

المظاهر الاكتئابية في الهايزيمر أية علاقة؟

د. بن عصمان برحيل جويده

جامعة تلمسان

الملخص: لا زالت لحد الآن العلاقة بين الاكتئاب والهايزيمر غامضة وغير واضحة بالنسبة لطب الشيخوخة وطب الأعصاب والطب العقلي وعلم النفس. كان التساؤل في السابق يطرح فقط في التشخيص الفارقي حيث انشغل المختصون بالاكتئاب فقط وكان همهم الوحيد هو أن لا يخطئوا في تشخيص شبه الخبل، لأنه مرض يمكن معالجته ويتجاوب مع مضادات الاكتئاب، لكن حاليا ومع التقدم الذي شهده الطب في ميدان الهايزيمر وضرورة التشخيص المبكر لهذا المرض أصبح الأخصائيون يهتمون أكثر بالهايزيمر وأصبح التساؤل عن العلاقة بين الهايزيمر والاكتئاب. فقد أوضحت مختلف الدراسات أن اضطرابات المزاج يمكن أن تظهر في أي وقت من تطور المرض معيقة بذلك التكفل بالمريض والمحيطين به.

إن نسبة المسنين تتزايد بشكل كبير وملحوظ في وقتنا الراهن بسبب تطور العناية بهذه الفئة وأسباب أخرى، ومع تطور الاهتمام بدراسة الشيخوخة على نطاق واسع ومستوى عالمي تولدت الحاجة الماسة الى ما يسمى بعلم الشيخوخة من

حيث أبعاده الاجتماعية والنفسية والصحية. فمن المعروف أن التقدم في السن تصاحبه تغيرات سلبية على مختلف الجوانب العصبية والمعرفية والحركية مع انخفاض في قدرات هؤلاء المعمرين. هذا بالنسبة للحالات العادية أما بالنسبة للفئات الخاصة فهناك بعض الأمراض والاضطرابات الخاصة بالشيخوخة والتي تزيد من حدة هذه التغيرات الجسمية والنفسية، فدراستها أصبح مطلباً ملحاً وحتماً وموضوعاً جديراً بالبحث المكثف. وفي هذه الدراسة تم التطرق إلى المرض الأكثر شيوعاً وهو الهأيزيم كما يسميه البعض بمرض القرن الذي لا زالت نسبة تفشيه في كل المجتمعات في ارتفاع مستمر. وللأسف الشديد فرغم كل الدراسات والبحوث التي أقيمت في هذا الميدان إلا أنه لم يتوصل إلى العلاج المناسب والشافي لها. فاختلفت الدراسات وتنوعت بين ما هو بيولوجي وما هو عصبي وكميائي ولكن ما يهمننا كأخصائيين نفسيين هو الجانب النفسي لهذا المرض وذلك بهدف الكشف عن الخصائص والحالة النفسية للمصاب بالهأيزيم خصوصاً ترافقه بالاكئاب لأنه الأكثر مصادفة حيث بينت الدراسات (1) على مستوى أوروبا بأن الاكئاب يشمل 9%، 44 من حالات الهأيزيم.

وقد قام كل من R.Wilson و فريقه في 1995 بدراسة على عينة من 917 فرداً وتم متابعتهم مدة 13 سنة باستعمال المقابلة

وأدوات تقييم الذاكرة واللغة و التعلم وكان الهدف من هذه الدراسة تقييم تطور الحالة الصحية للأفراد فكانت نتائج البحث أن أصيبت مجموعة تقدر ب 190 فردا بمرض الهايذيمر ولم يلاحظ في هذه المجموعة أي إشارة أو عرض للإكتئاب قبل الإصابة بمرض الهايذيمر.

وفي دراسة أخرى ل L.Backman وفريقه على مجموعة من المسنين (222 فردا) تفوق اعمارهم 74 سنة هدفت الى معرفة إذا كانت الأعراض الاكتئابية تؤثر على ظهور مرض الهايذيمر فكانت النتائج أن الأفراد الذين لهم أعراض اكتئابية لهم احتمال 50% للإصابة بمرض الهايذيمر ومن جهة أخرى تبين أن الأفراد الذين أصيبوا بمرض الهايذيمر لم تكن لهم أعراض كافية لتشخيص الاكتئاب لكن لوحظ عليهم بعض الأعراض الاكتئابية والتي تتمثل في فقدان الاهتمام والطاقة وصعوبة التركيز(2). وقد قام M.Chicoine من جامعة Poitier بفرنسا باستعمال سلم فقدان الاهتمام والتقييم النوعي للدافعية بهدف معرفة إذا كان المصابون بمرض الهايذيمر يعانون من فقدان الاهتمام فتوصل الى أن 50% حتى 80% من الحالات يعانون من فقدان الاهتمام وقت التشخيص و90% بعد 5 سنوات من تشخيص مرض الهايذيمر(3). وفي الولايات المتحدة الأمريكية قام R.Holtzer وآخرون بدراسة على عينة تضم 536 فردا

مصابا بمرض الهايزيمير يتراوح سنهم من 74 سنة فما فوق وتم تقييم الأعراض كل ستة اشهر وكان الهدف منها وصف الاكتئاب في مرض الهايزيمير وتعيين العوامل التي تنبؤ بالأعراض الاكتئابية فوجدوا أن نسبة الاكتئاب تتراوح ب 40% خلال السنوات الثلاثة الأولى ثم تنخفض الى 28% و 24%. (4)

اختلفت أهداف الدراسات والأدوات المستعملة في البحث وهذا ما يفسر النتائج المتحصل عليها. وضحت الدراسة الأولى غياب الأعراض الاكتئابية، إلا أن الباحثين لم يستعملوا أدوات خاصة لتشخيص هذه الأعراض، فقد كان الهدف هو قياس مجموع القدرات وليس الكشف عن الاكتئاب. أما الدراسة الثانية ركز الباحثون على علاقة الأعراض الاكتئابية بظهور الهايزيمير لكنه صعب التعرف على المرحلة الأولى وقد تكون الأعراض الاكتئابية ظهرت في المرحلة الأولى من الهايزيمير لكن أعراض هذا الأخير لم تسمح بتشخيصه. وبالنسبة للدراسة الثالثة فقد ربط الباحث بين فقدان الاهتمام والهايزيمير، ويعتبر البعض أن فقدان الاهتمام هو عرض من أعراض الاكتئاب لكنه لم يؤخذ في إطار الاكتئاب ولكن تم عزله كاضطراب. أما فيما يخص الدراسة الرابعة فقد استعملت أدوات كثيرة لتشخيص الاضطراب وذهبوا الى أبعد

من الكشف عن الأعراض الاكتئابية وحاولوا الكشف عن العوامل التي تنبؤ بالاكتئاب في مرض الهازيمر.

كان الإشكال المطروح في دراسة الباحثة هو التعرف عن مظاهر الاكتئاب في مرض الهازيمر وقد اشتملت الدراسة الحالات المصابة بالهايزيمر دون غيره من أنواع الخبل.

ويعرف الاكتئاب على انه اضطراب في المزاج يظهر بحالة من الحزن المرضي ومن الألم النفسي والتشاؤم وعدم تقييم الذات و فقدان الاهتمام وقلق مرتبط بتباطؤ نفسي حركي وأعراض جسمية ك فقدان الشهية مثلا. (5) ويعرفه J.Cottraux بالتناذر الذي يسيطر عليه المزاج الاكتابي والذي يترجم عن طريق التعبير اللفظي والتعبير الغير اللفظي. (6) ويعتبر الهازيمر أكثر أنواع الخبل حيث يعرف الخبل على أنه فقدان في القدرات العقلية عند فرد كان عاديا وهذا المصطلح يجمع حالات كثيرة ومتنوعة (7). وهو اضطراب عقلي يتميز بإصابة عامة لجميع الوظائف العقلية ك فقدان الذاكرة وصعوبة في حل المشاكل اليومية البسيطة واضطراب المزاج والانفعالات مع صعوبة في التفكير المجرد واضطراب الكلام وفي التوجه المكاني والزمني (8). يصنف الخبل الى نوعين من الخبل الأولي والخبل الثانوي وقد لا تختلف الأعراض الاكلينيكية كثيرا يكمن الاختلاف في شدة الأعراض وتسلسل الجدول العيادي. ومن الناحية الفزيولوجية فالخبل

الأولي ناتج عن تدني الأنسجة العصبية وموت الخلايا العصبية في حين ينتج الخبل الثانوي عن إصابة الأنسجة العصبية بسبب مرض أو حادث. ويدخل الهايزيمر ضمن أنواع الخبل وقد وصف اول مرة في 1906 من طرف الطبيب العقلي الألماني Alois Alzheimer (1864-1915) الذي تابع مريضته Augusta البالغة من العمر 51 سنة لمدة 5 سنوات لإصابتها بفقدان الذاكرة وسوء التوجه وظهور هلاوس وهذيانات وبعد وفاتها تم تشريح دماغها فظهرت إصابات في الخلايا العصبية. وقام بعد ذلك Kraepelin بتصنيفه كنوع جديد من الخبل و سماه باسم تلميذه Alzheimer. وهذا المرض ناتج عن التدني العصبي في القشرة المخية وهو غير قابل للعلاج ويظهر بين 40 و 60 سنة. يظهر بتقلص في القشرة المخية وأعراضه تدهور عقلي واضطرابات في اللغة وعمى معرفي وعمى حركي ويؤدي الى الوفاة بعد سنوات من التطور تزداد نسبته بالتقدم في السن وتطوره تدريجي ويتم على مراحل هي :

تتميز المرحلة الأولى بنسيان بسيط (نسيان الأسماء ، الوقائع الحديثة) وصعوبة تذكر معلومات جديدة (تعلم أشياء جديدة ومتابعة حديث) وصعوبة في التركيز ومشاكل في التوجه المكاني والزمني (نسيان الطريق، خلط في التاريخ اليومي

والساعة) وصعوبة في التواصل (مشكل في النحو والصرف) وتقلب في المزاج ومشكل بسيط في المجال الحسي الحركي.

وتتميز المرحلة الثانية بتفاقم اضطرابات الذاكرة فيفقد المريض ذكريات تخص ماضيه ولا يتعرف على أفراد عائلته وزملائه ويفقد مفهوم الزمان والمكان وينخفض تركيزه ويصبح يحتاج الى المساعدة في نشاطاته اليومية مع صعوبة في النوم والتكلم وتقلب في الشهية .

أما المرحلة الثالثة فتتميز بفقدان القدرة على التذكر والتواصل وتحليل المعلومات وصعوبة كبيرة في تحليل المعلومات وفقدان مفهوم الزمان والمكان والانطواء على الذات والنوم الكثير وعدم التحكم في عملية الإخراج والتبول وصعوبة في البلع والمضغ وعدم القدرة على اللبس والاستحمام.

وقد صنف الباحثون مجموعة من العوامل تعتبر خطيرة تدخل ضمن عوامل الإصابة بالمرض وهي:

-السن الذي يعتبر العامل الأساسي لحدوث المرض فكلما تقدم الإنسان في العمر كلما ارتفع خطر الإصابة وخاصة بعد 80 سنة .

-الجنس حيث لوحظ أن النساء أكثر إصابة من الرجال.

- عامل الوراثة حيث يتضاعف احتمال إصابة الفرد عندما يكون أحد الوالدين مصابا.

- العوامل الاجتماعية والنفسية حيث يعتبر المستوى الدراسي المنخفض عامل من عوامل الإصابة لأن عملية التعلم ترفع من نسبة الاتصال بين النويات وبالتالي تؤخر من عواقب المرض.

- النشاطات والهوايات التي تساعد على التخطيط الذهني مثل الحياكة والبستلة...

- المحيط الاجتماعي حيث وجد اختلاف بين الأفراد الذين يعيشون لوحدهم والذين يعيشون داخل أسرهم لذا من الضروري أن يبقى المسن في جو عائلي متكامل.

- السوابق المرضية مثل الصدمات والحوادث التي يتعرض لها الفرد على مستوى الجمجمة .

وبالعودة الى العلاقة بين الاكتئاب والهايزيمر فقد وجد أن الاكتئاب يظهر في مرحلة متأخرة من تطور الخبل ولم يعد يفسر على انه رد فعل نفسي للمرض وإنما هو ناتج عن اضطراب في النواقل الأمينية المسؤولة عن تعديل المزاج. والتعقيدات في

العلاقة بين الخبل والاكتئاب جعلت Feinberg. 1984 يصنفها
الى اربعة أنواع:

النوع الأول أين الاكتئاب يظهر بخبل يسمى شبه خبل
اكتئابي وتكون أعراضه أن يظهر المريض كأنه يعاني من خبل
ولا يظهر الاختبار النفسي العصبي صعوبات معرفية و يظهر
الفحص العيادي اضطراب وجداني ويمكن الشفاء من هذا
النوع تحت تأثير مضادات الاكتئاب.

أما النوع الثاني فهو خبل ناتج عن الاكتئاب ويسمى
تناذر خبلي للاكتئاب فيظهر المريض على أنه يعاني من اكتئاب
وتظهر الاختبارات العيادية صعوبات في وظائف التفكير وهو
قابل للشفاء تحت تأثير مضادات الاكتئاب.

بالنسبة للنوع الثالث يظهر الخبل على أنه اكتئاب يسمى
خبل اكتئاب خبلي فيظهر المريض على أنه يعاني من اكتئاب
وتشير الاختبارات العيادية الى اضطراب في وظائف التفكير
ويظهر الفحص الشبه عيادي الى إصابة عضوية ولا يشير
الاختبار لأي اضطرابات وجدانية و هو قابل للشفاء بسبب
الخبل.

يظهر النوع الرابع خبلا ثم اكتئابا ويسمى بالتناذر
الاكتئابي للخبل حيث يظهر المريض مكتئبا ويشير الاختبار الى

اضطرابات وجدانية ويظهر الفحص أعراض خبلية ويمكن ان يشفى حسب سبب الإصابة بالخبل. وتقدر نسبة الاكتئاب في مرض الهاليزيم ب 15% الى 40% ويرجع هذا التفاوت في النسب الى التعاريف والأدوات المستعملة والأعراض الاكلينيكية التي لا تتميز بمصدقية عالية في الدراسات ذات العينة الكبيرة ، وأدوات أكثر دقة في الدراسات ذات العينة الصغيرة والتي غالبا ما تكون النتائج لصالح الاكتئاب وهذا ما يؤدي الى تذبذب في النتائج. وغالبا ما يظهر الاكتئاب في المراحل الأولى للهاليزيم وتنخفض النسبة في المراحل المتطورة وقد يفسر هذا الانخفاض بصعوبة في القياس خلال هذه المراحل (9). وقد وضعت الجمعية الوطنية للصحة العقلية بأمريكا مجموعة من الأعراض التشخيصية متبعة طريقة DSM VI في الدراسة والكشف عن الأعراض وهي:

-أعراض اكتئابية في مرض الهاليزيم:

يوجد ثلاث أو أكثر من الأعراض خلال فترة تقدر بأسبوعين وتؤدي الى تغيير في السلوك: على الأقل عرض يشمل إما مزاج مكتئب أو انخفاض في الانفعال او الرغبة بالإضافة الى مزاج مكتئب واضح اكلينيكي (حزين ويائس ويبيكي لأي سبب) وانخفاض في الانفعالات الإيجابية

والإحساس بالمتعة خلال الاتصالات الاجتماعية والنشاطات العادية والانعزال الاجتماعي واضطرابات في الشهية والنوم وتغير نفسي حركي (هياج أو تباطؤ نفسي وحركي) وسرعة الغضب والعياء والشعور بعدم القيمة مع أفكار انتحارية.

إن المشكل الذي يعترض المختصون هو الفصل في الأعراض ما إذا كانت تابعة للاكتئاب أو للهايزيمر لأن الأعراض الاكتئابية موجودة كثيرا في الهايزيمر وهي تشبه الى حد كبير الاكتئاب عند المسن، فاللاستقرار والعدوانية وفقدان الاهتمام هي أعراض نجدها في كلا المرضين ماعدا الشكاوي الجسمية التي هي من خصوصية الاكتئاب عند المسن. وما زالت آراء الأخصائيين العياديين تختلف حول الاكتئاب في مرض الهايزيمر وقد تم وضع لائحة لتشخيص هذا الأخير لكنها لا زالت في طور الدراسة ولا يمكن الاعتماد عليها في التشخيص. أما فيما يخص دراسة الباحثة فقد اختارت 10 حالات بصفة قصدية وهي حالات تعاني من الهايزيمر وتتراوح أعمارها ما بين 65 و70 سنة ويجب الإشارة أنها استندت الى أفراد العائلة لأن الحالات لا تتجاوب مع المقابلات في اغلب الأحيان. وقد استخدمت الباحثة المنهج العيادي مع دراسة الحالة وطبقت اختبار MMS Mini Mental Scor Cornell صمم الأول من طرف كورنال نفسه في 1988 وهو سلم يكشف عن الاكتئاب عند المصاب بالخلل، أما الثاني فهو اختبار يقيس القدرات المعرفية والعقلية وبنوده تبحث في التوجه الزمني والمكاني والتعلم

والانتباه والحساب والذاكرة واللغة. ومن خلال الدراسة الميدانية والمقابلات التي أجريت مع الحالات ومع أفراد عائلاتهم وتطبيق الاختبارين توصلت الباحثة الى أن الاكتئاب في الهازيمر هو عبارة عن أعراض اكتئابية فقط وليس مرض محدد وتبين ذلك من خلال:

- الثقل المستمر في المزاج، قد يمر المريض من حالة انتشاء وفرح الى حالة حزن وبكاء.

- استنادا للدليل التشخيصي والاحصائي للأمراض العقلية والنفسية الرابع لم تجد الباحثة أعراض كافية تسمح لها الجزم أن الحالات تعاني من اكتئاب.

إن النتائج المتوصل إليها تتماشى مع الدراسات السابقة التي تم الإشارة لها في البداية حيث توصل الباحثون الى أعراض اكتئابية في الهازيمر وتمثلت في فقدان الطاقة وصعوبة التركيز وفقدان الاهتمام وهي نتائج توافق دراسة قامت بها المنظمة العالمية للصحة.

إن الاكتئاب في الهازيمر ليس مرضا أو اضطرابا محددًا وثابتا حتى يمكن تشخيصه بل هو عبارة عن أعراض اكتئابية فقط هذا من جهة ومن جهة أخرى لوحظ أنه لا توجد فترة محددة لظهور الأعراض الاكتئابية من خلال فترات تطور المرض، فهناك حالات تظهر الأعراض الاكتئابية قبل الإصابة بالمرض وأخرى في مراحله الأولى وأخرى في أواخره. وبغض النظر عن وجود هذا الاكتئاب من عدمه

في الهايزمر يمكننا أن نتساءل حول إمكانية إعداد برنامج للتكفل النفسي الذي يساعد الحالات والأشخاص المحيطين بهم على التوافق والانسجام الاجتماعي ؟

المراجع:

- 1- INSERM « Institut national de recherche et de la santé médicale ».
- 2- R.Wilson,2008.Archives of general psychiatry.Chicago.
- 3- [www.esculape.com/geriatri/alzheimer prevention.html](http://www.esculape.com/geriatri/alzheimer/prevention.html).
- 4- www.sfgg.fr/fileadmin/documents.
- 5- S.Tribolet, 2006.Vocabulaire de la santé mentale.Ed de Santé.Paris.
- 6- J.Cottraux,1990.Les thérapies comportementales et cognitives.Masson.2eme edition.
- 7- S.Tribolet opcit.
- 8- H.I.Kaplan,BJ.Saddok,1988.Liivre de poche de psychiatrie clinique.EdProdel.Paris.
- 9- B.Vella et coll.2003.Maladie d'alzheimer et declin cognitif, recherche et pratique clinique.Volume7.Ed Serdi.Paris.

