

## روان‌درمانی در دوران سالمندی



## فهرست مطالب

بخش اول: مقدمه‌ای بر روان‌درمانی در دوران سالمندی.....	۱۳
فصل اول: مقدمه‌ای بر روان‌درمانی با بزرگسالان در دوران سالمندی .....	۱۳
فصل دوم: شاخص‌هایی در روان‌درمانی در دوران سالمندی .....	۲۴
فصل سوم: انتخاب رویکرد روان‌درمانی .....	۴۳
بخش دوم: روان‌درمانی مبتنی بر شواهد در دوران سالمندی.....	۵۹
فصل چهارم: درمان شناختی-رفتاری در دوران سالمندی .....	۵۹
فصل پنجم: درمان حل مسئله .....	۱۱۲
فصل ششم: روان‌درمانی بین فردی در دوران سالمندی .....	۱۳۶
فصل هفتم: روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت .....	۱۶۱
فصل هشتم: سایر درمان‌ها؛ خاطره‌درمانی، درمان شناختی-رفتاری برای بی‌خوابی و ... ..	۱۸۹
بخش سوم: موضوعات خاص در روان‌درمانی دوران سالمندی.....	۲۰۳
فصل نهم: روان‌درمانی و اختلالات شناختی .....	۲۰۳
فصل دهم: ترکیب روان‌درمانی و داروها برای اختلالات روان‌پزشکی سالمندی .....	۲۱۸
فصل یازدهم: روان‌درمانی سالمندی با افراد ناهمگون .....	۲۲۹
فصل دوازدهم: درمان انفرادی در برابر گروه‌درمانی .....	۲۴۱
فصل سیزدهم: مسائل مربوط به پایان عمر .....	۲۵۱

## مقدمه

هرچه پیرتر می‌شوم، از این مطلب بیشتر آگاهی می‌یابم که چگونه سن‌گرایی به شیوه‌های آشکار و پنهان و به صورت شگفت‌انگیز و ظریف موجب وارد شدن لطماتی بر سالمندان می‌شود و کیفیت زندگی آنها را کاهش می‌دهد. هرگاه که به پادزهر نیرومندی برای بی‌اثر ساختن زهر ناشی از سن‌گرایی نیاز پیدا می‌کنم، جمله نقل‌شده و پراستنادی را ترجیح می‌دهم که به هنری ویدورث لانگفلو نسبت داده شده است:

سالمندی فرصتی کمتر از جوانی نیست؛ گرچه در لباسی دیگر است و به محض شدن تاریک و روشن غروب، آسمان پر از ستاره‌هایی می‌شود که نمی‌توان آنها را در طول روز دید.

من به‌عنوان یک روان‌پزشک متخصص سالمندی، روان‌درمانگر و استاد روان‌پزشکی دانشگاه کالیفرنیا در سی سال گذشته شاهد آثار دست اول باورها و اقدامات ناشی از سن‌گرایی بر زندگی بیماران بی‌شماری بوده‌ام که در درمان آنها مشارکت داشته‌ام. یکی از بزرگ‌ترین ناامیدی‌هایم را زمانی تجربه کردم که دانستم چگونه ضرب‌المثل «نمی‌توان چیزهای جدید را به سگ‌های پیر یاد داد» همچنان جایگاه عمیق خود را در فرهنگ ما حفظ کرده است. هنگامی که برای دانشجویان، رزیدنت‌ها، هم‌تایان و همکاران خود تدریس می‌کنم - هرگاه که فرصتی فراهم باشد - این اظهار نظر را تکرار می‌کنم که برای یک روان‌درمانی موفقیت‌آمیز تنها به سه عنصر اساسی نیاز است: میزانی از توانایی دست‌نخورده برای یادگیری، انگیزه تغییر و دسترسی به یک مربی که می‌تواند یک کتاب خودیاری، یک درمانگر آموزش‌دیده یا ترکیبی از این دو باشد. من بر این نکته تأکید می‌کنم که هیچ‌کدام از ملاک‌های مذکور ارتباطی با سن تقویمی افراد ندارند. با در نظر گرفتن این مطلب، هنگامی که راج تمپی و کمک‌ویراستارانش - که همگی همکاران بسیار قابل احترام و در عین حال دوستان عزیزم هستند - از من خواستند که این مقدمه را بنویسم، احساس خوشحالی و افتخار کردم.

این افراد در کنار گروهی از متخصصان سلامت روان سالمندی که همگی افرادی مستعد و بامهارت بودند و در انجام پروژه حاضر به تمپی و همکارانش کمک می‌کردند، منبع بسیار پرازشی را برای افرادی که به حل و فصل نیازهای سالمندان در حوزه سلامت روان می‌پردازند، فراهم کرده‌اند. من به‌عنوان شخصی که به تازگی ۶۰ ساله شده‌ام و بر این اساس که باید آرمان‌گرایی دوران نوجوانی‌ام را کنار گذاشته باشم، هنوز نیز این باور آرمانشهری را دارم که سن‌گرایی - خواه سالمندان را هدف قرار دهد و خواه جوانان را - جایگاهی در دنیای ما ندارد. من بسیار خرسندم که اعلام کنم ویراستاران باتجربه و نویسندگان ماهر این کتاب افراد زنده‌ای در شغل خود محسوب می‌شوند. فارغ از سن یا مرحله شغلی بهتر است ذکر شود که برخی از این نویسندگان تجربیات بی‌واسطه‌ای را در زمینه چالش‌های مرتبط با روان‌درمانی و در ارتباط با نوشته‌های خود کسب کرده‌اند. این تجربه در قالب عرضه‌کننده خدمات و نیز دریافت‌کننده خدمات به‌دست آمده‌اند. عمق تجربیات مذکور در دیدگاه‌های صحیح و دلسوزانه آنها که در نوشته‌هایشان احساس می‌شود، منعکس شده است. به همین ترتیب، من به‌عنوان کسی که دوره شغلی‌ام را صرف کار به‌عنوان یکی از اعضای یک تیم بالینی متمرکز بر متخصصان

کرده‌ام، از وجود تنوع در شیوه‌ها و تخصص‌های افرادی که در تهیه این اثر سهیم بوده‌اند و آن را در کتاب حاضر منعکس کرده‌اند، خرسندم. وجود دیدگاه‌های متفاوت یکی دیگر از نقاط قوت این کتاب است. اگرچه کتاب‌های اندک دیگری نیز در زمینه این موضوع و در طول بیست سال اخیر منتشر شده است، هیچ‌یک از آن کتاب‌ها از نظر سازمان‌دهی، مدیرانه، جامعیت، پژوهش‌محور بودن و به‌روز بودن با این کتاب برابر نیستند. نویسندگان این کتاب شاخص‌های روان‌درمانی و نیز دستورالعمل‌های راهنمایی را برای انتخاب از بین شیوه‌های مختلف روان‌درمانی به روشنی مورد تأکید قرار داده‌اند. این کتاب درسی بر خلاف سایر کتاب‌ها در این حوزه، تمامی مکاتب روان‌درمانی مهم را پوشش داده است. افزون بر این، راج و کمک‌ویراستاران او به اهمیت گنجاندن شماری از موضوعات خاص در این کتاب نیز توجه کرده‌اند؛ شامل ارزش عرضه روان‌درمانی به افرادی که به نقایص شناختی دچار هستند و اصلاحاتی که موجب تسهیل پدیدآیی پیامدهای موفقیت‌آمیز در این گروه از مراجعان می‌شود، نقش تنوع در عرضه روان‌درمانی به سالمندان همچون مواردی که ممکن است اهمیت بیشتری نسبت به شیوه درمانی خاصی داشته باشد که عرضه می‌شود و در نهایت نگرانی‌های منحصر به فرد روانی-اجتماعی و نیز فرصت‌های مرتبط با بیمارانی که به پایان زندگی خود نزدیک می‌شوند. علاوه بر آنچه گفته شد، من از نگارش فصلی در زمینه ترکیب مداخلات روان‌شناختی و دارویی قدردانی ویژه‌ای می‌کنم. با توجه به اینکه پیچیدگی بالینی خاصی در کار با بسیاری از سالمندان وجود دارد، استفاده از تمامی ابزارهای که در جعبه ابزار ما ذکر شده است، اهمیتی حیاتی دارد؛ دانش موجود در این کتاب می‌تواند حتی برای متخصصانی که مداخلات خود را تنها به دارودرمانی یا روان‌درمانی محدود می‌کنند، مفید باشد و از طریق کمک به عرضه‌کنندگان خدمات درمانی سلامت روان در راستای هماهنگی و تقویت تلاش‌های یکدیگر موجب سودرسانی به بیماران سالمند شود.

### **دنیل دی. سیول،**

دکترای پزشکی، همکار ممتاز انجمن روان‌پزشکی آمریکا،

همکار ممتاز انجمن روان‌پزشکی سالمندی آمریکا

استاد روان‌پزشکی بالینی

معاون دبیر کل روان‌پزشکی و تحول سالمندی

عضو هیئت مدیره بخش روان‌پزشکی سالمندی و

عضو هیئت مدیره کلینیک حافظه سالمندی و

تاب‌آوری بخش روان‌پزشکی دانشگاه کالیفرنیا، سن‌دیگو و

رئیس سابق انجمن روان‌پزشکی سالمندی آمریکا در سال ۲۰۱۶

## مقدمه‌ای بر روان‌درمانی با بزرگسالان در دوران سالمندی

ویکتور گونزالس، اریکا گارسیا-پیتمن، آن-ثو تران و کریستین دوزیر

### مقدمه

روان‌درمانی یک درمان مبتنی بر شواهد برای بزرگسالان در دوران سالمندی است که موقعیت‌های متنوعی را دربرمی‌گیرد. به عبارت ساده، روان‌درمانی عبارت است از درمان یک اختلال روانی با استفاده از ابزارهای روان‌شناختی و نه استفاده از ابزارهای پزشکی. با بهبود مداخلات روان‌درمانی و افزایش شناخت متخصصان و تعدیل مضامین مرتبط با سن‌گرایی، بدبینی اولیه در زمینه استفاده از روان‌درمانی برای سالمندان به سرعت از بین رفت.<sup>۱</sup> از دهه ۱۹۸۰ به بعد، شواهد مربوط به استفاده از روان‌درمانی در ارتباط با سالمندان تاکنون به رشد خود ادامه داده است. امروزه به لحاظ نظری و نیز بر اساس شواهد مشخص شده است که روان‌درمانی درمان اثربخشی برای موقعیت‌های متنوعی در سالمندی است. ما در این فصل تاریخچه روان‌درمانی سالمندان را مرور می‌کنیم، دورنمایی از شواهد اخیر در حمایت از کاربرد روان‌درمانی برای سالمندان را عرضه می‌کنیم، مشکلات خاص در اجرای روان‌درمانی بر روی سالمندان را مورد تأکید قرار می‌دهیم و فصل‌های بعدی کتاب را معرفی می‌کنیم.

### تاریخچه روان‌درمانی برای بزرگسالان در دوره سالمندی

در اوایل دهه ۱۹۰۰، نظریات اولیه فروید بر تأثیر دوران کودکی بر زندگی فعلی بزرگسال متمرکز بود. اگرچه آثار اولیه او بر بیماران زیر پنجاه سال تمرکز کرده بود<sup>۲</sup>، نوشته‌های بعدی او نشان‌دهنده ادعان به پتانسیل درمانی روان‌درمانی در بیماران مسن‌تر بود. برای مثال، مقاله او با عنوان «سوغ و ملانکولی» بر درمان افسردگی بر جمعیت مسن‌تر تأکید کرد.<sup>۳</sup> یونگ -که پیشگام بعدی در حوزه روان‌کاوی بود- کار با سالمندان را بیشتر مورد کاوش قرار داد. او در زمینه مراحل زندگی از جمله کودکی، بلوغ، میانسالی و سالمندی مطالبی را نوشت.<sup>۴</sup> یونگ مشاهده کرد که برخی افراد با چنین چشم‌اندازی به مرحله نهایی می‌رسند که دارای «زندگی زیسته اندکی هستند... تا جایی وقتی به به آستانه سالمندی می‌رسند، خواسته‌های ارضاننده‌ای دارند.»<sup>۵</sup> او همچنین در مورد اهمیت گذراندن یک «تجربه

درون‌نگری و خودتأملی» در سالمندی مطالبی را نوشت که مستلزم «جست‌وجوی کیستی خود و پرداختن به آن آن از نظر فردی و جمعی» است.<sup>۵</sup>

متخصصان بعدی نظریات اولیه در زمینه سالمندی را در نتیجه توصیف مراحل تحول انسان گسترش دادند. اریکسون در دهه ۱۹۵۰ این مراحل تحولی را در عمر مورد تأکید قرار داد و اظهار داشت که دوره سالمندی تحت الشعاع مسئله یکپارچگی خود در برابر ناامیدی قرار می‌گیرد.<sup>۶</sup> یکپارچگی خود زمانی حاصل می‌شود که افراد اقدامات خود را در زندگی به صورت اعمالی موفقیت‌آمیز ارزیابی می‌کنند؛ در مقابل، در صورتی که فرد زندگی خود را بی‌فایده یا شکست‌خورده بداند یا نارضایتی مرتبط با نحوه وقوع اتفاقات دوران گذشته ادامه داشته باشد، ممکن است احساس ناامیدی شکل بگیرد.

کولاروسو، نمیروف و هیلدبرند در سال ۱۹۸۰ تأکید بیشتری را در بررسی مراحل تحولی بر سالمندی قرار دادند. کولاروسو و نمیروف از دسته‌ای از تکالیف تحولی در دوران بزرگسالی سخن به میان آوردند که مستلزم تکامل مستمر و استفاده از ساختار روانی (به‌جای شکل‌دهی صرف) و نیز افزایش آگاهی از مرگ خود بود. این محققان همچنین بر این مورد تأکید کردند که علاوه بر وقایع دوران کودکی، وقایع مربوط به دوران جوانی یا میانسالی نیز می‌توانند بر فرایندهای تحولی تأثیر بگذارند.<sup>۷</sup> مضامین «تکالیف تحولی و دشواری‌های سالمندی» که توسط هیلدبرند عرضه شد، به مطالبی همچون فقدان می‌پرداخت؛ شامل فقدان کفایت جنسی، فقدان بهره‌وری در نقش‌های شغلی، از دست رفتن سلامتی، فقدان منابع بالقوه برای پیشرفت در آینده، شکست به‌عنوان یک والد، فقدان همسر و مرگ خود از دیدگاه فقدان و درد خودشیفته‌وار بود.<sup>۸</sup>

تعریف مرحله‌ای برای تحول انسان موجب هدایت بیشتر درمانگران در کار با سالمندان شد؛ زیرا این نظریه چارچوبی را برای درک بیشتر از مفاهیم مرتبط با سن‌گرایی ایجاد کرد. علی‌رغم مفهوم‌بندی اولیه روان‌کاوی به‌عنوان ابزاری که تنها به حل و فصل مشکلات مربوط به دوران کودکی می‌پردازد، امروز پژوهشگران و متخصصان به این شناخت رسیده‌اند که مداخلات روان‌درمانی برای تمامی سنین اثربخش هستند و سالمندی نیز از این قاعده مستثنی نیست.

## تکامل پژوهش‌ها در حمایت از کاربرد روان‌درمانی برای بزرگسالان در دوران

### سالمندی

به محض اینکه نظریات روان‌درمانی تکامل پیدا کردند و به این مطلب اذعان کردند که مداخلات درمانی برای سالمندان سودمند است، پژوهشگران شروع به تمرکز بر اثربخشی درمان در سالمندان کردند. پیشرفت‌های پژوهشی که در طی دهه‌های اخیر به وقوع پیوسته‌اند، از کاربرد رویکردهای

روان‌درمانی به‌عنوان گزینه‌های درمانی موفق در جمعیت سالمندان حمایت کردند. با این حال، اوضاع همواره اینگونه نبود. در بخش عمده‌ای از قرن بیستم پژوهش‌هایی در زمینه کاربرد روان‌درمانی در ارتباط با سالمندان وجود نداشت؛ زیرا نوعی سوگیری در بین پژوهشگران وجود داشت که بر مبنای آن سالمندان در مقایسه با جوانان به احتمال کمتری در پی دریافت حمایت روان‌شناختی بر می‌آیند که علت این امر عواملی همچون انگ ادراک‌شده، مفروضه‌ای مبنی بر اینکه افسردگی و اضطراب بخشی از سالمندی هستند یا در نتیجه بیماری‌های جسمانی حاصل می‌شوند و ادراک سالمندان به‌عنوان افرادی بود که نمی‌توانند تغییرات معناداری را در نتیجه روان‌درمانی تجربه کنند<sup>۹،۱۰</sup>. متأسفانه فقدان پژوهش‌های تجربی اولیه در حمایت از اثربخشی روان‌درمانی در مواردی همچون دستورالعمل‌های راهنمای ملی منعکس شد؛ همچون توصیه‌های انستیتوی ملی سلامت (NIH) در سال ۱۹۹۱ که در زمینه درمان افسردگی در سالمندان بود. این گزارش روان‌درمانی را به‌عنوان مداخله خط سوم فهرست‌بندی کرد و جایگاه‌های اول و دوم را به ترتیب به دارودرمانی و درمان با شوک‌درمانی الکتریکی اختصاص داد<sup>۱۱،۱۲</sup>. تا حدی به دلیل مطالعات پژوهشی معاصرتر که شیوه‌های مختلفی را پیشنهاد می‌دادند که بر مبنای آنها روان‌درمانی می‌توانست در درمان سالمندان اثربخشی بالقوه داشته باشد، نگرش‌ها نسبت به روان‌درمانی مثبت‌تر شد و بینشی را نسبت به تبدیل شدن روان‌درمانی به یک گزینه پذیرفتنی‌تر برای جمعیت سالمندان فعلی ما فراهم آورد<sup>۱۳</sup>.

پژوهش‌ها در طول دهه‌های اخیر آثار مثبتی را به‌طور پایدار نشان دادند که بر مبنای آن روان‌درمانی می‌تواند در زمینه سالمندان مبتلا به نیازهای مرتبط با سلامت روان آثار مثبتی داشته باشد؛ شامل این نگاه که مداخلات روان‌درمانی بر روی سالمندان آثار مثبتی بر بهبود بهزیستی روان‌شناختی عمومی آنها دارد<sup>۱۳</sup>. فوایدی که ممکن است در نتیجه شکل‌های مختلف روان‌درمانی پدید آید، امروزه در زمینه سالمندان مبتلا به اختلالات روان‌پزشکی شایع همچون افسردگی و اضطراب به خوبی مستند شده است<sup>۱۴</sup>. در بحث افسردگی سالمندی، فراتحلیل‌ها نشان دادند که شیوه‌های درمانی مختلف شامل درمان شناختی-رفتاری (CBT)، خاطره‌درمانی (RT)، روان‌درمانی بین فردی (IPT) و روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت (BDP) در درمان افسردگی اساسی مؤثر هستند<sup>۱۵،۱۶</sup>. به‌طور ویژه پژوهش‌ها مکانیسم‌های مختلفی را مورد تأکید قرار داده‌اند که ممکن است موجب مفید بودن روان‌درمانی برای بیماران مبتلا به افسردگی شود؛ شامل کمک به بهبود مهارت‌های مقابله‌ای، مدیریت منابع استرس بین فردی و ارتقای حمایت اجتماعی<sup>۱۷،۱۸</sup>.

همچون افسردگی، روان‌درمانی در زمینه سالمندانی که اضطراب را تجربه می‌کنند به بهبود علائم منجر شده است. شیوه‌هایی که شواهد از بیشترین اثربخشی آنها در درمان اضطراب در سالمندان حمایت کرده‌اند، عبارت‌اند از آموزش تن‌آرامی، درمان شناختی-رفتاری و درمان‌های حمایتی و

شناختی<sup>۲۰، ۱۹</sup>. گذشته از افسردگی و اضطراب، روان‌درمانی گزینه‌ی درمانی نویدبخشی در زمینه‌ی اختلالات سلامت روان نیز محسوب می‌شود. همچنین مطالعات نشان داده‌اند که ممکن است روان‌درمانی برای سالمندانی که تشخیص اسکیزوفرنی را دریافت کرده‌اند و نیز بیمارانی که بیماری‌های مربوط به دوران سالمندی همچون بی‌خوابی و درد ناشی از درمان‌های پزشکی را تجربه می‌کنند مفید باشد<sup>۲۳-۲۱، ۱۴</sup>.

نه تنها پژوهش‌ها از اثربخشی روان‌درمانی در ارتباط با بیماری‌های روانی مختلف در سالمندان حمایت به عمل آورده‌اند، بلکه این شیوه در شکل‌گیری نگرشی سهیم بوده است که بر اساس آن سالمندان بیشتر از آنچه در گذشته گمان می‌شد، پذیرای روان‌درمانی هستند. امروزه پژوهش‌ها پیشنهاد می‌کنند که در برخی از موارد سالمندان روان‌درمانی را بر دارودرمانی ترجیح می‌دهند<sup>۲۴</sup>. در اغلب موارد روان‌درمانی به این دلیل بر دارودرمانی ترجیح داده می‌شود که سالمندان حساسیت بالاتری نسبت به دارودرمانی دارند؛ به‌خصوص در مواردی که چندین داروی مختلف را مصرف می‌کنند. مداخلات روان‌درمانی می‌توانند در زمینه‌ی کاهش بالقوه‌ی بار ناشی از دارودرمانی در بین سالمندان مفید باشند که این حالت به اجتناب از عوارض جانبی ناخوشایند ناشی از داروها یا به حداقل رساندن آنها کمک می‌کند؛ همچنین موجب کاهش خطرات مرتبط با سقوط کردن بر روی زمین، افت شناختی و سایر مشکلات پزشکی می‌شود<sup>۲۵</sup>.

تحقیقات جدیدتر در حوزه‌ی روان‌درمانی نه تنها به شناسایی شیوه‌هایی پرداخته‌اند که به موجب آن می‌توان روان‌درمانی را به ابزار درمانی نیرومندی تبدیل کرد، بلکه به افزایش دسترسی‌پذیری آن نیز منجر می‌شود. مطالعات خاطر نشان کرده‌اند که نسل‌های بعدی سالمندان نرخ شیوع بالاتری از افسردگی و سایر اختلالات روانی را در مقایسه با نسل‌های قبلی تجربه می‌کنند که این امر به نیاز به بهبود دسترسی به روان‌درمانی منتهی می‌شود<sup>۲۵</sup>. تلاش‌های هیجان‌انگیزی که در زمینه‌ی استفاده از نظام‌های مدیریت خدمات درمانی یکپارچه انجام شده‌اند و هدف آنها تسهیل دسترسی به امکاناتی برای برطرف کردن نیازهایی در حوزه‌ی سلامت روان سالمندان است، شامل این موارد می‌شود: پژوهش‌های خدمات درمانی اولیه در زمینه‌ی سوء مصرف ماده و سلامت روان در سالمندان (PRISM-E)<sup>۲۶</sup>، بهبود خلق: ارتقای دسترسی به درمان مشارکتی (IMPACT)<sup>۲۷</sup>، پیش‌گیری از خودکشی در خدمات درمانی اولیه‌ی سالمندان: کوشش مشارکتی (PROSPECT)<sup>۲۸</sup>، نظام‌های بازطراحی در زمینه‌ی خدمات درمانی اولیه‌ی درمان افسردگی (RESPECT-Depression)<sup>۲۹</sup> و برنامه‌ی ارزیابی و درمان متحد روان‌شناختی سالمندی و زیستی-روانی-اجتماعی اداره‌ی کهنه‌سربازان (UPBEAT)<sup>۳۰</sup>. هدف این تلاش‌ها و پژوهش‌های آینده عبارت است از افزایش دسترسی‌پذیری به روان‌درمانی به‌منظور افزایش آثار مثبت آن در درمان سالمندان.



جدول ۱-۱ خلاصه‌ای از مدل بافتاری، هم‌دوره‌محور، مبتنی بر پختگی و چالش خاص (CCMSC)

چالش‌های خاص (در جمعیت سالمندان)	پختگی	تفاوت‌های هم‌دوره‌محور (نسلی)	بافتار
بیماری‌های مزمن	کاهش فرایند شناختی و افت حافظه	تفاوت‌های شخصیتی	محیط زندگی -زندگی مستقل -زندگی یاری‌شده -خانه‌های سالمندان -مراکز پزشکی
ناتوانی‌ها	مشکلات شنوایی	تفاوت در میزان تحصیلات	
فقدان‌ها و سوگ	پیچیدگی هیجانی	تفاوت در ارزش‌ها	
تغییر اهداف/هویت	تجربیات/مهارت‌ها	تجربیات اجتماعی-تاریخی زندگی	جامعه اجتماعی -خدمات اجتماعی -برنامه‌های محلی

## ملاحظات در زمینه روان‌درمانی برای بزرگسالان در دوران سالمندی

نویسندگان در سرتاسر کتاب به بحث درباره‌ی فواید روان‌درمانی و تفاوت شیوه‌های روان‌درمانی در سالمندان خواهند پرداخت. مطلبی که با این مباحث در هم تنیده شده است، ملاحظات در زمینه اجرای روان‌درمانی در این جمعیت است که باید درمانگران به آنها توجه کنند. ممکن است این عوامل مختلف در فرایند درمان ظاهر شوند؛ با این حال شایع‌ترین تفاوت‌ها در مدل بافتاری، هم‌دوره‌محور، مبتنی بر پختگی و چالش خاص (CCMSC) مورد تأکید قرار گرفتند که توسط باب نایت طراحی شده است.<sup>۳۱</sup> این مدل چارچوبی را برای ملاحظات و انطباقات مختلف درمان برای سالمندان فراهم می‌کند. برای آشنایی با عواملی که در مدل مذکور وجود دارند، جدول ۱-۱ را ببینید.

نخست، بافتار در این مدل به جامعه اجتماعی و محیطی بیمار اشاره دارد. لازم است که متخصصان بدانند که سالمندان وضعیت‌های اسکان مختلفی را تجربه می‌کنند؛ شامل زندگی مستقل، زندگی در جوامع سالخوردگان، زندگی در مراکز یاری‌کننده، خانه‌های سالمندان، خانه‌های سالمندان ایمن و یا حتی زندگی در بیمارستان‌ها. زندگی بیماران در محیط‌های مختلف موجب شکل‌گیری چالش‌های متفاوتی برای آنها می‌شود. برای مثال، بیماری که در جوامع سالخوردگان زندگی می‌کند که فعالیت‌های اجتماعی اندکی دارد، ممکن است احساسات انزوا یا تنهایی بیشتری را تجربه کند. رابطه با کارکنان آسایشگاه‌ها یا سایر ساکنان آسایشگاه نیز می‌تواند تأثیر بسیاری بر درمان بگذارد. بافتار اجتماعی همچنین دسته‌ای از برنامه‌های محلی را دربرمی‌گیرد که بیماران می‌توانند در آنها مشارکت کنند؛ خواه این برنامه‌ها در بیرون از خانه باشد (همچون مراکز خدماتی سالمندان) خواه در درون خانه (همچون خدمات خانگی سلامت). آشنایی با انواع منابع موجود در جامعه می‌تواند در شکل‌دهی به یک پایگاه نیرومند به منظور ارجاع بیماران و کمک به آنها در برطرف ساختن نیازهای خود سودمند باشد.<sup>۳۲</sup>

افزون بر این، داشتن اطلاعاتی دربارهٔ مراقبان، خانواده و دوستان بیمار نیز حائز اهمیت است؛ زیرا این افراد شبکهٔ ارتباطی بیمار در خارج از درمان را شکل می‌دهند. برای نمونه، ممکن است بیماری که روابط محدودی دارد، در مقایسه با افرادی که از نظام حمایتی مستحکمی برخوردار هستند، مشکلات بیشتری را در زمینهٔ افسردگی تجربه کنند.

نکتهٔ مهم دیگر در بررسی بافتار سالمندان آن است که این مطلب را در نظر بگیریم که سالمندان تمایل به دریافت درمان از چه مراکزی را دارند. ممکن است بافتارهای درمانی مختلف باعث راحتی و گشودگی بیشتر بیمار شود. برای مثال، در صورتی که درمان مرتبط با سلامت روان در مراکز خدمات درمانی اولیه گنجانده شود (در مقایسه با اجرای آن در کلینیک‌های سلامت روان) سالمندان به احتمال بیشتری به این درمان‌ها می‌پردازند<sup>۳۳</sup>؛ بنابراین داشتن اطلاعات بیشتر در زمینهٔ ترجیحات سالمندان در مورد محل دریافت خدمات می‌تواند راهی برای بهبود دسترسی به روان‌درمانی در این جمعیت باشد.

نکتهٔ دومی که این مدل به آن اشاره می‌کند، تفاوت‌های هم‌دوره در جمعیت مذکور است. در حالی که جمعیت سالمندان در گذشته به‌عنوان جمعیتی همگن و افرادی دارای مشکلات و ذهنیت‌های روان‌شناختی یکسانی مفهوم‌بندی می‌شدند، اما اهمیت عوامل نسلی (همچون نسل‌های عصر رکود بزرگترین نسل یا GI و کودکان نسل انفجار<sup>۱</sup>) به‌طور فزاینده‌ای مشخص شده است. داشتن آگاهی بیشتر در مورد تفاوت‌های هم‌دوره می‌تواند درمانگر را قادر سازد تا درمان را بر اساس نیازهای بیمار تغییر دهد. برای مثال در ایالات متحده مشخص شده است که هم‌دوره‌های قدیمی‌تر در مقایسه با هم‌دوره‌های جدیدتر سال‌های بیشتری را در مدارس رسمی می‌گذرانند<sup>۳۴</sup>. تفاوت‌های شخصیتی نیز بین نسل‌ها مشاهده شده‌اند. از نسل دههٔ ۱۹۰۰ تا نسل جنگ جهانی اول برون‌گرایی کاهش یافته بود که پس از آن برون‌گرایی در هم‌دوره‌های بعدی افزایش یافت<sup>۳۲</sup>. تغییر در هنجارهای اجتماعی در طول نسل‌ها نیز نقش مهمی را در تجربیات بیمار ایفا می‌کند. آگاهی از این تفاوت‌های نسلی در هنجارهای اجتماعی مستلزم آشنایی با بافتار تاریخی خاصی است که ممکن است تحول بیمار را شکل داده باشد. برای مثال، ممکن است زنی که در دههٔ ۱۹۴۰ تصمیم گرفت شغل را به تشکیل خانواده ترجیح دهد، تفاوت‌های بسیاری را از نظر تأثیرات روان‌شناختی تصمیم مذکور در مقایسه با زنی که همین کار را در دههٔ ۱۹۷۰ انجام داده است تجربه کند. درمانگر می‌تواند این بیمار را به‌طور متفاوت و بر اساس نسل، میزان تحصیلات و بافتار تاریخی او مفهوم‌بندی کند.

سومین نکته‌ای که مدل CCMSC به آن اشاره می‌کند، مفهوم پختگی است که با فرایند سالمندی ارتباط دارد. ممکن است فرایند روان‌درمانی به درجات مختلفی تحت تأثیر پختگی تحولی قرار بگیرد.