الفصل التاسع
الذاكرة وخرف الشيخوخة

إن تقييم عقولنا يكون عادة بعزوها إلى حالة المخ وإمكاناته، وذلك يعنى أن الحالة العقلية هى حالة المخ. ومن ثم، فعندما يصاب المخ، فإن ذلك يعنى إصابة العقل؛ لذلك فعند إصابة المخ - كما فى حالة خرف الشيخوخة - فإن ذلك يعنى أن الوظائف العقلية قد أصيبت أيضًا. فالرابطة بين العقل والمخ لا يمكن إنكارها، بل يمكن النظر إليها باعتبارها الحلقة الخلفية الرئيسية الضرورية المهمة عند مناقشة الهوية وخرف الشيخوخة "Dementia". وقبل الخوض فى تفصيلات هذا المرض، يهمنا أن نوضح ما يخص العلاقة بين العقل والمخ؛ إذ إن خرف الشيخوخة يرتبط بأن يكون الفرد خارجًا عن العقل، أو بعيدًا عن العقل. والعقل كما تقول سوزن جرينفيلد "Greebfield" هو شخصنة المخ "Personalization of the Brain" ، التى تم وضع أساسها خلال مرحلة الطفولة، واستمر نموها خلال بقية مراحل حياة الفرد؛ ذلك أن نمطًا محددًا من الارتباطات بين خلايا المخ، هو الذى يؤدى إلى نشأة ما نسميه العقل، ولكن ذلك لا يعنى أن ينظر إلى العقل باعتباره بديلًا عن المخ الفسيولوجى، لكنه فى نفس الوقت هو أكثر من مجرد كتلة سائلة من المادة الرمادية. ولذلك فإن تعريفها للعقل هو: "كيان من دائرة الخلايا يموج بالغليان، تشكل بخبرات الفرد، ويظل فى حالة تحديث مع كل لحظة يحياها الفرد" (Greenfield,S. 2000,13).

ولاشك أن هذا التعريف للعقل على هذا النحو يعنى أن العوامل المهمة التى تجعل الفرد إنسانًا، وتجعل منك الشخص الذى تمثله، هو الخبرات الشخصية التى تملكها وحدك، والتى تكون كل ذكرياتك، أكثر من كونها الجينات التى تكونه؛ الأمر الذى يعلى من قيمة المفاهيم التى تمثل العالم المعرفى لدى الفرد مثل الذاكرة، والعقل، والذات. ومن ثم قد يفسر هذا الأمر لماذا تكون الإصابة بخرف الشيخوخة صادمة، ولماذا تعتبر الذات هى قلب الإصابة فى هذا المرض، كما يفسر أيضًا اهتمام برامج التأهيل حاليًا بالتوجه نحو تحسين الشعور بالذات، وتدريب المحيطين بالمريض على كيفية الحفاظ على شعور مريضهم بالهوية والتفاعل مع الآخرين قدر المستطاع.

أولا: خرف الشيخوخة، وماذا يعنى؟:

هناك بعض الشعور نحو قصة خرف الشيخوخة بأنه ليس هناك مشكلة محددة أصلًا، فنحن نكبر ونتعرض للتدهور، وجزء من هذا التدهور يكون عقليًا، فنصبح أكثر نسيانًا، وهو ما يرتبط بظهور المشكلات. فإذا كان التدهور واضحًا، فلاشك أننا فى حاجة إلى المساعدة والحماية حتى من أنفسنا، وإذا كنا نعانى فلاشك أننا سنعالج حتى تنتهى القصة بالموت.

إن التفكير على هذا النحو يتضمن أنه ليست هناك مشكلات محددة تحتاج إلى النظر، فخرف الشيخوخة هو جزء لا يتجزأ من حياتنا، خاصة الآن، حيث ازدادت شريحة كبار السن عبر المجتمعات، فخرف الشيخوخة يتحدد بتدهور فى المخ، ومن ثم يكون ضياع الوظائف العقلية، وذلك يعنى أن خرف الشيخوخة مثله مثل الأمراض العضوية الأخرى، حيث تؤدى إلى بعض الإعاقات المحددة، التى تؤدى بدورها إلى الفشل فى قدرة الفرد على عمل أشياء.

غير أن خرف الشيخوخة يمثل مشكلة كلية. فقد قدر أن ثمانية عشر مليونًا فى العالم يعانون منها، يعيش 66٪ منهم فى المجتمعات المتقدمة، كما أن نسبة الإصابة بها فى تزايد حيث تتزامن مع ارتفاع متوسط العمر للأفراد عبر العالم. ولقد أوضح الباحثون الآن أن كل أشكال خرف الشيخوخة تؤثر على 1٪ ممن فى المدى العمرى من 60 – 64. أما بين 85 – 90 فهى تؤثر على 20 ٪ منهم، وذلك يعنى أن هذا المرض إنما يمثل عبئًا اجتماعيًّا على المجتمعات النامية وغير النامية، ويتضمن ذلك البعد الاقتصادى الذى لابد من وضعه فى الاعتبار. وإذا كان هذا على المستوى الرسمى، إلا أن هناك أعباء أخرى قد لا تدخل فى المستوى الرسمى، لكنها تمثل مشكلة حقيقية. فهناك مشكلة القائمين بالرعاية، وغالبًا ما يكونون من الإناث، فهم معرضون للاكتئاب والمستويات العالية من الضغوط النفسية، هذا فضلًا عن تحملهم للضغوط الأخلاقية أيضًا، حيث يتعين عليهم اتخاذ القرارات التى تخص الحالات.

يعرض الشكل نسب انتشار أنواع خرف الشيخوخة

وأيًّا كانت النسبة، فإن ذلك لا يزيد هذه القضية إلا مزيدًا من الاهتمام بها، ليس لتبعاتها الاقتصادية والاجتماعية على المجتمعات فحسب، ولكن للاعتبار الإنسانى كذلك؛ حيث إن هذا يشكل الخلفية التى تنطلق منها المجتمعات فى التعامل مع مريض خرف الشيخوخة، كما ينعكس ذلك أيضًا فى التعامل مع القائمين على رعايته، والجهود الطبية التى توجه لمواجهة هذا المرض .(Hughes,J.C. ET AL ,2006)

كما تشير النسب أيضًا إلى أن 1٪ من بين 60 - 64 عامًا يصاب بهذا المرض، بينما ترتفع هذه النسبة إلى 20٪ فى المدى العمرى بين 85 - 90 عامًا.

إن هذا النوع من أمراض الذاكرة، قد يتوقع لأى منا الإصابة به؛ حيث إنه يمثل تطورًا طبيعيًّا للتقدم فى العمر، فرغم وجود التدهور المتدرج فى الذاكرة على مدى المراحل العمرية المختلفة، إلا أن هذا الأمر يزداد وضوحًا بعد سن التقاعد عن العمل، وهو يقابل فى مجتمعنا حتى الآن سن الستين، بينما يساوى فى مجتمعات أخرى (المتقدمة) سن الخامسة والستين. فمع التقدم فى العمر - كما أشارت الأبحاث - فإن ما يصعب تذكره ليس هو الأحداث البعيدة الماضية، لكنها الأحداث الحالية. وقد أشارت بعض الدراسات إلى أن 1 - 10 ٪ ممن هم فوق الخامسة والستين يعانون من خرف الشيخوخة، ومع التقدم إلى سن الثمانين وما بعدها، ترتفع هذه النسبة إلى 20 ٪.

إن كلمة "Dementia" تشير إلى فئة أو مجموعة من اضطرابات تدهور المخ "Degenerative brain disorder"، تعنى جميعها وجود تدهور تدريجى فى الوظائف العقلية. ويعرف هذا المرض عادة بقياس بعض الأدوات الخاصة، مثل اختبار تقدير درجة هذا المرض (Cinical Dementia Rating CDR)، الذى قام بوضعه هوكس "Houx" وزملاؤه عام 1982، وهو يقوم على أساس مقابلة المريض والقائم برعايته، والخروج بتقديرات للذاكرة، والتوجه، ورعاية الذات. وعلى هذه الأداة، فإن الدرجة صفر تعنى عدم وجود المرض، بينما الدرجة ثلاثة تعنى الدرجة الشديدة من هذا المرض.

ويحدد بليسد "Blesed" عددًا من المؤشرات لهذا المرض فيما يلى:

* يمكن أن تكون من مضاعفات مرض الاكتئاب؛ حيث وجد أن عددًا كبيرًا من مرضى خرف الشيخوخة يعانون فى البداية من القلق والاكتئاب، خاصة فى المرحلة المبكرة من المرض.

* قد يكون خرف الشيخوخة من مضاعفات البارانويا، التى يمكن أن تؤثر على المرضى فى بداية مرحلة المرض، وقد تفسر على أنها دفاعات بارانوية، تسمح للمريض أن يتجنب إدراك التدهور العقلى الذى يعانى منه.

* قد تكون من مضاعفات الإصابة بالهذيان "Delirious"، فالدراسة الطولية لهؤلاء المرضى كشفت أن 25٪ منهم يعانون من الأمراض العضوية. وفى بعض الحالات لا تكون الأمراض العضوية واضحة، ويكون التدهور فى الوظائف العقلية قصيرة المدى.

ولاشك أن تصميم التجارب لقياس تغيرات الذاكرة عبر مراحل العمر، لا يعد بالأمر الهين؛ فكما سبق أن أشرنا إلى أن التصميم التجريبى القائم على مقارنة المجموعات المستعرضة - هذا التصميم الذى يقوم على المقارنة بين المجموعات المتباينة فى المرحلة العمرية - قد وجهت إليه الكثير من الانتقادات التى يمكن أن تمس صدق النتائج المستخلصة، وتطرح حولها من التساؤلات

ما يربو كثيرًا على ما أسفرت عنه من معلومات، إلى حد أن تصبح بعض النتائج مضللة للباحثين؛ بسبب وجود بعض العوامل التى لم يمكن ضبطها تجريبيًّا فى التجارب المختلفة. منها على سبيل المثال، أن يكون بعض كبار السن المتضمنين فى الدراسة فى المراحل الأولى من مرض الزهيمر مثلًا، وهو الأمر الذى يصعب إثباته حتى لدى المسن ذاته؛ إذ إن ذلك يتطلب إجراء الكثير من الاختبارات المعرفية قبل إجراء التجربة الأصلية. ومن ثم فإن الفروق التى تعزى إلى المرحلة العمرية قد تعزى فى الأصل إلى أسباب أخرى، مثل إصابات المخ بسبب تناول الخمور، أو بسبب الظهور المتأخر لمرض السكر، وإصابات الرأس الثانوية، أو الاكتئاب، أو بسبب التعرض لبعض أنواع العلاج الطبنفسية؛ كالجلسات الكهربية على المخ. فقد تتغير النتائج إلى حد كبير إذا ما أخذت هذه العوامل فى الاعتبار، ففى دراسة قام بها هوكس "Houx" وزملاؤه عام 1991، على عينتين من مراحل عمرية مختلفة (كبار السن فى مقابل الأصغر عمرًا) على قدرتى التذكر والتعرف لقائمة من الكلمات. ومن المتوقع فى هذه الدراسة أن تشير النتائج إلى ما يحدد تدهور هاتين القدرتين لدى كبار السن بمقارنتهم بالعينة الأصغر عمرًا، غير أنه فى ضوء الاعتبارات السابق الإشارة إليها، لم تكن هناك فروق ذات معنى تخص الفروق العمرية ذاتها.

وكما أشرنا سابقًا أيضا إلى أن المستوى التعليمى يعد من العوامل الفارقة فى القدرات المعرفية، لذلك لابد من ضبط العامل الخاص بالتعليم كيفيًّا وكميًّا عند قياس الذاكرة لدى كبار السن، ومقارنتهم بالمراحل العمرية الأصغر سنًّا، والعمل بغير ذلك يعنى أن النتائج المستخلصة إنما تعكس اختلاف المستوى التعليمى، وليس الفروق العمرية خالصة. وبما أن الهدف من الدراسات على نطاق محدود على عينات بعينها مع الضبط التجريبى للمتغيرات، هو فى المقام الأول الاستفادة من النتائج على نطاق أفراد المجتمع عامة – فإن ذلك يعنى أن النتائج الخاصة بالفروق العمرية تفتقد للصدق الخارجى "External validity".

وبالطبع، فقد أدت المشكلات التى ارتبطت بمقارنة المجموعات العمرية المستعرضة، إلى قيام الباحثين بالدراسات الطولية، حيث يتم تتبع عينة ما فى مراحل عمرية مختلفة، مع تطبيق الأدوات المحددة، على أن تتم المقارنة للفرد الواحد عبر هذه القياسات المختلفة. ولاشك أن الدراسات الطولية من شأنها أن تؤدى إلى تجنب مشكلات التجانس بين المجموعات، إلا أنها – من ناحية أخرى – قد تؤدى إلى مشكلات أخرى، خاصة ببقاء أثر التدريب على الأدوات، مما ينعكس بالتالى على أداء الذاكرة. فضلًا عن هذا، فقد يواجه الباحث بتناقص أفراد العينة لسبب أو لآخر، خاصة مع المراحل العمرية المتقدمة.

ويعد الاهتمام بدراسة صغار الكبار "young adults" من الاهتمامات الحديثة؛ من أجل مزيد من فهم تغيرات الذاكرة فى مرحلة الشيخوخة؛ بهدف تشخيص إصابة المخ بخرف الشيخوخة، وتحديد الأسباب التى تؤدى إليه. وقد يرجع التأخر فى دراسة هذه العينات إلى ضعف التشخيص تارة، وإلى

عدم التعرف عليهم من الأصل تارة أخرى، أو إلى ضعف الإمكانات ومحدوديتها لدى بعض البلدان، مما قد يؤدى إلى سوء الفهم أو سوء التعامل مع هذه الحالات. ولاشك أن نمو تخصص العلوم العصبية الطبية قد أدى إلى إضافات فى معرفة وظائف المخ، مثل اللغة والكلام على سبيل المثال، ودور الجينات فى إصابة المخ بالأمراض. كما أن الاهتمام بدراسة خرف الشيخوخة لدى صغار الكبار، يساعد – فى تطبيق المعلومات الجديدة عن الجينات – فى تشخيص خرف الشيخوخة لدى صغار الكبار، هذا من ناحية، كما يعين على تحديد أشكال جديدة لهذا المرض ، من ناحية أخرى.

وفى إحدى المستشفيات التى ضمت العديد من التخصصات فى مجال دراسة كبار السن، تم إنشاؤها فى أستراليا، اشتملت على وحدة متخصصة، تستقبل صغار الكبار الذين لم يبلغوا الخامسة والستين من العمر، وتم تشخيصهم بالاشتباه فى إصابتهم بخرف الشيخوخة، بناء على المظاهر المعرفية التى يعانون منها. وتضم هذه الوحدة تخصصات فى علم النفس، واضطرابات الكلام، والعلوم العصبية النفسية، والخدمة الاجتماعية، والطب النفسى، ثم علم الجينات. وكان يتم تحويل هؤلاء المرضى من مصادر متعددة، مثل الأعصاب، والطب النفسى، والممارس العام، أو عن طريق الأسرة ذاتها.

وقد قام بيتر بانجيرس "Peter panegyres" وزملاؤه بدراسة على عينة كبيرة (226 مريضًا: 115 من الذكور و111 من الإناث) من نزلاء هذه المستشفى، الذين لم يبلغوا الخامسة والستين من العمر، وتم تشخيصهم بالإصابة بخرف الشيخوخة. وقد خضعت هذه العينة للفحوصات المتعددة: الأمراض النفسية، والزهيمر، وتدهور وظائف الفص الأمامى للمخ، وخرف الشيخوخة المصاحب بالاضطرابات المعرفية، وخرف الشيخوخة الناتج عن الأوعية الدموية. **وبناء على هذا الفحص، فقد كشفت النتائج عن توزيع العينة الكلية على الأسباب التالية:**

3 .24 ٪ اضطرابات نفسية، وأكثرها شيوعًا الاكتئاب، ويليه القلق.

0.19 ٪ تدهور الفص الأمامى من المخ.

9. 11 ٪ مرض الزهيمر.

9. 4 ٪ اضطرابات معرفية.

9. 4 ٪ اضطرابات عصبية.

1. 3 ٪ خرف الشيخوخة المرتبط بالأوعية الدموية.

7. 2 ٪ شرب الكحوليات.

7. 2 ٪ عوامل متعددة.

2. 2٪ أمراض سابقة.

8. 1 ٪ إصابات الرأس.
9. 0 ٪ تاريخ أسرى.
9. 0 ٪ عطب الأجزاء الخلفية من القشرة المخية.
3. 1 ٪ خرف شيخوخة غير محدد.
4. 0٪ "lewy body disease".
4. 8٪ أسباب غير عصبية.
6. 10٪ أسوياء.

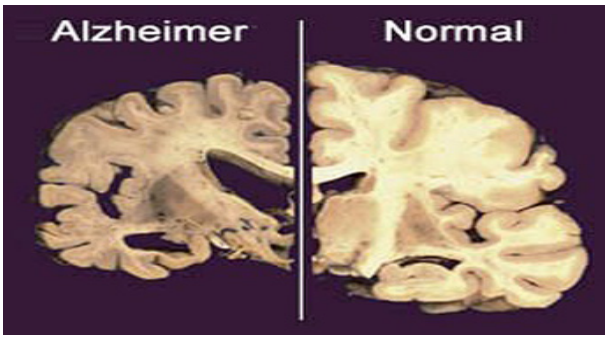
---

100 ٪ العدد الكلى

وقد تكشف نتائج هذه الدراسة عن الأسباب التى ترتبط بالإصابة بمرض خرف الشيخوخة فى الكبر، مما قد يساعد فى التنبؤ بعدد الحالات التى يمكن أن تصاب بهذا المرض من ناحية، وفى تحديد وجهة بذل الجهود فى الوقاية منه قدر الإمكان من ناحية أخرى. كما تؤكد هذه الدراسة كذلك على أن مرض خرف الشيخوخة، حتى وإن ارتبط بالتقدم فى العمر بما يشبه حتمية الإصابة به، إلا أنه يجب الانتباه إلى أن التاريخ المرضى للفرد لاشك يلعب دورًا مهمًّا للغاية فى الإصابة بهذا المرض. لكن، تظل هذه الاستنتاجات مجالًا مفتوحًا لمزيد من الدراسات على مرض خرف الشيخوخة.

مرض الزهيمر وإصابة الذاكرة:

كما سبق أن ذكرنا فإن كلمة خرف الشيخوخة تشير إلى مجموعة من الأمراض التى تجسد تدهور أداء المخ البشرى فى مرحلة الكبر، وتضم هذه المجموعة عددًا من الصور التى تجسد هذا التدهور، وأغلب هذه الصور – لحسن الحظ – نادر الوجود. ثم يليها الصور التى تتواجد بين البشر ولكن بقدر محدود، منها مرض هنتينجتون "Huntington" (هذا المرض الذى يجسد التدهور المستمر للمخ، ويؤدى إلى إعاقة حركة المريض، مثل عدم التحكم فى الكتابة، والتدهور العقلى التدريجى). وقد ثبت من الأبحاث أن هذا المرض قد ينتقل بالوراثة، ومن ثم فعلى هؤلاء المعرضين له أن يتعلموا كيفية مواجهته عند ظهوره. والصورة الأكثر شيوعًا من خرف الشيخوخة تتمثل فى مرض الزهيمر "Alzheimer" (AD)، وهو يكون 50 ٪ من مرضى خرف الشيخوخة فى الكبر، وهو يحدث بنسبة 10 ٪ بين من تبلغ أعمارهم 65 فأكثر. وتتزايد النسبة بالطبع مع التقدم فى العمر، وتشخيص هذا المرض ليس بالأمر الهين، لكنه قد وجد من خلال عمليات التشريح للمخ بعد الوفاة، أن هذا المرض يتحدد بوجود صفائح محددة، والشبكات العصبية الليفية فى المخ تعوق تشخيص هذا المرض فيزيقيًّا، فكان لابد من الاعتماد على المؤشرات السيكلوجية والسلوكية، مع الحذر الشديد من تداخل الصور الأخرى من التدهور العقلى.



يوضح الشكل صورة المخ قبل الإصابة بالزهيمر وبعدها

ويعتمد التشخيص على تقدير أداء الفرد أقل من 5٪ من أداء الأفراد فى مثل عمره على اثنين أو أكثر من المجالات الآتية:

1- التوجه المكانى والزمانى.

2- الذاكرة.

3- اللغة.

4- ضبط الحركة "Praxis".

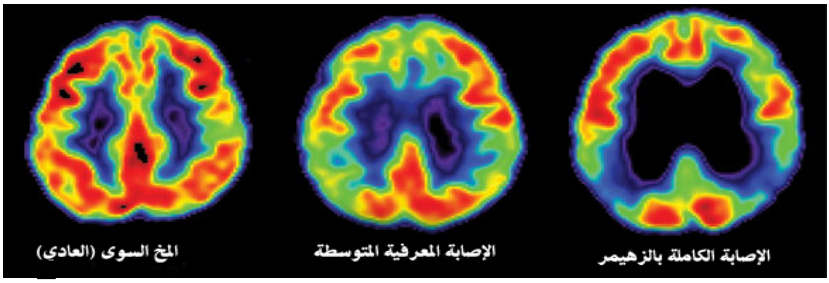
5- الانتباه.

6- الإدراك البصرى.

7- حل المشكلات.

8- التوظيف الاجتماعى "social functioning".

وحيث إنه لا يوجد قياسات معيارية لهذه المجالات الثمانية، يظل التشخيص يمثل مشكلة للعاملين فى المجال، ومن ثم فإن الفرد الذى يحصل على درجات أقل 5٪، يكون معرضًا للإصابة بالمرض. إلا أن هذا التشخيص لا يصبح ثابتًا إلا بعد إعادة القياس مرة أخرى على الفرد ذاته بعد مرور عدد من الشهور القليلة على القياس الأول.



يوضح الشكل صورة المخ مرتبطة بدرجة الإصابة

وقد أجريت غالبية الأبحاث على الحالات المتوسطة من الإصابة بالزهيمر؛ حيث إن ذوى الإصابة الشديدة بالمرض لا يمكنهم تتبع التعليمات أو الانتباه إلى ما تطلبه الاختبارات المختلفة، والإصابة المتوسطة بالزهيمر لا تمنع المريض من أداء مهامه الشخصية فى المنزل. وقد يكون المريض واعيًا أو غير واع بتدهور عملياته المعرفية، لكنه لابد وأن يترك العمل فورًا إن لم يكن قد فعل هذا. ومن المهم الإشارة إلى أن بعض الأفراد فى المهن المتميزة (قاض، رجل بوليس) رغم تشخيصهم بالمعاناة من مرض الزهيمر، إلا أنهم قد ظلوا يمارسون العمل مع الدعم الشديد من الزملاء.

ويلاحظ الاضطراب فى البداية عندما يصبح الفرد أكثر نسيانًا، حيث إن اضطرابات الذاكرة من أولى علامات هذا المرض، كما تتواجد لديه مشكلة البحث عن الكلمات. وعندما يتطور المرض يصبح المريض غير قادر على إدارة نفسه وحده، ويحتاج إلى المساعدة فى الأنشطة الأساسية، مثل الملبس. ومع تقدم المرض، تضطرب الذاكرة حتى تصبح غير قادرة على تمييز الأقارب. ويميل غالبية مرضى الزهيمر إلى الانسحاب من الأنشطة الاجتماعية، ويصبحون أكثر اعتمادًا على غيرهم، خاصة مع تقدم المرض، حيث يؤدى انهيار الذاكرة إلى مشكلات كثيرة ومتنوعة بتنوع المواقف الحياتية، ويصبح الأمر فى حاجة إلى الاستعانة بمن يعاونه غالبية الوقت، إن لم يكن كله.

الذاكرة طويلة المدى ومرض الزهيمر:

إن أوضح جوانب القصور فى مرضى الزهيمر تبدو فى ذاكرة الأحداث فى الذاكرة طويلة المدى، سواء تم القياس بالأدوات المقننة، أو باسترجاع فقرة ما؛ إذ إن مرضى الزهيمر يؤدون أداء سيئًا على هذه المهام، ويمكن تحديد اضطراب الذاكرة لدى مرضى الزهيمر من أداء الفرد على أدوات قياس ذاكرة الأحداث. ولقد حاول نوبمان وريبرج (Knopman & Ryberg, 1989)، قياس مرضى الزهيمر على تكوين عدد من الجمل، تبدأ بكلمة تم تعلمها فى قائمة للكلمات، وبمقارنة أداء مجموعة المرضى بغيرهم من الأسوياء، كانت الفروق ذات دلالة عند 0.01، كما أن هناك عددًا من الدراسات قد أشارت إلى أنه مع تعلم بعض مرضى الزهيمر المعلومات الجديدة، إلا أنهم ينسونها بسرعة كبيرة، ومع ذلك فهذا الأمر مازال موضع نقاش حتى الآن.

غير أنه من الثابت والمتفق عليه بين الباحثين هو أن مرضى الزهيمر يكشفون عن مستويات غير سوية من تشوش فى الذاكرة. ومصطلح التشوش يستخدم بمرونة فى هذا الصدد، فقد يعزى إلى وجود المعلومات الزائفة أثناء الاستدعاء، أو قد يعنى التحديد الزائف للمشتتات، مثل تحديد الكلمات الرئيسية فى اختبار للتعرف. وهذه المستويات المرتفعة من التشوش تميز مرضى الزهيمر عن الصور الأخرى من مرض خرف الشيخوخة.

كما أثبتت التجارب أيضًا أن الذاكرة العاملة لدى مرضى الزهيمر تتأثر إلى حد كبير، فقد عرف عن مرضى الزهيمر انخفاض مدى الذاكرة لديهم عن الأسوياء، وهو ما كشفت عنه تجارب استدعاء مجموعة الأرقام، أو قوائم الكلمات، كما كشفت النتائج أيضًا عن تأثير عامل الحداثة على ذاكرة مرضى الزهيمر، حيث استطاع المرضى استدعاء الكلمات فى نهاية القائمة، بينما كان الاضطراب واضحًا فى استدعاء الكلمات الأولى فى القائمة ذاتها، وقد فسر البعض هذه النتائج بفشل النظام التنفيذى فى الذاكرة العاملة. وفى تجربة قام بها بادلى وزملاؤه عام 1991، على عينة من مرضى الزهيمر، ومقارنتهم بعينة من الأسوياء على أداء عملين فى آن واحد (المرور فى متاهة وحفظ مجموعة من الأرقام فى آن واحد) - أسفرت التجربة عن فشل مرضى الزهيمر فى هذا الأداء فشلًا ذريعًا، وذلك مقارنة بعينة الأسوياء التى وجدت بعض الصعوبة فى أداء العملين معًا، لكنها نجحت فى النهاية. وقد خلص بادلى من هذه التجربة إلى أن النظام التنفيذى فى الذاكرة العاملة لدى مرضى الزهيمر يضطرب، وبالتالى يصبح غير قادر على تنسيق الاستجابات على العملين معًا، **ومن ثم فإن اضطراب ذاكرة مرضى الزهيمر يعزى إلى أمرين، هما:**

* اضطراب ذاكرة الأحداث فى الذاكرة طويلة المدى.
* اضطراب النظام التنفيذى فى الذاكرة العاملة.

ويشترك معهم فى هذه الأعراض مرضى من فئات أخرى؛ لذلك لابد من وجود الأدوات الفارقة التى تميز مريض الزهيمر عن غيره من المرضى ذوى فقدان الذاكرة، فاضطراب ذاكرة المعانى "Semantic Memory" لدى المريض من العلامات الفارقة بينه وبين المرضى من الفئات الأخرى. فهى تضطرب إلى درجة كبيرة، ويبدو هذا الاضطراب على بعض الأدوات التى تستخدم لهذا الغرض، منها تسمية الصور مثلًا، حيث يرى المريض صورًا للحيوانات، لكنه يفشل فى تسميتها، أو أنه يعطى استجابة عامة، مثل "حيوان". كذلك أيضًا يعد اختبار الطلاقة اللفظية من الاختبارات الجيدة فى هذا الصدد، حيث يطلب من المريض ذكر أكبر عدد ممكن من الأمثلة على فئة بعينها، ولتكن الحيوانات مثلًا أو الجوامد، وذلك فى مدى زمنى صغير (ستون ثانية). كما أن أداء مرضى الزهيمر يكون سيئًا على اختبار السخافات (الذى يضم عبارات معروفة للجميع، أو تتضمن أمورًا غير منطقية، مثل البطاطس تبحث عن الطعام - سمك القرش يسير على عجلات). ويكون أداء مرضى الزهيمر بطيئًا للغاية على هذا الاختبار، كما أن عدد الاستجابات الخاطئة لديهم ليست بالقليلة. ومع تقدم مرض خرف الشيخوخة، يتزايد اضطراب ذاكرة المعانى، وتمتد من المشكلات البسيطة الخاصة بالبحث عن الكلمات إلى الفقد الكامل للمفاهيم، ومن ثم كان القول بتراجع ذاكرة المعانى لدى هؤلاء المرضى. ومن نتائج مجموعة من الدراسات قام بها نيبس "Nebes" وزملاؤه عام 1986، و1989، خلص إلى ما سبق أن أشار إليه سالثوس، أن ارتباط التقدم فى العمر بالعمليات

المعرفية يتلخص فى عامل الوقت الذى يستغرقه الفرد فى الأداء. لكن دراسات شين "Chan" وزملائه، على ذاكرة المعانى قد كشفت عما تتميز به الذاكرة السيمانتية لدى مرضى الزهيمر بعدم التنظيم، فقد كان هذا الباحث وزملاؤه مهتمين بدراسة كيفية رؤية مرضى الزهيمر وغيرهم من الأسوياء، لأوجه التشابه والاختلاف بين الأشياء. فعرض على الأفراد ثلاث صور للحيوانات مثلًا، ثم وجه إليهم سؤالًا مباشرًا عن أى اثنين من هذه الحيوانات أكثر تشابهًا، وقد أسفرت النتائج عن عدم قدرة مرضى الزهيمر على تحديد أوجه الشبه التى تقوم على المفاهيم المجردة مثل الاستئناس، بل إنهم أقل دقة فى تحديد العلاقة بين الحيوانات؛ لأنهم يعتمدون بشدة على الملامح الحسية المدركة، ومن ثم يبدو واضحًا عدم تنظيم ذاكرة المعانى لدى مرضى الزهيمر، وهو يؤثر بدوره على ذاكرة الأحداث. وعلى الرغم من هذا، فقد كشفت دراسات أخرى عن عدم تأثر ذاكرة المعانى لدى مريض الزهيمر (Bondi & Kaszniak ,1991).

كما أشارت الأبحاث أيضًا إلى أن مريض الزهيمر يكشف عن تدهور شديد فى ذاكرة الأحداث القريبة، فقد وجد بيتى "Beatty" وزملاؤه أن مرضى الزهيمر كان أداؤهم على تذكر الأحداث البعيدة أفضل من تذكرهم للأحداث فى السنوات القريبة. وفى دراسات على الذاكرة الشخصية لمرضى الزهيمر، أشارت نتائج هذه الدراسات إلى تدهور هذه الذاكرة فى استدعاء الأحداث التى مرت بهم منذ فترة بعيدة، بما يشير إلى اضطراب الذاكرة بصورة واضحة. فضلًا عن هذا، فقد دلت الاستجابات على أن الذاكرة القريبة من حدوث المرض كانت أكثر اضطرابًا من ذاكرة الأحداث البعيدة (Kolpeman,1985).

وقد أدى الاهتمام بدراسة الذاكرة الضمنية إلى دراستها على مرضى الزهيمر، غير أن النتائج كانت متعارضة. فقد أشارت بعض النتائج إلى وجود فروق دالة بين مرضى الزهيمر وبين مرضى فقدان الذاكرة "Amnesics". ومن التجارب فى هذا الصدد تكملة الكلمات، حيث تعرض الكلمة كاملة على الفرد، ثم تعرض عليه بعد حذف حرفين من الكلمة، ويطلب منه تكملة الحروف، ولقد كشفت النتائج عن فشل مرضى الزهيمر على هذه الأداءات، مما يشير إلى اضطراب الذاكرة الضمنية لديهم. وفى تفسير هذا الأمر، أشارت الدراسات إلى أن مريض الزهيمر أثناء عملية التعلم، لا ينشغل بعملية بحث كافية، بينما أشارت دراسات أخرى إلى أن قراءة الكلمات بصوت مرتفع تسمح لمريض الزهيمر أن يرى الترميز الطبيعى (Downes, 1996). كما أشارت النتائج فى بعض التجارب إلى استفادة مرضى الزهيمر من التدريب، أسوة بالعينة السوية، مما يدل على تعلمهم ضمنيًّا للمهمة (Brandt&Rich,1995).

ومن الجدير بالذكر، أنه على الرغم من ارتباط مرض الزهيمر بأمراض خرف الشيخوخة، إلا أن هناك صورًا أخرى، منها مثلًا خرف الشيخوخة الناتج عن تعدد الاحتشاء (MID) "multi infarct dementia"، أو خرف الشيخوخة الوعائى "vascular dementia" الذى يحدث

نتيجة اضطراب الدورة الدموية فى المخ، لكن ليس من السهل التمييز بين مرض الزهيمر، وبين هذه الصور الأخرى من مرض خرف الشيخوخة، غير أن هناك بعض الدراسات الحديثة عن الذاكرة، كشفت عن فروق مهمة بينها. فقد قام باركن وزملاؤه بعمل اختبار التعرف على مجموعة من مرضى الزهيمر، ومقارنتهم بمرضى "MID"، ويقضى هذا الاختبار بأن يتعرف المريض على مجموعة من الكلمات، هى الكلمات الأساسية، ثم تعرض عليه هذه الكلمات مرة أخرى ضمن مجموعة جديدة من الكلمات، وعليه أن يحدد ما إذا كان قد سبق له رؤية الكلمة، أم أنها جديدة عليه. والاستجابة الصحيحة على اختبار التعرف هذا تعرف بـ "Hit"، أما التوحد الخطأ بالكلمات الجديدة فيطلق عليه "False alarm"، أما عدم القدرة على تحديد الكلمة فتعتبر "miss". ولقد وجد باركن أن مريض الزهيمر، قد تميز أداؤه بالكثير من الاستجابات الصحيحة، والكثير من استجابات الـ "False alarm" أيضًا. وعلى النقيض من ذلك كان مريض "MID"، فقد كان أكثر تحفظًا، حيث كان الأقل فى الاستجابات الصحيحة، والأقل أيضًا فى استجابات الـ "False alarm".

وفى دراسات سابقة على اختبار التعرف على مرضى إصابة الفص الأمامى من المخ، وجد الباحثون أنهم يكثرون أيضًا من الاستجابات الـ "False alarm"، ولذلك خلص البعض إلى أن المجموعتين معًا (مرضى الزهيمر، ومرضى الفص الأمامى من المخ) قد يشتركان فى نوعية الاضطراب.

وجدير بالذكر أن تشخيص خرف الشيخوخة كثيرًا ما يتداخل مع ما يعرف بخرف الشيخوخة الزائف "pseudo-dementia"، وهو يعزى إلى السلوك الذى يقوم به بعض مرضى الاكتئاب، باعتباره محاولة لتقليد أعراض خرف الشيخوخة. ومن الصعب إلى درجة كبيرة تمييزه عن خرف الشيخوخة بالفعل؛ حيث إن ما بين 5٪ إلى 15٪ من مرضى خرف الشيخوخة يتحولون إلى مرضى اكتئاب، لكنه كما كشفت الدراسات عن أنه يمكن التمييز بين مرضى الزهيمر وبين خرف الشيخوخة الكاذب، بأن الأخيرين لا يميلون إلى عمل الكثير من أخطاء الـ "False alarm"، بل إنهم أكثر تحفظًا فى الاستجابة على اختبارات التعرف.

وقد يظهر خرف الشيخوخة أيضًا فى بعض الاضطرابات الأخرى، مثل: هنتينجتون "chorea" (HC) كما سبق أن أوضحنا، وبركنسون (PD)، وخرف الشيخوخة تحت القشرى "subcortical dementia"، وكذلك تصلب الأنسجة المتعدد "multiple sclerosis"، والشلل الارتجافى "progreesive supranuclear palsy"، ثم عدوى مرض نقص المناعة "HIV". وكل هذه الأمراض تعرف جميعها بأنها خرف الشيخوخة تحت القشرى؛ لأنه من المعتقد أنها تنشأ من سوء توظيف فى المناطق الجانبية للقشرة المخية. وقد أجريت الدراسات لمعرفة الفروق بين هذه الأنواع من خرف الشيخوخة، وقد وجد برانت وريتش (Brandt & Rich, 1995)، أن هناك فروقًا بين

مرضى الزهيمر وبين مرضى هنتينجتون (HC) على الذاكرة الضمنية، مما يؤكد من ناحية أخرى أنها وحدة مستقلة.

ويأتى السؤال: هل يمكن أن يحدث شفاء من مرض الزهيمر؟

إن الإجابة فى الوقت الحالى بالنفى؛ حيث إن ذلك يتطلب الأخذ فى الاعتبار لأوجه القصور العصبى الكيميائى المسئول، ثم استخدام هذه المعرفة فى عملية العلاج. وهناك إشارات جيدة على أن مرضى الزهيمر لديهم قصور فى الأسيتايل كولين (مادة الناقلات العصبية)، التى من المعتقد أنها تلعب دورًا مهمًّا فى التعلم والذاكرة. ويؤدى هذا الاكتشاف إلى وجود أمل كبير فى العلاج لهؤلاء المرضى، حيث يمكن مدهم بالمواد الناقصة، وتعويضهم عن عدم وجودها.

ويبدو حتى الآن أن الكولين هو الوحيد من المواد العصبية الكيميائية التى يمكن تعويضها لدى مريض الزهيمر، لكنه على المدى البعيد لابد من وجود أشكال للعلاج الدوائى العصبى، الذى يتمثل فى العقاقير، والتى يتاح لبعضها التداول الآن.

أما عن زرع خلايا بالمخ لعلاج أوجه النقص الكيميائى العصبى، فهو مازال يمثل بديلًا لم يخرج إلى حيز التنفيذ، كما حدث مع مرض باركنسون، حيث يعرف هذا المرض باستنفاد الدوبامين، ومن ثم أدى تعويض هذا العقار إلى نتائج ناجحة، غير أن جهود الباحثين مازالت بعيدة عن إيجاد العلاج المماثل لمرضى الزهيمر.

أما عن استخدام بعض الإستراتيجيات المعينة على تذكر المريض، وعدم شعوره بالتوتر والضغط الناجم عن فقد الذاكرة، فهى للأسف الشديد ليست ذات فاعلية فى علاج هذه الحالات. غير أنها يمكن الاستعانة بها لحل المشكلات الموقفية الناجمة عن فقدان الذاكرة، كاستخدام مكان مميز (لون مثلًا) لوضع الأشياء (كالمفاتيح، النظارة، النقود)، أو استخدام وسيلة الكتابة على اللوحة لتذكر المواعيد. غير أنها جميعًا لا تعد علاجًا، بل هو تعامل مع تبعات المرض، بما يؤدى إلى نتائج أفضل، ويقلل من حجم المشكلات التى يتعرض لها المريض، ومن يرعاه.

مرض الزهيمر والأبحاث الحديثة:

لاشك أن نسبة الإصابة بخرف الشيخوخة، التى تمثل ما يقرب من 20 - 22٪ أمر لا يجب الاستهانة به، خاصة وأن العالم جميعًا ينحو فى اتجاه زيادة متوسط العمر، بما يضيف إلى الفرد ما يقرب من 25 عامًا أخرى، ولذلك تنشط الأبحاث فى الوقت الراهن بدراسات إمبريقية؛ بهدف التعرف على العوامل التى يمكن أن ترتبط بحدوث المرض ومن ثم تجنبها؛ حتى يمكن أن نجنب الفرد أن يعيش حياته يعانى من أهم ما يميزه كإنسان وهو الوظائف العقلية. لذلك، فما نقدمه فى هذا العنصر هو إطلالة على القضايا التى تثيرها الأبحاث الحديثة فى مجال الاضطرابات العقلية عامة، ومرض الزهيمر خاصة؛ بهدف استخلاص العوامل أو المتغيرات المهيئة لحدوث الاضطرابات العقلية

والمعرفية؛ علها تصبح يومًا ما فى متناول يد الإنسان العادى، فتكون دليله إلى مساعدة ذاته فى الوقاية من الوقوع فريسة للمرض قبل أن تكون من معيناته لمقاومته. فلاشك أن حاجتنا إلى المعرفة السيكولوجية أصبحت مطلبًا ملحًّا، يتزايد الطلب عليه مع تعقد الحياة، وتباين المثيرات وتجددها، الأمر الذى يصبح معه من الضرورى أن يتعلم الفرد الاستجابة الملائمة والاستجابة الأنسب للمواقف المختلفة. فالكثير من استجابات الفرد قد تترك لاجتهاداته الشخصية، أو لحصيلة خبراته، أو خبرات من حوله عن المواقف المماثلة، ولاشك أن ذلك أيضًا يتوسطه نمط شخصية الفرد (الخصائص النفسية والاجتماعية والعقلية)، وخصوصية الموقف، بالإضافة إلى توقعات المجتمع الخارجى ومعاييره؛ للحكم على سواء التصرف من عدمه.

من هذا المنطلق، نعرض لأهم النتائج عن الاضطرابات المعرفية عامة لدى الفرد على النحو التالى:

1- فى دراسة عن قضاء أوقات الفراغ والاستهداف للإصابة بمرض الزهيمر، قام ليندستروم وزملاؤه (Lindstrom et al, 2005)، بدراسة للتعرف على رؤية التلفاز، باعتباره من الأنشطة الحرة، وبين الاضطرابات المعرفية فى مرحلة الكبر، خاصة وأن هناك من الآراء ما يؤيد القول بأن المزيد من استخدام القدرات المعرفية للفرد، والمزيد من الترقى فى درجات العلم، يمكن أن تمثل حماية للفرد من الإصابة بمرض الزهيمر. لكنه غير معروف حتى الآن كيف يحدث هذا، ولذلك تفترض هذه الدراسة أن رؤية التلفاز قد ترتبط بتزايد التعرض لمرض الزهيمر. وقد أجريت الكثير من الدراسات على الأعمار المختلفة؛ للتعرف على متوسط عدد الساعات لرؤية البرامج المختلفة، خاصة كبار السن، إلا أن الدراسة الحالية تركز على دراسة مرحلة وسط العمر، وعادات رؤية التلفاز لديها، كمؤشر قد يعمل على الاستهداف للمرض.

والفرض الأساسى لهذه الدراسة يدور حول ارتفاع معدل رؤية التلفاز وارتفاع معدل الاستهداف لمرض الزهيمر، وتمثلت عينة هذا البحث من بين المسجلين فى مركز أبحاث الذاكرة والشيخوخة، جامعة كلفلاند بأمريكا، وتكونت العينة من مائة وخمس وثلاثين فردًا (72 إناث و63 ذكور). وقد تم الحصول على المعلومات من الشخص المرافق للحالة، بشرط أن يكون ذا خبرة معه لا تقل عن عشر سنوات، ومن ثم ضمت مجموعة المرافقين الأزواج أو الزوجات 73٪، والأصدقاء 7٪، والأبناء 20٪. أما المجموعة الضابطة فقد تم الحصول عليها من الأقارب والجيران المحيطين، بشرط خضوعهم للفحص الطبى العصبى؛ للتأكد من خلوهم من الأمراض التى تؤثر على الجوانب المعرفية للفرد، وقد بلغ عددهم ثلاثمائة وواحد وثلاثين فردًا (199 إناث و132 ذكور)، كما تم استبعاد متعاطى الكحوليات، ومدمنى العقاقير النفسية، وذوى الإصابات الدماغية أو مرضى السرطان؛ وذلك لتعرضهم للاضطرابات المعرفية. وباستخدام أداة الاستفتاء على مجموعة المرافقين للمجموعة التجريبية، وعلى الأفراد أنفسهم للمجموعة الضابطة، تم جمع المعلومات عن

الأنشطة المختلفة التى كان يمارسها الفرد فى مرحلتين من العمر: من 20 – 39، ثم من 40 – 59، على أن يحدد الفرد نوعية الأنشطة وعدد الساعات التى يخصصها لكل نشاط. وقد تم تقسيم الأنشطة إلى أربع مجموعات، هى: رؤية التلفاز، والأنشطة الاجتماعية (الزيارات، التحدث فى التلفون، مشاهدة المباريات فى النادى، التردد على دور العبادة)، ثم الأنشطة العقلية (القراءة، عزف الموسيقى، الرسم، أعمال إصلاحية بالمنزل)، ثم أنشطة جسمانية (السير الحر، زيارة أماكن التدريب، الاهتمام بالتدريب على لعبة ما، السباحة...)، وقد تم تقدير عدد الساعات لكل الأنشطة معًا، ثم لكل نشاط على حدة، **وقد كشفت النتائج عما يلى:**

- فى المجموعة التجريبية، كان عدد ساعات مشاهدة التلفاز فى مرحلة وسط العمر تمثل نسبة 27٪ من الوقت الكلى المخصص لكل الأنشطة اليومية، بينما كان لدى المجموعة الضابطة يمثل 18٪ فقط.
- تزايدت النسبة المخصصة من الوقت للأنشطة الاجتماعية لدى المجموعة الضابطة 28٪، عنها لدى المجموعة التجريبية 24٪.
- تزايدت النسبة المخصصة من الوقت للأنشطة العقلية لدى المجموعة الضابطة 35٪، عنها لدى المجموعة التجريبية 29 ٪.
- كانت هناك فروق طفيفة فى نسبة الوقت المخصصة للأنشطة الرياضية والجسمانية، 19٪ لدى المجموعة التجريبية فى مقابل 18 ٪ لدى المجموعة الضابطة.

وخلاصة هذه الدراسة أن المزيد من ساعات مشاهدة التلفزيون فى مرحلة الرشد ووسط العمر يزيد من درجة الاستهداف للإصابة بالزهيمر فى مرحلة الكبر. كما أن المزيد من ساعات الأنشطة الاجتماعية والعقلية يساعد على حماية الفرد من الوقوع فريسة الوقت المنصرف فى رؤية التلفزيون، الذى قد يعكس رغبة الفرد فى تجنب الأنشطة المثيرة، من ناحية، كما يعد مؤشرًا على نمط من الحياة غير نشط عقليًّا، من ناحية أخرى. وتتكامل هذه النتائج مع رؤية أن الانشغال بالأنشطة المثيرة للعمليات العقلية للفرد قد تقلل من التدهور العقلى فى الكبر.

2- وعن الذاكرة الشخصية واضطراب الهوية لدى مرضى الزهيمر، فقد أشار التراث إلى وجود علاقة بين الذاكرة الشخصية وبين الهوية. فمن المعتقد أن الذاكرة الشخصية ترتبط بخاصية المعرفة الذاتية، والقدرة على الحكى، التى تساعد على ربط الذات الماضية مع الذات الحالية، وتضيف إلى الشعور بتكامل واستمرارية الهوية. ومن ثم فإن فقدان الذاكرة الشخصية لابد وأن يؤثر على شعور الفرد بهويته، واضطرابها قد يؤثر على تغير الهوية. والدراسة الراهنة قد تناولت الذاكرة الشخصية من خلال مكونين، هما: ذاكرة الأحداث، وتعنى ذاكرة العينة عن أحداث شخصية بعينها، متضمنة معلومات تفصيلية عن السياق الذى تمت فيه مثل الوقت والمكان، أما ذاكرة المعانى

فتعنى ذاكرة المعلومات الشخصية، والتى لا تقوم على أساس أحداث بعينها، مثل أسماء الأصدقاء. وقد استعان الباحث بعينة من مرضى الزهيمر، فى مقابل عينة ضابطة من الأسوياء، ورغم أن اضطراب الذاكرة لدى مرضى الزهيمر قد حظى باهتمام الباحثين، إلا أن هذا الاهتمام قد أضيف إليه حديثًا جدًّا أهمية دراسة فقدان الذاكرة السابقة على المرض "Retrograde memory"، كما كشفت الدراسات عن اضطراب شديد فى ذاكرة الأحداث، وفى ذاكرة المعانى. وجدير بالذكر أن مصطلح الهوية فى غالبية الأبحاث يستخدم بالتبادل مع مصطلح مفهوم الذات، وإن كان الأخير أكثر عمومية. ورغم تغير أدوار الفرد ومكانته على المواقف الحياتية، إلا أنه يدرك ذاته على أنه الشخص الذى لم يتغير من الماضى إلى الحاضر، وهذا الشعور بالاستمرارية يصل إليه الفرد عن طريق تكامل الذكريات الشخصية والذوات فى الماضى والحاضر والمستقبل. وجدير بالذكر أن العلاقة بين الذاكرة الشخصية وبين الهوية هى علاقة حوارية، متبادلة التأثير؛ فكما تؤثر الذاكرة الشخصية على استمرارية الذات، فإن الهوية والمعرفة بالذات تؤثر بدورها على انتقاء وإعادة بناء وتفسير الذكريات الشخصية. ونخلص من هذا إلى الادعاء بأن الهوية هى نتاج للاستمرارية السيكلوجية للفرد، التى هى بدورها تعد نتاجًا للارتباط بين الذات فى الماضى، والذات فى الحاضر (Conway & Playdell-Pearce, 2000) و (Robinson & Taylor ,1998). ومن ثم، فإنه قياسًا على ما سبق، يكون من المتوقع أن فقدان الذاكرة الشخصية يؤثر على هوية الفرد وشعوره بها.

ويمثل مرضى الزهيمر عينة مناسبة لدراسة تأثير التغيرات فى الذاكرة الشخصية، وذاكرة المعانى على الهوية، ولذلك تكونت العينة من عشرين فردًا (13 من الإناث فى مقابل 7 من الذكور) بين المرحلة العمرية 66 عامًا و90 عامًا، وهم جميعًا تم تشخيصهم ويخضعون للعلاج. أما العينة الضابطة فهى تتكون أيضًا من عشرين من كبار السن الأصحاء (13 من الإناث فى مقابل 7 من الذكور)، كما خضعوا للقياس لتحديد خلوهم من أعراض فقدان الذاكرة. ويتمثل الفرض الرئيسى فى هذه الدراسة فى البحث عن مدى ارتباط فقدان الذاكرة الشخصية بالتغيرات فى بعض جوانب هوية الفرد.

أما عن الأدوات التى تم الاستعانة بها فقد تمثلت فى استفتاء لقياس الذاكرة الشخصية: الأحداث والمعانى (AMI of Koplman et al , 1990)، ثم تسجيل شفهى لرواية الذكريات الشخصية فى ثلاث مراحل عمرية، هى الطفولة والرشد ثم المرحلة الراهنة. ولقياس الهوية فقد استعان الباحث بأداتين لقياس مفهوم الذات؛ إحداهما مقننة، والأخرى مفتوحة النهاية. وقد تم الحصول على الموافقة الأخلاقية لإجراء هذا البحث، حيث وافق المشاركون والمرافقون لهم على الاشتراك فى البحث، كما وافقت اللجنة المختصة فى جامعة أوكلاند بنيوزيلنده، **وقد أسفرت الدراسة عن النتائج الآتية:**

* كشف مرضى الزهيمر عن اضطراب فى كل من الذاكرتين الأحداث والمعانى، وذلك بالمقارنة بالمجموعة الضابطة، وقد اتفق هذا مع نتائج الدراسات التى سبقت الدراسة الراهنة.

* أظهر مرضى الزهيمر بعض الاعتبارات الزمنية فى ذاكرة المعانى، حيث كان استدعاء الذكريات من مرحلة الرشد، والمرحلة الحالية، أكثر فقرًا من غيرها من ذكريات الطفولة. وفى المقابل فقد كشفت المجموعة الضابطة عن تأثير عامل الحداثة على ذكرياتهم، فكان تذكرهم للأحداث القريبة أفضل من تذكر الأحداث فى السنوات التى سبقت المرحلة الراهنة.

* كشفت الدراسة عن تغيرات فى جوانب الهوية لدى مجموعة المرضى بالزهيمر، مقارنة بالمجموعة الضابطة. فقد كشفت النتائج عن ضعف مجموعة المرضى فى الاستجابة على أدوات القياس. وهو ما يتفق مع ما أقره الأفراد المعنيون برعاية هؤلاء المرضى، فقد اتسمت غالبية استجاباتهم بالتجريد، والغموض، العمومية.

وخلاصة هذه الدراسة ان اضطراب الذاكرة الشخصية لدى الكبار قد ارتبط باضطراب بعض جوانب الهوية لديهم، فقد عبروا عن استجابات سلبية تجاه الذات، سواء من خلال المقاييس الكمية لمفهوم الذات، أو القياسات الكيفية بالأسئلة مفتوحة النهاية. فالاضطراب والتغير الذى يشهده مرضى الزهيمر يؤثر على الكثير من جوانب حياتهم وهويتهم: القدرات المعرفية، والمهارات الحياتية اليومية، والعلاقات الاجتماعية، وإدراك الذات.

* أما عن دراسة الفروق المعرفية بين مرضى الزهيمر ذوى البداية المبكرة "early onset Alzheimer disease" (قبل بلوغ الخامسة والستين)، وذوى البداية المتأخرة "late onset Alzheimer disease" (الإصابة حول سن الخامسة والثمانين) - فقد قام ليتش "litch" وزملاؤه بدراسة العمليات المعرفية، مقارنة بين عينة من أربع وأربعين رجلًا ممن لم يبلغوا الخامسة والستين، وشخصوا بإصابتهم بالمرض، وعينة أخرى من أربع وأربعين رجلًا، أصيبوا بالمرض عند بلوغهم الخامسة والثمانين، أو بعد ذلك. ولقد كشفت العينة المتقدمة فى العمر عن ضعف فى الطلاقة اللفظية، والوظائف التنفيذية الحركية. ولقد خلص الباحثان إلى أن هذا المرض قد يغير نوع الاضطراب الذى يدل عليه بتغير المرحلة العمرية (litch, Eliotte L.., 2007 ,218-222).

* ومن الدراسات الحديثة أيضًا فى هذا الصدد ما دلت عليه دراسة جريتسن وزملائه على أهمية تأثير القائمين بالرعاية الرسمية لمرضى خرف الشيخوخة على نوعية الحياة لهم. ولقد تكونت العينة من المساعدين من فريق التمريض، المسئولين عن تقديم الرعاية على مدى أربع وعشرين ساعة لهؤلاء المرضى، وكذلك الذين يساعدون فى عمل الأنشطة لهؤلاء المرضى فى المنازل، وبلغت العينة 374 يعملون فى مختلف الوحدات الصحية. ولقد اختلفت المجالات التى ركز كل منهم عليها فى

رعايته لهؤلاء المرضى؛ إذ بينما ركز فريق التمريض المعاون للطبيب على غالبية المجالات محور الشكوى لهؤلاء المرضى، كان هناك الاهتمام الضعيف بالحالة المادية، وبمعنى الحياة لدى هؤلاء. أما الذين يقومون بتقديم الأنشطة لهؤلاء المرضى، فكان التركيز على أهمية استمتاع المريض بهذه الأنشطة، والتواصل بينه وبين الآخرين (Gerritsen,et al ,2007 176-183).

التواؤم مع المرض:

هناك طرق عديدة لفهم خبرة معايشة مرض خرف الشيخوخة، غير أن هذه الطرق جميعًا إنما تعبر عن نظام الاعتقادات التى يكونها الفرد عن هذا المرض وعن مرضاه. فهذه الاعتقادات أو التصورات التى تكمن فى عقل الأسرة وأفرادها، والقائمين برعاية هؤلاء المرضى، ثم المتخصصين المنوط بهم بذل الجهود للتخفيف من معاناة المرضى والقائمين عليهم – لاشك أنها تحدد السلوكيات التى تتبع إزاء المصابين بهذا المرض، كما أنها تحدد – بدورها – مدى فهمنا وتفسيرنا لهذا المرض.

ويمكن تقسيم هذه التوجهات التى تحكم مدى فهم هذا المرض، والتعامل مع المصابين به إلى أربعة توجهات أساسية، هى:

1- خرف الشيخوخة، باعتباره تطورًا طبيعيًّا للتقدم فى السن.
2- خرف الشيخوخة، باعتباره حالة عصبية نفسية.
3- التفسير الروحانى لمرض خرف الشيخوخة.
4- خرف الشيخوخة عملية ديالكتيكية.

وفيما يلى سنتناول كل منها بالتفصيل؛ بهدف إلقاء الضوء على ما يترتب على كل منها من نتائج خاصة بالمرضى، والجهود العلاجية لهم.

1- خرف الشيخوخة تطور طبيعى للتقدم فى السن:

يعتقد الغالبية من الأفراد – بل والشعوب – أن مشكلات الذاكرة وتغيرات السلوك المرتبطة بمرض خرف الشيخوخة، هى نتيجة طبيعية للتقدم فى السن؛ ومن ثم فإن ذلك يعنى أن التغيرات فى الوظائف المعرفية، وفى السلوك تحدث نتيجة التغيرات الفسيولوجية أو الظروف الاجتماعية المسئولة عن ظهور هذه التأثيرات، مثل الحزن أو الهجرة.

ولقد ظل هذا التصور عن الاضطراب المعرفى – باعتباره أمرًا لا يمكن تجنبه – مسيطرًا على المجتمع الغربى حتى فترة السبعينيات، ومازالت مستمرة لتمثل نظرة بعض هذه المجتمعات حتى الآن. فقد ذكر فى دراسة قام بها إليوت (Elliot, 1996)، وبرون وبراون Braun & Browne, 1998، أن هذه المجتمعات مثل الصينيين الذين يعيشون فى أمريكا، والأمريكان الذين يعيشون فى جزيرة هاواى، وبعض المجتمعات الآسيوية، مازالت تعتبر خرف الشيخوخة نتيجة مرتبطة بالتقدم فى العمر. وفى دراسته عن مرضى الزهيمر عام 1986، أوضح جوبريم "Gubrium" أن هناك

صعوبة فى التمييز بين التقدم الطبيعى فى السن، وبين الإصابة بمرض خرف الشيخوخة على المستوى العصبى. فقد أشارت دراسة هوبرت (Huppert , 1994)، أن التفرقة بين هذا المرض وبين التقدم فى العمر هى تفرقة كمية، وليست تفرقة كيفية، أى أن الفروق فى الدرجة وليست فى النوع.

ولاشك أن لهذا التوجه انعكاساته على بقية أفراد الأسرة التى ينتمى إليها الفرد المريض فى فهم مرض خرف الشيخوخة، هذا من ناحية، كما أن له تأثيره على الجهود العلاجية من ناحية أخرى. فمن حيث انعكاس هذا على أفراد الأسرة، فهم يظلون مصرون على الحفاظ على ما كان سابقًا لهذه التغيرات. ففى الثقافات التى يكون فيها كبير السن مبجلًا وموقرًا، فإن مريض خرف الشيخوخة مقدر ومكرم أيضًا، أما فى الثقافات التى ترى غير هذا، فإن كبار السن المصابين بخرف الشيخوخة قد يعانون من جراء هذا الأمر، الذى قد يعرضهم لمخاطر أكثر من مخاطر المرض ذاته.

أما بالنسبة للجهود العلاجية، فحيث ينظر إلى المرض باعتباره تغيرًا طبيعيًّا مرتبطًا بالتقدم فى السن، فلا يوجد هناك مبرر إذن لمزيد من الخدمات الصحية والاجتماعية عما يقدم لكبار السن عادة. فليس من المتوقع وجود المزيد من الجهود العلاجية أو الميزانيات الموجهة إلى ذلك، وليس هناك ضرورة لتعلم مهارات متخصصة فى هذا المرض، ومن ثم يؤدى ذلك إلى فشل فى رعاية المرضى بهذا المرض. وقد وردت عام 2002 فى إحدى الجرائد اليومية فى المملكة المتحدة البريطانية، أن إحدى حالات مرضى خرف الشيخوخة، قد توفيت فى دار للمسنين من العطش والجوع، حيث لم يفطن القائمون على رعاية الدار أنها فى حاجة إلى الرعاية الخاصة فى المأكل والمشرب للبقاء على قيد الحياة. وهو ما أدى إلى حدوث ضجة كبرى فى مجال الاهتمام بمرض خرف الشيخوخة، ومسئولية من يقومون على رعاية مرضاه.

2- النموذج الروحانى لتفسير خرف الشيخوخة:

تضع بعض المجتمعات ثقلًا كبيرًا على التفسير الروحانى لمرض خرف الشيخوخة، حيث ينظر إليها – على سبيل المثال – على أن هناك قوى خيرة، أو الأكثر شيوعًا أن تكون شريرة هى السبب الذى يكمن وراء هذه التغيرات التى تحدث للفرد. وقد ينتشر هذا التصور فى المجتمعات غير الغربية، أو فى جماعات الأقليات التى تعيش فى المجتمعات الغربية، ويكون الاعتقاد الروحى فى الإصابة بخرف الشيخوخة أكثر قبولًا من قبول مفهوم المرض العقلى، باعتباره مسئولًا عن التغيرات المعرفية والسلوكية للمرضى.

ولقد أسفر بحث إليوت السابق الإشارة إليه عن أن الصينيين الذين يعيشون فى أمريكا، قد يدركون خرف الشيخوخة كمرض، لكنهم يعزونه إلى وجود القوى الروحية التى تنتقم من الأسرة بسبب تصرفاتها الخاطئة. وفى بعض الثقافات فى جنوب آسيا يعتقدون فى حدوث هذه التغيرات بعزوها إلى (نظرة العين الشريرة) التى تسبب المرض (Elliot , 1996). كذلك وجد هيلمان (Helman , 2000) فى تتبعه لظاهرة العين الشريرة من الدراسات الأنثروبولوجية على بعض

المجتمعات فى أوربا والشرق الأوسط، وشمال أفريقيا، أن صاحب هذه القوة لا يدرك شيئًا عن تأثيراتها، وما يحدثه من تأثيرات سلبية (Helman ,2000).

كما أنه فى دراسة على عينة من رجال الدين فى نيجيريا، خلص أواكو "Uwakwe" إلى تحديد مفهومهم عن مرض خرف الشيخوخة بوجود روح شريرة تتملك العقل وتؤدى إلى فقدان الذاكرة، والأحلام السيئة، والهلوسة، والحديث غير العقلانى (Uwakwe , 2000,1152). فضلًا عن هذا، فقد وجد الباحثون أنه فى بعض الثقافات لا توجد الكلمات التى تناظر مصطلح خرف الشيخوخة؛ ففى اللغة الأردية، أقرب الكلمات لهذا المصطلح تساوى الجنون فى معناها. كما ذكر إينشن (Ineichen, 1998)، أن غالبية الأسر من الشرق الأوسط تميل إلى عزو تدهور الذاكرة والاضطرابات المعرفية إلى التقدم فى العمر.

أما عن تأثيرات هذا التصور على الأسرة وعلى الجهود العلاجية، فلاشك أن لارتباط هذا التفسير لمرض خرف الشيخوخة بالدين، فإن الفرد الذى يكشف عن عوارض مرض عقلى أو سلوكى، فإنه من السهل وصمه ونبذه، فالاعتقاد فى العين الشريرة يعنى أن هذا الشخص المصاب بخرف الشيخوخة يكون حاملًا للروح الشريرة، ومن ثم يمكن تجنبه والخوف منه، ويمكن عزله من جانب المجتمع. ومن ناحية أخرى، يمكن لهذا الشخص أن يوقر ويكرم، وينظر إليه باعتباره قد تم اختياره من قبل الإله، لكنه فى الأغلب ما يتم وصمه باعتباره تتملكه الأرواح الشريرة؛ بسبب ضعف الوازع الإيمانى لديه، أو انتقامًا منه لأشياء سيئة فعلها. ولاشك أن لهذا تأثيره السلبى على أفراد أسرة المريض، حيث تناهم أيضًا وصمة نقص الوازع الدينى، كما قد ينعكس ذلك أيضًا على بعض المهام الاجتماعية مثل الزواج مثلًا، أو بقاء القيادة الدينية فى أسرتهم. ومن ثم، قد تعمد بعض الأسر إلى إخفاء وجود مريضهم وإبعاده ربما عن المجتمع؛ محافظة على بقية الأسرة من الوصمة.

أما عن جهود العلاج، فحيث ينظر إلى خرف الشيخوخة باعتباره نتيجة للجانب الروحانى للفرد – فإن الصلاة تكون هى وسيلة الخلاص الروحى من المرض؛ ولذلك قد تلجأ الأسرة إلى رجال الدين (الشيوخ). وكم من سلوكيات تبعد عن العلم تمامًا، يميل الأسر إلى اتباعها تبعًا لنصائح هؤلاء الأفراد فى شفاء مرضاهم، كما أن الاعتقاد فى العين الشريرة كذلك، يؤدى إلى الاعتماد على الطب الشعبى. ولقد أورد أوكوا فى دراسته السابقة عددًا من التدخلات التى يمكن الاستعانة بها من قبل الأسر التى تعتقد أن علاج مرض خرف الشيخوخة من القوى الروحية، منها الصيام، والصلاة، والتسبيح على المسبحة، والكفارات التى يعاقب الإنسان بها نفسه، وقراءة الكتاب المقدس، وقد يكون الضرب، أو ارتداء التعويذة، أو الرموز الدالة على الديانة (كالصليب أو المصحف).

3- خرف الشيخوخة حالة نفسية عصبية:

مع القرن العشرين، فإن النظر إلى مرض خرف الشيخوخة باعتباره حالة نفسية عصبية، قد أخذ فى الانتشار والاستمرار، وأدى إلى بذل الجهود المؤثرة فى علاج المرضى. وتفسير خرف الشيخوخة بأنه حالة عصبية نفسية يشير بدوره إلى تفسير حدوث هذا المرض نتيجة لما يصيب المخ من أمراض. ومن أكثر الأمثلة الدالة على التغيرات العصبية المرضية التى تحدث للفرد، مرض الزهيمر، أو خرف الشيخوخة الناتج عن إصابة الأوعية الدموية "vascular dementia". وحيث إنه اضطراب نفسى طبى، فإن ما يشكو منه المريض يسمى أعراضًا، وما يلاحظه الطبيب يسمى علامات.

وهذا التوجه فى تفسير المرض يطرح حتمية بيولوجية، حيث تكون الاضطرابات المعرفية (مثل تدهور الذاكرة والتفكير، والتوجه، وإصدار القرارات، والفهم والقدرة الحسابية، والقدرة على التعلم، واللغة)، والمؤشرات السلوكية (التى تتضمن التجوال، وتكرار الأسئلة)، والأعراض النفسية (مثل الهلوسة، والضلالات) - فإنها تعزى مباشرة إلى الاضطرابات العصبية. وفى ضوء هذا التفسير، فإن معايشة خرف الشيخوخة يعنى معايشة أعراض كل من الاضطرابات المعرفية وغير المعرفية، حيث تعد الأعراض غير المعرفية من العلامات السلوكية والنفسية على الإصابة بخرف الشيخوخة.

غير أن هذا التصور الذى مازال مهيمنا على فهم المتخصصين لمرض خرف الشيخوخة، قد تعرض للنقد؛ لإهماله العوامل الاجتماعية والنفسية المشاركة فى خبرة حدوث المرض والتعبير عنه. وقد أشارت الدراسات إلى أهمية وجود التعليم، الذى يلعب دورًا وسيطًا فى التعبير العصبى الطبى عن المرض، وكذلك أشارت الدراسات إلى أهمية البيئة المحيطة (Snowden , 1997).

وجدير بالذكر أن الدراسات السيكولوجية لمرضى خرف الشيخوخة، والقائمين برعايتهم من أفراد أسرتهم، وبقية أفراد الأسرة - مازالت بعيدة عن القدرة على تحديد مدى مسئولية هذه العوامل النفسية والاجتماعية فى حدوث المرض، أو تحديد مآله. كما أن الدراسات على اتجاهات المجتمع نحو مرض خرف الشيخوخة، وأفكارهم السائدة عنه، مازالت فى بداياتها، الأمر الذى يطرح بشدة أهمية التركيز على مرحلة التقدم فى العمر؛ حيث إن غالبية المجتمعات الآن تسير نحو كونها مجتمعات الكبار، وتتزايد نسبة الكبار بها زيادة ملحوظة. وهو ما يعنى تواتر حدوث ظواهر أمراض خرف الشيخوخة، بمعدل يزيد على ما كان سابقًا فى المجتمعات النامية والمتقدمة على السواء.

ولاشك أن لهذه النظرة إلى خرف الشيخوخة - باعتبارها من أمراض المخ - تأثيراتها على المستوى العائلى أو الأسرى للحالات المرضية، وعلى المجتمع المهنى المعنى بتقديم الرعاية لهؤلاء المرضى. فعلى المستوى الأسرى، يعامل المصاب بهذا المرض باعتباره مريضًا أو ضحية لحالة لا يستطيع معها شيئًا، فهو يعانى من تبعات هذا المرض، كما يعانى المريض العقلى من إصابته بفقدان عقله؛ لذلك فقد دعا البعض إلى رؤية المصاب باعتباره إنسانًا قبل كل شىء. وإذا كانت هذه الدعوة

قد وجهت فى البداية من أجل المرضى النفسيين، إلا أنها أصبحت أكثر أهمية لمرضى خرف الشيخوخة؛ فمفاهيم: العقل والمخ والشخص هى مفاهيم مترابطة ومتداخلة، ويجب ألا يمنع الاهتمام بأمراض المخ من النظر إلى الفرد أو الشخص ككل.

وقد أشارت الدراسات إلى كم الضغط الذى تتعرض له أسر هؤلاء المرضى، فقد يصبح الأفراد المنوطون برعاية هؤلاء المرضى فى أسرهم، مرضى أيضًا فى حاجة إلى الاهتمام والرعاية، حيث يتعرضون للاضطرابات النفسية والاجتماعية التى تحتاج إلى اهتمام. ولقد اقترح بعض المتخصصين ما أطلقوا عليه مصطلح "prescribing" (المعاناة بحكم التقادم)؛ لوصف ما يخص القائمين على رعاية هؤلاء المرضى من اهتمام وخدمات (Brodaty & Green , 2000)، حيث ينظر إلى هذه الأسر باعتبارها الضحية غير المعلنة "hidden victim"، حيث لم تكن هناك هذه الرعاية المتطلبة لهؤلاء القائمين على رعاية المرضى.

ولابد أن يؤخذ فى الاعتبار عند رعاية القائمين على رعاية مرضى خرف الشيخوخة، حاجتهم إلى المعلومات عن هذا المرض؛ فالكثيرون منهم يقومون بالدور دون مساندة معرفية عن طبيعة العمل، أو طبيعة المرض. وقد استطاعت بعض الجمعيات أن توفر هذه الخدمة عبر عدد من الفئات، وعلى مستويات مختلفة، كما حدث فى جمعيات رعاية مرضى الزهيمر.

أما عن تأثيرات هذا التصور على المهنيين المعنيين بتقديم الرعاية المتخصصة لهؤلاء المرضى، فإن النظر إلى كبر السن باعتباره حالة نفسية ناتجة عن أمراض المخ، يتضمن الحاجة إلى مزيد من التكريس الأخلاقى لتدخل المتخصص، خاصة من قبل أطباء الأعصاب وأخصائيى طب المسنين؛ فالجانب الطبى النفسى يتضمن ثلاثة محاور أساسية، هى: تشخيص خرف الشيخوخة، وتقديم الخدمات لمقدمى رعاية الجوانب المعرفية، ثم إدارة والتعامل مع الأعراض السلوكية. وتشخيص الطب النفسى لمرض خرف الشيخوخة، يقدم مفتاح الخدمات فى هذا المجال، خاصة للقائمين على رعاية الجوانب المعرفية من المرض والعلاج ذى التأثير العقلى على المريض، لكن الوصول مع الحالات المتقدمة من المرض إلى التشخيص والتوافق مع الحياة مازال فى بداياته؛ إذ إن علاج الأعراض السلوكية لا يحرص عليه إلا الأقدم من الأطباء النفسيين. أما الحديثون منهم فهم يفضلون استبدال هذا العلاج بالبحث عن الحلول النفسية (Bride, 2000). ومن الملاحظ أن الاعتماد على جرعات الدواء لعلاج الأعراض السلوكية قد يكون ضارًا، أو غير فعال. غير أنه من ناحية أخرى، فإن 10٪ من المرضى يتطلبون متخصصين فى الطب النفسى، بينما 90٪ يتطلبون متخصصين فى علم النفس.

ويعنى ذلك أن الرعاية الدقيقة الصحيحة لهؤلاء المرضى تتطلب اهتمام فريق واع من خدمات الصحة النفسية، يمكن الوصول إليه، مستجيب، متعدد التخصصات، منظم، ويمكن محاسبته. فغالبية كبار السن فى بيوت رعاية المسنين من الذين يعانون من خرف الشيخوخة، غير أنهم لا يتم التعامل معهم فى ضوء هذا المعنى؛ مما يفقدهم الكثير من الخدمات المتخصصة.

4- النموذج الديالكتيكى وتفسير خرف الشيخوخة:

وجه بعض المتخصصين النقد إلى النموذج النفسى العصبى فى تفسير حدوث خرف الشيخوخة بأنه نموذج قد اختزل حدوث المرض عند الحتمية البيولوجية، الأمر الذى لا يسمح بالحصول على الكثير من الحقائق المرتبطة بهذا المرض. فقد كشف علم أمراض الأنسجة "histopathology" أنه ليس هناك ارتباط كامل بين حدوث أمراض المخ وبين التعبير الإكلينيكى عنها، كما أن فحص بعض الحالات التى ظلت فى حالة معرفية جيدة حتى حدوث الوفاة، كشف عن وجود عقد وصفائح دموية فى مخ مرضى الزهيمر، غير أنها لم تتدهور معرفيًّا كما هو مفترض فى مرضى الزهيمر. وقد يتضمن هذا أن هناك عوامل دافعة حامية للمريض تقاوم وتؤخر التعبير المصاحب لإصابة المخ، وقد أشارت برودى "Brody" إلى التأثير المانع للبيئة على أمراض المخ، والتى تؤدى إلى ما أسمته بتجاوز الإعاقة "excess disability" فى عدد من الحالات المصابة بخرف الشيخوخة، وهى إعاقة من النوع الذى قد تلغى وظيفته التى يتوقعها الفرد من إصابة المخ وحدها. وهذا يؤدى إلى القول إن بعض التدهور الذى يحدث للمريض قد يكون ثنائى الوجه، أو له إمكانية تأجيل ظهور أعراض المرض لما بعد، أو قد لا تظهر بالمرة.

وفى ضوء هذا المعنى، يقترح كيتوود "kitwood" نموذجه فى تفسير حدوث مرض خرف الشيخوخة، إذ يرى أنه من الأفضل النظر إلى حدوث خرف الشيخوخة باعتباره عملية ديالكتيكية، أى أن حدوث مرض خرف الشيخوخة يكون نتاج التفاعل بين الاضطراب العضوى، وبين العوامل النفس اجتماعية للمريض (نفسية المريض، الصحة الجسمية، البيئة، مع التأكيد على السياق الاجتماعى). ويتسق هذا النموذج مع التصور الذى وضعته منظمة الصحة العالمية عام 2002، الأمر الذى يؤدى إلى اختلاف المجتمعات بعضها عن بعض. ففى مجتمعات الغرب حيث التأكيد على الجانب المعرفى ثقافيًّا، وتقييم الجانب العقلى والمنطقى فوق الجوانب الروحية والاجتماعية - فإن الدلالة الثقافية على الاضطراب العقلى سوف تعرض حياة الأفراد المصابين بخرف الشيخوخة فى هذه المجتمعات للخطر. ويتشابه هذا النموذج مع ما طرحته دياموند من قبل من تأثير البيئة بما تضمها من مثيرات تتسم بالفقر أو بالثراء على تكوين المخ، ومعنى هذا أن المصابين بخرف الشيخوخة يتأثرون فى المجتمعات على المستوى النيرولوجى بالبيئة فقيرة المثيرات، كما أن تحسنهم أيضًا يكون من خلال البيئة ثرية المثيرات. ومن وجهة نظر كيتوود أن أكثر التأثيرات المعوقة التى

تتبع إصابة المخ بالمرض هو ما يتمثل فى إصابة الذات والشعور بالهوية، وليس فى الاضطرابات الوظيفية التى تنجم عن الإصابة، وإصابة الذات والشعور بالهوية يعتمد على الآخرين.

والنظر إلى الإصابة بخرف الشيخوخة باعتباره نتيجة لتفاعل المؤثرات متعددة المصادر، يضع الفرد المريض فى المركز من هذه المؤثرات. ونمو هذا الاتجاه الموجه بالفرد "Person- centered approach" فى رعاية المرضى بخرف الشيخوخة، يبعد كثيرًا عن اعتبارهم ضحايا سلبية، بل هم أعضاء فاعلون فى صياغة حياتهم، يبحثون عن المعنى، ومستجيبون، ويحاولون التفاعل مع العالم المحيط بهم. وبناء على هذا، فإن السلوك المتحدى هو محاولة للتعبير عن الحاجات الفسيولوجية أو السيكولوجية، أو التعبير عن الإرادة. وقد قامت الخبرات الإكلينيكية والأبحاث الحديثة باختبار بعض أشكال السلوك المتحدى، الذى يمكن تفسيره بمحاولة الفرد إشباع حاجاته الفسيولوجية والاجتماعية؛ من أجل الوصول إلى الراحة، أو الإثارة أو التواصل الانفعالى مع الآخرين. وإدراك المعنى الذى يكمن وراء هذا السلوك لا يمكن تفسيره بعيدًا عن تاريخ حياة الفرد. ومن ثم، فإن السيرة الذاتية وتاريخ الحياة، ينظر إليهما فى هذا النموذج باعتبارهما وسطاء فى تفسير حدوث خرف الشيخوخة. وقد أشار (Stokes, 2001) إلى كم من سلوكيات مريض خرف الشيخوخة، والتى اكتسبت معناها من سياق حياته وأحداثها. ومن الأمثلة التى قدمها لذلك، أن نوع مهنة المريض قبل حدوث الإصابة قد تكون وراء إصابته بالأرق ليلًا.

ومن ثم، فإن هذا النموذج يجعل من الممكن تفسير الارتباط الضعيف بين الأعراض وبين التشخيص الطبى من ناحية، وعدم تشابه الأعراض الكلينيكية للمرض الواحد من ناحية أخرى. ففهم التعبير عن خرف الشيخوخة لدى فرد ما لابد وأن يأخذ فى اعتباره التفاعل بين الاضطراب العصبى وبين الصحة الفسيولوجية، والشخصية، والتاريخ الشخصى والخبرات السابقة، والعوامل الاجتماعية والنفسية. ولاشك أن هذا النموذج هو أكثر النماذج تكاملًا، حيث يضع فى اعتباره غالبية متغيرات حياة الفرد، بالإضافة إلى المتغير الطبى الخاص بالإصابة. فهو ليس أحادى البعد فى تفسير خرف الشيخوخة، كما بدا من النموذج الروحانى، أو العصبى النفسى فى تفسير هذا المرض. لذلك قد يكون متميزًا فى التحديات التى يطرحها على المجتمع الكبير من ناحية، وعلى مجتمع المريض المحدود من ناحية أخرى.

أما عن تأثير هذا النموذج على الأفراد المصابين بخرف الشيخوخة، وعلى الجهود العلاجية الموجهة لعلاجهم، فإن هذا التوجه كما سبق أن ذكرنا أنه موجه بالفرد، ويعنى هذا أن مريض خرف الشيخوخة له قيمته فى المجتمع كأى فرد آخر؛ له احتياجاته التى لابد وأن تشبع، وله حقوقه كمواطن التى لابد وأن تحفظ له. إن هذا التوجه يؤكد على أهمية فهم خبرة تعايش المريض مع خبرة المرض، أكثر من وضع مسلمات تصف هذه الخبرة، وتقترح المطلوب؛ إذ إن هذا النموذج يؤكد على أن هؤلاء المرضى لهم خبراتهم المتفردة، وبدونه لا نستطيع الوصول إلى فهم هذه الحالة أو اقتراح

الإستراتيجيات المناسبة الفعالة لمواجهتها. لذلك فقد كانت هناك محاولات من المتخصصين للتعرف على عالم هؤلاء المرضى فى المراحل الأولى من المرض، كما لجأ البعض الآخر إلى معايشة المرضى فى المراحل المتأخرة من المرض؛ وذلك بهدف الوصول إلى فهم هذه الخبرة، والوصول إلى نماذج تعبر عنها.

كما أن لهذا النموذج تأثيره الفعال على أسر هؤلاء المرضى والقائمين على رعايتهم؛ إذ بدلًا من النظر إلى المرض باعتباره ضياعًا للنفس - فإن هذا النموذج يتضمن وجود تواصل مستمر مع أفراد الأسرة؛ فالقائمون برعاية هؤلاء المرضى، وأقارب المرضى الذين يعيشون بالقرب منهم، هم فى حاجة إلى الرعاية أيضًا. فقد أشارت الدراسات إلى معاناة هؤلاء من الاضطرابات النفسية نتيجة المعايشة المستمرة لهذه النوعية من المرض.

أما عن تأثيرات هذا النموذج على الجهود المبذولة لرعاية هؤلاء المرضى، فيمكن تحديدها فى مجالات ثلاثة، هى:

1- دعم المعايشة النشطة "Supporting for active coping".

2- إثراء البيئة الاجتماعية "Enriching Social Environment".

3- النهوض ببرامج التأهيل "Promotion of rehabilitation".

وفى دعم المعايشة النشطة لخبرة المرض، فإن هذا النموذج يؤكد على التفاعل الدينامى بين السياق الاجتماعى وبين علم الأعصاب. وهذا التفاعل يتوسطه سيكلوجية الفرد، بمعنى طريقته فى التكيف مع ظهور المرض، ومع استمراره، إذ ينظر إلى الفرد فى ضوء هذا النموذج باعتباره عميلًا يبحث بجد عن المصادر المتاحة؛ لكى يتكيف ويتعايش مع المرض. وفى الأبحاث الحديثة، التى خبرت بعض جوانب الخبرة النشطة التى قام بها مرضى خرف الشيخوخة وأزواجهم، كشفت هذه الأبحاث عن وجود عدد من هذه التدخلات. ويمثل دعم بقاء الذات وهوية المريض أحد هذه التدخلات المهمة؛ للحفاظ على التوافق واستمرارية التواؤم "coping" مع الحالة المرضية، وهو ما يمكن تنفيذه بعدد من الطرق؛ فقد يهدف التدخل إلى وضع بعض العوامل المؤثرة على ردود أفعال المريض محورًا لهذا التدخل، أو قد يكون التدخل لتغيير ردود الأفعال النفسية ذاتها للمريض نحو حالته المرضية. فعلى سبيل المثال، إعادة التأهيل المعرفى تدعم التكيف والتوافق العملى فى المواقف اليومية، بينما يركز علاج المحافظة على الذات "Self-maintenance therapy" مباشرة على الحاجة إلى الإحساس بالذات وتقويته.

وفى التأكيد على التوجه إلى الفرد المريض بخرف الشيخوخة، وعلى دور العوامل النفسية له، فإنه من المهم الأخذ فى الاعتبار السياق المنظومى الواسع الذى يحيط بالفرد؛ لأن مفهوم الذات فى ضوء هذا الاتجاه يعزى إلى الشعور بالهوية القائم على أسس اجتماعية لها جذورها فى السياق البيئى.

وهكذا، فإن السياق من الممكن أن يصبح محورًا للتدخل، سواء على مستوى التعامل مع المواقف اليومية، أو بهدف خفض الإدراك السلبى لهؤلاء المرضى على المستوى الاجتماعى الثقافى. ويذكر شنك "Shenk" – وهو رئيس أحد مجموعات دعم مرضى خرف الشيخوخة فى المملكة المتحدة – ما يحدد هدف كل من الأطباء وأفراد أسرة المريض فيما يلى:

"إن هدفنا هو مساعدة هؤلاء الأفراد على أن يعيشوا حياة جيدة، أن نساعدهم على اكتساب بعض مهارات التعايش مع أوجه النقص التى يعانون منها، وأن يكونوا شعورًا أفضل عن كونهم آدميين. وكما أن الأطباء يخوضون معركة ضد المرض، فإن المرضى وذويهم يخوضون معركة أخرى فى الاتجاه المعاكس؛ لعمل مهادنة مع المرض والعيش معه فى سلام، ومحاولة فهم قدر الخسارة والفقد فى هذا المرض للتعايش معها" (Shenk ,2002 ,32).

أما عن توفير البيئة الغنية بالمثيرات، فإنه لاشك أن الإصابة بخرف الشيخوخة يؤثر على الفرص المتاحة للتواجد الاجتماعى للمرضى فى سياق العلاقات الاجتماعية. وقد أوضح ليمان "Lyman" أن النتائج الاجتماعية المترتبة على الاضطراب المعرفى هى أكثر الصعوبات التى تواجه مرضى خرف الشيخوخة؛ فقد يكون هذا السياق ضارًّا وتكون النتائج المترتبة عليه عبارة عن دائرة مفزعة من التدهور لا نهاية لها، أما عندما يكون هذا السياق حميدًا أو غير ضار، فإنه يمكن تخفيف الاضطرابات العصبية بالتفاعلات الإيجابية، حيث يستطيع الفرد أن يتفاعل قدر الإمكان، ويحتفظ بشعوره بهويته وبشخصيته. وحيث يزخر السياق الحميد بالبيئة الثرية التى تسهل حدوث التكيف مع الحالة المرضية، فإن السياق الخبيث أو السيئ قد يضيف إلى التغيرات البنائية فى المخ ما يؤدى إلى مزيد من التدهور.

ولاشك أن وجود هذه البيئة يعتمد على رعاية تقوم على ممارسة العلاقات الاجتماعية بدرجة مكثفة، **ويشير بروكر إلى أن هناك أربعة مكونات لهذا الأمر، هى:**

- تقدير الأفراد المصابين بخرف الشيخوخة، ومن يقوم على رعايتهم.
- معاملة المرضى باعتبارهم كائنات إنسانية.
- النظر إلى العالم من زاوية رؤية مريض خرف الشيخوخة.
- وجود البيئة الثرية اجتماعيًّا، حيث يستطيع هذا المريض أن يحيا حياة طيبة.

وكل من هذه المكونات الأربع يؤكد على العلاقات والتفاعلات فى رعاية مرضى خرف الشيخوخة، غير أن الاهتمام بطبيعة العلاقات بين المرضى وبين القائمين على رعايتهم، لم ينل حقه من الدراسة حتى الآن. وما تم منها فى هذا الصدد قد كشف عن أن العلاقة بين المرضى وبين القائمين على رعايتهم والقائمين على علاجهم، ذات تأثير واضح على نوعية التواؤم مع المرض، غير أننا فى حاجة إلى المزيد من الأبحاث التى تكشف عن جدوى عملية التفاعل الموجهة بالمريض.

أما عن برامج إعادة التأهيل، فإن نموذج منظمة الصحة العالمية منذ عام 1980، قد ميز بين الاضطراب "impairment" والإعاقة "disability"، والعجز "handicap" فى برامج التأهيل، باعتبارها وسائل لمواجهة ما يترتب على الإعاقة من نتائج. فالتأهيل يمكن أن يساعد على تحسين الحياة فى حالة الاضطرابات المتقدمة، حتى وإن لم تؤد إلى شفاء الاضطرابات الناجمة أو خفضها، وهناك الآن تقدم مشهود فى برامج التأهيل فى المجالات المتعددة، ومنها مجال المرضى بخرف الشيخوخة. فقد أشار كلير (Clare, 2003)، ومارشال (Marshall, 2004)، أن المرضى المشخصين على أنهم مصابون بخرف الشيخوخة، قد بدأوا يطلبون الانضمام إلى هذه البرامج.

وخلاصة هذه النماذج الأربعة فى النظر إلى مريض خرف الشيخوخة، يبدو بوضوح اختلاف كل منها عن الآخر؛ إذ بينما يكون أولهم موجهًا بالطابع القدرى فى حدوث المرض، ومن ثم تقبل مريضه، باعتباره يمر بمرحلة حياتية لابد منها حتى يتوفاه الله، ينظر الثانى إلى المرض باعتباره ابتلاء من الله وانتقامًا من الفرد أو من الأسرة على أفعالهم السيئة. أما ثالث هذه النماذج فينظر إلى مرضى خرف الشيخوخة باعتبارهم ضحايا التغيرات العصبية التى تحدث فى المخ، وأنهم ضحايا هذا المرض، ليس فى يدهم ما يستطيعون فعله غير الخضوع للعلاج الطبى لحالتهم. ثم رابع هذه النماذج، والذى يتخذ منحنى مختلفًا فى النظر إلى مريض خرف الشيخوخة بتحميله جزءًا من مسئولية الإصابة بالمرض، بالإضافة إلى مسئولية السياق الاجتماعى النفسى المحيط به فى حدوث هذا المرض. ولاشك أن هذه النماذج كما تجسد زاوية الرؤية لهذا المرض وللمصابين به - فإنها تعكس من جهة أخرى مدى تأثيرها على معاملة المرضى من جهة، وعلى اتجاهات القائمين على رعايتهم من جهة ثالثة، ثم على مدى ونوعية الجهود المبذولة لعلاج هؤلاء المرضى من المؤسسات المجتمعية المعنية. وقد تكشف هذه النماذج درجة الارتباط بين الممارسات السلوكية فى أى من المجالات، وبين الرؤية الفلسفية التى تكمن وراء هذه الممارسات (توجهها)، وتزيد من تفعيل الواحد على الآخر. فأين مجتمعنا من هذه الرؤى لمريض خرف الشيخوخة؟

وجدير بالذكر أنه رغم العرض المفصل لكل من هذه النماذج، إلا أنه ليس هناك ما يعوق تواجدها معًا. ولعل الدراسات الإمبريقية تكشف إلى أى مدى يكون جدوى هذه النماذج وفائدتها فى النظر إلى، والتعامل مع مرضى خرف الشيخوخة فى ضوء المتغيرات الديموجرافية المختلفة؛ كالتعليم والمستوى الاقتصادى والاجتماعى ومستوى الوعى بنوعية الحياة المتطلبة للإنسان عامة وللمريض خاصة ... إلى آخر هذه العوامل، التى تمثل قاعدة للمعلومات عن هذا المرض، تسهل التعامل معه فى الدراسات التجريبية، وبرامج التدخل على أسس علمية صحيحة.

* * *