

جامعة قاصدي مرباح ورقلة
كلية العلوم الإنسانية والعلوم الاجتماعية
ميدان العلوم الاجتماعية
شعبة علم النفس
قسم علم النفس وعلوم التربية
تخصص علم النفس العيادي



اعداد الطالبة : شاكِر زهية

خلل الوظائف التنفيذية لدى المصاب بالفصام

دراسة عيادية لثلاث حالات بمدينة ورقلة

مذكرة مقدمة استكمالاً لنيل شهادة الماستر في علم النفس العيادي

نوقشت واجيزت بتاريخ: .../.../...

امام لجنة المناقشة المكونة من :

الاسم واللقب	الدرجة العلمية	الجامعة	الصفة
أ.د خالد بوعافية	أستاذ التعليم العالي	جامعة ورقلة	رئيسا
أ.د طالب حنان	أستاذ التعليم العالي	جامعة ورقلة	مشرفا ومقررا
أ.د زعطوط رمضان	أستاذ التعليم العالي	جامعة ورقلة	مناقشا

الموسم الجامعي: 2025/2024

جامعة قاصدي مرياح ورقلة
كلية العلوم الإنسانية والعلوم الاجتماعية
ميدان العلوم الاجتماعية
شعبة علم النفس
قسم علم النفس وعلوم التربية
تخصص علم النفس العيادي



اعداد الطالبة : شاكِر زهية

خلل الوظائف التنفيذية لدى المصاب بالفصام

دراسة عيادية لثلاث حالات بمدينة ورقلة

مذكرة مقدمة استكمالاً لنيل شهادة الماستر في علم النفس العيادي

نوقشت واجيزت بتاريخ: .../.../...

امام لجنة المناقشة المكونة من :

الاسم واللقب	الدرجة العلمية	الجامعة	الصفة
أ.د خالد بوعافية	أستاذ التعليم العالي	جامعة ورقلة	رئيسا
أ.د طالب حنان	أستاذ التعليم العالي	جامعة ورقلة	مشرفا ومقررا
أ.د زعطوط رمضان	أستاذ التعليم العالي	جامعة ورقلة	مناقشا

الموسم الجامعي: 2025/2024

رسالة شكر وتقدير

نبدأ شكرنا وحمدنا لله العليّ القدير، الذي أنعم علينا بفضله وكرمه، ويسّر لنا الخوض في هذا العمل، وأعاننا على إتمامه، فله الحمد أولاً وآخراً، وظاهراً وباطناً.

أتقدّم بخالص الشكر والامتنان إلى الأستاذة الفاضلة طالب حنان على توجيهاتها السديدة، ومتابعتها المستمرة، وملاحظاتها القيّمة التي كان لها الأثر الكبير في بلورة هذا العمل العلمي ورفع مستواه.

كما نخص بالشكر والتقدير أسرة جامعة قاصدي مرباح – ورقلة، لما وفروه من بيئة أكاديمية محفّزة وداعمة، ساهمت في تسهيل كافة مراحل هذا البحث.

ونتوجّه بجزيل العرفان إلى المؤسسة الاستشفائية المتخصصة في الأمراض العقلية والنفسية الحذب – ورقلة، على تعاونهم الكريم، وفتحهم المجال لنا لتطبيق أدوات الدراسة، وعلى ما أبدوه من تعاون وتفهم، مما كان له الأثر البالغ في إنجاح هذا العمل.

ولا يفوتنا أن نتقدّم بخالص الشكر والامتنان إلى كل أفراد عينة الدراسة الذين قبلوا مشكورين المشاركة، وأبدوا تعاوننا كبيرا، سائلين الله أن يجزيهم خير الجزاء.

ونخصّ بالذكر الحالات المصابة بالفصام، التي شاركت رغم صعوبة وضعها، متمنين لهم الشفاء العاجل غير الآجل، ودوام الصحة والعافية، وأن يرزقهم الله السكينة والطمأنينة.

جزى الله الجميع خير الجزاء، وبارك في جهودهم، وجعل ما قدّموه في ميزان

ملخص الدراسة:

تهدف هذه الدراسة إلى الكشف عن الخلل في الوظائف التنفيذية لدى المصابين بالفصام، مع التركيز على بُعدين أساسيين هما: المرونة المعرفية والقدرة على الكف، باعتبارهما من أبرز المؤشرات المعرفية المرتبطة بوظائف الفص الجبهي، والمسؤولتين عن التنظيم السلوكي والتكيف مع المتغيرات اليومية.

انطلقت الدراسة من تساؤل رئيسي: هل يعاني المصاب بالفصام من خلل في الوظائف التنفيذية؟ وتفرعت منه تساؤلات فرعية حول ما إذا كان المصاب بالفصام يعاني من خلل في المرونة المعرفية وما إذا كان يعاني المصاب بالفصام من خلل في القدرة على الكف؟

وللإجابة على هذه التساؤلات، اعتمدنا المنهج العيادي القائم على دراسة الحالة، حيث بلغ عدد المشاركين ثلاث حالات مصابة بالفصام تراوحت أعمارهم بين (20 إلى 35 عاماً) تم اختيارها بطريقة قصدية. تم جمع البيانات بواسطة المقابلة العيادية والمقابلة النصف موجهة إلى جانب تطبيق البطارية السريعة لتقييم الفص الجبهي (BREF).

وبعد عرض النتائج وتحليلها، أظهر التحليل الإكلينيكي للحالات الثلاث المصابة بالفصام وجود خلل جوهري في الوظائف التنفيذية، والتي تمثل القدرات المعرفية العليا المسؤولة عن المرونة المعرفية وضبط السلوك. تجسّد هذا الخلل في انخفاض الأداء العام، مع ظهور تباينات في شدة الخلل بينها

في المقابل، شكّل أداء اختبار "المسك" الاستثناء الوحيد، حيث حصلت الحالات الثلاث على النقاط الكاملة، مما يشير إلى أن بعض الوظائف الأساسية المتعلقة بالضبط الحركي ما تزال محفوظة جزئياً لدى مرضى الفصام.

وفي ختام هذه الدراسة، تُشكّل هذه الوظائف التنفيذية محوراً أساسياً في التشخيص والعلاج النفسي والمعرفي للفصام، من أجل تحسين جودة حياة المرضى وتعزيز استقلاليتهم وقدرتهم على التكيف.

الكلمات المفتاحية: وظائف تنفيذية، مرونة معرفية، قدرة على كف.

Study Summary:

This study aims to detect executive dysfunction in people with schizophrenia, focusing on two main dimensions: Cognitive flexibility and the inhibitory control, as they are two of the most prominent cognitive indicators associated with frontal lobe functions, which are responsible for behavioral regulation and adaptation to daily variables.

The study started with a main question: Does a person with schizophrenia suffer from executive dysfunction? This question was followed by sub-questions about whether a person with schizophrenia suffers from a dysfunction in cognitive flexibility and whether a person with schizophrenia suffers from a dysfunction in the ability to cope?

To answer these questions, we adopted a case study-based clinical approach, where the number of participants consisted of three cases of schizophrenia, ranging in age from 20 to 35 years, who were selected in a purposive manner. The data was collected through the clinical interview and the semi-structured interview along with the BREF (Battery for Rapid Evaluation of the Frontal Lobe).

After presenting and analyzing the results, the clinical analysis of the three schizophrenic cases showed a significant impairment in executive functions, which represent higher cognitive abilities responsible for cognitive flexibility and behavioral control. This dysfunction was manifested in reduced overall performance, with variations in the severity of the dysfunction

The only exception was the performance on the Musk test, where all three cases received full scores, suggesting that some basic motor control functions are still partially preserved in patients with schizophrenia.

At the conclusion of this study, these executive functions are a key focus in the diagnosis and psychiatric and cognitive treatment of schizophrenia, in order to improve patients' quality of life and enhance their independence and resilience.

Keywords: Executive functions, cognitive flexibility, inhibitory control.

قائمة المحتويات

قائمة المحتويات

الصفحة	الموضوع
أ	رسالة شكر وتقدير
ب	ملخص الدراسة بالعربية
ت	ملخص الدراسة بالانجليزية
ث	قائمة المحتويات
ج	فهرس الأشكال
ح	فهرس الجداول
ر	فهرس الملاحق
2	مقدمة
الجانب النظري	
الفصل الأول: الإشكالية واعتباراتها	
6	1- إشكالية الدراسة
8	2- الفرضيات
8	3- أهداف الدراسة
8	4- أهمية الدراسة
9	5- تحديد المفاهيم
10	6- الدراسات السابقة
الفصل الثاني: الوظائف التنفيذية	
17	1- نبذة تاريخية عن الوظائف التنفيذية
17	1-1- البدايات والملاحظات السريرية
19	1-2- تطور المفاهيم والنظريات العصبية
19	1-3- الاصطلاح وتأسيس المصطلحات
20	1-4- التطورات الحديثة و الدراسات المعاصرة
21	1-5- تعريف الوظائف التنفيذية

قائمة المحتويات

	2- المرونة المعرفية
22	2-1- التعريف والنماذج النظرية
23	2-2- الدراسات العصبية والأسس النمائية
25	2-3- التطبيقات العملية وعلاقة المرونة المعرفية مع الوظائف التنفيذية الأخرى
25	2-4- الاضطرابات المرتبطة بالمرونة المعرفية واستراتيجيات التعزيز
	3- القدرة على الكف
26	3-1- تعريف و نماذج نظرية
27	3-2- الدراسات العصبية والأسس النمائية
29	3-3- التطبيقات العملية وعلاقة القدرة على الكف مع الوظائف التنفيذية الأخرى
30	3-4- الاضطرابات المرتبطة بالقدرة على الكف واستراتيجيات التعزيز
33	3-5- الأدلة الجينية للقدرة على الكف
الفصل الثالث: الفصام	
	1- تاريخ الفصام والتطور التشخيصي وفق الأدلة التشخيصية للاضطرابات النفسية
38	1-1- تاريخ الفصام
39	1-2- DSM-III & DSM-III R
40	1-3- DSM-IV
42	1-4- الفرق بين ICD-11 و DSM-V في تعريف الفصام
	2- تعريف الفصام وأعراضه الأساسية
43	2-1- تعريف الفصام
44	2-2- الأعراض الإيجابية (Positive Symptoms)
46	2-3- الأعراض السلبية (Negative Symptoms)
47	2-4- الأعراض المعرفية (Cognitive Symptoms)
48	3- العوامل المسببة للفصام والنظريات المفسرة له
48	3-1- الوراثة
50	3-2- التغيرات في بنية الدماغ
51	3-3- المحفزات التي قد تؤدي إلى الفصام

قائمة المحتويات

52	3-4- النظريات المفسرة للفصام
54	4- العلاج والتأهيل النفسي للفصامي
54	4-1- العلاج الدوائي
54	4-2- العلاج النفسي والإرشادي
55	4-3- التأهيل الاجتماعي والمهني
الجانب الميداني	
الفصل الرابع الإجراءات الميدانية للدراسة	
59	1- منهج الدراسة
60	2- حدود الدراسة
60	2-1- المجال المكاني
60	2-2- المجال الزمني
60	3- المشاركون في الدراسة
62	4- أدوات الدراسة
62	4-1- المقابلة العيادية
63	4-2- المقابلة النصف موجهة
64	4-3- بطارية (BREF)
64	5- إجراءات الدراسة
الفصل الخامس	
أولاً: عرض وتفسير	
68	1-1- تقديم الحالة (ل)
69	1-2- ملخص المقابلة للحالة (ل)
70	1-3- النقاط الحساسة
71	1-4- تفسير المقابلة العيادية للحالة (ل)
74	1-5- التحليل الكمي والكمي للحالة (ل)
76	1-6- تفسير الحالة (ل) في ضوء ملخص المقابلة ونتائج بطارية BREF

قائمة المحتويات

77	2-1- تقديم الحالة (ع)
79	2-2- ملخص المقابلة للحالة (ع)
80	2-3- النقاط الحساسة
81	2-4- تفسير المقابلة العيادية للحالة (ع)
84	2-5- التحليل الكمي والكيفي للحالة (ع)
86	2-6- تفسير الحالة (ع) في ضوء ملخص المقابلة ونتائج بطارية BREF
87	3-1- تقديم الحالة (ج)
89	3-2- ملخص المقابلة
89	3-3- النقاط الحساسة
90	3-4- تفسير المقابلة العيادية للحالة (ج)
94	3-5- التحليل الكمي والكيفي للحالة (ج)
96	3-6- تفسير الحالة (ج) في ضوء ملخص المقابلة ونتائج بطارية BREF
ثانياً: تحليل ومناقشة	
100	1- التحليل العام للحالات
101	1-1- أوجه التشابه بين الحالات الثلاث
101	1-2- أوجه الاختلاف بين الحالات
102	1-3- التحليل المقارن
103	2- الاستنتاج العام
108	الخاتمة
108	الافاق
المراجع	
108	قائمة المصادر والمراجع
110	المراجع باللغة العربية
110	المراجع باللغة الأجنبية
116	الملاحق

فهرس الأشكال

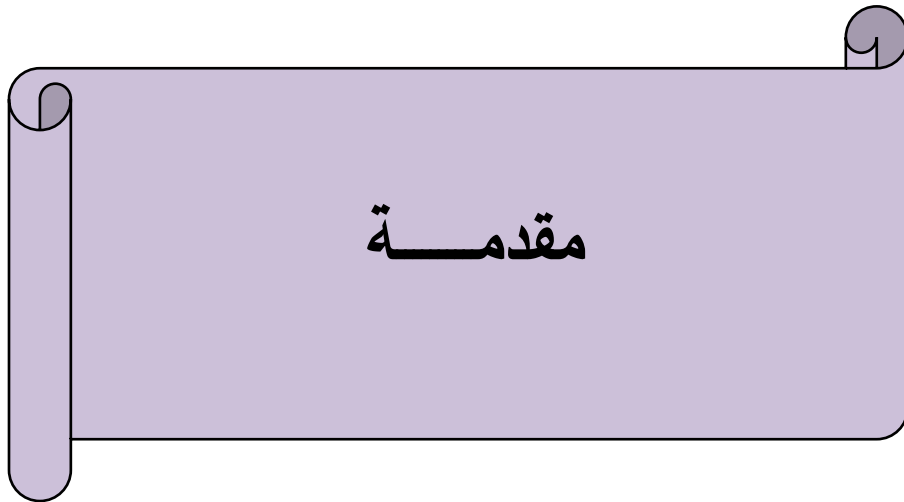
الصفحة	العنوان	رقم الشكل
18	إصابة الفص الجبهي عند فينس غيج :تصور ثلاثي الأبعاد لمسار القضيب الحديدي	الشكل(1)
18	فينس غيج عقب الإصابة	الشكل(2)
24	مراكز التحكم في الدماغ :عرض جانبي ومقطع تشريحي للفصوص الجبهية والمناطق التنفيذية	الشكل(4)
27	القشرة الجبهية الأمامية في الدماغ	الشكل(5)
27	القشرة الجدارية في الدماغ	الشكل(6)
28	القشرة الجدارية بتقنية تصوير الرنين المغناطيسي الوظيفي fMRI	الشكل(7)
32	اختبار ستروب	الشكل(8)
33	مهام اختبار الإيقاف والاستجابة	الشكل(9)
74	رسم بياني لنتائج اختبار الحالة (ل)	الشكل(10)
84	رسم بياني لنتائج اختبار الحالة (ع)	الشكل(11)
94	رسم بياني لنتائج اختبار الحالة (ج)	الشكل(12)
100	رسم بياني يمثل نتائج الحالات الثلاث في اختباري الطلاقة اللغوية واختبار Go no Go في اختبار BREF	الشكل(13)

فهرس الجداول

رقم الجدول	العنوان	الصفحة
جدول رقم(1)	الحادية المراجعة" للأمراض الدولي التصنيف بين الفصام تعريف في الفرق العقلية، للاضطرابات والإحصائي التشخيصي الدليل و (ICD 11) "عشرة (DSM-V) الخامس الإصدار	42
جدول رقم(2)	الدراسة في عليها الاعتماد تم الذي الثلاث الحالات خصائص	62
جدول رقم(3)	نتائج حالة (ل)متحصل عليها في بطارية BREF	73
جدول رقم(4)	نتائج اختبار الحالة ل في BREF	74
جدول رقم(5)	نتائج حالة (ع) المتحصل عليها في بطارية BREF	83
جدول رقم(6)	نتائج اختبار الحالة ع في BREF	84
جدول رقم(7)	نتائج حالة) ج (المتحصل عليها في بطارية BREF	93
جدول رقم(8)	نتائج اختبار الحالة ج في BREF	94
جدول رقم(9)	نتائج الحالات في اختباري الطلاقة اللغوية و Go no Go في اختبار BREF	100
جدول رقم(10)	أوجه التشابه بين الحالات الثلاث بناءا على المعطيات الإكلينيكية أثناء المقابلات وتطبيق بطارية BREF	101
جدول رقم(11)	أوجه الاختلاف بين الحالات الثلاث بناءا على المعطيات الإكلينيكية أثناء المقابلات وتطبيق بطارية BREF	101

فهرس الملاحق

العنوان	رقم الملحق
يوضح استمارة التحكيم في صورتها النهائية	ملحق رقم(1)
دليل المقابلة	ملحق رقم(2)
البطارية السريعة للتقييم الجبهي BREF	ملحق رقم(3)
قائمة الأساتذة المحكمين	ملحق رقم(4)



مقدمة

تُعد الوظائف التنفيذية من أهم العمليات المعرفية العليا التي تسهم بصورة جوهرية في تنظيم السلوك الإنساني وتوجيهه نحو تحقيق الأهداف بكفاءة ومرونة. هذه الوظائف لا تعمل بمعزل عن باقي القدرات العقلية، بل تُشكل إطاراً مرجعياً حاكماً لها، إذ تُعتبر "نظام القيادة العليا" في الجهاز العصبي المركزي، لما لها من دور محوري في ضبط العلاقة الديناميكية بين العمليات الداخلية (مثل التفكير والانفعالات والدوافع) والبيئة الخارجية (بما تحمله من مواقف ومتغيرات). وتشمل الوظائف التنفيذية طيفاً واسعاً من المهارات الذهنية المعقدة، منها التخطيط، واتخاذ القرار، والتنظيم، والكبح (القدرة على إيقاف الاستجابة)، والمرونة المعرفية، والذاكرة العاملة، وهي جميعاً تعتمد على سلامة البنى الدماغية، وبالأخص الفص الجبهي، الذي يُعد المركز العصبي المسؤول عن هذه المهارات.

إن ما يميز الوظائف التنفيذية عن باقي القدرات المعرفية هو كونها تُفعل عند مواجهة تحديات جديدة، أو مواقف تتطلب التكيف أو إعادة التنظيم أو كبح استجابات تلقائية لصالح أخرى أكثر ملاءمة. وبالنظر إلى أهميتها البالغة، بات من الضروري دراسة هذه الوظائف ضمن أطر متعددة تشمل المنظور العصبي الذي يفسر الأسس الدماغية لتشغيلها، والمنظور المعرفي الذي يسلط الضوء على آلياتها الذهنية، والمنظور السلوكي الذي يعكس أثرها على التفاعل الواقعي مع المواقف.

وبناءً على هذا التوجه، حُصص هذا البحث في جانبه النظري للفصل الأول الذي يتضمن الإطار المفاهيمي للدراسة، وفيه تم طرح إشكالية الدراسة وتساؤلاتها وأهدافها وأهميتها. أما الفصل الثاني فقد حُصص لتحليل مكونات الوظائف التنفيذية من زوايا متعددة، مع التركيز بشكل خاص على المرونة المعرفية (القدرة على تغيير الاستراتيجيات الذهنية وفقاً للمتغيرات) والقدرة على الكف (إيقاف الاستجابات غير المناسبة)، بوصفهما من الوظائف الأساسية التي تُمكن الفرد من التكيف الفعال مع المستجدات ومواجهة الضغوط النفسية والانفعالية. وقد تم التطرق إلى العوامل التي قد تؤثر في أداء هذه الوظائف، سواءً كانت بيولوجية أو بيئية أو نفسية، كما تم عرض أهم الأدوات المعتمدة في تقييمها، ومن أبرزها اختبار BREF، الذي يُعد من الاختبارات القصيرة والعملية في التقييم الإكلينيكي للوظائف التنفيذية.

أما في الفصل الثالث، فقد تم تناول اضطراب الفصام، كونه من أبرز الاضطرابات الذهانية التي تُحدث تأثيراً واضحاً على الوظائف التنفيذية. وقد تم التوسع في هذا الفصل في عرض تطور مفهوم الفصام عبر مختلف التصنيفات، إلى جانب المعايير التشخيصية المعتمدة، والأعراض المميزة له، سواءً

مقدمة

الإيجابية (كالهلوسة والهذيان)، أو السلبية (كالانسحاب الاجتماعي وتبدل المشاعر)، أو المعرفية (كضعف الذاكرة والانتباه). كما تم التطرق إلى العوامل التي يُعتقد أنها تسهم في ظهوره، بما في ذلك العوامل الوراثية والعصبية والنفسية، مع تقديم عرض لأهم النظريات المفسرة، والاستراتيجيات العلاجية المتبعة في التعامل معه.

أما الجانب الميداني فقد شمل الفصل الرابع، ويُعرض فيه المنهج المستخدم وإجراءات الدراسة الميدانية ووصف المشاركين في الدراسة ووصف أداة القياس المستخدمة.

وبخصوص الفصل الخامس، فقد خُصص لعرض النتائج وتحليلها وتفسيرها ومناقشتها.

اختتمت الدراسة بالاستنتاج العام، ثم تقديم مجموعة من الآفاق التي من شأنها تعزيز المعرفة في مجال الدراسات، وأخيراً قائمة المصادر والمراجع والملاحق.



الجانب النظري

الفصل الأول: الإشكالية و اعتباراتها

1. الإشكالية
2. الفرضيات
3. أهداف الدراسة
4. أهمية الدراسة
5. تحديد المفاهيم
6. الدراسات السابقة

1- إشكالية الدراسة:

يُعد الفصام من أكثر الاضطرابات الذهانية تعقيداً من حيث البنية والأعراض، حيث لا تقتصر مظاهره على الجوانب النفسية التقليدية المتمثلة في الهلوس والأوهام والتفكك في التفكير، بل يتجاوز ذلك ليطال العمليات المعرفية العليا التي تلعب دوراً محورياً في التكيف النفسي والسلوكي لدى الفرد، وعلى رأسها ما يُعرف بالوظائف التنفيذية. وتُعرف هذه الأخيرة بأنها مجموعة من المهارات المعرفية التي تنظم وتُنسق الأنشطة الذهنية والسلوكية اليومية، كالخطيط، والتنظيم، وضبط الذات، واتخاذ القرار، والمرونة في التفاعل مع المواقف الجديدة أو المفاجئة.

إن ما يُميز الفصام عن غيره من الاضطرابات هو أن الخلل في هذه الوظائف المعرفية لا يظهر كأثر جانبي أو عَرَضٍ عابر، بل يُعد سمة مركزية وهيكلية في طبيعة المرض ذاته. هذا الخلل يُسبب اضطراباً في القدرة على التفاعل بمرونة مع المواقف الحياتية، ويؤثر على قدرة المريض على التعلم من التجارب السابقة، أو تعديل سلوكياته بناءً على السياق.

ومن هنا، فإن الصعوبة في تشخيص الفصام والتعامل معه لا تكمن فقط في غموض الأعراض الذهانية التقليدية، بل في التداخل المعقد بينها وبين الخلل العميق في الوظائف التنفيذية، والذي ينعكس بشكل واضح على الأداء الاجتماعي والمهني للفرد، وعلى مدى قدرته على تنظيم سلوكه وتحديد أهدافه والتصرف بشكل ملائم في مواقف الحياة اليومية (مصلي، 2023).

شهدت العقود الأخيرة اهتماماً متزايداً بدراسة خلل الوظائف التنفيذية لدى مرضى الفصام، ومن أبرز هذه الدراسات نجد دراسة (Alzahr، 2018) التي هدفت إلى تحليل طبيعة الخلل التنفيذي لدى السعوديين المصابين بالفصام، مع فحص العلاقة بين شدة الأعراض وخلل الأداء التنفيذي، باستخدام اختبارات RCFT، وARVLT، وSTROOP، ومقياس PANSS. وأظهرت نتائجها وجود ضعف ملحوظ في التخطيط وسرعة المعالجة والذاكرة العاملة، مؤكدة وجود ارتباط وثيق بين شدة الأعراض والخلل المعرفي، مع توصيات بتكثيف برامج التأهيل المعرفي.

وفي السياق ذاته، جاءت دراسة (Noel، 2021) لتحلل طبيعة الخلل التنفيذي من خلال اختبارات متنوعة مثل برج لندن، و Stroop، و Verbal N-Back، وبيّنت أن عوامل مثل انخفاض مستوى التعليم، والبطالة، والجرعات العالية من مضادات الذهان، تسهم في تعميق هذا الخلل، مع تسجيل خلل واضح في المرونة اللفظية والذاكرة العاملة. كما أوصت ببرامج دعم معرفي تستند إلى تقييمات دقيقة.

أما دراسة (Tiburski، 2021) فقد قَدّمت مراجعة نقدية مهمة لمجمل أدوات تقييم الخلل التنفيذي في الفصام، مقارنةً بين التقييمات التقليدية والتقييمات البيئية والافتراضية، مبرزَةً تفوق أدوات الواقع الافتراضي في تمثيل الحياة الواقعية للمريض، خاصة في تقييم المرونة المعرفية والذاكرة العاملة. ورغم ذلك، ظل تركيزها الأساسي منصباً على أدوات القياس أكثر من تحليل نوعية الخلل التنفيذي في ذاته.

من جهتها، تناولت دراسة (اللطيف، 2024) الوظائف التنفيذية من حيث تعريفها ومراحل تطورها، مع التركيز على مكوناتها (المرونة، والكف، والتخطيط...) دون ربطها باضطراب الفصام على وجه الخصوص، مما يؤكد الحاجة إلى دراسات متخصصة تسلط الضوء على كيفية تأثير هذه الوظائف تحديداً داخل هذا السياق المرضي.

كما بيّنت دراسة (Huang، 2024) من خلال التصوير العصبي والسلوكي العلاقة بين التوصيل العصبي بين القشرة الجبهية والمهاد الواسطي والخلل التنفيذي لدى مرضى الفصام، وأكدت أن هذا الخلل يرتبط بصعوبة معالجة المعلومات المتضاربة، مما يؤثر على الانتباه والذاكرة العاملة. لكنها لم تحلل الأثر السلوكي الواقعي لهذا الخلل على المرونة المعرفية أو الكف الذاتي.

وعلى الرغم من مساهمات هذه الدراسات، إلا أنها مجتمعة كشفت عن فجوة بحثية تتمثل في غياب دراسات تناولت المرونة المعرفية والقدرة على الكف بوصفهما وظيفتين تنفيذيتين مركزتين بشكل نوعي ومتخصص ضمن سياق الفصام. بل إن معظمها تناول الوظائف التنفيذية بشكل عام أو ركّز على أدوات القياس دون تحليل الأثر اليومي الوظيفي لهذا الخلل.

بناءً على ما سبق، يسعى هذا البحث إلى دراسة الخلل التنفيذي المرتبط بالمرونة المعرفية والقدرة على الكف لدى المصابين بالفصام. ويستخدم البحث اختبار BREF كأداة عملية ومختصرة تتيح تقيماً إكلينيكياً واقعياً لهذه الجوانب التنفيذية الدقيقة. يسهم هذا النهج في تعزيز الفهم العلمي لهذه الوظائف التنفيذية وتطوير أدوات تقييم وتدخل مستقبلية أكثر دقة وفعالية.

تُعد هذه الدراسة من أوائل المحاولات الميدانية التي ربطت بين الفصام والوظائف التنفيذية في السياق المحلي باستخدام أداة BREF. وقد أضافت الدراسة بُعداً تحليلياً نوعياً يعزز فهمنا للخلل التنفيذي فيما يخص المرونة المعرفية والقدرة على الكف من خلال المقابلات الإكلينيكية ومنه كان التساؤل العام والتساؤلات الفرعية كالاتي: التساؤل العام:

هل يعاني المصاب بالفصام من خلل في الوظائف التنفيذية ؟

التساؤلات الفرعية:

هل يعاني المصاب بالفصام من خلل في المرونة المعرفية؟

هل يعاني المصاب بالفصام من خلل في القدرة على الكف؟

2- الفرضيات:

الفرضية العامة:

يعاني المصاب بالفصام من خلل في الوظائف التنفيذية.

الفرضيات الفرعية:

يعاني المصاب بالفصام من خلل في المرونة المعرفية.

يعاني المصاب بالفصام من خلل في القدرة على الكف.

3- أهداف الدراسة:

- تهدف هذه الدراسة إلى معرفة إذا كان المصاب بالفصام يعاني من خلل الوظائف التنفيذية.
- التحقق من وجود خلل في المرونة المعرفية لدى المصاب بالفصام.
- التحقق من وجود خلل في القدرة على الكف لدى المصاب بالفصام.

4- أهمية الدراسة:

- تساهم هذه الدراسة في إثراء المعرفة العلمية حول تأثير الفصام على الوظائف التنفيذية، من خلال التركيز على المرونة المعرفية والقدرة على الكف، وهما من العمليات الأساسية في التحكم بالسلوك والتكيف مع البيئة.
- كما تسلط الضوء على الخلل التنفيذي و الفصامي، مما يساعد في فهم أعمق لطبيعة هذا الخلل المعرفي وآلياته العصبية.
- تتيح الدراسة تقييم مستوى الخلل التنفيذي لدى مرضى الفصام باستخدام اختبار BREF في البيئة المحلية، مما يوفر أداة قياس موضوعية ومختصرة يمكن أن تساعد في التشخيص والمتابعة السريرية.

- كما تمثل هذه الدراسة إضافة مهمة للأدبيات العربية في مجال الاضطرابات النفسية والمعرفية، حيث تقدم بيانات ميدانية من السياق الثقافي والاجتماعي المحلي، مما يعزز إمكانية تطوير برامج تدخل وإعادة تأهيل معرفي مناسبة لخصائص المرضى في المنطقة العربية.

5- تحديد المفاهيم

5-1- الوظائف التنفيذية (Executive Functions)

- تعريف اصطلاحي: الوظائف التنفيذية هي مجموعة من العمليات المعرفية العليا التي تُسهم في التخطيط، التنظيم، المراقبة، وتعديل السلوك استجابةً للتغيرات في الأهداف أو البيئة (Miyake et al., 2000).
- تعريف إجرائي: الوظائف التنفيذية في دراستنا هذه هي المرونة المعرفية والقدرة على الكف وتستدل عليها بالدرجات بالدرجة التي يتحصل عليها المصاب بالقصام انطلاقاً من محاور المقابلة والبطارية السريعة لتقييم القدرات الجبهية (BREF)

5-2- المرونة المعرفية (Cognitive Flexibility)

- تعريف اصطلاحي: المرونة المعرفية هي القدرة على التبديل بين مجموعات مختلفة من الأفكار أو المهام وتعديل الاستراتيجيات السلوكية استجابةً للتغيرات في البيئة. (Diamond, 2013)
- تعريف الإجرائي المرونة المعرفية: هي الدرجة التي يتحصل عليها المبحوث في اختبار الطلاقة اللغوية من اختبار BREF

5-3- القدرة على الكف (Inhibitory Control)

- تعريف اصطلاحي: القدرة على الكف هي إحدى مكونات الوظائف التنفيذية، وتشير إلى القدرة على إيقاف أو تأجيل الاستجابات التلقائية أو غير المناسبة، بهدف تنفيذ سلوك يتلاءم مع متطلبات الموقف أو الهدف الحالي. وتُعتبر ضرورية لضبط السلوك والتحكم في الانفعالات، والانتباه إلى المعلومات ذات الصلة، وتجنب المشتتات. (Miyake et al., 2000)
- تعريف إجرائي: هي الدرجة التي يتحصل عليها المبحوث في اختبار Go no Go من اختبار BREF

6- الدراسات السابقة:

يتناول هذا القسم الدراسات السابقة التي استكشفت خلل الوظائف التنفيذية لدى مرضى الفصام، مع تركيز خاص على جانبي المرونة المعرفية والذاكرة العاملة. تسلط هذه المراجعة الضوء على الأطر النظرية والتجريبية التي ناقشت هذين الجانبين، مستعرضة أبرز النتائج والتفسيرات التي قدمتها الأدبيات البحثية، بما يُسهم في تحديد الفجوات المعرفية ويُبرز أهمية الدراسة الحالية في سدها. ولتجديد الزخم العلمي للموضوع، اعتمدت على مصادر بحثية حديثة، مع إثراء النقاش بترجمة مختارة لدراسات عالمية نُشرت باللغة الإنجليزية، وذلك لاستيعاب أحدث التطورات العلمية في هذا المجال وإضفاء منظور شامل على التحليل.

أجرى كل من بشري محمد مهنا الزاهر ومحسن علي عبدالله الحمود دراسة بعنوان "تأثير الفصام على بعض جوانب الوظائف التنفيذية لدى عينة من الذكور السعوديين" هدفت الدراسة إلى تحليل طبيعة الخلل في الوظائف التنفيذية لدى مرضى الفصام، مع فحص العلاقة بين شدة الأعراض الفصامية والأداء التنفيذي. اعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي المقارن، وشملت عينة مكونة من 70 مشاركاً موزعين بين 40 مريضاً بالفصام و30 شخصاً غير مصاب كمجموعة ضابطة من الذكور السعوديين. تناولت الدراسة عدة محاور رئيسية شملت تأثير الفصام على الوظائف التنفيذية وتحديداً على الذاكرة وسرعة معالجة المعلومات والتخطيط والتحكم في الاستجابات، بالإضافة إلى دراسة العلاقة بين شدة الأعراض الفصامية والخلل المعرفي، والمنهجية المستخدمة في تقييم العينة ومقارنة الأداء بين المجموعات. لتحقيق أهداف الدراسة، استخدم الباحثان مجموعة من الاختبارات المتخصصة تضمنت اختبار الشكل المعقد لري-أوسترايث (RCFT) واختبار التعلم اللفظي السمعي لري (ARAVLT) لقياس الذاكرة اللفظية والبصرية قصيرة وطويلة المدى، واختبار ستروب (STROOP) لتقييم سرعة المعالجة والتحكم في الاستجابات التلقائية، ومقياس التقييم الإيجابي والسلبي للأعراض (PANSS) لتحديد العلاقة بين الأعراض الإيجابية والسلبية والأداء المعرفي. أظهرت نتائج الدراسة خلافاً ملحوظاً في الوظائف التنفيذية لدى مرضى الفصام، خاصة في التخطيط وسرعة معالجة المعلومات والذاكرة العاملة، كما أكدت وجود ارتباط قوي بين شدة الأعراض الفصامية وخلل الأداء التنفيذي. (2018, Alzاهر)

كما أجرى كل من Joseph Noel و Shonima A. Viswanathan و Anju Kuruvilla

دراسة استكشافية بعنوان "طبيعة وارتباطات الخلل التنفيذي لدى مرضى الفصام"، في 2021

هدفت الدراسة إلى تحليل الخلل التنفيذي لدى مرضى الفصام من خلال تقييم الوظائف التنفيذية باستخدام مجموعة من الاختبارات العصبية النفسية. شملت عينة الدراسة 50 مريضاً بالفصام تتراوح أعمارهم بين 18 إلى 65 سنة في مرحلة الاستقرار النفسي. تناولت الدراسة أربعة محاور رئيسية شملت مجموعة من

الاختبارات المتخصصة تضمنت اختبار برج لندن لتقييم التخطيط وحل المشكلات، واختبار ستروب لقياس التحكم في الاستجابات والمرونة المعرفية، واختبار Verbal N-Back لتقييم الذاكرة العاملة، واختبار COWAT لقياس المرونة اللفظية. أظهرت النتائج أن الفصام يؤثر بشكل ملحوظ على الوظائف التنفيذية مما ينعكس على الأداء اليومي والاستقلالية الوظيفية للمرضى، كما وجدت ارتباطاً بين الجرعات العالية من مضادات الذهان وزيادة الخلل التنفيذي، وأن العلاج بالصدمات الكهربائية قد يكون له تأثير سلبي على الوظائف التنفيذية وخاصة الذاكرة العاملة والمرونة المعرفية، وأظهرت الاختبارات انخفاضاً في الذاكرة العاملة وضعفاً في المرونة اللفظية وتأخراً في الاستجابة المعرفية. خلصت الدراسة إلى أن الخلل التنفيذي شائع لدى مرضى الفصام ويتأثر بعوامل متعددة مثل مستوى التعليم والدخل والعلاج الدوائي والتاريخ العلاجي للصدمات الكهربائية .

كما نجد في دراسة Tiburski وآخرون (2021) بعنوان "الخلل التنفيذي في الفصام: مراجعة نقدية للتقييمات التقليدية، البيئية، والواقع الافتراضي". تناولت الدراسة الوظائف التنفيذية في الفصام التي ترتبط بالتحكم المعرفي والسلوكي وتشمل الذاكرة العاملة، التخطيط، المرونة المعرفية، والكف، حيث تعتبر هذه الوظائف من أكثر الأعراض النفسية العصبية وضوحاً لدى مرضى الفصام. قارنت الدراسة بين التقييمات التقليدية مثل اختبار ويسكونسن لفرز البطاقات والأدوات البيئية والواقع الافتراضي، حيث أظهرت الأخيرة دقة أعلى في محاكاة الحياة الواقعية. كما سلطت الدراسة الضوء على الارتباط بين خلل الوظائف التنفيذية في الفصام والتغيرات في القشرة الجبهية والمناطق العصبية الأخرى، مثل الشبكات العصبية المركزية المسؤولة عن التخطيط واتخاذ القرارات.

أظهرت النتائج وجود علاقة قوية بين الخلل التنفيذي في الفصام والأعراض السلبية والتفكير غير المنظم، كما أظهرت الاختبارات القائمة على الواقع الافتراضي نتائج أكثر دقة في تقييم المرونة المعرفية والذاكرة العاملة مقارنة بالاختبارات التقليدية.

حيث تناولت دراسة إبراهيم نظير، عبد اللطيف الفرحي (2024) في مجلة البحث في العلوم الإنسانية والمعرفية الوظائف التنفيذية باعتبارها مجموعة من العمليات المعرفية العليا التي تشمل الذاكرة العاملة والمرونة المعرفية والتخطيط والكف، والتي تهدف إلى التحكم في السلوك والتكيف مع المواقف المختلفة. قد بينت النتائج أن الوظائف التنفيذية تعتمد على الفص الجبهي، لكنها ترتبط أيضاً بمناطق دماغية أخرى مثل القشرة الجدارية والمناطق تحت القشرية ، وأن تطور هذه الوظائف يبدأ في الطفولة ويستمر حتى المراهقة، لكنه يتراجع مع التقدم في العمر .

بينما هدفت دراسة آنا س. هوانغ وزملائها 2024 إلى فحص العلاقة بين التوصيل العصبي في القشرة الجبهية الأمامية الظهرية الجانبية والمهاد الوسطي الظهري وتأثيره على الأداء التنفيذي المرتبط بالتضارب المعرفي لدى مرضى الفصام. استخدم الباحثون منهجية متعددة الأساليب شملت التجارب السلوكية والتصوير بالرنين المغناطيسي الوظيفي على مجموعتين من المشاركين: مرضى الفصام والأفراد الأصحاء كمجموعة ضابطة، حيث طوروا اختباراً متخصصاً لاتخاذ القرار القائم على عدم اليقين لقياس قدرة المشاركين على التعامل مع المعلومات المتضاربة والتحكم في الانتباه.

كشفت النتائج عن وجود خلل واضح في التوصيل العصبي بين المهاد الوسطي والقشرة الجبهية لدى مرضى الفصام، مما يؤثر مباشرة على قدرتهم على التحكم في الانتباه واتخاذ القرارات في البيئات التي تحتوي على معلومات متضاربة. أظهر المرضى حساسية أكبر للإشارات المتضاربة مقارنة بالأفراد الأصحاء، وانعكس ذلك على أدائهم الضعيف في اختبارات الذاكرة العاملة، خاصة أولئك الذين عانوا من مستويات عالية من التضارب الإدراكي، مما يؤكد دور التوصيل العصبي في تنظيم العمليات التنفيذية. خلصت الدراسة إلى أن التفاعل بين المهاد الوسطي والقشرة الجبهية الأمامية يلعب دوراً محورياً في تنظيم الأداء التنفيذي لدى مرضى الفصام.

تعقيب على الدراسات السابقة:

تؤكد الدراسات المستعرضة وجود إجماع علمي واضح حول الخلل المتسق في الوظائف التنفيذية لدى مرضى الفصام، خاصة في مجالات الذاكرة العاملة والتخطيط ومعالجة المعلومات والمرونة المعرفية، وهي نتائج ثابتة عبر بيئات ثقافية مختلفة مما يؤكد عالمية هذه المشكلة. وقد شهدت منهجيات البحث تطوراً ملحوظاً من الاعتماد على الاختبارات التقليدية إلى دمج تقنيات حديثة مثل الواقع الافتراضي والرنين المغناطيسي الوظيفي، مما ساهم في تطوير أساليب تقييم أكثر دقة وواقعية. كما كشفت النتائج عن وجود ارتباط قوي بين شدة الأعراض الفصامية ومستوى الخلل التنفيذي، إضافة إلى تأثير العوامل العلاجية كجرعات الأدوية والعلاج بالصدمات على الأداء التنفيذي، مع تحديد دور القشرة الجبهية والشبكات العصبية في تنظيم هذه الوظائف، رغم ذلك تظل هناك تحديات تتعلق بالتعميم على مختلف حالات الفصام، وتأثير العوامل البيئية والوراثية على هذا الخلل العصبي

يمثل الفصل الأول، الاشكالية واعتباراتها مدخلاً أساسياً لفهم طبيعة وأهداف الدراسة البحثية الحالية. يبدأ الفصل بتأصيل إشكالية الدراسة، موضحاً أن الفصام يتجاوز كونه اضطراباً نفسياً تقليدياً وتُشير بعض الدراسات إلى أن عوامل مثل مستوى التعليم المنخفض، والبطالة، والدخل المنخفض، واستخدام جرعات عالية من مضادات الذهان، وحتى التعرض للعلاج بالصدمات الكهربائية، قد تزيد من حدة هذا الخلل.

وفي الفصل الموالي يتم عرض تحديّات للمفاهيم الرئيسية التي ستُستخدم في الدراسة، مثل الوظائف التنفيذية مع التركيز بشكل خاص على المرونة المعرفية، والقدرة على الكف، سواء من منظور اصطلاحي أو إجرائي.

الفصل الثاني:

1. الوظائف التنفيذية
2. المرونة المعرفية
3. القدرة الكف

(1) نبذة تاريخية عن الوظائف التنفيذية

- 1-1) نبذة تاريخية عن الوظائف التنفيذية
- 1-2) تطور المفاهيم والنظريات العصبية
- 1-3) الاصطلاح وتأسيس المصطلحات
- 1-4) التطورات الحديثة والدراسات المعاصرة
- 1-5) تعريف الوظائف التنفيذية

(2) المرونة المعرفية:

- 1-2) التعريف والنماذج النظرية
- 2-2) الدراسات العصبية والأسس النمائية
- 2-3) التطبيقات العملية وعلاقة المرونة المعرفية مع الوظائف التنفيذية الأخرى
- 2-4) الاضطرابات المرتبطة بالمرونة المعرفية واستراتيجيات التعزيز

(3) القدرة على الكف

- 1-3) التعريف والنماذج النظرية
- 2-3) الدراسات العصبية والأسس النمائية
- 3-3) التطبيقات العملية وعلاقة القدرة على الكف
- 3-4) الاضطرابات المرتبطة بالقدرة على الكف واستراتيجيات التعزيز
- 3-5) الاختبارات والمقاييس لقياس كفاءة القدرة على الكف
- 3-6) الأدلة الجينية للقدرة على الكف

تُشكل الوظائف التنفيذية مجموعة من العمليات المعرفية المعقدة والأساسية التي تُمكن الإنسان من التفاعل بفاعلية مع العالم من حوله. تُعد هذه الوظائف بمثابة نظام توجيه وتحكم علوي، يسمح للأفراد بتنظيم أفكارهم وسلوكياتهم، والتكيف مع المتغيرات البيئية، وتحقيق الأهداف المرجوة. إن فهم هذه القدرات المحورية لا يقتصر على الجانب النظري فحسب، بل يمتد ليشمل تطبيقات عملية واسعة في مجالات متعددة، من التعليم إلى الصحة النفسية.

لطالما كان دور الدماغ في التحكم بالسلوك محور اهتمام العلماء، حيث قُدمت ملاحظات تاريخية بارزة حول العلاقة بين سلامة الدماغ والوظائف العقلية العليا، ومع تطور العلوم العصبية، بدأت النظريات تتبلور، موضحةً البنى العصبية المسؤولة عن هذه الوظائف وآليات عملها المعقدة. وقد ساهمت التطورات التكنولوجية الحديثة في تعميق هذا الفهم، كاشفة عن المرونة المذهلة للدماغ وقدرته على التكيف والتغير استجابةً للتجارب والتدخلات.

في هذا الفصل، سيتم استعراض تاريخ الوظائف التنفيذية ومراحل تطور المفاهيم والنظريات العصبية المرتبطة بها، بالإضافة إلى التعريفات والمصطلحات الأساسية التي بُني عليها هذا الحقل العلمي. كما سيتم تناول التطورات الحديثة والدراسات المعاصرة التي تلقي الضوء على طبيعة هذه العمليات المعرفية المتعددة الأبعاد، مع التركيز على دور المرونة المعرفية والقدرة على الكفّ كجزءين أساسيين من منظومة الوظائف التنفيذية، مما يمهد لفهم أعمق لقدرات الدماغ في مواجهة التحديات اليومية.

(1) نبذة تاريخية عن الوظائف التنفيذية:

تُشير الوظائف التنفيذية إلى مجموعة من العمليات المعرفية العليا التي تُعتبر أساسية لتنظيم السلوك وتحقيق الأهداف؛ وتشمل القدرة على التخطيط، واتخاذ القرار، وحل المشكلات، والتحكم في الانفعالات، وتنظيم الإدراك. وقد كان فهم هذه الوظائف محور اهتمام الباحثين منذ مطلع الدراسات العصبية والنفسية.

(1-1) البدايات والملاحظات السريرية

أحد أبرز الحالات التاريخية التي ساهمت في إظهار العلاقة بين التلف في مناطق معينة من الدماغ وتغير السلوك هي حالة **فينس غيج**. ففي عام 1848، تعرض **فينس غيج** لإصابة عنيفة نتج عنها اختراق قضيب حديدي لفصه الجبهي الأيسر.

التداعيات الطبية المباشرة:

عالجه الطبيب **جون مارتن هارلو**، الذي نظف الجرح ومنع العدوى، لكنه لم يتمكن من إصلاح الضرر الدماغي. تعافى **غيج** جسدياً خلال 10 أسابيع تقريباً، وعاد إلى ممارسة أنشطته اليومية، لكن التغيرات في شخصيته وسلوكه بدت واضحة.

التغيرات في الشخصية والسلوك:

قبل الحادثة:

- كان يُعتبر شخصاً مسؤولاً، لطيفاً، ومتوازناً عاطفياً.
- كان يتمتع بمهارات اجتماعية عالية وقدرة على القيادة.

بعد الحادثة:

- أصبح متهوراً، سريع الغضب، وغير قادر على ضبط مشاعره
- فقد القدرة على التخطيط طويل المدى واتخاذ قرارات عقلانية
- أصبح يستخدم لغة بذيئة (لم يكن يفعل ذلك من قبل)
- وصفه أحد معارفه بأنه لم يعد **غيج** نفسه ("No longer Gage")

المنطقة الدماغية المتأثرة

المنطقة التي تضررت في دماغ غيخ هي **الفص الجبهي** ، وتحديدًا القشرة الأمام جبهية البطنية الإنسية، وهي منطقة مرتبطة بـ:

- اتخاذ القرارات الأخلاقية والاجتماعية.

- التحكم في الانفعالات.

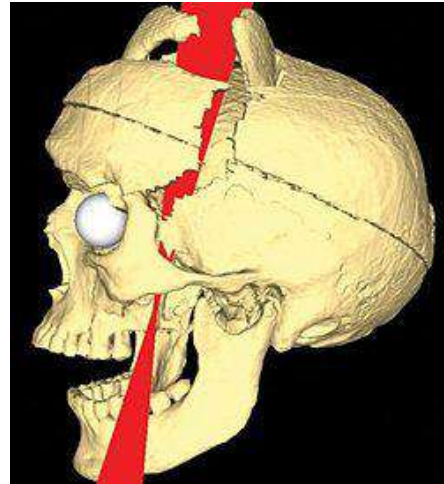
- التنبؤ بعواقب الأفعال.

- التفاعل مع المعايير الاجتماعية.

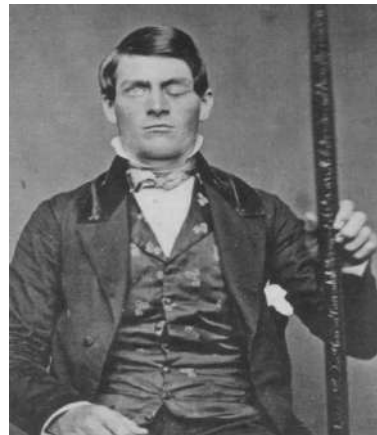
هذه الحالة أكدت أن الإصابات في هذه المنطقة لا تؤثر على الذكاء العام أو الذاكرة، لكنها

تُغيّر الهوية الشخصية والسلوك الأخلاقي.

(Harlow، 1868، الصفحات 31-34)



الشكل رقم (1): إصابة الفص الجبهي عند فينس غيخ: تصور ثلاثي الأبعاد لمسار القضيب الحديدي.



الشكل رقم (2): فينس غيخ عقب الإصابة.

1-2) تطور المفاهيم والنظريات العصبية

في العقود التالية، أدت الدراسات العصبية والتجارب على الحيوانات إلى تطوير نظريات أكثر تعمقاً حول دور القشرة الأمامية في تنظيم الوظائف التنفيذية. وقد جاء هذا التطور بشكل ملحوظ مع ظهور فكرة أن القشرة الأمامية هي المركز الرئيسي للتحكم في السلوك المعقد، إذ تُساهم في تقييم النتائج المستقبلية للأفعال واتخاذ قرارات تتجاوز المكافأة الفورية لصالح تحقيق أهداف طويلة الأمد. وقدّم كل من Miller و Cohen نظرية تكاملية توضح كيفية مساهمة القشرة الأمامية في تفعيل الأنظمة العصبية والعمليات المعرفية لتحقيق السلوك المرن والمعتمد على الأهداف. (Miller, 2001, pp. 167-192)

كما عززت دراسات فيزيائية حيوية لاحقة بواسطة (Fuster 2002) الفكرة بأن التطور في البنية والوظيفة في القشرة الأمامية مرتبط بتطور القدرات التنفيذية؛ إذ يشير حجمه الكبير ونسبة ترابطه الواسعة إلى دوره المحوري في تنظيم العمليات المعرفية.

(Fuster, 2002, pp. 112-114)

1-3) الاصطلاح وتأسيس المصطلحات

يُذكر أن أحد أوائل من اقترحوا تقسيم أجزاء الدماغ وفقاً لمواقعها الوظيفية كان العالم البريطاني ريتشارد أوين في عام 1868، والذي يُعد من رواد علم التشريح المقارن. في دراسته حول تركيب الدماغ البشري ومقارنته بدماغ الكائنات الأخرى، قام أوين باستخدام مصطلح "prefrontal" (ما قبل الجبهي) لوصف الجزء الأمامي من الفص الجبهي، والذي يُعد الأكثر تقدماً من الناحية التشريحية والوظيفية. وقد ميّز هذا الجزء عن غيره من الأجزاء بناءً على موقعه الأمامي وعلاقته بوظائف عقلية متقدمة، لم تكن مفهومة بشكل كامل في ذلك الوقت.

ويُعتبر استخدام هذا المصطلح خطوة مفصلية ساهمت في تأسيس الإطار المفاهيمي الذي اعتمد عليه العديد من الباحثين لاحقاً لفهم الوظائف التنفيذية للدماغ، مثل اتخاذ القرار، التخطيط، التنظيم، التحكم في الانفعالات، والانتباه. وقد ألهم تصنيفه هذا الجيل اللاحق من العلماء لاستكشاف الفروق الوظيفية بين المناطق الدماغية، مما أدى إلى ظهور تخصصات فرعية في علم الأعصاب مثل علم الأعصاب المعرفي وعلم النفس العصبي.

وعلى الرغم من أن الأدوات والتقنيات المتاحة في زمن أوين كانت محدودة، إلا أن رؤيته حول الفصل بين الأجزاء الدماغية بناءً على الوظائف العقلية المتقدمة، قد أثبتت صحتها لاحقاً بفضل التطورات الكبيرة في تقنيات التصوير العصبي مثل الرنين المغناطيسي الوظيفي (fMRI) والتصوير المقطعي بالإصدار

البوزيتروني (PET)، والتي أظهرت أن الفص الجبهي، وبخاصة المنطقة ما قبل الجبهية، تلعب دوراً محورياً في تنظيم التفكير الواعي والسلوك المعقد لدى البشر. (Owen, 1868)

1-4) التطورات الحديثة والدراسات المعاصرة:

عبر العقود الأخيرة، أتاح التقدم في تقنيات التصوير العصبي، ولا سيما الرنين المغناطيسي الوظيفي (fMRI) والتصوير بالرنين المغناطيسي البنيوي (SMRI)، فرصة غير مسبوقة لفهم كيفية تأثير العوامل السلوكية على بنية ووظائف الدماغ. من بين هذه العوامل، لاقت التمارين الرياضية والأنشطة التأملية، وخاصة ممارسات اليقظة الذهنية (Mindfulness)، اهتماماً متزايداً من قبل الباحثين في علم الأعصاب المعرفي.

وقد أظهرت العديد من الدراسات أن هذه الممارسات لا تؤدي فقط إلى تحسين الصحة النفسية والحد من التوتر، بل تترك أيضاً أثراً مادياً ملحوظاً على القشرة الجبهية الأمامية (Prefrontal Cortex)، وهي المنطقة المرتبطة بالوظائف التنفيذية العليا كاتخاذ القرار، تنظيم السلوك، وضبط الانفعالات. إذ تشير النتائج إلى أن التمارين الهوائية المنتظمة - مثل الجري أو السباحة - تساهم في زيادة الترابط الوظيفي بين نصفي الكرة المخية في مناطق الفص الجبهي، وتحفز نمو المادة الرمادية، مما يدل على تعزيز مرونة الدماغ وقدرته على التكيف.

كذلك، أظهرت أبحاث في مجال التأمل الواعي أن ممارسة التأمل بشكل منتظم يمكن أن تؤدي إلى زيادة في سمك القشرة المخية في مناطق معينة، بما في ذلك القشرة ما قبل الجبهية، وأن هذه التغيرات تترافق مع تحسن في الذاكرة العاملة، والقدرة على التركيز، والانتباه المستمر. هذه النتائج تدعم فرضية أن الدماغ، حتى في مرحلة البلوغ، يحتفظ بقدرته على التغيير وإعادة التشكل البنيوي والوظيفي، وهي خاصية تُعرف بـ المرونة العصبية. (Neuroplasticity)

وبناءً على هذا، يمكن اعتبار النشاط البدني والتأمل الواعي أدوات فعالة لتعزيز الأداء المعرفي، ليس فقط لدى الأفراد الذين يعانون من اختلالات، بل أيضاً كوسائل وقائية للحفاظ على صحة الدماغ مع التقدم في العمر. (Fuster, 2002). (Miller, 2001)

تعريف الوظائف التنفيذية:

فيما يلي مجموعة من التعريفات المتنوعة للوظائف التنفيذية كما قدمها باحثون وعلماء، مع التركيز على توضيح النطاق العام للوظائف التنفيذية:

نظرة شاليس ونورمان (1986) تناول كلٌّ من شاليس ونورمان الوظائف التنفيذية من زاوية نظام إشرافي يُعرف بنظام الانتباه الإشرافي. وقد اقترح هذان الباحثان أن النظام الإشرافي يعمل على كبح الاستجابات الآلية وتنسيق السلوك عندما تكون المواقف معقدة أو غير مألوفة، مما يسمح بالتصرف وفقاً لأهداف محددة بدلاً من الاستجابة التلقائية. (Norman، 1986)

تعريف ليزاك (1995) يُعرّف ليزاك الوظائف التنفيذية بأنها مجموعة من المهارات المعرفية والسلوكية المترابطة التي تمكن الفرد من تنظيم أفكاره وتصرفاته بطريقة هادفة وموجهة نحو تحقيق الأهداف. ويؤكد هذا التعريف على أهمية هذه الوظائف في الإدارة الذاتية والسلوك التكيفي في المواقف الاجتماعية والمعرفية. (Lezak، 1995)

تعريف ميلر وكوهين (2001) يُعرف ميلر وكوهين (2001) الوظائف التنفيذية بأنها القدرات المعرفية العليا التي تُتيح الحفاظ النشط على أنماط من النشاط العصبي داخل القشرة الأمامية، والتي تمثل الأهداف والوسائل لتحقيقها. توضح هذه النظرية أن الوظائف التنفيذية تقوم بتوجيه تدفق المعلومات داخل الشبكات الدماغية لتحقيق توافق بين المدخلات (على سبيل المثال، الإشارات الحسية) والحالات الداخلية والمخرجات السلوكية اللازمة لإنجاز المهمة. (Miller، 2001 p 170)

تصنيف مياكي وزملائه (2000) اقترح مياكي وزملائه نموذجاً يُظهر أن الوظائف التنفيذية ليست وحدة واحدة بل تتألف من مكونات قابلة للتفريق؛ حيث يُميزون بين ثلاث مكونات أساسية: الكبح (القدرة على إيقاف الاستجابات غير الملائمة)، والذاكرة العاملة (القدرة على تحديث المعلومات والحفاظ عليها)، والمرونة المعرفية (القدرة على التحول بين المهام أو الضبط وفقاً للسياق). يُظهر هذا النموذج تداخل هذه المكونات بشكل معتدل مع بعضها البعض. (Miyake، 2000)

رؤية باركلي (2011) ينظر باركلي إلى الوظائف التنفيذية على أنها مجموعة من الإجراءات الذاتية التي توجه سلوك الفرد نحو تحقيق نتائج مستقبلية مرغوبة. ويركز هذا التعريف على مفهوم التنظيم الذاتي وإدارة الأفعال لتحقيق الأهداف المستقبلية، مما يؤكد على دور الكبح والتنظيم في التحكم بالسلوك. (Barkley، 2011)

تعريف دياموند: (2013) تعتبر دياموند الوظائف التنفيذية عبارة عن مجموعة من العمليات المعرفية التنظيمية التي تشمل القدرة على كبح الاستجابات التلقائية (الكبح)، والحفاظ على المعلومات في الذاكرة العاملة، والتفكير بمرونة لتعديل السلوك وفقاً لمتطلبات الموقف. وتُعد هذه الوظائف أساسية لتحقيق التخطيط، واتخاذ القرارات، وحل المشكلات الجديدة، وتصحيح الأخطاء. (Diamond, 2013 p.140)

تتشارك كل هذه التعريفات في الإشارة إلى أن الوظائف التنفيذية هي العمليات العقلية العليا التي تمكن الفرد من تنظيم وتوجيه أفكاره وسلوكه لتحقيق الأهداف؛ فهي تُعتبر النظام التحكمي الذي يسمح بتخطيط وتنظيم السلوك وتعديل الاستجابات في مواجهة المواقف الجديدة أو الصعبة. تختلف النماذج باختلاف التأكيد على المكونات المعرفية (نموذج مياكي) أو على البنية العصبية الأساسية (تعريف ميلر وكوهين)، كما أن بعضها يركز على الجانب التنظيمي والرقابي (تعريف نورمان وشاليس) بينما يؤكد البعض الآخر على التنظيم الذاتي لتحقيق أهداف مستقبلية (تعريف باركلي).

(2) المرونة المعرفية

(1-2) التعريف والنماذج النظرية

تعريف المرونة المعرفية: المرونة المعرفية هي القدرة على تعديل استراتيجيات التفكير والسلوك بسرعة وفعالية استجابةً للتغيرات في البيئة أو متطلبات المهمة الحالية، مما يسمح بالتخطيط وحل المشكلات بصورة ديناميكية بدلاً من الاعتماد على استجابات نمطية متكررة (Diamond, 2013, p. 135)

النماذج النظرية: نموذج الوظائف التنفيذية لمياكي وزملائه يقسم الوظائف التنفيذية إلى ثلاثة مكونات مترابطة لكنها متميزة:

التحول (Shifting): تبديل الانتباه بين استراتيجيات أو مهام مختلفة.

التحديث (Updating): استبدال المعلومات غير المهمة بأخرى جديدة.

الكبح (Inhibition): تثبيط الاستجابات التلقائية غير المرغوب فيها.

وقد أظهر تحليل المتغيرات الكامنة أن هذه المكونات تتشابك في الأداء لكنها تظل وحدات مستقلة.

(Miyake2000 p.49)

نظرية المرونة المعرفية (Cognitive Flexibility Theory – CFT) هي إطار نظري طوره راند

سبيرو وزملائه في أواخر الثمانينيات وأوائل التسعينيات، وتهدف إلى فهم كيفية تعلم الأفراد في

مجالات معرفية معقدة وغير منظمة، مثل الطب، القانون، والتاريخ، حيث لا توجد قواعد ثابتة أو حلول موحدة، وركزت على أربعة جوانب:

- (أ) **المرونة المعرفية:** تعني القدرة على إعادة هيكلة المعرفة بطرق متعددة استجابةً لمتطلبات المواقف المختلفة، بدلاً من استرجاع مخططات معرفية جاهزة.
- (ب) **التمثيلات المتعددة:** تشدد النظرية على أهمية تقديم المحتوى من زوايا وسياقات مختلفة، مما يساعد المتعلم على فهم أعمق وتطبيق المعرفة في مواقف متنوعة.
- (ج) **تجنب التبسيط المفرط:** تحذر النظرية من تقديم المحتوى بشكل مبسط للغاية، حيث يمكن أن يؤدي ذلك إلى صعوبة في نقل المعرفة إلى مواقف جديدة.
- (د) **التعلم القائم على الحالات:** توصي باستخدام دراسات حالة متنوعة ومعقدة لتطوير فهم شامل ومرن للمجال المعرفي.

التطبيقات العملية للنظرية تشمل:

التعليم الطبي باستخدام حالات سريرية متنوعة لتدريب الطلاب على التعامل مع مواقف طبية مختلفة. التعليم الإلكتروني من خلال تصميم بيئات تعلم تفاعلية تسمح بالتنقل غير الخطي بين المحتوى. تدريب المعلمين عبر تطوير برامج تركز على تقديم المحتوى من زوايا متعددة وتشجع على التفكير النقدي تسهم هذه المبادئ والتطبيقات في تعزيز المرونة المعرفية كوظيفة تنفيذية، مما يُمكن الأفراد من التكيف مع المواقف المتغيرة واتخاذ قرارات فعّالة في بيئات معقدة. (Spiro, 1988)

النموذج المتعدد الأبعاد: يُفسر بعض الباحثين المرونة المعرفية على أنها عملية تعتمد على إعادة تنظيم

المعلومات والتمثيلات الذهنية بحيث يستطيع الفرد تعديل تربيته المعرفية عند ظهور معلومات جديدة.

هذا لتأقلم الديناميكي يُتيح للفرد إعادة تقييم البيئة والاختيار بين بدائل متعددة

. (Mary Makowski 2020)

2-2) الدراسات العصبية والأسس النمائية:

القشرة الجبهية الأمامية: تلعب القشرة الجبهية الجانبية (DLPFC) والقشرة الحزامية الأمامية (ACC) دوراً

أساسياً في المرونة المعرفية. فحسب نظرية ملر وكوهين، تُصدر القشرة الجبهية إشارات تعديل (bias

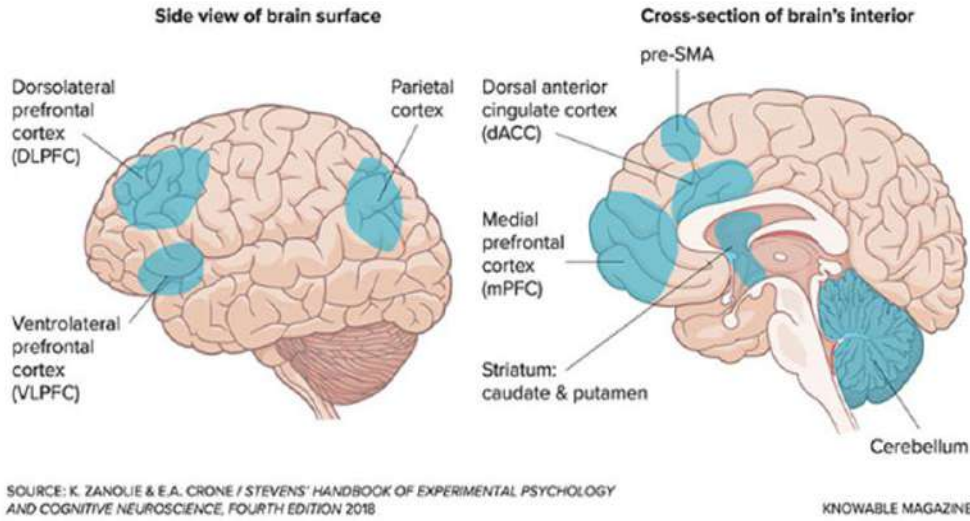
signals) تُوجّه مناطق المعالجة الحسية والحركية لتحقيق الأهداف، مما يدعم تبديل الاستراتيجيات والكبح

عن الاستجابات غير الملائمة.

الدائرة المخية الأمامية (ACC): تُشارك في رصد الصراعات بين الاستجابات المختلفة وتعديل الأداء بحيث تتوافق مع المتطلبات الجديدة.

وقد أظهرت تقنيات التصوير الدماغية مثل fMRI و PET نشاطاً متزايداً في هذين المنطقتين خلال أداء مهام تبديل الأنماط المعرفية. (Kelly Hohl, 2024)

The brain's control centers



شكل رقم (4): مراكز التحكم في الدماغ "عرض جانبي ومقطع تشريحي للفصوص الجبهية والمناطق التنفيذية

الجوانب النمائية

- الطفولة المبكرة (من 0 إلى 5 سنوات): يبدأ ظهور المرونة المعرفية عندما يستطيع الطفل تغيير سلوكه استجابةً للمحفزات الجديدة، مثل تجربة فتح وإغلاق الأبواب بطرق مختلفة.
- المرحلة المدرسية (من 6 إلى 12 سنة): تنمو القدرة على تبديل المهام والقواعد، ويُظهر الأطفال تحسناً ملحوظاً في أداء مهام card sorting والتبديل بين الاستراتيجيات. (Frances Buttelmann, 2017)
- البلوغ وما بعده: تصل المرونة إلى ذروتها، ثم تبدأ في التراجع التدريجي مع التقدم في السن، وعادةً ما يظهر التدهور بعد السبعين (Diamond, 2013, p. 155-157)

2-3) التطبيقات العملية وعلاقة المرونة المعرفية مع الوظائف التنفيذية الأخرى

في الصف الدراسي:

- تصميم أنشطة تقلب الأدوار أو تغيير قواعد اللعبة يساعد الطلاب على ممارسة التبديل بين الاستراتيجيات.
- ألعاب مثل Stroop وال n-back تتنمي المهارة بصفة تدريجية من خلال زيادة التعقيد. (Helping Kids Develop Cognitive Flexibility، 2017)

في بيئة العمل:

- تبني أساليب عمل مرنة (مثلاً تبديل أدوات البرمجة أو تغيير ترتيب المهام) يعزز الإنتاجية والابتكار.
- التدريب على سيناريوهات متعددة يجهز الموظفين للتعامل مع المشكلات غير المتوقعة.

العلاقة مع الوظائف التنفيذية الأخرى

- **الذاكرة العاملة:** التبديل المفيد بين المهام يتطلب القدرة على الاحتفاظ بالمعلومات ضرورية وتجاهل المشتتات داخل الذاكرة قصيرة الأمد.
- (Miyake،2000، p.75)
- **القدرة على الكف:** إن وقف الاستجابات التلقائية يُمكن المرونة من تطبيق استراتيجيات جديدة دون التشويش بالمحفزات السابقة.
- **التحكم في الانتباه:** توجه المرونة المعرفية توزيع موارد الانتباه حسب أولوية الأهداف.
- (Ke Tong،2023P.11)

2-4) الاضطرابات المرتبطة بالمرونة المعرفية واستراتيجيات التعزيز

- تتجلى مظاهر نقص المرونة المعرفية بشكل واضح في عدد من الاضطرابات النفسية الشائعة، مما ينعكس سلباً على قدرة الأفراد على التكيف والتفاعل مع محيطهم، نذكر منها:
- **اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه (ADHD):** يعاني المصابون بصعوبة في تبديل القواعد والكبح عن الاستجابات التلقائية، مما يؤثر على الأداء الأكاديمي والاجتماعي (Aron، 194p2007)
- **التوحد:** غالباً ما يظهر لدى الأفراد المصابين بطيف التوحد صعوبة ملحوظة في التكيف مع التغيرات المفاجئة للمحيط.
- **الاكتئاب والقلق:** مرتبطان بخلل المرونة المعرفية، حيث تميل الأفكار السلبية إلى التكرار وعدم القدرة على التحول نحو استراتيجيات أكثر إيجابية. (Souza، 2013)

استراتيجيات تعزيز المرونة المعرفية

- التدريب المعرفي المنظم: تطبيق ألعاب ومهام تتطلب تبديل القواعد مثل مهام Stroop و Wisconsin Card Sorting بصفة منتظمة.
- الممارسات اليومية القصيرة: تغيير الروتين اليومي (مثلاً ارتداء الحذاء الأيمن أولاً بدل الأيسر) لفرض تبديل بسيط في العادات.
- التأمل واليقظة الذهنية: (Mindfulness) يساهمان في تحسين التحكم في الانتباه وتقليل التشتت العاطفي، مما يعزز قدرة الدماغ على التحول.
- التغذية والنوم: حمية متوازنة ونوم كاف يدعمان الأداء الأمثل للقشرة الجبهية.

3) القدرة على الكف

3-1) التعريف والنماذج النظرية

التعريف

تشير القدرة على الكف إلى العملية الإدراكية التي تُمكن الفرد من كبح الاستجابات التلقائية أو الملحة غير المناسبة في سياق ما، والسماح بالسلوكيات المخططة والموجهة نحو تحقيق أهداف معينة. تُعدّ هذه القدرة جزءاً أساسياً من الوظائف التنفيذية، حيث تُساهم في تنظيم السلوك ومنع الاندفاعيات التي قد تعيق الأداء الفعّال أثناء حل المشكلات أو متابعة المهام اليومية. (Miyake, 2000, p. 49-55)

النماذج النظرية

هناك عدة نماذج تفسيرية للكف، من أبرزها:

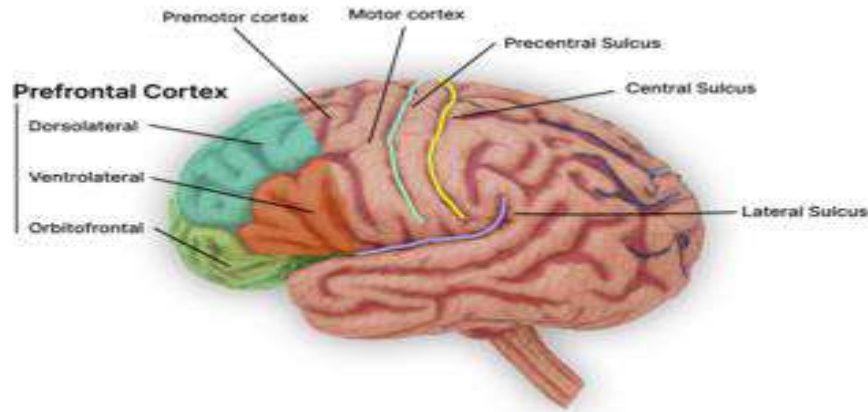
- نموذج الوحدة والتنوع للوظائف التنفيذية: حيث يفترض أن الكف يشكل أحد المكونات الأساسية إلى جانب تحديث المعلومات والمرونة المعرفية. يُظهر هذا النموذج كيف أن القدرة على كبح الاستجابات تتفصل عن العمليات الأخرى مثل تخزين المعلومات والعمل عليها، لكنها تتكامل معها لتحقيق التحكم السلوكي. (Miyake, 2000, p. 65-73)
- نظرية التحكم التنفيذي: التي تفترض أن الكف تعتمد على القدرة المركزية على مراقبة وتعديل السلوك من خلال تنظيم الاستجابات غير المرغوبة، مما يعكس تفاعلاً بين النظم العصبية المختلفة ضمن الشبكة التنفيذية. (Barkley, 1997, p. 45)

2-3) الدراسات العصبية والأسس النمائية:

البنية العصبية للقدرة على الكف:

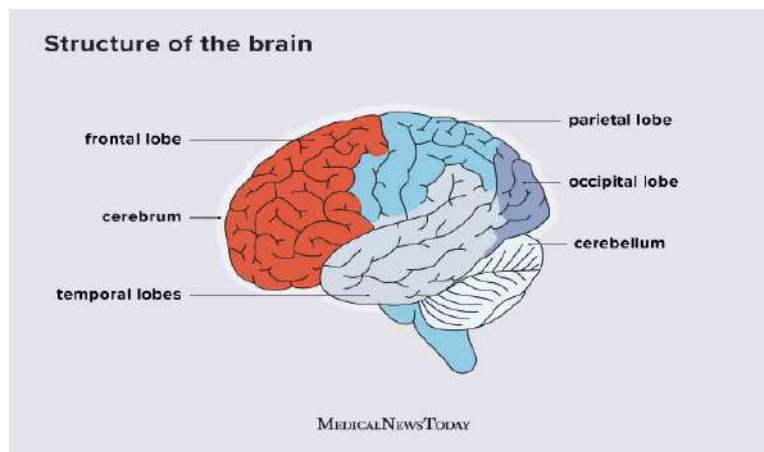
تشير الأدلة العصبية إلى أن القدرة على الكف ترتبط بشكل رئيسي بنشاط مناطق محددة في القشرة الأمامية، لاسيما:

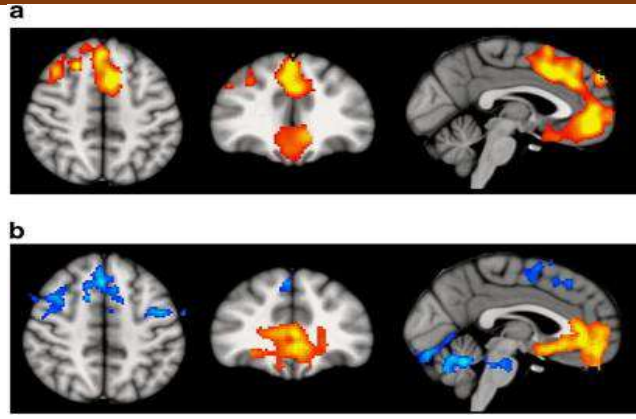
- القشرة الجبهية الأمامية (Prefrontal Cortex): وتحديداً الجانب الأيمن، (Right Inferior Frontal Gyrus) حيث ثبت دوره في كبح الاستجابات غير المرغوبة. (Aron، 2004، p 172)



شكل رقم (5): القشرة الجبهية الأمامية في الدماغ.

- القشرة الجدارية (Frontal Lobe): التي تسهم في توجيه الانتباه وإدارة المعلومات الحسية بالتوازي مع آليات الكف.
- تُظهر الدراسات باستخدام fMRI وتقنيات التصوير العصبي أن هذه المناطق تتفاعل بشكل ديناميكي أثناء أداء مهام تتطلب كبح الاستجابات. (Miller، 2001، الصفحات 172-173)





شكل رقم (7): القشرة الجدارية بتقنية تصوير الرنين المغناطيسي الوظيفي fMRI

الآلية العصبية

يُعتقد أن آلية الكف تعتمد على إرسال إشارات توجيهية (bias signals) من القشرة الأمامية إلى المناطق الحسية، مما يساهم في منع معالجة أو تنفيذ الاستجابات غير ذات الصلة. وتظهر الدراسات التي اعتمدت على تقنيات التحفيز المغناطيسي (TMS) أن تعطيل النشاط في مناطق محددة من القشرة الأمامية يؤدي إلى تراجع ملحوظ في قدرة الكف. (Aron, 2004, p 174)

تطور القدرة على الكف عبر مراحل العمر:

- **الطفولة:** تُعد القدرة على الكف من الوظائف التنفيذية الأساسية التي تبدأ في الظهور خلال السنوات الأولى من عمر الطفل، ورغم أن هذه القدرة تكون بدائية في البداية، فإن مظاهرها الأولى تظهر في محاولات الطفل المبكرة لكبح استجابات تلقائية أو اندفاعية، مثل مقاومة الإمساك بلعبة جذابة عندما يُطلب منه عدم لمسها.
- يبدأ الطفل بتطوير آليات بسيطة لضبط النفس، كأن يؤخر تلبية رغبة معينة استجابة لتوجيهات الكبار. ورغم أن هذه الاستجابات لا تكون مستقرة بعد، فإنها تشير إلى بداية تكون القدرة على الكف، والتي تُعتبر حجر الزاوية في بناء مهارات التحكم الذاتي لاحقاً. (Anderson P., 2002، الصفحات 73-74)
- **مرحلة ما قبل المدرسة والسنوات الدراسية الأولى:** مع دخول الطفل مرحلة ما قبل المدرسة، ثم انتقاله إلى البيئة المدرسية، تشهد القدرة على الكف تطوراً ملحوظاً، حيث يصبح الطفل قادراً بشكل تدريجي على تأخير الاستجابات وتنظيم سلوكياته بفاعلية أكبر.
- تشير إلى أن هذا التقدم مرتبط بتطور البنية العصبية للدماغ، خاصة في الفص الجبهي، الذي يلعب دوراً أساسياً في التحكم التنفيذي.

- في هذه المرحلة، تظهر القدرة على اتباع التعليمات، انتظار الدور، كبح السلوكيات العدوانية أو غير المقبولة اجتماعياً، وممارسة ضبط النفس في مواقف متنوعة. كما أن البيئة التعليمية المنظمة، بما توفره من روتين وتعزيز لسلوكيات الكف، تساهم بدور كبير في تعزيز هذه المهارات لدى الأطفال، خاصة عبر الألعاب التي تتطلب انتظاراً أو تحكماً في الحركة (مثل لعبة "قف/امش"). (Senn، 2004، p 488) (Best، 2009، p 185-190)

المراهقة وسن الرشد: في مرحلة المراهقة، تستمر القدرة على الكف في التطور، مدعومة بالنضج المعرفي والعصبي، إلى أن تصل إلى ذروتها في سن الرشد. يكون الفرد في هذه المرحلة قادراً على كبح دوافع معقدة، واتخاذ قرارات مبنية على التفكير العقلاني وليس فقط الاستجابات الانفعالية.

هذه القدرات ترتبط بنضج القشرة الجبهية الأمامية، المسؤولة عن الوظائف التنفيذية المعقدة، مثل التخطيط، المراقبة الذاتية، وحل المشكلات.

لكن مع التقدم في العمر، تبدأ بعض التراجعات التدريجية في الظهور، حيث تضعف القدرة على الكف نتيجة التغيرات العصبية والبيولوجية في الدماغ، وهو ما يفسر تزايد الاندفاعية أحياناً لدى كبار السن، أو صعوبة مقاومة بعض السلوكيات أو الانفعالات. (De Luca، 2008، p 743)

3-3) التطبيقات العملية وعلاقة القدرة على الكف مع الوظائف التنفيذية الأخرى

التطبيقات العملية

- **في التعليم:** تساعد القدرة على الكف الطالب في مقاومة المشتتات والبقاء مركزاً على المهمة التعليمية، مما يؤدي إلى تحسين الأداء الأكاديمي واكتساب المهارات التنظيمية اللازمة لإدارة الوقت (Diamond، 2013، p 138-139)

- **في الحياة العملية:** تُعد الكف أساساً لاتخاذ القرارات الرشيدة والتخطيط الفعّال، إذ تمكّن الفرد من تجنب القرارات الاندفاعية والتركيز على الأهداف طويلة الأمد.

- **في الحياة الاجتماعية:** تساهم القدرة على الكف في تنظيم السلوك الاجتماعي، والتقليل من الاستجابات العاطفية السريعة التي قد تؤدي إلى صراعات أو مواقف غير مرغوبة. (Miller، 2001، p 172-175)

التداخل مع القدرات التنفيذية

تعتبر القدرة على الكف أحد الأعمدة الأساسية للوظائف التنفيذية، حيث تتفاعل مع:

- الذاكرة العاملة: إذ يتطلب كبح الاستجابة القدرة على الاحتفاظ بالمعلومات ذات الصلة وتجاهل المعلومات المشتتة. (Miyake، 2000، الصفحات 73-75)
- المرونة المعرفية: التي تسمح بالتبديل بين المهام وتعديل السلوك وفقاً للسياق، مما يستلزم القدرة على كبح استجابات سابقة ومحدودية التأثيرات الدائمة لهذه الاستجابات (Diamond، 2013، 142-144 p)
- التحكم في الانتباه: حيث يُمكن للكف إدارة الانتباه وتوجيهه نحو المعلومات ذات الصلة بالأهداف المحددة، مما يساهم في تقليل التشويش الناتج عن المحفزات البيئية غير الضرورية. (Barkley، 1997، 47 p)

3-4) لاضطرابات المرتبطة بالقدرة على الكف واستراتيجيات التعزيز

الاضطرابات النفسية المرتبطة بالقدرة على الكف:

- يلاحظ خلل القدرة على الكف في العديد من الاضطرابات النفسية والسلوكية، منها:
- اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه ADHD: يعد اختلال القدرة على الكف أحد السمات الأساسية لاضطراب ADHD، وخاصة في النمط الذي يغلب عليه فرط النشاط والاندفاعية. يشير Barkley إلى أن الأفراد المصابين بـ ADHD يعانون من صعوبة واضحة في تثبيط الاستجابات التلقائية، مما يؤدي إلى سلوكيات متسارعة، ومقاطعة الآخرين، والتصرف دون تفكير مسبق. هذا الاختلال في الكف لا ينعكس فقط على السلوك الظاهري، بل يؤثر أيضاً على الأداء الأكاديمي والاجتماعي. ففي السياق الدراسي، يعاني الأطفال المصابون من صعوبة في انتظار الدور أو اتباع التعليمات، بينما تظهر في السياقات الاجتماعية على شكل اندفاعية تؤدي إلى سوء الفهم أو النزاعات مع الأقران.

- اضطرابات السيطرة على الغضب: ترتبط اضطرابات التحكم في الغضب بشكل مباشر بـ خلل قدرة الكف الانفعالي، حيث يُظهر الأفراد استجابات عاطفية شديدة دون القدرة على تنظيمها أو تهدئتها. في هذه الحالة، يكون من الصعب على الفرد أن يُثبِّط الانفعالات السريعة والمكثفة التي تثار بفعل مواقف استقرازية أو محبطة. ويؤدي ذلك إلى سلوكيات عدوانية، أو غضب انفجاري، قد تكون غير متناسبة مع الموقف، مما يسبب مشكلات في العلاقات الشخصية والمهنية. يُعد هذا النقص في الكف الانفعالي من المؤشرات المهمة في بعض اضطرابات الطيف الانفعالي، مثل اضطراب الشخصية الحدية أو اضطرابات المزاج.

- الإدمان واضطرابات الإدمان السلوكي: سواء تعلق الأمر بالإدمان على المواد (مثل الكحول أو المخدرات) أو بالإدمان السلوكي (مثل الألعاب الإلكترونية أو استعمال الهاتف)، فإن اختلال قدرة الكف يُعد عاملاً مشتركاً وأساسياً.

الأفراد الذين يعانون من هذه الاضطرابات يُظهرون صعوبة في مقاومة الإغراءات والرغبات المتكررة، حتى عندما يكونون على وعي بالأضرار المترتبة على تلك السلوكيات.

يشير البحث في هذا المجال إلى أن نظام المكافأة في الدماغ يُحفّز هذه الرغبات بشكل مفرط، في حين تكون آليات الكف والتنظيم ضعيفة نسبياً، ما يخلق حلقة من السلوك القهري يصعب كسرها. (Barkley، 1997، الصفحات 46-47)

استراتيجيات تعزيز القدرة على الكف

يمكن تحسين الكف عبر:

- التدريب المعرفي والسلوكي: مثل تمارين الانتباه والمراقبة الذاتية التي تُعزز من قدرة الفرد على تأخير الاستجابة.

التغييرات البيئية: التي تهدف إلى تقليل المشتتات أثناء أداء المهام؛ سواء في البيئات التعليمية أو المهنية.

- الممارسات الذاتية: كتنظيم نمط الحياة، والحصول على قسط كافٍ من النوم، والإدارة الفعالة للتوتر، حيث تؤثر هذه العوامل بشكل مباشر على كفاءة القدرة على الكف. (Barkley، 1997، p 48)

3-5) الاختبارات والمقاييس لقياس كفاءة القدرة على الكف

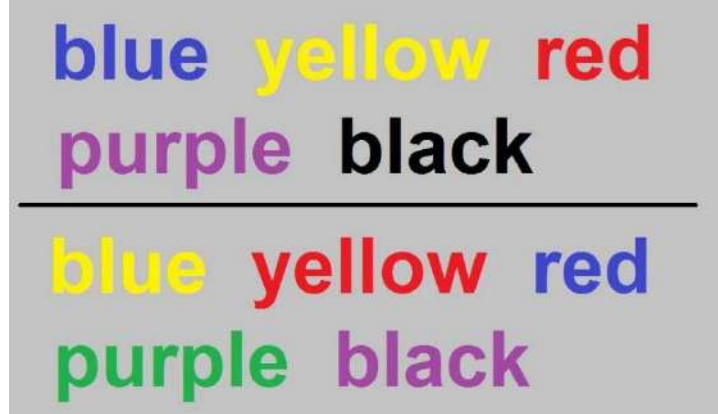
اختبار ستروب (Stroop Test)

يعتبر اختبار ستروب من أكثر الاختبارات استخداماً في قياس القدرة على الكف الإدراكي. في هذا الاختبار، يُطلب من المشاركين تسمية لون الحبر الذي كتبت به الكلمة، وليس قراءة الكلمة نفسها. لكن تكمن الصعوبة في أن الكلمات تكون غالباً أسماء ألوان مختلفة عن لون الحبر. مثلاً، قد تُعرض كلمة "أحمر" مكتوبة بلون أزرق، ويُطلب من الشخص قول "أزرق".

هذا التباين يؤدي إلى تداخل إدراكي (Interference)، حيث يميل الدماغ تلقائياً إلى قراءة الكلمة، لا إلى تحديد لونها، مما يتطلب تثبيطاً متعمداً للاستجابة التلقائية.

وبالتالي، فإن الأداء في اختبار ستروب يعكس مدى قدرة الفرد على التحكم في الاستجابة التلقائية لصالح استجابة مقصودة وغير مألوفة.

يُستخدم هذا الاختبار في العديد من السياقات السريرية والبحثية، خاصة لتقييم الوظائف التنفيذية لدى المصابين بـ ADHD ، أو إصابات الدماغ، أو الخرف. (Banich, 2009)



شكل رقم (8): اختبار ستروب.

- مهام الإيقاف والاستجابة (Go/No-Go Tasks)

تُعد مهام Go/No-Go من المهام الكلاسيكية لقياس القدرة على الكف السلوكي، حيث يُطلب من المشاركين الاستجابة بسرعة لمحفزات معينة (Go) ، وتثبيط الاستجابة عند ظهور محفزات أخرى. (No-Go)

مثلاً: قد يُطلب من المشارك الضغط على زر عندما يرى دائرة خضراء (Go) ، وعدم الضغط عند ظهور دائرة حمراء. (No-Go)

تقيس هذه المهمة سرعة المعالجة، ومدى قدرة الفرد على إيقاف الاستجابة بشكل سريع وفعل عند الضرورة. ويُعد الأداء الضعيف في مهمة No-Go (مثل الضغط على الزر رغم ظهور المنبه المحظور) مؤشراً على خلل في الكف السلوكي.

هناك أيضاً مهام أكثر تقدماً مثل **Stop-Signal Task**، التي تتضمن إيقاف استجابة بعد أن تبدأ بالفعل، وهي تقيس بشكل أدق الزمن اللازم لإيقاف الاستجابة (**Stop-Signal Reaction Time**)، وهو مقياس كمي مباشر للكبح. (Aron A., 2007، الصفحات 214-224)



شكل رقم (9): مهام اختبار الإيقاف والإستجابة.

3-6) الأدلة الجينية لقدرة على الكف

تشير الأدلة الجينية إلى أن الفروق الفردية في القدرة على الكف تُعزى بدرجة كبيرة إلى عوامل وراثية، مما يبرز التأثير البيولوجي الواضح في تشكيل الوظائف التنفيذية العليا، ومنها الكف. وقد دعمت ذلك دراسات التوائم التي تُعد من أبرز أساليب البحث في علم الوراثة السلوكي، حيث تسمح بالفصل بين تأثير الجينات وتأثير البيئة المشتركة.

ففي دراسة بارزة أجراها **Friedman** على عينة كبيرة من التوائم (تضم توائم متماثلة وغير متماثلة)، تم استخدام مجموعة من المهام النفسية لقياس وظائف تنفيذية مختلفة، كالکف، والذاكرة العاملة، ومرونة الانتباه. وقد أظهرت النتائج أن ما يقارب **99%** من التباين في المكونات المشتركة بين الوظائف التنفيذية - والتي تشمل القدرة على الكف - يُفسر بالعوامل الوراثية، بينما كان تأثير البيئة المشتركة ضئيلاً جداً، لا يتجاوز **1%**.

هذا يشير إلى أن الأسس الجينية تلعب دوراً مركزياً في تحديد مدى كفاءة الوظائف التنفيذية لدى الأفراد، ويُحتمل أن هذه الجينات تؤثر على تطور الشبكات العصبية، لا سيما في القشرة الجبهية الأمامية، التي تُعد البنية المسؤولة عن تنظيم السلوك وضبط الاستجابات. (Friedman، 2008، الصفحات 165-168)

تلعب القدرة على الكف دوراً محورياً في تنظيم السلوك واتخاذ القرارات من خلال كبح الاستجابات غير المناسبة وتوجيه الانتباه نحو الأهداف المهمة. إن فهم هذه القدرة يتطلب دراسة متكاملة تشمل النماذج النظرية، الأسس العصبية، التطور عبر مراحل الحياة، والعلاقة الوظيفية مع المكونات التنفيذية الأخرى. كما أن تحسين هذه القدرة يُعدّ أمراً مهماً سواء في المجال التعليمي أو في الحياة العملية، خاصةً في ظل ارتباطها بعدم الاستقرار السلوكي والاضطرابات النفسية مثل ADHD. يُبرز البحث المستمر في هذا المجال أهمية تطوير استراتيجيات تدريبية وعلاجية لدعم وتنمية القدرة على الكف لدى مختلف الفئات العمرية.

في هذا الفصل تطرقنا الى الوظائف التنفيذية التي ظهرت كمفهوم علمي بعد الحرب العالمية الثانية ، وتشمل المرونة المعرفية والتثبيط و التخطيط تتمركز هذه الوظائف أساساً في القشرة الجبهية، مع مشاركة مناطق دماغية أخرى مثل المناطق الخلفية والتراكيب تحت القشرية، كما ظهر في اشكال المذكورة في هذا الفصل ان تقنيات كشفت التصوير العصبي عن هذا التوزيع الوظيفي.

كما طور الباحثون نماذج نظرية متعددة لتفسير آليات عمل هذه الوظائف، بدءاً من نموذج لوريا (1973) وصولاً إلى النماذج المعاصرة. كما أظهرت الدراسات أن هذه الوظائف تتطور تدريجياً منذ الطفولة المبكرة عبر مراحل النمو المختلفة

الفصل الثالث: الفصام

تاريخ الفصام والتطور التشخيصي

تعريف الفصام وأعراضه الأساسية

العوامل المسببة للفصام والنظريات المفسرة له

العلاج والتأهيل النفسي للفصامي

1) تاريخ الفصام والتطور التشخيصي وفق الأدلة التشخيصية للاضطرابات النفسية

1-1) تاريخ الفصام

2-1) DSM-III & DSM-III R

3-1) DSM-IV

4-1) DSM-V

5-1) ICD-11

6-1) الفرق بين ICD-11 و DSM-V في تعريف الفصام

2) تعريف الفصام وأعراضه الأساسية

1-2) تعريف الفصام

2-2) الأعراض الإيجابية (Positive Symptoms)

3-2) الأعراض السلبية (Negative Symptoms)

4-2) الأعراض المعرفية (Cognitive Symptoms)

3) العوامل المسببة للفصام والنظريات المفسرة له

1-3) الوراثة.

2-3) التغيرات في بنية الدماغ.

3-3) المحفزات التي قد تؤدي إلى الفصام.

4-3) النظريات المفسرة للفصام.

4) العلاج والتأهيل النفسي للفصامي

1-4) العلاج الدوائي

2-4) العلاج النفسي والإرشادي

3-4) التأهيل الاجتماعي والمهني

يتناول هذا الفصل الفصام من منظور شامل، يبدأ بجذوره التاريخية، ويمر عبر تصنيفاته الحديثة وأعراضه المميزة، ويصل إلى تحليل معمق لأبرز العوامل المؤثرة في نشأته. كما يعرض أبرز النظريات النفسية والبيولوجية والاجتماعية التي حاولت تفسير آليات حدوثه. ويهدف هذا الطرح إلى وضع إطار معرفي يساعد على بناء تدخلات علاجية وتأهيلية فعالة، تُسهم في دعم المصابين وتعزيز قدرتهم على الاندماج في المجتمع واستعادة وظائفهم الحياتية بشكل أكثر استقلالية وكرامة.

1) تاريخ الفصام والتطور التشخيصي وفق الأدلة التشخيصية للاضطرابات النفسية.

1-1) تاريخ الفصام:

يُعد الفصام أحد أقدم الاضطرابات النفسية التي تم وصفها في التاريخ الطبي، حيث تعود الإشارات إلى حالات شبيهة بالفصام إلى العصور القديمة. في تلك الفترة، وصف أبقراط اضطرابات نفسية تتميز بانفصال عن الواقع وتغيرات في التفكير والسلوك (German E. Berrios, 2003, p. 112)

ولكن لم يكن هناك مفهوم واضح للفصام كاضطراب مستقل حتى القرن التاسع عشر، عندما بدأ التصنيف العلمي الحديث للفصام.

في أواخر القرن التاسع عشر، قدم الطبيب النفسي الفرنسي **Benedict Augustin Morel (1809-1873)** مصطلح "الخرف المبكر" (**Dementia Praecox**)، وهو ما يعكس حالات التدهور العقلي المبكر. هذا المصطلح كان يشير إلى حالات تدهور عقلي سريع في المراهقة أو بداية البلوغ، وكان يُعتقد أنه نوع من الانحطاط الوراثي

(German E. Berrios, 2003, p. 113) في هذه الفترة، اعتبر بعض العلماء أن الفصام هو مجرد نوع من التدهور العقلي الذي يحدث في مرحلة الشباب.

لاحقًا، قام الطبيب النفسي الألماني **Emil Kraepelin (1856-1927)** بتطوير مفهوم الخرف المبكر، حيث وصفه بأنه اضطراب مزمن يؤثر على التفكير والانفعالات والإدراك، وكان يميز الفصام عن الاضطرابات العاطفية مثل الهوس الاكتئابي. اعتبر كريبيلين أن الفصام يظهر في مرحلة المراهقة أو بداية البلوغ، ويتميز بتدهور تدريجي في الأداء العقلي والسلوكي

(German E. Berrios, 2003, p. 115)

بحلول عام 1911، قدم الطبيب النفسي السويسري **Eugen Bleuler (1857-1939)** مصطلح "الفصام" (**Schizophrenia**) ليحل محل "الخرف المبكر". كان بلولر يرى أن الفصام لا يقتصر على التدهور العقلي كما اقترح كريبيلين، بل يشمل انفصالًا في العمليات الفكرية، العاطفية، والسلوكية. وقد عرّف بلولر أربعة أعراض أساسية للفصام تُعرف بـ "الأعراض الأربعة: (4A's) "

- خلل الترابط - تفكك الأفكار وصعوبة في التنظيم المنطقي.

- التسطح العاطفي - انخفاض الاستجابة العاطفية أو عدم التناسب العاطفي.

- التوحد - الانعزال عن الواقع والانغماس في عالم داخلي خاص.

- الغموض في التفكير : وجود مشاعر وأفكار متناقضة في نفس الوقت

(German E. Berrios, 2003, p. 118)

كما اعتبر بلولر أن الهلاوس والأوهام ليست أعراضًا أساسية، بل ثانوية قد تظهر أو لا تظهر عند المرضى (German E. Berrios, 2003, p. 120)

مع تطور الطب النفسي، بدأت الدراسات العلمية تتناول الفصام بشكل أوسع. في عام 1966، أجرت منظمة الصحة العالمية الدراسة الدولية التجريبية حول الفصام (IPSS) ، والتي أظهرت أن هناك تباينًا في الأعراض بين الثقافات المختلفة، لكنها أكدت على السمات الأساسية للفصام. وكانت هذه الدراسة خطوة هامة نحو تحسين التصنيفات العالمية لهذا الاضطراب (Mueser, 2008, pp. 6-7)

مع تطور الدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض النفسية (DSM) ، بدأ DSM-III في استخدام نهج كريبيلين لتمييز الفصام عن الاضطرابات العاطفية، مما ساعد في تحسين دقة التشخيص. وأدى تطوير DSM-IV إلى إضافة تحسينات على معايير التشخيص، بما في ذلك التركيز على الأعراض السلبية مثل نقص التعبير العاطفي وفقدان الدوافع، وهو ما كان مفقودًا في الإصدارات السابقة

(Mueser, 2008, pp. 3-4)

DSM-III & DSM-III R (2-1)

قبل إصدار الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية النسخة الثالثة سنة 1980 DSM-III، كانت تشخيصات الفصام تعتمد على مفاهيم غير موحدة، مما أدى إلى اختلاف كبير في معدلات التشخيص بين الدول. في السبعينيات، أظهرت دراسات مقارنة بين التشخيصات الأمريكية والبريطانية اختلافًا واضحًا، حيث كان مفهوم الفصام أوسع بكثير في الولايات المتحدة مقارنة بأوروبا، مما استدعى إعادة النظر في المعايير التشخيصية للفصام مما استدعى إعادة النظر في المعايير التشخيصية للفصام (Andreasen N. C., 1991, p. 203).

تم تطوير DSM-III لمحاولة توحيد التشخيص، وذلك من خلال:

- التركيز على الأعراض الإيجابية مثل الهلاوس والأوهام واضطراب التفكير.
 - استبعاد الأشكال غير الذهانية من الفصام، مما ساعد على تقليل التشخيصات المفرطة.
 - تحديد مدة ستة أشهر كحد أدنى لظهور الأعراض قبل التشخيص بالفصام.
- (Andreasen N. C., 1991, p. 204)

مع إدخال DSM-III-R سنة 1987 والذي يعتبر النسخة المعدلة من DSM-III، تم تحسين بعض معايير التشخيص، لكن بقيت بعض القضايا قائمة، مثل ضعف التركيز على الأعراض السلبية، الأمر الذي كان يعتبر نقطة ضعف في النظام (Fenton, 1991, p. 978).

DSM-IV (3-1)

تم تطوير الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية النسخة الرابعة DSM-IV في عملية من ثلاث مراحل، تضمنت:

1. مراجعة منهجية للأدبيات العلمية لتحديد المشكلات في المعايير السابقة.
 2. تحليل قواعد البيانات غير المنشورة مشروع McArthur
 3. تجارب ميدانية متعددة المواقع لاختبار التعديلات المحتملة (Frances, 1989, p. 1223).
- أحد الأهداف الأساسية لـ DSM-IV كان:

- زيادة بساطة المعايير لتكون أسهل استخدامًا من قبل الأطباء.
 - تحسين تغطية الأعراض السلبية، نظرًا لأن DSM-III-R لم يركز عليها بشكل كافٍ.
 - إزالة العناصر غير الضرورية التي قد تساهم في التشخيصات الخاطئة
- (Frances, 1989, pp. 1224-1225).

DSM-V (4-1)

صدر الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية الإصدار الخامس DSM-5 في عام 2013، وجاء بعد مرور أكثر من عقدين على DSM-IV، بهدف تكييف التصنيفات النفسية مع التقدم العلمي الحديث في مجالات علم الأعصاب، وعلم الجينات، والتصوير الدماغي (APA A. P., 2013).

من أبرز التعديلات التي أحدثتها DSM-5 في تشخيص الفصام:

- إلغاء الأنواع الفرعية للفصام (مثل الفصام البارانويدي، والهيبريني، والكاتوني)، بسبب ضعف موثوقيتها وسوء فائدتها الإكلينيكية.

• زيادة التركيز على التقييم البُعدي للأعراض، بدلاً من التصنيفات الثنائية، وذلك عبر استخدام مقاييس تقييم توضح شدة الأعراض مثل الهلوس أو التفكير غير المنطقي.

• الإبقاء على شرط مدة ستة أشهر على الأقل لتأكيد التشخيص، لكن تم توضيح المعايير لتقليل الغموض في التطبيق السريري.

• التأكيد على ضرورة استبعاد الاضطرابات المزاجية أو تعاطي المواد كمسبب أولي للأعراض.

(APA,2013,P.86-87)

كما تم التشديد في DSM-5 على فهم الفصام كاضطراب طيفي، أي يتدرج من حيث شدة الأعراض وتأثيرها، بدلاً من اعتباره فئة منفصلة عن باقي الاضطرابات الذهانية، مما ساعد على فهم أوسع وأكثر مرونة للحالة السريرية للفرد

ICD-11 (5-1)

صدر التصنيف الدولي للأمراض الإصدار الحادي عشر ICD-11 عن منظمة الصحة العالمية في عام 2018، ودخل حيز التنفيذ في يناير 2022، بعد أكثر من عقد من العمل بمشاركة خبراء من مختلف أنحاء العالم. جاء هذا الإصدار بهدف تحديث التصنيفات الطبية لتواكب التقدم العلمي والتكنولوجي، ولتكون أكثر ملاءمة للاستخدام في البيئات الرقمية.

من أبرز التعديلات التي أحدثتها ICD-11 في تصنيف الفصام:

• إعادة تنظيم فئات الاضطرابات الذهانية لتكون أكثر وضوحًا وشمولًا، مع التركيز على الطيف الذهاني بدلاً من التصنيفات الفرعية الصارمة.

• إدراج معايير تشخيصية تأخذ في الاعتبار التنوع الثقافي والاجتماعي، مما يسهل تطبيقها في مختلف السياقات العالمية.

• تعزيز التكامل مع النظم الصحية الإلكترونية من خلال توفير رموز تشخيصية قابلة للقراءة الآلية، مما يسهل جمع البيانات وتحليلها.

- توفير نسخ متعددة اللغات، بما في ذلك اللغة العربية، لتسهيل الوصول والاستخدام في الدول غير الناطقة بالإنجليزية.

كما يركز ICD-11 على تقديم وصف أكثر دقة للأعراض والتجارب السريرية المرتبطة بالفصام، مما يساعد الأطباء والممارسين الصحيين على تقديم تشخيصات أكثر دقة وفعالية.

(WHO, 2022)

1-6) الفرق بين ICD-11 و DSM-V في تعريف الفصام

جدول رقم (1) الفرق في تعريف الفصام بين التصنيف الدولي للأمراض "المراجعة الحادية عشرة" (ICD 11) و الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية، الإصدار الخامس (DSM-V)

البند	ICD-11	DSM-5
الجهة المُصدرة	منظمة الصحة العالمية (WHO)	الجمعية الأمريكية للطب النفسي (APA)
نطاق التطبيق	يُستخدم عالميًا في مختلف النظم الصحية	يُستخدم بشكل رئيسي في الولايات المتحدة وأمريكا الشمالية
نطاق التغطية	يشمل جميع الأمراض، بما في ذلك النفسية والعضوية	يركز حصريًا على الاضطرابات النفسية
تصنيف الفصام	أعاد تنظيم فئات الاضطرابات الذهانية لتكون أكثر وضوحًا وشمولًا، مع التركيز على الطيف الذهاني بدلاً من التصنيفات الفرعية الصارمة	ألغى التصنيفات الفرعية للفصام) مثل البارانويدي والهيبفريني (لصالح تقييم الأعراض بناءً على الشدة
المنهجية	يستخدم نهجًا أكثر مرونة، مع الأخذ في الاعتبار السياقات الثقافية والاجتماعية المختلفة، مما يسهل تطبيقه عالميًا	يعتمد على معايير تشخيصية محددة تستند إلى الأبحاث السريرية، مع التركيز على الأعراض الإيجابية والسلبية للفصام
الترميز	يحتوي على نظام ترميز متكامل يُستخدم في الإحصاءات الصحية والفوترة والتقارير الطبية	لا يستخدم رموز ترميز خاصة به؛ يُستخدم مع رموز لأعراض الفوترة والتأمين.
التحديثات التقنية	تم تصميمه ليكون متوافقًا مع النظم الرقمية، مع واجهات برمجة تطبيقات (APIs) وأدوات ترجمة متعددة اللغات، مما يسهل دمجها في السجلات الصحية الإلكترونية	إصدار مطبوع ورقمي، مع توفره كمرجع إلكتروني
المرونة الثقافية	يولي أهمية للجوانب الاجتماعية والثقافية المرتبطة بالاضطرابات النفسية، مما يجعله أكثر تكيفًا مع تنوع النظم الصحية عالميًا	يركز على السياق الأمريكي، مع بعض الاعتبارات الثقافية
التحديث الأخير	نُشر في عام 2018، ودخل حيز التنفيذ في يناير 2022	نُشر في عام 2013 وتم تعديله سنة 2022

2) تعريف الفصام وأعراضه الأساسية

2-1) تعريف الفصام

اختلفت التعريفات حسب المختصين النفسانيين وأطباء الأمراض العقلية سنتطرق لها كما يلي:

- **تعريف مركز الإدمان والصحة النفسية بكندا CAMH:** الفصام هو مرض عقلي معقد يؤثر على طريقة تفكير الشخص، وشعوره، وتصرفه، وتواصله مع الآخرين. يظهر المرض لدى كل من الرجال والنساء، لكنه أكثر شيوعًا قليلاً لدى الرجال. وعادةً ما تبدأ النوبة الأولى في أواخر سن المراهقة أو بداية العشرينات - في وقت أبكر لدى الرجال مقارنة بالنساء. كما يمكن أن يظهر المرض لاحقًا في الحياة.

يمكن أن يكون الفصام مرضًا صعبًا في التعايش والفهم، حيث أن الأعراض مثل الهلوس والأوهام قد تجعل الأشخاص يفقدون اتصالهم بالواقع. وهذا قد يكون مربكًا ومزعجًا للمريض وكذلك لأفراد أسرته وأصدقائه الذين غالبًا لا يفهمون ما يحدث أو كيفية التعامل معه.

قد يعاني المصابون بالفصام أيضًا من تغيرات في طريقة تفكيرهم وصعوبة في التعبير عن أنفسهم أو القيام بالمهام اليومية. وقد ينسحبون اجتماعيًا ويصبحون معزولين.

التعافي من الفصام هو عملية تدريجية تختلف من شخص لآخر. غالبًا ما تتحسن الأعراض وتصبح أكثر قابلية للإدارة مع مرور الوقت، رغم أنها لا تختفي دائمًا. وتُعتمد في العلاج على مزيج من الأدوية والدعم النفسي والاجتماعي مثل العلاج النفسي والتعليم ودعم الأقران. (Ernest, 2017, pp. 1-2)

- **المعهد الوطني للصحة العقلية بأمريكا: NIMH** الفصام هو اضطراب نفسي يتميز بخلل في عمليات التفكير، والإدراك، والاستجابة العاطفية، والتفاعل الاجتماعي. وعلى الرغم من أن مسار الفصام يختلف من شخص لآخر، إلا أنه غالبًا ما يكون مزمنًا، ويمكن أن يكون شديدًا ومسببًا للعجز. تشمل أعراض الفصام أعراضًا ذهانية مثل الهلوس، والأوهام، واضطراب التفكير (طرق تفكير غير معتادة)، بالإضافة إلى انخفاض التعبير العاطفي، ضعف الدافعية لإنجاز الأهداف، صعوبة في العلاقات الاجتماعية، ضعف في الحركة، وضعف في القدرات المعرفية.

وعلى الرغم من أن الأعراض تبدأ عادةً في أواخر فترة المراهقة أو بداية مرحلة البلوغ، إلا أن الفصام يُنظر إليه غالبًا من منظور تطوري؛ حيث قد تظهر بعض العلامات المبكرة مثل الضعف المعرفي والسلوكيات غير المعتادة في مرحلة الطفولة، وتُمثل الاستمرارية ووجود عدة أعراض لاحقًا مرحلة أكثر تقدمًا من الاضطراب.

وقد يعكس هذا النمط خلا في نمو الدماغ بالإضافة إلى عوامل بيئية مثل الضغوط النفسية في فترة ما قبل الولادة أو خلال الطفولة المبكرة. هذا الفهم التطوري يدعم الأمل في أن تؤدي التدخلات المبكرة إلى تحسين مسار الفصام، الذي يكون غالبًا معيقًا بشكل كبير عند عدم تلقي العلاج (Health, 2025).

تعريف الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية - الإصدار الخامس (DSM V):

تشمل اضطرابات طيف الفصام واضطرابات ذهانية أخرى كالفصام، واضطراب الشخصية الفصامية، تُعرّف هذه الاضطرابات بوجود خلل في واحد أو أكثر من المجالات الخمسة التالية: الأوهام، الهلوس، التفكير غير المنظم (الكلام)، السلوك الحركي غير المنظم أو غير الطبيعي (بما في ذلك الجمود الحركي)، والأعراض السلبية. (APA A. P., 2021-2022, p. 201)

2-2) الأعراض الإيجابية (Positive Symptoms)

- الأوهام (Delusions)

الأوهام هي معتقدات راسخة لا يمكن تغييرها رغم وجود أدلة تناقضها. وقد تشمل محتوياتها مواضيع مختلفة (مثل: أوهام الاضطهاد، المرجعية، الجسدية، الدينية، العظمة).

- أوهام الاضطهاد: الاعتقاد بأن شخصًا ما أو جهة ما تريد إيذائه أو ملاحقته.

- أوهام المرجعية: الاعتقاد بأن إشارات أو تعليقات أو أحداث معينة موجهة إليه شخصيًا.

- أوهام العظمة: عندما يعتقد الشخص أنه يمتلك قدرات أو ثروات أو شهرة استثنائية.

- الأوهام الإيروتومانية: الاعتقاد الخاطئ بأن شخصًا آخر واقع في حبه.

- الأوهام العدمية: (Nihilistic) الاعتقاد بأن كارثة كبرى على وشك الحدوث.

- الأوهام الجسدية: (Somatic) التركيز المفرط على صحة الجسم ووظائف الأعضاء.

تُعتبر الأوهام غريبة إذا كانت غير قابلة للتصديق ولا يمكن فهمها ضمن السياق الثقافي.

مثال على الوهم الغريب: الاعتقاد بأن قوة خارجية قد أزلت أعضاءه الداخلية واستبدلتها دون ترك أي جروح.

مثال على الوهم غير الغريب: الاعتقاد بأن الشرطة تراقبه رغم عدم وجود دليل.

بعض الأوهام تتعلق بفقدان السيطرة على الفكر أو الجسد، مثل:

- سحب الأفكار: الاعتقاد بأن الأفكار أُزيلت من عقله بواسطة قوة خارجية.
- زرع الأفكار: الاعتقاد بأن أفكارًا زُرعت في عقله من قبل قوة خارجية.
- التحكم: الاعتقاد بأن تصرفاته أو جسده يتم التحكم فيه من قبل جهة خارجية.

التمييز بين الوهم والمعتقد القوي يعتمد على درجة الاقتناع رغم وجود أدلة مناقضة. قد يصعب تقييم الأوهام عند أشخاص من خلفيات ثقافية متنوعة، حيث تُقبل بعض المعتقدات الدينية أو الخارقة في بعض الثقافات وتُعتبر أوهامًا في ثقافات أخرى.

أشخاص تعرضوا للتعذيب أو العنف السياسي أو التمييز، قد يبدون مخاوف يُساء تفسيرها على أنها أوهام اضطهاد، لكنها قد تكون مخاوف مبررة بناءً على تجاربهم

. (APA A. P., 2021-2022, p. 201)

- الهالوس (Hallucinations)

الهالوس هي تجارب إدراكية تحدث دون منبه خارجي. تكون حية وواضحة، مع تأثير كامل على الإدراك، ولا يمكن التحكم بها طوعيًا.

قد تحدث في أي حاسة، ولكن الهالوس السمعية هي الأكثر شيوعًا في الفصام والاضطرابات المشابهة. غالبًا ما تُسمع كأصوات (مألوفة أو غير مألوفة) تبدو منفصلة عن أفكار الشخص.

الهالوس لا تحدث ضمن سياق الحلم، لكنها قد تحدث أثناء النوم أو الاستيقاظ وتُعتبر حينها طبيعية. في بعض الثقافات، قد تكون الهالوس جزءًا طبيعيًا من التجربة الدينية.

- التفكير غير المنظم (الكلام)

التفكير غير المنظم (أو اضطراب الشكل الرسمي للفكر) يظهر عادة في حديث الشخص. قد ينتقل فجأة من موضوع لآخر (تفكك في التفكير)، أو يعطي إجابات غير متصلة بالسؤال (التفكير غير المترابط).

في الحالات الشديدة، قد يكون الكلام غير مفهوم تمامًا ويُشبهه "اللغة غير المفهومة" أو "سلطة الكلمات". قد يكون من الصعب تقييم هذه الأعراض عند أشخاص من خلفيات لغوية أو ثقافية مختلفة. مثال: في بعض الثقافات، قد تُفهم اللغة الدينية أو التجارب الروحية كتواصل مع الأرواح، لكنها تُفسر طبيياً على أنها اضطراب ذهني. (APA A. P., 2021-2022, p. 202)

- السلوك الحركي غير المنظم أو غير الطبيعي (بما في ذلك الجمود الحركي)

السلوك الحركي غير المنظم يظهر بطرق عديدة، تتراوح من سلوك طفولي سخي إلى هيجان غير متوقع. وقد تظهر صعوبة في أداء الأنشطة الموجهة نحو هدف ما، مما يؤدي إلى ضعف في القدرة على أداء المهام اليومية.

قد يتخذ السلوك الحركي غير المنظم عدة أشكال، منها:

- مقاومة التوجيهات اللفظية المعروفة بـ "السلبية"
- المحافظة على وضعية جسدية غريبة أو جامدة.
- الافتقار التام للاستجابة كالجمود.
- الحركة الزائدة بدون هدف واضح.

السلوكيات الغريبة أو غير الطبيعية، مثل التكرار المفرط لكلمات أو حركات شخص آخر (الصدى اللفظي أو الحركي). (APA A., 2021-2022, p 203)

2-3) الأعراض السلبية (Negative Symptoms)

تشير الأعراض السلبية إلى النقص أو فقدان التدريجي للوظائف والصفات المعتادة لدى الشخص، وهي غالبًا ما تكون أكثر تعقيدًا من حيث العلاج والتقييم:

- التعبير العاطفي المسطح (Flattened Affect)

يظهر المريض نقصًا واضحًا في تعابير الوجه والحركات المعبرة عن العاطفة، مما يعطي انطباعًا بالبرود العاطفي. (Andreasen N, 1995, p 27)

- الانسحاب الاجتماعي (Social Withdrawal)

يُلاحظ ميل المريض للابتعاد عن الأنشطة الاجتماعية والعلاقات الشخصية، الأمر الذي يؤدي إلى عزلة تدريجية.

- قلة المبادرة (Avolition)

تعني نقص القدرة على بدء الأنشطة أو اتخاذ المبادرة، إذ قد يظهر الشخص عدم القدرة على الاهتمام بالأنشطة اليومية أو الأهداف الشخصية (Andreasen N., 1991، p 29)

- نقص المتعة (Anhedonia)

يشير إلى فقدان الشعور بالمتعة في ممارسة الأنشطة التي كانت في السابق مصدرًا للسعادة، سواء كانت نشاطات اجتماعية أو ترفيهية.

- الانعزال اللفظي (Alogia)

يتمثل في الفقر اللغوي، حيث يعجز المريض عن إنتاج كلام مُفيد، مما يؤدي إلى إجابات موجزة أو استجابات غير متماسكة في الحوار. (Andreasen N., 1995، p 31)

2-4) الأعراض المعرفية (Cognitive Symptoms)

تُركز هذه الأعراض على التأثيرات التي يُحدثها الفصام في وظائف الدماغ الإدراكية، وهي قد لا تكون واضحة في الفحص السطحي ولكن لها تأثير بالغ على الأداء اليومي والقدرة على العمل:

ضعف الانتباه والتركيز

يواجه المريض صعوبة في إبقاء انتباهه مُركَّزًا لفترات طويلة، مما يؤثر على قدرته في متابعة المهام أو المحادثات.

مشكلات الذاكرة

خصوصًا الذاكرة العاملة، التي تعدّ أساسية في معالجة المعلومات، والتخطيط واتخاذ القرارات (Barch، 2012، p 27)

- صعوبات في الوظائف التنفيذية

تشمل التخطيط والتنظيم وحل المشكلات، الأمر الذي يجعل اتخاذ القرارات وتوزيع الأولويات عملية صعبة بالنسبة للمريض.

تأثير على سرعة المعالجة

يتمثل ذلك في بطء قدرة المريض على معالجة المعلومات والردود السريعة مما قد يؤثر على الأداء الأكاديمي أو العملي

يُعد الفصام اضطراباً نفسياً معقداً يتجلى من خلال طيف واسع من الأعراض تتنوع بين الأعراض الإيجابية (كالهلوسات والأوهام) والأعراض السلبية (كالانسحاب الاجتماعي وقلة التعبير العاطفي)، بالإضافة إلى الأعراض المعرفية التي تؤثر على الوظائف العقلية الأساسية. يتطلب تشخيص وعلاج الفصام تقييماً دقيقاً لهذه الأعراض المتنوعة لتقديم رعاية شاملة تشمل الدعم النفسي والعلاجي المناسب لكل جانب من جوانب الاضطراب (BARCH, 2012, P.29-30).

3) العوامل المسببة للفصام والنظريات المفسرة له

الأسباب الدقيقة للفصام لا تزال غير معروفة ومع ذلك، تشير الأبحاث إلى أن مجموعة من العوامل الجسدية، الوراثية، النفسية والبيئية قد تلعب دوراً في زيادة احتمال إصابة الشخص بهذه الحالة.

قد يكون بعض الأشخاص أكثر عرضة للإصابة بالفصام، وقد يؤدي حدث حياتي مرهق أو عاطفي إلى تحفيز نوبة نفسية. ومع ذلك، لا يزال من غير المعروف لماذا يصاب بعض الأشخاص بالأعراض بينما لا يظهر ذلك على آخرين.

3-1) الوراثة

يميل الفصام إلى الانتشار في العائلات، لكن لا يُعتقد أن جيناً واحداً فقط هو المسؤول عن الإصابة. من المرجح أن مجموعة من الجينات تساهم في زيادة القابلية للإصابة بالحالة. وجود هذه الجينات لا يعني بالضرورة أنّ الإنسان سيصاب بالفصام، ولكنها قد تكون عاملاً مساعداً.

الدراسات العائلية:

تشير الدراسات إلى أن وجود تاريخ عائلي للفصام يزيد من احتمالية الإصابة بشكل ملحوظ؛ فالأفراد الذين لديهم أقارب من الدرجة الأولى مصابين بالفصام يواجهون خطراً أعلى بنحو 9 مرات مقارنةً

بالسكان العاميين. كما تُظهر دراسات الاعتماد أن الأطفال الذين يحملون تاريخًا وراثيًا للفصام يكونون أكثر عرضة للإصابة، حتى وإن تربوا في بيئات غير متأثرة بالمرض.

دراسات التوائم: قدمت أدلة على أن الفصام قد يكون موروثًا جزئيًا. التوائم المتطابقة يتشاركون نفس الجينات، وإذا أصيب أحدهما بالفصام، فإن احتمال إصابة الآخر يكون 1 من 2، حتى وإن تم تربيتهم في بيئات مختلفة. أما في التوائم غير المتطابقة، يكون الاحتمال أقل بكثير (1 من 8)، ما يشير إلى أن الجينات ليست العامل الوحيد المؤثر.

النواقل العصبية النواقل العصبية هي المواد الكيميائية التي تنقل الإشارات بين خلايا الدماغ. يُعتقد أن الأشخاص المصابين بالفصام قد يكون لديهم كميات غير طبيعية من بعض النواقل العصبية في أدمغتهم. الأدوية التي تعمل على تقليل كميات بعض هذه النواقل العصبية، مثل الدوبامين، يمكن أن تساعد في تخفيف أعراض الفصام لدى بعض الأشخاص. هذا يشير إلى أن النواقل العصبية تلعب دورًا مهمًا في تطور الفصام.

مضاعفات أثناء الحمل والولادة تشير الأبحاث إلى أن الأشخاص الذين يصابون بالفصام هم أكثر عرضة لتجربة بعض المضاعفات أثناء الحمل والولادة، مثل انخفاض الوزن عند الولادة، الولادة المبكرة، أو نقص الأوكسجين أثناء الولادة. قد يكون لهذه الظروف تأثيرات طفيفة على تطور الدماغ في المراحل المبكرة (NHS, 2023).

المخاطر المتعددة والنتيجة المتعددة الجينات:

يُعتبر الفصام اضطرابًا متعدد الجينات؛ حيث تُساهم آلاف المتغيرات الصغيرة التي تُجمَع فيما يُعرف بـ polygenic risk score أو PRS في تحديد قابلية الفرد للإصابة. ويظهر ذلك في الدراسات التي توضح أن التجميع الإحصائي للعديد من المتغيرات الشائعة يمكنه التنبؤ بمستوى المخاطر حتى وإن كان تأثير كل متغير على حدة ضئيلاً.

تفاعل الجين والبيئة:

تشير نتائج دراسات تفاعل الجين مع البيئة إلى أن العوامل البيئية (مثل مضاعفات الحمل، والتعرض لصدمات الطفولة، واستخدام القنب) قد تُعزز التأثير الوراثي، ويُحتمل أن تتوسط آلياتها تغييرات إبيجينيتية Epigenetics "يتعلق هذا العلم بدراسة التغيرات في تعبير الجينات التي لا تنجم عن تغييرات في تسلسل الحمض النووي نفسه. بعبارة أخرى، تُشير الإبيجينيتيكا إلى الآليات التي تُعدل نشاط الجينات"

(كالتعديل على الحمض النووي مثلاً عن طريق الميثيل أو تعديل الهيستونات). تُتيح هذه الآليات تفسير كيفية تأثير البيئة على التعبير الجيني دون تغيير تسلسل الدنا نفسه

. (Kendler KS, 1993, p. 262)

3-2) التغيرات في بنية الدماغ

يعتبر الفصام اضطرابًا نفسيًا معقدًا يرتبط بتغيرات ملحوظة في بنية الدماغ. تشير دراسات التصوير العصبي إلى وجود اختلافات في حجم المادة الرمادية والبيضاء، بالإضافة إلى تغيرات في الاتصال العصبي، مما يعكس تأثيرات المرض على البنية الدماغية.

- التغيرات الحجمية:

انخفاض حجم المادة الرمادية:

أظهرت دراسات التصوير بالرنين المغناطيسي انخفاضًا في حجم المادة الرمادية في مناطق متعددة من الدماغ لدى مرضى الفصام، خاصة في الفص الجبهي والصدغي. تشير هذه التغيرات إلى تأثير الفصام على الوظائف المعرفية والعاطفية.

زيادة حجم البطينات الدماغية:

لوحظ توسع في البطينات الدماغية الجانبية لدى بعض المرضى، مما قد يدل على فقدان في أنسجة الدماغ المحيطة.

- التغيرات في المادة البيضاء

اضطرابات الاتصال العصبي:

تشير دراسات التصوير بالنتسج المنتشر إلى وجود انخفاض في سلامة الألياف العصبية، مما يؤثر على الاتصال بين مناطق الدماغ المختلفة. قد تكون هذه التغيرات مرتبطة بالأعراض السلبية والمعرفية للفصام.

- التغيرات في مناطق محددة

الفص الجبهي: يُظهر الفص الجبهي انخفاضًا في الحجم لدى مرضى الفصام، مما يؤثر على الوظائف التنفيذية واتخاذ القرار.

الفص الصدغي: تُلاحظ تغيرات في الفص الصدغي، خاصة في التلفيف الصدغي العلوي، مما قد يكون مرتبطًا بالهلوسات السمعية.

- التغيرات التطورية

التغيرات خلال مراحل النمو: تشير بعض الدراسات إلى أن التغيرات البنيوية في الدماغ قد تبدأ في مراحل مبكرة من النمو، مما يدعم الفرضية التطورية للفصام.

التغيرات الجينية والخلوية

تغيرات في التعبير الجيني: أظهرت دراسات حديثة وجود تغيرات في التعبير الجيني في الخلايا العصبية والخلايا النجمية لدى مرضى الفصام، مما قد يؤثر على الاتصال العصبي ووظائف الدماغ. (Wright, 2000, pp. 136-137)

3-3) المحفزات التي قد تؤدي إلى الفصام

المحفزات هي عوامل يمكن أن تؤدي إلى تطور الفصام لدى الأشخاص المعرضين للإصابة، ومنها: الصدمات في مرحلة الطفولة والأحداث السلبية في الحياة: يُعتبر التعرض لصدمات الطفولة من أهم العوامل البيئية التي ترتبط بزيادة خطر الإصابة بالفصام. تشمل الصدمات التعرض للإساءة الجسدية أو العاطفية أو الجنسية، بالإضافة إلى الإهمال الحاد. تؤدي هذه التجارب إلى تغييرات طويلة المدى في نظام الاستجابة للإجهاد (مثل الجهاز الهرموني)، وفي بنية الدماغ، مما يزيد من احتمال ظهور اضطرابات نفسية مثل الفصام في وقت لاحق من الحياة. (Varese, 2012, p 665)

استخدام المخدرات، خصوصًا القنب

تظهر العديد من الدراسات أن استخدام المخدرات، وبشكل خاص القنب (الماريجوانا)، يرتبط بزيادة خطر تطوير الفصام، خاصة عند استعماله خلال فترات المراهقة الحرجة. يُعتقد أن المكون النشط في

القنب، THC، يمكن أن يؤثر على نمو الدماغ والتوازن الكيميائي فيه، مما يكشف عن نقاط ضعف وراثية مخفية أو يجعل الفرد أكثر عرضة للاضطرابات النفسية.

كما أن استخدام القنب بشكل منتظم وعالي الجرعات يرتبط بصورة أقوى بتطور أعراض الفصام مقارنةً بالاستخدام العرضي أو الكمي. (Di Forti، 2014، p 49)

الحياة في المناطق الحضرية، الضغوط الاجتماعية، والهجرة

العيش في بيئات حضرية، التعرض للضغوط الاجتماعية العالية والعزلة، وكذلك تحديات الهجرة تعد عوامل محفزة تؤدي إلى ارتفاع معدلات الإصابة بالفصام. تنطوي هذه العوامل على العديد من الجوانب مثل الشعور بالنقص في الدعم الاجتماعي، والتمييز، والضغوط الاقتصادية، مما يؤدي إلى إجهاد مزمن ينعكس سلباً على الحالة النفسية للفرد، ويمكن تفسيرها كالآتي:

-زيادة مستويات التوتر اليومي نتيجة لتكدس السكان، الضوضاء، وحالات التنافس في مختلف مجالات الحياة. هذه الظروف يمكن أن تؤدي إلى استجابات فيزيولوجية وسلوكية تؤثر بشكل مباشر على الصحة النفسية.

-الشعور بالعزلة والتمييز خاصة لدى المهاجرين والأقليات، يمكن أن يؤدي الشعور بالاغتراب والعزلة الاجتماعية إلى ضعف شبكات الدعم الاجتماعي، مما يزيد من خطر الإصابة اضطرابات نفسية مثل الفصام.

-الضغوط الاجتماعية والاقتصادية قد تؤدي إلى تغييرات في نشاط الجهاز العصبي المركزي والهرمونات المرتبطة بالإجهاد، الأمر الذي يسهم في ظهور أو تفاقم أعراض المرض. (PEDERSEN,2001,P.1039)

3-4) النظريات المفسرة للفصام:

تشمل النظريات المفسرة للفصام مجموعة متنوعة من النماذج التي تبرز أوجهًا مختلفة من المرض؛ تُظهر كل نظرية جانبًا معينًا من الفصام وتساهم في تحسين فهمنا للمرض مما يساعد في تطوير استراتيجيات علاجية أكثر تخصصًا، وفيما يلي سنتطرق لأهمها:

- النظرية الدوبامينية (Dopamine Hypothesis)

تُعتبر هذه النظرية واحدة من أشهر النظريات المفسرة للفصام. تقترح أن فرط نشاط نظام الدوبامين في مناطق معينة من الدماغ، مثل نظام المتوسطة الدماغية، يُسهم في ظهور الأعراض الإيجابية مثل الهلوسات والأوهام. وقد أكدت العديد من الدراسات أن استخدام مضادات الذهان التي تقلل من تأثير الدوبامين يؤدي إلى تحسن الأعراض، ما يؤكد أهمية هذا النظام في المرض (HOWES,2009,P.746)

- النظرية الغلوتاميتية (Glutamate Hypothesis)

تركز هذه النظرية على دور نظام الغلوتامات في الدماغ، حيث يُعتقد أن انخفاض نشاط مستقبلات NMDA نوع من مستقبلات الغلوتامات (يؤثر سلبيًا على العمليات الإدراكية والعاطفية. تعزو هذه النظرية بعض الأعراض المعرفية والسلبية للفصام إلى اضطرابات في نظام الغلوتامات، وقد برزت نتائج دراسات تشير إلى أن تعديل هذا النظام قد يكون مفيدًا في تحسين بعض جوانب المرض. (COYLE,2006,P.172)

- النظرية النمائية العصبية (Neurodevelopmental Hypothesis) تفترض النظرية النمائية

العصبية أن الفصام ينشأ نتيجة لاضطرابات في التطور الدماغي المبكر، سواء خلال الفترة الجنينية أو في مراحل الطفولة المبكرة. وقد يكون العوامل الوراثية والبيئية معا سببا في حدوث تغييرات في بنية الدماغ ووظائفه، مما يؤدي إلى ظهور أعراض الفصام في مرحلة البلوغ. تُظهر البحوث أن عوامل مثل العدوى السابقة للولادة أو مضاعفات الولادة قد تؤثر على نمو الدماغ وتزيد من خطر الفصام. (ANDREASEN N,1991,P.88)

- النموذج المعرفي الاجتماعي (Cognitive-Behavioral/Social Model) يركز النموذج

المعرفي الاجتماعي على الدور الذي تلعبه التجارب البيئية والاجتماعية في تشكيل الأفكار والسلوكيات لدى الأشخاص المصابين بالفصام. يتضمن هذا النموذج تأثير التوترات الحياتية، التجارب الصادمة في الطفولة، والتفاعلات الاجتماعية السلبية التي قد تسهم في ظهور أو تفاقم الأعراض. يُظهر هذا النموذج كيف يمكن أن تؤثر العمليات الإدراكية، مثل تحريفات التفكير وانتقاء المعلومات، على تفسير الواقع بشكل غير دقيق. (COYLE,2006,P.182)

- النظرية البيولوجية المتكاملة (Integrated Biological Model) تجمع هذه النظرية بين

العوامل البيولوجية والبيئية والوراثية لتفسير الفصام. فهي تقترح أن الفصام هو نتيجة لتفاعل معقد بين العوامل الجينية والبيئية التي تؤثر على نمو الدماغ والوظائف العصبية. بهذا الشكل، لا يُعتبر الفصام ناتجًا عن خلل في نظام واحد فقط، بل هو اضطراب متعدد العوامل يساهم فيه كل من

العوامل البيولوجية مثل خلل الدوبامين أو الغلوتومات والعوامل النفسية والاجتماعية.
(VAN OS,2009,P.178)

4) العلاج والتأهيل النفسي للفصامي

1-4) العلاج الدوائي

يُعد العلاج الدوائي الركيزة الأساسية في إدارة أعراض الفصام، إذ يُساعد في التخفيف من الأعراض الإيجابية (كالهلوسات والأوهام) والحد من انتكاسات المرض. وتشمل الأساليب الدوائية ما يلي:

- **مضادات الذهان التقليدية والحديثة:** تُستخدم مضادات الذهان (Antipsychotics) لتخفيف أعراض الذهان؛ حيث تختلف الأدوية التقليدية (الجيل الأول) عن مثبطات الذهان الحديثة (الجيل الثاني) في ملفها الجانبي وطرق عملها البيوكيميائية. وقد ثبت أن استخدام هذه الأدوية، مع المراقبة الدقيقة للجرعة والآثار الجانبية، يؤدي إلى تحسين كبير في حالة المريض.
(APA,2013,P.154)

- **ضبط الجرعات والمتابعة المستمرة:** يجب أن يتبع العلاج الدوائي بروتوكولات دقيقة لضبط الجرعات بناءً على استجابة المريض، مع متابعة طبية منتظمة لتقييم الفعالية والتقليل من الأعراض الجانبية.
(TANDON,2009,P.5)

2-4) العلاج النفسي والإرشادي

يُعتبر العلاج النفسي جزءًا مهمًا في برنامج التأهيل الشامل لمرضى الفصام، إذ يُساعد في تحسين التفاعلات اليومية وتقوية آليات المواجهة:

- **العلاج السلوكي المعرفي (CBT):** يُستخدم هذا النوع من العلاج لتعديل الأفكار والسلوكيات غير المنطقية والمساعدة في التعامل مع الأوهام والهلوسات. أظهرت الدراسات أن العلاج السلوكي المعرفي يمكن أن يُخفض شدة الأعراض ويحسن جودة الحياة لدى المرضى.

- **العلاج الأسري:** يهدف هذا النوع من العلاج إلى تحسين التفاعل بين المريض وأفراد أسرته، وتوفير بيئة داعمة تساعد في الحد من التوتر الأسري الذي قد يؤدي إلى تفاقم أعراض الفصام.

تُظهر البحوث أن التدخلات العائلية تُقلل من معدلات الانتكاسة وتُحسن التكيف الاجتماعي. التدريب على المهارات الاجتماعية: يُركز على تعليم المريض كيفية التعامل مع المواقف الاجتماعية اليومية والتواصل الفعال، حيث يعتبر نقص المهارات الاجتماعية من العقبات الرئيسية في إعادة الاندماج بالمجتمع. ويساهم هذا التدريب في تحسين الثقة بالنفس وتقليل العزلة الاجتماعية. (GRANHOLM,2005,P.442-444)

3-4) التأهيل الاجتماعي والمهني

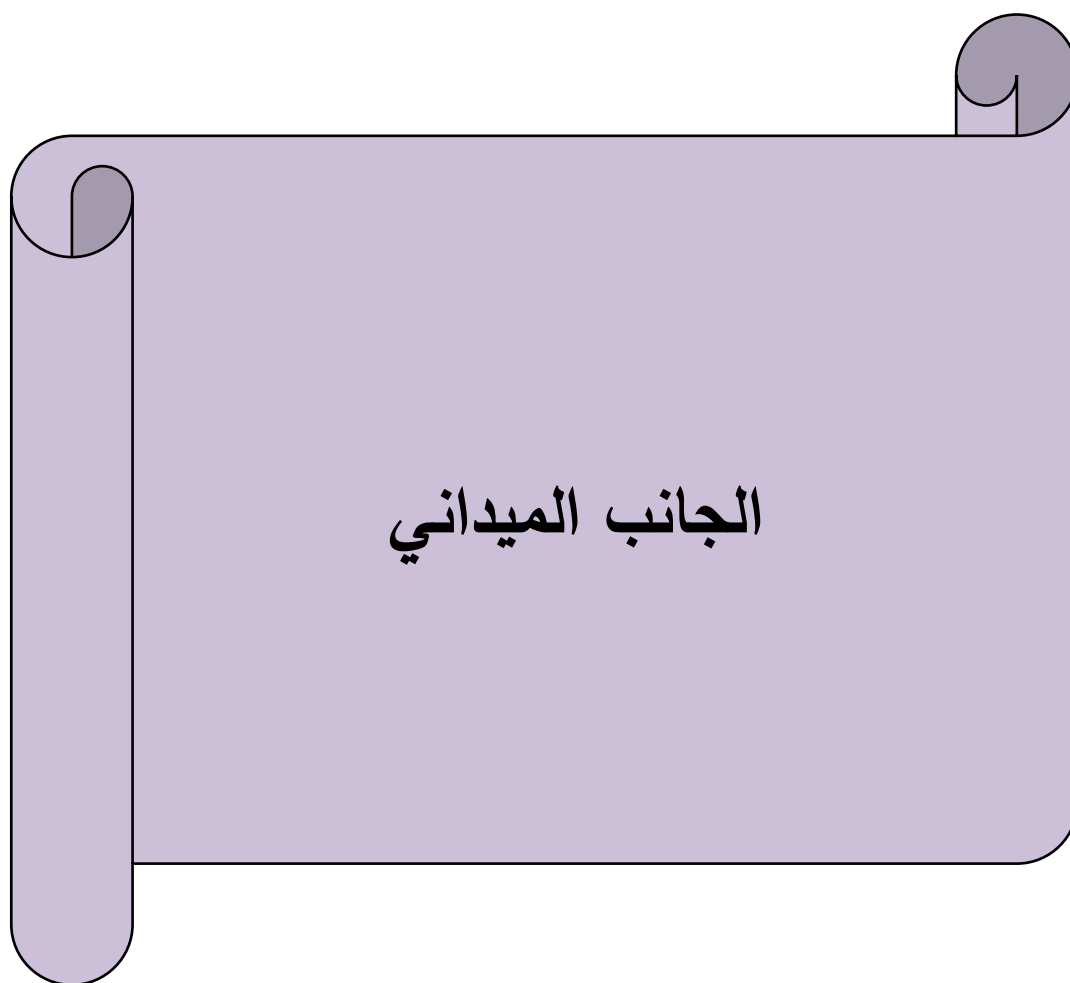
يُعد التأهيل جزءاً لا يتجزأ من برنامج العلاج الشامل، إذ يهدف إلى إعادة تأهيل المريض لعيش حياة مستقلة وناجحة من الناحية الاجتماعية والمهنية:

برامج التأهيل الوظيفي: تساعد في تزويد المرضى بمهارات التأهيل المهني، مثل التدريب على وظائف معينة، والمهارات التقنية، والتدريب على التواصل الفعال مع زملاء العمل. وقد أثبتت الدراسات أن مثل هذه البرامج تُقلل من معدلات العجز المهني وتُحسن من فرص الاندماج في سوق العمل.

التدخلات المجتمعية: تشمل هذه البرامج الدورات التعليمية وورش العمل التي تُركز على تعزيز مهارات الحياة اليومية مثل إدارة الوقت، واستخدام الموارد المجتمعية، والعناية بالنفس، مما يُساعد المرضى على استعادة استقلالهم والاندماج في المجتمع. (DIXON,2010,P.103-104)

الدعم النفسي المستمر: بالإضافة إلى البرامج المنظمة، يُعد الدعم النفسي المستمر من قبل فرق الرعاية المتخصصة ضرورياً لمتابعة الحالة النفسية والاجتماعية للمريض، وكذلك لتقديم استراتيجيات للتعامل مع الضغوط اليومية. هذا النوع من الدعم يُساهم في منع الانتكاسات والحفاظ على استقرار الحالة. (APA,2013,P.160)

يُعتبر مرض الفصام من الأمراض العقلية الأكثر خطورة وانتشاراً والذي ينتج عن تفاعل عوامل بيولوجية ونفسية واجتماعية متعددة. يعاني المرضى الفصاميون من أعراض عصابية ومزاجية متنوعة تؤثر على استقلاليتهم وتجعلهم يعتمدون كلياً على عائلاتهم، كما تساهم الصورة النمطية المجتمعية في تأخير طلب العلاج وتفاقم الأعراض. يترافق المرض مع قصور معرفي وتدهور في القدرات اللغوية والعاطفية والتواصلية، مما يؤثر على الوظائف التنفيذية والمهارات الاجتماعية للمريض.



الفصل الرابع

الإجراءات الميدانية للدراسة

1. منهج الدراسة
2. حدود الدراسة
3. المشاركون في الدراسة
4. أدوات الدراسة
5. إجراءات الدراسة

مهما تنوعت البحوث في مختلف ميادين العلوم سواء الطبيعية أو الإنسانية أو الاجتماعية، فإنها لا تستغني أبداً عن إتباع منهجية بحث علمية تحدد معالم سير مشروع البحث وتوجهه من بدايته إلى نهايته قصد الوصول إلى نتائج علمية أكثر دقة وموضوعية.

فبعد التطرق إلى الجانب النظري للدراسة والشرح الوافي لمتغيراتها سنستعرض من خلال هذا الفصل الإجراءات المنهجية المتبعة لإنجاز الدراسة الحالية، متناولين في ذلك منهج دراستنا الذي اعتمدناه والمشاركون فيها وخصائصهم ، كما سنحاول شرح وسائل الدراسة وكيف نستخدمها لأجل تحقيق اهداف دراستنا

1) منهج الدراسة

دراسة حالة

دراسة حالة هي منهج أو تصميم بحثي نوعي يُستخدم من أجل التحليل المعمق لحالة واحدة أو عدد محدود من الحالات ضمن سياقها الواقعي، باستخدام مصادر بيانات متعددة (مثل المقابلات، الملاحظات، الوثائق، الاختبارات...). ويُعتمد هذا الأسلوب عندما يكون هدف الباحث هو فهم ظاهرة معقدة يصعب فصلها عن السياق الذي تحدث فيه.

يُعرّفها (Yin، 2014) بأنها:

"تحقيق تجريبي يستقصي ظاهرة معاصرة داخل سياقها الحقيقي، خاصة عندما لا تكون الحدود بين الظاهرة وسياقها واضحة تماما، ويعتمد على مصادر متعددة للبيانات".

يصفها (Stake، 1995) بأنها:

"دراسة معمقة وفردية لحالة ما تُدرس بهدف فهمها ضمن سياقها الطبيعي، مع التركيز على خصوصيتها وتفردتها".

يصنّفها (Creswell، 2013) كأحد الأشكال الخمسة الأساسية للبحث النوعي، ويعرفها كالاتي:

"استكشاف لقضية معينة أو أكثر من خلال تحليل معمق لحالة واحدة أو عدة حالات، ضمن إطار زماني ومكاني محدد".

تم الاعتماد على منهج دراسة الحالة، كونه الأنسب لطبيعة الموضوع الذي يهدف إلى فهم دقيق ومعمق للاضطرابات النفسية، وتحديد اضطراب الفصام، حيث تُمكن الباحث من التعمق في دراسة

عدد محدود من الحالات بشكل شامل، وذلك من خلال جمع وتحليل معطيات متعددة حول الحالة الواحدة من عدة جوانب: نفسية، معرفية، اجتماعية وسلوكية، والوصول إلى فهم نوعي دقيق لطبيعة الخلل في الوظائف التنفيذية لدى المصابين، مما يساهم في تحقيق أهداف الدراسة بدقة وعمق.

ورغم وجود بعض الجدل في الأوساط الأكاديمية حول تصنيفها، إلا أن دراسة الحالة تُعد أحد الأساليب المعترف بها دولياً في البحث النوعي، فهناك من العلماء من يعتبرها منهجاً قائماً بذاته لما لها من أهداف، وخطوات منهجية، وأدوات محددة لجمع البيانات حسب (Yin، 2014) في المقابل، يرى آخرون أمثال (Creswell، 2013) أنها تصميم بحثي أو إستراتيجية داخل منهج أوسع مثل المنهج النوعي، خاصة أنها تُستخدم لدراسة ظاهرة داخل سياقها الحقيقي، وتسمح بالدمج بين أدوات متعددة مثل المقابلات، الملاحظات، والوثائق.

سواء تم اعتبار دراسة الحالة منهجاً مستقلاً أو تصميمياً داخل منهج كافي عام، فإنها تخدم أهداف البحث العلمي بفعالية، خصوصاً عندما يكون الهدف هو فهم عميق لحالة معقدة ومتشابكة كما هو الحال في هذه الدراسة.

2) حدود الدراسة

1-2) المجال المكاني

تم تنفيذ الدراسة بالمؤسسة الاستشفائية للأمراض العقلية والنفسية بالحدب - ولاية ورقلة، وذلك نظراً لتوفر الحالات المصابة بالفصام حصرياً بهذه المؤسسة، مما جعلها الموقع الأنسب لإجراء الجانب التطبيقي من البحث.

2-2) المجال الزمني

أجريت الدراسة خلال الموسم الدراسي 2025/2024 حيث كانت الانطلاقة الفعلية لها بتاريخ 20 ديسمبر 2024 إلى غاية 15 ماي 2025

3) المشاركون في الدراسة

في إطار هذه الدراسة التي تهدف إلى معرفة ما إذا كان المصابون بالفصام يعانون من خلل في الوظائف التنفيذية، تم اختيار ثلاث حالات قصدياً مشخصة بالفصام

وفقًا للمعايير التضمنين التالية:

- أن تكون الحالات قد تم تشخيصهم باضطراب الفصام من قبل طبيب مختص في الأمراض النفسية.
 - أن تتراوح أعمار الحالات بين 20 و35 سنة، وذلك لضمان تماثل الخصائص النمائية والعقلية في مرحلة الرشد المبكر، وهي مرحلة تُعد حرجة من حيث التغيرات النفسية والمعرفية.
 - أن تكون الحالات في حالة مستقرة، مما يسمح بإجراء الاختبارات بشكل موضوعي دون تأثير من النوبات الحادة أو التدهور النفسي الحاد.
- حيث تمت دراسة هذه الحالات بشكل معمق وشامل من خلال المقابلة العيادية والمقابلة النصف الموجهة وتطبيق بطارية BREF لقياس القدرات الجبهية.
- وفي هذا الإطار تم استبعاد مجموعة من الحالات :

- الحالة (ص): أنثى مشاركة (54 عامًا) نظرا لتجاوز النطاق العمري المحدد للدراسة
- الحالة (أ): ذكر مشارك (22 عامًا) نظرا لعدم استقرار حالته مع عدم تقبل العلاج
- الحالة (ن): ذكر مشارك (28 عامًا) لعدم وجود تشخيص رسمي باضطراب الفصام، رغم وجود أعراض مشابهة
- كما تم رفض المشاركة من طرف بعض الحالات و من طرف العائلة، ما حال دون استكمال مراحل البحث.

بالتالي، اقتصرَت الدراسة النهائية على ثلاث حالات، تتراوح أعمارهم بين 26 و34 سنة، تم تشخيصهم جميعًا بالفصام وهم في حالة سريرية مستقرة، ووافقوا على المشاركة الطوعية مع الموافقة المستنيرة، مما أتاح لنا جمع بيانات دقيقة وتحليلها بعمق.

خصائص حالات الدراسة:

جدول رقم (2) خصائص الحالات الثلاث الذي تم الاعتماد عليها في الدراسة

الجنس	الاسم	العمر	المستوى التعليمي
ذكر	ل	34 سنة	ثانية من التعليم المتوسط
ذكر	ع	30 سنة	اولى من التعليم المتوسط
ذكر	ج	26 سنة	اولى من التعليم المتوسط

4- أدوات الدراسة

1-4 المقابلة العيادية

أُجريت بهدف التعرف على التاريخ النفسي والاجتماعي للمفحوص، وتكوين تصور أولي عن مستوى التوافق النفسي والانفعالي، وملاحظة نمط التواصل وطبيعة التفاعل مع الموقف الإكلينيكي.

المقابلة العيادية هي أداة رئيسية يستخدمها الأخصائي النفسي أو الطبيب النفسي لتقييم الحالة النفسية للفرد، وهي عبارة عن تفاعل لفظي يتم وجهاً لوجه بين الفاحص (المعالج أو الأخصائي) والمفحوص (العميل أو المريض)، ويهدف إلى فهم المشكلات النفسية التي يعاني منها الفرد، وتشخيص حالته، ووضع خطة علاجية مناسبة

حسب الجمعية الأمريكية لعلم النفس (American Psychological Association – APA):

المقابلة العيادية هي محادثة هادفة يستخدمها المعالجون لجمع معلومات نفسية ذات صلة، غالباً لغرض التشخيص أو التقييم أو تخطيط العلاج

حسب موسوعة علم النفس: (Encyclopedia of Psychology)

المقابلة العيادية هي طريقة مرنة من طرق التقييم النفسي تسمح للفاحص باكتشاف مجموعة واسعة من القضايا النفسية والانفعالية والسلوكية

4-2 المقابلة النصف موجهة

استُخدمت لتوجيه الحوار حول محاور محددة ذات صلة بالقدرات المعرفية والسلوكية، مع الحفاظ على قدر من الحرية لتمكين المفحوص من التعبير الذاتي العفوي، مما يساعد على كشف أنماط التفكير والاستجابة لديه بشكل أكثر عمقا.

تعريف المقابلة العيادية نصف الموجهة (Semi-structured Clinical Interview)

المقابلة العيادية نصف الموجهة هي نوع من أنواع المقابلات التي تجمع بين عناصر المقابلة الموجهة (المنظمة) والمقابلة الحرة (غير الموجهة). في هذا النوع، يستخدم الأخصائي النفسي دليل أسئلة معد مسبقاً، ولكنه يملك الحرية لتغيير ترتيب الأسئلة، أو طرح أسئلة إضافية بناءً على تفاعل المفحوص، مما يسمح بجمع معلومات غنية مع الحفاظ على هيكل مرن.

حسب (Structured Clinical Interview for DSM (SCID)

المقابلة نصف الموجهة تسمح للمعالجين باتباع مجموعة من الأسئلة الموحدة، مع إمكانية التعمق في الردود الفردية من أجل التوضيح أو التفصيل.

في المرجع الأكاديمي Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry

وقد استند دليل المقابلة النصف الموجهة الخاص بالدراسة الحالية على ثلاثة محاور:

المحور الأول: يتعلق بالمعلومات الأولية للمبحوث .

المحور الثاني: يتعلق بالتاريخ المرضي.

المحور الثالث: يتعلق بالوظائف التنفيذية.

وتم عرضها على لجنة من الأساتذة للتحكيم " الملحق رقم (4)"

4-3 بطارية (BREF)

تم اختيار هذه البطارية نظرا لقدرتها على فحص الوظائف التنفيذية المرتبطة بالفص الجبهي، من

تمت الإجراءات الميدانية للدراسة من خلال مجموعة من الاختبارات التي تسمح بتقييم جوانب مختلفة مثل: المرونة المعرفية، التحكم في الاستجابة، الطلاقة اللفظية، والقدرة على الكف . وهي مناسبة للحالات التي يحتمل في وجود خلل في الوظائف التنفيذية.

❖ البطارية السريعة لقياس القدرات الجبهية Batterie Rapide d'Effcience

Frontale BREF

وضعها Dubois سنة 2000 وترجمتها الباحثة طالب حنان للغة العربية سنة 2017 وتتكون من ستة أبعاد تقيس القدرات التالية وهي : التماثل (التصور) ، السيولة اللغوية (المرونة العصبية)، المتتاليات الحركية (البرمجة)، التعليمات المتناقضة (الحساسية للتفاعل) ، اذهب /لا تذهب (التحكم في التثبيط) وسلوك المسك (استقلالية المحيط) ، تتراوح النقاط في كل بعد من صفر (0) إلى ثلاثة (3).

(طالب، بوعود، 2021، 410)

يقيس هذا الاختبار القدرات العقلية الجبهية ويقيس أيضا إمكانية وجود اضطراب معرفي عصبي

مجموع النقاط: 18 نقطة

مفتاح التصحيح: إذا تحصل على 18 نقطة فهو شخص عادي

15 نقطة فما أقل لديه اضطراب معرفي عصبي

ملاحظة: إن كان المفحوص متعلم وأخذ 16 نقطة فما أقل يعتبر لديه اضطراب معرفي عصبي

(طالب ، 2022 - 2023)

5- إجراءات الدراسة

خلال القيام بزيارة أولية للمؤسسة الاستشفائية لفهم طبيعة المكان وآليات العمل المعتمدة فيها. بدأت هذه الإجراءات بالتواصل مع إدارة المؤسسة عبر مقابلة مدير المؤسسة للتعريف بالدراسة وأهدافها، حيث تم تقديم وثيقة التسهيلات الصادرة من الجامعة، ، مما أسفر عن الحصول على الموافقة الرسمية لإجراء الدراسة. تلا ذلك التنسيق مع الأقسام المختصة من خلال التعرف على طبيعة العمل اليومي والإلمام بأوقات الزيارات والتقييمات، وفهم نظام تصنيف المرضى ودرجات الخطورة المعتمدة، بالإضافة إلى الإلمام بإجراءات الطوارئ والسلامة، واحترام خصوصية المرضى والالتزام بالسرية المهنية. واختتمت

الإجراءات الأولية بالتنسيق مع رئيس قسم الرجال لتحديد وحصر المرضى المشخصين بالفصام الذين استوفوا معايير الشمول في الدراسة الحالية.

تلخصت الخطوات في ما يلي :

أولاً: تم انتقاء أفراد العينة وفق معايير الاختيار المحددة للدراسة، والمتمثلة في تشخيص إكلينيكي مؤكد للإصابة باضطراب الفصام.

ثانياً: تم الحصول على الموافقة المستتيرة من المشاركين، مع الالتزام التام بمبادئ السرية وخصوصية البيانات الشخصية وعدم الكشف عنها وفقاً للمعايير الأخلاقية للبحث العلمي.

ثالثاً: تم تحديد البروتوكول الإجرائي للدراسة في ثلاث جلسات متتالية، حيث تم إجراء المقابلات بشكل فردي مع كل حالة على حدة.

رابعاً: أجريت جميع المقابلات في بيئة مضبوطة تتمثل في قاعة مهيأة بالأثاث اللازم (مكتب وكريسيين، أحدهما للفاحص والآخر للمفحوص).

خامساً: اشتملت الجلسة الأولى على جمع البيانات الأولية من خلال المقابلة المباشرة، والاطلاع على الملف الطبي، والتشاور مع المختص النفسي المتابع للحالات.

سادساً: حُصت الجلسة الثانية لإجراء المقابلة شبه الموجهة بهدف الحصول على معلومات معمقة من المشاركين، مع الحفاظ على الإطار المنظم للمقابلة.

سابعاً: تم في الجلسة الثالثة تطبيق البطارية السريعة لتقييم القدرات الجبهية (BREF) كأداة موضوعية لقياس الوظائف التنفيذية لدى المشاركين.

لقد تطرقنا في هذا الفصل إلى تقديم منهجية البحث وادوات المستعملة فيه، إذ اعتمدنا على المنهج العيادي الذي يهدف إلى كشف عن خلل الوظائف التنفيذية وذلك بتطبيق بطارية BREF بالإضافة الى المقابلة العيادية نصف موجهة ووقع اختيارنا على هاته الأدوات لأنها ذات صلة بالموضوع المراد معرفته لدى المصاب بالفصام ، ليتم استخدام هذا كله في تحليل وتفسير ومناقشة النتائج وهذا ما سوف نتطرق إليه في الفصل الخامس.

الفصل الخامس

أولاً: عرض و تفسير النتائج

1. الحالة الأولى (ل)

2. الحالة الثانية (ع)

3. الحالة الثالثة (ج)

هذا الفصل سنتطرق لعرض ثلاث حالات ، محاولين في ذلك دراستهم إكلينيكيًا، بالاعتماد على المقابلة النصف موجهة والنتائج المتحصل عليها من بطارية BREF

أولاً: عرض وتفسير

1) عرض وتحليل الحالة الأولى (ل)

1-1 تقديم الحالة (ل)

تاريخ المقابلة: تمت المقابلة الأولى يوم 2025/04/7. دامت 60 دقيقة

المقابلة الثانية: يوم 2025/04/21. دامت 48 دقيقة

المقابلة الثالثة: يوم 2025/04/29. دامت 45 دقيقة

المعلومات العامة :

الاسم: (ل) العمر : 34 الجنس : ذكر

المستوى التعليمي: ثانية متوسط. المهنة : فلاح الحالة المدنية :متزوج

عدد الاولاد: 2 عدد الاخوة : 3 بنات 8 ذكور الترتيب بين الإخوة: الرابع

تاريخ دخول المؤسسة الاستشفائية اول مرة : 2024

تاريخ الدخول الحالي: 2025/04/02

عدد مرات دخول المستشفى: مرتين / السبب:

السوابق المرضية الطبية للحالة : حساسية في الجلد

السوابق النفسية والعقلية للحالة :

السوابق المرضية الطبية للعائلة :التهاب المفاصل الروماتويدي بالنسبة للام

السوابق النفسية والعقلية للعائلة : وجود أحد الأشقاء قيد المتابعة لدى اختصاصي الطب النفسي

استعمال المواد النفسية : استهلاك التبغ محاولات انتحار : لا توجد

العلاقات الاجتماعية: نمطا من المحدودية في العلاقات

العلاقات المهنية: عدم استقرار في مهنته

العلاج الدوائي : parkinane,Nosinan / 100 mg

العلاج النفسي :

العلاج الفردي: جلسات معرفية سلوكية مع تقنيات الموجة الثالثة لتحسين التفكير والسلوك.

العلاج الجماعي: ورش عمل للمرضى لتطوير المهارات الاجتماعية والاندماج مع الآخرين.

التثقيف النفسي: شرح طبيعة المرض للمريض وأهمية:

- الالتزام بالدواء بانتظام

- حضور مواعيد الطبيب

- مواصلة المتابعة النفسية بعد الخروج من المستشفى

العلاج الأسري: إشراك العائلة في عملية العلاج لتوفير بيئة داعمة للمريض.

1-2 ملخص المقابلة للحالة (ل)

الحالة (ل) متزوج في سنة 2021 ويعمل فلاحًا، توقف تعليمه عند الصف الثاني من التعليم المتوسط، وهو أب لطفل يبلغ من العمر ثلاث سنوات وبنيت تبلغ من العمر سنة. يقطن في ولاية توفرت (ويعيش مع عائلته الممتدة التي تتكون من والديه و 8 إخوة و 3 أخوات، ويحتل الترتيب الرابع بينهم. لديه سوابق نفسية في العائلة، حيث أن أخاه الأصغر منه بسنة يتابع طبيبًا نفسيًا.

تمت إحالة المريض من قبل أفراد أسرته إلى مستشفى الأمراض النفسية بصفة استعجالية أول مرة بتاريخ 2025/02/25، بعد ملاحظة أعراض مرضية تمثلت في الهلوس السمعية وحركات غريبة وشاذة وتفضيل العزلة الشديد، حيث كان يبقى تحت ضوء القمر ويتأمل النجوم لفترة طويلة، وفي الغابة. حينها تم إيداعه تحت المراقبة الطبية لمدة 20 يومًا. (يوجد نقص في المعلومات عن التشخيص والعلاج).

وفي 2025/04/02، تم دخوله للمرة الثانية، وخلال المقابلة الأولية ظهرت على الحالة علامات القلق والتوتر الواضح، وتجنب التواصل البصري المباشر أثناء الحديث، مع حركات جسدية غير متناسقة ومتوترة، وتعابير وجه تعكس الريبة والشك، ونمط كلام متقطع وغير منظم، مع تغيرات مفاجئة في نبرة الصوت واستخدام إيماءات غير مناسبة للسياق أثناء الحديث. كما تبين من الحالة اعتمادية مفرطة على الأسرة في تلبية الاحتياجات الأساسية، وأفكار غير واقعية حول علاقته بفتاة ذكرها، حيث مر بفترة متوترة وحرجة بدخوله في علاقة مع فتاة شابة وتعرف عليها ولم يتم الزواج.

بدأت معاناة الحالة بعد زواجه بعامين، حيث لاحظ تغيرات جوهرية في سلوكه. ففي أثناء عمله المعتاد في الأرض، بدأ يسمع أصواتًا غير حقيقية، وهو ما يمثل بداية ظهور الهلوسات السمعية. وقد أخفى هذه الأعراض ولم يفصح عنها لأي شخص، مما أدى إلى تفاقم حالته وتطورت الأعراض مع مرور الوقت لتصبح ظاهرة يومية، خاصة في أوقات الليل عندما يقل الضجيج الخارجي وتخيم السكينة، حيث تزداد الأصوات التي يسمعها حدة ووضوحًا، حتى وصل إلى مرحلة لم يعد قادرًا فيها على أداء

مهامه اليومية بشكل طبيعي، مما اضطر عائلته في النهاية إلى اصطحابه إلى المستشفى للحصول على الرعاية الطبية اللازمة، رغم عدم اقتناعه الشخصي بحاجته للعلاج. كما كان يشعر بأن هناك أشخاصًا يراقبونه باستمرار، وقد عبر عن ذلك بقوله "ديما نحس كاين ناس تراقب فيا"، كما يعتقد أنهم يتتبعون خطواته أينما ذهب، حيث قال "يتبعوني وين ما رحت". يشعر بالخمول والسلبية حيث قال "ما نقدرش نخدم كيما بكري"، "تروح للأرض ونبقى غير نتفرج"، "ما نقدرش نركز" مما أثر ذلك على أسرته بشكل واضح حيث قال "حتى مع ولادي ما نقدرش نتهدى بيهم كيما لازم" وأن "زوجتي ديما زعفانة مني على هذا الموضوع".

عائلته هي التي اصطحابته إلى المستشفى "بالقوة"، تلمو عليا وجابوني واحد فيهم يقول بلي راه خويا هو ماشي خويا منعرفوش"، كما أنه أبدى رغبة واضحة في الخروج من المستشفى عندما قال "قولها يعطوني بارميسون".

استنادًا إلى إجابات المريض (ل) المتعلقة بوظائفه التنفيذية يظهر المريض صعوبات ملحوظة في الانتباه، أحيانًا "تكون قاعد مع الناس ننسى روجي" و "مانقدرش نبقى مركز مع حاجة" مثلًا: عند ارتداء الملابس دايمًا ينسى ما كان ينوي فعله، كما انه لا يفهم العديد من الأمور، ويحتاج إلى تكرار الشرح عدة مرات عندما يقدم له الطبيب معلومات حول الدواء، حيث وصفها بأنها "أصبحت ضعيفة جدًا".

1-3 النقاط الحساسة

- زواجه قبل حوالي أربع سنوات (حيث بدأت الأعراض بعد زواجه بعامين)
- مسؤوليات الأسرة الجديدة كأب لطفلين (ابن عمره ثلاث سنوات وبنت عمرها سنة)
- الضغوط المالية والاقتصادية المرتبطة بصعوبة مواصلة عمله كفلاح
- السكن مع العائلة الممتدة (الوالدين و 8 إخوة و 3 أخوات)
- وجود سوابق للمرض النفسي في العائلة (أخوه الأصغر منه بسنة)
- اضطرابات النوم التي كان يعاني منها قبل ظهور الأعراض الرئيسية للفصام
- العلاقة المتوترة التي ذكرها مع فتاة شابة قبل الزواج
- التوتر المتزايد في علاقته الزوجية بسبب عدم قدرته على العمل واعتماده المالي على والده
- الشعور بالعجز عن رعاية أطفاله بالشكل المناسب
- ضعف الاستبصار بالمرض واصطحابه إلى المستشفى بالقوة من قبل العائلة

- تدهور القدرات التنفيذية (التركيز، الانتباه، إكمال المهام) مما أثر على أدائه اليومي
 - الانسحاب الاجتماعي والميل للعزلة (البقاء تحت ضوء القمر وتأمل النجوم لفترات طويلة)
 - الهلوس السمعية (سماع أصوات غير حقيقية)
 - الهذيان الاضطهادي (الشعور بأن هناك من يراقبه ويتتبعه)
- 1-4 تفسير المقابلة العيادية للحالة (ل)

من خلال تحليل المقابلة العيادية للحالة (ل)، تتجلى مجموعة من المؤشرات الإكلينيكية التي توضح مدى تعقيد الاضطراب الذي يعاني منه، حيث يعكس صعوبة عميقة في التفاعل الواقعي مع المحيط الاجتماعي، إذ يظهر انسحابًا واضحًا من العلاقات الاجتماعية والأنشطة اليومية، يتجسد في لجوئه إلى العزلة الطويلة وتأمله للنجوم أو بقاءه في الغابة. هذا السلوك الانعزالي لا يمكن اعتباره مجرد تفضيل شخصي بل يعكس انقطاعًا عن الواقع وتراجعًا في مستوى الارتباط الاجتماعي، وهو سمة محورية في الاضطرابات الذهانية ذات الطابع السلبي.

كما تعكس الوضعية النفسية للحالة تداخلًا معقدًا بين عوامل عائلية، اجتماعية، واقتصادية ساهمت في تشكّل اضطرابه وتفاقمه، حيث نشأ في أسرة كبيرة ومتداخلة، مما عمّق لديه الشعور بالاعتمادية وضعف الاستقلالية، رغم بلوغه سن الرشد وتكوينه لأسرة صغيرة. هذا التداخل الأسري رافقه شعور بالضغط وتهميش الصوت الفردي. كما أن وجود سوابق مرض نفسي لدى أخيه يشير إلى أرضية وراثية محتملة للاضطراب، ويسهم في تفسير إنكاره لمرضه كآلية دفاعية ضد الخوف من الوصمة أو التماهي - (يرى نفسه بشكل غير واعي يشبه أخاه المريض نفسيًا) - مع تجربة قريبة.

اقتصاديًا، يعاني المريض من تراجع قدرته على ممارسة عمله الفلاحي، وهو مصدر رزقه الأساسي، مما زاد من شعوره بالعجز وانعدام الكفاءة، خاصة مع تحمّله لمسؤوليات أسرية كالأبوة، واستمراره في العيش ضمن الأسرة الممتدة. هذا التدهور في الأداء المهني والحياتي يفاقم الضغط النفسي ويعزّز الانسحاب الاجتماعي، في ظل غياب موارد بديلة أو دعم خارجي.

ويبرز من حديث المريض عن تجاربه النفسية، خصوصًا اعتقاده بوجود من يراقبه ويتتبعه، بناءً متماسك من المعتقدات الاضطهادية التي تُظهر صلابة فكرية واضحة، حيث أن المريض لا يناقش هذه الأفكار أو يشكك فيها رغم ما تحمله من طابع غير واقعي. هذه الصلابة المعرفية، إلى جانب إنكاره لحاجته للعلاج ورفضه لفكرة المرض، تعكس ضعفًا بنيويًا في الاستبصار. هذا الضعف لا يقتصر فقط على غياب الاعتراف بالأعراض، بل يمتد إلى غياب القدرة على الربط بين التغيرات

السلوكية التي طرأت عليه وبين حالته النفسية، ما يجعل من عملية التدخل العلاجي أمرًا معقدًا، إذ أن غياب الاستبصار يُعد حاجزًا أساسيًا أمام الالتزام بالخطة العلاجية.

من جهة أخرى، أظهر المريض خلال المقابلة العيادية خلل ملحوظًا في التركيز والانتباه، حيث لم يكن قادرًا على تتبع مجريات الحديث بشكل متسلسل، وكان يُظهر شروذًا ذهنيًا وفقدانًا لخيط الحوار، مما يشير إلى تدهور في قدراته التنفيذية. وقد عزز المريض بنفسه هذا التشخيص حين أشار إلى أنه كثيرًا ما ينسى ما كان ينوي فعله، وأنه يواجه صعوبات في تذكر أو فهم ما يشرحه له الطبيب، مما يكشف عن خلل في معالجة المعلومات اللفظية والبصرية. هذه الأعراض تدل على تراجع في أداء الفص الجبهي، المسؤول عن التنظيم المعرفي والتحكم في الانتباه والمبادرة إلى الفعل، وهي من الأعراض المعرفية التي ترافق في كثير من الأحيان الشكل المزمن للفصام.

كذلك، من خلال تتبع مسار ظهور الأعراض، يتضح أن التدهور النفسي بدأ في أعقاب تحولات حياتية ذات طابع ضاغط، مثل الزواج والانتقال إلى مسؤوليات الأبوة، وما رافق ذلك من ضغوط مالية ونفسية ناجمة عن تراجع القدرة على العمل، والعجز عن أداء الدور الأسري المطلوب، يعكس مستوى ضعيفًا من المرونة النفسية ويعبر عن عجز واضح في إدارة التحديات الحياتية. هذه المحدودية في التكيف قد تكون من العوامل التي ساهمت في تفاقم الأعراض، كما أنها تُبرز اختلالًا في البنية النفسية العامة التي يفترض بها أن تدعم الفرد في مواجهة الأزمات.

أما على الصعيد الانفعالي، فُيستشف من كلام المريض نوع من التبدل الوجداني، رغم ما يحمله حديثه من إشارات إلى معاناة داخلية غير مُصرَّح بها بشكل مباشر. فقد أشار إلى شعوره بعدم القدرة على العناية بأطفاله كما ينبغي، وأن علاقته بزوجته باتت متوترة، وهو ما قد يعكس معاناة وجدانية كامنة لا تأخذ بالضرورة شكل الحزن أو البكاء، بل تظهر في شكل انكفاء داخلي، وانعدام الطاقة، وتآكل الشعور بالكفاءة الذاتية. في هذا السياق، يُحتمل أن تتقاطع الأعراض السلبية للفصام (كالخمول، فقدان الإرادة، والانعزال) مع أعراض اكتئابية ثانوية، ما يجعل الصورة الإكلينيكية أكثر تعقيدًا.

بناءً على كل ما سبق، تتكون لدينا صورة سريرية لشخص يعاني من فصام، مصاحب بخلل في الوظائف التنفيذية وضعف في الاستبصار، ضمن سياق اجتماعي وعائلي يتسم بالتداخل والاعتمادية. هذه المعطيات لا تكتفي بتفسير الواقع النفسي الراهن للمريض، بل توقّر أيضًا فهمًا ديناميكيًا لكيفية تفاعل العوامل الشخصية والبيئية والمعرفية في تشكيل وتثبيت هذا خلل

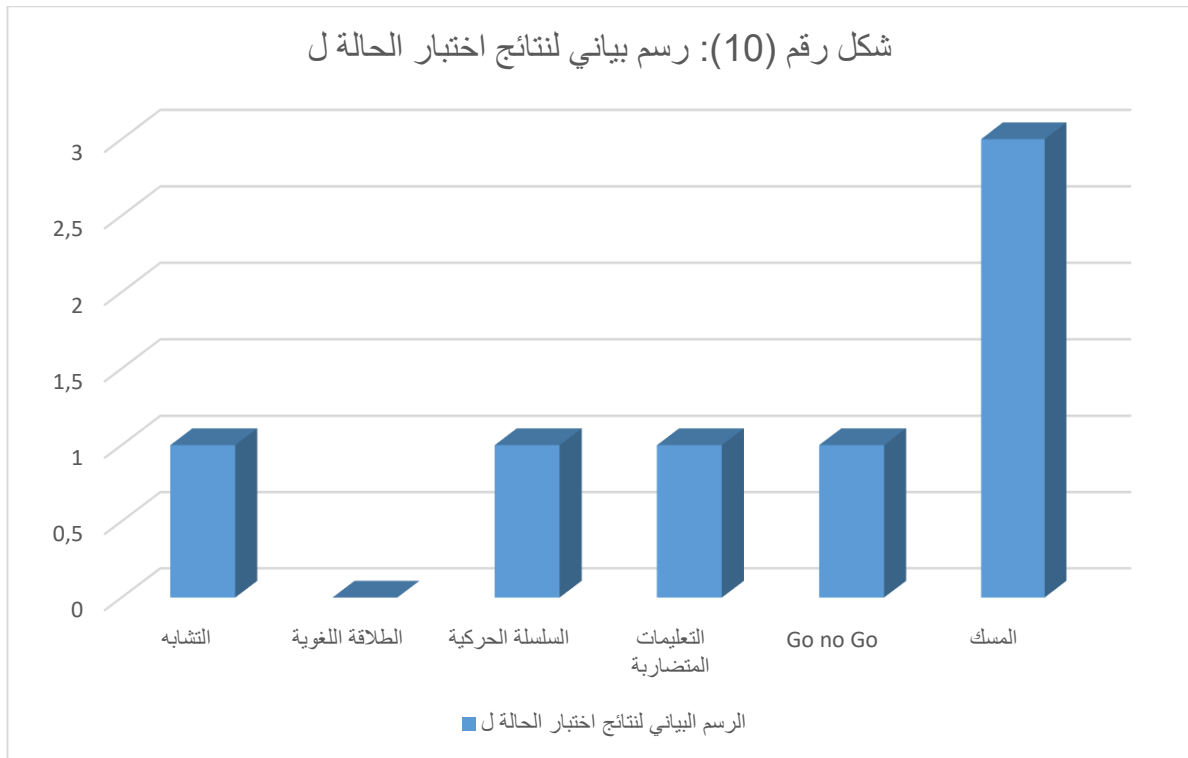
جدول رقم (3): نتائج حالة (ل) المتحصل عليها في بطارية BERF:

الاختبار	الاسئلة	الإجابة	النقطة
التشابه	"فيم تتشابه؟" "موزة وبرتقالة..." "طاولة وكروسي" "اقحوانة، وردة وقرنفلة"	أجاب المفحوص انها فاكهتان أجاب المفحوص انهم لهم أرجل أجاب المفحوص لم أعرف	3/1
الطلاقة اللغوية	"أعطني أكبر عدد ممكن من الكلمات التي تبدأ بالحرف "س"، استخدم أي كلمة باستثناء أسماء العلم؟"	بعد 20 ثانية لم يجب ثم حفزناه بكلمة (سلة) ذكر المفحوص (سكر، سيارة، سيف).	3/0
السلسلة الحركية	يجلس الفاحص، أمام المريض، ينفذ سلسلة لوريا ثلاث مرات بيده اليسرى "الآن نفذها بيدك اليمنى بمفردك."	استطاع المفحوص انجاز سلسلة لوريا معي ولكنه لم ينجح في تنفيذها لوحده	3/1
التعليمات الصراعية المتضاربة	"صفق مرتين عندما أصفق مرة واحدة". للتأكد من أن المريض قد فهم، يتم إجراء سلسلة من ثلاثة: 1-1-1. "صفق مرة واحدة عندما أصفق مرتين". للتأكد من أن المريض يفهم، يتم تنفيذ سلسلة من ثلاثة: 2-2-2. ثم يقوم الممتحن بأنواع 1-1-2-2-1-2-2-2-2-2-1-1-2-1-1.	أخطى المفحوص أكثر من خطئين 1.....ص 2.....خ 2.....ص 1.....ص 1.....ص 2.....خ 2.....ص 1.....ص 2.....ص 1.....ص 2.....خ 2.....ص	3/1
أذهب / لا تذهب	"أصفق مرة واحدة عندما أصفق مرة واحدة". للتأكد من أن المريض قد فهم، يتم إجراء سلسلة من ثلاثة: 1-1-1. "لا تصفق ابدا عندما أصفق مرتين". للتأكد من أن المريض يفهم، يتم تنفيذ سلسلة من ثلاثة: 2-2-2. ثم يقوم الممتحن بأنواع 1-1-2-2-1-2-2-2-2-2-1-1-2-1-1.	أخطى المفحوص أكثر من خطئين 1.....خ 1.....خ 2.....ص 1.....ص 2.....ص 2.....خ 1.....ص 1.....ص 2.....ص	3/1
المسك	"لا تمسك يدي" يجلس الفاحص مقابل المريض. يضع يدي المريض على ركبتيه مع توجيه راحة اليد للأعلى دون أن يقول شيئا ودون أن ينظر إلى المريض، يضع الفاحص يديه بالقرب من يدي المريض ويلامس راحتي يديه للتحقق مما إذا كان يأخذهما بشكل عفوي.	لم يمسك المفحوص بيد الفاحص	3/3

جدول رقم (4) نتائج اختبار BREF الحالة ل

المسك	Go no Go	التعليمات المتضاربة	السلسلة الحركية	الطلاقة اللغوية	التشابه	ابعاد الاختبار
3/3	3/1	3/1	3/1	3/0	3/1	درجة الخام الكلية

شكل رقم (10): رسم بياني لنتائج اختبار الحالة ل



5-1 التحليل الكمي والكيفي للحالة ل

1-5-1 التحليل الكمي

كما يتضح من الجدول رقم (4) : حصل الحالة ل على 1 نقطة في اختبار التشابه من بطارية BREF، و 0 نقطة في اختبار الطلاقة اللفظية حيث ذُكرت فقط ثلاث كلمات (سكر، سيارة، سيف). كما حصل على 1 نقطة في اختبار السلسلة الحركية، و 1 نقطة في اختبار التعليمات المتضاربة ونقطة 1 في اختبار (أذهب/لا تذهب). في المقابل، حصل على 3 نقاط في اختبار المسك وبذلك يكون المجموع الكلي 6 نقاط من أصل 18 نقطة.

1-5-2 التحليل الكيفي

- اختبار التشابهات

النتيجة: 3/1

التحليل: لم يتمكن المفحوص من تقديم إجابات كافية حيث تحصل على نقطة واحدة ما يُظهر ضعف قدرته على الربط المفاهيمي بين العناصر (مثل "موزة وبرتقالة"، "طاولة وكروسي")، اقتصرته إجاباته على ملاحظات سطحية (كأن لهما أرجل)، مما يعكس محدودية في التعامل مع العلاقات المجردة، وهو مؤشر على خلل في المرونة الذهنية وانغلاق التفكير.

-اختبار الطلاقة اللفظية

النتيجة: 0/3

التحليل: فشل المفحوص في إنتاج عدد كافٍ من الكلمات المرتبطة بحرف معين رغم وجود التحفيز، حيث ذكر ثلاث كلمات فقط (سكر، سيارة، سيف)، هذا يدل على صعوبة في استرجاع المعلومات وتنشيط المفردات من الذاكرة، ما يعكس صلابة معرفية، وصعوبة في التنقل بين المفاهيم، وهي من مؤشرات خلل المرونة المعرفية.

- اختبار التعليمات المتضاربة (Instructions conflictuelles)

النتيجة: 1/3

التحليل: أظهر المفحوص صعوبات ملحوظة في تنفيذ التعليمات المتضاربة، حيث ارتكب أكثر من خطأين خلال سلسلة الأوامر. هذا يعكس خللاً في القدرة على كبح الاستجابات التلقائية، وعجزاً عن التكيف مع أوامر تتطلب التبدل الذهني والتفكير المرن، وهي من القدرات المرتبطة بالفص الجبهي.

- اختبار "اذهب/لا تذهب" (Go/No Go)

النتيجة: 1/3

التحليل: واجه المفحوص صعوبة في كبح الاستجابات التلقائية، حيث لم يتمكن من الالتزام الصارم بالتعليمات المتعلقة بالتوقف عن التصفيق في اللحظات المطلوبة. يشير ذلك إلى خلل في آلية التحكم السلوكي وغياب الضبط الانفعالي المناسب للمواقف.

- اختبار المسك:

النتيجة: 3/3

التحليل: لم يظهر المفحوص استجابة تلقائية غير متكيفة عند ملامسة راحتي يديه، حيث امتنع عن مسك يد الفاحص بشكل عفوي، هذه النتيجة تشير إلى سلامة في آليات الكبح التلقائي للسلوك الانعكاسي، وهي علامة إيجابية على قدرة المفحوص على تنظيم استجاباته الحركية التلقائية، كما يعكس ذلك احتفاظا نسبيا بوظائف الضبط الجبهي المرتبطة بالسلوك التلقائي الاجتماعي.

تكشف نتائج الحالة (ل) عن تدهور واضح في كل من المرونة المعرفية والقدرة على الكف، وهو ما يتماشى مع المعرفية المرتبطة بالفصام من النوع المزمن، خاصة في المراحل التي يُلاحظ فيها ضعف في الاستبصار، والتكيف مع الضغوط، وصعوبة التنظيم الذاتي للسلوك والتفكير.

6-1 تحليل الحالة (ل) في ضوء ملخص المقابلة ونتائج بطارية BREF

بالاعتماد على معطيات المقابلة ونتائج الاختبار، يتضح أن الحالة (ل) تُظهر نمطا مركبا من الصعوبات المعرفية والانفعالية والسلوكية، حيث عبّر المفحوص عن أفكار غير واقعية كاعتقاده بوجود أشخاص يراقبونه باستمرار، دون أي استعداد لمراجعة هذه القناعة أو مناقشتها بمنطقية. كما رفض فكرة حاجته للعلاج رغم مروره بتجربتين من الاستشفاء، ما يشير إلى صلابة فكرية وعدم مرونة في التعامل مع الذات والواقع. هذا التوجه الفكري الجامد يتقاطع مع ما أظهرته نتائج اختبار التشابهات، حيث عجز عن تكوين روابط مفاهيمية مجردة، ما يدل على صعوبات في التفكير المجرد، وتصنيف المفاهيم، وإعادة تأطير المواقف.

وقد انعكس هذا النمط كذلك في سلوكه أثناء المقابلة، إذ أظهر ميلاً واضحاً إلى الانغلاق الذهني والانفصال عن المحيط الاجتماعي. فيفضل نمط عيشه المنعزل واعتياده قضاء وقت طويل في مراقبة النجوم بعيداً عن أسرته، يمكن ملاحظة انسحاب من الواقع الخارجي لصالح عالم داخلي مغلق، يفتقر إلى التفاعل الاجتماعي أو المبادرة التلقائية للتواصل، وهو ما يُفهم ضمن توجه عام نحو الانفصال أو الاغتراب عن البيئة الاجتماعية.

من ناحية أخرى، أظهر المفحوص خلال المقابلة ضعفا في التواصل اللفظي، حيث كان كلامه متقطعاً وغير مترابط، مع فقر في السرد وصعوبة في تنظيم الأفكار. هذا ما أكدته نتائج اختبار الطلاقة اللفظية،

حيث عجز عن توليد عدد كاف من الكلمات رغم التحفيز. كما أظهر تشتتاً ذهنياً وفقداناً لخيوط الحديث، ولم يتمكن من تثبيت انتباهه على محاور بسيطة، بل أشار صراحة إلى نسيانه المتكرر لما ينوي فعله، مما يعكس خلافاً في الانتباه والتركيز، وقد يكون مرتبطاً بخلل في الوظائف التنظيمية للدماغ.

وفي اختبار التعليمات المتضاربة، وُجدت صعوبة في كبح الاستجابة التلقائية والانتباه للتعليمات الجديدة، ما يتقاطع مع سلوكه العملي في الحياة اليومية، حيث لم يُظهر قدرة على التعامل بمرونة مع التغيرات، كفقْدان العمل أو تحمل مسؤوليات الزواج والأبوة. غياب الاستراتيجيات الواقعية للتكيف، واعتماده شبه الكلي على أسرته في تدبير شؤونه، يعكس بدوره خلافاً في القدرة على اتخاذ القرار، والتخطيط، وضبط السلوك الانفعالي.

أما فيما يتعلق بضبط الاستجابة السلوكية، فقد أظهر المريض خلال اختبار "أذهب/لا تذهب" صعوبة في كبح ردود الفعل البسيطة، وهو ما تم رصده خلال المقابلة أيضاً من خلال حركات جسدية غير منضبطة وغير متناسبة مع الموقف، ما يشير إلى خلل في التحكم بالسلوك الانفعالي. رغم هذا التدهور، أظهر المفحوص احتفاظاً جزئياً ببعض آليات الكبح التلقائي للسلوك الانعكاسي، كما تجلّى في أداء اختبار "المسك"، مما قد يشير إلى بقاء بعض الوظائف الجبهية الأولية في الحدود المقبولة، دون أن يلغي الصورة العامة للاختلال التنفيذي المعرفي.

في المجمل، فإن الحالة تعبر عن نمط من الأداء النفسي المعقد، تظهر من خلاله صعوبات ملحوظة في المرونة المعرفية، والانتباه، والتنظيم السلوكي، والتفاعل الاجتماعي. وهي جميعها مؤشرات تتقاطع مع خلل في الأداء التنفيذي المرتبط بوظائف الفص الجبهي، سواء على مستوى التفكير المجرد أو القدرة على ضبط الانفعالات، أو التكيف مع المواقف الحياتية المتغيرة. هذا النمط من الصعوبات لا يبدو منفصلاً عن التجربة الذاتية للمفحوص، بل يتغلغل في إدراكه لذاته وللعالم، ويؤثر بشكل مباشر على نوعية تفاعله مع محيطه وقدرته على الاستقلالية والتنظيم الذاتي.

2) عرض وتحليل الحالة الثانية (ع)

1-2 تقديم الحالة (ع)

تاريخ المقابلة: تمت المقابلة الأولى يوم 2025/04/8. دامت المقابلة 60 دقيقة

المقابلة الثانية: 2025/04/15. دامت المقابلة 49 دقيقة.

المقابلة الثالثة: يوم 2025/04/27. دامت المقابلة 41 دقيقة.

الاسم: (ع) العمر : 30 الجنس : ذكر
 المستوى التعليمي: اولى متوسط المهنة : تاجر الخضار الحالة المدينة : اعزب
 عدد الاولاد: / عدد الاخوة : 3 ذكور الترتيب بين الإخوة: 1
 تاريخ دخول المؤسسة الاستشفائية اول مرة :
 تاريخ دخول الحالي : 2025/04 /2 دامت 35 يوم
 عدد مرات دخول المستشفى : مرتين
 السبب: نوبات من العدوانية اللفظية و الجسدية، خاصة في فترات الهياج الحاد
 السوابق المرضية الطبية للحالة : /
 السوابق النفسية والعقلية للحالة : اضطرابات النوم
 . تغير في نمط النوم - الاستيقاظ.
 . صعوبة في الخلود إلى النوم.
 . الاستيقاظ المتكرر أثناء الليل.
 السوابق المرضية الطبية للعائلة: وفاة الوالد نتيجة الإصابة بورم خبيث في النسيج الكبدي
 السوابق النفسية والعقلية للعائلة : لا توجد
 استعمال المواد النفسية :استهلاك التبغ , القنب , الكحول
 محاولات انتحار :لا توجد
 العلاقات الاجتماعية: صعوبة في الحفاظ مع تجنب متزايد للمناسبات الاجتماعية العلاقات
 المهنية: مشكلات في التعامل مع التغييرات في بيئة العمل
 العلاج الدوائي : parkidyl, nosinan ,injection haldol decanonos
 العلاج النفسي :
 العلاج الفردي: جلسات معرفية سلوكية مع تقنيات الموجة الثالثة لتحسين التفكير والسلوك.
 العلاج الجماعي: ورش عمل للمرضى لتطوير المهارات الاجتماعية والاندماج مع الآخرين.
 التثقيف النفسي: شرح طبيعة المرض للمريض وأهمية:
 الالتزام بالدواء بانتظام
 حضور مواعيد الطبيب
 مواصلة المتابعة النفسية بعد الخروج من المستشفى

العلاج الأسري: إشراك العائلة في عملية العلاج لتوفير بيئة داعمة للمريض.

2-2 ملخص مقابلة الحالة (ع)

الحالة (ع) شاب يبلغ من العمر 30 سنة، غير متزوج، وهو الابن الأكبر في عائلة يعيش مع والدته و3 إخوة. طويل القامة، قوي البنية، أسمر البشرة، يظهر هدوءًا ملحوظًا خلال المقابلة مع الاهتمام والتفاعل. يجلس وينظر إلى النافذة، يتكلم بصوت واضح، هدامه بسيط ونظيف ومحترم. كانت لديه مقاومة قوية جدًا للعلاج الدوائي والنفسي عند دخوله المستشفى. دخل المستشفى أول مرة في عام 2024 لمدة 35 يومًا بسبب "الورث" كما ذكر. الدخول الثاني كان في 2025/02/29 ومدة الإقامة كانت أكثر من 3 أشهر، وذكر الحالة (ع) أنه دخل بسبب "مشاكل عائلية هذا مكان".

بدأت مشكلات الحالة (ع) منذ صغره، خاصة بعد تجربته مع المخدرات والكحول في سن 14، حيث جرب ما وصفه بـ "دعاوي شر كامل درتهم (الكيف، الشراب)". لاحقًا توقف عن هذه المواد كما قال "حبست ذك مانيش نشرب فيهم" "دارتلي توسويس وتوسويس هو لي جابني لهنأ".

عند سؤاله عن بعض التغيرات السلوكية أجاب "ماكان حتي تغيرات" و"واش من تغييرات؟ ما كاين حتي تغيير". وأضاف "أنا غير تجيني أوقات نحس روجي مقلق شوية نورمال واحد يتقلق". ويرجع سبب وجوده في المستشفى إلى إخوته قائلاً: "خاوتي هوما لي قالبينها عليا مشكلة كبيرة بسبب الورث ما كانش لازم يدخلوني لهنأ، ماشي بلاصتي أنا".

عند وصفه لبعض الأفكار التي تراوده صرح "أفكار عادية، كيما أي واحد... بصح ساعات يجوني توسويس وأصوات في راسي، خاصة بالليل حاجات ماشي مليحة، ما نقدرش نحكيها... ماشي ديما". ويعتقد أن إخوته متفاهمون ضده في قضية الورث "قالولي راني مريض عقلي باش يدو الورث كامل". ويؤكد "ما عنديش مرض أنا بخير الحمد لله".

وفي تصريح الأخصائي النفسي، كان يعاني من صعوبة في التركيز بشكل يومي، وتأتيه أوهام وأصوات خاصة في الليل أو عندما يكون متوترًا. تدهور وضعه بشكل ملحوظ بعد وفاة والده، حيث صرح "من نهار توفى الوالد تقلبت حياتي كامل". أصبح غير قادر على العمل بشكل منتظم، ويواجه صعوبة في التواصل مع الآخرين والتخطيط لمستقبله. تفاقمت حالته بسبب المشاكل العائلية، خاصة النزاع مع إخوته حول الميراث، فضلًا عن مرض والدته التي تعاني من آلام في الرأس وتقضي معظم وقتها نائمة. يجد نفسه أحيانًا يتجول ليلا دون وعي، ويذهب إلى أماكن عامة كالجامع دون إدراك. زار طبيبًا نفسيًا عندما كان عمره 26 سنة بسبب قلة النوم والهوسات، لكنه لم يكمل العلاج كما ذكر "لكنني

ماكملتش داويت". رغم كل هذه التحديات، يتطلع عبد الجبار إلى حياة طبيعية ومستقلة، ويفكر في إنشاء مشروع خاص (مقهى صغير) بمساعدة خاله.

بالنسبة للوظائف التنفيذية:

- أصبح من الصعب عليه الانتباه لما يدور حوله. غالبًا ما يجد نفسه منغمسًا في أفكاره والأصوات التي يسمعها لدرجة تجعله لا يلاحظ محيطه. يفقد الوعي بالمكان والوقت، ويتجول ليلاً دون إدراك كما يقول "ما فيقش بروحي نلقى روعي برا"، حيث يجد نفسه في الشارع أو الجامع دون أن يتذكر كيفية وصوله إلى هناك.

- قدرته على التركيز أصبحت ضعيفة جدًا كما ذكر "نواجه صعوبة في التركيز نبقى مدة باش نفهم" و"حتى تقوت نص ساعة ولا ساعة باش نفهم".

- أصبح فهم وتحليل المعلومات تحديًا كبيرًا له، إذ يستغرق وقتًا طويلًا لاستيعاب ما يقوله الآخرون. الأفكار المعقدة تتركه، ويجد صعوبة في ربط المعلومات ببعضها، كما حدث عندما فكر في موضوع القرض لفتح المقهى.

- تطورت استراتيجياته للتعامل مع المشاكل، ففي السابق كان يلجأ للمخدرات والكحول للهروب، والآن يحاول التعامل بطرق أخرى، ويفكر في العمل كوسيلة للتغلب على مشاكله "باغي نحل الحانوت ونخدم على روعي".

- رغم إدراكه لحاجته للمتابعة الطبية، إلا أنه لا يفعل ذلك بانتظام، ويلجأ للعزلة عندما تسوء حالته. - المواقف المفاجئة تتركه كثيرًا وتسبب له توترًا شديدًا.

- يواجه مشاكل كبيرة في الذاكرة، فهناك فترات كاملة لا يتذكر ما حدث فيها، خاصة أثناء تجواله الليلي. ينسى أشياء مهمة، ومواعيد، وأحداث، وأحيانًا ينسى ما كان يفعله قبل لحظات.

2-3 النقاط الحساسة

- تعاطي المخدرات والكحول في سن مبكرة (14 سنة)، حيث وصفها بـ "دعاوي شر كامل درتهم".

- وفاة والده التي شكلت صدمة نفسية كبيرة له وتسببت في تدهور واضح لحالته، كما أشار بقوله "من نهار توفى الوالد ثقليت حياتي كامل".

- النزاع العائلي حول الميراث مع إخوته، مما خلق توترًا مستمرًا وتعزيز الشعور بالاضطهاد.

- عدم إكمال العلاج النفسي الذي بدأه في سن 26، مما سمح بتطور الحالة المرضية دون رعاية طبية مناسبة.
- المشاكل المالية والاقتصادية وصعوبة الاستمرار في العمل بشكل منتظم.
- مرض والدته المستمر، حيث تعاني من آلام في الرأس وتقضي معظم وقتها نائمة.
- تجارب الهلوسة والوساوس المتكررة التي أثرت سلبًا على إدراكه للواقع.
- نوبات فقدان الوعي والتجول الليلي دون إدراك.
- المقاومة القوية للعلاج سواء الدوائي أو النفسي أثناء دخوله المستشفى.
- إنكار المرض واعتقاده أن إخوته يتآمرون عليه، مما يعيق تقبله للعلاج.

2-4 تفسير المقابلة العيادية للحالة (ع)

تعكس حالة (ع) نموذجًا معقدًا تتداخل فيه عدة عوامل الاجتماعية، فقد ظهر لدى المريض منذ المراهقة أنماط سلوكية غير تكيفية تمثلت في تعاطي الكحول والمخدرات في سن مبكرة، وهو ما قد يشير إلى خلل في آليات الضبط الذاتي والنمو الانفعالي، ويُحتمل أن يكون هذا السلوك في الأصل محاولة بدائية للهروب من ضغوط نفسية أو أسرية مبكرة.

تفاقت الاضطرابات النفسية لدى الحالة مع وفاة والده، التي شكّلت لحظة مفصلية في مساره النفسي، عبّر عنها بقوله: "من نهار توفى الوالد تقلّبت حياتي كامل". يمكن تأويل هذا التغيير كاستجابة حادة زعزعت استقراره الداخلي، خاصة في ظل دوره كأكبر الأبناء وتحمله عبء المسؤولية في بيئة يغلب عليها التوتر العائلي.

في المقابلة الإكلينيكية، بدأ المريض - رغم هدوئه الظاهري - في حالة من الجمود الذهني والانسحاب من الواقع. أنكر بشكل قاطع وجود أي تغيرات في سلوكه أو إدراكه، وهو ما يمكن تفسيره كمؤشر على الصلابة الفكرية وضعف المرونة المعرفية. رفضه القاطع لأي احتمال بديل عن قناعاته، لا سيما في ما يتعلق باتهام إخوته بالتآمر عليه لأجل الميراث، يندرج ضمن نمط من التفكير الضاللي ذي الطابع الاضطهادي، ويُعد من أبرز مظاهر الخلل في الوظائف التنفيذية العليا كإعادة التقييم المعرفي والقدرة على التفكير البديل.

من حيث الوظائف المعرفية، يشتكي المريض من صعوبة شديدة في التركيز والانتباه، ويُظهر تشتتًا واضحًا، كما يعاني من نوبات شرود وغياب مؤقت للوعي، إلى درجة أنه أحيانًا يجد نفسه ليلًا في

أماكن عامة دون أن يدرك كيف وصل إليها، أو حتى أنه كان "عاريا" كما صرح دون وعي منه. هذا يشير إلى خلل عميق في الكفّ السلوكي والضبط الانفعالي. كما يصف معاناة في فهم واستيعاب المعلومات، خصوصًا المركبة منها، مع بطء في معالجة المعطيات، ما يدل على تراجع كبير في الكفاءة التنفيذية والفكرية.

من ناحية التخطيط والتنظيم، فإن فكرة فتح مقهى رغم كونها تحمل نزعة نحو الاستقلال، تفتقر إلى مقومات المبادرة الواقعية والتصور العملي، مما يدل على خلل في التخطيط التنفيذي. فرغم رغبته في بناء مشروع، لم يظهر في حديثه ما يشير إلى خطوات ملموسة أو قدرة على متابعة الفكرة، وهو ما يعكس تدهورًا في المبادرة المرتبطة بالحافز الداخلي.

على المستوى العاطفي، تتسم استجابات المريض بالتوتر الداخلي، ويتجلى ذلك في مقاومته القوية للعلاج، ورفضه التام لتوصيف حالته كمرض نفسي. هذا الإنكار الشديد يعكس ضعف الاستبصار المرضي (anosognosia)، وهو عرض شائع في الاضطرابات الذهانية. ورغم ذلك، فإن اعترافه ببعض السلوكيات المحرجة أو الحساسة، مثل التجوال الليلي وفقدان السيطرة على السلوك، يدل على درجة من الصدق في السرد، مما يعكس مفارقة بين وجود إشارات داخلية للاضطراب من جهة، وإنكاره له من جهة أخرى.

تتفاقم حالة (ع) نتيجة غياب الدعم العائلي ووجود صراعات مستمرة، خاصة مع إخوته، الذين يراهم متأمرين عليه، ما زاد من شعوره بالاضطهاد والعزلة. كما أن مرض والدته المزمّن، واعتمادها عليه، يضيف عبئًا نفسيًا يفاقم من هشاشته. يُضاف إلى ذلك خلفيته الاقتصادية الهشة، وعدم قدرته على الحفاظ على وظيفة منتظمة، مما يسهم في إضعاف شعوره بالقيمة الذاتية والانتماء الاجتماعي.

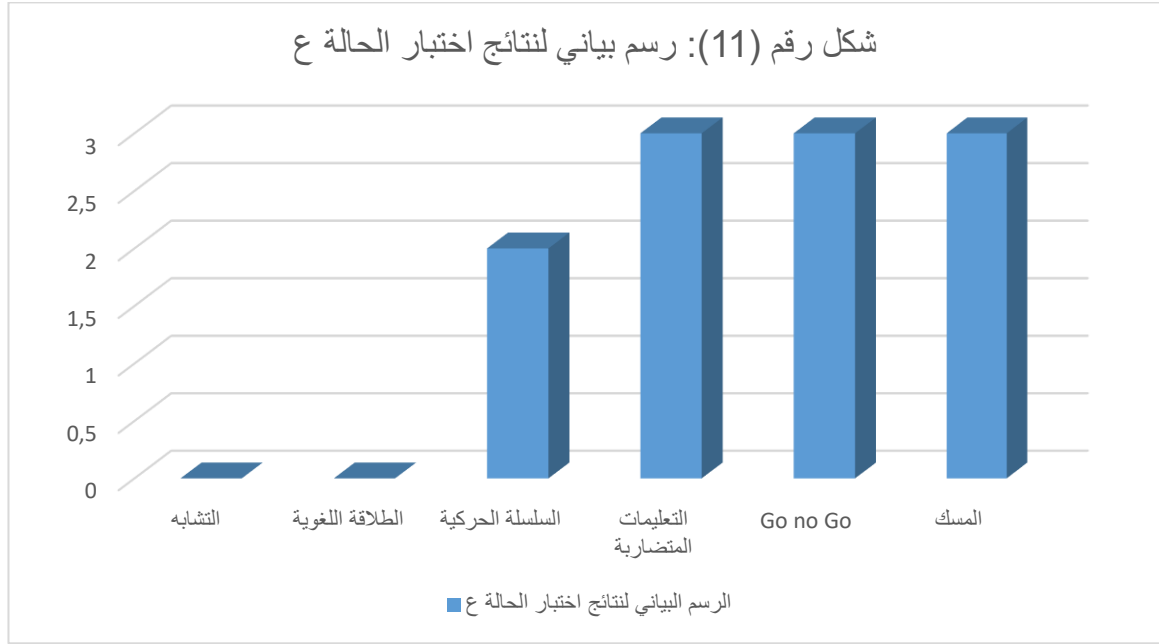
إجمالًا، تقدم هذه الحالة نموذجًا لتدهور متداخل في البناء المعرفي والسلوكي والانفعالي، خاصة مع غياب الدعم الأسري، وصدمة فقدان والده، وتجربته المبكرة مع التعاطي، وكلها عوامل ساهمت في نشوء حالة مزمنة من الانفصال عن الواقع، تتخللها أفكار ضلالية واضطرابات في الوعي والانتباه، مقرونة بإنكار للمرض، مما يجعل التكفل العلاجي معقدًا ويحتاج إلى تدخل متعدد الأبعاد.

جدول رقم (5) نتائج الحالة (ع) المتحصل عليها في بطارية BERF

الاختبار	الاسئلة	الإجابة	النقطة
التشابه	"فيم تتشابه؟" "موزة وبرتقالة..." "طاولة وكراسي" "اقحوانة، وردة وقرنفلة"	أجاب المفحوص إجابة واحدة انهم لهم قشور أجاب المفحوص إجابة واحدة انهم نستطيع الجلوس عليهم أجاب المفحوص إجابة واحدة انهم يتغدون من الماء	3/0
الطلاقة اللغوية	"أعطني أكبر عدد ممكن من الكلمات التي تبدأ بالحرف "س"، استخدم أي كلمة باستثناء أسماء العلم؟"	أجاب المفحوص بعد 10 ثوان مصطبة وبعد 20 ثانية أجاب سيوانة ثم أجاب بعد 20 ثانية سيالة	3/0
السلسلة الحركية	يجلس الفاحص، أمام المريض، ينفذ سلسلة لوريا ثلاث مرات بيده اليسرى "الآن نفذها بيدك اليمنى بمفردك."	نجح المفحوص في تنفيذ أكثر من خمسة سلاسل بمفرده	3/2
التعليمات الصراعية المتضاربة	"صفق مرتين عندما أصفق مرة واحدة." للتأكد من أن المريض قد فهم، يتم إجراء سلسلة من ثلاثة: 1-1-1. "صفق مرة واحدة عندما أصفق مرتين." للتأكد من أن المريض يفهم، يتم تنفيذ سلسلة من ثلاثة: 2-2-2. ثم يقوم الممتحن بأنواع 1-1-2-1-2-2-2-2-1-2-1-1-2.	قام المفحوص بتنفيذ جميع المراحل دون أخطاء 1.....ص 1.....ص 2.....ص 1.....ص 2.....ص 2.....ص 2.....ص 1.....ص 1.....ص 1.....ص 2.....ص	3/3
أذهب / لا تذهب	"أصفق مرة واحدة عندما أصفق مرة واحدة." للتأكد من أن المريض قد فهم، يتم إجراء سلسلة من ثلاثة: 1-1-1. "لا تصفق ابدا عندما أصفق مرتين." للتأكد من أن المريض يفهم، يتم تنفيذ سلسلة من ثلاثة: 2-2-2. ثم يقوم الممتحن بأنواع 1-1-2-1-2-2-2-2-1-2-1-1-2.	قام المفحوص بتنفيذ جميع المراحل دون أخطاء 1.....ص 1.....ص 2.....ص 1.....ص 2.....ص 2.....ص 2.....ص 1.....ص 1.....ص 1.....ص 2.....ص	3/3
المسك	"لا تمسك يدي" يجلس الفاحص مقابل المريض. يضع يدي المريض على ركبتيه مع توجيه راحة اليد للأعلى دون أن يقول شيئا ودون أن ينظر إلى المريض، يضع الفاحص يديه بالقرب من يدي المريض ويلامس راحتي يديه للتحقق مما إذا كان يأخذهما بشكل عفوي.	لم يمسك المفحوص بيد الفاحص	3/3

جدول رقم (6) نتائج اختبار BREF الحالة ع

المسك	Go no Go	التعليمات المتضاربة	السلسلة الحركية	الطلاقة اللغوية	التشابه	ابعاد الاختبار
3/3	3/3	3/3	3/2	3/0	3/0	درجة الخام الكلية



5-2 التحليل الكمي والكيفي للحالة (ع)

1-5-2 التحليل الكمي

من خلال النتائج المتحصل عليها في البطارية السريعة للتقييم الجبهي، نلاحظ أن الحالة (ع) حصلت على 0 نقطة في اختبار التشابه، و0 نقطة في اختبار الطلاقة اللغوية. في المقابل سجل نقطتين في اختبار السلسلة الحركية. أما في كل من اختبارات التعليمات الصراعية المتضاربة، واذهب/لا تذهب، والمسك، فقد تحصل على 3 نقاط في كل منها.

وبذلك يكون المجموع الكلي الذي ناله الحالة (ع) هو 11 نقطة من أصل 18 نقطة

2-5-2 التحليل الكيفي

- اختبار التشابهات(0/3)

التحليل: الفشل الكامل في هذا الاختبار يعكس عجزاً في توليد التفكير المجرد والقدرة على الربط بين مفاهيم مشتركة، وهو ما يشير إلى خلل في المرونة المعرفية، حيث يظل التفكير جامداً، غير قادر

على الانتقال من مستوى ملموس إلى مستوى مفاهيمي. هذا النوع من الجمود هو سمة متكررة لدى اختلالات المرتبطة بالفص الجبهي، وخاصة في حالات الذهان.

- اختبار الطلاقة اللفظية (0/3)

التحليل: النتيجة المتدنية جداً في هذا الاختبار تدل على ضعف المبادرة اللفظية، وصعوبة في استرجاع المعلومات وتنظيمها لغوياً في وقت محدود، وهي عملية تعتمد على تنسيق بين الذاكرة العاملة ومراكز اللغة التنفيذية في الفص الجبهي الأيسر. يُعتبر هذا مؤشراً على تدهور في التنظيم المعرفي الداخلي.

- اختبار السلسلة الحركية (2/3)

التحليل: الأداء المتوسط يعكس وجود بعض الكفاءة في التخطيط الحركي، لكن مع وجود خلل جزئي في برمجة سلسلة من الأفعال، وهي وظيفة تتطلب تنسيقاً بين المناطق الحركية للفص الجبهي والمخيخ. الصعوبات هنا قد تشير إلى عجز طفيف في ترجمة الخطط العقلية إلى سلوك حركي منظم.

- اختبار التعليمات المتضاربة (3/3)

التحليل: الأداء الجيد هنا يدل على قدرة فعالة على كبح الاستجابة التلقائية والانتقال إلى استجابة متعارضة عند الطلب، وهو ما يعكس مرونة في التبدل المعرفي وسلامة جزئية لوظيفة الكف، خاصة في المواقف التي تتطلب تدخلاً واعياً ضد العادة.

- اختبار اذهب/ لا تذهب (3/3)

التحليل: الحصول على العلامة الكاملة يشير إلى قدرة جيدة على منع الاستجابة التلقائية عند اللزوم، مما يُظهر سلامة نسبية في وظيفة التثبيط السلوكي، وهي إحدى ركائز الوظائف التنفيذية الأساسية، وتعتمد على سلامة المسارات بين الفص الجبهي واللوزة الدماغية.

- اختبار المسك (3/3)

التحليل: غياب الاستجابات التلقائية (مثل مسك الأشياء دون إدراك) يشير إلى فعالية آلية الكف اللاإرادي، وهو ما يعكس سلامة في التحكم الحركي التلقائي وغياب اختلالات سلوكية جبهية بدائية.

تكشف نتائج الحالة (ع) عن تباين في أداء الوظائف التنفيذية. بينما تظهر صعوبات واضحة في الجوانب المعرفية العليا مثل القدرة على إدراك العلاقات المجردة (التشابهات) والطلاقة اللفظية، فإنها

تُظهر أداءً أفضل في التحكم في التثبيط والاستجابات المتضاربة (اختباري التعليمات المتضاربة واذهب/لا تذهب) وكذلك في المسك. هذا التباين قد يشير إلى أن بعض الجوانب من الفص الجبهي متأثرة بشكل أكبر من غيرها، أو أن هناك آليات تعويضية تعمل بشكل جيد في بعض المجالات. ومع ذلك، فإن الصعوبات الكبيرة في الطلاقة اللغوية والتشابهاً لا تزال تدل على خلل في بعض الوظائف المعرفية الأساسية المرتبطة بالفص الجبهي، والتي قد تتأثر بحالته النفسية وتاريخه (مثل تعاطي المخدرات وتأثير وفاة الأب).

2-6 تحليل الحالة (ع) في ضوء ملخص المقابلة ونتائج بطارية BREF :

من خلال المعطيات المتوفرة حول الحالة، يمكن ملاحظة خلل واضح في المنظومة المعرفية والسلوكية للمبحوث، يتجلى ذلك بشكل واضح في طريقة إدراكه لذاته ولمحيطه، وفي أسلوبه في التعبير عن انفعالاته ومواقفه. إذ يُظهر تمركزاً مفرطاً حول الذات وصعوبة في تقبل الآخر، وهي مؤشرات على وجود خلل في البنية المعرفية التي تنظم العلاقات الاجتماعية والانفعالية.

طغت على المقابلة نبرة من الإنكار والمقاومة، حيث أبدى المفحوص رفضاً قاطعاً لفكرة المرض أو الحاجة إلى المساعدة، رغم ما صرّح به من معاناة داخلية كالشعور بالتوتر، وعدم التركيز، والانزعاج من تصرفات من حوله. هذا التعارض بين التصريح والمُعاش الفعلي يعكس ضعفاً في الاستبصار وتناقضاً في البناء المعرفي، مما يُظهر صعوبة في الربط بين السبب والنتيجة، وفي تفسير السلوك ضمن سياقاته الواقعية.

كما بدا واضحاً خلال المقابلة أن المريض يعاني من تشتت في الانتباه وصعوبة في متابعة الحوار، حيث كان ينتقل من فكرة إلى أخرى دون رابط منطقي، مع تكرار المضامين والمبررات نفسها بشكل قهري، مما يدل على وجود دوامة فكرية مغلقة. إضافة إلى ذلك، فإن وجود فترات صمت طويلة بين الإجابات، ومحاولات متكررة للانسحاب من التفاعل، يعكس ضعفاً في المبادرة الذاتية وميلاً إلى الانطواء العاطفي.

أما على المستوى الانفعالي، فقد تميز الخطاب العاطفي للفرد بالتصلب والانغلاق، حيث لم يُظهر القدرة على التعبير عن مشاعره أو تحديد طبيعتها، بل اكتفى بتبرير أفعاله بردود أفعال خارجية، مما يشير إلى صعوبة في التمييز بين المشاعر الذاتية والمواقف الموضوعية. كما تجلّى ذلك في حديثه عن علاقته بأفراد أسرته، حيث وصفهم بعدوانية مفرطة واتهمهم بثم غير مؤسسة، دون أن يُظهر أي استعداد لإعادة النظر في تلك التصورات، مما يدل على بنية تفكيرية مضادة للنقد ومفتقرة للمرونة.

فيما يتعلق بمشروعه المستقبلي، فإن إشارته إلى رغبته في فتح مهى دون أي خطة أو تصور عملي يكشف عن غياب الواقعية وافتقار القدرة على التخطيط الفعلي والتنظيم التنفيذي، رغم أنه بدأ مقتنعاً تماماً بأن المشروع سيجز قريباً. هذا التناقض يعكس انفصلاً بين التفكير النظري والفعل الميداني، وبين الرغبة والقدرة على التنفيذ.

من زاوية التفاعل الاجتماعي، يُلاحظ أن المفحوص يعاني من صعوبات في بناء علاقات متوازنة مع محيطه، إذ يضع نفسه باستمرار في موقع الضحية أو المتفوق على الآخر، مما يولّد لديه حالة من التوتر الدائم وسوء الفهم في المواقف الاجتماعية. كما أن شحناته الانفعالية السلبية تجاه الأسرة توحى بتراكمات غير معالجة، ربما ترتبط بصراعات قديمة أو بتجارب فقدان سابقة لم يتم التعامل معها بشكل صحي.

كما أن ما صرّح به من سلوكيات غير متوقعة كتجوّله الليلي دون إدراك للزمان أو المكان، يشير إلى حالات من الانفصال أو التشتت الذهني، حتى وإن لم ينكر هذا الفعل، مما يتطلب تعمقاً في فهم علاقة المفحوص بالواقع وبتسلسل الأحداث في حياته اليومية. هذا السلوك قد يكون بمثابة آلية هروب أو قطع مؤقت مع الواقع عندما يصبح ضغطه غير محتمل.

من خلال ما سبق، يظهر أن الحالة تعاني من خلل في التوازن المعرفي والانفعالي، وتحتاج إلى تدخل علاجي متعدد الأبعاد يدمج بين العمل على بناء الاستبصار وتدريب الوظائف التنفيذية المرتبطة بالتخطيط والانتباه، إلى جانب توفير دعم نفسي يساعد المفحوص على إعادة بناء علاقته بذاته وبالآخر، وتعزيز قدرته على اتخاذ قرارات واقعية تتماشى مع إمكانياته الفعلية.

3) عرض وتحليل الحالة الثالثة (ج)

1-3 تقديم الحالة (ج)

تاريخ المقابلة: تمت المقابلة الاولى يوم 2025/04/7. دامت المقابلة 60 دقيقة

المقابلة الثانية: 2025/04/14 دامت المقابلة 52 دقيقة

المقابلة الثالثة: يوم 2025/04/21 دامت المقابلة 42 دقيقة

الاسم: (ج) العمر : 26 سنة الجنس : ذكر

المستوى التعليمي: اولى متوسط المهنة : عامل الحالة المدنية : أعزب

عدد الاولاد: / عدد الاخوة: 5 بنات و2 ذكور

الترتيب بين الإخوة: 2

تاريخ دخول المؤسسة الاستشفائية اول مرة : سنة 2021

تاريخ دخول الحالي : 2025/03/10

عدد مرات دخول المستشفى: 4مرات

السبب: عدم الالتزام بالعلاج الدوائي

السوابق المرضية الطبية للحالة :لا توجد

السوابق النفسية والعقلية للحالة :لا توجد.

السوابق المرضية الطبية للعائلة :

الأب: داء السكري النوع الثاني + ضغط الدم

الأم: داء السكري النوع الثاني

السوابق النفسية والعقلية للعائلة : العم يعاني من مرضى نفسي

استعمال الأدوية النفسية :استهلاك التبغ

محاولات انتحار : لا يوجد

العلاقات الاجتماعية: ميل متزايد نحو العزلة والوحدة

العلاقات المهنية: الحالة لا يعمل حاليا،وهو في إجازة مرضية لعدم القدرة على التكيف مع متطلبات

العمل والتغييرات

العلاج الدوائي: largactil,tranxène, parkinane, Gouttes d'haldol, solian

العلاج النفسي :

العلاج الفردي: جلسات معرفية سلوكية مع تقنيات الموجة الثالثة لتحسين التفكير والسلوك.

العلاج الجماعي: ورش عمل للمرضى لتطوير المهارات الاجتماعية والاندماج مع الآخرين.

التثقيف النفسي: شرح طبيعة المرض للمريض وأهمية:

الالتزام بالدواء بانتظام

حضور مواعيد الطبيب

مواصلة المتابعة النفسية بعد الخروج من المستشفى

العلاج الأسري: إشراك العائلة في عملية العلاج لتوفير بيئة داعمة للمريض

3-2 ملخص المقابلة

الحالة (ج) شاب يبلغ من العمر 26 سنة، توقف تعليمه في السنة الأولى متوسط. ترتيبه الثاني في عائلته. أثناء المقابلة لم يكن يبدي أي تفاعل أو اهتمام، وجهه خالٍ من التعابير. كان يجيب أيضاً دون اهتمام أو تفاعل أو حتى تواصل بصري. تخلت المقابلة فترات صمت كثيرة، وعند الكلام كان صوته منخفضاً، يرتجف خاصة في الأرجل، وبطيئاً وفي مستوى واحد دون تغير في النبرة. هادئ جداً، غير مهتم بالجلسة، يتكلم بصوت منخفض، ولا يهتم بهندامه ونظافته الشخصية، فقط طاقم العمل بالمستشفى يهتم به. يعتقد أن الملائكة تحرسه.

خلال المقابلة، صرح المفحوص بأنه "نورمال، مانيش مريض" وفسر وجوده في المستشفى بأنه "قرار من ربي سبحانه". أكد أن "حياتي عادية" مع اعترافه بأنه "ما نحيش نخدم". أوضح أن "ربي سبحانه هو اللي وضعني هنا في السببطار لحكمة" وأنه "نفكر في العبادة وكيفاش نخرج من هنا". يعتقد المفحوص بقدرته على الاعتماد على نفسه حيث صرح: "نقدر نحل مشاكلنا وحدي". شكوا من الاستشفاء قائلاً: "الحبسة هنا في السببطار هي اللي تأثر علي" وأكد: "ما تغير والو فيا. أنا كيما كنت، غير حبسوني هنا."

فيما يتعلق بنومه وتاريخه الطبي، أفاد: "أنا نرقد مليح، ما عندي حتى مشكل في النوم" و"ما رحتش لأي طبيب نفسي، ما كان حتى مشكل."

لديه خطط مستقبلية تمثلت في قوله: "كي نخرج نعبد ربي سبحانه وخلص. نخدم نبني ماصو وكان كتب ربي سبحانه نخدم في شركة."

بخصوص الوظائف التنفيذية، أكد: "أنا ننتبه لمليح للأشياء" و"تركيزي مليح. نقدر نركز على اللي نحب" مضيفاً: "نفهم كلشي. ربي سبحانه أعطاني عقل باش نفهم". أوضح رؤيته للواقع بقوله: "تشوف الأمور واضحة. ربي سبحانه هو اللي يحكم في كلشي" معتبراً أنه "هنا في السببطار بلا سبب" وأن "المشكلة الوحيدة هي أنني محبوس هنا". أضاف: "نقدر نتعامل مع أي حاجة تصرالي. ربي سبحانه يعاونني" وختم بتأكيد سلامة ذاكرته: "ذاكرتي مليحة. نتذكر كلشي. درت تكوين في الدهان و نفهم كلشي."

3-3 النقاط الحساسة

- توقف التعليم مبكراً: توقف في السنة الأولى متوسط، مما قد يؤثر على التطور المعرفي والاجتماعي.

- وضعه العائلي: كونه الثاني في ترتيب العائلة قد يكون له تأثير على الديناميكيات العائلية.

- الاستشفاء الإجباري: يظهر استيائه من الاستشفاء "الحبسة هنا في السببطار هي اللي تأثر علي".
- الانعزال الاجتماعي: عدم وجود ذكر لعلاقات اجتماعية أو دعم خارج المستشفى.
- انعدام المشروع المهني: رغم ذكره أنه تلقى تكوين في الدهان، لكن ليس لديه رؤية واضحة للعمل.
- تداخل المعتقدات الدينية مع تفسيراته: يستخدم المعتقدات الدينية لتفسير وضعه بدلاً من الإقرار بوجود مرض.
- اللامبالاة العاطفية والوجه الخالية من التعبير: تشير إلى أعراض سلبية محتملة.
- ضعف التواصل البصري والكلام البطيء والمنخفض: تدل على صعوبات في التفاعل الاجتماعي.
- الهذيان الديني أو الأوهام المرجعية/العظمة: اعتقاده بأن الملائكة تحرسه وأن وجوده في المستشفى "قرار من ربي سبحانه" لحكمة.
- عدم الاستبصار بالمرض: إنكاره لوجود أي مرض وادعاءه أنه "نورمال، مانيش مريض".
- الأعراض السلبية في الوظائف التنفيذية: على الرغم من ادعاءاته بأنه ينتبه وتركيزه وذاكرته جيدة، إلا أن سلوكياته (مثل اللامبالاة، صعوبة الفهم، البطء) تتناقض مع ذلك، مما يشير إلى ضعف في هذه الوظائف.
- مشاكل النظافة الشخصية: عدم اهتمامه بهندامه ونظافته الشخصية يدل على إهمال الذات.
- الرجفة في الأرجل: قد تكون علامة على القلق أو تأثيرات جانبية للأدوية.

3-4 تفسير المقابلة العيادية للحالة (ج)

يُظهر المفحوص (ج) خلال المقابلة الإكلينيكية علامات واضحة للانغلاق النفسي والجمود الفكري، تمثلت في غياب التفاعل، وخلو الوجه من التعبير، والكلام الرتيب والمنخفض، وفترات الصمت الطويلة، وعدم وجود تواصل بصري. كما أن عدم الاهتمام بالنظافة الشخصية يعكس تدهوراً في التنظيم الذاتي، وغياب الحافز الداخلي، وهي مؤشرات نمطية على اضطراب الجبهة الوسطى. كما برزت حالة من اللامبالاة الوجدانية والانعدام شبه الكامل للتفاعل الاجتماعي، مع بطء واضح في الكلام وارتجاف

جسدي، خاصة على مستوى الأرجل، وهي أعراض تتوافق مع ما تصفه الأدبيات بالأعراض السلبية للفصام، مثل البلادة الوجدانية والفقر العاطفي.

حين طُرحت عليه أسئلة حول وضعه الراهن، أنكر وجود أي مشكلة وأكد أنه "نورمال"، معتبراً أن وجوده في المستشفى هو "قرار من ربي سبحانه"، مما يكشف عن مستوى متدنٍ من الاستبصار. هذا الرفض للإقرار بالحالة المرضية، مع وجود تفسير غيبي للواقع، يُظهر صلابة معرفية تمنعه من مراجعة قناعاته أو تقبل بدائل تفسيرية. هذا النمط من التفكير ينطوي على أفكار ضلالية ذات طابع ديني أو عظمي، كاعتقاده بأن الملائكة تحرسه، أو أن وجوده في المستشفى جزء من قدر إلهي لحكمة معينة. هذا الأسلوب في تفسير الواقع يمثل خلافاً في إعادة بناء التفسير المعرفي ويكشف عن اضطراب في المحتوى الفكري، يتداخل فيه الفقد الجزئي للاستبصار مع التفكير المرجعي الضلالي.

على الرغم من تصريحاته بقدرته على التركيز والانتباه، فإن السياق السلوكي لا يدعم ذلك، إذ إن افتقاده للتفاعل، وبطء استجاباته، وركاكة نبذة حديثه تدل على خلل في الانتباه الانتقائي والضبط التنفيذي. قوله "نقدر نركز على اللي نحب" يعكس نوعاً من تفكير الرغبة، لكن لا ينسجم مع الواقع التجريبي الظاهر خلال المقابلة، وهو ما يشير إلى صعوبة في تقييم الأداء المعرفي الذاتي. هذا التناقض بين ما يصرح به المريض وما يظهر سلوكياً يُعد مؤشراً إضافياً على اضطراب في الوعي بالذات وضعف في إدراك القدرات الواقعية.

من جهة أخرى، عبّر المبحوث عن رغبة مبهمة في المستقبل، تتمثل في "نعبد ربي ونخدم ونبني ماصو"، إلا أن هذه الرؤية لم تكن مدعومة بأي تخطيط أو مبادرة واقعية. تصريحاته كانت عامة، وغائمة، وغير مرتبطة باستراتيجيات تنفيذية واضحة، مما يعكس ضعفاً في القدرة على التخطيط واتخاذ القرار. هذا الانعدام للمبادرة، رغم وجود تكوين مهني سابق، يدل على اضطراب في استحضار الدوافع وتحويلها إلى خطط واقعية. إضافة إلى ذلك، فإن الإهمال التام للنظافة الشخصية والاعتماد الكلي على الطاقم العلاجي يمثل تدهوراً في الاستقلالية الوظيفية، وهو من بين أبرز مظاهر الانسحاب الاجتماعي والخلل في الكفاءة الذاتية المصاحب للفصام.

موقفه من الاستشفاء كان دفاعياً، حيث اعتبره "حبسة"، مما يدل على إدراك مشوّه للواقع العلاجي، وانعدام القدرة على الربط بين وضعه الداخلي وسياقه العلاجي. اعتقاده بأنه لا يعاني من أي مشكلة وأنه قادر على "حل مشاكله وحده"، رغم كل مؤشرات العجز الظاهرة، يعكس ضعفاً في الكف والتقييم الواقعي، وهما من المهارات التنفيذية المتضررة في هذا النوع من الاضطرابات. أما الاهتزاز في الأرجل وبطء الكلام، فقد يكون دالاً إما على القلق الكامن أو على التأثيرات الجانبية للدواء، إلا أنه، في

الحالتين، يعكس خلاً في الضبط الحركي والسلوكي، مما يُضعف القدرة على التحكم التلقائي في الاستجابات.

إجمالاً، فإن حالة (ج) تكشف عن تدهور معرفي وانفعالي وسلوكي متعدد الأبعاد، يتقاطع فيه الجمود المعرفي مع الأعراض السلبية والضلالات الدينية، وخلل واضح في القدرات التنفيذية من حيث التخطيط والكف والاستبصار. هذا النمط يعكس تدهوراً في البنية الجبهية للمخ، بما يتوافق مع ما توردته الأدبيات الحديثة حول الفصام، خاصة في نمطه السلبي طويل الأمد، وهو تدهور يعززه غياب الدعم الأسري، والانعزال، والانقطاع المبكر عن التعليم والتأهيل الاجتماعي.

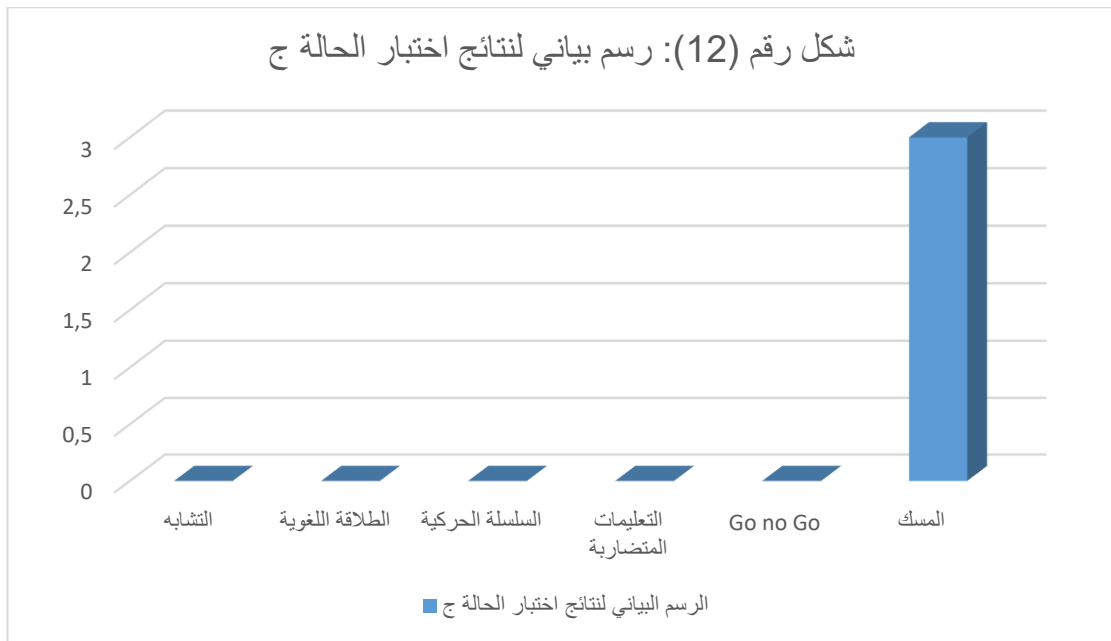
جدول رقم (7) نتائج الحالة (ج) المتحصل عليها في بطارية BERF

الاختبار	الاسئلة	الإجابة	النقطة
التشابه	"فيم تتشابه؟" "موزة وبرتقالة..." "طاولة وكروسي" "اقحوانة، وردة وقرنفلة"	أجاب المفحوص إجابة واحدة ان الفاكهة فيهم فيتامين	3/0
الطلاقة اللغوية	"اعطني أكبر عدد ممكن من الكلمات التي تبدأ بالحرف "س"، استخدم أي كلمة باستثناء أسماء العلم؟"	أجاب المفحوص بعد 5 ثوان ستمئة ألف وبعد 40 ثانية أجاب تلفزة	3/0
السلسلة الحركية	يجلس الفاحص، أمام المريض، ينفذ سلسلة لوريا ثلاث مرات بيده اليسرى "الآن نفذها بيدك اليمنى بمفردك."	أخطاء المفحوص في جميع المراحل ولم يستوعب الفكرة تماماً	3/0
التعليمات الصراعية المتضاربة	"صفق مرتين عندما أصفق مرة واحدة". للتأكد من أن المريض قد فهم، يتم إجراء سلسلة من ثلاثة: 1-1-1. "صفق مرة واحدة عندما أصفق مرتين". للتأكد من أن المريض يفهم، يتم تنفيذ سلسلة من ثلاثة: 2-2-2. ثم يقوم الممتحن بأنواع 1-2-1-2-2-1-2-1-1-2.	أخطأ المفحوص في جميع المراحل 1.....ص 1.....خ 2.....خ 1.....خ 2.....خ 2.....خ 2.....خ 1.....خ 1.....خ 2.....خ	3/0
أذهب / لا تذهب	"أصفق مرة واحدة عندما أصفق مرة واحدة". للتأكد من أن المريض قد فهم، يتم إجراء سلسلة من ثلاثة: 1-1-1. "لا تصفق ابدا عندما أصفق مرتين". للتأكد من أن المريض يفهم، يتم تنفيذ سلسلة من ثلاثة: 2-2-2. ثم يقوم الممتحن بأنواع 1-2-1-2-2-1-2-1-1-2.	أخطاء المفحوص في جميع المراحل لم يستوعب الفكرة من اساسها 1.....خ 1.....خ 2.....خ 1.....خ 2.....خ 2.....خ 2.....خ 1.....خ 1.....خ 2.....خ	3/0
المسك	"لا تمسك يدي" يجلس الفاحص مقابل المريض. يضع يدي المريض على ركبتيه مع توجيه راحة اليد للاعلي دون أن يقول شيئا ودون أن ينظر إلى المريض، يضع الفاحص يديه بالقرب من يدي المريض ويلامس راحتي يديه للتحقق مما إذا كان يأخذهما بشكل عفوي.	لم يمسك المفحوص بيد الفاحص	3/3

جدول رقم (8) نتائج اختبار BREF الحالة ج

المسك	Go no Go	التعليمات المتضاربة	السلسلة الحركية	الطلاقة اللغوية	التشابه	ابعاد الاختبار
3/3	3/0	3/0	3/0	3/0	3/0	درجة الخام الكلية

شكل رقم (12): رسم بياني لنتائج اختبار الحالة ج



3-5 التحليل الكمي والكيفي للحالة (ج)

3-5-1 التحليل الكمي

من خلال النتائج المتحصل عليها في الجدول رقم (8)، نلاحظ أن الحالة (ج) حصل على 0 نقطة في اختبار التشابه، و0 نقطة في اختبار الطلاقة اللغوية (حيث ذكر فقط كلمة "ستمئة" و"تلفرة" ثم قالت "ماعرفنش"). وفي اختبار تسلسل الحركات، لم يقم بأي سلسلة من حركات لوريا مما يعني 0 نقطة. أما في اختبار التعليمات المتضاربة و"اذهب ولا تذهب"، فقد أخطأ في جميع المراحل مما يعني 0 نقطة في كل منهما، وكان لا يتوقف عن التصفيق، ولم يستوعب الفكرة من أساسها. بينما تحصل على 3 نقاط كاملة في اختبار المسك.

وبذلك يكون المجموع الكلي الذي ناله هو 3 نقاط من أصل 18 نقطة.

3-5-2 التحليل الكيفي

- إختبار التشابهات

النتيجة: 3/0

التحليل: حصول الحالة على صفر في إختبار التشابه يشير إلى قدرة محدودة جدًا على إدراك العلاقات المجردة والمرونة المعرفية. على الرغم من إدراكه لخاصية مشتركة سطحية (فيتامين في الموز والبرتقال)، إلا أنه لم يتمكن من الوصول إلى الفهم المفاهيمي الأعمق للتشابه، مما يعكس جمودًا في التفكير وصعوبة في الانتقال من الملموس إلى المجرد.

- إختبار الطلاقة اللفظية

النتيجة: 3/0

التحليل: عدم حصول الحالة على أي نقطة في الطلاقة اللغوية يدل على خلل في القدرة على استدعاء الكلمات وتوليد المفردات اللغوية بسلاسة. ذكر ثلاث كلمات فقط ثم توقفه يعكس صعوبة بالغة في التنظيم اللغوي والوصول إلى المخزون المعجمي، مما يؤثر على قدرته على التعبير اللفظي التلقائي.

- إختبار تسلسل الحركات

النتيجة: 3/0

التحليل: عدم القدرة على تنفيذ أي سلسلة من حركات لوريا يعكس خللا في التخطيط الحركي، وتنظيم وتسلسل الأفعال الحركية، والمرونة الحركية. هذا يدل على صعوبة في برمجة الحركات المعقدة وتنفيذها بشكل متسلسل ودقيق، وهي وظيفة أساسية للفص الجبهي.

- إختبار التعليمات المتضاربة

النتيجة: 3/0

التحليل: عدم الحصول على أي نقطة في هذا الإختبار يشير إلى عجز كامل في التحكم في التثبيط والمرونة المعرفية. يعكس ذلك عدم القدرة على التكيف مع التعليمات التي تتطلب تغيير الاستجابات التلقائية أو التحول بين القواعد المختلفة، مما يدل على خلل كبير في القدرة على كبح الاستجابات المسيطرة.

- إختبار "أذهب/لا تذهب"

النتيجة: 3/0

التحليل: هذه النتيجة تؤكد صعوبة كبح الاستجابات التلقائية والتحكم السلوكي. أظهرت الحالة عدم القدرة على التوقف عند الإشارة المحددة وعدم استيعاب الفكرة من أساسها، مما يشير إلى خلل شديد في وظيفة الكف (Inhibition) وهي إحدى الوظائف التنفيذية الأساسية.

اختبار المسك

النتيجة: 3/3

التحليل: الأداء الأفضل في هذا الاختبار (3 نقاط من أصل 3) يشير إلى سلامة نسبية في القدرة على تنفيذ المهام البسيطة المرتبطة بالإمساك أو القبض، وعدم وجود علامات سريرية لسلوكيات المسك التلقائية. هذا يدل على أن هذا الجانب من التحكم الحركي والتنشيط لم يتأثر بنفس القدر من الشدة مثل الوظائف المعرفية العليا الأخرى.

تكشف نتائج الحالة (ج) عن تدهور عميق وواسع النطاق في غالبية الوظائف التنفيذية التي يقيمها اختبار BREF، خاصة في مجالات المرونة المعرفية، التفكير المجرد، الطلاقة اللفظية، التخطيط الحركي، والقدرة على الكف. يشير الأداء الضعيف جداً في معظم الاختبارات إلى خلل كبير في الفص الجبهي، مع الحفاظ النسبي على وظيفة المسك. هذا التدهور يتوافق مع الاختلالات المعرفية الشديدة التي يمكن ملاحظتها في حالات الفصام المتقدمة أو المزمنة.

3-6 تحليل الحالة (ج) في ضوء ملخص المقابلة ونتائج بطارية BREF

بالاعتماد على المعطيات السريرية ونتائج الاختبارات، بدأ المفحوص في حالة من اللامبالاة الوجدانية والركود التفاعلي، حيث اتسم حضوره بانعدام التعبير، خاصة من خلال ملامح وجهه، وغياب شبه كلي للتواصل البصري، مع صوت خافت وارتجاف حركي واضح، مما يعكس حالة تنشيط انفعالي عميق وانقطاعاً عن المحيط الخارجي. لم تُسجَل أية مبادرة ذاتية في التواصل، بل جاء التفاعل محدوداً ومتردداً، مع فترات صمت طويلة، وتكرار لجمل نمطية، مما يشير إلى صعوبة في التنظيم الذاتي للخطاب والانخراط التلقائي في الحوار.

على المستوى الإدراكي، يُلاحظ تمسك قاطع بصورة مثالية عن الذات، حيث ينكر المريض وجود أية مشكلة، ويرفض تصنيف نفسه كمريض، رغم سياقه العلاجي الواضح. من جهة أخرى، فإن تعلقه

بالدين يُظهر بوضوح نزعة إلى توظيف الرموز الدينية كآليات دفاعية، تهدف إلى حفظ التوازن النفسي في مواجهة المعاناة الداخلية والواقع الضاغط. وهذا لا يعني أن الإنسان السوي لا يؤمن بالقضاء خيره وشره في هذه الحياة (حيث قال الله تعالى: "إِنَّا كُلَّ شَيْءٍ خَلَقْنَاهُ بِقَدَرٍ" [القمر: 49]. وقوله تعالى: "سُنَّةَ اللَّهِ فِي الَّذِينَ خَلَوْا مِن قَبْلُ وَكَانَ أَمْرُ اللَّهِ قَدَرًا مَّقْدُورًا" [الأحزاب: 38])، لكن رفض الحالة لأي تفسير علمي أو طبي لوضعه، وإظهار مقاومة لأي خطاب لا يتوافق مع ما يعتقد، يعكس انسحاباً من المجال المشترك للواقع، وهو "بنية تفسيرية" تحل محل التفكير الواقعي، وتقوم بدور تعويضي لسد فراغات معرفية ونفسية يعجز عن التعامل معها بالعقلانية المنطقية أو بالتحليل الموضوعي. إن هذا التعلق الشديد بالدين، رغم كونه في ظاهره مؤشراً على الإيمان، إلا أنه في سياق الحالة (ج) يُفهم بوصفه بنية تعويضية مغلقة، تملأ فراغاً إدراكياً وعاطفياً، وتوفر للحالة إحساساً باليقين والهوية والسيطرة، في عالم يشعر فيه بالضياع والتشوش. هذا التناقض بين الإنكار القاطع والمعطيات الواقعية يُبرز خلافاً في الاستبصار، ويكشف خلافاً في التمثلات الذاتية وفي إدراك الواقع بشكل مترابط. كما أن التفسيرات التي يقدمها لتبرير وجوده في المؤسسة تحمل طابعاً ضلالياً مغلفاً بإحالات دينية، مما يكرس انفصلاً معرفياً بين التجربة الشخصية وبين إدراك السياق الموضوعي.

عند الحديث عن المحيط الاجتماعي، لا يُظهر المريض أي نوع من التفاعل العاطفي أو الشعور بالانتماء، بل يُقدم تصوراً مشوشاً ومنفصلاً عن الآخرين، دون أية إشارات تُظهر عواطفه أو تقييمات منطقية. يبدو أن علاقته بالبيئة الاجتماعية تحكمها منظومة مغلقة من التصورات الثابتة، غير القابلة للنقد أو المراجعة، وهو ما يعيق بناء علاقات سوية أو القدرة على التفاوض النفسي مع الواقع.

من الناحية التنفيذية، تكشف نتائجه عن عجز شبه تام في الوظائف الجبهية العليا، مثل المرونة المعرفية، والطلاقة اللغوية، والتخطيط الحركي، وكف الاستجابة. فشل المفحوص في تنفيذ مهام بسيطة تتطلب التحكم الذاتي أو الانتباه الثنائي، مما يشير إلى تدهور واضح في آليات الضبط الداخلي، وتراجع القدرة على التوجيه الإرادي للسلوك. كما أن الأداء في اختبارات الكف والتثبيط أظهر عجزاً بيناً عن فصل الاستجابة التلقائية عن متطلبات الوضع الاختباري، مما يعكس خلافاً في قدرة الدماغ الجبهي على التمييز والتكيف.

بصورة عامة، تعكس الحالة نمطاً فُصامياً سلبياً بامتياز، تتداخل فيه اللامبالاة الوجدانية مع التصلب المعرفي والانسحاب الاجتماعي، ضمن دينامية دفاعية مغلقة، تعوض غياب المعالجة المنطقية والفهم الواقعي للسياق الذاتي والبيئي. مما يستدعي مقارنة علاجية متعددة الأبعاد، تدمج بين التدخل المعرفي

لإعادة بناء الاستبصار، وتدريب الوظائف التنفيذية، إلى جانب دعم نفسي واجتماعي يسهم في إعادة دمج المفحوص في واقع مشترك يسمح له بإعادة التفاوض مع معانيه وهوي

ثانيا: تحليل و مناقشة النتائج

1. الحالة الأولى (ل)
2. الحالة الثانية (ع)
3. الحالة الثالثة (ج)
4. التحليل العام للحالات
5. الاستنتاج

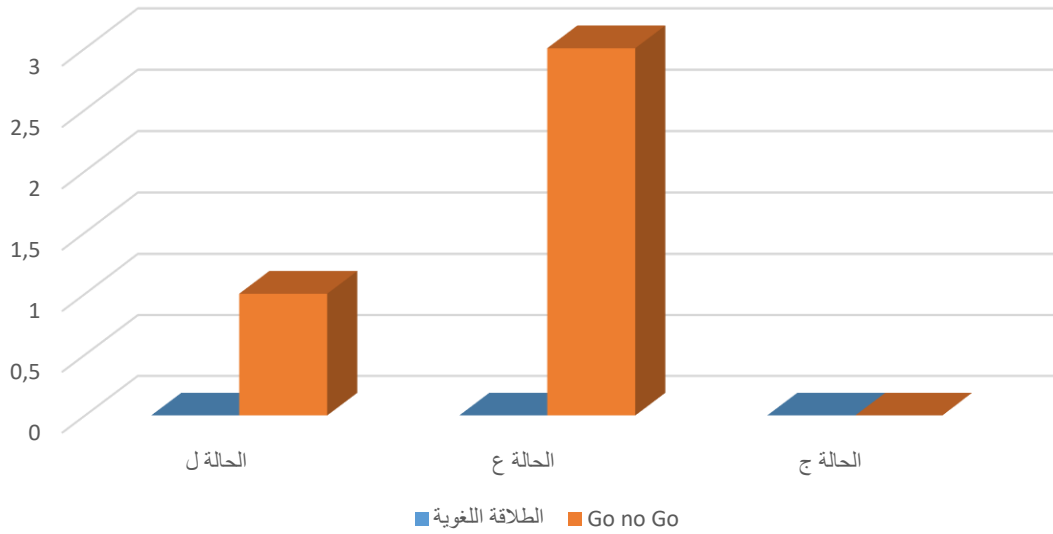
ثانيا: تحليل ومناقشة النتائج

(1) التحليل العام للحالات

- جدول رقم (9) نتائج الحالات في اختباري الطلاقة اللغوية و Go no Go في اختبار BREF

Go no Go	الطلاقة اللغوية	ابعاد الاختبار
3/1	3/0	الحالة ل
3/3	3/0	الحالة ع
3/0	3/0	الحالة ج

شكل رقم (13): رسم بياني يمثل نتائج الحالات الثلاث في اختباري الطلاقة اللغوية واختبار Go no Go في اختبار BREF



ومنه نجد أن:

- الحالة (ج) كانت الأكثر تدهورا في جميع مؤشرات الأداء التنفيذي، حيث حصلت على 18/3 فقط.
- الحالة (ل) أظهرت خلافا مركبا في معظم الأبعاد (18/6).
- الحالة (ع) أظهرت تباينا، مع تحسن نسبي في الكف والبرمجة الحركية، لكنها عانت من ضعف شديد في الطلاقة والتفكير المجرد (18/11).

1-1 أوجه التشابه بين الحالات الثلاث

المحور	التصنيف التنفيذي	الحالة (ل)	الحالة (ع)	الحالة (ج)
ضعف الاستبصار	مرونة معرفية	يرفض مناقشة أفكاره أو الحاجة للعلاج	ينكر المرض رغم معاناته	يرفض التفسير العلمي ويستبدله بتأويل ديني
الجمود المعرفي	مرونة معرفية	صعوبة في التفكير المجرد وإعادة التأطير	تفكير تكراري مغلق	تفسير ديني جامد
الانسحاب الاجتماعي	مرونة معرفية	يعيش في عزلة ويتجنب التواصل	يميل إلى الانطواء وصعوبة في بناء علاقات متوازنة	لا يُبدي أي تفاعل أو انتماء اجتماعي
غياب المبادرة الذاتية	قدرة على الكف	لا يشارك تلقائياً ويعتمد على الآخرين	ضعف واضح في المبادرة اليومية	لا يبادر، صامت، نمط كلام متكرر
التصلب الانفعالي	قدرة على الكف	فقدان ضبط سلوكي وانفعالي	عدوانية دون تمييز انفعالي	تنشيط وجداني ولا بمبالاة

جدول رقم (10) أوجه التشابه بين الحالات الثلاث بناء على المعطيات الإكلينيكية أثناء المقابلات وتطبيق بطارية BREF

1-2 أوجه الاختلاف بين الحالات

المحور	التصنيف التنفيذي	الحالة (ل)	الحالة (ع)	الحالة (ج)
ضعف الاستبصار	قدرة على الكف	أفكار اضطهادية (مراقبة دائمة)	عدوانية غير مفسرة	ضلالات دينية ومرجعية
الجمود المعرفي	قدرة على الكف	متوتر، غير منضبط، حركات جسدية غير متناسبة	دفاعي وعدائي دون وعي بالانفعال	مثبط، خالي من التعبير
الانسحاب الاجتماعي	مرونة معرفية	انسحاب إلى عالم خاص (تأمل النجوم)	إنكار جزئي للواقع	انسحاب كلي ضمن بنية دينية
غياب المبادرة الذاتية	مرونة معرفية	غائبة تماماً	غير واقعية (فتح مقهى بلا خطة)	غائبة كلياً
التصلب الانفعالي	مرونة معرفية	ضعيفة جداً، فقر في السرد	متوسطة رغم تكرار المضامين	شبه منعدمة، صمت وتكرار

جدول رقم (11) أوجه الاختلاف بين الحالات الثلاث بناء على المعطيات الإكلينيكية أثناء المقابلات وتطبيق بطارية BERF

1-3 التحليل المقارن:

يكشف التحليل المقارن للحالات الإكلينيكية الثلاث (ل، ع، ج) عن نمط مشترك من الاختلال في الوظائف التنفيذية يتجلى في ضعف المرونة المعرفية والقدرة على الكف الانفعالي حيث تنقسم الحالات الثلاث مجموعة من الخصائص الجوهرية تتمثل في ضعف الاستبصار والجمود المعرفي والانسحاب الاجتماعي والتصلب الانفعالي وغياب المبادرة الذاتية، مما يعكس خلل في آليات المعالجة المعرفية العليا و القدرة على الكف .

غير أن الحالات تتباين في آليات الدفاع المستخدمة وأنماط التعبير عن الضائقة النفسية، حيث تظهر الحالة (ل) نمطاً انطوائياً مقاوماً يتسم برفض العلاج وأفكار اضطهادية دائمة مع انسحاب كامل من الواقع،

بينما تبدي الحالة (ع) نمطاً دفاعياً متقلباً يتميز بإنكار المرض والتفكير التكراري والسلوك العدواني غير المبرر

في حين تعرض الحالة (ج) نمطاً انسحابياً سلبياً يتجلى في التأويل الديني للأعراض والضلالات المرجعية والتثبيط الوجداني الشديد.

تشير هذه الاختلافات إلى تفعيل آليات تكيفية متباينة في مواجهة الضغوط النفسية، حيث تعكس الحالة (ل) استراتيجية الانسحاب الكامل كآلية حماية من التهديد المدرك.

وتجسد الحالة (ع) استراتيجية الإنكار والعدوانية كوسيلة للحفاظ على الكينونة الذاتية .

بينما تمثل الحالة (ج) استراتيجية التأويل الديني كمحاولة لإضفاء المعنى على التجربة المرضية.

تبرز الحالات الثلاث مظاهر خلل في المرونة المعرفية والقدرة على الكف لكنها تتخذ أشكالاً تعبيرية مختلفة فكل حالة تمثل بنية نفسية متماسكة على طريقتها الخاصة، لكن جميعها تعاني من خلل في المرونة المعرفية بشكل متفاوت، حيث تظهر في أدنى مستوياتها لدى الحالة (ج)

أما بالنسبة للقدرة على الكف فتشهد هي الأخرى خلافاً بنسب مختلفة

وتبلغ أدنى مستوياتها لدى الحالة (ج)، بينما الحالة (ع) تُظهر بعض المقاومة لكن دون استقرار وظيفي.

1) الاستنتاج العام

أظهرت نتائج الدراسة الحالية، التي تناولت ثلاث حالات مشخصة بالفصام وفق معايير إكلينيكية ، أن جميع المشاركين يعانون من درجات متفاوتة من الخلل في الوظائف التنفيذية، مع تفاوت في شدة الاختلالات حسب الحالة الفردية.

1-2 على مستوى الفرضية العامة:

أظهرت نتائج الدراسة الميدانية باستخدام بطارية BREF إلى جانب المقابلات الإكلينيكية، أن الأفراد المصابين بالفصام يعانون من خلل في الوظائف التنفيذية، وهي القدرات المعرفية العليا المسؤولة عن المرونة المعرفية والتنظيم والتخطيط وضبط السلوك. وقد تمثل هذا الخلل في انخفاض الأداء العام لدى الحالات الثلاث المدروسة، مع تباينات في شدة القصور، وهذا ما تبين في النتائج التالية:

الحالة (ل) سجلت 6 نقاط من أصل 18، ما يعكس صعوبات في الطلاقة اللفظية والتفكير المجرد، إضافة إلى ضعف جزئي في المرونة المعرفية والتحكم في الاستجابة.

الحالة (ع) أظهرت أداءً أعلى نسبياً بـ 11 نقطة من أصل 18، مما قد يدل على مستوى أفضل من الضبط السلوكي والانتباه، بالرغم من وجود قصور في جوانب مثل الطلاقة اللفظية والتجريد.

الحالة (ج) كانت الأكثر تضرراً، إذ لم تتحصل سوى على 3 نقاط من أصل 18، حيث ظهر عجز شبه كلي في مختلف المهام، خاصة في تنفيذ التعليمات، التسلسل الحركي، والتحكم السلوكي.

ما يجمع بين الحالات الثلاث هو الأداء الضعيف أو المنعدم في اختبار الطلاقة اللفظية والتشابه، وهي مؤشرات مباشرة على ضعف التفكير المجرد وتوليد الأفكار، إلى جانب تفاوت في القدرة على التحكم في الاستجابة والتخطيط، وهي لبّ الوظائف التنفيذية. كما شكل أداء اختبار "المسك" الاستثناء الوحيد، حيث تحسّلت الحالات الثلاث على النقاط الكاملة، ما قد يشير إلى أن بعض الوظائف الأساسية المتعلقة بالضبط الحركي ما تزال محفوظة جزئياً.

تتفق هذه النتائج مع عدد من الدراسات التي أكدت وجود خلل تنفيذي معرفي وسلوكي لدى مرضى الفصام، ناتج عن اختلالات في مناطق الدماغ الجبهية، فقد أشارت دراسة (Barch، 2012) إلى أن التدهور في الانتباه وضبط السلوك مرتبط بخلل في الشبكات الجبهية-الجدارية، بينما أوضحت (Amador، 1994) أن ضعف الاستبصار يعود إلى خلل في البنى الجبهية المسؤولة عن إدراك

الذات ومعالجة الواقع، كما أشار (Green، 2000) إلى أن خلل الوظائف التنفيذية يؤدي إلى ضعف التفاعل الاجتماعي وزيادة العزلة.

2-2 فيما يخص المرونة المعرفية (الفرضية الفرعية الأولى):

أكدت نتائج اختبار BREF الخاصة بالحالات الثلاث (ل، ع، ج) وجود خلل واضح في المرونة المعرفية، وهو ما يظهر جلياً من خلال الأداء الضعيف في اختباري التشابهات والطلاقة اللفظية، وهما من أكثر الاختبارات ارتباطاً بهذه الوظيفة التنفيذية.

- الحالة (ل) حصلت على نقطة واحدة فقط في اختبار التشابه، و0 نقطة في الطلاقة اللفظية.
- الحالة (ع) لم تتحصل على أي نقطة في كلا الاختبارين.
- الحالة (ج) كذلك لم تتحصل على أي نقطة، وواجهت صعوبة حتى في إنتاج ثلاث كلمات.

يُعتبر هذان الاختباران مؤشرين مباشرين على القدرة على:

- إنتاج استجابات متنوعة (الطلاقة)
 - إجراء مقارنات ذهنية تجريدية (التشابهات)
 - الانتقال من نمط تفكير إلى آخر (التبديل المعرفي)
- وهي كلها مكونات أساسية لما يُعرف بـ المرونة المعرفية.

إضافة إلى ذلك، فإن عدم قدرة الحالات (خصوصاً ج) على إدراك تعليمات الاختبارات أو التكيف معها يشير إلى جمود ذهني وفقر في التكيف العقلي، مما يعزز صحة الفرضية القائلة بأن الفصام يؤدي إلى اختلالات في هذه الوظيفة العليا، خاصة ما جاءت له الدراسات السابقة من جهة أخرى، حيث وجد أن المصابين بالفصام يُظهرون خللاً واضحاً في المرونة المعرفية، كما وثقت دراسة (Nolin، 2013) التي بينت أن الصلابة الإدراكية تُضعف القدرة على تعديل السلوك رغم تغيير المعطيات. وقد دعمت هذه النتيجة أبحاث (Van der Linden، 2014) و (Serper، 2005) اللذين أشارا إلى فشل التبديل المعرفي واستعمال استراتيجيات حل المشكلات.

فيما يتعلق بالقدرة على الكف (الفرضية الفرعية الثانية):

أظهرت نتائج الحالات الثلاث خلافاً واضحاً في القدرة على الكف، والتي تُعد إحدى الركائز الأساسية للوظائف التنفيذية، ويُقصد بها قدرة الفرد على منع الاستجابات التلقائية أو غير المناسبة أمام منبهات معينة، حيث سجلت الحالات الثلاث النتائج التالية:

الحالة (ل): سجلت نقطة واحدة فقط في اختبار اذهب/لا تذهب، ونقطة واحدة أيضاً في اختبار التعليمات المتضاربة، ما يشير إلى صعوبة في ضبط الاستجابات التلقائية عند وجود تعليمات متناقضة أو ضرورة للكف الذهني.

الحالة (ع): أظهرت أداءً أفضل نسبياً، حيث تحصلت على 3 نقاط في كلا الاختبارين، مما يعكس وجود قدر نسبي من القدرة على الكف، رغم الضعف الملحوظ في اختبارات أخرى.

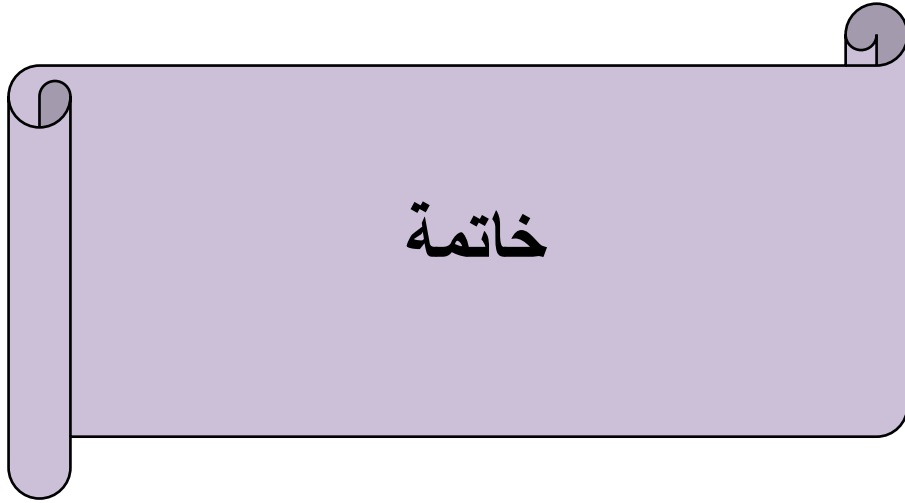
الحالة (ج): لم تحصل على أي نقطة في اختبار اذهب/لا تذهب ولا في اختبار التعليمات المتضاربة، بل استمرت في التصفيق رغم إعطاء تعليمات واضحة بالكف، ما يدل على انعدام شبه كلي لقدرة الكف الإرادي، وعدم التحكم في الاستجابات التلقائية.

هذه النتائج تشير بوضوح إلى أن المصابين بالفصام يعانون من صعوبات في منع الاستجابات غير المناسبة، والتحكم في الأفعال التلقائية، وهي سمة أساسية لاختلال القدرة على الكف. ويزداد الأمر وضوحاً عند الحالات التي لم تتمكن من تعديل سلوكها رغم تكرار التعليمات (مثل الحالة "ج").

تؤكد دراسة آرون (Aron, 2008) على أهمية الكف كوظيفة تنفيذية محورية، مشيرة إلى أنه يُعد أحد أوجه القصور البارزة لدى مرضى الفصام. وُصفت آلية الكف لديهم بأنها معطلة، مما يفسر السلوكيات التلقائية أو المتكررة مثل التصفيق المتواصل أو الاستجابات غير المنضبطة، التي لوحظت في بعض الحالات المدروسة.

تُشير نتائج هذه الدراسة إلى أن الخلل في الوظائف التنفيذية لدى المصابين بالفصام ليس سمة عرضية، بل يُعد من الخصائص البنوية المرتبطة بطبيعة المرض. وقد تبين أن المرونة المعرفية والقدرة على الكف هما من أبرز الوظائف المتأثرة، مما يؤثر سلباً على قدرة المرضى على التكيف مع المواقف الجديدة، وضبط سلوكهم، والتخطيط الواقعي لحياتهم.

وبناءً عليه، فإن التركيز على تقييم وتدريب هذه الوظائف ينبغي أن يُشكّل محورا أساسيا في التشخيص والعلاج النفسي والمعرفي للفصام، من أجل تحسين جودة حياة المرضى وتعزيز استقلاليتهم وقدرتهم على التكيف.



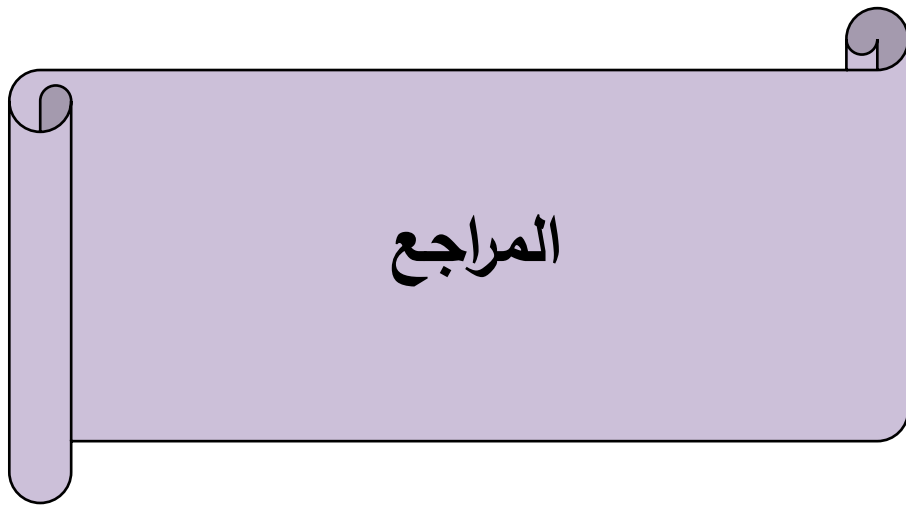
في ختام هذه الدراسة، يمكن التأكيد على أن الفصام يرتبط بخلل واضح ومتسق في الوظائف التنفيذية، وتحديداً في المرونة المعرفية والقدرة على الكف. هذا الخلل ليس عرضياً بل يعد جزءاً من البنية المرضية للاضطراب، مما يستدعي اهتماماً خاصاً في التشخيص والعلاج.

تؤكد النتائج على أهمية اعتماد مقاربة شاملة في علاج الفصام تتضمن التركيز على تأهيل الوظائف التنفيذية إلى جانب العلاج الدوائي كما تسلط الضوء على ضرورة تطوير أدوات تقييم متخصصة وبرامج تدخل مبنية على الأدلة العلمية لتحسين نوعية حياة المرضى وقدرتهم على الاندماج الاجتماعي والمهني.

الآفاق البحثية:

- **توسيع العينة وزيادة التنوع**
يُقترح مستقبلاً إجراء الدراسة على عينة أكبر تشمل الإناث، والفئات العمرية والمهنية المختلفة، مما يسمح بتعميم النتائج ومقارنتها حسب الخصائص السكانية.
- **المقارنة بين أنماط الفصام**
يُستحسن دراسة الفرق في مستوى الخلل التنفيذي بين الأنواع الفرعية للفصام (مثل الفصام البارانويدي مقابل الفصام غير المنظم)، مما قد يُساهم في تطوير تدخلات علاجية مخصصة لكل نمط.
- **اعتماد أدوات تقييم متعددة**
يُقترح استخدام أدوات إضافية مثل **WCST** و **Stroop Test** إلى جانب **BREF**، لتوفير تقييم أكثر شمولاً ودقة للوظائف التنفيذية، وربط النتائج بمحددات عصبية وسلوكية أوسع.
- **دراسة العلاقة بين شدة الخلل التنفيذي ونوعية الحياة**
تحليل كيف يؤثر الخلل في الوظائف التنفيذية على مجالات الحياة اليومية، مثل القدرة على العمل، إدارة العلاقات، تنظيم الوقت، والاستقلالية.
- **إنشاء برامج متابعة بعد الاستشفاء**
يُوصى بوضع برامج متابعة معرفية نفسية موجهة إلى مرضى الفصام بعد الخروج من المستشفى، تركز على تنمية الوظائف التنفيذية وتدريب المهارات الذاتية والمهنية.

.



قائمة المصادر والمراجع

المراجع باللغة العربية:

1. اللطيف، ن. إ. (2024). الوظائف التنفيذية: من التعريف إلى إعادة التأهيل. مجلة البحث في العلوم الإنسانية والمعرفية، المجلد 1، العدد 1، أبريل.
2. قلفاط، مصلي. (2023). الوظائف التنفيذية وعلاقتها بالمهارات الاجتماعية عند الفصامين: دراسة ميدانية على عينة من ولاية تلمسان. مذكرة ماجستير جامعة أبي بكر بلقايد - تلمسان، الجزائر.
3. طالب حنان ، أسماء بوعود (2020)، شكل واضطراب بعض الوظائف الجبهية التنفيذية لدى الموسم، مجلة الباحث المجلد 12/04/2022 الجزائر جامعة قاصدي مرباح ورقلة 407_412ص
4. . طالب حنان اختبار البطارية السريعة للتقييم الجبهي محاضرات مقياس الاختبارات النفسية جامعة قاصدي مرباح، سنة أولى ماستر، قسم علم النفس وعلوم التربية كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة قاصدي مرباح ورقلة موسم الدراسة 2022-2023، محاضرة غير منشورة

المراجع باللغة الأجنبية:

1. Alzahr, B. M. (2018). The Impact of Schizophrenia on Some Aspects of Executive Function among a Sample of Saudi Males. *Journal of Educational and Psychological Sciences, Volume 2, Issue 11*.
2. Amador, X. F. (1994). Assessment of insight in psychosis. *American Journal of Psychiatry, 151(6)*.
3. Anderson, P. (2002). Assessment and development of executive functioning (EF) in childhood. *Child Neuropsychology*.
4. Andreasen, N. C. (1991). Schizophrenia: The characteristic symptoms. *Schizophrenia Bulletin, 27-49*.
5. Andreasen, N. C. (1995). *Symptoms of schizophrenia: An empirical and clinical analysis*.
6. APA, A. P. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington.
7. APA, A. P. (2021-2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition TEXT REVISION DSM 5*. American Psychiatric Association.
8. Aron, A. R. (2004). Inhibition and the right inferior frontal cortex. *Trends in Cognitive Sciences*.

9. Aron, A. R. (2007). The neural basis of inhibition in cognitive control. *The Neuroscientist*.
10. Aron, A. R. (2008). Progress in Executive Function Research: From Tasks, to Functions to Regions to Networks. *Current Directions in Psychological Science*, 17(2).
11. Banich, M. T. (2009). *Cognitive neuroscience and neuropsychology*.
12. Barch, D. M. (2012). Cognition in schizophrenia: Core psychological and neural mechanisms. *Trends in Cognitive Sciences*, 27-34.
13. Barch, D. M. (2012). Cognition in schizophrenia: Core psychological and neural mechanisms. *Trends in Cognitive Sciences*, 16(1).
14. Barkley, R. A. (1997). *Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions*. Guilford Press.
15. Barkley, R. A. (2011). *Executive functions: What they are, how they work, and why they evolved*. Guilford Press.
16. Best, J. M. (2009). Executive functions after age 5: Changes and correlates. *Developmental Review*.
17. Coyle, J. T. (2006). Glutamate and schizophrenia: beyond the dopamine hypothesis. *Cellular and Molecular Neurobiology*.
18. Creswell, J. W. (2013). *Qualitative Inquiry and Research Design: Choosing Among Five Approaches* (3rd ed.). SAGE Publications.
19. De Luca, C. &. (2008). Normative data from the CANTAB I: Development of executive function over the lifespan. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*.
20. Di Forti, M. S. (2014). The contribution of cannabis use to variation in the incidence of psychotic disorder across Europe (EU-GEI): a multicentre case-control study. *Lancet Psychiatry*, 49.
21. Diamond, A. (2013). Executive functions. *Annual Review of Psychology*.
22. Dixon, L. B. (2010). The 2009 schizophrenia PORT psychosocial treatment recommendations and summary statements. *Schizophrenia Bulletin*.
23. Ernest, D. V.-S. (2017). *Schizophrenia: An Information Guide*. Centre for Addiction and Mental Health (CAMH).
24. Fenton, W. S. (1991). Natural history of schizophrenia subtypes: II. Positive and negative symptoms and long-term course. *Archives of General Psychiatry*, 978–986.

25. Frances Buttelmann, J. K. (2017). Development and Plasticity of Cognitive Flexibility in Early and Middle Childhood. *Frontiers in Psychology*.
26. Frances, A. F. (1989). DSM-IV: Changes and implications for the diagnosis of schizophrenia. *Hospital & Community Psychiatry*, 1223–1228.
27. Friedman, N. P. (2008). Individual differences in executive functions are almost entirely genetic in origin. *Journal of Experimental Psychology: General*, 137(2).
28. Fuster, J. M. (2002). *Frontal lobe and cognitive development*, 2nd ed. Oxford University Press.
29. German E. Berrios, R. L. (2003). Schizophrenia: A Conceptual History. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 122 - 135.
30. Granholm, E. M. (2005). Functional adaptation skills training for middle-aged and older patients with chronic schizophrenia: A randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry*.
31. Green, M. F. (2000). Neurocognitive deficits and functional outcome in schizophrenia: Are we measuring the "right stuff"? *Schizophrenia Bulletin*.
32. Harlow, J. M. (1868). Recovery from the passage of an iron bar through the head; with observations on the brain of Phineas Gage. Ticknor & Fields.
33. Health, N. N. (2025). *Schizophrenia*. Retrieved from <https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/schizophrenia>.
34. Helping Kids Develop Cognitive Flexibility. (2017, August 17). Retrieved from Tinkergarten: <https://tinkergarten.com/blog/6-ways-to-help-your-kids-develop-cognitive-flexibility>
35. Howes, O. D. (2009). The dopamine hypothesis of schizophrenia: Version III—the final common pathway. *Schizophrenia Bulletin*.
36. Huang, A. S. (2024). A Prefrontal Thalamocortical Readout for Conflict-Related Executive Dysfunction in Schizophrenia. *Cell Reports Medicine*, Volume 5, Article 101802.
37. Jablensky. (2010). The diagnostic concept of schizophrenia: Its history, evolution, and future prospects. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 271–287.

38. Ke Tong 1, *. Y. (2023). Study protocol: How does cognitive flexibility relate to other executive functions and learning in healthy young adults? *National Library of Medicine*.
39. Kelly Hohl, S. D. (2024). Measuring cognitive flexibility: A brief review of neuropsychological, self-report, and neuroscientific approaches. *Frontiers in Human Neuroscience*.
40. Kendler KS, D. S. (1993). The genetics of schizophrenia: a current, genetic-epidemiologic perspective. *Schizophrenia Bulletin*.
41. Lezak, M. D. (1995). *Neuropsychological assessment* (3rd ed.). Oxford University Press.
42. Mary Makowski, R. P. (2020, December 1). What Is Cognitive Flexibility and How Do I Help My Child With It? Retrieved from Foothills Academy.
43. Miller, E. K. (2001). An integrative theory of prefrontal cortex function. *Annual Review of Neuroscience*.
44. Miyake, A. F. (2000). The unity and diversity of executive functions and their contributions to complex “frontal lobe” tasks: A latent variable analysis. *Cognitive Psychology*.
45. Mueser, K. T. (2008). *Clinical handbook of schizophrenia*. New York: Guilford.
46. NHS, N. H. (2023). Causes - Schizophrenia. ENGLAND.
47. Noel, J. V. (2021). Nature and Correlates of Executive Dysfunction in Schizophrenia: An Exploratory Study. *Indian Journal of Psychological Medicine, Volume 43, Issue 1*.
48. Norman, D. A. (1986). Attention to action: Willed and automatic control of behavior. In G. E. Richard J. Davidson, *Consciousness and Self-Regulation*.
49. Owen, R. (1868). On the morphology of the brain in Mammals [Manuscript].
50. Pedersen, C. B. (2001). Evidence of a dose-response relationship between urbanicity during upbringing and schizophrenia risk. *Archives of General Psychiatry*.
51. Senn, T. E. (2004). Using path analysis to understand executive function organization in preschool children. *Developmental Neuropsychology, 465-470*.

52. Serper, M. C. (2005). Cognitive behavior in schizophrenia: Decision making and insight. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 193(5).
53. Souza, A. M. (2013). Cognitive inflexibility, obsessive-compulsive symptoms and traits and poor post-pandemic adjustment. *Neuroscience Applied*.
54. Spiro, R. J. (1988). Cognitive Flexibility Theory: Advanced Knowledge Acquisition in Ill-Structured Domains. In *Proceedings of the 10th Annual Conference of the Cognitive Science Society* (p. 20). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
55. Stake, R. E. (1995). *The Art of Case Study Research*. Thousand Oaks: CA: SAGE.
56. Tandon, R. N. (2009). Schizophrenia, "just the facts" 4. Clinical features and conceptualization. *Schizophrenia Bulletin*.
57. Tiburski, E. e. (2021). Executive Dysfunction in Schizophrenia: A Critical Review of Traditional, Ecological, and Virtual Reality Assessments. *Journal of Clinical Medicine, Volume 10, Article 2782*.
58. van Os, J. K.-G. (2009). A model of psychosis: current status and conceptual issues. *World Psychiatry*.
59. Varese, F. S. (2012). Childhood adversities increase the risk of psychosis: A meta-analysis of patient-control, prospective- and cross-sectional cohort studies. *Schizophrenia Bulletin*.
60. WHO, W. H. (2022). *International classification of diseases* (11th revision).
61. Wright, I. C.-H. (2000). Meta-analysis of regional brain volumes in schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 57(12), 134–141.
62. Yin, R. K. (2014). *Case Study Research: Design and Methods* (5th ed.). Thousand Oaks, CA: SAGE.
63. Nolin, P. B. (2013). Évaluation des fonctions exécutives chez les patients schizophrènes par la batterie BREF: Étude pilote. *Revue de neuropsychologie*, 5(1).
64. Van der Linden, M. e. (2014). L'évaluation des fonctions exécutives. *Traité de neuropsychologie clinique de l'adulte* (pp. 461-497).



ملحق رقم (1) يوضح استمارة التحكيم في صورتها النهائية

جامعة قاصدي مرياح ورقلة

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم علم النفس وعلوم التربية

استمارة تحكيم الخبراء محاور المقابلة في صورتها النهائية

الأستاذ(ة) الكريم(ة):.....

الدرجة العلمية:.....

التخصص:.....

جامعة:.....

تحية طيبة وبعد:

في إطار إعداد مذكرة الماستر في علم النفس تخصص علم النفس العيادي.

تحت عنوان: **خلل الوظائف التنفيذية لدى المصاب بالفصام**

دراسة حالة بالمؤسسة الاستشفائية المتخصصة في الأمراض العقلية والنفسية بالحدب

من إعداد الطالبة: شاكرا زهية.

إشراف الأستاذة: أ، د/ طالب حنان

قمت بإنشاء أسئلة مباشرة في المقابلة العيادية النصف موجهة تقيس خلل الوظائف التنفيذية ، لهذا اتشرف بالاستعانة بخبراتكم العلمية والعملية وآرائكم البناءة لتحديد أهم العبارات والبنود المناسبة لموضوع البحث وعليه نرجو من سيادتكم التكرم بالحكم على:

1. ما إذا كانت العبارات صادقة في قياس المتغير الذي وضعت لقياسه
 2. دقة الصياغة اللغوية للعبارات
 3. إذا كانت هناك عبارات ترون إعادة تصنيفها من بعد إلى آخر
 4. ما إذا كانت هناك عبارات جديدة ترون إضافتها تحت أي من الأبعاد الفرعية.
- ومن أجل تسهيل مهمتكم أقدم لكم المعلومات التالية الخاصة بموضوع البحث:

* التساؤل الرئيسي :

1- هل يعاني المصاب بالفصام من خلل في الوظائف التنفيذية؟

التساؤلات الفرعية:

-هل يعاني المصاب بالفصام من خلل في المرونة المعرفية؟

-هل يعاني المصاب بالفصام من خلل في القدرة على الكف ؟

● تحديد مفاهيم الدراسة:

- تعريف الوظائف التنفيذية: هي مجموعة من عمليات ووظائف معقدة عالية المستوى من بينها المرونة المعرفية ، والقدرة على الكف (يتم استخدامها عندما نواجه حالة جديدة لم نقم بوضع خطة تنفيذها من قبل وترتبط عادة هذه العمليات بمناطق دماغية معينة، وخاصة القشرة الدماغية الجبهية.
- التعريف الإجرائي للوظائف التنفيذية : الوظائف التنفيذية في دراستنا هذه هي المرونة المعرفية والقدرة على الكف ونستدل عليها بالدرجات بالدرجة التي يتحصل عليها المصاب بالفصام إنطلاقا من محاور المقابلة والبطارية السريعة لتقييم القدرات الجبهية (BREF)
- التعريف الإجرائي للفصامي : هم المرضى النزلاء الذين تم تشخيصهم من طرف الطبيب المختص في الامراض العقلية والأخصائي النفسي العيادي في وحدة إستشفاء بمستشفى الأمراض العقلية بالحدب الرويسات - ورقلة و يكون في المرحلة العمرية ما بين 20 إلى 35 سنة و حالته مستقرة

البيانات العامة :

الاسم:	العمر :	جنس :	عدد
المستوى التعليمي:	المهنة :	الحالة المدنية :	عدد
الاولاد:	عدد الاخوة :	الترتيب بين الإخوة:	
تاريخ دخول المؤسسة الاستشفائية اول مرة :	تاريخ دخول الحالي :	السبب:	
عدد مرات دخول المستشفى:	السوابق المرضية للحالة :	السوابق النفسية والعقلية للحالة :	
السوابق المرضية الطبية للعائلة :	السوابق المرضية النفسية للعائلة :	السوابق النفسية والعقلية للعائلة :	
استعمال المواد النفسية :	محاولات انتحار :	العلاقات المهنية:	
العلاقات الاجتماعية:	الأدوية والعلاج:		

الرقم	المحور الأول: تاريخ المرض	لغة واضحة		تقيس المحور		إقتراح بديل أو تعديل إن وجد
		لا	نعم	لا	نعم	
1	متى شعرت أول مرة بتغيرات في سلوكك؟					
2	كم من مرة تحدث معك هذه التغيرات؟					
3	هل يمكنك أن تصف لي بعض الأفكار التي تأتيك؟					
4	هل تجد صعوبة في القيام بأمر حياتك؟					
5	هل لديك ظروف تؤثر عليك سلبا؟					
6	ما الامور التي تغيرت في حياتك بعد المرض؟					
7	هل عانيت من مشاكل في النوم قبل بداية المرض؟					
8	هل قمت باستشارات طبية نفسية بخصوص حالتك؟					
9	هل هناك شيء آخر تود أن تخبرني عنه وعن حالتك؟					

إقتراح بديل أو تعديل إن وجد	تقيس المحور		لغة واضحة		المحور الثاني: الوظائف التنفيذية	الرقم
	لا	نعم	لا	نعم		
					هل عانيت صعوبة في الانتباه للأشياء من حولك منذ بداية المرض؟	1
					هل يمكنك أن تصف لي عن قدرتك على التركيز؟؟	2
					هل تجد صعوبة في فهم وتحليل المعلومات؟	3
					كيف ترى الأمور من حولك؟ اشرح لي	4
					كيف تتعامل مع مشاكلك الحالية مقارنة بالسابق؟	5
					هل تجد صعوبة في التكيف مع المواقف المفاجئة؟	6
					هل تواجه صعوبات في التذكر؟ هل يمكنك الشرح أكثر؟	7

ملحق رقم (2) دليل المقابلة:

الحالة ()

المعلومات الأولية:

الاسم: العمر: الجنس:
المستوى التعليمي: المهنة: الحالة المدنية:
عدد الاولاد: عدد الاخوة: الترتيب بين الإخوة:
تاريخ دخول المؤسسة الاستشفائية اول مرة: تاريخ دخول الحالي:
عدد مرات دخول المستشفى: السبب:
السوابق المرضية الطبية للحالة: السوابق النفسية والعقلية للحالة:
السوابق المرضية الطبية للعائلة: السوابق النفسية والعقلية للعائلة:
استعمال المواد النفسية: محاولات انتحار:
العلاقات الاجتماعية: العلاقات المهنية:

الأدوية والعلاج

المحور الأول: تاريخ المرض

1. متى شعرت أول مرة بتغيرات في سلوكك؟
2. كم من مرة تحدث معك هذه التغيرات؟
3. هل يمكنك أن تصف لي بعض الأفكار التي تأتيك؟
4. هل تجد صعوبة في القيام بأمور حياتك؟
5. هل لديك ظروف تؤثر عليك سلبا؟
6. ما الامور التي تغيرت في حياتك بعد المرض؟
7. هل عانيت من مشاكل في النوم قبل بداية المرض؟
8. هل قمت باستشارات طبية نفسية بخصوص حالتك؟
9. هل هناك شيء آخر تود أن تخبرني عنه وعن حالتك؟

المحور الثاني: الوظيفة التنفيذية

1. هل عانيت صعوبة في الانتباه للأشياء من حولك منذ بداية المرض؟
2. هل يمكنك أن تصف لي عن قدرتك على التركيز؟
3. هل تجد صعوبة في فهم وتحليل المعلومات؟
4. هل ترى الأمور من حولك؟ اشرح لي

5. كيف تتعامل مع مشاكلك الحالية مقارنة بالسابق؟
 6. هل تجد صعوبة في التكيف مع المواقف المفاجئة؟
 7. هل تواجه صعوبات في التذكر؟ هل يمكنك الشرح أكثر؟

ملحق رقم (3) البطارية السريعة للتقييم الجبهي Bref

نتيجة	تعليمات	مجال
3 إجابات ناجحة: 3 نقاط 2 إجابات ناجحة: 2 نقاط 1 إجابات ناجحة: 1 نقاط لا إجابات ناجحة: 0 نقاط	"فيم تتشابه؟" "موزة وبرتقالة..." (إذا فشل المريض في ذلك، قل له: "موزة وبرتقالة كلاهما...؟") لا تقم بالحساب ولا تساعد المريض في البندين الآخرين) "طاولة وكرسي" "افحوانة، وردة وقرنفلة" نقطة واحدة لكل تشابه، بحد أقصى 3 نقاط	أوجه التشابه (بناء تصور)
10 كلمات أو أكثر: 3 نقاط من 9 إلى 6 كلمات: 2 نقطة من 5 إلى 3 كلمات: نقطة واحدة كلمتان أو أقل: 0 نقطة	"اعطني أكبر عدد ممكن من الكلمات التي تبدأ بالحرف "س"، استخدم أي كلمة باستثناء أسماء العلم إذا لم يقل المريض كلمة خلال الثواني الخمس الأولى، قل "على سبيل المثال، سمكة...". إذا توقف لمدة 10 ثوانٍ، حفزه بقول "أي كلمة تبدأ بالحرف س... الوقت المخصص: 60 ثانية تصحيح: الكلمات المكررة أو المكافئة (الرمال والرمال المتحركة) وكذلك الأسماء الأولى أو أسماء العلم لا تحسب	الطلاقة والسيولة اللغوية (المرونة العقلية)

<p>يكمل المريض ست مجموعات بمفرده: 3 نقاط ينجح المريض على الأقل في 3 سلاسل بمفرده: نقطتان المريض غير قادر بمفرده ولكنه يجتاز ثلاث مجموعات مع الفاحص: 1 نقطة يمكن للمريض القيام بثلاث مجموعات فقط مع الفاحص: 0 نقطة.</p>	<p>"انتبه جيداً لما أفعله". يجلس الفاحص، أمام المريض، ينفذ سلسلة لوريا la Série de Luria ثلاث مرات بيده اليسرى (قبضة اليد - شريحة اليد - راحة اليد). "الآن بيدك اليمنى افعل الشيء نفسه، معي أولاً ثم بمفردك." يقوم الفاحص بأداء السلسلة ثلاث مرات مع المريض ثم يقول، "الآن افعلها بمفردك."</p>	<p>التسلسل الحركي (البرمجة)</p>
<p>دون أخطاء: 3 نقاط خطأ واحد أو اثنين: 2 نقطة أكثر من خطئين: نقطة واحدة ينقر المريض مثل الفاحص 4 مرات متتالية: 0 نقطة</p>	<p>"صفق مرتين عندما اصفق مرة واحدة". للتأكد من أن المريض قد فهم، يتم إجراء سلسلة من ثلاثة: 1-1-1. "صفق مرة واحدة عندما اصفق مرتين". للتأكد من أن المريض يفهم، يتم تنفيذ سلسلة من ثلاثة: 2-2-2. ثم يقوم الممتحن بأنواع 1-1-2-1-2-2-2-2-1-1-2-1-1. 2-1-1.</p>	<p>التعليمات المتضاربة (الحساسية للتداخل)</p>
<p>دون أخطاء: 3 نقاط خطأ واحد أو اثنين: 2 نقطة أكثر من خطئين: نقطة واحدة ينقر المريض مثل الفاحص 4 مرات متتالية: 0 نقطة</p>	<p>"اصفق مرة واحدة عندما أصفق مرة واحدة". للتأكد من أن المريض قد فهم، يتم إجراء سلسلة من ثلاثة: 1-1-1. "لا تصفق ابدا عندما اصفق مرتين". للتأكد من أن المريض يفهم، يتم تنفيذ سلسلة من ثلاثة: 2-2-2. ثم يقوم الممتحن بأنواع 1-1-2-1-2-2-2-2-1-1-2-1-1. 2-1-1.</p>	<p>اذهب لاتذهب (التحكم المثبط)</p>

<p>لا يمسك المريض بيد الفاحص: 3 نقاط يتردد المريض ويسأل ماذا يفعل: نقطتان بمسك المريض اليدين دون تردد: نقطة واحدة بمسك المريض يدي الفاحص حتى في المحاولة الثانية: 0</p>	<p>"لا تمسك يدي" يجلس الفاحص مقابل المريض. يضع يدي المريض على ركبتيه مع توجيه راحة اليد للاعلي دون أن يقول شيئا ودون أن ينظر إلى المريض، يضع الفاحص يديه بالقرب من يدي المريض ويلامس راحتي يديه للتحقق مما إذا كان يأخذها بشكل عفوي. إذا أخذها المريض بشكل عفوي، يحاول الفاحص مرة أخرى بعد أن يقول: "الآن لا تمسك يدي."</p>	<p>سلوك المسك (الاستقلالية البيئية)</p>
---	---	---

ملحق رقم (4) : قائمة الاساتذة المحكمين.

اسم الجامعة	الاختصاص	الدرجة العلمية	المحكمين
جامعة قاصدي مرباح ورقلة	علم النفس العيادي	استاذ التعليم العالي	بوعافية خالد
جامعة قاصدي مرباح ورقلة	علم النفس العيادي	استاذ التعليم العالي	زعطوط رمضان
جامعة قاصدي مرباح ورقلة	علم النفس العيادي	استاذ التعليم العالي	خميس سليم
جامعة قاصدي مرباح ورقلة	علم النفس العيادي	استاذة التعليم العالي	شهرزاد نوار
جامعة قاصدي مرباح ورقلة	علم النفس العيادي	استاذة التعليم العالي	بن مجاهد فاطمة الزهراء