



اختلالات روانپزشکی و شناختی در سالمندی

دکتر فرجام فر

- سالمندی بیماری نیست بلکه مرحله ای از چرخه زندگی است که مسائل رشدی خاص خود را دارد و بسیاری از مسائل با از دست دادن چالاکی جسمانی ، تیزی ذهن ، دوستان و عزیزان ، منزلت و قدرت ارتباط دارند .





Developmental Tasks of Late Adulthood

To maintain the body image and physical integrity

To conduct the life review

To maintain sexual interests and activities

To deal with the death of significant loved ones

To accept the implications of retirement


To accept the genetically programmed failure of organ systems

To divest oneself of the attachment to possessions

To accept changes in the relationship with grandchildren



- Old age, or late adulthood, usually refers to the stage of the life cycle that **begins at age 65**.
- Gerontologists—those who study the aging process—divide older adults into two groups : young-old, ages 65 to 74; and old-old, ages 75 and beyond. Some use the term oldest old to refer to those over 85


- 
- The number of individuals over age 65 is rapidly expanding.

- بخش مسن جمعیت ایالات متحده همچنان رو به رشد است .

- در سال (۲۰۰۵) ، ۳۵ میلیون تن در این رده سنی بودند و این رقم تا سال ۲۰۳۰ تقریباً دو برابر شده و به حدود ۷۰ میلیون نفر خواهد رسید .

- در سال (۲۰۵۰) ، به ۸۲ میلیون تن بالغ خواهد شد . تا آن زمان نسبت تخمینی سالمندان به ۷/۳۵ درصد خواهد رسید که این رقم در سال ۲۰۰۵ ، ۱۷ درصد بود .

- در سال ۱۹۹۱ از سوی برد روانپزشکی و نورولوژی آمریکا روانپزشکی سالمندان بعنوان فوق تخصص اعلام شد و امروزه روانپزشکی سالمند سریعترین رشد را در بین سایر رشته های روانپزشکی دارد و اصطلاح روانپزشکی سالمندان geropsychiatry از واژه های یونانی geros به معنی سن پیری و iatros به معنی پزشک گرفته شده است .


- 
- افرادی که در طول عمر خود از مکانیسم های تطابقی مانند شوخی و نوع دوستی و مسالمت آمیز برخورد کردن استفاده کرده اند دوران سالمندی بهتری را طی می کنند
 - آنهایی که رفتار نورووتیک مانند دلیل تراشی و فرافکنی داشته اند دوران سالمندی ناسازگرتری را طی می کنند
 - مجموعاً تفاوت اساسی بین مهارت های مقابله ای سالمندان و سایر سنین نیست



سالمندی موفق چیست؟

۱. تداوم عملکرد معمولی زندگی و انعطاف پذیری
۲. تغییر وضع سلامتی با تغییر ریسک فاکتور ها
(تحرک و ورزش و عدم مصرف الکل و سیگار.....)
۳. پیشگیری از بیماریها
۴. تقویت مداخلات اجتماعی و حمایتی
۵. بکار گیری و رشد قابلیت های فردی در هر سنی



- 
- جورج ویلانت گروهی از دانشجویان سال اول دانشگاه هاروارد را تا سنین پیری پیگیری کرد و در مورد سلامت عاطفی به موارد زیر دست یافت
 - ۶۵ سالگی:

- ✓ نزدیک بودن به برادران و خواهران در دوران کالج با بهزیستی عاطفی مرتبط بود.
- ✓ سن: افسرده بودن در سنین ۲۱ تا ۵۰ سالگی مشکلات عاطفی را در سن ۶۵ سالگی پیش بینی کرد.
- ✓ داشتن ویژگی های شخصیتی پراگماتیسم و قابل اعتماد بودن به عنوان یک بزرگسال جوان با احساس خوب بودن در سن ۶۵ سالگی همراه بود.



Personality Over the Life Span: Stability or Change?

- found strong evidence for stability in five basic personality traits:
- extroversion,
- neuroticism,
- agreeableness,
- openness to experience,
- and conscientiousness.


مسایل روانپزشکی در افراد سالمند





- داده های مربوط به شیوع اختلالات روانی در افراد مسن بسیار متغیر است ، اما براساس یک برآورد محافظه کارانه ۲۵ درصد این گروه سنی علایم روانپزشکی چشمگیری دارند.

- تعداد سالمندان دچار بیماری روانی در سال ۲۰۰۵ حدود ۹ میلیون نفر برآورد شد . انتظار می رود این رقم تا اواسط این قرن به ۲۰ میلیون نفر افزایش یابد .



- تعدادی عوامل خطر ساز روانی - اجتماعی سالمندان را نسبت به اختلالات روانی آسیب پذیر می سازند .


- این عوامل خطر ساز عبارتند از : از دست دادن نقش های اجتماعی ، ازدست دادن خود مختاری ، مرگ دوستان و بستگان ، افت تندرستی ، افزایش انزوا ، محدودیت های مالی و کاهش عملکرد شناختی .

- بسیاری از داروها ممکن است در افراد مسن علائم روانی ایجاد کنند.

این علائم به علل زیر ایجاد می شوند : تغییرات وابسته به سن در جذب داروها ، تجویز مقادیر بالای دارو، عدم رعایت دستورات ازسوی بیمار، مصرف مقادیر زیاد دارو توسط بیمار، حساسیت به دارو و رژیم دارویی متناقض که از سوی پزشکان مختلف تجویز شده است . تقریباً تمامی طیف اختلالات روانی ممکن است بر اثر مصرف داروها ایجاد شوند .

((معاینه روانپزشکی بیماران سالمند))


- تهیه شرح حال روانپزشکی و معاینه وضعیت روانی افراد سالمند تابع همان قالب بالغین جوان است ، اما به دلیل شیوع بالاتر اختلالات شناختی در افراد سالمند ، روانپزشک باید مشخص کند که آیا بیمار ماهیت و هدف معاینه را می فهمد یا خیر .
- اگر بیمار دچار تخریب شناختی باشد باید شرح حال مستقلى از خانواده یا مراقبین اخذ شود .


- 
- تاریخچه کودکی و نوجوانی بیمار می تواند اطلاعاتی در مورد سازماندهی شخصیت ارائه دهد و مهم باشد
 - سرنخ هایی در مورد استراتژی های مقابله ای و مکانیسم های دفاعی مورد استفاده در شرایط استرس
 - سابقه ناتوانی یادگیری یا حداقل اختلال عملکرد مغزی قابل توجه است.
 - روانپزشک باید در مورد دوستان، ورزش، سرگرمی ها، فعالیت های اجتماعی بپرسد
 - تاریخچه شغلی باید شامل احساسات بیمار در مورد کار، روابط با همسالان، مشکلات با منابع اقتدار و نگرش نسبت به بازنشستگی باشد
 - همچنین باید از بیمار در مورد برنامه های آینده سوال شود. امیدها و ترس های بیمار چه هستند؟

- معاینه کامل عصبی - روانشناختی شامل مجموعه جامعی از آزمون های مختلف به منظور ارزیابی سیر یک بیماری خاص قابل تکرار است . رایجترین آزمون برای سنجش عملکرد شناختی فعلی معاینه مختصر وضعیت روانی (MMSE) است که موقعیت سنجی ، توجه ، محاسبه ، حافظه فوری و کوتاه مدت ، زبان و توانایی انجام دستورات ساده را می سنجد .



Instructions: Score one point for each correct response within each question or activity.

Maximum Score	Patient's Score	Questions
5		"What is the year? Season? Date? Day? Month?"
5		"Where are we now? State? County? Town/city? Hospital? Floor?"
3		The examiner names three unrelated objects clearly and slowly, then the instructor asks the patient to name all three of them. The patient's response is used for scoring. The examiner repeats them until patient learns all of them, if possible.
5		"I would like you to count backward from 100 by sevens." (93, 86, 79, 72, 65, ...) Alternative: "Spell WORLD backwards." (D-L-R-O-W)
3		"Earlier I told you the names of three things. Can you tell me what those were?"
2		Show the patient two simple objects, such as a wristwatch and a pencil, and ask the patient to name them.
1		"Repeat the phrase: 'No ifs, ands, or buts.'"
3		"Take the paper in your right hand, fold it in half, and put it on the floor." (The examiner gives the patient a piece of blank paper.)
1		"Please read this and do what it says." (Written instruction is "Close your eyes.")
1		"Make up and write a sentence about anything." (This sentence must contain a noun and a verb.)
1		"Please copy this picture." (The examiner gives the patient a blank piece of paper and asks him/her to draw the symbol below. All 10 angles must be present and two must intersect.) 
30		TOTAL



- ارزیابی توانایی های هوشی با مقیاس هوش وکسلر برای بزرگسالان - تجدید نظر شده (WAIS_R) انجام می شود که بهره هوش کلامی ، عملکردی و هوش کلی را به دست می دهد .

- کارکردهای دیداری - فضایی نسبت به فرایند طبیعی سالمندی حساس است .

- آزمون بندر گشتالت آزمونی است با ابزارهای متعدد که برای ارزیابی اعمال دیداری فضایی مورد استفاده قرار می گیرد ،

- آزمون دیگر در این زمینه مجموعه هالستد - ریتان است که پیچیده ترین مجموعه آزمونهاست و طیف کاملی از پردازش اطلاعات و شناخت در بر می گیرد .



1



2



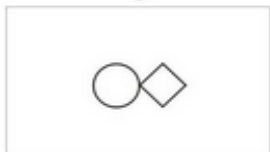
3



4



5



6



7



8



9



10



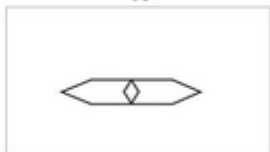
11



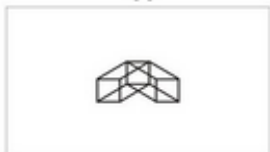
12



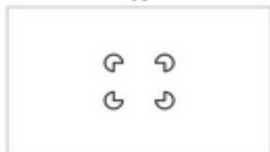
13



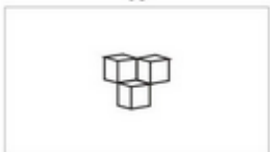
14



15




16



((شناسایی زودرس و راهبردهای پیشگیری))

بسیاری از بیماریهای مرتبط با سن به شکلی بی سر و صدا شروع می شوند و در طول چند سال پیشرفت می کنند. شایعترین تخریب شناختی در سالمندی بیماری آلزایمر است که مشخصه آن تجمع تدریجی پلاک های نوریتیک و کلافه های نوروفیبریلاری در مغز است.

- از لحاظ بالینی افت پیشرونده شناختی دیده می شود که با افت خفیف حافظه شروع شده و به تخریب شناختی و رفتاری جدید ختم می شود.
- از آنجا که احتمالاً پیشگیری از آسیب عصبی آسانتر از ترمیم آن پس از بروز است. پژوهشگران در حال تدوین راهبردهایی برای شناسایی زودرس و پیشگیری از بروز بیماریهای مرتبط با سن نظیر بیماری آلزایمر هستند.




- بیماران بالاتر از ۶۵ سال اغلب شکایات ذهنی در مورد اختلالات جزئی حافظه ، نظیر فراموش کردن اسم اشخاص یا فراموش کردن جای اشیاء دارند . مشکلات خفیف شناختی نیز ممکن است به دلیل اضطراب در موقعیت مصاحبه پیدا شود . - این اختلال حافظه مربوط به سن اهمیتی ندارد و اصطلاح فراموش کاری خوش خیم برای توصیف این پدیده ها به کار می رود .

((اختلالات شناختی))

در بین افراد ۶۵ ساله و مسن تر فقط آرتریت بیشتر از دمانس (زوال عقل) موجب ناتوانی است. زوال عقل (دمانس) عموماً اختلال پیشرونده و برگشت ناپذیر قوای عقلانی است و شیوع آن با افزایش سن بیشتر می شود. در ایلات متحده حدود ۵ درصد افراد بالاتر از ۶۵ سال دچار دمانس شدید و ۱۵ درصد مبتلا به دمانس خفیف هستند. تقریباً ۲۰ درصد افراد بالای ۸۰ سال دمانس شدید دارند.

- عوامل خطر ساز شناخته شده برای دمانس عبارتند از :

سن ، سابقه خانوادگی ، و جنسیت مونث .



- حدود ۱۰ تا ۱۵ درصد بیمارانی که علائم دمانس را بروز می دهند ، دچار اختلالات بالقوه برگشت پذیر هستند .

- **اختلالات برگشت پذیر موارد دمانس عبارتند از :**
اختلالات سیستمیک نظیر بیماریهای قلب ، بیماری کلیوی ، و نارسایی احتقانی قلب ، اختلالات غدد درون ریز مانند کم کاری تیروئید ، کمبود ویتامینی ، استفاده نابجا از داروها و اختلالات روانی اولیه مخصوصاً اختلالات افسردگی .



• اتیولوژی:

□ نوع آلزایمر:-عوامل ژنتیک،

-شاخص نورو پاتولوژی:رسوبات آمیلوئید
(پلاک های سنایل)در مغز، آتروفی منتشر مغز

□ -ناقلین عصبی(کاهش فعالیت Ach و NE)



□ اتیولوژی دمانس عروقی:

-در مردها شایعتر -سابقه HTN و سایر عوامل خطر
ساز قلبی و عروقی
-انفارکتوسهای کوچک و متعدد

□ سایر اتیولوژی های دمانس: -بیماری پیک

-بیماری جسم لویی -بیماری هانتینگتون
-بیماری پارکینسون -HIV و سایر عفونتها -
تروماهای سر -داروها و مواد -توده های داخل
جمجمه -هیدروسفالی با فشار طبیعی -اختلال
ارگانها و غدد و تغذیه ای -بیماریهای التهابی مزمن

برخی اختلالات بالقوه برگشت پذیر که ممکن است
نمای زوال عقل (دمانس) را تقلید کنند
۱- مواد و داروها

- | | |
|------------------------|---------------------------------|
| - داروهای ضد کولینرژیک | - داروهای مخدر |
| - داروهای ضد فشار خون | - داروهای ضدالتهاب غیراستروئیدی |
| - داروهای ضد روانپریشی | - فنی توئین |
| - کورتیکواستروئیدها | - مصرف همزمان چنین دارو |
| - دیژیتال | - داروهای خواب آور رخوت زا |





2- اختلالات روانی :	3- اختلالات متفرقه
اضطراب افسردگی شیدایی (مانیا) اختلالات هذیانی (پارانوئید)	فشردگی مدفوع Fecalimpaction بستری شدن در بیمارستان نقص شنوایی یا بینایی
4- اختلالات متابولیک و غدد درون ریز :	
بیماری آدیسون سندرم کوشینگ نارسایی کبد هیپرناترمی پرکاری پاراتیروئید پرکاری تیروئید	هیپرکاری (بیماری انسداد مزمن ریوی) هیپوگلیسمی هیپوناترمی کم کاری تیروئید نارسایی کلیه کاهش حجم

تقسیم بندی دمانسها بر اساس کانون آسیب

❖ cortical :

Alzheimer's type, Creutzfeldt-Jakob disease (CJD), and Pick's disease

❖ subcortical:

Huntington's disease, Parkinson's disease, normal pressure hydrocephalus, vascular dementia, and Wilson's disease



علايم دمانس بر اساس كانون اسيب

❖ Cortical:

aphasia, agnosia, and apraxia

❖ Subcortical:

associated with movement disorders, gait apraxia, psychomotor retardation, apathy, and akinetic mutism, which can be confused with catatonia







الزایمر

یک بیماری نورودژناتیو در مغز است که باعث دژنریشن سلولهای مغزی میشود و غیر قابل برگشت است.

بیمار دچار تغییرات شخصیت-حافظه- تکلم و..... میگردد.

تشخیص بر اساس کلینیک و تستهای روانشناختی است

تشخیص قطعی با اتوپسی است.

داروها سیر بیماری را کند می کند ولی باعث درمان نمیشود

اپیدمیولوژی الزایمر

- ۶۰-۵۰٪ دمانس ها آلزایمر هستند.
- ۵۰٪ مبتلایان به دمانس بالای ۶۵ سال دمانس نوع آلزایمر دارند.
- ۲۵-۱۵٪ مبتلایان به دمانس بالای ۸۵ سال دمانس شدید دارند.
- بعد از سن ۸۵ سال اکثر دمانس ها از نوع آلزایمر است.
- در حال حاضر از هر ۴-۶ نفر بالای ۸۵ سال یک نفر آلزایمر دارد که در سال ۲۰۵۰ از هر دو نفر یک نفر مبتلا خواهد بود.
- میزان ابتلا به آلزایمر در افراد بالای ۸۵ سال در خانمها بیشتر از آقایان است نسبت مرد به زن ۱۱/۱۴ .

خصایص بالینی

- پسرقت هوشی و فراموشکاری
- قراین طفره رفتن، انکار و دلیل تراشی
- نظم افراطی، کناره گیری از اجتماع
- میل به شرح رخدادهای با جزئیات
- بی ثباتی هیجانی و شوخی های احمقانه
- اختلال حافظه (اوایل رویدادهای اخیر)
- عدم اختلال در سطح هوشیاری



خصایص بالینی

- اثر بر زبان (آفازی، سخن گفتن مبهم و کلیشه ای، فاقد دقت، حاشیه پردازانه، اشکال در نام بردن اشیاء)
- تغییرات شخصیتی (آشفتگی، بی قراری، سرگردانی، خشم، خشونت، فریاد، مهارگسیختگی اجتماعی و جنسی)
- هذیان و توهم (در تقریبا ۷۵ درصد بیماران در طول بیماری)
- تغییرات خلق (افسردگی و اضطراب)
- تغییر شناختی (آفازی، اپراکسی، آگنوزی)
- علایم عصبی (حملات تشنجی، رفلکسهای اولیه، ...)
- واکنش کاتاستروفیک یا بحرانی
- سندرم SUNDOWNING





الف: نقصهای شناختی، شامل:

وجود اختلال حافظه

(عدم توانایی به یادآوری مطالب یاد گرفته شده قبلی و نیز ناتوانی در یادگیری مطالب جدید)

یک یا چند مورد از موارد زیر:

آفازی - آگنوزی - آپراکسی - اختلال در عملکرد اجرائی

ب: تخریب قابل ملاحظه عملکرد اجتماعی شغلی و افت چشمگیر

- DDX:

انواع دمانسها

دلیریوم

افسردگی (دمانس کاذب)

اختلال ساختگی

اسکیزوفرنی

پیری طبیعی

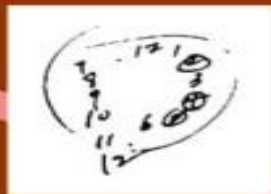
Clock Drawing Test—2:45



Normal



Mild
Cognitive
Impairment



Moderate
Cognitive
Impairment



Severe
Cognitive
Impairment

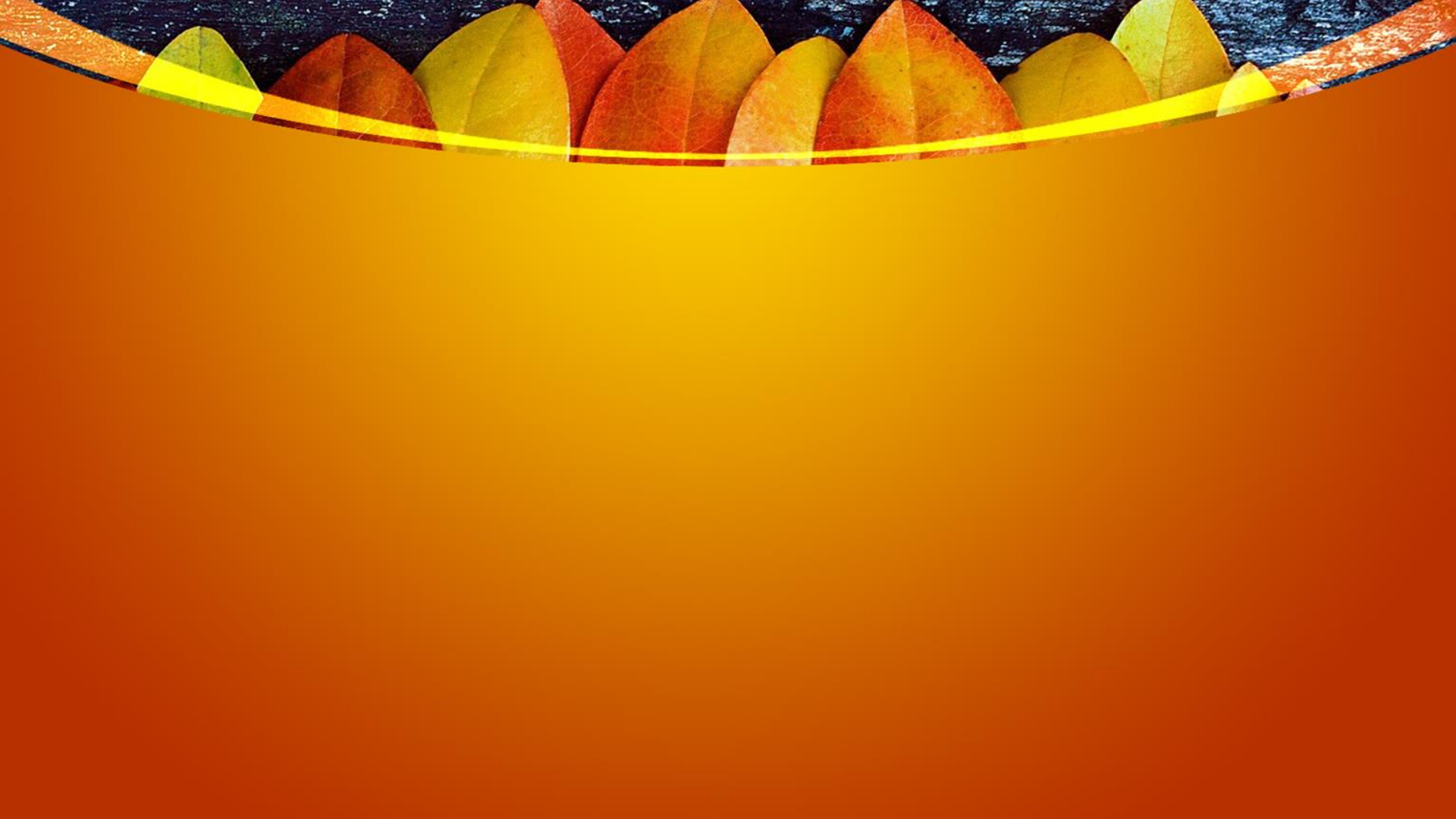
افسردگی در سالمندان





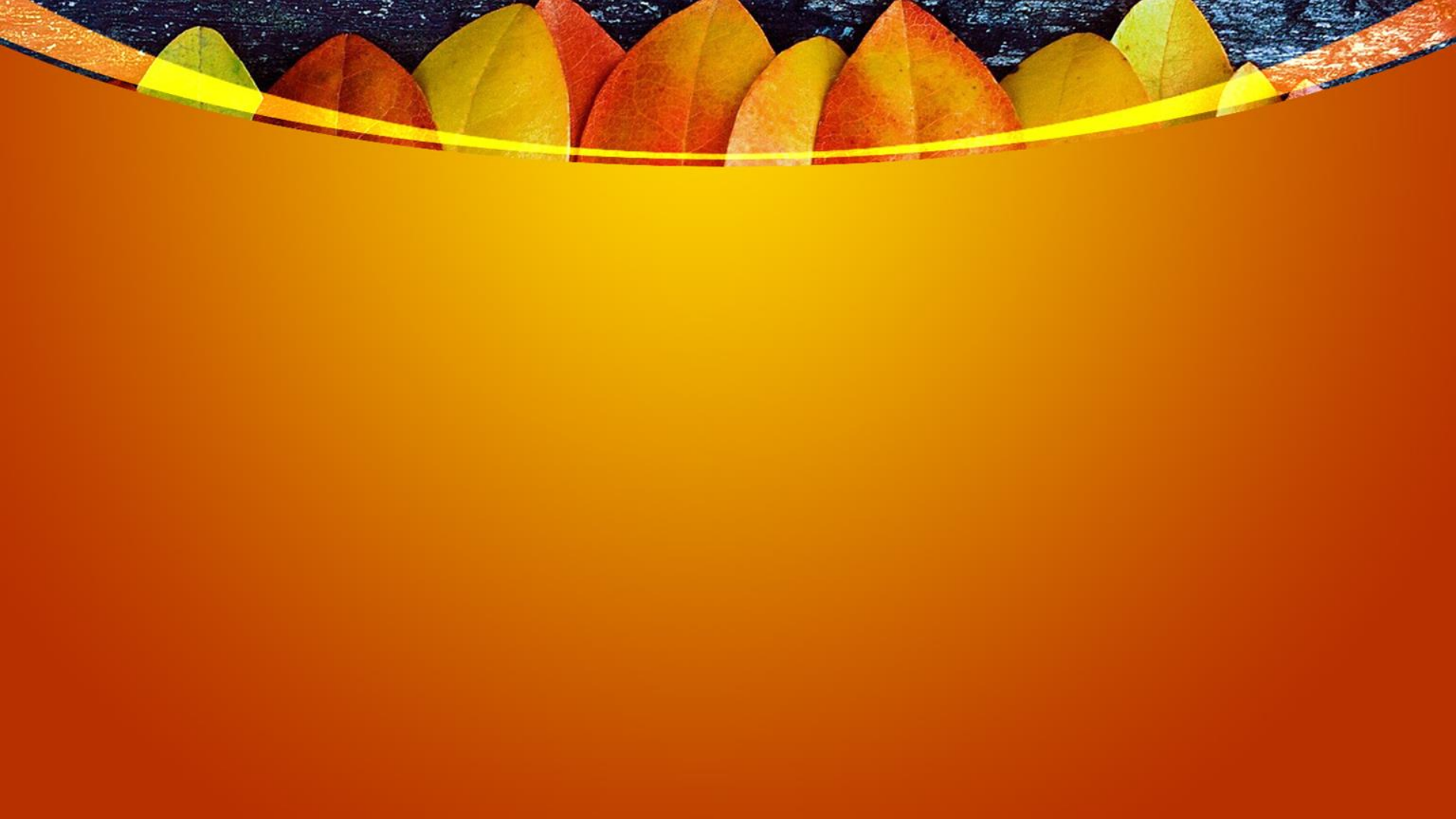
Depressive disorders

- the prevalence of major depressive disorder and dysthymia is actually less than in younger age groups.
- Several explanations for this phenomenon have been proposed:
 1. rarity of late-onset depression,
 2. higher mortality among persons with depression,
 3. and a general decrease in disorders caused by emotional upheavals or substance abuse in older persons.
- Depression in old persons is often accompanied by physical symptoms or cognitive changes that may mimic dementia.



اپیدمیولوژی افسردگی در سالمندان

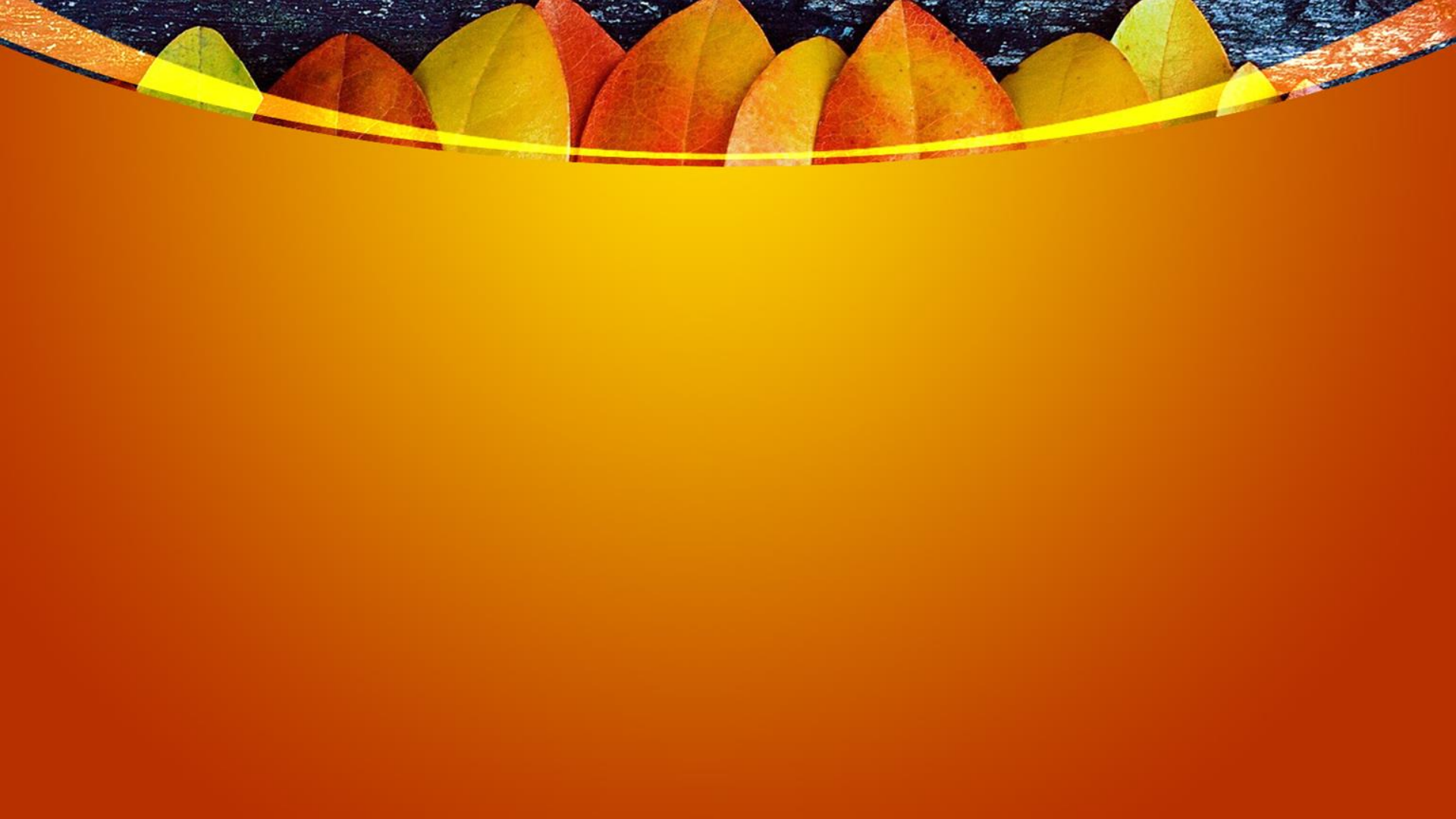
- افسردگی یک اختلال روانی است که به علت شباهت ظاهری با کاهش کلی فعالیت های سالمند ممکن است از تظاهرات طبیعی سالمندی تفسیر شود.
- برخی از بیماریهای مغزی مانند CVA، پارکینسون، اختلالات عروق مغزی در سالمندان شایعتر است که با سندرم افسردگی همراه است.
- شیوع افسردگی ۱۰٪ می باشد که در ۱/۴ موارد بیماری شدید است.
- ۶۰٪ موارد بستری در بخشهای روانپزشکی سالمندان را تشکیل می دهد.
- سن به تنهایی عامل خطر سازی برای پیدایش افسردگی نیست ، ولی بیوگی و ابتلا به بیماریهای طبی مزمن موجب آسیب پذیری فرد نسبت به اختلالات افسردگی دیر آغاز با میزان بالایی از عود همراه است






عوامل خطر ساز روانی اجتماعی

- از دست دادن نقش های اجتماعی
- از دست دادن خود مختاری
- مرگ دوستان و بستگان
- افت تندرستی
- افزایش انزوا
- محدودیت های مالی
- کاهش عملکرد شناختی



تشخیص افسردگی

- | | |
|------------------------------------|---|
| ۱) احساس افسردگی
ویاکاهش علائق | ۵. احساس خستگی یا فقدان
انرژی |
| ۲) کاهش یا افزایش وزن | ۶. احساس بی ارزشی و گناه
نامتناسب با حوادث و وقایع |
| ۳) کاهش یا افزایش
خواب روزمره | ۷. کاهش توانایی تفکر و تمرکز
کافی فکر |
| ۴) کندی بارز یا بی
قراری روزمره | ۸. افکار مستمر مرگ، فکر
خودکشی، برنامه ریزی برای
خودکشی |




- به دلیل تاکید زیاد افراد سالمند بر شکایات بدنی ، ممکن است تظاهرات بالینی در بیماران سالمند با افراد جوان متفاوت باشد. بیماران مسن به خصوص نسبت به دوره های افسردگی عمده با خصوصیات مالیخولیایی آسیب پذیرند که ویژگیهای آن عبارتند از : افسردگی ، خود بیمار انگاری ، عزت نفس پایین ، احساس بی ارزشی و تمایل به متهم کردن خود (به خصوص در مورد مسائل جنسی و گناهکاری) همراه با افکار پارانوئید و انتحاری . مقیاس افسردگی طب سالمندان ارائه شده است .

Geriatric Depression Scale (Short Version)


Answers indicating depression are boldfaced. Each answer counts one point; scores greater than 5 indicate probable depression.


1. Are you basically satisfied with your life? Yes/No
2. Have you dropped many of your activities and interests? Yes/No
3. Do you feel that your life is empty? Yes/No
4. Do you often get bored? Yes/No
5. Are you in good spirits most of the time? Yes/No
6. Are you afraid that something bad is going to happen to you? Yes/No
7. Do you feel happy most of the time? Yes/No
8. Do you often feel helpless? Yes/No
9. Do you prefer to stay at home, rather than going out and doing new things? Yes/No
10. Do you feel you have more problems with memory than most? Yes/No
11. Do you think it is wonderful to be alive now? Yes/No
12. Do you feel pretty worthless the way you are now? Yes/No
13. Do you feel full of energy? Yes/No
14. Do you feel that your situation is hopeless? Yes/No
15. Do you think that most people are better off than you are? Yes/No

Special Instructions. The scale can be used as a self-rating or observer-rated metric. It has also been used as an observer-rated scale in mildly demented subjects.



تخریب شناختی در بیماران سالمند افسردگی (دمانس
کاذب) نامیده می شود که به آسانی با دمانس واقعی
اشتباه می شود

- 
- **دمانس کاذب:** تفاوت دمانس کاذب ناشی از افسردگی از دمانس
 - علائم شناختی در افسردگی ناگهانی شروع می شود.
 - علائم شناختی با سایر علائم افسردگی همراه است.
 - مشکلات شناختی بیمار افسرده ممکن است در طول روز تغییر کند.
 - بیماران افسرده کوششی برای پاسخ به سئوالات نشان نمی دهند (نمی دانم)، حال آنکه بیماران دمانسی ممکن است به افسانه سازی پردازند.
 - بیماران افسرده را در طول مصاحبه می توان با تشویق و ترغیب به یادآوری واداشت.

- 
- در دمانس واقعی ، عملکرد هوشی معمولاً ماهیت یکپارچه ای دارد و تخریب ثابت است ، اما در دمانس کاذب نقائص توجه و تمرکز متغیر است .
 - در مقایسه با بیمارانی که دمانس واقعی دارند ، بیماران دچار دمانس کاذب احتمال اختلال زبان و افسانه بافی (Confabulation) کم است و این بیماران در مواردی که مطمئن نیستند بیشتر با نمی دانم پاسخ می دهند
 - در دمانس کاذب مشکلات حافظه آنها بیشتر محدود به یادآوری آزاد محدود است تا باز شناسی در آزمون های یادآوری به کمک نشانه ها .
- ❖ دمانس کاذب تقریباً در ۱۵ درصد سالمندان افسرده دیده می شود و ۲۵ تا ۵۰ درصد بیماران دچار دمانس افسردگی دارند .



اختلالات خواب سالمندان

((اختلالات خواب))

- بالا رفتن سن مهمترین عامل منفرد شیوع اختلالات خواب است . پدیده های مربوط به خواب که در سالمندان بیشتر افراد جوان گزارش می شود عبارتند از :

۱- دشواری در به خواب رفتن

۲- خواب آلودگی روزانه

۳- چرت زدن روزانه و مصرف داروهای خواب آور .

- از نظر بالینی میزان اختلالات خواب وابسته به تنفس و اختلالات حرکتی ناشی از دارو در سالمندان بیشتر است .



-علاوه بر تغییرات سیستم های تنظیمی و فیزیولوژیک ، علل آشفته گی های خواب در سالمندان عبارت است از :


۱- اختلالات اولیه خواب

۲- سایر اختلالات روانی

۳- اختلالات طبی عمومی و عوامل اجتماعی و محیطی

- بین اختلالات اولیه خواب ، کژخوابی ها شایع تر از همه هستند (به خصوص بیخوابی اولیه میوکلونوس شبانه ، سندرم پاهای بیقرار و وقفه تنفسی هنگام خواب)

- از بین بد خوابی ها (Parasomnias) اختلال رفتاری خواب REM تقریباً منحصر در افراد سالمند دیده می شود .

- 
- اختلالاتی که معمولاً در خواب سالمندان تداخل می کنند .
 - عبارتند از : درد ، شب ادراری ، تنگی نفس و سوزش سر دل ، فقدان نظم روزانه ، و مسئولیت های اجتماعی و شغلی نیز در مشکلات خواب نقش دارد .
 - تغییرات ساختار خواب در افراد مسن تر از ۶۵ سال هم خواب REM وهم خواب NREM را در بر می گیرد . تغییرات REM شامل توزیع خواب REM در سراسر شب ، افزایش تعداد دوره های REM، کاهش طول دوره های REM و کاهش خواب REM است . - تغییرات NREM عبارت است از : کاهش دامنه امواج دلتا ، کاهش درصد خواب مرحله ۳ و ۴ و افزایش درصد مراحل ۱ و ۲ خواب . به علاوه افراد سالمند پس از به خواب رفتن بیداری های مکرر دارند .

خطر خودکشی :

- خطر خودکشی در سالمندان بیش از سایر گروه‌های سنی است .
- میزان خودکشی در مردان سفید پوست ۶۵ سال به بالا پنج برابر کل جمعیت است .
- یک سوم سالمندان تنهایی را علت اصلی تفکر در مورد خودکشی ذکر می کنند .
- حدود ۱۰ درصد افراد پیر دارای افکار خودکشی مشکلات مالی ، ضعف سلامت طبی یا افسردگی را به عنوان علت افکار انتحاری ذکر می کنند .
- خصوصیات مردم شناختی قربانیان خودکشی با افرادی که اقدام به خودکشی می کنند متفاوت است . حدود ۶۰ درصد افرادی که مرتکب خودکشی می شوند مرد هستند .





- مطالعات روانشناختی پس از مرگ حاکی است اکثر افرادی که خودکشی می کنند قبلاً دچار اختلال روانی (بیش از همه افسردگی) بوده اند .
- با این حال اغلب اختلالات روانی این افراد مورد توجه طبی یا روانپزشکی قرار نمی گیرند .
- اکثر قربانیان سالمند خودکشی بیوه هستند و تعداد اندکی از آنها مجرد یا مطلقه هستند و یا از همسر خود جدا شده اند :
- روش های خشن خودکشی در افراد سالمند شایعتر است .
- سالمندان دچار بیماری های طبی عمده یا فقدان اخیر باید از لحاظ علائم افسردگی و افکار یا طرح خود کشی ارزیابی شوند .
- افکار وخیال پردازی در مورد معنای خودکشی و زندگی پس از مرگ ممکن است اطلاعاتی را آشکار سازد که بیمار نمی تواند مستقیماً آنها را ابراز کند .
- بالینگر نباید از پرسیدن سؤالات مربوط به خودکشی از بیمار اکراه داشته باشد ، زیرا مدرکی وجود ندارد که نشان دهد پرسیدن چنین سؤالاتی احتمال رفتار خودکشی را افزایش می دهد .



سایر اختلالات نادر روانپزشکی در دوره سالمندی

- اسکیزوفرنی دیر آغاز
- اختلال هذیانی
- اختلالات اضطرابی
- اختلالات شبه جسمی
- اختلالات مصرف مواد



با تشکر از توجه شما