

ژاویه دید

اماس ودست مهربان درمانگر



عبدالرضا ناصر مقدسی متخصص مغز و اعصاب

● دختری جوان سراسیمه وارد مطب می‌شود. از حالتش حدس می‌زنم که شاید برایش تشخیص اماس مطرح شده باشد. بدون اینکه به من اجازه صحبت بدهد، کلیشه‌های ام‌آر‌آی خود را روی میز می‌گذارد و می‌گوید لطفا نگاه کنید و به من بگویید اماس دارم یا نه؟
اینکه ابتدا بدون اخذ شرح‌حال و معاینه بیمار به سراغ آزمایش‌های وی برویم، یکی از توقعات کاملا اشتباه بیماران از پزشک است که البته نحوه رویکرد پزشکان به بیماری نیز به آن دامن زده است. یکی از اصول مهم طبابت، تکیه بر شرح‌حال و معاینه است. متأسفانه اکنون اقدامات پاراکلینیک همانند ام‌آر‌آی و آزمایش‌ها جای معاینه و شرح‌حال را گرفته است. بارها شده که در حین ویزیت، بیمار از من خواسته که به‌جای اخذ شرح‌حال و معاینه او به مدارک وی نگاه کنم. اینکه بیمار خود را به یک‌سری اعداد و ارقام و تصاویر تقلیل دهد، بدترین وضعیت در علم پزشکی است. همیشه عکس‌ها و آزمایش‌ها باید به‌عنوان یک وسیله کمک‌تشخیصی در نظر گرفته شوند و آنچه که در تشخیص حرف اول را می‌زند کماکان همان شرح‌حال و معاینه است. از سوی دیگر شرح‌حال و معاینه به ارتباط بهتر پزشک و بیمار کمک بسیار شایانی می‌کند. در نفس شرح‌حال و معاینه نوعی دیالوگ نهفته است؛ دیالوگی که ارتباط بین پزشک و بیمار را از نفس تشخیص و درمان فراتر برده و پایه‌ای برای رویکردی همه‌جانبه به بیماری تلقی می‌شود.

با ایسن مقدمه به بیمار خودمان بازگردیم. بیمار ما نیز در بدو ورود از من خواسته که به ام‌آر‌آی‌های او نگاه کنم و بگویم آیا اماس دارد یا نه؟ مطمئنا من به مدارک او نگاه می‌کردم، اما نه در بدو ویزیت که صرفا به گمراهی‌ام در امر تشخیص منجر می‌شد. با چند شوخی او را از جو پراضطرابی که در آن بود، خارج کردم و شروع به اخذ شرح‌حال کردم. اول تعریف کنیم چه شد؟ چرا ام‌آر‌آی دادی؟ جایی از بدنت درد می‌کرد؟ گزگز داشتی؟ تاری دیدی؟ دوبینی؟ ... بعد متوجه شدم که او هیچ مشکلی نداشته و صرفا به دلیل ترس از ابتلا به اماس یا همان ام‌اس‌قوبیا دست به این اقدام زده است.

همیشه توصیه می‌کنیم که ام‌آر‌آی جزء چکاپ و بررسی معمول یک فرد نرمال نیست و اگر پزشک صلاح نداند به‌هیچ‌وجه ام‌آر‌آی انجام ندهید. این موضوع به ماهیت بیماری در علم پزشکی بازمی‌گردد، زیرا این پزشک است که بیماری را تشخیص می‌دهد نه ام‌آر‌آی و همیشه وجود پلاک در ام‌آر‌آی به معنی بیماری نیست. از سوی دیگر ما همیشه بیمار را درمان می‌کنیم، نه ام‌آر‌آی را. ترمی به نام RIS وجود دارد که اتفاقا دالتل بر یافته‌های اتفاقی در ام‌آر‌آی دارد؛ یافته‌هایی که گرچه معیارهای رادیولوژیک بیماری ام‌اس را در ام‌آر‌آی بر نمی‌کنند، اما چون با علامت بالینی همراه نیستند نمی‌توان نام تشخیص ام‌اس را بر آنها گذاشت، به‌خصوص اگر فردی در خانواده خود فردی مبتلا به ام‌اس داشته باشد احتمال اینکه در ام‌آر‌آی‌اش پلاک‌های مبتنی‌بر ام‌اس دیده شود زیاد است، ولی این موضوع به‌هیچ‌وجه به معنای ابتلا وی به ام‌اس نیست و به احتمال زیاد تا آخر عمر نیز به ام‌اس مبتلا نخواهد شد. فقط ترسی ابدی از ابتلا همواره با وی خواهد بود؛ وحشتی که فقط به بدترشدن بی‌دلیل زندگی او منجر خواهد شد. برای همین است که همیشه توصیه می‌کنیم بی‌دلیل ام‌آر‌آی انجام ندهید. اینکه بدانی در صورت چرزی به نام پلاک است که شباهت تام با مغز بیماران مبتلا به ام‌اس دارد، برای یک فرد بسیار وحشتناک است. او در بزخی از بودن و نبودن گرفتار می‌شود؛ برزی که اکثرا توان رهایی از آن را ندارد. شاید خیلی از این موارد به دلیل رشد رافزون تکنولوژی و به‌دنبال آن حذف بی‌دلیل پزشک در امر درمان باشد. همیشه می‌شنویم که امکان ایجاد فناوری‌هایی در آینده هست که می‌توانند با یک اسکن بدن، تمام بیماری‌های یک فرد را مشخص کنند. بی‌شک این دستاورد بزرگی است. اما یادمان نرود که بدون دخالت انسانی نتنها این تشخیص‌ها می‌تواند راهی اشتباه رود، بلکه می‌تواند به قیمت درمان بی‌مورد یک فرد سالم نیز تمام شود.

علاوه‌براین، ایسن موضوع نباید یادمان برود که پزشکی علم و هنری به‌غایت انسانی است. ما با عمیق‌ترین لایه‌های یک انسان روبه‌رو هستیم. مفاهیمی مانند تولد، زندگی و مرگ در تاروپود پزشکی تنیده شده است. چنین مفاهیمی را به‌هیچ‌وجه نمی‌توان با تکنولوژی و فناوری درک کرد. اینها فقط گوش‌ی شنوا و دستی مهربان می‌خواهد و زبانی که ما را به آرامش برساند. این مشخصات را فقطو فقط یک انسان دارد؛ انسانی که اکنون با عنوان پزشک روبه‌روی ما نشسته و با تمام وجود می‌خواهد آن وحشت ابدی را در ما از بین ببرد.



بهدخت حسینی*

«لیو کانر» روان‌پزشک اتریشی-آمریکایی حدود ۷۴ سال پیش پیش برای اولین‌بار اتیسم را شناسایی کرد. تا پیش از آن اتیسم فاقد مفهوم در نگاه بالینی بود و در نتیجه به صورت رسمی و آماری وجود خارجی نداشت. این بدان معنی نیست که پیش از معرفی آن، افراد مبتلا به اتیسم وجود نداشتند، بلکه با تعریفی کلی متعلق به گروهی با ناتوانی ذهنی در نظر گرفته می‌شدند. سازمان جهانی بهداشت در آخرین گزارش خود اعلام کرده است که در دنیا به‌طور تقریبی از هر ۱۶۰ کودک یک نفر به اتیسم مبتلاست. با وجود اینکه میانگین جهانی شیوع اتیسم برآورد شده است، گزارشات دقیقی از شیوع آن در کشورهای با درآمد پایین و متوسط وجود ندارد. براساس مطالعات اپیدمیولوژیک به نظر می‌رسد اتیسم در طول ۵۰سال گذشته شیوع رو به افزایش داشته است. اما باید در نظر داشت که از دلایل مشاهده بیشتر این اختلال می‌تواند افزایش آگاهی، گسترش معیارهای تشخیص، بهبود روش‌ها و ابزارهای تشخیص و گزارش آن در سال‌های گذشته باشد.

اتیسم چیست؟

اتیسم که با عنوان کامل‌تر «اختلال طیف اتیسم» نامیده می‌شود، اختلال رشدی است و شامل ضعف در رفتار، گفتار و زبان و همچنین ارتباط اجتماعی است. افراد با اتیسم (اتیستیک) علاقه‌ها و فعالیت‌های محدودی از خود نشان می‌دهند که در هر فرد به شکلی منحصر و متناوب بروز می‌کند. این اختلال که در دوران کودکی آغاز شده و در دوران بزرگسالی ادامه می‌یابد، اغلب در پنج سال اول زندگی کودکان اتیستیک مشاهده شده است. میزان شدت آن صورت یکسای ندارد، به این معنی که عده‌ای با علائم و شدت ملایم‌تر می‌توانند بدون نیاز به دیگران و مستقل زندگی کنند، درحالی‌که در برخی شدت بالای نشانه‌های این اختلال سبب می‌شود که فرد ناتوان بوده و برای همه عمر نیازمند کمک و همراهی باشد. نشانه‌هایی مانند صرع، افسردگی، اضطراب و اختلال کمبود توجه-بیش‌فعالی معمولا در افراد مبتلا به اتیسم مشاهده می‌شود. میزان عملکرد فکری در افراد اتیستیک بسیار متغیر بوده و از اختلال شدید تا سطوح عالی را دربر می‌گیرد.

علت‌های اتیسم

برخلاف آلزایمر یا سرطان که اساس دلایل زیستی آنها شناسایی شده است، اختلالات ذهنی و برخی از اختلالات رشدی مانند اتیسم تنها با استفاده از نشانه‌های رفتاری آنها تعریف و شناسایی شده‌اند. آنچه می‌دانیم این است که علت بروز اتیسم یک عامل شناخته‌شده تنها نیست و دلایل بروز آن به‌طور دقیق و قطعی مشخص نیستند. محققان در حال بررسی تعدادی از فرضیات هستند؛ به‌عنوان نمونه عواملی شامل محیط، انتقال وراثتی، ژنتیک و جهش‌های ژنی در حال مطالعه و بررسی هستند. مطالعات ژنتیکی در گذشته منحصرا به تمرکز بر ژن‌ها بوده است. این شامل مطالعه ژن‌های برنامه‌نویس (برای ساخت پروتئین‌های مختلف در بدن ما) بوده است. اما بخشی از ژن‌ها که برنامه‌نویسی برای ساخت پروتئین انجام نمی‌دهند، کمتر مورد بررسی قرار گرفته‌اند. درحال‌حاضر درک ما از این ژن‌های غیربرنامه‌نویس و نقش‌شان در اتیسم رو به افزایش است. با جمع‌بندی مطالعات فراگیری ژنتیکی و تعامل‌شان با محیط می‌توانیم درک درست‌تری از چگونگی بروز اتیسم داشته باشیم. درحال‌حاضر به این دانش دست یافته‌ایم که نشان می‌دهد افراد با گونه‌های تغییریافته ژنتیکی مشخصی احتمال بیشتر بروز اتیسم را نشان می‌دهند، اما دقیقا مشخص نیست که این ژن‌ها چه کاری انجام می‌دهند و چگونه الکل را در خطر بروز این اختلال قرار می‌دهند. بررسی فعالیت ژنی ما را یک قدم به علت‌یابی بروز آن نزدیک‌تر کرده است. در فوریه ۲۰۱۸ نتایج تحقیقات از دانشگاه کالیفرنیا لس‌آنجلس در مجله ساینس منتشر شد که در آن بافت مغزی افراد مبتلا به اتیسم، اسکیزوفرنیا و اختلال دوقطبی که مغز خود را پس از مرگ به منظور تحقیق علمی اهدا کرده بودند مورد مطالعه قرار گرفت. محققان در این مطالعه میزان فعال‌بودن ژن‌های مختلف در سلول‌های مغزی این افراد را بررسی کردند. علاوه بر سه گروه ذکرشده نمونه‌های مغزی افرادی که دچار افسردگی و معتاد به مصرف مشروبات الکلی بودند نیز مورد مطالعه قرار گرفتند. نتایج این بررسی‌ها همپوشانی قابل‌توجهی میان این اختلالات را نشان دادند؛ بیشترین اشتراک میان نمونه‌های مغزی افراد با اتیسم، اسکیزوفرنیا و اختلال دوقطبی مشاهده شد. این اختلالات کمترین همپوشانی با نمونه‌های مغزی افراد مبتلا به افسردگی نشان دادند. این گزارش در تضاد با دسته‌بندی‌های پزشکی گذشته است که افسردگی، اضطراب و اختلال دوقطبی را در یک گروه قرار می‌دادند. همچنین نتایج این تحقیق چرایی همپوشانی مشاهده‌شده را مطرح می‌کند. در مغز سلول‌های ستاره‌ای شکل به نام «استرواستی» وجود دارد. این سلول‌های ستاره‌ای شکل به رشد سلول‌های مغزی کمک می‌کنند. در افراد با اختلال

اسکیزوفرنیا و اختلال دوقطبی، ژن‌هایی که در کنترل عملکرد این سلول‌های ستاره‌ای شکل نقش دارند فعالیت بیشتری نشان دادند. در مشاهدات این مطالعه هیچ‌گونه همپوشانی میان نمونه‌های مغزی افراد معتاد به مصرف مشروبات الکلی و سایر اختلالات مشاهده نشد. به نظر می‌رسد که عملکرد بعضی از سلول‌های مغزی در اتیسم، اسکیزوفرنیا و اختلال دوقطبی به روش مشابهی تغییر می‌کند. در جدیدترین مقاله منتشرشده در آوریل ۲۰۱۸ در مجله ساینس از دانشگاه کالیفرنیا سان‌دیگو، انتقال وراثتی اتیسم بررسی شد. گروه تحقیقاتی از این دانشگاه عاملی را شناسایی کرده‌اند که ممکن است دلیل بروز اتیسم در برخی افراد باشد. تحقیقات گذشته نشان داده‌اند که یک سوم موارد دیده‌شده بروز اتیسم بر اثر جهش‌های ژنی آغازین بوده است؛ اما یافته‌های جدید این گروه نشان می‌دهد گونه‌های تغییریافته ژنی در کودکان مبتلا به اتیسم مطالعه‌شده آنها در نتیجه انتقال وراثتی از والدین به این کودکان بوده و بر اثر جهش‌های ژنی اتفاق نیفتاده است. در مشاهدات انجام‌شده روی کودکان اتیستیک مطالعه‌شده در این تحقیق، این انتقال غالبا از طریق پدران و از طریق انتقال وراثتی متغیرهای غیربرنامه‌نویس صورت گرفته است. این مشاهده غیرمنتظره بوده است؛ به‌این‌دلیل که نتایج تحقیقات گذشته انتقال متغیرهای ژنی را از طریق وراثت متغیرهای برنامه‌نویس مادر گزارش داده بودند. این یافته‌ها نشان‌دهنده این است که انتقال وراثتی از طریق مادر و پدر ممکن است از نظر کیفی متفاوت باشند. این تحقیق به طور قطعی نمی‌تواند مکانیسم اثرات ریشه‌گرفته از پدر یا مادر را توضیح دهد؛ اما الگوی تأمل‌برانگیزی را ارائه می‌دهد. بررسی‌های محققان برای درک بهتر چگونگی تأثیر محیط و ژنتیک ادامه دارد.

تشخیص زودهنگام اتیسم

عموما این‌گونه پذیرفته شده است که ساختار و عملکرد مغز در افراد اتیستیک غیرعادی است. اسکن‌های مغزی تفاوت شکلی و ساختاری مغزی میان کودکان اتیستیک و نمونه‌های عادی را گزارش داده‌اند. مجله امریکن سایکیاتریست در گزارشی منتشر کرد که دسته‌های الیاف عصبی در مغز نوزادان شش‌ماهه که دارای خواهر یا برادر اتیستیک بودند، رشد متفاوتی در مقایسه‌با نوزادان بدون وجود فاکتور خطر خانوادگی نشان دادند. همچنین مطالعه دیگری در مجله ساینس ترلسیشنال مدیسین منتشر شده که نشان می‌دهد در شش‌ماهیگی تفاوت‌ها در

الگوی فعالیت مغزی مانند ارتباطات عملکرد مغز می‌توانند احتمال اتیستیک شدن نوزاد را در سال‌های بعدتر پیش‌بینی کنند. مطالعات دیگری در زمینه تشخیص زودهنگام تفاوت‌ها در رشد مغزی و رفتاری نوزادان انجام شده است، به‌عنوان مثال دو مقاله جداگانه در سال ۲۰۱۷ در مجله نیچر در این زمینه منتشر شدند. اهمیت این دو مطالعه در مطرح‌کردن پیش‌بینی سریع و زودهنگام اتیسم و شدت آن بود؛ به‌علت اینکه اتیسم معمولا در فرزندان اعضای یک خانواده جاری می‌شود، تحقیقات روی نوزادان در خانواده‌هایی که خواهران و برادران اتیستیک داشته‌اند، در این دو مطالعه انجام شدند. در یکی از ایسن مطالعات، افزایش سطح جسمی مغز در نوزادان پیش از ۱۲ماهگی مشاهده شد. این نوزادان بعدتر اتیستیک تشخیص داده شدند. در سال دوم زندگی، اندازه مغز این کودکان هم‌زمان با پیدایش نشانه‌های رفتاری اتیسم در آنها افزایش یافت و کودکان با بزرگ‌ترین اندازه مغز شدیدترین نشانه‌های اتیسم را بروز دادند. در مطالعه دیگر، نشان داده شد نوزادانی که بعدا اتیستیک تشخیص داده شدند، در دوران نوزادی توجه کمتری به اجزای صورت مانند

تلاش برای درک معقولانه جهان

بررسی‌ها نشان می‌دهد تغییرات مغزی‌ای که هدایت‌کننده اتیسم است، در ابتدای زندگی شروع می‌شوند



چشم‌ها و دهان اطرافیان نشان می‌دادند. ترجیح برای نگاه‌کردن به چشم‌ها و دهان به واسطه ژنتیک در افراد کنترل می‌شود. این مسئله بر این دالت دارد که نفوذ قوی ژنتیکی، تفاوت‌های فردی چگونگی تجربه و دریافت اطلاعات از جهان اطراف را هدایت می‌کند. در مجموع نتایج این بررسی‌ها نشان می‌دهد تغییرات مغزی‌ای که هدایت‌کننده اتیسم است، در ابتدای زندگی شروع می‌شوند. این نوع از یافته‌ها و بینش به‌دست‌آمده از آنها کمک می‌کند تا برای رشد اجتماعی و ارتباطی نوزادان با خطر بیشتر بروز اتیسم زودهنگام وارد عمل شویم.

مدیریت اتیسم

درحال‌حاضر، آزمایش پزشکی‌ای برای تشخیص اتیسم وجود ندارد؛ اما پزشکان و روان‌شناسان آموزش داده‌شده در این زمینه می‌توانند رفتارهای متعلق به طیف اتیسم را ارزیابی کنند. معمولا والدین اولین افرادی هستند که متوجه رفتارهای غیرعادی کودک‌شان می‌شوند. این رفتارها می‌توانند شامل ناتوانی کودک برای برقراری ارتباط چشمی، بازی‌کردن با اسباب‌بازی‌ها به طور غیرعادی و مکرر واکنش نشان‌دادن به نام‌شان باشد. روش استاندارد در اغلب کشورهای توسعه‌یافته در صورت مشاهده علائم مشکوک به اتیسم، در مرحله اول مشورت با پزشک عمومی است. پزشک عمومی با درنظرگرفتن و شناسایی شرایط کودک می‌تواند راهنمایی کند که کدام تخصص برای مرحله بعد مورد نیاز است؛ متخصص اطفال، متخصص مغز و اعصاب، روان‌پزشک یا روان‌شناس. به والدین توصیه می‌شود به پزشکی مراجعه‌کنند که به دقت صحبت‌های آنها را بشنود و آنها را به متخصص مناسب برای تشخیص دقیق‌تر، ارجاع دهد. توصیه به والدین این است که بعد از تشخیص فرزندشان به اتیسم آرامش خود را حفظ کنند، به خود آموزش دهند، حقوق و گزینه‌های خود را بشناسند، برای درک جهان فرزندشان تلاش کنند و نیازهای او را شناسایی کنند. واردشدن زودهنگام والدین با مراقبت‌کنندگان در دوران کودکی برای رشد و سلامتی آینده افراد با اتیسم بسیار اهمیت دارد. نظارت بر رشد کودک به‌عنوان بخشی از مراقبت‌های معمول والدین توصیه شده است؛ هنگامی که برای کودکی تشخیص اتیسم داده شد، اطلاعات مرتبط، توصیه‌ها و حمایت‌های عملی براساس نیازهای آن کودک باید در اختیار خانواده و خود کودک اتیستیک قرار داده شوند. برای مثال مطالعه منتشرشده در سپتامبر ۲۰۱۷ در مجله روان‌پزشکی - روان‌شناسی کودک نشان داده است که دخیل‌شدن زودهنگام کودک در

درحال‌حاضر، آزمایش پزشکی‌ای برای تشخیص اتیسم وجود ندارد؛ اما پزشکان و روان‌شناسان می‌توانند رفتارهای متعلق به طیف اتیسم را ارزیابی کنند. والدین اولین افرادی هستند که متوجه رفتارهای غیرعادی کودک‌شان می‌شوند. این رفتارها بسیار برای ارتباط چشمی، بازی‌کردن با اسباب‌بازی‌ها به طور غیرعادی و مکرر واکنش نشان‌دادن به نام‌شان باشد

استفاده از اطلاعات، حمایت‌ها و عمل به توصیه‌ها تا قبل از سن سه سالگی، تعیین‌کننده کلیدی برای دستاوردهای علمی و توانایی‌های آینده این کودکان اتیستیک است. درحال‌حاضر درمانی قطعی برای اتیسم وجود ندارد، اما واردشدن در فعالیت‌های اجتماعی-روان‌شناختی که تأیید شده است مانند رفتاردرمانی و برنامه‌های آموزش مهارت‌ها برای والدین و مراقبت‌کنندگان می‌تواند مشکلات مربوط به برقراری ارتباط و رفتار اجتماعی را کاهش داده و اثر مثبتی بر سلامتی و کیفیت زندگی فرد اتیستیک داشته باشد. نیازمندی‌های مراقبتی افراد با اتیسم، بسیار پیچیده بوده و مجموعه‌ای از خدمات مانند ارتقای سلامت، مراقبت و خدمات توانبخشی را می‌طلبد. همچنین همکاری بخش‌های دیگری مانند آموزش، استخدام و بخش‌های اجتماعی مدرک نیاز است. افراد اتیستیک و افرادی با سایر اختلالات رشدی نیاز به همراهی بخش‌های فعالیتی دارند تا در فضا‌های اجتماعی، فیزیکی و رویکردی حضور داشته باشند. به‌منظور رسیدن به این اهداف، این فضا‌ها می‌باید قابل‌دسترس، حمایت‌کننده و دربرگیرنده فرد اتیستیک باشند.

حقوق انسانی و اتیسم
افرادی که در طیف اتیسم قرار دارند، ممکن است در معرض القای حس شرمساری و تبعیض قرار گیرند. این می‌تواند شامل محرومیت غیرعادلانه از سلامت و آموزش و امکانات در جوامعی که زندگی می‌کنند، باشد. این‌در حالی است که مشکلات مربوط به سلامت افراد اتیستیک متفاوت با جمعیت عمومی نیست. به علاوه ممکن است آنها به‌دلیل اتیستیک بودن یا شرایطی که هم‌زمان با اتیسم برای‌شان به وجود می‌آید، به مراقبت خاص نیاز داشته باشند. همچنین ممکن است به‌دلیل وجود فاکتور ریسک‌های رفتاری مانند فعال‌نبودن جسمی و فقر تنظیمات غذایی، برای مبتلاشدن به مشکلات مزمن غیرسرسری مستعد باشند. همچنین ممکن است به میزان بیشتری در معرض خطر شنونت، آسیب و سوءاستفاده باشند. افراد اتیستیک مانند سایر افراد یک جامعه به دسترسی به خدمات مربوط به سلامت نیاز دارند. این شامل خدمات پیشگیری از بیماری، ارتقای سلامتی و درمان بیماری‌های حاد و مزمن است. باوجوداین، افراد اتیستیک درمقایسه‌با جمعیت عمومی دنیا از مراقبت کمتری برخوردار می‌شوند. همچنین آنها در شرایط اضطراری انسانی آسیب‌پذیرتر بوده‌اند. یک مانع عمومی به‌دلیل تصورات اشتباه و دانش ناکافی درباره اتیسم، ازسوی کسانی که مسئول فراهم‌کردن مراقبت‌های سلامتی افراد اتیستیک هستند، به وجود آمده است.

باورها و اتیسم

عموم مردم درباره اختلالات و بیماری‌ها با درجات متفاوت متأثر از اخبار، شنیده‌ها و شایعات هستند. آنچه در عصر اطلاعات ضرورت دارد، دسترسی به منابع مستند است. مسئولیت محققان و رسانه‌ها تلاش برای دستیابی و در دسترس‌قراردادن یافته‌ها و اطلاعات درست است. افکار عمومی نیز می‌باید از معتمدبودن منابع اطلاعاتی پیش از پذیرفتن آنها با استفاده از ابزار و اختیاراتشان اطمینان حاصل کنند. امید است در این بخش با اشاره به نمونه‌هایی از باورهای نادرست درباره اتیسم به درک دقیق‌تری دست یافته شود. برخلاف آنچه برخی تصور می‌کنند هیچ مدرک علمی تأییدشده‌ای وجود ندارد که نشان دهد میان واکنش‌هایی مانند سرخک، سرخچه و اوربون و ابتلا به اتیسم ارتباط وجود دارد. همچنین مصرف داروهای ضدافسردگی در مادران باردار خطر بروز اتیسم در فرزندان آنان را افزایش نمی‌دهد. اما اتیسم در خانواده‌هایی که دچار افسردگی، اضطراب و وسواس هستند، نرخ بالاتری را نشان داده است. بیشتر افراد تصور می‌کنند اتیسم متعلق به اختلالات سلامت روان است. این تصور نادرست است؛ افراد اتیستیک عموما اختلال رفتاری نشان می‌دهند. درواقع رفتار آنها منعکس‌کننده تلاش آنها برای درک معقولانه از جهان پیرامون آنهاست. باور نادرست دیگر درنظرگرفتن همه کودکان اتیستیک با قابلیت‌های ذهنی اندک است. این در حالی است که مشاهده افراد اتیستیک با توانایی هوشی بسیار بالا سبب شده است «بارون کوهن» از دانشگاه کمبریج از «یان جیمز»، ریاضیدان از دانشگاه آکسفورد در انگلستان این پرسش را مطرح کند که آیا «البرت اینشتین» و «آیزاک نیوتن» اتیسم داشته‌اند؟ براساس بررسی‌های صورت‌گرفته از صفات شخصیتی این دو دانشمند، احتمال اتیستیک‌بودن آنها را منفی نمی‌دانند، باوجوداین «کلک الیوت»، روان‌پزشک از دانشگاه کالیفرنای سانفرانسیسکو، از نتایج این گزارش قانع نشده است و هوش فوق‌العاده بالای این دو دانشمند را سبب وجود صفات شبه‌استیستیک در آنها می‌داند. اگرچه این بررسی‌ها قطعیت اتیستیک‌بودن این دو دانشمند را اثبات نمی‌کنند اما حامل این پیام هستند که درنظرگرفتن ناتوانی هوشی همه افراد اتیستیک نادرست و با هوشمندی مشاهده‌شده در برخی از آنها فاصله بسیار دارد.

دکترای علوم اعصاب
از دانشگاه علوم پزشکی اراسوس هلند

ذهن زیبا-۲

کلام و حافظه



محمدرضا فغینی متخصص مغز و اعصاب

● بشر هر روز رام جدیدی در درمان بیماری‌ها برمی‌دارد. بسیاری از بیماری‌هایی که تا ۲۰یا ۳۰سال قبل مرگ‌آور تلقی می‌شدند، امروز یا درمان شده‌اند یا فرد با وجود ابتلا به آنها، سالیان طولانی عمر می‌کند. به همین دلیل متوسط سن جوامع بالا رفته است. با وجود همه این پیشرفت‌ها هنوز راهی برای درمان تحلیل‌ظریف‌ترین سلول‌های بدن؛ یعنی سلول‌های عصبی یا همان نورون‌ها پیدا نشده است. بیماری‌های قلب و ریه و کبد و کلیه درمان می‌شوند تا خون سالم به مغز برسد، ولی نتیجه این است که این سلول‌های مغزی در این زمان اضافی رو به تحلیل می‌روند. یکی از پیچیده‌ترین، ظریف‌ترین و پیشرفته‌ترین فعالیت‌های مغزی اعمال شناختی و ذهنی آن است. متأسفانه هرچه کارکردی پیچیده‌تر می‌شود، آسیب‌پذیری آن هم بیشتر می‌شود. در نتیجه افست توانایی‌های ذهنی و در راس آن حافظه از برجسته‌ترین علائم تحلیل نورون‌هاست. نام بیماری آلزایمر معروف‌تر از آن است که به توضیح نیاز داشته باشد. شیوع این بیماری با بالا رفتن سن افزایش چشمگیری می‌یابد و نگرانی از ابتلا به آن از نگرانی‌های شایع است. به علت همین دغدغه عمومی، کارگردانان سینما همیشه به این موضوع توجه خاص داشته‌اند. یکی از فیلم‌ها که به بسیار خوب به این بیماری پرداخته، فیلم «هنوز آلیس» است. فیلم ساخته سال ۲۰۱۴ است. در این فیلم خانم «جولین مور» نقش «آلیس»، یک استاد برجسته زبان‌شناسی، را بازی می‌کند که در ۵۰سالگی به نوع خاصی از آلزایمر ارثی با شروع در سنین پایین‌تر از معمول مبتلا می‌شود. او علاوه‌بر مبارزه با بیماری خود، نگرانی انتقال ژن به سه فرزند خود را هم دارد. فیلم به نحو چشمگیری مراحل پیشرفت بیماری را نشان می‌دهد و بیننده را با نگرانی‌های بیمار و خانواده‌اش مهمل می‌کند. یک نکته جالب فیلم این است که بیمار خود یک زبان‌شناس برجسته است. کتابی به نام «از نوروں تا نام» نوشته است و روی مراحل اکتساب کلام در کودکان کار می‌کند. اولین علامت بیماری او گم‌کردن بعضی از لغات در یک سخنرانی است و جالب است که موضوع سخنرانی یادگیری زبان مادری توسط کودکان قبل از چهارسالگی به‌صورت طبیعی و بدون هیچ آموزشی است. در همین سخنرانی او متوجه می‌شود که به همان راحتی دارد این توانایی زبانی را از دست می‌دهد. در اینجا ارتباط حافظه و کلام پیش کشیده می‌شود. پزشکان و متخصصان اعصاب علاقه خاصی دارند که کارکردهای ذهنی را تقسیم‌بندی کنند؛ مثلا کارکردهای ذهن را به حافظه، کلام، توجه، قضاوت و استدلال‌های منطقی، درک سه‌بعدی فضایی و... تقسیم کنند. در معاینات پزشکی هرکدام از این کارکردهای ذهنی جدا معاینه می‌شود. یکی از صحنه‌های جالب فیلم جایی است که پزشک، آلیس را که یک زبان‌شناس است تست می‌کند و از او می‌خواهد حروف کلمه آب را بیان کند که از عهده آن برمی‌آید، ولی زمانی که از او می‌خواهد آدرس‌ی را که چند دقیقه قبل او گفته تکرار کند، از یادآوری آن ناتوان است.

ولی آیا واقعا ذهن به این تقسیم‌بندی‌های ما پایبند است؟ کلام چیست؟ کلام عبارت از اصوات و اشکالی است که ما به‌صورت قراردادی در هر زبانی به‌عنوان نمادهای اصل واقعیت در نظر می‌گیریم. آیا حتما واقعبت را به خاطر می‌سپارد یا نمادها را حفظ می‌کند؟ اگر نمادها را به یاد بسپارد، کلام و حافظه ارتباطی نتگاتنگ دارند، اما اگر اصل واقعیت را به خاطر بسپارد، با وجود از دست‌دادن تکلم ممکن است وقایع را کماکان به یاد داشته باشد. به نظر می‌رسد مثل اغلب مسائل علمی هیچ‌کدام از این دو حالت واقعیت کامل نباشد. حافظه ما ترکیبی از ایسن دو فعالیت را انجام می‌دهد، ولی قطعا به‌خاطر بسیاری آن نمادهای کلامی از مهم‌ترین اعمال حافظه است. به همین دلیل از اولین علائم شروع اختلال حافظه، فراموش‌کردن نام شایاست. البته باید توجه کرد این پدیده در افراد طبیعی هم گاه اتفاق می‌افتد.

سیر بیماری در این فیلم به‌خوبی نشان داده می‌شود. آلیس که ابتدا لغات را پیدا نمی‌کرد، مدتی بعد در مسیری که هر روز می‌دوید گم می‌شود. اینجا مرحله‌ای است که اختلال حافظه از کلمات گشته است و به اصل واقعیت‌ها رسیده است. فیلم نگرانی را در آلیس به‌خوبی به تصویر می‌کشد. این باور غلط اغلب وجود دارد که خود بیمار مبتلا به آلزایمر متوجه بیماری خود نیست، ولی حداقل در مراحل اولیه و میانی بیماری قطعا این مسئله درست نیست. بیمار به‌خوبی متوجه اختلال برخورد خود با واقعیات و تغییر جهانش می‌شود. بیمار از اینکه داراکاتش در محیط، با اطرافیانش یکسان نیست، رنج می‌کشد. این نکته‌ای است که افرادی که با بیماران آلزایمر ارتباط دارند باید بدانند واکنش نامناسب به اختلالات بیمار نشان ندهند.

ادامه در صفحه ۱۱