جامعة مولود معمري – تيزي وزو–
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
قسم العلوم الاجتماعية
فرع الارطوفونيا

تقييم الذاكرة واللغة الشفهية عند المصاب بمرض الزهايمر.

–دراسة ميدانية لـ (3 حالات)

مذكرة لنيل شهادة الماستر في الأرطوفونيا
تخصص علم الاعصاب اللغوي العيادي

من اعداد الطالبتين:
– دوالي ثنينة
– ركيبي حنان

تحت اشراف الاستاذ :
ا.لعمارة محمد سماعيل

السنة الجامعية: 2019/ 2020

كلمة شكر

نشكر الله عز وجل ونحمده على توفيقه لنا لإنجاز هذه المذكرة

نتقدم بجزيل الشكر والتقدير إلى الأستاذ المشرف "**لعمارة محمد إسماعيل**" على إرشاداته

وتوجيهاته القيمة طيلة فترة انجاز المذكرة.

ونتقدم بالشكر الجزيل والتقدير إلى جميع الأساتذة الذين مهدوا لنا طريق العلم والمعرفة

وأخيرا نشكر جميع من ساهم معنا من قريب أو من بعيد في انجاز هذه المذكرة.

إهداء

أهدي هذا البحث إلى:

* **أبي وأمي** اللذان لم يترددوا في تقديم كل ما أحتاجه من مساندة ودعم وتشجيع.

*إلى جميع **أساتذتي الكرام** الذين كان لهم الفضل الكبير والدور في مساندتي وتوضيح لي العديد من المعلومات الهامة والقيمة.

*إلى صديقتي التي شاركتني العمل "**حنان**" وكل عائلتها الكريمة.

ثنينة

إهداء

أنا أهدي هذا العمل المتواضع إلى:

*عزيزتي **الام** التي كانت دعما كبيرا وسندا لي وأيضا **ابي العزيز** رحمه الله.

*إلى صديقتي التي شاركتني العمل "**ثنينة**" وكل عائلتها الكريمة.

*إلى زوجي العزيز "**أحمد صادمي**" على عونه لي ومساندته طيلة إعداد هذا البحث.

*إلى صديقاتي: "**سميرة، ليندة، شفيعة**".

*إلى جميع كل من كان سندا وعونا لي طيلة انجاز هذا البحث.

حنان

ملخص الدراسة:

هدفت هذه الدراسة الى تقييم الذاكرة واللغة الشفهية عند المصاب بمرض الزهايمر.

تمثلت عينة الدراسة من ثلاثة حالات وذلك بتطبيق اختبار رسم الساعة test de l'horloge، واختبار الفحص المختصر للحالة العقلية (mmse) للبند رقم "5" الخاص باللغة.

وبناءا على النتائج المتحصل عليها تبيّن أن المصاب بمرض الزهايمر يعاني من اضطرابات على مستوى الذاكرة واللغة الشفهية.

الكلمات المفتاحية:

الذاكرة–اللغة الشفهية– الزهايمر.

Résumé :

Cette étude visait à évaluer la mémoire et le langage oral d'une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer.

L'échantillon d'étude se composait de trois cas en appliquant le test de l'horloge et mini mental satate examination (M.M.S.E) de l'item qui concerne le langage.

Sur la base des résultats obtenus, nous pouvons voir qu'une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer soufre des troubles au niveau de la mémoire et du langage oral.

Les mots clés : la mémoire, le langage oral, l'Alzheimer.

الفهرس

كلمة شكر

إهداء

ملخص الدراسة

الفهرس

فهرس الأشكال

فهرس الجداول

مقدمة 01

الجانب النظري

الفصل الأول: الاطار العام لإشكالية الدراسة

1- إشكالية البحث.....06

2- فرضيات البحث..... 09

3- أسباب اختيار موضوع البحث.....09

4- أهمية البحث.....11

5- أهداف البحث.....11

6- تحديد المصطلحات الاجرائية للبحث.....12

7- الدراسات السابقة 13

الفصل الثاني: الذاكرة

تمهيد الفصل 17

1- تعريف الذاكرة 17

2- أنواع الذاكرة 18

3- أشكال الذاكرة 19

4- عمليات الذاكرة 20

5- اضطرابات الذاكرة 21

6- مراحل الذاكرة 22

خلاصة الفصل 24

الفصل الثالث: مرض الزهايمر و الاضطرابات المصاحبة لها

تمهيد الفصل 27

أولا: مدخل إلى مرض ألزهايمر..... 27

1- تعريف مرض ألزهايمر 27

2- أعراض مرض ألزهايمر.....29

3- عوامل الخطر لدى المصابين بمرض الزهايمر.....31

4- مراحل تطور مرض ألزهايمر 34

5- تشخيص مرض ألزهايمر.....37

ثانيا: الاضطرابات والمظاهر المصاحبة لمرض ألزهايمر 39

1-الاضطرابات المعرفية.....39

1-1-اضطرابات الذاكرة 39

1-2-اضطرابات ذاكرة الأحداث.....40

1-3-اضطرابات الذاكرة الدلالية 41

1-4-اضطرابات الذاكرة العاملة 42

1-5-اضطرابات اللغة.....43

1-6-اضطراب الأداء 43

1-7-اضطراب التعرف 45

1-8-اضطراب الوظائف التنفيذية 46

2- الاضطرابات النفسية السلوكية 46

2-1-القلق 46

2-2-الاكتئاب 46

2-3-اضطرابات النوم.....47

2-4-الاضطرابات العاطفية.....47

2-5-العدوانية..... 47

2-6-الهيجان 47

2-7-الاضطرابات الذهانية 47

3- الاضطرابات العضوية 48

3-1-اضطرابات التغذية.....48

3-2-الاضطرابات الجنسية.....48

3-3-اضطرابات في وظائف الإخراج 48

خلاص الفصل 50

الفصل الرابع: اللغة الشفهية

تمهيد.....53

أولا: اللغة 53

1- تعريف اللغة 53

2- مستويات اللغة.....54

3- عوامل اكتساب اللغة 56

4- خصائص اللغة.....59

5- أشكال اللغة 60

6- أهمية اللغة 61

7- وظائف اللغة.....62

ثانيا: اللغة الشفهية.....65

1- تعريف اللغة الشفهية.....65

2- مهارات اللغة الشفهية.....66

3- أعراض صعوبات فهم اللغة الشفهية 67

4- الفهم والتعبير الشفهي.....69

4-1- تعريف الفهم الشفهي 69

4-2- خطوات عملية الفهم الشفهي 69

4-3- مستويات الفهم الشفهي.....70

4-4- تعريف التعبير الشفهي 70

4-5- أهداف التعبير الشفهي 71

4-6- أهمية التعبير الشفهي.....72

خلاصة 73

الجانب التطبيقي

الفصل الخامس: إجراءات الدراسات الميدانية.

تمهيد 78

1- الدراسة الإستطلاعية.....78

2-منهج الدراسة.....79

3-مجتمع الدراسة.....79

4-عينة الدراسة.....80

5- مكان إجراء الدراسة.....80

6- أدوات الدراسة.....81

6-1 المقابلة العيادية.....81

6-2 الملاحظة العيادية.....82

6-3 الإختبارات العيادية.....83

الفصل السادس: عرض ومناقشة نتائج الدراسة

1-عرض وتحليل نتائج الحالات.....96

- نتائج اختبار رسم الساعة:
  - الحالة الاولى
  - الحالة الثانية
  - الحالة الثالثة
- نتائج اختبار الفحص المختصر للحالة العقلية (mmse):
  - الحالة الاولى
  - الحالة الثانية
  - الحالة الثالثة

2-الإستنتاج العام 104

-خاتمة.....108

- توصيات واقتراحات 109

- المراجع.....111

- الملاحق

مقدمة:

الإنسان إجتماعي بطبعه حيث يعيش داخل مجتمع ضمن مجموعة، فهو إذن بحاجة ضرورية لغيره للتواصل بحيث أوجد لنفسه وسائل متنوعة وكانت اللغة الوسيلة المثلى وأكثر فعالية لإبلاغ رسالته، فبفضلها يفرض مكانته بين الناس، فالنشاط اللغوي هي الوسيلة المثالية للتواصل الإجتماعي، كونها وليدة نشاط عصبي معقد.

إن ضمان استمرارية هذه الأخيرة يستوجب سلامة الجهاز العصبي المركزي، واي خلل يصيب هذا المستوى قد يحرمه من هذا النشاط، في بعض الأحيان نظن أن عملية التواصل مجرد حديث لكنها في الحقيقة تشكل أكثر من ذلك بحيث تصل نسبة تواصلنا الغير الشفهي إلى 90% مثلا (التلويح، الإيماءات وتعبيرات الوجه واللمس). ويعتبر التواصل الغير الشفهي على الأخص مهم لمريض الخرف الذي يفقد مهارات اللغة.

يعتبر مرض الزهايمر إحدى هذه الإصابات التي تمس الجهاز العصبي المركزي والتي ينجم عنها عدة إضطرابات معرفية منها اللغوية والذاكرة. وتعد هذه الأخيرة أساس موضوعنا إذ تُعتبر أنها ليست سوى مستودعا أو مخزنا يختزن فيه الفرد جميع الصور الإجتماعية والعقلانية التي تمر أمام مخيلته خلال حياته في هذا العالم المتطور.

بالتالي فذاكرة الإنسان ليست ذاكرة فردية بل هي ذاكرة جماعية تمكنه من الإتصال والتواصل "وايضا هي قدرة إنسانية تجعل الإنسان يعيش الحاضر والماضي معا في آن واحد، بحيث أنها ترتبط بجميع العمليات المعرفية الأخرى كالتذكر واللغة. والحقيقة أن كل ما

نفعله يعتمد على الذاكرة باعتبار الإنسان كائن حي يرتبط وينظم ذكرياته وفقا لإطار المجتمع العام والخاص. وعليه كوننا أخصائيتين في الأرطوفونيا نهتم باللغة بالدرجة الأولى فقد دفعنا فضولنا العلمي إلى التمحيص في موضوعنا هذا المتمثل في "تقييم الذاكرة واللغة الشفهية عند المصاب بمرض الزهايمر" وذلك من خلال دراسة ميدانية لثلاثة حالات، كون اللغة تحتل الصدارة في عملية التواصل معتمدتان في ذلك على اختبار رسم الساعة لتقييم الذاكرة، واختبار الفحص المختصر للحالة العقلية (MMSE) لتقييم اللغة الشفهية عند المصاب بمرض الزهايمر.

وقصد التعمق بجميع جوانب الموضوع قمنا بتقسيم الدراسة إلى جانبين، جانب نظري وجانب تطبيقي فبالنسبة للجانب النظري فقد عرضنا من خلاله أهم المعطيات العلمية ذات صلة بمتغيرات البحث وذلك من خلال أربعة فصول:

ففي **الفصل الأول** تطرقنا فيه كمدخل عام للدراسة حيث ضم الإشكالية، فرضيات الدراسة، أسباب اختيار موضوع الدراسة، أهمية الدراسة، أهداف الدراسة والدراسات السابقة.

أما **الفصل الثاني** فقد أسردنا فيه كل ما يخص مرض الزهايمر، بينما **الفصل الثالث** تطرقنا فيه كل ما يتعلق بالذاكرة.

وفي الأخير خصصنا في **الفصل الرابع** مسألة اللغة، ومن ثم تطرقنا إلى اللغة الشفهية.

أما بالنسبة **للجانب التطبيقي** فقد قمنا بدراسة ميدانية على الحالات المصابة بمرض الزهايمر، حيث تناولنا في الفصل الخامس الدراسة الاستطلاعية ثم منهج الدراسة، مجتمع وعينة الدراسة ومكان إجراء الدراسة.

أما **الفصل السادس** فتم فيه عرض وتحليل النتائج ومناقشتها، وأخيرا الإستنتاج العام خاتمة، توصيات وإقتراحات، المراجع والملاحق.

وأنهينا بحثنا بخاتمة وهي عبارة عن حوصلة لما توصلنا اليه من خلال بحثنا.

الجانب النظري

الفصل الأول: طرح إشكالية الدراسة

1- إشكالية البحث.

2- فرضيات البحث.

3- أسباب اختيار موضوع البحث.

4- أهمية البحث.

5- أهداف البحث.

6- تحديد المصطلحات الاجرائية للبحث.

7- الدراسات السابقة.

1- الإشكالية:

إن الإنسان كائن حي يتميز بالتغيرات المرتبطة بالجانب الفيزيولوجي والبيولوجي والعصبي، فالتغيرات التي تطرأ على الفرد ستؤدي حتما إلى تغيرات في سلوكاته على مدى مراحل زمانية متتالية منذ لحظة الولادة حتى لحظة مماته، بدءا من مرحلة طفولته مرورا بمرحلة المراهقة والرشد وصولا إلى مرحلة الشيخوخة.

إن معظمنا عندما يتقدم في السن تطرأ عليه تغيرات في الجانب الفيزيولوجي وبالأخص الجهاز العصبي، بحيث أن الكبار في السن يعانون من إضطرابات في الدماغ من بينها نجد مرض الزهايمر.

يختلف مرض الزهايمر عن حالة ضعف الذاكرة المعتادة في الشيخوخة حيث يتفق الجميع على أن تقدم السن يرتبط بالنسيان، فحسب الطبيب الألماني "ألويس الزهايمر" الذي وصف المرض عام (1906) على أنه إصابة عصبية إنحلالية للمخ والتي تسبب بفقدان تدريجي للخلايا العصبية فهو يؤدي إلى إختلال في الوظائف المعرفية ونذكر منها: الذاكرة، اللغة. **(Stelzmann et al, 1995,P.P 429-430)**

إن داء الزهايمر في الآونة الأخيرة من أكثر الأمراض إنتشارا وشيوعا، بحيث من الصعب على المريض أن يفكر ويتفاعل مع غيره ومن الصعب عليه القيام بأدنى نشاطاته وهذا راجع إلى وجود خلل على مستوى الذاكرة ومن بين إضطرابات الذاكرة نذكر خاصة النسيان،

وهو عدم قدرة الفرد على استرجاع ذكرياته أو غياب تام للذاكرة. **(بول جروس paul Gros، 2002)**

وتعتبر الذاكرة من الأجزاء الأساسية والضرورية في عملية إكتساب المعارف حيث أنها الجزء الذي يحتفظ فيه الفرد بالخبرات التي اكتسبها من خلال تفاعله الحسي مع البيئة، إضافة إلى أن الذاكرة هي نظام تخزين المعلومات التي يحتاج الإنسان إلى إستدعائها عند الحاجة، بينما تتمثل عملية التذكر في القدرة على الإسترجاع ما سبق أن تعلمه الفرد واحتفظ به من المعلومات حتى اللحظة. **(سليمان، إبراهيم، 2013، ص 85)**

واشار باتريك لومير **(Lemaire, 2002)** أن الذاكرة هي عملية معرفية يتم من خلالها تعلم واسترجاع ما تم تعلمه، واكتسابه من خبرات سابقة، فالعملية الأولى تتم باستقبال المعلومات لمعالجتها في الذاكرة العاملة ثم تخزينها في الذاكرة طويلة المدى، أما العملية الثانية فهي استرجاع واستخراج المعلومة من المخزن في الذاكرة طويلة المدى إلى الذاكرة قصيرة المدى واستعمالها.

وباعتبار أن عملية الإتصال حاجة إجتماعية ضرورية لكل إنسان فهنا تكمن أهمية اللغة في تحقيق التواصل كون اللغة آلية عقلية التي عن طريقها تخزن المعلومات والمعارف.

إضافة إلى ذلك فاللغة عبارة عن مجموعة من الرموز الصوتية التي يحكمها نظام معين، وأفراد المجتمع ذو ثقافة معينة على دلالتها من أجل تحقيق الإتصال بين بعضهم البعض. **(حامد عبد السلام، زهران، 2007، ص 25)**

كما تعد أيضا وسيلة الإتصال الاجتماعي والعقلي وإحدى وسائل النمو المعرفي والتوافق الإنفعالي **(فيصل بن عباس، 1997، ص 22)**

ومما لاشك فيه أن اللغة أشكال عديدة يستخدمها الفرد في التواصل مع الآخرين منها اللغة الشفهية فهي التي يعبر بها بالكلمات عن طريق النطق، وحتى تعتبر شفهية يجب أن تكون الكلمات ملفوظة وتكون عناصرها مشتركة بين الأفراد الذين يعيشون في نفس الثقافة، ويجب أن يكون اتفاق بينهم حول المترادفات. **(محمد صالح، 2005)**

ويمكن القول أن اللغة الشفهية هي نظام من الأصوات اللفظية والتي تستعمل في الإتصال المتبادل بين جماعة من الأفراد.

وانطلاقا من موضوع دراستنا الذي جاء حول تقييم الذاكرة واللغة الشفهية عند المصاب بالزهايمر، وعليه فإن هذه الدراسة جاءت للجواب على هذا التساؤل التالي:

– هل يوجد إضطراب على مستوى الذاكرة واللغة الشفهية عند المصاب بمرض الزهايمر؟

– هل هناك علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين الذاكرة واللغة الشفهية عند المصاب بالزهايمر؟

2- فرضيات البحث:

ككل بحث علمي يتضمن عدد من الفروض تكون إجابة محتملة عن التساؤلات المطروحة سابقا والتي تمكننا من التحقق والتأكد أو إلغائها فيما بعد وعلى إثر ذلك فإن صيغ الفرضيات كانت كالتالي:

الفرضية العامة:

- يوجد إضطرابات على مستوى الذاكرة واللغة الشفهية عند المصاب بمرض الزهايمر.

الفرضيات الجزئية:

1- يوجد اضطراب على مستوى الذاكرة عند المصاب بمرض الزهايمر.

2- يوجد إضطراب على مستوى اللغة الشفهية عند المصاب بمرض الزهايمر.

3- هناك علاقة إرتباطية ذات دلالة إحصائية بين الذاكرة واللغة الشفهية عند المصاب بمرض الزهايمر.

3- أسباب اختيار الموضوع:

لم يكن إختيارنا لموضوع الدراسة مجرد صدفة بل هو منبثق من المشاكل والعراقيل التي يواجهها الفرد في حياته اليومية وخاصة ما يتعلق بالأمراض والإضطرابات التي تظهر لدى أي فرد خاصة (مرحلة الشيخوخة)، ومن خلال إحتكاكنا الدائم لبعض أهالي المصابين بالزهايمر فقد وضعونا أمام الأمر الواقع أي أن إنسان يمكن أن يتعرض في مراحله العمرية

الأخيرة إلى الخرف، ولمسنا العديد من الشكاوي والتذمر من الصعوبات التي يتعرض لها أولياء الأمر من حيث التعامل معهم وخاصة التواصل اللفظي.

هذا ما جعلنا نثري إهتمامنا للبحث ثم البحث حول كل ما يخص الذاكرة واللغة الشفهية لديه.

ومن أهم الأسباب التي زادت في دوافع الإهتمام في موضوع تقييم الذاكرة واللغة الشفهية عند المصاب بمرض الزهايمر والخوض في إنجازه بكل ثقة وعزيمة وموضوعية ما يلي:

- عدم توفر جودة الحياة عند المصابين بالزهايمر.
- كوننا في مجال علم اللغة العصبية دفعنا إلى الرغبة في الاستطلاع والأخذ بكل ما هو جديد.
- الرغبة في التطور وإكتشاف أهم الأدوات التشخيصية المناسبة لدراسة الذاكرة واللغة الشفهية عند المصاب.
- رغبة الطالب في دراسة هذا الموضوع كونه تمثل شريحة حساسة يجب علينا أن نأخذها بعين الإعتبار.

4- أهمية البحث:

تبرز أهمية هذه الدراسة فيما يلي:

1- الأهمية النظرية:

- تعتبر هذه الدراسة من الدراسات التي تهتم بتقييم الذاكرة واللغة الشفهية عند المصاب بمرض الزهايمر.

- نحتاج في هذه الدراسة إلى زيادة الرصيد النظري حول تقييم الذاكرة واللغة الشفهية عند المصاب بمرض الزهايمر.

2- الأهمية التطبيقية:

تكمن أهمية هذه الدراسة كمرجع إضافي لمعرفة تقييم الذاكرة واللغة الشفهية عند المصاب بمرض الزهايمر، كما يمكن إبراز دور هذه الدراسة في ميادين وتخصصات تطبيقية كالأرطوفونيا وعلم النفس العيادي.

5- أهداف البحث:

- تقييم الذاكرة واللغة الشفهية عند المصاب بمرض الزهايمر.
- تسهيل التشخيص المبكر من أجل إبطاء تقدم المرض ومنع هذه المضاعفات.
- الإكتشاف المبكر خلال الفترة الأولى من المرض.
- تعزيز الدراسات والبحوث الإكلينيكية.
- توجيه المختصين للإهتمام بهذا المرض (الزهايمر).

6- تحديد المصطلحات الاجرائية للبحث:

الذاكرة:

قدرة ذهنية تمكن الفرد من استعادة المعلومات والخبرات التي سبق له تعلمها.

اللغة الشفهية:

وهي وسيلة من وسائل التفكير يتميز بها البشر عن غيرهم من المخلوقات والتي يمكن اكتسابها من خلال البيئة التي يعيش فيها.

الزهايمر:

داء الزهايمر هو اضطراب تدريجي يؤثر على وظائف الدماغ العليا مثل الذاكرة والتفكير وهو أكثر أسباب الخرف شيوعا. وهي حالة تتضمن انخفاضا مستمرا في المهارات السلوكية والاجتماعية.

7- الدراسات السابقة:

في هذا الجزء من البحث سنتطرق إلى أهم الدراسات السابقة التي تتبناها دراستنا أو دراسة مشابهة لها ومن بين هذه الدراسات نذكر:

قدمت مليسا بركات – دافراداس (M. Bakat defrades) وآخرون (2008) سيميوولوجيا لسانية مشتركة لكل حالات الزهايمر، متركزين على أعمال D. cardebat (1995)، الذين أوضحوا أن إضطرابات اللغة تتطور بشكل واضح عن الإضطرابات المعرفية الأخرى بصفة عامة، تثبت " بركات – دافراداس" أن الإضطرابات اللغوية تظهر بشكل رئيسي في الإنجاز الشفهي.(Ambroselli, 2012, P25)

دراسة :(2004) Louis Bherer, Sylvie Belleville, Carol hudon

تشير العديد من الدراسات الحديثة إلى أن الوظائف التنفيذية ستكون من بين الوظائف المعرفية الأولى التي تعاني من الآثار السلبية للشيخوخة العادية، كما أنه قد يتأثر مبكرا في بعض من أعراض الخرف.

تقدم هذه الدراسة صورة للشيخوخة في الوظائف التنفيذية من زاوية علم النفس العصبي وعلم النفس المعرفي التجريبي، مع التركيز على الشيخوخة الطبيعية وكذلك مرض الزهايمر والخرف. تشير النتائج التي تم الإبلاغ عنها إلى أنه لا تتأثر جميع المهام التنفيذية بطريقة مماثلة بالشيخوخة الطبيعية أو الخرف. لذلك فإن المقترحات النظرية الحديثة للرقابة التنفيذية

التي سيتم دعمها من خلال مجموعة من الآليات الأولية مناسبة بشكل خاص لمشكلة الشيخوخة.

دراسة François Nef, Michel Hupet 1992:

تتناول هذه المراجعة دراسات تهدف إلى تقييم آثار التعبير الشفهي أو الكتابي العفوي على الشيخوخة من خلال مقارنة عينات لغوية لموضوعات صغار وكبار السن. تتكون جميع هذه الدراسات من تحليلات تفصيلية لعينات لغوية تم الحصول عليها من أشخاص عاديين طلب منهم وصف الصور أو الإبلاغ عن حدث مهم في حياتهم أو سرد قصة.

تم تخصيص الجزء الأول من هذه المراجعة لفحص الجوانب المنهجية لهذا العمل: الخصائص العامة المدروسة، وأنواع المهام المستخدمة لاستنباط إنتاج اللغة العفوية، وكذلك أنواع المقاييس المستخدمة لتوصيف اللغة المرصودة.

الجزء الثاني من هذه المراجعة مخصص لعرض ومناقشة الملاحظات وذلك اعتمادا على ما إذا تم جمعها في نموذج وصف الصورة، أو نموذج إنتاج القصة أو نموذج مقابلة أكثر مرونة. الإستنتاجات العامة لهذا العمل هي كما يلي:

1- لا يوجد تأثير للعمر على التنوع المعجمي للتعبير التلقائي.

2- هناك انخفاض كبير مع تقدم العمر في إنتاج الجمل المعقدة.

3- هناك إنخفاض كبير في تماسك الكلام خاصة بسبب زيادة الإشارات الغامضة.

دراسة MSK ham et al (2011):

مراجعة للمعايير التشخيصية للخرف الثانوي لمرض الزهايمر، ويمكن طرحه عندما يتم إثبات الخرف من خلال تاريخ المريض وأحد أفراد أسرته وكذلك عن طريق التقييم المعرفي، ومجموعة من الإختبارات النفسية العصبية.

فرق المؤلفون أيضا بين شكلين رئيسيين لعرض مرض الزهايمر، حسب طبيعة أهم الإضطرابات المعرفية:

1-شكل فقدان الذاكرة، وهو أيضا الأكثر شيوعا.

2-الشكل الغير الفقدان للذاكرة.

في الشكل الفقدان للذاكرة للإضطرابات المعرفية تسيطر عليها صعوبات التعلم واسترجاع المعلومات.

في الأشكال الغير الفقدان للذاكرة تتميز بهيمنة الإضطرابات المعرفية المختلفة التي يمكن أن تؤثر على البصرية المكانية، الوظائف التنفيذية أو اللغة.

يشكل هذا التمييز بين الأشكال المختلفة للعرض تقدما كبيرا مقارنة بالمعايير السابقة التي تم فيها النظر فقط في شكل فقدان الذاكرة.

من خلال الإعتماد على النماذج المعرفية لأداء اللغة ساهمت الدراسات اللغوية العصبية والنفسية بشكل كبير في تحديد أوجه القصور التي تؤثر على مهارات لغوية شفهية وكتابية محددة في مرض الزهايمر.

الفصل الثاني: الذاكرة

تمهيد الفصل

1- تعريف الذاكرة.

2- أنواع الذاكرة.

3- أشكال الذاكرة.

4- عمليات الذاكرة.

5- اضطرابات الذاكرة.

6- مراحل الذاكرة.

خلاصة الفصل

تمهيد:

تعد الذاكرة من اهم الوسائل التي يمتلكها الإنسان لتذكر كافة التفاصيل في حياته اليومية، حيث انها تساهم في تعلم كافة المعلومات الجديدة وتخزينها، كما تساهم في ربطها مع المعلومات القديمة بحيث تقوم بتسجيل العمليات والأحداث والخبرات والمؤثرات، ومن ثم يتم تصنيفها وتخزينها واسترجاعها لوقت الحاجة.

1- تعريف الذاكرة:

تعرف الذاكرة بأنها وظيفة تسمح بتسجيل وتخزين واسترجاع معلومات جديدة. **(الشربيني، ص 109، لوزاعي، 2008، ص 74)**

يرى "Serge Nicolas" (2002) على أنها الإحتفاظ بجميع الخبرات الحياتية للفرد، بمعنى تاريخ الأحداث الشخصية كما يلتقطها الذهن**(Serge Nicolas, 2002)**

عرفها **جورج ميلر**: الذاكرة على انها حفظ واستقبال او ابقاء المهارات والمعلومات السابقة واكتسابها ومعنى ذلك أنها مستودع الذكريات والمعلومات والمعارف العقلية ثم المهارات الحركية والإجتماعية المختلفة **(عيسوي، 1987، ص261)**.

كما عرف **هرمان (Hermann ,2009, p288)** الذاكرة بطريقتين الأولى بانها مخزن للتجارب الماضية، أي أن الذكريات كيانات ثابتة شكلت في الماضي، قابلة للنسيان ويرتبط المفهوم الثاني بمفهوم الذاكرة والحاضر، ويتم بناؤها واستغلالها بشكل مستمر، وفقا لإحتياجات الحاضر، وتتميز بمرونة التفكير.

2- أنواع الذاكرة:

هناك ثلاثة انواع للذاكرة والتي تتمثل في :

1-الذاكرة الحسية (La mémoire Sensorielle)

تعتبر الذاكرة الحسية المستوى الأول في نسق الذاكرة، فهي أول خطوة لمعالجة المعلومات، والسماح بالتعرف على المواضيع والأشياء المحيطة بنا، والإحتفاظ بالمعلومات .

(ليندا دافيدوف، 2000)

فالذاكرة الحسية هي التي تستقبل المؤثرات عبر الحواس الخمسة وتستمر مدة الحفظ في هذه الحالة بضع ثوان تسجل فيها انطباعات الحواس.

2-الذاكرة قصيرة المدى (La mémoire court terme)

تسمى هذه الذاكرة بالذاكرة العاملة فهي الجزء الذي تخزن فيه المعلومات لمدة زمنية قصيرة حيث تنسى بعد ذلك أو تنقل إلى الذاكرة طويلة المدى، كما أنها مركز النشاط الذي تتم فيه مختلف العمليات العقلية المعرفية كالمنطق، فهم اللغة ، اتخاذ القرار

.(Patrick lemaire, 2002)

3- الذاكرة طويلة المدى(La mémoire long terme):

يقصد بالذاكرة طويلة المدى قدرة الإنسان على الإحتفاظ بالمعلومات لمدة زمنية طويلة، بحيث يتم تذكر واسترجاع هذه المعلومات إما عند طلبها وتكون إرادية أو في مواقف معينة تثير الذكريات وتكون لا إرادية. **(ليندا دافيدوف، 2000)**

وهي تمثل كذلك مجموعة من الأوصاف النظرية التي تسمح بالتعرف على قدرات التخزين التي نستعملها في حياتنا اليومية في مختلف سلوكاتنا، مثل : التعرف على المحيط، استعمال اللغة ومنه فإننا بمجرد قراءة نص ما نقوم باستعمال واسترجاع المعلومات اللغوية ذات المعنى لفك الرموز ولفهم ما هو مكتوب.

.(**Serge Nicolas , 200**3)

ويرى بعض الباحثين أن سعة الذاكرة طويلة المدى تتأثر بالعمر الزمني فتقل السعة بزيادة العمر خاصة في مرحلة الشيخوخة.

3 -أشكال الذاكرة:

اعتماد على دراسات العلماء والمختصين في مجال الذاكرة تم تحديد ثلاثة أشكال للذاكرة ويمكن التعرف إليها وقياسها من خلال:

1-الإستدعاء: يختص بتذكر الأحداث والخبرات التي تم تعلمها في الماضي دون وجود للمثيرات أو المواقف التي أدت لحدوث التعلم.

2-التعرف: هو أحد أشكال الذاكرة، وهو أسهل من الإستدعاء لأنه يعتمد على وجود المثير الذي تم تعلمه في الماضي.

3- الإحتفاظ: ويشير بان المعلومات التي تعلمها الفرد قد تنسى يعد فترة من الزمن.

(الجراح، وأبو حامد، 2015)

5- عمليات الذاكرة:

ذكر **Malin(1994)**:أن هناك شبه اتفاق بين علماء النفس المعرفي والعمليات التي تتضمنها الذاكرة وهي عمليات الإكتساب، عملية التخزين او الإحتفاظ وعملية الإسترجاع.

5-1 عملية الإكتساب:

وهي المرحلة التي ينتقي فيها الفرد المعلومات من المحيط الخارجي بهدف تخزينها، يجري ترميز المعلومات الداخلة أو لا على شكل أثار حسية (سمعية أو بصرية) والتي قد تكون: كلمات، جمل، أو حتى مقاطع وكلمات عديمة في الوضعية المخبرية ثم تعالج لدرجة أعلى من ذلك حيث تتحول إلى آثار على مستوى الذاكرة قصيرة المدى(**Cordier, 2004,p38**).

5-2 عملية الإحتفاظ:

تشير عملية الإحتفاظ إلى عملية حفظ المعلومات المرمزة في الذاكرة لفترة من الوقت، فإذا لم تحفظ المعلومات بالشكل الكافي، لن يتمكن الفرد من استدعائها لاحقا.

فالمعلومات التي تصدر من المسجلات الحسية إلى الذاكرة قصيرة المدى أي التي حظيت بقدر من الإنتباه وتم اكتسابها .

يمكن للذاكرة أن تتعامل معها لكل تشمل الإحتفاظ بها في هذه الذاكرة.

أما الإحتفاظ بالمعلومات الجديدة في الذاكرة طويلة المدى يستوجب دمج تلك المعلومات بالمعلومات التي سبق الإحتفاظ بها.

5-3 عملية الإسترجاع:

فهي مرحلة التي يتذكر فيها الشخص ما خزنه من معلومات، إضافة إلى ذلك فإن استرجاع مثيرات أو معلومات محددة وتذكرها يتحسن عن طريق الإشارات التي تضعها عملية الإسترجاع.

تعتبر هذه الإشارات بمثابة مثيرات تستدعي المعلومات وكلما كان الإتفاق بين المعلومات الأصلية والإشارات المتاحة أثناء الإسترجاع كان أكمل.

(قاسم، 1990، ص49).

6- اضطرابات الذاكرة:

1-تناذر النسيان الناتج عن الجروح:

ينتج التناذر عن الجروح لعد عوامل مثل الصدمة الجمجمية، جراحة الفص الصدغي.

فإذا كانت هذه الجروح على مستوى بناء المخ البيني (الميهاد) فهي تؤدي إلى تناذر **Korsakoff** .

اما الجروح في الفص الصدغي(الحصين، اللوزة) تؤدي إلى تناذرBi-hippocampique

(Carole wade et autres , 2002)

2- تناذر النسيان من نوع العته:

مثال على ذلك تناذر Alzheimer، الذي يعرف على انه تدهور معرفي عام، مرتبط فيزيولوجيا بإصابة في المخ.

كما انها نقص وانعدام الملكات العقلية على اثر الإصابة المخية، أو اضطراب مقترن بأمراض ناتجة عن شلل عام، تكون الإصابة على مستوى الفص الجداري القفوي للجهتين ويمس اضطراب الذاكرة الوقائع والأحداث الحديثة، مع وجود هلاوس وتخاريف وتزوير للأحداث.**(Serge Nicolas , 2002)**

3-تناذر النسيان العابر او الوقتي:

يعرف على انه نسيان عابر أو تام للذاكرة، ناتج عن صدمة جمجمية، تعبر الإصابة عن تلف دماغي للقشرة الجبهية أو أعمق للمخ البيني أو للجهاز التقني، ينتج عنها نسيان وفقدان لقدرة التعلم وتخزين المعلومات الجديدة، كذلك عدم القردة على استرجاع المعلومات القديمة. **(Ptrick lemaire, 2002)**

7-مراحل الذاكرة:

تمر الذاكرة بعدة مراحل هي:

- **مرحلة الترميز:** حيث يتم فيها تسجيل المعلومات وإدخالها إلى الذاكرة، وتختص بإعطاء معان للمثيرات الحسية الجديدة من خلال عمليات التكرار والتنظيم والتلخيص.

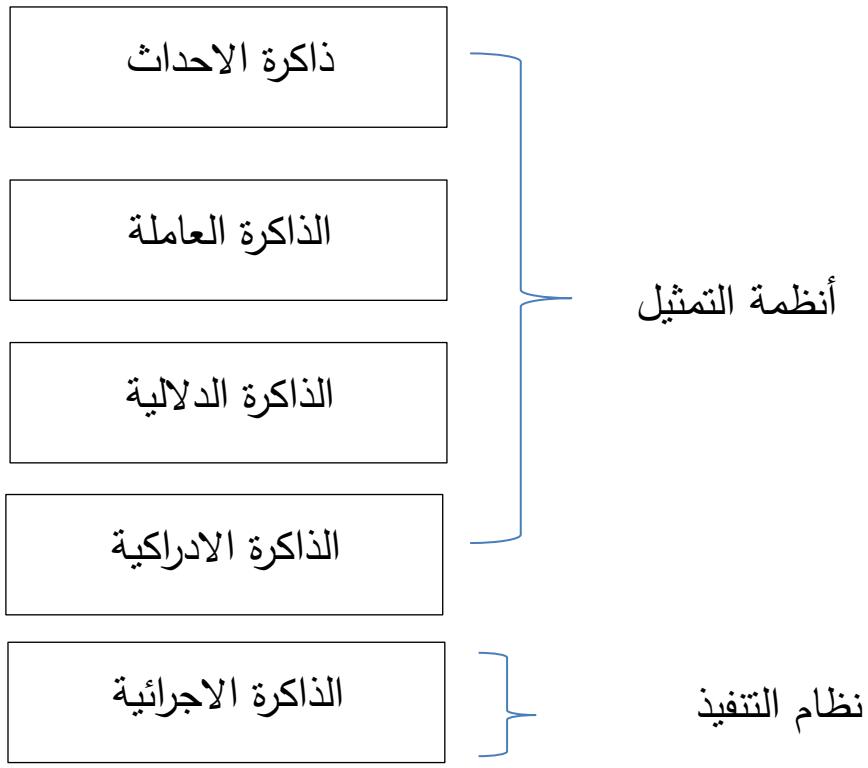
- **مرحلة التخزين:** وهي مرحلة الحفاظ على المعلومات على مر الزمن، وتقسم هذه المرحلة إلى نظامين من التخزين:

* الأول: نظام التخزين المؤقت في الذاكرة قصيرة المدى

* الثاني: نظام تجهيز المعلومات وتنظيمها في الذاكرة طويلة المدى.

- **مرحلة التذكر والإسترجاع:** وهي مرحلة الإتصال بالمعلومات والخبرات السابقة التي ترميزها وتخزينها في الذاكرة الدائمة، والإسترجاع هو بحث عن المعلومات في خزانات الذاكرة واستعادتها على شكل استجابة ظاهرية**(Baddeley, 2004).**

نموذج (1995) tulving، الذي يوضح تنظيم الذاكرة:



الشكل رقم (01): يبين نموذج تنظيم الذاكرة. (ساسان، 2007، ص41)

خلاصة الفصل:

تلعب الذاكرة دورا هاما في جميع مجالات السلوك الإنساني كالتفاعل مع الآخرين والقراءة، والإستماع، والأنشطة والمهارات المختلفة، ولقد أبدى علم النفس المعرفي اهتماما بموضوع الذاكرة باعتباره نوعا من العمليات العقلية ذات العلاقة بالعديد من الأنشطة التعليمية، ولا تقتصر أهميتها في الجانب التعليمي فحسب، بل إنها وسيلة لقياس سلوك الإنسان، حيث لا يمكن التعلم والتعرف إلى حجم التغير في سلوك الإنسان دون الذاكرة.

الفصل الثالث: مرض الزهايمر

تمهيد

أولا: مدخل إلى مرض الزهايمر.

1- تعريف مرض الزهايمر.

2- اعراض مرض الزهايمر.

3- عوامل الخطر لدى المصابين بمرض الزهايمر.

4- مراحل تطور مرض الزهايمر.

5- تشخيص مرض الزهايمر.

ثانيا: الاضطرابات والمظاهر المصاحبة لمرض الزهايمر.

1- الإضطرابات المعرفية.

2- الإضطرابات النفسية السلوكية.

3- الإضطرابات العضوية.

خلاصة.

تمهيد:

يعد مرض الزهايمر أحد أمراض الشيخوخة شيوعا، بحيث يسجل ضمن مجالات علم النفس الإكلينيكي الخاصة بالمسن، يصنف ضمن أمراض العته الانحلالية ذات أصل قشري، وهو مرض دماغي متطور يدمر خلايا المخ ويصنف مرض الزهايمر اليوم بكونه السبب الرئيسي السادس للوفاة عالميا، وهذا ما يجعله يحظى بالاهتمام والدراسة في مختلف الميادين، وهذا ما توصلت إليه الدراسة الحالية للتطرق إليه من جميع جوانبه من خلال هذا الفصل.

أولا: مدخل إلى مرض الزهايمر

1- تعريف مرض الزهايمر:

تعريف علم الأعصاب:

عرف علم الأعصاب مرض الزهايمر على أنه نوع من أنواع الخرف يبدأ بعرض النسيان نتيجة لإصابات على مستوى البنى الصدغية الداخلية وبالأخص الحصين، والتي تزداد انتشارا فيما بعد، حيث تمس الباحات الترابطية للقشرة الجديدة مما ينتج عنه تدهور معرفي ومن ثم الخرف **(النوبي،2012 ص67)**.

تعريف جمعية الزهايمر الإيرلندية لمرض الزهايمر:

تصف بأنه مرض عصبي تدريجي يحدث عندما تتراكم البروتينات في الدماغ تؤدي بدورها إلى ضرر بالخلايا العصبية وتدمير اللويحات **les plaques**، الأمر الذي يزيد صعوبة التركيز عند الإنسان واستخدام المنطق واللغة. **(أبو حامد، 2009، ص11)**.

وفي تعريف آخر لمرض الزهايمر:

يصيب هذا المرض الذاكرة أساسا، حيث يؤدي إلى فقدان الذاكرة الحديثة أولا، ومن ثم الذاكرة البعيدة ثم تراجع المنظومة الفكرية كاتخاذ الأحكام والمحاكمة، بما ينعكس سلبا على الحياة، حيث وجد تشريحا أن الزهايمر يردي إلى تغيرات في خلايا المخ العصبية ويشكل الخيوط المتشابكة أو الأسبتة ولذلك قيل لها خلايا الزهايمر السبتية **Alzheimer's Basket Cells**ان البنية الجينية الوراثية لها دخل في الإصابة به، ولم يعرف له علاج. **(الحنفي،2005، ص ص222-223)**.

تعريف منظمة الزهايمر الفرنسية: France Alzheimer

يعرف مرض الزهايمر على أنه مرض انحلالي في الدماغ يجمع اضطرابات غالبة في الذاكرة، اضطرابات معرفية وسلوكية لها تأثير على الحياة اليومية للمرض. هذا العته، حيث السبب ليس معروفا بعد، يضم اصابات نسيجية مميزة تعرف بالصفائح الشيخوخية **Plaques séniles** والإنحلال العصبي اليفي.

(Association France Alzheimer, 2006, p08)

آليات هذه الإصابة التي تتطور زمنيا دون أعراض، تتضمن سلسلة معقدة من الأحداث. الفكرة السائدة هي أن هاتين الإصابتين الشائعتين أثناء الشيخوخة لهما تأثير تآزري **Synergique** وتؤديان إلى عملية انحلالية تصيب تدريجيا ولكن بثبات **Inexorablement** ، الوظائف العليا القشرية الإرتباطية **(Aires corticales associatives)** خاصة في الذاكرة وفي الوظائف الفكرية.

(Association France Alzheimer, 2006, p08)

2- أعراض مرض الزهايمر:

يتطور مرض الزهايمر بشكل خفي بحيث يصعب تشخيص المرض في السنوات الأولى لتطوره، ويعتقد بأنه في اللحظة التي يتم فيها تشخيص المرض تكون العملية المرضية قد مر عليها ما بين الخمس إلى العشر سنوات. إن معرفة الأعراض المبكرة لمرض الزهايمر يساهم بشكل فعال إلى الوصول إلى تشخيص مبكر وهذه الأعراض يمكن ذكرها كما جاء عند "**سمير أبو حامد**" . **(2009، ص ص15-75)**

فيما يلي:

1- خلل الذاكرة: يتميز خلل الذاكرة بالنقاط التالية:

- يميل المريض إلى التقليل من أهميته عكس الأهل حيث ينتابهم قلق كبير من خلل الذاكرة.

- تصاب أولا الذاكرة الحديثة، وهو ما يؤدي إلى تغيرات في القدرة على اكتساب معلومات جديدة أو على استحضار معلومات مكتسبة حديثا.

2- صعوبة في انجاز المهام اليومية كتحضير الطعام ونسيان حاجات عند التسوق او اجراء المعاملات الرسمة والبريدية والبنكية.

3- اضطراب في اللغة من نوع صعوبة ايجاد الكلمات المناسبة حتى السهلة منها، وحتى استبدالها بكلمات أخرى واخطاء في تسمية الأشياء.

4-اضطراب في التوجه الزمان والمكان لعدم معرفة تاريخ اليوم والفصل والسنة.

5- خلل مماثل في اطلاق الأحكام والأفكار المجردة والحساب .

6- تقلبات المزاج والسلوك كأن يصبح الشخص حزينا، أو تبدل سريع في المزاج من حالة هدوء إلى بكاء، وحتى حالة من الغضب بدون سبب ظاهر.

7- تغيرات في الشخصية، كأن يصاب بحالة من التخليط الذهني او يصبح منغلقا على ذاته أو حذرا من الآخرين.

8-عدم السيطرة على الحركة: عند تقدم العمر فإن عضلات الجسم تتلف وتضعف، وتكون حركة الجسم غير منتظمة لمريض الزهايمر وتكون هذه التغيرات أكثر سوءا فيكون غير متزن في مشيه وعرضة للسقوط.

9- الإكتئاب: يصاب مرضى الزهايمر بالاكتئاب وخصوصا في المراحل المبكرة من المرض فيجب الإنتباه لهذا، وعلامات الاكتئاب تشمل حب الانعزال ونقص التركيز، وقلة تعابير الوجه وقلة الشهية. **(النوبي، 2012 ص ص 172-188)**.

3-عوامل الخطر لدى المصابين بمرض الزهايمر:

عوامل الخطر هي مؤشرات خاصة بالشخص، نمك معيشته بمحيطه ووراثته. هذه العوامل تمثل احتمالية تطوير المرض لكن لا تسبب المرض في حد ذاته.

(Bouza,boudraa,2017,p7)

1- السن (Age) :

من العوامل الأكثر أهمية وغير القابلة للتغيير، بالإضافة إلى العوامل الوراثية والسوابق العائلية لمرض الزهايمر.**(Alzheimer Association, 2017)**

مرض الزهايمر ليس جزء من عملية الشيخوخة الطبيعية لكن السن هو عامل الخطر الرئيسي المعروف لهذا المرض.**(Boudraa, 2017, Amieval,2007,p380, Bouza DSM-5 ,2013,p63)**

حيث أنه تقريبا 1 من أصل 3 أشخاص يبلغون من العمر 85 سنة او أكثر لديهم هذا المرض، مع ذلك لازالت هناك حاجة إلى المزيد من الأبحاث لفهم جيد للآليات المسؤولة عن زيادة خطر مرض الزهايمر مع التقدم في العمر.

.**(Gordon al, 2017,p3)**

تشير منحنيات انتشار حدوث المرض كلها على زيادة أسية (**Augmentation exponentielle**) في تردد **(fréquence)** المرض مع الزيادة في العمر، وهذا لا يعني أن كل شخص مسن سيكون مصابا بمرض الزهايمر.

(Sellal –Kruczek, 2001, p17)

2- العوامل الوراثية: (Facteurs génétiques)

هناك فئتين من الجينات التي تحدد امكانية تطوير الشخص لمرض ما: جينات الخطر (Rix gènes) الجينات الحتمية أو المحددة (Déterministic gènes) والتي تزيد احتمالية تطوير المرض او تسبب المرض مباشر. (**Alzheimer Association, 2017**) حددت الأبحاث جينات مرض الوهايمر في الفئتين كالتالي:

- جينات الخطر: توجد عدة جينات أهمها مورثة (APO-E) الأليل e4 وهي المورثة التي لها أقوى تأثير على الخطر، حيث أن من يرث نسخة من هذه المورثة (من أحد الأبوين)يزداد لديه خطر تطوير المرض الزهايمر أما من يرث نسختين (من كلا الأبوين) فالخطر يكون أعظم.**(Alzheimer Association ,2017)**

بالإضافة إلى زيادة خطر الإصابة فإن هذه المورثة تنقص عمر البداية خاصة عند الأفراد متماثلي الجينات (**Homozygotes**) (**DSM-5 ,2013 , P613**)، أي قد تجعل أعراض المرض تظهر في سن أبكر من المعتاد.

(Alzheimer Association,2017)

تم وصف ارتباط الأليل e4 مع مرض الزهايمر لأول مرة سنة 1993 في عينه من الأشكال العائلية المتأخرة من المرض. وأكدت العديد من الدراسات هذه الإرتباط معممة على الأشكال المتقطعة والمتأخرة وكذا بعض الأشكال المبكرة للمرض .

(Amieva-al , 2007, p81)

الجينات الحتمية أو المحددة، تعرف في يومنا هذا ثلاث مورثات مسؤولة عن مرض الزهايمر العائلي، ذو نمط وراثي. **(Sellal-Kruczek, 2001, p17)**

مورثة محفزة ببتيد أميلويد Gène précurseur du peptide amyloïde APP

اكتشفت سنة 1987، أول مورثة ذات طفرات مسؤولة عن مرض الزهايمر وراثي **(Alzheimer Association, 2017, DSM-5, 2013,p613)**

- **مورثة برسينيلين 1-: Gène de préséniline-1 (PS1)** تم اكتشافها سنة 1992، تفسر اغلبية الأشكال الوراثية لمرض الزهايمر.

- **مورثة برسينيلين 2-: Gène de préséniline-2(PS2)** المورثة الثالثة المسؤولة عن مرض الزهايمر، اكتشفت بعد اكتشاف **PS1** بقليل سنة 1993.

Alzheimer Association, Amieva –al ,2017 p77, DSM-5,2013,p613)

4) مراحل تطور مرض الزهايمر:

يتطور مرض الزهايمر من خلال ثلاث مراحل، ويختلف ذلك من شخص لآخر، كما انه من الممكن أن يكون هناك تداخل في تلك الأعراض من مرحلة إلى أخرى.

(محمد النوبي محمد على، 2012، ص 68-69)

وفيما يلي عرض لهذه المراحل:

1- المرحلة المبكرة:

توصف هذه المرحلة بالخفيفة من مرض الزهايمر، إذ تكون بداية الأعراض بصفة تدريجية ثم تتطور وتستغرق هذه المرحلة منم عامين إلى أربعة أعوام، وفيها يعاني المريض من:

- نسيان الأشياء البسيطة.
- قلة الإهتمام بالنشاطات والهوايات التي كان يستمتع بها من قبل.
- يقول الشيء نفسه مرارا وتكرارا.
- الكسل واللامبالاة.
- رفض أي تغيرات وصعوبة تقبل ما هو جديد.
- الصعوبة في العثور على أسماء الأشياء المعروفة.
- صعوبة في اتخاذ قرارات صائبة وادراك الأفكار المعقدة.
- تغيرات في الشخصية.

- لوم واتهام الآخرين بشكل غير واقعي مثل: سرقة الأغراض الخاصة.

- اضطرابات في المزاج من احباط وحزن واكتئاب.

(محمد النوبي محمد علي، 2012 ص69).

2- المرحلة المتوسطة:

وتظهر هذه المرحلة بعد ثلاث أو أربعة سنوات من تطور المرض وهي تعد من أطول المراحل زمنيا، فقد تستغرق من عامين إلى عشرة اعوام إذ تشهد تدهور كبير على مستوى الوظائف المعرفية كاضطرابات اللغة والإنتباه والتركيز، وكذا على مستوى السلوك، العاطفة، القدرات الجسدية **(Eustahche F,1995)** وعلى العموم فإن المريض في هذه المرحلة يعاني من:

- ازدياد حدة النسيان وخاصة للأحداث القريبة.

- الخلط بين الزمان والمكان، فقد يذهب إلى السوق في منتصف الليل.

- التجول بدون هدف والتيهان في الشوارع في فترات مختلفة ولساعات طويلة، وعدم التمكن من الرجوع إلى المنزل.

- نسيان أسماء أفراد العائلة والأصدقاء القريبين والخلط فيها بينهم

(محمد النوبي محمد علي، 2012، ص70).

- اضطرابات اللغة الشفهية والمكتوبة .

- صعوبة الفهم
- نقص الكلمة.
- صعوبة في الانتباه والتركيز.
- الأبراكسيا (عدم القدرة على القيام بنشاط ما رغم سلامة الوظائف الحركية).
- الأفنوزيا (استحالة التعرف على الأشياء رغم سلامة الحواس).
- ظهور أفكار هذيانية.
- عدم الثقة في الاخرين.
- غضب حاد إذ يتشاجر مع الاخرين اكثر من المعتاد.
- احباط وحزن وقلق وتصورات ساذجة.
- يتخيل أن بعض الحداث حدثت ولكن في الواقع لم تحدث
- اضطرابات في النوم مع الاستيقاظ عدة مرات في الليل.
- يحتاج إلى المساعدة والإشراف في العمال اليومية كارتداء الملابس أو الاستحمام.

(محمد النوبي محمد علي، 2012، ص70)

3- المرحلة المتأخرة:

وهي تعتبر مرحلة الخرف الكلي، إذ تصبح الاضطرابات جد حادة، فالمصاب الزهايمر يفقد تماما الاستقلالية ويصبح غير واعي وفي هذه المرحلة لا يتمكن المصاب من

الاتصال والتفاعل مع الآخرين، فتتهور حالته الصحية والنفسية، وقد تنتهي هذه المرحلة بموت المصاب.

مما سبق يتضح ان الزهايمر خو مرض مدمر للأعصاب، إذ يستدل عليه من خلال التدهور المعرفي التدريجي نتيجة حدوث ضمور في المخ تدريجيا، ولذا يتسبب في وجود صعوبات أو فقدان للتذكر، أو الاتجاه نحو التفكير الخاطئ او مظاهر الهيجان والعدوانية والتقلبات المزاجية، وانهيار اللغة بصفة عامة تراجع مستمر وعلى مر السنين في كل نواحي القدرات الشخصية الفكرية والاجتماعية، وربما قد يؤدي إلى الوفاة إذ لم يُعالج.

5) تشخيص مرض الزهايمر:

بعدما تعرفنا على ماهية مرض الزهايمر واهم الأعراض التي تصاحبه بحيث يأتي تشخيص مرض الزهايمر في العادة متأخر، لذلك وجب علينا معرفة عنصر حاسم في علاجه.

- الطرق النفسية لتشخيص مرض الزهايمر:

تتعدد الطرق النفسية لتشخيص مرض الزهايمر نذكر منها ما يلي:

1- **التشخيص العيادي: Diagnostic Clinical** يتم عادة تشخيص مرض الزهايمر عياديا من خلال تاريخ المريض، ومن التاريخ المحيط من الأقارب والملاحظات العيادية، وذلك اعتماد على وجود الخصائص العصبية والسمات النفسية العصبية، وغياب الظروف البديلة، وقد تم الإشارات إلى تقييم الزهايمر بفعالية اعتمادا على بيانات المريض

المشتقة من الدراسات الإكلينيكية الفردية او البيانات المجمعة عبر التجارب المختلفة، كما تم تشخيص الزهايمر عبر الدراسات الإكلينيكية إلى قيمة معدل التدهور العقلي، ثم تم وضع نموذج مبني على بيانات الكتابات التي تصف الإستجابة الطويلة في مرض الزهايمر لتقييم مقياس معرفي يتدرج من المعلومات البسيطة إلى المتوسطة فالشديدة لمعلومات المريض ومدى تذكره لها، كما تم استخدام نموذج لتقدير تطور المرض من خلال معاملة المرضى **(فوقلز، 2015 ص168)**.

2- التشخيص التباييني:

إن التشخيص التبايني لمرض الزهايمر ضروري جدا وذلك لتجنب حدوث أي التباس مقارنة مع أمراض عصبية أخرى **(غسان جعفر،2005، ص39)**.

وخاصة المراض التي يمكن ان تسبب فقدن الذاكرة أهمها: الجلطات الدماغية، أورام دماغية، التصلب اللويحي، وكذا الآثار الجانبية لبعض الأدوية، ولذلك يجب التأكد من أن هذه الأعراض الظاهرة هي أعراض مرض الزهايمر وليس نتيجة لأمراض أخرى.

3- فحص الحالة العقلية المصغر:

تشخيص مرض الزهايمر عن طريق اختبار الفحص المختصر للحالة العقلية "mmse" وأنشطة الحياة اليومية في مرضى الزهايمر، وذلك من خلال فحص مدى التأثير الحادث على وظيفة الإدراك والقدرة على العيش المستقل للمسنين، من خلال الطبيب وأشار لأهمية التفريق بين تشخيص مرضى الزهايمر والخرف بفحص الحالة العقلية

المصغر للأمراض العقلية وفحص المخ عن طريق التقاط صور انبعاث الفونونات في المخ.

ويستخدم فحص الحالة العقلية المصغر على نطاق واسع لتقييم العلة المعرفية اللازمة لتشخيص الزهايمر.

ويكون الإختبار الأكثر شمولا ضروري للوثوق المرتفع في النتائج، وخصوصا في المراحل الأولى من المرض، وعادة ما سيؤدي الفحص العصبي في بداية حدوث المرض إلى نتائج طبيعية، وتكون الفحوص العصبية الأخرى حاسمة في التفريق بين تشخيص مرض الزهايمر والأمراض الأخرى، وتستخدم أيضا اللقاءات مع أفراد العائلة في تقييم المرض، وفي كثير من الأحيان تواجه الأمر صعوبات في الكشف عن أعراض الخرف المبكر، ويمكن أن لا يستطيعوا أن يوصلوا معلومات دقيقة إلى الطبيب. **(النوبي 2012، ص147)**.

ثانيا:

الإضطرابات المصاحبة لمرض الزهايمر:

تظهر عند مريض الزهايمر عدة اضطرابات وتتمثل في :

1)الإضطرابات المعرفية (Les troubles cognitifs) : وتتمثل فيمل يلي:

-اضطرابات الذاكرة (Troubles de la mémoire)

- تشكل اضطرابات الذاكرة نمط البداية الأكثر شيوعا، تكون ثابتة مع تقدم المرض.

– يميل الأشخاص المصابون إلى تقليل اضطرابا تهم، لكن هذا الأمر غير ثابت في مرحلة البداية، فقد يكون المريض واعيا بما يكفي بمشاكل الذاكرة ويشتكي منها بنفسه.

– اضطراب الذاكرة يمس الأحداث الجديدة

– ينسى المريض غالبا الأحداث بأكملها دون تنكر أي تفصيل منها ولو كانت مهمة

– تمس الإضطرابات أولا ذاكرة الأحداث(**Mémoire épisodique**) ثم تمتد تدريجيا إلى أنظمة الذاكرة الأخرى كالذاكرة العاملة**(mémoire de travail)** والذاكرة الدلالية**(mémoire sémantique)** وبينما الأنظمة الأخرى الأقل تعقيدا والتي ترتكز على عمليات آليته كالذاكرة الإجرائية **(mémoire prosédurale)**

ونظام التمثيلات الادراكية(Système de représentations perceptive) الذاكرة الضمنية (Mémoire implicite) تبدو مستبعدة على الأقل في المراحل المبكرة من المرض، (**Multhu 20,17 p23,Sellal-Kruczek, 2001,p25**)

-اضطرابات ذاكرة الأحداث: (Troubles de la mémoire épisodique)

تحتل ذاكرة الأحداث على مستوى عملية الترميز (Encodage) التخزين(Stockage) والإسترجاع (Récupération) يظهر التقييم النفس عصبي، عند مرضى الزهايمر انخفاضا أدائيا في التذكر الحر(Rappel libre) التذكر الموجه والتعرف.

حسب دراسة طويلة قام بها "باكمان وآخرون (2001)،**(Backman,Fratiglioni,2001)**، فإن ذاكرة الأحداث تتضرر قبل ظهور اضطرابات مرض الزهايمر إكلينيكيا.

- اضطرابات الذاكرة الدلالية(Mémoire Sémantique):

الذاكرة الدلالية هي ذاكرة المعارف العامة (الحساب، اللغات) والتي تسمح لنا بفهم العالم من حولنا. أثناء مرض الزهايمر تبقى عدة جوانب من هذه الذاكرة سليمة نسبيا في بداية تطور المرض، في هذه المرحلة يحتفظ المريض بقدرات جيدة في التعامل مع القواعد النحوية للغة وفي أغلب الأحيان ربط الكلمات أو الصور بالفئات التي ينتمي إليها.

يمكن ان تحتل الذاكرة الدلالية أيضا في مرحلة مبكرة من مرض الزهايمر، ونظرا لكونها تبقى سليمة نسبيا في الشيخوخة الطبيعية، فإن اضطرابها يلعب دورا هاما في التفريق بين الشيخوخة الطبيعية والمتلازمات العتهية.

وأصلا هناك اختلاف في هذه الإضطرابات، بعض العلماء يضن أن اضطراب الذاكرة الدلالية، في مرض الزهايمر يرجع إلى تراجع التمثيلات الدلالية، أما البعض الآخر فيقترح سلامة التمثيلات الدلالية، وهناك رأي ثالث يظن أن درجة شدة المرض هي التي تفسر طبيعة الإضطرابات، ومع تقدم المرض ، ينهار تنظيم الذاكرة الدلالية ويفقد المريض المفاهيم.

أما النشاطات المقترحة سابقا لتقييم الذاكرة الدلالية لا تتضمن فقط القدرات الدلالية ولكن تتضمن أيضا وظائف معرفية أخرى مثل اللغة والإنتباه .

لتقييم الذاكرة بطريقة أوتوماتيكية وكذلك تقليل تأثير الوظائف المعرفية الأخرى يمكننا استخدام طريقة ضمنية عن طريق الإشعال الدلالي(Amorçage Sémantique).

في غياب الإرتباطات الداخلية تكون الخصائص المميزة عرضة للتأثر في مرض الزهايمر أكثر من الخصائص العامة، هذا منذ المرحلة الخفيفة من مرض الزهايمر.

(Dujardin Lemaire , 2008, p106)

اضطرابات الذاكرة العاملة (Troubles de la mémoire de travail):

تصاب الذاكرة العاملة، والتي يكمن دورها في الحفاظ المؤقت على المعلومات أثناء انجاز النشاطات المعرفية، بشكل مبكر في مرض الزهايمر وتزداد الإصابة سوءا شيئا فشيئا مع تطور المرض. وأصل هذه الإصابة يرجع إلى عجز في المنفذ المركزي(Centre exécutif) ومن جهة أخرى تقترح ملاحظات حول العجز في التذكر الفوري للتاريخ أن اضطرابات وسيط الأحداث (Buffer épisodique) (مخزن مؤقت للمعلومات) تساهم في اختلاف الذاكرة العاملة عند مرضى الزهايمر.

اضطرابات اللغة:

يمكن أن تحدث اضطرابات اللغة بشكل جد مبكر في 10 % من حالات الزهايمر وتزداد شدته مع المرض. (**Dujardin Lemaire , 2008, p106**) .

اضطرابات اللغة المصاحبة لمرض الزهايمر يمكن أن تتطور بشكل منفصل عن الإضطرابات المعرفية الأخرى وبصفة عامة يظهر الخلل بشكل رئيسي في جانب انتاج الكلام في حين أن الكتابة والفهم لا يصابان إلا في الأخيرة.

عسر الإملاء يكون عرضا مبكرا لكن تقييمه يعتمد على المستوى الإجتماعي الثقافي اللاكتابية Agraphie

كذلك مختلف أشكال الإضطرابات اللغوية(التسمية، الفهم، التعبير الشفهي والكتابي) مترابطة فيما بينها. . (**Dujardin Lemaire , 2008, p111**)

اضطرابات الأداء :

أبراكسيا Apraxie هو اضطراب يمس النشاط الحركي بينما الأجهزة التنفيذية المسؤولة عن انجاز الفعل تبقى سليمة، وكذلك الفهم .

كما تتمثل الأبراكسيا في عدم القدرة على القيام ببعض الإشارات أو الحركات رغم سلامة الوظائف الحسية (Les fonctions Sensorielles).

(**Dujardin Lemaire , 2008, pp106-111**) .

تتضمن الجدول الإكلينيكي لمرض الزهايمر مختلف الأشكال الإكلينيكي للأبراكسيا، فتظهر في المرحلة الأولى من المرض، أبراكسيا بنائية (Apraxie contructive) تتمثل في عدم القدرة على رسم شكل هندسي.

أثناء تطور المرض تظهر أبراكسيا انعكاسية (Apraxie réflexive) تظهر في عدم القدرة على تقليد إشارات عديمة المعنى كتشكيل حلقات متشابكة عن طريق الأصابع.

كما تظهر أبراكسيا فكرية، حركية، (Apraxie idéomotrice) تتمثل في عدم القدرة على الإنجاز السليم لبعض الحركات الرمزية.

.(**Dujardin Lemaire , 2008, pp106-111**)

من بين الإضطرابات التي تعيق المريض في مرحلته المتقدمة قدرة المرض ظهور أبراكسيا الفكرية(Apraxie idéotoire) تتمثل في عدم قدرة المريض على القيام بالتنسيق بين الحركات الضرورية الخاصة باستعمال أداة او مجموعة من الأدوات، حيث يبدأ المفحوص في القيام بالحركة ثم يتوقف دون أن يكملها ويعيد ليكرر بدايتها، أو صعوبة في استعمال بعض الأدوات المنزلية في وضعيات خاصة كإشعال عود من الكبريت.

.(**Dujardin Lemaire , 2008, pp106-112**)

النوع الآخر الذي يظهر على المريض هو أبراكسيا اللباس(Apraxie d'habillage).

وكذلك احتمال وجود أبراكسيا فمية، وجهية Apraxie Bucco Facial فهي تعرقل المفحوص عن القيام بتنفيذ الحركات الإرادية او الإيماءات الوجهية مثل: إخراج اللسان.

اضطراب التعرف (Agnosie):

تتمثل في عم القدرة على التعرف على الأشياء المعتادة وعدم إدراكها عند عرضها على الشخص، بالإضافة إلى عدم القدرة على تحليل ومعرفة ما نراه، نسمعه، او نلمسه، بالرغم من سلامة الأعضاء الحسية والإحتفاظ بذكاء عادي، فالإضطرابات متعلق بحدوث خلل على مستوى المراكز العصبية العليا، مع غياب أي خلل على مستوى الإنتباه والوعي. (**Dujardin Lemaire , 2008, p116-112**)

قد يظهر اضطراب التعرف في مرحلة متقدمة للمصاب بالزهايمر، حيث يكون مصاحب بصعوبة التعرف على الوجوه(Aprosognosie) المعتادة عليها وقد تصل حدة المرض إلى عدم تعرف المريض على وجهه عند رؤيته في المرآة يعاني المريض من اضطراب التعرف على الأشياء والصور(Agnosie des objets et des images).

إضافة إلى اضطراب التعرف على الألوان (Agnosie des couleurs) حيث لا يستطيع المريض تسمية الألوان التي تعرض عليه، فالحالة غير قادرة كذلك على تصنيف أشياء أعطيت به حسب اللون المطلوب منه.

(**Dujardin Lemaire , 2008, p106-112**).

اضطراب الوظائف التنفيذية (Troubles des fonctions exécutives)

تتمثل في تدهور القدرة على الكف، التخطيط، الليونة الذهنية ويظهر هذا الإضطراب بصفة مبكرة عند المصاب بمرض الزهايمر، حيث يتفاقم مع تطور المرض فهو يعكس الصعوبات المعرفية التي تخص التفكير المجرد والحكم على الأشياء.

(Dujardin Lemaire , 2008, p106-115)

2-الإضطرابات النفسية السلوكية (Troubles psycho-comportementaux):

أكد "**روسو**"Rousseau أن الإضطرابات النفسية-السلوكية تظهر منذ بداية المرض ونجدها عند كل المصابين بمرض الزهايمر، إلا انها تختلف من حالة إلى أخرى، حسب درجة تطور المرض وشخصية المصاب قبل الإصابة بالمرض وكذلك المحيط الإجتماعي، ومن أهم الإضطرابات التي تظهر على المصاب بالزهايمر. نجد:

- **القلق (Angoisse):** يعتبر من بين المؤشرات المبكرة التي تظهر أحيانا قبل الأعراض الأخرى فالقلق راجع إلى التحولات والصعوبات التي يتلقاها المريض في حياته اليومية.

-**الإكتئاب (Dépression):** يؤدي الإكتئاب إلى اللامبالاة والخمول وعدم انجاز النشاطات اليومية، وضعف القدرات المعرفية لدى المصاب بالزهايمر. - **اضطرابات النوم:** تظهر من البداية وتأخذ أشكالا عدة نذكر منها :

– الإستيقاظ لعدة مرات في الليل (Perturbation du Sommeil nocturne)

- شعور المريض بالرغبة في النوم(Hyper- Somnolence)

(Schnider, 2008, p173)

– **الإضطرابات العاطفية :** تتميز عند المصاب بالزهايمر بفقدان الإحساس باللذة، الذي يترتب عنه ما يلي:

– **التبلد العاطفي: (L'émoussement affectif) :**

هو عدم التفاعل مع المنبهات العاطفية.

– **العدوانية:** سلوك سائد لدى المصابين بالزهايمر، ونجده في التعدي الجسمي على الآخرين عن طريق الضرب، بالإضافة إلى التعدي اللفظي عن طريق الشتم

– **الهيجان:** يتمثل في مجموعة من السلوكات اللفظية والحركية غير الملائمة وغير مراقبة، من بينها القولبية، الصراخ دون أي سبب والتجول دون أي هدف.

– **الإضطرابات الذهانية:** تظهر على شكل اضطرابات حادة في مرحلة متقدمة من مرض الزهايمر وهي ثلاثة أنواع:

1– الأفكار الذهانية الخرافية تتمثل في إلحاق الأذى بالآخرين.

2– الهلوسة: تظهر الهلوسة البصرية أكثر من السمعية.

2– اضطرابات التعرف على الأشخاص **(INSERM, 2008, p217)**

3)اضطرابات العضوية (Troubles somatiques):

تتمثل في اضطرابات جسدية وحركة تظهر فيما يلي:

-**اضطرابات التغذية:** تشمل بعض الأعراض الحادة لسوء التغذية في البداية يلاحظ على المصاب نقص في التغذية، مما يتسبب لن في نقص الوزن.

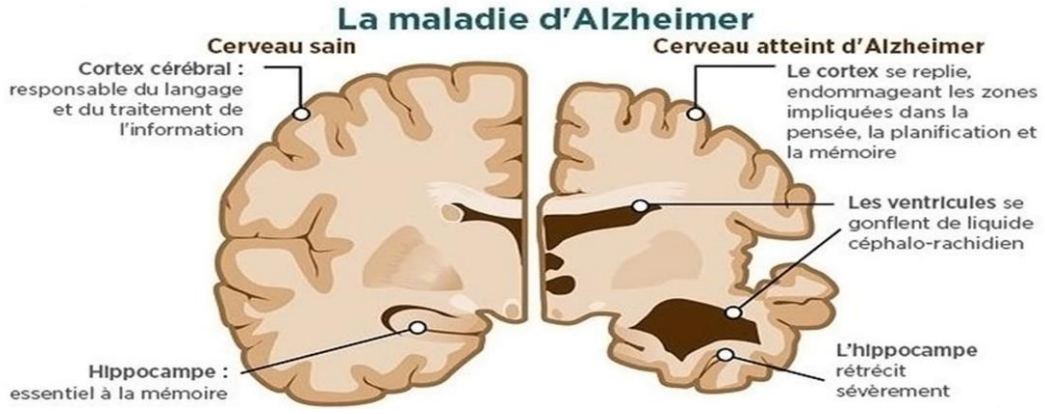
- **الإضطرابات الجنسية:** تتمثل في سلوك غير متحكم فيه وتكون مصحوبة بعجز جنسي.**(Schnider, 2008, p173)**

- **اضطرابات في وظائف الإخراج:** يعاني المصاب بالزهايمر من صعوبات في التحكم في عملية البول مع ظهور الأعراض على الشكل التالي:

-Enurésie: عدم التحكم في عملية التبول

-Encoprésie : عدم التحكم في عملية التبرز عند المصابين بالزهايمر وهي حالة نادرة.

ونذكر أيضا اعراض عضوية: تصاحب عادة المصاب بالزهايمر منها: الشعور بجفاف الفم، ارتفاع الضغط الدموي...**(Schnider, 2008, p173)**.



الشكل رقم (02): رسم توضيحي يظهر دماغ مصاب بالزهايمر مقارنة بدماغ طبيعي، حيث يظهر انحلال وانكماش خلايا وانسجة الدماغ المصابة بمرض الزهايمر وتلفها مقارنة بتلك في الدماغ الطبيعي.

يصاب الانسان بالزهايمر نتيجة موت خلايا الدماغ، ما يؤدي إلى إنكماش حجم المخ بالكامل بسبب المرض، ويقل عدد الخلايا والترابطات العصبية تدريجيا.

أظهرت عمليات التشريح للأدمغة المصابة بهذا المرض أيضا شوائب صغيرة في الانسجة العصبية تسمى "اللويحات" ويعتقد أنها المشتبه الرئيسي في تلف وموت الخلايا العصبية.

يتركز فقدان الخلايا العصبية في باحات وطبقات قشرية معينة، حيث يلاحظ خاصة في الفص الصدغي الداخلي (lobe tenporal interne) وبالأخص على مستوى القشرة.

Cortex enthorthinal أين يمكن أن يبلغ في مراحل متأخرة من المرض، حتى 90% من عصبونات الطبقة II و70% من عصبونات الطبقة IV والحصين، تسم هذه الخسارة أيضا الفص الصدغي الخارجي على مستوى التلفين الصدغي العلوي (gyrustemporal superieur) والفص الجداري في التلفين الزاوي(gyrus supra–) marginal.

الموقع المفضل لفقدان الخلايا العصبية في الطبقات القشرية III وIV ويرتبط بكثافة الانحلال العصبي الليفي مشيرا بذلك إلى أنه مصدر موت العصبونات

(INSERM, 2007, p03)

خلاصة الفصل:

من خلال ما تم التعرف عليه من معلومات وحقائق حول مرض الزهايمر اتضح لنا أن المسن المصاب بهذا المرض لديه اضطرابات معرفية، ومن بين هذه الإضطرابات نحد الذاكرة واللغة ،وعليه سيتم التركيز عليهما في الفصول الموالية.

الفصل الرابع: اللغة الشفهية

تمهيد

أولا: اللغة.

1- تعريف اللغة.

2- مستويات اللغة.

3- عوامل اكتساب اللغة.

4- خصائص اللغة.

5- أشكال اللغة.

6- وظائف اللغة.

7- أهمية اللغة.

ثانيا: اللغة الشفهية.

1- تعريف اللغة الشفهية.

2- مهارات اللغة الشفهية.

3- أعراض صعوبات فهم اللغة الشفهية.

4- اللغة الشفهية عند المصاب بالزهايمر.

5- الفهم والتعبير الشفهي.

5-1- تعريف الفهم الشفهي.

5-2- خطوات عملية الفهم الشفوي.

5-3- مستويات الفهم الشفوي.

5-4-تعريف التعبير الشفهي.

5-5-أهداف التعبير الشفهي.

5-6- أهمية التعبير الشفهي.

خلاصة الفصل

تمهيد:

تعد اللغة أداة للإنسان ووسيلة بتعبير حاجاته ومشاعره أنها وسيلة لتبادل الأفكار والآراء، فالإنسان كائن اجتماعي بطبعه يولد ولديه دافع قوي للتواصل مع الآخرين مستخدما أنواع مختلفة من اللغة، فهو يستخدم لغة الجسد والحركات، ويستخدم لغة الكتابة والرسم، وقد يستخدم لغة الإشارة ولكن شكل اللغة الأساسي الذي يستخدمه الإنسان في تواصله مع الآخرين واللغة المنطوقة التي تخرج على شكل كلام يسمعه الآخرين ويفهمونه، وعليه سنحاول تسليط الضوء على : اللغة في الدماغ، ونظريات اكتساب اللغة.

اولا: اللغة

1- تعاريف اللغة :

1-1 تعريف جمعية أمريكية للسمع والنطق واللغة:

اللغة هي نظام معقد وديناميكي من الرموز المتفق عليها يستخدم في مختلف أنواع التفكير والتواصل **(فاروق وآخرون، 2003، ص16)**.

1-2 تعريف علماء النفس للغة:

إنها مجموعو اشارات، تصلح للتعبير عن حالات الشعور، أي الحالات النفس الفكرية والعاطفية والإرادية، أو هي الوسيلة التي يمكن بواسطتها تحليل أي صورة ذهنية إلى أجزائها وخصائصها، والتي يمكن بها تركيب هذه الصورة مرة أخرى في أذهاننا واذهان غيرنا، وذلك بتأليف كلمات ووضعها في ترتيب خاص. **(جمل، 2008، ص98)**.

1-3 تعريف دي سوسورDe Saussure

هي نظام من العلامات او الإشارات المتغايرة التي تتكون من دال ومدلول وتعبر عن افكاره ولا تعمل إلا من خلال المجموعة واعتبر ان للغة جانبا فرديا (يعني به الكلام) وآخر اجتماعيا (يعني اللسان) .**(جرجس ميشال جرجس ، 2005، ص 434)**.

1-4 تعريف بياجيه:

اللغة هي التي تساعد الشخص على ايصال أفكاره للآخرين بواسطة كلمات فهو يستطيع ابلاغ واصدار الأوامر والتعبير عن مشاعره وأفكاره الشخصية، إذن بذلك فهو فعل نفسي حركي مركب يسمح للفرد بالتواصل مع الآخرين .**(Piaget,1986,p32)**

1-5 تعريف تشومسكيChomesky:

هي ملكة فطرية وعملية سيكولوجية نشطة يقوم بها الفرد بغرض فهم وتكوين وانتاج جمل نحوية ويستند في ذلك على ثنائية الكفاءة والأداء، حيث تمثل أولى الإستعدادات الفطرية التي يولد الفرد مزود بها والتي تؤهله فيما بعد لإنتاج وفهم اللغة، اما الثانية فهي تتمثل في الأداء اللغوي الفعلي للفرد، **(عبد الله فرج الزريقات، 2005، ص105)**.

2- مستويات اللغة:

إن اللغة هو الإنتاج الذي تندمج فيه عدة عناصر وعدة مستويات منها:

1- المستوى الفونولوجي:

هو المستوى الذي يتعلق بالأصوات الخاصة باستخدام اللغوي، كما أن "أنجز" يعرف الكلام بانه الفعل الحركي وهو يتطلب التنسيق بين عدة عمليات وهي التنفس، إخراج الأصوات رنين الصوت، نطق الأحرف وتشكيلها.

- المستوى التركيبي:

هو النظام يتعلق ببناء الحمل، تركيب كلمات الجملة في أشكالها وعلاقتها الصحيحة مع قواعد الأعراب **(ابراهيم محمد صالح ،2005، ص163).**

- المستوى المورفولوجي:

هو مجموعة من القواعد التي تضبط بنية الكلمات التي تشكل العناصر الأساسية للمعالى وبناء الكلمات، ويعتبر المونام أصغر الوحدات الدالة في اللغة، وتتحدد بكونها غير قابلة لأن تخلل إلى وحدات اصغر منها ذات معنى، فالذين يعانون من اضطرابات في هذا المستوى يواجهون صعوبات في الفهم **(ابراهيم عبد الله ف.ر.2005، ص109).**

4- المستوى النحوي:

هو العلم الذي يدرس القواعد التي تحكم بناء الجملة، تراكيبه، الضوابط التي تضبط كل جزء منها، علاقة هذه الأجزاء بعضها ببعضها وطريقة ربط الجمل وأنواعها.

وعلى هذا يتعلق المستوى النحوي في اللغة بتركيب الكلمات وبناء الجملة طبقا للقواعد النحوية المضبوطة **(سهير محمد سلامة شاش، 2002، ص25 ص27).**

5- المستوى البرغماتي:

يهتم هذا المستوى بمعرفة أثر النصوص على المتكلم والتعرف على الرسائل المستعملة لهذا الهدف، فالنص الذي يوجه للمتكلم يكون له عادة هدف عام أو خاص يمكن تحديده.

فالبرغماتية تدرس العلاقة بين الإشارات ومستعمليها أو هي دراسة الأفعال فهي من هذا المنظور تعتبر عملية اتصال كفعل فر نفس الوقت كما تتضمن البرغماتية نوعا من التفاعل بين المتكلمين وهذا التفاعل يقتضي بدوره الأداء الخطابي والحقيقة أن هناك علاقة بين الناطقين ملفوظاتهم والتي بدورها تؤثر فيها الأفعال وتعتبر عملية الإتصال من وجهة نظر البراغماتية كفعل وفي نفس الوقت كتفاعل فعلي فعلى سبيل المثال عندما يتحدث المتكلم باعطاء أمر للمخاطبة فهو لا ينتج مجرد كلمات وإنما يحققها في الواقع ، أما فيما يتعلق بظاهرة التفاعل أي البعد الإجتماعيالإستعمال اللغة، فتعتبر عملية الإتصال عملية تفاعلية بين الفرد ومجموعة من الأفراد الذين يمونون موضوع الإتصال ومن جهة أخرى كوسيلة لإظهار التفاعل ولكن ما يجب أخذه بعين الإعتبار في التحليل اللساني وهو الجانب الوظيفي في نظام اللغة وذلك بادماج بعد البرغماتية.**(الزغلول، 2003، ص232-237)**

3- عوامل اكتساب اللغة:

تتعدد الأسباب المؤدية في اكتساب اللغة مما يجعل النمو اللغوي عند الأطفال يختلف من كفل إلى آخر ومن أبرز هذه الأسباب كما يلي:

3-1 العامل العضوي:

المتكون من الجهاز الصوتي والفمي وحاسة الشم اللذان يعملان من خلال أوامر الجهاز العصبي بحيث يتطوران بشكل منسجم **(دكتور محمد خولة، 2007)**.

- **وضوح الإحساسات السمعية** وتميزها :

يظل الطفل عاجزا عن تحديد مصدر الأصوات في محيطه في الشهر الرابع أو الخامس ومن ثم تنمو هذه القدرة ببطىء حتى أوائل الستة الثانية لتدخل في طور النضج تدريجيا وهذا النمو يوازي مرحلة التقليد اللغوي في نموه ويدعمه.

- **الذاكرة السمعية:**

وهي القدرة على حفظ الأصوات المسموعة واستعادتها هند الحاجة إليها وتظهر بعد عدة أسابيع من الولادة لكنها تظل ضعيفة حتى أواخر الشهر الرابع، ثم ترتقي ببطىء حتى أوائل السنة الثانية حتة تبدأ في النضج وبذلك فإنها تساير نمو الإحساسات السمعية حيث لا يستطيع الطفل الإحتفاظ بالصور الصوتية للكلمات والأصوات في ذاكرته واستعادتها إلا إذ أدرك مميزات هذه الأصوات بوضوح وهو ما يسمح له بمحاكمتها لتصبح تدريجيا جزء من لغته .

3-2 العوامل الإجتماعية:

تتضمن العوامل الإجتماعية المؤثرة في عملية النطق جملة من الشروط أهمها:

– **الشروط الأسرية:** من أبرز العوامل المؤثرة في عملية اكتساب اللغة عند الطفل بشكل صحيح وسريع هو التفاعل الشفهي والجسدي بين الأم وطفلها مثلا الطريقة التي تخاطب بها الأم رضيعها هند مداعبته وتسليعه فخذه الطريقة تؤثر على الطفل في اكتساب اللغة .**(امتثال زين الدين، 2004، ص92)**

– **تطور اجتماعية الطفل:** الطفل الذي ينشأ في محيط أسري واسع كثير الكلام مع الطفل يساعده على اكتساب الكلام واغناء ملكته اللغوي على عكي الطفل ينشأ في بيئته معزولة فاللغة حسب "واطسون (Watson)"وسكينر(Skinner) هي عملية مطابقة لقانون اكتساب اللغة والعادات والتقاليد **(وفيق صفوت مختار، 2005، ص308)**

–**ثقافة الوالدين:** بما أن الثقافة تعتبر بحر من المعلومات التي تغذي الذهن والذاكرة فإن الأهل المثقفين ينقلون إلى الطفل بطريقة مباشرة ما هم مزودين به من خبرات معرفية التي تساعده على اغناء محصوله اللغوي **(أسامة محمد ب وآخرون، 2007، ص15).**

3-3 العوامل النفسية:

هي تلك الأسباب التي ترجع إلى أساليب التنشئة الإجتماعية في الأسرة والمدرسة والتي تؤثر على حياة الطفل تأثيرا كبيرا، كالعقاب والمدرسة المتعددة وبالذات العقاب البدني فهذا يؤدي إلى ظهور اضطرابات لغوية عند الطفل.**(أنس محمدأ.ق، 2000، ص16).**

3-4 الظروف البيئية:

حينما تتوفر فرص التعلم فإن اللغة لابد أن تتطور مثال: توفر أجهزة الراديو والتلفاز في المنزل التي تحصص بعض برامجها للأطفال مباشرة وتحاطب السامعين والمشاهدين على مدار الساعة يوميا، إضافة إلى ذلك امكانية إلتحاق الطفل بالروضة.

3-5 تعدد اللغات:

تؤثر اللغات التي يتعلمها الطفل وخاصة في مرحلة الطفولة المبكرة في نمو لغته، فحينما يتكلم الطفل لغتين نتيجة لإختلاف لغة البيت عن لغة أصدقاء والجيران أو عن لغة المدرسة، أو حينما يظهر إلى تعلم لغة أجنبية في الوقت الذي لا يزال يتعلم لغة الأم، فإن ذلك يربي مهاراته اللغوية ويؤخرها في كلتا اللغتين وقد تبين أن تعلم لغتين في وقت واحد تؤخر في تقدم الطفل في تعلم اللغة .**(أنس محمد القاسم، 2000، ص 16)**.

4- خصائص اللغة:

الألفاظ اللغوية التي تطلق على الأشياء هي بمثابة رموز اصطلاحية، للدلالة على المفاهيم الموجودة في البيئة المادية والإجتماعية، وهذه الرموز الإصطلاحية التي تشكل اللغة سواء المرئية أو المسموعة، تمتاز بمجموعة من الخصائص:

- اللغة هي نتاج الأنشطة الإجتماعية والمعرفية وهي صانعة للحقيقة.
- هي نظام اتصالي يتم من خلال ترجمة الأفكار والمشاعر والآراء ونقلها إلى الآخرين.

– خصوصية اللغة من حيث أنها ترتبط بثقافة ومجتمع ما، وهذا يعني وجود لغات متنوعة بحيث لا يستطيع السامع أو القارئ فهم لغة الآخرين ما لم يتعلمها.

–اللغة هي نظام اتصال فريد، يختلف عن أنظمة الإتصال السائدة لدى بعض الحيوانات أو الأصوات الموسيقية الأخرى .

– اللغة قابلة للتغيير والتطور، بل يشير البعض إلى انها تتجه إلى التبسيط مع مرور الزمن. **(العتوم، 2004، ص261).**

5– أشكال اللغة:

يقسمون العلماء اللغة لدى الإنسان إلى شكلين:

5–1 اللغة غير مقطعية غير لفظية:

تتكون من أصوات غير مقطعية أو حركات او ايماءات الوجه اثناء الحديث أو غير ذلك من لغات مثل لغة العيون، لغة الأذن، لغى الحركية، لغة الشم، لغة الإتصال.

واللغة غير مقطعية تنشأ بسبب الحضارة والعبادات والتقاليد أي من خلال التنشئة الإجتماعية وحسب ثقافة كل جماعة وعاداتها المتفق عليها.

يرى جيزل: إن الطفل يلجأ إلى نوعين من الحركات أو الإشارات الخاصة بالرفض أو الإعجاب أو الخاصة بالقبول أو الرفض.

فالإشارات الخاصة بالرفض يصاحبها البكاء والغضب أما إشارة الإعجاب فتصاحبها الإبتسامة.

بشكل عام فإن اللغة غير مقطعية هامة جدا لدى الطفل الصغير قبل عمر سنتين، تتناقص تدريجيا مع تقدم الطفل في العمر حتى يبدأ في تعلم اللغة المقطعية أو اللفظية.

5-2 اللغة المقطعية اللفظية:

عبارة عن كلمات أو جمل أو عبارات ذات مدلول أو معنى متعارف عليه من قبل أفراد الجماعة وهي ثابتة نسبيا والواقع أن اللغة المقطعية شديدة الثراء والقدرة على التعبير والفهم والتكيف مع ظروف الحياة وما يميز الإنسان الراشد السوي هو تمكنه من اللغة المقطعية بالدرجة الأولى إلى جانب اللغة غير مقطعية، واللغة غير مقطعية لا تعتبر لغة بالمعنى العلمي الصحيح، إلا إذا أثارت لدى الآخرين نفس المعنى

(أنس محمد أحمد قاسم، الطبعة ، 2005، ص 27 -30) .

6- أهمية اللغة:

- تميز اللغة البشر عن غيرهم من الكائنات الحية.
- تتيح للفرد مكانة خاصة في مجتمعه.
- إنه تسير للإنسان بواسطة نظامها الترميزي سيطرة لا حدود لها.
- هي وعاء يختزن التجارب الإنسانية التي تفيد الإنسان .
- تخلف رأيا متشابها للمجتمع حول قضايا الصغيرة والكبيرة.

-لها دور رئيسي في التعرف على مشكلات الفراد في التحليل النفسي.

(مصطفى، والشربيني، 2013، ص ص 209-210)

- اكتساب المتعلمين المهارات اللغوية محادثة واستماعا وقراءة وكتابة .
- تنمية الثروة اللغوية والفكرية للتمكن من الإتصال مع الآخرين والتواصل معهم.
- تنمية القدرة على فهم ما يستمع إليه وقراءته.
- تنمية القدرة على التفكير العلمي والبحث والتحليل والنقد والحوار من خلال اللغة .

(سالم، 2014، ص 66)

7- وظائف اللغة:

-**الوظيفة النفعية:** يقصد بها استخدام اللغة للحصول على الأشياء المادية مثل: الطعام، الشراب.

-**الوظيفة التنظيمية:** ويقصد بها استخدام اللغة من اجل اصدار أوامر لدى الآخرين وتوحيد سلوكهم.

- **الوظيفة التفاعلية:** ويقصد بها استخدام اللغة من اجل تبادل المشاعر والأفكار بين الفرد والآخرين.

- **الوظيفة التفاعلية:** ويقصد بها استخدام اللغة من اجل أن يعبر الفرد عن مشاعره وأفكاره.

– الوظيفة الشخصية: ويقصد بها استخدام اللغة من اجل أن يعبر الفرد عن مشاعره وأفكاره.

– **الوظيفة الإستكشافية:** ويقصد بها استخدام اللغة من اجل الإستفسار عن أساليب الرغبة في التعلم منها.

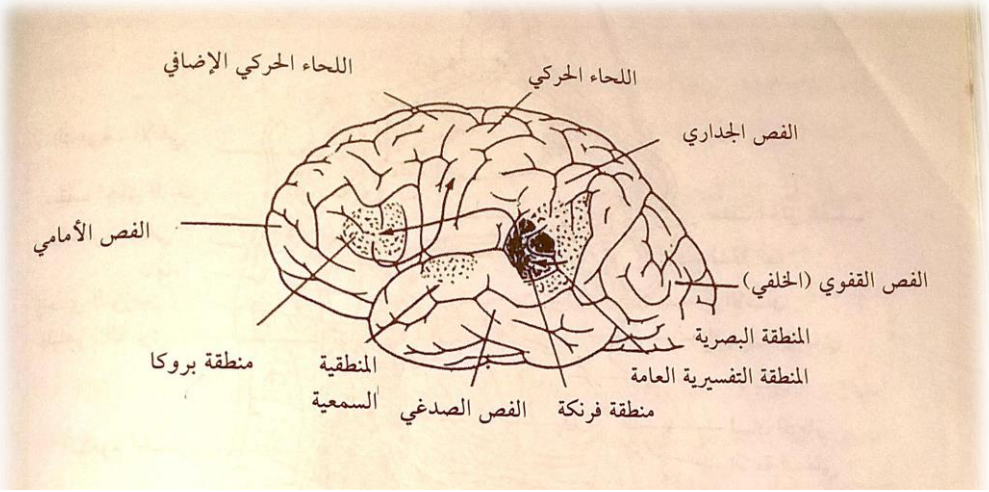
– **الوظيفة التخيلية:** ويقصد بها استخدام اللغة من اجل التعبير عن تخيلات وتصورات من ابداع الفرد وإن لم تتطابق مع الواقع(**ملحم 2010، ص117**).

– **الوظيفة البيانية:** ويقصد بها استخدام اللغة من اجل تمثيل الأفكار والمعلومات وتوصيلها للآخرين(**طعيم،2004، ص153**).

– **الوظيفة التحقيقية:** معنى هذه الوظيفة تأكيد المتكلم من أن حطابه مفهوم لدى السامع ويتمتع بالإستقامة في هيئة الكلام، وكذا التحقق في أعمال المتخصصين الذين يعالجون مسائل العلمية التي تحصل بميدان (**بلحوت، ص201**).

– **الوظيفة الفكرية:** فاللغة تمد الفرد بالأفكار والمعلومات وتثير لديه أفكار ومواقف حديدة وتدفعه للتفكير وتوحي إليهما يعمل على توسيع آفاق خالية (**محمد، عيسى، 2011، ص211**).

– **الوظيفة الرمزية:** ان الفاظ اللغة تمثل رموز للموجودات في العالم الخارجي وبالتالي فإن اللغة تخدم كوظيفة رمزية (**ملحم،2010، ص178**).



الشكل رقم (03): الجانب الايسر من الدماغ وتظهر فيه المناطق ذات الصلة بالحركة والكلام وتفسير المعلومات

ولكي نحدد المناطق المسؤولة عن السلوك اللغوي (الشكل رقم 03) علينا أن نحدد فعاليات الدماغ أثناء التعامل مع اللغة.

لا شك أن المهمة الأولى في التعامل مع الكلام المنطوق هو سماع الكلام، لذلك فالمنطقة السمعية في الفص الصدغي لنصفي الدماغ (temporal) مهمة للغاية، أما إذا كان الكلام مقروءا فإن المنطقة البصرية في الفص الخلفي(occipital) هي المنطقة ذات الشأن على الصيد الحسي للقراءة، ويبدو أن هناك منطقتين مهمتين للسلوك اللغوي فهما وانتاجا هما بقعتا بروكا brica وفرنكي werneke وبقعة بروكا هي منطقة تقع لدى أغلب الناس في النصف الأيسر من الدماغ في الفص الصدغي إلى الأمام قليلا ويبدو أنها مسؤولة في الدرجة الاساس عن الصياغة القواعدية للكلام.

أما بقعة فرنكي فتقع في الفص الصدفي الايسر أيضا إلى الخلف قليلا ويبدو أنها مسؤولة عن خزن الكلمات.

وتتطلب اللغة التعامل مع الافكار والمفاهيم والذاكرة وجميع هذه الوظائف مناطة بالمناطق الرابطة، وهي جميع اللحاء.

ويتطلب النطق نشاط المناطق الحركية المسؤولة عن الدماغ باستثناء المناطق الحسية الحركية.

تحريك الشفتين واللسان والفك الاسفل وغير ذلك من اعضاء النطق، وتقع هذه المناطق في أسفل أخدود رندور في الفص الجداري parietal على جانبي الدماغ

(nadeau, 2002)

ثانيا: اللغة الشفهية

-تعريف اللغة الشفهية:

تعريف قاموس علم النفس: فيعرفها على ضوء علم النفس المعرفي ويرى انها عبارة عن مجموعة من التمثيلات التي تسمح بربط المعلومات الداخلية بالتمثيلات الفونولوجية والدلالية الموجودة في الذاكرة **(Lemaire, 1999,p395)**

ويرى البعض الاخرين : اللغة الشفهية وسيلة للتعبير عن الأفكار والمشاعر والآراء ممثلا بالرسائل الصوتية التي تدل عليها.**(زهران ولآخرون، 2009، ص 100).**

كما يعرفها **يعقوب 1996:** بأنها عبارة عن آلية التي يستخدمها الفرد في انتاج جملة وصوغها من الأفكار والمعاني المرتبطة بموقف معين يتطلب التحدث وافتصال في قوالب لفظية مناسبة لموضوع التحدث آخذ بعين الإعتبار قواعد الإتصال والتواصل اللغوي

(محمد على الصويكي، 2007، ص23).

تشير **(زينب شفير)** إلى ان اللغة الشفهية هي وسيلة لنقل رسالة من المصدر إلى المتلقي، ويكون هذا اللفظ منطوقا فيدركه المستقبل بحاسة السمع **(النوبي، 2011، ص 164).**

2- مهارات اللغة الشفهية:

تشمل اللغة الشفهية المهارات اللازمة لإستخدام اللغة المنطوقة للتواصل مع الأشخاص الآخرين (الكلام) وفهم اللغة المنطوقة للآخرين (الإصغاء) وهما.

أ- مهارة الإصغاء: اللغة الإستقبالية

تتمثل في قدرة الدماغ البشري على استقبال الرسائل اللغوية من قنوات الحس المختلفة ومن ثم تحليلها وفهمها واستيعابها ويرتكز الدماغ في ذلك على مخزون وافر في الذاكرة من الرموز اللغوية وما تعبر عنه من أشياء ومفاهيم وغيرها.

ب- مهارة الإنتاج: اللغة التعبيرية

تتمثل في قدرة الدماغ البشري على انتاج الرسائل اللغوية المناسبة للإتمام عملية التواصل، ويتم ذلك عن طريق تحديد الرسائل المناسبة ومن ثم ارسالها إلى العضلات

المسؤولة لتظهر في النهاية على شكل كلمات، وبالإختصار فغنها تمثل قدرة الفرد على التعبير عما يريد باستخدام الكلام **(سعيد كمال عبد الحميد الغزالي، 2011، ص 266)**.

3-أعراض صعوبات فهم اللغة الشفهية:

- الفشل في ربط الكلمات المنطوقة مع الأشياء والأعمال والمشاعر والخبرات والأفكار.
- عدم فهم المسموع واللغة لها معنى للتعبير عن الأشياء
- الفشل في التمييز بين الكلمات أو مجموعات من الكلمات.
- صعوبة في اتباع التعليمات والأوامر.
- صعوبة في تعلم أجزاء معينة من الكلام مثل حروف المد والصفات.
- صعوبة في تعلم المعاني المتعددة للكلمة نفسها
- الإستجابة للكلمات المنفردة أو شبه الجمل ولكنه غير قادر على فهم الوحدات الطويلة.
- صعوبة في تعلم المعاني المتعددة للكلمة نفسها**(العشاوي، 2004، ص279)** .

5- اللغة الشفهية عند المصاب بالزهايمر:

رغم أن اعراض مرض الزهايمر تختلف من شخص للآخر إلا ان واضطراب في القدرات التواصلية اللغوية غالبا ما يكون أبرز العراض الملاحظة بعد النسيان.

حيث يلاحظ أن طلاقة المريض وقدرته على التخاطب تتغير من فترة لاخرى، ففي بعض الأيام تكون جيدة وفي بعض الأيام تكون مترددية وهذا كثيرا ما يحدث في السنوات الأولى من مرض الزهايمر **(محمد النوبي محمد علي،2012، ص92)**.

وقد تتأثر لغة كلامه ومفردات حديثة من خلال المرض لدرجة أنه أحيانا قد لا يستطيع تحديد ما يريد او قد تكون لغته غامضة وغير مفهومة **(الميلادي عبد المنعم، 2006، ص62)**.

بحيث يجد صعوبة في التعبير عن نفسه وايجاد الكلمة المناسبة والجملة الكاملة أثناء الحديث حتى انه قد لا يتمكن من متابعة محادثة ما، او لا يعرف أسماء الأشياء المألوفة وكذا الأشخاص من المقربين منه وهو ما يسعى بعسر التسمية أو نقص الكلمة مع العلم أن ليس لديه اضطراب نطقي.

فإنه يعجز أيض عن فهم الحديث الملقى عليه، ويصبح يكرر بعض الجمل بطريقة متتالية كأن يلقي السؤال عدة مرات وإن كان قد تلقى الإجابة عن سؤاله، وقد يخطأ في استخدام بعض الكلمات حتى إنه يخترع كلمات جديدة خارجة عن سياق الحديث كما انه لا يستطيع المحافظة على موضوع بعينه في مضمار القول فمثلا قد يروي الواحد منهم النكت غير المناسبة. **(العيسوي عبد الرحمن، 2011، ص16)**.

6-الفهم والتعبير الشفهي:

6-1- تعريف الفهم الشفهي:

تعريف جيل فورد guilfird (1951): هو القدرة على ادراك معاني الكلمات أو الأفكار، وهو أحد عوامل مصفوفة العوامل المعرفية في النموذج النظري لبناء العقل.

(herbertn clarck and clark, 1977, p25-26)

6-2-خطوات عملية الفهم الشفهي:

حدد كلارك وكلارك (1977) clarck et clarck خطوات لتحقيق الفهم وهي:

1- استقبال المعلومات المسموعة والاحتفاظ بها في الذاكرة العاملة (القصيرة) لتحليلها إلى مكونات جميلة.

2- يبدأ السامع بتحليل الالفاظ المتوفرة في الذاكرة الفاعلة القصيرة إلى مكونات جميلة قصيرة تمهيدا لترميزها واستقبال المعلومات المسموعة من مصدرها (التتابع).

3- تحويل المكونات الجميلة القصيرة إلى معاني (عملية الترميز) مع استمرار المرحلة الاولى والثانية.

4- يقوم الفرد بتجميع معاني المكونات الجميلة القصيرة ليتكون معنى شمولي وتكاملي للجملة كاملة.

5- يتم التخلص من الصورة اللفظية للجمل ويتم بعث معاني الجمل الكاملة والكلية الى الذاكرة الطويلة المدى من اجل التخزين الدائم فيها **(العتوم عدنان يوسف، 2004: 274-275)**.

6-3-مستويات الفهم الشفهي:

1- **مستوى معاني الكلمات:** أثبتت عدة دراسات في علم النفس المعرفي وجود ارتباط بين سعة القاموس اللغوي ومستوى الفهم الشفهي، ولكي يتم الفهم الشفهي للكلمات بمهارة هناك مجموعة من المبادئ التي لابد من أخذها بعين الاعتبار، والعنصر الذي لابد أن نذكره هو أنه ليس للكلمة الواحدة معنى واحد، بل أن معظم الكلمات لها أكثر من معنى، فمعنى الكلمة يحدد من خلال السياق المستعمل فيه.

2- **مستوى معاني الجمل:** تحمل الجملة معاني الكلمات التي تكونها، حيث يتم فهم المعنى التام للجملة انطلاقا من ترتيب الكلمات والسمات النحوية للكلمات في الجملة وصيغ الزمن النحوي وفي أفعال الجملة والضمائر والروابط.

3- مستوى معنى الفقرة: نتائج سلسلة من الجمل متضمنة فكرة واحدة تكون فقرة حيث تكون الجمل منظمة ومرتبطة ببعضها **(ميرود محمد، 2008: 143-144)**.

6-4-تعريف التعبير الشفهي:

تعريفه: وهو شكل من الاتصال المباشر الذي يحدث بين فردين أو عدة أفراد في مكان وزمان محددين.

فهو أداة الاتصال السريع بين الناس وهو أصل اللغة، ذلك أن اللغة في مرحلتها الأولى ليست سوى الحديث الشفهي، وهو أسبق من الكتابي.

ويعرف أيضا على أنه:"هو الحديث أو الكلام وهو أسبق عن التعبير الكتابي كما أنه أكثر استعمالا في مختلف مجالات حياة الانسان هذا من جهة، ومن جهة أخرى هو أشمل عن التعبير الكتابي حيث يتضمن النطق للاصوات والكلمات وتركيب الجمل وفق قواعد لتؤدي معنى ودلالة في سياق أو موقف معين **(محمد علي الصةيكي 2007، ص12).**

6-5-أهداف التعبير الشفهي:

بما أن التعبير الشفهي أداة للتوصل السريع فإن له أهداف يمكن تحديدها فيما يلي:

(محمود محسن فالح، 1998، ص92).

- ترتيب الأفكار وربط بعضها ببعض.
- تنمية الثقة بالنفس.
- زيادة نمو المهارات والقدرات اللغوية.

ويضيف أنوار محمد في نفس السياق: **(أنوار محمد مرسي، 2013م، ص59).**

- اكتساب القدرة على البحث عن الحقائق، والمعلومات والمفاهيم في مصادرها المختلفة والمتاحة.

- توفير الفرصة للتعبير عن ذاته واثباتها، واستغلال الشخصية والكشف عن الاستعدادات القيادية.

- التغلب على بعض أمراض النطق.

6-7-أهمية التعبير الشفهي:

يعتبر التعبير الشفهي وسيلة من وسائل الإفهام والتفاهم، ولإتصال الفرد بغيره، ونقل الأفكار والآراء والمعلومات وتتمثل أهميته فيما يلي:

- التعبير الشفهي عنصر أساسي وعن طريقه تكتسب المعلومات.

- هو وسيلة للفرد للتعبير عن مشاعره، وأراءه، وأفكاره ومن ثم فهو الشكل الرئيسي للإتصال.

- محرك للذهن، وترجمة لأفكاره ومكوناته، وتدريب على ممارسة اللغة بصياغة الجمل وترتيب العناصر، واستخدام الألفاظ والنطق بها، فهو يمثل الجانب الوظيفي من اللغة .

- يتيح فرص التدريب على المناقشة وابداء الرأي ، وإقناع الآخرين كما أنه وسيلة للكشف عن عيوب التعبير أو التفكير مما يتيح الفرصة لمعالجتها.

(محمد رجب فضل الله، 2003، ص50)

خلاصة الفصل:

اللغة من اهم وسائل التواصل والتعبير عن الذات على اعتبار أنها نظام من الرموز الصوتية متفق عليه في ثقافة معينة وفق تنظيم وقواعد مضبوطة وذلك بما تحتويه من مهارات كالتحدث والإستماع، القراءة والكتابة فهي تمثل نافذة من نوافذ المعرفة وتناقل الخبرات الحياتية عبر العصور، فاللغة من الموضوعات المهمة والأساسية في حياة الشعوب والأمم وسمة حضارية أصيلة تعد من أهم المكونات الأساسية للروابط الإجتماعية التي من خلالها يتم تبادل الآراء والمعارف والعواطف.

الجانب التطبيقي

الفصل الخامس: إجراءات الدراسات الميدانية.

تمهيد

1- الدراسة الإستطلاعية.

2-منهج الدراسة.

3-مجتمع الدراسة.

4-عينة الدراسة.

5- مكان إجراء الدراسة.

6- أدوات الدراسة.

6-1 المقابلة العيادية.

6-2 الملاحظة العيادية.

6-3 الإختبارات العيادية.

تمهيد:

ان الجانب التطبيقي له أهمية كبيرة في الدراسة. ففي هذا الفصل سيتم فيه عرض اجراءات الدراسات الميدانية، أما الفصل الأخير تم فيه عرض ومناقشة نتائج الدراسة. وبالتالي للوصول إلى نتائج ذات دلالة ودقة علمية على الباحث اتباع منهجية دقيقة وصحيحة.

1-الدراسة الإستطلاعية:

تعتبر الدراسة الإستطلاعية أساس بناء البحث العلمي كونها تمثل بداية للدراسة الميدانية حيث يسعى من خلالها الباحث إلى إعطاء أهمية للموضوع المطروح كونها تساعد على التعرف عن الظروف التي يتم فيها اجراء البحث وبيان المعيقات التي قد يتعرض لها الباحث، فهي تساعد على جمع المعطيات الأولية عن مكان ومجتمع الدراسة ومن هنا يتم تحديد كيفية اختيار عينة البحث.

ويلجأ الباحث إلى الدراسة الإستطلاعية لزيادة المعرفة لموضوع البحث وكذلك استطلاع الظروف المحيطة بالمشكلة التي يدرسها الباحث. ونظرا لأهمية هذه الخطوة قمنا بأجراء زيارة ميدانية لمجموعة من الأسر التي لديها المريض المصاب بالزهايمر وكانت الزيارة الأولى لحالة "بتيقزيرت" حيث استقبلنا هناك من طرف أحد أفراد الأسرة بحيث قدمت لنا مجموعة من المعلومات عن الحالة وهذا بعد أن عرفناها بتخصصنا وما أردنا دراسته.

أما الحالة الثانية لموضوع الدراسة كانت من "أزفون" فقد استقبلنا من طرف ابنته التي كانت تقوم برعايته فقد قمنا بطرح بعض الأسئلة التي مهدت لنا الطريق للتعرف على اهم المعلومات التي قد تفيدنا في موضوع بحثنا.

أما الحالة الثالثة كانت من ولاية تيزي وزو حيث استقبلنا من طرف زوجها حيث أخذنا أهم المعلومات التي نحتاجها.

2- منهج الدراسة:

عبارة عن مجموعة من العمليات والخطوات التي يتبعها الباحث في ضغط أسئلة وفرضية البحث. **(زرواني رشيد،2002، ص176)**.

ويعتبر ايضا العمود الفقري لأي بحث فهو الذي يكسب للبحث طابعه العلمي، حيث أن مصداقية البحوث تقوم أساسا على نوعية المنهج المستعمل.**(الميليحي، 2001، ص32)**.

يرى الباحث أن المشكلة المراد دراستها تعتمد على اختيار نوع المنهج. وبما أن بحثنا يتناول تقييم اللغة الشفهية عند المصاب باضطراب الزهايمر ومنهجية بحثنا اعتمدنا على المنهج الوصفي.

3-مجتمع الدراسة:

مجتمع الدراسة هناك من يسميه بمجتمع الدراسة الأصلية ويقصد به جميع العناصر ذات العلاقة بمشكلة الدراسة التي يسعى الباحث إلى أن يعمم عليها نتائج الدراسة.

يتمثل مجتمع الدراسة في مجموعة من الأفراد المسنين المصابين بمرض الزهايمر ، فبعد القيام بمراجعة ملفات المصابين ودراستها، تمكننا من الحصول على عينات مختلفة من حيث شدة تطور المرض، السن، الجنس، الثقافة وكما قمنا بالأخذ بعين الإعتبار عامل التعليم الذي يمثل شرطا أساسيا بتطبيق بعض الإختبارات الإكلينيكية.

هذا ما أدى بنا إلى اختيار ثلاثة حالات المصابة بمرض الزهايمر ذات مستوى تعليمي دون المتوسط.

4- عينة الدراسة:

تسمى عملية اختيار العينة بالمعاينة وهي عملية حاسمة وأساسية في البحث العلمي لأنها تؤثر على جميع خطوات البحث، بحيث تشمل عينة الدراسة على ثلاثة حالات من مجتمع بحثنا.

5- مكان إجراء الدراسة:

بما أن موضوع بحثنا يتناول تقييم الذاكرة واللغة الشفهية عند المصاب بمرض الزهايمر يستوجب علينا تدعيمه بالجانب التطبيقي حتى نتمكن من التحقق من الفرضيات المطروحة قمنا بإجراء هذا الجانب التطبيقي عبر التنقل إلى بيوت المصابين بمرض الزهايمر في مختلف أرجاء تيزي وزو.

6- ادوات الدراسة:

6-1 المقابلة العيادية:

تقوم على أساس جمع البيانات وهي بمثابة استبيان شفهي يقوم من خلالها الباحث بجمع معلومات بطريقة شفهية مع المفحوص. فالمقابلة تعتبر حوار يدور بين الباحث والشخص الذي تم مقابلته، في البداية نقوم بخلق علاقة بيننا وبين المفحوص وذلك لضمان استجابة المفحوص .

والغرض من هذه المقابلة الوصول إلى حقيقة علمية أو موقف معين من أجل تحقيق الباحث أهداف الدراسة.

وعليه فقد قمنا باجراء مقابلات مع الأشخاص المصابين بمرض الزهايمر.

تقديم الحالات:

الحالة01:

لقد كانت أوضاع الحالة(أ. ف) متدهورة وحسب تصريحات زوجة ابنها فقد كانت تعاني من اضطراب الجانب المعرفي (نقص في الذاكرة).

أول شيء أثار انتباهنا هو أن الحالة عرضت مرة واحدة على خصائي نفسي لمعرفة أسباب هذه الإضطرابات التي سبق أن ذكرناها ومن ذلك الوقت لم تعود إلى تلك المختصة، وهذا ما أدى إلى تدهور حالتها، وبعد مرور مدة طويلة رأى أفراد عائلتها أن حالتها تزداد

سوءا بعد سوء مما أدى إلى عرضها على طبيب مختص في الأعصاب، أين تم اجراء فحوصات لها ومن ثم تشخيصها بأنها مصابة بمرض الزهايمر.

الحالة02:

لقد كانت الحالة (س.ح) يعاني من اضطرابات النسيان وباعتبار أن الحالة قد تعرضت من قبل إلى إصابة دماغية كانت السبب الرئيسي في تدهور الحالة العقلية للمريض، وبعد تدهور حالته بحيث أنه أصبح ينسى مواعيد تناول الطعام وكذا نسيان أبنائه وبعد قيام زوجته بعرضه على الطبيب أين أكد اصابته لهذا المرض.

الحالة03:

بعد قيامنا بزيارة الحالة (أ.ي)

في بيتها وحسب تصريحات ابنها فقد كانت تعاني من اضطرابات معرفية منها نقص في الذاكرة، وأول مؤشر لفت انتباهنا للحالة هو تكرارها لأسئلة وكلام قد قالته من قبل، بعد تدهور حالتها قام ابنها بعرضها إلى طبيب الذي بدوره قام بتوجيهها إلى مختص عصبي لمعاينة الحالة أين تم اجراء الفحوصات لها ومن ثم تشخيصها على أنها مصابة بمرض الزهايمر.

6-2 الملاحظة العيادية:

تعتبر الملاحظة إحدى وسائل جمع المعلومات المتعلقة بسلوكات الفرد، وتعد الملاحظة أول خطوة في البحث وبها يتمكن من صياغة الفرضيات، كما تعرف بانها عملية

ملاحظة ومراقبة للسلوك والأحداث ومتابعة سيرها واتجاهاتها بأسلوب علمي منظم، وتحديد العلاقة بين المتغيرات والتنبؤ بسلوك الظاهرة لخدمة المجتمع وتلبية حاجياته.

6-3 الإحتبارات العيادية:

استعملنا اختبار الفحص المختصر للحالة العقلية (MMSE) لتقييم اللغة الشفهية عند المريض المصاب بالزهايمر بالإضافة إلى اختبار رسم الساعة لتقييم الذاكرة لدى المصاب بالزهايمر.

اختبار الفحص المختصر للحالة العقلية (Mini Mental State Examination M.M.S.E):

تعريف الإختبار:

وضع إختبار الفحص المختصر للحالة العقلية (M.M.S.E) من طرف Flostein سنة 1975 لتقييم القدرات المعرفية للفرد وتحديد حدة إضطرابها منها التوجه الزماني والمكاني، التعلم، الذاكرة والإنتباه، الحساب الذهني والاسترجاع، استخدام وفهم اللغة وكذا تقييم العمليات الأدائية (الأبراكسيا البنائية) من خلال الرسم، والتي جاءت في شكل (6) بنود بمجموع 30 سؤال.

يعد هذا الإختبار من أكثر الإختبارات استخداما في المجال الإكلينيكي لأمراض العته عامة والزهايمر بشكل خاص، إذ يتمتع بحساسية عالية في تحديد العته وقياس ما يطرأ على

الأفراد من تغيرات معرفية تحدث مع مرور الوقت، وبذلك فهو على درجة عالية من الصدق والثبات حيث يقدر:

- الصدق بـ: 0.88.
- الثبات بـ: 0.86.

وهذا حسب العديد من الدراسات التي قامت بالبحث في صدق وثبات هذا الإختبار والتي اتبعت طريقة إعادة الإختبار Test-retest.

ملاحظة: لقد تم اختيار تطبيق هذا الإختبار على أساس أنه لا يحمل أي معايير إجتماعية، نفسية، ثقافية أو غيرها، مما سمح أنه مكيف ويمكن تطبيقه على المجتمع الجزائري.

كيفية تطبيق الاختبار:

يطبق هذا الاختبار بصفة فردية وفي قاعة هادئة وفق ما يلي:

- الهدف: تقييم القدرات المعرفية، وتحديد درجة اضطرابها.
- الوسيلة: ورقة بيضاء، قلم، ممحاة (بعض البنود فقط تتطلب ذلك منها البند رقم 5 وأما بقية البنود فيتم الاجابة عنها شفهيا).
- المفحوص: راشد يستطيع القراءة، الكتابة والحساب.

- التعليمة: سأطرح عليك بعض الأسئلة لاختبار ذاكرتك بعضها سهل والبعض الآخر شيء من التعقيد حاول أن تجيب عليها قدر المستطاع.

- **التعليمة بالقبائلية:**

(akinafka$)(kra)(θuttriwin)(na$) (isθaqsijan)(iwakkan)(ansamras (tav$ast)(inak); (kra)(dag)(san)(sahian) (kra) (wa3ran).(a3rad) aoafad)(θiririθ)(nsan).

طريقة الحصول على الدرجات:

تتراوح نتيجة الاختبار بين (0) و(30) نقطة، حيث تعطى نقطة واحدة لكل إجابة صحيحة و(0) لكل إجابة خاطئة، ويكون توزيع النقاط كما يلي:

ب1: قياس التوجه الزماني والمكاني.....10 ن

ب2: قياس التعليم.....03ن

ب3: قياس الانتباه والحساب.....05ن

ب4: قياس الاسترجاع.....03ن

ب5: قياس اللغة.....08ن

ب6: تقييم الأبراكسيا البنائية.....01ن

المجموع: 30 نقطة

وتعتبر كل نتيجة 23 أو أقل منها كمؤشر لوجود اضطرابات معرفية حسب تصنيف (fleming) والخاص بحدة الاضطرابات المعرفية والمتمثلة في السلم التالي:

- بين 0 و17 اضطرابات معرفية حادة (خرف من النوع الحاد).
- بين 18 و23 اضطرابات خفيفة (خرف من النوع الخفيف الطور الابتدائي).
- بين 24 و30 عدم وجود اضطرابات معرفية (عدم وجود خرف).

كما يبدأ الفاحص بالشك في وجود إصابة معرفية انطلاقا من النظر إلى مدى تناسب النقطة المتحصل عليها مع المستوى التعليمي للمفحوص.

انطلاقا من الاختبار العام أين اعتبروا كل نتيجة 23 أو أقل منها مؤشرا لوجود اضطرابات معرفية حسب تصنيف fleming والخاص بحدة الاضطرابات المعرفية والمتمثلة في السلم التالي:

بين 0 و17 اضطرابات معرفية حادة (خرف من النوع الحاد)

بين 18 و23 اضطرابات خفيفة (خرف من النوع الخفيف "الطور الابتدائي")

بين 24 و30 عدم وجود اضطرابات معرفية –عدم وجود خرف)

ونحن بما أننا أخذنا فقط بند واحد الخاص في قياس اللغة من أصل 6 بنود والذي مجموعه 8 نقاط، قمنا باعتبار نسبة أخرى لتصنيف وجود أو عدم وجود اضطرابات معرفية كالتالي:

$$6 \longrightarrow 30$$

$$1 \longrightarrow X$$

$$\frac{1X30}{6} = 5$$

ومن هنا نعتبر كل نتيجة 5 أو أقل مؤشر لوجود اضطرابات معرفية، والمتمثلة في السلم التالي:

0 ⟵ 2 ضعيف

3 ⟵ 5 متوسط

6 ⟵ 8 لا يوجد اضطراب

تقديم اختبار رسم الساعة :Test de l'Horloge

تعريف الإختبار:

اختبار رسم الساعة هو اختبار بصري تخطيطي(تصويري) (Visio-graphique)، طور واستعمل لأول مرة من طرف Crithcley سنة 1953 لتقييم الأبراكسيا البصرية البنائية (Apraxie visio- constructive)، ثم أصبح تدريجيا، اداة هامة في تشخيص العجز المعرفي وتقييم الوظائف التنفيذية، خاصة في المراحل الأولى من مرض الزهايمر.(**Bardot-Houard-Box-Ridard, 2015, p21**)

على الرغم من ارتفاع شعبيته منذ سنوات التسعينات أصول هذا الإختبار بقيت غامضة نسبيا، وحسب دراسة (Hazan-al) على عكس اعتقاد أنه ظهر لأول مرة سنة 1953 في كتابcritchley "The parietal lobes " الفصوص الجدارية، فإنه يعتقد أن استعماله يعود إلى أكثر من قرن إلى 1915.

.(Hazan-al, 2018, p p22-30)

يتميز بكونه اختبارا سهلا وبسيطا ومقبولا جيدا من طرف المرضى وتنفيذه لا يحتاج إلى وقت طويل، لكنه يتضمن عدة طرق للتطبيق والعديد من طرق التنقيط والتقييم**(INESS,2015).**

على الرغم من سهولة تطبيقه، إلا ان الآليات المعرفية التي يتضمنها تنفيذ هذا الإختبار متعددة منها: الفهم السمعي، أو الكتابي، التخطيط للنشاط، الذاكرة البصرية، القدرات البصرية–الفضائية– البرمجة والتنفيذ الحركي، معرفة الأفكار والفكر المجرد، التركيز...

أثبت بعض العلماء عن طريق انظمة تنقيط خاصة ان القدرة على رسم عقارب الساعة تتأثر اولا، ثم تأتي صعوبة تمثيل الأرقام وإطار الساعة لاحقا

.(Courchesne, 2003,p03)

التعليمية:

يعرض الفاحص على المفحوص ورقة بيضاء غير مخططة مرسوم عليها دائرة ذات 10 سم تقريبا ويطلب منه ما يلي: "هذه الدائرة تمثل إطار الساعة، ما عليك فعله هو ان ترسم عليها الساعة 11:10".

على الفاحص أن يعطيه كل الوقت الذي يحتاجه، وعليه ان يتجنب ذكر كلمة 'عقارب الساعة' امامه ولا يجب ان نتركه ينظر إلى ساعة يده او ساعة حائط.

هناك طريقة بديلة وهي أن نطلب منه ان يرسم الدائرة وحده ثم يكمل الباقي (أي نعطيه ورقة بيضاء فارغة)، وهذه الطريقة اكثر دقة في الكشف عن الإضطرابات خاصة التخطيط والبرمجة والتنفيذ الحركي، لكن هذا يعتقد على قدرة المريض على فهم ذلك وعلى رسم الدائرة.

الطريقة الأولى: تستعمل فقط مع المريض الذي لديه اضطراب عصبي معرفي مؤكد او في حالة استحالة رسم المريض للدائرة .

نطلب غالبا الساعة 11:10 لانها أكثر حساسية في تحدد العجز المعرفي(أي عدة مهارات معرفية معقدة) ولانها ببساطة تشمل تشغيل كلا المجالين البصريين.

عندما ينتهي من رسم ارقام الساعات على الدائرة، يمكننا ان نرسم له نقطة في مركز الدائرة ثم نطلب منه توقيع الساعة 11:10.

- **ادوات الإختبار:** نعطي المريض ورقة بيضاء (أو فيها دائرة) قلم، وممحاة.

تقييم الإختبار:

هناك حتى 15 طريقة مختلفة لتقييم هذا الإختبار نذكر منها:

–طريقة ميندیز وآخرون(1992) Mendez –al

– طرقة وولف كلاين(1989) Wolf-Klein- al

– طريقة سونرلاند (1989)Sunerland-al

– طريقة شولمان (1986) Shulman al

– طريقة شولمان (2000) Shulman al

– **نظام التنقيط:** (على 10 نقاط)

علينا التأكد من 4 نقاط مهمة:

- مواضع الأرقام الموافقة لكل ساعة (3 أرقام في كل ربع دائرة)
- الترتيب الجيد للساعات
- التمثيل الجيد لعقربي الساعة (الصغير والكبير)
- تموضع عقربي الساعة بشكل صحيح على الساعة المطلوبة

(**Mias, 1997, p02**)

طريقة شولمان: Shulman(2000)

طريقة فعالة، سريعة وسهلة الإستعمال تنقط على 5 نقاط

- 5 نقاط : ساعة مثالية

- 4 نقاط: أخطاء بصرية– فضائية بسيطة
- 3 نقاط: تمثيل غير صحيح للساعة 11:10، لكن تنظيم بصري فضائي جيد
- نقطتين: خلل معتدل، متوسط في التنظيم البصري–الفضائي.
- نقطة واحدة: خلل حاد في التنظيم البصري– الفضائي
- 0نقطة: تمثل غير منطقي للساعة(**OMRI,al s,d,p19**)

طريقة التنقيط: على 10 نقاط:

هي الطريقة المعتمدة او الفعالة والتي تعطي أفضل النتائج:

–**10 نقاط:** رسم عادي (اذا كان المريض هو من يرسم الدائرة)، أرقامك وعقارب الساعة في مكانها الصحيح تقريبا، عقرب الساعات، مميز بوضوح عن عقرب الدقائق.

–**9 نقاط:** خطأ طفيف في تموضع العقارب (ليس تماما على 11و2) لكن ليس على رقم آخر بالتحديد، او غياب رقم من أرقام الساعة.

- **8 نقاط:** اخطاء اكثر وضوحا في تموضع الساعات والدقائق (أقل من رقم واحد او الفراغ بين الأرقام يظهر فجوة).
- **7 نقاط:** تموضع العقارب بطريقة خاطئة بشكل واضح(اكثر من رقم).
- **6 نقاط:** استخدام غير ملائم (خاطئ) للعقارب (مثلا: ساعة رقمية أو يرسم دوائر حول الساعة المطلوبة رغم إعادة التعليمات تجمع الأرقام في جانب واحد من الساعة او تكون الأرقام مقلوبة).

- **5 نقاط:** تسلسل او ترتيب خاطئ للأرقام(مثلا: أرقام ممثلة بنقاط) يمكن أن تكون العقارب ممثلة لكن لا تشير بالضرورة إلى أرقام.

- **4 نقاط:** غياب الأرقام او كتابتها خارج إطار الساعة، أو تسلسل خاطئ، عقارب غير ممثلة بوضوح.

- **3 نقاط:** ارقام الساعات اكثر ارتباطا بإطار الساعة، عقارب غير ممثلة بطريقة منطقية.

- **نقطتين:** ما أرسمه له علاقة بالتعليمات، لكن التمثيل الفضائي للأرقام غير صحيح.

- **نقطة واحدة:** كل شيء خاطئ او غير قابل للترجمة أو لا توجد محاولة أساسا

طريقة ترجمة النتائج:

–نتيجة بين 7 و10 نقاط: عادية، طبيعي.

– نتيجة 6 نقاط: في الحدود (13 % فقط طبيعي).

– نتيجة 5 نقاط فما أقل: مضطرب(83 %مرض الزهايمر)(Mias, 1997,p02)

طريقة التنقيط: على 7 نقاط

هي الطريقة الأكثر بساطة وعملية:

–أرقام الساعة من 1 إلى 12 موجودة.....01 نقطة

– أرقام متموضعة في الترتيب الصحيح.....01 نقطة

– أرقام متموضعة جيدا في اماكنها.....01 نقطة

- كلا العقربين مرسومان.....01 نقطة

-عقرب الساعات متموضع بشكل صحيح.....01 نقطة

- عقرب الدقائق متموضع بشكل صحيح.....01 نقطة

- احجام العقربين مختلفة عن بعضها وصحيحة.....01 نقطة

طريقة ترجمة النتائج:

خطا واحد او أكثر في الرسم يشير إلى وجود اضطراب في الوظائف التنفيذية، بالأخص وظيفة التخطيط.(**Gasnanlt, s-d, p15**)

الفصل السادس: عرض ومناقشة نتائج الدراسة

1- عرض وتحليل نتائج الحالات.

2- استنتاج عام.

1-عرض نتائج اختبار رسم الساعة:

الحالة01:

شروط الرسم على 7 نقاط	التنقيط
- أرقام الساعة من 1 إلى 12 موجودة .	0
- أرقام متموضعة في الترتيب الصحيح.	0
- الأرقام متموضعة جيدا في أماكنها.	0
- كلا العقربين مرسومان.	0
- عقرب الساعات متموضع بشكل صحيح.	0
- عقرب الدقائق متموضع لشكل صحيح.	0
- أحجام العقربين مختلفة عن بعضهما وصحيحة.	0

جدول رقم (01): عرض نتائج اختبار رسم الساعة للحالة (01).

الاختبار	النتيجة	النسبة المئوية
اختبار رسم الساعة	**0**	**0**

جدول رقم (02): أداء الحالة (01) على مستوى 7 خطوات في اختبار رسم الساعة.

تحليل نتائج الحالة (01):

أوضحت النتائج المتحصل عليها من اختبار رسم الساعة **test l'horloge** والذي تطبيقه على الحالة الأولى بحيث أنها لم تتمكن من الاجابة على أي شرط من شروط الاختبار.

وهذا راجع إلى عدم تمدرسها وكبر سنها، وتطور مرحلة خرفها.

ومن خلال هذه النتائج التي توصلنا إليها تبين لنا أن الذاكرة لديها ضعيفة.

الحالة 02:

شروط الرسم على 7 نقاط	التنقيط
- أرقام الساعة من 1 إلى 12 موجودة .	1
- أرقام متموضعة في الترتيب الصحيح.	1
- الأرقام متموضعة جيدا في أماكنها.	0
- كلا العقربين مرسومان.	0
- عقرب الساعات متموضع بشكل صحيح.	0
- عقرب الدقائق متموضع لشكل صحيح.	0
- أحجام العقربين مختلفة عن بعضهما وصحيحة.	

جدول رقم (03): عرض نتائج اختبار رسم الساعة.

الاختبار	النتيجة	النسبة المئوية
اختبار رسم الساعة	7/2	%28,57

جدول رقم (04): أداء الحالة (02) على مستوى 7 خطوات في اختبار رسم الساعة.

تحليل نتائج الحالة 02:

أوضحت النتائج المتحصل عليها في اختبار رسم الساعة **Test de l'horloge** والذي تم تطبيقه على الحالة الثانية، حسب شروط رسم الساعة على 7 نقاط: بحيث أن

الشرط الأول الذي يتمثل في أرقام الساعة من 1 إلى 12 موجودة فالحالة تحصلت على نقطة واحدة. وفي الشرط الثاني الذي هو ترتيب الأرقام بشكل صحيح فتحصلت أيضا على نقطة واحدة.

أما بقية شروط الرسم فالحالة لم تتحصل على أي شيء فبالنسبة للإجابات الصحيحة التي تحصلت عليها الحالة الثانية فتقدر بـ 7/2 نقاط أي ما يقابله بالنسبة المئوية 28,57%، أما فيما يخص الإجابات الخاطئة فهي 5 إجابات.

وفي الأخير نلاحظ أن عندما طلبنا من الحالة أن يرسم الساعة "11:10" لم يتمكن من وضع العقربين، فعلى ضوء هذه النتائج تبين لنا أن الذاكرة لديه ضعيفة.

الحالة 03:

شروط الرسم على سبع نقاط	التنقيط
- أرقام الساعة من 1 إلى 12 موجودة .	1
- أرقام متموضعة في الترتيب الصحيح.	0
- الأرقام متموضعة جيدا في أماكنها.	0
- كلا العقربين مرسومان.	1
- عقرب الساعات متموضع بشكل صحيح.	1
- عقرب الدقائق متموضع لشكل صحيح.	0
- أحجام العقربين مختلفة عن بعضهما وصحيحة.	1

جدول رقم (05): عرض نتائج اختبار رسم الساعة.

الاختبار	النتيجة	النسبة المئوية
اختبار رسم الساعة	7/4	%57,14

جدول رقم (06): أداء الحالة (03) على مستوى 7 خطوات في اختبار رسم الساعة.

تحليل نتائج الحالة 03:

أوضحت النتائج المتحصل عليها في اختبار رسم الساعة **Test de l'horloge** والذي تم تطبيقه على الحالة الثالثة، أي حسب شروط رسم الساعة على 7 نقاط: بحيث أن الشرط الأول أرقام الساعة من 1 إلى 12 فهي موجودة فالحالة تحصلت على نقطة واحدة.

أما في الشرط الثاني الذي هو ترتيب الأرقام بشكل صحيح فتحصلت على 0، أما الشرط الثالث فالحالة لم تتحصل على أي نقطة، فيما يكمن الشرط الرابع تحصلت الحالة على نقطة واحدة وكذلك بالنسبة للشرط الخامس تحصلت أيضا على نقطة واحدة، أما بالنسبة للشرط السادس فالحالة لم تتحصل على أي نقطة، أما في الشرط الأخير فالحالة تحصلت على نقطة واحدة.

أما بالنسبة للنتيجة الكلية المتعلقة بالإجابات الصحيحة فتحصلت على 7/4 نقاط أي ما يقابله بالنسبة المئوية 57,14%، أما بالنسبة للإجابات الخاطئة فكانت 3 إجابات، وبالتالي فهذه النتائج المتحصل عليها في اختبار الذاكرة هي نتائج متوسطة.

2-عرض وتحليل النتائج:

2-1-عرض نتائج اختبار الفحص للحالة العقلية (MMSE) وقد استعملنا البند رقم "5" الخاص باللغة.

الحالة01:

أسئلة البند	22	23	24	25	26	27	28	29
التنقيط	0	1	0	1	1	1	0	0

جدول رقم (07): يمثل نتائج الحالة (1) الاختبار الفحص المختصر للحالة العقلية (MMSE) للبند رقم "5" الخاص باللغة.

الاختبار	النتيجة	النسبة المئوية
اختبار الفحص المختصر للحالة العقلية (MMSE) للبند "5" الخاص باللغة	4/8	%50

جدول رقم (08): أداء الحالة (01) على مستوى اختبار الفحص المختصر للحالة العقلية (MMSE) رقم "5" الخاص باللغة.

تحليل نتائج الحالة 01:

من خلال هذه النتائج التي تحصلنا عليها في اختبار الفحص المختصر للحالة العقلية (MMSE) للبند رقم "5" الخاص باللغة بيّن لنا أن الحالة (أ.ف) أجابت على معظم الأسئلة بحيث تحصلنا على 4/8 أي ما يقابله بالنسبة المئوية 50%.

وبالتالي فعلى ضوء هذه النتائج المتحصل عليها يتضح لنا أن اللغة في هذه الحالة متوسطة والتي تتراوح ما بين 4 ⟵ 5 حسب البند رقم "5" الخاص باللغة لاختبار الفحص المختصر للحالة العقلية .(MMSE)

الحالة 02:

أسئلة البند	22	23	24	25	26	27	28	29
التنقيط	0	0	0	0	1	1	0	0

جدول رقم (09): يمثل نتائج الحالة (1) الاختبار الفحص المختصر للحالة العقلية (MMSE) للبند رقم "5" الخاص باللغة.

الاختبار	**النتيجة**	**النسبة المئوية**
اختبار الفحص المختصر للحالة العقلية (MMSE) للبند "5" الخاص باللغة	2/8	%25

جدول رق (10): أداء الحالة (02) على مستوى اختبار الفحص المختصر للحالة العقلية (MMSE) رقم "5" الخاص باللغة.

تحليل نتائج الحالة 02:

من خلال هذه النتائج التي تحصلنا عليها في اختبار الفحص المختصر للحالة العقلية (MMSE) للبند رقم"5" الخاص باللغة بيّن لنا أن الحالة (س.ج) لم يجب على معظم الأسئلة بحيث تحصل على 2/8 أي ما يقابله بالنسبة المئوية 25%.

فعلى ضوء هذه النتائج المتحصل عليها يتضح لنا أن اللغة في هذه الحالة ضعيفة والتي تتراوح ما بين 0 ⟵ 2 حسب البند رقم "5" الخاص باللغة لاختبار الفحص المختصر للحالة العقلية (MMSE).

الحالة 03:

أسئلة البند	22	23	24	25	26	27	28	29
التنقيط	1	1	0	1	1	1	0	0

جدول رقم (11): يمثل نتائج الحالة (1) الاختبار الفحص المختصر للحالة العقلية (MMSE) للبند رقم "5" الخاص باللغة.

الاختبار	**النتيجة**	**النسبة المئوية**
اختبار الفحص المختصر للحالة العقلية (MMSE) للبند "5" الخاص باللغة	5/8	%62,5

جدول رق (12): أداء الحالة (02) على مستوى اختبار الفحص المختصر للحالة العقلية (MMSE) رقم "5" الخاص باللغة.

تحليل نتائج الحالة 03:

من خلال هذه النتائج التي تحصلنا عليها في اختبار الفحص المختصر للحالة العقلية (MMSE) للبند رقم"5" الخاص باللغة، بيّن لنا أن الحالة (أ.ي) أجابت على معظم الأسئلة بحيث تحصلت على 5/8 أي ما يقابله بالنسبة المئوية 62,5%.

وبالتالي فعلى ضوء هذه النتائج المتحصل عليها يتضح لنا أن اللغة في هذه الحالة متوسطة والتي تتراوح ما بين 3 ⟵ 5 حسب البند رقم "5" الخاص باللغة لاختبار الفحص المختصر للحالة العقلية (MMSE).

2- الإستنتاج العام:

في ضوء **الفرضية الجزئية الاولى:** "يوجد اضطراب على مستوى الذاكرة عند المصاب بمرض الزهايمر".

للتحقيق من هذه الفرضية قمنا بتطبيق اختبار رسم الساعة test de l'horloge لتقييم الذاكرة، فبعد قيامنا بتحليل النتائج المتحصل عليها في هذا الاختبار عند هذه الحالات كانت نتائجها بين المتوسط والضعيف.

فبالنسبة للحالة الاولى لم تستجب للتعليمة الموجهة لها، فالنتيجة التي تحصلت عليها كانت "0"، وهذا راجع إلى أن الذاكرة لديها ضعيفة جدا.

أما الحالة الثانية عندما قدمنا له التعليمة لم يجب مباشرة عليها، ولكن مع الوقت قام بمحاولته في تموضع الارقام، ولم يستطع أن يكمل بقية التعليمة فقد اكتفى فقط بوضعه للارقام، فالنتائج المتحصل عليها أثبتت لنا أن الحالة لديها اضطراب على مستوى الذاكرة أما فيما يخص الحالة الثالثة فتحصلت على نتائج متوسطة.

وعلى هذا الاساس تبين لنا أن الفرضية الجزئية الاولى تحققت أي يوجد اضطراب على مستوى الذاكرة عند المصاب بمرض الزهايمر.

الفرضية الجزئية الثانية: "يوجد اضطراب على مستوى اللغة الشفهية عند المصاب بمرض الزهايمر".

للتحقيق من هذه الفرضية قمنا بتطبيق اختبار الفحص المختصر للحالة العقلية (MMSE) للبند رقم "5" الخاص باللغة.

ومن خلال النسب المتحصل عليها في هذه الحالات المصابة بالزهايمر تظهر عليه اضطرابات، وعلى الرغم من ذلك نلاحظ أنه "يوجد اختلاف في مراحل مرض الزهايمر وهذا يعني أن كل حالة تختلف عن حالة أخرى، فعلى هذا الأساس فليس التقدم في السن سببا في ذلك لأنه يمكن أن نجد في سن 65 سنة من لديه صعوبات كبيرة مقارنة بالشخص الذي يبلغ 94 سنة.

بناءا على هذه الفرضية الجزئية الثانية توصلنا من خلال النتائج المتحصل عليها أنه يوجد اضطراب على مستوى اللغة الشفهية عند المصاب بمرض الزهايمر.

الفرضية الجزئية الثالثة: "توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة احصائية بين الذاكرة واللغة".

وبما أننا قمنا بدراسة ثلاثة حالات فإن النسب التي تحصلنا عليها في كلا الاختبارين غير كافية ولم نتمكن من اتباع نظام [SPSS] ، وهذا راجع إلى صغر حجم اللعينة.

فقد حاولنا استخدام معامل الارتباط بيرسون للكشف عن العلاقة بين درجات الذاكرة واللغة فلم نتمكن من ذلك بما أن عدد الحالات قليلة، وهذا يعود إلى النسب المئوية التي تحصلنا عليها في كلا الاختبارين وهي كما يلي:

في اختبار رسم الساعة test de l'horloge:

الحالة (01): لم نتحصل على شيء، أي لم تستجب للتعليمة.

الحالة (02): تحصلت على 28,57%.

الحالة (03): تحصلت على 57,14%.

أما فيما يخص اختبار الفحص المختصر للحالة العقلية (MMSE) للبند رقم "5" الخاص باللغة فالنسب المئوية كانت كما يلي:

الحالة (01): تحصلت على 50%

الحالة (02): تحصلت على 25%

الحالة (03): تحصلت على 62,5%

فعلى ضوء هذه النسب المئوية التي تحصلت عليها في كلا الاختبارين وجدنا أن هذه الحالات الثلاثة المصابة بمرض الزهايمر أن الذاكرة لديهم ضعيفة .

كذلك هناك اضطرابات على مستوى اللغة لكن بناء على النتائج التي تحصلنا عليها في البند رقم "5" الخاص باللغة كانت متوسطة، مقارنتا بالذاكرة فهي كانت ضعيفة.

مناقشة وتفسير النتائج في ضوء **الفرضية العامة:**

"يوجد اضطراب على مستوى الذاكرة واللغة الشفهية عند المصاب بمرض الزهايمر".

بناءا على النتائج المتحصل عليها وذلك بعد تطبيق كل من اختبار رسم الساعة Test de l'horloge"، واختبار الفحص المختصر للحالة العقلية (MMSE) للبند رقم "5"

الخاص باللغة، أن المصاب بمرض ألزهايمر الذاكرة لديه ضعيفة، أما بالنسبة للغة كذلك لديها اضطرابات.

وعلى هذا الاساس وبناءا على النتائج المتحصل عليها يتضح لنا أن الفرضية العامة قد تحققت، أي يوجد اضطراب على مستوى الذاكرة واللغة الشفهية عند المصاب بمرض الزهايمر.

الحالة	الذاكرة	اللغة
الأولى	%0	%50
الثانية	%28,57	%25
الثالثة	%57,14	%62,5

خاتمة:

لقد سعينا من خلال هذا البحث إلى تقي الذاكرة واللغة الشفهية عند المصاب بمرض الزهايمر، فقد تكونت عينة الدراس من ثلاثة حالات. حيث إهتم بعض الباحثين في هذا المجال بالجوانب اللغوية سواء كانت شفهية أو كتابية، بالإضافة إلى الوظائف المعرفية.

فهناك دراسات أوضحت أن إضطرابات اللغة تتطور عن الاضطرابات المعرفية الأخرى، وبعد قيامنا بهذه الدراسة تمكننا من الكشف عن بعض النقائص الموجودة في الدراسات السابقة التي تتعلق بالأشخاص المصابين بمرض الزهايمر والمتعلقة بتقييم الذاكرة واللغة الشفهية عند المصاب بمرض الزهايمر.

وعلى إثر هذا ننصح بالتكفل بهؤلاء المرضى عن طريق تحسين ظروف الحياة لهم سواء من الناحية الاجتماعية أو من الناحية النفسية، وهذا طبعا لتفادي تطور المرض. أما في حين عدم التدخل المبكر خاصة من طرف الأخصائيين، سيؤدي بتدهور القدرات المعرفية بصفة عامة واللغوية بصفة خاصة.

وبقي البحث ساريا في مرض الزهيمر، وهذا ما يبين دور الأرطوفونيا كونها تتيح المجال للباحثين وذلك باقتراح برامج فعالة تفيد الاخصائيين الأرطوفونيين في التكفل بمرض الزهايمر.

نتمنى أن تكون هذه الدراسة موضع اهتمام للطلبة الباحثين وأن تكون ذات إفادة في مشوارهم العلمي، والتي تمكنهم من معرفة الكثير من المعلومات التي تساعدهم على فهم داء الزهايمر بصورة أفضل.

توصيات واقتراحات:

- توسيع عينة البحث من أجل الوصول إلى نتائج جيدة وأكثر موضوعية.
- توسيع هذه الدراسة على أكبر عينة ممكنة.
- التكفل بهذه الفئة من طرف المختصين.
- تكبير العينة للحصول على تحليل احصائي للنتائج.
-الاهتمام الأكبر بهذه الشريحة لأنها تستحق العناية.

قائمة المراجع

قائمة المراجع:

1. إبراهيم سليمان (2013)، **الذاكرة وما وراء الذاكرة** (ط1). عمان دار أسامة للنشر والتوزيع.

2. إبراهيم عبد الله فرج الزريقات 2005"**اضطرابات الكلام واللغة، تشخيص والعلاج**" ، ط1، دار الفكر للنشر والتوزيع عمان.

3. إبراهيم محمد صالح، 2005**علم النفس اللغوي والمعرفي** ، دار البداية للنشر الأردن.

4.أحمد بلحوت(دون سنة)، **ميدان اللغة العربية وآدابها**، دون طبعة، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر.

5.امتثال زين الدين الطفيلي 2004"**علم النفس نمو الطفولة إلى الشيخوخة**"، ، ط1 دار اللبناني للنشر والتوزيع.

6.أنس محمد أحمد القاسم 2000 "**سيكولوجية اللغة مقدمة في سيكولوجية اللغة**"، كلية رياض الأطفال القاهرة ومركز الإسكندرية للكتاب .

7. أنس محمد أحمد قاسم، 2005**اللغة والتواصل لدى الطفل**، مركز الإسكندرية للكتاب .

8. أنوار محمد مرسي، 2013م **المكتبة المدسية وتنمية مهارات التعبير**، دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر، الاسكندرية، ط1،.

9. البطانية محمد أسامة والرشان، مالك أحمد والسبابلية عبيد عبد الكريم والخطاطة محمد عبد المجيد (2007)، **صعوبات التعلم النظرية والممارسة**(ط2)، الأردن، دار المسيرة للنشر والتوزيع.

10. جانيت فوقلر، لين سيترين(2015)، **كيف تستطيع تذكر ما تنسه**(د.ط)، (د.ب) عبيكان للنشر .

11. جرجس، ميشال جرجس(2005).**معجم مصطلحات التربية والتعليم**(ط1). بيروت: دار النهضة العربية.

12. جمال محمد جهاد (2008)، **مهارات الاتصال اللساني اللفظية وغير اللفظية في اللغة العربية** (ط1): دار الكتاب الجامعي.

13. حامد عبد السلام زهران، 2007**المفاهيم اللغوية عند الأطفال (أسسها، مهاراتها تدريسها، تقويمها)**، دار المسيرة، عمان، ط1،.

14. حلمي المليجي (2001). **مناهج في البحث في علم النفس اللغوي**. (د ط) .الجزائر: ديوان المطبعات الجامعية.

15. الخطيب، جمال(2005)، **مقدمة في الإعاقة السمعية** (ط1)، عمان: دار الفكر.

16. د/محمد النوبي محمد علي، 2011**صعوبات التعلم بين المهارات والإضطرابات**، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان.

17. دافيدوف ليندا (2000) **الذاكرة والإدراك والوعي**، ط1، دار النشر، مصر.

18. رافع الزغلول والزغلول عماد الرحيم(2003)، **علم النفس المعرفي**، الطبعة1، دار الشروق للنشر والتوزيع.

19. رشدي طعيمة(2004)، **المهارات اللغوية**، الطبعة1، دار الفكر العربي، القاهرة.

20. رشيد زرواتي، 2002**تدريبات على منهجية البحث العلمي غي العلوم الاجتماعية**، ط1.

21. الزغلول، رافع النصير والزغلول، عماد عبد الرحيم(2003) **علم النفس المعرفي** (ط1)، عمان: دار الشروق للنشر والتوزيع وغير اللفظية في اللغة العربية(ط1)، العين: دار الكتاب الجامعي.

22. زهران حامد عبد السلام وآخرون(2009) **المفاهيم اللغوية عند الأطفال أسسها ومهاراتها وتدريبها وتقويمها**، الطبعة 2، دار المسيرة للنشر والطباعة، عمان.

23. ساسان، إلهام(2007)، تأث**ير الصدمة الجمجمية على الذاكرة وكيفية اعادة تأهيلها** رسالة ماجستير جامعة باتنة، الجزائر.

24. سالم، أسامة فاروق مصطفى (2014) **اضطرابات التواصل بين النظرية والتطبيق** (ط1) ، عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة .

25. سعيد كمال عبد الحميد العزالي، 2011**اضطرابات النطق والكلام التشخيص والعلام** دار المسيرة، عمان، ط1،.

26. سمير أبو حامد، (2009)، **مرض الزهايمر النسيان من نعمة إلى نقمة**، ط1 (د.ب)، دمشق للنشر والتوزيع.

27. سهير محمد سلامة شاش "**علم النفس اللغة**"، 2002، ط1، مكتبة زهراء الشرق القاهرة.

28. شذى عبد الباقي محمد، مصطفى محمد عيسى (2011) **علم النفس المعرفي** الطبعة1، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان.

29. شذى عبد الباقي محمد، مصطفى محمد عيسى(2011)، **علم النفس المعرفي** الطبعة1، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان.

30. عبد الله العشاوي هدى عبد الله الحاج (2004): **أطفالنا وصعوبات اللغة واضطرابات اللغة**، دار شجرة للنشر والتوزيع، سوريا.

31. عبد الله فرج الزريقات ابراهيم(2005).**اضطرابات الكلام اللغة** (ط1) .الأردن: دار الفكر.

32. عبد المنعم الحنفي، (2005)، **موسوعة عالم علم النفس**، موسوعة الطب النفسي، (ط1) للترجمة والنشر.

33. عبد الناصر الجراح، وميساء أبو حامد، 2015**أثر طريقة تقديم المعلومات ونوعها وفترات الاحتفاظ في القدرة على التعرف لدى طلبة جامعة اليرموك**، المجلة الاردنية في العلوم التربوية، 11(01)،.

34. العتوم، عدنان(2004). **علم النفس المعرفي: النظرية والتطبيق** (ط1) عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع.

35. عدس، محمد عبد الرحيم(2008)، **تربية المراهقين**(ط2)، الأردن: دار الفكر للنشر والتوزيع.

36. العزالي، سعيد كمال عبد الحميد(2011) **اضطرابات النطق والكلام: تشخيص والعلاج** (ط1) عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.

37. العيسوي عبد الرحمن(د.ت) **أمراض العصر النفسية والعقلية**، الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.

38. الغرير احمد نايل، وأبو أسعد ، أحمد عبد اللطيف، ونواسيه، اديب عبد الله، (2009)، **النمو اللغوي واضطرابات النطق والكلام** (ط1) ، عمان: جدار للكتاب الحديث، وعالم الكتب الحديث.

39. غسان جعفر(2005)، **خرف الشيخوخة**، بيروت: دار الحكايات .

40. فارع وآخرون(2003).**مقدمة: في الصوتيات المعاصرة**، الأردن: دار الفكر.

41. فيصل عباس (1997): **علم نفس الطفل، النمو النفسي الانفعالي للطفل**، دار الفكر العربي، لبنان، ط1.

42. قاسم، محمد عبد الله (1990)، **سيكولوجية الذاكرة**، عالم المعرفة .

43. لازم كماش يوسف(2011). **أسس النمو الإنساني التكويني والوظيفي،**(ط1) الأردن: دار دجلة.

44. لوزاغي، رزيقة(2008)، **العرض الجبهي: دراسة نفس عصبية لوظيفتي الانتباه الانتقائي والذاكرة العاملة.** رسالة ماجستير جامعة الجزائر، الجزائر.

45. ليندا دافيدوف (2000) **الذاكرة والإدراك والوعي،** ط1، دار النشر، مصر.

46. محمد النوبي علي (2012) **الزهايمر لدى المسنين الإتجاهات الحديثة في التشخيص والعلاج وكيفية التعامل** (ط1)، عمان: دار صفاء للنشر والتوزيع.

47. محمد النوبي محمد علي، (2012)، **الإكتئاب لدى المسنين، الإتجاهات الحديثة في التشخيص والعلاج كيفية التعامل،** ط1، (د.ب)، درا صفاء للطباعة والنشر والتوزيع.

48. محمد النوبي، محمد علي(2012). **الخرف لدى المسنين: الإتجاهات الحديثة في التشخيص والعلاج وكيفية التعامل** عمان: دار صفاء للنشر والتوزيع.

49. محمد خولة الأرطفونيا، 2007**علم اضطرابات الكلام واللغة والصوت،**، دار هومة للطبع والنشر والتوزيع، الجزائر.

50. محمد رجب فضل الله، 2003م **الاتجاهات التربوية المعاصرة، في تدريس اللغة العربية،** عالم الكتب، القاهرة، مصر ط2، 1423هـ،.

51. محمد علي الصويكي 2007**التعبير الشفهي (حقيقة واقعة وأهدافه، مهارته وطرق تدريسه وتقويمه)**، دار الكندي عمان، ط1،.

52. محمد ميرود (2007–2008): **استراتيجيات الفهم عند الطفل أحادي اللغة والطفل مزدوج اللغة– دراسة مقارنة–**، أطروحة دكتوراه، جامعة الجزائر.

53. محمود محسن فالح مهيدات، زياد مخير البوريني، 1989م **البسيط في اللغة العربية**، دار الكندي، أربد، الاردن، ط1،.

54. مصطفى، أسامة فاروق والشربيني، السيد كامل(2013)، **الإعاقة السمعية**، (ط1)، عمان، دار المسيرة.

55. ملحم، سامي محمد (2010)، **صعوبات التعلم** (ط3)، عمان دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة .

56. الميلادي عبد المنعم(2006) **الأبعاد النفسية للمسن** الإسكندرية: مؤسسة شباب الجامعة.

57. وفيق صفوت مختار 2005"**سيكولوجية الأطفال فعات العقول**، ، دار المسيرة والتوزيع.

قائمة المراجع باللغة الاجنبية:

1-Ambroselli, marie (2012) **pragnatique du langage et maladie d'alzheimer : Edition de deux projets autour de la poésie-mémoire pour certificat de capacité d'orthophoniste**. France : université de nice sophia antipolis.

1)Amieva , Héléne, Andreiv, Sandrine ,Berr, Claudine , Buee,Luc, CGECLER, frédéric, clement, serge et al. (2007).**maladie**

d'Alzheimer : enjeux scientifique , médicaux et sociétaux , Expertise collective. Paris : Edition INSERM.

2)Association France Alzheimer 2006, **le livre verte de la maladie d'Alzheimer : état des lieux et perspectives**, France Alzheimer et maladie Apparentés.

3)Baddeley A.D,2004 **the psychology of memory. The essential handbook of memory désordres for cliniciens**,

4)Bérubé, L (1991),**Terminologie de neuropsychologie et neurologie du comportement**. France : cheneliére IMC.

5)-Bouaza, sara , Boudraa , Larbi(2017), **Maladie d'Alzheimer : Prise en charge A –Propos d'un cas clinique** Mémoire de fin d'étude en vue d'obtention du diplôme de Docteur en Midcine , université Abderhmane , Mira ,Bejaia.

6)Cordier f.goonac.R.D: 2004**apprentissage et mémoire** nahan université,.

7)DSM-5 (2013)), (**Diagnostic and statistical manual of mental disorders**American psychiatric Association 5th Edition Washington .D.C : American psychiatric publishing.

8)Dujardin, Kathy ,Lemaire ,Patrick(2008), **Neurophysiologie du vieillissemne normal et pathologie** ,France : Elsevier, Masson SAS.

9)Eustache ,F(1995**),Neuropsychologie des démences** ,Marseille : Edition solal.

10) Gil r.(2010) **neuropsychologie** 4 eme Edition. Paris masson.

11) Gorgon, Laurel , A, Lu Alice Youhong, MATOS, melinda M.yeou Seo , jenie Se , yeon Seo, Lisa yi 2017**.characterizing rtd=g**

4510 Mice Model of Alzheimer's Disease on adult Neurogensis and Cognitive Function thesis Submitted in partial Fulfillement of the gemstone program, University of Maryland , USA.

2-Gros. P (2002).**Traumatismes craniens, prévention et accompagnement** Masson édition, paris.

3-Herbert, clark and clark, **psychology and language an introduction to psycholinguistics,** new york, 1977 .

12) Hermann, conc**epts of memory and approches to the past in medival icelandic literature**. Scandinavien sdudies, 81(3), 2009.

13) Lemaire (1999), **la psychologie cognitive**, Paris :Edition de Boeck université.

14) Lemaire p(2002). **Psychologie cognitive** de boeck université édition bruxelles.

4-Louis bherer, sylvie belliveille, carol hudon 2004**le déclin des fonctions exécutives au cours du vieillissement normal dans la maladie d'alzeimer et dans la démence frontotemporale**. Psychologie, neuropsyhiatrie du veillissement.

15) MCKhann GM, Knopman DS, Chertkow H, Hyman BT, Jack CR, Kawas CH, et al, 2011**The diagnosis of dementia due to Alzheimer's disease : recommendations from the National Institute on Aging, alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidlines for Alzheimer's diasease**, Alzheimers Dement,.

16) Mutlu, Justine(2017), **connectivité Fonctionnelle au Repos :Relation avec la topographie et la propagation des Atteintes structurales, fonctionnelles et moléculaires dans la**

maladie d'Alzheimer, thèse pour obtenir le diplôme de doctorat psychologie. Préparée au sein de l'université de caen Normandie.

17) Nadeau s.e, rothi, l.j.and crosson, b (2002) **ganguage/aprasia, oxford** : guilford.

5-Nef, F. Hupet, M.(1992) **les manifestation du veillissement normal dans le langage spontane oral et écrite l'année psychologique** 92(3).

6-Nicolas .S(2003) **la psychologie cognitive** .arnaud colin édition. Paris.

18) Nicolas.s(2002). **La mémoire.** Dunod édition. Paris.

7-Nicolas.s(2003). **La psychologie cognitive**. Arnaud colin édition. Paris.

19) Piaget(1986),**le langage et la pensée chez l'enfant**.

20) Rousseau ,T(1995), **communication et maladie d'Alzheimer,** paris : Edition ortho.

21) Sellal, François, Kruczek, Elisabeth(2001). **Maladie d'alzheimer**. France. Dion groupe liaisons SAS.

22) Sellal, François, Kruczek, Elisabeth(2011),**Maladie d'Alzheimer** .France :Dion Group Liaisons S.A.

23) Shnider,Armin(2008), **Neurologie du comportement : la dimension neurologique de le neuropsychologie**, France , Elsevier ,Masson SAS.

8-Stelzmann, rainulf, A schnitzlein, norma, hand, nuriagh, reed, F(1995), An enghish translation of alzheimer's 1907 paper, « **uber**

une eignartige, erkankung der hirmarinde ». climical antomy, 8, 429-431.

9-Stelzmann, rainulf, A. schnitzlein, norman, hand, muriagh, reed, f.(1995). **An English translation of alzheimer's 1907 paper**. »uber cine eigenartige erkankung der hirmaainde » clinical anatomy.

24) Wade .c et autre (2002) **introduction à la psychologie, les grands thémes,** edition du renouveau pédagogique canada 2 éd

الملاحق

الملحق رقم (01)

اختبار الفحص المختصر للحالة العقلية

(MMSE)

الحالة رقم 01:

تاريخ الفحص:2020/03/16

1-تقديم الحالة:

- الإسم واللقب: أ. ف
- تاريخ الميلاد: 1929/09/09
- السن: 91 سنة
- الجنس: أنثى
- العنوان: قرية أيت يوسف بلدية إفليسن، تيڤزيرت
- اللغة المستعملة : قبائلية
- المستوى التعليمي: أمية
- عدد الأولاد: 3 . الذكور: 1. الإناث: 2.

2- الخلفية العائلية:

- عدد الإخوة والأخوات 3 ذكور: 2. إناث: 1
- العلاقة مع الإخوة: جيدة
- هل هناك أمراض وراثية في الأسرة ؟ نعم ☐ لا [+]

3- الوضع الإجتماعي:

- نوع السكن: متوسط
- هل يوجد أناس آخرون يعيشون في المنزل ؟

نعم [+] لا ☐

إبنها وزوجته مع أولادهم

4-السوابق المرضية الشخصية:

- هل تعرضت الحالة لصدمة دماغية ؟ نعم ☐ لا [+]
- هل للحالة سوابق مرضية أخرى ؟ نعم ☐ لا [+]
- تاريخ المرض
- تاريخ نشأة المرض: 2018.
- ما هي الإضطرابات الأولى التي ظهرت؟ النسيان - تكرار الكلمات في كل دقيقة
- هل تتناول الحالة دواء معين ؟ نعم ☐ لا [+]

5- تاريخ الإضطرابات المعرفية والنفس عصبية

1) اضطرابات الذاكرة:

هل ظهرت اضطرابات الذاكرة ؟ فجأة ☐ تدريجيا [+]

- هل يتذكر مكان الأشياء ؟ نعم ☐ لا [+]
- هل يتذكر المواعيد ؟ نعم ☐ لا [+]

6- اضطرابات في اللغة:

-هل تعاني من نقص في الكلمة ؟ نعم [+] لا [ ]

- هل الكلام عنده يظهر عليه اضطرابات (كلمات مشوهة) ؟ نعم [+] لا [ ]

- هل لديه مشكل في مجرى الكلام ؟ نعم [+] لا [ ]

7- اضطرابات في التوجه الزماني:

- هل يحدث اختلاط في الأيام؟ . نعم [+] لا [ ]

- هل يحدث اختلاط في الوقت؟ نعم [+] لا [ ]

8- اضطراب في التوجه المكاني:

- هل يعرف مكان غرفة نومه ؟ نعم [+] لا [ ]

- هل يعرف أين توجد المطبخ؟ نعم [+] لا [ ]

9- اضطرابات في الحساب:

-هل يجد صعوبة في الحساب ؟ نعم [+] لا [ ]

10- اضطرابات في الأبراكسيا

- هل تجد صعوبة في ارتداء الملابس؟ نعم [+] لا [ ]

- هل تجد صعوبة في تناول الطعام ؟ نعم [+] لا [ ]

11- اضطرابات أخرى:

هل تعاني الحالة من الحالات التالية:

- مشكل في السمع : نعم [ ] لا [+]

- مشكل في البصر: نعم [ ] لا [+]

- مشكلات في الأكل أو البلع : نعم [ ] لا [+]

الملحق رقم (02)
شبكة المقابلة

الحالة رقم 02:

تاريخ الفحص:2020/03/16

1-تقديم الحالة:

- الإسم واللقب: (س.ح)
- تاريخ الميلاد: 1938/09/06
- السن: 82سنة
- الجنس: ذكر

العنوان: قرية تمعسيت بلدية أغريب دائرة أزفون

- اللغة المستعملة : عربية / قبائلية
- المستوى التعليمي: أمي
- عدد الأولاد: 3 . الذكور: 1. الإناث: 2.

2- الخلفية العائلية:

- عدد الإخوة والأخوات: أخ واحد
- العلاقة مع الإخوة: حسنة
- هل هناك أمراض وراثية في الأسرة ؟ نعم ☐ لا [+]

3- الوضع الإجتماعي:

- نوع السكن: عادي
- هل يوجد أناس آخرون يعيشون في المنزل ؟

نعم [+] لا ☐ مع زوجته

4-السوابق المرضية الشخصية:

- هل تعرضت الحالة لصدمة دماغية ؟ نعم [+] لا ☐
- هل للحالة سوابق مرضية أخرى ؟ نعم [+] لا ☐

الضغط الدموي

- تاريخ المرض
- تاريخ نشأة المرض: 2016.
- ما هي الإضطرابات الأولى التي ظهرت؟ النسيان المتكرر - ونوبة الغضب
- هل تتناول الحالة دواء معين ؟ نعم [+] لا ☐

دواء الضغط

5- تاريخ الإضطرابات المعرفية والنفس عصبية.

1) اضطرابات الذاكرة:

هل ظهرت اضطرابات الذاكرة ؟ فجأة ☐ تدريجيا [+]

- هل يتذكر مكان الأشياء ؟ نعم ☐ أحيانا [+]
- هل يتذكر المواعيد ؟ نعم ☐ لا [+]

6- اضطرابات في اللغة:

-هل تعاني من نقص في الكلمة ؟ نعم ☐ لا ☒+

- هل الكلام عنده يظهر عليه اضطرابات (كلمات مشوهة) ؟ نعم ☒+ لا ☐

- هل لديه مشكل في مجرى الكلام ؟ نعم ☐ لا ☒+

7- اضطرابات في التوجه الزماني:

- هل يحدث اختلاط في الأيام؟ . نعم ☒+ لا ☐

- هل يحدث اختلاط في الوقت؟ نعم ☒+ لا ☐

8- اضطراب في التوجه المكاني:

- هل يعرف مكان غرفة نومه ؟ نعم ☐ لا ☒+

- هل يعرف أين توجد المطبخ؟ نعم ☐ لا ☒+

9- اضطرابات في الحساب:

-هل يجد صعوبة في الحساب ؟ نعم ☒+ لا ☐

10- اضطرابات في الأبراكسيا

- هل تجد صعوبة في ارتداء الملابس؟ نعم ☒+ لا ☐

- هل تجد صعوبة في تناول الطعام ؟ نعم ☒+ لا ☐

11- اضطرابات أخرى:

هل تعاني الحالة من الحالات التالية:

- مشكل في السمع : نعم ☐ لا ☒+

- مشكل في البصر: نعم ☐ لا ☒+

- مشكلات في الأكل أو البلع : نعم ☐ لا ☒+

الملحق رقم (03)

نتائج اختبار رسم الساعة للحالات

الحالة رقم 03:

تاريخ الفحص:

1-تقديم الحالة:

- الإسم واللقب: أ.ي
- تاريخ الميلاد: 1948/04/20
- السن: 72 سنة
- الجنس: أنثى
- العنوان: ولاية تيزي وزو
- اللغة المستعملة : قبائلية
- المستوى التعليمي : دارسة في مسجد
- عدد الأولاد: 8 . الذكور: 4. الإناث: 4.

2- الخلفية العائلية:

- عدد الإخوة والأخوات ذكور: 6. إناث: 2
- العلاقة مع الإخوة: متوسطة
- هل هناك أمراض وراثية في الأسرة ؟ نعم [+] لا [ ]

مرض الربو

3- الوضع الإجتماعي:

- نوع السكن: متوسط
- هل يوجد أناس آخرون يعيشون في المنزل ؟

نعم [+] لا [ ] تعيش مع ابنها المتزوج

4-السوابق المرضية الشخصية:

- هل تعرضت الحالة لصدمة دماغية ؟ نعم [ ] لا [+]
- هل للحالة سوابق مرضية أخرى ؟ نعم [+] لا [ ]

ضغط الدم - مرض السكر

- تاريخ المرض
- تاريخ نشأة المرض:2015.
- ما هي الإضطرابات الأولى التي ظهرت؟ - النسيان - عدم التركيز
- هل تتناول الحالة دواء معين ؟ نعم [+] لا [ ]

دواء السكر والضغط

5- تاريخ الإضطرابات المعرفية والنفس عصبية

1) اضطرابات الذاكرة:

هل ظهرت اضطرابات الذاكرة ؟ فجأة [ ] تدريجيا [+]

- هل يتذكر مكان الأشياء ؟ نعم [ ] أحيانا [+]

- هل يتذكر المواعيد ؟ نعم ☐ لا ☐+

6- اضطرابات في اللغة:

-هل تعاني من نقص في الكلمة ؟ نعم ☐ لا ☐+

- هل الكلام عنده يظهر عليه اضطرابات (كلمات مشوهة) ؟ نعم ☐+ لا ☐

- هل لديه مشكل في مجرى الكلام ؟ نعم ☐ لا ☐+

7- اضطرابات في التوجه الزماني:

- هل يحدث اختلاط في الأيام؟ . نعم ☐+ لا ☐

- هل يحدث اختلاط في الوقت؟ نعم ☐+ لا ☐

8- اضطراب في التوجه المكاني:

- هل يعرف مكان غرفة نومه ؟ نعم ☐ لا ☐ أحيانا ☐+

- هل يعرف أين توجد المطبخ؟ نعم ☐ لا ☐ أحيانا ☐+

9- اضطرابات في الحساب:

-هل يجد صعوبة في الحساب ؟ نعم ☐+ لا ☐

10- اضطرابات في الأبراكسيا

- هل تجد صعوبة في ارتداء الملابس؟ نعم ☐ لا ☐+ أحيانا ☐

- هل تجد صعوبة في تناول الطعام ؟ نعم ☐ لا ☐+

11- اضطرابات أخرى:

هل تعاني الحالة من الحالات التالية:

- مشكل في السمع : نعم ☐ لا ☐+

- مشكل في البصر: نعم ☐ لا ☐+

- مشكلات في الأكل أو البلع : نعم ☐ لا ☐+