

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي



جامعة محمد بوضياف بالمسيلة
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
قسم علم النفس

الرقم التسلسلي:

رقم التسجيل: M201535113074

مذكرة مقدمة ضمن متطلبات نيل شهادة الماستر

تخصص: علم النفس العيادي

بعنوان:

الاسترجاع الذكروي عبر الرورشاخ والوجه المعقد لرأي (FCR)
لدى المصابين بمرض الزهايمر
-دراسة حالة-

إشراف الدكتورة:

بوعلاقة فطيمة الزهرة

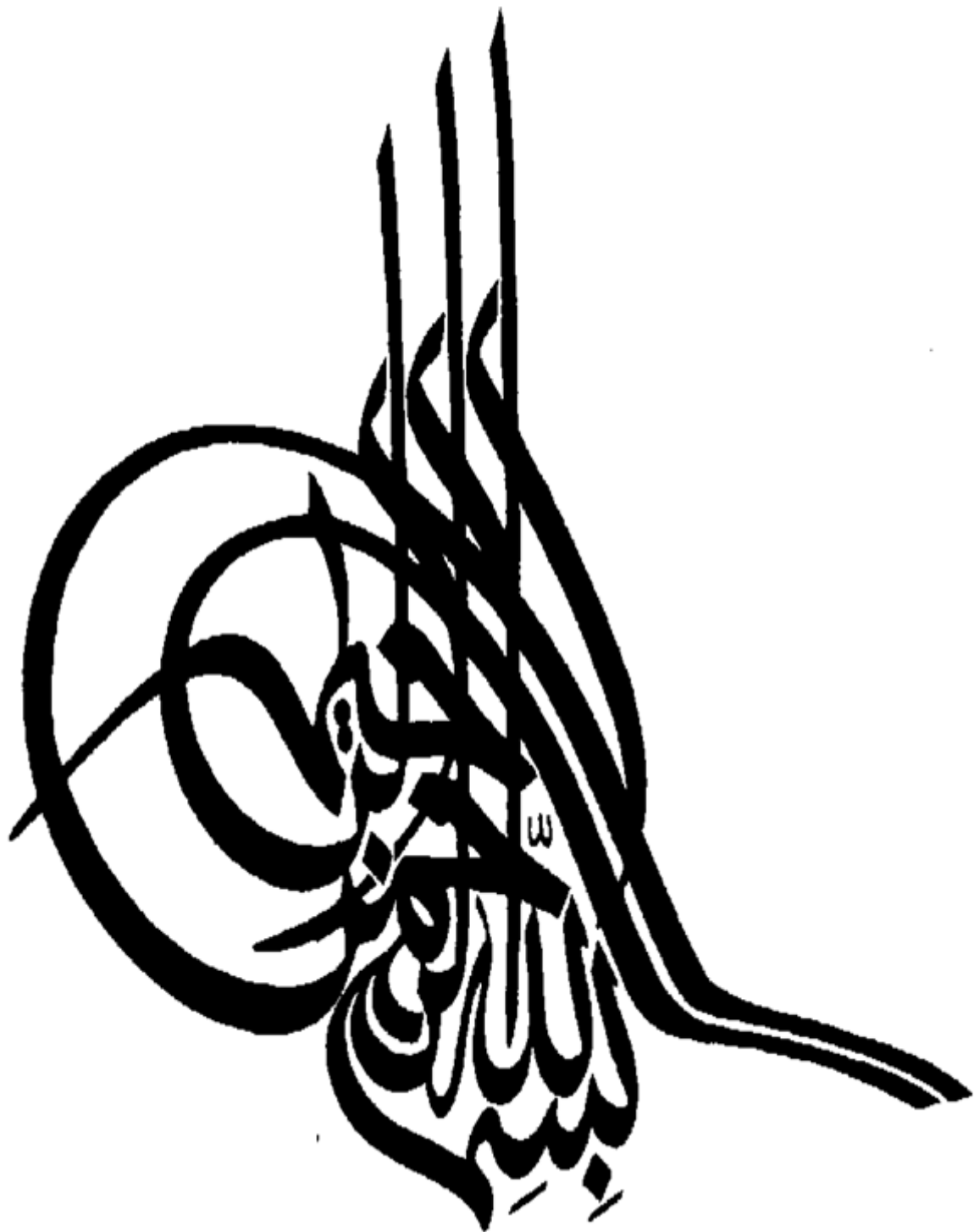
إعداد الطالبة:

بوحياة فلقول

أعضاء لجنة المناقشة

| الرقم | الاسم واللقب | الرتبة | الجامعة | الصفة |
|-------|----------------------|---------|----------------------------|--------------|
| 01 | بوعلاقة فطيمة الزهرة | أستاذ-ب | جامعة محمد بوضياف بالمسيلة | مشرفا ومقررا |
| 02 | السعيد بوجلال | أستاذ-أ | جامعة محمد بوضياف بالمسيلة | رئيسا |
| 03 | حليمة شريفي | أستاذ-أ | جامعة محمد بوضياف بالمسيلة | مناقشا |

السنة الجامعية: 2019-2020



** شكر وتقدير **

بداية الحمد لله والشكر له الذي أعانني على إتمام هذه المذكرة، فلولا توفيقه
عز وجل لما تحقق من ذلك شيء، والذي بحمده تتم النعم والشكر القائل في منزل
كتابه " لئن شكرتك لأزيدنكم "

والصلاة والسلام على نبينا محمد وعلى آله وصحبه أجمعين وبعد

بشعور غامر بالتقدير والوفاء، تتقدم الطالبة بشكرها الخالص العميق مقرونا بجزيل العرفان
والامتنان إلى كل من تفضل وأثرى جوانب هذا التقرير، سواء برأي أو توجيه أو نصيحة، أو ساهم في هذا
العمل

وتقديري إلى من تقصر كلمات الشكر وعبارات الثناء عن الوفاء بحقها، إلى أستاذتي الفاضلة المشرفة الدكتورة

بوعلاقة فطيمة الزهرة التي منحتني الوقت والجهد والاهتمام .

وإذا نسيت لا أنسى أن أقدم الشكر الخاص للأستاذة الأخصائية النفسانية

شريط إيمان لما قدمت لي من عون في إنجاز هذه المذكرة .

كما لا يفوتني أن أقدم شكري لمستشفى الزهراوي بالمسيلة التي قمت بتطبيق

إجراء الدراسة الميدانية عندهم

والى عائلات الحالات.

الاهداء

إلى أطيب القلوب ودوائها وعافية الأبدان وشفائها ونور الأبصار وضيائها، إلى سيد المرسلين

من بعثه الله تعالى رحمة للعالمين

سيدنا محمد صل الله عليه وسلم .

إلى من لقني أول أبجديات العطاء أبي ،من تحمل من اجلي حر الصيف والبرد الشتاء وكان شامخا

دائما كالجمال من أجل تحقيق متطلباتي

إليك أقدم ثمرة من ثمرات صبرك ومشقتك فالحياة .

إليك أمي حبيبي يا من كنت نسمة في ليالي صيفي ودفني في شتاء أيامي إليك يا من غرستني فيا

حب العلم وشجعنتني وكنت عضدي في مشواري

، يا من كانت دمعتك ترافق دعائك لي يا بسملة الآمال والحنان أقدم لك بعض عطائك

فتقبله داعية .

أدامكما الله لنا تاجا فوق رؤوسنا

إلي زوجي العزيز

إلى كنتكوتي الصغيرة إيناس ماريا

إلى من تذوقت وإياهم حلو العيش ومره صفوه ، وورود الريحان إليكن أخوتي الحبيبات "عائشة ، نعيمة ،

نور الهدى ،إلى روح أختي الزكية

الطاهرة جميلة " بنت أختي أحلام اللواتي طالما انتظرنا هذه اللحظة، إليكن أقدم نتاج حبكن

وتشجيعكن ورعايتكن ودعواتكن في ظهر الغيب .

إلي تلك الشموع التي أنارت اللي الدرب، إلى الضمير الذي يحي القلب به ولأجله وإلى مستقبلنا

الواعد إليكم شقائق النعمان وتوأم روحي إخوتي " الطاهر

، كمال ، عبد الحليم ،عبد الحق ، حمزة ، وأولاد أختي فتحي ، محمد ، عمر " .

إلي زوجات أخوتي وأولادهم " خير ، رفيق ، محمد رمزي ، جني ، خديجة ، سلسبيل ،

مریم أسیل

، أروى أمينة، هبة سرين، إدريس، أماني.

إلى أولاد أخوتي وبناتهم " محمد الطاهر ، يحي ضياء الدين ، مریم أسیل ،

ماريا ، إلياس ، أمينة ، فرح" .

إلى كل خالتي "مسعودة ، حورية وبتها دبي نبيلة وكل أولادها ، خضرة وأولادها ، ربح وبناتها "دليلة ،

سمرة ، نبيلة ، ، خليصة ، سهام ، إيمان

وخوالي خاصة شنان الطاهر

إلى كل عماتي " عائشة ، مليكة ، أم الخير ، ربيحة، إلى أعمامي وكل أولادهم وبناتهم

إلى عائلة بسطي ، حاجة عائشة وبناتها ، بسطي سماح ، مهية وفاء وعائلتها شكرا جزيلاً

على المساعدة .

إلى كل من "قلقول خضرة وعائلتها، بن مرزوق عبد الغني ، شنان العيد ، لدغم شكوش على .

إلى صديقاتي " أسماء بوساق ، أم السعد بوقرة ، نور نسيمة ، عطرى نورا ، حويش فضيلة ،

مشاني تسعديت ، أمال بن معتوق ، تبقرين هاجر،

دهيمي آسيا ، مریم عمروش ، بن مرزوق رشيدة.

إلى أساتذة علم النفس :بوعلاقة فطيمة الزهراء ، بن زطة بلدية ، عزوق جميلة ، سماعيل يامنة،

لبنى سفاري ، بورنان سامية ، خرخاش أسماء ،

بوقرة عواطف إلى كل من وسعهم قلبي ولم يكتبهم قلبي .

حياة قلقول



فهرس المحتويات

فهرس المحتويات

شكر وعرفان

الإهداء

فهرس المحتويات

فهرس الجداول

ملخص الدراسة

أ

مقدمة

الفصل الأول : الإطار العام للدراسة

- | | |
|----|---------------------------|
| 5 | 1 . الإشكالية |
| 8 | 2 . فرضيات الدراسة |
| 8 | 3 . أسباب اختيار الموضوع |
| 9 | 4 . أهداف الدراسة |
| 10 | 5 . أهمية الدراسة |
| 10 | 6 . تحديد مصطلحات الدراسة |
| 12 | 7 . الدراسات السابقة |

الفصل الثاني : الذاكرة والاسترجاع الذكروي

- | | |
|----|-------------------------------|
| 24 | تمهيد |
| 25 | 1 . الذاكرة |
| 25 | 1 . تعريف الذاكرة |
| 26 | 2 . شروط عمل الذاكرة |
| 27 | 3 مراحل الذاكرة |
| 28 | 4 أنواع الذاكرة |
| 38 | 5 . الأسس الفسيولوجية للذاكرة |

| | |
|----|----------------------------|
| 40 | 6 . اضطرابات الذاكرة |
| 47 | II . الاسترجاع الذكري |
| 47 | 1 . تعريف الاسترجاع |
| 47 | 2 . أنواع الاسترجاع |
| 48 | 3 . تعريف الاسترجاع الذكري |
| 49 | خلاصة |

الفصل الثالث : الزهايمر

| | |
|----|---------------------------------------|
| 51 | تمهيد |
| 52 | 1 . تعريف الزهايمر |
| 53 | 2 . أنواع مرض الزهايمر |
| 53 | 3 . عوامل الإصابة بمرض الزهايمر |
| 56 | 4 . مراحل مرض الزهايمر |
| 58 | 5 . معايير تشخيص مرض الزهايمر |
| 60 | 6 . الاضطرابات المصاحبة لمرض الزهايمر |
| 70 | خلاصة |

الفصل الرابع : الإجراءات المنهجية للدراسة

| | |
|----|--------------------------------|
| 72 | تمهيد |
| 73 | 1 . منهج الدراسة |
| 73 | 2 . حدود الدراسة |
| 74 | 3 . الدراسة الاستطلاعية |
| 75 | 4 . حالات الدراسة |
| 76 | 5 . أدوات المستخدمة في الدراسة |
| 92 | خلاصة |

الفصل الخامس : عرض ومناقشة نتائج الدراسة

| | |
|-----|------------------------------------|
| 94 | 1 . عرض نتائج حالات الدراسة |
| 94 | 1 . 1 عرض الحالة الأولى |
| 97 | 1 . 2 عرض الحالة الثانية |
| 100 | 1 . 3 عرض الحالة الثالثة |
| 114 | 2 . مناقشة النتائج في ضوء الفرضيات |
| 117 | 3 . خلاصة النتائج |
| 119 | خاتمة |

قائمة المراجع

قائمة الملاحق

فهرس الجداول:

| الصفحة | العنوان | الرقم |
|--------|---|-------|
| 37 | يوضح أهم خصائص الذاكرات | 01 |
| 76 | يمثل خصائص حالات الدراسة | 02 |
| 78 | يمثل توزيع بطاقات الرورشاخ حسب اختلاف ألوانها | 03 |
| 88 | يمثل طريقة تنقيط اختبار شكل راي المعقد . (Rey،A،1959) . | 04 |
| 110 | عرض نتائج اختبار شكل راي البسيط (B) | 05 |

ملخص الدراسة:

هدفت الدراسة إلى الكشف عن الاسترجاع الذكري عبر الرورشاخ والوجه المعقد لرأي (FCR) لدى المصابين بمرض الزهايمر .

وقد انطلقت من التساؤل التالي :

هل القصور في الذاكرة لدى مرضي الزهايمر يطابقه صعوبة في عملية الاسترجاع عبر الرورشاخ واختبار الوجه المعقد لرأي ؟

للإجابة على هذا التساؤل تم إتباع المنهج العيادي القائم على دراسة الحالة الذي يعتبر الأنسب لهذه الدراسة قمنا باستخدام المقابلة نصف الموجهة، ومجموعة من الاختبارات النفسية حيث تم تطبيق كل من اختبار رورشاخ واختبار الوجه المعقد لرأي علي 3 حالات تم اختيارهم بطريقة قصدية، أعمارهم ما بين 65-70 سنة .

وجاءت النتائج كالتالي :

- القصور في الاسترجاع الذكري لدى المصابين بمرض الزهايمر يطابقه صعوبة في عملية الاسترجاع عبر الرورشاخ واختبار الشكل المعقد لرأي .
- يجد مرضى الزهايمر حالات الدراسة صعوبة في استدعاء أسماء مدركات بطاقات الرورشاخ في مرحلة التمرير واسترجاع المدركات وتحديد مكانها في مرحلة التحقيق .
- يجد مرضى الزهايمر حالات الدراسة صعوبة في إعادة الإنتاج من الذاكرة في اختبار الشكل المعقد لرأي وذلك بتقييم المعايير الخاصة: بالحضور أو غياب العناصر الشكلية، الاستنساخ الصحيح، مكان صحيح أو مكان خاطئ .

Résumé léude :

L'objectif de cette étude consiste à découvrir la remémoration chez les personnes atteintes d'Alzheimer à travers le Rorschach et la figure complexe de Rey .

A partir de la question suivante :

Est-ce que la carence dans la mémoire chez les personnes atteintes d'Alzheimer correspond à une difficulté dans le processus de la remémoration à travers le Rorschach et la figure complexe de Rey ?

Ce travail mené s'appuie sur la méthode clinique centrée sur l'étude de cas à cause de sa compatibilité avec la nature de l'étude .

Et afin de répondre à la question de cette étude on a appliqué les outils suivants :

_ L'entretien semi directif.

_ Test de Rorschach.

_ Test de la figure complexe de Rey .

l'application a été réalisée sur un 3cas (masculin et féminin)atteints d'Alzheimer choisis d'une manière délibérée ,âgés entre 65 et 70 ans .

Après la présentation et l'analyse des données de l'étude, les résultats peuvent être résumés selon les points suivants :

1_ La carence dans la mémoire correspond à une difficulté dans le processus de la remémoration chez les personnes atteintes d'Alzheimer selon le Rorschach et la figure complexe de Rey .

2 _ les cas de cette étude trouvent une difficulté à se rappeler les noms des percepts des planches de Rorschach à la phase de la passation et une difficulté à se rappeler les percepts et à préciser leurs emplacements à la phase de l'enquête.

3 _ les cas de cette étude trouvent une difficulté à la reproduction de mémoire selon le test de la figure complexe de Rey en présentant les critères particuliers : en la présence ou l'absence des éléments graphiques ; à la transcription exacte, emplacement correcte ou erroné.

مقدمة

مقدمة:

يعد موضوع الذاكرة واحدا من أهم موضوعات علم النفس المعرفي المعاصر، حيث تتمثل دراسات الذاكرة في الآونة الأخيرة انعكاسا مباشرا لجهود الباحثين وأيضا لأهمية الذاكرة في مختلف مواقف الحياة الشخصية والمهنية والاجتماعية لأي فرد .

فهي من أهم العمليات العقلية العليا في حياة الإنسان، ويعتمد عليها عدد من العمليات الأخرى مثل الإدراك والوعي والتعلم والتفكير وحل المشكلات، وكذلك فهي تشير إلى عمليات بناء وتخزين للخبرة السابقة ليصبح في قدر الإمكان استعادتها إلى مجال الوعي بصورة متكررة عند الحاجة إليها، وتلعب الذاكرة دورا مهما في مختلف مجالات السلوك الإنساني في الحديث، القراءة، الكتابة، الاستماع، بل وتمتد هذه الآثار إلى ممارسة أنواع السلوك التي تعبر عن مظاهر حياتنا الخاصة مثل تناول الطعام أو ارتداء الملابس وفي كل هذه المواقف نحتاج فيها إلى الذاكرة بمختلف صورها والتي توجه سلوكنا الوجهة الصحيحة. (الشرقاوي، 2003، ص 123).

ويعد مرض الزهايمر من أشد الأمراض التي تصيب الذاكرة عند المسنين مسببا لهم اضطرابا في العمليات العقلية والمعرفية، في حياتهم اليومية .

ويعتبر مرض الزهايمر نسبة لمكتشفه ألويس الزهايمر سنة 1906، من الأمراض الانحلالية التي تمس الجهاز العصبي المركزي وخاصة البني الصدى (12 p، Rouessau، 1995)، فيبدأ بعرض النسيان ويتطور تدريجيا فيؤدي إلى تدهور معرفي ومن ثم الخرف (Bruébé، 1991، p 126)، وترتفع نسبة المصابين به مع التقدم في السن، حيث تتحصر نسبة التزايد لهذا المرض في العالم حسب الدراسات القائمة بين 01% إلى 06% قبل سن 65 و 15% ما بعد هذا السن، كما تصيب فئة الرجال بنسبة 1,7% مقابل 4,1% من النساء ما بين 65 سنة إلي 70 سنة، 14,3% مقابل 35% لأكثر من 87 سنة. (212 p، kacha. 2002).

وهنا لابد من الإشارة إلى أن هذا المرض باعتباره مرض العصر، يصيب خلايا المخ ويؤدي بدوره إلى خلل في عملية الذاكرة، فيشوبها التذبذب وعدم القدرة على تذكر الأحداث وخاصة القريبة منها، ولا يعرف حتى الآن سبب محدد للإصابة، وتتضاعف أعداد مرضاه كل خمس سنوات، وغالبا ما تتطور أعراضه بسرعة ويفقد المصاب به القدرة على التعرف إلى الأشخاص والأماكن والاهتمام بنفسه. (العنيزي، 2015، ص 18)

وفي حين يعتبر الإدراك العملية العقلية التي يتم بواسطتها اتصال الفرد بالعالم الخارجي في الموقف الراهن، فإن التذكر هو عملية إدراك للمواقف الماضية بما يشملها من خبرات وأحداث تؤدي دورا هاما في حياة الفرد . (الشرقاوي، 2003، ص 161) .

وللبحث عن إمكانية استرجاع الذاكرة عند المصابين بالزهايمر قمنا بهذه الدراسة للتعرف على إمكانية الاسترجاع الذكري عبر الرورشاخ والوجه المعقد لرأي لدى المصابين بمرض الزهايمر، وللإجابة عن متطلبات هذا الموضوع قسمنا البحث إلى جانبين :

1 - الجانب النظري .

2 - الجانب التطبيقي (الميداني) .

لكن في البداية قمنا بتقديم الفصل الأول الذي جاء تحت عنوان الإطار العام للدراسة وذكرنا فيه العناصر التالية: إشكالية الدراسة، فرضيات الدراسة، أسباب اختبار الموضوع، أهمية الدراسة، أهداف الدراسة، تحديد المفاهيم الأساسية للدراسة، الدراسات السابقة.

وبعد هذا الفصل التمهيدي تم عرض فصلين نظريين كالتالي :

الفصل الثاني : المتمثل في الذاكرة والاسترجاع الذكري

وتناولنا فيه :تعريف الذاكرة ومراحلها وأنواعها، وشروط عملها، الأسس الفسيولوجية للذاكرة، اضطرابات الذاكرة، تعريف الاسترجاع، أنواع الاسترجاع، تعريف الاسترجاع الذكري .

الفصل الثالث: والذي خصص لزهيمر وتناولنا فيه:تعريف الزهايمر وأنواعه، عوامل الإصابة بمرض الزهايمر، ومراحله، معايير تشخيص مرض الزهايمر، الاضطرابات المصاحبة له .

*أما الجانب التطبيقي : يحتوي على فصلين الرابع والخامس .

الفصل الرابع : خصصناه للإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية المتمثلة: في منهج البحث وحدود وعينة الدراسة، الدراسة الاستطلاعية، ثم أدوات المستخدمة في الدراسة وكيفية وظروف التطبيق .

الفصل الخامس: الذي خصص لعرض وتحليل ومناقشة النتائج على ضوء الفرضيات التي انطلقنا منها في بحثنا، ثم عرض النتائج التي توصلنا إليها من خلال هاته الدراسة، والاستنتاج العام وأخيرا قدمنا خاتمة للبحث مع بعض الاقتراحات .

الفصل الأول

الإطار العام للدراسة

- 1 - الإشكالية
- 2 - فرضيات الدراسة
- 3 - أسباب اختيار الموضوع
- 4 - أهداف الدراسة
- 5 - أهمية الدراسة
- 6 - تحديد مصطلحات الدراسة
- 7 - الدراسات السابقة

1 - الإشكالية :

إن التغير هو عنوان الكائن الإنساني سواء كان من الناحية الفيزيولوجية أو الجسدية أو العقلية والمعرفية أو من الجانب الاجتماعي والانفعالي، فهذا الكائن الذي يبدأ ببنية ميكروسكوبية يتطور إلى طفل ببنية بشرية منفردة تمكنه من السيطرة على حركاته وقواه الجسمية المختلفة مستعينا بحساسية أنامله ومرونة عضلاته، ثم إلى مراهق أين ينزع إلى اكتشاف ذاته وبيان كيانه ليملك إرادته فيها واستقلالته في تصريف شؤونه (عدس، 2008، ص 10)، ومن ثم إلى راشد أين يصبح معتد النشأة قادرا على تحمل مسؤوليات الاشتراك في المجتمع الكبير، وباكتمال هذا النمو الفيزيقي والوصول إلى حالة النضج يدخل هذا الكائن بعد ذلك إلى مرحلة طويلة من الانحدار الفيزيقي وفي الغالب يحدث هذا في الستينات من العمر التي يعدها البعض بداية لمرحلة الشيخوخة. (العيسوي، د س، ص 267).

وتعتبر مرحلة الشيخوخة من المراحل الحساسة في عمر الفرد، كما أنها لا تعني فقط التغيرات البيولوجية والفسولوجية بقدر ما هي ظاهرة نفسية واجتماعية وفي هذه المرحلة يتعرض المسن للكثير من الأمراض، إذ أن انحراف صحة المسن في هذه المرحلة يرجع إلى ثغرات صحية نشأت في المراحل السابقة (الميلادي، 2006، ص 14).

إن عملية التقدم في السن تمثل بالنسبة لكل الناس مشكلة من مشاكل التكيف وأعظم المشاكل تحدث عندما يتدهور الدماغ والجهاز العصبي. (العيسوي، د س، ص 267) يتعرض الجهاز العصبي لدى الإنسان لإصابات عصبية مختلفة، نذكر منها العيوب الخلقية،الالتهابات،الإصابات الوعائية الدماغية،الأورام، الصدمات الجمجمة،اضطرابات التمثيل الغذائي، وكذلك الأمراض العصبية الانحلالية، هذه الأخيرة تظهر في شكل متلازمة العته التي تتضمن عدة أمراض، أهمها مرض الزهايمر الذي يعتبر الإصابة الانحلالية الأكثر شيوعا . (Larousse de La Médecine، 2003، p916) .(petti).

حسب " ألويس الزهايمر A.Alzheimer (1907)، هذا المرض هو إصابة عصبية انحلالية للمخ والتي تسبب فقدان تدريجي للخلايا العصبية، فهو يؤدي إلى اختلال في الوظائف المعرفية : الذاكرة، اللغة، التفكير، الانتباه، القدرة على التعرف الأدائية والوظائف التنفيذية. (Stelzmann, 1995 ، pp429 - 430) .

وهو أكثر الإصابات العصبية شيوعا عند المسنين، حوالي 60 - 80 % من كل الإصابات العصبية المعرفية، تتميز بضمور في المناطق القشرية للفصوص الجبهية، الجدارية والصدغية وفي منطقة الحصين، يحدث هذا الضمور بسبب تراكم صفائح " بيتا أميلويد " وتشابكات عصبية ليفية في المناطق القشرية والمادة البيضاء تحت القشرية ويؤدي إلى تلف معرفي تدريجي، أولاً في الذاكرة و قدرات الاكتساب، ثم يمس كل المجالات المعرفية . (2, p , Atteintes neurocognitives DMS -V) .

ويعتبر بعض المحللين النفسانيين حدوث اضطرابات الهلوس في مرض الزهايمر تقدم شكل من الرضا الرجعي للرغبة، كما هو الشأن في نموذج الحلم الذي وضعه فرويد. ومع ذلك فهذه المقاربات التحليلية لاضطرابات الهلوس في مرض الزهايمر تتكلم بوضوح عن مفهوم العقلنة من طرف بيار مارتني في تيار الفكر السيكوماتي ليست أمثلة للالتباس، نتيجة لذلك من خلال مارتني فالعقلنة تمثل « كمية ونوعية التمثلات النفسية للأفراد » . (Robinet, 2013 , p 20) .

وقد استقطب هذا المرض اهتمام العديد من الدراسات، والتي ركزت في بادئ الأمر على دراسة تصور الاضطرابات المعرفية وخاصة اضطرابات الذاكرة، لكونها من الأعراض المكبرة والمميزة لهذا المرض، وكذا ضعف القدرة على الإدراك والانتباه والتعلم، ونذكر في هذا الصدد دراسة Belleville أجريت سنة 2007 حول أداء الذاكرة والرقابة الانتباهية خلال السيرورة التطورية لمرض الزهايمر، حيث أسفرت عن وجود عجز دال لدى المرضى المصابين بالزهايمر في هذه المهام . (بن أعراب، 2012 ، ص 14) .

وفي نفس السياق أوضحت دراسة أجرتها عزة إسماعيل سنة 1948 بعنوان « أثر التقدم في العمر على الذاكرة » وتوصلت إلى أن التقدم في العمر يصاحبه تناقص في القدرة على استيعاب المعلومات اللفظية وفي القدرة على استعادة بيانات ذات طبيعة مكانية و زمانية . (الميلادي، 2006، ص 68) .

ونظام الذاكرة لدى الإنسان يتميز بقدر كبير من تنوع العمليات التي يتضمنها، كما تقوم الذاكرة بتسجيل الخبرات التي تمر بها في مواقف حياتنا في التواصل مع الموقف الراهن بما فيه من عناصر أو موضوعات، فإن التذكر هو استرجاع لهذه العناصر والموضوعات، وما يرتبط بها من خبرة سابقة. (محلة، 2012، ص 120) .

ويساعد على عملية الاسترجاع عدد من الدلالات البيئية أهمها الدلالات المكانية، ودلالات الشيء الخارجي، والدلالات الصوتية، ودلالات المعنى، ولذلك تعتبر دلالات الاسترجاع بمثابة وسائل تساعد الفرد على استرجاع المعلومات التي يرغب في تذكرها. (الشرقاوي، 2003، ص 162) .

وفي هذا المنظور فإن إعادة هيكلة النفسية عبر القطب البصري في مرض الزهايمر بعيد عن تشكيل مؤشر نفسية متراجعة أو عن طريق التدمير يبدو بديل جيد كماستشفاء ذاتي مؤقت للمريض . (Robinet ، 2013 ، p27) .

ومن أجل التحقق من إمكانية استرجاع الذاكرة عند المصابين بالزهايمر عن طريق الاختبارات والمقاييس ارتأينا أن نقوم بدراسة ميدانية(دراسة حالة) لمعرفة إمكانية الاسترجاع الذكروي عبر الرورشاخ والوجه المعقد لرأي لدي المصابين بمرض الزهايمر .
ومن هذا المنطلق تم طرح التساؤل التالي :

-هل القصور في الذاكرة لدى مرضى الزهايمر يطابقه صعوبة في عملية الاسترجاع عبر الرورشاخ واختبار الشكل المعقد لرأي ؟

2 - الفرضيات :

الفرضية العامة:

- إن القصور في استرجاع الذكروي لدى المصابين بمرض الزهايمر يطابقه صعوبة في عملية الاسترجاع عبر الرورشاخ واختبار الشكل المعقد لرأي .

الفرضيات الجزئية :

- 1- يجد مرضى الزهايمر حالات الدراسة صعوبة في استدعاء أسماء مدركات بطاقات الرورشاخ في مرحلة التمرير واسترجاع المدركات وتحديد أماكنها في مرحلة التحقيق .
- 2- يجد مرضى الزهايمر حالات الدراسة صعوبة في إعادة الإنتاج من الذاكرة في اختبار الشكل المعقد لرأي وذلك بتقييم المعايير الخاصة : بالحضور أو غياب العناصر الشكلية الاستتساخ الصحيح ؛ مكان صحيح أو مكان خاطئ .

3- أسباب اختيار الموضوع :

إن اختيار أي موضوع ما للدراسة يحمل في طياته أسباب ودوافع عديدة تثير فضول واهتمام الباحثة وتدفعها إلى موضوع دون غيره من المواضيع .
ومن الدوافع التي زادت اهتمام الباحثة وشجعتها لطرح موضوعها هذا والمتمثل في:

- الاسترجاع الذكروي عبر الرورشاخ والوجه المعقد لرأي لدى المصابين بمرض الزهايمر
- شغف وحب واهتمام المشرفة للإشراف ودراسة هذا الموضوع .
- أسباب ذاتية شخصية بحيث كانت خبرة معاشة في الوسط العائلي، وكانت من المقربين ألا وهو جدي رحمة الله عليه .
- قلة الدراسات العلمية فيما يخص الاسترجاع عند المصاب بمرض الزهايمر في الوسط الإكلينيكي العربي وخاصة الجزائري .
- الرغبة في المساهمة في إيجاد و وضع حل واستراتيجيات التكفل بهذه الفئة .

- نقص الاهتمام بفئة كبار السن والاضطرابات التي يمكن أن تظهر في هذه المرحلة .
- حب المعرفة والرغبة في الاستطلاع وفي تعلم كل ما هو جديد في مجال العلم.

4 - أهداف الدراسة:

يعتبر الموضوع الحالي من المواضيع الجديدة في علم النفس العيادي ومن الموضوعات التي لم تنل حقها الكافي في بلادنا وتأخر الاهتمام بهذا الجانب لدى المنظومة الصحية.

تتمثل أهداف الدراسة فيما يلي:

- كشف عن ما إذا كان هناك قصور على مستوى الذاكرة لدى المصابين بمرض الزهايمر وذلك من خلال تطبيق اختبار الرورشاخ والوجه المعقد لرأي .
- الكشف عن القصور في الذاكرة لدى المصابين بمرض الزهايمر يطابقه صعوبة في عملية الاسترجاع .
- الكشف على أن القصور في استرجاع الذكري لذي المصابين بمرض الزهايمر يطابقه صعوبة في عملية الاسترجاع عبر الرورشاخ والوجه المعقد لرأي.
- الوقوف على أوجه القصور التي يعاني منها مرضي الزهايمر في نشاطات الحياة اليومية.
- محاولة معرفة إلي أي مدى يمكن للقصور في الذاكرة أن يؤثر في عملية الاسترجاع لدى المصابين بمرض الزهايمر .
- التعرف على أن المصابين بمرض الزهايمر يجد صعوبة في استدعاء أسماء مدركات بطاقات الرورشاخ في مرحلة التمرير واسترجاع المدركات وتحديد مكانها في مرحلة التحقيق .

- التأكد من أن المصابين بمرض الزهايمر يجد صعوبة في إعادة الإنتاج من الذاكرة في اختبار الشكل المعقد لرأي وذلك بتقييم المعايير الخاصة: بالحضور أو غياب العناصر الشكلية الاستنساخ الصحيح، مكان صحيح أو مكان خاطئ .

5- أهمية الدراسة :

تمثلت أهمية الدراسة فيما يلي:

- تسليط الضوء على موضوع حساس ومهم .
- تسليط الضوء على عامل مهم يكون سبب في حدوث خلل في الذاكرة لدى المصابين بمرض الزهايمر وهو استرجاع الذكري .
- قد تفيد هذه الدراسة من خلال المقابلة العيادية والاختبار الاسقاطي الورشاح واختبار الوجه المعقد لرأي في الكشف عن أهمية استرجاع لدى المصاب بمرض الزهايمر .
- استثمار نتائج الدراسة في تصميم برنامج تدخل نفسي بالمرافقة النفسية ومحاولة إبطاء التدهور أو القصور في الذاكرة لدى المصابين بمرض الزهايمر .
- قد توضح نتائج هذه الدراسة بعض الأمور الغامضة (قصور في الذاكرة، صعوبة في عملية الاسترجاع الذكري) حول هذا المرض وتأثيره على الخيال المستقبلي للمصابين بمرض الزهايمر .

6 - تحديد مصطلحات الدراسة:

6 - 1 الزهايمر :

- تعريف الزهايمر:

هو إصابة تنكسية عصبية للخلايا الدماغية حيث تؤدي العملية المرضية للداء إلى تكوين بروتينات شاذة تؤدي بدورها إلى موت تدريجي ومترقى للخلايا الدماغية . (أبو حامد، 2009، ص 12).

تعريف الزهايمر إجرائيا :

وهو دراسة انحلالية للجهاز العصبي المركزي، تظهر من خلال تدهور تدريجي ومستمر للقدرات الذهنية والاجتماعية إلى درجة تكفي لعرقلة القيام بنشاطات الحياة اليومية، وهو يعد من أكثر أنواع الخرف شيوعا عند فئة ما فوق 65 سنة .

6 - 2 الذاكرة :

نشاط عقلي معرفي يعكس القدرة على ترميز وتخزين وتجهيز ومعالجة المعلومات المستدخلة والمشتقة واسترجاعها . (الزيات، 1995، ص 369).

-تعريف الذاكرة إجرائيا:

بأنها القدرة على استرجاع خبراتنا السابقة، وهي التفاعل بين ميكانيزمات مكتسبة نشطة ذات خصائص وأنظمة عملية، وهي مجموع السيرورات البيولوجية والسيكولوجية التي تقوم على ثلاث مراحل أساسية للحفظ وهي الترميز التخزين والاسترجاع .

6 - 3 الشيخوخة:

- تعريف الشيخوخة:

تعد الشيخوخة مرحلة من مراحل التي لها خصوصيتها لما يظهر فيها من أزمة اغتراب ونرجسية وصعوبة التوافق لمتغيرات الحياة، كذلك تدهور في وظائف جسمية وفيزيولوجية ونفسية . (عوض، 1999، ص 96) .

- تعريف الشيخوخة إجرائيا :

هي المرحلة الأخيرة من مراحل حياة الإنسان تظهر لدى جميع الكائنات الحية، وهي مرحلة تطراً على مجموعة من التغيرات النفسية والجسمية، تبدأ في سن 60 سنة فما فوق.

7 - الدراسات السابقة :

7 - 1 دراسة تناولت الزهايمر :

- دراسة بن أعراب آسيا 2012: تحت عنوان « اضطراب الوظائف التنفيذية عند المصاب بالزهايمر الابتدائي ». .

- هدفت إلى الكشف عن وجود العجز التنفيذي المعرفي لدى المصابين بمرض الزهايمر الابتدائي والتعرف على سيميولوجية أداة الوظائف التنفيذية لهم، وذلك اعتماداً على منهج دراسة الحالة، ولتحقيق أهداف البحث فقد استعانة الباحثة باختبارات نفسية عصبية لتقييم الأداء المعرفي العام (MMSE) والأداء التنفيذي عن طريق البطارية السريعة للفحص الجبهي (BREF) .

وبعد تطبيق هذه الدراسة على 8 حالات تتراوح أعمارهم ما بين 62 و72 سنة، تم التوصل إلى وجود عجز في مستوى الوظائف التنفيذية التالية: الكف والمرونة الذهنية، إلى جانب اضطراب ميكانيزمين للرقابة الانتباهية: وهما الانتباه الانتقائي والانتباه المجزأ، الأمر الذي أثر على المعاش اليومي للمصاب .

- دراسة Green وآخرون (1995) :

تناولت هذه الدراسة الكشف عن اضطراب الأداء التنفيذي في مرحلة مبكرة من بداية مرض الزهايمر لدى مجموعة من المرضى بحيث درجة (MMSE) تتراوح ما بين 24 و22 ومقارنتهم مع مجموعة من الأفراد المسنين الأصحاء، وقد أسفرت الدراسة عن وجود ضعف وتراجع مبكرين لأداء الوظائف التنفيذية (وظائف المراقبة) خلال مرحلة بداية مرض الزهايمر وأظهر المرضى عجزاً بصفة خاصة في الاختبارات التي تتطلب تنفيذ ومعالجة أكثر من معلومة في نفس الوقت، وفي جميع المهام التي تستدعي ليونة معرفية مراقبة ذاتية وتحديد البنية الزمنية وعلى غرار ذلك فإن قدرات تكوين المفاهيم الشفوية تكون أقل إصابة خلال المرحلة المبكرة للمرض. (بن أعراب آسيا، 2012، ص 12)

- دراسة **Nathalie Mangin**:

بعنوان «التوجه الطوبوغرافي واضطراباته عند المصابين بالزهايمر». دراسة دكتوراه في سنة 2010 في الطب بعنوان التوجه الفضائي العادي واضطراباته عند المصابين

بالزهايمر تقييم وتأهيل عن معهد الطب ب **Nancy** جامعة **Henri Poincaré**

- تهدف الدراسة إلى إبراز مدى التدهور في التوجه الفضائي عند المصابين بالزهايمر والبحث على تشخيص مكان الإصابة ودرجتها .

وكشفت الدراسة إلى أن المصابين بالزهايمر يفقدون مهارات التوجه الفضائي وتذكر المكان أو الوضعية تدريجيا وكانت النتائج المتوصل إليها حسب الباحثة مرتبطة بإصابات دماغية عصبية وفق صور الرنين المغناطيسي **IRM**، من خلال ما توصلت إليه، **Nathalie** على مصابين بالزهايمر بمعهد الطب **Nancy** على 10 حالات أن إصابة حسان البحر **L'hippocampe** وكلما كانت الإصابة كبيرة كان إدراك التوجه الفضائي ضعيفا بل متدهورا .

- دراسة فريدة تاقولميت (2009):

بعنوان: تقييم الوظائف المعرفية لدى المصاب بالعتة من النوع الزهايمر بتقنين اختبار الفحص المختصر للحالة العقلية **Folstein Mini - Mentel Stat Examinassions** على البيئة الجزائرية - تناول نفس عصبي .

هدفت الدراسة: إلى تقديم وتوفير أداة نفسية عصبية مقننة على البيئة الجزائرية واستخلاص الاضطرابات التي تنجز عن الإصابة بالعتة من نوع الزهايمر ومن أجل التقييم النفسي العصبي للوظائف المعرفية لدى المصاب بالعتة من نوع الزهايمر.

وقد أجريت الدراسة على 10 حالات مصابة بمرض الزهايمر، تتراوح أعمارهم بين 56 - 79 سنة، بطريقة مقصودة .

حيث تم التوصل إلى نتائج مختلفة باختلاف درجة تدهور الوظائف المعرفية، ويشير التحليل الكيفي إلى أن نتائج الحالات تتشابه في بعض الاضطرابات المعرفية وتختلف في البعض الآخر، حيث وجدت كلها تعاني من اضطرابات في الذاكرة خاصة في عملية الاسترجاع ومنها من تعاني من صعوبات في التشفير والتخزين وهذا بالنسبة للحالات التي زادت عندها حدة المرض عندها، أما من حيث اختلاف الاضطرابات فهناك بعض الحالات التي سجلنا عندها صعوبات مشاكل في الانتباه والحساب ويبقى الجانب اللغوي سليماً، والبعض الآخر سجلنا عندها صعوبات في اللغة في حين لم نجد مشاكل في الانتباه

7 - 2 دراسات تناولت الذاكرة:

- دراسة فرويد نبرغر و كريشنزو (Freduenberger & Crescenzo 2004) :

بعنوان : الذاكرة البصرية الحركية مقابل الذاكرة البصرية من أجل استرجاع اختبار رأي - أوستريتش لاسترجاع شكل معقد .

هدف الدراسة: التعرف على الاختلافات بين الذاكرة البصرية الحركية والذاكرة البصرية وفق متغير الجنس.

عينة الدراسة : طبقت الدراسة على عينة قوامها (20) طالبا من جامعة جورجيا في أمريكا (10 ذكور ، 10 إناث) .

أدوات الدراسة : استخدمت الدراسة (رأي - أوستريتش) لتذكر الشكل المعقد (FCR) ، وقسمة العينة إلى مجموعتين الأولى (مجموعة الاسترجاع البصري الحركي)، طلب إليها نسخ الشكل بالقلم أثناء مشاهدتهم بتمرير القلم فوق الشكل على ورقة فارغة، والمجموعة الثانية (مجموعة الاسترجاع البصري) طلب إليها حفظ الشكل بصريا في عقولهم ،وبعدها أعطى المفحوصون 5 دقائق لنسخ الشكل كزمن أقصى قبل تسليم الورقة ،ولم يكن هناك حد زمني ادني للإجابة .

- نتائج الدراسة: أظهرت نتائج الدراسة تفوق المجموعة التجريبية في استرجاع الشكل على المجموعة الضابطة التي لم يتم فيها نسخ الشكل، ولم تجد الدراسة أي فروق تعزى لمتغير الجنس، كما توصلت النتائج إلى تفوق مجموعة الاسترجاع البصري الحركي على مجموعة الاسترجاع البصري مما يدل على أن الذاكرة البصرية الحركية أكثر فعالية من الذاكرة البصرية لوحدها.

- دراسة الفارز وكافاناغ (Alvarez & Cawanagh 2004) :

بعنوان :سعة الذاكرة البصرية قصيرة المدى تحدد بحمل المعلومات البصرية وبعدد المواد المدخلة .

هدف الدراسة : تحديد فيما إذا كانت سعة الذاكرة البصرية القصيرة المدى تحدد بمقدار صعوبة وتعقيد الأشكال(حمل المعلومات) التي تخزن في الذاكرة، أم بعدد المعلومات البصرية التي تختزن فيها .

عينة الدراسة : طبقت الدراسة على عينة مكونة من 5 رجال ونساء أعمارهم بين (18 إلى 30)سنة .

أدوات الدراسة : استخدمت الدراسة صفوف من الأشكال التي تتضمن كل صف منها 6 أشكال، الأول أشكال مرسومة لأشياء تستخدم مثل (فرشاة الأسنان، فأس، مشط... الخ) والثاني(مضلعات مظلمة الوجوه كل مضلع له وجه مظلل مختلف عن الآخر) والثالث '(أشكال لها أضلع مرسومة بشكل عشوائي لا معنى لها)، والرابع (أحرف من الأبجدية الصينية)، والخامس (أحرف إنجليزية) والسادس (مربعات مختلفة الألوان والتظليل) ،حيث قسم الاختبار إلى 10 جلسات، وعرضت الأشكال بمدة زمنية حددت في الدراسة الاستطلاعية (500 ميلي ثانية لعرض كل صف من الصفوف)، حيث تم العرض على جهاز الكمبيوتر.

نتائج الدراسة : أشارت نتائج الدراسة إلى أن سعة الذاكرة البصرية قصيرة المدى محددة من (4 إلى 5) مواد، وهذا هو الحد الأعلى للتخزين ويزداد هذا الحد بمقدار واحد كل ما كانت أشكال المعالجة بسيطة جداً، كل ما زادت أشكال المعالجة صعوبة وتعقيداً (كوجودها ضمن فئات لها صفات معقدة) كلما انخفضت سعة هذه الذاكرة عن الحد المحدد من (4 إلى 5) مواد . (مطر، 2016، ص 81 - 83) .

- **دراسة هولينغورث وهندرسن (Hollingworth & Henderson 2002) :**
بعنوان : الذاكرة البصرية الدقيقة بالنسبة للأشياء التي تم الانتباه لها سابقاً في مشاهد طبيعية

هدف الدراسة : الكشف عن المعلومات التي تم الاحتفاظ بها لصور أشياء تم الانتباه لها مسبقاً في مشاهد طبيعية وذلك بقياس الاسترجاع من الذاكرة البصرية القصيرة المدى .
عينة الدراسة : طبقت الدراسة على 12 طالباً جامعياً أمريكياً .

أدوات الدراسة : استخدمت الدراسة 36 صورة مصممة على برنامج (CD3)، وهي صور غرف تحوي مجموعة من الأشياء مثل (قلم، صورة، حائط، كرسي، نافذة... الخ)، بحيث ينظر المفحوص إلى الصورة مدة لا تقل عن (90 ميلي ثانية) ،ثم تختفي الصورة، ثم عرض نفس الصورة بعد (500 ميلي ثانية) ،لكن كان هناك تغيير في نوع وشكل لواحد من الأشياء الموجودة في الصورة ،وعلى المفحوص أن يحدد ما هو التغيير الذي طرأ على الصورة الأساسية، ثم عرض صورة جديدة يطلب فيها من المفحوص الانتباه إلى ما هو موجود يسار كل صورة، وبعدها يطلب إليهم الانتباه إلى أشياء موجودة وسط الصورة على طاولة كانت مدة الانتباه لهذه الصورة لا تقل عن (90 ميلي ثانية)،وبعد ذلك تختفي الصورة بأكملها، وبعد (500 ميلي ثانية) تعرض الصورة نفسها مع تغيير في اتجاه أحد الأشياء الموجودة على الطاولة .

نتائج الدراسة : أظهرت نتائج الدراسة احتفاظ المفحوص بالصور البصرية في الذاكرة القصيرة المدى، فقد كانت نتائج المفحوصين على اختبار المخصص لهذه الذاكرة مرتفعا، مما يدل على احتفاظ هذه الذاكرة بالمعلومات البصرية المكانية، وعندما قيست الذاكرة طويلة المدى بعد فترة كانت نتائج المفحوصين مرتفعة مما يدل على أن المفحوصين احتفظوا بخرائط للمشاهد التي شاهدوها وانتبهوا لها مسبقا. (مطر، 2016، ص 81) .

- **دراسة شيلتون ومكنمارا (Shelton & Mcnamara 2001) :**
بعنوان : استرجاع الذكريات البصرية من التجارب غير البصرية .

هدف الدراسة : تحديد أماكن الأشياء دون أن تكون هذه الأشياء في مجال البصر .
عينة الدراسة : طبقت الدراسة على 40 مفحوصا (20 ذكور، 20 إناث) من الراشدين الأمريكيين، قسمت العينة إلى مجموعتين في الأولى جلس المفحوص في البداية على كرسي خشبي قطره 50 سم، وبعد ذلك كان على المفحوص أن ينتقل إلى ما وراء حاجز يفصل هذا المكان ليدخل إلى غرفة أخرى ويستخدم الكمبيوتر لإعادة ترتيب الأشياء من جديد، ويتصور مكان الدائرة الخشبية، ولكل مفحوص خمس محاولات، أما المجموعة الثانية شاهدت الأشياء دون محاولة تجريب إعادة البناء .

نتائج الدراسة : بينت نتائج الدراسة أن للمفحوصين ذاكرة بصرية للمنظر الذي أعادوا بناءه من الذاكرة أفضل من المناظر التي تدرس بصريا فقط لعدة دقائق، دون أن يحاول المفحوص إعادة البناء، حيث تؤكد نتائج الدراسة إلى أن المعرفة البصرية المكانية ذات الدقة العالية جدا يمكن اكتسابها من الأشكال غير البصرية. (مطر، 2016، ص 79).

3 - 7 التعقيب على الدراسات السابقة في ضوء الدراسة الحالية :

إن الدراسات السابقة هي أهم مصدر للسند النظري التاريخي، التي من خلالها تستطيع الباحثة أخذ لمحة عن واقع الأبحاث ضمن هذا الموضوع الذي تتوي الخوض فيه، كما تساعدها على تشكيل تصور مبدئي للمنحى الذي ستتخذها دراستها الحالية،

بالإضافة إلى أن إدراجها هي محاولة الباحثة إيجاد دراسات وأبحاث مطابقة لدراسة الحالية أو تقاربها معها في زاوية من الزوايا على الرغم من اختلاف الإطار الزمني والمكاني لكل منها .

سمح اطلاعنا على الدراسات السابقة باستنتاج ما يلي :

- دراسة بن أعراب آسيا، ودراسة **Green**:تمحورت حول تقييم الجانب المعرفي للمصاب بالزهايمر من الانتباه والتنفيذ، التخطيط، آليات الرقابة، وهي مواضيع جد مهمة لما لها من أهمية وتأثير على المعاش اليومي للمصاب، لكن في هذه الدراسات تجاهلها للجانب اللغوي .

- دراسة **Nathalie Mangin**: تناولت بالدراسة المصابين بالزهايمر وكانت دراسة عصبية حيث كشفت عن مدى تدهور الخلايا العصبية عند المصابين وعلاقتها بالذاكرة الفضائية .

- دراسة **فريدة تاقولميت** : تناولت الدراسة تقييم للوظائف المعرفية بصفة عامة لدى المصاب بالزهايمر، تناولت أداة كشفية وتشخيصية للأشخاص المصابين بمرض الزهايمر حيث ركزت على تكييف الاختبار المذكور سابقا لكنها أغفلت الأعراض الناتجة عن مرض الزهايمر من حيث القدرة على القيام بالنشاطات اليومية وخاصة التواصل اللغوي الذي يعد ضروري من أجل التعامل والتفاعل الاجتماعي والذي يساعد على التذكر والتفكير من أجل عدم الوقوع في أشكال العته المتأخر التي تؤدي بصاحبها إلى تدهور كل الوظائف المعرفية التنفيذية على غرار أنها الركيزة الأساسية في ضبط وكبح وتخطيط كل الوظائف التي يقوم بها مريض الزهايمر في حياته اليومية .

- دراسة **فرويد نبرغر و كريشنزو (Freduenberger& Cresecnzo 2004)** :تناولت الذاكرة البصرية الحركية مقابل الذاكرة البصرية، دراسة مقارنة هدفت للتعرف على الاختلافات بين الذاكرة البصرية الحركية والذاكرة البصرية وفق متغير الجنس .

كشفت لا يوجد فروق بين المتغير الجنس، كما تفوت مجموعة الاسترجاع البصري الحركي على مجموعة الاسترجاع البصري مما يدل على أن الذاكرة البصرية الحركية أكثر فعالية من الذاكرة البصرية لوحدها .

- دراسة الفارز وكافاناغ (Alvarez & Cavanagh 2004) : تناولت سعة الذاكرة قصيرة المدى تحدد بجمل المعلومات البصرية وبعدد الموارد المدخلة .، دراسة مقارنة بين رجال ونساء، كشفت أن سعة الذاكرة البصرية قصيرة المدى محددة من (4 - 5) مواد، هو الحد الأعلى للتخزين ويزداد هذا الحد بمقدار واحد كل ما كانت أشكال المعالجة بسيط - دراسة هولينغورث وهندرسن (Hollingworth & Henderson 2002) :

تناولت الذاكرة البصرية الدقيقة بالنسبة للأشياء التي تم الانتباه لها سابقا في مشاهد طبيعية، هدفها الكشف عن المعلومات التي تم الاحتفاظ بها لصور أشياء تم الانتباه لها مسبقا في مشاهد طبيعية وذلك بقياس الاسترجاع من الذاكرة البصرية القصيرة المدى، كشفت احتفاظ المفحوصين بالصور البصرية في الذاكرة القصيرة المدى كان مرتفعا، مما يدل على احتفاظ هذه الذاكرة بالمعلومات البصرية المكانية، وعندما قيست الذاكرة طويلة المدى بعد فترة كانت نتائج المفحوصين مرتفعة مما يدل على أن المفحوصين احتفظوا بخرائط للمشاهد التي شاهدوها وانتبهوا لها مسبقا .

- دراسة شيلتون ومكنمارا (Shelton & Mcnamara 2001) : تناولت استرجاع الذكريات البصرية من التجارب غير البصرية ،هدفت لتحديد أماكن الأشياء دون أن تكون هذه الأشياء في مجال البصر، كشفت أن للمفحوصين ذاكرة بصرية للمنظر الذي أعادوا بناءه من الذاكرة أفضل من المناظر التي تدرس بصريا فقط لعدة دقائق، دون أن يحاول المفحوص إعادة البناء، حيث تؤكد نتائج الدراسة إلى أن المعرفة البصرية المكانية ذات الدقة العالية جدا يمكن اكتسابها من الأشكال غير البصرية.

نستنتج أن دراسات الذاكرة ركزت على الذاكرة البصرية على عينات من الأشخاص العادين (الأصحاء)، كانت وصفية مقارنة .

- أوجه الاختلاف والشبه بين الدراسات السابقة والدراسة الحالية :

- تغير الهدف من دراسة إلى أخرى فهدفت دراسة بن أعراب آسيا :الكشف عن وجود العجز التنفيذي المعرفي لدى المصابين بمرض الزهايمر، ودراسة **Green** هدفت للكشف عن اضطراب الأداء التنفيذي في مرحلة مبكرة من بداية مرض الزهايمر ،كما هدفت دراسة **Nathalie Mangin** إلى "مدى التدهور في التوجه الفضائي عند المصابين بالزهايمر" ،دراسة فريده تاقولميت " إلى تقديم وتوفير أداة نفسية عصبية مقننة على البيئة الجزائرية واستخلاص الاضطرابات التي تنجز عن الإصابة بالعتة من نوع الزهايمر ومن أجل التقييم النفسي العصبي للوظائف المعرفية لدى المصاب بالعتة من نوع الزهايمر .،دراسة فرويد نبرغر وكريشنزو إلي التعرف على الاختلافات بين البصرية الحركية والذاكرة البصرية وفق متغير الجنس ،وكذلك دراسة الفارز وكافا ناغ هدفت تحديد فيما إذا كانت سعة الذاكرة البصرية القصيرة المدى تحدد بمقدار صعوبة الأشكال (حمل المعلومات) التي تخزن في الذاكرة، أم بعدد المعلومات البصرية التي تختزن فيها، هدفت دراسة هولينغورث وهندرسن إلى الكشف عن المعلومات التي تم الاحتفاظ بها لصور أشياء تم الانتباه لها مسبقا في مشاهدة طبيعية وذلك بقياس الاسترجاع من الذاكرة البصرية القصيرة المدى ،ودراسة شيلتون ومكلمارا هدفت إلي تحديد أماكن الأشياء دون أن تكون هذه الأشياء في مجال البصر، بينما هدفت دراستنا إلى أن القصور في استرجاع الذكري لدى المصابين بمرض الزهايمر يطابقه صعوبة في عملية الاسترجاع .

- اختلفت الدراسات السابقة مع الدراسة الحالية في حجم العينة ومناهج الدراسة منها من اعتمدت علي المنهج الوصفي، تناول نفس عصبي، المنهج العيادي وتشارك دراستنا مع دراسة بن أعراب آسيا في نفس المنهج .

- تنوع الأدوات فمن خلال الدراسات السابقة استعملت بعضها، اختبار MMSE، والبطارية للفحص الجبهي BREF، الرنين المغناطيسي RIM، صورة مصممة على برنامج CD3، وكذا تتشابه دراستنا مع دراسة فرويد نبرغرو كريشترو في استعمال اختبار الشكل المعقد لرأي .FCR

- اعتمدت دراسات السابقة للذاكرة على دراسة الذاكرة الفضائية على أشخاص العادين عكس دراسة الحالية طبقت على المصابين بالزهايمر .

- تشابهت الدراسة الحالية مع دراسات التي تناولت متغير الزهايمر

- اختلفت الدراسة الحالية عن الدراسات السابقة في تطبيقها اختبار إسقاطي (الرورشاخ) وكذا الهدف في استعمال اختبار رأي لقياس الإدراك البصري، والذاكرة البصرية وكشف على أن القصور في استرجاع الذكري لدي المصابين بمرض الزهايمر يطابقه صعوبة في عملية الاسترجاع في اختبار رورشاخ، اختبار رأي .

- موقع الدراسة الحالية من هذه الدراسات السابقة (محل الاستفادة):

بعد أن عرضنا الدراسات السابقة التي تناولت متغيرات موضوع الدراسة من قريب أو بعيد والنتائج التي توصلت إليها كل دراسة ومناقشتها، حاولنا الاستفادة منها في الحصول على معلومات تتعلق بالأساليب المنهجية والتقنيات والأدوات التي تعتبر ضرورية لمعالجة مثل هذه المواضيع، استفدنا منها أكثر في الأدوات نخص بالذكر اختبار الوجه المعقد لرأي، التي ارتأت الباحثة تطبيقه في دراستنا الحالية .

- ميزت الدراسة الحالية :

في ضوء اطلع الباحثة على الدراسات السابقة فإن دراستنا تتميز باستخدامها لاختبارات إسقاطيه (الرورشاخ) .

الفصل الثاني:

الذاكرة وإسترجاع المذكرى

تمهيد :

1. الذاكرة

1. تعريف الذاكرة

2. مراحل الذاكرة

3. أنواع الذاكرة

4. شروط عمل الذاكرة

5. الأسس الفسيولوجية للذاكرة

6. اضطرابات الذاكرة

II. الاسترجاع المذكرى

1. تعريف الاسترجاع

2. أنواع الاسترجاع

3. تعريف الاسترجاع المذكرى

خلاص

تمهيد :

تعد الذاكرة من أهم العمليات العقلية العليا في حياة الإنسان، وتعتمد عليها عدد من العمليات الأخرى مثل الإدراك والوعي والتعلم والتفكير وحل المشكلات، كما تتضح أهمية الذاكرة في حياتنا اليومية عند تواجه الوجه الآخر لها وهو النسيان، كما أن معظم الدراسات الطبية والنفسية والفسولوجية والبيوكيميائية، اهتمت بدور الذي تلعبه الذاكرة في حياة الإنسان، وهذا ما سنتطرق إليه في هذا الفصل .

1-الذاكرة:

1 - تعريف الذاكرة :

لقد اختلفت تعاريف الذاكرة نظرا لتبيان وجهات النظر،حسب اختلاف النظريات والاتجاهات التي درستها نذكر البعض منها :

- هي الوظيفة العقلية العليا التي يتمكن الإنسان بواسطتها حفظ نتائج وآثار تفاعله مع العالم الخارجي، وذلك في سياق حياته اليومية منذ لحظة ولادته وحتى مفارقتها الحياة .

-**تعرف كذلك**: بأنها العملية التي تتضمن اكتساب المعلومات والاحتفاظ بها وما يعقب ذلك من استدعاء أو استرجاع وتعرف . (سنجر، 2015، ص 71) .

- **يعرف جورج ميلر**: الذاكرة على أنها حفظ أو استبقاء معلومات ومهارات مكتسبة سابقا،ومعنى ذلك أن الذاكرة هي مستودع الذكريات والمعلومات والمعارف العقلية والمهارات الحركية والاجتماعية المختلفة . (زيغور،2006، ص 162) .

- **يعرفها سولسو (Solso،1988)**: على أنها دراسة مكونات عملية التذكر والعمليات المعرفية التي ترتبط بوظائف هذه المكونات .

- **ويعرف بارون (Baron 1992) و فيلدمان (feldman,1996)**: الذاكرة على أنها دراسة القدرة على الاحتفاظ بالمعلومات وتخزينها واسترجاعها وقت الحاجة . (العتوم ،2004، ص128).

-**كما تعرف الذاكرة** : على أنها عملية استرجاع للخبرة السابقة ،وهي القدرة على تذكر أفكارنا،وهي ضرورية للتعلم وتشارك مع خبراتنا السلوكية ،وهي جزء من الوعي أيضا،تخزن الأشياء في الدماغ على شكل رموز مرتبطة بأشياء أو أمور أو أشكال وتستخدم مختلف الأحاسيس.(البياتي، 2002، ص 307) .

- من هذه التعريفات نستنتج أن الذاكرة تشمل جميع العمليات المعرفية، ابتداء من استقبال المعلومات وصولا إلى استجابات معرفية .

إذا الذاكرة تتركز على قدرة الجهاز العصبي على الاحتفاظ بأثر هذه العمليات المعرفية، وهذا الأثر يفيد كل تجربة جديدة من مجموع التجارب السابقة، والقدرة على الاحتفاظ واستدعائها.

2- شروط عمل الذاكرة:

يتطلب التوظيف الجيد للذاكرة عدة عوامل تساهم في تنشيطها وتشجيعها على القيام بواجبها على أكمل وجه، وتتمثل هذه العوامل في ما يلي:

1-2- الانتباه :

يعرف بأنه : قدرة الفرد على حصر وتركيز حواسه في مثير داخلي، (فكرة، إحساس خيالي)، أو في مثير خارجي (شيء، شخص، موقف)، أو هو بؤرة شعور الفرد بمثير ما. وهو شرط أساسي لتسجيل المعلومات، فالشخص المنتبه ينغلق على العالم الخارجي حتى يركز على ما يهمه، زيادة على أنه يخفض من نشاطه المألوف عند ظهور شيء ذي أهمية، حتى ينتقي التنبهات المهمة، وبهذا يتمكن من الاستجابة لها، وهذا ما يجعله أول خطوة لسيكولوجية الإدراك، (لأن الإدراك يسبق التذكر، وبدونه لا يمكن للمعلومة أن تخزن).

2-2- التنظيم:

هو عامل يؤثر على عملية تسجيل المعلومات وتذكرها، فالتنظيم الجيد للمعارف والمفاهيم يؤدي إلى استدعاء وتذكر جيد، فأحيانا بالرغم من توفر عاملي الانتباه والحافز اتجاه شيء معين إلا أن الشخص يعجز عن تذكره فيما بعد، وهذا راجع لكون أن المفهوم أو الفكرة المكتسبة لم تعالج ولم تصنف بطريقة يسهل تذكرها واستدعاؤها، وبهذا فإن الاستدعاء أو التذكر يرتبط بالطريقة التي ينظم من خلالها التفكير، إذا فالبناء الجيد والمنظم للمفهوم يساهم في تحسين وظيفة الذاكرة .

2 - 3 - التركيز :

كلما كان التركيز جيدا، كلما كان تسجيل الإكتسابات أعمق، وهو يقوم أساسا على الانتباه، وبدونه لا يمكن أن نضمن تسجيل المعلومات والمكتسبات الجديدة .

2 - 4 - الحاجة والاهتمام :

كل فرد له حاجة إلى الإشارة والتنبيه، فهي تشير إلى مستويات نشاطه الحسي الإدراكي، وتجعله يهتم بالأشياء التي تشبع وتلبي حاجاته، مثل الحاجة إلى نشاط، والحاجة حب الاستطلاع، إذن فالحاجة والاهتمام تتلخص في كون الفرد كلما وجد بأنه بحاجة إلى شيء ما زاد اهتمامه به وبالتالي يحاول اكتسابه .

2-5- الحافز:

يعرف الحافز على أنه «رغبة عامة لإنجاز بعض الأهداف»، والطفل إذا ما رغب في حفظ قصيدة شعرية أو سورة قرآنية، فإنه غالباً ما ينجح في ذلك عكس الأمر المفروض عليه.(بن صافية، 2002، ص ص 46 - 47) .

3- مراحل الذاكرة :

اعتبر العلماء أن هنالك ثلاث مراحل في الذاكرة الإنسانية تتم أثناء مراحل معالجة المعلومات وهي كالاتي:

3-1- مرحلة الترميز: L' encodage

يقصد بعملية الترميز تحويل المعلومات إلى الشكل الذي يساعد الفرد على حفظ هذه المعلومات وذلك بوضعها في كود معين أو تحويلها إلى رمز محدد يقابل المعلومة ويعبر عنها عند اللزوم.

إن الترميز يتضمن تحويل المعلومات الحسية كالصوت أو الصورة إلى نوع من الشفرة أو الرمز الذي تقبله الذاكرة، ذلك أن تسجيل المعلومات الواردة إلينا لا يعنى تسجيلها كما هي فكثيراً ما يتضمن الترميز تحميلاً للمادة أو ربطاً لها بخبراتنا السابقة على شكل بطاقة -أو صورة أو أي شيء آخر وذلك حني نستطيع أن نسترجع هذه المعلومة فيما بعد .(كحلة، د/س، ص ص 120 - 121) .

3-2- مرحلة التخزين: Le stockage

وهي حفظ المعلومات التي تم ترميزها في الذاكرة، وتبقى هذه المعلومات بالذاكرة لحين حاجة الفرد إليها، ونستدل على عملية تخزين المعلومات، أي على وجود آثار الذاكرة دون نسيان، مما يمارسه الفرد من تعرف أو استدعاء خلال عملية الاسترجاع التي تعتبر المرحلة الثالثة من مراحل الذاكرة . (الشرقاوي، 2003، ص 192) .

3-3 - مرحلة الاسترجاع : Le rappel

ويتمثل الاسترجاع في تذكر الأحداث والخبرات التي تعلمها الفرد في السابق، حيث يتم ذلك دون الحاجة إلى وجود المثيرات أو المواقف التي أدت إلى حدوث التعلم والتخزين، والاسترجاع هو بحث عن المعلومات في خزانات الذاكرة واستعادتها على شكل استجابة ظاهرية، لذلك فإن البحث عن المعلومات في الذاكرة الحسية أو القصيرة (الفاعلة) غالبا ما يكون أسهل من الذاكرة الطويلة، لأن المعلومات من النوع الأول تكون أقل عددا وتخزن لفترة زمنية محددة، أما في الذاكرة الطويلة الدائمة، فإن فالمعلومات كثيرة وتبقى إلى أمد غير محدد مما يعني صعوبة أكبر في الاستدعاء لأن الاسترجاع يتطلب التحقق من كم هائل من المعلومات والتأكد من وجود المعلومات أولا ثم فحص المعلومات المتوفرة من أجل إعادة تفسيرها والتحقق من خصائصها من حيث المحتوى والزمان والمكان والحجم، والاسترجاع عادة ما ينطوي على استعادة الصور والألفاظ والأرقام والأسماء والتواريخ والقوانين والأصوات وغيرها من أشكال المعرفة المختلفة . (العوم، 2004، ص 131).

4 - أنواع الذاكرة :

تحدث علماء النفس المعرفي عن ثلاثة أنواع للذاكرة تمثل ثلاثة نظم في تخزين المعلومات، وهذه الأنواع هي : الذاكرة الحسية، والذاكرة قصيرة المدى، والذاكرة طويلة المدى، واعتبر اتكنسون وشيفرن (Atkinson and Shiffrin ، 1971) وهذه الأنواع الثلاثة في معالجة المعلومات مكونات منفصلة ومستقلة عن بعضها البعض، حيث تدخل المعلومات الحواس، ثم تخزن للمرة الأولى في الذاكرة الحسية لأقل من ثانية، ثم تنتقل إلى الذاكرة

القصيرة حيث تتم المعالجة المعرفية للمعلومات لمدة قصيرة، ثم تصل المعلومات إلى الذاكرة الطويلة لتخزينها لوقت الحاجة. وبيانها كالاتي . (العتوم، 2004، ص 133) .

4 - 1 - الذاكرة الحسية (Sensroy Memory) :

الذاكرة الحسية المستقبل الأول للمدخلات الحسية من العالم الخارجي، فمن خلالها يتم استقبال تمثل مقدار كبير من المعلومات عن خصائص المثيرات التي تتفاعل معها وذلك عبر المستقبلات الحسية المختلفة (البصرية، واللمسية، والسمعية، والشمية، والتذوقية)، فهي تتألف من مجموعة من المستقبلات، يختص كل منها بنوع معين من المعلومات .
تلعب هذه الذاكرة دورا هاما في نقل صورة العالم الخارجي على نحو دقيق، إذ ما يتم تخزينه فيها هو الانطباعات أو الصور الحقيقية للمثيرات الخارجية، فهي تمثل للواقع الخارجي دون أي تشويه أو تغير فيه . (الزغول، 2003، ص ص 52 - 53) .

تمتاز هذه الذاكرة بعدة خصائص منها :

- تنظيم الذاكرة الحسية لتمرير المعلومات بين الحواس والذاكرة القصيرة حيث تسمح بنقل حوالي 4 - 5 وحدات معرفية في الوقت الواحد، علما بأن الوحدة المعرفية قد تكون كلمة أو حرفا أو جملة أو صورة حسب نظام المعالجة .
- تخزن الذاكرة الحسية المعلومات لمدة قصيرة من الزمن لا تتجاوز الثانية بعد زوال المثير الحسي .
- تنقل الذاكرة الحسية صور حقيقية من العالم الخارجي بدرجة من الدقة عن طريق الحواس الخمسة .
- لا تقوم الذاكرة الحسية بأية معالجة معرفية للمعلومات بل تترك ذلك للذاكرة القصيرة . (العتوم، 2004، ص 134) .

4 - 2 - الذاكرة قصيرة المدى / الذاكرة العاملة (Short term Memory) :

تعتبر الذاكرة قصيرة المدى ذلك الجزء الذي يحول عددا محدودا من المعلومات التي دخلت عن طريق الحواس الخمس، ويخزنها على شكل أنماط يمكن إدراكها وتمييزها إما

بصرياً أو رمزياً، فهي المرحلة الثانية من عملية خزن المعلومات التي يقوم فيها الفرد بنقل البعض من هذه المعلومات المجمعة عن طريق الحواس إلى الذاكرة قصيرة المدى، والاحتفاظ بها لفترة قصيرة من الزمن، وذلك لتحقيق هدف ما بشكل مؤقت (20 ثانية) . (دروزة، 2004، ص 66) .

تمتاز هذه الذاكرة بعدة خصائص منها :

- مدة الاحتفاظ بالمعلومات محدودة حيث تبقى المعلومات لفترة 15 - 18 ثانية ما لم يتم تكرارها أو معالجتها فتصبح الفترة معتمدة على طول فترة المعالجة .
- الطاقة التخزينية للذاكرة قصيرة المدى محدودة وقد قدرها ميللر (Miller،1956) بحوالي (7 ± 2) أي ما بين 5 - 9 وحدات معرفية .
- إن حدوث أية مشتتات للانتباه خلال معالجة المعلومات في الذاكرة القصيرة يؤدي إلى إضعاف احتمالية معالجة المعلومات وتخزينها في الذاكرة الطويلة وبالتالي يضعف احتمالية تذكرها لاحقاً .
- إن سرعة توالي دخول معلومات جديدة إلى الذاكرة القصيرة يجبر المعلومات القديمة على الخروج (مفهوم الاستبدال) مما يعنى أنها فقدت أو تم معالجتها بسرعة عالية اعتماداً على القدرات الفردية للمعالج قبل انتقالها إلى الذاكرة الطويلة.(العتوم، 2004، ص 128) .
- تمثل الجانب الشعوري من النظام المعرفي، حيث غالباً ما تكون على وعي تام بما يحدث فيها، فهي تشكل الحلقة التي تربط الإنسان بالعالم الخارجي المحيط به .
- تستطيع الاحتفاظ بالمعلومات لفترة زمنية وجيزة لا تتجاوز "30" ثانية، وتتفاوت مدة الاحتفاظ بالمعلومات في هذه الذاكرة اعتماداً على طبيعة المعلومات التي يتم استقبالها ومستوى التنشيط للعمليات المعرفية المطلوبة.(الزغول، 2003، ص 58) .

4 - 2 - 1 مختلف العمليات التي تعمل على إبقاء المعلومات في الذاكرة :

ومن أهم تلك العمليات نذكر :

أ- التكرار أو التسميع: وهي تعني إعادة تكرار العناصر أو المثيرات التي تعرض إليها الفرد عدة مرات وذلك للإبقاء عليها حية في الذاكرة.(الشرقاوي،2003، ص 176) .

ب- التجميع : بما أن سعة الذاكرة قصيرة المدى محدود، لا يتعدى 9 وحدات فإن الذاكرة تعتمد هنا على تجميع المعلومات التي تربط بينهما عناصر مشتركة في وحدة واحدة، وتترك المجال لوحدة جديدة بالدخول، فمثلا : بدلا من حفظ رقم هاتف على شكل أعداد منفصلة 1-5-8-7-4-0، فمن السهل حفظه على شكل وحدتين (851)- (047)، يسمح لـ4 وحدات جديدة بالدخول .

ج- التنظيم : قد يقوم الفرد بعملية عقلية للتقليص من محدودية هذا الجزء من هذه الذاكرة، إذ أنه في هذه الحالة يقوم بتنظيم المعلومات على أساس العناصر المشتركة التي تجمع بينها، ولعل الهدف من عمليتي التجميع والتنظيم هو وضع معلومات أكبر في حيز أصغر من الذاكرة بناءا على العلاقات المشتركة التي تجمع بينهما وبالتالي إتاحة المجال لتعلم عدد آخر من المعلومات، وكل هذه العمليات، وكل هذه العمليات تسمح بمرور المعلومات المجمعة في الذاكرة قصيرة المدى إلى الذاكرة طويلة المدى.(دروزة،2004، ص 69 - 70)

4 - 2 - 2 نموذج بادلي Baddeley للذاكرة العاملة :

نموذج بادلي (Baddeley) للذاكرة العاملة في أصله هو ذو ثلاثة أبعاد يتكون من المسير المركزي الذي يتحكم في تسيير أنظمة تحتية هما على التوالي الحلقة الفونولوجية والمذكرة البصرية الفضائية في عام 2000 أضيف المكون الرابع للنموذج وهو الذاكرة العرضية، ويكون دور كل مكون في النموذج كما يلي:

1-المسير المركزي:

وهو المكون المركزي في نموذج بادلي وهو مزود للتنسيق بين نظامين تحتيين الحلقة الفونولوجية والمذكرة البصرية الفضائية، مع وجود تناسق بينهما، كما يوفر الربط مع الذاكرة

طويلة المدى و مخزوناتها، وهو مقر اتخاذ القرار في أي شكل من أشكال الذاكرة، تبعا لنوع العمليات المعرفية المراد تنشيطها، فيحدد ترتيبها الزمني ويمكن تلخيص وظائف هذا المكون الأساسي في النقاط التالية :

- تحديد استراتيجيات النشاطات الأكثر فعالية .
- تنسيق عمليات الأنظمة التحتية الخاصة .
- مراقبة عمليات المعالجة متى تبدأ ومتى تتوقف .
- التنسيق ثنائي المهام .
- تعديل استراتيجيات الاسترجاع من الذاكرة طويلة المدى .
- تنشيط (استرجاع ومعالجة) المعلومات في الذاكرة قصيرة المدى .
- متابعة الانتباه الانتقائي .
- السيرورة والتحديث .

2 - الحلقة الفونولوجية :

وهو نظام تحتي مختص في التخزين المؤقت (الحفظ والتكرار) للمعلومات الشفوية والتي تعمل على إبقاء المعلومات اللفظية نشطة في نظام معالجة المعلومات، وهي مهمة في اكتساب المفردات اللغوية تنقسم إلى قسمين هما :

- **وحدة التخزين الفونولوجي** :هو مكون غير فعال يحتوي على المخزون المؤقت للمعلومات الفونولوجية وهو محدود كما أنه

- **نظام سياق الحديث المنطوق** :وهو مكون نشط يرمي إلى الاحتفاظ قصيرة المدى بموضوع الحديث الشفوي أي المعنى العام للكلام .

تتأثر الحلقة الفونولوجية بثلاثة أساسية :أولها طول الكلمة فالتذكر للكلمات القصيرة أسهل من الطويلة منها ، كذلك ارتباط الكلمات بالذاكرة ، فالكلمات التي تعودنا عليها تسهل تذكرها على الكلمات الجديدة التي لا نعرفها وثالثا حذف الكلام المنطوق بسبب عدم التكرار.

3 - ذاكرة التنشيط البصري الفضائي :

وهو المكون الثانوي للمسير المركزي دوره تخزين الانطباعات أو الصور البصرية والمكانية وهو المسؤول عن الانطباعات الحسية البصرية ،وله دور أساسي في تحقيق الصورة الذهنية ،حيث يعمل على الاحتفاظ بها ريثما يتم استخلاص المعاني منها ويتكون هو الآخر من مكونين أساسيين هما :

- **مكون بصري:** وهو نظام تخزين المعلومات البصرية فقط الغير شفوية، يعتمد كلية على الذاكرة البصرية مع الاعتماد على الميكانيزمات الفضائية.

- **مكون فضائي :** عكس النظام السابق فهذا المكون ذو طبيعة فضائية بحتة، يعمل على تحميل المعلومات ذات موضع معين، هذا الميكانيزم من النموذج الفضائي يقوم بثلاثة وظائف

- إعادة إدخال المعلومات في المخزن الفضائي

- التخطيط للأنشطة عموما

- والأكثر اختصاصا هو تحقيق الأنشطة وتوجيهها نحو الهدف .(عيساني، 2018، ص ص

(51-50)

4 - 2 - 3 ترميز تخزين واستدعاء المعلومات في الذاكرة العاملة :

فإن عمليات الترميز وتخزين استدعاء المعلومات يكون كما يلي :

1 -الترميز : حتى يتم ترميز المعلومات في الذاكرة العاملة لا بد أن ننتبه إلى تلك

المعلومات انتقائيا، فلا بد أن ننتقي المثيرات التي نريد الانتباه إليها، أما ترميز المعلومات

في الذاكرة العاملة فيتم بثلاث طرق هي:

أ - **الترميز الصوتي :** يتم بترميز المثيرات حتى البصرية منها وفقا للكلمة الدالة عليها أو

الرموز أو الأصوات الناتجة عنها .

ب- الترميز البصري: يتم بترميز المعلومات وفقا لشكلها وصورتها، بحيث تمثل المعلومات بسلاسل من الصور التي تحدد المثير خاصة بالنسبة للأحداث أو المثيرات غير اللفظية (التي يصعب التعبير عنها لغويا) .

ج- ترميز المعنى: ويتم ترميز المعلومات حسب معانيها وخصوصياتها، وهو يختصر الوقت والجهد، لكنه يتأثر بالذكاء والقدرات العامة ذات العلاقة بالموقف للفرد، كأن يتم استخلاص المعاني الجزئية لجمل طويلة، أو استخلاص معاني محددة من سلسلة طويلة من الأرقام .

2- التخزين :

تتميز بصعوبة بالغة من ناحية محدودية التخزين من ناحية، ومن ناحية أخرى عدم الحاجة إلى المعلومات المخزنة في الذاكرة العاملة إلا قليلا، فالمعلومات التي نحن بحاجة إليها عادة ما تكون ضمن الذاكرة طويلة المدى .

3- الاستدعاء :

تعتبر خاصية المعلومات من الذاكرة عملية مهمة لقياس مدى فعالية الذاكرة في الاحتفاظ بالمعلومات، غير أنه يبدو أن خاصية الاسترجاع هذه هي عملية خاصة بالذاكرة طويلة المدى، لأن الاسترجاع من الذاكرة قصيرة المدى لا يلزمنا كثيرا في حياتنا اليومية كما هو الحال بالنسبة للذاكرة طويلة المدى، وقد ناقش (Sterenberg, 2003) إمكانية الاسترجاع من الذاكرة قصيرة المدى من خلال ما عرف بمسح محتويات الذاكرة، حيث تعرض على الفرد مجموعة أرقام ثم يتم التوقف لوقت قصير، بعدها يسأل الفرد إن كان الرقم 8 مثلا ضمن المجموعة السابقة، وقد توصل ستيرنبرغ إلى أن عملية المسح التسلسلي للمعلومات هي عملية شاقة، لأن الفرد سيقارن العدد 8 مع جميع الأرقام المتوفرة في الذاكرة القصيرة حتى يصل إلى الجواب . (عيساني، 2018، ص 52) .

4-3- الذاكرة طويلة المدى (Long term Memory):

يشير (محمد شلبي، 2001) إلى أن هذه الذاكرة تشكل المستودع الثالث الذي يستقر فيه الذكريات والخبرات بصورتها النهائية، فهي مثل المخزن الضخم الذي لا يمتلئ أبداً بالحقائق والمشاعر والصور والمهارات التي تتراكم مع ازدياد خبراتنا في الحياة . وتحفظ الذاكرة طويلة المدى بالمعلومات التي سبق تعلمها جيداً، ويحدث التعلم عندما تنتقل المعلومات من الذاكرة قصيرة المدى وتستقر في مخزن الذاكرة طويلة المدى، ومن أهم وظائفه القيام بتفسير المعلومات وإعطائها معاني، وتنظيمها، وربطها بغيرها، وتحليلها، لكي يحتفظ بها، ويمكن جهاز الذاكرة طويلة المدى الأفراد من استدعاء كم ضخم من المعلومات لمدة أطول ساعات، أيام، أسابيع، أعوام، وفي بعض الحالات بصفة دائمة (كالاسم والعنوان....)، وتمتاز بقدر غير محدود على التخزين، كما أنها تبدأ عملها منذ العام الأول من عمر الإنسان، ويرى بعض الباحثين أن سعة الذاكرة طويلة المدى تتأثر بالعمر الزمني فتقل السعة بزيادة العمر خاصة في مرحلة الشيخوخة .

وتعرف بأنها " الذاكرة القوية التي تحتفظ بالمعلومات والخبرات مهما كانت بعيدة أو قديمة، ونسترجعها في سهولة ويسر وبكفاءة عالية، ذاكرة تقاوم النسيان عامة، لذا فإنها تحتفظ بالمعلومات أو المعرفة السابق اكتسابها لمدة طويلة. (عبد الحافظ، 2016، ص ص 96 - 97) .

تمتاز هذه الذاكرة بعدة خصائص منها :

- يمكنها الاحتفاظ بكمية كبيرة من المعلومات بعكس الذاكرة قصيرة المدى والتي تقل طاقتها عن تسع وحدات .
- لا يوجد مدى زمني محدد لقدرة الذاكرة طويلة المدى على الاحتفاظ بالمعلومات، إذ يمكنها الاحتفاظ بمعلومات تظل مع الإنسان طوال حياته يسترجعها كلما أراد .
- المعلومات فيها أكثر ثباتاً وأكثر قدرة على مقاومة عوامل الكف والانطفاء والتشويش مما يساعدها على الاستمرار فترات طويلة .

- تتميز بالقدرة عن تنظيم المعلومات مما يساعدها على الاحتفاظ بها فترات طويلة، ويسهل على الفرد استرجاعها عندما يريد .

ورغم هذه الخصائص إلا أن قدرتها على الاحتفاظ ليست مطلقة ،لذا فإنها كثيرا ما تتعرض لعوامل تؤدي إلي تلاشي وضعف المعلومة ،وهذا ما نسميه بالنسيان .(أبو علام ،2012، ص 127) .

ويرى الباحثون في مجال علم النفس المعرفي إلى أن هذه الذاكرة تنقسم على ثلاثة أجزاء وهي :

أولاً:ذاكرة الدلالية:

يري **Constance** أن الذاكرة الدلالية تسمى ذاكرة المعاني، يخزن في هذه الذاكرة معاني الألفاظ والمفاهيم والقواعد والأفكار المجردة وتعتبر بمثابة موسوعة عقلية، ويطلق عليها البعض الذاكرة المعجمية، وتتألف أولاً من الافتراضات وهي جملة المعارف والمعلومات التي يمكن الحكم على أنها صحيحة أو خاطئة، تساعد الفرد في تنفيذ العديد من المهارات المعرفية كالمحاكاة وعمل الاستدلالات، وإصدار أحكام وإجراء المقارنات إلى غير ذلك، إن الأشياء التي تمتاز بالبساطة وقلة التفاصيل يتم استرجاع صورها الذهنية على نحو أسهل وأسرع من الصور التي تمتاز بالتعقيد وكثرة التفاصيل .

أما المكون الأخير في ذاكرة المعاني فيمثل في المخططات العقلية وتتضمن بني معرفية تنظيمية تعمل على تنظيم المعرفة حول عدد من المفاهيم والمواقف والأحداث، فهي بني مجردة تعكس العلاقات القائمة بين هذه المفاهيم أو المواقف اعتمادا على أسس كدرجة التشابه أو الاختلاف بينهما مثلا . (Constance,2015 ,p11) .

ثانيا : ذاكرة الأحداث (العرضية أو المؤقتة) :

تشمل هذه الذاكرة على جميع الخبرات التي مر بها الفرد خلال حياته المختلفة، وتحديدًا تلك الخبرات الطابع الشخصي التي ترتبط بزمان أو مكان أو حدث معين، ففيها يتم تخزين الأسماء والأماكن والميول والاهتمامات، أو أية حوادث أخرى تحمل معنى معينًا

بالنسبة للفرد، وتسمى هذه الذاكرة بالذاكرة التسلسلية لأن الخبرات فيها يتم تخزينها وفق ترتيب متسلسل يشبه الرواية أو الفيلم السينمائي .

ثالثا : الذاكرة الإجرائية :

تذكر طريقة عمل الأشياء يطلق عليها الذاكرة الإجرائية ،وقد يستغرق تعلم عملية ما بعض الوقت، مثل تعلم ركوب الدراجة أو قيادة السيارات ،أو معادلات جبرية، ولكن بعد تعلمنا لهذه الأشياء فإن تذكرنا يظل فترة طويلة غالبا، ويمكن أن نطلق علي الذاكرة الإجرائية الذاكرة الإنتاجية، إذ أن الإنتاج يتطلب القيام بعمل ما تحت ظروف محددة.(عبد الحافظ، 2016، ص ص 97-98) .

4 - 4 - الفرق بين أنواع الذاكرات :

وبناء على ما سبق يمكن توضيح خصائص أقسام الذاكرة في الجدول التالي:

جدول رقم (1) : يوضح أهم خصائص الذاكرات

| الحسية | القصيرة | الطويلة | |
|------------------------------------|----------------------------|---------------------------------------|-------------------|
| غير محدودة | محدودة (5. 9) فقرات | غير محدودة | السعة |
| دقيق في طبيعة المعلومات المستقبلية | آليتين : الانتباه والإدراك | النشاط - التنظيم - التنوع - التشبيهات | الدقة |
| سريع في فقد المعلومات | خزن جزئي | مكوث دائم، والتي تفقد يمكن استرجاعها | الفقد |
| (2 - 5) ثا | 20 ثا | كبيرة جدا | الاحتفاظ |
| تخيلات حسية | أنماط إدراكية لفظية وبصرية | صور ذهنية، ورموز، وشيمات | الكيفية والمعالجة |

وبشكل عام فوظيفية ذاكرة الإنسان بجميع أجزائها الثلاثة سواء كانت الذاكرة الحسية

أو الذاكرة القصيرة أو الذاكرة الطويلة تتجلى في :

أ - استقبال المعلومات من الخارج و إدخالها إلى البنية النفسية والمعرفية (الدماغ) .

ب - تفسيرها وتحليلها وبالتالي إعطائها معاني .

ج - ضبطها والتحكم بها .

د - ثم استرجاعها وتذكرها .

لذا لا بد من تنمية وتطوير هذه الذاكرة، وتدريبها على خزن، واسترجاع المعلومات بشكل سريع ودقيق . (عياد، 2016، ص 35) .

5 - الأسس الفسيولوجية للذاكرة:

إن الفرد يملك مجموعة من المعارف والمعلومات المتعلمة والمكتسبة، وهذه المعارف تخزن في الذاكرة لكي يسترجعها الفرد عند الحاجة إليها، فأين تخزن هذه الذكريات وتسترجع؟ بحوث جرت في هذا الميدان وبينت أن مناطق مختلفة تتشارك وتتعاون في خزن المعلومات وهي الجهاز الطرفي أو اللمبي الذي بدوره يتكون من مجموعة التلافيف المخية التي تقع في السطح الداخلي للفص الصدغي وتتكون من :

5 - 1 - قرن آمون (حصان البحر) :

وهو يعد أداة لنقل المعلومات من الذاكرة قصيرة المدى إلى الذاكرة طويلة المدى، وما يدل على ذلك أن الناس الذين يعانون من تلف في قرن آمون، يمكن أن يتذكروا الحوادث اللحظية أي ما يحدث للتو (ما يصل للذاكرة قصيرة المدى)، ولكن عليهم أن يكتبوا كل شيء ليتذكروه تعويضا عن الذاكرة طويلة المدى . (زيعور، 2006، ص 445) .

كما يلعب دورا في الوظائف التنفيذية للحركات الإرادية، وفي تحليل واستخدام المعلومات المكانية، من خلال علاقته بالتكوين الشبكي، ويلعب حصان آمون دورا هاما في درجة انتباه الفرد ويقتضيه، كما أن له دور أساسي في الانفعال والقلق، بالإضافة إلى أنه يعطى إشارات استرخائية للهيوثلا موس الذي يوجه الأوامر للجهاز العصبي الذاتي ليعطي الاستجابة الانفعالية التي تتناسب وحاجه الجسم عند تعرض الفرد للخطر أو المواقف التي تهدد كيانه وتكامله . (البياتي، 2004، ص 314) .

5-2- الحاجز (Septum) :

ويتكون هذا الجزء من مجموعة من الأنوية العصبية على السطح الداخلي للفص الصدغي، فهو أصغر من حسان البحر، إنه يتحكم في وظائف النوم، وفي تنظيم العمليات المكانية، وفي الذاكرة خاصة العاملة، وفي الوظائف الانفعالية خاصة السلوك العدواني .

5-3- اللوزة Amygdale :

وهو اسم يطلق على النواة اللوزية التي تتكون من مجموعة الخلايا العصبية الموجودة في الفص الداخلي للفص الصدغي، واللوزة لها ارتباطات واسعة مع كل مناطق القشرة الحسية، وكذلك مع التلاموس، ومراكز لاستجابات في الهيبوثلاموس، وهو مسؤول عن ربط أنواع الذاكرة التي تشكلت من مختلف الأحاسيس، كما تربطها بحالات انفعالات - عاطفية تكونت أو تولدت في الهيبوثلاموس . (عويضة، 1996، ص 59) .

إن اللوزة تجمع خبراتنا السابقة لكي نستخدمها في الحكم على الأشياء المرئية، هل هي قابلة للأكل أم لا ؟ وقد أدت إصابة اللوزة تجريبيا لدى القرود إلى التعامل مع حبة البندق والطلق الناري (يشبه حبة البندق من حيث الشكل) لأنهما قابلان للأكل، وتؤدي إصابة اللوزة إلى استجابات فمية قهرية تتمثل في وضع كل الأشياء في الفم بشكل قهري، وظهور حالات الخوف بلا مبرر، مع تزايد السلوك الجنسي .

5-4- الحقفة L'incus :

ويلعب هذا الجزء دورا هاما في عمليتي الشم والتذوق، وتؤدي إصابته إلى ما يسمى بالنوبات الصرعية المحقوفة، وهي نوبات لا يفقد فيها المريض الوعي تماما ولكن يكون في حالة حلمية أو شبيهة بالحلم، وهي إحدى العلامات المميزة لصرع الفص الصدغي، كما يسبقها أحيانا هلاوس شممية أو تذوقية، كأن يشعر المريض بوجود رائحة كريهة في فمه، فيقوم بعملية بزق دون سبب موضوعي، كما يصاحب هذه الحالة إرتعاشات.(الزيات، 2005،

ص 318)

6- اضطرابات الذاكرة :

يمكن أن اضطراب الذاكرة نتيجة لاضطراب أحد المراحل التي تتم من خلالها ويمكن أن تشير لنوعين أساسيين من أنواع الاضطراب هذه فيما يلي :

6-1- اضطرابات التسجيل: Recognition Disorders

اضطراب الفهم أو الإدراك الترابطي، هو القدرة على فهم المدركات وتفسيرها على نحو صحيح، وعمل ارتباط بعضها البعض، وضمها إلى الخبرة الكلية وعادة ما تضطرب هذه العملية في حالات اضطراب الوعي حيث لا تتم عملية التسجيل ومن اضطراب الذاكرة اللاحق حيث يصعب الفرد تسجيل الأحداث التي ستبدأ من الآن فصاعداً، وعادة ما تتم نتيجة اضطراب الوعي في حالات إصابات الرأس وكذلك فقدان الذاكرة الناتج عن ادمان الخمر حيث يعد هذا فقدان علامة مبكرة على هذا الاعتماد أو الإدمان .

6-2- اضطرابات الاحتفاظ: Retention Disorders

تشمل اضطرابات الذاكرة الحديثة الذي يعد أخذ العلامات المبكرة في الخرف سواء كان راجعاً إلى تقدم السن نتيجة تصلب شرايين المخ، أو نتيجة مرض الزهايمر ومن أمثلتها فقدان الذاكرة السابق .

ومن الناحية التشريحية فرق بين نوعين من اضطرابات الاستدعاء : الأول له علاقة بالثلاموس والمخ، الثاني وهو زملة أعراض كوروساكوف وتضطرب فيه الذاكرة اضطراباً شديداً مع عدم استبصار المريض بهذا الاضطراب بل وينكر وجوده، بالإضافة إلى عملية تزييف الذاكرة حيث يضيف المريض أحداثاً غير صحيحة أثناء سرده، أما النوع الثاني فله علاقة بحصان البحر ويطلق عليه اضطراب الذاكرة نتيجة الإصابة الفص الصدغي وما يميزه عن النوع الأول وجود استبصار لدى المريض باضطراب ذاكرته، ولا يوجد فيه تزييف للذاكرة .

أما من الناحية الإكلينيكية أنواع اضطراب الذاكرة :

6-3- فقدان الذاكرة اللاحق :

يعد اضطراباً في عملية التسجيل والاحتفاظ، حيث لا يستطيع المريض تسجيل ما يمر به من أحداث، أو الاحتفاظ بها، وكأنه غائب عن الوعي، بالطبع نتيجة للإخفاق في عملية التسجيل لا تتم عملية التسجيل أو بمعنى آخر كيف يتم استدعاء ما لم يتم تسجيله وحفظه وبهذا المعنى يكون هذا النوع من النسيان خاص بالأحداث القريبة وعادة ما نرى مثل هذه الحالات في إصابات الرأس أو ما يسمى بارتجاج، كما نراها في حالات تشوش الوعي التي يضطرب فيها الانتباه، ومن ثم لا يكون المريض على وعى بما يحدث له، أو يصدر عنه من سلوك، كما نراها في حالات كبار السن الذين تظهر عليهم أولى علامات الكبر وبداية خرف الشيخوخة في صورة نسيانهم للأحداث اليومية التي تمر بهم ويمكن الكشف عن ذلك بقص حكاية قصيرة على المريض في أول المقابلة العيادية، أو ترديد بعض الكلمات عليه، وبعد فترة قد لا تتجاوز خمس دقائق إذا طلبنا منه أن يذكر لنا ما قلناه له نجده لا يتذكر شيئاً .

6-4- فقدان الذاكرة السابق :

يعنى فقدان الذاكرة السابق نسيان الأحداث التي حدثت من قبل، والتي سبق للمريض تحصيلها وحفظها ويطلق عليها أيضاً فقدان الذاكرة الرجعي أو العكسي، وهو اضطراب في المرحلة الأخيرة من عملية التذكر، أي اضطراب في عملية الاستدعاء، لأن المرحلتين السابقتين (التسجيل والاحتفاظ) قد تمتا بالفعل، كما أن المريض قد سبق له استدعاء المعلومات السابقة قبل وقوعه في المرض وحدوث اضطراب الذاكرة له، ولكنه الآن لا يستطيع أن يتذكر ما استطاع تذكره من قبل، وقد تبدأ المسألة بنسيان الأحداث القريبة كأن ينسى المريض ما أكله من طعام بالأمس، أو من زاره من الأفراد، ثم يمتد النسيان ليشمل أحداثاً أبعد من ذلك، حيث يزحف النسيان ليشمل الأحداث الأبعد فالأبعد، وقد يصل الأمر

إلى نسيان خبراته الشخصية كلها، وماضيه، وأولاده ووظيفته وبل حتى اسمه وهو ما يحدث في حالات الخرف بشكل عام مرض الزهايمر بشكل خاص .

6 - 5 فقدان الذاكرة الكلي :

في هذا الاضطراب يكون فقدان الذاكرة شديدا بل ويشمل النوعين السابقين، فالمريض غير قادر على تذكر الأحداث القريبة ولا الأحداث البعيدة، ومن ثم يحدث تدهور شديد في شخصيته، ولا يتعرف حتى على نفسه، قد يكون فقدان الذاكرة الكلي مؤقتا حيث يفقد المريض القدرة على تذكر جميع الأحداث التي مرت به من فترة زمنية قصيرة، ولفترة مؤقتة، ولكنه سرعان ما يشفى من هذه الحالة شفاء تاما، وقد لا يستغرق الأمر ساعات قليلة، ويعتقد أن هذا الاضطراب يعود إلى نقص حاد ومفاجئ في التغذية الدموية لأحد الفصين الصدغيين أو كليهما، ويحدث فجأة ويشمل الأحداث اللاحقة والسابقة بدون سبب واضح، وإن كانت بعض الأسباب ترجع إلى الارتجاج، والصداع النصفي، ونقص السكر والصرع، ولكن أكثر التفسيرات قبولا نقص التغذية الدموية المخية . (محلة، د س، ص ص 125، 126) .

6 - 6 متلازمة كوراساكوف :

وصفها الطبيب الروسي كورساقوف عام 1800 لدى حالات إدمان الخمور المزمنة والتي يحدث فيها نقص شديد في فيتامين (ب 1) نتيجة لسوء امتصاصه من جراء عملية التعاطي، ويشمل هذا الاضطراب 6 أنواع من الأعراض:

1 - فقدان ذاكرة لاحق.

2 - فقدان ذاكرة سابق في صورة عدم القدرة على التعرف على الوجوه المألوفة بالنسبة للمريض.

3 - التلفيق حيث يقوم المريض بتحميل حكاياته عن الماضي أكثر من كونه يعانى من اضطراب الذاكرة. وهذه الحكايات تعتمد عادة على خبرات سابقة، أي أنه يلفق الأحداث حتى لا يظهر عليه الارتباك لكونه نسي أحداثا في سياق الحديث، والمثال على ذلك إذا سألنا المريض أين كنت الليلة الماضية فيقول أنه كان مثلا في المقهى مع زملائه، بينما واقع

الأمر أنه لم يكن هناك، وإن كان قد ذهب إلى هذا المكان من قبل وليس في الليلة السابقة، ونرى هذا أن المريض يستخدم أحداثاً حقيقية وقعت من قبل لملأ الفراغ في ذاكرته، وإن كانت هذه الأحداث ليست حقيقية من حيث زمن سرد المريض لها، وقد يزيد الأمر فيضيف المريض أحداثاً لم تحدث تحكي بطولاته أو مغامراته الوهمية لإضافة عنصر الإبهار لحياته

4 - فقرفي محتوى محادثات المريض، حيث لا يتحدث كثيراً في المحادثات التلقائية نتيجة لهروب الأفكار والمعلومات منه .

5 - فقدان الاستبصار، حيث يكون المريض غير واع بأن لديه مشكلة في الذاكرة .

6 - التبدل الانفعالي .

6 - 7 ظاهرة الألفة وعدم الألفة (الغربة) :

هناك نوعان من اضطراب الذاكرة ذي أهمية خاصة من الناحية الإكلينيكية، وإن كان البعض يرى أنهما ليس اضطراباً في الذاكرة بقدر ما هما اضطراب في مشاعر الألفة المصاحبة لعملية التذكر .

النوع الأول يسمى بظاهرة الألفة وهو نوع من زيف الذاكرة يشعر فيه الفرد أن ما يراه أو يسمعه أو يتحدث فيه في اللحظة الراهنة قد سبق وأن رآه أو سمعه أو تحدث فيه بحذافيره من قبل، ولذلك تسمى بظاهرة سبق الرؤية .

أما النوع الثاني فهو عكس الأول ويطلق عليه ظاهرة عدم الألفة وفيه يشعر المريض بغربة الأشياء والأحداث التي يراها أو يسمعها على الرغم من أنه سبق له مشاهدتها ومعرفتها من قبل، فقد يشعر وهو في بيته أن هذا المكان غريب عليه، وأنه غير مألوف بالنسبة له .

والنوعان السابقان قد يحدثان بشكل طبيعي لدى الأسوياء ولكن على نحو ضئيل تشير إلى صرع الفص الصدغي وخاصة عند تكرارهما على نحو كبير. (عبد القوي، 2011، ص ص 203 - 204) .

6-8- فرط التذكر hypermnésie :

وهو حالة استدعاء مفرد، حيث يستطيع الشخص وصف خبراته الماضية، ونلاحظ

نوعين:

6-8-1- الخيال البانورامي:

الخيال البانورامي للوجود يشتمل على عرض مفرد للذكريات القديمة، الناتجة عن موقف تعرض فيه لخطر الموت قريب الحدوث (كشخص أو شك على الغرق أو السقوط من مكان مرتفع) . الخيال نادرا ما يكون مكتمل، يتحدد عامة باختيار موقف طفولي يعيشه الفرد ثانية في عالم هلسي، آلية الاضطراب هي عامة مجهولة، هذه الظاهرة قد تحدث أيضا نتيجة إضافة في البصلة السيسائية .

6-8-2- القدرات الذاكرة الخارقة :

تتكون من كفاءات في الحساب الذهني المعقد أو تعداد التواريخ، وتلاحظ أولا عند الأشخاص العاديين، العباقرة، والذين لديهم فطري بالعمليات الحسابية، وقد تلاحظ أيضا عند مجموعة المتخلفين الذين يقومون بعمليات حسابية، هؤلاء الأشخاص يعانون من تخلف عقلي عميق ولكن لديهم القدرة على إعطاء اليوم الذي يوافق تاريخ محدد، هذه التواريخ غالبا ما تكون قد مضت عليها من 10 إلى 15 سنة، هؤلاء المرضى يبدو أنهم يستعملون خليط من التعلم ووسائل مقوية للذاكرة البسيطة، ولقد تبين في الوقت الراهن، أن هؤلاء الأشخاص ليس لديهم تخلف وإنما تخلف شبه ذهاني لديهم ميول هوسية للحساب .

6-9- تحريف الذاكرة paramnésie:

تحريفات الذاكرة أو الخداع، تلاحظ في الحالات المرضية الثلاث :

أ- في تناذر karsakoff، أين يعتمد أساسا على نسخ الروايات والخرافات، وفي هذا التناذر يسرد المريض ذكرياته دون ترتيب أو تدرج زمني .

نسخ هذه الروايات، هي ليست آلية تعويضية كما هو معتقد، وإنما ناتج عن نسيان الحاضر والماضي، ويكون هذا الاضطراب في الفترة الحادة لفقدان الذاكرة ثم يختفي فيما

بعد، كما يمكنها أن تكون عفوية وتلقائية أو محثة من خلال الأسئلة، فعندما نسأل المريض عن حدث ماضي أو حاضر يبدأ في نسخ الروايات وتشويه الذكريات .

ب- تحريف الذاكرة المتكرر **réduplication** (انطباع أن الحدث المعاش سبق له وأن عاشه).

وتأتي أيضا في بعض المعاشات الحلمية مع استثارة في إنعاش المواقف الطفولية .

ج- في الصرع الصدغي، تحدث خداعات مرئية أو مسموعة سابقا، ونذكر حالات الحلم ، والتي في هذه الأخيرة هي عامة غير ممكن معرفة ما إذا كان المعاش الهلسي يرتكز على ذكريات حقيقية أم هي نتاج لتحريف ذاكري مكرر. (لكحل، 2011، ص ص 78-79) .

6-10- العته وفقدان الذاكرة :

العته المصاحب لأعراض مرض الزهايمر، حيث يلاحظ بأن العته العقلي غالبا ما يصيب بعض الأفراد في حالة تقدمهم في العمر وينتج ذلك عن تآكل أو ضمور في خلايا الدماغ مما يؤدي إلى اضمحلال في القوى العقلية مع استحالة تحسن هذا التدهور، ومن أبرز سمات عته المسنين هو اضمحلال الذاكرة وصعوبة التركيز واضطراب القدرة على الفهم والانتباه وضعف الذاكرة للأحداث القريبة، ويمتد ضعف الذاكرة ليشمل الاضطراب في القدرة على التوجه مع تدهور القدرة على التحكم العقلي، والاندفاع في السلوك وتدهور ذاكرة المريض تدريجيا حتى يفقد ذاكرته وشخصيته تماما .

6-11- فقدان الذاكرة الهستيرى :

هي من الأعراض العقلية الهستيرية وهي عبارة عن وسيلة دفاعية لاشعورية وفقدان الذاكرة في هذه الحالة يكون مفاجئا وتستمر الأعراض لساعات أو أيام أو شهور، ولا يمنع ذلك من أن يتصرف الفرد بشكل مقبول بالرغم من أنه فاقد الذاكرة لبعض الأحداث وحتى قد ينسى الفرد كل شيء حتى نفسه، ويختلف فقدان الذاكرة الهستيرى عن فقدان الذاكرة العضوي في أن مريض الهستيرى يتذكر كل ما يحدث عن فترة محدد من حياته، ومعظم الأسباب تكون نفسية صادمة والتشخيص الفارقي مفيد في هذا المجال فالمرضى بعته الشيخوخة مثلا

يتذكر الماضي ولكن لا يستطيع اختزان المعلومات الحديثة، أما فقدان الذاكرة بسبب ارتجاج المخ أو بسبب النوبات الصرعية فغالبا ما يكون نسبانا للأحداث السابقة للحادث .

6 - 12 فقدان الذاكرة العضوي :

عبارة عن اضطراب عصبي يؤدي إلى انخفاض في درجة التذكر والنسيان في هذه الحالة يتحول إلى اضطراب ذاكري حاد لأنه يمنع الفرد من التطور الطبيعي في الحياة الاجتماعية ،ولفقدان الذاكرة العضوي دائما اتجاهين:نساوة اللاحق (اضطراب صعوبة التعلم الواعي)ونساوة السابق (العوامل السابقة للصدمة أم المرض).

وللعجز الذاكري أسباب متعددة منها : إدمان الكحول، خرف الشيخوخة، صدمات قحفية، جراحة الفص الصدغي، إصابة الأوعية الدماغية، أورام.... الخ .

6-13-الأفازيا النسيانية وفقدان الذاكرة :

الأفازيا هي احتباس القدرة على الكلام وهي ليست مجرد انعدام القدرة على النطق أو على إخراج الصوت وإنما أيضا هي تعطيل في الوظيفة الكلامية بسبب عدم قدرة الفرد على الإدراك الصوتي أو قدرته على التعبير بالرموز سمعا أو بصرا أو كتابة ،.....لهذا فإن الأفازيا (بكافة أشكالها الحسية، الحركية، والكلية،والنسانية) ينتج عنها عملية نسيان وفقدان الذاكرة، أو كما تسمى بحبسة النسيان، وأهم عرض صعوبة تذكر المريض لبعض الخبرات أو بعض الأسماء أو بعض المرئيات التي يتعامل معها أو المواقف أو الصفات أو العلاقات ويضطر المريض إلى التوقف عن الكلام ليجد الكلمات المناسبة أو استبدال الكلمة بأخرى وفي بعض الحالات الخفيفة قد يتذكر المريض بعض الأشياء شائعة الاستعمال ولكنه يعجز عن تسمية الأشياء الأقل شيوعا أو ألفة ،وهكذا فإن الخلل يكون في تكون أسماء الأشياء ويبرر المرضى ذلك بالنسيان أو بعذر آخر مما يوحي بأن المرضى لا يدركون طبيعة المشكلة التي يعانون منها، علما بأن المريض يستطيع النطق والكلام بشكل سليم وهذه الحالات غالبا ما ترجع إلى إصابة دماغية في الفص الصدغي .(عيساني،2018،ص ص 58

- (59) .

II- الاسترجاع الذكروي :

1- تعريف الاسترجاع :

هو عملية استدعاء المعلومات السابق حفظها في الذاكرة، ولاسترجاع المعلومات يجب تنشيط المخ بحيث يكون في الحالة التي كان عليها وقت تعلم الخبرة أو القيام بفعل معين .
(أبو علام، 2012، ص 28) .

- يعرف على: أنه عملية عقلية تحدث بعد التعرض للإصابة ما أدت إلى فقدان وظيفة معينة سواء كانت لغوية أو ذهنية .

- كما يعرف : على أنه عملية استعادة لوظيفة ما تم فقدانها لأسباب معينة وهذا يتأثر بعوامل معينة قد تزيد من نسبة الاسترجاع أو العكس . (شريط، 2014، ص 9) .

- ويعرف كذلك : على أنه عملية تحدث فقدان وظيفة ما لغوية، ذهنية، معرفية لمحاولة استرجاع المصاب لجزء أو كل ما فقد من هذه الوظيفة وهذا طبعا يتوقف على عوامل مختلفة وتدخل فيه متغيرات عديدة، وقد يحدث الاسترجاع بطريقة عفوية ونسمي هذا الاسترجاع العفوي، أو يحدث بالكفالة الأرففونية ونسميه الاسترجاع بالكفالة الأرففونية .

2- أنواع الاسترجاع :

2-1- الاسترجاع التلقائي (العفوي) :

هي ظاهرة استرجاع المصاب لجزء مما فقد من الوظائف الذهنية والمعرفية في الأيام الأولى بعد الإصابة، فحالات الاسترجاع الكلية لا تحدث إلا في الساعات الأولى من الإصابة بالأفازيا وهذا النوع نادرا جدا والأكثر شيوعا في هذا النوع هو الاسترجاع الجزئي .

2 - 2 - الاسترجاع بالكفالة الأرففونية :

الكفالة في اللغة العربية من كفل أي قام بمعاشه وبأمره وأنفق عليه، وتأتي أيضا بمعنى ضمنه، والتكفل بالمريض يعني القيام بأمره من جميع الجوانب الطبية والاجتماعية والنفسية والأرففونية وضمان علاج له من هذه الجوانب .

والكفالة الأرففونية هي عملية تبدأ انطلاقاً من أول لقاء حين يلتقي الفاحص والمفحوص إلى غاية نهاية العلاج، وتبنى الكفالة الأرففونية على مراحل، بداية باللقاء الأول الذي يكتفي فيه الفاحص باكتساب ثقة المفحوص لأن هذا أهم شيء لبناء علاقة علاجية ووضع العد العلاجي الذي يأتي بناء على ما توصلنا إليه من تشخيص لنوع الاضطراب وتحديد الاضطرابات المصاحبة .

فمن خلال هذا التشخيص يستطيع الفاحص تسطير برنامج كفالة أرففونية وإعادة تربية خاصة بالحالة تشمل الاهتمام بجميع الجوانب النفسية والاضطرابات اللغوية التي تعاني منها الحالة .

وتكون التمارين المقترحة من طرف الفاحص مبنية بطريقة علمية تتوافق وقدرات ومن الحالة الصحية العامة للمريض .

إذ نبدأ من البسيط إلى المعقد ومن الملموس إلى المجرد ومن التغير الأوتوماتيكي إلى التغير الإرادي من الفونيمات إلى الكلمات ومنه للجملة والنص . (شريط، 2014، ص ص 84 - 85).

3 - تعريف الاسترجاع الذكروي :

هو آثار الذاكرة دون نسيان، مما يمارسه الفرد من تعرف أو استدعاء خلال عملية الاسترجاع التي تعتبر المرحلة الثالثة من مراحل الذاكرة . (الشرقاوي، 2003، ص 192).

خلاصة :

الذاكرة هي أرشيف يتم فيه تخزين المعلومات المعرفية والانفعالية والسلوكية والاجتماعية وتنظيمها وفهرستها وفق طرق وأشكال متعددة مما أدى إلى تعدد أصنافها، فهي سبب في إثراء المعارف والخبرات التي يدونها كي يكون هناك أي فعالية وإنتاجية في الحياة اليومية

الفصل الثالث:

الزهايمر

تمهيد

- 1 - تعريف الزهايمر
- 2 - أنواع مرض الزهايمر
- 3 - عوامل الإصابة بمرض الزهايمر
- 4 - مراحل مرض الزهايمر
- 5 - معايير تشخيص مرض الزهايمر
- 6 - الاضطرابات المصاحبة لمرض الزهايمر

خلاصة

تمهيد :

يعد مرض الزهايمر أحد أمراض الشيخوخة شيوعا ،بحيث يسجل ضمن مجالات علم النفس الإكلينيكي الخاصة بالمرضى ،ويصنف 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 جعله يحظى بالاهتمام والدراسة في مختلف الميادين والتخصصات وهذا ما ارتأت إليه الدراسة الحالية للتطرق إليه من جميع جوانبه من خلال هذا الفصل .

1 -تعريف مرض الزهايمر :

هو مرض عضوي يصيب أجزاء من المخ أحد أسباب الإصابة بهذا المرض هو عته الشيخوخة.(الميلادي، 2006، ص 102) .

- يعرفه (روسو) في كتابه مرض الزهايمر: بأنه حالة مرضية تصيب الخلايا العصبية في المخ وتؤدي إلى إفسادها وانكماش حجم المخ ويمثل مرض الزهايمر السبب الرئيسي للاختلالات عند الأشخاص المسنين، بما أنه يمثل حوالي 45% من الاختلالات و75% من الإختلالات الانحلالية (Rousseau ، 2004 ، p12)

-كما يعرفه (الشربيني):على أنه تدهور خطير يصيب القدرات العقلية يؤدي إلى خلل بالذاكرة، وعدم القدرة على التصرف السليم وأداء الوظائف الاجتماعية .(الشربيني، 2007، ص 29) .

- تعريف علم الأعصاب :

يعرفه على أنه نوع من أنواع الخرف يبدأ بعرض النسيان نتيجة لإصابات على مستوي البنى الصدغية الداخلية وبالأخص الحصين ،والتي تزداد انتشارا فيما بعد، حيث يمس الباحات الترابطية للقشرة الجديدة مما ينتج عنه تدهور معرفي ومن ثم الخرف. (Bérubé، 1991،p126) .

- تعريف جمعية الزهايمر الإيرلندية 2000:

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، ص 11) .

- من خلال ما تقدم يتضح أن مرض الزهايمر هو مرض عصبي مزمن عادة ما يبدأ ببطء ويتدهور مع مرور الوقت بحيث يسبب ضمورا في خلايا المخ مما يؤدي إلى تراجع مستمر في الذاكرة والإدراك واللغة والإدراك والانتباه وغيرها من القدرات المعرفية وكذا المهارات

الاجتماعية، مما يؤدي إلى قصور عام في الأنشطة اليومية، بحيث يعد واحدا من أمراض الشيخوخة الشائعة.

2-أنواع مرض الزهايمر:

هناك نوعان لمرض الزهايمر هما :

1-2- الزهايمر العائلي (Alzheimer Familiale) :

وهذا النوع ينتقل عبر الجينات الوراثية السائدة من جيل إلى آخر وهو غير منتشر مقارنة بالنوع الثاني، إذ يحدث بنسبة 10 % لمن هم قبل سن 65 سنة .

2-2- الزهايمر الفردي (Alzheimer Sporadique) :

وهو النوع الأكثر انتشارا بنسبة 90 % ويخص فئة الأشخاص ما بعد سن 65 سنة .
(Rousseau ،1995 ، p p 16 - 17) .

3- عوامل الإصابة بمرض الزهايمر :

لم يتوصل العلماء والباحثون بعد إلى تحديد الأسباب المسؤولة عن الإصابة بهذا المرض،ولكن نتيجة للأبحاث المستمرة منذ 15 عاما أمكن التعرف على مجموعة من العوامل التي من الممكن أن تتشارك لتؤدي في النهاية إلى مرض الزهايمر ،وبين هذه العوامل هي:

1-3- عامل السن :

يمثل السن العامل الأول الذي قد يؤدي إلى الإصابة بالخرف عامة وبمرض الزهايمر خاصة،حيث تزداد فرص التعرض لهذا المرض مع التقدم في السن وخاصة بعد سن 65 سنة،إذ ما أكد العلماء أنه بتقدم العمر تترسب بروتينات نشوية لها بنية تعرف ب " صفيحات بيتا المطوية " وهي التي تتراكم داخل الخلايا العصبية المركزية مما يؤخر التيارات العصبية أو يعطلها أو يدمر المسارات نفسها ويؤدي ذلك لاحقا إلى تآكل الخلايا العصبية وتقلص حجم المخ وتلافيهه .

هذا وقد أظهرت دراسة أمريكية عالمية أجريت مؤخرا على أشخاص مسنين أن معدل الإصابة بمرض الزهايمر تزيد نسبتها ب 12.7 % سنويا لدى الأشخاص الذين تتراوح أعمارهم ما بين 90 و 94 سنة ،وتزيد بنسبة 21.2 % سنويا ما بين 95 و 99 سنة، لتصل إلى 40.7 % سنويا بين كبار السن من عمر 100 سنة.

لكن يمكن أن يظهر في حالات نادرة جدا قبل سن 40 عاما .

3-2- العوامل الوراثية :

إن إمكانية الإصابة بمرض الزهايمر تكون مضاعفة ثلاث مرات إذا أصيب أحد الآباء من الجيل الأول بهذا المرض، هذا ويزداد احتمال الإصابة بهذا المرض عند الأشخاص الذين يحملون نسختين من مورثة الأليلين E4 للبروتين الشحمي APO E (A lléle E4 de l'APOE) وهو بروتين ناقل للكوليسترول في الدم، ومن خلال عدة دراسات في مجال الوراثة تم تأكيد وجود علاقة ترابطية بين هذا البروتين والخصائص الفيزيوباتولوجية لمرض الزهايمر، حيث يتدخل البروتين الشحمي APO E في إعادة بناء الخلايا العصبية المهتمة، لكن تكون هذه العملية أقل فاعلية إذا ما تمت عن طريق تدخل الأليلين E4.(حمزة، 2015، ص ص 19 - 20) .

3-3- الجنس :

لقد توصلت الدراسات إلى أن النساء هن أكثر عرضة للإصابة بمرض الزهايمر مقارنة بالرجال خاصة اللواتي تتراوح أعمارهن 75 سنة. كما يمكن للهرمونات الجنسية أن تكون سببا في حدوث المرض، بحيث أن الهرمونات الجنسية الذكرية تلعب دورا في الحماية من المرض، وهذا عكس الهرمونات الأنثوية التي تساهم وتسبب سن اليأس .

3-4- المستوى التعليمي :

فتشير دراسة باكيد (paquid) في منطقة بوردو الفرنسية أن مرض الزهايمر ينتشر بكثرة عند الذين يظهرون مستوي ثقافي واجتماعي ضعيف أو يعيشون عازبين لوحدهم،

مقارنة مع الذين يعيشون في إطار جماعة أو المتزوجين والذين يتمتعون بمستوى دراسي وثقافي مرتفع، فالمستوى التعليمي ترفع سيرورة الأعمار ويقوم بحماية الوظائف العقلية. (Kamami ،2002 ،p44) .

3-5-العوامل الثقافية الاجتماعية:

وتتمثل هذه العوامل في:

3-5-1-المستوى الثقافي:

إذ أكدت الدراسات أن عامل المستوى الثقافي الضعيف يزيد من احتمال الإصابة بمرض الزهايمر أو الخرف عامة.

3-5-2-النشاطات الترفيهية:

توصلت بعض الدراسات على أن القيام ببعض النشاطات الترفيهية يقلل من احتمال الإصابة بمرض الزهايمر أو الخرف عامة، كالبستنة، السفر، الأشغال اليدوية، لأن هذا النوع من النشاطات يسمح بتدخل الوظائف التنفيذية والتخطيط مما يؤخر من ظهور المرض .

3-5-3-الصحة الغذائية:

أثبتت بعض الدراسات قام بها باحثون بجامعة كاليفورنيا أن سوء التغذية يؤدي إلى نقص بعض الفيتامينات والأملاح المعدنية والتي يمكن أن تؤثر على خلايا المخ، وبالتالي قد يسهم ذلك في تفاقم مرض الزهايمر ومن أهم هذه المواد الغذائية .

- **فيتامين B12:** والذي تتلخص وظيفته في تأثيره على العمليات الأيضية في الجسم، والتي تلعب دورا هاما في عمل بعض الأنسجة العصبية وإنتاج النواقل العصبية والدهون الفسفورية التي قد تكشف عن سر ارتباط هذا الفيتامين بتطور وتقدم المرض، هذا وقد أشارت الدراسات إلى أن أكثر من 70% من المسنين الذين يعانون من نقص هذا الفيتامين يعانون من مرض الزهايمر .

- **فيتامين B9(حمض الفوليك):**حيث أن الأشخاص الذين يعانون من نقص حمض الفوليك معرضون بشكل أكبر لمخاطر الإصابة بالخرف.(حمزة. 2015. ص ص 20-21).

3-6- السوابق المرضية (الإصابات الوعائية) :

صنفت الإصابات الوعائية على أنها من العوامل التي قد تهدد بالإصابة بمرض الزهايمر، ويقصد بالإصابة الوعائية تلك الأمراض التي تؤثر على الأوعية الدموية الموجودة في المخ والتي من بينها: ارتفاع الضغط الدموي، الداء السكري، أمراض القلب، ارتفاع نسبة الكوليسترول في الدم... إلخ. (النوبي، 2012، ص 91) .

يتضح من خلال ما سبق أنه تعددت الآراء حول أسباب مرض الزهايمر فهناك من يرجعه إلى عوامل وراثية وآخرون إلى عوامل عصبية كيميائية، في حين أن البعض الآخر يعتبر عامل السن والجنس له تأثير في ذلك إلى أنه لم يتوصل لحد الآن الباحثون إلى تحديد السبب الحقيقي لهذا المرض.

4 - مراحل تطور مرض الزهايمر:

يتطور مرض الزهايمر من خلال ثلاث مراحل، وهي مراحل متواصلة، أي لا ينتقل المرض من مرحلة لأخرى بشكل مفاجئ بل بشكل تدريجي وببطء خلال عدة سنوات، ويختلف من شخص لآخر، كما أنه يكون هناك تداخل في تلك الأعراض من مرحلة إلى أخرى، وفيما يلي عرض لهذه المراحل:

4-1- المرحلة المبكرة:

توصف هذه المرحلة بالخفيفة من مرض الزهايمر، إذ تكون بداية الأعراض بصفة تدريجية ثم تتطور وتستغرق هذه المرحلة من 2-4 سنوات، وفيها يعاني المريض من:

- نسيان الأشياء البسيطة.

- قلة الاهتمام بالنشاطات والهوايات التي كان يستمتع بها من قبل.

- يقول الشيء نفسه مرارا وتكرارا.

- الكسل واللامبالاة.

- رفض أي تغييرات وصعوبة تقبل ما هو جديدة.

- الصعوبة في العثور على أسماء الأشياء المعروفة.

- صعوبة في اتخاذ قرارات صائبة وإدراك الأفكار المعقدة .
- تغيرات في الشخصية .

- لوم واتهام الآخرين بشكل غير واقعي مثل : سرقة الأعراض الخاصة .
- اضطرابات في المزاج من إحباط وحرز واكتئاب .

4 - 2 - المرحلة المتوسطة :

وتظهر هذه المرحلة بعد 3 أو 4 سنوات من تطور المرض وهي تعد من أطول المراحل زمنياً، فقد تستغرق من 2 - 10 سنوات إذ تشهد تدهور كبير على مستوى الوظائف المعرفية كاضطرابات اللغة والانتباه و التركيز وكذا على مستوى السلوك، العاطفة، القدرات الجسدية، وعلى العموم فإن المريض في هذه المرحلة يعاني من :

- زيادة حدة النسيان وخاصة للأحداث القريبة .
- نسيان أسماء أفراد العائلة والأصدقاء القريبين والخلط فيما بينهم .(النوبي، 2012،ص70) .
- يحتاج إلى مساعدة الآخرين للقيام بالمهام اليومية .مثل : إعداد الطعام، والاغتسال، واللبس، واستخدام المراض، والاعتناء بنفسه .
- يحتاج إلي مزيد من المراقبة للحيلولة دون حدوث إصابات أو حوادث .
- مدة انتباهه قصيرة .
- يصعب عليه تعلم المهارات وحفظ المعلومات الجديدة .
- ارتباك واضح في الزمن والمكان .
- يعبر عن الشكوك والتوهمات، ويمر بفترات هلوسة .
- يفشل في التعرف على نفسه في المرآة .
- يصبح التجول بلا هدف إحدى مشكلاته .
- يعجز عن التعبير عن نفسه بوضوح .
- الأرق، والاضطرابات في النوم .
- القلق والتوتر . (رابينز، وموريسون، 2019، ص 11).

4-3- المرحلة المتأخرة:

وهي المرحلة النهائية حيث تخفت ذاكرته حتى التلاشي، ويصبح غير قادر على التحكم بالبول والبراز ويحتاج إلى مساعدة تامة، يفقد المريض في هذه المرحلة القدرة على المضغ والبلع ويصاب عادة بإنتان رئوي بشكل متكرر بسبب دخول أجزاء من الطعام والتراب إلى الطرق التنفسية عند الأكل، مع تحوله إلى طريح الفراش تتكرر لدى المريض الإنتانات التنفسية والبولية، وتكثر الإختلاطات الطبية ويصل المريض في النهاية إلى حتفه. (أبو حامد، 2009، ص 21-22) .

- يعجز عن القيام بالمهام اليومية دون مساعدة.
- يحتاج الرعاية (24).
- فقدان الذاكرة قصيرة المدى تماما.
- يقضى وقتا أطول في النوم.
- لا يتعرف على أفراد العائلة.
- قد يفقد القدرة على الكلام، وقد يتحدث بحديث غير مترابط، ويهمهم وبئس، أو يبكي.
- يعجز عن المشي بمفرده، أو الجلوس، أو رفع رأسه .
- يجد الصعوبة في الابتلاع .
- يعجز عن التحكم في حركة الأمعاء، والمثانة. (رابينز، و موريسون، 2019، ص 11).

5- معايير تشخيص مرض الزهايمر :

من بين المعايير المستعملة عالميا والتي يعتمد عليها لتشخيص مرض الزهايمر نجد:

5-1- (DSM-IV) :

والمتمثل في ظهور اضطرابات معرفية عديدة تتمثل في:

- أ- تدهور الذاكرة: تدهور القدرة على تعلم معلومات جديدة أو تذكر معلومات مكتسبة سابقا
- ب- اضطراب إحدى الوظائف التالية على الأقل:
- الحبسة (Aphasia): اضطراب لغوي .

- أبراكسيا (Apraxie) : عدم القدرة على القيام بنشاط ما رغم سلامة الوظائف الحركية .
- أقنوزيا (Agnosie) : استحالة التعرف على الأشياء رغم سلامة الحواس .
- * الاضطرابات في الوظائف أ . ب هما السببين في تدهور الوظائف الاجتماعية والمهنية
- * تطور المرض يتميز بتراجع معرفي متواصل
- * التدهور المعرفي في المعيارين أ - ب لا يعود إلى:
- أمراض أخرى للجهاز العصبي المركزي التي قد ينتج عنها تدهور تدريجي للذاكرة والوظيفة المعرفية كمرض دماغي مرض بركنسونورم دماغي
- أمراض عامة التي قد تؤدي للعتة كقصور الغدة الدرقية نقص فيتامين B12، حصاف Pellarge(داء يتميز بأعراض جلدية ناتج عن سوء التغذية) فرط في الكالسيوم، سيفليس عصبي السيدا (DSM-IV, P182 - 183) .
- 2-5- معيار (NINCDS/ADRD) :
- توصل المعهد الوطني لطب الأعصاب والاضطرابات العقلية مع جمعية مرضى الزهايمر والاضطرابات المصاحبة في الو. م . أ ، إلى تكوين معيار موحد لتشخيص العته من نوع الزهايمر ، حيث ينقسم هذا المعيار الذي نشر من طرف مكهان MCKHANN سنة 1984 إلى 3 تشخيصات ملخصة فيما يلي :
- 5-2-1- التشخيص الممكن (Diagnostic possible):
- عرض عته منعزل
- اضطرابات تدريجية للوظائف المعرفية
- إمكانية ارتباطات بأمراض جهازية systématiques ا دماغية
- 5-2-2- التشخيص المحتمل (Diagnostic Prapable):
- عته بأعراض الإكلينيكية
- تدهور تدريجي لوظيفتين معرفتين على الأقل
- اضطراب في نشاطات الحياة اليومية وكذلك السلوك

- غياب أمراض أخرى جهازية ودماغية

3-2-5- التشخيص المؤكد (Diagnostic certain) :

يكون بجمع بين الشخصين المحتمل وإثبات تشريحي باتولوجي للمخ.

3-5- التشخيص الطبي :

والذي يشمل على:

1-3-5- الفحوصات الأولية (les bilans Initial)

أ-المقابلة: وتشمل على مجموعة أسئلة حول السوابق المرضية والعائلية وأسئلة أخرى حول الإصابة: بدايتها، تطورها والأعراض الملاحظة حول المصاب.

ب-مجموعة الفحوصات والتحاليل الطبية الأولية: كتحاليل الدم، تحاليل البول ... وتهدف هذه الفحوصات إلى وضع تقييم شامل لاضطرابات المصاب

2-3-5-الاختبارات المكملة: les examens complémentaires

تسمح هذه الاختبارات باستبعاد آخر للاختلال .

أ-الفحوصات الإشعاعية العصبية أو الاهتزازات المغناطيسية النووية (I.R.M) ويسمح هذا الفحص باستبعاد ورم Tumeur في الدماغ أو وجود مناطق مصابة متعددة التي تؤدي إلى إمكانية وجود اختلال وعائي (Démence Vasculaire).

ب- تنظيم النشاط الكهربائي للمنحى (E . E .G): هذا الاختبار يدعم التشخيص وذلك لإبراز تدهور خلقي للمعدل القاعدي في الدماغ. (أ وباشا ولياني، 2015، ص ص 23-24)

6- الاضطرابات المصاحبة لمرض الزهايمر:

يختلف مرض الزهايمر كسائر الأمراض التي تصيب الدماغ أعراض متنوعة معرفية

نفسية وسلوكية ندرجها فيما يلي:

6-1- الاضطرابات المعرفية الاتصالية :

6-1-1- اضطرابات الذاكرة :

تعتبر اضطرابات الذاكرة من بين أول الأعراض ظهورا في معظم الحالات إذ تشير الدراسات النفسية العصبية إلى أن هذه الاضطرابات تظهر عند حوالي 50 % إلى 70 % من حالات الخرف من نوع الزهايمر (DTA)، وتعتبر كإصابة مبكرة لوظائف الذاكرة .

تعتبر اضطرابات النسيان كمؤشر هام في تشخيص مرض الزهايمر، وتتمثل في صعوبة استحضار الكلمة أو اسم الشيء، المكان أو الشخص رغم انه معروف لديه وتبدأ أعراض النسيان في التفاقم تدريجيا، وغالبا ما تكون اضطرابات الذاكرة مشتركة في بداية المرض مع مشاكل في التوجه الزماني والمكاني كنسيان الأيام والأمكنة المألوفة، إضافة إلى نسيان كل المواقف الهامة والمعارف التي اكتسبها، وكل ما يتعلق بحياته الشخصية العملية الثقافية والاجتماعية .

ولقد توصلت البحوث النفسية العصبية في مجال الذاكرة أن لهذه الأخيرة أنواعا مختلفة وتكون إصابتها بطريقة غير متجانسة عند المصاب بمرض الزهايمر وتتمثل هذه الأنواع في:

أ-الذاكرة طويلة المدى:

وهي أكثر نظم الذاكرة أهمية وأكثرها تعقيدا وذات سعة كبيرة جدا، إذ تحتوي على كل ما نعرفه عن العالم من حولنا، ويفضل المعلومات المحفوظة فيها نستطيع استرجاع حوادث الماضي وحل المسائل المختلفة والتعرف على الصور....إلخ، مع العلم أن هذه الحوادث والمعلومات تحفظ في الذاكرة طويلة المدى وفق معايير محددة، وربما كان التنظيم والترتيب وفقا لمعايير متعددة و تخضع له المعلومات المخزنة هو الضمان لبقاء المعلومات بصورة دائمة فيها، لأن الترتيب يجعل الوحدات تترايط وتتماسك على أساس معناها المشترك وهو الذي يتيح لنا إمكانية استخراج المعلومات الضرورية التي نحتاجها من الذاكرة طويلة المدى خلال وقت قصير بينما نمضي وقتا طويلا إذا كانت المعلومات غير مرتبة وغير منظمة .

ويرى العلماء وجود عدة أنواع للذاكرة طويلة المدى، لكن بعضاً منهم يشير إلى وجود نوعين مثل **Tulving** (1972) الذي ميز بين الذاكرة الدلالية والأحداث.

-الذاكرة الدلالية:

وهي تشتمل على المعرفة بالمفردات والتراكيب اللغوية والمفاهيم والأفكار والقواعد اللغوية.

وتظهر اضطرابات الذاكرة الدلالية في مرض الزهايمر بطريقة غير منسجمة وتدرجية فيصبح الخطاب غير مفهوم، مركب من كلمات غامضة، وجود تحويلات دلالية، نقص في السيولة اللفظية، وتظهر هذه الصعوبات عند المصاب بمرض الزهايمر عند استعمال الاختبارات الخاصة بالتسمية، التعيين، الحوار الموجه.... إلخ. (الزغلول والهنداوي، 2013، ص 279) .

- ذاكرة الأحداث :

تشمل ذاكرة الأحداث بدورها على المعلومات الخاصة بالأحداث التي رمزت في وقت محدد والكيفية التي كانت عليها عند إدراكها وفي أثناء تعلمها وتذكرها وهذا النوع من الذاكرة الطويلة المدى يحتفظ بأنواع مختلفة من البيانات الخاصة بسيرة الأشخاص والظواهر والأشياء....مثلا : لقد سافرت إلى غرداية في شتاء 2000، تخرج أخي من الجامعة في 1989... إلخ، كما تحتوي على المعلومات التي ترتبط بجريان الحياة اليومية وفق سياق معين، غالبا ما تكون اضطرابات ذاكرة الأحداث موضع معاناة المصاب بمرض الزهايمر أو محيطه العائلي، لأنها تشمل عدم القدرة على استرجاع المعلومات الشخصية مثل :حوادث وقعت منذ فترة قصيرة ويعود السبب في ذلك إلى خطأ في عملية تسجيل المعلومة وبالتالي نسيانها، ومع تطور المرض تتفاقم الاضطرابات فتتمس حتى الأحداث التي وقعت منذ فترة بعيدة.

ب- الذاكرة قصيرة المدى :

وهي تعني بالاحتفاظ المدرك (الواعي) والمعالجة القصيرة للمعلومة، وذلك لفترة تدوم من ثمانية إلى ثمانية عشر ثانية، بينما تقوم بإرسال ما تبقى فيها من ذكريات إلى الذاكرة طويلة المدى، ويجدر الذكر أن الأبحاث التي تطرقت إلى اضطراب الذاكرة قصيرة المدى عدد المصاب بمرض الزهايمر تمحورت حول دراسة طاقة الاستيعاب اللغوية، حيث بينت هذه الدراسات عجز على مستوى الطاقة الخاصة بالاستيعاب والذي يكون راجع إلى صعوبة في عملية معالجة المعلومة وليس لإصابة البنيات المسؤولة عن ذلك. (حمزة، 2015، ص32).

6-1-2- الاضطرابات اللغوية :

الاضطرابات اللغوية التي تظهر على المصاب بمرض الزهايمر يمكن اعتبارها الأكثر ترددا بعد اضطرابات الذاكرة، وهي مرتبطة بتطور المرض وتظم ما يلي:

أ - اضطرابات اللغة الشفهية :

يلاحظ أن طلاقة المريض وقدرته على التخاطب تتغير من فترة لأخرى ففي بعض الأيام تكون جيدة وفي بعض الأيام الأخرى متردية وهذا كثيرا ما يحدث في السنوات الأولى من مرض الزهايمر. (النوبي، 2012، ص 92) .

ب - اضطرابات اللغة الكتابية :

تظهر اضطرابات اللغة الكتابية في مرحلة مبكرة من المرض، وتكون على شكل اضطراب في النظام الحركي الكتابي، فيعاني من عسر الكتابة وصعوبة في احترام قواعد الكتابة مثل التنقيط، الفواصل... الخ. (Eustache،1993،p 216) .

6-1-3- اضطرابات الانتباه:

إن الانتباه يعني تركيز الذهن على شيء ما، والقدرة على انتقاء تنبيهات معينة للاستجابة لها فهو يمثل الوحدة الرئيسية في سلسلة العوامل المشجعة للوظيفة الجيدة للذاكرة كما أنه شرط أساسي لتسجيل المعلومات.

وتظهر اضطرابات الانتباه بصفة مبكرة عند المصاب بالزهايمر، وتتجلى في صعوبة الانتباه عندما يتعلق الأمر بنشاطات تشمل عدة منبهات أو مؤثرات كما تلعب اضطرابات

الانتباه دورا مهما في ظهور المبكر لاضطرابات الوظائف التنفيذية. (p 129 Camus،2001، .

6-1-4- اضطرابات التعرف :

تسيطر اضطرابات التعرف البصري (Agnosie visuelle) على مجموعة اضطرابات التعرف، وتتمثل في عدم القدرة على التعرف على الأشياء في المحيط رغم سلامة حاسة البصر، فصعوبة التمييز تمثل عرض من الأعراض البارزة لدى المصاب بمرض الزهايمر، وتقتصر هذه الاضطرابات في بداية المرض على عدم التعرف على الصور ولكن سرعان ما يتطور الاضطراب مع تطور المرض فيصبح المصاب غير قادر على التعرف على الأوجه حتى المألوفة منها .

6-1-5- اضطراب الأبرا كسيا :

يظهر اضطراب الأبرا كسيا في مرحلة متطورة من المرض، ويتجلى في صعوبة القيام بحركات أو استعمال أشياء، وهي راجعة لإصابة المناطق العصبية المسؤولة عن الوظائف الحركي رغم سلامة الحواس.

يتضمن الجدول العيادي لمرض الزهايمر مختلف الأشكال الإكلينيكية للأبراكسيا، فيعاني المصاب في بداية المرض من أبرا كسيا بنائية والتي تتمثل في صعوبة تكوين الأشكال الهندسية، الرسومات ... إلخ، وفي مرحلة متقدمة من المرض تظهر على المصاب أعراض الأبرا كسيا الفكرية الحركية فيجد المصاب صعوبات في القيام بالإيماءات أو الحركات الرمزية مثل : حركة التشهد أو التحية العسكرية ...، كما تظهر كذلك أبرا كسيا فكرية والتي تتمثل في صعوبة استعمال الأشياء كإشعال عود من الكبريت ويعاني المصاب أيضا من أبرا كسيا ارتداء الملابس كصعوبة ارتداء الثياب بطريقة صحيحة .

6-1-6- اضطراب الوظائف التنفيذية :

يظهر هذا الاضطراب بصفة مبكرة عند المصاب بمرض الزهايمر، ويتفاقم مع تطور المرض، وهو يعكس الصعوبات المعرفية التي تخص التفكير المجرد والتخطيط والحكم على الأشياء، ويتجلى هذا الاضطراب في عدم القدرة على استعمال أو تصنيف المعلومات حسب النوع والشكل فالمصاب يعجز عن إيجاد الحلول للمشاكل البسيطة .

6-2- الاضطرابات النفسية السلوكية :

إن مرض الزهايمر لا يؤدي إلى اضطراب الوظائف المعرفية فحسب كالذاكرة واللغة بل يمس السلوك أيضاً، وتشير دراسات في علم النفس المرضي أن اضطرابات السلوك تتطور وتتفاقم بتطور اضطرابات الوظائف المعرفية

ولقد أكد الباحث **Rousseau** أن الاضطرابات النفسية السلوكية تظهر منذ بداية المرض ونجدها عند كل المصابين بمرض الزهايمر إلا أنها تختلف من حالة لأخرى، حسب درجة تطور المرض وشخصية المصاب قبل الإصابة بالمرض وكذا المحيط الاجتماعي .

من أهم الاضطرابات التي تظهر على المصاب الزهايمري في بداية المرض هي : الاكتئاب، القلق، الحزن، العدوانية،... الخ وبعض الاضطرابات الحيوية كاضطرابات التغذية والنوم .

مع تطور المرض تصبح الاضطرابات السلوكية أكثر حدة كالتطور السريع للاضطرابات الذهانية (Les psychoses) كما يصبح المصاب غير واعي تماماً باضطراباته.

تحدث هذه الأعراض معاناة كبيرة وقلق شديد بالنسبة لعائلة المريض والتي تصبح في وضعية صعبة تجهل فيها كيفية التعامل مع الشخص المصاب، هذا ما يؤدي بها أحيانا إلى وضع المصاب تحت الرعاية المتخصصة بمراكز خاصة، بالنسبة للبلدان الأوروبية والأمريكية، أما ببلادنا فلا توجد مراكز متخصصة للعناية بمرضى الزهايمر. (حمزة 2015، ص 35-36).

6-2-1- الاكتئاب :

يعتبر من بين الاضطرابات السلوكية التي تظهر بصفة مبكرة عند المصاب بالزهايمر منذ المرحلة الأولى من تطور المرض ويؤدي هذا الاكتئاب إلى اللامبالاة والخمول وإهمال انجاز بعض النشاطات اليومية. (Eustache ،1995،p227) .

6-2-2- القلق :

يعتبر من بين الأعراض الأولى التي تظهر على مريض الزهايمر فحوالي 50 من المصابين يعانون منه، ويمكن أن يظهر هذا السلوك على شكل أعراض مختلفة كاضطرابات في النوم، الهروب من المنزل، الخوف الشديد من ردة فعل المجتمع وعدم التقبل من طرف الأهل والمحيط. (Eustache ، 2002 ، p 228).

6-2-3- الاضطرابات العاطفية :

يتميز اضطراب العاطفة عند المريض الزهايمر بفقدان الإحساس باللذة، الذي يترتب عنه حالة اللامبالاة والخمول ويمكن تصنيفها إلى:

- **l'incontinence émotionnelle**: ونعني بها عدم الاستقرار العاطفي، والتغيير الدائم والمفاجئ للمشاعر العاطفية .

- **l'émoussement affectif**: عدم أو قلة التفاعل مع المنبهات العاطفية مع خمول تام.

6-2-4- العدوانية :

العدوانية سلوك سائد عند المصابين بمرض الزهايمر ونجده بنسبة 30% إلى 50% من الحالات ويتمثل السلوك العدواني في:

- التعدي الجسدي على الآخرين عن طريق الضرب والعض.
- التعدي اللفظي عن طريق الشتم والعبارات الغير اللائقة في اغلب الأحيان.

فالعدوانية غالبا ما ترتبط بعرض يدعى **syndrome confusionnel** وكلما تطور المرض، كلما كانت السلوكات العدوانية متكررة وأكثر حدة .

6-2-5- الهيجان :

سلوك جد سائد بحيث نجده بنسبة 50 % إلى 90 % من حالات المصابة بمرض الزهايمر ويكون متبوع في اغلب الأحيان بسلوك عدواني، فالهيجان يتمثل في مجموعة من السلوكيات اللفظية والحركية الغير ملائمة والغير مراقبة من بينها :

- القولية وهي القيام بأفعال لفظية أو حركية متكررة وغير إرادية
- الفرار المتكرر من المنزل .
- الصراخ دون أي سبب ظاهر.
- التجول دون أي هدف كالدوران في المنزل.

وفي مرحلة تطور المرض تظهر على المصاب بمرض الزهايمر سلوكيات أخرى كحك الأيدي، تكرار الأصوات إلخ .

6-2-6- الاضطرابات الذهانية:

تظهر الاضطرابات الذهانية في أغلب الأحيان على شكل اضطرابات حادة في مرحلة متقدمة من مرض الزهايمر خاصة عند المصابين الذين يعانون من اضطرابات حادة على مستوى الوظائف المعرفية .

ويمكن تصنيف ثلاثة أنواع :

6-2-6-1- الأفكار الذهانية الخرافية :

يتمثل هذا النوع من الاضطرابات في الاعتداء وإلحاق الأذى بالآخرين والغيرة المفرطة وتعتبر هذه السلوكيات عوامل خطرة على أفراد العائلة والمحيط، وتعكس هذه الأفكار الأعراض الحادة للهيجان والعدوانية .

تظهر الأفكار الذهانية الخرافية، بعد حوالي خمسة سنوات من ظهور المرض، يمكن ملاحظتها عند حوالي 40 % من الحالات، وقد تكون لها صلة وطيدة باضطرابات النسيان أو الاضطرابات البصرية الفضائية . (حمزة، 2015، ص 37-38) .

6-2-6-2- الهلوسة :

تظهر عند حوالي 21 من المصابين بالزهايمر وتزداد الخطورة مع تطور المرض وتظهر الهلوسة البصرية أكثر من السمعية، فكثيرا ما يدعي المريض رؤية شخص متوفي .
(Rousseau ،2004 ، p 229) .

3- الاضطرابات الخاصة بالتعرف على الأشخاص :

هي اضطرابات ذهانية تظهر في مرحلة متطورة من المرض، وتتمثل في صعوبات التعرف على الأمكنة أو الأشخاص وكذلك عدم التعرف على نفسه في المرآة وتعتبر هذه الصعوبات كنتيجة لاضطرابات التعرف . (بن أعراب، 2012، ص ص 38 - 42) .

3-6- الاضطرابات السلوكية الحيوية :

6-3-1- اضطرابات التغذية :

تظهر اضطرابات التغذية في مرحلة متقدمة من المرض، وتشمل بعض الأعراض الحادة لسوء التغذية، في البداية يلاحظ على المصاب نقص في التغذية ورفضه للأكل، مما يتسبب له في نقص واضح في الوزن.

6-3-2- الاضطرابات الجنسية :

يمكن ملاحظة هذا النوع من الاضطراب عند حوالي 7 % من الحالات ويتمثل في سلوك غريزي غير متحكم فيه، وتكون مصحوبة بعجز جنسي .

6-3-3- اضطرابات النوم :

تظهر اضطرابات النوم منذ بداية المرض عند حوالي 40 % من الحالات وتأخذ أشكالاً عدة نذكر من بينها :

- اضطرابات النوم الليلية **perturbation du sommeil nocturne** : الاستيقاظ عدة مرات أثناء الليل

- الإفراط في النوم **hyper-somnolence** : يشعر المريض برغبة كبيرة في النوم، وهذه مظاهر متعلقة بالخمول واللامبالاة .

6-3-4- اضطراب في وظائف الإخراج :

يعاني المصاب بالزهايمر من صعوبات في التحكم في عملية البول وتظهر الأعراض على الشكل التالي :

- التبول اللاإرادي **Enurésie** : عدم التحكم في عملية البول وخاصة التبول الليلي وهذا الاضطراب متداول لدى المصابين بمرض الزهايمر .

- التبرز اللاإرادي **Encoprésie** : ويقصد بها عدم التحكم في عملية التبرز عند المريض بالزهايمر وهي حالة نادرة، غالبا ما تظهر في الطور النهائي من المرض .
(حمزة، 2015، ص39- 40) .

خلاصة :

من خلال تعرضنا لمرض الزهايمر في هذا الفصل يتضح لنا أنه من أخطر الأمراض التي يمكن أن تصيب الأفراد، وهو فقدان تدريجي للذاكرة ويمتد إلى باقي الوظائف الإدراكية وتصاحبه اضطرابات نفسية، وهو من الأمراض الشائعة خاصة لدى المسنين، وهذا ما يجعل مرضاه يحتاجون إلى دعم العائلة والأصدقاء والسلطات المختصة التي من شأنها أن تساهم وتحسن جودة حياتهم

الفصل الرابع

الدراسة الميدانية وإجراءاتها

تمهيد

1 . منهج الدراسة

2 . حدود الدراسة

3 . الدراسة الاستطلاعية

4 . حالات الدراسة

5 . أدوات المستخدمة في الدراسة

خلاصة

تمهيد:

يعد الفصل المنهجي الإطار الذي يتم على مستواه تجسيد كل ما هو نظري في الدراسة من فرضيات وأفكار، ويتم كله عن طريق مجموعة من الإجراءات التي يتخذها الباحث بغية الحصول على كل ما يتعلق بالظاهرة المدروسة من بيانات ومعلومات كما هي في الواقع. وسنقوم في هذا الفصل بالتطرق إلى كل ماله من دور في الوصول إلى المعطيات والبيانات المرتبطة بالدراسة، وذلك بتقديم المنهج المعتمد الذي يناسب الدراسة، حدود الدراسة وعينة، الدراسة الاستطلاعية، إلى الأدوات المستخدمة وكيفية تطبيق الاختبارين وغيرها من الإجراءات .

1- منهج الدراسة :

اعتمدنا في بحثنا هذا على المنهج العيادي وذلك لطبيعة الدراسة المتمثلة في التعرف على الاسترجاع الذكري لدى المصابين بمرض الزهايمر، إذ يعرفه الوافي على انه منهج يعتمد على الملاحظة على ظروف حياتهم بغية التوصل إلى تأويل كل واقعة في ضوء كل الوقائع دون تشويها وتبريرها. (الوافي، 2005، ص 65).

والغاية من إتباع هذا المنهج كونه يعتمد على الدراسة المعمقة لأفراد معينين في وضعية خاصة والتفهم النفسي لتصرفاتهم وطبيعة بحثنا تركز على التعرف على استرجاع الكروي لدى المصابين بمرض زهايمر لدى مجموعة البحث، فبالتالي سيسمح لنا بالتوصل إلى معطيات تساعدنا في التحقق من فرضيات البحث .

2- حدود الدراسة :

تحدد هذه الدراسة بالحدود التالية:

2-1- الحدود البشرية: تقتصر هذه الدراسة على فئة الشيخوخة، كما حددت في التعريف الإجرائي .

تتكون من 3 حالات تتراوح أعمارهم ما بين 65 إلى 70 سنة .

الحالة الأولى : رجل 65 سنة

الحالة الثانية : رجل 66 سنة

الحالة الثالثة : امرأة 66 سنة

2-2- الإطار الزمني : أجريت هذه الدراسة خلال الموسم الدراسي 2019 / 2020، أما

فترة العمل التطبيقي فقد امتدت من 27 فيفري 2020 إلى 29 جوان 2020 .

2-3- الإطار المكاني : أجريت هذه الدراسة على عينة من داخل محيط ولاية المسيلة .

- في البداية تم إجراء هذه الدراسة داخل مستشفى الزهراوي، لكن الظروف الراهنة التي تمر بها البلاد خاصة والعالم عامة بسبب فيروس كورونا اضطررنا إلى إكمال الدراسة خارج المستشفى.

3- الدراسة الاستطلاعية:

تعتبر الدراسة الاستطلاعية خطوة هامة وأساسية في البحوث العلمية، وهي محاولة بحثية تجريبية يقوم بها الباحث في شكل إنجاز مصغر من أجل استطلاع ميدانية واكتشافها المنهج الذي سيسلكه في مرحلة الإنجاز النهائي، وهذا قبل الشروع في التنفيذ الفعلي للعمل كله وهي خطوة بحثية تمهيدية ضرورية في البحث العلمي لاسيما في البحوث الكبيرة التي يصادف الباحث فيها صعوبات كبيرة لذا فهو بحاجة لمثل هذه الدراسات التمهيدية للاستكشاف. (بن مرسل، 2003، ص 105) .

وتهدف الدراسة الاستطلاعية إلى:

- معرفة الظروف التي سيتم فيها إجراء البحث والتأكد من وجود العينة في الميدان .
- التطبيق الميداني والأدوات الدراسة لتأكد من صلاحيتها من حيث وضوح وسلامة اللغة.
- ولدراسة موضوع الاسترجاع الذكروي عبر الرورشاخ والوجه المعقد لرأي (FCR) لدى المصابين بمرض الزهايمر قصدنا المؤسسة الاستشفائية.
- للتقرب أكثر من حالات الدراسة وأخذ فكرة عامة عن أوضاعهم النفسية وعن تقبلهم لفكرة الإصابة بالمرض الزهايمر، قصد التعرف عن مدى توافر أحد متغيرات وهو الاسترجاع الذكروي .

وعند قيامنا بهذه الدراسة حضينا باستقبال جيد من طرف طاقم العمل في هذه المصلحة ومن طرف المرضى (الزهايمر) إضافة إلى تعاون الأخصائية النفسانية معنا وترحيبا بالموضوع ،وقمنا بإجراء مقابلات عيادية مع المرضى مع تطبيق عليهم الاختبار الإسقاطي " الرورشاخ " ،واختبار الوجه "المعقد لرأي".

ولكن لظروف الراهنة التي تمر بها البلاد بسبب الوباء فيروس كورونا اضطررنا لإكمال الدراسة خارج المستشفى(في منزل الحالات) .

4- حالات الدراسة :

تم انتقاء حالات بحثنا بطريقة قصدية، أي أنها حددت تناسباً مع حدود ومتغيرات البحث وذلك وفقاً للخصائص والشروط التالية :

4-1- شروط انتقاء حالات للدراسة:

- أن تكون الحالات مصابة بمرض الزهايمر .
- أن تكون الحالات في المراحل الأولى من مرض الزهايمر، لم تصل بعد إلى مرحلة الخرف.
- أن لا يكون مصاب بأمراض أخرى تخل بالذاكرة مثل بار كيسون، أو سرطانات دماغية .
- الجنس: لم تختص الدراسة بجنس معين لذا احتوت على أفراد من الجنسين (1 امرأة، 2 رجال).
- السن: يتراوح ما بين 65 - 70 سنة، أي في بداية الشيخوخة.
- المستوى التعليمي : الذي يعتبر عامل وشرط أساسي لتطبيق بعض اختبارات الإكلينيكية كونها تحتاج مستوى معين من الدراسة، لتكون أكثر ملائمة مع المبحوث، هذا ما أدى بالباحثة إلى انتقاء 3 حالات ذات مستوى تعليمي متوسط .

4-2- وصف حالات الدراسة :

فيما يلي سنعرض جدولاً نوضح فيه خصائص حالات الدراسة والتي عرفناها من خلال مقابلة جمع البيانات:

الجدول رقم 02 : يمثل خصائص حالات الدراسة

| حالات | السن | حالة اجتماعية | مستوى اقتصادي | مدة المرض | الأعراض الظاهرة | الإقامة |
|-------|------|---------------|---------------|-----------|---|----------|
| رجل | 65 | أرمل | جيد | عامين | - النسيان -المواظبة اللفظية - القلق | مع عائلة |
| رجل | 66 | متزوج | جيد | عام ونصف | - النسيان - المواظبة اللفظية والحركية | مع عائلة |
| امرأة | 66 | متزوجة | متوسط | 9 أشهر | - النسيان -اضطراب في اللغة -صعوبة في إيجاد الكلمات المناسبة، أخطاء في التسمية -المواظبة اللفظية | مع عائلة |

من خلال معطيات هذا الجدول يتضح لنا أن مجموعة البحث قد تضمنت 3 حالات ينتمون إلى مرحلة الشيخوخة، وأن سنهم متقارب ظهر لنا أن الحالة الأولى أرمل والحالتين الثانية والثالثة متزوج، وأن مدة المرض متقارب بين الحالتين الأولى والثانية (عامين - عام ونصف) أما الحالة الثالثة فمدته 9 أشهر، والأعراض نفسها تقريبا مشتركة بين الحالات النسيان، والمواظبة اللفظية وحركية، وتجدر الإشارة إلى أنه يمكن أن يكون لهذه المتغيرات أهمية إلا أن التركيز في دراستنا كان على مستوى القصور في استرجاع الذكري لمرضى الزهايمر .

5-أدوات المستخدمة في الدراسة:

5-1- ترتيب الأدوات :

اخترنا المقابلة نصف الموجهة كأداة بحثية أولى لأنها :

- تكون تمهيدية لتعارف بين الباحث والمبحوث .
- بناء الثقة بين الباحث والمبحوث .
- جمع قدر كبير من المعلومات عن المبحوث .

- هناك مصداقية في المعلومات .

- تعتبر تمهيدية لتهيئة المبحوث لتطبيق الاختبارات عليه .

يليه اختبار الرورشاخ لكونه إسقاطي أكثر غموضا (اختبار بصري) ، يتميز بالمشيرات والمواقع المبهمة ، وهي إسقاط رغبات مشاعر وصراعات ومخاوف ، وكذلك يمكن أن يكون إصلاحا في بعض الحالات الذين يعانون في تاريخهم العائلي ، يمثل سرد قصة ألما شديدا وعليه لا يؤخر أبدا الرورشاخ وبالخصوص الاختبارات غير اللفظية ، يليها اختبار الشكل المعقد لرأي لقياس الإدراك البصري والذاكرة البصرية

5-2- وصف أدوات الدراسة :

5-2-1- المقابلة العيادية النصف موجهة :

تتعدد أنواع المقابلة وقد قسمت حسب كيفية تحديد الأسئلة إلى المقابلة العيادية الموجهة والمقابلة العيادية غير الموجهة والمقابلة العيادية النصف موجهة ، واعتمدنا في بحثنا هذا على المقابلة العيادية النصف موجهة ، وهي التي يقوم فيها الباحث بطرح أسئلة محددة مسبقا مع إعطاء الحرية للعميل من أجل التحدث دون تقييده بمحددات الزمان والمكان أو الأسلوب

ويعرفها خليفة بركات " 1984 " المقابلة النصف الموجهة هي مقابلة تعتمد على دليل المقابلة والتي ترسم خطتها مسبقا وتوضح لها تعليمة موحدة وفيها تتحدد الأسئلة وصياغتها وترتيبها وتوجيهها وطريقة إلقائها بحيث تكون هناك مرونة تجعل هذه الطريقة بعيدة عن التكلفة . (بركات ، 1984 ، ص 163) .

5-2-2- اختبار الرورشاخ :

اختبار الرورشاخ هو اختبار إسقاطي يتكون من عشر بطاقات تتشابه فيما بينها من حيث أنها بقع حبر ، ويتكون من بعدان أساسيان وهما البعد الشكلي والبعد الحسي .
يتمثل البعد الشكلي في اختلاف البطاقات من حيث أنها بطاقات أحادية أو ثنائية بحيث تكون الأولى متراسة ومغلقة ، تمثلها البطاقات IV ، V ، VI ، IX ، X ، أما البطاقات

الثنائية المفتوحة، فتبرز فيها ازدواجية الشكل تمثلها البطاقات II، III، VII، VIII، وتنتمي البطاقة I إلى البعد الشكلي المزدوج أي مفتوحة ومغلقة في نفس الوقت، وتتشابه هذه البطاقات من حيث تناظرها بالنسبة للمحور الذي يبرز أكثر في البطاقات الثنائية.

من خلال هذا البعد الشكلي الذي يبرز خاصية هذه البطاقات، من حيث أنها مفتوحة أو مغلقة يمكن استنتاج ما تبعث إليه هذه البطاقات، فنجد البطاقات المفتوحة II، III، VII، VIII، تحمل رمزية أنثوية - أمومية، أما البطاقات المغلقة فتحمل رمزية ذكرية - قضبية (بوعلاقة ، 2017، ص 93) .

أما البعد الحسي فيتمثل في اختلاف البطاقات من حيث اللون الذي نقدمه في الجدول التالي :

جدول رقم 03 : يمثل توزيع بطاقات الرورشاخ حسب اختلاف ألوانها

| اللون | البطاقات |
|-------------------|--------------|
| رمادي، أسود | VI, V, IV, I |
| رمادي | VI |
| رمادي، اسود، احمر | II, III |
| مبتسلة | IX, X, VII |

هذا الجدول يمثل توزيع البطاقات حسب اختلاف ألوانها، هذا البعد الحسي للاختبار يثير حساسية المبحوث للأسود والرمادي المرتبطة بالعاطفة المكتتبة، كما يثير الجانب الجنسي والعدواني بدخول اللون الأحمر مع الأسود والرمادي في البطاقات II، III التي هي في نفس الوقت تنتمي إلى اللوحات الثنائية التي تبرز علاقة المبحوثة مع المواضيع، وبالتالي فإن البعد الشكلي والحسي لهذه البطاقة يسمح لنا بمعرفة مدى قصور المبحوثة في استرجاع الذكروي ومدى استدخال المدركات الجيدة والسيئة وأثرها على الاستدعاء أو الاسترجاع عبر المراحل نوعية الشكلية الجيدة، المؤلفات بطاقة V "خفاش، فراشة"، والشائعات بطاقة VI، VII أكثر البطاقات رفضا في المجتمع الجزائري أي سهولة أو صعوبة، إذا كان هناك تشويه أو نسيان في استرجاع أحداث حياتية عبر تداعيات المثيرات البصرية والحسية للبطاقات من

حيث تسمية المدركات ومواقعها لديها قصور في الذاكرة، البطاقة VII تتميز بلونها الرمادي وبأنها لوحة ثنائية مفتوحة على فضاء ابيض واسع، هذا التداخل بين الرمادي والأبيض يضع المفحوص في وضعية تداخل بين الداخل والخارج والتقمص الأمومي، أما البطاقات ذات الألوان العديدة تسهل النكوص لدى المفحوص بسبب ألوانها الحائلة . (بوعلاقة، 2017، ص 93 - 94) .

5-2-2-1- كيفية تطبيق اختبار الرورشاخ :

يطبق اختبار الرورشاخ على الأطفال، المراهقين والراشدين وقبل تطبيق الاختبار، تجدر الإشارة أولاً إلى أهمية إحداث اتصال وجداني مع المبحوثة، ويجعلها في وضعية ثقة عن طريق إجراء مقابلة قصيرة تسبق عملية تمرير الاختبار هذه الأخيرة تتم خلال حصة واحدة، بإتباع المراحل التالية :

- **مرحلة التطبيق :** تتمثل مرحلة التطبيق في تقديم لوحات الاختبار الواحدة تلو الأخرى وبالترتيب، إلى آخر لوحة أي من اللوحة I إلى اللوحة X وهذا بعد إلقاء تعليمة الاختبار، بحيث تقدم هذه اللوحات الاتجاه العلوي (V) على الفاحص خلال هذه المرحلة تسجيل جميع إجابات المفحوص، التعليقات، والسلوكات الإيماءات الصادرة عنه، كذلك تسجيل زمن الكمون الخاص بكل لوحة والزمن المستغرق خلالها إضافة إلى الزمن الكلي للبرتوكول .

-**مرحلة التحقيق :** بعد الانتهاء من تقديم كل اللوحات ،يقوم الباحث بإعادة إعطاءها ثانية للمبحوث أو يقتصر على اللوحات التي تنقصه فيها توضيحات معينة، وهذا قصد تحديد وضبط العناصر المتمثلة في الموقع المحدد، المحتوى، والتي لها أهمية في تنقيط وتحليل البرتوكول أي كي يحدد المبحوث أين وما الذي بعثه على ما أعطاه كإجابة ،يتم هذا بعد إلقاء التعليمة الثانية الخاصة بمرحلة التحقيق، وتعد هذه المرحلة الثانية من تمرير الاختبار مرحلة هامة، كونها تسمح للباحث بتسجيل إضافات تساعده في التنقيط أولاً ثم التحليل ثانياً .

-مرحلة التحقيق الحدي : في بعض الأحيان يمكن إضافة مرحلة ثالثة تدعى التحقيق الحدي، يتم هذا عند انعدام بعض أنواع الإجابات في البروتوكول والتي من المفروض أن تكون موجودة .

- مرحلة الاختبارات : تتمثل المرحلة الأخيرة في الاختبارات، أين يطلب الباحث من المبحوث، اختيار اللوحات اللتان تعجبانه أكثر ،ولوحتان لم تعجبانه، وهذا من مجموع اللوحات العشر الموضوعة أمامه .

وتجدر الإشارة في الأخير إلى أن عملية تمرير اختبار الرشاش هي عملية مستمرة ومتواصلة حيث أن كل مرحلة تعقبها المرحلة الموالية دون وجود فاصل زمني بين كل مرحلة وأخرى .

- تعليمة : عن طريق إلقاء تعليمة الاختبار يطلب من المبحوث أن يدلي بما يراه من خلال مادة الاختبار (بقع الحبر)، هذه الأخيرة التي تتميز بالغموض كونها غير محددة الشكل وهذا دون توجيهه أو الإيحاء له بأية إجابة، حيث يقدم في اختبار الرشاش تعليمات أحدهما تعطى في المرحلة الأولى أي مرحلة التطبيق والأخرى في المرحلة الثانية أي مرحلة التحقيق .

- تعليمة المرحلة الأولى :أحدث على التعليمة الأصلية للرشاش" ما يمكن أن يكون هذا " العديد من التعديلات من بينها، نذكر مثلا تعليمة (أنزيو Anzoi) وهي كالتالي : " المطلوب منك هو أن تقول ما الذي يمكن رؤيته في هذه البقع "، إضافة إلى التعليمة الموضوعة من قبل (شابير) المتمثلة في : " سوف أقدم لك عشر لوحات عليك أن تقول لي فيما تجعلك تفكر وما الذي يمكن أن تتخيله انطلاقا من هذه اللوحات " .وان أهم ما يجب أن تمتاز به تعليمة الرشاش هي أنها تعطي للمبحوث حرية، بحيث تبعثه لتخيل أشكالاً معينة انطلاقاً من منبه غير محدد وهذا دون توجيهه أو إيحاء للإجابة من قبل الباحث، فتعليمة اختيار الرشاش تخضع لمبدأ الخيال والواقع .

- وخلال تطبيقنا لاختبار الرورشاخ في بحثنا هذا، اعتمدنا على إلقاء التعليمات باللغة العربية العامية مقتبسة من تعليمات شابير وهذا قصد التوضيح أكثر باستخدام اللغة المستعملة من قبل المبحوثة، فكانت التعليمات كالتالي :

نعطيك 10 بطاقات وقوليلي واش تشوفي فيها، باه تفكر، واش تقدري تتخيلي فيها .

- استجابة الحالة كانت :دهشة.....والله ما فوقت بيها والله لخبر ما شبهتهاش .

- **تعليمات المرحلة الثانية :** مع بداية مرحلة التحقيق الهادفة للحصول على توضيحات أدق حول إجابة المبحوث، يقوم الباحث بإلقاء التعليمات التالية :

"سنأخذ من جديد اللوحات، حاول أن تبين لي أين رأيت ما قدمته وعلى ماذا اعتمدت في إعطاء إجابتك، وإذا راودتك أفكار أخرى يمكنك الإدلاء بها، هذه التعليمات هي الأخرى، تم صياغتها وتقديمها باللغة العربية العامية، خلال تطبيقنا للاختبار كانت التعليمات على النحو التالي : " راح نرجعك البطاقات توريلي وين شفتيواش قلتيليو على حساب واش شفتي اللون ولا الشكل ولا حساب حاجة واحد أخرى، وإذا شوفتي حاجة أخرى تقدري تقوليها (36- 38p، Cahbret ، 1983) .

5 . 2 . 2 مؤشرات الاسترجاع الذكروي في الرورشاخ :

اعتمدنا في التحليل لمعطيات رائز الرورشاخ علي المعايير الأساسية للشخص العادي انطلاقا من بروتوكولات الرورشاخ التي استخلصت من العديد من الدراسات والبحوث العلمية منها دراسة بيزمان سنة 1982 ، ودراسة روش دوتروبنبارغ سنة 1983، ودراسة أخرى لنفس الباحثة سنة 2000 ، ودراسة أنزيو وشابير سنة 1987 ، هذه المعايير تشمل أيضا كيفية تحديد مؤشرات الاسترجاع الجيدة أو السيئة والتي نتحقق منها في تطبيق الرورشاخ .

1- ظروف التطبيق واستجابات حالات الدراسة :

من مؤشرات الإدراك الجيد في الرورشاخ هي القدرة على استدعاء أحداث حياتية عبر تداعيات المثيرات البصرية والحسية للبطاقات ، التذكر أو النسيان أو التشويه في استرجاع الإجابات التلقائية من حيث تسمية المدركات ومواقعها .

نلاحظ في بروتوكول المبحوثة في البطاقة VIII كان طويل 5.53 دقيقة مما يدل على الصعوبة في استدعاء أحداث حياتية عبر التدايعات المثيرات البصرية والحسية .
بطاقة X أعطت المبحوثة أسم مدرك لكن بسبب النسيان والعجز لم تتمكن من استرجاع اسم المدرك وموقعة .

في البطاقة XI VII سجلنا صدمة ،مما يدل على الوضعية التي عاشتها المبحوثة في مواجهة الوضعية الاسقاطية والصعوبة في استدعاء أسماء في استرجاع المدرك ، كما رفضت البطاقة VII VI ما يفسر العجز والنسيان والصعوبة في اسم المدرك وموقعه وهذا يدل على القصور في الذاكرة ،في البطاقة V أعطت اسم مدرك "خفاش" لكن في مرحلة التحقيق بسبب التشويه لم تستطع استرجاع اسم المدرك " ذهبلي اسمو" ، أيضا لم تسجل إجابات إضافية يدل على القصور في الذاكرة .

2 . كيفية تحديد مؤشرات من خلال الرورشاخ : لتحديد مؤشرات استرجاع الذكروي يجب قراءة شاملة للإجابات من خلال ارتباطها ، والمواجهة الشامل للإجابات مع مختلف مؤشرات بعضها البعض

2 . 1 ملاحظات أولية حول البروتوكول :

- عند تحليل معطيات رائز الرورشاخ وبعد قراءة أولية وشاملة للبروتوكول نحدد المرن منها ولذي يجب أن يتميز بعدم الكف وذلك استنادا على النقاط التالية :
- عدد الاستجابات يقل عن 20 إلى 30 إجابة.
- الوقت المستغرق أقل من 20 دقيقة لبروتوكول يحتوى على 30 إلى 40 استجابة.
- أزمنة كمون طويلة في البداية أو مابين الاستجابات.
- عدم وجود استجابات إضافية مرتبطة بمحددات شكلية إيجابية (F+) أو حركية إنسانية (K)
- رفض كثير للوحات .

- يظهر الكف من خلال : « تعبير ضئيل عن الوجدان، ويكون نمط الصدى الداخلي TRT من النوع المحصور أو المنطوي، الاستجابات الحسية قليلة، تدل على مقاومة ظهور الانفعالات و الوجدانان » .

كل ذلك يدل على بلورة الميكانيزمات التي تهدف إلى : « المقاومة إلى أقصى حد ممكن ضد المشاركة الاسقاطية لكونها معاشة كخطر » .

من خلال النقاط المعروضة نستنتج أن معيار التقمصات المرنة ينتمي إلى المعيار النموذجي لتنظيم عقلي " جيد "، هذا الأخير لا يشمل على رفض للوحات ويضم عدد الاستجابات (R) ما بين 20 إلى 30 استجابة على الأقل .

2-2- موقع الاستجابات:

- أن يشمل البروتوكول على استجابات كلية بسيطة، فهي ذات نسبة بين 20 و 30 %، غير مركبة لأنها : « تدل على اندماج الشخص في الواقع (...) وعندما ترتبط بمدرجات سليمة تضمن تميزا تكيفيا للتنظيم المعرفي » .

- أن تكون نسبة الاستجابات الجزئية (D%) ما بين 60 و 70% وارتباط هذه الاستجابات الجزئية D مع أشكال إيجابية (FD+)، أو مع أشكال إيجابية واستجابات لونية (D F+C)، أو استجابات حركية مرتبطة بأشكال إيجابية (DK+) يعني: « اندماج في الواقع (...) وذلك من خلال أنا قوي متكيف مع الواقع » . (بوعلاقة، 2017، ص ص 115 - 116) .

- أن تكون نسبة الاستجابات الجزئية الصغيرة (Dd) تساوي 10% وارتباطها بمحددات شكلية إيجابية يعطي : « طابع فكري مدقق » .

- أن تكون نسبة الاستجابات الجزئية ذات الفراغات البيضاء (DbL%) لا تتجاوز 10% وإلا كان مؤشرا للقلق : « البدائي المرتبط ونقص فعلي في العلاقات المبكرة مع الأم، أو قلق الخصاء المرتبط والعلاقات الثانوية الأودية » .

- ألا يشمل البروتوكول العادي على استجابة جزئية مرضية (Do)، ما تسمى حاليا (Di) .

- ألا يكون التركيز على النوع واحد من موقع الاستجابات بل لا بد من تنوعه .

بالنسبة لطريقة إدراك الواقع طغيان الاستجابات الكلية (G) يدل ذلك على القدرة على الاستنتاج والتجريد .

أما في حالة طغيان الاستجابات الجزئية، فإن ذلك على التمسك بالواقع الخارجي أو العالم الموضوعي، نشير إلى أن : « طريقة الإدراك للواقع ترمي إلى رؤية كاملة للمنبه أو إلى تجزئ المادة وفي كلتا الحالتين قد تكون محاولة لتجنب المواجهة المعتبرة كخطر بين عناصر المادة التي تثير المظاهر المقلقة للواقع الداخلي» .

2-3- محددات الاستجابات :

- أنتكون محددات الاستجابات متنوعة غير مركزة على نوع واحد .
- أن يشمل البروتوكول على محددات شكلية (F) تتراوح نسبتها ما بين 60 و 65%، فهذه المحددات حسب شابير (ك) أنها: « ترتبط وأنا الواقع (...) يبحث من خلالها الفرد في الخارج على إيجاد موضوع واقعي يناسب تصور الموضوع البدائي المشبع والمفقود » .
- أن يشمل البروتوكول على محددات شكلية ايجابية (F+) تقدر نسبتها ما بين 70 إلى 80% والتي لها نفس الدلالة التكيفية والاجتماعية مثل المحددات الشكلية (F%) .
- أن يشمل البروتوكول على استجابات شكلية ايجابية أكثر من الاستجابات الشكلية السلبية (F-<F+) .

تجدر الإشارة إلى أن الاستجابات الشكلية السلبية (F-) تدل على :«عدم التكيف مع العالم الواقعي (...) وجودها بكثرة تدل على استثمار الواقع الموضوعي والمحيط، وبالتالي للعلاقات مع الموضوع » .

- أن لا يشمل البروتوكول على استجابات ايجابية سلبية (F±) بكثرة لأن ذلك: « يدل على غموض التفكير الذي يجد صعوبة في حدوده (...)، تدل هذه الاستجابات على الشك والتردد والاحتياط الكبير والحذر أمام الاشتراك الذي يتطلب اتخاذ القرار ».

فان المحددات الشكلية : « تسمح لنا بمعرفة مدى قدرة الفرد على التعرف على المواضيع وتمييزها عن ذاتيته، فإذا استطاع التمييز بين الشكل والمحتوى الداخلي والخارجي، فهو يستطيع التمييز بين الواقع والخيال، بينه وبين الآخر» .
 -أن محتوى البروتوكول العادي على : « استجابة حركية إنسانية واحدة على الأقل، لأنها تعبر عن ذكاء الفرد وقدرته على بلورة الصراعات العلائقية أو النرجسية» .
 (بوعلاقة، 2017، ص ص 116 - 117) .

وهذه مجموع من النقاط الكثيرة جدا والتي نستنتج من خلالها أن مؤشرات الاسترجاع الذكروي ينتمي إلى المعيار النموذجي لتنظيم عقلي جيد أو سيئ، وهكذا فكلما ابتعدت المبحوثة عن معايير، أو مؤشرات الاسترجاع الذكروي المستتبطة أساسا من معالم السير العقلي النموذجي "العادي" سواء في الاتجاه العلوي أي فوق المعايير أو السفلي أي دون المعايير (جيد ، سيئ)، فإننا نعتبر مؤشرات استرجاع الذكروي عند المبحوثة أنها تجد صعوبة في استدعاء أسماء مدركات، أحداث حياتية عبر تداعيات المثيرات البصرية والحسية بسبب النسيان والعجز لم تتمكن من استرجاع اسم المدرك وموقعه، وكانت ترتبط بمدركات سلبية ومتأرجحة بين السلب والإيجاب في العديد من الإجابات مما يدل على أن المبحوثة تجد صعوبة في الاسترجاع الذكروي. (بوعلاقة ، 2017 ، ص 124) .

5-2-3- اختبار الشكل المعقد لرأي :

5-2-3-1- وصف الاختبار :

وضع هذا الاختبار سنة 1642 من طرف العالم أندري رأي **Andry Rey** بجنيف، حيث يقيس هذا الاختبار الإدراك والذاكرة البصرية، وحسب الطريقة التي ينقل بها الشخص الشكل نستطيع أن نأخذ فكرة عن نشاطه الإدراكي، وتعطينا إعادة إنتاج الشكل في غياب النموذج صورة عن ذاكرته . (عنو، 2017، ص 340) .

ويتم تطبيق هذا الاختبار في مرحلتين :

- **المرحلة الأولى :** بعد تقديم التعليمات التالية : "أطلب منك أن تنقل هذه الرسمة على الورقة ليس من الضروري رسمه طبق الأصل لكن لابد من الحيطة للمكونات وخاصة لا تنسى أي شيء، ليس من الضروري التسرع ابدأ بهذا القلم"، يتم حساب الوقت المستغرق، هذا الأخير ليس محدد والمفحوص وحده الذي يعلن عن توقفه .

- **المرحلة الثانية :** وهي إعادة الإنتاج (النسخ) اعتمادا على الذاكرة . تأتي بعد 3 دقائق من الاختبار الأول، نخفي الشكل الهندسي، نطلب من المفحوص إعادة رسمه مع مراعاة نفس الخطوات السابقة (تقديم الألوان حسب الوقت) . (VALEZTENN، 2010، p323) .

• **خصائص الاختبار:**

- غياب مدلول الشكل .
- تحقيق الشكل الخطي سهل .
- بنية العامة معقدة نوعا ما .
- بين رأي أن الإدراك البصري ليس فقط تحقيق للاتصال الحسي ولكنه يحقق ما يلي :
- التعرف .
- التنظيم .
- التحليل .
- التحديد .
- من أهداف اختبار شكل رأي : يهدف إلي قياس الجوانب التالية :
- المستوى الإدراكي .
- الذاكرة البصرية .
- قدرة النشاط الذهني .
- التصور المكاني .
- التعامل مع موقف جديد غير متوقع .

5-2-3-2- تقنية الاختبار :

أولاً: الصورة المعقدة (A) : نقدم الشكل A أفقياً أين يكون المعين على اليمين سفلياً .

يقسم اختبار شكل رأي المعقد إلى 18 وحدة مرقمة طبقاً للمصطلحات التالية :

- 1 - صليب خارجي بجوار الزاوية اليسرى العليا للمستطيل الكبير .
- 2 - المستطيل الكبير والذي يعتبر مركز الشكل .
- 3 - قطري المستطيل الكبير .
- 4 - الخط الأفقي الذي يقسم المستطيل الكبير إلى قسمين .
- 5 - الخط العمودي الذي يقسم المستطيل إلى قسمين (يمين، يسار) .
- 6 - المستطيل الصغير الداخلي (الواقع في الجانب الأيسر للمستطيل الكبير) .
- 7 - الخط الأفقي، القريب من المستطيل الصغير أعلاه .
- 8 - الخطوط الأفقية المتوازنة .
- 9 - المثلث العلوي المشكل من نصف الجانب العلوي للمستطيل الكبير .
- 10 - الخط العمودي الواقع في مثلث داخل المستطيل الكبير وتحديدًا تحت العنصر 9 .
- 11 - الدائرة والنقط الثلاث .
- 12 - الخطوط الخمسة المائلة .
- 13 - الضلعين المتساويين الشكليين للمثلث الكبير يمين المستطيل الكبير .
- 14 - المعين الصغير المعلق في رأس المثلث (العنصر 13) .
- 15 - الخط العمودي داخل العنصر 13 .
- 16 - خط أفقي يمثل امتداد للخط الأفقي الذي يقسم المستطيل الكبير .
- 17 - الصليب السفلي الذي يلتصق بالعنصر 5 بواسطة خط عمودي صغير .
- 18 - الربع الصغير بالخط المائل داخله، من الجهة اليسرى إلى الأسفل من المستطيل الكبير . (Rey، 1959،p 17) .

• طريقة التنقيط :

الجدول رقم (4) : يمثل طريقة تنقيط اختبار شكل رأي المعقد . (Rey،A،1959) .

| الحضور | الدقة | المكان |
|---------------|-----------------|------------------|
| موجود 0.5 | نفس الرسم 0.5 | في وضع جيد 2 |
| غير موجود 0.5 | ليس نفس الرسم 0 | في وضع غير جيد 1 |

الحساب يكون كالتالي :

$$(\text{الحضور} + \text{الدقة}) \times \text{المكان} = \text{النقطة}$$

ثانياً: الصورة البسيطة (B) :

يطبق هذا الاختبار الذي هو اقل تعقيدا من الصورة (A) على الأطفال لأنها تستغرق وقت اقل وتطبيق سريع ويمكن تطبيقه على الراشدين الذين نلاحظ أو نشك وجود تخلف معرفي ،

أ -تقنية الاختبار:نقدم الصورة للطفل، المربع في الأسفل من اليمين.ونطلب منه نقلها بالقلم (نسجل الوقت)، وعند ما ننتهي مع النموذج، وبعد استراحة زمنية تقدر ب 3 دقائق نطلب منه القيام برسم للذاكرة على ورقة جديدة

ب- التصحيح والتقييم:نصح كل ورقة على حدي وهذا بإتباع الخصائص التالية :

ج- عنصر موجود : نقطة لكل عنصر والعناصر هي : المثلث، الدائرة، المربع، المستطيل، السطور في المحور، (2 أو أكثر، قوس المستطيل، القطر الموجود في المربع، النقطتان في الدائرة =، نقطة المربع، الصليب 1/2 نقطة إذا كان العنصر معروفا تقريبا، 1/2 نقطة للصلب المرسوم كمساحة، واضحا لكي تعبر كل شكل عنصر مجموع النقاط = 11 .

-كبر حجم الأشكال الأساسية :

- التساوي بين الدائرة والمثلث ... نقطة واحدة .

- التساوي بين الدائرة والمربع والمثلث... نقطة واحدة

- التساوي بين ارتفاع المربع والمستطيل... نقطة واحدة

- التساوي بين الأشكال الأربعة الهندسية... نقطة واحدة
- إذا كان تساوي تقريبي يساوي 4 ملم ونعطي له $\frac{1}{2}$ نقطة، وإذا كان المثلث أو الدائرة ناقص، ولكن يكون هناك تجانس في الحجم بين العناصر، المجموع 4 نقاط .
- علاقة دقيقة بين المساحات الأربعة الأساسية:
- تشابك المثلث والدائرة أو لمثليهما المعروفات... نقطتان (2).
- تشابك المثلث والمستطيل أو لمثليهما المعروفات... نقطتان (2) .
- تشابك الدائرة والمستطيل أو لمثليهما المعروفات...نقطتان (2).
- تشابك المربع والمستطيل أو لمثليهما المعروفات... نقطتان (2).
- إذا كان تجاوز أو تدخل مبالغ فيه نعطي 1 نقطة .
- المجموع : 8 نقاط
- وضعية العناصر الثانوية :
- بالنسبة لنقطتي الدائرة : إذا كانتا موضوعات بشك n جيد على اليمين نقطة 1 .(إذا كانت الواحدة تحت الأخرى أو متباعدتان جدا $\frac{1}{2}$ نقطة) .
- بالنسبة للصليب الموجود على اليسار المثلث (1) نقطة .
- بالنسبة لمحور الدائرة الموجود في وسط دائما في المستطيل نعطي نقطة (1). إذا لم يكن في الوسط ويوجد دائما في المستطيل نعطي $\frac{1}{2}$ نقطة
- بالنسبة للإشارة (=) الموجودة في المربع الصغير المكون من تداخل المستطيل والمربع نقطة (1).
- إذا كانت الإشارة (_) نقطع الأطراف المربع الصغير نعطي $\frac{1}{2}$ نقطة .
- بالنسبة للخطوط العمودية في المحور صحيح وهو 4 نعطي نقطة (1).
- بالنسبة للقطر الموضوع جيدا : نقطة (1).
- بالنسبة لنقطة المربع الموجود في الزاوية اليمنى من الأسفل نعطي نقطة (1).
- بالنسبة لنقطة نفسها إذا كانت أكبر بوضوح من نقطتي الدائرة نعطي نقطة (1).

- المجموع 8 نقاط .
- المجموع الكلي 31: نقطة.
- طبقنا على الحالة اختبار الصور البسيطة (B) لأنه يتناسب مع حالتها . (عنو، 2017، ص 348-349) .
- مؤشرات الاسترجاع الذكروي :

قياس الإدراك البصري، والذاكرة البصرية

- مؤشرات نتائج الذاكرة البصرية: أظهرت نتائج المبحوثة على هذا المؤشر في مرحلة النقل كانت جيدة، أما في مرحلة الاسترجاع (الذاكرة) كانت معالجة المعلومة (الشكل) بصريا لم تكن سليمة لذلك أثرت على عملية الترميز والتخزين على مستوى الذاكرة البصرية راجع لنقص التركيز، أي وجود صعوبة خاصة في تحليل الواقع البصري أي الإدراك البصري، والتذكر البصري (التمثيل الفضائي) لدى المبحوثة ضعيف أي تمثيل الأشكال الهندسية في الفضاء وإعادة استرجاعها بالتذكر لإنتاج الأشكال المطلوبة .

- مؤشرات نتائج الإدراك البصري: كشف لنا وجود فروق واضحة في هذا المؤشر بين مرحلتين النقل، والاسترجاع الأمر الذي يعكس صعوبات خاصة على مستوى الإدراك البصري، التمثيل البصري الفضائي، الحساب الذهني، التنسيق البصري الحركي، والتركيز والانتباه لدي المبحوثة .

- مؤشرات نتائج التصور البصري المكاني (التنظيم البياني للإدراك): كشفت لنا نتائج المبحوثة أن رسمها كان في الوسط، حيث رسمت الأشكال الأساسية والثانوية بشكل صحيح في مرحلة النقل هذا يدل على أن ليس لديها اضطراب في الذاكرة البصرية المكانية، أي على هذا المؤشر أن التنظيم البياني للإدراك غير مستقر بالنسبة للمبحوثة في مرحلة الاسترجاع (الذاكرة) مقارنة بمرحلة النقل مرتفعة، مع بروز تدريجي لصعوبات في الإدراك البصري (الخط البصري) من خلال الانتقال من الأشكال الهندسية

- مؤشرات نتائج التعرف على الأشكال الهندسية: كشفت نتائج المبحوثة في الأشكال الأساسية تحصلت على 4 نقاط في مرحلة النقل ونقطة في مرحلة الاسترجاع، حيث بدأت برسم المربع ثم نقطة يليها المستطيل، ثم اتجهت إلى رسم الدائرة وجانبي المثلث لكن الخط العلوي لم يكن متساوي مع السفلي والجزء العلوي، بعدها رسمت دوائر الدائرة والنصف الدائرة في المستطيل وعكس علامة (+)، استطاعت المبحوثة رسم الشكل كاملاً وارتكبت خطأ واحد فقط وفي ظرف زمني قدر بـ 7 دقائق.

خلاصة:

من خلال ما تقدم في هذا الفصل عرض المنهج المتبع في هذه الدراسة والعينة وكذا الدراسة الاستطلاعية والأدوات المستعملة التي تم الاستعانة بها في جمع المعلومات والبيانات، والتي على ضوءها سيتم تفسير نتائج الدراسة كما هو مبين في الفصل الموالي

الفصل الخامس:

عرض ومناقشة نتائج الدراسة

- 1 - عرض نتائج حالات الدراسة
- 1 - 1 عرض الحالة الأولى
- 1 - 2 عرض الحالة الثانية
- 1 - 3 عرض الحالة الثالثة
- 2 - مناقشة النتائج في ضوء الفرضيات
- 3 - خلاصة النتائج

1- عرض نتائج حالات الدراسة:

1-1- عرض الحالة الأولى:

معلومات عن الحالة :

الاسم: أحمد

السن: 65

الحالة الاجتماعية: أرمل

الحالة الاقتصادية: جيدة

المستوى التعليمي: متوسط

السن عند الإصابة: 63

السوابق المرضية: لا توجد

الأعراض: النسيان

1-1-1 تقديم الحالة :

يبلغ السيد أحمد 65 سنة أرمل ذو مستوى تعليمي متوسط وهو أب لسبعة أولاد، قبل سن 40 سنة كان مغترباً مع عائلته في فرنسا يعمل هناك، ثم عاد إلى أرض الوطن عمل تاجراً حوالي 20 سنة، ثم بعد سن 60 سنة تقاعد وفي البيت بعدما كبر أبنائه وتحملوا مسؤولية البيت، أصيبت زوجته بمرض السكري والسمنة المفرطة، حيث أقعدها هذا المرض في الفراش فلم يتواصل معها إلا قليلاً كان يمضي معظم وقته في البيت صامتاً أو نائماً، في البداية كان ينسى قليلاً (يطرح سؤالاً ثم يعيد طرحه بعد دقائق)، لم يكن يتحدث إلا قليلاً، حوالي 3 سنوات أجريت له عملية جراحية على الكلون في المستشفى بقي حوالي 15 عشرة يوماً أصيب على إثر ذلك بمرض السكري، توفيت زوجته وقد هذا الحدث صدمة كبيرة بالنسبة له إذ لم يتمكن من استيعاب وتقبل فتدهورت حالته بعد وفاتها، و بالتالي سيطر عليه الحزن بشكل لا يوصف هذا ما خلق في شخصية المبحوث، الانعزال عن الآخرين وهذا دام لمدة طويلة إلى ظهور أعراض النسيان تدريجياً .

1-1-2- تحليل المقابلة:

استندنا في تحليلنا للمقابلة إلى أبعاد تخص القصور الذكروي لدى المبحوث المصاب بالزهايمر ويبقى التحليل يركز يحوم حول جمع البيانات أكثر منه إلى تحليل محتوى وإلى تعزيز النتائج التي تأتي في الأدوات البحثية وهذه الأبعاد هي :

أثناء المقابلة بدي على وجهه الحزن والقلق حاول الإجابة عن الأسئلة

- **تاريخ المرض:** تمثلت في أنه مصاب بأعراض النسيان إذ عبر بقوله " المرض تاعي حاب يقتلني وليت ما نقدرش واش نقولك ساعات ترو حلي ما نقدر نتفكر والو و ساعات نكون مليح بصح وليت ننسي ونقلق بزاف حوايجي ننساهم وين حطيتهم ولا شكون ليهدر معايا «يسأل سؤال ويعاود يطرحو بعد دقائق فقط» ،بمعني أن المبحوث أكد على أنه مصاب بأعراض النسيان ويعود ذلك لحدة مرض الزهايمر في مرحلة الأولى وهذا الوضع شكل لديه قلق شديد، وقد توصلت دراسة كروس وآخرون سنة 1990 أن هذه الفئة أكثر عرضة للإصابة بالقلق .

- **مؤشرات الذاكرة (الأعراض) :** ما نشفاش عليهم «أولادو» حوايجي ننساهم وين نحطيتهم وليت ننسي العباد وشكون هوما، نلاحظ أن العرض البارز في هذا المرض هو عدم قدرة المبحوث على تذكر الأشياء المعتادة لدرجة أنه ينسي أفراد عائلته .نلاحظ أن لديه قصور في استرجاع الذكروي للأماكن والأسماء .

- **معاش القصور الذكروي:** راكي تشوفي حياتي راهي في لفراش طول أنهار وأنا راني في الدار، قاعد ولا راني راقد

- **المساعدة الاجتماعية :** تطرقنا إلى هذا البعد حتى نفتح باب بحثنا مستقبلا عن المساندة الاجتماعية لمرضى الزهايمر .

تبين على وجهه الحزن والأسى قبل أن يجيب " علاقتي ماراهيش مليحة بعدما توفاه ربي يرحمها «زوجته»"، وتبين أن علاقته معها كانت جيدة قبل أن تتوفي حيث أضاف " كانت مليحة معايا بزاف" هذا ما جعله يحزن على فقدانها وفراقها، كما يظهر أن المبحوث يفترق

لأهم سند وهو السند العائلي الذي هو من أهم ما يحتاج إليه الفرد عامة والمسن خاصة وقد أظهرت نتائج دراسة لـ **Murelle et Narris** سنة 1990 على عينة تتكون من 45 مسننا فقدوا أقرانهم (أزواجهم) أن فقدان الزوج أو الزوجة هو من أكثر الأحداث الضاغطة وتأثيرا على المسن، كما توصلت الدراسة إلى التعرف على دور المساندة الاجتماعية كمعامل وسيط في التخفيف من التأثير السلبي لحالة فقدان، نلاحظ أن ذاكرة المبحوث بين الاحتفاظ والفقدان.

علاقته بأولاده سيئة بقوله " كانوا مايخلونيش نخرج من الدار يعسو فيا ديما كيجي واحد ليهم يدخلوني لشومبر ورقدونى ميخلونيش نهدر ولا نخرج .

- **الذاكرة عبر الحياة الحلمية**: "شفت منام مليح شفت مرتي نقصر ونضحكوا كيما بكري " نستخلص من خلال المبحوث أنه لحد الساعة لم يتقبل فراق زوجته وهذا النوع من الأحلام هو حلم تحقيق الرغبة.

- فيما يخص الاهتمامات المستقبلية أنه لم يعد يملك الرغبة في الحياة بقوله "ما عنديش حتى حاجه نعيش على جالها راني حاب نموت " تبين أن المبحوث يعاني من حزن وإحباط شديد وهذا ما بينته دراسة **الهنداوي** : أن هذه الفئة معرضة أكثر للإحباط والاكتئاب، وعدم القدرة على إقامة علاقات اجتماعية جديدة .

خلاصة :

من خلال تحليل المقابلة تبين أن المبحوث لم تكن تربطه علاقة جيدة بأفراد أسرته وهذا ما أثر سلبا على نفسية المبحوث، كما نلاحظ أنه يميل كثيرا للانعزال عن الغير والانغماس في النوم وأن فقدان لزوجته أثر سلبا على حياته النفسية، ما شكل لديه قلق وإحباط نفسي شديد، وأيضا عدم إقامة علاقات اجتماعية جديدة .

- لم نتمكن من إكمال الدراسة مع الحالة بسبب وفاته الله يرحمه

1-2- عرض الحالة الثانية :

- معلومات عن الحالة:

الاسم: عمار

السن: 66

الحالة الاجتماعية: متزوج

الحالة الاقتصادية: جيدة

المستوى التعليمي: متوسط

السوابق المرضية: لا توجد

الأعراض: النسيان

1-2-1- تقديم الحالة:

يبلغ السيد عمار من العمر 66 سنة، ذو مستوى تعليمي متوسط، متزوج وهو أب لتسعة أولاد لم يعاني من أي سوابق مرضية كان يعمل تاجرا مع إخوته في الشركة الخاصة بعائلتهم، كان ملقب بالأرشييف لأنه كان يمتلك ذاكرة قوية يتذكر كل شي ولا ينسي شيئا لكن الظروف والضغوط النفسية والمشاكل الأسرية أثرت على صحته، بعد ذلك انتقل مع أسرته من القرية إلى المدينة لم يتقبل ذلك شكل له صدمة فقدان وفراق الأهل والأحبة، تغيرت تصرفاته أصبح لديه نوع من النمطية والمواظبة يذهب يوميا إلي بيته القديم كان دائما يسلم على الأشخاص كبيرا أو صغيرا حتى وإن لم يكن من الأهل سواءا نساء أو رجال أو بنات، أطفال كان (لازم يسلم) يجب ذلك لازم يسلم على جميع الأشخاص الذين يسكنون في البيوت المجاورة لبيته وعلي أي شخص يصادفه، هذا بعد مرور الوقت بدأت الأعراض تظهر خاصة النسيان كعرض أساسي، وهذا هو السبب الذي جعله يخضع لتحليل طبية من بينها التصوير الإشعاعي للدماغ وفيه تم تشخيص أنه مرض الزهايمر وبعد فترة ومتابعة مع الطبيب طلب منهم إعادته إلى منزله القديم .

1-2-2- تحليل المقابلة :

استندنا في تحليلنا للمقابلة إلى أبعاد تخص القصور الذكروي لدى المبحوث المصاب بالزهايمر ويبقى التحليل يركز حول جمع البيانات أكثر منه إلى تحليل المحتوى وإلى تعزيز النتائج التي تأتي في الأدوات البحثية وهذه الأبعاد هي :

أثناء المقابلة ظهر على وجهه الحزن كان هادئاً حاول الإجابة على الأسئلة

- **تاريخ المرض:** بقوله " راني تعبان نعاني بزاف واش نقلك والله مارانيش مليح خلاص

واش نقولك راني عيان وتعبان مقدر تش صحتي مراهيش مليحة راني مع الدواء وليت ننسي من كثر دوا لراني نشرب فيه يدوخي "، نلاحظ أن النسيان هو العرض الأساسي في مرض الزهايمر .

- **مؤشرات الذاكرة (الأعراض) :** "وليت ننسي بزاف ما نعرف والله ما عندي ما نقول كي نقلهم نروح لداري يقو لولي رآك في دارك نقلهم على اسم صاحبي يقو لولي ما نعرفوهش نقلهم يخي جانا غير لبارح، يقو لولي ماجانا حتى واحد يمكن صاحبك تاع بكري نقلهم رايح نشوف شخص يقو لولي وشببك عندو مدة من توفي والله ماني عارف والو تخلطه عليا وليت ننسي لعباد لنسهلهم يقو لولي كبار تاع بكري " من خلال حديث المبحوث نلاحظ دائماً يرجع حديثه للماضي، لديه خلط، عجز ونسيان عن استرجاع الأسماء والأماكن، لديه قصور في الذاكرة الفضائية المكانية.

- **معاش القصور الذكروي :** " مانيش مليح خلاص ما عرف واش نقول نقلهم مزال مكليتش ما شربتش راكم طولتو عليا أعطوني نأكل يقولو راك كليت وأنا لي مديتك الماكلة ولا راك هذا وين شربت ما عرف واش علاش ما نيش جايب لخبر ولا نحط حاجه نقلهم هزيتوها وين حطتوهاالي يقو لولي شوف أنت وين حطيتها هي ننسي بصح هوما ثاني يخلطوا حوايجي والله ما نتفكر وين نحط واش كليت وين رحنا واش قالوا ، من خلال قول المبحوث العرض الأساسي لهذا المرض هو النسيان لديه قصور في استرجاع الذكروي للأحداث الجيدة والسيئة .

- **المساندة الاجتماعية:** تطرقنا إلى هذا البعد حتى نفتح باب بحثنا مستقبلا عن المساندة الاجتماعية لمريض الزهايمر .

تبين على وجه المبحوث الحزن والأسى قبل أن يجيب " علاقتي مارهيش مليحة خلاص نقلهم دارى وأهلي وناسي وهما يقو لولي راك في دارك هذي ثاني دارنا وأنا نقلهم ماهيش هذي دارى ما يحبوش يفهمو، علاه جيو وريلي كيفاه ما نعرفش دراي " يحكي ويبكي، ذاكرة المبحوث بين الاحتفاظ بيته القديم وفقدان له (رمزية المكان) والله دائما كانوا يخرجوني يحوسو بيا بصح أن نحوس نولي كما بكري، « كان كي يخرج و يحوسو عليه أولاده يلقاوه في بيته القديم » .

- **الذاكرة عبر الحياة الحلمية:** "ديما نشوف راني مع عائلتي لعزيزة وأولادي كنا نضحكو ونقسرو ونلعبو كما بكري في درنا " ، نستخلص من خلال حديثه أنه لحد الآن لم يتقبل رحيله وفراقه لبيته (رمزية المكان) الحنين للماضي الجميل .

- **اثر المرض على الحياة اليومية للمبحوث :** " ما بقات حتى حاجه حلوة كما بكري كي عرفت راني مريض مانقدرش نشفي منو ديما يقولولي أنا بنك وبنتك بصح ننساهم نقولهم أنا أولادي صغار يقولولي كبرنا ويشبيك وليت تنساني هكذا والله عدت ننسي بزاف. خلاصة :

نستخلص من خلال تحليل المقابلة أن المبحوث تربطه علاقة جيدة بأفراد هـ ، وعلاقات اجتماعية جيدة مع أقربائه وأحبابه، وهذا ما أثر سلبا على نفسية المبحوث وفراقهم وفقدان منزله والحنين إليه أثر سلبا على حياته النفسية ما شكل لديه حزن شديد على فراق منزله .

لم نتمكن من إكمال الدراسة بسبب مرض المبحوثه ، وفيروس كورونا

1-3- عرض الحالة الثالثة :

-معلومات عن الحالة

الاسم : زينب

السن : 66

الحالة الاجتماعية: متزوجة

الحالة الاقتصادية: متوسطة

المستوي الدراسي : 6إبتدائي

السوابق المرضية : السكر

الأعراض : النسيان

1-3-1- تقديم الحالة:

تبلغ السيدة زينب من العمر 66 سنة، وهي أم لستة ذكور وبنيتين، مرضت على النفاس لدرجة كرهت مولودها، كان زوجها يضربها كل يوم مع التجريح يقول لها مهبولة هو و إخوته البنات كانت لا تتكلم، ما سبب لها ضغوط نفسية وقلق وإحباط شديد هذا ما أثر سلبا على صحتها ما أدى بإصابتها بالسكري إضافة لارتفاع الضغط الدم، مما جعلها تعاني من عدة مشاكل صحية، فهي لم تكن تعبر بطريقة انفعالية(تفريغ) عن معاناتها وآلامها بل كانت تفرغ ذلك عن طريق جسدها، وهي متعلقة بابنها الكبير تحبه كثيرا الذي لم ينجب أولاد، بعد زواج ابنتها التي كانت سندها تأثرت بعد ذلك لأنها لم يمر عن زواجها شهرا لم تكمل حياتها الزوجية هذا ما سبب لها حزن شديد وقلق، و من كثرة الضغط من الزوج و العائلة أصبحت تصاب بالدوار نتيجة ذلك، وبعد مدة قصيرة بدأت الأعراض تظهر خاصة النسيان كعرض رئيسي وهذا هو السبب الذي جعلها تخضع لتحليل طبية من بينها التصوير الإشعاعي للدماغ وفيه تم تشخيصها أنها مصابة بمرض الزهايمر .

1-3-2- تحليل المقابلة :

بدي على وجهها الحزن والأسرى والقلق صوت خافت هادئة

- تاريخ المرض : "راني مريضة نعاني بزاف صحتي ماهيش مليحة راني غير عقاب دواء والله غير نسيت الأمراض لخرين غايضتني روعي والله يغضني الحال أخاه داير فيا تير يضربني المرض جاني منو"، نلاحظ أن النسيان عرض أساسي لهذا المرض .

- مؤشرات الذاكرة (الأعراض) : والله وليت ننسي مانشفي على حتى حاجة ولادي مانشفاش عليهم يرو حولي يذهبولى نتفكر غير لكبير ساعات والله نحبو بزاف ساعات نحط الحاجة وننسي وين حطيتها وين بلاصه نستخلص أن المبحوثة تعاني من قصور في الذاكرة يطابقه صعوبة في استرجاع الأسماء والأماكن

- معاش القصور الذكروي : " وليت ما نشفاش ما نعرفش لعباد ساعات تذهيلي خلاص مرضت بزاف نضال راقدة في لفراش منقدرش نمس حتى حاجة وليت مخرجش خلاص واش من حياة قعدتلي مرض جاني منو كان لحم ينحلهي يضربني على عرة الصنايع «كررتها عدة مرات»"، أرجعت سبب مرضها لزوجها نستخلص أن المبحوثة تعاني من اكتئاب حاد، وقد عرف حامد زهران الاكتئاب :على أنه حالة من الحزن الشديد المستمر تنتج عن الظروف المحزنة، وتعبر عن شيء مفقود إن كان المريض لا يعي المصدر الحقيقي للحزن. ويؤدي هذا الاكتئاب إلى اللامبالاة والخمول وإهمال إنجاز بعض النشاطات اليومية، وبصفة عامة يمكن القول أن الاكتئاب حالة انفعالية تصيب الفرد وتؤثر عليه حيث يشعر معظم الأوقات بالتعاسة والقلق، وبالتالي ضعف الثقة بالنفس والشعور بالنقص، "وليت ما نخرجش من الدار نضال راقدة ،وقاعد وحدي ماوليتش نحب نخرج ولا نهدر مع الناس ولا يجوني"، وهذا ما أطلق عليها هيجنز وأندلر " أسلوب التوجه نحو التجنب" ويقصد به محاولات الفرد تجنب المواجهة المباشرة مع الموافق الضاغطة أو أن يكتفي بالانسحاب منها .

-المساندة الاجتماعية: تطرقنا إلى هذا البعد حتى نفتح باب بحثنا مستقبلا عن المساندة الاجتماعية لمريض الزهايمر، وتبين على وجه المبحوثة الحزن في عينيها والأسى قبل أن

تجيب بقولها " يقلقني ما نتفاهمش معاه من بكري مرضت على نفاس واعرين سلافا تي يضربني على عرة الصنايع مرة ضربني بحديد على رأسي كان يعيروني مهبولة ويعطولي مهبولة كان مغششني كان عقابي يضربني على أي حاجة كعدت نحجر مرضت مانجيبش لخبر خلاص خلاص كنطيح مانجيبش لخبر من الخلعة قلبي يعود يخبط وليت مانقدرش مانقدرش على جال و لادي قعدت معاه نقلهم كتعودو بخير أنا راني بخير عدت نوسوس و نتقلق بزاف والله راني نعاني مانحس بوالو بحتي واحد معايا ديما قاعدا وحدي مانخرج من دار بحتي تاع الدار ساعات نحس واحد ما يحبني مايهتمو بيا غير ابني لكبير ديما واقف معايا ويحبني هو الوحيد لمعايا نستخلص من ذلك أن لديها معاناة أسرية وهشاشة في دعم الأسرة لها خاصة معاناتها مع زوجها ".
 - **الذاكرة عبر الحياة الحلمية :** "مانشفاش عليهم بزاف يجني ساعات كما كنت على ديداني، نتمنى الخير والله حابه نفرح بيه وشوقتو يقود في طفلة تهبل (ابنها) "

- **آثار المرض على الحياة اليومية للمريضة :** بدي على وجهها الحزن والأسى قالت " نشرب بزاف دواوي هذا لخالني نتقلق على روعي ساعات نبكي غاضي الحال والله يغضي الحال أخاه دار فيا تير يضربني غاضتتي روعي كمرضت كنتفكر روعي لراح ما يولى ليا غاضتتي روعي جيني دوخة والله ما نفيق بروحي "لذلك يمكن القول أن المرض الجسمي عموما والعقلي خصيصا يمكن أن يكون عاملا هاما في ظهور القلق خاصة إذا كان المرض مزمنًا وخطيرا وبالتالي نجد التأثير السلبي الذي قد تضيفه بعض الأمراض كمرض الزهايمر بسبب إحساس المبحوثة بالنقص الناتج عن انخفاض عام في القدرات العقلية المتمثلة في عدم القدرة على التفكير في شيء واحد، وحصص التفكير في مرض ذاته والخوف من المستقبل .

- **خلاصة :**

نستخلص من تحليل المقابلة أن المبحوثة تربطها علاقة جيدة البكر رغم ذلك ظهر لديها معاناة أسرية خاصة من طرف زوجها الذي كان يضربها ويعنفها ويجرحها بالكلام ، كذلك

هشاشة في دعم الأسرة لها رغم أنها تلقى السند والدعم من ابنها البكر لكن على الرغم من ذلك السند إلا أنها تشكو من القلق والاكتئاب نتيجة الآثار السلبية التي خلفه ضرب وتجريح الزوج بالإضافة لمرض الزهايمر والسكري .

1-3-3- بروتوكول المبحوثة زينب :

بتاريخ: 15 - 06 - 2020

السن: 66 سنة

المدة: 2:15

المستوى الدراسي: السنة السادسة ابتدائي

الانطباع العام: بدأت متعاونة ومهتمة بالمشكلة البحثية .

| الرقم | ز.ك | مرحلة التمرير | التحقيق | التقيط |
|-------|--------|---|---|---|
| I | 1. 18" | 1 . ٧٨ دهشة والله ما فوقت بيها تتظر إلياوالله لخبر ماشبهتهاش هكذا ولا هكذا « كما تحبى»....مأعرف ما شبهتهاش حطتها ولات هزتها «بطاقة «شني تشبه « شوفي أن-ت لمن تشبهيها «شبهتها كلي طيرتنظر إليا كلي طير مأعرفتهاش " 4: 29 " | - جايني طيورا طيورا جاينين طايرين ولا حابسين «شوفي أنت واش راكي تشوفي فيهم طايرين ولا حابسين « طايرين طايرين طيورا طايرين | →chocs D _{2x2} Kan ⁺ A |
| II | 1. 20" | 2- ٨ هذو حيوان تتظر إليا حيوان مأفسرتهمش ويناهم جري كلاب ولا خاطين هما ولا خاطين جرى تاع كلاب خاطين صح ولا خطأ « شوفي انت واش شوفتيهم « جري تاع كلاب متقابلين " 2 37" | - جري تاع كلاب زوج جرى إيه جايني تاع جرى | D ₆ D ₃ Kan ⁺ A pér |

| | | | | |
|---|---|--|----------------|------------|
| <p>D1 F⁺HBan</p> | <p>- ماعرفتهاش تفكرتها عباد</p> | <p>3 - ٨ .. ٧ ... ٨٧ كلي عباد آه جاوني كلي عباد صح .. . كلي عباد صح ولا تضحك « انت واش تشوفي » راهم هنا أديهم ولا كرعيمهم ولا أديهم خلاص هما عباد " 02 : 4</p> | <p>2:00"</p> | <p>III</p> |
| <p>GF±A →chocs</p> | <p>- وضعت يدها على خدها تتنظر إلى البطاقة جاتني كملقون ... صورتها أكل كالحيوان ... الله. غير ذهبتلي تضحك حطة البطاقة هزتها تنظر إلى البطاقة حيوان</p> | <p>4 - ٨٧ طير ولا آه ... ماعرفتها ش هذي طير ولا ٧ ... ما عرفتها ش < حيوان آه حيوان صح جايني حيوان هذا ما كان حيوان صح " 12 : 5</p> | <p>1:17"</p> | <p>IV</p> |
| <p>GF⁺ĈABan</p> <p>تعليق يبين الوضعية الاسقاطية التي ارتكزت فيها أكثر على التذكر</p> | <p>- هذا طير باين ولا راني نخربط ولا راني جاني طير هو ولا آه ذهبولي أسميات توعمهم هناك الكحل ذهبولي اسمو تعبتك اسمحيلي تعبتك معايا إيه هاهو باين طير</p> | <p>5 - هذا طير طول باين طير هذباك ليشبه لطير ذهبولي اسمو خفاش راه باين " 38 : 1</p> | <p>0 : 4"</p> | <p>V</p> |
| <p>choc →Refus</p> | <p>- والله غير ذهبتلي واش قتلك طير تنظر إليها جاتني طير وين رآه طير والله ذهبتلي ما عرفتوش وين جاي</p> | <p>- ٨ ... ٧ ... ٨ مافهمتهاش هذي نتظر إليا كلي عباد ماعرفتهاش يدها على خدها جاتني كملقون جاتني كملقون جاتني كملقو ٧ حطتها البطاقة ونبعد هزتها حطتها خلاص " 15 : 5</p> | <p>1 : 43"</p> | <p>VI</p> |

| | | | | |
|------------------------------|---|--|---------------|-------------|
| <p>Choc →Refus</p> | <p>- ذهبتي واش قتلك المرة الأولى « شبهتها لطير، كلي حيوان وين شففيه» ذهبتي ذهبتي ماعرفتهاش</p> | <p>٧٨- تنظر إليا ٨ تنظر إليا ٧ شبهتها لطير مركز معاها حطتها ولات هزتها « بطاقة » ما عرفتها كالحيوان تنظر إليا جاتي كالحيوان</p> | <p>1:50"</p> | <p>VII</p> |
| <p>D1xD2Kan +A</p> | <p>- هادو طالعين جايني طالعين أه طالعين شبهتم جايني كي قطوطا هذا ما كان ماعرف لا راني نجعل ولا راني كيفاه راني كون ما نيش عارفه</p> | <p>٧٨- هادو طالعين للفراشة هادو ٧٨ حطتها « بطاقة » هزتها تنظر إليا ٨ ما عرف لا راني نتخيل ولا نجيب صح حطتها «بطاقة» لمستها بيدها جاني كالطير لطير ولا خاطي</p> | <p>1:40"</p> | <p>VIII</p> |
| <p>D blF+H DdF±Cobj</p> | <p>- هذي مرأة هاهي مرأة - هادو شمع ولا خاطين هادو الأبيض ماعرف هما ولا راني نجعل هذا ماكان .</p> | <p>٧- 7 كلي عبد مرأة ولا خاطيا مرا 8 - ماشبهتهاش كشمع كلي معرف راني نتخيل تضحك راني صح صحيحة صح جاني كشمع هذا ما كان</p> | <p>"1:45"</p> | <p>IX</p> |
| <p>D7xD2F± A →choc S</p> | <p>هادو طيوراهام ما عرفتش ماعرفتش راحو ماعرفتهاش والله راحو نسيتها الحاجة قدامي. ننساها تروح</p> | <p>٧- 9 تيتسم ماشبهتهاش حتي حاجة ٧٨ هادو طيوراهام ماعرفتهاش - بولاكاز حطتها بطاقة .. هزتها ما عرفتش</p> | <p>"2:01"</p> | <p>X</p> |

مرحلة الاختيارات :

- الموجبة : X، XI هادو ملاح عجبوني باهين .

- السالبة : VI، VII ماعجبونيش كحولة

1-3-4- المخطط النفسي :

| المحتويات | المحددات | أنماط الإدراك | الخلاصة |
|-----------|-------------|---------------|--------------------|
| A=6 | F+=3 | D=5 | R=09 |
| H=2 | F-=0 | G=2 | R+=0 |
| obj=1 | F±=3 | D =56% | Refus= 2 |
| | S .de F = 6 | G=22% | T•totalI=219/3.39" |
| | kan=3 | Dd=1 | Tps/R= 18.25 |
| | C=1 | Dd=11% | TRI=0K/1C |
| | C'=1 | Dbl=1 | المنبسط الخام |
| | | Dbl=11% | Tappr=D G Dbl Dd |
| | | | RC=44% |
| | | 3 :Chocs- | Ban=2 |
| | | . مواظبة :2 | F=67% |
| | | . رفض : 2 | F+=50% |
| | | | A=67% |
| | | | H=22% |
| | | | F élargi =100% |
| | | | F élargi =83% |

1-3-5- تحليل بروتوكول الرورشاخ :

- الوقت والإنتاجية:

لقد أعطت المبحوثة إنتاجية ضئيلة مقارنة بالمعايير الراشد الجزائري التي تتراوح بين (20-30) إجابة، إذ لم تقدم سوي 09 إجابة في مدة طويلة قدرت ب 40 دقيقة أي بمتوسط "3.39" للإجابة الواحدة، وهذا يدل على الكف الشديد الذي يظهر خاصة في التعبير اللفظي الفقير الوارد على شكل " ماعرفنش، ماشبهتهاش"، أي صعوبة الاستذكار من الواقع الخارجي،

مما يوحي بقصور عالي وصعوبة في استدعاء أسماء مدركات (إجابات)، وعند النظر إلى طبيعة الإجابات تظهر أو تكشف عن بساطتها وعدم ثراء منتجوها، كان زمن الرجوع طويلا في أغلب البطاقات تعدى 4 دقائق وكان طويلا في البطاقات الأخرى المتبقية، وكان أطول زمن رجوع في البطاقة VIII الذي قدر ب 5.53 دقيقة، مما يدل على الصعوبة في استدعاء أحداث حياتية عبر تداعيات المثيرات البصرية والحسية .

أما في البطاقة X أعطت إجابة في مرحلة الأولى لكن بسبب النسيان والعجز لم تتمكن من استرجاع اسم المدرك وموقعه، كما أنها لم تقدم إجابات إضافية، مع وجود لصدمة التي سجلت على مستوى البطاقة I، IV، X، ما يدل على الوضعية الصعبة التي عاشتها المبحوثة في مواجهة الوضعية الاسقاطية، والتي اعتبرتها امتحان صعب رغم التعليمات والتوضيحات التي قدمت لها و الاستناد على الباحثة، مصحوبة برفض للبطاقة VI ذات الرمزية القضبية جنسية في قولها في المقابلة " ما نتفاهموش خلاص"، والبطاقة VII ذات رمزية الأمومية هذا يدل على الصعوبة في التناول الأولى للبطاقة في استدعاء أسماء مدركات واسترجاع المدركات وتحديد مكانها، كانت إجابات فيها مواظبة و اجترارية، ضف إلى ذلك أنها ارتبطت بشكليات متأرجحة بين السلب والإيجاب بمحتوى أشياء، مما يد لأن المبحوثة تجد صعوبة في استرجاع الذكروي على مستوى البطاقة الجنسية و بطاقة الأمومة .

ما يلفت الانتباه هو المواظبة والتكرار للإجابات يمكن أن نختصرها في 3 أو 4 إجابات أن المبحوثة انقادت وراء المثيرات البصرية والحسية للبطاقات في نسيان أو تشويه في استرجاع الإجابات من حيث تسمية المدرك وموقعه التي كانت تفرض نفسها عليها بظهورها المتواصل على الساحة الشعورية .

- السياقات المعرفية :

توزعت أنماط الإدراك بطريقة غير متوازنة بداية من نمط الإجابات الجزئية الكبيرة بنسبة % 56 D مقارنة بالمعايير التي تقع (60 و 70 %)، وجاءت في بطاقة I، II، III، VIII، X، حيث نلاحظ تشبث بالواقع الخارجي و نجاعة الإدراك مما يؤشر إلى تكيف

اجتماعي بمعدل شكليات موجبة (% 50 = F+)، تدل على مدى رقابتها للوجدانات العدوانية من خلال سياقات العزل والقمع ، هذه نسبة منخفضة وتدل على القصور في المراقبة وخلل في إدراك الواقع الخارجي والموضوعي .

أما طرق التناول فلم تكن متنوعة حيث اقتصرت على الإجابات الشاملة ب 2 إجابتين بنسبة $G=22\%$ مرتبطة بالبطاقات المغلقة بمدركات شكلية في البطاقة IV، V، كما اتسمت بالبساطة وذات محتوى حيواني، تكرار واضح ومواظبة على مواضيع مثل "طير"، إلا أن التعبير أو الإدراك غير واضح لديها يدفعها للاستناد على الباحثة في أغلب البطاقات " شوفي نتي؟"، أو تعتبر كسند لتحكم في المنبهات، وقد تكون للدفاع ضد ميولات هوسية، على الرغم من الإصران الذي أعطته المبحوثة بالإجابة المبتذلة في البطاقة V والذي يعتبر مؤشر إيجابي في إدراك صورة الذات، وإجابات جزئية كبيرة بنسبة %56 مقارنة بالبطاقات المفتوحة والملونة دلالة على قدرة التكيف مع الواقع لكنها ترتبط بمدركات سلبية ومتأرجحة بين السلب والإيجاب في العديد من الإجابات قد يعود إلى البدائية التي نلمسها في الإجابات وقصور المستوى الثقافي للمبحوثة والتي تستعمله كدفاع بتعبيرها (راني خربط ولا صح وخطأ، معرف راني نتخيل ولا نجيب صح) كما تعيدنا إلى انخفاض مستوي الرقابة الجيدة وتشوش في الفكر .

أما الإجابات الجزئية البيضاء جاءت في البطاقة IX مصاحبة بمحتوي إنساني غير واضح أو غير معروف الجنس مما يوحي بصعوبات تقمص لدى المبحوثة . بلغت الإجابات الشكلية لدى المبحوثة $F=6$ إجابة بنسبة %67 وهي ضمن القيمة المعايير المحددة التي تقع بين (60 . 70 %)، وهي نسبة معتدلة بين الإجابات الشكلية إيجابية $F+=3$ ، الإجابات الشكلية الايجابية السلبية $F±=3$ بنسبة ايجابيات شكلية قدرت % 50 = $F+$ ، مما يدل على قصور في الرقابة وهشاشة المعالجة المعرفية ، وكتأكيد على الاعتماد على الواقع الخارجي كدفاع ضد بروز العالم الداخلي، أي تذبذب في الواقع الموضوعي وهشاشة اللجوء والاستناد على العالم الخارجي .

في حين بلغت نسبة الشكليات المبهمة %50 وهي نسبة مرتفعة قليلا مما يشير على تذبذب في إدراك المواضيع وعدم الوضوح فيها وهذا يرجع إلى القصور في الذاكرة لديها.

- الصراعات الدينامية :

كشفت معالجة نمط الصدى الحميم (TRI (0 k /1c)، من النمط المنبسط الخام الذي يدل على أن الحركات الفكرية أي الاسترجاع الذكروي محاط برقابة صلبة نوعا ما، أي صعوبة الاستذكار أو استدعاء أسماء مدركات (إجابات) مع تسجيل نوع من الوجدانان بمجرد تلاشي الرقابة، كذلك نوع التقييد للدينامية الصراعية وكف التصورات والعواطف على حد سواء ولو أنه هناك بروز محتشم للتصورات يتمثل في Kan وتستنثر الحركات الحيوانية لإبدال وإسقاط حركات على صورة حيوانية أمام غياب الحركات الإنسانية، كما أن معالجة الصدمات أمام بعض البقع يعزز فكرة الميل إلى الكف وكذا تكرار المحتويات وقرها لدى المبحوثة حيث أنها أجابت إجابة "طير" في العديد من البطاقات كل هذا يرجعنا لفرضية القصور في الاسترجاع لدى المبحوثة وهو قصور واضح من خلال منتوجها الإسقاطي من خلال الرجوع إلى نسبة $R_c=44\%$ وهي نسبة مرتفعة نسبيا مما يشير إلى استجابة عالية للبطاقات الملونة ولكنها تفيد الاجترار والمواظبة لمدركات سابقة مما أعطي الإجابات طابعا غير مرصن واندفاعيا لإرضاء الباحثة كأكثر تقدير . .

يظهر مضمون المحتويات غير ثري من حيث التنوع حيث اكتفت بذكر تكراري ومواظبة لبعض المحتويات " طير، كلي عباد " .

كما ارتبطت نسبة هامة من الإجابات في هذا البروتوكول بالمحتويات الحيوانية $A=6$ وقد سجلت بنسبة معيارية %67 مما يشير إلى دفاعية نكوصية تجاه البطاقات، أما المحتويات الإنسانية فقد جاءت قليلة $H=2$ بنسبة %22 وهي نسبة مرتفعة عن القيمة المعيارية للراشد الجزائري والتي تقدر (15-20%)، وقد يفسر هذا على تقمص صورة إنسانية رغم إجابات ضئيلة 09 إجابة أو قد يرتبط بالتمسك بالواقع، تجنبت الصورة البشرية التي تمثل الاعتداء،

وظهرت لديها غير معرفة الجنس وغير واضحة، كما أجابت بمحتوى شيء $obj=1$ ومحتويين مألوفين.

بطاقة V الذات والتي تعبر على الإحساس بالتكامل وتوضح مفهوم الذات .

البطاقة VII الأمومية من أكثر البطاقات رفض في المجتمع الجزائري لطابعها الداكن وقد يعود من مباحث لاشعورية ضمن رمزيات للبطاقتين أي المخاوف الوالدية لاسيما الأبوية في البطاقة IV ومخاوف التصورات الجنسية ضمن البطاقة VI.

-تحليل العام للبرتوكول :

إن المعطيات المستقاة من خلال التحليل الكمي والكيفي للبطاقات في اختبار الرورشاخ، تجعلنا نجزم بمدى الكف الذي يطغى على حياته النفسية الذي برز عبر النقاط التالية :

- أعطت منتوجية ضئيلة في وقت طويل مما يوحي بقصور في الذاكرة، وصعوبة في استرجاع المدركات أو نسيانها أو تشويهاها بالنسبة للوضعية الاسقاطية للمبحوثة .

- منتوجية جد متواضعة في زمن طويل يعكس الصعوبة التي واجهتها المبحوثة للوضعية الاسقاطية، تجلت كذلك في تعابير الإنهاء مثل (خلاص، وهذا ما كان) .

- لقد غابت على السياقات المعرفية الاستجابات الجزئية البسيطة وارتباطها بشكليات جيدة والتي تدل على تشبث بالواقع الخارجي و نجاعة الإدراك والإجابات المبتدلة مما يدل على استناد المبحوثة على اجتماعية واقعية، وكذا مدى رقابتها للوجدانات والعدوانية من خلال سياقات العزل والقمع .

- تجلت العزلة التامة عن العلاقات الإنسانية والعواطف المثبطة في حصر المحتويات في الإجابات الحيوانية .

- تكرار واضح ومواظبة واجترارية على مواضيع مثل " طير، ماعرفتش، ماشبهتهاش " .

- تذبذب في المدركات الإنسانية غير معرفة مما يشير إلى مشكلات تقمصية وكذا غياب الحركات الإنسانية .

- تسجيل صدمة على مستوى البطاقة X IV مما يدل على الوضعية التي عاشتها المبحوثة في استدعاء أسماء مدركات وصعوبة استرجاعها وتحديد مكانها .

1 - 3 - 6 عرض نتائج اختبار شكل رأي البسيط (B) : انظر للملحق رقم: (03)

1. 6. 3. 1 العناصر الموجودة :

| العناصر الموجودة | // | • | / | | ∩ | + | •• | □ | Δ | □ | ○ | المجموع |
|------------------|----|---|---|---|---|---|----|---|---|---|---|---------|
| النقل | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 10 |
| الذاكرة | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 3 |

التحليل الكمي : نجد أن الحالة قد رسمت العناصر الموجودة في الشكل ما عدا عنصر

واحد في مرحلة النقل بينما في الذاكرة رسمت بعض العناصر حيث تحصلت في :

. النقل : على 11 نقطة من مجموع 11 .

. الذاكرة : على 3 نقاط من مجموع 11 .

1. 6. 3. 2 الأشكال الأساسية :

| العناصر | الأشكال | □ و □ | □ و ○ و Δ | ○ و Δ | المجموع |
|---------|---------|-------|-----------|-------|---------|
| النقل | 1 | 1 | 1 | 1 | 4 |
| الذاكرة | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 |

التحليل الكمي : نجد أن الحالة قد وفقت في رسم العناصر الأساسية الموجودة في الشكل

في بند النقل حيث تحصلت في :

. النقل : على 4 نقاط من مجموع 4 .

. الذاكرة : على نقطة من مجموع 4 .

1. 3. 6. 3 العلاقة بين الأشكال الأساسية :

| العلاقة بين الأشكال الأساسية | □ و □ | ○ و □ | Δ و □ | ○ و Δ | المجموع |
|------------------------------|-------|-------|-------|-------|---------|
| النقل | 2 | 2 | 2 | 2 | 8 |
| الذاكرة | 2 | 0 | 0 | 0 | 2 |

التحليل الكمي: نجد أن الحالة قد رسمت، تمكنت من إبراز العلاقة بين جميع الأشكال الأساسية التي لها علاقة فيما بينها في مرحلة النقل ولم تبرز العلاقة في مرحلة الذاكرة حيث تحصلت في:

. النقل : على 8 نقاط من مجموع 8 نقاط .

. الذاكرة : على 2 نقاط من مجموع 8 نقاط .

1. 3. 6. 4 وضعية العناصر الثانوية :

| وضعية العناصر الثانوية | // | • | / | | ∩ | + | •• | المجموع |
|------------------------|----|---|---|---|---|---|----|---------|
| النقل | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 |
| الذاكرة | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |

التحليل الكيفي : نجد أن الحالة رسمت تقريبا جميع العناصر الثانوية في وضعيتها الصحيحة في بند النقل حيث تحصلت في :

. النقل : على 6 نقاط من مجموع 7 .

. الذاكرة : على نقطة من مجموع 7 .

1. 3. 6. 5 التحليل الكيفي :

أ. مرحلة النقل : ملحق رقم : (06)

نلاحظ أن المبحوثة قد حققت مبدأ الثبات نوعا ما ، رسمها في الوسط حيث رسمت الأشكال الأساسية (مربع ، مستطيل ، المثلث ، دائرة) كذا الأشكال الثانوية (∩ ، • ، / ، ||| ، + ، ••) ولكنها نست رسم (=) ، فموضع الأشكال الأساسية والثانوية بشكل صحيح هذا يدل على أن ليس لديها اضطراب في الذاكرة البصرية المكانية .

ب . مرحلة الذاكرة (استرجاع): الملحق رقم (07)

نلاحظ أن المبحوثة لم تحقق مبدأ الثبات نجد أن رسمها في الوسط هذا يدل على أن المبحوثة لا تعاني من اضطراب في القدرة المكانية ، ذكرت بعض الأشكال الأساسية (مربع، مستطيل)، أما بالنسبة للعناصر الثانوية فلم ترسمها هذا راجع إلى نقص التركيز ، هذا راجع إلى اضطراب في الذاكرة البصرية .

. تحليل النتائج :

من خلال نتائج اختبار شكل رأي البسيط "B":

فإننا لاحظنا أن أعلى نسبة في مرحلة النقل 28 نقطة ومرحلة الاسترجاع 7 نقاط ، راجع هذا إلى التركيز والانتباه الذي كان يظهر على الحالة خلال مرحلة النقل ، حيث أن تمعنها في الشكل ومحاولة إدراكها للأشكال وطريقة تموضعها ساعدها في الحصول على هذه النتيجة ، وهذا يدل على استعمال قدرة الإدراك البصري مقارنة بالمستوي العقلي لديها . أما فيما يخص الاسترجاع فمعالجة المعلومة بصريا لم تكن سليمة لذلك أثرت على عملية الترميز والتخزين على مستوى الذاكرة البصرية وعليه فاسترجاع المعلومة سيكون بنفس التشويه الذي وصل إليها عن طريق عملية التحويل الشفري .

2- مناقشة النتائج في ضوء الفرضيات :

سنتطرق في هذا العنصر إلى حوصلة النتائج المتوصل لها عبر الرورشاخ والوجه المعقد لرأي للمبحوثة، وكذا الاستفادة من الدراسات السابقة والجانب النظري للبحث في مناقشة فرضيات البحث .

2-1- مناقشة الفرضية الأولى:

يجد مرضي الزهايمر حالات الدراسة صعوبة في استدعاء أسماء مدركات بطاقات الرورشاخ في مرحلة التمرير واسترجاع المدركات وتحديد أماكنها في مرحلة التحقيق .

وللتحقق من هذه الفرضية تم تحليل مضامين الإجابات المقدمة من طرف المبحوثة

في الرورشاخ ، وتبيان النتائج التالية:

- أهم ما لوحظ في البروتوكول هو صعوبة المبحوثة في التعبير أمام مادة الاختبار ، حيث أعطت 09 إجابة وهي قيمة أقل من المعيار العادي، فسجل بالتالي ميلا عام للاختصار وإنتاجية قليلة مما يدل على الصعوبة في استدعاء أسماء مدركات، الوضعية الاسقاطية. ظهرت على أنها وضعية مقلقة ،والملاحظات العديدة للتعليقات السلبية تشهد بقوة على لا أمن المبحوث الداخلي أمام مادة الاختبار والتي قادت المبحوثة نحو الرفض بعض البطاقات لصعوبة أو قصور في استرجاع أسماء مدركات وتحديد موقعها، أو اللجوء للحركة وتقليب البطاقات، وعليه لجأت المبحوثة للكف عموما للتحكم في الوضعية حيث أنها كانت مصدر قلق وضيق كبيرين، مع الإشارة أن هذا الكف وقلة الإنتاجية ظهرت حتى أقل من المعيار النموذجي بالنسبة للمعايير الجزائرية الموضوعة من قبل جمعية علم النفس للجزائر العاصمة والتي تعد في حدود 20 إجابة عند الراشد.

- الإنتاجية اللفظية غلب عليها المواظبة والاجترارية، التردد والتحفظات الكلامية، تجلت في بعض الأحيان علي شكل أسئلة موجهة للباحثة، أو تناول غير شخصي مثلا المواظبة والتكرار (ماعرفتش، ما شبهتهاش ، طير)، الذي يقود لعدم الاندماج مع الاختبار.

- زمن الإجابة كان أغلبها طويلا الشيء الذي يعبر على صعوبة المبحوثة في استدعاء مدركات أسماء ، أشياء عبر المثيرات اللونية والشكلية والحسية، تؤكد الصعوبة التي كانت تواجهها المبحوثة أمام مادة الاختبار.

- فيما يتعلق برفض البطاقات يعبر عن نسيان وعجز المبحوثة في استرجاع المدركات والتعامل مع بطاقات الاختبار، والتي تبعث نحو القلق فتعجز المبحوثة عن مواجهتها حيث رفضت البطاقة VI VII دلالة عن إشكالية التقمص، وقصور في استرجاع الذكروي لديها.

- كما سجل نسبة عالية للإجابات الجزئية الكبيرة عند المبحوثة ب% 56 والتي تدل علي التشبث بالعالم الخارجي ودفاع ضد النزوات الوجدانية والعدوانية.

- ظهر من خلال البروتوكول عموما استجابة المبحوثة تقتصر على إعادة إعطاء الإجابة المقدمة أولا وهذا يوضح قصور في الذاكرة، وما سجل أيضا بقوة فيما يخص الإجابات

الإنسانية هو أنه تبقى استرجاع الذكري غامض وغالبا غير مميزة في كل البروتوكول وصعوبة تقمص الصور الإنسانية أدى إلى ارتفاع الإجابات الحيوانية وللعالم الحيواني، والتي جاء في جزء كبير منها تصورات كاملة، إلا أنها كانت مرتبطة بالمواظبة لاقتربها بالحركة الحيوانية، يعتبر كمثير لاستدعاء المدرك.

2.2 مناقشة الفرضية الثانية:

- يجد مرضي الزهايمر حالات الدراسة صعوبة في إعادة الإنتاج من الذاكرة في اختبار الشكل المعقد لرأي وذلك بتقييم المعايير الخاصة: بالحضور أو غياب العناصر الشكلية، الاستتساخ الصحيح، مكان صحيح أو مكان خاطئ .

من خلال نتائج التحليل الكمي والكيفي لاختبار شكل المعقد لرأي في الشكل البسيط (B)، وذلك في إطار النقل توصلنا إلي ما يلي:

- توصلنا إلى أن المبحوث لديها إدراك بصري للأشكال جيد .

- من خلال نتائج الاختبار لاحظنا أعلى نسبة ب 28 نقطة في مرحلة النقل، وهذا راجع إلى الاستتساخ الصحيح، والتركيز والانتباه الذي كان يظهر على المبحوثة، وهذا يدل على استعمال قدرة الإدراك البصري مقارنة مع مستوى العقلي لديها.

من خلال نتائج التحليل الكمي والكيفي لاختبار شكل المعقد لرأي في الشكل البسيط (B)، وذلك في إطار الذاكرة (استرجاع) توصلنا إلى:

- أن المبحوثة في مرحلة الاسترجاع لديها ذاكرة ضعيفة في استرجاع الشكل الهندسي.

- نلاحظ أن المبحوثة في هذه المرحلة كانت معالجة المعلومة بصريا لم تكن سليمة (خاطئة)، لذلك أثرت على عملية الترميز والتخزين على مستوى الذاكرة البصرية أي صعوبة تكوين الأشكال الهندسية، الرسومات، وعليه استرجاع المعلومة يكون بنفس التشويه الذي وصل إليها عن طريق عملية التحويل الشفري، ومنه نستخلص وجود قصور في استرجاع الذكري في هذه المرحلة.

3- خلاصة النتائج :

استنادا لما جاء من عرض وتحليل النتائج ومناقشة النتائج اتضح ما يلي:

- يوجد قصور في استرجاع الذكري لدى المصابين بمرض الزهايمر يطابقه صعوبة في عملية الاسترجاع .

- يجد مرضي الزهايمر صعوبة في استدعاء أسماء مدركات بطاقات الورشاخ في مرحلة التمرير واسترجاع المدركات وتحديد مكانها.

- يجد مرضي الزهايمر صعوبة في إعادة الإنتاج من الذاكرة وذلك بتقييم المعايير الخاصة: الحضور أو غياب العناصر الشكلية، الاستنساخ الصحيح، مكان صحيح، أو خاطئ .

- قصور في الاسترجاع يتمثل في صعوبة تكوين الأشكال الهندسية، الرسومات وموقعها وشكلها.

- النسيان والعجز في استرجاع مؤشر اكتئابي يعتبر من بين الاضطرابات السلوكية التي تظهر بصفة مبكرة في مراحل الأولى لمرضي الزهايمر .

وبناء على هذه النتائج يمكن القول أن الدراسة الحالية حققت أهدافها، واستطاعت الإجابة عن التساؤل من خلال الفرضيات والتي تمت مناقشتها وتفسيرها في ضوء التراث النظري والدراسات السابقة، ويبقى إسهام جديد للبحث الذي يتسم بخصائص استرجاع الذكري مع مرضي الزهايمر مع تطبيق اختبار الورشاخ والوجه المعقد لرأي .

وأهيب للزملاء الباحثين أن يستمروا في تناول الاسترجاع الذكري مما يوجد معلومات علمية للمختص للتكفل بهذه الفئة.

-الاستنتاج العام:

من خلال دراستنا الميدانية التي أجريناها علي المرضى المصابين بالزهايمر في المرحلة الأولى، والتي كانت هدفها تقييم الاسترجاع الذكروي، وذلك من خلال تطبيق اختبار الرورشاخ واختبار شكل رأي البسيط "B"، فقد تم التوصل إلى هذا التقييم، وكانت النتائج قصور سواء فيما يتعلق بعملية الاسترجاع، والإدراك أو الذاكرة البصرية .

وهذا ما سجلناه من خلال حالات الدراسة حيث أن الحالة كانت لديها قصور في الذاكرة، أي صعوبة في استدعاء أسماء مدركات بطاقات الرورشاخ في التمرير واسترجاع المدركات وتحديد مكانها في مرحلة التحقيق، أي النسيان والعجز، كذلك لديها تشتت في الانتباه كان أدائها في اختبار رأي منخفضا وهذا يدل على ترابط العمليات المعرفية و تأثيرها على بقية الوظائف المعرفية الأخرى ولا يمكن إهمال القدرة العقلية التي كانت الميزة الأساسية التي ميزت حالة فدرجة الذكاء منخفضة أثرت بطريقة سلبية على القدرة الإدراكية البصرية وكذا على قدرة الذاكرة البصرية، أي قصور في الاسترجاع يتمثل في صعوبة تكوين الأشكال الهندسية وموقعا وشكلها.

وبهذا تكون دراستنا والتي كان هدفها هو أن القصور في استرجاع الذكروي لدى المصابين بمرض الزهايمر يطابقه صعوبة في عملية الاسترجاع الذكروي عبر الرورشاخ والوجه المعقد لرأي لدي المصابين بمرض الزهايمر قد حققت الفرضية التي أشارت إلى أن القصور في الاسترجاع الذكروي لدي المصابين بمرض الزهايمر يطابقه صعوبة في عملية الاسترجاع عبر الرورشاخ والوجه المعقد لرأي

الخاتمة

تسجل الدراسة الحالية كونها لبنة جديدة ضمن الدراسات العلمية في مجال علم النفس العيادي التي تولي اهتماما كبيرا في تسليط الضوء على أحد أمراض كبار السن والمتمثل في مرض الزهايمر الذي يعد في تزايد مستمر ويمس ويصيب مختلف فئات المجتمع ، وهذا لتوعية المجتمع بخطر هذا المرض والوقاية منه لاحتمال إصابة أي شخص في مرحلة الشيخوخة ، فحسب إحصائيات الـ (OMS)، يقدر عدد الأشخاص المصابين بالعتة 500 مليون نسمة وهي في تزايد مستمر نظرا لكثرة انتشار المرض وظهوره عند الفئة الأكثر من 65 سنة ، فمن خلال هذه الدراسة حاولنا التعرف على إحدى الأعراض المصاحبة لمرض الزهايمر ألا وهو القصور في الاسترجاع الذكري الذي يظهر بعد اضطرابات الذاكرة ، ورغم ما قدمته كل من الدراسة الحالية ومختلف الدراسات في ميدان الطب العصبي من نتائج وتفسيرات لوصف هذه الاضطرابات ومعرفة أسبابها إلا أنها في الوقت الحالي تبقى قيد النقاش .

ونظرا للمظاهر السيمولوجية التي يخلفها هذا المرض على المستوي النفس العصبي والسلوكي والجسدي فإن ذلك يتطلب تكفلا كاملا وشاملا ، وهنا ننوه لأهمية التدخل المبكر في هذا المرض لما له من أهمية في تحسين المعاش النفسي والاجتماعي للمصاب عن طريق تقادي أو تأخير بروز اضطرابات سلوكية ، اضطرابات الذاكرة حيث سيبرز للمصاب الزهايمري دوره ومكانته كفرد متواصل يؤثر ويتأثر بالآخرين ، في حين أن غياب مثل هذا التدخل وخاصة في الطور الابتدائي من المرض سيسمح بالتلاشي السريع والمتواصل للإمكانيات والكفاءات الاتصالية والاسترجاعية الخاصة بالمصاب والغير مستعملة أو بمعنى آخر الغير محفزة وخاصة وأن الأبحاث والجهود المبذولة في حقل العلاج الطبي الكيميائي لازالت بعيدة عن تحقيق المبتغى المرجو في علاج هذا المرض .

وفي الأخير يمكن القول أن ميدان البحث العلمي يبقى دوماً في حاجة ماسة إلى دراسات وأبحاث جديدة بإمكانها أن تخلق برامج فعالة ومميزة تحتضن الكثير من الفئات المحتاجة ليد المساعدة كفاءة المصابين بالزهايمر التي لا تزال هي أيضاً يلزمها الكثير ، ولهذا نرجو أن تكون هذه الدراسة قد لمست ولو جانباً من حقيقة المشكل المطروح حتى تكون مرجعاً يعود إليه من يلينا من الطلبة الباحثين .

- توصيات واقتراحات:

بالاستناد إلى النتائج المتوصل إليها، لا يسعنا إلا ختم الدراسة ببعض التوصيات والاقتراحات التي من شأنها أن تساهم في أفاق جديدة في البحث العلمي خاصة للباحثين في ميدان علم النفس وهي:

- توسيع دائرة المعرفة وذلك من خلال البحث في الدراسات الحديثة على مستوى الجامعات الكبرى في العالم، وهذا عن طريق الترجمة لكل اللغات في هذا المجال قصد الالتحاق والرقى إلى المستوى العالمي.

- العمل على إجراء المزيد من الدراسات المتعلقة بهذه المرحلة العملية وخاصة التي تعاني مرض الزهايمر.

- الاهتمام أكثر بهذه الفئة لأنها حقا تستحق العناية والمتابعة مع توفير مراكز خاصة تعنى بذلك.


- القيام بعمليات تحسيسية حول الزهايمر و تحسيس المجتمع بمعاناة مرضى الزهايمر وضرورة التكفل بهم.

- ضرورة التشخيص والتدخل المبكر لكل الاضطرابات خاصة اضطرابات الذاكرة وذلك لتخفيف من حدتها .

-استخدام برامج وطرق تقوية الذاكرة بغنياتها المختلفة مع كبار السن .

- ضرورة إخضاع مرضى الزهايمر إلى تشخيص ومراقبة دائمة في جميع النواحي التطورية لمعرفة الصعوبات التي يواجهونها مع تقديم بروتوكولات علاجية وكذا تقنيات ملائمة لكل اضطراب.

-تصميم برامج علاجية وتدخلفنسي بالمرافقة النفسية تساهم في التخفيف من حدة المرض،ومحاولة إبطاء التدهور أو القصور في الذاكرة والحد من تطوره لدي المصابين بمرض الزهايمر .



قائمة المصادر والمراجع

- المراجع العربية:

- 1) إبراهيم شيخ مطر (2016). الذاكرة البصرية لدى المعوقين سمعياً والعادين . رسالة ماجستير في التربية الخاصة . جامعة دمشق .
- 2) أحمد بن مرسل (2003). مناهج البحث في علوم الإعلام والاتصال . الجزائر : ديوان المطبوعات الجامعية .
- 3) آسيا بن أعراب (2012). اضطراب الوظائف التنفيذية عند المصاب بالزهايمر الابتدائي . رسالة ماجستير . جامعة الجزائر 2 . الجزائر .
- 4) أفنان نظير دروزة (2004). أساسيات في علم النفس التربوي . (ط1) . الأردن : دار الشروق للنشر والتوزيع .
- 5) ألفت حسين كحلة (د/س). علم النفس العصبي . القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية .
- 6) أمال بن صافية (2002). الذاكرة العاملة لدى المصابين بعسر القراءة . رسالة ماجستير في الأطفونيا . جامعة الجزائر .
- 7) أنور محمد الشرقاوي (2003) . علم النفس المعرفي المعاصر . مصر : مكتبة الأنجلو المصرية .
- 8) بثينة شريط (2014). تأثير المرونة العصبية على عملية الاسترجاع عند المصاب بروكا . مذكرة ماستر أطفونيا عامة . جامعة العربي بن مهيدي أم البواقي . الجزائر .
- 9) بدرة عيساني (2018). دراسة الذاكرة الفضائية لدى الأطفال المتدربين بتقنية السربان . مذكرة ماستر أطفونيا . جامعة العربي بن مهيدي أم البواقي . الجزائر .
- 10) بيترفي رابينز، وأن إس موريسون (2019). كيف نعنتي بأحبائنا مرضى الزهايمر . ترجمة هند بنت مطلق العتيبي . الجمعية السعودية الخيرية لمرض الزهايمر .
- 11) ثناء عبد الودود عبد الحافظ (2016). السيطرة الانتباهية: الذاكرة العاملة والسرعة الإدراكية . (ط1). عمان : دار من المحيط إلى الخليج للنشر والتوزيع .

- 12) حمود بن محمد ناوي العنيزي (2015). تأثير برنامج تروحي رياضي على درجة الرضا عن الحياة ومستوى التوازن لدى كبار السن . المجلة العلمية للتربية البدنية وعلوم الرياضة. جامعة حلوان .
- 13) حياة أوباشا، ولياني زاهية (2015). المساندة الاجتماعية وتأثيرها على نوعية الحياة لدى المسنين المصابين بالزهايمر .مذكرة ماستر في علم النفس العيادي .جامعة مولود معمري. تيزي وزو. الجزائر .
- 14) خليفة محمد بركات (1984). مناهج البحث العلمي في التربية وعلم النفس . الكويت :دار العلم .
- 15) خليل إبراهيم البياتي (2002) . علم النفس الفسيولوجي : مبادئ أساسية .الأردن : دار وائل .
- 16) رافع النصير الزغول وعماد عبد الرحيم الزغول (2003).علم النفس المعرفي.عمان :دار الشروق للنشر والتوزيع .
- 17) رجاء أبو علام (2012). سيكولوجية الذاكرة وأساليب معالجتها .(ط1).الأردن :دار المسيرة .
- 18) رشيدة حمزة (2015).تقييم اللغة الشفهية عند المصاب بالزهايمر .مذكرة ماستر.جامعة أم البواقي .الجزائر .
- 19) سامي عبد القوي(2011).علم النفس العصبي :الأسس وطرق التقييم .(ط1).القاهرة :مكتبة لأنجلو المصرية .
- 20) سمير أبو حامد (2009).مرض الزهايمر: النسيان من نعمة إلى نقمة .ط1 .دمشق: دار خطوات .
- 21) عبد الرحمن العيسوي (د ت) .أمراض العصر النفسية والعقلية . الإسكندرية:دار المعرفة الجامعية .
- 22) عبد الرحمن الوافي (2005).مدخل إلي علم النفس .القاهرة :دار هوامة .

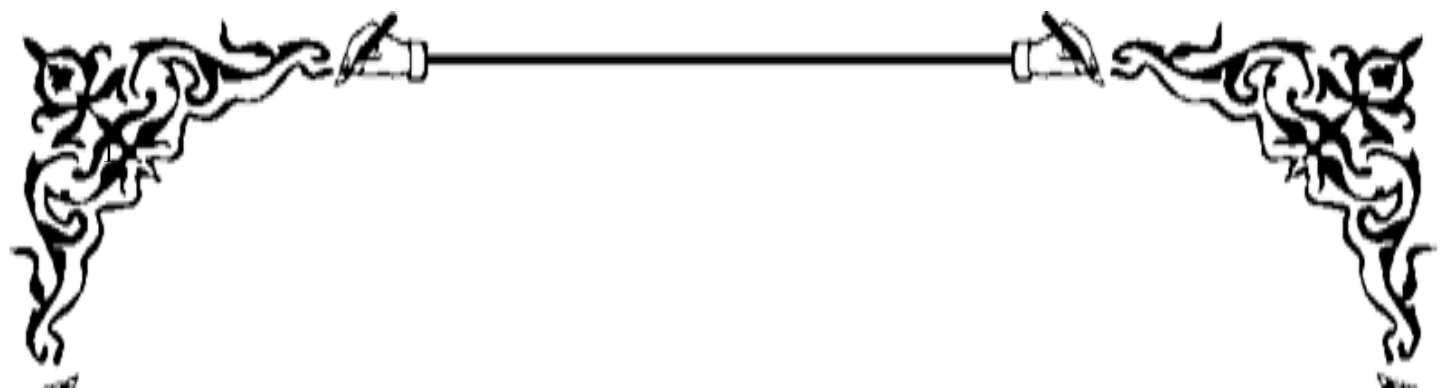
- 23) عبد المنعم الميلادي (2006). الأبعاد النفسية للمسئور. الإسكندرية : مؤسسة شباب الجامعة .
- 24) عبد القادر عياد (2016). فاعلية الذاكرة المستندة إلى استراتيجيات ما وراء المعرفة في التحصيل الدراسي لدي تلاميذ الطور الابتدائي. مذكرة ماجستير. جامعة أبي بكر بلقايد . تلمسان .
- 25) عدنان يوسف العتوم (2004). علم النفس المعرفي : النظرية والتطبيق .(ط1). عمان : دار المسيرة .
- 26) عزيزة عنو(2017). محاضرات في الفحص النفسي العيادي . الجزائر: دار الخلدونية .
- 27) عماد عبد الرحيم الزغلول، على فاتح الهنداوي (2013). مدخل إلى علم النفس .(ط1). عمان دار المسيرة .
- 28) فتحي مصطفى الزياد (1995). الأسس المعرفية للتكوين العقلي لتجهيز المعلومات .(ط1) مصر: الوفاء للطباعة والنشر والتوزيع .
- 29) فريدة تالميمت (2009). تقييم الوظائف المعرفية لدى المصاب بالعتة من نوع الزهايمر بتقنين اختبار: FOLSTEIN ل Mini –Mental State Examinations على البيئة الجزائرية .مذكرة ماجستير في علم النفس العصبي .جامعة الجزائر2 . الجزائر .
- 30) فطيمة الزهراء بوعلاقة (2017). الحياة النفسية للفنان التشكيلي الجزائري : نظرة تحليلية للتمصتات في ضوء الاختبارات الإسقاطية . الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية .
- 31) فيصل محمد خير الزراد (2002). الذاكرة :قياسها اضطراباتها .الرياض: دار المريخ للنشر .
- 32) كامل عويضة (1996). علم النفس الاجتماعي .(ط1). بيروت :دار الكتب العلمية.
- 33) لطفي عبد العزيز الشربيني (2007). أسرار الشيخوخة: مشكلات المسنين وكيفية العلاج. القاهرة :دار النهضة .
- 34) محمد النوبي محمد علي (2012). الزهايمر لدى المسنين : الاتجاهات الحديثة في التشخيص والعلاج وكيفية التعامل . (ط 1) . عمان : دار صفاء .
- 35) محمد زيعور (2006) . حقول علم النفس الفيزيولوجي . لبنان : دار الفكر العربي .

- 36) محمد عبد الرحيم عدس (2008) .تربية المراهقين .(ط2) . الأردن :دار الفكر .
- 37) محمود عباس عوض (1999) .مدخل إلى علم النفس :النمو والمراهقة والشيخوخة .(ط1) .
القاهرة .دار المعرفة .
- 38) مصطفى لكحل (2011) .الكشف عن أداء الذاكرة الأوتوبيرغرافية عند مرضي الفصام .رسالة
دكتوراه في علم النمو .جامعة أبوبكر بلقايد تلمسان .
- 39) نرمين أحمد كامل محمد سنجر(2015) .مدى فعالية برنامج تدريبي لتنمية مهارات الإدراك
والانتباه والذاكرة .(ط1) .القاهرة :المكتب العربي للمعارف .

– المراجع باللغة الأجنبية:

- 40) André Rey .(1959).test de copie et de reproduction de mémoire de figures géométriques complexes .Paris :center de psychologie appliquée .
- 41) Atteintes Neurocognitives(DSM –5).Récupéré Le14 Novembre 2017 de Atteintes et Pathologies .
- 42) Berube ,L.(1991).Terminologie de neuropsychologie et neurologie du comportement .France :Chenelière Inc .
- 43) Camus ,F .(2001).Attention la mémoire : contribution au diagnostic précoce de la maladie d'Alzheimer .Marseille : Edition Solal .
- 44) Chabert ,C.(1983).Le Rorschach en clinique adulte – interprétation psychanalytique .Paris : 2ed .Dunod .
- 45) Constance, Guyot.(Mai2015).Mémoires sémantique et épisodique et apprentissage en classe d'anglais .Mémoire présenté en vue de l'obtention du grade de master Soutenu .école supérieure du professorat et L'éducation acaclémie de Nantes .
- 46) Eustache ,F .(1993).Langage et aphasie Bruxelles :Edition de Boeck et Larcier .
- 47) Eustache ,F .(1995).Neuropsychologie des démences .Marseille :Edition Sol al .
- 48) Eustache ,F .(2002).Les méthodes de La Neuropsychologie .Bruxelles :Edition De Boeck .
- 49) KacKa ,F .(2002) .psychiatrie et psychologie médicale .Alger :Edition Entreprise Nationale du Livre .

- 50) Kamami, Y.(2002). Peut on aujourd'hui prévenir et traiter La maladie d'Alzheimer .Paris :dauphin .
- 51) Nathalie, M .(2010).l'orientation topographique normale et ses perturbation cours de la maladie :Alzheimer Evaluation et réhabilitation .doctorat en médecine . université de Toulouse .
- 52) Petit Larousse de La Médecine .(2003).France :Edition Larousse.
- 53) Robinet ,G.Pierron .(2012).Les intrusions au sein du Moi : psychopathologie de L'intérieur dans La maladie d'Alzheimer .France :Elsevier Masson SAS .
- 54) Rousseau ,T.(1995).Communication et maladie d'Alzheimer .Paris :Edition Ortho.
- 55) Rousseau ,T.(2004).Communication et maladie Alzheimer .Paris :édition ortho.
- 56) STelzmann, Rainulf ,A.SCHNITTEIN .Norman, Hand ,HURIAGH ,Reed ,F.(1995).An English Translation of Alzheimer 's 1907 Paper ,«Uber cine eigenartige erkamkung der hirmarinde»Clinical Anatomy .
- 57)Vannetzel ,L.(2010).Testons les testes :la Figure complexe de Rey .France: A N A E



الملحق رقم (01)

المعايير التشخيصية لمرض

الزهايمر حسب (DSM-IV)

المعايير التشخيصية لمرض آلزهايمر حسب DSM-IV-TR :

A. Apparition de déficits cognitifs multiples, comme en témoignent à la fois :

1. une altération de la mémoire (altération de la capacité à apprendre des informations nouvelles ou à se rappeler les informations apprises antérieurement) ;
2. une (ou plusieurs) des perturbations cognitives suivantes :
 - a. aphasie (perturbation du langage)
 - b. apraxie (altération de la capacité à réaliser une activité motrice malgré des fonctions motrices intactes)
 - c. agnosie (impossibilité de reconnaître ou d'identifier des objets malgré des fonctions sensorielles intactes)
 - d. perturbation des fonctions exécutives (faire des projets, organiser, ordonner dans le temps, avoir une pensée abstraite).

B. Les déficits cognitifs des critères A1 et A2 sont tous les deux à l'origine d'une altération significative du fonctionnement social ou professionnel et représentent un déclin significatif par rapport au niveau de fonctionnement antérieur.

C. L'évolution est caractérisée par un début progressif et un déclin cognitif continu.

D. Les déficits cognitifs des critères A1 et A2 ne sont pas dus :

1. à d'autres affections du système nerveux central qui peuvent entraîner des déficits progressifs de la mémoire et du fonctionnement cognitif (par exemple : maladie cérébrovasculaire, maladie de Parkinson, maladie de Huntington, hématome sous-dural, hydrocéphalie à pression normale, tumeur cérébrale) ;
2. à des affections générales pouvant entraîner une démence (par exemple : hypothyroïdie, carence en vitamine B12 ou en folates, pellagre, hypercalcémie, neurosyphilis, infection par le VIH)

3. à des affections induites par une substance.

E. Les déficits ne surviennent pas de façon exclusive au cours de l'évolution d'un syndrome confusionnel.

F. La perturbation n'est pas mieux expliquée par un trouble de l'Axe I (par exemple : trouble dépressif majeur, schizophrénie).

Codification fondée sur la présence ou l'absence d'une perturbation cliniquement significative du comportement :

Sans perturbation du comportement : si les troubles cognitifs ne s'accompagnent d'aucune perturbation cliniquement significative du comportement.

Avec perturbation du comportement : si les troubles cognitifs s'accompagnent d'une perturbation cliniquement significative (par exemple : errance, agitation) du comportement.

Préciser le sous-type :

À début précoce : si le début se situe à 65 ans ou avant.

À début tardif : si le début se situe après 65 ans.

الملحق رقم (02)

المعايير التشخيصية لمرض

الزهايمر حسب

(NINCDS-ADRDA)

المعايير التشخيصية لمرض الزهايمر حسب: NINCDS-ADRDA

1. Critères de maladie d'Alzheimer probable :

- syndrome démentiel établi sur des bases cliniques et documenté par le Mini-Mental State Examination, le Blessed Dementia Scale ou tout autre test équivalent et confirmé par des preuves neuropsychologiques
- déficit d'au moins deux fonctions cognitives
- altérations progressives de la mémoire et des autres fonctions cognitives
- absence de trouble de conscience
- survenue entre 40 et 90 ans, le plus souvent au-delà de 65 ans
- en l'absence de désordres systémiques ou d'une autre maladie cérébrale pouvant rendre compte par eux-mêmes, des déficits mnésiques et cognitifs progressifs

2. Ce diagnostic de maladie d'Alzheimer probable est renforcé par :

- la détérioration progressive des fonctions telles que le langage (aphasie), les habilités motrices (apraxie) et perceptives (agnosie).
- la perturbation des activités de la vie quotidienne et la présence de troubles du comportement.
- une histoire familiale de troubles similaires surtout si confirmés histologiquement.
- le résultat aux examens standards suivants :
- normalité du liquide céphalo-rachidien.
- EEG normal ou siège de perturbations non spécifiques comme la présence d'ondes lentes.
- présence d'atrophie cérébrale d'aggravation progressive.

3. Autres caractéristiques cliniques compatibles avec le diagnostic de maladie d'Alzheimer probable après exclusion d'autres causes :

- période de plateaux au cours de l'évolution
- présence de symptômes tels que dépression, insomnie, incontinence, idées délirantes, illusions, hallucinations, réactions de catastrophe, désordres sexuels et perte de poids. Des anomalies

neurologiques sont possibles surtout aux stades évolués de la maladie, notamment des signes moteurs tels qu'une hypertonicité, des myoclonies ou des troubles de la marche.

- crises comitiales aux stades tardifs
- scanner cérébral normal pour l'âge

4. Signes rendant le diagnostic de maladie d'Alzheimer probable incertain ou improbable :

- début brutal
- déficit neurologique focal tel que hémiparésie, hypoesthésie, déficit du champ visuel, incoordination motrice à un stade précoce.
- crise convulsives ou troubles de la marche en tout début de la maladie.

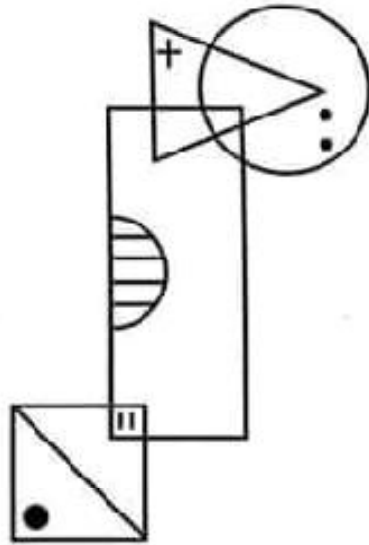
5. Le diagnostic clinique de la maladie d'Alzheimer possible :

- peut être porté sur la base du syndrome démentiel, en l'absence d'autre désordre neurologique, psychiatrique ou systémique susceptible de causer une démence, en présence de variante dans la survenue, la présentation ou le cours de la maladie ;
- peut être porté en présence d'une seconde maladie systémique ou cérébrale susceptible de produire un syndrome démentiel mais qui n'est pas considérée comme la cause de cette démence ;
- et pourrait être utilisé en recherche clinique quand un déficit cognitif sévère progressif est identifié en l'absence d'autre cause identifiable.

6. Les critères pour le diagnostic de maladie d'Alzheimer certaine sont :

- les critères cliniques de la maladie d'Alzheimer probable ;
- et la preuve histologique apportée par la biopsie ou l'autopsie

ملحق رقم 03: اختبار الشكل البسيط لراي (B)



Test de copie et de reproduction de mémoire de figures géométriques complexes de A. REY
Edité par le Centre de Recherche et d'Applications Psychologiques, Villa n°13 El Omranis - Océy Ibrahim - 16320 Alger
Avec l'autorisation des Editions du Centre de Psychologie Appliquées. Dépot légal : 2009-2007 (2^e trimestre 2007)

B

ملحق رقم 04: ورقة تنقيط شكل راي البسيط

FEUILLE DE DEPOUILLEMENT DE LA FIGURE DE REY

NOM : _____ AGE : _____ COPIE

I - ELEMENTS PRESENTS COTATIONS 1 1/2

TOTAL 1

II - GRANDEURS PROPORTIONNELLES

TOTAL 2

III - RAPPORTS EXACTS ENTRE LES 4 SURFACES

TOTAL 3

IV - POSITION DES ELEMENTS SECONDAIRES

TOTAL 4

FEUILLE DE DEPOUILLEMENT DE LA FIGURE DE REY

NOM : _____ AGE : _____ MEMOIRE

I - ELEMENTS PRESENTS COTATIONS 1 1/2

TOTAL 1

II - GRANDEURS PROPORTIONNELLES

TOTAL 2

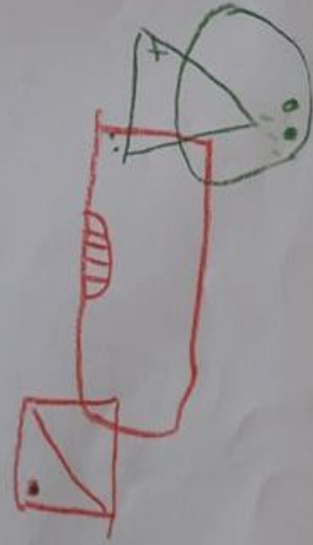
III - RAPPORTS EXACTS ENTRE LES 4 SURFACES

TOTAL 3

IV - POSITION DES ELEMENTS SECONDAIRES

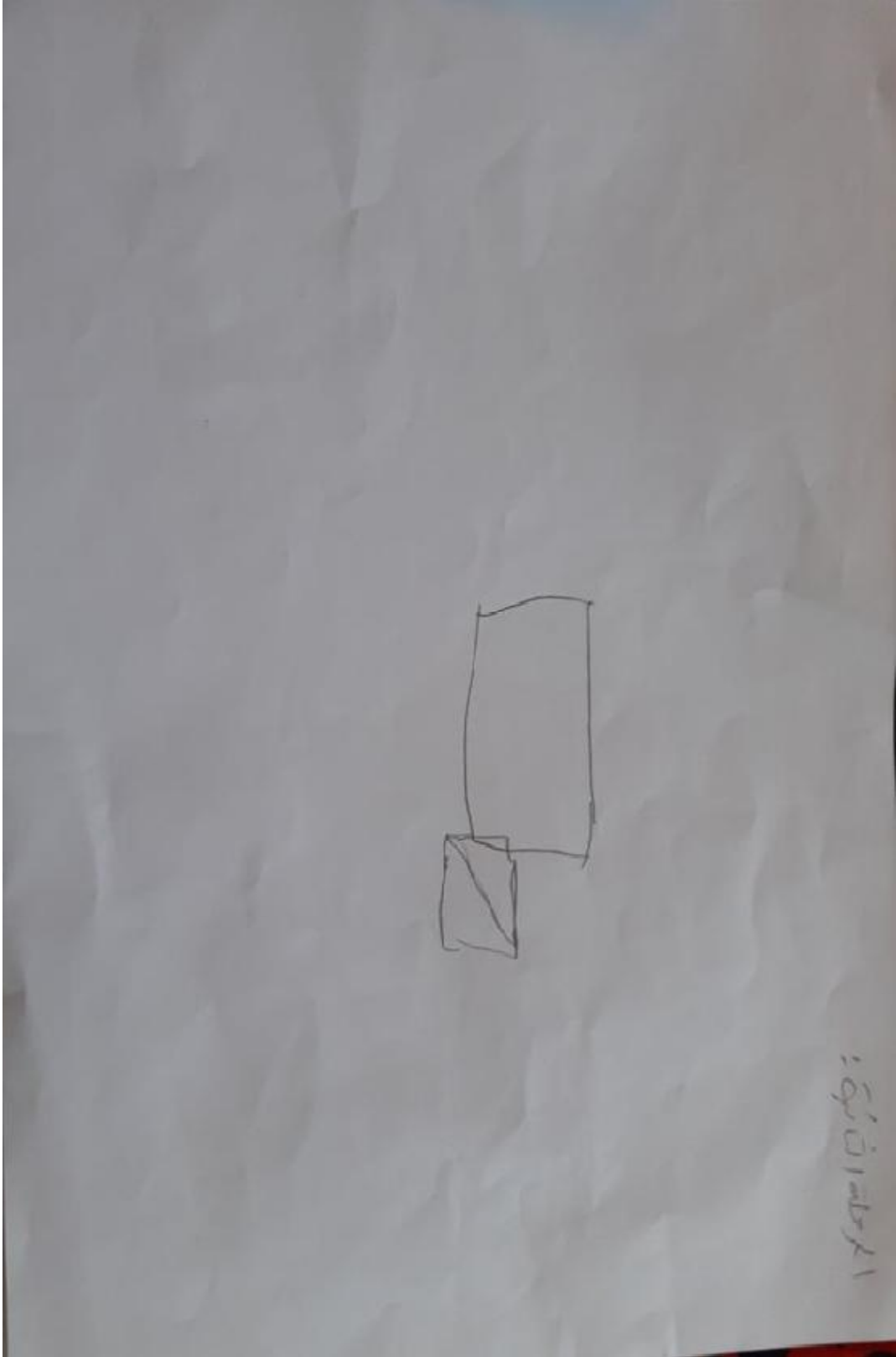
TOTAL 4

ملحق رقم (6) : اختبار شكل رأي البسيط للمبحوثة عن مرحلة النقل



رأي
المرحلة الأولى
١٢

ملحق (7) : اختبار شكل رأي البسيط للمبحوثة عن مرحلة الاسترجاع (الذاكرة).



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة محمد بوضياف بالمسيلة



كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم:

المرجع: القرار الوزاري رقم: 933 المؤرخ في: 28 جويلية 2016 المحدد للقواعد المتعلقة بالوقاية من السرقات العلمية ومكافحتها

تصريح شرفي

خاص بالالتزام بقواعد النزاهة العلمية لإنجاز البحث

أنا الممضي أدناه،

السيد(ة):

فلقول حياة
طالبة

الصفة: طالب، أستاذ باحث، باحث دائم:

الحامل (ة) لبطاقة التعريف الوطنية رقم: 2101237723

والصادرة بتاريخ: 2017.03.12

عن دائرة:

المسجل (ة) بكلية: العلوم الاجتماعية والإنسانية قسم: علم النفس

والمكلف (ة) بإنجاز أعمال بحث (مذكرة التخرج، مذكرة ماجستير، أطروحة دكتوراه) دعواتها:

الاستجماع الذكري من السيد الرضا والويلد المعقد لراي FCR
لدى السيد الرضا عن الزهايمر دراسة السيد
لمنذما الزهايمر

أصح بشرفي أنني ألتزم بمراعاة المعايير العلمية والمنهجية ومعايير الأخلاقيات المهنية والنزاهة الأكاديمية المطلوبة في إنجاز البحث المذكور أعلاه.

التاريخ: 19 أكتوبر 2020

إمضاء المعني



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ