



جامعة البليدة 2 لونيبي علي

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم العلوم الاجتماعية

علاقة الانتباه الانتقائي والذاكرة العاملة بالسرد عند الفصامي

أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه (ل م د) في: الأرتوفونيا

تخصص: أمراض اللغة والتواصل

إشراف:

د. ريابي فاطمة

إعداد الطالبة:

جغلول دليلة

السنة الجامعية: 2024/2023



جامعة البليدة 2 علي لونيبي
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
قسم العلوم الاجتماعية



علاقة الانتباه الانتقائي والذاكرة العاملة بالسرد عند الفصامي

أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه (ل م د) في: الأرتوفونيا

تخصص: أمراض اللغة والتواصل

إعداد الطالبة:

جغول دليلا

أمام اللجنة المشكلة من:

اللقب والاسم	الرتبة	الجامعة الأصلية	الصفة
صام نادية	أستاذ التعليم العالي	جامعة البليدة 2	رئيسا
ريابي فاطمة	أستاذ محاضر "أ"	جامعة البليدة 2	مشرفا ومقررا
بلقاضي ناهد	أستاذ محاضر "أ"	جامعة البليدة 2	عضوا مناقشا
بوخرار آسيا	أستاذ محاضر "أ"	جامعة البليدة 2	عضوا مناقشا
بلهوشات كريم	أستاذ محاضر "أ"	جامعة مولود معمري تيزي وزو	عضوا مناقشا
بداوي فوزية	أستاذ التعليم العالي	مركز البحث العلمي والتقني لتطوير اللغة العربية	عضوا مناقشا

السنة الجامعية 2024/2023

شكر وتقدير

الشكر والحمد لله الذي أعاننا ووقفنا، وألهمنا الصبر على الصعوبات التي واجهتنا في انجاز هذا العمل.

إلى رفيق مسيرتي "أبي" إلى معلمتي الأولى "أمي" إليكما أتقدم بأعمق عبارات الشكر وعظيم الامتنان على دعمكم لا متناهي، كما أتقدم بأسمى وأرقى عبارات الشكر والتقدير للأستاذة "ريابي فاطمة" نظير قبولها الاشراف على هذا العمل، والتي لم تدخر جهدا في تقديم النصح والتوجيه لإتمامه، راجية من المولى أن يجزيها خير جزاء.

الأستاذة "صام نادية" لك كل الشكر والتقدير نظير جهودك وسعيك لتقديم أحسن تكوين لنا، وعلى دعمك الدائم وتوجيهاتك ومساهماتك في إثراء معارفنا من خبرتك العلمية لإتمام هذا العمل. وشكر خاص لأستاذة شعبة الأرطوفونيا بجامعة البليدة 02 كلّ باسمه ورتبته على الدعم الذي حظيت به وعلى المساعدة في إثراء هذا العمل.

أتقدم بوافر الشكر والامتنان إلى كل من الأساتذة الكرام "تلي عبد الرحمن" "زدام حدة" "دماس منال" "حميدوش سليمة" "وزاني فوزية" "بوزيدي فضيلة" على كل ما قدموه لي خلال مسيرتي في طور الدكتوراه، دون أن أنسى الوقفة الجادة لإخوتي وكل أصدقائي ودعمهم المادي والمعنوي طيلة فترة التحضير لهذا العمل، وخالص شكري إلى كل من الأخصائية النفسية "ساعو لامية" "ساسبي سلمى" "ساسبي رميساء" "عمران خنساء" "برقوق نهال" "محرز أسماء"

بمزيد من الشكر أتقدم لأعضاء لجنة المناقشة كلّ باسمه ومقامه، لتكبدّهم مشقة تفحص هذا العمل و قبولهم مناقشته وإثراءه.

إهداء

إلى من لا يكرّهما الزمن.... والديّ الكريمين

إلى أعظم رابط في الوجود.. اخوتي

إلى كلّ من ساندني ويسعده نجاحي

وإلى كلّ من قاده شغف البحث لهذا العمل

أهدي ثمرة جهدي

ملخص الدراسة

هدفت الدراسة الحالية للكشف عن علاقة الانتباه الانتقائي والذاكرة العاملة بالسرد لدى 14 مريضا مصابا بالفصام، تم تشخيصهم وفق الدليل الإحصائي والتشخيصي للأمراض العقلية في طبعته الخامسة، مستقرين عياديا، تتراوح أعمارهم بين 30 و 55 سنة، تم اختيارهم قصديا من مختلف مصالح الطب العقلي للكبار بالمستشفى الجامعي "فرانز فانون" بالبليدة.

لتحقيق غرض هذه الدراسة اعتمدنا المنهج الوصفي الارتباطي، كما قمنا بتطبيق مجموعة من الأدوات تمثلت في اختبارات الانتباه الانتقائي (البصري، السمعي)، اختبارات الذاكرة العاملة، واختبار السرد.

توصلت نتائج دراستنا إلى وجود علاقة ارتباطية بين كل من الانتباه الانتقائي والذاكرة العاملة بالسرد لدى الفصامي، بالتالي تأكيد فرضية دراستنا.

الكلمات المفتاحية: الانتباه الانتقائي، الذاكرة العاملة، السرد، الفصام.

Abstract

This study aims determine the relationship between selective attention, working memory and narration for 14 patients with schizophrenia, diagnosed according to the diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5, clinically stable, whome ages ranged between 30 and 55 years, they were intentionally selected from various adults' psychiatry departments at "**Frantz Fanon**" university hospital in Blida.

To achieve the objective of this study, we adopted the descriptive method, and we also applied a set of tools represented in selective attention tests (visual, auditory), working memory tests, and narration test.

The results of our study found a correlation of selective attention and working memory to narration in schizophrenia, thus confirming the hypothesis of our study.

Key-words: selective attention, working memory, narration, schizophrenia.

قائمة المحتويات

الصفحة	العناصر
ث	قائمة المحتويات
د	قائمة الجداول
ر	قائمة الأشكال
ش	مقدمة
الباب الأول: الجانب النظري	
الفصل الأول: الاطار العام للدراسة	
8	1. الإشكالية
24	2. الفرضيات
25	3. أهداف الدراسة
25	4. أهمية الدراسة
27	5. تحديد المفاهيم
الفصل الثاني: الانتباه الانتقائي	
30	تمهيد
31	1. تعريف الانتباه الانتقائي
33	2. أنواع الانتباه الانتقائي
36	3. نماذج الانتباه الانتقائي
47	4. خصائص الانتباه الانتقائي
49	5. الأساس العصبي للانتباه الانتقائي
50	6. العمليات المتضمنة أثناء العملية الانتباهية الانتقائية
52	7. الانتباه الانتقائي لدى المصاب بالفصام
56	خلاصة الفصل
الفصل الثالث: الذاكرة العاملة	
58	تمهيد
59	1. تعريف الذاكرة العاملة
61	2. نماذج الذاكرة العاملة
68	3. مكونات الذاكرة العاملة واساسها العصبي

76	4. دور الذاكرة العاملة
78	5. سعة الذاكرة العاملة
79	6. علاقة الذاكرة العاملة بالانتباه الانتقائي
80	7. الذاكرة العاملة لدى المصاب بالفصام
86	خلاصة الفصل
الفصل الرابع: السرد	
88	تمهيد
89	1. تعريف السرد
90	2. مكونات السرد
91	3. نماذج السرد
98	4. مستويات السرد
99	5. الاتساق والانسجام في السرد
101	6. السرد لدى المصاب بالفصام
107	خلاصة الفصل
الفصل الخامس: الفصام	
109	تمهيد
110	1. لمحة عن الفصام
111	2. تعريف الفصام
113	3. أسباب الفصام
121	4. أعراض الفصام
126	5. مراحل الفصام
128	6. تشخيص الفصام
130	7. الاضطراب المعرفي لدى المصاب بالفصام
135	8. علاج الفصام
140	خلاصة الفصل
الباب الثاني: الجانب الميداني	
الفصل السادس: الإجراءات المنهجية للدراسة	
143	تمهيد
أولاً: الدراسة الأولية	

144	1. منهج الدراسة الأولية
144	2. الحدود الزمانية والمكانية للدراسة الأولية
145	3. أداة الدراسة الأولية
147	4. عينة الدراسة الأولية
152	5. عرض وتحليل نتائج الدراسة الأولية
165	6. مناقشة نتائج الدراسة الأولية
ثانيا: الدراسة الاستطلاعية	
174	1. منهج الدراسة الاستطلاعية
174	2. الحدود الزمانية والمكانية للدراسة الاستطلاعية
174	3. عينة الدراسة الاستطلاعية
175	4. أدوات الدراسة الاستطلاعية
181	5. نتائج الدراسة الاستطلاعية
ثالثا: الدراسة الأساسية	
191	1. منهج الأساسية
191	2. الحدود الزمانية والمكانية للدراسة الأساسية
191	3. عينة الدراسة الأساسية
195	4. أدوات الدراسة الأساسية
207	5. الأساليب الإحصائية للدراسة الأساسية
208	خلاصة الفصل
الفصل السابع: عرض وتحليل نتائج الدراسة الأساسية ومناقشتها	
210	تمهيد
أولا: عرض وتحليل نتائج الدراسة الأساسية	
211	1. عرض وتحليل نتائج العينة في اختبارات الانتباه الانتقائي
218	2. عرض وتحليل نتائج العينة في اختبارات الذاكرة العاملة
226	3. عرض وتحليل نتائج العينة في اختبار السرد
252	4. عرض وتحليل نتائج الفرضيات
ثانيا: تفسير ومناقشة نتائج الدراسة الأساسية	
267	1. تفسير ومناقشة نتائج الفرضيات الجزئية
277	2. تفسير ومناقشة نتائج الفرضية العامة

281	الاستنتاج العام
284	الخاتمة
290	قائمة المراجع
310	قائمة الملاحق

قائمة الجداول

الرقم	العنوان	الصفحة
01	الأعراض الإيجابية للفصام	124
02	الأعراض السلبية للفصام	125
03	الأعراض غير المنتظمة للفصام	126
04	تقديم عينة الدراسة الأولية حسب الجنس، الدرجة العلمية، منطقة العمل، والخبرة بالسنوات.	149
05	توزيع عينة الدراسة حسب سنوات الخبرة، ومنطقة ومكان العمل	151
06	الفئات العمرية التي يتكفل بها المختص الأروطوفاوني	155
07	خصائص عينة الدراسة الاستطلاعية	177
08	درجة الصدق عن طريق المقارنة الطرفية لاختبار الشطب	188
09	درجة الثبات عن طريق التطبيق وإعادة التطبيق لاختبار الشطب	189
10	درجة الصدق عن طريق المقارنة الطرفية لاختبار التعليمات المتعكسة	189
11	درجة الثبات عن طريق التطبيق وإعادة التطبيق لاختبار التعليمات المتعكسة	190
12	درجة الصدق عن طريق المقارنة الطرفية لاختبار ذاكرة الأرقام (الترتيب العكسي) لـ Wechsler	191
13	درجة الثبات عن طريق التطبيق وإعادة التطبيق لاختبار ذاكرة الأرقام (الترتيب العكسي) لـ Wechsler	192
14	خصائص عينة الدراسة الأساسية	195
15	نتائج الانتباه الانتقائي البصري	213
16	نتائج الانتباه الانتقائي السمعي	215
17	نتائج الحلقة الفونولوجية	218
18	نتائج المنفذ المركزي	220
19	نتائج المفكرة البصرية الفضائية	223
20	نتائج الإنتاج السردى بدون استناد	226
21	نتائج الإنتاج السردى بالاسناد	235
22	مظاهر اضطراب الإنتاج السردى بالاسناد / وبدون اسناد لدى المرضى	250

	المصابين بالفصام	
253	العلاقة بين الانتباه الانتقائي البصري والسرمد بالإسناد عند الفصامي.	23
254	العلاقة بين الانتباه الانتقائي البصري والسرمد بدون إسناد عند الفصامي.	24
256	العلاقة بين الانتباه الانتقائي السمعي والسرمد بالإسناد عند الفصامي.	25
257	العلاقة بين الانتباه الانتقائي السمعي والسرمد بدون إسناد عند الفصامي.	26
258	العلاقة بين الحلقة الفونولوجية والسرمد بالإسناد عند الفصامي.	27
260	العلاقة بين الحلقة الفونولوجية والسرمد بدون إسناد عند الفصامي.	28
261	العلاقة بين المنفذ المركزي والسرمد بالإسناد عند الفصامي.	29
262	العلاقة بين المنفذ المركزي والسرمد بدون إسناد عند الفصامي.	30
264	العلاقة بين المفكرة البصرية الفضائية والسرمد بالإسناد عند الفصامي.	31
266	العلاقة بين المفكرة البصرية الفضائية والسرمد بدون إسناد عند الفصامي.	32

قائمة الأشكال

الرقم	العنوان	الصفحة
01	نموذج المصفاة الانتقائية لـ (برودبنت)	38
02	نموذج الانتقاء المبكر (التضعيف أو التخفيف) لـ (تريسمان)	42
03	نموذج الانتقاء المتأخر لدويتش- دويتش (1963) Deutsch- Deutsch	44
04	نموذج الانتقاء المقترح من طرف Habib (2018)	48
05	نموذج Cowan	65
06	نموذج بادلي للذاكرة العاملة 1974	68
07	نموذج بادلي المعدل (2000)	69
08	نموذج Labov و Waletzky	93
09	نموذج Adam (1992)	96
10	تمثيل مستويات المعالجة لفهم السرد	98
11	تمثيل مستويات المعالجة لإنتاج السرد	99
12	تلقي المختصين تكوينات	153
13	توزيع الفئات العمرية التي يتكفل بها المختص الأروطوفوني	156
14	رأي المختص الأروطوفوني حول إمكانية التكفل الأروطوفوني بمرضى الفصام	157
15	الخدمات الممكن تقديمها لمرضى الفصام من قبل المختص الأروطوفوني	158
16	التكفل بمرضى الفصام من طرف عينة الدراسة	159
17	أسباب عدم تكفل المختص الأروطوفوني بمرضى الفصام	160
18	تقييم الانتباه الانتقائي لدى مرضى الفصام	161
19	تقييم الذاكرة العاملة لدى مرضى الفصام	162
20	تقييم السرد لدى مرضى الفصام	164
21	أهمية تقييم كل من الانتباه الانتقائي والذاكرة العاملة والسرد لدى مرضى الفصام	165
22	إمكانية وجود علاقة بين الانتباه الانتقائي والذاكرة العاملة بالسرد لدى الفصامي	167

253	لوحة الانتشار لدرجات الانتباه الانتقائي البصري والسرد بالاسناد	23
254	لوحة الانتشار لدرجات الانتباه الانتقائي البصري والسرد بدون اسناد	24
255	لوحة الانتشار لدرجات الانتباه الانتقائي السمعي والسرد بالاسناد	25
257	لوحة الانتشار لدرجات الانتباه الانتقائي السمعي والسرد بدون اسناد	26
258	لوحة الانتشار لدرجات الحلقة الفونولوجية والسرد بالاسناد	27
259	لوحة الانتشار لدرجات الحلقة الفونولوجية والسرد بدون اسناد	28
261	لوحة الانتشار لدرجات المنفذ المركزي والسرد بالاسناد	29
262	لوحة الانتشار لدرجات المنفذ المركزي والسرد بدون اسناد	30
264	لوحة الانتشار لدرجات المفكرة البصرية الفضائية والسرد بالاسناد	31
265	لوحة الانتشار لدرجات المفكرة البصرية الفضائية والسرد بدون اسناد	32

مقدمة

مقدمة:

كانت ولا زالت الأمراض العقلية تشكل مجالا واسعا للبحث متعدد التخصصات كل حسب توجهه، ويعتبر الفصام من بين أهم الأمراض العقلية التي عنيت بالبحث في مجال علم النفس باختلاف مجالاته وعلى الرغم من الكم الكبير للأبحاث، لا يزال يشغل موضوعه اهتمام الباحثين إلى يومنا هذا، كونه مرض عقلي معقد خاصة أنه يظهر في مرحلة جد حساسة- وهي مرحلة المراهقة إلى الرشد- أين يفترض أن يكون أداء الفرد التعليمي، الوظيفي، الاجتماعي خلال هذه المرحلة في أوجّه، ليأتي هذا المرض مخلفا آثارا مأساوية، أين تظهر على المريض أعراض وسلوكيات تؤثر على جوانب حياته.

لعلّ الاهتمام بالبحث في هذا النوع من الأمراض في مجال الأروطوفونيا لا يزال حديثا نوعا ما في الجزائر -حسب نتائج الدراسة الأولية- ، لاسيما أنّ التكوين الأكاديمي في السنوات الماضية في مثل هذه الأمراض كان يقتصر على تكوين المختص النفسي العيادي، لكن مع تضافر الجهود والأبحاث المتواصلة في المجال تم ادراج مرض الفصام في تكوين المختص الأروطوفوني، ذلك أنّ المريض يعاني من اضطرابات في التواصل التي تعتبر من بين المحكات التشخيصية للمرض، ومجال عمل المختص الأروطوفوني.

لقد ساعد ظهور الاضطراب المعرفي في كل من الانتباه الذاكرة والوظائف التنفيذية.... وغيرها عند مرضى الفصام منذ المراحل الأولى للمرض في بيان أهمية الفحص الأروطوفوني، خاصة أنّ سيرورات المعالجة المعرفية تمثل قاعدة أساسية للغة والتواصل بشكل عام، واضطرابها قد يؤدي إلى اضطرابات في اللغة والتواصل حتى وإن لم تظهر الأعراض في بادئ الأمر.

فالانتباه يعد مقدمة العمليات المعرفية التي يتم تشغيلها أثناء التعامل مع المثيرات الحسية في البيئة الخارجية، بالتالي يعتبر المحدد الأول للسلوك أيًا كان نوعه، والانتباه الانتقائي من أهم أنواعه كونه يعتمد على التركيز على أهم المعلومات في ظل وجود المشتتات، فهو يسمح بانتقاء المعلومات ذات الصلة بالمهمة فقط وكفّ المشتتات، مما يجعل سلامته لدى الفرد ضرورية لتحقيق هدف التواصل.

كما أن الذاكرة بتعريفها البسيط تهتم بترميز وتخزين الأحداث والمعارف والمعلومات، ثم استرجاعها عند الحاجة إليها، تعد هذه العملية المعرفية ضرورية للتعلم من الخبرات السابقة، كما أنها جد مهمة لتوجيه السلوك وتكوين العلاقات وتفاعل الفرد مع بيئته، وتعد الذاكرة العاملة ذلك الجزء النشط من الذاكرة الذي يهتم بمعالجة وتخزين المعلومات والأحداث والخبرات لوقت قصير، كما ينقل ويحول من وإلى الذاكرة طويلة المدى، بالتالي تعتبر الذاكرة بمثابة منظم لخبرات الفرد.

وباعتبار مرض الفصام يؤثر بشكل كبير على جودة حياة المريض، بسبب الضرر الذي ينعكس على تفاعله مع الأسرة والمحيط، في ظل وجود اضطراب التواصل، وعلى اعتبار أنّ السرد شكل من أشكال التواصل الذي يسمح بنقل التجارب والوقائع والأحداث كما حدثت بالفعل، وفق تسلسل معين يضمن تحقيق هدف التواصل اليومي، أصبح من الضروري تحديد طبيعته لدى هذه الفئة، لاسيما أنّ المريض يصل إلى درجة من الاستقرار العيادي لكن يبقى لديه مشكل التواصل.

لعل السبب الأول لتناولنا البحث في هذا النوع من الأمراض، هو الظهور المبكر للأعراض التي تظهر في مرحلة هامة من عمر الانسان - مرحلة المراهقة و الرشد - التي يفترض أن يكون فيها الفرد في ذروة نشاطه المعرفي، ونظرا لندرة الدراسات في مجال أمراض اللغة والتواصل في الوسط الجزائري - في حدود اطلاعنا - حول مرضى الفصام والاضطرابات اللغوية التواصلية لديهم، كما

أن استمرار اضطراب التواصل لدى مريض الفصام حتى بعد الاستقرار العيادي للأعراض الذهانية بفضل العلاج الطبي حسب ما توصلت إليه الدراسات، عزز لدينا فكرة البحث في طبيعة شكل من أشكال التواصل المتمثل في السرد، وتحديد طبيعة بعض العمليات المعرفية المتمثلة في الانتباه الانتقائي والذاكرة العاملة لدى مرضى الفصام باعتبارهما مكونين أساسيين في نظام تجهيز ومعالجة المعلومات، من ثم البحث في العلاقة بين كل من الانتباه الانتقائي والذاكرة العاملة بالسرد لدى هذه الفئة من المرضى، ومن هنا تكتسب الدراسة أهميتها، حيث ستحاول تقديم تفسير لأهم مشكلة تعيق اندماج المريض اجتماعيا ومهنيا، و محاولة تقديم إضافة علمية في المجال من خلال تقديم نتائج على بيئة عربية جزائرية.

تضمنت الدراسة الحالية بايين، الباب الأول مخصص للجانب النظري للدراسة، ضمّ هذا الباب فصلا للآطار العام للدراسة، تم التطرق فيه إلى إشكالية الدراسة وفرضياتها، من ثم تحديد مفاهيم الدراسة، وأهمية وأهداف الدراسة، كما ضم الباب الأول أربعة فصول نظرية حيث خصص فصل للانتباه الانتقائي، ضم كل من تعريف الانتباه الانتقائي وأنواعه، والنماذج المفسرة له، بالإضافة إلى ذكر خصائصه والأساس العصبي له وصولا إلى طبيعته لدى مرضى الفصام، كما خصص فصل للذاكرة العاملة تضمن تعريفا لها والتطرق لأهم النماذج المفسرة لها، كما تم التطرق لدورها وأهم مكوناتها وأساسها العصبي، وكذا سعتها، من ثم التطرق إلى علاقتها بالانتباه الانتقائي، أخيرا تحديد طبيعتها لدى مرضى الفصام، ومن بين الفصول النظرية تم تخصيص فصل للسرد، أين تم تعريفه، ذكر مكوناته، بالإضافة إلى نماذج تحليله، من ثم التطرق إلى النموذج المقترح لـ Sam (2017) كما تم التطرق إلى مستويات السرد، والاتساق والانسجام في السرد، بعدها تحديد طبيعة السرد لدى مرضى الفصام، ولقد خصص الفصل الأخير من الباب الأول للفصام، من خلال تقديم

لمحة عنه، ثم التعريف به، والتطرق لأسبابه وأهم أعراضه ومراحله، وكذا طرق تشخيصه، وصولاً إلى تحديد الاضطراب المعرفي لدى فئة مرضى الفصام، بعداً تم التطرق لأهم الطرق العلاجية.

فيما يخص الباب الثاني للدراسة، خُصص للجانب التطبيقي للدراسة، حيث ضم فصلين، فصل خاص بالإجراءات المنهجية للدراسة، ضم كل من تناول الاجرائي الأول والمتمثل في الدراسة الأولية، أين تم تقديم منهج وعينة وأدوات الدراسة، من ثم عرض نتائج الدراسة ومناقشتها، ثم انتقلنا إلى تناول الاجرائي الثاني المتمثل في الدراسة الاستطلاعية، تطرقنا إلى أهداف الدراسة ومنهجها وكذا عينة الدراسة وأدواتها، من ثم عرض نتائجها، بعدها تناول الاجرائي الثالث المتمثل في الدراسة الأساسية، أين تم التطرق إلى منهج الدراسة والاطار الزمني والمكاني لها، ثم عينة الدراسة وخصائصها، ثم أدوات الدراسة، والأساليب الإحصائية، أمّا الفصل الآخر خصص لعرض وتحليل ومناقشة نتائج الدراسة وتفسيرها، وكمرحلة أخيرة تم وضع خاتمة للدراسة متبوعة بتوصيات للبحوث القادمة.

الباب الأول

الجانِب النظري

الفصل الأول

الإطار العام للدراسة

1. الإشكالية:

يمثل الفصام أهم مشاكل الصحة العامة التي يواجهها المجتمع البشري (Andreasen, 2000) حيث يصيب أكثر من 23 مليون شخص في العالم، ويشيع عند الرجال بنسبة 60% منه عند النساء. (Cukierman, 2022)، ينتشر هذا المرض في الوسط الجزائري على غرار مختلف بلدان العالم، فقد بينت احصائيات وزارة الصحة لسنة 2019 أن أكثر من 420000 شخص، أي ما يعادل نسبة 1% من السكان الجزائريين، يعانون من هذا المرض. (زواني، 2020، ص. 154).

يعتبر الفصام مرض عقلي حاد، مزمن (Vucurovic, 2021)، ومعقد، بسبب تنوع الأعراض وشدها (Vrignaud, 2020)، التي تصيب كل أوجه حياة المريض، كالطريقة التي يفكر ويشعر ويتصرف بها، والتي تؤثر بدورها على الاستقرار الوظيفي، والعيش باستقلالية، والاحتفاظ بعلاقات وثيقة مع الآخرين. (الحويلة وآخرون، 2017، ص. 494) كما أنّ واحدة من أكثر السمات المأساوية للمرض هو الظهور المبكر للأعراض عادة ما بين 20 و 35 سنة، مع آثار مدمرة في العلاقات الاجتماعية، التعليم، وبدء الحياة المهنية، بالتالي تدمير جميع آمال النضج المبكر (Aleman, 2014).

يبدأ المرض بشكل أساسي في فترة المراهقة ومرحلة بداية الرشد، بين 15 و 25 سنة لدى الرجال و 25 و 35 سنة لدى النساء (Delerue, 2010)، وتظهر المظاهر الأولى في نهاية فترة المراهقة، ويمكن الإعلان عن المرض من خلال " الهذيان"، مع نوبات حادة تتبع بعضها البعض، ولكن يمكن أن يظهر أيضا تدريجيا وينتشر على مدى بضعة أسابيع أو أشهر. (Cukierman, 2022).

قد تظهر على المصاب به أعراض تشويه للواقع، والتي تظهر على شكل هلاوس وهذيان، كما يمكن أن تظهر أيضا على شكل انخفاض في القدرات التعبيرية، صعوبة القيام بالأنشطة اليومية، الانسحاب الاجتماعي، وتكون هذه الأعراض الأخيرة أكثر ثباتا من العلامات الأخرى للمرض، كما يمكن الكشف عن المرض عن طريق عدم تنظيم طريقة التعبير عن نفسه لفظيا وسلوكيا. (Bonsack, & Cottraux, 2015)

يتم تشخيص المرض عادة في أواخر مرحلة المراهقة وبدايات مرحلة الرشد، حتى ولو كان من الممكن ملاحظة بعض التغيرات الطفيفة في السلوك الاجتماعي والأداء المعرفي في وقت مبكر. (Ben Malek, 2019)، تم تصميم الجدول العيادي للمرض حول ثلاث أبعاد رئيسية: بعد الأعراض الإيجابية: يضم (الهلاوس والهذيان)، وبعد الأعراض السلبية يضم (الخمول، اللامبالاة، والانسحاب الاجتماعي)، وبعد الأعراض غير المنتظمة يضم (اضطراب عملية التفكير، عدم انسجام الأفعال والتناقض العاطفي)، ويرتبط بشكل عام بالعجز العصبي المعرفي (اضطرابات الانتباه، والذاكرة، والوظائف التنفيذية) التي تساهم بشكل كبير في الإعاقة النفسية الناجمة عن الفصام. (Franck, 2013)

منذ نشر سلسلة من الأعمال في مجال علم النفس العصبي وتصوير الدماغ خلال سنوات الثمانينات والتسعينات تعتبر الاضطرابات المعرفية اضطرابات مركزية في مرض الفصام (Thomas et al, 2009)، يشمل نمط الضعف أو الاضطراب المعرفي في الفصام بشكل ثابت على الفصوص الجبهية، كما أنّ أعراض الخلل ونمط الاضطراب المعرفي والعلامات العيادية البسيطة هي الأكثر إحياء بخلل في القشرة قبل الجبهية الظهرية الجانبية. (Weinberger, 1986)، وغالبا ما تكون هذه الاضطرابات - المعرفية - موجودة قبل ظهور المرض، حيث تقرّ

الأدبيات العلمية عموماً بوجودها لدى حوالي 80% من المرضى، كما تجدر الإشارة إلى أنّ العجز المعرفي ليس نتيجة للأدوية المضادة للذهان، حتى وإن كان من الممكن أن يسبب في بعض الأحيان تباطؤ في معالجة المعلومات خاصة مع الأدوية المضادة للذهان من الجيل الأول. (Vianin, 2013)، بالتالي يشكل العجز المعرفي خاصية أساسية للمرض وليس مجرد نتيجة للأعراض أو العلاجات الحالية. (Dupuy, 2018)، لذا يعد التقييم النفسي العصبي حالياً موضوع متزايد الطلب عليه في مؤسسات الطب العقلي، فقد وضع التقدم في الأبحاث الدولية على مدار 20 سنة الماضية الاضطرابات المعرفية في صميم مرض الفصام، كمستوى متوسط من الوصف بين الأداء العصبي البيولوجي وأعراض المرض. (Prouteau, 2011).

يظهر مرضى الفصام عجزاً معرفياً، في كل من المجالات المحددة كلاسيكياً على أنها المستوى الأول، كالانتباه، التركيز، سرعة معالجة المعلومات، الذاكرة، والوظائف التنفيذية أو الحركية، وفي مجالات المستوى الثاني المتعلقة بعجز المعرفة الاجتماعية ونظرية العقل (Gaillard, 2018)، وبشكل أكثر تفصيلاً تشمل الاضطرابات المعرفية في غالب الأحيان كل من الذاكرة (الذاكرة العاملة في المقام الأول وذاكرة الأحداث)، الانتباه (الانتباه الانتقائي والانتباه المستمر)، الوظائف التنفيذية (حل المشكلات، المرونة المعرفية والتخطيط) (Prouteau, 2011)، في هذا الصدد أشارت نتائج دراسة Zakzanis و Henrichs من خلال التحليل البعدي لأكثر من 204 دراسة، إلى أنّ المرضى المصابين بالفصام لديهم أداء أكثر ضعفاً ودال مقارنة بالأسوياء، بانحراف معياري في حدود 1.5 إلى 3 من حيث القدرات المعرفية العامة، وبشكل انتقائي: كالذاكرة اللفظية وغير اللفظية، المهارات الحركية أحادية وثنائية الجانب، التوجه الفضائي، اللغة، الوظائف التنفيذية، والانتباه السمعي والبصري. (Thomas et al, 2009).

يعد هذا الأخير من أهم أنواع الانتباه كونه يسمح للفرد بتفضيل معالجة سمة ذات صلة بالمشير، مع كَفّ عناصر التشتييت. (Remillieux, 2018) فالانتباه الانتقائي يسمح بعملية فرز بين العناصر المختلفة الموجودة في وقت واحد (نفس الوقت)، مما يساعد -هذا الفرز- النظام المعرفي بالتركيز على مشير معين وكَفّ العناصر الأخرى (المشتتات). (Léger, 2016). كما يتوافق مع عملية انتقاء ومعالجة مشير معين أو مجموعة من المثيرات من بين جميع المثيرات الموجودة في البيئة، بالتالي هذه العمليات تتطوي على كَفّ الاستجابات للمنبهات التي لا علاقة لها بالمهمة الحالية. (Noel, 2007).

لقد لجأت العديد من الأبحاث لتفسير عملية الانتقاء هذه، مما سمح بظهور عدة نماذج نظرية تفسر هذه الظاهرة، والتي صنفت ضمن مجموعتين، مجموعة تقترض أن انتقاء المثيرات يتم في مرحلة مبكرة ضمن معالجة المعلومات، بينما تقترض المجموعة الثانية أن الانتقاء يحدث في مرحلة متأخرة بعد التحليل الإدراكي، لكن وجهت العديد من الانتقادات لهذه النماذج، مما نتج عنها طرح مقترحات لنماذج جديدة تكاملية تقترض الانتقاء المزدوج الذي يكون في مرحلة مبكرة ومتأخرة مثل نموذج **Habib**، الذي يفترض أن عملية الانتقاء يمكن أن تحدث بشكل متنوع في المستوى المبكر أو المتوسط أو المتأخر، اعتمادا على خصائص المثير والسياق الذي يدرك فيه، وهذا ما نحتاجه في حالة التعامل مع الخصائص المعرفية المعقدة وما تحتاجه الدراسة الحالية.

من وجهة نظر معرفية، فإن الأفراد المصابين بالذهان يعانون من مشاكل خاصة بقصور الانتباه، أي صعوبة في الانتقاء والانتباه لمثيرات موجودة في موقف ما. لاحظ "بلوير" أن المصابين بالفصام بدو غير قادرين على تركيز أفكارهم، كما أن أغلبهم وصفوا أعراضهم الفصامية المبكرة بأنها تتمثل في حفظ تفاصيل غير مهمة وإساءة تفسير التعليمات. (إقبال والتونوي، 2022).

فحسب نموذج برودبنت فإن خلل الأداء عند المصاب بالفصام يرجع إلى مشكل في ترشيح الانتباه والذي يظهر من خلال غياب عملية تصفية (ترشيح) المعلومات الحسية المهمة، بالإضافة إلى تدفق المعلومات غير المصفاة مما يؤدي إلى فائض في قدرات المعالجة الانتباهية. (Lovoyer, 2009)

من جهة أخرى أشار Mathalon وآخرون (2004) إلى قدرة المرضى المصابين بالفصام على الحفاظ على مرشح الانتباه، حيث تسمح لهم هذه التصفية المبكرة بتحديد المعلومات ذات الصلة، من ناحية أخرى يتم اضطراب بعض العمليات التي تتدخل في الحفاظ على التصفية.

العديد من الدراسات باختلاف مناهج دراستها سلطت الضوء على وجود عجز خاص على مستوى ميكانيزم الكفّ الانتباهي لدى المرضى المصابين بالفصام، كذلك يصبح المرضى حساسين لمثيرات متعددة مما - يجعل من الصعب الاستجابة والاستجابة بشكل مناسب لحالة معينة - يصعب الاستجابة بشكل مناسب. (verhaegen, 2007)، وهذا أيضا ما توصلت إليه أيضا نتائج دراسة Lovoyer (2009) فيما يتعلق بالانتباه عند المرضى المصابين بالفصام توصلت إلى أنهم - المرضى المصابين بالفصام فيما بينهم - يشتركون في بعض الصعوبات مقارنة بالأسوياء، تمثلت في صعوبات تحويل تركيز الانتباه بشكل كاف، وضعف القدرة على تثبيط وكف المعلومات المشتتة.

لقد سلط التقييم النفس عصبي للوظائف المعرفية لدى المرضى المصابين بالفصام الضوء على عجز في عمليات الانتباه، حيث أظهرت دراسة المدخلات الحسية السمعية أو البصرية لدى مرضى الفصام أداء ضعيف جدا مقارنة بأداء المجموعة الضابطة، ويبدو أن الاضطراب يتعلق بشكل أساسي بالانتباه الانتقائي، وقد يفسر لعدم قدرة هؤلاء المرضى على انتقاء أو اختيار

المعلومات ذات الصلة وكفّ حدوث حركات التنشيط غير المناسبة التي تؤدي إلى زيادة التشنيت. (Peretti et al, 2004). في ذات التوجه، توصل **Lefévre و Cellard (2010)** إلى أنّ الانتباه الانتقائي ينبئ أنّ التشبع والاستجابة للتشنيت أكبر عند المرضى المصابين بالفصام مقارنة بالأسوياء، وهذا ما تؤكد تحليلات التباين، كما بينت أن التأثير الضار للتشنيت أكبر عند المرضى المصابين بالفصام، وتم تفسير هذه النتيجة بوجود اضطراب في الانتباه الانتقائي.

وفي ذات السياق من الأفكار، وبدرجة لا تقل أهمية عن المكانة الهامة للانتباه الانتقائي في حياة الفرد، فالذاكرة أيضا تحتل مكانة هامة لاسيما الذاكرة العاملة، ذلك النظام الديناميكي الذي لا يدمج الاحتفاظ بالمعلومات فقط، بل يحولها أيضا كنتيجة للنشاط المعرفي، يلعب هذا النوع من الذاكرة دورا أساسيا ومركزيا، حيث يرتبط بتطور الأنشطة المعقدة، كفهم اللغة، القراءة، التعبير الكتابي، الحساب والتفكير. تضم هذه الذاكرة ثلاث مكونات حسب النموذج الكلاسيكي لـ **Baddeley**، المنفذ المركزي، الحلقة الفونولوجية، والمفكرة البصرية الفضائية، فالمنفذ المركزي هو ذلك المكون المرن والمستقل بطبيعته، من المفترض أن يؤدي وظائف مختلفة، مثل تنسيق المعلومات الواردة من مصادر مختلفة، كفّ الاستجابات المسيطرة أو غير ذات الصلة، تنشيط المعلومات من الذاكرة الدائمة، والتخطيط للأفعال، والحلقة الفونولوجية هي التي تشارك في التخزين المؤقت للمعلومات اللفظية، بينما المفكرة البصرية الفضائية هي التي تشارك في التخزين المؤقت للمعلومات البصرية. (Kail & Fayol, 2003) تمكن الذاكرة العاملة من الاحتفاظ المؤقت بمجموعة معينة من المعلومات المهمة للمشكلة المراد حلها أو التعليمات الخاصة بالمهمة التي يجب حلها، لكنها لا تتعلق فقط بالحفظ " التخزين " كما هو الحال مع الذاكرة قصيرة المدى، بل يتعلق الأمر " بالمعالجة "، حيث تتم معالجة المعلومات في الذاكرة العاملة بطريقة " انتباهية " أو

متحكم فيها دون معرفة ماهي المعلومات الخاضعة للسيطرة والتي يتم معارضتها بالمعالجة التلقائية. (Tardif & Doudin, 2022)

لذا تحتل أهمية كبيرة من وجهة نظر وظيفية، لأنها تضمن تناسق واستمرارية أنشطتنا اليومية، فهذا النوع من الذاكرة مثلاً، هو الذي يجعل من الممكن متابعة محادثة، فهم محتوى النص (قصة، مقال صحفي ... وغيرها) أو حتى التنسيق والتخطيط لأنشطتنا اليومية من خلال مراعاة المعلومات التي سجلناها الآن. (vianin, 2013)

إنّ مرضى الفصام يعانون من عجز على مستوى الذاكرة العاملة، وتكون أكثر شدة لأن الحمل أو العبء المعرفي للمعلومات مرتفع، وبالإشارة إلى النموذج الذي طوره **Baddeley**، يمكن رسم ملامح الضعف حيث يكون المنفذ المركزي معطلاً [لايعمل]، بالإضافة إلى المفكرة البصرية الفضائية بينما يتم الاحتفاظ بالحلقة الفونولوجية. (Peretti et al, 2004). وهذا ما يتوافق مع دراسة **دريس و تواتي (2021)** الموسومة بـ "اضطراب الذاكرة العاملة لدى الفصامين"، حيث هدفت الدراسة للكشف عن أداء الذاكرة العاملة لدى الفصامين، وتوصلت نتائجها إلى وجود اضطراب خفيف في الحلقة الفونولوجية، اضطراب متوسط في المفكرة البصرية الفضائية، واضطراب حاد في المنفذ المركزي.

بالتالي يرتبط العجز في الأداء اليومي لدى المرضى المصابين بالفصام بالعجز في القدرات المعرفية، مثل الذاكرة، الانتباه، التخطيط ... غيرها. (Bonsack & Cottraux, 2015)، فالمريض المصاب بالفصام يعاني من العديد من الأعراض التي تحول بينه وبين الاتصال السليم مع المحيط الخارجي فهي لا تؤثر على المريض فحسب بل وعلى من حوله عامة وأفراد أسرته خاصة. (السواح و عياد، 2022، ص.2).

لقد أظهرت العديد من الدراسات أنّ الصعوبات التواصلية قد تستمر حتى عندما تكون القدرات النحوية والدلالية للمرضى سليمة، وتشمل الصعوبات التي يظهرها المرضى المصابين بالفصام جوانب مختلفة من الكفاءة التواصلية، مثل مهارات السرد والمحادثة. (Parola et al, 2017)

يعتبر السرد حسب "بارت" شكل من أشكال التواصل، فهو وسيلة لاسترجاع تجربة ماضية، وربط الجمل اللفظية بأحداث وقعت فعلا. (Barra et al, 2018) كما توضح ريابي (2013)، أن السرد نوع من أنواع الخطاب، والقصة التي تتكون من أحداث متتابعة ومتعاقبة هي الموضوع الذي يدور حوله السرد، أما السرد فهو الطريقة المتبعة في قص هذا التتابع في الأحداث. في ذات السياق يعرف Ulatowska وآخرون (1981) السرد على أنه نظام لغوي خاص يحمل حدثاً أو مجموعة من الأحداث، يعتمد على القصص باعتبارها مادة سردية معقدة، لا يمكن تجسيدها في قالب سردي بعيداً عن نظام معرفي يقوم بمعالجتها ككل مترابط من خلال مجموعة من العمليات العقلية (العراقي، 2022، ص. 100)، ويعتبر النموذج المعرفي اللغوي لـ Sam (2017) الذي يمثل المستويات المختلفة لإنتاج القصة، المستوحى من علم النفس المعرفي اللغوي، هو النموذج الأمثل لتفسير طبيعة العجز في إنتاج السرد، لأنّ الدراسات في علم النفس المعرفي اللغوي حاولت شرح ميكانيزمات اضطراب اللغة وعلاقتها بالوظائف المعرفية، كذلك هو الحال بالنسبة للنموذج المقترح من طرف Sam (2017) الذي يعتمد على الربط بين مستويات الإنتاج السردية والعمليات المعرفية النشطة أثناء هذا الإنتاج.

لقد حظي تحليل الاتساق والانسجام في السرد لدى مرضى الفصام بأهمية بالغة في مختلف الدراسات، معتمدة أغلبها على قصص الحياة الشخصية، في تقييم الانسجام والاتساق السردية نذكر منها دراسة Allé وآخرون (2016) التي تهدف إلى تقييم انسجام السرد لدى المرضى المصابين

بالفصام، من خلال الاعتماد على سرد قصص حياة المرضى لفهم طبيعة اضطرابات الهوية لديهم، حيث اهتموا بتحليل قصص حياة المرضى والأشخاص الأسوياء مما سمح لهم التمييز بين ثلاثة أبعاد لانسجام قصص حياة المرضى: و يتعلق الأمر بالانسجام الزمني (الذي يعكس الفهم الزمني للسرد) الانسجام السببي الدافعي (الذي يعكس تطور هوية الراوي طوال السرد) والانسجام الموضوعي (يعكس ثبات الهوية من خلال التجارب المعيشية المختلفة)، وتوصلت النتائج إلى أنّ الانسجام الزمني انخفض قليلا في قصص المرضى، في المقابل هناك ضعف شديد على مستوى الانسجام السببي الدافعي والترابط الموضوعي، حيث يواجه المرضى صعوبة في شرح كيف شكلت الأحداث الماضية هويتهم ودمج هذه الأحداث معا في سرد منسجم موضوعيا، ويرتبط العجز التنفيذي لدى المرضى بالصعوبة التي يواجهونها في بناء قصص منسجمة عن حياتهم. كما توصلت ذات النتائج إلى بعض عدم التجانس في مستويات سرد القصص لدى المرضى المصابين بالفصام، فالمرضى الذين يتمتعون بأداء معرفي أفضل أو شعور عال بالانسجام لديهم قصص حياة أكثر انسجاما تتوافق مع مستوى الانسجام لدى الأسوياء.

كما لاحظ Bally (2015) إنطلاقا من بعض الدراسات النوعية التي فحصت القصص الشخصية للأشخاص المصابين بالفصام، أن مرضى الفصام يواجهون صعوبات في تنظيم سرد تجاربهم الذهانية في تسلسل زمني منسجم، حيث فقدت الخصائص الزمنية للحبكة (الطريقة التي يتم بها دمج تجارب الحياة في تسلسل زمني يمكن أن يمنحها النظام والمعنى)، مما قد ينتج عنه افتقار القصص إلى المنطق والتوجيه والانسجام.

وحسب دراسة كمية لـ Lysaker وآخرون، فإن الاضطرابات في انسجام السرد غالبا ما تكون

عميقة بشكل خاص لدى مرضى الفصام.

كما تعد القصص الشخصية للمرضى المصابين بالفصام أقل انسجاما من قصص الأشخاص الأسوياء، فهي أقل تنظيما من حيث التسلسل الزمني وأقل تحديدا في الزمن، كما أنها تقتصر إلى المعنى وأقل قابلية للفهم والعقلانية والتقبل لدى الآخرين. (Bally, 2015)، فالشخص المصاب بالفصام لا يحترم قيود التسلسل التي تسمح بأن يكون الخطاب مفهوما (Granger & Naudin, 2019)

وتوصلت دراسة كل من **Badaoui وBoumaraf (2022)** التي تهدف إلى تحليل اضطرابات الكلام لدى المصابين بالحبسة ولدى المصابين بالفصام، للتعرف على خصائص عملية التواصل لديهم. معتمدين على القصة لتحليل القدرة التواصلية لدى 4 حالات (2 منهم مصابين بالحبسة و 2 مصابين بالفصام)، حيث قامت الباحثتان بتحليل السرد لدى المجموعتين انطلاقا من مستويين، مستوى البنية الكلية (الانسجام) ومستوى البنية الجزئية (الاتساق)، وذلك بالاعتماد على نموذج **Labov**، توصلت النتائج فيما يتعلق بالسرد لدى مرضى الفصام في البنية الجزئية والبنية الكلية إلى أن البنية الجزئية (الاتساق) تميزت بالمرونة في استعمال عناصر الاتساق، مما يكشف عن سهولة استخدام العبارات النحوية، فغالبيتها الجمل المقدمة من طرف المصاب بالفصام تكون صحيحة نحويا، بينما المشكلة تكون على مستوى المحتوى الذي يريد إيصاله، أما البنية الكلية (الانسجام) فتميزت باللغة غير المنتظمة تماما، غياب الموضوع، غياب القصة، عدم الانسجام في التعليقات بالنسبة لسياق التواصل، انتاج جمل جيدة التركيب من الناحية النحوية، لكنها غير منسجمة لعدم ملائمتها مع الواقع، انتاج قصة هذيانية لا يصل بناء الحدث إلى نهايته، بناء المصاب بالفصام لعالمه الخاص والابتعاد عن الواقع، اضطراب التواصل، اضطراب اللغة، تعدد المواضيع في نفس القصة، سرد طليق جدا لكن غير منسجم في منطق

الأحداث المبلغ عنها، تسلسل غير منطقي للعبارات، تفكير غير منسجم مما يعيق استخلاص المنطق من كلماته غير المنسجمة كليا، يتحدث المريض بسهولة لكنه يتجاوز اطار التواصل، وجود الهذيان والهلوسة.

يعد الانتباه الانتقائي والذاكرة العاملة من بين العمليات المعرفية التي قد ترتبط بإنتاج السرد لدى مرضى الفصام، فلقد أثبت العديد من الباحثين بأن العديد من حالات الضعف في معالجة اللغة لدى مرضى الفصام ينشأ مباشرة من الضعف المعرفي خارج نظام اللغة، ويشمل هذا الضعف الانتباه الانتقائي والتصنيف، والذاكرة العاملة، والتحديث والاسترجاع من الذاكرة قصيرة المدى، وذلك باستخدام " التمثيل الداخلي للسياق " لتوجيه الفعل، واستخدام الاستراتيجية والوظائف التنفيذية ووظائف الفص الجبهي الأخرى. (Kuperberg & Caplan, 2003)

فمشاكل اللغة والكلام التي هي بالأساس انعكاس لاضطراب التواصل لدى هذه الفئة من المرضى يمكن أن تنشأ بسبب عدم القدرة على تجاهل تضمينات ومحتوى الكلمات، وبالتالي فإن التأثير التراكمي لمثل هذا القصور في الانتباه يمكن أن ينمي اعتقادات غير منطقية (ظلالا)، ويؤدي إلى صعوبة في اللغة والتفكير بطرق يمكن أن تعرقل التفاعلات الاجتماعية. (إقبال والتوني، 2022، ص. 202 - 203)، ويشير " ماهر " إلى أنّ اضطراب اللغة لدى بعض المرضى المصابين بالفصام ناتج عن عدم القدرة على المحافظة على التركيز والانتباه، حيث أن اضطراب الانتباه يؤثر في معالجة المدخلات الحسية، ويقف خلف كشف التداعيات المتدخلة في الإنتاج اللغوي، وهذا ما يسميه البعض بالعجز في ميكانيزم الانتقاء. (جمعة، 1990، ص. 238) فمن السهل تشتت انتباه المصاب بالفصام، وقد يفتقر إلى المرونة، وغالبا من ما يتخلى عن الموضوع الحالي ليعود إلى أحد موضوعاته المفضلة، يمكن أن تتلاشى قوة الخطاب " تدريجيا " أو أن تتوقف

في منتصف الجملة " حواجز"، هذه الاضطرابات عندما تكون واضحة، تظهر في المقام الأول على أنها اضطرابات في التواصل. (Granger & Naudin, 2019)

تلعب الذاكرة أيضا دورا محوريا في الإنتاج اللغوي مهما كان نوعه، ففي دراسة Weible وآخرون (2009)، التي هدفت إلى اختبار النشاط المرتبط بالمناطق المساهمة في المكون اللفظي للذاكرة العاملة (الحلقة الفونولوجية) والمعالجة اللغوية وعلاقته بمستوى الهلاوس السمعية لدى المرضى المصابين بالفصام، توصل هؤلاء إلى أنّ مرضى الفصام الذين يعانون من هلاوس سمعية يظهرون انخفاضا في نشاط الجزء العلوي من الفص الصدغي والجزء السفلي من الفص الجداري، وهذه المناطق تساهم في المعالجة اللغوية ووظائف الحلقة الفونولوجية.

حسب Kuperberg و Caplan (2003) يمكن أن ترجع بعض حالات الضعف اللغوي إلى حالات العجز المعرفي خارج نظام اللغة، على سبيل المثال قد يؤدي عجز تكرار اللفظي للمعلومات (أحد مكونات الذاكرة العاملة) إلى منع التشفير العميق للمعلومات الدلالية، كما قد يكون عجز الذاكرة قصيرة المدى أو الذاكرة العاملة مسؤولا عن تفاعل القيود السياقية مع موضع الكلمة (الأسبقية أو الحداثة) في الفصام، و الدليل على وجود ارتباط بين الذاكرة العاملة والمهام اللغوية في مرض الفصام هو الأقوى على مستوى الجمل والخطاب، يرتبط العجز في الذاكرة العاملة اللفظية (الحلقة الفونولوجية) بعجز في فهم اللغة، وترتبط اضطرابات التواصل بضعف الأداء في الذاكرة السمعية المباشرة، والذاكرة العاملة، و التشتيت والانتباه.

كما أنّ اضطراب الذاكرة العاملة يمكن أن يفسر فشل مرضى الفصام في تنسيق بعض أفكارهم مع المعلومات السياقية ذات الصلة، مما يؤدي إلى اضطراب الانسجام السببي، وينتج عن حلقات تفكير لا سياق لها، فلأداء مهمة الذاكرة العاملة بنجاح، يتوجب على الشخص ترميز الهدف،

وتمثيل الهدف داخليا، والحفاظ على التمثيل العقلي للهدف مع منع المعلومات غير ذات الصلة، واستعادة التمثيل العقلي في اللحظة المناسبة.

ومن المثير للاهتمام أن المرضى المصابين بالفصام يعانون من عجز في جميع هذه العمليات الفرعية التي تدعم الذاكرة العاملة، حيث لديهم عجز في الترميز لاسيما في سياق مهام الذاكرة العاملة خاصة فيما يتعلق بترميز معلومات السياق، حيث تظهر الأدلة أن معلومات السياق لا يتم معالجتها بشكل كاف في مرحلة الترميز، كما يعاني المرضى من ضعف شديد في الكف، فانهم يميلون إلى الافراط في معالجة المعلومات غير ذات الصلة على حساب المعلومات ذات الصلة، بالإضافة إلى ذلك، يضطرب الانتباه الانتقائي، مما يساهم بشكل أكبر في التدخل المنتظم للمعلومات غير المهمة.

كل هذا العجز في العمليات الفرعية للذاكرة العاملة يمكن أن يساهم في اضطراب عمليات تكامل المعلومات السببية والسياقية، في المقام الأول قد تظل المعلومات السياقية ذات الصلة غير مشفرة أو غير مشفرة بشكل كاف، وإذا تم ترميزها فقد يتم ترميزها مع معلومات غير ذات الصلة، مما قد يجعل استرجاعها أكثر صعوبة، أخيرا حتى إذا سارت الأمور على بشكل سليم في مرحلة الترميز، فقد تتعطل عملية الاسترجاع نفسها. (Martin, 2014)

من بين الدراسات التي حاولت تفسير العجز في الإنتاج السردى وعلاقته ببعض العوامل المعرفية نجد دراسة Jensen و Hartley (1991) التي هدفت للبحث في انتاج ومحتوى وتماسك الخطاب السردى والاجرائى، لدى 11 شخصا تعرضوا لصدمة جماعية (مغلقة)، كان على المشاركين انتاج خطابين سرديين يتألفان من إعادة سرد قصة مسموعة، واختراع قصة من لوحات مرسومة، بالإضافة إلى خطاب اجرائى يتكون من إعادة سرد كيفية اجراء عمليات شراء في محل

بقالة. أظهرت نتائج الدراسة علاقة ذات دلالة إحصائية بين الذاكرة العاملة والتماسك في الخطاب السردى لدى 11 فردا مصابا بصدمة جمجمية، واستنتج الباحثين أنّ بعد الصدمة الجمجمية يكون انتاج الخطاب محدودا في كفاءته ومحتواه وترابطه الدلالي، وأنّ أوجه القصور هذه مرتبطة بشكل كبير بقدرات الذاكرة العاملة.

بالإضافة إلى دراسة **Coelho و Youse (2005)** التي هدفت للبحث في العلاقة بين الذاكرة العاملة وإنتاج الخطاب السردى لدى الأفراد المصابين بصدمة جمجمية مغلقة، حيث انطلقوا من الفرض القائل أنّ الأفراد الذين يظهرون أداء عاليا في اختبارات الذاكرة العاملة يجب أن يؤديوا أداء أفضل في مهام انتاج الخطاب، مقارنة بالأفراد ذوي الأداء المنخفض في الذاكرة العاملة.

أظهرت النتائج ارتباطات متوسطة ذات دلالة إحصائية بين قياسات الذاكرة العاملة وتلك الخاصة بإنتاج الخطاب، مما يدعم الفرضية الأولية، مع ذلك فإنّ الطابع المعتدل الأهمية للارتباطات التي تم الحصول عليها يثير أيضا نقطة مهمة، حيث قد تكون مهام وحدة حفظ القوائم البسيطة تنبئ بشكل ضعيف عن الأداء اللغوي، ويمكن تفسير ذلك من خلال حقيقة أنّ سعة الذاكرة اللازمة لمعالجة الجملة تختلف عن تلك اللازمة لحفظ الوحدات، كما أنّ مهام الوحدات تحدد ساعات التخزين فقط، ولا تأخذ في الاعتبار الدور المزدوج للتخزين والمعالجة المخصص للذاكرة العاملة، لذلك يقترح الباحثين أن الأبحاث المستقبلية حول العلاقات بين الذاكرة العاملة وإنتاج الخطاب تستخدم مقاييس للذاكرة العاملة أكثر تعقيدا من مقياس **Wechsler**. مثل اختبار **RST** (Reading Span Test) (Daneman & Carpenter 1980).

من جهة أخرى توصلت دراسة **Rogalski وآخرون (2010)**، الذين افترضوا أن تتناسق الخطاب السردى مرتبط بالذاكرة العاملة، حيث شارك في دراستهم 13 فردا تعرضوا لحادث وعائي

دماغي (AVC)، (بما في ذلك 12 تعرضوا لجلطة دماغية)، تم اجراء اختبارات معرفية مختلفة لهم، ولاسيما بعض الاختبارات الفرعية لمقياس Wechsler من أجل تقييم الذاكرة العاملة ومقارنتها بدرجة التناسق في الخطاب السردى الذي ينتجه المشاركون، مع ذلك لم يتم إيجاد أي ارتباط، مما لا يؤكد فرضيتهم.

من جهتها حاولت **العربي (2022)** في دراستها تحت عنوان " أثر الذاكرة العاملة والانتباه الانتقائي على السرد لدى الحبسي الراشد اعتمادا على قصص مصورة غير مألوفة" البحث في أثر اضطراب كل من الذاكرة العاملة والانتباه الانتقائي على السرد لدى الراشد المصاب بالحبسة المتراوح سنه بين 27 و 65 سنة، توصلت نتائج الدراسة إلى أنّ لكل من الذاكرة العاملة والانتباه الانتقائي أثر على السرد القصصي (بالاسناد) لدى المصاب بالحبسة بحجم أثر كبير جدا، ولكل من الذاكرة العاملة والانتباه الانتقائي أثر في مستويات السرد القصصي (بدون اسناد) لدى المصاب بالحبسة بحجم أثر كبير جدا، وعليه تم استنتاج أنّ هناك أثر للذاكرة العاملة والانتباه الانتقائي على السرد لدى المصاب بالحبسة الراشد الجزائري. وهذا ما أكدّه **Capilouto و Carter (2009)** حيث يرى أنّ الكفاءة السردية تتناسب طرديا مع سلامة الذاكرة العاملة والانتباه الانتقائي. (العربي. صام. 2021. ص 409)

من جهة أخرى توصلت **دراسة دريس (2023)** تحت عنوان " أثر الانتباه الانتقائي والذاكرة العاملة على عدم تناسق الخطاب عند الفصامي" والتي هدفت للكشف عن أثر كل من الانتباه الانتقائي والذاكرة العاملة على عدم تناسق الخطاب عند الفصامي، إلى أنّ للانتباه الانتقائي أثر على كل من البنيات اللسانية للخطاب و محتوى الخطاب و على الفعالية اللغوية للخطاب لدى

الفصامي، بينما تؤثر الذاكرة العاملة على محتوى الخطاب فقط، وعليه تم استنتاج وجود أثر للانتباه الانتقائي والذاكرة العاملة على عدم تناسق الخطاب لدى الفصامي.

انطلاقاً من ماتم عرضه من خصائص نفسية معرفية عصبية لدى المرضى المصابين بالفصام، و معطيات الدراسات التي تحدد طبيعة ومستوى كل من الانتباه الانتقائي والذاكرة العاملة والسرد لدى هذه الفئة من المرضى التي كانت أغلبها أجنبية، وبناء على معاناة المرضى من المشاكل التواصلية التي تنعكس على اللغة، وانطلاقاً من نتائج الدراسات التي تؤكد ارتباط اضطرابات اللغة باضطراب كل من الانتباه الانتقائي والذاكرة العاملة ، ونظراً لندرة الدراسات التي تهتم بدراسة الإنتاج السري وعلاقته ببعض السيروتات المعرفية العصبية كالانتباه الانتقائي والذاكرة العاملة عند مرضى الفصام لاسيما الدراسات المحلية - في حدود اطلاعنا - ، ونظراً للنقص الفادح في التكفل الأروطوني بمرضى الفصام في الوسط العيادي الجزائري الذي يطرح مشكلة ميدانية، تبين حاجة الوسط العيادي الأروطوني لدراسات في هذا المجال -حسب نتائج الدراسة الأولية- ، ومنه ارتأينا القيام بهذه الدراسة التي تعتبر دراسة عربية لبيئة وثقافة جزائرية، والتي تبحث في علاقة كل من الانتباه الانتقائي والذاكرة العاملة بالسرد عند مرضى الفصام، وعليه تم طرح التساؤلات التالية:

التساؤل العام:

- هل توجد علاقة ارتباطية بين الانتباه الانتقائي والذاكرة العاملة بالسرد عند الفصامي؟

التساؤلات الجزئية:

- هل توجد علاقة ارتباطية بين الانتباه الانتقائي البصري والسرد بالإسناد عند الفصامي؟
- هل توجد علاقة ارتباطية بين الانتباه الانتقائي البصري والسرد بدون اسناد عند الفصامي؟
- هل توجد علاقة ارتباطية بين الانتباه الانتقائي السمعي والسرد بالاسناد عند الفصامي؟
- هل توجد علاقة ارتباطية بين الانتباه الانتقائي السمعي والسرد بدون اسناد عند الفصامي؟
- هل توجد علاقة ارتباطية بين الحلقة الفونولوجية والسرد بالاسناد عند الفصامي؟
- هل توجد علاقة ارتباطية بين الحلقة الفونولوجية والسرد بدون اسناد عند الفصامي؟
- هل توجد علاقة ارتباطية بين المنفذ المركزي والسرد بالاسناد عند الفصامي؟
- هل توجد علاقة ارتباطية بين المنفذ المركزي والسرد بدون اسناد عند الفصامي؟
- هل توجد علاقة ارتباطية بين المفكرة البصرية الفضائية والسرد بالاسناد عند الفصامي؟
- هل توجد علاقة ارتباطية بين المفكرة البصرية الفضائية والسرد بدون اسناد لدى الفصامي؟

2. الفرضيات:

الفرضية العامة:

- توجد علاقة ارتباطية بين الانتباه الانتقائي والذاكرة العاملة بالسرد عند الفصامي.

الفرضيات الجزئية:

- توجد علاقة ارتباطية بين الانتباه الانتقائي البصري والسرد بالإسناد عند الفصامي.
- توجد علاقة ارتباطية بين الانتباه الانتقائي البصري والسرد بدون اسناد عند الفصامي.
- توجد علاقة ارتباطية بين الانتباه الانتقائي السمعي والسرد بالاسناد عند الفصامي.
- توجد علاقة ارتباطية بين الانتباه الانتقائي السمعي والسرد بدون اسناد عند الفصامي.

- توجد علاقة ارتباطية بين الحلقة الفونولوجية والسرد بالاسناد عند الفصامي.
- توجد علاقة ارتباطية بين الحلقة الفونولوجية والسرد بدون اسناد عند الفصامي.
- توجد علاقة ارتباطية بين المنفذ المركزي والسرد بالاسناد عند الفصامي.
- توجد علاقة ارتباطية بين المنفذ المركزي والسرد بدون اسناد عند الفصامي.
- توجد علاقة ارتباطية بين المفكرة البصرية الفضائية والسرد بالاسناد عند الفصامي.
- توجد علاقة ارتباطية بين المفكرة البصرية الفضائية والسرد بدون اسناد لدى الفصامي.

3. أهداف الدراسة:

- البحث في طبيعة العلاقة الارتباطية بين كل من الانتباه الانتقائي والذاكرة العاملة بالسرد عند الفصامي.
- البحث في طبيعة العلاقة بين الانتباه الانتقائي البصري والسرد عند الفصامي.
- البحث في طبيعة العلاقة بين الانتباه الانتقائي السمعي والسرد عند الفصامي.
- البحث في طبيعة العلاقة بين الحلقة الفونولوجية والسرد عند الفصامي.
- البحث في طبيعة العلاقة بين المنفذ المركزي والسرد عند الفصامي.
- البحث في طبيعة العلاقة بين المفكرة البصرية الفضائية والسرد عند الفصامي.

4. أهمية الدراسة:

- تكمن أهمية الدراسة الحالية في تناول موضوع قلّ ما يتناول في تخصص أمراض اللغة والتواصل -في حدود اطلاعنا- في البيئة الجزائرية ألا وهو الفصام، كما تبرز أهمية الدراسة الحالية في انطلاقها من معطيات ميدانية في الوسط العيادي الجزائري (دراسة أولية).

- تقديم تصور عام عن مرض الفصام والاضطرابات المعرفية والتواصلية لدى المصاب به، من ثم ابراز المكانة المهمة للفحص والتكفل الأرطوفوني بهذه الفئة من المرضى.
- اثراء مجال البحث بدراسات جديدة في مجال الفصام من منظور نفسي عصبي معرفي عيادي ضمن تخصص أمراض اللغة والتواصل في بيئة جزائرية عربية.
- تقديم دراسة علمية كمحاولة لتفسير جانب من جوانب اضطراب التواصل لدى مرضى الفصام.
- الكشف عن واقع الممارسة الأرطوفونية في التكفل بمرضى الفصام في الوسط العيادي الجزائري (دراسة أولية).
- محاولة التطرق إلى النقائص أو العراقيل الميدانية في التكفل بمرضى الفصام من خلال دراسة استكشافية تحليلية (دراسة أولية).
- تصحيح الفكرة الشائعة بأن التكفل بمرضى الفصام ليس ضمن مهام المختص الأرطوفوني.
- تقديم تصور عن التوظيف النفسي العصبي المعرفي وانعكاسه على الجانب التواصلية، الذي يمكن اعتباره مدخل من مداخل التكفل الأرطوفوني بمرضى الفصام.
- تقديم مساهمة علمية، يمكن أن يُعتمد عليها في تطوير التدخلات العلاجية التي تستهدف هذه الاضطرابات لدى هذه الفئة من المرضى، بالتالي تسهيل اندماجها الاجتماعي و الاستثمار فيها لأنها تعد شريحة هامة من المجتمع.

5. تحديد المفاهيم:

الانتباه الانتقائي اجرائيا: يقصد بالانتباه الانتقائي في هذه الدراسة، هو الدرجة التي يتحصل عليها المرضى المصابين بالفصام والذين تتراوح أعمارهم بين [30-55 سنة] في كل من اختبار الشطب Le test de barrage للانتباه الانتقائي البصري، واختبار التعليمات المتعاكسة Consignes conflictuelles للانتباه الانتقائي السمعي.

الانتباه الانتقائي البصري اجرائيا: يقصد بالانتباه الانتقائي البصري في الدراسة الحالية، هو الدرجة التي يتحصل عليها المرضى المصابين بالفصام والذين تتراوح أعمارهم بين [30-55 سنة] في اختبار الشطب Le test de barrage.

الانتباه الانتقائي السمعي اجرائيا: يقصد بالانتباه الانتقائي السمعي في الدراسة الحالية، هو الدرجة التي يتحصل عليها المرضى المصابين بالفصام والذين تتراوح أعمارهم بين [30-55 سنة] في اختبار التعليمات المتعاكسة Consignes conflictuelles.

الذاكرة العاملة اجرائيا: يقصد بالذاكرة العاملة في هذه الدراسة، هي الدرجة التي يتحصل عليها عليها المرضى المصابين بالفصام والذين تتراوح أعمارهم بين [30-55 سنة] في كل من اختبار الحلقة الفونولوجية وحدة الحفظ للباحثة حميدوش (2022)، واختبار المفكرة البصرية الفضائية الشكل الهندسي المعقد لـ Rey، وبند ذاكرة الأرقام بالترتيب العكسي لـ Wechsler للمنفذ المركزي.

الحلقة الفونولوجية اجرائيا: يقصد بالحلقة الفونولوجية في الدراسة الحالية، هي تلك الدرجة التي يتحصل عليها المرضى المصابين بالفصام والذين تتراوح أعمارهم بين [30-55 سنة] في اختبار الحلقة الفونولوجية وحدة الحفظ للباحثة حميدوش (2022).

المنفذ المركزي اجرائيا: يقصد بالمنفذ المركزي في الدراسة الحالية، هو الدرجة التي يتحصل عليها المرضى المصابين بالفصام والذين تتراوح أعمارهم بين [30-55 سنة] في اختبار Wechsler في بند ذاكرة الأرقام بالترتيب العكسي.

المفكرة البصرية الفضائية اجرائيا: يقصد بالمفكرة البصرية الفضائية في الدراسة الحالية، هي تلك الدرجة التي يتحصل عليها المرضى المصابين بالفصام والذين تتراوح أعمارهم بين [30-55 سنة] في اختبار الشكل الهندسي المعقد لـ Rey، من خلال نسخة إعادة الإنتاج من الذاكرة.

السردي اجرائيا: يقصد بالسردي في هذه الدراسة، هو الدرجة التي يتحصل عليها المرضى المصابين بالفصام والذين تتراوح أعمارهم بين [30-55 سنة] في اختبار القصص المخالفة للمألوف لـ صام و آخرون (1989)، في النسخة المعدلة في البيئة الجزائرية من طرف العربي (2022) في اطار أطروحة دكتوراه، في كلا المرحلتين السردي بالاسناد والسردي بدون اسناد (السردي بالاسناد إلى الصور والسردي بدون اسناد إلى الصور).

الفصل الثاني

الانتباه الانتقائي

تمهيد:

يشير الانتباه الانتقائي إلى عملية تركيز الانتباه نحو مثير دون غيره في ظل وجود عناصر التشعيت، وهو بذلك عملية معرفية بالغة الأهمية تمكن الفرد من التركيز على المعلومات التي تخدم النشاط الحالي.

يتطرق هذا الفصل إلى كل من تعريف الانتباه الانتقائي، وأنواعه لاسيما البصري والسمعي، بالإضافة إلى مناقشة أهم النماذج المفسرة له، من ثم التطرق لخصائصه، والأساس العصبي له. كما تناول الفصل في الأخير العمليات المتدخلة في الانتباه الانتقائي، وتحديد طبيعته لدى مرضى الفصام.

1. تعريف الانتباه الانتقائي:

لقد كان لكتاب برودبنت (1958) الادراك والاتصالات، تأثيرا كبيرا على تطور علم النفس المعرفي عامة والاهتمام بالانتباه خاصة، حيث قال برودبنت أن العالم يتكون من العديد من الاحاسيس. أكثر ما يمكن التعامل معها من خلال القدرات الادراكية والمعرفية للمراقب البشري، وللتعامل مع فيض المعلومات المتاحة، يجب على الأفراد الاهتمام بشكل انتقائي ببعض المعلومات فقط، وعلى نحو ما " عدم الاكتراث" بالبقية، ولذلك فإن الانتباه هو نتيجة نظام محدود لمعالجة المعلومات. (خضر، 2022، ص.1)

يؤكد جيمس أن الانتباه عملية وظيفية تتمثل في التركيز في مثير معين دون غيره من المثيرات، بحيث يتم اختياره على نحو شعوري أو غير شعوري، وقد ميز بين نوعين من الانتباه: الانتباه المرتبط بالمثيرات الحسية، والذي يتمثل في تركيز عضو الحس على الانطباعات الحسية، والانتباه المرتبط بالعمليات العقلية المتمثل في تركيز الفكر في ما نحن بصدد التفكير فيه. (الزغول والزلغول، 2008، ص. 96-97) الانتباه المرتبط بالمثيرات الحسية وهو عملية تركيز الشعور على عمليات حاسة معينة تنشأ من المثيرات الخارجية الموجودة في المجال السلوكي للفرد و من المثيرات الصادرة من داخل الجسم فإنه يختار أو ينتقي منها ما يتفق مع حالة التهيؤ العقلي لديه، وكذلك مع ما يحقق له اهتمامه أو دوافعه أو مع ما يفرضه الموقف السلوكي الذي يوجد فيه ويعرف ذلك بالانتباه الانتقائي. (رسلان، 2010، ص. 49).

يحتاج هذا النوع إلى مجهود شعوري ويتطلب وقت طويل ووجود دافع قوي لدى الفرد لكي يستمر في انتباهه لأن عوامل التشتت تكون عالية والدافعية لاستمراره قد لا تكون عالية. (ملحم، 2001، ص. 20)

بالتالي "هو حصيلة معادلة بين عملية كف المنبهات المشوشة، وعملية تنشيط الاستقبال أو الاهتمام بالمنبهات المناسبة". (بن بوزيد ودماس، 2021، ص. 113)

يعد هذا النوع من الإنتباه إراديا حيث يحاول الفرد تركيز انتباهه على مثير واحد من بين عدة مثيرات، ويحدث هذا الإنتباه انتقائيا بسبب محدودية الطاقة العقلية للفرد ومحدودية سعة التخزين وسرعة المعالجة للمعلومات. (إسماعيلي، 2015، ص. 88)

كما يعتمد على القدرة على انتقاء واختيار واحد أو أكثر من المثيرات ذات الصلة، هذا ما يفرض فرزا بين جميع المثيرات (الداخلية والخارجية) الموجودة بشكل دائم، كما أنه اختيار يعمل على النشاط الذي نحن بصدد القيام به. في نفس الوقت هذا يستدعي القدرة على كف وتثبيط المشتتات بشكل فعال. لهذا يمكن مقارنة الانتباه بالمرشح: حيث لا يستطيع النظام المعرفي معالجة جميع المثيرات التي تواجهها، مما يؤدي إلى فوضى كبيرة في النشاط المعرفي والسلوك. (Moret & Mazeaw, 2013)

هو القدرة على استخلاص المعلومة الهامة من بين مجموعة من المعلومات الحسية التي يجب أن نتعامل معها، فعادة ما نتعرض للعديد من المثيرات في نفس اللحظة ولكننا لا نستطيع أن نتعامل مع كل المثيرات مرة واحدة، من ثم علينا أن نختار من بين هذه المثيرات أحدها أو بعضها كي نستطيع أن نتعامل معه بكفاءة ويتحدد اختيارنا لهذا المثير أو ذلك بمدى أهمية هذا المثير

بالنسبة لنا في هذه اللحظة. (كحلة، 2012، ص. 101-102)، يعني أنّ الشخص يختار

موضوع انتباهه، وهذه العملية الانتقائية ضرورية لضمان ذاكرة جيدة. (Lapp, 2016)

كما يعرف على أنه "القدرة على الاحتفاظ أو الاستمرار في الانتباه إلى موضوع الانتباه في ظل

وجود العديد من المشتتات". (الحوامدة، 2019، ص. 72)، ويجب أن يسمح الانتباه أيضا بانتقاء

الاستجابة المناسبة للمنبهات إلى الحد الذي يمكن أن تولد فيه معظم هذه المثيرات عدة أفعال.

كما يعد هذا النوع من الانتقاء ضروريا أيضا عندما تتضمن أنواع المهام الصعبة أو الجديدة،

التخطيط، اكتشاف الأخطاء، حل المشكلات. (Eustache et al, 2008) .

وعليه فالانتباه الانتقائي هو تركيز الانتباه اراديا نحو مثير دون غيره من المثيرات، نظرا

لمحدودية الطاقة، ويتحدد الانتقاء بمدى أهمية هذا المثير، حيث يجب استخلاص المعلومة الهامة

من بين مجموعة من المعلومات المعروضة المنافسة، بالتالي كف المثيرات المشوشة وتنشيط

استقبال المثيرات المهمة

2. أنواع الانتباه الانتقائي:

سنتطرق في هذا العنصر لأهم أنواع الانتباه الانتقائي الحسي، ألا وهما الانتباه الانتقائي

السمعي والانتباه الانتقائي البصري.

الانتباه الانتقائي السمعي:

يتميز الانتباه الانتقائي السمعي بأنه العمل الذي يركز فيه الناس انتباههم عمدا على مصدر

محدد للصوت، أو الكلمات المنطوقة، عندما يستخدم الناس السمع الانتقائي، يسمع الجهاز السمعي

ضوضاء من البيئة المحيطة، ولكن يتم اختيار أجزاء معينة فقط من المعلومات السمعية، ليتم معالجتها بواسطة الدماغ، غالبا ما يتم توجيه الانتباه السمعي إلى الأشياء الأكثر اهتماما بالسمع. (عبد، 2021، ص. 363)

تعد تجارب الاستماع الثنائي النموذج الرئيسي لدراسة الانتباه الانتقائي، ففي تجارب الاستماع الثنائي يخضع المشاركون لتدفق من المثيرات السمعية، يتم تقديم كل منهما في أذن، يجب على المشاركين تركيز انتباههم على أذن واحدة مع تجاهل الأخرى، يمكن الإشارة إلى الأذن المستهدفة في بداية كل تجربة، أو ضمنا من خلال الاختلاف بين خصائص المثيرات السمعية المتدفقة، أظهرت النتائج الأولية أن المشاركين لم يعالجوا المثيرات المعروضة في الأذن المتجاهلة، مما مكنهم من صياغة نظرية الانتقاء المبكر.

فالمعلومات التي تأتي من الحواس تمر " بالتوازي " إلى مخزن قصير المدى، وهذا عبارة عن نظام مؤقت يحمل المعلومات إلى أن يتم معالجتها بشكل أكبر، وبفعالية. حيث يتم حفظ أنواع مختلفة من المعلومات (مثل صوتين أو أكثر) في شكلها الأصلي ثم يتم تمريرها إلى مرشح انتقائي. وهذا يعمل على أساس الخصائص المادية للمعلومات، واختيار مصدر واحد لمزيد من التحليل ورفض الآخرين. (خضر، 2022)، فقد يتم منع ترميز المعلومات غير ذات الصلة قبل اكتمالها. ويتم تشفير الخصائص الفيزيائية الأولية للمثيرات وتحليلها بالتوازي، ولن يصل سوى مجموعة منتقاة من المعلومات إلى مستويات معرفية أعلى (Broadbent , 1958).

لكن أظهرت الدراسات لاحقا أن جزءا من تدفق المعلومات التي ليس لها صلة وغير المراقبة لاتزال تعالج بعمق، حيث يمكن للمشاركين معرفة متى تم تقديم أسمائهم في الأذن المتجاهلة. مما أدى إلى تعديل نظرية الانتقاء المبكر، حيث تم اضعاف قناة المعلومات غير المنتقاة بدلا من

رفضها بالكامل (Treisman, 1960)، وظهر نموذج الانتقاء المتأخر للانتباه الانتقائي. (Blain, 2020)

الانتباه الانتقائي البصري: هو التركيز الواعي للجهد العقلي والشعور على مثير بصري واحد أو أكثر وتجاهل المثيرات البصرية الأخرى.

وتتطلب مهام الانتباه البصري من الفرد الاحتفاظ بحالة من الاستثارة والتهيؤ الذهني التي تسمح له بالتركيز المقصود لانتقاء مثير بصري من بين المثيرات البصرية الأخرى. (حسن، 2022، ص. 718)

وفي الانتباه الانتقائي البصري تكون القدرات المحدودة لتشغيل أو معالجة المعلومات المرئية أكثر وضوحاً من تلك الخاصة بالمعلومات السمعية. (الزغلول والزلزل، 2003، ص. 100)

هناك نموذجان رئيسيان يصفان كيفية عمل الانتباه البصري، يعمل نموذج الضوء الكاشف "Spotlight" حيث اقترح عالم النفس "William James" أن هذا الضوء يشتمل على نقطة محورية يتم فيها عرض الأشياء بوضوح، المنطقة المحيطة بهذه النقطة المحورية، والمعروفة باسم الهامش "Fringe" لاتزال مرئية، ولكن لا يتم رؤيتها بوضوح، وأخيراً تعرف المنطقة الواقعة خارج المنطقة الهامشية من الأضواء باسم الحافة Margin.

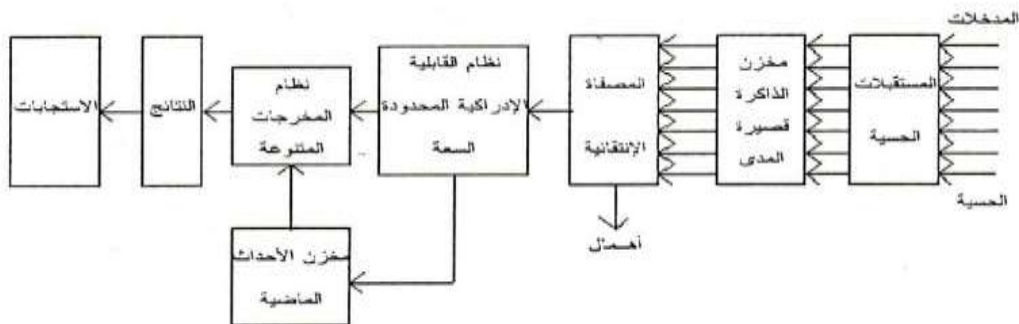
يعرف الأسلوب الثاني باسم نموذج "عدسة التكبير، Zoom-lens" في حين أنه يحتوي على جميع العناصر نفسها في نموذج الضوء الكاشف، فإنه يشير أيضاً إلى أننا قادرون على زيادة، أو تقليل حجم تركيزنا، ومع ذلك ينتج عن مجال التركيز الأكبر أيضاً معالجة أبطأ، لأنه يتضمن

مزيديا من المعلومات، لذا يجب توزيع الموارد المخصصة المحدودة على مساحة أكبر. (عبد، 2021، ص. 363).

3. نماذج الانتباه الانتقائي:

نموذج Broadbent:

كانت نظرية Broadbent (1958)، أول محاولة منهجية لشرح كل من نتائج شيري ونتائج تجارب سبلت- سبان، ويفترض برودبنت أنّ قدرتنا على معالجة المعلومات محدودة. (خضر، 2022). ففي أواخر الخمسينات من القرن الماضي، نشر Broadbent من جامعة كامبريدج مقالة أكد فيها أن الانتقاء الانتباهي يمكن أن يحدث في وقت مبكر جدا من سلسلة معالجة المعلومات، وبشكل أكثر تحديدا، اقترح فكرة أنه يمكن انتقاء المدخلات الحسية على أساس خصائصها الفيزيائية (اللون، التردد الزمني، الموقع.... إلخ) حيث يمكن من خلالها وصول المعلومات إلى مستويات أعلى من التحليل. (Habib, 2014) والشكل التالي يوضح نموذج "المرشح" و الانتقاء المبكر لـ برودبنت:



الشكل رقم (01): نموذج المصفاة الانتقائية لـ (برودبنت) (عبد الحافظ، 2016، ص. 26)

فحسب **Broadbent** ان الرسائل التي تنتقل عبر عصب معين يمكن أن تختلف إما وفقا لنوع الليف العصبي الذي أدت إلى استثارته أو وفقا لعدد الدفعات العصبية التي انتجتها، ومن ثم فانه اذا استثيرت عدة ألياف عصبية في نفس الوقت فقد تصل مختلف الرسائل الحسية إلى المخ في نفس الوقت، وقد يتم معالجة هذه الرسائل وفقا لنموذج **Broadbent** من خلال عدد من القنوات الحسية المتوازية (الصبوة وآخرون، 2000، ص. 203) ثم تمر عبر محطة تخزين قصير الأمد مهمتها حفظ المعلومات لفترة قصيرة إلى أن يتم تناولها للمرحلة التالية، وقبل أن تتحول المعلومات إلى المرحلة التالية من التناول تمر بمرشح مهمته انتقاء المعلومات المتدفقة. (العراي، 2022، ص. 52)، فالدماغ يعتمد على تكوين فرضي يسمى "المرشح" في انتقاء ما ينتبه إليه، ذلك بسبب محدودية سعة المعالجة وسعة التدفق، ذلك أن فعالية تجهيز ومعالجة المعلومات تحدد سعة قناة الانتباه.

إن المثيرات أو الرسائل الحسية تتدفق عبر الألياف العصبية حيث تصل إلى الدماغ في الوقت نفسه، أين يتم تمييز الإشارات والذبذبات عالية ومنخفضة التردد اعتمادا على الخصائص الفيزيائية للمثير، يحدث تجهيز أو معالجة إضافية للمعلومات عقب الانتباه الانتقائي لها ومرورها خلال مصفاة المرشح من خلال سعة محدودة لقناة التدفق. (قزاقرة، 2005، ص. 29)

يمكن أن يدخل قدرا من المعلومات إلى الجهاز يفوق قدرة القناة محدودة السعة أن تقوم بمعالجته، ولكي يحدث تجنب لزيادة الضغط على نظام تجهيز ومعالجة المعلومات، يقترح **Broadbent** أن يقوم المرشح الانتقائي بتحويل جزء من المعلومات أو المثيرات لأي من القنوات الحسية. (الزيات، 1995، ص. 226)

بذلك يعتبر **Broadbent** من الأوائل الذين اقترحوا أن النظام المعرفي مبني على عدة مراحل من المعالجة. المرحلة الأولى تتمثل في القنوات الحسية المختلفة التي تعمل بالتوازي، وفي نفس الوقت. المرحلة الثانية تتمثل من خلال قناة واحدة ذات سرعة منخفضة لمعالجة المعلومات وسعة محدودة، يمكن لهذه القناة تحديد قناة حسية واحدة فقط في كل مرة حيث أن قبول المعلومات من قناة حسية سيكون متكافئاً لتوجيه الانتباه إليها، من ثم يتم الاحتفاظ بالمعلومات من قنوات الإدخال الأخرى مؤقتاً في الذاكرة قصيرة المدى، ويتم تجديدها بشكل نشط حتى لا تختفي أو تفسح بواسطة المعلومات الجديدة الواردة، والمعلومات التي تتم معالجتها بواسطة القناة المركزية يتم تخزينها في الذاكرة طويلة المدى .

وعليه يقترح **Broadbent** أن الانتباه عبارة عن آلية تصفية تقع بين قنوات الإدخال والقناة المركزية. (Montel, 2016)

على الرغم من أن نموذج الانتقاء المبكر قدم نتائج جيدة وقوية إلا أنه وجهت له بعض الانتقادات، تلخصت في نوعين من الانتقادات: تتعلق السلسلة الأولى من الانتقادات بمكان المرشح، حيث يتصور الانتباه باعتباره مرشحاً مبكراً، لكن عدد معيناً من الظواهر تشير إلى وجود مثيرات معينة ليست موضع اهتمام تتم معالجتها في الواقع على مستوى دلالي، بالتالي لن يكون الانتباه في هذه الحالة هو الانتقاء من مجرد الخصائص الفيزيائية، ولكن انتقاء مثيرات من بين التي تمت معالجتها بالفعل على مستوى عالٍ. ثانياً النقد الذي طوره **Neisser** ، أين ينتقد فكرة المرشح بحد ذاتها، يقترح أن نفهم الإدراك كنشاط، كما يرى أن افتراض وجود مرشح يعتمد على مفهوم الإدراك الذي هو شيء " يقع علينا"، فالانتباه يتضمن الإدراك: أي يتكون من الإدراك نفسه،

وجمع المعلومات حول البيئة، ويعتمد على التوقعات والاستكشافات المتتالية، هذه العملية لا تحتاج الاعتماد على وجود مرشح. (Thalabard, 2012)

نموذج الاضعاف لـ Treisman:

يقوم نموذج الاضعاف على افتراض أننا لا نخفي بعض المثيرات أو الرسائل ، وإنما يحدث تباين في تركيز الانتباه على المدخلات الحسية، فيحدث تركيز على بعض هذه المدخلات التي تشكل أهمية أكبر لدى الفرد وبالتالي تجهيزها ومعالجتها.

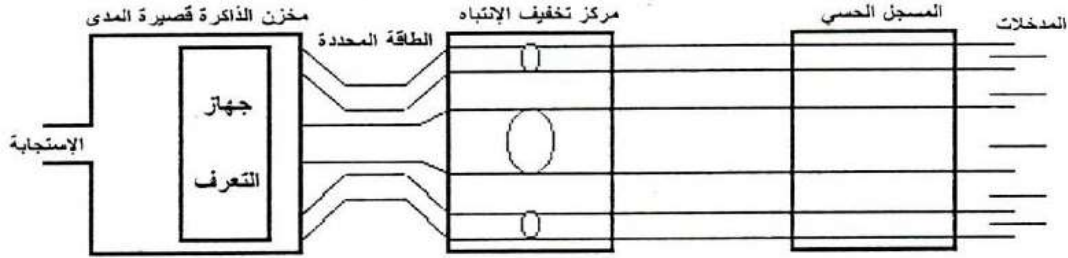
أما مصير البعض الآخر من المدخلات، التي تشكل أهمية أقل للفرد يحدث لها توهين أو إضعاف أو تهميش، بمعنى أنها تتراءى على هامش الذاكرة أو المعالجة. (الزيات، 1995، ص.

(229)

ومن الأمثلة على ذلك أنه عندما يشترك الفرد في محادثة ما مع مجموعة من الأفراد وفي نفس الوقت توجد مجموعة أخرى من الأفراد قريبة من الفرد تناقش في موضوع ما، فإنَّ انتباه الفرد يتذبذب بين المجموعتين، وعندما يحاول الفرد تركيز انتباهه على مناقشة إحدى المجموعتين أو محادثتها، يحدث اضعاف الانتباه للمجموعة الأخرى. (قزاقزة، 2014، ص. 30)

ترى **Treisman** أن أول هذا الفرز يتم على أساس الخصائص الفيزيائية العامة، ثم يحدث فرز أكثر تعقيدا للحكم على الإشارة من حيث المعنى، ويحدث الفرز المبدي بواسطة مضعف Attenuater أو مرشح ادراكي Perceptual filter وهي الأداة التي تضبط حجم الرسالة وتوسط بين الإشارة ومعالجتها لفظيا Verbal processing، ويفترض تصور **Treisman** أنَّ الرسائل الغير

مهمة للشخص تسمع من خلال أذن كسولة لا عن طريق أذن غير راغبة في الاصغاء. (الصبوة وآخرون، 2000، ص. 210)



الشكل رقم (02): نموذج الانتقاء المبكر (التضعيف أو التخفيف) لـ (تريسمان)

(عبد الحافظ، 2016، ص. 28)

كان الأساس الذي استندت عليه تريسمان في تفسير نظريتها عام (1960) هو من الممكن أن تمر بعض من المعلومات غير المنتبه إليها من المصفاة عبر القناة. لذلك فإن الأسس التي توضح هذه النظرية هي ما يلي:

- إنَّ المصفاة الانتقائية لا تعمل بمبدأ الكل أو اللاشيء، حيث يمكن مرور بعض المعلومات غير المنتبه إليها عبر المصفاة الانتقائية.
- إنَّ مفهوم المصفاة يكون فيه نوع من الاحتمال أي يتم التعرف على المعلومات في القناة المنتبه إليها بنسبة عالية، كما يتم أيضا التعرف على بعض المعلومات في القناة غير المنتبه إليها.
- صنفت تريسمان الانتباه الانتقائي إلى مستويين، الأول يعتمد على وجود القنوات الحسية المحددة للمعلومات، والمستوى الثاني يعتمد على التعرف على معاني هذه المعلومات قبل

رفضها أو قبولها، أي أن الجزء المهم من المعلومة يكون باتصال مباشر مع الذاكرة، أما المعلومة غير المهمة فإنها تخفّف تماماً لذلك سمي (نموذج الانتقاء المبكر). (محمد وعيسى، 2011، ص. 109)

- لن تؤدي عملية الانتقاء إلى منع معالجة المثيرات غير المتوقعة أو المرفوضة، ولكن إلى تخفيف أو تضعيف معالجتها.

- حسب نموذج تريسمان يكون دور الانتباه في المرحلة النهائية من الإدراك، كما سيمثل الانتباه اسمنت يربط بين الترميز الإدراكي المختلف لأبعاد (سمات) الشيء. (Crottaz - 2001, Herbet)

حسب تريسمان الرسالة التي تصدر إلى الأذنين تسمع ولكن هناك اضعاف للمثيرات القوية ومنع للمثيرات الضعيفة من المرور إلى مرحلة التعرف والإدراك. (قزاقزة، 2005، ص. 25)

- اعتبر مرشح الانتباه المخفف لـ **Treisman** أن مرشح الانتباه يعمل مبكراً عن طريق تخفيف جودة وشدة إشارة المعلومات التي يجب تجاهلها، لذلك من المحتمل تحديد المعلومات غير المتوقعة، لاسيما تلك التي تكون عتبات التنشيط لديها منخفضة نسبياً.

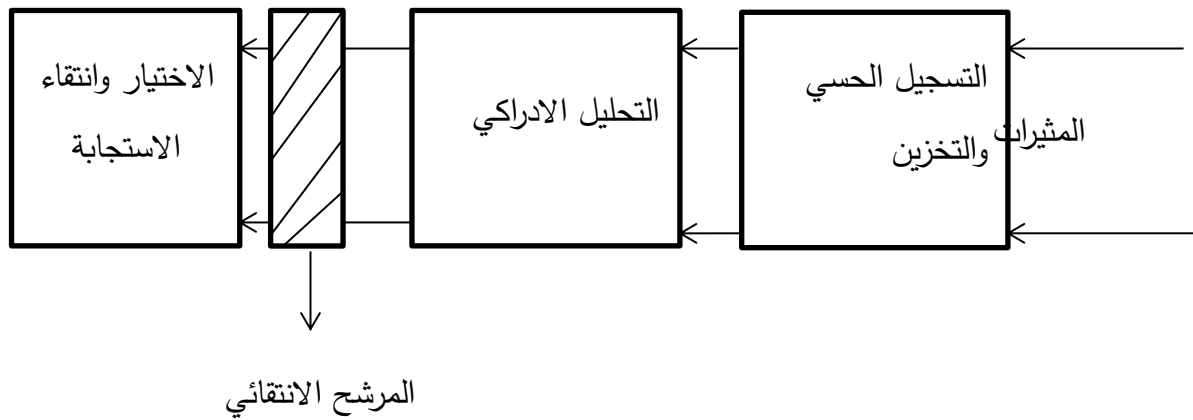
- المعلومات ذات عتبة منخفضة التنشيط هي المعلومات التي تتطلب القليل من الانتباه ليتم تحديدها، مثل الاسم الأول لشخص أو حدث متوقع.

- مفهوم تريسمان أقل جذرية من تصور برودبنت لأنه يتضمن افتراض أن بعض المعلومات التي تم تجاهلها لديها القدرة على الاستفادة من المعالجات المتعلقة بمعنى سماتها.

- من الناحية التخطيطية، سيكون المرشح المبكر مسامياً: تسمح المسام بتسرب الانتباه، مما يجعل من الممكن تحديد المثيرات التي تتطلب القليل من الانتباه لتحديد (لأن مستوى تنشيطها منخفض). (Maquestiaux, 2017)

نموذج Deutsch- Deutsch (1963):

حسب نموذج Deutsch و Deutsch تعالج جميع المنبهات بالتوازي وفي مستوى عال (المستوى الدلالي)، حيث أن الترشيح لا يحدث في مرحلة مبكرة من المعالجة، بل على العكس يحدث في مرحلة متأخرة في الوقت الذي يحفز فيه المرء للاستجابة (في مستوى رد الفعل) ، فالانتقاء اذا هو للاستجابة أو للفعل أكثر مما يكون للمنبهات.



الشكل رقم (03): نموذج الانتباه الانتقائي لدويتش -دويتش Deutsch- Deutsch (1963)

يفترض هذا النموذج أن:

- المثيرات أو المعلومات التي يتم استقبالها يتم تحليلها مبدئياً، ثم تمر في المضعف الذي يخضع هذه المعلومات للتجهيز الإضافي في صيغة معدلة.

- هناك خصائص تجهيزية محدودة، وبسبب محدودية هذه الخصائص تجمع كل هذه المعلومات في الذاكرة العاملة، وتخضع للتحليل واضفاء المعاني ثم يحدث ميكانيزم الانتقاء. (بن شخشوخ وجنان، 2020، ص. 453)
- بعد اجتياز المعلومات لمرحلة التعرف تأتي الحاجة إلى عملية ترشيح المعلومات من خلال الإبقاء على المعلومات ذات العلاقة بالمشير فقط من أجل معالجتها بفعالية عالية في الدماغ في مرحلة الاستجابة للمثير، حيث يتم ترتيب المعلومات واختيار خطة مناسبة للاستجابة للمثير، أما المعلومات غير المهمة لهذه المرحلة يتم نسيانها. (دماس، 2022، ص. 959)
- يتم ادراك الكلمات بشكل كلي، ولكن بعد ذلك يستجيب الفرد فقط للعنصر الأكثر صلة.
- وفقا للانتقاء المتأخر، تحدث عملية مشابهة لتلك التي تصورتها (Treisman) أثناء التحليل الادراكي في وقت متأخر ولكن قبل اعداد أو تحضير الاستجابة.
- على الرغم من حقيقة أن المدخلات تلقى نفس التحليل الدلالي الكامل للبيانات من الأسفل إلى الأعلى، إلا أنه يتم اختيار الكلمة الأكثر صلة وارتباطا فقط أثناء الاستجابة.
- يراعي نموذج الانتقاء المتأخر نفس الأسس مثل نموذج التوهين أو الاضعاف الخاص بـ Treisman (1970)، فإدراك اسم الشخص وتكرار كلمة متوقعة من القناة غير المراقبة يحدث بسبب أهميتها وصلتها العالية، وليس فقط لأنهم تلقوا تحليلا دلاليا كاملا بسبب عتباتهم المنخفضة. (Kellogg, 2007)
- ستستفيد جميع المعلومات التي تصل إلى أعضاء الحس من التحليلات الدلالية المعمقة.

- سيكون المرشح الانتقائي المتأخر موجودا بعد مرحلة التحليل الدلالي وقبل مرحلة

الاستجابة أي في مرحلة اختيار الاستجابة. (Maquestiaux, 2017)

سلط هذا النموذج الضوء على وجود معالجات تلقائية إلى حد ما، يتم تنفيذها لا إراديا دون وعي، كما اقترح هذا النموذج وجود اختيار متأخر يتم تنفيذه عن طريق الانتباه وفقا لأهمية المثير. يحدث الانتقاء أو الاختيار بعد سلسلة من المعالجات الإدراكية التلقائية التي يمكن أن تحدث مع بعضها البعض. (Crottaz-Herbette, 2001)

يمكن انتقاء الكلام المطلوب من الكلام غير المطلوب على أساس خصائص معقدة للغاية، حسب Peters (1954) إذا كانت الرسالة غير المرغوب فيها مشابهة في المحتوى للرسالة المطلوبة، فإنها تنتج المزيد من التداخل في الاستقبال المناسب للأخيرة (الرسالة المطلوبة) مما لو كانت مختلفة عنها وهذا يدل على أنه محتوى الرسالتين يتم تحليله قبل قبول واحدة أو رفض الأخرى. (Crottaz-Herbette, 2001)

يرى نورمان أن الإشارات الحسية تدخل الذاكرة أوتوماتيكيا اعتمادا على خصائصها الحسية. (عبد العظيم وحامد، 2016، ص. 40).

تعليق على النماذج:

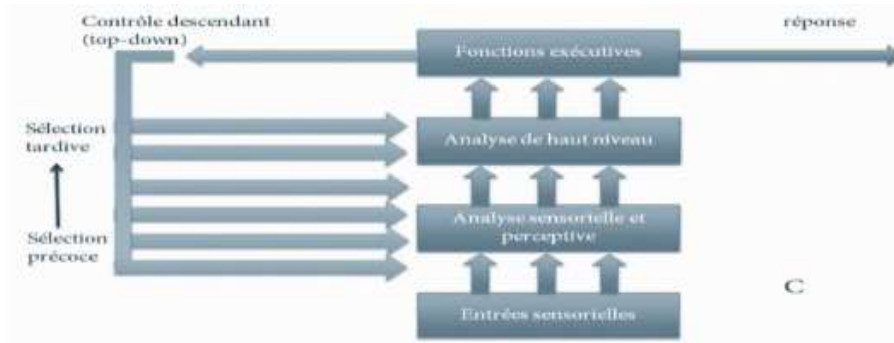
من خلال عرض نماذج المرشح الانتقائي نجد أن هناك اتجاهين الأول يرى أن انتقاء المثيرات يتم في مرحلة مبكرة من سلسلة معالجة المعلومات، فحسب Broadbent يتم الاكتفاء بالخصائص الفيزيائية للمثير لتحديث عملية فرز وترشيح المثيرات ذات الصلة بالمهمة من غيرها بالتالي التعرف عليها، على الرغم من المساهمة المهمة والنتائج المقبولة التي توصل

إليها **Broadbent** وجهت له انتقادات خاصة بموقع المرشح، حيث وجد أن هناك بعض المثيرات ليست موضع اهتمام تمر عبر المصفاة ويتم التعرف عليها أيضا، لتأتي فيما بعد دراسات مكملية لهذا الطرح تفترض أن الانتقاء أو التصفية تتم في مرحلة مبكرة بالنسبة للمدخلات التي تشكل أهمية أكبر لدى الفرد أما المدخلات التي تشكل أهمية أقل لدى الفرد يحدث لها توهين أو اضعاف، بالتالي عملية الانتقاء لا تمنع معالجة المثيرات الغير مرغوب فيها بل إلى تخفيف واضعاف معالجتها، وهذا ما جاءت به **Treisman** كتعديل لنظرية الانتقاء المبكر.

أما الاتجاه الثاني فيرى أن عملية التصفية و انتقاء المثيرات تحدث في مرحلة متأخرة بعد التحليل الادراكي، يفترض **Deutsch و Deutsch** أن جميع المعلومات التي تصل إلى أعضاء الحس ستستفيد من التحليلات الدلالية المعمقة، فانتقاء المعلومة ذات الصلة من المعلومة غير المهمة يؤدي إلى مرور كلا المعلوماتين إلى التحليل الدلالي (التحليل الادراكي) لتحديد قبولها أو رفضها، مما يدل على أنه تم تحليل محتوى كلا المعلوماتين بالتالي تحدث عملية الانتقاء متأخرا بمجرد اكتمال كل المعالجات الادراكية.

مع تطور الأبحاث في المجال، لم تعد مثل هذه النماذج البسيطة كافية لتفسير عملية الانتقاء، مؤخرا اتجه الباحثون نحو نموذج أكثر مرونة، والذي وفقا له يمكن انتقاء المعلومات الحسية في مستوى مبكر نسبيا من المعالجة، مثل اذا كان يجب توجيه الانتباه نحو الخصائص الفيزيائية الأولية للمثير مثل لون الصورة أو درجة الصوت، وكذلك أيضا في مستوى متأخر من المعالجة مثال للخصائص المعرفية الأكثر تعقيدا مثل المحتوى الدلالي للكلمة. (Habib, 2014)

وعليه اقترح **Habib** النموذج التالي:



الشكل رقم (04): نموذج الانتقاء المقترح من طرف Habib (2018)

يقترح هذا النموذج أنّ عملية الانتقاء يمكن أن تحدث بشكل متنوع في المستوى المبكر أو المتوسط أو المتأخر، اعتماداً على خصائص المثير والسياق الذي يدرك فيه. (Habib, 2018) وهذا أيضاً ما أشارت إليه بن شخشو (2021)، حيث اقترحت نموذجاً يفترض أن عملية الانتقاء تحدث مرتين خلال وظيفة الانتباه الانتقائي للمعلومات المركبة، مما يعكس وجود ترشيح مزدوج، الأول يحدث بعد مرحلة التسجيل الحسي والتخزين في الذاكرة العاملة والثاني يحدث بعد مرحلة التحليل الإدراكي.

ولإثبات فرضياتها قامت بإجراء تجربة على 50 تلميذ وتلميذة سنهم 7 سنوات متمدرسين بالصف الثاني ابتدائي، معتمدة على المنهج الوصفي، واختبار صحة فرضياتها اعتمدت أداة قامت ببنائها .

وتوصلت النتائج إلى أن عملية الترشيح موجودة فعلاً، يمكن أن تحدث مرة واحدة في حالة المثيرات البسيطة كما يمكن أن تحدث مرتين في حالة المثيرات المركبة، بمعنى أنه إذا كانت المثيرات سهلة بسيطة فإن الانتقاء يحدث مرة واحدة بعد مرحلة التسجيل الحسي، أما في حالة المثيرات المركبة فإن الترشيح أو الانتقاء يحدث مرتين، مرة بعد التسجيل الحسي والتخزين في الذاكرة العاملة الذي يسمح للمعلومات ذات الصلة فقط بالمرور للتحليل الإدراكي ومنع الأخرى،

ومرة أخرى بعد التحليل الإدراكي أين يتم انتقاء المعلومات ذات الصلة المباشرة أين تحدث الاستجابة النهائية. مما يعزز فكرة الترشيح المزدوج خلال التعامل مع المعلومات المعقدة.

4. خصائص الانتباه الانتقائي:

الانتقاء: من المستحيل معالجة جميع المعلومات التي تعترضنا في وقت واحد بشكل دقيق، فالانتباه الانتقائي يجعل من الممكن انتقاء المعلومات المراد معالجتها، وربما نوع الاستجابة التي سيتم تقديمها.

السعة والمرشح: تعني فكرة الانتقاء أننا نستعد لمعالجة معلومة واحدة دون غيرها، مما يعني أنّ المعلومات التي لم يتم انقائها عند تقديمها أو بعد ذلك مباشرة ستفقد. الهدف من الانتقاء هو الوصول إلى مرحلة لاحقة من معالجة المعلومات، حيث تسمح هذه المرحلة بمعالجة أفضل وتخزين أفضل (في الذاكرة)، من ناحية أخرى إنه ميكانيزم ذو سعة محدودة غير قادر على معالجة إلاّ عدد قليل من العناصر في الوقت نفسه، لهذا تمت مقارنة الانتباه الانتقائي بالمرشح (Broadbent) أو المضعف (Treisman) الذي يسمح بعدم زيادة العبء على النظام العقلي الذهني.

المراقبة: يمكن فهم حقيقة أن سعة المعالجة محدودة من خلال وجود مراقب يمارس على ميكانيزمات المعالجة، إن وجود مراقب في معالجة المعلومة هو نتيجة طبيعية لمفهوم قابلية تكيف النظام فالسيرورات الانتباهية تسمح بمعالجة المعلومة التي يجب صياغة استجابة جديدة لها، دون الرجوع المباشر للحلول المقدمة في ذاكرتنا، حيث سيلعب دورا مهما وحاسما عند مواجهته بمعلومة

جديدة أو غير متطابقة. (Seron & Jeannerod, 1998)

العرض السلبي والنشط: لقد تم التمييز بين ما يسمى بالانتباه التلقائي والانتباه القسري الارادي، يمكن توجيه الانتباه بشكل سلبي نحو الخصائص الحسية وحتى الدلالية للمثير، حيث يمكن أن تخضع البيئة إلى تغييرات غير متوقعة ومفاجئة، مما يفرض القدرة على الاستجابة بشكل سريع، يمكن أن يكون رد الفعل هذا غير محدد أو عام أو ما يسمى برد فعل التنبيه، لكنه مع ذلك محدد مثل الانتقاء لمعالجة المكان في البيئة التي حدث فيها التغيير، لهذا الانتباه السلبي [التلقائي] يعارض الانتباه القسري الارادي النشط المرتبط برغبة الفرد.

يمكن أن يتم الانتقاء وفقا لميكانيزمات اعداد مختلفة (سلبية ونشطة) والامثال لقواعد معينة (توافر موارد النظام). تساهم العمليات الانتباهية في اتساق واستمرارية السلوك الموجه نحو الهدف بالإضافة إلى مرونته في الاستجابة للتغيرات.

مستوى الانتقاء: اهتمت العديد من الدراسات المتعلقة بالانتباه بمسألة مستوى عمل الانتباه في معالجة المعلومات، منذ خمسينات القرن الماضي اقترح **Broadbent (1958)** أن الانتقاء الانتباهي يظهر مبكرا في المعالجة، قبل تحديد والتعرف على المعلومات وقبل المعالجة الدلالية. كما يرى أنه عادة ما يكون الانتقاء المستند إلى الإشارات الحسية أكثر دقة من الانتقاء المستند إلى الإشارات الدلالية. من ناحية أخرى اقترح باحثون اخرون على غرار **Deutsch و Deutsch (1963) - Norman (1968)**، أن الانتقاء يتم في مرحلة متأخرة من المعالجة، حيث يحدث الانتقاء بعد التحليل الدلالي، أي في الذاكرة العاملة أو أثناء الاستجابة نفسها. بالتالي يمكن أن تصل المعلومات إلى مستوى ادراكي معين للتعرف عليها أو التصنيف دون الحاجة إلى الانتباه.

وتعود الكفاءة الأكبر للإشارات الحسية ببساطة إلى حقيقة أن السمات الفيزيائية أسهل في استرجاعها من السمات الدلالية في مخزون يحتوي على جميع المعلومات التي تمت معالجتها بطريقة مسبقة. (Seron & Jeannerod, 1998)

5. الأساس العصبي للانتباه الانتقائي:

لقد ميّز الأداء على مهام الانتباه الانتقائي تنشيط مناطق مختلفة في الدماغ نذكر منها:
القشرة الجدارية وتوجيه الانتباه: القشرة الجدارية العلوية والقشرة الجبهية العلوية: زيادة النشاط في هذه المناطق في حالة أداء مهمة التوجه الفضائي للانتباه البصري، القشرة الجدارية العلوية تسمح بتغيير اتجاه الانتباه.

القشرة الجدارية: تشارك في عملية التوجيه القسري للانتباه إلى الهدف (الانتباه الانتقائي) وإعادة توجيه الانتباه.

تم تحديد كل من الشبكة الجبهية - الجدارية الظهرية، والشبكة الجبهية - الجدارية البطنية على أنهما تشاركان في الانتباه الانتقائي حيث تجمع عمليتي التركيز و إعادة التوجيه.

تم ملاحظة تنشيط الشبكات الجبهية والجدارية في الظروف السمعية والبصرية للانتباه الانتقائي، كما لوحظ نشاط ثنائي في التلفيف الجبهي السفلي والتلفيف الجبهي الأوسط في مهام الانتباه الانتقائي السمعي، أما الانتباه الانتقائي البصري فلوحظ نشاط ثنائي في التلفيف الجبهي العلوي الخلفي. (Grandjean, 2020)

حسب الدراسات السلوكية الحديثة فإن الأكمية العليا مرتبطة بالانتباه الانتقائي البصري، كما كشفت عدد من دراسات التصوير المقطعي بـ (PET)، إلى وجود شبكة انتباهية تشمل التليف الحزامي الجبهي في الكشف عن أهداف متعددة وكف الاستجابات السائدة.

المناطق القشرية الخلفية للأخدود المركزي، وتشمل معظم الفص الصدغي والجداري والقفوي وظيفتها في انتقاء المعلومات الحسية وتحليلها وتخزينها تتطلب مشاركة الانتباه الانتقائي. (Mckay et al, 1994)

6. العمليات المتضمنة أثناء العملية الانتباهية الانتقائية:

التوجيه: يتضمن فك الارتباط عن الوضع الحالي، والانتقال الفعلي وإعادة جذب الانتباه إلى وضعية جديدة. (Wagener, 2011)

التركيز: يتمثل التركيز في اتجاه الشخص بفاعلية أو إيجابية واهتمام إلى إشارات أو تنبيهات حسية معينة وإهمال إشارات أخرى، ويكون دائماً قصدياً وبؤرياً، وقد يكون مركزاً على منبه واحد من المنبهات التي تقع في مجال ادراك الفرد، أو منتشراً بحيث يستطيع الشخص الاحتفاظ بمشاهدة مبعثرة عن كل شيء يحدث حوله، أو أن يتبنى الشخص موقفاً وسطاً. (عبد العظيم وحامد، 2016، ص. 28)، كما يعرف على أنه النشاط الانتقائي الذي يميز الحياة العقلية، وهو تكيف حسي ينجم عنه حالة قصوى من التنبه، أو حدوث تكيف في الجهاز العصبي لدى الكائن الحي فيصبح من السهل عليه أن يستجيب لمنبه خاص أو وظيفة معينة. (بزيو وبوسيف، 2021، ص.

التداخل: يحدث التداخل أثناء تنشيط عملية تلقائية تتطلب على خطة العمل الحالية ويمكن أن تعطل تنفيذها، فيمكن أن تتعطل معالجة المعلومات أو تحقيق أنماط العمل بسبب التمثيلات أو العمليات التلقائية غير الكافية ذات الأصل الخارجي (التحفيز البيئي) أو الداخلية (التحفيز الداخلي، تنشيط تمثيل الذاكرة)، إنَّ حالة الصراع الناتجة عن التنشيط المتزامن لعمليتين هي أصل ظاهرة التداخل. (Bisnier, 2010)

التشتيت: وهو حالة تعني عدم القدرة على التركيز والانتباه لتفاصيل الأشياء، والانتقال من نشاط إلى آخر قبل الانتهاء من أي منهما، والتشتت وعدم القدرة على اتباع التعليمات وإنجازها. (سعدات وخطار، 2020، ص. 57)

المرونة المعرفية: وهي القدرة على تغيير وإعادة توجيه تركيز انتباه الفرد باستمرار، تتطلب المرونة الجيدة مرونة التحكم في توجيه الانتباه، تعتبر آلية تنفيذية أساسية تتدخل في أي موقف معقد، تجعل من الممكن إعادة توجيه محتوى الأفكار والأفعال من أجل التمكن من ادراك المواقف ومعالجتها والتفاعل معها بمختلف الطرق. (Paillard, 2016)

الكفّ الانتباهي: يتوافق مع فن المقاومة، هو مكون من مكونات الانتباه الانتقائي الذي يتدخل في المستوى الإدراكي، بمجرد ادخال المعلومات يعزز ما له الأولوية وكفّ – أو تجاهل – العناصر الأخرى ومصادر التشتيت.

يتم التحكم في الانتباه الانتقائي من هذا المستوى داخليا من خلال الأهداف المقصودة، وآمال ونوايا الفرد، كما يتدخل الانتباه الانتقائي في وقت ثاني من أجل مراقبة سير النشاط وكفّ الاستثارة المحيطة المحتملة التي تنشأ أثناء القيام بالنشاط. (Gillet, 2013) بالتالي يسمح بمسح أو الغاء

المعلومات غير المرغوب فيها ومقاومة التداخل للمثيرات غير ذات الصلة بالمهمة. (Guelfi et al, 2021)

الانتقاء والترشيح الانتباهي: لا يستطيع الفرد أن ينتبه لجميع المنبهات أو المثيرات المختلفة في العالم الخارجي دفعة واحدة أو ينتبه لجميع المثيرات التي يزخر بها ذهنه، بل ينتقي منها ما يتناسب واشباع حاجاته وكذلك بما يتناسب مع حالته النفسية (عبد العظيم وحامد، 2016، ص. 27)، فهذا الانتقاء يجعل من الممكن إعطاء الأولوية لعناصر معينة بدلاً من العناصر الأخرى بطريقة ارادية.

يبدأ هذا الانتقاء أولاً من خلال اختيار المنطقة الفيزيائية للبيئة الحسية للتحكم في المدخلات، متبوعاً بترشيح بعض العناصر في هذه المنطقة من أجل معالجة أعمق، مما ينتج عنه مجموعة منتقاة من التمثيلات النشطة في الذاكرة، يعتمد هذا الانتقاء على التمثيلات، ويمكن أن يكون نتيجة للالتزام داخلي أو خارجي بالانتباه. (Wagener, 2011)

المراقبة: تسمح بتفضيل مثيرات معينة مقارنة بالمثيرات الأخرى، وإعادة توجيهها وتحديد (ضمنها مثير محدود إلى حد ما) عدد العناصر التي يجب معالجتها في وقت واحد. (wagener, 2011)

7. الانتباه الانتقائي لدى المصاب بالفصام:

قد تكون أوجه القصور المعرفي الكامنة وراء الاختلالات السلوكية التي يواجهها المرضى الذين يعانون من اضطرابات ذهانية وخاصة الفصام، مرتبطة بالاضطرابات المتعلقة بآليات الذاكرة بما في ذلك ذاكرة الأحداث اللفظية والبصرية، ذاكرة المصدر، الذاكرة اللفظية والبصرية قصيرة المدى،

الذاكرة العاملة، ويبدو أن العمليات الانتباهية مصابة أيضا على مستوى الانتباه الانتقائي، المركز، المشترك، الموزع، وسرعة معالجة المعلومة. (Franck, 2017)

لقد اقترح **Kellet** أن مرضى الفصام الأوائل يمكن أن يظهروا ميزة انتقاء، حيث يكونون قادرين على البقاء في حالة تيقظ في منطقة معادية على الرغم من المثيرات البيئية المنخفضة. مع ذلك هذا التأكيد يختلف عن الدراسات في علم النفس المعرفي التي أظهرت بوضوح أن مرضى الفصام يعانون من اضطراب في الانتباه الانتقائي والمستمر. (Plusquellec et all, 2016)، ويمكن العجز أساسا على مستوى الانتباه الانتقائي أي في القدرة على التمييز بين المثيرات ذات الصلة والمثيرات غير ذات الصلة. فمرضى الفصام لديهم انطباع بأنهم مشتتون باستمرار بسبب المثيرات غير المهمة، أو أن عيونهم لم تعد قادرة على التركيز على أي شيء، أو أنهم لم يعودوا قادرين على تنظيم تمثيلاتهم أو ادراكهم. (Pomini et all, 1998).

وفي هذا الصدد أجرى **Chapman** دراسة حيث قام بتقييم الاضطرابات المعرفية لدى الأفراد في المرحلة الأولية لمرض الفصام، حيث كان التشخيص عن طريق المتابعة. كشفت الدراسات التي أجريت على مجموعتين من الحالات، واحدة من 26 مريضا والأخرى من 40 مريضا، اضطراب في الوظائف الانتقائية والكيفية (المتباعدة) للانتباه (الانتباه الانتقائي وقدرات الكف)، بالإضافة إلى الادراك، الذاكرة والوظائف النفس حركية. لقد أعطى **Chapman** أهمية كبيرة لاضطرابات الانتباه التي من شأنها أن تكون الأساس إما للميل للتشتيت أو الشعور بالعبء والارهاق بالمعلومات والتجارب الذاتية التي تسبق الذهان، ابلغ المرضى أحيانا عن اضطرابات في الوظائف التركيبية، مثل عدم القدرة على فهم الشيء في مجمله (ككل)، ظاهرة اضطراب الفكر (عدم القدرة على التفكير) واللغة والحركات، كذلك اضطرابات فهم وإنتاج اللغة، وأرجع **Chapman** معظم هذه

الاضطرابات إلى اضطراب الانتباه الانتقائي المسؤول عن عدم القدرة على معالجة المعلومات.

(Grivois & Grosso, 1998)

فتنظيم الأفعال والسلوك ينطوي على ميكانيزمات الانتقاء والكف، ويظهر مرضى الفصام قدرة

منخفضة على انتقاء الردود المناسبة من بين الردود غير ذات الصلة بالموضوع. (Salamé &

Danion, 2007)

ومنه تمثل اضطرابات الانتباه الانتقائي عجز معرفي كبير في مرض الفصام، حيث تشير الدراسات

إلى وجود اضطراب كبير في المواقف التي تتطلب سيطرة كبيرة (سيطرة انتباهية)، على سبيل

المثال في اختبار **Stroop** الذي يسمح بتقييم قدرة الشخص على اختيار القواعد في حالة سيطرة

كبيرة، غالبا ما يظهر المرضى أداء ضعيفا، فمعدل الأخطاء المرتكبة وتباطؤ الاستجابة في

الحالات غير المتوافقة (كلمة " أخضر " مكتوبة باللون الأحمر) تكون بشكل عام أكبر من تلك

الموجودة في موضع السيطرة، كما أنّ الأداء غالبا ما يرتبط ارتباطا سلبيا بشدة الأعراض غير

المنتظمة، من ناحية أخرى في المواقف التي لا تتطلب سيطرة كبيرة، لا يظهر على المرضى أي

اضطراب كبير، مثال في مهمة بحث بصري بسيط أين يجب على المريض أن يبحث عن مُدخل

يختلف عن العنصر المشتت في معيار واحد فقط، (كالبحث عن مربع أحمر بين الدوائر الحمراء)،

بدلا من عدة معايير (البحث عن مربع أحمر بين الدوائر الحمراء والمربعات الخضراء)، المرضى

لا يظهرون اضطرابا.

لذلك تشير عدة دراسات إلى أنّ المرضى يواجهون صعوبة في انتقاء المعلومات ذات الصلة عند

وجود عدة مفاهيم متنافسة، بمعنى آخر يواجه مرضى الفصام صعوبة في توجيه انتباههم، ولكن

بمجرد توجيهه بشكل صحيح تتم المعالجة بطريقة متنافسة سلسلة. (Vianin, 2013).

يظهر مرضى الفصام اضطرابات في الانتباه الانتقائي، كما يظهرون صعوبات في استخراج معلومات محددة من سياق يشمل عدة أجزاء من المعلومات، تبرز تقييم مهام الانتباه الانتقائي لدى مرضى الفصام مقارنة بالمجموعة الضابطة، إطالة دالة لزمن الاستجابة بعد ظهور المثير، فضلا عن التباطؤ الحركي. (Peretti et al, 2004)

بالإضافة إلى تأثير الانتباه على الفكر، فحسب **Persons و Baron 1985** يمكن للانتباه الانتقائي أن يؤثر بصفة مباشرة على الفكر المنظم أو المركب (Pomini, pensée formelle). (Pomini, 1998) كما يمكن أن يؤدي ضعف الانتباه الانتقائي إلى انخفاض القدرة على الدخول في مهمة أو إجراء محادثة أثناء التداخل. (Granger et al, 2018).

خلاصة الفصل:

الانتباه الانتقائي من أهم أنواع الانتباه التي عُنيت بالدراسة والتحليل في مجال علم النفس المعرفي، العصبي، والعلوم العصبية المعرفية، لفهم ماهيته والأسس التي يركز عليها وأهم خصائصه، ومحاولة تقديم نماذج مفسرة له.

في ذات السياق نجد العديد من الباحثين في علم النفس العصبي العيادي وعلم العلوم العصبية المعرفية لجؤ لدراسة هذه العملية المعرفية لتفسير بعض الاضطرابات التي لوحظت لدى المرضى المصابين دماغيا والمرضى العقليين وغيرهم، من خلال تحديد طبيعته عند هذه الفئة وكذا حصر الجوانب التي تؤثر ويتأثر بها.

الفصل الثالث

الذاكرة العاملة

تمهيد:

تحتل الذاكرة مكانة مهمة جدا في الأبحاث النفسية المعرفية والعصبية، باختلاف أنواعها، فالذاكرة العاملة هي الأخرى كانت ولازالت تشغل حيز كبير من الأبحاث في المجال، لمحاولة تفسير طبيعتها وآلية اشتغالها، من خلال اقتراح نماذج مفسرة لها. سنتطرق في هذا الفصل إلى ماهية هذا النوع من الذاكرة و أهم النماذج المفسرة لآلية عملها، من ثم التطرق إلى المكونات والأساس العصبي لها، بعدها محاولة معرفة علاقتها ببعض العمليات المعرفية الأخرى وأخيرا تحديد طبيعتها لدى مرضى الفصام.

1. تعريف الذاكرة العاملة:

يعرفها **Bddeley (1986)** على أنها نظام للاحتفاظ المؤقت بالمعلومات ومعالجتها أثناء أداء مجموعة من المهام المعرفية مثل الفهم، التعلم، والتفكير. كما لها نقاط مشتركة مع الذاكرة قصيرة المدى، تختلف عنها في أنها تشير إلى أداء الفرد وليس إلى زمن الاحتفاظ. تحتوي الذاكرة العاملة على معلومات الوضع الحالي (الآن) وتقوم باستخدامها. تستدعي المعلومات من الذاكرة طويلة المدى التي تحتاجها لأداء المهمة الحالية. (Lemperière et al, 2006)

أما حسب **Daneman و Carpenter (1980)** فهي مزيج من التخزين المؤقت والمعالجة التي تعمل على أساسها، مع سعة محدودة لمجموعة من أنشطة التخزين والمعالجة. (Cowan, 2017) كما عرفها **Cowan (2006)** على أنها مجموعة من العمليات العقلية التي تجعل كمية محدودة من المعلومات يمكن الوصول إليها مؤقتًا لإكمال المهام المعرفية المستمرة.

لقد كان **Engle (2002)** تعريف آخر حيث يرى أنها، استخدام الانتباه للحفاظ على المعلومات المتعلقة بالأهداف والأهداف الفرعية للمعالجة المستمرة وكفّ المشتتات عن تلك الأهداف، هي تعمل جنباً إلى جنب مع ميكانيزمات التخزين قصير المدى التي تحتفظ بالمعلومات ذات الصلة بالمهمة بطريقة لا تتطلب الانتباه.

ليضيف تعريفاً آخر كل من **Engle و Unsworth (2007)** حيث يعتبرانها مجموع الميكانيزمات العقلية اللازمة لتنفيذ مهمة معقدة، يمكن أن تشمل كل من التخزين المؤقت والذاكرة طويلة المدى، طالما أنّ كلاهما يتطلب الانتباه للأداء. (Cowan, 2017)

إن السمة الأساسية لهذا النظام هي أنه لا يقتصر على وظيفة تخزين المعلومات المؤقتة، ولكنه يؤدي أيضا وظيفة معالجة تسمح باستعمال هذه المعلومات. (Baudouin et al, 2007)

بالتالي هي مثال لنظامنا المعرفي الذي يخزن المعلومات ويعالجها مؤقتا، وعليه هي تشارك في جميع الأنشطة المعرفية، على سبيل المثال: في الذاكرة العاملة نقوم بتخزين رقم هاتف مؤقتا قبل الاتصال به أو نقوم بإجراء العمليات الحسابية للعثور على مجموع رقمين من ثلاث أرقام.

تسمى أحيانا بالذاكرة قصيرة المدى (مفهوم لا يبرز جانب المعالجة، ولكن فقط جانب التخزين المؤقت للمعلومات)، وقد أطلق عليها أيضا إسم الذاكرة الأولية، أو الذاكرة الفورية، أو الذاكرة المؤقتة. (Lemaire, 2006)

أحد الجوانب المهمة التي يجب ملاحظتها حول الذاكرة العاملة هو أنه بمجرد استرجاع المعلومات المخزنة مؤقتا، يتم نسيانها حتى لا تزيد العبء على الدماغ بأشياء غير مهمة.

ففي هذا السياق يلعب النسيان دورا مركزيا في معالجة إدارة المخزون، حيث أنّ مهمة إدارة المخزون هي الاحتفاظ بالمعلومات المهمة ذات الصلة للحظات فقط. (Joseph, 2014)

انطلاقا من التعاريف المقدمة يمكن اعتبار الذاكرة العاملة نظام للترميز والمعالجة والتخزين المؤقت لمعلومات الوضع الحالي، حيث تقوم بمعالجة المعلومات أثناء أداء مهمة حالية كما تسمح بالوصول المؤقت للمعلومات لتنفيذ مهمة ما، من خلال خاصية التخزين المؤقت، ويلعب النسيان فيها دورا مهما من أجل الحفاظ على المعلومات المهمة للحظات فقط، فبمجرد استرجاع المعلومات المخزنة مؤقتا يتم نسيانها حتى لا تزيد الحمل على الدماغ.

2. نماذج الذاكرة العاملة:

نموذج Daneman و Carpenter (1980):

يعود الفضل إلى Daneman و Carpenter (1980) في توسيع بنية الذاكرة العاملة، وخاصة

إلى مستوى أعلى من المعالجة اللغوية، وتطوير أول مقياس مباشر للأداء المعقد للذاكرة العاملة.

لاحظ Daneman و Carpenter أن مهام وحدة الحفظ البسيطة، مثل وحدة حفظ الأرقام، لها

ارتباطات منخفضة مع المهام المعرفية الصعبة، مثل فهم المقروء. هذه الارتباطات الصعبة دفعت

بهم إلى استنتاج أن مقاييس الذاكرة الحالية (حوالي 1980) لم تستغل المعالجة، التي تعتبر جوهر

الذاكرة العاملة. ومنه ابتكروا مقياسا، يعرف باسم وحدة حفظ القراءة "Reading span" يتطلب

معالجة وتخزين متزامنين. ارتبط مقياسهم الجديد ارتباطا وثيقا بالمهام المعرفية المعقدة مثل فهم

المقروء، حيث أصبح منذ ذلك الحين الدعامة الأساسية لتقييم الذاكرة العاملة.

في هذا الصدد يؤكد Daneman و Carpenter على بعد المعالجة للذاكرة العاملة، بحجة أن ما

يبدو أنه سعة تخزين صغيرة قد يكون في الواقع نتيجة للمعالجة غير الفعالة، مما يقلل من الموارد

المتاحة للاحتفاظ بالمعلومات. كما يؤكدون أن العمليات العقلية المعقدة تستخدم موارد الذاكرة

العاملة، وكلما زادت كفاءة المعالجة العقلية، زادت الموارد المتاحة للتخزين على المدى القصير.

نظرا لأن كفاءة المعالجة تختلف باختلاف المهمة، فإن سعة الذاكرة العاملة تختلف اعتمادا على

المهمة في الوقت الحالي. فمن هذا المنظور لا يختلف الأفراد في السعة المتاحة ولكن في كفاءة

المعالجة.

من الناحية العملية، هذا يعني أنّ سعة التخزين والمعالجة تظل ثابتة، بالتالي يتم تحديد أداء الذاكرة العاملة من خلال متطلبات المهمة وكفاءة معالجة الفرد. (Dehn, 2008)

وعليه اختلاف الأفراد ليس في إجمالي كمية الموارد المتاحة، ولكن في متطلبات الموارد التي تفرضها أنشطة المعالجة، بالتالي فإن الأفراد الذين يعانون من معالجة غير فعالة سيكون لديهم موارد أقل لدعم التخزين وبالتالي سيكون لديهم مساحات ذاكرة ضعيفة نسبياً. (Conlin & Gathercole, 2006)

في هذا الصدد يرى **Daneman** و **Carpenter** أنّ الاختبار المناسب لسعة الذاكرة العاملة يجب أن يشترك كلاً من ميكانيزمات التخزين والمعالجة، للقيام بذلك أنشأوا اختبارات " Reading span" و "Listening span" حيث تقرأ كل جملة في سلسلة بصوت عال أو تفهم (يحكم على صواب أو خطأ)، وأيضاً يجب تذكر الكلمة الأخيرة من كل جملة. (Cowan, 2017)

في " Listening span" يصدر المشاركون أحكاماً حول معنى كل سلسلة من الجمل ثم يحاولون تذكر الكلمة الأخيرة لكل جملة بالتسلسل. (Clair-Thompson, 2007)

تمثل مقياس Reading span أو Listening span في طول سلسلة الجمل التي يمكن فهمها وتذكرها بالترتيب والتسلسل الصحيح للجملة - الكلمات الأخيرة.

تبين أنّ " Reading span" و " Listening span" تتنبأت بأداء قراءة أفضل بكثير من وحدة حفظ الأرقام أو الكلمات البسيطة. (Cowan, 2017)

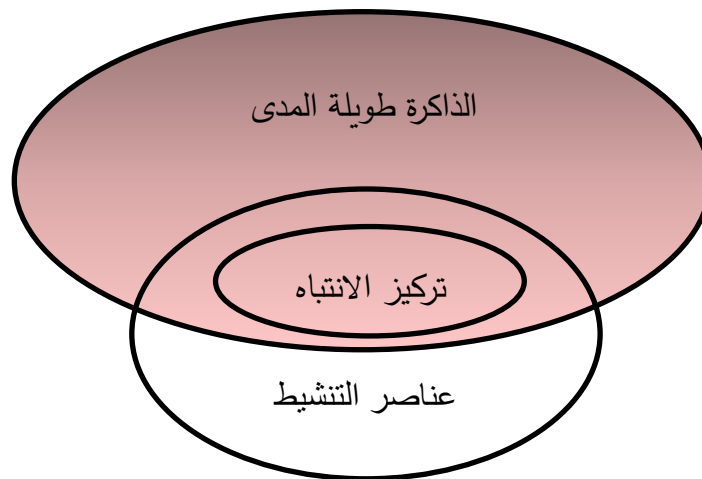
على الرغم من أنّ النموذج يرى أنّ الذاكرة العاملة تتضمن كلاً من وظائف التخزين والمعالجة، إلا أنّ النموذج يقلل من الحاجة إلى مخازن تخزين مؤقتة خاصة.

بالنسبة لـ **Daneman** و **Carpenter (1980)** فإن الذاكرة العاملة تتوافق بكل أساسي مع المنفذ المركزي في نموذج **Baddeley**، من وجهة نظرهم فإنّ الأداء في مهام وحدة الحفظ المعقدة يرجع في المقام الأول إلى كفاءة المعالجة التنفيذية المركزية (المنفذ المركزي).

وهذا الطرح مختلف فيه فنجد **Bayliss** و **Jarrold** و **Baddeley** و **Gunn (2003)**، الذين وجدوا أنّ الاختلافات في سعة التخزين هي محدد مهم لأداء وحدة الحفظ المعقدة. (Dehn, 2008)

نموذج Cowan (2005)

قام **Cowan (2005)** بتوسيع بنية الذاكرة العاملة، وغيّر وجهة النظر حول سعة الذاكرة العاملة، كما ربط الذاكرة العاملة ارتباطاً وثيقاً بالذاكرة طويلة المدى. حيث تقوم نظرية **Cowan** على دمج الذاكرة العاملة ضمن الذاكرة طويلة المدى، بينما لاتزال تعترف بأنّ الذاكرة العاملة والذاكرة قصيرة المدى منفصلان عن الذاكرة طويلة المدى.



الشكل رقم (05): نموذج Cowan

يعتقد **Cowan** أن الذاكرة العاملة تشير إلى المعلومات التي يتم تنشيطها في الذاكرة طويلة المدى، كما يميز نموذج **Cowan** بشكل أساسي بين الجزء النشط من الذاكرة طويلة المدى و تركيز الانتباه.

يؤكد نموذج **Cowan** على تركيز الانتباه ومستويات التنشيط والخبرة كخصائص أساسية للذاكرة العاملة. فتركيز الانتباه لديه سعة محدودة، وعادة ما تكون عناصر قليلة عالية التنشيط في وقت واحد، المجموعة الأكبر من العناصر النشطة في الذاكرة طويلة المدى محدودة الوقت ليس السعة، لكن يمكن فقد هذه العناصر من خلال التلاشي أو التداخل. تتحرك العناصر الموجودة في المجموعة النشطة بسرعة داخل وخارج تركيز الانتباه، اعتمادا على ما هو مطلوب في الوقت الحالي.

تركيز الانتباه في نموذج **Cowan** يحلّ محل الحاجز العرضي المتعدد للتخزين المنفصل والمنفذ المركزي لنموذج **Baddeley**.

يفترض **Cowan** أنّ التركيز المحدود للانتباه يقيّم الاحتفاظ بالذاكرة العاملة ومعالجتها وليس سعة التخزين. لدى الراشدين الذين لديهم سعة ذاكرة عاملة عادية، يمكن أن يتعامل تركيز الانتباه مع حوالي أربعة أجزاء من المعلومات النشطة في وقت واحد. (Dehn, 2015)

نموذج Engle للذاكرة العاملة:

تمثل الذاكرة العاملة في نموذج **Engle**، نسقا يتكون من مخزن لأثار الذاكرة طويلة المدى النشطة، ومجموعة عمليات لتنفيذ هذا التنشيط والاحتفاظ به، وآلية الانتباه المضبوط أو مكون

الانتباه التنفيذي. حيث يستخدم **Engle** مصطلح الذاكرة العاملة للإشارة فقط إلى العمليات المتعلقة بالتحكم في الانتباه. (Cowan, 2008)

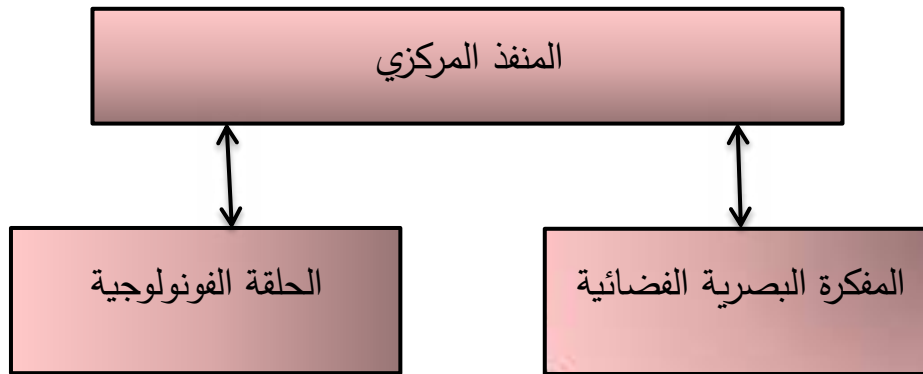
فعند الإشارة إلى سعة الذاكرة العاملة حسب **Engle** فإنه يعني سعة مكون واحد فقط من المكونات السابقة، ألا وهو الانتباه التنفيذي، وليس السعة الكلية للذاكرة العاملة.

بمعنى أنه يشير إلى المنفذ المركزي حسب نموذج **Baddeley**، فسعة الذاكرة العاملة ليست سعة للتخزين أو للذاكرة في حد ذاتها وإنما سعة انتباه مضبوط يعمل على الاحتفاظ ببعض المعلومات في حالة نشطة وحفظها في بؤرة الانتباه (مثل أهداف المهمة) في مواجهة التداخل أو التشتيت من مصادر خارجية (المشتتات البيئية) أو مصادر داخلية (وحدات الذاكرة طويلة المدى الأخرى غير ذات الصلة) حيث يعمل على منع هذه المعلومات غير المستهدفة من الدخول في حالة النشاط (بؤرة الانتباه). (عبد اللطيف والصبوة، 2014، ص. 377)

نموذج **Baddeley** للذاكرة العاملة:

سنة (1974) اختبر **Baddeley** و **Hitch** فرضية وجود نظام محدود السعة يشارك في الأنشطة المعرفية التي تعمل كذاكرة عاملة، أي أداء دور مزدوج للمعالجة والتخزين. اعتمدوا نموذجاً مزدوجاً للمهمة حيث يشارك الأفراد في مهمة معرفية (فهم اللغة، والتفكير) ويجب أن يحتفظوا في نفس الوقت بسلسلة طويلة أو أقل نوعاً ما من الأحرف، الأرقام في الذاكرة. أظهرت النتائج أنّ الحفاظ على العناصر لا يؤدي إلى تدهور الأداء طالما ظل الحمل على الذاكرة منخفضاً، أي لا يتجاوز وحدة الحفظ.

وفي عام (1986)، اقترح **Baddeley** نموذجاً من ثلاث مكونات: أولاً مسؤول مركزي أو منفذ مركزي مسؤول عن التحكم في عمليات المعالجة. وتخصيص نظامين للتخزين تابعين له: الحلقة الفونولوجية للحفاظ على المعلومات اللفظية والمفكرة البصرية الفضائية للحفاظ على المعلومات البصرية الفضائية.



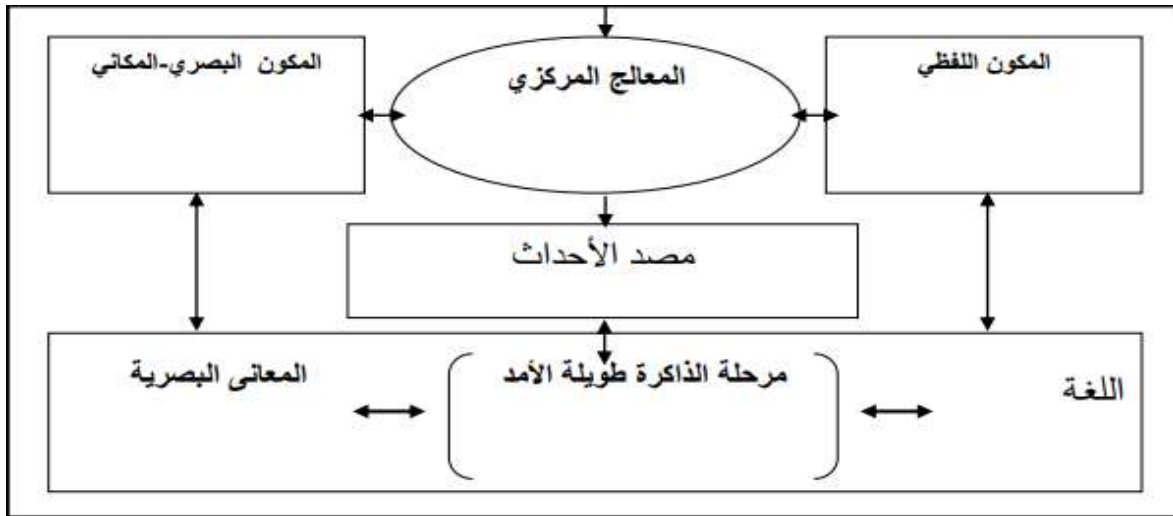
الشكل رقم (06): نموذج بادلي للذاكرة العاملة 1974

مكّن العمل المتتالي من فهم أداء كل مكون بشكل أفضل، وهكذا تم تقسيم الحلقة الفونولوجية إلى مكونين فرعيين: السجل الفونولوجي، للتخزين المؤقت للمعلومات اللفظية، والحلقة النطقية التي توصف بأنها عملية نشطة للتكرار الذاتي الذهني.

وبالمثل تم اقتراح انقسام داخلي في المفكرة البصرية الفضائية عن طريق فصل السجل البصري عن السجل المكاني.

أما بالنسبة للمنفذ المركزي، وهو أكثر مكونات النموذج تعقيداً، وقد تم وصفه بأنه نظام مراقبة انتباهية يضمن وظائف مختلفة (التنسيق، التخطيط، تغيير الاستراتيجيات، التنشيط في الذاكرة طويلة المدى). (Baudouin et al, 2007).

في عام (2000) وسع **Baddeley** النموذج بإضافة مكون رابع، مصدر الأحداث أو المخزن العرضي المؤقت، الذي يحمل التمثيلات التي تدمج المعلومات الفونولوجية والبصرية الفضائية، وربما المعلومات التي لا تغطيها الأنظمة (على سبيل المثال: المعلومات الدلالية، المعلومات الموسيقية).



الشكل رقم (07): نموذج بادلي المعدل (2000)

نقلا عن حميدوش، 2022، ص. 90

يعد هذا المكون عرضي لأنه يُفترض أنه يربط المعلومات بتمثيل عرضي أحادي، يشبه المكون العرضي (مصدر الأحداث) مفهوم **Tulving** للذاكرة العرضية (ذاكرة الأحداث) لكنه يختلف من حيث أنّ المكون العرضي في نموذج **Baddeley** هو مخزن مؤقت. (Joseph, 2014).

تعقيب على النماذج:

تعددت النماذج المفسرة لمكونات وآلية عمل الذاكرة العاملة كل حسب توجهه، فنجد مجموعة من النماذج على غرار نموذج **Daneman** و **Carpenter** (1980) و نموذج **Cowan** (2005)،

ونموذج Engle يرون أن الذاكرة العاملة عبارة عن مكون واحد (نماذج أحادية)، على خلاف ما جاء به Baddeley (1986، 2000) حيث يرى أنها متعددة المكونات (الحلقة الفونولوجية، المنفذ المركزي، المفكرة البصرية الفضائية، الحاجز العرضي أو مصد الأحداث)، أما عن آلية عمل هذه الذاكرة نلاحظ أنّها حسب النماذج الأحادية تتوافق مع مهام المنفذ المركزي في نموذج Baddeley، بينما تعمل من خلال عدة مكونات تحتية حسب النموذج المتعدد لـ Baddeley، بالتالي تشترك كل النماذج في الجانب الانتباهي للذاكرة العاملة بينما تختلف في تعدد المكونات بالنسبة للنموذج المتعدد لـ Baddeley الذي يعتبر الأكثر تحديدا لوصف مكونات وآلية عمل هذا النوع من الذاكرة حيث أعطى لكل مكون تحتي مهمة خاصة به (الحلقة الفونولوجية المتعلقة بالمعلومات اللفظية، المفكرة البصرية الفضائية المتعلقة بالمعلومات البصرية والمنفذ المركزي الذي يعمل من أجل التنسيق بين عمل المكونين السابقين، والحاجز العرضي الذي يربط الرموز البصرية والفونولوجية بتمثيلات في الذاكرة طويلة المدى)، لذا سنتبنى الدراسة الحالية النموذج المتعدد للذاكرة العاملة كونه يشرح عمل هذه الذاكرة بشكل أدق من خلال تخصيص كل مهمة لمكوّن محدد.

3. مكونات الذاكرة العاملة وأساسها العصبي:

الحلقة الفونولوجية: الحلقة الفونولوجية عبارة عن مخزن المعلومات اللفظية المشفرة التي تتلاشى في حدود ثانيتين، لكن يمكن تحديثها عن طريق ميكانيزم التكرار الصوتي. (Baddeley et al, 2009) بالتالي هي مسؤولة عن تنفيذ العمليات النطقية (المشاركة في فهم اللغة) والتكرار الذهني الذاتي الذي يجعل من الممكن الحفاظ على المعلومات في الذاكرة العاملة أو نقلها إلى الذاكرة طويلة المدى. (Lemaire & Bhare, 2005)

تتكون الحلقة الفونولوجية من مكونين، سجل فونولوجي يخزن المعلومات اللفظية، وميكانيزم التكرار الذاتي الذي يحافظ على هذه المعلومات نشطة في السجل. (Reed, 2017) في هذا الصدد يفترض Baddeley أن:

السجل الفونولوجي: للتخزين السلبي تكون سعته محدودة (تمثيلات الذاكرة الفونولوجية المحفوظة في هذا السجل تتلاشى بشكل سلبي في أقل من ثانيتين). (Roulin et al, 2006) وهي نوع من الوحدات التي تحتوي على المعلومات المعجمية الفرعية (أي التمثيلات الفونولوجية). (Hage et al, 2006)

مكون التكرار الصوتي الذاتي: هذا الأخير مسؤول من ناحية عن تحديث المعلومات الواردة في سجل التخزين من خلال عملية دورية من "إعادة التنشيط" مما يجعل من الممكن منع أي تراجع، من ناحية أخرى عندما يواجه الفرد مثيرا مقدما بصريا (كلمة، مقاطع بدون معنى، رسم توضيحي) تسمح عملية التكرار الذاتي بتحويل هذا المثير إلى رمز فونولوجي والوصول إلى السجل الفونولوجي. (Roulin et al, 2006)

إنّ عملية التحكم أو إعادة التنشيط الصوتي قادرة على إعادة المعلومات إلى وحدة التخزين بواسطة حلقة التغذية الراجعة، تحتفظ هذه الوحدة بالمعلومات لفترة محدودة بحوالي ثانيتين قبل استدعاء ميكانيزمات التخزين طويلة المدى، لذلك يتم مسح آثار الذاكرة بعد ثانيتين تقريبا في حالة عدم تنشيط نظام التحكم النطقي في شكل التكرار الذاتي دون النطق، تجعل الحلقة الفونولوجية من الممكن تحديث الآثار من خلال إعادة تنشيطها من خلال هذا الكلام الداخلي.

بالتالي يبقياها متاحة في الذاكرة العاملة حتى يتم استدعاؤها، بالتالي فإن دور الحلقة النطقية (الفونولوجية) يتمثل في تلخيص المعلومات واستبقائها متاحة حتى الاسترجاع. (Hage et al, 2006)

هذا التكوين البسيط للنظام الفرعي للذاكرة العاملة وهو الحلقة الفونولوجية يجعل من الممكن تفسير ليس فقط النتائج القديمة التي تم الحصول عليها في المختبر التي كانت تنسب سابقا للذاكرة قصيرة المدى، ولكن أيضا لشرح أثر التشابه الفونولوجي، تأثير طول الكلمة، تأثير الكلام المسموع وغير المسموع، تأثير الحذف اللفظي. (Roulin et al, 2006)

من الناحية النفسية العصبية، تدعم الدراسات على المرضى الذين يعانون من إصابات دماغية نتج عنها عجز في الحلقة الفونولوجية، ودراسات التصوير العصبي فرضية التخزين الفونولوجي وأنظمة التكرار، حيث أنّ منطقة 44 في خريطة برودمان هي المنطقة القشرية المرتبطة بالتخزين، بينما مكون التكرار الذاتي مرتبط بمنطقة بروكا (مناطق 6- 40 في خريطة برودمان). في كلتا الحالتين يكون التنشيط في نصف الكرة المخية الأيسر بشكل أساسي، على الرغم من وجود اقتراحات من حين لآخر لنشاط مماثل في نصف الكرة المخية الأيمن في ظل الظروف الصعبة. (Baddeley, 2003)

وفقا لـ Gathercole و Pickering و Ambridge و wearing (2004)، يتم تقديم التخزين الفونولوجي بواسطة دوائر عصبية في نصف الكرة المخية الأيسر التي تمتد إلى المناطق الجدارية السفلية، والتكرار مرتبط بالمناطق الأمامية الصدغية الجبهية.

كما أفاد مؤخرا كل من **Baldo** و **Donkers** أنّ التلّيف فوق الهامشي Supramarginal gyrus يخدم السجل الفونولوجي، بينما منطقة بروكا تخدم التكرار الفونولوجي أو النطقي. (Dehn, 2010)

المفكرة البصرية الفضائية:

على الرغم من أنّ دور المفكرة البصرية الفضائية أقل وضوحاً إلا أنّ لها نفس وظيفة النظام الفرعي السابق -الحلقة الفونولوجية- للمعلومات البصرية الفضائية. هي نظام لترميز ومعالجة الأشكال البصرية (بما في ذلك أشكال الحروف والكلمات) والصور الذهنية والاسناد الفضائي للأشياء. (Teberghien, 1997)، وهي مسؤولة على الحفاظ على المعلومات المكانية والبصرية بالإضافة إلى تكوين الصور الذهنية ومعالجتها (Monnier & Roulin, 1994).

حسب **Logie** (1994) تعمل المفكرة البصرية الفضائية على التخزين قصير المدى والمعالجة المؤقتة للمعلومات البصرية -الفضائية (Lussert, 2003).

من وجهة النظر الوظيفية فهي مرتبطة بالتحكم في الحركة التي تتطلب كل من التخطيط وردود الفعل البصرية في الوقت نفسه.

من الناحية النفسية العصبية كشفت أبحاث التصوير العصبي للذاكرة البصرية الفضائية قصيرة المدى، أنها تقع في النصف الأيمن من الدماغ، خاصة في المناطق القفوية والمناطق الجبهية السفلية. هناك دليل على تقسيم المفكرة أو الذاكرة البصرية الفضائية إلى مكونات بصرية و مكونات فضائية مكانية، مع وجود المكون البصري في الفص القفوي والمكون المكاني الفضائي في الفص الجداري. (Dehn, 2010).

المنفذ المركزي:

هو نظام مراقب الانتباه الذي يشرف وينسق المعلومات الواردة من الأنظمة المساعدة، يقوم بمهام الانتقاء الإرادي لقنوات المعلومات، والبحث لحل المشكلات، ومهام التحكم... وغيرها. عندما تكون موارد الانتباه متشعبة، فإنه يخصص موارده في الأولوية للحلقة الفونولوجية، أو المفكرة البصرية الفضائية، التي تمنع أو تعطل أي نشاط متزامن (Dumont, 2001) يلعب المنفذ المركزي أو النظام التنفيذي المركزي دورا حاسما وهاما: فهو يقوم بانتقاء المعلومات الحسية ذات الصلة، ويوجهها مؤقتا نحو أحد النظامين السابقين.

دور المنفذ المركزي:

- الانتقاء الاستراتيجي للأفعال الأكثر فعالية
- تنسيق عمل الأنظمة الفرعية المتخصصة
- التحكم في عمليات المعالجة.
- تنسيق المهام المزدوجة (القدرة على أداء نشاطين عقليين في وقت واحد).
- التغيير في استراتيجيات الاسترجاع: التحوّل الانتباهي.
- تفعيل (استرجاع ومعالجة) المعلومات في الذاكرة طويلة المدى: إدارة مرور المعلومات بين الأنظمة الفرعية والذاكرة طويلة المدى.
- وظائف الانتباه الانتقائي.
- عملية التحديث (القدرة على تغيير حالة التمثيل في الذاكرة العاملة بناءا على المعلومات الواردة). (Kiefer, 2011).

ويذكر Logie 1966 أنَّ للمنفذ المركزي خمس وظائف أساسية هي كالتالي:

- (1) **الانتقاء:** حيث يقوم بانتقاء المعلومات قصيرة المدى والتي تساعد في عملية التجهيز.
 - (2) **المسح:** حيث يقوم بعملية مسح للمعلومات المهمة من الذاكرة الموجودة بالذاكرة قصيرة المدى وتخزين ما يمثل أهمية منها في الذاكرة طويلة المدى.
 - (3) **الاحتفاظ:** حيث يقوم بحفظ وتخزين المعلومات في الذاكرة قصيرة المدى باستخدام بعض ميكانيزمات التخزين كال تكرار والتسميع الذاتي.
 - (4) **البحث:** حيث يقوم بالبحث عن المعلومات الغامضة في الذاكرة طويلة المدى مما يؤدي إلى تخزين أكثر تنظيماً للمعلومات.
 - (5) **التنشيط:** وهو من الوظائف الأساسية للذاكرة العاملة، حيث على جميع المعلومات المخزنة في أية وحدة من وحدات الذاكرة. (عامر والمصري، 2019، ص. 134)
- المنفذ المركزي مسؤول عن توجيه الانتباه إلى المعلومات ذات الصلة بالمهمة وكفّ المعلومات غير ذات الصلة، والأفعال الغير مناسبة، وتنسيق العمليات المعرفية عندما يجب القيام بأكثر من مهمة واحدة في نفس الوقت. (Joseph. 2014. P 18)، كما يرتبط المنفذ المركزي بالتحكم في الانتباه وأنشطة المعالجة عالية المستوى، وتنسيق الأنشطة داخل الذاكرة العاملة. (Conlin & Gathercole, 2006) وهو نظام مسؤول عن معالجة المعلومات، وهو نظام مرّن يشمل دمج المعلومات من الحلقة الفونولوجية والمفكرة البصرية الفضائية و ربط الذاكرة قصيرة المدى بالذاكرة طويلة المدى.

يعتبر المنفذ المركزي أيضاً مهماً بشكل خاص لإدارة تدفق المعلومات في حالات الحمل أو الطلب المعرفي العالي أو الطلب الذي يتم فيه تجاوز حدود السعة ويكون الانتباه الانتقائي

مطلوبا. (Draheim et al, 2022) يمكن تقييم المنفذ المركزي من خلال اختبارات (Back ward (word span و (computation span و (Trail- making test). (Malekpour et al, 2013).

من الناحية النفسية العصبية يعتقد أن العمليات التنفيذية للذاكرة العاملة موجودة في قشرة الفص الجبهي، بما أن الجوانب التنفيذية للذاكرة العاملة تشمل إتاحة الموارد، كفاء التداخل، التحديث، التحويل -المراقبة، وتنفيذ الاستراتيجيات. وفقا لـ Kane و Engle (2002) فإن القشرة الظهرية الجانبية للفص الجبهي مسؤولة عن كفاء التداخل عن معالجة مهمة ثانوية أثناء محاولة الحفاظ على المعلومات ذات الصلة.

يلاحظ أيضا التنشيط الجبهي الجانبي الظهري عند الحاجة إلى التحديث، على سبيل المثال عندما يكون الفرد منخرطا في أداء المهام المزدوجة. وتوصل Kane و Engle (2002) من خلال البحث في دور قشرة الفص الجبهي و سعة الذاكرة العاملة إلى النتائج التالية:

- تأكيد دور القشرة الظهرية الجانبية للفص الجبهي في ذاكرة العمل التنفيذية (المنفذ المركزي).
- الفروق الفردية الطبيعية في سعة الذاكرة العاملة تتضمن الفروق الفردية في القشرة الظهرية الجانبية للفص الجبهي.
- تعتبر القشرة الظهرية الجانبية للفص الجبهي بنية ضرورية ولكنها غير كافية لوظائف الذاكرة العاملة، كما أن البنيات العصبية الأخرى ضرورية.
- يتمثل الدور الأساسي للقشرة الظهرية الجانبية للفص الجبهي في الحفاظ على المعلومات نشطة في وجود التداخل عن طريق منع عناصر التشتيت والمعلومات غير ذات الصلة.

- يدعم الدليل التشريحي العصبي وجهة النظر الوراثية للذاكرة العاملة، مع أنظمة ذاكرة عاملة متميزة في المناطق الخلفية متصلة بشبكة القشرة الظهرية الجانبية للفص الجبهي، كما تم اكتشاف أن نفس مناطق الفص الجبهي نشطة أثناء كل من الذاكرة العاملة ومهام الذاكرة طويلة المدى. (Dehn, 2010).

كما أسفرت نتائج دراسة قام بها D'Esposito وآخرون (1995) عن حدوث تنشيط (أثناء انجاز مهمة مزدوجة) في النواة الحزامية الأمامية في مهمة توزيع الانتباه حيث كان على الأفراد اكتشاف تغيير في شكل ولون وسرعة المنبه البصري.

الحاجز العرضي /مصد الأحداث:

لشرح التفاعل بين الذاكرة طويلة المدى والذاكرة العاملة، أضاف Baddeley (2000 - 2006) مؤخراً مكوناً رابعاً - الحاجز العرضي أو مصدر الأحداث - إلى نموذجهِ.

يعتبر الحاجز العرضي مكوناً محدود السعة، يمكن الوصول إليه بوعي، يتداخل مع ذاكرة الأحداث طويلة المدى والذاكرة الدلالية لإنشاء تمثيلات متكاملة بناءً على معلومات جديدة. يسمح الحاجز العرضي بالترميز المباشر في ذاكرة الأحداث طويلة المدى، ويتحكم في عمليات البحث الموجهة للذاكرة طويلة المدى، على وجه الخصوص يمكن أن يفسر الحاجز العرضي التخزين المؤقت لكميات كبيرة من المعلومات. (Dehn, 2010)

يفترض Baddeley أن يكون الحاجز العرضي مخزناً محدود السعة يمكن فيه دمج المعلومات من المخازن قصيرة المدى والذاكرة طويلة المدى تعرض في أجزاء. كما يفترض أن يكون متاحاً من خلال الإدراك الواعي، وأن يكون متعدد الأبعاد مما يعكس وظيفته التكاملية للحصول على

المعلومات ذات الصلة من الحواس والذاكرة العاملة والذاكرة طويلة المدى. (Baddeley et al, 2009)

يجمع الحاجز العرضي بين الرموز البصرية والفونولوجية ويربطهم بتمثيلات متعددة الأبعاد في الذاكرة طويلة المدى، كما يمكن لعمليات الذاكرة العاملة العرضية أن تمثل المعلومات وتدمجها بسرعة من أجل التعلم الفوري والمعالجة. (Dehn, 2010)

من الناحية النفسية العصبية جمع كل من Rudner وآخرون (2007) مؤخرًا بيانات التصوير العصبي التي تدعم وجود معالجة الحاجز العرضي يشمل الحصين الأيسر، يكون مرتبطًا بربط نسخ فونولوجية في حلقات الكلام وربط الذاكرة العاملة مع التمثيلات الدلالية في الذاكرة طويلة المدى. وسط الفص الصدغي الأيمن أثناء المعالجة العرضية، بالإضافة إلى المنطقة القفوية الوسطى اليسرى، مرتبطة بمعالجة المعلومات اللغوية المحددة للإشارة، مما يدعم أنّ وظيفة الحاجز العرضي مرتبطة بوظيفة الحلقة الفونولوجية. تدعم هذه النتائج وجود روابط وثيقة بين الذاكرة العاملة والذاكرة طويلة المدى. (Rudner et al, 2007)

4. دور الذاكرة العاملة:

تعتبر الذاكرة العاملة ضرورية جدًا لجميع المهام التي تتطلب مواجهة سلسلة من العناصر التي يتم تقديمها على شكل تدفق من فهم اللغة الشفهية (تعليمات، تفسيرات، محادثة.... وغيرها) وكذلك اللغة المكتوبة (قراءة جمل، نصوص)، اجراء حسابات ذهنية لكن أيضا التفكير والاستنتاج والتفكير وحل المشكلات التي تتطلب انشاء روابط بين مختلف العناصر التي يجب أن تكون حاضرة في الذهن في نفس الوقت (نشطة في نفس الوقت). كما تعتبر بوابة الذاكرة طويلة المدى: يمكن نقل

نتائج المعالجة التي يتم إجراؤها في الذاكرة العاملة إلى الذاكرة طويلة المدى، التي بدورها تسمح

بتراكم المعرفة والمهارات. (Moret & Mazeau, 2019)

من الناحية الوظيفية، تتميز الذاكرة العاملة بعدة خصائص:

- إنها ذاكرة مؤقتة، يمكنها فقط تخزين العناصر لمدة ثانية إلى ثانيتين على الأكثر.
- يمكنها إبقاء عدد محدود من العناصر نشطا، يتغير هذا العدد مع تقدم السن ليصل إلى 7 (+ أو -) 2 في سن الرشد.
- ترتبط فعاليتها من حيث العمل المعرفي بقدرة الشخص على تحديث ذاكرته العاملة (الوظيفة التنفيذية المخصصة للذاكرة العاملة، تسمى أيضا "المنفذ المركزي"). (Moret, 2013).

بالإضافة إلى تميزها بمهام ووظائف تميزها عن غيرها من أنواع الذاكرة تتلخص فيما يلي:

- القدرة على الانتباه والتذكر.
- القدرة على التفكير والتخطيط وحل المشكلات.
- القدرة على ترتيب البيانات وتنظيمها.
- القدرة على الاستدلال الذهني واختبار الفرضيات.
- القدرة على متابعة الحديث أو الاشتراك في مناقشة.
- القدرة على التحكم في السلوك المباشر.
- القدرة على تخزين المعلومات ومعالجتها. (أبو الديار، 2012، ص. 43).

5. سعة الذاكرة العاملة:

تتمثل سعة الذاكرة العاملة في عدد الوحدات التي يتم تشفيرها و استدعاؤها بصورة صحيحة بعد تقديمها مباشرة، وتقدر بسبع (7) وحدات أما زائد أو ناقص (+ أو -) وحدتين أي من خمسة (5) إلى تسعة (9) وحدات. (بزوري، 2015، ص. 273).

من الناحية التطورية، تزيد فترات الذاكرة اللفظية قصيرة المدى والذاكرة العاملة بمقدار ضعفين إلى ثلاثة أضعاف بين سن 4 و 16 سنة، مع تحسن تدريجي أكثر بعد سن 8 سنوات. (Dehn, 2008). وفي سن 4 يمكن للطفل العادي أن يتذكر متوسط 3 وحدات بالترتيب، بحلول سن 12 سنة، تضاعف وحدة الحفظ إلى حوالي 6 وحدات، وبحلول 16 سنة تستقر وحدة الحفظ عند 7 إلى 8 وحدات. (Malekpour et al, 2013)

على الرغم من أداء الأطفال والراشدين في ذاكرة العمل متكافئ بشكل عام من حيث البنية والعمليات، إلا أنّ هناك بعض الاختلافات الملحوظة. بشكل عام، يبدو أن الأطفال الصغار يعتمدون بشكل أكثر على الذاكرة الفونولوجية قصيرة المدى أكثر من الراشدين، ولى وجه الخصوص فإن السمات الفونولوجية للكلمات تكون أكثر تأثراً في معالجة الأطفال، بينما يعتمد الراشدين بشكل أكبر على الارتباطات الدلالية، كما يتضح من الاكتشاف أن التشابه الفونولوجي والكلمات بدون معنى أقل اضطراباً أو عجزاً لأداء الراشد (Conlin & Gathercole, 2006)

6. علاقة الذاكرة العاملة بالانتباه الانتقائي:

لقد اهتم **Baddeley** بالنموذج الذي اقترحه **Norman** و **Shallice** (1980) بأن هناك نظاما ثانيا يتدخل لما يكون الانتقاء الألي غير كاف أو غير فعال، ويتعلق الأمر هنا بنظام الانتباه المراقب (systems attentionnel superviseur) هذا النظام ذو القدرات المحدودة قادر على إيقاف أو تعديل نشاط حالي، أو على كَفِّ إجابات آلية ناتجة عن وضعية معينة، سيتدخل أيضا في وضعيات تتطلب اتخاذ قرارات، التخطيط والتكيف مع ظروف جديدة.

وفقا لـ **Baddeley** تتكون الذاكرة العاملة من نظام انتباه محدود السعة (المنفذ المركزي) يتفاعل مع المخازن المؤقتة لأنواع مختلفة من المعلومات (الحلقة الفونولوجية والمفكرة البصرية الفضائية). (Baddeley et al, 2009)

بالتالي فإن **Baddeley** (1986) يمنح المنفذ المركزي الوظائف التي نسبها كل من **Norman** و **Shallice** لنظام الانتباه المراقب مثل الربط أو التنسيق بين مهمتين وإنجاز نشاطين متوازيين والقدرة على تنشيط واسترجاع المعلومات في الذاكرة طويلة المدى بالإضافة إلى القدرة على انتقاء المعلومة المميزة وفي نفس الوقت كَفِّ المعلومة غير المميزة (الانتباه الانتقائي)، هذان الجانبان يرتبطان بمصطلح الكَفِّ. (سليمان، 2011، ص. 96).

يرى **Engle** بأن الذاكرة العاملة هي من تسيطر وتراقب وظيفة الانتباه وتحدد مجاله وتقيده، كما انها تعمل جنبا إلى جنب مع الانتباه الانتقائي، فهما يعملان على تصفية المعلومات الواردة من البيئة الخارجية، بحيث لا يسمحان إلا للمعلومات المتعلقة بالموقف الوصول إلى مخزن الذاكرة

لمعالجتها، فكليهما معني بالسيطرة على المعلومات رغم أنّ لكل منهما حدود فيما يتعلق بكمية المعلومات التي يمكنه معالجتها. (بن شخصوخ، 2021، ص. 164).

فحسبه سعة الذاكرة العاملة ليست سعة للتخزين أو للذاكرة في حد ذاتها وإنما سعة انتباه مضبوط يعمل على الاحتفاظ ببعض المعلومات في حالة نشطة وحفظها في بؤرة الانتباه (مثل أهداف المهمة) في مواجهة التداخل أو التشتيت سواء من مصادر خارجية (كعناصر التشتيت البيئية) أو مصادر داخلية (كوحدة الذاكرة طويلة المدى الأخرى التي ليس لها علاقة بالموقف) حيث تعمل على منع المعلومات الأخرى غير المستهدفة من الدخول إلى الحالة النشطة (بؤرة الانتباه). (عبد اللطيف والصبوة، 2014، ص. 377).

لقد أظهرت الدراسات أنّ الأفراد الذين يؤدون أداء ضعيفا في مهام سعة الذاكرة العاملة، يؤدون أداء أسوأ في المهام التي تتطلب الانتباه والتي تتطلب الحد الأدنى من متطلبات الذاكرة، مثال على ذلك الأفراد الذين لديهم سعة ذاكرة عاملة أكبر يكونون قادرين بشكل أفضل على تجنب النظر إلى الومض المشتت في رؤيتهم لتحديد الهدف على الجانب الآخر من الشاشة، بشكل أسرع لتضييق حجم عدساتهم البصرية لتشمل المنبهات فقط في منطقة مستهدفة من الفضاء. كما أنهم يكونون أكثر قدرة على تجاهل أسمائهم في مهمة استماع ثنائية عندما تظهر في القناة التي سيتم تجاهلها، كما يكونون أفضل في انتقاء الكلمات الملونة المشتتة في مهام Stroop، ويقل تعرضهم للبهفوات المتعمدة. (Draheim et al, 2022)

7. الذاكرة العاملة لدى المصاب بالفصام:

تكتسب الذاكرة العاملة أهميتها من الدور الذي تلعبه في أداء مختلف مهام الحياة اليومية، ومن خلال خاصتي التخزين والمعالجة للنشاطات الآتية قيد التنفيذ، واضطرابها يمكن أن يكون له تأثير سلبي، وبالحديث عن طبيعة الذاكرة لدى مرضى الفصام الذين يعتبرون محور هذه الدراسة فقد ثبت أنّ اضطرابات الذاكرة في الفصام أو الاضطراب ثنائي القطب قد تتضمن اضطرابات الذاكرة العاملة أو الترميز، غالبا ما يتم التعبير عن اضطرابات الذاكرة العاملة من خلال عدم القدرة على تذكر ما يجب على المرء فعله أو قراءة مجلة بسيطة أو متابعة فيلم. (Granger et al, 2018)

أثبتت العديد من الدراسات أنّ مرضى الفصام أظهروا أداء ضعيف في مهام الذاكرة العاملة، كما تم العثور على هذا العجز لدى أقارب مرضى الفصام غير المصابين بالمرض، وظهور عجز في الذاكرة العاملة مبكرا سوف يكون منبئا بتطور نحو الفصام، حيث ستؤثر شدة العجز في الذاكرة العاملة على التنبؤ الوظيفي للذاكرة قصيرة المدى لدى مرضى الفصام.

التشوهات في المنفذ المركزي ستكون الأكثر خصوصية في مرض الفصام ويمكن أن تساعد في التمييز بين مرضى الفصام ومرضى ثنائي القطب. (Daléry et al, 2012)

عادة ما يحتفظ المرضى المصابين بالفصام بمعلومات أقل في الذاكرة العاملة مقارنة بالأسوياء، ولا يتم تحسين أدائهم من خلال تقليل التأخير بين العرض التقديمي ومرحلة الاختبار في مهمة الاستجابة المتأخرة Delayed Reponse Task. ويمكن أن ينتج عن عجز الذاكرة العاملة لدى المرضى اضطرابات على مستويات أو مراحل مختلفة في عملية معينة في مهمة الذاكرة العاملة.

(Martin, 2014)

من الناحية النفس عصبية أشارت دراسات التصوير العصبي إلى وجود نشاط شاذ في القشرة قبل الجبهية الظهرية لدى مرضى الفصام أثناء مهام الذاكرة العاملة مقارنة بالأسوياء . (السواح وعياد، 2022، ص. 15)

بالإضافة إلى دراسة Kang وآخرون (2011)، التي تدعم وجود عجز لدى المرضى الفصامين في الأداء على اختبار ويسكنسون لتصنيف البطاقات، وهو اختبار شديد الحساسية لإصابات الفص الجبهي، وأشارت الدراسة أيضا إلى أن الخلل كان ظاهرا بشكل كبير في الذاكرة العاملة، ومواصلة الانتباه والقدرة على كف الاستجابة. (صالح، 2017، ص. 467).

كما كشفت دراسة التحليل البعدي لـ 12 دراسة أجريت على مرضى الفصام لقياس نشاط المخ أثناء مهام الذاكرة العاملة على وجود انخفاض في نشاط القشرة قبل الجبهية، في حين توصلت دراسة التحليل البعدي الأخرى أن القشرة قبل الجبهية الظهرية لديهم أكثر اتساعا.

هناك أدلة ثابتة نسبيا ترجع عجز الذاكرة العاملة في مرض الفصام إما إلى عجز المكون اللفظي (الحلقة الفونولوجية) أو المكون البصري الفضائي، في المقابل هناك أدلة قوية على أن الأفراد المصابين بالفصام لديهم صعوبة كبيرة في أداء العمليات التي يقوم بها المنفذ المركزي في الذاكرة العاملة. (Barch et Ceaser, 2012)

للمنفذ المركزي دور مهم حيث يقوم بتنسيق وتنظيم الأنظمة المختلفة، ويسمح بمعالجة المعلومات، والحماية من التشتيت، والحفاظ على الهدف وتوزيع الموارد (الانتباه الموزع)، وتعتمد هذه الوظائف المعقدة على مناطق قشرة الفص الجبهي الظهراني وكذلك على القشرة الجدارية الخلفية، سيتم تمثيل الارتباطات العصبية الحيوية لهذه الوظيفة بأفراز الدوبامين، وظهور الايقاعات التذبذبية القشرية في

الشرائط السريعة Les bandes rapides (ثيتا/ غاما)، وقد ثبت أن هذه الارتباطات الدماغية تتعطل لدى مرضى الفصام أثناء مهام الذاكرة العاملة، ويعتقد أن المنفذ المركزي أكثر خصوصية في مرض الفصام وقد يساعد في التفريق بين مرضى الفصام ومرضى ثنائي القطب. (Daléry et al, 2012)

كما تم تسجيل اضطرابا ملحوظا في المكون اللفظي للذاكرة العاملة لدى الفصامين، حيث توصل Hashimoto وآخرون 2010 إلى وجود قصور دال في أداء مرضى الفصام على مهام الذاكرة العاملة اللفظية والوظائف التنفيذية مقارنة بالأسوياء. (صالح، 2017، ص. 467).

وجد كل من Kayser وآخرون (2006) أنّ الفصامين يعانون من اضطراب لغوي يؤثر على الحلقة الفونولوجية، حيث أن العجز عن تشكيل تمثيلات سمعية للكلمة للتخزين والتدريب، قد يكون هو السبب الأساسي الذي يساهم في اضطراب أداء الذاكرة العاملة اللفظية على اختبار سلاسل الكلمات للنسختين السمعية والبصرية لدى مرضى الفصام.

كما أنّ اضطراب المكون اللفظي قد يكون نتيجة لوجود مشكلات في عمليتي الترميز والحفظ لدى مرضى الفصام، وأنه قد يوجد خلل في الفص الأمامي والصدغي - الجداري من الدماغ لدى الفصامين والذي بدوره يتوسط عمليات الترميز والتخزين المبكر لتمثيلات الذاكرة العاملة اللفظية. (عباس والصبوة، 2013، ص. 412).

من جهة أخرى أجرى Lee و Park (2005) أول تحليل يبحث في الذاكرة العاملة في مرض الفصام، حيث أن الاضطرابات موجودة بغض النظر عن طريقة المهمة (لفظية- أو بصرية)، مما

يشير إلى أنَّ العمليات المعرفية العامة اللازمة لتحقيق هذا النوع من المهام تتأثر لدى المرضى (مرضى الفصام).

على الرغم من أنَّ حجم التأثير متسق مع الطريقتين اللفظية- والبصرية فإنَّ الذاكرة العاملة البصرية الفضائية تعرض معاملات توضح أنَّ التأثير أكثر قوة، بمعنى أنَّ الذاكرة العاملة البصرية الفضائية أكثر تأثيراً في مرض الفصام. (Schuster, 2008)

ومن بين الدراسات التي تقيم قدرات الاحتفاظ في الذاكرة العاملة البصرية الفضائية، نميز المهام التي تقيم الاحتفاظ بتسلسل الحركات عن تلك التي تقيم الاحتفاظ بالأنماط البصرية الفضائية، واحدة من المهام الأكثر استخداماً لتقييم الاحتفاظ قصير المدى بالأنماط البصرية الفضائية هي المطابقة المتأخرة لمهمة (Delayed Match to Sample Task)، في هذه المهمة يتم اقتراح نمط بصري فضائي للمفحوصين، بعد تأخير يبلغ حوالي 8 ثوان، يجب أن يشير الأخير إلى ما إذا كان النمط الجديد هو نفسه الذي تم تقديمه لهم الآن أم لا.

تظهر العديد من الدراسات أنَّ مرضى الفصام يجدون صعوبة في ترميز المعلومات البصرية الفضائية والاحتفاظ بها في الذاكرة. (Vianin, 2013) فقد أشار Gooding و Tallent 2004، أنَّ الأداء الفقير لمرضى الفصام على اختبارات المكون البصري- المكاني مقارنة بالأسوياء قد يعكس خللاً وظيفياً في الوظائف التنفيذية، والذي قد ساهم في الاضطراب الذي يبيده الفصاميين فيما يتعلق بمعالم وصفات الأشياء، أو المواقع المكانية للمنبهات. (عباس والصبوة، 2013، ص. 413)

من الناحية العصبية تم ربط ضعف المكون البصري المكاني ببعض الاختلالات في الدماغ، حيث أوجدت دراسات **Hell وآخرون (1999)** بالتصوير الدماغي أن المرضى الفصامين يعانون من عدم كفاءة وظائف النظام قبل الجبهي من الدماغ، في حين أشارت الدراسات البنائية إلى الاضطراب في القشرة ما قبل الجبهية مع الاضطراب في ترتيب وكثافة الخلايا فيها، بالإضافة لوجود تغيرات في وظيفة مستقبلات الدوبامين وأنظمة السيروتونين التي قد تؤدي دورا مهما في اضطراب المكون المكاني - البصري للذاكرة العاملة لدى مرضى الفصام. (عباس والصبوة، 2013، ص. 414).

وعليه يقترح **Hooker (2000)**، أن مرضى الفصام يواجهون صعوبة حقيقية في الحفاظ على التمثيل الداخلي للمسار في النماذج الفضائية والزمانية، ووفقا له تقع هذه الاضطرابات أو التشوهات في قشرة الفص الجبهي (بشكل أساسي في القشرة قبل الجبهية الظهرية الجانبية)، التي تولد عجز في السلوك والتي تتطلب الحفاظ على تمثيل الهدف بمرور الوقت، بما في ذلك القدرة على متابعة هدف متحرك بالعينين، بالتالي فإن مرضى الفصام لديهم عجز في الاكتساب الأولي للمعلومات البصرية الفضائية، كما يعانون من عجز في مهام التعرف على الأشياء، بالرغم من عدم تأثير استخدام مضادات الذهان النمطية وغير النمطية على أداء مرضى الفصام. (Mores- Dibo- Cohen, 2006)

خلاصة الفصل:

الذاكرة العاملة نظام للتخزين والمعالجة المؤقتين، تعتبر جوهر العمليات المعرفية نسبة للدور الذي تلعبه في القيام بنشاطات الحياة اليومية المختلفة، فهي تساعد على التحكم في السلوك المباشر والتخطيط وحل المشكلات، بالإضافة إلى القدرة على متابعة الحديث أو الاشتراك في مناقشة من خلال خاصيتي المعالجة والتخزين. وعليه تقيم هذا النوع من الذاكرة لدى المرضى خاصة الذين اثبتوا وجود اضطرابات في السلوك واللغة والتواصل يعد مهما جدا.

أثبتت العديد من الدراسات معاناة مرضى الفصام من اضطرابات سلوكية، لغوية، وتواصلية، التي من شأنها أن تكون ذات علاقة باضطرابات الذاكرة العاملة لديهم، كون هذه الأخيرة تتعامل مع المعلومات المخزنة مؤقتا للقيام بمهمة ما يستدعيها الوضع الحالي، كما تسمح باستدعاء المعلومات من الذاكرة طويلة المدى التي يحتاجها الفرد لإنجاز هذه المهمة، الأمر الذي يبرز أهميتها أثناء القيام بنشاطات الحياة اليومية واضطرابها يمكن أن يؤثر على تحقيق هذه الأنشطة.

الفصل الرابع

السرد

تمهيد:

حياتنا اليومية لا تخلو من السرد، الذي يعتبر شكل من أشكال التواصل، فلنقل الأحداث والوقائع التي تعترض حياتنا نحتاج إلى السرد، الذي يشترط عرضاً للأحداث وفق تسلسل معين يضمن إيصال الفكرة أو المعلومة للطرف الآخر وتحقيق هدف التواصل.

سننتقل في هذا الفصل إلى تعريف السرد ومكوناته، وكذا النماذج المختلفة لتحليله، بالإضافة إلى التطرق للنموذج الذي يفسر مختلف السيرورات المعرفية الخاصة به، من ثم ذكر مستوياته، وصولاً إلى تحديد طبيعته لدى مرضى الفصام.

1. تعريف السرد:

السرد هو " تلخيص لتجربة ماضية وجعل أحداثها تطابق مجموع الجمل الشفوية المنطوقة، فهو حدث ماضي وعلى الحاكي نقله في جمل مطابقة". (عدي، 2007، ص. 63)

فهو أحد الطرق العديدة لنقل الأحداث الماضية التي دخلت في سيرة الراوي. رواية شخصية شفوية، حيث تستخدم التجربة منعطفات زمنية يتطابق فيها الترتيب السطحي للجمل السردية مع الترتيب المتوقع للأحداث الموصوفة. (Khalil, 2017)

يعرفه Richardson على أنه الطريقة الأساسية التي ينظم البشر من خلالها تجاربهم في حلقات ذات معنى مؤقت. (ozyildirim, 2009)

كما يرى بارت 1966 أن السرد هو أي شكل من أشكال التواصل. (khalil, 2017)

إذن هو نقل الحادثة من صورتها الواقعية إلى صورة لغوية. (يوسف، 2015، ص. 38)

فالسرد حسب Labov (1972) هو إحدى طرق تلخيص التجربة الماضية من خلال مطابقة التسلسل اللفظي للجمل مع تسلسل الأحداث التي حدثت بالفعل. ومع ذلك، السرد ليس سوى طريقة واحدة لتلخيص التجربة الماضية: فالجمل مرتبة بشكل مميز في تسلسل زمني، إذا تم عكس الجمل السردية، يتم تغيير التسلسل الزمني المستنتج للتفسير الدلالي الأصلي. (ozyildirim, 2009)

وهو "نقل الأحداث والمواقف من صورتها الواقعية إلى صورة لغوية تمثلها لدى القارئ بطريقة تجعله يتخيلها وكأنه يراها رأي العين". (نصار، 2012، ص. 214)

2. مكونات السرد:

الاحداث: يبدو ان تسلسل الأحداث هو ما يجذبنا عندما نستمع إلى سرد ما، وهذه الخاصية كما يقول **Bremond**، تضيف على السرد جانبا إنسانيا مهما جدا. (Nasri- Boudali, 2009)) لذا تعتبر المكون الأساسي لأي سرد سواء كان شفويا أو كتابيا، وهي تخضع لقانون التتابع والتطور، فالسرد في البداية يكون له وضعية أولية ثابتة، لكن بمجرد الدخول في الأحداث يحدث تغيرا لتلك الوضعية. (قويدري، 2015، ص. 67)

الشخصيات: تتطلب احداث القصة التعريف بشخصيات لها دور حيوي في تطور السرد. كما انها تجعل من الممكن إعطاء السرد في مجمله محتوى وقيمة خاصة.

يؤكد **Reuter** أن الشخصية تشكل وحدة معقدة للغاية لا ينبغي إهمالها لأنه بدونها لا يكون للسرد أي معنى، كما يؤكد **Adam** و **Revaz** أن المعيار الأول الذي يسمح لنا بتحديد السرد هو وجود شخصية ثابتة على الأقل. (Nasri- Boudali, 2009) وعليه أحداث القصة تتطلب وجود شخصية أو شخصيات تعمل على تطورها والتفاعل معها حتى يكون السرد في مجمله مفهوما. (العربي وصام، 2021، ص. 405)

محور الحكاية: كل سرد مهما كان نوعه يحتوي على موضوع أو محور تدور حوله الاحداث. (العربي وصام، 2021، ص. 405)، فكل سرد، مهما كانت طبيعته (تجربة فردية، فيلم، حلم وغير ذلك) يتطلب، حسب **Adam** موضوعا عاما، أي موضوع تدور فيه أحداث السرد. يقدم المتحدث الموضوع (ما سيتحدث عنه) في بداية سرده، عندما يتناول الدلالات المختلفة للسرد.

يسمح الموضوع عرض تسلسل الأحداث مما يجذب انتباه المستمع ويشجعه على معرفة نهاية

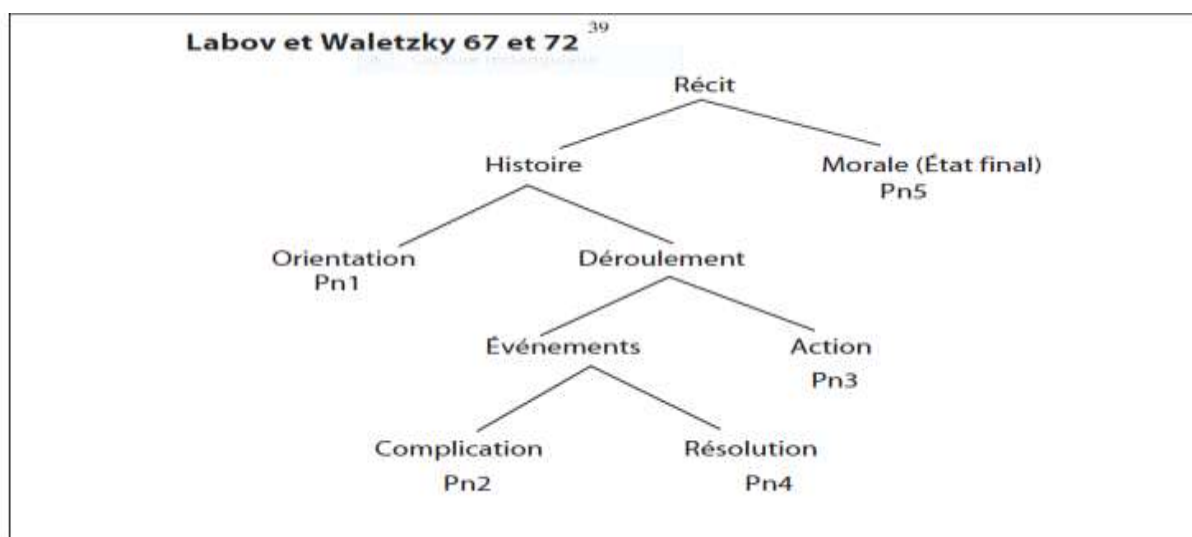
القصة وبالتالي تمييز طبيعة السرد. (Nasri- Boudali, 2009)

الزمن والمكان: "يعتمد على مؤشرات زمانية ومكانية، فارتباطه بالزمن يبني حافز التشويق، ويحدد الأحداث ويربطها، فالزمن والحدث توأمان لا ينفصلان، احتوائه على الروابط التي تساعد على شبك الأحداث معا، ويربطها بالطريقة التي يريدها السارد، مثل: بعد ذلك، قبل ذلك، ثم، وغيرها ويتم تدرج الأحداث وتشكلها عبر ثلاث مراحل أساسية: أحداث أولية، وأحداث طارئة، وأحداث نهائية، ويجب أن يتناسب استخدام الأفعال مع الزمن المناسب في الوقت المناسب، فيأتي الفعل الماضي مع الأحداث المنتهية، والفعل المضارع مع الأحداث التي تروى حاليا". (العربي،

2022، ص. 82- 83)

3. نماذج السرد:

نموذج Labov (1972):



الشكل رقم (08): نموذج Labov و Waletzky

الملخص: يحتوي بشكل عام على عبارة أو بعض العبارات التي نجدها في بداية السرد، والتي تسمح باعطاء فكرة عن موضوع القصة. (Nasri- Boudali, 2009)، وهو الجزء التمهيدي من السرد، وظيفته هي بيان سبب ذكر السرد ولفت انتباه السامع، في بعض الأحيان يكون الملخص هو المغزى الكامل للقصة بينما في بعض الحالات يمكن أن يكون جملة حرّة، يمكن وضعها في أي موضع في السرد دون الاخلال بالمعنى. (Khalil, 2017) ومنه هو ما يلخص القصة بأكملها ويتكون من فقرة أو فقرتين في بداية السرد. (Ozyildirim, 2009)

التوجيه: وهي العناصر التي تشير إلى المكان والزمان والشخصيات أو أبطال القصة (Nasri- Boudali, 2009)، حيث يوفر معلومات حول الزمان والمكان والشخصيات ونشاطهم أو موقفهم. (Ozyildirim, 2009)

تعقيد الأحداث: هي عبارات سردية تخبر الجمهور بما حدث، يعتبر هذا القسم الزاميا لتكوين السرد ويحتوي على ذروة القصة أو على نقطة فيها (Ozyildirim, 2009) وهي نقطة التشويق القصوى، فهي تخلق التوتر الذي يحافظ على المستمعين مستمعين، وهو الأحداث الفعلية للقصة التي تحرك السرد للأمام وتبقي المستمع مهتما بالسرد. (Khalil, 2017) فلا يمكن أن يكون هناك سرد إلا عندما تكون هناك عمليتان متتاليتان على الأقل تتطور من خلالهما القصة في محور زمني. (Nasri- Boudali, 2009)

النتيجة أو الحل: يخفف التوتر ويخبرنا بما حدث أخيرا (Khalil, 2017)، ويعني كيفية حل تعقيد الأحداث، يشير هذا القسم إلى انتهاء سلسلة من الاحداث من خلال التلخيص من

التوتر (Ozyildirim, 2009)، حيث يشير المتحدث إلى نهاية جميع الاحداث المتعاقبة والحل

الذي يجب القيام به. (Nasri- Boudali, 2009)

التقييم: هي كل العمليات التي يستخدمها المتحدث من أجل شرح أهمية القصة (Nasri-Boudali, 2009)

(2009) يشمل التقييم الجانب العاطفي للسرد ويشرح لماذا تستحق القصة أن تروى. كما يشير إلى

التعليقات (Ozyildirim, 2009)، بالتالي التقييم ويوضح المغزى من القصة. (Khalil, 2017)

النهاية: يشير المتحدث إلى نهاية القصة (Nasri- Boudali, 2009)، حيث توجد الجمل

الاختتامية في نهاية القصص وتشير إلى أن القصة انتهت. (Ozyildirim, 2009)

نموذج Adam (1992):

يتضمن هذا النموذج سلسلة من العناصر الضرورية لتحقيق السرد، لخصها Adam في:

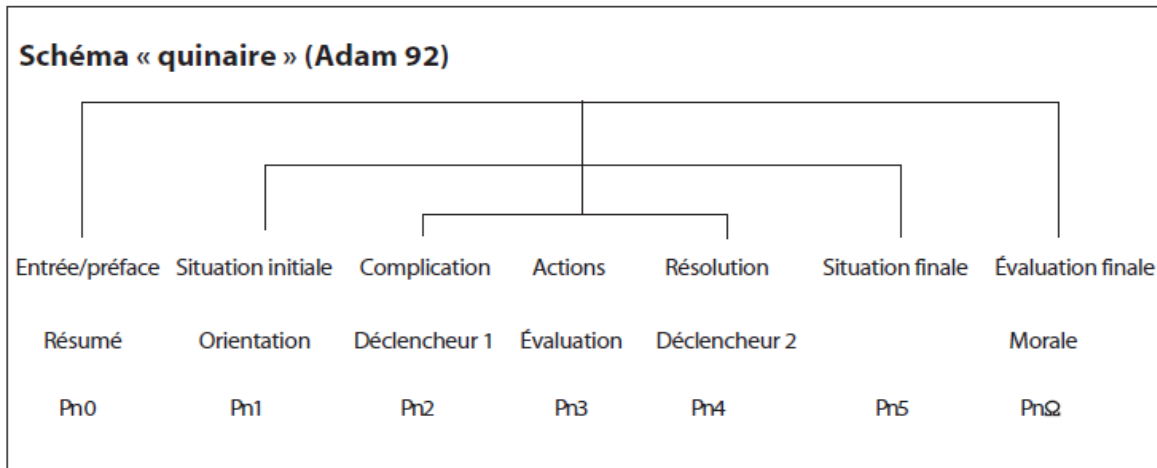
1/ سلسلة الأحداث التي يجب أن تتابع محققة تسلسلا زمنيا، 2/ وحدة الموضوع تتضمن شخصية

أو ممثل واحد على الأقل، 3/ جمل منطقية تخضع للتحويلات في اتجاه يحدد انسجام ونهاية السرد،

4/ سيرورة الحدث، حيث يجب ترتيب السرد بانتظام حول حدث واحد، 5/ السببية السردية، 6/

التقييم النهائي الصريح أو الضمني.

يوضح الشكل الموالي الخطوات حسب Sohet (2017) والعراقي (2021):



الشكل رقم (09): نموذج Adam (1992)

مقدمة: ملخص للأحداث

الوضعية الأولية: توجيه أحداث القصة (الزمان، المكان، الشخصيات، الهدف، أين، متى، من، ماذا)

التعقيد: (لكن.... حدث شيء ما؟)

الحدث: (تغير الوضع؟ ماذا يحدث بعد ذلك؟)

الحل: (ما يجب فعله؟)

الوضعية النهائية: إيجاد الشخصيات ولكن شيء ما يختلف عن الوضع الأولي.

التقييم النهائي: يشير إلى النهاية.

النموذج المقترح من طرف نواني:

المؤشرات: وهي العناصر التي تشير إلى المكان والزمان و الشخصيات أو الأبطال الذين يشكلون القصة، عادة ما توجد هذه المؤشرات إمّا في بداية القصة أو في نهايتها حسب المتحدث.

التعقيد: يشكل نقطة البداية الأساسية لتطور الأحداث، فهو القوة التي تسبب تغييرا في الوضع الأولي.

تطور الأحداث: لا يمكن أن يكون هناك سرد إلاّ عندما تكون هناك عمليتان متتاليتان على الأقل، تتطور بموجبهما القصة في اطار زمني.

الحل: يشير المتحدث إلى نهاية جميع الاحداث المتعاقبة، وإلى الحل الذي يجب القيام به.

النتيجة: النتيجة تعرض الوضع النهائي للقصة.

النهاية: يشير المتحدث إلى نهاية القصة. (Nasri- Boudali, 2009)

النماذج المقترحة من طرف Sam (2017) لتفسير فهم وإنتاج السرد:

انطلاقا من اعتبار أن العمليات المعرفية تتدخل في فهم وإنتاج النص، بما في ذلك السرد، اقترحت Sam 2017 نموذجين نظريين تفسيريين مستوحيين من علم النفس المعرفي اللغوي، لتمثيل المستويات المختلفة لمعالجة فهم وإنتاج السرد، من شأنهما أن يشرحا طبيعة العجز أثناء فهم و/ أو إنتاج السرد انطلاقا من سلسلة القصص المخالفة للمألوف.

1) تمثيل مستويات المعالجة لفهم السرد:

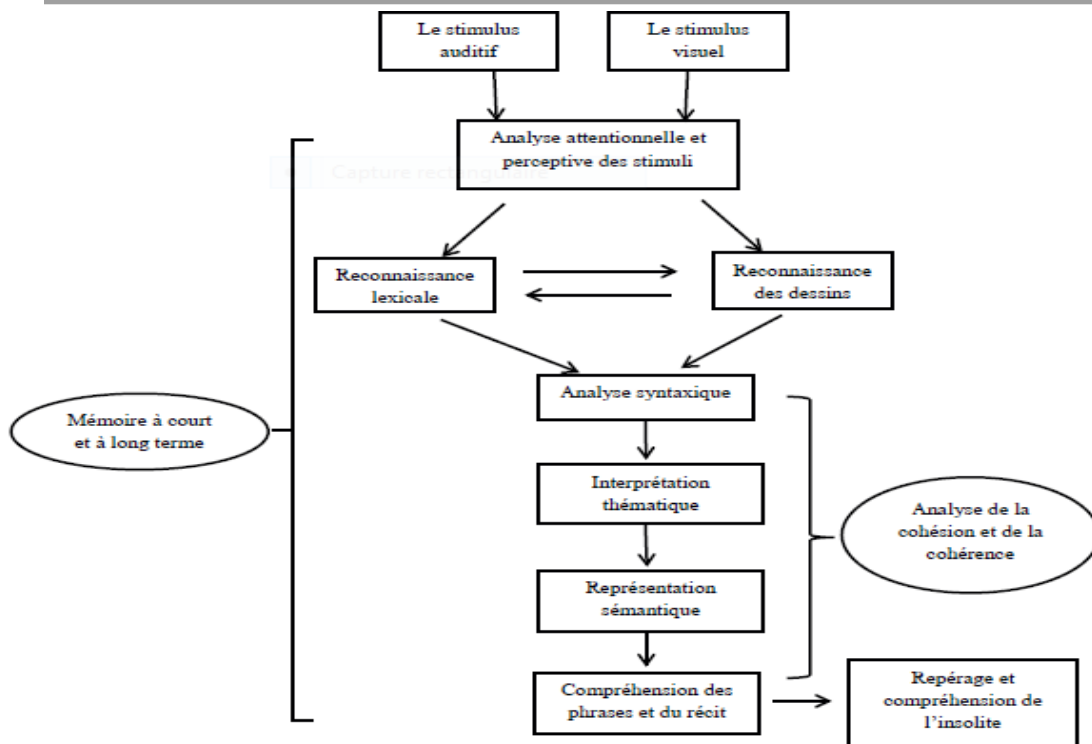


Figure 2: Représentation des niveaux du traitement de la compréhension de l'histoire insolite

الشكل رقم 10: تمثيل مستويات المعالجة لفهم السرد.

يقترح هذا النموذج أو التمثيل أن فهم القصة يبدأ بالطرق السمعية أو البصرية، حيث أن القصة تروى شفهيًا بدعم بصري يتمثل في اللوحات المرسومة التي توضح كل مشهد. وبطبيعة الحال، تلعب الوظائف الإدراكية والانتباهية دورًا مهمًا، وتشكل المراحل الأولى من هذه المعالجة، حيث تسمح بالتعرف والربط بين العبارات الشفهية ومحتوى كل لوحة مرسومة، ثم تأتي مرحلة التحليل النحوي، والتفسير الموضوعي الذي سيسمح بالتمثيل الدلالي وأخيرًا فهم الجمل والتسلسلات والقصة، تدخل الذاكرة حيز التنفيذ منذ بداية معالجة المعلومات. بمجرد فهم القصة، سيدرك المفحوص وجود حدث غير عادي من شأنه أن يولد انتقادات للقصة. (Sam, 2017)

(2) تمثيل مستويات المعالجة لإنتاج السرد:

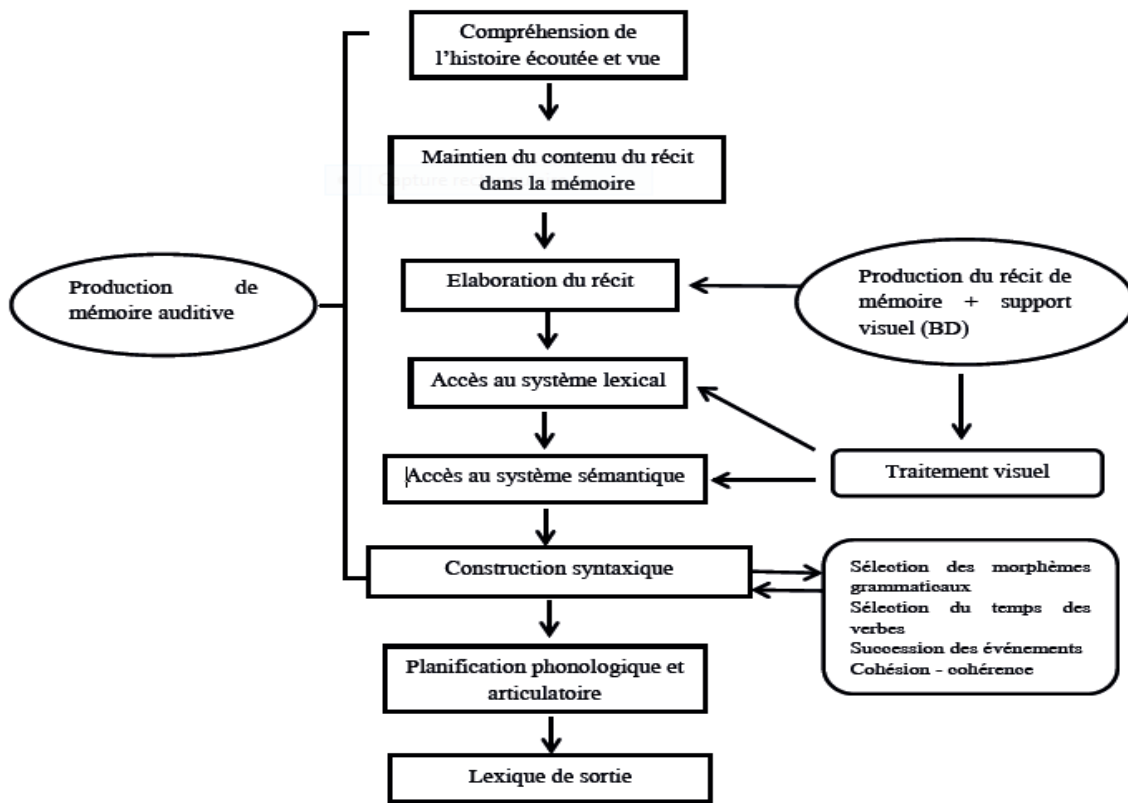


Figure 3: Représentation des niveaux de traitement de la production du récit

الشكل رقم 11: تمثيل مستويات المعالجة لإنتاج السرد

يقترح هذا النموذج أو التمثيل أن فهم القصة واكتشاف المخالف للمألوف يسمح بحفظ المعلومات في الذاكرة، مما يساعد في تطوير القصة. وعلى اعتبار أن اختبار السرد يتم على مرحلتين : من الذاكرة ثم بإسناد بصري (قصص مصورة)، حيث يقوم خلال المرحلة الأولى باستخلاص المعلومات من الذاكرة، بينما بالإسناد تعمل الرسومات على تحفيز الذاكرة بفضل التعرف البصري الذي يمكن أن يشكل عنصرا من شأنه تعزيز تذكر الأحداث، من هذه المرحلة يصل المفحوص إلى النظام المعجمي، ثم النظام الدلالي الذي يسمح بعد ذلك بالبناء التركيبي حيث ينتقي المورفيمات النحوية، زمن الأفعال، الذي يعطي معنى للجمل بفضل تتابع الأحداث الذي يشكل بدوره اتساق

وانسجام لكل قصة، بعدها تأتي مرحلة التخطيط الفونولوجي واللفظي ومرحلة الإنتاج من خلال معجم الخروج. (Sam, 2017)

4. مستويات السرد:

للسرد مستويين حسب **Esperel**: مستوى يضم بعدين أحدهما بنيوي، حيث تتكون بنية السرد في شكل نظامي وموجود عند الفرد تسمى البنية الموحدة، وتكتسب من الوسط الاجتماعي الثقافي كما أنها تتوسع بفعل توسط التفاعلات.

بالإضافة إلى البعد الظرفي، الذي يعتبر انتاج نوعي للسرد يعطي مفاهيم لكل المواضيع والحالات التي يواجهها الفرد أثناء حدوث الفعل عند سرد حدث أو قصة مُعاشة.

بالنسبة للمستوى الثاني يعرف بالإمكانات اللغوية التي تميز المظهر الخارجي أو بنية السرد، إضافة إلى العناصر غير اللسانية التي ترافق غالبا الرسالة السردية (النعمة، الإشارة، الإيماءات).

من جهة أخرى قسم "جينيت" مستويات السرد وفق ما جاء في كتابيه "خطاب الحكاية" و " عودة إلى خطاب الحكاية" ضمن ثلاث مفاهيم:

(1) السرد من حيث حكاية (Récit): يشير إلى المنطوق السردية، الشفهي أو الكتابي، حيث نخبرنا عن الحدث أو سلسلة من الأحداث.

(2) السرد من حيث هو مضمون أو محتوى حكاية ما: يدل على " سلسلة من الأحداث،

الحقيقية أو التخيلية التي تشكل موضوع الخطاب ومختلف علاقاته، كما يعنى بدراسة

مجموعة الأعمال والأوضاع المتناولة في حد ذاتها"

3) السرد من حيث هو فعل (Acte): هذا المفهوم هو الأهم لدى جينيت "يدل على

الحدث، لكن لا يقصد الحدث الذي يُروى أو يُسرد، بل هو الحدث الذي يقوم على أنّ

شخصاً ما، يروي شيئاً ما (Acte narrating)، أي أنه الوضع الذي ينطق به سارد

القصة. (مداني، 2021، ص. 517)

منه نستنتج أنّ جينيت حدد ثلاث مستويات للسرد تتلخص في مستوى المنطوق، مستوى

المضمون، مستوى الفعل.

5. الاتساق والانسجام في السرد:

يحتوي الخطاب السردى على خصائص الانسجام والاتساق، اللذان يضعان معنى للعلاقة بين

الجملة داخل المقطع، فالانسجام يشير إلى علاقات المعنى التي توجد داخل السرد (فهو مفهوم

دلالي)، بينما الاتساق الذي يحدث من خلال استخدام علامات لغوية متماسكة، فهو يشير إلى

الأنظمة اللغوية للربط بين فئات متعددة من الخطاب.

اقترحت دراسات سابقة تناولت انتاج الخطاب إمكانية تأثير اضطراب الانسجام على الاسترجاع

المعجمي على غرار اضعاف واضطراب التنظيم الداخلي للجملة، الذي قد يعود إلى اضطراب

الذاكرة العاملة. (العربي وصام، 2021، ص. 411)

إنّ تحليل القصة الذي يشكل عادة كيانا "قابلاً للتركيب" له بداية، ومراحل وسطية، ونهاية، وهذا

يعني بتسلسل منظم لعدة خطوات ضرورية لبعضها البعض، يقوم على مفاهيم الانسجام والاتساق،

فلكي تكون هناك قصة، يجب أن يكون هناك فاعل واحد على الأقل ووحدة الفعل نفسه (أو سلسلة

من الأفعال المرتبطة). يظهر التسلسل الزمني للحدث كخيوط يضمن الارتباط بين الاتساق والتقدم (تسلسل الأحداث).

يشير الانسجام إلى مشاكل التنظيم الموضوعي والتسلسل المنطقي للأحداث التي تشكل القصة، بينما يشير الاتساق إلى الأدوات التي يستخدمها الفرد للحفاظ على هذا الانسجام. (Badaoui, 2007)

وعليه الانسجام هو ما يربط الوظائف الالغائية (ما نفعله بالكلمات): الشرح، الحجج، بينما يربط الاتساق المحتويات المقترحة للجمل، ويفترض تطورا موضوعيا مُرضيا: ترتيب الكلمات، استخدام الضمائر، والعناصر المجازية الأخرى، والتي تعمل على الإشارة للاستمرارية بين جملتين، وتسمح لنا بالحكم على ما إذا كان شكل الكلام يتوافق مع سياق خطاب معين. (Nouani, 2004)

إنّ الإطار الذي يحدد الانسجام هو مدى تحقيق الخطاب لوظيفته التواصلية، حيث يشير الانسجام في حالة النصوص بشكل عام وفي حالة القصة بشكل خاص إلى التكامل في سلسلة من الحالات والأحداث التي يمكن تحليلها في حد ذاتها كفاعل، أو مريض، أو شيء وغير ذلك.

في الواقع يجب تقديم القصة المنسجمة من خلال مجموعة مرتبة من التسلسلات التي يتم دعم تماسكها من خلال:

- تكرار الشخصية A التي يجب أن تكون ثابتة، أي الشخصية الرئيسية.
- العلاقات بين الكلمات المختلفة، أي بداية القصة ونهايتها.
- الانسجام في تسلسل الأحداث.

تعتبر العبارات إشارة إلى الفعل الذي أصدرته، وهي تتضمن معنى في حد ذاته، ولكنها تستمد معناها من علاقتها بما قبلها: ما سبق قوله، وما يليه: ما سيقال. يتم تحديد اتساق العبارات من خلال العلاقات القائمة بين عناصر الخطاب. (Badaoui, 2007)

إذن الاتساق: هي علامات لغوية يحددها المستمع (ويشير إليها المتكلم) كيف ينبغي ربط العناصر ببعضها البعض. وللعلامات اللغوية دور في بناء التمثيل " المتكامل " للخطاب.

في حين أنّ **انسجام القصة** يعني التقدم من خلال عرض الشخصيات وعلاقاتها المجازية، والوقت والظروف المحيطة بالحدث. وهكذا لكي تكون لدينا قصة نحتاج إلى أسس زمنية مسؤولة عن تحديد تتابع الوقائع ومسار الأحداث. (Badaoui, 2007)

6. السرد لدى المصاب بالفصام:

لقد شككت اضطرابات التواصل لدى مرضى الفصام مجالا واسعا للبحث والتقصي لتحديد طبيعتها، ومحاولة إيجاد تفسير لاستمرار ظهورها خاصة مع وصول المرضى إلى نوع من الاستقرار العيادي للأعراض الذهانية، لذا نجد العديد من الدراسات اهتمت بهذا المجال كل حسب توجهه.

على اعتبار أنّ السرد شكل من أشكال التواصل حسب ما جاء به بارت (1966)، الذي يُعنى بنقل الأحداث الواقعية إلى صورة لغوية، ذهب العديد من الباحثين إلى دراسة هذا الأخير لدى مرضى الفصام فقد أشار كل من Buck و Penn (2015) إلى أنّ السرد لدى الأشخاص ذوي الطيف الذهاني عادة ما يكون طبيعي في الطول، وأحيانا يكون مطول (بالنسبة لبعض الأمثلة على سرد مرضى الفصام المطول)، كما أنّ الأشخاص المصابون بالفصام عادة ما يظهرون مفردات

تتماشى مع مفردات الأشخاص الأسوياء، لكنهم كثيرا ما يستخدمون الكلمات الجديدة أو المخترعة Néologismes، إلا أنه يتم الحفاظ على تركيب الجملة في السرد الفصامي، كما يتم الحفاظ على المهارات المرجعية Referential skills، وأحيانا يستخدم الأشخاص المصابين بالفصام الضمائر الشخصية بشكل أفضل من الأسوياء، اضافة لذلك عادة ما يكون الانسجام الموضوعي سليماً، ولكن قد يكون هناك فقدان الاتساق النصي بسبب ضعف الروابط التي تربط بين الجمل، أي عدم وجود روابط تسلسلية بين الجمل، حيث أن الغياب الواضح للروابط والحدود بين الجمل أو في بعض الأحيان الجمل التركيبية يجعل النص صعب جداً فهمه. (Pennisi et al, 2022)

إنّ سوء استخدام العلامات اللغوية التي تسمح باتساق الجملة، بالإضافة إلى استخدام تقريبي لضمائر معينة دون وجود صلة واضحة مع المرجع، أو اقحام معلومات لا علاقة لها بمحتوى المحادثة، يمكن أن تكون الإضطرابات التعبيرية ناجمة بشكل مباشر عن العجز التنفيذي واضطرابات الانتباه، وخاصة الكف. (Boucard & Laffy- Beaufils, 2008)

وحسب نتائج دراسة **Rochester** و **Martin (1979)** توصلت إلى أنّ مرضى الفصام لا يواجهون مشاكل في ترميز خطابهم على المستوى المعجمي، لكن لديهم زلات عرضية بين الأفكار التي تتضح من خلال الفشل على مستوى روابط الجملة إلى الجملة.

كما يبدو خطاب بعض مرضى الفصام مشابها لحبسة فرنيكي، أي أنه مركب بشكل جيد من الناحية النحوية ولكنه يعطي انطباعا عاما عن المصطلحات غير المنطقية مثل حبسة فرنيكي، حيث يمكن أن تتضمن تحولات دلالية أي استبدال دلالي للكلمات والجمل، والميل إلى ربط الكلمات معا بناءا على العلاقات الفونولوجية أو الدلالية بدلا من موضوعات كاملة. كما أن مرضى الفصام

الذين يعانون من اضطراب في الفكر غالبا ما يظهرون ضعف في الوعي باضطرابات الخطاب لديهم مثل بعض المرضى الذين يعانون من حبسة فرنكي.

أما فيما يخص انتاج الخطاب لدى مرضى الفصام، بناءا على تحليل الاتساق الذي يعتبر أحد أكثر الاختبارات المنهجية، الذي تم تطبيقه لأول مرة من طرف **Martin** و **Rochester** الذين ذكروا أن مرضى الفصام الذين يعانون من اضطراب الفكر يستخدمون روابط متماسكة أقل من العاديين أو الأسوياء والمرضى الذين لا يعانون من اضطراب الفكر.

في ذات السياق أشارت دراسة **Kuperberg** و **Caplan** (2003) الى جملة من الخصائص في انتاج الخطاب لدى مرضى الفصام تم تلخيصها في النقاط التالية:

تحليل الاتساق: من خلال اختبار ثلاث أنواع من الروابط المتسقة: المرجع أو الزمن (مثال: لقد عرفت بيل منذ سنوات، انه رجل عظيم) أدوات الربط (ذهبت إلى المدرسة أولا ثم عدت) الاتساق المعجمي (أختي مستقلة تماما، لقد كان الاستقلال دائما احد نقاط قوتها)، إلى تأكيد الفرض القائل بأن مرضى الفصام يستخدمون عددا أقل من الروابط المرجعية وبشكل غير طبيعي من العديد من الباحثين.

القدرة على التنبؤ بالخطاب: تم فحص الروابط بين الجمل التي ينتجها مرضى الفصام باستخدام مقاييس القدرة على التنبؤ، في احدى التجارب، تم نسخ الخطاب الذي ينتجه الأشخاص الأسوياء والمرضى المصابين بالفصام، وطلب من المحكمين ترتيب مجموعات من الجمل المصفوفة عشوائيا لمرضى الفصام والأشخاص الأسوياء في ترتيبهم التسلسلي الأصلي الصحيح، تم تحقيق

الترتيب الصحيح لثلاث جمل أو أكثر في ترتيبها الأصلي بالنسبة لخطاب الأسوياء مقارنة بالخطاب الفصامي.

بنية الخطاب: يظهر الخطاب العادي بنية هرمية منهجية تتفرع فيها الافتراضات من افتراض مركزي، تم التوصل إلى أن بنية الشجرة هذه غير مرتبطة نسبيا بكلام الذهاني.

المحتوى الموضوعي للخطاب: هناك طريقة أخرى تتمثل في تحليل المحتوى الموضوعي للخطاب، في إحدى الدراسات، طلب من المرضى وصف الصور، وتم تحليل نسخ الكلام إلى أفكار (جمل فردية، افتراضات دلالية، عبارات، وكلمات) ثم تقييمها وفقا لما إذا كانت مناسبة موضوعيا للصورة. أنتج المرضى الذين يعانون من اضطراب الفكر استدلالات أقل بكثير من المجموعة الضابطة، ولكن كان هناك اتجاه نحو زيادة في عدد الأفكار المصنفة على أنها غير مناسبة. (Kuperberg & Caplan, 2003)

في دراسة Raffard وآخرون (2010): أظهرت النتائج أن سرد المرضى المصابين بالفصام كان أقل انسجاما Coherent وتفصيلا مقارنة بالضوابط. (Gallagher & Cole, 2011)

إنّ تسلسل عرض الأحداث هو ما يجذب المستمعين إلى سرد ما، حيث يكون السرد في البداية له وضعية أولية ثابتة، لكن بمجرد الدخول في الأحداث يحدث تغير لتلك الوضعية، لكن بالنسبة لمرضى الفصام وجد أنهم يعانون من مشاكل على مستوى السرد تتعلق بالزمن، حيث يظهر ذلك من خلال عدم تسلسل الأحداث مما يجعل السرد غير منسجم وغير مفهوم.

في هذا السياق وجد **D'argembeau وآخرون (2008)** لدى مرضى الفصام انخفاض في القدرة على انتاج صور ذهنية محددة لماضيهم أو تخيل مستقبلهم، ويرجع ذلك جزئياً إلى اضطراب في الإحساس الذاتي بالوقت [الزمن]، بالإضافة إلى ذلك غالباً ما تتميز سرد مرضى الفصام بمشاكل في التسلسل الصحيح للأحداث بطريقة تجعل الكلام مجزأً وغير متماسك أو غير منسجم. (Moe, 2015)

كما وجد **Dreher وآخرون (2001)** أنّ مرضى الفصام أظهروا عجزاً في مهمة الترتيب الزمني، وأن هذا الضعف مرتبط بشكل كبير بعجز عام في الذاكرة العاملة، والعجز فيها واضح من خلال ضعف الأداء في مهام كل من المفكرة البصرية الفضائية والفونولوجية في مرض الفصام.

فعندما يعاني المرضى من عجز أو ضعف في تمييز التسلسل الزمني للأحداث في تجربة ما، فمن المنطقي أن تكون نتائج الذاكرة غير منظمة ومن المحتمل أن تكون مضطربة. (Moe, 2015)

من جهة أخرى نجد دراسة **Gornushenkov و Pluzhnikov (2021)**، تحت عنوان "سرد القصص في مرض الفصام: الأساس النفسي العصبي للخلل البراغماتي للغة" (دراسة أولية)، التي هدفت إلى الدراسة النفسية العصبية الارتباطية لضعف السياق - النص الواقعي - الذي تم الكشف عنه أثناء سرد القصص لدى المرضى المصابين بالفصام، حيث تم اجراء الدراسة على 14 مريضاً مصاباً بالفصام و 18 طالباً لا يعانون من اضطرابات عقلية، معتمدين في ذلك على أدوات مختلفة حيث تم تقييم البراغماتية من خلال سرد القصص على الصور التي تصور في تلك اللحظة " السرد الذي يجب ترميزه بشكل صحيح بعدها التعبير عنه للفاحص، الصور كانت من ألبوم **Luria** النفسي العصبي، ورسومات **Bidstrup**.

توصلت نتائجها إلى أنّ قصص المرضى المصابين بالفصام مختلفة عن الأسوياء بطريقتين:

أنتج بعض المرضى قصصا تتميز في الغالب بعدم الاكتمال، مما لا يعطي فرصة لفهم سردهم لرواية متصلة ككل بسبب قصورها. وفي حالات أخرى، تتميز القصص في الغالب بتشويه القصة بحيث أصبحت غير واقعية ولا تتطابق مع الصورة الاصلية.

ترتبط أخطاء عدم الاكتمال في المقام الأول بالخلل النفسي العصبي في الفص الجبهي الأيسر، وترتبط أخطاء التشويه أيضا بشكل رئيسي بخلل في الفص الجبهي، لكن التحليل النوعي يكشف عن تدخل نصف الكرة المخية الأيمن.

وفي دراسة تحليلية للبنية السردية من خلال عنصر التقييم، قامت Barra (2018) بدراسة لاستكشاف الاختلافات في المكون التقييمي للبنية السردية عند الأشخاص الذين تم تشخيصهم بالفصام مقارنة بالأشخاص الذين تم تشخيصهم بالذهان العاطفي، معتمدة على المنهج الوصفي التحليلي للمكونات التقييمية السردية للمقابلات التي أجريت مع 25 مريضا مصابا بالفصام المزمن و 25 مريضا مصابا بالذهان العاطفي المزمن، المتطابقين حسب العمر و الجنس الخصائص الاجتماعية والديمغرافية.

أشارت النتائج إلى أنّه يوجد خلل وظيفي لدى مرضى الفصام في صياغة البنى السردية خاصة في صياغة مكون التقييم، حيث هناك كَفّ وتنشيط أكبر في صياغة التعبيرات التي تتطوي على آراء، كما أنّ القصص تميل إلى تحديد الحقائق بغض النظر عن كيفية تأثيرها على الحالات (المرضى).

خلاصة الفصل:

يعد السرد من بين أهم الأدوات التي يعتمد عليها الفرد لنقل خبراته في الحياة اليومية، لكن يحتاج هذا النوع من الوسائل إلى اتباع قواعد تضمن اتساقه وانسجامه، بداية من الوضعية الأولية إلى عرض أحداث القصة وصولاً إلى نهاية القصة ضمن خيط يربط مراحلها.

قد يتعرض السرد إلى الاضطراب في حالة المرض العقلي خاصة لدى مرضى الفصام، حتى مع استقرار الأعراض عيادياً مما يصعب تحقيق وظيفته التواصلية، الأمر الذي يجعل البحث في الأسباب الكامنة وراء هذا الاضطراب ضرورة ملحة.

الفصل الخامس

الفصام

تمهيد:

يعد الفصام من الأمراض العقلية المصنفة ضمن فئة الذهان، يتميز المصاب به بانفصاله عن الواقع، وتفكك في الشخصية واضطرابات في كل من التفكير والعاطفة والسلوك والعلاقات مع المحيط الخارجي، مما يشكل معضلة حقيقة أمام مواصلة القيام بمهام الحياة اليومية والمهنية السابقة.

سنحاول من خلال هذا الفصل التطرق إلى ماهية هذا المرض، وأعراضه ومراحله، دون أن ننسى أهم الفرضيات المفسرة له، بالإضافة إلى طرق تشخيصه، وأهم الاضطرابات المعرفية التي يعاني منها المصاب بهذا المرض، من ثم التطرق لبعض العلاجات الممكنة.

1. لمحة عن الفصام:

استعمل المصطلح لأول مرة من قبل **Morel** سنة (1860) وسماه بالخبل المبكر، ثم قام **Hecker** باستبدال تسمية الخبل المبكر بالهيفرفرنيا سنة (1871)، لكن بمجيء الطبيب السويسري **Eugene Bleuler** سنة (1911) قام بابتكار كلمة الفصام وجعل المعيار الأساسي له هو التفكك ويمس ثلاثة أجزاء من الشخصية، التفكك، العاطفة، السلوك.

قبل الوصف الذي قدمه **Bleuler**، تم تشخيص المرضى الذين يعانون مما سمي لاحقا بالفصام بالخرف المبكر وفقا لتعريف **Kraepelin**، اقترح **Bleuler** الغاء مصطلح الخرف المبكر واستبداله بمصطلح الفصام انطلاقا من ملاحظاته أن ليس بالضرورة كل المرضى يتطورون نحو التدهور. (Franck, 2013)

عندما استخدم **Bleuler** كلمة الفصام لأول مرة، كان **Kraepelin** (1856-1926) قد وصف بالفعل الجدول العيادي تحت مصطلح الخرف المبكر، حيث أراد أن يفصله عن مرض الهوس الاكتئابي. يعتمد المفهوم العيادي لـ **Kraepelin** على ملاحظة الاضطرابات العقلية التي تحدث دون أسباب واضحة لدى الشباب الراشد، تبدأ بطريقة مغايرة لكن تتطور لاحقا لحالة من الضعف النفسي.

الفصام مصطلح ادخله **Bleuler** للطب النفسي (1857-1939)، كان موضوع منشور في عام (1908)، وهو الكلمة التي ترجمت حرفيا وفقا لأصل الكلمة اليوناني، تعني "انقسام او انفصال العقل". من خلال هذا المصطلح الجديد، قصد **Bleuler** التأكيد على مجموعات مستقلة ومنفصلة للأفكار والعواطف التي تؤثر في شخصية المريض. يرتبط هذا الانفصال ارتباطا وثيقا- وفقا له-

بضعف العمليات الترابطية التي تحكم الفكر والعاطفة والإرادة وفقا للمفاهيم النفسية لعصره، ثم تفقد هذه الوظائف تكاملها الطبيعي. كان فقدان وحدة النفس هذا هو تمثيل الاضطراب الأساسي المسؤول عن تكوين أعراض الفصام. (Grivois &Grosso, 1998)

وفي سنة (1980) قام **Graw** بوصف شكل إيجابي للفصام والذي يتميز بوجود أعراض إيجابية مثل الأفكار الهذيانية والهلاوس و وصف أيضا شكلا سلبيا بوجود أعراض سلبية كالبلادة العاطفية وفقر الحديث وتلف معرفي. (زواني، 2020، ص. 156)

2. تعريف الفصام:

يعتبر **يوجين بلويلر (1904)** أول من أطلق عليه هذا الاسم "Schizophrenia" (اقبال والتوني، 2022، ص. 192) والمعنى الحرفي للمصطلح مشتق من كلمتين Schizo ومعناها الانقسام أو الانقسام phrenia ومعناها العقل، أي انقسام أو انفصام العقل. (موسى، 2021، ص. 4). وهو ذهان يتميز بتفكك الشخصية وفقدان الاتصال مع الواقع. (Naudin et al, 2016)

فحسب القاموس الطبي يعرف الفصام على أنه عبارة عن اضطراب عقلي داخلي المنشأ، يتميز بتفكك في الشخصية (تفكك لغوي، أفكار هذيانية غير منتظمة)، انفصال و غرابة، أحاسيس المتمركز حول الذات مع فقدان الاتصال مع الواقع. (زهاني، 2015، ص. 17)

كما يعرف **عكاشة (2011)**، الفصام على أنه مرض ذهاني يتسم بمجموعة من الأعراض النفسية والعقلية التي تؤدي - إن لم تعالج في بادئ الأمر - إلى اضطراب و تدهور في الشخصية والسلوك، وأهم هذه الأعراض اضطرابات في التفكير والوجدان والادراك والإرادة والسلوك. (حسن، 2020، ص. 10).

وهذه الأعراض الذهانية تسلك أحيانا مصيرا مزمنًا وأحيانا أخرى نوبات متكررة، ويحتمل أن تتوقف أو تتدهور هذه الأعراض في أي مرحلة، ولكن لا يعود الفرد للتكامل السابق، كما أنّ هذا المرض يتميز بأعراض خاصة في التفكير، والشعور، وعلاقة الفرد بالعالم الخارجي التي لا تظهر بهذه الطريقة في أي مرض آخر. (عكاشة، 2003، ص. 29)

وكان للجمعية الأمريكية للطب النفسي (APA) تعريفًا آخر حيث تعرفه على أنه مرض عقلي يتم تحديده من خلال تشوهات في واحد أو أكثر من المجالات الخمسة الآتية: الأوهام، الهلوسة، التفكير، الكلام غير المنتظم، والسلوك الحركي غير المنتظم أو غير الطبيعي والأعراض السلبية. (العزي، 2022، ص. 70). على أنه يجب أن تكون هذه الأعراض موجودة خلال شهر واحد.

في حين ذهب كل من Smyth و Semple (2013) إلى تعريف وظيفي، حيث اعتبر أنّ الفصام والأمراض الذهانية المرتبطة به، ينتمي إلى مجموعة من الاضطرابات تسمى تقليدياً باسم "الذهانات الوظيفية" وكلمة "وظيفية" في هذا السياق تعني اضطراب لوظيفة المخ مع عدم وجود شذوذ في تركيبه. (الفقيري، 2016، ص. 347).

كما عرف الفصام حسب DSM 5 سنة (2013)، بأنه اضطراب يتميز بالاضلالات والهالوس وعدم انتظام الكلام، والسلوك الحركي غير المنتظم والأعراض السلبية مثل التبدل العاطفي أو الوجداني، تدهور الوظائف والعلاقات. (فضيلي، 2021، ص. 694 - 695)

انطلاقاً مما سبق يمكن تعريف الفصام على أنه، مرض عقلي داخلي المنشأ، ينتمي لمجموعة الذهانات الوظيفية أين تضطرب وظائف المخ، ويتسم بمجموعة من الأعراض كالاضلالات والهالوس وعدم انتظام الكلام، والسلوك الحركي غير المنتظم والأعراض السلبية مثل التبدل

العاطفي أو الوجداني، تدهور الوظائف والعلاقات. على أن تظهر هذه الاعراض خلال شهر واحد، بشكل مزمن أو نوبات متكررة تتدهور وتتوقف في أي مرحلة، ولا يعود الشخص بعدها للتكامل السابق.

3. أسباب الفصام:

الأسباب الدقيقة لمرض الفصام لا تزال مجهولة، مع ذلك، هناك فرضيات مفسرة لبعض العوامل التي تساهم في خطر الإصابة بالفصام منها:

الفرضية الوراثية:

تعلب الوراثة دورا، ويزداد خطر الإصابة بالفصام عندما يكون أحد أفراد الأسرة المقربين مصابا بالمرض. (Ernest et all, 2018) حيث يبلغ خطر الإصابة بالفصام حوالي 50٪ بين الأطفال الذين يعانون والداهم من الفصام.

و مما يؤكد أن الفصام له مكون وراثي، والدليل على المساهمة الجينية، أو الاستعداد لمرض الفصام مستمد من دراسات التوائم المتطابقة وغير المتطابقة، فقد وجدت إحدى دراسات التأثير المتابعة على التوائم أن كلاهما يطورون مرض الفصام في 36٪ من الحالات التي كان التوائم فيها متطابقين، بينما كان هناك 14٪ في حالة التوائم غير المتطابقة وهذا يؤكد أهمية الوراثة في مرض الفصام. (Kingdon & Turkington, 2008)

ويجب أن نعرف أن مرض الفصام وأعراضه لا يورث، إنما الذي يورث هو تهيئة المريض واستعداده للإصابة بهذا المرض إذا تجمعت عدة أسباب أخرى. (السواح وعياد، 2022، ص. 9).

الفرضية العصبية الكيميائية:

يعتقد أنّ أعراض الفصام ناتجة عن اختلال التوازن الكيميائي في الدماغ (على سبيل المثال، اضطراب تفاعلات الدوبامين والجلوتامات، وهما ناقلان عصبيان). (Ernest et al, 2018) فالفرضية الدوبامينية للفصام تفترض أن الزيادة في مستويات مستقبلات الدوبامين في الجزء الظهري أو البطني للجسم وراء أعراض الفصام والخلل يكون في المسار الميزولونبي، حيث يكون هناك فرط نشاط الدوبامين على مستواه. (ميلوح، 2014، ص. 70).

كما تم تأكيد فرضية خلل الدوبامين تحت القشري، مما يدل على زيادة إنتاج الدوبامين وإطلاقه في الجسم أو المركب المخطط (Striatum)، فالمعدل الذي تشغله مستقبلات D_2 المخططة بواسطة الدوبامين الداخلي ستتضاعف لدى مرضى الفصام غير المعالج مقارنة بالأشخاص الأصحاء، من جهة أخرى يصعب تأكيد نقص وظيفة الدوبامين المفترض في القشرة قبل الجبهية.

إنّ ارتباط هذه الاضطرابات الدوبامينية بنقص الجلوتاماتيرجيك (Glutamatergic) الذي يقلل من نشاط ترشيح المعلومات الحسية، الذي يمارسه المهاد مقابل البنيات القشرية، من شأنه أن يعرض القشرة لحمل زائد من المعلومات.

وبفضل الأبحاث المتعلقة باستخدام الخلايا الجذعية متعددة القدرات، تم اثبات انخفاض في الاتصال العصبي، بالإضافة إلى انخفاض في مستويات بروتين PSD^{95} و في التعبير عن

مستقبلات الجلوتامات. (Delavenne et al, 2013)

ولقد أشار **Castle و Buckley (2015)** إلى بعض الأسس التي تؤيد هذه الفرضية وهي:

- الأدوية التي تحتوي على مضادات الدوبامين تخفف الأعراض الإيجابية للذهان، وترتبط فعاليتها ارتباطاً مباشراً بصلابتها على مستقبلات الدوبامين D_2 .
- يمكن أن تسبب الأمفيتامينات والعوامل الأخرى التي تسبب إفراز الدوبامين في الدماغ أعراض ذهانية، حيث ينتج عن التعرض للأمفيتامين إفراز أكثر وضوحاً للدوبامين في الأشخاص المصابين بالفصام مقارنة بالضوابط غير المصابين بالفصام.
- يمكن أن تسبب العوامل الدوبامينية الأوهام والهلاوس.
- تظهر دراسات PET ارتفاع الدوبامين والدوبامين D_2 فرط الحساسية لدى مرضى الذهان الأول غير المعالجين. (Castle & Buckley, 2015)

الفرضية النمائية العصبية:

بالنسبة للبعض، فإن ظهور أعراض الفصام هو نتيجة لـ "تهديد مبكر" حدث إما في الرحم (أثناء الحمل) أو خلال أو ما بعد ولادة المريض، حيث سيكون هذا التهديد مسؤولاً عن الاضطرابات في نضج الجهاز العصبي المركزي، والذي يمكن أن تكون عواقبه ظهور الخلل في الجهاز العصبي المركزي خلال فترة المراهقة (خاصة أثناء تغييرات معينة في حياة الشخص و أثناء الاضطرابات الهرمونية)، المسؤول عن ظهور العلامات العيادية للفصام، من بين العمليات المتضمنة في هذه الاختلالات الدماغية، نجد إصابات الروابط بين الخلايا العصبية. (Llorca, 2004)

كما لقد ساهم العرض الواضح للنموذج النمائي العصبي من قبل الباحثين في الو. م. أ (Weinberger وزملائه) و المملكة المتحدة (Murray وزملائه في معهد لندن للطب النفسي) والفكرة هي أن الفصام له جذوره في النمو الشاذ للدماغ، لكن المرضى يظهرون فقط بأعراض

إيجابية في أواخر سن المراهقة وبداية سن الرشد عندما يطور الدماغ القدرة على إنتاج مثل هذه الأعراض.

يشمل هذا النموذج (النمائي العصبي) العوامل المسببة للأمراض الوراثية وغير الوراثية، ويعمل بالتنبؤ للعوامل السببية المتراكمة في كل فرد. فالاستعداد الوراثي أمر حيوي، لأنه يحدد الخلفية التي يمكن أن تؤثر عليها العوامل الأخرى في النمو العصبي في المراحل الأساسية، وهذا ما أشار إليه Jones و Murray إن تأثير الجينات النمائية العصبية مثل الجين العصبي و DBND و DISC₁ في مسببات مرض الفصام يعزز الفكرة، كما هو الحال مع النتائج التي تشير إلى أن النوع النمائي العصبي المبكر للمرض هو الذي يشكل عبئاً عائلياً لمرض الفصام. (Castle & Buckley, 2015)

ومنه خلصت الأبحاث الحالية إلى أن اضطرابات نمو الدماغ أثناء فترة ما قبل الولادة وكذلك أثناء الطفولة والمراهقة قد تلعب دوراً في مسببات مرض الفصام، هذه الاضطرابات من شأنها أن تمهد لمرض الفصام، الذي يظهر بشكل عام بين نهاية المراهقة وبداية مرحلة الرشد. (Ernest et al, 2018)

الفرضية العصبية:

أشارت العديد من الدراسات إلى وجود اختلالات في المخ لدى مرضى الفصام، تتمثل فيما يلي:

التجاويف الموسعة: أظهرت دراسات ما بعد الوفاة التي يتم إجراؤها على أدمغة المرضى بالفصام بشكل ثابت تجاويف دماغية متسعة، فالدراسات التحليلية المعمقة التي تناولت العديد من دراسات

التصوير العصبي تشير إلى أنّ بعض المصابين بالفصام حتى في المراحل الأولى للإصابة تكون لديهم فجوات أوسع، كما وجدت بعض الدراسات أن اتساع هذه التجاويف يتزايد مع تطور المرض.

العوامل المرتبطة بالقشرة الأمامية للمخ:

- لوحظ تعطل هذه القشرة في مرض الفصام من خلال ما أظهرته دراسات الرنين المغناطيسي من نقص في المادة الرمادية في هذه المنطقة.
- أظهرت نتائج الاختبارات النفسية العصبية المصممة لتحديد الوظائف المساعدة لتنشيط المنطقة الأمامية، بما في ذلك الذاكرة العاملة أداء سيء لمرضى الفصام.
- أظهرت نتائج الدراسات التي تعتمد على التصوير الوظيفي لدراسة تمثيل الجلوكوز في المخ، وتمثيل الجلوكوز في القشرة الأمامية عند قيام مرضى الفصام بالاختبارات النفس عصبية للوظيفة الأمامية، عن ضعف في الاختبارات وفشل في اظهار أي نشاط في المنطقة الأمامية عند استخدام IRM .

بالرغم من انخفاض حجم المادة الرمادية في القشرة الجبهية الأمامية والقشرة الصدغية، إلا أنّ هذا الانخفاض لا ينقص عدد الأعصاب، وإنما يتم فقدان الشجيرات النهائية مما يعني قطع التواصل بين الأعصاب الذي ينتج عنه حدوث الكلام أو السلوك غير المنتظم.(الحويلة وآخرون،2017، ص. 224-226)

العوامل المرتبطة بالقشرة الصدغية والمناطق المحيطة: أظهرت الأبحاث أنّ لدى مرضى الفصام مظاهر غير طبيعية في بنية ووظيفة القشرة الصدغية بما في ذلك التلفيف الصدغي، الحصين، اللوزة والحزام الداخلي، حيث أشارت إلى وجود انخفاض على مستوى المادة الرمادية في القشرة

الصدغية والقشرة الجبهية للمخ، وانخفاض حجم العقد العصبية مثل النواة الذنبية والحصين والهيكل الحوفية، من جهة أخرى وفي دراسات تحليلية باستخدام التصوير بالرنين المغناطيسي أجريت على أشخاص في نوبتهم الأولى من الإصابة بالفصام ظهر انخفاض واضح في حجم الحصين مقارنة بأولئك الذين لا يعانون الفصام. (الحويلة وآخرون، 2017، ص. 527) ومن الاختلالات في المخ

نجد :

- تضخم البطينين الجانبيين.
- تضخم البطين الثالث.
- انخفاض الحجم الكلي للمادة الرمادية.
- انتشار الضمور القشري الدماغي.

الفص الجبهي: انخفاض الحجم، وخاصة القشرة قبل الجبهية السفلية

الفص الصدغي: انخفاض في حجم اللوزة، الحصين، التلفيف المجاور للحصين، يظهر بشكل

واضح على الجانب الأيسر. (Castle & Buckley, 2015)

ولا طالما ارتبط مرض الفصام بتضخم البطينين، مما يدل على انخفاض حجم مادة الدماغ، وكان هذا الاكتشاف البنيوي الوحيد الموثوق به حتى سنة (1990)، قادت الأعراض المعرفية الباحثين للبحث عن فقدان الحجم في منطقتين قشريتين محددتين:

الفص الجبهي، حيث يحدث العديد من النشاط المعرفي العالي، الذاكرة، العاطفة والتخطيط النفس حركي المعقد.

الفص الصدغي المتخصص في المعالجة السمعية وتحليل اللغة، لدى المرضى المصابين بالفصام هناك انخفاض ما يقارب 2٪ من المادة الرمادية في جميع أنحاء الدماغ.

تقل المادة الرمادية في الفصوص الجبهية والصدغية حوالي نسبة 7٪، على الرغم من أن هذه الانخفاضات صغيرة نسبياً إلى أن انخفاض المادة الرمادية له تأثير على قدرة الدوائر القشرية على معالجة المعلومات، في الفص الجبهي تظهر القشرة قبل الجبهية الظهرية الجانبية المشاركة في الاستخدام المرن للذاكرة العاملة، انخفاضات ملحوظة في الحجم.

بشكل عام يرتبط الانخفاض في حجم الفص الجبهي، و القشرة قبل الجبهية و القشرة المدارية الأمامية الوسطى بزيادة الأعراض السلبية، والعجز المعرفي، واضطراب المزاج.

في الفص الصدغي، يتم انخفاض المادة الرمادية القشرية في التلفيف الصدغي الخلفي العلوي المخصص للتحليل الصوتي المعقد ومعالجة اللغة، خاصة في نصف الكرة المخية الأيسر. ارتبط انخفاض المادة الرمادية في الفص الصدغي بزيادة الأعراض الإيجابية، بما في ذلك جنون العظمة والأوهام واضطراب الفكر. وعليه تم تسجيل ملاحظات مهمة تمثلت في النقاط التالية:

- يحدث فقدان المادة الرمادية بدرجة أكبر في المناطق غير المتجانسة، وهي المناطق التي تدمج المعلومات من المناطق القشرية الأخرى.
- يرتبط فقدان في القشرة قبل الجبهية بالأعراض السلبية والعجز المعرفي.
- يرتبط فقدان في القشرة الصدغية بالأعراض الإيجابية واضطراب الفكر.

كما تمت الإشارة إلى تشوهات بنيوية دماغية أخرى مثل انخفاض حجم بعض البنيات، لاسيما الحصين، وتوسع البطينين وتغيرات المادة البيضاء في مرض الفصام.

سعت دراسات التصوير العصبي الوظيفي إلى وصف السيرورات المشاركة في الأعراض الإيجابية للفصام: تشير النتائج الحالية إلى أنّ مناطق الدماغ مثل المناطق الحسية، والقشرة قبل الحركية قبل الجبهية، والمنطقة الحزامية ومنطقة المخيخ تساهم في الهلوسة، فوجد لدى مرضى الفصام الذين يعانون من الهلوسة اللفظية انخفاض في تنشيط التلفيف الصدغي الأوسط الأيسر. (Delavenne et al, 2013)

الفرضية النفسية الاجتماعية:

إنّ أحداث الحياة المجهدة والعوامل النفسية والاجتماعية الأخرى تزيد من خطر إصابة الشخص المصاب الضعف الوراثي للإصابة بالفصام، بالنظر إلى أسباب الفصام من وجهة نظر الفرضيات النفسية الاجتماعية نجد الأسباب التالية:

- الأشخاص الذين عانوا من تجارب مؤلمة أو صدمة، خاصة أثناء الطفولة (على سبيل المثال الاعتداء الجنسي، أو الانفصال الطويل عن الوالدين)، لديهم خطر أكبر للإصابة بالفصام لاحقاً.
- يزيد تعاطي القنب بين الشباب من خطر الإصابة بالفصام أو ظهور المرض في وقت مبكر لدى الأشخاص المعرضين وراثياً للإصابة به.
- إن الولادة أو قضاء طفولتك في بيئة حضرية بدلا من بيئة ريفية تزيد من خطر الإصابة بالفصام (قد يكون هذا بسبب عوامل اجتماعية مثل العزلة وقلة المساحة).
- كما أثبتت بعض الدراسات أن مجموعات معينة من المهاجرين واللاجئين يتعرضون لخطر الإصابة بالاضطرابات الذهانية. (Ernest et all, 2018)

يشير Kingdon و Turkington (2008) إلى أنَّ الفصام أكثر شيوعاً في المدن منه في المناطق الريفية، حيث أن هذه المناطق تميل إلى مستويات عالية من الحرمان و سوء المعاملة من أنواع مختلفة مما يؤدي إلى زيادة التوتر و ربما تكوين مخططات سلبية (مرتبطة بجنون العظمة مثلاً)، والتي تميل إلى استمرار الأعراض الذهانية، وهذه أيضاً المناطق التي يسهل فيها الوصول إلى الأدوية المهلوسة، والتي يمكنها بالمثل تنشيط الأعراض وإدامتها، وغالباً ما يسكن المناطق الداخلية للمدينة من قبل المهاجرين الجدد وطالبي اللجوء الذين لديهم معدل أعلى للإصابة بالفصام. (Kingdon & Turkington, 2008)

كما سلط العديد من الباحثين الضوء على أهمية أشكال معينة من التفاعل داخل الأسرة كعامل محفز لظهور مرض الفصام، ومع ذلك يمكن أن يكون عاملاً من عوامل تقاوم المرض أكثر من العوامل المسببة له. (Llorca, 2004)

4. أعراض الفصام:

لقد ذكر حامد زهران (2005) نقلاً عن زواني (2020)، أن الفصام يبرز من خلال مجموعة من الأعراض كالبعد عن الواقع، الهلوس، الهذاء، اضطراب الانفعال مثل التناقض العاطفي، والتبدل العاطفي و سطحية الانفعال... وغيرها.

كما يظهر لدى الفرد المصاب بالفصام التدهور العقلي المعرفي، اضطراب التفكير: كالاضطراب في محتوى وترابط التفكير، والتحكم في التفكير، بالإضافة إلى الضعف الجسدي، والبطء الحركي والنمطية والجمود أحياناً، فقدان الاهتمام بالمظهر الشخصي وإهمال النفس، عدم الوعي بالمرض

العقلي، اضطراب الإرادة وضعفها، وعدم القدرة على اتخاذ القرارات، والسلبية في السلوك. (زواني.

2020. 157)

كما يظهر الفصام من خلال عدة أعراض ضمن ثلاث أبعاد رئيسية: البعد الإيجابي، البعد

السـلـبـي، وبعـد عـدم التـنـظـيـم. (Carmant, 2018)

تتمثل الأعراض الرئيسية الإيجابية في الأفكار الهذيانة والهلاوس (من بينها الهلاوس اللفظية)،

بينما تتمثل الأعراض السلبية في عدم القدرة على التخطيط أو اتخاذ الإجراءات (لا يستطيع

المرضى أحيانا التخطيط أو تنفيذ أي إجراء) بالإضافة إلى عدم القدرة على الشعور ببعض

المشاعر أو مشاركة مشاعر الآخرين .

أخيرا يشير عدم التنظيم أو الأعراض غير المنتظمة، التي يمكن أن تتخذ خصائص إيجابية أو

سلبية اعتمادا على ما تم وصفه سابقا، فقدان التماسك أو تناسق في فكر المريض وسلوكه.

(Franck, 2006)، ويمكن تلخيص هذه الأعراض في الجدول التالي:

الأعراض الإيجابية للفصام:

الجدول رقم 01: الأعراض الإيجابية للفصام

الأعراض	الوصف
هلاوس لفظية: التعليقات على الأفعال و الأفكار والمحادثات.	سماع أصوات تتحدث بضمير المخاطب في ظل غياب التنبيه الصوتي.

هلاوس تخديرية	أحاسيس جسدية عميقة.
متلازمة التأثير	الانطباع بالسيطرة من قبل الآخرين أو قوة خارجية.
الأفكار المفروضة أو غرس الأفكار	الانطباع بأنّ هناك أفكار وضعت في الرأس من طرف قوة خارجية.
التعرف على الأفكار	الانطباع بأن الآخرين يعرفون بعض الأفكار الخاصة
سرقة الأفكار	الانطباع بأنّ الآخرين يسرقون بعض الأفكار
أفكار هذيانية	المعتقدات التي لا تستند إلى الحقائق، ولا تشاركها المجموعة الاجتماعية التي ينتمي إليها المفحوص.

الأعراض السلبية للفصام:

الجدول رقم 02: الأعراض السلبية للفصام

الأعراض	الوصف
انعدام الإرادة	عجز في الإرادة
انعدام الطاقة	فقدان الطاقة
انعدام المتعة	عدم القدرة على الشعور بالسعادة والتلذذ

البلادة و اللامبالاة	عدم القدرة على التفاعل
فقد الإرادة لممارسة النشاط	عدم القدرة على اتخاذ الإجراءات
عدم الانتفاع	ضعف الاستفادة من العالم المحيط
برود عاطفي	تقييد التعبير العاطفي
الإهمال	عدم القدرة على الاهتمام بالذات أو العناية بنفسه
الانسحاب الاجتماعي	انخفاض في التبادلات الشخصية

(Franck, 2013)

الأعراض غير المنتظمة للفصام:

الجدول رقم 03: الأعراض غير المنتظمة للفصام

الأعراض	الوصف
1/ اضطراب الفكر واللغة	
اضطراب النحو	نحو غير مناسب
التوقفات	التوقف المفاجئ وغير المبرر لسياق الخطاب
الخطاب أو الكلام المطول	خطاب أو كلام دائري، يتجه نحو الهدف بطرق غير مباشرة
الخطاب التلمحي	العديد من التلميحات غير المناسبة

خطاب غير طليق	تشتت الكلام في اتجاه أهداف كثيرة وغير متناسقة
عدم اتساق خطاب الفصامي	عدم تناسق الخطاب
اختراع الكلمات	اختراع كلمات جديدة
الاستدلالات الزائفة	تحديد معنى جديد للكلمات الموجودة
تفكير غير منطقي	التعبير غير المنطقي للخطاب
الانحراف الجانبي	إجابات لأسئلة غير مباشرة وغير مناسبة
2/ الاضطرابات السلوكية والعاطفية	
أفعال غير مألوفة	سلوك غير عقلاني
تناقض	التعايش بين نيتين متعارضتين
غربة	غربة السلوك والعواطف
السلوك غير المنتظم	عدم تناسق الأفعال
التناقض العاطفي	ضحك بلا دافع، التناقض العاطفي
التكلف	الايماءات المفرطة أو غير المناسبة
السلبية	معارضة نشطة
الانغلاق	صعوبة الوصول العاطفي

(Franck, 2013)

حسب Favrod وآخرون (2015) يعتبر الفصام مرض غير متجانس يظهر بعدة أوجه، انه اضطراب في معالجة وتكامل المعلومات، يمكن ان تظهر على الشخص المصاب به أعراض تشويه للواقع التي تظهر على شكل هلاوس وهذيان، كما يمكن أن يتجلى على شكل انخفاض القدرة على التعبير، وصعوبة أداء أعمال الحياة اليومية والانسحاب الاجتماعي، عادة ما تكون هذه الأعراض الأخيرة أكثر ثباتاً واستمرارية من علامات المرض الأخرى، من السهل الخلط بينها وبين الاكتئاب أو بعض الآثار الجانبية للأدوية. يمكن للمرض أن يظهر من خلال عدم التنظيم في طريقة التعبير عن الذات على المستوى اللفظي والسلوكي. يمكن أن تكون هذه المظاهر المختلفة موجودة في وقت واحد أو لا مع شدة مختلفة.

5. مراحل الفصام:

تنقسم مراحل الفصام إلى ثلاث مراحل كلاسيكية وهي:

المرحلة المنذرة: تسمى هذه المرحلة بالمرحلة المنذرة (الممهدة) للفصام تتميز بنقص مستوى الأداء الوظيفي للمريض وقصور الأداء الاجتماعي و إهمال النظافة الشخصية والتباعد العاطفي وغربة السلوك والأفكار وفقدان زمام المبادرة فيما يتعلق بالأنشطة اليومية والعمل.

وهذا التغيير الذي يطرأ على المريض يتم ملاحظته بواسطة أهل والأصدقاء ويتفاوت طول هذه المرحلة ويصعب تحديد بدايتها بدقة، وتكون حالة المريض سيئة خاصة عندما تكون المرحلة المنذرة غامضة البداية والتدهور التدريجي على مدى سنوات عديدة.(عواد، 2011، ص. 154).

ففي بعض الحالات تكون بداية الفصام مفاجئة جدا، وفي أيام يتحول الفرد من شخص متوافق إلى مريض ذهاني، وفي حالات أخرى يكون هناك تدهور بطيء للأداء الوظيفي، قد يستمر لسنوات قبل أن تظهر أية أعراض ذهانية بشكل واضح، ويصبح الفرد منسحبا ومنعزلا اجتماعيا، ولا يهتم بمظهره أو نظافته، ويبدأ التدهور في الأداء المدرسي أو العمل، وتبدأ انفعالات المريض في السطحية وعدم التألؤم، وتلاحظ الأسرة والأصدقاء تغيرا في الشخصية. (عبدربه، 2021، ص. 375). وبعض الأحيان يتطور الاضطراب بصورة تدريجية حتى أنه لا يلاحظ عليه أحد. (وظقة، 2014، ص 166).

المرحلة النشطة: خلال المرحلة النشطة (أو الحادة) من المرض، عادة ما يظهر على الشخص أعراض الذهان، بما في ذلك الأفكار الهذيان، الهلوس، واضطراب الفكر والاضطرابات السلوكية والعاطفية، ومع ذلك نظرا لأن هذه الأعراض يمكن أن تكون ناجمة عن اضطرابات عقلية أو جسدية أخرى (على سبيل المثال، الاضطراب ثنائي القطب، والذهان الناجم عن المخدرات، والصدمات الجمجمية)، يتم أخذ عوامل أخرى في الاعتبار عند تشخيص مرض الفصام غالبا ما تظهر المرحلة النشطة من مرض الفصام بعد المرحلة المنذرة أو الممهدة، ولكن في بعض الأحيان تظهر أعراض المرحلة النشطة فجأة. (Ernest et all, 2018)

و غالبا ما يكون الاستشفاء في هذه المرحلة ضروريا، حيث تظهر في هذه المرحلة الأعراض الإيجابية للمرض بشكل حاد: كالأوهام أو الهذيان، والهلوس، مشاعر الغرابة، السلوكيات الغريبة وغير ذلك.

كما يقال أنّ الشخص خلال هذه المرحلة في أزمة أو نوبة لأن أعراضه يمكن أن تصبح مهمة، فهو بحاجة إلى رعاية فريق متخصص، حيث تتمثل الأهداف خلال هذه المرحلة من العلاج بشكل أساسي في التحكم في الخطورة والسلوكيات المضطربة. (Leroy & Beaune , 2008)

المرحلة المتبقية: بعد المرحلة النشطة، بمجرد أن تهدأ الأعراض، غالباً ما يصبح الشخص المصاب لا مبالياً، وينسحب على نفسه ويجد صعوبة في التركيز، أعراض هذه المرحلة تشبه أعراض المرحلة المنذرة أو الممهدة.

يمكن 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 يزيد تأثير قدرة الشخص على العمل بشكل طبيعي. هذه أحد الأسباب التي تجعل من الضروري ضمان تجنب الانتكاسات (عودة الأعراض النشطة) باتباع العلاج والخطة العلاجية الموصوفة. (Ernest et all, 2018)

6. تشخيص الفصام:

يتم تشخيص الفصام حسب الشروط التشخيصية لـ DSM في طبعته الخامسة:

أ/ اثنين (أو أكثر) مما يلي، موجود كلا منها لمدة هامة من الزمن خلال فترة شهر واحد (أو أقل إذا تم علاجه بنجاح)، ويجب أن يكون واحد منهم على الأقل (1)، (2) أو (3).

- 1- الهذيانات
- 2- الهلوس
- 3- الكلام غير المنظم (الانحراف المتكرر عن مساره أو عدم الانسجام)

4- السلوك العام غير المنظم أو الكتاتوني.

5- الأعراض السلبية (التعبير العاطفي المنخفض أو فقدان الإرادة).

ب/ لفترة هامة من الزمن منذ بداية الاضطراب، مستوى الأداء في واحد أو أكثر من المجالات الرئيسية مثل العمل، أو العلاقات الشخصية، أو الرعاية الذاتية، يكون أقل بشكل ملحوظ من المستوى الذي تم تحقيقه قبل البداية، (أو عندما تكون البداية في مرحلة الطفولة أو المراهقة، يكون هناك فشل في تحقيق المستوى المتوقع من الأداء الشخصي، الأكاديمي أو المهني).

ج/ استمرار ظهور علامات الاضطراب لمدة لا تقل عن ستة أشهر. يجب أن تتضمن فترة الستة أشهر هذه شهر واحد على الأقل من الأعراض (أو أقل إذا تم علاجها بنجاح) التي تستوفي المعيار "أ" (أعراض المرحلة النشطة)، خلال هذه المراحل المندرة أو المتبقية، قد تظهر علامات الاضطراب من خلال أعراض سلبية فقط أو من خلال اثنين أو أكثر من الأعراض المذكورة في المعيار "أ" والتي تكون موجود بشكل مخفف (مثل معتقدات غريبة، خبرات ادراكية غير معتادة).

د/ تم استبعاد اضطراب الفصام الوجداني والاضطراب الاكتئابي أو ثنائي القطب مع المظاهر الذهانية، إما لأن "1" لم تحدث نوبة اكتئاب أو هوس كبرى بالتزامن مع أعراض المرحلة النشطة، أو "2" إذا حدثت نوبات مزاجية أثناء أعراض المرحلة النشطة، قد كانت موجودة لمدة بسيطة من إجمالي مدة الفترات النشطة والمتبقية للمرض.

هـ/ لا يعزى الاضطراب للأثار الفسيولوجية لمادة ما (مثلا تعاطي المخدرات أو الدواء) أو حالة طبية أخرى.

و/ إذا كان هناك تاريخ لاضطراب طيف التوحد أو اضطراب التواصل في بداية الطفولة، يتم التشخيص الإضافي للفصام فقط في حالة وجود هذيان أو هلاوس بارزة، بالإضافة إلى الأعراض الأخرى المطلوبة للفصام. موجودة أيضا لمدة شهر واحد على الأقل (أو أقل إذا عولجت بنجاح). (Malek, 2019 Ben)

7. الاضطراب المعرفي لدى المصاب بالفصام:

سمحت الأبحاث في مجال الفصام بالكشف عن وجود اضطراب معرفي لدى هذه الفئة، والذي يرتبط ارتباطا وثيقا بأنشطة الحياة اليومية والأداء الاجتماعي، والمهني ومستوى الاستقلالية وجودة الحياة. (Dupuy, 2018) ويمس هذا الاضطراب سيرورات معرفية مختلفة نذكر منها:

الذاكرة: يظهر مرضى الفصام مجموعة متنوعة من الصعوبات في أداء الذاكرة، وتشمل ضعف أو فقر استدعاء قوائم الكلمات، وأزواج الكلمات المرتبطة، القصص، والأرقام. على عكس المرضى الذين يعانون من متلازمات فقدان الذاكرة الحادة، فإن مرضى الفصام يظهرون فقط زيادة طفيفة في معدل النسيان وقد يرتبط هذا الخلل بالتشغير بدلا من الاحتفاظ بالذاكرة. (Stip, 2005)

الذاكرة العاملة: بينت دراسة Hardy-Baylé (2006)، أن المشاكل التي يعاني منها مرضى الفصام في الحياة اليومية يمكن تفسيرها جزئيا على الأقل بضعف الذاكرة العاملة. (دريس وتواتي، 2021، ص. 172)

كما يعد اضطراب الذاكرة العاملة من أهم اضطرابات الذاكرة التي لوحظت لدى مرضى الفصام، يمكن التعبير عن العجز في الذاكرة العاملة من خلال الصعوبات في تذكر المهام التي يجب القيام بها، والمشاركة في محادثة مطولة، والمشاركة في قراءة كتاب أو مشاهدة فيلم. (Franck, 2014)

الذاكرة الدلالية: أشارت Tonel (2014) إلى أن اضطرابات التفكير من الظواهر النفسية المرضية الواضحة في مرض الفصام، كما أنه يسفر عن عجز واضح في المعالجة الدلالية، وفي تحليل بعدي لـ (91) دراسة اهتمت بفحص الذاكرة الدلالية لدى مرضى الفصام سواء في شكلها اللفظي أو البصري، بينت النتائج وجود خلل في الذاكرة الدلالية لديهم مع تشتيت الأداء على الصفحة المعرفية الخاصة بمكونات الذاكرة الدلالية خاصة على اختبار تسمية الأشياء والطلاقة اللفظية، ثم اختبارات مطابقة الصورة بالكلمة، يليها اختبارات التصنيف والآثار الأولية الدلالية. (إبراهيم وأحمد، 2018، ص. 155).

ذاكرة الأحداث الشخصية: أظهرت نتائج دراسات التحليل البعدي الحديثة لأوجه الخلل المعرفي للفصام، وجود خلل في الانتباه والوظائف التنفيذية و خاصة ذاكرة الأحداث الشخصية، حيث أن الخلل في هذه الأخيرة يرتبط بضعف الأداء المهني، الاجتماعي، وجودة الحياة، لذا افترض أن علاج اختلال هذا النوع من الذاكرة تزامنا مع العلاج الدوائي سيساهم في تحسين الكفاءة الأدائية لمرضى الفصام.

إن ضعف الأداء على مستوى ذاكرة الأحداث الشخصية يظهر بشكل واضح حتى عند النوبة الأولى للمرض كما يبدو كخلل ثابت طوال فترة المرض وحتى عمر (65) سنة. (إبراهيم وأحمد، 2018، ص. 156)

الانتباه: تكون موارد الانتباه محدودة بشكل عام لدى مرضى الفصام مما يؤثر على أدائهم في مجموعة متنوعة من المهام، فبالمقارنة مع المجموعة الضابطة، يكون المرضى أقل قدرة على انتقاء عنصر مستهدف من كمية العناصر غير المستهدفة، كما أنهم أكثر حساسية للمثيرات المشتتة للانتباه. (stip, 2005)

يمكن أن يؤثر عجز الانتباه لدى مرضى الفصام على الانتباه الانتقائي (القدرة على التركيز على مثير معين لاستبعاد البيانات المحيطة)، أو الانتباه المستمر (القدرة على التركيز على مهمة مطولة) أو الانتباه الموزع (القدرة على إدارة عدة مهام في وقت واحد).

يمكن أن يؤدي عجز الانتباه الانتقائي إلى عدم القدرة على المشاركة في مهمة أو محادثة في وجود التداخل، كما يمكن أن يساهم عجز الانتباه المستمر في صعوبات قراءة الكتب ومشاهدة الأفلام وإجراء المحادثات، مما يؤدي إلى تفاقم أي ضعف في الذاكرة، أخيراً يمكن أن يؤدي عجز الانتباه الموزع إلى تعطل تعدد المهام. (Franck, 2014)

الوظائف التنفيذية: تعتبر الوظائف التنفيذية أساس العجز الوظيفي لدى العديد من مرضى الفصام، وأهم أوجه القصور المعرفي في مرض الفصام تتعلق بالقدرة على أداء مهام معالجة المعلومات بناءً على عمليات التحكم (الضبط)، وصعوبة صياغة خطة أو الجمع بين المعلومات. (Stip, 2005) يمكن أن يمس هذا القصور مختلف جوانب العملية التنفيذية، كأن يؤثر العجز التنفيذي على الكفّ أو التخطيط أو المرونة أو التحكم التنفيذي، فاضطراب الكفّ يمكن أن يظهر على أنه فائض، مما يؤدي إلى عدم القدرة على بدء الأفعال، أو كعيب، مما يؤدي إلى التعبير عن الاندفاع أو حتى المثابرة، يمكن التعبير عن ذلك في مجال اللغة (التكرار غير المناسب للكلمات) أو الأفعال (التكرار غير المناسب للإيماءات). يتميز عجز التخطيط بعدم القدرة على تنظيم المراحل المختلفة لسلسلة من الأفعال. يؤدي الافتقار إلى المرونة إلى عدم القدرة على فك الارتباط بسهولة بمهمة ما للاستثمار في أخرى. كما يؤدي العجز في التحكم المعرفي إلى اضعاف القدرة على اختيار الفعل المناسب للسياق، بالإضافة إلى ذلك يمكن أن يؤدي ضعف الأداء التنفيذي إلى تعزيز جميع مظاهر الفصام. (Franck, 2014)

بالتالي هذا العجز التنفيذي يمكن أن يكون له أثر على الوظائف المعرفية الأخرى، وفي هذا الصدد يشير كل من Johnson- Selfridge و Zalewski (2001)، إلى أنّ الصعوبات التي تواجه مرضى الفصام تتعلق بالتخطيط والكفّ وعمليات الانتباه، وتؤثر هذه الصعوبات على الوظائف المعرفية الأخرى، مثل اللغة والتواصل، حيث لتتمكن من التواصل مع الآخرين، يجب أن تكون قادرا على التخطيط لكلامك والانتباه إلى كلام الآخرين، ومن أجل هذا التأثير على التواصل خاصة، يوصى بعلاج مثل العلاج المعرفي. (vrignaud, 2020)

المرونة المعرفية: تتمثل اضطرابات المرونة المعرفية لدى مرضى الفصام، في صعوبات في التعديل وإعادة التكيف، ويبدو أنّ مرضى الفصام غير قادرين على تعديل استراتيجياتهم، مما يؤدي غالبا إلى المثابرة في الاستجابات، كما يظل أداء هؤلاء المرضى على الاختبارات متدهور ولا يمكن تحسينه حتى لو شرح الفاحص التعليمات عدة مرات. (Bejaoui & Pedinielli, 2010)

اللغة: توصف اللغة لدى هؤلاء المرضى أحيانا أنها منفصلة عن وظيفتها الأساسية المتمثلة في التواصل، ولم تعد لغة القبيلة أو المجموعة، بل تستخدم بطريقة فردية، ويظهر المرضى المصابين بالفصام أحيانا خرس أو شبه خرس، Soliloquent دون أن تكون بالضرورة هناك عملية هلوسة، يتحدثون ويجيبون "على الهامش" (متلازمة Ganser)، ويمكنهم التحدث بشدة (ثرثرة)، نطق عبارات ليس لها صلة ببعضها، التحولات الصوتية للكلمات خاصة الكلمات الجديدة أو المستحدثة Néologismes التي قد يبدو استخدامها مميزا أحيانا بل وحتى منظما، يمكن للشخص أن يظهر وكأنه غير مهتم بهذه التحولات، أو على العكس "La logolatrie"، الكلمات لم تعد تعامل على أنها مجرد وسيلة، بل كغاية. (Guelfi et al, 2021)، بالإضافة إلى Paralogisme ، استخدام الكلمات الموجودة لمنحها معنى جديد، صعوبة متابعة محادثة سواء تعلق الامر في البدء بها أو

انتهائها في وقت مبكر جدا، استحالة إيجاد خيط مشترك دائم بين المريض ومحاوره.(Granger & Naudin, 2019)

وفي دراسة اجراها **Lecardeur (2008)** أظهرت أنّ هناك انتشار مبالغ فيه لتنشيط الشبكات الدلالية، مما يؤدي بشكل خاص إلى سوء فهم البيانات اللفظية وظهور انحرافات في الخطاب الشفهي، تثبت هذه الدراسة تأثير الذاكرة الدلالية على التمثيلات (المفاهيم) وتنشيط الشبكة أثناء استرجاع المفاهيم (المصطلحات).

يعتبر نموذج **Frith** أحد أكثر الأطر المفاهيمية والتجريبية المذكورة في البحث الحالي حول اضطرابات اللغة لدى مرضى الفصام، يثير **Frith** نقطتين أساسيتين:

- فقط المستويات العليا للغة مضطربة في الفصام، خاصة التخطيط للخطاب أو الكلام، والذي يؤثر بالتالي على اللغة بأكملها بدلا من العناصر المعزولة، أما الاضطرابات المنخفضة المستوى يمكن أن تظهر بشكل ثانوي.
- انتاج اللغة اكثر اضطرابا من الفهم، وهذه النقطة تتبع منطقيا من اضطرابات التخطيط.

بالتالي عدم مفهومية كلام أو خطاب الفصامي سيكون مرتبط جزئيا باضطرابات التخطيط، بالتالي لن يكون مسألة تفكك الفكر في حد ذاته، لكن الصعوبة تظهر عدم فهم المحاور لكلام المريض، كل هذا مرتبط بضعف في مستوى الأداء اللغوي (انتاج الكلام أو الخطاب، في السياق، والموجه إلى شخص آخر) وليس في الكفاءة (المعارف، والاستخدام الصحيح للغة). (Leroy & Beaune, 2008)

لتفسير اضطراب اللغة لدى المرضى المصابين بالفصام اقترح **Frith** أنهم يعانون من عدم القدرة على معالجة النوايا، بينما رأى **Bleuler** أنه ترجمة وتعبير عن اضطرابات التفكير عندهم، أما **Champman** فقد رأى أن الخلل راجع للتخطيط، ومن أهم الاضطرابات اللغوية التي ظهرت عند هؤلاء المرضى، التوقف والنمطية والمواظبة، كلام غريب ومبهم، عبارات غير مفهومة وغير منطقية، لا يعالج نواياه ولا نوايا الآخرين، يميل إلى الرمزية، يعاني من الشرود وعدم الانتباه. (ميلوج، 2022، ص. 115 - 116).

8. علاج الفصام:

العلاج الدوائي: يركز علاج الفصام بشكل أساسي على علاج أعراض المرض وتخفيفها، فلا يمكن الشفاء من المرض بشكل كامل. ويعتمد العلاج بشكل أساسي على صنف من الأدوية يدعى بمضادات الذهان (antipsychotics)، والأدوية توقف أعراض اضطراب الفصام مثل (الهالوس والهذيان)، حيث تم اكتشاف أول دواء مضاد للذهان بشكل مفاجئ سنة 1950، عندما لوحظ التأثير المفاجئ للهيستامين (chlorpromazine) عند اختباره على مرضى الفصام. ولوحظ تأثير الكلوربرومازين كوسيلة مضادة للذهان، تم اختبارها، تجريبياً ليكشف عنه الستار كآلية عمل مضادة للذهان. (أبو عقل، 2016، ص. 82).

بدأ العلاج الدوائي بدواء الكوروبومازين (لارجكتيل) سنة 1952 في فرنسا، واستمر ظهور العقاقير المختلفة في نفس المجموعة التي تسمى مضادات الذهان النموذجية على شكل أقراص وإبر بالوريد والعضل وإبر طويلة المفعول (وهي مضادات مستقبلات الدوبامين D2). لكن الأعراض الجانبية

لهذه الأدوية كانت غالباً مزعجة للمريض، كالرجفة والتصلب العضلي والأعراض المشابهة لمرض الباركنسون، بالإضافة إلى التقلصات العضلية والحركات اللاإرادية.

منذ بداية التسعينات بدأ الجيل الثاني لأدوية مضادات الذهان اللانمطية وكان أولها كلوزابين (Clozapine) وتسارع ظهورها مع تحسن فعاليتها وتقليل أعراضها الجانبية مما أدى إلى نقلة كبيرة في تحسن المرضى ومآل الفصام بشكل عام. (البشتاوي، 2015، ص. 24).

العلاج الكهربائي والعلاج الجراحي الفصّي: العلاج الكهربائي المحدث للتشنجات (العلاج الكهرواهتزازي) أو يطلق عليه علاج الرجفة الكهربائية، ويستخدم في بداية الفصام، أو في الحالات الحادة أو المصاحبة بأعراض تصلبية كتاتونية، أو المصاحبة بأعراض اكتئابية... وغيرها، وأحياناً يكون مبرر إعطائه هو تقليل جرعات مضادات الذهان اللازمة للسيطرة على الأعراض الذهانية.

أما العلاج الجراحي الفصّي، يلجأ إليه عند فشل كل الطرق العلاجية الأخرى كالعلاج بالأدوية المهدئة، والعلاج بالصدمات، كما يستخدم هذا النوع من العلاج في الحالات المزمنة بعد مضي سنتين أو ثلاث سنوات من العلاج الفعال الذي يتضمن علاجاً نفسياً.

تتم الجراحة بشق مقدم الفص الجبهي أين يتم قطع الألياف العصبية الموصلة بين الفص الجبهي والثلاموس مما يقلل حدة الانفعال. (إسماعيل، 2016، ص. 54)

العلاج النفسي الاجتماعي:

العلاج النفسي: هناك العديد من الأساليب العلاجية النفسية العامة والخاصة لمرض الفصام.

يحتاج الأشخاص المصابين بالفصام إلى الدعم لفهم الضغوط التي يعانون منها، ومهارات التأقلم، والتواصل الاجتماعي. تعد منهجية الفريق متعدد التخصصات مفيدة جدا في مساعدة الأشخاص المصابين بالفصام على التعامل مع مشكلاتهم المعقدة في مختلف المجالات، وهناك مجموعة معينة من التدخلات من بينها العلاجات النفسية التي تشمل مايلي:

- لمساعدة الأشخاص على التعامل مع الأوهام والهلاوس " المقاومة للأدوية " : يعد إطار العلاج السلوكي المعرفي المنهج الأكثر بحثا، وقد أثبت نجاحه، خاصة بالنسبة للأوهام، يمكن القيام به بشكل فردي أو بطريقة جماعية، في الشكل الأخير (الطريقة الجماعية) يمكن للمشاركين أن يتعلموا الكثير من بعضهم البعض حول استراتيجيات المساعدة في التعامل بشكل أكثر فعالية مع الأعراض الذهانية المستمرة، وتقليل الضيق الذي تسببه، ومنعها من السيطرة على حياتهم.
- العلاج المعرفي باستخدام إما القلم و الورقة أو النماذج المعتمدة على الكمبيوتر. حيث يمكن لهذه الاستراتيجيات أن تعزز المشاركة في مكان العمل والاحتفاظ بالوظيفة.
- العلاج بالالتزام والتقبل، الذي تم تجربته على الأشخاص المصابين بالفصام، وحقق نتائج أولية مهمة. (Castle & Buckley, 2015)

العلاج الاسري: تلعب البيئة الأسرية دورا هاما بالنسبة للشخص المصاب بالفصام، وفي كثير من الأحيان تشعر الأسر بالوصم والعزلة، لهذا تحتاج إلى الدعم والتعلم من أجل مساعدة المريض، يكمن التدخل الأسري الفعال أثناء مرض الفصام في النقاط التالية:

- التثقيف النفسي حول المرض وأعراضه وعلاجه والآثار الجانبية للأدوية.

- الاعتراف بالوصمة والتعامل معها، سواء داخل الأسرة أو داخل المجتمع ككل.
- تقنيات حل المشكلات للأسرة لمحاولة صقلها.
- تعزيز التواصل بين أفراد الأسرة.
- معالجة القضايا العاطفية والاستجابات لفرد الأسرة المريض (مثل اللوم والشعور بالذنب).
- تشجيع توسيع الشبكة الاجتماعية وتجنب عزل الأسرة عن المجتمع.
- التأكد من أن توقعات الأسرة تجاه فرد الأسرة المريض واقعية.
- توفير الأمل والتشجيع. (Castle & Buckley, 2015)

إعادة التأهيل المعرفي: يشكل التكفل بالاضطرابات المعرفية قضية مركزية في التكفل بمرض الفصام، ذلك بسبب تأثيرها الوظيفي. (Péneau & Franck, 2015) نشأت طريقة إعادة التأهيل المعرفي للتكفل بالمرضى المصابين دماغيا، فهي تقنية للتعويض تعتمد على تمرين العمليات المعرفية المتأثرة بالإصابة قصد التعويض التدريجي لها، كما أنها تهدف إلى إعادة تأهيل الوظائف المعرفية والمسارات العصبية المرتبطة بها، معتمدة بشكل أساسي على المرونة العصبية، كما تمكن من الاسترجاع والتعويض في نفس الوقت. ينطلق العلاج من فكرة أن الفصامي يعاني من اضطرابات معرفية، وأن هذه الاضطرابات المعرفية تحتل مكانة كبيرة لدى الفصامي.

وبالتالي فإعادة التأهيل المعرفي تعد نوع خاص من الاندماج النفسي - الاجتماعي، يهدف بالدرجة الأولى إلى الحد من الاضطراب المعرفي، عن طريق تطوير التمارين المعرفية و السلوكية مع التركيز على الوظائف المعرفية المضطربة بهدف تعديل الأداء الخاص بهذه الوظائف. (جعفر شريف، 2011، ص. 18). ويعتمد برنامج إعادة التأهيل المعرفي على استخدام تقنيات خاصة، قد

تشمل:

- تطوير استراتيجيات جديدة تسمح بفهم المواقف بشكل أكثر فعالية.
 - اللجوء إلى التدريب المتكرر للوظائف المصابة بهدف استعادة الأداء السابق (مقاربة إعادة التأهيل).
 - الاستشارة المعرفية القائمة على التماس و تعزيز القدرات المحتفظة.
 - كذلك التعويض من خلال استخدام استراتيجيات التخفيف (Stratégies palliatives).
- بشكل عام يمكن أن يهدف العلاج المعرفي إلى استعادة العمليات المصابة أو التعويض عن العجز. تعتمد البرامج العلاجية المعرفية على كل من مقاربة إعادة التأهيل: يتم تنفيذها في البرامج مثل العلاج التعزيزي العصبي المعرفي Neurocognitive Enhancement Therapy (الذي يستخدم خدمة البرمجيات النفسية psychological software service ، Bracy CogRehab، أو برنامج Posit science brain fitness) ويهدف إلى التدريب المباشر للوظائف المحتمل أن تكون مصابة (الانتباه المستمر، الانتباه الموزع، ذاكرة الأحداث، الذاكرة العاملة، حل المشكلات أو التمييز بين المثيرات السمعية التي يتم التحكم في خصائصها وطرق عرضها)، في حين تتضمن مقاربة التعويض اكتساب استراتيجيات جديدة لمعالجة المعلومات. (Franck, 2014)

خلاصة الفصل:

يبقى الفصام من الأمراض العقلية المعقدة، والخطيرة كونه يظهر في مرحلة جد حساسة من حياة الفرد أين يفترض أن يكون في أوج عطائه، بالإضافة إلى أسبابه الغامضة، التي أدت إلى ظهور عدة اتجاهات نظرية لتفسيره، وتفسير الاضطرابات المصاحبة له كالسلوكية، المعرفية، اللغوية التواصلية وغيرها، التي تعيق تفاعله على المستوى الاجتماعي والمهني.

ولعل ما يزيد من خطورة المرض هو أنه وفي ظل وجود العديد من الطرق العلاجية إلا أن المريض يبقى يعاني من بعض المشاكل التي تعرقل رجوعه للتكامل السابق، ونخص بالذكر الاضطرابات اللغوية التي لوحظت لدى هذه الفئة من المرضى حتى بعد استقرار العلامات العيادية للمرض، مما يفتح الباب الواسع أمام الأبحاث في هذا المجال.

الباب الثاني

الجانب الميداني

الفصل السادس

الإجراءات المنهجية

تمهيد:

يحتاج كل بحث أو دراسة علمية إلى منهجية توجه الباحث لحل مشكلة بحثه، والحصول على نتائج من شأنها تفسير الظاهرة محل البحث.

من خلال هذا الفصل سنعرض أهم الخطوات التي قمنا بها من أجل الوصول إلى اختبار فرضيات بحثنا، ابتداء من الدراسة الأولية، ثم الاستطلاعية، وصولاً إلى الدراسة الأساسية، مبرزين في ذلك المنهج المعتمد، مجموعة أدوات الدراسة وطريقة اختيارهم، وأخيراً الأساليب الإحصائية المعتمدة.

أولاً: الدراسة الأولية "واقع التكفل الأرطوفوني بمرضى الفصام في الوسط

العيادي الجزائري"

كإجراء أولي للقيام بالدراسة الأساسية والدراسة الاستطلاعية، كان لزاماً علينا التقرب من الميدان للتعرف على واقع التكفل الأرطوفوني بمرضى الفصام في الوسط العيادي الجزائري أولاً، من ثم الكشف عن واقع التقييم المعرفي واللغوي لدى هذه الفئة ثانياً، من خلال معرفة الأدوات المستعملة من قبل المختصين و مدى ملائمتها، بالإضافة إلى تحديد الصعوبات التي تعيق التكفل الأمثل بهذه الشريحة.

بالتالي تعتبر الدراسة الأولية مفتاح للقيام بالدراسة الأساسية، حيث تعطي للباحث رؤية أولية تسمح بتوجيهه للطريقة الصحيحة في التعامل مع مشكلة البحث.

1. منهج الدراسة الأولية:

اعتمدنا المنهج الوصفي التحليلي لملائمته مع طبيعة الدراسة وأهدافها، المتمثلة في جمع معلومات عن التكفل الأرطوفوني وتقييم مختلف الجوانب المعرفية واللغوية لدى مرضى الفصام من قبل المختص الأرطوفوني الممارس في الوسط العيادي الجزائري.

2. الحدود الزمانية والمكانية للدراسة الأولية:

تم إجراء الدراسة الأولية في الفترة الممتدة بين 25 سبتمبر 2021 حيث تم نشره الكترونياً على الساعة 21:53 سا إلى غاية ماي 2022. من خلال إرساله للمختصين الممارسين في الوسط

العيادي الجزائري من زملاء عبر البريد الإلكتروني، وكذا في منصة فايسبوك في الحسابات الشخصية والمهنية للمختصين، مع التأكد الشخصي من ممارسة المختص، وتم القيام بهذا الاجراء - النشر الإلكتروني - نظرا للظرف الصحي الذي مسّ العالم أجمع جراء تفشي وباء كورونا، والزامية التحلي بالتدابير الصحية التي حالت دون القيام بالمقابلات مع المختصين. شملت الدراسة مختلف مناطق الوطن من الشرق، الغرب، الوسط والجنوب الجزائري.

3. أداة الدراسة الأولية:

للقيام بهذه الدراسة قمنا بتصميم استبيان موجه للمختصين الأرتطوفونين الممارسين في الوسط العيادي الجزائري، معتمدين على النسخة الإلكترونية نظرا لصعوبة وأحيانا استحالة توزيع النسخ الورقية بسبب الظروف الصحية التي مرّ بها العالم عامة والجزائر خاصة جراء جائحة كورونا، وتعاقب موجاتها المختلفة والإجراءات الصحية الصارمة التي حالت دون إمكانية اعتماد النسخ الورقية تجنباً لانتقال العدوى.

مرّ الاستبيان الإلكتروني بمراحل قبل الوصول إلى الصيغة النهائية، حيث تم كمرحلة أولى تحديد المحاور الأولية بما يتماشى مع متطلبات الدراسة الأساسية، من ثم صياغة أسئلة كل محور، وكانت متنوعة بين مغلقة و نصف مغلقة ومفتوحة تسمح للمبحوث تقديم رأيه، واسئلة متعددة الاختيارات، التي تتيح للمبحوث إعطاء أكبر قدر ممكن من المعلومات التي من شأنها تحقيق أهداف الدراسة و خدمة الدراسة الأساسية، ومعرفة أهم الصعوبات التي تواجه المختص في الميدان، ومعرفة الأدوات المستعملة في الوسط العيادي الجزائري ومدى صلاحيتها، مما يساعد في توجيه الباحثة لاختيار الأدوات المناسبة.

تم تخصيص محور لكل متغير من متغيرات الدراسة الأساسية، بالتالي تم اعتماد أربع محاور رئيسية بالإضافة إلى المعلومات المهنية التي تتعلق بكل من منطقة ومكان العمل، الخبرة المهنية، الدرجة العلمية بالإضافة إلى التكوينات المكلمة ونوعها.

(1) **محور الفصام:** بداية تم تخصيص سؤالين عامين حول الاضطرابات التي يتكفلون بها، والشريحة العمرية المستهدفة، من ثم طرح أسئلة متدرجة بداية برأي المختص حول التكفل الأرطوفوني بمرضى الفصام ، وماهي الخدمات الممكن تقديمها وصولا إلى التكفل الشخصي بهذه الفئة ومعرفة الأسباب التي تمنع القيام بذلك.

(2) **محور الانتباه الانتقائي:** ابتدأت الطالبة الباحثة المحور بسؤال مغلق عن اهتمام المختص بالتقييم المعرفي لمرضى الفصام، ثم الانتقال إلى حقيقة تقييم المختص للانتباه الانتقائي لدى هذه الفئة مع ضرورة الإشارة إلى الأدوات المستعملة ومدى صلاحيتها، والأسباب التي تعرقل التقييم.

(3) **محور الذاكرة العاملة:** تكون من خمسة أسئلة متنوعة بين مفتوحة ومغلقة ومتعددة الاختيارات، بداية تم طرح سؤال متعلق بتقييم الذاكرة العاملة لدى فئة مرضى الفصام من قبل المختص، مع ذكر الأدوات ان وجدت ومعرفة هل يمكن اعتمادها في البيئة الجزائرية أم لا مع ذكر الأسباب.

(4) **محور السرد:** ضم خمسة أسئلة تتعلق بمدى تقييم السرد من قبل المختص لدى مرضى الفصام ، مع ذكر الأدوات المستعملة وهل هي مناسبة للتطبيق في الوسط العيادي الجزائري، مع ذكر صعوبات استعمال الأدوات.

كمرحلة أخيرة تم تخصيص سؤالين مفتوحين في نهاية الاستبيان، يتعلق الأول برأي المختص الأرطوفوني الممارس في الوسط العيادي الجزائري حول أهمية تقييم كل من الانتباه الانتقائي والذاكرة العاملة والسرد لدى مرضى الفصام، في حين يتعلق الثاني برأي المختص في إمكانية العلاقة بين الانتباه الانتقائي والذاكرة العاملة بالسرد لدى الفصامي انطلاقاً من خبراتهم النظرية والتطبيقية.

4. عينة الدراسة الأولية:

تكونت عينة الدراسة الأولية من 55 مختص (ة) أرطوفونيا ممارساً في الوسط العيادي الجزائري ينحدرون من مختلف مناطق الوطن، حيث تم توزيع الاستبيان على شريحة واسعة من المختصين، وكانت الإجابات من 55 مختص (ة) فقط، اعتمدت الباحثة على العينة العشوائية، أي أنها لم تحدد شروط أو مميزات و خصائص العينة.

تقديم عينة الدراسة الأولية:

الجدول رقم (04): تقديم عينة الدراسة الأولية حسب الجنس، الدرجة العلمية، منطقة العمل، والخبرة بالسنوات

الجنس	الدرجة العلمية	العمل	منطقة	مكان العمل	الخبرة بالسنوات

أكثر من 10	6	%10.90
10 - 5	13	%23.63
5 - 1	36	%65.45
جمعية	11	%20
مركز	6	%10.90
عيادة خاصة	25	%45.45
مستشفى	13	%23.63
الجنوب	9	%16.36
الوسط	25	%45.45
الغرب	11	%20
الشرق	10	%18.81
دكتوراه علوم	/	/
دكتوراه ل م	14	%25.45
ماجستير	/	/
ماستر	34	%61.81
ليسانس	3	%5.45
ليسانس ل م	4	%7.27
ذكر	10	%7.27
أنثى	45	%81.81

بناء على معطيات الجدول أعلاه، تكونت عينة الدراسة من 55 مختصا ممارسا في الأرطوفونيا من كلا الجنسين (45) أنثى و (10) ذكر، من درجات علمية مختلفة بين حاملي لشهادة الليسانس بكلا النظامين حيث يمثلون 7 مختصين، 4 من نظام ل. م. د و 03 من النظام الكلاسيكي، بينما كانت الفئة الأكبر الممثلة لهذه العينة من حاملي شهادة الماستر بـ 34 مختصا بنسبة 61.81٪، أما الباقي فقد كانوا من حملة شهادة الدكتوراه ل. م. د حيث بلغ عددهم 14 مختصا بنسبة 25.45٪. أما بالنسبة لتوزيع المختصين عبر مناطق الوطن، كان أغلبية المختصين من منطقة الوسط بنسبة 45.45٪ ممثلين بـ 25 مختصا، تليها منطقة الغرب بـ 11 مختصا، ثم منطقة الشرق ممثلة بـ 10 مختصين وأخيرا منطقة الجنوب الجزائري بـ 09 مختصين ما يعادل نسبة 16.36٪ يزاولون نشاطهم في أماكن مختلفة بين مستشفيات عمومية وعيادات خاصة وغيرها، بخصوص عينة الدراسة كانت أغلبها من الذين ينشطون في عيادات خاصة حيث بلغ عددهم 25 مختصا ما يعادل نسبة 45.45٪، من ثم التابعين للمستشفيات العمومية بـ 13 مختصا بنسبة قدرت بـ 23.63٪، تليها فئة الناشطين بالجمعيات بنسبة 20٪ متمثلة في 11 مختصا، والباقي

ينتمون إلى المراكز المتخصصة ممثلين بـ 06 مختصين، بسنوات خبرة تراوحت بين سنة وأكثر من عشرة سنوات، حيث أنّ أغلبهم مبتدئين تراوحت خبرتهم بين سنة وخمس سنوات، في الجدول الموالي سنوضح توزيع المختصين حسب الخبرة المهنية ومنطقة ومكان العمل.

جدول رقم (05): توزيع عينة الدراسة الأولية حسب سنوات الخبرة ومنطقة ومكان العمل

الخبرة بالسنوات	مكان العمل	مستشفى عمومي	عيادة خاصة	مركز متخصص	جمعية	المجموع
من 1 إلى 5 سنوات	الشرق	0	3	1	2	6
	الغرب	2	2	2	1	7
	الوسط	2	11	1	4	18
	الجنوب	1	1	1	2	5
من 5 إلى 10 سنوات	الشرق	2	0	0	0	2
	الغرب	1	1	0	1	3
	الوسط	1	4	0	0	5
	الجنوب	2	1	0	0	3

1	0	0	1	0	الشرق	أكثر من 10 سنوات
1	1	0	0	0	الغرب	
3	0	0	1	2	الوسط	
1	0	1	0	0	الجنوب	

من خلال ما تم عرضه في الجدول أعلاه نجد أنّ توزيع المختصين الأرطوفونين الممارسين يتمركز في العيادات الخاصة بـ 25 مختصا، موزعين حسب سنوات الخبرة فذوي خبرة مهنية من سنة إلى خمس سنوات ممثلة بـ 17 مختصا، أغلبهم من الوسط الجزائري بـ 11 مختصا، من ثم فئة المختصين الذين تتراوح سنوات خبرتهم من خمسة إلى عشر سنوات ممثلة بـ 6 مختصين من مختلف مناطق الوطن، حيث نجد مختص من الغرب ومختص من الجنوب والباقي من الوسط، أما بخصوص المختصين ذوي الخبرة المهنية التي تفوق عشر سنوات نجد فقط اثنين واحد من الشرق والثاني من الوسط الجزائري.

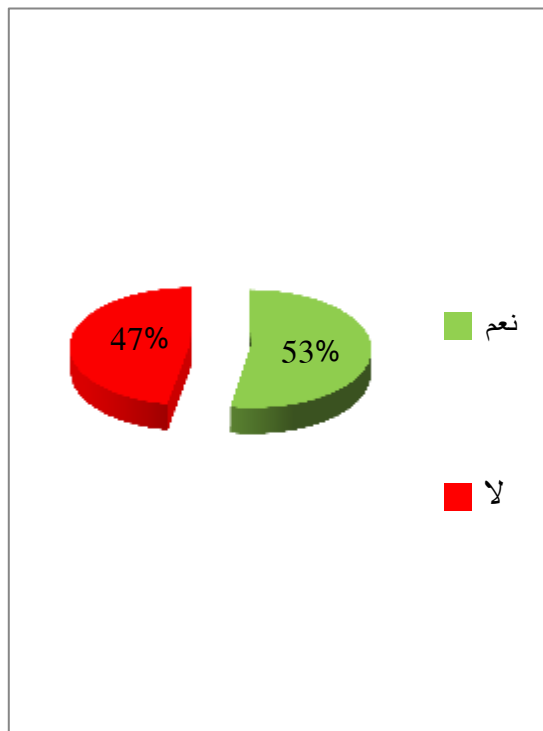
أما الفئة الثانية تخص المختصين الذين يزاولون نشاطهم في المستشفيات العمومية، ممثلة بـ 13 مختصا تباينت سنوات خبرتهم بين سنة وما يفوق العشر سنوات، فالذين تتراوح سنوات خبرتهم بين سنة وخمس سنوات موزعين على المناطق التالية: 02 من الغرب، 02 من الوسط، ومختص من الجنوب. أما فئة من عشرة إلى خمس سنوات مثلت بـ 02 من الشرق، مختص من الغرب و

ومختص من الوسط، و 02 من الجنوب، بينما هناك مختصين اثنين فقط مما تفوق سنوات خبرتهم العشر سنوات ينحدرون من منطقة الوسط.

الفئة الثالثة تمثل المختصين الذين ينشطون في الجمعيات، ممثلة بـ 11 مختصا موزعين في الجدول أعلاه حسب المنطقة وسنوات الخبرة، حيث نجد أغلب المختصين ذوي خبرة مهنية تراوحت بين سنة وخمس سنوات بـ 9 مختصين أغلبهم من الوسط، ومختصين اثنين من منطقة الغرب الجزائري تراوحت سنوات خبرتهم بين خمسة وما يفوق العشر سنوات.

أما بقية المختصين ينتمون إلى المراكز المتخصصة بـ 05 مختصين تراوحت خبرتهم بين سنة و05 سنوات، ومختص من منطقة الجنوب فاقت خبرته العشر سنوات.

الشكل رقم (12): تلقي المختصين تكوينات



بالنسبة لتلقي المختص تكوينات مكمل،

أسفرت النتائج المعروضة في الشكل المقابل عن تلقي 29 مختص لتكوين مكمل موضحة في الشكل بنسبة 52.72٪، حيث تمثلت التكوينات في المواضيع التالية: التوحد، الإعاقة الحركية، التأخر العقلي، التأثأة، التأخر اللغوي، العلاج السلوكي، الاضطرابات النفس عصبية والوظيفية (بصفة عامة دون تحديد)، الصمم و الزرع القوقعي، البحة

الصوتية، الاستئصال الحنجري، الحبسة، والتكفل الأرطوفوني بشكل عام. بينما باقي المختصين والذين يمثلون نسبة 47.27 % لم يتلقوا تكوينات مكملية

5. عرض وتحليل نتائج الدراسة الأولية:

عرض نتائج المحور الأول: التكفل الأرطوفوني بمرضى الفصام

أسفر تمرير الاستبيان على المختصين الأرطوفونين الممارسين، في المحور الخاص بالفصام عن النتائج التالية:

📌 نوع الاضطرابات التي يتم التكفل بها من طرف المختص الأرطوفوني:

بالنسبة لنوع الاضطرابات التي يتم التكفل بها من طرف المختص، حصلنا على 53 إجابة تنوعت بين عامة وخاصة، فهناك من اكتفى بذكر كل الاضطرابات في أمراض اللغة التواصل، وهناك من ذكر اضطرابات اللغة الشفهية والمكتوبة، وهناك من حدد نوع الاضطرابات التي يتكفلون بها وتمثلت فيما يلي: التأخر اللغوي البسيط والحاد، تأخر الكلام، اضطرابات النطق، طيف التوحد، عرض داون، التخلف الذهني، التأتأة، فرط الحركة وتشتت الانتباه، البحة الصوتية والحبسة. بينما هناك 2 من عينة الدراسة لم يجيبوا عن السؤال. كما نلاحظ أنّ هناك تنوع في الاضطرابات التي يتم التكفل بها من طرف المختصين، كل حسب توجهه وميوله.

📌 الفئة العمرية التي يتم التكفل بها من طرف المختص الأرطوفوني:

فيما يتعلق بالفئة العمرية التي يتم التكفل بها من طرف المختص فكانت النتائج كما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول رقم (06): الفئات العمرية التي يتكفل بها المختص الأرطوفوني

النسب	التكرارات	البدائل
33.54%	53	أطفال
25.95%	41	مراهقين
22.79%	36	راشدين
17.72%	28	مسنين
100,0%	158	المجموع

بالنظر إلى معطيات الجدول السابق تظهر نتائج إجابات المختصين أن الفئة العمرية الأكثر اهتماما من قبل أفراد عينة الدراسة هي فئة الأطفال، حيث نجد 53 مختصا يتكفلون بهذه الفئة ما يعادل نسبة 33.53 % ، لتليها فئة المراهقين بـ 41 مختصا بنسبة 25.95 % ، ثم فئة الراشدين بنسبة 22.79 % ما يعادل 36 مختصا، في الأخير فئة المسنين بـ 28 مختصا ما يوافق نسبة 17.72% من مجموع أفراد عينة الدراسة.

أما بالنسبة لتوزيع الفئات العمرية التي يتم التكفل بها و اعتمادا على إجابات المختصين، توزعت الفئات ضمن ستة مجموعات كالتالي:

المجموعة 1: تضم فئة المختصين الذين يتكفلون بفئة الأطفال فقط.

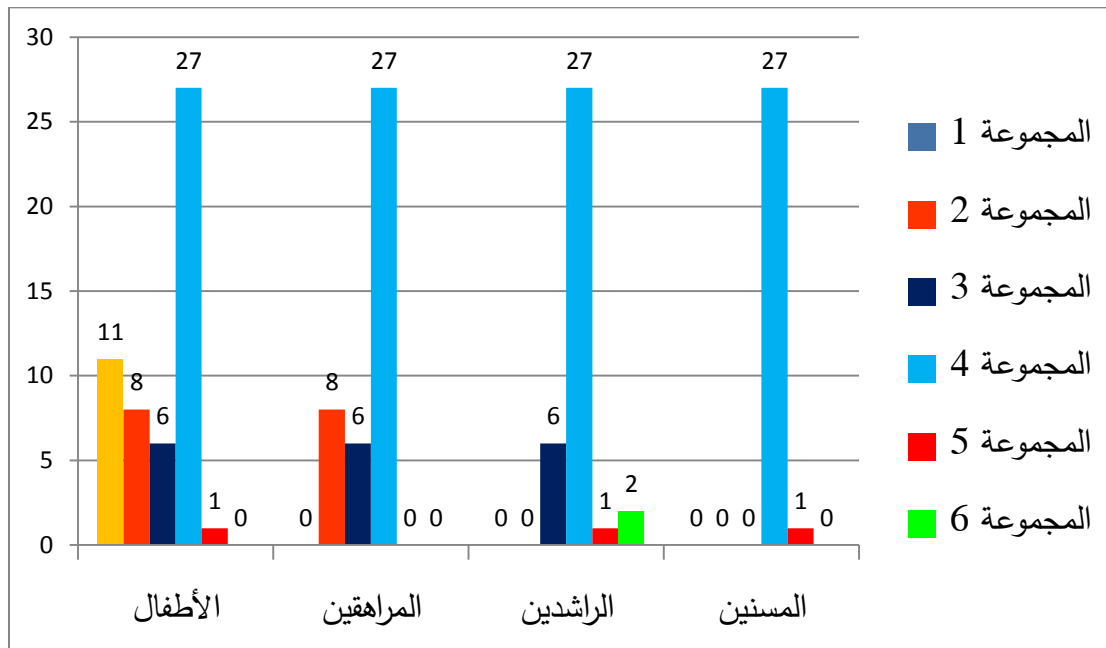
المجموعة 2: تضم فئة المختصين الذين يتكفلون بفئة الأطفال والمراهقين.

المجموعة 3: تضم مجموع المختصين الذين يتكفلون بفئة الأطفال، المراهقين، الراشدين.

المجموعة 4: تضم مجموع المختصين الذين يتكفلون بفئة الأطفال، المراهقين، الراشدين، المسنين.

المجموعة 5: تضم مجموع المختصين الذين يتكفلون بفئة الراشدين، المسنين.

المجموعة 6: تضم مجموع المختصين الذين يتكفلون بفئة الراشدين فقط.



الشكل رقم (13): توزيع الفئات العمرية التي يتكفل بها المختص الأرطوفوني

يوضح الشكل رقم (13) 53 مختصا يتكفلون بالفئة العمرية للأطفال وهي موزعة كالتالي: 11

من المجموعة 1، 8 من المجموعة 2، 6 من المجموعة 3، 27 من المجموعة 4، 1 ضمن

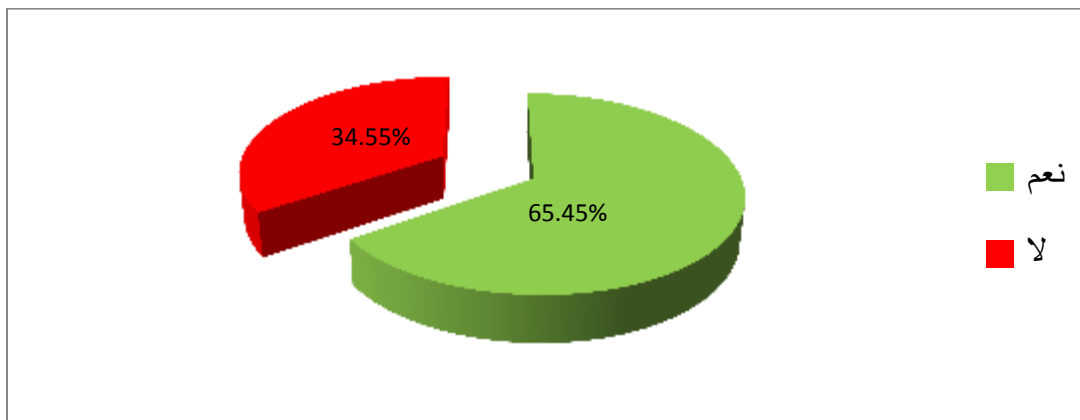
المجموعة 5.

أما بخصوص عدد المختصين الذين يتكفلون بالفئة العمرية للمراهقين التي قدرت بـ 41 مختصا فهي موزعة كالتالي: 8 ضمن المجموعة 2، 06 ضمن المجموعة 3، 27 ضمن المجموعة 4.

وبخصوص الفئة العمرية للراشدين نجد أن عدد المختصين الذين يتكفلون بهذه الفئة بلغ 36 مختصا موزعين حسب إجابات المختصين كالتالي: 6 ضمن المجموعة 3، 27 ضمن المجموعة 4، 1 ضمن المجموعة 5، و 2 ضمن المجموعة 6.

أخيرا توزع عدد المختصين الذين يتكفلون بفئة المسنين والذين بلغ عددهم 28 مختصا كالتالي: 27 ضمن المجموعة 4، و 1 ضمن المجموعة 5.

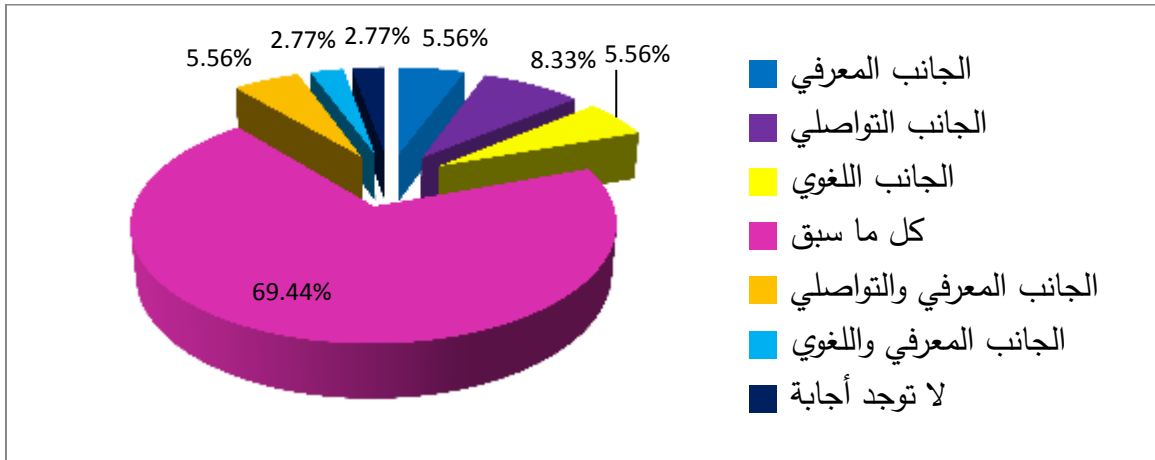
✚ إمكانية التكفل الأرطوفوني بمرضى الفصام حسب رأي المختص الأرطفوني:



الشكل رقم (14): رأي المختص الأرطوفوني حول إمكانية التكفل الأرطوفوني بمرضى الفصام

كانت النتائج كما هو موضح في الشكل رقم (14)، حيث نرى أن نسبة 65.45% من المختصين يرون أن بإمكان المختص الأرطوفوني التكفل بمرضى الفصام، في المقابل يرى 34.55% عكس ذلك فمنهم من أجاب أنه ليس لديه فكرة ومنهم من يرى أنهم غير مكونين لذلك، وهذا من صلاحيات المختص النفسي.

الخدمات التي يمكن تقديمها من طرف المختص الأرطوفوني لمرضى الفصام.

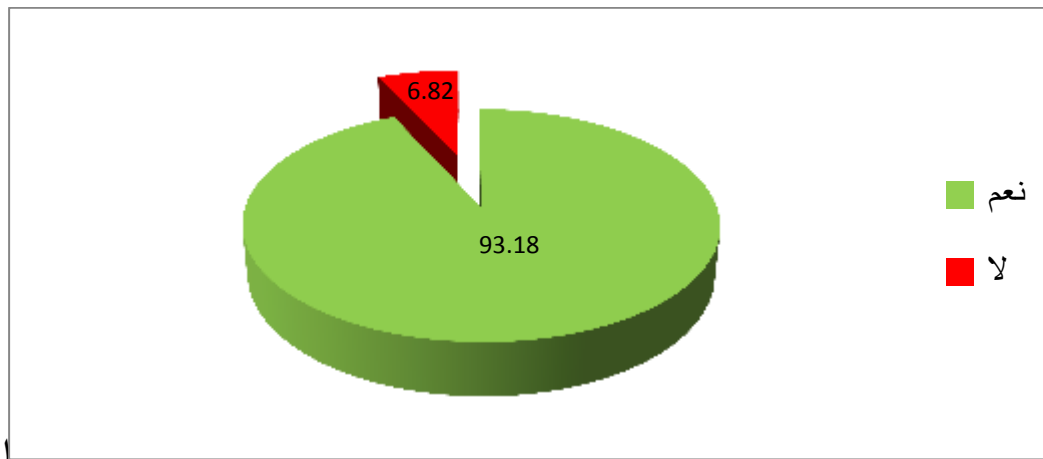


الشكل رقم (15): الخدمات الممكن تقديمها لمرضى الفصام من قبل المختص الأرطوفوني

يبين الشكل (15)، الخدمات الممكن تقديمها لمرضى الفصام من قبل المختص الأرطوفوني حسب إجابات المختصين الذين يرون إمكانية تكفل المختص الأرطوفوني بمرضى الفصام، وعليه يوضح الشكل أن نسبة 5.56% منهم يرون أن الخدمة تتمثل في التكفل بالجانب المعرفي، بينما 8.33% يرون أن التكفل يكون في الجانب التواصل، كما يرى 5.56% أن الخدمة المقدمة تخص الجانب اللغوي، بينما يرى أغلبية المختصين أن الخدمة تخص كل الجوانب المذكورة ممثلين بنسبة 69.44%، وهناك 5.56% من يرون أن الخدمة تكون على مستوى الجانب المعرفي التواصل فقط، أما الباقي فيرون أن الخدمة تتمثل في الجانب المعرفي اللغوي بنسبة 2.77%، و 2.77% ليس لديهم إجابة.

التكفل بمرضى الفصام من طرف عينة الدراسة :

في هذا السؤال لم يتم اخذ إجابات المختصين الذين يتكفلون بفئة الأطفال فقط، ذلك أنّ الفصام يظهر في مرحلة المراهقة ما يعني أنه من الطبيعي أن تكون اجابتهم بـ " لا"، وعليه اصبح عدد العينة 44 مختصا.



الشكل رقم (16): التكفل بمرضى الفصام من طرف عينة الدراسة

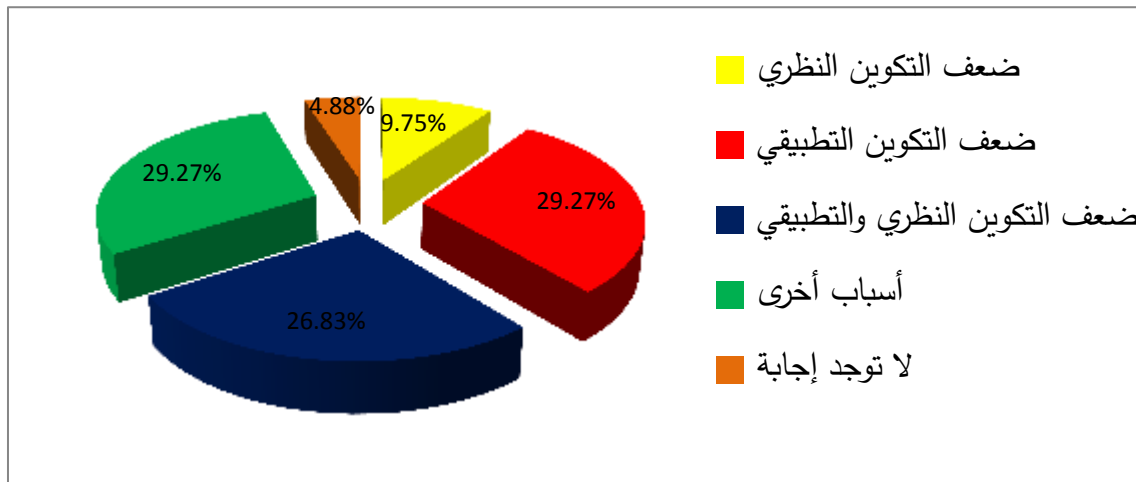
يتبين من الشكل رقم (16) أنّ أغلبية أفراد عينة الدراسة لم يسبق لهم التكفل بمرضى الفصام، بلغ عددهم 41 مختصا ما يعادل نسبة 93.18% وهي نسبة مرتفعة تدل على تدني التكفل بهذه الفئة من المرضى من قبل المختص الأروطوفوني، بينما نجد ما يعادل نسبة 6.82% فقط من سبق لهم القيام بذلك.

فبخصوص الخدمات المقدمة لمرضى الفصام من طرف المختصين الأروطوفونين الذين سبق لهم التكفل بهذه الفئة والذين بلغ عددهم 3 مختصين، فقد تمثلت الخدمات المقدمة من طرف المختص الأول للحالة في التكفل بعسر البلع نتيجة محاولة انتحار، أما المختص الثاني فتمثلت

الخدمة المقدمة من طرفه للحالة في التكفل بالجانب اللغوي والصوتي حيث أن الحالة كانت تعاني من عدم تناسق في الكلام بالإضافة إلى بحة صوتية، أما الخدمة المقدمة من طرف المختص الثالث لحالة تعاني من الفصام تمثلت في التكفل بالجانب اللغوي التواصلية بصفة عامة.

أسباب عدم تكفل عينة الدراسة بمرضى الفصام:

أما بخصوص السبب الذي يحول دون تكفل المختصين الأوطوفونين - فئة المختصين الذين كانت اجابته ب لا - بمرضى الفصام، فكانت إجابات المختصين كالتالي:

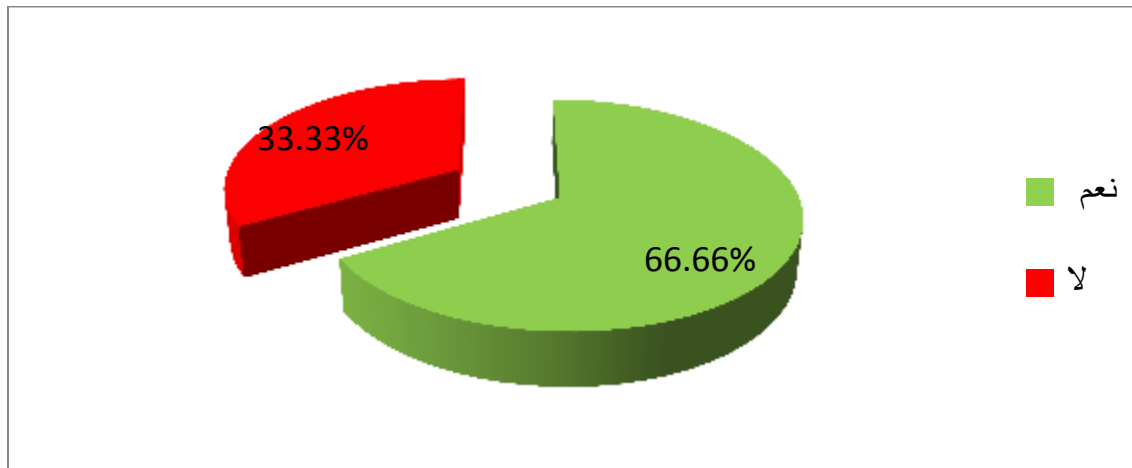


الشكل رقم (17): أسباب عدم تكفل المختص الأوطوفوني بمرضى الفصام

الشكل (17) يوضح أسباب مختلفة لعدم تكفل المختص الأوطوفوني بمرضى الفصام، من بين 41 مختص نجد هناك من يرجع ذلك لضعف التكوين النظري، أي ليس لهم تكوين نظري أكاديمي كافٍ يمكنهم من التكفل بهذه الفئة، وهم 4 يمثلون نسبة 9.75%، بينما هناك 12 مختص ما يعادل 29.27% ممن يرجعون ذلك لضعف التكوين التطبيقي، فقد يرجع ذلك لعدم التعامل مع حالات مماثلة أثناء تكوينهم التطبيقي، وهناك 26.83% ممن يرجعون ذلك لضعف التكوين النظري والتطبيقي ممثلين بـ 11 مختص مبررين ذلك أنّ المختص الأوطوفوني ليس من

صلاحياته التعامل مع مرضى الفصام، والتعامل مع هذه الفئة يخص الأطباء والمختصين النفسيين العيادين فقط، في حين نجد 12 ما يعادل نسبة 29.27% من أفراد العينة قدموا تبريرات أخرى تمثلت في : عدم تقدم الحالات من مرضى الفصام للفحص الأرتوفاوني، طبيعة مكان العمل الذي لا توجه له مثل هكذا حالات (مصالح متخصصة)، قلة التوجيه وضعف العمل التكاملي متعدد التخصصات الذي يعرقل توجيه الحالات للمختص الأرتوفاوني، عدم معرفة المختص بدوره اتجاه هذه الفئة ، بل وهناك حتى من يرى أنه ليس من صلاحياته التكفل بهذه الفئة، كما أن التكوين في الجامعة لا يولي أهمية لمثل هذه الأمراض والاضطرابات المصاحبة لها. بينما نجد ما يعادل نسبة 4.88% لم يقدموا إجابات.

عرض نتائج المحور الثاني: تقييم الانتباه الانتقائي لدى مرضى الفصام



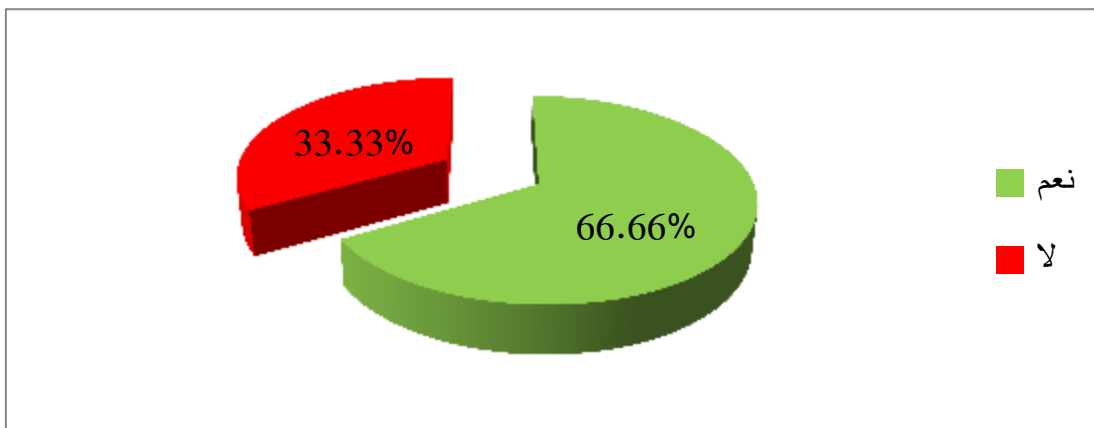
الشكل رقم (18): تقييم الانتباه الانتقائي لدى مرضى الفصام

من خلال الشكل (18) يتبين أن اثنين من بين ثلاث مختصين يهتمون بتقييم الانتباه الانتقائي لدى مرضى الفصام ما يمثل نسبة 66.66%، بينما المختص الآخر لا يهتم بتقييمه.

أما بخصوص الأدوات المستعملة تمثلت في أدوات تربوية واختبارات مكملة دون تحديد نوعها، وبالسؤال عن ما اذا كانت مقننة ومكيفة لم تكن هناك إجابات. ما ينبأ بمشكلة حقيقة تخص الجانب التطبيقي، ذلك أنّ الأدوات يجب أن تكون ملائمة لهذه الفئة ومقننة، فاختيارها يجب أن يستند إلى ضوابط للوصول إلى نتائج تعبر فعلا عن السمة أو مستوى الوظيفة المراد تقييمها.

في المقابل أرجع المختص الأرطوفوني الذي لا يقوم بتقييم الانتباه الانتقائي لدى مرضى الفصام أسباب ذلك إلى، غلاء الأدوات وعدم توفرها، ضعف التكوين النظري أي أنه لم يتلق تكويناً أكاديمياً كافياً حول هذا النوع من الأمراض، بالإضافة لضعف التكوين التطبيقي، ربما لأنه لم تعرض عليه حالات مماثلة أثناء تكوينه أو أنه لم يطلع على الأدوات المتاحة وكيفية استعمالها ميدانياً، كما يُرجع السبب لضعف التكوين المنهجي، يعتبر هذا الأخير مهم جداً فهو يسمح بالاطلاع على الأدوات وخصائصها وكذا طرق بناء أدوات مناسبة أو تكييفها.

عرض نتائج المحور الثالث: تقييم الذاكرة العاملة لدى مرضى الفصام



الشكل رقم (19): تقييم الذاكرة العاملة لدى مرضى الفصام

يبين الشكل رقم (19): أنَّ ما يعادل نسبة 66.66٪، أي أنَّ اثنين من بين ثلاث مختصين أطرطونين يهتمون بتقييم الذاكرة العاملة لدى الفصامي، وهناك مختص واحد فقط لا يهتم بتقييم الذاكرة العاملة لدى مرضى الفصام.

أما بخصوص الأدوات المستعملة لتقييم هذه الوظيفة من قبل المختصين، فقد تمثلت إجابة أحدهم في اختبار بادلي، بينما الثاني اكتفى بقول أدوات هادفة واختبارات دون تحديد نوع هذه الاختبارات.

فيما يخص مناسبة وصلاحيّة استعمال هذه الأدوات مع هذه الفئة تمثلت الإجابات في:

➤ لا: وهذا فيما يتعلق باختبار بادلي.

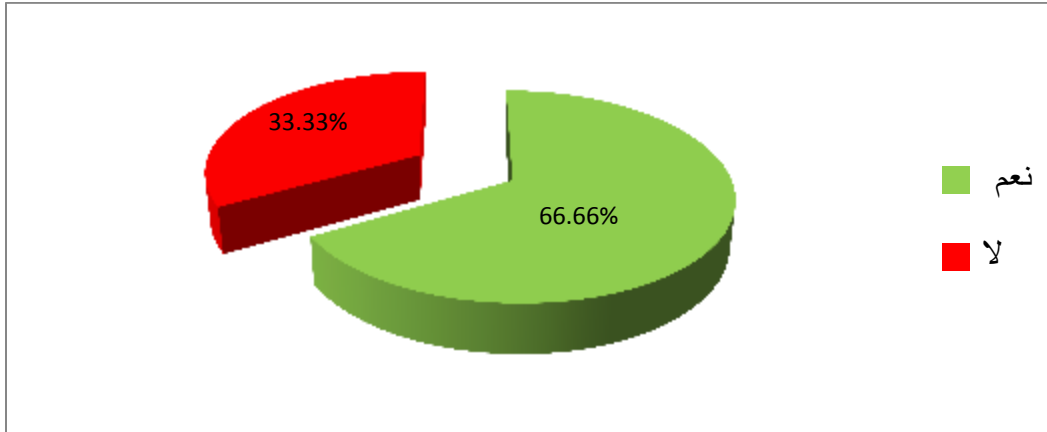
➤ نعم: فيما يتعلق بالأدوات الهادفة والاختبارات، وعند سؤاله من قام بتقنيها؟، قدم إجابة

عامة تمثلت في " أهل الاختصاص".

يعود ذلك ربما لعدم اطلاعهم على الأدبيات في الموضوع التي تسمح بإعطاء فكرة عن الأدوات الممكنة، أو ضعف التكوين في الجانب المنهجي الذي يعطي الأسس النظرية لمختلف الأدوات و طرق استعمالها، أو حتى بناء اختبارات ومقاييس ملائمة لهذه الفئة في حال أنه لا يمكنهم حيازة نسخ أصلية للاختبارات أو عدم ملائمتها.

وفيما يتعلق بالسبب وراء عدم اهتمام المختص بتقييم الذاكرة العاملة لدى مرضى الفصام، انحصرت اجابته في عدم توفر الأدوات، مما يبرز الضعف المنهجي الذي يتجلى في عدم اللجوء إلى بناء الاختبارات والمقاييس بالإضافة إلى اعتماد طرق أخرى كتكيف الاختبارات.

عرض نتائج المحور الرابع: تقييم السرد لدى مرضى الفصام:



الشكل رقم (20): تقييم السرد لدى مرضى الفصام

يبين الشكل (20) أن هناك مختص واحد فقط لا يهتم بتقييم السرد لدى مرضى الفصام، بينما البقية يقومون بذلك وهم يمثلون نسبة 66.66%.

أما عن الأدوات التي يستعملونها للقيام بذلك لم يحددوا الأداة واكتفوا فقط بذكر القصص والنصوص وكذا الحوار العفوي، دون ذكر أي معلومات عن الأداة، ويعني ذلك أنهم لا يعتمدون على أداة مقننة.

أما المختص الذي لا يهتم بتقييم السرد لدى الفصامي فيرجع السبب لعدم توفر الأدوات، ربما يعود ذلك لجهله بالأدوات الممكن اعتمادها.

عرض نتائج المحور الادمجي:

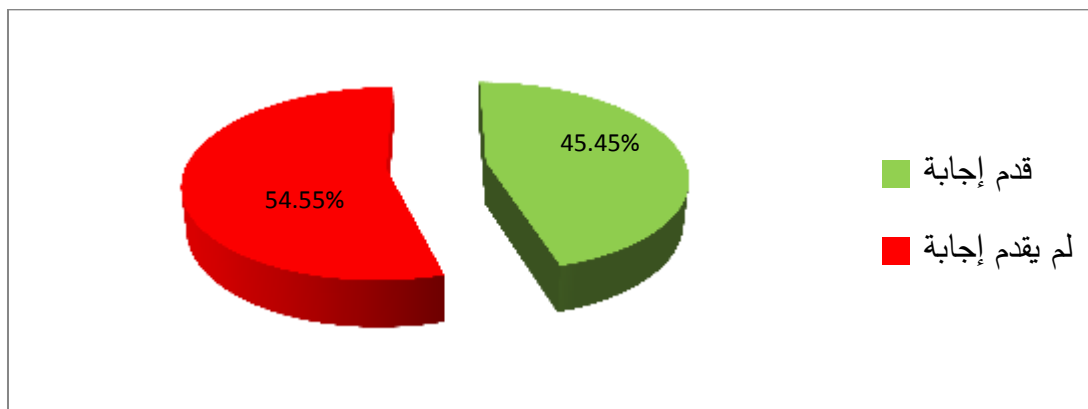
بخصوص هذا المحور تم تخصيص سؤالين عامين، الأول يتعلق بمدى أهمية تقييم كل من الانتباه الانتقائي والذاكرة العاملة والسرد لدى الفصامي حسب رأي المختصين، أما السؤال الثاني

يتعلق بإمكانية وجود العلاقة بين اضطراب كل من الانتباه الانتقائي والذاكرة العاملة باضطراب السرد لدى الفصامي -حسب رأيهم- مع تعليل للإجابة.

في هذه الحالة تم أخذ إجابات كل المختصين المشاركين في هذه الدراسة (55 مختص)، ذلك أنّ السؤالين لا يعتمدان فقط الخبرة الميدانية مع مرضى الفصام، بل حتى المعلومات النظرية في المجال سواء من خلال ما تم تعلمه في الجامعة أو التكوينات أو حتى الاجتهادات الشخصية في تطوير الرصيد المعرفي في المجال.

✚ أهمية تقييم كل من الانتباه الانتقائي والذاكرة العاملة والسرد لدى مرضى الفصام:

نظرا لطبيعة السؤال المفتوح الذي يعطي للمختص الحرية في طريقة الإجابة، نجد أن الإجابات كانت متعددة، وعليه تم حصر الإجابات على السؤال الأول في الشكل المرفق أدناه بـ " قدم إجابة" و "لم يقدم إجابة" من ثم سيتم التفصيل للإجابات المقدمة.



الشكل رقم (21): أهمية تقييم كل من الانتباه الانتقائي والذاكرة العاملة والسرد لدى مرضى

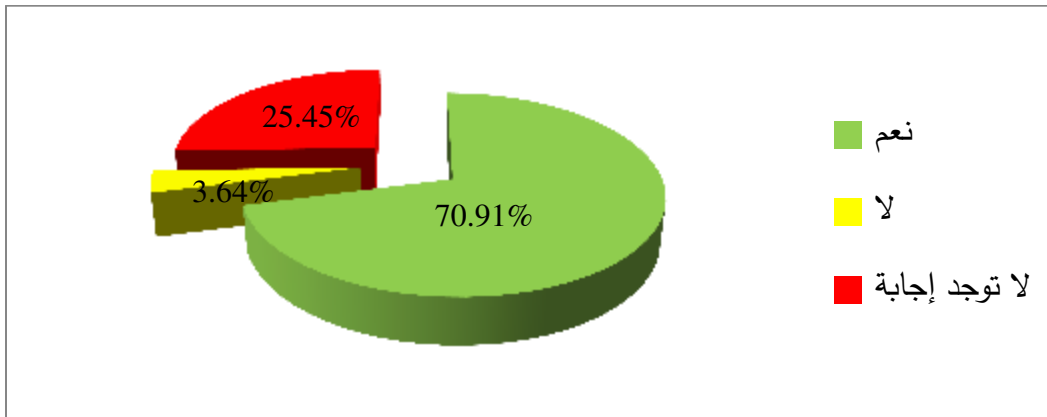
الفصام

يوضح الشكل (21)، أن نسبة 45.45% أي ما يعادل 25 مختص من بين 55 مختص امتنعوا عن تقديم إجابة، بينما نجد البقية والذين يمثلون نسبة 54.55% قدموا إجابة يعني أن هناك أهمية لتقييم كل من الانتباه الانتقائي والذاكرة العاملة والسرد لدى مرضى الفصام، تبرز الأهمية حسب رأيهم في: تحسين وتطوير الجانب التواصلية واللغوية وكذا الوصول للتكفل السليم من أجل تحسين تكيف المريض اجتماعيا ومهنيا، تقييم مثل هذه الوظائف يساعد في تسيير الكفالة الأرطوفونية من خلال ضبط درجة الاضطراب ، من ثم تنمية هذه الوظائف لدى الفصامي، وهناك من يرى أن اضطراب الذاكرة والانتباه يؤدي لاضطراب السرد في العديد من الاضطرابات -بناءا على معلوماتهم السابقة- مما يجعل هناك ضرورة لتقييمهم لدى مرضى الفصام، وهناك من ينظر لأهمية التقييم وربط العلاقة بين هذه العمليات والكشف عن مستوياتها لدى هذه الفئة، وهذا من بين أهداف الدراسة الحالية.

📌 إمكانية وجود العلاقة بين اضطراب كل من الانتباه الانتقائي والذاكرة العاملة باضطراب

السرد لدى مرضى الفصام:

بخصوص إمكانية وجود علاقة بين اضطراب كل من الانتباه الانتقائي والذاكرة العاملة باضطراب السرد لدى مرضى الفصام حسب رأي المختص تحصلنا على الإجابات الموضحة في الشكل التالي:



الشكل رقم (22): إمكانية وجود علاقة بين الانتباه الانتقائي والذاكرة العاملة بالسرد لدى

مرضى الفصام

يبين الشكل (22) أنّ نسبة 70.91% يرون أنه يمكن أن تكون هناك علاقة بين اضطراب كل من الانتباه كل من الانتقائي والذاكرة العاملة باضطراب السرد لدى الفصامي، وذلك بناءً على خبراتهم السابقة، فهناك من يفسر ذلك انطلاقاً من أهمية كل من الانتباه الانتقائي والذاكرة العاملة للإنتاج اللغوي، بالتالي يرون أنه حتماً سيكون لهما علاقة بالسرد باعتباره جزء منه، بينما هناك ما يعادل نسبة 25.45% ممن امتنعوا عن الإجابة مبررين ذلك أنهم ليس لديهم معلومات كافية، بينما نجد ما يعادل نسبة 3.64% يرون أنه لا يمكن أن تكون هناك علاقة بين الانتباه الانتقائي والذاكرة العاملة بالسرد لدى الفصامي دون إعطاء تبريرات لذلك.

6. مناقشة نتائج الدراسة الأولية:

كان الهدف من هذه الدراسة هو تقصي واقع التكفل الأرطوفوني بمرضى الفصام في الوسط العيادي الجزائري، فبعد تمرير استمارة على عدد من المختصين الأرطوفونيين الممارسين، الذين ينحدرون من مختلف مناطق الوطن (منطقة الشرق، الغرب، الوسط والجنوب)، يزاولون نشاطهم

في مؤسسات مختلفة (مستشفيات عمومية، عيادات خاصة، جمعيات ، مراكز متخصصة)، بالإضافة إلى تنوع الدرجات العلمية للمختصين.

شارك 55 مختصاً أرطوفونيا من مختلف مناطق البلاد في هذه الدراسة، بـ 25 مختصاً من منطقة الوسط، 11 من الغرب، 10 من الشرق، 09 من الجنوب، حيث يزاول أغلبهم نشاطهم في عيادات خاصة بنسبة 45.45٪، و 23.63٪ تابعين للمستشفيات العمومية و 20٪ ينشطون في الجمعيات، أما البقية تابعين للمراكز المتخصصة.

كما ينتمي أفراد العينة لدرجات علمية مختلفة من حملة شهادة ليسانس لكلا النظامين وحملة شهادة الماستر الذين يمثلون الفئة الأكبر بـ 34 مختصاً ما يعادل نسبة 61.81٪، بالإضافة إلى حاملي شهادة الدكتوراه بنسبة 25.45٪، مما يشير إلى أن أغلب أفراد العينة ذوي تكوين مستوى عالي .

أما بخصوص الخبرة المهنية نجد أنّ أغلب المختصين لديهم سنوات خبرة تراوحت بين 1-5 سنوات بـ 36 مختصاً أغلبهم من منطقة الوسط، ينشط معظمهم بالعيادات الخاصة الجمعيات، لتليها فئة المختصين الذين تتراوح سنوات خبرتهم بين 5-10 سنوات بـ 13 مختصاً موزعين على مختلف مناطق البلاد يزاول أغلبهم نشاطهم بين المستشفيات والعيادات الخاصة، بينما هناك 6 مختصين تفوق سنوات خبرتهم العشر سنوات.

أما بخصوص تلقي المختصين لتكوينات مكملية نجد البعض تلقوا تكوينات مكملية ممثلين بنسبة 52.72٪ ، أي أنهم يعون ضرورة متابعة كل ما هو جديد خاصة أنّ العلم في تطور مستمر، في

حين نجد بقية المختصين لم يتلقوا تكوينات مكملة واكتفوا فقط بالتكوين الأكاديمي في الجامعة واجتهاداتهم الشخصية في المجال.

وعليه بعد عرض خصائص العينة يظهر جليا التنوع في العينة حيث شملت مختلف الفئات من المختصين على اختلاف مناطق ومكان العمل، الدرجة العلمية، الخبرة والتكوينات المكملة، مما يخدم البحث حيث ستكون إجابات متنوعة بتنوع العينة.

بالنسبة لنوع الاضطرابات والفئة العمرية التي تحظى باهتمام المختصين أثناء التكفل ، تنوعت الاضطرابات بين اللغة الشفهية والمكتوبة، حيث كانت الفئة الأكثر استقبالا من طرف المختصين فئة الأطفال، كما نجد من يهتم باضطرابات الصوت، اضطراب الكلام، الإعاقة الذهنية عند الطفل، فرط الحركة وتشتت الانتباه، في غياب تام للتكفل بالمرض العقلي عند الكبار عامة والفصام خاصة.

بالرغم من أن معظم إجابات المختصين حول إمكانية التكفل الأرطوفوني بمرضى الفصام، كانت بنعم بنسبة 65.45%، وتحديد الخدمات المقدمة التي تنوعت بين التكفل بالجانب المعرفي، الجانب اللغوي، الجانب التواصل، وهناك من يرى أن التكفل يضم كل الجوانب السابقة، لكن على ما يبدو أن أفراد العينة لا يعرفون الجوانب بالتحديد التي يعاني فيها الفصامي من نقص والتي تدخل ضمن مجال عملهم حيث قدّموا إجابات عامة، وقد يرجع ذلك ربما إلى ضعف التكوين النظري أو إلى عدم اهتمامهم بهذه الفئة من المرضى، وللتأكد ما إذا سبق للمختصين التكفل مع هذه الفئة، وجدنا أن أغلب أفراد عينة الدراسة بنسبة 93.18 % لم يسبق لهم ذلك، أي أن 41 مختص من أصل 44 لم يسبق لهم التكفل بمرضى الفصام، مما يؤكد ضعف في التكفل

الأرطوفوني بمرضى الفصام في الوسط العيادي الجزائري، وقد برّر المختصين ذلك بضعف تكوينهم النظري والتطبيقي، بينما هناك من يرجع ذلك لأسباب أخرى من بينها عدم تقدم مثل هذه الحالات للفحص، مما يفسر ضعف التوجيه متعدد التخصصات في الوسط العيادي، كما هناك من يرجع السبب لعدم معرفة دوره اتجاه هذه الفئة، بل وهناك من يرى أن التكفل بمرضى الفصام ليس من صلاحياته. وهذا إن دل على شيء فيدل على ضعف التكوين النظري وحتى التطبيقي الذي يسمح بمعرفة مجال عمل المختص الأرطوفوني، ولعل ما يفسر ذلك هو التكوين في مثل هذا النوع من الأمراض بالنسبة للمختص الأرطوفوني ضعيف جدا في الجزائر وهو في بداياته، حيث كان التكوين في السنوات السابقة في مثل هذه الأمراض موجه للمختص في علم النفس العيادي فقط، وهذا ما أشارت إليه كل من **فروخي وصام (2022)** في دراستهم حول التصلب اللويحي، حيث أشارو إلى أن السبب وراء عدم تكفل المختصين الأرطوفونين بمثل هذه الأمراض قد يرجع إلى أن هذا النوع من الأمراض لم يدرج في تكوين المختص الأرطوفوني.

من جهة أخرى تم اثبات دور المختص الأرطوفوني في التكفل بمرضى الفصام في الدول الغربية منذ مدة لا بأس بها فحسب **Boucard و Laffy (2008)**، يمكن للمختص الأرطوفوني أن يشارك في التكفل بمرضى الفصام، وإعادة التأهيل الأرطوفوني هي جزء من إعادة التأهيل النفس اجتماعي التي تخص المرضى المستقرين عياديا، والفحص الأرطوفوني هو الخطوة الأولية للتكفل، وهو جزء من مرحلة تقييم خلال ثلاث أسابيع الأولى من وصول المريض للمستشفى، فخلال هذه المرحلة يلتقي المريض بـ طبيب الأمراض العقلية، مختص نفسي، مختص نفسي عصبي، ممرضين، مختص أرطوفوني، بالتالي تكون الكفالة شاملة تتعلق بالجوانب العيادية، النفسية العصبية، والاجتماعية المهنية للمريض.

يعد التقييم المعرفي والنفس عصبي من أهم ما يركز عليه المختص الأرتوفوني، باعتبار التوظيف المعرفي والأساس العصبي له قاعدة أساسية لتفسير الحدث اللغوي والتواصل بشكل عام، ومدخل من مداخل إعادة التأهيل.

فالعجز المعرفي شائع وذو صلة عيادية بمظاهر الفصام (Bora et al. 2009) فالاضطراب المعرفي يعد من أحد الأعراض الأساسية لمرض الفصام الذي يتطور أثناء مسار المرض، سواء بعد ظهوره أو قبل ظهور المرض حيث تم توثيق الاختلالات المعرفية لدى مرضى الفصام في الذاكرة العاملة، الانتباه، سرعة المعالجة، التعلم البصري واللفظي، مع عجز كبير في التفكير والتخطيط والتفكير المجرد وحل المشكلات على نطاق واسع في مرض الفصام (السواح، عياد. 2022. ص 11)، مما يشير إلى أهمية وضرة تقييم شامل للعمليات المعرفية لدى هذه الفئة من المرضى حتى يتسنى للمختص تقديم المساعدة.

فالفحص الأرتوفوني يشكل أساسا لإعادة التأهيل من خلال تحديد الاضطرابات المراد إعادة تأهيلها، وكذا من خلال إبراز قدرات المريض المحتفظ بها، كما تمتد فائدته إلى ما يتعدى إعادة التأهيل الأرتوفوني من خلال توفير معلومات حول مهارات التواصل ونوع التعديلات التي يجب إجراؤها على برامج إعادة التأهيل حتى يتمكن المريض من الاستفادة منها على الرغم من اضطراباته.

وحسب نتائج الدراسة الحالية نجد أن مختصين اثنين من أصل ثلاث مختصين أرتوفونيين ممارسين في الوسط العيادي الجزائري الذين سبق لهم التكفل بمرضى الفصام، يهتمون بتقييم الانتباه الانتقائي الذي يسمح للمفحوص بانتقاء ما يتناسب مع الوضعية التي تواجهه والسيطرة

على الكم الهائل من المعلومات غير ذات الصلة بالمهمة ومنع التشبث، كما نجد أنهم يهتمون بتقييم الذاكرة العاملة لديهم وذلك لأهميتها فهي تساعد على معالجة واسترجاع المعلومات، فعلى الرغم من النقص الشديد في التكفل بهذه الفئة من المرضى إلا أننا وجدنا أن المختصين الذين سبق لهم التعامل معهم يدركون أهمية تقييم هذه الوظائف، أما بخصوص الأدوات المعتمد عليها في عملية التقييم، نجد أن أفراد العينة يعتمدون لتقييم الانتباه الانتقائي على أدوات تربوية واختبارات مكملة دون تحديد نوعها، ما يعني أن المختصين يعتمدون على أدوات من انتاجهم، والتي قد لا تراعي الجانب المنهجي الصحيح في ذلك، وفي هذا الصدد أشارت وزاني (2022) إلى السبل التي ينتهجها المختصين الممارسين لسد ثغرة ندرة الاختبارات في الوسط العيادي الجزائري، من خلال اللجوء إلى استعمال اختبارات من صنعهم لا تخضع للمعايير المرجعية، لكنها تمثل الحل الوحيد لتحقيق التقييم. أما في ما يخص الأدوات المعتمدة لتقييم الذاكرة العاملة من قبل المختصين، تمثلت في اختبار بادلي و أدوات هادفة، وبالسؤال ما اذا كانت مقننة ومكيفة لم تكن هناك إجابات، هذا ما يشكك في صحة النتائج المتحصل عليها، ولقد أشارت Sam (2013) إلى أن المختصين في الميدان قد يلجؤون إلى تبني مجموعة من الأدوات الغير مكيفة على البيئة الجزائرية، ليغطو النقص في هذه الأدوات.

قد يتطلب تقييم الذاكرة العاملة ترميز واستدعاء كلمات وجمل وحتى صور قد لا تتوافق مع اللغة والثقافة السائدة في البيئة الجزائرية، فالترجمة إلى اللغة العربية لا تعبر كافية، هذا ما أكده Er Rafiqi و آخرون (2018) نقلا عن وزاني (2022)، حيث يرى أن الترجمة الحرفية للاختبار في لغة أخرى لا تعني تكييفها.

من جهة أخرى يتحجج المختص الذي لا يقوم بتقييم كل من الانتباه الانتقائي والذاكرة العاملة لدى مرضى الفصام، بغلاء الأدوات وعدم توفرها أحيانا، وهذا ما توصلت إليه نتائج دراسة **صالحي (2016)** حيث أشارت إلى أنّ من بين أكبر المعوقات التي تواجه الممارسة الأَرطوفونية هي عدم توفر الأدوات أو وسائل العمل التي تضمن السير الحسن للممارسة، وهذه النتائج ان دلت على شيء فانه تدل على تدني التكوين المنهجي الذي يمكّن المختص من الاطلاع على مختلف الأدوات المتوفرة والمتاحة ومعرفة خصائصها وطرق استعمالها، ولما لا، طرق بناء أدوات مناسبة في ظل غياب الأدوات و أسعارها الباهظة التي ليست في المتناول.

وبالعودة إلى ذات النتائج يظهر أن هناك اثنين من بين ثلاثة مختصين يهتمون بتقييم السرد لدى مرضى الفصام، فقد أشارت الدراسات إلى اضطراب هذه الوظيفة التي تعتبر جزء من الخطاب لدى هذه الفئة من المرضى، فقد أظهرت أنّ التواصل يضطرب لدى مرضى الفصام بصفة خاصة في الأداء اللغوي، فبالرغم من أنّ لديهم الكفاءة، لكن الوضعية التفاعلية تُظهر عدم وجود تناسق في الخطاب (**Vrignaud. 2020. P 19**) مما يستدعي القيام بتقييم شامل، خاصة وأن الهدف من التكفل الأَرطوفوني مساعدة المفحوص على استرجاع كل قدراته اللغوية المفقودة، أو تقديم وسائل اتصالية تعويضية في الحالات التي تكون الإصابة أكثر خطورة مع مساعدته على التكيف مع مجتمعه وتحسين التبادلات اللسانية الاتصالية في الحياة اليومية. (طيار. 2020. ص 77).

وبالسؤال عن الأدوات التي يستعملها المختصين لتقييم السرد، نجد أنهم يعتمدون على أدوات بسيطة متمثلة في النصوص والقصص، كما نجدهم غير مهتمين بصلاحياتها كما أنهم لا يهتمون ما اذا كانت مقننة أو مكيفة، مما يعطي فكرة عن تدني التكوين التطبيقي والمنهجي الذي من شأنه

تقديم خلفية عن اختيار الأدوات المناسبة وطريقة العمل بها بالإضافة إلى التحقق من صلاحيتها، ولما لا بناء أدوات تقييمية وفق أسس وضوابط سليمة، في ظل غلاء وعدم توفر الأدوات، خاصة وأنّ تقييم السرد في بيئة عربية يجب أن يعتمد على أدوات تم بنائها بهذه اللغة، وموجه لهذه الثقافة العربية حتى لا نقع في خطأ تفسير وتأويل النتائج، في هذا الصدد يؤكد بوسالم 2014، أن الاختبارات والمقاييس المصممة لثقافات أجنبية وغربية لا تحافظ على درجات مقبولة من الصدق والثبات عندما يتم ترجمتها مباشرة إلى لغات وثقافات أخرى منها العربية.

أما بخصوص رأي المختص في أهمية تقييم الانتباه الانتقائي والذاكرة العاملة والسرد لدى الفصامي. نجد البعض من المختصين فقط من قدموا إجابات بناء على معلوماتهم السابقة حول تأثير هذه العمليات ببعضها البعض لدى فئات مرضية أخرى أو من منطلق عام، و تمثلت اجاباتهم في:

- المساهمة تحسين وتطوير الجانب التواصل واللغوي.
- تحسين سير الكفالة من خلال ضبط درجة الاضطراب، من ثم العمل على تنمية هذه الوظائف لدى الفصامي، والوصول إلى التكفل السليم من أجل تحسين تكييف المريض اجتماعيا ومهنيا.
- هذه العمليات متداخلة يؤثر كل منها بالآخر فاضطراب الانتباه الانتقائي والذاكرة العاملة يؤدي إلى اضطراب السرد في أغلب الأمراض والاضطرابات بالتالي من الضروري تقييمهم لدى مرضى الفصام.
- ضرورة تقييم هذه العمليات للكشف عن مستواها والبحث في طبيعة العلاقة بينها لدى مرضى الفصام.

من جهة أخرى بالنسبة لإمكانية وجود علاقة بين الانتباه الانتقائي والذاكرة العاملة بالسرد لدى الفصامي، أظهرت النتائج أن 70.91٪ من المختصين يرون إمكانية وجود العلاقة بناء على خبراتهم السابقة مبررين ذلك، بما أن العديد من الدراسات تشير إلى أن الانتباه الانتقائي والذاكرة العاملة ضروريان للإنتاج اللغوي، حتما ستكون لهما علاقة بالسرد باعتباره جزء منه، فلقيام بسرد جيد للأحداث على الشخص أن تكون لديه ذاكرة عاملة جيدة لاسترجاع المعلومات وتذكر الأحداث وتسلسلها أثناء عملية السرد، بالإضافة إلى الانتباه الانتقائي الذي يمكن من انتقاء الكلمات والجمل المناسبة أثناء السرد وكف المعلومات غير ذات الصلة بموضوع السرد.

بناء على ما توصلت إليه نتائج هذه الدراسة من عدم الوعي بمهام المختص الأرتوفاوني اتجاه هذه الفئة من المرضى، ومختلف الأدوات المتاحة للعمل معهم. تظهر أهمية دراسة الموضوع (الفصام) لإزالة الغموض حول هذه الفئة من المرضى، والتعرف على مختلف الاضطرابات التي يعاني منها مرضى الفصام سواء النفسية المعرفية العصبية أو اللغوية التواصلية، من ثم استنتاج الدور المهم للمختص الأرتوفاوني في إطار التكفل متعدد التخصصات بالمرضى المصابين بالفصام، بالإضافة إلى تقديم نظرة عن بعض الأدوات التي يمكن اعتمادها أثناء العمل مع مثل هذه الحالات، بالتالي فتح المجال للبحث والتكفل الميداني بهذه الشريحة من المرضى.

ثانيا: الدراسة الاستطلاعية

كإجراء ثاني قمنا بالدراسة الاستطلاعية من أجل استكشاف بيئة وميدان الدراسة، والتحقق من إمكانية دراسة الموضوع، كما نهدف من خلال هذه الدراسة إلى الحصول على المعطيات الأولية

عن الموضوع، وكذا اختيار عينة وأدوات الدراسة، من ثم القيام بالدراسة السيكومترية لأدوات الدراسة.

1. منهج الدراسة الاستطلاعية:

تم الاعتماد على المنهج الوصفي نظرا لملائمته لمثل هذا النوع من الدراسات، حيث يسمح بوصف الظاهرة وصفا دقيقا معبرا عنها بطريقة كمية وكيفية.

2. الحدود الزمانية والمكانية للدراسة الاستطلاعية:

تم اجراء الدراسة في الفترة الممتدة بين شهر أكتوبر 2022 إلى ديسمبر 2022 في ولاية البليدة.

3. عينة الدراسة الاستطلاعية:

تمثلت عينة الدراسة الاستطلاعية في 50 شخص راشد يتراوح سنهم بين 20 و 60 سنة، لا يعانون من أي مرض حسي (سمعي و/ أو بصري، أو يحملون المعين السمعي و/ أو البصري أثناء اجراء الدراسة)، لا يعانون من أي مرض عقلي أو عصبي، لديهم مستوى تعليمي لا يقل عن الخامسة ابتدائي.

خصائص عينة الدراسة الاستطلاعية:

الجدول رقم (07): خصائص عينة الدراسة الاستطلاعية

الجنس	الفئة العمرية	المستوى التعليمي	
العدد	النسبة	العدد	النسبة
ذكور	10%	3	45
إناث	90%	43	86%
20-30	50%	25	50%
31-40	36%	18	36%
41-50	8%	4	8%
51-60	6%	3	6%
ابتدائي	2%	1	2%
متوسط	6%	3	6%
ثانوي	6%	3	6%
جامعي	86%	43	86%
المجموع	100%		100%

4. أدوات الدراسة الاستطلاعية:

أولاً: المقابلة: هي أداة من أدوات جمع البيانات تسمح للباحث جمع أكبر عدد ممكن من

المعلومات حول ميدان ومجموعة الدراسة للاستفادة منها في الدراسة الحالية.

قمنا بوضع دليل المقابلة الذي يضم محاور مختلفة، كل محور يتضمن مجموعة من الأسئلة المتنوعة بين ما هي موجه وبين ما هي نصف موجه وهذا من أجل إعطاء حرية في التعبير. (انظر الملحق رقم 02).

ثانيا: اختبارات الانتباه الانتقائي:

اختبار الشطب Le test de barrage: تم اقتراح هذا الاختبار من طرف René Zazou (1947) ويتمثل في مهمة شطب الرموز المتشابهة دون الوقوع في فخ المشتتات. (العربي. 2022. ص 161) يستعمل هذا الاختبار لتقييم الانتباه الانتقائي البصري، يتكون الاختبار من لوحتين كما يلي:

اللوحة 1: تتكون من ستين حرفا B وأربعة أرقام 8 موزعة بشكل عشوائي.

التعليمية: "سأقدم لك ورقة عليها أحرف وأرقام. مهمتك هي شطب جميع الأرقام الـ 8 بقلم رصاص في أسرع وقت ممكن "ستخبرني عندما تعتقد أنك شطبت جميع الأرقام 8 في هذه الورقة" يقدم الفاحص اللوحة لمدة أقصاها 30 ثانية، إذا وصل المفحوص إلى هذا الحد الأقصى للوقت، يتم سحب اللوحة وتنتهي المهمة. في نهاية المهمة يتم حساب العدد الإجمالي للأهداف المشطوبة بشكل صحيح (4 بحد أقصى).

اللوحة 2: تتكون من ستين حرفا T وأربعة أحرف L موزعة بشكل عشوائي.

التعليمية: "سأقدم لك ورقة عليها أحرف، مهمتك هي شطب جميع الحروف L بقلم رصاص في أسرع وقت ممكن "ستخبرني عندما تعتقد أنك شطبت جميع الأحرف L في هذه الورقة"

يقدم الفاحص اللوحة لمدة أقصاها 30 ثانية، إذا وصل المفحوص إلى هذا الحد الأقصى للوقت، يتم سحب اللوحة وتكتمل المهمة. في نهاية المهمة، يتم حساب العدد الإجمالي للأهداف المشطوبة بشكل صحيح (4 بحد أقصى).

يتم تقييم أداء المريض من خلال العدد الإجمالي للأهداف المكتشفة بشكل صحيح على اللوحتين (8 بحد أقصى)، وكذلك من خلال إجمالي الوقت المستغرق لإكمال المهمتين. (Lithfous et al, 2018)

أسباب اختيار الاختبار:

- الاختبار مصمم من أجل تقييم الانتباه الانتقائي البصري
- سهولة الحصول عليه في ظل قلة وعدم توفر الأدوات من جهة، وأسعارها الباهظة من جهة أخرى.
- لا يحمل الاختبار أي دلالة ثقافية يمكن أن تؤثر على دقة النتائج، كما يمكن تطبيقه في جميع البيئات.
- مناسب لسن عينة الدراسة فهو موجه لفئة الراشدين.
- سهولة التطبيق وتفسير النتائج.
- من أجل التعريف بأداة جديدة متاحة تساعد الباحثين والممارسين في الميدان أثناء تقييم الانتباه الانتقائي البصري في ظل وجود مشكلة التقييم لعدم توفر الأدوات أو عدم ملائمتها
- انطلاقاً من نتائج الدراسة الأولية- وهذا من بين الأسباب التي جعلتنا لا نختار رائز Stroop في الدراسة الحالية رغم توفره.

اختبار التعليمات المتعكسة Consignes conflictuelle : تعتبر بطارية التقييم الجبهي السريعة، اختبار نفس عصبي صمم من طرف Dubois وآخرون (2000)، لتقييم التناذر الجبهي، وتسمح بتقييم سريع للوظائف التنفيذية للحالة، تتكون البطارية من 6 اختبارات فرعية وهي كالتالي:

اختبار المتشابهات (Similitudes)، اختبار السيولة اللفظية (Fluence verbale)، اختبار التسلسل الحركي لـ لوريا (Séquence motrice de Luria)، اختبار التعليمات المتعكسة (Consignes conflictuelles)، اختبار go no go، اختبار الأخذ/ الاستعمال . (comportent d'utilisation). (خرياش ودقيش، 2012)

تم الاعتماد في هذه الدراسة على اختبار التعليمات المتعكسة (Consignes conflictuelles) من أجل تقييم الانتباه الانتقائي السمعي، حيث يسمح الاختبار بتقييم حساسية الفرد للتشويش والتداخل.

يقدم للمفحوص في هذا الاختبار أصوات على شكل دقات يقوم بها الفاحص على الطاولة، يطلب من المفحوص عندما يسمع صوت دقة واحدة، عليه أن يدق مرتين على الطاولة والعكس صحيح، أن يدق مرة واحدة على الطاولة عندما يسمع صوت دقتين.

التعليمات: "عندما أدق مرة واحدة، عليك الدق مرتين، وعندما أقوم بالدق مرتين عليك الدق مرة واحدة"

للتأكد من فهم المفحوص للتعليمات، يطلب منه الفاحص اجراء سلاسل تجريبية:

الأولى: خاصة بكيفية الدق مرة واحدة: 1 1 1

الثانية: خاصة بكيفية الدق مرتين: 2 2 2

التسلسل المقترح للاختبار: 1- 1- 2- 2- 2- 1- 2- 2- 1- 2- 1- 2.

التنقيط: يمنح للمفحوص التنقيط التالي:

- يمنح علامة 3 في حالة عدم وجود أي خطأ.
- يمنح علامة 2 في حالة وجود خطأ أو خطأين.
- يمنح علامة 1 في حالة وجود أكثر من خطأين.
- يمنح علامة 0 في حالة قيام المفحوص بالدق بنفس عدد الدقات التي يقوم بها الفاحص 4 مرات متتالية على الأقل.

أسباب اختيار الاختبار:

- الحاجة إلى تقييم الانتباه الانتقائي للمثيرات السمعية، بما يتوافق مع متغيرات الدراسة والأدوات المختارة التي تهتم كلها بالمدخلات السمعية والبصرية كاختبار السرد لـ Sam وآخرون (1989) واختبارات الذاكرة العاملة وفقا للنموذج الثلاثي لـ Baddeley.
- عدم توفر أداة تقيس الانتباه الانتقائي السمعي عند الراشد مكيفة على البيئة الجزائرية - في حدود اطلاع الباحثة- لذا تم اللجوء إلى هذا الاختبار الذي يعتبر أداة مناسبة لاسيما أنه يكشف عن حساسية الفرد للتشويش والتداخل لمثيرات سمعية وهذا ما يتوافق مع الانتباه الانتقائي السمعي، حسب غزالي (2012)

- الاختبار أدائي لا يحمل أي دلالة ثقافية من شأنها أن تعطي نتائج غير دقيقة، فمهمة الاختبار عبارة عن دقات على طاولة، كما يمكن تطبيقه على الشخص الراشد.

ثالثاً: اختبار ذاكرة الأرقام (الترتيب العكسي) لـ Wechsler:

لتقييم مهمة المنفذ المركزي تم الاعتماد على بند ذاكرة الأرقام لـ Wechsler سنة (1945) يسمح هذا الاختبار للمختصين في علم النفس تقييم سريع ودقيق للذاكرة.

سنعتمد في الدراسة الحالية على اختبار ذاكرة الأرقام بالترتيب العكسي، حيث يتم قراءة الأرقام الموجودة في السلاسل بوقع رقم في الثانية.

التعليمية: سأقرأ عليك مجموعة من الأرقام ولكن في هذه المرة عليك إعادتها في ترتيب عكسي مثلاً أقول لك 2. 4 يجب أن تقول 4. 2.

طريقة التنقيط: يكون التنقيط من خلال حساب عدد الأرقام في أطول سلسلة تم إعادتها بدون أخطاء في المحاولتين الأولى أو الثانية وأعلى نقطة في هذا الاختبار هي 8 نقاط. (الوزاعي، 2017، ص. 180).

أسباب اختيار الاختبار:

- يمثل الاختبار أداة مناسبة لتقييم المنفذ المركزي كونه يعتمد على مهمة مزدوجة (العرض بالترتيب المباشر والاسترجاع بالترتيب العكسي).
- في ظل ندرة الأدوات الموجهة للراشدين يعتبر الاختبار مناسب للفئة العمرية لمجموعة الدراسة كونه موجه لفئة الراشدين.

- اعتماد الأداة من قبل باحثين في إطار اطروحات الدكتوراه كالباحثة لوزاعي (2017).

5. نتائج الدراسة الاستطلاعية:

أولاً: نتائج المقابلة: بعد القيام بمجموعة من المقابلات مع الفريق الطبي والنفسي العامل مع

المرضى المصابين بالفصام في المستشفى الجامعي فرانس فانون بالبلدية، توصلت النتائج إلى:

المرحلة الأولى: قمنا بإجراء مقابلات مع رؤساء المصالح بكل من الجناح (أ) "ب" "ج" "د"

بالمستشفى الجامعي فرانس فانون بالبلدية، حيث تم تقديم مختلف الوثائق الإدارية المطلوبة و تقديم

شرح مفصل عن موضوع وأهداف الدراسة، ومناقشة طريقة العمل.

نتج عن مجموع المقابلات مع رؤساء مختلف المصالح، قبول اجراء البحث من قبل رئيس

مصلحة الطب العقلي للكبار بالجناح "ب" والجناح "ج" فقط. فبعد عرض موضوع الدراسة على

رؤساء المصالح - أساتذة التعليم العالي- أبدوا اهتماما بموضوع الدراسة وأشاروا إلى أهميته وإلى

حاجة الميدان إلى هذا النوع من الدراسات، ثم تم تحويلنا إلى الفريق المعالج المكون من طبيب

مختص في الطب العقلي للكبار ومختصة نفسية ومختصة أرطوفونية - انضمت بشكل تطوعي

بمصلحة ابن باديس بالجناح "ج"- من أجل استكمال متطلبات العمل، كما أعطوا تعليمات لتوفير

ظروف جيدة للعمل وتزويدنا بكافة المعلومات التي يمكن أن تخدم الدراسة.

المرحلة الثانية: القيام بمقابلات فردية مع الفريق المعالج المقترح من طرف رؤساء المصالح

الذي يضم طبيب مختص في الطب العقلي للكبار، مختص نفسي، مختصة أرطوفونية - مصلحة

ابن باديس بالجناح "ج" - ، من أجل جمع أكبر قدر ممكن من المعلومات التي تخدم دراستنا الحالية.

بعد اجراء المقابلات مع الفريق المعالج توصلنا إلى جُملة من النتائج تم تلخيصها كالآتي:

توصلت نتائج المقابلات مع الأطباء المختصين في الطب العقلي للكبار إلى معرفة المنهجية المعتمدة في تشخيص حالات الفصام، وطرق العلاج، بالإضافة إلى بعض المعطيات فيما يتعلق بموضوع الدراسة الحالية، تلخصت النتائج في:

- التشخيص يتم بالاشتراك بين طبيب مختص في الطب العقلي للكبار و مختص نفسي، اعتمادا على معايير التشخيص المدرجة في DSM5 و Cim10، بالإضافة إلى تقرير المختص النفسي، كما أن التشخيص يتم خلال مجموعة من الحصص.
- لا يشارك المختص الأرطوفوني في عملية تشخيص الفصام.
- لا يتم تحديد نوع الفصام، كما أنّ تحديد النوع غير معمول به حاليا.
- بخصوص العلاجات المعتمدة من طرف الفريق الطبي، تمثل في الاعتماد حاليا على العلاج الدوائي، وكذا العلاج النفسي. اما العلاجات الأخرى تم التخلي عنها لعدم فعاليتها وأثارها الجانبية الشديدة.
- يمكن تحقيق الموضوع ميدانيا، والفئة التي يستحسن العمل معها في الدراسة الحالية، فهي فئة المرضى الذين يتابعون علاجهم داخل المستشفى وذلك لضمان متابعة انتظام العلاج تحت رقابة طبية، ومنه ضمان استقرار الحالة، من جهة أخرى تم تأكيد توفر حالات

لمرضى مصابين بالفصام وفقا للمعايير المقترحة من طرف الباحثة (مرضى من فئة الراشدين لديهم مستوى دراسي لا يقل عن الخامسة ابتدائي.... وغيرها).

نتائج المقابلة مع الأخصائيات في علم النفس العيادي التي تمحورت حول طرق التدخل أثناء التشخيص والعلاج و بعض المعطيات المتعلقة بالدراسة الحالية، وتوصلت النتائج إلى:

- التشخيص يتم انطلاقا من ملاحظة العلامات العيادية للمرض انطلاقا من اجراء مقابلات مع الحالة، من ثم يتم اعداد التقرير النفسي الذي يضم (جهة الإحالة و سببها، الأعراض أو العلامات الظاهرة على الحالة ابتداء من أول مقابلة إلى حين وضع التقرير).
- يقوم المختص النفسي بتقييم العمليات المعرفية، مثل الذاكرة والانتباه الانتقائي لدى مرضى الفصام - بناءا على إجابة المختصة النفسية التابعة لمصلحة علامي رتيبة بالجناح "ب" أما المختصة النفسية التابعة لمصلحة ابن باديس فكانت اجابتها لا-، وفيما يتعلق بالأدوات المستعملة من طرف المختص النفسي لتقييم الانتباه الانتقائي تم الاكتفاء بمقاييس نفسية دون تحديد نوعها، أما الذاكرة العاملة فتعتمد اختبار Wechsler ، دون التحقق من صلاحيتها.

- يتمثل التدخل النفسي أثناء علاج مرضى الفصام في العلاج السلوكي المعرفي، العلاج بالتقبل والالتزام، العلاج بالعمل، لا يتم اعتماد إعادة التأهيل المعرفي بالرغم من ادراك أهميته، كما يتم تطبيق البرتوكول العلاجي فرديا و أحيانا جماعيا.

- بعد عرض موضوع الدراسة الحالية على الأخصائيتين في علم النفس العيادي من أجل معرفة إمكانية تحقيق الموضوع ميدانيا، ومعرفة الفئة المناسبة من المرضى التي يفضل العمل معها، وبعد عرض الأدوات المقترح اعتمادها أثناء الدراسة الحالية، كانت إجابات

المختصتين أنه يمكن تحقيق الموضوع ميدانيا، كما يستحسن العمل مع فئة المرضى الذين يتابعون علاجهم بالمصلحة لضمان استقرار حالتهم العيادية. أما بخصوص ملائمة الأدوات، فهم يرون أنّ الأدوات مناسبة بالنسبة لمرضى الفصام، فقط تم تقديم ملاحظات حول اختبار السرد أنه يجب تطبيق الاختبار عبر مراحل تجنباً لتعب وارهاق المريض الذي من شأنه أن يؤثر على الأداء، كما يفضل التطبيق في الفترة الصباحية.

نتج عن المقابلة التي أجريت مع المختصة الأرطوفونية المعطيات التالية:

- لا يشترك المختص الأرطوفوني أثناء مرحلة تشخيص المرض.
- لا يتم القيام بأي فحص أو تقييم أرطوفوني قبل التشخيص النهائي لمرض الفصام.
- حسب الخبرة المكتسبة أكاديميا والخبرة البسيطة كملاحظة في المصلحة، نعم يعاني المرضى المصابين بالفصام من مشاكل معرفية ولغوية وتواصلية.
- المختصة في مرحلة تكوين بالمصلحة كملاحظة (لا تقدم أي خدمات أرطوفونية للحالات).
- نعم من الضروري تقديم خدمات المختص الأرطوفوني في مرحلة علاج مرضى الفصام، لانهم يعانون من عدة مشاكل معرفية ولغوية وتواصلية وجب التكفل بها.
- يفضل العمل مع فئة المرضى المتواجدين بالمصلحة لضمان استقرار الحالة العيادية لهم.
- ترى المختصة أنّ الأدوات المقترحة للقيام بالدراسة الحالية بناء على خبرتها البسيطة كملاحظة في المصلحة ومكتسباتها الأكاديمية أنها مناسبة لحالات الفصام، كما قدمت ملاحظة حول اختبار السرد أي يجب أن يطبق عبر مراحل لعدم ارهاق المريض، كما ترى أنّ الفترة الصباحية مناسبة لتطبيق الاختبارات على الحالات.

المرحلة الثالثة: بعد القيام بمختلف المقابلات مع الفريق المعالج، تم برمجة اجتماع، ضم كل من الطبيب المختص في الطب العقلي للكبار، المختص النفسي، المختصة الأروطوفونية، والباحثة، من أجل ضبط مجموعة الدراسة وفقاً للملف الطبي للحالات والمعايير المقترحة من طرف الباحثة، و الاتفاق على رزنامة التطبيق وتوزيع الحصص بما يتوافق والفريق الطبي كي لا يعيق عملية العلاج.

نتج عن الاجتماع اعداد قائمة اسمية مبدئية لمجموعة من المرضى المصابين بالفصام، الذين تتوفر فيهم كافة المعايير، كما تم وضع رزنامة الحضور للتطبيق بما يتوافق وعمل الفريق الطبي وشغور المكتب، حيث تم تخصيص مكتب الأخصائية النفسية للقيام بالتطبيق، كما تم الاتفاق على منح حصة في الأسبوع بمقدار ساعتين في كل مصلحة ما يعادل 4 ساعات في الأسبوع مع تحديد الفترة الصباحية للتطبيق.

بناءً على نتائج المقابلات مع مختلف المختصين في الميدان تم تحقيق اهداف الدراسة الاستطلاعية وهي:

- ✓ ضبط موضوع الدراسة الأساسية
- ✓ اختيار عينة الدراسة الأساسية
- ✓ الاختيار الأولي لأدوات الدراسة الأساسية.

تمثلت الأدوات في (اختبارات الانتباه الانتقائي) اختبار الشطب Le test de barrage للانتباه الانتقائي البصري، اختبار التعليمات المتعكسة Consignes conflictuelles للانتباه الانتقائي السمعي)، اختبارات الذاكرة العاملة (اختبار الحلقة الفونولوجية لـ حميدوش (2022)، اختبار ذاكرة

الأرقام (الترتيب العكسي) لـ Wechsler للمنفذ المركزي، اختبار Figure complexe de Rey- A للمفكرة البصرية الفضائية)، اختبار السرد (القصص المصورة لأحداث مخالفة لمألوف لصام وآخرون (1989) النسخة المنقحة من طرف العرابي (2022)).

ثانيا: نتائج الدراسة السيكمترية لكل من اختبارات الانتباه الانتقائي و اختبار

ذاكرة الأرقام (الترتيب العكسي) لـ Wechsler:

1. نتائج الدراسة السيكمترية لاختبارات الانتباه الانتقائي:

اختبار الشطب Le test de barrage

الصدق: الصدق التمييزي: عن طريق المقارنة الطرفية لاختبار الشطب

الجدول رقم (08): درجة الصدق عن طريق المقارنة الطرفية لاختبار الشطب

المجموعة	العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	الاختبار	مستوى الدلالة
اختبار الشطب	العليا	13	8.000	0.000	7.638	0.01
	الدنيا	13	6.750	0.462		

نلاحظ من خلال الجدول رقم (08) ان متوسط الحسابي للمجموعة العليا قد بلغ 8.000،

وانحرافه المعياري قدر ب 0.000 ، مقارنة بالمتوسط الحسابي للمجموعة الدنيا الذي بلغ

6.750، وانحرافه المعياري قدر ب 0.462 وهو دال عند 0.01، أما اختبار ت بلغ 7.638، ومنه المقياس مميز وصادق ويمكن الاعتماد عليه.

الثبات: معامل التطبيق وإعادة التطبيق لاختبار الشطب

الجدول رقم (09): درجة الثبات عن طريق التطبيق وإعادة التطبيق لاختبار الشطب

الاختبار	درجة الثبات
اختبار الشطب	0.782

من خلال الجدول رقم (09) نلاحظ أن درجة ثبات اختبار الشطب بلغت 0.782 من أصل 1، وهي قيمة مرتفعة تجعل من هذا المقياس ثابت و قابل للاستعمال، ويمكن الاعتماد على نتائجه.

اختبار التعليمات المتعكسة Consignes conflictuelles

الصدق: الصدق التمييزي: المقارنة الطرفية لاختبار التعليمات المتعكسة

الجدول رقم (10): درجة الصدق عن طريق المقارنة الطرفية لاختبار التعليمات المتعكسة

المجموعة	العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	الاختبارات	مستوى الدلالة
التعليمات المتعكسة	العليا	13	7.625	3.925	14	0.01
	الدنيا	13	00.000	0.000		

نلاحظ من خلال الجدول رقم (10) ان متوسط الحسابي للمجموعة العليا قد بلغ 7.625، وانحرافه المعياري قدر بـ 3.925، مقارنة بالمتوسط الحسابي للمجموعة الدنيا الذي بلغ 00.000، وانحرافه المعياري قدر بـ 0.000 وهو دال عند 0.01، أما اختبار ت بلغ 5.494، ومنه المقياس مميز وصادق ويمكن الاعتماد عليه.

الثبات: معامل التطبيق وإعادة التطبيق

الاختبار	درجة الثبات
التعليمات المتعكسة	0.901

الجدول رقم (11): درجة الثبات عن طريق التطبيق وإعادة التطبيق لاختبار التعليمات المتعكسة

من خلال نتائج الجدول رقم (11) نلاحظ أن معامل الثبات عن طريق التطبيق وإعادة التطبيق

لاختبار التعليمات المتعكسة قد بلغت 0.901 وهي قيمة مقبولة بالنسبة إلى (1) تجعل هذا

المقياس ثابت ويمكننا الاعتماد على نتائجه.

2. نتائج الدراسة السيكمترية لاختبار ذاكرة الأرقام (الترتيب العكسي) لـ

Wechsler

الصدق: الصدق التمييزي: عن طريق المقارنة الطرفية لاختبار ذاكرة الأرقام (الترتيب

العكسي) لـ Wechsler

الجدول (12) درجة الصدق عن طريق المقارنة الطرفية لاختبار ذاكرة الأرقام (الترتيب

العكسي) لـ Wechsler

المجموعة	العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	الاختبار	مستوى الدلالة
اختبار ذاكرة الأرقام (الترتيب العكسي)	العليا	7.875	0.834	14	13.44	0.01
	الدنيا	2.875	0.640			

نلاحظ من خلال الجدول رقم (12) ان متوسط الحسابي للمجموعة العليا قد بلغ 7.875، وانحرافه المعياري قدر ب 0.834 ، مقارنة بالمتوسط الحسابي للمجموعة الدنيا الذي بلغ 2.875، وانحرافه المعياري قدر ب 0.640 وهو دال عند 0.01، أما اختبار ت بلغ 13.440، ومنه المقياس مميز وصادق ويمكن الاعتماد عليه.

الثبات: عن طريق معامل التطبيق وإعادة التطبيق لاختبار ذاكرة الأرقام (الترتيب العكسي) لـ Wechsler

الجدول (13) درجة الثبات عن طريق التطبيق وإعادة التطبيق لاختبار ذاكرة الأرقام (الترتيب

العكسي) لـ Wechsler

الاختبار	درجة الثبات
اختبار ذاكرة الأرقام (الترتيب العكسي)	0.664

من خلال الجدول رقم (13) نلاحظ أن درجة ثبات اختبار ذاكرة الأرقام بلغت 0.664 من أصل 1، وهي قيمة مرتفعة تجعل من هذا المقياس ثابت و قابل للاستعمال، ويمكن الاعتماد على نتائجه.

سمحت الدراسة الاستطلاعية بتحقيق جملة من الأهداف التي سعت لها الباحثة، خاصة فيما يتعلق باختيار العينة وأدوات الدراسة الأساسية، فمن خلالها تمكنت الباحثة من التقرب من ميدان البحث واستشراف كافة الصعوبات التي يمكن أن تعيق القيام بالدراسة من اجل تفاديها، كما سمحت

هذه الدراسة باختيار العينة بما يتوافق والمعايير المقترحة، بالإضافة إلى اختيار الأدوات المناسبة والتحقق من خصائصها السيكمترية كخطوة أساسية للتحقق من صلاحيتها، من ثم فتح الباب أم التناول التطبيقي لموضوع الدراسة.

ثالثا: الدراسة الأساسية

1. منهج الدراسة الأساسية:

تم الاعتماد في هذه الدراسة على المنهج الوصفي، الذي يهتم بوصف الظاهرة وصفا دقيقا، بل ويتعدى الوصف إلى التحليل والتفسير والمقارنة، لتشخيص وفهم مختلف جوانب الظاهرة، كما يقوم هذا المنهج على بيان وفهم العلاقات عن طريق الوصف الدقيق، وهذا ما يتوافق مع هدف الدراسة المتمثل في تحديد العلاقة بين كل من الانتباه الانتقائي والذاكرة العاملة بالسرد عند الفصامي.

2. الحدود الزمانية والمكانية للدراسة الأساسية:

تم اجراء الدراسة الأساسية في الفترة الممتدة بين شهر فيفري سنة 2023 و شهر جوان 2023، بمصلحة الطب العقلي للكبار " ابن باديس " ومصلحة "علامي رتيبة"، بالمستشفى الجامعي فرانس فانون بالبليدة.

3. عينة الدراسة الأساسية:

تم اختيار افراد عينة الدراسة وفقا لبعض الشروط التي ارتأت الباحثة وجوب توفرها بناءا على ما جاء في الأدبيات، بالتالي تم اعتماد الطريقة القصدية في اختيار عينة الدراسة.

معايير اختيار العينة: لاختيار العينة وجب توفر بعض المعايير وهي:

- ✓ الحالة تم تشخيصها بالفصام.
- ✓ الحالة متابعة في المستشفى، ذلك لضمان متابعة انتظام العلاج تحت رقابة طبية.
- ✓ الحالة من فئة الراشدين فقط دون المسنين وذلك لتجنب اثر التدهور المعرفي الراجع للتقدم في السن.

فحسب **Mc Dowed و Birren (1990)** افترضوا أن وظيفة الانتباه الانتقائي أقل فعالية لدى المسنين مقارنة بالشباب، وبشكل أدق هناك انخفاض مرتبط بالسن في القدرة على تجاهل المعلومات غير ذات الصلة بالموضوع، بالإضافة إلى ما توصل إليه كل من **Zacks و Hasher (1988)** ، أن الشيخوخة سوف ترتبط مع اضطراب وظيفي في العمليات الانتباهية الكفية التي تتحكم في الوصول والمعالجة الموقته للمعلومات التي لا تتعلق بالمهمة الحالية، وهذا العجز سيؤدي إلى ظهور معلومات مشتتة في الذاكرة العاملة ممكن أن تتداخل مع أداء المهمة الحالية.

(Taconnat et all, 2005)

- ✓ للحالة مستوى دراسي لا يقل عن الخامسة ابتدائي بالنسبة للنظام التربوي الجديد، والسنة السادسة ابتدائي بالنسبة للنظام التربوي القديم، لفهم التعليمات ومعرفة الأرقام بالإضافة التعرف على الحروف باللغة الفرنسية -لاسيما أنّ تعليم اللغة الفرنسية يبدأ من السنة الرابعة ابتدائي حسب النظام التربوي القديم، والسنة الثالثة ابتدائي حسب النظام التربوي الجديد، وبهذا يكون المفحوص درس اللغة الفرنسية لمدة ثلاث سنوات تمكنه من التعرف على الحروف- التي تتطلبها بعض أدوات الدراسة.

- ✓ يجب أن تكون الحالة مستقرة عياديا أثناء اجراء الدراسة -حسب تقدير الطبيب المعالج-.
- ✓ يفضل أن لا تعاني الحالة من أي اضطراب حسي سمعي و/ أو بصري، أو أن تكون حاملة للمعين السمعي و/ أو البصري في حال الإصابة بمرض من هذا النوع تجنباً لتأثيره على الأداء.

خصائص عينة الدراسة الأساسية:

تكونت عينة الدراسة من 14 حالة مشخصة بالفصام، موضحة في الجدول التالي:

الجدول رقم (14): خصائص عينة الدراسة الأساسية

الحالات	الجنس	السن	المستوى الدراسي	تشخيص الحالة
1	ذكر	47 سنة	متوسط	فصام
2	ذكر	49 سنة	ابتدائي	فصام
3	ذكر	54 سنة	ثانية ثانوي	فصام
4	ذكر	30 سنة	متوسط	فصام
5	أنثى	35 سنة	جامعي	فصام
6	أنثى	34 سنة	تاسعة أساسي	فصام

7	أنثى	41 سنة	جامعي	فصام
8	أنثى	41 سنة	تاسعة أساسي	فصام
9	أنثى	30 سنة	سادسة ابتدائي	فصام
10	أنثى	44 سنة	جامعي	فصام
11	أنثى	35 سنة	تاسعة أساسي	فصام
12	أنثى	39 سنة	ثالثة ثانوي	فصام
13	أنثى	44 سنة	تاسعة أساسي	فصام
14	أنثى	51 سنة	سادسة ابتدائي	فصام

يوضح الجدول رقم (14) توزيع عينة الدراسة، حيث تكونت من 14 حالة مصابين بالفصام، منهم 4 حالات من جنس ذكر و 10 حالات من جنس أنثى بنسبة 71.43 %، يتراوح سنهم بين 30 و 54 سنة، بمتوسط سن قدر ب 41 سنة، تباين مستواهم الدراسي بين مستوى سادسة ابتدائي و مستوى جامعي.

4. أدوات الدراسة الأساسية:

اختبارات الانتباه الانتقائي:

اختبار الشطب Le test barrage: تم اقتراح هذا الاختبار من طرف René Zazou

(1947) ويتمثل في مهمة شطب الرموز المتشابهة دون الوقوع في فخ المشتتات. (العربي،

2022، ص. 161) يستعمل هذا الاختبار لتقييم الانتباه الانتقائي البصري، يتكون الاختبار من

لوحتين كما يلي:

اللوحة 1: يتم ترتيب ستين حرفا B وأربعة أرقام 8 بشكل عشوائي، قبل تقديم اللوحة للمفحوص.

التعليمية: "سأقدم لك ورقة عليها حروف وأرقام. مهمتك هي شطب جميع الأرقام الـ 8 بقلم رصاص

في أسرع وقت ممكن" ستخبرني عندما تعتقد أنك شطبت جميع الأرقام 8 في هذه الورقة.

يقدم الفاحص اللوحة لمدة أقصاها 30 ثانية، إذا وصل المفحوص إلى هذا الحد الأقصى للوقت،

يتم سحب اللوحة وتنتهي المهمة. في نهاية المهمة يتم حساب العدد الإجمالي للأهداف المشطوبة

بشكل صحيح (4 كأقصى حد).

اللوحة 2: يتم ترتيب ستين حرفا T وأربعة أحرف L بشكل عشوائي، قبل تقديم اللوحة

للمفحوص.

التعليمة: "سأقدم لك ورقة عليها حروف، مهمتك هي شطب جميع الحروف L بقلم رصاص في أسرع وقت ممكن" ستعلمني عندما تعتقد أنك شطبت جميع الحروف L في هذه الورقة.

يقدم الفاحص اللوحة لمدة أقصاها 30 ثانية، إذا وصل المفحوص إلى هذا الحد الأقصى للوقت، يتم سحب اللوحة وتنتهي المهمة. في نهاية المهمة يتم حساب العدد الإجمالي للأهداف المشطوبة بشكل صحيح (4 كأقصى حد).

التنقيط : يتم تقييم أداء المفحوص من خلال العدد الإجمالي للأهداف المكتشفة بشكل صحيح على اللوحتين (8 كحد أقصى)، وكذلك من خلال إجمالي الوقت المستغرق لإكمال المهمتين.

التحليل والتفسير: يمكن الكشف عن عجز الانتباه في اختبار الشطب، من خلال عدد غير كاف من الأهداف المكتشفة و/ أو باستغراق وقت أطول لإكمال المهمة بأكملها.

✓ إذا كان العدد الإجمالي للأهداف المكتشفة أقل من/ أو يساوي 5، فقد يشتبه في وجود عجز في الانتباه الانتقائي البصري الفضائي. قد ينتج هذا العجز عن الفشل في تنفيذ استراتيجية البحث البصري.

✓ إذا كان وقت إكمال المهمة أكبر من أو يساوي 37 ثانية، فيمكن النظر في ضعف الانتباه المستمر. (Lithfous et al, 2018).

اختبار التعليمات المتعاكسة (Consignes conflictuelles): تعتبر بطارية التقييم

الجبهي السريعة، اختبار نفس عصبي صمم من طرف Dubois وآخرون (2000)، لتقييم

التناذر الجبهي، وتسمح بتقييم سريع للوظائف التنفيذية للحالة، تتكون البطارية من 6 اختبارات

فرعية وهي كالتالي: اختبار المتشابهات (Similitudes): يسمح باكتشاف الاعداد التصوري-

المفاهيم، اختبار السيولة اللفظية (Fluence verbale): يسمح باكتشاف الليونة الذهنية، اختبار التسلسل الحركي لـ لوريا (Séquence motrice de Luria) : يسمح باكتشاف برمجة الأفعال الحركية (التخطيط)، اختبار التعليمات المتعكسة (Consignes conflictuelles): يسمح باكتشاف الحساسية للتداخلات، اختبار go : no go يسمح باكتشاف التحكم الكفي، اختبار الأخذ/ الاستعمال (comportent d'utilisation) : يسمح باكتشاف الاستقلالية في المحيط.

(خرباش ودقيش، 2012)

تم الاستعانة باختبار التعليمات المتعكسة لتقييم الانتباه الانتقائي السمعي، باعتبار الاختبار يسمح بتقييم حساسية الفرد للتشويش والتداخل، خاصة وأنه يعتمد على عكس التعليمات المقدمة سمعياً على شكل دقات.

يقدم للمفحوص في هذا الاختبار أصوات على ش كل دقات يقوم بها الفاحص على الطاولة، يطلب من المفحوص عندما يسمع صوت دقة واحدة، عليه أن يدق مرتين على الطاولة والعكس صحيح، أن يدق مرة واحدة على الطاولة عندما يسمع صوت دقتين.

التعليمات: "عندما أدق مرة واحدة، عليك الدق م رتين، وعندما أقوم بالدق مرتين عليك الدق مرة واحدة"

للتأكد من فهم المفحوص للتعليمات، يطلب م نه الفاحص اجراء سلاسل تجريبية:

الأولى: خاصة بكيفية الدق مرة واحدة: 1 1 1

الثانية: خاصة بكيفية الدق مرتين: 2 2 2

1/ وحدة الحفظ المباشر للأرقام Tache d'empan direct de chiffres: من خلال اختبار

الذكاء للراشد WAIS 3 البند الخاص بذاكرة الأرقام، تتكون المهمة من ثمانية سلاسل من الأرقام، بداية من سلسلة لرقمين، ثم تزداد وصولاً إلى سلسلة لتسعة أرقام، يعرض على الشخص سلسلة من الأرقام مع الزيادة في العدد، ابتداء من الرقمين إلى تسعة أرقام، عليه تذكرها بشكل تسلسلي وفوري، بمعدل محاولتين في كل سلسلة.

التعليمية: " راح نقرأ لك أرقام، كنكمل عاود الأرقام بالترتيب كنعطيك الإشارة"

التنقيط: تعتبر الإجابة صحيحة عندما تتكرر سلسلة الأرقام بشكل صحيح وبالترتيب التسلسلي الصحيح، يتم تحديد درجة وحدة الحفظ وفقاً لأطول سلسلة متكررة بشكل صحيح، تتراوح النتائج من 0 إلى 5، إذا ارتكب الشخص خطأين (في المحاولتين) في سلسلة من خمس أرقام، فإن درجة وحدة حفظه تعتبر بـ 4 على 5. تمنح درجة 1 لكل سلسلة صحيحة

2/ مهمة وحدة حفظ الكلمات Tache d'empan de mots:

تتكون المهمة من سبع سلاسل من الكلمات، بداية من سلسلة لكلمتين، حتى تصل إلى سلسلة لثمانية كلمات، يعرض على الشخص سلسلة من الكلمات مع الزيادة في العدد في كل سلسلة، ابتداء من الكلمتين إلى ثمانية كلمات، عليه تذكرها بشكل تسلسلي وفوري، بمعدل محاولتين في كل سلسلة.

التعليمية: " راح نقرأ لك كلمات، كنكمل عاود الكلمات بالترتيب كنعطيك الإشارة"

التنقيط: تعتبر الإجابة صحيحة عندما يكرر سلسلة الكلمات بشكل صحيح وبالترتيب التسلسلي الصحيح، يتم تحديد درجة وحدة الحفظ وفقا لأطول سلسلة مكررة بشكل صحيح، تتراوح النتائج من 0 إلى 5، إذا ارتكب الشخص خطأين (في المحاولتين) في سلسلة من خمس كلمات، فإن درجة وحدة الحفظ تعتبر ب 4 على 5. تمنح درجة 1 لكل سلسلة صحيحة

3/ مهمة وحدة الحفظ الالكلمات Tache d'empan de non – mots :

تعتبر هذه المهمة ذات أهمية، فهي تسمح بالتقدير الأمثل للمخزون الفونولوجي في وحدة حفظ الكلمات، لأنها من ناحية التطبيق تعتبر بمادة تقترب من تلك الخاصة بتعلم المفردات الجديدة، في هذه الحالة لا تكون بحوزته معرفة مسبقة عن المادة المقدمة.

تتكون المهمة من ستة سلاسل من لا كلمات، بداية من سلسلة لا كلمتين، حتى تصل إلى سلسلة ستة لا كلمات، يعرض على الشخص سلسلة من لا كلمات مع تزايد في العدد في كل سلسلة، ابتداء من لا كلمتين إلى ستة لا كلمات، عليه تذكرها بشكل تسلسلي وفوري، بمعدل محاولتين في كل سلسلة.

التعليمية: " راح نقرأ لك كلمات ما عندهومش معنى، كنكمل عاود الكلمات بالترتيب كنعطيك الإشارة"

التنقيط: تعتبر الإجابة صحيحة عندما تتكرر سلسلة لا كلمات بشكل صحيح وبالترتيب التسلسلي الصحيح، يتم تحديد درجة وحدة الحفظ وفقا لأطول سلسلة مكررة بشكل صحيح، تتراوح النتائج من 0 إلى 5، إذا ارتكب الشخص خطأين (في المحاولتين) في سلسلة من خمس لا كلمات، فإن درجة وحدة حفظه تعتبر ب 4 على 5. تمنح درجة 1 لكل سلسلة صحيحة

إذا كانت نتائج الحالة في كل قائمة من قوائم وحدة الحفظ تساوي أو تفوق 5 يمكن اعتبار أن الحلقة الفونولوجية سليمة عند الحالة والعكس. (حميدوش، 2022، ص. 157).

أسباب اختيار الاختبار:

- الأداة مصممة لتقييم الحلقة الفونولوجية في ظل ندرة الاختبارات التي تقيم الحلقة الفونولوجية الموجهة لفئة الراشدين والمكيفة على البيئة الجزائرية - في حدود اطلاع الباحثة - .
- تعتبر الأداة مناسبة لأنه تم بناؤها في بيئة اجتماعية وثقافة جزائرية، وكلمات متداولة في الوسط الجزائري خاصة أن الحلقة الفونولوجية تُقيم من جانب لفظي.
- تسليط الضوء على الإنتاج العلمي الوطني للأدوات من خلال تقديم أداة للباحثين والممارسين في الوسط العيادي الجزائري من إنتاج وطني من شأنها تخفيف عبء عدم توفر الأدوات وغلائها - وفقا لنتائج الدراسة الأولية-، والاستفادة من الأداة كي لا تبقى حبيسة أدرج مكتبات الجامعة.

اختبار ذاكرة الأرقام (الترتيب العكسي) لـ Wechsler :

لتقييم مهمة المنفذ المركزي تم الاعتماد على اختبار ذاكرة الأرقام لـ Wechsler سنة (1945)، يسمح هذا الاختبار للمختصين في علم النفس بتقييم سريع ودقيق للذاكرة، سنعتمد في

دراستنا الحالية على اختبار ذاكرة الأرقام بالترتيب العكسي، يتم قراءة الأرقام الموجودة في السلاسل بوقع رقم في الثانية.

التعليمية: سأقرأ عليك مجموعة من الأرقام ولكن في هذه المرة عليك إعادتها في ترتيب عكسي مثلاً أقول لك 2. 4 يجب أن تقول 4. 2.

طريقة التنقيط: يكون التنقيط من خلال حساب عدد الأرقام في أطول سلسلة تم إعادتها بدون أخطاء في المحاولتين الأولى أو الثانية وأعلى نقطة في هذا الاختبار هي 8 نقاط. (لوزاعي، 2017، ص. 180).

اختبار Figure de Rey :

اختبار Figure de Rey هو تخطيط هندسي معقد تم اقتراحه من طرف André Rey سنة (1942)، موجه للأفراد المشتبه في معاناتهم من اضطرابات الذاكرة واضطرابات معرفية.

تم اعداد هذا الاختبار لتقييم كفاءة المهارات البصرية الحركية والبصرية البنائية (مهمة النسخ) و التخطيط والتنظيم الفضائي، والذاكرة البصرية الفضائية (الرسم مهمة الذاكرة). (Fastame, 2020)، يتكون الاختبار من شكلين A و B، يمكن اعتماد الشكل المعقد (A) في تقييم الأطفال بعمر 6 سنوات فما فوق والراشدين والمسنين. ويمكن اقتراح شكل اخر (الشكل B) أقل تعقيدا للأطفال من عمر 4 إلى 8 سنوات. (Thine-coussié. 2012) اعتمدنا في الدراسة الحالية على الشكل A المعقد لتقييم المفكرة البصرية الفضائية.

يتطلب هذا الاختبار مهمات النسخ (أي شرط النسخ) والرسم من الذاكرة لنمط خط ثنائي الأبعاد يتكون من 18 عنصرا، يشكل شكلا هندسيا معقدا لا يحمل أي دلالة على ورقة مقاس 5A.

طريقة التطبيق: تم وضع النموذج أفقيا أمام المفحوص (المعين في أسفل اليمين) ويجب أن يكون مرئيا بوضوح، كما تم وضع ورقة بتنسيق A5 أفقيا أمام المفحوص وقلم رصاص.

في هذه الدراسة طلب من المفحوص أولا نسخ الشكل الكامل على ورقة مقاس 5A بأكبر قدر ممكن من الدقة، وعند اكتمال مهمة النسخ، تم سحب الشكل الهندسي المعقد على الفور بعيدا عن الأنظار، وبعد مرور ثلاث دقائق كان على المفحوص إعادة رسم النموذج الذي تم نسخه مسبقا دون أي نموذج بصري بالاعتماد على الذاكرة فقط.

التعليمات: حسب Thine-coussié (2012) التعليمات الموجهة للراشدين المسنين هي أطلب منك نسخ هذا الرسم، وقد تختلف هذه الصياغة ويجب أن تأخذ في الاعتبار البيئة الاجتماعية والثقافية.

مرحلة إعادة الإنتاج أو النسخ من الذاكرة: يطلب من المفحوص رسم نفس الرسم بدون النموذج. **التنقيط:** تم حساب درجتين مختلفتين، واحدة تتعلق بالنسخ من النموذج والأخرى تتعلق بالرسم اعتمادا على الذاكرة. (Fastame. 2020)، ولتفاصيل أكثر حول طريقة التنقيط ينظر إلى الشبكة المرفقة في الملحق رقم (08)

أسباب اختيار الاختبار:

- توفر الأداة وسهولة الحصول عليها.

- لا تحمل الاداة أي دلالة ثقافية يمكنها التأثير على دقة النتائج.
- الأداة مناسبة للفئة العمرية لمجموعة الدراسة، المتمثلة في فئة الراشدين.
- اعتماد الأداة من قبل عدة باحثين في دراساتهم أمثال العرابي (2022)، بوقصة (2009)، نعاس (2014).

الخصائص السيكومترية لاختبار Figure complexe de Rey A :

تم التأكد من الخصائص السيكومترية للاختبار من طرف العديد من الباحثين، نذكر منهم نعاس (2014) الذي قام بالدراسة السيكومترية للشكل المعقد (A) على عينة مرضى مصابين بالفصام وتوصلت النتائج إلى:

الصدق: اعتمد الباحث على الصدق التمييزي بالمقارنة الطرفية لعينة من المرضى المصابين بالفصام، من خلال حساب قيمة "ت" لكلا المجموعتين، فكانت النتائج للمجموعة ذات الدرجات العليا (79.23)، والمجموعة الدنيا (44.42) وكلاهما دالتين عند (0.01) بالتالي الاختبار صالح للتطبيق.

الثبات: اعتمد الباحث طريقة التجزئة النصفية، حيث بلغ معامل الثبات قبل التصحيح (0.42)، ومعامل الثبات بعد التصحيح (0.48) عند مستوى الدلالة (0.05) بالتالي الاختبار صالح للتطبيق. (نعاس، 2014، ص 188).

اختبار القصص المصورة لأحداث مخالفة للمألوف لـ صام وآخرون (1989):

لتقييم السرد لدى مرضى الفصام تم الاعتماد على القصص المصورة لأحداث مخالفة للمألوف لصام و آخرون (1989)، هو اختبار تقييمي يتمثل في 10 قصص مصورة تتضمن أحداثا مخالفة للمألوف، وتحتوي كل قصة على مجموعة من المشاهد باللونين الأبيض والأسود، توضح مشهدا محددا يجيب على سؤال معين، تم اجراء تعديلات على الاختبار من طرف Sam (2017)، بعدها تم تعديل النسخة من طرف العربي (2022) في اطار أطروحة دكتوراه.

تم الاعتماد على النسخة المعدلة للاختبار من طرف العربي (2022)، والاكتفاء بتطبيق 8 قصص فقط.

طريقة تطبيق الاختبار: في المرحلة الأولى نطلب من المفحوص الاستماع جيدا إلى القصة التي سنرويها له بطريقة الراوي بكل النغمات المناسبة بالاستناد إلى الصور الخاصة بها، في المرحلة الثانية نطلب من المفحوص أن يسرد أحداث القصة التي سمعها اعتمادا على الذاكرة دون الاستناد إلى الصور، في المرحلة الثالثة نطلب من المفحوص أن يسرد القصة مرة أخرى بالاستناد إلى الصور وكمرحلة أخيرة نطلب من المفحوص وصف الشخصيات ونقد القصة، وضروري التأكد اذا اكتشف المفحوص المخالف للمألوف.

طريقة التنقيط: وفقا لما جاءت به العربي (2022) من خلال التعديلات التي أجرتها على الاختبار، تم اقتراح شبكة تنقيط لتسهيل التحليل الكمي، حيث كان التقييم في الاختبار الأصلي يعتمد على (+) للإجابة الصحيحة و (-) للإجابة الخاطئة، بعد التعديلات اصبح التنقيط باستعمال الدرجات (1) و (0).

أسباب اختيار الاختبار:

- الاختبار تم اعداده لتقييم السرد لدى الأفراد في بيئة اجتماعية عربية جزائرية، والناطقين تحديدا بالعامية الجزائرية، الأمازيغية، والفرنسية، لكي لا يقع الباحث في فخ تفسير وتأويل النتائج.

فوفقا لما توصلت إليه نتائج الدراسة الأولية ودراسة بوسالم (2014) فإن الاختبارات والمقاييس المصممة لثقافات أجنبية وغربية لا تحافظ على درجات مقبولة من الصدق والثبات عندما يتم ترجمتها مباشرة إلى لغات وثقافات أخرى منها العربية.

- الاختبار مناسب للفئة العمرية لعينة الدراسة والمتمثلة في فئة الراشدين.

- اعتماد الاختبار في عدة دراسات محلية على غرار دراسة Sam و Senai (2013)، و Sam (2017)، والعربي (2022).

الخصائص السيكمترية لاختبار القصص المصورة لأحداث مخالفة للمألوف لـ صام واخرون (1989):

تم التحقق من الخصائص السيكمترية للاختبار من طرف الباحثة العربي سنة 2022 في اطار أطروحة دكتوراه، على عينة قدرها 82 فردا يتراوح سنهم بين 20 و 65 سنة، ينحدرون من ولايات تلمسان، البليدة، سيدي بلعباس، وتوصلت النتائج إلى:

القصص المصورة لأحداث مخالفة للمألوف بالإسناد:

الصدق: تم التأكد من صدق الاختبار باعتماد صدق المقارنة الطرفية، باستخدام اختبار "ت" T_{test} وتوصلت النتائج إلى أنّ كل القيم كانت موجبة ودالة احصائياً عند مستوى الدلالة ألفا (0.01).

الثبات: اعتمدت الباحثة طريقة التطبيق وإعادة التطبيق، ولقد بلغت قيم معامل الارتباط بيرسون لكل القصص بين (0.54) و (0.30) وكلها دالة احصائياً عند مستوى الدلالة ألفا (0.01)، كما أنّ كلّها موجبة ومقبولة، مما يدل ان الاختبار يتمتع بثبات مقبول.

القصص المصورة لأحداث مخالفة للمألوف بدون اسناد:

الصدق: تم التأكد من صدق الاختبار باستخدام صدق المقارنة الطرفية، وبعد المقارنة باستخدام اختبار "ت" T_{test} ، توصلت النتائج إلى أنّ كل القيم موجبة ودالة احصائياً عند مستوى الدلالة ألفا (0.01)، ومنه فان الاختبار صادق.

الثبات: باستخدام طريقة التطبيق وإعادة التطبيق، حيث بلغت قيم معامل الارتباط بيرسون لكل القصص بين (0.55) و (0.30) وكلها دالة احصائياً عند مستوى الدلالة ألفا (0.01)، كما جاءت كلّها موجبة ومقبولة ما يعني أنّ الاختبار يتمتع بثبات مقبول. (العراي، 2022)

5. الأساليب الإحصائية للدراسة الأساسية:

-النسب المئوية، تم اعتمادها من أجل اظهار مستوى كل فرد من افراد مجموعة الدراسة في مختلف الاختبارات ، ولكي يتسنى لنا التعبير عن النتائج كفيها من خلال قراءة الجداول.

تم الاعتماد في معالجة بيانات هذه الدراسة على برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية -النسخة 27 (Spss, v27)، حيث تم اعتماد معامل الارتباط سبيرمان كبديل لا بارميتري لمعامل الارتباط بيرسون لأن عدد أفراد العينة صغير، لاختبار بيانات فرضيات الدراسة.

خلاصة الفصل:

مرّ الجانب الميداني بخطوات منهجية تمثلت في ثلاث تناولات إجرائية، الأول تعلق بالدراسة الأولية وهي أول خطوة منهجية قريبتنا من ميدان الدراسة بصفة عامة من خلال استكشاف واقع التكفل الأروطوفوني بمرضى الفصام في الوسط العيادي الجزائري، بهدف تحديد مستوى التكفل، ونوعية الخدمات المقدمة، بالإضافة إلى التعرف على المنهجية والأدوات المعتمدة.

سمحت هذه الخطوة بالكشف عن النقص الفادح في التكفل بهذه الفئة مكن المرضى مما يجعل دراسة الموضوع ذات أهمية بالغة، من جهة أخرى كشفت الدراسة عن ضعف الخدمات الأروطوفونية المقدمة لهذه الفئة من المرضى -بالنسبة لفئة المشاركين الذين سبق لهم تقديم خدمات لمرضى الفصام- بالإضافة نقص الأدوات وضعف التكوين الأكاديمي، التطبيقي، والمنهجي بصفة خاصة في التكفل بهذه الفئة من المرضى.

كخطوة ثانية بغية التقرب من ميدان الدراسة أكثر فأكثر، قمنا بإجراء الدراسة الاستطلاعية بمختلف مصالح الطب العقلي للكبار في مستشفى فرانز فانون بالبليدة ، وذلك من خلال اجراء مقابلات مع الطاقم الطبي والنفسي المعالج للحالات لجمع أكبر قدر ممكن من المعلومات فيما يتعلق بإمكانية تحقيق الموضوع ميدانيا، اختيار العينة، اختيار الأدوات والتأكد من صلاحيتها.

كخطوة أخيرة وصلنا إلى الاجراء الثالث المتمثل في الدراسة الأساسية، أين تم الضبط النهائي لموضوع الدراسة واختيار كل من المنهج، العينة، الأدوات، واختيار الأساليب الإحصائية المناسبة.

الفصل السابع

عرض وتحليل نتائج الدراسة

الأساسية ومناقشتها

تمهيد:

خلال هذا الفصل سنحاول عرض وتحليل نتائج الدراسة الحالية كمياً وكيفياً وفق الأدبيات في الموضوع، ثم الانتقال إلى عرض وتحليل نتائج الفرضيات الجزئية، ثم الفرضية العامة للدراسة. كمرحلة أخيرة سننتقل إلى تفسير ومناقشة نتائج الفرضيات بناءً على معطيات الدراسات السابقة في الموضوع، ومختلف النماذج النظرية المعتمدة في الدراسة الحالية.

أولاً: عرض وتحليل نتائج الدراسة:

(1) عرض نتائج الانتباه الانتقائي:

الانتباه الانتقائي البصري:

الجدول رقم (15): نتائج الانتباه الانتقائي البصري

المجموع			البند الثاني		البند الأول		بنود
الوقت	النسبة المئوية	الأهداف	الوقت	الأهداف	الوقت	الأهداف	الحالات
58ثا	%100	8	30ثا	4	28ثا	4	1
29ثا	%100	8	15ثا	4	14ثا	4	2
56ثا	%100	8	26ثا	4	30ثا	4	3
60ثا	%100	8	30ثا	4	30ثا	4	4
59ثا	%100	8	30ثا	4	29ثا	4	5
37ثا	%100	8	18ثا	4	19ثا	4	6
60ثا	%100	8	30ثا	4	30ثا	4	7

60	37.5%	3	30	1	30	2	8
60	25%	2	30	2	30	0	9
60	75%	6	30	2	30	4	10
60	50%	4	30	2	30	2	11
60	87.5%	7	30	3	30	4	12
60	87.5%	7	30	3	30	4	13
60	0	0	30	0	30	0	14

التحليل الكمي:

من خلال النتائج المعروضة في الجدول نلاحظ أن ما يعادل نصف عدد أفراد عينة الدراسة تمكنوا من اكتشاف كل الأهداف المطلوبة في بندي الانتباه الانتقائي البصري بنسبة 100%، بينما النصف الآخر تباينت نتائجهم بين ما هو ضمن المستوى المقبول - 5 أهداف كحد أدنى - ويتعلق الأمر بالحالات (10، 12، 14) حيث تمكنوا من اكتشاف (6، 7، 7) أهداف بنسبة 75%، 87.5%، 87.5% على التوالي، بينما ظهر العجز لدى البقية ويتعلق الأمر بالحالات (8، 9، 11، 14) حيث لم يتمكنوا من اكتشاف الحد الأدنى من الأهداف المطلوبة ممثلين بنسب (0، 25%، 37.5%، 50، 0).

وبالنظر إلى نتائج ذات الجدول نلاحظ أن الوقت المستغرق من قبل أفراد العينة لتنفيذ المهمة كان طويلا نوعا ما حيث تخطو عتبة أقصى وقت ممكن استغرقه، والمتمثل في 37 ثانية لكل البندين،

فبالنظر إلى الجدول نجد أن معظم، إن لم نقل كل أفراد العينة تجاوز الوقت المستغرق لديهم 50 ثانية.

التحليل الكيفي:

من خلال الجدول يتبين أن معظم أفراد العينة استطاعوا تحديد الأهداف المطلوبة ضمن مهمة البحث البصري، يعني أن المرضى المصابين بالفصام لديهم ميزة انتقاء، ويظهر ذلك من خلال قدرتهم على تنفيذ استراتيجية البحث البصري، وهذا ما يتوافق مع ما اقترحه Kellet حول إمكانية مرضى الفصام الأوائل إظهار ميزة انتقاء، حيث يكونون قادرين على البقاء في حالة تيقظ في منطقة معادية على الرغم من المثيرات البيئية المنخفضة. كما يشير Vianin (2013) إلى أنه لا يظهر على المرضى المصابين بالفصام أي اضطراب كبير في المواقف التي لا تتطلب سيطرة كبيرة، مثال في مهمة بحث بصري بسيط أين يجب على المريض أن يبحث عن مُدخَل يختلف عن العنصر المشتت في معيار واحد فقط، (كالبحت عن مربع أحمر بين الدوائر الحمراء)، بدلا من عدة معايير (البحث عن مربع أحمر بين الدوائر الحمراء والمربعات الخضراء)، المرضى لا يظهرون اضطرابا.

في المقابل وبالنظر إلى ذات النتائج المدرجة في الجدول أعلاه نجد أن معظم أفراد العينة استغرقوا وقتا طويلا لاكتشاف الأهداف التي تتطلبها هذه المهمة، مما يظهر عجز على مستوى الاستمرارية في الانتباه، الذي يظهر من خلال الفشل في المحافظة على انتقائية الانتباه عند مستوى من الكفاءة الذي يكفي لأداء مهمة بصرية فضائية بشكل أمثل لفترة زمنية أطول، وقد يرجع هذا إلى صعوبة المحافظة على تركيز الانتباه في ظل وجود عناصر التشبث، فمن خلال الملاحظة العيادية للحالات أثناء تطبيق الاختبار ظهر على معظم الحالات الضياع أثناء مهمة البحث عن

الأهداف حيث أنهم كانوا يصلون إلى الهدف لكن يتأخرون في تحديده حيث يستغرقون وقتاً لمطابقته مع عنصر التشثيت، هذا ما جعلهم يتأرجحون بين التركيز على المهمة الهدف والانتباه الى عناصر التشثيت مما يزيد عندهم الحاجة إلى تركيز أكبر بالتالي يستغرقون وقت أطول كمحاولة لتركيز الانتباه على المهمة المطلوبة، فالتركيز الكبير ينتج عنه معالجة انتباهية أبطأ، وهذا ما يشير إلى ضعف في القدرة على الكفّ التي من شأنها تسريع العملية الانتباهية الانتقائية.

من جهة أخرى يظهر على بعض الحالات انخفاض في درجات الانتباه الانتقائي البصري مثل الحالة (8، 9، 11، 14) حيث لم يتمكنوا من اجتياز مهمات الاختبار، مما يدل على عجز في الانتباه الانتقائي البصري، فحسب Pomini وآخرون (1998) يكمن العجز أساساً لدى مرضى الفصام على مستوى الانتباه الانتقائي أي في القدرة على التمييز بين المثيرات ذات الصلة والمثيرات غير ذات الصلة. فمرضى الفصام لديهم انطباع بأنهم مشتتون باستمرار بسبب المثيرات غير المهمة، أو أن عيونهم لم تعد قادرة على التركيز على أي شيء، أو أنهم لم يعودوا قادرين على تنظيم تمثيلاتهم أو ادراكهم.

كما توصلت دراسة Henrichs و Zakzanis نقلاً عن Thomas وآخرون (2009) من خلال التحليل البعدي لأكثر من 204 دراسة، إلى أنّ المرضى المصابين بالفصام لديهم أداء أكثر ضعفاً ودال مقارنة بالأسوياء، بانحراف معياري في حدود 1.5 إلى 3 من حيث القدرات المعرفية العامة، وبشكل انتقائي: كالذاكرة اللفظية وغير اللفظية، المهارات الحركية أحادية وثنائية الجانب، التوجه الفضائي، اللغة، الوظائف التنفيذية، والانتباه السمعي والبصري.

الانتباه الانتقائي السمعى: 

الجدول رقم (16): نتائج الانتباه الانتقائي السمعى

الانتباه الانتقائي السمعى		الاختبار
النسبة المئوية	النقاط	الحالات
100%	3	1
100%	3	2
100%	3	3
66.66%	2	4
100%	3	5
100%	3	6
66.66%	2	7
33.33%	1	8
0	0	9
100%	3	10
33.33%	1	11

12	2	66.66%
13	3	100%
14	0	0

التحليل الكمي:

من خلال نتائج الجدول أعلاه نلاحظ أن أفراد عينة الدراسة تمكنوا من احراز نتائج جيدة في اختبار التعليمات المتعكسة، حيث أن أغلبهم تحصل على العلامة الكاملة بنسبة نجاح قدرت بـ 100٪، بينما تباينت نتائج البقية بين ما هو مقبول بالنسبة للحالات (4، 7، 12)، ضعيف جدا في اجتياز مهمة الاختبار، ويتعلق الأمر بالحالات (8، 9، 11، 14)، الذين تراوحت نتائجهم بشكل عام بين (0 و 2).

التحليل الكيفي:

انطلاقا من ما تم عرضه في الجدول من نتائج، يظهر أن معظم أفراد عينة الدراسة يتمتعون بانتباه انتقائي سمعي جيد، أي أن لديهم القدرة على مواجهة التشبث بالنسبة للمثرات السمعية، لكن ومع ذلك هناك من واجهوا صعوبة في اجتياز الاختبار مما نتج عنه نتائج ضعيفة، وانطلاقا من الملاحظة العيادية للحالات وجدنا أن مجموع الحالات التي تمكنت من اجتياز الاختبار كانت ذات تركيز عالي اثناء اجتياز الاختبار مما سمح لهم اتمام مهمة الاختبار بنجاح بينما البعض منهم قلّ تركيزهم بعد المحاولة الثالثة، أين بدأ يظهر عليهم التشبث.

وعليه يمكن القول أن أفراد عينة الدراسة يتمتعون بانتباه انتقائي سمعي جيد على العموم، وهذا ما يتوافق مع دراسة Mathalon وآخرون (2004) حيث أشاروا إلى قدرة المرضى المصابين

بالفصام على الحفاظ على مرشح الانتباه، حيث تسمح لهم هذه التصنيفية المبكرة بتحديد المعلومات ذات الصلة، من ناحية أخرى يتم اضطراب بعض العمليات التي تتدخل في الحفاظ على التصنيفية.

لكن هذا لا يلغي وجود اضطراب عند الحالات الأخرى مثل الحالات (8، 9، 11، 14) أظهر مستوى أداء ضعيف، حيث أظهر حساسية عالية للتشويش والتداخل، فبعض الحالات لم تستطع المحافظة على تركيز الانتباه والحالات الأخرى لم تستطع كَفّ عناصر التشيت مما جعلها تتبع نفس خطوات الفاحص، فحسب **Lovoyer (2009)** وانطلاقاً من نموذج برودبنت فإن خلال الأداء عند المصاب بالفصام يرجع إلى مشكل في ترشيح الانتباه والذي يظهر من خلال غياب عملية تصنيفية (ترشيح) المعلومات الحسية المهمة، بالإضافة إلى تدفق المعلومات غير المصفاة مما يؤدي إلى فائض في قدرات المعالجة الانتباهية، وهذا ما أكدته **Peretti وآخرون (2004)** حسب التقييم النفس عصبي للوظائف المعرفية لدى المرضى المصابين بالفصام الذي سلط الضوء على عجز في عمليات الانتباه، حيث أظهرت دراسة المدخلات الحسية السمعية أو البصرية لدى مرضى الفصام أداء ضعيف جداً مقارنة بأداء المجموعة الضابطة، ويبدو أن الاضطراب يتعلق بشكل أساسي بالانتباه الانتقائي، وقد يفسر لعدم قدرة هؤلاء المرضى على انتقاء أو اختيار المعلومات ذات الصلة وكَفّ حدوث حركات التنشيط غير المناسبة التي تؤدي إلى زيادة التشيت.

وهذا ما يتوافق مع نتائج دراسة **Lovoyer (2009)** فيما يتعلق بالانتباه عند المرضى المصابين بالفصام توصلت إلى أنهم - المرضى المصابين بالفصام فيما بينهم - يشتركون في بعض الصعوبات مقارنة بالأسوياء، تمثلت في صعوبات تحويل تركيز الانتباه بشكل كاف، وضعف القدرة على تنشيط وكَفّ المعلومات المشتتة.

(2) عرض وتحليل نتائج الذاكرة العاملة:

الحلقة الفونولوجية: 🇸🇩

الجدول رقم (17): نتائج الحلقة الفونولوجية

الحلقة الفونولوجية				البنود
المجموع	وحدة حفظ لا كلمات / 6	وحدة حفظ الكلمات / 7	وحدة حفظ الأرقام / 8	الحالات
9	2	3	4	1
9	2	3	4	2
11	3	4	4	3
11	3	4	4	4
6	1	3	2	5
10	3	3	4	6
9	3	3	3	7
10	2	4	4	8
4	1	2	1	9
11	3	4	4	10

5	0	3	2	11
9	2	3	4	12
5	0	3	2	13
3	1	1	1	14

التحليل الكمي:

انطلاقاً من النتائج المعروضة في الجدول رقم (17)، يتبين أنّ هناك تباين في النتائج، حيث نجد وحدة حفظ الكلمات بدون معنى أو لا كلمات هي الأضعف حيث تراوحت نتائج أفراد العينة على مستوياتها بين 0 و 3 وحدات فقط، بينما تظهر ذات النتائج أن وحدة حفظ الكلمات والأرقام أحسن نوعاً ما حيث بلغت أكبر وحدة حفظ بين أفراد العينة 4 وحدات وهي قريبة من العادي - المتمثل في 5 وحدات - وتراوحت وحدات حفظ الأرقام والكلمات عند أفراد العينة بين 1 و 4 وحدات.

التحليل الكيفي:

انطلاقاً من معطيات الجدول أعلاه تظهر نتائج بعض الحالات قريبة من المتوسط على مستوى الحلقة الفونولوجية لدى المرضى المصابين بالفصام حيث بلغت وحدات حفظهم 4 وحدات، وهي قريبة من العادي المتمثل في 5 وحدات، ويتعلق الأمر بنتائج كل من الحالة (3، 4، 10) ولقد ظهر الضعف على مستوى وحدة حفظ الكلمات بدون معنى أو لا كلمات، التي تمثل هي الأخرى وحدة حفظ الكلمات لكن يتعلق الأمر على مستوياتها بتعلم الكلمات الجديدة مثلاً أين لا يكون الفرد على دراية مسبقة عن المادة المقدمة، ليلها الضعف على مستوى وحدات حفظ الأرقام والكلمات

تباعاً، على الرغم من اقتراب نتائج أفراد العينة من نتائج الأسوياء -حسب معايير الاختبار- على مستوى وحدة حفظ الأرقام والكلمات لكن تبقى ضمن خانة الضعف.

من جهة أخرى نلاحظ ضعف شديد على مستوى الحلقة الفونولوجية لدى بعض الحالات، ويتعلق الأمر بكل من الحالة (9، 11، 14) حيث لم تتعدى نتائجهم وحدتين حفظ فقط. مما يدل على اضطراب هذا المكون التحتي للذاكرة العاملة لدى مرضى الفصام، وهذا ما يتوافق أساساً مع النتائج التي توصل إليها كل من Hashimoto وآخرون (2010) حيث توصلوا لوجود قصور دال في أداء المرضى المصابين بالفصام على مهام الذاكرة العاملة اللفظية والوظائف التنفيذية مقارنة بالأسوياء

من الناحية النفسية العصبية يمكن تفسير اضطراب الحلقة الفونولوجية الناتج عن مشكلات في وحدة الحفظ لدى المرضى المصابين بالفصام حسب عباس و الصبوة (2013)، بإمكانية وجود خلل في الفص الأمامي والصدغي -الجداري من الدماغ لدى المرضى المصابين بالفصام والذي بدوره يتوسط عمليات الترميز والتخزين المبكر لتمثيلات الذاكرة العاملة اللفظية.

📊 المنفذ المركزي:

الجدول رقم (18): نتائج المنفذ المركزي

المنفذ المركزي		الاختبار
النقاط	النسبة المئوية	الحالات
3	37.5%	1

2	2	%25
3	2	%25
4	2	%25
5	2	%25
6	3	%37.5
7	3	%37.5
8	2	%25
9	0	0
10	3	%37.5
11	2	%25
12	3	%37.5
13	1	%12.5
14	1	%12.5

التحليل الكمي:

من خلال ما تم عرضه في الجدول يتبين أن نقاط أفراد العينة لم تتعدى 3 نقاط من أصل 8، حيث حصلت كل من الحالة (1، 6، 7، 10، 12) على ثلاث نقاط بنسبة 37.5% وهي قريبة من المتوسط نوعاً ما، بينما حصلت كل من الحالة (2، 3، 4، 5، 8، 11) على نقطتين ما يعادل نسبة 25%، أما البقية فتراوحت نتائجهم بين 1 و 0 بنسب تراوحت بين 12.5% و 0 وهي ضعيفة جداً.

التحليل الكيفي:

انطلاقاً من المعطيات السابقة يظهر تباين بين نتائج الحالات بين ما هو قريب من العادي، وبين ما هو مضطرب، فالنظر إلى معطيات نفس الجدول نلاحظ ضعف شديد على مستوى المكون التحتي للذاكرة العاملة المتمثل في المنفذ المركزي لدى بعض الحالات، مما يدل على اضطراب المنفذ المركزي لدى المرضى المصابين بالفصام وهذا ما يتوافق مع ما أشار إليه **Daléry (2012)** حيث يشير إلى أن التشوهات في المنفذ المركزي ستكون الأكثر خصوصية في مرض الفصام ويمكن أن تساعد في التمييز بين مرضى الفصام ومرضى ثنائي القطب، كما يذكر **Ceaser و Barch (2012)** أن هناك أدلة قوية على أن الأفراد المصابين بالفصام لديهم صعوبة كبيرة في أداء العمليات التي يقوم بها المنفذ المركزي في الذاكرة العاملة.

يحتل المنفذ المركزي مكانة مهمة بين مكونات الذاكرة العاملة، فهو يعنى بانتقاء المعلومات الحسية ذات الصلة، ويوجهها مؤقتاً نحو أحد النظامين (الحلقة الفونولوجية / المفكرة البصرية الفضائية)، التحكم في عمليات المعالجة، تنسيق المهام المزدوجة (القدرة على أداء نشاطين عقليين في وقت واحد)، معالجة المعلومات ودمجها من الحلقة الفونولوجية والمفكرة البصرية الفضائية وربط الذاكرة قصيرة المدى بالذاكرة طويلة المدى. تعتمد هذه الوظائف المعقدة على مناطق قشرة الفص الجبهي

الظهري وكذلك على القشرة الجدارية الخلفية، سيتم تمثيل الارتباطات العصبية الحيوية لهذه الوظيفة بإفراز الدوبامين، وظهور الإيقاعات التذبذبية القشرية في الشرائط السريعة Les bandes rapides (ثيتا/ غاما)، وقد ثبت أن هذه الارتباطات الدماغية تتعطل لدى مرضى الفصام أثناء مهام الذاكرة العاملة. (Daléry et al,2012).

المفكرة البصرية الفضائية:

الجدول رقم (19): نتائج المفكرة البصرية الفضائية

المفكرة البصرية الفضائية		الاختبار
النسبة المئوية	النقاط	الحالات
1.38%	1	1
47.22%	34	2
47.22%	34	3
25%	18	4
55.55%	40	5
38.88%	28	6
4.16%	3	7

8	1	1.38%
9	14	19.44%
10	9	12.5%
11	2	2.77%
12	42	58.33%
13	5	6.94%
14	4	5.55%

التحليل الكمي:

من خلال النتائج المعروضة في الجدول رقم (19)، يظهر هناك تباين في نتائج أفراد عينة الدراسة على اختبار المفكرة البصرية الفضائية، فهناك ما هو مقبول أو أقرب نوعاً ما ويتعلق الأمر بنتائج الحالات (2، 3، 5، 6، 12)، بينما تراوحت نتائج بقية الحالات بين 1 و 18 ما يعادل نسبة 1.38% و 25%، حيث مثلت كل من الحالة (1، و 8) النتيجة الأدنى، من جهة أخرى مثلت الحالتين (5، و 12) النتائج الأعلى.

التحليل الكيفي:

انطلاقاً من نتائج الحالات في الأداء على اختبار المفكرة البصرية الفضائية يتضح أن هناك ما هو مقبول، بينما يظهر ضعف لدى الآخرين من مرضى المصابين بالفصام في المفكرة البصرية

الفضائية، ذلك المكون المسؤول عن الحفاظ على المعلومات المكانية والبصرية بالإضافة إلى تكوين الصور الذهنية ومعالجتها.

وفقاً لـ **Lee و Park (2005)** اللذان أجريا أول تحليل يبحث في الذاكرة العاملة في مرض الفصام، وجدوا أنّ الاضطرابات موجودة بغض النظر عن طريقة المهمة (لفظية- أو بصرية)، مما يشير إلى أنّ العمليات المعرفية العامة اللازمة لتحقيق هذا النوع من المهام تتأثر لدى المرضى (مرضى الفصام).

على الرغم من أنّ حجم التأثير متسق مع الطريقتين اللفظية- والبصرية فإنّ الذاكرة العاملة البصرية الفضائية تعرض معاملات توضح أن التأثير أكثر قوة، بمعنى أنّ الذاكرة العاملة البصرية الفضائية أكثر تأثراً في مرض الفصام.

من الناحية النفسية العصبية تم ربط ضعف المفكرة البصرية الفضائية بخلل في الدماغ، حيث توصلت دراسات **Hell وآخرون (1999)** بالتصوير الدماغي أن المرضى الفصاميين يعانون من عدم كفاءة وظائف النظام قبل الجبهي من الدماغ، في حين أشارت الدراسات البنائية إلى الاضطراب في القشرة ما قبل الجبهية مع الاضطراب في ترتيب وكثافة الخلايا فيها، بالإضافة لوجود تغيرات في وظيفة مستقبلات الدوبامين وأنظمة السيروتونين التي قد تؤدي دوراً مهماً في اضطراب المكون المكاني- البصري للذاكرة العاملة لدى مرضى الفصام.

(3) عرض وتحليل نتائج الإنتاج السري:

الإنتاج السري بدون اسناد:

الجدول رقم (20): نتائج الإنتاج السري بدون اسناد

المجموع	/ʔsəqla/	/ʔstop/	/ʔsəlq/	/brijet ʔhob/	/ʔlxəffa/	/rəmdan/	/la faen/	/tmaenja mars/	القصص الحالات
16	3	3	1	2	2	3	0	2	1
21	3	3	3	3	3	3	2	1	2
22	4	4	4	2	3	2	2	1	3
24	3	3	4	3	3	3	3	2	4
25	3	4	4	3	3	3	2	3	5
22	2	3	4	3	3	3	2	2	6
15	2	1	3	2	1	2	2	2	7
3	0	1	1	0	1	0	0	0	8

5	1	0	2	1	0	0	0	1	9
24	3	3	3	1	3	4	3	4	10
3	0	1	0	1	0	0	1	0	11
26	3	3	4	3	4	3	2	4	12
21	3	3	3	1	3	3	2	3	13
1	0	0	0	0	0	1	0	0	14

التحليل الكمي:

من خلال النتائج المعروضة في الجدول رقم (20) يظهر تباين في النتائج بين ما هو جيد ويتعلق الأمر بكل من الحالة (4، 5، 10، 12) حيث تمكنو من الإجابة على أغلب عناصر القصة في كل القصص، لتليها نتائج كل من الحالة (2، 3، 6، 13) الذين كانت نتائجهم قريبة من المتوسط حيث تمكنت الحالتين 2، و 13 على سبيل المثال من الإجابة على 3 عناصر من أصل 6 في كل قصة، كما وصلت الحالة 6 و 3 للإجابة على أربع عناصر. بالنظر إلى نتائج نفس الجدول يظهر ضعف لدى كل من الحالة الأولى والسابعة، وضعف شديد لدى كل من الحالة (8، 9، 11، 14) حيث لم تتعدى نتائجهم الإجابة على عنصرين فقط في كل قصة.

التحليل الكيفي:

انطلاقاً من ما تم عرضه من نتائج في الجدول رقم (20)، وبناءً على تحليل مدونات أفراد عينة الدراسة في الإنتاج السردي بدون إسناد من خلال قصص مخالفة للمألوف، تم جمع أهم خصائص السرد لدى هذه الفئة كالتالي:

هناك تباين في مدونات أفراد عينة الدراسة فيما بينهم في نتائج الإنتاج السردي بدون اسناد، كما لوحظ تباين في سرد القصص من قصة لأخرى لدى الحالة نفسها.

لوحظ لدى بعض الحالات تقديم إنتاج سردي بدون اسناد مقبول، ويتعلق الأمر بالحالة 12 في كل من قصة /?lxaʔfa/، /?tmænja mars/، /?salq/، /?saqla/، والحالة 5 في كل من قصة /?salq/، و/?stop/، والحالة 4 في قصة /?brijat ?lhob/، وقصة /?lxaʔfa/، وقصة /?salq/، بالإضافة إلى الحالة 10 في قصة /?tmænja mars/، والحالة 6 في قصة /?salq/، والحالة 3 في قصة /?saqla/، حيث تضمن سردهم أغلب عناصر القصة (الشخصيات، الموضوع، الأحداث، والاطار الزمني والمكاني) بالرغم من اختصار القصة في بعض الأحيان، بالإضافة إلى المحافظة على تسلسل الأحداث و اعتماد جمل صحيحة تركيبياً واستخدام الضمائر والنهايات الصرفية بشكل صحيح بالإضافة إلى اعتماد أدوات العطف وحروف الجر وغيرها في شكل يحقق الاتساق والانسجام.

من جهة أخرى نجد بعض الحالات قدموا إنتاج سردي تخلّلتها بعض الاضطرابات اللغوية في بعض القصص، كالتحولات [lesParaphasies] الصوتية، الدلالية، المعجمية، التي ظهرت في الإنتاج السردي لبعض الحالات، كالحالة 1 في قصة /?saqla/ ظهرت تحولات معجمية حيث انتجت

كلمات من المعجم غير موجودة في القصة مثل /ʃabət/، /ʃawəd/، كما أنتجت الحالة 2 تحولات صوتية تمثلت في الابدال والحذف ويظهر ذلك في قصة /tmænja mars/ أين أنتجت /jħawəs/ بدل /jħawəs/ وكلمة /bən/ بدل /mən/ في قصة /ʔlxaṭfa/، من جهتها أنتجت الحالة 3 تحولات دلالية دلالية في كلمة /jəftar/ بدل /jəfrəb/ وتحولات صوتية تمثلت في الحذف في كلمة /gād/ بدل /gəbəd/ في قصة /ramdan/ وكلمة /borğ majəl/ بدل /borğ/ mnajəl في قصة /ʔstop/، وظهرت لدى الحالة 4 تحولات معجمية حيث أنتجت كلمة من المعجم ليس لها علاقة بمحتوى القصة /tərqud/ في قصة /tmænja mars/، بينما أنتجت الحالة 11 تحولات دلالية في قصة /brijat ʔlhob/ حين أنتجت كلمة /ʔʃərt/، كما أنتجت الحالة 13 تحولات صوتية تمثلت في الابدال /rijəf/ بدل /rəwəf/ وتحولات دلالية /sərqu:ha/ بدل /xəṭfu:ha/، بالإضافة إلى الحالة 14 في قصة /tmænja mars/ أنتجت تحولات لفظية دلالية /ʃtīh/ وتحولات معجمية /xuṭba/ في قصة /ʔsaqla/، كما أنتجت تحولات صوتية تمثلت في الابدال /səlk/ في قصة /ʔsalq/، ويرجع هذا إلى ضعف تدفق المعلومات بين النظام المعجمي والدلالي، الذي أدى بدوره إلى اضطراب مراحل التخطيط الفونولوجي حسب نموذج Sam (2017).

نلاحظ لدى الحالات استخدام الكلمات المخترعة [Néologisme] يتعلق الأمر بالإنتاج السردي للحالة 9 في قصة /brijat ʔlhob/ حيث أنتجت كلمة /taʔil/، والحالة 3 في قصة /tmænja mars/ أنتجت كلمة /traṭu:n/، والحالة 2 في قصة /ʔsaqla/ أنتجت كلمة /fərhat/، كما أنتجت الحالة 14 في قصة /ʔsaqla/ كلمة /rasu:/، وكلمة /bija/ في قصة /ʔstop/، ويعود

انتاج الكلمات المخترعة [Néologisme] إلى صعوبات في تنشيط الرموز الفونولوجية على مستوى النظام المعجمي الذي يتضمن التشفير الفونولوجي للكلمات.

ظهور العديد من الفواصل (les pauses) من نوع، /ʔah ʔə ʔə/، /ʔa: ʔa: ʔ ʔ/، /ʔam /، /mə mə ʔa:h/، ويتعلق الأمر بإنتاج كل الحالات عدا الحالة (14)، ولقد ظهرت بكثرة تقريبا أثناء سرد كل القصص لدى كل من الحالة (13، 6، 11)، وبدرجة أقل لدى الحالات (2، 3، 4، 8، 7)، كما ظهرت بشكل طفيف في الإنتاج السردى لدى الحالات (5، 1، 9، 10، 12)، كما ظهرت بعض الأعراض مثل التوقف المفاجئ والمتكرر أثناء السرد الذي مسّ سرد كل من الحالة (7، 8، 9، 11، 13)، ولقد ميّز بشكل أخص سرد الحالة (9) أين ظهر في كل القصص وبكثرة، وأحيانا يكون التوقف بين كل كلمة وأخرى، مما جعل السرد مجزأ ودون روابط وكأنه كلام برقي أو تلغرافي.

كما ميّز السرد لدى هذه الحالات فترات صمت ظهرت بشكل غير متساو، قصيرة إلى متوسطة وأحيانا طويلة نسبيا، وإطالة فترة الإجابة، وتأخر الاستدعاء، من جهة أخرى ظهر على سرد معظم الحالات التكرار كمحاولة لتسهيل عملية الاستدعاء التي كانت ناجحة أحيانا، كما لوحظ لديهم عرض نسيان أو خطأ في ذكر الشخصيات وأسمائها، إضافة إلى استعمال عبارات غير دقيقة مثل /laxor/، /ʔlwasmu/، /wəhdaxor/، /hadak/ للتعبير عن شخصيات أو أماكن أو أشياء، وكل هذه الأعراض سالفه الذكر تعبر عن نقص الكلمة لدى الحالات، الناتجة عن صعوبات النفاذ للنظام المعجمي أو النفاذ للنظام الدلالي أو كلاهما، والتي قد ترتبط باضطراب الذاكرة العاملة حيث لا يمكن للحالات إيجاد واسترجاع الكلمات من الذاكرة من أجل التعبير عنها في لحظة معينة، لاسيما أنّ نتائج الحالات كانت ضعيفة على مستوى الذاكرة العاملة.

كما لجأت بعض الحالات لاستخدام استراتيجيات التخفيف عن الاضطراب المتمثلة في الإحاطة (Circonlocution) أو (Périphrases) التي تظهر في تقديم تعريف أو استعمال ما يسمى بجمل الشرح في العديد من القصص للتخفيف من عجز الوصول إلى الصيغة الصحيحة نذكر مثال عن ذلك قول الحالة 4 في قصة /ʔstop/، العبارة /fi plaša maʃi darhu:m/، والمقصود هو //sab ruhu fi borğ bu ʃiririğ bu/، للإشارة إلى وصول سعيد إلى المكان الخطأ، بالإضافة إلى الحالة 2 في قصة /ʔsalq/ أين أشارت إلى باب المنزل بدل قول عندما رجع إلى المنزل كما هو موضح في العبارة التالية /wʃəl ləlbab bəl qufa/، والمقصود هو /ki wəla ləddar/، وإنتاج الحالة 8 في قصة /tmænja mars/ أنتجت /li fə lmarʔa/ يقصد بذلك jum tmænja /mars/، كما نجد لدى بعض الحالات استعمال استراتيجية المقاربة الفونيمية (Approches phonémiques)، التي تعزز التنشيط على مستوى معجم الخروج حتى بلوغ عتبة انتاج الكلمة الهدف ويتعلق الامر بإنتاج الحالة 1 /lə l l lhafla/ في قصة /tmænja mars/، و /jə ja / الجا في قصة /ʔstop/، الحالة 3 /lə la la ljo lju ljum/ و /lə la l l lyna/ في قصة /tmænja mars/، الحالة 4 /watʃ wğahha/ في قصة /ʔlxaʔfa/، الحالة 6 /da da də d /، الحالة 12 /fa ʔa ʔa fadzjər/ في قصة /ʔstop/، ولقد نجحت الحالات في الوصول إلى الكلمة الهدف، بينما لم تنجح الحالات الأخرى مثل الحالة 13 في الوصول إلى الهدف ويظهر ذلك في انتاجها /rka: rakbu:/ في قصة /ʔstop/، / faði / في قصة /tmænja mars/، /j ja j/، /ma ma m mə/ في قصة /ʔsaqla/، بالإضافة إلى استراتيجية التعديل أو النمذجة، حيث نجد بعض الحالات اعتمدوا التصحيح الذاتي الذي يعكس سلامة العملية الانتباهية الانتقائية السمعية، والمراقبة الذاتية التي مكنتهم من اكتشاف أخطائهم

التي سرعان ما يقومون بتصحيحها، ويتعلق الأمر بالحالة 10 أين قامت بالتصحيح الذاتي في /twəgəd la la la lætu:r.... ɬabla/ في قصة /ramdan/، انتاج الحالة 4 في قصة /tmænja mars/ أين أشارت لضرورة تصحيح الخطأ حيث قالت / hdi mən qbəl /، كما قامت الحالة 2 بالتصحيح كالتالي /faɬima ʔa: faɬila/ في قصة /normalmu nqulha/، والتصحيح على النحو التالي /brijat ʔlhob/ /ʃæf wlad wladu: jəɬaħku ʔa: ʔa ʃæf /، وفي قصة /ʔsalq/، كما قامت الحالة 6 بالتصحيح الذاتي في قصة /ʔlxatfa/ بالطريقة التالية /ki dəxlət nəhawəha..... darulha qbəl ʃkara/، ومن بين استراتيجيات التعديل نجد لجوء الحالات لسؤال الفاحص مثل انتاج الحالة 7 /wasmu:ʔ/، في قصة /ʔsalq/ .

وفي ذات السياق من الأفكار، وفيما يتعلق بتحقيق عنصري الاتساق والانسجام في السرد، وانطلاقاً من نتائج أفراد عينة الدراسة وتحليل مدونات الحالات، يتبين هناك اختلافات في سرد الحالات فهناك ما حقق عنصري الاتساق والانسجام، حيث تم الحفاظ على مكونات القصة بالإضافة إلى مراعاة التسلسل في سرد أحداث القصة مما جعلها مفهومة لدى السامع ومنسجمة، بالإضافة إلى التنوع في استعمال أدوات العطف وحروف الجر، ظروف الزمان والمكان، الصفات والضمائر وغيرها في شكل يضمن اتساق السرد، ويتعلق الأمر بالإنتاج السردى للحالات 3 في قصة /ʔsəqla/، الحالة 4 في قصة /ʔsəlq/، الحالة 5 في قصة /ʔstop/ و /ʔsəlq/، 10 في قصة /tmænja mars/، والحالة 12 في قصة /ʔlxatfa/.

في ذات التوجه وفيما يتعلق بتحقيق الاتساق والانسجام في الإنتاج السردى للحالات لاحظنا أنّ بعض القصص تبدأ بطريقة جيدة في شكل متسلسل ومتسق لكن في المراحل النهائية لسرد القصة

تظهر الانزلاقات، أين يحدث خلط في تسلسل الأحداث كما يظهر على الحالات ضياع وفقدان السيطرة وصعوبة المحافظة على التسلسل السابق مما يجعل نهاية القصة غير واضحة وغير مفهومة، بالإضافة إلى تشويه نهاية القصة أحيانا أو عدم اكمالها، الأمر الذي يؤثر على الانسجام العام للقصة. ويتعلق الأمر بإنتاج الحالة 4 في قصة /rəmdan/، أين خرجت عن الموضوع في نهاية القصة، ولم تكمل سرد قصة /la fæn/، نفس الوضع بالنسبة لسرد الحالة 6 في قصتي /tmænja mars/ و /ʔlxətfə/، كما لم تتمكن الحالة 2 من الحفاظ على تسلسل أحداث القصص مما أدى على تشويهها ويتعلق الأمر بكل من قصة /ʔsəlq/ و /ʔlxətfə/ وقد يرجع ذلك إلى الحمل العالي على الذاكرة العاملة لدى هذه الحالات، مما أدى بدوره إلى صعوبة المحافظة على انتقائية الانتباه وضعف قدرات الكف.

من جهة أخرى تميز السرد لدى بعض الحالات لبعض القصص بكونه عبارة عن جمل مبعثرة لا تحترم قواعد التسلسل والترتيب لأحداث القصة مما جعلها غير مفهومة تماما، مع الغياب التام للعناصر المكونة للقصة ومخالفة لما تم تقديمه من طرف الفاحص، كما أنها تبدو غير مترابطة فيما بينها وفقر شديد في استعمال العلامات اللغوية التي تربط الجملة إلى الجملة وهذا ما يؤثر على الاتساق والانسجام، ويتعلق الأمر بإنتاج الحالة 9 التي تميز سردها باختصار القصص في بضع كلمات غير مترابطة فيما بينها، مع الكثير من التوقيفات، غياب أسماء الشخصيات، غياب تام لعنصر الزمان والمكان، اختصار القصص وحذف العديد من الأحداث في مما جعلها تبدو مخالفة لما تم تقديمه من طرف الفاحص، أما بخصوص إنتاج الحالة 8 تميز سردها بكثرة فترات الصمت المتوسطة على الطويلة نسبيا، بالإضافة إلى غياب الشخصيات في أغلب القصص، وغياب كلي لعنصر الزمان والمكان في كل القصص، مع حذف كبير للأحداث وتشويه القصص

من خلال إضافة أحداث للقصة وأحيانا الخروج عن موضوع القصة والدخول في أحد مواضيعه المفضلة، ففي قصة /ʔlxəʔfa/ مثلا، قام بسرد القصة وكأن الحادثة تتعلق بخيانة زوجته له وذهابها مع رجل تعرفه في السيارة وقامت بخيانتة في الغابة، بالإضافة إلى الكلام الجانبي [ثرثرة] والمبهم غير المنطقي أحيانا. وفي ذات السياق نجد سرد الحالة 11 الذي تميز بتشويه كبير للقصص التي تم سردها من قبل الفاحص، مع غياب الشخصيات الرئيسية، غياب عنصر الزمان والمكان، خروج عن الموضوع وكثرة الحديث عن المال في أغلب القصص مثل قصة /tmænja/ /ʔʃfərt ʔʃfərt ʔa: ʔdrahəm/ /brijət ʔlhob/ وقصة /ʃandhum drahəm/ mars/ وفي قصة /ʔlxəʔfa/ /kajən drahəm/، كما تميز سرد القصص بكثرة الكلام الجانبي، الكلام المبهم [تمتمة] وغالبا ما يلاحظ غياب الموضوع، وعلى الرغم من استعمال الحالة لجمل صحيحة نحويا لكن بالنظر إلى المحتوى العام للقصة نلمس فقدان لعنصري الاتساق والانسجام. وبالنسبة للحالة 14 تميز انتاجها السردى بفقر شديد، حيث اقتصر سرد القصص على بعض الكلمات البسيطة غير المترابطة بينها، غياب الموضوع في أغلب القصص، غياب أغلب عناصر القصة، خلط بين القصص قصة /ʔsəqla/ مع قصة /rəmdan/، تكرار لكلمة الساعة في كل القصص مثل قصة /rəmdan/ /lkorsi ma ǧəʃ ʔssəʃa lbəb/ قصة /tmænja mars/ /waf/ /ʔsaʃa nəʃ saʃa /la ʃən/ قصة /raki ddiri hna saʃa tǧi fiha bərra/ النمطية لدى الحالة، عموما وبالنظر إلى سرد الحالات نلاحظ غياب عنصري الاتساق والانسجام مما يصعب فهم السرد وتحقيق وظيفته التفاعلية.

أما بخصوص اكتشاف المخالف للمألوف، نجد أن أغلب الحالات لم يتمكنوا من اكتشاف المخالف للمألوف عدا الحالة 7 في قصة /brijət ʔlhob/، kifəʃ məxʔoba w xʔəbha w

/brijət /qəblət ?! /rəmdan/ /šajəm w jəfrab frab !!! والحالة 10 في قصة

/ʔhob/ ʔhob/، //w xtibha kifəh hadi ma tədxolf rasi، ويرجع عدم قدرة الحالات على

اكتشاف المخالف للمألوف إلى انهيار القدرات الكفّية للمنفذ المركزي وصعوبات المحافظة على

تركيز وانتقائية الانتباه في ظل الحمل العالي على الذاكرة العاملة المضطربة لدى هذه الحالات.

تحليل الإنتاج السري بالإسناد:

الجدول رقم (21): نتائج الإنتاج السري بالإسناد

المجموع	/ʔsəqla/	/ʔstop/	/ʔsəlq/	/brijət ʔhob/	/ʔlxəffa/	/rəmdan/	/la fəen/	/tmaenja mars/	القصص الحالات
19	3	3	2	2	2	3	3	1	1
22	3	3	4	3	3	3	2	1	2
23	4	3	4	2	3	2	2	3	3
26	3	3	4	3	3	3	3	4	4
24	3	4	4	4	2	3	1	3	5
22	2	3	4	3	2	3	2	3	6

22	2	3	4	3	2	3	2	3	7
09	3	1	1	0	1	2	1	0	8
08	1	1	1	1	1	1	1	1	9
21	3	2	3	4	2	2	3	2	10
04	1	1	0	1	0	0	0	1	11
24	3	3	4	2	4	3	1	4	12
22	3	3	3	2	3	3	2	3	13
03	0	0	1	0	0	1	0	1	14

التحليل الكمي:

انطلاقاً من النتائج المعروضة في الجدول أعلاه يتبين أن أغلب أفراد عينة الدراسة تركزت نتائجهم بين القريب من المتوسط والجيد في اختبار السرد بالإسناد، فبالنظر إلى معطيات الجدول نجد أن كل من الحالة (4، 5، 12) تمكنوا من الإجابة على ما يعادل 3 إلى 4 إجابات في كل قصة ممثلين بذلك أحسن نتيجة، لتليها نتائج الحالات (2، 3، 6، 7، 10، 13) الذين تراوحت نتائجهم بين 1 و 4 لكل قصة مما جعل نتائجهم قريبة من المتوسط، من ثم نلاحظ أن الحالة الأولى كانت نتائجها ضعيفة نوعاً ما، وفي الأخير نلاحظ أن نتائج الحالات (8، 9، 11، 14) لم تتعدى إجابة أو إجابتين، بالتالي كانت هي الأضعف بين كل الحالات.

تحليل الإنتاج السردي بالإسناد:

انطلاقاً من ما تم عرضه من نتائج في الجدول رقم (21)، وبناءً على تحليل مدونات أفراد عينة الدراسة في الإنتاج السري بالإسناد من خلال قصص مخالفة للمألوف، تم جمع أهم خصائص السرد لدى هذه الفئة كالتالي:

تميز الإنتاج السري بالإسناد لحالات المرضى المصابين بالفصام، انطلاقاً من تحليل المدونات بالتباين الكبير بين الحالات، والتباين في إنتاج الحالة نفسها من قصة لأخرى، كما ظهر على سردهم بعض الاضطرابات اللغوية، كالتحولات [lesParaphasies] التي ظهرت في الإنتاج السري لكل من الحالة 1 في قصة /ramdan/ ظهرت تحولات لفظية دلالية في قولها twəğəd /lmakla/ عوض /twağəd tɒbla/، كما ظهر نفس النوع من التحولات في قصة /ʔsalq/ في قولها /sman/ عوض /ʃhih/، كما أنتجت تحولات صوتية تمثلت في الابدال في قصة /brijat /ʔlhob/ في قولها /rah/ بدل /raħ/، والحذف في قصة /ramdan/ في قولها /mʕa/ عوض /mʕah/، من جهتها أنتجت الحالة 2 تحولات صوتية تمثلت في التشويه في قولها /qfarmu/ بدل /tfahmu/ في قصة /ʔlxaʔfa/، في حين أنتجت الحالة 3 تحولات دلالية في قصة /tmænja mars/ من خلال إنتاج عبارة /moʔrib təʔ sijasa/ بدل /rağəl taʕ lhizb/، وظهرت التحولات الدلالية لدى الحالة 4 هي الأخرى في إنتاج كلمة /fəl ɡamiʕa/ في قصة /ʔstop/، والحالة 05 هي الأخرى ظهرت لديها تحولات لفظية دلالية في كل من قصة /tmænja mars/ حيث أنتجت كلمة /mohariğin/ للإشارة إلى /grup ntəʕ ləyna/، وفي قصة /ʔstop/ أنتجت كلمة /taksijur/ للإشارة إلى سائق السيارة، وكلمة /səʕfa/ التي تعني /qufa/ للإشارة إلى /saʕe/ في قصة /ramdan/، كما أنتجت الحالة 9 تحولات دلالية في قصة

/ramdan/ في قولها /twəgəd sərdin/، بالإضافة إلى الحالة 10 أنتجت كلمة /ləftur/ بدل /tabla/، من جهة أخرى أنتجت الحالة 12 تحولات صوتية تمثلت في الابدال /waḥ/ عوض /rah/ في قصة /la fæn/، كما أنتجت تحولات دلالية /təftah/ /tyəni/ /tʃajət/ في قصة /tmænja mars/، والحالة 14 أنتجت تحولات صوتية من نوع ابدال /səl/ عوض /səlq/ و التشوية في كلمة /fizju/ عوض /la tele/ في قصة /ʔsalq/، ويرجع هذا إلى ضعف تدفق المعلومات بين النظام الدلالي والمعجمي، مما يدل على اضطراب مراحل التخطيط الفونولوجي حسب نموذج Sam (2017)، كما نلاحظ لدى الحالات استخدام الكلمات المخترعة [Néologisme] يتعلق الأمر بالحالة 3 في قصة /tmænja mars/ أنتجت كلمة /həbdlu/، والحالة 7 في قصة /ʔlxatfa/ أنتجت كلمة /qatku:/ وكلمة /tkal/ في قصة /brijat /ʔlhob/، كما أنتجت الحالة 8 في قصة /brijat ʔlhob/ كلمة /zusaj/، في حين أنتجت الحالة 11 كلمة /ʔiḥa/ في قصة /tmænja mars/، بينما أنتجت الحالة 12 كلمة /ʔlqəst/ في قصة /ʔsaqla/ و أنتجت الحالة 14 كلمة /bija/ في قصة /ʔstop/، ويعود انتاج الكلمات المخترعة [Néologisme] إلى صعوبات في تنشيط الرموز الفونولوجية على مستوى النظام المعجمي الذي يتضمن التشفير الفونولوجي للكلمات.

لوحظ ظهور العديد من الفواصل (Les pauses) من نوع /ʔa: ʔa: ʔ ʔ/، /ʔam mə mə / و يتعلق الأمر بإنتاج كل من الحالات عدا الحالتين (9، 14)، ولقد ظهرت بكثرة لدى كل من الحالة (6، 7، 13)، وبدرجة أقل لدى الحالات (2، 3، 4، 8، 10، 11، 12)، كما ظهرت بشكل طفيف في الإنتاج السردى لكل من الحالتين (1، 5)، ويعتبر التوقف المفاجئ والمتكرر أثناء السرد من بين أكثر الأعراض التي مسّت سرد كل من الحالة (7، 8، 9، 11)، وظهر بدرجة أقل

لدى الحالات (2، 4، 5، 6، 13) كما ظهرت فترات صمت طويلة نسبياً عرقلت تدفق إنتاج السرد مما جعله مجزأً، وقد ميزت فترات الصمت سرد كل من الحالة (7، 9، و 11) أين ظهرت في أغلب القصص، ما يعادل فترة صمت بين كل كلمة وأخرى مع إطالة فترة الإجابة، وتأخر الاستدعاء التي تشير إلى صعوبات النفاذ إلى المعجم، من جهة أخرى ظهر على سرد بعض الحالات التكرار كمحاولة لتسهيل عملية الاستدعاء، إضافة إلى استعمال عبارات غير دقيقة مثل /jwasi fiha/، /w haka w haka/، /təlfətli/، /ma nəfərəff/، /wəsmu/، والاشارة /hada/، /hadik/، /Øəmak/ للتعبير عن شخصيات أو أماكن أو أشياء، بالإضافة إلى نسيان أو الخطأ في ذكر شخصيات القصص، ويتعلق الأمر خاصة بسرد كل من الحالة (8، 9، 6، 11) وكل هذه الأعراض المذكورة آنفا تعبر عن نقص الكلمة لدى الحالات، الناتجة عن خلل على مستوى النفاذ للنظام المعجمي والنفاذ للنظام الدلالي حسب نموذج **Sam 2017** واضطراب الذاكرة العاملة لديهم خاصة المنفذ المركزي الذي يعنى بتنشيط المعلومات في الذاكرة طويلة المدى و تفعيل (استرجاع ومعالجة) المعلومات في الذاكرة طويلة المدى من خلال إدارة مرور المعلومات بين الأنظمة الفرعية والذاكرة طويلة المدى.

وللتخفيف من الاضطراب لجأت الحالات لبعض الاستراتيجيات كالإحاطة (Circonlocution) أو (Périphrases) التي ظهرت لدى الحالة 4 في قصة /ʔstop/، في عبارة /fi plaša maʔi/، /darhu:m/، والمقصود هو /sab ruħu fi borğ bu ʔririğ/، للإشارة إلى وصول سعيد إلى المكان الخطأ، وعبارة /ʔid lmarʔa/ في قصة /tmænja mars/ للإشارة لـ /jum tmænja mars/، كما أشارت الحالة 2 لنفس العبارة في قصة /tmænja mars/ بـ /ljawm lʔalami lil marʔa/، وإنتاج الحالة 8 /li fə lmarʔa/ يقصد بذلك /jum tmænja mars/ في قصة

Approches) /tmænja mars/، كما تم ملاحظة استعمال استراتيجية المقاربة الفونيمية (phonémiques)، التي تعزز التنشيط على مستوى معجم الخروج حتى بلوغ عتبة انتاج الكلمة الهدف ويتعلق الامر بإنتاج الحالة 1 /tə tə ta/ في قصة /ramdan/، و /jə jə ja/ في قصة /la fæn/ حيث لم تنجح في الوصول إلى الكلمة الهدف، بينما نجحت في انتاج /jə jə j jækul/ في قصة /ʔsalq/، كما انتجت الحالة 3 /lə la l l/ في قصة /tmænja mars/ التي لم تنجح هي الاخرى، وأنتجت الحالة 4 /j jə jə jəxtubəlhum/ في قصة /tmænja mars/، الحالة /fə lə l l l faktu:r/ 10 في قصة /brijat ʔlhob/.... وغيرها من الإنتاج السردى لقصص الحالات التي لم تنجح أغلبها في الوصول إلى الكلمة الهدف على الرغم من وجود الداعم البصري، الذي يرجع إلى ضعف كفاءة التنسيق بين المهمات المزدوجة التي يقوم بها المنفذ المركزي. كما لجأت الحالات إلى استراتيجية التعديل أو النمذجة، حيث نجد البعض منهم اعتمدوا التصحيح الذاتي الذي يعكس سلامة العملية الانتباهية الانتقائية السمعية، والمراقبة الذاتية التي مكنتهم من اكتشاف أخطائهم التي سرعان ما يقومون بتصحيحها، ويتعلق الأمر بالحالة 6 أين قامت بالتصحيح الذاتي في قصة /brijat ʔlhob/ في قولها /lqatu xṭibha.... l faktur ǧabəlha/ والحالة 7 في قصة /ʔstop/ في قولها /borǧ bu ʕririǧ ʔa/، والحالة 8 /borǧ mnæjəl/، ومن بين استراتيجيات التعديل نجد سؤال الفاحص مثل انتاج الحالة 4 /hadi/ في قصة /ʔlhob brijat/، والحالة 9 في قصة /ʔlxəʔfa/ في قولها /hna waʕ/، والحالة 10 /lazəm nqul/، وإنتاج الحالة 10 /ʔəmbaʕd waʕ jdir ʔ/، /rajha lədar ʔ/، /jdir ʔ/، /saʕa ʔ/ في قصة /rəmdan/... وغيرها.

من جهة أخرى وفيما يتعلق بتحقيق عنصري الاتساق والانسجام في السرد، وانطلاقاً من نتائج أفراد عينة الدراسة وتحليل مدونات الحالات، يتبين هناك اختلافات في سرد الحالات فهناك ما حقق عنصري الاتساق والانسجام، حيث تم الحفاظ على مكونات القصة بالإضافة إلى مراعاة التسلسل في سرد أحداث القصة مما جعلها مفهومة لدى السامع ومنسجمة، بالإضافة إلى التنوع في استعمال أدوات العطف وحروف الجر، ظروف الزمان والمكان، الصفات والضمائر وغيرها في شكل يضمن اتساق السرد، ويتعلق الأمر بالإنتاج السري للحالات 4 و 5 في قصة /ʔsəlq/، والحالة 12 في قصة /ʔlxəʔfa/.

في المقابل عرف سرد بعض الحالات لبعض القصص بداية جيدة في شكل متسلسل ومتسق بينما بدا ظهور الانزلاقات في المراحل النهائية لسرد القصة، أين يحدث خلط في تسلسل الأحداث كما يظهر على الحالات ضياع وفقدان السيطرة وصعوبة المحافظة على التسلسل السابق مما يجعل نهاية القصة غير واضحة وغير مفهومة، بالإضافة إلى تشويه نهاية القصة أحيانا أو عدم اكمالها، الأمر الذي يؤثر على الانسجام العام للقصة. ويتعلق الأمر بإنتاج الحالة 2 في قصة /rəmdan/، أين خرجت عن الموضوع في نهاية القصة، بالإضافة إلى انزلاق في نهاية قصة /tmænja mars/، كما أنّ سرد الحالة 6 تميز بفقدان المحافظة على تسلسل الأحداث في نهاية كل من قصة /la fæn/ و /tmænja mars/، إضافة على عدم اكمال هذه الأخيرة، كما تم تشويه نهاية قصة /rəmdan/ وعدم اكمالها، والحالة 8 هي الأخرى لم تستطع المحافظة على تسلسل أحداث بعض القصص مما أدى على تشويهها وصعوبة اكمالها، ويتعلق الأمر بكل من قصة /rəmdan/ و /tmænja mars/، وقد يرجع ذلك إلى ضعف الذاكرة العاملة لدى الحالات مما جعل المحافظة على التسلسل السابق أمر صعب بالتالي يحدث تشويه للقصة أو عدم اكمالها.

من جهة أخرى تميز السرد لدى بعض الحالات لبعض القصص بكونه عبارة عن وصف للصور في جمل مبعثرة لا تحترم قواعد التسلسل والترتيب لأحداث القصة مما جعلها غير مفهومة تماماً، مع الغياب التام للعناصر المكونة للقصة ومخالفة ما تم تقديمه من طرف الفاحص، كما أنها تبدو غير مترابطة فيما بينها وكثرة الإشارة إضافة إلى الفقر الشديد في استعمال العلامات اللغوية التي تربط الجملة إلى الجملة، وهذا ما يؤثر على الاتساق والانسجام، ويتعلق الأمر بإنتاج الحالة 14 التي تميز سردها بوصف الصور في بضع كلمات غير مترابطة فيما بينها، غياب أسماء الشخصيات، غياب تام لعنصر الزمان والمكان، اختصار القصص وحذف العديد من الأحداث، مما جعلها تبدو مخالفة لما تم تقديمه من طرف الفاحص، أما بخصوص إنتاج الحالة 8 تميز سردها بوصف للصور في جمل غير مترابطة وفترات صمت متوسطة إلى طويلة نسبياً، بالإضافة إلى غياب الشخصيات في أغلب القصص، وغياب كلي لعنصر الزمان والمكان في كل القصص، مع حذف كبير للأحداث وتشويه القصص من خلال إضافة أحداث للقصة وأحياناً الخروج عن موضوع القصة والدخول في موضوع آخر ويتعلق الأمر بإنتاج الحالة في قصة /?lxəʔfa/ أين قام بسرد القصة وكأنها تتعلق بحادثة خيانة زوجته له ويظهر ذلك في قوله /rahət mʕa ʃahəbha/ إلى إنتاج بعض التعليقات عن الموضوع- موضوع الخيانة- وفي ذات السياق ميّز سرد الحالة 11 تشويه كبير للقصص التي تم سردها من قبل الفاحص، مع غياب الشخصيات الرئيسية، غياب عنصر الزمان والمكان، خروج عن الموضوع والحديث عن أحد موضوعاته المفضلة بالإضافة إلى تعدد المواضيع في القصة الواحدة، ففي قصة /tmænja mars/ لاحظنا تعدد المواضيع عند الحالة والانتقال من موضوع لآخر ففي البداية تحدث عن رئيس الجمهورية في قوله hada /?rraʔis/، ثم انتقل للحديث عن حفل للمرأة وعن المال، بعدها عن النادي الرياضي لشبيبة

القبائل JSK /ʃandhum rǧæl w ʃandhum drahəm ǧijaska/، ثم كأس العالم /ddina
/lakup dimond ʃandna la kup dimond/، كثرة الكلام الجانبي، الكلام المبهم [تمتمة]
وعلى الرغم من استعمال الحالة لجمل صحيحة نحويًا لكن بالنظر إلى المحتوى العام للقصة نلمس
فقدان لعنصري الاتساق والانسجام.

أمّا بخصوص اكتشاف المخالف للمألوف لاحظنا أن أغلب الحالات لم يتمكنوا من اكتشافه، ما عدا
الحالة 7 التي تمكنت من اكتشاف المخالف للمألوف في قصة /ʔlhob brijat/، /ʔlxəʔfa/،
/rəmdan/، بينما قامت الحالة 10 باكتشاف المخالف للمألوف في قصة /brijat/ /rəmdan/
/ʔlhob/، والحالة 3 في قصة /ʔlhob brijat/، وقد يرجع ذلك إلى اضطراب المنفذ المركزي،
وصعوبة المحافظة على العملية الانتباهية الانتقائية.

كحوصلة لتحليل مدونات لإنتاج السردى (بالاسناد وبدون اسناد) لمجموعة الدراسة وانطلاقاً من
الملاحظة العيادية، تميّز الإنتاج السردى بـ:

تباين في الإنتاج السردى للحالات، حيث نجد بعض الحالات قدموا سرداً جيداً مكتمل العناصر،
يراعي التسلسل في عرض الأحداث، واعتماد جمل صحيحة تركيبياً، إضافة إلى اعتماد أدوات
العطف وحروف الجر وغيرها في المقابل قدموا مستوى جيد في الأداء على الانتباه الانتقائي
والذاكرة العاملة، من جهة أخرى قدّمت الحالات التي تميز أدائها المعرفي في الانتباه الانتقائي
والذاكرة العاملة بالضعف الشديد إنتاج سردى مضطرب جداً وهذا ما يتوافق مع نتائج دراسة Allé
وآخرون (2016) التي تهدف إلى تقييم انسجام السرد لدى المرضى المصابين بالفصام، من
خلال الاعتماد على سرد قصص حياة المرضى لفهم طبيعة اضطرابات الهوية لديهم، وتوصلت
الدراسة إلى جملة من النتائج من بينها عدم التجانس في مستويات سرد القصص لدى المرضى

المصابين بالفصام، فالمرضى الذين يتمتعون بأداء معرفي أفضل أو شعور عال بالانسجام لديهم قصص حياة أكثر انسجاما تتوافق مع مستوى الانسجام لدى الأسوياء.

ميّز الإنتاج السردي ظهور التحولات [Les paraphasies] بمختلف أنواعها (الصوتية، الدلالية، المعجمية)، ولقد ميز ظهورها انتاج أغلب الحالات وهذا ما يوافق مع توصل إليه **Rochester** و **Martin (1979)** حيث يرى أن خطاب الفصامي مركب بشكل جيد من الناحية النحوية ولكنه يعطي انطباعا عاما عن المصطلحات غير المنطقية مثل حبسة فرنيكي، حيث يمكن أن تتضمن تحولات دلالية أي استبدال دلالي للكلمات والجمل، والميل إلى ربط الكلمات معا بناءا على العلاقات الفونولوجية أو الدلالية بدلا من موضوعات كاملة. في ذات السياق أشار **Guelfi** وآخرون (2021) في وصفهم لأعراض اضطراب اللغة لدى مرضى الفصام، أن اللغة لدى هؤلاء المرضى توصف أحيانا أنها منفصلة عن وظيفتها الأساسية المتمثلة في التواصل من خلال ظهور جملة من الأعراض بما في ذلك التحولات الصوتية للكلمات خاصة الكلمات الجديدة أو المستحدثة **Néologismes** التي قد يبدو استخدامها مميّزا أحيانا بل وحتى منظما، يمكن للشخص أن يظهر وكأنه غير مهتم بهذه التحولات.

عرف الإنتاج السردي لمجموعة الدراسة الحالية تسجيل انتاج الكلمات المخترعة **Néologismes**، وهذا ما أشارت إليه دراسة **Buck** و **Penn (2015)** حيث توصل إلى أن السرد لدى المرضى المصابون بالفصام عادة ما يكثر فيه استخدام الكلمات الجديدة او المخترعة **Néologismes**.

لوحظ في الإنتاج السردي للحالات كثرة ظهور الفواصل، وأحيانا التوقف المفاجئ للسرد، وفي هذا الصدد أشار كل من **Naudin و Granger (2019)** إلى إمكانية تلاشي قوة الخطاب لدى المريض المصاب بالفصام "تدرجيا" أو أن تتوقف في منتصف الجملة على شكل "حواجز". وهذا

ما يتوافق مع ما أشار إليه **Franck (2013)** في وصفه لأعراض الفصام أين أشار إلى التوقف المفاجئ وغير المبرر لسياق الخطاب ضمن الأعراض غير المنتظمة لمرض الفصام. كما تخلل الإنتاج السردى فترات صمت، إطالة زمن الإجابة وتأخر الاستدعاء، التكرار، نسيان أسماء الشخصيات، استعمال عبارات غير دقيقة، مما يشير لنقص الكلمة لدى الحالات.

في ذات السياق لوحظ في الإنتاج السردى لجوء بعض الحالات لاستراتيجيات التخفيف عن الاضطراب [Les stratégies palliatives]، التي تنوعت بين استعمال جمل الشرح، المقاربة الفونولوجية، التصحيح الذاتى، وأحيانا سؤال الفاحص، وهذا للتخفيف عن صعوبات إيجاد الكلمات المناسبة.

فيما يتعلق بتحقيق عنصرى الاتساق والانسجام اللذان يعتبران ضروريان في الإنتاج السردى لأي قصة، نلاحظ انطلاقا من تحليل مدونات الإنتاج السردى للحالات في مختلف القصص تباين وعدم تجانس بين الحالات، حيث نجد بعض الانتاجات السردية حققت عنصرى الاتساق والانسجام وهناك العكس، وقد يرتبط هذا بنتائج الجيدة في الأداء في كل من الانتباه الانتقائي والذاكرة العاملة والعكس، وهذا ما توصلت إليه دراسة **Allé و آخرون (2016)** التي تهدف إلى تقييم انسجام السرد لدى المرضى المصابين بالفصام، من خلال الاعتماد على سرد قصص حياة المرضى لفهم طبيعة اضطرابات الهوية لديهم، حيث اهتموا بتحليل قصص حياة المرضى والأشخاص الأسوياء مما سمح لهم التمييز بين ثلاثة أبعاد لانسجام قصص حياة المرضى: و يتعلق الأمر بالانسجام الزمني (الذي يعكس الفهم الزمني للسرد) الانسجام السببي الدافعي (الذي يعكس تطور هوية الراوي طوال السرد) والانسجام الموضوعي (يعكس ثبات الهوية من خلال التجارب المعيشية المختلفة)، وتوصلت النتائج إلى أن الانسجام الزمني انخفض قليلا في قصص المرضى، في المقابل هناك

ضعف شديد على مستوى الانسجام السببي الدافعي والترابط الموضوعي، حيث يواجه المرضى صعوبة في شرح كيف شكلت الأحداث الماضية هويتهم ودمج هذه الأحداث معا في سرد منسجم موضوعيا، ويرتبط العجز التنفيذي لدى المرضى بالصعوبة التي يواجهونها في بناء قصص منسجمة عن حياتهم. كما توصلت ذات النتائج إلى بعض عدم التجانس في مستويات سرد القصص لدى المرضى المصابين بالفصام، فالمرضى الذين يتمتعون بأداء معرفي أفضل أو شعور عال بالانسجام لديهم قصص حياة أكثر انسجاما تتوافق مع مستوى الانسجام لدى الأسوياء.

من جهة أخرى لاحظنا أن بعض الحالات قدموا إنتاج سردي جيد في بدايته، لكن في المراحل النهائية تظهر الانزلاقات، أين يحدث خلط في تسلسل الأحداث كما يظهر على الحالات ضياع وفقدان السيطرة وصعوبة المحافظة على التسلسل السابق مما يجعل نهاية القصة غير واضحة وغير مفهومة، بالإضافة إلى تشويه نهاية القصة أحيانا أو عدم اكمالها، الأمر الذي يؤثر على الانسجام العام للقصة. وهذا ما أشارت إليه دراسة **Gornushenkov و Pluzhnikov (2021)** التي هدفت إلى الدراسة النفسية العصبية الارتباطية لضعف السياق - النص الواقعي - الذي تم الكشف عنه أثناء سرد القصص لدى المرضى المصابين بالفصام، حيث تم اجراء الدراسة على 14 مريضا مصابا بالفصام و 18 طالبا لا يعانون من اضطرابات عقلية، معتمدين في ذلك على أدوات مختلفة حيث تم تقييم البراغماتية من خلال سرد القصص على الصور التي تصور في تلك اللحظة " السرد الذي يجب ترميزه بشكل صحيح بعدها التعبير عنه للفاحص، الصور كانت من ألبوم **Luria** النفسي العصبي، ورسومات **Bidstrup**.

توصلت نتائجها إلى أنّ قصص المرضى المصابين بالفصام مختلفة عن الأسوياء بطريقتين: أنتج بعض المرضى قصصا تتميز في الغالب بعدم الاكتمال، مما لا يعطي فرصة لفهم سردهم لرواية

متصلة ككل بسبب قصورها. وفي حالات أخرى، تتميز القصص في الغالب بتشويه القصة بحيث أصبحت غير واقعية ولا تتطابق مع الصورة الأصلية.

تميّز الإنتاج السردى لبعض الحالات بكونه عبارة عن جمل متفرقة لا تحترم قواعد التسلسل والترتيب لأحداث القصة مما جعلها غير مفهومة تماماً، وهذا ما لاحظته **D'argembeau** وآخرون (2008) في سرد مرضى الفصام، حيث تميز سردهم بمشاكل في التسلسل الصحيح للأحداث بطريقة تجعل الكلام مجزأ وغير متماسك أو غير منسجم.

مع الغياب التام للعناصر المكونة للقصة ومخالفة لما تم تقديمه من طرف الفاحص، فقد أشار **Raffard** وآخرون (2010) إلى أنّ سرد المرضى المصابين بالفصام كان أقل انسجاماً وتفصيلاً مقارنة بالضوابط كما تبدو قصصهم غير مترابطة فيما بينها وفقر شديد في استعمال العلامات اللغوية التي تربط الجملة إلى الجملة وهذا ما يؤثر على الاتساق والانسجام.

كما لوحظ غياب تام لعنصر الزمان والمكان وهذا ما لاحظته **Bally** (2015) إنطلاقاً من بعض الدراسات النوعية التي فحصت القصص الشخصية للأشخاص المصابين بالفصام، فمرضى الفصام يواجهون صعوبات في تنظيم سرد تجاربهم الذهانية في تسلسل زمني منسجم، حيث فقدت الخصائص الزمنية للحبكة (الطريقة التي يتم بها دمج تجارب الحياة في تسلسل زمني يمكن أن يمنحها النظام والمعنى)، مما قد ينتج عنه افتقار القصص إلى المنطق والتوجيه والانسجام، كما يرى أنّ القصص الشخصية للمرضى المصابين بالفصام أقل انسجاماً من قصص الأشخاص الأسوياء، فهي أقل تنظيماً من حيث التسلسل الزمني وأقل تحديداً في الزمن، كما أنها تقتصر إلى المعنى وأقل قابلية للفهم والعقلانية والتقبل لدى الآخرين.

اختصار القصص وحذف العديد من الأحداث في مما جعلها تبدو مخالفة لما تم تقديمه من طرف الفاحص، وتشويه القصص من خلال إضافة أحداث للقصة وأحيانا الخروج عن موضوع القصة والدخول في أحد مواضيعه المفضلة، بالإضافة إلى الكلام الجانبي [ثرثرة] والمبهم غير المنطقي أحيانا. وغالبا ما يلاحظ غياب الموضوع، وعلى الرغم من استعمال الحالة لجمل صحيحة نحويا لكن بالنظر إلى المحتوى العام للقصة نلمس فقدان لعنصري الاتساق والانسجام. النمطية لدى الحالة، عموما وبالنظر إلى سرد الحالات نلاحظ غياب عنصري الاتساق والانسجام مما يصعب فهم السرد وتحقيق وظيفته التفاعلية. وهذا ما توصلت إليه دراسة كل من دراسة كل من Badaoui وBoumaraf (2022) التي تهدف إلى تحليل اضطرابات الكلام لدى المصابين بالحبسة ولدى المصابين بالفصام، للتعرف على خصائص عملية التواصل لديهم. معتمدين على القصة لتحليل القدرة التواصلية لدى 4 حالات (2 منهم مصابين بالحبسة و 2 مصابين بالفصام)، توصلت النتائج فيما يتعلق بالسرد لدى مرضى الفصام في البنية الجزئية والبنية الكلية إلى أن البنية الجزئية (الاتساق) تميزت بالمرونة في استعمال عناصر الاتساق، مما يكشف عن سهولة استخدام العبارات النحوية، فغالبيتها الجمل المقدمة من طرف المصاب بالفصام تكون صحيحة نحويا، بينما المشكلة تكون على مستوى المحتوى الذي يريد إيصاله، أما البنية الكلية (الانسجام) فتميزت باللغة غير المنتظمة تماما، غياب الموضوع، غياب القصة، عدم الانسجام في التعليقات بالنسبة لسياق التواصل، إنتاج جمل جيدة التركيب من الناحية النحوية، لكنها غير منسجمة لعدم ملائمتها مع الواقع، إنتاج قصة هذيانية لا يصل بناء الحدث إلى نهايته، بناء المصاب بالفصام لعالمه الخاص والابتعاد عن الواقع، اضطراب التواصل، اضطراب اللغة، تعدد المواضيع في نفس القصة، سرد طليق جدا لكن غير منسجم في منطق الأحداث المبلغ عنها، تسلسل غير منطقي للعبارات، تفكير غير منسجم مما يعيق استخلاص المنطق من كلماته غير

المنسجمة كلياً، يتحدث المريض بسهولة لكنه يتجاوز إطار التواصل، وجود الهذيان والهلوسة. فيما يتعلق بعدم اكتشاف المخالف للمألوف لدى أغلب الحالات، يرجع ذلك إلى ضعف قدرات الكف الخاصة بالانتباه الانتقائي و ضعف المنفذ المركزي، ويرجع كذلك إلى خلل في صياغة البنى السردية خاصة عنصر التقييم الذي يفترض أن يقوم خلاله المفحوص بتقديم المغزى من القصة ونقدها، وهذا ما يتوافق ما توصلت إليه دراسة Barra (2018) التي تهدف لاستكشاف الاختلافات في المكون التقييمي للبنى السردية عند الأشخاص الذين تم تشخيصهم بالفصام مقارنة بالأشخاص الذين تم تشخيصهم بالذهان العاطفي، وتوصلت النتائج إلى وجود خلل وظيفي لدى مرضى الفصام في صياغة البنى السردية خاصة في صياغة مكون التقييم، حيث هناك كفاً وتنشيط أكبر في صياغة التعبيرات التي تنطوي على آراء، كما أن القصص تميل إلى تحديد الحقائق بغض النظر عن كيفية تأثيرها على الحالات (المرضى).

من جهة أخرى لوحظ أن الإنتاج السردى بدون اسناد كان أفضل من الإنتاج السردى بالإسناد، فبالرغم من ظهور العديد من الاختلافات في الإنتاج السردى بدون اسناد إلا أنه يحترم منهجية السرد (وضعية أولية، مراحل وسطية، ونهاية)، خلافاً للإنتاج السردى بالإسناد الذي يعتبر في أغلب الأحيان وصفاً للصور وليس سرداً لقصة، هذا من جهة، ومن جهة أخرى وحسب الملاحظة العيادية لإنتاج الحالات أثناء تطبيق الاختبار لاحظنا أن الداعم البصري [الصور] أعطت تأثيراً سلبياً على سرد الحالات حيث صعبت عليهم المهمة [إنتاج السرد]، وظهر ذلك من خلال إطالة زمن لاسترجاع، بالإضافة إلى زيادة التشبث وضعف القدرة على الكفاً، التي تظهر من خلال اهتمام الحالات بعناصر غير مهمة موجودة في الصور لم يتم التطرق إليها الفاحص أثناء سرد

القصص - جعلتهم ينحرفون عن محتوى القصص أحيانا، إطالة السرد بكثرة الوصف والتفسير، وإضافة أحداث للقصة.

فيما يلي تلخيص لمظاهر الإنتاج السردى (بالإسناد / بدون إسناد) لمجموعة الدراسة:

الجدول رقم (22): مظاهر اضطراب الإنتاج السردى بالإسناد / بدون إسناد لدى المرضى

المصابين بالفصام

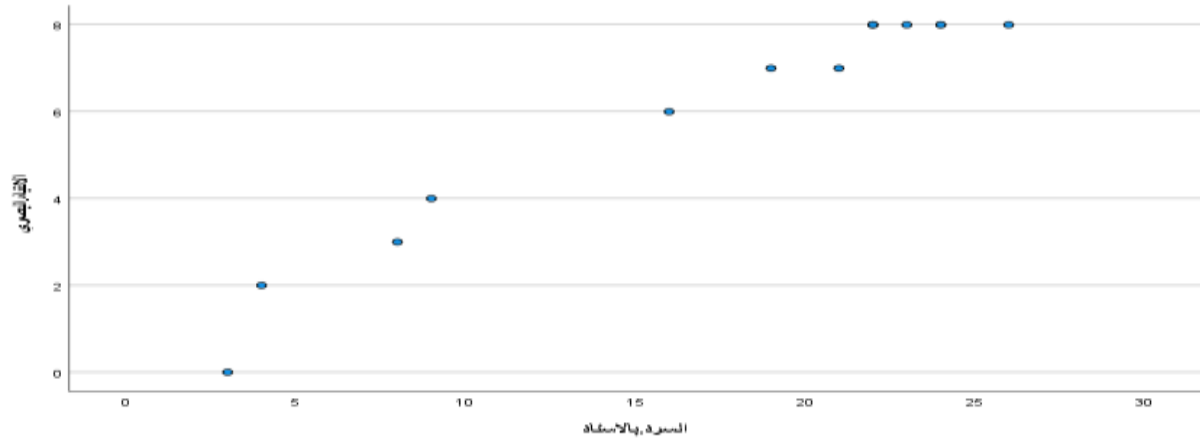
الإنتاج السردى بالإسناد	الإنتاج السردى بدون إسناد
ظهور التحولات Les paraphasies (الفونيمية، الدلالية، المعجمية)	ظهور التحولات Les paraphasies (الفونيمية، الدلالية، المعجمية)
الكلمات المخترعة Néologismes	الكلمات المخترعة Néologismes
الفواصل Les pauses	الفواصل Les pauses
التوقف المفاجئ والمتكرر أثناء السرد	التوقف المفاجئ والمتكرر أثناء السرد
ظهور فترات الصمت	ظهور فترات الصمت
تأخر الاستدعاء وإطالة فترة الإجابة	تأخر الاستدعاء وإطالة فترة الإجابة أحيانا
الاستعمال الكبير للإشارة	كثرة التكرار والإشارة
استعمال عبارات غير دقيقة [نقص الكلمة]	استعمال عبارات غير دقيقة [نقص الكلمة]
استخدام استراتيجيات التخفيف (Les stratégies)	استخدام استراتيجيات التخفيف (Les)

(palliatives) كالمقاربة الفونولوجية، التعبير بالشرح أو الإحاطة Périphrases، استراتيجية التعديل [التصحيح الذاتي، سؤال الفاحص، طلب المساعدة من الفاحص].	(palliatives stratégies) كالمقاربة الفونولوجية، التعبير بالشرح أو الإحاطة Périphrases، استراتيجية التعديل [التصحيح الذاتي، سؤال الفاحص].
عدم احترام قيود التسلسل المنطقي لعرض الأحداث أثناء السرد.	عدم احترام قيود التسلسل المنطقي لعرض الأحداث أثناء السرد
التوقف المفاجئ عن السرد وعدم اكمال القصص	التوقف المفاجئ عن السرد وعدم اكمال القصص
تشويه السرد بحذف وإضافة أحداث للقصص	تشويه السرد بحذف وإضافة أحداث للقصص
الخروج عن موضوع السرد، وغياب الموضوع أحيانا.	الخروج عن موضوع السرد، وغياب الموضوع أحيانا.
تعدد المواضيع في سرد القصة الواحدة.	تعدد المواضيع في سرد القصة الواحدة.
انتاج سردي شاق، بسبب صعوبة الاستدعاء والحساسية للتشتيت.	الطلاقة أثناء السرد
سوء استعمال الزمن، وغياب عنصر الزمان والمكان.	سوء استعمال الزمن، وغياب عنصر الزمان والمكان.
الكلام الجانبي [ثرثرة]	الكلام الجانبي [ثرثرة]

اصدار جمل مبهمه غير منطقية [تمتمة]	اصدار جمل مبهمه غير منطقية [تمتمة]
سرد طويل والاهتمام بتفاصيل غير مهمة.	سرد مختصر والقليل من التفصيل.
فقدان الاتساق والانسجام في السرد.	فقدان الاتساق والانسجام في السرد.
انتاج جمل صحيحة نحويا	انتاج جمل صحيحة نحويا
عدم احترام منهجية السرد والاكتفاء بوصف الصور في أغلب القصص.	احترام منهجية السرد (وضعية أولية، مراحل وسطية، ونهاية)

(4) عرض وتحليل نتائج الفرضيات

عرض وتحليل نتائج الفرضية الأولى: تنص هذه الفرضية على وجود علاقة ارتباطية بين الانتباه الانتقائي البصري والسرد بالإسناد عند الفصامي. واختبار هذه الفرضية تم استخدام معامل الارتباط سبيرمان كبديل لا بارمترى لمعامل الارتباط بيرسون لأن عدد أفراد العينة صغير. كما تم التحقق من أهم افتراضات معامل الارتباط سبيرمان وهو وجود علاقة خطية بين المتغيرين، وذلك من خلال فحص لوحة الانتشار لدرجات المتغيرين. كما يبينه الشكل رقم (23)



الشكل رقم (23): لوحة الانتشار لدرجات الانتباه الانتقائي البصري والسرور بالإسناد

نلاحظ من الشكل رقم (23) بأنه توجد علاقة خطية بين درجات الانتباه الانتقائي البصري والسرور بالإسناد، وبالتالي قد تحقق أهم افتراض لمعامل الارتباط سبيرمان.

الجدول رقم (23): العلاقة بين الانتباه الانتقائي البصري والسرور بالإسناد عند الفصامي.

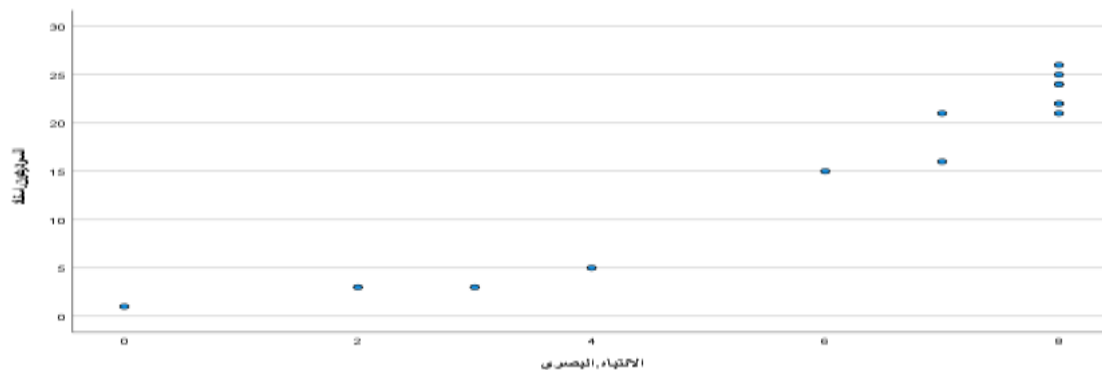
اتخاذ القرار	السرور بالإسناد		
	0.940**	معامل الارتباط	الانتباه الانتقائي
	0.05	مستوى الدلالة	البصري
	12	درجة الحرية	

** عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.001$)

بعد حساب معامل الارتباط سبيرمان تبين أنه توجد علاقة ارتباطية موجبة وقوية دالة إحصائياً (معامل الارتباط سبيرمان $= 0.940$ ، القيمة الاحتمالية أصغر من 0.001) بين الانتباه الانتقائي البصري والسرور بالإسناد عند الفصامي لأن القيمة الاحتمالية أصغر من مستوى الدلالة

0.05، وبالتالي كلما ارتفعت درجات الانتباه الانتقائي البصري صاحبه ارتفاع في درجات السرد بالإسناد. وعليه نستنتج أن الفرضية الأولى قد تحققت.

عرض وتحليل نتائج الفرضية الثانية: تنص هذه الفرضية على وجود علاقة ارتباطية بين الانتباه الانتقائي البصري والسرد بدون إسناد عند الفصامي. واختبار هذه الفرضية تم استخدام معامل الارتباط سبيرمان كبديل لا بارمترى لمعامل الارتباط بيرسون لأن عدد أفراد العينة صغير. كما تم التحقق من أهم افتراضات معامل الارتباط سبيرمان وهو وجود علاقة خطية بين المتغيرين، وذلك من خلال فحص لوحة الانتشار لدرجات المتغيرين. كما يبينه الشكل رقم (24)



الشكل رقم (24): لوحة الانتشار لدرجات الانتباه الانتقائي البصري والسرد بدون إسناد

نلاحظ من الشكل رقم (24) بأنه توجد علاقة خطية بين درجات الانتباه الانتقائي البصري والسرد بدون إسناد، وبالتالي قد تحقق أهم افتراض لمعامل الارتباط سبيرمان.

الجدول رقم (24): العلاقة بين الانتباه الانتقائي البصري والسرد بدون إسناد عند الفصامي.

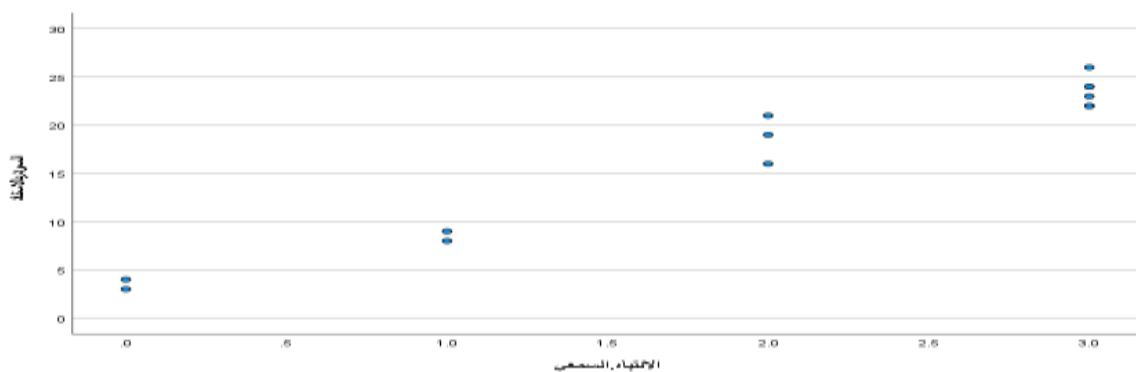
السرد بدون إسناد			اتخاذ القرار
الانتباه الانتقائي	معامل الارتباط	0.926**	دال عند مستوى

البصري	مستوى الدلالة	0.05	الدلالة 0.001
	درجة الحرية	12	

** عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.001$)

بعد حساب معامل الارتباط سبيرمان تبين أنه توجد علاقة ارتباطية موجبة وقوية دالة إحصائياً (معامل الارتباط سبيرمان $= 0.926$ ، القيمة الاحتمالية أصغر من 0.001) بين الانتباه الانتقائي البصري والسردي بدون إسناد عند الفصامي لأن القيمة الاحتمالية أصغر من مستوى الدلالة 0.05، وبالتالي كلما ارتفعت درجات الانتباه الانتقائي البصري صاحبه ارتفاع في درجات السرد بدون إسناد. وعليه نستنتج أن الفرضية الثانية قد تحققت.

عرض وتحليل نتائج الفرضية الثالثة: تنص هذه الفرضية على وجود علاقة ارتباطية بين الانتباه الانتقائي السمعي والسردي بالإسناد عند الفصامي. ولاختبار هذه الفرضية تم استخدام معامل الارتباط سبيرمان كبديل لا بارميتري لمعامل الارتباط بيرسون لأن عدد أفراد العينة صغير. كما تم التحقق من أهم افتراضات معامل الارتباط سبيرمان وهو وجود علاقة خطية بين المتغيرين، وذلك من خلال فحص لوحة الانتشار لدرجات المتغيرين. كما يبينه الشكل رقم (25)



الشكل رقم (25): لوحة الانتشار لدرجات الانتباه الانتقائي السمعي والسردي بالإسناد

نلاحظ من الشكل رقم (25) بأنه توجد علاقة خطية بين درجات الانتباه الانتقائي السمعي والسردي بالإسناد، وبالتالي قد تحقق أهم افتراض لمعامل الارتباط سبيرمان.

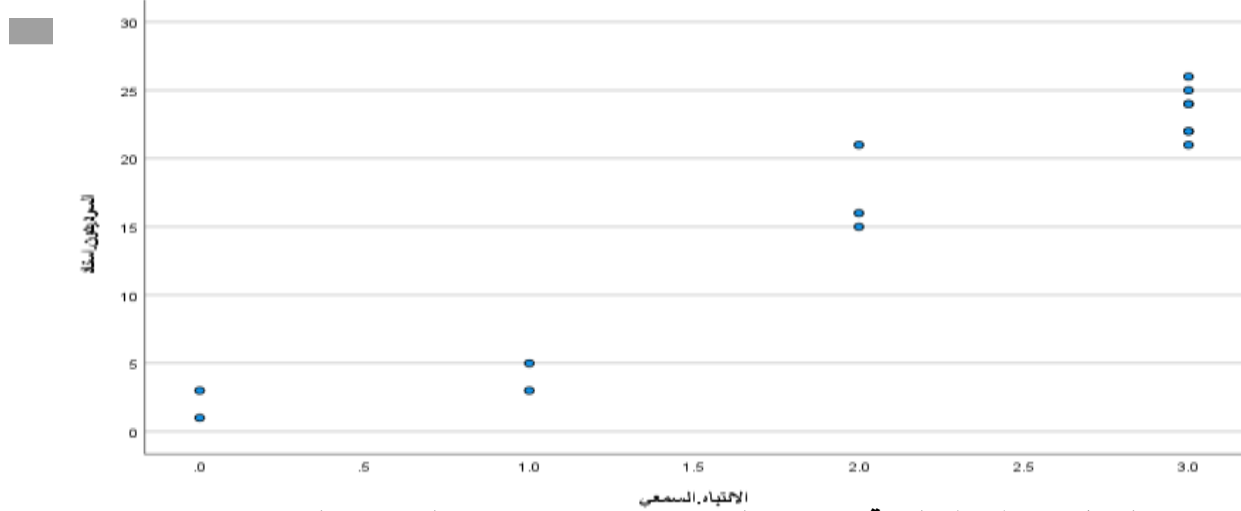
الجدول رقم (25): العلاقة بين الانتباه الانتقائي السمعي والسردي بالإسناد عند الفصامي.

السردي بالإسناد			اتخاذ القرار
الانتباه الانتقائي السمعي	معامل الارتباط	0.935**	دال عند مستوى
	مستوى الدلالة	0.05	الدلالة 0.001
	درجة الحرية	12	

** عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.001$)

بعد حساب معامل الارتباط سبيرمان تبين أنه توجد علاقة ارتباطية موجبة وقوية دالة إحصائياً (معامل الارتباط سبيرمان $(12) = 0.935$ ، القيمة الاحتمالية أصغر من 0.001) بين الانتباه الانتقائي السمعي والسردي بالإسناد عند الفصامي لأن القيمة الاحتمالية أصغر من مستوى الدلالة 0.05، وبالتالي كلما ارتفعت درجات الانتباه الانتقائي السمعي صاحبه ارتفاع في درجات السردي بالإسناد. وعليه نستنتج أن الفرضية الثالثة قد تحققت.

عرض وتحليل نتائج الفرضية الرابعة: تنص هذه الفرضية على وجود علاقة ارتباطية بين الانتباه الانتقائي السمعي والسردي بدون إسناد عند الفصامي. واختبار هذه الفرضية تم استخدام معامل الارتباط سبيرمان كبديل لا بارميتري لمعامل الارتباط بيرسون لأن عدد أفراد العينة صغير. كما تم التحقق من أهم افتراضات معامل الارتباط سبيرمان وهو وجود علاقة خطية بين المتغيرين، وذلك من خلال فحص لوحة الانتشار لدرجات المتغيرين. كما يبينه الشكل رقم (26)



الشكل رقم (26): لوحة الانتشار لدرجات الانتباه الانتقائي السمعي والسرد بدون إسناد

نلاحظ من الشكل رقم (26) بأنه توجد علاقة خطية بين درجات الانتباه الانتقائي السمعي والسرد بدون إسناد ، وبالتالي قد تحقق أهم افتراض لمعامل الارتباط سبيرمان.

الجدول رقم (26): العلاقة بين الانتباه الانتقائي السمعي والسرد بدون إسناد عند الفصامي.

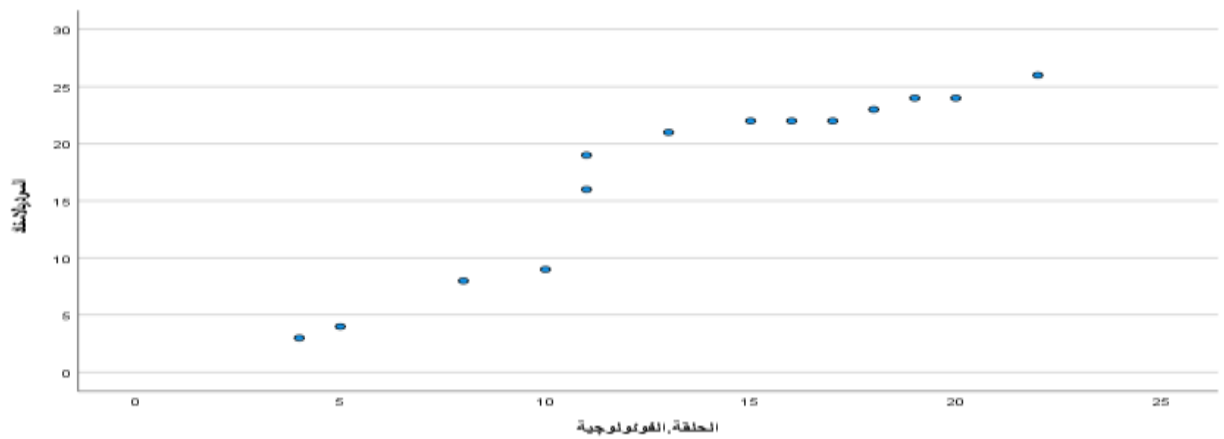
اتخاذ القرار	السرد بدون إسناد		
	الانتباه الانتقائي السمعي	معامل الارتباط	0.917**
	مستوى الدلالة	0.05	
	درجة الحرية	12	

** عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.001$)

بعد حساب معامل الارتباط سبيرمان تبين أنه توجد علاقة ارتباطية موجبة وقوية دالة إحصائياً (معامل الارتباط سبيرمان $(12) = 0.917$ ، القيمة الاحتمالية أصغر من 0.001) بين الانتباه الانتقائي السمعي والسرد بدون إسناد عند الفصامي لأن القيمة الاحتمالية أصغر من مستوى الدلالة

0.05، وبالتالي كلما ارتفعت درجات الانتباه الانتقائي السمعي صاحبه ارتفاع في درجات السرد بدون إسناد. وعليه نستنتج أن الفرضية الرابعة قد تحققت.

عرض وتحليل نتائج الفرضية الخامسة: تنص هذه الفرضية على وجود علاقة ارتباطية بين الحلقة الفونولوجية والسرد بالإسناد عند الفصامي. واختبار هذه الفرضية تم استخدام معامل الارتباط سبيرمان كبديل لا بارمترى لمعامل الارتباط بيرسون لأن عدد أفراد العينة صغير. كما تم التحقق من أهم افتراضات معامل الارتباط سبيرمان وهو وجود علاقة خطية بين المتغيرين، وذلك من خلال فحص لوحة الانتشار لدرجات المتغيرين. كما يبينه الشكل رقم (27)



الشكل رقم (27): لوحة الانتشار لدرجات الحلقة الفونولوجية والسرد بالإسناد

نلاحظ من الشكل رقم (27) بأنه توجد علاقة خطية بين درجات الحلقة الفونولوجية والسرد بالإسناد، وبالتالي قد تحقق أهم افتراض لمعامل الارتباط سبيرمان.

الجدول رقم (27): العلاقة بين الحلقة الفونولوجية والسرد بالإسناد عند الفصامي.

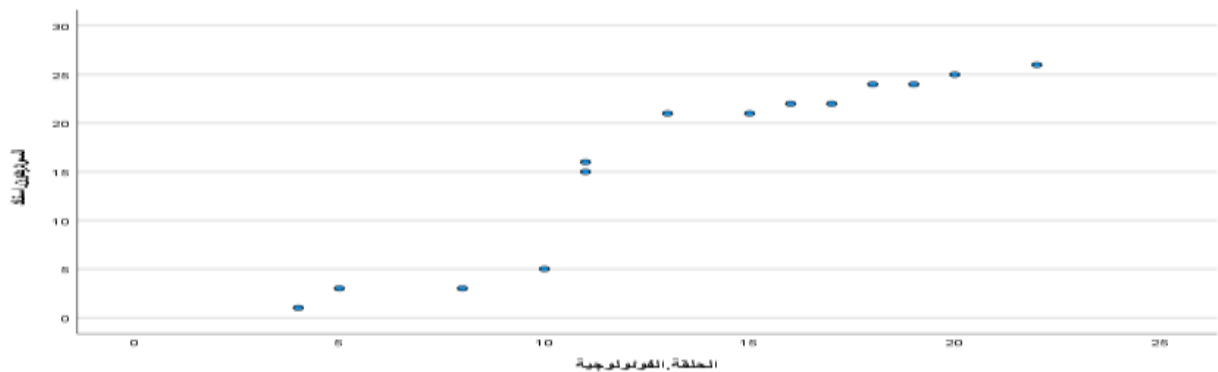
السرد بالإسناد			اتخاذ القرار
الحلقة الفونولوجية	معامل الارتباط	0.993**	دال عند مستوى

الدالة 0.001	0.05	مستوى الدلالة	
	12	درجة الحرية	

** عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.001$)

بعد حساب معامل الارتباط سبيرمان تبين أنه توجد علاقة ارتباطية موجبة وقوية دالة إحصائياً (معامل الارتباط سبيرمان $(12) = 0.993$ ، القيمة الاحتمالية أصغر من 0.001) بين الحلقة الفونولوجية والسرد بالإسناد عند الفصامي لأن القيمة الاحتمالية أصغر من مستوى الدلالة 0.05، وبالتالي كلما ارتفعت درجات الحلقة الفونولوجية صاحبه ارتفاع في درجات السرد بالإسناد. وعليه نستنتج أن الفرضية الخامسة قد تحققت.

عرض وتحليل نتائج الفرضية السادسة: تنص هذه الفرضية على وجود علاقة ارتباطية بين الحلقة الفونولوجية والسرد بدون إسناد عند الفصامي. واختبار هذه الفرضية تم استخدام معامل الارتباط سبيرمان كبديل لا بارميتري لمعامل الارتباط بيرسون لأن عدد أفراد العينة صغير. كما تم التحقق من أهم افتراضات معامل الارتباط سبيرمان وهو وجود علاقة خطية بين المتغيرين، وذلك من خلال فحص لوحة الانتشار لدرجات المتغيرين. كما يبينه الشكل رقم (28)



الشكل رقم (28): لوحة الانتشار لدرجات الحلقة الفونولوجية والسرد بدون إسناد

نلاحظ من الشكل رقم (28) بأنه توجد علاقة خطية بين درجات الحلقة الفونولوجية والسرد بدون إسناد، وبالتالي قد تحقق أهم افتراض لمعامل الارتباط سبيرمان.

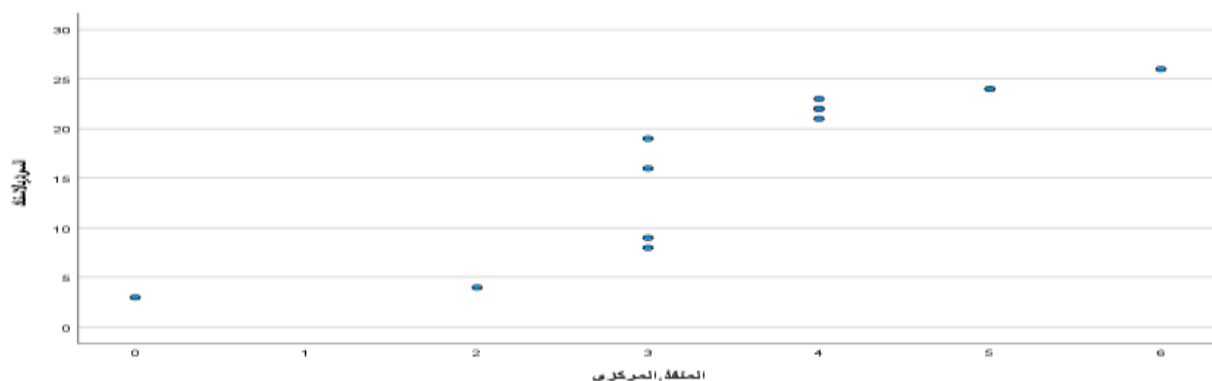
الجدول رقم (28): العلاقة بين الحلقة الفونولوجية والسرد بدون إسناد عند الفصامي.

الحلقة الفونولوجية	السرد بدون إسناد		اتخاذ القرار
	معامل الارتباط	0.994**	
	مستوى الدلالة	0.05	
	درجة الحرية	12	

** عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.001$)

بعد حساب معامل الارتباط سبيرمان تبين أنه توجد علاقة ارتباطية موجبة وقوية دالة إحصائياً (معامل الارتباط سبيرمان $(12) = 0.994$ ، القيمة الاحتمالية أصغر من 0.001) بين الحلقة الفونولوجية والسرد بدون إسناد عند الفصامي لأن القيمة الاحتمالية أصغر من مستوى الدلالة 0.05، وبالتالي كلما ارتفعت درجات الحلقة الفونولوجية صاحبه ارتفاع في درجات السرد بدون إسناد. وعليه نستنتج أن الفرضية السادسة قد تحققت.

عرض وتحليل نتائج الفرضية السابعة: تنص هذه الفرضية على وجود علاقة ارتباطية بين المنفذ المركزي والسرد بالإسناد عند الفصامي. ولاختبار هذه الفرضية تم استخدام معامل الارتباط سبيرمان كبديل لا بارميتري لمعامل الارتباط بيرسون لأن عدد أفراد العينة صغير. كما تم التحقق من أهم افتراضات معامل الارتباط سبيرمان وهو وجود علاقة خطية بين المتغيرين، وذلك من خلال فحص لوحة الانتشار لدرجات المتغيرين. كما يبينه الشكل رقم (29)



الشكل رقم (29): لوحة الانتشار لدرجات المنفذ المركزي والسردي بالإسناد

نلاحظ من الشكل رقم (29) بأنه توجد علاقة خطية بين درجات المنفذ المركزي والسردي بالإسناد، وبالتالي قد تحقق أهم افتراض لمعامل الارتباط سبيرمان.

الجدول رقم (29): العلاقة بين المنفذ المركزي والسردي بالإسناد عند الفصامي.

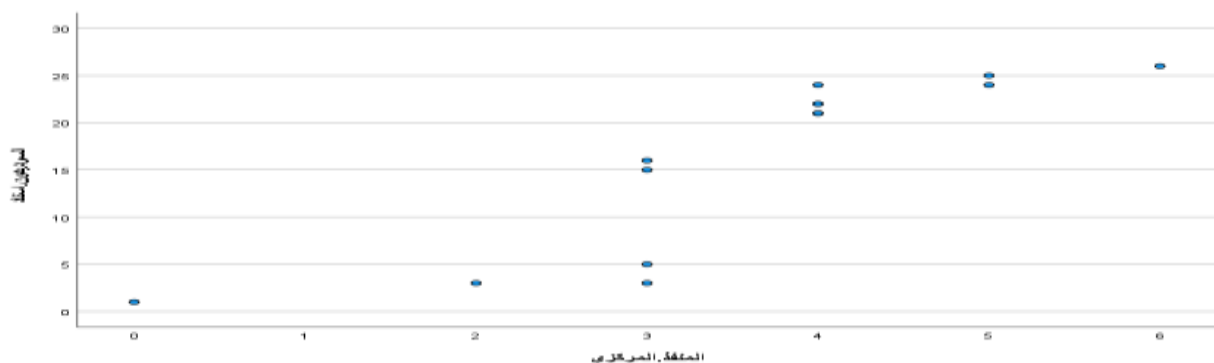
اتخاذ القرار		السرد بالإسناد	
مستوى دال عند الدلالة 0.001	0.971**	معامل الارتباط	المنفذ المركزي
	0.05	مستوى الدلالة	
	12	درجة الحرية	

** عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.001$)

بعد حساب معامل الارتباط سبيرمان تبين أنه توجد علاقة ارتباطية موجبة وقوية دالة إحصائياً (معامل الارتباط سبيرمان $(12) = 0.971$ ، القيمة الاحتمالية أصغر من 0.001) بين المنفذ المركزي والسردي بالإسناد عند الفصامي لأن القيمة الاحتمالية أصغر من مستوى الدلالة 0.05،

وبالتالي كلما ارتفعت درجات المنفذ المركزي صاحبه ارتفاع في درجات السرد بالإسناد. وعليه نستنتج أن الفرضية السابعة قد تحققت.

عرض وتحليل نتائج الفرضية الثامنة: تنص هذه الفرضية على وجود علاقة ارتباطية بين المنفذ المركزي والسرد بدون إسناد عند الفصامي. واختبار هذه الفرضية تم استخدام معامل الارتباط سبيرمان كبديل لا بارميتري لمعامل الارتباط بيرسون لأن عدد أفراد العينة صغير. كما تم التحقق من أهم افتراضات معامل الارتباط سبيرمان وهو وجود علاقة خطية بين المتغيرين، وذلك من خلال فحص لوحة الانتشار لدرجات المتغيرين. كما يبينه الشكل رقم (30)



الشكل رقم (30): لوحة الانتشار لدرجات المنفذ المركزي والسرد بدون إسناد

نلاحظ من الشكل رقم (30) بأنه توجد علاقة خطية بين درجات المنفذ المركزي والسرد بدون إسناد، وبالتالي قد تحقق أهم افتراض لمعامل الارتباط سبيرمان.

الجدول رقم (30): العلاقة بين المنفذ المركزي والسرد بدون إسناد عند الفصامي.

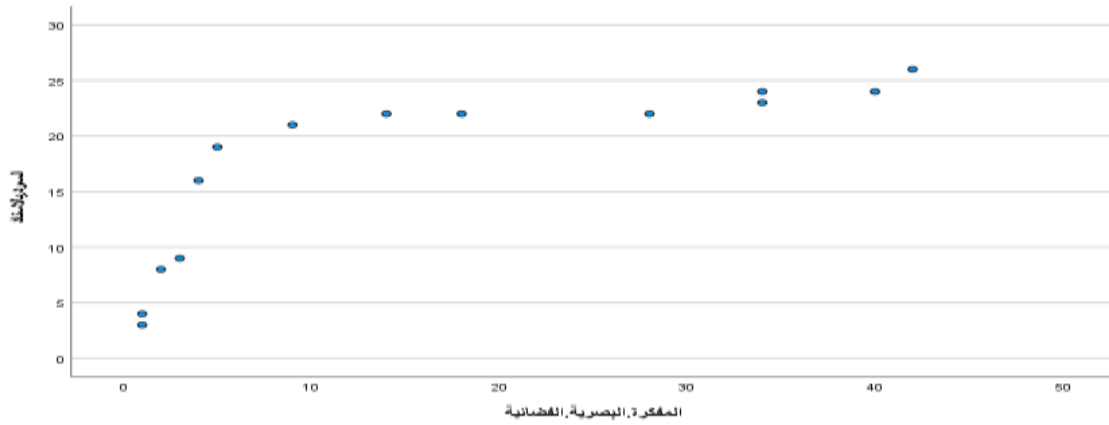
اتخاذ القرار		السرد بدون إسناد		
مستوى	دال	عند	0.956**	معامل الارتباط
				المنفذ المركزي

الدالة 0.001	0.05	مستوى الدلالة	
	12	درجة الحرية	

** عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.001$)

بعد حساب معامل الارتباط سبيرمان تبين أنه توجد علاقة ارتباطية موجبة وقوية دالة إحصائياً (معامل الارتباط سبيرمان $(12) = 0.956$ ، القيمة الاحتمالية أصغر من 0.001) بين المنفذ المركزي والسرد بدون إسناد عند الفصامي لأن القيمة الاحتمالية أصغر من مستوى الدلالة 0.05، وبالتالي كلما ارتفعت درجات المنفذ المركزي صاحبه ارتفاع في درجات السرد بدون إسناد. وعليه نستنتج أن الفرضية الثامنة قد تحققت.

عرض وتحليل نتائج الفرضية التاسعة: تنص هذه الفرضية على وجود علاقة ارتباطية بين المفكرة البصرية الفضائية والسرد بالإسناد عند الفصامي. ولاختبار هذه الفرضية تم استخدام معامل الارتباط سبيرمان كبديل لا بارميتري لمعامل الارتباط بيرسون لأن عدد أفراد العينة صغير. كما تم التحقق من أهم افتراضات معامل الارتباط سبيرمان وهو وجود علاقة خطية بين المتغيرين، وذلك من خلال فحص لوحة الانتشار لدرجات المتغيرين. كما يبينه الشكل رقم (31)



الشكل رقم (31): لوحة الانتشار لدرجات المفكرة البصرية الفضائية والسرديات

نلاحظ من الشكل رقم (31) بأنه توجد علاقة خطية بين درجات المفكرة البصرية الفضائية والسرديات بالإنسان، وبالتالي قد تحقق أهم افتراض لمعامل الارتباط سييرمان.

الجدول رقم (31): العلاقة بين المفكرة البصرية الفضائية والسرديات بالإنسان عند الفصامي.

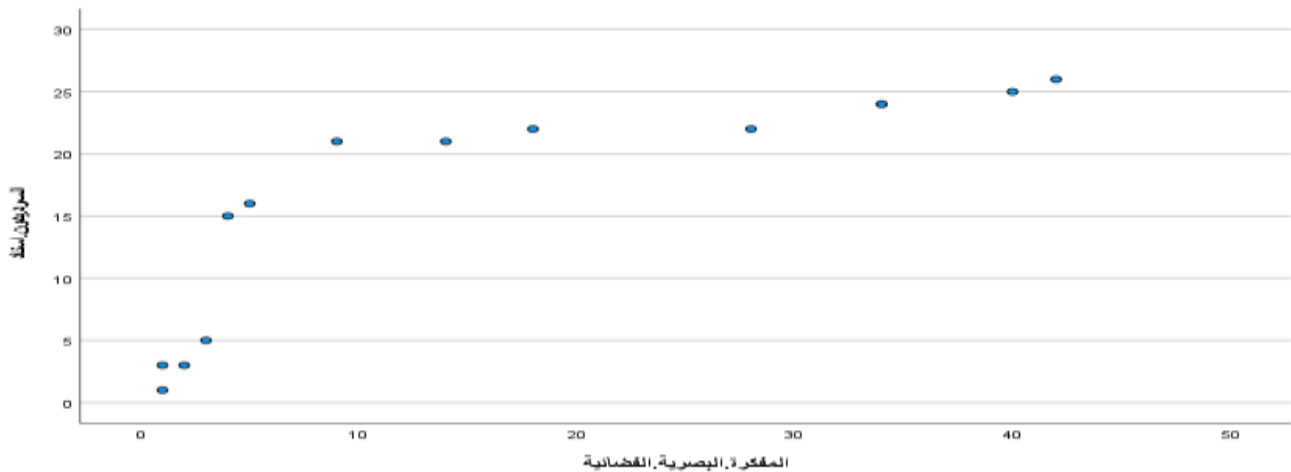
اتخاذ القرار	السرديات بالإنسان		
	معامل الارتباط	معامل الارتباط	المفكرة البصرية الفضائية
	0.991**	معامل الارتباط	
	0.05	مستوى الدلالة	
دال عند مستوى	0.001	الدلالة	0.001
	12	درجة الحرية	

** عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.001$)

بعد حساب معامل الارتباط سييرمان تبين أنه توجد علاقة ارتباطية موجبة وقوية دالة إحصائياً (معامل الارتباط سييرمان $(12) = 0.991$ ، القيمة الاحتمالية أصغر من 0.001) بين المفكرة البصرية الفضائية والسرديات بالإنسان عند الفصامي لأن القيمة الاحتمالية أصغر من مستوى الدلالة

0.05، وبالتالي كلما ارتفعت درجات المفكرة البصرية الفضائية صاحبه ارتفاع في درجات السرد بالإسناد. وعليه نستنتج أن الفرضية التاسعة قد تحققت.

عرض وتحليل نتائج الفرضية العاشرة: تنص هذه الفرضية على وجود علاقة ارتباطية بين المفكرة البصرية الفضائية والسرد بدون إسناد لدى الفصامي. واختبار هذه الفرضية تم استخدام معامل الارتباط سبيرمان كبديل لا بارمترى لمعامل الارتباط بيرسون لأن عدد أفراد العينة صغير. كما تم التحقق من أهم افتراضات معامل الارتباط سبيرمان وهو وجود علاقة خطية بين المتغيرين، وذلك من خلال فحص لوحة الانتشار لدرجات المتغيرين. كما يبينه الشكل رقم (32)



الشكل رقم (32): لوحة الانتشار لدرجات المفكرة البصرية الفضائية والسرد بدون إسناد

نلاحظ من الشكل رقم (32) بأنه توجد علاقة خطية بين درجات المفكرة البصرية الفضائية والسرد بدون إسناد، وبالتالي قد تحقق أهم افتراض لمعامل الارتباط سبيرمان.

الجدول رقم (32): العلاقة بين المفكرة البصرية الفضائية والسرد بدون إسناد عند الفصامي.

اتخاذ القرار		السرد بدون إسناد		
مستوى	دال	عند	معامل الارتباط	المفكرة البصرية
			0.994**	

الدالة 0.001	0.05	مستوى الدلالة	الفضائية
	12	درجة الحرية	

** عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.001$)

بعد حساب معامل الارتباط سبيرمان تبين أنه توجد علاقة ارتباطية موجبة وقوية دالة إحصائياً (معامل الارتباط سبيرمان $= 0.994$ ، القيمة الاحتمالية أصغر من 0.001) بين المفكرة البصرية الفضائية والسرد بدون إسناد عند الفصامي لأن القيمة الاحتمالية أصغر من مستوى الدلالة 0.05، وبالتالي كلما ارتفعت درجات المفكرة البصرية الفضائية صاحبه ارتفاع في درجات السرد بدون إسناد. وعليه نستنتج أن الفرضية العاشرة قد تحققت.

انطلاقاً من نتائج المعالجة الإحصائية للفرضيات الجزئية، التي جاءت كلها دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة 0.001، والتي تراوحت قيم معامل ارتباط سبيرمان 12 بين 0.91 إلى 0.99، يمكن القول أنّ للانتباه الانتقائي والذاكرة العاملة علاقة بالسرد عند الفصامي، وعليه نستنتج أنّ الفرضية العامة التي مفادها "توجد علاقة ارتباطية بين الانتباه الانتقائي والذاكرة العاملة بالسرد عن الفصامي" قد تحققت.

ثانياً: تفسير ومناقشة نتائج الدراسة:

تشكل الاضطرابات التواصلية الفصامية مجالا خصباً للبحث والدراسة، كلّ حسب توجهه، من أجل تفسير الأسباب الكامنة وراء هذه الاضطرابات، ويعد مجال علم النفس العصبي المعرفي العيادي من أهم التوجهات التي سعت ولا زالت تسعى لتفسير مختلف السيرورات النفسية العصبية المعرفية المرتبطة بهذه الاضطرابات، فالسرد كشكل من أشكال التواصل قد يتعرض للاضطراب لدى هذه

الفئة من المرضى مما يستدعي البحث في السيرورات النفسية العصبية المعرفية الكامنة وراء هذا الاضطراب، كمحاولة منا للبحث في ارتباط السرد بعض المتغيرات النفسية العصبية المعرفية، قمنا بإجراء دراسة تهدف إلى البحث في طبيعة العلاقة بين الانتباه الانتقائي والذاكرة العاملة بالسرد لدى المصابين بالفصام، معتمدين في ذلك على مجموعة من الأدوات التي تخص كل من الانتباه الانتقائي بنوعية السمع والبصر، الذاكرة العاملة بمختلف مكوناتها وفق النموذج الثلاثي لـ **Baddeley**، والسرد، معتمدين على المنهج الوصفي.

1. تفسير ومناقشة نتائج الفرضيات الجزئية

أسفرت نتائج الدراسة فيما يتعلق بنتائج الانتباه الانتقائي عن:

وجود علاقة ارتباطية بين كل من الانتباه الانتقائي البصري والسرد بالإسناد وبدون إسناد، بمعنى أنه كلما ارتفع مستوى الانتباه الانتقائي البصري ارتفع مستوى الإنتاج السردى بالإسناد وبدون إسناد، أي كلما كان الانتباه الانتقائي البصري جيد لدى مرضى الفصام كلما انعكس ذلك إيجابياً على الانتباه السردى بالإسناد وبدون إسناد.

يمكن تفسير ذلك، بأن سلامة الانتباه مطلوبة في أغلب عمليات التواصل، فالفرد يتعرض لكم هائل من المعلومات التي لا يمكن التعامل معها دفعة واحدة، لذا يجب على الفرد الاهتمام بشكل انتقائي ببعض المعلومات التي لها صلة بالوضعية التواصلية، وكف المعلومات الأخرى استجابة لمحدودية نظام معالجة المعلومات، ففي الوضعية السردية سلامة هذه العملية مطلوبة، فكما كانت القدرة الانتباهية الانتقائية البصرية سليمة كلما استطاع المريض التمييز بين المعلومات ذات الصلة بموضوع السرد، وزادت القدرة على كف عناصر التشيت، فالتعريف البسيط للانتباه الانتقائي البصري يعني القدرة على التركيز على مثير بصري واحد أو أكثر وتجاهل المثيرات البصرية

الأخرى، وسرد القصة يحتاج هذه القدرة على الانتقائية لضمان البقاء في سياق الموضوع والاستفادة الجيدة من الدعائم البصرية التي تخدم المحافظة على مضمون القصة، فبالعودة إلى نتائج الحالات نجد أنّ الأفراد الذين يتمتعون بانتباه انتقائي بصري جيد مثل الحالة (3، 4، 5، 12) استطاعوا المحافظة على البقاء في سياق الموضوع، وعدم الانحراف عن مضمون القصص، بالإضافة إلى الاستفادة الجيدة من الداعم البصري (السرد بالإسناد) في تذكر أحداث القصص، بالتالي نتج عنه انتاج سردي جيد مكتمل العناصر. وفي هذا الصدد يشير **vianin (2013)** إلى أنّ مرضى الفصام يواجهون صعوبة في انتقاء المعلومات ذات الصلة عند وجود عدة مفاهيم متنافسة، بمعنى أنهم يجدون صعوبة في توجيه انتباههم، لكن بمجرد توجيهه بشكل صحيح تتم المعالجة بطريقة متناسقة سلسلة.

من جهة أخرى وبالعودة إلى ذات النتائج نجد أنّ الحالات (8، 9، 11، 14) التي لديها ضعف في العملية الانتباهية الانتقائية البصرية لوحظ لديها الاهتمام مضامين موجودة في الصور لم يتطرق إليها الفاحص أثناء سرد القصص، وليس لها علاقة بموضوع السرد، مما أدى إلى إضافة أحداث إلى القصص جعلها تبدو مخالفة للقصة المقدمة من طرف الفاحص وأحيانا يقومون بالانحراف عن موضوع القصة مما ينتج عنه تعدد المواضيع في القصة الواحدة، ويرجع ذلك إلى ضعف عملية الانتقاء والقدرة على كف عناصر التشبث، فحسب "بلوير" نقلا عن إقبال والتوني (2022) الفصاميين بدو غير قادرين على تركيز أفكارهم، كما أنّ أغلبهم وصفوا أعراضهم الفصامية بأنها تتمثل في حفظ تفاصيل غير مهمة وإساءة تفسير التعليمات. وفي ذات السياق توصلت نتائج دراسة **Lovoyer (2009)** إلى أنّ مرضى الفصام يشتركون في بعض الصعوبات

تمثلت في صعوبات تحويل تركيز الانتباه بشكل كاف، وضعف القدرة على تثبيط وكف المعلومات المشتتة.

بما أنَّ الإنتاج السردى ينطوي على سيرورات معرفية مختلفة منها الانتباه الانتقائي، فحتى لو كانت طريقة الإنتاج السردى بدون إسناد تعتمد بالدرجة الأولى على الذاكرة لا يمكن اغفال دور الانتباه الانتقائي البصري، المطلوب منذ المراحل الأولى لتقديم القصص من طرف الفاحص بالإعتماد على سند بصري، أين يتطلب من المفحوص سلامة انتباهية انتقائية بصرية للتركيز على ما له علاقة بموضوع السرد وكف العناصر الأخرى، فكلما كانت القدرة الانتباهية الانتقائية البصرية جيدة وموجهة للعناصر ذات الصلة بموضوع السرد فقط، كلما تم معالجة وتخزين المعلومات في الذاكرة العاملة بشكل جيد، وصولاً إلى التخزين النهائي في الذاكرة طويلة المدى.

بالتالي يسهل استرجاع المعلومات المتعلقة بسرد القصص اعتماداً على الذاكرة، فكلما كان التخزين جيد دون اقحام معلومات لا علاقة لها بموضوع السرد، كلما كان الاسترجاع أحسن بالتالي تقديم إنتاج سردي جيد، من جهة أخرى وحسب نموذج sam (2017) يمر إنتاج السرد عبر مراحل مختلفة، تحتاج كل مرحلة عملية الانتباه للانتقال من مرحلة إلى أخرى، فعندما يصل الفرد إلى النظام المعجمي يحتاج إلى انتقاء الوحدة المعجمية الهدف وفق تنشيط مختلف سماتها ثم الانتقال إلى النظام الدلالي أين يتم إعطاء المعنى المناسب لهذه الوحدات بالتالي اختيار المعلومة المناسبة من بين المعلومات التي تمت معالجتها مسبقاً، فالمرحلتين تحتاجان معالجة بصرية حسب هذا النموذج، ثم الانتقال للبناء التركيبى الذي يتطلب انتقاء المورفيمات النحوية زمن الأفعال المناسب وغيرها، وكل هذه العمليات تحتاج سلامة الانتباه الانتقائي.

وبالعودة إلى نتائج الحالات نجد أن مجموع الحالات التي تتمتع بانتباه انتقائي بصري جيد قابلها إنتاج سردي بدون اسناد جيد، كالحالات (3، 4، 5، 12)، من جهة أخرى لوحظ أنّ الحالات التي تميز انتباهها الانتقائي البصري بالضعف أنتجت سردا مضطرب مع كثرة التحولات الدلالية والمعجمية، واختراع الكلمات وغيرها.

وهذا ما يؤكد تحقيق كل من الفرضية الجزئية الأولى والثانية التي تنص على:

- توجد علاقة ارتباطية بين الانتباه الانتقائي البصري والسرد بالإسناد عند الفصامي.

- توجد علاقة ارتباطية بين الانتباه الانتقائي البصري والسرد بدون اسناد عند الفصامي

فيما يتعلق بالإنتاج السردى وعلاقته بالانتباه الانتقائي السمعي عند الفصامي توصلت النتائج إلى وجود علاقة بين كل من الانتباه الانتقائي السمعي والإنتاج السردى بالإسناد وبدون اسناد، بمعنى أنّه كلما ارتفع مستوى الانتباه الانتقائي السمعي صاحبها ارتفع مستوى الإنتاج السردى بالإسناد وبدون اسناد، ويمكن تفسير ذلك من خلال أهمية الانتباه الانتقائي السمعي في تدعيم المراقبة الذاتية للفرد أثناء الإنتاج السردى، فلكي يستطيع الفرد سرد قصة تحترم قواعد التسلسل والتنظيم ومعقولة الأحداث المبلغ عنها يجب أن يتمتع الفرد بانتباه انتقائي سمعي جيد، يمكّنه من البقاء في حالة تيقظ من أجل متابعة تطابق ما يقوله مع الأحداث التي تعبر عنها الصور (السند البصري)، والقيام بالتصحيح الذاتي في حال اصدار خطأ ما.

فبالعودة إلى نتائج الحالات نلاحظ أنّ الحالات التي لوحظ لديها مستوى انتباه انتقائي سمعي ضعيف، قدمت في المقابل سردا مضطربا، فزيادة على ضعف مقاومة عناصر التشنيت رافقه ضعف في المراقبة الذاتية لطبيعة المعلومات المبلغ عنها، بالتالي ظهور عدة اضطرابات مسّت الإنتاج السردى مثل اصدار التحولات، تشويه القصص وغيرها، وترجع هذه الأخيرة حسب دراسة

Gornushenkov و Pluzhnikov (2021)، تحت عنوان "سرد القصص في مرض الفصام: الأساس النفسي العصبي للخلل البراغماتي للغة" (دراسة أولية)، التي هدفت إلى الدراسة النفسية العصبية الارتباطية لضعف السياق - النص الواقعي - الذي تم الكشف عنه أثناء سرد القصص لدى المرضى المصابين بالفصام، حيث تم إجراء الدراسة على 14 مريضاً مصاباً بالفصام و 18 طالبا لا يعانون من اضطرابات عقلية، توصلت نتائجها إلى أنّ قصص المرضى المصابين بالفصام مختلفة عن الأسوياء بطريقتين: أنتج بعض المرضى قصصاً تتميز في الغالب بعدم الاكتمال، مما لا يعطي فرصة لفهم سردهم لرواية متصلة ككل بسبب قصورها. وفي حالات أخرى، تتميز القصص في الغالب بتشويه القصة بحيث أصبحت غير واقعية ولا تتطابق مع الصورة الأصلية. وترتبط أخطاء التشويه حسبهم بشكل رئيسي بخلل في الفص الجبهي، الذي يعنى أيضاً بمهام الانتباه الانتقائي السمعى والبصرى مما يؤكد ارتباط الانتباه الانتقائي بنوعيه (السمعى والبصرى) بالإنتاج السردى.

من جهة أخرى لوحظ أنّ الحالات التي تحصلت على نتائج جيدة في الانتباه الانتقائي السمعى مثل الحالة (3، 4، 5، 12) قدموا سرداً جيداً مكتمل العناصر مع القليل من الأخطاء التي سرعان ما يتم تصحيحها، مما يعطي تصور عن سلامة الانتباه الانتقائي السمعى لديهم.

كما يمكن أنّ يتدخل الانتباه الانتقائي السمعى في الإنتاج السردى بدون اسناد من خلال أنّه كلّما كان مستوى الانتباه الانتقائي السمعى سليم كلّما سهل انتقاء الكلمات المناسبة التي توافق الوضعية السردية، ومواجهة التداخل من المصادر الداخلية كوحدات الذاكرة طويلة المدى الأخرى التي ليس لها علاقة بموضع السرد، بالإضافة إلى مراقبة الكلمات المنطوقة من خلال تركيز الانتباه عليها، وحسب نموذج **Sam (2017)** يلعب الانتباه الانتقائي السمعى دوراً مهماً في مستويات الإنتاج

السردي بداية من أول مر مستوى لفهم القصة المسموعة والمرئية، وصولاً مراحل الولوج إلى النظام المعجمي والدلالي التي تمكّن الفرد من اختيار الكمات المناسبة بالإضافة إلى كفّ وتثبيط الكلمات غير ذات الصلة، ثم مرحلة البناء التركيبي من خلال اختيار المورفيمات النحوية، تصريف الأفعال، وغيرها التي تضمن إنتاج جمل صحيحة نحويًا، ومرحلة التخطيط الفونولوجي وصولاً إلى معجم الخروج، بالتالي تجنب الأخطاء التي يمكن أن تصدر عن ضعف السيطرة الانتباهية. فحسب اقبال والتونني (2022) فمشاكل اللغة والكلام التي هي بالأساس انعكاس لاضطراب التواصل لدى هذه الفئة من المرضى يمكن أن تنشأ بسبب عدم القدرة على تجاهل تضمينات ومحتوى الكلمات، وبالتالي فإن التأثير التراكمي لمثل هذا القصور في الانتباه يمكن أن ينمي اعتقادات غير منطقية (ظلالاً)، ويؤدي إلى صعوبة في اللغة والتفكير بطرق يمكن أن تعرقل التفاعلات الاجتماعية.

وبالعودة إلى نتائج الحالات نجد أنّ أغلب الحالات التي كان مستوى الانتباه الانتقائي السمعي لديها جيد انتجت سرداً جيداً، مع ملاحظة اعتماد بعض استراتيجيات التخفيف عن الاضطراب لدى الحالات كالتصحيح الذاتي، المقاربة الفونولوجية وغيرها، مما ينبئ بسلامة العملية الانتباهية الانتقائية السمعية بشكل خاص، في المقابل قدمت الحالات التي تعاني من ضعف في مستوى الانتباه الانتقائي السمعي إنتاجاً سردياً مضطرباً، ويشير "ماهر" إلى أنّ اضطراب اللغة لدى بعض المرضى المصابين بالفصام ناتج عن عدم القدرة على المحافظة على التركيز والانتباه، حيث أنّ اضطراب الانتباه يؤثر في معالجة المدخلات الحسية، ويقف خلف كشف التداعيات المتدخلة في الإنتاج اللغوي، وهذا ما يسميه البعض بالعجز في ميكانيزم الانتقاء.

وعليه يمكن تأكيد تحقيق كل من الفرضية الجزئية الثالثة والرابعة التي مفادها:

توجد علاقة ارتباطية بين الانتباه الانتقائي السمعي والسرد بالإسناد عند الفصامي.

توجد علاقة ارتباطية بين الانتباه الانتقائي السمعي والسرد بدون اسناد عند الفصامي.

أما بخصوص نتائج الذاكرة العاملة توصلت النتائج إلى:

وجودة علاقة ارتباطية بين كل من الحلقة الفونولوجية والسرد بالاعتماد على السند البصري وبدونه، وهذا يعني أنه كلما ارتفع مستوى الأداء في الحلقة الفونولوجية صاحبه ارتفاع في مستوى الإنتاج السردى بالإسناد وبدون اسناد، ولتفسير ذلك يمكن الإشارة إلى الدور المهم للحلقة الفونولوجية في التعامل مع المعلومات اللفظية بغض النظر عن طريقة التقديم (سمعية أو بصرية)، فهي ذلك المكون التحتي الذي يُعنى بالقيام بمجموع العمليات اللازمة للحفظ المؤقت للمعلومات اللفظية (تخزين واسترجاع) في الذاكرة العاملة، أو بشكل ثابت في الذاكرة طويلة الأمد. وهذا ما

يبرز ارتباطها بالإنتاج اللغوي بصفة عامة، وفي هذا الصدد حاولت دراسة **Kuperberg** و **Caplan (2003)** تفسير بعض حالات الضعف اللغوي في مرض الفصام بارجاعها إلى حالات العجز المعرفي خارج نظام اللغة، على سبيل المثال قد يؤدي عجز تكرار اللفظي للمعلومات (أحد مكونات الذاكرة العاملة) إلى منع التشفير العميق للمعلومات الدلالية، من جهة أخرى يمكن تفسير هذه النتيجة من ناحية نفسية عصبية حسب دراسة **Weible وآخرون (2009)**، التي هدفت إلى اختبار النشاط المرتبط بالمناطق المساهمة في المكون اللفظي للذاكرة العاملة (الحلقة الفونولوجية) والمعالجة اللغوية وعلاقته بمستوى الهلوس السمعية لدى المرضى المصابين بالفصام، قاموا باختبار تلك العلاقة مستخدمين نموذج ستيرنبرج لتمييز البنود وجهاز التصوير الدماغى، وتوصل هؤلاء إلى أنّ مرضى الفصام الذين يعانون من هلاوس سمعية يظهرون انخفاضاً في نشاط الجزء العلوي من الفص الصدغي والجزء السفلي من الفص الجداري،

وهذه المناطق تساهم في المعالجة اللغوية ووظائف الحلقة الفونولوجية. من هنا يتم تأكيد تحقق الفرضيات الجزئية الخامسة والسادسة التي مفادها:

- توجد علاقة ارتباطية بين الحلقة الفونولوجية والسرد بالإسناد عند الفصامي.
- توجد علاقة ارتباطية بين الحلقة الفونولوجية والسرد بدون اسناد عند الفصامي.

في ذات التوجه، توصلت ذات النتائج إلى وجود علاقة ارتباطية بين المنفذ المركزي والسرد بالإسناد وبدون اسناد، بمعنى أنه كلما ارتفع مستوى الأداء في المنفذ المركزي قابله ارتفاع مستوى الأداء في الإنتاج السردى بالإسناد وبدون إسناد، ولتفسير ذلك يمكن العودة إلى المهام الحاسمة والهامة لهذا المكوّن فهو يقوم بانتقاء المعلومات الحسية ذات الصلة بالمهمة، ويوجهها مؤقتاً إلى أحد الأنظمة التحتية (الحلقة الفونولوجية، المفكرة البصرية الفضائية)، بالإضافة إلى تنسيق عمل هذه الأنظمة، والتحكّم في عمليات المعالجة، وتفعيل (استرجاع ومعالجة) المعلومات في الذاكرة طويلة المدى، بالإضافة إلى عملية التحديث، وأغلب وظائف الانتباه الانتقائي من خلال توجيه الانتباه إلى المعلومات ذات الصلة بالمهمة وكف المعلومات غير ذات الصلة، بالإضافة إلى تنسيق العمليات المعرفية عندما يجب القيام بأكثر من مهمة في الوقت نفسه، وكل المهام المسندة لهذا المكون تتدخل في الإنتاج اللغوي في الوضعية التواصلية التي تتطلب سلامته، وفي هذا الصدد وحسب **Martin (2014)** يعاني المرضى المصابين بالفصام من عجز في جميع العمليات الفرعية التي تدعم الذاكرة العاملة، حيث لديهم عجز في الترميز لاسيما في سياق مهام الذاكرة العاملة خاصة فيما يتعلق بترميز معلومات السياق، حيث تظهر الأدلة أن معلومات السياق لا يتم معالجتها بشكل كاف في مرحلة الترميز، كما يعاني المرضى من ضعف شديد في الكفّ، فانهم يميلون إلى الافراط في معالجة المعلومات غير ذات الصلة على حساب المعلومات ذات

الصلة، بالإضافة إلى ذلك، يضطرب الانتباه الانتقائي، مما يساهم بشكل أكبر في التدخل المنتظم للمعلومات غير المهمة.

كل هذا العجز في العمليات الفرعية للذاكرة العاملة يمكن أن يساهم في اضطراب عمليات تكامل المعلومات السببية والسياقية، في المقام الأول قد تظل المعلومات السياقية ذات الصلة غير مشفرة أو غير مشفرة بشكل كاف، وإذا تم ترميزها فقد يتم ترميزها مع معلومات غير ذات الصلة، مما قد يجعل استرجاعها أكثر صعوبة، أخيراً حتى إذا سارت الأمور على بشكل سليم في مرحلة الترميز، فقد تتعطل عملية الاسترجاع نفسها.

وبالعودة إلى نتائج الحالات نجد أن الحالات التي قدمت انتاج سردي مضطرب قابلها أداء ضعيف جدا في مهمة المنفذ المركزي ويتعلق الأمر بكل من الحالات (8، 9، 11، 14)، وعليه انطلاقاً مما سبق يمكن تأكيد تحقق كل من الفرضية السابعة والثامنة التي تنص على:

- توجد علاقة ارتباطية بين المنفذ المركزي والسرد بالإسناد عند الفصامي.

- توجد علاقة ارتباطية بين المنفذ المركزي والسرد بدون إسناد عند الفصامي.

فيما يتعلق بنتائج المكوّن التحتي للذاكرة العاملة المتمثل في المفكرة البصرية الفضائية وعلاقته بالسرد بالإسناد وبدون اسناد، توصلت النتائج إلى وجود علاقة ارتباطية بينهما، مما يشير إلى أن كلما كان الأداء على مهام المفكرة البصرية الفضائية جيد، كلما كان الإنتاج السردى بالإسناد وبدونه جيد، فالمفكرة البصرية الفضائية حسب **Teberghien (1997)** هي نظام لترميز ومعالجة الأشكال البصرية (بما في ذلك أشكال الحروف والكلمات) والصور الذهنية والاسناد الفضائي للأشياء. وهي مسؤولة على الحفاظ على المعلومات المكانية والبصرية بالإضافة إلى تكوين الصور الذهنية ومعالجتها (Monnier & Roulin, 1994) وللقيام بسرد قصة يجب على المفحوص

استرجاع مختلف العناصر المكونة للقصة بما في ذلك عنصري الزمان والمكان، اللذان يعتبران مكونان أساسيان لسرد أي قصة ويرتبط الخلل في تذكر هذين العنصرين باضطراب على مستوى الذاكرة العاملة والمفكرة البصرية الفضائية على وجه الخصوص، فحسب **Hooker (2000)** يواجه مرضى الفصام صعوبة حقيقية في الحفاظ على التمثيل الداخلي للمسار في النماذج الفضائية والزمانية، ووفقا له تقع هذه الاضطرابات أو التشوهات في قشرة الفص الجبهي (بشكل أساسي في القشرة قبل الجبهية الظهرية الجانبية)، التي تولد عجز في السلوك والتي تتطلب الحفاظ على تمثيل الهدف بمرور الوقت، بما في ذلك القدرة على متابعة هدف متحرك بالعينين، بالتالي فإن مرضى الفصام لديهم عجز في الاكتساب الأولي للمعلومات البصرية الفضائية، كما يعانون من عجز في مهام التعرف على الأشياء، بالرغم من عدم تأثير استخدام مضادات الذهان النمطية وغير النمطية على أداء مرضى الفصام. من جهتهما أكد كل من **Gooding** و **Tallent (2004)** أن الأداء الفقير لمرضى الفصام على اختبارات المكون البصري- المكاني مقارنة بالأسوياء قد يعكس خللا وظيفيا في الوظائف التنفيذية، والذي قد يساهم في الاضطراب الذي يبيده الفصاميين فيما يتعلق بمعالم وصفات الأشياء، أو المواقع المكانية للمنبهات.

وبالعودة إلى نتائج الدراسة الحالية نجد أن الحالات التي عرف انتاجها السردى اضطرابات مختلفة وغيابا لعنصري الزمان والمكان مثل الحالة (8، 11، 14) عرفت هي الأخرى ضعفا في الأداء على مهام المفكرة البصرية الفضائية وفي هذا الصدد توصلت دراسة **Dreher وآخرون (2001)** أن مرضى الفصام أظهروا عجزا في مهمة الترتيب الزمني، وأن هذا الضعف مرتبط بشكل كبير بعجز عام في الذاكرة العاملة، والعجز فيها واضح من خلال ضعف الأداء في مهام كل من المفكرة البصرية الفضائية والفونولوجية في مرض الفصام. بالإضافة إلى ما توصل إليه كل من **Hartley**

Jensen (1991) حيث يرجع عجز أو ضعف انتاج الخطاب -بما في ذلك الخطاب السردي- إلى مجموعة من العوامل بما في ذلك المعالجة البصرية الفضائية، وعليه يمكن تأكيد تحقق كل من الفرضية الجزئية التاسعة والعاشر التي مفادها:

- توجد علاقة ارتباطية بين المفكرة البصرية الفضائية والسرد بالإسناد عند الفصامي.
- توجد علاقة ارتباطية بين المفكرة البصرية الفضائية والسرد بدون اسناد عند الفصامي.

2. تفسير ومناقشة نتائج الفرضية العامة

انطلاقاً من عرض وتحليل ومناقشة نتائج الفرضيات الجزئية، نستنتج أنّ للانتباه الانتقائي والذاكرة العاملة علاقة بالسرد عند الفصامي، بمعنى أنه كلما ارتفع مستوى الأداء في كل من الانتباه الانتقائي والذاكرة العاملة كلما ارتفع مستوى الإنتاج السردى عند الفصامي، فعلى اعتبار أنّ الانتباه أولى العمليات المعرفية في نظام تجهيز ومعالجة المعلومات، فهو الذي يحدد كمية المعلومات التي يمكن أنّ تمر إلى مستوى أعلى من المعالجة من خلال عملية الانتقاء، فسلامته مطلوبة لدعم مراحل المعالجة التالية في الذاكرة العاملة، وأي خلل على مستواه يمكن أن يؤثر سلباً على كفاءة مراحل المعالجة التالية وزيادة الحمل على النظام المعرفي، بالتالي تضرر العديد من الوظائف بما في ذلك فهم وإنتاج اللغة، حيث يرجع **Chapman** معظم الاضطرابات التي يعاني منها مرضى الفصام، بما في ذلك اضطرابات فهم وإنتاج اللغة إلى اضطراب الانتباه الانتقائي المسؤول عن عدم القدرة على معالجة المعلومات. فتتظيم الأفعال والسلوك -بما في ذلك اللغوي- ينطوي على ميكانيزمات الانتقاء والكفّ، ويظهر مرضى الفصام قدرة منخفضة على انتقاء الردود المناسبة من بين الردود غير ذات الصلة بالموضوع. وحسب **Granger وآخرون (2018)** يمكن أن يؤدي ضعف الانتباه الانتقائي إلى انخفاض القدرة على الدخول في مهمة أو إجراء محادثة أثناء التداخل.

في نفس السياق وحسب **Bouccard و Laffy- Beaufils (2008)** فإنّ سوء استخدام العلامات اللغوية التي تسمح باتساق الجملة، أو اقحام معلومات لا علاقة لها بمحتوى المحادثة، يمكن أن يكون ناجم بشكل مباشر عن العجز التنفيذي واضطرابات الانتباه، وخاصة الكف.

من جهة أخرى يفترض أن يلجا الفرد لاستخدام موارد الذاكرة العاملة في تتبع ما يفعله أو يقوله في كل لحظة، من هنا يظهر الدور الأساسي للذاكرة العاملة في الإنتاج السردى، نظرا لأن الإنتاج السردى مهما كان نوعه يتطلب التحكم في الوقت الفعلي وتحديث المعلومات، بالإضافة إلى عرض الأحداث بشكل منسجم من خلال استعمال عبارات متسلسلة تراعي العلاقة المنطقية فيما بينها من خلال الربط بين ماسبق قوله، وما سيقال. في هذا الصدد يشير **Kuperberg و Caplan (2003)** إلى أنّ عجز الذاكرة قصيرة المدى أو الذاكرة العاملة قد يكون مسؤولا عن تفاعل القيود السياقية مع موضع الكلمة (الأسبقية أو الحداثة) في الفصام، و الدليل على وجود ارتباط بين الذاكرة العاملة والمهام اللغوية في مرض الفصام هو الأقوى على مستوى الجمل والخطاب. كما توصلت دراسة **Hartley و Jensen (1991)** التي هدفت للبحث في انتاج ومحتوى وتماسك الخطاب السردى والاجرائى، لدى 11 شخصا تعرضوا لصدمة جماعية (مغلقة)، حيث كان على المشاركين انتاج خطابين سرديين يتألفان من إعادة سرد قصة مسموعة، واختراع قصة من لوحات مرسومة، بالإضافة إلى خطاب اجرائى يتكون من إعادة سرد كيفية اجراء عمليات شراء في محل بقالة. تم تطبيق العديد من الاختبارات الفرعية لمقياس **Wechsler** للذاكرة من أجل فحص الذاكرة، توصلت نتائج الدراسة إلى وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين الذاكرة العاملة والتماسك في الخطاب السردى لدى 11 فردا مصابا بصدمة جماعية، واستنتج الباحثين أنّ بعد الصدمة

الجمعية يكون انتاج الخطاب محدودا في كفاءته ومحتواه وترابطه الدلالي، وأنَّ أوجه القصور هذه مرتبطة بشكل كبير بقدرات الذاكرة العاملة.

وفي ذات التوجه توصلت دراسة **Youse و Coelho (2005)** التي هدفت للبحث في العلاقة بين الذاكرة العاملة وإنتاج الخطاب السردى لدى الأفراد المصابين بصدمة جمعية مغلقة، حيث انطلقوا من الفرض القائل أنَّ الأفراد الذين يظهرون أداءً عالياً في اختبارات الذاكرة العاملة يجب أن يؤدوا أداءً أفضل في مهام إنتاج الخطاب، مقارنة بالأفراد ذوي الأداء المنخفض في الذاكرة العاملة. أظهرت النتائج ارتباطات متوسطة ذات دلالة إحصائية بين قياسات الذاكرة العاملة وتلك الخاصة بإنتاج الخطاب، مما يدعم الفرضية الأولى.

وعليه يمكننا تأكيد تحقق الفرضية العامة للدراسة التي تنص على أنه "توجد علاقة ارتباطية بين الانتباه الانتقائي والذاكرة العاملة بالسرد عند الفصامي" وهذا ما أكدته **Carter و Capilouto (2009)** حيث يرى أنَّ الكفاءة السردية تتناسب طردياً مع سلامة الذاكرة العاملة والانتباه الانتقائي، بالإضافة إلى ما توصلت إليه دراسة **دريس (2023)** تحت عنوان "أثر الانتباه الانتقائي والذاكرة العاملة على عدم تناسق الخطاب عند الفصامي" التي هدفت للكشف عن أثر كل من الانتباه الانتقائي والذاكرة العاملة على عدم تناسق الخطاب عند الفصامي، وتوصلت نتائجها إلى أنَّ للانتباه الانتقائي أثر على كل من البنيات اللسانية للخطاب و محتوى الخطاب و على الفعالية اللغوية للخطاب لدى الفصامي، بينما تؤثر الذاكرة العاملة على محتوى الخطاب فقط، وعليه تم استنتاج وجود أثر للانتباه الانتقائي والذاكرة العاملة على عدم تناسق الخطاب لدى الفصامي. ومن جهتها أكدت دراسة **العرايبي (2022)** علاقة كل من الانتباه الانتقائي والذاكرة العاملة بالإنتاج السردى من خلال البحث في أثر اضطراب كل من الذاكرة العاملة والانتباه الانتقائي على السرد

لدى الراشد المصاب بالحبسة المتراوح سنه بين 27 و 65 سنة، توصلت نتائج الدراسة إلى أنّ لكل من الذاكرة العاملة والانتباه الانتقائي أثر على السرد القصصي (بالإسناد) لدى المصاب بالحبسة بحجم أثر كبير جدا، ولكل من الذاكرة العاملة والانتباه الانتقائي أثر في مستويات السرد القصصي (بدون اسناد) لدى المصاب بالحبسة بحجم أثر كبير جدا، وعليه تم استنتاج أنّ هناك أثر للذاكرة العاملة والانتباه الانتقائي على السرد لدى المصاب بالحبسة الراشد الجزائري.

من وجهة نظر نفسية عصبية يمكن تأكيد علاقة الانتباه الانتقائي والذاكرة العاملة بالإنتاج السردى لدى مرضى الفصام من خلال ما توصلت إليه نتائج دراسة **Gornushenkov** و **Pluzhnikov (2021)** تحت عنوان "سرد القصص في مرض الفصام: الأساس النفسي العصبي للخلل البراغماتي للغة" (دراسة أولية)، التي هدفت إلى الدراسة النفسية العصبية الارتباطية لضعف السياق - النص الواقعي - الذي تم الكشف عنه أثناء سرد القصص لدى المرضى المصابين بالفصام، حيث تم اجراء الدراسة على 14 مريضا مصابا بالفصام و 18 طالبا لا يعانون من اضطرابات عقلية، توصلت نتائجها إلى أنّ قصص المرضى المصابين بالفصام مختلفة عن الأسوياء بطريقتين: أنتج بعض المرضى قصصا تتميز في الغالب بعدم الاكتمال، مما لا يعطي فرصة لفهم سردهم لرواية متصلة ككل بسبب قصورها. وفي حالات أخرى، تتميز القصص في الغالب بتشويه القصة بحيث أصبحت غير واقعية ولا تتطابق مع الصورة الاصلية. مفسرين ذلك بأنّ أخطاء عدم الاكتمال ترتبط في المقام الأول بالخلل النفسي العصبي في الفص الجبهي الأيسر، وترتبط أخطاء التشويه أيضا بشكل رئيسي بخلل في الفص الجبهي. وبالعودة إلى معطيات الجانب النظري نجد أنّ الفصوص الجبهية تشارك أيضا في مهام كل من الانتباه الانتقائي والذاكرة العاملة.

الاستنتاج العام:

نستنتج انطلاقاً من نتائج الدراسة الحالية عبر مراحلها المختلفة، أنّ التكفل الأَرطوفوني بمرضى الفصام يشهد نقصاً كبيراً في الوسط العيادي الجزائري، الأمر الذي ينبئ بضعف التكفل متعدد التخصصات الذي من شأنه تخفيف العبء على المريض وتحسين جودة حياته، لاسيما أنّ المريض يعاني من مشاكل تواصلية تعيق اندماجه أسرياً، اجتماعياً، وحتى مهنياً.

وكمحاولة لفهم وتفسير ضعف التواصل لدى مريض الفصام، لجأنا إلى دراسة طبيعة بعض المتغيرات النفسية العصبية المعرفية كالانتباه الانتقائي والذاكرة العاملة وعلاقتها بشكل من أشكال التواصل المتمثل في السرد، على مجموعة مكونة من 14 مريضاً مصاباً بالفصام، وبعد تحليل ومناقشة النتائج ومراجعة الأدبيات في الموضوع توصلنا إلى أنّ مرضى الفصام يعانون من ضعف معرفي، ظهر على شكل اضطرابات متفاوتة الشدة في كل من الذاكرة العاملة بمكوناتها، السرد، والانتباه الانتقائي (السمعي والبصري).

انطلاقاً من ذات النتائج، توصلنا إلى وجود عدم تجانس في الأداء بين مرضى الفصام في كل من الانتباه الانتقائي، الذاكرة العاملة، والسرد، فالبعض منهم قدموا أداءً مقبولاً نوعاً ما، بينما تميز أداء البقية بالضعف، وهذا ما يعطي تصور عن الملمح غير المتجانس للأعراض المعرفية الفصامية بين الحالات وفي الحالة نفسها.

من جهة أخرى، وفيما يتعلق بتحقيق هدف الدراسة المتمثل في الكشف عن طبيعة العلاقة بين الانتباه الانتقائي والذاكرة العاملة بالسرد لدى مرضى الفصام توصلت النتائج إلى أنّه:

- توجد علاقة ارتباطية بين الانتباه الانتقائي البصري والسرد بالإسناد عند الفصامي.
- توجد علاقة ارتباطية بين الانتباه الانتقائي البصري والسرد بدون إسناد عند الفصامي.

- توجد علاقة ارتباطية بين الانتباه الانتقائي السمعي والسرد بالاسناد عند الفصامي.
- توجد علاقة ارتباطية بين الانتباه الانتقائي السمعي والسرد بدون اسناد عند الفصامي.
- توجد علاقة ارتباطية بين الحلقة الفونولوجية والسرد بالاسناد عند الفصامي.
- توجد علاقة ارتباطية بين الحلقة الفونولوجية والسرد بدون اسناد عند الفصامي.
- توجد علاقة ارتباطية بين المنفذ المركزي والسرد بالاسناد عند الفصامي.
- توجد علاقة ارتباطية بين المنفذ المركزي والسرد بدون اسناد عند الفصامي.
- توجد علاقة ارتباطية بين المفكرة البصرية الفضائية والسرد بالاسناد عند الفصامي.
- توجد علاقة ارتباطية بين المفكرة البصرية الفضائية والسرد بدون اسناد لدى الفصامي.

بالتالي يمكن تأكيد تحقق الفرضية العامة القائلة "توجد علاقة ارتباطية بين الانتباه الانتقائي والذاكرة العاملة بالسرد عند الفصامي"، وبهذا يتم تأكيد أنّ السرد عملية عقلية عليا معقدة تحتاج سيرورات نفسية عصبية معرفية مختلفة، تبدأ بسلامة الانتباه الانتقائي كعملية معرفية أساسية تسمح بانتقال المعلومات الحسية ذات الصلة بالموضوع إلى مستويات أعلى من المعالجة، مروراً بالذاكرة العاملة أين تتم المعالجة الآنية للمعلومات الواردة والاحتفاظ فقط بما له علاقة بالموضوع وكفّ المعلومات الأخرى، بدعم من مكوناتها التحتي المتمثل في المنفذ المركزي الذي يلعب هو الآخر دوراً محورياً في نقل وتحويل المعلومات من وإلى الذاكرة طويلة المدى، بالتالي يسهل على الفرد البقاء في سياق الموضوع الذي هو بصدد سرده والمحافظة الخيط الذي يربط بداية السرد ونهايته في شكل يضمن تحقيق الهدف من الوضعية التواصلية من خلال إيصال المعلومة التي يريد توصيلها.

ومنه يمكن استنتاج أنّ الاضطرابات التي تم رصدها على مستوى الانتاج السردى للحالات راجعة بالأساس إلى الضعف النفسي العصبي المعرفي في كل من الانتباه الانتقائي والذاكرة العاملة لدى

مرضى الفصام، فالاضطراب في السرد يرتبط بالاضطراب على مستوى كل من الانتباه الانتقائي والذاكرة العاملة، بالتالي اضطراب هذه العمليات المعرفية يمكن أن ينبئ باضطراب السرد.

الخاتمة

حاولت الدراسة الحالية الكشف عن علاقة الانتباه الانتقائي والذاكرة العاملة بالسرد عند الفصامي، وهذا ما دفعنا التعرف على جملة الأعراض التي يعاني منها المريض المصاب بالفصام، أين تطرقنا بداية للتعريف بالمرض وأعراضه ومختلف التوجهات النظرية المفسرة له، وكل ما يتعلق بالانتباه الانتقائي وخصوصيته عند مرضى الفصام، ثم انتقلنا إلى التعريف بالذاكرة العاملة وخصوصيتها عند هؤلاء المرضى، من ثم قدمنا تعريفات وأهم ما يتعلق بالسرد وخصوصيته عند مرضى الفصام. وانطلاقاً مما توصلت إليه الأدبيات في الموضوع، لمسنا الدور المهم للمختص الأرطوفوني في التكفل بهذه الفئة من المرضى، وهذا ما عزز لدينا التخمين في واقع التكفل الأرطوفوني بهذه الفئة من المرضى في الوسط العيادي الجزائري، لذا ارتأينا القيام بدراسة أولية استكشافية للميدان، بهدف جمع أكبر قدر ممكن من المعلومات حول التكفل الأرطوفوني، والخدمات الأرطوفونية المقدمة لهذه الفئة، والاطلاع على مختلف الأدوات المعتمدة في الميدان. بالإضافة إلى استشراف العراقيين التي تحول دون التكفل الأمثل بهذه الفئة. حيث قمنا بتوزيع استمارة الكترونية على 55 مختصاً أرطوفونياً ممارساً من مختلف مناطق الوطن.

توصلت النتائج إلى نقص فادح في التكفل بمرضى الفصام في الوسط العيادي الجزائري، لعدة اعتبارات منها ضعف التكوين النظري والتطبيقي، كما لمسنا عدم الوعي لدى أغلب المشاركين بضرورة التكفل بهذه الشريحة من المرضى. من جهة أخرى توصلت النتائج إلى ضعف الخدمات المقدمة لمرضى الفصام من فحص وتقييم من قبل المشاركين الذين سبق لهم التكفل بمرضى الفصام، الراجعة أسبابها -حسبهم- إلى ضعف التكوين النظري والتطبيقي، غلاء الأدوات وعدم توفرها، بالإضافة إلى ضعف التكوين المنهجي الذي دفع بهم لاعتماد أدوات تقييم دون التأكد من

صلاحيتها، بل ويتعداه إلى استعمال أدوات من صنعهم لا يهتمون بمراعاة الأسس المنهجية في بنائها.

من هنا تبين لنا أهمية دراسة الموضوع، وكمرحلة ثانية قمنا بالتقرب أكثر من ميدان الدراسة، أين قمنا بإجراء دراسة استطلاعية بهدف ضبط موضوع الدراسة أكثر والتحقق من إمكانية تحقيقه ميدانياً، واختيار عينة وأدوات الدراسة، والتحقق من ملائمة الأدوات ثم التأكد من صلاحيتها من خلال الدراسة السيكمترية.

بعد التقرب من ميدان الدراسة المتمثل في مختلف مصالح الطب العقلي للكبار بمستشفى فرانز فانون بالبلدية، وأجراء جملة من المقابلات مع الفريق المعالج للحالات، تم ضبط موضوع الدراسة، اختيار عينة الدراسة، والاختيار الأولي لأدوات الدراسة والتحقق من ملائمتها للمرضى المصابين بالفصام. بعد اختيار أدوات الدراسة احتجنا للتأكد من صلاحيتها، أين قمنا بتطبيق الأدوات على عينة مكونة من 50 فرداً راشداً تتراوح أعمارهم بين 20 و 60 سنة، لا يعانون من أي مرض حسي أو عصبي، كما لا يعانون من أي مرض عقلي، لديهم مستوى تعليمي لا يقل عن الخامسة ابتدائي. وقد توصلت النتائج إلى تمتع أدوات الدراسة بخصائص سيكمترية مقبولة، تجعل اعتمادها أمر ممكن منهجياً.

كمرحلة أخيرة لتحقيق موضوع الدراسة ميدانياً، الذي يهدف للبحث في علاقة كل من الانتباه الانتقائي والذاكرة العاملة بالسرد لدى مرضى الفصام، تم إجراء دراسة على عينة مكونة من 14 مريضاً مصاباً بالفصام يتراوح سنهم بين 30 و 55 سنة، لا يعانون من أي مرض حسي (سمعي أو بصري)، متواجدين بمختلف مصالح الطب العقلي للكبار بمستشفى فرانز فانون بالبلدية، مستقرين عيادياً. وبعد تطبيق مختلف الأدوات المتمثلة في اختبارات الانتباه الانتقائي واختبارات الذاكرة

العامة، واختبار السرد، وبعد المعالجة الإحصائية للفرضيات الجزئية وتحليل ومناقشة النتائج تبين وجود علاقة ارتباطية بين الانتباه الانتقائي والذاكرة العامة بالسرد لدى مرضى الفصام، بالتالي تحقيق هدف الدراسة.

على الرغم من محدودية تعميم النتائج نظرا لعدة اعتبارات منها صغر حجم العينة، الحدود المكانية للدراسة التي تمركزت في منطقة واحدة، إلا أنّ هذا لا يلغي أهمية النتائج التي توصلنا إليها في مختلف مراحل الدراسة، من خلال تقديم تصور عام عن التوظيف المعرفي والتواصل لهذه الفئة من المرضى، محاولة تقديم تفسير علمي من منظور نفسي عصبي معرفي لسبب اضطراب شكل من أشكال التواصل المتمثل في السرد لدى المريض خاصة بعد الاستقرار العيادي للأعراض الذهانية، عرض لبعض الأدوات الممكن اعتمادها في الميدان في ظل عدم توفر الأدوات وغلائها.... وغيرها من النتائج التي نأمل أن:

- تعطي دفعا لمزيد من الأبحاث في المجال وعلى عينات أكبر، لإثراء ميدان البحث في الوسط العيادي الجزائري.
- إزالة الغموض حول دور المختص الأروطفوني تجاه هذه الفئة من المرضى.
- فتح آفاق جديدة لتوسيع أماكن تواجد المختص الأروطفوني في المستشفيات وفي مصالح الطب العقلي للكبار خاصة، بالتالي تعزيز حظوظ مرضى الفصام في الاستفادة من خدمات المختص الأروطفوني التي تساعد على تجاوز أو تكييف مشاكلهم المعرفية والتواصلية.

- تحفيز اشراك المختص الأرطوفوني ضمن الفريق متعدد التخصصات في مرحلتي التشخيص والعلاج، ومواكبة جديد نتائج الأبحاث التي تولي أهمية للجانب المعرفي والتواصل في تشخيص المرض.

وعليه نقترح:

- توسيع مجال البحث ليشمل عينات أكبر.
- تكثيف البحوث التي تهدف لتفسير الأسباب الكامنة وراء اضطراب التواصل لدى المريض المصاب بالفصام، من أجل تسهيل اندماجه أسريا، اجتماعيا، ومهنيا.
- الاهتمام بتطوير التدخلات العلاجية التي تستهدف هذه العمليات النفسية العصبية المعرفية لتحسين حالات الضعف في التواصل لدى مرضى الفصام.

ومنه نوصي بـ:

- تعزيز العمل متعدد التخصصات، من أجل توجيه الحالات للفحص الأرطوفوني.
- تحسين نوعية التكوين الأكاديمي والتطبيقي، في مثل هذه الأمراض ضمن البرامج التكوينية للمختص الأرطوفوني.
- القيام بالملتقيات والأيام الدراسية حول مرض الفصام لفائدة طلبة الأرطوفونيا.
- تحسين نوعية التكوين المنهجي، خاصة فيما يتعلق ببناء وتكييف أدوات البحث.
- تكثيف الجهود من أجل ضم المختص الأرطوفوني للفريق متعدد التخصصات في مصالح الطب العقلي للكبار، للتكفل عن قرب بمرضى الفصام.

قائمة المراجع

قائمة المراجع العربية:

1. إبراهيم، ايمان عماد الدين، أحمد، ايناس عبد الفتاح. (2018). ذاكرتنا الأحداث الشخصية والدلالية لدى مرضى الفصام ومرضى الاضطراب الوجداني ثنائي القطب. *المجلة المصرية لعلم النفس الاكلينيكي والارشادي*، 6 (2). 153-193.
2. أبو الديار، مسعد. (2012). *الذاكرة العاملة وصعوبات التعلم*. فهرسة مكتبة الكويت الوطنية أثناء النشر. مركز تقويم وتعليم الطفل.
3. أبو عقل، عمرو سامي محمد. (2016). *المساندة الأسرية وعلاقتها بالاستشفاء لدى عينة من مرضى الفصام المترددين على عيادات الصحة النفسية في قطاع غزة* [رسالة ماجستير في الصحة النفسية والمجتمعية منشورة]. الجامعة الإسلامية بغزة.
4. إسماعيل، عبد السلام عمارة. (2016). *الفصام (الشيزوفرينيا)*. مجلة التربوي. كلية التربية لخمس، جامعة المرقب. العدد الثامن. 33-59.
<https://search.emarefa.net/detail/BIM-943231>
5. اقبال، سعاد محمد، والتوني، سهير محمد. (2022). *الهلاوس وعلاقتها بالسيطرة الدماغية لدى عينة من مرضى الفصام بمدينة مكة*. مجلة دراسات عربية في التربية وعلم النفس ASEP، 141 (01). 195-216.
6. بزاوري، نور الهدى. (2015). *سعة الذاكرة العاملة عند ذوي صعوبات تعلم القراءة*. مجلة البحوث والدراسات الاجتماعية، جامعة الشهيد حمة لخضر الوادي، 13 (14). 270-278.
7. بزيو، مصطفى، وبوسيف، إسماعيل. (2021). *دراسة مستوى بعض القدرات العقلية (الذكاء الحركي، تركيز الانتباه) لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية*. مجلة الابداع الرياضي، 12 (2)، 319-332.
8. البشتاوي، آلاء عبد الرحمن رفيق. (2015). *جودة الحياة وعلاقتها باختلاف أعراض الفصام لدى عينة من مراجعي عيادات الطب النفسي الخاصة في عمان* [رسالة ماجستير منشورة]. الجامعة الأردنية.
9. بن بوزيد، مريم ، ودماس، منال. (2021). *التصلب اللويحي المتعدد من منظور نفس عصبي معرفي*. دار الاكاديميون.

10. بن شخشوخ، أسماء. (2021). أثر تنمية الانتباه الانتقائي والذاكرة العاملة على الفهم الشفهي لدى التلاميذ ذوي اضطراب نقص الانتباه بالاعتماد على برنامج علاجي مقترح: دراسة ميدانية بمجموعة من المدارس الابتدائية بولاية قسنطينة [أطروحة دكتوراه، جامعة البليدة 2]. البوابة الوطنية للإشعار عن الأطروحات www.pnst.cerist.dz
11. بن شخشوخ، أسماء، وجنان، أمين. (2020). دراسة وصفية مقارنة لنماذج الترشيح المفسرة للانتباه الانتقائي. مجلة العلوم الإنسانية، 31 (2)، 449-463.
12. بوسالم، عبد العزيز. (2014). إشكالية صلاحية الاختبارات النفسية غير المكيفة في الممارسة السيكلولوجية بالجزائر. مجلة الآداب والعلوم الاجتماعية، 7 (1)، 163-179.
13. جعفر، شريف وسام. (2011). طبيعة الوظائف التنفيذية (التخطيط، الكف والليونة الذهنية) عند المصابين بالفصام: دراسة نفسية عصبية لسبع حالات في الوسط الاستشفائي الجزائري [رسالة ماجستير منشورة]. جامعة الجزائر 2. الفهرس المشترك الجزائري. [/https://www.ccdz.cerist.dz](https://www.ccdz.cerist.dz)
14. جمعة، سيد يوسف. (1990). سيكولوجية اللغة والمرضى العقلي. علم المعرفة. سلسلة كتب ثقافية شهرية يصدرها المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب.
15. جوهنسون، كريغ، نيال، ديفسون. (2017). (الحويلة، أمثال هادي، عياد، فاطمة سلامة، شويخ، هناء، الرشيد، ملك جاسم، والحمدان نادية عبد الله، مترجم). علم النفس المرضي. مكتبة الأنجلو المصرية.
16. حسن، شيماء فتحي. (2022). دراسة مقارنة الانتباه السمعي والبصري لدى الأطفال الذاتويين والأطفال ذوي الإعاقة العقلية. مجلة الطفولة، (42)، 714-740.

17. حسن، هبة محمد علي. (2020). الوصمة وعلاقتها بتقدير الذات والاستبصار لدى عينة من مرضى الفصام. مجلة دراسات في مجال الارشاد النفسي والتربوي جامعة أسيوط، 8 (8).
18. حميدوش، سليمة. (2022). اقتراح برنامج علاجي لتقييم استرجاع الذاكرة الفونولوجية لدى الراشد المصاب بالصدمة الجمجمية [أطروحة دكتوراه في الأرتوفونيا غير منشورة]. جامعة الجزائر 2.
19. الحوامدة، أحمد محمود. (2019). استراتيجيات التعامل مع صعوبات التعلم. دار ابن النفيس للنشر والتوزيع.
20. خرياش، هدى، ودقيش، رحمة. (2012). اضطراب الوظائف التنفيذية وتأثيره على اللغة الشفوية لدى حبسي بروكا. مجلة تنمية الموارد البشرية، 7 (1). 16-50.
21. خصر، شيراز محمد. (2022). علم نفس الانتباه والتركيز. تعريب دار الأكاديمية للنشر والتوزيع.
22. دريس، سهام. (2023). أثر الانتباه الانتقائي والذاكرة العاملة على عدم تناسق الخطاب عند الفصامي [أطروحة دكتوراه غير منشورة]. جامعة البليدة 02.
23. دريس، سهام، وتواتي، نورة. (2021). اضطراب الذاكرة العاملة لدى الفصامي. مجلة الجامع في الدراسات النفسية والعلوم التربوية، 6 (2). 167-183.
24. دماس، منال. (2022). نظريات الانتباه والنماذج المفسرة. مجلة الحكمة للدراسات الفلسفية، 10 (2)، 951-962.
25. رسلان، شاهين. (2010). العمليات المعرفية للعادين وغير العادين: دراسة نظرية تجريبية. المكتبة الانجلو مصرية.

26. رياضي، فاطمة. (2013). اكتساب مفهوم الزمن عند الطفل من 5 إلى 11 سنة

دراسة تطويرية من مرحلة ما قبل العمليات إلى مرحلة العمليات الملموسة [أطروحة

دكتوراه غير منشورة]. جامعة الجزائر 2.

27. الزغلول، رافع النصير، والزغلول، عماد عبد الرحيم. (2003). علم النفس

المعرفي. دار الشروق.

28. الزغلول، رافع النصير، والزغلول، عماد عبد الرحيم. (2008). علم النفس

المعرفي. دار الشروق.

29. زهاني، زهاني. (2015). الفصام بين الإكتئاب والإنتحار [أطروحة دكتوراه

منشورة]. جامعة الجزائر 2. البوابة الوطنية للإشعار عن الأطروحات.

www.pnst.cerist.dz

30. زواني، نزيهة. (2020، فيفري 04 - 05). جودة الحياة لدى مرافقي الأشخاص

المصابين بمرض الفصام في ضوء بعض المتغيرات [عرض ورقة]. الملتقى الوطني

الأول - جودة الحياة و التنمية المستدامة في الجزائر - الأبعاد والتحديات - جامعة

الوادي. 153 - 171.

31. الزيات، فتحي مصطفى. (1995). الأسس المعرفية للتكوين العقلي وتجهيز

المعلومات.

32. سعدات، فضيلة، وخطار، زهية. (2020). تأثير تشتت الانتباه على التحصيل

في مادة الرياضيات. مجلة المرشد، 10(1)، 52 - 65.

33. سليمان، هدى. (2011). علاقة الذاكرة العاملة بالأداء اللغوي لدى الطفل

الأصم الحامل للزرع القوقعي [رسالة ماجستير] جامعة الجزائر 2.

34. السواح، ريهام رضا محمد محمود، وعياد، أحمد عبد الفتاح. (2022). بعض الاضطرابات المعرفية لدى مرضى الفصام البارانويدي وغير المميز. *المجلة العلمية بكلية الآداب*، 48. 1- 26.
35. سولسو، روبرت. (2000) *علم النفس المعرفي* (محمد نجيب الصبوة، مصطفى محمد كامل، محمد الحسانين الدق، مترجم؛ ط2). مكتبة الانجلو المصرية.
36. صالح، نرمين عبد الوهاب أحمد. (2017). القدرة التنبؤية لبعض المتغيرات الاكلينيكية بالوظائف التنفيذية لدى مرضى الفصام ومرضى الاضطراب الثنائي. *المجلة المصرية للدراسات النفسية*، 27(96).
37. صالح، طارق. (2016). صعوبات الممارسة الأرطوفونية لدى الأخصائي الأرطوفوني دراسة استكشافية من وجهة نظر عينة من الأخصائيين الأرطوفونيين بولاية الجزائر. *مجلة اسهامات للبحوث والدراسات*، 1 (01). 145- 159.
38. طيار، شهيناز. (2020). أساليب التكفل الأرطوفوني بالحبسة المتدفقة وغير المتدفقة بالرجوع إلى أهم المدارس العلاجية. *مجلة دراسات في علم الأرطوفونيا وعلم النفس العصبي*، 5 (1). 69-81.
39. عامر، طارق عبد الرؤوف محمد، والمصري، إيهاب عيسى. (2019). *الذاكرة والتذكر والنسيان: طرق تنشيط الذاكرة وأنواعها*. المجموعة العربية للنشر والتدريب. مكتبة نور.
40. عباس، زينب أحمد ، والصبوة، محمد نجيب . (2013). الفروق في الذاكرة العاملة والتفكير الاجتماعي المجرد بين مرضى الفصام والأسوياء. *المجلة المصرية لعلم النفس الاكلينيكي والارشادي*، 1 (3)، 387- 423.

41. عبد الحافظ، ثناء عبد الودود. (2016). *السيطرة الانتباهية والذاكرة العاملة والسرعة الادراكية*. دار من المحيط إلى الخليج للنشر والتوزيع.
42. عبد اللطيف، أشرف محمد نجيب، الصبوة، محمد نجيب. (2014). تأثير العبء الادراكي وعبء الذاكرة العاملة والتساق في الانتباه الانتقائي لدى طلاب الجامعة. *المجلة المصرية لعلم النفس الاكلينيكي و الارشادي*، 3 (3). 419-367.
43. عبد ربه، علي محمد علي. (2021). العتبات الادراكية السمعية لدى مرضى الفصام والاضطراب الوجداني ثنائي القطب والأصحاء. *المجلة المصرية للدراسات النفسية* 31 (111).
44. عبدالعظيم، صبري عبدالعظيم، وحامد، أسامة عبد الرحمن. (2016). *اضطرابات ضعف الانتباه والادراك التشخيص والعلاج*. دار الكتب المصرية.
45. عبده، عبد الهادي السيد. (2021). *علم النفس المعرفي: الأسس والمحاو*. المكتبة الأنجلو مصرية.
46. عدي، دليلة. (2007). دراسة وتحليل الفعالية اللغوية عند تلاميذ المدرسة العمومية والخاصة [رسالة ماجستير منشورة، جامعة الجزائر2]. البوابة الوطنية للإشعار عن الأطروحات. www.pnst.cerist.dz
47. العرابي، فاطمة الزهراء. (2022). أثر الذاكرة العاملة والانتباه الانتقائي على السرد لدى الحبسي الراشد اعتمادا على قصص مصورة غير مألوفة [أطروحة دكتوراه غير منشورة]. جامعة البليدة 2.

48. العرابي، فاطمة الزهراء، وصام، نادية. (2021). المعجم في السرد لدى المصابين بالحبسة - دراسة وصفة تحليلية-. *مجلة الصوتيات*، 17 (02). 403-416.
49. العزي، أروى أحمد عبده. (2022). جودة الحياة لدى عينة من مرضى الفصام المقيمين في مستشفيات الطب النفسي في المجتمع اليمني. *مجلة الآداب للدراسات النفسية والتربوية*، (15). 60-113.
50. عكاشة، أحمد. (2003) *الطب النفسي المعاصر*. المكتبة الانجلو المصرية.
51. عواد، محمود. (2011). *معجم الطب النفسي والعقلي*. Google books.
52. فروخي، صبرينة، وصام، نادية. (2022). واقع تقييم العمليات المعرفية للمصابين بالتصلب اللويحي في الوسط العيادي الجزائري. *مجلة الروائر*، 5 (2). 361-376.
53. فضيلي، فتيحة. (2021). دراسات عن الفصام في مرحلة المراهقة على ضوء اختباري الرورشاخ وتفهم الموضوع (TAT). *مجلة الناصرية للدراسات الاجتماعية والتاريخية*، 12 (2). 589-618.
54. الفقيري، معتز فؤاد أحمد. (2016). فعالية مدخل اليقظة العقلية في خفض بعض أعراض الفصام لدى الشباب. *مجلة كلية التربية جامعة بورسعيد*، 19. 340-384.
55. الفقيري، معتز فؤاد أحمد. (2016). فعالية مدخل اليقظة العقلية في خفض بعض أعراض الفصام لدى الشباب. *مجلة كلية التربية جامعة بورسعيد*، 19. 340-384.

56. قزاقزة، أحمد محمد يونس. (2005). *فاعلية التدريب على المراقبة الذاتية في*

مستوى الانتباه لدى الأطفال الذين لديهم قصور فيه [أطروحة دكتوراه] جامعة عمان

العربية للدراسات العليا. <https://search.emarefa.net/detail/BIM-552358>

57. قزاقزة، أحمد محمد يونس. (2014). *علاج مشكلة الانتباه لدى الأطفال*. دار

الكتاب الثقافي.

58. قويدري، ليلي. (2015). *دراسة وتحليل سلوك السرد عند الأطفال المصابين*

بمتلازمة داون: دراسة مقارنة بين المدمجين وغير المدمجين [رسالة ماجستير منشورة،

جامعة الجزائر 2]. البوابة الوطنية للأشعار عن الأطروحات. www.pnst.cerist.dz

59. كحلة، ألفت حسين. (2012). *علم النفس العصبي*. المكتبة الأنجلومصرية.

60. كليبي، رشا عبد الله (2021). *التوثيق العلمي وفق الإصدار السابع من دليل*

APA. ResearchGate. DOI: [10.13140/RG.2.2.29656.21762](https://doi.org/10.13140/RG.2.2.29656.21762)

61. محمد، شذى عبد الباقي، وعيسى، مصطفى محمد. (2011). *اتجاهات حديثة*

في علم النفس المعرفي: Cognitive psychology. دار المسيرة للنشر والتوزيع.

62. مداني أحمد. (2021). *المصطلح السردى بين المنظور البنيوي واختيارات* "

جيرار جنيت " دراسة مقارنة في المفاهيم والمكونات والوظائف. *مجلة الكلم*، 06 (2).

509-528.

63. ملحم ملحم. (2001). *سيكولوجية التعلم والتعليم: الأسس النظرية والتطبيقية*.

دار المسيرة.

64. موسى، ايمان مصيلحي محمد. (2021). اضطراب النوم والأعراض الموجبة والسالبة لدى مرضى الفصام الهذائي وغير الهذائي من الجنسين. *مجلة كلية الآداب. العدد السادس والخمسون. جامعة بنها. الجزء الثالث علم النفس.*
65. ميلوح، خليدة. (2014). *مدى فعالية تقنيات الفحص العيادي الاسقاطية و الموضوعية في تشخيص الفصام في المجتمع الجزائري (دراسة مقارنة): دراسة عيادية لـ 10 حالات في مدينة بسكرة [أطروحة دكتوراه منشورة]. جامعة محمد خيضر بسكرة.*
- مستودع الأطروحات لجامعة محمد خيضر بسكرة <http://thesis.univ-biskra.dz/>
66. ميلوح، خليدة. (2022). اضطراب الفصام لدى المسنين (مدخل نظري تحليلي). *مجلة الرسالة للدراسات والبحوث الإنسانية، 07 (03). 108 - 120.*
67. نصار، حنان محمد عبد الحليم. (2012). *فاعلية استخدام الصور في النشاط القصصي في تحسين الأداء اللغوي الشفهي وفهم القصة لدى أطفال الروضة. مجلة الطفولة والتربية. العدد العاشر (الجزء الثاني) السنة الرابعة.*
68. النعاس، غريب. (2014). *الذاكرة البصرية وعلاقتها ببعض أبعاد الإدراك البصري لدى عينة من الأطفال المصابين بعرض داون والأطفال العاديين. المجلة الجزائرية للطفولة والتربية، 2 (3). 173 - 202.*
69. وزاني، فوزية. (2022). *علاقة عسر القراءة بالقدرات البصر - انتباهية لدى تلميذ السنة الرابعة ابتدائي [أطروحة دكتوراه غير منشورة]. جامعة البليدة 02.*
70. وظيفة، علي إسماعيل. (2014). *التوحد عند الأطفال. الأكاديميون للنشر والتوزيع بالاشتراك مع الرمال للنشر والتوزيع.*

71. يوسف، آمنة. (2015). *تقنيات السرد في النظرية والتطبيق*. ط 2 منقحة.

المؤسسة العربية للدراسات والنشر.

قائمة المراجع الأجنبية:

1. Aleman, A. (2014). *Neurocognitive basis of schizophrenia : Information processing Abnormalities and clues for treatment*. Hindawi publishing corporation. Advances in neuroscience. 2014. Pp 1- 15.
2. Allé, M C. Danion, J M., & Berna, F. (2016). *Quand la cohérence narrative fait défaut : analyse de récits autobiographiques dans la schizophrénie*. Annales Médico- psychologiques.
3. Andreasen, N. (2000). Schizophrenia : the fundamental questions. *Brain Research reviews* 31. 106- 112.
4. Badaoui, F. (2007). Analyse de la cohésion et de la cohérence dans le récit des Aphasique approche semantico-logique. *AL-Lisaniyyat*, 12 (2). 105- 132.
5. Baddeley, A. (2003). Working memory and language: an overview. *Journal of communication disorders*. 36. 159- 208.
6. Baddeley, A. Hitch, G, J., & Allen, R, J. (2009). Working memory and binding in sentence recall. *Journal of memory and language*, 61. 438-456.
7. Bally, E. (2015). Effets et mécanismes d'action d'une unique session de thérapie par l'improvisation musicale chez des patients schizophrènes hospitalisés : L'hypothèse de la cohérence narration [Thèse de doctorat, Université de Toulouse 3]. https://www.academia.edu/42745081/UNIVERSIT%C3%89_TOULOUSE_III_PAUL_SABATIER_FACULT%C3%89S_DE_M%C3%89DECINE
8. Barra, A. Mac-kay, A, P., & Lara, E, D. (2018) Narrative avaluation strategies as metacognitive task in subjects with schizophrenia. *CoDAS*, 30 (3).
9. Baudouin, J-Y. Tiberghien, G. Brochard, R. Declerq, C. Didierjean, A. Doignon, N. Le Ny, J-F. Mercier, H. Nicolas, S. Seigneuric, A. Van

- Der Henst, J-B. Zagar, D . (2007). Psychologie cognitive. Tome 1. L'adulte. ed Bréal.
10. Bejaoui, M., & Pedinielli, J. L. (2010). Flexibilité cognitive, attention sélective et fluidité verbale sémantique dans trois dimensions de schizophrénie : psychotique, négative et de désorganisation. *Pratiques psychologiques*. 16 (3). 259- 272.
 11. Ben Malek, M, H. (2019). How to date future events? Cognitive processes supporting the temporal location of autobiographical events in healthy individuals and in schizophrenia [Doctoral dissertation, University of Strasbourg]. HAL Open science <https://theses.hal.science/tel-02443293v1>
 12. Bisnier, N. (2010). *Aspects cognitifs et émotionnels de l'interférence aux tests de stroop dans les troubles schizophréniques et bipolaires* [Thèse de doctorat, Université de Meditterane]. Le moteur de recherche des thèses françaises www.theses.fr
 13. Blain, S. (2020). *Interaction entre la mémoire de travail et l'attention sélective dans le domaine auditif non-verbal*. Neuroscience [thèse de doctorat, université de Lyon]. HAL science ouverte Id: tel-03392189 <https://theses.hal.science/tel-03392189>
 14. Bonsack, C., & Cottraux, J. (2015). *Se rétablir de la schizophrénie : Guide pratique pour les professionnels* (2^{ème} ed). Elsevier Masson.
 15. Bora, E. Yucel, M., & Pantelis, C. (2009) *Cognitive impairment in schizophrenia and affective psychoses: Implications for DSM-4 Criteria and Beyond*. Schizophrenia Bulletin Advance.
 16. Boucard, C., & Laffy-beaufils, B. (2008). Caractérisation des troubles du langage dans la schizophrénie grace au bilan orthophonique. *L'Encéphale*, 24. 226- 232.
 17. Boumaraf, A., & Badaoui, F. (2022). Approche analytique et comparative de la communication dans l'aphasie et la schizophrénie. *Revue El-Tawassol*, 28 (01). 322- 331.
 18. Carment, L. (2018). *Le contrôle moteur et oculomoteur dans la schizophrénie : principaux contributeurs du déficit sensorimoteur* ?[thèse de doctorat, Sorbonne université] .HAL science ouverte Id. <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-02868509> .
 19. Castle, D., & Buckley, P. (2015) *Schizophrenia* (2nd ed). Oxford university press.
 20. Cellard, C., & Lefévre, A, A. (2010). Examination of the relative contribution of saturation and selective attention to memory deficits

- in patients with recent-onset schizophrenia and their unaffected parents. *Journal of abnormal psychology*, 119 (1) . 60-70. DOI:10.1037/a0018397
21. Clair-thompson, H. st. (2007). The influence of strategies upon relationship between working memory and cognitive skills. *Psychologie press taylor – Francis group: memory*, 15(4). 353-365.
 22. Conlin, J,A., & Gathercole, S, E. (2006). Lexicality and interference in working memory in children and adults. *Journal of memory and language*, 55. 363-380.
 23. Cowan, N. (2008). What are the differences between long-term, short-term, and working memory? *progress in brain research*, 169. Elsevier. 323-338.
 24. Cowan, N. (2017). The many faces of working memory and short-term storage. *Psychon Bull Rev*, 24. 1158- 1170.
 25. Cowan, N. Sauls, S, J., & Morey, C, C. (2006). Development of working memory for verbal- spatial associations. *Journal of memory and language*, 55. 274- 289.
 26. Crottaz-Herbette, S. (2001). *Attention spatiale auditive et visuelle chez des patients héminégligents et des sujets normaux : Etud clinique, comportementale et électrophysiologique* [thèse de doctorat, université de paris 6]. Le moteur de recherche des thèses françaises www.theses.fr
 27. Cukierman, V. (2022). *Les troubles du langage dans la schizophrénie : Recherches actuelles et stratégies thérapeutiques*. L'Harmattan.
 28. D'Esposito, M. Detr, J, A. Alsop, D, C. Shin, R, K. Atlas, S. & Grossman, M. (1995). The neural basis of central executive system of working memory. *Nature*, 378. 279- 281.
 29. Daléry, J. d'Amato, T. Saoud, M. (2012). Pathologies schizophréniques. Médecine Sciences publications. Lavoisier . paris.
 30. Dehn, M, J. (2008). *Working memory and academic learning : Assesment and intervention*. John Wiley et sons inc.
 31. Dehn, M, J. (2010). *Long-term memory problems in children and adolescents: Assessment, intervention, and effective instruction*. John Wiley & sons inc.
 32. Dehn, M, J. (2015). *Essentials of working memory assessment and intervention*. wiley.

33. Delavenne, H. Thibaut, F., & Garcia, F. D. (2013). Grands axes de recherche sur la schizophrénie. *La revue de praticien*, 63. 1-5.
34. Delerue, C. (2010). *Influence de la Tache sur l'élaboration de stratégies visuelles dans la schizophrénie* [Thèse de doctorat, Université de Lille 2]. Le moteur de recherche des thèses françaises www.theses.fr
35. Draheim, C. Pak, R. Draheim, A., & Engle, R. W. (2022). The role of attention control in complex real-world tasks. *Psychonomic Bulletin & Review*, 29. 1143- 1197.
36. Dumont, A. (2001). *Mémoire et langage: surdité, dysphasie, dyslexie* (2  me ed). Masson.
37. Dupuy, M. (2018). *De imagerie cérébrale au recueil de données en vie quotidienne : vers une compréhension intégrée des liens entre fonctionnement cognitif, expériences émotionnelles, perception du temps et symptômes de la schizophrénie* [Thèse de doctorat, Université de Bordeaux]. HAL science ouverte Id: tel-01994208 <https://theses.hal.science/tel-01994208>
38. Ernest, D. Vwksic, O. Shepard-Smith, A., & webb, E. (2018). *La schizophrénie: Guide d'information*. Edition révisée. Département de l'enseignement et de la formation du centre de toxicomanie et de s nt  mentale (CAMH).
39. Eustache, F. Lechevalier, B., & Viader, F. (2008). *Traité de neuropsychologie clinique*. De Boeck Supérieur.
40. Favrod, J. Maire, A. Rexhaj, S., & Nguyen, A. (2015). *Se rétablir de la schizophrénie* (2  me  d). Guide pratique pour les professionnels. Chapitre 1- introduction. Elsevier Masson SAS.
41. Franck, N. (2006). *La schizophrénie : La reconnaitre et la soigner*. Odile Jacob.
42. Franck, N. (2013). Clinique de la schizophrénie. *EMC- psychiatrie*, 10 (1). Elsevier Masson SAS.
43. Franck, N. (2014). Remédiation cognitive dans la schizophrénie. *EMC-psychiatrie*, 11(2). 1-12
44. Franck, N. (2017). *Remédiation cognitive* (2  m  ed). Elsevier Masson SAS.
45. Gaillard, R. Berkovitch, L., & Oli , J-P. (2018). La schizophrénie, une affaire de societ . Communication. Bull. Acad. Natlem d. N  1-2. 127- 137. Séance du 30 Janvier 2018.

46. Gallagher, S., & Cole, J. (2011) Dissociation in self narrative. *Consciousness and cognition*, 20 (1). 149- 155.
47. Gillet, P. (2013). *Neuropsychologie de l'autisme chez l'enfant*. De Boeck solal.
48. Gornushencov, I., & Pluzhnikov, I. (2021). Storytelling in schizophrenia: Neuropsychological basis of pragmatic language dysfunction (preliminary study). *European psychiatry*, 64. Special issue: abstracts of the 29th European congress of psychiatry, April 2021.
49. Grandjean, A. (2020). *Le contrôle de l'interférence chez les adolescents avec un trouble de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH)* [Thèse de doctorat, Université d' Aix- Marseille]. HAL science ouverte Id: dumas-03429613 <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03429613>
50. Granger, B. Pachoud, B., & Plagnol, A. (2018). *Les nouveaux modèles de soins : une clinique au service de la personne*. collection : La personne en médecine. Doin éditeurs, Edition John libbey Eurotext.
51. Granger, B., & Naudin, J. (2019). *La schizophrénie se caractérise par des troubles du langage*. Le Cavalier Bleu.
52. Grivois, H., & Grosso, L. (1998). *La schizophrénie débutante*. John libbey Eurotext.
53. Guelfi, J, D. Rouillon, F., & Mallet, L. (2021). *Manuel de psychiatrie* (4^{ème} ed). Elsevier Masson SAS.
54. Habib, M. (2014). *La constellation des dys : Bases neurologique de l'apprentissage et de ses troubles*. De Boeck Supérieur. ISBN:9782353272624 ,2353272622
55. Habib, M. (2018). *La constellation des dys : bases neurologiques de l'apprentissage et de ses troubles* (2^{ème} ed). De Boeck supérieur.
56. Hage, C. Charlier, B., & Leybaert, J. (2006). *Compétences cognitives , Linguistiques sociales de l'enfant sourd : pistes d'évaluation*. Mardaga.
57. Joseph, M. (2014). *Reference memory, working memory and adaptive forgetting: a comparative study in rats* [doctoral dissertation, University of Claude Bernard. Lyon 1]. HAL open science Id: tel-01142422 <https://theses.hal.science/tel-01142422>
58. Kail, M., & Fayol, M. (2003). *Les sciences cognitives et l'école*. presses universitaires de France.

59. Kellogg, R. T. (2007). *Fundamentals of cognitive psychology*. Sage publication. ISBN-10: 1412936926. ISBN-13: 978-1412936927.
60. Khalil, U. (2017). Applying Labov's narrative structure to "My mom had only one eye": Effective narrative. *The discourse*, 1 (02).
61. Kiefer, E. (2011). Communication et mémoire de travail chez le patient cérébro-lésé: Evaluation du discours procédural [mémoire présenté en vue de l'obtention du certificat de capacité d'orthophoniste, Université Bordeaux Segalen]. [Portail HAL dumas](https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01307020) [Dépôt Universitaire de Mémoires Après Soutenance]. HAL Id: dumas-01307020 <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01307020>
62. Kingdon, D. G., & Turkington, D. (2008). *Cognitive therapy of schizophrenia*. series editions Note by Jacqueline B. persons, the Guilford press.
63. Kuperberg, G. R., & Caplan, D. (2003) *language dysfunction in schizophrenia*. Chapter 19
<https://www.scribd.com/document/646159653/Language-Dysfunction-in-Schizophrenia>.
64. Lapp, D. (2016). *Améliorez votre mémoire à tout âge* (4^{ème} ed). Dunod.
65. Léger, L. (2016). *Manuel de psychologie cognitive*. Dunod.
66. Lemaire, P. (2006). *Abrégé de psychologie cognitive*. De Boeck.
67. Lemaire, P., & Bherer, L. (2005). *Psychologie du vieillissement : une perspective cognitive*. De Boeck.
68. Lemperrière, T. Féline, A. Adès, J., & Hardy, p. Rouillon, F. (2006). *Psychiatrie de l'adulte* (2^{ème} ed). Elsevier Masson.
69. Leroy, F., & Beaune, D. (2008). Langage et schizophrénie : l'intention en question. *Annales Médico-psychologiques*. 166. 612-619.
70. Lithfous, S. Després, O., & Dufour, A. (2018) *Le vieillissement neurodégénératif : méthodes de diagnostic différentiel*. Elsevier Masson.
71. Llorca, P. M. (2004). *La schizophrénie*. Encyclopédie orphane.
72. Lussert, F. (2003). *Neuropsychologie du l'enfant: troubles développementaux et de l'apprentissage* (2^{ème} ed). Dunod.
73. Malekpour, M. Aghababaei, s., & Abedi, A. (2013). Working memory and learning disabilities. *International journal of developmental disabilities*, 59 (1). 35-46.
74. Maquestiaux, F. (2017). *Psychologie de l'attention* (2^{ème} ed). De Boeck supérieur.

75. Marcsisin, M, J. Gannon, J, M., & Rosenstock, J, B. (2017). *Schizophrenia and related disorders*. Oxford university press.
76. Martin. (2014). *Schizophrenia and metacognition* [These de doctorat en sciences cognitives, Université Pierre et Marie Curie]. Le moteur de recherche des thèses françaises www.theses.fr/2014PA066037
77. McKay, K, E. Halperin, J, M. Schwartz, S, T., & Vanshdeep, S. (1994). Developmental analysis of three aspects of information processing: sustained attention, selective attention, and response organization. *Developmental neuropsychology*, 10 (2). 121- 132.
78. Moe, A M. (2015) *Schizophrenia, Narrative, and Neurocognitive processes* [These de doctorat, Kent state university]. OhioLINK Electronic Theses & Dissertations Center http://rave.ohiolink.edu/etdc/view?acc_num=kent1433205500
79. Monnier, C., & Roulin, J, L. (1994). A la recherche du calepin visuo-spatial en mémoire de travail. *L'année psychologique* 94-3. Pp 425-460.
80. Montel, S. (2016). *11 grandes notions de neuropsychologie*. Dunod.
81. Mores- Dibo- Cohen, S. (2006). *Mémoire spatiale contextuelle et schizophrénie* [Thèse de doctorat, Université Paris 6]. HAL open science Id: tel-00156057 <https://theses.hal.science/tel-00156057>
82. Moret, A., & Mazeau, M. (2013). *Les syndrome dys-exécutif chez l'enfant et l'adolescent : Répercussions scolaires et comportementales*. Elsevier Masson.
83. Moret, A., & Mazeau, M. (2019). *Le syndrome dys- exécutif chez l'enfant et l'adolescent : Répercussions scolaires et comportementales* (2^{ème} ed). Elsevier Masson SAS.
84. Nasri-boudali, O. (2009). Approche clinique et analytique de l'aphasie au niveau de la cohérence : Analyse logico- sémantique de l'aphasie. *AL-Lisaniyyat*, 14 (2). 67- 96.
85. Naudin, D. Margat, A., & Rolland, G. (2016). *Guide de l'éducation thérapeutique du patient: ETP- Fiche de soins éducatifs pour les infirmier (e) s*. Elsevier Masson SAS.
86. Noel, M-p. (2007). *Bilan neuropsychologique de l'enfant : chapitre 4 : Evaluation des capacités attentionnelles chez l'enfant*. Mardaga.
87. Nouani, H. (2004). Ebauche d'analyse de discours pathologique chez le locuteur arabophone. *Sciences de l'homme*, 1 (1). 35- 52.

- 88.Ozyildirim, I. (2009). Narrative analysis: An analysis of oral and written strategies in personal experience narratives. *Journal of pragmatics*, 41 (6). 1209- 1222.
- 89.Paillard, T. (2016). *Posture et équilibration humaines*. De Boeck supérieur.
- 90.Parola,A. Berardinelli, L., & Bosco, F, M. (2017). *Cognitive abilities and theory of mind in explaining communicative-pragmatic disorders in patients with schizophrenia*. Psychiatry Research. Elsevier.
- 91.Péneau, E., & Franck, N. (2015). Remédiation cognitive dans la schizophrénie et les troubles apparentés en pratique quotidienne. *Annales medico-psychologiques* 173. Elsevier Masson. SAS. 279-293.
- 92.Pennisi, P. Chirco, D., & Cannarozzo, M. (2022). Narrative skills in autism and schizophrenia: a window on the relationship between the two pathologies. *Rivista Italiana di filosofia del linguaggio*.
- 93.Peretti, C, S. Martin, P., & Ferreri, F. (2004). *Schizophrénie et cognition*. John libbey Eurotext.
- 94.Plusquellec, P. Paquette, D. Thomas, F., & Raymond, M. (2016). *Les troubles psy expliqués par la théorie de l'évolution : comprendre les troubles de la santé mentale grâce à Darwin*. De Boeck supérieur S A.
- 95.Pomini, V. Neis, L. Brenner, H, O. Hodel, B., & Roder, V. (1998). *Thérapie psychologique des schizophrénies : programme intégratif IPT de Brenner et collaborateurs pour la thérapie psychologique des patients schizophrènes version française révisée*. Mardaga.
- 96.Prouteau, A. (2011). *Neuropsychologie clinique de la schizophrénie*. Dunod.
- 97.Reed, S-k. [traduction de Verhasselt, E. Martin, J. Révision scientifique de Lemaire, P]. (2017). *Cognition : théories et applications* (4^{ème} ed). De Boeck supérieur s. a.
- 98.Remillieux, M. (2018). *L'attention: définition et quelques concepts, les tests d'attention spatiale*. Elsevier.
- 99.Rochester, S., & Martin, J R. (1979) *Crazy talk: A study of the discours of schizophrenic speakers*. New yourk: plenum publishing.
100. Roulin, J, L. Auclair, L. Bonnet, C. Camus, J, F. Craddock, P. Gaonac'h, D. Guerrien, A. Nicolas, S. Passerault, J-M. Ripoll, T. (2006). *Psychologie cognitive*. 2 edition. Bréal.

101. Rudner, M. Fransson, P. Nyberg, L. Ingvar, M., & Ronnberg, J. (2007). Neural representation of binding lexical sings and words in the episodic buffer of working memory. *Neuropsychologia*. 45. 2258- 2276.
102. Salamé, P., & Danion, J, M. (2007). Inhibition of inappropriate reponses is preserved in the think- no- think and impaired in the random number generation Tasks in schizophrenia. *Journal of international Neuropsychological society*, 13. 277- 287. published by Cambridge university press. Printed in the USA.
103. Sam, N. (2017). Etude du récit de trois sujets aphasiques algériens parlant Arabe à partir d'une série d'histoires insolites. *Al-Lisaniyyat*, 23 (2). 9-29.
104. Schuster. C. (2008). Neuropsychologie cognitive du vieillissement dans la schizophrénie [Thèse de doctorat, Université de Strasbourg 1]. Le moteur de recherche des thèses françaises www.theses.fr <https://theses.fr/2008STR1PS02>
105. Seron, X., & Jeannerod, M. (1998). *Neuropsychologie humaine* (2^{ème} ed). Mardaga.
106. Sohet, Ph. (2017). *Images du récit*. Presses de l'université du Québec.
107. Stip, E. (2005). *La schizophrénie*: chapitre 31. Neuropsychologie clinique et neurologie du comportement. 524- 539.
108. Tardif, E., & Doudin, A. (2022). *Neurosciences et cognition : perspectives pour les sciences de l'éducation* (2^{ème} ed). De Boeck Supérieur.
109. Teberghien, G. (1997). *La mémoire oubliée*. Mardaga.
110. Thalabard, E. (2012). *L'attention et la conscience* [Thèse de doctorat, université Paris 4 paris-La Sorbonne]. HAL science ouverte Id: tel-04004301 <https://shs.hal.science/tel-04004301>
111. Thomas,P. Bubrovsky, M., & Jardri, R . (2009). Fonctions exécutives et schizophrénie. *Revue de neuropsychologie*. 1 (1) . 65-69. ISSN 2101-6739. <https://www.cairn.info/revue-de-neuropsychologie-2009-1-page-65.htm>.
112. Verhaegen, F. (2007). *Psychopathologie cognitive des processus intentionnels schizophréniques dans l'interaction verbale* [Thèse de doctorat en psychologie, Université Nansy2]. HAL Id: tel-01752803 <https://hal.univ-lorraine.fr/tel-01752803>

113. Vianin, P. (2013). *La remédiation cognitive dans la schizophrénie : Le programme RECOS*. Mardaga.
114. Vrignaud, A. (2020) Apport de la prise en charge des troubles de la communication verbale chez les patients atteints de la schizophrénie dans un cadre de remédiation cognitive : revue de littérature [Mémoire pour l'obtention de certificat de capacité en orthophonie, Université de Rouen Normandie]. [Portail HAL dumas](#) [Dépôt Universitaire de Mémoires Après Soutenance]. HAL Id: dumas-02903130 <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02903130>
115. Vucurovic, K. (2021). *Exploration des corrélats neurofonctionnels des théories de l'esprit affective et cognitive dans la schizophrénie : étude en imagerie cérébrale fonctionnelle* [Thèse de doctorat, Université de Reims]. Le moteur de recherche des thèses françaises www.theses.fr
116. Wagener, B. (2011). *Développement et transmission de la métacognition* [Thèse de doctorat, Université d'Angers]. Le moteur de recherche des thèses françaises www.theses.fr
117. Weinberger, D, R. (1986). Physiologic dysfunction of dorsolateral prefrontal cortex in schizophrenia. *Archives of general psychiatry*. 43 (2). 114- 124.

قائمة الملاحق

الملحق رقم (01): الاستبيان الالكتروني

رابط الاستبيان الالكتروني:

https://docs.google.com/forms/d/1ZdjIjD_-fboGhrHXkWr8IUDDJSFZCplx_4KXOs2hMYM/edit

محتوى الاستمارة:

سعادة الأخصائي (ة) الأروطفوني (ة)

في اطار التحضير لنيل شهادة الدكتوراه تخصص أمراض اللغة والتواصل، ولاستكمال متطلبات البحث الموسوم بـ "علاقة الانتباه الانتقائي والذاكرة العاملة بالسرد عند الفصامي" نرجو منكم التعاون معنا لإثراء هذا البحث لمعرفة واقع التكفل الأروطفوني بمرضى الفصام، كما نرجو أن يتم قراءة محتوى هذه الاستمارة بعناية. نحيطكم علما أن كافة المعلومات التي سيتم الحصول عليها تبقى سرية وستستخدم لغرض البحث العلمي فقط.

المعلومات الشخصية:

المختص:

الجنس:

- ذكر

- أنثى

المنطقة التي تزاول عملك فيها:

- الشرق

- الغرب

- الوسط

- الجنوب

مكان العمل:

- عيادة خاصة

- مستشفى عمومي

- مركز متخصص

- جمعية

- أخرى.....

الخبرة:

- من 1 إلى 5 سنوات

- من 5 إلى 10 سنوات

- أكثر من 10 سنوات

الدرجة العلمية:

- ليسانس LMD

- ليسانس Classique

- ماستر

- ماجستير

- دكتوراه LMD

- دكتوراه Classique

هل تلقيتم تكوينات مكملّة؟

- نعم

- لا

إذا كانت الإجابة بـ "نعم" فما هي؟ وما نوعها؟

.....

ماهي الاضطرابات التي تتكفلون بها؟

.....

الحالات التي يتم التكفل بهم هم:

- أطفال
- مرافقين
- راشدين
- مسنين

حسب رأيك هل يمكن للمختص الأرطوفوني أن يتكفل بمرضى الفصام؟

- نعم
- لا

إذا كانت الإجابة بـ "نعم" فما هي الخدمات الممكن تقديمها؟

- التكفل بالجانب المعرفي
- التكفل بالجانب التواصل
- التكفل بالجانب اللغوي

هل سبق لكم التكفل بمرضى الفصام؟

- نعم
- لا

إذا كانت الإجابة بـ "نعم" فيما تتمثل الكفالة؟

.....

إذا كانت الإجابة بـ "لا" يرجع ذلك إلى:

- ضعف التكوين النظري.
- ضعف التكوين التطبيقي.
- ضعف التكوين المنهجي.
- أخرى

هل تهتمون بتقييم الوظائف المعرفية؟

- نعم
- لا

هل تهتمون بتقييم الانتباه الانتقائي عند الفصامي؟

- نعم
- لا

إذا كانت الإجابة بـ "نعم" فما هي الأدوات المستعملة؟

.....

هل هي مقننة ومكيفة على البيئة الجزائرية؟

- نعم
- لا

إذا كانت الإجابة بـ "نعم" فمن قام بتقنينها وتكييفها؟

.....

إذا كانت الإجابة بـ "لا" يرجع ذلك إلى:

- غلاء الأدوات
- عدم توفر الأدوات
- ضعف التكوين النظري

- ضعف التكوين التطبيقي
- ضعف التكوين المنهجي

هل تقيمون الذاكرة العاملة عند الفصامي؟

- نعم
- لا

إذا كانت الإجابة بـ "نعم" فما هي الأدوات المستعملة؟

.....

هل هي مقننة ومكيفة على البيئة الجزائرية؟

- نعم
- لا

إذا كانت الإجابة بـ "نعم" فمن قام بتقنيها وتكييفها؟

.....

إذا كانت الإجابة بـ "لا" يرجع ذلك إلى:

- غلاء الأدوات
- عدم توفر الأدوات
- ضعف التكوين النظري
- ضعف التكوين التطبيقي
- ضعف التكوين المنهجي

هل تقيمون السرد عند الفصامي؟

- نعم
- لا

الملحق رقم (02): دليل المقابلة

1/ الطبيب المختص في الطب العقلي للكبار

الاسم واللقب: الصفة:

مكان العمل: المصلحة:

الخبرة بالسنوات: تاريخ ومكان المقابلة:

المحور 1: التشخيص:

- على ماذا يعتمد تشخيص مرض الفصام على مستوى مصلحتكم؟
- هل يتم تشخيص المرض انطلاقاً من أول مقابلة؟
- هل يتم التشخيص بناءً على نتائج الفحص من قبل المختص في الطب العقلي للكبار فقط؟ كيف ذلك؟
- هل يشترك المختص الأروطوفوني في عملية التشخيص؟
- هل يتم تحديد نوع الفصام؟

المحور 2: العلاج:

- ماهي العلاجات المعتمدة على مستوى مصلحتكم؟
- ما رأيكم في العلاجات الكلاسيكية (كالعلاج الجراحي الفصي، والعلاج الكهربائي)؟
- هل يعتبر العلاج الدوائي كافي بالنسبة لمرضى الفصام؟

المحور 3: دراسة الموضوع:

- انطلاقاً من تحديد أهداف الدراسة، حسب رأيك هل يمكن تحقيق الموضوع ميدانياً؟
- ماهي الفئة التي يستحسن العمل معها لاستكمال متطلبات الدراسة الحالية، المرضى الخارجيين أم المرضى المتواجدين داخل المصلحة؟ ولماذا؟
- هل تتوفر على مستوى مصلحتكم حالات لمرضى الفصام في الفترة الحالية؟

- هل يوجد على مستوى مصلحتكم حالات لمرضى الفصام من فئة الراشدين، دون المسنين؟
- هل يوجد على مستوى مصلحتكم حالات لمرضى الفصام ذوي مستوى تعليمي لا يقل عن الخامسة ابتدائي؟
- هل يوجد على مستوى مصلحتكم حالات لمرضى الفصام مستقرين عياديا في الفترة الحالية؟

2/ المختص النفسي

الاسم واللقب:

الصفة:

مكان العمل:

المصلحة:

الخبرة بالسنوات:

تاريخ ومكان المقابلة:

المحور 1: التشخيص:

- فيما يتمثل دوركم أثناء عملية تشخيص مرض الفصام؟
- هل تهتمون بتقييم الجانب المعرفي لمرضى الفصام؟
- إذا كانت الإجابة بـ "نعم" هل تهتمون بتقييم الانتباه الانتقائي والذاكرة العاملة لدى مرضى الفصام؟
- إذا كانت الإجابة بـ "نعم" ماهي الأدوات المعتمدة في التقييم؟
- هل تم التأكد من صلاحيتها؟

المحور 2: العلاج:

- فيما يتمثل التدخل النفسي في مرحلة علاج مرضى الفصام؟
- هل يتم اعتماد إعادة التأهيل المعرفي في مرحلة علاج مرضى الفصام؟
- هل ترى أنّ هناك ضرورة لإعادة التأهيل المعرفي لعلاج مرضى الفصام؟

- هل يطبق البرتوكول العلاجي فرديا بالنسبة لحالات الفصام أم جماعيا؟

المحور 3: دراسة الموضوع:

- من خلال عرض الموضوع وأهدافه، وانطلاقا من خبرتك في الميدان هل يمكن تحقيق الموضوع ميدانيا؟
- ماهي الفئة التي يستحسن العمل معها لاجراء الدراسة الحالية، المرضى الخارجيين أم المرضى المتواجدين داخل المصلحة؟ ولماذا؟
- هل ترون أن الأدوات المقترحة مناسبة بالنسبة لمرضى الفصام؟ اذا كانت الإجابة بـ "لا" فماذا تقترحون؟
- حسب خبرتكم ماهي الفترة المناسبة لتطبيق الاختبارات على مرضى الفصام؟

3/ المختص الأرطوفوني

الاسم واللقب: الصفة:

مكان العمل: المصلحة:

الخبرة بالسنوات: تاريخ ومكان المقابلة:

محور 1: التشخيص:

- هل يشترك المختص الأرطوفوني في مرحلة تشخيص الفصام هنا بالمصلحة؟
- هل يتم القيام بأي فحص أو تقييم أرطوفوني للحالات قبل التشخيص النهائي للحالات بالمصلحة؟
- حسب خبرتكم هل ترون أن مرضى الفصام يعانون من مشاكل معرفية، لغوية، وتواصلية؟
- هل سبق لكم تقديم خدمات لمرضى الفصام؟ إذا كانت الإجابة بـ "نعم" فيما تمثلت؟ إذا كانت الإجابة بـ "لا" لماذا؟

- هل سبق لكم القيام بفحص أوتقييم أرطوفوني لمرضى الفصام؟ إذا كانت الإجابة بـ " نعم" فيما تمثل؟ وإذا كانت الإجابة بـ "لا" لماذا؟
- هل تهتمون بتقييم العمليات المعرفية كالانتباه الانتقائي والذاكرة العاملة لدى هذه الفئة من المرضى؟ إذا كانت الإجابة بـ "نعم" ماهي الأدوات المستخدمة لذلك؟ إذا كانت الإجابة بـ "لا" لماذا؟
- هل تهتمون بتقييم الجانب اللغوي والتواصل لدى هذه الفئة من المرضى؟ إذا كانت الإجابة بـ "نعم" فما هي الأدوات المعتمد عليها في ذلك؟ إذا كانت الإجابة بـ "لا" لماذا؟

المحور 2: العلاج:

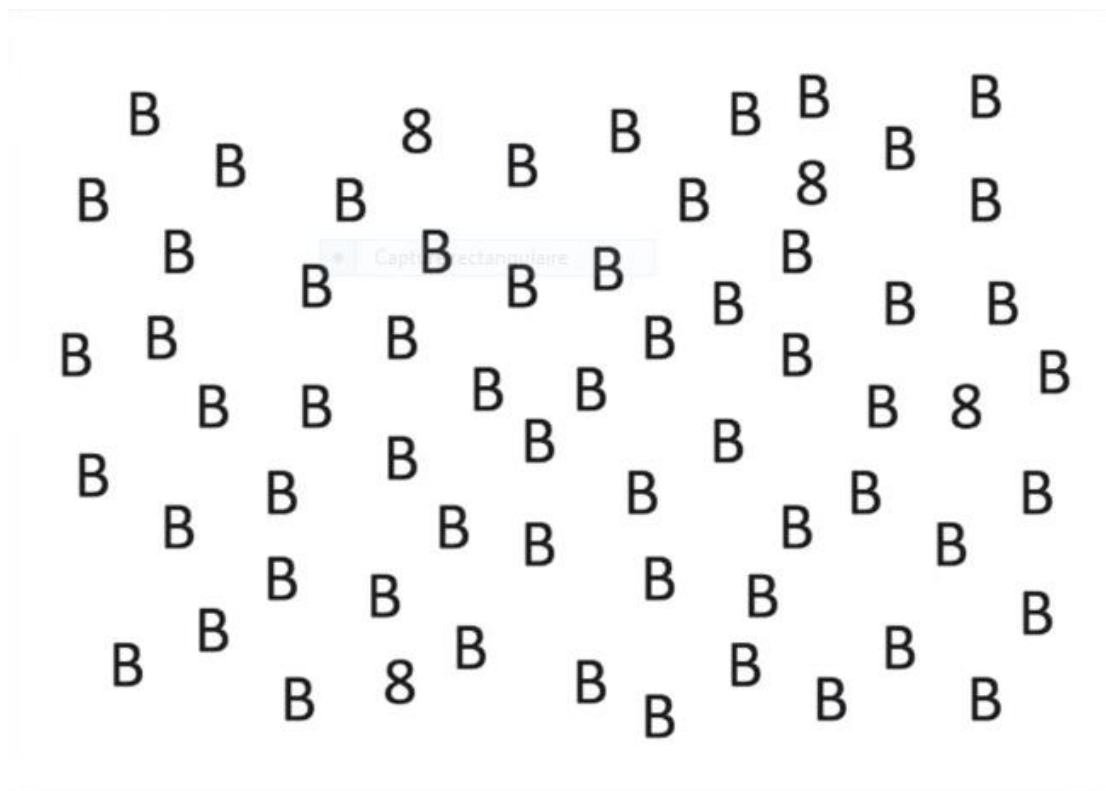
- ماهي الخدمات المقدمة من طرفكم في مرحلة علاج مرضى الفصام؟
- هل أن هناك ضرورة لتقديم خدماتكم في مرحلة علاج هذه الفئة من المرضى؟
- هل تهتمون بإعادة التأهيل المعرفي، وإعادة التأهيل النفسي العصبي، والعلاج الأسري في التكفل بمرضى الفصام؟

المحور 3: دراسة الموضوع:

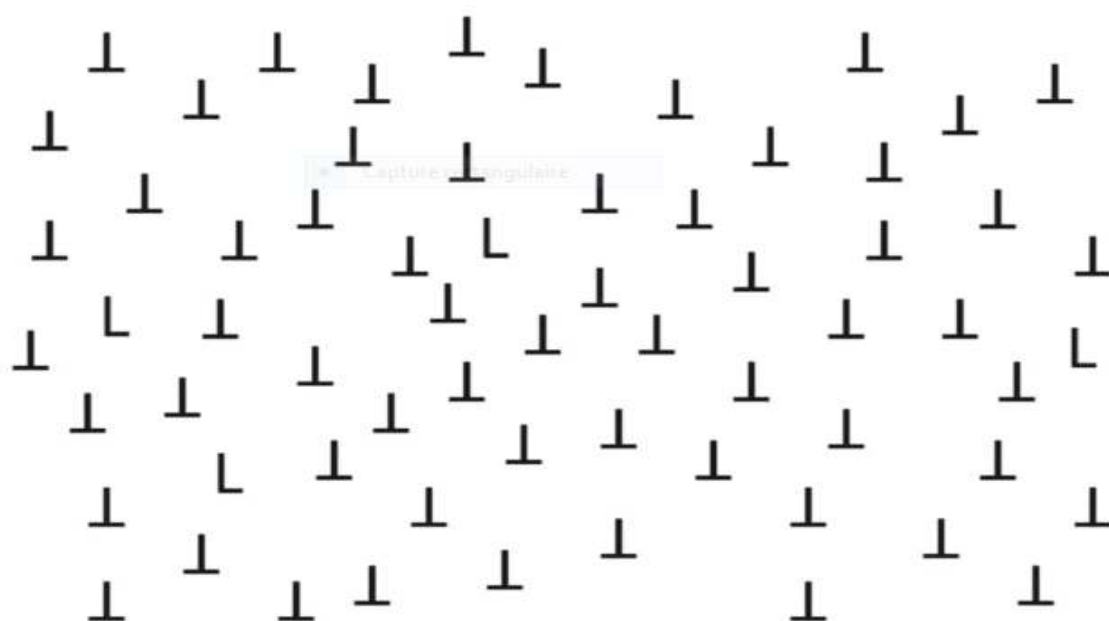
- من خلال عرض الموضوع وأهدافه، وانطلاقا من خبرتك في الميدان هل يمكن تحقيق الموضوع ميدانيا؟
- ماهي الفئة التي يستحسن العمل معها لاستكمال متطلبات الدراسة الحالية، المرضى الخارجيين أم المرضى المتواجدين داخل المصلحة؟ ولماذا؟
- هل ترون أن الأدوات المقترحة مناسبة بالنسبة لمرضى الفصام؟ إذا كانت الإجابة بـ "لا" فماذا تقترحون؟
- حسب خبرتكم ماهي الفترة المناسبة لتطبيق الاختبارات على مرضى الفصام؟

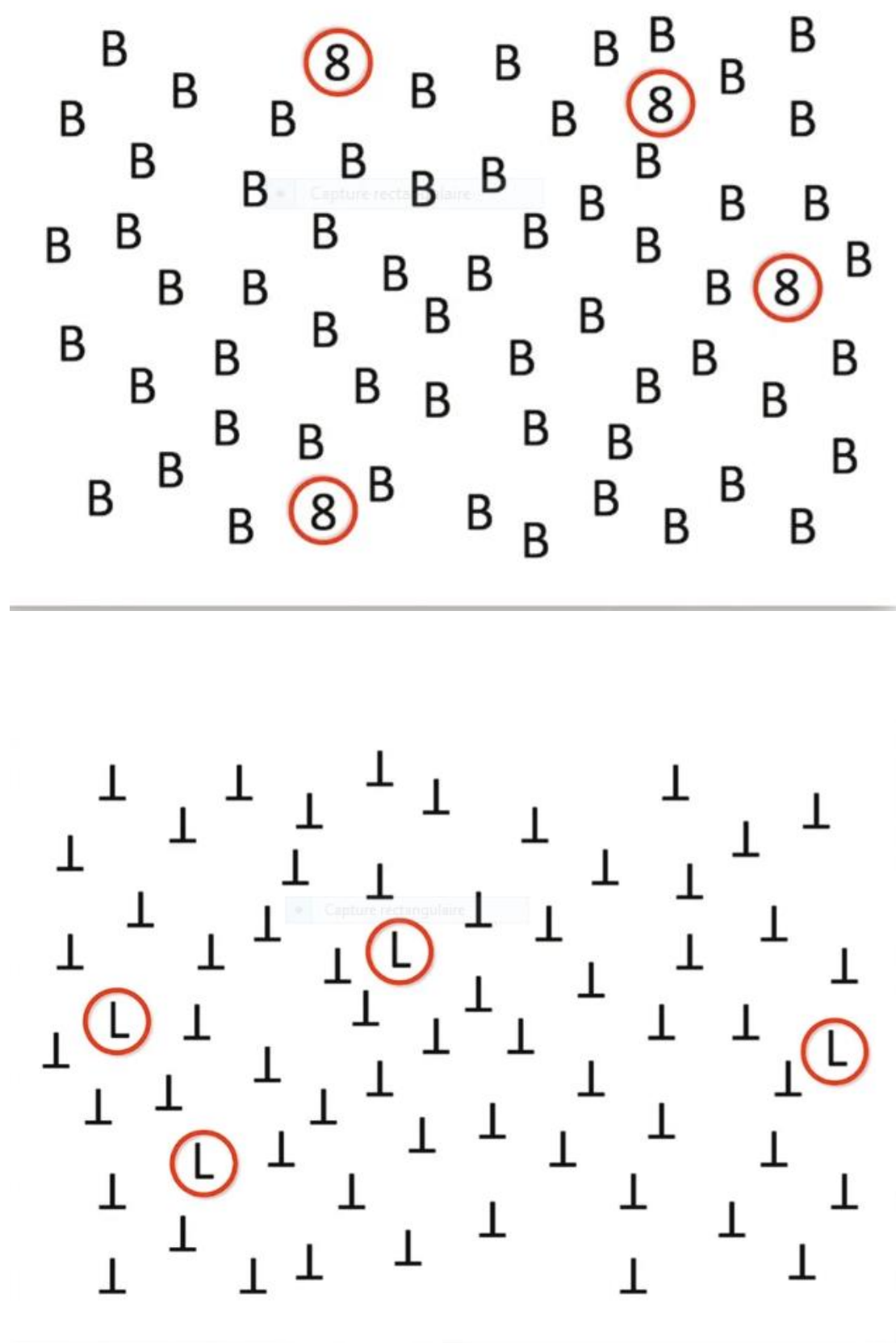
الملحق رقم (03): اختبار الشطب Le test de barrage

اللوحة 1:



اللوحة 2:





Test	Planche 1	Planche 2	Score total
Test de barrage	_/4	_/4	_/8
Trail Making Test	_ sec	_ sec	_ sec

الملحق رقم (04): اختبار التعليمات المتعكسة conflictuelles

Batterie Rapide d'Évaluation Frontale (BREF)

1. Similitude (élaboration conceptuelle)

En quoi se ressemblent :

- Une **banane** et une **orange** (aider le patient en cas d'échec total: "elles ne se ressemblent pas" ou parier: "elles ont toutes les deux une peau", en disant: "une orange et une banane sont toutes les deux..."; ne pas aider le patient pour les deux items suivants.
- Une **table** et une **chaise**
- Une **tulipe**, une **rose** et une **marguerite**?

Cotation	(3)
Seules les réponses catégorielles (fruit, meuble, fleur) sont considérées comme correctes.	
3 réponses correctes	3
2 réponses correctes	2
1 réponse correcte	1
Aucune réponse correcte	0

2. Évocative lexicale (flexibilité mentale)

- Nommez le plus possible de mots différents, par exemple des animaux, des plantes, des objets, mais ni des prénoms, ni des noms propres, commençant par la lettre "S".
- Si le patient ne donne aucune réponse pendant les 5 premières secondes, lui dire : «**par exemple serpent**». Si le patient fait des pauses de plus de 10 secondes, le stimuler après chaque pause en lui disant : «**n'importe quel mot commençant par la lettre S**».

Cotation	(3)
Le temps de passation est de 60 secondes; les répétitions de mots, les variations sur un même mot (sifflet, sifflement), les noms et prénoms ne sont pas comptés comme des réponses correctes.	
Plus de 10 mots	3
De 6 à 10 mots	2
De 3 à 5 mots	1
Moins de 3 mots	0

3. Comportement de préhension (autonomie environnementale)

- L'examineur est assis en face du patient dont les mains reposent sur les genoux, les paumes ouvertes vers le haut.
- L'examineur approche doucement les mains et touche celles du patient, pour voir s'il va saisir spontanément.
- Si le patient les prend, lui demander : «**maintenant, ne prenez plus mes mains**».

Cotation	(3)
Le patient ne prend pas les mains de l'examineur	3
Le patient hésite ou demande ce qu'il doit faire	2
Le patient prend les mains sans hésitation	1
Le patient prend les mains de l'examineur, après que celui-ci lui ait demandé de ne plus le faire.	0

4. Séquence motrice (programmation)

- « **Regardez attentivement ce que je fais.** »

L'examinateur assis en face du patient exécute seul trois fois avec sa main gauche la séquence de Luria, "tranche-poinç-paume".

- « **Maintenant, vous allez exécuter avec votre main droite cette séquence, d'abord en même temps que moi, puis seul.** »

L'examinateur effectue alors trois fois la séquence avec sa main gauche en même temps que le patient, puis lui dit : « **continuez** ».

Cotation	/3
Le patient exécute seul 6 séquences consécutives correctes	3
Le patient exécute seul au moins 3 séquences consécutives correctes	2
Le patient échoue seul, mais exécute 3 séquences consécutives correctes en même temps que l'examinateur	1
Le patient ne peut exécuter 3 séquences consécutives correctes, même avec l'examinateur	0

5. Consignes conflictuelles (sensibilité à l'interférence)

- « **Lorsque je tape une fois, vous devez taper deux fois.** »

Pour s'assurer que le patient a bien compris la consigne, l'examinateur lui fait réaliser une séquence de trois essais : 1-1-1.

- « **Lorsque je tape deux fois, vous devez taper une fois.** »

Pour s'assurer que le patient a bien compris la consigne, l'examinateur lui fait réaliser une séquence de trois essais : 2-2-2. La séquence proposée est la suivante : 1-1-2-1-2-2-2-1-1-2.

Cotation	/3
Aucune erreur	3
1 ou 2 erreurs	2
Plus de 2 erreurs	1
Le patient tape le même nombre de coups que l'examinateur au moins 4 fois consécutives	0

Go-No Go (contrôle inhibiteur)

- « **Lorsque je tape une fois, vous devez taper une fois.** »

Pour s'assurer que le patient a bien compris la consigne, l'examinateur lui fait réaliser une séquence de trois essais : 1-1-1.

- « **Lorsque je tape deux fois, vous ne devez pas taper.** »

Pour s'assurer que le patient a bien compris la consigne, l'examinateur lui fait réaliser une séquence de trois essais : 2-2-2. La séquence proposée est la suivante : 1-1-2-1-2-2-2-1-1-2.

Cotation	/3
Aucune erreur	3
1 ou 2 erreur(s)	2
Plus de 2 erreurs	1
Le patient tape le même ordre de coups que l'examinateur au moins 4 fois consécutives	0

Total sur 18

Nom du patient :
Prénom :

Date de naissance : / /
Date de l'examen : / /

الملحق رقم (05): اختبار ذاكرة الأرقام (الترتيب العكسي) لـ wechsler

النظيمة: سأقرأ عليك مجموعة من الأرقام، ولكن في هذه المرة عليك إعادتها في ترتيب عكسي مثلاً أقول لك 2 . 4 يجب أن تقول 4 . 2.

- $\left. \begin{array}{l} \leftarrow 4-2 \\ \leftarrow 7-5 \end{array} \right\} -1$
- $\left. \begin{array}{l} \leftarrow 9-2-6 \\ \leftarrow 5-1-4 \end{array} \right\} -2$
- $\left. \begin{array}{l} \leftarrow 9-7-2-3 \\ \leftarrow 8-6-9-4 \end{array} \right\} -3$
- $\left. \begin{array}{l} \leftarrow 6-8-2-5-1 \\ \leftarrow 3-4-8-1-6 \end{array} \right\} -4$
- $\left. \begin{array}{l} \leftarrow 8-1-4-9-3-5 \\ \leftarrow 6-5-8-4-2-7 \end{array} \right\} -5$
- $\left. \begin{array}{l} \leftarrow 5-6-3-9-2-1-8 \\ \leftarrow 8-2-1-9-3-7-4 \end{array} \right\} -6$
- $\left. \begin{array}{l} \leftarrow 8-5-2-6-7-3-4-9 \\ \leftarrow 3-5-6-9-1-8-2-7 \end{array} \right\} -7$

الملحق رقم (06): صدق وثبات كل من اختبار الشطب، التعليمات المتعكسة، ذاكرة الأرقام (الترتيب العكسي)

الصدق:

Test-t

Statistiques de groupe

	VAR00005	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne
اختبار التعليمات العليا		13	7,6250	3,92565	1,38793
اختبار التعليمات الدنيا		13	,0000	,00000	,00000

Test d'échantillons indépendants

	Test de Levene sur l'égalité des variances		Test-t pour égalité des moyennes		
	F	Sig.	T	Ddl	Sig. (bilatérale)
Hypothèse de variances égales	14,972	,002	5,494	14	,000
Hypothèse de variances inégales			5,494	7,000	,001

Test-t

Statistiques de groupe

	VAR00005	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne
اختبار الشطب العليا		13	8,0000	,00000	,00000
اختبار الشطب الدنيا		13	6,7500	,46291	,16366

Test d'échantillons indépendants

	Test de Levene sur l'égalité des variances		Test-t pour égalité des moyennes		
	F	Sig.	T	ddl	Sig. (bilatérale)
Hypothèse de variances égales اختبار الشطب	21,000	,000	7,638	14	,000
Hypothèse de variances inégales			7,638	7,000	,000

Test-t

Statistiques de groupe

	VAR00005	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne
اختبار ذاكرة الأرقام العليا		13	7,8750	,83452	,29505
(الترتيب العكسي) الدنيا		13	2,8750	,64087	,22658

Test d'échantillons indépendants

	Test de Levene sur l'égalité des variances		Test-t pour égalité des moyennes		
	F	Sig.	T	ddl	Sig. (bilatérale)
Hypothèse de variances égales اختبار ذاكرة الأرقام	,966	,342	13,440	14	,000
(الترتيب العكسي) Hypothèse de variances inégales			13,440	13,126	,000

الثبات:

```
CORRELATIONS
/VARIABLES=VAR00010 VAR00011
/PRINT=TWOTAIL NOSIG
/MISSING=PAIRWISE.
```

Corrélations

Corrélations		
	المعاكسة التعليمات قبلي	المتعاكسة التعليمات بعدي
Corrélacion de Pearson	1	,901**
قبلي المعاكسة التعليمات Sig. (bilatérale)		,000
N	50	50
Corrélacion de Pearson	,901**	1
بعدي المتعاكسة التعليمات Sig. (bilatérale)	,000	
N	50	50

** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

Corrélations

Corrélations		
	قبلي المنفذ	بعدي المنفذ
Corrélacion de Pearson	1	,782**
قبلي المنفذ Sig. (bilatérale)		,000
N	50	50
Corrélacion de Pearson	,782**	1
بعدي المنفذ Sig. (bilatérale)	,000	
N	50	50

** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

Corrélations

Corrélations			
		قبلي الشطب اختبار	بعدي الشطب اختبار
قبلي الشطب اختبار	Corrélation de Pearson	1	,664**
	Sig. (bilatérale)		,009
	N	50	50
بعدي الشطب اختبار	Corrélation de Pearson	,664**	1
	Sig. (bilatérale)	,009	
	N	50	50

** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

الملحق رقم (07): اختبار الحلقة الفونولوجية لـ حميدوش 2022 (وحدة الحفظ)

وحدة الحفظ المباشر للأرقام:

النقطة	الإجابة	الأرقام	المحاولة
		7 - 1	المحاولة الأولى:
		3 - 6	المحاولة الثانية:
		2 - 8 - 5	المحاولة الأولى:
		4 - 9 - 6	المحاولة الثانية:
		9 - 7 - 2 - 3	المحاولة الأولى:
		6 - 8 - 2 - 7	المحاولة الثانية:
		1 - 3 - 7 - 2 - 4	المحاولة الأولى:
		6 - 3 - 8 - 5 - 7	المحاولة الثانية:
		3 - 7 - 4 - 9 - 1 - 6	المحاولة الأولى:
		7 - 8 - 4 - 2 - 9 - 3	المحاولة الثانية:
		8 - 2 - 4 - 7 - 1 - 9 - 5	المحاولة الأولى:
		6 - 8 - 3 - 9 - 7 - 1 - 4	المحاولة الثانية:
		7 - 4 - 6 - 2 - 9 - 1 - 8 - 5	المحاولة الأولى:
		4 - 7 - 1 - 5 - 9 - 2 - 8 - 3	المحاولة الثانية:
		4 - 8 - 5 - 2 - 6 - 8 - 5 - 7 - 2	المحاولة الأولى:
		8 - 6 - 5 - 2 - 4 - 9 - 3 - 1 - 7	المحاولة الثانية:
	المجموع		

وحدة حفظ الكلمات:

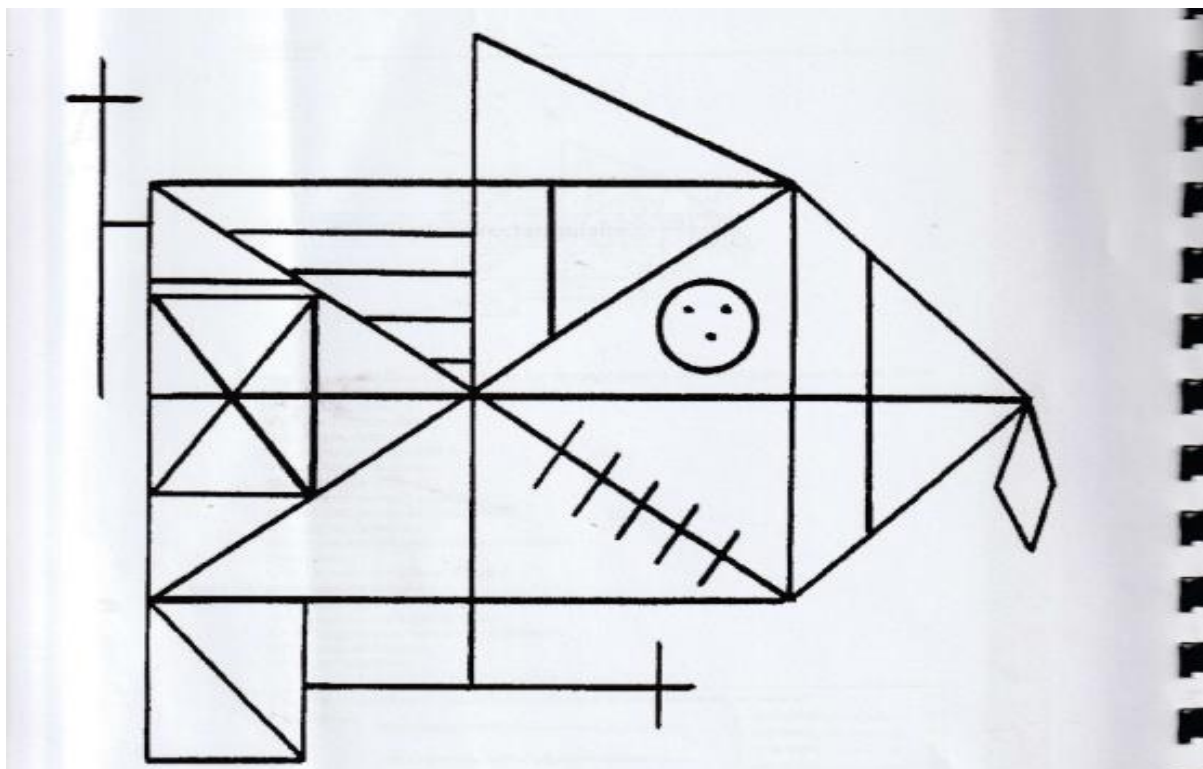
النقطة	الإجابة	الكلمات	المحاولة
		عيد - موس	المحاولة الأولى
		كبش - عسل	المحاولة الثانية
		ملح - راس - دوا	المحاولة الأولى

		حيط- شعر - زيت	المحاولة الثانية
		بير - سما - مقص - فيل	المحاولة الأولى
		جمر - خوخ - سبع - حوت	المحاولة الثانية
		كنز - عنب - باب - بيض - قمر	المحاولة الأولى
		كتف - خبز - قطن - جبل - فار	المحاولة الثانية
		بصل - لوز - بحر - غار - صيف - سقف	المحاولة الأولى
		لبن - سوق - زيت - نار - ريف - قلب	المحاولة الثانية
		جيب - تاج - محل - توم - خيط - لحم - عين	المحاولة الأولى
		سلك - رجل - خبز - روز - شتا - كاس - شمس	المحاولة الثانية
		جوز - نمر - سيف - حطب - حوت - كرش - عدس - بيض	المحاولة الأولى
		كتف - باب - رأس - زيت - عسل - خوخ - تمر - ريف	المحاولة الثانية
	المجموع		

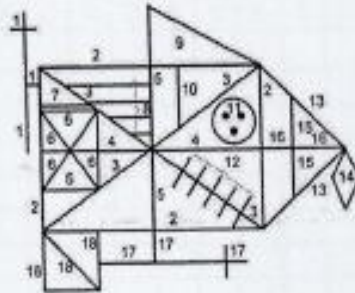
وحدة حفظ الكلمات بدون معنى:

المحاولة	الكلمات	الإجابة	النقطة
المحاولة الأولى	ليف - باق		
المحاولة الثانية	عسد - قور		
المحاولة الأولى	سيح - قون - خاس		
المحاولة الثانية	دوج - زيك - سغل		
المحاولة الأولى	ليق - صبل - خيس - ريب		
المحاولة الثانية	مجر - كاج - مخر - توح		
المحاولة الأولى	ساف - فوع - ضيب - لوغ - شود		
المحاولة الثانية	شكم - بجل - راف - كير - طبج		
المحاولة الأولى	صبل - زول - حبر - راغ - فيص - رات		
المحاولة الثانية	بلن - قور - تيز - زيك - ركش - بلق		
المحاولة الأولى	بيج - راف - جوح - سكل - طيم - ورز - راخ		
المحاولة الثانية	قين - دوج - بجل - صقم - زلم - مجر - كوش		
	المجموع		

الملحق رقم (08): اختبار Figure complexe de Rey



La FCR-A



Nous leur attribuons un nom afin de les désigner ensuite sans ambiguïté dans le texte. Nous convenons de les désigner ainsi :

- N°1 : croix gauche ;
- N°2 : grand rectangle ;
- N°3 : diagonales ;
- N°4 : médiane horizontale ;
- N°5 : médiane verticale ;
- N°6 : rectangle interne ;
- N°7 : trait sur rectangle interne ;
- N°8 : 4 traits parallèles horizontaux ;
- N°9 : triangle supérieur ;
- N°10 : petit trait parallèle médiane verticale ;
- N°11 : rond ;
- N°12 : 5 traits parallèles obliques ;
- N°13 : triangle à droite ;
- N°14 : losange ;
- N°15 : trait dans triangle à droite ;
- N°16 : prolongement médiane horizontale ;
- N°17 : croix inférieure ;
- N°18 : carré inférieur.

Les 18 éléments de la Figure sont cotés de la manière suivante, en points :

Par élément	Correctement tracé	Bien placé Mal placé	4 3
	Déformé ou incomplet mais reconnaissable	Bien placé Mal placé	3 1
	Méconnaissable ou absent		0
Si faiblement correctement tracé et bien placé n'est pas parfait (ex : trait tremblé ou à peine déformé) et ne peut être coté 4, on le cotera ...			
Le maximum est donc de 72 points.			

Cotation de la Figure Complexes de Rey A

Nom :
Prénom :
Age :

Éléments	SP	Correctement tracé				Peu différent		Différent ou incomplet				Inimitable		Absolu	Commentaires sur les éléments	
		Bon plan		Mal plan		Bon plan		Mal plan		Bon plan		Mal plan				
		C	R	C	R	C	R	C	R	C	R	C	R	C		R
Placement Points à copier																
Copie/Reproduction																
	1															
	2															
	3															
	4															
	5															
	6															
	7															
	8															
	9															
	10															
	11															
	12															
	13															
	14															
	15															
	16															
	17															
	18															
Points Copie																= Total Copie
Points Repro																= Total Reproduction

Résultats

Copie :

Total de points :

Temps :

Percentile :

Percentile :

Largeur :

Percentile :

Type :

Hauteur :

Percentile :

Reproduction : Total de points :

Temps :

Percentile :

Percentile :

Largeur :

Percentile :

Type :

Hauteur :

Percentile :

Requête :

Schéma familier :

- durant après « c'est quoi, ça ? »
- durant après plusieurs questions

oui ☐ non ☐
oui ☐ non ☐

Comportement pendant la passation :

Conclusions :



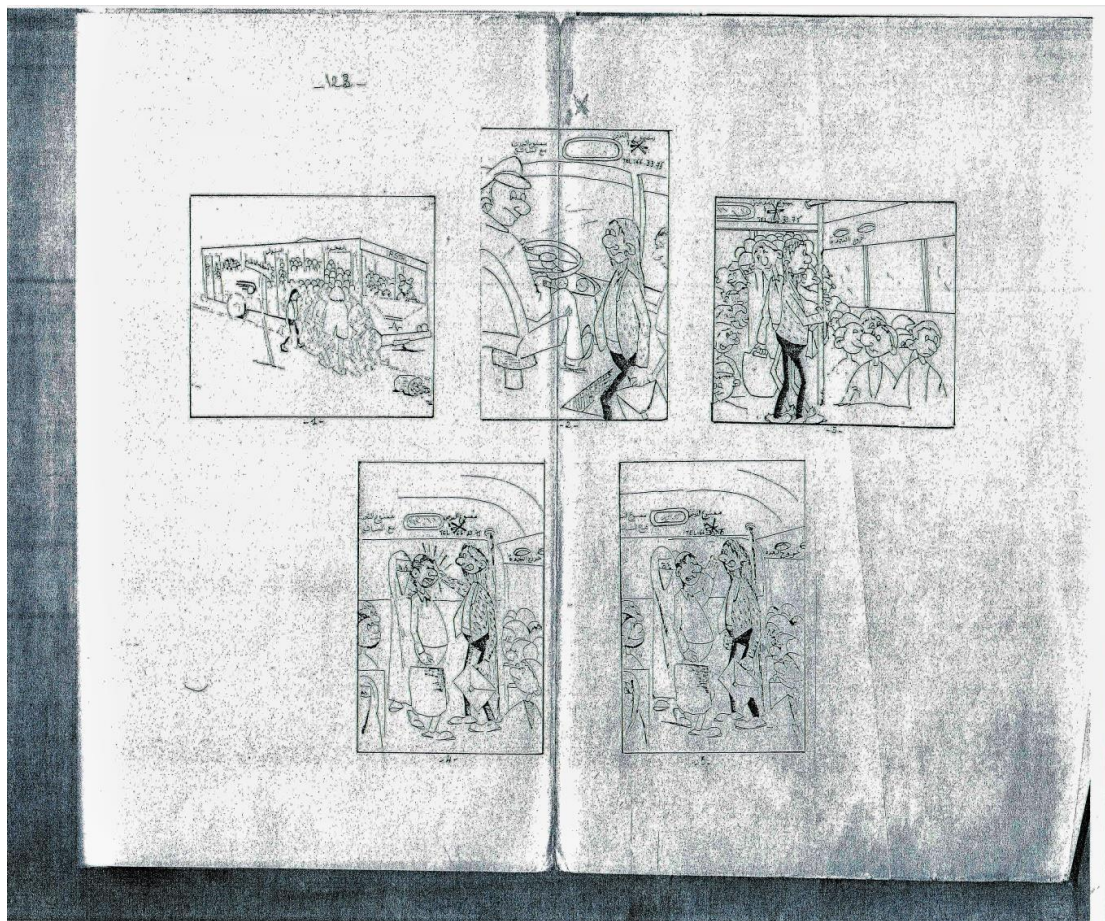
Centre de Recherche et d'Évaluation
des Évaluations de l'Éducation
Ministère de l'Éducation Nationale

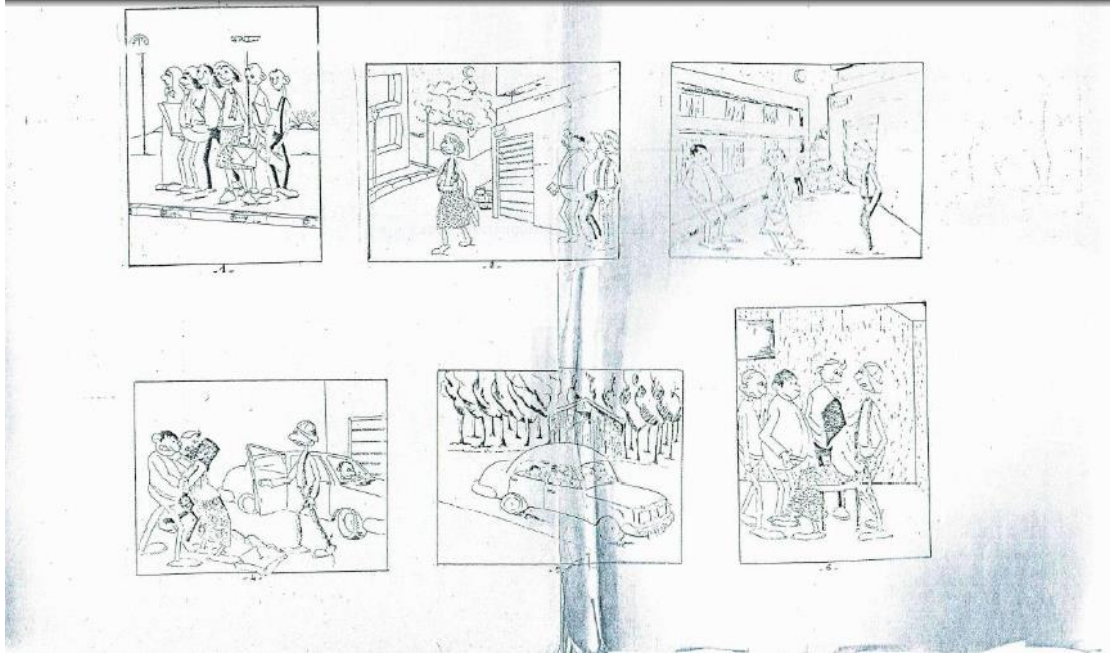
© 2014, CREA
Édition d'origine © 2005, ECPA. Tous droits réservés.

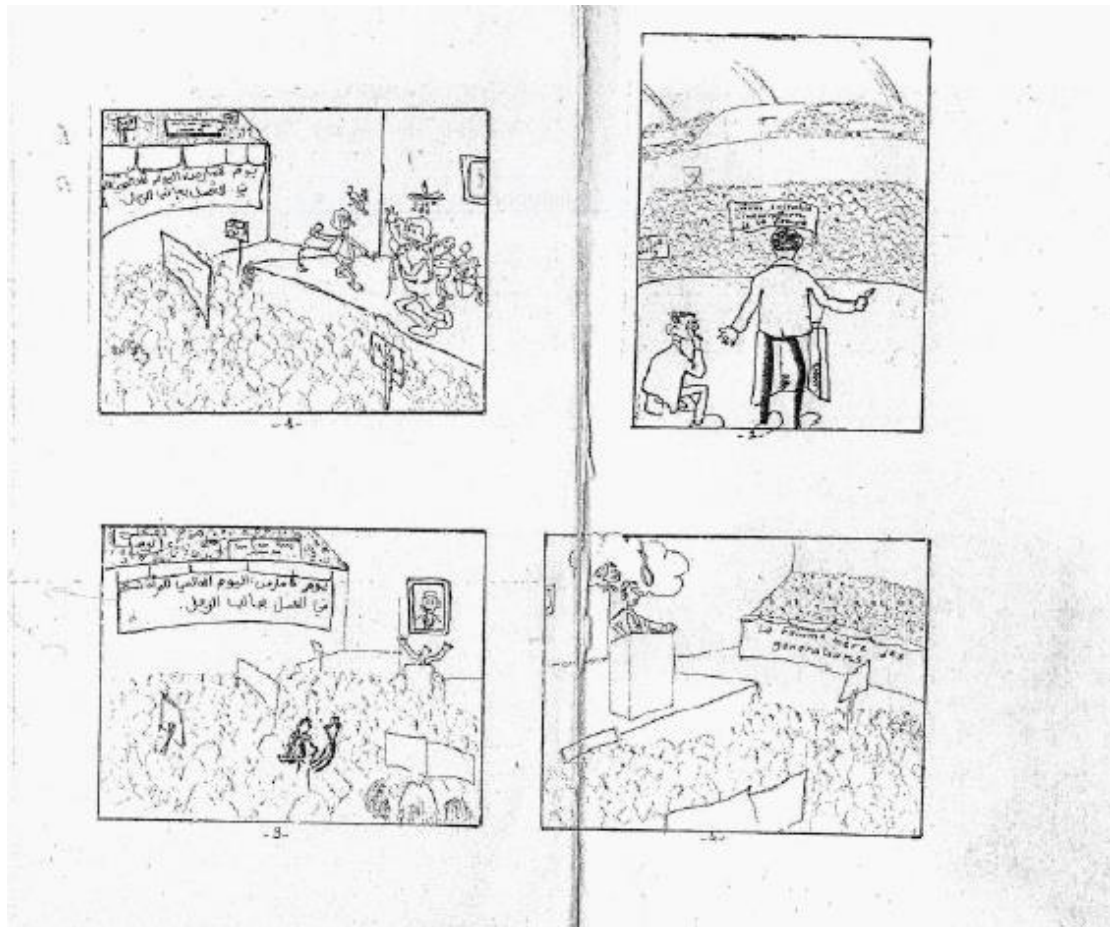
الملحق رقم (09): اختبار القصص المصورة ذات الأحداث المخالفة

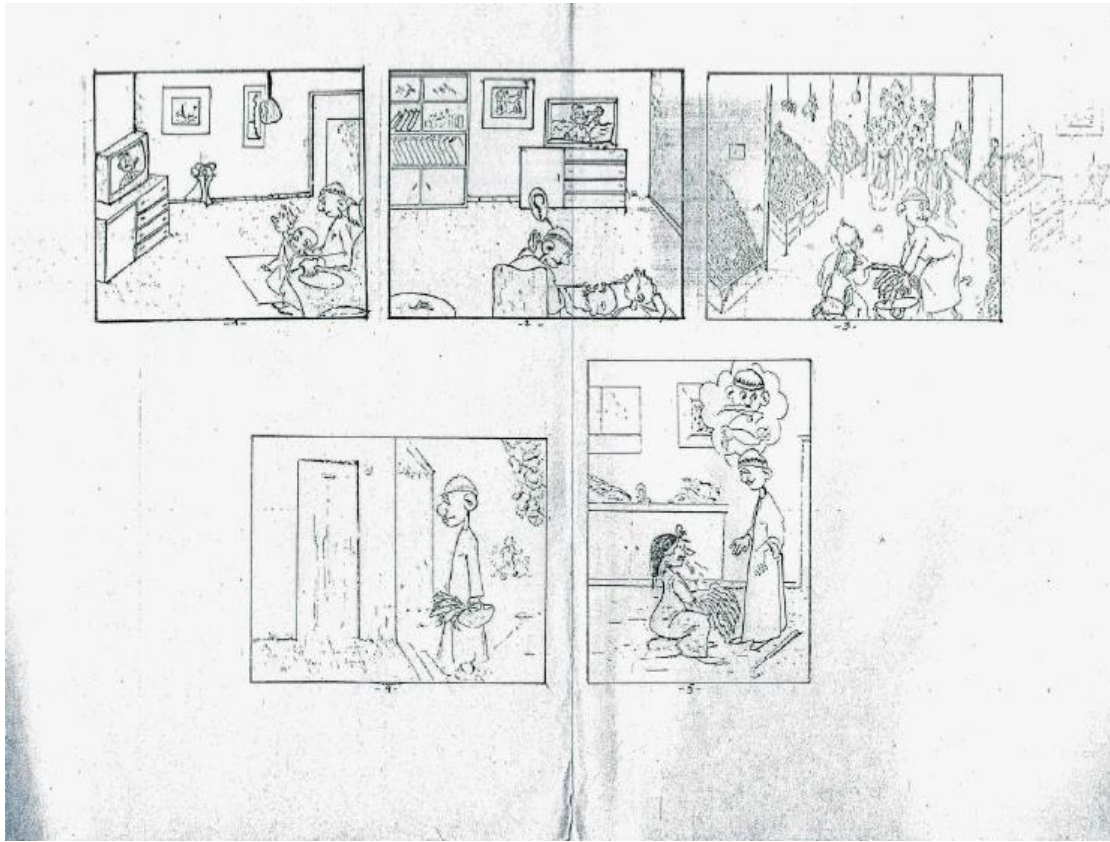
للمألف لصام وآخرون (1989)

قصة /ʔsəqla/



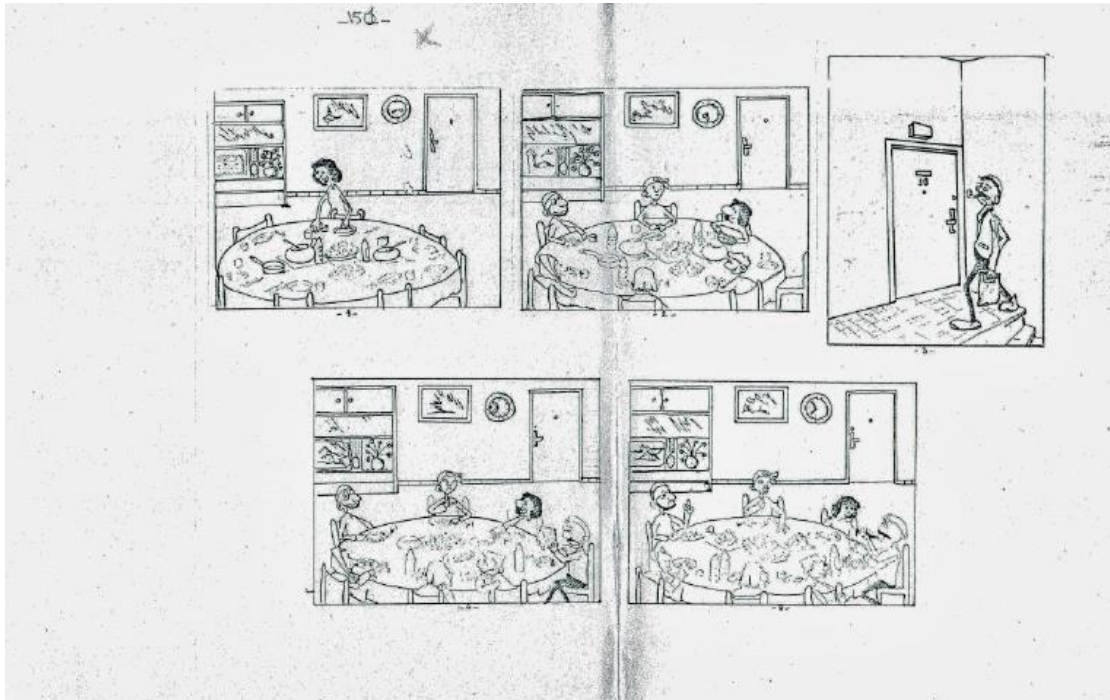






قصة /brijat ʔħob/





شبكة تنقيط الاختبار

- اقتراح ورقة نقل النتائج

سوال قصي

-

+

سوال قصي									
الرقم	الاسم	اللقب	الجنس	الدين	الزوجة	الاب	الابن	الابن	الابن
1	الاسم	اللقب	الجنس	الدين	الزوجة	الاب	الابن	الابن	الابن
2	الاسم	اللقب	الجنس	الدين	الزوجة	الاب	الابن	الابن	الابن
3	الاسم	اللقب	الجنس	الدين	الزوجة	الاب	الابن	الابن	الابن
4	الاسم	اللقب	الجنس	الدين	الزوجة	الاب	الابن	الابن	الابن
5	الاسم	اللقب	الجنس	الدين	الزوجة	الاب	الابن	الابن	الابن
6	الاسم	اللقب	الجنس	الدين	الزوجة	الاب	الابن	الابن	الابن
7	الاسم	اللقب	الجنس	الدين	الزوجة	الاب	الابن	الابن	الابن
8	الاسم	اللقب	الجنس	الدين	الزوجة	الاب	الابن	الابن	الابن
9	الاسم	اللقب	الجنس	الدين	الزوجة	الاب	الابن	الابن	الابن
10	الاسم	اللقب	الجنس	الدين	الزوجة	الاب	الابن	الابن	الابن
11	الاسم	اللقب	الجنس	الدين	الزوجة	الاب	الابن	الابن	الابن
12	الاسم	اللقب	الجنس	الدين	الزوجة	الاب	الابن	الابن	الابن
13	الاسم	اللقب	الجنس	الدين	الزوجة	الاب	الابن	الابن	الابن

الملحق رقم (10): رموز الأبجدية العربية النسخية حسب API

ك	K	ف	f	ع	ʕ
ت	T	ض	ɖ	هـ	h
ء	ʔ	س	s	ص	ʃ
ب	B	ش	ʃ	م	m
د	D	خ	x	ن	n
ق	Q	ح	ʔ	ر	r
ط	T	ث	θ	ل	l
ذ	Δ	ز	z	و	w
ج	ʒ	غ	ɣ	ي	j

الملحق رقم (11): مخرجات (spss v 27) لاختبار فرضيات الدراسة

نتائج الفرضية الأولى

Correlations

		الانتباه البصري	السرد بالاسناد
Spearman's rho	الانتباه البصري	Correlation Coefficient	1.000
		Sig. (2-tailed)	.
		N	14
	السرد بالاسناد	Correlation Coefficient	.940**
		Sig. (2-tailed)	<.001
		N	14

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

نتائج الفرضية الثانية

Correlations

		السرد بدون اسناد	الانتباه البصري
Spearman's rho	السرد بدون اسناد	Correlation Coefficient	1.000
		Sig. (2-tailed)	.
		N	14
	الانتباه البصري	Correlation Coefficient	.926**
		Sig. (2-tailed)	<.001
		N	14

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

نتائج الفرضية الثالثة

Correlations

		السرد بالاسناد	الانتباه السمعي
Spearman's rho	السرد بالاسناد	Correlation Coefficient	1.000
		Sig. (2-tailed)	.
		N	14
	الانتباه السمعي	Correlation Coefficient	.935**
		Sig. (2-tailed)	<.001
		N	14

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

نتائج الفرضية الرابعة

Correlations

		الانتباه السمعى	السردي بدون اسناد
Spearman's rho	الانتباه السمعى	Correlation Coefficient	1.000
		Sig. (2-tailed)	.
		N	14
	السردي بدون اسناد	Correlation Coefficient	.917**
		Sig. (2-tailed)	<.001
		N	14

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

نتائج الفرضية الخامسة

Correlations

		الحلقة الفونولوجية	السردي بالاسناد
Spearman's rho	الحلقة الفونولوجية	Correlation Coefficient	1.000
		Sig. (2-tailed)	.
		N	14
	السردي بالاسناد	Correlation Coefficient	.993**
		Sig. (2-tailed)	<.001
		N	14

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

نتائج الفرضية السادسة

Correlations

		الحلقة الفونولوجية	السردي بدون اسناد
Spearman's rho	الحلقة الفونولوجية	Correlation Coefficient	1.000
		Sig. (2-tailed)	.
		N	14
	السردي بدون اسناد	Correlation Coefficient	.994**
		Sig. (2-tailed)	<.001
		N	14

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

نتائج الفرضية السابعة

Correlations

		السردي بالاسناد	المنفذ المركزي
Spearman's rho	السردي بالاسناد	Correlation Coefficient	1.000
		Sig. (2-tailed)	.
		N	14
	المنفذ المركزي	Correlation Coefficient	.971**
		Sig. (2-tailed)	<.001
		N	14

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

نتائج الفرضية الثامنة

Correlations

		المنفذ المركزي	السردي بدون اسناد
Spearman's rho	المنفذ المركزي	Correlation Coefficient	1.000
		Sig. (2-tailed)	.
		N	14
	السردي بدون اسناد	Correlation Coefficient	.956**
		Sig. (2-tailed)	<.001
		N	14

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

نتائج الفرضية التاسعة

Correlations

		السردي بالاسناد	المفكرة البصرية. الفضاءية
Spearman's rho	السردي بالاسناد	Correlation Coefficient	1.000
		Sig. (2-tailed)	.
		N	14
	المفكرة البصرية. الفضاءية	Correlation Coefficient	.991**
		Sig. (2-tailed)	<.001
		N	14

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

نتائج الفرضية العاشرة

Correlations

		المفكرة البصرية. الفضاءية		السرد بدون اسناد
		ية		
Spearman's rho	المفكرة البصرية. الفضائية	Correlation Coefficient	1.000	.994**
		Sig. (2-tailed)	.	<.001
		N	14	14
	السرد بدون اسناد	Correlation Coefficient	.994**	1.000
		Sig. (2-tailed)	<.001	.
		N	14	14

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).