

الاضطرابات المعرفية العصبية الجسيمة: خرف الزهايمر نموذجاً

Major neurocognitive disorders: Alzheimer's dementia as a model

* بوريدح نفيسة

جامعة الجزائر2 أبو القاسم سعد الله

nafissa.bouridah@univ-alger2.dz

تاريخ القبول : 2023/9/21

تاريخ الاستلام: 2023/7/22

ملخص:

يصنف خرف الزهايمر في الدليل التشخيصي والإحصائي للصحة العقلية في طبعته الخامسة (DSM-5) ضمن الاضطرابات المعرفية العصبية الجسيمة TNCM المميزة للأمراض العصبية التنكسية والتي تعتبرها مظاهر عيادية متنوعة ذات طابع تقدمي وتدرجي عبر الزمن. هدف المقال الحالي إلى إبراز دور التدخل الأرتوفوني وأهميته في عملية التكفل بالفرد المصاب بخرف الزهايمر كنموذج للاضطراب المعرفي العصبي الجسيم وذلك من خلال تسليط الضوء على معايير تشخيصه ووصف مظاهره العيادية المعرفية منها واللغوية والتواصلية، وتوضيح طرق وأساليب تقييمها، كما تناول المقال أهم المقاربات والمحاور الأساسية لعملية التكفل الأرتوفوني بالمرضى والتي تستند على مختلف الأطر النظرية إلى جانب المعطيات العيادية المستقاة من الميدان. الكلمات المفتاحية: خرف الزهايمر؛ الاضطرابات العصبية المعرفية الجسيمة؛ الأمراض العصبية الانتكاسية؛ التكفل الأرتوفوني.

Abstract:

The DSM-5 classifies Alzheimer's dementia as a major neurocognitive disorder (NCD), which is specific to neurodegenerative diseases and characterized by diverse clinical features that progress over time. This article focuses on the role and importance of speech therapy intervention in the care process for individuals with Alzheimer's dementia as a model of major neurocognitive disorders, highlighting the diagnostic criteria, as well as the cognitive, linguistic, and communicative clinical features, evaluation methods, approaches, and main aspects of speech therapy care for patients, which are based on various theoretical frameworks, in addition to clinical data obtained from the field.

Keywords:

Alzheimer's dementia; Major neurocognitive disorders; neurodegenerative diseases; Therapy care.

مقدمة:

يتخلى الدليل التشخيصي والإحصائي للصحة العقلية في طبعته الخامسة (DSM-5) عن مصطلح الخرف ليستبدله بمصطلح الاضطرابات المعرفية العصبية الجسدية، حسب الدليل، يشكل مصطلح الخرف نوعاً من الوصم اتجاه الأفراد المصابين بالأمراض العصبية الانتكاسية، رغم ذلك وفي ظل غياب إجماع على استعمال المصطلح المقترح في الدليل، لا يزال مصطلح الخرف متداولاً في الأدبيات المعرفية العصبية الحديثة (Gil & Wager, 2021) وبالتالي نتبنى في هذا المقال مصطلح الخرف ومتلازمة الخرف لنعت الإصابات المعرفية العصبية الجسدية المميزة لمرض الزهايمر.

تتمثل الاضطرابات المعرفية العصبية في تدني مكتسب تقدمي ودال يمس أحد أو عدة ميادين معرفية وهي تنقسم حسب ما جاء في الدليل التشخيصي إلى نوعين يتمثل النوع الأول في الاضطرابات المعرفية العصبية الخفيفة (TNCL) التي تخص مرحلة ما قبل الخرف بينما يضم النوع الثاني الاضطرابات المعرفية العصبية الجسدية (TNCLM) المعروفة بالخرف (Américaine, Crocq, Guelfi, Boyer, Pull, & Pull, 2015).

يختلف النوعان من حيث شدة الاضطرابات وتأثيرها السلبي على الحياة اليومية للمريض، حيث يعرف الاضطراب المعرفي العصبي الخفيف بتدني على مستوى القدرات المعرفية يفوق التدني المتواجد في ما يسمى بالشيخوخة العادية وهو لا يؤثر على نشاطات الحياة اليومية غير أن هذه الأخيرة تأخذ من الفرد وقتاً وجهداً أكبر من المعتاد لانجازها، بينما ينعكس الاضطراب المعرفي العصبي الشديد سلباً على الحياة اليومية، ويحد من نشاطات الفرد المعتادة مما يستدعي إعانة شخص ثان ومرافقته في إنجاز المهام ذاتها التي تدنت قدرة تحقيقها لدى المريض تدنيا معتبراً (Seron & Van Der Lindel, 2018)، تمس الاضطرابات المعرفية العصبية جل الميادين المعرفية على غرار الانتباه والتعلم والذاكرة والوظائف التنفيذية واللغة والقدرات البصرية التركيبية والبصرية الإدراكية إلى جانب ميدان المعرفة الاجتماعية ويستدعي استكشافها خضوع المريض لاختبارات مرجعية ومقننة (Jeff rey, 2012).

تظهر الاضطرابات المعرفية العصبية في الأمراض العصبية الانتكاسية مثل مرض أجسام لوي والانتكاس الفصي الجبهي الصدغي والانتكاس الوعائي والإصابة بفيروس الإيدز إلى جانب مرض Prions ومرض باركنسون والانتكاس المختلط الذي يصيب القشرة وتحت القشرة وغيرها، في حين يشكل مرض الزهايمر السبب الأكثر انتشاراً في الاضطراب العصبي المعرفي الشديد، إذ يمثل بين 50 و70/100 من متلازمات الخرف (Léger & Mas, 2015).

يتميز خرف الزهايمر بمظاهر عيادية معقدة ومتنوعة تستدعي تدخل فرقة متعددة التخصصات يتصدرها المختص الأرتوفوني الذي يقوم بالتكفل اللغوي، المعرفي والنفسي العصبي بهذه الفئة، وذلك بإتباع مسار عيادي ممنهج ومنتظم يستند على الأطر النظرية، وكذا على المعطيات العيادية المستقاة من الميدان.

يهتم هذا المقال بخرف الزهايمر كنموذج للاضطراب المعرفي العصبي الجسيم، ويهدف إلى توضيح معايير تشخيصه ومظاهره العيادية وإبراز دور المختص الأرتوفوني في عملية التكفل بالفئة المصابة.

1. معايير تشخيص خرف الزهايمر

يحدد الدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض العقلية في طبعته الخامسة (DSM-5, Américaine, Crocq, Guelfi, Boyer, Pull, & Pull, 2015) المعايير الآتية لتشخيص خرف الزهايمر:

ظهور اضطرابات معرفية متعددة تتمثل في:

- إصابة الذاكرة (القدرة على تعلم معلومات جديدة أو تذكر المعلومات المكتسبة قبليا)
- إصابة أو إصابات معرفية متعددة تخص الميادين الآتية:
 - ✓ اضطراب اللغة (الحبسة)
 - ✓ الأبرا كسيا أو تعذر الأداء الحركي (إصابة الأداء الحركي دون شلل أو إصابة عضوية حركية)
 - ✓ الأفنوزيا أو العمه الإدراكي (اضطراب القدرات الإدراكية والتعرف على المثيرات الخارجية رغم سلامة المستقبلات الحسية)
 - ✓ اضطراب الوظائف التنفيذية (القدرة على التخطيط وتنظيم الأنشطة في مجالها الزمني، القدرة على التفكير المجرد)
- تأثير المعايير المحددة أعلاه على الجانب الاجتماعي والمهني حيث تمثل تدنيا معرفيا دالا مقارنة بالقدرات القبلية للمريض
- ظهور الإصابات المذكورة أعلاه بشكل تدريجي وتدني متواصل ومستمر
- استبعاد إصابة الجهاز العصبي المركزي التي تتسبب في اضطراب تدريجي للذاكرة والوظائف المعرفية مثل الأمراض الوعائية الدماغية، مرض الباركنسون مرض هنتينغتون، الورم الدموي (l'hématome sus-dural) استسقاء الدماغ ذو الضغط العادي والأورام الدماغية

- استبعاد بعض الإصابات المسببة لبعض أعراض الخرف مثل نقص فيتامين B12 حمول الغدة الدرقية، زيادة نسبة الكالسيوم في الدم، الزهري العصبي، إصابة بفيروس نقص المناعة البشرية
 - استبعاد ظهور الأعراض المحددة حصرياً أثناء متلازمة الهذيان
 - استبعاد ظهور الاضطرابات نتيجة الإصابة باكتئاب شديد أو مرض عقلي كالقصور
 - تقنين المعايير وفق وجود أو غياب اضطرابات سلوكية مصاحبة للاضطرابات المحددة أعلاه
 - تحديد النوع الفرعي للمرض
 - ظهور الأعراض في سن 65 أو قبل هذا السن
- إلى جانب الدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض العقلية في طبعته الخامسة، تحدد المجموعة الأمريكية المتعددة التخصصات NINCDS-ADRDA (Jeff rey, 2012)، المعايير الآتية لتشخيص خرف الزهايمر:
- تحديد الخرف بوسيلة اختبار الفحص المختصر للحالة العقلية MMSE (Folstein, & MCHugh, 1975) واختبارات نفسية عصبية مرجعية.
 - إصابة ميدانين أو أكثر من الميادين المعرفية.
 - إصابة تقدمية للذاكرة وبعض الميادين المعرفية
 - غياب اضطرابات الوعي
 - ظهور الأعراض بين 40 و90 سنة وغالباً بعد سن 65
 - غياب الأمراض الدماغية وأمراض الجهاز العصبي التي تخلف اضطرابات تقدمية للذاكرة والوظائف المعرفية.
- بتأمل المعايير المحددة أعلاه نجد أن الاضطرابات المعرفية المذكورة تضم إصابة ميدانين على الأقل من الميادين المتعلقة بتذكر معلومات جديدة أو اكتسابها، اضطراب القدرة على الاستدلال أو انجاز المهام المعقدة، إصابة القدرات البصرية الحيزية، إصابة اللغة وتغير على مستوى السلوك والشخصية. كما نستخلص أن ذات المعايير لا تنطبق على المراحل ما قبل الخرف وهي تحدد شكلين لخرف الزهايمر، الشكل النسياني وهو الغالب في هذا المرض و يجمع اضطراب التعلم أو تذكر معلومات جديدة، اضطراب الإنتباه واضطراب ميدان واحد من الميادين المعرفية الأخرى على الأقل. أما الشكل الثاني أو غير النسياني فيتميز بظهور حبسة يهيمن عليها اضطراب فقدان الكلمة، اضطرابات

بصرية حيزية تتمثل في أقنوزيا الأشياء، أقنوزيا الوجوه، اضطراب التعرف المكاني، تعذر القراءة إلى جانب اضطراب الوظائف التنفيذية على وجه الخصوص اضطراب الاستدلال والقدرة على حل المشكلات وأخذ القرارات و اضطرابات معرفية أخرى تتنوع حسب الحالات.

كما نستنبط معايير إضافية لتشخيص خرف الزهايمر تخص استبعاد بعض الأمراض والإصابات من بينها اضطراب الوظائف المعرفية التي تعزى للحوادث الدماغية الوعائية والعلامات الرئيسية لخرف أجسام ليوي(DCL) والانتكاس الفصي الجبهي الصدغي، الخرف الدلالي والحبسة التدريجية الأولية والأمراض العصبية المؤثرة على الوظائف المعرفية(Ranville & Carter, 1998) .

يتفق كل من الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للصحة العقلية-DSM 5 و المجموعة الأمريكية متعددة التخصصات NINCDS-ADRDA أن قدرات التذكر والقدرات الإدراكية البصرية الحيزية واللغة والوظائف التنفيذية هي الميادين المعرفية التي يركز عليها التشخيص مع التأكيد على إصابة ميادين معرفية أخرى. في حين يؤكد الدليل على ضرورة استكشاف تدني معرفي دال بين القدرات المعرفية القبلية و البعدية للمريض، زيادة عن تأثير الاضطرابات المعرفية على الحياة اليومية وتبعية المريض لمساعدة شخص آخر كحد فاصل بين الاضطراب المعرفي الخفيف الذي غالباً ما يمثل مرحلة ما قبل الخرف وبين الاضطراب المعرفي العصبي الشديد الذي يمثل الخرف.

2. المظاهر العيادية لخرف الزهايمر:

يتميز خرف الزهايمر بظهور مجموعة من الاضطرابات المعرفية نناقشها في ما يلي:

1.2. اضطراب الذاكرة:

يعد اضطراب الذاكرة عرضاً معرفياً يتصدر خرف الزهايمر كما أنه مؤشر أساسي و علامة مبكرة للإصابة بهذا المرض، ينعكس اضطراب الذاكرة سلباً على القدرة على إنجاز نشاطات الحياة اليومية والمهنية والاجتماعية إذ يواجه المريض صعوبات في مواعيده مع الأشخاص ومواعيد أخذ دوائه واقتناء مشترياته، كما ينسى غلق الأبواب مثلاً أو غلق الغاز ومكان وضع الأشياء وغيرها. يمس اضطراب الذاكرة في مرض الزهايمر مستوى التعرف على المعلومة واستدعائها.

يتميز النسيان الزهايمري بكونه نسياناً حصيناً (hypocampique) يتعلق باضطراب التخزين وقصور في توطيد المعلومات، بالإضافة إلى سرعة النسيان ما يخلف فقدان القدرة على الاكتساب والتعلم واستحضار الذكريات، إلى جانب انحلال تدريجي في مخزون الذاكرة أو صعوبة النفاذ إلى هذا المخزون، ويؤدي انحلال مخزون الذاكرة إلى فقدان القدرة على التعرف على الذكريات المتعلقة

بالأحداث الاجتماعية والسيرة الذاتية، وبالتالي تصاب ذاكرة الأحداث بداية من الذكريات الحديثة وتبقى الذكريات القديمة أقل إصابة تبعاً لقانون Ribo (Ranville & Carter, 1998).

تكون الذاكرة العرضية في السنوات الأولى من المرض اشد إصابة من الذاكرة الدلالية عكس ما هو ملاحظ في الخرف الدلالي أين تندهور الذاكرة الدلالية أكثر من الذاكرة العرضية، و يظهر اضطراب الذاكرة الدلالية في اختبار السيولة الدلالية، بينما يكشف اختبار السعة اللفظية واختبار سعة الأرقام اضطرابات على مستوى الذاكرة العاملة والذاكرة الآنية، في هذا الصدد يدلي Eustache وآخرون (2015) (Eustache F., Bejanin, Lambert, & Laisney, 2015) أنّ أنواع الذاكرة الأكثر هشاشة في مرض الزهايمر هي الذاكرة ذات المستوى العالي والمتمثلة في الذاكرة العرضية والذاكرة الدلالية والذاكرة العاملة مقارنة بالذاكرة ذات المستوى المنخفض والمتمثلة في الذاكرة الإجرائية والذاكرة الحسية.

2.2. اضطراب اللغة:

تعد اللغة من المظاهر الأكثر اضطراباً في مرض الزهايمر، حيث يعترها فقركي وكيفي على مستوى التعبير مع اضطراب السيولة الدلالية الذي يكون في البداية أكثر بروزاً من اضطراب السيولة الفونيمية واضطراب النحو والتركييب، أما الاضطراب المهيم على المستوى اللغوي فيتمثل في فقدان الكلمة الملاحظ في الكلام العفوي وفي تسمية المواجهة. يتميز فقدان الكلمة في المراحل الأولى من المرض بلجوء المصاب إلى استراتيجيات التخفيف مثل المقاربة الدلالية والفونيمية والإرداف إلى جانب السلوكيات الموقفية التي تعتبر إجابات ذاتية مقارنة بالإجابات المرجعية (بوريدح، 2021). كما تعترى اللغة المنطوقة عدة أعراض مثل الصدوية اللفظية واللجلجة و صعوبة فهم اللغة المسموعة مع الحفاظ على قدرات التكرار.

تشكل الاضطرابات اللغوية في مرض الزهايمر متلازمة الحبسة الانتكاسية وتفسر بإصابة الذاكرة الدلالية التي تعد جزءاً من الذاكرة طويلة المدى التي تحمل مختلف المعارف والرموز عن العالم الخارجي، و تصاب نتيجة تدهور مخزون المعلومات الدلالية أو نتيجة صعوبة النفاذ لهذا المخزون. ويتجلى ذلك عيادياً من خلال طبيعة إجابات المريض في مهمة تسمية الصور و مهام دلالية أخرى كالتعيين والتعرف على الكلمات، ففي حالة تدهور المخزون الدلالي نجد أنّ المريض يخفق في كل الإختبارات ذات الطابع الدلالي و يظهر نفس الأخطاء رغم تنوع المهام (التسمية، التعيين، التعرف، التصنيف وغيرها)، أما في حالة صعوبة النفاذ للشبكة الدلالية فتظهر الصعوبة على مستوى تسمية مختلف المثبرات، بينما يتمكن المريض من التعرف على المثبرات ذاتها بصرياً وسمعيّاً، كما يستجيب

للتسهيلات والإعانات و المؤشرات المقدمة من طرف الفاحص (بوريدح، 2021)، وتدلي الدراسات في هذا الموضوع أنّ صعوبة النفاذ للشبكة الدلالية يميز المراحل الخفيفة وبين الخفيفة والمتوسطة من الخرف بينما يميز تدهور نفس الشبكة المراحل المتوسطة و الشديدة (Eustache, Faure, & Desgranges, 2013).

يظهر مريض الزهايمر في اختبار تسمية المواجهة أو تسمية الصور أخطاء دلالية تصنف ضمن البرافازيا الشمولية حيث يعطي صنف الكلمة الهدف (الكل) عوض نوعها (الجزء)، مثلاً في الكلمة الهدف /نمر/ يجيب /حيوان/ أو /حيوان متوحش/، في كلمة /تفاحة/ يجيب /فاكهة/ وغيرها ممّا يترجم إصابة النظام الدلالي من الأسفل نحو الأعلى أي من الخاص نحو العام ومن الكل نحو الجزء (Laillier, de la Sayette, & Eustache, 2016) إلى جانب الاضطرابات الدلالية يظهر مريض الزهايمر اضطرابات براقماتية تمس بصفة مباشرة القدرات التواصلية مثل فعالية الخطاب و القدرة على فهم المحاور وتبليغ الرسالة اللغوية (Rousseau T. , La communication dans la maladie d'Alzheimer, 2009). يرتبط المستوى البراقماتي بالمعرفة الاجتماعية، ونظرية العقل من حيث فهم تفكير المحاور ونواياه وما يريد إيصاله إلى جانب فهم النغمة العاطفية والمواربة وغيرها. تتداخل الاضطرابات اللغوية مع الاضطرابات التواصلية في خرف الزهايمر حيث تظهر هذه الأخيرة في المراحل المبتدئة وهذا ما تبينه اختبارات التواصل مثل اختبار ليل للتواصل TLC (Test Lillois de la Communication) (Rousseaux, Delacourt, Wyrzikowzki, & Lefeuvre, 2001) وغيرها، حيث يكشف تقييم

التواصل عن ضعف فعالية الخطاب وانسجامة بسبب غياب الربط المنطقي بين مواضيع الحوار والتخلي عن موضوع دون إكمال الفكرة وعدم إضافة معلومات جديدة تثير التبادل خلال العملية التواصلية. في السياق ذاته، تخل الاضطرابات النحوية الصرفية والتركيبية باتساق الخطاب نتيجة غياب أو إبدال على مستوى أدوات الربط والضمائر واستعمال الأفعال الخاطئة من حيث الزمن والجنس والنوع وغيرها، في حين يحافظ المصاب على الرغبة في التواصل في المراحل الخفيفة والمتوسطة من المرض. تتطور حبسة الزهايمر نحو الرطانة وانحلال التراكيب والخرس، على مستوى اللغة المكتوبة تظهر متلازمة تعذر القراءة والكتابة (Alexie Agraphie)، وتكون القدرة على القراءة المجهورة أحسن من القدرة على التعبير المنطوق وباقي قدرات اللغة المكتوبة.

3.2. الاضطرابات البصرية الحيزية والتركيبية:

تتجلى هذه الاضطرابات في الفحص الأرتو فوني من خلال فشل المريض في رسم مكعب أو دائرتين أو زهرة بأجزائها، و عدم قدرته على استغلال الحيز المخصص للرسم كأن يستعمل جزءاً صغيراً أو

زاوية محددة من الورقة ويترك المكان الباقي فارغاً و ذلك جراء اختلال ما يسمى بالمسح الحيزي (le balayage spatial). ينعكس الاضطراب البصري الحيزي على الحياة اليومية للمريض حيث يفقد القدرة على التوجه خارج منزله وفي الحالات الشديدة لا يتمكن من التوجه حتى داخل منزله مما يشكل خطراً على المريض وعبئاً على العائلة.

4.2. تعذر الأداء الحركي (الأبراكسيا):

نجد الأبراكسيا الحركية الفكرية والأبراكسيا الفكرية على وجه الخصوص، وترجم بفقدان المريض القدرة على استعمال أشياء وأدوات الحياة اليومية كاستعمال فرشاة الأسنان وأدوات الأكل وغيرها، كما تظهر في الحالات الشديدة أبراكسيا اللباس مما يفقد المريض استقلالته في إنجاز النشاطات الأساسية للحياة اليومية.

5.2. العمه الإدراكي (الأقنوزيا):

يهيمن العمه الإدراكي البصري على باقي أنواع الاضطرابات الإدراكية ويتجلى من خلال فقدان المريض القدرة على التعرف على الأشياء المحيطة به، وفقدانه قدرة التعرف على الوجوه تصل في الخرف الشديد إلى عدم تعرفه على وجهه في المرآة حيث يدرك وجهه على أنه وجه شخص غريب. في هذه المرحلة يظهر على المريض عرض غياب الوعي بالاضطراب.

6.2 اضطراب الوظائف التنفيذية والحكم والاستدلال:

يتميز اضطراب الانتباه المتواصل والانتباه الموزع المراحل المبكرة من خرف الزهايمر، إلى جانب اضطراب وظيفة الكف التي تظهر من خلال البطء في الاستجابة وامتداد زمن الكمون، في السياق ذاته، يربط بعض الباحثين اضطرابات الحكم والاستدلال بإصابة الذاكرة الدلالية وإصابة فهم المسموع والمكتوب كما يشيرون إلى تأثير اضطراب المرونة الذهنية على نظرية العقل المعرفية، وتأثير اضطراب وظيفة الكف على نظرية العقل العاطفية (Gil & Wager, 2021)

نلاحظ من خلال ما سبق عرضه أنّ المصاب بخرف الزهايمر يظهر مجموعة متنوعة من الأعراض تمس جل الميادين المعرفية وتؤثر سلباً على حياته اليومية وتبادلاته وتفاعلاته الاجتماعية، كما تؤثر على وظائف أخرى أهمها وظيفة البلع، فحسب مراحل تطور المرض يعاني المصاب من اضطرابات على مستوى وظيفة البلع تتجلى من خلال تمديد في الفترة الفموية وتمديد في عملية المضغ وضعفها مع الإبقاء على الأكل في الفم لمدة طويلة، إضافة إلى تأخر منعكس البلع الذي يؤدي إلى تسرب بقايا الطعام داخل المسالك التنفسية ما يجعل المريض عرضة للإصابات التنفسية التي تشكل خطراً

جسيمياً على حياته. ترتبط اضطرابات البلع عموماً بالإصابات الحسية مثل الأقنوزيا الفمية وأبراكسيا البلع، وتتدهور وظيفة البلع مع تدهور الوظائف المعرفية التي تمس الأنشطة الإرادية مثل المراحل الفمية وما قبل الفمية لعملية البلع.

تتفاقم شدة الاضطرابات المعرفية واضطراب الوظائف ذات العلاقة عبر مراحل تطور المرض ما يجعلنا ننوه بضرورة التدخل الأرتوفوني وأهميته ضمن التكفل المتعدد الإحصاصات بمريض الزهايمر وهذا ما نوضحه في العرض الموالي.

3. التكفل الأرتوفوني بمريض الزهايمر:

تكتسي الأمراض العصبية الانتكاسية طابعاً تقديمياً متدرج الشدة و مستداماً ما يعني أن الاضطرابات تتفاقم عبر الزمن وعبر مختلف مراحل تطور المرض. وبالتالي فإن عملية التكفل الأرتوفوني بالمريض لا تهدف لمحاولة استرجاع قدراته القبلية أو توقيف تطور المرض بل تهدف أساساً إلى إنشاء علاقة مع المريض في مرحلة مبكرة ومحاولة الحفاظ عليه كفرد يتواصل ويتبادل مع وسطه لأبعد حد ممكن (Bouridah, 2018). يتبع المختص الأرتوفوني طريقة التقييم المتواصل قصد التقصي عن القدرات المتبقية واستغلالها في العملية التواصلية وفي الحياة اليومية للمريض، محاولاً بذلك تجنب قدر المستطاع التدهور السريع للحالة والحفاظ على التواصل اللفظي أو غير اللفظي الذي يؤمن استمرار تفاعل المريض مع وسطه وتجنبيه بعض الاضطرابات السلوكية كالعزلة والعدوانية والقلق التي تعتبر كردود أفعال عن عجز المريض عن التعبير والتواصل.

يحدد المختص الأرتوفوني أهداف تدخله من خلال مرافقته وتوجيهاته للمريض ولأفراد محيطه ومرافقيه في حياته اليومية، بغية التعرف على طبيعة احتياجاته التواصلية وكيفية ونمط تفاعله حتى يتسنى له اختيار الطريقة الملائمة لعملية التأهيل مثل طريقة العلاج النسقي البيئي (thérapie éco systémique) وغيرها. وتقوم عملية التكفل أساساً على المقابلة العيادية مع المريض و مع مرافقيه تكون المقابلة منظمة ومنتظمة تسير عبر مراحل محددة مسبقاً تشمل محاور أساسية من أهمها ما يلي:

1.3. رصد دواعي الاستشارة الأرتوفونية وتقييمها:

تتعلق دواعي الاستشارة بالمرحلة التي يتقدم فيها المريض للفحص وتدور عموماً حول اضطراب الذاكرة أو اللغة أو ظهور اضطرابات سلوكية غير معهودة لدى المريض، تتعلق الشكوى بالمرحلة التي يتقدم فيها المريض للاستشارة وبمدى تطور الاضطرابات أثناء طلب الفحص الأرتوفوني، في بعض الحالات يكون المريض واعياً بصعوباته ويعبر عن شكواه من النسيان و من فقدان الكلمة والبطء في

أداء بعض أنشطة الحياة اليومية وغيرها، أما في الحالات المصابة بفقدان الوعي بالاضطراب أو إهمال الاضطراب وعدم تقدير خطورته، فنجد أن المحيط هو من يدلي بالشكوى للفاحص ويشرح الصعوبات التي يعاني منها المريض.

2.3. الحصيلة التاريخية:

تشمل كل المعلومات الإدارية والشخصية عن المريض إلى جانب التقصي عن تاريخ ظهور الاضطرابات وكيفية تطورها ووتيرتها، تحوي هذه الحصيلة كل السوابق المرضية للمفحوص ولعائلته، مع التقصي عن وجود إصابات مماثلة في العائلة والاستفسار عن خضوع المريض لأدوية معينة مع الإطلاع عن الملف الطبي إذا كان ذلك متاحاً (بوريدح، 2021).

3.3. التقييم النفسي العصبي:

يعد التقييم أساس المقابلة العيادية والقاعدة التي تبني عليها أهداف التكفل. يمكن أن يساهم التقييم في الكشف عن خرف الزهايمر ويمكن أن يكون بهدف التأهيل والمرافقة ووضع استراتيجيات للتدخل باعتماد وسائل مصممة لهذا الغرض. يقوم المختص الأرتوفوني باختيار الوسائل الملائمة حسب الهدف المحدد ففي المقابلات التقييمية الأولى يعمل على وضع حصيلة عامة وشاملة تسمى بالحصيلة القاعدية تتميز بكونها سريعة ترصد جل الميادين المعرفية التي يمسها خرف الزهايمر. لا يسعنا هذا المقام لإرساء قائمة محددة لكل وسائل واختبارات التقييم النفسي العصبي وعليه نرتئي أن نتطرق لبعض وسائل إرساء الحصيلة النفسية العصبية القاعدية وبعض وسائل إرساء الحصيلة النفسية العصبية الخاصة باعتبار أن لكل حصيلة خصائص وأهداف تميزها (بوريدح، 2021).

1.3.3 الحصيلة النفسية العصبية القاعدية:

كما سبق وأن وضحناه أعلاه تعد الحصيلة القاعدية الركيزة الأساسية لعملية التقييم والتكفل الأرتوفوني بخرف الزهايمر، تتميز بكونها سريعة وشاملة لجل الميادين المعرفية التي تصاب عموماً في هذا المرض وهي تمكن من رصد مختلف الاضطرابات التي يعاني منها المريض بواسطة تمرير اختبار أو مجموعة من الإختبارات المرجعية المصممة لهذا الغرض. من أهم الاختبارات السريعة التي أثبتت فعاليتها في استكشاف وتشخيص خرف الزهايمر نذكر اختبار الفحص المختصر للحالة العقلية MMSE (Folstein, Folstein, & MCHugh, 1975) الذي يستعمل لتقييم التوجه وذاكرة ثلاث كلمات واللغة والأبراكسيا التركيبية، وبالتالي تمكن العلامات التي يتحصل عليها مريض الزهايمر في هذا الاختبار والتي تتراوح بين 10 و24 نقطة من تصنيف الخرف إلى خفيف، متوسط و شديد، ننوه في هذا السياق أن

استعمال الاختبارات السريعة لغرض تشخيص الخرف يتطلب الأخذ بالاعتبار إصابة أحد النشاطات اليومية الأساسية للمريض حيث توضح الدراسات أن النشاطات اليومية الأساسية تكون مصابة لدى 100/80 من الحالات التي تعاني من خرف متوسط والتي تتراوح علاماتها في الفحص المختصر بين 16 و10، ولدى 100/100 من الحالات التي تعاني من خرف شديد والتي تتحصل على علامة 10 وأقل في الاختبار ذاته، (Eustache, Faure, & Desgranges, 2013) (Croisile, 2014) تؤكد نفس الدراسات أن هذا الفحص المختصر لا يتيح الكشف عن الاضطرابات المعرفية الخفيفة في الخرف أو في مرحلة ما قبل الخرف وبالتالي تقترح استعمال اختبار تقييم الوظائف المعرفية الموسوم باختبار MOCA (Nasreddine, et al., 2005) كونه يمكن من تقييم كل الميادين المعرفية التي تكون عرضة للإصابة في خرف الزهايمر، من جهته يتيح اختبار التقييم السريع للوظائف المعرفية ERFC (Billon, 1991) فحصاً سريعاً مختصراً وشاملاً للوظائف المعرفية.

من الاختبارات الجزئية الأكثر حساسية لخرف الزهايمر نذكر اختبار استحضار ثلاث كلمات الذي يبرز اضطراب الذاكرة العرضية، والاختبار الجزئي المتعلق بالتوجه الزمني، واختبار الساعة الذي يستكشف الوظائف البصرية الحيزية والبصرية التركيبية (Sabadel, Tcherniack, Michalon, Kristensen, & Renard, 2018). من جهته يُبرز اختبار خمس كلمات (Dubois, Touchon, Portet, Ousset, Vellas, & Miche, 2002) النسيان الحصري الذي يعد عرضاً مهيمناً وعلامة مبكرة ومميزة لخرف الزهايمر، بينما يظهر اختبار السيولة الدلالية SET، (Raoux, Le Garette, & Meillon, 2014)، اضطراب السيولة الدلالية التي تنم عن اضطراب المرونة الذهنية.

تبقى الاختبارات السريعة والمختصرة مهمة لاستكشاف الأعراض المؤشرة أو لتوجيه التشخيص نحو خرف الزهايمر علاوة على كونها سريعة وشاملة، تمثل هذه الاختبارات وسيلة فعالة في فحص واكتشاف خرف الزهايمر شرط أن تُدعم نتائجها بتقييم انعكاس الاضطرابات على الحياة اليومية بواسطة اختبارات خاصة منها النسخة المبسطة والمختصرة لأداة تقييم نشاطات الحياة اليومية IADL التي تقيم أهم النشاطات الأساسية للحياة اليومية مثل القدرة على استعمال الهاتف واستعمال وسائل النقل وأخذ الأدوية وغيرها (Sabadel, Tcherniack, Michalon, Kristensen, & Renard, 2018). رغم إجماع الباحثين على فعالية وأهمية الفحص السريع في خرف الزهايمر تبقى الاختبارات السريعة محور الحصيلة القاعدية التي يمكن استخدامها كمدخل للتقييم وهي بذلك لا تف بغرض إنشاء مشروع للتأهيل والمتابعة والمرافقة الأرتوفونية، وبالتالي تكمل الحصيلة النفسية العصبية

القاعدية بالحصيلة النفسية العصبية الخاصة وذلك بواسطة اختبارات محددة تتيح التقييم المفصل للغة والوظائف المعرفية بغية إرساء طرق للتأهيل والتوجيه.

2.3.3 الحصيلة الخاصة:

تقوم الحصيلة الخاصة على فحص وتقييم الوظائف المعرفية بواسطة اختبارات مفصلة ومركبة تركز أساساً على الاضطرابات التي تم تحديدها في الحصيلة القاعدية، من أهمها رائر التقييم المعرفي BEC 96 (Signoret, 1996) الذي يقيم مجموع الميادين المعرفية، والتقييم السريع للوظائف التنفيذية BREF وTMT وgo no go وبرج لندن لتقييم وظيفة التخطيط، إلى جانب اختبار كتل كورسي Blocs de Corsé لتقييم الذاكرة العاملة، وشكل راي لتقييم الذاكرة والوظائف البصرية الحيزية والوظائف البصرية التركيبية، واختبار موربال تولوز MT الخاص بالأقنوزيا البصرية والسمعية

(Gil & Wager, 2021) بما أن اضطراب الذاكرة الدلالية يعد عرضاً مهيمناً في خرف الزهايمر، من الضروري أن تقيم هذه الوظيفة في الفحص الأرتوفوني باستعمال الاختبارات التي تفي بهذا الغرض من بينها رائر تقييم المعارف الدلالية BECOS، ورايز Cambridge لاختبار الذاكرة الدلالية. (Sabadel, Tcherniack, Michalon, Kristensen, & Renard, 2018)

كما سبق توضيحه في الجزء الخاص بالمظاهر العيادية للاضطرابات المعرفية في خرف الزهايمر، تشكل الاضطرابات اللغوية والتواصلية عرضاً غالباً في هذا المرض وتثير اهتماماً خاصاً يستوجب تقيماً مفصلاً قصد تحديد الإصابات ورصد الإستراتيجيات المتبناة من طرف المريض لتخطي صعوباته، نشير في هذا الصدد إلى إمكانية استعمال الاختبارات المصممة لفحص الحبسة كاختبار بوسطن لفحص وتقييم الحبسة: BDAE (Goodglass & Kaplan, 1972) وبروتوكول موربال تولوز للفحص اللساني للحبسة (Nespoulous, et al., 1992) MT-86، تمكن هذه الوسائل من تقييم قدرات اللغة التعبيرية والاستقبالية المنطوقة والمكتوبة من خلال مهام التسمية والإعادة والسردي والتعيين وتركيب وفهم الجمل البسيطة والمركبة والكتابة العفوية المنقولة والمملاة والقراءة، علاوة عن استعمال اختبارات مصممة خصيصاً لفحص اللغة في الأمراض العصبية الانتكسائية كاختبار Grémots (Bezy, Renard, Tran, Peillon, Pariente, & Lefebvre, 2012) الذي يجيب على إشكالية تشخيص وتحليل الاضطرابات اللغوية التقدمية في إطار الإصابات العصبية المعرفية الجسدية المترجمة للخرف.

يتصدر فقدان الكلمة جدول الاضطرابات اللغوية وهو من العلامات التي تظهر بصفة مبكرة في خرف الزهايمر وبالتالي، يلجأ الفاحص إلى اعتماد بعض الاختبارات الخاصة والمحددة قصد تقييم

الاضطرابات المعجمية بصفة مفصلة نذكر من بينها اختبار تسمية الصور DO80، واختبار Tran Lexis (Tran & Jodefroy, 2011).

يؤثر اضطراب فقدان الكلمة وسائر الاضطرابات اللغوية الملاحظة لدى مريض الزهايمر على العملية التواصلية ما ينعكس سلباً على تفاعله وتبادلاته الاجتماعية وبالتالي يشكل العمل على القدرات التواصلية محورا أساسيا وهدفا رئيسا في عملية التكفل الأرتوفوني وهو يتطلب تقييماً دقيقاً يرصد نمط التواصل، إلى جانب الصعوبات والإستراتيجيات التي يلجأ لها المريض لمحاولة تحقيق الفعل التواصلية. من الاختبارات المقترحة لتقييم التواصل نجد اختبار ليل للتواصل TLC الذي يحوي ثلاث شبكات للتحليل هي شبكة الانتباه والدافعية للتواصل، شبكة التواصل اللفظي وشبكة التواصل غير اللفظي (Rousseaux, DelacourtT, Wyrzikowzki, & Lefeuvre, 2001)، بالإضافة لاختبار GECCO الذي يوفر شبكة تقييم للتواصل موجهة خصيصاً للمصابين بخرف الزهايمر (Rousseau T. , La communication dans la maladie d'Alzheimer, 2009).

يتيح التقييم الأرتوفوني إرساء ملمح عصبي معرفي تواصلية لمريض الزهايمر انطلاقاً من المقابلة العيادية التي تتمحور حول الحصيلة للأرتوفونية القاعدية إلى جانب الحصيلة الخاصة وتعتبر هذه المرحلة مدخلاً أساسياً للمرحلة الموالية التي تخص التأهيل الأرتوفوني و الذي نستعرضه في الجزء الموالي من هذا العمل.

4. التأهيل الأرتوفوني في خرف الزهايمر:

انطلاقاً من المعطيات المستسقاة من المقابلة العيادية التي تتمحور حول المحادثة مع المريض ومرافقه، وحول الحصيلة التاريخية والحصيلة النفسية العصبية القاعدية والخاصة، يباشر المختص الأرتوفوني إرساء خطة عمل تستهدف بالدرجة الأولى اللغة والتواصل والوظائف المعرفية (بوريدح، 2021)، وتتوقف على عدة عوامل أهمها:

- الليونة العصبية والمخزون المعرفي:

يتوجه التأهيل الأرتوفوني نحو العمل على الليونة العصبية بواسطة تبني واستغلال الوسائل والإستراتيجيات التعويضية بالإضافة للقدرات المتبقية والسليمة لدى المريض. يدلي بعض الباحثين أن التدهور المعرفي في مرض الزهايمر وفي الأمراض العصبية الانتكاسية، يترجم استنفاد المخزون الدماغي والمعرفي (Seron & Van Der Lindel, 2018).

في السياق ذاته، قامت دراسات أمريكية تتبعية على أفراد مسنين لا يعانون من أي اضطرابات معرفية، رغم ذلك كشفت عملية التشريح عن وجود إصابات نوعية لمرض الزهايمر وفسرت الدراسات ذلك بالمخزون الدماغي المعرفي الذي يتمثل في وجود خلايا ومشابك عصبية متاحة إلى جانب الليونة العصبية التي تسمح باستعمال ذات المخزون لتعويض المخلفات العيادية للإصابات الدماغية وغياب الاضطرابات المعرفية بالرغم من وجود إصابات دماغية نوعية تنم عن وجود مرض الزهايمر (Gil & Wager, 2021) من جهته، يمكن المخزون الدماغي والليونة العصبية من تعويض العجز المعرفي بواسطة استعمال استراتيجيات معرفية بديلة عن طريق استغلال الشبكات العصبية المجاورة أو تلك المرتبطة وظيفياً بالإصابات الدماغية والمعروفة بالشبكة العصبية الوظيفية، تساهم هذه الآليات والعوامل العصبية في تأخير ظهور الأعراض الشديدة أو الإبقاء لأطول فترة ممكنة على اضطرابات خفيفة رغم بداية سيورة مرض الزهايمر، وقد بين كل من Bezzina و Rampon و Bezzina (2013) (2013) Rampon، ارتباط المخزون بعدة عوامل منها المستوى الثقافي العالي، ممارسة النشاطات الذهنية المعقدة في الحياة اليومية، إلى جانب ممارسة النشاطات الثقافية والرياضية وغيرها وبالتالي من المهم أخذ هذه العوامل بالاعتبار للوقاية من التدهور المعرفي أو من التدهور الشديد والسريع لمتلازمات الخرف. إلى جانب الآليات العصبية الفيزيولوجية ترتبط عملية التأهيل الأرتوفوني بعوامل أخرى نلخصها كما يلي:

- ✓ تعاون المريض ومحيطه .
 - ✓ القدرات المتبقية المسجلة أثناء التقييم.
 - ✓ وتيرة تطور مرض الزهايمر.
 - ✓ موقف المريض وردود أفعاله إزاء صعوباته اللغوية و المعرفية.
 - ✓ الإستراتيجيات التعويضية المستعملة من طرف المريض ومدى فعاليتها.
 - ✓ وجود أمراض مصاحبة لمرض الزهايمر، والإصابات المختلطة مثل تلك التي تمس القشرة وتحت القشرة، ووجود حادث وعائي دماغي مصاحب للإصابات النوعية لمرض الزهايمر.
 - ✓ درجة الإصابات اللغوية والتواصلية والمعرفية المسجلة أثناء التقييم.
- يمكن التدخل الأرتوفوني القائم على النشاطات المعرفية واللغوية والتواصلية من استغلال المخزون الدماغي والمعرفي ومساعدة المريض على استعمال الوسائل التعويضية بطريقة مناسبة وفعالة وذلك قصد تجنب العزلة الاجتماعية وتجنب بعض المظاهر النفسية كالقلق والعدوانية، كما يسمح

التأهيل الأرتو فوني الملائم من تأخير التدهور المعرفي الشديد و تعزيز القدرات والوسائل التعويضية واستغلالها للحفاظ على المريض كفرد متمكن من التواصل والتفاعل مع محيطه. تقترح الأبحاث والتجارب الميدانية الخاصة بتأهيل متلازمات الخرف عموماً وخرف الزهايمر على وجه الخصوص مقاربات متنوعة نذكر أهمها وأكثرها تداولاً في ميدان البحث وميدان الممارسة العيادية:

1.4. المقاربة الكلاسيكية المستوحاة من تأهيل الحبسة:

تعتمد هذه المقاربة على الطرق الكلاسيكية في الحالات الخفيفة والحالات بين الخفيفة والمتوسطة التي تعاني من اضطراب فقدان الكلمة مع الأخذ بالاعتبار طبيعة هذا الاضطراب في مرض الزهايمر والتي تتعلق باختلال النظام الدلالي وبالتالي يركز العمل الأرتو فوني على المعجم الفونولوجي وعلى القدرات المعجمية وذلك باستعمال أنشطة متنوعة كالإعادة والقراءة المجهورة وغيرها.

على مستوى اضطراب فهم المنطوق والمكتوب يمكن الاستناد على المدخلات الحسية واستغلال الذاكرة الحسية التي تعد وظيفة محفوظة في المراحل الخفيفة أو بين الخفيفة والمتوسطة في مرض الزهايمر، كما يمكن استخدام الإشارات والحركات لغرض التواصل بعد التأكد في مرحلة التقييم من قدرة المريض على فهم واستعمال هذه الأخيرة وغياب الأبراكسيا خاصة الأبراكسيا الفكرية الحركية التي تحول دون الاستعمال الصحيح للحركات الرمزية علماً أنّ القدرات التواصلية تبقى أحسن من القدرات التعبيرية في الحبسة باختلاف أصلها (انتكاسية، وعاية، صدماتية وغيرها). في إطار العمل على الوظيفة التواصلية، يدرج المختص الأرتو فوني المحيط المباشر أو المرافق اليومي للمريض في خطة التأهيل قصد توجيهه نحو الطريقة المناسبة للحوار والتواصل والتبادل مع المريض كأن يكيف وتيرة كلامه واستعمال مفرداته وتبسيط تعبيره حسب قدرات المريض، كما يعمل المختص على توجيه المحيط نحو الاعتماد على بعض الإستراتيجيات البسيطة لإيصال الرسالة كالتنظيم وتعابير الوجه والإشارات والحركات البسيطة مع التأكد من فعاليتها عن طريق مراقبة المريض أثناء التواصل وملاحظة ردود أفعاله أثناء الحوار ومواقف التبادل.

2.4. المقاربة القائمة على التحفيز المعرفي:

تقوم هذه المقاربة على التقويم المعرفي لوظائف الذاكرة والوظائف التنفيذية واللغوية وتستند على الذاكرة الإجرائية التي تكون محفوظة في المراحل قبل الشديدة من خرف الزهايمر. يسعى التأهيل المعرفي إلى تسهيل عملية تشفير المعلومات خاصة تلك المتعلقة بتنظيم وتسلسل إنجاز النشاطات الأساسية للحياة اليومية وذلك بواسطة تقديم مؤشرات عن المعلومة المستهدفة وتكرارها (Seron &

(Van der Linden, 2016) تشمل المقاربة المعرفية كذلك تأهيل الوظائف التنفيذية سواء عن طريق مهام معرفية محددة مثل تلك الموجهة لتنشيط الانتباه والمرونة الذهنية والكف والمراقبة وغيرها، أو عن طريق إتباع أنشطة وظيفية كالتواصل الوظيفي كون اضطراب الوظائف التنفيذية يؤثر سلباً على الوظيفة التواصلية إذ يخل بفعالية الخطاب وتنظيمه واتساقه وانسجامه وقدرته على التبليغ ويعيق بذلك التواصل اليومي للمريض، ويعتمد التأهيل الوظيفي للوظائف التنفيذية على العمل على المهام الأساسية للحياة اليومية التي تتأثر باضطراب الوظائف التنفيذية مثل التخطيط للباس والأكل والانتقال من نشاط لنشاط آخر وانجاز مختلف الأنشطة وتنظيمها المكاني والزمني.

3.4. المقاربة النسقية البيئية:

تركز هذه المقاربة على العمل على التواصل الوظيفي اللفظي وغير اللفظي بين المريض ومحيطه، وتهتم بالمريض كفرد ينتمي إلى بيئة معينة ويتواصل معها سواء كانت هذه البيئة متمثلة في العائلة أو المراكز المخصصة لاحتواء مرضى الزهايمر، وتوجه الوسط والأفراد المرافقين للمريض من حيث طريقة كلامهم ونمطه ووتيرته، إلى جانب التراكيب اللغوية والتعبيرية وطرق التواصل اللفظية وغير اللفظية التي يمكن إتباعها مع المريض (Rousseau T., 2018).

4.4 المقاربة القائمة على العلاج الجماعي:

تقوم على تبادل الحوار وتشجيع التواصل بكل الطرق الممكنة والمتاحة ويكون تبادل الحديث بين مجموعة المرضى حول مشاركة الذكريات بالاعتماد على صور شخصية وعائلية أو صور الأصدقاء وتساعد هذه الطرق على العمل على نظرية العقل خاصة المعرفية التي تكون أشد إصابة من نظرية العقل العاطفية في خرف الزهايمر.

5.4 المقاربة متعددة الأنماط:

تهتم باستخدام كل المدخلات الحسية قصد مساعدة المريض في تشفير المعلومة باستغلال الذاكرة الحسية بمختلف أنواعها.

6.4 المقاربة بالتذكر:

تطبق طريقة التأهيل هذه على مجموعة من المرضى، وتأخذ شكل علاج جماعي مبني أساساً على الذكريات حيث يقوم المشاركون باستدعاء ذكرياتهم الشخصية وأهم أحداث حياتهم بالاعتماد على الصور وتبادل المعلومات، وتمارس في المراكز والمؤسسات الخاصة بالتكفل بمرضى الزهايمر والأمراض المشابهة كما يمكن أن تتم في قاعات الفحص الأرتوفونية شرط أن تكون ملائمة لهذا الغرض (Sabadel, Tcherniack, Michalon, Kristensen, & Renard, 2018).

يتبنى المختص الأرتوفوني المقاربة والطريقة المناسبة للمفحوص حسب الأهداف المسطرة وحسب العوامل المأثرة في عملية التأهيل والتي قمنا بمناقشتها أعلاه، وقد أثبتت العديد من الدراسات فعالية هذه الطرق في التخفيف من صعوبات المريض في الحالات الخفيفة والمتوسطة إلى جانب فعالية بعض الطرق الخاصة كطريقة منتيسوري، في حالة بداية ظهور بعض الأعراض الشديدة، يلجأ المختص إلى الوسائل البديلة والمعينات الخارجية شرط أن تكون لدى المريض بعض القدرات الإدراكية والحركية تمكنه من استعمال الإعانات بطريقة مناسبة وفعالة. كما لاحظنا من خلال ممارستنا العيادية تخلي المريض أو بالأحرى محيطه عن متابعة التكفل الأرتوفوني في حالات الخرف الشديد، ويعود ذلك لأسباب عدة من بينها التدهور المعرفي والاضطرابات السلوكية وفقدان الوعي بالاضطراب، ما يجعل المريض لا يتعاون مع المختص ولا مع العائلة ولا يدرك أهمية وأهداف المتابعة، في هذه المرحلة يمكن للمختص المواصلة في توجيه المحيط ومرافقته ودعمه للإبقاء على التواصل مع المريض وتقديم التوجيهات ذات الطابع النسقي خاصة مع تفاقم الأبراكسيا والأقنوزيا التي تؤثر على النشاطات اليومية البسيطة مثل اللباس واستعمال أدوات الأكل، والتوجه في أنحاء المنزل وما إلى ذلك من الاضطرابات التي تنهك المريض ومحيطه وتعقد معاشهما اليومي.

مع تدهور الوظائف المعرفية وظهور بعض المنعكسات البدائية، تتأثر وظيفة البلع ويستدعي العمل الأرتوفوني على هذه الوظيفة مشاركة فعالة وتعاون ووعي من طرف المريض مع محافظته على بعض القدرات مثل فهم وتنفيذ الأوامر البسيطة والتركيز والانتباه إلى توجيهات الفاحص، أما في حالة تدهور هذه القدرات أو فقدانها فيلجأ المختص للإعطاء بعض التوجيهات العامة لمرافقي المريض تخص نوعية الأغذية والمشروبات الممكن أخذها لتفادي حوادث البلع وتغلغل بقايا الطعام داخل المسالك التنفسية، ينصح في هكذا حالات مرافقة المريض أثناء الوجبات وتقسيمها إلى وجبات صغيرة موزعة على فترات مع مساعدة المريض على اتخاذ وضعية الجسم والرأس الملائمة لتسهيل عملية البلع، يمكن أن يستعين المحيط بتوجيهات مختص في إعادة التأهيل الوظيفي شرط أن يكون هذا الأخير ذي خبرة في مجال اضطرابات البلع الخاصة بالأمراض العصبية الإنتكاسية عموماً وبمرض الزهايمر على وجه الخصوص.

5. خاتمة:

يشكل خرف الزهايمر ما يقارب 100/70 من الاضطرابات العصبية الانتكاسية المحددة في اصطلاح الطبعة الخامسة للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية بالإصابات العصبية المعرفية الجسدية، ويتميز بمظاهر معرفية عيادية متنوعة ومتدرجة الشدة حسب مراحل تطور المرض. يمس خرف الزهايمر جل الميادين المعرفية على غرار الذاكرة واللغة والتواصل والوظائف التنفيذية والإدراكية إلى جانب قدرات الأداء الحركي و ينعكس ذلك على النشاطات الأساسية للحياة اليومية للمريض التي تصبح محدودة وغير منظمة في إطارها الحيزي والزمني ما يجعل المريض يفقد استقلالته، ويحتاج لمرافقة شخص ثان لإنجاز المهام اليومية. يتطلب مرض الزهايمر تدخل فرقة من مختلف التخصصات الطبية والنفسية والاجتماعية ويحتل التدخل الأطفوني الصدارة في عملية التكفل التي تقوم على التقييم ومتابعة نمط تطور الأعراض وإنشاء خطط عمل وفق نوعية الاضطرابات بالإضافة للمرافقة والتوجيه المستمرين للمريض ولمحيطه المباشر.

بناء على ما تم عرضه ومناقشته في هذا العمل نوصي بضرورة تضافر جهود الباحثين والمختصين في مجال الأمراض العصبية الانتكاسية عموماً و مرض الزهايمر على وجه الخصوص، من أجل تكييف وبناء وسائل للتقييم والتأهيل مستنبطة من الواقع الاجتماعي والثقافي الجزائري، كما ننوه بضرورة تكاثف الحملات التحسيسية لتوجيه الأفراد وتشجيعهم نحو الفحص المبكر إثر ملاحظة أدنى تغيرات معرفية وعدم انتظار تفاقم الأعراض واشتدادها كما نقترح توجيه الاهتمام نحو إنشاء خطة عمل مدروسة وممنهجة لمساعدة هذه الفئة والتخفيف من معاناتها ومعاناة المحيط المتكفل بها.

المراجع

- ✓ Américaine, A. P., Crocq, M.-A., Guelfi, J.-D., Boyer, P., Pull, C.-B., & Pull, M.-C. (2015). *DSM-5-Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Paris: Elsevier Masson.
- ✓ Bezy, C., Renard, A., Tran, T., Pillon, A., Pariente, J., & Lefebvre, L. (2012). *La batterie Grémots : évaluation des troubles du langage dans les maladies neurodégénératives. Dans NPL-Neurolinguistic perspectives on aphasia*. Toulouse. Retrieved from <https://blogs.univ-tlse2.fr/npl-aphasia-2012/fr/>
- ✓ Bezzina, C., & Rampon, C. (2013). Réserve cérébrale et réserve cognitive dans la maladie d'Alzheimer : l'apport des modèles murins. *Revue de neuropsychologie*, 5(4), 293 - 297. Doi : 10.1684/nrp.2013.0285. URL : <https://www.cairn.info/revue-de-neuropsychologie-2013-4-page-293.htm>
- ✓ Billon, R. (1991). Une méthode d'évaluation rapide des fonctions cognitives et une épreuve raccourcie. *Revue de gériatrie*, 16 (5), 229 - 234.
- ✓ Bouridah, N. (2018). Le handicap communicationnel chez la personne aphasique: cas de l'aphasie sévère. *Revue des sciences sociales*, 7 (29), 275 - 283. <https://www.asjp.cerist.dz/en/article/45899>
- ✓ Croisile, B. (2014). Le Mini-Mental State, un incontournable de la neuropsychologie. *Sciences sociales et santé*, 4(32), 71 - 77. DOI : 10.1684/sss.2014.0404. URL : <https://www.cairn.info/revue-sciences-sociales-et-sante-2014-4-page-71.htm>
- ✓ Dubois, B., Touchon, J., Portet, F., Ousset, P.-J., Vellas, B., & Michel, B. (2002). les 5 mots, épreuve simple et sensible pour le diagnostic de la maladie d'Alzheimer. *La presse médicale*, 31 (36). 1697-1699.
- ✓ Eustache, F., Bejanin, A., Lambert, J., & Laisney, M. (2015). Langage et démences : quelques illustrations dans la maladie d'Alzheimer et la démence sémantique. *Revue de neuropsychologie*, 07 (01), 56-62. Doi : 10.1684/nrp.2015.0332
- ✓ Eustache, F., Faure, S., & Desgranges, B. (2013). *Manuel de neuropsychologie*. Paris: Dunod.
- ✓ Folstein, M., Folstein, S., & MCHugh, P. (1975). Mini-Mental State: a practical method of grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12(23), 189-198. [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(75\)90026-6](https://doi.org/10.1016/0022-3956(75)90026-6)
- ✓ Gil, R., & Wager, M. (2021). *Traité de neuropsychologie clinique de l'adulte*. Paris: Elsevier Masson.
- ✓ Goodglass, H. &., & Kaplan, E. (1972). *The assessment of aphasia and related disorders*. Boston: Lea & Febiger.
- ✓ Jeffrey, C. (2012, Septembre 05). *Alzheimer's diseasediagnostic criteria*. Récupéré sur <https://alzres.biomedcentral.com/articles/10.1186/alzrt138#citeas>: <https://doi.org/10.1186/alzrt138>
- ✓ Laillier, R., de la Sayette, V., & Eustache, F. (2016). Le langage dans les démences corticales. Dans S. Pinto, & M. Sato, *Traité de neurolinguistique clinique* (pp. 316-327). Louvain: De Boeck.
- ✓ Léger, J.-M., & Mas, J.-L. (2015). La maladie d'Alzheimer. Dans D. Bruno, & A. Michon, *Traité de neurologie. Démences*. Paris: Jhon Libbey Euro text.

- ✓ Nasreddine, Z. S., Phillips, N. A., Bediriam, V., Charbonneau, S., Charbonneau, V., Collin, I., et al. (2005). the Montreal Cognitive Assessment, MoCA: A brief screening tool for mild cognitive impairment. *Journal of the American Geriatrics Society* , 54 (4), 695 - 699. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/t27279-000>
- ✓ Nespoulous, J., Lecours, A., Lafond, D., Lemay, M., Puel, M., Joannette, Y., et al. (1992). *Protocole Montréal-Toulouse d'examen linguistique de l'aphasie: MT-86 module standard initial*,. Paris: Ortho Edition.
- ✓ Ranville, C., & Carter, D. (1998). La « loi de Ribot » : régression ou dissolution ? *Bulletin de psychologie* , 51 (433), 45-66.
- ✓ Raoux, N., Le Garette, N., & Meillon, B. (2014). Validation d'un test court de génération de concepts à partir des données issues de la cohorte 3C de sujets âgés en population générale. *Revue de neuropsychologie* , 06 (02), 129-137. DOI : 10.1684/nrp.2014.0302.
- ✓ Rousseau, T. (2009). La communication dans la maladie d'Alzheimer. *Bulletin de psychologie*, 05 (503), 429-444. DOI : 10.3917/bupsy.503.0429. URL : <https://www.cairn.info/revue-bulletin-de-psychologie-2009-5-page-429.htm>
- ✓ Rousseau, T. (2018). *Maladie Alzheimer et troubles de la communication* (éd. 2). Paris: Masson.
- ✓ Rousseaux, M., Delacourt, A., Wyrzikowzki, N., & Lefevre, M. (2001). TLC: Test Lillois de communication. Ortho-Edition, Isbergues.
- ✓ Sabadel, V., Tcherniack, V., Michalon, S., Kristensen, N., & Renard, A. (2018). *Pathologies neurologiques*. Louvain- La Neuve: Deboeck.
- ✓ Seron, X., & Van Der Lindel, M. (2018). *Traité de neuropsychologie clinique*. Marseille: Solal.
- ✓ Seron, X., & Van der Linden, M. (2016). *Traité de neuropsychologie clinique de l'adulte Volume 2, Revalidation*. Louvain La neuve: Deboeck.
- ✓ Signoret, J. (1996). *B.E.C. 96 : Evaluation des troubles de mémoire et des désordres cognitifs associés*. Paris : Ipsen.
- ✓ Tran, T.-M., & Jodefroy, E. (2011). La Batterie d'Évaluation des Troubles Lexicaux : effet des variables démographiques et linguistiques, reproductibilité et seuils préliminaires. *Revue neuropsychologie* , 1 (3), 52 - 69.

✓ بوريدح، نفيصة. (2021). استراتيجيات التخفيف المتبناة من طرف الجسبيين المصابين بفقدان الكلمة: دراسة حالات على ضوء نماذج معالجة المعلومة اللغوية. *مجلة العلوم النفسية والتربوية* . 153-173.

✓ بوريدح، نفيصة. (2021). *الجسبة وعلم الأعصاب اللغوي العيادي: مقارنة عيادية وطرق التكفل*. الجزائر: الخلدونية.