الاضطراب اللغوي لدى مريض ألزهايمر

د. عائشة بن الصغير . جامعة عمار ثليجي – الأغواط

الملخص:

هدفت الدراسة إلى معرفة طبيعة الاضطراب اللغوي لدى عينة من مرضى ألزهايمر بمدينة الأغواط تتكون من 11حالة (6) نساء و (5) ذكور و تتراوح أعمارهم م بين (59 سنة و 87 سنة) وفق متغيرات مختلفة كالجنس (ذكور ، إناث) والمستوى التعليمي (من الابتدائي إلى الجامعي،) والسن وقد تم الاعتماد على المنهج العيادي القائم على دراسة حالة و تم استعمال كل من: الملف الطبي للحالة و الميزانية النفسية العصبية المصممة من طرف " سورون" (SERON) واختيار الفحص المختصر للحالة العقلية Mini Montal Stata Examination) (لفولشتاين (FOLISTEIN،1975) المترجم والمعرب من طرف محمد نجيب الصبوة 1997 في نسخته الجزائرية المكيفة والمقننة 2008 وقد توصلت نتائج الدراسة إلى:

1- يعاني مريض ألزهايمر من اضطراب لغوي متعدد.

2- تختلف شدة الاضطراب اللغوي باختلاف شدة الإصابة بمرض ألزهايمر.

3- تختلف طبيعة الاضطرابات اللغوية لدى الحالات من نفس شدة الاصابة.

4- تختلف شدة الاضطراب ألزهايمري باختلاف المستوى التعليمي.

5- تختلف شدة الاضطراب ألزهايمري حسب متغير الجنس.

الملخص بالفرنسية:

Cette étude a bute pour de connaître la nature du trouble de langage chez des patients atteints d'Alzheimer à Laghouat selon différentes variables telles que le genre (masculin, féminin), le niveau d'éducation (du primaire à l'université), et l'âge, Pour atteindre les objectifs de l'étude une échantillon étés formés (de 11 cas (6) femmes et (5) hommes et entre (59 ans et 87 ans) . Nous avons appliqué l' Approche clinique et l'étude de cas et a été utilisé à la fois: le dossier médical de l'affaire et l'équilibre psychologique de (SERON) et la version Algérienne du teste de l'état mental de (FOLISTEIN, 1975) Traduit par Mohamed Najib Sabwa 1997, Les résultats de l'étude ont atteint:

1. Le patient atteint d'Alzheimer souffre de plusieurs troubles du langage.

2 - il y a une différance de la sévérité du trouble du langage varie selon la gravité de la maladie d'Alzheimer.

3. il y a une différance de la nature des troubles du langage dans les cas de la même gravité de la blessure.

4. il y a une différance de la sévérité du trouble d'Alzheimer varie selon le niveau d'éducation.

5. La sévérité du trouble varie selon le genres.

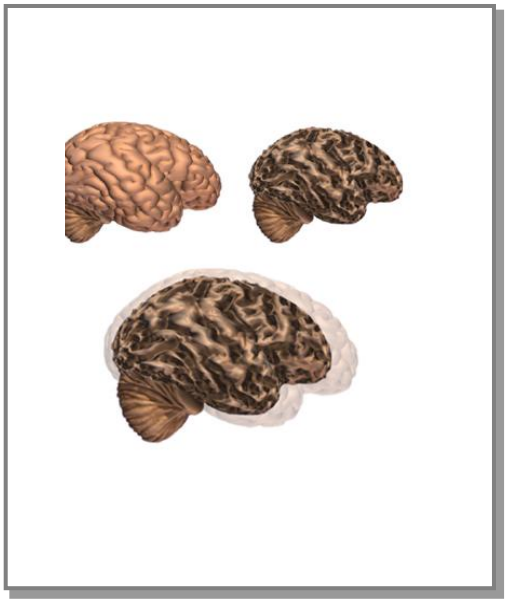
مقدمة:

إنه حالة من فقدان الذاكرة والتدهور والإدراكي، يحدث عادة بعد سن الستين من العمر، ويزيد مع التقدم في العمر (**شيب ، ص 87**)،

يعرفه روسو Rousseau في كتابه "مرض الزهايمر " أنه حالة مرضية تصيب الخلايا العصبية في المخ وتؤدي انكماش حجم المخ .إن الدماغ يفقد حوالي 2% من وزنه عند الأشخاص العاديين مع التقدم في السن، أما عند مرضى الزهايمر فيفقد حوالي 8% إلى 10% كل 10 سنوات، حيث يصاحب الضمور القشري اتساع في البطينات (Ventricules) والشقوق القشرية (Sillons) .

يستمر داء الزهايمر سنتين إلى عشرين سنة بعد ظهور أولى العوارض رغم أن الموت تحدث عموما خلال (8) إلى (10) أعوام ولابد من الإشارة إلى أن تطور المرض يختلف كثيرا بين شخص وآخر(**بترسن ، 2003 ، ص 37**)

يعد مرض ألزهايمر-Alzheimer من الأمراض الانحلالية التي تمس الجهاز العصبي المركزي، و الذي يتميز بأعراض مختلفة، حيث تتأثر الوظائف المعرفية، فيبدأ باضطراب الذاكرة، فاللغة من جميع جوانبها: (التعبير الشفوي، الطلاقة اللفظية، الفهم الشفوي، التعبير الكتابي، الفهم الكتابي، بالإضافة إلى نقص الانتباه و التركيز واضطرابات على مستوى التوجه الزماني و المكاني .



في الطور الأول من المرض تصبح الحالة عاجزة عن استحضار الكلمة المناسبة في الوقت المناسب فيعبر عنها بـ" الكلمة على رأس اللسان Mot sur le bout de la langue MBL وتشخص بـ"اضطراب نقص الكلمة ،فالمصاب يبدأ بنسيان الوقائع الحديثة وأماكن أدواته الخاصة ، و أثناء الكلام يكرر نفس العبارات و الجمل، كما يحدث له التباس بين الأيام ، ويعاني التيه بين غرف البيت أو في الشارع، ويتطور هذا المرض إلى حد تدهور قدرته للتعرف على الوجوه المألوفة لديه. بالإضافة إلى اضطرابات في التصرف كالتحرك المفاجئ والإشارة والتجول في الطرق على غير هدى و الهلوسة وسلس البول وغياب النظافة الجسدية والوقوع أرضا على نحو متكرر،إن هذه المراحل يمر بها المريض في أوقات متفاوتة وتتطور حسب كل حالة (**فيكاني، 2008 ص 15**)

إن نسبة المصابين بمرض ألزهايمر في تزايد مستمر ، حيث يصيب حالياً ما يزيد عن 30 مليون شخص في العالم ،وفي المؤتمر المغاربي الرابع لجراحة الأعصاب الذي نظمته جمعية الجزائر لجراحة الأعصاب تم التطرق لمرض" الزهايمر" الذي يعرف انتشارا واسعا في الجزائر حيث تم إحصاء (100) ألف حالة تعاني من المرض سنة 2008، (http:// www.Algerienhandicap.com)

إشكالية الدراسة:

يشير(نواني حسين،2012) أن معظم المختصين النفسانيين و الأرطوفونيين الذين يتكفلون بالاضرابات اللغوية لا يتساءلون أبدا في حصص التقويم عن الاضطرابات المعرفية المشتركة التي يمكن أن تؤثر بطريقة مباشرة أو غير مباشرة على اللغة، ومنه فالتكفل باللغة يحدث غالبا بمعزل عن بقية الوظائف المعرفية الأخرى، حتى وإن أظهرت الدراسات النظرية في علم النفس اللغوي العلاقة الوطيدة الموجودة بين مختلف الوظائف المعرفية واللغة، وبالخصوص علاقة اللغة بالذاكرة ،لهذا تبقى حصص التكفل تدور في حلقة مفرغة ولا تعطي أية نتيجة، وفي موضوع دراستنا هاته نُظهِرُ وبجلاء هذه العلاقة الوطيدة.

وعليه تهدف دراستنا الحالية إلى الكشف عن طبيعة الاضطراب اللغوي.

ومن هذا المنطلق نطرح الإشكال الرئيسي التالي:

ما طبيعة الاضطراب اللغوية لدى المصاب بمرض ألزهايمر؟

ويحفزنا هذا الإشكال لطرح جملة من التساؤلات و التي نعرضها فيما يلي:

1-هل يعاني مريض ألزهايمر من اضطراب لغوي وحيد أم متعدد؟

2-هل تختلف شدة الاضطراب اللغوي باختلاف شدة الاصابة ؟

3-هل تختلف طبيعة الاضطراب اللغوي لدى الحالات من نفس شدة الاصابة ؟

4- هل تختلف شدة الاضطراب الزهايمري باختلاف المستوى التعليمي؟

5-هل تختلف شدة الاضطراب الزهايمري حسب متغير الجنس؟

الفرضيات:

للإجابة على الأسئلة السابقة يمكننا صياغة الفرضيات التالية :

يعاني مريض ألزهايمر من اضطراب لغوي متعدد.

تختلف شدة الاضطراب اللغوي باختلاف شدة الاصابة بمرض ألزهايمر.

تختلف طبيعة الاضطرابات اللغوية لدى الحالات من نفس شدة الاصابة.

تختلف شدة الاضطراب الزهايمري باختلاف المستوى التعليمي

تختلف شدة الاضطراب الزهايمري حسب متغير الجنس.

أهداف البحث: تهدف دراستنا الحالية إلى ما يلي:

1. معرفة أن كان الاضطراب اللغوي لدى مريض ألزهايمر وحيد أو متعدد.
2. الكشف على طبيعة الاضطرابات اللغوية و المعرفية الناتجة عن الإصابة بمرض ألزهايمر.
3. معرفة إن كان للمستوى التعليمي – المعرفي- دور في الوقاية من مرض ألزهايمر أو تأخير الاصابة به.
4. معرفة إن كان لمتغير الجنس دور انتشار وشدة الاصابة بمرض ألزهايمر.
5. معرفة إن كان لمتغير السن دور في شدة الاصابة بمرض ألزهايمر.

أهمية الدراسة العلمية و العملية:

1. إن التعرف على طبيعة الاضطراب اللغوي يسمح لنا ببناء بروتوكول أو برنامج علاجي أو وقائي أو تكفل نفسي أرطوفوني بمرضى ألزهايمر.
2. إن معرفة خصائص ومميزات كل مرحلة من مراحل المرض ستسمح لنا بتحديد نوع وكيفية التدخل.
3. إن الوقوف على خطورة وتطور مراحل المرض تشجع على التفكير في وضع برامج وقائية وتشخيصية مبكرة.
4. الإسهام ببعض التوضيحات الخاصة بمرض ألزهايمر ووضعها في المتناول.
5. تحفيز الباحثين و الدارسين للقيام بدراسات أخرى تتعلق بمتغيرات البحث الحالي.
6. نظرا لافتقار ساحة البحث العلمي العربي، خاصة الجزائرية – في حدود علم الباحثة- بدراسات تتناول الاضطراب اللغوي لدى مريض ألزهايمر.
7. الوقوف على واقع وطريقة التكفل بهذه الفئة.
8. إثراء الميدان الأكاديمي بمرجع في الموضوع .

تحديد وضبط مصطلحات الدراسة:

- **اللغة:** هي مجموعة من الرموز الصوتية المنطوقة ذات الدلالة المتعارف عليها بين مجموع الناس و التي يتم من خلالها التواصل البشري
- **الاضطراب اللغوي:** هو عدم القدرة او القدرة المحدودة على استخدام الرموز الصوتية في التواصل
- **مرض ألزهايمر:** إنه حالة من فقدان الذاكرة والتدهور والإدراكي، يحدث عادة بعد سن الستين من العمر ، ويزيد مع التقدم في العمر (**شيب ، ص 87**)
- **اللغة الشفوية:** وتتمثل الاضطرابات التي تمس التعبير الشفوي في اضطراب "نقص الكلمة" وهو من أول العلامات البارزة التي تظهر خلال اللقاء والحوار والذي يتجسد في صعوبة التسمية التصنيف والاستدعاء
- **التسمية:** هي نشاط يساعد على التمييز بين الأشياء المكونة إدراكيا وحسب نوازي(NOIZET) هي نشاط يدخل في معالجة المعلومة(**نشوة 2007 ، ص 71**)
- **اضطراب الطلاقة اللغوية:** حينما يلقى تدفق انسياب الكلام اعتراضا أو تعويقا بشكل غير عادي نتيجة لتكرارات، أو إطالات لصوت أو لمقطع في الكلام أو لوضع النطق أو نتيجة لأنماط سلوكية من الاحجام أو التجنب أو المجاهدة.
- **الاعادة:** تعرف العادة على أنها سيرورة ذهنية قصدية تسمح بتثبيت وتخزين أثر الذاكرة بصفة دائمة نوعا ما، وتتطلب في المرحلة الأولى تنشيط ميكانيزم تحليل سمعي الذي يعالج المنبه السمعي في مختلف جوانبه السمعية والصوتية.
- **اضطرابات الاعادة:** يؤثر اضطراب التحليل السمعي على مستوى معالجة الكلمات المسموعة و المقصودة للاعادة ، ويظهر هذا من خلال غياب الأجوبة او تعويضات في الكلمات التي تتشابه فيها بعض الفونيمات.

- **اضطراب اللغة الكتابية:** اضطرابات في النظام الحركي الكتابي ، يعاني المصاب من عسر الكتابة Agraphie ، وصعوبة في احترام قواعد الكتابة مثل التنقيط الفواصل
- **الكتابة:** الكتابة فعل يوجهه العقل، وتتآزر فيه اليد و العين لتصوير أصوات اللغة المنطوقة تصويرا حسيا بواسطة الحروف أو الرموز المكتوبة التي ترى بالعين، (تاقولميمت،2009،ص68).
- **الانتباه:** يعني تركيز الذهن على شيء ما والقدرة على انتقاء تنبيهات معينة للاستجابة لها.
- **اضطرابات البراكسيا:** (**Les Apraxies**) تتمثل الأبراكسيا في عدم القدرة على القيام بعض الاستشارات أو الحركات رغم سلامة الوظائف الحواسية الحركية (Sensorielle).
- **الحبسة Aphasie** : فقدان القدرة على الكلام والاتصال وفهم اللغة الشفوية

–اضطرابات التعرف Agnosies: فقدان القدرة على التعرف على الأشياء المرئية والملموسة أي فقدان القدرة على تمييز ما ندركه...)

–الذاكرة :عملية معرفية متقدمة يتم فيها الترميز و التخزين لما تعلمه الانسان لفترات زمنية(قصيرة وطويلة) واسترجاعه.

الحساب الذهني: هو عملية ذهنية وطريقة حسابية التي لا تعتمد على الكتابة و ترتكز على الانتباه و الذاكرة.

الميزانية النفسية: مرحلة أولى في الفحص النفسي العصبي وهي مصدر أساسي لجمع المعلومات الضرورية والتي تساعد في توجيه الفحص ، التشخيص وتخطيط بروتوكول علاجي.

- **المنهجية وأدوات الدراسة الميدانية:**

1. **منهج الدراسة**

إن المنهج المعتمد في هذه الدراسة هو الاكلنيكي العيادي القائم على دراسة الحالة ، لأن طبيعة هذه الدراسة تفرض ذلك ، وباعتبار أن هذا الأسلوب الطريقة الأساسية للفهم الشامل اللحالات الفردية والحصول على قدر كبير من البيانات عن المفحوص ، وهو تحليل أكثر عمقا للحالة للوصول إلى صورة إكلينيكية لها .

2. **حدود الدراسة:** تم إجراء بحثنا هذا في المؤسسة العمومية الاستشفائية "احميدة بن عجيلة " و "مؤسسة الصحة الجوارية" بالوئام بولاية الأغواط، تحت إشراف الطبيب المختص في طب الأعصاب "خدّار".
3. **عينة البحث:** تتكون عينة الدراسةا من 11 حالة من كلا الجنسين(06)إناث و(05) ذكور، تتراوح أعمارهم من 59 إلى87 سنة ، واختيارنا لها كان مقصودا ، أما من حيث المستوى التعليمي فيتراوح من الابتدائي إلى الجامعي حيث يتطلب تطبيق الاختبار مستوى تعليمي (يعادل أو يتجاوز المستوى الابتدائي) ،كما تم التأكد من أن الحالات تعاني من العته من نوع الزهايمر ، وذلك انطلاقا من تقرير الطبيب المشرف (الملف الطبي) ، والتأكد أيضا من أن الحالات لا تعاني من الاضطرابات الأخرى والتي قد تؤثر سلبا على نتائج أداء الاختبار كالنقص في السمع أو الرؤية أو وجود إعاقة حركية والجدول التالي يبين أهم خصائص العينة

جدول رقم (1) يوضح خصائص عينة الدراسة.

الخصائص / الحالات	الجنس	المستوى التعليمي	سن بداية المرض	السن الحالي(2013)
01	أنثى	ابتدائي	84 سنة	87 سنة
02	ذكر	متوسط	70 سنة	73 سنة
03	ذكر	ابتدائي	62 سنة	67 سنة
04	أنثى	متوسط	62 سنة	66 سنة
05	ذكر	ثانوي	62 سنة	65 سنة
06	أنثى	ابتدائي	76 سنة	79 سنة
07	ذكر	متوسط	58 سنة	61 سنة
08	أنثى	متوسط	58 سنة	60 سنة
09	أنثى	ابتدائي	55 سنة	59 سنة
10	ذكر	جامعي	58 سنة	60 سنة
11	أنثى	ابتدائي	76 سنة	87 سنة

4. أدوات البحث:

4. 1 المقابلة

2.4 الملف الطبي: والذي يحتوي على تقرير الطبيب المختص في الطب العصبي حول نتائج الأشعة والتي تحدد مكان الاصابة ونوعها بالاضافة إلى نتائج إختبار mms الذي يطبقه الطبيب

3.4 الميزانية النفسية العصبية :

هي أول أداة قمنا بتطبيقها في دراستنا ،و هي مصممة من طرف " سورون" (SERON) حيث سمحت لنا بالحصول على أكبر قدر ممكن من المعلومات ، وبالتالي التأكد من التشخيص الطبي ، وتشمل هذه الميزانية على نقاط عديدة أهمها :

- تقديم الحالة : المعلومات الشخصية(الاسم ، السن، الجنس، المستوى التعليمي،،)

- دوافع الفحص- السوابق المرضية الشخصية - السوابق العائلية- الفحص العصبي- تاريخ المرض- تاريخ الاضطرابات النفسية العصبية.

4.3 اختبار الفحص المختصر للحالة العقلية(Mini Montal Stata Examination

أداة لتقييم الوظائف المعرفية بهدف الاكتشاف السريع للاضطرابات المعرفية، وضع اختبار الفحص المختصر للحالة العقلية MMSE من طرف فولشتين وآخرون (FOLSTEIN et al) سنة 1975 لاختبار

القدرات المعرفية خاصة اللغوية " وتقييم حدة الاضطرابات ، ويعتبر من أكثر الاختبارات استعمالا في الميدان الإكلينيكي، يطبق هذا الاختبار بصفة فردية وهو مترجم ومعرب من طرف محمد نجيب الصبوة 1997 في نسخته الجزائرية المكيفة والمقننة 2008 (ميلودي، 2012 ، ص 13).

2– تعريف الاختبار (MMSE) :

في قاعة هادئة ، ويقدم كما يلي :

- **الهدف** : تقييم الوظائف المعرفية وتحديد درجة اضطرابها
- **الوسيلة** : ورقة بيضاء قلم الرصاص ، ممحاة
- **المفحوص**: راشد ذو مستوى ابتدائي أو أعلى منه
- **التعليمة**: سأطرح عليك بعض الأسئلة لاختبار ذاكرتك بعضها سهل وبعضها أقل سهولة ، وحاول أن تجيب عليها قدر المستطاع.

صدق و ثبات الاختبار:

وقد تم جمع أدلة على صدق وثبات هذا القياس ، فقد فحص فولشتين وزملاؤه (1975) ثبات هذا الاختبار بإعادة الاختبار في عينة مرضية بفاصل 24 ساعة ، وبفاصل 28 يوم في التطبيق الأول ، وكان معامل الثبات مرتفعا في مرتي الإعادة (0.89) ، و (0.98) وقاموا أيضا بقياس الثبات بعد 24 ساعة من التطبيق الأول بواسطة مجربين مختلفين، ومرة وجدوا معاملات ارتباط مرتفعة (0.83) ووجد أوكونور وزملاؤه O connor et al (1989) معامل الثبات بإعادة الاختبار بلغ 0.84 وذلك بإعادة التطبيق بفاصل 8 أسابيع في عينة مجتمعية.

ويجب الأخذ في الاعتبار عوامل مثل التعليم والخلفية الثقافية ، والنوع ، والسن ، حيث وجد أوكونور وزملاؤه "O.Connor" (Callaway) (1989)، أن هذا الاختبار يرتبط بمستوى التعليم ، حيث كانت إجابات كبار السن ممن تركوا المدرسة قبل بلوغهم 15 سنة أسوأ من هؤلاء الذين حصلوا على تعليم أفضل.

- **نتائج الدراسة:**
- **بعد اجراء المقابلة مع كل الحالات الـ11. وتطبيق أدوات القايس المستعملة توصلت الباحثة إلى النتائج إلمسجلة ضمن الجداول التالية**

الجدول(2) يوضح مقارنة بين درجات الاختبار الكلية وما تمثله من درجة الاصابة على أساس المستوى التعليمي والشدة و اجنس

الحالات	الجنس	المستوى التعليمي	درجة الذاكرة على21د/ %		درجة اللغة على9د /%		الدرجة الكلية للاختبار 30د		درجة خطورة المرض
الحالة1	أنثى	ابتدائي	03	%14,28	3	%33,33	06	%20	عته حاد
الحالة 2	ذكر	متوسط	14	%66 ,66	7	%77,77	21	%70	عته خفيف
الحالة 3	ذكر	ابتدائي	07	%33,33	6	%66,66	13	%43,33	عته حاد
الحالة 4	أنثى	متوسط	14	%66,66	6	%66,66	23	%76,66	عته خفيف
الحالة 5	ذكر	ثانوي	12	%57,14	9	%100	21	%70	عته خفيف
الحالة 6	أنثى	ابتدائي	04	%19,04	4	%44,44	08	%26.66	عته حاد
الحالة 7	ذكر	متوسط	14	%66,66	9	%100	23	%76,77	عته خفيف
الحالة 8	أنثى	متوسط	13	%61.90	9	%100	22	%73.33	عته خفيف
الحالة 9	أنثى	ابتدائي	03	%14.28	3	%33,33	06	%20	عته حاد
الحالة 10	ذكر	جامعي	15	%71,42	9	%100	24	%80	لا يوجد عته
الحالة 11	أنثى	ابتدائي	0	%0	0	%0	00	%0	عته حاد

جدول(3) يوضح طبيعة الاضطراب اللغوي حسب شدة الاصابة بمرض ألزهايمر

	اللغـــــــة (وعدد بنودها 9 من بنود الاختبار الـ 30 بندا)												الدرجة الكلية للاختبار		
البنود	التسمية		الاعـادة		فهـم اللغـة الشفوية		فهـم اللغـة الكتابية		اللغـة الكتابية		الرسـم		المجمـوع من درجات اللغة		الدرجة المحصلة من كامل الاختبار		شدة الاصابة
الحالة	د	%	د	%	د	%	د	%	د	%	د	%	د	%	الدرجة	%	
01	1	50	0	0	2	66,66	0	0	0	0	0	0	3	%33,33	06	%20	عتـه حاد
02	2	100	1	100	3	100	1	100	0	0	0	0	7	%77,77	21	%70	عته خفيف
03	2	100	0	0	3	100	1	100	0	0	0	0	6	%66,66	13	%43,33	عته حاد
04	2	100	1	100	3	100	0	0	0	0	0	0	6	%66,66	23	%76,66	عتـه خفيف
05	2	100	1	100	3	100	1	100	1	100	1	100	9	%100	21	%70	عتـه خفيف
06	2	100	0	0	2	66,66	0	0	0	0	0	0	4	%44,44	08	%26.66	عتـه حاد
07	2	100	1	100	3	100	1	100	1	100	1	100	9	%100	23	%76,77	عتـه خفيف
08	2	100	1	100	3	100	1	100	1	100	1	100	9	%100	22	%73.33	عته خفيف
09	2	100	0	0	1	33,33	0	0	0	0	0	0	3	%33,33	06	%20	عتـه حاد
10	2	100	1	100	3	100	1	100	1	100	1	100	9	%100	24	%80	لا يـوجد عته
11	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	%0	00	%0	عته حاد

الجدول (4) يوضح درجات ونسب العته حسب متغير الجنس

الجنس	لا يوجد عته		يوجـد عته						
	العدد	النسبة			عته خفيف		عته حاد		
			العدد	النسبة	العدد	النسبة	العدد	النسبة	مج
الاناث	06	54.54	00	%0	02	33.33 %	04	66.66 %	06
الذكور	05	45.45	01	20%	03	%60	01	% 20	04
المج	11	%100	01	20%	05	%45,45	5	%45,45	10

% الكلية		
%54.54	%100	06
36.36%	80%	04
100%	%90,90	10

1. التفسير النفسي العصبي للنتائج:

مستوى اللغة : بعد تطبيقنا لاختبار الفحص المختصر للحالة العقليةMMSEعلى مجموعة دراسة مكونة من 11حالة تعاني من مرض ألزهايمر تحصلنا على نتائج تترجم صعوبات مختلفة على مستوى اللغة.

فالصعوبات المسجلة لدى الحالات على مستوى **الاعادة** (الجدول3) قد ترجع لمشكل على مستوى التحليل السمعي الذي يؤثر على مستوى معالجة كلمات الجملة وهذا ما ذهب إليه فيادر (viader) في تحليله لاضطراب الاعادة، كما أن اضطراب الاعادة ينتج عن خلل في المسار الفونولوجي.

أما الصعوبات المسجلة في بند **التسمية** لدى الحالات (الجدول3) ظهرت عند الحالتين الأولى و الحادية عشر فقط أما باقي الحالات فكلها لم تسجل هذه الصعوبة وهذا على عكس ما ذكره نشوة 2007، بقوله "إن إحدى الصعوبات الواضحة في هذا الاضطراب هي عيوب التسمية"، وهنا ربما الاضطراب لم يظهر لدى الحالات نظرا لأن التسمية اقتصرت على عنصرين فقط ومعلومين جيدا هما الساعة والقلم ، كما أن كل من كوغلن و(COUGHLAN) ووارنتن (WARRINGTON ,1978) قاما بمحاولة تحديد موقع الاصابات وتأثيرها على **التسمية** لدى الحالات الحاملة للاصابات الدماغية اليسرى ، و يرى هذان الباحثان أن الاصابات الموجودة على مستوى الفص مع انتشارها في بعض الأحيان نحوى المناطق الأخرى تنتج عنها أخطاء كثيرة ، أما كريمن (KREMIN) وكوسكاس (KOSKAS) فركزا سنة 1983على ان الاهمية تكمن في تحديد موقع الاصابة قبل انتشارها ، ويكون الاضطراب جد هام عند الحالات التي تكون اصاباتها في المنطقة الخلفية (منطقة فيرنيكي) وإذا كانت الاصابة في المنطقة الامامية تكون نسبة اضطرابات التسمية ضعيفة.

أن السيولة اللفظية الدلالية تكون ضعيفة وهذا ما يلاحظ عند استعمال بند **التسمية** حيث يظهر نقص الكلمة والترددات ولهذا ركز الكثير من الباحثين في هذه المرحلة على حبسة "أنوميا" أي التسمية ،وهذا للصعوبات التي ظهرت في تسمية الأشياء رغم سلامة القدرات الادراكية البصرية.

أما الصعوبات التي سجلناها في **فهم اللغة الكتابية** لدى الحالات (أ الجدول رقم3) فقد يكون مرتبط بعدم القدرة على ادراك الرموز الكتابية للجملة وبالتالي استخلاص المعنى ،أو لعدم القدرة على استرجاع المعنى المخزن في الذاكرة طويلة المدى(**تاقولميمت ص154**)،

أما الصعوبات المسجلة لدى الحالات في **الكتابة** فتعود إلى خلل على مستوى الألوغراف حيث بينت بعض الدراسات أن التعبير الكتابي يتسم بالأغرافيا المعجمية (Agraphie lexicale)(أو قد يعود لعدم القدرة على مسك القلم أو التحكم فيه ويعود هذا لاضطراب الأبراكسيا(اضطراب في النظام الحركي الكتابي) كما قد يعود لنسيان شكل الحرف و كيفية كتابته ويبدو هذا في إجابة الحالة لما تقول لا أعرف أو تكتب على شكل خطوط غير مفهومة.

أما الاضطرابات المسجلة على مستوى **الرسم** لدى بعض الحالات (الجدول3) فتعود لوجود أبراكسيا بنائية حيث أشار كريتشلي (Critchley) إلى هذا النوع من الاضطراب في تعريفه للأبراكسيا البنائية ،كما أشار (Mayercross) أن الخلل قد يرجع لوجود إصابة دماغية يسرى (المرجع السابق، ص155)،

أما **السكتة اللغوية أو الحبسة** والتي ميزت الحالة الحادية عشر ، فقد كان التدهور سائد على مستوى كل من الذاكرة واللغة وهذا نظرا لانتشار الاصابة في القشرة الدماغية وقد أشار " **براون**" أن الاصابة على مستوى الفص الصدغي سيتطور فيما بعد ليسبب حبسة. فالمرحلة الأخيرة أو الوخيمة من الاضطراب تقترب أو تصل إلى أعراض الحبسة الكلية حيث تكون كل من المظاهر اللسانية مصابة ، فالتعبير الشفهي والكتابي يكون مستحيل وإن وجد تظهر عليه اضطرابات متعددة ،كما أن الدراسات أثبتت عن طريق التصوير الطبقي بإرسال البوزيترون(TEP) أن اضطرابات اللغة ترتبط بالضعف الأيضي في النصف الأيسر للدماغ وبصفة خاصة على مستوى التلفيف الزاوي.

من خلال كل هذا يظهر أن الحالات تعاني من اضطرابات معرفية ولغوية مختلفة ،كما أن درجة هذه الاضطرابات تختلف باختلاف الحالات وباختلاف مدى انتشار الاصابة وتطور المرض فالحالات الأولى الحالة السادسة و التاسعة الحادية عشر هي الحالات الأشد إصابة، وذلك حسب نتائج الاختبار وبالاعتماد على تصنيف "فليمينغ" ، وقد يكون هذا التدهور راجع لانتشار الاصابة نحوى القشرة الترابطية للفصوص الجدارية ، القفوية، الجبهية، و التي تتدخل في عملية اللغة ، تنفيذ الأوامر وغيرها من العمليات المعرفية وقد أشار العديد من الباحثين من بينهم براون (Briwn) أن الاضطرابات في بداية المرض على مستوى الذاكرة لإصابة الفص الصدغي، فأنها تتطور فيما بعد نحو عرض الحبسة ، أبراكسيا، أقنوزيا وهذا لانتشار الاصابة في المناطق الأخرى.

2. الاستنتاج العام:

من خلال هذه الدراسة وضح لنا التحليل الكيفي لنتائج الحالات الصعوبات التي يعانيها المريض الزهايمري على مستوى اللغة وذلك من خلال:

- فشل بعض الحالات في **التسمية** و**الاعادة** نتيجة اضطراب **الطلاقة اللفظية** لديهم و**نقص الكلمة** ،وهذا ما وجدناه لدى الحالة الأولى، و الثالثة ، و السادسة، والتاسعة والحادية عشر.
- فشل بعض الحالات في **الفهم الشفوي** و**الكتابي** الناتج عن العجز في ادراك للرموز الكتابية وبالتالي استخلاص المعنى وهذا ما وجدناه لدى كل من الحالة الأولى، و السادسة، التاسعة ،الحادية عشر
- فشل بعض الحالات في **الكتابة** والتي تعود إلى خلل على مستوى الألوغرافي (على مستوى الدماغ) أو لعدم القدرة على مسك القلم أو التحكم فيه و قد يعود هذا لاضطراب الأبراكسيا ،كما قد يعود لنسيان شكل الحرف و كيفية كتابته ،ويبدو هذا في إجابة الحالة لما تقول لا أعرف أو تكتب على شكل خطوط غير مفهومة ومثل هذه الصعوبات ظهرت لدى الحالة الأولى والثانية والثالثة و الرابعة، والسادسة، والتاسعة .
- فشل بعض الحالات في **الرسم** يعود لوجود أبراكسيا بنائية ،حيث أشار كريتشلي (CRITCHLEY) إلى هذا النوع من الاضطراب في تعريفه للأبراكسيا البنائية كما أشرنا إلى ذلك من قبل ،وقد يرجع الخلل لوجود إصابة

دماغية يسرى كما أشار إلى ذلك (mayercross) ولاحظنا هذا لدى الحالة الأولى، والثانية ، والثالثة، والرابعة، والسادسة، والتاسعة وهي نفس الحالات التي تعاني من فشل في الكتابة.

و بوصولنا لهذه الحقائق نكون قد أجبنا على فرضيتنا الأولى والمتمثلة في:

يعاني مريض ألزهايمر من اضطراب لغوي متعدد.

ومن خلال نتائج الاختبار التي تحصلنا عليها تبيّن أن شدة الاضطراب اللغوي تختلف باختلاف شدة الاصابة وهذا ما تؤكده نتائج الحالات(جدول رقم4):

– **الحالة الأولى**: تحصلت على 06/ 30 أي(20%) نجاح و الباقي نسبة فشل(**80%**) وهي تمثل إصابة شديدة **عته حاد أما** نسبة الفشل المسجلة على مستوى اللغة كانت (**67.66%**) والباقي على الذاكرة.

– **الحالة الثالثة**: تحصلت على 30/13 أي (43.33%) و نسبة عجز كلية(**56.67%**) وهي تمثل **عته حاد** ونسبة العجز المسجلة على اللغة كانت (**33.34**)

– والحالة السادسة 30/8 (26.66) **عته حاد** ونسبة عجز (**73.34**) ، ونسبة العجز المسجلة على اللغة كانت (**33.34**)

– الحالة التاسعة 30/06 (20%) **عته حاد**، ونسبة عجز (**80%**)، ونسبة العجز على اللغة كانت**66.67%**.

– الحالة الحادية عشرلم تتحصل على أي درجة 30/00 ونسبة العجز **100% عته حاد** ، ونسبة العجز على اللغة كانت **100%**.

هذا كان على مستوى الحالات **الحادة**، وكذلك نلاحظ على مستوى الحالات **الخفيفة** كلما كانت **الإصابة خفيفة** كلما **قلت نسبة العجز على مستوى اللغة**، وهذا ما نلاحظه بقية الحالات (أنظر الجدول1)

وبهذا نصل لإثبات فرضيتنا الثانية والمتمثلة في:

تختلف شدة الاضطراب اللغوي باختلاف شدة الاصابة بمرض ألزهايمر .

ومن خلال نتائج الاختبار التي تحصلنا عليها تبين أن **طبيعة الاضطراب اللغوي تختلف لدى الحالات من نفس شدة اضطراب ألزهايمر** ،وهذا ما نلاحظه لدى الحالة الثانية مع الحالة الخامسة فكلاهما حقق21 دوجة على الاختبار (عته حاد) ولكن نلاحظ أن الحالة الثانية تسجل7/ 9 في اللغة ، حيث تخفق في كل من بند الكتابة والرسم ،في حين الحالة الخامسة تحقق (9/9) وتسجل تفوقا 100% في اللغة(الجدول رقم 3)

ونفس الملاحظة بين الحالة الأولى مع الحالة الثالثة، والحالة السادسة مع الحالة التاسعة، هذا على مستوى العته الحاد، كما تتكرر نفس الملاحظة لدى الحالات ذات الاصابة من النوع الخفيف مثل الحالة الرابعة مع الحالة السابعة كلاهما حقق 23 درجة على الاختبار ككل لكن الحالة السابعة تسجل تفوقا في كل من فهم اللغة الكتابية والكتابة والرسم100%، في حين الحالة الرابعة تسجل عجزا 100% على هذه البنود(أنظر الجدول 3)

وبالتالي نصل لإثبات فرضيتنا الثالثة والمتمثلة في:

تختلف طبيعة الاضطراب اللغوي لدى الحالات من نفس شدة اضطراب ألزهايمر.

من خلال جدول نتائج الاختبار الكلية نلاحظ أن الحالات ذات **العته الحاد** وهي الحالة1، والحالة 3، والحالة 6، والحالة 9 ، والحالة11 كلها ذات **مستوى ابتدائي**.

في حين الحالات **ذات العته الخفيف** الحالة2والحالة4، والحالة7 والحالة8 والحالة10 كلها **مستواها متوسط** باستثناء الحالة5**مستواها ثانوي**

أما الحالة 10 والتي **لا تعاني من العته** فمستواها **جامعي**.

ومنه نستنتج أن الاصابات الأكثر حدة(**العته الحاد**) هي الحالات ذات **المستوى التعليمي المنخفض**، والحالات الأقل حدة (**العته الخفيف** أو **عدم وجود عته**)هم ذوي **المستوى التعليمي الأعلى**

وبذلك تتحقق فرضيتنا الرابعة والمتمثلة في:

تختلف شدة الاصابة بمرض ألزهايمر لدى الحالات باختلاف المستوى التعليمي.

وهذا ما دعمته معظم البحوث التي تطرقت لدراسة العوامل التي تساعد على ظهور مرض الزهايمر أن هناك ارتباط قوي بين المستوى التعليمي المتدني ، وظهور المرض حيث تشير الدراسات إلى أن الأشخاص الذين يتمتعون بمستوى ثقافي عالي يتأخر لديهم ظهور المرض بالنسبة لذوي المستوى الثقافي الضعيف ويميل " دوبوا " " DUBOIS " في تفسيره لهذا العامل أن الأشخاص الذين لديهم المستوى الثقافي العالي كأنهم يدخرون كم هائل من المعارف فكلما كانت هذه الأخيرة كثيرة تأخر ظهور المرض ، كما أن النشاطات المعرفية تنقص مع التقدم في السن بالنسبة لمرحلة الشباب (**تاقولميمت،2009، ص 13**).

من خلال الجدول رقم (3) والذي يبين مستويات الاصابة على حسب الجنس، نلاحظ أنه ثمة (4) إناث من بين الـ(6) إناث مصابات بعته حاد و بنسبة 66.66% وحالتين كلاهما عته خفيف وبنسبة 33.33% وبنسب أجمالية 100% مصابات بالعته إناث

في حين أن عدد الذكور (5) ذكور منهم حالة واحدة عته حاد وبنسبة20% ،و 3 حالات عته خفيف وبنسبة 60% ،و حالة واحدة لا تعاني من العته وبنسبة 20% وبنسبة إجمالية 36.36%(الجدول2)

وعليه نستنتج أن الأكثر الإصابة هم الاناث (إصابة 100 %) مقابل 36.36 % إصابة ذكورا كما أنهن أكثر شدة (66.66% مقابل 20% إصابة حادة)

ومنه تحققت فرضيتنا الخامسة والمتمثلة في:

تختلف شدة الاصابة بمرض ألزهايمر حسب متغير الجنس.

وهذه النتيجة جاءت موافقة لما أشار إليه(نشوة عبد التواب 2007) أن معدلات الاصابة بمرض ألزهايمر بين الاناث أكثر من الذكور، كماأشارت نتائج الدراسة، التي نشرت بدورية " Journal of Clinical and Expérimental Neuropsycholy، ونقلتها **الفايناشيال تايمز البريطانية**، أن مرض الزهايمر يكون أشد فتكاً بالسيدات، ويصيبهم بأضرار أكبر من الرجال، لافتين إلى أن الإناث المصابات بالمرض، يُصبن بتدهور أكبر وأسرع في المخ، مقارنة بالذكور، حتى عندما يكن في نفس المرحلة من المرض.ومن ناحيته علق " كيث لوز "

استاذ علم النفس بجامعة **هيرتفوردشاير** ومعد الدراسة على تلك النتائج، قائلا إن "عنصراً في مرض الزهايمر يؤثر في النساء أكثر من الرجال، خلافاً لتراجع وظائف العقل المرتبط بعملية الشيخوخة الطبيعية" مرجحا أن يكون السبب هو الهرمونات النسائية، والتي تؤدي إلى خسارة النساء لمخزون الاستروجين، الذي يؤدي دوراً أساسًا في الدماغ، بعد انقطاع الطمث، في حين يعوض مخزون الرجال المعرفي، في الجانب الآخر عن آثار المرض(http://main.islammessage.com

وبهذا نكون قد أجبنا على الإشكالية الرئيسية لموضوع دراستنا والمتمثل في:

ما طبيعة الاضطراب اللغوي لدى مريض ألزهايمر؟

حيث وقفنا على أشكال مختلفة وبمستويات مختلفة من الاضطراب اللغوي حسب اختبار الفحص المختصر للحالة العقلية(MMSE) لدى الحالات المصابة بمرض ألزهايمر(**التسمية، الإعادة، فهم، اللغة الشفوية ، فهم اللغة، الكتابية، الرسم، اللغة الكتابية**

كما قد أجبنا على فرضيات العمل، حيث قمنا بتأكيدها كلها وذلك وفقا لما أفرزته نتائج تطبيق الاختبار على مجموعة الدراسة.

توصيات:

إن أهم ما نود الاشارة إليه في هذه التوصيات يدور حول اختبار الفحص المختصر للحالة العقلية(MMSE) والمتمثل فيما يلي:

- لابد من إعادة النظر والتدقيق الجيد في بنود الاختبار خاصة وأنه شائع الاستعمال في الوسط العيادي، حيث أن بعض بنوده تتأثر بعوامل أخرى خارجة عن نطاق الحالة، ومثل ذلك بنود التوجه المكاني، فحين نسأل الحالة عن اسم المستشفى والمكان الموجود فيه هذا المستشفى وعن المدينة ،فالحالة أحيانا تكون قادمة من مدينة أخرى تجهل إسم المكان المتواجد فيه المستشفى وربما لم يسبق لها حتى معرفة المدينة أو اسم المستشفى ،فهذا المستوى من البنود في هذه الحالات يتعرض لتأثير جهل الحالة وليس بسبب اضطراب التوجه المكاني، كما أن هذا البند وبهذه الصياغة يشكل عائقا وصعوبة أمام الدارس-خاصة مع صعوبة الحصول على الحالات- حيث أَنَ تجنُبَ اشكالية عدم الدراية بالمكان(جهل المكان أصلا) يتطلب اجراء الدراسة على المقيمين فقط بالولاية ولهم دراية سابقة بالمكان.

- كما أن البنود (وهي عبارة عن مستويات معرفية دقيقة ومعقدة) و التي تم تنقيطها بنقطة واحدة عند الجواب الكامل أو الصفر(يعني خيارين لا ثالث لهما) ومثال ذلك على مستوى بنود اللغة (الإعادة ، فهم اللغة الكتابية ، اللغة الكتابية، الرسم) فالحالة من حيث المنطق لا يمكن تقييمها إما بـ0% عند الدرجة(0) أو100% عند الدرجة(1) خاصة في المرحلة الأولى أين تكون اللغة غير متأثرة كثيرا بعْدُ، وفي المرحلة الثانية أين تكون مستويات الاضطراب متفاوتة فيما بينها، وعليه نقترح أن تكون فيه بدائل أكثر من مجرد بديلين.

الخاتمة:

مرض الزهايمر في واقعنا – في الحدود المكانية للدراسة على الأقل– أنه مرض يحمل صفة الحاضر الغائب، وبتعبير آخر الواقع المستتر، وهو الأمر الذي حفّزنا على تناول هذا الموضوع فمن خلال النزول للميدان ومن خلال تتبع الاحصائيات الطبية محليا وعالميا، وجدنا أن هذا الداء يسري كما تسري النار في الهشيم، دون أن يولي له الباحثين والمهتمين في ميدان البحث العلمي المحلي الاهتمام اللازم، وفي ظل تكتم المجتمع عليه، والذي يُولّد احراجا لديهم، فالمريض يُمْسَكُ ويُحْبَسُ ويُفْصَلُ عن العالم الخارجي خوفا عليه وتحرجا من الآخرين، وفي غياب أساليب التعامل الصحيح مع هذه الفئة وفي غياب أية مراكز أو جمعيات تعنى باحتياجاتهم، يبقى مصير المصاب مُعلقا بالوقع الذي يعيش فيه إلى أن يَقْضي أجله.

ولهذه الأسباب ،وهذا الواقع ،جاء موضوع دراستنا هاته ،لتسليط الضوء عليه ومحاولة ازالة النقاب عنه، والخوض فيه ،وقد تناولنا فيه جانبا واحدا وهو الجانب اللغوي، ونأمل أن يُتبع بدراسات أخرى من مختلف الجوانب، خاصة النفسية منها من أجل إيجاد سبل تكفل وسبل تواصل فعّال مع هذه الفئة، و بالرغم من أن هذا المرض لم تعرف له أسبابا و لا علاجا لحد الساعة، فإنا نؤمن بأنه" **لكل داء دواء إلا السام(أي الموت)**" كما قال الرسول محمد صلى الله عليه وسلم، ولكن فقط لابد من تواصل البحوث والجهود في هذا.

المراجع:

1- جونتون شيب، دليل الأطباء للصحة الفموية لدى المرضى المسنين، النشر العلمي والمطابع، جامعة الملك سعود، المملكة العربية السعودية.

2- حسينة ميلودي، تناول سيكوعصبي لمتلازمة وليامس- بوران، تأثير اضطراب بنية الحيز الفضائي على تعلم الحساب، دورية فصلية محكمة، العدد الأول، ، مركز البصيرة جانفي 2012.

3- رونالد بيترسن، داء الألزهايمر، الدار العربية للعلوم، ط1، 1423 هـ-2003م.

4- رياض نجيب فيكاني، كيف تتعامل مع الألزهايمر، دار الساقي، ط1، 2008، بيروت- لبنان.

5- فريدة تاقوليمت، تقييم الوظائف المعرفية لدى المصاب بالعته من النوع ألزهايمر بتقنين اختبار Mini- mental state examinassions لfolstein على البيئة الجزائرية ، تناول نفسي عصبي ، مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس العصبي، تحت اشراف د. سعيدة ابراهيم جامعة الجزائر ، 2008-2009.

6- نشوة عبد التواب حسين، الأسس النفسية العصبية للوظائف التنفيذية، إيتراك للطباعة والنشر والتوزيع، ط1، القاهرة، مصر 2007

7- نواني حسين، اضطرابات اللغة و النشاطات المعرفية المرتبطة بها، أبحاث معرفية، مجلة علمية دولية سنوية محكمة منخصصة في العلوم المعرفية، العدد الأول، الجزائر 2012.

8- http://main.Islammersage.com/newspage.

9- http://www.algerienhandicap.com/t334-topic.