

فروپاشی مکانیسم‌های شناختی - عاطفی، تشخیص و درمان

منصوره بهرامی پور / دکتر سیدحمید آتش پور^۲

چکیده:

فروپاشی کارکردهای شناختی و عاطفی را می‌توان در پاره‌ای از اختلال‌های روانی مشاهده نمود؛ اختلال‌هایی چون اتیسم، رت، آسپرگر، دمانس یا زوال عقلی نوع آلزایمر، اختلال تطبیقی، عقب‌ماندگی ذهنی و ... این فروپاشی از لحاظ رفتاری شامل نشانه‌هایی از قبیل: از دست دادن حافظه، تغییرات شخصیت، اشکال در یادآوری و انجام فعالیت‌هایی که در گذشته کسب شده، اشکال در مهارت‌های مراقبت از خویشان، اختلال در مهارت‌های زبان شفاهی و زبان نوشتاری، اشکال در زمینه سلامت جسمی، فقدان تعادل در فعالیت‌های حرکتی، اختلال در خواب و افزایش حالت‌های روان پریشی می‌باشد. جهت بکارگیری روش‌های درمانی مؤثر اهداف درمانی در دو حیطه اهداف بلند مدت و اهداف کوتاه مدت پی‌ریزی می‌شود. همچنین با استفاده از مداخلات درمانی مناسب می‌توان دستیابی به اهداف را میسر کرده و شرایط بهینه درمانی را تدارک نمود.

ABSTRACT:

Disintegrative , cognitive and affective functions can be observed in some mental disorders , such as : Rett , Asperger , Dementia Alzheimer type (DAT) , Adjustment disorder, Mental Retardation etc. Symptoms of the disintegration in terms of behavioral include : lack of memory , change in personality , defect in remembering and deficiency in accomplishing activities acquired in the past , defect in self - help skills , disorder in oral and written language skills , deficiency in physical health , lack of equilibrium in motor activities , sleep disorder and increase in states of psychosis. Treatment goals are designed in long - term and short - term goals for effective treatment methods. Also , we can provide better treatment Conditions and reach goals by using suitable treatment interventions.

مقدمه :

^۱ عضو هیأت علمی دانشگاه

^۲ عضو هیأت علمی دانشگاه

بر مبنای مطالعات انجام‌گرفته فروپاشی کارکردهای شناختی و عاطفی را می‌توان در بسیاری از اختلال‌های روانی مشاهده نمود. پیشنهادات تشخیصی در محور یک و دو-DSM-IV-TR عبارتند از:

محور (۱):

- اختلال اتیسم^۲
- اختلال رت^۳
- اختلال آسپرگر^۴
- اختلال فراگیر رشد که جای دیگری طبقه‌بندی نشده است.
- تیرگی شعور ناشی از مشکلات طبی
- دمانس یا زوال عقل نوع آلزایمر^۵
- دمانس^۶ ناشی از بیماری هانتینگتون، پارکینسون یا مشکلات طبی
- دمانس ناشی از دلایل ناشناخته که جای دیگری طبقه‌بندی نشده است.
- اختلال شناختی که جای دیگری طبقه‌بندی نشده است.
- اختلال تطبیقی^۷
- اثرات و حالات طبی عمومی که جای دیگری طبقه‌بندی نشده است.

^۱ *Diagnostic and Statistical Manual, Mental Disorders 4th edition (DSM - IV) of*
راهنمای تشخیص و آماری اختلال‌های روانی

^۲ Autisti

^۳ Ret

^۴ Asperger

^۵ Alzheimer

^۶ Dementia

^۷ Adjustment

محور (۲):

- عقب‌ماندگی خفیف
- عقب‌ماندگی متوسط
- عقب‌ماندگی عمیق^۱
- عقب‌ماندگی با میزان و حالات ناشناخته و نامشخص
- عملکرد هوشی مرزی^۲

تشخیص:

بر مبنای راهنمای تشخیصی مورد نظر، فروپاشی کارکردهای شناختی / عاطفی را می‌توان در بیماریها و اختلالات فوق ملاحظه کرد. از لحاظ رفتاری این فروپاشی به موارد زیر اشاره می‌نماید:

الف- از دست دادن^۳ حافظه، سردرگمی و گم‌گشتگی، گیجی و یا ناتوانی در فراگیری وظایف جدید.

ب- تغییرات شخصیت، به همراه افزایش مشکلات هیجانی و عاطفی (مانند بدگمانی^۴، افسردگی، اضطراب، یا مسائل هیجانی).

ج- اشکال در یادآوری و انجام فعالیت‌ها و کارهایی که از قبل یاد گرفته شده است.

د- اشکال در نشان دادن مهارت‌های مرتبط با حفظ ایمنی شخصی، ارتباطی / اجتماعی و خانوادگی.

ه- کاهش خودمختاری در زمینه مراقبت از خود، حفظ بهداشت و خویشتن داری.

و- بروز اشکال در مهارت‌های زبانی، دریافتی، بیانی و مهارت‌های نوشتاری.

ز- بروز اشکال در زمینه سلامت جسمی (مانند اشکال در گردش خون، سرطانهای^۵ پروستات یا پوکی استخوان). البته این اشکالات با فرایند پیرشدن مرتبط هستند.

¹ Profound

² Broderline

³ Memoryloss

⁴ Paranoia

⁵ Prostate Concerns

- ح- فقدان تعادل در راه رفتن به نحوی که فرد به دفعات در راه رفتن می‌افتد.
 ط- گیجی شبانه که بصورت بی‌خوابی و بیداری در شب مشاهده می‌شود.
 ی- افزایش حالات روان‌پریشی و سایکوتیک.

اهداف درمان

به منظور بکارگیری روشهای درمان مؤثر اهداف درمانی را می‌توان در دو حیطه مطرح کرد:

اهداف بلند مدت:

- الف- حفظ فعالیتهای موجود در زندگی روزمره و حفظ مهارتهای ابزاری
 ب- استفاده از تجهیزات تطابقی و آموزش شیوه‌های درمانی که عملکرد مستقل را امکان‌پذیر می‌سازند.
 ج- حفظ سلامتی بهینه
 د- کاهش فراوانی و شدت رفتارهای ناسازگارانه ناشی از سردرگمی و گیجی، فرار یا رفتارهای اجتنابی
 ه- طراحی وضعیت‌هایی برای حفظ هویت فرد خصوصا در دوران بازنشستگی
 و- رسیدن به یک توافق جمعی در مراقبین و تعیین اهداف یکسان
 ز- کمک به افزایش انتخاب‌های مراجعین
 ح- تقویت همه‌جانبه تمامی فعالیتهایی که منجر به حفظ مهارت در مراجعین می‌گردد.

اهداف کوتاه مدت:

- الف- مشارکت در ارزیابیهای روانشناختی از تواناییهای عقلانی و سازگارانه
 ب- آزمایشات کامل عصب شناختی برای ارزیابی نقش عوامل جسمی (ارگانیکسی) در بروز نقص‌های رفتاری.
 ج- پذیرش و اجرای توصیه‌هایی که توسط تیم درمانی ارائه می‌شود و همکاری در ارزیابی کار درمانگر و درمان فیزیکی برای تعیین مهارتهای نگهداری پایه.
 د- همکاری برای ارزشیابی‌های گفتاری و زبانی، بررسی مشکلات طبی و رفع آنها و در نهایت همکاری لازم برای بررسیهای روانشناختی مطابق محور یک اختلالات.

ه- رسیدن به یک رژیم غذایی ثابت، آسان و سالم.
و- بررسی وضعیت زندگی، محل اقامت، نیازهای تفریحی معمولی، شغل، وضعیت بازنشستگی، خواب روزانه و شبانه و تدوین توصیه‌های لازم جهت سازگاری با شرایط بهینه.
ز- آموزش مراقبت‌های شخصی اکتسابی، مهارت‌های اجتماعی، زندگی مستقل، خویشتن‌داری، مقابله مؤثر با تغییرات سلامتی و جایگزین کردن رفتارهای ناسازگارانه با رفتارهای هدفمند و از لحاظ اجتماعی سازگارانه.

ح- ایجاد محیطی عادی‌تر، یادگیری بیان احساسات آرامش دهنده، آموزش خودگویی‌های مثبت و تثبیت‌کننده خلق و تشخیص احساسات و حالات مختلف در فعالیتهای روزانه.
ط- آموزش اعضاء خانواده برای نشان دادن واکنش‌های مثبت نسبت به توانایی‌های بیمار، تشویق بیمار برای تداوم درمان‌های طبی و روانشناختی، تحقیق و تشویق فعالیتهای فردی بیمار و کاهش حرف زدن بیمارگونه مراجع توسط ارائه تقویت‌های منفی و بی‌توجهی و تذکر مستقیم.

ی- تأکید بر فعالیتهای لذت‌بخش، تعامل چهره به چهره، آرمیدگی^۱، تعامل با مراقبین و کاهش زمان انزوا و کناره‌گیری.

ک- کاهش استرس‌های محیطی و بین فردی، تأکید بر شرکت در فعالیتهای آرام‌بخش و با معنا، افزایش مشارکت در برنامه‌های سلامتی و تقویت مهارت‌های گذشته.

مداخلات درمانی

به منظور دستیابی به اهداف بلند مدت و کوتاه مدت و حفظ شرایط بهینه درمانی توصیه‌های زیر کمک کننده خواهند بود:

(۱) تدوین یک طرح اجرایی یا عملی برای سنجش میزان هوش و توانایی‌های عقلانی فرد و میزان آسیب‌های مغزی و هوشی (بکارگیری آزمون و کسلر، آزمون بندر - گشتالت و آزمون مازهای پرتنوس)

(۲) تدوین و اجرای یک آزمون یا موقعیت ویژه برای درک میزان سازگاری فرد. (استفاده از آزمون‌های سازگاری)

- ۳) برنامه‌ریزی یک جلسه مشاورتی و تداوم آن با حضور مراجع، خانواده و مراقبین (و یا أحياناً معلمین و مریبان) برای تعیین اهداف آموزشی، حرفه‌ای، مسائل ارتباطی و فعالیت‌های مرتبط با زندگی روزانه.
- ۴) تهیه و تدارک یک سری آزمایشات عصب شناختی^۱ یا عصب روانی^۲ برای تعیین ماهیت، شدت و علل احتمالی فروپاشی کارکردهای شناختی / هیجانی مراجع.
- ۵) تهیه شرح حالی کامل از مراجع، خانواده و مراقبین از وضعیت موجود، مشکل و آثار آن.
- ۶) بررسی وضعیت مراجع بر مبنای مدل ABC (بر مبنای این مدل A موقعیت یا وضعیت اولیه است. B رفتار یا عمل می‌باشد و C پیامد رفتاری است).
- ۷) ارجاع مراجع به یک درمانگر فیزیکی (جسمی) جهت ارزیابی میزان فعلی راه رفتن و تواناییهای حرکتی وی و حفظ مهارت‌های موجود.
- ۸) ارجاع مراجع به یک کار درمانگر جهت برآورد وضعیت فرد و حفظ مهارت‌های مراقبت شخصی و خانه‌داری.
- ۹) ارجاع مراجع به یک گفتار درمانگر جهت تشخیص مشکلات گفتاری وی و تقویت نقاط قوت ارتباطی و رفع نواقص موجود.
- ۱۰) ارائه روشهایی برای کنترل وضعیت دارویی مراجع و آموزش اعضاء خانواده در زمینه مذکور.
- ۱۱) استفاده از آزمایشات مختلف برای تعیین میزان شنوایی، بیماری تیروئید، بی‌خوابی، بیماری قلبی، و مشکلات استخوانی / عضلانی.
- ۱۲) بررسی وضعیت روانپزشکی مراجع جهت تعیین محورهای I و II اختلالات روانشناختی (کارلت^۳، ۱۹۹۹)
- ۱۳) آموزش خانواده برای ثبت اطلاعات، ثبت علائم بیماری و کنترل رژیم غذایی و دارویی مراجع.
- ۱۴) تعیین علائق مراجع برای پرکردن اوقات فراغت، برنامه روزانه، دوران بازنشستگی و یسا هر موقعیت دیگر.

¹Neurological²Neuropsychological³Carlat

- ۱۵) استفاده از کتابهای مختلف برای شناخت مسائل سالمندان، عقب‌ماندگان ذهنی، بیماران آلزایمر و اختلالات دوران رشد، توسط اعضاء خانواده (کتابهایی نظیر روانشناسی رشد، غفلت از سالمندان، اختلالات رفتاری کودکان).
- ۱۶) تشویق خانواده برای حمایت از رفتارهای مستقلانه و خودمختار مراجعین و تدوین یک طرح تشویقی برای حفظ و ارتقاء تواناییهای موجود آنها و درک تفاوت رفتارهای سازگار و ناسازگار و تداوم رفتارهای سازگار.
- ۱۷) تدوین یک طرح عملی برای کنترل خواب مراجع.
- ۱۸) آموزش خانواده‌ها برای دقت در رفتارهای مرتبط با تخلیه روده و مثانه در مراجعین (مانند قدم زدن، لرزش زانو و به طور کلی لرزیدن باسن و بدن) و ترغیب آنها برای استفاده از حمام.
- ۱۹) آموزش والدین، اطرافیان و اعضاء خانواده برای تقویت حسن خودکفایی مراجع و برخورد صحیح با خشم و پرخاشگری وی.
- ۲۰) کمک به مراجع جهت بیان احساسات و افکار مزاحم و ناراحت کننده وی و تشخیص شروع یک احساس آسیب‌زا (مانند «من عصبانی هستم زیرا کمتر قادر به انجام فعالیتهای دلخواهم می‌باشم»).
- ۲۱) آموزش خودگوییهای مثبت به مراجع (مثلا به مراجع یاد می‌دهند که با خود بگویند: «با تمرین می‌توانم این کار را انجام دهم. «ممکن است زمان زیادی را از من بگیرد اما قادرم از عهده آن بریایم»).
- ۲۲) ثبت پیشرفت‌های مراجع بر روی نمودارهای رفتاری به منظور تقویت حسن کارایی وی و تقویت مشارکت خانواده.
- ۲۴) آموزش خانواده به منظور ارائه واکنش‌های آنی و مثبت در قبال اعمال سازگارانه مراجع.
- ۲۵) آموزش و تشویق اعضاء خانواده و مراقبین برای داشتن ثبات رفتاری و حفظ برخوردهای اجتماعی منظم.
- ۲۶) آموزش مراجع و اعضاء خانواده برای به کارگیری روشهای مشکل‌گشایی (حل مسئله) در موقعیتهایی که مشکل خاصی بروز می‌نماید.

منابع:

- ۱- کاویانی، حسین. موسوی، اشرف السادات و محیط، احمد. (۱۳۸۰). مصاحبه و آزمون‌های روانی. تهران: نشر سنا.
- ۲- مهدیزادگان، ایران. و باقرپور، رحمت‌ا... (۱۳۸۰). سوء استفاده و غفلت از سالمندان. تهران: نشر پردژ.
- ۳- ماسن، هنری. کیگان، جروم. هولتون، آلتا کارول و کانجر، جان جین. (۱۳۷۰). رشد و شخصیت کودک. ترجمه مهشید یاسایی. تهران: نشر پایا.

References:

1. American psychiatric Association . (2000). Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders. 4 thed (). Washington, D.C.APA Press.
2. Carlat, D.j.(1999). The psychiatric interview. A practical guide. Lippmcott Williams & Wilkins. Awolfers Kluwer Co.
3. Staggert, K.H. and Jongsma, A.E. (2000). The mental retardation and development disability treatment planner. John wiley & sons. pub.