

اختلالات عصبی و روانی سالخوردگان در ایران (بررسی ۱۷۸ مورد)

مجله علمی نظام پزشکی

سال دوم، شماره ۶، صفحه ۴۲۴، ۱۳۵۱

دکتر جلال بریمانی *

با این مقدمه، اغلب محققین سن پیری (Senescence) را از ۶۵ سال به بالا میدانند و از ۴۵ تا ۶۵ سالگی را مرحله ماقبل پیری یا (Présenscence) میخوانند. مانیز برای تحقیق، اختلالات روانی و عصبی سالخوردگان از ۶۵ تا ۱۰۰ ساله را مورد مذاقه قرار داده ایم و پرونده های کلیه بیمارانی که سن آنها بیش از ۶۵ بود و در هفت سال اخیر به اینجانب مراجعه کرده اند بررسی نموده ایم. مجموع این بیماران ۱۷۸ نفر میشود که مردان ۱۱۵ نفر و زنان ۶۳ نفر بوده اند که از میان آنان ۵۸ نفر تحت آزمایش الکتروانسفالوگرافی قرار گرفته اند.

الف- بررسی علل عوارض عصبی عضوی: ۲۲ بیمار از ۱۷۸ نفر عوارض عصبی زیر بوده اند:

۱- پارکینسون ۱۳ نفر: ۴ نفر همی پارکینسون راست و ۲ نفر چپ و مابقی در هر دو نیم تنه.

۲- رامولیسمان سیلوین ۱۹ نفر که نزد ۱۸ نفر طرف چپ و یک نفر فقط طرف راست بوده است و از نظر آماری و فور گرفتاری در نیمکره چپ قابل ملاحظه است.

۳- تومورهای مغز ۵ نفر، ۴ مورد تومور فرونتال راست که یک مورد باصرع براوه ژاکسون همراه بوده است و یک مورد تومور پاریتال راست.

۴- هموراژی مغز ۳ نفر یک مورد فرونتال راست، یک مورد هماتوم پاریتال چپ که باصرع براوه ژاکسون توأم بوده است (بیمار هفتاد ساله ای که پس از مرگ زنش سر خود را بادیوار کوبیده و هماتوم ایجاد کرده است) و یک مورد هموراژی کپسولر چپ.

سن متوسط انسان در دوست سال اخیر بویژه در ممالک پیشرفته که در آنجا اصول و قوانین بهداشتی کاملاً رعایت میشود دو برابر شده است.

از ابتدای خلقت تا دو قرن پیش، برخلاف اعتقاد عمومی، این سن متوسط، هیچ تغییری نکرده بود و پیری مختص تعداد محدودی میشد و نوعی آرزو بشمار میرفت چنانکه هنوز هم برای دعا و ابراز حق شناسی میگویند «الهی پیرشوی». در جدول زیر که نسبت در صد تعداد سالخوردگان بیش از ۶۵ سال به کل جمعیت در بعضی ممالک اروپای غربی حساب شده است بالا رفتن سن متوسط درصد سال اخیر کاملاً چشم گیر است:

سال ۱۹۵۰	سال ۱۸۵۰	
۱۱/۸۰	۶/۴۷%	فرانسه
۱۰/۸۳	۴/۶۴	انگلستان
۱۰/۳۱	۴/۷۸	سوئد
۷/۷۳	۴/۷۵	هلند

وقتی سن متوسط مردم بالا رفت، بالطبع بیماریهامن جمله اختلالات عصبی و روانی بیشتر مجال تظاهر می یابند.

تحقیقات در مورد اختلالات روانی سالخوردگان بسیار دشوار است زیرا سن شروع پیری فیزیولوژیک، مربوط به عوازلین عقل و عاطفه، نامعلوم است بعضیها زودتر و بعضیها دیرتر پیر میشوند بعلاوه در بروز اختلالات روانی، تأثیر اختلالات جسمی و هم چنین نقش محیط و توارث را نباید نادیده گرفت.

* بخش اعصاب دانشکده پزشکی دانشگاه تهران (مرکز پزشکی پهلوی و بیمارستان روزبه).

- ۵- سندرم وبر (Weber) ۱ نفر
- ۶- سندرم پسود و بولبر ۳ نفر
- ۷- بیماری شارکوپسود و بولبر آلژوانین تورل ودوله
- Alajouanine, Thurel et Delay ۱ نفر
- ۸- صرع دیانسفالیک ۱ نفر
- فقط یک مورد از ۱۷۸ نفر، که بصورت دو حمله صرع بزرگ در مدت چهار سال نزد مرد ۷۰ ساله‌ای بوده است، (در آنسفالوگرام وی پاروکسیسمهائی از امواج تتانوک تیز منتشر دیده میشود).
- همه محققین براین عقیده‌اند که حملات صرع گراندمال با علت نامعلوم، بعد از ۷۰ سالگی بسیار کمیاب است (Schorsch) و دیگران معتقدند که اختلالات عروقی مغز باعث بروز صرع دیررس (Epilepsie tardive) میگردد. در این مورد باز باید متذکر شد که (Woodcock and Cosgrow) (۱۷) در بررسی ۸۰ بیمار که بعد از پنجاه سالگی دچار صرع شده‌اند، ۳۵٪ تومور و ۲۶٪ آرتریواسکلروز و ۳۹٪ علت نامعلوم یافته‌اند.
- ۹- پاراپلژی ۳ نفر
- ۱۰- سندرم Brown Sequard ۱ نفر
- ۱۱- نورالژی عصب پنجم ۱ نفر
- ۱۲- فلج عصب هفتم ۱ نفر
- نوع محیطی بدون علت یا a frigore
- ب: بررسی علل روانی: ۱۲۶ نفر گرفتار عوارض روانی زیر بوده‌اند:
- ۱- افسردگیهای اندوژن منجمله ملانکولی: ۳۱ نفر
در این گروه همانطوریکه مکتب روانپزشکی امریکا معتقد است Depression involutive را که وراثت در ایجاد آن نقش مهمی دارد نیز قرار داده‌ایم.
- ۲- افسردگیهای اگزوژن: ۴ نفر
در این دسته افسردگیهای واکنشی و افسردگیهای ناشی از خستگی وضعف را نیز گنجانده‌ایم.
- ۳- مانیا ۳ نفر
این بیماری، نزد سالخوردهگان کمیاب است. در این عارضه پیرمرد آواز میخواند، میخواهد ازدواج کند و از قدرت جنسی خود لاف میزند.
- ۴- پسیکوزمانیا کودپرسیو ۱ نفر
- ۵- زوال عقلی یا دمانس: ۱۷ نفر
از آنمیان چهار نفر بعلت ازدیاد فشار خون و همی پارزیهای زودگذر و سایر علائم آرتریواسکلروز دچار زوال عقل ناشی از تصلب شرایین شده مابقی گرفتار نوع جنون پیری یا-Demence
- Senile بوده‌اند.
- ۶- اختلالات حافظه غیر از زوال عقل
- مر بوط به کبر سن. ۲۱ نفر
- ۷- نوروز اضطراب ۱۹ نفر
این بیماران مدتی کم و بیش طولانی مثلاً سالها دچار اضطراب شدید بوده‌اند، ما اضطرابهای معمولی پیری را جزء نوروز اضطراب قلمداد نکرده‌ایم.
- ۸- گنگی روانی یا Confusion mentale ۱۲ نفر
علائم آن طبق مشخصاتی که Mayer Cross و Hartmann و Schilder داده‌اند بقرار زیر است:
- طرز فکر مغشوش و درهم و برهم باعدم امکان ترکیب.
- اختلال شعوری-عدم دقت.
- گنگی در زمان و مکان.
- اختلالات حافظه.
- هذیانهای رؤیآمیز (Onirisme)
- از علل آن باید نارسائی قلب و نارسائی مزمن تنفس، عفونتهای حاد، اعمال جراحی، کم‌خونی، الکلیسم، سوء تغذیه و بعضی از تومورهای بدخیم را نامبرد.
- سیر بیماری سه نوع است بهبود، زوال عقل و یا مرگ
- ۹- پسیکوز هذیانی مزمن ۴ نفر
- ۱۰- وبالآخره نورآستنی ۱۴ نفر
البته باید متذکر شد که غیر از خستگی فیزیولوژیک سالخوردگی، خستگی، در اغلب سندر مه‌های روانی پیری نیز وجود دارد. در مقابل تشخیص‌های فوق تجزیه و تحلیل علامتی سندر مه‌ها چنین است:
- الف: اختلالات اندیشه
- از ۱۲۶ نفر بیمار روانی ما، جمعاً ۳۸ نفر منجمله ۱۷ نفر دچار دمانس، دارای اختلالات بشرح زیر بوده‌اند:
- ۱- عدم انتقاد از خود ۱۹ نفر
- ۲- عدم ابتکار ۲۱ نفر
- ۳- عدم دقت ۲۶ نفر
- ۴- اختلالات درک زمانی ۲۲ نفر
- ۵- اختلالات درک مکانی ۲۱ نفر
- ۶- اختلالات حافظه مربوط به خاطرات دور ۱۵ نفر
- ۷- اختلالات حافظه مربوط به خاطرات نزدیک ۳۸ نفر
چنانچه ملاحظه میشود خاطرات دور بهتر حفظ شده‌اند، سالخورده بیمار، عروسی دوره جوانی و خاطرات سر بازی و حالات مشابه را تا اندازه‌ای خوب توضیح میدهد ولی خاطرات نزدیک را

فراموش می‌کند. مثلاً به پیرمعتاد به سیکار، سیکاری نشان می‌دهید و سپس آنرا در جیب خود می‌گذارید پس از لحظه‌ای که فکر او را متوجه چیز دیگری کرده‌اید، اگر پرسید چه چیز الان شما دیده بودید؟ هیچ بخاطر نمی‌آورد.

۳۸ نفر از ۱۲۶ نفر برای درمان اختلالات حافظه به مطب آورده شده بودند.

ب- اختلالات خلق و خوی و رفتار:

۱- عصبانیت و تحریک پذیری ۲۹ نفر (از ۱۲۶ نفر)
این بیماران نه تنها خودپرست، حساس بوده و زود گریان میشوند بلکه گاهی واکنشهای خشمگین، زورگوئی و دیکتاتوری و سوء ظن از خود نشان داده و زندگی را بر اطرافیان خود حرام میکنند. در این شرایط، بیمار باید بستری گردد. رویهمرفته میتوان گفت که دو گروه از سالخوردگان بیشتر از نظر رفتاری جلب نظر میکنند: یا اینان افرادی آرام و خوش مشرب و بساز و خندان هستند و یا بالعکس کزخو و عصبانی و بهانه گیر و حتی پارانوئیک میباشند که حق نفس کشیدن بکسی نمیدهند و دمار از روزگار اطرافیان برمی‌آورند.

۲- بیقراری ۲۲ نفر (از ۱۲۶ نفر) که تقریباً همیشه با اضطراب همراه است.

۳- اضطراب ۳۶ نفر (از ۱۲۶ نفر) (باستثناء نوزاد اضطراب که قبلاً توضیح داده شد).

۴- بی‌تفاوتی ۲ نفر (از ۱۲۶ نفر)

ج- اختلالات دیگر که موجب شکایت بیماران میشود عبارتند از:

۱- اختلالات خواب:

- کم خوابی ۵۳ نفر

- بد خوابی با خواب منقطع و کابوس ۱۲ نفر

- پر خوابی ۱ نفر

چنانچه ملاحظه میشود ۶۶ نفر از اختلالات خواب مینالند.

۲- دردهای مختلف:

۴۴ نفر از بیماران از دردهای مختلف مانند کمردرد و درد گردن و در دست و در پا که بیشتر مربوط به آرتروزهای گوناگون است رنج می‌برند.

۳- اعتیادات:

فقط اعتیاد به تریاک بوده است که ۱۱ نفر، دچار آن بوده‌اند و بندرت اعتیاد به الکل وجود داشته و هیچگونه اعتیاد دیگری مشاهده نشده است. این معتادین، اغلب از قدیم دچار بوده و فقط یک یاد و نفر برای تسکین درد به پیشنهاد اطرافیان، بتازگی دست به استعمال مواد افیونی زده‌اند.

- موضوع جالب، فکر و اقدام بخودکشی نزد سالخوردگان است از ۱۷۸ بیمار عصبی و روانی ماهیچکدام دست بخودکشی زده‌اند و فقط یک نفر اندکی فکر خودکشی داشته است و این درست عکس آماری است که ممالک اروپائی منتشر کرده‌اند. در این ممالک خودکشی پیران نسبتاً زیاد است و اغلب ناشی از یک عامل خارجی مثلاً بحران مالی و یادم ابراز محبت از جانب اطرافیان است و کمتر منشأ درون‌زا دارد.

آمار زیر که از انتشارات ملل متحد (۱۹۵۷) است این کثرت را می‌رساند.

آمار برای صد هزار نفر و از ۶۵ سال به بالا:

(متوسط خودکشی برای تمام سنین ۲۰ نفر برای صد هزار نفر است) و معمولاً ده درصد بیماران روانی فکر خودکشی داشته‌ویا دست بخودکشی می‌زنند.

- فرانسه:

مردان ۷۱

زنان ۱۸/۴

- انگلستان:

مردان ۴۳/۵

زنان ۱۷/۴

- سوئد:

مردان ۵۷/۳

زنان ۱۲/۵

- هلند:

مردان ۳۲/۳

زنان ۱۵

- آماری که دوست و همکار ارجمند آقای دکتر جواهری از موارد اقدام بخودکشی و خودکشی منجر به فوت با همکاری بیمارستان مسمومین و اداره پزشکی قانونی تهیه کرده‌اند چنین است:

موارد اقدام بخودکشی در تهران برای سالهای ۴۵ و ۴۶، که آن موقع جمعیت این شهر در حدود ۲/۵ میلیون نفر برآورد شده است ۵۰۴۸ نفر (یعنی تقریباً یک نفر برای هر هزار نفر بدون در نظر گرفتن سن) بوده است.

موارد اقدام بخودکشی منجر به فوت برای این دو سال ۸۶ نفر (۵۹ نفر مرد و ۲۷ نفر زن) که فقط سه نفر از ۶۵ سال، به بالا داشته‌اند که بنا بر این برای تهران، هر سال فقط ۱/۵ نفر (از نظر آماری) افراد سالمند، خودکشی کرده‌اند. این تعداد با توجه به آمار ممالک دیگر کم است (باید متذکر شد که اداره آمار

درمان دارویی که از داروهای پسیکوتروپ استفاده میشود و انتخاب نوع آن بستگی به نوع عارضه روانی دارد و آشکار است که درمان کم‌خوابی واضطراب نسبتاً آسان است. در اینجا باید متذکر شد که برای سالخوردگان نباید داروهای خواب آور قوی بکاربرد زیرا اینان در حال طبیعی بطور تدریجی از خواب بیدار میشوند و گاهی هم گنگی‌های روانی مختصر و زودگذر صبحگاهی دارند و اگر داروهای خواب آور قوی مصرف کنند اختلالات بیدار شدن آنها دوچندان خواهد شد. لهذا باید به آنان داروهای نورولپتیک ضعیف و باربیتوریک تجویز کرد، انواع شربت‌های قدیمی دارای برومور مفید است.

برای نگهداری تعادل عصبی پیران، میتوان از داروهائی مانند هورمون‌های مردانه برای مردان (در صورت عدم موارد تجویز-Contre Indications) و داروهای تونیک و فسفر دار و همچنین داروهائی که مستقیماً برای بهبود متابولیسم سلولهای مغزی بکار میرود مانند منوآمین اسید Levoglutamique بمدت طولانی و Centrophenoxine (۲۰۰ تا ۸۰۰ میلی‌گرم در روز) استفاده کرد. اخیراً (۲) Aslan از معجزات درمان طولانی با Procaine نام برده است که البته هنوز آمار دقیقی در دست نیست. مراکز برای جوان کردن در بعضی ممالک اروپای غربی احداث شده است که درآمدهای سرشاری دارند و نتایج حاصله برای داوطلبین اکسیر جوانی، باندازه هزینه پرداختی نیست.

۳- درمان اجتماعی که از همه مهمتر است. (۱۳۰۳ و ۱۱۰۳ و ۱۲۰۳). اگر سالخوردگان روابط اجتماعی خود را حفظ کنند، کار مختصری که مورد علاقه آنها باشد انجام دهند و تأمین اجتماعی از نظر مادی داشته باشند خود را خوشبخت حس میکنند. نظریه فوق (۷) Cavan از پرسشنامه‌ای که یک گروه پیران آمریکائی پر کرده بودند استخراج کرده است.

بیکاری، بازنشستگی از کار، بازنشستگی مغز محسوب میشود فقط خوردن و خوابیدن، مرگ را تسریع میکند. در مورد صدور احکام بازنشستگی من معتمد که اگر به کارمند قبل از بازنشستگی کامل و ناگهانی که برای بعضیها شوک ملال انگیزی ایجاد میکند یک مرحله نیمه بازنشستگی با مزایای بیشتر و ساعات کار کمتر بمدت یکسال پیشنهاد شود، از شدت اختلالات روانی بازنشستگان بسیار کاسته خواهد شد.

لئونارد دوینچی نقاش و عالم مشهور ایتالیائی همیشه میگفت علم روح را جوان نگاه میدارد و خود نیز خیلی پیر، مرد. میکمل آنژ در ۸۹ سالگی هنوز مشغول نقاشی کلیسای سن پیررم بود و پیکاسو که اخیراً جشن ۹۰ سالگی خود را گرفته است هنوز

توانست تعداد سالمندان تهران را برای سالهای ۴۵ و ۴۶ معین کند و بعضی از خودکشیها هم شاید جزء آمار نیامده است.

معهذا بنظر میرسد که تعداد خودکشی سالخوردگان در ایران خیلی کمتر از کشورهای اروپائی و آمریکائی باشد و این ناشی از این است که هنوز، محیط خانواده ایرانی از هم نپاشیده است و احترام به پیران پابرجاست و دیگر اینکه بعقل مذهبی و غیره دلبستگی پیران ایرانی به حیات زیاد است چنانکه سعدی هم در گلستان متوجه این موضوع شده است، میفرماید:

«باطایفه‌ای دانشمندان، در جامع دمشق بحثی همی کردم که جوانی درآمد و گفت در این میان کسی هست که زبان پارسی بداند؟ غالب اشارت بمن کردند، گفتمش خیر است؟ گفت پیری صد و پنجاه سال در حال نزع است و بزبان پارسی چیزی همی گوید و مفهوم ما نمیگردد. اگر بکرم رنجه شوی مزدیابی. باشد که وصیتی همی کند. چون ببالینش فرارسیدم این میگفت:

دمی چند گفتم برآرم بکام درینا که بگرفت راه نفس درینا که بر خوان الوان عصر دمی خورده بودیم و گفتند بس معانی این سخن را بر بی باشامیان همی گفتم و تعجب همی کردند از عمر دراز و تأسف او همچنان بر حیات دنیا.

درمان:

همانطوریکه قبلاً متذکر شده‌ایم هم‌اکنون در کشورهای اروپای غربی و ممالک متحده آمریکا، امید زندگی برای مردان در حدود ۶۷ سال و برای زنان در حدود ۷۴ سالگی میباشد و این اعداد در سال ۱۹۸۵، بترتیب ۷۳ و ۷۸ سال خواهد بود.

در ایران بایبشرفت صنایع و کشاورزی و بالنتیجه درآمد سرانه سن متوسط که فعلاً زیاد نیست، در آینده محققاً بالا خواهد رفت و تعداد سالخوردگان فزونی خواهد گرفت.

ما تاکنون برای کودکان، کارهای بزرگی انجام داده‌ایم ولی متأسفانه برای پیران کوشش چشم‌گیری نکرده‌ایم و حق این است که جبران ماقات بنمائیم.

اصول درمان سالخوردگان را بر سه پایه می‌نهم:

۱- درمان جسمی

۲- درمان روانی یا روانپزشکی

۳- درمان اجتماعی یا Sociotherapie

۱- درمان جسمی، شامل معالجه کلیه اختلالات بدنی است که تعدادی از آنان موجب بروز اختلالات روانی میشوند مانند تورمورهای مغز، ضایعات عروقی، اختلالات متابولیک، سمومیتها و غیره.

۲- درمان روانی یا روانپزشکی، که بر دو قسمت است: یکی

میتواند تعدادی مستخدم مرد وزن اجیر کند تا برای کمک از نظر نظافت و تهیه غذای روزانه يك یا دو ساعت به اطاقهای سالمندان تنها و بی پناه و مستحق بفرستد. آشکار است که يك مستخدم، روزانه بهش باهفت منزل میتواند سرکشی کند. میتوان برنامه‌ای تنظیم کرد تا روزانه، غذا باقیمت ارزان توسط سازمانی به منازل این سالخوردگان برده شود تا هما نظوری که گفته شد اولاد دولت و مؤسسات خیریه از سرمایه گذاری بسیار برای ساختن خانه‌های سالمندان رهائی یابند و ثانیاً محیط روانی سالخورده، دست نخورده باقی بماند.

خوشبختانه در ایران در طول تاریخ همیشه احترام خاصی برای پیران قائل بوده‌ایم، درحالیکه در اروپا در قرون وسطی بالعکس سالخوردگان را بادیوان و شیاطین برابر میدانستند و همان نظوری که میدانید در نقاشی‌ها قیافه اینان را همیشه پیر رستم میکردند و اختلالات روانی سالخوردگان مانند کژ خلقی، حسادت، زور گوئی و کارهای غیر عادی آنان را جزء صفات اهریمنی نشان میداده‌اند.

بنابراین وظیفه ملی و انسانی ما است که به سالخوردگانی که چند صباحی بیش مهمان ما نیستند و ما آرزو داریم که این چند صباح به چندین ده سال بدل گردد کمک کنیم لهذا پیشنهاد میکنیم که در صورت پذیرش، اقداماتی برای تأسیس باشگاههای سالخوردگان بعمل آید، در شهرهای بزرگ ایران، در هر محله باید يك باشگاه سالخوردگان احداث شود که محل آن بر حسب جمعیت، يك خانه یا يك آپارتمان پنج یا شش اتاقه میتواند باشد.

از وظایف این باشگاه، اداره درمانگاه مخصوص سالمندان است که همه روزه مورد استفاده قرار خواهد گرفت و دارای اندر زنگاه نیز میباشد و همچنین اداره خانه سالمندان با پانسیون شبانه روزی و یافقط روزانه و ایجاد خدمات منزل، پیشنهاد شغل‌های سبک و مناسب، تنظیم تفریحات و اوقات بیکاری سالخوردگان و غیره است.

شاهکارهای نقاشی تحویل میدهد و در ایران فردوسی، سعدی، حافظ و خیام و بسیاری دیگر در سنین بالا اشعار بس نغمه میسروده‌اند. مسأله تأمین حواجج مادی سالخوردگان حائز اهمیت است نه تنها حقوق بازنشستگی باید مکفی باشد، بلکه باید شغل‌های سبک مطابق علاقه پیران ایجاد کرد که هم موجب پیشرفت اقتصاد کشور میشود و هم روزانه چند ساعت اینان را سرگرم مینماید و آنان را از تنهائی و بیکیسی میرهاند و باین ترتیب پیشگیری مهمی در مقابل بروز اختلالات روانی انجام میشود.

یکی از بیماران اینجانب که کارمند بازنشسته دولت است و ۷۰ سال دارد، تنها در دواطاق استیجاری زندگی میکند. اوفقط يك دختر دارد که در محله دور دست باشوهر و فرزندان خود در مسکن محقری بسر میبرند و هفته‌ای یکبار برای پدر پیر خود غذای هفته را می‌آورد تا روزهای دیگر آنرا گرم کند و بخورد. تعداد اینگونه بیماران کم نیست.

همه آنها نمیخواهند در خانه‌های سالمندان که ساختن آنان برای دولت و یا مؤسسات دیگر هزینه هنگفتی در بر خواهد داشت زندگی کنند و از نظر روانی نیز، پذیرش در خانه‌های سالمندان که ممکن است به بعضی از بیماران احساس توقف قبل از گوردست دهد چندان جائز نیست. با وجود این در هر شهری متناسب با جمعیت آن باید يك یا چند خانه سالمندان با تمام وسائل آسایش مسانند تلویزیون، سینما، کتابخانه و غیره تأسیس شود و همه بیماران را نباید باهم مخلوط کرد مثلاً يك دبیر پیر بازنشسته که عمری به فرهنگ کشور خدمت کرده و مشاعرش کاملاً بجا است نباید با بیماری که کم‌پیش دچار زوال عقل میباشد در يك ساختمان زندگی کند. برای بیماران اخیر و همچنین بیماران دچار اختلالات شدید روانی و پسیکوز باید ساختمان جداگانه در بیمارستان روانی در نظر گرفت. ضمناً پذیرش در خانه سالمندان نباید اجباری باشد و اصول آزادی انتخاب مسکن برای سالخوردگان باید کاملاً رعایت شود. بعلاوه صلاح است تشکیلاتی بنام خدمات در منزل بوجود آید که هزینه مختصری در بر خواهد داشت. این سازمان

REFERENCES:

- 1- AJURIAGUERRA (J.De.,HECAEN(H.),GUIGEN(Y.) Troubles mentaux de la senilité, Encyclopedie.med. Chir, Vol. Psychiatrie Paris. 1954.
- 2- ASLAN(A.), The therapeutics of old age, the action of procaine. In: BLUMENTHAL (H.T.) Ed, Medical and clinical aspects of ageing. Columbia univ., Press. New York, P 272-292, 1962.

- 3- BERNARD (P.), NOËL(P.)- L'organianisation des soins médicosociaux aux personnes âgées atteintes de troubles mentaux. Rev. Franc. Geront, 7. 207 212, 1961.
- 4- BINET (L.), Gérontologie et Geriatrie I vol. P.U.F., Éd Paris, 1961.
- 5- BOURLÈRE (F.), DEDIEU-ANGLADE (G.), PICHOT (P.), BERNARD (P.) Les troubles psychiques «mineurs» de la senescence, conséquences et possibilités thérapeutiques. Hyg, Ment, 53, 21-48, 1964.
- 6- CAMBIER (J.), Longévité et troubles vasculaires cérébraux La Rev. du prat. T. XVI, No. 8, P. 1025-1030, 1966.
- 7- CAVAN (R.S), Personal adjustment in old age. In: LANSING (A.I.) Ed cowdry,s problems of ageing. 3 rd chap. 40, Williams and Wilkins, Baltimore, P. 1032-1052, 1952.
- 8- LECONTE (M.), Le socio diagnostic en géronto-psychiatrie, Ann. Méd. Psychol. 121,391-426, 1963.
- 9- MÜLER (Ch.) Demographie et statisique in Manuel de géronto-psychiatrie, Masson et Cie Ed.,23-27 Paris 1969.
- 10- MÜLER (Ch.) Sociologie du vieillissement in Manuel de géronto-psychiatrie, Masson et Cie Ed. P. 29 36, paris. 1969.
- 11- MÜLER (Ch), Les troubles psychogènes de la senescence in Manuel de géronto-psychiatrie, Masson et Cie Ed P. 146-167, paris, 1969.
- 12- MÜLIER (Ch.), Suicides et tentatives de suicide dans la vieillesse, in Manuel de géronto-psychiatrie Masson et Cie Ed. P. 165-167, paris, 1969.
- 13- MÜLIER (Ch.), Aide et action sociale en faveur des personnes âgées in Manuel de géronto-psychiatrie Masson et Cie Ed. P. 211-224, paris, 1969.
- 14- PAILLAT (P.), La longévité cernée par la statistique. La Rev. du prat. T. XVI, No. 8, P. 949-959.1966.
- 15- SENAULT (R.), et POULIZAC H., La longévité: Hygiène et prévention médicale du vieillissement. La Rev. du prat. T.XVI, No. 8. P. 987-998, 1966.
- 16- VILLA (J. L.), La prévention et l'assistance des trobles psychiques chez le vieillard, confrontations psychiatriques No. 5.P. 147-165, 1970.
- 17- WOODCOCK (S.), COSGROW (J.B.R.),Epilepsy after age of 50. a five year follow-up study. Neurology 14, 34-40, 1964.