

السداسي: الأول

اسم الوحدة: وحدة تعليم أساسية

اسم المادة: علم النفس المرضي وعيادة الرشد والمسن

Psychopathologie et clinique de l'adulte et de la personne âgée

الرصيد: 5

المعامل: 2

الحجم الساعي خلال السداسي: 42 ساعة

الحجم الساعي الأسبوعي: 1سا و30د (محاضرة) + 1سا و30د (أعمال موجهة)

طريقة التقييم: مراقبة مستمرة (40%) + امتحان كتابي (60%)

أهداف التعليم:

1) التحكم في المفاهيم الأساسية المتعلقة بعلم النفس المرضي للراشد والمسن (التمييز بين مفهومي الرشد والشيخوخة) من خلال السياقات النفسية (الأولية والثانوية) للانتقال من الرشد إلى الشيخوخة.

2) التمكن من معرفة الاقطاب السيكومرضية بمختلف أنواعها (العصابية، البنينية والذهانية استنادا إلى مفهوم القطبية) ومن ثم القدرة على بناء التخخيص الفارقي للتمييز بين البنى الوظيفية النموذجية واللانموذجية بالتركيز على تطابق المقاربات الثلاث: العيادية (Clinique)، السيكوتوكينية (Psychogénétique) والبنوية (Structurale) من خلال نماذج لحالات عيادية من الراشدين والمسنين.

3) التمكن من معرفة تلك الاقطاب لدى الراشد والمسن استنادا إلى دلائل التشخيص الحديثة (PDM، CIM، DSM) من أجل بناء التشخيص الدقيق بين التنظيمات النفسية السوية والمرضية من أجل تقديم الخدمات النفسية الملائمة أو التوجيه إلى الجهات المتخصصة الأخرى.

ال المعارف المسبقة المطلوبة:

1) علم النفس المرضي للراشد

2) علم النفس المرضي للطفل والمراهق

3) نظريات الشخصية

القدرات المكتسبة:

1) الفهم الصحيح للنماذج السيكومرضية لدى الراشد التي تلقاها في السنة الثالثة لكي يصل إلى التمييز الدقيق بين العصابات بمختلف أصنافها وبين الحالات الحدية من جهة، وبينها وبين النماذج الذهانية بأصنافها.

2) الدرية المحكمة بالتناولات النظرية الحديثة المفسرة لمختلف تلك النماذج السيكومرضية.

3) معرفة المبادئ العامة لنمو وتكوين السياقات النفسية في الشخصية ومدى انسجامها مع الوسط الاجتماعي والثقافي من أجل تحديد معايير التكيف الصحي النفسي لدى الراشد والمسن أو الاضطراب النفسي لديهما.

محتوى المادة:

المحاضرة (01): مدخل (تذكير ببعض المفاهيم الأساسية: الرشد والنضج لعقلي، السياقات الدافعية، الشيخوخة، تطور السير النفسي لدى المسن)

المحاضرة (02): التنظيمات السيكومرضية المنتشرة لدى الراشد، نظرة وبائية.

المحاضرة (03): التنظيمات السيكومرضية المنتشرة لدى المسن، نظرة وبائية.

- المحاضرة (04): التناول الراهن للاضطرابات النفسية لدى الراشد والمسن في ظل دلائل التشخيص (PDM, CIM, DSM)، والمقارنة بينها
- المحاضرة (05): محاور الدليل التشخيصي الديناميكي (PDM2): نظرة تكاملية حديثة
- المحاضرة (06): المحور P: تنازرات الشخصية لدى الراشد (Personality Syndromes)
- المحاضرة (07): المحور PE: تنازرات الشخصية لدى المسن (Profile of Mental Functioning for the Elderly)
- المحاضرة (08): نماذج عيادية من تنازرات الشخصية لدى الراشد والمسن ومقارنتها بدليل DSM و CIM، التشخيص الفارقي.
- المحاضرة (09): المحور M: ملمح التوظيف العقلي لدى الراشد (Profile of Mental Functioning)
- المحاضرة (10): المحور ME: ملمح التوظيف العقلي لدى المسن (Personality Patterns and Syndromes in the Elderly)
- المحاضرة (11): نماذج عيادية من التوظيف العقلي لدى الراشد والمسن ومقارنتها بدليل DSM و CIM، التشخيص الفارقي
- المحاضرة (12): المحور S: نماذج عيادية للأعراض (التجربة الذاتية) لدى الراشد (The Subjective Experience Symptom Patterns:)
- المحاضرة (13): المحور SE: نماذج عيادية للأعراض (التجربة الذاتية) لدى المسن (in the Elderly Symptom Patterns)
- المحاضرة (14): عرض نماذج عيادية للأعراض لدى الراشد والمسن ومقارنتها بدليل DSM و CIM، التشخيص الفارقي
- المحاضرة (15): امتحان (تقييم المعرف المكتسبة)

المحاضرة (01-02): بعض المفاهيم الأساسية حول تطور السير النفسي والخصائص السيكومرضية المنتشرة لدى الرائد المسن.

حسب نظرية إريك إريكسون لمراحل النمو ، تتطور الشخصية طوال الحياة. وتفترض نظريته ثمانى مراحل متميزة للنمو النفسي الاجتماعي، من الولادة وحتى الشيخوخة. تتميز كل مرحلة بأزمة أو صراع نفسي اجتماعي محدد له آثار بالغة على الشخصية والنمو الاجتماعي.

وتتميز مرحلة الشباب بتركيز الشباب على بناء علاقات حميمية، والحب، والالتزام. أما في مرحلة منتصف العمر، يسعى البالغون إلى المساهمة في العالم، غالباً من خلال الأسرة والعمل، والشعور بالإنتاجية والإبداع. وبالنسبة للشيخوخة، يتأمل الأفراد حياتهم ويشعرون بأنهم أنجزوا شيئاً ما أو يشعرون بالندم.

وقد اهتم ليونسون بفهم فترة الرشد بشكل أفضل. بحسب رأيه، تتألف حياة البالغين من ثلاثة مراحل متميزة:

من 18 إلى 45 عاماً: مرحلة الشباب

من 40 إلى 65 عاماً: منتصف العمر

60 عاماً فأكثر: الشيخوخة

خلال مرحلة البلوغ، يمر الأفراد بتحولات مختلفة، تتوافق مع المهام التنموية التي يواجهونها (مثل تكوين شراكة، وبناء مسيرة مهنية). تتضمن هذه التحوّلات فترة من التأمل والتحليل والتقييم، مما يُحدث أقل قدر من الاضطراب النفسي (غياب الارتباط). يمكن أن تحدث التحوّلات بسلسلة. مع ذلك، قد تنشأ أزمة لدى البعض. تُعرف الأزمة عموماً بأنها اضطراب في التوازن النفسي، حيث يشعر الفرد بالارتباط وعدم الفهم. قد تترافق هذه الفترة المضطربة مع فقدان معنى الحياة، حيث يتسائل البالغ عن هويته ومساره.

وفقاً لمنظمة الصحة العالمية:

-يبدأ نصف اضطرابات الصحة النفسية لدى البالغين قبل سن 18 عاماً، لكن معظم الحالات لا تُشخص ولا تُعالج. وتؤثر عوامل عديدة على رفاهية المراهقين وصحتهم النفسية. فالعنف والفقير والوصم

الاجتماعي والإقصاء والعيش في ظروف الأزمات الإنسانية والهشاشة قد تسهم في ظهور مشاكل الصحة النفسية لاحقاً.

- تتضمن مرحلة الشباب مهاماً نمائية محددة من المرجح أن تتغير في منتصف العمر:

• بناء حلم الحياة

• بناء مسيرة مهنية

• الاستثمار في علاقة عاطفية، وتكوين أسرة، وإيجاد نمط حياة

كما تتضمن ثلاثة مراحل انتقالية تخلّ بتوافق الفرد:

• **بين سن 17 و22 عاماً:** خلال هذه المرحلة، ينفصل الشاب عن والديه ويبني شبكته الخاصة من العلاقات الشخصية. عليه أن ينهي مرحلة المراهقة لينتقل بسلامة إلى عالم البالغين.

• **بين سن 28 و33 عاماً:** يراجع البالغ الخيارات التي اتخذها في العشرينات من عمره ويفكر في المستقبل. يقيم الفجوة بين حلم حياته وواقعه المعاش. قد تكون هذه المرحلة الانتقالية مؤلمة بشكل خاص للعديد من البالغين. يُنظر إلى نمط حياتهم حينها على أنه لا يُطاق، فيغرق الشخص البالغ في حيرة شديدة، وقد يفقد إحساسه بالهدف. هذه هي ما تُعرف بأزمة ربع العمر.

• **بين سن الأربعين والخامسة والأربعين:** خلال هذه المرحلة العمرية، قد تحدث أزمة منتصف العمر. يُعيد الشخص البالغ تقييم نمط حياته بشكل شامل، وقد تطرأ تغييرات جذرية على نظرته لنفسه ولمن يُحب، وقد تُصبح التغييرات في التداعيات الاجتماعية والمهنية حتمية. قد يُشكك الشخص البالغ في جميع جوانب حياته، ويقنع بأنه لا يستطيع الاستمرار على نفس المنوال.

• **بين سن الخمسين والخامسة والخمسين:** يشبه هذا التحول في نواحٍ عديدة التحول في الثلاثينيات. يُقيّم الشخص البالغ بنية حياته التي بناها خلال انتقاله إلى منتصف العمر. تكثر الأزمات خلال هذه الفترة، خاصةً للبالغين الذين لم يُجرروا تغييرات كبيرة في حياتهم في السنوات السابقة.

• **بين سن الستين والستين والستين:** تزامن هذه الفترة مع استعداد الكثيرين للتقاعد. تشير إلى نهاية بنية حياة منتصف العمر. يُجري الشخص البالغ تقييماً معمقاً لماضيه ويعيد تنظيم نفسه.

الشيخوخة من منظور منظمة الصحة العالمية:

من منظور بيولوجي، تُعد الشيخوخة نتاج تراكم مجموعة واسعة من الأضرار الجزيئية والخلوية مع مرور الوقت. ويؤدي ذلك إلى تدهور تدريجي في القدرات البدنية والعقلية، وزيادة خطر الإصابة بالأمراض، وفي النهاية، الوفاة. هذه التغيرات ليست خطية ولا منتظمة، ولا ترتبط ارتباطاً وثيقاً بعدد السنوات. إن التنوع الملحوظ في الشيخوخة ليس ولد الصدفة. فإلى جانب التغيرات البيولوجية، ترتبط الشيخوخة أيضاً بمرحلة انتقالية أخرى في الحياة، مثل التقاعد، والانتقال إلى مسكن أكثر ملائمة، وفقدان الأصدقاء أو الشريك.

تشمل المشاكل الصحية الشائعة المرتبطة بالشيخوخة فقدان السمع، وإعتام عدسة العين وعيوب الانكسار، وألام أسفل الظهر والرقبة، والتهاب المفاصل، ومرض الانسداد الرئوي المزمن، وداء السكري، والاكتئاب، والخرف. مع تقدم الناس في السن، يزداد احتمال إصابتهم بمشاكل صحية متعددة في آن واحد.

كما تتميز الشيخوخة بظهور العديد من المشاكل الصحية المعرفة التي تُعرف عادةً باسم متلازمات الشيخوخة. وتشمل هذه المتلازمات الوهن، غالباً ما ينجم سلس البول، والسقوط، والتشوش الذهني، وتقرحات الفراش عن عدة عوامل كامنة.

العوامل المؤثرة في الشيخوخة الصحية والتحديات التي تواجه كبار السن:

ترتبط بعض الاختلافات الملاحظة في صحة كبار السن إلى عوامل وراثية، بيئية، مادية واجتماعية (لا سيما السكن والأحياء والمجتمعات التي يعيش فيها هؤلاء الأفراد)، بالإضافة إلى الخصائص الشخصية (مثل الجنس والعرق والوضع الاجتماعي والاقتصادي). فالبيئة التي يعيش فيها الطفل، أو حتى البيئة التي ينمو فيها الجنين، إلى جانب الخصائص الشخصية، لها آثار طويلة الأمد على كيفية تقدمه في العمر.

يمكن للبيئات المادية والاجتماعية أن تؤثر على الصحة إما بشكل مباشر أو من خلال عوائق أو حواجز تؤثر على الفرص والقرارات والسلوكيات المتعلقة بالصحة. إن الحفاظ على سلوكيات صحية طوال الحياة، ولا سيما اتباع نظام غذائي متوازن، وممارسة النشاط البدني بانتظام، والامتناع عن التدخين، يُساعد على تقليل خطر الإصابة بالأمراض غير المعدية، وتحسين القدرات البدنية والعقلية، وتأخير الحاجة إلى الرعاية الصحية. وبالمثل، فإن البيئات المادية والاجتماعية الداعمة تُمكّن الأفراد من القيام بما هو مهم بالنسبة لهم، على الرغم من تراجع قدراتهم. تشمل الأمثلة المبنية ووسائل النقل العام الآمنة والميسّرة، والأماكن التي يسهل التنقل فيها سيراً على الأقدام. يتطلب العمل الفعال في مجال الصحة العامة لمواجهة الشيخوخة اتباع

نهج يركز على الفرد والبيئة، لا يقتصر على التعويض الجزئي عن الخسائر المرتبطة بالتقدم في السن فحسب، بل يعزز أيضاً التعافي والتكييف والتطور النفسي والاجتماعي.

لا يوجد ما يُسمى بـ"الشخص المسن النمطي". فبعض الأشخاص في الثمانين من العمر يتمتعون بقدرات بدنية وعقلية مماثلة لتلك التي يتمتع بها العديد من الأشخاص في الثلاثين من العمر. بينما يعاني آخرون، أصغر سنًا بكثير، من تراجع ملحوظ في قدراتهم في وقت مبكر. يجب أن يأخذ العمل الشامل في مجال الصحة العامة في الاعتبار هذا التنويع الواسع في التجارب والاحتياجات بين كبار السن.

إن التنويع الملحوظ في الشيخوخة ليس ولد الصدفة، بل يُعزى إلى حد كبير إلى البيئة المادية والاجتماعية للأفراد وتأثيرها على فرصهم وسلوكياتهم الصحية. تؤثر خصائصنا الشخصية، مثل الأسرة التي ولدنا فيها، وجنسنا، وعرقنا، على علاقاتنا ببيئتنا، مما يؤدي إلى تفاوتات صحية. يُفترض غالباً أن كبار السن ضعفاء أو معتمدون على غيرهم، وأنهم يشكلون عبئاً على المجتمع. يجب على الجهات الفاعلة في مجال الصحة العامة والمجتمع ككل معالجة هذه النظرة وغيرها من المواقف التمييزية ضد كبار السن التي قد تؤدي إلى التمييز وتؤثر على وضع السياسات وفرص تمتعهم بشيخوخة صحية.

التنظيمات السيكومرضية المنتشرة حسب السن:

المسنين	الراشدين	الشباب	الخصائص العمرية
<p>تنزامن هذه الفترة مع استعداد الكثيرين للتقاعد، إذ تشير إلى نهاية نمط الحياة المعتمد في بيئتهم. يقوم بالبالغون بتقييم شامل لماضيهم ويعيدون تنظيم حياتهم.</p>	<p>-يقيم بالبالغون بنية الحياة التي بنوها خلال انتقالهم إلى منتصف العمر. تكثر الأزمات خلال هذه الفترة، خاصةً للبالغين الذين لم يجروا تغييرات تذكر في حياتهم في السنوات السابقة.</p> <p>-يعدّلون/يعيدون ضبط/يتخلّون عن أحالمهم الحياتية. يُصبحون مرشدين يُعيدون النظر في عملهم يُقيّمون علاقاتهم العاطفية وأسلوب حياتهم.</p>	<p>-ينفصل الشباب عن والديهم وبينون شبكة علاقاتهم الشخصية الخاصة.</p> <p>-يخطون خطواتهم الأولى نحو عالم البالغين. يتخيّلون المستقبل. يقيّمون الفجوة بين أحالمهم الحياتية والواقع المعاش.</p> <p>-قد يكون هذا الانتقال مؤلماً بشكل خاص. قد يفقدون إحساسهم بالهدف.</p>	
<p>يعاني 14% من الأشخاص الذين تبلغ أعمارهم 60 عاماً فأكثر من اضطراب نفسي، ويعُدّ الاكتئاب والقلق أكثرها شيوعاً، بالإضافة إلى الخرف؛ وربع الوفيات ناجمة عن الانتحار.</p> <p>كما تنتشر أيضاً اضطرابات إدمان الكحول، واضطرابات النوم، والاضطرابات العصبية الإدراكية، والاضطرابات الذهانية.</p>	<p>ملاحظة: في عام 2019، كان 1/8 واحد من كل ثمانية بالغين يعاني من اضطراب نفسي.</p> <p>تُعد اضطرابات المزاج والقلق شائعة، بينما تظهر حالات مثل الفصام عادةً في أو آخر فترة المراهقة.</p> <p>اضطرابات الشخصية:</p>	<p>اضطرابات الأكل: تظهر غالباً في فترة المراهقة وبداية مرحلة البلوغ، وتصيب الفتيات أكثر من غيرهن، وكثيراً ما ترتبط باضطرابات أخرى كالاكتئاب والقلق.</p> <p>اضطرابات الشخصية: يتم تشخيص اضطرابات الشخصية بشكل أكثر شيوعاً، مع مظاهر متغيرة</p>	<p>اضطرابات النفسية الأكثر انتشاراً</p>

<p>يُعد الاكتئاب والقلق من أكثر الاضطرابات النفسية شيوعاً، ويساهم بشكل كبير في الإعاقة. تبلغ نسبة انتشار اضطرابات القلق حوالي 10%. قد تتجلى هذه الاضطرابات بأعراض جسدية مثل الخفاف، وتسارع ضربات القلب، وألم في منطقة الصدر، وارتفاع ضغط الدم. أما اضطرابات الاكتئاب، فتشمل اضطرابات النوم، وتغيرات في الشهية، وبطء الحركة، وأعراضًا معرفية.</p>	<p>يُقدر معدل انتشارها العالمي بنسبة 7.8%， مع ارتفاع المعدلات في البلدان ذات الدخل المرتفع (9.6%) مقارنة بالبلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط (4.3%).</p>	<p>الاضطرابات الذهانية يظهر الفحص عادةً في أواخر سن المراهقة، مما يجعل الكشف المبكر عن اضطرابات الناشئة أمراً بالغ الأهمية.</p>
<p>خطر الانتحار يُزيد الاكتئاب لدى كبار السن من خطر الانتحار.</p>	<p>اضطرابات المزاج: تُعد هذه الاضطرابات شائعة، إذ تصيب ما يقارب 31.4% من العينة السكانية. أظهرت الدراسات أن 20.9% من المرضى يعانون من اضطرابات اكتئافية، و 9.5% يعانون من اضطراب ثنائي القطب.</p> <p>-يرتبط الاكتئاب بخطر الانتحار، وقد يصبح مزمناً.</p>	<p>اضطرابات أخرى: اضطرابات الشخصية والسلوك</p>
<p>الاضطرابات الذهانية يُقدر انتشار الفحص بنسبة 0.5% و 0.1% تراوح بين لدى من تزيد أعمارهم عن 65 عاماً، مع بداية ظهور الأعراض في سن متاخرة.</p>	<p>الفحص: يبدأ غالباً في أواخر سن المراهقة، ولكنه قد يظهر لاحقاً.</p>	
<p>اضطرابات أخرى يُعد التشوش الذهني حالة طارئة متكررة نظراً لارتفاع معدل الوفيات المصاحب لها. قد يرتبط إدمان الكحول بتعاطي</p>	<p>-مسار المرض غير متجانس. بعد مرحلة حادة مصحوبة بأوهام و هلوسات، غالباً ما تسود أعراض سلبية متبقية (كاللامبالاة، والانطواء العاطفي، وغيرها). تتطور اضطرابات المعرفة</p>	

<p>المخدرات، كما أن اضطرابات النوم شائعة.</p> <p>التأثير على الحياة اليومية قد تؤدي هذه الاضطرابات إلى إعاقة خطيرة، ومشاعر بالضيق وانعدام القيمة.</p>	<p>عادةً بعد 5 إلى 10 سنوات من ظهور الأعراض.</p>		
<p>توجد علاقة وثيقة بين هذه الاضطرابات وجود أمراض جسدية، بالإضافة إلى عوامل اجتماعية كالشعور بالوحدة.</p> <p>الأمراض الجسدية: يُعد وجود مرض جسدي مزمن عامل خطر رئيسي للإصابة بالاكتئاب لدى كبار السن.</p>	<p>التفاعل بين الجينات والبيئة: تنتج الأمراض النفسية عن تفاعل معقد ومستمر بين العوامل الوراثية والبيئية.</p> <p>عوامل الخطر والحماية: لكل حالة مرضية، يمكن تحديد عوامل مهيأة، ومحفزة، ومُديمة، وواقية لتوجيه العلاج بشكل أفضل.</p>	<p>التفاعل بين الجينات والبيئة: تنتج الأمراض النفسية عن تفاعل معقد بين الاستعدادات الوراثية والعوامل البيئية.</p> <p>عوامل الخطر: يمكن لبعض العوامل البيئية أن تحفز التعبير الجيني: <i>épigénétique</i></p> <p>العرض لأحداث سلبية يرتبط الضغط النفسي والاجتماعي الناتج عن النمو غير الطبيعي، مثل البلوغ المبكر، بزيادة خطر الإصابة بالأمراض النفسية.</p>	<p>عوامل الخطر/ عوامل الحماية</p>
<p>العوامل الاجتماعية: تعتبر الوحدة، والفقد (خاصة الترمل)، وفقدان الدور الاجتماعي من العوامل المهمة المُسببة لقلق والاكتئاب.</p> <p>الاضطرابات العصبية الإدراكية: غالباً ما يكون لاضطرابات السلوكية المرتبطة بالاضطرابات العصبية الإدراكية الرئيسية سبب جسدي.</p>	<p>عوامل الحماية: السلوك العاطفي للفرد.</p>		
<p>تعاطي المواد: قد يكون إدمان الكحول شائعاً، غالباً ما يرتبط بتناول أدوية متعددة.</p>			

كما تُعد العلاقات الاجتماعية، والرضا عن الحياة، وجودة الحياة من العوامل المهمة أيضًا.			
---	--	--	--

المحاضرة (03): محاور الدليل التشخيصي الديناميكي (PDM2) نظرة تكاملية حديثة

مقدمة:

يقدم الدليل التشخيصي في الجزء الخامس من دليل PDM-2، تم تناول كبار السن للمرة الأولى التي يدرج فيها قسم منفصل عن كبار السن في أي دليل أو نظام تشخيصي رئيسي دليل DSM أو ICD، حيث احتوت الطبعة الأولى من دليل PDM على إشارات موجزة فقط لكبر السن، ثم قسم يتناول مراحل الحياة اللاحقة في دليل PDM2.

ما يميز الجزء الخامس من دليل (PDM-2)، هو أنه يتناول مواقعاً معاكضاً لما هو سائد في معظم المجتمعات، وهو أن كبار السن غير قادرين على التغيير. ويمثل القسم الجديد من PDM-2 نموذجاً يُسلط الضوء على الجوانب العاطفية والنفسية للحالات العقلية لدى كبار السن. تعتمد فصول هذا القسم من الدليل على معالجة كيفية تجربة المسنين للاضطراب، في سياق الحياة اليومية، والشبكات الاجتماعية، والتوقعات الثقافية، والاعتبارات المجتمعية العامة. وبالتالي، نحتفظ بإطار PDM-2 للمحاور M و P و S، مع تعديلات خاصة بكبر السن. على وجه التحديد، الفصول الثلاثة التالية هي كما يلي:

الفصل 12. ملامح الأداء العقلي لكبر السن - محور ME

الفصل 13. أنماط الشخصية والمتلازمات لدى كبار السن - محور PE

الفصل 14. أنماط الأعراض لدى كبار السن: التجربة الذاتية - محور SE

نشير إلى أنه تمأخذ أبعاد معينة في الاعتبار لمحاور / محاور فرعية إضافية في هذا القسم (مثل الحالة المعرفية ومستوى المشاركة)، ونظرًا لأن PDM-2 يسعى إلى تعزيز ارتباطه بالإصدارين DSM-5 و ICD-10، فقد تم تضمين مناقشات صريحة لهذه الأنظمة التشخيصية كلما كانت ذات صلة.

نظراً لندرة البحوث التجريبية حول كبار السن بشكل عام، وتحديداً حول الجوانب الديناميكية النفسية للشيخوخة، إلا أنه سعى PDM-2 إلى تضمين بحوث تجريبية تثري أوصافاً أكثر عملية ل مختلف الأضطرابات.

مع ذلك، نشير إلى بعض الملاحظات الأساسية:

1. التباين. هناك تباين هائل مرتبط بالشيخوخة. فقد يؤدي بعض كبار السن وظائف ومسؤوليات عالية بأمتياز، بينما لا يستطيع آخرون التعرف على أفراد أسرهم أو حتى النهوض من الفراش.

2. تصنیف كبار السن:

من المتعارف عليه أن الشيخوخة تبدأ عند سن 65 عاماً، وتصنف كبار السن عموماً إلى أربع مجموعات: "صغر السن" (64-55 عاماً)، "متوسطي العمر" (55-74 عاماً)، "كبار السن" (75-84 عاماً)، و"أكبرهم سنًا" (85 عاماً فأكثر).

3. الشيخوخة كعامل إيجابي: خلافاً للاعتقاد السائد، ترتبط الشيخوخة عموماً بفوائد صحية عاطفية وعقلية إيجابية، بما في ذلك زيادة الرضا عن الحياة وزيادة القدرة على إيجاد معنى لها.

4. الأمراض المزمنة والاضطرابات المصاحبة: ترتبط الشيخوخة بالأمراض المزمنة والاضطرابات المصاحبة. أي أن الحالات الطبية والعاطفية تميل إلى أن تكون مزمنة وتنعايش وتنقاش بطرق معقدة.

5. التغيير ممكن. حددت أبحاث علم الأعصاب مفهوم **الدونة العصبية**، ووجدت أن تغيير الدماغ (وربما العقل) ممكن، حتى في سن الشيخوخة. لهذه البيانات آثار واضحة على الأمل والفرص المتاحة لكبر السن.

6. الآراء والموافق الثقافية: تُعد الآراء والموافق الثقافية تجاه الشيخوخة اعتبارات مهمة في أي جهد لتصنيف حالات الصحة العقلية، وخاصة التصنيف الذي يركز على البعد النفسي الديناميكي. بشكل عام، يزداد تنوع كبار السن بشكل متزايد. لقد ثبت أن العوامل الإثنية/العرقية تلعب دوراً في الأبعاد الفسيولوجية/الطبية، مثل ضغط الدم والنوم، وكذلك في المواقف والتوقعات المتعلقة بالشيخوخة، والاعتماد على الآخرين، وترتيبيات المعيشة، والرعاية في نهاية الحياة.

قائمة محتويات PDM2

الجزء 5 : الحياة اللاحقة/ الشيخوخة	الجزء : 1 مرحلة الرشد/ النضج
ملامح الأداء العقلي لكبر السن - محور ME	<p>1. متلازمات الشخصية - المحور P</p> <p>مستوى تنظيم الشخصية (شدة الاضطراب)</p> <p>متلازمات الشخصية على المحور P</p>
1. القدرة على التنظيم والانتباه والتعلم 2. القدرة على المدى العاطفي والتواصل والفهم 3. القدرة على التأمل والوظيفة التأملية 4. القدرة على التمايز والتكامل (الهوية) 5. القدرة على العلاقات والألفة	<p>2. ملامح الأداء العقلي - المحور M</p> <p>تعريفات قدرات المحور M الثنائي عشرة</p> <p>تقييم تجاريبي لقدرات المحور M</p> <p>1. القدرة على التنظيم والانتباه والتعلم</p>

<p>6. القدرة على تنظيم تقدير الذات وجودة التجربة الداخلية</p> <p>7. القدرة على التحكم في الانفعالات وتنظيمها</p> <p>8. القدرة على الأداء الدفاعي</p> <p>9. القدرة على التكيف والمرؤنة والقوة</p> <p>10. قدرات الملاحظة الذاتية (العقلية النفسية)</p> <p>11. القدرة على بناء واستخدام المعايير والمثل الداخلية</p> <p>12. القدرة على المعنى والغرض</p> <p>أنماط الشخصية والمتلازمات لدى كبار السن - محور PE</p> <p>متلازمات الشخصية على محور PE</p> <p>أنماط الأعراض لدى كبار السن: التجربة الذاتية - محور SE</p> <p>اضطرابات ذهانية سائدة SE1</p> <p>اضطرابات المزاج SE2</p> <p>اضطرابات مرتبطة أساساً بالقلق SE3</p> <p>الاضطرابات المرتبطة بالأحداث والضغوط SE4</p> <p>اضطرابات الأعراض الجسدية والاضطرابات ذات الصلة SE5</p> <p>اضطرابات الأعراض المحددة SE6</p> <p>اضطرابات متعلقة بالإدمان SE7</p>	<p>2. القدرة على المدى العاطفي والتواصل والفهم</p> <p>3. القدرة على التأمل والوظيفة التأملية</p> <p>4. القدرة على التمايز والتكامل (الهوية)</p> <p>5. القدرة على العلاقات والألفة</p> <p>6. القدرة على تنظيم تقدير الذات وجودة التجربة الداخلية</p> <p>7. القدرة على التحكم في الانفعالات وتنظيمها</p> <p>8. القدرة للأداء الدفاعي</p> <p>9. القدرة على التكيف، والمرؤنة، والقوة</p> <p>10. قدرات مراقبة الذات (العقلية النفسية)</p> <p>11. القدرة على بناء واستخدام المعايير والمثل الداخلية</p> <p>12. القدرة على المعنى والغرض</p> <p>3. أنماط الأعراض: التجربة الذاتية - المحور S</p> <p>سياق التجربة الذاتية: الزمن</p> <p>الأمراض المصاحبة</p> <p>التجارب النفسية التي قد تتطلب عناية سريرية</p> <p>S1 اضطرابات ذهانية في الغالب</p> <p>S2 اضطرابات المزاج</p> <p>S3 اضطرابات مرتبطة أساساً بالقلق</p> <p>S4 الاضطرابات المرتبطة بالأحداث والضغوط</p> <p>S5 اضطرابات الأعراض الجسدية والاضطرابات ذات الصلة</p> <p>S6 اضطرابات أعراض محددة</p> <p>S7 اضطرابات متعلقة بالإدمان وحالات طيبة أخرى</p>
--	--

المحاضرة (04) المحور P: تأثيرات الشخصية لدى الرائد (Syndromes)

مستوى تنظيم الشخصية (شدة الاضطراب) :

مستوى التنظيم	الخصائص العامة
الصحي Healthy level	يُعبر علم النفس المرضي عن تفاعل عوامل الضغط النفسي مع الحالة النفسية الفردية. يتمتع بعض الأشخاص الذين تظهر عليهم أعراض الضغط النفسي بشخصيات صحية بشكل عام.
العصابي Neurotic level	الأفراد ذوي التنظيمات الشخصية العصابية يتميزون بصلابتهم النسبية. يميلون إلى الاستجابة لضغط معينة بنطاق محدود نسبياً من الدفءات واستراتيجيات التأقلم. أنماط الشخصية والاضطرابات الشائعة في هذه المرحلة من سلسلة الشدة هي الشخصية الاكتابية، والشخصية الهمسية- الهمسية (استخدم مصطلح "همسية" للدلالة على مجموعة من الديناميكيات في نطاقات الأداء الأعلى، بينما دلت كلمة "همسية" على تلك الديناميكيات في النطاقات الحدية والذهانية)، والشخصية الراهيبة، والشخصية الوسواسية القهقرية.
الحدادي Borderline level	قد تقتصر الأنماط الدفاعية غير التكيفية للأفراد في النطاق العصابي على مجال صعوبتهم الخاصة : مشاكل في السلطة، مثلًا. خارج مجالات صعوبتهم، قد يتمتع الأشخاص في المستوى العصابي بسجل عمل مُرض، ويحافظون على علاقات جيدة مع الآخرين، ويتحملون الانفعالات المزاجية دون اتخاذ إجراءات متهرة أو غير مدرورة، ويكونون قادرين على التعاون في علاقة علاجية ومستعدين لذلك. لديهم بعض المنظور حول صعوباتهم المترددة، وبمكانتهم تخيل كيف يرغبون في التغيير، وعادةً ما يشكلون تحالفات عمل كافية مع أطبائهم.

الذهاني	ينطوي المفهوم التقليدي للذهان على قطعية مع الواقع. فبعض المرضى الذين لم يُشخصوا فقط بمرض ذهاني، أو الذين عانوا من نوبات ذهان يبدو أنهم يتصرفون منه بسرعة وبشكل كامل، قد يُعانون مع ذلك من سمات ذهانية مثل <u>التفكير المُعمّم</u> أو <u>الملموس أو الغريب</u> ، <u>والسلوكيات غير اللائقة اجتماعياً</u> ، <u>والقلق الشامل والشديد</u> ؛ <u>والاقتناع الراسخ</u> بصحة ما يُنسبونه إلى شخص ما، بغض النظر عما قد ي قوله أو يفعله هذا الشخص. وقد يُنسب الأشخاص الذين يعانون من أشد اضطرابات الشخصية أفكارهم ومشاعرهم إلى الآخرين، <u>ويُقتنعون</u> بصحة تصوراتهم الخاطئة، <u>ويتصرفون بناءً</u> على هذه التصورات.
رداً على القلق المُرعب، قد يستخدمون دفاعات بدائية مثل <u>الإنكار الذهاني</u> ، <u>والانسحاب التوحيدي</u> ، <u>والتشويه</u> ، <u>والإسقاط الوهمي</u> ، <u>والتجزئة</u> .	

متلازمات الشخصية على المحور P

1- الشخصيات الاكتابية (بما في ذلك تعليقات على مظاهر الهوس الخفي والمazonoxie)

قد تكون الشخصية الاكتابية أكثر متلازمات الشخصية شيوعاً في الممارسة السريرية ، بحيث يجد الأفراد ذوو الشخصيات الاكتابية متعة ضئيلة في أنشطة الحياة، ويكونون عرضة بشكل مزمن للتأثيرات المؤلمة، و خاصة الاكتئاب، والشعور بالذنب، والعار، والشعور بالقصص. ويبدو عليهم صراع داخلي بشأن تجربة المتعة، ويبدو أنهم يكتبون أو يثبطون المشاعر الإيجابية كالفرح والإثارة والفخر. تتركز المواضيع النفسية السائدة على الهجمات الداخلية على الذات (مثل "العدوان الموجه نحو الداخل")، أو الرفض والفقد، أو كليهما. قد يكون الأفراد ذوو الشخصيات الاكتابية شديدي النقد الذاتي أو معاقبة الذات، ويضعون أنفسهم تحت معايير غير واقعية، ويلومون أنفسهم عندما تسوء الأمور. قد يخافون من الرفض أو الهجر، أو يشعرون بالوحدة حتى في وجود الآخرين، أو يتناولون شعوراً دائم بفقدان شخص أو شيء ضروري لسلامتهم إلى الأبد.

الدفاعات الهوسية الخفيفة ضد التأثير الاكتابي:

تصف الأدباء السريرية أيضاً ظاهرة عُرفت تقليدياً باسم "الشخصية الهوسية الخفيفة"، حيث يُدافع التفاؤل والطاقة المُفرطان والملزمان ضد الأفكار الاكتابية الكامنة. يُثير مصطلح "الهوس الخفي" لبساً بسهولة، إذ يُستخدم المصطلح نفسه للإشارة إلى أمررين مختلفين: أسلوب دفاعي (في الأدباء التحليلية النفسية) وأحد أقطاب اضطراب المزاج ثان القطب (في الأدباء النفسية بشكل عام). تتميز الشخصية الهوسية الخفيفة، كما يُفهم تقليدياً، بتضخم خفي في المزاج، وطاقة عالية، وغياب واضح للشعور بالذنب، وتغافل مبالغ فيه للذات، وقابلية للتعرض لإدمان المخدرات، وذكاء وجاذبية في العلاقات الشخصية في سياق علاقات سطحية إلى حد ما.

التمييز بين ديناميكيات الشخصية الاكتابية والمazonoxie : تزخر الأدباء التحليلية النفسية بقصص مرضى يتصرفون بطرق تبدو مناقضة تماماً لراحتهم الشخصية، ويبدون منجذبين لا شعورياً إلى الألم والمعاناة ("المazonoxie"). ظاهرياً، قد تشبه ديناميكيات المazonoxie، نظراً لبروز الألم العاطفي في الأعراض السريرية. ومع ذلك، فإن ديناميكيات المazonoxie والاكتابية ظاهرتان مختلفتان، وغالباً ما تتطلبان أساليب علاجية مختلفة.

2- الشخصيات المعتمدة على الآخرين:

يلجأ بعض الأشخاص إلى العلاج النفسي لأن شخصياتهم تتميز بشكل أساسي باحتياجات اعتمادية مفرطة. ولأن الأفراد الذين يعانون من نفسية اعتمادية شديدة قد يجدون أنفسهم غير قادرين على ترك العلاقات الاستغلالية أو حتى المُسيئة، فقد وصفت هذه الظواهر أحياناً بأنها "محبطة للذات" أو "مازوخية". يوجد الأفراد الذين يعانون من اعتمادية مفرطة من حيث

الشخصية في جميع مستويات الشدة. يُعَرِّفون أنفسهم بشكل رئيسي من خلال علاقتهم بالآخرين، ويسعون إلى الأمان والرضا بشكل رئيسي في السياقات الشخصية. قد تظهر الأعراض النفسية عندما يحدث خطأ ما في علاقة تعلق أولية. على المستوى العصبي، قد يلجأ الأشخاص ذوو الشخصية المعتمدة إلى العلاج في منتصف العمر أو بعده، بعد الفجيعة أو الطلق. على المستويات الحدية والذهانية، قد يصبح المرضى المعتمدون غير منظمين عندما يتوقعون منهم الاعتماد على مواردهم الخاصة وقد يستخدمون دفاعات مكلفة، مثل التمثيل الجسدي والتمثيل، في محاولات يائسة للحصول على الرعاية. Acting out.

3- الشخصيات القلقة-التجنبية والرهابية:

لقد وصفنا الشخصيات الرهابية في النسخة السابقة بأنها منفصلة عن الشخصيات القلقة، ولكن استجابةً للبحوث القائمة، وفي محاولة للتأكيد على الاستمرارية الشاملة بدلاً من الأنواع الفرعية المنفصلة بشكل مصطنع لتكوين الشخصية، فإننا ندرج في PDM2 القلق والتجنب والرهاب في مجموعة قلق عامة واحدة ونُصُور هنا اختلافات محددة.

تشير إلى وجود القلق في مستوى التوظيف العصبي وفي النطاقات الحدية. على المستوى الذهاني، يُصبح الأفراد الذين يعانون من نفسية مدفوعة بالقلق ممثلين بالخوف لدرجة أنهم يعتمدون على دفاعات خارجية بدائية تتدخل مع المنطقة البارانووية. في النطاقات الوظيفية الأعلى، يbedo المرضى الذين يعانون من بنية شخصية قلقة في البداية إما هستيريين (ومن هنا جاء التشخيص القديم "هستيريا القلق") أو مهووسين/وسواس، اعتماداً على كيفية محاولتهم التعامل مع شعورهم الشامل بالخوف. على عكس الأفراد الذين يعانون من اضطرابات نفسية هستيرية أو وسواسية، فإنهم يدركون قلقهم باستمرار لأن جهودهم الدفاعية تفشل في إبعاد خوفهم عن الوعي. يربط مرضى الرهاب والتجنب هذه المخاوف بأشياء أو مواقف محددة، فيحاولون الابتعاد عنها؛ بينما يعاني آخرون من قلق فطري من شعور عام بالقلق، دون أي فكرة عما يخيفهم.

يمكن أن يكون المرضى المصابون بالرهاب والانطوائية خجولين ومحظيين، ويسعون إلى الشعور بالنقص وعدم الكفاءة، والتردد، والانطواء، وقد يواجهون صعوبات في إدراك مشاعرهم ووصفها. كما يُبدون صعوبات في تحديد أفكارهم المشحونة بالقلق، وربطها بمحفزات بيئتهم، والسيطرة عليها.

4- الشخصية الوسواسية الظهرية: يتميز أصحاب هذه الشخصية بتقييدهم العاطفي وضبطهم. فهم يفضلون التصرف كما لو أن مشاعرهم لا أهمية لها، ويدافعون عن أنفسهم ضد المشاعر والرغبات المهددة من خلال الحمود والتنظيم والعقانة. يميلون إلى الاهتمام المفرط بالقواعد والإجراءات والنظام والتنظيم والجداول الزمنية، وما إلى ذلك، وقد ينشغلون بالعمل والإنتاجية بشكل مفرط على حساب أوقات فراغهم وعلاقتهم. يعتمدون على العقلنة كوسيلة دفاع، ويسعون إلى اعتبار أنفسهم منطقين وعقلانيين، غير متأثرين بالعاطفة. يميلون إلى التفكير المجرد أو الانشغال بالتفاصيل. تحت مظهر خارجي منظم ومنضبط، فإنهم منشغلون بقضايا أساسية تتعلق بالسيطرة. إن الصلابة والنظام والفكارانية تدافع ضد الوعي بالصراع الأساسي والعواطف المصاحبة له.

5- الشخصيات شبه الفصامية:

نركز هنا على متلازمة الشخصية الأقل شيوعاً التي وصفها كتاب التحليل النفسي، ونشير ببساطة إلى أن مصطلح "الفصامي" قد استُخدم بشكل مختلف في الأدب السريري الأوسع (وخاصةً النفسية). يشعر الأفراد ذوو أنماط الشخصية شبه الفصامية بسهولة بخطر الانغماس، والتشابك، والتحكم، والتطفل، والإفراط في التحفيز، والصدمة النفسية - وهي مخاطر ترتبط بالانحراف مع الآخرين . قد يبدون منفصلين بشكل ملحوظ، أو قد يتصرفون بطريقة اجتماعية مناسبة، بينما ينشغلون في حياتهم الخاصة بعالمهم الداخلي أكثر من اهتمامهم بالعالم الشعري المحيط . ينسحب بعض الأفراد الفصاميين إلى بيئات منعزلة، بينما ينسحب آخرون بطرق نفسية أكثر إلى حياة الخيال في عقولهم .

على الرغم من أن الأفراد المصابين بانفصام حاد، وخاصةً أولئك الذين يعانون من النمط الفصامي، قد يبدون غير مبالين بالقبول أو الرفض الاجتماعي، لدرجة امتلاكهم غرائب تُنفر الآخرين، إلا أن هذه اللامبالاة الظاهرة قد تكون مرتبطةً أكثر بإرساء مستوى مقبول من المسافة بينهم وبين الآخرين منها بجهلهم بالتوقعات الاجتماعية.

6- الشخصيات الجسدية:

تُعد الشخصية الجسدية والانشغالات الجسدية شائعةً في جميع أبعاد الشدة، ولكن يصعب علاجها بشكل خاص في النطاق الحدّي، حيث قد يتداخل المرض بشكل خطير مع استمرارية العلاج. في النطاق الذهاني، حيث قد تُعبر الانشغالات الذهانية عن نفسها كأوهام جسدية.

سُريرياً، يصعب تحديد ما إذا كان أسلوب الشكوى المُنغمِس في الذات، الشائع بين المصابين بأمراض مُعَدَّة وغير قابلة للتفسير، يُمثِّل سمات شخصية سابقة أم عواقب نفسية لانزعاج جسدي مزمن.

قد يُظهر بعض المرضى المصابين بالاضطراب الجسدي مزيجاً من الانشغالات الوهمية، والمرض الجسدي القابل للتشخيص المعروف بأنه مرتبط بالتوتر، والأعراض الجسدية التي تُعبر عن أفكار ومشاعر مؤلمة للغاية. غالباً ما يستشير المريض المصاب بالاضطراب الجسدي المعالج النفسي في حالة يأس، بناءً على إلحاح سلسلة من المتخصصين الطبيين المهزومين. قد يصل المريض الذي يُرسل إلى العلاج بهذه الطريقة في حالة ذهنية مستاءة ودفافية. يُعد الإدمان على مسكنات الألم الموصوفة من المضاعفات الشائعة.

يلوّح بشكل متكرر على مرضى التجسد العجز عن التعبير عن المشاعر لفظياً، كما وصف Marty و Muzan مرضى التجسد بأنهم يستخدمون "الفكير التشغيلي"، أي أنهم يفتقرُون إلى الخيال، وغير قادرٍ على التعبير الرمزي، ويركزون على "الأشياء" أكثر من تركيزهم على انتِجات الخيال. تمثل انشغالاتهم إلى أن تكون ملموسة ومتكررة.

7- الشخصيات الهستيرية-الهستيريونية:

ينشغل أصحاب أنماط الشخصية الهستيرية-الهستيريونية بالجنس والتوجه الجنسي وعلاقتهم بالسلطة. لا شعورياً، يرون جنسهم ضعيفاً أو معيباً أو أدنى منزلة، بينما يرون الجنس الآخر قوياً ومثيراً ومحظياً ومثيراً للحسد. أما فيما يتعلق بسلوكيهم الخارجي، فغالباً ما يبدون مبهجين، باحثين عن الاهتمام، ومُغرين (مع أن فئة منهم قد تبدو، على نحو متناقض، ساذجة ومحفظة بشكل غريب). قبل أن يُقدم الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية (DSM-III) تشخيص اضطراب الشخصية الهستيرية، استخدم معظم مفكري التحليل النفسي مصطلح "هستيري" للأشخاص المنظمين عصابياً الذين لديهم هذه الديناميكيات الشخصية، و"هستيريوني" لمن هم في نطاقات الشخصية الحدية والذهانية.

يميل الأفراد ذوي الشخصية الهستيرية-الهستيريونية إلى السعي وراء السلطة عبر الإغراء تجاه الأشخاص من الجنس المُبالغ في تقديره. لهذا الاستخدام (أو إساعه الاستخدام) للجنس وظيفة دفافية، إذ يُساعد على درء مشاعر الضعف أو النقص أو الخوف، واكتساب شعور بالقدرة أو السيطرة على الجنس الآخر المُثير (والمحسود والمُخيف). ومع ذلك، تُعد العلاقة الحميمية الجنسية مصدراً للصراع بسبب الشعور اللاواعي بالخجل من جسد المرأة ذي الجنس الآخر والخوف من أن يُؤذنه الآخر الأقوى. غالباً ما يتباكي الأشخاص ذوي الشخصية الهستيرية-الهستيريونية بجنسانيتهم بطريقة استعراضية، في محاولة لـ واعية لمواجهة الشعور اللاواعي بالخجل والخوف (مع أن بعضهم يتتجنب الجنس أو لا يستجيب له).

8- الشخصيات النرجسية:

يعيش الأفراد ذوي الهواجس النرجسية الإشكالية على امتداد سلسلة متواصلة من الشدة، من المستوى العصابي إلى المستوى الذهاني في التنظيم. في الطرف العصابي من الطيف، قد يكون الأفراد النرجسيون ملائين اجتماعياً، وناجحين على المستوى الشخصي، وساحرين، ومتكفين بشكل معقول مع ظروفهم العائلية وعملهم واهتماماتهم (على الرغم من ضعف قدرتهم على إقامة علاقات حميمة). في المقابل، يعاني الأشخاص ذوي الشخصيات النرجسية في المستويات الأكثُر مرضية، سواء كانوا ناجحين على المستوى الشخصي أم لا، من تشنّت الهوية (غالباً ما يكون مخفياً وراء عرض ذاتي متعال)، وقد يتصرفون بطرق مدمرة للغاية وسامة للآخرين. النوع الأكثر إشكالية من الأفراد النرجسيين بأنه مشبع بـ "النرجسية الخبيثة" (أي النرجسية الممزوجة بالعدوان السادي) وهي حالة تكون على استمرارية مع الشخصية السيكوباتية.

تتمثل التجربة الذاتية المميزة للأفراد النرجسيين في الشعور بالفراغ الداخلي وانعدام المعنى الذي يتطلب دفعات متكررة من التأكيد الخارجي على أهميّتهم وقيمتهم. قد يشعر الأفراد النرجسيون الذين ينجون في استخراج هذا التأكيد في شكل مكانة أو إعجاب أو ثروة أو نجاح بنشوة داخلية، ويتصرون بطريقة عظيمة ومتغطرسة، ويظهرون شعوراً بالاستحقاق، ويعاملون الآخرين (خاصة أولئك الذين يُنظر إليهم على أنهم من مكانة أدنى) بازدراء. عندما تعجز البيئة عن توفير مثل هذا الدليل، قد يشعر الأفراد النرجسيون بالاكتئاب والخجل والحسد من ينجون في بلوغ المكانة التي يفتقرون إليها. غالباً ما يتخيلون نجاحاً لا حدود له، وجمالاً، وقوة، وقد يكون افتقارهم للحقيقة في العمل أو الحب أمراً مؤلماً.

9- الشخصيات البارانوية:

الأفراد الذين يعانون من البارانويا بشكل مزمن لدرجة إصابتهم باضطراب شخصية قابل للتشخيص، يقعون بشكل رئيسي في نطاق الشخصية الحدية والذهانية. تتميز الاضطرابات النفسية البارانوية بانفعالات ودوافع وأفكار لا طلاق، يتم إنكارها ونسبها للآخرين، ثم يُنظر إليها بخوف وأو غضب. قد تشمل المشاعر المنكحة العداء، كما في الاعتقاد البارانويدي الشائع بأن المرء يتعرض للاضطهاد من قبل آخرين معادين؛ والانجداب، كما في الاعتقاد بأن للآخرين نوايا جنسية تجاه نفسه أو تجاه الأشخاص الذين يرتبط بهم (مثل ظاهرة الغيرة البارانويدية الشائعة أو متلازمة أورومانيا). قد يتم أيضاً التبرؤ من مشاعر مؤلمة أخرى، كالكراء والحسد والعار والازدراء والاشمئزاز والخوف، وإسقاطها.

10- الشخصيات السيكوباتية: نفضل المصطلح السابق "سيكوباتي" على المصطلح الحالي "معادي للمجتمع"، حيث كثيرون من الأشخاص ذوي الشخصيات السيكوباتية ليسوا معاديين للمجتمع بشكل واضح؛ أي أنهم لا يتعارضون بشكل ملحوظ مع الأعراف الاجتماعية، بل كثيرون منهم قادرون على تحقيق القبول الاجتماعي وحتى الإعجاب. على الرغم من أن العديد من الأفراد السيكوباتيين يواجهون مشاكل مع السلطات، إلا أن بعضهم بارع في التهرب من المسائلة عن الضرر الذي يلحقونه بالآخرين.

عادةً ما يكونون على حافة نطاق الذهان من حيث الشدة ، يميلون عادةً إلى السعي وراء السلطة لذاتها. يستمتعون بخداع الآخرين والتلاعب بهم. على الرغم من أن الصورة النمطية للشخصية المعادية للمجتمع تتضمن العداوة والعنف، إلا أن العديد من الكتابات السريرية أشارت أيضاً إلى أشكال أكثر سلبية وطفيفة من السيكوباتية مثل مخططات الاحتيال.

11- الشخصيات السادية:

يُلاحظ تنظيم الشخصية السادية بشكل رئيسي على المستوى الحدي أو الذهاني، ويتمحور حول فكرة الهيمنة. داخلياً، قد يعاني الشخص السادي من الخمول والعمق العاطفي، الذين يُخففان من خلال إلحاق الألم والإذلال - في الخيال غالباً في الواقع.

12- الشخصيات الحدية:

يتميز هذا النمط بصعوبات مزمنة وطويلة الأمد في تحمل وتنظيم العواطف، ويتضمن اعتبار شخصيات التعلق (مثل المعالجين) كأشخاص آمنين ، مما يؤدي إلى معاملتهم بمجموعات مربكة من التشبت اليائس والهجوم العدائي. في أبحاث التعلق، حدد الباحثون نمط تعلق، وتشير الأبحاث العلمية العصبية إلى أن الصدمة المبكرة يمكن أن تضر بقدرات التحكم التنفيذي (وبالتالي التنظيم العاطفي).

ينظر الباحثون إلى الشخصية الحدية من منظور الاعتماد على الانشطار والتماهي الإسقاطي، وغيرها من الدفءات باهظة التكلفة، ومشاكل في الإدراة النفسية وتنظيم العواطف ، والتعلق غير منظم/مشوش أو نمط تعلق غير آمن، عدم القدرة على التفكير (التعرف على الحالات الداخلية في الذات والآخرين التي تشكل أساس السلوكيات) ، وعدم القدرة على تجربة استمرارية الذات والآخرين .

المحاضرة (05): المحور PE: تنازرات الشخصية لدى المسن (Profile of Mental Functioning for the Elderly)

مقدمة:

تختلف تقديرات انتشار اضطرابات الشخصية بين كبار السن باختلاف البيئة، حيث تتراوح التقديرات بين 2.8% و13% من كبار السن في المجتمع، و5% و33% من كبار السن المتربدين على العيادات الخارجية، و7% و61.5% من كبار السن المقيمين في المستشفيات/

تشير نتائج المسح الوبائي الوطني الأمريكي حول الكحول والحالات ذات الصلة إلى أن حوالي 8% من كبار السن الأمريكيين (65 عاماً فأكثر) يعانون من اضطراب واحد على الأقل في الشخصية، وأكثرها شيوعاً هو اضطراب الشخصية الوسواسية القهري. وتجد بعض الدراسات أن 17% من كبار السن يعانون من اضطراب الشخصية الوسواسية القهري، و12% يعانون من اضطراب الشخصية التجنبية، مقابل 5% فقط يعانون من اضطراب الشخصية الحدية.

يختلف محور PDM-2 PE عن الدليل التشخيصي والإحصائي لاضطرابات العقلية (DSM) والتصنيف الدولي للأمراض (ICD) في التركيز على الأشخاص بدلاً من الاضطرابات، وعلى (1) مستوى تنظيم الشخصية و(2) أسلوب أو نمط الشخصية،

يمكن تطبيق المستويات المختلفة لتنظيم الشخصية، الموصوفة بالتفصيل في الفصل الأول، على كبار السن أيضاً، ويمكن أن تكون مفيدة للتقييم السريري. قد تزيد عملية الشيخوخة من شدة بعض الأعراض والسلوكيات النموذجية لمختلف الشخصيات المرضية، أو في بعض الحالات، يمكن أن تقلل من مدى وكمية الألم الذي يشعر به الشخص أو يلاحظه موضوعياً. هذا يعني أن كبار السن قد ينتقلون من مستويات أقل تطوراً إلى مستويات أكثر تقدماً في تنظيم الشخصية (أو العكس) بسبب أحداث الحياة الخاصة بالشيخوخة، وكذلك بسبب التغيرات الجسدية والنفسية والمعرفية المرتبطة بالعمر. ومع ذلك، في معظم الحالات، ما يتغير هو المظاهر السلوكية والمشاعر السائدة المرتبطة بمستوى تنظيم الشخصية النموذجي للمريض في مرحلة البلوغ المبكرة. من المعروف أن عملية الشيخوخة تحدث تغييرات لا حصر لها في حياة الفرد - وهي بالتأكيد تغيرات أكثر تواتراً وعمقاً من تلك التي حدثت خلال منتصف العمر - وأن هذه التغييرات قد تُفاقم مستوى تنظيم الشخصية أو مظاهرها. في المقابل، هناك أيضاً بعض الفروض الموضوعية للانفصال (عن العلاقات الاجتماعية، والالترامات المهنية، أو العلاقات الحميمة) التي تُشجع، في بعض الشخصيات، على التكيف بشكل أفضل. يُعد هذا التفاعل المعتقد بين المتغيرات الموضوعية وتنظيم الشخصية سبباً مهماً للتفكير في السمات السريرية لأنماط الشخصية المختلفة في الشيخوخة.

كما هو الحال دائماً، يكتسب تاريخ فترات الحياة السابقة أهمية كبيرة في هذه الحالات؛ حيث تساعد المظاهر السابقة للشخصية المعتمدة الطبيب على تقييم الحالة النفسية المرضية الحالية بشكل صحيح.

1- الشخصية الاكتنابية: يُعد التشخيص الصحيح لهذه الفئة من أنماط الشخصية معقداً لدى كبار السن نظراً لانتشار اضطرابات الاكتنابية وتكرار الأحداث المُرْهقة التي قد تؤدي إلى تداخل أعراض الاكتناب. تشمل الأحداث والظروف المُرْهقة فقدان العلاقات، وتدور الحالة الوظيفية، وتدور الحالة الصحية، والتقادم، والانقال، والعزلة الاجتماعية. في الواقع، قد يتم تجاهل مشاكل الاكتناب لدى كبار السن بسبب افتراض أن الاكتناب "طبيعي" لديهم. حيث تظهر آلية الإسناد السلبي للذات (والتي غالباً ما ترتبط بال موقف المهزوم للذات) فيما يتعلق بالذنب/الذنب/الفرص الضائعة في الماضي. التاريخ السريري للشخصية الاكتنابية يزيد من خطر ردود الفعل الاكتنابية تجاه الأحداث المختلفة المرتبطة بالعمر، وقد يُسرّع القلق والاكتناب من تطور اضطرابات عصبية معرفية مُعيبة بشكل ملحوظ.

2- الشخصية الاعتمادية: يبدو أن الميل الذاتي للاستجابة بموقف الاعتماد على الآخرين تجاه مشاكل العمر يرتبط بمتغيرات شخصية مختلفة: الشعور السابق بالاستقلالية، والقدرة على الاستجابة العاطفية، وفعالية قدرات التكيف. يُظهر كبار السن ذنو الشخصيات المعتمدة سلوكاً متشابهاً مرتبطاً بحاجة مُفرطة للرعاية. غالباً ما يرتبط هذا بتجربة داخلية للذات كضعف

وهشاشة وخشية وعجز عن التعامل مع مهام الحياة المختلفة. تُشكّل الحاجة إلى القرب جوهر هذا الطلب العائقي . نقطة انطلاقه هي الخوف من الوحيدة والهجر والموت ورؤية الذات كشخص غير قادر على البقاء وحيداً. تتجلى سمات هذا النمط من الشخصية بشكل خاص عندما يتفاعل كبار السن مع وفاة زوجهم/زوجها . يُشدد الشخص المسن على الصعوبات الجسدية والنفسية المرتبطة بالعمر كأسباب مُبررة لطلب القرب والدعم. يدفعه الخوف من الهجر إلى إظهار نفسه أضعف مما هو عليه في الواقع. تبرز مشاعر الضعف والعجز، وتزداد مع الصعوبات المرتبطة بالعمر.

3- الشخصية القلقية - التجنبية: القلق شائع لدى كبار السن ويمكن إرجاعه إلى تجارب حياتية سابقة، بما في ذلك قلق الانفصال في مرحلة الطفولة . يُعد القلق مكوناً شائعاً لمجموعة واسعة من أنماط الشخصية ومع ذلك، من السهل نسبياً، بشكل عام، التمييز بين خصائص القلق المرضي الواضح والضغط النفسي المرتبط غالباً بالتحديات المعرفية والجسدية لعملية الشيخوخة. تحتل مسألة السلامة والخوف من المخاطر الصدرية، وتکاد جميع الخيارات السلوكية تُحرکها هذه المخاوف. يهيمن القلق على السلوكيات والمواقف، بغض النظر عن درجة الخطورة الفعلية في المواقف. وتزيد الإعاقات المرتبطة بالعمر من الشعور بالخطر، مصحوباً بانخفاض الثقة بالنفس.

4- الشخصية الوسواسية-القهري: ويزداد الأمر تعقيداً لأن أعراض الشخصية الوسواسية القهريّة (مثل أعراض الشخصية البارانويا) تزداد عموماً مع التقدم في السن. غالباً ما يكون نمط أو اضطراب الشخصية الوسواسية القهريّة مزمناً ومستمراً؛ وقد يحدث مصاحباً لاضطراب الوسواس القهري (OCD) أو حالات أخرى تتضمن القلق أو الذهان. إن مسألة السيطرة، سواءً على الذات أو على الآخرين، مسألة جوهريّة. ينظر إلى عملية الشيخوخة على أنها تهدى للقدرة على ممارسة السيطرة، وهذا يؤدي إلى تصلب المخاوف الوسواسية والسلوكيات القهريّة.

تُعالج مشاعر الخوف والخجل والغضب من خلال الأفكار العقلانية أو من خلال أفعال تهدف إلى ممارسة السيطرة. يستجيب الشخص بغضب لأي محاولة للتدخل في هذا الموقف، ويسدد من الأفكار والسلوكيات المتكررة.

هناك خوف دائم من فقدان السيطرة، ويزداد ذلك بإدراك نقاط الضعف المعرفية والعاطفية والجسدية المرتبطة بالعمر.

5- الشخصية شبه-الفصامية: قد يُقال كبار السن من عدد علاقاتهم ونطاقها - ربما نتيجةً لميلهم إلى الانفصال العاطفي ، علاوةً على ذلك، يمكن لبعض الإعاقات الحسية الشائعة في مراحل متقدمة من العمر (مثل ضعف السمع والبصر) أن تُؤثّر في التواصل الاجتماعي. كما تُسمّم بعض الأحداث النمطية للشيخوخة (التقاعد، والترمل، وغيرها من الخسائر) في تقليل التواصل الاجتماعي.

التحدي بالنسبة للأخصائي هو تحديد الفرق بين الانفصال، والعاطفة المسطحة، والبرودة العاطفية التي تميز الأفراد المصايبين بالفصام وتميزهم عن كبار السن الذين قد يكونون ببساطة معزولين اجتماعياً.

يُلاحظ الانسحاب من العلاقات وضعف الاستثمارات العاطفية مع وجود تاريخ سابق من الانسحاب والحساسية المفرطة للمثيرات . يُنظر إلى وجود الآخرين على أنه أمرٌ مُرهق، وعادةً ما يتم تجنبه. هناك تعبير ضئيل عن الاهتمام بأفكار الآخرين أو مشاعرهم أو سلوكياتهم.

6- الشخصية الجسدية: شخصية الشخصية الجسدية، فإن نقطة البداية هي التاريخ الطبي للفرد، بالإضافة إلى ملاحظة سلوكه الحالي. ينبغي مراعاة بعض مؤشرات الشخصية الجسدية المحتملة إذا انتبه ما يلي :

- لا ترتبط الشكاوى الجسدية بمرض محدد أو تبدو مرتبطة بالعديد من الأمراض المختلفة.
- يمارس المريض سلوكيات تجنب أو عزلة اجتماعية ويبصرها بالصعوبات الجسدية.
- يقوم المريض بسلوك غريب لا ينتفاق مع مرضه الفعلي أو لا يبرره.
- يحدث تغيير في التعبير عن الأعراض وشدتتها في مواقف محددة (مثل تجنب العلاقات الاجتماعية) أو عند وجود شخصيات محددة (الأطفال، الزوج/الزوجة، الأطباء، أو غيرهم من العاملين في مجال الرعاية الصحية، إلخ).
- يبدو أن الصعوبات الجسدية مرتبطة بأحداث حياتية محددة (التقاعد، الهجر، الحزن، إلخ).

- هناك إشارة إلى "مكسب ثانوي" مرتبط بالصعوبات الجسدية (مزيد من الاهتمام من الأبناء، الزوج/ الزوجة، إلخ).
- وجود تاريخ سابق من العلاجات الطبية المتعددة لأمراض غير محددة جيداً.

وهناك جانب آخر ذو صلة يجب مراعاته للتشخيص التفريقي، وهو استبعاد متلازمة الاكتئاب ذات الجوانب الجسدية (ما يسمى "الاكتئاب المقعن"، وهو شائع لدى كبار السن). في هذه الحالة، قد يتداخل الاكتئاب المستمر مع الشخصية الجسدية. في حالات أخرى، قد يوجد أيضاً اضطراب الفلق العام الذي يتميز بشكاوى جسدية ذات صلة. في المقابل، قد يزيد الفلق العام أو الاكتئاب المصاحب من شدة نمط أو اضطراب الشخصية الجسدية.

كما يُسجل التاريخ السريري للشخص وجود هشاشة جسدية سابقة، ومرض مبكر، ونوبات سابقة من التصلب الجسري، ويمكن التتحقق منها. ويفاقم تدهور سلامة الجسم المرتبط بالعمر هشاشة الذات، ويُقلل من تقدير الذات والثقة بالموارد الجسدية والنفسية. كما يُفاقم ضعف القدرات المعرفية المرتبط بالعمر، وعدم الرغبة/قدرة على التعامل مع المشاعر، حالة سابقة محتملة من فقدان القدرة على التعبير عن المشاعر. وعلى وجه الخصوص، تُعيق مشاعر مثل الغضب والمعانة المرتبطة بالمواقف العصبية المطولة التعبير اللفظي عن الانزعاج، والذي يُترجم إلى انزعاج جسدي وانشغالات، مع طلبات متكررة للمساعدة في حالات الإعاقة الجسدية.

7- الشخصية الهمستيرية-الهمستيريونية: تتميز الشخصيات الهمستيرية-الهمستيريونية بالعصبية والسعي وراء الاهتمام. تُفهم العصبية على أنها شدة المشاعر وعدم استقرارها : الفلق، والاكتئاب، والاندفاعية، والضعف، والقابلية للإيحاء، والتقلب العاطفي، وقلق الانفصال، والداء، والشك، والمثابرة. يمكن التعبير عن هذه السمات بسلوكيات مسرحية وغريبة الأطوار، فقد يعتمد هؤلاء المرضى على الانفصال (الذي يُعبر عنه في سياق الظروف العصبية)، وقد يُظهرون متلازمات التحويل بالإضافة إلى الوسوس المرضي. تاريخياً، كانت الجوانب الأساسية للتشخيص هي إضفاء طابع جنسي وإيرلنديكي/إغوياني على العلاقات، كالآيات دفاعية استجابةً لشعور عميق بالقصور والإذلال. لدى كبار السن، تبقى بعض هذه السمات ثابتة، بينما يتضاءل بعضها الآخر مع التقدم في السن.

تشمل السمات التي تبقى ثابتة شدة العواطف وعدم استقرارها، بالإضافة إلى ظاهري التحويل والجسدة. وتشمل السمات التي تتضاءل استخدام الجنسانية للتعبير عن الصراع؛ ويفترض أن هذا الانخفاض ناتج عن عملية الشيخوخة، مما يزيد من صعوبة استخدام الجسد كأداة للإغواء. كما أن هناك انخفاضاً في وثيرة التجارب الانفصالية.

غالباً ما تكون هذه الشخصيات الهمستيرية-الهمستيريونية لدى كبار السن متذمرة، وتتصرف بطفولة، وتشعر بأنها ضحية. في سن الشيخوخة، يحاولون جذب انتباه الأقارب والأصدقاء ومقدمي الرعاية (إذا كانوا في مؤسسات) من خلال شكاوى جسدية ومشاكل في التكيف مع الحياة. قد يشعرون بالتخلي عنهم إذا لم يتلقوا رعاية كافية، وقد يستجيبون بالتعاطف مع أنفسهم أو بالغضب للصعوبات الحقيقة أو الخيالية.

8- الشخصية النرجسية: تتميز الشخصيات النرجسية بالعظمة، وال الحاجة إلى الإعجاب، ونقص التعاطف. قد يطلب كبار السن أحياناً الاهتمام وأو الاحترام من الأقارب ومن الآخرين، وقد يعبرون عن احتياجاتهم بمواقف متعرجة نوغاً ما. قد يحتاج بعض كبار السن إلى الإعجاب، على سبيل المثال، كثيراً ما يتواصل كبار السن بغير كبار شأن أعمارهم، أو يؤكدون على استمرار بعض المهارات الفكرية (مثلاً: سعة الذاكرة) أو المهارات البدنية (مثلاً: القوة والمقاومة). ومع ذلك، قد لا تكون هذه السلوكيات والمواقف مؤشرًا على نمط أو اضطراب في الشخصية النرجسية - على سبيل المثال، إذا لم يُظهر الفرد هذه السمات في مرحلة مبكرة من حياته.

قد تزيد بعض سمات عملية الشيخوخة من حاجة الشخص الواقعية إلى الطمأنينة من البيئة المحيطة به بشأن قيمته و هويته وجودة علاقاته الشخصية. علاوة على ذلك، قد تترجم الحاجة إلى الاهتمام إلى تعزيز التعلق بالآخرين و تقليل الشعور بالوحدة.

بشكل عام، تبقى السمات الأساسية للنرجسية (الشعور بالعظمة الذاتية، وال الحاجة إلى الإعجاب، وضعف القدرة على التعاطف، والغطرسة، والاستغلال الشخصي) موجودة في الشيوخوخة إذا كانت موجودة بالفعل في سنوات شباب الشخص، ولكن شدتها تقل. من الممكن أن تتحسن السمات الأساسية ببساطة نتيجةً للتقدم في السن.

عندما تستمر السمات الأساسية في سن الشيوخوخة، فقد تظهر بشكل مختلف نوعاً ما عن السنوات السابقة. على سبيل المثال، قد يعاني كبار السن من انخفاض في السلطة والنفوذ، مما قد يقلل من فرصهم في استغلال الآخرين بشكل نرجسي، سواءً في الأسرة أو في بيئة العمل. قد تتراجع أحلام النجاح، إلى جانب قلة فرص لقاء الآخرين في المجالات الاجتماعية المختلفة بناءً على ذلك، قد تجد بعض سمات الشخصيات النرجسية طرقاً أخرى للتعبير، والتي يجب لا تغيب عن الملاحظة التشخيصية. في بعض الأحيان، تتحول الغطرسة إلى عناد؛ ويزيد الميل إلى استغلال الآخرين من أعراض الاكتئاب المرتبطة بالعزلة الترigoية؛ أو قد تؤدي الحاجة إلى الإعجاب إلى سلوك غير حكيم.

لنمط الشخصية النرجسية تأثير سلبي على عملية الشيوخوخة. خلال الشيوخوخة، غالباً ما يكون الأفراد النرجسيون وحدين ومنعزلين، وقد يبدؤون بالندم على نجاحاتهم السابقة. وقد يؤدي عدم القدرة على الحفاظ على علاقات مستمرة وعميقة، وكذلك التعاطف، إلى انخفاض في العلاقات الداعمة، وإلى "يأس" والفراغ بدلاً من "النزاهة" والاكتمال. علاوة على ذلك، يجد الأفراد النرجسيون صعوبة في التعامل مع التغيرات الجسدية المعتادة المرتبطة بالعمر؛ فالأمراض الجسدية وتدهور الجسم العام (تساقط الشعر، التجاعيد، ضعف المهارات الحسية والحركية، إلخ) لها تأثير سلبي على نظرتهم لأنفسهم، ولا يستطيعون تحمل مظهرهم الجديد. كما أن زيادة الاعتماد على الآخرين أمر غير مقبول، إذ يرتبط بانخفاض الشعور بالذات، وهو ما يتناقض مع الموقف الساقي المتمثل في الاستقلالية والسلطة والسيطرة. قد تؤدي جميع هذه المواقف إلى الاكتئاب وخطر الانتحار.

9- الشخصية البارانoidية: يُشَخَّص نمط أو اضطراب الشخصية البارانوية عندما يكون انعدام الثقة، والشك في الآخرين، والشكوك حول ولاء الأصدقاء والأقارب (أو أحياناً الشكوك، دون مبرر، بشأن إخلاص الزوج/الزوجة أو الشريك/الشريكية الجنسية) متكرراً وبارزاً. ويتربّط على ذلك أن تاريخ حياة الشخص يكشف عن افتقاره إلى الصداقات الدائمة وال العلاقات العميقية بسبب القلق الدائم بشأن "البقاء يقظاً" لمنع الاستغلال والخداع بين الأشخاص.

مع التقدم في السن، يشيع قدر معين من عدم الثقة أو الشك، مما يجعل تشخيص الشخصية البارانوية أمراً صعباً. قد يرتبط هذا الموقف المشبوه بضعف القدرات الحسية والحركة والمعرفية، مما يقلل من الشعور بالسيطرة. ونتيجة لذلك، يشعر كبار السن بأنهم أقل تفاعلاً مع البيئة وأقل قدرة على مواجهة الصعوبات والمخاطر.

عند تقييم كبار السن لاحتمال إصابتهم بجنون العظمة، من الضروري تقييم وجود حالات سوء معاملة مستمرة أو سابقة. في الواقع، قد يكون كبار السن، بسبب هشاشتهم (وأحياناً بسبب بعض سمات أدائهم الشخصي)، ضحايا للإساءة، مما يؤدي إلى زيادة انعدام الثقة والشك.

وفي التاريخ السريري نمط من الانفعال، مع احتمال ظهور نوبات من العدوان الواضح أو سلوك عدائي آخر ناتج عن الشعور بالعار والإذلال.

10- الشخصية السيكوباتية: بشكل عام، تقل شیوع الشخصيات السيكوباتية (المضادة للمجتمع) بين كبار السن مقارنةً بالشباب ، ويتناقض عددها مع التقدم في السن. بعض السمات الشائعة للنمط السيكوباتي لدى الشباب، مثل الاستمتاع بخداع الآخرين والتلاعب بهم، تكون أقل شیوعاً (وربما أقل احتمالاً) في الشيوخوخة، نظراً لتراجع العلاقات الاجتماعية وتناقص الموارد البدنية والمعرفية والعاطفية. ومع ذلك، فإن حاجة الفرد إلى التعبير عن السلطة لمجرد القيام بذلك (و/أو للتعويض عن الشعور بتناقص القوة الشخصية) قد تستمر حتى الشيوخوخة. في بعض السياقات، خاصةً في عالم الأعمال والتمويل، قد يحافظ بعض الشخصيات الكاريزمية في سن الشيوخوخة على سلوكهم المتمثل في التلاعب بالآخرين والسيطرة عليهم، بالإضافة إلى عدم الامتثال للأعراف الاجتماعية.

وأخيراً، قد تلاحظ بعض سمات السلوك المعادي للمجتمع (مثل الاندفاعية، والعدوانية، وعدم مراعاة الآخرين) لدى الأفراد في المراحل المبكرة من الاضطراب العصبي المعرفي.

11- الشخصية السادية: إن طبيعة وتكرار الأنماط السادية لدى كبار السن غير معروفة نسبياً، إذ لا توجد أدبيات علمية تُمكّن من فهمها فهماً كاملاً. ترتبط الشخصيات السادية بالاعتلال النفسي والسلوك الإجرامي، ولا تظهر في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية. ونظراً لتراجع الشبكة الاجتماعية والحالة الوظيفية الجسدية والحالة المعرفية لدى كبار السن، فمن غير المرجح أن يُظهروا السلوكيات السادية النموذجية لدى الشباب، مثل العنف الجسدي والقسوة؛ وبالتالي، من الممكن أن تُغفل التصنيفات التشخيصية التقليدية كبار السن ذوي هذه الميول.

ومع ذلك، في بعض الأحيان، يمكن أن تُؤدي الصعوبات المرتبطة بالشيخوخة، أو زيادة الاعتماد الشخصي، أو حتى المواقف البيئية الصعبة - أو ببساطة الجديدة - (على سبيل المثال، عندما يحتاج كبار السن إلى دخول المستشفى أو دخول دار رعاية) إلى مشاعر الغضب، والتي يمكن التعبير عنها من خلال سلوك عدواني أو مهين. هذا الموقف وظيفي، الغرض منه هو تمكين الشخص من الحفاظ على مستوى معين من السلطة والنفوذ. إذا لم يكن لدى الشخص المسن تاريخ سابق من السادية الظاهرة، فإن هذه التوبات تمثل إلى أن تكون قصيرة ولا تُشكل سمة محددة للعلاقات مع الآخرين.

سمات الشخصيات السادية لدى كبار السن: قد تبقى مظاهر السادية حتى في سن الشيخوخة: مواقف مهينة أو فرح سادي مرتبط بمعاناة الآخرين. ومن الشائع ظهور مظاهر الإزدراء أو اللوم المستمر للأشخاص الذين يعتمد عليهم المنس (أفراد الأسرة، والمرضى، ومقدمي الرعاية الآخرين). في بعض التركيبات الأسرية، عندما يُصاب أحد كبار السن، الذي كان صانع القرار والسلطة الرئيسي في الأسرة، بإعاقة معرفية وأو جسدية، فإن الأسرة - بدلاً من تغيير ديناميكيات الحياة لاستيعاب أدوار جديدة - تسمح لهذا الشخص المسن المعاك بمماطلة "اتخاذ القرارات" وتتجاهل أفراد الأسرة الآخرين. وقد تنشأ في هذا السياق عناصر سادية.

يُنبع الخوف من الإذلال دفاعاً استباقياً قائماً على التقليد من قيمة الآخرين. تتجلى الكراهة والإزدراء، بالإضافة إلى المتعة المرتبطة بمعاناة الآخرين، في التاريخ السريري السابق للشخص يستمر الشخص في الشعور بأنه يحق له إذلال وإيذاء الآخرين بناءً على تفوقه.

12- الشخصية الحدية: يُعد تشخيص اضطراب الشخصية الحدية في سن الشيخوخة أمراً معقداً للغاية نظراً لتباطؤ المظاهر السريرية لهذا النمط، بالإضافة إلى وجود أعراض مرضية مصاحبة متعددة. قد تظهر السمات المركزية الموصوفة بشكل شائع في الأدب - مثل الاندفاعية، والانفعالات المتقلبة التي يصعب السيطرة عليها، وصعوبة الشعور باستمرارية التجربة، وعدم استقرار الهوية، والشعور بـ"الفراغ" الداخلي - بشكل أقل تواتراً وكثافةً مما هي عليه في المراحل المبكرة من الحياة، مما يجعل التشخيص صعباً.

سمات اضطراب الشخصية الحدية لدى كبار السن: يظل العجز المستمر عن التوسط في التغيرات العاطفية استجابةً للضغط البيئية قائماً لدى كبار السن المصابين باضطراب الشخصية الحدية ، ولكن قد تتغير التعبيرات السلوكية لهذا العجز مع التقدم في السن . على سبيل المثال، بدلاً من إيذاء النفس والإيماءات الانتحارية التي تظهر استجابةً للقلق والشعور بالفراغ، قد نلاحظ لدى كبار السن اضطرابات في الأكل، وتخربياً للعلاجات الطبية، وإيذاء استخدام المواد، وأضطراباً في الانفعالات، ومتلازمات القلق والجسدية، وظواهر انفصامية، أو انزلاقات ذهانية.

يذكر الباحثون السريريون أن ربع الأشخاص ذوي الشخصية الحدية فقط يحتفظون بنفس سمات النمط خلال سن الشيخوخة. على سبيل المثال، يبدو أن السلوك المضطرب والفووضي المرتبط بالاندفاعية وـ"التصريف بانفعال" يتضاءل لدى كبار السن، ربما بسبب القيود الجسدية المرتبطة بالعمر، وليس بسبب تغير حقيقي في وظائف الشخصية الأساسية. وتظل السمات الأساسية الأخرى ثابتة طوال الحياة، مثل الأسلوب الدفاعي، والالاستجابات العاطفية للتغيرات والأحداث المجهدة، والالشعور بالفراغ، والخوف من المهر. ومن غير المعروف ما إذا كانت التغيرات في التعبير السلوكي تمثل تحسناً حقيقياً في الحالة الكامنة. ويواجه كبار السن الذين يعانون من هذه البنية صعوبة في بناء العلاقات، وقد ينتهي بهم الأمر إلى العزلة الاجتماعية نتيجة لذلك.

المحاضرة (06) المحور M: ملخص التوظيف العقلي لدى الرائد Profile of Mental Functioning

يشجع المحور M على دراسة وتقييم جوانب معينة من الأداء العقلي. ويرصد المحور P مستوى أداء الشخصية ومدى ملاءمة المريض للنموذج الأولي، بينما يُبرز المحور M بشكل متكامل الوظائف المحددة التي تُسهم في تنظيم شخصية المريض.

قد يكون لدى أحدهما تنظيمٌ حدّيًّا بسبب مخططاته المعرفية وأو استخدامه المتكرر لدعافع غير ناضجة، بينما لدى الآخر تنظيمٌ حدّيًّا مرتبطٌ بضعف الأداء الشخصي، وضعف التكامل الذاتي، واستخدام دفعات متوسطة المستوى. على الرغم من أن كلاهما لهما تنظيمٌ شخصيٌّ متشابهٌ ظاهريًّا، إلا أن المحور M يساعد الأخصائي على توضيح الآليات التي تُساهم في تشكيل التنظيم الشامل لكل مريض، على مستوىً دقيق. تعتمد مجالات المحور M على مجموعة واسعة من النماذج النفسية الديناميكية والمعرفية والتنموية، بالإضافة إلى الأبحاث المتعلقة بهذه الأطر. يتيح إدراجه نماذج متعددة نهجاً متعمقاً للشخصية والأعراض السريرية والعملية العلاجية.

كما يشمل إجراءً تقييمياً يمكن من خلاله تحديد مستوى التعبير عن كل وظيفة عقلية لدى المريض على مقياس من خمس نقاط (يُقدم وصف للخصائص الرئيسية لمستويات الأداء 5 و 3 و 1 لكل وظيفة عقلية). علاوة على ذلك، يُحدد المحور M بوضوح مفهوم الشخصية والأداء العقلي على أنهما ناتجان عن تكامل الطبيعة (المزاج، والاستعداد الوراثي، والسمات الأساسية الكامنة) والتنشئة (التعلم، والخبرة، وأسلوب التعلق، والسياق الثقافي والاجتماعي).

تم تصور قدرات المحور M الائتني عشرة مع وضع سؤالين أساسيين في الاعتبار: (1) ما هي العمليات التي يتم تقييمها في كل قدرة؟ (2) كيف يمكن تقييم هذه العمليات بشكل منهجي وعملي لتسهيل العلاج النفسي؟ .

على الرغم من أن المحور M لـ PDM-2 يُفصل الأداء العقلي في اثنين عشرة قدرة مميزة، فمن المهم إدراك أنه - على الرغم من اختلافها المفاهيمي - فإن هذه القدرات ليست منفصلة تماماً. يجب تصور الأداء العقلي كمجموعة موحدة ومتكاملة من العمليات - كليّاً، فريدة - يمكن تقسيمها عملياً إلى فئات متغيرة. وكما توضح التعريفات التالية، تغطي هذه القدرات الائتني عشرة مجموعة متنوعة من المجالات ومجموعة واسعة من العمليات النفسية. ورغم التداخل المتصل بين بعض القدرات، تُبرز كل فئة سمة أساسية وفردية من سمات الأداء العقلي، لا يمكن تفسيرها تماماً بالقدرات الأخرى. على الرغم من عدم وجود ملف تعريفي أو مجموعة من الدرجات يمكنها تجسيد كامل ثراء الحياة العقلية لكل شخص ، إلا أنه يمكن تجميع المجالات الـ 12 الأساسية التالية بشكل تخططي في أربعة مجالات:

•• العمليات المعرفية والعاطفية

1. القدرة على التنظيم والانتباه والتعلم: تشمل القدرة على التنظيم والانتباه والتعلم عملياتٍ أساسية تُمكّن البشر من الانتباه إلى المعلومات (الداخلية والخارجية) ومعالجتها، وتنظيم تركيز انتباهم، وتقسيم انتباهم حسب الحاجة لأداء مهام متعددة في وقت واحد، وتصفيية المعلومات غير ذات الصلة من الوعي عند الاقضاء، والتعلم من تجاربهم.

2. القدرة على المدى العاطفي والتواصل والفهم: كما تعكس هذه القدرة قدرة الفرد على ترميز التجارب ذات المعنى العاطفي (أي تمثيلها ذهنياً بدلاً من شكل جسدي أو سلوكي)، والتعبير عن حالات الانفعال بشكل مناسب. قد تتعكس الإعاقات في هذا المجال، عند ظهورها، في ميول فقدان القدرة على التعبير عن المشاعر لدى المريض.

3. القدرة على التعلق والأداء التأملي: تتعلق القدرة على التعلق والتأمل بقدرة الفرد على الاستدلال والتأمل في حالاته العقلية، وكذلك حالات الآخرين، واستخدام هذه القدرة في التفاعلات الشخصية والاجتماعية. التعلق هو شكل من أشكال

النشاط العقلي الذي يُعتبر خيالياً (لأننا عندما نعقل، فإننا "نتخيل" ما يفكر فيه الآخرون أو يشعرون به)؛ وهو في المقام الأول ما قبل واعٍ.

٠٠ الهوية وال العلاقات

٤. القدرة على التمايز والتكامل (الهوية): القدرة على التمايز والتكامل القدرة على تمييز الذات عن الآخر، والخيال عن الواقع، والتّمثيلات الداخلية عن الأشياء والظروف الخارجية، والحاضر عن الماضي والمستقبل، وإقامة روابط بين هذه العناصر دون خلط بينها. وهي تعكس تحديداً القدرة على بناء تمثيل متمايز وواقعي ومتماスク ومعقد للذات (الهوية) والآخرين، والحفظ عليه، وربط هذه المجموعات من التمثيلات.

٥. القدرة على العلاقات والآلفة: تعكس القدرة على إقامة علاقات وعلاقة حميمة عميق علاقات الشخص ونطاقها واتساقها (أي استقرارها)، وقدرتها على تعديل المسافة والقرب بين الأشخاص حسب الحاجة للعلاقات المختلفة، بما يتماشى مع التوقعات الثقافية. تشمل هذه القدرة الجنسية لدى الشخص كما تتعكس في إدراكه للرغبات والعواطف، والقدرة على الانخراط في تخيلات وأنشطة جنسية ممتعة، والقدرة على مزج الجنسية بالآلفة العاطفية. وكما أن "جودة التجربة الداخلية" مؤشر على الثقة بالنفس وتقدير الذات، فإن "القدرة على العلاقات والآلفة" مؤشر على الارتباط.

٦. القدرة على تنظيم تقدير الذات وجودة التجربة الداخلية: تجسد القدرة على تنظيم تقدير الذات وجودة التجربة الداخلية مستوى الثقة بالنفس وتقدير الذات الذين يميزان علاقة الفرد بنفسه والآخرين والعالم الأوسع. ويطلب الأداء الأمثل في هذه القدرة التوازن، بحيث لا تكون الثقة بالنفس وتقدير الذات، بناءً على تصورات واقعية لسمات الفرد الإيجابية وإنجازاته، مرتفعة بشكل غير واقعي ولا منخفضة بشكل غير واقعي. وتشمل هذه القدرة أيضاً الدرجة التي يُختبر بها الفرد شعوراً بالتحكم الداخلي، والكفاءة الذاتية، والفاعلية.

٠٠ الدفاع والتأقلم

٧. القدرة على التحكم في الانفعالات وتنظيمها: تعكس القدرة على التحكم في الانفعالات وتنظيمها قدرة الفرد على تعديل الانفعالات والتعبير عنها بطرق تكيفية ومناسبة للثقافة. قد يؤدي القصور في هذه القدرة إلى تعبير غير منظم عن الانفعالات (الاندفاعية) أو إلى سيطرة مفرطة صارمة على الانفعالات (التبطط)، مع انتهاك عاطفي مصاحب. يتضمن الأداء العالي في هذه القدرة على تحمل الإحباط، عندما يكون ذلك مناسباً أو ضرورياً، والتعرف على الانفعالات ووصفها كوسيلة للتنظيم الذاتي.

٨. القدرة على الأداء الدفاعي: بُرز القدرة على الأداء الدفاعي الطرق التي يحاول بها الفرد التعامل مع الرغبات والعواطف والتجارب الداخلية الأخرى والتعبير عنها، إلى جانب القدرة على تعديل القلق الناتج عن الصراع الداخلي أو التحدي الخارجي أو التهديد للذات دون تشويه مفرط في إدراك الذات واختبار الواقع، دون الإفراط في استخدام التمثيل. يمكن الأداء العالي في هذا المجال الشخص من استخدام الدفاعات بفعالية، مع تشويه بسيط فقط في اختبار الواقع؛ يؤدي انخفاض الأداء في هذا المجال إلى أسلوب دفاع أقل فعالية وتشويه أكبر.

٩. القدرة على التكيف والمرنة والقوة: القدرة على التكيف والمرنة والقدرة الشخص على التكيف مع الأحداث غير المتوقعة والظروف المتغيرة، والقدرة على التعامل بفعالية وإبداع عند مواجهة عدم اليقين والخسارة والتوتر والتحديات. لا يُعادل هذا التكيف غير النقي أو المطابق للتوقعات، ولكنه يعكس اختياراً واعياً بشأن أفضل طريقة للاستجابة. قد تشمل هذه القدرة نقاط قوة فردية، مثل التعاطف والحساسية لاحتياجات الآخرين ومشاعرهم، والقدرة على إدراك وجهات النظر البديلة، والحزم المناسب. عندما تكون مثالية، تُمكّن المرء من تجاوز العقبات وتحويل النكسات إلى فرص للنمو والتغيير الإيجابي.

٠٠ الوعي الذاتي والتوجيه الذاتي

١٠. قدرات مراقبة الذات (العقلية النفسية): تتعلق قدرات مراقبة الذات (العقلية النفسية) بقدرة الفرد على مراقبة حياته الداخلية بوعي وواقعية واستخدام هذه المعلومات بشكل تكيفي. تعكس هذه القدرة أيضًا مدى قدرة الشخص على التأمل الذاتي - أي مدى اهتمامه الأصيل بفهم الذات بشكل أفضل.

١١. القدرة على بناء واستخدام المعايير والمثل الداخلية: تُعد القدرة على بناء وتطبيق المعايير والمثل العليا الداخلية مؤشرًا على الحس الأخلاقي الشخصي. وتعكس القدرة على صياغة القيم والمثل العليا الداخلية مراعاة الفرد لذاته في سياق ثقافته، والقدرة على اتخاذ قرارات واعية بناءً على مجموعة من المبادئ الأخلاقية الأساسية المتماسكة والمرنة والمتسقة داخليًا. يتطلب الأداء العالي في هذا المجال أن يستند تفكير الفرد الأخلاقي ليس فقط إلى مجموعة من المبادئ الأساسية المتماسكة، بل أيضًا إلى إدراك تأثير قراراته الأخلاقية على الآخرين.

١٢. القدرة على إيجاد المعنى والغرض: تعكس القدرة على إدراك المعنى والهدف قدرة الفرد على بناء سردية شخصية تُضفي تماًسًا ومعنىًّا على خياراته الشخصية، وإحساسًا بالتوجيه والهدف، واهتمامًا بالأجيال القادمة، وروحانية (لا تُعبر بالضرورة عن التدين التقليدي) تُضفي معنىًّا على حياة الفرد. ويتطلب الأداء العالي لهذه القدرة على التفكير فيما يتتجاوز الاهتمامات المباشرة للنظر في الآثار الأوسع لمواصفات الفرد ومعتقداته وسلوكياته.

مقياس التقييم

لهذه القدرة ولكل قدرة من قدرات المحور M الأخرى، يوجد مقياس تقييم من خمس نقاط، يمكن من خلاله تقييم كل وظيفة عقلية من 5 إلى 1 ، في الجدول 2.1 في نهاية الفصل. كما يتضمن النص وصفًا ل نقاط الارتكاز للمستويات 5 و 3 و 1 لكل قدرة.

سلم تقييم التوظيف العقلي للراشدين

صحي:

M01: 60-54 أداء عقلي سليم/صحي /أداء مثالي أو جيد جدًا في جميع القدرات العقلية أو معظمها، مع اختلافات طفيفة ومتوقعة في المرنة والتكيف عبر السياقات.

عصبي

M02: 53-47 أداء عقلي جيد/مناسب مع بعض الصعوبات/ مستوى مناسب من الأداء العقلي، مع بعض الصعوبات المحددة (على سبيل المثال، في ثلاثة أو أربع قدرات عقلية). يمكن أن تعكس هذه الصعوبات صراعات أو تحديات مرتبطة بمواصفات أو أحداث حياتية محددة.

M03: 46-40 ضعف طفيف في الأداء العقلي / انقباضات خفيفة وجوانب من عدم المرنة في بعض مجالات الأداء العقلي، مما يعني جمودًا وضعفًا في مجالات مثل تنظيم تدبير الذات، وتنظيم الانفعالات والانفعالات، والأداء الدفاعي، وقدرات مراقبة الذات.

حادي

M04: 39-33 ضعف متوسط في الأداء العقلي / انقباضات متوسطة ومناطق من عدم المرنة في معظم أو جميع مجالات الأداء العقلي تقريبًا، مما يؤثر على جودة واستقرار العلاقات، والشعور بالهوية، ونطاق التأثيرات المُحتملة. بيدًا الأداء في عكس التكيفات الضعيفة بشكل كبير والتي تُوصف بأنها "حاديّة" في العديد من الكتابات النفسية الديناميكية، والتي تُوجَد، بشدة متزايدة، في المستويين التاليين

M05: 32-26 ضعف كبير في الأداء العقلي. / تضييقات وتغييرات رئيسية في جميع مجالات الأداء العقلي تقريبًا (مثل: الميل نحو التشرذم وصعوبات التمييز بين الذات والموضوع)، إلى جانب محدودية تجربة المشاعر و/أو الأفكار في مجالات الحياة الرئيسية (مثل: الحب، والعمل، واللعب).

M06: 19-25 ضعف كبير في الوظائف العقلية الأساسية /عيوب جوهرية في معظم مجالات الأداء العقلي، إلى جانب مشاكل في تنظيم و/أو تكامل - تمييز الذات والموضوعات.

M07 ذهاني

؛ 12-18 ضعف كبير/شديد في الوظائف العقلية الأساسية /عيوب رئيسية وشديدة في جميع مجالات الأداء العقلي تقربياً، مع ضعف في اختبار الواقع؛ تشرذم و/أو صعوبات في تمييز الذات والموضوع؛ اضطراب في الإدراك والتكامل وتنظيم الانفعالات والتفكير؛ وعيوب في واحدة أو أكثر من الوظائف العقلية الأساسية (مثل: الإدراك، والتكامل، والحركة، والذاكرة، والتنظيم، والحكم).

المحاضرة (07) المحور ME: ملخص التوظيف العقلي لدى المسن (Personality Patterns and Syndromes in the Elderly)

العمليات المعرفية والعاطفية

1. القدرة على التنظيم والانتباه والتعلم عند تقييم هذه القدرة لدى الأفراد الذين تبلغ أعمارهم 70 عاماً فأكثر، من المهم مراعاة التغيرات المحتملة في الركيزة العصبية الحيوية، مثل الاختلالات العصبية المعرفية . غالباً ما تُعتبر مشاكل الذاكرة من الأعراض الرئيسية لهذه الاختلالات، لأن هذه المشاكل (وخاصةً ضعف الذاكرة المباشرة والحديثة، ونادراً ما تكون في الذاكرة طويلة المدى) تؤثر على الأداء اليومي بجميع جوانبه وخصائصه. قد لا يعالج كبار السن في كثير من الأحيان سوى المحفزات المتشابهة جدًا؛ مما يصعب عليهم التعامل مع المدخلات الجديدة.

2. القدرة على المدى العاطفي والتواصل والفهم

تعتمد طبيعة واتجاه التغيرات العاطفية التي تؤثر على كبار السن على مستوى التكيف العاطفي العام للشخص خلال سنوات شبابه". ويتأثر هذا المستوى بالبيئة الثقافية، والأعراف الاجتماعية، والتجارب السابقة. قد يكون لنوع التجارب السابقة وأهميتها تأثير أساسي: فقد تختفي القدرة على فهم الحالات العاطفية والعواطف والتعبير أو تتناقص إذا كانت التجارب السابقة سلبية. وعلى العكس من ذلك، فإن الالتزام الأقل صرامة بالأعراف الاجتماعية، وهو أمر شائع لدى بعض كبار السن وشعورهم المتزايد بالحرية، قد يزيد من ميلهم إلى تقييم مشاعرهم الإيجابية والسلبية ومشاركتها مع الآخرين . ويمكن رصد العديد من الاختلافات في هذه الأنماط في قصة حياة الفرد.

3. القدرة على التعلم والأداء التأملي:

قد يؤثر انخفاض التواصل الاجتماعي المرتبط بالعمر، وتراجع فرص اكتساب الخبرات - وخاصةً أنواع التجارب الجديدة - على القدرة على التأمل في الحياة الداخلية، واستخلاص استنتاجات حول الحالات النفسية لآخرين. علاوة على ذلك، ينفاعل كبار السن أحياناً مع الصعوبات أو الأحداث غير السارة من خلال إعاقات جسدية، قد تكون مرتبطة بالضعف البدني المرتبط بالعمر، وقد يُشكّل هذا نوعاً من البدائل للأداء التأملي والتفكير الرمزي. في حالات أخرى، إذا أظهر الأفراد مهارات عقلية وتأملية جيدة خلال فترات سابقة من حياتهم، فقد يشهدون زيادة في قدرتهم على فهم ردود أفعالهم تجاه التجارب المختلفة والحالات العقلية لآخرين، وذلك بفضل المعرفة والخبرة التي اكتسبوها.

الهوية والعلاقات

4. القدرة على التمايز والتكامل (الهوية):

لا يكتسب الشخص بالهوية وتكامل الذات في سن الشيخوخة؛ ولا يتمتع الفرد بأداء جيد في هذه الفئة إلا إذا كانت هذه الصفات قد تطورت في فترات سابقة من حياته. وقد يؤدي عدد وطبيعة التجارب السابقة إلى تعزيز الثقة بالنفس، استناداً إلى قيم ومعتقدات وعادات راسخة. ومع ذلك، يمكن أن تُضعف عملية الشيخوخة أيضاً الشخص بالهوية بسبب انخفاض بعض الموارد المادية، بالإضافة إلى الانخفاض الطبيعي في القدرات المعرفية المرتبطة بالعمر، مما قد يزيد من الحاجة إلى الاعتماد على الآخرين.

5. القدرة على العلاقات والأنفة:

تحتاج مفهوم الاعتماد نفسه إلى تقييم محدد لدى كبار السن مع تغير احتياجاتهم وظروفهم المعيشية. على سبيل المثال، "قد تتأثر علاقات كبار السن بأفراد الأسرة الذين يتعين عليهم رعايتهم، حيث من المرجح أن يشعر مقدم الرعاية والمريض بالتمزق بين الغضب والذنب بسبب الأدوار الجديدة. كما أن التغيرات في الصحة البدنية أو القدرات المعرفية أصبحت شاقة للغاية بالنسبة للعيش في المجتمع، قد تؤدي الحاجة إلى أنواع مختلفة من المساعدة من الأقارب والأصدقاء وغيرهم (متخصصو الرعاية الصحية) إلى تعديل أنواع العلاقات التي تربط كبار السن بأشخاص مهمين في بيئتهم.

6. القدرة على تنظيم تقدير الذات وجودة التجربة الداخلية:

يشير العديد من المؤلفين إلى أن الشيخوخة غالباً ما تكون مصحوبة بشعور بالحزن، يرتبط بحاجة الشخص المسن إلى تغيير صورته الذاتية وإيجاد طرق جديدة لبناء علاقات (تستند إلى قدرات وخصائص شخصية مختلفة عن تلك التي كانت عليه في الماضي)، مع الحفاظ في الوقت نفسه على الشعور بالاستمرارية. وهذا، في جوهره، عملية قبول أزمة هوية تدريجية والتعامل معها. قد تحدث هذه العملية على حساب تقدير الذات، ولكنها يمكن أن تعزز أيضاً مستوى ثقة الشخص بنفسه وتقديره لذاته. قد يكون عدد وطبيعة التجارب السابقة مفيداً. بالطبع، قد تتدخل الإعاقات الجسدية المرتبطة بالعمر أو انخفاض القدرات الحسية، بالإضافة إلى تزايد الحاجة إلى الاعتماد على الأطفال والأقارب والمساعدين المحترفين، مع السمات المختلفة لهذه القدرة.

الدافع والتأسلم

7. القدرة على التحكم في الانفعالات وتنظيمها:

قد تؤثر عملية الشيخوخة سلباً على هذه القدرة، وقد تُتبَّع بعض السمات الفردية في فترات الحياة السابقة بنوع مُحدد من الخلل التنظيمي. قد يتزايد نمط من الإفراط أو القصور في التحكم في التعبير عن التعبارات مع مرور الوقت، وقد تتصحّح أوجه القصور في هذه القدرة بشكل أكبر. علاوة على ذلك، من الضروري مراعاة أن هذه القدرة قد تُضعف بشدة في وجود اضطراب عصبي إدراكي.

8. القدرة على الأداء الدافعي:

قد تؤثر عملية الشيخوخة، وما يترتب عليها من انخفاض في الموارد المادية والقدرات المعرفية، على القدرات الدافعية. وقد تقل مرونة السلوكيات وردد الفعل تجاه الأحداث وال العلاقات الشخصية. وقد يستخدم كبار السن أنماطاً دافعية مألوفة لديهم، حتى لو لم تكن مناسبة للموقف.

قد تُفضّل بعض أحداث الحياة الصعبة موضوعياً (كالتقاعد، والترمل، ووفاة الأقارب والأصدقاء، والمرض، وال الحاجة إلى دخول المستشفى أو طلب مساعدة مهنية من المرضيات وأو الأخصائيين الاجتماعيين)، بالإضافة إلى الضعف البدني والعاطفي العام المرتبط بالعمر، استخدام أنماط دافعية أكثر بدانة، حيث يسود الانشطار على ردود الفعل الأكثر تكيناً. ومع ذلك، في بعض الحالات، قد يُظهر الأفراد الذين يعيشون ظرفاً مواطنة ولديهم تجارب سابقة إيجابية أداءً دافعياً أعلى على مستوى، نظراً لزيادة قدرتهم على التفكير في الأحداث ومشاعرهم الخاصة.

9. القدرة على التكيف والمرؤنة والقدرة:

تتضمن المراحل المختلفة لعملية الشيخوخة مجموعة واسعة من الأحداث والظروف، مما قد يضعف قدرة الفرد على التعامل بفعالية مع الأحداث، مثل الخسائر، وتغير ظروف المعيشة، وإدراك ضيق الوقت، والضعف الشامل للموارد البدنية وأو المعرفية. في مواجهة هذه التجارب الجديدة، يتبعن على المسن ممارسة كل ما لديه من قدرة على التكيف من أجل التفاعل بشكل صحيح.

يمكن أن تكون بعض نقاط القوة المحددة (مثل القدرة على إدارة مجموعة واسعة من الظروف المعاكسة) مفيدة، ويجبأخذها في الاعتبار في التقييم التشخيصي ، علاوة على ذلك، من الضروري الانتباه إلى أي ضعف محتمل في هذه القدرة، بسبب وجود اضطراب عصبي إدراكي.

وهناك حالة خاصة تتمثل في دخول المسن إلى دار رعاية، يشعر فيها المسن بفقد أرضه ونقاط مرجعيته المعتادة، ما يؤدي به بالشعور بالتوتر والغضب. ومع ذلك، في مثل هذه الحالة يكون من المهم تقييم قدرة الفرد على الصمود والتكيف، بالإضافة إلى التخطيط لتدخلات الدعم المناسبة.

الوعي الذاتي والتوجيه الذاتي

10. قدرات مراقبة الذات (العقلية النسبية):

خلال عملية الشيخوخة، غالباً ما تحدث أنواع مختلفة من التجارب المزعجة، تتطلب جميع هذه الحالات درجة جيدة من الوعي النفسي - وهو، كغيره من القدرات، قد يكون الشخص قد امتلكه بدرجة أكبر أو أقل في حياته السابقة، وقد يتأثر بعملية الشيخوخة. تجدر الإشارة إلى أن قدرات مراقبة الذات تزداد أحياناً خلال الشيخوخة، بفضل تجارب كبار السن السابقة وردود أفعالهم الإيجابية تجاه أحداث مماثلة. قد يكون الشخص قد طور بالفعل وعيًا أعمق بقدراته على السلوكات الوظيفية والاستجابات العاطفية المناسبة في مختلف المواقف الصعبة.

11. القدرة على بناء واستخدام المعايير والمثل الداخلية:

قد تؤدي عملية الشيخوخة في كثير من الأحيان إلى ترسيخ الشخص لمعايير أخلاقية أكثر صرامة. قد يكون هذا أحياناً إجراء دفاعياً ضد التغيرات السريعة في البيئة (التغيرات واسعة النطاق في مجالات مثل العادات الجنسية، والأعراف الاجتماعية، والعلاقات بين الأجيال، بالإضافة إلى التغيرات السريعة للغاية في التكنولوجيا، والتي قد يعتبرها كبار السن غريبة ويصعب التعامل معها). في حالات أخرى، قد يكون رد فعل على انخفاض الموارد المادية والمعرفية، وكذلك على تقلص شبكة الأصدقاء والأقارب (الخسائر، وتغير الأدوار الاجتماعية بسبب التقاعد، وما إلى ذلك). من ناحية أخرى، قد يشعر كبار السن أحياناً بأنهم مؤهلون للتعبير عن استقلال نبغي عن العادات الاجتماعية والثقافية، نظراً لانخفاض توقعاتهم للمكافآت الاجتماعية.

12. القدرة على إيجاد المعنى والغرض:

عند تقييم هذه القدرة، يمكننا أيضاً استخدام مصطلح "التفاعل". في الواقع، تعكس القدرة على إيجاد المعنى والهدف لدى كبار السن شعوراً بالانتماء إلى أسرة ومجتمع وجماعة، وكونهم أعضاءً فاعلين فيها. كما تعكس القدرة ليس فقط على قبول عمليات التغيير الجارية، بل أيضاً على العمل معها - تكيف المشاريع القديمة، أو على العكس، إنشاء مشاريع جديدة - وفقاً للوضع الشخصي الجديد للفرد وأدواره. كل هذا قادر على إعطاء معنى للمرحلة الحالية من حياة الفرد، بغض النظر عن التقييمات التي تستند فقط إلى الكفاءة والإنجابية. كما أنه مفيد في التعامل مع قضايا مثل الموت، والحداد، وتراجع الموارد النفسية والجسدية المرتبطة بالعمر، والتغيرات العميقية في ظروف الحياة (مثل الحاجة إلى مساعدة مستمرة، أو دخول دار رعاية).

عادةً ما يُظهر الشخص المسن الذي يؤدي مهامه على مستوى عالٍ في هذه الوظيفة ما يلي:

- القدرة والرغبة في تحديد اهتمامات وأنشطة جديدة وممارستها (القراءة، السفر، النطوع، الهوايات، إلخ).
- الاهتمام والرغبة في بناء علاقات جديدة (وأو، إن أمكن، الحفاظ على العلاقات السابقة)، بالإضافة إلى القدرة على التخلص من السلوكيات التكيفية غير السليمة والعلاقات المتضاربة.
- القدرة على تقبل إعادة تنظيم أدواره ضمن مجموعات مرجعية مختلفة والتكيف معها.
- القدرة على مشاركة المعرفة المستمدّة من التجارب السابقة مع أشخاص آخرين (وخاصّةً مع الشباب).
- القدرة على التساؤل عن التقدّم العلمي والتكنولوجي وتقديره، والرغبة في تعلم استخدام الأجهزة الجديدة على وجه الخصوص.
- القدرة على التفكير في مستقبل أحبابه بعد وفاته.

سلم تقييم التوظيف العقلي للمسنين:

الخصائص العامة	مستوى الأداء
يُظهر الفرد أداءً جيداً جدًا في معظم القدرات العقلية. ترتبط الاختلافات المحتملة في المرونة والتكيف بنقاط ضعف مرتبطة بالعمر أو أحداث مؤلمة، وهي عابرة	أداء عقلي سليم/مثالي (المدى = 54-60)
يُظهر الفرد مستوى مناسباً من الأداء العقلي. ومع ذلك، توجد بعض جوانب الصعوبة المحددة والمحدودة، فيما يتعلق بظروف أو أحداث محددة، بالإضافة إلى بعض الضعف الإدراكي أو العاطفي المرتبط بالعمر.	أداء عقلي جيد/مناسب مع بعض جوانب الصعوبة (المدى = 53-47):
يُظهر الفرد جوانب من التضييق وعدم المرونة في بعض جوانب الأداء العقلي. تؤثر نقاط الضعف هذه المرتبطة بالعمر سلباً على تنظيم تغير الذات وتُضعف الأداء الدافعي.	ضعف خفيف في الأداء العقلي (المدى = 46-40):
يُظهر الفرد انقباضاً وتغيرات متوسطة في جميع مجالات الأداء العقلي تقرّباً. تؤدي نقاط الضعف المرتبطة بالعمر إلى ضعف كبير في الاستجابة للمتطلبات البيئية وضعف في القدرة على التكيف.	ضعف متوسط في الأداء العقلي (المدى = 39-33):
يُظهر الفرد تغيرات كبيرة في جميع مجالات الأداء العقلي تقرّباً. تُساعد عملية الشيخوخة على إنتاج صعوبات شديدة في التكامل والتمييز بين الذات والموضوع. تؤدي بعض أوجه القصور المعرفية والصعوبات العاطفية المرتبطة بالعمر إلى تفاقم الأداء العقلي (المتضرر بالفعل) في فترات الحياة السابقة، أو تؤدي مباشرةً إلى حالة من الضعف.	ضعف كبير في الأداء العقلي (المدى = 32-26):

<p>يُظهر الفرد عيوبًا جوهرية في معظم مجالات الأداء العقلي. يُضعف الإجهاد الناتج عن عملية الشيخوخة قدرة الشخص على مواجهة صعوبات الحياة اليومية بشكل كبير.</p>	<p>عيوب جوهرية في الوظائف العقلية الأساسية (المدى = 25-19):</p>
<p>يُظهر الفرد عيوبًا جوهرية في جميع المجالات تقريبًا، مع ضعف في الوظائف العقلية الأساسية (الإدراك، والتكامل، والتنظيم المعرفي والعاطفي، والذاكرة، إلخ) إما نتيجة مباشرة لعملية الشيخوخة أو انعكاسًا لعجز سابق. تضعف القدرة على مواجهة صعوبات الشيخوخة بشكل عام، وتُفقد الاستقلالية بشكل شبه كامل.</p>	<p>عيوب جوهرية/شديدة في الوظائف العقلية الأساسية (المدى = 18-12):</p>

ملاحظة:

نشير أن مفهوم "الشيخوخة المعرفية" متصلة في البشر والحيوانات الأخرى، وتحدث لدى جميع كبار السن، بغض النظر عن مستويات أدائهم المعرفي الأولية. يمكن أن يتحسن هذا الأداء لدى كبار السن في بعض المجالات (مثل تلك المتعلقة بالحكمة والخبرة) ويتراجع في مجالات أخرى (مثل الذاكرة والانتباه وسرعة المعالجة). بعبارة أخرى، الشيخوخة المعرفية هي عملية مستمرة مدى الحياة من التغيرات التدريجية والمستمرة، وإن كانت شديدة التغيير، في الوظائف المعرفية التي تحدث مع تقدم الناس في السن؛ وهي ليست مرضًا أو مستوىً أداء قابلاً لقياس الكمي، لأن آثارها على العمليات العقلية الداخلية لدى كبار السن لا تزال معروفة أو محددة جيداً كما يلي:

- قدرات عقلية مثالية، محفوظة رغم التقدم في السن.
- قدرات عقلية ضعيفة بسبب التقدم في السن.
- قدرات عقلية ضعيفة أو منخفضة المستوى، وهي جوانب من تاريخ تطور الفرد، ولم تؤثر عليها الشيخوخة بشكل خاص.

المحاضرة (08) المحور S: الأعراض / التجربة الذاتية لدى الرائد (Symptom Patterns: The Subjective Experience)

يشير هذا الفصل في معظم الأعراض الواردة في الدليل التشخيصي والإحصائي للأضطرابات النفسية، الطبعة الخامسة (DSM-5؛ الجمعية الأمريكية للطب النفسي، 2013) والتصنيف الدولي للأمراض، المراجعة العاشرة (ICD-10؛ منظمة الصحة العالمية، 1992)، على الرغم من الإشارة أيضاً إلى الإصدارات السابقة من كلا النظائرتين، والهدف هو توضيح التجربة الذاتية للمريض لنمط الأعراض. نصور التجربة الذاتية الفردية من حيث الأنماط العاطفية، والمحتوى العقلي، والحالات الجسدية المصاحبة، وأنماط العلاقات المرتبطة بها.

للحصول على نظرة شاملة لمجال الصحة النفسية، من الضروري، بالإضافة إلى مجرد سرد الأعراض، مراقبة التجربة المعيشية الذاتية للأشخاص الذين يعانون من اضطرابات نفسية. وقد أهملت التجارب الذاتية بشكل خاص، لأن المنهجيات المعتادة للطب النفسي "الوصفي" أو "التصنيفي" غير كافية لتعكس تعقيد التجربة الذاتية الإنسانية في الحالات المرضية وغير المرضية التي قد تحتاج إلى عناية وأو علاج. فقد يختلف الأشخاص المصنفون في نفس الفئة التشخيصية، والذين يعانون من أعراض متشابهة، اختلافاً كبيراً في تجربتهم الذاتية، وهذه الاختلافات لها آثار على العلاج. غالباً ما تكون هذه التجارب الذاتية الشادة نفسية المنشأ ("نفسية المنشأ"، "وظيفية")، ولكن قد يكون أصل جميعها عضوياً، وقد تكون جميعها نتيجة لتفاعلات معقدة بين العوامل النفسية والخلفية البيولوجية.

سياق التجربة الذاتية: الزمن

قد تشير الأعراض إلى نوع الأضطراب الذي يعاني منه الشخص، لكن المعالج النفسي الديناميكي يهتم أيضاً بدور الأعراض في التجربة الشخصية للمريض وتاريخ حياته بشكل عام. تشير الأعراض إلى التشخيص، لكنها تروي أيضاً قصة. إنها تعبّر عن كيفية تعامل الشخص بشكل مميز مع التجربة. ولها بُعد زمني: لماذا الآن؟ وكيف يرتبط هذا بماضي هذا الشخص ومستقبله؟

- **السياق النمائي:** حتى لدى البالغين، تتفاعل الجوانب ذات الصلة بالنمو لأنماط الأعراض مع متغيرات الشخصية. قد يعيش الأكتئاب لدى امرأة مسنة بشكل مختلف تماماً عن الأكتئاب لدى امرأة في الثلاثينيات من عمرها، وبالتالي قد يتطلب الأمر نهجاً علاجياً مختلفاً. يجب أن تراعي صياغة خطة العلاج هذه الاختلافات المرتبطة بالعمر بالإضافة إلى تاريخ المريض، وأحداث حياته/علاقاته الفردية والسياق الاجتماعي والاقتصادي والثقافي.

هذه الاختلافات المرتبطة بالعمر بالإضافة إلى تاريخ المريض، وأحداث حياته/علاقاته الفردية والسباق الاجتماعي والاقتصادي والثقافي، الجوانب الزمنية للحالة الراهنة: لماذا تظهر هذه الأعراض الآن؟ وماذا تعني؟ إحدى التقنيات هي التساؤل عن أول وأسوأ الأعراض: إذا كان الرجل يعاني من الاكتئاب، فمتى يتذكر أنه شعر بالاكتئاب لأول مرة؟ وهل هذا هو أشد اكتئاب شعر به على الإطلاق؟

يمكن توسيع نطاق أول وأسوأ الأعراض ليشمل الأفكار والمعضلات الشخصية. هل يتذكر متى انتابه القلق لأول مرة بشأن هذا السؤال؟ وهل كان في وقت ما أكثر قلقاً أو توترًا بشأنه مما هو عليه الآن؟ متى يتذكر أنه كان في هذا النوع من الصراع الشخصي لأول مرة؟ وهل كان في أي وقت مضى أكثر خطورة مما هو عليه الآن؟

الأعراض ثنائية النمط: ظهرت بعض الأعراض في وقت محدد في الماضي، ثم عادت للظهور اليوم.

ما الذي أدى إلى ظهورها؟ قد يكون أي شيء من "الأمور العالقة" (الثبت) من ماضي الشخص، والذي يُعاد تنشيطه في ظل ظروف مُجده أو أحداث حياتية مُحددة ،الارتداد إلى نقطة التثبيت - خاصةً إذا كان للمُحَفَّز صلة موضوعية بالشيء الأصلي. قد يكون التحرش الجنسي في الطفولة المبكرة مُحِيرًا، ولكنه قد يُصبح أكثر وضوحاً وصدمةً عند استرجاعه عند بلوغ سن البلوغ، وعندما تُصبح النية الجنسية واضحةً فجأةً من الناحية التجريبية (نظريَة فرويد "الارتداد")؛ أو قد يكون قد تم كتبه بنجاح حتى يصل طفل المريض إلى السن الذي تعرض فيه المريض لأول مرة للاعتداء.

الأداء بين الأشخاص: تُعد الأسرة الأصلية هي البوتقة الأصلية التي تنشأ فيها أنماط العلاقات، سواءً في "الحقيقة الموضوعية" أو في إدراك المريض الشخصي. إحدى الطرق البسيطة لاستخلاص التجربة الذاتية لأنماط العلاقات ذات الصلة التاريخية هي التساؤل عن كيفية ارتباط المريض بوالديه، وكيف يشبههما. قد تظهر التناقضات أولاً، لكن من المفيد متابعة أوجه التشابه، لأن أكثرها صلةً سريرياً هي تلك التي يندم عليها المريض بشدة: "أكره حقيقة أن أمي كانت دائمًا تضع نفسها في المقام الأول، وأجد نفسي أفعل الشيء نفسه... الأشقاء: "من كان المفضل لدى أمي؟ ومن كان المفضل لدى أبي؟ ومن كان المفضل بعده؟ من كان يشبه أمي أكثر؟ ومن كان يشبه أبي؟" وهكذا. يساعد هذا النوع من الأسئلة في تسلیط الضوء على كيفية تأثير العلاقات الأساسية على التجربة الذاتية الحالية للمريض.

الأمراض المصاحبة:

لا نفترض أن وجود أعراض متعددة يشكل بالضرورة "مرضًا مصاحبًا" بين اضطرابات الصحة النفسية المختلفة؛ بل نعتقد أنها في الغالب تعبيرات عن خلل معقد أساسي في الوظائف العقلية. تتميز أنماط أعراض كل شخص، رغم تشابهها مع أنماط مماثلة لدى أشخاص آخرين، ببصمة فريدة.

لقد تم التطرق في المحاضرة رقم 3 إلى أنماط الأعراض والتجربة الذاتية المعروضة في المحور S يمكن الرجوع لها.

المحاضرة (09) المحور SE: الأعراض / التجربة الذاتية لدى المسن (Symptom Patterns in the Elderly)

يشير هذا الفصل إلى تشخيصات وفئات الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية، الطبعة الخامسة DSM-5؛ الجمعية الأمريكية للطب النفسي، 2013)، ويفرق بين تشخيصات وفئات PDM-2 وتشخيصات وفئات الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية، الطبعة الثانية (PDM-2). تتبع تنسيق PDM-2 لفصول المحور S، باستخدام فئات الأنماط العاطفية، والأنماط المعرفية، والحالات الجسدية، وأنماط العلاقات لوصف التجربة الذاتية لكتاب السن لكل نمط من أنماط الأعراض. ولأن DSM-5 لا يتضمن قسمًا خاصًا لكتاب السن، ولأن البيانات المتوفرة حول تجربتهم الذاتية للاضطرابات النفسية قليلة، فإن هذا الفصل محدود بالضرورة. ومع ذلك، ينبغي أن يكون بمثابة نقطة انطلاق لمزيد من العمل. المناقشة النصية في هذا الفصل حول محور SE تقتصر على DSM-5 لأن ICD-10 لا يتناول كتاب السن على وجه التحديد.

يُعد الشعور بالوحدة جانباً محوريًا وشائعاً في التجربة الذاتية لكتاب السن الذين يعانون من اضطرابات نفسية ، وبناءً على ذلك، يبدأ هذا الفصل بوصف موجز لهذه الحالة. الشعور بالوحدة هو شعور ذاتي مؤلم يرتبط بالعزلة الشخصية، وبالم الشعور بالوحدة. على الرغم من عدم وجود تصنيف تشخيصي للشعور بالوحدة في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية (DSM-5)، إلا أن هذا الشعور يرتبط بمجموعة واسعة من التصنيفات التشخيصية، ولا سيما باضطرابات الاكتئاب . كما توجد علاقة معقدة بين الشعور بالوحدة والاكتئاب والعزلة الاجتماعية. تشير الأدلة إلى أن الشعور بالوحدة والاكتئاب حالتان متلازمان ولكنهما متداخلتان. فيما يتعلق بالعزلة الاجتماعية، فإن جودة العلاقات والرضا الناتج عنها يُعدان من المحددات الأكثر أهمية للشعور بالوحدة من مجرد عدد العلاقات. قد يشعر الأفراد بالوحدة سواء في الزوج أو في وسط حشد من الناس . من بين التدخلات التي تهدف إلى تخفيف معاناة الشعور بالوحدة، يبدو أن تلك التي تعالج المفاهيم الاجتماعية غير المتكيفة هي الأكثر فعالية.

بشكل عام، يُعد الشعور بالوحدة تجربة شائعة بين كتاب السن، حيث تترواح نسبة انتشاره بين 20 و 40% من سكان المجتمع. يرتبط ذلك بتدنى جودة الحياة، وتعدد الحالات الطبية، والاعتماد على الغير، والضعف الإدراكي، وزيادة استخدام الأدوية النفسية، بل وحتى ارتفاع معدل الوفيات . وبشكل عام، فإن كتاب السن الذين يعانون من سوء الحالة الصحية وفقاً لتقديرهم الذاتي والذين يعيشون بمفردهم هم الأكثر عرضة للمعاناة من الوحدة. يميل كتاب السن من الرجال إلى الإبلاغ عن الشعور بالوحدة بشكل أقل من النساء، ولكن كتاب السن من الرجال يعانون من اضطرابات نفسية بدرجة أكبر من النساء فيما يتعلق بالوحدة.

لقد عرضنا في المحاضرة 3 مكونات محور SE، يمكن الرجوع لها.

عرض نموذج عيادي / الاضطرابات الاكتئابية لدى المسنين:

يشمل تصنيف DSM-5 (الجمعية الأمريكية للأطباء النفسيين، 2013) للاضطرابات الاكتئابية اضطراب خلل تنظيم المزاج التخريبي، واضطراب الاكتئاب الشديد، واضطراب الاكتئاب المستمر (عسر المزاج)، واضطراب ما قبل الحيض الاكتئابي، واضطراب الاكتئاب الناجم عن تعاطي المواد/الأدوية، واضطراب الاكتئاب الناجم عن حالة طبية أخرى، واضطرابات اكتئابية أخرى محددة/غير محددة، وقائمة من المحددات التي تتطبق على مختلف التشخيصات. ووفقاً لـ DSM-5، تتميز الاضطرابات الاكتئابية عموماً بانخفاض ملحوظ في الاهتمام أو المتعة بالأنشطة بشكل شبه يومي؛ والشعور بانعدام القيمة؛ والشعور المفرط أو غير المناسب بالذنب؛ وانخفاض القرة على التفكير والتركيز؛ وأفكار الموت وأو الأفكار الانتحارية؛ واضطرابات جسدية.

ويُعد الاكتئاب، لدى كلٍ من كبار السن والشباب، عامل الخطر الرئيسي للانتحار. يبلغ معدل الانتحار لدى الأشخاص الذين تزيد أعمارهم عن 65 عاماً ثلاثة أضعاف معدله لدى البالغين الأصغر سنًا، ونادرًا ما تفشل محاولاتهم الانتحارية. قد يلجأ كبار السن إلى طرق سلبية للانتحار، على سبيل المثال، بإهمال أدويتهم أو نظامهم الغذائي، أو بتعريض أنفسهم لسلوكيات خطيرة تتناسب مع أعمارهم. تُعد السكتة الدماغية وغيرها من أمراض الأوعية الدموية شائعة لدى الأفراد الذين يُصابون بنوبة اكتئاب أولى في المراحل الأخيرة من العمر. علاوة على ذلك، يُنبئ الاكتئاب بنتائج أسوأ في حالة أمراض القلب والأوعية الدموية.

تشمل الأسباب الأخرى للاكتئاب لدى كبار السن ما يلي: • الأمراض الجسدية • الإعاقات الجسدية، مثل صعوبة المشي • الترمل والخسائر الأخرى • العزلة الاجتماعية • التقاعد. توجد أيضًا عوامل عديدة قد تحمي كبار السن من الآثار الاكتئابية المحتملة لمثل هذه الأحداث. على سبيل المثال، في الشيخوخة، قد تنشأ حاجة إلى نوع معين من "الانتقائية الاجتماعية" ، مما يؤدي إلى عدد أقل من العلاقات، ولكنها أكثر إرضاءً.

إذا لم يترتب على التقاعد انخفاض كبير في الدخل، فيمكن اعتباره فرصة لتنمية الهوايات، وقضاء وقت فراغ، واكتساب مهارات جديدة، والاستمتاع بأنشطة أخرى. كما أن ارتفاع مستوى الكفاءة الذاتية والثقة بالنفس، بالإضافة إلى موارد أخرى كالمستوى التعليمي العالي والعلاقات الزوجية الجيدة، تحمي الأفراد بشكل فعال من الاكتئاب بعد التقاعد.

ويقترح بعض الباحثين الانتباه إلى "اللغة" المحددة التي يُعبر بها عن الاكتئاب. فقد تركز شكاوى كبار السن المصابين بالاكتئاب على أعراض جسدية (مثل اضطراب دورة النوم والاستيقاظ، وتغير الشهية، والإمساك، والتهيج أو التباطؤ النفسي الحركي)، أو على صعوبات شخصية أو مالية. قد تُخفى الأعراض الجسدية حالة اضطراب الاكتئاب المستمر (عسر المزاج). قد يُغفل هذا التشخيص أحياناً لعدم وجود أعراض واضحة كما في حالة اضطراب الاكتئاب الشديد. غالباً ما يكون المرضى كبار السن متحفظين بشأن أفكارهم الاكتئابية أو منفصلين عنها، ويخشون أحياناً الأدوية، ودخول المستشفى، والتغيرات الأخرى في روتينهم. قد يضطر أطباء الرعاية الأولية، والأخصائيون الاجتماعيون، وأفراد الأسرة إلى كشف أعراض الاكتئاب الكامنة وراء هذه الشكاوى.

لا تُعد مشاكل تقدير الذات شائعة بين كبار السن المصابين بالاكتئاب كما هي الحال لدى الشباب المصابين به. غالباً ما تبرز مشاعر الفراغ، إلى جانب اليأس والشعور بالعجز تجاه المستقبل. قد يصف العديد من كبار السن أيضاً مواقف أو أحداثاً تتعلق بمشاعر انعدام الأهمية/الفائدة، أحياناً بسبب صعوبات طبيعية مرتبطة بالعمر في التركيز والحركة وسرعة رد الفعل، والتي قد تُعاشر بالخجل والانزعاج.

من الضروري تقييم الظروف البيئية العامة للمرضى المسن. قد يكون الاكتئاب نتيجة لرعاية غير مناسبة من أفراد الأسرة (والتي لا تُعد إهاماً دائماً؛ فقد تتضمن أحياناً اهتماماً مفرطاً وسيطرة). كما أن التوتر والصراع مع الأبناء البالغين أو مشاهدة صراع بين الأقارب (خاصةً عندما يتعلق الأمر بمتاعات المسن) قد يؤديان إلى الاكتئاب.

التجربة الذاتية للاضطرابات الاكتئابية لدى كبار السن:

قد تؤدي التغيرات الجسدية والنفسية والمعرفية، والتغيرات في سياق الفرد وبيئته، إلى ردود فعل اكتئابية في أي عمر. كل تغيير من شأنه أن يُسبب ضغطاً نفسياً بين الشخص المتأثر والوضع المُتغير. وهذا ينطبق بشكل خاص على كبار السن، حيث تُفاقم أحداث مثل فقدان، وتغير الأدوار داخل الأسرة والمجتمع، وانخفاض الموارد الجسدية، الضعف المرتبط بالتقدم في السن، "قد يكون الاكتئاب نتيجة ثانوية لعدم قدرة الشخص على إدارة هذه التغيرات".

الحالات العاطفية

غالباً ما تؤدي استراتيجيات التأقلم غير الفعالة المرتبطة بالتقدم في السن أو أحداث الحياة المؤلمة إلى تفاقم المشاعر السلبية وردود الفعل غير الملائمة. قد يترافق رد الفعل الاكتئابي مع التهيج والانفعال. في بعض الحالات، قد تؤدي الإدراك الذاتي لانخفاض الكفاءة والتحكم إلى الشعور بالريبة أو أفكار الاستغلال والخداع. أحياناً، قد يكون تطور المخاوف المرضية (مثل: "الناس يلاحقونني") آلية دفاعية ضد الشعور السلبي الذي لا يُطاق والمرتبط بانخفاض الموارد الجسدية والاستقلالية. غالباً ما تُساهم التدخلات التي تُعزز تقبّل الصعوبات المرتبطة بعملية الشيخوخة في حل أو تخفيف الأفكار المرضية. لدى أولئك الذين عانوا من الاكتئاب في السنوات السابقة، قد تؤدي تجارب الشيخوخة الصعبة عادةً إلى نوبات اكتئاب. يتطلب التقييم الشامل استكشاف المشاعر والمعتقدات حول الشيخوخة والإعاقة والمرض والموت لدى المرضى المسنين.

الأنماط المعرفية:

حتى في غياب اضطرابات العصبية المعرفية، يُبطئ الاكتئاب العمليات المعرفية، ويُضعف الذاكرة والتركيز، ويجعل من الصعب معالجة المعلومات الجديدة. كما ذُكر سابقاً، فإن التشخيص التفريقي بين الخرف والاكتئاب لا مفر منه ولكنه قد يكون صعباً، ويرجع ذلك جزئياً إلى أن الشكاوى المتعلقة بمشاكل الذاكرة والتي هي أعراض لكل من الشيخوخة الطبيعية وأعراض الاكتئاب.

لاحظ بعض الباحثين أن العديد من كبار السن المصابين بالاكتئاب يشكون من صعوبات في الذاكرة، على الرغم من عدم وجود قصور ملحوظ في أداء الذاكرة. كما هو الحال مع الاضطرابات الأخرى المصاحبة للاكتئاب، تقل شكاوى الذاكرة عندما تتحسن أعراض الاكتئاب. على النقيض من ذلك، غالباً ما يبالغ الأفراد المصابون باضطراب عصبي إدراكي حقيقي (مثل مرض الزهايمر أو الخرف الوعائي) في تقدير قدرتهم على التذكر، بينما يُظهرون ضعفاً واضحاً في أداء الذاكرة.

يُعد تقييم القدرات الإدراكية لكبار السن المصابين بالاكتئاب والتشخيص التفرقي بين اضطرابات الاكتئاب والاضطرابات العصبية الإدراكية أمراً بالغ الأهمية لتبليغ احتياجات كبار السن من المساعدة والتخطيط للمستقبل. تُعد الصعوبات في أداء الأنشطة اليومية الأساسية (إدارة الأموال، القراءة، التسوق، الطبخ) شائعة لدى كبار السن المصابين بالاكتئاب، إلى جانب صعوبات في الاستحمام، والنظافة الشخصية، وتناول الطعام، ولكن زوال أعراض الاكتئاب أو تخفيفها يتيح لهم استئناف حياة طبيعية أكثر. في المقابل، عندما تظهر الأعراض في حالة الخرف، تميل هذه العيوب إلى التفاقم وتتطلب دعماً مستمراً.

الحالات الجسدية:

تتضمن بعض الأمراض الجسدية (مثل السرطان، والإيدز، وقصور الغدة الدرقية) أعراضًا جسدية تُشبه أعراض الاكتئاب. في المقابل، قد يُسبب الاكتئاب نفسه اضطرابات جسدية مُحددة: سوء التغذية، أو التسمم الناتج عن جرعة زائدة من الأدوية، أو عواقب نوع من أنواع الإدمان (الكحول، والمهديات)، ومضادات الـالاكتئاب، والمسكنات، إلخ). لذلك، يحتاج كبار السن المصابون بالاكتئاب إلى تقييم طبي شامل لتحديد وعلاج الاضطرابات الجسدية المُصاحبة، بالإضافة إلى تقييم دقيق لأدويةتهم وجرعاتها.

من ناحية أخرى، يُعد المرض الجسدي العامل المُفجّر الأكثر شيوعاً للاكتئاب في الشيخوخة. غالباً ما ترتبط شدة الـاكتئاب ومدته بخصائص المرض، والتي قد تُساهم بشكل مباشر في إعاقات مُحددة، مثل عدم القدرة على الحركة، وسلس البول، والضعف الجنسي؛ بدورها، قد تؤدي هذه الإعاقات إلى ظهور الـاكتئاب أو تفاقمه. إدارة الأمراض الجسدية والـاكتئاب المصاحب لها يتطلب دعم القدرات المعرفية والعاطفية للمربيض المسن للتآقلم، بالإضافة إلى اهتمام خاص بجودة حياته. في الشيخوخة، يبدو أن كل مرض، حتى وإن لم يكن خطيراً، ينذر بالموت. يمكن أن تُسهم المواقف المميزة لبيئة كبار السن إسهاماً كبيراً في قدرة المريض على الصمود، أو قد تُشكل عائقاً أمام التعامل مع أعراض كلٍ من المرض الجسدي والـاكتئاب.

أنماط العلاقات:

يُعد الانعزال والانفصال عن الأصدقاء والأنشطة الاجتماعية جزءاً من حالة الـاكتئاب. كما قد يشعر المعالج بالإحباط والعجز والتعاطف المفرط وعدم اليقين بشأن التشخيص، وقد يخلط أحياناً بين حالة الـاكتئاب واضطراب التكيف. قد تُساعد مقابلة مع زوج/زوجة المريض وأو أقاربه البالغين (مثل الأبناء أو البنات) في تحديد أسباب الـاكتئاب وتطوره ومحفزاته، بالإضافة إلى الحالات المرضية المصاحبة المحتملة، وقد تُساعد المعالج في فهم تشخيص المريض وتاريخ علاجاته السابقة.

قائمة المراجع:

- Abraham K. (1924). « Esquisse d'une histoire du développement de la libido basée sur la psychanalyse des troubles mentaux », in *Œuvres Complètes 2 : développement de la libido*, Paris, Payot, 1966.
- Bergeret J. (1972). *Abrégé de psychologie pathologique*, Paris , Masson,
- Bergeret J. (1974). *Personnalité normale et pathologique*, Paris, Dunod, 3^{ème} éd.1996.
- Bourdin D. (2002). *Les enjeux du normal et du pathologique : des figures classiques aux remaniements contemporains*, Paris, Armand Colin.
- Canguilhem G. (1943,1965). *Le normal et le pathologique*, Paris, PUF, 2^{ème} éd. 1984.
- Chabert C., Brusset B., Brelet-Foulard F., (1999). *Névroses et fonctionnements limites*, Paris, Dunod
- Chabert C. ; Verdon B. (2008). *Psychologie clinique et psychopathologie*, Paris, PUF
- Freud S. (1894). « Les psychonévroses de défense », in *Névrose, psychose et perversion*, Paris, PUF, 1973, 12ème éd. 2004.
- Freud S. (1895a). « Obsessions et névroses. Leur mécanisme psychique et leur étiologie », in *Névrose, psychose et perversion*, Paris, PUF, 1973, 12ème éd. 2004.
- Freud S. (1896a). « L'hérédité et l'étiologie des névroses », in *Névrose, psychose et perversion*, Paris, PUF, 1973, 12ème éd. 2004.
- Freud S. (1901b). *Psychopathologie de la vie quotidienne*, Paris, Gallimard, 1997.
- Freud S. (1924b). « La perte de la réalité dans la névrose et dans la psychose », in *Névrose, psychose et perversion*, Paris, PUF, 1973, 12ème éd. 2004.
- Freud S. (1926). *Inhibition, symptôme et angoisse*, Paris, PUF, 1973.
- Green A. (1969). « La nosographie psychanalytique des psychoses », in *Problématiques de la psychose, Colloque International sur la Psychose*, Montréal, 5-8 nov. 1969.
- Huber W. (1987). *La psychologie clinique aujourd'hui* ; Editions Mardaga
- Juignet P. (2001). *Manuel de psychopathologie psychanalytique*, P. Univ. De Grenoble.
- Kernberg O. (1975). *La personnalité narcissique*, Paris, Dunod, 1980.
- Lingiardi V., Mcwilliams N. (2017). *Psychodynamic Diagnostic Manual* ; Second Edition PDM-2; THE GUILFORD PRESS New York, London
- Marty P. (1990). *Psychosomatique de l'adulte*, Paris, PUF.
- Mijolla, A (2005) ; *Dictionnaire international de la psychanalyse* ; Hachette Littératures
- Perron R. et coll., (1997). *La pratique de la psychologie clinique*, Dunod, Paris.
- Pull C.B., (1984). «Classification et critères diagnostiques », *Confrontations psychiatriques*, 24, 79-108.

- Racamier P.-C. (1979). *De psychanalyse en psychiatrie. Etudes psychopathologiques*, Paris, Payot.
- Racamier P.-C. (1980). *Les schizophrènes*, Paris, petite bibliothèque Payot.
- Si Moussi A. (Sous la direction de) (2002a). *Névroses et transferts*, Alger, Association de Psychologie d'Alger.
- Verdon B. (2012). *Clinique et psychopathologie du vieillissement*, Paris, PUF.
- Widlocher D. (s. la dir. De), (1994). *Traité de psychopathologie*, Paris, PUF.
- Winnicott D.W. (1959-64). « Nosographie : y a-t-il une contribution de la psychanalyse à la classification psychiatrique ? », in *Processus de maturation chez l'enfant, développement affectif et environnement*, Paris, Payot, 1983.