

## علم النفس المرضي وعيادة الراشد والمسن: ماستر 1 عيادي

السداسي: الأول

اسم الوحدة: وحدة تعليم أساسية

اسم المادة: علم النفس المرضي وعيادة الراشد 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: 1 سا و 30 د (محاضرة) + 1 سا و 30 د (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، البينية والذهانية استنادا إلى مفهوم القطبية) ومن ثم القدرة على بناء التشخيص الفارقي للتمييز بين البنى الوظيفية النموذجية واللانموذجية بالتركيز على تطابق المقاربات الثلاث: العيادية (Clinique)، السيكوتكوينية (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 (DSM، CIM، PDM) من أجل بناء التشخيص الدقيق بين التنظيمات النفسية السوية والمرضية من أجل تقديم الخدمات النفسية الملائمة أو التوجيه إلى الجهات المتخصصة الأخرى.
- 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) الدراية 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 الدفاعية، الشيخوخة، تطور السير النفسي لدى المسن)
- المحاضرة (02):** التنظيمات السيكومرضية المنتشرة لدى الراشد، نظرة وبائية.
- المحاضرة (03):** التنظيمات السيكومرضية المنتشرة لدى المسن، نظرة وبائية.

## علم النفس المرضي وعيادة الراشد والمسن: ماستر 1 عيادي

- 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: تناذرات الشخصية لدى الراشد (Personality Syndromes)
- المحاضرة (07):** المحور PE: تناذرات الشخصية لدى المسن (Profile of Mental Functioning for the Elderly)
- المحاضرة (08):** نماذج **عيادية** من تناذرات 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 (Symptom Patterns: The Subjective Experience)
- المحاضرة (13):** المحور SE: نماذج **عيادية** للأعراض (التجربة الذاتية) لدى المسن (Symptom Patterns in the Elderly)
- المحاضرة (14):** عرض نماذج **عيادية** للأعراض لدى الراشد والمسن ومقارنتها بدليل DSM و CIM ، التشخيص الفارقي
- المحاضرة (15):** امتحان (تقييم المعارف المكتسبة)

## المحاضرة (02-01): بعض المفاهيم الأساسية حول تطوّر السّير النفسي والخصائص السيكومترية المنتشرة لدى الراشد المسنّ.

حسب نظرية إريك إريكسون لمراحل النمو ، تتطور الشخصية طوال الحياة. وتفترض نظريته ثماني 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، غالبًا من خلال الأسرة والعمل، والشعور بالإنتاجية والإبداع. وبالنسبة للشيخوخة، يتأمل الأفراد حياتهم ويشعرون بأنهم أنجزوا شيئًا ما أو يشعرون بالندم.

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

من 18 إلى 45 عامًا: مرحلة الشباب

من 40 إلى 65 عامًا: منتصف العمر

60 عامًا فأكثر: الشيخوخة

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

وفقًا لمنظمة الصحة العالمية:

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

## علم النفس المرضي وعيادة الراشد والمسنّ: ماستر 1 عيادي

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

- تتضمن مرحلة الشباب مهامًا 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 ثلاث مراحل انتقالية تُخلّ بتوازن الفرد:

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

• **بين سن 28 و33 عامًا:** يراجع البالغ الخيارات التي اتخذها في العشرينات من عمره ويفكر في المستقبل. يقيم الفجوة بين حلم حياته وواقع 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، ويقتنع بأنه لا يستطيع الاستمرار على نفس المنوال.

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

• **بين سن الستين والخامسة والستين:** تتزامن هذه الفترة مع استعداد الكثيرين للتقاعد. تُشير إلى نهاية بنية حياة منتصف العمر. يُجري الشخص البالغ تقييمًا معمقًا لماضيه ويُعيد 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 وليد الصدفة. فإلى جانب التغيرات البيولوجية، ترتبط الشيخوخة أيضاً بمراحل انتقالية أخرى في الحياة، مثل التقاعد، والانتقال إلى مسكن أكثر ملاءمة، وفقدان الأصدقاء أو الشريك.

تشمل المشاكل الصحية الشائعة المرتبطة بالشيخوخة فقدان السمع، وإعتام عدسة العين وعيوب الانكسار، وآلام 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 المعقدة التي تُعرف عادةً باسم متلازمات الشيخوخة. وتشمل هذه المتلازمات الوهن، غالباً ما ينجم سلس البول، والسقوط، والتشنج، والتهنؤن الذهني، وتقرحات الفراءش عن عدة عوامل كامنة.

### العوامل المؤثرة في الشيخوخة الصحية والتحديات التي تواجه كبار السن:

ترتبط بعض الاختلافات الملحوظة 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 حوافز 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 تُمكن الأفراد من القيام بما هو مهم بالنسبة لهم، على الرغم من تراجع قدراتهم. تشمل الأمثلة المباني ووسائل النقل العام الآمنة والميسرة، والأماكن التي يسهل التنقل فيها سيراً على الأقدام. يتطلب العمل الفعال في مجال الصحة العامة لمواجهة الشيخوخة اتباع

## علم النفس المرضي وعيادة الراشد والمسن: ماستر 1 عيادي

نهج يركز على الفرد والبيئة، لا يقتصر على التعويض الجزئي عن الخسائر المرتبطة بالتقدم في السن فحسب، بل يعزز أيضاً التعافي والتكيف 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 سناً بكثير، من تراجع ملحوظ في قدراتهم في وقت مبكر. يجب أن يأخذ العمل الشامل في مجال الصحة العامة في الاعتبار هذا التنوع الواسع في التجارب والاحتياجات بين كبار السن.

إن التنوع الملحوظ في الشيخوخة ليس وليد 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.

النتظيمات السيكومرضية المنتشرة حسب السن:

| المسنين  | الراشدين   | الشباب  | الخصائص العمرية                    |
|--|--|---|------------------------------------|
| تتزامن هذه الفترة مع استعداد الكثيرين للتقاعد، إذ تُشير إلى نهاية نمط الحياة المعتاد في بيئتهم. يقوم البالغون بتقييم شامل لماضيهم ويعيدون تنظيم حياتهم.  | -يُقيم البالغون بنية الحياة التي بنوها خلال انتقالهم إلى منتصف العمر. تكثر الأزمات خلال هذه الفترة، خاصةً للبالغين الذين لم يُجروا تغييرات تُذكر في حياتهم في السنوات السابقة.<br><br>-يُعدّلون/يُعيدون ضبط/يتخلّون عن أحلامهم الحياتية يُصبحون مرشدين يُعيدون النظر في عملهم يُقيمون علاقاتهم العاطفية وأسلوب حياتهم. | -يفصل الشباب عن والديهم ويبنون شبكة علاقاتهم الشخصية الخاصة.<br><br>-يخطون خطواتهم الأولى نحو عالم البالغين. يتخلّون المستقبل. يقيمون الفجوة بين أحلامهم الحياتية والواقع المعاش.<br><br>-قد يكون هذا الانتقال مؤلماً بشكل خاص. قد يفقدون إحساسهم بالهدف. |                                    |
| يعاني 14% من الأشخاص الذين تبلغ أعمارهم 60 عاماً فأكثر من اضطراب نفسي، ويُعدّ الاكتئاب والقلق أكثرها شيوعاً، بالإضافة إلى الخرف؛ وربع الوفيات ناجمة عن الانتحار. كما تنتشر أيضاً اضطرابات إدمان الكحول، والاضطرابات النوم، والعصبية الإدراكية، والاضطرابات الذهانية. | ملاحظة: في عام 2019، كان 8/1 واحد من كل ثمانية بالغين يعاني من اضطراب نفسي.<br><br>تُعدّ اضطرابات المزاج والقلق شائعة، بينما تظهر حالات مثل الفصام عادةً في أواخر فترة المراهقة.<br><br>اضطرابات الشخصية:  | اضطرابات الأكل: تظهر غالباً في فترة المراهقة وبداية مرحلة البلوغ، وتصيب الفتيات أكثر من غيرهن، وكثيراً ما ترتبط باضطرابات أخرى كالإكتئاب والقلق.<br><br>اضطرابات الشخصية: يتم تشخيص اضطرابات الشخصية بشكل أكثر شيوعاً، مع مظاهر متغيرة                    | الاضطرابات النفسية الأكثر انتشاراً |

|   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| <p>يُعدّ الاكتئاب والقلق من أكثر الاضطرابات النفسية شيوعاً، ويساهمان بشكل كبير في الإعاقة. تبلغ نسبة انتشار اضطرابات القلق حوالي 10%. قد تتجلى هذه الاضطرابات بأعراض جسدية مثل الخفقان، وتسارع ضربات القلب، وألم في منطقة الصدر، وارتفاع ضغط الدم. أما اضطرابات الاكتئاب، فتشمل اضطرابات النوم، وتغيرات في الشهية، وبطء الحركة، وأعراضاً معرفية.</p> <p>خطر الانتحار</p> <p>يُزيد الاكتئاب لدى كبار السن من خطر الانتحار.</p> <p><b>الاضطرابات الذهانية</b></p> <p>يُقدّر انتشار الفصام بنسبة تتراوح بين 0.5% و1% لدى من تزيد أعمارهم عن 65 عاماً، مع بداية ظهور الأعراض في سن متأخرة.</p> <p><b>اضطرابات أخرى</b></p> <p>يُعدّ التشوش الذهني حالة طارئة متكررة نظراً لارتفاع معدل الوفيات المصاحب له. قد يرتبط إدمان الكحول بتعاطي</p> | <p>يُقدّر معدل انتشارها العالمي بنسبة 7.8%، مع ارتفاع المعدلات في البلدان ذات الدخل المرتفع (9.6%) مقارنةً بالبلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط (4.3%).</p> <p><b>اضطرابات المزاج:</b></p> <p>تُعدّ هذه الاضطرابات شائعة، إذ تُصيب ما يقارب 31.4% من العينة السكانية. أظهرت الدراسات أن 20.9% من المرضى يعانون من اضطرابات اكتئابية، و9.5% يعانون من اضطراب ثنائي القطب.</p> <p>-يرتبط الاكتئاب بخطر الانتحار، وقد يصبح مزمنًا.</p> <p><b>الفصام:</b></p> <p>يبدأ غالباً في أواخر سن المراهقة، ولكنه قد يظهر لاحقاً.</p> <p>-مسار المرض غير متجانس. بعد مرحلة حادة مصحوبة بأوهام وهلوسات، غالباً ما تسود أعراض سلبية متبقية (كاللامبالاة، والانطواء العاطفي، وغيرها). تتطور الاضطرابات المعرفية</p> | <p>الاضطرابات الذهانية</p> <p>يظهر الفصام عادةً في أواخر سن المراهقة، مما يجعل الكشف المبكر عن الاضطرابات الناشئة أمراً بالغ الأهمية.</p> <p><b>اضطرابات أخرى:</b></p> <p>اضطرابات الشخصية والسلوك</p> |  |
|---|--|--|--|



علم النفس المرضي وعيادة الراشد والمسن: ماستر 1 عيادي

|   |   |  |  |
|---|---|--|--|
| <p>المخدرات، كما أن اضطرابات النوم شائعة.</p> <p><b>التأثير على الحياة اليومية</b></p> <p>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 ووجود أمراض جسدية، بالإضافة إلى عوامل اجتماعية كالشعور بالوحدة.</p> <p><b>الأمراض الجسدية:</b> يُعدّ وجود مرض جسدي مزمن عامل خطر رئيسي للإصابة بالاكتئاب لدى كبار السن.</p> <p><b>العوامل الاجتماعية:</b> تُعتبر الوحدة، والفقد (خاصةً الترملة)، وفقدان الدور الاجتماعي من العوامل المهمة المسببة للقلق والاكتئاب.</p> <p><b>الاضطرابات العصبية الإدراكية:</b> غالبًا ما يكون للاضطرابات السلوكية المرتبطة بالاضطرابات العصبية الإدراكية الرئيسية سبب جسدي.</p> <p><b>تعاطي المواد:</b> قد يكون إدمان الكحول شائعًا، وغالبًا ما يرتبط بتناول أدوية متعددة.</p> | <p><b>التفاعل بين الجينات والبيئة:</b> تنتج الأمراض النفسية عن تفاعل معقد ومستمر بين العوامل الوراثية والبيئية.</p> <p><b>عوامل الخطر والحماية:</b></p> <p>لكل حالة مرضية، يمكن تحديد عوامل مهيئة، ومحفزة، ومُدِمة، ووقائية لتوجيه العلاج بشكل أفضل.</p> <p><b>عوامل الخطر:</b> الإعاقة، الفقر، العنف.</p> <p><b>عوامل الحماية:</b> السلوك العاطفي للفرد.</p> | <p><b>التفاعل بين الجينات والبيئة:</b> تنتج الأمراض النفسية عن تفاعل معقد بين الاستعدادات الوراثية والعوامل البيئية.</p> <p>-يمكن لبعض العوامل البيئية أن تحفز التعبير الجيني: épigénétique.</p> <p>التعرض لأحداث سلبية يرتبط الضغط النفسي والاجتماعي الناتج عن النمو غير الطبيعي، مثل البلوغ المبكر، بزيادة خطر الإصابة بالأمراض النفسية.</p> | <p><b>عوامل الخطر/ عوامل الحماية</b></p> |

## علم النفس المرضي وعيادة الراشد والمسنّ: ماستر 1 عيادي

|   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| كما تُعدّ العلاقات<br>الاجتماعية، والرضا عن<br>الحياة، وجودة الحياة من<br>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 يُدرج 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 لكبار السن، ثم قسم يتناول مراحل الحياة اللاحقة في دليل PDM2.

ما يميز الجزء الخامس من دليل (PDM-2)، هو أنه يتناول مواقف معاكسا لما هو سائد في معظم المجتمعات، وهو أن كبار السن غير قادرين على التغيير. ويمثل القسم الجديد من PDM-2 نموذجا 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 بكبار السن. على وجه التحديد، الفصول الثلاثة التالية هي كما يلي:

### الفصل 12. ملامح الأداء العقلي لكبار 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 تم أخذ 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.

نظرا لندرة البحوث التجريبية حول كبار السن بشكل عام، وتحديدًا حول الجوانب الديناميكية النفسية للشيخوخة، إلا أنه سعى PDM-2 إلى تضمين بحوث تجريبية تُثري أوصافًا أكثر عملية لمختلف الاضطرابات.

## علم النفس المرضي وعيادة الراشد والمسن: ماستر 1 عيادي

مع ذلك، نشير إلى بعض الملاحظات الأساسية:

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

### 2. تصنيف كبار السن:

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

**3. الشيخوخة كعامل إيجابي:** خلافًا للاعتقاد السائد، ترتبط الشيخوخة عمومًا 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 وتتعايش وتتفاعل 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 لكبار السن.

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

## قائمة محتويات PDM2

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

## علم النفس المرضي وعيادة الراشد والمسن: ماستر 1 عيادي

|  |  |
|--|--|
| <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 والمرونة 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><b>أنماط الشخصية والمتلازمات لدى كبار السن - محور PE</b></p> <p>متلازمات الشخصية على محور PE</p> <p><b>أنماط الأعراض لدى كبار السن: التجربة الذاتية - محور SE</b></p> <p><b>SE1</b> اضطرابات ذهانية سائدة</p> <p><b>SE2</b> اضطرابات المزاج</p> <p><b>SE3</b> اضطرابات مرتبطة أساسًا بالقلق</p> <p><b>SE4</b> الاضطرابات المرتبطة بالأحداث والضغط</p> <p><b>SE5</b> اضطرابات الأعراض الجسدية والاضطرابات ذات الصلة</p> <p><b>SE6</b> اضطرابات الأعراض المحددة</p> <p><b>SE7:</b> اضطرابات متعلقة بالإدمان</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، والمرونة، 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><b>3. أنماط الأعراض: التجربة الذاتية - المحور S</b></p> <p>سياق التجربة الذاتية: الزمن</p> <p>الأمراض المصاحبة</p> <p>التجارب النفسية التي قد تتطلب عناية سريرية</p> <p><b>S1</b> اضطرابات ذهانية في الغالب</p> <p><b>S2</b> اضطرابات المزاج</p> <p><b>S3</b> اضطرابات مرتبطة أساسًا بالقلق</p> <p><b>S4</b> الاضطرابات المرتبطة بالأحداث والضغط</p> <p><b>S5</b> اضطرابات الأعراض الجسدية والاضطرابات ذات الصلة</p> <p><b>S6</b> اضطرابات أعراض محددة</p> <p><b>S7</b> اضطرابات متعلقة بالإدمان وحالات طبية أخرى</p> |
|--|--|

## المحاضرة (04) المحور P: تناذرات الشخصية لدى الراشد ( Personality Syndromes)

مستوى تنظيم الشخصية (شدة الاضطراب) :

| مستوى التنظيم           | الخصائص العامة   |
|-------------------------|--|
| الصحي Healthy level     | يُعبّر 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  | <p>الأفراد ذوي التنظيمات الشخصية العصابية يتميزون بصلابتهم النسبية. يميلون إلى الاستجابة لضغوط معينة بنطاق محدود نسبيًا من الدفاعات واستراتيجيات التأقلم. أنماط الشخصية والاضطرابات الشائعة في هذه المرحلة من سلسلة الشدة هي الشخصية الاكتئابية، والشخصية الهستيرية- الهستيرية (استخدم مصطلح "هستيرية" للدلالة على مجموعة من الديناميكيات في نطاقات الأداء الأعلى، بينما دلت كلمة "هستيرية" على تلك الديناميكيات في النطاقات الحدية والذهانية)، والشخصية الرهابية، والشخصية الوسواسية القهرية.</p> <p>قد تقتصر الأنماط الدفاعية غير التكيفية للأفراد في النطاق العصابي على مجال صعوبتهم الخاصة: <u>مشاكل في السلطة</u>، مثلاً. <u>خارج مجالات صعوبتهم</u>، قد يتمتع الأشخاص في المستوى العصابي بسجل عمل مرضي، ويحافظون على علاقات جيدة مع الآخرين، ويحملون الانفعالات المزعجة دون اتخاذ إجراءات متهورة أو غير مدروسة، ويكونون قادرين على التعاون في علاقة علاجية ومستعدين لذلك. لديهم بعض المنظور حول صعوباتهم المتكررة، ويمكنهم تخيل كيف يرغبون في التغيير، وعادةً ما يشكلون تحالفات عمل كافية مع أطبائهم.</p>  |
| الحدّي Borderline level | <p>يعاني الأشخاص ذوو اضطراب الشخصية الحدي من <u>صعوبات في تنظيم انفعالاتهم</u>، بما في ذلك <u>نوبات اكتئاب شديد وقلق وغضب</u>. قد يعانون من <u>صعوبات متكررة في العلاقات</u>؛ ومشاكل حادة في <u>الحميمية العاطفية</u>؛ ومشاكل في العمل؛ ومشاكل في تنظيم اندفاعاتهم، بما في ذلك <u>التعرض لإدمان المخدرات وسلوكيات إدمانية أخرى</u> (مثل القمار، والسرقة، والإفراط في تناول الطعام، والرغبة الجنسية القهرية، وإدمان ألعاب الفيديو أو الإنترنت، إلخ). في فترات الضيق (فيما يخص علاقة عاطفية مثلاً)، يكونون <u>أكثر عرضة لإيذاء أنفسهم</u>، بما في ذلك تشويه الذات، والمخاطرة الجنسية، وتراكم الديون الباهظة، وغيرها من الأنشطة المدمرة للذات.</p> <p>أكثر أساليب الدفاع المكلفة أو البدائية شيوعاً هي الانسطار والتماهي الإسقاطي. - رفض الواقع- المثمنة- / Denial- introjection- dissociation- idealization-projective identification</p> <p>يمكن تقسيم مستوى تنظيم الشخصية الحدي إلى <u>مستوى أعلى</u> أقرب إلى تنظيم الشخصية العصابي والذين يحتاجون لعلاجات أكثر دعمًا وبناءً للقدرات للمرضى ومستوى أدنى (يقترّب من حدود الذهان)، إلى علاجات أكثر استكشافية (أي تفسيرية، موجهة نحو البصيرة).</p> |

## علم النفس المرضي وعيادة الراشد والمسن: ماستر 1 عيادي

|  |                                       |
|--|---------------------------------------|
| <p>ينطوي المفهوم التقليدي للذهان على <u>قطيعة مع الواقع</u>. فبعض المرضى الذين لم يُشخَّصوا قط بمرض ذهاني، أو الذين عانوا من نوبات ذهان يبدو أنهم يتعافون منه بسرعة وبشكل كامل، قد يُعانون مع ذلك من سمات ذهانية مثل <u>التفكير المُعمَّم</u> أو <u>الملموس أو الغريب</u>؛ والسلوكيات غير اللائقة اجتماعيًا؛ والقلق الشامل والشديد؛ والافتناع الراسخ بصحة ما يُنسبونه إلى شخص ما، بغض النظر عما قد يقوله أو يفعله هذا الشخص. وقد يُنسب الأشخاص الذين يعانون من أشد اضطرابات الشخصية أفكارهم ومشاعرهم إلى الآخرين، ويُقنعون بصحة تصوراتهم الخاطئة، ويتصرفون بناءً على هذه التصورات.</p> <p>ردًا على القلق المُربع، قد يستخدمون دفاعات بدائية مثل <u>الإنكار الذهاني</u>، <u>الانسحاب التوحدي</u>، <u>والتشويه</u>، <u>والإسقاط الوهمي</u>، <u>والتجزئة</u>.</p> | <p><b>الذهاني Psychotic level</b></p> |
|--|---------------------------------------|

### متلازمات الشخصية على المحور P

#### 1- الشخصيات الاكتئابية (بما في ذلك تعليقات على مظاهر الهوس الخفيف والمازوخية)

قد تكون الشخصية الاكتئابية أكثر متلازمات الشخصية شيوعًا في الممارسة السريرية، بحيث يجد الأفراد ذوو الشخصيات الاكتئابية متعة ضئيلة في أنشطة الحياة، ويكونون عرضة بشكل مزمن للتأثيرات المؤلمة، وخاصة الاكتئاب، والشعور بالذنب، والعار، والشعور بالنقص. ويبدو عليهم صراع داخلي بشأن تجربة المتعة، ويبدو أنهم يكبتون 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 الاكتئابية 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 ينتابهم شعور دائم بفقدان شخص أو شيء ضروري لسلامتهم إلى الأبد.

#### الدفاعات الهوسية الخفيفة ضد التأثير الاكتئابي:

تصف الأدبيات السريرية أيضًا ظاهرة عُرِفَت تقليديًا باسم "الشخصية الهوسية الخفيفة"، حيث يُدافع التفاؤل والطاقة المفرطان والملمزان ضد الأفكار الاكتئابية الكامنة. يُثير مصطلح "الهوس الخفيف" لبسًا بسهولة، إذ يُستخدم المصطلح نفسه للإشارة إلى أمرين مختلفين: أسلوب دفاعي (في الأدبيات التحليلية النفسية) وأحد أقطاب اضطراب المزاج ثنائي القطب (في الأدبيات النفسية بشكل عام). تتميز الشخصية الهوسية الخفيفة، كما يُفهم تقليديًا، بتضخم خفيف في المزاج، وطاقة عالية، وغياب واضح للشعور بالذنب، وتقدير مبالغ فيه للذات، وقابلية للتعرض لإدمان المخدرات، وذكاء وجاذبية في العلاقات الشخصية في سياق علاقات سطحية إلى حد ما.

**التمييز بين ديناميكيات الشخصية الاكتئابية والمازوخية:** تزخر الأدبيات التحليلية النفسية بقصص مرضى يتصرفون بطرق تبدو مناقضة تمامًا لراحتهم الشخصية، ويبدون منجذبين لا شعوريًا إلى الألم والمعاناة ("المازوخية"). ظاهريًا، قد تشبه ديناميكيات المازوخية، نظرًا لبروز الألم العاطفي في الأعراض السريرية. ومع ذلك، فإن ديناميكيات المازوخية والاكتئابية ظاهرتان مختلفتان، وغالبًا ما تتطلبان أساليب علاجية مختلفة.

#### 2- الشخصيات المعتمدة على الآخرين:

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

## علم النفس المرضي وعيادة الراشد والمسن: ماستر 1 عيادي

الشخصية في جميع مستويات الشدة. يُعرّفون 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 الفجيرة أو الطلاق. على المستويات الحدية والذهانية، قد يصبح المرضى المعتمدون غير منظمين عندما يُتوقع 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 نُدرج في PDM2 القلق والتجنب والرهاب في مجموعة قلق عامة واحدة ونُصوّر هنا اختلافات محددة.

نشير 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 تتداخل مع المنطقة البارانونية. في النطاقات الوظيفية الأعلى، يبدو المرضى الذين يعانون من بنية شخصية قلقة في البداية إما هستيريين (ومن هنا جاء التشخيص القديم "هستيريا القلق") أو مهوسين/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 ومتحفظين، ويميلون 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 القهرية: 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 الجمود والتنظيم والعقلنة. يميلون إلى الاهتمام المفرط بالقواعد والإجراءات والنظام والتنظيم والجدول الزمنية، وما إلى ذلك، وقد ينشغلون بالعمل والإنتاجية بشكل مفرط على حساب أوقات فراغهم وعلاقاتهم. يعتمدون على العقلنة كوسيلة دفاع، ويميلون إلى اعتبار أنفسهم منطقيين 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 والفكرانية تدافع ضد الوعي بالصراع الأساسي والعواطف المصاحبة له.

### 5- الشخصيات شبه الفصامية:

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

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



## 6- الشخصيات الجسدية:

تُعدُّ الشخصية الجسدية والانفعالات الجسدية شائعةً في جميع أبعاد الشدة، ولكن يصعب علاجها بشكل خاص في النطاق الحدي، حيث قد يتداخل المرض بشكل خطير مع استمرارية العلاج. في النطاق الذهاني، حيث قد تُعبر الانفعالات الذهانية عن نفسها كأوهام جسدية.

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

قد يُظهر بعض المرضى المصابين بالاضطراب الجسدي مزيجًا مُربكًا من الانفعالات الوهمية، والمرض الجسدي القابل للتشخيص المعروف بأنه مرتبط بالتوتر، والأعراض الجسدية التي تُعبر عن أفكار ومشاعر مؤلمة للغاية. غالبًا 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 ودفاعية. يُعد الإدمان على مسكنات الألم الموصوفة من المضاعفات الشائعة.

يلوحظ بشكل متكرر على مرضى التجسد العجز عن التعبير عن المشاعر لفظيًا، كما وصف Marty و Muzan مرضى التجسد بأنهم يستخدمون "التفكير التشغيلي"، أي أنهم يفتقرون إلى الخيال، وغير قادرين على التعبير الرمزي، ويركزون على "الأشياء" أكثر من تركيزهم على نتائج الخيال. تميل انفعالاتهم إلى أن تكون ملموسة ومتكررة.

## 7- الشخصيات الهستيرية-الهستيريونية:

ينشغل أصحاب أنماط الشخصية الهستيرية-الهستيريونية بالجندر والتوجه الجنسي وعلاقتهم بالسلطة. لا شعوريًا، يرون جنسهم ضعيفًا أو معييبًا أو أدنى منزلة، بينما يرون الجنس الآخر قويًا ومثيرًا ومخيفًا ومثيرًا للحسد. أما فيما يتعلق بسلوكهم الخارجي، فغالبًا ما يبدو مبهرجين، باحثين عن الاهتمام، ومُغريين (مع أن فئة منهم قد تبدو، على نحو متناقض، ساذجة ومُتحفظة بشكل غريب). قبل أن يُقدم الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية (DSM-III) تشخيص اضطراب الشخصية الهستيرية، استخدم معظم مفكري التحليل النفسي مصطلح "هستيري" للأشخاص المُنظمين عصابيًا الذين لديهم هذه الديناميكيات الشخصية، و"هستيريوني" لمن هم في نطاقات الشخصية الحدية والذهانية.

يميل الأفراد ذوو الشخصية الهستيرية-الهستيريونية إلى السعي وراء السلطة عبر الإغواء تجاه الأشخاص من الجنس المُبالغ في تقديره. لهذا الاستخدام (أو إساءة الاستخدام) للجنس وظيفة دفاعية، إذ يُساعد على درء مشاعر الضعف أو النقص أو الخوف، واكتساب شعور بالقدرة أو السيطرة على الجنس الآخر المُثير (والمُحسود والمُخيف). ومع ذلك، تُعد العلاقة الحميمة الجنسية مصدرًا للصراع بسبب الشعور اللاواعي بالخلل من جسد المرء ذي الجنس الآخر والخوف من أن يُؤذيه الآخر الأقوى. غالبًا ما يتباهى الأشخاص ذوو الشخصية الهستيرية-الهستيريونية بجنسائهم بطريقة استعراضية، في محاولة لا واعية لمواجهة الشعور اللاواعي بالخلل والخوف (مع أن بعضهم يتجنب الجنس أو لا يستجيب له).

## 8- الشخصيات النرجسية:

يعيش الأفراد ذوو 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 ملائمين اجتماعيًا، 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 ذوو الشخصيات النرجسية في المستويات الأكثر مرضية، سواء كانوا ناجحين على المستوى الشخصي أم لا، من تشتت الهوية (غالبًا ما يكون مخفيًا وراء عرض ذاتي متعال)، وقد يتصرفون بطرق مدمرة للغاية وسامة للآخرين. النوع الأكثر إشكالية من الأفراد النرجسيين بأنه مشبع بـ "النرجسية الخبيثة" (أي النرجسية المزوجة بالعدوان السادي) وهي حالة تكون على استمرارية مع الشخصية السيكوپاتية.

## علم النفس المرضي وعيادة الراشد والمسن: ماستر 1 عيادي

تتمثل التجربة الذاتية المميزة للأفراد النرجسيين في الشعور بالفراغ الداخلي وانعدام المعنى الذي يتطلب دفعات متكررة من التأكيد الخارجي على أهميتهم وقيمتهم. قد يشعر الأفراد النرجسيون الذين ينجحون في استخراج هذا التأكيد في شكل مكانة أو إعجاب أو ثروة أو نجاح بنشوة داخلية، ويتصرفون بطريقة عظيمة ومتغطرسة، ويظهرون شعورًا 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 بالاكئاب والخجل والحسد ممن ينجحون في بلوغ المكانة التي يفتقرون إليها. غالبًا ما يتخيلون نجاحًا لا حدود له، وجمالًا، ومجدًا، وقوة، وقد يكون افتقارهم للمتعة الحقيقية في العمل أو الحب أمرًا مؤلمًا.

### 9- الشخصيات البارانونية:

الأفراد الذين يعانون من البارانونيا بشكل مزمن لدرجة إصابتهم باضطراب شخصية قابل للتشخيص، يقعون بشكل رئيسي في نطاق الشخصية الحدية والذهانية. تتميز الاضطرابات النفسية البارانونية بانفعالات ودوافع وأفكار لا تُطاق، يتم إنكارها ونسبها للآخرين، ثم يُنظر إليها بخوف و/أو غضب. قد تشمل المشاعر المنعكسة العدا، كما في الاعتقاد البارانوني الشائع بأن المرء يتعرض للاضطهاد من قبل آخرين معادين؛ والانجذاب، كما في الاعتقاد بأن الآخرين نوايا جنسية تجاه نفسه أو تجاه الأشخاص الذين يرتبط بهم (مثل ظاهرة الغيرة البارانونية الشائعة أو متلازمة أوروبمانيا). قد يتم أيضًا التبرؤ من مشاعر مؤلمة أخرى، كالكرهية والحسد والعار والازدراء والاشمئزاز والخوف، وإسقاطها.

**10- الشخصيات السيكوباتية:** يفضل المصطلح السابق "سيكوباتي" على المصطلح الحالي "معادي للمجتمع"، حيث كثير 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 المساءلة 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 تنطوي على العدوان والعنف، إلا أن العديد من الكتابات السريرية أشارت أيضًا إلى أشكال أكثر سلبية وطفيلية من السيكوباتية مثل مخططات الاحتيا.

### 11- الشخصيات السادية:

يُلاحظ تنظيم الشخصية السادية بشكل رئيسي على المستوى الحدي أو الذهاني، ويتمحور حول فكرة الهيمنة. داخليًا، قد يعاني الشخص السادي من الخمول والعقم العاطفي، اللذين يُخففان من خلال إلحاق الألم والإذلال - في الخيال وغالبًا 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 مريكة من التشبث 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 الدفاعات باهظة التكلفة، ومشاكل في الإدارة 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: تناذرات 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% و 13% من كبار السن في المجتمع، و 5% و 33% من كبار السن المترددين على العيادات الخارجية، و 7% و 61.5% 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 عامًا فأكثر) يعانون من اضطراب واحد على الأقل في الشخصية، وأكثرها شيوعًا هو اضطراب الشخصية الوسواسية القهرية. وتجد بعض الدراسات أن 17% من كبار السن يعانون من اضطراب الشخصية الوسواسية القهرية، و 12% يعانون من اضطراب الشخصية التجنبية، مقابل 5% فقط يعانون من اضطراب الشخصية الحدية.

يختلف محور PDM-2 PE عن الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات 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 أيضًا، 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 يُشعر به الشخص أو يُلاحظه موضوعيًا. هذا يعني أن كبار السن قد ينتقلون من مستويات أقل تطورًا إلى مستويات أكثر تقدمًا 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 تُحدث تغييرات لا حصر لها في حياة الفرد - وهي بالتأكيد تغييرات أكثر تواترًا وعمقًا من تلك التي حدثت خلال منتصف العمر - وأن هذه التغييرات قد تُفاقم مستوى تنظيم الشخصية أو مظاهرها. في المقابل، هناك أيضًا بعض الفرص الموضوعية للانفصال (عن العلاقات الاجتماعية، والالتزامات المهنية، أو العلاقات الحميمة) التي تُشجع، في بعض الشخصيات، على التكيف بشكل أفضل. يُعد هذا التفاعل المعقد بين المتغيرات الموضوعية وتنظيم الشخصية سببًا مهمًا للتفكير في السمات السريرية لأنماط الشخصية المختلفة في الشيخوخة.

كما هو الحال دائمًا، 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 الاكتئابية:** يعدّ التشخيص الصحيح لهذه الفئة من أنماط الشخصية معقدًا لدى كبار السن نظرًا لانتشار الاضطرابات الاكتئابية وتكرار الأحداث المُرهِقة التي قد تؤدي إلى تداخل أعراض الاكتئاب. تشمل الأحداث والظروف المُرهِقة فقدان العلاقات، وتدهور الحالة الوظيفية، وتدهور الحالة الصحية، والتقاعد، والانتقال، والعزلة الاجتماعية. في الواقع، قد يتم تجاهل مشاكل الاكتئاب لدى كبار السن بسبب افتراض أن الاكتئاب "طبيعي" لديهم. حيث تظهر آلية الإسناد السلبي للذات (والتي غالبًا ما ترتبط بالموقف المهزوم للذات) فيما يتعلق بالندم/الذنب/الفرص الضائعة في الماضي. التاريخ السريري للشخصية الاكتئابية يزيد من خطر ردود الفعل الاكتئابية تجاه الأحداث المختلفة المرتبطة بالعمر، وقد يُسرّع القلق والاكتئاب من تطور اضطرابات عصبية معرفية مُعقّدة بشكل ملحوظ.

**2- الشخصية الاعتمادية:** يبدو أن الميل الذاتي للاستجابة بموقف الاعتماد على الآخرين تجاه مشاكل العمر يرتبط بتغيرات شخصية مختلفة: الشعور السابق بالاستقلالية، والقدرة على الاستجابة العاطفية، وفعالية قدرات التكيف. يُظهر كبار السن ذؤو الشخصيات المعتمدة سلوكًا متشبهاً مرتبطًا بحاجة مُفرطة للرعاية. غالبًا ما يرتبط هذا بتجربة داخلية للذات كضعف

## علم النفس المرضي وعيادة الراشد والمسن: ماستر 1 عيادي

وهشاشة وخشية وعجز عن التعامل مع مهام الحياة المختلفة. تُشكل الحاجة إلى القرب جوهر هذا الطلب العلائقي . نقطة انطلاقه هي الخوف من الوحدة 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 القلقة -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 الصدارة، وتكاد جميع الخيارات السلوكية تُحركها 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-القهرية:** ويزداد الأمر تعقيداً لأن أعراض الشخصية الوسواسية القهرية (مثل أعراض الشخصية البارانونيا) تزداد عمومًا مع التقدم في السن. غالبًا ما يكون نمط أو اضطراب الشخصية الوسواسية القهرية مزمنًا ومستقرًا؛ وقد يحدث مصاحبًا لاضطراب الوسواس القهري (OCD) أو حالات أخرى تتضمن القلق أو الذهان. إن مسألة السيطرة، سواءً على الذات أو على الآخرين، مسألة جوهرية. يُنظر إلى عملية الشيخوخة على أنها تهديد للقدرة على ممارسة السيطرة، وهذا يؤدي إلى تصلب المخاوف الوسواسية والسلوكيات القهرية.

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، ويُشدد 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 يُقلل 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 تُقيد التواصل الاجتماعي. كما تُسهم 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 المصابين بالفصام وتميزهم عن كبار السن الذين قد يكونون ببساطة معزولين اجتماعيًا.

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:** شخيص الشخصية الجسدية، فإن نقطة البداية هي التاريخ الطبي للفرد، بالإضافة إلى ملاحظة سلوكه الحالي. ينبغي مراعاة بعض مؤشرات الشخصية الجسدية المحتملة إذا انطبق ما يلي :

- لا ترتبط الشكاوى الجسدية بمرض محدد أو تبدو مرتبطة بالعديد من الأمراض المختلفة.
- يمارس المريض سلوكيات تجنب أو عزلة اجتماعية ويبررها بالصعوبات الجسدية.
- يقوم المريض بسلوك غريب لا يتوافق مع مرضه الفعلي أو لا يبرره.
- يحدث تغير في التعبير عن الأعراض وشدتها 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).

## علم النفس المرضي وعيادة الراشد والمسن: ماستر 1 عيادي

- 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 جيدًا.

وهناك جانب آخر ذو صلة يجب مراعاته للتشخيص التفريقي، وهو استبعاد متلازمة الاكتئاب ذات الجوانب الجسدية (ما يسمى "الاكتئاب المقنع"، وهو شائع لدى كبار السن). في هذه الحالة، قد يتداخل الاكتئاب المستمر مع الشخصية الجسدية. في حالات أخرى، قد يوجد أيضًا اضطراب القلق العام الذي يتميز بشكاوى جسدية ذات صلة. في المقابل، قد يزيد القلق 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 الجسدي، ويمكن التحقق منها. ويُقاوم تدهور سلامة الجسم المرتبط بالمرحلة المتقدمة من هشاشة العظام، ويُقلل من تقدير الذات والثقة بالموارد الجسدية والنفسية. كما يُقاوم ضعف القدرات المعرفية المرتبط بالمرحلة المتقدمة من هشاشة العظام، وعدم الرغبة/القدرة على التعامل مع المشاعر، حالة سابقة محتملة من فقدان القدرة على التعبير عن المشاعر. وعلى وجه الخصوص، تُعيق مشاعر مثل الغضب والمعاناة المرتبطة بالمواقف العصبية المطولة التعبير اللفظي عن الانزعاج، والذي يُترجم إلى انزعاج جسدي وانشغالات، مع طلبات متكررة للمساعدة في حالات الإعاقة الجسدية.

**7- الشخصية الهستيرية-الهستيرية:** تتميز الشخصيات الهستيرية-الهستيرية بالعصابية والسعي وراء الاهتمام. تُفهم العصابية على أنها شدة المشاعر وعدم استقرارها: القلق، والاكتئاب، والانفعالية، والضعف، والقابلية للإحباط، والتقلب العاطفي، وقلق الانفصال، والعداء، 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 الوسواس المرضي. تاريخيًا، كانت الجوانب الأساسية للتشخيص هي إضفاء طابع جنسي وإيروتيكي/إغوائي على العلاقات، كآليات 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 ظاهرتي التحويل والجسدية. وتشمل السمات التي تتضاءل استخدام الجنسانية للتعبير عن الصراع؛ ويُفترض أن هذا الانخفاض ناتج عن عملية الشيخوخة، مما يزيد من صعوبة استخدام الجسد كأداة للإغواء. كما أن هناك انخفاضًا في وتيرة التجارب الانفصالية.

غالبًا ما تكون هذه الشخصيات الهستيرية-الهستيرية لدى كبار السن متزمنة، 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 الحقيقية أو الخيالية.

**8- الشخصية النرجسية:** تتميز الشخصيات النرجسية بالعظمة، والحاجة إلى الإعجاب، ونقص التعاطف. قد يطلب كبار السن أحيانًا الاهتمام و/أو الاحترام من الأقارب ومن الآخرين، وقد يعيرون عن احتياجاتهم بمواقف متعجرفة نوعًا ما. قد يحتاج بعض كبار السن إلى الإعجاب؛ على سبيل المثال، كثيرًا ما يتواصل كبار السن بفخر كبير بشأن أعمارهم، أو يؤكدون على استمرار بعض المهارات الفكرية (مثل: سعة الذاكرة) أو المهارات البدنية (مثل: 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 وهويته وجودة علاقاته الشخصية. علاوة على ذلك، قد تترجم الحاجة إلى الاهتمام إلى تعزيز التعلق بالآخرين وتقليل الشعور بالوحدة.

## علم النفس المرضي وعيادة الراشد والمسن: ماستر 1 عيادي

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

عندما تستمر السمات الأساسية في سن الشيخوخة، 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، سواء 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 طرئاً أخرى للتعبير، والتي يجب ألا تغيب عن الملاحظة التشخيصية. في بعض الأحيان، تتحول الغطرسة إلى عناد؛ ويزيد الميل إلى استغلال الآخرين من أعراض الاكتئاب المرتبطة بالعزلة التدرجية؛ أو قد تؤدي الحاجة إلى الإعجاب إلى سلوك غير حكيم.

**نمط الشخصية النرجسية تأثير سلبي على عملية الشيخوخة.** فخلال الشيخوخة، غالباً ما يكون الأفراد النرجسيون وحيدون ومنعزلين، وقد يبدأون 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 السابق المتمثل في الاستقلالية والسلطة والسيطرة قد تؤدي جميع هذه المواقف إلى الاكتئاب وخطر الانتحار.

**9- الشخصية البارانويدية:** يُشخص 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/الشريكة الجنسية) متكرراً وبارزاً. ويترتب على ذلك أن تاريخ حياة الشخص يكشف عن افتقاره إلى الصداقات الدائمة والعلاقات العميقة بسبب القلق الدائم بشأن "البقاء يقطاً" 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 والحركية 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.

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

**10- الشخصية السيكوپاثية:** بشكل عام، تقل شيوع الشخصيات السيكوپاثية (المضادة للمجتمع) بين كبار السن مقارنة بالشباب، ويتناقص عددها مع التقدم في السن. بعض السمات الشائعة للنمط السيكوپاثي لدى الشباب، مثل الاستمتاع بخداع الآخرين والتلاعب بهم، تكون أقل شيوعاً (وربما أقل احتمالاً) في الشيخوخة، 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 الشيخوخة. في بعض السياقات، خاصة في عالم الأعمال والتمويل، قد يُحافظ بعض الشخصيات الكاريزماتية في سن الشيخوخة على سلوكهم المتمثل في التلاعب بالآخرين والسيطرة عليهم، بالإضافة إلى عدم الامتثال للأعراف الاجتماعية.

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

## علم النفس المرضي وعيادة الراشد والمسن: ماستر 1 عيادي

**11- الشخصية السادية:** إن طبيعة وتكرار الأنماط السادية لدى كبار السن غير معروفة نسبيًا، إذ لا توجد أدبيات علمية تُمكن من فهمها فهمًا كاملاً. ترتبط الشخصيات السادية بالاعتلال النفسي والسلوك الإجرامي، ولا تظهر في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية. ونظرًا 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 تؤدي 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 مُهين. 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 النوبات تميل 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 بمعاونة الآخرين. ومن الشائع ظهور مظاهر الازدراء أو اللوم المستمر للأشخاص الذين يعتمد عليهم المسن (أفراد الأسرة، والمرمضات، ومقدمي الرعاية الآخرين). في بعض التركيبات الأسرية، عندما يُصاب أحد كبار السن، الذي كان صانع القرار والسلطة الرئيسي في الأسرة، بإعاقه معرفية و/أو جسدية، فإن الأسرة - بدلاً من تغيير ديناميكيات الحياة لاستيعاب أدوار جديدة - تسمح لهذا الشخص المسن المعاق بمواصلة "اتخاذ القرارات" وتجاهل أفراد الأسرة الآخرين. وقد تنشأ في هذا السياق عناصر سادية.

يُنتج الخوف من الإذلال دفاعًا استباقياً قائمًا على التقليل من قيمة الآخرين. تتجلى الكراهية والازدراء، بالإضافة إلى المتعة المرتبطة بمعاونة 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 أمرًا معقدًا للغاية نظرًا لتباين المظاهر السريرية لهذا النمط، بالإضافة إلى وجود أعراض مرضية مصاحبة متعددة. قد تظهر السمات المركزية الموصوفة بشكل شائع في الأدبيات - مثل الاندفاعية، والانفعالات المتقلبة التي يصعب السيطرة عليها، وصعوبة الشعور باستمرارية التجربة، وعدم استقرار الهوية، والشعور بـ "الفراغ" الداخلي - بشكل أقل تواترًا وكثافة مما هي عليه في المراحل المبكرة من الحياة، مما يجعل التشخيص صعبًا.

**سمات اضطراب الشخصية الحدية لدى كبار السن:** يظل العجز المستمر عن التوسط في التغيرات العاطفية استجابةً للضغوط البيئية قائمًا 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، وتخريبًا للعلاجات الطبية، وإساءة استخدام المواد، واضطرابًا 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 والفوضوي المرتبط بالاندفاعية و"التصرف 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، والاستجابات العاطفية للتغيرات والأحداث المجهدة، والشعور بالفراغ، والخوف من الهجر. ومن غير المعروف ما إذا كانت التغيرات في التعبير السلوكي تمثل تحسنًا حقيقيًا في الحالة الكامنة. ويواجه كبار السن الذين يعانون من هذه البنية صعبة في بناء العلاقات، وقد ينتهي بهم الأمر إلى العزلة الاجتماعية نتيجة لذلك.

## المحاضرة (06) المحور M: ملحق التوظيف العقلي لدى الراشد 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 تُساهم في تنظيم شخصية المريض.

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

كما يشمل إجراء تقييمياً يُمكن 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 الاثنتي 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 وعلمي لتسهيل العلاج النفسي؟ .

على الرغم من أن المحور M لـ PDM-2 يُفصل الأداء العقلي في اثنتي 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 - كلية، فريدة - يمكن تقسيمها عملياً إلى فئات متجاورة. وكما توضح التعريفات التالية، تغطي هذه القدرات الاثنتي عشرة مجموعة متنوعة من المجالات ومجموعة واسعة من العمليات النفسية. ورغم التداخل المتأصل بين بعض القدرات، تُبرز كل فئة سمة أساسية وفريدة من سمات الأداء العقلي، لا يمكن تفسيرها تماماً بالقدرات الأخرى. على الرغم من عدم وجود ملف تعريف أو مجموعة من الدرجات يمكنها تجسيد كامل ثراء الحياة العقلية لكل شخص، إلا أنه يمكن تجميع المجالات الـ 12 الأساسية التالية بشكل تخطيطي في أربعة مجالات:

### •• العمليات المعرفية والعاطفية

1. القدرة على التنظيم والانتباه والتعلم: تشمل القدرة على التنظيم والانتباه والتعلم عمليات أساسية تُمكن البشر من الانتباه إلى المعلومات (الداخلية والخارجية) ومعالجتها، وتنظيم تركيز انتباههم، وتقسيم انتباههم حسب الحاجة لأداء مهام متعددة في وقت واحد، وتصفية المعلومات غير ذات الصلة من الوعي عند الاقتضاء، 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 تنعكس الإعاقات في هذا المجال، عند ظهورها، في ميول فقدان القدرة على التعبير عن المشاعر لدى المريض.

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



## علم النفس المرضي وعيادة الراشد والمسن: ماستر 1 عيادي

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

### •• الهوية والعلاقات

**4. القدرة على التمايز والتكامل (الهوية):** القدرة على التمايز والتكامل القدرة على تمييز الذات عن الآخر، والخيال عن الواقع، والتُمثيلات الداخلية عن الأشياء والظروف الخارجية، والحاضر عن الماضي والمستقبل، وإقامة روابط بين هذه العناصر دون خلط بينها. وهي تعكس تحديدًا القدرة على بناء تمثيل متميز وواقعي ومتناسك ومعد للذات (الهوية) والآخرين، والحفاظ عليه، وربط هذه المجموعات من التمثيلات.

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

**6. القدرة على تنظيم تقدير الذات وجودة التجربة الداخلية:** تجسّد القدرة على تنظيم تقدير الذات وجودة التجربة الداخلية مستوى الثقة بالنفس وتقدير الذات اللذين يُميزان علاقة الفرد بنفسه والآخرين والعالم الأوسع. ويتطلب 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 أيضًا الدرجة التي يُختبر بها الفرد شعورًا بالتحكم الداخلي، والكفاءة الذاتية، والفاعلية.

### •• الدفاع والتأقلم

**7. 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 (التثبيط)، مع انقباض عاطفي مصاحب. يتضمن الأداء العالي في هذه القدرة على تحمل الإحباط، عندما يكون ذلك مناسبًا أو ضروريًا، والتعرف على الانفعالات ووصفها كوسيلة للتنظيم الذاتي.

**8. القدرة على الأداء الدفاعي:** برز 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، ودون الإفراط في استخدام التمثيل. يُمكن 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.

**9. القدرة على التكيف والمرونة والقوة:** القدرة على التكيف والمرونة والقوة قدرة 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 النقدي أو المطابق للتوقعات، ولكنه يعكس اختيارًا واعيًا 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، تُمكن المرء من تجاوز العقبات وتحويل النكسات إلى فرص للنمو والتغيير الإيجابي.

## علم النفس المرضي وعيادة الراشد والمسن: ماستر 1 عيادي

### •• الوعي الذاتي والتوجيه الذاتي

**10. 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 الأصل بفهم الذات بشكل أفضل.

**11. 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.

**12. القدرة على إيجاد المعنى والغرض:** تعكس القدرة على إدراك المعنى والهدف قدرة الفرد على بناء سردية شخصية تُضفي تماسكًا ومعنىً على خياراته الشخصية، وإحساسًا بالتوجيه والهدف، واهتمامًا بالأجيال القادمة، وروحانية (لا تُعبر بالضرورة عن التدين التقليدي) تُضفي معنىً على حياة الفرد. ويتطلب الأداء العالي لهذه القدرة على التفكير فيما يتجاوز الاهتمامات المباشرة للنظر في الآثار الأوسع لمواقف الفرد ومعتقداته وسلوكياته.

### مقياس التقييم

لهذه القدرة ولكل قدرة من قدرات المحور M الأخرى، يوجد مقياس تقييم من خمس نقاط، يُمكن من خلاله تقييم كل وظيفة عقلية من 5 إلى 1، في الجدول 2.1 في نهاية الفصل. كما يتضمن النص وصفًا لنقاط الارتكاز للمستويات 5 و3 و1 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 المرونة والتكيف عبر السياقات.

#### غصابي

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

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

#### حدي

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

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

## علم النفس المرضي وعيادة الراشد والمسن: ماستر 1 عيادي

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 تقريبًا، مع ضعف في اختبار الواقع؛ تشرذم و/أو صعوبات في تمييز الذات والموضوع؛ اضطراب في الإدراك والتكامل وتنظيم الانفعالات والفكر؛ وعيوب في واحدة أو أكثر من الوظائف العقلية الأساسية (مثل: الإدراك، والتكامل، والحركة، والذاكرة، والتنظيم، والحكم).

## المحاضرة (07) المحور ME: ملحق 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 عامًا فأكثر، من المهم مراعاة التغيرات المحتملة في الركيزة العصبية الحيوية، مثل الاضطرابات العصبية المعرفية . غالبًا ما تُعتبر مشاكل الذاكرة من الأعراض الرئيسية لهذه الاضطرابات، لأن هذه المشاكل (وخاصة ضعف الذاكرة المباشرة والحديثة، ونادرًا 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 يُصعب 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 تنخفض القدرة على فهم الحالات العاطفية والعواطف والتعبير أو تنقلص 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 التأمل والتأمل:

قد يؤثر انخفاض التواصل الاجتماعي المرتبط بالعمر، وتراجع فرص اكتساب الخبرات - وخاصة أنواع التجارب الجديدة - على القدرة على التأمل في الحياة الداخلية، واستخلاص استنتاجات حول الحالات النفسية للآخرين. علاوة على ذلك، يتفاعل كبار السن أحيانًا مع الصعوبات أو الأحداث غير السارة من خلال إعاقات جسدية، قد تكون مرتبطة بالضعف البدني المرتبط بالعمر، وقد يُشكل هذا نوعًا 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 للآخرين، وذلك بفضل المعرفة والخبرة التي اكتسبوها.

### الهوية والعلاقات

#### 4. القدرة على التمايز والتكامل (الهوية):

لا يُكتسب الشعور 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، استنادًا إلى قيم ومعتقدات وعادات راسخة. ومع ذلك، يمكن أن تُضعف عملية الشيخوخة أيضًا الشعور بالهوية بسبب انخفاض بعض الموارد المادية، بالإضافة إلى الانخفاض الطبيعي في القدرات المعرفية المرتبط بالعمر، مما قد يزيد من الحاجة إلى الاعتماد على الآخرين.

#### 5. القدرة على العلاقات والألفة:

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 غالبًا 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 أيضًا مستوى ثقة الشخص بنفسه وتقديره لذاته. قد يكون عدد وطبيعة التجارب السابقة مفيدًا. بالطبع، قد تتداخل الإعاقات الجسدية المرتبطة بالعمر أو انخفاض القدرات الحسية، بالإضافة إلى تزايد الحاجة إلى الاعتماد على الأطفال والأقارب والمساعدات المحترفين، مع السمات المختلفة لهذه القدرة.

### الدفاع والتأقلم

#### 7. القدرة على التحكم في الانفعالات وتنظيمها:

قد تؤثر عملية الشيخوخة سلبيًا على هذه القدرة، وقد تُنبئ بعض السمات الفردية في فترات الحياة السابقة بنوع مُحدد من الخلل التنظيمي. قد يترافق نمط من الإفراط أو القصور في التحكم في التعبير عن النبضات مع مرور الوقت، وقد تتضح أوجه القصور في هذه القدرة بشكل أكبر. علاوة على ذلك، من الضروري مراعاة أن هذه القدرة قد تضعف بشدة في وجود اضطراب عصبي إدراكي.

#### 8. القدرة على الأداء الدفاعي:

قد تؤثر عملية الشيخوخة، وما يترتب عليها من انخفاض في الموارد المادية والقدرات المعرفية، على القدرات الدفاعية. وقد تقل مرونة السلوكيات وردود الفعل تجاه الأحداث والعلاقات الشخصية. وقد يستخدم كبار السن أنماطًا دفاعية مألوفة لديهم، حتى لو لم تكن مناسبة للموقف.

قد تُفضل بعض أحداث الحياة الصعبة موضوعيًا (كالقناعات، والترمل، ووفاة الأقارب والأصدقاء، والمرض، والحاجة إلى دخول المستشفى أو طلب مساعدة مهنية من الممرضات و/أو الأخصائيين الاجتماعيين)، بالإضافة إلى الضعف البدني والعاطفي العام المرتبط بالعمر، استخدام أنماط دفاعية أكثر بدائية، حيث يسود الانشطار على ردود الفعل الأكثر تكيفًا. ومع ذلك، في بعض الحالات، قد يُظهر الأفراد الذين يعيشون ظروفًا مواتية ولديهم تجارب سابقة إيجابية أداءً دفاعيًا أعلى مستوى، نظرًا لزيادة قدرتهم على التفكير في الأحداث ومشاعرهم الخاصة.

## علم النفس المرضي وعيادة الراشد والمسن: ماستر 1 عيادي

### 9. القدرة على التكيف والمرونة والقوة:

تتضمن المراحل المختلفة لعملية الشيخوخة مجموعة واسعة من الأحداث والظروف، مما قد يُضعف قدرة الفرد على التعامل بفعالية مع الأحداث، مثل الخسائر، وتغير ظروف المعيشة، وإدراك ضيق الوقت، والضعف الشامل للموارد البدنية و/أو المعرفية. في مواجهة هذه التجارب الجديدة، يتعين 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، ويجب أخذها 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 النفسية):

خلال عملية الشيخوخة، غالبًا 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 أحيانًا خلال الشيخوخة، بفضل تجارب كبار السن السابقة وردود أفعالهم الإيجابية تجاه أحداث مماثلة. قد يكون الشخص قد طور بالفعل وعيًا أعمق بقدراته على السلوكيات 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 أحيانًا إجراءً دفاعيًا 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 وبصعب 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 أحيانًا بأنهم مؤهلون للتعبير عن استقلال نسبي عن العادات الاجتماعية والثقافية، نظرًا لانخفاض توقعاتهم للمكافآت الاجتماعية.

### 12. القدرة على إيجاد المعنى والغرض:

عند تقييم هذه القدرة، يمكننا أيضًا استخدام مصطلح "التفاعل". في الواقع، تعكس القدرة على إيجاد المعنى والهدف لدى كبار السن شعورًا بالانتماء إلى أسرة ومجتمع وجماعة، وكونهم أعضاء فاعلين فيها. كما تعكس القدرة ليس فقط على قبول عمليات التغيير الجارية، بل أيضًا على العمل معها - تكيف المشاريع القديمة، أو على العكس، إنشاء مشاريع جديدة - وفقًا 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 والإنتاجية. كما أنه مفيد في التعامل مع قضايا مثل الموت، والحداد، وتراجع الموارد النفسية والجسدية المرتبطة بالعمر، والتغيرات العميقة في ظروف الحياة (مثل الحاجة إلى مساعدة مستمرة، أو دخول دار رعاية).

## علم النفس المرضي وعيادة الراشد والمسن: ماستر 1 عيادي

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، التطوع، الهوايات، إلخ).
- الاهتمام والرغبة في بناء علاقات جديدة (و/أو، 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 المستمدة من التجارب السابقة مع أشخاص آخرين (وخاصةً مع الشباب).
- القدرة على التساؤل عن التقدم العلمي والتكنولوجي وتقديره، والرغبة في تعلم استخدام الأجهزة الجديدة على وجه الخصوص.
- القدرة على التفكير في مستقبل أحبائه بعد وفاته.

### سلم تقييم التوظيف العقلي للمسنين:

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

## علم النفس المرضي وعيادة الراشد والمسن: ماستر 1 عيادي

|  |   |
|--|---|
| <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 = 19-25):</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 = 12-18):</p> |

### ملاحظة:

نشير أنّ مفهوم "الشيخوخة المعرفية" متأصلة 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 مستوى أداء قابلاً للقياس الكمي، لأن آثارها على العمليات العقلية الداخلية لدى كبار السن لا تزال معروفة أو محددة جيدًا 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 الراشد (Symptom Patterns: The Subjective Experience)

يشير هذا الفصل في معظمه إلى أوصاف الأعراض الواردة في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات 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 النظامين، والهدف هو توضيح التجربة الذاتية للمريض لنمط الأعراض. نصور 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، مراعاة 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 و/أو 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 الشاذة 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 الاضطراب 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 تعبر 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 يعاش الاكتئاب لدى امرأة مسنة بشكل مختلف تماماً عن الاكتئاب 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.



## علم النفس المرضي وعيادة الراشد والمسن: ماستر 1 عيادي

هذه الاختلافات المرتبطة بالعمر بالإضافة إلى تاريخ المريض، وأحداث حياته/علاقاته الفردية والسياق 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 "الأمر العالقة" (التثبيت) من ماضي الشخص، والذي يُعاد تنشيطه في ظل ظروف مُجهدة أو أحداث حياتية مُحددة، الارتداد إلى نقطة التثبيت - خاصةً إذا كان للمُحَقَّر صلة موضوعية بالشيء الأصلي. قد يكون التحرش الجنسي في الطفولة المُبكرة مُحيرًا، ولكنه قد يُصبح أكثر وضوحًا وصدمةً عند استرجاعه عند بلوغ سن البلوغ، وعندما تُصبح النية الجنسية واضحةً فجأةً من الناحية التجريبية (نظرية فرويد "الارتداد")؛ أو قد يكون قد تم كبتة 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 سريريًا هي تلك التي يندم عليها المريض بشدة: "أكره حقيقة أن أمي كانت دائماً 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 تسليط 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 تمّ 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)، ويُفرّق 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 لكبار السن لكل نمط من أنماط الأعراض. ولأن DSM-5 لا يتضمن قسمًا خاصًا بكبار 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 كبار السن على وجه التحديد.

يُعدّ الشعور بالوحدة جانبًا محوريًا وشائعًا في التجربة الذاتية لكبار 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، وبألم 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 متميزتان ولكنهما متداخلتان. فيما يتعلق بالعزلة الاجتماعية، فإن جودة العلاقات والرضا الناتج عنها يُعدّان من المحددات الأكثر أهمية للشعور بالوحدة من مجرد عدد العلاقات. قد يشعر الأفراد بالوحدة سواء في الزواج 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، يُعدّ الشعور بالوحدة تجربة شائعة بين كبار السن، حيث تتراوح نسبة انتشاره بين 20 و40% من سكان المجتمع. يرتبط ذلك بتدني جودة الحياة، وتعدد الحالات الطبية، والاعتماد على الغير، والضعف الإدراكي، وزيادة استخدام الأدوية النفسية، بل وحتى ارتفاع معدل الوفيات. وبشكل عام، فإن كبار السن الذين يعانون من سوء الحالة الصحية وفقًا لتقييمهم الذاتي والذين يعيشون بمفردهم هم الأكثر عرضة للمعاناة من الوحدة. يميل كبار السن من الرجال إلى الإبلاغ عن الشعور بالوحدة بشكل أقل من النساء، ولكن كبار 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 الناتج عن حالة طبية أخرى، واضطرابات اكتئابية أخرى محددة/غير محددة، وقائمة من المحددات التي تنطبق 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 القدرة على التفكير والتركيز؛ وأفكار الموت و/أو الأفكار الانتحارية؛ واضطرابات جسدية.

ويُعد الاكتئاب، لدى كل 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 سناً، ونادراً 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 • التزلزل والخسائر الأخرى • العزلة الاجتماعية • التقاعد. توجد أيضاً 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 تُخفي 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، والتغييرات الأخرى في روتينهم. قد يضطر أطباء الرعاية الأولية، والأخصائيون الاجتماعيون، وأفراد الأسرة إلى كشف أعراض الاكتئاب الكامنة وراء هذه الشكاوى.

لا تُعدّ مشاكل تقدير الذات شائعة بين كبار السن المصابين بالاكتئاب كما هي الحال لدى الشباب المصابين به. غالبًا ما تبرز مشاعر الفراغ، إلى جانب اليأس والشعور بالعجز تجاه المستقبل. قد يصف العديد من كبار السن أيضًا مواقف أو أحداثًا تتعلق بمشاعر انعدام الأهمية/الفائدة، أحيانًا بسبب صعوبات طبيعية مرتبطة بالعمر في التركيز والحركة وسرعة رد الفعل، والتي قد تُعاش بالخجل والانعراج.

من الضروري تقييم الظروف البيئية العامة للمريض المسن. قد يكون الاكتئاب نتيجة لرعاية غير مناسبة من أفراد الأسرة (والتي لا تُعدّ إهمالًا دائمًا؛ فقد تتضمن أحيانًا اهتمامًا مفرطًا وسيطرة). كما أن التوتر والصراع مع الأبناء البالغين أو مشاهدة صراع بين الأقارب (خاصةً عندما يتعلق الأمر بممتلكات 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 ضغطًا نفسيًا بين الشخص المتأثر والوضع المتغير. وهذا ينطبق بشكل خاص على كبار السن، حيث تُفارق 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

غالبًا ما تؤدي استراتيجيات التأقلم غير الفعالة المطبقة على التغيرات 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 يؤدي الإدراك الذاتي لانخفاض الكفاءة والتحكم إلى الشعور بالريبة أو أفكار الاستغلال والخداع. أحيانًا، قد يكون تطور المخاوف المرضية (مثل: "الناس يلاحقونني") آلية دفاعية ضد الشعور السلبي الذي لا يُطاق والمرتبطة بانخفاض الموارد الجسدية والاستقلالية. غالبًا ما تُساهم التدخلات التي تُعزز تقبل 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 الاضطرابات العصبية المعرفية، يُبطئ الاكتئاب العمليات المعرفية، ويُضعف الذاكرة والتركيز، ويجعل من الصعب معالجة المعلومات الجديدة. كما ذكر سابقًا، فإن التشخيص التفريقي بين الخرف والاكتئاب لا مفر منه ولكنه قد يكون صعبًا، ويرجع ذلك جزئيًا إلى أن الشكاوى المتعلقة بمشاكل الذاكرة والتي هي أعراض لكل من الشيخوخة الطبيعية وأعراض الاكتئاب.

## علم النفس المرضي وعيادة الراشد والمسن: ماستر 1 عيادي

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، غالبًا ما يبالغ الأفراد المصابون باضطراب عصبي إدراكي حقيقي (مثل مرض الزهايمر أو الخرف الوعائي) في تقدير قدرتهم على التذكر، بينما يُظهرون ضعفًا واضحًا في أداء الذاكرة.

يُعدّ تقييم القدرات الإدراكية لكبار السن المصابين بالاكتئاب والتشخيص التفريقي بين اضطرابات الاكتئاب والاضطرابات العصبية الإدراكية أمرًا بالغ الأهمية لتلبية احتياجات كبار السن من المساعدة والتخطيط للمستقبل. تُعدّ 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 يُتيح لهم استئناف حياة طبيعية أكثر. في المقابل، عندما تظهر الأعراض في حالة الخرف، تميل هذه العيوب إلى التفاقم وتتطلب دعمًا مستمرًا.

### 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، والمهدئات، ومضادات الاكتئاب، والمسكنات، إلخ). لذلك، يحتاج كبار السن المصابون بالاكتئاب إلى تقييم طبي شامل لتحديد وعلاج الاضطرابات الجسدية المُصاحبة، بالإضافة إلى تقييم دقيق لأدويتهم وجرعاتها.

من ناحية أخرى، يُعد المرض الجسدي العامل المُفجّر الأكثر شيوعًا للاكتئاب في الشيخوخة. غالبًا ما ترتبط شدة الاكتئاب 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 الاكتئاب أو تفاقمه. إدارة الأمراض الجسدية والاكتئاب المصاحب لها يتطلب دعم القدرات المعرفية والعاطفية للمريض المسن للتأقلم، بالإضافة إلى اهتمام خاص بجودة حياته. في الشيخوخة، يبدو أن كل مرض، حتى وإن لم يكن خطيرًا، يندب بالموت. يمكن أن تُسهّم المواقف المميزة لبيئة كبار السن إسهامًا كبيرًا في قدرة المريض على الصمود، أو قد تُشكل عائقًا أمام التعامل مع أعراض كلٍ من المرض الجسدي والاكتئاب.

### أنماط العلاقات:

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

- 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<sup>ème</sup> 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<sup>ème</sup> 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, 12<sup>ème</sup> éd. 2004.
- Freud S. (1895a). « Obsessions et névroses. Leur mécanisme psychique et leur étiologie », in *Névrose, psychose et perversion*, Paris, PUF, 1973, 12<sup>ème</sup> éd. 2004.
- Freud S. (1896a). « L'hérédité et l'étiologie des névroses », in *Névrose, psychose et perversion*, Paris, PUF, 1973, 12<sup>ème</sup> 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, 12<sup>ème</sup> 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.
- Lingiard 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.