

المسنون والزهايمر: قراءة في تداعيات المرض وخصائص المريض.

Elderly and Alzheimer's: A reading in the aftermath of the disease and patient characteristics

عمار شوشان

أستاذ محاضر (أ)، جامعة الحاج لخضر -
باتنة 1

Ammar Chouchane

Lecturer A, University of Batna 1

(hadj lakhdar)

chouchane.a@gmail.com

سليمة بلخيري*

أستاذة التعليم العالي، جامعة العربي
التبسي - تبسة

Belkhiri salima

Professor, Larbi Tebessi University -

Tebessa

belkhirisalima.ps@gmail.com

تاريخ الاستلام: 2019/10/13 تاريخ القبول: 2020/06/12 تاريخ النشر: 2020/10/28

- الملخص: لقد زاد الاهتمام بالنواحي البيولوجية والنفسية والاجتماعية للمسنين في الآونة الأخيرة نظرا لتزايد عددهم في العالم، فقد تعددت وتنوعت الدراسات التي تهتم بهذه الفئة من المجتمع نظرا للأهمية الكبرى التي يمثلونها فيه. غير أن هذا الاهتمام وبالرغم من أنه خفف من وطء عدد كبير من الأمراض التي يعانونها إلا أنه لم يوقف غزو عدد منها لأجسام المسنين ولعل أشدها وطئا داء الزهايمر.

إن مرض الزهايمر وعلى الرغم من الاتفاق حول مفهومه الذي يدور حول ضمور في خلايا المخ السليمة، والمصحوب بالتراجع المستمر والمتزايد في القدرات العقلية والذهنية وخصوصا الذاكرة؛ عجز حتى الآن التقدم العلمي الذي عرفه العالم من الحد من وقع هذا المرض على صحة الإنسان، وتداعياته على المجتمع ومؤسساته.

والمقال الحالي محاولة لتسليط الضوء بشيء من التحليل على هذا المرض الذي يصيب فئة

المسنين؛ من خلال الإجابة على التساؤلات التالية:

- ما هو المسن من الناحية البيولوجية والنفس اجتماعية؟
- ما الفرق بين وهن الذاكرة ومرض الزهايمر؟
- ما هي أهم التغيرات المرضية للنسيج الدماغي لمريض الزهايمر.
- ما هي مراحل تطور مرض الزهايمر؟
- كيف يشخص مرض الزهايمر؟

- ما هي الأمراض التي قد تتشابه مع هذا المرض؟

- كيف تتم رعاية المسنين المصابين بالزهايمر؟

مستخدمين المنهج الوصفي التحليلي، ليتوصل المقال في النهاية إلى التأكيد على ضرورة زيادة الاهتمام بهذه الفئة من المجتمع حفاظا عليهم كفئة ساعدت ولزمن طويل في بناء المجتمع واستمراره والحفاظ على أمنه الإنساني ولتمكينهم من الاستمتاع بما بقي لهم من عمر في هذه الحياة دون معاناة أو تهميش.

- الكلمات المفتاحية: المسنون؛ الذاكرة؛ العته؛ الزهايمر؛ الاكتئاب.

- **Abstract:** Interest in the biological, psychological and social aspects of the elderly has increased in recent times due to the increase in their number in the world. There have been many and varied studies concerned with this category of society due to the great importance they represent in it. However, this interest, and although it reduced the impact of a large number of diseases that they suffer, did not stop the invasion of a number of them into the bodies of the elderly, perhaps the most severe of Alzheimer's disease. Alzheimer's disease, despite agreement about its concept that revolves around atrophy in healthy brain cells, accompanied by a continuous and increasing decline in mental and intellectual abilities, especially memory; The scientific progress that the world has known has so far failed to reduce the impact of this disease on human health, and its repercussions on society and its institutions. The present article is an attempt to shed some analysis on this disease that affects the elderly group. By answering the following questions: What is the elderly person in biological and psychosocial terms? What is the difference between memory loss and Alzheimer's disease? - What are the most important pathological changes in the brain tissue of a patient with Alzheimer's? What are the stages of development of Alzheimer's disease? How is Alzheimer's disease diagnosed? What are the diseases that may be similar to this disease? How are elderly people with Alzheimer's care treated? Using the descriptive and analytical approach, the article finally reached an emphasis on the necessity of increasing attention to this category of society in order to preserve them as a category that helped for a long time in building and maintaining society and preserving its human security and to enable

them to enjoy what they have left of their life in this life without suffering or marginalization.

- **Keywords:** Alzheimer's. dementia. depression. The elderly. Memory.

- مقدمة:

لقد زاد التكفل في الآونة الأخيرة بقضايا المسنين، وتصدرت الشيخوخة لائحة الاهتمامات لدى الدول والمنظمات العالمية، فأُنشئت مراكز الإيواء، والرعاية، وفتحت الأبواب لدراسة الاحتياجات المتعددة للمسن، وسخرت ثروات لتحقيق العناية المتكاملة به باعتبار أن هذه الأخيرة تعد قيمة أخلاقية يملها الشرع والضمير. وفي خضم هذا الاهتمام وردت عدة تعاريف تحدد معنى المسن **Elderly** من النواحي السيكولوجية والاجتماعية، والبيولوجية، ذلك ان الشيخوخة مرحلة متقدمة في العمر تأتي بعد مرحلة الطفولة والشباب لها خصوصياتها ولها اهتماماتها كما بينت الآية 05 من سورة الحج التي يقول فيها المولى عز وجل: يَا أَيُّهَا النَّاسُ إِن كُنْتُمْ فِي رَيْبٍ مِّنَ الْبَعْثِ فَإِنَّا خَلَقْنَاكُمْ مِّن تَرَابٍ ثُمَّ مِّن نُّطْفَةٍ ثُمَّ مِّن عَلَقَةٍ ثُمَّ مِّن مُّضْغَةٍ مُّخَلَّقَةٍ وَغَيْرِ مُّخَلَّقَةٍ لِّنُبَيِّنَ لَكُمْ وَنُقِرُّ فِي الْأَرْحَامِ مَا نَشَاءُ إِلَىٰ أَجَلٍ مُّسَمًّى ثُمَّ نُخْرِجُكُمْ طِفْلًا ثُمَّ لِتَبْلُغُوا أَشُدَّكُمْ وَمِنْكُمْ مَّن يُّتَوَفَّىٰ وَمِنْكُمْ مَّن يُّرَدُّ إِلَىٰ أَرْدَلِ الْعُمُرِ لِكَيْلَا يَعْلَمَ مِن بَعْدِ عِلْمٍ شَيْئًا" (سورة الحج، الآية: 05). وكما وضحت الآية 54 من سورة الروم: اللَّهُ الَّذِي خَلَقَكُمْ مِّن ضَعْفٍ ثُمَّ جَعَلَ مِن بَعْدِ ضَعْفٍ قُوَّةً ثُمَّ جَعَلَ مِّن بَعْدِ قُوَّةٍ ضَعْفًا وَشَيْبَةً يَخْلُقُ مَا يَشَاءُ وَهُوَ الْعَلِيمُ الْقَدِيرُ (سورة الروم الآية: 54)

ففي هاتين الآيتين الكريميتين بيان لمراحل النمو لدى الفرد الذي تستقر به الحياة في مرحلة الشيخوخة وما يميزها من ضعف وما تتطلبه بالضرورة من اهتمام وعناية لما يصاحب المسنين فيها من تدهور في الجوانب البيولوجية، والفسولوجية والنفسية، والاجتماعية، بالإضافة إلى أنهم قد يكونون عرضة للإصابة ببعض الاضطرابات النفسية، وذلك وفقا للتغيرات الحديثة التي سيطرت على خريطة العالم النفسية كالخرف (النوبي، محمد، 2012، ص 18).

1- إشكالية الدراسة:

لقد عرف العالم في الآونة الأخيرة تفاقما في عدد ونوع الأمراض التي يعاني منها الإنسان وخصوصا فئة المسنين، فإن كان التقاعد لوحده يمثل الموت البطيء للمسن فإن هذا السن ترتبط به عدد من الأمراض المختلفة منها مرض الزهايمر. الذي يعد مرضا دماغيا يدمر خلايا المخ ويؤثر بشكل كبير في حياة الفرد كما المحيطين من حوله. وعلى الرغم من أن هذا المرض ليس النتيجة الطبيعية للتقدم في السن إلا أن احتمالات الإصابة به تبقى مرتفعة، فالزهايمر بوصفه الخطر المهدد للذاكرة والذي يؤدي إلى تراجع في مهارات التفكير بشكل عام يشكل أكبر تحد قد تواجهه الأسر

التي تحوي على أفراد يعانون منه. فعلى الرغم من الانتشار الواسع لهذا المرض يبقى خطرا تلفه الكثير من الضبابية والغموض. ومن هذا المنطلق يأتي المقال الحالي كدراسة وصفية تحليلية لهذا المرض محاولا الإجابة على مجموعة من التساؤلات التي لا زالت تؤرق المهتمين والباحثين في هذا الموضوع أهمها:

- ما هو المسن من الناحية البيولوجية والنفس اجتماعية؟

- ما الفرق بين وهن الذاكرة ومرض الزهايمر؟

- ما هي أهم التغيرات المرضية للنسيج الدماغي لمريض الزهايمر.

- ما هي مراحل تطور مرض الزهايمر؟

- كيف يشخص مرض الزهايمر؟

- ما هي الأمراض التي قد تتشابه مع هذا المرض؟

- كيف تتم رعاية المسنين المصابين بالزهايمر؟

2- أهمية الدراسة:

تكمن أهمية الدراسة الحالية في كونها تعالج موضوعا يمس شريحة واسعة من أفراد المجتمع والذين يندرجون ضمن فئات ذوي الاحتياجات الخاصة وهي شريحة المسنين المصابين به، والذين يعانون في صمت منه.

3- أهداف الدراسة:

تسعى الدراسة الحالية الى:

- التعريف بمرض الزهايمر ومن ثمة التفريق بينه وبين عدد من الأمراض التي تتداخل معه.

- التعريف بفئة المسنين المصابين به وكيف تتم رعايتهم.

- التعرف على أهم الاختبارات التي يمكن الكشف بها عن هذا المرض الخبيث.

4- المسنون والزهايمر:

4-1- قراءة نفس-سوسولوجية وبيولوجية للمسن:

بالرجوع إلى مفهوم الشيخوخة كما أشرنا وجدنا أنها يمكن أن تعرف بالنظر إلى ثلاثة جوانب أساسية وهي: الجانب البيولوجي: فمن الناحية البيولوجية تشير الدراسات الطبية إلى أن الشيخوخة تحصل في الخلايا نتيجة مجموعة من الأعطاب أو بعد تلف تدريجي في فعالية الوظيفة الخلوية، فمثلا تصدع، أو تمزق في سلاسل ADN يؤدي إلى إحداث مجرى أو منحنى على مستوى الخلايا، وغالبا ما يرمم هذا التصدع، وتستمر الخلية في وظيفتها بشكل فعال، ولكن مع الوقت فإن الكسور، أو التصدع الصغير الذي يصيب ADN والتي لا ترمم تراكم وهذا التراكم في أعضاء الخلايا

التي تتضمن أنسجة فاسدة tissu، أي تعرضت للتلف يشكل ظاهرة الشيخوخة، ومن الممكن أيضا أن إمكانية الترميم في ADN تتناقص مع التقدم في العمر (طفيلي، 2004، ص. 270). فالشيخوخة بيولوجيا عبارة عن نمط شائع من الاضمحلال الجسدي في البناء والوظيفة، يحدث بتقدم السن لدى الكائن الحي بعد اكتمال النضج، وهذه التغيرات الاضمحلالية المسيرة لتقدم السن تعترى كل الأجهزة الفسيولوجية والعضوية والحركية والدورية والهضمية والتناسلية والغدية والعصبية والفكرية (النوبي، محمد، 2012، ص 20). فيصاحبها فشل في أداء وظيفتها بالمقارنة لما كانت عليه في مرحلة التطور، على اعتبار أن الاضمحلال هنا هو ما يقابل التطور نتيجة الموت التدريجي والبطيء الذي تتعرض له الخلايا يوميا، تسليما لعدة عوامل تؤدي في النهاية إلى التساقط الخلوي، الذي يستدعي تغير البنية المورفولوجية للإنسان ويكسبه بنية شيخ.

ولو أردنا أن نصف عددا من هذه التغيرات المورفولوجية الظاهرة للعيان لقلنا إن الخطوات المتناقلة هي دليل على ما أصاب أعضاء الحركة من عظام وعضلات ومفاصل من ضمور، وفقدان للمرونة، أما القوام المنحني فيدل على التغيرات التي أصابت العظام، والمفاصل والعمود الفقري، والتشوّه الذي نتج عن هشاشة الفقرات، وتيبس الغضاريف التي تفصل بينها، وقد ثبت أن الطول يقصر في الشيخوخة بضعة سنتيمترات وينقص وزن الجسم، وإن كان يبدو مترهلا، ذلك أن كتلة الجسم تتكون الآن في معظمها من الدهون، فيما تصاب الأنسجة الأخرى بالضمور ويقل الوزن الكلي للجسم (سليم، 2002، ص 505). ناهيك عن هذه التغيرات الظاهرة نجد عددا من التغيرات الداخلية التي لا نلمسها بصورة مباشرة مثل سابقها كالنقص في بعض أنزيمات الجسم واضطراب في توازن بعض العناصر مثل الصوديوم، والبوتاسيوم والكلور داخل الخلية وخارجها، لذلك نجد من الحكمة أن يقلل المسن من ملح الطعام في أكله كما يقلل من السكريات بصفة عامة، بسبب قلة إفراز الأنسولين الذي يتراجع إلى نسبة تتراوح بين 7-10%. وأثبتت الأبحاث أن هناك انخفاضاً في مناعة، الجسم حيث تنخفض قدرة نخاع العظم وهو المصنع الذي تصنع فيه خلايا الجهاز المناعي، لذلك يجب على المسنين أن يزيدوا من حرصهم على ألا يلتقطوا العدوى من الآخرين لأن كفاءة الجهاز المناعي في تكوين الأجسام المضادة للميكروبات تقل (أبو عوض، 2008، ص 12-13) بالإضافة إلى ذلك نجد تدهور الإبصار كلما زادت سماكة عدسة العين، وتفقد الأذنان القدرة على سماع النغمات الصوتية الأعلى، ثم بعد ذلك النغمات الصوتية الأدنى، ويزداد انعدام القدرة على تمييز الرائحة والطعم، والجلد يصبح أكثر رقة ويبدأ في الارتخاء مع سرعة تكسر وانهيار البروتينات التي تدخل في بناء الأنسجة الموجودة تحت الجلد، وتكون الدعامة له، كما تضرر العضلات وتتراكم الدهون خصوصا حول تجويف البطن، وتصبح العظام كالغرابال مليئة بالفجوات والفتحات عرضة

للكسر، في حين تبلى المفاصل وتتآكل ويزداد القلب ضعفا، وتبدأ جميع الأعضاء الأخرى بالانهيار تدريجيا خصوصا الكليتين والرئتين وتضمحلان بسرعة كبيرة (سليم، 2002، ص. 506).

إن هذه التغيرات البيولوجية الظاهرة منها والخفية غالبا وليس دائما ما تترجم العمر الزمني للمسن، ذلك أن بعض المسنين ممن يحسنون الاهتمام بأجسامهم بداية باختيار وتنوع الطعام مع تجنب الضار منه، وممارسة الرياضة مع ترك التدخين... كلها عوامل قد تجعل العمر البيولوجي لا يعكس العمر الزمني الحقيقي لهم، لكننا نرى أن كل هذه العوامل في النهاية لا تلغي الشيخوخة بقدر ما تؤجلها إلى حين، فالتساقط اليومي لملايين الخلايا، وتراجع نسبة عملها وكفاءتها في الأداء، والتدهور المستمر والمتزايد لحامل الشيفرة الوراثية وغيرها من العوامل كلها ترجع بنا لنقطة البداية بأن الشيخوخة حتمية بيولوجية بغض النظر عن الظروف المحيطة، وكلها عوامل تؤدي إلى إعادة بناء النسق السيكولوجي للمسن.

أما عن الجانب الثاني وهو الجانب السيكولوجي فباكتمال النمو الفيزيقي والوصول إلى حالة النضج، تدخل بعد ذلك جميع الكائنات الحية في مرحلة طويلة من الانحدار الذي ينتهي لا محالة بالموت كما أسلفنا، ففي سنوات منتصف العمر يكون هذا الانحدار بطيئا لدرجة أن الفرد لا يدركه، ويستمر في التقدم في إنجاز أهدافه من الحياة، ويأتي الوقت لكل فرد لكي تظهر الآثار المتراكمة لانحداره الفيزيقي، وفي الغالب يحدث هذا في الستينات من العمر، وإن كان هذا السن أخذ في الازدياد بحكم تقدم علوم الطب والتغذية التي تطيل من عمر الفرد، ويتعين على الفرد أن يعترف أن قوته قد انخفضت، وكذلك أعضاؤه الحسية والجنسية، ويعترف لنفسه بقساوة أنه يضعف فيزيقيا، وأكثر من ذلك مرارة إذا شعر أنه ينحدر عقليا (عيسوي، 1990، ص. 326).

إن التغير الذي يمس الجسد في مرحلة الشيخوخة لا يسلم منه العقل المسئول على الحالة النفسية للمسن، فالخ الذي هو أكبر جزء في الدماغ الأمامي أو مقدم الدماغ، ويمثل في الإنسان أرقى مرحلة تطورية، ولذلك يحتل أعلى المناطق في الجهاز العصبي المركز، ويؤلف 85% من وزن الدماغ (صالح وحسين، 2013، ص. 229). في مرحلة الشيخوخة تحدث فيه تغيرات تجعل منه مختلفا عنه في مرحلة الشباب، فإذا كان مخ الشاب يملأ كما هو معلوم تجاويرف الجمجمة وغالبا ما يكون جامدا، مع جيوب صغيرة مليئة بسائل كما هو الأمر بالنسبة للمخ، فإن مخ الشخص البالغ 83 عاما ينكمش مبتعدا عن عظام الجمجمة، وتكبر الجيوب الممتلئة بالسائل بدرجة واضحة (سليم، 2002، ص. 506).

ومنه فإن ما يعترى الحالة النفسية والعقلية من تغيرات في الشيخوخة يأتي في المقام الأول من حيث أهميتها، فحالة الوهن والضعف والاضطراب تصيب النفس والعقل كما تصيب الجسد،

بالرغم من أن ذلك ليس قاعدة عامة أيضا في كبار السن، إلا أنهم جميعهم يشتركون في تدهور الذاكرة، أما الحالة المعنوية، أو النفسية، أو العاطفية لكبار السن فإنها في الغالب تتعرض لاضطرابات منها الإحباط، والاكتئاب، والإجهاد الذهني وعدم القدرة على التفكير السليم (سليم، 2002، ص. 505).

إن الآثار النفسية للسن المتأخرة أهم بكثير من التغيرات الجسمية مهما يكن تغير هذه المرحلة تدريجيا وبطيئا، كالانتقال من المراهقة إلى الرشد ويلاحظ التغير الكبير في شخصية الكهل، فأولا نظرتة لنفسه تتغير، وثانيا كنتيجة لهذا يصبح ميالا للانسحاب، إذ يفضل الكثير من كبار السن أن يعيشوا بمفردهم على العيش مع الآخرين بهدوء، وللشيخوخة بل الكهولة قبلها اضطراباتها العقلية المعروفة (طفيلي، 2004، ص. 269).

إذا من الناحية السيكلوجية تعتبر الشيخوخة حالة اضمحلال تعتري إمكانات التوافق النفسي والاجتماعي للفرد، فتقل قدرته على استغلال إمكاناته الجسمية والعقلية والنفسية في مواجهة ضغوط الحياة، لدرجة لا يمكن معها الوفاء الكامل بالمطالب البيئية، أو تحقيق قدر مناسب من الأشياء لحاجاته المختلفة (النوبي، محمد، 2012، ص. 20). فيعيد الفرد بذلك في هذه المرحلة تقييمه لنفسه بالنظر إلى قدراته البدنية والوظيفية، وبالنظر إلى مستوى فاعلية الدور، وهو ما قد يؤدي به إلى بناء صورة سوداوية عنها، فهو الذي كان في وقت قريب ينعم بإحساس جميل يشعره بأهميته في الوسط الذي ينتهي إليه أيا كانت طبيعة هذا الوسط، أضحى اليوم يحمل المفهوم سلبيا عند تقديره لذاته ناتج عن تراجع أدائه، وقدراته، وكفايته. إن هذه الصورة عن الذات في حقيقة الأمر رسمها المسن باعتبار نظرة الآخرين له، فهو يرى نفسه بعيون الآخرين وتقدير الذات المنخفض هذا واحد من العوامل التي تولد عندهم القلق وتشعرهم بالإحباط وتدفعهم إلى الانطوائية والانعزال المصحوب بزيادة الانفعالات، فمستوى فاعلية الدور هي التي تؤدي إلى الرضا عن النفس والحياة، وتراجع الأداء ينتج العكس. فيدخلون في متاهة الأمراض السيكلوسوماتية. إن هذه الشيخوخة النفسية مرتبطة بعدة اضطرابات تتمثل في العادة بارتباك في القدرات الفكرية للفرد، نقص في التفكير التجريدي تراجع الذاكرة... وغيرها.

وخلل تراجع الذاكرة هذا هو أكثر الأعراض بروزا عند أغلب المسنين، وإذا كان الإدراك هو العملية التي يتم بواسطتها انتقال العالم الخارجي بما فيه من موضوعات إلى الإنسان، وبعبارة أخرى إن حواسنا عبارة عن نوافذ نطل بها على العالم الخارجي، فإن لدى الإنسان قدرة أخرى إلى جانب قدرته على الإدراك بواسطتها يستطيع أن يدرك الماضي، وأن يسترجع ما سبق أن مر من خبرته، أي

ما سبق أن أدركه هي التذكر. والتذكر عبارة عن استرجاع للمعلومات والخبرات التي سبق للفرد أن حصلها (عيسوي، د-ت، ص. 113).

وتتضمن الذاكرة النظم المعقدة التي يمكن للكائن العضوي بواسطتها تسجيل، وتخزين واستعادة والاحتفاظ ببعض الخبرات والأحداث التي تعرض لها، وتشتمل هذه الوظيفة العقلية وظائف متنوعة، ويظهر التباين في الوظائف بخاصة لدى كبار السن، نتيجة اضطرابات انفعالية معينة، أو خلل باثولوجي في المخ، أو نتيجة النمط العادي من فقدان الكفاءة العقلية والذي يصاحب التقدم في السن، ويوضح التباين في درجات اختلال وظائف الذاكرة، كما الفروق بين أنماط هذا الخلل ضرورة التمييز التشريحي، والوظيفي بينها، ويتسبب هذا الخلط حين تستخدم نفس الكلمة للدلالة على أنشطة عقلية مختلفة تماما، فقد يدعي بعض من يواجهون صعوبات في التعلم أن الذاكرة لديهم جيدة جدا لأنهم يتذكرون أحداثا بعيدة بينما، تكون المشكلة الحقيقية لدى من يشكون من ضعف الذاكرة اضطرابات في الانتباه، أو في تتبع المسار العقلي mental tracking مما يعوق التعلم والاستدعاء، ولكنه قابل لتمييزه عن وظائف الذاكرة (مليكة، 2010، ص. 98).

الذاكرة نعمة من الله تعالى تسهل لخلقه التكيف وتوفر الكثير من الوقت والجهد في معالجة معلومات تمت معالجتها وتخزينها في السابق، ويرتبط مفهوم النسيان مع التذكر الذي يحد من تذكر ما تعلمته سابقا، ويجبرك على إعادة التعلم مرة أخرى، فالذاكرة وسيلة التعلم، لا بل طريقة لقياسه لأنه لا يمكن التعلم بدون الذاكرة، كما أنه لا يمكن التعرف على حجم التغيير في سلوك الإنسان بدون الذاكرة (العتوم، 2010، ص. 117).

والحقيقة أن معظم الناس لا يتذكرون من وجود صعوبات في التعلم بقدر ما يتذكرون من وجود صعوبات في التذكر، وقد فسر العلماء تقليديا النسيان على أنه اختفاء للمعلومات من الذاكرة بحيث يصبح عاجزين عن التذكر. أما وجهة النظر الحديثة فتشير إلى أن المعلومات لا تختفي من الذاكرة، إلا أننا ننشل في استرجاعها أو التعرف عليها، ولقد أيد هذا الاتجاه المعاصر البحوث الفسيولوجية على مناطق الذاكرة في الدماغ، حيث أن استثارة هذه المناطق كهربائيا أدت إلى تذكر معلومات عجز الأفراد عن تذكرها قبل الاستثارة الكهربائية مثل خبرات الطفولة المبكرة (العتوم، 2010، ص. 137).

4-2- ذاكرة المسن بين الوهن والزهايمر:

من ضمن المؤثرات التي تتداخل مع عمل الذاكرة عمر الإنسان، حيث أن تدهور الذاكرة يرتبط ارتباطا وثيقا بالعمر، ويفقد المخ حوالي الغرامين من الخلايا العصبية في السنة بعد بلوغ الإنسان عمر الأربعين، وحتى الخامسة والأربعين، وتزداد الكمية إلى ثلاثة أو أربعة غرامات بعد سن

الخمسين، ويفقد المخ نصف كيلو غرام من وزنه خلال الأعمار ما بين سن الثلاثين، وحتى التسعين عاما، وكذلك نوعية الدم التي تتوزع في دهاليز المخ، ومستويات المواد الكيميائية والمرسلة للإشارات العصبية وشدة النبضات الكهربائية في خلايا المخ تتغير أيضا مع تقدم العمر، إلا أن الخلايا العصبية الباقية سرعان ما تنتشر لتحل محل الخلايا المفقودة في المخ، لتقوم بالاستمرار بعملية الحفظ والتذكر، وتزداد أيضا استطالة الخلايا العصبية خصوصا بعد عمر الأربعين، والخمسين وفي بداية عمر الستين.

ومن هنا يبدو أن المخ يمكنه إعادة ترتيب الاتصالات العصبية بصورة طبيعية، إلا أن حدوث بعض الأمراض ومنها مرض الزهايمر يؤدي إلى فقدان الذاكرة بصورة شبه تامة، وحدث الكآبة المزمنة، والاضطرابات النفسية، وتشير الدراسات إلى أن 25% من الأشخاص الذين يتجاوزون عمر الثمانين يصابون بمرض الزهايمر (أبو عوض، 2008، ص. 89).

4-2-1- العته، أو الخرف الشيخوخي:

يعبر العته أو الخرف الشيخوخي عن حالة فقدان المطرد للذاكرة، والقدرة الذهنية مما ينعكس على القدرة على الأداء الوظيفي، وبالرغم أنه أكثر شيوعا لدى كبار السن إلا أنه ليس أمرا حتميا وليس من العواقب الطبيعية لكبار السن (النوبي، محمد، 2012، ص. 91). وهناك العديد من الأمراض التي تسبب العته أهمها وأكثرها تواترا هو داء الزهايمر (أبو حامد، 2009، ص. 10).

4-2-2- مرض الزهايمر: Alzheimer's disease (AD):

يصيب هذا المرض على نحو خاص الأشخاص الذين تتجاوز أعمارهم الخامسة والستين. (فيلينتشيك، 200، ص. 195). ولقد كان أول من درس هذا المرض وعرف حالاته وأعراضه هو عالم الأعصاب والطبيب الألماني (لويس الزهايمر Louis Alzheimer) عام 1906، ولقد عاش هذا العالم الألماني في الفترة من 1864 حتى العام 1915 (عيسوي، 2011، ص. 13).

ومرض الزهايمر هو إصابة تنكسية، عصبية للخلايا الدماغية. حيث تؤدي العملية المرضية للداء إلى تكوين بروتينات شاذة تؤدي بدورها إلى موت تدريجي ومترقي للخلايا الدماغية. يبدأ المرض بشكل خفي ويتطور نحو تدهور تدريجي ومتواصل وتصاعدي لوظائف الدماغ العليا، مشكلا السبب الأول للعته في الأعمار المتقدمة، يصيب هذا المرض الذاكرة أساسا حيث يؤدي إلى فقدان الذاكرة الحديثة أولا، ثم الذاكرة البعيدة، ثم تراجع في المنظومة الفكرية كاتخاذ الأحكام والمحكمة، كما ينعكس سلبا على الحياة الأسرية والمهنية والاجتماعية مع تغيرات في السلوك والمزاج (أبو حامد، 2009، ص. 11).

أ- التغيرات المرضية للنسيج الدماغي لمريض الزهايمر:

مرض الزهايمر هو السبب الرئيسي لفقدان الذاكرة، ويؤدي مرض الزهايمر إلى فقدان كثير من الخلايا العصبية، بالإضافة إلى أنه يؤدي إلى ظهور بعض الأعراض المرضية في المخ، وترتكز هذه الأعراض في مرحلة مبكرة من المرض في قرن أمون، مما يؤدي إلى القصور الرئيسي في الذاكرة الحديثة، وكلما تقدم المرض تتأثر معظم أجزاء قشرة المخ، كما تضعف الوظائف المعرفية بشكل عام (أبو علام، 2012، ص. 180).

وكقاعدة عامة خلال الإصابة بالزهايمر ينخفض وزن الدماغ، ويقل عدد العصبونات في أقسام الدماغ المختلفة (قرن أمون، الأنوية القاعدية النواة اللوزية)، ويضعف في بعض أقسام القشرة الدماغية أكثر من ثلث العصبونات، ونتيجة لموت العصبونات في أحد المراكز الأساسية للدماغ في التشكيل الشبكي، فإن كمية التفرعات العصبية تنخفض وبالتالي تنخفض كثافة نهايات هذه التفرعات المحتوية على النواقل العصبية التي تقوم بنقل النبضات العصبية، وتنخفض على نحو خاص كمية النهايات العصبية الكولينية القبل-مشبكية، لتخضع بذلك فعالية إنزيم الكولين أسيتيل ترانسفيراز، حيث تكون كمية هذا الإنزيم في بعض أقسام الدماغ للمصابين بالزهايمر أقل بحوالي 80% مما هو الحال لدى الأصحاء في نفس العمر، وتنخفض أيضا فعالية إنزيم الأسيتيل كولين إستيراز، وعلى هذا النحو فإن الإصابة بمرض الزهايمر تسبب بشكل خاص تدهور النظام الكولين، مع العلم أنه توجد تغيرات في طرز أخرى من النواقل العصبية مثل السيروتونينية، والجلوتامات، وعدا عن تدهور الخلايا فإنه يلاحظ تراكم الألياف العصبية المتدهورة أو تشكل لطح (بقع) في قرن أمون (فيلينتشيك، 2000، ص. 196).

لقد وصف مكتشف المرض وجود رقع أو لويحات plaques حول خلايا المخ، وتشابكات أو كتل tangles داخل خلايا المخ، وذلك عند الفحص المجهرى لأنسجة المخ، ومازال هذا الوصف حتى الآن كأنه هو السمة المميزة لهذا المرض. وتتكون اللويحات من نوع من البروتين الموجود بالمخ يسمى بيتا أميلويد β -amyloid، بينما تكون الكتل داخل الخلايا العصبية كخيوط ملتوية بفعل تشوه يصيب بروتينا آخر يسمى تو tau، وقد لاحظ العلماء أن هذه البروتينات تزيد ضمن نظام معين، حيث تبدأ بالتواجد بمناطق المخ المسؤولة عن الذاكرة والتعلم، ثم بقية المناطق كلما تقدمنا في العمر، ولكنها تكون أكثر بكثير عند مرضى الزهايمر، والعلماء لم يتوصلوا تحديدا لدور هذه البروتينات، ولكن الخبراء يعتقدون أنها تمنع توصيل الإشارات العصبية بين الخلايا وتعرقل الأنشطة اللازمة لاستمرار حياة الخلية، وما هو مؤكد عند العلماء هو أنه بمجرد ظهور المرض يكون قد سبقته عملية موت وتحلل طويلة تمتد لسنوات لخلايا المخ التي تقوم بحفظ المعلومات،

واسترجاعها، وبموت الخلايا العصبية يتقلص المخ، ويحدث به ضمور، ويفقد شكله المتجدد (النوبي، محمد، 2012، ص. 27).

ب- تطور مرض الزهايمر:

يتطور المرض على ثلاثة مراحل، وهي مراحل متواصلة. أي لا ينتقل المرض من مرحلة إلى أخرى بشكل مفاجيء، بل بشكل تدريجي وبطيء خلال عدة سنوات.

- المرحلة الأولى: وهي المرحلة المبكرة للمرض، حيث تقل حيوية وعفوية المريض دون أن يلاحظ أحد تغيراً عليه، وتضعف الذاكرة الحديثة بشكل خفيف مع تقلب في المزاج، وحالة من اللامبالاة لما يحدث حوله، وبعدها يتهرب المريض من كل شيء جديد، ويفضل الأشياء المألوفة لديه، ويبدأ وهن الذاكرة بالتأثير على حياة المريض المهنية والعائلية والاجتماعية، ويصيبه تخليط ذهني، مع حدوث حالات من التوهان، يصاحب ذلك تراجع في القدرة على اتخاذ القرارات (أبو حامد، 2009، ص. 20-21).

- المرحلة الثانية: يستطيع المريض في هذه المرحلة إنجاز بعض المهام البسيطة، ولكنه يحتاج للمساعدة لإنجاز المهام الأكثر تعقيداً، وتراجع قدرة المريض على الفهم، ولا يستطيع إتمام عبارة كاملة حيث يتوقف وسط الحديث، وتزداد مصاعب المريض عند استخدام وسائل النقل العامة، وينسى غالباً دفع ثمن البطاقة، وبما أن المريض يعي ما يحصل له ولو جزئياً فإنه يصاب بحالة من الاكتئاب والتهيج، ويستطيع في هذه المرحلة استعادة الذكريات القديمة، أما الذاكرة الحديثة فيصيبها قدر كبير من التراجع بالتوافق مع ضياعه في الزمان والمكان، ويحتاج المريض في هذه المرحلة إلى قدر كبير من المساعدة، ويصبح حديثه غير مفهوم إضافة إلى اختراعه لكلمات جديدة، وعدم قدرته على تمييز الوجوه المألوفة.

- المرحلة الثالثة: وهي المرحلة النهائية حيث تخفت ذاكرته حتى التلاشي، ويصبح غير قادر على التحكم في البول والبراز، ويحتاج إلى مساعدة تامة، يفقد المريض في هذه المرحلة القدرة على المضغ، ويصاب عادة بإنتان رئوي بشكل متكرر، بسبب دخول أجزاء من الطعام والشراب إلى المجاري التنفسية عند الأكل، مع تحوله إلى طريح الفراش، وتكرر لدى المريض الإنتنانات التنفسية والبولية، وتكثر الاختلاطات الطبية ويصل المريض في النهاية إلى حتفه (أبو حامد، 2009، ص. 21-22).

ت- الفرق بين وهن الذاكرة ومرض الزهايمر:

يختلف مرض الزهايمر عن حالة ضعف الذاكرة المعتادة في الشيخوخة، حيث يتفق الجميع على أن التقدم في السن يرتبط بالنسيان، ويقولون إننا حين نكبر لا مانع من بعض الخرف المقبول من المسنين (النوبي، محمد، 2012، ص. 76) حيث يواجه كبار السن ضعفاً خفيفاً في الذاكرة

ويشعر هؤلاء أن قدرتهم على التذكر بدأ يصيبها الوهن، وهو ما يدعى بالنسيان الحميد، بينما يدعى بالنسيان الخبيث ذلك الذي يعاني منه المريض بداء الزهايمر، وهناك مجموعة من الصفات تميز وهن الذاكرة الشيخوخية عن أعراض داء الزهايمر، ومن جملة الصفات التي تميز وهن الذاكرة الشيخوخية نجد:

- هو من النوع الخفيف مثل أن ينسى الشخص أرقام الهاتف، أو أين وضع الأشياء.
- هو من النوع المتزوج، أي يتغير من يوم إلى آخر.
- لا ينعكس سلبا على الحياة الأسرية، والمهنية والاجتماعية للشخص.
- هو من النوع القابل للاستعادة بالتذكير، إذ يكفي أن نذكر للمريض اسم الزائر مثلا حتى يتذكر الزيارة.
- وهن الذاكرة الشيخوخية لا يترافق مع تراجع في الوظائف العليا الأخرى (أبو حامد، 2009، ص ص. 22-23).

ث- أسباب نشأة مرض الزهايمر:

للتعرف على الأسباب التي تؤدي إلى الإصابة بمرض الزهايمر يتم مقارنة أدمغة ضحاياه بأدمغة مرضى الأمراض العقلية الأخرى، حيث لوحظ وجود مزيد من التلف في هذه الأدمغة lesions مع ملاحظة وجود نوع من البروتين مما يفرزه الجسم هو المعروف باسم *beti- amyloid*، إلى جانب التعرف على بعض وجوه النقص الوراثية *genetic defects*، ويتأكد وجود هذا النقص الوراثي من دراسة تتبع أجيال مختلفة من أسرة واحدة، حيث لوحظ انتشار مرض الزهايمر بين أعضائها، ويوجد هذا النقص الوراثي خاصة بين المرضى الذين يصابون بالمرض في سن مبكرة، ويساعد في ظهور هذا المرض لدى أصحاب الاستعداد الوراثي أو النقص الوراثي إذا أصيب المريض بالسكتة الدماغية *strokes* حتى وإن كانت خفيفة، كذلك دلت الدراسات الميدانية على وجود رابطة بين الإصابة بهذا المرض وإصابة المريض بجروح في الرأس *head injury*. وقصارى القول إن هذا المرض من الممكن أن يحدث من جراء تضافر مجموعة من الأسباب من بينها الضعف الوراثي، والعوامل البيئية والإصابات (عيسوي، 2011، ص. 39).

ج- الاضطرابات السلوكية المرافقة لتطور مرض الزهايمر:

تعتبر الاضطرابات السلوكية من المظاهر الأكثر وضوحا وتأثيرا بالمحيط، رغم تأخر ظهورها، وتنتج هذه الاضطرابات عن تعرض المريض لحالة شدة قد تكون عضوية الطبيعة كمرض طارئ، أو وظيفية كالجوع والعطش والاحتباس البولي، والإمساك والخوف، أو اجتماعية كالضحيج

والتواجد وسط الحشود، وتبديل مكان السكن وغيرها، ويمكن إجمال هذه الاضطرابات السلوكية فيما يلي:

- التوهان: وربما يكون هذا هو المظهر السلوكي الأكثر معرفة من قبل عامة الناس، حيث يتوه المريض في الأزقة والحارات ويتعد شيئا فشيئا عن المنزل حتى الضياع.
- التهيج: كالمشي ذهابا وإيابا بعصبية، وتحريك الأصابع لفترة طويلة.
- المواظبة اللفظية والحركية: تكرار بلا هوادة لنفس الكلمات أو نفس الحركات.
- الحذر: الاعتقاد بأن الآخرين يريدون إيذاءه، أو اتهامهم بسرقة حاجاته.
- سلوك ذو إيحاء جنسي: كالتعري والاستعراض عاريا، أو القيام بحركات وألفاظ جنسية نحو الآخرين.
- العدوانية: اعتداء جسدي أو لفظي على الآخرين (أبو حامد، 2009، ص ص. 17-18).

ح- بين الزهايمر والتخلف العقلي:

يشبه مرض الزهايمر إلى حد كبير حالات التخلف العقلي في الأطفال، حيث أن القوى العقلية بصفة عامة تقل كثيرا عن المتوقع في مثل هذا السن، ونحن عادة ما نقوم بتشبيه المتخلف عقليا بشخص لديه فقر شديد في القدرات العقلية، لكنه فقير منذ البداية، ولم يكن غنيا في أي وقت، أما حالات العته dementia التي يعتبر الزهايمر واحدا منها فإنها تتمثل في شخص غني فقد ما لديه وأصبح فقيرا من الناحية العقلية (عيسوي، 2011، ص. 100).

خ- الإكتئاب الشيخوخي وداء الزهايمر:

تزداد الإصابة بمرض الاكتئاب النفسي عند كبار السن، حيث تبدوا مظاهره على نسبة كبيرة منهم، وهناك أسباب كثيرة وراء اكتئاب الشيخوخة، فحالما ينظر الإنسان إلى حاله وقد أصابه الضعف، وتراكمت عليه العلل والأمراض، ثم العزلة التي يعيش فيها، وتفرضها عليه ظروف التقاعد عن العمل، والبعد عن المجتمع، وقد يزداد الأمر سوءا حين يفقد شريك حياته، أو عزيزا عليه، إضافة إلى ما يجول بخاطر المسنين من شعور بالاستغناء عنهم وعدم الحاجة إليهم، وأنهم لم يعد مرغوبا في وجودهم بعد أن أدوا دورهم في الحياة، ولم يعد لديهم ما يفعلونه، كل ما تقدم أو بعضه يكون سببا كافيا لحدوث الاكتئاب لدى كبار السن، وذلك بالإضافة إلى فكرة الموت وانتظار النهاية، التي تسيطر على البعض منهم وتحول دون استمتاعهم بالحياة في أيامهم الأخيرة. (سليم، 2002، ص 515).

فالالاكتئاب مرض شائع نسبيا عند المتقدمين في العمر، ويمكنه أن يظهر بأعراض مشابهة لأعراض داء الزهايمر، ويدعى بالعتة الكاذب الاكتنابي، ولكنه يتميز عن عته الزهايمر بالنقاط التالية:

- بداية الأعراض تكون حادة، أو تحت حادة عند شخص معروف بسوابقه الاكتنابية، مع تطور سريع للأعراض تلمها حالة استقرار.
- يميل الشخص إلى العزلة وفقدان الأمل والتعاسة واتهام الذات.
- تصيب الذاكرة الحديثة والقديمة على حد سواء.
- يميل إلى تضخيم شكواه.
- اضطراب الذاكرة لديه من النوع الصاحب "الاستعراضي". يشكوا الشخص من اضطراب الذاكرة الحديثة والقديمة على حد سواء، وتكون إجابته من نوع "لا أعرف".
- يحافظ على قدرته على الانتباه والتركيز.
- تميل الأعراض للتأزم صباحا والتحسن مساءا.

من هنا يتحتم علينا ضرورة عرض المريض على طبيب أمراض نفسية، ووضع المريض تحت علاج مضاد للاكتئاب لمدة لا تقل عن شهرين، ومراقبة تراجع الأعراض قبل التفكير بداء الزهايمر، وفي هذا المضمار من المهم أن يؤخذ بعين الاعتبار أن الاكتئاب هو مرض قابل للشفاء (أبو حامد، 2009، ص ص. 23-24). إذ يؤدي علاج الاكتئاب إلى تحسن الذاكرة والوظائف المعرفية الأخرى غالبا خلال شهور قليلة (أبو علام، 2012، ص 188).

د- تشخيص مرض الزهايمر:

إن التشخيص الأكيد للداء لا يتم إلا بواسطة التشريح المرضي (أي دراسة مقطع من النسيج الدماغي بواسطة المجهر) وهو إجراء لا يتم عادة عند الأحياء بل بعد الموت، لهذا السبب لا يوجد حتى الآن فحص، أو اختبار بعينه، دموي كان أو شعاعي يسمح بتشخيص المرض بشكل يقيني عند الأحياء، وبالتالي فإن تشخيص الداء هنا يقع في خانة احتمال، حيث تصل نسبة التشخيص الصحيح إلى 80-90% مقارنة مع التشخيص النسيجي بعد الموت. إن تشخيص داء الزهايمر يعتمد أساسا على استبعاد بقية الأمراض المسببة للعتة، وهو ما يعني تلبيته للنقاط التالية:

- استبعاد جميع أمراض الجهاز العصبي المركزي الأخرى المسببة للعتة (الوعائية والورمية والإنتانية الاستقلابية والأشكال الأخرى من العتة مجهولة السبب مثل داء بيك).
- استبعاد الأسباب العامة (السمية والإنتانية والعوزية الاستقلابية والغدد الصماء) والتي قد تحدث عتها.

- لا يمكن تفسير هذا التراجع في الوظائف العليا على أساس نفسي (الاكتئاب، الفصام).
 - يتميز هذا التراجع في الوظائف العليا ببدنه الخفي، ويتطوره التدريجي والمستمر، ومن هنا أهمية عامل الزمن والمراقبة الدورية في تشخيص المرض في المراحل الأولى لتطوره (أبو حامد، 2009، ص 25-26).

5- تداخلات في اللوح الإكلينيكي للزهايمر والأمراض الأخرى، مع بيان اختبارات التشخيص:

5-1- أمراض تماثل في لوحها الإكلينيكي مرض الزهايمر:

هناك عدد من الأمراض التي تشترك مع مرض الزهايمر في عدد من الأعراض نذكر منها على

سبيل المثال:

- الخرف متعدد الاحتشاء: **multi-infarct dementia**: وهو ما يسمى أيضا بخرف تصلب الشرايين arteriosclerotic dementia ويعتبر هذا المرض الوعائي في المخ عادة من بين الأمراض التنكسية. وهو مرض متتابع خطوة خطوة، يشبه مساره ومظاهره مرض الزهايمر إلى الحد الذي يمكن الخلط بينهما، ورغم أن تصلب الشرايين نتيجة فقدان مرونتها بفعل زيادة سمك جدران الشرايين يسهم في قيام هذه الحالة، إلا أن العملية الباثولوجية الفورية في السكتات المتعددة (وهي غالبا سكتات صغيرة) والتي تؤدي في النهاية إلى تنكس النسيج المخي، والنظير السلوكي لهذه العملية يعكس إلى حد ما الإصابات البؤرية كما تحدث. وكلما زاد تضمن الاحتشاء لمقادير متزايدة من النسيج المخي تظهر صورة التدهور المعرفي المنتشر والتدهور في الشخصية. ورغم أنه قد يصعب تمييز التقديم السلوكي للخرف متعدد الاحتشاءات عن مرض الزهايمر إلا أن الأول يغلب أن يكون له عدد من الملامح المميزة، ذلك أن مسار المرض تكون له غالبا بداية حادة، وهو يتقدم على خطوات متقطعة، وقد تتذبذب شدة الأعراض من ساعة إلى أخرى أو بين النهار والليل يصاحبها ارتباك بالليل، وفي المراحل الأولى يرجح أن يسود القصور المعرفي، وأن يسبق التدهور في الشخصية رغم أنه في النهاية يتدهور كلاهما تدهورا شديدا، وربما كانت الأعراض المميزة لهذا المرض الشذوذ الحركي المتمثل في اضطراب المشي، وفي الجمود الذي يعكس إصابات تتضمن الأبنية تحت القشرية، وتزيد نسبة المرض بين الرجال عنه بين النساء كما يصاحبه ارتفاع ضغط الدم (مليكة، 2010، ص. 264).

- مرض بيك: pick disease: يصيب هذا المرض الناس في المرحلة العمرية ما بين سن الأربعين والستين، وربما تحدث الإصابة في سن الخامسة عشر، وتماثل الصورة الإكلينيكية لهذا المرض تلك الصورة القائمة في مرض الزهايمر خاصة في المراحل المبكرة منه، وتكون أعراضه عادة من نوع تلك الأعراض التي تعتبر من خصائص الأمراض العضوية بالمخ، أي في صورة اضطراب في الوظائف العقلية مع تغير في السلوك والحالة الوجدانية (ملحم، 2004، ص. 482).

ويشبه تقديمه الباثولوجي في جوانب كثيرة مرض الزهايمر، ولكن قدرا كافيا من الفروق يمكن الكشف عنه ميكروسكوبيا، فالتنكس الخلوي والضمور يقتصران على القشرة الأمامية والصدغية، مما يفسر التغيرات التي في الشخصية منها السلوك السخيف، وعدم الكف الاجتماعي والاندفاعية مع اللامبالاة والخلل في القدرة على الحفاظ على الدافعية وبينما يشكل الخلل في الذاكرة عرضا مبكرا في مرض الزهايمر، يتبعه في مرحلة متأخرة تدهور خطير في الشخصية، فإن اضطرابات الشخصية تسبق لدى مرضى بيك اضطرابات الذاكرة، وقد يستغرق مسار المرض وقتا أطول مما يستغرقه مرض الزهايمر، ولكنه ينتهي أيضا بأن يصبح المريض طريح الفراش فاقدًا للقدرة على إعمال الفكر (ملبكة، 2010، ص 263).

- مرض أجسام لوي: **Lewy-body disease**: ويتميز الخرف المترافق مع أجسام لوي بترسبات غير طبيعية لبروتين يسمى ألفا سينوكلين، الذي يتكون داخل الخلايا العصبية الدماغية. وقد أطلق على هذه الترسبات اسم "أجسام لوي" على اسم العالم الذي وصفها لأول مرة. وقد وجدت أجسام لوي في عدة أمراض دماغية منها الخرف المترافق مع أجسام لوي، ومرض باركنسون، وبعض حالات مرض الزهايمر. وهناك أعراض للخرف المترافق مع أجسام لوي منها: اضطراب في الذاكرة وضعف الحكم على الأمور، وخلط ذهني مع وجود أعراض ضعف الإدراك المتراكبة مع مرض الزهايمر، نعاس نهاري مفرط، هلوسات بصرية. وقد تتحسن أعراض ضعف الإدراك ومستوى الانتباه أو تسوء (تتأرجح) خلال اليوم الواحد، أو من يوم لآخر، كما يضم أعراض حركية تتضمن الصلابة، والمشية المتثاقلة، وانعدام تعبيرات الوجه، واضطراب التوازن والسقوط على الأرض (النوبي، محمد، 2012، ص. 86). ولقد تم الحصول على نتائج عصبية نفسية أولية في مجال الانتباه والتجهيز البصري من المستوى المرتفع، مثل تحليل الصور والقدرة على رسم التصميمات وتجميع الألغاز. ورغم أن الأداء على اختبارات الذاكرة نادرا ما يكون عاديا إلا أن قصور الذاكرة ليس هو النتيجة المعرفية الأكثر وضوحا، وبخاصة في المراحل الأولى من المرض، والعلاقة بين أجسام لوي وفقد الذاكرة ليس واضحا بعد لهذا الاضطراب وجدلي بعض الشيء، وتعتقد إحدى المدارس الفكرية أن معظم الناس الذين لديهم مرض فقد الذاكرة من نوع لوي يعانون أيضا من مرض الزهايمر. (أبو علام، 2012، ص ص. 183-184).

2-5- اختبارات تقصي داء الزهايمر:

هناك نوعان من الاختبارات التي تستخدم لتقييم درجة التراجع في الوظائف العليا نكتفي

هنا بذكر أهمها وهو:

- اختبار الحالة العقلية المصغر: (mms) mini mental stat: وهو اختبار مسحي ويفيد خاصة في متابعة تطور المرض، ويعتبر اختباراً بسيطاً، ويتألف من مجموعة من الأسئلة تسمح في تقييم الوظائف الاستعرافية، وهو ما يتعلق بتحديد حدوث الخلل في الذاكرة، واللغة والانتباه، والتوجه في الزمان، والمكان والتعلم والمحاكاة، والمعدل الأعلى للاختبار هو 30/30 نقطة، عندما ينقص هذا المعدل إلى ما دون 24 نقطة فهذا يعني أن هناك خللاً صريحاً في الوظائف الاستعرافية. يؤخذ بعين الاعتبار في هذا الاختبار عمر المريض، وكذلك مستواه الثقافي الاجتماعي، حيث تنخفض هذه الحصيلة عند الأميين الأصحاء إلى 23 نقطة. أما أهمية هذا الاختبار فتكمن في كونه يستخدم في متابعة تطور المرض، فيعتبر المريض في الطور متوسط الشدة للمرض عند وصوله لمعدل ما بين 10-19 نقطة، بينما يدخل في الطور الشديد للمرض عند انخفاض المعدل إلى ما دون العشرة.

غالبا ما تكون نتيجة اختبار (mms) عالية في المرحلة المبكرة من المرض، حيث يرتكب المريض ما بين 2 إلى 3 من الأخطاء فقط، بينما تتواصل شكاوى الأهل والمحيط من استمرار تراجع الوظائف الدماغية، من هنا تزيد الحاجة إلى اختبار أكثر دقة وعمقا في تحديد مستوى التراجع في الوظائف العليا، وهو ما يتم بواسطة خبير أو طبيب عصبي نفسي، أين يقوم هذا الأخير بإجراء مجموعة من الاختبارات تدرس وظائف الدماغ العليا، وتستمر ما بين 2 إلى 3 ساعات، تسمح في النهاية بتشخيص أكثر دقة وتحديد مستوى التراجع في هذه الوظائف الدماغية، بناء على هذه النتائج، وبعد استبعاد الأمراض العصبية والعامة والنفسية يمكن القول أن المريض مصاب بداء الزهايمر (أبو حامد، 2009، ص ص. 27-28).

أما عن الجانب الثالث من شخصية المسن هو الجانب الاجتماعي فينظر إلى الشيخوخة من الناحية الاجتماعية على أنها حالة من هجر العلاقات الاجتماعية، والأدوار التي تطابق مرحلة الرشد التي يتم فيها قبول العلاقات الاجتماعية والأدوار التي تطابق السنوات المتأخرة من مرحلة الرشد. (النوبي، محمد، 2012، ص. 20).

ونجد أن التغيرات التي تطرأ على حياة المسنين في إطار واقعهم الاجتماعي هي التي تحدد خصائص هذه المرحلة، فهذه المرحلة قد تكون مرضية، أو محبطة. وذلك حسب قدرة المسن على التوافق مع ما يكتنفها من تغييرات وضغوط وأحداث، ويعاني المسنون عادة من تحديد عالمه الاجتماعي تدريجياً مع التقدم في السن، وتوجد ثلاثة أنواع من العلاقات الاجتماعية التي تتأثر خاصة في الشيخوخة هي:

- العلاقات الشخصية الحميمة (بالزوج أو الزوجة، الإخوة والأخوات).
- العلاقة بالأصدقاء.

- العلاقة بالجماعات الرسمية المنظمة (الأندية، والمؤسسات الاجتماعية المختلفة). حيث تتضافر عوامل مثل ضعف الصحة والاتجاهات الاجتماعية غير الملائمة في الحد من مشاركة المسنين الاجتماعية، إلا أن أكثر هذه العوامل وأشدّها تأثيراً هو ما يواجه المسن من أحداث ضاغطة في حياته المجتمعية، والأحداث الضاغطة في حياة المسن كثيرة كوفاة الزوجة أو أحد الأبناء، أو الإصابة بمرض مزمن (أبو عوض، 2008، ص ص. 113-114).

إن التغيرات التي تحدث في مرحلة الشيخوخة سواء كانت جسدية أو نفسية أو عقلية أو اجتماعية إنما تتفاعل مع بعضها البعض، أي يؤثر كل منها في الآخر ويتأثر به، ومن ذلك أن ضعف الصحة العامة يؤدي إلى انكماش نشاط الفرد، لذلك يلزم إعادة تدريب كبير السن على المهارات التي تتطلبها الحياة الحديثة (عيسوي، 1990، ص 331).

6- رعاية المسنين

6-1- الرعاية الأسرية لمرضى الزهايمر:

إن العلاقة بين المريض والأسرة علاقة متبادلة فكلاهما يؤثر في الآخر بالسلب أو بالإيجاب، فإذا نظرنا إلى الأسرة على أنها نسق اجتماعي فإن أهم خواص هذا النسق هو المحافظة على التوازن، ومن هذا المنطلق فإن أي تغيير يصيب أحد الأفراد يحتم على بقية الأفراد أن تتوافق مع هذا التغيير بهدف المحافظة على التوازن. وإصابة المسن بخرف الشيخوخة (الزهايمر) يخلق حالة من التوتر في الأسرة كنسق اجتماعي، وتحاول الأسرة من خلال أفرادها أن تتوافق مع المريض بما لديها من إمكانيات وأساليب (النوبي، محمد، 2012، ص. 191).

ولقد تبين أن هناك فردين من كل ثلاثة أفراد من أصحاب مرض الزهايمر يعيشون في منازلهم، وبمرور الوقت يصبح المريض بحاجة إلى الرعاية على مدار الساعة، وإلى انتباه متواصل من قبل أعضاء الأسرة مما يضع فوقهم ضغوطاً شديدة جداً، بسبب الالتزام بتقديم الرعاية (عيسوي، 2011، ص. 69).

ومن الملاحظ أن الأسر تختلف إلى حد كبير في قدرتها على التوافق مع المواقف الضاغطة، واختلافها يرجع إلى التفاعل بين موارد الأسرة من ناحية، وحدة المواقف الضاغطة من ناحية أخرى، ويعتبر التغيير في الأدوار الاجتماعية لأفراد أسرة المريض من أكثر الضغوط تأثيراً على الأسرة، فإصابة المسن بمرض الخرف من ناحية تؤثر في دور المريض تأثيراً كبيراً، حيث تتضاءل قدرة المريض على القيام بواجباته والتزاماته الأسرية والاجتماعية، ولا يقف تأثير المرض عند هذا الحد بل يتجاوز هذا إلى التأثير في أدوار أفراد الأسرة الآخرين، حيث تؤدي العناية بالمريض إلى بروز أدوار جديدة ترتبط

بالرعاية الجسمية الشاملة والملاحظة الدائمة لسلوك المريض وتصرفاته (النوبي، محمد، ص ص. 191-192).

إن فئة كبار السن التي تحتاج إلى خدمة دائمة (تبعية) تسترعي الانتباه، فالتبعية التي تبدوا على ارتباط طردي مع إطالة عمر الإنسان تتخطى المستوى الفردي لتتحول إلى إشكالية مجتمع تدعمها وترافقها في آن واحد إشكالية التهميش. فتميش التابعين من كبار السن يرتبط أيضا بالنسق المجتمعي السائد، إذ يلاحظ بأن المجتمعات هي أكثر تهيئا لاستقبال الأصحاء من الأفراد اعتمادا عليهم، وبالتالي لتدبير أمورها وإدارة شؤونها (منصور وآخرون، 2010، ص. 131).

إن الشيخوخة مرحلة من مراحل العمر وحلقة من حلقات التاريخ وجزء لا يتجزأ من وجود كل مجتمع من مجتمعات الإنسانية، فسنة الله في خلقه أن يأتي الجيل بعد الجيل على طول عمر البشرية المديد فيقدم الإنسان في حياته التضحيات، وقد يتعرض لمختلف ألوان الفاقة والحاجة أو الفتنة والغنى والثراء، أو آلام المرض والعجز إذا رد إلى أرذل العمر، فليس من الوفاء للأجيال السابقة من المسنين أن يهملوا أو يتركوا فريسة للضعف والحاجة في آخر حياتهم بعد أن قدموا لأمتهم ما بوسعهم. فمن الواجب رعايتهم والعناية بهم عملا بمبادئ ديننا الحنيف الذي حفظ للمسنين مكانتهم، وقدر ذوي الشيبه في الإسلام، ودعا إلى إكرامهم وحمايتهم، وفي العصر الراهن تقف مسألة رعاية المسنين ضمن موضوعات الساعة التي يجب أن تسترعي اهتمام المسؤولين والمهتمين بقضايا الخدمة الاجتماعية، والدراسات النفسية (النوبي، محمد، 2012، ص ص. 38-39).

- خاتمة:

يمر الإنسان في حياته القصيرة بمرحلتين أساسيتين يحتاج فيهما للرعاية أكثر ما يحتاج فيما دونهما من مراحل هما مرحلة الطفولة ومرحلة الشيخوخة. فالشيخوخة مرحلة يصبح الانحدار في القدرات العضوية والوظيفية للمسن واضحا، مما يجبره على الانسحاب الهادئ من الحياة التي كان جزء منها، هذا في الحالة الطبيعية للمسن مما يملى واجب الرعاية بالنسبة للأبناء، فما القول فيما يتعلق بمسنين مصابين بداء الزهايمر؟

إن مثل هؤلاء الأشخاص وبالتتابع مع فقدان البطية للذاكرة يصبحون أجسادا دون ذكريات، فنلمس أنهم بطريقة ما تائهون في عالم طالما ألفوه إنهم يموتون بيننا موتا بطيئا، ويفكون ارتباطهم بهذا العالم دون وعي وهذا ما يدفعنا بالرجوع إلى الوازع الديني والأخلاقي والإنساني إلى ضرورة الاهتمام بهؤلاء المرضى فهم فينا الآباء، والأجداد، والأعمام والأخوال، إنهم يمثلون الحكمة فينا، وقد أكد المولى عز وجل على ضرورة الاعتناء بالوالدين وإكرامهم والاهتمام بهم إذا شابوا، فقال في محكم تنزيله: "وَقَضَىٰ رَبُّكَ أَلَّا تَعْبُدُوا إِلَّا إِيَّاهُ وَبِالْوَالِدَيْنِ إِحْسَانًا ۚ إِنَّمَا يُبَلِّغَنَّ عِندَكَ الْكِبَرَ

أَحَدُهُمَا أَوْ كِلَاهُمَا فَلَا تَقُلْ لَهُمَا أَلْفٌ وَلَا تَنْهَرُهُمَا وَقُلْ لَهُمَا قَوْلًا كَرِيمًا (23) وَأَخْفِضْ لَهُمَا جَنَاحَ
الدُّلِّ مِنَ الرَّحْمَةِ وَقُلْ رَبِّ ارْحَمْهُمَا كَمَا رَبَّيْتَانِي صَغِيرًا سورة الإسراء، الآيتين: (23-24).

إن المسنين الذين يعانون من مرض الزهايمر قد يستغرق منهم المرض شهورا، أو سنين قبل أن يتوفوا، فالموت نهاية كل إنسان لكننا نرى أن الإنسان إذا ما اضطر لمعايشة مرض الزهايمر في أحد الأقارب فالأحرى به أن ينتهز الفرصة لفعل الخير، ولرد جزء من الجميل للوالدين ولا داعي لأن ينتقل الزهايمر من العقول إلى القلوب.

- قائمة المراجع:
- القرآن الكريم.
- أبو حامد، سمير. (2009). مرض الزهايمر: النسيان من نعمة إلى نقمة. ط1، دمشق: خطوات للنشر والتوزيع.
- أبو عوض، سليم. (2008). التوافق النفسي للمسنين، ط1، عمان: دار أسامة للنشر والتوزيع.
- أبو علام، رجاء محمود. (2012). سيكولوجية الذاكرة وأساليب معالجتها، ط1، عمان: دار المسيرة للنشر، والتوزيع، والطباعة.
- حسين، نغم هادي، صالح، علي عبد الرحيم، (2013). الأسس الوراثية والعصبية للسلوك الإنساني، ط1، عمان: دار صفاء للنشر.
- طفيلي، امثال زين الدين. (2004). علم نفس النمو من الطفولة إلى الشيخوخة: دراسة تحليلية للسلوك والمعاش الإنساني، ط1، بيروت: دار المهمل اللبناني.
- فيلنتشيك، ميخائيل ماركوفيتش. (2000). الأسس البيولوجية للشيخوخة وطول العمر، ط1، ترجمة زهير إبراهيم جبور، بيروت: دار الكتاب الجديدة المتحدة.
- عيسوي، عبد الرحمان، (1990). الأعصاب النفسية والذهانات العقلية: بحث ميداني في الأمراض النفسية والعقلية الشائعة، بيروت: دار النهضة العربية للطباعة والنشر.
- عيسوي، عبد الرحمان، (د-ت). سيكولوجية النمو: دراسة في نمو الطفل والمراهق، بيروت: دار النهضة العربية.
- عيسوي، عبد الرحمان محمد. (2011). مرض الزهايمر والذهانات الأخرى: دراسة في الصحة العقلية، ط1، بيروت: منشورات الحلبي الحقوقية.
- عتوم، عدنان يوسف. (2010). علم النفس المعرفي: النظرية والتطبيق، ط2، عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.
- النوبي محمد، محمد علي، (2012). الخرف لدى المسنين: الاتجاهات الحديثة في التشخيص، العلاج وكيفية التعامل، ط1، عمان: دار صفاء للطباعة والنشر والتوزيع.
- النوبي محمد، محمد علي، (2012). الزهايمر لدى المسنين: الاتجاهات الحديثة في التشخيص، العلاج وكيفية التعامل، ط1، عمان: دار صفاء للنشر والتوزيع.
- مليكة، لويس كامل، (2010). التقييم النيوروسيكولوجي، ط1، عمان: دار الفكر ناشرون، وموزعون.

- ملحم، سامي محمد. (2004). علم نفس النمو: دورة حياة الإنسان، ط1، عمان: دار الفكر ناشرون وموزعون.
- سليم، مريم، (2002). علم نفس النمو، طبعة 1، بيروت: دار النهضة العربية.
- منصور، عزي، وآخرون، (2010). كبار السن بين الواقع والطموح، ط1، عمان: دار كنوز المعرفة العلمية للنشر، والتوزيع، طبعة.