

مرض الزهايمر وانعكاساته على الشخص المسن

د.أيت يحيى نجية /أستاذة محاضرة ب.

قسم العلوم الاجتماعية -جامعة الدكتور الطاهر مولاي-سعيدة

العنوان الالكتروني: aityahianadjia@yahoo.fr

تاريخ النشر: 01/ اوت / 2018	تاريخ القبول: 13/جوان/ 2018	تاريخ الارسال: 27/ماي/ 2018
يعتبر مرض الزهايمر أحد الأمراض التنكسية التي تصيب الدماغ، و تؤدي لزوال تدريجي لخلايا عصبية، و هو الأكثر شيوعا لدى كبار السن، حيث يحدث خلل في القدرات المعرفية كالذاكرة واللغة، تجعل المسن يعاني من مشاكل سلوكية شديدة. يبدأ المرض بداية غامضة، ويمر بعدة مراحل، حيث تشمل أعراضه المبكرة فقدان الذاكرة، وتشوش إدراك الزمن، والتوتر، وضعف القدرة على الحكم، والفشل في الاحتفاظ بالمعلومات الحديثة، و تدهور العلاقات الاجتماعية، و في بعض الأحيان تأخذ الأعراض المبكرة شكل الأعراض البارانونية المصحوبة بالضلالات، و هي علامات لا تشير إلى اضطراب العمليات المعرفية، مما يصعب معه في بعض الأحيان تشخيص الحالة. يتميز مرض الزهايمر من الناحية التشريحية بوجود ظاهرتين، صفائح الأميلويد (Les plaques Amyloïdes) و هي ناتجة من تكتل بروتين AB على محيط الخلية العصبية، و ضمور الألياف العصبية (Les dégénérescences neurofibrillaires) فهو تكتل لبروتين TAU داخل الخلية العصبية، تؤدي الظاهرتين إلى خلل على مستوى الخلية العصبية وبالتالي موتها.		
الكلمات المفتاحية: الزهايمر، المسن، تلف الخلايا، فقدان الذاكرة، فقدان الاستقلالية، الجبسة، اضطرابات السلوك.		
Abstract : Alzheimer's disease is a neurodegenerative disease that affects the neurons of the brain (progressive loss), it is the most common form of dementia in the elderly, it affects a several abilities cognitives: memory, language, executive functions and the behavior. It is characterized by an insidious and slow onset, where dementia symptoms gradually worsen over a number of years. In its early stages, memory loss is mild, but with late-stage Alzheimer's individuals lose the autonomy, Symptoms usually develop slowly and get worse over time, becoming severe enough to interfere with daily tasks. Two processes responsible for Alzheimer's disease: beta-amyloid plaques and neurofibrillary tangles.		
Keywords : Alzheimer's disease, elderly person, dimentia, memory loss, behavioral disorders.		

مفهوم وتاريخ مرض الزهايمر:

يمثل الخرف أحد الأمراض المزمنة الذي يمس المسنين نتيجة تغيرات في المخ، ويعرف على أنه عملية تدهور مستمرة في الوظائف المخية و قصور معرفي متعدد يشمل الذاكرة و الذكاء و اللغة و القدرة على حل المشكلات، و التعلم و التوجه و الإدراك و الانتباه و التركيز و القدرات و المهارات الاجتماعية، مما يؤدي إلى قصور عام في الأنشطة اليومية (عبد القوي، 2017، ص566)، يظهر غالبا بعد 80 سنة، حيث يصيب 2% فقط أقل من 65 سنة و 6% أقل من 75 سنة، كما يمكن إصابة 1 على 5 أشخاص بعد 85 سنة، و 1 على 3 بعد 90 سنة (Ehrenfreuchter, 2013, p.10)، و تعرف منظمة الصحة العالمية (OMS) في موقعها الإلكتروني الخرف (La démence) على أنه عرض syndrome يتميز بتدهور في الذاكرة، التفكير، السلوك و في مهارات أداء النشاطات اليومية، و يوجد عدة أشكال من الخرف، و يعتبر مرض الزهايمر أحد أشكاله الأكثر شيوعا بنسبة 60% إلى 80% من الحالات المعنية، و هو يمس حوالي 35 مليون شخص مصاب في العالم حسب معايير التشخيص الحالية، أما حسب منظمة الصحة العالمية فتقدر بحوالي 115 مليون مصاب في سنة 2050. (Eustache, 2015, p.7)

يعرف الزهايمر باضطرابات في الذاكرة تصاحبها اضطرابات معرفية أخرى لها انعكاسات على الحياة اليومية للفرد. و حسب وزارة التضامن و الصحة الفرنسية فان الزهايمر مرض عصبي تدهوري (إصابة عصبية تطورية تؤدي لموت الخلايا العصبية)، يتميز بفقدان تدريجي للذاكرة و بعض الوظائف العقلية، و يتداخل مع نشاطات الحياة اليومية للفرد.

يعود اكتشاف المرض لأول مرة من طرف عالم الأعصاب Alois Alzheimer (1864-1915) حينما بدأ بدراسة التغيرات التشريحية و الفيزيولوجية على مرضاه بعد موتهم، و انطلاقا من عام 1906 سجل تطور المرض لدى مريضة ذات 51 سنة تدعى Auguste Deter، بحيث لا يمكنها الإجابة على الأسئلة، و لها سلوكات غريبة (Ehrenfreuchter, 2013, p.12)، لاحظ Alzheimer اضطرابات مميزة لديها بحيث تعاني من الأعراض التالية: اضطرابات الذاكرة و اللغة، اضطرابات الوظائف المعرفية، تغيرات في الشخصية، هلاوس، أفكار هذيانية، فسر العالم هذه الأعراض بإصابات دماغية تسمى تدهورية: صفائح الأميلويد، و ضمور الألياف العصبية. (Eustache, 2015, p.11)

أعراض مرض الزهايمر:

تظهر لدى المسن مجموعة أعراض تمس الذاكرة، اللغة، التفكير، السلوك، يمكن ذكرها فيما يلي:

1. أمنيذيا-أفازيا-أبراكسيا-أقنوزيا (A 4) :

أ.أمنيذيا (Amnésie): وهي فقدان أو اضطراب الذاكرة، كنسيان الأحداث العائلية التي تهمة، تكون لدى المصاب صعوبات في تسجيل المعلومات الجديدة، فلا يتذكر ما فعله منذ برهة، ويعيد نفس الأسئلة في وقت جد قصير، أما الذكريات القديمة فهي سليمة. مع مرور الأشهر و السنوات، تتسع الإصابة الدماغية، فيصبح لدى المريض صعوبات في استحضار الأحداث القديمة (Association France Alzheimer, p.6)

تتأثر الذاكرة العرضية Episodique بشكل أساسي في المراحل المبكرة من مرض الزهايمر، أما الذاكرة الإجرائية Procédurale فلا تتأثر بالمرض تقريبا، في حين الذاكرة العاملة فأكثر ما يتأثر فيها هو الجزء التنفيذي وخاصة الجزء البصري المكاني؛ ومن الناحية التشريحية فتوجد تغيرات في الجزء الداخلي من الفص الصدغي و المخ الأمامي و التلاموس وقشرة المخ، وتؤدي التغيرات في الفص الصدغي إلى انفصال وظيفي بين حصان البحر وباقي المناطق الهامة في الذاكرة، ويلعب حصان البحر دورا مهما في تخزين الذكريات الحديثة وربطها مع ما هو متوفر من معلومات سابقة، والذاكرة هي عمليات تشفير و تكويد و احتفاظ و تخزين و استعادة، و المشكلة الأساسية لدى مرضى الزهايمر ليست أساسا في عملية التخزين، بمعنى أن ما يتم نسيانه لدى هؤلاء المرضى لا يختلف كثيرا عن النسيان لدى الأسوياء من نفس السن، إنما المشكلة تكمن في عملية التشفير و التكويد، و من ثم توجد صعوبات في اكتساب معلومات جديدة. (عبد القوي، 2017، ص 599)

ب. الحبسة أو الأفازيا (Aphasie): هي مجموع اضطرابات لغوية ناتجة من إصابات دماغية مكتسبة تؤدي إلى تلف الرمز اللساني، تظهر بخلل على مستوى الجانب التعبيري و الاستقبالي، وهي ترتبط بإصابة نصف الكرة المخية المسيطرة، و غالبا ما يكون النصف الكروي الأيسر؛ و حسب مناطق الإصابة و نوع الحبسة فان القصور يمكن أن يمس مختلف مستويات اللغة: المعجمي، الدلالي، الفونولوجي، التركيبي و البراغماتي.

من أهم أعراض الحبسة ما يلي:

Anomie (صعوبة إيجاد الكلمات): يسمى كذلك نقص الكلمة، وهي عدم القدرة على تسمية المنبهات المقدمة شفويا أو كتابيا، و أهم المظاهر العيادية لهذا العرض ما يلي:

غياب الإجابات، توقفات، تقطعات أثناء الخطاب، و إنتاج جمل غير كاملة؛ انحرافات لسانية خاصة من نوع تعويض الكلمات.

Néologismes (كلمات مخترعة) ؛

Jargon (إنتاج كلام غير مفهوم) ؛

تشوهات في الإنتاج الكتابي؛

Echolalie (إعادة تعلية المتحدث) ؛

Persévérations (تكرار الإجابة السابقة) ؛

اضطرابات في تركيبية الجملة كالأخطاء النحوية؛

الخرس وهو غياب كلي للإنتاج اللساني. (Chomel-Guillaume, Leloup, Bernard, 2010, p.61)

في المراحل الأولى من الإصابة بالمرض، لا تتميز اللغة بخلل مهم من الناحية التركيبية، ولكن تدريجيا تشهد صعوبات دلالية التي من شأنها أن تؤدي إلى صعوبات شديدة في التواصل، ويعتبر نقص الكلمة أهم ميزة رئيسية لمرضى الزهايمر.

بينت العديد من الدراسات أن هؤلاء المرضى يحتفظون بالقدرة التركيبية حتى المرحلة المتوسطة من الخرف، ففي دراسة مقارنة قام بها Kempler (1987) وزملائه بين أن مرضى الزهايمر يتمتعون بمستوى تركيبى حسن في خطاباتهم، وينتجون ملفوظات معقدة وهي مماثلة للعينة الشاهدة من نفس السن. (Rondal, Seron, 2003, p.829)

ج. أبراكسيا (Apraxie): وهي اضطرابات في الأداء والانجاز الحركي، وتظهر الصعوبات بداية في الكتابة والرسم، ثم تتطور للحياة اليومية (الطبخ، الغسل..)، مما يؤدي إلى فقدان الاستقلالية.

د. أقنوزيا (Agnosie): وهي اضطرابات التعرف، فالإدراك الحسي هو جيد لكن المريض لا يمكنه التعرف على الأشياء و / أو الأشخاص، قد يكون الاضطراب بصري، سمعي، لمسي وشمي، وفي غالب الأحيان هناك أقنوزيا بصرية حيث يواجه المريض صعوبة في التعرف على الأوجه، إلا أنه يمكن تعويض ذلك من خلال نبرة الصوت، في حين يمكنه الاحتفاظ بالتعرف للمسي لمدة طويلة. (Association France Alzheimer, p.7)

2. اضطرابات التوجه: وهي نوعان:

أ. اضطراب التوجه الزمني: وهي عدم القدرة على التمييز في الزمان، ففي البداية لا يعرف المريض السنة، ثم الفصل، الشهر، اليوم والساعة.

ب. اضطراب التوجه المكاني: وهي صعوبة التمييز في المكان، حيث لا يعرف المريض مكان تواجدته، ولا الحي ولا المنزل أو الغرفة.

3. اضطرابات الوظائف التنفيذية: تسمح هذه الوظائف بمراقبة السلوك، وفي حالة إصابتها يحدث خلل في قدرات الكف والانتباه والاستدلال والتخطيط، وفي القيام بمهمتين بصفة متزامنة، يفسر هذا الخلل بتلف على مستوى الفصوص الجبهية (ضمور عصبي)، يعتقد البعض أنها مرتبطة بميكانيزم قطع الاتصال بين منطقة حصان البحر والقشرة قبل الجبهية، في حين يعتقد آخرون أن هذا الاضطراب هو ترجمة لظاهرة الأميلويد التي تمس هذه المنطقة بالدماغ، وبالتالي فالوظائف التنفيذية تلعب دور كبير في تسيير السلوك وأي تلف على مستواه يؤدي إلى قصور معرفي ويشرح الفرق الملاحظ في السلوك لدى المصابين (Eustache, 2015, p.39) كما يعاني المريض من صعوبات في التركيز وتوجيه انتباهه نحو مثير والحفاظ عليه دون وجود مشتت في البيئة، وبالتالي من الصعب عليه تسجيل المعلومة أو إكمال مهمة معينة. (Coté, Hottin, Bonin, 2012, p.6)

4. اضطرابات السلوك: تسمى كذلك أعراض نفسية وسلوكية للخرف (Symptômes Psychologiques et Comportementaux des Démences) وهي تغيرات في سلوكيات الشخص المصاب، تظهر منذ بداية المرض وتزداد مع تفاقمه مثل: المزاج المتقلب، الاكتئاب، الخوف، العدوانية. (Association France Alzheimer, p.9)

ففي بداية الإصابة، يرفض المريض فكرة تعرضه لقصور في عدة جوانب وبالتالي ينتابه الكبت، وتنطلق أعراض الانسحاب من الحياة الاجتماعية، فحينما يزداد التوتر والقلق تظهر سلوكيات تجنبية، وتقل بعض المتطلبات اليومية، فلا يصبح يقرأ الكتب ماعدا الجرائد، ويفقد تدريجيا المهارات المتبقية بصفة مبكرة، يتحاشى المريض الاتصال البصري، والمشاركة في النقاشات، حيث يفضل مشاهدة التلفاز والنوم باكرا، يلاحظ أقرباؤه بعض التغيرات لديه، كالهذوء الذي يتصف به والانغلاق في عالمه الخاص واللامبالاة بهم. (Ehrenfreuchter, 2013, p.45)

كما يواجه المريض صعوبات في المشي فمع تقدم المرض يصبح له جسم منحني ومشى بطيء، تزداد المشاكل عندما يتعلق الأمر بصعود ونزول السلالم، أو النهوض من الفراش أو من الكرسي، بالإضافة فان أعراض المرض قد تتضاعف في الليل وتعرقل نومه، فيستيقظ في أي وقت بدون وعي ويحاول الخروج ليلا مزعجا بذلك أفراد العائلة.

وفيما يتعلق بالنمط الغذائي فقد يتعرض البعض إلى الأكل الكثير نتيجة النسيان، أو الأكل القليل، كما أن البعض الآخر قد يرفض الأكل تماما. (Coté, Hottin, Bonin, 2012, p.19)

يبدو أن مرض الزهايمر يتميز بعرض رئيسي و هو اضطرابات الذاكرة التي تظهر بنسيان بعض الأحداث اليومية والحديثة، كما يمس ذلك الجانب اللغوي والحركي، حيث يواجه المريض صعوبات في التعبير والقيام بالمهارات الحركية المعتادة، بالإضافة لإصابة عمليتي الانتباه والتخطيط، و اضطراب المفاهيم الزمانية والمكانية، فيكون المريض مشوشا وغير منظما في وقته ومكان تواجده، كل هذا يؤدي به إلى اضطرابات سلوكية ونفسية شديدة تعرقل حياته اليومية.

مراحل تطور المرض: حسب الموقع الطبي Doctissimo يمر المرض بعدة مراحل الذي يدوم من 8 إلى 12 سنة وينتهي بوفاة المريض وتتمثل هذه المراحل فيما يلي:

أ. المرحلة البسيطة: وهي تمتد من سنتين إلى 4 سنوات، وتتميز باضطرابات في الذاكرة (الذاكرة الحديثة) والسلوك، اضطرابات اللغة والانتباه، نسيان بعض الكلمات وصعوبات بسيطة في التعبير، يكون المصاب واعى بصعوباته.

تتميز الحالة النفسية للمريض بالاكئاب ويفقد الاهتمام بنشاطاته اليومية.

ب. المرحلة المتوسطة: تمتد بين سنتين إلى 6 سنوات، تتميز هذه المرحلة باضطرابات ذاكرية وصعوبات في التعرف على الأقارب، فقدان الاستقلالية لذلك من الضروري وجود شخص مرافق للمريض، تدهور لغوي، تغيرات في الشخصية، اضطرابات في التغذية والنوم، اضطرابات زمانية مكانية.

تظهر لدى المريض اضطرابات سلوكية كما أنه لا يتقبل وجود كل هذه الصعوبات لديه.

ج- المرحلة الشديدة: تمتد من سنتين إلى 4 سنوات، يتميز المريض باضطرابات شديدة في الذاكرة والتذكر، نسيان الأحداث القديمة، تدهور في اللغة الشفوية والمكتوبة لحد البكم، إصابة في الفهم، كما يتميز المريض بصعوبات في التنقل ويتعرض للسقوط الدائم.

د- المرحلة النهائية: تدوم حوالي سنتين، وفيها يفقد المريض الاستقلالية، يحس بتعب شديد، لا يمكنه التواصل أو التدخل، فقدان الوزن.

يتعرض المريض إلى إصابات تنفسية مما تؤدي إلى وفاته بعد حوالي 8 إلى 12 سنة من تشخيص المرض. أسباب الإصابة بمرض الزهايمر: هناك مجموعة من الأسباب تؤدي للإصابة بمرض الزهايمر وهي كما يلي:

1. صفائح الأميلويد (Les plaques amyloïdes) وهي تنتج من تراكم وتكتل غير طبيعي لبروتين Beta-amyloïde في الوسط الخارجي للخلية العصبية، وتسمى كذلك بالصفائح الشيخية Les plaques séniles وهي المسؤولة عن تخريب الخلية العصبية.

2. ضمور الألياف العصبية (Dégénérescence neurofibrillaires): وهي ناتجة من تلاشي بروتين TAU داخل الألياف العصبية و التي لها دور في نقل الغذاء نحو المشابك العصبية ثم الخلايا العصبية، في حالة تلف البروتين فإنه يتشكل كتل وتجمعات داخل الخلية العصبية مما يحدث خلل في النشاط العصبي ثم موت الخلية و بالتالي ضمور الدماغ. (Eustache, 2015, p.13)
3. فقدان الموصلات العصبية: و التي يكون نقصها أو فقدانها نتيجة لتقلص حجم الخلايا العصبية، و تقل معظم الموصلات العصبية و على رأسها النظام الكوليني حيث تقل أنزيماته و خاصة الإنزيم المكون للأستيل كولين، بالإضافة إلى كل من النورادرينالين و السيروتونين.
- و يؤدي عدم التوازن بين النواقل العصبية إلى تغيرات في الوظائف المعرفية خاصة الذاكرة، و تظهر كذلك تغيرات وجدانية، و كلما تزايد المرض زادت اضطرابات الذاكرة و صاحبها في ذلك اضطرابات اللغة والأقنوزيا والأبراكسيا (مهارات حركية). (عبد القوي، 2017، ص 568)
4. تناول الكحول: إن الإسراف في تناول الكحول لسنوات عديدة يمكن أن يمس الدماغ (Encéphalopathie)، حيث تظهر الأعراض التالية: اضطرابات الذاكرة، إصابة قدرة الانتباه و التوجه و الفضاء.
5. الأورام الدماغية: يمكن للأورام ذات المنشأ البطيء على مستوى الفص الجبهي و الصدغي أن تؤدي إلى خرف. (Ehrenfreuchter, 2013, p.21)
6. داء السكري: توصل الباحثون أن الإصابة بداء السكري يزيد من احتمال الإصابة بمرض الزهايمر، فالخلايا الرمادية بحاجة للطاقة من أجل عملها، بالمقابل داء السكري ينقص قدرات الجسم من امتصاص السكر الموجه لإنتاج هذه الطاقة. (Ehrenfreuchter, 2013, p.23)
7. عوامل وراثية جينية: يحدث اضطراب في الكروموزومات رقم 19، 14، 1 و 21، يرتبط اضطراب الكروموزوم 21 بالحالات المبكرة من المرض، و يتسبب في ثلثي الحالات الأسرية، بينما يتسبب الكروموزوم 14 في 70-80% من الحالات بشكل عام، و يتسبب الكروموزوم رقم 1 في النسبة الباقية (20%)، و يلعب كروموزوم 19 دورا أساسيا في الإصابة بالمرض في سن متأخرة (عبد القوي، 2017، ص 567).
8. الجنس: النساء بعد 80 سنة هم أكثر عرضة للإصابة بمرض الزهايمر. (Association France Alzheimer, p.11)

وفي دراسة أمريكية تم نشرها في ملتقى وطني لجمعية الزهايمر بباريس من 17 إلى 21 جويلية 2011، تم الكشف فيها عن سبعة عوامل مساعدة لإحداث المرض وهي كما يلي:

- 19% من الحالات المصابة مرتبطة بمستوى تعليمي ضعيف، وهذا ما يثبت فرضية النشاط

الفكري الذي يحمي من الإصابة بالمرض؛

- 14% من الحالات ترتبط باستهلاك التبغ؛

14 % ترتبط بانعدام النشاط الجسدي ؛

أما العوامل الأربعة المتبقية فهي مرتبطة بمشاكل صحية: الاكتئاب 11% ، ارتفاع الضغط الدموي 5%، السمنة 2%، داء السكري 2%.

تبين من خلال ما ذكرناه أن مرض الزهايمر من بين الأمراض الأكثر شيوعا لدى المسنين، ويترك أثارا على الفرد المصاب حيث يعرقل حياته الأسرية والاجتماعية والانفعالية والسلوكية إلى أن يفقد الاستقلالية تماما، وهي ترتبط بعدة عوامل بيئية وجينية وعصبية، لكن من الناحية التشريحية هناك ظاهرتين أساسيتين لحدوث ذلك و المتمثلة في ضمور الألياف العصبية وتشكل الصفائح الشخية (الأميلويد)، ولحد الساعة لم يتم تحديد أي ظاهرة تتم قبل الأخرى، ولكن الأهم أن العلم لازال يبحث عن تفسير هذا التدهور العصبي والتلف التدريجي للخلايا، ولا زالت الأبحاث متواصلة لتقديم شروحات وتوضيحات أكثر عن مرض الزهايمر.

قائمة المراجع:

1. عبد القوي، سامي.(2017). علم النفس العصبي الأسس وطرق التقييم. مصر: مكتبة الانجلو
2. Association France Alzheimer. La maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées. http://www.france.alzheimer53.fr/wa_files/la%20maladie-dalzheimersite.pdf
3. Alzheimer : une étude américaine identifie des facteurs de risque <http://www.vivreenaidant.fr/sante-aide/maladies-neurologiques/alzheimer/alzheimer-etude-americaine-identifie-facteurs-risque>.
4. Coté L. , Hottin P., Bonin C., Brien H., Senécal L., Trudel J.F. (2012). Guide pour les proches aidants et les intervenant : Problèmes rencontrés dans la maladie d'Alzheimer. Canada
5. Chomel-Guillaume S., Leloup G., Bernard I. (2010). Les aphasies Evaluation et rééducation. France : Masson

6. Ehrenfreuchter C., Fallert-Muller A., Fernholz D., Hoffmann G., Meinrenken S., Rose T. (2013). Quand la mémoire disparaît : Aides et conseils pour faire face. (1^{ère} Edi). Montréal : Reader's Digest.
7. Eustache F., Chételat G., Desgranges B., La Sayette V., (2015).
Alzheimer : Fatalité ou espoir ?. (1^{ère} Edi). Paris : Le muscadier.
8. Laîné S. Les différents stades de la maladie d'Alzheimer
<http://www.doctissimo.fr/html/dossiers/alzheimer/11746-alzheimer-stades-maladie.htm>
9. Ministère des solidarités et de la santé. (2015). La maladie d'Alzheimer. <http://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/maladies-neurodegeneratives/article/la-maladie-d-alzheimer>
10. Organisation mondiale de la santé. (2017). La démence. <http://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
11. Rondal J., Seron X. (2003). Troubles du langage : Bases théoriques, diagnostic et rééducation. Belgique : Mardaga