

رواندرمانی سالمندان^۱ مفاهیم کنونی و جنبه های درمان

دکتر تقی پورابراهیم^۲

چکیده

رواندرمانی سالمندی بطور فزاینده‌ای مهم شده و گسترش یافته است. مقاله به طرح مدل‌های رشد یافته جدید عمومی و بالینی روانشناسی پیری^۳ می پردازد. برای مثال انتخاب بهینه باجبران^۴ (SOC) بالتزوکارستنسن^۵، (۱۹۹۶). مدل چالش های خاص، پختگی، گروه سنی، زمینه ای CCMS نایت،^۶ (۱۹۹۶) و مدلی از رواندرمانی سالمندان سن و اختلال خاص^۷ ADS-MP – مرکز^۸ (۲۰۰۲). ADS-MP جنبه های خودادارگی از دست دادن و بدست آوردنهای سالمندی و همینطور دانش اختلال خاص را تلفیق می کند. همچنین تعاریف مناسب سنی و مفهوم سازی های جدید از اختلالات مربوط را شامل می شود. (برای مثال افسردگی کوتاه مدت عود کننده^۹، سوگ پیچیده^{۱۰}). کاربردهای درمانی مدل که طرح و بحث می شوند عبارتند از: خود ادارگی نیاز

^۱ *psychotherapy with the elderly*

^۲ دکترای مشاوره و مدرس دانشگاه، پروفیسور و مدیر بخش مداخلات بالینی دانشگاه زوربخ تلفن ۰۹۱۲۴۲۹۴۹۴۳ - ۰۲۱۲۲۳۶۰۴۷۳ آدرس: تهران سعادتآباد، خیابان سرو غربی خیابان ریاضی بخشایش،

کوچه بهار ۵ پلاک ۲

^۳ *geropsychology*

^۴ *Selective optimization with compensation*

^۵ *Baltes and carstensen*

^۶ *Knight*

^۷ *The age and disorder- specific*

^۸ *Maerker*

^۹ *Brief Recurent Depression*

^{۱۰} *Complicated Grief*

بیماران به انتخاب اهداف درمانی بهینه، مشکل خاص سنی، درخواست نیاز به رویکردهای درمانی خاص سن و تعدیل هایی معمول در فنون درمانی موجود. مقاله نیاز به اطلاع از بیماریهای جسمی و استانداردهای درمانی آن را برای رواندرمانگری که با سالمندان کار می کند و همچنین همکاری نزدیک با متخصصان مراقبت از سلامتی که با بیماران خاص کار می کنند را مطرح می کند.

واژه های کلیدی: پیری شناسی بالینی - مدل‌های درمانی - تعریف‌های تشخیصی - دوره های زندگی سالمندی

Abstract

The psychotherapy of the elderly gets increasingly widespread and important. The paper outlines newly developed models of general and clinical gerontopsychology e.g. the model of selective optimization with compensation (SOC: Baltes u. Carstensen 1996), the contextual, cohort based, maturity, specific challenge model (CCMSC: Knight 1996), and the age- and disorder -specific model of psychotherapy with the elderly (ADS-MP:Maercker 2002). The ADS-MP integrates aspects of the self -perceived development and new conceptualizations of relevant disorders (e.g. Brief Recurrent Depression, Complicated Grief). Therapeutic implications of the model outlined and discussed are: the self-perceived need of the patients for selectively optimized treatment goals, age-specific problem representations, the question of a need for age-specific treatment approaches, and normative modifications of established therapeutic techniques. The paper highlights the need for psychotherapist working with the elderly to be well informed about frequent physical illnesses and their treatment standards and the close cooperation with other health care professionals involved with the particular patient.

Keywords: Psychotherapy with the elderly. Old age. Clinical gerontopsychology. Treatment models. Age- appropriate diagnostic criteria.

پرسشها

- هدفهای جدید روانشناسی پیری چه هستند؟
- نشانه ها و تعاریف مناسب هر سن چه هستند؟
- اختلالات مربوط به دوران پیری چه هستند؟

- رویکرد درمانی پیری چه می تواند باشد؟

- چه آگاهی هایی از بیماری های پیری برای رواندرمانگر ضروری است؟

- چگونه با متخصصان بیماری های خاص همکاری کنیم؟

کانون جدیدترین مفاهیم بالینی روانشناسی گستره زندگی^۱ و کاربردهای آن، رواندرمانی سالمندان است قبل از مقدمه یافته ها در مورد شیوع و تحقیقات موجود و همینطور تفاوت های مفهومی بحث می شود. مقاله با بیان تعدیل هایی در فنون درمانی موجود برای رواندرمانی سالمندان به پایان می رسد.

شیوع و نیازها

ازدیاد بیش از حد سالمندان^۲ در دهه های گذشته باعث افزایش توجه به رواندرمانی و مداخلات روانشناسی بالینی و افزایش بودجه تحقیقی برای این قشر شده است. هدف اصلی صرف آگاهانه بودجه برای افراد مسن و کمک به خانواده های آنها برای حل مشکلات پیچیده و اضطراری است که باسن بالای این قشر مرتبط است بیشتر از همه کمک به این قشر برای کم کردن هزینه ها و استفاده صحیح از خدمات گران سیستم های سلامتی و اجتماعی است.

بیشترین عوارض روانی در انسانهای ۶۵ سال به بالا، دمانس و افسردگی است. دمانس در افراد بالای ۶۵ سال حدود ۵ درصد، سالمندان بالای ۸۰ سال ۲۰ درصد و بالاتر از ۹۰ سال ۳۰ درصد است. ۵۰ درصد بیماران سالمند روی هم آزیمر و دمانس دارند. ۱۰ درصد دمانس از نوع واسکولار^۳ و ۲۵ درصد به ترکیب آزیمر و دمانس نوع واسکولار مبتلا هستند. افسردگی اساسی در این گروه سنی حدود ۵ تا ۱۰ درصد افراد را دربرمی گیرد. اختلالات فوبی در ۵ تا ۱۰ درصد سالمندان وجود دارد.

از این گذشته چند اختلال روانی دیگر هم در سالمندی شناخته شده است. نرخ خودکشی سالمندان ۴۰ در ۱۰۰۰۰۰ یعنی دو برابر جوانترها بخصوص در مردان است. تشخیص اختلالات

^۱ Life-span psychology

^۲ Older humans

^۳ Vasculular

خواب ۲۰ درصد مشکلات سالمندی است. بیماریهای شبه جسمی، سوء مصرف مواد، وابستگی به الکل و توهمات به عنوان موضوعات تحقیق است اما نتایج مشخص ذکر نشده است. درکل حدس زده می شود حدود ۲۵ درصد افراد بالای ۶۵ سال یک یا بیشتر از یک آسیب روانشناختی دارند.

هنوز تحقیق سیستماتیک برای درمان سالمندان وجود ندارد. یک مطالعه نشان داد ۸۸/۵ درصد آنهایی که تشخیص درستی از بیماری روانی داشتند به پزشک عمومی مراجعه کرده اند تا نزد روان‌درمانگر یا روانپزشک بروند (بیرز^۱، ۱۹۹۹). موسسه خدمات بیماران سرپایی در تحقیق خود نشان داد که از ۴۲ درصد افراد سالمند دارای ناراحتی های روانی، فقط ۱۱ درصد آنها پیش روانشناس یا روانپزشک رفته اند (گلوسترمن^۲، ۱۹۹۸).

در فوریت های روان‌درمانگری برای افراد بالای ۶۵ سال، هنوز مانند قبل کمبود احساس می شود. بیشتر پرستنامه ها در اوایل دهه ۹۰ نشان داد که در آلمان سهم افراد بالای ۶۰ سال از روان‌درمانی ۰/۲ درصد تا ۲ درصد است (زانک^۳، ۲۰۰۰) از طرف دیگر ۲۵ درصد درمانگران تمایل به ملاقات بیماران سالمند داشتند. آمادگی برای برعهده گرفتن درمان بیماران سالمند به سن درمانگر و به دانش پیری شناسی^۴ درمانگر ارتباط ندارد بلکه وابسته به تجربیات درمانگر است (زانک، ۲۰۰۲). دانش پیری شناسی و روانشناسی پیری نزد روان‌درمانگران بطور مشخصی محدود است در این مورد درمانگران بطور متوسط از ۲۴ سؤال ساده معلومات روانشناختی فقط به ۱۳ سؤال جواب درست دادند.

این نتایج که حاکی از کمبود درمان و شناخت علمی است در تضاد با تجارب مثبت یکی از روان‌درمانگران آمریکایی از یک مرکز درمانی در قسمت آلمانی زبان است. در سالهای گذشته برای توسعه دانش پایه، در مورد روانشناسی پیری کتابهای مختلف منتشر شده و سمینارهایی برگزار شده است (هیفد، ۲۰۰۰؛ بوجسن و هیرش، ۱۹۹۷؛ مرکز، ۲۰۰۰؛ زاریت و نایت، ۱۹۹۶). در قسمت بعدی مفاهیم ویژه درمان سالمندان در چهارچوب مشخصی قرار می گیرد..

¹ Beurs

² Klosterman

³ Zank

⁴ Gerontopsychologist

مفهوم روانشناسی گستره زندگی

بعد از مدل‌های قبلی که در مورد تغییرات سالمندی گرایش نقصان را در تغییرات مطرح می‌کرد، روانشناسان در دهه ۸۰ و ۹۰ سعی کردند مدل‌های مثبت ارائه دهند با این حال در چند سال گذشته، برعکس مدل‌های پیچیده مطرح شده است. این جریان سرچشمه مهمترین اصطلاحات و تفاوت در دیدگاه‌های نظری و مدل‌های شد. در ادامه مفاهیم و اصطلاحات اساسی توضیح داده می‌شود.

سومین و چهارمین دوره زندگی: سالمندان جوان و سالمندان مسن

در روانشناسی پیری شناسی مرسوم است که افراد ۳۰ سال یا بیشتر از ۳۰ سال بعد از بازنشستگی به دوره سوم و چهارم زندگی می‌رسند. مرز بین دوره سوم و چهارم در ۷۵ تا ۸۰ سالگی است. پیشرفت پزشکی باعث شده دوره سوم برای بیشتر مردم در کشورهای پیشرفته با محدودیت‌های غیرقابل جبران مواجه نباشد. دوره سوم با افزایش فعالیت‌های مختارانه مانند سرگرمی‌ها، فرانت و مسافرتها روبرو است. امکاناتی که قبلاً بوده گسترده تر شده و دستها بازتر است. به همین جهت بالتز ۱۹۹۷ اصطلاح **Barks Epoque** را انتخاب کرد.

دوره چهارم، برعکس به خاطر افزایش عوامل خطر ارگانیک و جسمی که نیمی از این قشر را دربرمیگیرد مشخص شده است. معمولاً اختلالات همراه، معلولیتها و بیماریهایی هم که به سختی توسط پزشک علاج می‌شوند اضافه می‌شود. علاوه بر این شعاع عمل و شبکه‌های اجتماعی نیز کوچکتر می‌شود و رفتن به خانه‌های سالمندان^۱ مطرح می‌شود. امروزه نویسندگان پیری شناس، به علت تغییرات جمعیتی، از یک تقسیم بندی سه گانه پیری بعد از بازنشستگی صحبت می‌کنند و سالمندان جوان (تا ۷۵ سالگی) سالمندان در سنین میانی سالمندی (۷۵-۸۵ تا ۹۰). و سالخوردهگان (بالتر از ۹۰). با وجود این که این تقسیم بندی راهنمایی کننده است اما چون ما رابه سن محدود می‌کند کمتر قابل استفاده است.

¹ Nursing homes

تفاوت سالمندی نرمال، بیمارگونه و آرمانی^۱

تکامل روانی در دوره های زندگی نشان میدهد که سالمندی فرایندی متفاوت و منحصر به فرد است که در چند بعد و چند جهت قرار می گیرد. چند بعدی و چند جهتی به این معنی است که تکامل یک فرد در ابعاد شناختی - اجتماعی و سلامتی متفاوت است و ثابت شده است که افراد تا سنین بالای پیری قابلیت تکامل پذیری در بسیاری از ابعاد را دارند. تغییرپذیری متفاوت است و این تفاوت های فردی تا سنین بالا وجود دارد. مثالهای برجسته، افراد فعال بالای ۱۰۰ سال هستند. مثلاً ملکه انگلیس، یوهان هسترز^۲، فیلسوف هانس جورج گادامر^۳ و ستاتور تورموند^۴.

با توجه به تغییرات زیاد درون فردی، در پیری شناسی بین ۳ نوع سالمندی طبیعی، بیمارگونه و آرمانی تفاوت گذشته می شود. سالمندی طبیعی با تغییرات جمعیتی در رسیدن به سن میانه زندگی مشخص می شود و فقط با از دست دادن عملکردهای بدنی - جسمی و روانشناختی که خاص این دوره است توصیف می شود. (مثلاً آرتروز در ۷۰ سالگی، آسیب های شناختی خفیف که افراد بالای ۸۰ سال دارند). سالمندی بیمارگونه همراه با بیماری و کم شدن زیاد عملکردهای اساسی و کیفیت زندگی است. این سالمندی سرشار از بیماری های است. سالمندی آرمانی با هدف داشتن در زندگی، استقلال زیاد، احساس آسایش و رسیدن به اهداف شخصی مشخص می شود مانند مثالهایی از افراد ۱۰۰ ساله که قبلاً گفتیم.

مرز بین سالمندی طبیعی و بیمارگونه مشخص نیست. برای مثال فراموشی مقطعی را صرفاً نمی توان بیماری تلقی کرد. یک تحلیل چند بعدی برای تشخیص سالمندی طبیعی اساسی است. این امر باید توسط تشخیص چند لایه ای وسیع انجام شود بطوری که خود را به مقطعی که سالمندان با مشکلات رفتاری مواجه می شوند محدود نکنیم.

¹ Normal pathological and optimal aging

² Johan Hesters

³ Hans Gorge Gadamer

⁴ Thurmond

دیدگاه سود و زیان (بدست آوردن ها و از دست دادن ها)^۱

بعد از آن که روانشناسی رشد مدت زیادی تحت تسلط نظریه های مرحله ای (برای مثال اریکسون، ۱۹۹۶ در مراحل حمایت تجربی لازم را نداشت) بود تعداد زیادی نتایج پراکنده ولی مرتبط با هم همه را به این نتیجه رساند که دیدگاه فرانظری و مدل های چهارچوبی اساسی کار قلمداد شوند و یک دیدگاه مرکزی می گوید که پویایی رشد^۲ با ازدیاد سود و کم کردن ضرر انجام می شود (بالتز، ۱۹۹۷). در سالمندی امکان بالا بردن سود کمتر از جوانی است ولی بطور کلی این امکان از بین نرفته است. یادگیری رفتارهای جدید و استفاده بیشتر از پیشرفتهای اجتماعی، فرهنگی و فنی سود تلقی می شود. پختگی^۳، هوش علمی در زندگی (دانش زندگی) یا تجربه زندگی نیز همین گونه است. کاهش توانایی ها، کم شدن شبکه های اجتماعی، وجود بیماریهایی که توانایی را محدود می کند و معلولیت ها به عنوان زیان حساب می شود. پویایی رشد در این دیدگاه متکی بر این ایده است که در دل بحران ها، فرصتها، شانس هایی هم وجود دارد. در برخی توصیفها در مورد این دیدگاه جزء سومی هم به نام تمایل به حفظ موجودیت مطرح می شود. فرایند حفظ موجودیت، تلاش برای جلوگیری از پس رفت است. دیدگاه سود و زیان اساس مدل های مدرن مداخلات پیری شناسی است.

مدل انتخاب بهینه با جبران

این مدل در سطحی از مداخلات روانشناسی و رواندرمانی سالمندان بطور سودمندی قابل استفاده است. در این مدل ۳ جزء وجود دارد. انتخاب، بهینه و جبران که بصورت زیر تعریف می شوند (بالتز و کارستنسن، ۱۹۹۶):

- انتخاب به گزینش و تغییر اهداف و رفتارها در زمینه ای محدود از راههای قابل انجام و تمرکز بر محدودیت منابع و تخصصها اشاره دارد.

¹ Profit- loss perspective

² Development dynamic

³ Ripenes

- بهینه حاکی از تقویت و استفاده از منابع قابل دسترس برای رسیدن به اهداف ممکن است.

- هدف جبران یادگیری و استفاده از امکانات در مقابل محدودیتها و زیانها است.

انتخاب به تطابق استانداردها، اهداف و انتظارات نیاز دارد. جبران وقتی نیاز است که توانایی‌ها و مهارت‌ها بطور کامل یا ناقص از دست بروند ولی اهداف مربوطه حفظ شوند. در این زمینه باید راههای جدیدی برای رسیدن به هدف جستجو شود. بهینه هنگامی است که منابع و امکانات ایجاد و تقویت شود. بنابراین سالمندان می‌توانند به تکامل ادامه دهند و اهداف بلند مدت تری داشته باشند. همچنین در شرایطی قرار بگیرند که از نظر بدنی قوی تر و فعال تر شوند و قابلیت های روانی بهتری را بدست آورند.

مداخلات روانشناختی برای انتخاب در موقعیت های زیر مورد نیاز است. از دست دادن شریک زندگی، به اتمام رسیدن زندگی شغلی، از دست دادن عملکردها، نقص بدنی و معلولیت. انتخاب به انگیزه، آمادگی شناختی و عمل محوری نیاز دارد. مداخلات روانشناختی برای اهداف بهینه به این منظور است که برای انتخابها از امکانات بهتر استفاده شود.

مداخلات برای فرایند بهینه در این زمینه ها مطرح می شود: محیط فیزیکی

(به عنوان مثال دکوراسیون خانه، وضعیت پله ها، سازگار کردن خانه برای افراد سالمند)، استفاده از سرویس ها (سرویس های غذایی، بیمارستان و خرید) که افراد خانواده، شریک زندگی و یا دولت ارائه می دهند. مداخلات روانشناختی برای جبران براساس مفهوم نقش پذیری^۱ یا بی تحرکی^۲ در پیری شناسی است. این مفهوم می گوید که برای تکامل باید از توانایی های استفاده شود در غیر این صورت باعث ناتوان شدن می شود. تحقیقات مداخلات روانشناسی پیری نشان داده است سالمندان دارای یک سرمایه بزرگ روانی هستند که با تمرین

¹ Plasticity

² Inactivity

و یادگیری می تواند فعال شود به عنوان مثال در زمینه حافظه، توانایی های اجتماعی، فعالیتهای روزانه، بیماریهای مزمن و مشکلات جنسی.

برای درمان افسردگی سالمندی، هات زینگر^۱ (۲۰۰۰) از مدل انتخاب بهینه با جبران به عنوان پایه نظری برای دستورالعمل های درمانی استفاده کرد. بنابراین مدل های روانشناسی پیری به وضعیتی می رسند که برای رواندرمانی دستورالعمل دارند، جایی که قبلاً نظریه های شناختی روانکاوی و روان تحلیلی قرار داشتند.

در سالهای اخیر نه تنها در علم مدل های پایه علم پیری شناسی تطبیق و تکامل حاصل شده است بلکه در روانشناسی بالینی نیز ۲ مدل برای رواندرمانی سالمندان مطرح شده است که توضیح داده می شوند.

مدل زمینه ای، گروه سنی، پختگی، چالش خاص

مدل (CCMSC) توسط نایت (۱۹۹۶) برای جواب به این سؤال که چرا و چگونه رواندرمانی باید برای درمان بیماران سالمند تطبیق یابد مطرح شد. این مدل برمبنای یافته های روانشناسی گستره زندگی و پیری شناسی است و برای نظریه های مختلف و مدارس رواندرمانی کاربرد دارد. (جدول ۱)

تأثیرات گروه سنی

وقتی توسط درمانگرها تفاوت گروههای سنی مورد توجه قرار بگیرد و جدی تلقی شود، این تفاوت نقش مهمی در رواندرمانی سالمندان دارد. فردی از یک گروه سنی با عضویت در گروه، سال تولد، توانایی های اجتماعی، باورها، ابعاد شخصیتی و قناعت مشخص می شود. این ویژگی های بطور ثابت تا سالمندی باقی می مانند.

^۱ Haut Zinger

توانایی بهتر در نتیجه گیری و جهت یابی فضایی بهتر در گروه های سنی جوانتر مثالهایی از تفاوت گروههای سنی است که به خوبی مورد بررسی قرار گرفته است. بعضی گروههای سنی در توانایی حساب کردن و توانایی کلامی نیز برتر هستند.

تفاوتهای قوی تاریخی - اجتماعی که گروههای سنی یکی بعد از دیگری داشته اند بر شخصیت اعضای این گروههای تاثیر گذاشته است. به عنوان مثال عده‌ای در طی جنگ جهانی دوم به خوبی یاد گرفته بودند که در موقعیت های کمبود و اضطراب به خوب فکر کنند اما نسلهای جدید آن تجربه ها را نداشته اند. توجه به تفاوت گروههای سنی باعث می شود روان‌درمانگر به تفاوت های تاریخی - اجتماعی علاقمند و حساس باشد اما بعضی روان‌درمانگرها گمان می کنند این توجه باعث گیجی و چالش است.

تفاوت گروههای سنی در بیماران به این نحو اثر دارد که ممکن است شرایط زندگی باعث ایجاد یک افسردگی یا حداقل حفظ و تداوم یک افسردگی شود. در گروههای سنی قدیمی تر، طلاق پدر و مادر، تاثیر مهم و استرس اجتماعی ایجاد می گردد که باعث شد افرادی در تمام زندگی به افسردگی حساس باشند.

زمینه ها

در مدل بالا منظور از زمینه ها صور زندگی و انطباق بیماران با آن است. برای مثال مکانیسم های پزشکی و زندگی در خانه های سالمندان و یا خانه هایی که نیاز به پرستار دارند. برای مداخله درمانی، وقتی که مداخلات بر اساس مدل‌های رفتاری و یادگیری اجتماعی است آگاهی از زمینه اجتماعی سالمند مهم است. شرایط تقویت کننده ای که باعث ناسازگاری رفتاری و اثر منفی می شود، اغلب به علت زمینه های محیطی است.

به عنوان مثال ساکنان خانه های سالمندان ریسک بیشتری برای افسردگی دارند. در این مکانها، افسردگی می تواند بطور مقطعی به علت بیماری های مزمن و مشاهده ناتوانی ساکنان دیگر و همینطور بالا بودن میزان مرگ بوجود آید. از این گذشته می تواند به علت مشخصات سازمانی

آسایشگاه نیز باشد. وابستگی آموخته شده به علت پذیرایی طولانی مدت از سالمند هم می تواند باعث شود افسردگی همچنان باقی بماند.

پختگی

این موضوع در رابطه درمانی مهم است که بدانیم سالمندان در طی رشد خود به متابعمی دست یافته اند. تجربه زندگی سالمندان دانشی است در مورد دنیا و مردم. سالمندان در زمینه های مختلف قدرت تشخیصی خوبی دارند چرا که در مقاطع مختلف و با اقصاء مختلف در تماس بوده اند به عنوان مثال تجربه هایی در شغلشان، تجربه هایی با خانواده شان، با جامعه و تاریخ. در ارتباط با توانایی های شناختی اساسی، تا سنین بالا ثبات دیده می شود. به عنوان مثال درک کلامی، هوش تجسمی و ویژگی های ذاتی شخصیتی.

سالمندان تجارب زیادی دارند که این دانش ها می تواند در پیری^۱ درهم تنیده شود. تجربه هیجانی می تواند با پیچیدگی های پیری سازگار شود سالمندان می توانند پخته تر شوند و کارها را بهتر انجام دهند. نایت، (۲۰۰۲) افسردگی اساسی را مثال می زند که به دلیل این تجربه ها در سن بالا شیوع کمتری دارد و یا در حالت های دیگر خود را نشان می دهد.

چالش ها

سالمندانی که درخواست کمک دارند باید در یک زمان با مشکلات مختلفی مانند بیمارهای مزمن، معلولیت ها و ازدست دادن افراد نزدیک بجنگند. این موضوع باعث می شود توازن هیجانی آنها تهدید شود. برای همین علاوه بر فنون درمانی معمول به فنون مشاوره ای خاص نیز باید توجه شود. مشاوره بازتوانی، مشاوره سوگ و مشاوره در مقطع گذر به خانگی سالمندان.

برای حمایت روانشناختی انتقال به خانه سالمندان^۲ گروه را می توانیم در نظر داشته باشیم.

(بایومان^۲، ۲۰۰۲)

^۱ Aging

^۲ Bauman

- ۱- افرادی که برای انتقال به خانه‌ی سالمندان نیازی به مشاوره ندارند. زیرا به اندازه کافی از منابع درونی و بیرونی موجود بهره مند هستند.
 - ۲- افرادی که به مشاوره حمایتی برای پیشگیری از پیامدهای منفی این انتقال نیاز دارند ولی با این حال از منابع تقریباً کافی هم برخوردار هستند.
 - ۳- افرادی که منابع لازم را ندارند و بطور خاص اختلالات روانی دارند نیازمند مشاوره اورژانسی برای انتقال و هم‌ب‌طور مداخله ای برای تداوم زندگی هستند.
- مدل فوق در محیط انگلیسی زبان پذیرش زیاد پیدا کرده است. اما کاربردهای آن مداخله های جدید رواندرمانی ها را در بر نمی گیرند. محدودیت آن عدم ارتباط با دانش اختلالات است و بخش بزرگی از تکاملات جدید و رواندرمانی ها را در بر نمی گیرد به این دلیل مدل بعدی پیشنهاد می شود.

مدل چهارچوبی^۱ سن و اختلال خاص

مدل چهارچوبی پیشنهاد شده توسط مرکز (۲۰۰۲). (مدل چهارچوبی به معنای وجود عوامل زیاد و پیچیده) بر این فرض اساسی قرار دارد که درمان روانشناختی سالمندان باید دو دیدگاه را همزمان در نظر بگیرد.

دیدگاهی که مربوط به پیری است و دیدگاه اختلال خاص (شکل ۱)
در سن بالا بیماری های بالینی تحت تاثیر عوامل تسهیل کننده و محدود کننده هستند.

^۱ Frame work

عوامل تسهیل کنند:

تبحر^۱ و تجربه زندگی (پختگی)

عناصر بیوگرافیک، برای مثال علاقه ها، توانایی ها، تبحرها (راهبردهای حل مشکل) و منابع بر فرآیند رشد تاثیر دارند. تبحرها در درجه اول به زمینه و موقعیت بستگی دارند و در درجه دوم حالت رفتاری (خصیصه) هستند. ثابت شده است که سالمندان معمولاً از همان راهبردهایی برای حل مشکلات استفاده می کنند که جوانترها استفاده می کنند و در مواردی که در موقعیت های متفاوت راهبردهای دیگری را مورد استفاده قرار می دهند از جای دیگری سرچشمه میگیرد و در هر حال عواملی مختص یک گروه سنی برای انتخاب راهبردهای حل مشکل وجود دارد. مقایسه گروه های سنی نشان داده است که مسن ترها در مواقع بحرانی بیشتر تمایل دارند از موقعیت دور شوند و آن را تشریح کنند تا اینکه با یک برنامه عملی برخورد کنند.

در ادبیات روانشناسی گستره زندگی، تبحر در حل مشکلات با کنترل تکانه ها^۲ و راهبردهای یادگیری سازگارانه شناخته می شود در حالی که عدم تبحر در حل مشکلات با عدم کنترل تکانه ها و تفسیرهای ناکارآمد از وقایع محیط نمایان می شود. دیل^۳، (۱۹۹۹) دو شکل از پختگی را بررسی کرده است.

جدیت^۱ (اصول گرایی)^۴ حصول تجربه از طریق مشکلات

تفسیر مجدد^۶ (وارونگی)^۵: تبدیل جنبه های منفی به جنبه های خنثی یا مثبت

به همین صورت دو فرم ناپختگی هم مطرح شده است.

تظاهر^۱: به عنوان مثال یک تکانه پرخاشگرانه تبدیل به یک اتهام می شود که راهی برای کنار

آمدن به مشکل است.

^۱ Mastering

^۲ Impulsive

^۳ Diehl

^۴ seriousness

^۵ principalization

^۶ Reinterpretation

^۷ Reversal

فراکنی^۱: ویژگی های ناخواسته یک شخص به جای خود به شخص دیگری نسبت داده می شود.

تحقیقات نشان داده است که در زمینه ها و موقعیت های مختلف، با افزایش سن راه های پخته تر بیشتر به کار گرفته می شود (شکل ۲).

تغییرات هیجانی و انگیزشی

در سال ۱۹۸۴ سه انگیزه مهم در زندگی یعنی انگیزه موفقیت^۲، قدرت^۳ و روابط^۴ در گروه های سنی مقایسه شدند. نتایج تحقیقات حاکی از تفاوت این انگیزه ها بین زنان و مردان بود. Adbu انگیزه قدرت در گروه های سنی زنان کمتر متغیر بود ولی در مردها در سنین میانه بیشتر می شد و در پیری کمتر می شد. در زن ها انگیزه روابط هنگام پیری پشت پرده قرار می گرفت ولی در مردها بین گروه های سنی کمتر تفاوت بود.

در مورد انگیزه روابط بین دو عملکرد می توان تفاوت قائل شد نیاز به اطلاعات و کیفیت هیجانی. تئوری انتخاب هیجان اجتماعی^۵ دلیلی بود برای این که نیاز به اطلاعات در سالمندان به عنوان انگیزه ارتباطی عقب می رود و یک کیفیت هیجانی خوب در اولویت قرار می گیرد (بالتز و کارستنسن، ۱۹۹۶) کاربرد این موضوع در مداخلات رواندرمانی آن است که کمتر سعی شود شبکه اجتماعی بیمار گسترش یابد و به جای آن باید به افزایش کیفیت هیجانی روابط پرداخت.

تعادل هیجانی

هیجانان مانند راهبردهای حل مشکل در درجه اول به موقعیت ها و زمینه ها وابسته است. تحقیق در مورد زمینه ها و هیجانان نشان می دهد که خط روشنی وجود دارد (شکل ۳).

¹ Externalization

² Projection

³ Achievement

⁴ Power

⁵ Relations

⁶ Socio – emotional selectivity theory

مطالعه «دینرو سو»^۱ نتایج زیر را نشان می دهد:

- هیجانات مثبت بطور فزاینده ای در طی زندگی کم می شوند.
- هیجانات منفی در طی زندگی ثابت می مانند.
- با این وجود هیجانات مثبت بیشتر از هیجانات منفی باقی می مانند.

علت کم شدن هیجانات مثبت با افزایش سن، هنوز روشن نیست اما دو فرضیه وجود دارد:

- تعیین کننده های موقعیتی

- هیجانات مثبت وابسته به تحریک^۲

تعیین کننده های موقعیتی: در اینجا فرض می شود که هیجانات مثبت، بیشتر از موقعیتهای نشات می گیرند ولی هیجانات منفی به وضعیت شخصی مربوط می شوند. در این حالت در پیری موقعیتهای برای هیجانات مثبت جذابیت لازم را ندارند.

هیجانات مثبت وابسته به تحریک: سالمندان کمتر دچار تحریک هیجانی میشوند (برای مثال به وجد آمدن). آنها بیشتر حالت رضایت را نشان می دهند که با تحریک کمتر ارتباط دارد.

تنظیم احساس خوب^۳

به نظر می رسد تنظیم احساس خوب عامل تسهیلگری برای رواندرمانی سالمندان است. احساس خوب دارای دو جزء هیجانی و شناختی قابل ارزیابی است که همبستگی بالاتر از متوسط دارند. محوز بسیاری از یافته های تحقیقی آن است که احساس خوب تا دوره چهارم زندگی از ثبات نسبی لازم برخوردار است. از آنجا که این ثبات نسبی ظاهراً در تضاد

¹ Diener and Suh

² Arousal

³ Well being regulation

با از دست دادن های دوران سالمندی است در پیری به آن احساس خوب متناقص^۱ می گویند (اشتاینگر، ۲۰۰۰).

عدم تناسب شناختی با تأثیرات مثبت ناشی از تجمع تجربه ها، توضیحی است که امروزه برای تناقض در احساس خوب داده می شود.

می توان مقایسه فرایندهای شناختی را در تنظیم احساس خوب بصورت های زیر انجام داد.

مقایسه های اجتماعی (با دیگران) و مقایسه های زمانی (با زمان قبل و زمان بعد) و همینطور مقایسه های پس رونده و پیش رونده (پسرونده یعنی مقایسه با آدم های بدتر از خود و پیش رونده یعنی مقایسه با آدم های بهتر از خود). مقایسه های پیشرونده خود را به بهتر شدن تشویق می کنند اما مقایسه های پسرونده نقش دلداری دهنده دارند به این معنی که هر کس می تواند تصور کند از این هم بدتر شود. مقایسه های اجتماعی و مقایسه های زمانی می توانند هر دو حالت پیش رونده و پس رونده را به خود بگیرند.

در پیری مقایسه های زمانی با زمانهای قبل بیشتر از سایر دوره های زندگی است. به نظر می رسد در این مورد مقایسه های زمانی پسرونده (برای مثال در زمان جنگ وضع ما بدتر بود) بیشتر مطرح می شوند. تمایل برای یادآوری بحران هایی که با موفقیت پشت سر گذاشته شده اند و مشکلات قبلی که حل شده اند باعث افزایش احساس خوب در سالمندان می شود.

محدودیت های تنظیم احساس خوب

باید به این نکته اشاره کرد که تنظیم احساس خوب، محدودیت های خود را دارد. اولین محدودیت آن است که درمورد سالمندی نرمال و آرمانی قابل صدق است نه برای سالمندی بیمارگونه. در دوره چهارم زندگی تنظیم احساس خوب به مرزی می رسد که از آن به بعد توانایی فرا رفتن ندارد. در زمان سالخوردگی (از کار افتادگی) زیان ها (از دست دادن ها) بطور مرتب افزایش می یابد بدون آن که امکاناتی برای جبران این زیانها توسط منابع

^۱ Well being paradox

بیرونی وجود داشته باشد. در این حالت به برهم خوردن تنظیم احساسی خوب دامن زده می شود.

عوامل محدود کننده

اختلالات همراه^۱ به مانند تجمع تجربه ها، تجمع بیماریها شکایتها و اختلالات هم فرایندی مرتبط با سالمندی است.

۸۸ درصد افراد بالای ۷۰ سال ۵ بیماری یا بیش از ۵ بیماری جسمی شناخته شده دارند. (استینهاگن، تیزن و بوکلک^۲، ۱۹۹۹). در این مورد ۰/۵ تا ۲/۳ این بیمارها از شدت کم برخوردار هستند. اگر به بیماریهای جسمی اختلالات روانی را هم اضافه کنیم بطور متوسط، افراد بالای ۷۰ سال ۷/۴ تعداد بیماری قابل تشخیص دارند. فراوانترین این بیماریها که از شدت متوسط به بالا برخوردار هستند عبارتند از ۳۲٪ آرتروز، ۲۴٪ بیماری های قلبی با شدت های مختلف، ۲۱٪ کمر درد، ۱۸٪ بیماری های دایمی قلبی، ۱۰٪ پوکی استخوان، ۱۹٪ شکستگی استخوان، یا درد ماهیچه ای، ۱۱٪ دیابت و ۸٪ بی اختیاری ادرار از این اختلالات همراه نتیجه می شود که ۸۷٪ سالمندان باید بطور مرتب یک یا چند نوع دارو مصرف کنند. براساس مطالعه مرکز تحقیقات (برلین) (۱۹۹۲) ۲۴ درصد سالمندان این داروها را بطور صحیح نمی خورند. برای رواندرمانگران مهم است که دیدبازی نسبت به بیماری های جسمی داشته باشند. (یک بیماری جسمی چگونه به وجود آمده؟ چگونه پیشرفت کرده و چه داروهایی برای آن باید مصرف شود؟ و همینطور کیفیت و میزان درد ناشی از بیماری).

تحلیل توانایی ها

از نظر روانشناختی، تحلیل توانایی های (برای مثال تحلیل قدرت عضلانی، بالا رفتن فشار خون) باعث آسیب در زندگی روزانه است. ۱/۴ افراد ۷۵ تا ۸۵ سال قادر نیستند به تنهایی خرید کنند (استینهاگن، تیزن و بوکلک، ۱۹۹۹) ۹/۷ آنها برای حمام رفتن نیاز به کمک

^۱ Multi - morbidity

^۲ Steinhagen, Thiessen and Borchelt

دارند و ۵٪ قادر به بالا رفتن از پله ها نیستند. با وجود این محدودیت ها و در حالیکه می دانیم توانایی هایی هم وجود دارد هنوز برای این افراد موضوع انتقال به خانه سالمندان مطرح نیست.

تغییر مهم دیگر در سالمندی اختلال در حواس پنج گانه است. از همه بیشتر حواس شنوایی و بینایی است. ۲۰٪ سالمندان اختلال دیداری و ۱۵٪ اختلال شنوایی دارند. عینک و ذره بین نمونه ای از امکانات برای جبران اختلالات دیداری است که می تواند یک دید معمولی بدهد. برای اختلالات شنوایی هم دستگاه های الکترونیکی وجود دارد ولی هنوز گسترش نیافته است. بخشی از اختلالات حواس در این دروه سنی قابل درمان شناخته نشده به طوری که باعث می شود در تجزیه و تحلیل تاثیرات محیطی اشتباهات صورت گیرد و پارانو یا پیش آید.

فقدان در روابط بین شخصی

از دست دادن همسر، نزدیکان و دوستان و حتی در بعضی مواقع فرزندان، به عنوان یک عامل کمرشکن شناخته شده است. فشار روحی ناشی از این موارد می تواند به سوگ تبدیل شود. می توان بین سوگی که در آن فرد از قبل انتظار از دست دادن کسی را داشته و سوگی که از دست دادن شخص محبوب بطور ناگهانی برای فرد روی می دهد تفاوت گذاشت. تحقیقات در مورد سوگ نشان داده است که سوگ درخود ۳ فرایند دارد:

- عکس العمل بلافاصله به مرگ (شوگ در اولین ساعات یا روزها)

- فرایند میان مدت (یکسال غمگینی)

- پیامدهای بلند مدت (مالها بعد از فقدان)

۹۰ درصد سوگها نرمال و ۱۰ درصد آنها پیچیده و در بعضی مواقع بیمارگونه هستند. سوگ نرمال در کوتاه مدت و میان مدت باعث فشارهای روانی می شود و بعد از یکسال شخص با شرایط جدید سازگار می شود. یکی از عوامل خطر برای سوگ پیچیده مربوط به حالتی است که مرگ روی داده است (خودکشی - عدم اطلاع از نحوه مرگ).

محدودیت عمر

برای محدودیت عمر به عنوان یک عامل تهدید کننده در رواندرمانی سالمندان نمی توان توضیح مقطعی داد. این موضوع به تحقیقات علمی نیاز دارد. با توجه به دانش کنونی به نظر می رسد کنار آمدن با مرگ خود فرایند آشنایی باشد که وقت وانرژی کمتری نیاز دارد (اشتایودینگر، ۱۹۹۹). برعکس، وقتی در مورد خود و آشنایان نزدیک، موقعیت های تهدید کننده مرگ آور وجود داشته باشد وقت وانرژی بیشتری نیاز است. رواندرمانی برای بیشتر مردم فرایندی است که نیاز به حوصله و وقت دارد این موضوع در مورد سالمندان هم صادق است.

تعدیل هایی در اختلالات برای سالمندان

تعادل بین عوامل تسهیل کننده و عوامل محدودکننده رواندرمانی سالمندان، در مدل سود و زیان مطرح است. ورای این موضوع باید از منظر اختلالات هم به رواندرمانی سالمندان اشاره کنیم. در سنین بالای پیری با کمبود طبقه بندی اختلالات روانی مواجه هستیم. تنها توصیفی که اکنون برای بیماری دمانس وجود دارد آن است که با پیری ارتباط دارد. طبقه بندی بسیاری از اختلالات روانی برای سالمندان مهم هستند به منظور این که پدیداری این اختلالات را در تناسب با سالمندی جمع بندی کنیم. به این دلیل نیاز به مفاهیم جدید برای اختلالات روانی در سالمندی و طبقه بندی این اختلالات است چون اختلالات براساس مطالعات روی بزرگسالان جوان^۱ است. (جست^۲، ۲۰۰۰).

دلایل زیادی وجود دارد که توضیح افسردگی اساسی خیلی تنگ نظرانه از جمع بندی شده است به طوریکه در مورد شکایتهای سالمندان قابل تطبیق نیست. در تحقیقات مختلف شیوع افسردگی برای افراد بالای ۶۵ سال ۵٪ گفته شده است ولی وقتی علایم فرعی هم در نظر گرفته شود شیوع ۲۷٪ را شاهد هستیم (هلمچن^۳، ۱۹۹۶). سالمندان دوره های کامل افسردگی را که فقط

^۱ Young adults

^۲ Sestet

^۳ Helmchen

چند روز (۳ تا ۴ روز) طول می کشد گزارش نمی کنند. استفاده از پیشنهاد تشخیصی آسن، (۱۹۹۰) برای افسردگی کوتاه مدت عودکننده در اینجا بیشتر می تواند کمک کند. بیماران واجد افسردگی کوتاه مدت عودکننده^۱ بهتر می توانند تشخیص داده شوند چرا که افسردگی آنها چندبار در چند هفته در یک دوره چند ماه روی می دهد اما معیار زمان برای افسردگی اساسی بیش از ۲ هفته و برای افسرده خوئی بیش از نیمی از روز در طی ۲ سال است. اختلالات جزئی شناختی (اختلالات شناختی متوسط همچنین اختلالات حافظه مربوط به پیری) از نظریالبینی مهم هستند به طوری که شناخت، تشخیص و روان‌درمانی آنها امکان پذیر است.

در جدول ۲ مهمترین اختلالات روانشناختی مربوط به سالمندان که در-DSMIV, ICD-10 هنوز بطور کافی به آن توجه نشده است، جمع بندی شده است.

جدول ۲- اختلالات روان شناختی مرتبط با سن (همراه با پیشنهادات مختصر تشخیصی)

| پیشنهاد تشخیصی | توصیف مختصر | |
|-----------------------------|--|---------|
| افسردگی کوتاه مدت عود کننده | افسردگی به عنوان علامت اصلی، ۴ علامت از افسردگی اساسی اما فقط ۱ تا ۲ دوره چند روزه در ماه | F ۳۳/۸ |
| آسیب شناختی خفیف | آسیب در حافظه به مدت حداقل ۲ هفته شامل آسیب در حافظه عملی، توجه، صحبت کردن، توانایی های درک حرکتی که عصبی یا روانی-عصبی هستند. | F0 ۶۷ |
| سوک پیچیده | از دست دادن یک فرد مهم در زندگی حداقل ۱۳ ماه قبل. ۳، علامت از ۸ علامت Ranges intrusions، کناره گیری | F ۴۳/۲۲ |
| اختلالات سازگاری | تاکنون از نظر ژنتیکی علایم بد تعریف شده. مفاهیم مختلف جدیدی وجود دارد (به عنوان مثال intrusions: مرکز، ۲۰۰۲). | F۴۳/XX |
| ترس توام با افسردگی | بد خلقی به عنوان علامت اصلی برای حداقل یک ماه. حداقل ۴ علامت اضافه تر | F ۴۱/۲ |
| اختلال دمانس- آلزایمر | توهم دیداری و شنیداری و دمانس- آلزایمر اگر سیکوز اسکیزوفرنی و توهم نباشد. | F00 /X۱ |

¹ Recurrent brief depression

کاربرد رواندرمانی مدل چهارچوبی

براساس مدل چهارچوبی ۳ کاربرد مهم برای رواندرمانی وجود دارد که دربارۀ آنها صحبت می‌کنیم:

- مبنایی برای انتخاب بهینه اهداف درمان که با مشکلات بیماران و اهداف درمانی خاص سالمندان ارتباط دارد.
- باید به این سؤال جواب داده شود که آیا مشکلات تشخیص داده شده به راهبردهای درمانی دیگر علاوه بر آنچه برای بزرگسالان جوان وجود دارد نیاز دارد یا نه.
- لازم است شیوه‌ها و فنون رواندرمانی موجود برای استفاده در رواندرمانی سالمندان تعدیل شوند.

انتخاب بهینه اهداف درمان

اصطلاح انتخاب بهینه اهداف درمانی به موارد ذکر شده مانند روانشناسی گستره زندگی و انتخاب بهینه یا جبران (بالتزوکارستسن، ۱۹۹۶) اشاره دارد. انتخاب اهداف درمان با اختلالات جسمی و روانی همراه ارتباط دارد و معمولاً نمی‌توان یک طرح درمانی مشترک برای همه بیماری‌ها داشت به این جهت باید برای انتخاب اهداف درمانی اولویت بندی خاصی را در نظر گرفت. سؤالات راهنمایی که برای بهینه کردن اهداف درمان می‌توان مطرح کرد عبارت است از:

- آیا در زمان مشخص به اهداف درمان که قابل قبول باشد می‌رسیم یا نه؟
- تا چه اندازه بعد از درمان، درمان پایدار است؟

در مورد اصول مدنظر برای اهداف رواندرمانی سالمندان برخی نویسندگان کارهایی انجام داده‌اند به عنوان مثال اصل حداقل مداخله متناسب^۱ (بوجسن و هیرش^۲، ۱۹۹۷)

^۱ Minimum adequate intervention

^۲ Buijssen and Hirsch

بیان مشکل و درمان خاص سالمندی

سالمندان معمولاً برای این مشکلات به روان‌درمانی می‌آیند: از دست دادن نزدیکان، وخیم شدن سلامت جسمی، شدت یافتن بیماری شریک زندگی. مشکلات ارتباطی (با همسر یا بچه) هم می‌تواند علت افسردگی و ترس باشد. به عنوان مثال اگر همسری بعد از بازنشستگی زیاد در خانه باشد، بعضی از عادت‌ها و طرز تلقی‌های او می‌تواند مورد چالش قرار گیرد. در این مورد اغلب سالمندان انتظارات بی‌مقدمه‌ای^۱ از کمک روانشناختی دارند. بزرگسالان جوانتر می‌توانند مشکلات خود را خیلی دقیق توضیح دهند اما سالمندان انتظارات خود را به صورت‌های زیر توضیح می‌دهند:

- می‌خواهم احساس بهتری داشته باشم.

- می‌خواهم دخترم مرا درک کند.

- می‌خواهم مثل قبل باشم.

- می‌خواهم مرگ همسرم را برای خود حل کنم.

- می‌خواهم بیشتر بتوانم کارها را تنها انجام دهم.

در تحقیقات روان‌درمانی هنوز هیچ برنامه تحقیقی مستمر درباره اهداف روان‌درمانی سالمندان وجود ندارد. (هالتفورد و گراو^۲، ۲۰۰۰) در تحقیقاتشان بین دو نوع از اهداف تفاوت می‌گذارند یکی اهداف گرایشی^۳ (تمایل به چیزهایی) و دیگری اهداف اجتنابی^۴ (تمایل به دور شدن از چیزهایی). بررسی و تحلیل آنها از بیماران ۱۶ تا ۸۴ ساله در جدول ۳ آمده است (سن به عنوان متغیر مشترک بود).

نتایج آنها نشان داد که بین سالمندان و جوانترها از نظر انگیزه برای اهداف تفاوت برجسته‌ای وجود دارد. مهمترین اهداف گرایشی برای سالمندان نوع دوستی^۵، ایمان و حس هویت است.

¹ Spontaneous expectations

² Holtford and Grawe

³ Goals approximate

⁴ Goals avoidance

⁵ Altruism

نظریه روان پویایی (اریکسون، ۱۹۶۶) و بطور غیرمستقیم درمان "مرور زندگی"^۱ با این موضوع در ارتباط است. "اریکسون" مفهوم نوع دوستی (در نظریه او مولد بودن^۲) را به عنوان خدمت به دیگران در نظر می گرفت و همینطور چیزی که سالمندان را تشویق میکند به آنکه بتوانند برای جواترها کاری انجام دهند. اهداف اجتنابی برای سالمندان عبارت است از ترس در مورد از دست دادن سلامتی، نیازمندی به افراد دیگر و ارزیابی روابط انسانی. این یافته ها در چهارچوب تغییرات خاص سنی در مورد انگیزه و اینکه بیماران سالمند تحت رواندرمانی با انگیزه های مخصوص خود، اهداف درمان را به جهت خاص می کشند قرار می گیرد.

آیا برای سالمندان درمانهای خاص لازم است؟

بیماران سالمند بطور کلی به روندها و فنون جدید درمانی نیاز ندارند. درمان می تواند با همان اصول مشابه پیش برود. در اصل هر درمانی مستقل از آن گروه سنی است که بیمار در آن قرار دارد اما با توجه به اینکه بیماران در هر سنی مشکلات مختلف و درجه های مختلفی از انگیزه برای درمان دارند تا اندازه ای درمان منحصر به فرد می شود.

اگر چه اساس مشکلاتی که نشان داده می شود می تواند به علت موقعیتهای زندگی متفاوت باشد اما هیجانها و عکس العملها، خیلی از جواترها متفاوت نیست. با این وجود می توان رواندرمانی سالمندان، اصول و مفاهیم آن را به منظور گسترش دید در مداخلات رواندرمانی با سالمندان داشت.

همانطور که قبلاً گفته شد مدل انتخاب بهینه با جبران راهنمای عملی خوبی برای درمان افسردگی سالمندان است. این مدل می گوید که تحقق منابع و توانایی ها با رشد و اهداف جدید امکان پذیر است.

"هات زینگر" (۲۰۰۰) این مدل را با عناصر درمان شناختی - رفتاری ترکیب کرد و رویه ای را طرح و آزمون کرد که در چند مطالعه با موفقیت همراه بود.

^۱ Life review

^۲ Generativation

مداخلات مرور زندگی (مرور زندگی، خاطره پردازی^۱) مصداق دیگری از سرچشمه های درمان برای افراد مسن را ارائه می دهند این مداخلات می توانند در پیری به حفظ احساس خوب و حس هویت کمک کنند. درمانهایی که به گذشته می پردازند در شکلهای بسیار متفاوتی هستند و می توان بین شکلهای با ساختار و بدون ساختار و همچنین شناخت نگر و بدون شناخت نگر تفاوت گذاشت. یک شکل از درمان با ساختار شامل مداخلات شناختی بطور موفقیت آمیز در درمان بیماران سالمندی که اختلال استرس پس از ضربه^۲ داشتند مورد استفاده قرارگرفت (مرکر و زولتر^۳، ۲۰۰۲).

هنوز نمی توان گفت که تکامل بعدی رواندرمانی سالمندی به طرف نظریه های گسترده تر و شیوه های جدید از درمان روانشناختی خواهد بود یا نه.

تعدیل هایی در فنون درمانی موجود در سطح اجرای رواندرمانی

رواندرمانی در عمل به چندویژگی برای رواندرمانی و مداخلات روانشناختی - بالینی سالمندان نیاز دارد.

۱- درمانگر باید فعال باشد و ساختار جلسه را حفظ کند. بسیار امکان دارد سالمندان از موضوع جدا شوند و حرفهای دیگری بزنند. گرچه این امر از نظر بالینی می تواند اطلاع رسانی باشد اما درمانگر باید توجه مراجع را به موضوع کنونی برگرداند. برای بسیاری از درمانگران پرت شدن مراجع از موضوع خوشایند نیست بنابراین به تمرین نیاز دارند.

۲- درمان بیماران سالمند معمولاً کندتر از جوانترها پیش می رود بخصوص اگر آنها دارای مشکلاتی در حواس پنجگانه مانند کاهش شنوایی باشند. در اینجا باید درمانگر شمرده صحبت کند و موضوع را بطور روشن شکل بندی کند چرا که بیان مبهم می تواند مخمل فهم باشد. به همین

¹ *Nemiscence*

² *Post trauma*

³ *Zollner*

خاطر است که گفته می شود سالمندان به سرعت کودکان یا جوانترها نمی توانند یاد بگیرند. آن ها تفکر نتیجه گرا دارند یعنی چکیده کلام مد نظر آنها است از این جهت در نقطه مقابل جوانترها قرار دارند. برای جبران این موضوع باید راه حلهای مشکل بصورت واحدهای جمع بندی شده تکرار شوند تا هسته مرکزی اظهارات درمانی به خوبی درک شود.

۳- برای جبران کنندی شناختی و نقیصه های جسمی، سودمند است که درمانگر اطلاعات مهم را در ابعاد مختلف حسی ارائه دهد. برای مثال درمانگر می تواند در یک زمان موضوعات و حرفهای مهم را روی یک جدول نشان دهد. خوب است نوار صوتی هر جلسه به بیمار بخصوص آنهایی که دارای نقیصه های حسی هستند داده می شود تا در بین جلسات دوباره به محتوای جلسه گوش دهد علاوه بر این دادن تکالیف نوشتنی (برای مثال خود نظارتی و تجزیه و تحلیل نوشتاری) می تواند فهم هسته مرکزی اظهارات درمانی را تسهیل کند. صبر، پافشاری و انعطاف پذیری برای کار موفق با سالمندان ضروری است.

۴- برای درمانهایی که اهداف درمانی دارند، روشهای اجرایی و مداخلات می تواند در بیمارستان (برای مثال در تخت بیمار) درخانه و یا در خانه سالمندان انجام شود.

۵- درمانگر بیماران سالمند باید اطلاعات خوبی درباره بیماری های جسمی و استانداردهای درمانی آن داشته باشد و اگر لازم شد با پرستار بیمار تماس بگیرد.

جدول ۴ خلاصه ای از تعدیل های اساسی در رواندرمانی بیماران سالمند را ارائه می دهد.

جدول ۴- تعدیل هایی برای روان درمانی با سالمندان

| توجه به منابع و توانایی ها | سازگاری با وضعیت شناختی سالمند |
|--------------------------------|--|
| آگاهی بیمار از نقاط قوت خود | تمرکز بر موضوع کنونی و دور شدن از بحث |
| تجارب حل مشکلات قبلی | رویه آرام در پیش گرفتن |
| پختگی | ابزارهای چندگانه (گفتن، نشان دادن، انجام دادن) |
| پذیرش کلی آسیب ها و معلولیت ها | کمک به حافظه با استفاده از نوار، نوشتن فهرستی از تکالیف و یادداشت برداری |
| (به عنوان مثال دمانس) | حل مشکلات در گروه های کوچکتر |
| | راهبردهایی برای حفظ توجه در یک جلسه (جلسات کوتاه مدت برای مثال ۳۰ دقیقه) |

نتیجه گیری

به علت رشد جمعیت و تغییر باورهای اجتماعی، امکان دارد تعداد رواندرمانگران سالمندی افزایش یابد. در این مورد ملاقات مستقیم رواندرمانگر یا معرفی از طریق پزشکان خانواده بیشتر خواهد شد.

ملاقات رواندرمانگر برای گروه های سنی جوانتری از سالمندان معمولی تر از گروههای سنی مستری سالمندان است. درک نقش یک فرد به عنوان بیمار واجد تحول تاریخی است. به هرحال این موضوع مهم است که بیماران درک کنند نقش غیرفعال در رسیدن به بهبودی ندارند و اینکه رواندرمانی کار سختی است. روشهای مدرن رواندرمانی که امروزه مطرح هستند باید برای بیماران توضیح داده شود.

اولین پزشکان و پزشکان خاتوادگی نقش مهمی دارند. بسیاری از بیماران سالمند که نیاز به مداوای مشکلات روانی دارند آرزو می کنند به جای رفتن نزد رواندرمانگر یک درمان دارویی موثر به آنها پیشنهاد شود. همکاری نزدیک با پزشک خانواده و همینطور اگر درمانهای بیشتری (به عنوان مثال فیزیوتراپی لازم باشد) برای این گروه سنی واجب است.

نتیجه گیری برای کاربران

تحقیق و آموزش درحوزه رواندرمانی سالمندان رشد سریع داشته است. بطور خاص کارایی بالینی رواندرمانی برای افسردگی سالمندان زیاد مطرح شده است. برنامه های مداخله ای برای مراحل اولیه آلزایمر نتایج خوبی بدست داده است در حالیکه تمرینهای شناختی برای عملکردهای حافظه کمتر موفقیت آمیز بوده است. باید این موضوع را مورد توجه قرار داد که افزایش دانش درباره رواندرمانی سالمندان و دیگر مداخلات روانشناختی برای این جمعیت زیر مجموعه ای برای رواندرمانی در این حوزه نشود.

References

- Angst J, Merikangas K, Scheideregger P, Wicki W (1990) Recurrent brief depression. A new subtype of affective disorder. *J Affect Disord* 19:87-98.
- Baltes MM, Carstensen LL (1996) Gutels Leben im Alter: Überlegungen zu einem prozessorientierten Metamodell erfolgreichen Alterns. *Psychol Rundsch* 47:199-215.
- Baltes PB (1997) Die unvollendete Architektur der menschlichen Outogenese: Implikationen für die Zukunft des vierten Lebensalters. *Psychol Rundsch* 48: 191-210.
- Baumann U, Mitmansgruber H, Thiele C, Feichtinger L (2002) Übergang ins Seniorenheim – ein Herausforderung für Senioren und für Psychologen. In: Maercker A (Hrs), S 283-318.
- Beurs E de, Beekmann ATF, Balkom AJLM van, Deeg DJH, Dyck R van, Tilburg W van (1999) consequences of anxiety in older persons: its effect on disability, well-being and use of health services. *Psychol med* 9:583-593.
- Buijessen H PJ, Hirsch R D (1997) Problem im Alter Beltz, Weinheim.
- Diehl M, Xoyle N, Labouvie-Vief G (1996) Age and sex differences in strategies of coping and defense across the life span. *Psychol Aging* 11:127-139.
- Diener E, Suh ME (1998) Subjective well-being and age: an international analysis. *Ann Rev Gerontol Ger* 17:304-324.
- Erikson EH (1966) Identität und Lebenszyklus. Suhrkamp, Frankfurt.
- Grosse-Holtforth M, Grawe K (2000) Fragebogen zur Analyse motivationaler Schemata (FAMOS). *Z Klin Psychol Psychother* 29:170-179.
- Hautzinger M (2000) Depression im Alter. Weinheim Beltz.
- Helmchen H, Linden M, Wernicke T (1996) psychiatrische Morbidität bei Hoch begabten Nervenarzt 67: 739-750.
- Heuft G, Kruse A, Radebold H (2000) Lehrbuch der Gerontopsychosomatik und Alterspsychotherapie. Reinhardt, München.
- Jeste DV, Finkel SI (2000) Psychosis of Alzheimer's disease and related dementias: diagnostic criteria for a distinct syndrome. *Am J Geriatr Psychiatry* 8: 29-34.
- Klostermann M, Steinkamp G, Tropberger F, Werner B (1998) Gerontopsychiatrische Versorgung durch ambulante Pflegedienste- Ergebnisse einer empirischen Analyse. *Z Gerontol Geriatr* 31: 426-437.
- Knight BG (1996) Overview of psychotherapy with the elderly: the contextual, cohort-based, maturity-specific challenge model. In: Zarit ST H, Knight BG (1996), pp17-34.
- Knight BG, Robinson GS, Satre DD (2002) Ein lebensspannenpsychologischer Ansatz der Alters psychotherapie. In: Maercker A (Hrsg), S87-110.
- Maercker A (Hrsg) (2002) Alterspsychotherapie und klinische Gerontopsychologie. Springer, Berlin Heidelberg New York.
- Maercker A, Zollner T (2002) Life- Review- therapie als spezifische form der Behandlung Posttraumatischer Belastungsstörungen im Alter. *Verhaltensther Verhaltensmodifik* 23:213-226.
- Staudinger UM (2000) Viele Gründe sprechen dagegen und trotzdem geht es vielen Menschen gut: Das Paradox des subjektiven Wohlbefindens. *Psychol Rundsch* 51:185-197.
- Staudinger UM, Freund AM, Linden M, Maas (1999) Selbst, Persönlichkeit und Lebensgestaltung im Alter: Psychologische Widerstandsfähigkeit und Vulnerabilität. In: Mayer H, Baltes PB (Hrsg) Die Berliner Altersstudie. Akademie, Berlin.
- Steinhagen-Thiessen E, Borchelt M (1999) Morbidität, Medikation und Funktionalität in Alter. In: Mayer H & Baltes PB (Hrsg) Die Berliner Altersstudie. Akademie, Berlin.
- Veroff J, Reuman D, Feld S (1984) Motives in American men and woman across the adult life span. *develo Psychol* 20: 1142-1158.
- Zank S (2002) Einstellungen alter Menschen zur Psychotherapie und Prädiktoren der Behandlungsbereitschaft bei Psychotherapeuten. *Verhaltensther Verhaltensmed* 23: 181-194.
- Zarit ST H, Knight BG (1996) A guide to psychotherapy and aging. American Psychological Association, Washington DC.