الفصل الثالث

ثالثاً: الإضطرابات النفسية
Psychological disorders

obeikandl.com

obeikandl.com

مقدمة:

إن العصر الذي نعيشه هو عصر التقدم التكنولوجي الهائل في كل مجالات الحياة والثورة المعلوماتية والتفجر المعرفي والتقدم المادي بكل صوره وعلى الرغم من ذلك التقدم المادي نجد أن الجوانب الإنسانية وجدانية ومعنوية في انحدار دائم ومن هنا اتجه العديد من الكتاب والباحثين إلى وصف العصر الذي يعيشه بأنه عصر القلق وعصر الضغوط النفسية وأمراض الحضارة واليأس والاغتراب وأخيرًا عصر الاكتئاب والفراغ الوجودي ولذلك فليس من المستغرب أن نجد ذلك الارتفاع المستمر في معدل انتشار الاضطرابات النفسية بين كل فئات المجتمع وعلى الأخص الاكتئاب الذي يرتبط بغياب نمط الحياة وفقدان الرؤية والتوجه السليم في الحياة ولعل أكثر فئات المجتمع معاناة هم المسنين فالمسن في كثير من الأحوال يحيا بلا هدف أو معنى ويعاني العديد من الفقدان التي تشعره أكثر بالخواء والفراغ.

وقد يتصور أنه أصبح في حالة من العزلة وأن الناس قد انفضوا من حوله وقد تسيطر عليه بعض الأحاسيس الكئيبة بسبب عدم وجود دور له في المجتمع أو في أسرته. وأنه غير مرغوب فيه. ومما يؤكد هذا التصور وهذه المشاعر أنه يتوقف عن العمل ويغلق على نفسه ولا يقدر على كسب لقمة عيشه مما يضعف موقفه المالي .. كذلك قد يكون في حياة منعزلة بعد أن يكون الأبناء قد استقلوا بحياتهم الخاصة أو بعد أن يكون قد فقد شريك الحياة. (كلير فهيم، ٢٠٠٤ : ٤٩)

وأن تدهور حالة المسن تأتي نتيجة عدم الفهم لطبيعة هذه المرحلة بواسطة من يعيشون معه، وعدم التعامل على أسس نفسية علمية سليمة. من أجل تعويض ما فقده، ومن أجل إلغاء هذه الأحاسيس والمشاعر من داخله .. لذلك فإن الحاجة

إلى الدعم النفسي للرجل والمرأة في مرحلة الشيخوخة هام جدًا ويحتاج إلى المساندة وإلى تعاون كل من يتعامل معه، وتعد الإضطرابات النفسية من الموضوعات الحيوية والهامة والتي تعني الفرد والمجتمع وتتصل بالصغير والكبير على حد سواء، وتشغل بال من يحتل موقع المسئولية في إدارة المجتمع وتنظيم شئونه، ولهذا توجهت الأنظار إلى دراسة الاضطرابات النفسية في المجتمعات المتقدمة، وأولتها الكثير من العناية.

وتقع الاضطرابات النفسية في بؤرة اهتمام الدراسة الحالية لذا وجب الاهتمام بها من حيث تعريفها، ومصادرها، وتصنيفها.

تعريف الإضطرابات النفسية:

يختلف العلماء في تعريف الاضطرابات النفسية، فمنهم من يرتكز في تعريفها على الأسباب المؤدية لها، ومنهم من يرتكز على أسلوبه في تصنيف الاضطرابات، ومنهم من يرتكز على شدتها، وشمولها لجميع جوانب الشخصية.

يعرف الإضطراب في موسوعة علم النفس والتحليل النفسي (بصفة عامة) بأن الإضطراب Disorder يعني لغويًا الفساد أو الضعف أو الخلل، وهو لفظ يستخدم في مجال علم النفس الإكلينيكي بصفة خاصة، وكذلك في علم الطب النفسي، وهو يطلق على الإضطرابات التي تصيب الجوانب المختلفة من الشخصية، أي أن هذا الإضطراب يعني مجموعة من الأمراض تعكس سوء توافق الفرد .. ولذا فإن هناك العديد من المفاهيم التي تعكس إضطرابات متعددة مثل: إضطراب الإدراكImperception وإضطراب الشخصية Personality Disorders أو الإضطراب الانفعاليEmotional Disorders وإضطراب الحس Paraesthesia ... الخ. (فرج طه وآخرون، ١٩٩٣: ٩٤ -- ٩٨)

وقد لوحظ أن هناك ٣٠٪ من مجموعة السكان يعاني من أزمات واضطرابات نفسية. وتشير الأبحاث والتوقعات المستقبلية إلى احتمال زيادة الاضطرابات النفسية والعقلية في القرن الحادي والعشرين خاصة القلق، والاكتئاب والاعتماد على المواد نظرًا لسرعة الإيقاع ،وتقلص روح الجماعة، وعبثية الانتماء، وأزمة الهوية الإنسانية، واهتزاز نزعة الإيمان، ومحاولة الإنسان المستمرة للهروب من هذا الخصم من المشقات والكروب لطرق مختلفة حتى يتسنى له عبور المرحلة الحياتية لينعم بعدها بالطمأنينة والراحة الأبدية. (أحمد عكاشة، ١٩٩٨ : ٩)

وهو مصطلح عام يستخدم للإشارة إلى أي اضطراب له مظاهر جسمية أو عضوية يقف خلفه على الأقل. سببًا معرفيًا وانفعاليًا واحدًا، أي سبب سيكولوجي له درجة محددة من الشدة ويمكن تمييز ثلاث فئات فرعية من الاضطرابات النفسية فيما يلي:

أ- الاضطرابات المرتبطة بشخصية الفرد بوجه عام، مثال ذلك أن الأشخاص شديدي القلق ترتفع لديهم معدلات إضطرابات الجهاز التنفسي.

ب- الإضطرابات المرتبطة ارتباطًا، وثيقًا بأسلوب حياة الفرد، مثال ذلك ما أشارت إليه بعض البحوث من أن الأشخاص الذين يعملون في مهمة تتضمن ضغوطاً شديدة يكتشفون ارتفاع ضغط الدم.

جـ- الاضطرابات التي تظهر أساساً كاستجابات أو كإرجاع إزاء ظروف خاصة مثل الحساسية الجلدية. (Reber, 1995, p. 700)

في حين يعرف الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للإضطرابات النفسية والعقلية الملمح الأساسي لإضطراب المسلك بأنه نمط متكرر أو مستمر من السلوك تنتهك فيه الحقوق الأساسية للآخرين والمعايير الاجتماعية الأساسية المناسبة

لعمر الشخص، وإن هذه الأشكال السلوكية تنتظم في فئات هي:التصرفات العدوانية التي تسبب تهديداً بحدوث ضرر جسمى لأشخاص آخرين أو الحيوانات، التصرفات غير العدوانية التي تسبب تخريبًا لممتلكات الآخرين، النصب أو السرقة والانتهاكات الخطيرة للقوانين أو المبادئ. (A.P.A, 1994, p. 510 – 511)

كما تتفق الجمعية الأمريكية للطب النفسي ومنظمة الصحة العالمية على ثلاث أمور لتعريف الاضطراب النفسي:وجود ألم نفسي أو عضوي واضح، أن يصاحب الاضطراب قصور ذات دلالة إكلينيكية في النواحي الشخصية والمهنية للمريض، لا يكفي تعريف الإضطراب أو الحكم على وجوده من خلال الصراع الدائر بين الفرد والمجتمع أو انحراف سلوكه عن معايير المجتمع.

(محمد عبد الرحمن، ٢٠٠٠: ١٤ – ١٥)

التصنيف التشخيصي للإضطرابات النفسية:

مصطلح التصنيفClassification يعني حرفيًا تمييز الشيء أو تعينه وقد يفيد المعاني التالية: التمييز بين التصنيف وهي الدراسات النظرية للتصنيف دون اعتبار للمضمون، التصنيف بمعنى تكوين مجموعات من تجمع أكبر لكيانات، والتمييز أو التعيينIdentification أي عملية تعيين كيان معين في نظام تصنيف قائم، قد يقابل التصنيف مصطلح التشخيص في الاستخدام الطبي أي تحديد مجموعة من الأعراض وبدرجة معينة حتى يمكن وضع هذا الفرد في فئة اضطرابية محددة، وقد يقابل التصنيف قائمة الأسماء Nomenciature وهي القائمة المعتمدة للمصطلحات المستخدمة لتمييز الفئات ووصف الكيانات المميزة، وهي مستقلة عن أي خصائص تكمن وراء الفئات، علم يسمى: علم تصنيف الأمراضNosology

وهو علم يقوم على نظام معين هادفًا إلى وضع الفئات المرضية في تصنيف محدد. (لويس مليكة، ١٩٩٧ : ٥٧)

وتصنف الإضطرابات النفسية كالتالي:

١- تصنيف منظمة الصحة العالمية: *International Classification Diseases*

والذي يطلق عليه اختصارًا (ICD) وهذا التصنيف قد تم وضعه عام ١٩٤٦، وتمت مراجعته أكثر من مرة حتى وصل أخيرًا إلى المراجعة العاشرة ICD عام ١٩٩٢ (ICD: 10, 1992) (وبالمناسبة توجد ترجمة عربية للدليل العاشر أصدرها المكتب الإقليمي لشرق المتوسط، منظمة الصحة العالمية ١٩٩٩).

وتم تصنيف الفئات المرضية – والتي تندرج – كمثال – ضمن الإضطرابات السلوكية – في الفئات الآتية:

إضطرابات الشخصية والسلوك الناجمة عن مرض أو إصابة ، الإضطرابات العقلية والسلوكية، إضطراب التوافق مع خلل اساسي في السلوك ، عوا ل نفسية أو سلوكية، واضطرابات في اللوازم ،واضطرابات نفسية وعقلية غير محددة.

(WHO, 1992, PP. 611 – 613)

٢- الدليل التشخيصي والإحصائي للإضطرابات النفسية:

هذا الدليل تتوفر على إصداره الجمعية الأمريكية للطب النفسي American Association Psychiatric ، والذي يستخدم كأساس للتشخيص في العديد من دول العالم، وقد صدرت حتى الآن (٤) مراجعات من هذا الدليل، حيث ظهرت الطبعة الأولى عام ١٩٥٢ باسم DSM. I ثم صدرت الطبعة الثانية منه عام ١٩٦٨ باسم DSM. II وفي عام ١٩٨٠ صدرت الطبعة الثالثة باسم DSM. III R، وفي عام ١٩٩٤ صدرت الطبعة الرابعة باسم DSM – IV والتي صدرت منها عدة طبعات آخرها عام ٢٠٠٠*. (APA, 2000, P. 226)

ويرصد التابعون وجود فروق أساسية بين كل طبعة وطبعة أخرى. فعلى سبيل المثال – اختلفت الطبعة الثالثة عن الطبعة الأولى والثانية في إبراز بعض الملامح، تمثلت في: استخدام المنهج الوصفي، استخدام المحكات الشخصية، الوصف المنهجي. مثل السن عند بداية المرض، أو مدة استمرار الأعراض، تحديد شدة الإضطراب، تعدد المحاور: يختلف الدليل عن كل النظم التشخيصية الأخرى في أنه لا يكتفي بتحديد التشخيص الإكلينيكي بل شمل بالإضافة إلى الحالة الإكلينيكية تحديداً لإضطراب الشخصية والمرض العضوي والضغوط النفسية والأداء العام وذلك من خلال خمسة محاور هما:

المحول الأول: التشخيص الإكلينيكي فصام أو اكتئاب .. الخ (مثلاً).

المحور الثاني: إضطراب الشخصية أو الإضطرابات الخاصة بنمو الأطفال والمراهقين مثل اعتلال الشخصية من النوع البارانويدي أو إضطراب المسلك.

---

* في موقع الجمعية الأمريكية للطب النفسي على شبكة المعلومات الدولية تم ذكر أن الجمعية بصدد إعداد الطبعة الخامسة من الدليل الشخصي والإحصائي الخامس عام ٢٠١١.

المحور الثالث: الأمراض العضوية.

المحور الرابع: الضغوط النفسية والاجتماعية.

المحور الخامس: تقويم الأداء العام.

أنواع الضغوط:

- زواجية - مالية. - أبوية.
- قضائية. - شخصية أخرى. - أمراض أو إصابات عضوية.
- مهنية. - عوامل أسرية. - معيشية. - عوامل أخرى.

(محمد غانم، ٢٠٠٦: ٢١ – ٢٢)

أسباب الاضطرابات النفسية للمسنين:

كثير من المشاعر المتناقضة تدور برأس الرجل والمرأة في المرحلة الحرجة التي تبدأ بعد سن الستين وتستمر إلى نهاية العمر، الأمر الذي يؤدي في النهاية إلى الإصابة بالأمراض النفسية.

وفيما يلي أسباب الاضطرابات النفسية للمسنين:

- الشعور بالوحدة والعزلة،الإحساس بالاكتئاب، ضعف الموقف المالي، فقد شريك الحياة، التقاعد (الإحالة إلى المعاش)، عدم فهم المحيطين بطبيعة هذه المرحلةالحساسية المفرطة للمسن، فقدان وخسارة ما كان يتمتع به: كخسارة المكانة الاجتماعية، خسارة شريك الحياة، خسارة الأبناء وبُعدهم عنه، خسارة العمل والعائد المادي، خسارة الصحة حيث يشعر بالوهن والضعف والعجز وعدم القدرة على الاستقلال الذاتي والقيام على شئون نفسه بكفاءة عالية، خسارة قيمة ومعنى الحياة.

وكذلك سيطرة قرب لحظة الموت: كل هذه الخسائر تجعله في حالة من الانتظار للمصير المحتوم، والتفكير في هذا المصير.. إن سيطرة فكرة قرب لحظة الموت على رأسه وعقله لحظات قاسية.. ولذا فإن الحاجة إلى الدعم النفسي للرجل والمرأة في مرحلة الشيخوخة هام جدًا ويحتاج إلى المساندة، وإلى تعاون كل من يتعامل معه. (كلير فهيم، ٢٠٠٤: ٥٠ ـ ٥١)

أنواع الاضطرابات النفسية:

لقد تعددت التصنيفات المرتبطة بالاضطرابات النفسية. وفيما يلي نقدم تصنيفًا يشمل ما يلي:

- الأعراض الجسمانية.
- العداوة.
- الوسواس القهري.
- قلق الخواف.
- الحساسية التفاعلية.
- البارانويا التخيلية.
- الإكتئاب.
- الذهانية.
- القلق.

أولاً: الأعراض الجسمانية:

السمة الرئيسية هي الشكوى المتكررة من أعراض جسمية مثل طلبات مستمرة بإجراء الاستقصاءات الطبية، وذلك بالرغم من النتائج السلبية المتكررة وطمأنة الأطباء بأن الأعراض ليس لها أساس بدني .. ويوجد في هذه الإضطرابات عادة درجة من السلوك الجاذب للانتباه (الهستيري) خاصة في المرضى الذين يضايقهم فشلهم في أقناع الأطباء بالطبيعة البدنية لمرضهم وبالحاجة إلى إجراء المزيد من الاستقصاءات أو الفحوصات. (أحمد عكاشة، ١٩٩٨ : ٦٦)

ولذا فإن أهم خصائص وسمات هذه الطائفة من الاضطرابات هي: وجود شكاوى بدنية أو جسمية دون وجود أسباب عضوية ملموسة تفسر شكاوى

الشخص إضافة إلى عدم توافر أية آلية فسيولوجية توضح علامات الإضطراب، ولذا فإن العوامل النفسية اللاشعورية الكامنة داخل الشخص قد تعد السبب الرئيسي وراء هذه الشكاوى والتي تأخذ شكلاً عضويًا في حين إن أسبابها تكون نفسية.

وقد يفضل المصطلح الوصفي البسيط "الأعراض الجسدية غير المضرة Unexplained psychical symptoms عن معظم المسميات الأخرى والتي تم استخدامها على نطاق واسع مثل توهم المرض بالمعنى العام والأعراض الوظائفية والخلل الوظيفي والتجسيد حيث يتم استخدام مصطلح التجسيد على نطاق أوسع لوصف هؤلاء المرضى إلا أنه يتم اعتباره عملية نفسية أكثر من كونه تصنيفًا.

(Henn. et. al, 2001, p. 110)

أشكال الاضطرابات النفسية (جسمانية الشكل):

سوف يقوم الباحث بعرض الاضطرابات وفقًا لما جاء بالدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات العقلية (DSM – IV, 1994) محددة في ثمانية اضطرابات هي:

١- اضطراب التبدين، *Somatisation Disorder*

تعريفه: هو اضطراب يتسم بظهور العديد من الشكاوى التي يعلنها الفرد من منطقة معينة في جسده أو أكثر وإن هذه الشكوى لا تنتج من مرض عضوي معروف.

(Kaplan & Sadock, 1996, p. 127)

٢- اضطرابات التحول، *Conversion Disorder*

يعرف التحول – في موسوعة علم النفس والتحليل النفسي – بأنه: عملية يلجأ فيها الأنا إلى حل الصراع النفسي الذي ينشأ في الشخصية عن طريق تحويله إلى حل يبدو في عرض جسمي. وكأن الشخص هنا بدلاً من أن يعبر عن صراعاته تعبيراً نفسيًا خالصًا يحوله إلى تعبير جسمي. وتتم هذه العملية على مستوى لا شعوري. (فرج طه وآخرون، ١٩٩٣ : ٤٥)

وتبدو أعراض التحول أكثر شيوعًا بين الأشخاص في المناطق الريفية وذوي المكانة الاجتماعية والاقتصادية المنخفضة لاسيما وأن نسبة كبيرة من هؤلاء الأشخاص أقل دراية بالمفاهيم الطبية والنفسية.

(Binzer, M, et al; 1997, pp. 84 – 85)

٢- الإضطراب الجسدي الشكل اللامتمايز *Und ifferentiated Somato From*

تعريفه: وهو عبارة عن فئة متخلفة أو متبقية من الإضطراب الجسدي تستخدم في وصف جزئية بشكله الكامل، حيث يشكو المريض من عدة أعراض جسدية لا تستدعي إدراجه في فئة الإضطراب الجسدي الشكل، لأن شكوى الأعراض لا ترقى إلى مستوى الإضطراب الجسدي الكامل الصورة، أو لغموض الأعراض. (محمد غانم، ٢٠٠٦ : ١٩٥)

ويذكر أحمد عكاشة (١٩٩٨) أنه لا توجد إحصاءات دقيقة تشير إلى حجم هذا الإضطراب. لعل سبب ذلك هو تداخل هذا الإضطراب مع العديد من الإضطرابات النفسية الأخرى، فمن المرجح أن تكون نسبة إصابة الإناث بهذا الإضطراب أكثر من الذكور نظرًا للعديد من عوامل الثقافة والتنشئة الاجتماعية.

(أحمد عكاشة، ١٩٩٨: ٢٠٢ – ٢٠٣)

٤- توهم المرض، *Hypochondri asis*

يحدث توهم المرض في العديد من الاضطرابات النفسية إلا أنه توجد براهين كثيرة توحي بوجود تشابك جوهري مع اضطرابات القلق والاكتئاب والتجسيد، وتركز التعريفات على العناصر المعرفية والسلوكية للعزو الخاطئ للأحاسيس الجسديةMisattribution of bodily sensations والاعتقاد في المرض والبحث عن إعادة الطمأنينة (Cote, et al; 1996, pp. 934 – 936)

فالمرضى يتفاعلون على نحو مفرط مع الأحاسيس البدنية العادية والحالات الشاذة الخفيفة مثل: ضربات القلب غير المنتظمة والعرق والكحة، والبقع المتقرحة وآلام المعدة على أنها دلائل عن معتقداتهم، واتساقًا مع هذه الفكرة فحين يوجه إليهم سؤال بأن يقدموا سبباً محتملاً للإحساس البدني مثل شعور المرء بأن القلب يخفق بقوة فإن الأشخاص الذين يرصدون درجات مرتفعة على مقياس توهم المرض أكثر احتمالاً عن الآخرين في أن يغيروه إلى المرض.

(Davison & Neal, 2004, p. 161)

وهو عبارة عن اضطراب السمة الأساسية فيه: إنشغال دائم باحتمال الإصابة بواحد أو أكثر من الاضطرابات البدنية الخطرة والمتفاقمة يعبر عنه شكاوى جسدية مستمرة، كما يركز الانتباه عادة على واحدة أو اثنين من الأعضاء أو الأجهزة بالجسم. وقد يذكر المريض اسم الإضطراب الجسمي الذي يخشاه ومع ذلك فإن درجة اقتناعه بوجود المريض والتركيز على اضطراب بعينه دون اضطراب آخر تتباين عادة ما بين الاستشارات الطبية وغالبًا ما يكون الاكتئاب والقلق الشديدين موجودين. (أحمد عكاشة، ١٩٩٨ : ٤٥)

٥- إضطراب الألم *Pain Disorder*

يعتبر الألم هو أكثر الشكاوى الشائعة في الطب، وهو أيضًا طريقة شائعة في ظهور الاضطرابات النفسية وبصفة خاصة الاكتئاب، وهو سبب مشكلة اقتصادية – كمثال في المملكة المتحدة – إذ تسبب الألم أسفل الظهر بمفردها ضياع عدة ملايين من أيام العمل كل عام، بالإضافة إلى تكلفة العديد من التدخلات الطبية والجراحية وتكلفة العقاقير والمشكلات الاقتصادية والأسرية المصاحبة والتي تعزى إلى التكاليف غير المنظورة وللألم المزمن.

(شيرلي بيرس وآخر ترجمة صفوت فرج، ٢٠٠٠: ٧١٧ – ٧٣٦)

كما يتميز هذا الاضطراب بالانشغال بالألم في غياب مشاهدات جسمانية مناسبة تشير إلى عامل عضوي مسئول عن الألم أو شدته، وهذا الألم إما غير متسق مع التوزيع التشريحي للجهاز أو يتسق ولكن الفحص الدقيق ينفي وجود مرض معروف (كالزيحة الصدرية أو ألم عرق النساء) وليس به آلية باثوفسيولوجية يعزي إليها كما هو الحال في صداع التوترTension headache الناتج من تقلص عضلي، ويصاحب هذا الاضطراب تغيرات حسية أو حركية ويتميز المريض بكثرة زياراته للأطباء للحصول على ما يخفف الألم رغم طمأنة الأطباء له، ويسرف في تعاطي المسكنات دون أن تخفف من حدة الألم، ويطلب إجراء جراحات، وعادة يرفض عزو الألم إلى عوامل نفسية، وفي بعض الأحيان يكون للألم أهمية رمزية مثل الألم الذي يشير إلى ذبحة صدرية لدى شخص مات والده من مرض بالقلب.

(محمود حمودة، ٢٠٠٥: ٤٧٧ – ٤٧٨)

٦- إضطراب توهم تشوه الجسم، *Body Dysmorphic Disorder*

هو إضطراب يتوهم من خلاله الشخص وجود عيب في شكل جزء من الجسم، وقد يمتد هذا التوهم ليشمل أجزاء مختلفة من الجسم إلا أنه لا يرقى إلى مستوى الضلالة. (Kaplan & Sadock, 1996, p.319)

ويتميز بالانشغال بنشوة متخيل في المظهر الجسدي لدى شخص طبيعي المظهر، وأكثر أنواع الشكاوى شيوعًا هي العلامات التي بالوجه مثل تجاعيد أو ندبات في الجلد أو كثرة شعر الوجه أو شكل الأنف أو الفك أو الحواجب أو ورم بالوجه، ونادرًا ما تكون الشكوى من شكل اليدين والقدمين والثديين والظهر وبعض أجزاء الجسم الأخرى، وفي بعض الحالات قد يوجد شذوذ طفيف في الشكل ولكن انشغال الشخص به وتصوره له يكون شديداً.

(محمود حمودة، ٢٠٠٥: ٤٨٩ – ٤٩٠)

٧- الإضطرابات المصطنعة، *Factitious Disordenr*

هو عبارة عن إضطرابات يتوهم الشخص من خلالها أعراضًا سيحدثها عمدًا وبصورة شعورية قد أصابت الجسم، وقد سيحدث الشخص العديد من الأعراض النفسية مثل الهلاوس أو عضوية مثل الشعور بالألم في جزء أو أكثر من أجزاء الجسم. (محمد غانم، ٢٠٠٦ : ٢٠١)

٨- التمارض، *Malingering*

وهو لجوء الفرد إلى الاستحداث الإرادي لأحداث أعراض جسدية أو نفسية ولتحقيق هدف معين مثل: الحصول على إجازة من الثكنة العسكرية، أو التهرب من حكم بالحبس، أو التهرب من عقاب، أو الحصول على مبلغ من شركة تأمين.

(محمد غانم، ٢٠٠٦ : ٢٠٢)

التغيرات الجسمية في المسنين:

أ- **العين**: حين يتخطى الإنسان الأربعين يصبح طويل النظر. وطول النظر هو الذي يمنعه من قراءة الصحف أو الكتب إلا عن بعد، ويتطلب الأمر استعمال نظارة طبية للقراءة للحفاظ على العين التي تكون عدستها قد فقدت جزءًا من ليونتها.

ب- **الأذن**، وقد يصاحب التقدم في السن بعض القصور في السمع، لأن الأذن تفقد بعض القدرة على التقاط الأصوات ذات التردد المنخفض، وعليه تكون القدرة على سماع أصوات السيدات أسهل من الاستماع إلى أصوات الرجال، لأن أصوات السيدات ذات تردد عال.

جـ- **حرارة الجسم**، تكون درجة الحرارة الطبيعية عند المتقدمين في السن وهي نفس درجة حرارتهم عندما كانوا أصغر سنًا .. ولكن ينبغي عليهم أن يراعوا عدم قدرتهم على سرعة التأقلم للبرد الشديد والحر الشديد.

د- **الجهاز العضلي**، نتيجة الضعف العام الذي يصيب المسن تصبح الحركات غير دقيقة وغير متزنة، وتصبح المشية متأرجحة .. وكذلك تظهر الرعشة في اليدين مع اهتزاز بالرأس، والكتابة تصبح مهتزة أحيانًا.

هـ - **الجهاز البولي**: تكثر مرات التبول ويصاحب ذلك أحيانًا صعوبة في أثناء التبول، ويحتوي البول أحيانًا على زلال أو سكر.

و- **تأثير الامتصاص والهضم والتمثيل الغذائي في المسنين**، بتقدم السن يزداد اختلاف الاستجابة للعلاج بتأثير السن البيولوجي وليس الزمني. سرعة الهضم تنخفض تدريجيًا بتقدم السن ويصبح الهضم بطيئًا.

فالتغيرات الفسيولوجية والمرضية أمكن مراجعتها حديثًا .. وتبين أنه ليس هناك عامل واحد مسئول عن ظهور الشيخوخة، فالتنظيم الفسيولوجي يؤثر على القدرات ويصبح الفرد ضعيف المقاومة لأية أزمة عما كان عليه في سن الشباب .. فبعض الخمائر تصبح أقل نشاطًا في الشيخوخة، ويرجع ذلك إلى انخفاض سرعة تكوينها أو عملها. (كلير فهيم، ٢٠٠٤: ٧-١٠)

إضطراب الوسواس القهري *Obsessive Compulsire Disorder*

هو شكل من أشكال اضطرابات القلق وفقًا للتصنيف الأمريكي الرابع للاضطرابات النفسية (DSM – IV) الذي يكون فيه الأعراض الأساسية هي الوساوس والقهور. ويقال عن الأفراد الذين يعانون من أي الوساوس أو القهور أو كلاهما معًا بأن لديهم اضطراب الوسواس القهري.

إن هذا الوسواس شائع على نطاق المجتمع وقد يصل إلى ٣٪ لدى مجموع السكان وذلك لأن ظاهرة الوسواس القهري شديدة الوضوح للدرجة التي يسهل معها وصفها والتعرف عليها بشكل جيد.(ب.د.ي سليفا ترجمة صفوت فرج، ٢٠٠٠: ٥٩)

وأشارت نتائج أخرى إن مرض الوسواس القهري يظهر في أكثر من ٩٠٪ من مرضى الوسواس القهري تظهر لديهم وساوس ودفعات قهرية وسلوكية وعند إضافة الدفعات القهرية العقلية إليها ذكر ٢٪ فقط من العينة وجود وساوس فقط دون دفعات قهرية. (دافيدس. رجز، إدنافو ترجمة صفوت فرج، ٢٠٠٢ : ١٤٩)

والخاصية الرئيسية لهذا الاضطراب هو انقياد المريض دون وعي ودون إرادة فعلية للتفكير في أشياء معينة (وساوس) أو ممارسة سلوكيات (أفعال قهرية) المرة تلو الأخرى في محاولة منهم لتخفيف وطأة الاضطراب أو القلق .. وقد تكون لأعراض شديدة بدرجة كافية لتحدث ألمًا نفسيًا واضحًا كما أنها تستهلك الوقت

أو تشوش على النظام المعتاد للفرد أو على أدائه الوظيفي أو أنشطته وعلاقاته الاجتماعية مع الآخرين. (محمد عبد الرحمن، ٢٠٠٠ : ٢٧٣)

الأفعال القهرية:

وتتم الأفعال القهرية بالتكرار وتبدو في صورة سلوك غرضي وهي تمارس، أو تصاحب بإحساس ذاتي بالقهر، ويقاومها الشخص عمومًا، وهي تمارس وفق قواعد معينة أو بطريقة نمطية، وعلى الرغم من مقاومتها فإن هذه الأشكال السلوكية تمارس بشكل نشط من جانب الشخص، كما يعد السلوك الطبيعي، من الأفعال القهرية والشائعة، وهو يتضمن المراجعة والاغتسال والنظافة، وتتضمن أنماط السلوك القهري الأخرى القيام بأعمال متعددة بتتابع شديد التصلب.

(ب.دي. سليفا ترجمة صفوت فرج، ٢٠٠٠: ٦٠ – ٦١)

أسباب الوسواس القهري:

أولاً: العوامل الوراثية:

يلعب العامل الوراثي دورًا هامًا في نشأة الوسواس القهري، فقد وجد أن بعض أولاد المرضى بالوسواس القهري يعانون من نفس المرض، كذلك الأخوة والأخوات، هنا غير باقي أفراد العائلة الذين يعانون من الشخصية القهرية وقد وجدت في دراسة حديثة إن التاريخ العائلي لمرضى الوسواس القهري في مصر يظهر في (١٦) مريض من (٨٤) حالة أي حوالي (٣٪).

(أحمد عكاشة، ١٩٩٨ : ١٣٧)

ثانياً: التفسير السيكودينامي:

يرى فرويد أن الوسواسيين قد حدث لهم (تثبيت)Fixation على المرحلة الشرجية من التطور النفسي الجنسي نتيجة لصراعات بين الوالدين والطفل. وبالتالي يتوقف أو يثبت النمو النفسي الجنسي عند هذه المرحلة.

(Fruid, 1999, p. 64)

كما تنظر (النظرية التحليلية للفرويديون الجدد) أنه نوع من الرغبات البغيضة المثيرة للاشمئزاز بشدة الصراعات التي كبتت، وتهدد أن تقتحم الشعور بما يضع الفرد في خطر الواقع فريسة الوسواس، ويتصل الدفاع بواسطة كل من الأزاحة والأبدال، ويمده ذلك بآلية مباشرة للراحة، وأن (تقاليد وعادات المجتمع) لها دور في ذلك. (أحمد عبد الخالق، ٢٠٠٢: ٢٧٣ – ٢٧٨)

ثالثا: التفسير المعرفي:

يفترض أصحاب النظرية المعرفية إن مرضى الوسواس القهري لديهم آلية التغذية الراجعة الهدف ممزقة Disrupted بحيث ينتج عنها مداومته على سباق وأفعال معينة، وأن هؤلاء المرضى يعانون من خلل في وظيفة المخ المتصلة بالمضاهاة/عدم المضاهاة، وإن لديهم زيادة في إشارات الخطأ والتي لا يمكن خفضها من خلال المخارج السلوكية تولدها عقد عصبية قاعدية، ولذا فإن مرضى الوسواس القهري حين يوحدون في موقف يحتمل أن تنجم عنه عواقب غير مرغوبة أو مؤذية فإنهم يزيدون من تقرير احتمال حدوث العواقب المضرة، وإن هذه التوقعات المرتفعة جدًا لدى الوسواسيين القهريين بحدوث العواقب غير السارة يجعلهم يزيدون من احتمال (توقعاتهم) لحدوث نتائج سلبية لمختلف الأفعال.

(أحمد عبد الخالق، ٢٠٠٢: ٢٨٩ – ٢٩٥)

الحساسية التفاعلية:

وتعنى عدم القدرة على مقاومة الإنصياع لنزوة أو دافع يمثل خطراً على الأخرين، وعلى النفس أو يولد فى نفس الفاعل شعوراً بالذة والإشباع فى معظم الأحيان. (Kaplan, H; & Sadock, B, 1996, P. 418)

وأن الشخص المسن الذى يعانى من هذا العرض عليه إتباع الآتى:

١- يندمج إجتماعياً ضمن مجموعة من زملائه أو جيرانه أو أقاربه.

٢- المشاركة فى بعض الأنشطة والرحلات والمناسبات.

٣- ممارسة بعض الألعاب الرياضية الجماعية.

٤- المحافظة على صلاة الجماعة فى المسجد.

٥- محاولة مشاركة الآخرين فى الحديث والتفاعل معهم.

٦- الإنصات إلى الشخص الذى يتحدث بجرأة ومحاولة الإستفادة منهم.

٧- التفكير فى الكلمات وردود الأفعال قبل التحدث مع الآخرين.

وقد لاحظ الباحث أثناء تطبيقة لدراسته الميدانية هروب بعض المسنين وقد يرجعه الباحث إلى إحساسه بالخجل والنفور من التفاعل فى المواقف الاجتماعية لديهم.

ويؤكد ذلك ما يراه محمد كامل (٢٠٠٤) أن هناك سببان رئيسيان للخجل هما: طريقة التنشئة ، وطريقة التفكير. فالأولى لا يمكن أن تغير فيها شيئاً. ولكن النقطة الثانية هى الأساس فبتغيير طريقة تفكيرك تستطيع أن تغير الكثير. (محمد كامل ، ٢٠٠٤ : ٥٤)

الاكتئاب *Depression*

يعتبر الاكتئاب من أكثر الاضطرابات النفسية شيوعًا، ويعد جزءًا من الحياة إذا ما نظرنا للفقد الذي يلاحق الإنسان وتكرار خيبات الأمل في الكثير من المشاريع النفسية والاجتماعية التي يحاول الإنسان إنجازها، والتي تدفع بالفرد إلى معاناة المشاعر الاكتئابية، بينما هناك من الأفراد الذين يعانون الاكتئاب كمرض حقيقي بصرف النظر عن الفقد وخيبات الأمل لوجود أسس بيولوجية وسيكولوجية تهيئ الفرد للوقوع في الاكتئاب والاستمرار فيه لفترات طويلة.

(عبد الستار إبراهيم، عبد الله عسكر، ١٩٩٩: ٧٧ – ٧٨)

وينتشر الاكتئاب بين كل الفئات العمرية وعلى الأخص فئة كبار السن أو المسنين فهناك حقيقة نفسية مؤداها أن الشخص الأكبر سنًا أكثر اكتئابًا وأن الاكتئاب من أكثر الاضطرابات النفسية شيوعًا بين المسنين حيث تصل نسبته من ٤٪ إلى ٦٪ ويصل معدل الانتحار بين المسنين إلى ٢٥٪.

(Hayslip,1993, pp. 418– 420 في: أشرف عبد الحليم،٢٠٠٣ :٤)

فالمسن يحيا مرحلة عمرية أهم ما يميزها أنها مرحلة فقدانات والإمساك أو الإسهال ،حيث يفقد عمله ويبتعد عنه أبناءه وقد يفقد شريك الحياة ويفقد كذلك أصحابه وصحته وتتحول كل حياته إلى ماضي وذكرى ولذلك فالمسن يحيا الماضي عاجزًا عن التواصل مع العالم ويشعر بخواء الحياة وفقدانها لأي معنى، فالمسن يفقد اهتمامه الأصيل بالحياة وينتظر الموت ومن هنا فالمسنين هم أحوج الناس إلى الخدمات النفسية والمساندة الأصلية من خلال منهج علاجي ينبع من معاناتهم، قد يسهم في مساعدة المسن على تفسير نمط حياته وهدف يسعى من أجله. لأن من عنده هدف يسعى من أجله يستطيع أن يحيا في أي ظروف وبذلك

يؤدي الاستبصار بالمعنى إلى تحرر المسن من قيود تلك المشاعر السوداء والأفكار الاكتئابية الانتحارية. ولعلنا نحقق مقولة فرانكل بأن الطريقة التي يتقبل بها الإنسان قدره ويتقبل بها كل ما يحمله من معاناة والطريقة التي يواجه بها محنة كل هذا يهيئ له فرصة عظيمة حتى في أصعب الظروف لكي يضيف إلى حياته معنى أعمق. (طلعت منصور، ١٩٨٢ : ٩٦)

ومن الأعراض النفسية فقدان القدرة على الاستمتاع بأي شيء، الشعور الدائم بالاكتئاب، والضيق وعدم الرغبة في الحياة، سيطرة الأفكار السوداء على أفكار المسن مثل التفكير في الموت، عدم القدرة على بذل المجهود أو القيام بأي نشاط، فقدان الشهية للطعام، اضطراب النوم أو وجود أحلام وكوابيس مزعجة، الانطواء والبكاء بدون سبب، التوتر والقلق والثورة، وعدم التكيف مع من حوله من المحيطين.

وأما الأعراض العضوية كالأوجاع المختلفة في الجسم أوجاع في المفاصل، أو الظهر، أو الصداع، الآلام في الرقبة وعظام الجسم بصفة عامة،اضطراب الجهاز الهضمي ارتباط عملية الهضم، والإخراج، اضطراب الجهاز البولي مثل كثرة التبول أو التبول اللاإرادي، اضطراب الدورة الدموية آلام بالصدر – دوخة – فقدان الذاكرة – تنميل بالأطراف – عدم اتزان – صعوبة في المشي.

ويمكن أن تصل الاضطرابات المذكورة إلى حد إهمال الذات، وعدم الاهتمام بالمظهر العام. وفي هذه الحالة يكون الاكتئاب قد وصل إلى درجة شديدة تستحق التدخل العلاجي. (كلير فهيم، ٢٠٠٤: ٥٤ – ٥٥)

فالاكتئاب اضطراب يصيب الأعمار الكبرى، أي أنه كلما زاد العمر زادت احتمالات الإصابة بالاكتئاب، فقد أشارت الدراسات إلى أن الاكتئاب أخذ يوسع

قاعدته العمرية، بمعنى أن الإصابة بدأت تنتشر في الأعمار الصغرى (عبد الستار إبراهيم، ١٩٩٨ : ٣٢). ولا يعني – بالطبع – ظهور الاكتئاب في الأطفال اختفاءه أو تناقصه لدى الراشدين وكبار السن. مما لا شك فيه أن هناك العديد من العوامل التي تتضافر لكي ترسب الاكتئاب لدى كبار السن. كالتقاعد، وزواج الأبناء والاقتراب من نهاية العمر. وزيادة الأمراض الجسمية.

(جمعة يوسف، عزة مبروك، ٢٠٠٦ : ٥٩)

غير أن اللافت للنظر هنا هو أن المسنين والمسنات الذين يعيشون في الدور كانوا أعلى في القلق والاكتئاب وهو ما يعني على الناحية الأخرى أن المسنين والمسنات الذين يعيشون في المجتمع أفضل في الصحة النفسية.

(جمعة يوسف، عزة مبروك، ٢٠٠١ : ٥٩)

ومن هنا فالاكتئاب من أكثر الاضطرابات النفسية شيوعًا في مرحلة الشيخوخة حيث تصل نسبة حدوثه من ٢٥٪ إلى ٣٠٪ وقد تصل إلى ٥٠٪ إذا أخذنا نوبات الاكتئاب التي لم تصل إلى حد المرضى في الاعتبار. ولذلك تعد الشكوى من الاكتئاب شكوى شائعة لدى المسنين ولعل من أسباب ذلك التغيرات الفسيولوجية والعضوية التي تسبب للمسن مشكلات عديدة وكذلك التقاعد وهذه الجوانب تسبب الاكتئاب. (Bromely, 1986, pp. 137 – 138 في: أشرف عبد الحليم، ٢٠٠٣ : ١٠١)

ويرتبط الاكتئاب لدى المسنين بالصحة العليلة فالاكتئاب قد يعبر عن نفسه في صورة أعراض عضوية وقد تكون الإعاقات الحسية وضعف بعض الحواس كالسمع والبصر أحد أسباب الاكتئاب وكذلك تسبب الفقدنات التي تحدث للمسن مثل فقدان الوظيفة وشريك الحياة والصحةوالفقدنات من هذا النوع تلعب دورها هي الأخرى في حدوث الاكتئاب. (صفوت فرج، ٢٠٠٠ : ٥٢٠)

ويعود الاكتئاب إلى عوامل بيولوجية مثل الاضطرابات البيوكيميائية وهناك عوامل ثقافية واجتماعية وعوامل نفسية، كما تختلف أعراض الاكتئاب لدى المسنين فنجد المسن يصيبه عدم القدرة على الإدراك وفقدان الحماس وعدم الرغبة في عمل أي شيء ويتشابه الاكتئاب عند عته الشيخوخة ومن العوامل التي تزيد من اكتئاب المسنين فقدان الأهل والأقارب وقلة الدخل والاعتماد على الآخرين والأمراض العضوية. (feeham, 2005, pp.287-288)

وتوحي النتائج السابقة بأن الإقامة في الدور تؤدي إلى نتائج سلبية، وأنها ليست حدثًا سعيدًا، وأن الذين يلجأون للإقامة في الدور إنما يضطرون لذلك اضطرارًا نتيجة لظروف عائلية واجتماعية تتعلق بعدم وجود شخص يقدم لهم أو لهن الرعاية، وذلك إما لزواج الأولاد والبنات، ووفاة شريك الحياة، أو لسفر هؤلاء الأبناء للخارج، أو لوجود مشكلات في التوافق مع الأبناء وزوجاتهم. وتؤدي الإقامة في الدور – إضافة إلى التقدم في العمر بالطبع – إلى تقلص منظومة المكانة الاجتماعية للمسن وتقلص علاقات الصداقة، وانخفاض التفاعل الاجتماعي، والشعور بالوحدة، والتفكير في اقتراب الأجل، كل ذلك من شأنه أن يكدس مشاعر القلق والاكتئاب لدى المسنين والمسنات المقيمين في الدور مقارنة بنظرائهم من المقيمين في المجتمع. وقد أشارت دراسة مرتبطة إلى أن كبار السن المتزوجين الذين يعيشون مع شركاء الحياة فقط أو مع الأطفال هم الأكثر تمتعًا بالصحة.

(Hughes & Watt, 2002, pp. 277 – 285)

ويرى الباحث أن الفرد الأكبر سنًا يعد أكثر اكتئابًا وأن الإكتئاب هو أكثر الاضطرابات النفسية انتشارًا فى مرحلة تقدم العمر، وغالبًا ما يرفض المسنين التسليم بأنهم مكتئبين وربما حاولوا إخفاء الإكتئاب من خلال مجموعة مختلفة

من ميكانيزمات الدفاع مثل: الإنكار، والتعبير عن الإكتئاب في صورة شكاوى جسمية وتوهم علل بدنية واضحة.

القلق: *Anxiety*

هو اضطراب من الاضطرابات الانفعالية التي تدخل في دائرة العصاب ، وهو جزء من الحياة البشرية ، او هو احد لوازم الوجود – لذا فالقلق بمثابة الحرص على الحياة وهو رغبة في الحياة اذ تزيد اليات العمل النفسية حين ينتابها شعور غامض بالخطر والتهديد. (عبد الستار ابراهيم ، عبد الله عسكر، ١٩٩٠: ٥٤ – ٥٥)

مما لاشك فيه ولأسباب متعددة تم إطلاق اسم: عصر القلق على القرن العشرين. وإذا كان المؤرخون يرصدون قيام حربين عالميتين وما ترتب على ذلك من قتلى وجرحى وضغوط وتوترات وغيرها، فإن القرن الواحد والعشرون قد أطل ومازالت الحروب الإقليمية مشتعلة، ليست فقط بين دولة وأخرى بل داخل الدولة الواحدة، ولعل أحداث (١١ سبتمبر٢٠٠١) وما ترتب من شن حروب من قبل أمريكا على أفغانستان ثم العراق واحتلالهما، وتداعيات ذلك مع استمرار العنف اليومي في الحياة اليومية في العديد من المناطق خير معبر على استمرار القلق والضغوط وغيرها من صور وتنوعات الإضطرابات.

فقد حظى القلق بأكبر اهتمام من جانب علماء النفس والطب النفسي وغيرهما من التخصصات على حد سواء، حيث يقع إضطراب القلق Anxiety Disorder من وجهة نظر علماء النفس المرضى في القلب من الإضطراب النفسي، فالقلق محور العصاب Neurosis والمرض الجوهري المشترك في الإضطرابات النفسية بل في أمراض عضوية شتى، وهو أكثر فئات العصاب شيوعًا إذ يكون من ٣٠ – ٤٠٪ من الإضطرابات العصابية تبعًا للتصنيفات المبكرة، ويجمع الباحثون

على أن القلق هو المفهوم المركزي في علم الأمراض النفسية، وأصبح القلق حجر الزاوية في كل من الطب النفسي - جسمي Psychos Matic والنظرية الطب نفسية *Psychiatric* والتطبيقية كذلك. (أحمد عبد الخالق، ١٩٩٤: ١٣ – ١٤)

ويمكن القول أن القلق سمة مميزة لمرحلة الشيخوخة وبخاصة القلق تجاه مواقف الحياة فهو من أكثر الانفعالات شيوعاً فى هذه المرحلة إذ أن إدراك الفرد لموقفه على مدى الحياة وهو أحد العوامل السيكولوجية الهامة فى هذه المرحلة ففى نهاية الخمسينيات وبداية الستينيات يصبح الأفراد مشغولى البال بكم من العمر يمكن أن يعيشوا وما إذا كانوا سوف يصابون بمرض خطير وما الذى سوف يفعلونه فى وقت فراغهم بعد التقاعد وما الذى سيواجهونه عند وفاة أزواجهم.

(حسن مصطفى، راوية دسوقى، ١٩٨٨: ٥٣)

وبصفة عامة يبدو من المفيد تحويل بؤرة التركيز عما لا يمكن للمريض أن يفعله بسبب الإصابة بالمرض وبدلاً من ذلك تعليم المريض كيف يتعامل مع الضغوط وتشجيع قدر أكبر من النشاط وتعزيز الشعور بالسيطرة على الرغم من القيود الجسمانية أو القلق الذي يشعر به المريض *(Davison. G, Neal. J, 2004, p. 170)*

وقد اتضح من خلال الأبحاث والدراسات أن القلق المرضى يرتفع لدى المسنين في المرحلة العمرية من ٥٥ – ٩٠ عام. وأن القلق يرتفع عند النساء أكثر من الرجال.

(Hayslip, 1993, p. 430 في: أشرف عبد الحليم، ٢٠٠٣ : ١٠٤)

ويعد أكثر أنواع القلق شيوعًا لدى المسنين قلق الموت حيث وجد أن هناك ارتباط بين قلق الموت والتقدم في العمر فالتقدم في العمر يصاحبه بقلق الموت من تدهور الأحوال الصحية وسوء القدرة الوظيفية كما وجد أن قلق الموت يزداد بزيادة وقت الفراغ والمسنين يعانون من وجود وقت فراغ كبير لذلك سيشعرون أكثر بقلق

الموت. وقد وجد أن المسنين يزداد تفكيرهم في الموت على وجه العموم وعلى وجه الخصوص في الفترات التي يصيبهم فيها مرض فيعتقد المسن أنه ميت وأن هذا هو مرض الموت ويستبد التفكير في الموت بالمسنين ومن أكثر الأسباب التي تؤدي إلى التفكير الدائم في الموت هو وصول المسن إلى مرحلة الشيخوخة وتوقعه الموت في أي لحظة. (أشرف عبد الحليم، ٢٠٠٣ : ١٠٤)

ونرى أن القلق عرض مرضى لأن مرحلة التقدم في العمر وشعور المسن بأنه في اللحظات الأخيرة من عمره تجعله يشعر بالإضطراب النفسي وهذا يؤدي بذاته إلى قلقه على نفسه وما قدمه في حياته الدنيا أهو خيرًا أم شرًا! وأسئلة واستفسارات كثيرة مما ينتابه الحيرة والقلق الشديد دائمًا.

وبائيات انتشار القلق:

يصيب مرض القلق نحو خمسة في المائة من السكان في أي وقت بعينه، وهو يصيب واحد فى المائة تقريبًا إلى درجة العجز، وأغلب المصابون به (ثمانون في المائة من النساء، والغالبية من هؤلاء في سنوات القدرة على الإنجاب، وربما تعزى زيادة انتشار المرض في النساء بالنسبة إلى الرجال أي تعرض النساء لألوان من الضغوط أكثر من تلك التي يتعرض لها الرجال. (ديفيد شيهان، ١٩٨٨ : ٢٠)

إن إضطراب القلق العام يصيب من ٣ – ٨٪ من السكان في أي وقت وإن نسبة إصابة الإناث إلى الذكور تعادل ٢-١، وإن سن بداية الإضطراب تكون عادة في بداية سن الرشد. (Kaplan, H. & Sadock, B., 1996, p. 210)

وفي دراسة لأحمد عكاشة وجد أن حوالي ٢٠٪ من جميع المرضى المترددين على عيادة الطب النفسي بمستشفى جامعة عين شمس يعانون من القلق النفسي، وهي أعلى نسبة لجميع الأمراض المختلفة النفسية والعقلية.

كما تبين في مسح وبائي حديث في الولايات المتحدة إن نسبة انتشار إضطرابات القلق بين مجموع الشعب الأمريكي تصل إلى ٨٪.

(أحمد عكاشة، ١٩٩٨ : ١١١)

العداوة:

يرى بارون ١٩٩٩ ان العداوة هى: " أى فعل يهدف إلي إيذاء الآخرين أو إلي اتلاف ممتلكاتهم بشرط توافر النية لإيقاع الاذى (Baron,1999.p.18)

كما أوضح "ستانلى باركر" أنه يتم تعلم السلوك العدوانى بنفس الطريقة التى يتم بها تعلم عدد من السلوكيات الاجتماعية، ونرى ذلك من خلال ملاحظة العدوان لدى بعض الأشخاص الآخرين وتقليد سلوكهم بهدف معرفة نظرة الآخرين إلينا. (Stanley Parker, 2007, P. 30)

وأن كثيراً من المشكلات النفسية أو إضطرابات السلوك لديهم مردها إلى إختلال أو توتر الوضع الأسرى أو العائلى، فإذا كان المناخ السائد يعمه عدم الإنسجام والنقد الجارح والعقاب البدنى، والقسوة فى التعامل فلابد أن تكون العلاقات بين الوالدين وأبنائهم مشوهة، وغالباً ما يبنى هذا النوع فى التفاعل على إتجاه الرفض من قبل أحد الوالدين أو كليهما لوجود الأبن كلياً أو عدم قبول سلوكه حتى وإذا كان هذا السلوك قابلاً للإصلاح مما يكرس السلوك الشاذ ويدعمه.

(Renfrew, J.w, 1997, pp. 76 - 78)

ويرى الباحث أن عدم توافق الأبناء مع أبائهم وإنتشار الجنان بينهم بنسبة كبيرة هو الذى يؤدى بهم إلى التشرد والإنحراف مما يزيد من حدة العدوانية لديهم وبالتالى يصبح المسن غير قادر على متطلبات حياته وتبدو إضطرابات

سلوكية عدوانية لديه إتجاه المجتمع وأصدقائه مما يؤثر على ظروف حياته المعيشية.

قلق الخواف: *Phobias*

يرى كثير من الأطباء النفسيين أن الخوف المرضي جزء من القلق، ولو أن الخوف في حالة الخواف ينشأ مرتبطًا ببعض الموضوعات أو الأشخاص أو المواقف المحددة، والانفعال الشديد، والفزع والارتباك الذي يتملك الفرد في حالات المخاوف المرضية والخوف المرضى يشبه القلق وكل الاضطرابات العصابية من حيث أن الخوف الشديد ليس له ما يبرره، وأن الشخص يعرف ذلك، ولكنه يعجز عن التحكم في مخاوفه أو ضبط انفعالاته بصورة بناءة، بما ينتهي به أيضًا إلى العجز عن ممارسة حياته العملية والاجتماعية. (عبد الستار إبراهيم، ١٩٩٨ : ٢٦)

ويعرف الخواف بالمفهوم الرئيسى للخوف من الخزى والارتباك وقد يكون الموقف الذى يخافه الشخص متقطعاً مثل الكلام أمام جمع من الناس أو تناول الطعام برفقة آخرين فى أماكن عامة أو يكون عام حيث تكون معظم المواقف الاجتماعية مخيفة للشخص مثل التحدث فى التليفون، أو البدء محادثة مع الغرباء أو حضور حفل أو التعامل مع شخص ذى سلطة وقد يشتمل القلق على أعراض الاستثارة الذاتية مثل ضربات القلب الشديدة وتصبب العرق والارتجاف واحمرار الوجه.(محروس الشناوى، محمد عبد الرحمن، ١٩٩٨: ٢٧٧ : ٢٧٨)

وعرف هذا الإضطراب بمسميات عديدة مثل الرهاب أو الفوبيا ويعرفه الدليل التشخصي الإحصائي الرابع المعدل للأمراض النفسية DSM – IV باسم المخاوف الخاصة والتي تعني الخوف الواضح المتواصل والمفرط غير المعقول من مواقف

وموضوعات معينة، والتي تؤدي إلى تجنبها، مما قد يؤثر على العديد من الوظائف الحياتية والاجتماعية لدى الفرد. (*APA., 1994, P. 110*)

كما يحدد الدليل التشخيصى والإحصائى للأمراض النفسية والعقلية الإصدار الرابع (*DSM-IV, 1994*) العلامات التشخيصية التالية:

أ- خوف واضح ومستمر من واحد أو أكثر من المواقف الاجتماعية أو الأدائية التى يتعرض فيها الفرد لأناس غير مألوفين له أو للتفحص من قبل الآخرين ويجب أن يحدث القلق فى موقف الرفقة وليس لمجرد التفاعل مع الكبار.

ب- التعرض للموقف المخيف من شأنه أن يولد القلق فى أغلب الأحوال بشكل متباين والذى قد يأخذ صورة القيد الموقفى أو نوبة الهلع، ففى الأطفال قد يعبر عن القلق بالبكاء والنوبات أو الابتعاد عن المواقف الاجتماعية التى فيها أناس غير مألوفين لهم.

ج- يعرف الشخص أن الخوف مبالغ فيه أو غير منطقى.

د- المواقف الاجتماعية المخيفة يجرى تجنبها أو يكون تحملها مع قلق وأسى شديد.

هـ- أن التجنب أو الترقب للقلق أو الأسى فى المواقف الاجتماعية يتدخل بشكل جوهرى مع النظام العادى للشخص أو أداءه المهنى أو (الأكاديمى) أو الأنشطة الاجتماعية أو العلاقات أو أن يكون هناك أسى حول وجود هذا الخوف.

ويعرض محمد كامل (٢٠٠٤) إلى الأسباب التي تؤدي للإصابة بالفوبيا حيث ينتج هذا الخوف عن صراع أو إحباط شديد يسيطر على المريض، كما ينتج عن حالات معينة تعترى الفرد بحيث لا يستطيع السيطرة عليها، ينتج عن عدم الشعور بالأمان، تحدث حالات الفوبيا بسبب كبت الفرد لما يشعر به، كما تحدث

نتيجة لخبرات الفرد السلبية التي عانى منها في مرحلة من مراحل الطفولة، وتكون هناك علاقة لا شعورية بينها وبين الشيء الذي يخافه، تحدث بسبب القلق والاضطراب النفسي.

ويرى "إبراهيم مغازي" (٢٠٠٨)* أن كل هذه الظواهر السيئة تمثل ضغوطًا نفسية تؤثر على الصحة النفسية لإنسان هذا القرن الـ ٢١ فأصيب بالقلق العصابي والخوف المرضي اللذين هما مفاتيح لكل الأمراض النفسية والذهنية بل أثرت أيضًا على تكيفه الاجتماعي والنفسي بجميع أشكال تكيفه وتوافقه لا سوية.

فهو إما ينافق ويساير الأقوى مع أنه غير راض عن ذلك من أجل الحصول على مصلحته أو يساير وينافق حتى يقوى ويتمكن منه طبقًا للمثل العام "يتمسكن حتى يتمكن" لإشباع حاجاته الضرورية والنفسية وإذا عارض فتهمة الإرهاب والمحاكمة في جوانتانامو وتنتظره أو محاكمته الدولية في لاهاي بتهمة مجرم حرب.

البارانويا التخيلية *Paranoia*

هي استجابة ذهانية أعراضها التدهور البسيط، وقد لا يوجد هذا التدهور، وتتسم الهزاءات بالمنطق، ولكنه منطق لا يقوم على أساس صحيح. ولو كان الأساس صحيحاً لصحت كل النتائج فعلاً، ولكن هذا الغرض متوهم أساساً. وأسباب الهزاء غير معروفة تمامًا، ونجد في تاريخ الفرد شعورًا قويًا بـ'نقص ناتجًا من الفشل، وأعراض الهزاء تكون عكسي لاستجابة الشعور بالذنب.

ويصاب العديد من المسنين بمرض البارانويا حيث الهزاءات والهلاوس وقد تكون البارانويا مصاحبة للعته أو الإكتئاب وقد تنفصل عنها وتنتج عن العزلة أو ضعف القدرات الفعلية ومن علاماتها اعتقاد المسن أن هناك من وضع السم في

* إبراهيم مغازي. جريدة المساني "منبر للرأي" الصفحة الخامسة بتاريخ ٢٠٠٨/٨/٢٧.

الطعام ورد الفعل البارانويدي يلقي الضوء على حياة المسن اليومية فقد نجد المسن يلصق ألتهم بالآخرين ويتهمهم بالخيانة وحالات البارانويا لدى المسنين يصعب علاجها لأن المسن مريض البارانويا يفقد الثقة في الآخرين ويعيش منعزلاً في عالم وحده. (Hayslip, 1993, p. 431 في أشرف عبد الحليم، ٢٠٠٣ : ١٤)

وتتمثل في مجموعة الخصائص التي يتسم بها سلوك الشخص البارانويدي كالتذمر، والاستياء، والامتعاض، والتشكك في نوايا ودوافع الآخرين، والإحساس بالاضطهاد، والشعور بالإهمال والاستهانة. (مجدي الدسوقي، ١٩٩٩ : ٦٣٠)

الذهانية: Psychoticism

ويشير مصطلح الذهانية إلى سمة شخصية عامة توجد عند كل الأفراد بدرجات مختلفة، فإذا وجدت عند الشخص بدرجة واضحة فإنها تعنى أن لديه استعداد لنمو اضطرابات ذهانية. إلا أن الشخص الذى لديه مثل هذه الحالة يكون فى وضع بعيد جداً عن الذهان العقلى.

(أيزنك ترجمة صلاح الدين أبو ناهية، ١٩٨٩: ٥)

ويمكن تقسيم الذهان بوجه عام إلى قسمين رئيسيين هما:

أ- الذهان العضوى: Organic psychosis

والذى يرجع المرض فيه إلى أسباب وعوامل عضوية حيث يرتبط بخلل فى الجهاز العصبى ووظائفه، مثل ذهان الشيخوخة، وذهان الناجم عن عدوى أو عن اضطراب الغدد الصماء أو عن الأورام التغذية أو الأيض، أو عن اضطراب الدورة الدموية... إلخ.

ب- الذهان الوظيفى: Functional psychosis

وفيه يصبح الشيخ أقل استجابة وأكثر تركزاً حول ذاته ويميل إلى الذكريات وتكرار حكاية الخبرات السابقة، وتضعف ذاكرته ويقل اهتمامه وميوله، وأيضًا

تضعف طاقته وحيويته ويشعر بقلة قيمته في الحياة، وهذا يؤدي إلى الاكتئاب والتهيج وسرعة الاستثارة والعناد والنكوص إلى حالة الاعتماد على الغير.

(رشاد عبد اللطيف، ٢٠٠٢ : ١٢٨)

ويرى الباحث أن أهم أعراض ذهان الشيخوخة عدم القدرة على تذكر الأحداث القريبة، كما يعجز المسن عن عدم معرفة عنوان منزله وخصوصاً في فترة الليل، وحدوث اضطرابات لديه في النوم، وعدم استطاعته على تكوين علاقات صداقة مع الآخرين.

الضغوط وعلاقتها ببعض الاضطرابات النفسية:

تحدث الضغوط الكثير من الاضطرابات النفسية منها ما يلي:

- **الحزن**: "إن الحزن انفعال مضاد للفرح والسرور، وهو يحدث إذا فقد الإنسان شخصًا عزيزًا، أو شيئًا ذا قيمة كبيرة أو حلت به كارثة أو فشل في تحقيق أمر مهم. (محمد نجاتي، ٢٠٠١: ١٠١ – ١٠٢)
- **زيادة التوتر**: إذ تقل القدرة على الاسترخاء العضلي، ومن ثم يحدث القلق.
- **زيادة معدل الوساوس القهرية**: حيث ينزع الفرد إلى الشكاوى التخيلية بجانب الاضطرابات الواقعية.
- **ظهور الاكتئاب والإحساس بالعجز**: إذ تنخفض شدة حيوية الفرد ويزداد لديه الإحساس بالعجز تجاه تأثيره في الأحداث أو المشاعر المرتبطة بها.
- **التهيجية**: التهيج المفرط أو غير السوي، وسرعة الانفصال، والعصبية وانفجار الغضب، والصراخ وكثرة البكاء.
- الخوف ونوبات الهلع والزعر وانعدام القيمة.

- الإحساس بالإحباط، والشعور بالاستنزاف الانفعالي أو الاحتراق النفسي.
- انخفاض الإحساس بتأكيد الذات بشكل حاد، فينمو الإحساس بانعدام الكفاءة أو الشعور بعدم القيمة.
- الشكوى من مشكلات جسمية غير واقعية، وتوهم المرض، والإحساس بالوهن والتعب المتواصل. (حسن مصطفى، ٢٠٠٥ب: ٨٣ – ٨٥)

- بعض اضطرابات الأكل: Eating Disorders وتنقسم إلى:

- **فقد الشهية العصبي:** Anorexia Nervosa

يعرف بأنه فقد خطير في الوزن مصحوب باختلال في صورة الجسم حيث يبقى المريض خائفًا من زيادة وزنه. ومن الأسباب الرئيسية لفقد الشهية العصبي الضغوط الشديدة التي قد يتم فيها تجنب الطعام إلى درجة الموت جوعًا.

- **الشره العصبي:** Bulimia Nervosa

وهو أحد اضطرابات الأكل الذي يتضمن شرها شديدًا للأكل وإفراطًا كبيرًا فيه يتلوه شعور بالذنب والاكتئاب ولوم النفس بقولها ذلك. ويرتبط الشره العصبي بالضغوط بشكل واضح حيث يرى الباحثون في هذا المجال أن هذا الاضطراب قد يحدث مصاحبًا للاكتئاب، كما أنه قد جاء على لسان أحد المرضى قوله: "تبدأ هذه الحالة دائمًا عندما استيقظ وأشعر أنني حزين أو يقول شخص ما شيئًا يزعجني، عندئذ أشعر بدافع قوي للأكل ....".

وهذا يفسر الارتباط بين مرض الشره العصبي والضغوط حيث يأكل المريض بشراهة وهو تحت سيطرة مجموعة من الضغوط.

(محمد عبد الرحمن، ١٩٩٩: ٢٢٧ – ٢٣١)

فيؤكد هانزسيلي Selly في نظريته عن الضغوط الانفعالية، أن الضغوط التي يقع الإنسان تحت وطأتها، تمثل حجر الزاوية في كافة الاضطرابات النفسية.

(هبة الله أبو النيل، ٢٠٠٢ : ٧)

وعلى نحو مشابه أرجع "وولف" Wolf الاضطرابات النفسية إلى القلق والتوتر الناتجين عن التعرض للأحداث الشاقة، واللذين يؤديان إلى زيادة إفرازات الهرمونات وعصارات الغدد بقدر لا تتحمله الأجهزة الجسمية الداخلية، فتضطرب وظائف الأعضاء (كما يحدث في حالة قرحة المعدة Gastric ulcer ، وقرحة القولون Uleerative colites) (Kaplan h, sadock B, 1996, p. 113)

كما يشير ريس Ress إلى أن فقد الوالدين وما يصاحبه من تفاعلات الحزن. يعتبر من أهم أنواع الضغوط التي لوحظ تزامنها مع بداية حدوث المرض لدى نسبة كبيرة من المرضى في معظم أنواع الأمراض النفسية ويعتبر "ريس" فقد أحد الوالدين وما يصاحبه من تفاعلات الحزن سببًا جوهريًا في نشأة تلك الأمراض.

(في هبة الله أبو النيل، ٢٠٠٢ : ٨)

ويرى الباحث أن الضغوط والاضطرابات النفسية معًا تؤدي إلى زيادة المرض النفسي بشكل خطير وبالتالي فهو يؤدي إلى تغير نمط حياة المسن – وتعد استخدام مصادر الضغوط التي يستخدمها الباحث في تلك الدراسة خير دليل على قائمة الأمراض النفسية من (قلق، اكتئاب، الوسواس القهري، .... الخ).

وينبغي الإدراك أن الاستعداد للمرض النفسي أو العقلي إذا ظل كامنًا في الفترات السابقة للفرد، يمكن أن يظهر بوضوح في مرحلة الشيخوخة أو يبدو على شكل نوبات اضطراب في الناحية العقلية يتخللها فترات طبيعية.

فالمسن يفقد قدرته على المقاومة والتكيف مع بيئته، وتصبح العمليات الخاصة بفقد الناحية الوظيفية للخلايا في حالة استمرار، فينشأ عن ذلك في بعض الأحيان ظهور الأمراض العقلية.

وكان الاعتقاد السائد سابقًا أن التغيرات الناتجة عن فقد الخلايا الوظيفية بحكم السن، هي السبب المباشر والوحيد للاضطرابات النفسية والعقلية في المسنين .. ولكن "روتشيلد" أحد العلماء المهتمين بهذا المجال وجد أن هذه التغيرات تؤدي إلى فقد الناحية الوظيفية، وفي الوقت نفسه تحدث محاولات تعويضية في مكونات الجهاز العصبي السليمة .. وهذه الاستجابات تؤدي إلى التكيف .. فمثلاً الشك وسهولة الإثارة والمعتقدات الخاطئة هي ظواهر طبيعية لما فقد. (كلير فهيم، ٢٠٠٤ : ١٤)

ونرى أنه من حق كل مسن أن ينعم بمناخ أسرى وإجتماعى سليم ليمكن رعايته بأفضل الطرق الممكنة، فهى فئة أحق بالرعاية والاهتمام من قبل المجتمع، لتحقيق ما يأمله المجتمع فى تكون أفراد أسوياء.

يتضح من العرض السابق أن الإضطرابات النفسية لدى المسن لا ترجع إلى إنخفاض مستوى القدرة العقلية أو الذكاء بقدر ما ترجع إلى الظروف البيئية والاجتماعية التى تعرض لها هؤلاء المسنين، مثل: الفقر، طلاق الوالدين، فقد الزوج أو الزوجة، وهذا يقودنا إلى الحديث عن البند الرابع.