

# بهداشت روانی در افراد عقب مانده ذهنی

فاطمه هداوند خانی : کارشناس ارشد کودکان استثنایی

## چکیده

یکی از مسایل شایع در قرن حاضر که تعداد زیادی از مردم با آن درگیر هستند، مسایل و مشکلات بهداشت روانی است. زندگی در عصر کنونی و الزامات آن بیماری‌هایی را به انسان تحمیل کرده که ریشه در شیوه‌ی زندگی<sup>۱</sup> دارد و روبرو به ازدیاد است.

افراد عقب مانده‌ی ذهنی نیز از این قاعده مستثنی نیستند و عوارض زندگی در قرن حاضر آنها را هم درگیر کرده است. افراد عقب مانده‌ی ذهنی به دلیل عدم رسیدن به مرحله‌ی تفکر انتزاعی و مهارت حل مسئله در سطوح بالا قادر به تجزیه و تحلیل مشکلاتشان نیستند و نمی‌توانند از شناخت درمانی که با تفکر منطقی راجع به مسایل به دست می‌آید، استفاده کنند. بنابر این طبیعی است در این افراد انواع روان نژندی‌ها<sup>۲</sup> و بعضاً روان پریشی‌ها<sup>۳</sup> مشاهده شود. اما از آن جایی که بعضی از علایم بیماری‌های روانی با علایم ناشی از عقب ماندگی ذهنی (شدید) مشابهت دارد، اطرافیان بیمار متوجه بیماری جدید فرد عقب مانده‌ی ذهنی (بیماری روانی) نمی‌شوند و علایم مشاهده شده را به حساب عقب ماندگی ذهنی می‌گذارند. از طرف دیگر استفاده از درمان‌های روانی و دارودرمانی در افراد عقب مانده‌ی ذهنی با مشکلات بیشتری نسبت به افراد عادی همراه است.



## مقدمه

افراد عقب مانده‌ی ذهنی درست مثل افراد عادی ممکن است از بیماری‌های روانی رنج ببرند. از آن جایی که عقب ماندگی ذهنی یک مشکل بهداشت روانی است، اگر همراه با یک اختلال دیگر در بهداشت روان همراه باشد تشخیص دوتایی<sup>۴</sup> خوانده می‌شود.

پژوهش‌هایی که برای تشخیص اختلال‌های دوتایی انجام شده‌اند، اکثراً در نمونه‌های کوچک صورت گرفته و از اطلاعات اداری استفاده کرده‌اند. به دلیل استفاده از اطلاعات اداری ممکن است تعداد افراد عقب مانده‌ی ذهنی که اختلال بهداشت روان هم

آمارهای اختلال‌های روانی انجمن روان پزشکی آمریکا (DSM) و بعضی هم از مقیاس‌های گوناگون و ابزارهای مصاحبه برای تشخیص استفاده می‌کنند. در ضمن بعضی از متخصصان ترجیح می‌دهند از واژه‌ی بیماری روانی<sup>۹</sup> استفاده کنند.

بیماری‌ها و اختلال‌های روانی به ندرت در افراد عقب مانده تشخیص داده می‌شوند چرا که معمولاً علایم آنها را به عنوان علایم عقب ماندگی ذهنی و یا علایم ناشی از مؤسسه‌ای<sup>۱۱</sup> شدن می‌دانند. علایم بیماری‌های روانی اغلب به عقب ماندگی ذهنی نسبت داده می‌شوند و به طور جداگانه مورد ارزیابی قرار نمی‌گیرند. ریس (۱۹۹۰) این پدیده را در سایه قرار گرفتن<sup>۱۱</sup> نامیده است.

**بیماری‌ها و اختلال‌های روانی به ندرت در افراد عقب مانده تشخیص داده می‌شوند چرا که معمولاً علایم آنها را به عنوان علایم عقب ماندگی ذهنی و یا علایم ناشی از مؤسسه‌ای شدن می‌دانند**

البته تشخیص علایم بیماری‌های روانی در افراد دچار عقب ماندگی ذهنی می‌تواند مشکل باشد. اگرچه فرآیند تشخیص ممکن است کاملاً شبیه به فرآیند تشخیص در افراد بدون عقب ماندگی ذهنی باشد، عملاً یک کار مشکل است. علاوه بر آن، افراد دچار عقب ماندگی ذهنی در مهارت‌های ارتباطی محدودیت دارند (ناشی از مشکلات هوشی) و یا رفتارهای ناسازگارانه (ناشی از اختلال در یکپارچگی شناختی) دارند و غالباً منفعل می‌باشند. همه‌ی این رفتارها یا شرایط می‌تواند تشخیص را مشکل ساز کند. در چنین شرایطی تشخیص بیشتر بر اساس توانایی مراقبان در تشخیص علایم و نیز مشاهدات درمانگر است.

دارند، بیشتر یا کمتر از حد واقعی برآورد شود. مثلاً، افراد دچار عقب ماندگی ذهنی غالباً برای دریافت خدمات حمایتی مراجعه نمی‌کنند و این باعث می‌شود تعداد افرادی که همزمان دچار عقب ماندگی و مشکلات بهداشت روان هستند، کمتر تخمین زده شود. از طرف دیگر چون افرادی که دارای مشکلات روانی هستند بیشتر از افرادی که مشکل روانی ندارند به مراکز مراجعه می‌کنند، ممکن است شیوع این افراد بیشتر از حد واقعی برآورد شود. در کل این روش مطالعه باعث برآورد شیوع بیشتر از حد واقعی تشخیص دوتایی می‌شود (کولر<sup>۵</sup> و همکاران، ۱۹۸۴؛ بورتویک-دافی<sup>۶</sup> و همکاران، ۱۹۹۴).

علاوه بر مشکل نمونه‌گیری، مشکل دیگری که در این رابطه وجود دارد، روش‌های تشخیص در افراد عقب مانده‌ی ذهنی است. علی‌رغم همه‌ی این مباحث شیوع مشکلات بهداشت روانی در این جمعیت بالاست.

### تشخیص اختلال‌های بهداشت روان در افراد عقب مانده‌ی ذهنی

علاوه بر راهبردهای نمونه‌گیری، روش‌های مورد استفاده برای تشخیص اختلال‌های بهداشت روانی نیز بر میزان شیوع تأثیر می‌گذارد. در بعضی از پژوهش‌ها از تشخیص ذکر شده در برگه‌ی گزارش<sup>۷</sup> و در بعضی دیگر از ارزیابی‌های تشخیصی ساختارمند استفاده می‌شود. در صورت استفاده از تشخیص موجود در پرونده‌ی پزشکی، شیوع این اختلال‌ها کمتر از زمانی که از ابزار تشخیصی استفاده می‌شود، برآورد می‌شود (ریس<sup>۸</sup>، ۱۹۹۰). بعضی از پژوهشگران از راهنمای تشخیصی و

استرس‌ها دیده می‌شود. شیوع اضطراب در افراد عقب مانده‌ی ذهنی ۲۸ درصد و در افراد عادی ۱۳/۱ درصد تا ۱۸/۷ درصد است. اختلال وسواس- اجبار یکی از اختلال‌های اضطرابی است که در افراد عادی بین ۱ تا ۲/۴ درصد و در افراد عقب مانده‌ی ذهنی ۳/۵ درصد دیده می‌شود (هورویتز و همکاران، ۲۰۰۰).

### اختلال‌های خلقی

اختلال‌های خلقی شامل خلق پایین (اختلال‌های افسردگی) و خلق بالا (شیدایی)<sup>۱۳</sup> است. شیوع آن در افراد عادی ۷ درصد و در افراد عقب مانده‌ی مؤسسه‌ای ۸/۹ درصد است. کروس<sup>۱۴</sup> و همکاران (۱۹۹۴) متوجه شدند بیش از نیمی از افراد دارای تشخیص دوبله (۵۷ درصد) از اختلال‌های خلقی رنج می‌برند (هورویتز و همکاران، ۲۰۰۰).

### اختلال‌های روان پریشانه

اختلال‌های روان پریشانه با اختلال ادراک و فرایند تفکر دیده می‌شود. شیوع آن در افراد عادی ۲ درصد و در افراد عقب مانده‌ی ذهنی ۵/۸ درصد است (هورویتز و همکاران، ۲۰۰۰).

### اختلال‌های شخصیت

اختلال‌های شخصیت شامل مشکلات بلند مدت در سازگاری است. بنابر گزارش‌ها شیوع اختلال شخصیت ضد اجتماعی ۲/۱ درصد است. این اختلال‌ها در افراد عقب مانده‌ی ذهنی بیشترین تشخیص‌های روانی را به خود اختصاص می‌دهد. برای مثال، در افراد دچار عقب ماندگی خفیف تا متوسط که در بیمارستان بستری بودند، ۵۶ درصد

در کودکان و نوجوانان و بزرگسالان دچار عقب ماندگی خفیف که مشکلات ارتباطی کمتری دارند، تشخیص راحت‌تر از عقب ماندگان شدید و یا کودکان است. بنابراین احتمال این که فردی با عقب ماندگی خفیف به عنوان فردی با مشکلات روانی تشخیص داده شود بیشتر است. اما مشخص نیست آیا افراد دچار عقب ماندگی شدید کمتر دچار مشکلات روانی می‌شوند یا کمتر تشخیص داده می‌شوند.

### بهداشت روانی بزرگسالان

انواع مشکلات بهداشت روان که در افراد عقب مانده‌ی ذهنی دیده می‌شود، مشابه مشکلات دیده شده در همسالان غیر معلول آنان است. شایع‌ترین مشکلات افراد غیر معلول اختلال‌های اضطرابی، اختلال‌های عاطفی و سوء استفاده از مواد<sup>۱۲</sup> است. به اسکیزوفرنی هم به علت شدت آن باید توجه کرد. شایع‌ترین اختلال‌های دیده شده در افراد دچار عقب ماندگی ذهنی آمریکا و استرالیا اختلال‌های اضطرابی، اختلال‌های روان پریشانه و اختلال‌های شخصیت است. در افراد دچار نشانگان هم گزارش‌هایی از شیوع دمانس دیده می‌شود. اما شیوع استفاده از مواد در افراد عقب مانده‌ی ذهنی بسیار پایین است.

### اختلال‌های اضطرابی

در مطالعات قدیمی‌تر از اصطلاح اختلال‌های روان نژندی استفاده می‌شد، اما امروزه اصطلاح اختلال‌های اضطرابی بیشتر به کار می‌رود. در اختلال‌های اضطرابی غالباً احساس‌های نامطبوعی مثل ترس و هراس و وحشت به هنگام مواجهه با

تکنیک‌هایی در مورد تطبیقات محیطی، مداخلات روانی و درمان‌های محیطی نیاز است.

یکی از بخش‌های مهم زندگی افراد عقب مانده‌ی ذهنی، اوقات فراغت آن‌هاست. چگونگی گذراندن اوقات فراغت در بهداشت روانی این افراد تأثیر بسزایی دارد. در مطالعه‌ای که به وسیله‌ی ون ناردن براون<sup>۲۱</sup>، بیرجین-آلسوپ<sup>۲۲</sup> و لولار<sup>۲۳</sup> (۲۰۰۵) انجام شد، نتایج نشان داد نوع معلولیت و شدت آن در تعیین نوع فعالیت اوقات فراغت مهم است. محدودیت فعالیت‌ها، نیاز به آموزش و ایفای نقش بزرگسال پیش‌بینی‌کننده‌های معنی‌دار نوع فعالیت‌های اوقات فراغت برای این افراد بودند. همچنین در این پژوهش بر اهمیت فعالیت‌های روزمره، خدمات پس از دبیرستان و نیز فرصت‌های شغلی مناسب که متناسب با نوع معلولیت باشد، تأکید شده است.

لونسکی<sup>۲۴</sup> (۲۰۰۴) در مقاله‌ای به بحث در باره‌ی افکار خودکشی و نیز اقدام به خودکشی در افراد عقب مانده‌ی ذهنی می‌پردازد و تصریح می‌کند که این افکار در افراد عقب مانده درست مثل افراد عادی است. او با ۹۸ بزرگسال عقب مانده‌ی ذهنی مصاحبه کرد و به نتایج زیر رسید: یک سوم این افراد اظهار کردند زندگی ارزش ندارد، ۲۳ درصد افرادی که دارای افکار خودکشی بودند احساس تنهایی، فشارهای روانی، اضطراب، افسردگی و حمایت‌های اجتماعی کمتر از حد عادی را گزارش کردند. کلیه‌ی این احساسات در افراد بدون عقب ماندگی ذهنی که افکار خودکشی دارند نیز قابل مشاهده است. دب<sup>۲۵</sup> (۲۰۰۴) در مطالعه‌ای میزان اختلال‌های روانی را در ۱۵۰ فرد عقب مانده‌ی ذهنی مبتلا به صرع مورد بررسی قرار داد و سپس آن را با افرادی

شخصیت ناهنجار و ۲۲ درصد اختلال‌های شخصیت داشتند (هورویتز و همکاران، ۲۰۰۰).

## دمانس

امروزه افراد عقب مانده آنقدر عمر می‌کنند که به مشکلات دوران پیری هم مبتلا می‌شوند، مثل زوال عقل<sup>۱۵</sup> ناشی از آلزایمر. مثلاً، افراد دارای نشانگان داون در سنین پایین‌تر به زوال عقل مبتلا می‌شوند. در واقع بیشتر افراد دچار نشانگان که بیش از ۳۵ سال زندگی می‌کنند، علایم آلزایمر را نشان می‌دهند (هورویتز و همکاران، ۲۰۰۰).

## پژوهش‌های جدید

در زمینه‌ی بیماری‌های روانی که افراد عقب مانده‌ی ذهنی به آن مبتلا می‌شوند، مطالعاتی انجام شده که به تعدادی از جدیدترین این مطالعات اشاره می‌شود.

کاتیناری<sup>۱۶</sup>، واس<sup>۱۷</sup>، ارمیلوو<sup>۱۸</sup> و هرسکو-لوی<sup>۱۹</sup> (۲۰۰۵) متذکر شدند افراد عقب مانده‌ی ذهنی که اسکیزوفرنی هم دارند، غالباً نسبت به درمان مقاوم هستند. در این موارد باید به زمان پیدایش علایم شناختی و روانی توجه ویژه کرد، چراکه ممکن است فرآیندهای آسیب شناختی گوناگونی را منعکس کند که هر کدام نیاز به مداخلات درمانی ویژه و متفاوتی دارند.

مک کارتی<sup>۲۰</sup> (۲۰۰۵)، متذکر می‌شود مشکلات رفتاری در نوجوانانی که ناتوانی یادگیری دارند، ۴۰ تا ۵۰ درصد است یعنی ۴ تا ۵ برابر بیشتر از همسالان عادی. شناخت عوامل خطر ساز به ارزیابی بالینی این افراد کمک می‌کند. برای کنترل مشکلات رفتاری بیش از یک نوع رویکرد وجود دارد، در این زمینه به

از همان جنس و سن و هوشبهر و از همان جامعه اما بدون ابتلا به بیماری صرع مقایسه کرد. اختلال روانی با سه عنوان رفتارهای ناسازگارانه‌ی شدید، بیماری روانی و اختلال روانی بررسی شد. ۶۵ درصد کل جمعیت اختلال روانی و ۵۵ درصد رفتارهای ناسازگارانه‌ی شدید داشتند، اما تفاوت معنی‌داری در میزان اختلال‌های روانی بین دو گروه صرعی و غیر صرعی مشاهده نشد. شیوع اختلال‌های روانی به طور کلی و رفتارهای ناسازگارانه‌ی شدید به طور ویژه در افرادی که در مؤسسات زندگی می‌کردند، در مقایسه با افرادی که در بطن جامعه زندگی می‌کردند و نیز در عقب‌ماندگان ذهنی شدید در مقایسه با عقب‌ماندگان ذهنی خفیف و متوسط به طور معناداری بیشتر مشاهده شد.

فیشر<sup>۲۶</sup>، هاگن<sup>۲۷</sup>، ارکین<sup>۲۸</sup> (۲۰۰۴) به بررسی "مشکلات افراد عقب‌مانده‌ی ذهنی در دسترسی به

خدمات بهداشت روانی"<sup>۲۹</sup> پرداخته‌اند. به دنبال اقدامات مؤسسه‌زدایی<sup>۲۹</sup> در سال‌های اخیر افراد عقب‌مانده به سوی جامعه فرستاده شده‌اند و در این میان مدیران بنگاه‌های شبانه‌روزی مسئول ارائه‌ی خدمات بهداشتی به این افراد هستند. برای یافتن مشکلاتی که این افراد در به دست آوردن خدمات بهداشت روانی با آن روبه‌رو هستند، با ۱۴۰۰ فرد عقب‌مانده‌ی ذهنی که از ۱۳ بنگاه مختلف خدمات دریافت می‌کردند مصاحبه‌ی ساختار یافته به عمل آمد. در این مطالعه‌ی توصیفی، موانعی که باعث تأخیر در دریافت و یا عدم دریافت خدمات بهداشتی مناسب می‌شوند مشخص شدند. این موانع شامل موارد زیر بودند: داغ<sup>۳۰</sup>، کمبود اطلاعات، کمبود منابع و تصمیم‌گیری‌های بدون ثبات. با دانستن این مشکلات می‌توان خدمات مراقبتی جامع و شایسته‌ای به این افراد ارائه کرد.

#### زیر نویس ها :

- |                        |                            |
|------------------------|----------------------------|
| 1. Life Style          | 16. Catinari               |
| 2. Neurosis            | 17. Vass                   |
| 3. Psychosis           | 18. Ermilov                |
| 4. Dual diagnosis      | 19. Heresco-Levy           |
| 5. Koller              | 20. McCarthy               |
| 6. Borhtwick-Duffy     | 21. Van Naarden. Braun     |
| 7. Chart review        | 22. Yeargin- Allsopp       |
| 8. Reiss               | 23. Lollar                 |
| 9. Psychiatric illness | 24. Lunskey                |
| 10. Institulization    | 25. Deb                    |
| 11. Overshadowing      | 26. Fisher                 |
| 12. Drug abuse         | 27. Haagen                 |
| 13. Manic              | 28. Orkin                  |
| 14. Crews              | 29. Deinstitutionalization |
| 15. Dementia           | 30. Stigma                 |

## منابع:

- Borhtwick-Duffy, SA.(1994) Epidemiology and prevalence of psychopathology in people with mental retardation. *J Consult Clin Psychiatry*. 62(1):17-27.
- Catinari, S., Vass, A., Ermilov, M., Heresco-Levy, M U. (2005). Pffropfschizophrenia in the age of deinstitutionalization: whose problem? *Comprehensive Psychiatry*, 64(3), 200-205.
- Crews WD, Bonaventura S, Row F.(1994) Dual diagnosis: Prevalence of psychiatric disorders in a large state residential facility for individuals with mental retardation. *Am J Ment Retard*; 98(6):688-731.
- Deb, S. (1997). Mental disorder in adults with mental retardation and epilepsy. *Comprehensive Psychiatry*, 38( 3) ,179-184.
- Fisher, K., Haagen, B., Orkin, F., (2004). Acquiring medical services for individuals with mental retardation in community-based housing facilities. *Applied Nursing Research*. 18(3), 155-159.
- Horwitz, S. M., Kerker, B.D., Owens, P. L., Zigler, E. (2000). The Health Status and Needs of Individuals with Mental Retardation. *Department of Epidemiology and Public Health*.
- Koller H, Richardson SA, Katz M. (1984) The prevalence of mild mental retardation in the adult years. *J Ment Defic Res.*; 28:101-107.
- Lunsky, Y. (2004). Suicidality in a clinical and community sample of adults with mental retardation. *Research in Developmental Disabilities*, 25(3), 231-243.
- McCarthy, J. (2005). Teenagers with severe learning difficulties and behavioural problems: *what to do?* *Current paediatrics*, 15(2), 127-132.
- Reiss S.(1990). Prevalence of dual diagnosis in community-based day programs in the Chicago metropolitan area. *Am J Ment Retard*; 94(6):578-585.
- Van Naarden Braun, K., Yeargin-Allsopp, M Lollar, D. (2005). *Factors associated with leisure activity among young adults with developmental disabilities*. Research in Developmental Disabilities, Article in press.