

**Article History**

<b>Received/Geliş</b>	<b>Accepted/ Kabul</b>	<b>Available Online/Yayınlanma</b>
<b>16 /12/2017</b>	<b>26/01/2018</b>	<b>1/02/2018</b>

**دراسة استطلاعية لواقع الصحة النفسية لدى المسنين**

**جريدة برحيل بن عصمان (أستاذة محاضرة بقسم علم النفس)  
نور الهدى بزرراوي (أستاذة محاضرة بقسم علم النفس)  
- جامعة تلمسان -**

**الملخص:**

إن الاهتمام ورعاية المسن تعني الاهتمام بأنفسنا. فحاضره هو مستقبلنا وأي خطوة لرعايته ستصب في رصيدنا. ولهذا كان هدف هذا البحث هو التعرف على مجمل المشاكل والصعوبات النفسية التي يعاني منها المسن. وكانت الانطلاقة بالتعرف على نتائج بحوث عالمية في المجال النفسي والعقلي ثم مقارنتها بتقصي عبر زيارة ميدانية لمصلحة الأمراض العقلية والنفسية بالمستشفى الجامعي لولاية تلمسان. والتي بينت أن هناك تطابق بين الدراسات العالمية وواقع المسنين في مجتمعنا فيما يخص نوعية الاضطرابات ونسبتها وكيفية التعبير عنها. ويظهر الاختلاف في تمثلات المرض وطريقة علاجه والإمكانيات المتوفرة والمخصصة للكشف والتكفل بالمسن المريض. وتبقى العائلة المحور الرئيسي للعناية بالمسن. وبالرغم من إصابته بمجموع الاضطرابات الجسدية والنفسية إلا أنه لا يفقد مكانته في الأسرة.

**المقدمة**

ترتفع الإصابة بالاضطرابات العقلية عند المسنين حيث نصف الذين عمرهم أكثر من 65 سنة يعانون من أمراض عقلية. وغالبا ما ترتبط هذه الاضطرابات بمشاكل عضوية تزيد المشكل تعقيدا. وبصفة معاكسة يُحسّن علاج هذه الاضطرابات من الوضعية الجسمية.

ومن المعتاد ما يعبر المسنون عن اضطراباتهم بواسطة المرض العضوي أكثر من غيره. وتصبح شيخوخة الجسد والاضطرابات الجسمية المرافقة لها، مصدر الشكاوي التي يعاني منها المسنون إضافة الى الاضطرابات السلوكية. ويمثل الاكتئاب بمختلف أنواعه والقلق والرهابات من الاضطرابات النفسية المعيقة. قد ترتبط الهذيان بالمشاكل الجسمية والاضطرابات المعرفية. وتعتبر أعراض الخلط ثانوية لثلاث عوامل وهي: الشيخوخة التي تضعف مقاومة المسن للإجهاد والأمراض العصبية والعوامل المسرّعة الجسمية والاجتماعية. وتكثر الشكاوي المتعلقة باضطرابات النوم عند المسنين أكثر من الشباب. وللتكفل بهذه الشريحة العمرية يجب تضافر جهود مختلف المختصين من معالجين نفسيين وأطباء ومشاركة فعالة للعائلة.

## دراسة استطلاعية لواقع الصحة النفسية لدى المسنين

جريدة برحيل بن عصمان نور الهدى بزراوي

الشيخوخة الفيزيولوجية: مظاهرها العضوية والنفسية

يجهل المختصون الظواهر المرضية المعتادة عند المسنين وغالبا ما تعزى خطأً إلى الشيخوخة الفيزيولوجية. وتبين بحوث طويلة المدى أن في غياب الأمراض، تصبح تأثيرات الشيخوخة ضعيفة نوعا ما. وترتبط التغيرات التي تحدث لدى المسن بالعامل الجيني. ويختلف تأثير القصور من مسن إلى آخر. إن الشيخوخة الفيزيولوجية لا تؤدي إلى تغيرات كبيرة في الشخصية. ولا يجب اعتبار نكوص السلوك وفقدان المرونة في بعض سمات الشخصية كتغير حتمي عند المسن، ولكن قد يخفي وراءه إصابة من نوع الخبل مثلا. يشكو المسنون كثيرا من تدهور قدرات الذاكرة مع التقدم في السن. وعلى مستوى الذكاء، تتوافق الشيخوخة بتدني بسيط لبعض المهارات وقدرات التكيف. وقد تتأثر بعض النشاطات التي تتطلب رد فعل سريع أو درجة عالية من الدقة. ومن جهة أخرى يحتفظ المسن بالقدرة على الفهم في وضعيات جديدة عليه والقدرة على الإبداع. وتشير البحوث الحالية أن المسنين قليلا ما يشكون من اضطرابات النوم بالمقارنة مع النتائج المتحصل عليها من خلال الفحوصات الطبية التي تشير إلى اضطرابات فعلية تخص النوم. وهذا قد يؤكد أن المسن يتكيف مع نقص في النوم بطريقة جيدة.

ونلاحظ في الأخير أن اهتمامات المسن وقدراته الجنسية تقل مع العمر. والتغيرات الجنسية التي تلاحظ يجب دراستها حسب كل حالة. فعادة ما هي مرتبطة بظروف المسن ومجموعة الأمراض التي يعاني منها وتؤثر على حياته الجنسية كالخبل مثلا. ونادرا ما يشكو المسنون من هذا الاضطراب ويلاحظ التحفظ خصوصا عند النساء بسبب الحياء المتعلق بصورة الجسم والتغيرات التي طرأت عليه بفعل العمر والتمثلات الاجتماعية.

تؤثر الشيخوخة كذلك وبصفة متفاوتة على الحياة النفسية، فيحدث عدم الاستقرار النفسي. تراوده فكرة الموت الحتمي كلما تقدم في العمر، وتتعمد الأمور ببعض الأحداث اليومية التي يعيشها كالحداد والمعاش والبعد عن الأبناء والصراعات العائلية والعزلة الاجتماعية والأمراض الجسدية وتدهور الحواس وقلة المداخيل المالية. تثير هذه المشاكل الإحساس بعدم القدرة وفقدان السيطرة والقوة والفعالية مما يشعل لديه فكرة الموت. وأمام هذه الخسائر المعنوية والمادية يتكيف المسن ويعيد النظر ويراجع نفسه وهذه كله مرتبطة بشخصيته السابقة التي ستتدخل في طريقة تعامله مع الأحداث الحالية. وتظهر فعالية الآليات الدفاعية عندما يستعملها في جذب اهتمامات جديدة تأخذ بعين الاعتبار سنه. وبالعكس إذا فشلت هذه الآليات، سيفقد تقديره لذاته ويتكسب نرجسيا ويؤهله للإصابة بالأمراض النفسية.

تقييم الاضطرابات العقلية:

تساعد المقابلة العيادية مع المسن الكشف عن الأعراض النفس مرضية والتعرف عن مجموع الأمراض التي عانى منها سابقا والعمليات الجراحية التي قام بها ومختلف الأدوية التي يتناولها وعاداته اليومية وظروف سكنه ونوعية العلاقات المحيطة به. وتعطى أهمية كبيرة لوجود إجهاد في حياته وفي هذه المرحلة يُكشف عن أي عنف مادي أو معنوي أو تهاون من طرف الآخرين. ويبقى الفحص الإكلينيكي للوظائف المعرفية ضروريا جدا. إن التواصل مع العائلة مهم جدا في هذه المرحلة لأنها ستساعد المختص النفسي على التأكد من تشخيصه وتساعد الطبيب على الكشف عن أمراض في الدماغ قد يكون يعاني منها. ويعتبر دور العائلة مهما جدا في نجاح مختلف العلاجات التي تقدم للمسن سواء كانت هذه العلاجات نفسية أو دوائية أو جراحية الخ...

## دراسة استطلاعية لواقع الصحة النفسية لدى المسنين

جريدة برحيل بن عصمان نور الهدى بزراوي

وصف الاضطرابات العقلية والنفسية:

### 1-3 اضطرابات المزاج

#### 1-1-3 الاكتئاب:

يشير الباحثون في الأدبيات العالمية أنه رغم توفر وتطور الأدوية والعلاجات النفسية إلا أن كثير من المختصين لا يعالجون بفعالية مجموع الاكتئاب (1). يبقى الاكتئاب من المشاكل الصحية الكبرى التي يعاني منها المسن. فهو مرتبط بفقدان الاستقلالية وتدهور الوظائف الجسدية وتدني لجودة الحياة والشعور بثقل على العائلة. والاكتئاب من أكثر الاضطرابات النفسية انتشارا عند المسنين ففي 36 دراسة علمية يمثل من 2 الى 61% مع أعراض اكتئابية. تمثل نسبة 43,9% الاكتئاب الخفيف، 25,5% تمثل نسبة الاكتئاب المتوسط، ويمثل الاكتئاب الحاد 15,5%. (2) ووجد الباحثون صعوبة في تقييم وتمييز الاكتئاب كمرض من الأعراض الاكتئابية. قد يصاب ثلث الحالات بأعراض اكتئابية مؤقتة ومرتبطة بأمراض جسدية أو صعوبات اجتماعية. وتقدر نسبة الاكتئاب في الطب العام ب 15 إلى 30% عند المسنين. وتقدر النسبة في عامة السكان ب 3% بالنسبة لمراحل اكتئابية رئيسية، و 1,4% بالنسبة لاكتئاب غير نمطية و 13% للمزاج المكتئب (3). وتقدر نسبة المكتئبون في المؤسسات ب 40% وهي ضعف النسبة للمفحوصين خارج المؤسسات (4). ويؤكد الباحثون أن ثمة صعوبة في التفريق بين الأعراض الحقيقية للاكتئاب وبين الأعراض الناتجة عن الشيخوخة الفيزيولوجية والإصابات الجسدية المتكررة في هذا السن. فكل حزن ليس بالضرورة اكتئاب ويصبح كذلك إلا إذا ارتبط بفقدان الاهتمام والتباطؤ النفسي. ويجب التمييز بين الاكتئاب الذي يلي الحداد وهو عادي، من الاكتئاب الحقيقي الذي يستوجب العلاج. ويصبح فقدان الاهتمام مرضيا عندما يُبالغ فيه ولا يتطابق مع القدرات الجسمية والعقلية للمسن ويحدث بطريقة مفاجئة. ويشير فقدان الشهية المترافقة بالفقدان المفاجئ للوزن والنوم من أعراض الاكتئاب. ورغم هذا ف 40% لا يتم تشخيصهم للأسباب التالي (5):

- ينكر المسن إصابته لأن 43% من المسنين لا يستشيرون المختصين.
- تعزى أعراض الاكتئاب إلى الشيخوخة.
- لا تظهر الأعراض بطريقة نمطية وإنما 60% من المسنين المكتئبون يشكون من أمراض جسدية أو معرفية أو أعراض لقلق في المرتبة الأولى. (6)

وبصفة عامة تظهر أعراض الاكتئاب بصفة مفاجئة إثر أحداث قد تبدو للمحيطين بالمسن غير مهمة. قد تكون ملاحظتها واضحة حسب الدليل التشخيصي الرابع للأمراض العقلية والنفسية DSM IV وهي الحزن المرضي مع الألم النفسي والتباطؤ الحركي والكف المعرفي والنحافة واضطرابات النوم والشعور بعدم القيمة والشعور بالذنب.

وقد يظهر عند المسن الاكتئاب السوداوي الذي يتوافق بإما وهن وسكون، أو بهياج وفقدان للوزن مع أرق ليلي. في هذه الحالة يصبح الاستشفاء ضروريا بسبب تأثيره على الصحة العامة للمسن. ويظل الاكتئاب السوداوي الهذيان من أهم الصعوبات التشخيصية المعقدة، فهو يتوافق بهذيانا وهلاوس سمعية تحمل ألقاظا بذيفة وذات مواضيع اضطهادية وخطط. قد يتعلق الهذيان بمواضيع خاصة بالميراث وعدم الاعتراف والإهمال من طرف الآخرين. وقد يرتبط الهذيان بالشعور بالعار واللعة وإنكار الأعضاء

## دراسة استطلاعية لواقع الصحة النفسية لدى المسنين

جريدة برحيل بن عصمان نور الهدى بزراوي

الجسدية ( زملة Cotard ) .

ومن الشائع أن تكون أعراض الاكتئاب غير نمطية عند المسنين خصوصا المزاج الحزين الذي يسهل تشخيصه عندما يكون هاما ويصعب تشخيصه عندما يكون طفيفا. وقد يعوض بلامبالاة انفعالية مع الشعور بفرغ عاطفي وجسدي. وقد تحجب الأعراض العضوية المرضية اضطرابات المزاج. وقد يُفسر التثاقل بالتعب. وقد يظهر الاكتئاب بشكل مقنع على شكل اضطرابات سلوكية عدائية(7) كرد فعل للشعور بعدم القيمة والعدوانية الموجهة نحو الذات وهذا النوع من الاكتئاب هو شائع في أمراض الهاليزيم(8).

ويظهر الاكتئاب ذو النمط الهستيري على شكل تلاعب واتكالية وكثرة المطالب اتجاه الآخرين. أما الأشكال النكوصية فتظهر على شكل عدم الاهتمام وتظهر عند تغير في العلاقات مع المحيطين بالمسن أو الإصابة بأمراض جسدية، فيظهر النكوص العاطفي وسلوكيات التبعية مثل رفض الأكل والتبول وعدم الاعتناء بنظافة الجسم. وقد يظهر الاكتئاب على شكل اضطرابات جسدية مثل آلام الرأس والمعدة والمفاصل. وقد يحجب القلق الاكتئاب فيخاف المسن من الخروج لوحده ويشعر بالقلق ويصبح تابعا للمحيطين به. و يرافق كذلك الاكتئاب باضطرابات معرفية حيث 20% من المسنين يعانون من هذه الاضطرابات(9). أما إذا كانت هامة فقد تنذر بالإصابة بالخبل.

لتشخيص الاكتئاب في النوع غير النمطي، يجب البحث عن السوابق العائلية للاكتئاب أو حادث محرك أدى إلى ذلك. ويساعد البحث عن التغيرات الحالية في السلوك مثل فقدان الشهية والاستيقاظ مبكرا أو التفكير في الانتحار أو قلق هام أو تشاؤم يخص المستقبل.

ومن العوامل الخطيرة التي تساعد في ظهور الاكتئاب عند المسن هي إصابته في السابق بنفس المرض أو وجود حداد واضطرابات النوم وفقدان الاستقلالية خصوصا عند المسنات. إن ظهور الاكتئاب عند المسنة يتدخل فيه العوامل النفسية والجسدية(10). وقد لاحظ الباحثون أن ظهور الاكتئاب قبل 65 سنة سببه التاريخ العائلي وشخصية المصاب. أما الاكتئاب بعد 65 سنة فسببه العوامل النوروبولوجية(11). وتتميز هذه الأخيرة بالاضطرابات المعرفية وتقزم الدماغ وتغيرات في المادة البيضاء بالدماغ . ولهذا ينتشر الاكتئاب عندما تكون إصابة على مستوى الجهاز العصبي.

لاحظ الباحثون أن الاكتئاب عند المسن يمر الى المزمنة وتغلب عليه الانتكاسات في 18 الى 40% من الحالات(12) ولاحظوا كذلك أن فعالية مضادات الاكتئاب أقل عند المسنين منها عند الشباب، وسبب ذلك ضعف التحالف العلاجي. ومن العوامل المؤدية لمزمنة الاكتئاب نجد:

الاكتئاب السوداوي أو المرافق بالهذيان.

الأمراض الجسدية، فبعض الاكتئابيات تختفي وراء بعض الأمراض كالحبل ومرض باركنسون الخ...

الاضطرابات المعرفية.

أما فيما مجتمعا تبقى نسبة الإصابة بالاكتئاب نفسها أي هي أكثر أسباب طلب الفحص. ولكنها تبقى منخفضة مقارنة مع الدول الغربية. وهنا نتساءل أ يوجد تحفظ لطلب الفحص وإن قل عن السنوات الماضية؟ أو تظل زيارة المختص النفسي والطبيب العقلي إلا بعدما يستنفذ المريض الطرق التقليدية وطلب الفحص في الاختصاصات الطبية الأخرى، وهذا ما يعطل الشروع في

## دراسة استطلاعية لواقع الصحة النفسية لدى المسنين

جريدة برحيل بن عصمان نور الهدى بزاوي

العلاج عند بداية الأعراض؟ أو يتحفظ المريض وعائلته على تناول الأدوية النفسية لأنها مرتبطة بتمثلات سلبية في المجتمع؟ أو يظل نقص التنسيق بين المختص النفسي والطبيب العقلي حيث كل الدراسات الميدانية تشير أن العلاج السلوكي المعرفي تساوي نتائجه مفعول الأدوية؟

وهل لأن العائلة لا زالت تحيط وتحتوي المسن ولا زال يحتفظ على مكانته في أسرته فيبقى مرجعا حكيما للأسرة؟

### 3-1-2 - الاضطرابات الهوسية:

قد تظهر هذه الاضطرابات مبكرا أو متأخرة، وخلافا للاكتئاب لا يوجد علاقة بين سن حدوث الهوس والتغيرات التي تحدث في الجهاز العصبي. ونسبة الإصابة بالهوس عند المسن هي أضعف منها عند الشباب، حيث تبلغ نسبة الإصابة ب 5 إلى 10% من اضطرابات المزاج (13). ويميل المزاج المنشرج عند المسن إلى هياج وعدوانية. ويجب الإشارة كذلك إلى تكرار الحالات المختلطة مع الاكتئاب. وليس من السهل تمييزها عن الخبل والفصام. وحسب الأخصائيين المحليين نادرا ما يظهر الهوس بعد 60 سنة وإذا ظهر فهو مرتبط باضطرابات أخرى مثل الخبل وأمراض عضوية.

### 3-2 - الاضطرابات العصابية والقلق:

يظهر القلق عند المسنين بنسبة 6 إلى 33% حسب بعض الدراسات. وتتميز أعراض العصاب عند المسن بالتغير عبر الزمن، فتغلب الأعراض الوهمية عن الأعراض الوسواسية والهستيرية والرهابية. وتختفي الأعراض العصابية مقابل أعراض غير نمطية للقلق والاكتئاب. وتقل الأعراض العصابية إلى 2,5% في عينة بلغت 1000 حالة عمرها أكثر من 65 سنة (14). يشير الجدول الإكلينيكي إلى ترافق المظاهر النفسية كالإحساس بالانزعاج وعدم الأمن والخطر، أما المظاهر الجسدية فهي الشعور بالانقباض في الصدر وعدم القدرة على البلع وسرعة خفقان القلب. ومن الصعب التمييز بين القلق والاكتئاب لأن الشكاوي الجسدية كالعياء ومختلف المخاوف، تسيطر على الجدول أكثر من المظاهر الاكتئابية (15). ومن جهة أخرى قد يظهر القلق على شكل شكاوي تخص القدرات المعرفية كالنسيان مثلا وهي إشارة لبداية الإصابة بالخبل. وفي الأخير، قد يظهر القلق عند المسن على شكل كف حسي حركي أو بالعكس على شكل هيجان أو إفراط في الحركة يصل الى الهروب أحيانا (16). وأحيانا يحدث القلق كرد فعل للمسن أمام وضعية مؤلمة، ولهذا التمييز بين هذه الوضعية أثناء الخوف أو الإجهاد وتطمين المسن، والقلق المعيق من موضوع مجهول الذي يستدعي التدخل النفسي والطبي (17).

وحسب رأي المختصين في المصلحة العقلية والنفسية، تلعب العلاجات النفسية دور مركزي وفعال في التغلب على القلق بأنواعه و يجب تفادي الأدوية لأن تأثيراتها الجانبية كبيرة عند المسن خصوصا على مستوى الذاكرة واليقظة.

### 3-3 الاضطرابات الذهانية:

تختلف الاضطرابات الذهانية من ناحية الأعراض الملاحظة ونتائجها على مستوى السلوك وأسبابها. قد نلاحظ الذهانات الحادة وهي مرتبطة بأعراض الخلط الذهني أو نتيجة إصابات دماغية أو مرض الهايزيمر أو مرض باركنسون. وقد نلاحظ

## دراسة استطلاعية لواقع الصحة النفسية لدى المسنين

جريدة برحيل بن عصمان نور الهدى بزراوي

كذلك ذهانات مزمنة قد تكون لها علاقة بإصابة المسن بالفصام أو البرانويا أو ذهان هلوسي، منذ شباب المسن. وتطور هذا النوع من الذهانات يختلف من حالة إلى أخرى. وتقدر نسبة الإصابة بالفصام عند المسن ب 0,5 الى 1% في الولايات المتحدة الأمريكية(18). تختفي الأعراض عند التقدم في السن عند 62% من المسنين الذهانيين وتقل عند 11% ولا تتغير النسبة أو تزيد تدهورا في 27%. بصفة عامة تختفي الهلاوس والهذيان وتبقى اللامبالاة والسلبية والعزلة.

### 3-4 حالات الخلط

تنتشر حالات الخلط عند المسن بشدة حيث تظهر عند 20 إلى 50% في بعض الدراسات(19). وتتميز باضطرابات في الوعي والوظيفة المعرفية، ومن الصعب التعرف على الاضطراب خصوصا أن الأعراض تكون شديدة في النهار عكس الأعراض عند الشاب. ويظهر في المرتبة الأولى القلق وتدهور التوجه المكاني والزمني واضطراب النوم والسلوك. يجب التفريق بين حالات الخلط والخبل والاكتئاب والاضطرابات الهذيانية. وتساعد دراسة الحالة وتقديم سلام الكشف وخاصة منها المعرفية كسلم MMSE(20) على تشخيص الحالات. وترجع أسباب الإصابة بالخلط إلى عوامل خاصة بالشيخوخة التي تضعف الوظائف الجسمية أو مقاومة الإجهاد أو الأمراض العصبية خصوصا الخبل كالهائيمر ومرض باركنسون. ويرتبط مصير حالات الخلط بالحالة الجسدية والنفسية للمسن ومدة حالة الخلط. وتسبب نسبة 15 و30% الوفاة لكثير من المسنين. وحسب المختصين الذين تم سؤالهم، تبقى صعوبة في التعرف على سبب الخبل لأن الأطباء الاستعجاليون يهتمون بالأسباب العضوية ويوجهون المسن بطريقة متسرعة إلى مصلحة الأمراض العقلية.

### 3-5 اضطرابات النوم

تشير الإحصائيات أن 35% من المسنين الأكبر من 60 سنة يعانون من اضطرابات النوم. وتتمثل في عدم فعالية النوم والاستيقاظ المتكرر في الليل والنهوض المبكر والشعور بالنعاس في النهار(21) وتعرق اضطرابات النوم بصفة هامة حياة المسن خصوصا الشعور بالنعاس نهارا الذي بدوره يؤثر على جودة النوم في الليل، ولا يجعل كذلك المسن يندمج في الحياة الأسرية خصوصا عندما يضطر المسن على البقاء في السرير طول النهار. وقد ينبي اضطراب النوم إلى الإصابة بمرض جسدي أو نفسي يجب البحث عليه وعلاجه. وهذا الاضطراب لا يشكل سببا لطلب الفحص حسب الاستطلاع الذي تم في المصلحة العقلية والنفسية.

### 3-6 الأعراض السلوكية والنفسية للخبل

تظهر الاضطرابات السلوكية عند المسن وتكون لها علاقة بإصابته بالهائيمر، فتتدهور القدرات المعرفية ويضعف تحمله للمحيطين به. وتشمل أعراض الخبل على اللامبالاة العاطفية وفقدان القدرة النفسية للقيام بالسلوكات والعزلة وهياج لفظي قد يرافق بعدوانية أحيانا. وتكون الهلاوس إما بصرية أو سمعية أو حسية. وقد يترافق أحيانا بأعراض اكتئابية خاصة في الخبل من نوع الهائيمر(22). كما يظهر فرط الحركة وأعراض للقلق وعدم القدرة على البقاء في مكان واحد (23) وفي غياب الكف، يقوم المسن بالتفوه بألفاظ بذيئة أمام المأل. وتظهر سلوكات حركية قهرية كالعد وفتح الأدراج والخزائن، كما تترافق باضطرابات في النوم والأكل. ويمكن تقييم سلوكات المسن بسلام مثل NEURO PSYCHIATRIC INVENTORY (24) ويجب الاهتمام كذلك بتطور المرض وتقدير القدرات التي لا زال يحتفظ بها المسن.

## دراسة استطلاعية لواقع الصحة النفسية لدى المسنين

جريدة برحيل بن عصمان نور الهدى بزرأوي

وحسب المختصين الذين حاورناهم، لاحظوا تزايد نسبة المصابين بالخبل وهذا راجع لارتفاع عدد المسنين في مجتمعنا. وهذا الارتفاع المتزايد لا يتوافق مع تزايد الإمكانيات الخاصة برعاية المصابين. وحتى القوانين يجب مراجعتها التي لا تحمي بما فيه الكفاية المسن المصاب بالخبل والمحجور عليه.

### الخاتمة

بفعل ارتفاع عدد المسنين وبفعل تطور التكفل النفسي بمجموع الاضطرابات، بات من المهم الاهتمام بفئة المسنين والتفكير في اختصاص هذه الفئة بالذات وهي غير موجودة في بلادنا ولا مراكز رعاية المسنين خصوصا في تلمسان على الأقل. لا أحد يستطيع أن ينكر فعالية التدخلات المختلفة والتي يجب أن تكون متكاملة مع جميع الاختصاصات الأخرى سواء النفسية أو الطبية أو الاجتماعية. وسيكون الاهتمام بالمسنين الاختصاص الذي يجمع الكل بامتياز!

### المراجع:

- 1- Schultz R, Beach SR, Ives DG, Martire LM, Ariyo AA, Kop WJ. Association between depression and mortality in older adults: the Cardiovascular Health Study. Arch Intern Med 2000;160:1761-8.
- 2- Charney DS, Reynolds CF, Lewis L, Lebovitz BD, Sunderland T, Alexopoulos GS, et al. Depression and Bipolar Support Alliance. Depression and bipolar support alliance consensus statement on the unmet needs in diagnosis and treatment of mood disorders in late life. Arch Gen Psychiatry 2003;60:664-72.
- 3- Feline A. les depressions hostiles. In Feline A, Hardy P, De Bonis, editors, La depression : etudes.Medecine et psychothérapie. Paris/ MASSON. 1991.P.32-52.
- 4- Bruce ML, McAvay GJ, Raue PJ, Brown EL, Meyers BS, Keohane DJ, et al. Major depression in elderly home health care patints. Am J Psychiatry 2002 ;159 :136-74.
- 5- Cole MG, Dendukuri N. Risk factors for depression among elderlycommunity subjects: a systematic review and meta-analyse. Am J Psychiatry 2003;160:1147-56.
- 6- Reynolds 3 CF, Lebiwitz BD. What are the best treatments for depression in old age? Hary Health Lett 1999;15:8.
- 7- Mulsant BH, Ganguli M. Epidemiology and diagnosis of depression in late life. J Clin Psychiatry 1999;60:9-15.
- 8- Beekman AT, De Beurs E, van Balkom AJ, Deeg DJ, van Dyck R, van Tilburg W. Anxiety and depression in late life: co-occurrence and communality of risk factors. Am J Psychiatry 2000;157:89-95.
- 9- Monfort JC. The difficult elderly patient; curable hostile depression or personality disorder? Int Psychogeriare 1995;7(suppl):95-111.
- 10-Alexopoulos Gs, Meyers , , oung RC, Kalayam B, Kakuma T, Gabrielle M, & al. Executive dysfunction and long-term outcomes of geriatric deoression. Arch Gen Psychiatry 2000;57:285-90.
- 11-Gershon AA, Dannon PN, Grunhaus L. Transcranial magnetic stimulation in the treatment of depression. Am J Psychiatry 2003;160:835-45.

- 12-Cole MG, Dendukuri N. Risk factors for depression among elderlycommunity subjects: a systematic review and meta-analyse. Am J Psychiatry 2003;**160**:1147-56.
- 13-Grace J, O'Brien JT. Association of life events and psychosocial factors with early but late onset deoression in the elderly: implication for possible differences in aetiology. Int J Geriatr Psychiatry 2003;**18**:473-8.
- 14-Krishnan KR. Biological risk factors in late life depression. Biol Psychiatry 2002;**52**:185-92.
- 15-Denihan A, Kirby M, Bruce I, Cunningham C, Coakly D, Lawlor BA. Three-year prognosis of depression in the community-dwelling elderly. Br J psychiatry 2000;**176**:453-7.
- 16-Mulsant BH, Ganguli M. Epidemiology and diagnosis of depression in late life. J Clin Psychiatry 1999;**60**:9-15.
- 17-Gelder M, Gath D, Mayou R, editors. Textbook of psychiatry. Oxford: Oxford Medical Publication;1986.p493-515.
- 18-Larkin BA, Copeland JR, Dewey ME. The natural history of neurotic disorder in an elderly urban population. Br J Psychiatry 1992;**160**:681-6.
- 19-Gurland BJ, Cross PS. Epidemiology of psychopathology in old age. Psychiatr Clin North Am 1982;**5**:11-26.
- 20-Cole MG. Delirium in elderly patients. Am j Geriatr Psychiatry 2004;**12**:7-21.
- 21-Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. Mini-mental Test. A pratical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J Psychiatr Res 1975;**12**:189-98.
- 22-Dement WC, Miles LE, Carscadon MA. White paoer on sleep and aging. J Am Geriatr Soc 1982;**30**:25-50.
- 23-Zubenko GS, Zubenko WN, McPherson S, Spoor E, Marin DB, Farlow MR. A collaborative study of the emergence and clinical features of the major depressive syndrome of Alzheimer 's disease. Am J Psychiatry 2003;**160**:857-66.
- 24-Hope T, Tilling K, Gelding K, Keene JM, Cooper SD, Fairburn CG. The structure of wandering in dementia. Int J Geriatr Psychiatry 1994;**9**:149-55.
- 25-Collin P. Harrap's shorter French and English dictionary. Harrap. London.1982.