**مدخل** : كان القاضي هولمز رئيس المحكمة العليا في واشنطن ، و هي المحكمة التي تفصل بين حقوق الولاية و حقوق الحكومة المركزية ، بل بين حقوق البرلمان و حقوق الرئيس في الولايات المتحدة الأمريكية . و لما تجاوز سنه التسعين أذاع حديثا افتتحه بكلمة الشاعر اللاتيني القديم : إن الموت يجذب أذني و يقول : عش فإني قادم .

و لما زاره المستر روزفلت سنة 1932 عقب انتخابه للرئاسة وجده يقرأ كتاب "الجمهورية" لأفلاطون فسأله : ماذا تبغي من قراءة هذا الكتاب ؟

فأجاب القاضي هولمز : أبغي ترقية ذهني يا مستر روزفلت .

**1/ نشأة و تاريخ الاهتمام بسيكولوجية الكبار :**

يعد سيشرون الخطيب الروماني المشهور الذي عاش في القرن الأول قبل ميلاد المسيح أول من اهتم بالخواص السلوكية للكبار و الأعمال المناسبة لهم ، و قد ترجمت رسالته عن الكبار إلى الإنجليزية سنة 1959.

و لد فطن العرب إلى أهمية دراسة الكبار فكتب أبو حاتم السجستاني رسالته عن المعمرين سنة 864 م .و قد تطور الاهتمام من الأعمال المناسبة للكبار إلى دراسة العوامل المؤدية لإطالة العمر ، و نذكر على سبيل المثال الدراسة التي قام بها تينون عام 1813، و البحث الذي أجراه ليجونكور عام 1824 م .

وقد بدأ الاهتمام بمراحل حياة الكبار ، و خاصة الشيوخ منذ سنة 1860 ، و ذلك عندما نشر فلورنس كتابه عن الشيخوخة البشرية و توزيعها السكاني على سطح الكرة الارضية . هذا و قد قسم فلورنس مرحلة الشيخوخة إلى مرحلتين متمايزتين تبدأ الأولى من سن 70 سنة ، و تبدأ الثانية من سن 85 سنة .

ويعد كتاب هال الذي ظهر عام 1922 البدء الحقيقي للدراسات البيولوجية النفسية الخاصة بالكبار . و قد أدى هذا البحث إلى دراسة أثر الزمن على التغيرات البيولوجية التي تحد للحيوانات ، ثم تطورت الأبحاث إلى دراسة أثر الزمن على تغيير خواص الانسان البيولوجية و الفيسيولوجية و النفسية و الاجتماعية .

**2 تعريف الشيخوخة :**

تعرف الشيخوخة بأنها وضع نفسي/جسمي يتسم بالضعف و الانحدار في قوى الفرد و أبنيته المختلفة ، ناجم عن تغيرات جسمية و نفسية تحدث في المراحل المتأخرة من حياة الشخص الكبير في السن و تؤدي تلك التغيرات إلى خلل يصيب العمليات الحيوية الدقيقة التي يعتمد عليها الجسم في إعادة بناء ما يتلف منه.

هي مرحلة من العمر تبدأ فيها الوظائف الجسدية و العقلية في التدهور بصورة أكثر وضوحا مما كانت عليه في الفترات السابقة من العمر .

ومن الناحية الإحصائية لا بد من الاتفاق على سن افتراضي معين ، و قد اختارت لجنة خبراء منظمة الصحة العالمية عام 1972 سن الخامسة و الستين على أنه بداية الأعمار( كبر السن) ، كون أن هذا السن يتفق مع سن التقاعد في معظم الدول، و لا يزال الاتجاه العام ينمو نحو تأخير سن التقاعد.

و هناك بعض الاختلافات الاخرى في تحديد مرحلة الشيخوخة ، و يرجع ذلك إلى طبيعة النظرة إلى المسن ، فمنهم من يحددها بالعمر البايولوجي و منهم من يحددها بالعمر النفسي و منهم من يحددها بالعمر الزمني .و ترى هويماك و كياك أن مفهوم التقدم في العمر يتحدد بدلالة أربعة عمليات منفصلة هي :

**أ/ الشيخوخة الزمنية : Chonological ageing**و التي تحدد الشيخوخة بناء على سنوات عمر الانسان ، و بالتالي يكون الشخص الذي عمره 75 عاما أكبر من الشخص الذي يكون في الاربعين ، و لا ترتبط تلك الشيخوخة الزمنية بالضرورة بالصحة الجسمية للفرد أو قدرته العقلية أو حالاته الاجتماعية .

**ب/ الشيخوخة الحيوية** : Biological ageing و تشير الى التغيرات الجسمية التي تؤدي الى تقليل كفاءة أجهزة الجسم مثل الرئة و القلب و الجهاز الهيكلي . و يعود السبب الرئيسي لحدوث هذه الشيخوخة الى انخفاض عدد الخلايا التي لا يتم احلالها . و كذلك التغيرات التي تحدث في الجهاز العصبي و الغدي و التفاعلات الكيميائية .

**ج/ الشيخوخة النفسية :**Psychological ageing تتضمن التغيرات التي تحدث في العمليات الحسية و الادراكية و الوظائف العقلية و كذا التغيرات الت تحدث في الشخصية و الدوافع و الحوافز.

**د/ الشيخوخة الاجتماعية :**Social ageing و تشير الى التغيرات التي تحدث في أدوار الفرد و علاقاته داخل البناء الاجتماعي مع أفراد عائلته و أصدقائه في العمل و اعضاء المؤسسات المختلفة ( جماعات دينية مثلا )

**3 تعريف علم نفس الكبر :**

هو العلم الذي يركز اهتمامه على دراسة التغيرات الكمية و النوعية، الإيجابية منها او السلبية ، التي تحدث لدى الانسان في مراحل ما بعد اكتمال النمو في حياته بأبعادها البدنية و العقلية و الاجتماعية و الانفعالية بهدف وصف تلك التغيرات و تفسيرها و التنبؤ بظروف حدوثها و التعامل مع العوامل المؤثرة فيها .

**4 أهمية دراسة علم نفس الكبر :**

\*/ معرفة المبادئ و القوانين البيولوجية و الفيسيولوجية المنظمة لعملية الكبر و امكانية التدخل فيها و تعديل تأثيرها ايجابيا لصالح تطور الجنس البشري.

\*/معرفة العوامل البيولوجية و الثقافية و البيئية و النفسية المؤثرة في حياة الناس الكبار بالسن و الكيفية التي تؤثر فيها مما يزيد من قدرتنا على التعامل معها لتيسير عمل العوامل الايجابية منها و تحييد او إبعاد التأثيرات السلبية.

\*/الاطلاع على الدراسات المقارنة عبر الاعمار و الثقافة و الاجيال لإيضاح أثر البيئة و الثقافة و العرق و التاريخ التطوري للجنس البشري في عملية الكبر ، و تشخيص الفروق الثقافية و البيئية و العرية بين المجموعات الآثنية و الثقافية و العمرية المختلفة من خلال مقارنة مجموعة من الكبار في وضع معين بمجموعة أو مجموعات أخرى بأوضاع مختلفة.

\*/ التعرف على الفروق بين عملية الكبر الطبيعي مقابل عملية الهدم و الضعف و العجز و فقدان الوظيفة الناجمة عن المرض عند كبار السن ، و التمييز بين المشاكل الصحية الطارئة الناتجة عن أمراض طارئة مؤقتة أو حادة ، و المشاكل الصحية المزمنة التي يتعرض لها الكبار نتيجة تطور أمراض مزمنة لديهم.

\*/ **عدم الخلط بين مفهوم كبر السن و مفهوم الشيخوخة** ، حيث أن كبر السن يعزى إلى الزيادة أو التقدم في العمر الزمني للفرد ، أي أن الفرد قد ازداد أو طال عمره الزمني و امتد سنين أكثر مقارنة بالعمر المتوسط للإنسان في مرحلة تاريخية معينة. أما مفهوم الشيخوخة فيعني ظهور التغيرات أو الأعراض البيولوجية و بعض الأمراض المزمنة التي تصاحب كبر السن عند بعض الأشخاص حتى و ان كانوا أقل عمرا من بعض أقرانهم.

\*/ إيضاح الخصائص العامة المشتركة المميزة لكبار السن في الجوانب الجسمية و المعرفية و الانفعالية و النفسية و الاجتماعية ، و إظهار الفروق الفردية بين الكبار و التي تتأثر بنمط الحياة و الوراثة و الجنس و ظروف العمل و الحاجات و أساليب الرعاية المتوفرة ، فكبار السن ليسوا فئة متجانسة كما أن وصول أفراد إلى عمر زمني متقدم واحد لا يعني أنهم يتسمون بخصائص بدنية أو صحية أو معرفية واحدة .

**5 الخصائص المميزة لمرحلة الشيخوخة :**

**5-1 الخصائص الوجدانية و الانفعالية :**تميل انفعالات الشيخوخة إلى تلخيص السلوك الانفعالي لمراحل الحياة كلها في مرحلة واحدة . و هي في تلخيصها هذا تؤكد مرحلة الطفولة اكثر مما تؤكد المراهقة ، و تؤكد المراهقة أكثر مما تؤكد مرحلتي الرشد و وسط العمر ثم تنتهي من ذلك كله إلى تأكيد نفسها في انفعالاتها كمرحلة لها خصائصها التي تميزها عن أي مرحلة اخرى سابقة لها .

و قد نستطيع أن نلخص أهم انفعالات الطفولة التي تعود مرة أخرى إلى الظهور في مرحلة الشيخوخة في النواحي التالية :

\*/انفعالات الشيوخ ذاتية المركز تدور حول انفسهم أكثر مما تدور حول غيرهم ، و تؤدي هذه الذاتية الى نمط غريب من أنماط السلوك الأناني الذي قد لا يتفق في مظهره العام مع ما يتوقعه الأحفاد من سلوك الأجداد.

\*/لا يتحكم الشيوخ تحكما صحيحا في انفعالاتهم المختلفة ، شأنهم في ذلك شأن الأطفال الذين يعجزون عن ضبط مشاعرهم و عواطفهم.

\*/ تتميز انفعالات الشيوخ بالعناد و صلابة الرأي . و قد يؤدي هذا العناد الى السلوك المضاد . و لذا تجد الشيوخ يثورون لأوهام لا حقيقة لها و عندما تتكشف لهم الأمور و يدرمون خطأهم فإنهم يراوغون و يظلون في اصرارهم و عنادهم .

\*/ و عندما يغضب الشيوخ فإنهم غالبا ما يثورون كالأطفال. و هم بالرغم من عنادهم و غضبهم أكثر قابلية للاستهواء من غيرهم.

و تتشابه انفعالات الشيوخ مع انفعالات المراهقين في النواحي التالية :

\*/ الشيوخ في كثير من انفعالاتهم مذبذبون شأنهم في ذلك شأن المراهقين بل أن يصل بهم نموهم الانفعالي غلى النضج الذي تتطلبه طبيعة نموهم و مطالب حياتهم.

\*/ و كما تتميز انفعالات المراهقة بالاندفاع . تتميز أيضا انفعالات الشيخوخة في بعض نواحيها بصور مختلفة من ذلك الاندفاع العاطفي. و كما يحاول المراهق ان يفرض شخصيته ليؤكد ذاته حتى يتخلص من خنوع الطفولة و خضوعها ، كذلك يحاول الشيخ ان يفرض شخصيته في سيطرة غريبة حتى لا يظن الناس انه بدأ يضعف و يهرم.

هذا و لا تكاد تبقى من انفعالات الرشد و وسط العمر عند الشيوخ إلا مظاهر عابرة نلخصها فيما يلي :

-/تدور أغلب انفعالات الراشدين و من هم في وسط العمر حول القلق ،و قد يؤدي بهم إلى الكآبة لأنهم لا يجدون متنفسا لانفعالاتهم كما كانوا يفعلون في رشدهم .

-/ما اكثر شكوك الشيوخ و ريبتهم في الآخرين ، و كأنما هم قد ورثوا من شبابهم و كفاحهم عدم الثقة بالآخرين.

و تكاد مرحلة الشيخوخة تتمايز في سلوكها الانفعالي عن بقية المراحل الأخرى للحياة في النواحي التالية :

أ/ **يحلوا للشيوخ** احيانا أن يقفوا من البيئة المحيطة بهم موقفا سلبيا و لا ينفعلون لها و معها ، و كأنهم بهذا يعبرون عن شعورهم بالهوة السحيقة التي تفصلهم عن الاجيال الأخرى التي تضطرب بها الحياة من حولهم.

و لذا كثيرا ما تتصف انفعالاتهم بالخمول و بلادة الحس. و قد يرجع هذا الشعور الغريب بالسلبية و البلادة إلى عدم إدراك الشيخ للمسؤولية التي تواجه من يحيطون به ، فهو يمضي في حياته و مشاكل الناس من حوله تدفعهم غلى الوان مختلفة من الكفاح المرير ، و هو لا يشعر نحوهم و لا نحو مشاكلهم بأية مسؤولية تتطلب منه استجابة انفعالية محددة .

ب/ و لذلك يقل حماسهم لما يحيط بهم من مشكلات انفعالية يضطرب فيها الآخرون.

ج/ كما يغلب على انفعالاتهم لون غريب من التعصب الذي لا يقوم في جوهره على أي أساس . فهم متعصبون لجيلهم ، و لآرائهم ، و لعواطفهم و لكل ما يمت إليهم بصلة قريبة.

د/ و عندما لا يتقبل الآخرون ذلك التعصب بروح المشاركة و الولاء فإنهم يحسون في أعماق أنفسهم بأنهم مضطهدون ، و يؤدي بهم هذا الشعور إلى الاحساس العميق بالفشل .

\*/ الحساسية الزائدة بالذات.

**5-2-/ التغيرات المعرفية المصاحبة للكبر :**

\*/الذكاء : يميز علماء القياس بين نوعين من الذكاء هما الذكاء البيولوجي (الموروث) أو المجرد ( السيال) ، و الذكاء المعرفي أو اللفظي أو المتبلور فإن الذي يزداد مع العمر و حتى الثمانينات هو الذكاء المعرفي .أما الذكاء الموروث و الذي يعتمد في تطوره على أعضاء الحس البايولوجية فيظهر فيه التراجع بعد العشرين من العمر .

\*/التعلم : التعلم في جوهره تغير في الأداء نتيجة الممارسة ، و هو يحدث عندما يتكرر الموقف و يتحسن الأداء . و يستمر هذا التحسن في الزيادة حتى يصل الأداء إلى المرحلة التي يثبت فيها على مستوى معين و لا يزيد فيها مع استمرار الممارسة. و يقرر ثورنديك و بالبن أن التعلم يصل إلى ذروته القصوى في مرحلة الرشد ، و يعقب الانحدار الذروة فيبدأهادئا حتى يصل سن الفرد الى 70 ثم يتغير معدل الانحدار من التدرج البطيئ الى الهبوط السريع.

\*/الذاكرة :

5-3-/**التغيرات البيولوجية الفيسيولوجية المصاحبة للشيخوخة :** أهم التغيرات البيولوجية التي تحدث للمسن :

\*/تغير عملية الايض ، و معدل نشاط الغدد الصماء ، تغير قوة دفع الدم ، تغير السعة الهوائية للرئتين . تغير القوة العضلية و ما لها من انعكاسات على الجهد البدني و العمل اليدوي و حتى عملية المشي. تغير المظاهر الحركية ( صعوبة في تعلم المهارات الحركية الدقيقة مع زيادة زمن الرجع ، المدى الزمني الذي يمضي بين حدوث الاستثارة و الاستجابة الحركية المناسبة لها. و له اثر واضح في قيادة السيارات )

\*/ تتأثر الحواس من ناحيتها التكوينية بالزمن : كالسمع مثل صعوبة إدراك الاصوات الحادة. كما تتغير حاسة الذوق . التغير الحسي الجلدي و بذلك يصبح تكيف الجسم للتغيرات في درجات الحرارة و البرودة بطيئا.

\*/ التغير العضوي : يتأثر التغير العضوي للكبار بعوامل مختلفة منها :

\*/الوراثة. \*/ المهنة .\*/ الغذاء .\*/ تنشيط الاجهزة العضوية المختلفة ( كثرة استخدام أي عضو تؤخر شيخوخته بمعنى أن الوظيفة تأخر الشيخوخة تماما كما تخلق الوظيفة العضو .\*/ البيئة : بنوعيها طبيعية كانت أو اجتماعية ، البيئة الطبيعية الجغرافية ( زيادة مطردة للخبرة في مقابل التناقص المتوالي للطاقة العضوية في الانسان .

.............................................................................................

**اضطرابات المسن**

**مدخل** : يمكن تقسيم الأمراض و الاضطرابات التي يصاب بها كبار السن و التي تسبب الخلل الوظيفي المعرفي إلى صنفين عامين هما : عضوي و وظيفي

و الاضطراب العقلي العضوي هو دلالة أو تسمية لنوع معين من المتلازمات العقلية العضوية التي حددت اسبابها ، و من الاضطرابات العقلية العضوية المعروفة جيدا عند كبار السن أكثر من أي اضطرابات أخرى هي العته و الهذيان.

ان متلازمات الدماغ العضوية يمكن تمييزها بواسطة اعراض و مظاهر مختلفة تتضمن :

\*/ تغيرات في الاحكام مثل القدرة على اتخاذ القرار و التقويم و الاستيعاب .

\*/تغيرات في الجانب الانفعالي بحيث اما ان يكون مظهريا سطحيا أو اظهارا مفرطا للتعبيرات الانفعالية.

\*/ عوق في عمل الذاكرة و فقدان للمعرفة ، عدم الدرة على إدراك الزمان أو المكان و كذا فقدان القدرة على تمييز الذات عن الآخرين .

أما الاضطرابات العقلية الوظيفية فهي نوع من الاضطرابات لا تكون فيها المشاكل السلوكية أو النفسية ناجمة عن عمليات مرض بدني أو تخريب عضوي .و تتدخل مجمعة من العوامل النفسية و الاجتماعية في كلا النوعين السابقين.

**1/ الاضطرابات العقلية العضوية :**

1-1/ **العته** : اضطراب مستمر مكتسب للوظيفة العقلية و الذي يصيب على الاقل ثلاثة من المظاهر التالية للنشاط العقلي : اللغة ، الذاكرة و المهارات الادراكية المكانية ، الانفعالات الشخصية و المعرفة ( التجريد ، اصدار الحكم ، التعاقب و الحساب ) و يمكن توضيح نتائج البحوث التي تمت في هذا المجال في النقاط التالية \*/ لا تتلف كل العمليات المعرفية مع الاصابة بالمرض .على الاقل لا تتلف كل هذه العمليات في المراحل المبكرة من الاصابة .

\*/ يمكن الربط بين العمليات التي تتلف بشكل شديد و التغيرات العصبية الحيوية الحادثة للفرد : أي أنه يمكن الربط بين انواع العته و التلف الحادث للمناطق المختلفة من الدماغ و الأنظمة الكيميائية العصبية فيه.

\*/ يمكن ان تكشف المعلومات الخاصة بالوظيفة التي تم الحفاظ عليها و تلك التي اضطربت من المعلومات المهمة بالإضافة الى انها تقترح خطوات للمعالجة و التأهيل .

**1-2 مظاهر الاضطراب المصاحب للعته :**

تظهر اهمية المظاهر المصاحبة للعته في المساعدة على التشخيص المبكر له ، و تختلف الوظائف المعرفية المضطربة باختلاف طبيعة العته . و أخيرا فغن أنماط التلف الذي يظهر على المرضى ليست عشوائية لكنها ترتبط بالمنطقة التالفة من الدماغ ، و تشمل هذه الاعراض جوانب كثيرة تتصاحب عند بعض المرضى بالعته و منها :

**أ/ الانتباه :** و يشير الى القدرة على الاستمرار على حالة من التهيؤ و الاستعداد لفترات قصيرة . و هي قدرة تقع تحت سيطرة التحكم الارادي و توجه بشكل اساسي المصادر المعرفية نحو المنبه المتوقع ، و يظهر الاضطراب الانتباهي في تعاقب و معالجة النشاط المعرفي كاستجابة لأكثر من منبه أو نشاط عقلي اكثر من فقدان الالمعية و من مظاهره :

-/ **التيقظ :** و هي القدرة على تحديد وجود المنبه و الاستعداد للاستجابة .

-/ تحويل الانتباه : تساعد الدرة على تحويل الانتباه من منبه لآخر على جعل الفرد أكثر مرونة ، و يستطيع الفرد تحويل انتباهه بين مدخلاته الخارجية المختلفة و ذلك لأغراض متعددة ، منها تثبيت الوجوه التي يراها في الجموع او لتحويل مسار محادثة ما .

-/ **زملة الاختلال التنفيذي :** و يعتبر ذلك نمطا ثالثا للانتباه ، و نعني بها القدرة على تتابع و تكامل اكثر من نشاط في الوت نفسه ، و تتضمن عمليات انتباهيه انتقائية تجعل من السهل على الفرد ان يتحرك بين النشاطات العقلية في ظل التعاقب .

**ب/ النسيان و اضطراب الذاكرة** : يعد اضطراب الذاكرة ملمحا أساسيا من ملاح العته ن و يظهر بصفة خاصة الاضطراب في ذاكرة الاحداث الشخصية ( Autobiographical memory) و تمر الذاكرة بمراحل لاضطرابها تبدأ بنسيان المهام ، و الفشل في نقل الرسائل حتى تنتهي بمشكلات خاصة بسلامة الشخص

**خ/ الادراك العقلي** : يجد الفرد صعوبة في فهم ما يحدث من حوله ، مثل إدراك ف أي يوم يكون ، و قد يفقد ايضا إدراكه للوقت و إصدار التفسيرات على الظواهر و الاحداث من حوله .

**ج/ التواصل**: إحدى الصعوبات الواضحة في هذا الاضطراب هي عيوب التسمية ، و يتم تعويض ذلك بان يدور الشخص حول الكلمة المعنية مما يؤدي الى لغة تعبيرية مبهمة . و تمثل هذه الصعوبة ملمحا من الملامح المبكرة ، بينما تظهر في مرحلة لاحقة مشكلات القراءة و الكتابة و الفهم و التعبير اللفظي و التي عادة ما تكون مصحوبة بصعوبات في التعرف .

**د/ التغير في الشخصية** و يكون التغير في الشخصية الشائع في اتجاه ضعف الحماية الذاتية مع الانسحاب من التفاعل الاجتماعي المتحمس مع الآخرين ، غلا أن بعض المصابين بهذا الاضطراب لا يدركون تدهور القدرات لديهم فيصبحون أكثر اعتمادا عما كانوا عليه قبل الاصابة بالمرض ، و بعضهم الآخر ينكر أنه يعاني من مثل هذا التدهور و أنهم لا يعانون من مشكلات العجز عن الكف و ذكر ملاحظات محرجة . و يعاني هؤلاء المرضى من تقلبات المزاج و يسلكون بشكل عدائي مع ميل للتشكك و اتهام للآخرين ، كما يصبح بعضهم الثالث قلقا بشكل دائم بحيث يبحث باستمرار عن الامان .

**ه/ اضطراب السلوك** و يشمل :

-/الشرود و التجوال -/ التململ بسبب قلة ما يشغل الفرد او فقدان الاحساس بالزمن .

**و/ الحركة و التوازن** : لا يتسبب هذا المرض في اي مشكلات في المشي و التوازن و الحركة و ذلك في المراحل المبكرة منه ، و لكن مع تطوره يميل المريض إلى المشي بشكل متثاقل و تصبح خطواته صغيرة أو يمشي بشكل مائل . كما يعاني هؤلاء المرضى من وقوع متكرر و يصبح من السهل ان يتعرقلوا .

إلى جانب هذه الأعراض قد تظهر أخرى ثانوية منها :

\*/ القلق و التهيج : نتيجة صعوبة معالجة المعلومات

\*/ العدوان : و الذي قد يوجه نحو الأشخاص القائمين على المريض .

\*/ الاكتئاب : من المظاهر الشائعة لدى مرضى العته و قد يؤدي علاجه إلى تحسن مزاج المريض و لحالته الوظيفية و كيفية التكيف مع الحياة على الرغم من استمرار العته.

زيادة الى الشعور بالاضطهاد ، الهلاوس ، ضلالات التفكير ، اضطرابات النوم.

**1-3 أنواع العته** : تم وضع العديد من التصنيفات المتعلقة بالعته ، و يلاحظ أن هذه التسميات و التصنيفات قائمة على أساس الأسباب المؤدية للإصابة بهذا الاضطراب و قد مرت تصنيفات العته بتطورات عديدة .

أولا/ التصنيف ثلاثي الأبعاد :

أ/ تلك التي ترتبط بعلامات لها علاقة بالمرض الطبي مثل قصور الغدة الدرقية و نقص التغذية .

ب/ تلك المرتبطة بعلامات عصبية لكنها ليست واضحة على انها مرض طبي مثل هنتجتون.

ج/ تلك التي يظهر فيها العته على انه الدليل الوحيد للمرض العصبي مثل الألزهيمر

ثانيا / التصنيف الثنائي :

في مرحلة لاحقة تم تصنيف أنواع الاضطراب الى بعدين هما :العته القشري و العته التحت قشري .

**أولا / العته القشري : من انواعه**

* / **مرض الألزهيمر** : هو معلم من معالم العته يتسم بتنكس متتابع للتغيرات في الخلايا العصبية في نصفي الدماغ يصحبه تدهور عقلي و شخصي كلي .

يسمى في المجال المرضي المعاصر "بالخرف التنكسي الاولي " Primary degenerative dementia

و يظهر اكثر من نصف مرضى الزهيمر ضمور مخي Cerebral atrophy و العلامة المميزة للمرض هي وجود كتل متشابكة من الألياف العصبية Neurofibrally tangles و لويحات شيخوخية Plaques senile

تنتشر في الدماغ و خاصة على مستوى المناطق الحصينية و اللوزية ، كما يمكنها التواجد في كل مناطق القشرة و بخاصة الفص الجداري.

**أعراض الألزهايمر :**

تتمثل أعراض المرض الأولى غالبا في اضطرابات الذاكرة القريبة المدى ، تكون مصحوبة بعدها بمجموعة من الصعوبات و المتمثلة فيما يلي :

-/ اضطرابات على مستوى ذاكرة الكلام .

-/ صعوبة التوجه في المكان و الزمان .

-/اضطراب التفكير المجرد و التغير في الأحكام و اضطرابات اللغة ، الأفازيا .

-/ استحالة القيام ببعض المهام الحركية كالكتابة ( الابراكسيا)

-/ عدم القدرة على التعرف على الأشياء أو الوجوه agnosie.

-/ تغير في السلوك و الطباع ( هيجان ، عدوانية ، قلق ) .

 **أسباب الزهايمر :**

**\*/الوراثة :** تلعب الجينات دورا كبيرا في الاصابة بمرض الزهامر فقد لوحظ أن فرصة ظهور المرض تصبح ضعفين أو ثلاثة عند الأشخاص الذين اصيب احد والديهم بهذا المرض مقارنة بالأشخاص الطبيعين و هناك حالتين في تفسير الزهايمر هنا .

- الزهايمر الذي يأتي بعد سن 65 سنة لا يورث و لكن يعطي الجين استعدادا أو احتمالية انه يمكن ان يصاب الأبناء به

- في حالة لأول أصيب شخص بمرض الزهايمر في سن أقل ما بين 30-45 سنة فإن احتمالية أن يرث ابنه المرض منه تصل الى 50%، و قد تمكن العلماء مؤخرا من التعرف على 3 جينات سائدة لمرض الزهايمر ، إذا وجدت نسخة من أحدها يورث المرض و هي APOE-E2 , APOE-E3, APOE-E4 ، و يوفر هذا الجين مخططا ابتدائيا لأحد البروتينات المسؤولة عن نقل الكوليستيرول في مجرى الدم ، و تزداد فرصة الاصابة بالمرض اكثر في حال توفر نسختين او اكثر من هذا الجين ، زيادة على مسؤوليته في ظهور الأعراض في سن مبكرة .

**\*/ إصابة الرأس** : تشير الدلائل الطبية الى وجود علاقة قوية بين اصابات الرأس الخطيرة و احتمالية الاصابة بالمرض مستقبلا.

**\*/ أمراض الاوعية الدموية :** يزداد خطر الاصابة بمرض الزهايمر أو خرف احتشاء الاوعية الدموية ( خلل مخي ينشأ عن حدوث جلطات متعددة في الدم تمنع وصوله الى المخ و يعد مسؤولا عن حوالي 20-30% من خرف الشيخوخة في الغرب ) بوجود حالات مرضية في القلب و الاوعية الدموية و يشمل ذلك ارتفاع ضغط الدم ، امراض القلب ، الجلطات ، مرض السكر ، ارتفاع مستوى الكوليسترول في الدم ( محمد النوبي محمد علي ، 2012 ، ص ص 75-90 )

 زيادة على مجموعة من الافتراضات التي قد تكمن وراء الاصابة بالمرض منها :

\*/ نقص انتاج الأسيتيلكولين ترانسفيرانس على مستوى الخلاليا الكولينية الفعل .

\*/ نقص انتاج الاستروجين .

\*/ الانتاج المتزايد لبعض استيرويدات التي تنتجها الغدد خاصة السكرية منها الكورتيكويدات السكرية منها الكورتيزون و الكورتيزول .

\*/ تلف يمس القشرة المخية مع استثناء التلافيف المركزية .

\*/ الشدود الوراثي المتعلق بالصبغيات رقم 21و 14 و 01 و خاصة الصبغي 19 .

 **آلية المرض :**

تتكون اللويحات من نوع من البروتين الموجود بالمخ و المسمى Amyloid Beta ، و هي رواسب غير ذائبة من السلسة البيبتيدية للاميلوييد بيتا ، و هي مادة خلوية خارج و حول الاعصاب

بينما تتكون الكتل أو الحبائك داخل الخلايا العصبية كخيوط ملتوية بفعل تشوه يصيب بروتين آخر يسمى Tau و الذي يصبح عالي الفسفرة . تبدأ هذه الأخيرة في الحصين على مستوى الذاكرة القريبة المدى فيتعذر على المريض معالجة المعلومات القريبة أو تذكر الأحداث الجديدة ثم تنتل الى المناطق المسؤولة عن اللغة و التعرف و كذا المنطقة الحركية فيصعب على المريض التعلم أو الاتيان بحركات دقيقة كما تصيب القسم الذي تتكون فيه الذكريات في الدماغ فيعجز المريض في مراحل لاحقة من تذكر ذكرياته القديمة ، و يختلف مسار اللوائح أو الصفائح بحيث تبدا من القشرة فتعطل عمليات التفكير و الفهم و الاستيعاب ثم تنتقل الى باقي أجزاء الدماغ لتعطل جميع وظائفه فيظهر المريض عاجزا عن القيام بمهامه و الاعتماد على نفسه حتى ينتهي به الامر للوفاة .

وعلى الرغم من نمو هذه اللوائح و التشابكات في دماغ المسن إلا انها لدى مرضى الزهايمر متواجدة بأعداد كبيرة جدا ، خاصة في الفص الصدغي ، و د لاحظ العلماء ان هذه البروتينات تزيد ضمن نظام معين ، حي تبدأ بالتواجد بمناطق المخ المسؤولة عن الذاكرة و التعلم ( بالنسبة للألياف العصبية) ثم تنتقل الى باي المناطق مع التقدم في العمر .

تمنع هذه البروتينات توصيل الاشارات العصبية بين الخلايا و تعرقل الانشطة اللازمة لاستمرار حياة الخلية

 **التشخيص :**

\*/ اجراء بعض الفحوصات البيولوجية ( تحاليل الدم و البول ) و التي تسمح بمعرفة بعض الاسباب الايضية الممكن تدخلها في الاضطرابات المعرفية ( كالنقص الهرموني أو الفيتامينات ، التسمم أو)

\*/ اجراء فحوصات عصبية نفسية بغرض تقييم القدرات المعرفية و شدة الاصابة الراهنة من خلال اختبارات التقييم النفسية العصبية ( اختبارات الكتابة ، اختيارات التذكر و حل المشكلات )

\*/ كما يتيح الفحص العصبي البحث عن بعض الاضطرابات النوعية المرتبطة بالتوازن و الانتباه و غيرها

كما يسمح التصوير الطبي بمرابة بنية و أنشطة الدماغ ( المناطق المخية الضامرة ) .

**مراحل المرض :**

**أ/ المرحلة الأولى :** يعاني المصاب في هذه المرحلة من تغيرات خفيفة في الذاكرة و القدرة على التفكير لكنها لا تؤثر على حياة المصاب و علاقاته . و يمكن لهذه المرحلة أن تستمر من 2-4 سنوات . ومن أهم الأعراض الملاحظة على المصاب خلال هذه الفترة :

* صعوبة العثور على أسماء الأشياء المعروفة لديهم.
* يفقدون الأشياء أكثر من المعتاد.
* يفقدون الاهتمام بالأمور التي يستمتعون بها من قبل .
* صعوبة في استيعاب الافكار المعقدة.
* تغير واضح في الشخصية.

**ب/ المرحلة الثانية :** تتضمن اضطرابات أكثر في الذاكرة و د تتراوح من 2-10 سنوات ، تتميز بما يلي :

-لا يتذكر الأحداث الأخيرة .

-يتخيل أن بعض الأمور قد حدثت و لكنها في الواقع عكس ذلك.

-يضيع بسهولة حتى في الاماكن التي يعرفها جيدا.

- يعاني من الأرق .

**ج/ المرحلة الثالثة :**

قد تستمر من 1-3 سنوات أو أكثر و من الاعراض المميزة لها :

* أن الشخص المصاب ليس لديه القدرة على التكلم بشكل مفهوم.
* ليس لديه القدرة على التعرف على أفراد أسرته .أو التحرك بمفرده .
* يعاني من صعوبة في البلع.
* -في آخر مرحلة يلازم المريض الفراش حتى الموت .

........................................................................................................

* **اضطراب بيك pick’s disease**

»Im not going to say the word im thinking of  »

**تعريفه** : هو ضمور قشري محدود يشبه الى حد كبير مرض الزهايمر غير أن التنكس الخلوي فيه يقتصر على القشرة الأمامية و الصدغية ، بحيث يمس الاضطراب في بداته الشخصية فتظهر على المريض اللامبالاة و الاندفاعية و فقدان القدرة على الاحتفاظ بالدافعية .

**أعراضه** :بالرغم من سلامة الوظائف اللغوية و الذاكرة و الادراك البصري المكاني لدى المصاب في المراحل الاولى للمرض ، الا ان التغيرات التي تمس المهارات الاجتماعية ( كالمنطق و القدرة على المبادرة ) تفسر تنكس المناطق العصبية المسؤولة عنها و هي الفصوص الجبهية ، و الصدغية و لهذا تبدو على المريض اعراض مختلفة نوجزها فيما يلي :

\*/ سلوك اضطراري غريب كالأكل بطريقة غريبة ( بإصبع واحدة على مرأى من الناس ) ، و كذا المواظبة على القيام بطقوس قهرية ( كعد الأشياء ، أو تخزين بعض الأشياء التي لا يحتاجه و عدم رميها خشية ان يفقد ما يحتاجه و ما يعتبره دو اهمية بالنسبة إليه ) .

\*/ اضطراب القدرة على التركيز ما يؤدي لظهور السلوك النمطي . صعوبة في ربط الكلمات بمعانيها semantic dementia

\*/ نقص المبادرة فغالبا ما يحتاج هؤلاء المرضى لمن يوجههم لما يودون القيام به ، و أحيانا زيادة في النشاط غير الهادف ( كالتنظيف المستمر للاشياء)

\*/ ضعف الأحكام و عدم تقدير المريض لما يهدد سلامته ( كدعوة أشخاص غرباء للبيت مثلا).

\*/ صعوبات في الوظائف التنفيدية مما يجعل المرضى أكثر عرضة للخطر بسبب عدم قدرتهم على التخطيط للأفعال المناسبة أو كف الاستجابات غير الملائمة للمواقف . مصحوبة حركات غير الطبيعية للعيون ، جمود او عدم استقرار و وضعية غير طبيعية للعضلات و الجسم ككل و هي اعراض عصبية باركينونيزم .

\*/ تفكير متصلب و غير مرن ، مع عدم القدرة على فهم الافكار المجردة ينتهي للفقدان التدريجي للملكات الفكرية و الذهنية .

\*/ نقص في الطلاقة اللفظية fluence aphasie أي صعوبة في ايجاد الكلمات او الاستخدام المفرط للكلمات ذات المحتوى الفقير .

\*/ نقص في الحيوية مع عدم القدرة على التعاطف مع الآخرين ( الأكستيميا ) و اللامسؤولية و عدم الاهتمام بالمظهر الشخصي و الانسحاب ، يجعل المريض يعكس بعض اعراض الاكتئاب غير أن المفحوص في حقيقة امره لا يختبر مشاعر الأسى و الحزن كما هو الحال في الاكتئاب .

**أسبابه :**

\*/ تدهور تدريجي للخلايا العصبية على مستوى الفصوص الجبهية و الصدغية نتيجة شذوذ بروتيني .

\*/ خلل جيني في الكروموزوم التاسع و السابع عشر و هذا الاخير هو المسؤول عن صنع بروتين تو.

\*/بعد تشريح أدمغة الموتى المصابين بهذا المرض اتضح وجود نوعين من الشذوذ :

-non specific focal degeneration

-Pick’s disease ( Pick bodies )

يمس هذا الاضطراب ثلاث مناطق رئيسية :

القشرة الامام –جبهية الجانبية الظهرية DLPFC

القشرة الحجاجية الجبهية OFC

القشرة الحزامية البطنية ACC

المراكز الموجودة في الفص الجبهي و وظائفها :

1/ المنطقة الجبهية الأمامية : و تسمى منطقة الترابط الجبهي Fontal association area و التي يتم فيها التفكير و حل المشكلات و الذاكرة العاملة ، و تستبل هذه المنطقة العديد من الألياف العصبية القادمة من الثلاموس ، كما أنها المسؤولة عن تنظيم السلوك المكاني و تسلسل السلوك بشكل عام .

2/ منطقة بروكا و هي المنطقة المسؤولة عن الكلام ،ـ و توجد في المنطقة الخلفية السفلى من الفص الجبهي بالقرب من الفص الصدغي ، و عادة ما توجد في النصف الكروي السائد و هو النصف الأيسر بالنسبة للذين يستخدمون اليد اليمنى ، أما المنطقة المقابلة لها في النصف الأيمن فهي مسؤولة عن نغمة الكلام التي تعطيه المعنى الانفعالي أو ما يسمى بنبرة الانفعال prosody ، و هي وظيفة تعبيرية أيضا إذ أنها مسؤولة عن تنشيط الحركة و التعبير الانفعالي .

3/ منطقة إكزنر Exner’s area تقع في الجزء الخلفي من الفص الجبهي بالقرب من المنطقة الحركية الاولية فوق منطقة بروكا و هي المنطقة المسؤولة عن التعبير بالكتابة.

4/ السطح الداخلي للفص الجبهي : له علاقة بالسلوك الانفعالي و بالوظائف التنفيذية و خاصة منطقة التلفيف الحزامي .

5/ منطقة الحركة : تقع في الجزء الخلفي من السطح الجانبي للفص الجبهي على أحد جانبي أخدود رونالد و تسبقها المنطقة قبل الحركية التي تعمل على تخزين الانماط الحركية مكونة ما يمكن تسميته بالذاكرة الحركية ن و هي ذاكرة ضرورية للقيام بالأعمال اليومية التي تتسم بالتلقائية ، أما منطقة الحركة فهي المسؤولة عن اصدار الاوامر الحركية الإرادية ، و تعمل على إدارة النصف المعاكس من الجسم حركيا حي يدير الفص الجبهي الأيسر النصف الأيمن من الجسم و العكس صحيح .

.......................................................................................................

ثانيا / **العته التحت قشري** : يشير هذا المفهوم الى الاعراض السلوكية للاضطرابات التنكسية المتضمنة أساسا في الابنية التي تتمركز في المناطق تحت قشرة المخ و يعد احدى اضطرابات النظام الحركي و يتميز بظهور ثلاث مؤشرات منبئة بالإصابة :

 \*/ انخفاض المبادرة

 \*/ تباطؤ في معدل الاستجابة

 \*/ قصور في وظائف الذاكرة

و تشمل هذه الفئة الأمراض التالية :

1/ مرض الباركنسون او الرعاش : هو مرض تنكسي ينتج عن ضمور عصبي في أجزاء متعددة من مناطق الدماغ تحت القشرية . و ينتشر بين الرجال اكثر من النساء .( **نسبة الى مكتشفه :"James Parkinson 1817"**

**أسباب الباركنسون :**

-اسباب بيئية : كالتعرض للسموم و الالتهابات الفيروسية غالبا تحتوي هذه السموم على الاكسجين التفاعلي حيث يزيد هذا الاخير من ارتباط السموم بمستقبلات عصبية في الدماغ.

-اصابة الدماغ : وجد ان الاشخاص الذين يتعرضون لإصابات في الراس هم اكثر عرضة لمرض

-استخدام مضادات الذهان بالاضافة الى تواجد جسيمات لويس في المادة السوداء و التي تعمل على تخريب العصبونات الدوبامينية

أعرض المرض : هناك نوعان اعراض كبرى و اعراض مصاحبة

\*الاعراض الكبرى :

* الرعاش و الذي يحدث اثناء الراحة .
* غياب التناظر و التناسق بين حركات الجسم .
* الصلابة : المقاومة الثابتة أثناء الشد مع زيادة دائمة في امتداد الجدور و الاطراف .
* عدم القدرة على استئناف الحركة عند توقفها . تعقبها خطوات سريعة و غير منتظمة .
* بطء في تسلسل الحركات المتناوبة. رتابة الحديث بغياب عملية التنغيم
* اختفاء تعابير الوجه ( بفعل تنكس النواة المتكئة و الاعصاب المتحكمة في حركات الوجه ) .
* مشاكل في الكتابة ( أبراكسيا )
* حك اصبعي السبابة و الابهام . مع قلة معدلات طرف العين .

\*الاعراض المصاحبة :

* صعوبة في البلع.
* مشاكل في الهضم ( عدم التحكم في الفك )
* عدم اتزان منعكس الجفن.
* تناذرات ذهانية ( هذيان ، هلوسة )
* اضطرابات النوم ( صعوبة الدخول في النوم بسبب تحريك الرجلين و الساقين متلازمة حركة الساقين غير المستقرة
* زيادة الرغبة في التبول ليلا .
* عدم الاستقرار الانفعالي .فرط الاستارة ، تقلبات المزاج .

**مراحل تطور المرض :**

 المرحلة الاولى تدوم 3 سنوات تبدأ الحركات اللاإرادية في  جهة واحدة من الجسم

 المرحلة الثانية تدوم 6 سنوات تنتقل فيها الاعراض الى الجسم ككل و تنتقل الاعراض الى تعابير الوجه ( الوجه القناع ) بحة الصوت و التعب السريع . .

 المرحلة الثالثة تدوم 7 سنوات اهم ما يميزها فقدان الاتزان و اختلال الوقفة و الانعكاسات العصبية

المرحلة الرابعة تدوم 9 سنوات تتفاقم جميع الاعراض ليصبح المريض غير قادر على أداء أدنى الحركات .

 المرحلة الخامسة يتطور المرض بشكل خطير بحيث يصبح المريض اعتمادي أكثر .

**آلية مرض الباركنسون :**

يلعب الجهاز العصبي المركزي دوراً هاماً في تنسيق حركات الجسم الإرادية من خلال منظومة متكاملة داخل النوى القاعدية (الكرة الشاحبة، النواة العدسية، النواة المذنبة، المهاد، المادة السوداء، نواة تحت المهاد...) و ترتبط الألياف العصبية بينها بشكل معقد. لذا فان تلف أي جزء من هذه الأجزاء ينعكس على المريض بصورة واضحة مثل الحركات اللاإرادية وزيادة أو نقصان التوتر العضلي وبطء في الحركة واختلاف في طبيعة قامة المريض في المشي أو الوقوف.

يؤثر الباركنسون على الأعصاب المفرزة للدوبامين و هي مادة مسؤولة عن نقل الاشارات العصبية التي تساهم في تحقيق التوازن الحركي في جسم الانسان مما يؤدي الى فقدان سيطرة الدماغ على الحركات و ادارتها متسببة في عدم توازن في مواد كيميائية اخرى موجودة على مستوى النوى القاعدية مثل الجلوتاملات و الاسيتيلكولين و الغابا .أما تحت المجهر فيلاحظ فقدان الكثير من الأعصاب في منطقة المادة الزنجية ، كذلك عند القيام بالفحص المجهري للأعصاب المتبقية يلاحظ وجود أجسام مميزة داخل هذه الخلايا العصبية والتي يطلق عليها اسم أجسام ليوي.