

بعض الاضطرابات المعرفية لدى مرضى الفصام البارانويدي وغير المميز

إعداد

ريهام رضا محمد محمود السواح

أ.د أحمد عبد الفتاح عياد

أستاذ علم النفس الإكلينيكي بقسم علم النفس ، كلية الآداب – جامعة طنطا

المستخلص:

تهدف الدراسة الحالية الى الكشف عن بعض الاضطرابات المعرفية لدى مرضى الفصام (البارانويدي ، غير المميز) ومقارنتهما ببعضها البعض ثم مقارنتهما بعينة من الأسوياء ولقد اجريت تلك الدراسة على عينة قوامها (٣٠) تم تقسيمهم الى ثلاث مجموعات وذلك على النحو التالي :-

المجموعة الاولى : وقد بلغ قوامها (١٠) وتمثل مرضى بالفصام البارانويدي .

والمجموعة الثانية : وتكونت من (١٠) وتمثل مرضى الفصام غير المميز .

أما المجموعة الثالثة فقد بلغ قوامها (١٠) وتكونت من الاصحاء .

ولتحقيق أهداف الدراسة فقد استخدمت الادوات التالية :-

١- اختبار اعادة الارقام ٢- اختبار الشكل المعقد لراى

٣- اختبار ستروب ٤ - اختبار ذاكرة الجمل

وقد استخدمت الاساليب الاحصائية الملائمة للتحقق من فروض الدراسة وانتهت الدراسة الى النتائج التالية :-

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مجموعات الدراسة الثلاث من مرضى الفصام (البارانويدي ، غير المميز

والأسوياء) في بعض الوظائف المعرفية وذلك عند مستويات الدلالة (٠.٠١)

- لا توجد فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين مرضى الفصام البارانويدي بمقارنتهم بمرضى الفصام غير المميز

وذلك على بعض الوظائف المعرفية التالية

١- المرونة العقلية

٢- الذاكرة العاملة ٣- كفا الاستجابة

- توجد فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين مرضى الفصام البارانويدي بمقارنتهم بالأسوياء وذلك على بعض

الوظائف المعرفية التالية :-

١- المرونة العقلية

٢- الذاكرة العاملة ٣- كفا الاستجابة

- توجد فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين مرضى الفصام الغير مميز بمقارنتهم بالأسوياء وذلك على بعض

الوظائف المعرفية التالية :-

١- المرونة العقلية

٢- الذاكرة العاملة ٣- كفا الاستجابة

وقد تمت مناقشة نتائج الدراسة فى ضوء الاطار النظري والدلائل البحثية .

الكلمات الإفتتاحية : الفصام ، الاضطرابات المعرفية ، الذاكرة .

مدخل إلى مشكلة الدراسة :

تنهض الدراسة الحالية بدراسة بعض الاضطرابات المعرفية لدى مرضى الفصام البارانونيدي وغير المميز وحيث أن الأمراض العقلية من الاضطرابات الخطيرة والتي تعتبر قديمة النشوء وتطورت بتطور العلوم ، حتى أصبحت إحدى المشكلات التي تؤرق المجتمعات والعلماء ككل الذين عملوا على تصنيف هذه الاضطرابات ضمن فئات مختلفة ويختلف نوع الاضطراب باختلاف أعراضه وأسبابه حيث تصنف الاضطرابات العقلية لذهانات عضوية وأخرى وظيفية فنجد ، ذهان الهوس الأكتابي ، البارانونيا ، الفصام ، والذي يعتبر من أكثر الاضطرابات خطورة ولا يمكن تجاهله كما يعتبر واسع الإنتشار حيث أقرت منظمة الصحة العالمية عام ٢٠١٨ بأن الفصام يؤثر على أكثر من ٢١ مليون شخص في أنحاء العالم أجمع ويشيع عند الذكور ب ١٢ مليون أكثر منه عند النساء ب ٩ ملايين وعادة ما يظهر في صفوف الرجال في وقت مبكر .

ويقوم الفصامي عادة بتفسير ما يحدث حوله بشكل غير طبيعي كما تظهر عليه أو هام وهلوسات واضطرابات في طريقة التفكير وقد تترجم كل هذه الاختلالات إلى سلوكيات شاذة وعنيفة لا تتماشى مع المواقف التي يمر بها مما يؤثر سلباً على حياته وتفاعلاته مع من يحيطون به .

فإذا ألقينا نظرة على وطأة الفصام في الجيل الراهن (هناك حوالي ٤٠ مليون فصامي في العالم) لم يوجد في تاريخ الحروب كان لها مثل هذا العدد من الضحايا أو المصابين ولم يحدث زلزالاً أو كارثة تسبب خسائر بمثل هذا الحجم .

فالفصامي شخص يعيش في عالمه الخاص الملئ بالهلوس ، وخط الأفكار وتشوشها فيبني عالمه الخالص وينسحب من العالم المحيط به وينعزل عنه فيصبح خطر على نفسه وعلى من محيط به .
فبناء على سلوكياته الغريبة والغير سوية فيكون هناك دافع للتخلي وابتعاد الناس عنه وتغيير نظرة الآخر له ، فالأفراد المصابين بالفصام عرضه لانتهاكات حقوق الإنسان ، سواء داخل مؤسسات الصحة النفسية أو في المجتمع وأرتفاع معادلات معاناتهم من الوهم جراء إصابتهم بالاضطراب وهو أمر يسهم في التميز ضدهم .
فالصورة السائدة عن المرضى العقليين عامة وعن المرضى الفصامين خاصة تؤثر سلباً على تعامل الآخرين معهم وخاصة أن كانت هذه الصورة متوارثة ويتم تعميمها بين الأفراد من نفس المجتمع .

أولاً: مشكلة الدراسة:

يعد الفصام من الأمراض العقلية الذهانية الأكثر خطراً وإنتشاراً ، وقد ظهر منذ القدم تحت مسميات مختلفة كالجنون المبكر وبالرغم من الدراسات والأراء حول هذا الاضطراب إلا أنه لا يزال هناك غموض في كثير من جوانبه وتختلف التفسيرات الموجودة حول المرض باختلاف المدارس المفسرة له .

ويعاني مريض الفصام من العديد من الأعراض التي تحول بينه وبين الاتصال السليم مع المحيط الخارجي فهي لا تؤثر على المريض فحسب وعلى من حوله عامة ، وعلى أفراد أسرته خاصة .

وقد أشار كريبلين (Kreapelin) في كتابته الذي صدر عام (١٩٨٨) والذي يوصف فيه الفصام بأنه إحدى المجموعتين الكبيرتين للذهانات الداخلية المنشأ psychose endogènes حيث قسم الأمراض العقلية إلى قسمين أطلق على القسم الأول ذهان الهوس والاكتئاب Maniaco-dépressive Psychose و هو من الأمراض الحادة، و أمل الشفاء فيه كبير والقسم الثاني أطلق عليه اسم الخبل والعتة المبكر Dementia praecox وهذا يصيب الأفراد في مقتبل العمر، و أهم أعراض هذا الخبل المبكر هو عدم تناسق وانسجام الاستجابات الانفعالية والسلوكية والعقلية مع بعضها البعض وكذلك مع الرسائل المعلوماتية النوعية الواردة إليه حيث ينتهي المريض إلى حالة خاصة من التدهور والاضطراب المعرفي الذي يسمى بهزال العقل Affaiblissement Mental مما يؤثر سلباً على نظام تجهيز ومعالجة المعلومات بشكل عام ويؤثر سلباً على الوظائف المعرفية المنطقية بشكل خاص ويظهر

هذا جليا في أخطاء التناسق الفكري ويتبعه عجز في أداء المهام المعرفية المختلفة والمثابرة على مرضى الفصام ،
ويصاحب ذلك الهلوس والضلالات .

-Fossati, P; Amar, G; Raoux, N; Ergis, A & Allilaire, J. (1999). Executive functioning and verbal memory in young patient with unipolar depression and schizophrenia. *Psychiatry research*, 89: 171-187.

ويعد ضعف الذاكرة من أكثر جوانب العجز المعرفي وضوحاً لدى مرضى الفصام، إلى درجة أن

أطلق بعض الباحثين على هذا المرض بأنه زملة فقدان الذاكرة *Amnestic syndrome*

فالذاكرة واحدة من أهم العمليات المعرفية فبدون الذاكرة لا نستطيع التخطيط أو صياغة سلوكنا عند مواجهة

موقف ما، بل يصبح من المستحيل تعميم ما تعلمناه سابقا في المواقف الجديدة ، ويصعب أيضا اكتساب مفاهيم
واستراتيجيات للتوافق مع الأحداث الحالية والمتوقعة في المستقبل. (روبرت سولسو، ١٩٩٥: ص ٨٦٥)

وفي ضوء الطرح السابق تحدد مشكلة الدراسة في الأسئلة التالية :

- ١- هل توجد فروق بين مجموعتي مرضى الفصام (البارانويدي، غير المميز) في بعض الوظائف المعرفية التالية :-
 - ١- المرونة العقلية
 - ٢- الذاكرة العاملة
 - ٣- كفاية الاستجابة
- ٢- هل توجد فروق بين مجموعة مرضى الفصام البارانويدي مقارنة بالأسوياء) في بعض الوظائف المعرفية التالية :-
 - ١- المرونة العقلية
 - ٢- الذاكرة العاملة
 - ٣- كفاية الاستجابة
- ٣- هل توجد فروق بين مجموعة مرضى الفصام غير المميز، مقارنة بالأسوياء) في بعض الوظائف المعرفية التالية :-
 - ١- المرونة العقلية
 - ٢- الذاكرة العاملة
 - ٣- كفاية الاستجابة

ثانياً : أهمية الدراسة :

تتبدى أهمية هذه الدراسة في مجموعة من الاعتبارات النظرية والتطبيقية وذلك على النحو التالي :

- يعاني مرضى الفصام من صعوبات كثيرة ومتنوعة أهمها فقر في الاستدعاء أو التعرف على الرسائل المختلفة سواء كانت بصرية أو سمعية مقارنة بالمرضى الذين يعانون من تدهور تام في الذاكرة مثل مرضى الزهايمر *Alzheimer* لذا فإن نسبة النسيان لدى الفصاميين عادة ما تكون خفيفة، وهذا الخلل يمكن ان يرجع إلى عدم ترميز المعلومات والرسائل في الذاكرة وليس في عجز الذاكرة في حد ذاته لذا في الدراسة الحالية تاتي أهمية اجرائها في كونها سوف تختبر تلك الفرضية .

- كذلك أشارت نتائج معظم الدراسات أن الفصاميين يعانون من اضطراب في الذاكرة وكذلك يعانون من تشتت في المعالجة الانتباهية البصرية، خاصة عندما يطلب منهم أداء مهمات إدراكية بصرية معقدة، فهم يعالجونها معالجة تفصيلية جزئية غير انتقائية بالتركيز على المعلومات الملائمة و الغير ملائمة مما يثير عندهم اليقظة الزائدة الغير انتقائية و التضمنين البصري الزائد، وهذا يؤثر سلبي على وظيفة مستويات التجهيز والمعالجة داخل النظام المعرفي ، وهو السبب الرئيسي في ظهور الأعراض العيادية الإيجابية كالهوس و الهذيان. وهذا دليل ومؤشر مهم يمكن التركيز عليه في عملية تشخيص الحالات الفرعية النوعية للفصام وهو ماسوف تكشف عنه الدراسة الحالية .

ثالثاً : أهداف الدراسة :-

تسعى الدراسة الحالية الى تحقيق الاهداف التالية :

- محاولة فهم طبيعة الفصام باعراضه الايجابية والسلبية وأهم الاضطرابات المعرفية المميزة لبعض الانواع الفرعية لاضطراب الفصام

- وفي ضوء هذا الفهم يمكن تفسير تلك الاضطرابات وطبيعتها والخصائص النوعية لكل اضطراب معرفي .
 - وفي ضوء النقطتين السابق طرحها يمكن التحكم والتنبؤ واختيار فنيات ارشادية بعينها لتلائم مع كل الاضطرابات النوعية المعرفية المميزة للأنواع الفرعية للفصام .
- رابعاً : التعريفات الإجرائية لمفاهيم الدراسة النظرية**

أولاً : الفصام

ونقصد به في هذا البحث الفصام المشخص وفق المعايير النموذجية الواردة في الدليل التشخيصي الإحصائي الخامس للأمراض النفسية (The Diagnostic and Statistical Manual) "DSM-5" ويهمننا في هذا الصدد معايير الخاصة بالأعراض النوعية A لهذا المرض العقلي المعرفي، وهذه الأعراض المميزة Symptômes يمكن أن تظهر بشكل معزول أي متفرقة لا تشكل وحدة واحدة أو متحدة مع بعضها Caractéristiques

الامر الذي يسمح لنا بتشخيصها باستثناء السبب العضوي وتتمثل ببعض الأعراض، وهو تطورها أكثر من ستة أشهر هذه الأعراض في الاضطرابات المعرفية التي عادة ماتظهر مؤشرات العرضية قبل أي عرض آخر لمرضى الفصام وتسمى أحيانا الأعراض المحرصة، وفق هذه المعايير .

ثانياً: مفهوم الذاكرة العاملة

هناك العديد من المفاهيم للذاكرة العاملة حسب الواجهة التي يُنظر إليها من خلالها، ولكننا هنا سنقتصر على أكثر المفاهيم عمومية وشمولاً ونأخذ بوجهة النظر التي ترى أن الذاكرة العاملة مستقلة تماماً فهي موجودة بين الذاكرة قصيرة المدى والذاكرة طويلة المدى ولها مدى للتخزين يعرف ضمناً من خلال المخزن قصير المدى،

والى جانب ذلك فهي تقوم بعملية المعالجة والمقارنة للمعلومات. (Baddely & Hitch, 1980: p49)

وبالتالي فان الذاكرة العاملة تتميز بسعة التخزين والمعالجة والقدرة على القيام بالعمليات المعرفية المختلفة ، وتحتوى على مجموعة من المخازن . (schneider & Detweiler, 1987 ; p64)

أو كما يذكر أنها توصف بالذاكرة متعددة المخازن وتستقبل المعلومات من مصدرين هما : المعلومات الجديدة التي تدخل إلى الذاكرة الحسية عن طريق الحواس المختلفة – ومخزن المعلومات القديمة المتواجد بالذاكرة طويلة المدى .

وبالتالي يمكن القول بأن الذاكرة العاملة تقوم بإحداث تكامل وتنسيق بين المعلومات القديمة والجديدة وبعدها يتم صدور الاستجابة .

وتعرف إجرائياً على أنها : مخزن مؤقت لكمية محدودة من المعلومات مع امكانية تحويلها واستخدامها في إنتاج أو اصدار استجابات جديدة من خلال وجود مكونات مختلفة تقوم بوظيفتي التخزين والمعالجة معا والذي يمكن التعبير عنه وتقديره من خلال الدرجة التي يحصل عليها المفحوص في اختبار اعادة الارقام بالعكس المستخدم في الدراسة الحالية اعداد (ديفيد وكسلر وتقنين وتعريب لوييس مليكة) .

ثالثاً : كفاية الاستجابة :-

ويعرف إجرائياً على أنه : القدرة على كفاية الاستجابات التي ارتبطت بمنبهات معينة بحكم الاعتياد مما يتيح فرصة لصدور استجابات أخرى رداً على تلك المنبهات لتتوافق مع المتطلبات المتغيرة فهو يمثل منافسة بين اجابتين اختياريتين والذي يمكن التعبير عنه وتقديره من خلال الدرجة التي يحصل عليها المفحوص في اختبار ستروب المستخدم في الدراسة الحالية من اعداد (Stroop)

المفاهيم النظرية للدراسة وأهم الدلائل البحثية المرتبطة بها :-

أولاً :- اضطراب الفصام

يعتبر الفصام من الأمراض العقلية التي تصنف ضمن فئات الذهانات الوظيفية المعروفة والأكثر انتشاراً ، وتتراوح نسبة الإصابة به بين السكان من ثلاثة في الألف الى واحد بالمائة على المستوى العالمي ومعظم ضحاياه هم فيما بين (١٥ : ٣٠ سنة) . (Maki et al , 2005)

ويعتبر الفصام من أكثر الأمراض العقلية شيوعاً ، فهو من أكثر الأشكال شهرة في الذهان وأكثر الاضطرابات حدة ، حيث يرتبط بتغيرات في النظام العصبي المركزي بالمخ والذي يتكون من ملايين الخلايا العصبية التي تتوصل فيما بينها عن طريق الوصلات العصبية .

ويصيب مرض الفصام ١% من الشعب أي أنه يوجد عشرة الاف مريض بالفصام بين كل مليون نسمة ، حيث ينتشر بين الرجال قبل سن ال ٣٠ وعند النساء بعد سن ال ٣٠ حيث وجد أن العامل الوراثي يلعب دوراً كبيراً في نشأة هذا المرض ، وهذا يعني أنه ينتقل على الموروثات اضطرابات كيميائية فسيولوجية .
(أحمد عكاشة ، ٢٠٠٠ ، ص ٣٣١-٣٣٩)

فالفهم الجيد لفسولوجيا الفصام وتطوير طرق العلاج يمكن إن يأخذ تأثيراً عالمياً هاماً ، حيث يؤدي الفصام إلى إحصائيات موت مفرطة ، ونجد أن التكلفة الثانوية للمرضى عند العلاج تصل من ٣٠:٥٠ مليون دولار في الولايات المتحدة وحدها . (بشير الرشيد ، ٢٠٠٠ ، ص ١٣٢)

كما يتميز الفصام بتنوع واسع من الصعوبات السلوكية ، ويشمل اضطرابات الانتباه ومعالجة اللغة وتغير العلامات الخفيفة النيورولوجية والاضطرابات الجسمية الصغيرة هما مؤشران مفترضان للاضطرابات الأرتقائية والتي تتكرر كثيراً في المرضى الفصامين مقارنة بالأسوياء . (سحر الكفافي ، ٢٠٠٢ ، ص ٥)

اذن فان الفصام هو متلازمة لمجموعة من الاضطرابات الذهانية والعصابية، يؤدي إلى تدهور السلوك من الجوانب الانفعالية والوجدانية والتفكير، وعدم القدرة على التكيف في الحياة الاجتماعية ، لفشل الإمكانيات الوظيفية، حيث المريض يختار عالم وهمي مليء بالهلاوس و الهذات نتيجة فشل ميكانيزمات الدفاع في حل الصراع خاصة مع الواقع الخارجي ، ويفضل العزلة و ظهور الأفكار التوحدية ، فالمريض يقطع صلته بالواقع ، ويعيش في هذا العالم الافتراضي كوسيلة دفاعية لتوازنه، فالواقع يمثل تهديد له، و يظهر في سن مبكر لما يشهد له من تقلبات وتطورات في نفسية الفرد ، ولكنه أكثر شيوعاً في مرحلة الرشد .

- تعريف الفصام :-

- الفصام هو مرض ذهاني يتسم بمجموعة من الأعراض النفسية والعقلية التي تؤدي إن لم تعالج في بدء الأمر إلى اضطراب ، وتدهور في الشخصية ، والسلوك ، وأهم هذه الأعراض اضطراب التفكير ، والوجدان ، والأدراك ، والإرادة ، والهذات ، والهلاوس ، والسلوك . (توفيق يوسف عواد ، ٢٠١١ ، ص ١٥٠)
- ويعرف الفصام على أنه مرض عقلي يتصف باضطراب في التفكير والوحدات السلوكية والخلقية والاجتماعية ، مما يفقد الفرد شخصيته وبالتالي يصبح في عزلة عن العالم الخارجي والمجتمع . (مروان أبو حويج ، عصام الصفدي ٢٠٠٩ ، ص ١٢٩)

- ويعرف الفصام في موسوعة علم النفس والتحليل النفسي على أنه مرض عقلي يصنف ضمن فئة الأمراض النفسية المعروفة بالذهان ويعتبر أكثر الأمراض الذهانية انتشاراً ، وهذا المرض يمزق العقل ويصيب الشخصية بالتصدع فتفقد بذلك التناسق والتكامل الذي كان يوائم بين جوانبها الفكرية والانفعالية والحركية والادراكية وكأن كل جانب منها أصبح في واد منفصل ومستقل عن بقية الجوانب الاخرى ، ومن هنا تبدو غرابة الشخصية وشذوذها .

(محمد حسن غانم ، ٢٠٠٧ ، ص ١٢٥)



- ويعرف الفصام أيضا على أنه مرض ذهاني يتميز بمجموعة من الأعراض النفسية والعقلية والتي تؤدي إن لم تعالج مبكرا إلى الاضطراب والتدهور في الشخصية والسلوك ، وأهم هذه الاعراض اضطراب التفكير والوجدان والادراك والارادة والسلوك . (شحاتة ربيع، ٢٠٠٦، ص٩٧)

- ويعرف الفصام أيضا على أنه مرض ذهاني يؤدي إلى نقص أنتظام الشخصية وإلى تدهورها التدريجي . ومن خصائصه الانفصال عن العالم الواقعي الخارجي ، وانفصال الوصلات النفسية العادية في السلوك . والمريض يعيش في عالم خاص بعيدا عن الواقع ، وكأنه في حلم مستمر . (حامد عبد السلام زهران ، ٢٠٠٥، ص ٥٣٣)
- والفصام هو اضطراب واضح في السلوك بعيداً عن طبيعة الفرد من إنطواء ، وإنزال ، إهمال في الذات والعمل والأهتمام بأشياء بعيدة عن طبيعته الأصلية . (أحمد عكاشة ، ٢٠٠٣، ص ٢٤٥)
- والفصام هو مرض يتصف بان بدايته تحدث في سن مبكر عند المريض ، في العقد الثاني أو العقد الثالث من العمر ، وبأنه يتطور بشكل متواصل ويؤول في ضوء آليات عصبية مرضية في الدماغ يسبب تطور شديد .
(Berrio & laque Villagrain, 2003: P111)

- الفصام هو ذهاني وظيفي يتميز بمجموعة من الأمراض النفسية والعقلية التي تؤدي إلى أن لم تعالج في بدايتها إلى اضطرابات أو تدهور واضح في الشخصية والسلوك في جوانبه المختلفة أى أن هذا الاضطراب يشمل الجانب العقلي والوجداني من شخصية المريض ويبدو سلوكه في تدهور واضح . (عبد الله حسن فرج ، ٢٠٠٠ : ص ١٩٩)
ولكى نحكم على شخص بأنه فصامي لا بد أن يستمر الاضطراب سته أشهر ويتضمن على الأقل فترة شهر من الأعراض التي تنشط في مرحلة معينة عرضين أو أكثر من (الهذات ، هلاوس ، كلام غير منظم ، سلوك تخشي ، أعراض سالبة) (بشير الرشيدى وآخرون ، ٢٠٠٠، ص ٣٩)
- فهناك تفاوت في تعريف الفصام، وقد اعتمدت في السنوات الأخيرة التعريفات كما جاءت في التصنيف العالمي للأمراض العقلية (ICD – 10) أو التصنيف الأميركي الصادر عن الجمعية الأميركية للأطباء النفسيين .
(وليد سرحان ، ٢٠٠٠)

بينما ورد تعريف الفصام في الدليل التشخيصي الإحصائي للأمراض العقلية الخامس DSM-5 :

وهو التعريف الذى سوف تأخذ به الباحثة بأن الفصام هو يتميز بالضلالات والهلاوس والكلام الغير منظم والسلوك الحركي الغير منظم وأعراض مثل : التبدل العاطفي أو الوجداني والتدهور في الوظائف العقلية والعلاقات الشخصية .
ب- أهم الاعراض المميزة لاضطراب الفصام :-

بالرغم من أن اضطراب الفصام قد تم تحديده كاضطراب مميز منذ ما يزيد عن قرن من الزمن ، إلا أن تعريف حدوده وأعراضه مازال يطرأ عليها تغييرات وتعديلات تتطور بتطور العلم . ويقسم الباحثون عادة أعراض الأمراض لغايات تسهيل دراستها ووصفها وضبطها والتحكم بها . وكذلك الأمر بالنسبة لأعراض الفصام ، حيث أن أعراضه تتسم بعدم التجانس فيما بينها ولذلك ظهرت أكثر من محاولة لتقسيم أعراض الفصام .ومن التقسيمات الحديثة المتعارف عليها تقسيم أعراض الفصام إلى أعراض إيجابية و سلبية وأعراض إدراكية حيث تتمثل أعراض الفصام في ثلاثة أنواع رئيسية :-

١- الأعراض الإيجابية :-

وتسمى الاعراض الايجابية تلك الإضافات غير المستحبه على الحياة العقلية ، وتتسم بالبده الحاد وتتصف باستجابة جيدة للعلاج بالمثبطات العصبية في حين أن نواحي الفقر في هذه الشخصية مثل الافتقار لعدة عناصر أساسية في الحياة العقلية تدعي الأعراض السلبية والتي تكون تابعة للبده الحاد للاضطراب وتتميز باستجابة سيئة للعلاج بالمثبطات العصبية .

والتي نعني بها أعراض جيدة من وجهة نظر المريض أو المعالج ، لكنها تعني وجود أعراض زائدة وغير طبيعية مثل : الهلاوس ، الضلالات وهي عكس الأعراض السلبية التي تظهر فهي توحى بالقصور لدى المريض كالبلادة الانفعالية والفقر في محتوى الكلام .



- سلوك الهلوسة (Hallucinatory Behavior) : تتمثل في الهلوس السمعية والبصرية حيث يرى المريض أشياء وألوان غير موجودة على أرض الواقع ، والهلوس اللمسية حيث يشعر المريض بوخز أو حرق أو شعور بحشرات تحزف على الجلد والتي تكون لا أساس لها من الواقع .
- التوهم (Delusions) : أي اعتقادات غير موجودة وغير واقعية مفرطة في الفردية .
- الشك والاضطهاد (Suspiciousness / Persecution) : وهي أفكار غير واقعية أو مبالغ فيها عن الأضطهاد ينعكس من خلال الاحتراس الزائد وتصرفات تعكس عدم الاحساس بالثقة ، وإفراط في الشك أو توهمات صريحة بأن الآخرين يتقصدون إيذائه ، كالهذات الاضطهادية التي يعتقد فيها المريض أن هناك من يلاحقه ويترصده .
- العظمة (Grandiosity) : المبالغة في الاعتقادات الشخصية ، وقناعات غير واقعية بالتفوق ، وتتضمن التوهم بامتلاك قدرات خارقة للعادة ، أو ثروة ، أو المعرفة ، أو شهرة وقوة طهارة وصلاح أخلاقي أي يعتقد أنه نبي أو شخصية تاريخية عظيمة .
- تفكك المفاهيم (Conceptual Disorganization) : ويظهر من خلال عدم الترابط بين الأفكار والكلام غير منظم ، كما يتميز بتعبيرات وألفاظ ليس لها معنى سوي عند المريض .
- فقدان الثقة (Loss Of Confidence) : أي يفقد المريض الفصامي الثقة في من هم حوله حتى ولو كان من المقربين كالأبوين أو الأخوة .
- عناد (Obstinacy) : أي المقاومة ، والاستنارة .
- العدوانية (Hostility) : أي تعبيرات لفظية أو غير لفظية عن الغضب والأستياء ، تتضمن السخرية ، سلوكيات عدوانية – سلبية ، وإيذاء لفظي ، وتهجم .
- (Addington, J, et al, 2003, P 59-64)
- ٢- الأعراض السلبية لاضطراب الفصام :**
- وهذه الاعراض تتضمن مايلي :-
- تبدل الوجدان (Blunted affect) : أي استجابات انفعالية مشوهة ، تتسم بانعدام تعابير الوجه ، التبدل في الانفعالات وإشارات التواصل مع الآخرين .
- السلبية و الانسحاب الاجتماعي (Passive / apathetic Social Withdrawal) : حيث يميل الفصاميون لتجنب الناس والحديث معهم لأن مجموع أفكارهم غير مرتبة وغير منطقية وهذا الانسحاب يساعد على الاستمرار في الانفصال عن الواقع .
- ضعف الانسجام مع الفاحص (Poor Rapport) : نقص في التعاطف والانفتاح في التحدث ، والانغلاق على الذات ، ونقص الاندماج مع الفاحص .
- الانسحاب العاطفي (Emotional Withdrawal) : فقدان الرغبة والاهتمام والمشاركة الفعالة في أحداث الحياة .
- صعوبة التفكير التجريدي (Difficulty in abstract thinking) : ضعف في استعمال نموذج التفكير التجريدي – الرمزي ، يستدل عليه بصعوبة التصنيف ، وتشكيل التعميمات ، والتفكير أبعد من التفكير الذاتي و مهمات حل المشكلات .
- عدم التلقائية وانسياب المحادثة (Lack Of Spontaneity and Flow Of Conversation) :
- انخفاض في الانسياب الطبيعي للتواصل مع الآخرين بسبب اللامبالاة ، انعدام الإرادة ، الدفاعية أو وجود خلل معرفي .
- التفكير النمطي (Stereotyped Thinking) : انخفاض في الانسياب والعفوية ومرونة التفكير ، كما يتضح في الجمود والتكرار وفقر أو ضآلة محتوى التفكير . (أحمد عبدالفتاح عياد ، ٢٠٢٠ : ١٢٦)

٣- الأعراض الإدراكية :-

وتتضمن تلك الاعراض مايلي :-
مشاكل نقص الانتباه ، ونقص في بعض أنواع الذاكرة خاصة الذاكرة العاملة ، وبعض الوظائف المسؤولة عن التخطيط والتنظيم . (Comer & Roth BL et al, 2007 ,P7)
- عدم القابلية لتحمل الانتباه .
- إضطرابات في الذاكرة العاملة (عدم القدرة لأبقاء المعلومات المتعلمة مؤخراً في الذاكرة واستعمالها مباشرة) . (Comer & Roth BL et al, 2007, P4)

ج - أهم العوامل المسببة للفصام :-

لم يتم حتى الآن التوصل إلى الأسباب الحقيقية التي تؤدي إلى نشأة هذا المرض، فهي لا تزال مجهولة لحد الآن ولهذا فإن كل باحث يرجع مرض الفصام إلى سبب أو جانب من آثار اهتمامه، فمنهم من يرى أن له أسباب وراثية، وآخرين يرجعونه إلى سبب بيولوجي، ومنهم من يؤكد على العامل النفسي، وستتطرق إلى مجموعة من الأسباب المفسرة لمرض الفصام .
١ - عوامل وراثية :

لا يمكن إغفال العامل الوراثي في نشأة الفصام ، ويجب أن نعرف أن مرض الفصام وأعراضه لا يورث ، وإنما الذي يورث هو تهيئة المريض وأستعدادة للإصابة بهذا المرض إذا تجمعت عدة أسباب أخرى بيئية و بيولوجية .
(Carson et al ،2002،p411)

٢ - العوامل والبناء الشخصي :

تلعب الشخصية دورا هاما في تهيئة الفرد للإصابة بمرض الفصام ، حيث أن تكوين الشخصية يتم من خلال عاملي البيئة والوراثة ، وأن الشخصية الحافزة للفصام ما هي إلا مورثات ضعيفة لهذا الغرض تحتاج لعوامل بيئية وفسولوجية مختلفة لظهور المرض نفسه ، وتتميز الشخصية "الشيفسامية" "السكيزويد" والتي تتسم بالأنطواء ، والهدوء ، والخجل ، والحساسية المفرطة ، والعزوف عن الاختلاط وصعوبة التعبير عن انفعالاتهم لفظيا ، مع الجنوح الدائم للخيال والتفكير . (عبدالمعنع عبدالله ، ٢٠٠٨ : ٢٣٣)

٣- العوامل الاجتماعية :

تشير نتائج الدراسات التي أقيمت داخل عائلات الفصاميين أنه يوجد اضطراب في الاتصال داخل هذه الأسر: فمثلا يكون الأب غائبا أو غير مبالي، أم مسيطر أم عدوانية أو مفرطة الحماية، وبالتالي فإن هذا سيؤدي إلى وجود بعد علائقي بين الأبوين حيث أن هذا سيكون أحد العوامل المفجرة للفصام .
(Sigmund Fraud Kasha, Opacity, 2002: p174)

٤- اضطرابات الجهاز العصبي :

قد تؤدي الأمراض العضوية في الجهاز العصبي إلى أعراض شبيهة بالفصام ، ومن أمثلة هذه الأمراض : زهري الجهاز العصبي ، الحمى الدماغية ، أورام الفص الجبهي والصدغي في الدماغ وهبوط نسبة السكر في الدم ، مما يشير إلى أن الاضطراب اضطراب عصبي يؤدي إلى أعراض فصامية كما أن مرض الفصام يحتمل أن يكون سببه اضطرابا فسيولوجيا في الجهاز العصبي ، وقد وجد أن مرضى الفصام يعانون من اضطراب في الفص الجبهي الأيسر، وكذلك في السطح الأيسر في الفص الصدغي . (Hulshof P et al, 2001,p254)

٥ - العوامل الوبائية :

بعض العوامل المحيطة التي تحدث قبل أو بعد الولادة يمكن أن يكون لها تأثيرات على النمو الدماغي وهذا ما يرفع من خطر الإصابة بالفصام .

- كذلك تغير الفصول له تاثير في تطور المرض ، فقد بينت الدراسات أن الولادات التي تحدث في الشتاء والربيع ترفع من نسبة الاصابة بالفصام ب ٥ - ٨% بالنسبة لمجموع السكان
- الأمراض المختلفة التي تصيب الأم أثناء الأشهر الثانية والثالثة من الحمل أو عند اقتراب الولادة مثل: الحصبة الألمانية، الزكام ، الانفلونزا ، الالتهابات الداخلية هي عوامل تلعب دور كبير في تطور هذا النوع من المرض .
- التعقيدات الولادية هذه التعقيدات هي (التي تحدث عادة في الشهر الرابع من الحمل) ، وبعد الولادة تؤثر على النمو الدماغي

- تضاعف الإصابة بالمرض، من بين هذه التعقيدات ، نذكر: نقص كمية الأوكسجين في الدماغ ، التعرض للحمى أو فيروس بعد الولادة، ولادات مبكرة، اختلاف في الزمر الدموية، الصدمات التي تحدث أثناء الوضع .
(Gasman , J- A , lilaire , 2003, p288-289)

٦- العوامل النفسية :

فالصراعات النفسية وما ينتج عنها من شعور بالإحباط والفشل في أساليب التوافق تؤدي إلى حدوث الاضطرابات العقلية، كذلك الصدمات النفسية والحرمان في الطفولة المبكرة .الفصام يعتبر استجابة لحالة نفسية متميزة باختلال في وظيفة استقبال المنبهات الحسية، وضعف الأنا واضطراب العلاقة مع المحيط . وقد أثبتت الدراسات الحديثة وجود تلف في الإدراك والانتباه، وكذلك المعرفة عند أغلبية المرضى الفصاميين ، كما يكون لديهم استعداد جد حساس لأحداث الحياة القلقة، كما وأن لديهم استخدام لبعض الآليات الدفاعية . (رمضان محمد القذافي، ٢٠٠٢: ١٧)

٧- الوحدة الاجتماعية :

ينتشر الفصام في الاماكن المكتظة بالسكان ، حيث يشعر الفرد بالوحدة الاجتماعية بعكس الضواحي ، حيث يوجد الشعور بالالفة والترابط الاجتماعي ، وقد وجد روث أن (٤٥%) من الفصاميين يأتون من الطبقة الاجتماعية السفلى (حسين فايد، ٢٠٠٣، ١٦١).

د- أنواع الاضطرابات الفصامية :-

طبقا للدليل التشخيصي (العاشر) للاضطرابات النفسية (ICD-10) ، والدليل التشخيصي والإحصائي (الخامس المعدل) للاضطرابات النفسية (DSM-5) تمثلت تلك الانواع فيما يلي :-

١- الفصام البارانويدي (الزوراني) Paranoid Type:

حيث يعد الفصام البارانويدي أو ما يسمى أيضا بالفصام الزوراني هو أحد أنواع الفصام الأكثر شيوعا في معظم أجزاء العالم ،والذي يظهر في وقت متقدم من العمر ، ويتميز بالثبات والاستقرار وفي الغالب تكون الهذات والضلالات هي المهيمنة ومصحوبة بالهلوس السمعية ، واضطرابات في الإدراك وبعض العمليات المعرفية الأخرى وهو محل اهتمام الدراسة الحالية.

وهذا النوع من ذهان الفصام يتميز اساساً باوهام أو يقع المريض تحت وطأة أوهام الاضطهاد والقسوة أو أوهام العظمة أو كليهما فالشخص الذي يشعر بأنه مضطهد قد يتمسك باعتقاده أن الناس يحاولون دائما قتله أو وضع السم له أو أنهم يدبرون له المكائد للنيل منه لذا فهو يشك في أي شخص . (محمد جاسم ، ٢٠٠٩، ص٢١٠)
ويحاول أن يقدم الأدلة على ذلك ويعمم هذه الافكار التي قد تؤدي به إلى موقف التهجم على الآخرين أو محاولة الانتحار وعندما تتحول أو تتركز هذه الهذات حول أعضاء الجسم ووظائفها وإحساسات المريض . (ماجدة بهاء الدين السيد ، ٢٠٠٨، ص٢٥٦)

٢- الفصام التخشي Catatonic Type:

وينصف بالانسحاب الكامل من الواقع وأمل الشفاء في هذا النوع قائم أكثر من بقية الأنواع ، وفي الاستجابة التخشبية يتقلب المريض بين ذهول عميق وبين حالة الاثارة ، وفي حالة الذهول تجمد كامل قد يستمر لساعات ولا يقوى على التبول أو التبرز أو الحركة وفي حالة الاثارة يمشي بسرعة ويسلك سلوكا جنسيا مكشوبا ويقوم بأفعال عدوانية ضد غيره وأحيانا

ضد نفسه ، ويتسم الفصام التخشبي أساسا بالأعراض السلبية وخاصة عدم الإيجابية للمثيرات البيئية . (حسين فايد ، ٢٠٠٤، ص٢٠٣)

ويتصف باضطرابات في الوظائف الحركية مثل التخشب عند السير أو الشكل الشمعي ، أو التصلب الشديد في حركة الجسم ، أو السيطرة الحركية كالسير بطريقة دائرية ، ويعتبر هذا النمط من أقل الأنماط شيوعا . (إبراهيم عاشور ، ٢٠٠٧، ص٣٧)

٣- الفصام الهيوبريني (المراهقة) Adolescent Type :

السلوك في هذا النوع من الفصام يكون أحمق وشاذ ويسميه (كريبلين) جنون المراهقة ، ينشغل التفكير في الموضوعات الفلسفية والدينية والأمور الجنسية والعادة السرية وكثرة التخيل والأوهام والانهيار الشديد ويظهر فيه ضحك طفولي ينقلب إلى بكاء وصراخ ، ويعتقد المريض أن أعداء يلاحقونه ، ويستغرق المريض بأفعال جنسية علنية دون إدراك لما يفعل ، ويميل المريض لتكشير وجهه والتفاهة في سلوكه ، ويعتقد أن دماغه قد تحلل وأن أمعاه مليئة بالأسمنت أو أن قلبه ملئ بالرمل .

فهو عادة يصيب المريض في سن مبكر ، وفيه يعاني المريض من خلط ذهني شديد ويكون أقل قدرة على ممارسة الحياة الطبيعية ، وقد يميل المريض بفصام المراهقة إلى الاكتئاب الطفيف ، إلا أن الحالة المزاجية الغالبة عليه هي جمود المشاعر والتجرد الانفعالي ، ويتخلل ذلك بين الحين والآخر لحظات من المرح أو الفكاهة الظاهرية .

(أريتي سيلفانو ، ١٩٩١، ص٦٢)

٤- الفصام غير المميز Undifferentiated Type :

وهي حالات ذهانية تستوفي الشروط العامة للفصام ولكنها لا تنطبق على أي نوع من الأنواع المذكورة (في باقي أنواع الفصام) وتعكس السمات الخاصة بأكثر من نوع واحد منها دون بروز واضح لأي مجموعة من المميزات التشخيصية لواحد منها بالذات ، ويستخدم هذا الرمز للحالات الفصامية فقط (بمعنى أنه يستبعد الفصام المتبقي واكتئاب ما بعد الفصام) وهو منهضت إليه تلك الدراسة بفحصه . (احمد عكاشة ، ٢٠٠٣، ص٣٨)

٥- الفصام البسيط Simple Type :

يعتبر هذا النوع أبسط الأنواع خطرا أو شدة من حيث الدرجة ، يتسم أفراد هذه الفئة بالتبديل العاطفي (الانفعالي) والانسحاب من العلاقات الاجتماعية وعدم الاهتمام بالجنس وعدم الاحساس بالمسؤولية والانخراط في صفوف المتشردين أو المجرمين ، ويتصف سلوكهم بالاتكالية والاعتماد على الآخرين ، ويفقدون أي حافز أو دافع للتحصيل أو الإنتاج وظهور عقلي واضح ويظهر الفصام التدريجي فيبدأ بعدم الاهتمام واللامبالاة في كل شيء . ثم فقدان الإرادة والطموح والدوافع وأخيرا تظهر الهذات والهلاوس ويصبح المريض بحاجة للعلاج . (جمعة سيد يوسف ، ٢٠٠١، ص١٧٤)

٦- الفصام المفكك Disorganized Type :

ويتسم هذا النوع من الفصام بتفكك مكونات الشخصية بصورة شديدة مع وجود العديد من سمات الخلط الذهني ، وقد يميل المرضى في هذا النوع من الفصام إلى الاكتئاب البسيط ، إلا أن الحالة المزاجية في الغالب تكون هي حالة من التقلب الوجداني المتطرف ما بين الحزن والفرح إضافة إلى أن الانفعال يكون غير مناسب للموقف أو للسؤال ، إضافة إلى أن التفكير يتميز بالضحالة والتفكك وعدم الترابط . (حسن غانم ، ٢٠٠٦، ص١٤٣: ١٤٤)

٧- الفصام المتبقي residual type :

الفصام المتبقي هو ظهور بعض الأعراض السلبية بعد الإصابة بالفصام في الماضي ، أي قد تظهر بعض الأعراض المتبقية من المرض بعد العلاج ، فهو مرحلة مزمنة في مسار تطور المرض تم فيها انتقال واضح من مرحلة أولية

إلى مرحلة تالية ، ويتسم بأعراض واختلالات سلبية طويلة المدى ، والببطء النفس حركي ، وقلة النشاط ، والتبدل في الوجدان والسلبية . هذا النوع من الفصام يستجيب للمعايير التالية :

أ – غياب الأفكار الهذيانة البارزة، هلاوس، حديث غير منظم، سلوكيات غير منتظمة أو تخشبية بشكل كبير.

ب – يعاني المريض في هذه الحالة من بطء في الحركة وضعف في الذاكرة وقلة التركيز وإهمال النظافة الشخصية . (احمد عكاشة، ٢٠٠٣، ص٢٩٣)

٨- الفصام الوجداني *Schizoaffective* :

هو اضطراب مختلط يتسم بمزيج من الاضطرابات العقلية ، والأعراض المزاجية ، وهو اضطراب يتضمن كما يشير مسماة خليط من الفصام واضطرابات المزاج (الاكتئاب والهلاوس) ولتشخيص الاضطراب الفصامي الوجداني ينبغي أن يظهر لدى الفرد في وقت واحد أعراض الفصام ، واضطراب المزاج ، ثم في وقت آخر أعراض الفصام فقط . (بشير الرشيد وآخرون ، ٢٠٠٠، ص٥٨)

أما في الدليل التشخيصي والإحصائي (الخامس) للاضطرابات النفسية (DSM) فقد أدرج الفصام أسفل تصنيف (الفصام الطيفي، والاضطرابات الذهانية) ، وألغى التصنيفات الفرعية ؛ لأنها تمثل تداخلا بين الفئات الفرعية وقلة قدرتها التنبؤية على تشخيص واحد أو أكثر من أنماط الفصام ، وتوفير معلومات تساعد في علاج الاضطراب أو في التنبؤ بتطوراتها . (APA، 2013)

هـ - تشخيص الفصام :

إن تشخيص الفصام عملية جدا هامة يجب التعرف عليها وإعطائها المكان المناسب لأنها تسمح بفهم البناء الخاص بهذا المرض والعمل على تشخيصه مبكرا يسمح للمريض بعدم فقدان مكانه الاجتماعي ويمكن تشخيص اضطراب الفصام حسب الدليل التشخيصي والإحصائي (DSM5) وهو ماخذت به الدراسة الحالية وذلك كما يلي :

توجد اثنين (أو أكثر) مما يلي على أن يوجد كل منهما لفترة معينة من الزمن خلال فترة شهر واحد (أو أقل إذا عولجت بنجاح) وأحدها على الأقل يجب أن يكون ٣،٢،١ :

١- أو هام .

٢- هلاوس .

٣- كلام غير منظم (الانحراف المتكرر أو التفكك) .

٤- سلوك غير منظم أو كتاتوني بشكل صارخ .

٥- أعراض سلبية (أي تناقص التعبير العاطفي أو فقد الإرادة)

● خلال فترة معتبرة من الوقت، ومنذ بداية الاضطراب ، فإن مجالا ، أو أكثر من مجالات الاداء الوظيفي الاساسية كالعامل أو العلاقات الشخصية أو الرعاية الذاتية هي بصورة جلية دون المستوى المتحقق قبل النوبة (أو الإخفاق في بلوغ المستوى المنتظر في العلاقات الشخصية) أو الانجاز الاكاديمي أو المهني عندما تكون البداية في الطفولة أو المراهقة (

● تدوم علامات الاضطراب لمدة تستمر ستة أشهر على الأقل، وينبغي أن تتضمن فترة الستة أشهر هذه شهرا من

الاعراض (أو أقل إذا عولجت بنجاح) والتي تحقق المعايير A (أي أعراض الطور النشط).

وقد تتضمن فترات من الاعراض الأولية أو المتبقية ، قد يتجلى الاضطراب أثناء هذه الفترات البادية أو المتبقية

بأعراض سلبية فحسب ، أو اثنين أو أكثر من الاعراض المدرجة في المعيار A التي تكون بشكل مخفف (مثال :

اعتقادات مستغربة ، تجارب إدراكية غير مألوفة) (أنور حمادي ، ٢٠١٤، ص٤٥)

ثانياً : بعض الاضطرابات المعرفية لدى مرضى الفصام :-

- يعد الاضطراب والعجز المعرفي أحد الأعراض الأساسية لمرض الفصام الذي يتطور أثناء مسار المرض

سواء بعد ظهوره أو قبل ظهور المرض حيث تم توثيق الأختلالات المعرفية لدى مرضى الفصام في الذاكرة

العامة ، الانتباه ، سرعة المعالجة ، التعلم البصري واللفظي مع عجز كبير في التفكير والتخطيط والتفكير المجرد

وحل المشكلات على نطاق واسع في مرض الفصام

فوفقا لبعض التقديرات يعاني ما يقرب من ٩٨% من المرضى الذين يعانون من مرض الفصام من مثل هذه

الاعاقات وهم لا يرقون الى مستوى الوظيفة الإدراكية المتوقعة .

- ومن المهم الإشارة إلى أن هناك ضعفاً معرفياً متشابهاً في الأقارب المقربين وبين المرضى .
تسعى الدراسات و البحوث ذات الطبيعة المرضية المعرفية إلى محاولة تقدير وقياس الوظائف المعرفية بشكل عام
لمرضى الفصام للكشف عن تلك الاضطرابات .

(Tawfik-Reedy et al, 1995 ,Tracy et al, 1996, Gruber et al, 1997, Heinik et al, 2000
,Herrmann et al 1999, Bozikas et al, 2003)

و يبدو أن النتائج الأساسية المتعلقة بهذه الفئة السيكاترية المرضية لازالت ثابتة تماماً وراسخة لم تتغير، ومعظم النتائج
تظهر أن الفصاميون يكون أداءهم أسوأ جوهرياً مقارنة بالأسوياء و ذلك على مدى واسع من الاختبارات العصبية
المعرفية المستخدمة لهذا الغرض .

(Heinrich et Zakzanis,1998 , Meltezer et Mcgurk,1999 Lussier et Stip, 1999
,Dickinson et al, 2004,2006)

كما أن الاهتمام الحقيقي بالاضطرابات المعرفية لدى مرضى الفصام فإنه قد بدأ تحديدا منذ القرن العشرين حيث كان
الباحثون يعتبرون أن السبب الرئيسي فيها يرجع إلى اضطراب الدافعية وكانت أهم الوسائل المستخدمة في تشخيصها
تتمثل في الاختبارات العصبية المعرفية أو تسجيل النشاط الكهربائي العصبي .

لكن مع ظهور التقنيات المتعلقة بالتصوير العصبي البنائي الطبقي عام (١٩٧٠) ، التي كانت تستخدم فيها جهاز
السكرانير CTScanner والذي يتم فيه تصوير وقياس المادة الرمادية في الجهاز العصبي وتسمى هذه التقنية
Tomodensitometrie التي بينت أن هذا المرض يتميز باختلالات واسعة على المستوى العصبي التشريحي .
وبعد ظهور التصوير العصبي الوظيفي خلال سنة ١٩٨٠ ، ظهرت اتجاهات بحثية جديدة ركزت على منهجية
الوصف العصبي الوظيفي للنشاطات العقلية والمعرفية ، جددت إمكانات الكشف عن الاضطرابات المعرفية التي
يظهر أنها لم تعد مرتبطة بالإصابات العصبية التشريحية.

وبعد ذلك تمت تقريبا مراجعة الدراسات النفسعصبية المبنية على فرضيات الاختلالات العصبية ، ليتبين أن تدهور
الأداء سببه المعرفي اضطراب الوظائف المعرفية داخل نظام تجهيز ومعالجة المعلومات خاصة في المستويات
المتعلقة بالتجهيز الإدراكي والمعالجة الذاكرية والمعالجة الانتباهية إلى جانب المستويات العليا المتعلقة بالوظائف
التنفيذية، ومن ثم تبلور الاعتقاد بأن الاضطرابات المعرفية تعتبر مؤشرات للهشاشية الفصامية، وأن الأعراض العيادية
الفصامية هي السبب الرئيسي في ظهور هذه الأعراض المعرفية . (Green et al,2003 ,p 2000)

بعض الدراسات والادلة البحثية التي تناولت الاضطرابات المعرفية لدى مرضى الفصام :

أجريت دراسات عديدة على الوظائف المعرفية لكل من الفصام البارانويدي والفصام غير المميز حيث أشارت نتائج
تلك الدراسات أن المستوى المعرفي الذي يتميز به النوع الفرعي للفصام "غير المميز" هو أكثر دلالة و اضطرابا من
النوع الفرعي "البارانويدي" ، وهذا يدل على أن دلالة الفروق كانت لصالح الحالات البارانويدي (A.P.A1994)
DSM IV (Kaplan et al, 1993)

وهناك دراسات أخرى مقارنة بين الحالات الفرعية " غير المميز " والبارانويديية " قام بها عدد من الباحثين كذلك لم
تتوصل إلى وجود اضطراب معرفي كبير دال إحصائيا عند العينة الفصامية" غير منظمة" على حساب العينة
البارانويديية (Golden et al, 1980, Kolb et Wishaw, 1983, Kremen et al, 1994) ."

ثالثاً : الذاكرة :-

وحيث ان الدراسة الحالية سوف تركز على عدد من الوظائف المعرفية ومنها الذاكرة لذا سوف تستعرض الدراسة
الحالية تلك المفاهيم وادلتها البحثية لدى مرضى الفصام وذلك على النحو التالي :-

يعد موضوع الذاكرة من أكثر العمليات التي حظيت بالعديد من الدراسات منذ زمن طويل (Nicolas, 2000: p6)

ويرجع هذا الاهتمام المتزايد إلى أهمية الذاكرة القصوى باعتبارها العمود الفقري الذي تدور حوله العمليات المعرفية الأخرى في بنية العقل " (عبد الفتاح دويدار ، ٢٠٠٥ ، ص ٥٥)
وتمثل الذاكرة مركز العمليات المعرفية ومحورها . (محمد صالح ، ٢٠٠٦ : ص ٥٧)

فالذاكرة إنما هي نظام معرفي ديناميكي ينظم السلوك بمعونة النظام الإدراكي . (Kenkenboch , 2005 : p6)

وتعتبر الذاكرة إحدى الموضوعات الرئيسية التي حظيت باهتمام بالغ في إطار علم النفس المعرفي ، حيث تمّ تحديد مراحلها الأساسية كالترميز والتخزين والتذكر ، كما تمّ الاهتمام بالاهتمام إلى صور عديدة لقياسها كالاسترجاع والتعريف والاحتفاظ وغيرها، لكن البحوث المتلاحقة أظهرت مدى تعقد هذا النظام وحساسيته ومدى ارتباطه وتفاعله مع عمليات معرفية أخرى كالانتباه والوعي والإدراك والتعلم وغيرها .

ويعد ضعف الذاكرة من أكثر جوانب العجز المعرفي وضوحاً لدى مرضى الفصام، إلى درجة أن أطلق الباحثين على هذا المرض بأنه زملة فقدان الذاكرة . (McKenna A , 2018)

أ- مفهوم الذاكرة :

- تعرف الذاكرة أيضاً بأنها هي الدراسة العلمية لعمليات استقبال المعلومات وترميزها، و تخزينها، واستعادتها وقت الحاجة . (عدنان العتوم، ٢٠٠٤، ص ١٢٩) وتعرف الذاكرة أيضاً بأنها العملية التي تتضمن اكتساب المعلومات والاحتفاظ بها وما يعقب ذلك من استدعاء أو استرجاع وتعرف كأن الذاكرة تشمل بعض عمليات سابقة وهي التعلم يشمل الاكتساب (أو التحصيل) والوعي (أو الاحتفاظ) وعمليات عقلية لاحقة أو راهنة هي التذكر بصوره المختلفة كالاسترجاع والتعرف وغيرها . (حلمي المليجي ، ٢٠٠٤، ص ٢٢٥) والذاكرة هي إحدى الوظائف العقلية المختصة بالاحتفاظ بذكريات الفرد وما مر به من تجارب وما تعلمه من معومات واستدعاء ما يحتاجه الفرد من ذلك عندما يكون في موقف يتطلب منه ذلك كموقف التلميذ في إختبار يطلب منه ذكر ما حصله من معلومات في موضوع معين . (فرج عبد القادر طه ، وآخرون ، ١٩٩٣ ص ٢٠٤) والواقع الثقافي بنشاط الذاكرة كوظيفة عقلية عليا وكمعملية معرفية ينفرد بها ، ويتضمن هذا النشاط ثلاث عمليات مرتبطة فيما بينها وهي :

١- تشفير المعلومات أي تمثيلها في الذاكرة وبمجرد حدوث هذا التمثيل لا بد من الإحتفاظ بها وهنا تأتي

٢- عملية التخزين أي الإحتفاظ بالمعلومات في الذاكرة واستخدام هذه المعلومات بعد ذلك ولا بد من إخراجها من الذاكرة مرة أخرى فيما يطلق عليه عملية الاسترجاع .

٣- والإسترجاع يكون أما عن طريق الاستدعاء الحر أو المقيد أو التعرف وفقاً لهاديات محدد سلفاً .

(أمنية إبراهيم الشناوي ، ٢٠٠٢ ، ص ٦)

ب - أنواع اضطراب الذاكرة :

أضطراب الذاكرة هو خلل أو فساد مكونات الذاكرة - استقبال المعلومات أو استعادتها، أو ترميزها وتخزينها . (ألفت حسين كحلة، ٢٠١٢، ص ١٢٤) هذا التعريف يمكن أن نستنتج منه ثلاثة أنواع للاضطراب :
النوع الأول : هو اضطراب في استقبال المعلومة وتخزينها ، فلا يستطيع المصاب به من استقبال أو تخزين أي معلومة جديدة بعد الإصابة بالاضطراب، وبالتالي لا يستطيع تذكر الأحداث القريبة لفشل عملية التخزين أو الاستقبال ولكنه يستطيع تذكر المعلومات التي خزنها قبل الإصابة ؛ فيكون فقدته للذاكرة هنا جزئي .

النوع الثاني : وهو اضطراب في استرجاع المعلومة ، فيفشل المصاب به من استرجاع المعلومات التي تم تخزينها أو حفظها، ينسى ابتداء الأحداث أو المعلومات القريبة التي حصلت له بعد الإصابة- وإن كان في الأصل قد فشل في عملية تخزين المعلومة ثم يتسع نطاق النسيان فلا يستطيع أيضا استرجاع ما تم تخزينه قبل الإصابة .
النوع الثالث : وهو أن يحصل الاضطراب في النوعين السابقين ، ويسمى فقدان الذاكرة الشامل يصاب به الشخص ويشد عليه المرض فينسى أسماء من حوله ، وتدهور صحته ، ويفقد الذاكرة بالكلية لأهلية التكليف .
(ألف حسين كحلة، ٢٠١٢، ص ١٢٤:١٢٧)

ج - بعض أسباب اضطراب الذاكرة :

هناك العديد من الدراسات أجمعت على أن عدم قدرتنا على تذكر المعلومات السابقة يعود إلى عدة عوامل؛ منها :
الفشل في ترميز المعلومات ، أو عدم دقة تخزين المعلومات ، أو الأحداث خلال المعالجة المعرفية للمعلومات، أو انخفاض درجة الانتباه والاهتمام الذي يبديه الفرد خلال معالجة هذه المعلومات .
فاضطراب الذاكرة يقف خلفه عوامل وأسباب كثيرة ، بعضها : وراثي جيني ، بعضها: حالات نفسية كالإكتئاب ، أو الخوف نتيجة تعرضه لخبر صادم ، وبعضها : وجود ضرر أو مرض في الدماغ كورم ، أو التهاب ، أو تلف أو ضمور ، ومرض الزهايمر يعد حالة من حالات مرض الدماغ ، وقد قام باحثون في فرنسا بعمل إحصائية للتوصل إلى أهم الأمراض المسببة لاضطرابات الذاكرة ، وتوصلوا إلى وجود أربعة أمراض أساسية:

الاول: الاكتئاب وهو على قمة الأمراض المسببة ونسبة المصابين باضطراب الذاكرة بسببه (٥٣٤) مليون شخص .
(لطي الشربيني ، ٢٠٠١، ص ٩٤)
الثاني: الزهايمر، ونسبة المصابين باضطراب الذاكرة بسببه (٥١٦) ألف شخص . (رونالدو بيترسن ، ٢٠٠٣، ص ٣٦)

الثالث : التسمم ، ونسبة المصابين باضطراب الذاكرة بسببه (٥:١٠%) من حالات دخول المستشفى .
الرابع : أوعية المخ: ونسبة المصابين باضطراب الذاكرة بسببه (١٠:١٢٠) ألف حالة سنويا .
(سليمان عبدالواحد، ٢٠١١، ص ١١٥:١١٦)

د - الدراسات السابقة لاضطراب الذاكرة لدى مرضى الفصام :

- تظهر نتائج دراسات التحليل البعدي الحديثة والمراجعات لأوجه الخلل المعرفي للفصام ، وجود خلل في الانتباه والوظائف التنفيذية وذاكرة الأحداث الشخصية على وجه التحديد ، كما ان هذا الخلل في ذاكرة الأحداث الشخصية يرتبط بضعف الأداء المهني وبالتكيف الاجتماعي وجودة الحياة ، لذا أفترض أن معالجة اختلال ذاكرة الأحداث الشخصية بالإضافة إلى العلاج الدوائي سيساهم في تحسين الكفاءة الوظيفية لمرضى الفصام ، حيث توجد علاقة ارتباطية ضعيفة بين ذاكرة الأحداث الشخصية والأعراض السلبية فقط لدى المرضى الفصاميين .

كما أن ضعف الأداء عليها يظهر بوضوح حتى عند النوبة الأولى للمرض وتبدو كخلل ثابت طوال فترة المرض وحتى عمر (٦٥) سنة ، كما يلاحظ مثل هذا الضعف لدى أقارب الدرجة الاولى للفصاميين ولكن ليس بنفس درجة

الخلل لدى المرضى. (Damion et al, 2007:p694-695)

ففي مراجعة الدراسات التي اهتمت بالآليات الوظيفية لقصور ذاكرة الأحداث الشخصية لدى مرضى الفصام ، بينت النتائج وجود خلل في المكونات الرئيسية لذاكرة الأحداث الشخصية وهما :

الوعي الذاتي واسترجاع الذكريات ، كما أن أحد أسباب قصور ذاكرة الأحداث الشخصية لديهم يكمن في الفشل المستمر على المعالجة المنهجية عند الترميز وكذلك عند الاسترجاع .

ومن المحتمل أن يرجع ذلك إلى وجود خلل في التلقين الذات "Self-initiation" وليس في عملية الترميز نفسها.

(Damion et al, 2007)

- بينت نتائج احدي الدراسات وجود ارتباط بين انخفاض الأداء على الذاكرة البصرية المكانية والأعراض السلبية للفصام وارتباط الأعراض الإيجابية بانخفاض الأداء على اختبارات الوظائف التنفيذية. (Iati , 2013)
أما دراسات التصوير العصبي فأشارت إلى وجود نشاط شاذ في القشرة قبل الجبهية الظهرية لدى مرضى الفصام أثناء مهام الذاكرة العاملة مقارنة بالأسوياء .

(Cannon et al ,2005 ; Karlsgodt et al , 2007; Driesen et al , 2008 ; Scheuerecker et al , 2008 ; Karlsgodt et al , 2009; Potkin et al , 2009)

كما أكدت هذه النتيجة أيضاً العديد من نتائج دراسات التحليل البعدي ، مضيئة وجود خلل في نشاط الدوائر العصبية للمناطق الأمامية الصدغية لدى مرضى الفصام مقارنة بالأسوياء .

(Glahn et al , 2005 ; Lee & Park , 2005 ; Forbes et al , 2009)

" أكد أن فهم طبيعة التنشيط الشاذ للمناطق الدماغية (Van Snellberg,2008) وفي دراسة اجراها لدى مرضى الفصام أثناء مهام الذاكرة العاملة لا تزال مثيرة للجدل والخلاف ، وهذا يعزى إلى تباين النتائج في هذا الموضوع ، حيث أشارت بعض الدراسات إلى " وجود انخفاض في نشاط القشرة قبل الجبهية الظهرية " .

(Callicott et al , 1998 ; Barch et al , 2001 ; Perlstein et al , 2001 ; Barch et al ,2002 ; Schlosser et al , 2007)

بينما أظهرت نتائج دراسات أخرى عدم وجود أى تنشيط في هذه المنطقة .

(Honey et al ,2002;Walter et al ,2003; Walter et al , 2007 ; Callicott et al 2009 : p 91)

في حين أكد بعضها الآخر وجود نشاط زائد فيها (Van Snellenberg, 2000; Manoach et al , 2000) بالإضافة إلى ذلك ، كشفت دراسة التحليل البعدي لاثنتا عشر دراسة أجريت على مرضى الفصام لقياس نشاط المخ أثناء مهام الذاكرة العاملة على وجود انخفاض في نشاط القشرة قبل الجبهية ، في حين توصلت دراسة التحليل البعدي الأخرى أكثر اتساعاً (Glahn et al , 2005) الظهرية لديهم أجريت على (٢٩) دراسة ، إلى غياب الفروق بين مرضى الفصام والأسوياء في نفس المنطقة. (Van Snellenberg et al , 2006)
ويمكن أن يعزى هذا التضارب بين النتائج إلى عدة أسباب من ضمنها طبيعة المهمة المطلوبة وطبيعة نطاقها إذا كان لفظياً أو بصرياً ، ونوع الأداء عليها ، وتأثير العلاج بضادات الذهان غير النمطية الذي يرتبط بزيادة التنشيط في الفص الجبهي .

بالإضافة إلى ذلك ، هناك أدلة ثابتة نسبياً تعزو عجز الذاكرة العاملة في الفصام إما إلى عجز المكون اللفظي أو البصري المكاني ، في المقابل هناك أدلة قوية على أن الأفراد المصابين بالفصام لديهم صعوبة كبيرة في أداء العمليات التي يقوم بها المنفذ المركزي في الذاكرة العاملة. (Barch & Ceaser,2012 :P29)

تعقيب

- بالرغم من التناقضات المتعلقة بالنتائج التي سبق طرحها بين الدراسات والادلة البحثية المختلفة الواردة في الإطار النظري للبحث نستنتج بالرغم من ذلك وفي حدود علمنا ان الادلة النظرية والبحثية استطاعت أن ترسخ الاعتقاد إن صح القول للتأسيس من أجل بناء فرضية مفادها أن الأعراض المعرفية تشكل قطبا معرفيا أساسيا قائما بذاته يشهد على الهشاشة المعرفية الفصامية، وقد تأكد ذلك في DSM-5 عندما صنفت الاضطرابات المعرفية ضمن معايير التشخيص الأساسية التي تتضمنها الأعراض المعرفية النوعية وهو جل اهتمام الدراسة الحالية .

- أشارت نتائج معظم الدراسات أن الفصاميون يعانون اضطراب في الذاكرة وكذلك يعانون من تشتت في المعالجة الانتباهية البصرية، خاصة عندما يطلب منهم أداء مهمات إدراكية بصرية معقدة، فهم يعالجونها معالجة تفصيلية جزئية غير انتقائية بالتركيز على المعلومات الملائمة و الغير ملائمة مما يثير عندهم اليقظة الزائدة الغير انتقائية و التضمين البصري الزائد، وهذا يؤثر سلبا على وظيفة مستويات التجهيز والمعالجة داخل النظام المعرفي ، وهو السبب الرئيسي في ظهور الأعراض العيادية الإيجابية كالهوسه و الهذيان. وهذا دليل ومؤشر مهم يمكن التركيز عليه في عملية تشخيص الحالات الفرعية النوعية للفصام .

منهج الدراسة واجراءاتها :

أولاً : منهج الدراسة :

ستستخدم الباحثة المنهج الوصفي وذلك لمناسبته لأغراض الدراسة، وهو الذي يدرس ظاهرة معاصرة بهدف وصفها وتفسيرها.

ويقصد بالمنهج الوصفي هنا بأنه كل استقصاء منظم ينصب على ظاهرة من الظواهر كما هي قائمة في الحاضر بقصد تشخيصها وكشف جوانبها وتحديد العلاقات بين عناصرها أو بينها وبين ظواهر أخرى. (أحمد عبدالفتاح عياد ، ٢٠٢٠ : ص ٢٣١)

ثانياً : عينة الدراسة :

قامت الباحثة الحالية باختيار عينة الدراسة الحالية وذلك وفقاً للشروط التالية :-
تكونت عينة الدراسة من عينات مقصودة بواقع (٣٠) مبحوثاً تم تقسيمها الى ثلاث مجموعات وذلك على النحو التالي :-

المجموعة الأولى :-

وتكونت هذه المجموعة من (١٠) من المرضى الفصاميين الذكور الراشدين ممن تم تشخيصهم بالفصام البارنويدي .

المجموعة الثانية :-

وتكونت من (١٠) من مرض الفصام غير المميز الذكور الراشدين ممن تم تشخيصهم بالفصام غير المميز .

المجموعة الثالثة :-

وتكونت هذه المجموعة من (١٠) أشخاص من الذكور الراشدين الموظفين بديوان عام محافظة الغربية والذين لم يكن لدى أي منهم شكوى من أي اضطراب نفسي أو عقلي أو عضوي، ولم يتعاطون أية عقاقير طبية نفسية وليسوا من المتعاطين للمخدرات أو المسكرات بكافة أشكالها ولم تكن لديهم أية إصابات عضوية لها أي مصاحبات سيكوباتولوجية وليسوا أيضاً من المدخنين.

هذا وقد تراوح المدى العمري للمجموعات الثلاث بين (٢٤-٥١) عاماً بمتوسط عمري لمجموعة الفصامين قدره (٢٩,٢٧) وانحراف معياري ٤.٦٤ ، وقد تراوح المستوى التعليمي بين التعليم المتوسط والتعليم الجامعي.



هذا وقد تم اختيار المجموعتين الأولى والثانية من بين مرضى الأمراض العقلية المقيمين بمستشفى الصحة النفسية بالعباسية بمدينة القاهرة وقد قرر الأطباء عند تشخيصهم لكل هذه الحالات أنها لا تعاني من أية إصابات عضوية بالمخ عيادياً (إكلينيكياً) وليسوا من مدمني المخدرات الطبيعية أو المخلقة أو المسكرات ولكنهم جميعاً يدخنون السجائر.

ثالثاً: أدوات الدراسة

استخدمت الباحثة الأدوات التالية :-

- ١ - اختبار اعادة الارقام واعادة الارقام بالعكس أحد الاختبارات الفرعية لاختبار وكسلر بلفيو
- ٢- اختبار ستروب
- ٣- اختبار الشكل المعقد لراى – أوستريث
- ٤- اختبار ذاكرة الجمل

رابعاً: خطة التحليلات الإحصائية:

تضمنت خطة التحليلات الإحصائية للتحقق من فروض الدراسة الحالية استخدام المعاملات الإحصائية التالية :-

- ١- معاملات الارتباط لبيرسون
- ٢- حساب المتوسطات والانحرافات المعيارية
- ٣- حساب الارباعيات
- ٤- اختبار (ت) T-Test
- ٥- تحليل الانحدار

نتائج الدراسة وتفسيرها ومناقشتها :

أولاً : نتائج الدراسة

نتائج الفرض الاول:

ينص هذا الفرض علي أنه " تتباين الفروق بين عينات الدراسات الثلاث من مرضى الفصام (البارانونيدى ، غير المميز والأسوياء) في بعض الوظائف المعرفية " وللتحقق من صدق هذا الفرض قامت الباحثة باستخدام تحليل التباين (Anova) في اتجاه واحد للكشف عن طبيعة الفروق بين مجموعات الدراسة الثلاث وذلك كما هو موضح بالجدول التالي :



جدول (١)

نتائج تحليل التباين ودلاله نسبة (ف) لعينات الدراسة الثلاث من مرضى الفصام (البارانويدى ، غير المميز والأسوياء) في بعض الوظائف المعرفية "

المتغيرات	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط مجموع المربعات	النسبة الفائية	مستوي الدلالة
المرونة العقلية	بين المجموعات داخل المجموعات المجموع	٣٢٥,٦٥ ٤٥٣٢,٨٦ ٤٨٥٨,٥١	٢ ١٩٧ ١٩٩	١٦٢,٨٢ ٢٣,٠٠	٧,٠٧	٠.٠١
الذاكرة العاملة	بين المجموعات داخل المجموعات المجموع	٥٢,٠٩٣ ٣٧٥,٠٠٠ ٤٢٧,٠٩٣	٢ ١٩٧ ١٩٩	٢٦,٠٤ ١,٩٠	١٣,٧٠	٠.٠١
كف الاستجابة	بين المجموعات داخل المجموعات المجموع	٤١٢,٦٣ ٣٩٨٦,٦٠ ٤٣٩٩,٢٣	٢ ١٩٧ ١٩٩	٢٠٦,٣١ ٢٠,٢٣	١٠,١٩	٠.٠١

تكشف نتائج الجدول السابق إلي ما يلي :

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مجموعات الدراسة الثلاث من مرضى الفصام (البارانويدى ، غير المميز والأسوياء) في بعض الوظائف المعرفية " وذلك عند مستويات الدلالة ٠.٠١ ولتحديد اتجاه الفروق سوف تستخدم الباحثة اختبار (ت) T test للفروق بين المتوسطات

نتائج الفرض الثانى:

- ينص هذا الفرض علي أنه " لاتوجد فروق جوهرية بين مجموعتى مرضى الفصام (البارانويدى ، غير المميز) في بعض الوظائف المعرفية التالية :-
 - ١- المرونة العقلية
 - ٢- الذاكرة العاملة
 - ٣- كف الاستجابة

جدول (٢)

المتوسطات الانحرافات المعيارية وقيمة (ت) لدلاله الفروق بين مرضى الفصام البارانويدي ومقارنتهم بمرضى الفصام غير المميز على بعض الوظائف المعرفية ن (١٠) لكل مجموعة

مستوي الدلالة	قيمه (ت)	ع	م	ن	مجموعات المقارنة	الاضطرابات المعرفية
غير دالة	٠,٥٧	٥,٦٧	١٧٧,٣٢	١٠	البارانويدي	المرونة العقلية
		٤,١٢	١٧٥,٩٧	١٠	غير المميز	
غير دالة	١,٢٨	١,٩٦	٤,٩٥	١٠	البارانويدي	الذاكرة العاملة
		١,٥٣	٣,٨٨	١٠	غير المميز	
غير دالة	٠,٨٦	٥,١٨	٣٨,٢٦	١٠	البارانويدي	كف الاستجابة
		٤,٢٩	٣٦,٣٣	١٠	غير المميز	

تشير نتائج الجدول السابق إلى ما يلي:-

لا توجد فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين مرضى الفصام البارانويدي بمقارنتهم بمرضى الفصام غير المميز وذلك على بعض الوظائف المعرفية التالية :-

- ١- المرونة العقلية ٢ - الذاكرة العاملة ٣- كف الاستجابة

نتائج الفرض الثالث:

ينص هذا الفرض على أنه " توجد فروق جوهرية بين مجموعة مرضى الفصام البارانويدي ، مقارنة بالأسوياء) في بعض الوظائف المعرفية التالية :-

- ١- المرونة العقلية ٢ - الذاكرة العاملة ٣- كف الاستجابة

جدول (٣)

المتوسطات الانحرافات المعيارية وقيمة (ت) لدلاله الفروق بين مرضى الفصام البارانويدي ومقارنتهم بالأسوياء على بعض الوظائف المعرفية ن (١٠) لكل مجموعة

مستوي الدلالة	قيمه (ت)	ع	م	ن	مجموعات المقارنة	الاضطرابات المعرفية
٠,٠١	٢٨,٧٣	٥,٦٧	١٧٧,٣٢	١٠	البارانويدي	المرونة العقلية
		٣,٧٠	١١٢,٦٧	١٠	الأسوياء	
٠,٠١	٤,٢٠	١,٩٦	٤,٩٥	١٠	البارانويدي	الذاكرة العاملة
		١,٢٩	٧,٨٩	١٠	الأسوياء	
٠,٠١	٥,٧٠	٥,١٨	٣٨,٢٦	١٠	البارانويدي	كف الاستجابة
		٣,١١	٢٦,٧٩	١٠	الأسوياء	

تشير نتائج الجدول السابق إلى ما يلي:-

توجد فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين مرضى الفصام البارانويدي بمقارنتهم بالأسوياء وذلك على بعض الوظائف المعرفية التالية :-

١- المرونة العقلية
٢- الذاكرة العاملة
٣- كفا الاستجابة

وقد جاءت الفروق جميعها دالة عند مستوى (٠,٠١) في صالح مجموعة الأسوياء حيث تشير المتوسطات المنخفضة الى كفاءة الوظائف المعرفية ، بينما تشير المتوسطات المرتفعة الى اضطرابات في الوظائف المعرفية عدا اختبارات الذاكرة العاملة حيث تشير الدرجة المرتفعة في اختبارات الذاكرة العاملة الى كفاءة الذاكرة، بينما تشير الدرجة المنخفضة الى تدهور في الذاكرة العاملة .

نتائج الفرض الرابع :-

ينص هذا الفرض علي أنه " توجد فروق جوهرية بين مجموعة مرضى الفصام غير المميز ، مقارنة بالأسوياء) في بعض الوظائف المعرفية التالية :-

١- المرونة العقلية
٢- الذاكرة العاملة
٣- كفا الاستجابة

جدول (٤)

المتوسطات الانحرافات المعيارية وقيمة (ت) لدلالة الفروق بين مرضى الفصام غير المميز ومقارنتهم بالأسوياء على بعض الوظائف المعرفية ن (١٠) لكل مجموعة

مستوي الدلالة	قيمه (ت)	ع	م	ن	مجموعات المقارنة	الاضطرابات المعرفية
٠,٠١	٣٤,٩٤	٤,١٢ ٣,٧٠	١٧٥,٩٧ ١١٢,٦٧	١٠ ١٠	غير المميز الأسوياء	المرونة العقلية
٠,٠١	٦,٠٧	١,٥٣ ١,٢٩	٣,٨٨ ٧,٨٩	١٠ ١٠	غير المميز الأسوياء	الذاكرة العاملة
٠,٠١	٥,٤٢	٤,٢٩ ٣,١١	٣٦,٣٣ ٢٦,٧٩	١٠ ١٠	غير المميز الأسوياء	كفا الاستجابة

تشير نتائج الجدول السابق إلي ما يلي:-

توجد فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين مرضى الفصام الغير مميز بمقارنتهم بالأسوياء وذلك على بعض الوظائف المعرفية التالية :-

١- المرونة العقلية
٢- الذاكرة العاملة
٣- كفا الاستجابة

وقد جاءت الفروق جميعها دالة عند مستوى (٠,٠١) في صالح مجموعة الأسوياء حيث تشير المتوسطات المنخفضة الى كفاءة الوظائف المعرفية ، بينما تشير المتوسطات المرتفعة الى اضطرابات في الوظائف المعرفية عدا اختبارات الذاكرة العاملة حيث تشير الدرجة المرتفعة في اختبارات الذاكرة العاملة الى كفاءة الذاكرة، بينما تشير الدرجة المنخفضة الى تدهور في الذاكرة العاملة .

ثانياً : مناقشة النتائج

أيدت نتائج الدراسة الفروض التي وضعتها الباحثة فقد تحققت الفروض بشكل كلي حيث كان أداء المرضى الفصاميين أسوأ جوهرياً على جميع الاختبارات المستخدمة في الدراسة الحالية وذلك مقارنة بالأسوياء .

كما انتهت الدراسة أيضا إلى أن جميع الاختبارات المستخدمة في الدراسة الحالية استطاعت أن تميز بكفاءة وموضوعية بين المجموعات الإكلينيكية المختلفة، وعلى أية حال فسوف تقوم بمناقشة نتائج التحليلات الإحصائية في ضوء الترتيب التالي:-

(١) الفروق في الأداء على اختبارات الذاكرة العاملة والمرونة العقلية والتفحص البصري والسرعة البصرية والتسلسل الرقمي والانتباه، والتركيز والتعرف على الأرقام بين المجموعات المرضية (مرضى الفصام البارانويدي والفصام غير المميز)، كل منها على حدة وبين الأسوياء كما يعكسها اختبارات توصيل الدوائر وإعادة الأرقام .

(٢) الفروق في الأداء على اختبارات القدرة على كفا الاستجابة والانتباه والادراك وكذلك القدرة التركيبية المكانية البصرية بين المجموعات المرضية (مرضى الفصام البارانويدي والفصام غير المميز)، كل منها على حدة وبين الأسوياء كما يعكسها الاختبار (ستروب ، والشكل المعقد لرأى - اوستريت

أولاً : الفروق في الأداء على اختبارات الذاكرة العاملة والمرونة العقلية والتفحص البصري والسرعة البصرية والتسلسل الرقمي والانتباه، والتركيز والتعرف على الأرقام بين المجموعات المرضية (مرضى الفصام البارانويدي والفصام غير المميز)، كل منها على حدة وبين الأسوياء كما يعكسها اختبارات توصيل الدوائر وإعادة الأرقام .

ثانياً: الفروق في الأداء على اختبارات القدرة على كفا الاستجابة والانتباه والادراك وكذلك القدرة التركيبية المكانية البصرية بين المجموعات المرضية (مرضى الفصام البارانويدي والفصام غير المميز)، كل منها على حدة وبين الأسوياء كما يعكسها الاختبار (ستروب ، والشكل المعقد لرأى - اوستريت)

المراجع :

أولاً : المراجع العربية :-

- ١- أحمد عكاشة (٢٠٠٠) : علم النفس الفسيولوجي (ط٩١) ، القاهرة ، مكتبة الأنجلو المصرية .
- ١- أحمد عبد الفتاح عياد (٢٠٢٠) : علم النفس الاجتماعي ، طنطا ، دار المصطفى للطباعة والنشر .
- ٢- أحمد عكاشة (٢٠٠٣) : الطب النفسي المعاصر ، القاهرة ، مكتبة الأنجلو المصرية.
- ٤- أنور الحمادي (٢٠١٤) : خلاصة الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس ، الدار العربية للعلوم ناشرون .
- ٥- أمنية إبراهيم الشناوي حسن (٢٠٠٢) : الذاكرة قصيرة وطويلة المدى لدى العيان من الأطفال والراشدين في ضوء تفاعل مدار اليوم والأنطوائية كمؤشر لمستوى الاستثارة ، رسالة دكتوراة (غير منشورة) ، جامعة المنوفية ، كلية الآداب ، قسم علم نفس .
- ٦- ألفت حسين كحلة (٢٠١٢) : علم النفس العصبي (الطبعة الأولى)، القاهرة(مصر) ، مكتبة الانجلو المصرية .
- ٧- إبراهيم عاشور (٢٠١٧) : منهجية البحث العلمي في العلوم الاجتماعية ، قسنطينة (الجزائر) ، حسين رأس الجبل للنشر والتوزيع .
- ٨- بشير الرشيدى وطلعت منصور ومحمد النابلسي وإبراهيم الخلفي وفهد الناصري وبدر بورسلي وحمودة قشعان (٢٠٠٠) : سلسلة تشخيص الإضطرابات النفسية ، الكويت ، المجلد السابع ، مكتبة الإنماء الإجتماعي (الديوان الأميري) .
- ٩- توفيق يوسف عواد (٢٠١١) ، المؤلفات الكاملة ، بيروت(لبنان) ، مكتبة لبنان .



- ١٠- جمعة سيد يوسف (٢٠٠١) : النظريات الحديثة في تفسير الأمراض النفسية (الطبعة الاولى) ، مصر ، القاهرة ، دار غريب للطباعة والنشر .
- ١١- حامد عبد السلام زهران (٢٠٠٥) : الصحة النفسية والعلاج النفسي (الطبعة الرابعة) القاهرة (مصر) ، عالم الكتب .
- ١٢- حلمي المليجي (٢٠٠٦) : العمليات العقلية ، بيروت (لبنان) ، دار كريدية للطباعة والنشر والتوزيع .
- ١٣- رافع زغلول، عماد زغلول (٢٠٠٣) : علم النفس المعرفي. عمان(الاردن) ، دار الشروق للنشر والتوزيع
- ١٤- رونالد بيترسن (٢٠٠٣) : حول داء الزهايمر(الطبعة الاولى) ،بيروت(لبنان) ، الدار العربية للعلوم .
- ١٥- روبرت سولسو (٢٠٠٠) : علم النفس المعرفي ، (ترجمة : محمد نجيب الصبوة ومصطفى محمد كامل ومحمد الحسانين الدق) ، القاهرة ، مكتبة الأنجلو المصرية .
- ١٦- سحر عبد العزيز الكفافي ، محمد السيد منصور وآخرون (٢٠٠٢) : الأسس النيوروسيكولوجية للأضطرابات النفسية ، جامعة طنطا ، كلية الآداب ، قسم علم نفس.
- ١٧- سليمان عبد الواحد إبراهيم (٢٠١١) : الاتجاهات الحديثة في صعوبات التعلم النوعية ، القاهرة (مصر) ، دار الكتاب الحديث .
- ١٨- شحاتة ربيع (٢٠٠٦) : أصول الصحة النفسية (الطبعة السادسة) . القاهرة : دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع .
- ١٩- عبد الفتاح محمد دويدار (٢٠٠٥) : سيكولوجية السلوك الانساني ، الاسكندرية (مصر) ، دار المعرفة الجامعية .
- ٢٠- فرج عبدالقادر طه (١٩٩٣) : موسوعة علم النفس والتحليل النفسي ، القاهرة (مصر) ، مكتبة الانجلو المصرية .
- ٢١- محمد حسن غانم (٢٠٠٦) : الاضطرابات النفسية والعقلية والسلوكية ، القاهرة ، مكتبة الانجلو المصرية .
- ٢٢- مروان أبو حويج ، عصام الصفدي (٢٠٠٩) : المدخل الى الصحة النفسية ، ، عمان (الأردن) ، دار المسيرة للطباعة والنشر .
- ٢٣- ماجدة بهاء الدين السيد عبيد (٢٠٠٨) : الضغط النفسي ومشكلاته وأثره على الصحة النفسية (الطبعة الاولى) ، الأردن ، عمان ، دار الصفاء للنشر والتوزيع .
- ٢٤- وليد سرحان (٢٠٠٠) : الفصام من سلسلة سلوكيات (٢) ، سوريا ، دمشق ، دار الفكر للنشر والتوزيع .
- ٢٥- يوسف عدنان العتوم (٢٠٠٤) : علم النفس المعرفي (الطبعة الاولى) ، عمان (الاردن) ، دار المسيرة .
- ثانياً : المراجع الأجنبية :-**

26- Andrada, C .(2009) , Depression and Schizophrenia , Indian Journal of Psychiatry , 51(2) , 151-152 .

27- Baddeley, A.& Hitch, G.(1980).Working memory .In (G.A,Bower)The psychology of learning and motivation New york, Academic press . vol .8, pp.47-89.



- 28-Fossati, P; Amar, G; Raoux, N; Ergis, A & Allilaire, J. (1999). Executive functioning and verbal memory in young patient with unipolar depression and schizophrenia. *Psychiatry research*, 89: 171-187.
- 29- Green, M.F et al, (2000), Relevance of neurocognitive deficits For functional outcome in schizophrenia. In T, Sharma ET P, Harvey(Eds.), *Cognition in Schizophrenia*, Oxford University Press.P. 178-192.
- 30- Goldberg, T, E et al, (2003), Executive sub processes in workingMemory, relationship to catechol-OmethyltransferaseVal1, 58Met Genotype and schizophrenia, *Archives of General Psychiatry* 60P. 889–896
- 31- Heinrich et Zakzanis,1998 , Meltezer et Mcgurk,1999 Lussier et Stip, 1999 ,Dickinson et al, 2004,2006)
- 32- Maki, Pet al, (2005), Predictors of schizophrenia a review, *British Medical Bulletin*, Ful, 9, 73, p.1-15
- 33- Schneider, W.& Detweiler, m. (1987). Aconnectionist / control Architectures for working memory . In (G.A.Bowar) *the psychology of learning and motivotion*, New york, Academic press . vol .8, pp.47-89vol-21,pp.54-1190.
- 34-Tawfik-Reedy et al, 1995 ,Tracy et al, 1996, Gruber et al, 1997, Heinik et al, 2000 ,Herrmann et al 1999, Bozikas et al, 2003)
- 35- Nieoullon, (2002), A Dopamine and the regulation of cognition And attention *Progress in Neurobiology* 67 p.53–83.
- 36 - Williams, L M et al, (2008), General and social cognition in first Episodeschizophrenia,*SchizophreniaResearch*,99,p.182–191
- 37-Wisocki , J. J, et Sweet, JJ,(1985), Identification of brain damaged SchizophrenicandnormalmedicalpatientsusingabriefNeuropsychologicalscreeningbattery,*InternationalJournalofClinicalNeuropsychology*,7,p.40-44.
- 38 - Wykes, T, Reeder, C et al, (2007), a randomized controlled trial Of cognitiveremediation,Br,J,Psychiatry190,p.421–427
- 39 - Wykes, T et al, (2007), Cognitive remediation therapy (CRT) for Young early onset patients with schizophrenia, an exploratory Randomized Controlled trial, *Schizophrenia Research* 94, p. 221–230.



40 -weiland-Fiedler., Petro, E., et al. (2004) Evidence for continuing neuropsychological impairments in depression Journal of Effective Disorders .vol .82(2) pp : 253 – 258.

41 -Weiss, E. M.; Hover, A & Fleischhacker, W.W. (2002). Executive functions in schizophrenia. European Psychiatry,P 17:23.

42 - Zokaei , N , Heider , H & Husain , M (2014) . Attention is required for maintenance of feature binding in visual Working memory , the Quarterly Journal of Experimental Psychology , 67(6) , 1191-1213 .

43 - Zalewski, C et al, (1998), a review of neuropsychological Differences between paranoid and non paranoid schizophrenia Patients, Schizophrenia bulletin 24 (1), p. 127-145.



Some Cognitive disorders in Patients With Paranoid and atypical Schizophrenia

By

Reham Reda Mohammed Mahmoud Al-Sawah

Prof. Ahmed Abdel Fattah Ayyad

Professor of Clinical Psychology, Department of Psychology, Faculty of Arts, Tanta University

Abstract :

some cognitive disorders some sub diagnoses of schizophrenia

The current study aimed to detect some cognitive disorders in patients with schizophrenia (paranoid, indistinguishable) and compare them to each other and then compare them to a sample of normal people. This study was conducted on a sample of (30) who were divided into three groups as follows:

The first group: It reached a strength of (10) and represented patients with paranoid schizophrenia.

And the second group: It consisted of (10) and represented patients with indistinguishable schizophrenia

The third group consisted of (10) and consisted of healthy people.

To achieve the objectives of the study, the researcher used the following tools:

- 1- Return of numbers test
- 2- Test for Ray's complex form
- 3- Stroop test
- 4- Sentence memory test

The appropriate statistical methods were used to verify the hypotheses of the study, and the study came to the following results:

- There are statistically significant differences between the three study groups of schizophrenia patients (paranoid, indistinguishable and normal) in some cognitive functions at the significance levels (0.01).

- There are significant statistically significant differences between patients with paranoid schizophrenia in comparison with the normal ones on some of the following cognitive functions:

- Mental flexibility - working memory
- response palm - visual perception



visual memory auditory memory

- There are significant statistically significant differences between patients with non-distinguished schizophrenia in comparison with the normal ones on some of the following cognitive functions:

Mental flexibility - working memory

- response palm - visual perception

visual memory auditory memory

The results of the study were discussed in the light of the theoretical framework and research evidence.

Key Words: schizophrenia, Cognitive disorder, memory.