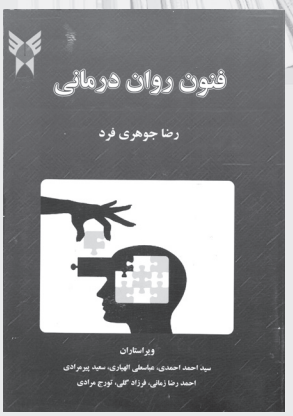
بیمار هر روز بیش از پیش بخاطر همه مشکلاتی که به آن اشاره شد نیاز به مراقبت بیشتر و تخصصی تر پیدا می کند.

سالخوردگان آینه ای هستند که جوانان خانواده می توانند خود را در آنها ببینند و معمولاً هرگونه که خود با آنها برخورد کنیم نسل بعدی ما همان رفتار را با ما خواهند کرد لذا باید کرامت آنها را با همه مشکلاتی که دارند نگهداریم تا محبت و فداکاری آنها را که به وقت خود با نسل بعد از خود داشتند جبران کنیم .

در این مقاله بیشتر سعی شده است تا به روان پویایی آسیب شناسی روانی افراد سالخورده پرداخته شود . برای برخورد درمانگرانه جای بحث فراوانی وجود دارد و امیدواریم با همکاری همکاران ارجمند به آن پرداخته شود .

معرفی کتاب

دکتر مسعود ازهر



فنون روان درمانی

همکار روانشناسمان آقای دکتر رضا جوهری فرد که در تعلیم و تعلم و درمان پیشتاز است و قبلاً نیز چند کتاب از ایشان در خبرنامه معرفی شده است (ریتم درمانی، مقدمه ای بر پزشکی روان تنی) کتابی پرکار تالیف کرده اند بنام فنون روان درمانی . این کتاب جامع همه مکاتب درمانی را بطور فشرده توضیح داده است و از این رو نام «فنون» را به خود اختصاص داده که سعی کرده فوری به سراغ کارهای عملی برود و مثالهایی از خود پدیدآورندگان و تئوری پردازان را چاشنی کار کرده است. از این رو مانند یک دائرت المعارف عملی توانسته راهگشا باشد. استفاده از تحقیقات داخل کشور و رعایت فرهنگ ایرانی این کتاب را تا حدودی بومی کرده است. علاوه بر این کتاب ویژگی کمیابی دارد و آن ویراستاری بخشهای مختلف توسط عالمان همان حیطه است. به این ترتیب مهر تائیدی بر صحت مطالب کتاب خورده است. ویراستاران کتاب عبارتند از: دکتر سید احمد احمدی ،دکتر عباسعلی الهیاری ،دکتر سعید پیرمرادی ،دکتر احمدرضا زمانی ،دکتر فرزاد گلی ، دکتر تورج مرادی. این کتاب نوشته فشرده ای دارد و حدود پانصدو پنجاه صفحه است.

اهواز –دانشگاه آزاد اسلامی –واحد اهواز

لوح های فشرده آموزشی

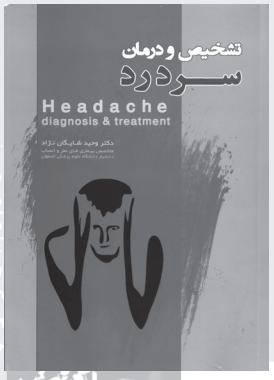
همکار دانشمندمان آقای دکتر آذرخش مکری که سالهاست در حیطه اعتیاد فعالیت می کنند و سخنرانیهایشان بسیار شنیدنی است دست به کار جالبی زده اند.

همچون یک معلم درس داده اند و آن را فیلم برداری کرده اند . با این کار اثری جاودان خلق شده است که می توان سرفرصت و بارها تماشا کرد هر موضوع در یک CD آورده شده و دکتر مکری با وسعت مطالعاتی که دارد به زیبایی به آن پرداخته است. پاورپوینتهای استاد و فایلهای PDF کتابهایی که رفرنس قرارگرفته اند نیز در CD قرار دارد.

موضوع درسها بسیار جالب است و براستی به رزیدنتهای این زمانه رشک می برم که چنین منبعی در دسترس دارند.

موضوع درسها چنین است: حدود هفده CD به اعتیاد پرداخته است البته هر CD به موضوعی مثل الکل ، حشیش، سیگار، درد در متادون ، وسوسه.

تعدادی از CD ها به انواع رواندرمانیها پرداخته و همانطور که از این دانشمند انتظار می رود از تاریخچه و پایه گذاری هر مکتب صحبت کرده و افرادی را که براستی در آن مکتب تاثیر گذار بوده اند معرفی کرده است تعدادی CD نیز به داروها پرداخته و تعدادی هم به علامتهایی همچون توهم، هذیان، خودزنی. شماره تلفن تماس برای تهیه CD ۰۲۱۲۶۷۰۰۵۲۰



تشخیص و درمان سردرد

همکار نورولوژیست مان آقای دکتر وحید شایگان نژاد کاری چشم گیر انجام داده اند و اثری خلق کرده اند درباره سردرد. این کتاب چند خصوصیت بارز دارد. اول آنکه تمام مطالب آن اطلاعاتی است کاربردی بدون هیچ تکرار و حاشیه پردازی یک راست به سراغ مطلب رفته و آنچه مهم بوده را مطرح کرده است. دوم نداشتن رفرانس است که معمولاً صفحات زیادی را در هر کتاب اشغال میکندباوجود این دو خاصیت کتاب نسبتاً قطور و حدود پانصد صفحه است.

سومین خصوصیت استفاده نکردن از تحقیقات ایرانی است. چهارمین خصوصیت جدولهای پرمحتوایی است که بصورت انگلیسی است و کلاً اصطلاحات پزشکی ترجمه نشده است و به ذهن پزشکان آشنا تر است. با توجه به سبک نگارش کتاب چنین برداشت می شود که نویسنده با تمام وجود اطلاعات و تجربیات خود را در زمینه ای که سالها به آن پرداخته در اختیار خواننده قرار داده است.

همانگونه که ذکر شد روی سخن کتاب با پزشکان است . سردرد میگرنی.تنشنی.خوشه ای.پس از ضربه.دوران کودکی و بلوغ.خانمها.بالای پنجاه سال و سردرد ثانویه کاملا و جامع بحث شده است. مرکزپخش : اوستا ۰۳۱۳۳۷۸۷۶۲