

الاضطرابات المزاجية عند الشخص المسن - مقارنة نفسية مرضية -

أ. زروالي لطيفة
جامعة وهران 2

الملخص

من بين المشاكل النفسية المرضية التي تعترض الشيخ المسن الاضطرابات المزاجية إذ نجدها تكتسي خصوصية وذلك لتعدد مظاهرها، حيث أن القراءة الأحادية لها تعجز على الإحاطة بكل مكوناتها وبأسبابها. على غرار ذلك، نجد أن ردود الأفعال الشخص المسن اتجاه الاضطراب المزاجي تختلف باختلاف تنظيمه العقلي وجهازه النفسي، إذ نجد أن الهشاشة التي تطرأ عليه تجعله عرضة للحزن وللاكتئاب وللقلق. كما أن الإصابات الجسمية والتدهور العقلي يأتیان لتدعم استقرار لهاته الحالات.

تأتي هذه المساهمة كمحاولة لتقصي مختلف النماذج التفسيرية لخصوصية الاضطرابات المزاجية خلال مرحلة الشيخوخة، وكذلك مختلف مظاهرها ووسائل الكشف عنها ودور شبكات الدعم والمساندة ومؤسسات الرعاية الصحية في التكفل بها.

مقدمة

إن التحولات الديمغرافية للمجتمع الجزائري جعل من فئة كبار السن في تزايد مستمر (bouaziz K., 2013)، مما خلق معطيات جديدة حول ضرورة إيجاد أفضل السبل لفهم هذه الشريحة الهامة نفسيا واجتماعيا وللتكفل بها ورعايتها وإرشادها.

حسب الديوان الوطني للإحصائيات تمثل فئة الأشخاص البالغين من العمر 60 سنة وما فوق (ONS, 2010) 7.5%، ستتزايد هذه النسبة بصفة معتبرة مع حلول سنوات 2030-2050 وذلك بعد إحالة أجيال الثمانينات والسبعينات على التقاعد، وهي أجيال ما يعرف بالانفجار السكاني في

الجزائر. تظهر الأفاق الديمغرافية أن المجتمع المسن سوف يمثل 4.7% من المجتمع الكلي سنة 2030 وسوف تصل إلى 22% سنة (ONS, 2004) 2050 تمثل هذه الأرقام تحديا كبيرا للمجتمع الجزائري على كل المستويات الطبية والنفسية والاجتماعية وعلى مستوى التكفل والرعاية خاصة فيما يتعلق بالاضطرابات المرتبطة بهذا السن. (bouaziz K., 2013).

من بين الاشكالات المطروحة خلال مرحلة الشيخوخة، هي التغيرات الوجودية والنفسية والجسدية والعقلية التي تطرأ على الشيخ المسن، والتي تجعله عرضة لمختلف المشاكل النفسية التي تتطلب فهما ومعالجة وتكفلا، حيث أن ردود الفعل الشيخ المسن الطبيعية والسلوكية الناتجة بنثر الكثير من الحيرة والكثير من تساؤلات المحيطين والمقربين، كما قد تنثر عجزا حقيقيا في كيفية التعامل ومعرفة طبيعة المساعدة التي يجب تقديمها له، وذلك لوجود قصور حقيقي في الوعي الصحي الخاص بهذه الفئة العمرية.

من بين المشاكل النفسية المرضية التي تعترض الشيخ المسن الاضطرابات المزاجية، إذ نجدها تكتسي خصوصية وذلك لتعدد مظاهرها، حيث أن القراءة الأحادية لها تعجز على الإحاطة بكل مكوناتها وبأسبابها. على غرار ذلك، نجد أن ردود الأفعال الشخص المسن اتجاه الاضطراب المزاجي تختلف باختلاف تنظيمه العقلي وجهازه النفسي، إذ نجد أن الهشاشة التي تطرأ عليه تجعله عرضة للحزن وللاكتئاب وللقلق. كما أن الإصابات الجسمية والتدهور العقلي يأتیان لتدعم استقرار لهاته الحالات. (Baldwin R.C., Jolley D.J., 1986)

تشخيص الاكتئاب عند الشخص المسن:

تمثل الثلاثية الخاصة بالأعراض التي تربط ما بين اضطرابات المزاج والتباطؤ الحسي الحركي والاضطرابات السوماتية الأداة المثلى لتشخيص الاكتئاب. وفق الوضعية، يمكن للمختص النفسي أن يعدل النموذج من خلال الإشارة إلى حدة الحزن أو حدة الكف أو كذلك إلى اضطرابات النوم والآلام والاختلال الوظيفي الهضمي، عندما يكون بصدد اكتئاب مقنع. مهما يكن من أمر، فإن قاعدة واضحة للتشخيص تتمثل في اجتماع السجلات الثلاث للاكتئاب (Ferrez G., Le Gouès G., 2008).

إن الحزن المرضي الذي يتمايز عن الحزن الرد فعلي هو اضطراب مزاجي يؤثر بصفة عميقة على التوظيف النفسي، ومع وجود آلام معنوية وتشاؤم وضعف التقدير الذاتي نجد الشخص يشعر بالعجز والفراغ. على غرار كل تفسير نفسي، إن الشعور بالفراغ الداخلي والجسدي تم الإشارة إليه من طرف كل الكتاب، في المقابل لا نجد من يتكلم عن الخدر العاطفي أو الانهيار الداخلي. مهما يكن، إن التدهور المعرفي يجعل من القلق فقيرا من التمثلات مما يدعم الشعور بالمعاناة. (Frémont P., 2004)

أما التباطؤ الحسي الحركي، فهو يعبر عن ضياع الحيوية وضياع الاهتمام بالذات وبالآخرين، وهو يتميز بكونه عاطفي وفي نفس الوقت فكري، لكن يصعب تشخيص ذلك لدى الشخص المسن الذي نجد أن جسده قد افتقد للكثير من مرونته ومن رشاقة حركاته، ونجد أن تصلب حركاته وبطء في وتيرة كلامه التي يمكن أن يعودان لأسباب فيزيولوجية بإمكانهما أن يؤديا بالمختص النفسي إلى الاعتقاد أن بصدد تدهور جسدي خاص بالسن. كما أن خطر ارجاع ضعف الفعالية العقلية إلى نفس السبب هو كذلك متواجد في الكثير من التشخيصات.

في نفس السياق، نجد أن الاضطرابات السوماتية غالبا ما يتم تجاهلها سواء تعلق الأمر باضطراب توهم المرض الذي يظهر في الواجهة ليغطي على مشاعر القلق من اقتراب الوفاة، أو بالأرق الذي نجده جد منتشر بعد سن الستين أو بإمساك أو بتعب، فلا نجد أي من هذه الأعراض يتم تقييمها بطريقة مثالية. وعليه، ينصح المختصون بالتقرب من الفرد ومن عاداته الجديدة ومن توظيفه النفسي الاعتيادي من أجل إعطاء معنى للمعطيات الحالية، وتدعيم ذلك بالمعطيات التي يتم استقاءها من المقربين. (Ferrez G., Le Gouès G., 2008)

خصوصية الاضطرابات الاكتئابية عند الشخص المسن:

إن الجهل الكبير بالاضطراب الاكتئابي لدى الشخص المسن، أدى بالمختصين العياديين إلى التساؤل عن خصوصية هذا الاضطراب لدى هذه الفئة، وعن الأعراض الاكتئابية خاصة بهذا السن.

بالنسبة لـ Baldwin MDR. و Katona C. و Graham N., (2002) ليست هناك أية فروق ذات دلالة على مستوى العيادي بين الحالات الاكتئابية عند الشباب والحالات

الاكتئابية عند الأشخاص المسنين، إذا ما تم تقييمهم وفق معايير الدليل الأمريكي للاضطرابات النفسية. النسخة الرابعة.

بالنسبة لـ Karel MJ. (1997) إن الاختلافات يمكن الإشارة إليها وفق المنهج وأدوات التقييم المستعملة. يشير نفس الكاتب إلى أنه لمن الضروري معالجة إشكال التعبيرات الاكتئابية للشباب الراشد والشخص المسن وفق مقارنة تطورية تأخذ بعين الاعتبار:

- الهشاشة البيولوجية على شكل خط أفقي الذي يتصاعد إلى ما بعد ستين سنة، لكون حتى لو دعم الخطر الجيني الاكتئاب في الفترات المبكرة من الحياة، نجد أن هناك عوامل بيولوجية أخرى بإمكانها أن تمثل خطورة أكبر في ظهور الحالات الاكتئابية عند تقدم في السن.
- الهشاشة النفسية على شكل خط مستقيم متناقص، لأن خطر الاكتئاب يظهر أنه يتناقص مع تقدم العمر.
- الضغط والعوامل الاجتماعية على شكل خط "U" حيث نجد أحد تفرعات هذا الخط يميل نحو الشباب أكثر منه نحو المسنين، لكون الحوادث الضاغطة في مرحلة الشباب هي أكثر تكرارا منه لدى المسنين ماعدا فيما يخص المرض والإعاقات.
- من هذا كله يمكن استنتاج مع الباحث أن خطر الاكتئاب هو عند الشباب الصغير مرتبط بالعوامل النفسية للضغط، بينما نجده عند الشخص المسن مرتبط أكثر بالاضطرابات الطبية والعصبية. هذا لا يعني أنه يجب استعمال معايير تشخيصية مختلفة عند الفئتين، ولكن يجب في مقابل ذلك تحديد بطريقة أفضل مسببات الاكتئاب خلال فترة الشيخوخة.
- بالنسبة لـ Frémont P.(2004) ومن أجل تحديد أفضل للخصوصية العيادية للاكتئاب عند الشخص المسن يجب أخذ بعين الاعتبار وفصل الأعراض الاكتئابية إلى ثلاث فئات:
- الأعراض غير المرتبطة بالسن، مثل فقد الأمل والتشاؤم والقلق وفقد لذة الحياة والخلفة العقلية والتباطؤ النفسي الحركي.
- الأعراض الخاصة بالشباب الصغير، مثل الشعور بالذنب ونقص في الليبيدو والتفكير في الانتحار...

- الأعراض الخاصة بالشخص المسن، مثل سلوكيات التهيج والعنصرية والجسدية وفقد الدافعية والانطواء على الذات.

بالنسبة لـ L. Gallarda T. (2000) ليس هناك أعراض خاصة بالحالات الاكتئابية للشخص المسن غير أن هناك بعض الخصائص:

- المزاج المكتئب الذي يعبر عنه من خلال مشاعر الكآبة والحزن وكذلك من خلال التهيج والقسوة والفضاضة في السلوك اتجاه المقربين.

- فقد لذة الحياة Anhedonie الذي يظهر أنه صعب التحديد خلال مرحلة الشيخوخة، إذ أن سيروية تقدم السن قد يصاحبها عادة درجة معينة من نقص في الاهتمام الذي يتزايد تدريجيا بفعل هذه السيروية. غير أن فقد لذة الحياة الخاصة بالحالات الاكتئابية نجده يتميز كونه أكثر إيلاما وأكثر قسوة، مؤثرا بذلك على النشاطات اليومية للشخص المكتئب .

- التباطؤ الحسي الحركي هو كذلك صعب التحديد عند الشخص المسن، لكونه يتزامن مع تدهور المهارات الجسدية. ومن هنا، ومن أجل وضع تشخيص دقيق يجب الالتجاء إلى التقويم المنهجي الذي يعمل على مقارنة الحالة الحالية بالحالة السابقة المعاصرة للشخص، والاستدلال من خلال ذلك على احتمالية الانخفاض المرضي للمبادرة النفسية الحركية.

- اضطرابات النوم التي يصعب تقدير قيمتها التشخيصية لكون الأرق هو خاصية ملازمة لحالة التقدم في السن؛ إذ نجد لدى الشخص المسن مختلف صعوبات النوم من استيقاظ الليلي والاستيقاظ المبكر والحاجة للقيولة... إلخ. وعليه وأمام وجود صعوبة النوم يجب تقييم الخلفية الاكتئابية .

مهما يكن من أمر، فإن الاكتئاب يعبر في غالبية الحالات عن ردود أفعال غير متكيفة للفرد اتجاه وضعية غير محتملة كما هو الحال عند كل الفئات العمرية الأخرى، غير أنه عند الشخص المسن نجد أن هناك عوامل تملك خصوصية تعمل على تدعيم هذا الاضطراب وعلى إدامته. يمكننا تمييز من بين هذه العوامل: عوامل الخطورة والعوامل المسرعة.

من بعض عوامل الخطورة نجد:

- وجود سوابق خاصة بالاضطرابات المزاجية لدى الشخص المسن .

- عامل السن الذي يلعب دورا في بروز عدة اضطرابات سوماتية مزمنة , (Robert R.E Kaplan GA.,Shema SJ.,srawbridge WJ., 1997) وصعوبات معرفية ووضعية علائقية جديدة) الوحدة والعزلة الاجتماعية والصراعات العلائقية ومشاكل الجوار.
- الأعراض الجسدية خاصة إذا صاحبها ضياع للاستقلالية (Line H.,Katon W.,vonkoref M. et al, 2003). كما أن ترابط بين الاكتئاب والاضطراب العضوي يتم في اتجاهين، بما أن الاكتئاب يعمل على الزيادة في تفاقم ضياع الاستقلالية وفي تفاقم التنبؤ السيء .
- إن العوامل الأكثر تكرارا تتمثل في الحوادث الوعائية الدماغية) حوالي 50من المصابين بالاكتئاب (خاصة التي تحدث على مستوى المناطق الجبهية اليسرى .وفي مرض باركينسون وحالات العته الوعائي والاختلال الغدي والأبيض، والسرطانات العميقة) البنكرياس والرئتين (والالتهابات المزمنة والروماتيزم الملتهب المزمن والإعاقات الحسية).
- بعض الأدوية كالكورتيكويد ومضادات الذهان والمهدئات
- ملمح الشخصية التجنبية و/أو التابعة التي ترتبط بالاكتئاب ذو الحدوث المتأخر (Norukpo P.,Hartmann J.,Clément J.P., 2005).
- عوامل نفسية اجتماعية، مثل وجود دعم سيء وعزلة اجتماعية وضعف في العلاقات الحميمة مع الزوج. كذلك وجود حياة ماضية غير مرضية وتعرض لوضعية صعبة وصادمة كبيرة مثل الحروب .(Alcan PA.,reynolds CE., 2005)
- فيما يخص العوامل المسرعة، نجد أن الأمر يتعلق بالخصوص بحدوث الحياة حيث نجد أن نصف حالات الاكتئاب المسن قد عايش حادث حياة جد حاد خلال السنة التي انقضت . يتعلق الأمر بتجارب الضياع والترمل التي يمكنها أن تولد حالات حداد مرضية .كذلك التخوف من ضياع قريب مريض ومشاكل مالية كبيرة وتغيير السكن وتغيير النمط المعيشي، وتجارب الانفصال والحداد وضياع الروابط والأدوار الاجتماعية والعائلية، أو العكس تبني دور جديد)العناية بالزوج المريض.

النماذج المفسرة للاكتئاب عند الشخص المسن:

تؤكد الأبحاث المجرة على الاكتئاب الخاص بالشخص المسن على عدم جدوى التصنيفات الحالية والقراءة الأحادية للاضطراب. يشير الواقع إلى تعقد مظاهر الاكتئاب وتعدد مسبباته، وإن قراءة الاكتئاب من خلال نموذج أحادي لا يمكنه بأي حال من الأحوال أن يفي بالغرض خاصة فيما يتعلق بالتشخيص وطرق التكفل والعلاج. وعليه ومن أجل فعالية أكثر، يتوجب على المختص العيادي أن يكون ملماً بكل المقاربات الأساسية الحالية انطلاقاً من النظرية الكلاسيكية التحليلية إلى غاية المقاربة البيولوجية التي أحدثت ثورة في ميدان الاضطرابات المزاجية خاصة في الاضطراب الاكتئابي.

النموذج التحليلي: بالنسبة للمقاربة التحليلية، يتواجد مصدر الاكتئاب في التفاوت المتواجد ما بين انجازات الفرد وبين متطلبات مثالية أنه الذي لم يتمكن من التخلص نهائياً من بقايا مصدره الطفولي ومن جزء من الشعور بالعظمة المرتبط به. (Bergeret J., 1982)

عند التقدم في السن، يجد الشخص المسن صعوبة متزايدة في إرضاء مثالية الأنا، حيث كلما ظل هذا الجزء مسيطراً على التنظيم النفسي، كلما كان خطر الاكتئاب قائماً. وتعتبر البنيات النرجسية من أكثر العناصر عرضة لهذا الخطر، حيث نجد مشاعر الاكتئاب يعبر عنها بالخصوص بانخفاض في التقدير الذاتي وفي الشعور المؤلم بالنقص وبالعجز الذي يرتبط بالشعور بالذنب. كما أن العدوانية التي تظل مكبوتة نجدها تستيقظ مشكلة خطيرة خاصة فيما يتعلق بالسلوكيات الانتحارية. (Bergeret J., 1982)

النموذج الطبي النفسي: الذي يهتم بتدهور الوعي الناتج عن الاختلالات المزاجية. حسب هذه المقاربة، يمثل الاكتئاب تعبيراً عن حزن العيش أولاً الذي يعبر عنه من خلال الأفكار والتباطؤ ومشاعر الانزعاج والانسحاب اللاإرادي من الحياة الاجتماعية والشخصية، ومن خلال التجارب السلبية. إنه اضطراب ينتج عن اختلال المزاج الذي يمثل الاكتئاب السوداوي مرجعه القاعدي. (Ferrez G., Le Gouès G., 2008)

النموذج الثقافي: الذي يشير إلى نقاط انقطاع في الشبكات العلائقية، سواء تعلق الأمر بالنشاط المهني أو بالروابط الاجتماعية أو بانخفاض في قدرات التكيف أو بعدم التكيف

اتجاه الؤضعيات المستجدة .تعمل المقاربة النفسية الاجتماعية على البحث في تأثير حوادث الحياة على الإصابة بالاكنتاب .

تملك الأدوار الانفعالية والعائلية والاجتماعية المهنية التي يتبناها الفرد خلال حياته أهمية في بناء جهازه النفسي؛ في المقابل إن الضيااع التدريجي لمختلف هذه الأدوار يمكن أن يمس بالتوظيف النفسي للشخص المسن .يتمثل الدور الأول الذي يختفي من حياة الشخص المسن هو دور الوالد، إذ نجد أن أغلبية الآباء خاصة الأمهات يستشعرون الحنين إلى أوارهم الوالدية عند ابتعاد الأبناء عن المنزل العائلي؛ غالبا ما توصف هذه الحالة بمتلازمة العش الفارغ le syndrome du nid vide (Lôo h., Gallarda T., 2000). الدور الثاني الذي يتوجب على الشخص المسن التخلي عنه هو الدور المهني الذي غالبا ما يصاحبه تجارب ضيااع أخرى المتمثلة في الأدوار الاجتماعية والسياسية، والتي تعمل على الزيادة في مشاعر ضعف التقدير الذاتي ومشاعر عدم النفع بالنسبة للمرأة، يمثل ضيااع القدرة على الانجاب عند وصولها إلى مرحلة انقطاع الحيض مرحلة جد حساسة تصاحبها الكثير من المظاهر الاكتئابية (Lôo h., Gallarda T., 2000).

النموذج الطبي: الذي يحاول أخذ بعين الاعتبار تواجد الانساني من خلال توظيفه الجسدي . يشير الأطباء المختصون بمجال الشيخوخة إلى صعوبات العيش لجسد في طريقه للشيخوخة :انخفاض تدريجي للاستقلالية وفي القدرات الحسية وفي الوسائل الجسدية، التي تمثل منبعا للإرضاء الذاتي وللحياة العلائقية .بالتوازي، نجد انخفاضا ملاحظا في فرص الاستمتاع جسديا؛ كل ذلك يجعل من الطبيعي أن يظهر الشخص المسن مرشحا قويا للإصابة بالاكنتاب.(Ferrez G.,Le Gouès G., 2008)

النموذج البيولوجي: الذي يبحث في الروابط الموجودة ما بين الحالة الاكتئابية الحادة والاختلالات الأيضية للأحماض الأمينية وللنواقل العصبية ولمعدلات النواقل العصبية .

عند الشخص المسن يتم التأكيد بالخصوص على انخفاض الأحماض الأمينية للموصلات العصبية ولدوبامين ونورادرينالين وأسيتيكولين .كما لا يمكن أن نتجاهل في هذا الصدد الاكنتاب الناتج عن التناول المفرط والعشوائي للأدوية .(Le rouzo ML., 2008)

الأشكال العيادية

الاكتئابيات الداخلية المنشأ:

هي نادرة لكن أكثرها خطورة لوجود خطر الانتحار (Ferrez G., Le Gouès G., 2008) وعليه يجب التعرف على النوبة السوداوية عند بدايتها التلقائية وعلى أهمية ضياع للشهية والأرق والألم المعنوي والتباطؤ الحسي الحركي والانطواء على الذات وأفكار الموت المعبر عنها. كما يتوجب على المختص العيادي أثناء المقابلة البحث في فترات اكتئابية سابقة (Lôo h., Gallarda T., 2000) في المقابل، إن غياب السوابق المرضية الاكتئابية غالبا ما يمثل المنبع الأساسي لأخطاء تشخيصية.

في غياب هذه السوابق، يمكننا أن نسبق لفرضية الاكتئاب أحادي القطب ذو الظهور المتأخر مع العلم أن هذا الشكل يمكنه أن يظهر على غرار ذلك خصوصية ترتبط بتقدم السن. إضافة للتهيج المزاجي المؤلم الذي يعبر عنه من خلال مشاعر التشاؤم الذي نجده يرتبط بأعراض تهيجية وقلق جد كبير وإفراط حركي وآلام معنوية يعبر عنها بالبكاء وطلب المساعدة. عندما نجد المريض يعبر عن هذه المعاناة ونجده يرفض الأكل والعناية ويظهر لأعراض الهذيان وهلوسات سمعية، فالاستشفاء عندئذ يصبح ضروريا. (Lôo h., Gallarda T., 2000)

الاكتئاب والاضطرابات الجسدية:

إن الشكاوي الجسدية هي جد منتشرة عند الشخص المسن التي يمكن تبريرها بوجود إصابات جسدية مؤلمة و/أو معيقة، لكنها قد تعكس مظهرا اكتئابيا على غرار مشاعر الحزن والتشاؤم وفقد الأمل وفقد متعة الحياة.

أحيانا قد تهيمن الشكاوي الجسدية على المشهد العيادي ويمكنها أن تخفي أعراضا اكتئابية حزن، فقد متعة الحياة (وهذا ما يطلق عليه الاكتئاب المقنع. كما أن هذه الشكاوي قد تأخذ بعدا هذيانيا حقيقيا وفق متلازمة كوتار. (Cotard J., 1985)

تعمل سيرة التقدم في السن على الإخلال بالصورة الجسدية، حيث يؤثر تدهور المواصفات الجمالية والجسدية ومختلف مظاهر العجز ومختلف الأعراض المؤلمة وانخفاض في الطاقة الجنسية وفي المهارات واضطرابات النوم بصورة كبيرة على المعاش الجسدي للشخص المسن؛

تمثل كل هذه التغيرات جرحاً نرجسياً يمكنه أن يلعب بدوره كعامل مسبب للاكتئاب ويمكنه أن يتناقم بفعل التدهور المعرفي. (Fontaine R., 1999)

فيما يخص الشكاوي الجسدية فهي تصيب خاصة الجهاز الهضمي أو الجهاز البولي (جفاف الفم، ثقل معدى، عسر الهضم، آلام بطنية، إمساك وآلام اللسان والحاجة الملحة للتبول). إضافة لذلك هناك شكاوي أخرى ليست بنادرة: آلام الرأس ودقات القلب متسارعة وآلام على مستوى الرقبة وعلى المستوى المنطقية القطنية. كما يظل التعب من بين الأعراض المشتركة لدى الشخص المسن المكتئب الذي يعبر عنه بمشاعر الإنهاك والاستنزاف (Clément J.P., Nuburkpo PH., Bonin Guillaum S., 2009).

فيما يخص الاكتئاب المقنع، فهو يشير إلى تواجد الأعراض الجسدية في واجهة الجدول العيادي خافية ومقنعة للأعراض الاكتئابية التي تظل في الخلفية (Clément J.P. et al. (2009).

في الواقع، إن الفحص العيادي يسمح بسهولة بالكشف عن أعراض ضياع الدافعية والحزن وصعوبات النوم وفقد متعة الحياة والتشاؤم، التي نجدها في انقطاع تام عن الحالة الاعتيادية للشخص.

على غرار ذلك يمكن للمواضيع الهذيانية التوهيمية أن تلاحظ في بعض الاكتئابيات السوداوية الخطيرة. في هذه الجداول نجد على غرار الشعور بالخزي والذنب والتحقيق الذاتي، أفكار هذيانية توهيمية. إن الاعتقادات الهذيانية للتحويل الجسدي وإنكار الأعضاء يمكنها أن تشكل في حد الأقصى ما يسمى بمتلازمة كوتار Le syndrome de Cotard. عند الشخص المسن يتمثل الشكل الأكثر انتشاراً لهذا النموذج من المتلازمة في الشكاوي الجسدية الهضمية: توقف القدرة على البلع مع عسر الأكل وإمساك وتوقف وظيفة التخلص من المواد البرازية الذي يمكن أن يمتد للوظائف البولية مع اعتقادات بتوقف وظيفة الكلى (Cotard J., 1985).

الأشكال المرتبطة:

هناك نماذج اكتئابية تكون مرتبطة باضطرابات أخرى إما اضطرابات عقلية أو اضطرابات سوماتية.

في الوقت الحاضر لا يوجد مصطلحات دقيقة للإشارة إلى الاكتئاب المرتبط بالاضطرابات العقلية. نجد الاكتئاب الناتجة عن الوسواس القهري وعن الهستيريا وعن الإدمان الكحولي وعن

الفصام وعن الهذيان المزمن وعن الشخصية المرضية. يتمثل الإشكال في الوقوع في أخطاء تشخيصية متعلقة بالربط المتسرع بين المتلازمة الاكتئابية وبين التنظيم العقلي المتدهور. يضاف إلى ذلك أن اكتشاف الهذيان لدى الشخص المصاب المكتئب، يطرح دائما مشكلا خاصا بالتشخيص خاصة عند صعوبة التمييز بين الهذيان المزمن والسوداوية الهذيانية (Ferrez G., Le Gouès G., 2008).

أما الأشكال المرتبطة بالاضطرابات السوماتية، فغالبا ما يتم الإشارة إلى ثلاث مظاهر عيادية : الأشكال المرتبطة بتناول الأدوية (vandre P.lacomblez L.2009) وتلك المرتبطة باضطراب سوماتي والمرتبطة بمرض باركينسون.

ينتج الاكتئاب المرتبط بتناول الأدوية عن الإفراط الدوائي المتعدد الذي يتفاقم غالبا مع الشراهة الدوائية التي نجدها خاصة بالشخص المصاب. وعليه يصبح من الضروري البحث بعناية وبانتظام عن مؤشرات التسمم الدوائي عندما نكون أمام حالة اكتئاب معاصر، خاصة حينما يتعلق الأمر بأدوية الضغط والاستعمال المفرط للمهدئات والمنومات وكذلك للكورتيكويد وأدوية الغدد الدرقية وأدوية السل.

على غرار ذلك، يمكن أن يظهر الاكتئاب على خلفية الإصابة بسرطان عميق أو إصابة الجهاز المناعي أو ورم دماغي إذ أنها لا تملك أية خصوصية مرتبطة بتقدم السن، لكن المظهر البادري المتأخر، بدون سوابق مرضية معروفة وحدثها بدون عوامل محفزة تذكر وبوجود مشاعر تعب وكذلك الاستجابة الايجابية للعلاج المضاد للاكتئاب قد يدعم التشخيص.

يمثل مرض باركينسون نموذجا لتداخل بين أعراض السوماتية والاكتئاب. غالبا ما يكون هناك خلط في الأعراض؛ فنجد أن التباطؤ النفسي الحركي مثلا هو عرض مشترك ما بين الاضطرابين، فإذا لم يكن هناك ارتعاش الأطراف فإن التشخيص سوف يكون صعبا. في هذه الحالة إن العلاج الاختباري الخاص بمرض باركينسون هو من يدعم أو ينفي التشخيص.

اكتئاب فقد الدافعية: La dépression conative

وهو اكتئاب يصيب كبار السن ما فوق خمسة ثمانون سنة يتميز بأعراض اللامبالاة العاطفية والعلائقية والشعور بعدم الأهمية والتخلي، ينتج عنها مختلف مواقف الإهمال اتجاه الذات والآخرين واتجاه المحيط، إذ نجد الشخص المصاب تحت رحمة نكوص حاد الذي يؤدي به إلى حالة تبعية تامة. يتميز هذا النموذج من الاكتئاب كذلك بضياغ الإرادة وبالبلادة الانفعالية ونقص في النشاط وهو جد

منتشر في المؤسسات، ويمكن يرتبط بفقد لذة الحياة حيث نجد المريض يغلق تدريجيا في عزلة متزايدة رافضا لمختلف المساعدات الطبية. (Clément J.P.et al., 2009)

الاكتئاب شبه العتهية:

أثار هذا الشكل من الاضطرابات الكثير من الدراسات التي أكدت كلها على أهمية الرابطة الموجودة ما بين الاكتئاب وحالات العته العقلي. (Lilian Thorpe, M.D., 2009)

في الاكتئاب شبه العتهية، يتعلق الأمر بتدهور حقيقي للمهارات العقلية التي تظهر في الواجهة؛ في هذا النموذج نجد المريض يعاني من سوء التوجيه ومن مشاكل ذاكرية ومن فراغ فكري، حيث نجده عاجزا عن التركيز. على غرار ذلك، نجد رعونة في نشاطات حياته اليومية، حيث نجده لا يتمكن من تنفيذ بعض المهام، ولا يتمكن من التعرف على الكثير من المواضيع والكثير من الأشخاص، كما أن خطابه يصبح غير مفهوم. وفي نفس السياق نجد سلوكه يتسم بالاضطراب والتهيج والتهان وكثرة السقوط والصراخ وعدم الاستقرار. أحيانا، نجده في حالة ذهول، أبكما وملازما لفراشة. (Clément J.P.et al., 2009)

يسمح تتابع الأحداث (الاكتئاب ثم اضطرابات معرفية) وكذلك حدة الشكوى وحدة الأعراض النكوصية، واستقرار لحالة تبعية تامة خلال أيام قليلة من توجيه التشخيص، بالإضافة لوجود الكثير من الإجابات النمطية واصباح الطابع المأسوي على الأحداث؛ حيث نجد حالات شفاء تام ليست بالقليلة لهاته الأعراض الصاخبة من خلال التقيد بالعلاج المضاد للاكتئاب (Clément J.P.et al., 2009). غير أنه وفي مقابل ذلك، نجد الكثير من الدراسات تطالب بإعادة النظر في هذا التحسن وهذا الشفاء، معتبرة أن أغلبية الأفراد الذين أظهروا اكتئابا شبه عتهي يتطورون بطريقة حتمية نحو عته. (Darouesné C.,Lacomblez L., 2004)

إن صعوبة التشخيص الفارقي بين الاكتئاب والعته العقلي تم مناقشتها في الكثير من الدراسات خاصة فيما يتعلق بمرض ألزهايمر Alzheimer، حيث نجد أن كلا الاضطرابين يشتركان على مستوى الأعراض بوجود محدودية في مجال النشاط وفقد الاهتمام والانطواء على الذات وفقد المبادرة. إن التغير على مستوى النشاط نجده في العته العقلي مرتبطا باضطرابات معرفية بينما نجده في الاكتئاب مرتبطا في ما تخلفه اضطرابات المزاج. عند الشخص المصاب بالزهايمر Alzheimer نجده يفقد للدافعية ونجد لديه نقصا في الاهتمام بصحته وبشخصه وبشأناته

ونقصا في قدرته على المبادرة. أما في الاكتئاب، فإننا نجد الشخص المصاب منشغلا بصحته وبقلة نشاطاته، ويعمل جاهدا على التعبير عن معاناته الجسدية وعن نقص في تقديره لذاته ومقاوما لمختلف المثيرات.

على مستوى العاطفة، وفيما يخص الاكتئاب يجب التركيز على عرض فقد لذة الحياة: Anhédonie وعلى المشاعر القاسية الخاصة بالحزن) خاصة في الفترة الصباحية وبالوحدة وبالتخلي وبالآلم المعنوي وبمشاعر الاشمئزاز من الذات ومن الآخرين، وباللامبالاة اتجاه المشاعر الايجابية وبالحساسية المفرطة اتجاه الانفعالات السلبية. أما فيما يخص اضطراب ألزهايمر Alzheimer فيجب التركيز خاصة والبحث في البلادة الانفعالية والانهاك العاطفي وفي ردود الأفعال الضعيفة اتجاه الانفعالات مهما كانت طبيعتها السلبية منها والايجابية. وكذلك يجب البحث في حالات النقلب ما بين الانهاك العاطفي والسلس الانفعالي الحقيقي فترات قلق، فترات اكتئابية لكن بمظهر انتقالي يشير إلى مزاج متقلب.

على غرار ذلك، نجد أن بداية مرض ألزهايمر Alzheimer هي بداية صعبة التحديد، بطيئة وتتم بطريقة متخفية. أما بداية الاكتئاب، فهي بداية صريحة وواضحة نجدها تنتج عن وضعية عاطفية جرت خلال فترة ستة أشهر المنقضية. غالبا ما نجد سوابق مرضية خاصة بالاكتئاب، لكن هذا لا يمنع من وجود حالات اكتئاب متأخرة، وعدم وجود هذه السوابق لا يلغي التشخيص، إذ قد تسمح المقابلة العيادية بملاحظة التعبيرات البطيئة والصوت الرتيب والحركات المتناقلة.

في مقابل كل هذه المعطيات، هناك اختلاف فارقي وجوهري بين الاضطرابين المتمثل في الاضطرابات الذاكرية (Clément J.P. et al., 2009)، التي نجد أنها تتواجد منذ البداية في اضطراب ألزهايمر Alzheimer وتمثل العنصر الأكثر خصوصية بالنسبة للطبيب المعالج وبالنسبة للمحيطين. نجد المريض واعيا بصعوباته، لكننا نجده في مقابل ذلك يعمل على الانقاص من أهميتها ومن خطورتها، وغالبا ما نجده ينسبها إلى متغير السن وإلى مبالغة وقلق المقربين. كما نجده يعمل على انكار بصفة إرادية بكون هذه الاضطرابات مصدرا للنقص في نشاطاته. فيما يخص الاكتئاب، الأمر يختلف تماما، إذ نجد أن الاضطرابات الذاكرية نادرا ما تكون معزولة ونجد أنها تأتي في سياق شكاوي جسدية وكف عقلي ونقص في التركيز.

متلازمة الانزلاق: le Syndrome de glissement

تم اقتراح هذه المفردة من طرف Carrié سنة 1956 للإشارة إلى حالة الهزال الناتج عن سيرورة من التقهقر ومن الشيخوخة تؤدي بسرعة إلى الوفاة.

تم تناوله من جديد من طرف Graux وبعد ذلك من طرف Délomier ليشير إلى حالة مرضية النهائية أو حادث صدمي جسدي أو دماغي لدى الشخص التسعيني الذي يمكن أن يحدث نتيجة سقوط أو حتى حادث شرياني دماغي....بعد فترة من الشفاء الظاهري، يلاحظ على الشيخ تدهور لا يمكن تفسيره بتطور المرض (Bazin A., 2002).

يتضمن الجدول العيادي مشاعر التعب والخلفة العقلية وفقد العطش وحبط بطني وسلس البول ومتلازمة فقد السوائل.

نظريا، تتوازي المتلازمة النفسية مع المتلازمة الجسدية لكن وصفها ما زال يشوبها الكثير من عدم الخصوصية وعدم الدقة. تتضمن هذه المتلازمة انسحاب نفسي وفقد العاطفة.

في غالب الأحيان، يعتبر الجدول العيادي النفسي كشكل غير نموذجي نسبيا للمتلازمة الاكتئابية وكتعبير لغوي الذي يؤدي إلى استعمال الانزلاق كمرادف للاكتئاب ويكون العلاج بالتالي عبارة عن مضادات الاكتئاب.

وعليه، يظهر أنه لمن المفيد عزل المتلازمة الانزلاقية بالقدر الذي يظهر في سياق سببي كما تم تحديده في الأعلى، والذي قد يتضمن جدولا عياديا نفسيا متميزا عن المتلازمة الاكتئابية. يتضمن الجدول العيادي:

- انسحاب نفسي وبرودة عاطفية وأحيانا عدوانية؛
- سلبية ورفض العناية؛
- رفض نشيط للأكل والشرب؛
- لا مبالاة عامة اتجاه حالته المتدهورة. (Ferrez G., Le Gouès G., 2008)

خاتمة:

إن التقدم في السن يعبر عن مرحلة نمو أين تظهر بقوة الاختلافات الفردية في كل محاور التوظيف الشخصي سواء النفسي أو العقلي أو الفيزيولوجي، وهناك عدة عوامل تتدخل في إحداث هذه الفروقات. فعامل الصحة وأسلوب المتبع في الحياة والمسارات الشخصية والنشاطات الممارسة يحددون بصفة أكثر مما يحدده عامل السن في قدرة الفرد على الحفاظ على قواه العقلية

ومستوى عالي من التحكم والاستقلالية. وعليه، فإن الاضطرابات التي تطرأ على الشخص المسن ليست بحتمية مطلقة، فهناك عوامل أخرى يمكنها أن تتدخل وتحمي هذا الشخص المسن في الوقوع في براثن الاضطرابات النفسية والعقلية.

إن استراتيجيات التكيف الايجابي والفعالية الذاتية ومستوى عالي من التحكم في البيئة هي سمات يمكنها أن تلعب دور حماية ضد الاضطرابات النفسية وخاصة الاكتئابية. نفس الأمر بالنسبة لعامل اللدونة النفسية *La résilience psychologique* التي تجعل الفرد قادرا على التطور وعلى الاستمرار بالرغم من الحوادث الصادمة وظروف المعيشية الصعبة والصدمات القوية.

كما أن الثقافة التقليدية التي لا تولي أهمية للاكتمال الفردي، بإمكانها أن تمنح لكل فرد دورا شخصيا ضمن مجموعته. في نفس الاتجاه، نجد أن الممارسات الدينية قد تلعب دورا محميا ضد الاضطرابات الاكتئابية. نفس الدور يلعبه وجود صداقات في حياة الشخص المسن ووجود حوادث مفرحة كميلاد الأحفاد.

إن للاضطرابات المزاجية في مرحلة الشيخوخة خصوصية تجعل من تشخيصها والتكفل بها والتنبؤ عملية جد صعبة، وذلك لتداخل هاته الاضطرابات مع اضطرابات أخرى خاصة بالمرحلة العمرية خاصة الاضطرابات المعرفية. ولمختلف هذه المعطيات، أصبح إيجاد أفضل السبل في فهم هذه الشريحة المهمة وفي التكفل بها وإرشادها ضرورة ملحة. كما يصبح من الضروري خلق تخصصات أكاديمية مرتبطة بهذه السن سواء في الميدان الطبي أو الميدان النفسي أو الميدان الاجتماعي، وكذلك خلق فضاءات مخصصة لاستقبال الأشخاص المسنين والعناية بهم.

المراجع:

1. Alcan PA.,reynolds CE. (2005). The impact of psychosocial factors on late-life depression. *Bio. psychiatry*, 58:277-282.
2. Baldwin MDR., chiu E., Katona C., Graham N. (2002). *Guidelines on depression in older people:practising the evidence*. london: Martin Dunitz.
3. Baldwin R.C., Jolley D.J. (1986). Le pronostic des dépressions du sujet âgé. *Br. psychol.*(149), 574-583.
4. Bazin A. (2002). le syndrome de glissement ,un équivalent dépressif ? *Rev gériatrie*, 27 273-372.
5. Bergeret J. (1982). La deuxième crise d'adolescence, sénescence et crise d'identité. Dans R. H. Guillaumin J., *Le temps et la vie, les dynamismes du vieillissement*, (pp. 71-78). lyon: Chronique sociale.
6. Bouaziz K. (2013, septembre). La santé de la population âgée de 60 ans et plus en Algérie ;. *Revue des sciences de l'homme et de la société*, pp. 45-78.
7. Bruce ML. (2002). psychosocial risk factors for depressive disorders in late life. *Biol.psychiatry*, 52:175-184.
8. Clément J.P.,Nuburkpo PH.,Bonin Guillaum S. (2009). Pathologie dépressive. Dans C. J.P, *Psychiatrie de la personne âgée* (pp. 141-158). Paris: Flammarion.
9. Cole MG.,Dendukurin N. (2003). Risk factors for depression among elderly community subject: a systematic review and meta-analysis. *Am.J/ psychiatry*, 150: 1147-1156.
10. Robert RE.,Kaplan GA.,Shema SJ.,srawbridge WJ. (1997). Does old increase the risk for depression? *Am. J. psychiatry*, 154:1384-1390.
11. Cotard J. (1985). Du délire des négations. *Arch. Neurologie*(3), 55-72.
12. Darouesné C.,Lacomblez L. (2004, 2). Démences et dépression. *Psychol. Neuropsychiatr. Vieil.*, pp. 535-542.

13. Devanand DP.,Sano M.,Tank et al. (1996). depressed mood and the incidence of alzheimer's disease in the elderly in the community. *Arch. Gen. psychiatry*, 53:175-182.
14. Ferrez G.,Le Gouès G. (2008). *Psychopathologie du sujet âgé* (éd. 6eme). Paris: Masson.
15. Fontaine R. (1999). *manuel de psychologie du vieillissement*. Paris: Dunod.
16. Frémont P. (2004). aspects cliniques de la dépression du sujet âgé. *Psychologie et neuropsychiatrie du vieillissement*, 2:19-27.
17. Karel MJ. (1997). Agirig and depression ; vulnerability and stress across adult-hood. *Clinical Psychology Review*, 17,8:47-879.
18. Le rouzo ML. (2008). le vieillissent psychologique. Dans Le rouzo ML., *la personne âgée,psychologie du vieillissement* (pp. 13-63). Breal.
19. Lilian Thorpe, M.D. (2009). Dépression ou démence? Comment aborder l'évaluation du patient. *La Revue canadienne de la maladie d'Alzheimer et autres démences*, 17-21.
20. Line H.,Katon W.,vonkoref M. et al. (2003). the impact of depression care on pain and foctionnal outcomes among olders adults with arthrisis ,a randomized controlled trial. *JAMA*, 209:2428-2429.
21. Lôo h., Gallarda T. (2000). *troubles déprssifs et personnes âgées*. (J. lebbey, Éd.) Paris: Eurotext.
22. Norukpo P.,Hartmann J.,Clément J.P. (2005). Rôle de la personnalité dans la dépression du sujet âgé:différence entre dépression avec ou sans antécédants. *Psychol. Neuropsychiatr. Vieil.*, 3:63-69.
23. ONS. (2004, septembre). Projections de populations à l'horizon 2030. *Collection statistiques Séries S: Statistiques Sociales*.
24. ONS. (2010). L'Algérie en quelques chiffres N40.
25. vandrel P. lacomblez L. (2009). psychopharmacologie. Dans Clément J.P, *Psychiatrie de la personne âgée*. sciences médicales, flammarion.