

كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية

قسم علم النفس

أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه LMD

تخصص علم النفس الاكلينيكي

الوظائف التنفيذية وعلاقتها بالمهارات الاجتماعية
عند الفصامين - عينة من ولاية تلمسان -

مقدمة من طرف: مصلي قلفاط غزلان لطيفة

تحت اشراف: أ.بن عصمان برحيل جويده

اللقب والاسم	الرتبة	الجامعة	الصفة
بزاوي نور الهدى	أستاذة التعليم العالي	جامعة تلمسان	رئيسا
بن عصمان برحيل جويده	أستاذة التعليم العالي	جامعة تلمسان	مشرفا
عشاشرة أسماء	أستاذة محاضرة أ	جامعة تلمسان	عضوا
عباس أسماء	أستاذة محاضرة أ	جامعة تلمسان	عضوا
عبوين سمية	أستاذة محاضرة أ	جامعة مستغانم	عضوا
بن عامر زكية	أستاذة محاضرة أ	جامعة سعيدة	عضوا

الإهداء

بداية لا بدّ لي ان أتوجه بالشكر لله عزّ وجلّ الذي وفقني
للوصول الى هذه المرحلة العلمية العالية، ومهد لي الطريق
لأن أكون بينكم اليوم لأناقش أطروحة الدكتوراه.

كما انني أتوجه بالشكر والامتنان لكل من:

والدي العزيز ووالدتي الكريمة اللذان كانا السند الاول لي في

الوصول الى ما وصلت اليه.

الشكر والتقدير

أوجه الشكر والامتنان لكل من الاستاذة "بن عصمان جويذة" حفظها الله ورعاها وأطال في عمرها، فقد كان لإشرافها ومنحها الكثير من الوقت لي اليد الأولى في خروج هذه الاطروحة العلمية بالشكل الذي ظهرت عليه، كما كان لتوجيهاتها ونصائحها دور أساسي في إتمام دراستي العلمية.

والشكر موصول لأعضاء لجنة المناقشة الكرام على تفضلهم بقبول مناقشة اطروحة الدكتوراه هذه: بزراوي نور الهدى، عشاشرة أسماء، عباس أسماء، بن عامر زكية، عبوين سمية.

لا يسعني كذلك سوى تقديم الشكر الجزيل للدكتور "بن عصمان رضا" والذي كان له دور اساسي لتقرب من عينة الدراسة واجراء التربص الميداني على الرغم من كل صعوبات الناتجة عن وباء كورونا، والأستاذ الزميل "سيفي محمد" و"ايمان محجوب" الذي كان لهما دور فعال جداً في عملية التحليل الإحصائي.

بالإضافة الى شكري الكبير لجميع أفراد عينة الدراسة الذين منحوني الكثير من وقتهم، وبذلوا الكثير من الجهود في سبيل خروج الاطروحة بأدق النتائج واكثرها فعالي

ملخص:

هدفت الدراسة الحالية الى البحث عن العلاقة الارتباطية بين الوظائف التنفيذية والمهارات الاجتماعية لدى عينة من الفصاميين الخارجيين بمصلحة الطب العقلي بمستشفى تلمسان، وكذا تقدير الخصائص السيكومترية لأدوات الدراسة حتى يتبين لنا ما إذا كانت صادقة وثابتة، ولتقييم المهارات الاجتماعية قمنا بترجمة سلم "IDAES" وهو مقياس هندي خاص بتقييم الإعاقة في المهارات الاجتماعية عند الذهانيين وخاصة الفصاميين ولتقييم الوظائف التنفيذية قمنا ببناء اختبار يقيس الوظائف التنفيذية عند مرضى الفصام. تكونت عينة الدراسة من 46 مريضاً مصاباً بالفصام في حالة مستقرة؛ تم استخدام المنهج الاحصائي بالاستعانة ببرنامج SPSS لحساب الصدق والثبات، وإعادة تطبيق المقاييس لحساب العلاقة الارتباطية بين متغيرات الدراسة. تبين من خلال النتائج التي توصلنا اليها ان ت المحسوبة لمقياس المهارات الاجتماعية تقدر بـ 13,6 عند مستوى الدلالة 0,00، كما تبين ان معامل الارتباط محصور بين (0,3 و 0,7) عند مستوى الدلالة 0,01. وعليه تحصلنا على 0,8 الفاكرونباخ. اما مقياس الوظائف التنفيذية تبين لنا ان معامل الارتباط محصور بين (0,3 و 0,8) عند مستوى الدلالة 0,01 والفاكرونباخ 0,74. انن نستنتج ان كلا المقاييس يتمتعان بمستوى مرضي من صدق وثبات وهذه الخصائص السيكومترية توجي بإمكانية استعماله في المجال العيادي.

ولدراسة العلاقة الارتباطية بين متغيرات الدراسة قمنا بحساب معامل الارتباط والذي قدر بـ 0,42 عند مستوى الدلالة 0,03، وعليه نستنتج وجود علاقة ارتباطية بين الوظائف التنفيذية والمهارات الاجتماعية لدى عينة من الفصاميين في حالة مستقرة.

الكلمات المفتاحية: الوظائف التنفيذية؛ الانتباه؛ المهارات الاجتماعية؛ الذهان؛ الفصام

Summary :

The objective of the study was to analyze the correlation relationship between executive functions and social skills on a sample of ambulatory schizophrenic patients in the psychiatry department of the Tlemcen University Hospital. The main objective of the study was to estimate the psychometric characteristics of the tools used in our study in order to determine if they are valid and reliable. We translated the scale (IDEAS) which is an Indian scale used specifically in psychotics and schizophrenics, and to assess executive functions, we designed an executive functions test for schizophrenic patients.

The study sample consisted of 46 patients with schizophrenia in stable condition; The statistical method was used, and the SPSS program to calculate the validity and reliability, and reapply the tests to measure the correlation between the variables of the study. Through our results, it was found that the calculated t for the social skills scale was estimated to be 13.6 at the significance level of 0.00, and the correlation coefficient was found to be between (0, 3 and 0.7) at the 0.01 significance level. Thus, we obtained 0.8 Alfacronbach. As for the measure of executive functions, we found that the correlation coefficient was between (0.3 and 0.8) at the significance level of 0.01 and the Alfa-cronbach score of 0.74. Finally, it is concluded that both scales have a satisfactory level of validity and stability, and these psychometric characteristics suggest the possibility of using it in the clinical field.

To study the correlation between the variables of the study, we calculated the correlation coefficient, which was estimated at 0.42 at the level of significance 0.03, and as a result we conclude that there is a correlation between the functions executive and social skills in a sample of schizophrenics.

Keywords: executive functions; attention ; social skills; psychosis; Schizophrenia.

الفهرس

الاهداء.....	-أ-
الشكر والتقدير.....	-ب-
ملخص الدراسة باللغة العربية.....	-ج-
ملخص الدراسة باللغة الاجنبية.....	-د-
قائمة الجداول	12
فهرس الملاحق:	2
المقدمة:.....	1
الفصل الأول: الوظائف التنفيذية.....	5
1.تعريف الوظائف التنفيذية:.....	7
2.مكونات الوظائف التنفيذية:.....	9
1.2.وظيفة الانتباه:	10
2.2.وظيفة الكف:	11
3.2.وظيفة المرونة العقلية (الليونة الذهنية):	13
4.2.وظيفة التخطيط:	14
3.اهمية الوظيفة التنفيذية:.....	15
4.خصائص الوظيفة التنفيذية:.....	17
5.اضطراب الوظائف التنفيذية:.....	18
6.دور الوظائف التنفيذية في معالجة المعلومات:.....	18
7.النظريات المفسرة للوظائف التنفيذية:.....	20
1.4.نظرية الوعي بالمعرفة:	20
2.4.نظرية معالجة المعلومات:	21

23	3.4. نظرية لوريا للأنظمة:
24	4.4. نظرية الإدراك - الفعل:
24	5.4. نموذج الذاكرة العاملة:
24	6.4. نموذج المراقبة الانتباهي:
25	7.4. نموذج اختيار الهدف وإهمال الهدف:
25	8.4. نموذج المعرفة التنفيذية:
27	الفصل الثاني: المهارات الاجتماعية.
32	1. تعريف المهارات الاجتماعية:
33	2. مفهوم المهارات الاجتماعية:
34	1.2. مفهوم المهارات الاجتماعية من منظور السلوكية:
35	2.2. مفهوم المهارات الاجتماعية من منظور المعرفية:
35	3.2. مفهوم المهارات الاجتماعية من منظور تكاملي:
37	3. خصائص المهارات الاجتماعية:
37	4. علاقة المهارات الاجتماعية ببعض المفاهيم الأخرى:
38	5. النظريات المفسرة للمهارات الاجتماعية:
38	1.5. النظرية السلوكية:
38	2.5. نظرية التعلم الاجتماعي:
39	3.5. النظرية المعرفية:
39	4.5. نماذج مكونات المهارات الاجتماعية:
43	6. العوامل المؤثرة في اكتساب المهارات الاجتماعية:
45	7. قياس المهارات الاجتماعية:
47	الفصل الثالث: الفصام.

- 1.نبذة تاريخية لمصطلح الفصام:.....48
- 2.تعريف الذهان:.....49
- 3.تعريف الفصام:.....51
- 4.انتشار الفصام:.....54
- 5.النظريات المفسرة للفصام:.....56
- 1.5.نظرية الوراثة:.....56
- 2.5.نظرية التحليلية:.....58
- 3.5.نظرية السلوكية:.....59
- 4.5.نظرية التتميط الحيوي (نظرية المزاجية):.....60
- 5.5.نظرية الفزيولوجية:.....62
- 6.أعراض الفصام وكيفية التشخيص:.....66
- 1.6.أعراض الفصام:.....66
- 2.6.أنواع الفصام:.....68
- 3.6.كيفية تشخيص الفصام:.....70
- 4.6.الاعراض حسب DSM:.....71
- 7.الشخصية قبل المرض:.....73
- 8.مراحل تطور الفصام:.....73
- 9.عوامل الخطر التي تؤدي الى تفاقم مرض الفصام:.....75
- الفصل الرابع: الوظائف التنفيذية وعلاقتها بالمهارات الاجتماعية عند الفصامي.80
1. الوظائف التنفيذية عند المصابين بالفصام:.....81
2. المهارات الاجتماعية عند المصابين بالفصام:.....88
3. علاقة الوظائف التنفيذية بالمهارات الاجتماعية عند الفصامي:.....95

108	الفصل الخامس: منهجية الدراسة.....
109	1. الإشكالية وتساؤلات الدراسة:.....
109	2. فرضيات الدراسة:.....
128	3. الهدف من الدراسة:.....
128	4. منهج الدراسة:.....
129	5. أهمية الدراسة:.....
129	6. حدود الدراسة:.....
130	7. التعريفات الإجرائية للدراسة.....
133	الفصل السادس: الاجراءات الميدانية.....
134	1. الدراسة الاستطلاعية:.....
134	1.1. الهدف من الدراسة الاستطلاعية:.....
134	2.1. أدوات الدراسة الاستطلاعية:.....
135	1.2.1. سلم مهارات الاجتماعية:.....
137	2.2.1. اختبار الوظائف التنفيذية:.....
139	3.1. خصائص عينة الدراسة الاستطلاعية:.....
140	4.1. الإطار الزمني والمكاني للدراسة الاستطلاعية:.....
140	5.1. كيفية اجراء الدراسة الاستطلاعية وجمع المعطيات:.....
140	1.5.1. كيفية اجراء الدراسة:.....
141	2.5.1. جمع المعطيات:.....
141	6.1. نتائج الدراسة الاستطلاعية:.....
141	1.6.1. نتائج ثبات سلم تقييم المهارات الاجتماعية عند الفصام:.....
142	2.6.1. نتائج صدق سلم تقييم المهارات الاجتماعية عند الفصام:.....

146	3.6.1. نتائج ثبات سلم تقييم الوظائف التنفيذية عند الفصام:
147	4.6.1. نتائج صدق سلم تقييم الوظائف التنفيذية عند الفصام:
148	2. الدراسة الأساسية:
148	1.2. خصائص عينة الدراسة الأساسية:
149	2.2. كيفية اجراء الدراسة الأساسية وجمع المعطيات:
149	1.2.2. كيفية اجراء الدراسة:
150	2.2.2. جمع المعطيات للعينة:
150	3.2. الإطار الزمني والمكاني للدراسة الأساسية:
151	الفصل السابع: عرض نتائج الدراسة.
152	1. خصائص عينة الدراسة وفق متغير الجنس والحالة الاجتماعية والمستوى التعليمي:
152	2. مستوى عينة الدراسة في اختبار الوظائف التنفيذية:
153	3. مستوى عينة الدراسة في مقياس المهارات الاجتماعية:
153	4. نتائج فروق في الوظائف التنفيذية تعزى متغير الجنس:
154	5. نتائج فروق في المهارات الاجتماعية تعزى متغير الجنس:
155	6. نتائج فروق في المهارات الاجتماعية تعزى متغير المستوى الاقتصادي:
155	7. نتائج فروق الوظائف التنفيذية تعزى متغير المستوى التعليمي:
156	8. نتائج العلاقة الارتباطية بين الوظائف التنفيذية والمهارات الاجتماعية عند الفصامين:
157	الفصل الثامن: مناقشة النتائج الدراسة.
158	1. مناقشة النتائج في ضوء الفرضية الفرعية الأولى:
161	2. مناقشة النتائج في ضوء الفرضية الفرعية الثانية:
163	3. مناقشة النتائج في ضوء الفرضية الفرعية الثالثة:
165	4. مناقشة النتائج في ضوء الفرضية الفرعية الرابعة:

166.....	5.مناقشة النتائج في ضوء الفرضية الفرعية الخامسة:
166.....	6.مناقشة النتائج في ضوء الفرضية الفرعية السادسة:
167.....	7.مناقشة النتائج في ضوء الفرضية الفرعية السابعة:
168.....	8.مناقشة النتائج الدراسة في ضوء الفرضية العامة للبحث:
172.....	الخاتمة:
192.....	التوصيات
194.....	قائمة المراجع
204.....	قائمة الملاحق

قائمة الجداول:

- جدول 1 يمثل معامل ألفاكرونباخ ومعامل التجزئة النصفية لثبات فقرات المقياس..... 141
- جدول رقم 2 يمثل معامل ألفاكرونباخ لثبات ابعاد المقياس 142
- جدول رقم 3 يمثل معامل الارتباط بين فقرات والمقياس ككل 142
- جدول رقم 4 يمثل معامل الارتباط بين ابعاد مع المقياس ككل 143
- جدول رقم 5 يمثل معامل الارتباط الفقرات (1،2،3،4) مع البعد الاول للمقياس 144
- جدول رقم 6 يمثل معامل الارتباط الفقرات (5،6،7،8،9،10) مع بعد الثاني للمقياس 144
- جدول رقم 7 يمثل معامل الارتباط الفقرات (من 11 الى 20) مع بعد الثالث للمقياس 145
- جدول رقم 8 يمثل صدق التمييزي..... 146
- جدول رقم 9 يمثل معامل الارتباط الفقرات مع المقياس ككل 146
- جدول رقم 10 يمثل معامل ألفاكرونباخ..... 147
- جدول رقم 11 يمثل فروق الإصابة بالفصام تعزى متغير الجنس والحالة الاجتماعية والمستوى التعليمي
..... 152
- جدول 12 يمثل مستوى العينة في اختبار الوظائف التنفيذية..... 152
- جدول 13 يمثل مستوى العينة في مقياس المهارات الاجتماعية..... 153
- جدول 14 يمثل فروق في الوظائف التنفيذية تعزى متغير الجنس 153
- جدول 15 يمثل فروق في المهارات الاجتماعية تعزى متغير الجنس 154
- جدول 16 يمثل فروق في المهارات الاجتماعية تعزى متغير المستوى الاقتصادي 155
- جدول 17 يمثل فروق الوظائف التنفيذية تعزى لمتغير المستوى التعليمي..... 155
- جدول 18 يمثل معامل الارتباط بين الوظائف التنفيذية والمهارات الاجتماعية 156

فهرس الملاحق:

الرقم	عنوان الملحق
01	سلم تقييم المهارات الاجتماعية عند الفصام
02	تعليقات اخرى متعلقة بمقياس تقييم المهارات الاجتماعية
03	شرح اضافي للعناصر المحددة
04	مقياس تقييم الوظائف التنفيذية عند الفصام
05	تقييم وظيفة الانتباه
06	الحل لتقييم وظيفة الانتباه
07	تقييم وظيفة الكف المعرفي
08	الحل لتقييم وظيفة الكف المعرفي
09	تقييم وظيفة التخطيط والتنظيم
10	تقييم وظيفة المرونة العقلية

المقدمة:

يعتبر مفهوم الوظيفة التنفيذية من المفاهيم الحديثة نسبياً في مجال علم النفس المعرفي، ولا تظهر مساهمته في المجال العصبي فقط، ولكنها تظهر أيضاً في المجال المعرفي والمجال النفسي. وهذا ما يفسره الاهتمام الواضح الذي لقيه هذا المفهوم في الفترة الوجيزة التي ظهر فيها. هذا بالإضافة إلى ما أظهرته الدراسات المختلفة من وجود علاقة بين القدرات المعرفية والمهارات الاجتماعية المرتبطة بالسلوك الاجتماعي والتواصل اللفظي والغير اللفظي والتأثر بالاضطرابات العقلية.

استعمل علماء النفس المعرفيون مصطلحاً يدعى الوظيفة التنفيذية والذي يشير إلى مجموعة من العمليات النفسية المعرفية التي تتضمن سيطرة وعي الفرد على تفكيره وسلوكه.

ويعتبر الانتباه الموزع الوظيفة التنفيذية الأساسية ويتم تعريفه على انه وعي الفرد بمراقبة حالته الداخلية، وقد أشار نورمان وشايلس إلى أن الوعي بالعملية الانتباهية والمسؤولة عن المراقبة والسيطرة على تنفيذ المعرفة تعرف باسم النظام التنفيذي وهو يقابل الوظيفة التنفيذية وما وراء المعرفة أو المكونات التي أشار إليها ستيرنبرغ Sternberg 1986 في النظرية الثلاثية للذكاء إذ أن عمليات ما وراء المعرفة تعد عمليات تنفيذية تسيطر على كافة العمليات المعرفية المكونة للذكاء لأن التخطيط والمراقبة والتقييم للأفكار هو الجزء المهم في السيطرة والتحكم في عمليات ما وراء المعرفة، وتنظم النشاط المعرفي الموجه نحو موقف ما ضروري وأساسي في تفاعل الفرد مع الموقف.

تبين من خلال دراسة سبولدينج وآخرون (Spaulding.W & al, 1999) ان التغييرات المعرفية عند المصابين بالفصام مستقرة لمدة 6 أشهر في بيئة علاجية اجتماعية غنية. وأظهرت الدراسة تحسناً في 9 من 12 مقياساً للوظائف التنفيذية لدى مرضى الفصام الذين يعانون من إعاقات تنكيسييه وشديدة. وأظهرت كذلك مقاييس الذاكرة والأداء التنفيذي تحسناً ظاهراً. في المرحلة المزمنة، يصبح مرضى الفصام معاقين وظيفياً بسبب انخفاض المهارات الاجتماعية والفشل المهني وحاجاتهم للدعم.

تشير الدراسات إلى أن القصور المعرفي-العصبي تؤثر على النتائج الوظيفية، حيث يعجز المرضى على تعلم معلومات جديدة وإكمال المهام بسرعة واستدعاء المعلومات القديمة وإنشاء خطط أو فرضيات جديدة لها تأثير واضح في نجاحهم المهني وكذا القدرة على الانخراط في المعاملات الاجتماعية واتخاذ القرار. على الرغم أنه من غير الواضح ما هي المقاييس المعرفية العصبية التي تعد أكثر المؤشرات المفيدة والتي تبين الارتباط النتائج بالمهارات الاجتماعية، غير ان نتائج التحليلات (ما وراء-التحليلات) توضح وجود أربعة بنيات معرفية عصبية مرتبطة بشكل كبير، وهي الذاكرة العاملة، والذاكرة طويلة المدى، الانتباه/اليقظة، الوظائف التنفيذية. (Green.M & al, 2000) حيث تآثر هذه الاخيرة على كل جوانب السلوك.

ان الفصام هو مجموعة الأعراض تمس جميع جوانب الشخصية الإدراكية والمعرفية والسلوكية والانفعالية مع مجموعة من الأعراض الموجبة المتمثلة في الهلوسة والهذيان والاختلاط في الكلام وعدم المواظبة على موضوع واحد.

اظهر بان ومجموعة أخرى من زملائه الباحثين (al & Penn.D، 1995) في دراسة حول العلاقة بين المهارات الاجتماعية وسلوك المريض داخل المستشفى أن مهارة وضوح الكلام هي المتغير الأقوى ارتباطاً بسلوك المريض، فهي تشجعه وتدفعه إلى الانخراط في المناقشات والتفاعل مع الآخرين، وعملوا على إعداد برامج تدريب المهارات الاجتماعية للفصاميين المزمين تستهدف المهارات اللغوية.

أيضاً وفي دراسة لاحقة قام بها هارفي وزملاؤه (1999) بهدف مقارنة شاملة بين أربعة وسبعين مريضاً فصامياً من ذوي الإقامة الطويلة بالمستشفى الحكومي وخمسين من الفصاميين المزمين المنومين في مستشفى خاص بالمتقاعدين العسكريين في أمريكا. وقد أظهرت المقارنات أن لطول مدة إقامة مرضى المستشفى الحكومي علاقة ارتباطية دالة بشدة الأعراض السلبية والتدهور الذهني وانخفاض مستوى الأداء الوظيفي والمهارة الاجتماع، أما على صعيد متغيرات العمر والمستوى التعليمي فلم يكن لها تأثيرات واضحة

على مستوى الأداء الوظيفي للمرضى الداخليين في المستشفى الحكومي مقارنة بمتغير طول الإقامة.
(P. Harvey & al، 2000)

ازداد اهتمام علماء النفس والاجتماع بدراسة المهارات الاجتماعية، لأهميتها البالغة في تكوين شبكة العلاقات الاجتماعية داخل المجتمع. وكذلك في كونها هي التي تحدد طبيعة التفاعلات اليومية للفرد مع نفسه ومع المجتمع، وربما هذا ما يفسر تلك الإخفاقات التي يعانيها البعض في إقامة العلاقات الودية مع الآخرين في مواقف التفاعل الاجتماعي. كانت أهداف الدراسة (A. Prouteau & al، 2005) اكتشاف ما إذا كان الأداء المعرفي له ارتباط بالأداء النفسي الاجتماعي على مدى 15-16 شهراً، تبيين من خلال النتائج انه كلما تحسن الأداء المعرفي تحسّن الأداء الاجتماعي (الوظيفة الاجتماعية).

وقد اقتضى الأمر الى ضرورة تقسيم البحث الى مرحلتين الاولى نظرية والثانية تطبيقية، مجسدة في ثمانية فصول. اشتمل الفصل الاول من بحثنا على الوظائف التنفيذية بحيث قمنا بالتعرف على مكونات الوظائف التنفيذية والنظريات المفسرة للوظائف التنفيذية. اما الفصل الثاني قمنا بالتعرف على المهارات الاجتماعية وعلى مكونات المهارات الاجتماعية حسب مختلف النظريات والتعريفات لها.

اما الفصل الثالث فكان مخصص للفصام اذ قمنا بتعريف الذهان ثم الفصام واعراض الفصام حسب التصنيف الاحصائي الخامس للأمراض العقلية وبعد ذلك تم تحديد مجموعة من النظريات المفسرة للفصام. فيما يخص الفصل الرابع فكان يشمل الدراسات التي تناولت الوظائف التنفيذية والمهارات الاجتماعية عند الفصام، كما اشتمل الفصل الخامس منهجية الدراسة بما فيها الهدف والاهمية ومنهج الدراسة. اما الفصل السادس كان مرتكز حول الدراسة الاستطلاعية منها الهدف واهمية والادوات الدراسة وبالتالي قمنا بتدوين النتائج التحليل الاحصائي للدراسة الاستطلاعية، كما اشتمل الفصل السابع نتائج الدراسة الاساسية وبالتالي الفصل الثامن والاخير فكان مخصص لمناقشة نتائج الدراسة.

الفصل الأول: الوظائف التنفيذية

1. تعريف الوظائف التنفيذية.
2. مكونات الوظائف التنفيذية.
3. أهمية الوظائف التنفيذية.
4. خصائص الوظيفة التنفيذية.
5. اضطراب الوظائف التنفيذية.
6. دور الوظائف التنفيذية في معالجة المعلومات.
7. نظريات المفسرة للوظائف التنفيذية.

الفصل الأول: الوظائف التنفيذية

تمهيد:

تعد الوظائف التنفيذية من المفاهيم المعرفية الحديثة خاصة في مجال البحوث الاكلينيكية، ويعتبر كل من (al et Raymond 2008) أن الوظائف التنفيذية تعد من المفاهيم التي تستخدم لوصف مجموعة واسعة من العمليات المعرفية والاداءات السلوكية التي تشمل التخطيط والمرونة والانتباه والكف المعرفي، القدرة على كف الاستجابات غير المناسبة، التماذي، والبحث في الذاكرة. وهو مصطلح يستخدم كمظلة لمختلف العمليات المعرفية المعقدة والعمليات الفرعية ليعبر عن العالقات الوظيفية بين الاستجابات المتفاعلة والمتبادلة.

كما أن اعتلال الوظائف التنفيذية لدى مختلف فئات المضطربين إكلينيكيا تعتبر من الموضوعات الحديثة، وكذلك تعتبر من المحاولات الاجرائية المهمة في مجال تحسين التدخلات العلاجية في مجال إعادة تأهيل المضطربين نفسية والوظائف التنفيذية هي تلك العمليات التي تقود الافكار والافعال الفردية يتم بموجبها توجيه واختيار وتنظيم عمليات معالجة التمثيلات العقلية وعمليات التحكم في السلوك؛ لتحقيق هدف مستقبلي خاصة في ضوء اعتبارها مكونات من مكونات الوعي بالمعرفة cognition of Awareness أو ما يعرف بمصطلح ما وراء المعرفة Metacognition .(Elliott,2008)

ومن الناحية النظرية فإن أهمية متغير الوظائف التنفيذية تظهر في ظل استحضار تنوع منطلقات ومجالات البحوث والدراسات النفسية والإكلينيكية والعصبية والمعرفية من خلال تعدد الافتراضات المفسرة لها، فعلي سبيل المثال تناول النظريات العصبية في ضوء اعتبارها إحدى وسائل التنظيم الوظيفي للدماغ، واستنادا لتمرکز العمليات المعرفية في الفصوص الجبهية. في حين تناولت النظريات المعرفية متغير الوظائف التنفيذية على أنها نظم معرفية محدودة توضح العمليات والمراحل والاساليب والاستراتيجيات التي تتم من خلالها التعامل مع المعلومات والمعطيات المستقبلية من البيئتين الداخلية والخارجية بالنسبة للفرد (Lang & Pernerm,2000)

الفصل الأول: الوظائف التنفيذية

وأما من الناحية التطبيقية فيذكر (Lang & Pernerm,2000) أهمية دراسة متغير الوظائف التنفيذية في مجال البحوث الاكلينيكية تبرز من خلال قدرتها على تقديم تفسيرات علمية لاسباب استمرار السلوكيات المضطربة سواء المتعلقة بالاضطرابات النفسية أم العقلية، كما أنها تسهم في توفير أكبر قدر من الضبط لعمليات تقييم السلوكيات، وأنها تسهم في فهم الاختلافات المرتبطة بتنوع أداءات الافراد المضطربين، كما أنها تسهم في تقديم معارف وحقائق علمية يمكن من خلالها تنظيم البناء السلوكي والمعرفي للمضطربين نفسيا وعقليا.

1.تعريف الوظائف التنفيذية:

عرفها داماسيو (Damasio.A & al, 1994) على انها مجموعة من العمليات المعرفية التي تعكس قدرة الفرد على وضع وتنفيذ خطة التصرف أو الفعل في المواقف الاجتماعية المختلفة.

وعرفها تانستال (Tunstall.R & al, 2003) على انها مجموعة من العمليات التي يستخدمها الفرد لتنظيم وتنسيق شؤونه وأعماله، ومنها التخطيط والتركيز وإدارة الوقت والمرونة الإدراكية وهذه العمليات تتعلق بكيفية تنفيذ العمل الذي يريد القيام به.

وعرفها سونج بارك واخرون (Sonuga-Barke.E.J & all, 2002) على انها عمليات معرفية عليا تسمح لنا بدرجة مناسبة من السعي وراء أهداف مستقبلية.

ويعرفها ستص وكينيفت (Stuss.D & Knight.R, 2002) على انها مجموعة من العمليات الدماغية المسؤولة عن التخطيط والمرونة المعرفية والتفكير المجرد وقوانين الاكتساب والبدء بأعمال ملائمة وترك اعمال غير ملائمة واختيار المعلومات الحسية ذات العلاقة بالمشيرات المدركة والمحسوسة.

وعرفها برون (Brown.M, 2002) على انها نظام تحكم يعمل على تسهيل استخدام وظائفنا المعرفية من أجل التحكم في المهام المعقدة لحياتنا اليومية.

الفصل الأول: الوظائف التنفيذية

وعرفها زيلازوا وفري (Zelazo & Fry, 2003) على أنها مجموعة من العمليات النفسية التي

تتضمن سيطرة الوعي على التفكير والسلوك.

وعرفها تورنر وآخرون 2005 على أنها مجموعة من العمليات النفسية المرتبطة بالفص الجبهي التي

تسمح لنا بضبط وتنسيق مهام معرفية معقدة.

وتعتبر الوظائف التنفيذية المكون المعرفي الذين يستخدم لوصف السلوكيات الموجهة نحو الهدف

والموجهة نحو المستقبل، والتي يعتقد أنها تتم بواسطة الفص الجبهي، وتشمل عمليات مثل اختيار الهدف،

والتخطيط، والمراقبة، والتعاقب في الخطوات، وكف الاستجابات المسيطرة، والمرونة، والبحث المنظم والذاكرة

وعمليات ملاحظة أخرى تسمح للفرد بفرض التنظيم والتخطيط على بيئته.

يرى أستاذ (Eustache.F & al, 2008) بأن "الوظائف التنفيذية مثلها مثل العديد من المجالات

المعرفية مثل الذاكرة والانتباه، فإنه لا يوجد مفهوم بديهي يجمع جوهر ولب الوظائف التنفيذية، حيث أنه

يمكن اعتبارها كوظائف مستعرضة هرمية عليا التي تدبر وتشرف على الوظائف المعرفية الأخرى، هذه

الخاصية التي تجعل من قابلية عملها أكثر صعوبة، لأنها في الواقع اعتبرت ولوقت طويل غامضة، لأنها

تقوم بوظيفة دمجية تسمح بتكيف جيد للفرد داخل محيطه."

مضيفين كذلك: "إن تطور مفهوم الوظائف التنفيذية تم وضعه من خلال الملاحظة الإكلينيكية

لحالات لديها إصابات جبهية، وهذا ما هو ممثل حالياً من خلال مختلف النماذج، كمجموعة معقدة من

العمليات المعرفية الضرورية لبلوغ هدف بطريقة مرنة، إنها تدخل ضمن المراقبة المعرفية المتدخلة في

الوضعيات التي تستلزم نطق حركات أو أفكار موجهة نحو هدف نهائي.

ويرون كل من دافون ولوبروتون (Le breton.F & Davenne.B, 2010) أن "الوظائف

التنفيذية هي مجموع السيرورات (الكف، التخطيط، الانتباه، المرونة) والتي تندرج ضمن مهام تستلزم تنفيذ

السيرورات المراقبة، وبالأخص في المهام التسلسلية الموجهة نحو هدف "وأضافوا": السيرورات التنفيذية

الفصل الأول: الوظائف التنفيذية

مدعمة خاصة من طرف الفص الجبهي والبنىات العميقة (التحت قشرية لحائية الفصية) والتي تسمح للشخص بالتكيف ضمن شروط جديدة من خلال التعديل ومراقبة القدرات المعرفية للروتين.

وتعرفها ماري باسكال (Marie-Pascale.N, 2017) ان الوظائف التنفيذية تغطي مجموع السيرورات المتدخلة في تنظيم ومراقبة السلوك، وهي بالتحديد تتدخل في عمل الوضعيات الغير روتينية التي تتطلب بالضرورة التطوير والتنفيذ والتقييم لمخطط ما وربما تصحيحها، لتصل في النهاية إلى هدف خاص.

وعرفها أيضا برتوتلي (Bertuletti.L, 2012) فيقول "إن مفهوم الوظائف التنفيذية ليس سهل التعريف لأنه لم يتم التوقف عن تقييمها تبعاً للعديد من الدراسات المهمة بهذا المجال تبعاً لمولمن (Meulemans) الوظائف التنفيذية هي وظائف عالية المستوى، والتي تنشأ عندما تواجه وضعية جديدة والتي لم تكن لدينا، أو لم ننشأ لها مخطط عمل، فالهدف الرئيسي للوظائف التنفيذية هو ضمان تكيف الفرد مع الوضعيات الجديدة والمعقدة، والتي لم يسبق له مواجهتها عن طريق التصدي للاستجابات غير المناسبة، إن سير العملية التنفيذية يأتي إذن عكس العملية الروتينية والتي لا تتطلب إلا القليل من الانتباه". ان التعاريف السابقة الذكر اتفقت كلها على أن الوظائف التنفيذية هي مجموع السيرورات الذهنية، التي تحافظ على تكيف الفرد مع الوضعيات المستجدة والتي لم يسبق له التعرض لها، عن طريق مجموعة من الوظائف مثل المراقبة والكف، التخطيط والتنفيذ.

2. مكونات الوظائف التنفيذية:

تعتبر الوظائف التنفيذية المكون المعرفي الذين يستخدم لوصف السلوكيات الموجهة نحو الهدف والموجهة نحو المستقبل والتي يعتقد أنها تتم بواسطة الفصوص الجبهية، وتشمل عمليات مثل اختيار الهدف، والتخطيط، والمراقبة، والتعاقب في الخطوات، وكف الاستجابات المسيطرة، والمرونة، والبحث المنظم والذاكرة وعمليات ملاحظة أخرى تسمح للفرد بفرض التنظيم والتخطيط على بيئته.

1.2. وظيفة الانتباه:

يعتبر الانتباه عملية معرفية تسمح باختيار المحفزات ذات الصلة والتركيز عليها. يشير كل من الانتباه والوظيفة التنفيذية إلى علاقات وظيفية بين الحدث البيئي والاستجابة وما يعقبها وتمثل العلاقة بين الوظيفة التنفيذية والانتباه علاقة الأعلى بالأدنى حيث تمثل هنا الوظيفة التنفيذية المهيمن على عملية الانتباه.

ولاحظ فان (Fan,2003) أن للانتباه أربعة مكونات: بدء الاستجابة، والثبات عليها، وكف الاستجابة، والقدرة على الانتقال. كل منها تصف شكلاً محدداً لاستجابة موجودة أو رد فعل والذي قد يتخذ في مواجهة حدث بيئي. وبالمقابل، قد تمثل هذه المكونات الأربعة نفسها الوظيفة التنفيذية ولكنها في هذه الحالة تشير إلى الأفعال التي يقوم بها الفرد لتعديل ما يترتب على الاستجابة البيئية المحتملة ولن تستطيع الوظيفة التنفيذية أن تؤدي المطلوب منها عندما لا يستطيع نظام الذاكرة العمل لتسجيل وتخزين وعمل التعديلات للمعرفة والخبرة. (Edward.M & al, 2011)

ويميز عدد من الباحثين بين مفهومي الوظيفة التنفيذية ووظيفة الانتباه، فتعد الوظيفة التنفيذية استجابة أو فعلاً يعمل على تغيير احتمالية استجابة تالية للشخص، أما الانتباه فيغير احتمالية وجود نتيجة تالية ويكون هدف الوظيفة التنفيذية هو تغيير احتمالية الاستجابة التالية للحدث البيئي بشكل مباشر، بينما الهدف من الانتباه هو التغيير في النتائج البيئية. ويقسم الانتباه على ثلاثة أنواع وهي:

الانتباه الإرادي الانتقائي: يتميز هذا النوع من الانتباه بالإرادة، حيث يحاول الفرد تركيز انتباهه على مثير واحد من بين عدة مثيرات. ويحدث هذا الانتباه بطريقة انتقائية بسبب محدودية الطاقة العقلية للفرد ومحدودية سعة التخزين وسرعة المعالجة المعلومات. بحيث يطلب هذا النوع من الانتباه طاقة وجهد كبير بسبب عوامل التشتت التي غالباً ما تكون عالية والدافعية لاستمرار الانتباه قد لا تكون بدرجة عالية.

الفصل الأول: الوظائف التنفيذية

الانتباه اللاإرادي: ويحدث هذا النوع حينما تفرض بعض المنبهات الخارجية أو الداخلية ذاتها علينا مثلا عندما يسمع الفرد صوت انفجار فتتنبه بطريقة لا إرادية، وهو لا يتطلب جهدا ذهنيا، يستمر الانتباه للمنبهات الشديدة بعد ان فرض المنبه وجوده على الفرد والتركيز عليه. (Fuller.R & al, 2006)

الانتباه الاعتيادي التلقائي: وهو الانتباه لمثير يشبع حاجات الفرد ودوافعه الذاتية حيث يركز الفرد انتباهه إلى مثير واحد من بين عدة مثيرات بسهولة تامة. هذا الانتباه هو انتقائي لكنه لا يحتاج إلى طاقة وجهد عقلي أو جسدي عالي لتركيز الانتباه لذلك يصعب على الآخرين تشتيته حتى لو حاولنا ذلك.

ان عملية الانتباه أولى العمليات المعرفية التي يمارسها العقل البشري على مدخلات عملية التعلم وفق نظام تكوين وتناول المعلومات، وهي تمكن من إثراء خبراته ومعلوماته حول مثيرات البيئة، وتسهم في توافقه معها والإفادة منها وتطويرها والتحكم فيها. وهو عملية انتقاء المثيرات التي يخضعها الفرد لملاحظته.

(Haberlandt.K, 1994)

2.2. وظيفة الكف:

ظهر مصطلح الكف في ابحاث "لوريا" والذي اشار أن الفصوص الجبهية تلعب دورا أساسيا في الكف للإجابات غير المفضلة، وأورد لدى حالات لديها إصابات جبهية، وبينت بعض الدراسات الاخرى لما يسمى ب " زوال الكف" (désinhibition)، أظهرت أن الفصوص الجبهية ليست المناطق الوحيدة في الدماغ المتدخلة في وظيفة الكف، وفي الواقع أن سيرورة الكف تخضع لهيمنة مناطق عصبية أكثر انتشار. يعتبر الكف سيرورة التنفيذية الأكثر دراسة في علم النفس العصبي، وهو يتجسد في القدرة على كبح المعلومات التي ليست لها صلة، أو تلك التي يكون الاحتفاظ بها في ذاكرة العمل يسبب فرط تحميل على قدرات التخزين، كذلك قيل إن الكف هو القدرة على منع إنتاج إجابة أوتوماتيكية في حين أن هناك نوع آخر من الإجابة متوقع بين نوعين من الكف فرق أندري سنة 2004 :

الفصل الأول: الوظائف التنفيذية

الكف المراقب او المقصود: الذي يسمح بالكف عمدا ووعيا.

الكف الأوتوماتيكي أو الآلي أو غير الإرادي: الذي يتم بدون وعي، ويمكن لنا كذلك أن نميز

ميكانيزمات الكف تبعا لنوع السيرورة المطبقة أو المتبعة: حركية أو معرفية. (L. Bertuletti, 2012)

فالكف الحركي يرجع إلى القدرة على مراقبة السلوكيات الأوتوماتيكية وكبحها، والكبح المعرفي والذي

يتمركز حول المراقبة العقلية للمعلومات التي تم معالجتها وتطبيقها في أنشطة عديدة. في حين ان الكف

لا يتشكل من وظيفة واحدة، ولكنه مجموعة من الوظائف، كذلك فالكف المعرفي يتشكل من وظائف معرفية

مختلفة مثل كف المشتتات الخارجية مثلما هو الحال في الانتباه الانتقائي وكف الأجوبة المهيمنة وكف

المعلومات الفاعلة في الذاكرة على الرغم من أنه ليس لها صلة بالمهمة الحالية إذن فالكف هو سيرورة

تسمح بمسح المعلومات أو مخططات العمل المهيمنة، من أجل تحديد إجابات أخرى. (M. Brown,

2002)

فالكف المعرفي يشار انه نشاط موجه لهدف يحدث بالتزامن مع عمليات التنشيط الاوتوماتيكي لضبط

محتوى الوعي والشعور، يتضمن الانتباه والذاكرة والمعالجات اللغوي. يُدرس الكف في مجال الانتباه في

علاقته من توجيه الانتباه والوظائف التنفيذية ويعد ضروري في الانتباه الانتقائي والضبط التنفيذي.

أن الظاهرة السلبية الأولية تزيد من مرات تفاعل المثير الذي تم تجاهله في السابق، وهذا مثال عن

تأثير عمليات الكف على الانتباه الانتقائي، وعليه فالتفسيرات المقبولة لهذه الظاهرة، هي أن المعلومات

التي تم تجاهلها، تسمح للنظام بالتركيز على المعلومات الملائمة للفعل الحالي ويتطلب الكف استجابات

ممتعة، برغم قابليتها للتحفيز إلا أنها تكون غير ملائمة، وان الحياة العقلية الطبيعية تتطلب قدرة على

تحديد التنشيط المتصل بالمعلومات الاكثر ارتباطاً بالسياق المتصل بأهداف الفرد ولكن يبدو ان عملية

الكف لا تكون بالصورة المطلوبة لدى بعض الفئات مثل كبار السن والاطفال الصغار والافراد الموجودين

تحت ظروف معينة مثل، التعب ونقص الدافعية والضغط الانفعالية. (E. Twamley, G. Savla, 2010)

الفصل الأول: الوظائف التنفيذية

ومن وظائف الكف نجد ضبط الدخول الى الانتباه المركز وحذف المعلومات غير المتصلة السياق من الانتباه، والذاكرة العاملة وبالتالي منع او ايقاف الاستجابات غير الملائمة.

ان عملية الكف تتأثر بصورة قوية بسياق الموقف والعوامل والامراض النفسية وان هذه العوامل تؤثر على مجموعة من الوظائف والعمليات المعرفية مثل ضبط الانتباه وتحويل الانتباه وضبط الكف، وهي كلها عوامل تؤثر في ظهور اضطرابات القلق وفي حالة أن تضطرب هذه الوظيفة يصبح من الصعب على الفرد القيام بعمل متناغم منظم، وينتقل بين المنبهات المختلفة بشكل عشوائي.

3.2. وظيفة المرونة العقلية (الليونة الذهنية):

تعرف المرونة العقلية أو الليونة الذهنية على أنها القدرة على تغيير مخطط ذهني والتكيف مع مهمة جديدة والتناوب. ترجع المرونة العقلية إلى القدرة على مراقبة بين عدة أفعال أو المرور من فعل لآخر، وتسمح بتوليد أفكار متنوعة مع الأخذ بعين الاعتبار البدائل المختلفة. فهي مهمة وضرورية للتكيف مع الوضعيات الجديدة، بحيث كلما كان الشخص لين كلما كان تكيفه أحسن مع بيئته. حيث نميز نوعين من المرونة العقلية:

المرونة الارتكاسية او التفاعلية: وهي القدرة على تغيير السلوك على حسب المغيرات الطارئة على المحيط أو الانتقال من عملية لأخرى.

المرونة التلقائية: وهي إنتاج الإجابات المتنوعة في محيط لا يتطلب بالضرورة تغيرات، كالإجابة

عن أسئلة بسيطة. (al & Claudine.M، 2015)

نلاحظ أن مسار النظام المشرف الانتباهي وحسب نموذج أبطأ أو أكثر كلفة على المستوى المعرفي، حيث بفضل الليونة الذهنية يمكن لهذا النظام كف مخططات يعرف كعنصر مهم لضمان غير ملائمة للرد على وضعية ما، أي النظام المشرف الانتباهي الليونة السلوك. عرف الليونة الذهنية كوظيفة من بين ثلاث وظائف نوعية، حيث حددها كوظيفة معرفية تسمح بنقل الارادي للانتباه من مثير لآخر.

الفصل الأول: الوظائف التنفيذية

وبالتالي عرف المرونة العقلية كوظيفة لا يمكن فصلها عن المراقبة الكفية، إذن الليونة الذهنية تسمح بقطع آني لمهمة ما لتنفيذ آخر حسب الوضعية والأولوية، على سبيل المثال التوقف عن الطبخ للرد عن الهاتف، وتسمح كذلك بتغيير الاستراتيجية حسب متغيرات البيئة مثل تغيير مسار رحلة إذا كان هناك أشغال على الطريق.

4.2. وظيفة التخطيط:

حسب تنستال Tunstall يشمل التخطيط التمثيلات الذهنية والتنفيذ العملي للأفعال التي تسعى لبلوغ هدف مستقبلي، وتبين التعريفات الحالية على أن التخطيط يتطلب تنسيق مختلف السيرورات المعرفية والتحفيزية المترابطة. وفي ها الصدد بين لنا ترانل Tranel أن التخطيط يتطلب قدرات باطنية تشمل تقدير دقيق لـ (أين هو الشيء؟)، (أين لا بد أن يكون الشيء؟) (ما هي الإستراتيجية الأنجح لتحريكه من هنا إلى هناك) فيشمل التخطيط القدرة على التفكير في المستقبل واستحضار مختلف الإجابات الممكنة. (Tunstall.R & al, 2003)

قام الباحث Wilensky في عام 1983 بإبراز الطبيعة الدينامية للتخطيط ويشير إلى أن التخطيط يتغير باستمرار على ضوء التغذية الرجعية والمعلومات الجديدة بالإضافة إلى أنه لا يمكن إنشاء خطة كاملة قبل التنفيذ وهذا الرجوع (feedback) لكون هذه المهمة مجهدة جدا أو تستغرق وقتا طويلا، وعلى هذا الأساس تتطور الخطة كلما نمت المهمة. (Wilensky.H.L, 1983)

مراحل التخطيط:

يشير تنستال (Tunstall.R & al, 2003) على ان عملية التخطيط التي تتم قبل الانجاز بمصطلح " ما قبل التخطيط (pre- planning) وهذا وفقا لاصطلاح ستاس وبنسن (Benson &Stuss) في عام (1986)، أما التخطيط الذي يتم خلال الانجاز يشار إليه بمصطلح " التخطيط الآني (planning) تبعا لهايس روث وفيليبس وزملاءه في عام 1979.

العلاقة بين التخطيط وحل المشكلات:

تبرز تستال Tunstall الحد الفاصل بين التخطيط وحل المشكلات قائلة أنه بالرغم من صعوبة التمييز بين التخطيط وحل المشكلات في العديد من المواقف (فالاثان يسعيان لإنشاء سلسلة من الأفعال قصد حل مشكل ما)، إلا أنه غالبا ما يعتبر التخطيط مصطلح محصور المعنى ويقتصر على الأحداث التي ستحدث في المستقبل بينما قد يتعلق حل المشكلات بأحداث الماضي، الحاضر أو المستقبل، بالإضافة إلى أن التخطيط يطرح السؤال التالي (كيف يمكن أن يحدث الشيء؟) بينما تطرح عملية حل المشكلات تساؤلات أخرى منها (لماذا يحدث شيء؟) لكن بالرغم من كل هذه التمايزات، هناك تداخل بين هذين المصطلحين ومعظم أبحاث حل المشكلات لها صلة وثيقة بالتخطيط.

3. أهمية الوظيفة التنفيذية:

تتكون الوظائف التنفيذية من القدرات التي تمكن الفرد من الانخراط في سلوك مستقبل عرضي يخدم الذات بنجاح، وما دامت هذه الوظائف سلمية فيمكن للمفرد أن يصمد في حالة ما أن يفقد عددا من الوظائف المعرفية الأخرى ويمكنه الاحتفاظ باستقلالية ونتاجيته البناءة، ولكن إذا أصيبت الوظائف التنفيذية بالخلل فانه يعجز عن رعاية ذاته بصورة مقبولة أو يعجز عن أداء أعمال مفيدة من تلقاء نفسه أو أن يحتفظ بعلاقات اجتماعية عادية بصرف النظر عن مدى سلامة قدراته المعرفية. وغالبا ما يتضمن الخلل في الوظائف المعرفية مجالات معينة محددة، بينما يكون الخلل في الوظائف التنفيذية عاما يؤثر في كل جوانب السلوك.

فهذه الوظائف تشمل عمليات مختلفة مثل اختيار الهدف والتخطيط والمراقبة والتعاقب وعمليات أخرى تسمح للمفرد بفرض التنظيم والتخطيط على بيئته. وعلى هذا الاساس عندما يواجه الفرد مهمة جديدة للمرة الاولى يقوم بالتحليل المبدئي لها كخطوة أولى وذلك للتعرف على الاهداف الاساسية والفرعية التي يجب انجازها. بعد ذلك يتم ترتيب هذه الاهداف في مدرج لتكوين خطة استراتيجية للأداء بغرض كف أي استجابة

الفصل الأول: الوظائف التنفيذية

اليه غير مناسبة للأفكار والافعال، كما يجب تقييم الاداء للسماح بالقيام باي تعديلات في الخطط الموضوعة مع مراجعة ترتيب الاهداف عند الضرورة، وتعتمد هذه الجوانب المختلفة للوظيفة التنفيذية على بعضها البعض بشكل متداخل وعليه يقلل التخطيط الاستراتيجي الجيد من فعالية التداخل المشوش. وبالتالي تساعد هذه الوظائف الفرد على اكتساب المرونة المطلوبة للأداء وذلك من خلال كف التمثيلات غير ملائمة واستبدالها بالملائمة منها في ظل التغيرات المختلفة التي قد تطرأ على الظروف المحيطة به، وفي ظل نتائج السلوك الذي يقوم به.

تعمل الوظيفة التنفيذية كضابط عام وجهاز تنظيمي كما أنها تعتبر مسؤولة عن التحكم المعرفي وتنظيم السلوك والافكار وذلك لبدا ومراقبة وانهاء نشاط ما. وأحد خواصها المنطقية أنها قادرة على كف واستبدال الاستجابة الآلية والمعتادة بأخرى مناسبة للمهمة وان يكون الفرد على وعي بهذا النشاط لذلك فهي مهمة في نشاطات الحياة اليومية.

تسمح هذه الوظيفة بمقارنة الاهداف والحصول على نتائج وذلك من خلال أساليب المراقبة الذاتية للنشاط المعقد الموجه نحو الهدف وعليه تتوفر لدى الفرد قدرة من الضبط التنفيذي الذي يسمح له بتقييم نتائج النشاطات الحالية وذلك حتى يكون للتنظيم الفعال تأثيره. كما يسمح هذا الضبط بالتعامل مع المهام الجديدة التي تتطلب منا تشكيل الهدف والتخطيط والاختبار من بين بدائل مختلفة لسلسلة من السلوك للوصول للهدف. تساهم هذه الوظيفة في اكساب الفرد مرونة في الاداء، وذلك من خلال منع الاستجابة غير مناسبة للسياق كذلك تكمن أهميتها في مراقبة الاداء وذلك لتحديد وتصحيح الاخطاء وتغيير الخطط الغير ناجحة اذ تعتبر هذه الوظائف مسؤولة عن التحكم المعرفي وتنظيم السلوك والافكار. (عبد الودود، 2016)

4. خصائص الوظيفة التنفيذية:

في محاولة جديدة لمعرفة خصائص الجهاز التنفيذي قام رابي 1997 rabbit باستنتاج عدة خصائص تتدخل عادة في العمليات التنفيذية و هي:

الخاصية الاولى: هي الحداثة فالمراقبة التنفيذية ضرورية للقيام بمهام جديدة التي تستلزم تكوين الهدف. ثم التخطيط واختيار مختلف السلوكيات اللازمة لموصول للهدف، وبعدها مقارنة الاستراتيجيات من حيث احتمال نجاحها وفعاليتها في استكمال الهدف، ثم مراقبة الخطة المنتقاة والاشراف عليها لغاية تنفيذها النهائي.

الخاصية الثانية: تقوم على وجود مراقبة تنفيذية تتدخل في البحث الحر (الشعوري) للمعلومات في الذاكرة هذه الخاصية تقترح الفصل ما بيف الاسترجاع اللاتنفيذي (الايوتوماتيكي) للمعلومات في الذاكرة طويلة المدى وما بين البحث الفعال والمخطط للمعلومات. أي انها تتدخل كلها لربط الفعل بمراقبة خاصة لمنابع الانتباه لغاية المرور من أداء سلوكي ما الى اخر حسب متطلبات المحيط، من جهة اخرى المراقبة التنفيذية ضرورية لمنع انتاج اجابات غير ضرورية في مجال ما، كما تعتبر ضرورية أيضا للتنسيق بين مهمتين من خلال تنفيذهما التلقائي وتعمل على التعرف وتصحيح الاخطاء.

تشارك المراقبة التنفيذية في الانتباه من خلال مراقبته لمراحل طويلة ما يسمح بمراقبة سير عدة مراحل متسلسلة من السلوك. بالاضافة الى ان المسارات التنفيذية وعلى عكس السلوك الغير تنفيذي قابلة للاكتشاف من قبل الوعي. (جعفر شريق، 2010)

5. اضطراب الوظائف التنفيذية:

اضطراب الانتباه: ويعرف على انه عدم قدرة الفرد على الانتباه واستمرار والاحتفاظ به لمدة طويلة، ويعتبر الاضطراب في الانتباه هو أساس الإفراط الحركي. كما يعرف على انه اضطراباً معرفياً لأن عملية الانتباه تقوم بتفعيل السيرورات المعرفية باعتبارها أرقى العمليات العقلية.

اضطراب الكف: يعرف على انه اضطراب للنظام الجبهي في تعديل الاستجابات السلوكية الذي يؤدي إلى حالة من النشوة، الأرق والنشاط بلا هدف. وهو أيضا تحرير غير ارادي لسلوكيات كف، ويصبح الفرد مندفع وشارد الذهن، لا يراقب حركاته ويمس كل شيء أو يقاطع الآخرين أثناء الحديث كما يعرف بالإسهال الكلامي (logorrhée). (Rabinovic.G & al, 2015)

اضطراب التخطيط: هو اضطراب أو فقدان القدرة على معرفة التصرف السليم تجاه فعل مسطر، يظهر في شكل عجز في تنفيذ وتنظيم متسلسل لعدة أفعال تقود إلى تحقيق هدف معين أو يظهر على شكل تكراري آلي ومستمر لحركة ما رغم زوال ما يسببها.

اضطراب المرونة العقلية: هي عدم القدرة على تغيير فكرة سابقة أو الأخذ بعين الاعتبار التغيرات الجديدة الطارئة على الموقف، مما يستدعي التكيف مع الواقع الحالي، حيث يمكن أن تظهر الاضطرابات على شكل جمود فكري أو الاستمرارية. (le Chevalier 2008)

6. دور الوظائف التنفيذية في معالجة المعلومات:

تعتبر الوظائف التنفيذية واحد من بين أكبر وظائف المخ العليا والتي تسمح بمعالجة وتنظيم والحصول على معلومات من شأنها التأثير على السلوك لاحقاً، بحيث تشارك في مجموعة معقدة من عمليات معالجة المعلومات وبذلك تشكل عمليات رفيعة من المستوى العقلي الذي يسمح بالسيطرة وتعديل ما يقرب جميع عملياتنا النفسية على أساس تمثيل الإدراك الحسي والمفاهيم والحركة. ويشار الى الوظائف

الفصل الأول: الوظائف التنفيذية

التنفيذية من خلال مساهمتها في تنفيذ مهمة او العمل من خلال وقف او استمرار او الانتقال من نشاط الى اخر، ويشارك في المهام التنفيذية آليات المراقبة الكفية من خلال التثبيط والمرونة الذهنية التي تسمح بتحويل والتركيز الانتباه من نشاط الى اخر. (Fortim & Rousseau, 1989)

بحيث يتم في المرحلة المبدئية المبكرة من معالجة المعلومات تحديد المعلومات ذات الصلة بالمواقف من خلال تنشيط آلية الانتقاء في حين ان المعلومة غير المجدية تتجاهل وتتبدل بشكل سلبي على مر الزمن ومن ثمة فهي لا تخضع الى معالجة معرفية لاحقة. هنا تكون اول مستويات التثبيط او سياق من سياقات الكف التي تساعد في تخفيف الضغط على مراكز المعالجة في الذاكرة العاملة والتي يتم من خلالها فهم والتعرف على مدلول المعلومات من خلال الحلقة الفنولوجية بالنسبة للمعلومات ذات الشكل اللغوي والنظام البصري الفضائي والمختص بالمعلومات البصرية حيث تحلل المعلومات المحفوظة تزامنيا بفضل الذاكرة قصيرة المدى فاذا تم التعامل معها بواسطة الذاكرة العاملة فانها تخزن في الذاكرة طويلة المدى او تمحى لذا لم يتم التعامل معها.

ويكمن دور الوظائف التنفيذية من خلال المركز التنفيذي الذي له وظيفة تنسيق عمليات الانظمة التحتية المتخصصة تيسر مرور المعلومات بين الحلقة الفنولوجية والسجل البصري الفضائي حيث يتم من خلاله انتقاء الاستراتيجية الأكثر فعالية للنشاطات، تنسيق مهمتين منجزتين بالتوازن وتغير استراتيجيات الاسترجاع من الذاكرة طويلة المدى والانتباه الانتقائي وتنشيط المعلومات في الذاكرة طويلة المدى والتخطيط وحل المشكلات والبحث في الذاكرة طويلة المدى عن المعارف المتعلقة بهذا المشكل والتأكد من الاجراء الجيد لمختلف الخطوات التي تؤدي الى الحل ويقوم من خلالها النظامين التابعين بالاحتفاظ بمعطيات العملية المنجزة.

وعندما يقوم الشخص بتحديد جميع المعطيات الموقف الراهن يعمد الى تعيين السلوك المناسب من خلال برمجة الاستجابات التي تنطوي على عمليات التنظيم والترتيب التنبؤ السيناريوهات والاحتمالات

الفصل الأول: الوظائف التنفيذية

والحلول البديلة او الاحتمالية لتكون على استعداد لعقبة تعميق تنفيذ الخطة من اجل تحقيق الاستجابة، وهي المرحلة التي يصبح الفعل الحركي ظاهر. (Baddeley, 2003)

7. النظريات المفسرة للوظائف التنفيذية:

تظهر أهمية هذا المفهوم في قدرته على تفسير استمرارية السلوك وتعميمه عبر الزمن والمظاهر والمواقف المختلفة. وأيضاً يظهر هذا الدور في فهم الاختلافات المرتبطة بتنوع أداء الفرد وبخاصة عند تحديده للمهام الجديدة. وكما ذكرنا مسبقاً فقد ظهر هذا المفهوم أيضاً على المستوى النفسي العصبي والذي ينعكس فيه تأثير وظائف الفص الجبهي في السلوكيات العليا تحت سيطرة الوظيفة التنفيذية.

وهناك عديد من النظريات التي توضح الدور الذي تؤديه الوظيفة التنفيذية فيها، والتي تمثل هذه الوظيفة مكوناً لا يستهان به في توضيح طبيعة هذه النظرية ويمكن تقسيمها إلى:

1.4. نظرية الوعي بالمعرفة:

يلاحظ الدور المركزي للوظيفة التنفيذية في تفسير السلوك وبخاصة في تعميم المهارات الجديدة المكتسبة والاستراتيجيات في ارتقاء نظرية الوعي بالمعرفة. وقد أوضح "بوركاوسكاى أنه لكي يصبح الفرد معالماً جيداً Borkowski & Muthukrishna" وموثوكرشنا للمعلومات يجب أن يكتسب المهارات التالية، والتي تتعلق في غالبيتها بالوظيفة التنفيذية، وتساعد على تعيين موقع هذا المفهوم من وجهة نظر نظرية الوعي بالمعرفة:

⇐ يعرف عدداً كبيراً من استراتيجيات التعلم.

⇐ ويفهم متى، وأين، ولماذا تعتبر هذه الاستراتيجيات مهمة.

⇐ واختبار الاستراتيجيات ومراقبتها بشكل حكيم.

⇐ وارتباط ذلك بالتزايد في وجهة النظر المرتبطة بنمو العقل وارتقائه وتطوره.

⇐ والاعتقاد في الجهود المنتشرة بشكل حذر.

الفصل الأول: الوظائف التنفيذية

← وذات دافعية جوهرية ومهمة موجّهة وأهداف محددة.

← ولا يخشى الفشل - ويدرك أن الفشل ضروري للنجاح - غير متشوق للاختبارات، لكنه يرى فيها فرصاً للتعلّم.

← ولديه صور عقلية عيانية متعددة "للذوات المحتملة"، تلك المأمولة والتي يهابها في المستقبل القريب والبعيد.

← ويعرف كثيراً عن موضوعات عديدة، ولديه مداخيل سريعة لهذه المعرفة.

← ويظهر من تاريخه مساندة الآخرين له مثل الآباء والمدارس والمجتمع بشكل عام.

2.4. نظرية معالجة المعلومات:

تفترض نظرية معالجة المعلومات أن يحدد النظام المعرفي من خلال عمليات تنفيذية توضح أي من العناصر المعرفية ستعالج، وكيف سيتم معالجتها، وأي منها يتم كلفه أو تجاهله مؤقتاً، وأي منها سيتم استبعاده تماماً.

وقد قدم كلاود شانون Claud Shanon عام 1949 نظرية تقوم على أساس تكميم المعلومات الواردة للفرد وكيف يمكن معالجتها وهي داخل الذهن. ولفهم أفضل النظرية سنقوم بتقسيمها إلى 3 مراحل: أولاً: المراحل أو استقبال وتجهيز المعلومات:

ترى نظرية معالجة المعلومات أن معالجة أي معلومة يتضمن مرورها بعدد من المراحل. فحينما يكون هناك منبه ما أمام الشخص فإنه يبقى لفترة قصيرة جداً في مخزن يسمى بمخزن الذاكرة المباشر أو الذاكرة الحسية. وسعة هذه الذاكرة تفوق بكثير سعة الذاكرة على التذكر بمعنى أن الفرد لا يستطيع تذكر كل المعلومات الموجودة في هذا المخزن، بل يتذكر فقط المعلومات التي أعطاها قدر من الانتباه والتي انتقلت بالتالي إلى مخزن الذاكرة قصيرة المدى حيث تستمر المعلومة في هذا المخزن لمدة دقيقة أو أكثر

الفصل الأول: الوظائف التنفيذية

وتحتاج المعلومات الموجودة في هذا المخزن إلى بعض المعلومات الخاصة مثل التنظيم والحفظ حتى يمكن أن تنتقل إلى مخزن الذاكرة طويلة المدى.

ثانياً: العمليات أو سرعة التجهيز والإعداد والمعالجة:

تعرف العملية بأنها الطريقة التي يتناول بها الفرد المعلومة المقدمة له. ومن هذه العمليات عملية التسجيل - التخزين - الاسترجاع وتضمن عملية التسجيل وضع المعلومة المقدمة في شكل معين بحيث يمكن لجهاز معالجة المعلومات أن يتناولها بعد ذلك. أما عملية التخزين فهي عبارة عن نقل المعلومات المسجلة وحفظها في مخزن الذاكرة بينما تعرف عملية الاسترجاع من خلال اختيار المعلومة المطلوبة وترجمتها مرة أخرى في صورة تتفق مع الاستجابة الفعلية للفرد.

ثالثاً: المستوى:

يتحدد المستوى الذي يتم من خلاله معالجة المعلومات من خلال الطريقة أو الشكل الذي تمثل فيه المعلومة داخل الذهن. وتعتبر عملية التمثيل الذهني للمعلومة عملية معقدة حيث تمر بمستويات مختلفة. تبدأ الطرق المختلفة بالتصور أو تمثيل المعلومات داخل الذهن تمثيلاً فيزيقياً لتنتهي بالتمثيل التجريدي وذلك من خلال مراحل مختلفة قد تمر بها هذه العملية الخاصة بالمعلومات نماذج لنظام تجهيز المعلومات. ان الذاكرة قصيرة المدى والذاكرة طويلة المدى تشكل المكونات الأساسية لمعظم النماذج المعاصرة لنظم تجهيز المعلومات. ويمكن توضيح تعاقب العمليات العقلية المعرفية لتجهيز ومعالجة المعلومات وفقاً للنحو التالي:

• الانتباه الانتقالي للمثيرات البيئية وهو ضروري لاكتساب المعلومات عن طريق المستقبلات، ولا

يتم ترميز كل المثيرات أو المعلومات التي تستقبل في الذاكرة الحسية.

الفصل الأول: الوظائف التنفيذية

• يتم استقبال انتقائي لفئة فقط مما يتم تلقيه عن طريق الذاكرة الحسية. فما يتم استقباله يكون مرتبطاً بالخبرات السابقة للفرد بما في ذلك مشاعره المتعلقة بمثير ومنبه معين، ويختلف الأفراد وفقاً للمرحلة العمرية في التمييز بين ما هو متعلق بموضوع ما وما هو غير متعلق بهذا الموضوع.

وتقوم عمليات الضبط أو التحكم الإجرائي في تجهيز ومعالجة المعلومات إحدى الأسس الهامة التي يقوم عليها التعلم المعرفي لتجهيز ومعالجة المعلومات حيث أن هذه العمليات هي المسؤولة عن استئارة وتوجيه الأنشطة المعرفية وتوظيفها وتوظيفاً اقتصادياً منتجاً وفعالاً. (حجازي. ح و حسن. م، 2016)

3.4. نظرية لوريا للأنظمة:

تشير نظرية لوريا للأنظمة إلى التنظيم الوظيفي للدماغ والذي يشكل الأساس في تفسير استجابات الأفراد، ويقسم الدماغ وظيفياً إلى ثلاث وحدات أساسية:

وحدة تنظيم مستوى التنشيط أو حالة استئارة القشرة المخية والتي تشمل المنطقة العليا والسفلى من جذع الدماغ والتكوين الشبكي، ومهمتها تنظيم الطاقة في القشرة الدماغية.

وحدة استقبال وتحليل ومعالجة المعلومات وتخزينها: وتشمل المناطق الجدارية والصدغية والقفوية، وتعالج وتفسر وتخزن هذه المناطق المنبهات والمعلومات الواردة من الوسائط البصرية والسمعية والحركية. وحدة برمجة وتنظيم وتنقية المعلومات: وتشمل هذه المناطق الفصوص الجبهية وما قبل الجبهية،

وتمثل الجانب التنفيذي للدماغ المسئول عن التنظيم الكلي وضبط نشاط الوعي. (ابو الديار، 2012)

تنظر هذه النظرية للدماغ على أنه يتكون من مناطق تتداخل مع بعضها بعضاً لأداء مهمة محددة، والنشاط العقلي لا ينتج عن نشاط منطقة محددة بذاتها في الدماغ، ولكنه حصيلة تكامل نشاطات عدد من المناطق الدماغية المختلفة والتي تعمل معاً في نظام وظيفي محدد، يساهم كل جزء منها بمهمة محددة في هذا النظام، لتكون الحصيلة في النهاية السلوك أو النشاط الذي يقوم به الفرد. ويعتمد نمط الأعراض التي قد يظهرها المريض على أي منطقة من مناطق الدماغ المساهمة في هذا النظام الوظيفي هي التي أصابها

الفصل الأول: الوظائف التنفيذية

الاضطراب؛ بمعنى أن الاضطراب في أداء المريض والاختلاف في طبيعة الأعراض الظاهرة عليه تختلف باختلاف المنطقة المصابة بهذا الاضطراب. (Shannon & Tollman 1999)

4.4. نظرية الإدراك - الفعل:

ان النموذج الهرمي الذي اقترحه "Foster" فوستر حيث تتدفق الموصلات من القشرة الخلفية للأمام رابطة وبنجاح مستويات عليا من المعالجات من القشرة الحسية الأولية إلى المناطق الترابطية الجدارية والصدغية، وتتحرك الموصلات القشرية - في ظل المتطلبات الحركية - من المنطقة ما قبل الجبهة عبر المناطق ما قبل الحركية والحركية الأولية.

في كل مرحلة من مراحل هذا الهرم، هناك ارتباطات داخلية بين المناطق الجبهية والخلفية. يسمح هذا التدفق من المعلومات بما نطلق عليه دائرة الإدراك - الفعل.

5.4. نموذج الذاكرة العاملة:

يقترح هذا النموذج الذي قدمه بادلي وزملاءه نظاماً تنفيذياً مركزياً ينسق ويجدول العمليات العقلية بما في ذلك المعالجة والتخزين الفوري للمعلومات ولهذا النظام مصادر محددة تتفاعل مع المكونات الخاصة بها لتوفير درجات متفاوتة من معالجة المعلومات والمصادر، وذلك لكل مكون من المكونات التي تعتمد عليها المهمة. ومن هذه المكونات مجموعة الأنظمة الطرفية والتي تشمل نظام حلقة النطق المتخصصة، والمسؤولة عن إعادة استخدام معلومات تم ترميزها بشكل لفظي في ظل متطلبات بصرية مكانية. وهناك أيضاً النظام البصري المكاني والذي يعتمد على الصور العقلية البصرية المكانية.

6.4. نموذج المراقبة الانتباهي:

يربط بادلي نموده بنموذج " نورمان وشاليس الانتباهي الخاص بالتحكم، والذي يفترض أن غالبية الأفعال المستمرة يتم التحكم فيها بواسطة سلوك روتيني قائم بالفعل، ويمكن كف هذا السلوك أو المخططات أو التسبب في حدوثه والتحكم فيه من خلال أحداث بيئية. وعندما تصبح هذه المخططات غير كافية لتوليد

الفصل الأول: الوظائف التنفيذية

نشاط مناسب يتدخل عندئذ نظام أعلى في مستواه يطلق عليه نظام المراقبة الانتباهي، ويشمل التوافق مع الظروف الجديدة أو نشاط المشكلات.

7.4. نموذج اختيار الهدف وإهمال الهدف:

أشار دنكان وآخرون 1996 إلى أن الوظيفة الأساسية للفص ما قبل الجبهي تشمل التحكيم في الفعل من خلال النتائج المرجوة منه، وملاحظة أن اضطراب التنظيم المعرفي والأدائي لهذا الفحص ناتج عن خلل الفحص الجبهي. ويشير هذا النموذج للدور المركزي لهذا الفص في عمليات صياغة الهدف، واختيار الفعل، ومراقبة الأداء، وذلك من خلال مراجعة تقارير المرضى المصابين بخلل في هذا الفص. ويفترض هذا النموذج أن الفعل والسلوك موجه بقوائم الهدف، بالإضافة إلى سلسلة من متطلبات المهام التي يجب إكمالها لإنجاز الهدف المرغوب وتمثل العمليات ومكونات السلوك خريطة يهتدي بها الفرد لإنجاز الهدف المرغوب.

8.4. نموذج المعرفة التنفيذية:

وصف جرافمان 1995 Grafman التمثيل العصبي للمعلومات أو الرموز على أنها المحددات الأساسية للفص ما قبل الجبهي. وتبعاً لهذا النموذج يتم التحكم في المعارف العليا بواسطة محددات معلوماتية متدرجة التنظيم في هذا الفص. وتمثل وحدة المعلومة الأساسية في هذا النظام مجموعة من الأحداث، والأفعال، أو الأفكار المرتبطة مع بعضها بشكل تعاقبي.

استخدمت البحوث القائمة على هذا النموذج مهمة مولدة للأداء. يقوم فيها المشاركون بتوليد سلسلة من الأفعال والسلوكيات تصف حدث جديد أو موقف مألوف، ويقوموا ببناء تعاقب منطقي ومتسق لهذا الفعل أو السلوك وذلك من خلال قائمة أفعال تقدم لهم. على الرغم من اختلاف هذا النموذج عن غيره في وصفه التفصيلي لمحتواه الخاص بالعمليات التنفيذية، إلا أنه يفتقد تفصيلات مماثلة لأسلوب المعالجات.

(Richland 2004)

الخلاصة:

تعد الوظائف التنفيذية من بين القدرات المعرفية المهمة والاساسية في حياة الفرد، اذ تمكنه بالعيش بطريقة مستقلة ومستقرة واضطرابها يعنى اختلال الحياة اليومية للفرد. لدى يعاني مرضى الفصام من اضطراب الحياة اليومية وكذا عدم قدرتهم القيام بالنشاطات اليومية، اذ العمل على تنشيط المعرفة عند الفصامين يعتبر من بين المراحل الاساسية في العلاج النفسي والتاهيل النفسي.

اتضح لنا من خلال ما سبق ان مصطلح الوظيفة التنفيذية يمثل مجموعة من القدرات المعرفية التي تتحكم في القدرات والسلوكيات الأخرى وتنظمها، وتعتبر الوظائف التنفيذية ضرورية للسلوك الموجه نحو هدف معين، وهي تشمل القدرة على بدء وإيقاف الإجراءات، ومراقبة السلوك وتغييره حسب الحاجة، وتخطيط السلوك المستقبلي عند مواجهة المهام والمواقف الجديدة.

أظهرت العديد من الدراسات الروابط بين العجز المعرفي لمرضى الفصام وأدائهم النفسي والاجتماعي. يتدخل التأثير العجز المعرفي بنفس الطريقة التي يتدخل بها سن ظهور المرض ونوعية الدعم النفسي والاجتماعي والتحالف العلاجي. تتأثر المهارات النفسية والاجتماعية والقدرة على حل مشاكل الحياة اليومية ونوعية الحياة والوعي بالمرض لدى المصاب بالفصام وعندما يكون العجز المعرفي كبيراً.

كما تبين من خلال ما سبق أن تأثير العجز المعرفي على الأداء العام كان أكبر من تأثير الأعراض

السلبية لمرض الفصام.

الفصل الثاني: المهارات الاجتماعية.

1. تعريف المهارات الاجتماعية.
2. مفهوم المهارات الاجتماعية.
3. خصائص المهارات الاجتماعية.
4. علاقة المهارات الاجتماعية ببعض المفاهيم الأخرى.
5. النظريات المفسرة للمهارات الاجتماعية.
6. العوامل المؤثرة في اكتساب المهارات الاجتماعية.
7. قياس المهارات الاجتماعية.

ان المهارات الاجتماعية تعتبر كأحد الموضوعات التي حظيت باهتمام ملحوظ في الآونة الأخيرة وخاصة فيما يخص باعادة الاندماج الاجتماعي لمرضى الذهان او الافراد الذين تم عزلهم لمدة طويلة من المجتمع مثلا السجناء. ويتفق معظم الباحثين على أن مهارات الإرسال و الاستقبال للمعلومات تمثل مهارات اجتماعية أساسية (Riggio,1986).

ويعرف بلاك وهيرسن (Bellack Hersen,1979) المهارة الاجتماعية بأنها قدرة الفرد على التعبير عن مشاعره الإيجابية والسلبية في التفاعل البيئشخصي، فالشخص ذو المهارة الاجتماعية، هو الذي يظهر عملياً أنه يتحدث بصوت مرتفع ويستجيب بسرعة أكثر من الآخرين، كما أن استجاباته تأتي طويلة ويظهر مشاعراً وجدانية أكثر كما تجده أقل إذعناً، يحرص على الدخول في علاقات ومحادثات متبادلة، ويظهر انفتاحاً ذهنياً في تعبيراته.

أما ريجيو (Riggio,1986) فيرى أن المهارة الاجتماعية تتمثل في قدرة الفرد على التعبير الانفعالي والاجتماعي واستقبال الانفعالات الآخرين وتأويلها مع الوعي بالقواعد والأعراف المستترة وراء أشكال التفاعل الاجتماعي ومهارته في ضبط وتنظيم تعبيراته غير اللفظية وقدرته على لعب الدور وتقديم الذات بالصورة المناسبة في المواقف الاجتماعية. كما أن الخطيب (1993) يرى أن المهارات الاجتماعية عبارة عن أنماط سلوكية توفر للفرد فرصة التفاعل الاجتماعي مع الآخرين بالطرق اللفظية وغير اللفظية.

لقد طور ريجيو (1986) إطاراً عاماً لعدد من الأبعاد الأساسية للمهارات الاجتماعية هي:

- التعبير الانفعالي والذي يتضمن مهارة الاتصال بالمشاعر والاتجاهات.
- التعبير الاجتماعي والذي يتضمن مهارة التعبير اللفظي كالطلاقة اللفظية وبدء المحادثات.
- الضبط الانفعالي وتتضمن القدرة على تنظيم المظاهر غير اللفظية.

الفصل الثاني: المهارات الاجتماعية

- الضبط الاجتماعي والذي يتضمن القدرة على تنظيم السلوك ولعب الأدوار الاجتماعية.
 - مهارة الحساسية الانفعالية وتتضمن قراءة لانفعالات الآخرين.
 - الحساسية الاجتماعية والتي تتضمن وعياً بقواعد السلوك الاجتماعي وآدابه.
 - المراوغة الاجتماعية وتتضمن مهارة إحداث تغييرات في عناصر الموقف التفاعلي للحصول على نتائج مقبولة. هذه المهارات الأساسية ينظر لها في إطار مهارات الاستقبال والإرسال والتحكم في عملية الاتصال الاجتماعي والبيشخصي وذلك خلال مجالين هما: المجال الانفعالي أو النطاق غير اللفظي، والمجال الاجتماعي أو النطاق اللفظي.
- وفي هذا الإطار فإن بلاك وزملاؤه (1990) يرون أن الأساليب والإجراءات العيادية المستخدمة في التدريب على اكتساب المهارات الاجتماعية مبنية على منطق أن التفاعل الاجتماعي المؤثر يعتمد على استخدام خليط من العناصر السلوكية كالاتصال البصري والصوت الجهوري والمضمون اللفظي.
- إن كلمة /اجتماعي تعني كل ما يتعلق بالعلاقات المتبادلة بين الأفراد أو الجماعات ويمكن تمييز مصطلح اجتماعي عن مصطلح ثقافي في أن الأول يتعلق بالعلاقة بين الأشخاص، بينما الثاني يتصل بالمعتقدات، ومستويات السلوك والقيمة والمعرفة وباقي نواحي الثقافة (بدوي.أ.ز، 1982) حيث تصبح المهارة اجتماعية عندما يتفاعل فرد مع فرد آخر ويقوم بنشاط اجتماعي يتطلب منه مهارات ليوائم بين ما يقوم به الفرد الآخر وبين ما يفعله هو، ويتضح مسار نشاطه ليحقق بذلك هذه المواءمة (السمادوني.إ، 1991) كما يعرف (Gesten.E, 1987) المهارات الاجتماعية بأنها نماذج محددة من السلوك المتعلم والخاضع للملاحظة يستطيع الفرد بواسطتها التأثير على الآخرين والحصول على حاجاته.

الفصل الثاني: المهارات الاجتماعية

وتعد المهارات الاجتماعية حجر الأساس في النمو الاجتماعي الإيجابي، وهي من الأمور الهامة التي تنتبأ بمدى نجاح الفرد في حياته المستقبلية، وقد حظي هذا المصطلح بدرجة كبيرة من الاهتمام من قبل علماء النفس والدارسين نظراً لأهميته البالغة في نمو الشخصية (عبد الخالق.م، 2008)

وترى ويندي Wendy 1999 أن المهارات الاجتماعية تعني إجادة مهارات تسهل وتيسر التفاعل الاجتماعي، وفهم عواطف الفرد وعواطف الآخرين و ادراكها ومعرفة المفاهيم الدقيقة للموقف لنتمكن من التفسير الصحيح للسلوكيات الاجتماعية والاستجابات الملائمة لها، وفهم الأحداث الشخصية والتنبؤ بها. ولكي تتحقق المهارات الاجتماعية لدى الأفراد يجب أن يكون لديهم قدرة على تحقيق التقبل الاجتماعي، حيث يؤكد (عبد الخالق.م، 2008) أن المهارات الاجتماعية هي العنصر المكون والفعال وبدون المهارات الاجتماعية يصبح الفرد غير كفء اجتماعياً، كما يعاني من العديد من المشكلات والاضطرابات النفسية.

ويؤكد حبيب 2003 على أن مرتفعي المهارات الاجتماعية أكثر قدرة على مواجهة المواقف الاجتماعية، والمشاركة في الأنشطة الاجتماعية، وانفتاحاً مع الآخرين أكثر من الأفراد منخفضي الكفاءة الاجتماعية. أما الأفراد الذي يعانون الشعور بالنقص وعدم الكفاءة، فيقللون من شأن أنفسهم ولا يستطيعون مقاومة القلق الناجم عن أحداث الحياة اليومية وضغوطها، ويبحثون باستمرار عن المساعدات النفسية، ويتميز مرتفعو المهارات الاجتماعية بالمعرفة، والرغبة، ولديهم أنشطة جيدة قابلة للتكيف، وفتنة اجتماعية. وقد أشارت العديد من الدراسات ومنها (طريف.ش.م.ف، 2003) إلى أهمية التدريب على المهارات الاجتماعية التي تساعد الفرد على تنمية قدراته في إقامة العلاقات والتفاعلات الاجتماعية الناجحة والتي تمكنه من الاندماج مع جماعة الأقران في طمأنينة وألفة، وكذلك تجنبه نشوء الصراعات بينه وبين المحيطين

الفصل الثاني: المهارات الاجتماعية

به والتخلص من المأزق بكفاءة وتحسن من شعوره بفاعليته الذاتية وتنمي من ثقته بنفسه بما ينعكس بالإيجاب على أداء مهمته الرئيسية وهي عملية التعليم وبالتالي تحقيق أفضل لأهداف التعلم.

هدفت دراسة (كروم، م، 2017) الى الكشف عن البنية العاملية لاختبار المهارات الاجتماعية الذي أعده رونالد ريجيو Ronald Riggio لدى عينة من الطلبة الجزائريين، وكذا الاستدلال بالعلاقة بين عوامل هذه البنية وعوامل كاتل للشخصية لتدعيم الصدق التلازمي وأيضاً استخراج معايير محلية مناسبة للاختبار . وأخيراً التعرف على دلالة الفروق بين الجنسين في المهارات الاجتماعية. تكونت عينة البحث من 554 فرداً، وأوضحت النتائج أن البناء العاملي لاختبار المهارات الاجتماعية باستخدام التحليل العاملي الاستكشافي يتضمن عشرة عوامل تختلف عن المكونات الستة التي أسس عليها ريجيو نموذجاً للمهارات الاجتماعية . وهذه العوامل تمثل أبعاداً جديدة للاختبار، وهي: مهارات الاختلاط والمشاركة الاجتماعية، مهارات المبادأة بالتفاعل، مهارات المحادثة، المهارات القيادية، مهارات التعبير عن المشاعر والانفعالات، مهارات الحساسية الاجتماعية، مهارات المراقبة الاجتماعية، مهارات التعاطف والارتياح الاجتماعي، مهارات الضبط الاجتماعي والانفعالي ومهارات التكيف مع المواقف الاجتماعية.

أشارت النتائج أيضاً إلى أن هذه العوامل تتصف بمعاملات صدق وثبات جيدة، كما أنها ترتبط ارتباطاً وثيقاً بعوامل اختبار كاتل للشخصية وهذه النتائج تدعم الصدق البنائي للاختبار. وقد تم على اثر هذه النتائج وضع معايير محلية مناسبة، يمكن استخدامها للمقارنة أو التصنيف بحسب الهدف من الاستخدام.

1. تعريف المهارات الاجتماعية:

تعرف المهارات الاجتماعية، بجملة الاستعدادات النفسية والذهنية التي يستخدمها الفرد للاستجابة في المواقف الاجتماعية، وتسمح له أن يسلك سلوكاً مقبولاً اجتماعياً ويقصد به في الدراسة الحالية، قدرة الفرد على الاختلاط بالآخرين والتعامل معهم بشكل لفظي أو غير لفظي على نحو يساعده على التعرف عليهم ومشاركتهم الحديث وإظهار التعاطف معهم. تتكون المهارات الاجتماعية من مجموعة من السلوكيات التي تسمح باندماج الفرد في بيئته والعيش بكل رفاهية، وعليه تتكون تلك المهارات من:

مهارات الاختلاط والمشاركة الاجتماعية: هي قدرة الفرد على الاختلاط والتفاعل مع الآخرين والتعامل معهم والاستمتاع بالمشاركة في التجمعات والأنشطة الاجتماعية.

مهارات المبادرة بالتفاعل: هي قدرة الفرد على المبادرة بالمشاركة في التفاعل والبحث عن التعارف قصد تكوين علاقات اجتماعية جديدة.

مهارات المحادثة: هي قدرة الفرد على المحادثة والاستمرار فيها وإدائها دون مشاكل.

المهارات القيادية: هي قدرة الفرد على لعب الدور القيادي للمجموعة.

مهارات التعبير عن المشاعر والانفعالات: هي قدرة الفرد على التعبير عن المشاعر الحقيقية أو عكسها كاستجابة تفاعلية.

مهارات الحساسية الاجتماعية: هي قدرة الفرد على قراءة التلميحات الاجتماعية أثناء التفاعل الاجتماعي والدقة في فهم وتفسير السلوك الصادر عن الآخرين والحكم عليه وفقاً لطبيعة الموقف أو السياق الذي صدر فيه.

الفصل الثاني: المهارات الاجتماعية

مهارات المراقبة الاجتماعية: هي قدرة الفرد على ملاحظة سلوك الآخرين وإمكانية التنبؤ به في أي

موقف اجتماعي تفاعلي.

مهارات التعاطف والارتياح الاجتماعي: هي قدرة الفرد على التفهم وإبداء الاهتمام بمشاعر الآخرين

والإحساس بالارتياح المتبادل معهم.

مهارات الضبط الاجتماعي والانفعالي: هي قدرة الفرد على التحكم بصورة مرنة في سلوكياته والسيطرة

على انفعالاته بما يضمن إصدار الاستجابة المقبولة اجتماعيا أو تعديلها بما يتناسب مع أي موقف

اجتماعي.

مهارات التكيف مع المواقف الاجتماعية: هي قدرة الفرد على التكيف والانسجام في أي موقف

تفاعلي، والذي يجعله أكثر مرونة في تعامله مع الآخرين. (كروم، م، 2017)

2. مفهوم المهارات الاجتماعية:

يهدف مفهوم المهارات الاجتماعية لتحديد المعنى الدقيق للمصطلح وتطبيقاته. بحيث لا يوجد اتفاق

على تعريف موحد للمهارات الاجتماعية يمكن الاعتماد عليه أو قبوله بشكل تام، ولا يوجد اتفاق حتى على

اسم موحد لهذا المفهوم، فقد تناوله الباحثون تحت عناوين ومسميات مختلفة، مثل مهارات التخاطب،

مهارات الأداء، مهارات العلاقات الشخصية مع الآخرين، مهارات السلوك التوكيدي أو الكفاءة الاجتماعية

(خليفة، ع.ل، 2006)

لأن مفهوم " المهارة " ليس له مجال محدد بل يشمل العديد من الجوانب والمجالات كعلم النفس، علم

الاجتماع التربية والتعليم ويتداخل مع عدد كبير من المفاهيم مثل: الشخصية، الذكاء، والقدرات... هذا

التداخل يطرح مشكلة في إعطاء تعريف موحد للمهارات الاجتماعية، وكل باحث يعطي تعريفا من خلال

الفصل الثاني: المهارات الاجتماعية

زاوية اهتمامه. فإذا نظرنا إلى مفهوم المهارات الاجتماعية من منظور عام، فإنه ينطوي على مفهومين أساسيين، هما: مفهوم " المهارة " وصفة " الاجتماعية".

يرجع مصطلح " المهارة:" لغة إلى الفعل مهر أي حذق، والاسم منه" ماهر "أي حاذق وبارع، ويقال فلان " مهر في العلم " أي كان حاذقا وعالما به متقنا له

أما اصطلاحا فقد ورد في معجم مصطلحات علم النفس 1998 أن المهارة هي " قدرة عند الفرد تجعله يتصرف بحسن التصرف في عمله وبالحدق في القيام بمهام معينة . " وهي تعني أيضا الكفاءة والجودة في الأداء، من جهة أخرى تشير كلمة " اجتماعي " إلى كل ما يتعلق بالعلاقات المتبادلة بين الأفراد أو الجماعات، والمهارة تصبح اجتماعية عندما يتفاعل فرد مع فرد آخر ويقوم بنشاط اجتماعي يتطلب منه مهارات ليوائم بين ما يقوم به وبين ما يفعله الفرد الآخر. (طريف.ش.م.ف، 2003)

1.2. مفهوم المهارات الاجتماعية من منظور السلوكية:

ركز الباحثون في هذا التوجه على الطابع السلوكي الاجتماعي للمهارات الاجتماعية، خاصة مع انتشار المدرسة السلوكية في السبعينيات. يرى أصحاب هذا الاتجاه أن المهارات الاجتماعية عبارة عن نماذج سلوكية اجتماعية يمكن ملاحظتها. فقد عرفها جستين (Gesten.E، 1987) بأنها نماذج محددة من السلوك المتعلم والخاضع للملاحظة يستطيع الفرد بواسطتها التأثير على الآخرين والحصول على حاجاته.

وعرفها كيلي (Kelly.J، 1982) بأنها سلوكيات متعلمة يسهل التعرف عليها ويستخدمها الأفراد في المواقف البين-شخصية للحصول أو للحفاظ على تعزيز من بيئاتهم. من جانب آخر يرى كل من بيلاك وهيرسن أنها مجموعة من الأنماط المتعلمة يقوم الفرد من خلالها باستجابات معينة وتجنب استجابات أخرى، عموما يركز أصحاب هذا الاتجاه في التعريف على الجوانب السلوكيات المقبولة اجتماعيا، ويرون

الفصل الثاني: المهارات الاجتماعية

أنها استجابات متعلمة، فالفرد منذ طفولته تنمو لديه أساليب انشاء العلاقات الاجتماعية ويتعلم التفاعل الاجتماعي.

2.2. مفهوم المهارات الاجتماعية من منظور المعرفية:

كان لظهور الاتجاه المعرفي مع بداية الثمانينيات الأثر البالغ في وصف وتفسير الكثير من السلوك الإنساني، فقد نادى الباحثون ذوي هذا التوجه من أمثال لاد Ladd، ومايزس Mizes، فيرهام Furnham، وغيرهم بضرورة الاهتمام بالجانب المعرفي بنفس درجة الاهتمام بالطرح السلوكي، وحثهم في ذلك أن العمليات المعرفية متضمنة في السلوك الاجتماعي وأنها جزء لا يتجزأ منه، كما أن "المهارة" تتطلب معرفة قبل تمثلها، وبذلك تتضمن تعاريف هذا الاتجاه في مضامينها المتغيرات ذات الطابع المعرفي كالفهم، الإدراك الاجتماعي، المعالجة والتفسير.

يعرف هوب ومندل Hope & Mendell المهارات الاجتماعية بأنها قدرة الفرد على يتفاعل مع الآخرين بسلاسة وفعالية تجعل الآخرين يشعرون معه بالارتياح. ويعرفها Spitzberg 2002 سبيتزبرج بقدرة الفرد على إدارة التفاعل بينه وبين الآخرين. يعرفها الغزاوي بأنها قدرة الانسان على القيام بأنشطة تستند أساسا على قاعدة معرفية صلبة تدعمها الخبرة والاستعدادات الخاصة.

3.2. مفهوم المهارات الاجتماعية من منظور تكاملي:

برز جدل كبير فيما يتعلق بإضافة الوسيط المعرفي لمفهوم المهارات الاجتماعية إذ انتقد الكثير من الباحثين التركيز على الوظائف والعمليات المعرفية على حساب الجانب الاجتماعي، كما أن إدراج المتغيرات المعرفية في تعريف المهارات الاجتماعية لا يزيده إلا غموضا وعلى هذا الأساس ظهرت تعريفات أخرى ركزت على الطابع التكاملي باعتبار المهارات الاجتماعية عملية تفاعلية بين الجوانب السلوكية اللفظية وغير اللفظية والجوانب المعرفية والانفعالية والوجدانية في سياق التفاعل الاجتماعي.

الفصل الثاني: المهارات الاجتماعية

فقد عرفها لاد ومايزس Ladd & Mizes 1983 باعتبارها قدرة الفرد على تنظيم المكونات والعناصر السلوكية ودمجها في سياق فعل يوجه نحو الأهداف الاجتماعية بأساليب تتسق مع المعايير الاجتماعية (خليفة.ع.ل، 2006)، بينما يرى أرجيل Argyr بأنها أنماط من السلوك الاجتماعي التي تتضمن مجموعة أو سلسلة من الميكانيزمات الإدراكية والحسية والمعرفية والحركية.

وعرفها فيرهام Furnham بأنها عبارة عن سلسلة من السلوكيات التي تبدأ بالإدراك الدقيق للمهارة في العلاقات الشخصية، وتتحرك نحو المعالجة المرنة لتوليد الاستجابات المحتملة البديلة وتقويمها ثم إصدار البديل المناسب (طريف.ش.م.ف، 2003). كما يمكن اعتبارها كنسق من المبادئ والتركيبات والمعرفة والسلوك الاجتماعي المتكامل الذي يظهر من خلال الأعمال والأنشطة.

يعد تعريف ريجيو Riggio.E الأكثر شمولاً ودقة، والذي يرى أن المهارات الاجتماعية تنقسم إلى

ثلاثة أقسام هي:

- مهارات الإرسال أو ما يعرف بالتعبيرية وتشير إلى المهارة التي يتصل بها الأفراد معاً.
- مهارات الاستقبال أو ما يعرف بالحساسية وتعبر عن المهارة التي تفسر بها رسائل التواصل مع الآخرين.
- مهارات التحكم والضبط وتعبر عن المهارة التي تسمح للأفراد بتنظيم عملية التواصل في

المواقف الاجتماعية. (السمادوني.إ، 1991).

ومن ذلك فهو يعرف المهارات الاجتماعية بأنها قدرة الفرد على التعبير الانفعالي والاجتماعي واستقبال إنفعالات الآخرين وتفسيرها، والوعي بقواعد وأعراف أشكال التفاعل الاجتماعي، ومهارته في ضبط وتنظيم تعبيراته غير اللفظية وقدرته على لعب الدور وتقديم الذات بالصورة المناسبة في المواقف الاجتماعية.

(خليفة.ع.ل، 2006)

3. خصائص المهارات الاجتماعية:

يمكن تلخيص اهم الخصائص للمهارات الاجتماعية من خلال ما سبق، فهي تكتسب من خلال التعلم، وتتضمن التواصل لفظي كاللغة والتواصل الغير اللفظي كالتواصل البصري والاماءات وتعبيرات الوجه وما الى ذلك، بحيث كلما كان الفرد قادر على تعبير عن مشاعره وافكاره كلما كان يتمتع بقدرة التحمل وجدل نفسي، ذلك يحمي الفرد من الاصابات بالمرض النفسي والعقلي. ان المهارات الاجتماعية تتميز بالتفاعلية الاجتماعية وتستلزم استجابات فعالة ومناسبة للموقف، وهي تتأثر بخصائص الأفراد الموجودين في الموقف الاجتماعي كالعمر، النوع والمكانة. كلما كان الفرد اجتماعيا كلما زاد أدائه الاجتماعي وتزداد قدراته التكيفية. (Michelson.L, 1983)

4. علاقة المهارات الاجتماعية ببعض المفاهيم الأخرى:

ان مصطلح المهارات الاجتماعية متدخل مع مجموعة من المصطلحات الاخرى من منظور ثقافي بحيث يستوجب علينا تحديد بعض المفاهيم التي تقترب من المهارات الاجتماعية على غرار الكفاءة الاجتماعية، الذكاء الاجتماعي، تبادل العلاقات الشخصية.

ان المهارات الاجتماعية *Habilités sociales* جزء من بناء واسع يطلق عليه الكفاءة الاجتماعية *Compétences sociales* فالكفاءة الاجتماعية هي نموذج نسقي مكون من مجموعة من المعارف والمهارات المركبة والأنماط السلوكية وحسب هذا المنظور فإن الكفاءة أشمل وأعم من المهارة، وبخاصة عندما ينظر إليها في شكلها الكامن، فالكفاءة الاجتماعية تعبر عن مدى جودة أداء السلوك الاجتماعي للفرد في مواقف وظروف اجتماعية محددة، فنقول عن سلوك الفرد الماهر اجتماعيا إذا كان مرتفعا أن كفاءته الاجتماعية مرتفعة.

الفصل الثاني: المهارات الاجتماعية

يعد الذكاء الاجتماعي مصطلح يرجع الى أبحاث لثورندايك Thorndike وزملاءه. إذ يرتبط الذكاء الاجتماعي بالتوافق الاجتماعي ويتجسد في قدرة الفرد على فهم وتدبر أحوال الناس، والتصرف بحكمة في العلاقات الإنسانية والمواقف الاجتماعية. يتفق أغلب الباحثين على أن الكفاءة الاجتماعية والذكاء الاجتماعي مفهومان مترادفان، ومن ذلك فالمهارات الاجتماعية ما هي إلا مكون من مكونات الذكاء الاجتماعي. (خليفة.ع.ل، 2006)

أكد العديد من الباحثين أن نجاح أو فشل العلاقات المتبادلة بين الأشخاص يتعلق بجانب كبير بالمهارات الاجتماعية تتجلى أهمية العلاقات الاجتماعية في كونها مصدر الكثير من السلوك الإنساني. ومن ذلك فإن المهارات الاجتماعية والعلاقات الاجتماعية مفهومان متكاملان لا يظهر أحدهما إلا بظهور الآخر.

5. النظريات المفسرة للمهارات الاجتماعية:

1.5. النظرية السلوكية:

تقوم هذه النظرية على عملية التعلم في اكتساب السلوك الجديد. وترى أنه عبارة عن مجموعة من العادات التي يتعلمها الفرد ويكتسبها أثناء مراحل نموه المختلفة، بحيث تعتبر المهارات الاجتماعية مكتسب يتعلمها الفرد عبر التفاعل الاجتماعي والطفل يكتسب القيم الاجتماعية من البيئة من خلال "التعلم الشرطي"، ويتعزز ذلك بالمكافآت.

2.5. نظرية التعلم الاجتماعي:

او ما يعرف بنظرية التعلم بالملاحظة والتقليد أو التعلم بالنمذجة، وهي تمثل تكاملا بين النظريتين المعرفية والسلوكية. وهي نظرية توضح ان الفرد كائن اجتماعي يعيش ضمن مجموعات من الأفراد يتفاعل معهم، يؤثر فيهم ويتأثر بهم، فهو يلاحظ سلوكيات وعادات واتجاهات الأفراد الآخرين ويعمل على تعلمها من خلال ملاحظة الشخص لسلوك شخص آخر، ثم القدرة على القيام بالسلوك الملاحظ أو لبعض منه.

الفصل الثاني: المهارات الاجتماعية

ووفقاً لذلك فإن التعلم الاجتماعي يمكن أن يكون نتاجاً لعملية ملاحظة وتقليد سلوك الآخرين (والوالدين، زملاء المدرسة، الرفاق) الذين يعدون بمثابة نماذج يقتدى بها.

إن عملية ملاحظة سلوك النموذج تؤدي إلى تكرار السلوكيات المشابهة لسلوكيات النموذج التي تعلمها الملاحظ في السابق، فالطفل الذي تعلم السلوك التعاوني ولم يمارسه، يمكن أن يؤديه عندما يلاحظ عدداً من الأطفال يمارسون هذا السلوك أمامه. ووجه الاختلاف بين هذه النظرية والنظرية السلوكية هو أن التعلم بالملاحظة يتضمن جانبا انتقائياً وليس بالضرورة أن التعرض إلى الأنماط السلوكية التي تعرضها النماذج يعني تقليدها.

3.5. النظرية المعرفية:

يفترض أصحاب هذا الاتجاه أن الاستجابات لا تحدث على نحو آلي وإنما هي نتاج لسلسلة من العمليات المعرفية التي تتم عبر مراحل متسلسلة من المعالجة، تؤدي في نهاية المطاف إلى أن يتسق توظيف المعلومات مع المواقف المتنوعة، لذلك يفترض أن القصور في المهارات الاجتماعية إنما هو نتاج للعوامل المعرفية مثل التوقعات السلبية. وعلى هذا الأساس يهتم المعرفيون بنمط المعارف والمعلومات والخبرات التي يكونها الشخص عن نفسه وسلوكه.

4.5. نماذج مكونات المهارات الاجتماعية:

أدى الاختلاف بين الباحثين في تحديد مفهوم المهارات الاجتماعية، إلى ظهور عدة تصورات وفي ضوءها بنيت العديد من النماذج المتنوعة والمتباينة، والتي تختلف عن بعضها البعض من حيث عدد وطبيعة مكوناتها. سنقدم فيما يلي بعضاً منها:

نموذج جنكيز Jenkins يقدم جنكيز نموذجاً للمهارات الاجتماعية يتضمن فئتين رئيسيتين من

المهارات هما:

الفصل الثاني: المهارات الاجتماعية

مهارات الإرسال: وتتضمن مهارة الفرد في تقديم التدعيم للآخرين من خلال التفاعل معهم والإفصاح عن المشاعر والآراء.

مهارات الاستقبال: وتتضمن مهارات الحصول على المعلومات عن طريق الإنصات والفهم الدقيق لما يقوله الآخر.

نموذج رين وماركل Markl & Rinn يتضمن هذا النموذج أربعة أبعاد أساسية هي: البعد الأول ويشمل التعبير عن الذات. البعد الثاني ويشمل تحسين صورة الآخر وتشجيعه وتثمين قيمة آراءه. البعد الثالث ويركز على المهارات التوكيدية. أما البعد الرابع، فيضم المهارات الاتصالية.

نموذج كازدان kazdin يصنف كازدن المهارات الاجتماعية إلى خمسة مكونات هي: توكيد الذات، مهارات المواجهة، مهارات التواصل، مهارات عقد الصداقة، القدرة على تنظيم المعرفة والمشاعر والسلوك الثالث ويركز على المهارات التوكيدية. أما البعد الرابع، فيضم المهارات الاتصالية.

نموذج بيلاك وآخرون Bellack et al يصنف بيلاك وآخرون المهارة الاجتماعية في ثلاث مكونات هي: مهارات المحادثة، المهارات التوكيدية، مهارات الإدراك الاجتماعي.

نموذج موريسون Morreson يرى موريسون أن المهارات الاجتماعية تتضمن ثلاث مكونات رئيسية، هي: المكونات التعبيرية، المكونات الاستقبالية ومكون الاتزان التفاعلي. (معتز.س.ع، 2002)

نموذج كولب وماكسوال Kolb et Maxwell يتضمن نموذج كولب وماكسوال عدة أبعاد: التواصل، حل المشكلات، اتخاذ القرار، التوكيدية، التفاعل مع الرفاق، والتحكم الذاتي.

نموذج جرينسبان Grensper قدم جرينسبان 1979 نموذجا للمهارات الاجتماعية يتكون من ثلاثة عوامل أساسية، هي:

الفصل الثاني: المهارات الاجتماعية

الحساسية الاجتماعية وتشير إلى القدرة على قراءة التلميحات الاجتماعية الصادرة عن الآخرين أثناء التفاعل الاجتماعي في المواقف الاجتماعية، الاستبصار الاجتماعي ويشير إلى قدرة الفرد على فهم العمليات التي يقوم عليها التفاعل الاجتماعي، والاتصال الاجتماعي الذي يعني القدرة على الاتصال بفعالية في التفاعل الاجتماعي والتأثر في سلوك الآخرين.

نموذج جريشام. Gresham حدد جريشام بعض السلوكيات الاجتماعية المعبرة عن المهارات الاجتماعية، منها سلوكيات المشاركة، التعاون، مهارات التبادل اللغوي أو الحديث، معرفة قواعد ومعايير الجنس، استيعاب مشاعر وانفعالات الآخرين، القدرة على أخذ الدور والتنبؤ بالقبول الاجتماعي بواسطة الأقران وبذلك يتلخص نموذج في خمس مكونات هي التوكيد والتعاطف والمسؤولية وضبط النفس والتعاون.

نموذج أرجيل Argyle يتكون هذا النموذج من سبعة أبعاد هي

- ❖ التعبيرات اللفظية (التواصل اللفظي).
- ❖ التعبيرات غير اللفظية /التواصل غير اللفظي.
- ❖ مهارات التعاون والتعاطف والاهتمام بالآخرين.
- ❖ المهارات المعرفية وحل المشكلات.
- ❖ مهارات تقديم الذات.
- ❖ مهارات المواقف المختلفة والعلاقات.
- ❖ المهارات الحركية.

نموذج أبو سريع اقترح أبو سريع 1987 نموذجا للمهارات الاجتماعية يتضمن المكونات التالية:

- ❖ القدرة على تأكيد الذات.
- ❖ فهم منظور الشخص الآخر.

الفصل الثاني: المهارات الاجتماعية

❖ الإفصاح عن الذات.

❖ إظهار الاهتمام بالآخر.

❖ مشاركة الآخرين في نشاطات اجتماعية مختلفة.

نموذج ريجيو Riggio رغم تعدد نماذج مكونات المهارات الاجتماعية، إلا أن هذا لا ينفي وجود

تقارب واضح بينها. أما النموذج الأكثر شيوعاً وتقبلاً هو نموذج ريجيو Riggio يرى ريجيو أن المهارات

الاجتماعية عملية تفاعلية بين الجوانب السلوكية والجوانب المعرفية في سياق التفاعل الاجتماعي، وأوضح

أنها تضم جانبين أساسيين من جوانب الاتصال الاجتماعي، هما الجانب الانفعالي والجانب الاجتماعي .

يختص الجانب الانفعالي بالاتصال غير اللفظي، بينما يختص الجانب الاجتماعي بالجانب اللفظي وأن

كلا الجانبين يحتويان على ثلاث مهارات مستقلة هي: مهارة التعبير، مهارة الحساسية ومهارة التنظيم

والضبط ويترجم مفهوم المهارات الاجتماعية عملياً إلى ستة مهارات أساسية، هي:

التعبير الانفعالي - الحساسية الانفعالية - الضبط الانفعالي - التعبير الاجتماعي، الحساسية

الاجتماعية- الضبط الاجتماعي.

وفي ضوء هذا التفصيل يمكن اعتبار المهارات الاجتماعية مكوناً متعدد الأبعاد يتضمن المهارة في

إرسال واستقبال وتنظيم وضبط المعلومات الشخصية في مواقف التواصل اللفظي وغير اللفظي. بمراجعة

النماذج السابقة، يتضح أنها تناولت مكونات المهارات في ضوء توجهات نظرية متعددة، ويمكن تحديد

مكونات المهارات الاجتماعية انطلاقاً من خصائصها، حيث أنها تشمل مكونين أساسيين، هما:

المكونات السلوكية: وهي تشير إلى مختلف النشاطات التي تصدر من الفرد والتي يمكن ملاحظتها

عندما يكون في موقف تفاعل مع الآخرين.

الفصل الثاني: المهارات الاجتماعية

المكونات المعرفية: ويقصد بها وعي الفرد بالأنظمة الاجتماعية التي تحكم السلوك في موقف ما، ويتجسد لك بقدرته على فهم أو حل رموز السلوك اللفظي وغير اللفظي للآخرين وتشمل أفكار الفرد واتجاهاته ومدى معرفته بالاستجابات المناسبة في المواقف الاجتماعية، وفهم السياقات الاجتماعية وبالتالي التصرف بما يناسب الموقف.

6. العوامل المؤثرة في اكتساب المهارات الاجتماعية:

يتأثر اكتساب المهارات الاجتماعية بمجموعة من العوامل والخصائص التي تواجه الفرد خلال حياته منها ما تتصل بالفرد نفسه ومنها ما تتصل بالطرف الآخر ومنها ما تتصل بخصائص موقف التفاعل. وفيما يلي أهم هذه العوامل:

الفرق بين الذكور والإناث في اكتساب المهارات الاجتماعية:

يلعب الجنس دورا مهما في تحديد سلوك الفرد في مواقف التفاعل المختلفة، حيث نلاحظ أن الذكر يتميز بطابع مختلف عما تتميز به الأنثى من مهارات اجتماعية. يرجع ذلك إلى الفروق في عملية التنشئة الاجتماعية والمعايير الاجتماعية المقبولة لكل من الذكور والإناث. فالإناث يتعلمن اللغة بشكل أسرع وأسهل من الذكور وهن خبيرات في قراءة الإشارات العاطفية اللفظية وغير اللفظية وفي التعبير عن مشاعرهن وتوصيلها للآخرين. أما الذكور فهم حريصون على الحد من الانفعالات التي تعرضهم للانتقاد أو انفعالات الشعور بالذنب أو الخوف أو الأذى.

تبين من خلال العديد من الدراسات وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث في الطريقة التي يستجيبون بها على العديد من مقاييس المهارات الاجتماعية، فالإناث أكثر قدرة على التعبير الانفعالي كما أنهن أكثر حساسية انفعالية من الذكور. وفي المقابل، الذكور أعلى درجة في الضبط الانفعالي والاجتماعي.

الفصل الثاني: المهارات الاجتماعية

تأثير السن في اكتساب المهارات الاجتماعية:

تعد مرحلة الطفولة المبكرة مرحلة أساسية لنمو السلوك الاجتماعي، وتحقيق مستوى النضج الاجتماعي اللازم لعملية التكيف الاجتماعي، فالفرد منذ طفولته تنمو لديه القدرة بالتدرج على انشاء العلاقات الاجتماعية الفعالة مع الآخرين، ويتعلم التفاعل الاجتماعي، كما يتعلم الأدوار الاجتماعية لذا يتأثر سلوك الفرد بسنه وخبرته. فالأكبر سنا يتعرض إلى خبرة أكبر من التي يتعرض لها الأصغر سنا، وهذا ينعكس على سلوكه.

تأثير التنشئة الاجتماعية على اكتساب المهارات الاجتماعية:

تسهم التنشئة الاجتماعية في عملية النضج الاجتماعي، من خلال تعليم الفرد المعايير الاجتماعية التي تحدد له الأدوار الاجتماعية التي تتيح له الاستجابة بطرق ملائمة لمجتمعه، إذ يتعلم كيف يسلك سلوكا اجتماعيا مقبولا عن طريق علاقاته الاجتماعية ترتبط التنشئة الاجتماعية خاصة بالأسرة والمدرسة، فالأسرة هي العامل الأول المسئول عن تعلم الأنماط السلوكية المتعارف عليها اجتماعيا. بينما تمثل المدرسة البيئة الثانية للتنشئة الاجتماعية والتي يقضي فيها الفرد جزءاً كبيراً من حياته ولا شك أنها تمدّه بالعديد من أنواع السلوك الاجتماعي.

تأثير مجموعة القرائن على اكتساب المهارات الاجتماعية:

ترتبط التنشئة الاجتماعية كذلك بجماعة الرفاق التي تتكون من مجموعة الأفراد المتقاربين في السن ويشتركون في نفس الاهتمامات كالميول والاتجاهات. وترجع أهميتها إلى أنها تنمي لدى الفرد الكثير من المهارات الاجتماعية والقيم والمعايير والتقاليد.

الفصل الثاني: المهارات الاجتماعية

تأثير سمات الشخصية في اكتساب المهارات الاجتماعية:

إن نجاح العلاقات الاجتماعية للفرد ليس مرتبطاً بمواقف التفاعل الاجتماعي فقط، بل يرتبط أيضاً بقدراته الشخصية. فهي تلعب دوراً مهماً في تحديد سلوكه. أشارت العديد من الدراسات على أهمية سمات الشخصية وأبعادها خاصة الانبساطية والعصابية باعتبارهما أكثر أبعاد الشخصية أهمية في وصف السلوك الاجتماعي.

7. قياس المهارات الاجتماعية:

يرتبط قياس المهارات الاجتماعية خاصة بالدراسات التي تعنى بجوانب القصور في نمو المهارات والكفاءات الاجتماعية لدى الأطفال أو راشدين في مرحلة معينة أو لمدة زمنية محدودة، وفي سياق الدراسات التي تدور حول مختلف جوانب نمو. إلا أن البداية الفعلية لقياس المهارات الاجتماعية تقترن خاصة بالأبحاث المبكرة لثورندايك في محاولة منه للتمييز بين النماذج المتعددة للذكاء وقياس الفروق الفردية في مهارات التفاعل الاجتماعي.

وقد أدت الأبحاث الرائدة لمن أتوا بعده خاصة روبرت روزنتال إلى قياس وفك رموز المهارات اللفظية وغير اللفظية وأدت إلى التعرف على المكونات الأساسية للذكاء الاجتماعي أما حالياً فقد تطورت فنيات القياس والتقويم إذ يركز علماء النفس على استخدام أساليب التقرير الذاتي، أسلوب الملاحظة السلوكية واسلوب المقابلة باعتبارها وسائل سهلة وغير مكلفة في الوقت والجهد.

تمثل المهارات الاجتماعية أحد المهارات الأساسية والهامة في حياة الفرد وحياته الذين يتفاعل معهم لأنها تتضمن العناصر السلوكية الضرورية لنجاح الفرد في تفاعلاته الاجتماعية بل وحياته الشخصية أيضاً، وتعد المهارات الاجتماعية مكون متعدد الأبعاد يتضمن مهارات إرسال وفهم وتفسير المعلومات الاجتماعية كما يتضمن أيضاً مهارات مثل التعبير اللفظي والانفعالي ومشروعية السلوك الاجتماعي والقدرة على لعب الدور بكفاءة، وتعكس المهارات الاجتماعية قدرة الفرد على معرفة وتحديد الأهداف الاجتماعية واستراتيجيات تحقيقها من خلال تفاعله مع الآخرين بطريقة مناسبة وقدرته على مراقبة أدائه وتعديله وتوجيهه.

يتطلب الأداء الاجتماعي المتكيف القدرة على تحديد الحالة الذهنية للآخرين ولا سيما ميولهم تجاهنا أو تجربتهم في التجربة الاجتماعية التي يشاركونها معنا. إن معظم التفاعلات الاجتماعية تكون ارادية إلى حد ما تسمح بالإشارات للآخرين باستنتاج موقفنا أو حالتنا الذهنية أو رد فعلنا على التبادل الاجتماعي. وبالتالي سيكون قادراً على أخذ هذه الإشارات في الاعتبار وتكييف موقعه في التفاعل من خلال دمج الإشارات المستلمة ونواياه الخاصة. من بين هذه الإشارات، تعبيرات الوجه التلقائية والتي توضح الحالة العاطفية الحقيقية للفرد. في هذا السياق، تعد القدرة على فك رموز تعبيرات الوجه جانباً حاسماً في تكيفنا الاجتماعي، ويمكن أن يؤدي سوء فهم مشاعر الآخرين إلى القيام بسلوك غير لائق، والذي قد يبدو غريباً أو حتى وهمياً. هذا النوع من التغيير في الأداء الاجتماعي هو على وجه التحديد أحد الخصائص المركزية لمرض الفصام. لذا فإن فهم هذا التغيير هو مسألة مهمة كما سوف نتطرق إليه في الفصل الرابع.

الفصل الثالث: الفصام.

1. نبذة تاريخية لمصطلح الفصام.
2. تعريف الذهان.
3. تعريف الفصام.
4. انتشار الفصام.
5. النظريات المفسرة للفصام.
6. اعراض الفصام وكيفية التشخيص.
7. الشخصية قبل المرض.
8. مراحل تطور الفصام.
9. عوامل الخطر التي تؤدي الى تفاقم مرض الفصام.

تمهيد:

يعتبر الذهان من اضطرابات المعقدة، والتي نلاحظ زيادة انتشارها من مجتمع إلى آخر، وهذا راجع لتناقضات الحياة المختلفة، وتفسيراتهم لهذا الاضطراب حسب الثقافة الباثولوجية السائدة، ونجد نوعين من الذهانات ذات المنشأ العضوي، وذات المنشأ غير عضوي (الوظيفية)، التي نجد أعقدها الفصام حيث المريض يفقد جميع جوانب الشخصية من محتوى الإدراك والتفكير والجوانب الانفعالية والوجدانية، فهو يختار عالم يعيش فيه بعيد عن الصراعات التي عجز المريض عن حلها نتيجة فشل ميكانزمات الدفاع في التكيف مع الواقع الموضوعي، فيبدل واقعه وفق لرغبات الهو وتحل الهلاوس والهذيان كوسيلة دفاعية جديدة لتكيفه مع الواقع الجديد، وهذا يؤثر على سلوكه وكيفية إدراكه وتصرفه إزاء المواقف والصعوبات.

نجد العديد من المقاربات النظرية التي تفسر حدوثه التي هي عبارة على مزيج من العوامل الوراثية البيولوجية والعصبية والنوروعصبية الى جانب عوامل التنشئة الأسرية وعوامل الضغط والإحباط التي تفجر هذا الاضطراب العقلي، وهذه العوامل متداخلة فيما بينها، لهذا تظهر الصعوبة في تشخيص الفصام، ويحتوي على عدة أعراض وأنواع من الفصام وهذا حسب المراحل العمرية، فالبيئة الثقافية تلعب دورا كبيرا في تعريف المرض العقلي وكيفية التعامل معه.

1. نبذة تاريخية لمصطلح الفصام:

بدأ الاهتمام وتطورات الطب الحديث على يد الألماني كريبلن 1856 من خلال تصنيف الأمراض العقلية بصورة علمية، حيث ساهم الطب النفسي في وضع علم النفس في إطار علمي للنتبؤ والقدرة على كشف عن خفايا النفس البشرية.

ومن بين اهتمامات الطبيب النفسي والأخصائي النفساني هي معرفة العلاقة بين السلوك والجسم مع ضرورة دراسة علم النفس الفزيولوجي لمعرفة وظيفة الجهاز العصبي والغدد المؤثرة في الجسم ومن بين الاكتشافات اكتشاف الأدوية للأمراض النفسية مثل الاكتئاب والقلق وتوهم المرض. واكتشاف أن الجهاز

الفصل الثالث: الفصام

العصبي والغدد لها دور كبير في إحداث المرض، وتطور جراحة المخ الذي يتم عن طريق استئصال الأورام الخبيثة المسببة للذهان. (McGlashan.T، 1986)

لم يكن اهتمام فرويد بالذهان في البداية قدر اهتمامه بالعصاب، ويدل ذلك على أن الذهان عند مندرجة فيما سماه العصابات النفسية الدفاعية أو عصابات التحويل، والتي قابلت العصابات الراهنة، لكن تجربته العيادية المتدرجة مع العملاء كانت تكشف شيئاً فشيئاً عن اختلافاتهم في تناول الواقع والتكيف معه، ومن ثم التكيف مع العلاج في إطار العلاقة التحويلية، في حين لم يشرح في تمييز الذهان لكنه إلا بعد ظهور مفهوم العصابات النرجسية كنتيجة لأعماله حول النرجسية والسوداوية.

لكنه لم يلبث أن عزل السوداوية كصنف مستقل ليعتبرها كعصاب خاص، حيث على المستوى الاصطلاحي اقترح فرويد لفظ "العقلة" (paraphrénie) ليخالف لفظي "العتة المبكر" لكربيلن والفصام لبلولر. (al & Jackson.H، 1989)

2. تعريف الذهان:

يعرف الذهان على أنها اضطراب تصيب الجهاز العقلي وتسبب اضطراباً حاداً في الوظائف النفسية المختلفة كالإدراك والتفكير والانفعال والذاكرة والشعور بالهلاوس السمعية والبصرية والحسية والشمية مع العجز عن القيام بنشاط فعال.

حسب الطب العقلي الإكلينيكي ان مفهوم الذهان يأخذ زيادة عريضة أين يخص الأمراض عريضة متعددة والتي تكون تظاهرية وراثية مثل الشلل، أو أسباب أخرى محل إشكالية الفصام مثلاً، مصطلح يميز مجموعة من الاضطرابات والوجدانات العقلية المشتركين بسلسلة من المميزات التي تتناقص نقطة بنقطة مع العصابات حيث تتميز بفقدان الاتصال مع الواقع وجهل الوضعية المرضية لأسباب وراثية، عضوية، خطورة التكهن. والأمراض العقلية هي كل ما يدخل تحت الاضطرابات الانفعالية والحكم على الأشياء

الفصل الثالث: الفصام

والسلوك والشخصية بصفة عامة في كل حالة يحدث هذا الاضطراب بحيث يبدو المريض للعالم الخارجي في صورة من الشذوذ وعدم التوافق. (F. Dickerson & al, 1999)

يقصد بمصطلح الذهان psychosis به المرض العقلي، حيث تتصدع الشخصية بشكل ملحوظ ويحدث تفكك فيها وتضطرب صلة المريض بالواقع ويحدث سوء إدراك لهذا الواقع، كما يحدث تدهور في المظهر العام للمريض، وقد يظهر بعض التصرفات الطفلية كالتبول على الملابس أو السير في الشارع في حالة التعري التام أو الجزئي، ويحدث اضطراب في التفكير، وتشتت واضح، مما ينعكس على الكلام والقدرة على التعبير، وقد يصل الأمر الى وجود لغة خاصة بالمريض وتظهر هلوسات سمعية وبصرية ويحدث اضطراب شديد في المزاج، كما يظهر محتوى اللاشعور بصورة فجأة وصريحة في سلوك المريض . ويظهر ذلك في الانسحاب من العلاقات الاجتماعية وفي أشكال السلوك النرجسي المتمركز حول الذات والسلوك الجنسي العدوانى، وعادة لا يشعر الذهاني بمرضه، ولا يعترف به، ولا يرغب في تغيير حالته، ولا يهتم بنفسه أو بيئته. (L. Michelson, 1983)

فالذهان عبارة عن إعادة بناء الواقع وفق رغبات الهو، وكأنه يريد إصلاحه، وترى شابير بشأن هذا الإصلاح، تعقياً على نظرة فرويد، أن هناك نوعاً من التشابه بين الحالتين، ففي الذهان، يمثل البناء لتجديد للعلاقة مع الواقع كما في الهذيان والهلاوس مثلاً. تعويضاً لفقدان ذلك الواقع، عكس ما هو في العصاب حيث يكون نوع من عدم الاكتراث أو التراخي اتجاه الواقع تحت تأثير عودة المكبوت أي العرض، ففي كلتا الحالتين يريد الأنا في مرحلة ثانوية للإصابة إصلاح الواقع، لكن بطريقة مختلفة. كذلك عمق غرين مسألة كبت الواقع في الذهان ليشرح الصراع المحتدم على مستوى الحدود المحيطة لنا ويتخذ ذلك الصراع أربعة أشكال متكاملة:

●نزوات التدمير ضد النزوات الغلمية.

●اتجاه الاستثمارات نحو الأنا ضد اتجاهها نحو الموضوع.

الفصل الثالث: الفصام

• السياقات الأولية ضد السياقات الثانوية.

• التصورات ضد اللغة أو تصورات الأشياء ضد تصورات الكلمات. (Wilensky.H.L،

1983)

ومما سبق يتضح أن الأمراض العقلية اضطراب يمس جوانب الشخصية الإدراكية والانفعالية والوجدانية، ويفقد المريض صلته بالواقع، ويبدو شاذًا وغريبًا من خلال سلوكه مقارنة بالسلوك السوي، ويختار عالم خاص به يتوحد فيه مليء بالهلاوس والهذيان كوسيلة دفاعية لتحقيق توازنه لفقدانه للواقع.

3. تعريف الفصام:

لمعرفة أصل المرض العقلي الفصام، توجب علينا المرور إلى المراحل السابقة لنشأة تطور مفهوم الفصام، وهذا عبر أزمنة السابقة أي تاريخ الاضطراب العقلي ومعرفة التشخيصات السابقة للمنظرين لهذا الاضطراب العقلي.

مرض الفصام قدم الاضطرابات العقلية والمعروفة على الإطلاق، إلا أنه كانت له تسميات تختلف ما هو حاضر، وأول وصف لهذا المرض يرجع إلى عام 1400 قبل الميلاد، وفي مخططات طبية هندية ويعرف بالصورة التي تقترب من الصورة التي نعرفه به الآن. (سمير بقيون 2007)

ولقد عزي سببه في القدم لأسباب روحية شيطانية، فقد سمي أبوقراط في الحضارة اليونانية مرض المنخوليا للدلالة على حالة قريبة من الفصام، واستعمل العرب مصطلح مسودن للتعبير على المريض في عقله.

يرى (عكاشة.أ، 1998) أن تاريخ الفصام ظهر بملاحظة العالم الفرنسي موريل عندما قام بوصفه لحالة فتى في سن 14، كان نبيه وفطن، وفجأة تدهورت أحواله فاضطرب تفكيره وسلوكه وأصطلح موريل استعمال الخرف المبكر Dementia Parecox لتعبير عن حالة مرضية تبدأ من الصغر وتنتهي بالتدهور.

الفصل الثالث: الفصام

في عام 1870 استعمل الدكتور هيكير Hechir مصطلح هيفرينيا Hebephrenic لوصف حالة من المرض العقلي الشديد، بدأت في سن البلوغ، وأدت إلى تدهور شديد في الشخصية، والمصطلح الذي أستعمله مشتق من اليونانية ويتألف من مقطعين من (Hebe) وتعنى (الشباب)، وفرينيا تعنى (العقل) أي عقل الشباب للدلالة على أن المرض يصيب عقل الشباب (حسن فرج.ع.ل، 2009).

أما 1970 Henrie p Bernard سمي مرض الفصام بجنون المراهقة خاصة من خلال الأعراض المضطربة التي تتمثل في الجمود، المرونة الشمعية، الإغماء التخشيبي، فرط في الحركة، تعبيرات مثيرة للشفقة، فوصفهم بالمرض المصابين بالجمود، وبعدها في فترة (1863-1868)، قام طبيب هو كاهلوبوم Kahlbaum اصطلاح آخر (Dementia paranoid) وصف حالة البرانويا، وعند كريبلن خلال ملاحظاته لموريل، كالمبوم مجموعة متنوعة من الزمالات مظاهر " الخبل المبكر " وقد ضمن كريبلن ثلاثة أحوال سبق وأن وصفها كالمبوم أو تلامذته وهي البارافرينيا (الفصام الهذائي في سن المراهقة، والهيفرينيا والتخشب وهذا ما نطلق عليه الآن بالبارانويا أو الهذاء. (إ. م كولز 1983)

حيث في طبعة أطروحة كريبلن في 1893 استعمل مصطلح " الخبل المبكر"، لكن هذه المرحلة تغطي مفهوم ضيق باستثناء الجمودية و"الجنون البرانويدي"، في طبعة 1896 جمع بين مختلف أشكال تحت عنوان عملية الاضحلال العقلي في المجموعة الرئيسية (الأمراض الأيضية)، في مؤتمر 1898 كريبلن شدد على أهمية التمييز بين الخبل المبكر واضطرابات الهوس الاكتئابي بإنذار تنبؤي، ومع ذلك ظلت جزئيا من خلال إساءة فهمه بالمبالغة في الصعوبات للتمييز بين المرضين. أما في طبعة لكتابه المعروف في 1899، كريبلن قدم مفاهيم أكثر وضوحا تقريبا نفس المفهوم المعروف الآن.

تعتبر هذه الفترة جميع المعلومات ساعدت في التمهيد لوضع نظرية في الفصام، وكان ذلك على يد كريبلن Krepelin الذي قسم الأمراض العقلية إلى قسمين، أطلق على القسم الأول ذهان الهوس والاكتئاب، وهي من الأمراض الحادة، وأمل الشفاء فيها كبير، والقسم الثاني وأسماه الخبل أو العته المبكر، يصيب

الفصل الثالث: الفصام

الأفراد في مقتبل العمر، وقسم القسم الثاني من الأعراض العقلية إلى ثلاثة مجموعات داخلية، كان من بينها الفصام، إلا أن تقسيم كريبيلن هذا لم يأخذ به، لأنه لم يميز بين مجموعة وأخرى، ولذلك نجد أن البحث في الفصام بعد كريبيلن يأخذ اتجاها آخر يتعلق بديناميات الفصام وارتباطاتها بالنظريات الجديدة في دراسة الإنسان، أي بتفسير الفصام، بعد إن كان الاتجاه السائد وقت كريبيلن وصف أعراض الفصام، وقد ساهم التحليل النفسي في تغيير هذا الاتجاه حيث الجدل ما هو باطن وما هو ظاهر، وحول الشعوري واللاشعوري وأثر الخبرات الطفلية المنسية. (خير الزراد.ف، 1983)

الى حتى منتصف 1970 إكلينيكيًا لم يكن جدالا كبيرا للمفاهيم بالنسبة كريبيلن 1905 وبلولر 1911 التعريف الموثوق من قبل EY للفصام مجموعة من الاضطرابات تميزت بتطوير المزمّن أو يسيطر عليها عدم الترابط، الاختلاط الفكر الشفهي، التناقض، التوحد، الأفكار الهذيانية والهلاوس ضعيفة التنظيم والعمق والاضطرابات المزاجية. (Levoyer David 2009)

*حسب الرابطة الإكلينيكية:

الفصام عبارة على أفكار وهمية، سلوك مفكك، وهذه الأعراض السلبية تتمثل في انخفاض الإمكانيات الوظيفية، وهذه الأعراض، يجب أن تستمر لمدة ستة أشهر على الأقل وتؤدي إلى فقدان التكيف الاجتماعي والموضوعي.

يصف كوبر الفصام على "أنه حادثة أو أزمة يعيشها الفرد في المجتمع، أين تكون سلوكياته وتصرفاته غير صالحة بالنسبة للمجتمع" خارجية عن المؤلف " ويعتبر كوبر أن كل شخص له قابلية لهذا المرض، بم عنى أن حالة الجنون يمتلكها أي واحد منا، لكن تكون مخفية، ولا يتوفر إلا بتوفر عوامل مفجرة. (فارس بن الشيخ حسن 2001)

الفصل الثالث: الفصام

فالفصام هو مرض ذهاني يحدث بصورة أكثر شيوعاً في سن الرشد، ويتميز باضطراب في الوجدان، وظهور أعراض الانسحاب إلى عالم الخيال، واضطراب التحكم الانفعالي، ووظائف التفكير واللغة، ويعيش المريض في عالم خاص من صنعه، وكأنه يعيش في حلم. (صالح حسن الداهري 2008)

واخيراً عرف (Andrée.A 2008) الفصام على أنه متلازمة عقلية تابعة لفئة الاضطرابات الذهانية، وتتميز الصورة الإكلينيكية بفقدان الاتصال مع الواقع، على المستوى البيولوجي العديد من التشوهات في المخ سواء البنيوية والوظيفية للأشخاص المصابين بالفصام مثل الحد في حجم المخ وزيادة حجم البطين، انخفاض حجم الفص الأمامي والحصين، غياب التماثل المخي، والحد من عدد العمود الفقري، والخلايا العصبية الجذعية، شذوذ بعض الناقلات العصبية مثل الدوبامين، السيروتونين، والجلوتامات، على مستوى السلوكي الفصام هو أساساً يتميز بأعراض ذهانية المضطربة وظيفياً، وبحضور العجز العصبي النفسي.

التعريفات السابقة يتضح لنا أن 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 هوامي مليء بالهلوسة والهذيان نتيجة فشل مكنيزمات 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، ويظهر في سن مبكرة لما يشهد لها من تقلبات وتطورات في السيرورة النفسية، ولكن شيوعاً في مرحلة الرشد.

4. انتشار الفصام:

لا تتوفر إحصائيات شاملة لأقطار العالم ومجتمعاته، تبين نسبة وقوع المرضى بين الناس، وتوزيع هذا الوقوع بين طبقاته وشرائحه السكانية، وحتى البلدان التي تتوفر فيها دراسات حول الشيزوفرينيا، فإن هناك تفاوت بين الباحثين حول ذلك، بالإضافة إلى ذلك صعوبة انتباه الأسرة أو المجتمع، إلى كل حالة

الفصل الثالث: الفصام

مرضية، قد يكون الفصام مخفيا عن الملاحظات الطبية، والصعوبة الأخرى في التقدير والتشخيص من جانب الأطباء، فالمرض موجود ومعروف وموصوف منذ أقدم العصور، ولذلك فإن هناك ملاحظات أخرى، أفادت بها الدراسات الطبية الإحصائية في العديد من البلدان، ومن أهم الملاحظات أن أعلى نسب وقوع المرض في المدن، وخاصة المدن الكبيرة، والمرض الأكثر وقوعا به هم سكان وسط المدينة منه سكان أطراف المدينة، وتقل بشكل تدريجي حتى تصل أديانها في الريف، ومن الملاحظ أيضا وجود نسبة أعلى للمرض من بين الأقليات في الطبقات الأدنى تعليما ومهنيا واقتصاديا. (رشيد حميد زعيز 2010)

وأثبتت الدراسات وقوعه بدرجة أعلى للأشخاص الذين ولدوا في المناطق الحضرية في الدول الصناعية وتظهر الأعراض عند الرجال في وقت مبكر مقارنة لدى النساء، وانتشار مرض الفصام متساوي لدى المرأة والرجال، لكن الاختلافات تكمن في ظهور المرض، وتبدأ عادة قبل سن 25 سنة عند الرجال، وبين 25 إلى 35 سنة لدى النساء، وحوالي 3 إلى 10 % من النساء يظهر الفصام بين سن 40 سنة، وما يقرب من 90 % من مرضى الفصاميين في سن ما بين 15 و55 سنة، ونادرا ما يظهر الفصام قبل سن 10 سنة أو بعد سن 60 سنة، وقد أظهرت الدراسات أن الرجال أكثر ظهورا للأعراض السلبية من المرأة.

والنتيجة النهائية لمرض الفصام الإناث يكون أفضل من المرضى الذكور المصابين بالفصام، خاصة أن المرأة تميل إلى العمل بصورة أفضل من الرجال اجتماعيا واقتصاديا وعائلاتهم، وغالبا ما تعاني من عدم الرعاية والنبذ الاجتماعي. (Tellis Priscillia 2008)

وفي مرحلة الطفولة، ظهوره نادرا للغاية مما يؤثر على حوالي 1 في 40000 الأطفال، فقط 1 في 100 من البالغين المصابين بهذا الاضطراب. والدراسات الأخيرة أظهرت أن هناك زيادة ظهور مرض فصام للأشخاص ولدوا أو ترعرعوا في المدن الداخلية وأيضا في الطبقات الاجتماعية والاقتصادية كبيرة التدرج، ومع زيارة انتشاره في الطبقات الشعبية من خلال الانحراف الاجتماعي وفي الطبقة الاجتماعية،

الفصل الثالث: الفصام

وفي المناطق المحرومة الداخلية من المدن وعوامل خطر البيئة مثل ظاهرة الاكتظاظ وتعاطي المخدرات، أي حالات الفصام في البلدان الصناعية من 10-70 حالة جديدة من السكان، وخطر مدى الحياة يقدر بـ 0,5 - 1% للتوزيع الجغرافي. (Martine.S & Mike.T 2002)

يعد انتشار الفصام في بلدان المغرب العربي خاصة الجزائر، بينت ارتفاع نسبة شيوع الفصام في هذه البلدان في السنوات الأخيرة، وقد أرجع الباحثون ذلك إلى التغيرات العميقة التي تشهدها هذه المجتمعات، وإلى الصراع الثقافي الحاد في المدن الكبرى، حيث الاحتكاك الفوضوي بين القيم والنماذج المتنوعة والمتناقضة وأزمة الهوية الثقافية (Douki.S & Moussaoui.D 2006)

مما سبق يتضح أن انتشار مرض الفصام بالتساوي لكلا الجنسين، ويختلف في شدة الأعراض، ويظهر في الطبقات الاجتماعية الكبيرة وفي الطبقات الشعبية التي تسود فيها مظاهر الفقر والحرمان والنبذ الاجتماعي وتعاطي المخدرات، والرجال أكثر عرضة للفصام بسبب عوامل متعددة من الضغوطات الاجتماعية والاقتصادية نظراً لشدائد وصعوبات الحياة ومسؤولياتها وضغوطاتها خاصة في المجتمعات غير متماسكة.

5. النظريات المفسرة للفصام:

نجد الكثير من النظريات التي تفسر منشأ حدوث الفصام، على أساس مبدأ كل مقارنة نظرية، والعوامل التي تفسر على أساسها ونزعاتها التحليلية.

1.5. نظرية الوراثة:

كانت وراثة المرض موضوع عمل المئات من الأسر، رودن RUDIN 1916 لوكسمبور 1940 luxemburger سترومقرين stromgren 1950، في حين هذه الدراسة صعبة جداً لأن التحديد المكان الدقيق للعامل الوراثي يفترض استبعاد الدور الاجتماعي أو البيئة العائلية، وفيما يخص خطر الوراثة، أن نسبة الانفصام في عامة السكان تكون أقل من نسبة 1% لإخوة الفصامين، الخطر يرتفع إلى

الفصل الثالث: الفصام

10,8% حسب فرشور (1939) ، إلى نسبة % 14,2 لكالمان (1946) ، ونسبة % 10 لبلانسكي (1955) والخطر بالنسبة للأطفال، حسب فرشور ولكسمبوقر (1939) يقدر بنسبة % 4,16 لبلايسكي (1955) بنسبة 10 إلى % 15، ومن جهة أخرى نجد عند والدي الفصامين، حسب كالمان % 3,9 من المرضى، وحسب بلانيسكي من 5 إلى % 10 ، ودراسة التوائم أكثر برهانا، لأنه حسب سلاكر (1953) العلاقة بين أحادي البويضة تقدر بنسبة % 76 ، أما بالنسبة لكالمان وهي % 86,20 . P . Henry (Bernard et les autres 1970)

وأكدت دراسة على الوراثة خاصة دراسات التبني في السبعينات والثمانينات من القرن الماضي تطور الباحثون دراسات يمكن بموجبها تمييز التأثيرات البيئية عن التأثيرات الوراثية بدقة علمية عالية، ففي هذه الدراسات يجري نقل الأطفال بعيدا معتمدين في ذلك على دراسات التبني عن أسرهم التي ولدوا فيها حال ولادتهم، أو في فترة الرضاعة، وبالتالي فإنهم سيتعرضون إلى نوعين من الأسر، واحد ولدوا فيها ويحملون تأثيراتها البيئية، والأخرى نشؤوا في أجوائها ويتعرضون إلى تأثيراتها البيئية ، فإذا استطاعت أن ترينا هذه الدراسات أن الأطفال الذين ولدوا من أمهات مصابات بالفصام، وتربوا في أجواء أسر أخرى سوي من الناحية النفسية، وأن هؤلاء الأطفال ظهر عليهم الفصام بنفس النسبة التي تظهر لدى أولئك الأطفال الذين ولدوا من أمهات مصابات بالفصام، وعاشوا في أجواء هذه الأسر التي ولدوا فيها، عندما سيكون هذا بنسبة أو دليلا قويا جدا لصالح الافتراضات الوراثية.

والواقع أنه أجريت دراسات كثيرة شملت آلاف الأطفال من كل الصنفين في عدد من دول العالم بينها: أمريكا، الدانمارك، النرويج وكندا، وكانت بينها دراسات تتبعيه استمرت أكثر من 10 سنوات، واتسمت بالمنهجية العلمية، فضلا عن الجهود الكبيرة والتكاليف الضخمة، ويخلص المقيمون لنتائج هذه الدراسات إلى أنها قدمت دليلا مقنعا بوجود عامل بيولوجي في الفصام (Acocella Boozin 1984) ويعلق كيتي

الفصل الثالث: الفصام

وهو أحد الباحثين البارزين جدا في هذا الميدان، يقول: " إذا كان الفصام أسطورة فإنها أسطورة تتضمن مكونا وراثيا قويا". (قاسم حسين صالح 2007)

أما الدراسات الحديثة تشير إلى وجود عوامل وراثية وعضوية وراء الإصابة بالفصام، وفي هذا الصدد يذكر جوتزمان وشيلدز Gottesman & Shield أن التحليل لبحثها عن الفصام في التوائم Schizophrenia in Twins يؤكد وجود الاستعداد الوراثي للتعرض لها المرض كجينات تهيأ الإصابة به، كما يضيفان " يبدو " من حقيقة أن التوائم المتطابق Identical twin للفصامي، يكون لديه احتمال أن يكون فصاميا يعادل على أقل تقدير 42 ضعف للشخص من المجتمع العام، ومن حقيقة أن التوائم المتأخي Fraternal twin من نفس الجنس لديه نفس الاحتمال بما يعادل تسعة أضعاف، وإن العوامل الجينية Genetic Factors هي إلى حد كبير مسؤولة عن البنية الخاصة لمعظم الفصاميين. (JS. Brekke & al, 1997)

2.5. نظرية التحليلية:

نجد عدة وجهات نظر سيكولوجية من زاوية تحليلية فرض النكوص (The regression hypothesis) يستند هذا المنحنى في فهم أصول الفصام ومصادره إلى النظرية التحليل النفسي في الشخصية، ونظرية التحليل النفسي ترى ميل الفصامي إلى الالتجاء إلى السلوك الطفلي أو النكوص، إنما ينتج عن خبرات انفعالات سلبية تحدث خلال السنوات الأولى القليلة من الحياة، كما يرون أن المواقف الذي يتخذه الآباء تكون له أهمية قصوى خلال هذه الفترة التي يتعين فيها على الطفل أن يواجه ما ينطوي عليه النضج من تحديات واحد بعد الآخر، فالآباء الذين يشجعون ما يقوم به الطفل في محاولات الإتيان والسيطرة والذين لا يتدخلون إلا عند الضرورة القصوى، إنما يعينونه على أن يصل إلى أقصى النمو النفسي، على أن آباء الفصاميين وخصوصا الأمهات يظن أنهم يحرفون انحرافا ذا دلالة على هذا المعيار.

الفصل الثالث: الفصام

تذهب نظرية التحليل النفسي إلى أن أمهات الفصاميين إما يعانونا من انخفاض انفعالي على أطفالهن، وإما يكن مفراطات في حمايتهن لهن، فسلوك الفصامي نزيل المستشفى الذي يأكل أصابعه ويتبرز في ملابسه يفسر بأنه عودة بدائية الى أولى مراحل النمو، كما أن الهلوس السمعية والبصرية والميل الى الانعزال الاجتماعي تعد نتائج مباشرة لانغماسه في الأوهام. (شيلدون 2002)

نجد فرويد ربط بين الإحباط الذي يتضمن الإحساس بالعجز أمام تحقيق دافع ما وبين الإصابة بالفصام خاصة في الحالة التي يعجز معها الأنا عن القيام بدوره كمنسق ومنظم لتلبية الحاجات وإشباعها في إطار اجتماعي (أنا أعلى) معين، مما يسمح بسيطرة مطلقة للهو، وتصبح النتيجة ضياعا في متاهات، وصراعات بين مكونات متناقضة لا منطقية ولا عقلانية، وتعود خبرات طفلية غير ناضجة ويستدل المشتغلون في التحليل النفسي إلى صحة فروضهم مما يظهره الفصامي من أنماط سلوكية نكوصيه، حيث يظهر الفصامي عند مواجهة الصعوبات في تحقيق حاجاته ردود أفعال طفلية، وتقوم علاقاته مع العالم الخارجي في ضوء نزواته شأن في ذلك شأن الأطفال، كما يستدل من عادات الطعام واتجاهات الفصاميين نحوها، وكذلك من فقرهم الوجداني ورغباتهم العدوانية على أثر مراحل الجنسية الطفلية المستمر، وهذا يتضح من خلال فق دان الأنا لدوره في التنسيق داخليا وندرجسية تبنى واقعا ذاتي داخليا في مواجهة الواقع الموضوعي وكذلك رغبات جنسية مثلية مكبوتة و ضغوط النفسية تهدم الجانب الوجداني من الشخصية. (معتز.س.ع، 2002)

3.5. نظرية السلوكية:

يبدو أن لقوانين التعلم أثارا يمكن كشفها وملاحظاتها في أنماط سلوكية فصامية متقنة يقوم بها الفصاميون، وهذا يشير إلى أهمية التعلم والاكساب كعوامل نفسية لها مكانة كبيرة في تفسير حالات الفصام، ويفترض النموذج السلوكي إلى أن الاضطرابات عبارة عن أساليب غير توافقية متعلمة، ولذلك فإن أفضل طريقة تفسيرها هي إعادة التعلم.

الفصل الثالث: الفصام

إن السلوكيون سوف ينظرون إلى الاصطلاح "فصام" باعتبار أن ليس له قيمة فيما يتعلق بعلم أسباب الأمراض Aetiology وحتى النظر إليه على نحو وصفي، فإن الاصطلاح سوف يرى باعتباره نافعا فقط بقدر ما يصف بثقة نماذج خاصة من السلوك. كذلك بتفسير أصل الفصام، فإن رأي السلوكية يتضمن نقاطا عديدة من الضعف منها، أنه بالرغم من أن التدعيم يعتبر مبدءا عاما محددًا على نحو جيد فإنه لا يوجد دليل مباشر لاكتساب السلوك الفصامي. (حسين فايد 2004)

كما يرى بافلوف أن ردود الفعل الفصامية تعود الى انتشار نوع من الكف الوقائي في المخ، ونظرا لضعف خلايا المخ عند الفصامي تصبح المنبهات العادية حادة وتؤدي بالتالي الى تكوين الكف الوقائي، ويتكون الكف عادة في القشرة ولكنه يصل الى جذع المخ، وتتوقف الصورة الإكلينيكية على قوة ومدى عمليات الكف، فنوبات الهياج في التخشبية catatonie مثلا تحدث في الحالات يكون الكف في القشرة لذلك حركات التخشبية في نوبات الهياج مضطربة غير منتظمة، وغير متناسقة، ويرى الماديون أن ردود الأفعال الفصامية الأساس فيها ضعف خلايا المخ والسبب في هذا الضعف تسمم الكائن الحي كله بما في ذلك المخ واختلال العمليات الميتابولية وخاصة البروتينية، أما سبب هذا التسمم فليس معروفا لحد الآن. (حسن فرج.ع.ل، 2009)

4.5. نظرية التنميط الحيوي (نظرية المزاجية):

ليست النزعة الوراثية المسجلة في شكل الجسم، مدرسة كرتشمير قام بتعميق هذه الدراسة، وكانت فكرته الأساسية لكرتشمير (1921) التعارض بين صلة نوع Pyenique للهوس الإكتئابي وصلة مجموعة تنميط الحيوي للانفصام، من بين 175 فصامي مدروس من قبل لكرباربو، نجد أن نسبة 47% منهم من موع Leptosome ونسبة 34% نوع Dysplasiqية ونسبة 17% من نوع رياضي، وإلا 3% pycnique ، فالنوع Dysplasiqية أراد به كرتشمير وصف الأشخاص المتصنعين وغير المتناسبين على أساس اضطراب الغدد الصماء، فكريشمير يجمع بين تشكيلتين جسميتين مميزتين بكل مدارس النحيل العضلي الدموي

الفصل الثالث: الفصام

Brévilique، ويستدل ماير قروس (1954) ، إذا حصل للشخص أصيب بانفصام من النمط Pycnique يستحسن التشخيص. (Henriey.P & al 1970)

كما ربطت مدرسة توبنجان (كرتشار) الأنماط الحيوية التي أرادت تعريفها كنزعة للانفصام مع نوع النفسي المطابق للنوع الانطوائي لجانغ (1907) وللمنظم لبلولر (1920) ، وتشير هذه المصطلحات إلى نوع مزاجي عادي، مزاج منطوي، الإفراط في الأحاسيس مظهر بارد، التوجه نحو التثبيط، ولكن مسلم لمسؤوليات دافعة وغير ملائمة، الانفصاميون الإنطوائيون أشخاص متأملون، منهجيون مجردين، عنيدون وحالمين، يمكننا المرور من Schizothymie إلى الانفصام أين المزاج المنطوي يصبح منعزل، بينما التثبيط والاندفاع يؤديان إلى عدم الاستقرار الاجتماعي وعمق التأمل والحلم يؤدي إلى روح نظام ، عقلانية مرضية، مثالية جامدة، استعملت الدراسات حول الوراثة استعمالا واسعا لمبدأ الانفصام، أضافت له تأكيد غير مباشر فهو بالفعل مقبول من مجموع الباحثين أن البيئة العائلية للفصامين تتضمن جزء من الانفصامين (15% الى 35%) أعلى بكثير من عامة السكان والتي تقدر بحوالي 3% من المقبول أيضا أن حوالي نصف الانفصامين يظهرون قبل المرض ، مظهر الشخصية الانفصامية. (العرادي.ج وفرج.ص، 2002) بالرغم من الانتقادات المقدمة ضد المبدأ للانفصام (غياب المنهجية الصارمة للإحصاء الدقيق) فقد فرض نفسه واستعمله كل الأطباء النفسانيين، فالانتقادات غير مبررة إلا إذا أردنا أن نعطي لهذا العامل المزاجي دورا مبالغا فيه، والذي يعنيه له بعضهم، عندما أردنا أن نجعل هذه الثلاثية Schizophrénie Schizoïde, Schizothymie عملية المعتادة لتطور المرض هذا لا يطابق الحقائق، لأنه إلا 50% من المرضى يظهرون هذا النوع من المزاج القبل الفصامي، وأظهرت بعض الدراسات قبل ظهور الانفصام سمات مزاجية وتصرفية منها اضطرابات المزاج، سمات عصبية، عدوانية مندفعة قلق الوسوسة، وحسب كادوال التي فيها الانفصام مسبق بتطور غير عادي. (Henriey.P & al 1999)

الفزيولوجية المرضية لمرض الفصام بينت نتائج هامة، خاصة التطورات الحديثة في تقنيات التشخيص في علم الأعصاب وتشمل التصوير بالرنين المغناطيسي (MRI) ويعتقد ان مناطق في الدماغ البشري تشارك في الفزيولوجية المرضية وتشمل الفص الجبهي، اللوزة، الحصين، التلفيف Parahippocampal والمخيخ، والسبب الحقيقي لمرض الفصام، من خلال الأبحاث التي اقيمت خلال عشر السنوات الماضية على مناطق معينة من المخ، بما في ذلك الجهاز الحوفي (système limbique)، والقشرة الأمامية، المخيخ والخلل الاجتماعي، تبين ان بالفضل تصوير الدماغ وجود عمليات مرضية محتمل في الجهاز الحوفي. (Tellis Priscilla 2008)

قد أظهرت تقنيات التسجيل الجديدة في نشاط الدماغ أثناء تنفيذ المهام التجريبية التي تنطوي على وظيفة معينة المعرفية لمرضى فصاميين تتمثل في قصور النشاط من مناطق معينة في المخ، وهكذا فان التخطيط المعرفي أو مراقبة عمل الدماغ، وخلل في نشاط المناطق الفص الجبهي، ويمكن لهذه النماذج المعرفية من مرض فصام على افتراض تحقيق الوظائف العقلية العليا المشتركة في التنظيم والتكيف والسيطرة وتوضيح أوجه القصور الموجودة في الدماغ، على سبيل المثال فان اضطراب في التخطيط أو الرقابة الدماغ تشير الى تفكك العلامات الإكلينيكية. (Marie.C & Bayle.H 2005)

كذلك دراسات أخرى اتضح أن السبب الرئيسي خلل بالمخ أو العملية المرضية خلال فترة نمو المخ قبل ظهور المرض إكلينيكيًا بوقت طويل (Weinberger 1995) وتتبع لهذا الرأي، فإن المصابين بالفصام، قد يعانون من شكل من أشكال خلل نمو المخ أثناء فترة الحمل، وبخاصة 3 أشهر الوسطى للحمل وللأسباب عصبية حيوية مختلفة، فإن هذا الاضطراب يظهر فقط في فترة البلوغ المبكرة عند توقيت حدوث نضجها في أجزاء محدد بالمخ، والتي تحدث بعد الولادة بفترة طويلة، مما يجعلها غير قادرة على التكيف مع أنواع متعددة من الضغوط النفسية والاجتماعية وتقلبات الحياة، وعلى الرغم من أن هذا الرأي

الفصل الثالث: الفصام

لا يزال يثير جدل (Canon 1997) فإن أدلة عديدة ومتنوعة تدعمه، وبشكل خاص، فقد تبين أن مضاعفات الحمل، والولادة تضاعف احتمال حدوث الفصام مرتين أو ثلاث مرات بسبب حدوث تلف في المخ النامي.

ويبدو أن نقص الأكسجين أثناء الولادة فحرمات جنين من الأكسجين والذي يحدث في نسبة بين 20% إلى 30% من المصابين بالفصام بالمقارنة بنسبة 5-10% من مجموع السكان يلعب دورا هاما حسب (McNeil 1988, canon 1988) كما تزداد احتمال الإصابة بالفصام مع حدوث بعض مضاعفات الولادة، إن احتمال تلف مخ الجنين داخل الرحم يزداد إذا أصيبت المرأة بمرض فيروسي، وقد لاحظ أن عدد كبير من المصابين بالفصام، وخلل بالتركيب التشريحي الدقيق للمخ سيقدم صور الأشعة المقطعية وصور الرنين المغناطيسي صور لتركيب التشريحي الدقيق المخ، وهذا أظهر دراسات الأشعة المقطعية المبكر عدم تماثل المخ والجهاز البطني، وبخاصة الذي يصيب الفصوص الأمامية والفص الأيسر للمخ، هذا اللاتماثل، لا علاقة له بتطور أو مدة المرض أو العلاج ولا يتقدم أثناء المرض. (Vitu & al 2001) ولذلك يمكن أن يعتبر وجوده مظهرا للأحداث التي تحدث مبكرا أثناء نمو المخ، وقد أظهرت دراسات الرنين المغناطيسي نتائج متشابهة (Andreasen et al 1986) إن تلازم الخلل التركيبي مع أعراض أو مجموعات الأعراض يلقي دعما أقل على الرغم من تلازم اللاتماثل من الأعراض السالبة Messing (et al 1984) وقد تبين أن الأعراض السالبة تتلازم أيضا مع وجود ضمور في الفص الصدغي الأيسر حسب (Ture & Sheyet 1999)

وكلما وضحت التغيرات أكثر كلما زادت شدة الاضطرابات التفكير وحدوث الهلوسة السمعية (Saddathet et al 1990) وبشكل رئيسي فإن التصوير السطحي للبوزيدرون المطلق صورا مشابهة من الخلل، وقد أظهرت دراسات سريان الدم بواسطة نفس تقنيات التصوير السابقة تلازما بين

الفصل الثالث: الفصام

أعراض أو أنماط اعراض معينة مع وجود خلل في سريان الدم في مناطق مختلفة أو بشكل عام فإن الأعراض الموجبة تتلازم مع زيادة في نشاط بعض المناطق ونقص في نشاط مناطق أخرى.

بينما تتلازم الأعراض السالبة غالباً مع وجود نقص في سريان الدم (Sabri et al 1997) وقد تبين فحص نسيج المخ بعد الوفاة للمصابين بالفصام وجود مشاكل في بعض أنواع خلايا المخ، خلايا البينية الكابحة، بإخماد عمل الخلايا العصبية الرئيسية مما يمنعها من الاستجابة لمعلومات أكثر غزارة، إذا اجتمعت هذه النتائج معاً فإنها تقترح أن الفصام عبارة عن خلل في تنظيم نشاط المخ بواسطة الخلايا البينية، مما يجعل المخ يستجيب بشكل مبالغ للمثيرات البينية المحيطة، ويفقد القدرة على حجب المثيرات غير المرغوب فيها، وفي نفس الوقت يحدث نقصاً في حجم الفصوص الصدغية، التي تقوم بتسهيل المعلومات الحسية فتجعل في مقدرة الشخص أن يكتسب سلوكاً مناسباً وجديداً.

كما نجد اضطراب في الجهاز المركزي والذي يسبب الفصام من خلال الانحراف الوظيفي لكل من الحبل العجزي إلى الفص الجبهي، وبالتالي خلل على جميع المستويات، وحول طريقة عمل الخلايا العصبية الفردية، وبالتالي الخلل على جميع المستويات وحول طريقة عمل الخلايا العصبية الفردية بانحراف وظيفي حدودي لنظام الرقابة المتشابك، ويظهر الخلل في الإدخال والتخزين أو الاسترجاع، وأصناف كل واحد منها من الصعب تتناسب مع الانجاز العمليات الفكرية العالية من الفصمة Schizotypes.

(Meehl .P 1990)

حيث تقنيات التصوير الجديدة للرنين مغناطيسي الوظيفي IRMf، من خلال الافتراضية التصوير الطبقي PET في الدماغ لأدمغة المصابين بالفصام في حالة مستقرة، وجد العلماء الاختلاف في بنية وظائف أدمغة المصابين بالفصام ونظرائهم، ولاحظوا أن الأشخاص الذين يعانون من مرض الفصام يتميزون بتضخم البطنين المملوءة بسائل التجويف داخل الدماغ، وفقدان المادة المادية لأنسجة من المخ، شذوذ

الفصل الثالث: الفصام

في المادة البيضاء، والآليات العصبية بمثابة أسلاك ربط مختلفة في الدماغ تتصل بمربعات غير عادية أين يحدث الفصام. (Understanding schizophrenia big picture p 12)

وكرثت المناقشة حول ظهور " النقطة القرمزية" في بول مرضى الفصام، فقد لوحظ أنه إذا عرضنا بول هؤلاء المرضى الفصام على ورق حساس للضوء Paper chromatography فإنه يحدث نقطة قرمزية في موقع معين من هذا الورق الحساس، وهذا لا يحدث مع بول الطبيعي وهذا برهان دامغ على وجود اضطراب كيميائي وتمثيلي في جسم مرضى الفصام يؤدي إلى وجود مركبات شاذة في البول، وما يزال الجدل قائما بين العلماء حول موضوع النقطة القرمزية فالبعض يقول إن سببها هو العقاقير الكيميائية التي تعطى لهؤلاء المرضى، وهناك من يرى أنها تفاعل بين نوعيات الطعام التي يأكلها هؤلاء المرضى. (عطوف محمود 1999)

كذلك نجد أهمية الاضطرابات المعرفية وارتباطها بالفصام عدد قليل من الدراسات حول الموضوع لكن أن اضطراب الذاكرة العرضية تلعب دورا أساسيا لارتباطها بثلاثة مناطق وظيفية وهي نوعية الحياة الاجتماعية والمهنية في المجتمع، والقدرة على التعرف وحل المشاكل الاجتماعية والقدرة على تعلم قواعد السلوك والحياة الاجتماعية.

وبعض الدراسات كشفت على نوعين الأول هو أنه مثل كل وظائف الدماغ والذاكرة العرضية تعتمد على شبكات نظم العصبية التي تتألف من الهياكل القشرية وتحت القشرية مترابطة ويبدو أن ضعف إدراك للفصام بما فيها تلك المتعلقة بالذاكرة العرضية، تعتمد في جزء كبير منه إلى فشل التكامل الوظيفي بين قشرة الفص الجبهي، والقشرة الرمادية الوسطى، وقد أظهرت دراسات عديدة وجود العجز في الذاكرة العرضية في مرضى الفصام خاصة الذاكرة اللفظية أو الذاكرة البصرية وأن المرضى الذين يتلقون أولا مضادات الذهان والآثار التي يمكن أن تكون مضادة ضارة على وظائف الإدراك واختلال الوظيفي للقشرة الفص الجبهي للذاكرة العرضية تسبب مرض الفصام. (Hollat .H 1999)

الفصل الثالث: الفصام

6. أعراض الفصام وكيفية التشخيص:

1.6. أعراض الفصام:

علامات وأعراض مرض الفصام كثيرة وتختلف من فرد الى آخر، ويمكن أن يحدث الفصام في أي مرحلة عمرية، وتظهر علامات مبكرة في معظم الأحيان في المراهقة سواء في وقت مبكر أو متأخر، حيث نميز نوعين من الأعراض المتمثلة في الأعراض الايجابية والسلبية، حيث أول من قدم المصطلحين هو طبيب أعصاب الانجليزي جاكسون Jackson ورونولدس Reynolds لكتابة ظاهرة الصرع، أما الاستعمال المصطلحين في ميدان الطب العقلي من قبل كابكاربنتر ستروس capcarpenter strauss 1974 يصف هذا القسم الأعراض الايجابية والسلبية والتي تتمثل في معايير التشخيص. (Diane Morin 1999)

الأعراض الايجابية (أو الإنتاجية):

الهلوسة: هي تجارب إدراكية تحدث بدون حافز خارجي، وتكون واضحة ولا إرادية. يشعر المريض أحاسيس لا وجود لها وتؤثر على الحواس الخمس. ومنها الهلوسة السمعية هي الأكثر شيوعًا والأكثر تأثيرًا على الحياة اليومية لمرضى الفصام.

الهلوسات: ان الهذيان هي عبارة عن معتقدات ثابتة لا تتغير ولا تختفي عند مواجهتها بالأفكار المنطقية او التي تتعارض معها. بحيث هي ليست ناتج من تجربة شخصية ولا راجعة الى ثقافة الفرد ولا الى ايديولوجية خاصة. يمكن أن يتطور هذه الهذيان وتكون حول مواضيع مختلفة (الاضطهاد، هذيان العظمة، التصوف، إلخ).

اضطرابات الفكر واللغة: مع عدم وجود التفكير المنطقي، فإن خطاب الذهاني غير منظم، ويمكن لعقله أن يظل ثابتًا على فكرة لفترة طويلة، تمامًا كما تعيق الأفكار الطفيلية عدم تقدم تفكيره. يمكنه التوقف

الفصل الثالث: الفصام

فجأة في منتصف الجملة وبدء جملة جديدة دون أي علاقة للجملة السابقة. (Crocq.M.A)

(Guelfi.J.D&، 2013)

الأعراض السلبية (أو الناقصة):

أبوليا: هو غياب الإرادة وعدم قدرة الاستمرار او بدء النشاط. تم تعريفه على أنه حالة من التثبيط

النفسي المعمم.

اللامبالاة: يتم تعريفها على أنها فقدان الحافز والاهتمام بما هو جديد.

ألوجيا او تفكير فقير: هو النقص في إنتاج الكلام أو محتواه الذي يعكس فقر في التفكير. ينتج عنه

إجابات قصيرة على الأسئلة المطروحة وتقليل كمي للكلام التلقائي.

الأنيدنيا/انعدام اللذة: هو انخفاض القدرة على الشعور بالمتعة من المنبه الإيجابي.

تبدد الشخصية: هو فقدان الشعور بالذات والذي غالبًا ما يكون مصحوبًا بالقلق. لدى المصاب بالفصام

انطباع بأن جسده منفصل عن شخصيته، أو أن أطرافه يمكن أن تنفصل. (al & Jackson.H، 1989)

الأعراض المعرفية:

*فكر مشوش، عدم القدرة على التركيز، الحجج.

*اضطراب في شكل التفكير تتمثل في التغير من موضوع إلى موضوع آخر بسبب التداعي لتفاصيل

تافهة، الميل للتهويمات والتجريدات العامة، أو الميل إلى العيانية الشديدة وأفكار الفصامي غامضة،

متكررة، ولا تحمل كثيرا من الوقائع والمعلومات بالرغم من زيارة معدل الكلام.

*اضطراب في عمليات التفكير العجز عن الاستمرار في موضوع واحد مع الميل إلى تشتت التفكير

نحو جوانب هامشية لا علاقة لها بالموضوع الرئيسي، وخاصة شكل البطء في الاستنتاجات أو الاستجابة

للمنبهات. (حسن فرج.ع.ل، 2009)

الفصل الثالث: الفصام

ونجد الاضطرابات المعرفية في مرض الفصام جدل في تركيز الأطباء النفسانيين بالاهتمام على الأعراض الايجابية وهو العجز المعرفي، بالإضافة إلى طبيعة التعطيل وعلاوة على ذلك هناك العجز المعرفي يؤثر على حوالي 85% من المرض الذين يعانون مرض الفصام.

مما سبق يتضح أن أعراض الفصام تشمل جميع الجوانب من تفكير وانفعالات والجانب الحركي، والأعراض الايجابية والسلبية، والسلوكيات التي يغلب عليها طابع الهيجانات، وتعدد مواضيع الهذيان، هذا لا يمنع من وجود السلوك الذي يتميز بالاستقرار أي غير الهائج ويحمل غرابة في الأفكار، فالفصامي له صعوبات في التكيف مع الواقع، هذا ما جعله يعيش في عالم مليء بمجموعة من الهلاوس والهذيان للاحتماء بها من الواقع الخارجي، حيث صراعه يتوقف على الأنا والواقع الخارجي، لهذا أفكاره مجزأة ومشتتة وتأخذ العديد من مواضيع الهذيان، و لكل فصامي يتميز بمجموعة من الأعراض تختلف حتى في نفس النمط من فرد الى آخر. (Guelfi.J.D& Crocq.M.A، 2013)

2.6. أنواع الفصام:

يتحدد نوع الفصام وفقا لنوع الأعراض الغالبة على الصورة الإكلينيكية في وقت التقييم، ومنهم:

أ. النوع البرانوي (الهذائي) paranoid:

هو نوع من الفصام تتوافر فيه المعايير التالية:

- الانشغال بواحد أو أكثر من الضلالات، أو وجود هلاوس سمعية متكررة.
- عدم وجود أي مما يلي بشكل بارز: تفكك الكلام، تفكك السلوك، التخشب، تسطح العواطف أو عدم وملاءمتها.

ب. النوع المتناثر (المتفكك) Disorganised:

هو نوع من الفصام تتوافر فيه بصورة بارزة المعايير التالية:

- تفكك الكلام.

الفصل الثالث: الفصام

• تفكك السلوك.

• تسطح العواطف أو عدم وملاءمتها.

• لا تتوافر فيه الموصفات الخاصة بنوع التخشبية. (H. Jackson & al, 1989)

ج. النوع التخشبي Catatonic:

هو نوع من الفصام يغلب على صورته الاكلينيكية اثنان على الأقل ممايلي:

• التوقف الحركي كما يتبين في الجمدة catalepsy متضمنة الطواعية_ الانثنائية_ الشمعية او

السبات (الذهول) stupor

• النشاط الحركي المفرط والذي يبدو بلا هدف، ولم تستثيره مثيرات خارجية.

• السلبية négativisme الشديدة وهي مقاومة لا داعي لها لكل التعليمات، أو المحافظة على وضع

متصلب ضد أي محاولة للتحريك. (D. Penn & al, 2000)

• غرائب تتعلق بالحركة الإرادية، كما يتبين في "الوضعة posturing" (اتخاذ أوضاع إرادية غير

ملائمة وشديدة الغرابة، او الحركات المكررة أليا (الاسلوبية)، و النمطية الظاهرة Mannerism،

أو التقطيب Grimacing الظاهر.

• المصادر القولية Echoilia أو الفعلية Echopraxia

د. النوع غير المتميز Undifferentiated:

هو نوع من الفصام تتوافر فيه الأعراض المدرجة في القائمة أ. الأعراض المميزة للفصام، ولكن لا تتوافر

فيه الموصفات الخاصة بالنوع البارنوي ولا النوع المفكك ولا نوع الكتاتوني.

هـ. النوع المتبقي Residual:

هو نوع من الفصام تتوافر فيه الموصفات التالية:

أ- غياب الضلالات البارزة، والهلوسة، وتفكك الكلام، والسلوك الشديد التفكك الكتاتوتي.

الفصل الثالث: الفصام

ب- وجود ما يدل على استمرار الاضطراب، كما يتبين من وجود أعراض سلبية، أو وجود اثنين أو

أكثر من الأعراض القائمة أ في صورة مخففة، مثل: اعتقادات غريبة، خيرات حسية شاذة.

(أمينة سماك، عادل مصطفى 2001)

3.6. كيفية تشخيص الفصام:

إن تشخيص مرض الفصام يعتمد على أنظمة التشخيص السريرية المتعارف عليها عند الأطباء الإكلينيكين، والتي تقوم بأخذ السيرة المرضية بدقة للمريض، والفحص النفسي للمريض، ولابد من استبعاد اضطرابات المزاج والأمراض الذهانية الناتجة عن المواد المهلوسة والمنشطة والمخدرة بشكل عام.

هناك مواقف لا بد للطبيب أن يكون حذرا في إعطاء تشخيص الفصام فيها، مثل الحالات التي تترافق مع أعراض غير مألوفة، أو عند بداية حالة الذهان أو الانتكاس بعد سنوات طويلة، أو إذ تغيرت الأعراض والمظاهر المرضية، كما أن بداية المرض في سن الطفولة والشيخوخة لابد أن يجعلها حذرين في التشخيص. (حسين فرج 2009)

وعمليا حسب التشخيص الصحة العقلية، ليس هناك اختبار واحد يشير بشكل قاطع أن شخصا ما مصاب بالفصام، ولذلك يجب على ممارسي الرعاية الصحية تشخيص هذا المرض عن طريق فحص طبي شامل من خلال الأسرة، والمعلومات، ولا يقتصر على جنس الشخص والتوجه الجنسي والخلفية الثقافية والدينية والعرقية والحالة الاجتماعية والاقتصادية، وإنما يتطلب اختبار ذاتي للمريض الذي يجب تقييمه، وكذلك أن يقوم الطبيب بالفحص البدني، وعادة ما تشمل الفحوص المخبرية لتقييم صحة الشخص عامة، واكتشاف الطبيب إذا ما كانت نتيجة أعراض نفسية من خلال طرح الأسئلة حول الأعراض، ويبحث ما إذا كان الفرد يعاني من هلوسة أو أوهام وأعراض الاكتئاب أو الهوس أو استعمال المخدرات، والفحص الصحة العقلية هو الذي يحدد ما إذا كان الفرد يعاني من اضطراب فصامي عاطفي أو غيرها من اضطرابات الذهانية. (Roxanne.D 2013)

وهذا من خلال حسب الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع في مايلي:

أ.الأعراض المميزة:

اثتان أو أكثر مايلي: يحدث كل منها لفترة طويلة من الوقت خلال مدة شهر أو أقل من شهر إذا تم

علاجها بنجاح:

(1) الضلالات Delusions

(2) هلاوس

(3) تفكك الكلام (مثل : كثرة الخروج عن المسار Derailment أو عدم الترابط Incoherence)

(4) سلوك شديد التفكك، أو سلوك تخشبي.

(5) أعراض سلبية : أي تسطح العواطف أو نقص الكلام Alogia أو فقد الإرادة.

ملاحظة : يكفي عرض واحد من المجموعة أ إذا كانت الضلالات شاذة وشديدة الغرابة أو كانت

الهلاوس تتألف من صوت لا يكف عن التعليق على سلوك الشخص أو أفكاره أو من صورتين أو أكثر

في حوار مع بعضها البعض.

ب -اضطراب الوظيفة الاجتماعية / المهنية: لفترة طويلة من الوقت منذ حدوث الاضطراب يتدنى

الأداء بدرجة ملحوظة عما كان عليه قبل بداية المرض في مجال أو أكثر من المجالات الوظيفية المهمة

كالعمل أو العلاقات الشخصية أو العناية الذاتية (إذا كانت بداية المرض في مرحلة الطفولة أو المراهقة

يفشل الشخص في بلوغ المستوى المتوقع من الانجاز في مجال العلاقات الشخصية أو المجال الدراسي

أو المهني).

الفصل الثالث: الفصام

ج-المدة : تستمر علامات الاضطراب لمدة ستة أشهر على الأقل، ويجب أن تتضمن هذه الأشهر الستة شهرا على الأقل من أعيار المعيار أ أي أعراض المرحلة النشطة أو أقل من شهر إذا تم علاجها بنجاح، وقد تتضمن فترات من الأعراض البادية (الممهدة) Prodromal أو المتبقية.

أثناء هاتين الفترتين التمهيدية والمتبقية، أثناء هاتين الفترتين التمهيدية والمتبقية قد تتمثل علامات الاضطراب في الأعراض السلبية فقط، أو في عرضين أو أكثر من القائمة أ- موجودين بشكل مخفف مثل : اعتقادات غريبة، خبرات حسية شاذة. (عكاشة.أ، 1998)

د.استبعاد اضطراب الفصام الوجداني واضطراب المزاج.

وقد تم استبعاد تشخيص الفصام الوجداني واضطراب المزاج إما لأنه (1) لم تحدث نوبات اكتئاب عظمى أو نوبات هوس أو نوبات مختلطة متزامنة مع أعراض المرحلة النشطة، أو (2) إذا حدثت نوبات مزاجية أثناء أعراض المرحلة النشطة، لأن مدتها كانت قصيرة بالقياس بمدة الفترات النشطة والمتبقية.

هـ.استبعاد حالة الإدمان وحالة المرض الجسدي العام.

ليس الاضطراب نتيجة للتأثيرات الفسيولوجية المباشرة لأحدى المواد: (مثل عقار إدماني، دواء) أو نتيجة لمرض جسدي عام.

و.علاقة الفصام باضطراب النمو الشامل.

إذا كان هناك تاريخ مرضي للاضطراب التوحيدي (الذاتوي) أو اضطراب نمو شامل آخر، يضاف تشخيص الفصام إذا كان هناك أيضا ضلالات أو هلاوس بارزة لمدة شهر على الأقل (أو أقل من شهر إذا تم علاجها بنجاح) (أمينة سماك ،عادل مصطفى 2001)

الفصل الثالث: الفصام

7. الشخصية قبل المرض:

هناك اهتمام متجدد في الكشف عن العلامات المبكرة بداية مرض الفصام من خلال العديد من الدراسات التي أثبتت قيمة الإنذار وفائدته في العلاج المبكر، وكشف سوجي sugets، ان الذين يعانون من الفصام تظهر لديهم أعراض نفس مرضية ملحوظة من ضعف الأداء الاجتماعي والمهني هو مصدر القلق، فإن مسألة أشكال الفصام بداية بالغة الأهمية من حيث أنه صعب الإدراك والانتقال إلى اضطراب المزاج. (Cardine Marie 2003)

وكذلك بعض العلماء افترض وجود شخصية معينة قبل المرض تمهد الإصابة بمرض الفصام، وأهمها الشخصية الشبيهة بالفصامية والمضطربة، والتي تتم بسلوك غريب، وبالانطواء والانزواء والخجل وفرط الحساسية والخيال والهدوء وصعوبة التعبير عن الانفعالات والتبدل ونقص المبادأة. (محمد جاسم العبيدي 2009)

8. مراحل تطور الفصام:

غالبًا ما يبدأ الفصام بشكل تدريجي بحيث يمكن أن يمر دون أن يلاحظه أحد لفترة طويلة، سواء بالنسبة للمصابين أو العائلات. في بعض الأحيان، تظهر الأعراض بسرعة ويسهل التعرف عليها. وللفصام ثلاث مراحل: المرحلة ما قبل المرض والتي يظهر فيها الأعراض الأولية للمرض ثم المرحلة النشطة والمرحلة الانتكاسية. تتبع هذه المراحل عمومًا بعضها البعض بهذا الترتيب وتتكرر في دورات طوال فترة المرض، وتختلف مدة كل مرحلة من شخص لآخر.

1. المرحلة الممهدة (البادرية) la phase prodromique:

مع تطور الأعراض تدريجيًا، يبدأ الشخص المصاب في فقدان الاهتمام بأنشطته المعتادة وعزل نفسه عن الأصدقاء وأفراد أسرته. تصبح أفكاره غير واضحة، ويجد صعوبة في التركيز ويعاني من اللامبالاة والبرودة العاطفية، ويفضل المريض هنا قضاء معظم وقته بمفرده. قد يصبح المريض أيضًا شديد التركيز

الفصل الثالث: الفصام

على موضوعات أو أفكار معينة (على سبيل المثال، مشاعر الاضطهاد والدين والمشاهير). هذه السلوكيات مزعجة بشكل خاص للعائلة والأصدقاء، الذين لا يشكون في كثير من الأحيان في أنها ناجمة عن مرض الفصام. في بعض الأحيان قد تتوقف الأعراض هنا، ولكن عادة ما تتبع هذه المرحلة ما قبل المرض مرحلة النشطة. بحيث يمكن أن تستمر هذه المرحلة لأسابيع أو شهور أو حتى سنوات.

2. المرحلة النشطة (la phase active):

خلال المرحلة النشطة (أو المرحلة الحادة) من المرض، يظهر على الشخص عادة أعراض الذهان، بما في ذلك الأوهام والهلوسة وتشوهات الفكر والاضطرابات السلوكية والعاطفية. ومع ذلك، نظرًا لأن هذه الأعراض يمكن أن تكون ناجمة عن اضطرابات عقلية أو جسدية أخرى (على سبيل المثال، الاضطراب ثنائي القطب، والذهان الناجم عن المخدرات، وصدمة الرأس) يتم أخذ الاعتبار لعوامل أخرى عند تشخيص مرض الفصام. غالبًا ما تظهر المرحلة النشطة من مرض الفصام بعد مرحلة البادرة، ولكن في بعض الأحيان تظهر أعراض المرحلة النشطة فجأة.

3. المرحلة الانتكاسية (المتبقية) (la phase residuelle):

بعد مرحلة نشطة وبمجرد أن تهدأ الأعراض، غالبًا ما يصبح الشخص المصاب فاترًا، وينسحب على نفسه ويجد صعوبة في التركيز. أعراض هذه المرحلة تشبه أعراض المرحلة البادية ويمكن أن تحدث المرحلة النشطة من الفصام مرة أو مرتين في الحياة، ولكن في بعض الأحيان يعاني الشخص المصاب بالفصام من نوبات عديدة. وتجدر الإشارة إلى أنه بعد كل مرحلة نشطة، تميل الأعراض المتبقية إلى الزيادة بحيث تتأثر قدرة الشخص على العمل بشكل طبيعي وبشكل مستقر. هذا هو أحد الأسباب التي تجعل من الضروري التأكد من تجنب الانتكاسات (عودة الأعراض النشطة) باتباع خطة العلاج. (Fry & Zelazo,

(2003)

الفصل الثالث: الفصام

9. عوامل الخطر التي تؤدي الى تفاقم مرض الفصام:

1.9. الاضطرابات الجسدية:

بشكل عام يعاني الأشخاص المصابون بالفصام من مشاكل صحية أكثر ويكونون أكثر عرضة للوفاة المبكرة. السبب الأكثر شيوعًا للوفاة بين هذه الفئة هو أمراض القلب والأوعية الدموية، والتي ترجع جزئيًا إلى السمنة وارتفاع ضغط الدم وارتفاع الكوليسترول في الدم والسكري والتدخين وعوامل أخرى ذات صلة مع سوء النظافة. أيضًا يمكن لبعض الأدوية المستخدمة في علاج الفصام أن تسبب زيادة الوزن أو تفاقم عوامل الخطر الأخرى، مما يؤدي في بعض الأحيان إلى ظهور مرض السكري أو مشاكل صحية خطيرة أخرى.

يعاني الأشخاص المصابون بالفصام من صعوبة أكثر من غيرهم في الحصول على الرعاية، وغالبًا ما لا يتم علاج اضطراباتهم الجسدية بشكل مناسب. بالنسبة للأشخاص الذين يعانون من أي اضطراب في الصحة العقلية، فإن التمارين المنتظمة والأكل الصحي والزيارات المنتظمة لطبيب ضرورية للحفاظ على صحة عامة جيدة والرفاهية والتعافي.

2.9. تعاطي الكحول والعقاقير والتدخين:

من غير الواضح سبب شيوع تعاطي الكحول والمخدرات والتدخين لدى المصابين بالفصام. تشير الأبحاث إلى أن استخدام الكحول والمخدرات والتبغ قد يزيد من خطر الإصابة بالفصام، وأن الفصام قد يزيد من خطر الإصابة باضطراب تعاطي المخدرات.

بالإضافة إلى ذلك، فإن الأشخاص المهيئين وراثيًا معرضون لخطر أكبر للإصابة بكل من الفصام واضطراب تعاطي المخدرات. هناك حاجة إلى مزيد من البحث لفهم العلاقة بين مرض الفصام وتعاطي المخدرات بشكل أفضل.

يستخدم الأشخاص المصابون بالفصام مواد تخدير العقل لعدة أسباب:

الفصل الثالث: الفصام

- للتداوي الذاتي (للتخفيف من أعراضهم أو عذاباتهم) ؛
- للاسترخاء أو الاستمتاع أو محاربة الملل أو بناء الروابط الاجتماعية.
- للتعامل مع الصدمات الماضية والفقر والعزلة والتشرد ووصمة العار .

ان العلاقة بين مشاكل الإدمان والفصام معقدة ومهمة. مثلا :

- يساهم التدخين في تدهور الصحة الجسدية لدى المصابين بالفصام.
 - قد يتفاعل النيكوتين مع بعض مضادات الذهان وتقليل فعاليتها.
 - يزيد استخدام القنب في سن مبكرة من المخاطر من مرض الفصام.
- ويمكن أن يؤدي استخدام المواد من قبل مرضى الفصام إلى تدهور العلاقات مع الآخرين، والوضع المالي والصحة البدنية، إثارة نزاعات قانونية، تقاوم الأعراض الذهانية، تقاوم الاكتئاب والقلق، تقليل فعالية الأدوية والعلاجات النفسية، يزيد من مخاطر الانتكاس والاستشفاء والسلوك التخريبي ومشاكل العلاقات.

على الرغم من العواقب السلبية العديدة لتعاطي المخدرات، قد يشعر الأشخاص المصابون بالفصام أن تعاطي المخدرات يريحهم بطريقة ما. إذا لم يكونوا مستعدين لتقليل أو التوقف عن استخدامها أو على استعداد لتغيير عاداتهم، فقد يكونون على الرغم من ذلك مستعدين للنظر في طرق لتقليل أضرار استخدامهم لهذه المواد (على سبيل المثال، من خلال التحكم في كيفية استخدامها). يساعد نهج الحد من الضرر هذا على بدء حوار حول استخدام المؤثرات العقلية ومساعدة الأشخاص على تقليل أو إيقاف استخدامها.

أفضل طريقة لمساعدة المصابين بالفصام على التوقف عن استخدام المواد المخدرة -بما في ذلك التبغ - أو تغيير استخدامها هي النظر في العلاقة بين الفصام واستخدام العقاقير. لسوء الحظ لا يوجد هناك الخدمات المتخصصة في علاج الاضطرابات المتزامنة وغالبا ما يصعب العثور عليها.

الفصل الثالث: الفصام

3.9. الصدمات النفسية:

تزيد صدمات الطفولة وخاصة الاعتداء الجنسي من خطر الإصابة بالفصام لدى الأشخاص الذين لديهم عوامل خطر أخرى للمرض. ان الذهان الحاد والاستشفاء الطويل تعد في حد ذاتها تجارب مؤلمة والنتائج عن الفصام. ان العلاقة بين الصدمة النفسية والفصام تحتاج الى التوضيح ولكن من المعروف أن آثار الصدمات وخاصة الصدمات التي حدثت في وقت مبكر من الطفولة يمكن ان تعيق الشفاء. لدى قبل تخطيط العلاج او التقييم الطبي يجب البحث عن الصدمات واخذها بعين الاعتبار وبالتالي فهم طبيعة تأثيرها على المريض.

4.9. الفقر:

يزيد الفقر من خطر الإصابة بالفصام والفصام يزيد من خطر الفقر، مما له آثار سلبية على الصحة العقلية والبدنية. يمكن أن يؤدي الحصول على السكن اللائق والتوظيف والدعم المالي والدعم الاجتماعي إلى حماية الأشخاص المصابين بالفصام من الآثار الضارة للفقر.

5.9. وصمة العار:

تؤدي الأفكار والقوالب النمطية والتصورات التقليدية لمرض الفصام إلى وصمة عار ولها تأثير عميق على حياة الأشخاص المصابين بالمرض وتأتي وصمة العار من المجتمع في المقام الأول نتيجة سوء فهم الناس لمرض الفصام، عندما يعاني الأشخاص المصابون بالفصام من أحكام سلبية وخاطئة فقد يؤمنون بهذه الافكار والأحكام. هذا يمكن أن يدفعهم إلى اليأس ويزيد من شعورهم بالعجز وتكوين صورة سلبية عن الذات وبالتالي يعيق التعافي.

هناك العديد من الاستراتيجيات لمساعدة الأشخاص المصابين بالفصام والأسر على التعامل مع وصمة العار ومحاربتها:

- إعداد خطة التعافي.

الفصل الثالث: الفصام

- الترابط مع أشخاص آخرين مصابين بالفصام والحفاظ على الروابط الأسرية.
- الحفاظ على الأمل في المستقبل.
- تعرف على مرض الفصام وتثقيف الناس من حولك.
- تحدي الأفكار السلبية عن الذات.
- تكوين صورة نقدية لتمثلات الفصام (الأفكار السلبية للفصام السائدة في المجتمع) وتشجيع الناس ومن حوله على فعل ذلك.
- المشاركة في إجراءات مكافحة وصمة العار. بما في ذلك جمعية الفصام في كندا (الجمعية الكندية للصحة العقلية (cmha) ولجنة الصحة العقلية الكندية. تعتبر معالجة وصمة العار طريقة جيدة لمساعدة الأشخاص المصابين بالفصام على التعافي.

الفصل الثالث: الفصام

الخلاصة:

يمكننا اعتبار مرض الفصام من الامراض العقمية الاكثر خطورة وانتشارا والذي لقي اهتماما كبيرا من طرف علماء النفس، والذي قد يحدث نتيجة تفاعل عدة عوامل متداخلة فيما بينها من الاضطرابات الذهانية وبعض من الأعراض العصابية والمزاجية، وتتعدد مسببات حدوثه التي تشمل العوامل البيولوجية والنفسية وغيرها من مواقف الذي تعرض إليها الشخص واستعداداته الشخصية. والمريض الفصامي يعاني من عدة المشاكل قد تزيد من حدة مرضه، وتعتبر العوامل الاجتماعية والاسرية من أهم هذه العوامل التي تؤدي الى تفاقم المرض وتزيد من حدته فالصورة الثابتة التي يكونها المجتمع على المريض العقلي والفصامي تؤدي الى تأخر طلب العلاج وتفاقم الاعراض فالمريض في النهاية يحتاج إلى تكفل وتفهم أسري واجتماعي ومساندة وتقبل من طرف الافراد.

فتيميش مرضى الفصام وتكوين اعتقادات حولهم يجعل كل الجهود التي يبذلها الاخصائيون الى جدوى منها، لأنها تقع في مواجهة جد صعبة لتلك الاعتقادات والبناء المعرفي المشوه.

يعد الفصام من بين الامراض العقلية الخطيرة نظرا الى تأثيره على استقلالية الفرد وجعله يعتمد كليا على عائلته. كما تبين في هذا الفصل ان تلك الاعاقة او العجز الذي يعاني منه الفصاميين راجع الى عدة اسباب وهي قصور معرفي وتدهور القدرات اللفظية والعاطفية والتواصلية والتي سوف نتطرق اليها في الفصل الموالي لتوضيح العلاقة بين القصور المعرفي والاجتماعية التي يعاني منها الفصاميين.

الفصل الرابع: الوظائف التنفيذية وعلاقتها بالمهارات الاجتماعية

عند الفصامي.

1. الوظائف التنفيذية عند المصابين بالفصام.
2. المهارات الاجتماعية عند المصابين بالفصام.
3. علاقة الوظائف التنفيذية بالمهارات الاجتماعية عند الفصامي.

الفصل الرابع: الوظائف التنفيذية وعلاقتها بالمهارات الاجتماعية عند الفصامي

تمهيد:

ان علاقة الوظائف التنفيذية بالمهارات الاجتماعية هي من بين المجالات الأكثر بحثا في الفصام لما لها من الغموض وتساؤلات في تأثرها بالمرض العقلي، بحيث قام العديد من الباحثين بدراسة الفصام وعلاقته بمختلف الوظائف المعرفية والتنفيذية والمهارات الاجتماعية. ومنه قمنا بجمع الدراسات التي هدفت الى البحث في مجال المعرفة والسلوك الاجتماعي عند مرضى الفصام، منها العربية والأجنبية.

1. الوظائف التنفيذية عند المصابين بالفصام:

ان المواصفات الأولى للفصام تعترف بوجود اضطراب الانتباه كعنصر أساسية للفصام وذلك قبل وقت طويل من ظهور الاختبارات النفسية العصبية الرسمية أو علم النفس التجريبي الحديث.

اقترح كل من بوسنر وبيترسن (Posner.M & Petersen.S, 1990) أنه ينبغي تقسيم الانتباه إلى ثلاث وظائف رئيسية: التنبيه والتوجيه والاختيار أو التحكم التنفيذي. يُعرّف التنبيه على أنه تحقيق والحفاظ على حالة من الحساسية العالية للمنبهات الواردة، والتوجيه هو عملية اختيار المعلومات من المدخلات الحسية، والاختيار أو التحكم التنفيذي هو آلية مراقبة وحل الصراع بين الأفكار والمشاعر والاستجابات.

يتأثر جزء الاختيار أو التحكم التنفيذي من الانتباه في الفصام والذي يعتبر نظام انتباه ما وراء معرفي عالي المستوى يتعلق بالانطباع الذاتي للجهد العقلي. ان هذا الشكل من الانتباه الإشرافي أو التنفيذي يشمل آليات مراقبة وحل الصراع بين الأفكار والمشاعر والاجابات. ولكن هذا النظام الانتباه متعلق بعدة مهام مثل الذاكرة العاملة والتخطيط والتبديل والسيطرة الكفية.

أن اضطراب الانتباه قد يؤثر على العديد من الوظائف المعرفية الأخرى، ويمنع معالجتها فالخلل الوظيفي في الانتباه يفسر نسبة صغيرة فقط من اضطرابات الوظائف المعرفية الأخرى في الفصام. تبين

الفصل الرابع: الوظائف التنفيذية وعلاقتها بالمهارات الاجتماعية عند الفصامي

من خلال دراسة (Keefe.R.S.E & al, 2006) ان العجز المعرفي العصبي له علاقة ارتباطية مع شدة الأعراض السلبية في الفصام ولكن لم يرتبط نهائيا مع شدة الأعراض الإيجابية. اقترحت العديد من التحليلات أن هناك عجزاً إدراكياً كبيراً يميز هذه العينة.

ان الاختبار Stroop الكلاسيكي والذي يكون فيه كلمة مطبوعة بألوان غير متطابقة (على سبيل المثال، كلمة الأخضر مطبوعة باللون الاحمر). فيطلب في التعلية إما تسمية الكلمة الفعلية أو تسمية لون الحبر الذي كتبت به الكلمة. فهو يطلب من المفحوص التركيز بشكل انتقائي على أحد ابعاد من المثير ونفي او كف الاجابات الأخرى الغير المناسبة. فالإنسان العادي قد يصبح بطيء عندما يتعين عليه تسمية لون الحبر الذي يتعارض مع الكلمة لأنه يتعين عليه كف الإجابة الآلية عند قراءة الكلمة.

قد يعاني مرضى الفصام من مشاكل مختلفة عند القيام بهذه المهمة كمشكل في مدة رد الفعل أو الدقة، وهي نتيجة تم اتخاذها تشير إلى أن لديهم صعوبة غير متناسبة في كف الميل المكتسب (قراءة الكلمة)، وقد يكونون عرضة للفشل في ظروف الصراع المعرفي بشكل عام، لأنهم غير قادرين على استخدام المعلومات السياقية بشكل مناسب. فالمجالين الاخرين اللذين يتأثران بالفصام هما الانتباه المتواصل والانتباه المنقسم. (Elvevag.B & al, 2000)

يتضمن اختبار قياس الانتباه المتواصل CPT (اختبار الأداء المتواصل continuous performance test) مراقبة سلسلة عشوائية من الأرقام أو الأحرف التي يتم استعراضها بشكل مستمر، بمعدل واحد في الثانية تقريباً. يُطلب من المشاركين اكتشاف حدث مستهدف بالضغط على زر الاستجابة وتجنب الاستجابة للخاطئة أو المحفزات المشتتة للانتباه. فمرضى الفصام يخطئون في النقر على الهدف باستمرار. بحيث تكمن الصعوبة هذا الاختبار في الترميز السريع والاستجابة على المثير الملائم. (Nuechterlein.K.H, 1991)

الفصل الرابع: الوظائف التنفيذية وعلاقتها بالمهارات الاجتماعية عند الفصامي

في إحدى الدراسات والتي استخدمت مختلفة مهام البحث بصرية، حاول فولر وآخرون إيجاد التحكم في الانتباه الدقيق للمرضى الفصام من خلال التركيز على عنصرين منفصلين للانتباه وهما التحكم في الانتباه (le contrôle de l'attention) وتنفيذ الاختياري (la mise en œuvre de la sélection). يشير التحكم في الانتباه إلى العمليات التي تحدد المعلومات التي يجب اتباعها والمسؤولة عن توجيه الانتباه نحو مصادر المعلومات المهمة والاساسية. كما يشير التنفيذ الاختياري إلى العمليات التي تعمل بعدما تم توجيه الانتباه إلى موضوع ما، يسمح للموضوع المراقب بتلقي معالجة تفصيلية. فتبين من خلال النتائج المتحصل عليها في هذه الدراسة ان التحكم في الانتباه الذي هو مصدر الاضطراب عند المصابين بالفصام، في حين أن التنفيذ الاختياري قد يكون سليماً بشكل مدهش. (Fuller.R & al, 2006)

يمكن أن يؤدي هذا الضعف إلى إعاقة المريض الى حد عدم قدرته للقيام بالمهام العادية والبسيطة مثل تصفح البرامج التلفزيونية للحصول على برنامج مفضل أو العثور على النوع المناسب من الحساء عند المتجر يمكن أن يتطلب وقتاً وجهداً كبير بالنسبة للمرضى المصابين بالفصام مقارنة بالأشخاص العاديين. وعليه فالتحكم في الانتباه سيكون مضطرب إذا لم يتمكن نظام التحكم التنفيذي من تشكيل المهمة والحفاظ على التمثل بالدقة.

ان مصطلح "الوظائف التنفيذية" تم استخدام للإشارة إلى مجموعة من الوظائف المعرفية العليا للفص الجبهي وقد تم استخدامه كمرادف لمصطلح "وظائف الفص الجبهي". ان التصورات الحديثة للوظائف التنفيذية تتضمن عدة عمليات فرعية، وأنها ليست كلها متعلقة بالقشرة الأمامية. وبالأخص، فالبعض من العمليات التنفيذية تتعلق بشبكة قشرية موزعة (réseau cortical distribué)، بدلاً من منطقة أمامية واحدة مسؤولة عن كل العمليات وقد تكون مرتبطة أو لا ترتبط بالفص الأمامي. (Baddeley.A & al,

1997)

الفصل الرابع: الوظائف التنفيذية وعلاقتها بالمهارات الاجتماعية عند الفصامي

ان الوظائف التنفيذية تشير الى قوة الإرادة والتخطيط والعمل المتعمد والى المراقبة الذاتية للسلوك. فهي تصف مجموعة واسعة من العمليات المعرفية عالية التي تسمح بالتعديل المرن للفكر والسلوك بالاستجابة لتغيرات السياق المعرفي أو البيئي. يعاني مرضى الفصام من ضعف مراقبة الأداء والذي يتبن من خلال القصور في الوظيفة التنفيذية ويرتبط هذا العجز بأعراض مقاومة للعلاج مثل الأعراض السلبية وعدم التنظيم. وعليه فيساهم الخلل الوظيفي التنفيذي في ضعف الذاكرة العاملة والانتباه. (Kerns.G & al, 2008)

هناك دليل واضح على أن الوظائف التنفيذية تتضمن عدة مكونات، وهناك اربعة مكونات رئيسية (1 الانتباه، (2 الكف المعرفي، (3 التخطيط والتنظيم، (4 المرونة العقلية. فاذا كان الأداء ضعيف في احدى من هذه الكفاءات فيمكن تفسيرها بعدة الآليات المعرفية المحتملة. مما يجعل صعب فهم طبيعة العجز في الوظيفة التنفيذية لدى الأشخاص المصابين بالفصام وخاصة عندما يتم استخلاصها عن طريق عدة اختبارات او مهام متعددة المكونات.

وقد أظهرت العديد من الدراسات السلوكية والعصبية أن الأشخاص المصابين بالفصام يعانون من قصور في مجموعة متنوعة من المهام التي تتطلب الإنشاء والاختيار القواعد. على سبيل المثال، أظهرت العديد من الدراسات أن الأشخاص المصابين بالفصام يظهرون عجزاً في مهمة ترتيب البطاقات في اختبار ويسكونسن (cartes du Wisconsin test) كذلك يُظهر الأشخاص المصابون بالفصام عجزاً في مهمة التحويل الداخلي والخارجي للأبعاد. (Pantelis.C & al, 1999) بالإضافة إلى ان الأشخاص المصابين بالفصام لديهم ضعف في اختبار Stroop، وذلك مرتبط بوجود أعراض عدم التنظيم، وتبين انه راجع الى عجز محدد وليس الى ضعف في أداء عامة. (Cohen.J & al, 1999)

الفصل الرابع: الوظائف التنفيذية وعلاقتها بالمهارات الاجتماعية عند الفصامي

بشكل عام، فإن علم الأعصاب المعرفي تمكن من بناء مفهوم لقدرة الإنشاء والاختيار القواعد والذي يمكن قياسه بسهولة على البشر والحيوانات يلعب دوراً مهماً في قدرة الأداء التنفيذي، فهو للأسف مضطرب عند الأشخاص المصابين بالفصام. فالعديد من الدراسات قدمت أدلة على وجود ضعف في قدرة المراقبة للأداء وانخفاض في نشاط ACC، عن طريق فحص الفصاميين بالتصوير بالرنين المغناطيسي الوظيفي وتخطيط كهربية الدماغ. بالإضافة إلى وجود اضطراب المراقبة الكفاءات مرتبطة بأعراض السلبية وعدم التنظيم والتي بدورها تتبأ اضطراب الوظائف التنفيذية عند المصابين بالفصام. (Silver.H & Goodman.C, 2007)

توجد عدة آراء بخصوص النتائج طويلة المدى لاضطراب الوظائف التنفيذية في الفصام، تبين من خلال الدراسة السابقة ان العجز المعرفي يزداد سوءاً بشكل تدريجي طوال فترة المرض. بعد البداية مرض، تضعف وظائف الذهنية للمريض وتصبح المهارات الاجتماعية أكثر ضعفاً وتسبب للمريض إعاقة حادة. وتقترح وجهة نظر ثانية أن العجز المعرفي، بمجرد ظهوره يظل مستقرًا نسبيًا طوال مدة المرض؛ لذا فإن هذا الرأي يتوافق مع فكرة اعتلال الدماغ الثابت (notion d'encéphalopathie statique). (Rund.R, 1998)

أظهرت نتائج دراسة (Weickert.W & al, 2000) انه حوالي 50% من عينة الفصاميين لديهم مقاومة للعلاج تميزوا بانخفاض حاد في معدل الذكاء مقارنة بحالتهم السابقة ونسبة صغيرة منهم يتميزون بقدرات معرفية محدودة قبل بداية المرض. كما أظهرت الدراسات الحديثة المرتكزة على نفس العينة وجود انخفاض هام عند قياس الذكاء لدى مرضى الفصام في المستقبلين، (David.S & al, 1997) (Davidson.M & al, 1999) بالإضافة إلى معاناتهم بالتأخير في مراحل مبكرة للنمو الحسي الحركي. (Jones.P & Cannon.M, 1998)

الفصل الرابع: الوظائف التنفيذية وعلاقتها بالمهارات الاجتماعية عند الفصامي

بحث عدد من الدراسات العرضية عن أدلة على الانخفاض خلال المراحل المزمدة من المرض. أظهرت دراسة (Davidson.M & al, 1995) انخفاضًا بمقدار نقطتين إلى ثلاث نقاط كل 10 سنوات في المقياس العام للأداء المعرفي أو ما يسمى باختبار فولستين (test de folstein)، لفئة العمرية من 25 إلى 95 سنة، في حين أن نسبة الانخفاض لمرضى الزهايمر هو 1.5 نقطة سنويًا. هذه النتائج توافق مع دراسة (Harvey & al, 1999) والتي اكتشفت ان المرضى المسنين في هذه المجموعة يظهرون انخفاضًا ملحوظًا في التقييم السريري العام للوظائف. ولكن تأثير الادوية المضادة للذهان على المدى الطويل وتأثير الشيخوخة قد يكونان مسؤولان عن هذا الانخفاض. وفي دراسة عرضية قام بها هايد وآخرون (Hyde.TH & al, 1994)، تم مقارنة مجموعتين من مرضى الفصام، عن طريق نتائج اختبار فولستين، مقياس الخبل، تعليم الأفعال والطلاقة الدلالية، على مدى 50 سنة، تبين من خلال النتائج انه لا يوجد أي فروق بين المجموعتين، وكل الاكتشافات بينت وجود انخفاض هام للقدرات المعرفية مباشرة بعد ظهور الاعراض السريرية، والتي يتبعها توقف التدهور وثبات اضطراب الوظائف المعرفية لمدة طويلة. تتوافق هذه الدراسات مع ان مرض الفصام ينتمي الى فئة الاضطرابات النمائية العصبية وليس الى الطبيعة تنكسيه عصبية (neurodégénérative).

هل يمكن أن تتحسن الوظائف المعرفية على المدى الطويل؟

تبين من خلال دراسة سبولدينج وآخرون (Spaulding.W & al, 1999) ان التغيرات المعرفية عند المصابين بالفصام مستقرة لمدة 6 أشهر في بيئة العلاجية الاجتماعية غنية. وأظهرت الدراسة تحسنًا في 9 من 12 مقياسًا للوظائف التنفيذية لدى مرضى الفصام الذين يعانون من إعاقات تنكسيه وشديدة. أظهرت مقياس الذاكرة والأداء التنفيذي تحسنًا ظاهرًا، في حين أن مقياس تقييم مدة رد الفعل والانتباه المستمر لم

الفصل الرابع: الوظائف التنفيذية وعلاقتها بالمهارات الاجتماعية عند الفصامي

تظهر أي تحسن. وكذا، تم اثبات أنه في ظل ظروف معينة، تخضع بعض جوانب اضطراب المعرفة عند الفصامي إلى تحسين المسار المرض.

في المرحلة المزمنة، يصبح مرضى الفصام معاقين وظيفياً بسبب انخفاض المهارات الاجتماعية والفشل المهني وحجاتهم للدعم. تشير الدراسات إلى أن القصور المعرفية-العصبية فهي حتماً تؤثر على النتائج الوظيفية، بحيث يؤثر عجز المرضى في تعلم معلومات جديدة، وإكمال المهام بسرعة، واستدعاء المعلومات القديمة، وإنشاء خطط أو فرضيات جديدة لها تأثير واضح في نجاحهم المهني، وكذا القدرة على الانخراط في المعاملات الاجتماعية واتخاذ القرار. على الرغم أنه من غير الواضح ما هي المقاييس المعرفية العصبية التي تعد أكثر المؤشرات المفيدة والتي تبين الارتباط بالنتائج الاجتماعية، إلا أن ما وراء-التحليلات توضح وجود أربعة بنيات معرفية عصبية مرتبطة بشكل كبير، وهي الذاكرة العاملة، والذاكرة طويلة المدى، الانتباه/اليقظة، الوظائف التنفيذية. (Green.M & al, 2000)

بالنظر إلى الأعراض السريرية الأخرى، فإن الأعراض الذهانية (الهلوسة والأوهام) هي مؤشرات ضعيفة وسيئة ولا ترتبط بالنتائج الوظيفية الاجتماعية، على عكس الأعراض السلبية التي ترتبط ارتباطاً وثيقاً بها، نفسها نفس الوظائف المعرفية العصبية. لا يُعرف سوى القليل عن الأعراض غير المنظمة (symptôme de désorganisation)، والتي غالباً ما تشكل بُعداً منفصلاً وتتضمن اضطراب الرسمي للتفكير. من المحتمل أن يكون لبعض المجالات المعرفية علاقات سببية مباشرة، على الرغم من أن البعض الآخر قد يكون مرتبطاً بنتائج وظيفية من خلال قدرات وسطية، مثل المعرفة الاجتماعية أو تطبيق المعرفة والمنطق في حل المشكلات. (al & Velligan.DI, 2000)

الفصل الرابع: الوظائف التنفيذية وعلاقتها بالمهارات الاجتماعية عند الفصامي

2. المهارات الاجتماعية عند المصابين بالفصام:

ويعتبر المرضى النفسيون في نظر بعض الباحثين أمثال دوسون وزملاؤه وأندرسون أكثر الفئات عرضة أو قابلية للتدهور في مهاراتهم الاجتماعية، بل إن الفصاميين هم الفئة الأكثر استعداداً لتطوير متلازمة عجز المهارات الاجتماعية نتيجة لطول فترة الإقامة في المستشفى وأزمان المرض. (العرادي.ج وفرج.ص، 2002)

لقد أشارت التصورات الفكرية للرواد أمثال كريبلين وبلويلر، إلى أن العجز في المهارات الاجتماعية والوجدانية والأداء الاجتماعي الضعيف، يعد خاصية أساسية في اضطراب الفصام (Salem.J & Kring.A, 1999). بل إن معايير التشخيص على هذا الدليل تشير إلى أن تشخيص الفصام يتطلب أن يظهر الفرد أداءً ضعيفاً سواء في علاقاته الاجتماعية أو في العناية الذاتية حيث يمثل الأداء الاجتماعي دوراً محورياً في تشخيص الفصام وتحديد مآله. (Mueser.K & al, 1996)

لقد حدد بلاك وزملاؤه (1997) في كتابهم تدريب المهارات الاجتماعية عند الفصاميين، خمسة عوامل تتفاعل مع المهارات الاجتماعية هي: الأعراض الذهانية؛ والحالة المزاجية؛ والعوامل البيئية؛ والمؤثرات العصبية والبيولوجية؛ والعوامل المحفزة أو الدافعية. (Bellak.A & al, 1997)

في هذا الإطار، يرى هارقي ومكارين 1989 أن العجز في المهارات الاجتماعية عند الفصاميين ينشأ في جزء منه نتيجة الإقامة الطويلة في المستشفيات أو ما يعرف بظاهرة الإقامة المؤسساتية (Institutionalization) حيث تظهر على الأفراد أعراض محدودة المشاعر والقصور في الاستجابات العفوية، والصعوبة في بدء المحادثات، والفشل في المشاركات وتكوين أجواء الألفة، وبالتالي ضعف التفاعل والتواصل الاجتماعي مع الآخرين. (Hargie.o & McCartan.P, 1989)

الفصل الرابع: الوظائف التنفيذية وعلاقتها بالمهارات الاجتماعية عند الفصامي

لقد أظهرت نتائج دراسة ليف وزملاؤه 1994 أن عدداً من المرضى الفصاميين الإنجليز الذين قضوا مدة طويلة في المستشفيات النفسية قد تحسنت الأعراض لديهم بعد تركهم للإقامة المؤسسية؛ ويضيف مغلشن (McGlashan.T، 1986) أن العجز في المهارات الاجتماعية لدى الفصاميين يؤثر بشكل عميق على نوعية حياتهم، بما في ذلك عدد مرات الانتكاسة وتكرار مرات التنويم. أيضاً وفي نفس السياق، يشير هارفي وزملاؤه 1999 إلى أن الفصاميين المراجعين حتى وإن كانوا أكبر سناً من الفصاميين المزمنين المقيمين إقامة طويلة يظهرون تدهوراً أقل في أدائهم ومهاراتهم الاجتماعية. (al & Harvey، 1999)

كذلك لا بد من الإشارة إلى أن عدة دراسات قد أظهرت أن شدة الأعراض السلبية وهي التي تظهر مصاحبة لطول مدة المرض وإزمانه، كانت هي المتنبئ الأكبر بظهور متلازمة تدهور المهارات الاجتماعية. (al & Harvey.P، 2000) (al & Patterson.T، 2001)

قام ميوسر وزملاؤه 1996 بدراسة تبحث في علاقة معرفة الانفعالات وإدراكها بالكفاءة الاجتماعية عند الفصاميين المزمنين وذلك بغرض تقييم ما إذا كان المرضى الفصاميون المزمنون الذين يتعاطون علاجاً دوائياً وعددهم ثمانية وعشرون مريضاً ممن يقيمون إقامة طويلة في المستشفى الجامعي لجامعة بنسلفانيا يظهرون عجزاً في إدراك الانفعالات مقارنة بخمسة عشر شخصاً سويماً، وعماً إذا كان ذلك العجز يعزى إلى ضعف الكفاءة الاجتماعية، وقد أظهرت النتائج أن إدراك التعبيرات الانفعالية ارتبط بإزمان المرض وبالكفاءة الاجتماعية، بمعنى أن طول مدة الإقامة في المستشفى ومدة الإصابة بالمرض يمكن أن تسهما في عجز الفصاميين عن الإدراك الظاهري للانفعالات وهو الذي يمكن أن يكون بدوره في التأثير على الكفاءة الاجتماعية. (al & Mueser.K، 1996)

كذلك فقد أشار الباحثون إلى أنهم قد وجدوا أن الحالات الفصامية الحادة لم تختلف اختلافاً دالاً عن الحالات الضابطة على مقاييس تعبيرات الوجه وعللوا ذلك بالقول بأن أداء الحالات الفصامية الحادة قد

الفصل الرابع: الوظائف التنفيذية وعلاقتها بالمهارات الاجتماعية عند الفصامي

يكون له علاقة بقصر مدة إزمان المرض لديهم. كذلك فقد استنتج الباحثون احتمالية أن يشكل إزمان المرض بنية تحتية للعجز الإدراكي إضافة إلى عجز المريض وطول مدة مرضه وشدة الأعراض المرضية فكلها متغيرات ارتبطت بأداء الفصاميين على مقاييس الإدراك الظاهري. وهذه النتائج تنسق إلى حد كبير مع الاتجاه السائد في أدبيات الاضطرابات النفسية بأن العجز في الأداء يرتبط بشدة الأعراض السلبية، كما أنها تتوافق مع فرضيات نظرية الكفاءة الاجتماعية التي ترى أن الإدراك الاجتماعي (مهارة الاستقبال) يعد محددًا هاماً للمهارة الاجتماعية (Wallace.C.J، 1984)

أيضاً وفي نفس السياق، قام هارفي وزملاؤه (1999) بدراسة على سبعة وخمسين مريضاً فصامياً مزمناً من المقيمين لمدة طويلة بهدف قياس مدى حدوث تدن في أدائهم لمعرفي والتوافقي وشدة الأعراض، وذلك بعد متابعتهم على مدار عامين متواصلين من تحويلهم إلى إحدى دور الرعاية الاجتماعية للمسنين، وقد ظهر أن هناك تدن ملحوظ في الأداء المعرفي والتوافقي أما الأعراض المرضية فلم يحدث تغيير في حدتها أو شدتها.

أيضاً وفي دراسة لاحقة قام بها هارفي وزملاؤه (1999) بهدف عقد مقارنة شاملة بين أربعة وسبعين مريضاً فصامياً من ذوي الإقامة الطويلة بالمستشفى الحكومي وخمسين من الفصاميين المزمنين المنومين في مستشفى خاص بالمتقاعدين العسكريين في أمريكا حول علاقة متغيرات التدهور الذهني والعجز في المهارات الاجتماعية وشدة الأعراض السلبية والسلوكيات الخطرة داخل جناح التنويم بطول مدة الإقامة في المستشفى أو ما يعرف بالحياة المؤسساتية (Institutionalization) وقد أظهرت المقارنات أن لطول مدة إقامة مرضى المستشفى الحكومي علاقة ارتباطية دالة بشدة الأعراض السلبية والتدهور الذهني وانخفاض مستوى الأداء الوظيفي والمهارة الاجتماع، أما على صعيد متغيرات العمر والمستوى التعليمي فلم يكن لها

الفصل الرابع: الوظائف التنفيذية وعلاقتها بالمهارات الاجتماعية عند الفصامي

تأثيرات واضحة على مستوى الأداء الوظيفي للمرضى المنومين في المستشفى الحكومي مقارنة بمتغير طول الإقامة. (al & Harrey.P، 1999)

من جانب آخر فقد وجد قرين 1996 خلال مراجعته للتراث النفسي أن الفصاميين في سن الرشد المبكر لديهم ضعف في الأداء الاجتماعي وتدهور في المهارات الاجتماعية يمكن أن يعزى إلى العجز الذهني والتدهور المعرفي أكثر من طول مدة المرض أو الإقامة في المؤسسة العلاجية. (Green.M.F، 1996)

من ناحية أخرى، يذهب نفر غير قليل من الباحثين والمتخصصين إلى الاعتقاد بأن شدة الأعراض السلبية لدى الفصاميين ترتبط، إلى حد ما، بطول مدة المرض ودرجة إزمانه، لذلك فالبعض ينظر لهذه الأعراض كمؤشر له علاقة بالتدهور في الأداء الوظيفي والتوافقي الاجتماعي، فهذا ماكدونالد وزملاؤه 1998 في دراسة لهم على ستة وأربعين مريضاً فصامياً من مراجعي العيادات الخارجية قد وجدوا أن الأشخاص الذين لديهم مهارات اجتماعية أكبر يتمتعون بوجود شبكات اجتماعية أوسع حتى وإن لم يحصلوا على دعم من هذه الشبكات. (al & Mcdonald.E، 1998)

كذلك فقد أظهرت نتائج الدراسة أن الأعراض السلبية لها دورها في التأثير على مستوى المهارات الاجتماعية والتي بدورها تؤثر على نطاق الشبكات الاجتماعية ومداهها أيضاً ومن ضمن النتائج التي كشفت عنها دراسة ماكدونالد وزملاؤه أن لمتغير العمر علاقة بحجم الشبكات الاجتماعية ومستوى المهارات الاجتماعية، حيث ظهر أن المرضى الفصاميين الأصغر سناً كانت لديهم مستويات أكبر من المهارات الاجتماعية وشبكات اجتماعية أكثر وهو الأمر الذي جعل الباحثين، على ما يبدو، يستنتجون أهمية التدخل العلاجي المبكر عند حدوث النوبات الذهانية الأولى مع إشاراتهم لبعض الشواهد التطبيقية العلاجية

الفصل الرابع: الوظائف التنفيذية وعلاقتها بالمهارات الاجتماعية عند الفصامي

على فاعلية برامج التدريب على المهارات الاجتماعية مع الفصامين صغار السن والتي من شأنها المساعدة في تعزيز فرص التوافق الاجتماعي والحد من حدوث الانتكاسة المرضية.

كما أن ديمتري وزملاؤه 2004 في دراستهم بهدف تقييم الأداء النفسي والاجتماعي لثلاثة وخمسين مريضاً فصامياً مزماً منوماً قد وجدوا أن الأعراض السلبية هي المتنبئ الأقوى بمستوى الأداء الوظيفي والمهاري الاجتماعي. (al & Dimitri.P, 2004)

أيضاً وفي نفس الإطار، الخاص بدور الأعراض السلبية، فقد أجرى جاكسون وزملاؤه 1989 دراسة على ثلاثة وخمسين مريضاً فصامياً منوماً في مستشفى رويال بارك بهدف معرفة هل شدة الأعراض السلبية هي المتنبئ الوحيد بالعجز في المهارات الاجتماعية بغض النظر عن المتغيرات الديموغرافية والمرضية، وقد كشفت نتائج الدراسة أنه قد ظهر أن شدة الأعراض السلبية كانت هي بالفعل، المتغير الأفضل للتنبؤ بمستوى المهارات الاجتماعية. وقد اختتم الباحثون دراستهم بالإشارة إلى عدم وجود دعم إمبيريفي لوجهة النظر التي ترى وبقوة أن ظاهرة الإقامة الطويلة في المؤسسة العلاجية أو ما يعرف بالمؤسساتية تسبب عجزاً في المهارات الاجتماعية عند الفصامين وكذلك الحال بالنسبة للمتغيرات الديموغرافية كالمستوى التعليمي وصغر السن والإقامة القصيرة. (al & Jackson.H, 1989)

من جانب آخر فقد قام باترسون وزملاؤه 1997 بعقد مقارنة بين خمسة وستين مريضاً فصامياً وتسعة وثلاثين شخصاً سوياً تتراوح أعمارهم (المجموعتين) بين 45-80 سنة وذلك بغرض قياس مستوى التوافق الاجتماعي لديهم وقد كشفت نتائج الدراسة عن وجود فروق دالة في سوء التوافق الاجتماعي عند الفصامين مقارنة بالأصحاء حيث كان أداء الفصامين للأدوار المناطة بهم أقل من الأسوياء بل إن مستوى أداء الفصامين لتلك المهام جاء ضعيفاً. ولقد استنتج الباحثون أن بعضاً من نتائج هذه الدراسة يؤيد ما

الفصل الرابع: الوظائف التنفيذية وعلاقتها بالمهارات الاجتماعية عند الفصامي

توصلوا إليه في دراسة سابقة من أن قلة من المرضى الفصاميين المستقرين هم الذين كانوا قادرين على

الاحتفاظ بمستويات عادية إلى حد ما، من التوافق الاجتماعي. (al & Patterson.T، 1997)

إن تحقيق التوافق الاجتماعي والأداء المهاري الاجتماعي المناسب علاوة على ارتباطه بمتغيرات

مثل الإقامة الطويلة في المستشفيات وطول مدة الإصابة بالمرض وظهور الأعراض السلبية، يرتبط أيضاً

بمتغيرات أخرى كالإدراك الاجتماعي والمهارات اللفظية وغير اللفظية، فهذا إهنن وزملاؤه 1998 في

محاولتهم معرفة العلاقة بين ثلاث مهام للإدراك الاجتماعي (معرفة المؤشرات الاجتماعية أو الحساسية

الاجتماعية ؛ إدراك الوجدان الظاهري ؛ التقديرات الذاتية للمهارات) والمهارات الاجتماعية، وذلك من منطلق

أن الإدراك الاجتماعي يرتبط بمهارات اجتماعية أفضل، يشيرون إلى أن نتائج دراستهم التي تمت على ستة

وعشرين مريضاً فصامياً مراجعاً قد كشفت عن أن مهمة التقديرات الذاتية للمهارات الاجتماعية من قبل

المرضى كانت هي المهمة الإدراكية الاجتماعية التي كان لها علاقة ارتباطية جوهرية، أما إدراك الحالة

الوجدانية الظاهرة ومعرفة الرموز الاجتماعية أو الحساسية الاجتماعية. (al & Ihnen.G، 1998)

فقد أظهرت نتائج التحليل الإحصائي وجود علاقة ارتباطية ضعيفة لهما مع المهارات الاجتماعية

وقد اختتم الباحثون دراستهم بالإشارة إلى أن قدرة الأفراد على إدراك سلوكياتهم الاجتماعية وتقديرهم لها،

يمكن أن يكون لها آثار وظيفية وأدائية اجتماعية هامة أما فيما يتعلق بالمهارات اللفظية وغير اللفظية فقد

حظيت باهتمام كبير من قبل الباحثين والدارسين، فلقد قام بن وزملاؤه 2000 بدراسة تبحث في العوامل

البيشخصية كالمهارات الاجتماعية والأعراض المرضية والجاذبية الجسمانية المدركة، ومدى إسهامها في

ازدياد وصمة الإصابة بالفصام، حيث تم تقييم أداء المهارات الاجتماعية لتسعة وثلاثين مريضاً فصامياً

من حيث الوضوح والطلاقة في الكلام والتحديق ومنتعة المحادثات والدخول في المناقشات وقد وجدوا أن

لهذه العوامل دور ملحوظ في تعزيز الإصابة بالمرض. (al & Penn.D، 2000)

الفصل الرابع: الوظائف التنفيذية وعلاقتها بالمهارات الاجتماعية عند الفصامي

كما أن بن ومجموعة أخرى من زملائه الباحثين 1995 قد سبق لهم إجراء دراسة حول العلاقة بين المهارات الاجتماعية وسلوك المريض داخل جناح التنويم لدى ثمانية وثلاثين مريضاً فصامياً مزمناً وذلك باستخدام أسلوب لعب الدور بالإضافة لتقديرات العاملين بالنسبة لبعض السلوكيات كالتفاعل الاجتماعي، وقد وجدوا أن مهارة وضوح الكلام كانت هي المتغير الأقوى ارتباطاً بسلوك المريض في جناح التنويم بالمستشفى، فهذه المهارة تشجعه وتدفعه إلى الانخراط في المناقشات والتفاعل مع الآخرين، وقد استنتجوا أهمية إعداد برامج تدريب على المهارات الاجتماعية للفصاميين المزمنين تستهدف المهارات اللغوية.

(1995، al & Penn.D)

أيضاً وفي نفس السياق فقد أجرى آيكوتشي وزملاؤه 1999 دراسة على ثمانية وعشرين مريضاً فصامياً من المراجعين لأحد مراكز الرعاية النهارية التابع للمستشفى النفسي بجامعة طوكيو في محاولتهم الكشف عن دور المراحل المبكرة لمعالجة المعلومات (Information Processing) في التأثير على المهارات الاجتماعية عند الفصاميين، وقد استخدم الباحثون أسلوب اختبار لعب الدور لتقييم ستة أبعاد من المهارات الاجتماعية هي مهارات الاتصال غير اللفظي، وتعبيرات الوجه، ونبرات الصوت، ومهارات الاستقبال (الإدراك الاجتماعي)، ومهارات تحقيق الأهداف، ومهارات اتخاذ القرارات، ونوعية التفاعلات الاجتماعية وقد كشفت نتائج الدراسة عن أن مهارات الاتصال غير اللفظي لها ارتباط بالعجز في معالجة المعلومات خلال المراحل المبكرة، في حين أن مهارة الاستقبال قد يكون لها علاقة بالمراحل المتأخرة من عملية معالجة المعلومات. (1999، al & Ikebuchi.E)

أما فيما يتصل بالتعبيرات الانفعالية فقد قام أغفلي وزملاؤه 2003 بدراسة تهدف إلى مقارنة ثلاثة وثلاثين مريضاً فصامياً بخمسة عشر شخصاً سويماً على مقاييس الخبرة والتعبير الانفعالي خلال لعب

الفصل الرابع: الوظائف التنفيذية وعلاقتها بالمهارات الاجتماعية عند الفصامي

الأدوار الاجتماعية، وقد أظهرت النتائج وجود فروق دالة لصالح الأسوياء حيث كان المرضى أقل قدرة على التعبير الانفعالي. (al & Aghevli.M، 2003)

وفي دراسة مماثلة قام بها قيلوي وزملاؤه 2003 وذلك بغرض معرفة مدى قدرة الفصاميين على التعبير عن انفعالاتهم، حيث تمت المقارنة بين مجموعة تجريبية تتكون من اثنين وسبعين مريضاً فصامياً ومجموعة ضابطة تتكون من أربعين شخصاً سوياً، وقد كشفت النتائج عن وجود فروق جوهرية بين المجموعتين تظهر غياب التأثير القوي والنبرة المؤثرة من كلام المرضى عندما يريدون التعبير عن غضبهم أو خوفهم أو حتى سعادتهم. (al & Gilloway.S، 2003)

أما على المستوى العربي فقد أجرى يوسف ويونس (1989) دراسة تهدف إلى قياس العلاقة بين مدة المرض وكل من فهم وإنتاج اللغة لدى عينة من مرضى الفصام المزمن مقارنة بنظرائهم من المرضى حديثي الإصابة بالفصام، حيث تمت الدراسة على مائة مريض فصامي مقيم بمستشفى العباسية بالقاهرة وقد وجدوا أن مدة المرض في حد ذاتها لم يكن لها علاقة جوهرية بفهم وإنتاج اللغة لدى الفصاميين المزمنين على الرغم من أن المقدمات النظرية تدفع إلى التوقع بوجود ارتباطات سلبية دالة. (سيد يوسف. ج واخرون، 1989)

3. علاقة الوظائف التنفيذية بالمهارات الاجتماعية عند الفصامي:

اختبرت دراسة (Brekke.JS & al, 1997) العلاقات المفترضة بين المتغيرات العصبية والنفسية فسيولوجية وعلاقتها بالتنظيم الاجتماعي في مرض الفصام. بحيث تكونت عينة الدراسة من 40 ذهاني منهم 23 يعانون الفصام و17 يعانون من الاضطراب الفصام الوجداني. تبين من خلال النتائج ان كلما تحسنت الرؤية الحركية والمعالجة اللفظية ارتفع مستوى النشاطات الحياتية وكلما زادت المعالجة بصرية مكانية ارتفع أداء العملي.

الفصل الرابع: الوظائف التنفيذية وعلاقتها بالمهارات الاجتماعية عند الفصامي

هدفت دراسة (Addington.J & Addington.D, 1999) العرضية الى فحص العلاقات بين الأداء المعرفي العصبي والوظيفة الاجتماعي لعينة من 80 مريضاً يعانون من مرض الفصام تم تشخيصهم وفق DSM-III-R. تضمنت البطارية المعرفية العصبية مقاييس عديدة منها (القدرة اللفظية، الذاكرة اللفظية، الذاكرة البصرية، الوظائف التنفيذية، التنظيم البصري المكاني، اليقظة ومعالجة المعلومات المبكرة). تم تقييم الأعراض الإيجابية والسلبية بمقياس المتلازمة الإيجابية والسلبية. تم تقييم مجموعة من السلوكيات الاجتماعية باستخدام مقياس الوظيفة الاجتماعية. تبين من خلال النتائج هذه الدراسة والتي استخدمت مجموعة واسعة من الاختبارات المعرفية العصبية ومقاييس أداء الاجتماعي وحل المشكلات الاجتماعية، تدعم النتائج الأبحاث السابقة التي تشير إلى وجود ارتباط بين جوانب معينة من الأداء الإدراكي العصبي والأداء الاجتماعي.

هدفت دراسة (al & Smith.TE, 1999) الى البحث عن الوعي بالمرض (insight) والعجز المعرفي العصبي في مرض الفصام، بحيث لم توثق أي دراسة سابقا التأثيرات النسبية للوعي بالمرض، والأداء المعرفي العصبي على التكيف الاجتماعي العام في هذه الفئة. بحيث أقيمت هذه الدراسة على عينة تكونت من 46 شخص منهم 26 يعانون من الفصام و20 يعانون من اضطراب الفصام العاطفي تم تشخيصهم وفقاً لـ DSM-IV SCID. تبين من خلال النتائج المتحصل عليها أن كلما ارتفع مستوى الذاكرة العاملة اللفظية وقدرة التعرف على الوجوه كلما كان التكيف الاجتماعي أفضل، ويتم ملاحظة استجابة المريض للعلاج من خلال الوعي بالمرض.

هناك دليل واضح على أن الوظائف التنفيذية تتضمن عدة مكونات، وهناك أربعة مكونات رئيسية (1) الانتباه، (2) الكف المعرفي، (3) التخطيط والتنظيم، (4) المرونة العقلية. فاذا كان الأداء ضعيف في احدى من هذه الكفاءات فيمكن تفسيرها بعدة الآليات المعرفية المحتملة. مما يجعل صعب فهم طبيعة العجز في

الفصل الرابع: الوظائف التنفيذية وعلاقتها بالمهارات الاجتماعية عند الفصامي

الوظيفة التنفيذية لدى الأشخاص المصابين بالفصام وخاصة عندما يتم استخلاصها عن طريق عدة اختبارات او مهام متعددة المكونات.

وقد أظهرت العديد من الدراسات السلوكية والعصبية أن الأشخاص المصابين بالفصام يعانون من قصور في مجموعة متنوعة من المهام التي تتطلب الإنشاء والاختيار القواعد. على سبيل المثال، أظهرت العديد من الدراسات أن الأشخاص المصابين بالفصام يظهرون عجزاً في مهمة ترتيب البطاقات في اختبار ويسكونسن (cartes du Wisconsin test) كذلك يُظهر الأشخاص المصابون بالفصام عجزاً في مهمة التحويل الداخلي والخارجي للأبعاد. (Pantelis.C & al, 1999) بالإضافة إلى ان الأشخاص المصابين بالفصام لديهم ضعف في اختبار Stroop، وذلك مرتبط بوجود أعراض عدم التنظيم، وتبين انه راجع الى عجز محدد وليس الى ضعف في أداء عامة.

قام الباحث (Twamley.EW & al, 2002) بدراسة العلاقة بين أداء الأنشطة اليومية والوظيفة المعرفية مع الاستقلالية في الحياة الاجتماعية لدى مرضى الفصام، تكونت العينة من 111 ذهاني منهم 67 يعانون من الفصام و26 يعانون من اضطراب الفصام الوجداني. تبين من خلال النتائج ان القدرات المعرفية مرتبطة بقدرة الأداء اليومي لدى المرضى الأكبر سنًا المصابين بالذهان. وكذا يؤدي الحد من العجز المعرفي والأعراض السلبية إلى تحسين قدرة المرضى على العمل بشكل مستقل في المجتمع.

هدفت دراسة (Prouteau.A & al, 2004) الى الكشف عن نمط الارتباطات بين الأداء الإدراكي البصري وأداء المجتمع (المهارات الاجتماعية وقدرات اللفظية) لدى عينة من المرضى الفصام المشاركين في برنامج إعادة التأهيل. كان عددهم 88 منهم 54 يعانون من الفصام و25 يعانون من اضطراب الفصام الوجداني و7 يعانون من اضطراب الفصام الشكلي، و2 يعانون من اضطرابات الذهانية الأخرى تم تشخيصهم وفقاً لـ DSM-IV لقياس الإدراك والأعراض، تم استخدام CANTAB وقياس المجال النفسي

الفصل الرابع: الوظائف التنفيذية وعلاقتها بالمهارات الاجتماعية عند الفصامي

والاجتماعي تم استخدام الأداء في المجتمع لسلم MCAS. النتيجة التي حصلت عليها هذه الدراسة والتي تشير إلى أن الأداء في الانتباه المستمر والذاكرة العاملة مرتبطة بالدرجة إجمالية للأداء في المجتمع والاستقلالية.

يؤثر اضطراب الانتباه على العديد من الوظائف المعرفية الأخرى، ويمنع معالجتها فالخلل الوظيفي في الانتباه يفسر نسبة صغيرة فقط من اضطرابات الوظائف المعرفية الأخرى في الفصام.

هدفت دراسة (Thomas.P & al, 2009) الى البحث عن القصور الوظائف التنفيذية والعجز المعرفي بشكل عام في مرض الفصام، بحيث تبين من خلال النتائج وبعد معالجة المعلومات البسيطة فدمغ المريض يقوم بجهد كبير ونشاط فوق العادي، وتم ملاحظة ذلك من خلال التصور بالرنين المغناطيسي الوظيفي (IRMf). ان تأثير مشتتات الانتباه على الذاكرة العاملة وتخطيط الفعل في الفصام تم دراسته من قبل العديد من الباحثين، واقترح البعض منهم عدة أسباب منها وجود بطء في العمليات الآلية أو نقص في التزام وظيفة الانتباه، أو التخصيص المفرط في معالجة المشتتات، أو خفض في عمليات كف المشتتات (désinhibition des distracteurs)، أو عجز في معالجة المعلومات الملائمة والمهمة. تؤكد هذه الفرضيات، عن وجود اضطراب في سيرورة رفض المشتتات في المراحل ما قبل الانتباه عند معالجة المعلومة، أي تلك التي تعمل في فترة 0,001 ثانية، فالعديد من الأعمال الحديثة تدعم فرضية وجود اضطراب مبكر في معالجة المعلومات في مرض الفصام منها اعمال (Schwartz.B & al, 2001) وآخرون. مما قد يفسر وجود النشاط الدماغى غير المتناسب في الرنين المغناطيسى الوظيفى الذى لاحظته مندريك وآخرون في مرضى الفصام خلال مهمة معرفية بسيطة. وبالتالي فإن الموارد التى يتم الاستناد بها ستكون أقل توفرًا إذا كانت المهام التى سيتم تنفيذها معقدة وتتطلب جهودًا معرفية.

الفصل الرابع: الوظائف التنفيذية وعلاقتها بالمهارات الاجتماعية عند الفصامي

اما فيما يخص الاستشفاءات الطويلة فقد أظهرت نتائج دراسة ليف وزملاؤه (al & Leff, 1994) أن عدداً من المرضى الفصاميين الإنجليز الذين قضوا مدة طويلة في المستشفيات النفسية قد تحسنت الأعراض لديهم بعد تركهم للإقامة المؤسسية؛ ويضيف مغلشن (McGlashan.T, 1986) أن العجز في المهارات الاجتماعية لدى الفصاميين يؤثر بشكل عميق على نوعية حياتهم، بما في ذلك عدد مرات الانتكاسة وتكرار مرات الاستشفاء. أيضاً وفي نفس السياق، يشير هارفي وزملاؤه (Harrey.P & al, 1999) إلى أن الفصاميين المراجعين حتى وإن كانوا أكبر سناً من الفصاميين المزمنين المقيمين إقامة طويلة يظهرون تدهوراً أقل في أدائهم ومهاراتهم الاجتماعية.

قام ميوسر وزملاؤه (Mueser.K & al, 1996) بدراسة تبحث في علاقة معرفة الانفعالات وإدراكها بالمهارات الاجتماعية عند الفصاميين المزمنين وذلك بغرض تقييم ما إذا كان المرضى الفصاميون المزمنون الذين يتعاطون علاجاً دوائياً وعددهم ثمانية وعشرون مريضاً ممن يقيمون إقامة طويلة في المستشفى الجامعي لجامعة بنسلفانيا يظهرون عجزاً في إدراك الانفعالات مقارنة بخمسة عشر شخصاً سويماً، وعمّا إذا كان ذلك العجز يعزى إلى ضعف الكفاءة الاجتماعية، وقد أظهرت النتائج أن إدراك التعبيرات الانفعالية ارتبط بمدة المرض وبالكفاءة الاجتماعية، بمعنى أن طول مدة الإقامة في المستشفى ومدة الإصابة بالمرض يمكن أن تسهما في عجز الفصاميين عن الإدراك الظاهري للانفعالات وهو الذي يمكن أن يكون بدره في التأثير على الكفاءة الاجتماعية.

كذلك فقد أشار الباحثون إلى أنهم قد وجدوا أن الحالات الفصامية الحادة لم تختلف اختلافاً دالاً عن الحالات الضابطة على مقاييس تعبيرات الوجه وعللوا ذلك بالقول بأن أداء الحالات الفصامية الحادة قد يكون له علاقة بقصر مدة المرض لديهم. كذلك فقد استنتج الباحثون احتمالية أن يشكل إزمان المرض

الفصل الرابع: الوظائف التنفيذية وعلاقتها بالمهارات الاجتماعية عند الفصامي

بالعجز الإدراكي إضافة إلى عجز المريض وطول مدة مرضه وشدة الأعراض المرضية فكلها متغيرات ارتبطت بأداء الفصاميين على مقاييس الإدراك الظاهري.

تبين من خلال دراسة سبولدينج وآخرون (Spaulding.W & al, 1999) ان التغيرات المعرفية عند المصابين بالفصام مستقرة لمدة 6 أشهر في بيئة العلاجية الاجتماعية غنية. وأظهرت الدراسة تحسناً في 9 من 12 مقياساً للوظائف التنفيذية لدى مرضى الفصام الذين يعانون من إعاقات تنكيسيه وشديدة. أظهرت مقاييس الذاكرة والأداء التنفيذي تحسناً ظاهراً، في حين أن مقاييس تقييم مدة رد الفعل والانتباه المستمر لم تظهر أي تحسن. وكذا، تم اثبات أنه في ظل ظروف معينة، تخضع بعض جوانب اضطراب المعرفة عند الفصامي الى تحسين المسار المرض.

في المرحلة المزمنة، يصبح مرضى الفصام معاقين وظيفياً بسبب انخفاض المهارات الاجتماعية والفشل المهني وحجاتهم للدعم. تشير الدراسات إلى أن القصور المعرفية-العصبية فهي حتماً تؤثر على النتائج الوظيفية، بحيث يؤثر عجز المرضى في تعلم معلومات جديدة، وإكمال المهام بسرعة، واستدعاء المعلومات القديمة، وإنشاء خطط أو فرضيات جديدة لها تأثير واضح في نجاحهم المهني، وكذا القدرة على الانخراط في المعاملات الاجتماعية واتخاذ القرار. على الرغم أنه من غير الواضح ما هي المقاييس المعرفية العصبية التي تعد أكثر المؤشرات المفيدة والتي تبين الارتباط بالنتائج بالمهارات الاجتماعية، إلا أن ما وراء- التحليلات توضح وجود أربعة بنيات معرفية عصبية مرتبطة بشكل كبير، وهي الذاكرة العاملة، والذاكرة طويلة المدى، الانتباه/اليقظة، الوظائف التنفيذية. (Green.M & al, 2000)

بالنظر إلى الأعراض السريرية الأخرى، فإن الأعراض الذهانية (الهلوسة والأوهام) هي مؤشرات ضعيفة وسيئة ولا ترتبط بالنتائج الوظيفية الاجتماعية، على عكس الأعراض السلبية التي ترتبط ارتباطاً وثيقاً بها، نفسها نفس الوظائف المعرفية العصبية. لا يُعرف سوى القليل عن الأعراض غير المنظمة

الفصل الرابع: الوظائف التنفيذية وعلاقتها بالمهارات الاجتماعية عند الفصامي

(symptôme de désorganisation)، والتي غالبًا ما تشكل بُعدًا منفصلاً وتتضمن اضطراب الرسمي للتفكير. من المحتمل أن يكون لبعض المجالات المعرفية علاقات سببية مباشرة، على الرغم من أن البعض الآخر قد يكون مرتبطاً بنتائج وظيفية من خلال قدرات وسطية، مثل المعرفة الاجتماعية أو تطبيق المعرفة والمنطق في حل المشكلات. (Velligan.D.I & al, 1997)

ارتبط العجز الإدراكي العصبي بضعف الأداء الاجتماعي لمرضى الفصام، لكن كيف ترتبط الحالة المعرفية مع المتغيرات الأخرى للأداء الاجتماعي خلال فترات زمنية محددة. في دراسة (Dickerson.F & al, 1999) تمت مقارنة 72 مريضاً مصابين بالفصام في الحالة استقرار نسبي، تم متابعتهم لمدة عامين على مقاييس الأداء الاجتماعي، ومجموعة من الاختبارات المعرفية العصبية ومقياس الأعراض الإيجابية والسلبية. تبين نتائج هذه الدراسة المساهمة المستقلة للمتغيرات الديموغرافية والأعراض السلبية والعجز الإدراكي العصبي في ضعف الأداء الاجتماعي للأفراد المصابين بالفصام.

أظهرت نتائج دراسة (Weickert.W & al, 2000) انه حوالي 50% من عينة الفصاميين لديهم مقاومة للعلاج تميزوا بانخفاض حاد في معدل الذكاء مقارنة بحالتهم السابقة ونسبة صغيرة منهم يتميزون بقدرات معرفية محدودة قبل بداية المرض. كما أظهرت الدراسات الحديثة المرتكزة على نفس العينة وجود انخفاض هام عند قياس الذكاء لدى مرضى الفصام في المستقبلين، (David.S & al, 1997) (Davidson.M & al, 1999) بالإضافة إلى معاناتهم سابقا في المراحل المبكرة للنمو الحسي الحركي. تبين من خلال الدراسة سابقة لـ (Addington.J & Addington.D, 1999) ان القدرة اللفظية، الذاكرة اللفظية والأداء التنفيذي مرتبطة بشكل كبير بحل المشكلات الاجتماعية. كما هدفت الدراسة (Addington.D & Addington.J, 2000) الى تقييم استقرار العلاقة بين الأداء الاجتماعي والمعرفي العصبي في الفصام لمدة زمنية طويلة. تكونت العينة من 65 مريضاً تم تشخيصهم وفق DSM-III-R

الفصل الرابع: الوظائف التنفيذية وعلاقتها بالمهارات الاجتماعية عند الفصامي

بلغت مدة الدراسة 2.5 سنة، تم تقييم الأعراض الإيجابية والسلبية بمقياس المتلازمة الإيجابية والسلبية. تم تقييم الأداء الاجتماعي باستخدام مقياس الوظيفة الاجتماعية، مقياس جودة الحياة، وتقييم مهارات حل المشكلات الشخصية بـ(AIPSS). كانت القدرة اللفظية والذاكرة اللفظية واليقظة لها ارتباط بحل المشكلات الاجتماعية. تشير النتائج إلى أن الارتباط بين الإدراك العصبي والأداء الاجتماعي يظل ثابتًا بمرور الوقت. هدفت دراسة (al & Velligan, DI, 2000) إلى فحص ما إذا كانت أوجه القصور الإدراكية العصبية لها ارتباط بمجالات الوظيفة الاجتماعية في المجتمع (المهارات الاجتماعية والقدرات اللفظية)، ومنه تكون مجتمع الدراسة من 40 مريضًا مصابًا بالفصام. تم إجراء تقييمات نفسية عصبية قبل الخروج من المستشفى، وتم الحصول على مقاييس النتائج الوظيفية بعد 1 إلى 3.5 سنوات، فما هي النتائج الوظيفية للعجز الإدراكي العصبي في الفصام؟ تبين من خلال النتائج ان الذاكرة اللفظية لها ارتباط محظ بالوظيفة الاجتماعية، والأداء المعرفي التنفيذي له ارتباط مع العمل وأنشطة الحياة اليومية، وكذا تبين وجود ارتباطات الأخرى بين درجات الاختبار العصبي النفسي والوظيفة التكيفية. ومنه استنتجت الدراسة ان في حالة وجد قصور في القدرات التكيفية، فإن استخدام الاستراتيجيات التعويضية في الضعف الإدراكي قد يكون أكثر فعالية من العلاج المعرفي في تحسين من المهارات الاجتماعية.

يعتبر المرضى النفسيون في نظر بعض الباحثين أمثال دوسون وزملاؤه وأندرسون أكثر الفئات عرضة أو قابلية للتدهور في مهاراتهم الاجتماعية، بل إن الفصاميين هم الفئة الأكثر استعداداً لتطوير متلازمة عجز المهارات الاجتماعية نتيجة لطول فترة الإقامة في المستشفى وأزمان المرض. (العرادي.ج وفرج.ص، 2002)

أن العجز المعرفي العصبي يعتبر من بين المؤشرات المهمة للوظيفية الاجتماعية في الاضطرابات الذهانية المزمنة، هدف دراسة (al & Smith, TE, 2002) إلى الكشف عن التأثير الأعراض والعجز

الفصل الرابع: الوظائف التنفيذية وعلاقتها بالمهارات الاجتماعية عند الفصامي

المعرفي العصبي على تنمية مهارات السلوك الاجتماعي لدى مجموعة من الأفراد المصابين بالفصام أو الاضطراب الفصامي العاطفي الذين يتعافون من تفاقم الأعراض الحادة.

تكونت عينة الدراسة من 46 فردًا وإجراء تقييمات كاملة للأعراض والوظيفة المعرفية العصبية والسلوك الاجتماعي كل 3 أشهر لمدة سنة، بينت النتائج ان كلما ارتفعت الأعراض عدم الانتظام والاعراض السلبية كلما زادت التغيرات في السلوك الاجتماعي بمرور الوقت، بالاستثناء من العجز المعرفي العصبي في الذاكرة قصيرة المدى والذاكرة العاملة. أظهر الأفراد الذين يتمتعون بمستوى عالي لوظيفة ذاكرة عاملة قدرات أكبر عند عملية استعادة المهارات الاجتماعية، في حين لم يظهر اخرون، الذين يعانون من عجز في الذاكرة العاملة، أي تحسن وظيفي بمرور الوقت. تعتبر كل من الأعراض السلبية والايجابية والعجز العصبي المعرفي محددات مهمة للرفع من مستوى الوظيفية الاجتماعية لمرض الفصام. يُقترح أن الأطباء الاخذ بعين الاعتبار المعرفة العصبية لتحسين الاستجابة للعلاج عند وضع خطط إعادة التأهيل.

هدفت دراسة (Wylie.AM & Fujii.DE، 2002) الى الكشف عن درجة صدق التنبئي لمقاييس العصبية النفسية المتحصل عليها في النتائج الوظائف المعرفية على مدى 15 سنة، تكونت عينة الدراسة من 26 مريضًا مصابًا بالفصام. كانت المقاييس متكونة من مقياس المستوى الوظيفي المرتبط بالموارد (RAFLS)، وعدد مرات الاستشفاء ومدة الاستشفاء. كشفت نتائج أن الذاكرة اللفظية تنبأت بدرجة كبيرة بنتيجة RAFLS،

اما الذاكرة المنطقية هي المتنبئ الوحيد لمستوى الأداء الوظيفي المعرفي، كما ترتبط قدرات التخطيط التي تم تقييمها باختبار الخطط (trail making test A&B) ومدة الاستشفاء، بمعنى اخر كلما ارتفعت قدرات التخطيط كلما قلت مدة الاستشفاء.

الفصل الرابع: الوظائف التنفيذية وعلاقتها بالمهارات الاجتماعية عند الفصامي

هدفت دراسة (Penades.R & al, 2003) الى استعمال نموذج الوظيفة المعرفية لبرينر (Brenner) على عينة من الفصاميين. أن الاضطرابات المعرفية الأولية (الانتباه والتشفير) والاضطرابات المعرفية المعقدة (الاستدعاء، تكوين المفهوم) تقوي بعضها البعض، ولهذا تم استخدام إعادة التأهيل المعرفي كاستراتيجية علاجية لان الاضطرابات المعرفية تأثير سلبي على نتائج المهارات الاجتماعية (الوظيفة في المجتمع)، بحيث تكونت العينة من 27 مريضاً يعانون من الفصام تم تعيينهم من بين مجموعات علاجية تابع لوحدات العلاج المعرفي النفسي المتكامل (IPT). تكونت العينة الضابطة من 10 فصاميين لا يعانون من قصور معرفي، وتم جمع عشرة فصاميين بدون إعاقات معرفية كمجموعة ضابطة.

تبين من خلال النتائج أن التغييرات في الوظائف المعرفية الأولية (الترميز والانتباه) كانت مرتبطة بالتغييرات في الوظائف المعرفية المعقدة (الاسترجاع والتنفيذية). وكذا كلما حدث تغير في الوظائف المعرفية (الترميز والتنفيذية) تغيرت نتائج المهارات الاجتماعية او ما يسمى أيضا بالوظيفة الاجتماعية (الاستقلالية الشخصية والنشاطات الحياتية اليومية).

كانت أهداف الدراسة (al & Prouteau.A, 2005) الاكتشاف ما إذا كان الأداء المعرفي له ارتباط بالأداء النفسي الاجتماعي على مدى 15-16 شهراً، يعني كلما تحسنت القدرات المعرفية تحسنت الوظيفة الاجتماعية، وما إذا تحسن الأداء النفسي الاجتماعي بعد اتباع برنامج إعادة التأهيل، تكونت العينة من 55 فصامي يتابعون برنامج إعادة التأهيل. تم إجراء اختبارات الرؤية المكانية من بطارية كامبردج الآلية للاختبار العصبي النفسي (CANTAB) لتقييم الأداء المعرفي، كما تم استخدام مقياس قدرة المجتمع (MCAS) Multnomah لقياس أبعاد أداء في المجتمع (يعني قياس الوظيفة الاجتماعية). تبين من خلال النتائج ان كلما تحسن الأداء المعرفي تحسنت أداء المجتمع (الوظيفة الاجتماعية) ومنه: فكلما تحسنت الذاكرة البصرية والتخطيط تحسنت الاستقلالية والكفاءة الاجتماعية.

الفصل الرابع: الوظائف التنفيذية وعلاقتها بالمهارات الاجتماعية عند الفصامي

ركزت الدراسة التي أجرتها (Prouteau.A, 2009) على العوامل ما وراء المعرفية والإعاقة النفسية في مرض الفصام، وكان الهدف اكتشاف تأثير العوامل الذاتية في النماذج الكلاسيكية التي تنتبأ بالإعاقة النفسية. تظهر النتائج أن جودة الحياة الذاتية كما يراها الشخص، مختلفة تماما من جودة الحياة الموضوعية كما يراها مقيم خارجي (المختص النفسي). ترتبط جودة الحياة الذاتية ارتباطاً وثيقاً بالرفاهية والراحة النفسية العامة، بينما ترتبط جودة الحياة الموضوعية ارتباطاً ضعيفاً بها. ترتبط جودة الحياة الذاتية بشكل حصري بالمتغيرات الذاتية منها التقييم الذاتي المتعلق بتمثيل الذات. على العكس، جودة الحياة الموضوعية ترتبط بشكل أساسي بالمتغيرات الموضوعية (مثل الأعراض والإدراك) تشير النتائج كذلك إلى أن العلاقات بين الإدراك والأعراض والعوامل الذاتية ليست خطية. وأخيراً، تؤكد هذه الدراسة على الأهمية والاستقلال النسبي للمقاييس الذاتية للإعاقة النفسية، والتي لا تتداخل مع المقاييس الموضوعية.

هدفت دراسة (Bulzacka.E, & al, 2013) الى نادرًا ما تستخدم المقاييس المعرفية الغير الموضوعية في مرض الفصام. ويرجع ذلك أساسًا إلى فرضية أن هذه القياسات تقتصر إلى الحساسية في اضطراب يتميز بضعف البصيرة. لقد بحثنا في قدرة BRIEF-A (جرد تصنيف السلوك للوظيفة التنفيذية- نسخة للراشدين: استبيان يملئ ذاتيا) لتحديد أوجه القصور في الوظائف التنفيذية لدى البالغين المصابين بالفصام. تبين من خلال النتائج انه من الممكن أن يكون BRIEF-A مكملًا مفيدًا للقياسات الموضوعية، حيث يوفر تقييمًا شخصيًا للإعاقات اليومية الراجعة الى الخلل الوظيفي التنفيذي في مرضى الفصام.

من المعروف أن مرض الفصام مصحوب بعدم وعي المريض بمرضه وبالأعراض التي يعاني منها، كما ان القصور المعرفي العصبي غير محدد، لدى هدفت دراسة التي أجراها (Potvin.S, al & 2014) إلى دراسة الارتباط بين الإدراك الذاتي والموضوعي والشكاوى الذاتية والموضوعية لمرضى الفصام. تبين من خلال النتائج أن المرضى أبلغوا عن شكاوى ذاتية أكثر من الأشخاص الأصحاء، وتم العثور على

الفصل الرابع: الوظائف التنفيذية وعلاقتها بالمهارات الاجتماعية عند الفصامي

العلاقة ارتباطية ضعيفة بين الإدراك الذاتي والموضوعي، ومنه أنتجت الدراسات التي تستخدم مقياس التحقيق من المعرفة في الفصام ارتباطات أقوى من تلك التي تستخدم مقاييس شكاوى ذاتية الأخرى.

طبقت دراسة (Touati.M, 2016) على مريضين مصابين بالفصام والتي هدفت إلى تحديد ما إذا كانت مشاكل الذكاء عند الفصاميين راجعة الى تخلف ذهني او تدهور القدرات المعرفية، أظهرت النتائج أن المريض الأول يعاني من تخلف عقلي والثاني من تدهور القدرات المعرفية، ومنه نستنتج ان التخلف العقلي وتدهور القدرات المعرفية سببين في وجود القصور المعرفي عند الفصام.

هدفت دراسة (Benoit.A, 2017) الى تقييم ما إذا كان مستوى النقد الذاتي المعرفي يمكن أن يؤثر على التحسن المعرفي، تم قياس النقد الذاتي المعرفي باستخدام مفهومين: رفض الذات والتيقن الذاتي. تكونت العينة من 20 فصامي قد أكملوا 24 جلسة من العلاج بالتأهيل المعرفي. أظهرت النتائج وجود علاقة ارتباطية بين مستوى التيقن الذاتي والتحسين في سرعة معالجة المعلومات وكذلك في الذاكرة البصرية. تشير هذه النتائج إلى أن المرضى الأكثر انفتاحًا على إعادة تقييم معتقداتهم قد يستفيدون أكثر من العلاج بالتأهيل المعرفي. كما أنهم يدعمون فكرة أن الخصائص ما وراء المعرفية أو النفسية للمرضى تساعدونا على معرفة ماهي أفضل الظروف لاستعمال العلاج بالتأهيل المعرفي.

أظهرت دراسة (Dujescu.M & Popescu.R, 2018) والتي شملت 100 شخص مصاب بالفصام ارتباطات كبيرة بين العناصر السريرية والاجتماعية: عدد أكبر من حالات القبول، وأطول مدة للتطور، والعجز المعرفي، والتدخين، والسلوك الانتحاري، والعمر، والحالة الاجتماعية، والتدخين، ومستوى الإجهاد المتصور تأثر الأداء الاجتماعي بهذه العوامل ولم تظهر الإدارة العلاجية أثناء الاستشفاء أي تحسن في الوظيفة الاجتماعية.

الفصل الرابع: الوظائف التنفيذية وعلاقتها بالمهارات الاجتماعية عند الفصامي

الخلاصة:

أخيراً يمكننا لنا ان نستخلص انه على الرغم من اختلاف أنماط الدراسات الإكلينيكية السابقة، إلا أنها تتفق في معظمها على أهمية موضوع المهارات الاجتماعية اللفظية وغير اللفظية عند الفصاميين، ولكن الشيء الملفت للنظر أن غالبية هذه الدراسات لم تلامس بشكل واضح بعض الجوانب التي يرى الباحث أهميتها عند البحث في موضوع المهارات الاجتماعية ومنها عدم إبراز علاقة بعض المتغيرات الديموغرافية كالحالة الاجتماعية والفروق الجنسية بالمهارات الاجتماعية.

كذلك فإن الدراسات السابقة سعت في معظمها إلى عقد مقارنة بين المرضى الفصاميين والأصحاء ولكنها لم تبحث في الفروق بين الفئات المرضية ذاتها كالحالات الحادة والمزمنة أو المرضى الداخليين والخارجيين. أيضاً فإن مراجعة الدراسات السابقة قد كشفت عن ندرة ملحوظة في الدراسات المحلية والعربية التي تناولت موضوع المهارات الاجتماعية عند الفصاميين، ومن هنا فالدراسة الحالية في سعيها للبحث في هذا الموضوع ستأخذ في الاعتبار تلك الجوانب التي لم يتم طرحها أو تناولها بصورة كافية.

الفصل الخامس: منهجية الدراسة.

1. الاشكالية وتساؤلات الدراسة.
2. فرضيات الدراسة.
3. الهدف من الدراسة.
4. منهج الدراسة.
5. اهمية الدراسة.
6. حدود الدراسة.
7. التعريفات الاجرائية للدراسة.

الفصل الخامس: منهجية الدراسة

1. الإشكالية وتساؤلات الدراسة:

تبين من خلال ما سبق ان الوظائف التنفيذية والمهارات الاجتماعية تعد من بين المجالات الأكثر بحثا في الفصام والذهان عامة، بحيث اختلفت الدراسات السابقة التي تهتم بهذا الموضوع في مجموعة من المميزات منها الهدف والأدوات والعينة والمنهج المتبع. وعليه سنقوم بتحديد الاختلافات الموجودة في الدراسات التالية من حيث الهدف والأدوات المستعملة.

هدفت دراسة (Petersen.S & Posner.M، 1990) الى تقسيم الانتباه 3 وظائف رئيسية وهي التنبه والتوجيه والتحكم التنفيذي، وذلك باستعمال التصوير بالماسح الضوئي عند القيام بالمهام تنبؤية وتم الاستناد الى بعض الأطباء لتحليل النتائج. اما دراسة (Nuechterlein.K.H، 1991) كانت تهدف الى اختبار الترميز السريع والاستجابة الفصامين باستعمال اختبار الأداء المتواصل لتقييم الانتباه، بحيث قام الباحث بفحص البيانات لاختبار الأداء المستمر (CPT) من المرحلة الثانية الصبغات الوراثية للفصام (COGS-2)، وهو أكبر تقييم لأنماط الداخلية المعرفية والنفسية الفسيولوجية ذات الصلة باضطراب الفصام. وتم فحص بيانات CPT. تم استخدام مهمة يقظة الإدراكي (التحفيز المتدهور CPT أو DS-CPT) ومهمة اليقظة باستعمال المرآة (CPT - أو CPT-IP).

وفي نفس السياق هدفت دراسة (al & Davidson.M، 1995) الى دراسة انخفاض مستوى الوظائف التنفيذية عند مرضى الفصام، عن طريق وصف أعراض مرضى الفصام المسنين والمصابين بأمراض مزمنة، والتحقق في الاختلافات المرتبطة بالعمر في أعراض الفصام والأداء المعرفي من مرحلة البلوغ المبكرة إلى الشيخوخة المتأخرة. وكذا تم استخدام مقياس المتلازمة الإيجابية والسلبية وفحص الحالة العقلية المصغرة لتقييم أعراض الفصام والأداء المعرفي باستخدام مقياس العام للأداء المعرفي.

ثبت أن الضعف الإدراكي هو مؤشر رئيسي للعجز الوظيفي العام في اضطراب الفصام على الرغم من الإعاقات الكبيرة التي لوحظت من جانب العديد من مرضى الفصام والتي تتسبب في حدوث انخفاض

الفصل الخامس: منهجية الدراسة

في مستوى المعرفي في وقت ما. وكذا هدفت دراسة (al & Harrey.P, 1999) الى دراسة تأثير الشخوخة وتأثير الادوية في تخفيض من مستوى الأداء المعرفي للمصابين بالفصام. حتى تتمكن من معرفة التدهور التكيفي لدى مرضى الفصام. تم استخدام مقاييس الأعراض السريرية والضعف الإدراكي والأداء التكيفي. اما دراسة (al & Hyde.TH, 1994) فقامت بمقارنة مجموعتين من مرضى الفصام في أدائهم الوظيفي المعرفي باستعمال اختبار فولستين ومقياس الخبل، وتعليم الأفعال والطلاقة الدلالية. وكان الهدف هو دراسة انتشار ضعف الإدراك، ودرجة الضعف في المجالات المعرفية الفردية والارتباطات الاجتماعية والديموغرافية والسريرية بين المرضى الذين يحضرون إلى عيادات الطب النفسي في المستشفى سريلانكا. كما هدفت دراسة (al & Dickerson.F, 1996) الى البحث في القصور المعرفي عصبي وعلاقته بالتنظيم الاجتماعية عند المصابين بالفصام. تم استخدام الاختبارات المعرفية العصبية وتقييم الأعراض الفصام باستعمال سلم تقييم الاعراض السلبية والايجابية في الفصام (PANSS) والأداء الاجتماعي (SFS).

اختبرت دراسة (Brekke.JS & al, 1997) العلاقات المفترضة بين المتغيرات العصبية والنفسية فسيولوجية وعلاقتها بالتنظيم الاجتماعي في مرض انفصام. كانت المقاييس العصبية النفسية هي Stroop، واختبار رابطة الكلمات المضبوطة، وأربعة اختبارات فرعية لمقياس Wechsler Adult Intelligence Scale-Revised (تصميم الكتلة، والرمز الرقمي، وامتداد الأرقام، والحساب). كانت المتغيرات النفسية والاجتماعية عبارة عن مقاييس للأعراض، والعيش المستقل، والعمل، والأداء الاجتماعي.

كما هدفت دراسة (Addington.J & Addington.D, 1999) العرضية الى فحص العلاقات بين الأداء المعرفي العصبي والوظيفة الاجتماعي. تم استعمال البطارية الإدراكية العصبية والتي تتضمن مقاييس القدرة اللفظية والذاكرة اللفظية والذاكرة البصرية والأداء التنفيذي والتنظيم البصري المكاني واليقظة ومعالجة المعلومات المبكرة. تم تقييم الأعراض الإيجابية والسلبية بمقياس المتلازمة الإيجابية والسلبية.

الفصل الخامس: منهجية الدراسة

تم تقييم مجموعة من السلوكيات الاجتماعية باستخدام مقياس الوظيفة الاجتماعية (SFS)، ومقياس جودة الحياة (QLS)، وتقييم مهارات حل المشكلات الشخصية (AIPSS).

هدفت دراسة (al & Smith, TE, 1999) إلى البحث عن الوعي بالمرض (insight) والعجز المعرفي العصبي في مرض الفصام، بحيث لم توثق أي دراسة سابقاً التأثيرات النسبية للوعي بالمرض، والأداء المعرفي العصبي على التكيف الاجتماعي العام في هذه الفئة. وقد أظهرت العديد من الدراسات السلوكية والعصبية أن الأشخاص المصابين بالفصام يعانون من قصور في مجموعة متنوعة من المهام التي تتطلب الإنشاء والاختيار القواعد.

حددت الدراسات العصبية النفسية للمرضى المصابين بالفصام باستمرار أوجه القصور في الاختبارات الحساسة لوظيفة الفص الجبهي. أحد النماذج التي تم استخدامها على نطاق واسع هو نموذج التحويل المتعمد باستخدام اختبار فرز بطاقة ويسكونسن (WCST). (Pantelis, C & al, 1999) قام بدراسة تهدف إلى تقييم قدرات التنظيمية والترتيبية عند مرضى الفصام، أي تم تقييم المرضى الذين يعانون من الفصام المزمن وآفات الفص الجبهي في مهمة تحويل مجموعة محوسبة توفر تحليلاً لمكونات WCST من خلال التمييز بين تغيير المجموعة داخل الأبعاد والأبعاد الإضافية.

أما دراسة (Cohen, J & al, 1999) فاختبرت الفرضية القائلة بأن القدرة على التمثيل الفعال والحفاظ على معلومات السياق في وظيفة مركزية للذاكرة العاملة وأن اضطراباً في هذه الوظيفة يساهم في العجز المعرفي في مرض الفصام، قام المؤلفون بتعديل 3 مهام: نسخة AX من اختبار الأداء المستمر، واختبار Stroop، ومهمة إزالة الغموض المعجمية. وتم إعطاؤها لمرضى الفصام بالإضافة إلى الضوابط الصحية والاكنتاب.

يُعزى العجز المعرفي في الفصام مؤخراً إلى ضعف التمثيل واستخدام السياق المعرفي. يتم تعريف السياق (contexte) على أنه المعلومات الهامة التي تبقى مؤقتاً في نفسية الفرد بهدف فصل بين الإجابات

الفصل الخامس: منهجية الدراسة

المناسبة ولكن غالباً ما تكون غير معتادة. ولهذا قام (Elvevag.B & al, 2000) بدراسة تهدف الى قياس الانتباه المتواصل والانتباه المنقسم. هناك دراسات موازية في دراسة مجموعة متنوعة من المجالات المعرفية، تم تأسيسها بهدف اكتشاف كل قصور الذي يعاني منه مرضى الفصام عند استعمال السياق. ولذلك تم استعمال مجموعة من المقاييس منها (مهمة Stroop، ومهمة الأداء المستمر ومهمة الموقع المكاني)، وقاموا بفحص كيفية يتم تأثر "الأداء المهمة" بالوقت بينما تبقى المعلومات السياقية في نفسية الفرد، وكذا تتناسب متطلبات السياق أو المهمة. كان من المتوقع أن يؤدي التلاعب بهذه المتغيرات إلى اختبارات حساسة بشكل خاص لمشاكل الانتباه التي يعاني منها مرضى الفصام.

وفي دراسة أخرى قام بها (Twamley.EW & al, 2002) كانت تهدف الى دراسة العلاقة بين أداء الأنشطة اليومية والوظيفة المعرفية مع الاستقلالية في الحياة الاجتماعية لدى مرضى الفصام. كما تم استعمال أدوات الدراسة منها سلم تقييم المهارات الاجتماعية المستندة إلى الأداء (UPSA)، ومقاييس الأداء المعرفي والاستقلالية للحياة اليومية (Mattis Dementia Rating Scale) والمقاييس الموحدة لعلم النفس المرضي لمرضى الخارجيين الأكبر سناً الذين يعانون من الاضطرابات الذهانية. تم تصنيف الاستقلال في الوضع المعيشي للمجتمع على مقياس من 1 إلى 5، حيث يمثل الرقم 5 أعلى مستوى من الاستقلال، مثل العيش بمفرده في شقة أو منزل. تم تقييم القدرة في سبعة مجالات من الأداء النفسي العصبي في 67 مشاركاً.

كما هدفت دراسة (Prouteau.A & al, 2004) الى استكشاف نمط الارتباطات بين الأداء الإدراكي البصري وأداء المجتمع (المهارات الاجتماعية وقدرات اللفظية) لدى عينة من المرضى الفصام المشاركين في برنامج إعادة التأهيل.

يكون الإدراك العصبي ضعيفاً بشكل معتدل إلى شديد في مرضى الفصام. ومع ذلك، لم يتم تحديد بنية العوامل لمختلف أوجه القصور الإدراكي العصبي، وعلاقته مع الأعراض قام الباحث (Keefe.R.S.E)

الفصل الخامس: منهجية الدراسة

(2006, & al) بدراسة العلاقة الارتباطية بين العجز المعرفي العصبي وشدة الأعراض السلبية في الفصام. بحيث تقارن دراسته والمسمية بـ CATIE فعالية الأدوية غير النمطية والأدوية التقليدية المضادة للذهان من خلال تجربة سريرية عشوائية تضم عينة كبيرة من المرضى الذين عولجوا من مرض الفصام في مواقع متعددة، بما في ذلك مقدمي الخدمات الأكاديمية ومقدمي الخدمات المجتمعية. تم استخدام مجموعة من المقاييس بحيث كل مقياس يقيس متغير واحد من متغيرات الدراسة وهي سرعة المعالجة، المنطق، الذاكرة اللفظية، الذاكرة العاملة، اليقظة (vigilance)، الإدراك الاجتماعي.

يعد ضعف القدرة على اكتشاف الأخطاء وتصحيحها مساهم الاساسي في ضعف الوظيفة الإدراكية والاجتماعية في الفصام. بحيث هدفت دراسة (Silver.H & Goodman.C, 2007) الى اختبار الفرضية القائلة بأن ضعف مراقبة الخطأ يساهم في ضعف الوظيفة التنفيذية في الفصام. تم استخدام اختبار (PCET) Penn Conditional Exclusion test، وهو اختبار محوسب للوظيفة التنفيذية والذي سمح بجمع معايير الدقة وأداء الكمون. تم تقييم مراقبة الخطأ من خلال تحليل أوقات رد الفعل للاستجابات الصحيحة (RTC) والاستجابات غير الصحيحة (RTI). كما تم إجراء اختبارات التعرف على الوجوه والذاكرة العاملة (WM) وسرعة المعالجة.

اما دراسة (Baddeley.A & al, 1997) فكانت تهدف الى دراسة العلاقة الارتباطية بين الوظيفة التنفيذية والقشرة الامامية للدماغ بحيث تم اختبار جميع المشاركين على أداء المهام المزدوجة وعلى مهتمتين مفترضتين لقياس وظيفة الفص الأمامي، واختبار فرز بطاقة ويسكونسن والطلاقة اللفظية.

يشير الأداء التنفيذي إلى مجموعة من العمليات المتضمنة في الفكر والسلوك المعقد الموجه نحو الهدف والذي يشمل مناطق دماغية متعددة (مثل قشرة الفص الجبهي والقشرة الجدارية والعقد القاعدية) والناقلات العصبية المتعددة (مثل الدوبامين والغلوتامات وحمض جاما أمينوبوتيريك). يُظهر الأشخاص المصابون بالفصام عجزًا في الأداء التنفيذي يرتبط بجوانب العلاج المقاومة للاضطراب.

الفصل الخامس: منهجية الدراسة

بالرغم من وجود إجماع عام حول المهام المعرفية التي تتطوي على وظائف تنفيذية، إلا أن هناك خلأً حول الآليات المعرفية المحددة التي تشتمل على الوظائف التنفيذية. قام (Kerns.G & al, 2008) بدراسة تهدف الى دراسة العلاقة بين قصور الوظيفة التنفيذية بأعراض مقاومة العلاج مثل الأعراض السلبية وعدم التنظيم.

هدفت دراسة (Thomas.P & al, 2009) الى البحث عن القصور الوظائف التنفيذية والعجز المعرفي بشكل عام في مرض الفصام، وذلك باستعمال التصوير بالرنين المغناطيسي الوظيفي. وفي نفس السياق قام الباحث (Schwartz.B & al, 2001) بالبحث عن الاضطرابات المبكرة في معالجة المعلومات في مرض الفصام.

اما فيما يخص المهارات الاجتماعية فقد هدفت دراسة (Mueser.K & al, 1996) الى دراسة مستوى الأداء الاجتماعي في تحديد مآل مرض الفصام، بما فيها من العلاقات الاجتماعية والعناية الذاتية. فكانت تهدف الى اختبار فرضية ما إذا كان مرضى الفصام المزمن المعالجون يعانون من عجز في التعرف على المشاعر مقارنة بغير المرضى، وما إذا كانت أوجه القصور في التعرف على المشاعر مرتبطة بضعف الكفاءة الاجتماعية. تم إجراء اختبارين للتعرف على المشاعر تم تطويرهما بواسطة Kerr و Neale (1993) واختبار Benton للتعرف على الوجه. تم تقييم المهارات الاجتماعية للمرضى والتكيف الاجتماعي والأعراض.

وعليه فقد هدفت دراسة (Bellak.A & al, 1997) الى تحديد العوامل التي تتفاعل مع المهارات الاجتماعية عند الفصاميين، ودراسة (Hargie.o & McCartan.P, 1989) تهدف الى البحث عما يسبب انخفاض في مستوى المهارات الاجتماعية، ولذلك قد اخذ الاستشفائية كمسبب من بين المسببات الاساسية لهذا الانخفاض. كما هدفت دراسة (Leff & al, 1994) الى دراسة تأثير الإقامة المؤسسية (مؤسسات إعادة التأهيل) على تحسين المهارات الاجتماعية لدى مرضى الفصام بعد أدائهم مدة طويلة

الفصل الخامس: منهجية الدراسة

في المستشفيات. وفي دراسة (McGlashan.T, 1986) كان الهدف منها هو تأثير العجز المهارات الاجتماعية على نوعية الحياة لدى الفصاميين.

ثبت أن الضعف الإدراكي هو مؤشر رئيسي للعجز الوظيفي العام في مرض انفصام الشخصية. على الرغم من الإعاقات الكبيرة التي لوحظت من جانب العديد من مرضى الفصام والتي تتسبب في حدوث انخفاض مستوى المعرفي. هدفت دراسة (Harrey.P & al, 1999) الى دراسة الفرق في الأداء الاجتماعي بين الفصاميين المقيمين اقامة طويلة في المستشفيات مع فصاميين الخارجين كبار سن. باستخدام مقاييس الأعراض السريرية والضعف الإدراكي والأداء التكيفي.

اما دراسة (Wallace.C.J, 1984) كان الهدف منها هو العجز في الأداء وعلاقته بشدة الأعراض السلبية، وكذا احتمالية إزمان المرض في تشكيل العجز الإدراكي إضافة إلى عجز المريض وطول مدة مرضه وشدة الأعراض المرضية، وبالتالي دراسة العلاقة الارتباطية مع المتغيرات من خلال الدرجات التي يتحصل عليها الفصاميين في مقاييس الإدراك الظاهري.

كما هدفت دراسة (Harvey & al, 1999) الى قياس مدى حدوث تدني في أدائهم المعرفي والتوافقي وشدة الأعراض، وذلك بعد متابعتهم على مدار عامين متواصلين من تحويلهم إلى إحدى دور الرعاية الاجتماعية للمسنين.

اما دراسة (Green.M.F, 1996) كان الهدف منها هو دراسة العلاقة بين الاداء الاجتماعي والعجز الذهني مع مدة المرض والاقامة الطويلة في المستشفى. ان العوامل التي تؤثر على الشبكات الاجتماعية الدائمة للأشخاص المصابين بالفصام غير مفهومة كثيراً، فقام الباحث (Mcdonald.E & al, 1998) بدراسة على تحليل البيانات لعينة الدراسة على اختبار مجموعات معقولة من العلاقات المتبادلة بين المهارات الاجتماعية والشبكات الاجتماعية والدعم الاجتماعي. كما أن ديمتري وزملاؤه 2004 قاموا بدراسة تهدف

الفصل الخامس: منهجية الدراسة

الى تقييم الأداء النفسي والاجتماعي لثلاثة وخمسين مريضاً فصامياً مزمناً داخلياً. (al & Dimitri.P, 2004)

تهدف دراسة (Jackson.H & al, 1989) إلى تحديد ما إذا كانت الأعراض السلبية لمرضى الفصام تنبئ بشكل أفضل بالمهارات الاجتماعية من مجموعة من المتغيرات الأخرى المتعلقة المرض والاستشفاء والوظائف السابقة للمريض. ولذلك تم استخدام مقياس تقييم أداء المهارات الاجتماعية في اختبار لعب الأدوار المسجل بالفيديو ومحادثة مدتها 5 دقائق. قام أطباء المشروع بتقييم الاكتئاب والآثار الجانبية للأدوية والأعراض الإيجابية والسلبية.

من جانب آخر فقد قام باترسون وزملاؤه (Patterson.T & al, 1997) بدراسة تهدف الى تقييم فائدة استعمال مقياس تقييم-الذاتي للأداء الاجتماعي كمقياس أكثر فعالية لمرضى الفصام الأكبر سناً. بحيث تم استخدام مقياس التكيف الاجتماعي المعدل (SAS-M)، ومقاييس تقييم الأعراض الإيجابية والسلبية، والاكتئاب، مقياس فرعي لقائمة الأعراض الموجزة، فحص الحالة العقلية المصغر، مقياس تصنيف الخرف، مقاييس الدعم الاجتماعي. كان هناك عدد أقل من المرضى المصابين بالفصام الذين يشاركون في أدوار اجتماعية، أو متزوجون، أو آباء، أو لديهم وظيفة.

فقام (Ihnen.G & al, 1998) في محاولتهم بمعرفة العلاقة بين ثلاث مهام للإدراك الاجتماعي (معرفة المؤشرات الاجتماعية أو الحساسية الاجتماعية، إدراك الوجدان الظاهري، التقديرات الذاتية للمهارات) والمهارات الاجتماعية، وذلك من منطلق أن الإدراك الاجتماعي يرتبط بمهارات اجتماعية أفضل. تم استخدام مجموعة من المقاييس منها مقياس لتقييم الانتباه عند الراشدين (Brief Psychiatric Rating Scale) ولتقييم الوظيفة الاجتماعية م استخدام (Social skills assessment)، ومقياس SCRT ومقياس تقييم الانتباه الذاتي (Self-perception).

الفصل الخامس: منهجية الدراسة

اظهر بين ومجموعة أخرى من زملائه الباحثين (al & Penn.D، 1995) في دراسة حول العلاقة بين المهارات الاجتماعية وسلوك المريض داخل جناح التنويم لدى ثمانية وثلاثين مريضاً فصامياً مزماً وذلك باستخدام أسلوب لعب الدور بالإضافة لتقديرات العاملين بالنسبة لبعض السلوكيات كالتفاعل الاجتماعي.

اما دراسة (Velligan.D.I & al, 1997) كانت تهدف الى فحص العلاقات بين الأعراض الإيجابية والسلبية، والوظيفة المعرفية، والقدرة على أداء الأنشطة الأساسية للحياة اليومية في مرضى الفصام في دراستين. في الدراسة الأولى، تم تقييم 112 مريضاً تم علاجهم باستخدام مقياس التقييم النفسي الموجز (الأعراض الإيجابية)، وتقييم الأعراض السلبية (الأعراض السلبية والوظيفة الإدراكية)، وتقييم الاحتياجات الوظيفية (أنشطة الحياة اليومية). الدراسة الثانية أقيمت على 41 فصامياً، استخدمت فيها نفس مقاييس الأعراض وأضفت مجموعة اختبار عصبية نفسية شاملة.

هدفت دراسة (al & Dickerson.F، 1999) الى دراسة العلاقة التي تربط الحالة المعرفية مع المتغيرات الأخرى للأداء الاجتماعي خلال فترات زمنية محددة. على الرغم من أن القصور الفكري والعصبي يصاحب الفصام، إلا أن هناك تناقضات في الأدبيات المتعلقة بقضايا التدهور الفكري، والعجز السابق للمرض، ونمط العجز النمطي، والقدرات المحفوظة.

أيضاً وفي نفس السياق فقد أجرى (Ikebuchi.E & al, 1999) أيكبووتشي وزملاؤه دراسة تهدف الى محاولتهم الكشف عن دور المراحل المبكرة لمعالجة المعلومات (Information Processing) في التأثير على المهارات الاجتماعية عند الفصاميين، وقد استخدم الباحثون أسلوب اختبار لعب الدور لتقييم ستة أبعاد من المهارات الاجتماعية هي مهارات الاتصال غير اللفظي، وتعبيرات الوجه، ونبرات الصوت، ومهارات الاستقبال (الإدراك الاجتماعي)، ومهارات تحقيق الأهداف، ومهارات اتخاذ القرارات، ونوعية التفاعلات الاجتماعية.

الفصل الخامس: منهجية الدراسة

هدفت دراسة (Spaulding.W & al, 1999) لتطبيق التكنولوجيا المعرفية في إعادة التأهيل النفسي على مرضى الفصام، والبحث عن أهمية التنبؤية للضعف الإدراكي في الذهان الحاد، وتحسن الأداء المعرفي في المسار المتبقي المزمّن، وكيف يفيد التحسين المعرفي الجوانب الأخرى للتعافي وإعادة التأهيل، بحيث تتم معالجة الاهداف من خلال مراجعة النتائج السابقة والتحليلات الجديدة متعددة المتغيرات للأداء المعرفي في المراحل المتبقية الحادة وما بعد الحادة والمزمنة من الفصام.

فلقد قام (Penn.D & al, 2000) بدراسة تبحث في العوامل البيئشخصية كالمهارات الاجتماعية والأعراض المرضية والجاذبية الجسمانية المدركة، ومدى إسهامها في ازدياد وصمة الإصابة بالفصام، حيث تم تقييم أداء المهارات الاجتماعية لتسعة وثلاثين مريضاً فصامياً من حيث الوضوح والطلاقة في الكلام والتحديث ومتعة المحادثات والدخول في المناقشات.

أما فيما يتصل بالتعبيرات الانفعالية فقد قام أغفلي وزملاؤه (Aghevli.M & al, 2003) بدراسة تهدف إلى مقارنة ثلاثة وثلاثين مريضاً فصامياً بخمسة عشر شخصاً سويّاً على مقاييس الخبرة والتعبير الانفعالي خلال لعب الأدوار الاجتماعية. وفي دراسة مماثلة قام بها قيلوي وزملاؤه (Gillaway et al, 2003) وذلك بغرض معرفة مدى قدرة الفصاميين على التعبير عن انفعالاتهم، باستخدام مقاييس التعبير الانفعالي عند الراشد.

وفي جانب آخر (Green.M & al, 2000) قام بمحاولة تأكيد نتائج مراجعة الدراسات السابقة مفادها أن بعض المجالات المعرفية العصبية (الذاكرة اللفظية الثانوية، والذاكرة الفورية، والوظائف التنفيذية التي يتم قياسها بواسطة فرز البطاقات، واليقظة) مرتبطة بنتائج وظيفية.

بحيث اقيمت دراسة (Weickert.W & al, 2000) على دراسة العلاقة التي تربط بين كل هذه المتغيرات. وفي نفس السياق هدفت دراسة (Davidson.M & al, 1999) الى دراسة العلاقة بين معاناة مرضى الفصام الحالية ومعاناتهم السابقة في المراحل مبكرة للنمو الحسي الحركي.

الفصل الخامس: منهجية الدراسة

أظهر (Addington.D & Addington.J، 1999) في دراسته السابقة أنه في 80 شخصًا مصابًا بالفصام، كانت القدرة اللفظية والذاكرة اللفظية والأداء التنفيذي مرتبطة بشكل كبير بحل المشكلات الاجتماعية. وكان الهدف من دراسته (Addington.D & Addington.J، 2000) تقييم الاستقرار الطولي للعلاقة بين الأداء الاجتماعي والمعرفي العصبي في الفصام. وتم إعادة تقييم أداء المجتمع وحل المشكلات الاجتماعية والأعراض في 65 من 80 موضوعًا أصليًا لتحديد القدرة التنبؤية للأداء الإدراكي العصبي. لم يتم إعادة تقييم الإدراك العصبي في هذه المتابعة. تم تقييم الأعراض الإيجابية والسلبية بمقياس المتلازمة الإيجابية والسلبية. تم تقييم الأداء الاجتماعي باستخدام مقياس الوظيفة الاجتماعية، وجودة مقياس الحياة، وتقييم مهارات حل المشكلات الشخصية (AIPSS).

كما هدفت دراسة (al & Velligan.DI، 2000) الى فحص ما إذا كانت أوجه القصور الإدراكية العصبية لها ارتباط بمجالات الوظيفة الاجتماعية في المجتمع (المهارات الاجتماعية والقدرات اللفظية). هدف دراسة (al & Smith.TE، 2002) الى الكشف عن التأثير الأعراض والعجز المعرفي العصبي على تنمية مهارات السلوك الاجتماعي لدى مجموعة من الأفراد المصابين بالفصام أو الاضطراب الفصامي العاطفي الذين يتعافون من تفاقم الأعراض الحادة. في حين ان هدفت دراسة (Fujii.DE & Wylie.AM، 2002) الى الكشف عن درجة صدق التنبؤ لمقاييس العصبية النفسية المتحصل عليها في النتائج الوظائف المعرفية.

هدفت دراسة (Penades.R & al، 2003) الى استعمال نموذج الوظيفة المعرفية لبرينر (Brenner) على عينة من الفصاميين. أن الاضطرابات المعرفية الأولية (الانتباه والتشغير) والاضطرابات المعرفية المعقدة (الاستدعاء، تكوين المفهوم) تقوي بعضها البعض، تم استخدام إعادة التأهيل المعرفي كاستراتيجية علاجية لان الاضطرابات المعرفية تأثير سلبي على نتائج المهارات الاجتماعية (الوظيفة في المجتمع)،

الفصل الخامس: منهجية الدراسة

كانت أهداف الدراسة (al & Prouteau.A، 2005) الاكتشاف ما إذا كان الأداء المعرفي له ارتباط بالأداء النفسي الاجتماعي، اما في دراسة ركزت الدراسة التي أجرتها (Prouteau.A، 2009) على العوامل ما وراء المعرفية والإعاقة النفسية في مرض الفصام، وكان الهدف اكتشاف تأثير العوامل الذاتية في النماذج الكلاسيكية التي تنتبأ بالإعاقة النفسية.

هدفت دراسة (Bulzacka.E, & al, 2013) الى نادرًا ما تستخدم المقاييس المعرفية الغير الموضوعية في مرض الفصام. ويرجع ذلك أساسًا إلى فرضية أن هذه القياسات تقتصر إلى الحساسية في اضطراب يتميز بضعف الوعي بالمرض. لدى هدفت دراسة التي أجراها (Potvin.S, al & , 2014) إلى دراسة الارتباط بين الإدراك الذاتي والموضوعي والشكاوى الذاتية والموضوعية لمرضى الفصام.

طبقت دراسة (Touati.M, 2016) على مريضين مصابين بالفصام والتي هدفت إلى تحديد ما إذا كانت مشاكل الذكاء عند الفصامين راجعة الى تخلف ذهني او تدهور القدرات المعرفية، هدفت دراسة (Benoit.A، 2017) الى تقييم ما إذا كان مستوى النقد الذاتي المعرفي يمكن أن يؤثر على التحسن المعرفي، تم قياس النقد الذاتي المعرفي باستخدام مفهومين: رفض الذات والتيقن الذاتي.

لا يزال الفصام أحد الاضطرابات النفسية الرئيسية ذات التكاليف الاجتماعية والاقتصادية الباهظة للفرد والمجتمع. إن دور العوامل النفسية والاجتماعية مهم في كل من التسبب في المرض وتطوره، كما أن الافتقار إلى الأداء الاجتماعي وما يرتبط به من ضغوط تؤثر على الحياة اليومية للأشخاص المصابين بهذا التشخيص. هدفت دراسة (Dujescu.M & Popescu.R, 2018) الى دراسة ارتباطات الكبيرة بين العناصر السريرية والاجتماعية: عدد أكبر من حالات القبول، وأطول مدة للتطور، والعجز المعرفي، والتدخين، والسلوك الانتحاري، والعمر، والحالة الاجتماعية، والتدخين، ومستوى الإجهاد المتصور. تم تقييم شدة الأعراض باستخدام مقياس المتلازمة الإيجابية والسلبية (PANSS)، بينما تم تقييم مستوى الحالة المعرفية من خلال مقياس MMSE (الفحص العقلي المصغر)، يتم قياس كلا العنصرين في البداية

الفصل الخامس: منهجية الدراسة

وفي نهاية فترة الإقامة في المستشفى. تم تقييم مستوى الأداء الاجتماعي في لحظة خروج المريض من المستشفى باستخدام التقييم العالمي لمقياس الأداء الوظيفي (GAFS)، وتم قياس مستوى الإجهاد في نفس اللحظة، باستخدام مقياس الإجهاد المتصور (PSS).

كما تبين من خلال الدراسات السابقة انها اختلفة في عينة الدراسة والمنهج المتبع وكذا مدة الدراسة

كالآتي:

تكونت عينة دراسة (Nuechterlein.K.H, 1991) من 2251 مشاركا من 5 مواقع الكترونية، على مدى 3 سنوات باتباع منهج الاحصائي لتحليل البيانات التي تم جمعها من خلال المواقع. اما دراسة (Davidson.M & al, 1995) أقيمت على عينة 393 مريضًا مصابًا بالفصام مقسمًا إلى سبع مجموعات تم تحديدها بفترات عمرية 10 سنوات من 25 عامًا إلى أكثر من 85 عامًا سنين.

اما دراسة (Harvey & al, 1999) فتكونت عينة الدراسة من 57 مريضًا من كبار السن يعانون من مرض الفصام المزمن، أثناء عيشهم في مستشفى للأمراض النفسية المزمنة ومتابعتهم في المتوسط لمدة عامين ونصف بعد إحالتهم إلى الرعاية التمريضية المنزلية.

تكونت عينة الدراسة (Hyde.TH & al, 1994) من 66 مريضًا مصاب بالفصام على مدى 50 سنة. وفي دراسة (Dickerson.F & al, 1996) تكونت عينة الدراسة من 88 ذهاني، منهم 55 يعانون من الفصام و33 يعانون من اضطراب الفصام عاطفي تم تشخيصهم وفقًا لـ DSM-III-R. دامت الدراسة لمدة سنة كاملة.

اقيمت دراسة (Brekke.JS & al, 1997) على عينة من 40 ذهاني منهم 23 يعانون من الفصام و17 يعانون من الاضطراب الفصام الوجداني. ومدة الدراسة كانت شهرين. بحيث اقيمت دراسة (Addington.J & Addington.D, 1999) على عينة من 80 مريضًا يعانون من مرض الفصام

الفصل الخامس: منهجية الدراسة

تم تشخيصهم وفق DSM-III-R. اما دراسة (al & Smith.TE, 1999) أقيمت على عينة تكونت من 46 شخص منهم 26 يعانون من الفصام و20 يعانون من اضطراب الفصام العاطفي تم تشخيصهم وفقاً لـ DSM-IV SCID. وتم اتباع المرضى منذ سنتين كاملين.

أقيمت دراسة (Pantelis.C & al, 1999) على عينة من 51 مريضاً مصاباً بالفصام، تمت مقارنة أولئك الذين لديهم معدل ذكاء عالٍ (ن = 24) مع مرضى يعانون من آفات في قشرة الفص الجبهي (ن = 22) ومع أشخاص عاديين (ن = 18). كانت هذه المجموعات الثلاث متطابقة بشكل جيد مع العمر والجنس وتحصيلهم في اختبار القراءة الوطني للبالغين (NART).

تكونت عينة دراسة (Elvevag.B & al, 2000) من 84 متطوعاً يتمتعون بصحة جيدة (تتراوح أعمارهم بين 24 و56 عاماً) من خلال لوحة الموضوعات الخاصة بوحدة الإدراك وعلوم الدماغ بمركز البحوث الطبية. كان هناك 20 ذكور و28 إناث. كانت معايير الإدماج الى الدراسة، منها العمر بين 20 و60 سنة، عدم وجود اضطراب عصبي أو نفسي حالي أو سابق كما هو محدد في استبيان الفحص، الرؤية اللونية العادية. كان متوسط NART IQ 120، وكان متوسط معدل الذكاء الثقافي 106.

وبعد ذلك تم جمع 28 مريضاً مصاباً بالفصام (22 ذكراً و6 إناث، تتراوح أعمارهم بين 23 و58 عاماً) من المرضى الداخليين والخارجيين في مستشفى فولبورن، كامبريدج. تمكن 22 مريضاً فقط و21 مريضاً على التوالي من إكمال التجريبتين 1 و2؛ أكمل جميع المرضى الـ 28 التجربة 3. استكمل جميع المرضى معايير RDC (سبيتزر وآخرون 1978) لمرض الفصام بناءً على مقابلة إكلينيكية ومراجعة ملاحظات الحالة. بالإضافة إلى ذلك، سجل جميع المرضى درجة 24 في اختبار فحص الحالة العقلية المصغر (MMSE) (Folstein وآخرون 1975)، وهو نقطة الفصل القياسية للخرف. كان متوسط NART IQ هو 115، وكان متوسط معدل الذكاء الثقافي 86، وكان متوسط معدل الذكاء على نطاق

الفصل الخامس: منهجية الدراسة

واسع WAISR 96. كان جميع المرضى مستقرين سريريًا في وقت الاختبار (أي ما لا يقل عن 3 أشهر خارج فترات التفاقم الحاد مع الاستجابة الجيدة للأدوية). كان غالبية المرضى (25 من 28) يتعاطون دواء كلوزابين، المستخدم كخط العلاج الثاني. وكان المرضى الثلاثة الآخرون يتناولون الأدوية المضادة للذهان بجرعات متوسطة. كان لدى جميع المرضى رؤية طبيعية أو مصححة إلى طبيعية. تمت الموافقة على الدراسة من قبل لجنة الأخلاقيات المحلية.

تكونت عينة دراسة (Twamley.EW & al, 2002) من 111 مريضًا خارجيًا في منتصف العمر وكبار السن يعانون من اضطرابات ذهانية أولية، منهم 67 يعانون من الفصام و26 يعانون من اضطراب الفصام الوجداني.

كما اقيمت دراسة (Prouteau.A & al, 2004) على 88 ذهاني منهم 54 يعانون من الفصام و25 يعانون من اضطراب الفصام الوجداني و7 يعانون من اضطراب الفصام الشكلي، و2 يعانون من اضطرابات الذهانية الأخرى تم تشخيصهم وفقًا لـ DSM-IV لقياس الإدراك والأعراض، تم استخدام CANTAB وقياس المجال النفسي والاجتماعي تم استخدام الأداء في المجتمع لسلم MCAS.

دراسة (Keefe.R.S.E & al, 2006) تم إدخال 1493 مريضًا مصابًا بالفصام المزمن في الدراسة، بما في ذلك أولئك الذين يعانون من الأمراض المصاحبة الطبية وتعاطي المخدرات. تم جمع عينة الدراسة من خلال 57 مؤسسة لرعاية الصحة العقلية. كانت المواقع موجودة في 48 مدينة وبلدة تمثل كل منطقة في الولايات المتحدة باستثناء ألاسكا. بالنظر إلى هذه الأحجام الكبيرة للعينات والقوة الإحصائية المرتبطة بها، ستركز النتائج، على أحجام التأثير ودرجات z. كانت هناك اختلافات طفيفة بين المجموعات في العمر والتعليم والسنوات منذ أول علاج مضاد للذهان. يميل المرضى الذين أكملوا جميع الاختبارات

الفصل الخامس: منهجية الدراسة

المعرفية العصبية إلى أن يكونوا أصغر سناً من المجموعات الأخرى ومستوى تعليمي مرتفع، ولديهم فترة زمنية أقصر منذ علاجهم الأول بمضادات الذهان.

أقيمت دراسة (Silver.H & Goodman.C, 2007) تم اختبار 56 مريضاً بالفصام و 77 فرداً سليماً. من خلال استعمال المنهج الاحصائي حتى يتمكن الباحث من تحليل المعطيات المتحصل عليها بعد تطبيق الاختبار على العينة.

تكونت عينة دراسة (Baddeley.A & al, 1997) من خلال تعيين المرضى الفصام الذين يعانون من قصور الفص الجبهي كانوا قد أظهروا متلازمة خلل تنفيذي، وتحديد مجموعتين بناءً على ما إذا أظهروا السلوكيات الناتجة عن الخلل الوظيفي او لا.

قام الباحث (Harrey.P & al, 1999) بدراسة على عينة من 57 مريضاً من كبار السن يعانون من مرض الفصام المزمن، أثناء اقامتهم في مستشفى للأمراض النفسية المزمنا ومتابعتهم لمدة عامين ونصف بعد إحالتهم إلى الرعاية التمريضية المنزلية.

قام ميوسر وزملاؤه (Mueser.K & al, 1996) بالبحث في معرفة الانفعالات وإدراكها بالكفاءة الاجتماعية عند الفصاميين المزمنين وذلك بغرض تقييم ما إذا كان المرضى الفصاميون المزمنون الذين يتعاطون علاجاً دوائياً وعددهم 28 مريضاً ممن يقيمون إقامة طويلة في المستشفى الجامعي لجامعة بنسلفانيا يظهرون عجزاً في إدراك الانفعالات مقارنة 25 شخصاً سويماً، وعماً إذا كان ذلك العجز يعزى إلى ضعف الكفاءة الاجتماعية.

تكونت عينة دراسة (Harvey & al, 1999) 57 مصاب بالفصام المزمن والمقيمين لمدة طويلة في مستشفى الامراض العقلية، وذلك بعد متابعتهم على مدار عامين متواصلين من تحويلهم إلى إحدى دور الرعاية الاجتماعية للمسنين.

الفصل الخامس: منهجية الدراسة

تكونت عينة دراسة (Mcdonald.E & al, 1998) من 46 مريضاً خارجياً مصاباً بالفصام، وقد تم استخدام نمذجة المعادلة الهيكلية لتحليل البيانات التي حصلوا عليها في الدراسة. وفي دراسة (Jackson.H & al, 1989) تكونت عينة الدراسة من 53 مريضاً داخلياً تم تشخيصهم مرض الفصام باستعمال DSM-III.

قام الباحث (Patterson.T & al, 1997) بدراسة تقيم فائدة استعمال مقياس تقييم ذاتي للأداء الاجتماعي على عينة من 56 مريضاً بالفصام و 39 شخصاً سوياء، تتراوح أعمارهم من 45 إلى 81 عاماً. وذلك بغرض قياس مستوى التوافق الاجتماعي لديهم.

أقيمت دراسة (Ihnen.G & al, 1998) على 26 مريضاً خارجياً مصاباً بالفصام، على مدى سنة كاملة والتي قام فيها بجمع المعطيات حول العينة وتطبيق المقاييس الدراسية. كما تكونت عينة دراسة الباحث (al & Penn.D, 1995) في دراسة حول العلاقة بين المهارات الاجتماعية وسلوك المريض داخل جناح الاستشفاء لدى 32 مريضاً فصامياً مزمناً وفي دراسة أخرى لنفس الباحث (Penn.D & al, 2000) تكونت عينة الدراسة من 39 مريضاً فصامياً خارجياً.

في حين اخر قام الباحث (Ikebuchi.E & al, 1999) بدراسة على عينة من الفصامين عددهم 28 مراجعين المراجعين لأحد مراكز الرعاية النهارية التابع للمستشفى النفسي بجامعة طوكيو في محاولتهم الكشف عن دور المراحل المبكرة لمعالجة المعلومات التأثير على المهارات الاجتماعية عند الفصامين.

اما أغفلي وزملاؤه (Aghevli.M & al, 2003) فقاموا بدراسة تهدف إلى مقارنة ثلاثة وثلاثين مريضاً فصامياً بخمسة عشر شخصاً سويماً على مقاييس الخبرة والتعبير الانفعالي خلال لعب الأدوار الاجتماعية. حيث قام Gillaway et al, 2003 بدراسة تهدف الى مقارنة بين مجموعة تجريبية تتكون من اثنين وسبعين مريضاً فصامياً ومجموعة ضابطة تتكون من أربعين شخصاً سويماً.

الفصل الخامس: منهجية الدراسة

تكونت عينة دراسة (Spaulding.W & al, 1999) من 65 مصابا بالفصام تم تشخيصهم بالاعتماد على DSM-III ودامت الدراسة سنتين ونصف. وفي دراسة (Velligan.D.I & al, 1997) الأولى تم تقييم 112 مريضاً وفي الدراسة الثانية أقيمت على 41 فصامي.

تكونت العينة دراسة (Addington.D & Addington.J, 2000) من 65 مريضاً تم تشخيصهم وفق DSM-III-R، دامت هذه الدراسة الطولية مدة سنتين ونصف. اما دراسة (Dujescu.M & Popescu.R, 2018) فتكونت عينة الدراسة من 100 شخصا يعاني من اضطراب الفصام.

استفدنا من الدراسات السابقة ما يلي:

- التعرف على مختلف التوجهات في دراسة مشكلات المعرفة والمهاراتية عند المصابين بالفصام، واهم المتغيرات التي تم تناولها سابقا. وذلك يغيث إنشاء إطار بحثي جديد بمتغيرات لم يتم التعرض اليها في الدراسات على عينة جرأرية.
- التعرف على اهم العوامل التي تسهم في انخفاض الوظيفية المعرفية عند المصابين بالفصام وأخذها بعين الاعتبار أثناء اختبار العينة للتقليل من العوامل التي تشوش على النتائج البحث، حيث أظهرت جل الدراسات ان الأعراض الإيجابية تؤثر في نتائج المقاييس، وكذا على الباحث التعامل مع المرضى الا في حالة الاستقرار.
- تحديد أوجه القصور في الدراسات السابقة والتركيز على بعض الجوانب التي لم يتم التطرق اليها، حيث ركزت جل الدراسات على الوظيفية المعرفية والذاكرة ومعالجة المعلومات باستخدام مقاييس موحدة، ولم يتم استخدام مقاييس تقيس كل وظيفة على حدى ودراسة العلاقة بينهما.

الفصل الخامس: منهجية الدراسة

• قدمت الدراسات السابقة الكثير من جوانب الإفادة لبحثنا وفي تكوين إطار نظري وبناء أدوات

الدراسة وإعطاء توجه عام للدراسة.

ومن كل ما سبق يمكن طرح التساؤل العام للدراسة على النحو التالي:

هل يوجد علاقة بين الوظائف التنفيذية والمهارات الاجتماعية عند الفصامين لعينة من ولاية تلمسان؟

تساؤلات الدراسة:

ولمعالجة هذا التساؤل العام كان من اللازم طرح مجموعة من التساؤلات الفرعية وذلك على النحو التالي:

1. هل يوجد فروق للإصابة بالفصام تعزى متغير الجنس والحالة الاقتصادية ومستوى التعليمي؟

2. ما هو مستوى الوظائف التنفيذية للعينة من المصابين بالفصام؟

3. ما هو مستوى المهارات الاجتماعية للعينة من المصابين بالفصام؟

4. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الوظائف التنفيذية للمصابين بالفصام تعزى متغير

الجنس؟

5. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى المهارات الاجتماعية للمصابين بالفصام تعزى

متغير الجنس؟

6. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى المهارات الاجتماعية عند المصابين بالفصام تعزى

متغير الحالة الاقتصادية (يعمل، لا يعمل)؟

7. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الوظائف التنفيذية عند المصابين بالفصام تعزى

متغير المستوى التعليمي (ابتدائي، متوسط، ثانوي)؟

الفصل الخامس: منهجية الدراسة

2. فرضيات الدراسة:

الفرضية العامة: وتكمن فرضية العامة للبحث فيما يلي:

الوظائف التنفيذية لها علاقة بالمهارات الاجتماعية عند الفصاميين لعينة من ولاية تلمسان.

فرضيات فرعية: وقد انبثقت من الفرضية العامة عدة فرضيات فرعية على النحو التالي:

1. يوجد فروق للإصابة بالفصام تعزى متغير الجنس والحالة الاقتصادية ومستوى التعليمي.

4. مستوى الوظائف التنفيذية للعينة من المصابين بالفصام هو مستوى متوسط.

5. مستوى المهارات الاجتماعية للعينة من المصابين بالفصام هو مستوى متوسط.

6. توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الوظائف التنفيذية للمصابين بالفصام تعزى متغير الجنس.

7. توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى المهارات الاجتماعية للمصابين بالفصام تعزى متغير الجنس.

8. توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى المهارات الاجتماعية عند المصابين بالفصام تعزى متغير

الحالة الاقتصادية (يعمل، لا يعمل).

9. توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الوظائف التنفيذية عند المصابين بالفصام تعزى متغير

المستوى التعليمي (ابتدائي، متوسط، ثانوي).

3. الهدف من الدراسة:

تهدف الدراسة الحالية الى دراسة العلاقة الارتباطية بين الوظائف التنفيذية والمهارات الاجتماعية عند

المصابين بالفصام. كما تهدف أيضا الى دراسة الفروق بين مستوى الوظائف التنفيذية تعزى متغير الجنس،

وفروق مستوى المهارات الاجتماعية تعزى متغير الجنس.

بالإضافة الى دراسة الفروق مستوى المهارات الاجتماعية تعزى متغير الحالة الاقتصادية، ثم دراسة

الفروق مستوى الوظائف التنفيذية تعزى متغير المستوى الدراسي. وفي نفس الصدد دراسة مستوى الوظائف

التنفيذية والمهارات الاجتماعية لعينة الدراسة.

الفصل الخامس: منهجية الدراسة

4. منهج الدراسة:

يعد المنهج الإحصائي من بين المناهج العلمية التي أضفت الصيغة العلمية على الأبحاث الانسانية والاجتماعية والتي تهتم بدراسة وتحليل الظاهرة الاجتماعية من الناحية الكمية ويرجع ظهوره في ميدان العلوم الاجتماعية إلى التعاون السائد بين هذه العلوم والرياضيات في العهد الإغريقي والذين كانوا يستخدمون الإحصاء في أبحاثهم، غير أن استعماله تعزز وتجلت قيمته العلمية والعملية واضحا في أبحاث. كما ساهمت دراسة كل من (مونتيير - وروسو) في تطور المنهج الإحصائي في ميدان العلوم الاجتماعية كما شمل التطور في المنهج الإحصائي جميع العلوم الأخرى، ويرجع سبب تطور استعماله في العلوم المختلفة إلى التطور التكنولوجي الهائل وما نتج عنه من تطور في مجال الحاسبات الإلكترونية والطرق والوسائل الإحصائية الأخرى، مثل نظام الإحصائي (spss,exel)

تعددت تعاريف المنهج الإحصائي اصطلاحا على انه فرع من الدراسات الرياضية التي تعتمد على جميع المعلومات والبيانات لظهور معينة وتنظيمها وتبويبها وعرضها جدوليا أو بيانيا تم تحليلها رياضيا واستخلاص النتائج بشأنها والعمل على تفسيرها. أما من الناحية الإجرائية فيعرف المنهج الإحصائي على أنه مجموعة من الأساسيات المتنوعة المستعملة لجمع المعطيات الإحصائية وتحليلها رياضيا لعرض إظهار الاستدلالات العلمية التي قد تبدو في الغالب غير واضحة. وعليه اعتمدنا في دراستنا الحالية على المنهج الشبه التجريبي، وكذا تتمحور دراستنا على دراسة العلاقة بين الوظائف التنفيذية والمهارات الاجتماعية عند المصابين بالفصام.

5. أهمية الدراسة:

تعد أهمية الدراسة الحالية في ارتباطها بإشكالية البحث، وتبرز هذه الأهمية من خلال مستوى النظري والتطبيقي. بحيث سيتم لقاء الضوء على إحدى نقاط الضعف للمرضى المصابين بالفصام وأحد مسببات

الفصل الخامس: منهجية الدراسة

انخفاض مستوى المهارات الاجتماعية والتي تتشكل من خلال محدودية الاستقلالية وعدم قدرة القيام بالنشاطات اليومية ألا وهو القصور المعرفي.

محاولة لفت النظر على اهمية الفحص النفسي للفصاميين منها تطبيق اختبارات المعرفية وتقييم السلوك، حتى يتمكن للمختص النفسي من تحديد مآل المرض. كما يتمكن لنا من خلال هذه الدراسة ربط ضعف المهارات الاجتماعية والقصور المعرفي ببعض اعراض الفصام، وهي الأعراض السلبية.

تزويد البحوث العربية والوطنية بدراسة تشمل متغيرات قليلة التناول، كما تكمن اهمية الدراسة الحالية في توفير مقياس صادق وثابت لتقييم الوظائف التنفيذية عند الفصاميين باللغة العربية، والذي تم بنائه بأخذ بعين الاعتبار قدرات المعرفية للفصاميين، حتى يتمكن الباحثون العرب والمختصين النفسيين من تطبيقه في الممارسة الاكلينيكية. كما توفر ايضا سلم تقييم المهارات الاجتماعية عند الفصاميين والذي تم ترجمته من اللغة الانجليزية الى العربية وتقدير خصائصه السكومترية، بحيث هو عبار عن سلم مختصر يسهل تطبيقه على العينة في الممارسة الاكلينيكية.

6. حدود الدراسة:

تكمن حدود الزمانية للدراسة ما بين نوفمبر 2020 الى ديسمبر 2020 ثم من جانفي 2021 الى مارس 2021 فيما يخص الدراسة الاستطلاعية. اما الدراسة الاساسية فانهضرت في مدة زمنية ما بين جانفي 2022 الى اواخر الشهر افريل 2022.

اما الحدود المكانية فتم اجراء الجانب الميداني للدراسة الاستطلاعية على مستوى المستشفى الجامعي تلمسان 'د.تيجاني دمارجي' بمصلحة الطب العقلي، وبعد ذلك توجهنا عند طبيب مختص في الاعصاب والامراض العقلية يعمل في القطاع الخاص، لإجراء الدراسة الاساسية.

الفصل الخامس: منهجية الدراسة

7. التعريفات الإجرائية للدراسة:

الوظائف التنفيذية: تعرف على انها مجموع من السيرورات الذهنية، التي تحافظ على تكيف الفرد مع الوضعيات المستجدة والتي لم يسبق له التعرض لها، عن طريق مجموعة من الوظائف مثل المراقبة والكف، التخطيط والتنفيذ. اما في دراستنا الحالية قيمة الوظائف التنفيذية لكل فرد مصاب بالفصام هي الدرجة المتحصل عليها في اختبار تقييم الوظائف التنفيذية عند الفصام.

المهارات الاجتماعية: هي قدرة عند الفرد تجعله يتصرف بحسن التصرف في عمله وبالحدق في القيام بمهام معينة، وهي تعني أيضا الكفاءة والجودة في الأداء، من جهة أخرى تشير كلمة " اجتماعي " إلى كل ما يتعلق بالعلاقات المتبادلة بين الأفراد أو الجماعات، والمهارة تصبح اجتماعية عندما يتفاعل فرد مع فرد آخر ويقوم بنشاط اجتماعي يتطلب منه مهارات ليوائم بين ما يقوم به وبين ما يفعله الفرد الآخر. اما في دراستنا الحالية فقيمة المهارة الاجتماعية لكل فرد مصاب بالفصام هي الدرجة المتحصل عليها في سلم تقييم المهارات الاجتماعية عند الفصام.

الفصام: هو اضطراب عقلي مزمن وشديد يؤثر في طريقة تفكير الشخص وشعوره وسلوكه. كما يعاني المصابون به بهلوسة سمعية وبصرية وحسية مثل سمع أصواتاً غير موجودة، وهذيان مثل كأنهم يعتقدون أن أشخاصاً آخرين يحاولون إيذاءهم، وهذه الاعراض هي ما تسمى بالاعراض الايجابية. اما الاعراض السلبية فنعني منها ان الشخص يصبح منسحباً اجتماعياً ولا يهتم بشكل متزايد بمظهره ونظافته الشخصية. يفقد الاهتمام والحافز في الحياة والأنشطة، يعاني من قلة التركيز وعدم الرغبة في مغادرة المنزل وتغيرات في أنماط النوم. وانه يشعر بعدم الارتياح مع الناس أو يشعر بأنه لا يوجد ما يُقال. وغالبًا ما يصفه الأطباء بأنه نوع من الذهان، وهذا يعني أن الشخص قد لا يكون دائمًا قادرًا على تمييز أفكاره الخاصة عن الأفكار التي تحدث في الحقيقة. وفي الدراسة الحالية الفصام هو مجموعة الاعراض الإيجابية والسلبية

الفصل الخامس: منهجية الدراسة

التي كان يعاني منها الفرد سابقا والتي يتم تحديدها خلال المقابلة العيادية مع المريض وبالإستناد الى ملفه الطبي.

الحالة الاستقرار: الاستقرار النفسي يعني الحالة النفسية السوية البعيدة عن الشذوذات الحادة والمفاجئة، وبعيداً عن ردود الفعل، وبعيداً عن الالتواءات النفسية المعقدة، وخلو الإنسان من الاضطراب أو المرض النفسي. أي أنها حالة اتزان وانسجام وراحة نفسية وعقلية، والراحة النفسية كمفهوم عام والإحساس بالاستقرار النفسي من وجهة نظر عامة الناس أمر نسبي يختلف من شخص لآخر، ومن مجتمع لآخر، بل أنه يختلف لدى الشخص نفسه مع اختلاف ظروفه ومراحل حياته من الطفولة وحتى الشيخوخة. وفي الدراسة الحالية فالحالة الاستقرار هي ان يكون المريض تحت رعاية طبيب مختص في الامراض العقلية بواسطة العلاج الدوائي، وان يكون واعى بمرضه، ويتناول الادوية المضادة للذهان بشكل منتظم. ان يقوم بانتقاد حالته السابقة والاعراض التي كان يعاني منها، ويجب ان يكون في حالة بدون اعراض ذهانية وهذا ما يسمح لنا بملاحظة تأثير الفعال للأدوية في تحسين حالته.

الفصل السادس: الإجراءات الميدانية.

1. الدراسة الاستطلاعية

1.1. الهدف من الدراسة الاستطلاعية.

2.1. ادوات الدراسة الاستطلاعية.

3.1. خصائص عينة الدراسة الاستطلاعية.

4.1. الإطار الزمني والمكاني للدراسة الاستطلاعية.

5.1. كيفية اجراء الدراسة الاستطلاعية وجمع المعطيات.

6.1. نتائج الدراسة الاستطلاعية.

2. الدراسة الاساسية

1.2. خصائص عينة الدراسة الاساسية.

2.2. كيفية اجراء الدراسة الاساسية وجمع المعطيات.

3.2. الإطار الزمني والمكاني للدراسة الاساسية.

الفصل السادس: الإجراءات الميدانية

1. الدراسة الاستطلاعية:

تعتبر الدراسة الاستطلاعية أول خطوة يخطوها الباحث في نسج الجانب التطبيقي من البحث، فهي تهدف أساساً إلى الاحتكاك بمجال الدراسة واختيار وتقييم الأدوات، وقصد إجراء الدراسة الاستطلاعية ونظراً لتعدد الخطوات المنطوية تحتها قمنا بمقابلة مع مجموعة من الأطباء الذين قاموا بتوضيح لنا كيفية سير العمل مع الذهانين داخل المصلحة ثم قمنا بمقابلة مجموعة من الذهانين الداخليين والخارجيين بمصلحة الطب العقلي بمستشفى تلمسان، والذي تمثل عينة الدراسة للمرحلة الأولى، أين تمكنا من تحديد أدوات الدراسة حسب إمكانية الإجابة عليها من طرف الفصامين وتحديد عينة الدراسة وفق الحالية العقلية الانية لهم.

1.1. الهدف من الدراسة الاستطلاعية:

تهدف الدراسة الاستطلاعية إلى تحديد الخصائص العينة منها الجنس والحالة الاجتماعية والمستوى الدراسي لعينة الدراسة، وبعدها تطبيق الأدوات المراد استعمالها في الدراسة الأساسية حتى نتمكن من تقدير الخصائص السيكومترية للاختبار الوظائف التنفيذية عند الفصامين وسلم المهارات الاجتماعية عند الفصامين. وبالتالي تحديد ما إذا كانت الأدوات صالحة للدراسة الحالية أم لا.

2.1. أدوات الدراسة الاستطلاعية:

تكونت أدوات الدراسة من مجموعة من المقاييس والتي أقيمت خلال المقابلة الاكلينيكية مع المرضى واستندنا إلى الملاحظة لتدعيم الإجابات على المقاييس.

الملاحظة: تعد الملاحظة من بين التقنيات المستعملة خاصة في الدراسة الميدانية لأنها الأداة التي تجعل الباحث أكثر اتصالاً بالبحوث، والملاحظة العملية تمثل طريقة منهجية يقوم بها الباحث بدقة تامة وفق قواعد محددة للكشف عن التفاصيل والظواهر ومعرفة العلاقات التي تربط بين عناصرها ومتغيراتها. وتعتمد الملاحظة على قيام الباحث بملاحظة ظاهرة من الظواهر في الميدان البحث. (خ.حامد، 2008)

الفصل السادس: الإجراءات الميدانية

المقابلة: هي محادثة تتم وجها لوجه مع العميل والاختصاصي الاكلينيكي غايتها العمل على حل المشكلات التي يشتمل منها العميل والاسهام في تحقيق توافقه وتتضمن التشخيص والعلاج، وتهيئ الفرصة امام المختص للقيام بدراسة متكاملة للحالة عن طريق المحادثة المباشرة والمواجهة (فاحص، مفحوص). (إ.الخرائط، 2020)

قمنا باستغلال الملاحظة خلال المقابلة العيادية مع افراد عينة الدراسة، بحيث تعتبر الملاحظة جزء لا يتجزأ من المقابلة العيادية. كما سمح لنا المقابلة بجمع المعطيات وتطبيق الاختبارات وخاصة بملاحظة مجموعة من السلوكيات وردود الأفعال للمصابين بالفصام. بالإضافة الى ذلك فالمقياس تقييم المهارات يتكون من بعض البنود تخص التواصل الغير اللفظي والسلوك الاجتماعي والذي يتوجب علينا استعمال الملاحظة حتى نتمكن من تقييم المفحوص في تلك البنود. وعلى سبيل المثال فان البند الرقم 2، والذي يتم تقييم المفحوص في قدرته على انشاء التواصل البصري والمحافظة عليه. وعلى الخير ملاحظة التواصل البصري للمفحوص ثم الإجابة على البند.

سلم المهارات الاجتماعية: اعتمدنا في دراستنا على ترجمة سلم «IDEAS» من اللغة الإنجليزية الى اللغة العربية، لتقييم المهارات الاجتماعية عند الفصامين.

اختبار الوظائف التنفيذية: اما بالنسبة لقياس الوظائف التنفيذية فقمنا ببناء اختبار يقيم الوظائف التنفيذية عند الفصامين.

1.2.1..سلم مهارات الاجتماعية:

• تعريف السلم تقييم مستوى الإعاقة في المهارات الاجتماعية الهندي «IDEAS»

تم تطوير المقياس من قبل أعضاء فريق PRS "خدمات إعادة التأهيل النفسي" وعلى وجه الخصوص لجنة إعادة التأهيل التابعة لجمعية الطب النفسي الهندية (IPS) من خلال مجموعة عمل والتي تم نشرها لاحقاً في مجلة رسمية في عام 2006، تم بناء المقياس للبحث عن قصور المهارات الاجتماعية لدى

الفصل السادس: الإجراءات الميدانية

المرضى الاستشفائيين ومرضى الخارجيين. بحيث تم اختيار العناصر بناءً على مراجع الأدبيات الخاصة بالعجز في المهارات والقدرات الاجتماعية لدى الأشخاص المصابين بمرض عقلي حاد.

يتكون مقياس تقييم المهارات الاجتماعية من 20 بنداً، مجمعة في ثلاثة مجالات رئيسية: السلوك والتواصل غير اللفظي (4 بنود)، والتواصل اللفظي (6 بنود) والسلوك الاجتماعي (10 بنود). يجب الإجابة على كل بند المقياس 'بنعم ينطبق' أو 'لا ينطبق'، وعليه يتحصل كل من (1 = نعم ينطبق، 0 = لا ينطق). (ملحق الرقم 01)

على الرغم من أن معظم العناصر لا تحتاج إلى مزيد من التوضيح والوصف، إلا أنه يجب إضافة بعض التوضيحات لتسعة بنود لتسهيل وفهم أفضل لكل بند مراد قياسه. (ملحق الرقم 02 والرقم 03)

يتم إجراء التقييمات بناءً على معلومات الموجودة في الملف الطبي، والملاحظات والمقابلات مع المريض أو من قبل مقدمي الرعاية خلال الجلسة. (P. Bhola & al, 2016)

• كيفية إجراء الترجمة:

قمنا في الأول بالعمل على ترجمة النسخة الأصلية للمقياس من اللغة الإنجليزية إلى اللغة العربية. ثم قدمنا المقياس باللغتين العربية والإنجليزية للعديد من الأساتذة من أهل الخبرة في قسم علم النفس، وبعض هؤلاء المعلمين رفضوا المشاركة في تصحيح المقياس؛ بينما استجاب آخرون لهذه الخطوة.

يتم أخذ جميع النصائح والملاحظات المقدمة للمقياس بعين الاعتبار وفي النهاية، قمنا بتصحيح وإعادة تصميم السلم بالشكل المناسب. يتميز مقياس تقييم المهارات الاجتماعية بموضوعية تامة وقابليته على التطبيق على كل المجتمعات، بحيث ان مجموع بنوده لا تقيس خصائص ثقافية ولا دينية. وفي التالي بعد تطبيق المقياس قمنا بتصنيف النتائج بالاستعانة إلى برنامج الـ Spss والشروع في الإجراءات الإحصائية.

الفصل السادس: الإجراءات الميدانية

2.2.1. اختبار الوظائف التنفيذية:

• تعريف اختبار تقييم الوظائف التنفيذية عند الفصام:

كان الهدف من بناء اختبار يقيس الوظائف التنفيذية عند الفصام، هو بناء اختبار مكيف حسب قدرات العينة وكذا مختصر يسهم في الحالات التي قد تساعد الباحث في الوقت والجهد والتكلفة. وتسهل التطبيق على أفراد العينة في التجاوب مع المقياس. وبالتالي منحه الى المختصين النفسانيين العرب والجزائريين اداة موضوعية وذات صدق وثبات مرضي وقابل للتطبيق.

تم الاستعانة من مجموعة من الاختبارات النفسية الموضوعية التي تقيس الوظائف التنفيذية عند للراشدين العاديين قبل بناء الاختبار. ومنها اختبار trail making test A&B، اختبار ستروب، اختبار برج لندن، استمارة براون لتقييم الانتباه عند الراشد، سلم ملاحظة اضطرابات الانتباه عند الراشد، اختبار حل المشكلات لـ Blaret et Louvet ، اختبار متريس test de la MATRIC.

بني هذا الاختبار لتقييم الوظائف التنفيذية للمصابين بالفصام، يتراوح سنهم بين 15 سنة و70 سنة، يتكون الاختبار من قسمين: اختبار شفهي واختبار تطبيقي. يتكون هذا الاختبار من اختبارين منها اختبار شفهي واختبار تطبيقي، فالاختبار الشفهي هو عبارة عن استبيان يتكون من 14 بند، اما الاختبار التطبيقي فهو عبارة عن أربعة اختبارات ورقة قلم.

أ. اختبار شفهي: ان الاختبار الشفهي هو عبارة عن استمارة تتكون من 14 بند. بحيث تعطى درجة 1 عند الاجابة بـ"نعم" وتعطى درجة 0 عند الاجابة على البند بـ"لا". ومنه الدرجة الاجمالية للاستبيان هي 14. يتم الاجابة على الاستبيان من طرف المفحوص أو من طرف المختص النفساني خلال المقابلة.

(ملحق الرقم 04)

الفصل السادس: الإجراءات الميدانية

ب. اختبار تطبيقي: ان الاختبار التطبيقي هو اختبار من نوع ورقة قلم، يتكون من 4 اختبارات، بحيث هو موجه للمفحوص فقط.

(1) اختبار الانتباه: ففي هذا الاختبار يطلب من المفحوص الشطب على الرمز المطلوب، والذي يكون مختلط من بين مجموعة من الرموز المشابه له. بحيث يوجد 40 رمز يجب على المفحوص اجاده. ملاحظة: إذا لم يتمكن المفحوص من ايجاد 5 رموز على الأقل، يرجى من الخبير عدم المواصل في الاختبار. (ملحق الرقم 05 والرقم 06)

(2) اختبار الكف المعرفي: هو عبارة على اختبار ورقة قلم، من خلاله يطلب للمفحوص ايجاد ثلاثة رموز متماثلة لكن تختلف في اللون، ويوجد 30 رمز يجب على المفحوص ايجادها، من بين الرموز الاخرى المشابه لهم. (ملحق الرقم 07 و08)

(3) اختبار المرونة العقلية: هو اختبار يتكون من 16 بطاقة، يقوم الفاحص بتقديم التعليمات وهي على شكل بطاقتين (البطاقة الأولى فيها رسم المراد ايجاده والثانية فيها الألوان المراد ايجادها) اذ يطلب من المفحوص البحث من بين البطاقات الاتية الرسم ملون بالألوان المقدمة له، ثم تقدم له البطاقات واحدة تلو الأخرى وعلى المفحوص تحديد ما هي البطاقات التي تنطبق عليها الرسم والألوان المقدمة والتي لا تنطبق عليها. وذلك بالإجابة عن (نعم تدخل في المجموعة او لا تدخل في المجموعة) فالعدد الإجمالي للبطاقات هو 16.

ومنها 3 بطاقات تخص التعليمات (هي البطاقات داخل الإطار الأسود) و3 بطاقات تعتبر كإجابة الصحيحة و10 بطاقات تعتبر كإجابات خاطئة، وعليه يوجد رمزين يمكن اختيار واحد منهم في التعلمة ومن الممكن تغييرها عند اعادة استعمال الاختبار للمرة القادمة لتفادي تحفيز الذاكرة. (ملحق الرقم 09)

(4) اختبار التخطيط والتنظيم: هو عبارة على بطاقة فيها 3 رموز وفي بطاقة الثانية 4 رموز، تقدم الى المفحوص بطاقة واحدة، مع مجموعة من 4 البطاقات الصغيرة، كل واحد منهما فيها رمز واحد (3)

الفصل السادس: الإجراءات الميدانية

بطاقات صغيرة تشبه الرموز الموجود على البطاقة الأساسية و3 بطاقات اخرى خاطئة) ويطلب من المفحوص وضع كل بطاقة مع الرمز المشابه لها، باحترام اللون والشكل. (ملحق الرقم 10)

3.1. خصائص عينة الدراسة الاستطلاعية:

انه من الضروري إجراء اختبار مسبق لكل أداة الدراسة بهدف التعرف إذا كانت صالحة للدراسة الانية او لا، بعد ترجمة السلم تقييم المهارات الاجتماعية وبناء اختبار الوظائف التنفيذية قمنا بتطبيقه على المجتمع المستهدف للتحقق من موثوقيتها، ووضوحها، ومصداقيتها، والحصول على نسخة نهائية باللغة العربية المستهدفة لكلى المقياسين. تم تطبيق سلم المهارات الاجتماعية واختبار الوظائف التنفيذية لأول مرة على عينة من 32 فصامي في حالة مستقرة، وقد تم جمع العينة في المستشفى الجامعي بتلمسان- CHU Tlemcen-بمصلحة الطب العقلي، بالاستناد الى الملفات الطبية قمنا بجمع المعطيات حول المرضى وحالتهم الانية، بحيث قام الأطباء المختصين في الامراض العقلية بتحديد حالتهم العقلية (مستقر، غير مستقر) خلال المقابلة، وبعد ذلك قمنا بتطبيق المقياسين على كل افراد العينة، لتحقق إذا المقياس تقيس ما بنية لقياسه.

• معايير الاشتمال:

تكون مجتمع الدراسة من المرضى الفصام في حالة مستقرة، ولقد تم تحديد العينة القصدية والتي

تتوفر فيها الخصائص التالية:

- ان يكون المفحوص يتناول الادوية المضادة للذهان بشكل منتظم.
- ان يكون له ملف طبي يتوفر فيه جميع المعطيات التي نحن بحاجة اليها في دراستنا.
- ان يكون واعي بمرضه.
- ان يقوم بنقد حالته السابقة والاعراض التي كان يعاني منها.
- اختفاء الاعراض الإيجابية منها (هلوسة، هذيان).

الفصل السادس: الإجراءات الميدانية

ويتم تحديد العينة وتعرف على الفصامين الذين يتمتعون بهذه الخصائص من خلال المقابلة العيادية مع الطبيب المختص بالأمراض العقلية.

• معايير الاستبعاد:

الخصائص العينة التي لا تنطبق عليها الدراسة الحالية وهي كل المرضى الذين يعانون من الفصام وهم في حالة غير مستقرة او في حالة انتكاسة ولا يتناولون الادوية بشكل منتظم، ولديهم اضطرابات الذهانية الأخرى منها الفصام التشكيلي، ثنائي القطب، الفصام العاطفي، البارانونيا واكتئاب المزمن. لا يزالون يعانون من الاعراض الإيجابية منها الهلوسة والهذيان، وان يكونوا غير واعيين بمرضهم. كما ان دراستنا لا تنطبق على الافراد الذين لا تتوفر في ملفهم الطبي المعطيات المطلوبة في دراستنا.

4.1. الإطار الزمني والمكاني للدراسة الاستطلاعية:

امتدت الدراسة في الحدود الزمانية ما بين بداية الشهر جانفي 2021 الى أواخر الشهر مارس 2021. وأقيمت في الحدود المكاني بالمستشفى الجامعي "د.تيجاني دمارجي" تلمسان بمصلحة الطب العقلي.

5.1. كيفية إجراء الدراسة الاستطلاعية وجمع المعطيات:

1.5.1. كيفية إجراء الدراسة:

بعد تحديد المقاييس المراد استعمالها في الدراسة الحالية، والتحقق من إمكانية إجراء التبرص الميداني في المستشفى الجامعي بتلمسان، اتجهنا الى مصلحة الطب العقلي وقمنا بمقابلة الأطباء المختصين في الامراض العقلية الذين هم بدراية على اهداف الدراسة والعينة المستهدفة، تم عرض المقاييس المراد استخدامها مع المصابين بالفصام. بعد ذلك قمنا بتوضيح معايير الاشتمال والاستبعاد للعينة، واستندنا الى الأطباء المختصين في الامراض العقلية لتحديد عينة الدراسة من خلال الاختبار العقلي، والذي يتم من خلاله

الفصل السادس: الإجراءات الميدانية

اكتشاف الحالة العقلية للمرضى (مستقر أو غير مستقر) تم الشروع في تطبيق اختبار الوظائف التنفيذية وسلم تقييم المهارات الاجتماعية كلاهما الخاص بمرضى الفصام.

2.5.1. جمع المعطيات:

تم جمع المعطيات الخاصة لكل مريض خلال المقابلة معه وبمساعدة الطبيب المختص في الامراض العقلية، منها تشخيص، تاريخ المرض، عدد مرات الاستشفاء مع تاريخ بداية ونهاية الاستشفاء، والأدوية التي تناولها المريض خلال مدة مرضه.

فيما يخص المعطيات الاقتصادية منها (هل يعمل المريض او لا) ومستوى التعليمي (ابتدائي، متوسط، ثانوي، مدرسة قرآنية، بدون دراسة) والحالة الاجتماعية (متزوج، مطلق، عازب، أرمل) فقد تم طرح السؤال مباشرة على المريض والذي تم تحديد حالته العقلية من طرف الطبيب خلال الاختبار العقلي (l'examen mental) والذي تبين من خلاله انه يتمتع بحالة عقلية مستقرة.

6.1. نتائج الدراسة الاستطلاعية:

1.6.1. نتائج ثبات سلم تقييم المهارات الاجتماعية عند الفصام:

أ. حساب ثبات الفقرات:

جدول 1 يمثل معامل ألفا كرونباخ ومعامل التجزئة النصفية لثبات فقرات المقياس

معامل التجزئة النصفية	معامل ألفا كرونباخ	الفقرات
0.8	0.8	20

نلاحظ من خلال الجدول ان المعامل ألفا كرونباخ (0.8) ومعامل التجزئة النصفية مقدر بـ (0.8)

ومنه فان كلا المعاملين أكبر من (0.6) اذن نستنتج ان فقرات المقياس ثابتة.

الفصل السادس: الإجراءات الميدانية

ب. حساب ثبات الابعاد:

جدول رقم 2 يمثل معامل ألفا كرونباخ لثبات ابعاد المقياس

ابعاد المقياس	معامل ألفا كرونباخ
3	0.8

نلاحظ من خلال جدول ان المعامل ألفا كرونباخ (0.8) أكبر من (0.6) اذن نستنتج ان ابعاد

المقياس ثابتة.

2.6.1. نتائج صدق سلم تقييم المهارات الاجتماعية عند الفصام:

أ. حساب صدق الاتساق الداخلي:

جدول رقم 3 يمثل معامل الارتباط بين فقرات والمقياس ككل

معامل الارتباط	الفقرات
0.4**	1
0.7**	2
0.7**	3
0.6**	4
0.7**	5
0.7**	6
--	7
0.3*	8
0.4*	9

الفصل السادس: الإجراءات الميدانية

0.3*	10
0.7*	11
0.3*	12
0.7**	13
0.1	14
0.5**	15
0.5**	16
---	17
0.05	18
0.6**	19
0.6**	20

نلاحظ من خلال الجدول ان معامل الارتباط محصور بين (0.3، 0.7) بالاستثناء العبارات التالية

(7، 14، 17، 18)، فنستنتج ان المقياس صادق.

جدول رقم 4 يمثل معامل الارتباط بين ابعاد مع المقياس ككل

الابعاد	معامل الارتباط
1	0.8**
2	0.8**
3	0.9**

نلاحظ من خلال جدول ان معامل الارتباط محصور بين (0.8، 0.9) ومنه فأبعاد المقياس صادقة

في ارتباطها مع المقياس ككل.

الفصل السادس: الإجراءات الميدانية

جدول رقم 5 يمثل معامل الارتباط الفقرات (1,2,3,4) مع البعد الأول للمقياس

معامل الارتباط	عدد الفقرات
0.6**	1
0.8**	2
0.7**	3
0.7**	4

نلاحظ من خلال جدول ان معامل الارتباط محصورة (0.6، 0.9) فنستنتج ان البعد الأول صادق

من خلال ارتباط الفقرات مع البعد الذي تنتمي اليه.

جدول رقم 6 يمثل معامل الارتباط الفقرات (5,6,7,8,9,10) مع بعد الثاني للمقياس

معامل الارتباط	الفقرات
0.7**	5
0.8**	6
---	7
0.4**	8
0.5**	9
0.3**	10

نلاحظ من خلال جدول ان معامل الارتباط محصور بين (0.3، 0.8) فنستنتج ان البعد الثاني

صادق من خلال ارتباط الفقرات مع البعد الذي تنتمي اليه.

الفصل السادس: الإجراءات الميدانية

جدول رقم 7 يمثل معامل الارتباط الفقرات (من 11 الى 20) مع بعد الثالث للمقياس

معامل الارتباط	الفقرات
0.3**	11
0.4**	12
0.7**	13
0.2	14
0.5**	15
0.5**	16
--	17
0.1	18
0.5**	19
0.6**	20

نلاحظ من خلال جدول ان معامل الارتباط محصور بين (0.3، 0.7) باستثناء الفقرات (14، 17،

18) فنستنتج ان البعد الثالث صادق من خلال ارتباط الفقرات مع البعد الثالث الذي تنتمي اليه.

الفصل السادس: الإجراءات الميدانية

ب. حساب صدق التمييزي:

جدول رقم 8 يمثل صدق التمييزي

صدق التمييزي	العينة	متوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية DF	T	Sig	مستوى الدلالة
الدنيا	12	8.9	2.06	22	13.6	0.00	دالة احصائيا
العليا	12	18.17	1.115				

نلاحظ من خلال جدول ان ت المحسوبة مقدرة ب 13.6 عند مستوى الدلالة 0.00 أصغر من

مستوى الدلالة 0.01 اذن يوجد فرق بين الدنيا والعليا ومنه نستنتج ان المقياس صادق عن طريق المقارنة الطرفية.

3.6.1. نتائج ثبات سلم تقييم الوظائف التنفيذية عند الفصام:

أ. حساب صدق الاتساق الداخلي:

جدول رقم 9 يمثل معامل الارتباط الفقرات مع المقياس ككل

البنود	معامل الارتباط مع المقياس ككل
1	++0,3
2	++0,5
3	++0,5
4	++0,5
5	-0,1

الفصل السادس: الإجراءات الميدانية

++0,6	6
0,2	7
++0,5	8
++0,5	9
++0,3	10
++0,2	11
++0,4	12
++0,8	13
++0,4	14

نلاحظ من خلال الجدول ان معامل ارتباط محصور بين (0,3 و 0,8) عند مستوى الدلالة 0,01

ومنه نستنتج ان المقياس صادق معاد العبارتين (7,5).

4.6.1. نتائج صدق سلم تقييم الوظائف التنفيذية عند الفصام:

ب. حساب ألفاكرومباخ:

جدول رقم 10 يمثل معامل ألفاكرومباخ

معامل الفاكرومباخ	البنود
0,74	14

نلاحظ من خلال الجدول ان المعامل ألفاكرومباخ (0.7) أكبر من (0.6) اذن نستنتج ان الاختبار

صادق.

الفصل السادس: الإجراءات الميدانية

2. الدراسة الأساسية:

1.2. خصائص عينة الدراسة الأساسية:

قمنا بتطبيق المقاييس على عينة من 46 فصامي تم تشخيصهم من طرف الطبيب مختص في الامراض العقلية يعمل في القطاع الخاص، قمنا بجمع المعطيات لكل مريض بالاستناد الى الملف الطبي، وبعد ذلك تم تطبيق المقاييس على كل افراد العينة بعد الانتهاء من المقابلة مع الطبيب والذي بدوره كان يحدد الحالة العقلية (مستقر أو غير مستقر). بهدف دراسة العلاقة الارتباطية بين الوظائف التنفيذية والمهارات الاجتماعية لعينة من الفصاميين في ولاية تلمسان.

• معايير الاشتمال:

تكون مجتمع الدراسة من المرضى الفصام في حالة مستقرة، ولقد تم تحديد العينة القصدية والتي

تتوفر فيها الخصائص التالية:

- ان يكون المريض واعى بمرضه.
- يتناول الادوية المضادة للذهان بشكل منتظم.
- ان يقوم بانتقاد حالته السابقة والاعراض التي كان يعاني منها.
- الا يعاني من اعراض ذهانية منها الهلوسة والهذيان.
- تم تشخيصه من طرف طبيب مختص في الامراض العقلية.
- ان يكون ملفه الطبي يتضمن كل المعطيات المطلوبة في دراستنا.

بحيث تشهد هذه الخصائص عن استقرار الحالة العقلية للمريض والتي تم التعرف عليها من خلال

الاختبار العقلي والمقابلة الاكلينيكية التي أقيمت من طرف طبيب المختص في الامراض العقلية.

الفصل السادس: الإجراءات الميدانية

• معايير الاستبعاد:

- الخصائص العينة التي لا تنطبق عليها الدراسة الحالية وهي التالية:
- كل المرضى الذين يعانون من الفصام وهم في حالة غير مستقرة.
 - المرضى الذين لا يتناولون الادوية المضادة للذهان بشكل منتظم.
 - المرضى الذين يعانون من اضطرابات ذهانية أخرى.
 - المرضى الذين هم في مرحلة انتكاسة المرض.
 - المرضى الذين لا نجد في ملفهم الطبي المعلومات المطلوبة في دراستنا.
 - المرضى الذين يعانون من الاعراض الإيجابية منها الهلوسة والهذيان.
- المرضى الذين هو غير واعين بمرضهم.

2.2.2. كيفية إجراء الدراسة الأساسية وجمع المعطيات:

1.2.2. كيفية إجراء الدراسة:

بعد تطبيق اختبار الوظائف التنفيذية وسلم تقييم المهارات الاجتماعية الخاص بمرضى الفصام، على عينة من الفصاميين بمصلحة الطب العقلي بمستشفى تلمسان، والتحقق من الخصائص السيكومترية تبينا لنا انهما صادقين وثابتين ويصلحان للدراسة. توجهنا الى طبيب مختص في الامراض العقلية يعمل في القطاع الخاص "د.رضا بن عصمان".

وعليه قمنا بتدوين طلب تدريب ميداني اخر من طرف إدارة علم النفس وقمنا بتقديمها الى طبيب المختص في الامراض العقلية، وبعد ذلك تحصلنا على الموافقة بالتدريب. قمنا بتوضيح الأهداف من الدراسة والعينة المستهدفة من خلال عرض معايير الاشتمال والاستبعاد وعرض المقاييس المراد تطبيقها على العينة. وعليه تم تحديد عينة الدراسة من طرف الطبيب المختص في الامراض العقلية والذي كان

الفصل السادس: الإجراءات الميدانية

يحدد الحالة العقلية للمريض من خلال الاختبار العقلي، وبعد التحقق من استقرار حالة المريض نقوم بتطبيق المقاييس في مكتب خاص.

2.2.2. جمع المعطيات للعيينة:

تم جمع المعطيات الخاصة لكل مريض من خلال الملف الطبي فيما يخص تاريخ الميلاد، البيانات السريرية منها التشخيص، تاريخ بداية المرض وعدد مرات الاستشفاء بالمصلحة الطب العقلي او المستشفى الأمراض العقلية والامثال للأدوية.

فيما يخص المعطيات الاقتصادية منها (هل يعمل المريض او لا) ومستوى التعليمي (ابتدائي، متوسط، ثانوي، مدرسة قرآنية، بدون دراسة) والحالة الاجتماعية (متزوج، مطلق، عازب، أرمل) فقد تم طرح السؤال مباشرة على المريض والذي تم تحديد حالته العقلية من طرف الطبيب خلال الاختبار العقلي (l'examen mental) والذي تبين من خلاله انه يتمتع بحالة عقلية مستقرة.

3.2. الإطار الزمني والمكاني للدراسة الاساسية:

امتدت الدراسة في الحدود الزمانية ما بين بداية الشهر جانفي 2022 الى أواخر الشهر افريل 2022. وأقيمت في الحدود المكاني عند طبيب مختص في الامراض العقلية 'د.رضا بن عصمان' يعمل في القطاع الخاص بولاية تلمسان.

الفصل السابع: عرض نتائج الدراسة.

1. فروق الاصابة بالفصام تعزى متغير الجنس والحالة الاجتماعية والمستوى التعليمي.
2. مستوى عينة الدراسة في اختبار الوظائف التنفيذية.
3. مستوى عينة الدراسة في اختبار المهارات الاجتماعية.
4. نتائج فروق في الوظائف التنفيذية تعزى متغير الجنس.
5. نتائج فروق في المهارات الاجتماعية تعزى متغير الجنس.
6. نتائج فروق في المهارات الاجتماعية تعزى متغير المستوى الاقتصادي.
7. نتائج فروق الوظائف التنفيذية تعزى متغير المستوى التعليمي.
8. نتائج العلاقة الارتباطية بين الوظائف التنفيذية والمهارات الاجتماعية عند الفصامين.

الفصل السابع: عرض نتائج الدراسة

1. فروق الإصابة بالفصام تعزي متغير الجنس والحالة الاجتماعية والمستوى التعليمي:

جدول رقم 11 يمثل فروق الإصابة بالفصام تعزي متغير الجنس والحالة الاجتماعية والمستوى التعليمي

العينة	الجنس		الحالة الاجتماعية						المستوى التعليمي		
	ذكور	إناث	متزوج	مطلق	عازب	أرمل	ابتدائي	متوسط	ثانوي	م.قرآن	لا دراسة
46	36	10	8	7	30	1	15	16	4	2	9
نسبة المئوية	78,2 %	21,7 %	17,3 %	15,2 %	65,2 %	2,1 %	32,6 %	34,7 %	8,6 %	4,3 %	19,5 %

نلاحظ من خلال الجدول ان عينة الدراسة تقدر بـ 46 فردا مصابا بالفصام منهم 78,2% ذكور و 21,7% إناث، وتنقسم عينة الدراسة الى 17,3% متزوجين و 15,2% مطلقين و 65,2% عازب و 2,1% منهم أرمل. كما نلاحظ ان 32,6 منهم لديه مستوى ابتدائي و 34,7 لديهم مستوى تعليمي متوسط و 8,6 لديهم مستوى ثانوي مقابل 4,3 درسو في مدرسة قرآنية و 19,5 بدون دراسة.

2. مستوى عينة الدراسة في اختبار الوظائف التنفيذية:

جدول 12 يمثل مستوى العينة في اختبار الوظائف التنفيذية

الوظائف التنفيذية	متوسط الحسابي		الانحراف المعياري		المجال 1		المجال 2		المجال 3		المجال 4	
	متوسط	انحراف	مستوى عميقة	مستوى خفيفة	مستوى شديدة	مستوى متوسطة	مستوى خفيفة	مستوى عميقة	مستوى شديدة	مستوى متوسطة	مستوى خفيفة	مستوى عميقة
	15,83	3,555	مستوى عميقة	مستوى خفيفة	مستوى شديدة	مستوى متوسطة	مستوى خفيفة	مستوى عميقة	مستوى شديدة	مستوى متوسطة	مستوى خفيفة	مستوى عميقة
			نسبة	التكرار	نسبة	التكرار	نسبة	التكرار	نسبة	التكرار	نسبة	التكرار
			2,17 %	1	43,47 %	20	39,13 %	18	15,21 %	7	3,555	15,83

الفصل السابع: عرض نتائج الدراسة

نلاحظ من خلال جدول ان متوسط الحسابي للوظائف التنفيذية بلغ (15،83) عند الانحراف المعياري

(3،55) أي انه يقع في مجال 2 ما بين [9،5 و 19] وهذا يعني ان نسبة 39،13% من عينة الدراسة

لديها إعاقة شديدة في الوظائف التنفيذية.

3. مستوى عينة الدراسة في مقياس المهارات الاجتماعية:

جدول 13 يمثل مستوى العينة في مقياس المهارات الاجتماعية

المجال 4		المجال 3		المجال 2		المجال 1		الانحراف	متوسط	المهارات الاجتماعية
[20]		[19- 14]		[13- 8]		[7- 1]		المعياري	الحسابي	
مستوى عميقة		مستوى حادة		مستوى متوسطة		مستوى خفيفة				
نسبة	التكرار	نسبة	التكرار	نسبة	التكرار	نسبة	التكرار	3،715	14،87	
مئوية		مئوية		مئوية		مئوية				
2،17%	1	50%	23	39،13%	18	8،69%	4			

نلاحظ من خلال جدول ان متوسط الحسابي للمهارات الاجتماعية بلغ (14،87) عند الانحراف

المعياري (3،71) أي انه يقع في مجال 3 ما بين [14 و 19] وهذا يعني ان نسبة 50% من عينة الدراسة

لديها إعاقة حادة في المهارات الاجتماعية.

4. نتائج فروق في الوظائف التنفيذية تعزى متغير الجنس:

جدول 14 يمثل فروق في الوظائف التنفيذية تعزى متغير الجنس

القرار	درجة حرية	مستوى الدلالة	اختبارات	الجنس				الوظائف التنفيذية
				الاناث = 10		الذكور = 36		
غير دال	44	0،8	-0،75	متوسط حسابي	انحراف معياري	متوسط حسابي	انحراف معياري	

الفصل السابع: عرض نتائج الدراسة

				0,77	2,54	0,76	2,73	
--	--	--	--	------	------	------	------	--

من خلال نتائج الجدول يتضح ان متوسط درجات الوظائف التنفيذية لدى الذكور والمقدر بـ (2,73)

مع انحراف المعياري يساوي (0,76) اما متوسط الحسابي لدى الاناث والمقدر بـ (2,54) مع انحراف المعياري يساوي (0,77).

ويوضح كذلك الجدول وبما ان القيمة المعنوية 0,001 اقل من 0,01 فأنا لا نقبل فرضية التي

تقول انه يوجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الوظائف التنفيذية للمصابين بالفصام تعزى لمتغير الجنس.

5. نتائج فروق في المهارات الاجتماعية تعزى لمتغير الجنس:

جدول 15 يمثل فروق في المهارات الاجتماعية تعزى لمتغير الجنس

القرار	درجة حرية	مستوى الدلالة	اختبارات	الجنس			
				الاناث = 10		الذكور = 36	
غير دال	44	0,8	1,22	متوسط	متوسط	انحراف	انحراف
				حسابي	حسابي	معيارى	معيارى
				12,60	3,78	3,30	14,22

من خلال نتائج الجدول يتضح ان متوسط درجات المهارات الاجتماعية لدى الذكور والمقدر بـ

(14,22) مع انحراف المعياري يساوي (3,78) اما متوسط الحسابي لدى الاناث والمقدر بـ (12,60)

مع انحراف المعياري يساوي (3,30). ويوضح كذلك الجدول رقم (18) وبما ان القيمة المعنوية 0,001

اقل من 0,01 فأنا لا نقبل فرضية التي تقول انه يوجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى المهارات

الاجتماعية للمصابين بالفصام تعزى لمتغير الجنس.

الفصل السابع: عرض نتائج الدراسة

6. نتائج فروق في المهارات الاجتماعية تعزي متغير المستوى الاقتصادي:

جدول 16 يمثل فروق في المهارات الاجتماعية تعزي متغير المستوى الاقتصادي

القرار	درجة حرية	مستوى الدلالة	اختبارات	المستوى الاقتصادي			
				لا يعمل = 32		يعمل = 14	
غير دال	44	0,9	-0,1	انحراف	متوسط	انحراف	متوسط
				معياري	حسابي	معياري	حسابي
				4,08	13,91	2,83	13,79

من خلال نتائج الجدول يتضح ان متوسط درجات المهارات الاجتماعية لمتغير المستوى الاقتصادي

للذين يعملون مقدر بـ (13,79) مع انحراف المعياري يساوي (2,83) اما متوسط الحسابي للذين لا

يعملون المقدر بـ (13,91) مع انحراف المعياري يساوي (4,08). ويوضح كذلك الجدول وبما أن القيمة

المعنوية 0,001 اقل من 0,01 فأنا لا نقبل فرضية التي تقول انه يوجد فروق ذات دلالة إحصائية في

مستوى المهارات الاجتماعية تعزي لمتغير المستوى الاقتصادي (يعمل، لا يعمل).

7. نتائج فروق الوظائف التنفيذية تعزي متغير المستوى التعليمي:

جدول 17 يمثل فروق الوظائف التنفيذية تعزي لمتغير المستوى التعليمي

القرار	مستوى الدلالة	قيمة ف المحسوبة	متوسط المربعات	درجة الحرية	مجموع المربعات	التباين
دال	0,05	2,52	1,28	4	5,15	بين المجموعات
			0,51	42	20,956	داخل المجموعات
				46	26,10	المجموع

الفصل السابع: عرض نتائج الدراسة

يتضح من خلال الجدول ان قيمة الإحصائية للاختبار ف تساوي 2,52 وان الدلالة الإحصائية 0,05 وهي أصغر من مستوى المعنوية 5% وبالتالي توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسط علامات وحدة الإحصاء بين مستويات التعليمية والوظائف التنفيذية للعينة.

8. نتائج العلاقة الارتباطية بين الوظائف التنفيذية والمهارات الاجتماعية عند الفصاميين:

جدول 18 يمثل معامل الارتباط بين الوظائف التنفيذية والمهارات الاجتماعية

المتغيرات	العينة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	الدلالة الإحصائية
الوظائف التنفيذية	46	0,425	0,003	دالة احصائيا
المهارات الاجتماعية				

من خلال النتائج الجدول يتضح ان معامل الارتباط المقدر بـ (0,4) عند مستوى الدلالة 0,03 أصغر من مستوى الدلالة 0,05 فان الارتباط دال عند مستوى الدلالة 0,05 ومنه تقبل الفرضية القائلة، ان توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية عند ($\alpha=0,05$) بين درجات اختبار الوظائف التنفيذية ودرجات مقياس المهارات الاجتماعية لعينة من الفصاميين من ولاية تلمسان.

الفصل الثامن: مناقشة النتائج الدراسية.

1. مناقشة النتائج في ضوء الفرضية الفرعية الأولى.
2. مناقشة النتائج في ضوء الفرضية الفرعية الثانية.
3. مناقشة النتائج في ضوء الفرضية الفرعية الثالثة.
4. مناقشة النتائج في ضوء الفرضية الفرعية الرابعة.
5. مناقشة النتائج في ضوء الفرضية الفرعية الخامسة.
6. مناقشة النتائج في ضوء الفرضية الفرعية السادسة.
7. مناقشة النتائج في ضوء الفرضية الفرعية السابعة.
8. مناقشة النتائج الدراسية في ضوء الفرضية العامة للبحث.

الفصل الثامن: مناقشة النتائج الدراسة

المناقشة:

بعد المعالجة الإحصائية للمعطيات الناتجة عن تطبيق أدوات الدراسة، وعرض النتائج يمكن لنا تفسير النتائج ومناقشتها على النحو التالي:

1. مناقشة النتائج في ضوء الفرضية الفرعية الأولى:

تشير هذه الفرضية الأولى للدراسة، ان عينة الدراسة تقدر بـ 46 فردا مصابا بالفصام منهم 78,2% ذكور و21,7% اناث، وتتقسم عينة الدراسة الى 17,3% متزوجين و15,2% مطلقين و65,2% عزاب و2,1% منهم أرمل. كما نلاحظ ان 32,6 منهم لديه مستوى ابتدائي و34,7 لديهم مستوى تعليمي متوسط و8,6 لديهم مستوى ثانوي مقابل 4,3 درسو في مدرسة قرآنية و19,5 بدون دراسة.

تشير هذه النتيجة الى وجود عدد مرتفع من الذكور مقابل الاناث، بحيث تتفق هذه النتائج مع دراسة (Tellis Priscillia 2008) والتي تبين من خلال نتائجها ان الأعراض تظهر عند الرجال في وقت مبكر مقارنة لدى النساء، وتكمن الاختلافات في ظهور المرض الفصام كونه يبدأ عادة قبل سن 25 سنة عند الرجال، وبين 25 إلى 40 سنة لدى النساء، وحوالي 3 إلى 10 % من النساء يظهر الفصام بين سن 40 و50 سنة، وما يقرب من 90 % من مرضى الفصاميين في سن ما بين 15 و55 سنة، ونادرا ما يظهر الفصام قبل سن 10 سنة أو بعد سن 60 سنة، وقد أظهرت الدراسات أن الرجال أكثر ظهورا للأعراض السلبية من النساء.

كما اظهرت دراسة (al & Bellak.A, 1990) ان المرضى الإناث أفضل من الذكور المصابين بالفصام، خاصة أن المرأة تميل إلى العمل بصورة أفضل من الرجال في الناحية اجتماعيا واقتصاديا وعائلية، وغالبا ما تعاني من عدم الرعاية والنبذ الاجتماعي.

يتضح مما سبق أن انتشار مرض الفصام بالتساوي لكلا الجنسين ولكن يكمن الاختلاف في انه يظهر عند الرجال في وقت مبكر، ويختلف في شدة الأعراض، ويظهر في الطبقات الاجتماعية الكبيرة

الفصل الثامن: مناقشة النتائج الدراسة

وفي الطبقات الشعبية التي تسود فيها مظاهر الفقر والحرمان والنبذ الاجتماعي وتعاطي المخدرات، والرجال أكثر عرضة للفصام بسبب عوامل متعددة من الضغوطات الاجتماعية والاقتصادية نظراً لشدائد وصعوبات الحياة ومسئولياتها وضغوطاتها خاصة في المجتمعات غير متماسكة، حسب ما اظهرته دراسة (Touati.M، 2016).

تتفق نتيجة هذه الفرضية مع دراسة هارقي ومكارين (Hargie.o & McCartan.P, 1989) والذي بين أن العجز في المهارات الاجتماعية عند الفصاميين ينشأ في جزء منه نتيجة الإقامة الطويلة في المستشفيات أو ما يعرف بظاهرة الإقامة المؤسسية (Institutionalization) حيث تظهر على الأفراد أعراض محدودة المشاعر والقصور في الاستجابات العفوية، والصعوبة في بدء المحادثات، والفشل في المشاركات وتكوين أجواء الألفة، وبالتالي ضعف التفاعل والتواصل الاجتماعي مع الآخرين، وذلك ما يشكل للفصاميين صعوبة انشاء علاقات حميمة والاحتفاظ بها.

كما أظهرت نتائج دراسة ليف وزملاؤه (al & Leff، 1994) أهمية الإقامة المؤسسية للفصاميين بعدما تم استشفائهم لمدة طويلة في المستشفيات النفسية بهدف تحسين الأعراض لديهم؛ ويضيف مغلشن (McGlashan.T, 1986) أن العجز في المهارات الاجتماعية لدى الفصاميين يؤثر بشكل عميق على نوعية حياتهم، بما في ذلك عدد مرات الانتكاسة وتكرار مرات الاستشفاء. أيضاً وفي نفس السياق، يشير هارفي وزملاؤه (Harrey.P & al, 1999) إلى أن الفصاميين المراجعين حتى وإن كانوا أكبر سناً من الفصاميين المزمنين المقيمين إقامة طويلة يظهرون تدهوراً أقل في أدائهم ومهاراتهم الاجتماعية.

كذلك لا بد من الإشارة إلى أن عدة دراسات قد أظهرت أن شدة الأعراض السلبية وهي التي تظهر مصاحبة لطول مدة المرض وإزمانه، كانت هي المتنبئ الأكبر بظهور متلازمة تدهور المهارات الاجتماعية.

(Harvey.P & al, 2000) (Patterson.T & al, 2001)

الفصل الثامن: مناقشة النتائج الدراسة

وقد أظهرت النتائج دراسة (Mueser.K & al, 1996) أن إدراك التعبيرات الانفعالية ارتبط بمدة المرض وبالكفاءة الاجتماعية، بمعنى أن طول مدة الإقامة في المستشفى ومدة الإصابة بالمرض يمكن أن تسهما في عجز الفصامين عن الإدراك الظاهري للانفعالات وهو الذي يمكن أن يكون بدوره في التأثير على الكفاءة الاجتماعية.

وهذه النتائج تنسق إلى حد كبير مع الاتجاه السائد في أدبيات الاضطرابات النفسية بأن العجز في الأداء يرتبط بشدة الأعراض السلبية، كما أنها تتوافق مع فرضيات نظرية المهارات الاجتماعية التي ترى أن الإدراك الاجتماعي (مهارة الاستقبال) يعد محددًا هاماً للمهارة الاجتماعية. (Wallace.C.J, 1984)

كما تتفق هذه النتيجة الدراسة مع الدراسات السلوكية والعصبية والتي تبين أن الأشخاص المصابين بالفصام يعانون من قصور في مجموعة متنوعة من المهام التي تتطلب الإنشاء والاختيار القواعد. على سبيل المثال، أظهرت العديد من الدراسات أن الأشخاص المصابين بالفصام يظهرون عجزاً في مهمة ترتيب البطاقات في اختبار ويسكونسن (cartes du Wisconsin test) كذلك يُظهر الأشخاص المصابون بالفصام عجزاً في مهمة التحويل الداخلي والخارجي للأبعاد. (Pantelis.C & al, 1999) بالإضافة إلى أن الأشخاص المصابين بالفصام لديهم ضعف في اختبار Stroop، وذلك مرتبط بوجود أعراض عدم التنظيم، وتبين انه راجع الى عجز محدد وليس الى ضعف في أداء عامة.

بحيث تتفق هذه النتائج مع ما توصلت اليه دراسة (Cohen.J & al, 1999) والتي تشير النتائج الى زيادة حالات العجز المعرفي بعد تشخيص الحالة بمرض الفصام. ومع ذلك، فإن النتائج لا تلغي بشكل قاطع إمكانية حدوث عجز عام. تمت مناقشة أهمية هذه النتائج فيما يتعلق بخصوصية أوجه القصور في مرض الفصام والفرضية المتعلقة بالآليات العصبية والمعرفية التي تكمن وراء هذا العجز.

الفصل الثامن: مناقشة النتائج الدراسة

قد يعاني مرضى الفصام من مشاكل مختلفة عند القيام بمهمة ستروب كوجود مشكل في مدة رد الفعل أو الدقة، وهي نتيجة تم اتخاذها تشير إلى أن لديهم صعوبة غير متناسبة في كف الميل المكتسب (قراءة الكلمة)، وقد يكونون عرضة للفشل في ظروف الصراع المعرفي بشكل عام، لأنهم غير قادرين على استخدام المعلومات السياقية بشكل مناسب. فالمجالين الآخرين اللذين يتأثران بالفصام هما الانتباه المتواصل والانتباه المنقسم حسب دراسة قام بها (Elvevag.B & al, 2000).

2. مناقشة النتائج في ضوء الفرضية الفرعية الثانية:

تشير الفرضية الفرعية الثانية ان مستوى الوظائف التنفيذية لعينة من المصابين بالفصام هو مستوى متوسط. بحيث يتبين لنا من خلال البيانات المحصل عليها في المعالجة الإحصائية الخاصة باختبار الفرضية الفرعية الرابعة والذي يمثل مستوى العينة في اختبار الوظائف التنفيذية. بحيث نلاحظ ان متوسط الحسابي للوظائف التنفيذية بلغ (15،83) عند الانحراف المعياري (3،55) أي انه يقع في مجال 2 ما بين [9،5 و 19] وهذا ما يعني ان نسبة 39،13% من عينة الدراسة لديها إعاقة شديدة في الوظائف التنفيذية.

تتفق هذه النتائج مع دراسة بوسنر وبيترسن (Posner.M & Petersen.S, 1990) والذي يبين أنه ينبغي تقسيم الانتباه إلى ثلاث وظائف رئيسية: التنبه والتوجيه والاختيار أو التحكم التنفيذي. يُعرّف التنبه على أنه تحقيق والحفاظ على حالة من الحساسية العالية للمنبهات الواردة، والتوجيه هو عملية اختيار المعلومات من المدخلات الحسية، والتحكم التنفيذي هو آلية مراقبة وحل الصراع بين الأفكار والمشاعر والاستجابات.

تبين من خلال النتائج انه يتأثر التحكم التنفيذي من الانتباه في الفصام والذي يعتبر نظام انتباه ما وراء معرفي عالي المستوى يتعلق بالانطباع الذاتي للجهد العقلي. ان هذا الشكل من الانتباه الإشرافي أو

الفصل الثامن: مناقشة النتائج الدراسة

التنفيذي يشمل آليات مراقبة وحل الصراع بين الأفكار والمشاعر والاجابات. ولكن هذا النظام الانتباه متعلق بعدة مهام مثل الذاكرة العاملة والتخطيط والتبديل والسيطرة الكفية. مما يفسر مستوى عينة الدراسة في اختبار تقييم الوظائف التنفيذية والذي كان محصور في مستوى إعاقة شديدة.

تبين من خلال دراسة (Nuechterlein.K.H, 1991) ان المرضى المصابين بالفصام يخطئون في النقر على الهدف باستمرار في اختبار قياس الانتباه المتواصل CPT (اختبار الأداء المتواصل continuous performance test) ، بحيث تكمن الصعوبة هذا الاختبار في الترميز السريع والاستجابة على المثير الملائم.

تضمنت العديد من الدراسات العرضية عن أدلة على الانخفاض في الوظيفة التنفيذية وذلك خلال المراحل المزمنة من المرض. بحيث قام الباحث (Davidson.M & al, 1995) بدراسة والتي كان الهدف منها هو مقارنة تدهور الوظيفية التنفيذية عبر الزمن للفصامين مقارنة بمرضى الزهايمر، فتبين من خلال النتائج وجود انخفاضًا بمقدار نقطتين إلى ثلاث نقاط كل 10 سنوات في المقياس العام للأداء المعرفي او ما يسمى باختبار فولستين (test de folstein)، لفئة العمرية من 25 إلى 95 سنة.

هذه النتائج توافق مع دراسة (Harvey & al, 1999) والتي اكتشفت ان انخفاض الأداء المعرفي والأداء التكيفي خلال فترة المتابعة المرضى، في حين لم يكن هناك تغيير في أعراض الفصام. شكلت التغييرات في الأداء المعرفي 25 % من التباين في التدهور التكيفي، في حين أن الشدة الأساسية للضعف الإدراكي وأعراض الفصام كانت غير مرتبطة بالتدهور التكيفي. تشير هذه البيانات إلى أن التدهور المعرفي قد يتنبأ بالتدهور في الحالة الوظيفية العامة ويعني أن علاج الضعف الإدراكي قد يكون له تأثير مفيد على الحالة الوظيفية العامة. هذا ما يعني ان المرضى المسنين في عينة الدراسة يظهرون انخفاضًا ملحوظًا في

الفصل الثامن: مناقشة النتائج الدراسة

التقييم السريري العام للوظائف التنفيذية. ولكن تأثير الادوية المضادة للذهان على المدى الطويل وتأثير الشيخوخة قد يكونان مسؤولان بطريقة غير مباشرة عن هذا الانخفاض.

وفي دراسة اخرى قام بها هايد وآخرون (Hyde.TH & al, 1994) ، تم مقارنة مجموعتين من مرضى الفصام، عن طريق نتائج اختبار فولستين، مقياس الخبل، تعليم الأفعال والطلاقة الدلالية، على مدى 50 سنة، تبين من خلال النتائج انه لا يوجد أي فروق بين المجموعتين، وكل الاكتشافات بينت وجود انخفاض هام للقدرات المعرفية مباشرة بعد ظهور الاعراض السريرية، والتي يتبعها توقف التدهور وثبات اضطراب الوظائف المعرفية لمدة طويلة. تتوافق هذه الدراسات مع ان مرض الفصام ينتمي الى فئة الاضطرابات النمائية العصبية وليس الى الطبيعة تنكسيه عصبية (neurodégénérative).

3. مناقشة النتائج في ضوء الفرضية الفرعية الثالثة:

تشير الفرضية الفرعية الثالثة ان مستوى المهارات الاجتماعية للعينة من المصابين بالفصام هو مستوى متوسط. بحيث يتبين لنا من خلال البيانات المحصل عليها في المعالجة الإحصائية الخاصة باختبار الفرضية الفرعية الثالثة والذي يمثل مستوى العينة في مقياس المهارات الاجتماعية. نلاحظ ان متوسط الحسابي للمهارات الاجتماعية بلغ (14،87) عند الانحراف المعياري (3،71) أي انه يقع في مجال 3 ما بين [14 و 19] وهذا يعني ان نسبة 50% من عينة الدراسة لديها إعاقة حادة في المهارات الاجتماعية.

تتفق هذه النتائج مع التصورات الفكرية للرواد أمثال كريبلين وبلويلر، والتي تشير إلى أن العجز في المهارات الاجتماعية والوجدانية والأداء الاجتماعي الضعيف، يعد خاصية أساسية في اضطراب الفصام (Salem.J & Kring.A, 1999) . بل إن معايير التشخيص على هذا الدليل تشير إلى أن تشخيص الفصام يتطلب أن يظهر الفرد أداءً ضعيفاً سواء في علاقاته الاجتماعية أو في العناية الذاتية حيث يمثل الأداء الاجتماعي دوراً محورياً في تشخيص الفصام وتحديد مآله. (Mueser.K & al, 1996)

الفصل الثامن: مناقشة النتائج الدراسية

وكذا قام بلاك وزملاؤه (1997) بتحديد في كتابهم تدريب المهارات الاجتماعية عند الفصامين، خمسة عوامل تتفاعل مع المهارات الاجتماعية هي: الأعراض الذهانية؛ والحالة المزاجية؛ والعوامل البيئية؛ والمؤثرات العصبية والبيولوجية؛ والعوامل المحفزة أو الدافعية. (Bellak.A & al, 1997)

في هذا الإطار، يرى هارقي ومكارين 1989 أن العجز في المهارات الاجتماعية عند الفصامين ينشأ في جزء منه نتيجة الإقامة الطويلة في المستشفيات أو ما يعرف بظاهرة الإقامة المؤسسية (Institutionalization) حيث تظهر على الأفراد أعراض محدودة المشاعر والقصور في الاستجابات العفوية، والصعوبة في بدء المحادثات، والفشل في المشاركات وتكوين أجواء الألفة، وبالتالي ضعف التفاعل والتواصل الاجتماعي مع الآخرين. (Hargie.o & McCartan.P, 1989)

لقد أظهرت نتائج دراسة ليف وزملاؤه 1994 أن عدداً من المرضى الفصامين الإنجليز الذين قضاوا مدة طويلة في المستشفيات النفسية قد تحسنت الأعراض لديهم بعد تركهم للإقامة المؤسسية؛ ويضيف مغلشن (McGlashan.T, 1986) أن العجز في المهارات الاجتماعية لدى الفصامين يؤثر بشكل عميق على نوعية حياتهم، بما في ذلك عدد مرات الانتكاسة وتكرار مرات التنويم. أيضاً وفي نفس السياق، يشير هارفي وزملاؤه 1999 إلى أن الفصامين المراجعين حتى وإن كانوا أكبر سناً من الفصامين المزمنين المقيمين إقامة طويلة يظهرون تدهوراً أقل في أدائهم ومهاراتهم الاجتماعية. (al & Harvey, 1999)

كذلك لابد من الإشارة إلى أن عدة دراسات قد أظهرت أن شدة الأعراض السلبية وهي التي تظهر مصاحبة لطول مدة المرض وإزمانه، كانت هي المتنبئ الأكبر بظهور متلازمة تدهور المهارات الاجتماعية.

(al & Patterson.T) (2000, al & Harvey.P) (2001)

الفصل الثامن: مناقشة النتائج الدراسة

4. مناقشة النتائج في ضوء الفرضية الفرعية الرابعة:

تشير الفرضية الفرعية الرابعة الى وجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الوظائف التنفيذية للمصابين بالفصام تعزى متغير الجنس. بحيث يتبين لنا من خلال البيانات المحصل عليها في المعالجة الإحصائية الخاصة باختبار الفرضية الفرعية الرابعة والذي يمثل فروق في الوظائف التنفيذية تعزى متغير الجنس. ويتضح من خلاله ان متوسط درجات الوظائف التنفيذية لدى الذكور والمقدر بـ (2,73) مع انحراف المعياري يساوي (0,76) اما متوسط الحسابي لدى الاناث والمقدر بـ (2,54) مع انحراف المعياري يساوي (0,77). ويوضح كذلك الجدول رقم (17) وبما ان القيمة المعنوية 0,001 اقل من 0,01 فأنتنا لا نقبل فرضية التي تقول انه يوجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الوظائف التنفيذية للمصابين بالفصام تعزى لمتغير الجنس.

تتفق هذه النتائج مع دراسة (Keefe.R.S.E & al, 2006) والذي بين ان العجز المعرفي العصبي له علاقة ارتباطية مع شدة الأعراض السلبية في الفصام ولكن لم يرتبط نهائيا مع متغير الجنس، بل القصور المعرفي راجع الى أسباب متعلقة بالفصام في حد ذاته. كما اقترحت العديد من التحليلات أن هناك عجزاً إدراكياً كبيراً يميز هذه العينة مها دراسة (A. Prouteau & al, 2005).

كما أظهرت نتائج دراسة (Weickert.W & al, 2000) انه حوالي 50% من عينة الفصاميين لديهم مقاومة للعلاج تميزوا بانخفاض حاد في معدل الذكاء مقارنة بحالتهم السابقة ونسبة صغيرة منهم يتميزون بقدرات معرفية محدودة قبل بداية المرض. كما أظهرت الدراسات الحديثة المرتكزة على نفس العينة وجود انخفاض هام عند قياس الذكاء لدى مرضى الفصام في المستقبلين، (David.S & al, 1997) (Davidson.M & al, 1999) بالإضافة إلى معاناتهم بالتأخير في مراحل مبكرة للنمو الحسي الحركي. (Jones.P & Cannon.M, 1998)

الفصل الثامن: مناقشة النتائج الدراسة

5. مناقشة النتائج في ضوء الفرضية الفرعية الخامسة:

تشير الفرضية الفرعية الخامسة الى وجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى المهارات الاجتماعية للمصابين بالفصام تعزى متغير الجنس. بحيث يتبين لنا من خلال البيانات المحصل عليها في المعالجة الإحصائية الخاصة باختبار الفرضية الفرعية الخامسة والذي يمثل فروق في المهارات الاجتماعية تعزى متغير الجنس. يتضح ان متوسط درجات المهارات الاجتماعية لدى الذكور والمقدر بـ (14،22) مع انحراف المعياري يساوي (3،78) اما متوسط الحسابي لدى الاناث والمقدر بـ (12،60) مع انحراف المعياري يساوي (3،30). ويوضح كذلك الجدول رقم (18) وبما ان القيمة المعنوية 0،001 اقل من 0،01 فأننا لا نقبل فرضية التي تقول انه يوجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى المهارات الاجتماعية للمصابين بالفصام تعزى لمتغير الجنس.

تشير هذه النتائج الى وجود تدهور في المهارات الاجتماعية راجع الى اسباب مختلفة وليس الى متغير الجنس، وحسب دراسة قرين 1996 وجد خلال مراجعته للتراث النفسي أن الفصاميين في سن الرشد المبكر لديهم ضعف في الأداء الاجتماعي وتدهور في المهارات الاجتماعية يمكن أن يعزى إلى العجز الذهني والتدهور المعرفي أكثر من طول مدة المرض أو الإقامة في المؤسسة العلاجية. (Green.M.F، 1996) ونعني بذلك ان التدهور في الوظيفة الاجتماعية هو راجع اساسا الى التدهور في الوظيفة التنفيذية والمعرفية.

6. مناقشة النتائج في ضوء الفرضية الفرعية السادسة:

تشير الفرضية الفرعية السادسة الى وجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى المهارات الاجتماعية عند المصابين بالفصام تعزى متغير الحالة الاقتصادية (يعمل، لا يعمل). بحيث يتبين لنا من خلال البيانات المحصل عليها في المعالجة الإحصائية الخاصة باختبار الفرضية الفرعية السادسة والذي يمثل فروق في المهارات الاجتماعية تعزى متغير المستوى الاقتصادي. يتضح ان متوسط درجات المهارات الاجتماعية لمتغير المستوى الاقتصادي للذين يعملون مقدر بـ (13،79) مع انحراف المعياري يساوي (2،83) اما

الفصل الثامن: مناقشة النتائج الدراسة

متوسط الحسابي للذين لا يعملون المقدر بـ (13,91) مع انحراف المعياري يساوي (4,08). ويوضح كذلك الجدول رقم (19) وبما أن القيمة المعنوية 0,001 اقل من 0,01 فأنا لا نقبل فرضية التي تقول انه يوجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى المهارات الاجتماعية نعزي لمتغير مستوى الاقتصادي (يعمل، لا يعمل).

تتفق هذه النتائج مع دراسة (الفقيه.ع، 2022) والذي قام بدراسة الوصمة الاجتماعية للمرض النفسي وانعكاساتها على الفرد والأسرة، والذي تبين من خلال دراستها ان المرضى الذين يعانون من الامراض العقلية هم ضحية وصمة اجتماعية، بحيث اظهرت النتائج أن المعتقدات حول المرض النفسي أصبحت من الرواسب الثقافية. فهي تكمن في نسق التفكير لأفراد المجتمع، وأن الأمراض النفسية لا يقبلها السياق الثقافي باعتبارها وصمة عار، وتوصلت إلى أن الأزمة الكبرى هي تأثير وصمة العار على عقل المريض الموصوم ومشاعره وسلوكه وتجعله يتصرف على النحو الذي يتوقعه من المجتمع الواصم، وهذا هو تشرب الوصمة. وتوضح ايضا هذه الدراسة تأثير الوصمة الاجتماعية على حياة الفرد الذي يعاني من المرض النفسي، بحيث يصبح الفصامي بالاحص، غير مقبول اجتماعيا ومنبوذ مما يصعب عليه اجاد عمل وتكوين اسرة. يصبح مرضى الفصام معاقين وظيفياً بسبب انخفاض المهارات الاجتماعية والفشل المهني وحجاتهم للدعم. تشير الدراسات إلى أن القصور المعرفية-العصبية فهي حتماً تؤثر على النتائج الوظيفية، بحيث يؤثر عجز المرضى في تعلم معلومات جديدة، وإكمال المهام بسرعة، واستدعاء المعلومات القديمة، وإنشاء خطط أو فرضيات جديدة لها تأثير واضح في نجاحهم المهني، وكذا القدرة على الانخراط في المعاملات الاجتماعية واتخاذ القرار، كما تبين من خلال دراسة (Green.M & al, 2000).

7. مناقشة النتائج في ضوء الفرضية الفرعية السابعة:

تشير الفرضية الفرعية السابعة الى وجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الوظائف التنفيذية عند المصابين بالفصام تعزي لمتغير المستوى التعليمي (ابتدائي، متوسط، ثانوي). بحيث يتبين لنا من خلال

الفصل الثامن: مناقشة النتائج الدراسة

البيانات المحصل عليها في المعالجة الإحصائية الخاصة باختبار الفرضية الفرعية السابعة والذي يمثل فروق الوظائف التنفيذية تعزى لمتغير المستوى التعليمي. يتضح ان قيمة الإحصائية للاختبار ف تساوي 2,52 وان الدلالة الإحصائية 0,05 وهي أصغر من مستوى المعنوية 5% وبالتالي توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسط علامات وحدة الإحصاء بين مستويات التعليمية والوظائف التنفيذية للعيينة.

تتفق هذه النتائج مع دراسة عرضية قام بها هايد وآخرون (Hyde.TH & al, 1994) ، تم مقارنة مجموعتين من مرضى الفصام، عن طريق نتائج اختبار فولستين، مقياس الخبل، تعليم الأفعال والطلاقة الدلالية، على مدى 50 سنة، تبين من خلال النتائج انه لا يوجد أي فروق بين المجموعتين، وكل الاكتشافات بينت وجود انخفاض هام للقدرات المعرفية مباشرة بعد ظهور الاعراض السريرية، والتي يتبعها توقف التدهور وثبات اضطراب الوظائف المعرفية لمدة طويلة. تتوافق هذه الدراسات مع ان مرض الفصام ينتمي الى فئة الاضطرابات النمائية العصبية وليس الى الطبيعة تنكسيه عصبية (neurodégénérative).

أظهرت نتائج دراسة (Weickert.W & al, 2000) انه حوالي 50% من عينة الفصاميين لديهم مقاومة للعلاج تميزوا بانخفاض حاد في معدل الذكاء مقارنة بحالتهم السابقة ونسبة صغيرة منهم يتميزون بقدرات معرفية محدودة قبل بداية المرض. كما أظهرت الدراسات الحديثة المرتكزة على نفس العينة وجود انخفاض هام عند قياس الذكاء لدى مرضى الفصام في المستقبلين، (David.S & al, 1997) (Davidson.M & al, 1999) بالإضافة إلى معاناتهم بالتأخير في مراحل مبكرة للنمو الحسي الحركي. (Jones.P & Cannon.M, 1998)

8. مناقشة النتائج الدراسة في ضوء الفرضية العامة للبحث:

تشير الفرضية الفرعية الثامنة الى وجود علاقة بين الوظائف التنفيذية والمهارات الاجتماعية عند الفصاميين. بحيث يتبين لنا من خلال البيانات المحصل عليها في المعالجة الإحصائية الخاصة باختبار الفرضية الفرعية الثامنة والذي يمثل معامل الارتباط بين الوظائف التنفيذية والمهارات الاجتماعية. من خلال

الفصل الثامن: مناقشة النتائج الدراسة

النتائج الجدول يتضح ان معامل الارتباط المقدر بـ (0,4) عند مستوى الدلالة 0,03 أصغر من مستوى الدلالة 0,05 فان الارتباط دال عند مستوى الدلالة 0,05 ومنه تقبل الفرضية القائلة، ان توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية عند ($\alpha=0,05$) بين درجات اختبار الوظائف التنفيذية ودرجات مقياس المهارات الاجتماعية لعينة من الفصامين من ولاية تلمسان.

تتفق هذه النتائج مع دراسة (al & Prouteau.A, 2005) والتي قامت بالاكشاف عما إذا كان الأداء المعرفي له ارتباط بالأداء النفسي الاجتماعي على مدى 15-16 شهراً، يعني كلما تحسنت القدرات المعرفية تحسنت الوظيفة الاجتماعية، تبين من خلال النتائج ان كلما تحسن الأداء المعرفي تحسنت أداء المجتمع (الوظيفة الاجتماعية) وعليه فكلما تحسنت الذاكرة البصرية والتخطيط تحسنت الاستقلالية والكفاءة الاجتماعية.

كما تتفق هذه النتائج مع دراسة (Addington.D & Addington.J, 2000) والتي كانت تهدف الى تقييم استقرار العلاقة بين الأداء الاجتماعي والمعرفي العصبي في الفصام لمدة زمنية طويلة. تكونت العينة من 65 مريضاً تم تشخيصهم وفق DSM-III-R بلغت مدة الدراسة 2.5 سنة. كانت القدرة اللفظية والذاكرة اللفظية واليقظة لها ارتباط بحل المشكلات الاجتماعية. تشير النتائج إلى أن الارتباط بين الإدراك العصبي والأداء الاجتماعي يظل ثابتاً بمرور الوقت.

توضح نتائج الدراسة ان الوظيفة المعرفية لها ارتباط مع الوظيفة الاجتماعية عند المصابين بالفصام بحيث اكدت دراسة (al & Velligan.DI, 2000) ان الذاكرة اللفظية لها ارتباط محظ بالوظيفة الاجتماعية، والأداء المعرفي التنفيذي له ارتباط مع العمل وأنشطة الحياة اليومية، وكذا تبين وجود ارتباطات الأخرى بين درجات الاختبار العصبي النفسي والوظيفة التكيفية. ومنه استنتجت الدراسة ان في حالة وجد قصور في

الفصل الثامن: مناقشة النتائج الدراسة

القدرات التكيفية، فإن استخدام الاستراتيجيات التعويضية في الضعف الإدراكي قد يكون أكثر فعالية من العلاج المعرفي في تحسين من المهارات الاجتماعية.

يعتبر المرضى النفسيون في نظر بعض الباحثين أمثال دوسون وزملاؤه وأندرسون أكثر الفئات عرضة أو قابلية للتدهور في مهاراتهم الاجتماعية، بل إن الفصاميين هم الفئة الأكثر استعداداً لتطوير متلازمة عجز المهارات الاجتماعية نتيجة لطول فترة الإقامة في المستشفى وأزمان المرض. (العرادي.ج و فرج.ص، 2002)

أن العجز المعرفي العصبي يعتبر من بين المؤشرات المهمة للوظيفية الاجتماعية في الاضطرابات الذهانية المزمنة، كما بينت دراسة (al & Smith.TE، 2002) الكشف عن التأثير الأعراض والعجز المعرفي العصبي على تنمية مهارات السلوك الاجتماعي لدى مجموعة من الأفراد المصابين بالفصام أو الاضطراب الفصامي العاطفي الذين يتعافون من تفاقم الأعراض الحادة.

بينت النتائج ان كلما ارتفعت الأعراض عدم الانتظام والاعراض السلبية كلما زادت التغيرات في السلوك الاجتماعي بمرور الوقت، بالاستثناء من العجز المعرفي العصبي في الذاكرة قصيرة المدى والذاكرة العاملة. أظهر الأفراد الذين يتمتعون بمستوى عالي لوظيفة ذاكرة عاملة قدرات أكبر عند عملية استعادة المهارات الاجتماعية، في حين لم يظهر اخرون، الذين يعانون من عجز في الذاكرة العاملة، أي تحسن وظيفي بمرور الوقت. تعتبر كل من الأعراض السلبية والايجابية والعجز العصبي المعرفي محددات مهمة للرفع من مستوى الوظيفة الاجتماعية لمرض الفصام.

الخاتمة:

ينتمي الفصام الى فئة الذهان والذي يعتبر فقدان الاتصال مع الواقع من بين اهم مؤشرات، والهلوسة التي نعنى بها التصورات الخاطئة التي يكومنها الفرد والأوهام والمعتقدات المرضية وغير منطقية والسلوك الغريب والكلام غير المنظمين والعاطفية باردة والضعف الإدراكي كضعف التفكير وضعف القدرة على حل المشكلات وكذا الخلل الاجتماعي والمهني. لا يعرف سببه حتى الان ولكن هناك أدلة قوية على وجود مكون وراثي وبيئي. تبدأ الأعراض عادة في مرحلة المراهقة أو في بداية البلوغ يجب أن يستمر عنصر واحد أو أكثر من عناصر الأعراض لمدة 6 أشهر حتى يتم تحديد التشخيص.

بناء على ما تقدم ان للوظائف التنفيذية على النحو الذي شرحت به ادوار رئيسية في التواصل الاجتماعي بل يمكن اعتبارها مكونا محوريا لعملية التواصل الاجتماعي والتي تعد مضطربة عند الفصاميين، وبالنسبة لكل من يعاني من هذا القصور في مهارات الوظائف التنفيذية مما يتطلب التدخل العلاجي من قبل الاباء والمختصين النفسانيين لتصحيح هذا الخلل او علاج هذا القصور في الوظائف التنفيذية والتي تعد مهمة جدا للمصابين بالفصام، اذ تمكنهم من تقييم ادائهم السلوكي الوظيفي الشخصي وتقرير التغيرات التي يفترض ان يحدثها لتحقيق النجاح في العلاقات الاجتماعية المتبادلة مع الاخرين.

ويتطلب التواصل الاجتماعي الايجابي الفعال مع الاخرين تركيز الفصامي على المتحدث وتفهم للعلاقة بين سلوكيات التواصل اللفظي وسلوكيات التواصل غير اللفظي ثم تطبيق المهارات الاجتماعية في العالم الواقعي والوظائف الاجتماعية التنفيذية مهمة جدا للتوافق الاجتماعي الناجح بصفة عامة وبدون وجود هذه المهارات فالمصابين بالفصام يصبحون معرضون لمخاطر منها انتكاسة المرض.

الوظائف التنفيذية ليست مهمة فقط للنمو المعرفي او للأداء المعرفي الوظيفي الفعال لكن فيما يبدو مهمة كذلك بل في الواقع أكثر أهمية للتوافق الاجتماعي الناجح ولتحسين جودة حياة الاشخاص بصفة عامة.

تساعد برامج إعادة الإدماج النفسي والاجتماعي والمهني العديد من المرضى على العمل والتسوق والعناية بأنفسهم وبناء علاقات مع الآخرين والعمل. تمكن خدمات الدعم الاجتماعي الجماعي العديد من المصابين بالفصام للمحافظة على توظيفهم الاجتماعي وعلى الرغم من أن معظم المرضى يمكنهم العيش بشكل مستقل، إلا أن البعض قد يحتاج إلى شقق علاجية ومراقبة دائمة لأحد مقدمي الرعاية لضمان الامتثال للعلاج.

تعد البرامج إعادة التأهيل مفيدة في تعزيز استقلالية المريض مع توفير رعاية كافية لتقليل مخاطر الانتكاسة والحاجة إلى الاستشفاء، كما يحتاج المصابين بالفصام إلى تقديم الخدمات الاجتماعية الشخصية في منزل المريض بحيث يقدم فريق الرعاية بشكل مباشر كل أو معظم الرعاية المطلوبة. في بعض الأحيان قد يكون الاستشفاء التقليدي ضروريًا في حالة حدوث انتكاسة خطيرة وقد يكون الاستشفاء إلزاميًا إذا كان المريض يشكل خطرًا على نفسه أو على الآخرين. على الرغم من تحسين خدمات الرعاية الداعمة وإعادة التأهيل للمرضى الخارجيين، فإن نسبة صغيرة من المرضى، لا سيما الذين يعانون من قصور إدراكي كبير وضعف الاستجابة للعلاج الدوائي يحتاجون إلى دعم طويل المدى أو رعاية دائمة.

تم تصميم العلاج المعرفي لمساعد مرضى الفصاميين لتحسين الوظيفة الإدراكية العصبية (على سبيل المثال، الانتباه والذاكرة العاملة والوظيفة التنفيذية) ولمساعدة المرضى على تعلم أو إعادة تعلم كيفية القيام بالمهام كما يساعد هذا العلاج المرضى على العمل بشكل أفضل. ان الهدف من العلاج النفسي في مرض الفصام هو تطوير علاقة تعاونية بين المريض والأسرة والطبيب حتى يتمكن المريض من تعلم كيفية إدارة مرضه وتناول الأدوية كما هو موصوف له وإدارة الإجهاد بشكل أكثر فعالية.

على الرغم من أن العلاج النفسي الفردي المقترن بالعلاج الدوائي هو العلاج الأكثر شيوعًا إلا أن هناك القليل من الإرشادات التجريبية المتاحة والعلاج النفسي الذي يبدأ بتحديد الاحتياجات الأساسية للمريض فيما يتعلق بالخدمات الاجتماعية، والذي يوفر الدعم والمعلومات فيما يتعلق بطبيعة المرض والذي يؤكد

على الأنشطة التكيفية التي تقوم على التعاطف والفهم العميق والديناميكي لمرض الفصام هو الأكثر فعالية. كما يحتاج العديد من المرضى إلى دعم نفسي تعاطفي للتكيف مع مرض مزمن والذي يمكن أن يحد بشكل كبير من وظائفهم. إلى جانب العلاج النفسي الفردي كان هناك تطور كبير في العلاج السلوكي المعرفي في مرض الفصام على سبيل المثال، قد يركز علاج فرد ما في بيئة جماعية على طرق لتقليل الأفكار الوهمية.

التوصيات:

توصيات لمرضى الفصام:

قد يُمثّل التكيّف مع الاضطرابات العقلية الخطيرة كالفصام تحديًا كبيرًا لكلٍ من المرضى المصابين به ولأصدقائهم وأسره. وعليه يجب على المصاب بالفصام القيام ببعض الخطوات حتى يتفادى خطورة الانتكاسة وتفاقم شدة المرض ومنها:

- تعرّف على مرض الفصام: ويمكن أن تُساعد توعية المرضى المصابين بالفصام بالمرض على فهم مدى أهمية الالتزام بالخطة العلاجية ويُمكن للتوعية بشأن الفصام أن تُساعد الأصدقاء والأسرة على فهم طبيعة الاضطراب؛ مما يجعلهم أكثر رَأْفَةً بالمريض المصاب.
- التركيز على الأهداف: ان محاولة السيطرة على الفصام عملية مستمرة وجعل أهداف العلاج تُصب العيون من شأنه أن يُساعد المرضى على البقاء متحمسين دائمًا.
- تجنّب شرب الكحوليات وتُعاطي المخدّرات: قد يجعل تناول الكحوليات أو النيكوتين أو المخدّرات الترفيهية علاج الفصام صعبًا. إذا دخل الفصامي في دائرة الإدمان فالإقلاع يُمكن أن يكون تحديًا حقيقيًا.
- تعلّم كيفية الاسترخاء والتحكم في التوتر: قد يستفيد مرضى الفصام من تقنيات تقليل الضغوط النفسية، مثل التأمل، واليوجا.
- الانضمام إلى المجموعات الدعم: يُمكن لمجموعات الدعم الخاصة بالمرضى المصابين بالفصام أن تُساعدهم في الوصول إلى أفراد آخرين يُواجهون نفس التحدّيات. كما قد تُساعد مجموعات الدعم الأصدقاء والأسر على التكيّف مع المرض.
- يجب الاستمرار في تناول الادوية لتفادي الانتكاسة.
- وفي بعض الحالات تظهر الانتكاسة على الرغم من تناول الفصامي للادوية، وهناك بعض الاشارات التي قد تمنع حدوث الانتكاسة عند التعامل معها (منها الأرق، الانعزال الاجتماعي، تدهور النظافة الجسدية، العدوانية، ارتباك او كلام غير منطقي...)، وعليه إذا ظهرت هذه الاشارات يجب طلب الفحص في أسرع وقت.

توصيات للمختصين النفسانيين:

- بعد تشخيص المصاب بالفصام يجب بدا العلاج المعرفي سلوكي العاطفي.
- العمل على تنشيط المعرفة والوظائف التنفيذية للمصابين بالفصام، من خلال العلاج بإعادة التأهيل المعرفي (remediation cognitive).
- يهدف العمل على الوظائف المعرفية عند المصابين بالفصام الى زيادة الاستقلالية الذاتية والمحافظة على قيامه بالنشاطات اليومية.
- العمل على إعادة اندماج الاجتماعي للفصامي، مثال العمل على المهارات الاجتماعية منها السلوكيات التي تساعده على بناء العلاقات الاجتماعية والتفاعل الاجتماعي، ويقترح هنا العمل بالعلاج النفسي المتكامل (IPT thérapie psychologique intégrée).
- يهدف العمل على المهارات الاجتماعية والعاطفية لتفادي الانتكاسة وتفاقم المرض والمحافظة على التواصل اللفظي والتفاعل الاجتماعي.
- العمل على الدوافع الذاتية من خلال برنامج العلاج النفسي العصبي او برنامج نير (methode NEAR).
- استعمال الاختبارات النفسية والمقاييس لتقييم تأثير القدرات المعرفية والسلوكية قبل وبعد العلاج.

توصيات للباحث في مجال الذهان (الفصام):

- يجب على الباحثين في مجال الفصام او الذهان بشكل عام العمل على ترجمة او تكييف البرامج العلاجية الحديث والمناسبة للذهانيين الى اللغة العربية وحسب المجتمع العربي.
- يجب بناء مراكز تخصص العلاج بإعادة التأهيل الاجتماعي لمرضى الفصام.
- يجب العمل على تنظيم تكوينات حول تلك البرامج النفسية الخاصة بالمرضى الفصام تهدف المختصين النفسانيين والأطباء.
- القيام بحملات توعية خاصة بالفصام وبهدف توعية الناس عن خطورة تناول المخدرات والكحول وأنها قد تكون من بين المسببات الرئيسية في ظهور الفصام.

قائمة المراجع

قائمة المراجع باللغة العربية:

- إ. الخراط. (2020). *المقابلة الاكلينيكية*. دار الفكر للنشر والتوزيع.
- اريج خليل محمد القيق. (2016). *قلق الموت و علاقته بالصحة النفسية لدى عينة من المسنين*. الجمعية.م.م. (2000). *المهارات الاجتماعية في علاقتها بدرجة الإحساس بالوحدة النفسية لدى عينة من طالبات جامعة الملك سعود*. مجلة علم النفس، 158-169.
- السمادوني.إ. (1991). *قياس المهارات الاجتماعية*. القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.
- السمادوني.إ. (1991). *مقياس المهارات الاجتماعية : كراسة التعليمات*. القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.
- العراي.ج و فرج.ص. (2002). *فعالية استخدام العملات الرمزية في تنمية مهارات الفصامين الاجتماعية*. دراسة نفسية-مجلة الثاني عشر، 489-514.
- العلوان.أ. (2011). *الذكاء الانفعالي وعلاقته بالمهارات الاجتماعية وأنماط التعلق لدى طلبة الجامعة في ضوء متغيري التخصص والنوع الاجتماعي للطالب*. الاردن: مجلة الاردنية في العلوم التربوية.
- الغباشي.س و محمود.أ. (2017). *فعالية برنامج معرفي سلوكي في تنمية بعض المهارات الاجتماعية لدى عينة من المراهقين المرتفعين في سمات النمط الفصامي*. القاهرة: مجلة الدراسات العربية.
- بدوي.أ.ز. (1982). *معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية*. بيروت: مكتبة لبنان.
- برحيل.د. (2009). *الانتكاسية عند الفصامي بين العلاجات الكيميائية و العلاجات النفسية*. مجلة المشعل العدد 05، مخبر المعالجة الالية للغة العربية جامعة تلمسان.
- بلعالية.م و بن ظاهر.ب. (2015). *الخصائص السيكومترية لمقياس الكفاءات الاجتماعية لدى الاساتذة من وجهة نظر التلاميذ*. وهران: مجلة التنمية البشرية.
- حجاج. (2007). *دراسة مقارنة بين المسنين في العائلة الممتدة و الاسرة النووية بمدينة بسكرة*. بسكرة.
- حجازي.ح و حسن.م. (2016). *فاعلية استراتيجية في التعلم النشط القائم على التشارك عبر الويب على تحسين الكفاءة الاجتماعية و الدافعية للتعلم لدى طلبة كلية التربية بجامعة الأقصى*. تم الاسترداد من معرفة (قاعدة البيانات العربية الرقمية: <https://search.emarefa.net/ar/detail/BIM-682170->
- حسن فرج.ع.ل. (2009). *الاضطرابات النفسية*. الاردن: دار الحامد للنشر.
- خ.حامد. (2008). *تقنيات التشخيص في علم النفس*. القاهرة: دار النشر والتوزيع القاهرة.

- خليفة.ع.ل. (2006). *قائمة المهارات الاجتماعية*. القاهرة: [https://www.noor-](https://www.noor-book.com/%) book.com/% خير الزراد.ف. (1983). *الامراض النفسية والجسدية*. القاهرة: دار النشر والتأليف.
- دانييل جولمان ترجمة: ليلي الجبالي. (2000). *النكاء العاطفي*. تاريخ الاسترداد 2022، من https://ia903102.us.archive.org/4/items/azzakaa_alaatefy/azzaka_alatefy_alam_almarefa.pdf
- دخيل بن عبد الله.د. (2014). *المهارات الاجتماعية : تدريب وتمارين ومناهج تقييم*. المملكة العربية السعودية : الرياض: العبيكان.
- دخيل بن عبد الله.د. (2014). *المهارات الاجتماعية: المفهوم والوحدات والمحددات*. المملكة العربية السعودية: الرياض: العبيكان. تم الاسترداد من <https://arabpsychology.com/kb/pdf-%>
- رحمانية وهيبية، زيغ الوزيرة، قاسمي بسمة. (2016). *قلق الموت لدى المسنين المقيمين بدار العجزة*.
- سيد يوسف.ج واخرون. (1989). *العلاقة بين مدة المرض وكل من فهم وإنتاج اللغة لدى عينة من مرضى الفصام المزمن*. مجلة علم النفس، 31-24.
- عاشور نسيبة . (2016). *قلق الموت لدى المسنين مظاهره و آثاره*.
- عبد الخالق أحمد محمد . (1997). *قلق الموت عالم المعرفة*. الكويت: سلسلة كتب ثقافية.
- عبد الخالق.م. (2008). *فاعلية برنامج معرفي سلوكي لتنمية الكفاءة الاجتماعية لدى التلاميذ الصم في المرحلة الابتدائية*. تم الاسترداد من اطفال الخليج ذوي الاحتياجات الخاصة: <https://www.gulfkids.com/vb/showthread.php?t=1258>
- عبد الناصر غربي . (2000). *الصلابة النفسية و علاقتها بقلق الموت لدى المسنين المكفوفين و المسنين المبصرين*.
- عكاشة.أ. (1998). *الطب النفسي المعاصر*. القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.
- قنصوة.ف. (2002). *بعض خصائص معالجة المعلومات كمنك للتمييز بين فئات من مرضى الفصام ومجموعة من الأسوياء*. دراسات عربية في علم النفس، 213-217.
- كامل هند يحي . (2008). *فاعلية العلاج بالمعنى في تخفيف قلق الموت لدى عينة من المسنين*. مصر.
- كروم.م. (2017). *البنية العاملية لاختبار المهارات الاجتماعية وعلاقتها ببعض متغيرات الدراسة*. جامعة وهران: www.asjp.dz.
- محمود ضحى عادل. (2015). *قلق الموت عند المسنين و علاقته بالرضى و اهداف الحياة*. مجلة الاستاذ.
- معتز.س.ع. (2002). *بحوث في علم النفس الاجتماعي والشخصية*. القاهرة: دار غريب.

- Addington.J & Addington.D .(1999) .Neurocognitive and social functioning in schizophrenia .*schizophrenia bulletin* <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10098920/>
- Addington.J & Addington.D .(2000) .Neurocognitive and social functioning in schizophrenia a25 years follow-up study .*Schizophr Res*.44 ،
- Aghevli.M & al .(2003) .The expression and experience of emotion in schizophrenia : A study of Social interaction . .*Psychiatry Research*.270-261 ،
- Alassi.A.W .(2014) .Social Learning Skills Level in Relation to Social Competence Among the College of Education Pre-service Teachers at Al-Aqsa University .
International Journal of Learning Management Systems ،
<http://www.naturalspublishing.com/files/published/ngj98754x3qxn8.pdf>.
- Atkison.M & al .(1997) .Characterizing quality of life among patients with chronic mental illness : A critical examination of the report methodology .*American Journal of Psychiatry*.109-99 ،
- Baddeley.A & al .(1997) .*Dual-task performance in dysexecutive and nondysexecutive patients with a frontal lesion* تم الاسترداد من National Library of Medicine:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9110326/>
- Bellak.A & al .(1979) .Research and practice in social skills .*New York-Plenum press*.
- Bellak.A & al .(1990) .An analysis of social competence in schizophrenia .*British Journal of Psychiatry*.818-809 ،
- Bellak.A & al .(1997) .Social skills Trainin for schizophrenia: A step-by-step Guide .*New York-Guilford Press*.
- Benoit.A .(2017) .*Évolution et remédiation des déficits cognitifs en schizophrénie* تاريخ .
من 2020، [archipel.uqam.ca: https://archipel.uqam.ca/10814/](https://archipel.uqam.ca/10814/)
- BERJOT.S & DELELIS.G 27 .(2014) .*grandes notions de la psychologie sociale* .Paris ،
France: DUNOD.
- Bertuletti.L .(2012) .*Impact d'une rééducation orthophonique des fonctions exécutives sur le langage oral chez le sujet aphasique* تم الاسترداد من univ-lorraine.fr: http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUMED_MORT_2012_BERTULETTI_LAURE.pdf
- Bhola.P & al .(2016) .Development of a Social Skills Assessment Screening Scale for Psychiatric Rehabilitation Settings: A Pilot Study .*Indian Psychiatric Society*.403-395 ،
- Brekke.JS & al .(1997) .Neuropsychological and psychophysiological correlates of psychocial functioning in schizophrenia .*Schizophr Bull*.23 ،
- Brown.M .(2002) .the principal fonction . *sciencedirect*.12 ،
- Bulzacka.E & ,al .(2013) .A self administered executive functions ecological questionnaire (the Behavior Rating Inventory of Executive Function - Adult Version) shows impaired scores in a sample of patients with schizophrenia .*Mental ILLness volume 5/4e*.16-14 ،
- Claudine.M & al .(2015) .Comment évaluer la cognition dans la pratique quotidienne ?
Supplément à Neurone 2015 ،Vol 20, (N.(7°
- Cohen.B .(1985) .*La communication participative pour le développement* تاريخ الاسترداد .
من 2019، [www.idl-bnc-idrc.dspacedirect.org: https://idl-bnc-idrc.dspacedirect.org/bitstream/handle/10625/14613/IDL-14613.pdf](https://idl-bnc-idrc.dspacedirect.org: https://idl-bnc-idrc.dspacedirect.org/bitstream/handle/10625/14613/IDL-14613.pdf)
- Cohen.J & al .(1999) .*Context-processing deficits in schizophrenia: converging evidence from three theoretically motivated cognitive tasks* تم الاسترداد من National Library of Medicine: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10066998/>
- Corrigan.P & Toomey .(1995) .Interpersonal problem solving and information processing in schizophrenia . .*Schizophrenia Bulletin*.403-395 ،

- Courchesne.E & Pierce.K .(2005) .*Mapping Early Brain Development in Autism* تاريخ .
 Science direct: الاسترداد 5 8 , 2019, من
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0896627307007775>
- Crocq.M.A& Guelfi.J.D .(2013) .*Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux-DSM 5* . Paris: Elsevier Masson.
- Cross.D & al .(2015) .*A longitudinal study of the social and emotional predictors and consequences of cyber and traditional bullying victimisation* .International Journal of public Health.
- Damasio.A & al .(1994) .*Insensitivity to future consequences following damage to human prefrontal cortex* من الاسترداد من
 sciencedirect.com:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/0010027794900183>
- David.S & al .(1997) .*IQ and risk for schizophrenia: a population-based cohort study* تم .
 National Library Of Medecine: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9403903/>
- Davidson.M & al .(1995) .*Severity of symptoms in chronically institutionalized geriatric schizophrenic patients* من الاسترداد من
 National Library of Medecine:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7840352/>
- Davidson.M & al .(1999) .*Behavioral and intellectual markers for schizophrenia in apparently healthy male adolescents* من الاسترداد من
 National Library of Medecine:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10484941/>
- Dhno.T & al .(2000) .Psychophysiological Correlates of Social Skills deficits in persons with schizophrenia . .*Psychiatry Bulletin*.167-155 ،
- Dickerson.F & al .(1996) .Neurocognitive deficits and social functioning in outpatients with schizophrenia .*Schizophr Res*.21 ،
- Dickerson.F & al .(1999) .Social functioning and neurocognitive deficits in out patients with schizophrenia .*Schizophr Res*.37 ،
- Dimitri.P & al .(2004) .Psychosocial Functioning on The Independent living skills survey in Older Patients with schizophrenia . .*Schizophrenia Research*.316-307 ،
- Ditommaso.E & al .(2003) .Attachment styles, social Skills and Loneliness in young adults . .*Personality and Individual Differences*.312-303 ،
- DUBUC.M) .Mai 2003 .(*schizophrénie* .Dunod.
- Dujescu.M & Popescu.R .(2018) .*Social Functioning in Schizophrenia Clinical Correlations* من الاسترداد من
 ncbi.gov:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6320466/>
- Duruz.N .(2008) .Anthropologie clinique, Psychopathologie et psychothérapie .
CAIRN.info.21-18 ،
- Edward.M & al .(2011) .*Driven to Distraction* .U.S.A: ADDitude reader.
- Elvegag.B & al .(2000) .The use of cognitive context in schizophrenia: an investigation .
psychological medecine.897-885 ،
- Eustache.F & al .(2008) .*Traité de neuropsychologie clinique* .France: de Boeck, Inserm.
- Fischer et Gustave-Nicolas .(1997) .*La psychologie sociale* .éditions du Seuil.
- Fujii.DE & Wylie.AM .(2002) .Neurocognition and community outcome in schizophrenia :long-term perdictive validity .*Schizophr Res*.59 ،
- Fuller.R & al .(2006) .*Impaired control of visual attention in schizophrenia* من الاسترداد من .
 semanticscholar: <https://www.semanticscholar.org/paper/Impaired-control-of-visual-attention-in-Fuller-Luck>
- Gesten.E .(1987) .*Social Problem – Solving Training : A Skills – Based approach to prevention and treatment* .New York: Psycho – educational intervention in Schools.
- Gilloway.S & al .(2003) .Can Patients with chronic schizophrenia express emotions? A Speech Analysis . .*Schizophrenia Research*.190-189 ،

- Green.M & al .(2000) .*Neurocognitive deficits and functional outcome in schizophrenia: Are we measuring the "right stuff"* تم الاسترداد من APAPsycNet: <https://psycnet.apa.org/record/2000-08139-007>
- Green.M.F .(1996) .What are the functional consequences of neuro-cognitive deficits in schizophrenia . ? *American Journal of Psychiatry*.330-321 ،
- Gustave Jahoda .(1989) .*Psychologie et Anthropologie* . Paris: Armand Colin.
- Haberlandt.K .(1994) .*Psychology cognitive* .Boston: Allyn and Bacon.
- Hargie.o & McCartan.P .(1989) .Social skills training and Psychiatric Nursing .*London-Croon Helm*.
- Harrey.P & al .(1999) .Convergence of cognitive and adaptive decline in late life schizophrenia . .*Schizophrenia Research*.84-77 ،
- Harvey & al .(1999) .*Convergence of cognitive and adaptive decline in late-life schizophrenia* من الاسترداد من National Library of Medecine: https://www.academia.edu/65352924/Convergence_of_cognitive_and_adaptive_decline_in_late_life_schizophrenia
- Harvey.P & al .(2000) .Clinical, cognitive and functional characteristics of long – story patients with schizophrenia : a comparison of VA and state hospital patients . *Schizophrenia Research*.9-3 ،
- Hyde.TH & al .(1994) .*Is there cognitive decline in schizophrenia?: A cross-sectional study* من الاسترداد من APAPsycNet: <https://psycnet.apa.org/record/1994-45391-001>
- Ihnen.G & al .(1998) .Social Perception and Social Skill in schizophrenia .*Psychiatry Research*.286-275 ،
- Ihnen.G & al .(1998) .Social Perception and Social Skill in schizophrenia .*Psychiatry Research*.286-275 ،
- Ikebuchi.E & al .(1999) .How do early stages of information processing influence social skills in patients with schizophrenia .*Schizophrenia Research*.614-455 ،
- J.Corraze .(1980) .*les communications non verbale* .Paris: PUF.
- Jackson.H & al .(1989) .Negative Symptoms and Social Skills Performance in schizophrenia .*Schizophrenia Research*.463-457 ،
- Jones.P & Cannon.M .(1998) .*The new epidemiology of schizophrenia* من الاسترداد من National Library of Medecine: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9551488/>
- Keefe.R.S.E & al .(2006) .*Baseline neurocognitive deficits in the CATIE schizophrenia trial* من الاسترداد من pubmed.gov: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16641947/>
- Kelly.J .(1982) .*Social Skills Training, (a practical Guide for Interventions)* من الاسترداد من googlebooks.com.
- Kerns.G & al .(2008) .*Executive functioning component mechanisms and schizophrenia* . من الاسترداد من National Library of Medecine: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18549874/>
- klin.A & al .(2013) .*Visual fixation pattern during viewing of naturalistic social situations as predictors of social competence in individuals with autism* .USA: Archives of General Psychiatry.
- Knapp.M & al .(2004) .The global costs of schizophrenia .*PubMed*.296-275 ،
- Lachaux.J.P .(2019) .*L'attention : une lecture avant d'aller plus loin* ،2021 تاريخ الاسترداد من www.fondation-lamap.org: https://www.fondation-lamap.org/sites/default/files/upload/media/minisites/projet_cognition/L%27attention_dossier_final.pdf
- Lanser.I ,Browne.J .(2018) .Evaluating Social Skill in Individuals with Schizophrenia with the Brief Impression Questionnaire (BIQ) .*Psychiatry Research*.439 ،
- Le breton.F & Davenne.B .(2010) .*Accident vasculaire cérébral et médecine physique et de réadaptation* .Paris, France: Springer.

- Leff & al .(1994) .*Schizophrénia and social fonction in hospital* . U.S.A. New York: Buletin Psychiatry.
- Malek.P .(2020 ,01 06) .*l'aboulie en psychose* من الاسترداد من .sante.journaldesfemmes: <https://sante.journaldesfemmes.fr/fiches-sante-du-quotidien/2601436-aboulie-definition-symptomes-causes-que-faire-traitement/>
- Marie-Pascale.N .(2017) .stimuler les fonctions exécutives تأليف Isabelle Roskam ،*la prise en charge des troubles du comportements chez le jeune enfants* .(صفحة 39) France: Mardaga.
- Mcdonald.E & al .(1998) .Social Skill as a determinant of social networks and perceived social support in schizophrenia . *Schizophrenia Research*.286-975 ،
- Mcfall & Richard M .(1982) .*A review and reformulation of the concept of social skills* تم . [psycnet.apa.org: https://psycnet.apa.org/record/1982-23512-001](https://psycnet.apa.org/record/1982-23512-001) من الاسترداد من
- McGlashan.T .(1986) .The Prediction of Outcome in Chronic Schizophrenia. the Chesnut Lodge Follow-up study .*Archives of General Psychiatry*.
- Michelson.L .(1983) .*Social skills assessment and training with children: An empirically based handbook* .: .New York :Plenum Press.
- Mohr.S & All .(2006) .spiritualité ,pratique religieuse et schizophrénie .*Revue Médicale Suisse*.50/44 ،
- Monestès.J-L .(2008) .*La Schizophrénie: Mieux comprendre la maladie et mieux aider la personne* .Odile djacob.
- Mueser.K & al .(1996) .Emotion Recognition and Social Competence in Chronic schizophrenia .*Journal of Abnormal Psychology*.275-271 ،
- NOVATIF 10 .(2009) .*Entratiens en psychologie clinique de l'adulte* .Paris ،France: DUNOD.
- Nuechterlein.K.H .(1991) .*Vigilance in schizophrenia and related disorders* من الاسترداد من . APA psycnet: <https://psycnet.apa.org/record/1991-98984-015>
- Offerlin.I .(2013) .*Handicap psychique et schizophrénie* من تاريخ الاسترداد 2020 . HALL.archives ouvertes.fr: <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00811940>
- Pantelis.C & al .(1999) .*Comparison of set-shifting ability in patients with chronic schizophrenia and frontal lobe damage* من الاسترداد من .National Library of Medecine: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10403197/>
- Parin.P .(1976) .*Anthropologie et psychiatrie* .Zuriche, Suisse: Psychopathologie Africaine.
- Patterson.T & al .(1997) .Self-Reported Social Functioning among older patients with schizophrenia .*Schizophrenia Research*.210-199 ،
- Patterson.T & al .(2001) .Social Skills Performance assessment among older patients with schizophrenia . *Schizophrenia Research*.
- Penades.R & al .(2003) .Cognitive mechanisms, psychosocial functioning and neurocognitive rehabilitation in schizophrenia .*Schizophr Res*.63 ،
- Penn.D & al .(1995) .Information Processing and social competence in chronic schizophrenia .*Schizophrenia Bulletin*.281-269 ،
- Penn.D & al .(1995) .Relations. Between Social Skills and ward behavior in chronic schizophrenia . *Schizophrenia Research*.232-225 ،
- Penn.D & al .(2000) .Interpersonal factors contributing to the stigmativeness and symptoms . *Schizophrenia Research*.45-37 ،
- Posner.M & Petersen.S .(1990) .*The attention system of the human brain* من الاسترداد من . pubMed: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2183676/>
- Potvin.S & ,al .(2014) .La conscience des déficits neurocognitifs dans la schizophrénie : une méta-analyse .*Santé mentale au Québec* 200-183 ,(2) 39 ، <https://doi.org/10.7202/1027839ar>.

Power.B & all .(2012) .Brief Screening for Executive Dysfunction in Schizophrenia in a Rehabilitation Hospital .*ResearchGate*.222-215 ،

Prouteau.A & al .(2004) .The crucial role of sustained attention in community functioning in out patients with schizophrenia .*Psychiatry Res*.129 ،

Prouteau.A & al .(2005) .Cognitive predictors of psychosocial functioning in schizophrenia : a follow-up study of subjects participating in a rehabilitation program .*Schizophr Res*.77 ،

Prouteau.A .(2009) .Facteurs métacognitifs et handicap psychique dans la schizophrénie : une étude longitudinale .CNSA.

Rabinovic.G & al .(2015) .*Executive Dysfunction* .American: Continuum. American Academy of Neurology.

Riggio.R & al .(1987) .Social Skills and Deception Ability .*Personality and Social Psychology Bulletin*.577-568 ،

Riggio.R & al .(1990) .Social Skills and Self-esteem .*Personality and Individual differences*.804-799 ،

Riggio.R.E & Friedman.H.S .(1986) .Impression Formation: The Role of expressive Behavior .*Journal of Personality and Social Psychology*.427-421 ،

Riggio.R.E .(1986) .Assessment of Basic Skills .*Journal of Personality and Social Psychology*.660-640 ،

Riggio.RE & Feldman.RS .(2005) .*Applications of nonverbal communication* .L. Erlbaum Associates.

Rund.R .(1998) .*A review of longitudinal studies of cognitive functions in schizophrenia patients* من الاسترداد من .National Library of Medicine:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9718634/>

Salem.J & Kring.A .(1999) .Flat affect and Social Skills in schizophrenia : Evidence for their independence .*Psychiatry Research*.167-159 ،

Savla.G, Twamley.E .(2010) .Dimensions of Executive Functioning in Schizophrenia and Their Relationship With Processing speed .*Schizophrenia Bulletin*.768-760 ،

Schwartz.B & al .(2001) .*Neurophysiologic mechanisms of attention: a selective review of early information processing in schizophrenics* من الاسترداد من .
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11171555/>

Silver.H & Goodman.C .(2007) .*Impairment in error monitoring predicts poor executive function in schizophrenia patients* من الاسترداد من .APA PsycNet:
<https://psycnet.apa.org/record/2007-11213-020>

Smith.TE & al .(1999) .the relative influences of symptoms, insight, and neurocognition on social adjustment in schizophrenia and schizoaffective disorder .*J Never Ment Dis* ،
.187

Smith.TE & al .(2002) .Recovery from psychosis in schizophrenia and schizoaffective disorder symptoms and neurocognitive ratelimiters from the development of social behavior skills .*Schizophr Res*.55 ،

Sonuga-Barke.E.J & all .(2002) .Psychological Heterogeneity in AD/HD—A Dual Pathway Model of Behaviour and Cognition .*Behavioural Brain Research*.11 ،

Spaulding.W & al .(1999) .*Cognitive functioning in schizophrenia: Implications for psychiatric rehabilitation* من الاسترداد من .APAPsycNet: <https://psycnet.apa.org/record/1999-05588-007>

Stuss.D & Knight.R .(2002) .*Principles of frontal lobe function* من الاسترداد من .
psycnet.apa.org: <https://psycnet.apa.org/record/2002-17547-000>

Thomas.P & al .(2009) .*fonctions exécutives dans la schizophrénie* .Lile-France: CAIRN.info.

Touati.M (2016) .Intelligence in Schizophrenia between Mental Retardation Index and Evidence of Cognitive Impairment .*Etude académiques pour les sciences humaines et sociales*.47-41 ،

Tunstall.R & al .(2003) .Functional Imaging Studies of Psychopathy, Antisocial Personality Disorder (Apd) and Related Psychological Processes .*researchgate.net*.16 ،

Tunstall-Pedoe.S & al .(2003) .*Student attitudes to undergraduate interprofessional education* تم الاسترداد من [bupMed.gov: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12745298/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12745298/)

Twamley.EW & al .(2002) .Generalized cognitive impairments, ability to perform everyday tasks, and level of independence in community living situations of older patients with psychosis .*AM J Psychiatry*.159 ،

Velligan.D.I & al .(1997) .*The functional significance of symptomatology and cognitive function in schizophrenia* تم الاسترداد من National Library of Medicine: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9176924/>

Velligan.DI & al .(2000) .Do specific neurocognitive deficits predict specific domains of community function in schizophrenia ?*J Nerv Ment Dis*.188 ،

Wallace.C.J .(1984) .Community and Interpersonal Functioning in the course of schizophrenia disorders . .*Schizophrenia Bulletin*.257-233 ،

Weickert.W & al .(2000) .*Cognitive impairments in patients with schizophrenia displaying preserved and compromised intellect* تم الاسترداد من National Library of Medicine: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10986554/>

Wilensky.H.L .(1983) .*Organizational Intelligence: Knowledge and Policy in Government and Industry* تم الاسترداد من google books: <https://books.google.dz/books?harold+Wilensky+1983+the+planification&ot>

Zelazo & Fry .(2003) .*The development of executive function in early childhood: VI. The development of executive function: Cognitive complexity and control--revised* تم الاسترداد من [psycnet.apa: https://psycnet.apa.org/record/2003-10549-006](https://psycnet.apa.org/record/2003-10549-006)

قائمة الملاحق

مقياس تقييم المهارات الاجتماعية عند الفصام

تعليمات: يرجى قراءة العناصر التالية بعناية وتقييم كل منها عن طريق وضع علامة في العمود المناسب. ثم توفير معلومات إضافية عن العناصر المميزة بعلامة *. قد تستند التقييمات الى ملاحظتك الخاصة ومقابلة مع العميل ومقدمي الرعاية، بيانات الحالة من الملف وغيرها من مصادر المعلومات الإضافية.

عدد	البنود	تنطبق	لا تنطبق
أ. السلوك الغير اللفظي وتواصل			
1	الملابس والمظهر		
2	القدرة على إنشاء التواصل البصري والمحافظة عليه		
3	القدرة على استخدام الإيماءات والتعبيرات الوجه		
4	القدرة على الحفاظ على البعد في العلاقات الشخصية*		
ب. التواصل اللفظي			
5	القدرة على تحية الآخرين بشكل مناسب		
6	القدرة على بدء الحوار		
7	القدرة على الاستماع إلى محادثة		
8	القدرة على التناوب في المحادثة *		
9	القدرة على إيصال الرسالة بشكل هادف*		
10	الكلام اللغوي (الوضوح، الجهارة والنغمة وما إلى ذلك)		
ج. السلوك الاجتماعي			
11	فهم المواقف الاجتماعية - الرسمية وغير الرسمية *		
12	القدرة على تغيير السلوك حسب الى حالة (رسمية وغير رسمية)		
13	المعرفة واستخدام المناسب للأخلاق*		
14	القدرة على الانخراط في الأنشطة مع الآخرين*		
15	القدرة على استخدام اللغة المناسبة *		
16	القدرة على الاستمرار في المحادثة / التفاعل		
17	القدرة على التعبير/ ومشاركة تجربة واحد عن اليوم *		
18	القدرة على التعبير عن المشاعر ومشاركتها		
19	القدرة على مساعدة الآخرين بمحض ارادتك		
20	القدرة على التعاطف مع الآخرين وفهم وجهة نظرهم *		

الملحق الرقم 02:

تعليقات أخرى المتعلقة بمقياس المهارات الاجتماعية عند الفصام:

أسئلة مفتوحة

س 1. هل يشير المريض إلى الحاجة على التمرين في المهارات الاجتماعية؟ إذا كانت الإجابة بنعم، فما هي المجالات في المهارات الاجتماعية التي يريد الفرد العمل عليها؟

س 2. هل الوالد أو مقدم الرعاية يعتقد أن المريض بحاجة إلى التدريب على المهارات الاجتماعية؟ إذا كانت الإجابة بنعم، فما هي المجالات المهارات الاجتماعية التي يعتقدون أنه يجب العمل عليه؟

س 3. الرجاء التعليق على الشخصية السابقة للمريض.

س 4. هل يمكن أن يكون النقص الملحوظ في المهارات الاجتماعية (إن وجد) يعزى إلى ما يلي؟ يرجى الوصف:

(1) استمرار الاعراض عند المريض:

(2) القلق الاجتماعي

(3) الآثار الجانبية لأي دواء

(4) فرص محدودة للتفاعل الاجتماعي

س 5. علق على التناقضات في حالة السلوك المريض (إن وجد):

(1) الاختلافات في المعلومات حول المهارات الاجتماعية للمريض عبر مخرين مختلفين:

(2) الاختلافات في المعلومات حول المهارات الاجتماعية للمريض عبر المواقف المختلفة (على سبيل

المثال في المنزل مقابل في المناسبات الاجتماعية، مع الذكور مقابل الإناث، مع أقرانهم مقابل شخصيات ذات سلطة)

الملحق الرقم 03:

شرح إضافي للعناصر محددة

* 4. تشير المسافة بين الأشخاص إلى قدرة المريض للحفاظ على مسافة كافية أثناء التفاعل أو التواصل مع الآخرين. يتضمن أيضًا ملف القدرة على فهم واحترام الحدود العلاقات الشخصية -أثناء العمل أو التفاعل. عدم كفاية من هذه المهارة سوف تنعكس من حيث التطفل السلوك، أن تكون قريبًا جدًا أو بعيدًا جدًا أثناء صنعه محادثة مع الآخرين، إلخ.

* 8. يشير هذا العنصر إلى معرفة واستخدام "الدور" - في إجراء محادثة ثنائية أو مع مجموعة من الناس، أي القدرة على انتظار دور الفرد للتواصل دون التدخل في محادثة أو إهمال ردود الأفراد الآخرين أثناء التواصل.

* 9. يشير بند "إيصال الرسالة بشكل هادف" إلى القدرة على التعبير عما ينوي المرء تصريح به (مع الأخذ في الاعتبار حقيقة أن المريض يمكنه القيام بذلك). يتضمن استخدام جمل كاملة ذات مغزى لنقل رسالة، بدلاً من استخدام كلمات بسيطة و/أو الإيماءات.

* 11. هذا البند يشير إلى معرفة وفهم لما يشكل مواقف رسمية وغير رسمية. تشمل المواقف الرسمية مثل مكان العمل أو الوظيفة الاجتماعية أو الدينية. الحالات غير الرسمية هي تلك التي تشمل في الغالب التفاعل مع الأقران؛ تتكون من الأنشطة مثل اللعب والأكل وما إلى ذلك.

* 12. يشير هذا العنصر إلى القدرة على تنظيم السلوك حسب المواقف المختلفة. ينطوي على فهم أنه يجب على المرء أن يطيع القواعد، ان يكون منضبطًا، وان يظهر الاحترام والعمل المتقن، والتواصل ودي

في وضع رسمي؛ ومن ناحية أخرى، يكون قادر على اللعب وتبادل الخبرات والتواصل بحرية في المواقف غير الرسمية.

* 13. وتشمل معرفة الأخلاق المناسبة، فهم واستخدام القواعد الأساسية للمجاملة -مثل استخدام "من فضلك"، "آسف"، "شكرًا أنت"، "عفوا"، إلخ في التواصل اليومي والسلوك.

* 14 يشير هذا العنصر إلى القدرة على اللعب مع الأقران، العمل بشكل ودي أو الانخراط في أنشطة مع مجموعة من أفراد آخرين.

* 15. يشير هذا البند إلى استخدام كلمات الاحترام مع شخصيات ذات سلطة في محادثة، ومخاطبة أقرانهم بشكل مناسب أثناء التواصل معهم. كذلك يتضمن فهم ما هو غير مناسب، مثل اللغة المسيئة والتسمية والامتناع من استخدام مثل هذه اللغة.

* 17. يشير هذا العنصر إلى القدرة على مشاركة تجارب المرء اليومية -مثل كيفية قضاء يوم ما، والأنشطة التي شارك فيها المرء، والأحداث العامة لليوم وما إلى ذلك.


* 20. هذا البند يشير إلى القدرة على الفهم وجهة نظرهم ومشاعر الآخرين. على سبيل المثال، فهم أن الانخراط في سلوكيات مثل مضايقة الآخرين والتعبير عن الغضب لفظيًا أو جسديًا، إلخ، غير سارة بالنسبة للفرد الذي يتعرض لنفس الشيء ومن شأنه أن يزعجه ويؤذيه. ويشمل أيضًا القدرة على فهم مشاعر واحتياجات شخص آخر والاستجابة لها بشكل مناسب -على سبيل المثال. إذا كان مقدم الرعاية ليس على ما يرام.

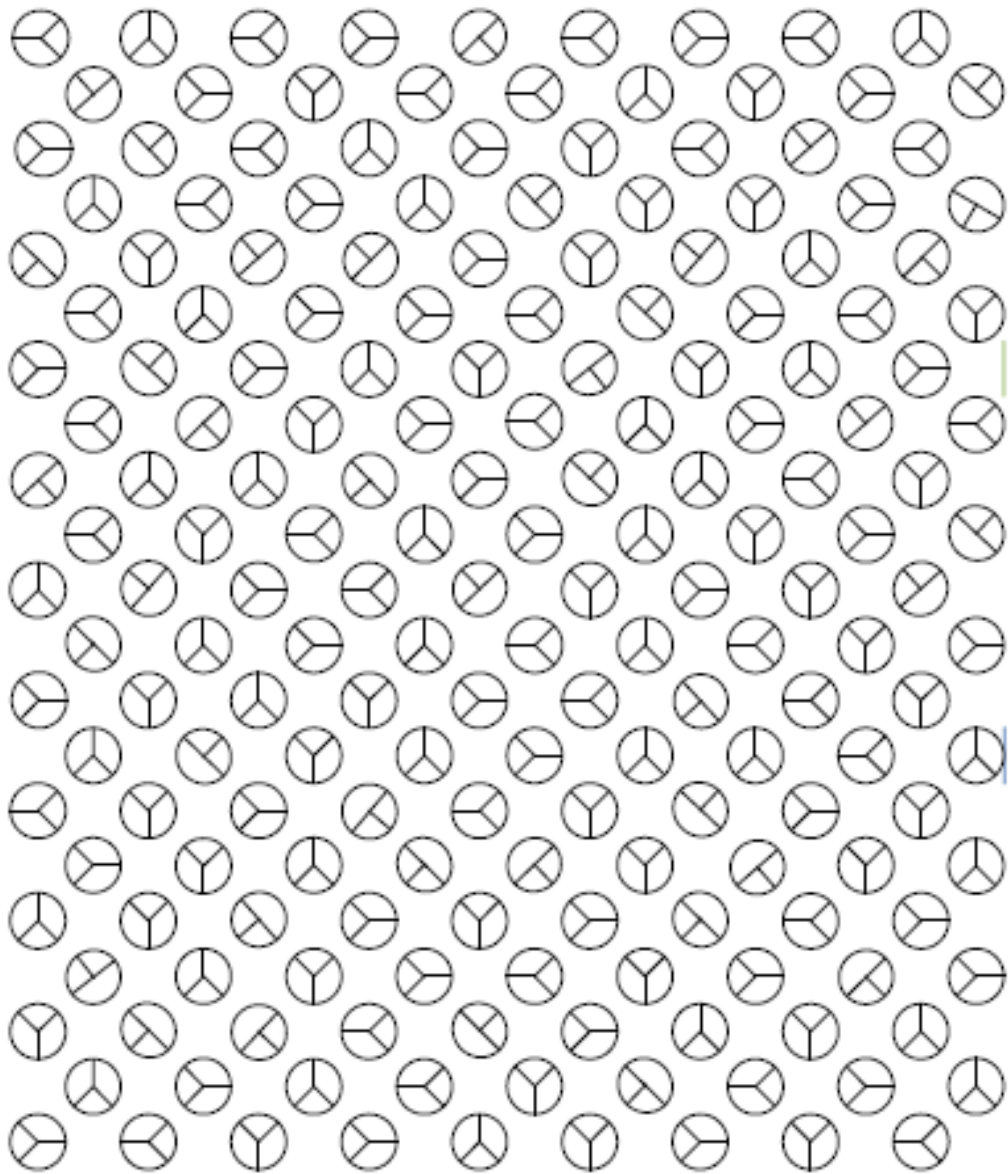
مقياس لتقييم الوظائف التنفيذية عند الفصام

التعليمة: يتكون هذا المقياس من مجموعة من الفقرات، ويطلب من القارئ وضع علامة (X) في الخانة " تنطبق " إذا تنطبق عليك الفقرة وفي الخانة "لا تنطبق" إذا لم تنطبق عليك الفقرة.


لا تنطبق	تنطبق	الفقرات
		1. يصعب عليا الاحتفاظ على الانتباه عند القيام بالنشاطات.
		2. احيانا اشعر بالملل عند تطبيق المهام ويصعب عليا انهاءها.
		3. عندما يجب عليا الانتباه ينصرف ذهني مع فقدان معلومات مهمة.
		4. يصعب عليا الاستمرار في التركيز عند قيامي بالنشاطات.
		5. أجد صعوبة في استعمال منهج مختلف لحل مشكلة ما.
		6. يتشتت ذهني بسهولة بسبب الضجيج أو النشاطات المحيطة بي.
		7. عادة ما اقوم واتحرك خلال المواقف التي يطلب مني ان أبقى جالسا.
		8. أجيب على الاسئلة قبل الانتهاء من طرحها.
		9. يصعب عليا التحكم في نفسي خلال المواقف التي تطلب مني ذلك.
		10. عادة ما يصعب عليا تخطيط وتنظيم الاولويات والبدء في عملي.
		11. أجد صعوبة في الانتقال من مهمة واحدة إلى اخرى.
		12. لدي افكار جيدة ولكن لا اعرف كيف انفذها.
		13. أفكر كثيرا في الشيء نفسه.
		14. أجد صعوبة في التعود على المواقف الجديدة.

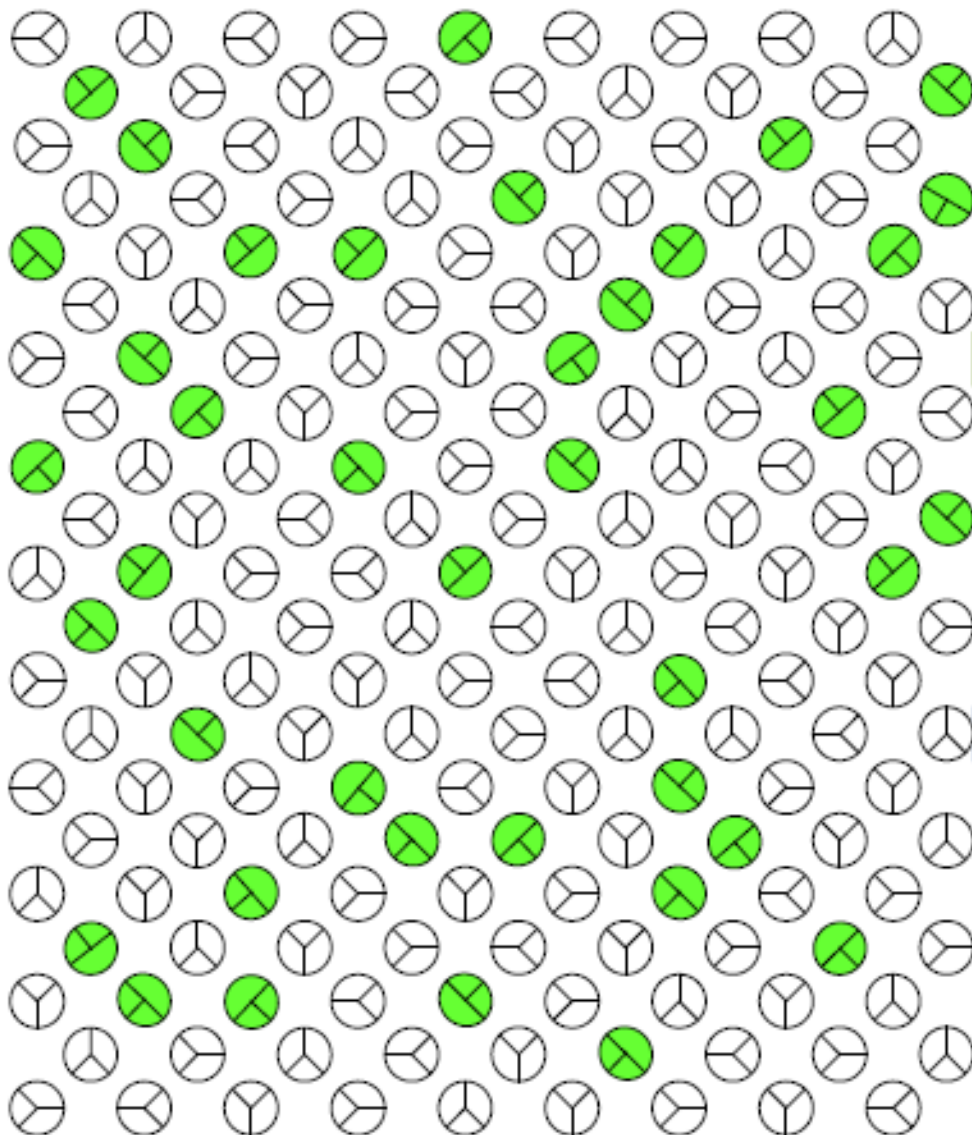
تقييم وظيفة الانتباه.

العلامة: شطب على الرمز  في اي اتجاه كان.



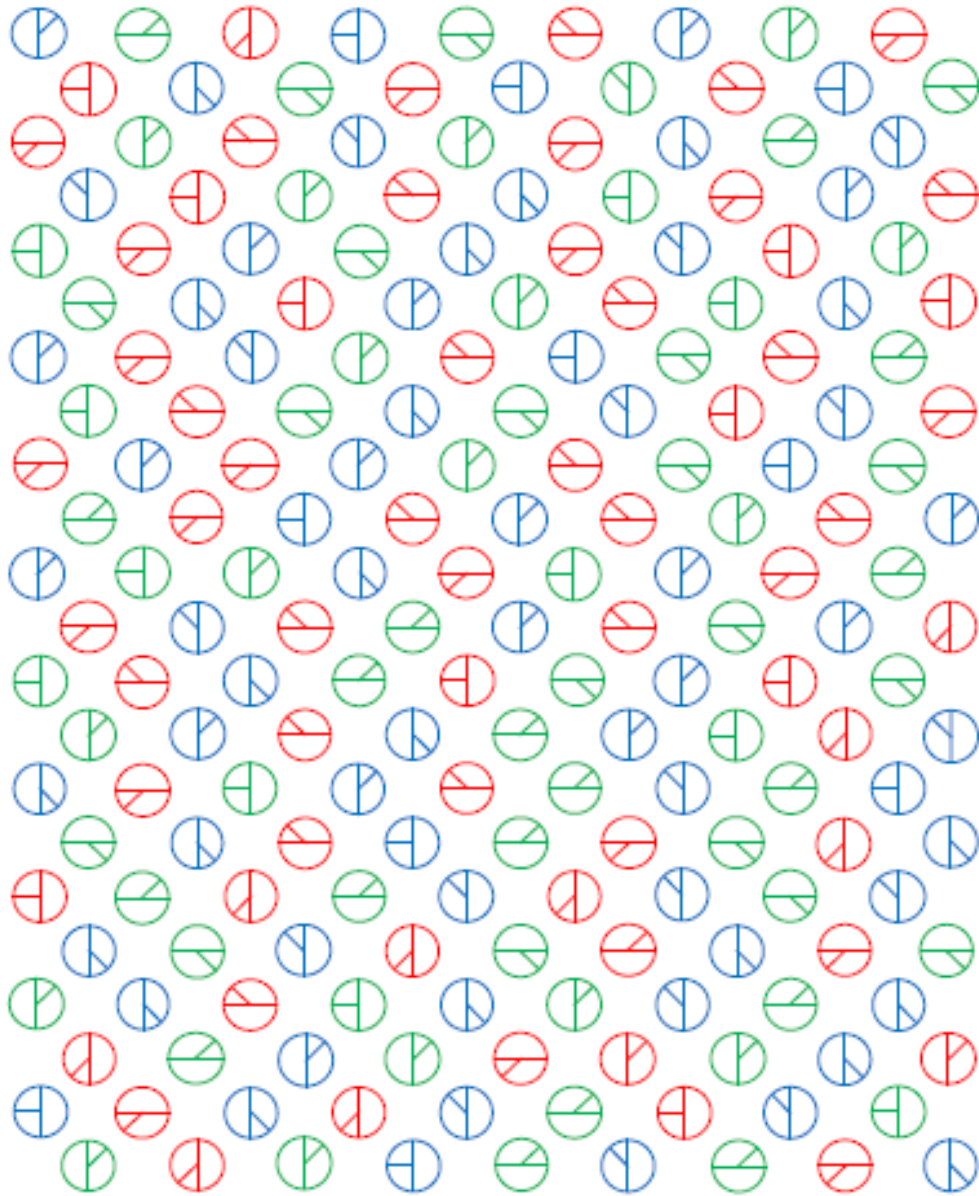
الحل لتقييم وظيفة الانتباه.

التعليمة: شطب على الرمز  في اي اتجاه كان.



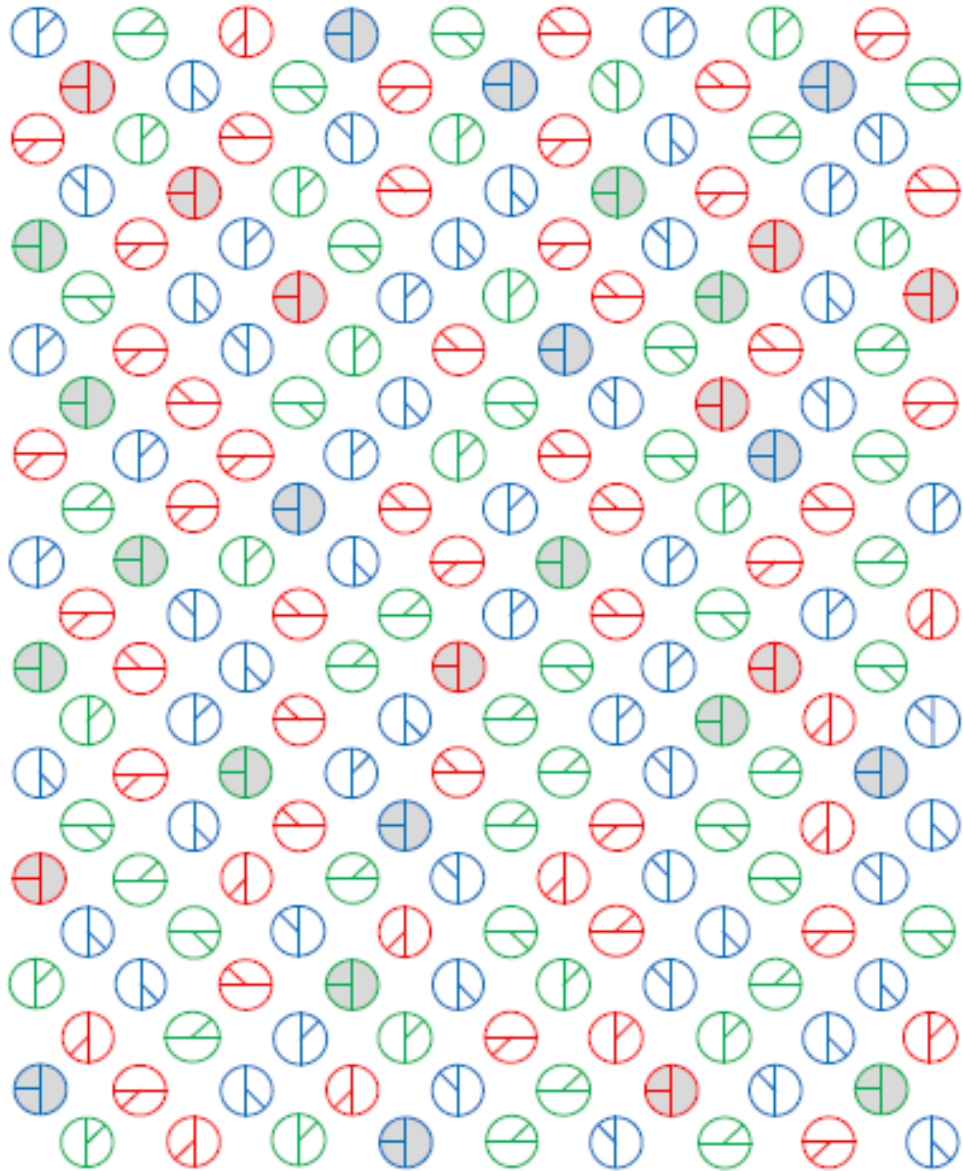
تقييم وظيفة الكف المعرفي.

التعليمة : شطب على الرموز التالية

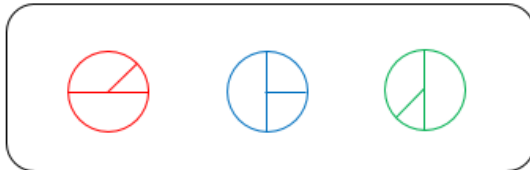
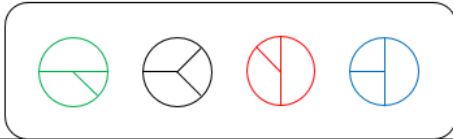
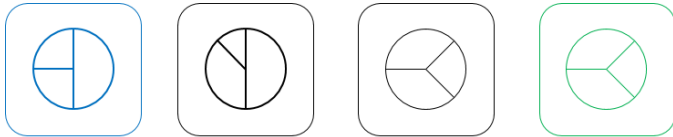
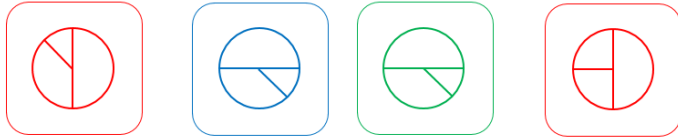


الحل لتقييم وظيفة الكف المعرفي.

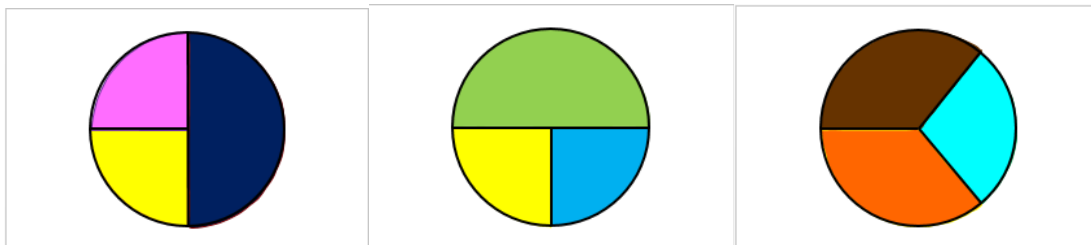
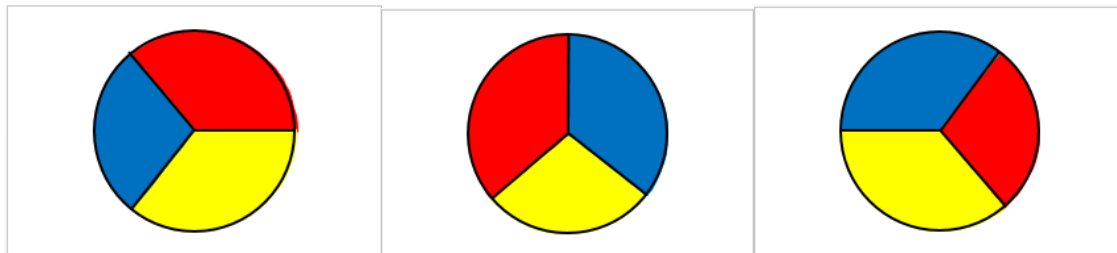
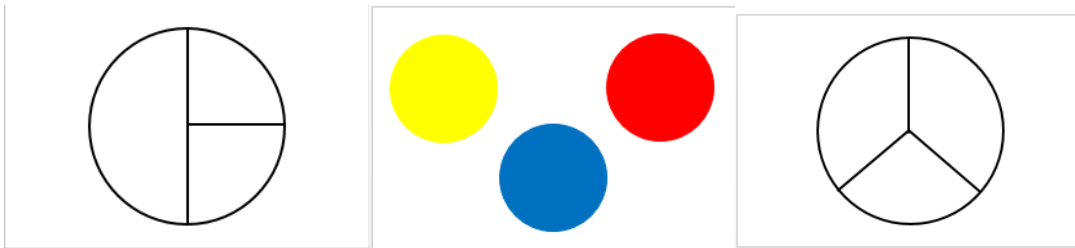
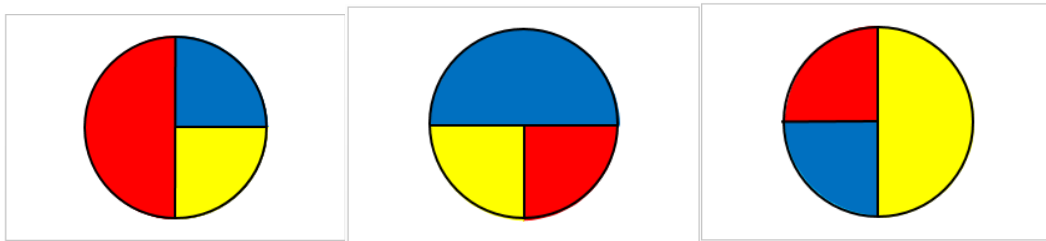
التعليمة : شطب على الرموز التالية



تقييم وظيفة التخطيط والتنظيم.



تقييم وظيفية المرونة العقلية.



Fiabilité

Remarques

Sortie obtenue		13-OCT-2022 11:50:10
Commentaires		
Entrée	Données	E:\thèse state\habiletés\habileté psychosociale (1) 011.sav
	Jeu de données actif	Jeu_de_données1
	Filtre	<sans>
	Pondération	<sans>
	Fichier scindé	<sans>
	N de lignes dans le fichier de travail	46
	Entrée de la matrice	
Gestion des valeurs manquantes	Définition de la valeur manquante	Les valeurs manquantes définies par l'utilisateur sont traitées comme étant manquantes.
	Observations utilisées	Les statistiques reposent sur l'ensemble des observations dotées de données valides pour toutes les variables dans la procédure.
Syntaxe		RELIABILITY /VARIABLES=A1 A2 A3 A4 B5 B6 B7 B8 B9 B10 C11 C12 C13 C14 C15 C16 C17 C18 C19 C20 /SCALE('ALL VARIABLES') ALL /MODEL=ALPHA.
Ressources	Temps de processeur	00:00:00,02

Temps écoulé

00:00:00,06

Echelle : ALL VARIABLES

Récapitulatif de traitement des observations

	N	%
Observations Valide	46	100,0
Exclue ^a	0	,0
Total	46	100,0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,839	20

Fiabilité

Remarques

Sortie obtenue		13-OCT-2022 11:54:54
Commentaires		
Entrée	Données	E:\thèse state\habiletés\habileté psychosociale (1) 011.sav
	Jeu de données actif	Jeu_de_données1
	Filtre	<sans>
	Pondération	<sans>
	Fichier scindé	<sans>
	N de lignes dans le fichier de travail	46
	Entrée de la matrice	
Gestion des valeurs manquantes	Définition de la valeur manquante	Les valeurs manquantes définies par l'utilisateur sont traitées comme étant manquantes.
	Observations utilisées	Les statistiques reposent sur l'ensemble des observations dotées de données valides pour toutes les variables dans la procédure.
Syntaxe		RELIABILITY /VARIABLES=D1 D2 D3 /SCALE('ALL VARIABLES') ALL /MODEL=ALPHA.
Ressources	Temps de processeur	00:00:00,02
	Temps écoulé	00:00:00,02

Echelle : ALL VARIABLES

Récapitulatif de traitement des observations

	N	%
Observations Valide	46	100,0
Exclue ^a	0	,0
Total	46	100,0

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,882	3

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Partie 1	Valeur	,810
		Nombre d'éléments	10 ^a
	Partie 2	Valeur	,557
		Nombre d'éléments	10 ^b
		Nombre total d'éléments	20
Corrélation entre les sous-échelles			,763
Coefficient de Spearman-Brown	Longueur égale		,866
	Longueur inégale		,866
Coefficient de Guttman			,842

a. Les éléments sont : A1, A2, A3, A4, B5, B6, B7, B8, B9, B10.

b. Les éléments sont : C11, C12, C13, C14, C15, C16, C17, C18, C19, C20.

CORRELATIONS

```
/VARIABLES=A1 A2 A3 A4 B5 B6 B7 B8 B9 B10 C11 C12 C13 C14 C15 C16 C17 C18 C19 C20
```

```
/PRINT=TWOTAIL NOSIG
```

```
/MISSING=PAIRWISE.
```

Corrélations

Remarques

Sortie obtenue		13-OCT-2022 12:10:22
Commentaires		
Entrée	Données	E:\thèse state\habiletés\habileté psychosociale (1) 011.sav
	Jeu de données actif	Jeu_de_données1
	Filtre	<sans>
	Pondération	<sans>
	Fichier scindé	<sans>
	N de lignes dans le fichier de travail	46
Gestion des valeurs manquantes	Définition de la valeur manquante	Les valeurs manquantes définies par l'utilisateur sont traitées comme étant manquantes.
	Observations utilisées	Les statistiques associées à chaque paire de variables sont basées sur l'ensemble des observations contenant des données valides pour cette paire.

	Sig. (bilatérale)	.	.	.	.	.	.	.	.
	N	46	46	46	46	46	46	46	46
B8	Corrélation de Pearson	,099	,066	,168	,163	. ^c	,120	,120	,120
	Sig. (bilatérale)	,514	,664	,264	,280	.	,429	,429	,429
	N	46	46	46	46	46	46	46	46
B9	Corrélation de Pearson	,225	-,066	,183	,211	. ^c	-,120	,339*	,339*
	Sig. (bilatérale)	,132	,664	,223	,158	.	,429	,021	,021
	N	46	46	46	46	46	46	46	46
B10	Corrélation de Pearson	,292*	,045	,359*	,112	. ^c	-,550**	,083	,083
	Sig. (bilatérale)	,049	,764	,014	,457	.	,000	,585	,585
	N	46	46	46	46	46	46	46	46
C11	Corrélation de Pearson	-,094	,098	-,011	-,036	. ^c	,178	,178	,178
	Sig. (bilatérale)	,533	,518	,940	,811	.	,237	,237	,237
	N	46	46	46	46	46	46	46	46
C12	Corrélation de Pearson	,533**	-,156	,226	-,164	. ^c	-,283	-,012	-,012
	Sig. (bilatérale)	,000	,301	,131	,277	.	,057	,938	,938
	N	46	46	46	46	46	46	46	46
C13	Corrélation de Pearson	1	,156	,606**	,164	. ^c	-,259	,283	,283
	Sig. (bilatérale)		,301	,000	,277	.	,082	,057	,057
	N	46	46	46	46	46	46	46	46
C14	Corrélation de Pearson	,156	1	,127	,405**	. ^c	-,083	-,083	-,083
	Sig. (bilatérale)	,301		,402	,005	.	,585	,585	,585

N	46	46	46	46	46	46	46	46	
C15	Corrélation de Pearson	,606**	,127	1	,073	. ^c	-,358*	,230	,230
	Sig. (bilatérale)	,000	,402		,629	.	,015	,124	,124
N		46	46	46	46	46	46	46	46
C16	Corrélation de Pearson	,164	,405**	,073	1	. ^c	,422**	,109	,422**
	Sig. (bilatérale)	,277	,005	,629		.	,003	,471	,003
N		46	46	46	46	46	46	46	46
C17	Corrélation de Pearson	. ^c	. ^c	. ^c	. ^c	. ^c	. ^c	. ^c	. ^c
	Sig. (bilatérale)	.	.	.	.	.	.	.	.
N		46	46	46	46	46	46	46	46
C18	Corrélation de Pearson	-,259	-,083	-,358*	,422**	. ^c	1	,233	,233
	Sig. (bilatérale)	,082	,585	,015	,003	.		,119	,119
N		46	46	46	46	46	46	46	46
C19	Corrélation de Pearson	,283	-,083	,230	,109	. ^c	,233	1	,617**
	Sig. (bilatérale)	,057	,585	,124	,471	.	,119		,000
N		46	46	46	46	46	46	46	46
C20	Corrélation de Pearson	,283	-,083	,230	,422**	. ^c	,233	,617**	1
	Sig. (bilatérale)	,057	,585	,124	,003	.	,119	,000	
N		46	46	46	46	46	46	46	46

*. La corrélation est significative au niveau 0.05 (bilatéral).

** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

c. Calcul impossible, car au moins une des variables est une constante.

CORRELATIONS

```
/VARIABLES=A1 A2 A3 A4 B5 B6 B7 B8 B9 B10 C11 C12 C13 C14 C15 C16 C17 C18
C19 C20 TOTALE01 D1 D2 D3
```

```
/PRINT=TWOTAIL NOSIG
```

```
/MISSING=PAIRWISE.
```

Corrélations

Remarques

Sortie obtenue		13-OCT-2022 12:13:15
Commentaires		
Entrée	Données	E:\thèse state\habiletés\habileté psychosociale (1) 011.sav
	Jeu de données actif	Jeu_de_données1
Gestion des valeurs manquantes	Filtre	<sans>
	Pondération	<sans>
	Fichier scindé	<sans>
	N de lignes dans le fichier de travail	46
Gestion des valeurs manquantes	Définition de la valeur manquante	Les valeurs manquantes définies par l'utilisateur sont traitées comme étant manquantes.
	Observations utilisées	Les statistiques associées à chaque paire de variables sont basées sur l'ensemble des observations contenant des données valides pour cette paire.

Syntaxe		CORRELATIONS
		/VARIABLES=A1 A2 A3 A4 B5 B6 B7 B8 B9 B10 C11 C12 C13 C14 C15 C16 C17 C18 C19 C20 TOTALE01 D1 D2 D3
		/PRINT=TWOTAIL NOSIG
		/MISSING=PAIRWISE.
Ressources	Temps de processeur	00:00:00,16
	Temps écoulé	00:00:00,23

Remarques

Sortie obtenue		13-OCT-2022 12:31:02
Commentaires		
Entrée	Données	E:\thèse state\habiletés\habileté psychosociale (1) 011.sav
	Jeu de données actif	Jeu_de_données1
	Filtre	<sans>
	Pondération	<sans>
	Fichier scindé	<sans>
	N de lignes dans le fichier de travail	46
Gestion des valeurs manquantes	Définition de la valeur manquante	Les valeurs manquantes définies par l'utilisateur sont traitées comme étant manquantes.

	Observations utilisées	Les statistiques associées à chaque paire de variables sont basées sur l'ensemble des observations contenant des données valides pour cette paire.
Syntaxe		<p>CORRELATIONS</p> <p>/VARIABLES=A1 A2 A3 A4 D1</p> <p>/PRINT=TWOTAIL NOSIG</p> <p>/MISSING=PAIRWISE.</p>
Ressources	Temps de processeur	00:00:00,05
	Temps écoulé	00:00:00,05

Corrélations

		A1	A2	A3	A4	ITEM1
A1	Corrélation de Pearson	1	,322*	,183	,519**	,604**
	Sig. (bilatérale)		,029	,223	,000	,000
	N	46	46	46	46	46
A2	Corrélation de Pearson	,322*	1	,569**	,422**	,824**
	Sig. (bilatérale)	,029		,000	,003	,000
	N	46	46	46	46	46
A3	Corrélation de Pearson	,183	,569**	1	,353*	,747**
	Sig. (bilatérale)	,223	,000		,016	,000
	N	46	46	46	46	46

A4	Corrélation de Pearson	,519**	,422**	,353*	1	,764**
	Sig. (bilatérale)	,000	,003	,016		,000
	N	46	46	46	46	46
ITEM 1	Corrélation de Pearson	,604**	,824**	,747**	,764**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000	,000	
	N	46	46	46	46	46

Corrélations

Remarques

Sortie obtenue		13-OCT-2022 12:33:03
Commentaires		
Entrée	Données	E:\thèse state\habiletés\habileté psychosociale (1) 011.sav
	Jeu de données actif	Jeu_de_données1
	Filtre	<sans>
	Pondération	<sans>
	Fichier scindé	<sans>
	N de lignes dans le fichier de travail	46
Gestion des valeurs manquantes	Définition de la valeur manquante	Les valeurs manquantes définies par l'utilisateur sont traitées comme étant manquantes.
	Observations utilisées	Les statistiques associées à chaque paire de variables sont basées sur l'ensemble des observations contenant des données valides pour cette paire.

Syntaxe		CORRELATIONS
		/VARIABLES=B5 B6 B7 B8 B9 B10 D2
		/PRINT=TWOTAIL NOSIG
		/MISSING=PAIRWISE.
Ressources	Temps de processeur	00:00:00,03
	Temps écoulé	00:00:00,06

Corrélations

	B5	B6	B7	B8	B9
B5					
Corrélation de Pearson	1	,530**	. ^b	,131	,204
Sig. (bilatérale)		,000	.	,385	,174
N	46	46	46	46	46
B6					
Corrélation de Pearson	,530**	1	. ^b	,247	,385**
Sig. (bilatérale)	,000		.	,097	,008
N	46	46	46	46	46
B7					
Corrélation de Pearson	. ^b	. ^b	. ^b	. ^b	. ^b
Sig. (bilatérale)	.	.	.	.	.
N	46	46	46	46	46
B8					
Corrélation de Pearson	,131	,247	. ^b	1	,095
Sig. (bilatérale)	,385	,097	.		,529
N	46	46	46	46	46

B9	Corrélation de Pearson	,204	,385**	. ^b	,095	1
	Sig. (bilatérale)	,174	,008	.	,529	
	N	46	46	46	46	46
B10	Corrélation de Pearson	,322*	,171	. ^b	-,066	,066
	Sig. (bilatérale)	,029	,256	.	,664	,664
	N	46	46	46	46	46
ITEM 2	Corrélation de Pearson	,784**	,842**	. ^b	,425**	,538**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	.	,003	,000
	N	46	46	46	46	46

Corrélations

		B10	ITEM2
B5	Corrélation de Pearson	,322*	,784**
	Sig. (bilatérale)	,029	,000
	N	46	46
B6	Corrélation de Pearson	,171	,842**
	Sig. (bilatérale)	,256	,000
	N	46	46
B7	Corrélation de Pearson	. ^b	. ^b
	Sig. (bilatérale)	.	.
	N	46	46
B8	Corrélation de Pearson	-,066	,425**
	Sig. (bilatérale)	,664	,003
	N	46	46

B9	Corrélation de Pearson	,066	,538**
	Sig. (bilatérale)	,664	,000
	N	46	46
B10	Corrélation de Pearson	1	,388**
	Sig. (bilatérale)		,008
	N	46	46
ITEM2	Corrélation de Pearson	,388**	1
	Sig. (bilatérale)	,008	
	N	46	46

** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

* . La corrélation est significative au niveau 0.05 (bilatéral).

b. Calcul impossible, car au moins une des variables est une constante.

CORRELATIONS

/VARIABLES=B5 B6 B7 B8 B9 B10 D2

/PRINT=TWOTAIL NOSIG

/MISSING=PAIRWISE.

Remarques

Sortie obtenue		13-OCT-2022 12:33:49
Commentaires		
Entrée	Données	E:\thèse state\habiletés\habileté psychosociale (1) 011.sav
	Jeu de données actif	Jeu_de_données1
	Filtre	<sans>
	Pondération	<sans>
	Fichier scindé	<sans>
Gestion des valeurs manquantes	N de lignes dans le fichier de travail	46
	Définition de la valeur manquante	Les valeurs manquantes définies par l'utilisateur sont traitées comme étant manquantes.
	Observations utilisées	Les statistiques associées à chaque paire de variables sont basées sur l'ensemble des observations contenant des données valides pour cette paire.
Syntaxe		<p>CORRELATIONS</p> <p>/VARIABLES=B5 B6 B7 B8 B9 B10 D2</p> <p>/PRINT=TWOTAIL NOSIG</p> <p>/MISSING=PAIRWISE.</p>
Ressources	Temps de processeur	00:00:00,03
	Temps écoulé	00:00:00,08

Corrélations

		B5	B6	B7	B8	B9
B5	Corrélation de Pearson	1	,530**	. ^b	,131	,204
	Sig. (bilatérale)		,000	.	,385	,174
	N	46	46	46	46	46
B6	Corrélation de Pearson	,530**	1	. ^b	,247	,385**
	Sig. (bilatérale)	,000		.	,097	,008
	N	46	46	46	46	46
B7	Corrélation de Pearson	. ^b	. ^b	. ^b	. ^b	. ^b
	Sig. (bilatérale)	.	.	.	.	.
	N	46	46	46	46	46
B8	Corrélation de Pearson	,131	,247	. ^b	1	,095
	Sig. (bilatérale)	,385	,097	.		,529
	N	46	46	46	46	46
B9	Corrélation de Pearson	,204	,385**	. ^b	,095	1
	Sig. (bilatérale)	,174	,008	.	,529	
	N	46	46	46	46	46
B10	Corrélation de Pearson	,322*	,171	. ^b	-,066	,066
	Sig. (bilatérale)	,029	,256	.	,664	,664
	N	46	46	46	46	46
ITEM 2	Corrélation de Pearson	,784**	,842**	. ^b	,425**	,538**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	.	,003	,000

N	46	46	46	46	46
---	----	----	----	----	----

Corrélations

		B10	ITEM2
B5	Corrélation de Pearson	,322*	,784**
	Sig. (bilatérale)	,029	,000
	N	46	46
B6	Corrélation de Pearson	,171	,842**
	Sig. (bilatérale)	,256	,000
	N	46	46
B7	Corrélation de Pearson	. ^b	. ^b
	Sig. (bilatérale)	.	.
	N	46	46
B8	Corrélation de Pearson	-,066	,425**
	Sig. (bilatérale)	,664	,003
	N	46	46
B9	Corrélation de Pearson	,066	,538**
	Sig. (bilatérale)	,664	,000
	N	46	46
B10	Corrélation de Pearson	1	,388**
	Sig. (bilatérale)		,008
	N	46	46
ITEM2	Corrélation de Pearson	,388**	1
	Sig. (bilatérale)	,008	
	N	46	46

** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

* . La corrélation est significative au niveau 0.05 (bilatéral).

b. Calcul impossible, car au moins une des variables est une constante.

CORRELATIONS

/VARIABLES=C11 C12 C13 C14 C15 C16 C17 C18 C19 C20 D3

/PRINT=TWOTAIL NOSIG

/MISSING=PAIRWISE.

Corrélations

Remarques

Sortie obtenue		13-OCT-2022 12:34:35
Commentaires		
Entrée	Données	E:\thèse state\habiletés\habileté psychosociale (1) 011.sav
	Jeu de données actif	Jeu_de_données1
	Filtre	<sans>
	Pondération	<sans>
	Fichier scindé	<sans>
	N de lignes dans le fichier de travail	46
Gestion des valeurs manquantes	Définition de la valeur manquante	Les valeurs manquantes définies par l'utilisateur sont traitées comme étant manquantes.

	Observations utilisées	Les statistiques associées à chaque paire de variables sont basées sur l'ensemble des observations contenant des données valides pour cette paire.
Syntaxe		<p>CORRELATIONS</p> <p>/VARIABLES=C11 C12 C13 C14 C15 C16 C17 C18 C19 C20 D3</p> <p>/PRINT=TWOTAIL NOSIG</p> <p>/MISSING=PAIRWISE.</p>
Ressources	Temps de processeur	00:00:00,08
	Temps écoulé	00:00:00,05

Corrélations

		C11	C12	C13	C14	C15
C11	Corrélation de Pearson	1	,094	-,094	,098	-,011
	Sig. (bilatérale)		,533	,533	,518	,940
	N	46	46	46	46	46
C12	Corrélation de Pearson	,094	1	,533**	-,156	,226
	Sig. (bilatérale)	,533		,000	,301	,131
	N	46	46	46	46	46
C13	Corrélation de Pearson	-,094	,533**	1	,156	,606**
	Sig. (bilatérale)	,533	,000		,301	,000
	N	46	46	46	46	46

C14	Corrélation de Pearson	,098	-,156	,156	1	,127
	Sig. (bilatérale)	,518	,301	,301		,402
	N	46	46	46	46	46
C15	Corrélation de Pearson	-,011	,226	,606**	,127	1
	Sig. (bilatérale)	,940	,131	,000	,402	
	N	46	46	46	46	46
C16	Corrélation de Pearson	-,036	-,164	,164	,405**	,073
	Sig. (bilatérale)	,811	,277	,277	,005	,629
	N	46	46	46	46	46
C17	Corrélation de Pearson	.a	.a	.a	.a	.a
	Sig. (bilatérale)	.	.	.	.	.
	N	46	46	46	46	46
C18	Corrélation de Pearson	,178	-,283	-,259	-,083	-,358*
	Sig. (bilatérale)	,237	,057	,082	,585	,015
	N	46	46	46	46	46
C19	Corrélation de Pearson	,178	-,012	,283	-,083	,230
	Sig. (bilatérale)	,237	,938	,057	,585	,124
	N	46	46	46	46	46
C20	Corrélation de Pearson	,178	-,012	,283	-,083	,230
	Sig. (bilatérale)	,237	,938	,057	,585	,124
	N	46	46	46	46	46

ITEM 3	Corrélation de Pearson	,340*	,404**	,709**	,232	,562**
	Sig. (bilatérale)	,021	,005	,000	,121	,000
	N	46	46	46	46	46

Corrélations

		C16	C17	C18	C19	C20
C11	Corrélation de Pearson	-,036	. ^a	,178	,178	,178
	Sig. (bilatérale)	,811	.	,237	,237	,237
	N	46	46	46	46	46
C12	Corrélation de Pearson	-,164	. ^a	-,283	-,012	-,012
	Sig. (bilatérale)	,277	.	,057	,938	,938
	N	46	46	46	46	46
C13	Corrélation de Pearson	,164	. ^a	-,259	,283	,283
	Sig. (bilatérale)	,277	.	,082	,057	,057
	N	46	46	46	46	46
C14	Corrélation de Pearson	,405**	. ^a	-,083	-,083	-,083
	Sig. (bilatérale)	,005	.	,585	,585	,585
	N	46	46	46	46	46
C15	Corrélation de Pearson	,073	. ^a	-,358*	,230	,230
	Sig. (bilatérale)	,629	.	,015	,124	,124
	N	46	46	46	46	46
C16	Corrélation de Pearson	1	. ^a	,422**	,109	,422**
	Sig. (bilatérale)		.	,003	,471	,003
	N	46	46	46	46	46
C17	Corrélation de Pearson	. ^a	. ^a	. ^a	. ^a	. ^a

	Sig. (bilatérale)	.	.	.	.
	N	46	46	46	46
C18	Corrélation de Pearson	,422**	. ^a	1	,233
	Sig. (bilatérale)	,003	.		,119
	N	46	46	46	46
C19	Corrélation de Pearson	,109	. ^a	,233	1
	Sig. (bilatérale)	,471	.	,119	,000
	N	46	46	46	46
C20	Corrélation de Pearson	,422**	. ^a	,233	,617**
	Sig. (bilatérale)	,003	.	,119	,000
	N	46	46	46	46
ITEM3	Corrélation de Pearson	,508**	. ^a	,185	,578**
	Sig. (bilatérale)	,000	.	,219	,000
	N	46	46	46	46

Corrélations

		ITEM3
C11	Corrélation de Pearson	,340*
	Sig. (bilatérale)	,021
	N	46
C12	Corrélation de Pearson	,404**
	Sig. (bilatérale)	,005
	N	46
C13	Corrélation de Pearson	,709**
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	46

C14	Corrélation de Pearson	,232
	Sig. (bilatérale)	,121
	N	46
C15	Corrélation de Pearson	,562**
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	46
C16	Corrélation de Pearson	,508**
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	46
C17	Corrélation de Pearson	. ^a
	Sig. (bilatérale)	.
	N	46
C18	Corrélation de Pearson	,185
	Sig. (bilatérale)	,219
	N	46
C19	Corrélation de Pearson	,578**
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	46
C20	Corrélation de Pearson	,657**
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	46
ITEM3	Corrélation de Pearson	1
	Sig. (bilatérale)	
	N	46

ملخص الدراسة:

هدفت الدراسة الحالية الى البحث عن العلاقة الارتباطية بين الوظائف التنفيذية والمهارات الاجتماعية لدى عينة من الفصاميين الخارجيين بمصلحة الطب العقلي بمستشفى تلمسان وفصاميين تحت رعاية طبيب مختص في الامراض العقلية يعمل في القطاع الخاص. تكونت عينة الدراسة من 46 مريضًا مصابًا بالفصام في حالة مستقرة؛ تم استخدام المنهج الاحصائي بالاستعانة ببرنامج SPSS لحساب العلاقة الارتباطية بين متغيرات الدراسة. تبين من خلال النتائج التي توصلنا اليها وجود علاقة ارتباطية بين الوظائف التنفيذية والمهارات الاجتماعية لدى عينة من الفصاميين في حالة مستقرة.

الكلمات المفتاحية: الوظائف التنفيذية؛ الانتباه؛ المهارات الاجتماعية؛ الذهان؛ الفصام.

Abstract :

The current study aimed to investigate the correlation between executive functions and social skills in a sample of schizophrenia outpatients at the Department of Psychiatry in Tlemcen Hospital and schizophrenics under the auspices of a physician specializing in mental illness working in the private sector. The study sample consisted of 46 patients with schizophrenia in a stable condition ; The statistical method was used using the SPSS program to calculate the correlation between the variables of the study. Through our findings, it was found that there is a correlation between executive functions and social skills among a sample of schizoids in a stable condition.

Keywords: executive functions; attention; social skills; psychosis
Schizophrenia.