

الخلل المعرفي لدى مرضى الفصام المبكر والفصام المزمن والأسوياء لدى عينة من المصريين والكويتيين" دراسة مقارنه"

دكتور / رأفت السيد أحمد السيد

أستاذ علم النفس المساعد

كلية الآداب جامعة الزقازيق

الملخص العربي

جاء عنوان الدراسة "الخلل المعرفي لدى مرضى الفصام المبكر والفصام المزمن والأسوياء لدى عينة من المصريين والكويتيين"

واشتملت العينة على عدد (٣٠) حالة من الفصام المزمن و(٣٠) حالة من الفصام إصابة أول مرة و(٣٠) فرد من الأسوياء واستخدم الباحث الأدوات التي طبقت على العينة وهي .

١- استمارة البيانات الديمجرافية ٢ - اختبار وكسلر للذكاء ٣ - اختبار وكسلر للذاكرة ٤ - اختبار فرز البطاقات للوظائف المعرفية والمسمى " ويسكونسن "

وقد خلصت الدراسة إلى النتائج التالية بالنسبة للفرض الأول والذي نص على أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الفصام إصابة أول مرة والفصام المزمن والأسوياء في اختبار الذاكرة لصالح مجموعة الأسوياء. جاءت النتائج دالة معظمها بدلالة إحصائية تتراوح بين نسبة دلالة (٠,٠٠١) ونسبة دلالة (٠,٠٥) وقد تحقق الفرض الأول بأنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية لصالح مجموعة الأسوياء في اختبار وكسلر للذاكرة. وفي الفرض الثاني والذي نص على أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الفصام إصابة أول مرة والفصام المزمن والأسوياء في اختبار فرز البطاقات ويسكونسن لصالح مجموعة الأسوياء. جاءت النتائج دالة إحصائياً بنسبة دلالة تتراوح بين (٠,٠٠١) و(٠,٠٥) لصالح مجموعة الأسوياء. ولم توجد فروق واضحة بين المجموعتين المرضيتين الفصام المزمن والفصام إصابة أول مرة على الاختبار. وفي الفرض الثالث والذي ينص على أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المصريين والكويتيين في اختبار فرز البطاقات لويكونسن. وفي اختبار وكسلر للذكاء واختبار وكسلر للذاكرة. جاءت النتائج بعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية على العينتين في كل أدوات الدراسة ولم يتحقق هذا الفرض في الدراسة. وجاء ذلك بسبب تقارب الثقافة المصرية والكويتية من حيث نمط الحياة والتعليم والدين .

الخلل المعرفي لدى مرضى الفصام المبكر والفصام المزمن والأسوياء

لدى عينة من المصريين والكويتيين "دراسة مقارنة"

دكتور/ رأفت السيد أحمد السيد

أستاذ علم النفس المساعد

كلية الآداب جامعة الزقازيق

مقدمة :

يعتبر الفصام من أهم الأمراض النفسية وأحد الأمراض الهامة على مستوى العالم فهو يعتبر واحداً من الأمراض التي تؤدي إلى العجز التام وعبئاً ثقيلاً على نظم الرعاية الصحية والمجتمع ككل.

وطبقاً لتقارير منظمة الصحة العالمية فإن مرض الفصام واحد من الأسباب الرئيسية للإعاقة في الحياة وخصوصاً الإعاقة الاجتماعية والإعاقة النفسية. ويؤثر مرض الفصام تأثيراً كبيراً على أهل المريض وذلك للعبء الواقع عليهم بسبب المريض ومسئوليته وتكاليف علاجه، كما أنه يؤثر على نظم الرعاية الصحية من جهة التكلفة المباشرة وغير مباشرة وخاصة إذا لم يعالج هذا المرض بصورة جيدة.

ويعانى هؤلاء المرضى من قصور معرفي منذ الإصابة بالمرض وتحدث تغيرات في كيفية تصنيف المعلومات حيث يستخدم مريض الفصام إستراتيجية غير كاملة في تخزين وتنظيم المعلومات والتي تؤثر على قدرة المريض المعرفية، وحتى يومنا هذا لم توجد نظرية واحدة ذات قيمة فعلية لتفسير طبيعة القصور المعرفي في هؤلاء المرضى ولكن يتفق علماء كثيرون على أن هذا القصور له علاقة بالتغيرات البيولوجية التي تحدث في المرض.

وأجريت دراسات وأبحاث عديدة منذ فترة طويلة على القصور المعرفي في مرضى الفصام المزمن سواء أكان القصور المعرفي الكلي أو النوعي مثل التركيز والذاكرة والوظائف التنفيذية وغيرها. ويؤثر هذا القصور على مريض الفصام من حيث (الذاكرة والتنفيذ وكذلك التركيز والانتباه). ويعتبر محاولة معرفة أوجه القصور المعرفي في مريض الفصام ومحاولة إيجاد دور لهذا القصور المعرفي، إحدى الخطوات الهامة لعلاج هذا المرض ومحاولة إيجاد طرق الوقاية منه وبالتالي يؤدي هذا إلى تحسن القدرات العملية والوظيفية لهؤلاء المرضى مما يؤدي إلى تقليل العبء الواقع على أهل المريض والمجتمع ونظم الرعاية الصحية. وتعتبر دراسة القصور

المعرفي في بداية ظهور المرض من أهم مجالات البحث العلمي في الأونة الأخيرة لما لذلك من تقليل التكلفة المباشرة وغير مباشرة على المجتمع مع الوقاية وتحسين مستوى ونتيجة العلاج". (Ashraf Elshazly.,2007.)

وسوف يحاول الباحث أن يلقي الضوء على بعض تصنيفات الاضطراب العقلي والذي يصنف الفصام من الأمراض التي تقع تحت فئة الاضطرابات العقلية الحادة.

الاضطراب العقلي:

تعد مشكلة تصنيف الاضطرابات العقلية والنفسية من المشاكل التي خضعت للبحث والدراسة منذ نشأ علم النفس والطب النفسي فكان قبل ظهور المدارس العلاجية يصنف المرض إلى مرض عقلي ومرض نفسي ولكن مع تطور العلم وكثرة التفسيرات والأبحاث وتطور مفهوم المرض العقلي أصبحت الآن التصنيفات تأخذ شكلا مغايرا فأصبح لكل مدرسة تصنيفاتها وتشخيصاتها فعلى سبيل المثال التصنيف الأمريكي قد يختلف عن التصنيف الإنجليزي أو التصنيف الروسي وكذلك للمدرسة المصرية في الطب النفسي تصنيفاتها ويرجع ذلك إلى اختلاف وتنوع الثقافات.

ويشير الباحث إلى أنه سيعتمد على التصنيف الذي يعتبر المرض العقلي اضطرابا وليس مرضا ويذكر عكاشة في ذلك بقوله "...ولكن إذا تساءلنا من هو المريض العقلي أو حتى النفسي؟ نجد صعوبة في التعريف... هل هو حقا مريض؟ أم أنها كلمة تطلق على كل من يعجز عن التكيف مع المجتمع أو يتأقلم مع من حوله" (أحمد عكاشة ٢٠٠٣، ص ٧)، والمريض العقلي أو المضطرب عقليا إذا اختلف في عقائده السياسية مع بيئته وثار عليها واتهم زعماءها بأنهم عار على المجتمع فقد يودع في مستشفى للأمراض العقلية. وقد تساءل أحمد عكاشة عن ما هو المريض العقلي أو المضطرب عقليا. وأورد بعض السمات.

— هل هو من يقوم بسلوك يخالف تقاليد المجتمع؟

— هل هو من يفكر بطريقة تثير على أسس المجتمع؟

— هل هو من يختل إدراكه ولا يستطيع التمييز بين الحقيقة والخيال؟

— هل هو من يصبح أسير الأوهام وهلاوس وضلالات؟

— هل هو الذي يتوقف عن التفكير والعاطفة وينسحب من هذا العالم؟

— هل هو القاتل، الشاذ جنسيا، العدوانى المخرب؟ (أحمد عكاشة، ٢٠٠٣، ص ٩٠٨).

ويستطرد عكاشة قائلًا "والفرق بين المريض النفسي والعقلي أن المريض النفسي أشبه بالفرد الذي يبني قصورا في الهواء أما المريض العقلي فهو يعيش في قصور من الهواء".

تصنيف الاضطرابات العقلية :

"أول من قام بتصنيف الاضطرابات العقلية الطبيب النفسي الألماني أميل كريبلين (Emil Krepalin) (١٨٥٦-١٩٢٦) وكان أهم ما فعله كريبلين تعرفه على فئتين رئيسيتين من الاضطرابات العقلية الوظيفية هما ما أسماه بالخرف المبكر والذي تعرفه اليوم باسم الفصام والذي قال عنه كريبلين أنه يبدأ في سن الشباب، ويتصف بالتدهور البسيط والمستمر ومرض الاكتئاب والهوس الحميد والذي لا يؤدي إلى التدهور، والذي يتصف تطوره بفترات من الاضطراب تتخلله فترات من السواء" (رأفت السيد عسكر، ٢٠٠٤، ص ٢٣٧، ٢٣٦).

لقد ظل التصنيف مسيطرا على الطب النفسي حتى بداية الخمسينات إذ قامت هيئة الصحة العالمية (WHO) من جهة ورابطة الأطباء النفسيين الأمريكية (APA) من جهة أخرى بإعداد تصنيفين خاصين بهما.

يعتبر الدليل التشخيصي الإحصائي الأمريكي بالغ الأهمية من حيث طريقة الإعداد، وانتشار استعماله، إذ إنه ترجم لعدد كبير من لغات العالم ويستخدم حاليا بالإضافة إلى التصنيف الدولي في أوروبا الغربية والولايات المتحدة وكندا ومعظم بلدان أمريكا اللاتينية. والتصنيف شكل من أشكال تكوين المفهوم، يستخدم كلما بذلت محاولات للسيطرة على البيئة، وهو أساس اللغة، فكل الأسماء تقوم بتعريف الفئات وهو سمة للمراحل الأولية في كل علم، والتي يقوم خلالها الباحثون بمحاولة ترتيب بياناتهم عن طريق تصنيف ملاحظاتهم. (Koles E.M. 1992) (م. كولز ١٩٩٢).

ويرى الباحث أنه من الأهمية أن يتطرق إلى بعض المفاهيم التي توضح ماهية الاضطراب العقلي حتى يلقي الضوء على هذا التصنيف من الناحية النفسية وليس من الناحية الطبية، ويذكر أحمد فائق "أن الاضطرابات العقلية الشائعة ترتبط بالمظاهر الغريزية، فضلا عن ارتباطها بمشاكل الشرب وتخيلات الرضاعة. بعبارة أخرى تأخذ النشاطات الغريزية الأولية المتصلة بالأكل والشرب أهمية واضحة في تشكل أعراض الذهان والعصاب" (أحمد فائق، ٢٠٠١، ص ١٣١).

كذلك أورد أحمد فائق عناصر في تعريفه للنفس يذكر الباحث منها "النفس هو ذلك النشاط الغريزي الذي تحول نتيجة لضغط الهيئه من جانب وللقهر البيولوجي للتوازن من جانب آخر إلى عمليات عقلية يسمح بها وجود الجهاز العصبي المركزي بقدراته على التدخل في تغيير العلاقة

بين الهيلة والقهر" (أحمد فائق، ٢٠٠١، ص ١٣٣). ويتطرق أحمد فائق إلى الظاهرة النفسية ويذكر "أنها الشكل العقلي للنشاط البيولوجي، ولكن لا يعنى هذا أنها الشكل الشعوري للنشاط البيولوجي. فالنشاط العقلي ليس بالضرورة شعوريا أو ليس في كله شعوريا. إن الهيلة والقهر ودور الآخر في معالجتها والتعامل معهما يحتم على النشاط العقلي أن يعالج الحياة النفسية علاجات مختلفة" (أحمد فائق، ٢٠٠١، ص ١٤١، ١٤٠).

الاضطرابات العقلية:

الفصام: Schizophrenia

سوف يحاول الباحث أن يشرح مرض الفصام من الناحية الطبية والنفسية وتعريفات هذا المرض ويصل في النهاية إلى أهمية دراسة مثل هذا الموضوع.

الأسباب:

ليس للفصام سبب واحد والنموذج المطروح لتفسير أعراضه وعلاماته يسمى بنموذج الاستعداد والكرب (Stress Diathesis Model) ويفترض هذا النموذج وجود استعداد بيولوجي محدد عند من يصاب بالفصام، ويؤدي الكرب إلي إطلاق هذا الاستعداد، فتظهر الأعراض الفصامية. وقد يكون الكرب بيولوجيا، وراثيا، نفسيا اجتماعيا، أو بيئيا.

١- الوراثة: لا يورث الفصام عن طريق جينات سائدة أو متنحية، بل الأرجح أنه ينتقل عن طريق جينات متعددة (POLYGENIC) لكل منها تأثير محدود ومتراكم في نفس الوقت.

٢- كيميائية حيوية: وتتسبب الفصام إلي اختلال ناقلات عصبية ومستقبلاتها.

٣- فرض الدوبامين: ومجمله أن الفصام ينتج عن زيادة في نشاط الألياف العصبية التي تفرز ناقل الدوبامين، أو ازدياد حساسية مستقبلاته. ومما يؤيد هذا الفرض نجاح الأدوية المضادة للذهان في تحسين أعراضه، وكلها تغلق مستقبلات الدوبامين ويخفض نشاط أليافه كما. أن المركبات التي ترفع تركيز الدوبامين في أجزاء معينة من المخ، تؤدي إلى تدهور حالة الفصام، وأشهرها المنشطات والكوكايين.

٤- فرض النور أدرينالين: يزداد نشاط هذا الناقل في الفصام، مما يؤدي إلى زيادة الحساسية للمؤثرات الحسية الخارجية.

الخلل المعرفي لدى مرضى الفصام المبكر والفصام المزمن

— فرض حامض إجمام أمينو بيوتيريك (جابا): يؤدي انخفاض نشاط هذا الناقل إلى زيادة نشاط الدوبامين.

— فرض السيروتونين: يضطرب تمثيل هذا الناقل في الفصام وقد تنتج عنه مواد تؤدي للأعراض الذهانية.

— الفيناييل أثيل أماي (PEA) ومركب أميني يضعه المخ ويشبه منشط الامفيتامين. ويؤدي ازدياد إفرازه إلى زيادة الاستعداد للإصابة بالفصام.

— الخمائر: يختلف تركيز بعض الخمائر التي تصنع الناقلات في الفصام.

— الاندورفينات والبروستاجلاندين: والمادة الأولى ناقل يشبه الأفيون في تركيبه، ويضعه المخ. ويبدو أن نشاط هذه الناقلات يختل في المرض.

— الجلوت (Gluten): وهو من مكونات بروتين القمح الذي لا يتحملة بعض مرضى الفصام فيؤدي إلى المرض. (أحمد عكاشة، ٢٠٠٣).

عوامل نفسية اجتماعية:

— عوامل أسرية: لقد وجد الباحثون علاقة بين تعبير الأسرة الانفعالي (Expressed Emotions (EE) وانتكاس مريض الفصام المتعافي والمقصود بالتعبير الانفعالي: السلوك التطفلي العدائي، الانتقادي أو المتسلط والذي يعامل المريض وكأنه طفل صغير. وقد صمم أصحاب هذا الرأي استبارة لقياس مستوى التعبير الانفعالي في أسر الفصاميين وينخفض معدل الانتكاس عند تعديل سلوك هذه الأسر.

ومن الخصائص الأخرى لأسر الفصاميين:

١ — الرابطة المزدوجة: صدور الأوامر المتناقضة من الأم إلى الطفل (افعل ولا تفعل).

٢ — الأسرة الملتوية: وهي أسرة يسود فيها طرف ويتخطى الطرف الآخر.

٣ — الأسر المشطورة: يعيش الزوجان كل في جانب لا يجمع بينهما سوى المسكن (الطلاق العاطفي).

٤ — اضطراب تفكير الأبوين أو أحدهما: وأنماط الاتصال الغامضة والمعتلة.

٥ — دينامية: ديناميات مريض الفصام من الأهمية بمكان لأنها تساعدنا على فهم ما ترمز

الأعراض إليه من صراعات وقضايا وتنصف خبرة مريض الفصام الداخلية بالذهول والمدخول الحسي ودفاعات الأنا التي تحاول التصدي للانفعالات القوية.

وتعوق ثلاثة أنواع من الدفاعات البدائية عملية التحقق من الواقع.

١ - الإسقاط الذهاني: يسقط المريض إحساساته الداخلية كالعدوان والجنس، والفوضى النفسية والذهول علي البيئة الخارجية، حيث تضعف الفواصل بين الخبرة الداخلية والعالم الخارجي.

٢ - الفعل بالعكس.

٣ - الإنكار الذهاني: الذي يشمل تحويل المؤثرات الحسية المحيرة إلي هلاوس وضلالات.

٤ - وبائية: يشير عدد من البحوث الحديثة الخاصة بباثولوجيا المخ إلي وجود تغيرات في مخ مرضي الفصام يرجح أصابتهم بفيروس بطيء، لا يظهر تأثيره إلا بعد سنوات. ومما يدعم هذا الرأي إصابة من يولدون في فصول معينة من السنة بنسبة أكبر من غيرهم وكثرة مضاعفات الولادة في مرضي الفصام. ("DSM III R." 1989.)

الصورة الكلينيكية: محكات تشخيص الفصام:

توفر أعراض ذهانية مميزة أثناء المرحلة النشطة (١) أو (٢) أو (٣) لمدة أسبوع علي الأقل، إلا إذا عولجت الأعراض بنجاح.

١ - عرضان من الأعراض التالية علي الأقل.

أ - ضلالات.

ب - هلاوس بارزة (في معظم أوقات النهار لعدة أيام، أو عدة مرات في الأسبوع لعدة أسابيع علي الأقل تقتصر خبرة الهلوسة علي لحظات قصيرة).

ج - الهذيان أو تفكك أو اصر الكلام.

د - السلوك التخشبي.

هـ - تسطيح الانفعال أو عدم تناسبه مع الموقف أو التفكير.

٢- الضلالات الشاذة، (Bizarre) مثل المواضيع الغريبة علي بيئة وحضارة المريض، كإذاعة الأعمال أو سيطرة ميت علي أفعاله وتفكيره.

٣- الهلاوس البارزة: كما سبق وصفها علي صورة صوت لا يتضمن معاني اكتبائية أو مرحة، أو

الخلل المعرفي لدى مرضى الفصام المبكر والفصام المزمن

علي شكل صوت يعلق في تصرفات المريض بصورة مستمرة أو أفكاره، أو علي شكل صوتين يتحاوران.

ب - تدني الأداء المهني، والاجتماعي وعناية الشخص بنفسه عن مستوى أدائه قبل المرض (الفشل في الوصول إلى مستوي النمو المتوقع في حالة الطفل).

ج - استبعاد الفصام للوجداني واضطرابات المزاج، بمعنى ألا تزيد نوبة الاكتئاب الجسيم أو الهوس - إن وجدت - علي مدة وجيزة بالنسبة لمدة الأعراض الفصامية.

د - استمرار أعراض المرض بصفة متصلة لمدة لا تقل عن (٦) شهور، وينبغي أن تشمل هذه الفترة علي مرحلة نشطة (مدتها أسبوع علي الأقل إلا إذا عولجت الأعراض بنجاح) من سمات أعراض الفصام الذهانية المذكورة في (أ)، ومرحلة إنذارية أو متبقية. وإن كان وجودهما ليس شرطاً ملزماً. (عادل مصطفى، أمينة السماك، ٢٠٠١، ص ١٦٢ - ١٧٠)

الأعراض الإنذارية والمتبقية:

المرحلة الإنذارية: تدهور واضح في الأداء قبل المرحلة النشطة من الاضطراب، علي ألا تنتج من اضطراب المزاج، أو اضطراب استخدام مادة فعالة نفسياً، وعلي أن تشمل عرضين من الأعراض التالية.

١ - العزلة أو الانعزال الاجتماعي الشديد.

٢ - اضطراب الدور الاجتماعي (كأب، عامل بأجر، رب بيت) بصورة شديدة.

٣ - سلوك بالغ الغرابة مثل جمع القاذورات، التحدث إلى النفس علناً، تكديس الطعام.

٤ - الإهمال الشديد للنظافة الشخصية والعناية بالمظهر.

٥ - تسطح الانفعال أو عدم مناسبته للموقف أو التفكير.

٦ - الاستطراء، الغموض، التكلف، التفصيل الممل في الكلام، أو قلة الكلام وإفلاس محذراه.

٧- المعتقدات الشاذة أو التفكير السحري الذي يؤثر علي السلوك، والذي لا يتفق مضمونة مع معتقدات بيئة المريض، مثل الاعتقاد في الخزعيلات، والإيمان بالقدرة علي معرفة المستقبل، أو التنبؤية، أو الحاسة السادسة، أو الإحساس بأن الآخرين يستطيعون الإحساس بانفعالاته، الأعمال المبالغ في قيمتها، الأعمال الإيمانية.

٨ - خبرات الإدراك الحسي الغريبة، مثل التوهّمات المتكررة، والإحساس بوجود أشخاص أو قوى غير موجودة بالفعل.

٩ - خوار العزم، ضعف الاهتمامات، أو ضعف القدرة علي المبادرة.

المرحلة المتبقية: ويلي المرحلة النشطة، ويتصف باستمرار عرضين علي الأقل من الأعراض التالية، شريطة عدم وجود ما يشير إلى الإصابة باضطراب مزاج أو اضطراب استخدام مادة فعالة نفسياً.

هـ - عدم وجود عامل عضوي أدى إلى الاضطراب أو استمراره.

ي - في حالة وجود تاريخ إصابة باضطراب الذاتوية، (Autistic disorder) في الطفولة، يشترط وجود ضلالات أو هلاوس واضحة لتشخيص الفصام.

تصنيف المسار:

١- تحت المزمّن، (Subchronic) - تستغرق الفترة الممتدة بين بداية الأعراض (الإنذارية، نشطة، متبقية) واستمرارها، مدة لا تقل عن ٦ شهور ولا تزيد علي السنتين.

٢ - مزمن: (chronic) مثل النوع السابق ولكن تزيد مدته علي السنتين.

٣ - تحت مزمن مصحوب بتفاقمات حادة، (Subchronic with Acute Exacerbations) عودة الأعراض الذهانية النشطة إلى الظهور في حالة مزمنة المسار، كانت في الحالة المتبقية، (Residual) من المرض.

٤ - متعاف، (In a Remission) يعني التعافي في حالة الفصام خلو المريض من الأعراض سواء كان يتعالج أو لا. والفرق بين التعافي وغير مصاب بالمرض العقلي يحتاج إلي أخذ مستوى الأداء، والمدة التي انقضت منذ آخر إصابة، ومدتها، ومدة المرض الكلية، وما إذا كان المريض يستعمل علاجاً مسانداً. (عادل مصطفى، أمينة السماك، ٢٠٠١ ص ١٧٢، ١٦٥)

أنواع الفصام:

أ - النوع التخشبي، (الكاتاتوني) هو نوع من الفصام يسود صورته الإكلينيكية أي من الأعراض التالية:

الخلل المعرفي لدى مرضى الفصام المبكر والفصام المزمن

١- الذهول الكاتاتوني، (ضعف شديد في الاستجابة للمؤثرات الخارجية، أو انخفاض ملحوظ في الحركات والأنشطة التلقائية).

٢ - السلبية الكاتاتونية، (مقاومة بدون مبرر لكل الأوامر أو محاولات تحريك المريض).

٣ - التصلب الكاتاتوني، (الاحتفاظ بوضعية جامدة ومقاومة كل محاولات لتغييرها).

٤ - الهياج الكاتاتوني، (الهباج الحركي غير الهادف والذي لا يخضع لمؤثرات خارجية).

٥ - الوضعية الكاتاتونية، (تعمد اتخاذ الوضعيات الغريبة أو غير المناسبة).

ب - النوع غير المنتظم، (Disorganized): نوع تنطبق عليه المحكات التالية:

١ - الهذيان، وتفكك أو اصر الكلام الشديد، والسلوك الفوضوي.

٢ - تسطح الانفعال أو عدم تناسب الانفعال مع المواقف أو التفكير بصورة شديدة.

٣ - لا تنطبق عليه محكات النوع الكاتاتوني.

ج - النوع الضلالي، (Paranoid)

١- الانشغال بنوع واحد أو أكثر من الضلالات، أو هلاوس سمعية متكررة يدور محتواها حول موضوع واحد.

٢ - عدم وجود أي من الأعراض التالية: الهذيان، تفكك أو اصر الكلام الشديد تسطح الانفعال أو عدم تناسبه، السلوك الكاتاتوني، السلوك الفوضوي.

حد الثبات، (Stable)

يعتبر هذا النوع ثابتاً، إذا ما انطبقت عليه المحكات (١) و(٢) في كل مراحل الاضطراب النشطة في الماضي.

د - النوع غير المتميز، (Undifferentiated)

١ - ضلالات، وهلاوس واضحة، الهذيان أو السلوك الفوضوي.

٢ - لا تنطبق عليه محكات الأنواع الضلالية، الكاتاتونية، أو غير المنتظم.

هـ - النوع المتبقي، (Residual)

١ - عدم وجود ضلالات أو هلاوس واضحة، أو هذيان أو سلوك فوضوي.

٢ - وجود ما يثبت استمرار الاضطراب، كما يتضح من وجود عرضين من أعراض المرحلة المتبقية التي سبق وصفها.

أنواع من الفصام لم ترد في الدليل التشخيصي:

١ - نوع ١ ونوع ٢: وصفهما كروو، (Crow) الذي قسم الفصام إلي هذين النوعين حسب وجود أعراض سالبة أو موجبة. فالنوع الثاني يتصف بوجود الأعراض السالبة (تسطح الانفعال، إفلاس الكلام ومحتوياته، انسداد التفكير، آمال المظهر العام، انعدام الحفزية، انعدام المتعة، العيوب المعرفية، وقصور الانتباه) يصحب هذا النوع في العادة تمدد بصينات المخ. وتشمل الأعراض الموجبة (تفكك أو اصر التفكير، الهالوس، الضلالات، السلوك الشاذ، زيادة الكلام) يستجيب النوع الأول للعلاج استجابة جيدة، ويستجيب النوع الثاني استجابة ضعيفة.

٢ - الذهان الضلالي الحاد: مصطلح تستخدمه مدرسة الطب النفسي الفرنسية، لوصف حالة تنطبق عليها محكات الدليل الخاصة بالفصام تقل مدة الأعراض فيها عن ثلاثة شهور.

٣ - الفصام العصابي الكاذب، (Pseudo neurotic) تبدو علي مرضى هذا النوع السمات العصابية لأول وهلة، ولكن التدقيق في الحالة يبين الأعراض الفصامية. ومن أهم سماته: القلق الشامل، القوبيا المتعددة، الازدواجية الشاملة. للنشاط الجنسي الفوضوي. ويندر أن يتحول هؤلاء المرضى إلى ذهان صريح وواضح، بل يتصف مسار حالاتهم بالأزمات وضعف الاستجابة للعلاج. (أحمد عكاشة، ٢٠٠٣)

المسار:

يتصف مسار الفصام بالانتكاس والتعافي النسبي، وبمعكس اضطرابات المزاج لا يعود المريض أبدا إلي مستوى أدائه الأصلي. وقد يعاني المريض من فترة لكتئاب بعد زوال الأعراض الذهانية. وقد يستمر التدهور لفترة تبلغ الخمس سنوات تقريبا يتلوها ثبات نسبي.

الاضطراب المعرفي:

يتناول الباحث هنا ماهية الوظائف المعرفية، ولقاء الضوء على عمل المخ في مهام الوظائف المعرفية. لكي يربط العلاقة بين الوظائف المعرفية والخلل الذي يصيبها نتيجة الإصابة بالاضطرابات العقلية.

الوظائف المعرفية:

المعرفة هي القدرة على التعرف ومعالجة المهام المعقدة على نحو كاف. وهي تعتمد على عمل شبكة الخلايا العصبية المعقدة والمتشابكة. اختبار بطاريات الفسيولوجيا العصبية تهدف لدراسة مختلف ميادين المعرفة، مثل الذاكرة والانتباه واليقظة، القدرة البصرية والوظائف اللغوية واللفظية (Sharma & Mockler, 1998). ويهدف التقييم النفسي العصبي لوصف مختلف الوظائف المعرفية وفهم الأسباب البيولوجية والوظيفية للقصور أو الإفراط الوظيفي لتحسين الأداء والعلاج. من أجل تحقيق هذه الأهداف، يتم تقييم الوظائف المعرفية التالية. (Calev et al, 1999)(In, Ashraf Elshazly., 2007).

الوظائف المعرفية الشاملة:

الوظائف المعرفية الشاملة تشير إلى أن المستوى العام للقدرات المعرفية، ويتم تقييمها بصورة روتينية من خلال اختبارات الذكاء. وهذا التقييم ضروري لأن الدماغ جهاز وحدوي. المهام المعرفية المختلفة التي يقوم بها الدماغ تعتمد على بعضها البعض، وهي تؤثر أيضا في الذكاء بشكل عام. التقييم الشامل يشمل جوانب معينة فقط من الإدراك. وهو يوفر الأساس لتقييم التدهور العام من مستوى أداء الشخصية ما قبل المرض، (premorbid personality) ومناطق الخلل المعرفي والتي قد تكون ذات صلة بمواقع في الدماغ. (Ashraf Elshazly., 2007).

المهام الإجرائية:

تتألف الوظائف الإجرائية من مراقبة وتنظيم السلوك من خلال كبح وتخطيط الردود والنتائج بهدف توجيه الأعمال. ويعتقد أنها تمكن أي شخص من الانخراط بنجاح في السلوكيات المستقلة والهادفة لخدمة مصالح ذاتي (Barak, Y., Swartz, M., & Davidson, M. 1997) أهم الوظائف التنفيذية تشمل تثبيط الاستجابة، التي تتيح السيطرة على الدافع، لإنهاء المقاومة وتأخير الإشباع: الذاكرة غير الشفهية، والتي تتيح إبقاء الأحداث التي وقعت في العقل، وتسمح بالوعي الذاتي عبر الزمن: الذاكرة الشفهية، والتي تضم تداخل الكلام ونتيح وصف الذات والتشكيك في القراءة والفهم: وأخيرا التنظيم الذاتي للعاطفة والدوافع، والذي يطلق الدوافع، والاستمرار نحو الهدف وضبط النفس العاطفي.

ويعتقد أن الفصوص الأمامية من الدماغ والترابط بينها تلعب دورا هاما في التحكم في المهام التنفيذية. وقد فصلت إلى، (orbitofrontal، dorsolateral)، وأقسام (cingulated). فإن دورة الفص الأمامي (dorsolateral) ترتبط بارتفاع الوظائف المعرفية، مثل عمل الذاكرة، واستنتاج

الفروض، واسترجاع والشروع في كلمات وتصاميم فريدة من نوعها، وتنظيم المعلومات (مثل تجميع قوائم الكلمات على أساس الفئة الدلالية).

تتميز متلازمة (orbitofrontal) بتغيرات ملحوظة في الشخصية، مثل عدم الاستقرار، والاعتمادية، والانفعال. أما دائرة (cingulated anterior) فتربط بضعف الاستجابة (أي (akineti) خرس في أقصى الحالات) وتبسط الاستجابة. (Barak, Y., Swartz, M., & Davidson, M. 1997)

على الرغم من أن الفص الأمامي (prefrontal) كان يعتبر مهما منذ فترة طويلة في تعديل هذه الوظائف، والمزيد من التطورات الحديثة في علم الأعصاب أدت إلى تزايد أهمية الدور الأساسي الذي تضطلع به الترابطات الدماغية على نطاق واسع بين المناطق دون القشرية و المناطق القشرية من الدماغ.

أمثلة الأعراض المرتبطة بخلل في الوظائف الاجرائية تشمل (disinhibition) إزالة التثبيط (سواء (hypersexual) النشاط الجنسي الزائد، أو (hyperaggressive) العدوان الزائد)، وعدم التنظيم، والارتباك، والحفاظ عليها (أي امتلاء للاستجابة إلى أبعد من هذه النقطة المنشودة). ويقاس عليها العديد من الاختبارات مثل اختبار فرز بطاقات ويسكونسن. (Leask, S. J. 2004)

يشتمل مفهوم معالجة القدرة على فكرة أن أي مهمة مقدمة من شأنها أن ينتج عنها طلب في حيز محدود من الموارد، وتحتاج المهمة ذات حمل المعالجة الأعلى إلى المزيد من الموارد من حيز محدود أكثر من المهمة ذات حمل المعالجة الأقل، ومن ثم فإن منع الحصول على الموارد للوظائف المتزامنة المستتارة من حيز واحد، ويتطلب التركيز البؤري الجهد المعرفي ومن ثم فإن له متطلبات معالجة حمل مرتفعة، وعلى النقيض فإن العمليات المتوازية لها متطلبات قدرة معالجة ضعيفة أو معدومة ويمكن أن تعمل في آن واحد مع العديد من الوظائف من دون منعها. (O'Mara et al, 1999)، (وردت في (Ashraf Elshazly, 2007)، وتسمى القدرة على تعزيز الانتباه التيقظ ويمكن اختبارها عن طريق متطلبات المهمة الخاصة بالتنبيه والتركيز طوال فترة زمنية تتراوح مدتها ما بين خمس دقائق إلى ساعة، وعادة ما تشتمل الاختبارات على متطلبات التعقب لمثيرات الهدف والتي تحدث على نحو غير متكرر خلال فترات زمنية عشوائية، والتيقظ هو موقف لا يحدث خلاله شيء ذات حجم أكبر ولكن الملاحظ يركز جل انتباهه على أمل تعقب بعض الأحداث عند وقوعها، (الاستمرار في المشاهدة)، ومثال على ذلك الاختبار هو اختبار الأداء المستمر والذي استخدم لدراسة مختلف الاضطرابات النفسية.

تشتق النواحي المهمة للاختبارات من نظرية تعقب الإشارة وتشتمل على عوامل الحساسية ومعيار رد الفعل، والحساسية هي تمييز الهدف عن المثير غير المستهدف.

أما معيار رد الفعل فهو كمية الدليل الشعوري المطلوب لدعم القرار المتخذ فيما يخص البند المستهدف في مقابل غير المستهدف. (Ashraf Elshazly, 2007.)

ارتباط الذاكرة:

لوحظ في الآونة الأخيرة في الفصام وجود أهمية منطقة القشرة الجديدة الصدغية في الذاكرة الانتقائية والتعلم والاضطرابات، (Syvalahti, 1994.) وتشير الدراسات إلى أن تخفيض حجم الفص الأمامي يبدو أنه يرتبط مع العجز في الذاكرة والتجريد، (Nestor et al. 1993.) وعلاوة على ذلك، وقد يقال أيضاً أن اللحاء قبل الأمامي يقوم بتفعيل العمل ويعكس حجم الذاكرة المعرفية بدلاً من المهام الداخلية وتوليد العمل في حد ذات (Petrides, 1994.) (Spence et al. 1998.)، واقترح أن التلاعب بالنشط ورصد المعلومات داخل الذاكرة يتطلب العمل على سلامة منتصف المناطق الجبهية الظهرية القشرية الأمامية في حين مقارنة المنشطات في الذاكرة على المدى القصير والذاكرة النشطة متتابعة التنظيم للاستجابات مروج حول منتصف الجزء من القشرة الأمامية البطنية الجانبية.

الوظائف البصرية المكانية والوظائف الشعورية الأخرى:

هناك عدد من القدرات البصرية المكانية التي تشتمل على التركيز المكاني والإدراك والشعور والتركيب وحل المشكلات البصرية المكانية والذاكرة البصرية المكانية، والمهام التركيبية هي أكثر اختبارات الكشف للقدرة البصرية المكانية استخداماً، والحواس لها مناطق تفسير داخل المخ، وقد ارتبط الفص الجزئي الأيمن وغير المهيمن مع تفسير وتمثيل الصور البصرية ويسبب الضرر الواقع في هذه المنطقة الإغفال أو الإهمال البصري المكاني، وفي مثل تلك الحالات، يفشل المريض في إدراك الأشياء في مجال الرؤية الأيسر.

بخصوص الوظائف الحركية والبصرية التركيبية والعملية فإن الوظيفة الحركية المحضة تقع في القشرة الحركية الجبهية الشعورية، وتشتمل السرعة البصرية الحركية على استخدام الوظيفة الحركية بالارتباط مع الوظائف الأخرى مثل الوظيفة البصرية المكانية والوظيفة الإجرائية، وتشتمل القدرة البصرية التركيبية على التنسيق المعقد فيما بين اليد والعين من أجل إنتاج تركيبات مكانية ثنائية أو ثلاثية الأبعاد (Posner, M. I., Early, T., Reiman, E.,

(Parado,P.,&Dhawan,M.1988) ترتبط الخبرة في ملاحظة وتحديد العيوب المعرفية مع الخلل الوظيفي الدماغي أو الإصابات وهذا ما يساعد الإكلينيكين على تحديد التشخيص.

الوظائف المعرفية الأخرى:

الوظيفة اللغوية: تشمل على إدراك الكلام الواقع في القشرة البصرية(القوية) وإنتاج الكلام الواقع في منطقة بوركا وأخيراً تكرار ونطق الكلام الواقع في القشرة الحركية في الفص الجبهي.

يعتبر كل من تكوين المفاهيم وحل المشكلات وإطلاق الأحكام هي وظائف معرفية هامة أيضاً والتي ترتبط مع وظائف الفص الجبهي الأمامي،(Syvalahti,1994.)

جوانب الخلل في الذاكرة:

ضعف الذاكرة هو سمة بارزة من سمات الفصام، ويبدو أن الأعراض الأولية للمرض والأسباب الكامنة هي عضوية والعمل في العلاج النفسي في الآونة الأخيرة يشير إلى أن ضعف الذاكرة شامل وينطوي على مخازن الذاكرة الحسية وقصيرة المدى وطويلة المدى.(Stip,1996.)

١ - الذاكرة العاملة:

تركز الاهتمام في الآونة الأخيرة على ضعف الذاكرة العاملة واقترح أن يكون هو جوهر الإعاقة الإدراكي في الفصام بل وأهم من ذلك حيث يعتقد أنه من خلال الجزء الأمامي من الدماغ، ويفترض أن الذاكرة العاملة هي الوظيفة في معظم المهام الإدراكية في وقت واحد والتي تتطوي على تخزين المعلومات ومعالجتها وقال الباحثون أن العاهات في الذاكرة البصرية واللفظية العاملة في الفصام، (Syvalahti,1994.)

الصعوبة في الذاكرة العاملة قد تكون مسئولة جزئياً عن عدم القدرة على اتخاذ القرار، ولها أثر ضار في القدرات الاجتماعية والمهنية. (Tollefson, 1996.)

على الرغم من أن ضعف الذاكرة اللفظية في الفصام يعتبر أنه عجز انتقائي في الذاكرة فني الفصام ليس واسع الانتشار وهذا ما يثير احتمال أن مرضى الفصام يمكن تحسين الأداء لديهم إذا كانت الذاكرة قد أدت إلى استخدام أفضل استراتيجيات الترميز فمن المشكوك فيه أن يكون ضعف الذاكرة الشفوية حاداً لدى المصابين بالفصام لجميع المواد في جميع الظروف وأن المصابين بالفصام المزمن يعانون من ضعف الذاكرة اللفظية، وكان هناك عدد من الدراسات التي تبين أن أنواع معينة من المعلومات الشفهية وقواعد اللغة أو المعنى سيئة الحفظ بشكل انتقائي (Cuttin,1985).

أظهر (كيني وآخرون ١٩٩٥) (Keefe et al, 1995.) أن الأفراد الذين يعانون من الفصام لديهم عجز مرئي مكاني في الذاكرة العاملة وعلى النقيض من انتقائية عجز الذاكرة العاملة اللفظية في حين أن عجز الذاكرة العاملة البصرية ليس انتقائياً، وقد يعزى ذلك إلى وجود اختلاف في حساسية المقاييس المستخدمة لتقييم عمل هذين النوعين من الذاكرة.

إضافة إلى ذلك أظهر (Keefe et al, 1995.) وجود نمط من ضعف في الذاكرة المكانية العاملة لدى مرضى الفصام والذي يشبه الذين يعانون من آفات الفص الأمامي بدلاً من مرض الشلل الرعاش أو مؤقتاً في الآفات التي تصيب الفص الأمامي الجبهي.

وأفيد أيضاً أن عاهات الذاكرة العاملة المكانية يمكن أن تفسر من خلال التخطيط لحالات العجز في التخطيط وهي سمة مميزة لمرضى آفات الفص الأمامي والدراسة التي أجريت على مرضى الفصام في المرحلة الأولى، فقد وجد (محمد وآخرون ١٩٩٩ م.) (In Mohamed et al (1999) (Ashraf Elshazly, 2007.) أن المرضى كانوا يعانون من الإعاقة في التذكر الفوري والتذكر المتأخر وأشاروا إلى أنه نظراً لاختبار مرضاهم خلال مرحلة من الاضطراب العقلي حادة غير معالج وكان أدائهم أسوأ مما لو كان مقررأ بعد فترة وجيزة من الاستقرار ومع ذلك اكتشفت دراسة أجريت على مجموعة أخرى من المرضى الذين يعانون من الهوس في المرحلة الأولى أن ضعف الذاكرة أكثر مما كان عليه في مجموعة الرقابة الصحية. (Hoff et al (1992).

يبدو أن حالات العجز في الذاكرة اللفظية هي عنصر أساسي في علاج مرضى الفصام وحدث (سايكين وآخرون ١٩٩٤ م.) (In Ashraf Elshazly, Saykin et al (1994) (2007.) مرضى الفصام في المرحلة الأولى ومقارنتهم مع الأشخاص الذين أخضعوا للعلاج في السابق علاوة على ضوابط صحية وخلصوا إلى أن الذاكرة اللفظية والتعلم نسبيين بصورة انتقائية مع وظائف أخرى وأن ضعف الذاكرة الثانوية ليس بسبب الأدوية المضادة وعندما يكون الانتباه والوظيفية التنفيذية خاضعا للسيطرة والمراقبة للعثور على حالات العجز في الذاكرة الكلامية التي ما زالت موجودة وتشير هذه النتائج إلى أن العجز في الذاكرة اللفظية ليس ثانوياً لعدم الانتباه أو العجز في أداء السلطة التنفيذية متتابعة.

٢- ذاكرة المدى الطويل (LTM):

فيما يتعلق بذاكرة المدى الطويل تكون طبيعية في بعض الحالات وغير طبيعية في ظل الحالات الأخرى، وقد اكتشفت ست دراسات أجريت على المصابين بالفصام الحاد واكتشفت أنهم أفضل وفي ثلاثة تقارير في الواقع أفضل من الأفراد المصابين بالإحباط. (Cutting, 1985.)

فقد افترض أن العجز في ذاكرة المدى الطويل المرتبط بهذا الخلل مرتبط بإعاقة في الذاكرة والتي كانت متسقة في المعلومات التي تشير إلى معلومات عن موعد ومكان حدث محدد مما يمكن أن يكون هذا الحدث مميزاً عن غيره من المناسبات.

هذا العجز في معالجة وحفظ المعلومات السياقية قد يؤكد على وجود إعاقات معرفية متباينة ملحوظة في الفصام ويرتبط هذا الاعتلال بالأعراض الإيجابية بدلا من السلبية وقد يزداد الوضع سوءا مع مسار المرض. (Servan-Sciuciber et al,1996.)

كان هناك تزايد في الاهتمام بالجهاز المعرفي الدلالي في الفصام، وتشير الدراسات الحديثة إلى احتمال تعطل معالجة المعلومات الدلالية مما يتسبب في انعدام تنظيم الشبكة الدلالية، وهذا الاستنتاج قد يكون له آثار على بعض النقاش الدائر حول أصل "اضطرابات التفكير" في الفصام (Aloia et al., 1996)

ربما ظلت الذاكرة سليمة إلى حد كبير لدى المرضى الذين يعانون من عدم اضطراب التفكير، في حين أن عملية تكامل المعلومات الدلالية منقوصة لدى المرضى الذين يعانون من اضطراب التفكير. (Cutting & Murphy, 1988.) بالإضافة إلى أن تخفيض المعالجة الدلالية في الفصام يمنع بناء المنع الاستباقية ويسهم في تثبيط الذاكرة المضطربة في مرض الفصام وحالات الشذوذ التشريحي الفسيولوجي التي تكمن وراء هذه النتائج قد تكون واضحة بشكل خاص في اللحاء قبل الأمامي وترتبط داخليا بين المناطق القشرية. (Karenken et al,1996.)

غالبا ما يظهر على المرضى علامات اختلال الذاكرة العرضية وهم يعانون من صعوبة في استعادة التجربة العرضية ذات السياق المكاني والزمني. (Goldberg and Gold, 1995.)

يمكن القول بأن العجز في الذاكرة يعكس الإعاقة التفكيرية الكامنة، ووجد (جويس وآخرون، ٢٠٠٢م.) (Joyce et al., 2002) وجود عجز كبير في الذاكرة العاملة المكانية وذاكرة المدى الطويل العرضية وذاكرة المدى القصير المكانية لدى المرضى الذين يعانون من اضطرابات الفصام المزمن (تناول الدواء أقل من ١٢ أسبوعا) بالمقارنة مع مجموعات الضبط الصحيحة، وعلى الرغم من أن معدل الذكاء يرتبط مع العجز في الذاكرة، فإن الفروق بين المرضى ومجموعات الضبط لا تزال كبيرة جدا، ولم تدهر التحقيقات النفسية في كفاية المخازن وكفاءة العمليات الجوهرية في المصابين بالفصام الحاد والمزمن وجود أي عجز مقنع، ومع ذلك فهناك بعض الأدلة التي تشير إلى أن القدرة على استخدام استراتيجيات الذاكرة يمكن أن تعاق وهذا يمكن أن يبرر بعض التقارير حول الإعاقة البسيطة في الذاكرة، وهناك أيضا أدلة على أن المصابين بأعراض

الخلل المعرفي لدى مرضى الفصام المبكر والفصام المزمن

الفصام بشكل انتقائي يعانون من ضعف التذكر في البنود ذات المحتوى العاطفي (Cutting, 1985.)

٣- العجز في الترميز والحفظ والإدراك:

أثبت الباحثون أن المصابين بالفصام يعانون من اعتلال في الإدراك، ولكن ليس في استجابات التذكر، (التذكر الواعي)، ولا استجابات "المعرفة" (التعود)، وعلى العكس من ذلك فقد قدم (بولسن وآخرون، ١٩٩٥م.) (Paulsen et al, 1995) للتعلم اللفظي وأداء الذاكرة في الفصام، والتي تبين وجود عيوب أو عجز في ترميز والاسترجاع، لكن معدلات النسيان الطبيعية والإدراك الجيد نسبيًا بالمقارنة مع التذكر النشط، علاوة على ذلك فإن مجمل أداء الذاكرة يبدو أن ثمة صلة مع عمق الترميز، لدى مرضى الفصام إعاقة في الترميز الترميز الذي هو أساساً عملية مجهددة وكفاءة ترميز سطحية أقل والتي تعتمد بشكل أكبر على عملية آلية وبالإضافة إلى ذلك فإن مرضى الفصام يكونون غير قادرين على الإبقاء على المعلومات خلال فترات قصيرة، في حين أن المعلومات التي يتم معالجتها بالتنسيق مع عملية عقلية أخرى جارية من أجل وضع استجابة. (Goldberg et al, 1995.)

وثمة فهم أوضح لحالات العجز في الذاكرة في الفصام قد يأتي من التمييز فيما بين أشكال التعلم والتذكر الواضحة (أو المعلنة)، مقابل الضمنية (أو غير المعلنة).

المشكلة التي تؤثر على تفسير الذاكرة البحث في الذاكرة هي أن عيوب الذاكرة لا تظهر في جميع المرضى الذين يعانون من الفصام، وهذا يشير إلى البحوث الإستراتيجية في دراسة مجموعات فرعية من المرضى الذين يعانون من الفصام من أجل توضيح العلاقة بين عجز الذاكرة والعلاج النفسي، وقد قال، (شرودر وآخرون، ١٩٩٦م.) (Schroder et al, 1996) أن مرضى الفصام الذين يظهرون سوءاً في الذاكرة العاملة يمكن وضعها في المجموعة الفرعية للمتلازمة غير المنظمة.

المرضى الذين يتم وصفهم على أنهم ينتمون إلى المجموعة الفرعية التي تعاني من الوهمية يعانون من الإدراك المتأخر أما هؤلاء الواقعون ضمن المتلازمة السلبية فيعانون من التذكر المتأخر، وكلا المجموعتين تعانيان من إعاقة وضعف في الذاكرة الإجرائية.

هذه النتائج لا تبدو أنها تتأثر بشدة المرض ودرجة العجز المزمن ولا حتى بعيوب الانتباه لأنها تعكس اشتراك مختلف أجهزة التذكر وليس العجز العالمي غير المحدد.

الذكاء والقدرات المعرفية:

والذكاء من أبرز مكونات الشخصية وأشدها خطراً وأقواها وضوحاً وتأثيراً، ويتضح ذكاء الفرد أكثر ما يكون فيما يلي:

- ١ - حدة الفهم وسرعته ودقته وصوابه.
- ٢ - القدرة على التعلم والتحصيل الدراسي.
- ٣ - القدرة على معالجة المواقف الجديدة التي تتعرض لها الشخصية بمهارة ونجاح.
- ٤ - القدرة على إدراك العلاقات المجردة بين الأشياء أو الموضوعات أو الظروف المختلفة.
- ٥ - القدرة على التعامل بالرموز والمجردات.
- ٦ - القدرة على الاستفادة من الخبرات الماضية.
- ٧ - القدرة على إنجاز أعمال وواجبات تتميز بالتعقيد والصعوبة.
- ٨ - القدرة على الإبداع والابتكار والأصالة. (فرج عبد القادر طه وآخرون، ١٩٩٣، ص ٢٠٤).

وفي المستشفيات النفسية الحديثة يتعلق العلاج بتحديد فترة زمنية للعلاج ولا يقتصر على العلاج الدوائي فقط كما كان سائداً ولكن العلاج يعتمد على فريق طبي متخصص لكل عضو دورة في مساعدة المريض وبعد انقضاء فترة العلاج يتم خروج المريض من المستشفى ومراجعته للعيادات الخارجية أو عمل ما يسمى بمنزل منتصف الطريق (Half way house)، حيث يقيم المريض فيه ويستطيع أن يمارس حياته الطبيعية لاكتسابه المهارات الاجتماعية التي تساعده على التغلب على الأعراض المرضية. وهذا يجعل المستشفيات ليست مكاناً للسجن بل هي تأهيل وعلاج للمرضى. حيث طول فترة وجود المريض بالمستشفى تعطيه بلادة ونقصاً في المهارات وعدم مقدرة على مواجهه أعباء الحياة ويصبح اعتمادياً على المستشفى لا على مهاراته الشخصية والحياتية. (رأفت السيد عسكر، ٢٠٠٥)

وفي بحث للباحث عن الذكاء الوجداني وعلاقته بالاضطرابات العقلية أتضح للباحث من خلال التحقق من صحة فروض البحث أن الذكاء الوجداني جانب مهم في كفيه نمو هذا الجانب لدى المضطربين عقلياً حيث أن معظم البرامج العلاجية خاصة في المستشفيات العقلية تعتمد غالبيتها على العلاج الدوائي، مهمة جوانب أخرى مهمة في العلاج مثل التأهيل وتنمية المهارات وانخراط المريض بالمجتمع بدلاً من انعزال المريض وأن المريض يصبح اعتمادي على المستشفى بدلاً من

الخلل المعرفي لدى مرضى الفصام المبكر والفصام المزمن

الخروج منه فمعظم البرامج العلاجية المتطورة تعتمد على قصر مدة بقاء المريض بالمستشفى ومن ثم التحاقه ببرنامج للرعاية المستمرة في العلاج حتى يكتسب مهارات أكثر أثناء تفاعلاته الإنسانية مع المحيطين به ويوصى الباحث بأهمية التركيز على الذكاء الوجداني كأحد الجوانب المهمة في تطور العلاج النفسي لدى المضطربين عقليا، ووضع برامج علاجية مخصصة لهذا النوع من الذكاء ليساعد في تطور ونمو العلاج لدى المرضى الذهانيين، ويضيف الباحث إحقاقا للحق أنه أثناء قيام الباحث بتدريب طلبة قسم علم النفس بكلية الآداب جامعة الزقازيق وأثناء تطبيق الأدوات الخاصة بالبحث في المستشفيات النفسية شاهد الباحث في مستشفى الخانكة بالخانكة وحدة مجهزة على أعلى مستوى للمتابعة للرعاية اللاحقة للمرضى النفسيين وهذا يعتبر تطوراً في فنيات العلاج النفسي وأيضا ما يؤكد البحث من ضرورة انتشار مثل هذه المراكز في جميع المستشفيات النفسية. (رافت السيد عسكر، ٢٠٠٥ ص ٣٤، ٣٣).

مشكلة الدراسة:

يمكن صياغة مشكلة الدراسة في التساؤلات التالية:

التساؤل الأول :

هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الفصام إصابة أول مرة والفصام المزمن والأسوياء في اختبار الذاكرة لصالح مجموعة الأسوياء؟.

التساؤل الثاني:

هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الفصام إصابة أول مرة والفصام المزمن والأسوياء في اختبار فرز البطاقات ويسكونسن لصالح مجموعة الأسوياء؟.

التساؤل الثالث :

هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المصريين والكويتيين في الأدوات التي اشتملتها الدراسة وهي اختبار فرز البطاقات لويسكونسن، اختبار وكسلر للذكاء واختبار وكسلر للذاكرة؟.

أهداف الدراسة:

وحيث أن الدراسة حول الإصابة أول مرة ومقارنتها بالمرضى المزمنين فتهدف هذه الدراسة إلى كيفية تقييم وعلاج الإصابة أول مرة وكذلك أنواع مختلفة من الاختبارات التي يمكن استخدامها

لقياس الوظائف المعرفية المختلفة وطرق وأنواع تقييم الوظائف المعرفية وكيفية معالجتها بالتأهيل النفسي وبرامجه المختلفة وخصوصا برنامج "معالجة الوظائف المعرفية"

وتهدف الدراسة لعلاقات الوظائف المعرفية بعوامل أخرى مثل الأعراض الإيجابية والسلبية والأعراض المعرفية لمرض الفصام والعلامات العصبية وكذلك عامل الجنس والوراثة.

أهمية الدراسة:

تأتى أهمية هذه الدراسة لتناولها الأهداف التالية :

١- أهمية عينه الدراسة حيث أن مرضى الفصام يمثلون شريحة كبيرة نسبيا في المستشفيات النفسية ويمكث المريض فترة طويلة بالمستشفى مما يؤثر سلبا على اكتسابه مهارات الحياة الخارجية ويكون عبئا على الدولة في المصروفات التي يتكلفتها العلاج.

٢- أهمية متغيرات الدراسة، حيث تتناول الدراسة متغيرات الفصام والوظائف المعرفية وأنواع جديدة من الاختبارات النفسية.

٣- قلة البحوث والدراسات نسبيا، نظرا لحداثة مفهوم الاضطرابات المعرفية إلا أن الدراسات التي تناولت الاضطرابات المعرفية في الفصام قليلة نسبيا في حدود علم الباحث. كما تأتى الأهمية من التركيز على تحسن المجالات الآتية لمرضى الفصام .

١ - تحسين الوظائف المعرفية قد تزيد البصيرة، وتحسين الامتثال والحد من خطر الانتكاس.

٢- التقليل من العجز المعرفي يؤدي إلى التحسن السريري والحد من طول فترة العلاج في المستشفيات.

٣- ضعف الوظائف المعرفية قد تضع عبئا ماليا ثقيلا على أقارب المرضى الذين يعانون من الفصام، وعلى المجتمع.

٤- تحقيق الحد الأقصى من الوظائف المعرفية سيكون لها أثر كبير على صافي تكاليف علاج الفصام.

٥- دراسة الخلل الوظيفي والذهني في وقت مبكر من المراحل الأولى من الفصام يسهم بشكل كبير في تحسين فهمنا وعلاج الفصام بشكل عام.

مفاهيم ومصطلحات الدراسة:

١ - ذاكرة:

إحدى الوظائف العقلية المختصة بالاحتفاظ بذكرات الفرد وما مر به من تجارب وما تعلمه من معلومات. وباستدعاء ما يحتاجه الفرد من ذلك عندما يكون في موقف يتطلب منه ذلك كموقف التلميذ في اختبار يطلب منه ذكر ما حصله من معلومات في موضوع معين. (فرج عبد القادر طه، وآخرون، ١٩٩٣ ص ٢٠٤)

٢ - المعرفة:

كالمعرفة البسيطة مثل: الإدراك، والمعرفة المعقدة مثل الفهم، وتتضمن المعرفة المعلومات الدقيقة. (فرج عبد القادر طه، وآخرون، ١٩٩٣ ص ٤٢٢)

٣ - الوظائف المعرفية:

هي القدرة على التعرف ومعالجة المهام المعقدة على نحو كاف. وهي تعتمد على شبكة الخلايا العصبية المعقدة والمتشابكة. اختبار بطاريات الفسيولوجيا العصبية تهدف لدراسة مختلف ميادين المعرفة، مثل الذاكرة والانتباه واليقظة، القدرة البصرية والوظائف اللغوية واللفظية (Sharma & Mockler, 1998).

٤ - الاضطراب العقلي "الذهان": (Psychoses)

تتميز الاضطرابات الذهانية بعدة أعراض تفرقها عن الاضطرابات النفسية وأهمها هي: -

١ - اضطراب واضح في السلوك بعيدا عن طبيعة الفرد من انطواء، انعزال إهمال في الذات والعمل والاهتمام بأشياء بعيدة عن طبيعته الأصلية.

٢ - تغير في الشخصية الأصلية، واكتساب عادات وتقاليد وسلوك تختلف عن الشخصية الأولى.

٣ - تشويش في محتوى ومجرى التفكير.

٤ - تغير الوجدان عن سابق أمره.

٥ - عدم استبصار المريض بعلته.

٦ - اضطراب في الإدراك مع وجود الضلالات والهالوس.

٧ - البعد عن الواقع والتعلق بحياة منشؤها اضطراب تفكيره. (أحمد عكاشة ٢٠٠٣، ص ٢٤٥، ٢٤٦).

كما ورد تعريف الذهان في معاجم علم النفس على النحو التالي: -

٥ - ذهان (مرض عقلي): Psychosis

يقتصر استخدام المصطلح على الأمراض العقلية سواء أكانت وظيفية المنشأ أم عضوية المنشأ وتبعاً لكل من هانتز (Hunter, R.) وعابدة مكالبين (Macalpine, I.) فإن هذا المصطلح قد أدخله فوشرسليبين (Feuchtersleben.) عام ١٩٤٥م. في كتابة عن علم النفس المرضى وقد قصد به المرض العقلي، إذ أن كل ذهان من وجهه نظره، إنما هو عصاب في نفس الوقت بينما ليس كل عصاب ذهانياً في الآن نفسه" (فرج عبد القادر طه، وآخرون ١٩٩٣، ص ٢٠٥).

٦ - السواء: Normality

١- الخلو من الاضطراب أو الانحراف أو الشذوذ.

٢- يعنى في الإحصاء الاقتراب من التوزيع الاعتدالي المحتمل" (فرج عبد القادر طه، وآخرون ١٩٩٣، ص ٢٣٠).

دراسات سابقة:

في دراسة لمحمد نجيب الصبوة بعنوان: للتفكير التجريبي لدى مرضى الفصام الهذائي المزمن في مقابل مرضى الفصام غير الهذائي باستخدام الأمثال العامية المصرية "محمد نجيب الصبوة، (١٩٩١)". شملت الدراسة (٧٨) مريضاً فصامياً شكلوا (٥) مجموعات كالتالي: (٥٣) فصام مزمن هذائي و(٦٦) بسيط و(٥٦) متبقي و(٧٠) هيبيفرينى و(٣٣) ككاتونى بالإضافة إلى مجموعة أسوياء قوامها (٧٣) واستخدم اختبار الأمثال العامية المصرية إعداد الباحث واختبار المتشابهات والفهم وترتيب الصور والمكعبات والمهارة اليدوية وتبينت فروق بين الأسوياء وفئات الفصام الخمس محل الدراسة على الأمثال العامية بدلالة وراء (٠,٠٠٠١) في اتجاه أفضلية الأسوياء في التفكير التجريبي حيث تراوحت قيمت على المقاييس الفرعية الخمسة للأمثال بين (٦,٢٤، ٠,٠٨). كما تبينت فروق دالة بين مرضى الفصام الهذائي وغير الهذائي حيث تراوحت قيمت بين (٤,٤٦، ٠,٢٨، ٠,٠٢، ٠,٠٠١) في اتجاه أن الهذائين أسوأ في التفكير التجريبي من غيرهم من مجموعات الفصام الأخرى. بينما لم توجد فروق بين جميع فئات مرضى الفصام

الخلل المعرفي لدى مرضى الفصام المبكر والفصام المزمن

المزمن غير الهذائي وبين بعضها البعض مما يشير إلى أن هذه الجماعات تمثل فئة واحدة من حيث اضطراب التفكير التجريدي (محمد نجيب الصبوة، ١٩٩١)

وفي بحث لزينب محمد أبو الفضل، (١٩٩٥): العلاقة بين إدراك الزمن وعدد من الوظائف العقلية العليا عند الفصامين. شملت الدراسة (٣) مجموعات، الأولى (٣٠) مريضا فصاميا من الذكور، والثانية (٣٠) مريضا من مدمني الهيروين، والثالثة (٣٠) من الأسوياء (ضابطة)، وتراوحت أعمارهم بين (١٧-٥٠ سنة). واستخدمت الباحثة أربعة أساليب لقياس الزمن وهي: اللفظي والإنتاج وإعادة الإنتاج والمقارنة وذلك من خلال فترات زمنية مختلفة (٥ث، ١٠ث، ٢٠ث، ٤٠ث، ٦٠ث، ١٢٠ث، ٢٤٠ث). وتبين وجود تقدير زائد عند الفصامين مقارنة بالأسوياء والمدمنين وذلك في اللفظي بينما كان التقدير زائدا عند المجموعتين المرضيتين مقارنة بالأسوياء في الإنتاج. وكان التقدير ناقصا عند المجموعتين المرضيتين مقارنة بالأسوياء باستخدام أسلوب إعادة الإنتاج. مما يعنى أن الفصامين لديهم إحساس مضطرب بالزمن. كما تبين أن الفترات الطويلة تفرق بين الأسوياء ومجموعتي المرضى بينما الفترات القصيرة تفرق بني الفصامين والمجموعتين الأخرين. كما تبين وجود ارتباط بين تقدير الزمن وكل من الإدراك والانتباه. وكذلك بين تقدير الزمن وبعض المتغيرات الديموجرافية. (زينب محمد أبو الفضل، ١٩٩٥، م. ص ص ٥٠٧-٥٠٩)

وفي بحث لشعبان جاب الله رضوان، صالح عبد الله أبو عيادة، (٢٠٠٢ م.): مظاهر التشويه المعرفي لدى الفصامين والاكئابيين. شملت الدراسة (٣) عينات الأولى من الفصامين وعددهم (٣٠ مريضا) بمتوسط عمر (٧،٧٤ & ٣١،٢١) عاما، والثانية من الاكئابيين وعددهم (٣٠ مريضا) بمتوسط عمر (٢٣،٨٠ ? ٣٣،٣١) عاما، والثالثة من الأسوياء وعددهم (٣٠ مبحثا) بمتوسط عمر (٢٤،٤٠ ? ٣،٧٧) عاما، وجميع العينات من الذكور السعوديين. واستخدم مقياس التفويت المعرفي إعداد تراسي ومايرز وميشيل رولين" وترجمة الباحثين ومقياس التفكير السحري إعداد مارك إيكبلاد ولورين تشابمان وترجمة الباحثين ومقياس الأفكار الآلية إعداد فيليب كندال وستين هولون وترجمة الباحثين. وتبين وجود فروق دالة بين العينات الثلاث في جميع المتغيرات حيث بلغت قيمة "ف" (١٣،٨٣ بدلالة ٠،٠٠٠١) في التفويت المعرفي وبلغت (٢٦،١٣ بدلالة ٠،٠٠٠١) في التفكير السحري وبلغت (١٦،٧٣ بدلالة ٠،٠٠٠١) في الأفكار الآلية. ولم تظهر فروق بين الفصامين والاكئابيين في التفويت المعرفي ولا في الأفكار الآلية، بينما وجد فرق دال بينهما في التفكير السحري حيث بلغت "ت" (٤،٣٧ بدلالة ٠،٠٠٠١) في اتجاه الفصامين. ووجد فرق دال بين الفصامين والأسوياء في اتجاه الفصامين في التفويت المعرفي (ت=٦،٣٧) وفي التفكير السحري (ت=٦،٧١) وفي الأفكار الآلية (ت=٥،٣٦) وجميعها بدلالة (٠،٠٠٠١). كما وجدت فروق دالة

بين الاكتئابيين والأسوياء في اتجاه الاكتئابيين في التفويت المعرفي (ت=٣,٢١ بدلالة ٠,٠٠١) وفي التفكير السحري (ت=٢,٨٤ بدلالة ٠,٠١) وفي الأفكار الآلية (ت=٥,٢٣ بدلالة ٠,٠٠١). كما تبين وجود علاقة ارتباطية إيجابية دالة بين الأفكار الآلية السلبية والتفويت المعرفي لدى الفصامين حيث بلغت "ر" (٠,٥٧٢) ولدى الاكتئابيين (ر=٠,٤٢٢ بدلالة ٠,٠٥) ولدى الأسوياء (ر=٠,٥٩٩ بدلالة ٠,٠١). كما تبين ارتباط التفكير السحري بالأفكار الآلية لدى الفصامين (ر=٠,٤٥١ بدلالة ٠,٠٥) ولدى الاكتئابيين (ر=٠,٤٨٨) ولدى الأسوياء (ر=٠,٥٢٨ بدلالة ٠,٠١). كما تبين ارتباط التفويت المعرفي بالتفكير السحري لدى الفصامين (ر=٠,٧٠٥) ولدى الأسوياء (ر=٠,٥٨١) وكلاهما بدلالة (٠,٠١). (%٠,٩١, %١,٢٨).

في دراسة لسامي عبد القوي (٢٠٠٢)، بعنوان اضطراب الوظائف المعرفية لدى مرضى باركينسون (دراسة نيوروسيكولوجية مقارنة). هدفت الدراسة إلى التعرف على طبيعة اضطراب الوظائف المعرفية لدى مرضى باركينسون من منظور نفسي عصبي، كما هدفت الدراسة أيضاً إلى الكشف عن طبيعة الفروق بين مجموعات الدراسة من حيث اضطراب هذه الوظائف، ومدى العلاقة بين كل من سنوات الدراسة ومدة المرض من ناحية وشدة الاضطراب المعرفي من ناحية أخرى. واستخدم الباحث مجموعة من المقاييس بعضها لاستبعاد حالات العته (اختبار الحالة العقلية المصغر) والبعض الآخر لاستبعاد حالات القلق والاكتئاب (مقياس القلق من قائمة الأعراض، ومقياس بيك للاكتئاب). بالإضافة إلى مجموعة المقاييس الخاصة بالوظائف المعرفية (إعادة الأرقام، رموز الأرقام، رسوم المكعبات، ترتيب الصور، اختبار التعقب) وقد ضمت عينة الدراسة (٧٥ فرداً)، موزعين على ثلاث مجموعات متساوية: الأولى تضم المرضى حديثي التشخيص، والثانية المرضى المزمنين، والثالثة مجموعة ضابطة، وتمثلت المجموعات الثلاث في متغيرات السن، ومستوى التعليم، والحالة الوجدانية، والدرجة الكلية على اختبار الحالة العقلية. وقد أسفرت نتائج الدراسة عن وجود فروق دالة إحصائية بين المجموعات الثلاث على وظائف الذاكرة، والانتباه، والتنظيم البصري الحركي، والقدرة على التخطيط، وسرعة تشغيل المعلومات، والقدرة على تكوين المفاهيم، ووظائف الفص الجبهي، وفي اتجاه المرضى حديثي التشخيص عند مقارنة أدائهم بأداء أفراد المجموعة الضابطة، بينما كانت الفروق في اتجاه المرضى المزمنين عند مقارنتهم بكل من حديثي التشخيص والمجموعة الضابطة. (سامي عبد القوي، ٢٠٠٢م). كما أوضحت الدراسة وجود علاقة ارتباطية جوهرية وسالبة بين مدة المرض وشدة الاضطراب المعرفي. وقد تمت مناقشة هذه النتائج في ضوء كل من الإطار النظري للدراسة والدراسات السابقة. (سامي عبد القوي، ٢٠٠٢م).

كذلك دراسة لأشرف سعد الشاذلي بعنوان: (الوظائف المعرفية في الفصام إصابة أول

الخلل المعرفي لدى مرضى الفصام المبكر والفصام المزمن

مرة) وكانت الدراسة فى كلية الطب جامعة الزقازيق (Cognitive Functioning in first- Episode Schizophrenia) وخلصت الدراسة إلى النتائج التالية: - قسمت النتائج إلى أربع مواصفات.

المواصفات الديموجرافية:-

وفىها تم دراسة الثلاث مجموعات ديموجرافيا واتضح أن عدد الذكور أكثر من عدد الإناث ولكن لا يوجد اختلاف احصائى مميز بين المجموعات الثلاث بالنسبة للجنس الحالة الزوجية وسنين الدراسة وكذلك الجنسية (مصري وكويتي) مع ملاحظة أن عدد المتزوجين فى العينة الطبيعية أكثر من عينة الفصام أول مرة وكذلك عينة الفصام المزمن ولكن بالنسبة للعمل المجموعة الأولى كانت أكثر لعامل الوظيفة بالمقارنة بالمجموعة الثانية والثالثة مع اختلاف احصائى واضح بين المجموعات الثلاثة. وكذلك العمر بالسنين حيث وجد أن العمر للمجموعة الثالثة أكبر من المجموعة الأولى والثانية

المواصفات الكلينيكية:

ودرست المجموعات من حيث العمر عند بداية المرض وطول المرض وأنواع التشخيصات لمرض الفصام وأنواع العقاقير الدوائية المستعملة بين المجموعتين الثانية والثالثة ولم تسفر الدراسة عن اختلاف بين المجموعتين عدا العمر المرضى حيث أن المجموعة الثالثة أطول زمنا من المجموعة الثانية، ووجد الباحث أن نوع الفصام غير المميز أكثر من الأنواع الأخرى لمرض الفصام فى المجموعتين وان الفصام البارائوى فى المجموعة الثانية أكثر منه فى المجموعة الثالثة أما نوع الفصام المتبقى موجود فى المجموعة الثالثة عدد ٨ حالات.

وباستخدام مقياس الأعراض لمرض الفصام أوضحت الدراسة أن هناك اختلافاً بين المجموعتين الثانية والثالثة على المقياس سواء على المقياس الإيجابى أو السلبى أو العام للأعراض، وأوضحت الدراسة أن الاختلاف يكون فى درجة الشدة. وبالنسبة للأعراض المعرفية فلا يوجد اختلاف بين المجموعتين إلا فقط فى عرض قلة الحكم والبصيرة حيث يوجد اختلاف بينهما.

المواصفات المعرفية:

وبإجراء الاختبارات وكسلر للذكاء الراشدين وكسلر للذاكرة وسكونسين لتصنيف البطاقة، أثبتت الدراسة أن الوظائف المعرفية لمرضى الفصام أول مرة سواء كان الذكاء العام أو وظيفية الذاكرة والوظيفية التنفيذية أقل فى المجموعة الثالثة منها فى المجموعة الثانية منها فى

المجموعة الأولى، ويعنى ذلك أن مرضى الفصام إصابة أول مرة يعانون من انخفاض في معدل ذكائهم العام وكذلك الذاكرة والوظيفة التنفيذية بالمقارنة بالعينة الطبيعية وان الاختلاف بين المجموعة الثانية والثالثة من مرضى الفصام يكون في درجة الشدة ويعنى ذلك أيضا أن التدهور في هذه الوظائف موجود من بداية المرض وربما مرحلة ما قبل ظهور المرض والأعراض المرضية .

الروابط والعلاقة بين الوظائف لمعرفة وعوامل أخرى:

وبدراسة علاقة الوظائف المعرفية سواء أكانت معدل الذكاء أو الذاكرة أو الوظائف التنفيذية مع العامل الديموجرافي فلم تثبت الدراسة أن هناك علاقة بين أى عنصر من العناصر الديموجرافية مع أى من الوظائف المعرفية سواء في المجموعة الثانية والثالثة وهذه العناصر هي الجنس والسن والعمل والحالة الزوجية والاجتماعية وسنوات الدراسة.

ومن ناحية أخرى أثبتت الدراسة أنه ليس هناك علاقة بين هذه الوظائف المعرفية والعناصر الإكلينيكية مثل التشخيص ونوع التشخيص والعلاج والعمر المرضى والعمر عند بداية المرض ولكن أوجدت الدراسة علاقة بين الأعراض المرضية للفصام والوظائف المعرفية وخصوصا الأعراض السلبية حيث توجد علاقة متشابكة بين هذه الوظائف وخصوصا الوظيفة التنفيذية وهذه الأعراض وكذلك والأعراض الإيجابية والعامه وكذلك أثبتت الدراسة العلاقة بين وظيفة الذاكرة والأعراض النفسية على مقياس الأعراض السلبية والإيجابية للزمة الفصام في المجموعتين الثانية والثالثة ولكن لم تثبت الدراسة وجود علاقة بين هذه الأعراض ومعدل الذكاء العام في المجموعتين الثانية والثالثة، وفى نفس المجال أثبتت الدراسة أن العلاقة بين هذه الوظائف المعرفية والأعراض المعرفية على مقياس الأعراض الإيجابية والسلبية للزمة الفصام توجد فقط مع عرض قلة التفكير التجريدى فقط مع الوظيفة المعرفية ولكن لا توجد أى علاقة بين معدل الذكاء العام والأعراض المعرفية على نفس القياس.

الخلاصة:

ذكر الباحث في ملخص بحثه أثبتت الدراسات أن هناك ضعفاً في الوظائف المعرفية لدى مرضى الفصام إصابة أول مرة وخصوصا وظائف الذاكرة التنفيذية ويمكن تمييز ذلك عن المرضى الفصام المزمن والعينات الطبيعية وهذا يعنى أن التدهور في هذه الوظائف يبدأ في المراحل الأولى من المرض ربما قبل ظهور المرض.

الخلل المعرفي لدى مرضى الفصام المبكر والفصام المزمن

وأيضاً انخفاض معدل الذكاء العام في الإصابة أول مرة بالمقارنة بالعينات الطبيعية والمرضى المزمنين يعنى أن التدهور الذكائى موجود مع بداية المرض ويزداد كلما ازداد المرض.

توجد علاقة واضحة بين أعراض مرض الفصام والوظائف المعرفية وخصوصاً السلبية وأيضاً الإيجابية لكن بدرجة أقل من السلبية وان هذه العلاقة متداخلة ومن ناحية أخرى توجد علاقة بين الأعراض المعرفية والوظائف المعرفية.(Ashraf Elshazly, 2007.)

في غرب لندن في دراسة أجراها(جويس وآخرون، ٢٠٠٢م.) (Joyce et al.2002.)من أجل تحديد ملامح الأضرار للتنفيذية في أول مرحلة هوس اقترحوا أنها تختلف عن النتائج السابقة في الفصام المزمن، وأشاروا إلى أن هذا الاختلاف قد يوحي بأن الاستراتيجيات الرامية إلى إعادة التأهيل في حالات العجز في مرحلة مبكرة من المرض هي أسباب مترابطة مع غيرها من الأعراض ووضعوا العلاج المناسب لهذه النماذج إكلينيكية وهي مرحلة هامة ولكنها غير مفهومة من أعراض المجموعة ويعوقها كون الفصام هو متلازمة غير متجانسة.

ومن أوائل الدراسات التي توثق حالات العجز الإدراكي لدى المرضى الذين يعانون من الفصام فحصت المصابين بأمراض مزمنة والأفراد الذين تم إدخالهم إلى المستشفى، وهناك مزيد من الاهتمام في تقييم المرضى في المراحل المبكرة من المرض.(Good & Kopola, 1998) (جود وكوبولا، ١٩٩٨)، وقد تقرر أن ضعف أداء الوظائف المعرفية في المرحلة الأولى من الفصام خاصة عند تقييم اختبارات الذاكرة والانتباه والمهام التنفيذية.(Goldberg et al, 1995)

على الرغم من الفصام كثيراً ما يعتقد أنه خرف متقدم إلا أنه في الآونة الأخيرة تشير الدراسات إلى أن وجهة نظر بديلة تقترح أن الفصام هو جمود الدماغ والذي به أداء معرفي معاق بصورة مزمنة ولكنه مستقر وأن الانخفاض الشامل والسريع في الوظائف المعرفية وقع في وقت مبكر في سياق خلال الفصام مع عدم وجود دليل على انخفاض تدريجي مرتبط بالمدة أو السن أو المرض، وأيدت هذا الرأي البيانات التي تم الحصول عليها من الدراسات التي أثبتت أن أول مرحلة لدى المرضى المصابين بأمراض مزمنة كانت متشابهة بشكل ملفت في الأداء علرة على بيانات تظهر وجود عيب أو عجز بالجهاز العصبي التشريحي.(Goldberg et al, 1995)

اكتشف هوف وآخرون (١٩٩٩م.) (Hoff et al. 1999.) في دراسة متابعة في فترة زمنية طويلة أجريت لأكثر من (٢ إلى ٥ سنوات) (يعني من وقت المتابعة (٣,٦ سنوات) على (٤٢ مريضاً، ٣,٨ سنوات لستة عشر مجموعة ضابطة)، وجدت أن الذاكرة الكلامية أقل تحسناً لدى الأفراد الذين يعانون من الفصام عن المجموعة الضابطة، ومع ذلك، فإن أوجه القصور الرئيسية في

هذه الدراسة هو عدد أعضاء مجموعة المراقبة، الأمر الذي قد يؤدي إلى إيجاد مزيد من التحسينات في الذاكرة المكانية والتنفيذية والمرضى الذين يعانون من أكثر من المجموعة الضابطة.

وقد اكتشف بيلدر وآخرون، (١٩٩٢م.) (Bilder et al. 1992.) بوجود المزيد من التدهور الفكري بين الرجال أكثر من النساء وفي المقابل فقد أخفق الباحثون الآخرون في العثور على الخلافات أو قللوا أن مرضى الفصام من الإناث يكون أكثر تعرضاً للإعاقة من الرجال، وذكر (هاس وآخرون، ١٩٩٠م.) (Haas et al. 1990.) عدم وجود أي اختلافات في الفسيولوجية العصبية في أداء الجنسين في المرحلة المبكرة من المرض، ولكن مع مرور الزمن يحدث المزيد من الضرر في الرجال أكثر من النساء وتوحي بحدوث المزيد من التدهور أثناء المرض للرجال أكثر من النساء، وهي نتيجة تتسق مع نتائج من دراسة بيلدر وآخرون، (١٩٩٢م.) (Bilder et al. 1992.)، وقد اكتشف الباحثون وجود بعض الاختلافات الجنسية التي تتباين بسبب المهام الفسيولوجية العصبية، (ليوين آخرون، ١٩٩٦) (Lewine et al, 1996.) وذكر ألباص وآخرون، (١٩٩٧) (Albus et al. 1997.) أن كلا من الذكور والإناث من مرضى الفصام يظهرون إعاقات أكثر وضوحاً في المعالجة الحركية البصرية والانتباه والذاكرة اللفظية والتعلم.

في حين أن (شيتمان وآخرون، ٢٠٠٠) (Sheitman et al. 2000.) قالوا بوجود انحسار في الوظيفة التفكيرية العقلية، إلا أن نتائج اختبار في مرحلة ما قبل الاضطراب كانت ذات تنبأ مرتفع جداً حول الوظيفية في مرحلة ما بعد حدوث الاضطراب، وفي الاضطراب غير المتجانس لعلم مسببات الأمراض المتعدد العوامل، ويمكن القول هنا بأن التدهور المتجانس في الوظيفة العقلية مدهش ومن ثم يمكن تفسيره عن طريق عدم الاتساق في قياس معدل الذكاء في مرحلة ما قبل حدوث الاضطراب، إن تدهور معدل الذكاء لدى المرضى الذين يعانون من الفصام الذي يبدأ منذ الطفولة خلال مرحلة المراهقة إنما يعكس عدم القدرة على اكتساب المعلومات الجديدة وهذا على عكس العتة. (Ashraf Elshazly, 2007.)

وقد قام مورنو وآخرون، (٢٠٠٠) (Munro et al. 2000.) بدراسة متابعة استكشافية مطولة على واحد وخمسين شخصاً تمت إحالتهم إلى الخدمات النفسية المقدمة للأطفال أو البالغين، وبالتالي تتم معالجتهم من مرض الفصام في مرحلة البلوغ.

هؤلاء الأطفال لديهم تقييم معدل الذكاء في الطفولة وتمت متابعتهم لمتوسط واحد وعشرين عاماً بعد تقدمهم للدراسة، وكان معدل ذكاء الطفولة عندهم متنبأ قوياً للحصيلة الاجتماعية والانتفاع

الخلل المعرفي لدى مرضى الفصام المبكر والفصام المزمن

من الخدمات الصحية العقلية ولكن ليس الأعراض الإكلينيكية، ولم تتنبأ أية عوامل أخرى (العمر عند البداية بالدراسة، الجنس، تعقيدات الولادة، تاريخ الأسرة) بالحصيلة. (Ashraf Elshazly, 2007.)

يمكن تفسير تأثير معدل الذكاء على الحصيلة من خلال فرضية أنه في المجالات التي يكون فيها للفرد سيطرة على العيش باستقلالية أو أن تكون له علاقة أو وظيفة تزيد عن نتائج معدل الذكاء فإن ذلك ينتج عنه مستوى أعلى من الوظيفية، وعلى الرغم من ذلك فإن معدل الذكاء لا يتنبأ بالحصيلة في مصطلحات الاعتلال النفسي، وتتسق النتائج مع نظرية أن مرحلة ما قبل حالات الشذوذ النفسي هي مجرد ظواهر للمرض نفسه، وعلى الجانب الآخر فإن الحافزية الضعيفة أو العوارض السلبية التي تحدث في انفصام المزمّن ليست هي العوامل الرئيسية المسببة للعيوب العصبية المعرفية ولكنها قد تؤثر على التقييم، وهناك علاقة فيما بين معدل الذكاء المنخفض في مرحلة ما قبل الاعتلال تفوق كثرة الأعراض السلبية أن المرضى ذوي الأعراض السلبية المنتشرة يظهرون عيوباً معرفية عصبية أكثر حدة، وقد يكون معدل الذكاء المنخفض متغيراً مدمجاً في تقرير الأعراض الإيجابية، (نيلسون وآخرون، ١٩٩٠، Nelson et al., 1990.)

التعليق على الدراسات السابقة:

في الدراسات التي تناولها الباحث ركزت الدراسات على مرضى مثل باركنسون ومرضى ذهان الهوس والكتئاب بالمقارنة بالفصام وفي بعض الدراسات تناولت بعض الوظائف المعرفية مثل القدرة البصرية والذاكرة ولكن في هذه الدراسة التي بصدها الباحث سوف يتناول الخلل المعرفي واضطرابات الوظائف المعرفية في عينة فصام إصابة لأول مرة بالمقارنة بعينة من المرضى المزمنين. وكذلك مقارنتها بعينة طبيعية مع الوصول إلى مدى فعالية هذه الدراسة وأثرها على العلاج المقدم لهؤلاء المرضى. كذلك استخدام الاختبار الذي يعنى بقياس الوظائف المعرفية وهو اختبار ويسكنسون مع اختبارات الذكاء والذاكرة التي تفيد في إعطاء تراث علمي وبحثي لمعرفة حدود هذه الظاهرة. كما تشمل العينة أيضاً ثقافتين مختلفتين من حيث شروط العينة حيث تتضمن العينة عينة مصرية وعينة كويتية.

فروض الدراسة: من تساؤلات الدراسة صاغ الباحث الفروض على النحو التالي:

الفرض الأول:

توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الفصام إصابة أول مرة والفصام المزمن والأسوياء في اختبار الذاكرة لصالح مجموعة الأسوياء.

الفرض الثاني:

توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الفصام إصابة أول مرة والفصام المزمن والأسوياء في اختبار فرز البطاقات ويسكونسن لصالح مجموعة الأسوياء.

الفرض الثالث

توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المصريين والكويتيين في الأدوات التي اشتملتها الدراسة وهي اختبار فرز البطاقات لويسكونسن. اختبار وكسلر للذكاء واختبار وكسلر للذاكرة.

المنهج:

سوف يستخدم الباحث في هذه الدراسة المنهج الوصفي، ويستعين الباحث بالنمط الخاص بالدراسة العلية (السببية) المقارنة والتي تحاول أن تكشف عن ماهية الظاهرة لكي يكشف العوامل أو الظروف التي يصاحب أحداثا أو ظروفًا أو ممارسات معينة، والتي تكشف الدراسة الوصفية عن حقيقة وجود علاقة ما ومعرفة ما إذا كانت هذه العلاقة قد تسبب الحالة أو تسهم فيها أو تسرها* (فان دالين، ترجمة محمد نبيل نوفل وآخرون ٢٠٠٣ ص ص ٣٤٠، ٣٣٩).

ويضيف الباحث هنا بعض المميزات التي يتميز بها المنهج الوصفي فطبقا لما أورده فان دالين أن البحوث الوصفية لها أنماط عديدة منها: —

١ — الدراسات المسحية.

٢ — دراسات العلاقات المتبادلة.

٣ — الدراسات للتبعية.

وفي ذلك يقرر (Rose, 1959) (...طالما أن العلوم الاجتماعية تتناول الظواهر الاجتماعية على المستوى الذي يمكن منه ملاحظتها بطريقة مباشرة، فإنها لا تستطيع أن تتوصل إلى قوانين السبب — و — النتيجة، التي تنطبق بصفة عامة على كل الثقافات المعروفة والممكنة.) (Rose, 1959. P.158)

وسوف يعتمد الباحث أيضا على المنهج الوصفي الذي يهتم بدراسة الحقائق الراهنة المتعلقة بطبيعة ظاهرة أو موقف أو مجموعة من الناس أو مجموعة من الأحداث. وهذا المنهج لا يعد مجرد طريقة للحصول على أوصاف دقيقة للظواهر، وإنما يتجه إلى تتبع العلاقات بين مختلف الحقائق الخاصة بالظواهر بهدف تحقيق فهم أعمق لها وكشف العلاقات المتبادلة بين الظواهر وارتباط

الخلل المعرفي لدى مرضى الفصام المبكر والفصام المزمن

المتغيرات بعضها بالبعض الآخر أو مقارنتها وبناء العلاقات بين مكوناتها (فواد أبو حطب وآمال صادق، ١٩٩١، ص ص ١٠٤-١٠٥)

العينة:

- ١ - (٣٠) مريضاً من مرضى الفصام المبكر مصريين وكويتيين.
- ٢ - (٣٠) مريضاً من مرضى الفصام المزمن مصريين وكويتيين.
- ٣ - (٣٠) فرداً من الأسوياء مصريين وكويتيين.

وصف العينة:

جدول (١) يوضح العمر للعينة

العمر	العدد	النسبة
٢٠ - ٣٠	٥٦	٢,٦٢
٣٠ - ٤٠	٢٨	٣١,١
٤٠ - ٥٠	٦	٧,٦
الاجمالي	٩٠	١٠٠,٠

تم تقسيم العينة بالنسبة للعمر إلى فئات عمرية وذلك للحصول على نتائج أفضل في العينة عندما قام الباحث بعمل الإحصاء وتم تقسيم العينة إلى ثلاث فئات عمرية تبدأ من سن (٢٠-٣٠) ثم من سن (٣٠-٤٠) ثم العينة الأخيرة من سن (٤٠-٥٠).

جدول (٢) يوضح النوع للعينة

النوع	العدد	النسبة
ذكر	٥٢	٥٦,٧
أنثى	٣٨	٤٢,٢
الاجمالي	٩٠	١٠٠,٠

كما جاء تقسيم النوع للعينة كما هو موضح في الجدول رقم (٢) كالتالي ذكر (٥٢) حالة، أنثى (٣٨) حالة، بأجمالي العينة (٩٠) فرداً للثلاث مجموعات.

جدول (٣) يوضح الحالة الاجتماعية

النسبة	العدد	الحالة الاجتماعية
٥٣,٣	٤٨	أعزب
٣١,١	٢٨	متزوج
١٢,٢	١٢	مطلق
٢,٢	٢	أرمل
١٠٠,٠	٩٠	الإجمالي

وبالنسبة للحالة الاجتماعية جاء توزيع العينة كالتالي كما هو مبين في الجدول رقم (٣) أعزب (٤٨) متزوج (٢٨) مطلق (١٢) أرمل (٢) الإجمالي (٩٠).

جدول (٤) يوضح المهنة

النسبة	العدد	المهنة
٤,٤	٤	مدرس
١٤,٤	١٣	ممرض
٤,٤	٤	أخصائي اجتماعي
٦,٧	٦	موظف علاقات عامة
٥,٦	٥	طبيب
١,١	١	محاسب
١٤,٤	١٣	عامل
٥,٦	٥	رجل أمن
١,١	١	رئيس تمريض
١,١	١	موظف الملفات
٢,٢	٢	صيدلي
٧,٨	٧	فني كهرباء
١٦,٧	١٥	طالب
٤,٤	٤	مهندس
٨,٩	٩	عسكري
١٠٠,٠	٩٠	الإجمالي

الخلل المعرفي لدى مرضى الفصام المبكر والفصام المزمن

بالنظر إلى جدول رقم (٤) والذي يوضح توزيع المهنة للعينة جاءت على النحو التالي: مدرس (٤) ممرض (١٣) أخصائي اجتماعي (٤) موظف علاقات عامة (٦) طبيب (٥) محاسب (١) عامل (١٣) رجل أمن (٥) رئيس تمريض (١) موظف بالملفات (١) صيدلي (٢) فني كهرباء (٧) طالب (١٥) مهندس (٤) عسكري (٩) وكل هذا المهن كانت تشمل الثلاث مجموعات للعينة أي الأسوياء والفصام إصابة أول مرة والفصام المزمن .

جدول (٥) يوضح الحالة التعليمية

النسبة	العدد	الحالة التعليمية
١٦,٧	١٥	جامعي فما فوق
٥٣,٣	٤٨	جامعي
١٤,٤	١٣	ثانوي
١٢,٢	١١	متوسط
٣,٣	٣	ابتدائي
١٠٠,٠	٩٠	الإجمالي

أما بالنسبة للحالة التعليمية بالنظر إلى الجدول رقم (٥) كان التوزيع كالتالي: جامعي فما فوق (١٥) جامعي (٤٨) ثانوي (١٣) متوسط (٣) كذلك للثلاث مجموعات.

جدول (٦) يوضح توزيع الجنسية على المجموعات

المجموعات	مصريون	كويتيون
المجموعة الأولى أسوياء	١٤	١٦
المجموعة الثانية إصابة أول مرة	١٣	١٧
المجموعة الثالثة فصام مزمن	١٦	١٤

في الجدول رقم (٦) والذي يوضح توزيع الجنسية على العينة في المجموعة الأولى كان العدد (١٤) مصرياً مقابل (١٦) كويتياً، والمجموعة الثانية العدد (١٣) مصرياً مقابل (١٧) كويتياً، والمجموعة الثالثة جاء العدد (١٦) مصرياً مقابل (١٤) كويتياً. والمجموعة الأولى شملت الأسوياء والثانية فصام إصابة أول مرة والمجموعة الثالثة الفصام المزمن.

أدوات الدراسة:

١ - استمارة البيانات الديموجرافية، من إعداد الباحث وشملت البيانات التالية.

(الاسم) (العمر) (المهنة) (الجنسية) (التاريخ) (الحالة الاجتماعية) (المستوى التعليمي) (النوع/ ذكر - أنثى) (التشخيص للمرضى)

٢ - اختبار وكسلر للكفاءة للكبار:

وهو الاختبار الأكثر استخداماً لاختبار القدرات الفكرية. وتشكل أحد عشر اختباراً ثانوياً مختلفة تشكل بطارية وكسلر (وكسلر، ١٩٥٥م). (Wchsler, 1955) ستة منها لفظية، والخمسة الأخرى مرتبطة بالأداء. الدرجات على اختبارات وكسلر هي درجات قياسية تقارن قدرات الفرد بقدرات الآخرين من نفس العمر. (لويس مليكه، ١٩٩٦)

تم اختيار ثلاثة من الاختبارات الثانوية الشفوية:

١- الفهم: الأسئلة مفتوحة لاختبار الحس السليم للحكم وعملية التفكير العملي.

٢- الحساب: يتطلب تلاعباً عقلياً بالأعداد (أي المنطق العددي) للرد شفويا والانتباه والتركيز.

٣- التشابه: يتطلب التفكير المجرد اللفظي والتعبير اللفظي للمفهوم الكامن الذي يربط زوجاً من الكلمات.

تم اختيار ثلاثة من الاختبارات الثانوية للأداء:

١- الرمز الرقمي: البحث عن الرمز والذي يتطلب سرعة بصرية حركية، وقدرة بصرية إدراكية، والانتباه والتركيز.

٢- استكمال الصورة: لإكمال الجزء المفقود من الصورة يختبر الإدراك البصري والمكونات المنطقية.

٣- تصميم قالب: اختبار بناء يقيس التنظيم البصري والمكاني.

جدول (٧) وصف معدل الدرجة ونسبة الذكاء

المعدل	نسبة الذكاء
مرتفعة جداً	أكثر من ١٢٩
مرتفعة	١٢٠-١٢٩
فوق المتوسط	١١٠-١١٩
متوسط	٩٠-١٠٩
أقل من المتوسط	٨٠-٨٩
خط القاعدة	٧٠-٧٩
عجز	أقل من ٧٠

تم اختيار ثلاثة من الاختبارات الثانوية الشفوية وثلاثة من الاختبارات الثانوية للأداء من اختبار وكسلر للذكاء للكبار وتطبيقها على العينة لتقدير درجة ذكاء المجموعات واستبعاد الأفراد الذين يحصلون على أقل من سبع درجات معيارية. والسبب في هذا الاختيار هو توفير الوقت والجهد لبقيّة الوظائف المعرفية التي سيتم تقييمها. أيضاً، فإن الاختبارات المختارة تمثل بشكل أفضل الذكاء في عناصره اللفظية والأدائية. حيث أوضحت أعلى ارتباط مع الدرجة الكلية في مقياس اختبار وكسلر للذكاء للكبار بحيث تعبر عن درجة عالية من الثبات والصدق (Wechsler, 1944.)

وقد قام الباحث بحساب نسبة معامل الذكاء الكلي للمقياس بعد تطبيقه على العينة وكان معامل الذكاء الكلي للمقياس (٠,٩٧٤)

٣ - مقياس وكسلر للذاكرة: (WMS)

هو المقياس الأكثر شيوعاً باستخدام بطارية اختبار الذاكرة وهذه البطارية يمكن أن تقيم جوانب مختلفة في الذاكرة.

يمكن اعتبار مقياس وكسلر للذاكرة، (وكسلر، ١٩٥٥م.) (Wechsler, 1955) هو أفضل البطاريات المعروفة والمستخدم على نطاق واسع. نظراً لأن المقياس الأصلي المنشور في (عام، ١٩٤٥م.)، والتعديلات التي أجريت عليه في عام (١٩٨٧م. و١٩٩٧م. و١٩٩٨م.) كانت محل ترحيب في تحديث الاختبارات. مقياس وكسلر للذاكرة هو مقياس فردي إكلينيكي لتقييم الأبعاد الرئيسية لوظائف الذاكرة عند البالغين. الهدف من المقياس هو أن يكون أداة للتشخيص والفحص

لاستخدامه كجزء من الفحص العام للجوانب الفسيولوجية العصبية. وتشمل الوظائف التي يتم تقييمها الذاكرة الشفهية والمثيرات المجازية، المواد ذات المعنى والمجردة، وكذلك الاستدعاء الفوري.

استخدم الباحث النسخة الأصلية في الدراسة، لأنها.

١- بسيطة وعملية وتأخذ الوقت المناسب، كما أنها لاقت قبولاً وترحيباً من المرضى.

٢- النسخة المنقحة من البطارية تعتبر سيكومترياً معقدة جداً، ويتم فيها حساب عدد مركب من الدرجات، بالإضافة إلى درجات الفهرسة.

٣- تطبيق النسخة المنقحة للبطارية على المرضى عادة ما تكون شديدة جداً.

٤- كما أنه لا يوجد شكل مواز في الصيغة المنقحة للبطارية، والتي كانت متاحة لأول مقياس وكسلر للذاكرة، فإن هذا يعني أن تفسير نتائج تكرار العرض في غضون (٦ أشهر) يتعدّد بسبب إمكانية ممارسة المؤثرات.

الاختبار يتضمن سبعة اختبارات ثانوية، الأول والثاني يتكونان من أسئلة مشتركة بين معظم المقاييس العقلية:

١- المعلومات الشخصية والحالية بالسؤال عن العمر، تاريخ الميلاد، وتحديد المشاكل الحالية (من هو الرئيس الحالي للدولة؟ ومن الذي كان قبله؟)

٢- التوجيه بأسئلة حول الزمان والمكان.

٣- اختبارات التحكم العقلي تلقائية (أبجدية)، وتتبع المفاهيم البسيطة.

هذه البنود الثلاثة تختبر التتبع العقلي الذي يتطلب: (١) عد إلى الوراء من (٢٠) في (٣٠ ثانية)، (٢) تكرار الأبجدية في (٣٠ ثانية)؛ (٣) عد (من ١ إلى ٤) ثلاث مرات في (٤٥ ثانية)، البنود المكتملة في الوقت المحدد فقط سوف تسجل (بـ ٣ نقاط على المقياس، الاستجابات التي لا يوجد بها أخطاء سوف تحصل على (٢ نقطة) وتخفض إلى (١ نقطة) إذا كان هناك خطأ واحد، دون إضافة أي نقاط في حالة اثنين أو أكثر من الأخطاء. يتم تلخيص درجات كل بند، بما يجعل من هذا المقياس مقياساً (من ٧ نقاط) والذي فيه تشير الدرجة صفر إلى الفشل في الثلاث بنود بينما (درجة ٦ نقاط) فتشير إلى الكمال ويسجل عن كل بند من بنود المقياس نقطة واحدة إضافية في حالة الاستجابات المكتملة في خلال (١٠ ثواني) بما يؤدي إلى جعل للمقياس الأصلي مقياساً (من ١٠ نقاط).

٤- اختبارات الذاكرة المنطقي تعني الاستدعاء على الفور للأفكار اللفظية في فقرتين. استدعاء حر فوري بعد العرض السمعي يميز معظم اختبارات ذاكرة القصة. حيث يقوم الفاحص بقراءة قصتين، بعد كل قراءة يتوقف للاستدعاء الفوري الحر. القصة (أ) تحتوي على (٢٤) وحدة ذاكرة أو أفكار وتحتوي للقصة (ب) على (٢٢) وحدة و يحصل المفحوص على نقطة واحدة عن كل فكرة يقوم باستدعائها إجمالي الدرجات يتحدد بمتوسط عدد الأفكار التي تم استدعاؤها عن كل قصة، أعلى درجة تكون (٢٣ درجة)، (أي (أ + ب) ÷ ٢).

٥ - اختبار المدى الرقمي ويختلف عن اختبار المدى الرقمي الثانوي في اختبار وكسلر للذكاء للكبار حيث تم حذف ثلاثة أرقام في تجربة الأرقام للأمام ورقمين في تجربة الأرقام للوراء، وعدم إعطاء أي إدارة من تسعة للأمام وثمانية للوراء.

وهذا هو الشكل الأكثر شيوعاً لقياس مدى الاستدعاء اللفظي الفوري. إنها حل وسط لاختبارين مختلفين عن الأرقام للأمام والأرقام للوراء، والتي تتطوي على مختلف الأنشطة العقلية وتتأثر بها بشكل مختلف في الدماغ. كل من الاختبارين يتألف من سبعة أزواج من عدد متواليات عشوائية، الفاحص يقوم بالقراءة بصوت عال بمعدل واحد في الثانية، وكلاهما ينطوي على الانتباه من السمع. إضافة إلى ذلك، تعتمد كلاهما على القدرة على الاستبقاء على المدى القصير، هنا الكثير من التشابه بين الاختبارين. في الجمع بين مهام تشمل الرقم واحد للحصول على النتيجة، وهي النتيجة التي يدخل معظم التحليلات الإحصائية من تجارب وكسلر، هذان الاختباران يعاملان كما لو كانا يقيسان نفس السلوك أو سلوكيات مرتفعة الارتباط جداً.

٦- الإنتاج البصري هو اختبار فوري للذاكرة البصرية. هذا وقد تم تطويره من اختبار الاستدعاء الفوري. كل واحدة من ثلاثة (VR-O) بتصاميم بطاقات مطبوعة تعرض لمدة خمس ثوان (البطاقة الثالثة لكل شكل لها تصميمان). بعد العرض على المفحوص يتم استخلاص ما يتذكره من التصميم. الحد الأقصى للدرجات هو (١٤) ويسجل هذا الاختبار تفاوتاً كبيراً جداً ينشأ عن اختلاف في الرأي حول درجة من الدقة المطلوبة، وبعض المسائل المتعلقة بالأبعاد الخاصة برسومات البطاقة (ب) على وجه الخصوص.

٧- اختبارات التعلم المصاحبة الاستبقاء اللفظي. هذا ربما يكون أكثر شيوعاً من اختبارات تعلم أزواج الكلمات. ويتألف من عشرة أزواج كلمة، وستة منها تشكل ارتباطات "سهلة" (مثل صرخات-أطفال) وأربع "صعبة" التي هي عبارة عن زوج لا يرتبط بها (مثل الكرب - قلم). تقرأ القائمة ثلاث مرات، مع محاولة التذكر بعد كل قراءة. إجمالي الدرجات يمثل نصف

مجموع كل الارتباطات في الأزواج السهلة زائد إجمالي كل الارتباطات الصحيحة في الأزواج الصعبة والتي يجب الانتهاء منها في غضون خمس ثوان بعد قراءة الكلمة المحفزة. وبذلك أعلى رقم ممكن تسجيله هو (٢١) الكلمات تكون عشوائية في كل من الثلاث محاولات للتعلم بهدف منع التعلم الموقفي.

ثبات المقياس

قام الباحث بحساب ثبات المقياس على عينة البحث وكانت نسبة الثبات مقارنة مع نسبة ثبات مقياس وكسلر للذكاء وجاءت الدرجات على النحو التالي:

جدول رقم (٨) معامل ثبات ألفا لاختبار وكسلر للذاكرة

بنود الاختبار	متوسط درجات الاختبار في حالة حذف درجة المفردة	تباين الاختبار في حالة حذف درجة المفردة	ارتباط المفردة بالدرجة الكلية	معامل ثبات الفا
المعلومات	٢٣٢,٦٤٤٤	٢١٥٧٢,٤١١	٠,١٤٣	٠,١٤٩
التوجه	٢٣٢,٧٨٨٩	٢١٥٦٨,٩٣٢	-٠,٠٠٤	٠,٠٣٥
الضبط العقلي	٢٣٢,١١١١	٢١٤٤٥,٠٨٩	٠,٢١٩	٠,٦٣١
المقاطع	٢٠٧,٢٧٧٨	٣٢٧٢,٣٢٥	٠,٠٣٤	٠,٠٢١٨
إعادة الأرقام	٢٢٧,٥٧٧٨	٢١٠٣٣,٦١٧	٠,٤٠٣	٠,٧٧٦
التذكر البصري	٢٢٨,٠١١١	٢١١٣٣,٥٨٤	٠,٤١٥	٠,٧٩٠
التعلم الترابطي	٢٢٧,٩٢٢٢	٢١٤٠٠,٥٢٢	٠,١٧٥	٠,٨٤٣
الإجمالي	١٧٨,٤٦٦٧	١٩٦٠٨,٢٠٧	٠,٣٢٨	٠,٩٨٧
نسبة الذاكرة	١٤٠,٣١١١	١٩٠٦٤,١٩٤	٠,٢٣٢	٠,٩٧٤

بالنظر إلى الجدول رقم (٨) والذي يوضح معامل ثبات ألفا لاختبار الذاكرة وجد أن درجة معامل ثبات الفا في حالة حذف المفردة أقل من قيمة ألفا للمقياس ككل وهذا يشير إلى أن المفردة هامة وغايتها عن المقياس يؤثر سلباً على المقياس أي أنها مفردة ثابتة وتؤثر في ثبات المقياس ككل. (أحمد الرفاعي غنيم، ١٩٩٩م. ص ٣٠٨)

٤- اختبار فرز البطاقات لويسكونسن (WCST)

هذا الاختبار يقيم مكونات مختلفة من الوظائف التنفيذية مثل التفكير المجرد والقدرة على التحول من مجموعة معرفية عقلية ومرونة في حل المشكلات.

وقد تم تطوير الاختبار من قبل بيرغ وغرانست، (Grant & Berg, 1948.) (Berg, 1948.) لتقييم القدرة على التجريد والقدرة على تحويل الاستراتيجيات المعرفية في الاستجابة لتغير البيئة الإمكانية. الاختبار يعتبر مقياساً للوظيفة التنفيذية (هيتون وآخرون، ١٩٩٣م.) (Heaton et al., 1993.) لأنه يتطلب التخطيط الاستراتيجي، وتنظيم البحث، والقدرة على استخدام التعليقات البيئية لتحول المجموعات المعرفية، السلوك الموجه نحو الأهداف، والقدرة على التعديل السريع. (Heaton and his colleagues (1981, 1993.) أشاروا إلى أن هناك اهتماماً متزايداً في الاختبار، وذلك جزئياً لأنه يوفر معلومات عن جوانب عديدة من حل المشاكل بما يتجاوز الفهارس الأساسية كنجاح أو فشل المهام، ومن الأمثلة على هذه فالمؤشرات تشمل عدد الأخطاء المحفوظة، وعدم الإبقاء على المجموعة، وعدد الفئات التي تحققت.

وقد عمل هيتون (Heaton, 1981.) على معايرة تعليمات الاختبار وإجراءات التسجيل ونشرها رسمياً كأداة إكلينيكية. في تحديث الدليل، (هيتون وآخرون، ١٩٩٣م.) (Heaton et al., 1993.) قام هيتون بتسجيل القواعد المكررة، وتسجيلها من تم تنقيحها، ووضع القواعد وقدم بيانات معيارية للأفراد، الذين تتراوح أعمارهم بين (٦ سنوات و٥ أشهر إلى ٨٩ عاماً).

مكونات الاختبار

الاختبار يتألف من أربع بطاقات حافزة، توضع أمام المفحوص، الأولى مع مثلث أحمر، والثانية مع نجمتين باللون الأخضر، والثالثة مع ثلاثة صلبان صفراء، والرابعة مع أربع دوائر زرقاء. ثم مجموعتين من البطاقات عددها ٦٤ بطاقة استجابة، عليها تصاميم مماثلة لتلك المرجودة على البطاقات المحفزة، تتفاوت في اللون، والشكل الهندسي، والعدد. ثم نطلب من المفحوص أن يطابق كل من البطاقات في الصفوف مع واحدة من البطاقات الأربع الرئيسية، ثم تقدم له التغذية الراجعة كل مرة عما إذا كان هو على خطأ أم على صواب. ليس هناك حد زمني لهذا الاختبار.

و يلزم أيضاً تحديد البيانات المعيارية. من مختصر للـ (WCST) قد اقترحه (اكسلرود وآخرون، ١٩٩٢ب.)، (Axelrod et al., 1992b.) والذي ينطوي على إعطاء أول صف فقط (٦٤ بطاقة). على الرغم من أن استخدام النمط القصير يقلل من ثباتها، و (64 - WCST) أوضحت

ارتباطاً مرتفعاً مع الشكل. بعض البيانات المعيارية متاحة عن هذه النسخة (اكسلرود وآخرون، ١٩٩٣م.) (Axelrod et al., 1997)، الاستفادة من معايير دليل اختبار ويسكونسن لفرز البطاقات (من ١٢٨ بطاقة) لتقدير البيانات المعيارية تجعل (WCST - 64) غير موصى بها نظراً لان هناك سوء اتساق عبر النسخ، (اكسلرود وآخرون، ١٩٩٧م.) (Axelrod et al., 1993) يوصى بإجراء دراسات من (WCST - 64) لأداء المرضى الذين يعانون من اختلال وظيفي مع سوء وظيفي في الفص الأمامي بالمخ الاتصال وغيره من الاضطرابات في الوظيفة التنفيذية. (باولو وآخرون، ١٩٩٦ ب.) (Paolo et al., 1996b) الوقت التقريبي لتطبيق الاختبار (نحو ١٥-٣٠ دقيقة).

الدرجات

يتكون كتيب سجل اختبار ويسكونسن لفرز البطاقات من أربع صفحات مصممة لتسجيل معلومات عن المفحوص، وتسجيل ردود المفحوص على بنود اختبار ويسكونسن لفرز البطاقات، وحساب وتسجيل الدرجات على اختبار ويسكونسن لفرز البطاقات، قواعد تحديد الدرجات على اختبار ويسكونسن لفرز البطاقات أوضحها هيتون، (١٩٨١م.) (Heaton, 1981)، لكنها أثارت تشنناً (فلاشمان، هورنر، فرايدز، ١٩٩١م.) (Flashman, Horner, & Freides, 1991) في الدليل المعدل (هيتون وآخرون، ١٩٩٣م.) (Heaton et al., 1993) تنص على سجل مفصل للمعايير وتوضح مصادر الصعوبة الشائعة.

الأداء يتم تسجيله في عدد من الطرق المختلفة. الفئات المكتملة تشير إلى عدد من الفئات (أي كل سلسلة من ١٠ متطابقات متتالية صحيحة لمعيار فرز الفئة) المكتملة خلال الاختبار. الدرجات يمكن أن تتراوح بين صفر للعينة التي لم تحصل على درجة على الإطلاق إلى (٦)، والتي عندها يتم وقف الاختبار. مجموع عدد المحاولات لتكملة الفئة الأولى يعطي مؤشراً على التصور الأولي قبل التحول المطلوب. عندما يستمر المفحوص في الاستجابة بسمة مثيره، فإن الاستجابة يشار إليها بأنها "محفوفة إلى مبدأ" ويتم تسجيلها كاستجابة محفوفة، نسب أخطاء الحفظ تعكس تركيز أخطاء الحفظ بالنسبة لاختبار الأداء الكلي و يصف، (هيتون وآخرون، ١٩٩٣م.) (Heaton et al., 1993) الحالات التي تحدد الحفظ من حيث المبدأ، وينبغي للقارئ الرجوع إلى الدليل المطور بذلك. ويلخص (بييري، ١٩٩٦م.) (in Heaton et al., 1993) (Berry, 1996) القواعد ذات الصلة بسجل الحفظ في شكل بياني يمكن أن يستخدم أيضاً كعامل مساعد في تحديد الدرجات. كما أن الحفظ يمكن أن يكشف عن عدم القدرة على التخلي عن فئة قديمة مقابل فئة جديدة، أو عدم القدرة على احتمال رؤية الجديد.

الخلل المعرفي لدى مرضى الفصام المبكر والفصام المزمن

وهناك عدد من المقاييس الأخرى التي يمكن استخلاصها من الاختبار. درجة الفشل في إعداد الحفظ تشير إلى عدد المرات التي يحقق فيها المفحوص (٥) إجابات صحيحة أو أكثر في صف واحد وبعد ذلك يحدث خطأ قبل تحقيق النجاح في هذه الفئة. كما تشير إلى عدم القدرة على الاستمرار في استخدام إستراتيجية قد حققت نجاحا. ويمكن تعريف النسبة المئوية لاستجابات مستوى تصوري بأنها متتالية من الإجابات الصحيحة تحدث كل ثلاث متكررة أو أكثر. ويعتقد أنها تعبر عن فكرة في مبادئ الفرز للإجابات الصحيحة. أما الدرجة النهائية، التعلم للتعلم، فتعكس متوسط التغير لدى فرد العينة في الكفاءة التصورية عبر المراحل المتتالية (فئات) من اختبار ويسكونسن لفرز البطاقات.

أخطاء في النسبة المئوية:

نسبة الاستجابة الصحيحة، ونسبة الاستجابة الخطأ ويمكن أيضا أن تحسب لمساعدة البحث. استخدام هذه الدرجات لا يوصى به في التفسير الإكلينيكي، ويرجع ذلك جزئيا لانخفاض ثبات هذه النسب عن الدرجات الأساسية. تسجيل الأداء، وخاصة إذا كان المفحوص يعمل بسرعة، يحتمل أن يكون صعبا باختصار، تحتوي استمارة التسجيل على (١٢٨، استجابة)، كل واحد "CFNO" (C = اللون، F = شكل، N = عدد، O = الأخرى). الفاحص يسجل استجابة المفحوص عن طريق وضع علامة خط مائل على هذه الأبعاد المماثلة لبطاقات الحافز والاستجابة.

للمساعدة في التسجيل في وقت لاحق، يقوم الفاحص بإعطاء أرقام متتالية للاستجابات الصحيحة المستمرة، (حتى ١٠)، في المكان المخصص في كتيب التسجيل على يسار كل بند. في أي وقت انقطاع لسلسلة من الاستجابات الصحيحة عن طريق الخطأ يبدأ الفاحص إعادة ترقيم المجموعة التالية بدءاً من (الرقم ١). بالإضافة إلى ذلك، رسم الخط في نهاية البند الأخير عند الوصول لـ ١٠ استجابات صحيحة على التوالي، وقد تم تصحيح الإجابات التي تم التوصل إليها، ويشير إلى تصحيح تصنيف فئة جديدة تحت هذا الخط. الاختبار يستخدم على نطاق واسع في مجال البحث في مرض الفصام.

صدق الاختبار

قام الباحث بعرض جدول الصدق الذي جاء في دليل الاختبار كمرجع لصدق الاختبار من المصدر الأولى لواقعي ومعدي الاختبار .

جدول رقم (٩) معامل الصدق لاختبار ويسكونسن
**Generalizability Analysis of WCST Standard Scores for the
 Child and Adolescent Reliability Sample**

WCST score	Source of variation	ANOVA Mean square	Estimated Variance Component	Decision Variance component	Generalizability Coefficient	Standard Errors of measurement
Total Number of Errors	Subject (S)	340.03	120.13	120.13	.71	8.08
	Time (T)	8,160.95	175.24	87.62		
	Residual (E)	99.77	99.77	49.89		
Percent Errors	Subject (S)	369.01	116.69	116.69	.63	9.12
	Time (T)	10,877.28	233.51	116.76		
	Residual (E)	135.63	135.63	67.82		
Preservative Response	Subject (S)	372.96	98.97	98.97	.53	10.28
	Time (T)	8,999.86	191.84	95.92		
	Residual (E)	175.02	175.02	87.51		
Percent Preservative Responses	Subject (S)	333.67	65.00	65.00	.39	11.72
	Time (T)	8,700.91	184.72	92.36		
	Residual (E)	203.68	203.68	101.84		
Preservative Errors	Subject (S)	363.93	94.66	94.66	.52	10.39
	Time (T)	9,335.71	199.15	99.58		
	Residual (E)	174.61	174.61	87.31		
Percent Preservative Errors	Subject (S)	337.11	61.75	61.75	.37	11.91
	Time (T)	9,541.18	202.77	101.39		
	Residual (E)	213.62	213.62	106.81		
Non-preservative Errors	Subject (S)	328.49	117.72	117.72	.72	7.94
	Time (T)	6,679.46	143.18	71.59		
	Residual (E)	93.04	93.04	46.52		
Percent Non-preservative Errors	Subject (S)	329.41	111.55	111.55	.68	8.49
	Time (T)	6,902.84	147.75	73.88		
	Residual (E)	106.31	106.31	53.16		
Percent Conceptual Level Responses	Subject (S)	359.08	107.67	107.67	.60	9.49
	Time (T)	8,962.08	191.72	95.86		
	Residual (E)	143.74	143.74	71.87		

بالنظر إلى الجدول رقم (٩) والذي يوضح صدق المقياس والذي قام بحساب معدلات الصدق معدو الاختبار وكانت معدلات الصدق مقبولة. (Heaton et al., p41, 1993)

الخلل المعرفي لدى مرضى الفصام المبكر والفصام المزمن

قام الباحث بحساب معامل ثبات ألفا لاختبار ويسكونسن كما هو موضح في الجدول رقم (١٠) وكانت معدلات ثبات مقبولة.

جدول رقم (١٠) معامل ثبات ألفا لاختبار ويسكونسن

بنود الاختبار	متوسط درجات الاختبار في حالة حذف درجة المفردة	تباين الاختبار في حالة حذف درجة المفردة	ارتباط المفردة بالدرجة الكلية	معامل ثبات ألفا
عدد المحاولات التي أجريت	٤١٦,٩٥٢٤	٥٤٤٤,٨٤٨	٠,٩٥٨	٠,٨٣١
مجموع المحاولات الصحيحة	٤٤٨,٦١٩٠	٧٩٢٨,٢٤٨	٠,٥١٢	٠,٨٦٢
مجموع المحاولات الخاطئة	٤٩٣,٨٠٩٥	٧٠١٥,٦٦٢	٠,٦٦٢	٠,٨٥٢
النسبة المئوية للأخطاء	٤٩٢,٠٤٧٦	٧٢٦٧,٦٤٨	٠,٨٣٧	٠,٨٤٦
الاستجابات المكتملة	٤٨٧,٥٢٣٨	٦٠٣٨,٧٦٢	٠,٩٢٤	٠,٨٣٢
نسبة الاستجابات المتحفظة	٤٩٠,٥٧١٤	٧٠٥٧,٧٥٧	٠,٨٥٤	٠,٨٤٣
الأخطاء المتحفظة	٥٠١,٤٧٦٢	٦٦٦٦,٥٦٢	٠,٧٩١	٠,٨٤٢
نسبة الأخطاء المتحفظة	٥٠٣,٢٣٨١	٧٢٦١,٨٩٠	٠,٧٦٦	٠,٨٤٨
الإجابات غير المتحفظة	٥٠٨,٨٥٧١	٨٣١٠,٨٢٩	٠,٣٩٥	٠,٨٦٧
نسبة الأخطاء غير المكتملة	٥٠٩,٠٠٠٠	٨٧٠٨,٩٠٠	٠,٠٥٧-	٠,٨٧٥

بنود الاختبار	متوسط درجات الاختبار في حالة حذف درجة المفردة	تباين الاختبار في حالة حذف درجة المفردة	ارتباط المفردة بالدرجة الكلية	معامل ثبات ألفا
مستوى الاستجابات التخييلية	٤٥٠,٧١٤٣	٧٦٧٥,٠١٤	٠,٨٢٥	٠,٨٥٢
نسبة الاستجابات التخييلية	٤٥١,٥٢٣٨	١٠١٩٩,١٦٢	٠,٩٠٩-	٠,٩١١
عدد الفئات الكاملة	٥١٤,٤٢٨٦	٨٧١٤,١٥٧	٠,٥٥٤-	٠,٨٧٤
محاولة إكمال الفئة الأولى	٤٩٧,٢٨٥٧	٧٦٩٢,٠١٤	٠,٦١٤	٠,٨٥٢
الفشل في المجموعة الأولى	٥١٨,٦١٩٠	٨٥٤٣,٣٤٨	٠,٨٩٠	٠,٨٧٠

حساب نتائج اختبار (WCST) لتصنيف البطاقات:

بعد القيام بمراجعة كل بند من بنود الاختبار وارتكاب الأخطاء والاستجابات المتكررة في كتيب السجل وفقاً لما هو مقترح أعلاه، فقد تم احتساب نتائج اختبار (WCST) لتصنيف البطاقات، وتحتوي الصفحة الثالثة مساحات فارغة من أجل القيام بتسجيل وحساب نتائج اختبار (WCST) لتصنيف البطاقات.

عدد المحاولات التي أجريت، مجموع الاستجابات الصحيحة، مجموع الاستجابات الخاطئة: القيام أولاً بعد العدد الإجمالي للمحاولات التي أجريت وإدخال هذا العدد في الخانة التي تسمى عدد المحاولات التي أجريت، ثم القيام باحتساب البنود التي قام المفحوص باحتسابها خلال إجراء الاختبار والتي لم توضع حولها دائرة مؤخراً وإدخال هذا العدد في الخانة التي تحمل مسمى إجمالي عدد الاستجابات الصحيحة، وأخيراً احتساب عدد البنود التي وضعت حولها دائرة وإدخال هذه النتيجة الخام في الخانة المسماة إجمالي عدد الاستجابات الخاطئة.

الاستجابات المتكررة، الأخطاء المتكررة، الأخطاء غير المتكررة: يتم احتساب عدد البنود التي وضعت عليها علامة الحرف (p) أي متكررة ويتم إدخال عددها في المساحة المسماة استجابات متكررة، ويتم احتساب عدد البنود التي وضعت عليها علامة ولكنها لم تميز بوضع الحرف (p) عليها

الخلل المعرفي لدى مرضى الفصام المبكر والفصام المزمن

وكذلك يتم إدخال عددها في الخانة المسماة أخطاء غير متكررة، ويتم احتساب البنود التي وضعت حولها دائرة ولكنها لم تميز بوضع عليها الحرف (p) مع إدخال هذه النتيجة الخام في الخانة التي تحمل مسمى الأخطاء غير المتكررة.

النسبة المئوية للأخطاء، النسبة المئوية للأخطاء المتكررة، والنسبة المئوية للاستجابات المتكررة، والنسبة المئوية للأخطاء غير المتكررة: يتم العثور على العدد الإجمالي لدرجة الأخطاء الخام في الصفحة الثالثة من كتيب السجل، والبدء في تقسيم هذا العدد على الدرجة الخام التي أدخلت في عدد المرات التي أجريت، مع ضرب هذا العدد العشري في (100) وتقريبه إلى أقرب عدد صحيح، مع إدخال هذا العدد الجديد تحت عمود الدرجة الخام في المساحة التي تحمل مسمى نسبة الأخطاء المئوية، ويتم العثور على الدرجة الخام للاستجابات المتكررة وقسمة هذا العدد على الدرجة الخام المدخلة في عدد المحاولات التي تمت وضرب هذا العدد العشري في العدد (100) وتقريبه إلى أقرب عدد صحيح، وإدخال هذا الرقم الجديد في العمود الذي يحمل مسمى النسبة المئوية للاستجابات المتكررة، ويتم استخدام إجراء مماثل لحساب نسبة الأخطاء المتكررة المتقنة ونسبة الأخطاء غير المتكررة المتقنة.

الاستجابات المكتملة والنسبة المئوية للاستجابات المكتملة: فحص الصفحة الثانية من كتيب السجل وتحديد كافة الاستجابات الصحيحة المتتالية والتي حدثت في مسافات متكونة من ثلاثة أو أكثر، مع التأكد من استنتاج الاستجابات المبهمة الصحيحة التي تكمل مسافاً عبر الفئات، ويتم حساب عدد الاستجابات الصحيحة التي تكون هذه المسافات، وإدخال هذا العدد في عمود الدرجة الخام المجاور للاستجابات المستوية المفاهيمية، مع قسمة هذه الدرجة الخام على عدد الدرجة الخام لعدد المحاولات التي أجريت وضرب الناتج في العدد (100) مع تقريبه إلى أقرب عدد صحيح، وإدخال هذا العدد الجديد تحت عمود الدرجة الخام المجاور للنسبة المئوية للاستجابات المستوية المكتملة.

عدد الفئات المكتملة: يتم لاحتساب عدد متواليات الأزواج العشرة المتوالية الصحيحة (حتى ستة كحد أقصى) وإدخال هذه النتيجة الخام في المساحة الخاصة التي تسمى عدد الفئات المكتملة.

المحاولات التي تمت لإتمام الفئة الأولى: النظر إلى الصفحة الثانية من كتيب السجل والبدء مع المحاولة الأولى، ويتم احتساب عدد المحاولات التي أجريت من أجل إتمام الفئة الأولى، وفي مساحة التسجيل لا بد من إدخال هذا العدد تحت عمود الدرجة الخام في المساحة المسماة عدد المحاولات لإتمام الفئة الأولى، وفي الحالة النادرة التي لم يكمل فيها المفحوص الفئة الأولى بنجاح فيتم تخصيص الدرجة الخام (129) لعدد المحاولات التي أجريت من أجل إتمام الفئة الأولى.

الفشل في الحفاظ على المجموعة: يتم احتساب المتواليات التي تتكون من خمسة أو أكثر من الأزواج الصحيحة المتتبعه بخطأ واحد على الأقل حدث قبيل إتمام الفئة بنجاح، وإدخال هذا الرقم في المساحة المسماة الفشل في الحفاظ على مجموعة: الدرجة الخام.

تعلم التعلم: تحديد مدى احتساب درجة تعلم التعلم وذلك من خلال احتساب عدد الفئات أو المراحل التي تمت أو تمت محاولة إتمامها، فإذا ما كان العدد الإجمالي للفئات المنجزة أو المحاولة أقل من ثلاثة فلا يمكن حساب درجة تعلم التعلم، وفي هذه الحالة يتم إدخال "N/A" غير موجود في عمود تعلم التعلم: الدرجة الخام.

في حالة إمكانية حساب درجة تعلم التعلم، فعندها يتم احتساب عدد المحاولات التي تشكل الفئة الأولى، وفي استمارة درجة تعلم التعلم فيتم إدخال هذا الرقم في مساحة الفئة الأولى تحت رقم عمود المحاولات، ويتم استخدام إجراء مماثل من أجل تحديد عدد المحاولات المشكلة للفئات المتبقية وإدخال هذه الأرقام في أماكنها الخاصة في ورقة الإجابة، ثم يتم احتساب عدد الأخطاء المرتكبة في الفئة الأولى ويتم إدخال هذا الرقم في ورقة الإجابة في مساحة الفئة الأولى تحت عمود المسمى الأخطاء، ويتم استخدام إجراء مماثل من أجل تحديد عدد المحاولات المشكلة للفئات المتبقية وإدخال هذه الأرقام في أماكنها الخاصة بها في ورقة الإجابة، ويتم قسم درجة الأخطاء التي تخص الفئة الأولى على عدد المحاولات التي تتم للفئة الأولى وضرب النتيجة في العدد (100) وإدخال هذا الرقم المقرب إلى أقرب كسر عشري ثانٍ في المساحة المسماة نسبة الأخطاء للفئة الأولى، ويتم استخدام إجراء مماثل من أجل احتساب وتسجيل الدرجة المئوية للأخطاء بالنسبة للفئات المتبقية، وتطرح الدرجة المئوية للأخطاء للفئة الثانية من الدرجة المئوية للأخطاء للفئة الأولى وإدخال النتيجة في الفراغ المسمى الفئة (رقم 2): درجة اختلاف الأخطاء المئوية، وتطرح الدرجة المئوية للأخطاء للفئة الثالثة: درجة اختلاف الأخطاء المئوية، مع استخدام إجراء مماثل من أجل حساب درجات الاختلاف فيما بين الفئات المتبقية وإدخال هذه الأرقام في أماكنها الصحيحة في ورقة الإجابة، ويتم كذلك احتساب النسبة المئوية للأخطاء وقسم رقم درجات اختلاف الأخطاء المئوية التي تم احتسابها وجمعها وتقريب هذه النتيجة إلى أقرب كسر عشري ثانٍ، وإدخال هذا الرقم في الفراغ المسمى متوسط الاختلاف، وتدوين معدل الاختلاف في المساحة المسماة تعلم التعلم: الدرجة الخام الواقعة بأعلى مساحة ورقة الإجابة.

المعالجة الإحصائية:

استخدم الباحث الطرق الإحصائية التالية:

استخدم الباحث حزمة من البرامج الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) لمعالجة البيانات إحصائياً وخاصة: الإحصاء الوصفي، ومعاملات الارتباط، ومعاملات الثبات، وحساب الفروق بين المجموعات ودخل المجموعات (التباين البسيط - اختبار ت)

تفسير النتائج: الفرض الأول:

توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الفصام إصابة أول مرة والفصام المزمن والأسوياء في اختبار الذكرة لصالح مجموعة الأسوياء.

لتحقيق هذا الفرض قام الباحث بعمل التحليل الإحصائي التالي : -

جدول رقم (١١) تحليل التباين البسيط للمجموعات ومستوى الدلالة لشيئية لاختبار وكسملر الذكرة

بنود الاختبار	المجموعات	المجموعات	فروق	مستوى الدلالة
المعلومات	أسوياء	إصابة أول مرة	٠,٢٠٠٠٠٠-	غير دالة
		فصام مزمن	٠,١٦٦٦٧	غير دالة
	إصابة أول مرة	أسوياء	٠,٢٠٠٠٠	غير دالة
		فصام مزمن	٠,٣٦٦٦٧ (*)	دالة فيما وراء ٠,٠٥
	فصام مزمن	أسوياء	٠,١٦٦٦٧-	غير دالة
		إصابة أول مرة	٠,٣٦٦٦٧- (*)	دالة فيما وراء ٠,٠٥
التوجه	أسوياء	إصابة أول مرة	١,٥٠٠٠٠-	غير دالة
		فصام مزمن	٠,٥٠٠٠٠	غير دالة
	إصابة أول مرة	أسوياء	١,٥٠٠٠٠	غير دالة
		فصام مزمن	٢,٠٠٠٠٠	غير دالة
	فصام مزمن	أسوياء	٠,٥٠٠٠٠-	غير دالة
		إصابة أول مرة	٢,٠٠٠٠٠-	غير دالة
الضبط العقلي	أسوياء	إصابة أول مرة	٢,٢٦٦٦٧ (*)	دالة فيما وراء ٠,٠١

بنود الاختبار	المجموعات	المجموعات	فروق	مستوى الدلالة
		فصام مزمن	(*) ٢,٩٠٠٠٠	دالة فيما وراء ٠٠١,٠
	إصابة أول مرة	أسوياء	(*) ٢,٢٦٦٦٧-	دالة فيما وراء ٠٠١,٠
		فصام مزمن	٠,٦٣٣٣٣	غير دالة
		أسوياء	(*) ٢,٩٠٠٠٠-	دالة فيما وراء ٠٠١,٠
	إصابة أول مرة	إصابة أول مرة	٠,٦٣٣٣٣-	غير دالة
المقاطع	أسوياء	إصابة أول مرة	٤٧,٦٦٦٦٧-	غير دالة
		فصام مزمن	١٤,٣٣٣٣٣	غير دالة
	إصابة أول مرة	أسوياء	٤٧,٦٦٦٦٧	غير دالة
		فصام مزمن	٦٢,٠٠٠٠٠	غير دالة
	فصام مزمن	أسوياء	١٤,٣٣٣٣٣-	غير دالة
		إصابة أول مرة	٦٢,٠٠٠٠٠-	غير دالة
إعادة الأرقام	أسوياء	إصابة أول مرة	(*) ٤,٧٣٣٣٣	دالة فيما وراء ٠٠١,٠
		فصام مزمن	(*) ٨,٧٣٣٣٣	دالة فيما وراء ٠٠١,٠
	إصابة أول مرة	أسوياء	(*) ٤,٧٣٣٣٣-	دالة فيما وراء ٠٠١,٠
		فصام مزمن	(*) ٤,٠٠٠٠٠	دالة فيما وراء ٠٠١,٠
	فصام مزمن	أسوياء	(*) ٨,٧٣٣٣٣-	دالة فيما وراء ٠٠١,٠
		إصابة أول مرة	(*) ٤,٠٠٠٠٠-	دالة فيما وراء ٠٠١,٠
التذكر البصري	أسوياء	إصابة أول مرة	١,٦٣٣٣٣	دالة فيما وراء ٠,٠٥
		فصام مزمن	(*) ٦,١٣٣٣٣	دالة فيما وراء ٠٠١,٠

الخلل المعرفي لدى مرضى الفصام المبكر والفصام المزمن

بنود الاختبار	المجموعات	المجموعات	فروق	مستوى الدلالة
	إصابة أول مرة	أسوياء	1,63333-	دالة فيما وراء 0,05
	فصام مزمن	فصام مزمن	(*)4,50000	دالة فيما وراء 0,01,0
	فصام مزمن	أسوياء	(*)6,13333-	دالة فيما وراء 0,01,0
	إصابة أول مرة	إصابة أول مرة	(*)4,50000-	دالة فيما وراء 0,01,0
التعليم الترابطي	أسوياء	إصابة أول مرة	(*)4,06667	دالة فيما وراء 0,01,0
		فصام مزمن	(*)6,03333	دالة فيما وراء 0,01,0
	إصابة أول مرة	أسوياء	(*)4,06667-	دالة فيما وراء 0,01,0
		فصام مزمن	(*)1,96667	دالة فيما وراء 0,05
	فصام مزمن	أسوياء	(*)6,03333-	دالة فيما وراء 0,01,0
		إصابة أول مرة	(*)1,96667-	دالة فيما وراء 0,05
الاجمالي	أسوياء	إصابة أول مرة	(*)24,83333	دالة فيما وراء 0,01,0
		فصام مزمن	(*)38,40000	دالة فيما وراء 0,01,0
	إصابة أول مرة	أسوياء	(*)24,83333-	دالة فيما وراء 0,01,0
		فصام مزمن	(*)13,06667	دالة فيما وراء 0,01,0
	فصام مزمن	أسوياء	(*)38,40000-	دالة فيما وراء 0,01,0

بنود الاختبار	المجموعات	المجموعات	فروق	مستوى الدلالة
	إصابة أول مرة		١٣,٥٦٦٦٧- (*)	دالة فيما وراء ٠٠١,٠
نسبة الذاكرة	أسوياء	إصابة أول مرة	٤٣,٠٣٣٣٣ (*)	دالة فيما وراء ٠٠١,٠
	فصام مزمن		٥٨,٢٣٣٣٣ (*)	دالة فيما وراء ٠٠١,٠
	إصابة أول مرة	أسوياء	٤٣,٣٣٣٣- (*)	دالة فيما وراء ٠٠١,٠
	فصام مزمن		١٥,٢٠٠٠٠ (*)	دالة فيما وراء ٠٠١,٠
	أسوياء	فصام مزمن	٥٨,٢٣٣٣٣- (*)	دالة فيما وراء ٠٠١,٠
	إصابة أول مرة		١٥,٢٠٠٠٠- (*)	دالة فيما وراء ٠٠١,٠

* The mean difference is significant at the .05 level.

وبالنظر إلى الجدول رقم (١١) والذي يوضح تحليل التباين البسيط للمجموعات ومستوى الدلالة لشيفية لاختبار الذاكرة كانت النتائج تشير إلى التالي:

في بند المعلومات جاءت النتيجة غير دالة إلا في العلاقة بين مجموعة الإصابة أول مرة والفصام المزمن بدلالة قيمتها (٠,٠٥) وجاءت النتيجة في بند التوجه كانت النتيجة غير دالة بين المجموعات وفي بند الضبط العقلي جاءت النتائج تشير إلى دلالة فيما وراء (٠,٠٠١) إلا العلاقة بين الفصام المزمن والفصام إصابة أول مرة كانت الدرجة غير دالة مما يشير إلى أن الإجابات بين المجموعات المرضية كانت متساوية إلى حد ما كونها لم تعط دلالة إحصائية. وفي بند المقاطع جاءت الدرجة غير دالة بين المجموعات الثلاث. وفي بند إعادة الأرقام جاءت النتيجة دالة بين المجموعات بدلالة مقدارها (٠,٠٠١) بين المجموعات الثلاث. وفي بند التذكر البصري جاءت الدرجة دالة فيما وراء (٠,٠٠١) وكذلك جاءت دالة بدرجة (٠,٠٥) بين المجموعات الثلاث وكذلك في بند التعليم الترابطي جاءت الدرجة دالة فيما وراء (٠,٠٥) وكذلك جاءت دالة بدلالة قدرها (٠,٠٠١) بين المجموعات الثلاث. وفي النهاية جاءت النتيجة للبند الإجمالي أي إجمالي درجة الذاكرة بدلالة مقدارها (٠,٠٠١) بين المجموعات الثلاث وكذلك بين الدرجة الإجمالية لنسبة الذاكرة

الخلل المعرفي لدى مرضى الفصام المبكر والفصام المزمن

بدلالة مقدارها (٠,٠٠١) بين المجموعات الثلاث مما يشير إلى صحة الفرض الذي تصدت له الدراسة بالتحقق وهو توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الفصام إصابة أول مرة والفصام المزمن والأسوياء في اختبار الذاكرة لصالح مجموعة الأسوياء. كما جاء في المتوسط الأعلى وكذلك تحليل التباين البسيط للمجموعات ومستوى الدلالة لشيفية لاختبار الذاكرة.

وتتفق هذه النتائج مع كثير من الدراسات السابقة التي تناولها الباحث بالعرض في الرجوع إلى التراث السيكلوجي في الأبحاث العلمية سواء العربية منها أو الأجنبية ومن هذه الدراسات التي كانت نتائجها تشير إلى تقارب في المفاهيم الخاصة بالذاكرة وعلاقتها بالاضطرابات العقلية دراسة لزينب محمد أبو الفضل، (١٩٩٥): العلاقة بين إدراك الزمن وعدد من الوظائف العقلية العليا عند الفصاميين. وقد أوضحت الدراسة وجود تقدير زائد عند الفصاميين مقارنة بالأسوياء والمدمنين وذلك في اللفظي بينما كان التقدير زائدا عند المجموعتين المرضيتين مقارنة بالأسوياء في الإنتاج. وكان التقدير ناقصا عند المجموعتين المرضيتين مقارنة بالأسوياء باستخدام أسلوب إعادة الإنتاج. مما يعنى أن الفصاميين لديهم أحساس مضطرب بالزمن. كما تبين أن الفترات الطويلة تفرق بين الأسوياء ومجموعتي المرضى بينما الفترات القصيرة تفرق بني الفصاميين والمجموعتين الآخرين. كما تبين وجود ارتباط بين تقدير الزمن وكل من الإدراك والانتباه. وكذلك بين تقدير الزمن وبعض المتغيرات الديموجرافية. (زينب محمد أبو الفضل، ١٩٩٥، م.ص ص ٥٠٧-٥٠٩) وتتفق هذه النتيجة مع نتائج الدراسة الحالية حيث أشارت النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين عينة الدراسة وخاصة مجموعة الأسوياء والمجموعتين المرضيتين الفصام المزمن والفصام أول مرة حيث أن وظائف الذاكرة لدى المجموعتين المرضيتين قد تأثرتا باضطراب في الذاكرة ويرجع ذلك إلى الإصابة بالمرض سواء المبكر أو المزمن.

كما اتفقت النتائج مع ما توصل إليه شعبان جاب الله رضوان، صالح عبد الله أبو عبادة، (٢٠٠٢م.): مظاهر التشويه المعرفي لدى الفصاميين والاكئابيين، وأشارت النتائج إلى وجود فروق دالة بين العينات الثلاث في جميع المتغيرات حيث بلغت قيمة $F(١٣,٨٣)$ بدلالة (٠,٠٠٠١) في التقيوت المعرفي وبلغت (٢٦,١٣) بدلالة (٠,٠٠٠١) في التفكير السحري وبلغت (١٦,٧٣) بدلالة (٠,٠٠٠١) في الأفكار الآلية. ولم تظهر فروق بين الفصاميين والاكئابيين في التقيوت المعرفي ولا في الأفكار الآلية، بينما وجد فرق دال بينهما في التفكير السحري حيث بلغت $T(٤,٣٧)$ بدلالة (٠,٠٠٠١) في اتجاه الفصاميين. ووجد فرق دال بين الفصاميين والأسوياء في اتجاه الفصاميين في التقيوت المعرفي ($T=٦,٣٧$) وفي التفكير السحري ($T=٦,٧١$) وفي الأفكار الآلية ($T=٥,٣٦$) وجميعها بدلالة (٠,٠٠٠١). كما وجدت فروق دالة بين الاكئابيين والأسوياء في

اتجاه الاكتئابيين في التفويت المعرفي (ت=٣,٢١ بدلالة ٠,٠٠١) وفى التفكير السحري (ت=٢,٨٤ بدلالة ٠,٠١) وفى الأفكار الآلية (ت=٥,٢٣ بدلالة ٠,٠٠١). كما تبين وجود علاقة ارتباطية إيجابية دالة بين الأفكار الآلية السلبية والتفويت المعرفي لدى الفصامين حيث بلغت "ر" (٠,٥٧٢) ولدى الاكتئابيين (ر=٠,٤٢٢ بدلالة ٠,٠٥) ولدى الأسوياء (ر=٠,٥٩٩ بدلالة ٠,٠٠١). كما تبين ارتباط التفكير السحري بالأفكار الآلية لدى الفصامين (ر=٠,٤٥١ بدلالة ٠,٠٥) ولدى الاكتئابيين (ر=٠,٤٨٨) ولدى الأسوياء (ر=٠,٥٢٨ بدلالة ٠,٠٠١). كما تبين ارتباط التفويت المعرفي بالتفكير السحري لدى الفصامين (ر=٠,٧٠٥) ولدى الأسوياء (ر=٠,٥٨١) وكلاهما بدلالة (٠,٠٠١). (٩١,٠%، ٢٨,١%). وقد جاءت نتائج الدراسة الحالية بالفروق الدالة إحصائياً كالتالي في بند المعلومات جاءت النتيجة غير دالة إلا في العلاقة بين المجموعة الإصابة أول مرة والفصام المزمّن بدلالة قيمتها (٠,٠٥) وجاءت النتيجة في بند التوجه غير دالة بين المجموعات وفى بند الضبط العقلي جاءت النتائج تشير إلى دلالة فيما وراء (٠,٠٠١) إلا العلاقة بين الفصام المزمّن والفصام إصابة أول مرة كانت الدرجة غير دالة مما يشير إلى أن الإجابات بين المجموعات المرضية كانت متساوية إلى حد ما كونها لم تعط دلالة إحصائية. وفى بند المقاطع جاءت الدرجة غير دالة بين المجموعات الثلاث. وفى بند إعادة الأرقام جاءت النتيجة دالة بين المجموعات بدلالة مقدارها (٠,٠٠١) بين المجموعات الثلاث. وفى بند التذكر البصري جاءت الدرجة دالة فيما وراء (٠,٠٠١) وكذلك جاءت دالة بدرجة (٠,٠٥) بين المجموعات الثلاث وكذلك فى بند التعليم الترابطي جاءت الدرجة دالة فيما وراء (٠,٠٥) وكذلك جاءت دالة بدلالة قدرها (٠,٠٠١) بين المجموعات الثلاث. وفى النهاية جاءت النتيجة للبند الإجمالى أى إجمالى درجة الذاكرة بدلالة مقدارها (٠,٠٠١) بين المجموعات الثلاث وكذلك بين الدرجة الإجمالية لنسبة الذاكرة بدلالة مقدارها (٠,٠٠١) بين المجموعات وتوضح هذه النتائج وجود فروق دالة فى وظائف الذاكرة بين المجموعة السوية ومجموعة المرضى. كما جاءت النتائج متوافقة مع ما توصل إليه "أشرف سعد الشاذلي ٢٠٠٧" حيث جاءت النتائج كالتالي:

المواصفات المعرفية:

أثبتت الدراسة أن الوظائف المعرفية لمرضى الفصام أول مرة سواء كان الذكاء العام أو وظيفية الذاكرة والوظيفية التنفيذية أنها أقل فى المجموعة الثالثة منها فى المجموعة الثانية منها فى المجموعة الأولى، ويعنى ذلك أن مرضى الفصام إصابة أول مرة يعانون من انخفاض فى معدل ذكائهم العام وكذلك الذاكرة والوظيفة التنفيذية بالمقارنة بالعينة الطبيعية وإن الاختلاف بين المجموعة الثانية والثالثة من مرضى الفصام يكون فى درجة الشدة ويعنى ذلك أيضاً أن التدهور

الخلل المعرفي لدى مرضى الفصام المبكر والفصام المزمن

في هذه الوظائف موجود من بداية المرض وربما مرحلة ما قبل ظهور المرض والأعراض المرضية .

كذلك من أوائل الدراسات التي توثق حالات العجز الإدراكي لدى المرضى الذين يعانون من الفصام فحضت المصابين بأمراض مزمنة والأفراد الذين تم إدخالهم إلى المستشفى، وهناك مزيد من الاهتمام في تقييم المرضى في المراحل المبكرة من المرض. (Good & Kopola, 1998) (جود وكوبولا، ١٩٩٨)، وقد تقرر أن ضعف أداء الوظائف المعرفية في المرحلة الأولى من الفصام خاصة عند تقييم اختبارات الذاكرة والانتباه والمهام التنفيذية. (Goldberg et al, 1995)

كما اكتشف هوف وآخرون (١٩٩٩ م.) (Hoff et al. 1999.) في دراسة متابعة في فترة زمنية طويلة وجدت أن الذاكرة الكلامية أقل تحسناً لدى الأفراد الذين يعانون من الفصام عن المجموعة الضابطة، مع ذلك، فإن أوجه القصور الرئيسية في هذه الدراسة هو عدد أعضاء مجموعة المراقبة، الأمر الذي قد يؤدي إلى إيجاد مزيد من التحسينات في الذاكرة المكانية والتنفيذية والمرضى الذين يعانون من أكثر من المجموعة الضابطة.

وفي دراسة بيلدر وآخرين، (١٩٩٢ م.) (Bilder et al. 1992.) وجود المزيد من التدهور الفكري بين الرجال أكثر من النساء وفي المقابل فقد أخفق الباحثون الآخرون في العثور على الخلافات أو قالوا أن مرضى الفصام من الإناث يكون أكثر تعرضاً للإعاقة من الرجال، وذكر (هاس وآخرون، ١٩٩٠ م.) (Haas et al. 1990.) عدم وجود أي اختلافات في الفسيولوجية العصبية في أداء الجنسين في المرحلة المبكرة من المرض، ولكن مع مرور الزمن يحدث المزيد من الضرر في الرجال أكثر من النساء وتوحي بحدوث المزيد من التدهور أثناء المرض للرجال أكثر من النساء، وهي نتيجة تتسق مع نتائج من دراسة بيلدر وآخرين، (١٩٩٢ م.) (Bilder et al. 1992.)، وقد اكتشف الباحثون وجود بعض الاختلافات الجنسية التي تتباين بسبب المهام الفسيولوجية العصبية، (ليوين آخرون، ١٩٩٦) (Lewine et al, 1996.) وذكر ألباص وآخرون، (١٩٩٧) (Albus et al. 1997.) أن كلا من الذكور والإناث من مرضى الفصام يظهرون إعاقات أكثر وضوحاً في المعالجة الحركية البصرية والانتباه والذاكرة اللفظية والتعلم، ولكن هذه الدراسة لم تتناول الفروق بين الذكور والإناث في الوظائف المعرفية للذاكر وتشير هذه الفكرة إلى تبني أبحاث أخرى في نفس الميدان لتوضيح الفروق بين الذكور والإناث المرضى والأسوياء في اضطراب وظائف الذاكرة وهل توجد فروق دالة أم لا حيث انه توجد بعض الاختلافات البيولوجية والنفسية للتكوين الجسدي والنفسي والعقلي بين الرجل والمرأة.

الفرض الثاني:

توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الفصام إصابة أول مرة والفصام المزمن والأسوياء ففي اختبار فرز البطاقات ويسكونسن لصالح مجموعة الأسوياء.

بالنظر إلى الجدول رقم (١٢) جاءت النتائج على النحو التالي:

في البند الأول والذي ينص على عدد المحاولات التي أجريت لتحليل التباين بين المجموعات كان بين الأسوياء ومجموعة الفصام إصابة أول مرة جاءت النتائج غير دالة إحصائيا غير دالة أما في المقارنة بين الأسوياء والفصام المزمن جاءت النتائج دالة فيما وراء (٠,٠٠١). كما جاء تحليل التباين بين مجموعة الفصام إصابة أول مرة والأسوياء في نفس البند غير دالة إحصائيا وبين الفصام إصابة أول مرة والفصام المزمن جاءت النتيجة دالة فيما وراء (٠,٠٠١). وجاءت النتائج في نفس البند بالمقارنة بين المجموعة الثالثة الفصام المزمن والمجموعتين الأخرين الأسوياء والفصام إصابة أول مرة دالة فيما وراء (٠,٠٠١).

وفي البند الثاني والذي ينص على مجموع المحاولات الصحيحة جاءت النتائج لتحليل التباين بين المجموعات في المجموعة الأولى الأسوياء ومقارنتها بالمجموعة الثانية الفصام إصابة أول مرة غير دالة إحصائيا أما الأسوياء والفصام المزمن جاءت النتائج دالة فيما وراء (٠,٠٠٥) وبالمقارنة بالمجموعة الثانية الفصام إصابة أول مرة والمجموعة الأولى الأسوياء كانت النتيجة غير دالة إحصائيا أما مع المجموعة الثالثة فقد جاءت النتائج دالة فيما وراء (٠,٠٠١). وبالمقارنة بالمجموعة الثالثة والمجموعتين الأخرين جاءت النتائج بين الفصام المزمن والأسوياء دالة فيما وراء (٠,٠٠٥) وبين الفصام المزمن والفصام أول مرة دالة فيما وراء (٠,٠٠١).

وفي البند الثالث والذي ينص على مجموع المحاولات الخاطئة جاءت النتائج جميعها غير دالة إحصائيا بالمقارنة بين المجموعات الثلاث بعضهم البعض الأولى مع الثانية والثالثة والثانية مع الأولى والثالثة مع الأولى والثالثة مع الأولى والثانية.

وفي البند الرابع والذي ينص على النسبة المئوية للأخطاء جاءت النتائج دالة فيما وراء (٠,٠٠١). للمجموعات ما عدا المقارنة في المجموعة الثانية الفصام أول مرة والفصام المزمن فجاءت النتائج دالة فيما وراء (٠,٠٠٥).

وفي البند الخامس والذي ينص على الاستجابات المكتملة جاءت النتائج بتحليل التباين بين الأسوياء والفصام إصابة أول مرة غير دالة أما بين الأسوياء والفصام المزمن فهي دالة فيما وراء

الخلل المعرفي لدى مرضى الفصام المبكر والفصام المزمن

(٠,٠١) وجاءت المقارنة بين المجموعة الثانية الفصام إصابة أول مرة والأسوياء غير دالة أما الفصام أول مرة والفصام المزمن دالة فيما وراء (٠,٠٠١) وبمقارنة المجموعة الثالثة بالمجموعتين الآخرين جاءت النتائج دالة فيما وراء (٠,٠٠١) للمجموعتين .

وفى البند السادس والذي ينص على نسبة الاستجابات المتحفظة جاءت النتائج دالة فيما وراء (٠,٠٠١) للمجموعات بتحليل التباين بعضهم البعض فيما عدا المجموعة الثانية الفصام أول مرة مع الفصام المزمن فجاءت النتائج دالة فيما وراء (٠,٠٥) وكذلك المجموعة الثالثة مع المجموعة الثانية الفصام المزمن مع الفصام أول مرة دالة فيما وراء (٠,٠٥).

وفى البند السابع والذي ينص على الأخطاء المتحفظة جاءت النتائج بين المجموعة الأولى الأسوياء والمجموعة الثانية الفصام إصابة أول مرة غير دالة إحصائياً وبين الأسوياء والفصام المزمن دالة فيما وراء (٠,٠١) وفى المجموعة الثانية الفصام أول مرة والأسوياء غير دالة وبين المجموعة الثانية والثالثة دالة فيما وراء (٠,٠١) كذلك للمجموعة الثالثة والأسوياء دالة فيما وراء (٠,٠١) والفصام المزمن والفصام أول مرة دالة فيما وراء (٠,٠٥).

وفى البند الثامن والذي ينص على نسبة الأخطاء المتحفظة جاءت النتائج دالة فيما وراء (٠,٠١) و(٠,٠٥) للمجموعات الثلاث ما عدا الفصام المزمن والفصام أول مرة فكانت النتائج غير دالة إحصائياً .

وفى البند التاسع والذي ينص على الإجابات غير المتحفظة جاءت النتائج دالة فيما وراء (٠,٠٠١) و(٠,٠٥) للمجموعات الثلاث ما عدا الفصام المزمن والفصام أول مرة فكانت النتائج غير دالة إحصائياً .

وفى البند العاشر والذي ينص على نسبة الأخطاء غير المكتملة جاءت النتائج بين الأسوياء الفصام إصابة أول مرة غير دالة وبين الأسوياء والفصام المزمن دالة فيما وراء (٠,٠٥) وفى المقارنة المجموعة الثانية بالأولى والثالثة جاءت النتائج غير دالة إحصائياً والمجموعة الثالثة الفصام المزمن والأسوياء دالة فيما وراء (٠,٠٥) والفصام المزمن والفصام أول مرة غير دالة إحصائياً.

وفى البند الحادي عشر والذي ينص على مستوى الاستجابات التخيلية جاءت النتائج دالة فيما وراء (٠,٠٥) بين المجموعات الثلاث بعضهم البعض ما عدا المقارنة بين المجموعة الثانية والثالثة فجاءت النتائج دالة فيما وراء (٠,٠٠١).

وفى البند الثاني عشر والذي ينص على نسبة الاستجابات التخيلية جاءت النتائج بين المجموعات ما بين دلالة (٠,٠٠١) و(٠,٠٥) للثلاث مجموعات.

وفى البند الثالث عشر والذي ينص على عدد الفئات الكاملة جاءت النتائج دالة فيما وراء (٠,٠٠١) للمجموعات فيما عدا مقارنة المجموعة الثانية مع المجموعة الثالثة فكانت النتائج غير دالة إحصائياً.

وفى البند الرابع عشر والذي ينص على محاولة إكمال الفئة الأولى جاءت النتائج بين المجموعة الأولى الأسوياء والفصام أول مرة غير دالة إحصائياً والأسوياء والفصام المزمّن دالة فيما وراء (٠,٠٠١) والمجموعة الثانية الفصام أول مرة والأسوياء غير دالة والفصام أول مرة والفصام المزمّن دالة فيما وراء (٠,٠٥) وفى المجموعة الثالثة الفصام المزمّن والأسوياء دالة فيما وراء (٠,٠٠١) والفصام المزمّن والفصام أول مرة دالة فيما وراء (٠,٠٥).

وتشير هذه النتائج إلى أن اختبار فرز البطاقات لويسكونسن والذي استخدمه الباحث لقيس مدى التدهور والخلل في الوظائف المعرفية لدى مرضى الفصام المزمّن والفصام إصابة أول مرة وعلاقتها بمجموعة الأسوياء جاءت النتائج محققة للفرض الثاني حيث أن الدلالة الإحصائية جاءت دائماً لصالح مجموعة الأسوياء في مجموع الوظائف المعرفية بمقارنتهما بالمجموعتين المرضيتين الفصام المزمّن والفصام أول مرة كما أوضحت النتائج إلى أنه لا توجد فروق واضحة بين مجموعة الفصام المزمّن والفصام أول مرة في الوظائف المعرفية ويرجع ذلك إلى أن المرض يسبب التدهور في الوظائف المعرفية وأحياناً تتدهور الوظائف المعرفية قبل حدوث المرض ومن الخبرة العملية للباحث في ميدان العمل في المستشفيات العقلية وتعامله مع المرضى الذين يعانون من الاضطراب العقلي في بعض الأحيان قد لا يعرف المرض في بداياته ولكن بعد فترة زمنية قد تطول وتقتصر بناء على الثقافة العامة للمريض ولأسرة المريض حيث ما زلنا في المجتمع العربي نعاني من وصمة العار التي تصيب العائلة من وجود مريض مضطرب عقلياً وتبدأ الأسرة في الإنكار الشديد للمرض والمريض إلى أن يتفاقم المرض وتواجه الأسرة بصعوبات أكثر من مواجهتها للمرض المبكر ومن هنا يناشد الباحث الأسر ووسائل الإعلام أن يزيدوا الوعي لدى العامة بأهمية مجابهة المرض حتى لا يؤدي ذلك إلى التدهور التام والعبء الزائد على المريض والأسرة والمجتمع .

في دراسة لمحمد نجيب الصبوة بعنوان: التفكير التجريبي لدى مرضى الفصام الهذائي المزمّن في مقابل مرضى الفصام غير الهذائي باستخدام الأمثال العامية المصرية "محمد نجيب

الخلل المعرفي لدى مرضى الفصام المبكر والفصام المزمن

الصبوة، (١٩٩١). وتبين فروق بين الأسوياء وفئات الفصام الخمس محل الدراسة على الأمثال العامة بدلالة وراء (٠,٠٠٠١) في اتجاه أفضلية الأسوياء في التفكير التجريدي حيث تراوحت قيمت على المقاييس الفرعية الخمسة للأمثال بين (٠,٠٨، ٦,٢٤)، كما تبينت فروق دالة بين مرضى الفصام الهذائي وغير الهذائي حيث تراوحت قيمت بين (٠,٢٨، ٤,٤٦) بدلالة (٠,٠٠٢)، (٠,٠٠١) في اتجاه أن الهذائيين أسوأ في التفكير التجريدي من غيرهم من مجموعات الفصام الأخرى. بينما لم توجد فروق بين جميع فئات مرضى الفصام المزمن غير الهذائي وبين بعضها البعض مما يشير إلى أن هذه الجماعات تمثل فئة واحدة من حيث اضطراب التفكير التجريدي (محمد نجيب الصبوة، ١٩٩١)

في دراسة لسامي عبد القوي (٢٠٠٢)، بعنوان اضطراب الوظائف المعرفية لدى مرضى باركينسون (دراسة نيوروسيكولوجية مقارنة).. وقد أسفرت نتائج الدراسة عن وجود فروق دالة إحصائياً بين المجموعات الثلاث على وظائف الذاكرة، والانتباه، والتنظيم البصري الحركي، والقدرة على التخطيط، وسرعة تشغيل المعلومات، والقدرة على تكوين المفاهيم، ووظائف الفص الجبهي، فسي اتجاه المرضى حديثي التشخيص عند مقارنة أدائهم بأداء أفراد المجموعة الضابطة، بينما كانت الفروق في اتجاه المرضى المزمنين عند مقارنتهم بكل من حديثي التشخيص والمجموعة الضابطة. (سامي عبد القوي، ٢٠٠٢). كما أوضحت الدراسة وجود علاقة ارتباطية جوهرية وسالبة بين مدة المرض وشدة الاضطراب المعرفي.. (سامي عبد القوي، ٢٠٠٢).

وفي دراسة اشرف الشاذلي خالص الباحث إلى التالي ذكر الباحث في ملخص بحثه أثبتت الدراسات أن هناك ضعفاً في الوظائف المعرفية لدى مرضى الفصام إصابة أول مرة وخصوصاً وظائف الذاكرة التنفيذية ويمكن تميز ذلك عن مرضى الفصام المزمن والعينات الطبيعية وهذا يعني أن التدهور في هذه الوظائف يبدأ في المراحل الأولى من المرض ربما قبل ظهور المرض. وأيضاً انخفاض معدل الذكاء العام في الإصابة أول مرة بالمقارنة بالعينات الطبيعية والمرض المزمنين يعني أن التدهور الذكائي موجود مع بداية المرض ويزداد كلما ازداد المرض.

توجد علاقة واضحة بين أعراض مرض الفصام والوظائف المعرفية وخصوصاً السلبية وأيضاً الإيجابية لكن بدرجة أقل من السلبية وإن هذه العلاقة متداخلة ومن ناحية أخرى توجد علاقة بين الأعراض المعرفية والوظائف المعرفية وذلك حسب ما ورد في دراسة. (Ashraf Elshazly, 2007.)

على الرغم من أن الفصام كثيراً ما يعتقد أنه خرف متقدم إلا أنه في الآونة الأخيرة تشير الدراسات إلى أن وجهة نظر بديلة تقترح أن الفصام هو جمود الدماغ والذي به أداء معرفي معاق

بصورة مزمنة ولكنه مستقر وأن الانخفاض الشامل والسريع في الوظائف المعرفية وقع في وقت مبكر في سياق خلال الفصام مع عدم وجود دليل على انخفاض تدريجي مرتبط بالمدة أو السن أو المرض، وأيدت هذا الرأي البيانات التي تم الحصول عليها من الدراسات التي أثبتت أن أول مرحلة لدى المرضى المصابين بأمراض مزمنة كانت متشابهة بشكل ملفت في الأداء علاوة على بيانات تظهر وجود عيب أو عجز بالجهاز العصبي التشريحي. (Goldberg et al, 1995)

(Shenton, M.E., Dickey, C.C., Frumin, M., McCarley, R.W., 2001) قالوا بوجود لنحسار في الوظيفة التفكيرية العقلية، إلا أن نتائج اختبار في مرحلة ما قبل الاضطراب كانت ذات تنبأ مرتفع جدا حول الوظيفية في مرحلة ما بعد حدوث الاضطراب، وفي الاضطراب غير المتجانس لعلم مسببات الأمراض المتعدد العوامل، ويمكن القول هنا بأن التدهور المتجانس في الوظيفية العقلية مدهش ومن ثم يمكن تفسيره عن طريق عدم الاتساق في قياس معدل الذكاء في مرحلة ما قبل حدوث الاضطراب، إن تدهور معدل الذكاء لدى المرضى الذين يعانون من الفصام الذي يبدأ منذ الطفولة خلال مرحلة المراهقة إنما يعكس عدم القدرة على اكتساب المعلومات الجديدة وهذا على عكس العته.

فإن الحافزية الضعيفة أو العوارض السلبية التي تحدث في الفصام المزمن ليست هي العوامل الرئيسية المسببة للعيوب العصبية المعرفية ولكنها قد تؤثر على التقييم، وهناك علاقة فيما بين معدل الذكاء المنخفض في مرحلة ما قبل الاعتلال تفوق كثرة الأعراض السلبية أن المرضى ذوي الأعراض السلبية المنتشرة يظهرون عيوباً معرفية عصبية أكثر حدة، وقد يكون معدل الذكاء المنخفض متغيراً مدمجاً في تقرير الأعراض الإيجابية، (نيلسون وآخرون، ١٩٩٠) (Nelson et al., 1990.)

وقد تحقق الفرض الثاني للدراسة والذي ينص على أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الفصام إصابة أول مرة والفصام المزمن والأسوياء في اختبار فرز البطاقات ويسكونسن لسالحي مجموعة الأسوياء. وسوف يوضح الباحث في التوصيات ما يجب الانتباه إليه في التعامل مع المرضى الذين يصابون بالاضطراب العقلي.

جدول (١٢) تحليل التباين البسيط للمجموعات ومستوى الدلالة لشيفية لاختبار ويسكونسن

بنود الاختبار	المجموعات	المجموعات	فروق المتوسطات	مستوى الدلالة
عدد المحاولات التي أجريت	أسوياء	إصابة أول مرة	٤,٧٦٦٦٧-	غير دالة
		فصام مزمن	٢١,٧٠٠٠٠- (*)	دالة فيما وراء ٠,٠١
	إصابة أول مرة	أسوياء	٤,٧٦٦٦٧	غير دالة
		فصام مزمن	١٦,٩٣٣٣٣- (*)	دالة فيما وراء ٠,٠١
	فصام مزمن	أسوياء	٢١,٧٠٠٠٠ (*)	دالة فيما وراء ٠,٠١
		إصابة أول مرة	١٦,٩٣٣٣٣ (*)	دالة فيما وراء ٠,٠١
مجموع المحاولات الصحيحة	أسوياء	إصابة أول مرة	١,٤٠٠٠٠	غير دالة
		فصام مزمن	٥,٢٦٦٦٧- (*)	دالة فيما وراء ٠,٠٥
	إصابة أول مرة	أسوياء	١,٤٠٠٠٠-	غير دالة
		فصام مزمن	٦,٦٦٦٦٧- (*)	دالة فيما وراء ٠,٠١
	فصام مزمن	أسوياء	٥,٢٦٦٦٧ (*)	دالة فيما وراء ٠,٠٥
		إصابة أول مرة	٦,٦٦٦٦٧ (*)	دالة فيما وراء ٠,٠١
مجموع المحاولات الخاطئة	أسوياء	إصابة أول مرة	٥,١٠٠٠٠-	غير دالة
		فصام مزمن	١١٢,٠٠٠٠٠-	غير دالة
	إصابة أول مرة	أسوياء	٥,١٠٠٠٠	غير دالة
		فصام مزمن	١٠٦,٩٠٠٠٠-	غير دالة
	فصام مزمن	أسوياء	١١٢,٠٠٠٠٠	غير دالة
		إصابة أول مرة	١٠٦,٩٠٠٠٠	غير دالة
النسبة المئوية للأخطاء	أسوياء	إصابة أول مرة	٨,٣٦٦٦٧- (*)	دالة فيما وراء ٠,٠١
		فصام مزمن	١٣,٦٣٣٣٣- (*)	دالة فيما وراء ٠,٠١
	إصابة أول مرة	أسوياء	٨,٣٦٦٦٧ (*)	دالة فيما وراء ٠,٠١
		فصام مزمن	٥,٢٦٦٦٧- (*)	دالة فيما وراء ٠,٠٥
	فصام مزمن	أسوياء	١٣,٦٣٣٣٣ (*)	دالة فيما وراء ٠,٠١
		إصابة أول مرة	٥,٢٦٦٦٧ (*)	دالة فيما وراء ٠,٠٥
الاستجابات المكتملة	أسوياء	إصابة أول مرة	٥,٧٠٠٠٠-	غير دالة
		فصام مزمن	١٦,٧٣٣٣٣- (*)	دالة فيما وراء ٠,٠١
	إصابة أول مرة	أسوياء	٥,٧٠٠٠٠	غير دالة
		فصام مزمن	١١,٠٣٣٣٣- (*)	دالة فيما وراء ٠,٠١
	فصام مزمن	أسوياء	١٦,٧٣٣٣٣ (*)	دالة فيما وراء ٠,٠١
		إصابة أول مرة	١١,٠٣٣٣٣ (*)	دالة فيما وراء ٠,٠١
نسبة الاستجابات المتحفظة	أسوياء	إصابة أول مرة	٨,٥٣٣٣٣- (*)	دالة فيما وراء ٠,٠١

بنود الاختبار	المجموعات	المجموعات	المرق المتوسطات	مستوى الدلالة
		فصام مزمن	١٣,٥٠٠٠٠ (*)	دالة فيما وراء ٠,٠١
	إصابة أول مرة	أسوياء	٨,٥٣٣٣٣ (*)	دالة فيما وراء ٠,٠١
		فصام مزمن	٤,٩٦٦٦٧ (*)	دالة فيما وراء ٠,٠٥
	فصام مزمن	أسوياء	١٣,٥٠٠٠٠ (*)	دالة فيما وراء ٠,٠١
	إصابة أول مرة	إصابة أول مرة	٤,٩٦٦٦٧ (*)	دالة فيما وراء ٠,٠٥
الأخطاء المتحفظة	أسوياء	إصابة أول مرة	٣,٢٣٣٣٣-	غير دالة
		فصام مزمن	٩,٨٣٣٣٣ (*)	دالة فيما وراء ٠,٠١
	إصابة أول مرة	أسوياء	٣,٢٣٣٣٣	غير دالة
		فصام مزمن	٦,٦٠٠٠٠ (*)	دالة فيما وراء ٠,٠٥
	فصام مزمن	أسوياء	٩,٨٣٣٣٣ (*)	دالة فيما وراء ٠,٠١
	إصابة أول مرة	إصابة أول مرة	٦,٦٠٠٠٠ (*)	دالة فيما وراء ٠,٠٥
نسبة الأخطاء المتحفظة	أسوياء	إصابة أول مرة	٥,٣٣٣٣٣ (*)	دالة فيما وراء ٠,٠٥
		فصام مزمن	٨,٦٣٣٣٣ (*)	دالة فيما وراء ٠,٠١
	إصابة أول مرة	أسوياء	٥,٣٣٣٣٣ (*)	دالة فيما وراء ٠,٠٥
		فصام مزمن	٣,٣٠٠٠٠-	غير دالة
	فصام مزمن	أسوياء	٨,٦٣٣٣٣ (*)	دالة فيما وراء ٠,٠١
	إصابة أول مرة	إصابة أول مرة	٣,٣٠٠٠٠	غير دالة
الإجابات غير المتحفظة	أسوياء	إصابة أول مرة	١,١٣٣٣٣-	غير دالة
		فصام مزمن	٤,٠٠٠٠٠ (*)	دالة فيما وراء ٠,٠١
	إصابة أول مرة	أسوياء	١,١٣٣٣٣	غير دالة
		فصام مزمن	٢,٨٦٦٦٧ (*)	دالة فيما وراء ٠,٠٥
	فصام مزمن	أسوياء	٤,٠٠٠٠٠ (*)	دالة فيما وراء ٠,٠١
	إصابة أول مرة	إصابة أول مرة	٢,٨٦٦٦٧ (*)	دالة فيما وراء ٠,٠٥
نسبة الأخطاء غير المكتملة	أسوياء	إصابة أول مرة	٢,٣٠٠٠٠-	غير دالة
		فصام مزمن	٥,٥٦٦٦٧ (*)	دالة فيما وراء ٠,٠٥
	إصابة أول مرة	أسوياء	٢,٣٠٠٠٠	غير دالة
		فصام مزمن	٣,٢٦٦٦٧-	غير دالة
	فصام مزمن	أسوياء	٥,٥٦٦٦٧ (*)	دالة فيما وراء ٠,٠٥
		إصابة أول مرة	٣,٢٦٦٦٧	غير دالة
مستوى الاستجابات التخيلية	أسوياء	إصابة أول مرة	٣,٥٣٣٣٣ (*)	دالة فيما وراء ٠,٠٥
		فصام مزمن	٣,٢٠٠٠٠ (*)	دالة فيما وراء ٠,٠٥
	إصابة أول مرة	أسوياء	٣,٥٣٣٣٣ (*)	دالة فيما وراء ٠,٠٥
		فصام مزمن	٦,٧٣٣٣٣ (*)	دالة فيما وراء ٠,٠١
	فصام مزمن	أسوياء	٣,٢٠٠٠٠ (*)	دالة فيما وراء ٠,٠٥

الخلل المعرفي لدى مرضى الفصام المبكر والفصام المزمن

بنود الاختبار	المجموعت	المجموعت	فروق المتوسطات	مستوى الدلالة
		إصابة أول مرة	٦,٧٣٣٣٣ (*)	دالة فيما وراء ٠,٠١
نسبة الاستجابات التخيلية	أسوياء	إصابة أول مرة	٥,٦٠٠٠٠ (*)	دالة فيما وراء ٠,٠٥
		فصام مزمن	١٠,٧٣٣٣٣ (*)	دالة فيما وراء ٠,٠١
	إصابة أول مرة	أسوياء	٥,٦٠٠٠٠ (*)	دالة فيما وراء ٠,٠٥
		فصام مزمن	٥,١٣٣٣٣ (*)	دالة فيما وراء ٠,٠٥
	فصام مزمن	أسوياء	١٠,٧٣٣٣٣ (*)	دالة فيما وراء ٠,٠١
		إصابة أول مرة	٥,١٣٣٣٣ (*)	دالة فيما وراء ٠,٠٥
عدد الفئات الكاملة	أسوياء	إصابة أول مرة	٨,٠٠٠٠٠ (*)	دالة فيما وراء ٠,٠١
		فصام مزمن	٧,٣٣٣٣٣ (*)	دالة فيما وراء ٠,٠١
	إصابة أول مرة	أسوياء	٨,٠٠٠٠٠ (*)	دالة فيما وراء ٠,٠١
		فصام مزمن	٠,٦٦٦٧	غير دالة
	فصام مزمن	أسوياء	٧,٣٣٣٣٣ (*)	دالة فيما وراء ٠,٠١
		إصابة أول مرة	٠,٦٦٦٧-	غير دالة
محاولة إكمال الفقة الأولى	أسوياء	إصابة أول مرة	٢,٣٦٦٦٧	غير دالة
		فصام مزمن	٧,٨٣٣٣٣ (*)	دالة فيما وراء ٠,٠١
	إصابة أول مرة	أسوياء	٢,٣٦٦٦٧	غير دالة
		فصام مزمن	٥,٤٦٦٦٧ (*)	دالة فيما وراء ٠,٠٥
	فصام مزمن	أسوياء	٧,٨٣٣٣٣ (*)	دالة فيما وراء ٠,٠١
		إصابة أول مرة	٥,٤٦٦٦٧ (*)	دالة فيما وراء ٠,٠٥

* The mean difference is significant at the .05 level.

الفرض الثالث: توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المصريين والكويتيين في الأدوات التي تناولتها الدراسة وهي اختبار فرز البطاقات لويسكونسن، اختبار وكسلر للذكاء، واختبار وكسلر للذاكرة.

جدول (١٣) تحليل التباين البسيط للمجموعات ومستوى الدلالة لاختبار ويسكونسن

بنود الاختبار	مصدر التباين	مجموع المربعات	د ح	متوسط المربعات	ف	مستوى الدلالة
عدد المحاولات التي أجريت	بين المجموعات	٢٠٢,٥٠٠	١	٢٠٢,٥٠٠	,٧٧٨	غير دالة
	داخل المجموعات	٢٢٨٩٩,٨٢	٨٨	٢٦٠,٢٢٥		
	الاجمالي	٢٣١٠٢,٣٢٢	٨٩			
مجموع المحاولات الصحيحة	بين المجموعات	٤٨,٤٠٠	١	٤٨,٤٠٠	١,٤٠٩	غير دالة
	داخل المجموعات	٣٠٢٢,٨٨٩	٨٨	٣٤,٣٥٤		
	الاجمالي	٣٠٧١,٢٨٩	٨٩			
مجموع المحاولات الخاطئة	بين المجموعات	١٠٥٦٧٨,٤٠٠	١	١٠٥٦٤٨,٤٠٠	١,٠٤٦	غير دالة
	داخل المجموعات	٨٨٩٤٧٧١,٢٠٠	٨٨	١٠١٠٧٦,٩٤٥		

بنود الاختبار	مصدر التباين	مجموع المربعات	د ح	متوسط المربعات	ف	مستوى الدلالة
النسبة المئوية للأخطاء	الاجمالي	٩٠٠٠٤٤٩,٦٠٠	٨٩			
	بين المجموعات	٣٨,٧٦٨	١	٣٨,٧٦٨	٠.٥٢٧	غير دالة
	داخل المجموعات	٦٤٦١,٨٢٢	٨٨	٧٣,٤٣٠		
الاستجابات المكتملة	الاجمالي	٦٥٠٠,٥٠٠	٨٩			
	بين المجموعات	١١٧,٨٧٨	١	١١٧,٨٧٨	٠.٨٨٣	غير دالة
	داخل المجموعات	١١٧٤٤,٥٧٨	٨٨	١٣٣,٤٦١		
نسبة الاستجابات المتخلفة	الاجمالي	١١٨٦٢,٤٥٦	٨٩			
	بين المجموعات	١٤,٤٠٠	١	١٤,٤٠٠	٠.٢٠٤	غير دالة
	داخل المجموعات	٦١٩٨,٨٨٩	٨٨	٧٠,٤٤٢		
الأخطاء المتخلفة	الاجمالي	٦٢١٣,٢٨٩	٨٩			
	بين المجموعات	٥٦,٠١١	١	٥٦,٠١١	٠.٧٤٧	غير دالة
	داخل المجموعات	٦٥٩٥,٦٤٤	٨٨	٧٤,٩٥١		
نسبة الأخطاء المتخلفة	الاجمالي	٦٦٥١,٦٥٦	٨٩			
	بين المجموعات	٢٧,٧٧٨	١	٢٧,٧٧٨	٠.٦١٣	غير دالة
	داخل المجموعات	٣٩٨٦,١٧٨	٨٨	٤٥,٢٩٧		
الإجابات غير المتخلفة	الاجمالي	٤٠١٣,٩٥٦	٨٩			
	بين المجموعات	١٠٠	١	١٠٠	٠.٠٠٧	غير دالة
	داخل المجموعات	١٢٤٠,٣٥٦	٨٨	١٤,٠٩٥		
نسبة الأخطاء غير المكتملة	الاجمالي	١٢٤٠,٤٥٦	٨٩			
	بين المجموعات	٧,٥١١	١	٧,٥١١	٠.١٨٥	غير دالة
	داخل المجموعات	٣٥٧١,٦٤٤	٨٨	٤٠,٥٨٧		
مستوى الاستجابات التخيلية	الاجمالي	٣٥٧٩,١٥٦	٨٩			
	بين المجموعات	٤٢,٧١١	١	٤٢,٧١١	١,٦٣٢	غير دالة
	داخل المجموعات	٢٣٠٣,٢٤٤	٨٨	٢٦,١٧٣		
نسبة الاستجابات التخيلية	الاجمالي	٢٣٤٥,٩٥٦	٨٩			
	بين المجموعات	١٢٧,٢١١	١	١٢٧,٢١١	١,٨٤٥	غير دالة
	داخل المجموعات	٦٠٦٧,١١١	٨٨	٦٨,٩٤٤		
عدد الفئات الكاملة	الاجمالي	٦١٩٤,٣٢٢	٨٩			
	بين المجموعات	٢,١٧٨	١	٢,١٧٨	٤,٣٢٥	غير دالة
	داخل المجموعات	٤٤,٣١١	٨٨	٥٠٤		
محاولة إكمال الفئة الأولى	الاجمالي	٤٦,٤٨٩	٨٩			
	بين المجموعات	٣٣,٦١١	١	٣٣,٦١١	٠.٨٩٤	غير دالة
	داخل المجموعات	٢٣٠٨,٤٨٩	٨٨	٢٧,٥٩٦		
النقل في المجموعة الأولى	الاجمالي	٣٣٤٢,١٠٠	٨٩			
	بين المجموعات	٦٥٨	١	٦٥٨	٠.٩١٨	غير دالة
	داخل المجموعات	١٣,٦٢٧	١٩	٧١٧		
	الاجمالي	١٤,٢٨٦	٢٠			

الخلل المعرفي لدى مرضى الفصام المبكر والفصام المزمن

جدول (١٤) تحليل التباين البسيط للجنسية ومستوى الدلالة لاختبار الذاكرة والذكاء

بنود الاختبار	مصدر التباين	مجموع المربعات	د ج	متوسط المربعات	ف	مستوى الدلالة
نسبة الذكاء	بين المجموعات	١٠٦٧١,١١١	١	١٠٦٧١,١١١	٠.٩٣٩	غير دالة
	داخل المجموعات	٩٩٩٧٤٥,٧٧٨	٨٨	١١٣٦٠,٧٤٧		
	الاجمالي	١٠١٠٤١٦,٨٨٩	٨٩			
المعلومات	بين المجموعات	٠.١٠٠	١	٠.١٠٠	٠.٥١٧	غير دالة
	داخل المجموعات	١٧,٠٢٢	٨٨	٠.١٩٣		
	الاجمالي	١٧,١٢٢	٨٩			
التوجه	بين المجموعات	٤٥,٥١١	١	٤٥,٥١١	١,٦٢٤	غير دالة
	داخل المجموعات	٢٤٦٦,٠٨٩	٨٨	٢٨,٠٢٤		
	الاجمالي	٢٥١١,٦٠٠	٨٩			
الضبط العقلي	بين المجموعات	٨,١٠٠	١	٨,١٠٠	١,٦٨١	غير دالة
	داخل المجموعات	٤٢٣,٩٥٦	٨٨	٤,٨١٨		
	الاجمالي	٤٣٢,٠٥٦	٨٩			
المقاطع	بين المجموعات	١٢,٨٤٤	١	١٢,٨٤٤	٠.٠٠١	غير دالة
	داخل المجموعات	١٥٨٣٩٨٨,٠٤٤	٨٨	١٧٩٩٩,٨٦٤		
	الاجمالي	١٥٨٤٠٠٠,٨٨٩	٨٩			
إعادة الأرقام	بين المجموعات	٠.٩٠٠	١	٠.٩٠٠	٠.٠٤٢	غير دالة
	داخل المجموعات	١٨٧٤,٨٨٩	٨٨	٢١,٣٠٦		
	الاجمالي	١٨٧٥,٧٨٩	٨٩			
التذكر البصري	بين المجموعات	٢١,٥١١	١	٢١,٥١١	١,٥٩٧	غير دالة
	داخل المجموعات	١١٨٥,٦٤٤	٨٨	١٣,٤٧٣		
	الاجمالي	١٢٠٧,١٥٦	٨٩			
التعليم الترابطي	بين المجموعات	٢٥,٦٠٠	١	٢٥,٦٠٠	٢,١٤٠	غير دالة
	داخل المجموعات	١٠٥٢,٨٠٠	٨٨	١١,٩٦٤		
	الاجمالي	١٠٧٨,٤٠٠	٨٩			
الاجمالي	بين المجموعات	٣١٧,٣٤٤	١	٣١٧,٣٤٤	٩٧٦	غير دالة
	داخل المجموعات	٢٨٦١٧,١١١	٨٨	٣٢٥,١٩٤		
	الاجمالي	٢٨٩٣٤,٤٥٦	٨٩			
نسبة الذاكرة	بين المجموعات	٧٤٥,٣٤٤	١	٧٤٥,٣٤٤	٠.٩٨٢	غير دالة
	داخل المجموعات	٦٦٧٩٣,١١١	٨٨	٧٥٩,٠١٣		
	الاجمالي	٦٧٥٣٨,٤٥٦	٨٩			

وبالنظر إلى الجدول رقم (١٣) والخاص بتحليل التباين البسيط للمجموعات ومستوى الدلالة لاختبار ويسكونسن جاءت النتائج على النحو التالي :

في البند الأول عدد المحاولات التي أجريت جاءت (ف) بدرجة مقدارها (٠.٧٧٨) وغير دالة إحصائياً كما جاءت النتائج في البند الثاني مجموع المحاولات الصحيحة ودرجة (ف) تساوى

(1.409) وفى البند الثالث مجموع المحاولات الخاطئة وجاءت قيمة (ف) مساوية (1.046) وغير دالة إحصائياً. والبند الرابع النسبة المئوية للأخطاء قيمة (ف) مساوية لدرجة (0.527). وغير دالة إحصائياً. وفى البند الخامس الاستجابات المكتملة قيمة (ف) مساوية للدرجة (0.883). وغير دالة إحصائياً. وفى البند السادس نسبة الأخطاء المتحفظه قيمة (ف) مساوية لدرجة (0.204). وغير دالة إحصائياً. وفى البند السابع الأخطاء المتحفظه قيمة (ف) مساوية لدرجة (0.747). وغير دالة إحصائياً. وفى البند الثامن نسبة الأخطاء المتحفظه قيمة (ف) مساوية لدرجة (0.613). وغير دالة إحصائياً. وفى البند التاسع الأخطاء غير المتحفظه قيمة (ف) مساوية (0.007). وغير دالة إحصائياً. وفى البند العاشر نسبة الأخطاء غير المكتملة قيمة (ف) مساوية لدرجة (0.185). وغير دالة إحصائياً. وفى البند الحادي عشر مستوى الاستجابات التخيلية جاءت قيمة (ف) مساوية (1.632) وغير دالة إحصائياً. وفى البند الثاني عشر نسبة الاستجابات التخيلية قيمة (ف) مساوية لدرجة (1.632) وغير دالة إحصائياً. وفى البند الثالث عشر عدد الفئات الكاملة وقيمة (ف) (4.325) وغير دالة إحصائياً. وفى البند الرابع عشر محاولة إكمال الفئة الأولى وقيمة (ف) مساوية (0.894). وغير دالة إحصائياً.

وبالنظر إلى هذه النتائج فى الجدول رقم (١٣) جاءت النتائج جميعها غير دالة إحصائياً مما يشير إلى أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المصريين والكويتيين على اختبار فرز البطاقات لويسكونسن ويرجع ذلك من وجهه نظر الباحث إلى تقارب الثقافات ونمط الحياة والمراحل التعليمية المتقاربة بين المجتمعين المصري والكويتي.

وبالنظر إلى الجدول رقم (١٤) تحليل التباين البسيط للنسبية ومستوى الدلالة لاختبار الذاكرة واختبار الذكاء. وفى اختبار وكسلر للذكاء جاءت قيمة (ف) بدرجة (0.939). ومستوى الدلالة غير دالة إحصائياً بين المجموعتين وفى اختبار وكسلر للذاكرة فى بند المعلومات جاءت قيمة (ف) مساوية لدرجة (0.517). وغير دالة إحصائياً وفى بند التوجه جاءت قيمة (ف) مساوية للدرجة (1.624) وغير دالة إحصائياً وفى الضبط العقلي جاءت قيمة (ف) مساوية (1.681) وفى بند المقاطع جاءت قيمة (ف) مساوية (0.001). وغير دالة إحصائياً. وفى بند إعادة الأرقام قيمة (ف) مساوية لدرجة (0.042). وغير دالة إحصائياً. وفى بند التذكر البصري جاءت قيمة (ف) مساوية (1.597) وفى بند التعليم الترابطي قيمة (ف) مساوية لدرجة (2.140) وغير دالة إحصائياً وفى بند الاجمالي جاءت قيمة (ف) مساوية (0.976). وغير دالة إحصائياً. وفى نسبة الذاكرة قيمة (ف) مساوية لدرجة (0.982). وبالنظر إلى الجدول رقم (١٨) جاءت الدرجة جميعها غير دالة إحصائياً وهذه النتائج لم تحقق الفرض الثالث والذي ينص على أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المصريين والكويتيين فى الأدوات التي تناولتها الدراسة وهى اختبار فرز البطاقات لويسكونسن. اختبار وكسلر للذكاء واختبار

الخلل المعرفي لدى مرضى الفصام المبكر والفصام المزمن

وكسلر للذاكرة. ويرجع ذلك في وجهة نظر الباحث إلى تقارب الثقافة والبيئة ومستوى التعليم ونمط الحياة وتداخل الإطار الاجتماعي بين المجتمع المصري والمجتمع الكويتي حيث إن منذ عصر الستينات يوجد تزاوج وتصاهر بين المجتمع المصري والكويتي كذلك النواحي التعليمية سواء الذين يوفدون إلى مصر للتعليم من أهل الكويت أو أبناء المغتربين المصريين الذين يعيشون في الكويت بحكم عمل والديهم. وقد اتفقت هذه النتائج مع ما توصل إليه أشرف سعد الشاذلي ففي الموصفات الديموجرافية للدراسة، أوضحت الدراسة أن عدد الذكور أكثر من عدد الإناث ولكن لا يوجد اختلاف إحصائي مميز بين المجموعات الثلاث بالنسبة للجنس الحالة الزوجية وسنين الدراسة وكذلك الجنسية (مصري وكويتي) مع ملاحظة أن عدد المتزوجين في العينة الطبيعية أكثر من عينة الفصام أول مرة وكذلك عينة الفصام المزمن ولكن بالنسبة للعمل المجموعة الأولى كانت أكثر عامل الوظيفة بالمقارنة بالمجموعة الثانية والثالثة مع اختلاف إحصائي واضح بين المجموعات الثلاث. وكذلك العمر بالسنين حيث وجد أن العمر للمجموعة الثالثة أكبر من المجموعة الأولى والثانية. وكذلك في نتائج الدراسة الروابط والعلاقة بين الوظائف لمعرفة وعوامل أخرى: فبدراسة علاقة الوظائف المعرفية سواء أكانت معدل الذكاء أو الذاكرة أو الوظائف التنفيذية مع العامل الديموجرافي فلم تثبت الدراسة أن هناك علاقة بين أي عنصر من العناصر الديموجرافية مع أي من الوظائف المعرفية سواء في المجموعة الثانية والثالثة وهذه العناصر هي الجنس والسن والعمل والحالة الزوجية والاجتماعية وسنوات الدراسة.

ومن ناحية أخرى أثبتت الدراسة انه ليس هناك علاقة بين هذه الوظائف المعرفية والعناصر الإكلينيكية مثل التشخيص ونوع التشخيص والعلاج والعمر المرضى والعمر عند بداية المرض ولكن أوجدت الدراسة علاقة بين الأعراض المرضية للفصام والوظائف المعرفية وخصوصا الأعراض السلبية حيث توجد علاقة متشابهة بين هذه الوظائف وخصوصا الوظيفة التنفيذية وهذه الأعراض وكذلك الأعراض الايجابية والعامه. ولكن لم تثبت الدراسة وجود علاقة بين هذه الأعراض ومعدل الذكاء العام في المجموعتين الثانية والثالثة، ولكن لا توجد أي علاقة بين معدل الذكاء العام والأعراض المعرفية على نفس القياس.

وفي دراسة (Goldberg et al, 1995) الذي قام بدراسة متابعة استكشافية مطولة على واحد وخمسين شخصاً تمت إحالتهم إلى الخدمات النفسية المقدمة للأطفال أو البالغين، وبالتالي تتم معالجتهم من مرض الفصام في مرحلة البلوغ. هؤلاء الأطفال لديهم تقييم معدل الذكاء في الطفولة وتمت متابعتهم لمتوسط واحد وعشرين عاماً بعد تقدمهم للدراسة، وكان معدل ذكاء الطفولة عندهم متنبأ قويا للحصيلة الاجتماعية والانتفاع من الخدمات الصحية العقلية ولكن ليس الأعراض

الإكلينيكية، ولم تتنبأ أية عوامل أخرى (العمر عند البداية بالدراسة، الجنس، تعقيدات الولادة، تاريخ الأسرة) بالحصيلة.

يمكن تفسير تأثير معدل الذكاء على الحصيلة من خلال فرضية أنه في المجالات التي يكون فيها للفرد سيطرة على العيش باستقلالية أو أن تكون له علاقة أو وظيفة تزيد عن نتائج معدل الذكاء فإن ذلك ينتج عنه مستوى أعلى من الوظيفية، وعلى الرغم من ذلك فإن معدل الذكاء لا يتنبأ بالحصيلة في مصطلحات الاعتلال النفسي، وتتسق النتائج مع نظرية أن مرحلة ما قبل حالات الشذوذ النفسي هي مجرد ظواهر للمرض نفسه، وعلى الجانب الآخر فإن الحافزية الضعيفة أو العوارض السلبية التي تحدث في الفصام المزمن ليست هي العوامل الرئيسية المسببة للعيوب العصبية المعرفية ولكنها قد تؤثر على التقييم، وهناك علاقة فيما بين معدل الذكاء المنخفض في مرحلة ما قبل الاعتلال تفوق كثرة الأعراض السلبية.

بعد هذا العرض الذي تناولته الدراسة بالفروض وتحقق الفرضيين الأولين يلفت الباحث النظر إلى زيادة مثل هذه الدراسات لإلقاء الضوء على الفنيات العلاجية التي تستخدم مع المضطربين عقليا وكذلك من الخبرة العملية والعلمية للباحث يود الباحث أن يكون العلاج النفسي المعتمد على فنيات العلاجات النفسية المعرفية وبعض المهارات النفسية الأخرى التي تساعد على زيادة الإدراك لدى المرضى والتقليل من التدهور الحاد في الوظائف المعرفية ولم يكن العلاج مقتصرًا فقط على العلاجات الدوائية التي تنتشر أكثر وأكثر في المؤسسات العلاجية في البلاد العربية حيث أن العلاج النفسي بمدارسه المختلفة يساعد كثيرا المرضى في اكتساب مهارات نفسية وعقلية ومعرفية مثلما يساعد المرضى العلاج الدوائي على تقليل الأعراض السلبية للمرض من هلاوس وضلالات والسلوك الشاذ الذي يكون مكوناً من مكونات أعراض المرض العقلي وخاصة الفصام.

الاستنتاجات:

لقد أثبتت الدراسات أن هناك ضعف في الوظائف المعرفية لدى مرضى الفصام إصابة أول مرة وخصوصا وظائف الذاكرة التنفيذية ويمكن تمييز ذلك عن المرضى الفصام المزمن والعيانات الطبيعية وهذا يعني أن التدهور في هذه الوظائف يبدأ في المراحل الأولى من المرض ربما قبل ظهور المرض.

وأیضا انخفاض معدل الذكاء العام في الإصابة أول مرة بالمقارنة بالعيانات الطبيعية والمرضى المزمنين يعني أن التدهور الذكائي موجود مع بداية المرض ويزداد كلما ازداد المرض.

توجد علاقة واضحة بين أعراض مرض الفصام والوظائف المعرفية وخصوصا السلبية وأيضا

الخلل المعرفي لدى مرضى الفصام المبكر والفصام المزمن

الأيجابية لكن بدرجة أقل من السلبية وأن هذه العلاقة متداخلة ومن ناحية أخرى توجد علاقة بين الأعراض المعرفية والوظائف المعرفية.

من المؤمل أن هذا البحث يُمكن أن يساعد على جلب الانتباه للترويج للبحث العلمي في هذه المنطقة المهمة (الوظائف المعرفية في مرض الذهان المبكر) في العالم العربي.

المراجع

المراجع العربية

- ١- أحمد الرفاعي غنيم: (١٩٩٩)، التحليل الإحصائي للبيانات النفسية والتربوية باستخدام SPSS، كلية التربية، جامعة الزقازيق، جمهورية مصر العربية.
- ٢- أحمد عكاشة: (١٩٩٠)، التصنيف العالمي للاضطرابات العقلية والسلوكية، هيئة الصحة العالمية، الترجمة العربية أحمد عكاشة. القاهرة. مصر.
- ٣- أحمد عكاشة: (٢٠٠٣)، الطب النفسي المعاصر، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، مصر.
- ٤- أحمد فائق: (٢٠٠١)، الاضطرابات النفسية الاجتماعية، نحو نظرية في اضطراب علاقة الفرد بالمجتمع، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، مصر.
- ٥- الجوهري، عبد الله الخريجي: (١٩٩٠)، طرق البحث الاجتماعي (للقاهرة، دار الثقافة والنشر والتوزيع) ص ١٦٧ - ١٦٩. مصر.
- ٦- بام روبنز، جان سكوت: (٢٠٠٠)، الذكاء الوجداني، ترجمة صفاء الأعسر، علاء الدين كفاي، دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة، مصر.
- ٧- رأفت السيد عسكر: (٢٠٠٤)، علم النفس الإكلينيكي، التشخيص والتنبؤ في ميدان الاضطرابات النفسية والعقلية، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، مصر.
- ٨- رأفت السيد عسكر: (٢٠٠٥)، الذكاء الوجداني وعلاقته بالاضطرابات العقلية بالمقارنة بالأسوياء، المجلة المصرية للدراسات النفسية، تصدرها الجمعية المصرية للدراسات النفسية، المجلد الخامس عشر العدد، ٤٨، القاهرة، مصر.
- ٩- زينب محمد أبو الفضل: (١٩٩٥)، العلاقة بين إدراك الزمن وعدد من الوظائف العقلية العليا عند الفصامين، مجلة كلية آداب، جامعة القاهرة، ٥٥، ٢، ص ٥٠٧-٥٠٩، جمهورية مصر العربية. قاعدة معلومات رانم- قمر- رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية www.eparanm.org
- ١٠- سامي عبد القوي: (٢٠٠٢)، اضطراب الوظائف المعرفية لدى مرضى باركينسون دراسة نيوروسيكولوجية مقارنة "حوليات كلية الآداب جامعة عين شمس، المجلد ٣٠، العدد يناير - مارس، القاهرة، مصر.

== الخلل المعرفي لدى مرضى الفصام المبكر والفصام المزمن ==

١١- شعبان جاب الله رضوان، صالح عبد الله أبو عباد: (٢٠٠٢)، مظاهر التشويه المعرفي لدى الفصامين والاكئابيين، دراسات عربية في علم النفس، المجلد الأول العدد (٢)، إبريل، ص ٤٥-١١، جمهورية مصر العربية، قاعدة معلومات رانم -
قمر- رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية www.e paranm.org

١٢- عادل مصطفى، أمينة السماك: (٢٠٠١)، الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية، المعايير التشخيصية، الرابطة الأمريكية للطب النفسي، الناشر مكتبة المنار الإسلامية، الكويت.

١٣- عبد الله السيد عسكر، حسين عبد القادر: (٢٠٠٨)، اختبار الشخصية المتعدد الأوجه، الإصدار الثاني، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، مصر.

١٤- فؤاد أبو حطب وآمال صادق: (١٩٩١)، مناهج البحث وطرق التحليل الإحصائي في البحوث التربوية والاجتماعية، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية، مصر.

١٦- فان دالين، ديويولد، ب.: (٢٠٠٣)، ترجمة محمد نبيل نوفل وآخرين، سليمان الخضري الشيخ، طلعت منصور غبريال، مراجعة سيد أحمد عثمان، مناهج البحث في التربية وعلم النفس، الطبعة الخامسة، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.

١٧- فرج عبد القادر طه، وآخرون: (١٩٩٣)، معجم علم النفس والتحليل النفسي، بالاشتراك مع محمود السيد أبو النيل، شاكر عطية قنديل، حسين عبد القادر محمد، مصطفى كامل عبد الفتاح، الطبعة الأولى، دار سعاد الصباح، الكويت.

١٨- فرج عبد القادر طه: (١٩٦٥)، العلاقة بين الإصابات في الصناعة والصفحة النفسية للذكاء "رسالة ماجستير"، القاهرة كلية الآداب جامعة عين شمس، جمهورية مصر العربية.

١٩- كولز: (١٩٩٢)، ترجمة عبد الغفار الدماطي وآخرين، المدخل إلى علم النفس المرضي "الإكلينيكي" دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، مصر.

٢٠- محمد نجيب الصبوة: (١٩٩١)، التفكير التجريبي لدى مرضى الفصام الهذائي المزمن في مقابل مرضى الفصام غير الهذائي باستخدام الأمثال العامة المصرية، مجلة علم النفس، ٥(٢٠) ص ١١٨ - ١٤٢، تصدر عن الهيئة العامة

للكتاب، القاهرة، جمهورية مصر العربية. قاعدة معلومات رانم - قمر - رابطة
الأخصائيين النفسيين المصرية. www.eparanm.org.

٢١ - لويس مليكه: (١٩٩٦)، مقياس وكسلر - بلفيو لذكاء الراشدين والمراهقين، دليل
المقياس، الناشر المؤلف، القاهرة، جمهورية مصر العربية.

المراجع الأجنبية

- 22-Albus M, Hubmann W, Ehrenberg CH, Forcht U, Mohr E, Sobizack N.(1996):Neuropsychological impairment in first-episode and chronic schizophrenic patients. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosi; 246:249-55.
- 23-Albus M, Hubmann W, Sobizack N, Mohr F, Franz U, Hecht S,(1998):Prospective 2-year follow-up study of cognition in first episode schizophrenic patients[abstract]. Schizophr Res;29:51.
- 24-Albus, M., Hubmann, W., Mohr, F., Scherer, J., Sobizack, N. Franz, U., Hecgt, S., Borrmann, M., & Wahlheim, C. (1997):Are there gender differences in neuropsychological performance in patients with first-episode schizophrenia? Schizophrenia Research, 28, 39-50.
- 25-Aloia, M. S., Gourovitch, M. L., Weinberger, D. R., & Goldberg, T. E. (1996): An investigation of semantic space in patients with schizophrenia. Journal of International Neuropsychology and Sociology, 2, 267-273.
- 26-Ashraf Saad Mohamed Elshazly.(2007):COGNITIVE FUNCTIONING IN FIRST-EPISODE SCHIZOPHERNIA, Faculty of Medicine Zagazig University, M.D. Egypt.
- 27-Axelrod, B . N., & Henry, R. R.(1992). Age -relayed perfor-Mance on the Wisconsin Card Sorting Test , Similarities, and Controlled Oral Word Association Tests . The clinical Neuropsychologist, 6, 16-26.
- 28-Axelrod, B . N., Goldman , B. S., &Woodard, J. L.(1992).Interpreter reliability in scoring the Wisconsin card sorting Test The clinical Neuropsychologist,6,143-155.

- 29-Barak, Y., Swartz, M., & Davidson, M. (1997): Dementia in elderly schizophrenic patients: Reviewing the reviews. *International Review of Psychiatry*, 9, 459-463.
- 30-Bilder RM, Lipschutz-Broch L, Reiter G, Geisler SH, Mayerhoff DI, Lieberman JA. (1992): Intellectual deficits in first episode and chronic schizophrenia: evidence for progressive deterioration? *Schizophrenia Bull*; 18:437-48
- 31-Bilder, R. M., Goodman, R. S., Robinson, D., et al (2000): Neuropsychology of first-episode schizophrenia: initial characterization and clinical correlates. *American Journal of Psychiatry*, 157, 549-559.
- 32-Barak, Y., Swartz, M., & Davidson, M. (1997): Dementia in elderly schizophrenic patients: Reviewing the reviews. *International Review of Psychiatry*, 9, 459-463.
- 33-Cutting, J. (1985): Attention. In *The Psychology of Schizophrenia*. Pp. 206-219. New York: Churchill Livingstone.
- 34-Cutting, J., & Murphy, D. (1988): Schizophrenic thought disorder: A psychological and organic interpretation. *British Journal of Psychiatry*, 152, 310-319.
- 35-Cronbach, L. J., Gleser, G. C., Nanda, H., & Rajaratnam, N. (1972). *The dependability of behavioral measurements*. New York : Wiley .
- 36-Drewe, E. A. (1974). The effect of type and area of brain lesion on Wisconsin Card Sorting Test performance. *Cortex*, 10, 159-170.
- 37-DSM III R.:(1989): American Psychiatric Association, Washington .c.P.337.
- 38-Fey, E. J. (1951). The performance of young schizophrenics and young normal's on the Wisconsin Card Sorting Test. *Journal of Consulting psychology*, 15, 311-319 .
- 39-Gormezano, I., & Grant, D. A. (1958). Progressive ambiguity in the attainment of concepts on the Wisconsin Card Sorting Test. *Journal of Experimental psychology*, 55, 621-627.
- 40-Grant, D.A. (1951). Perceptual versus analytical responses to the number concept of a Weigl-type card sorting test. *Journal of Experimental psychology*, 41, 23-29 .

- 41-Grant,D.A.,&Cost,J.R.(1954).Continuities and discontinuities in conceptual behavior in a card sorting problem. *Journal of General psychology*, 50, 237-244.
- 42-Grant, D. A., & Patel, A. (1957). Effect of an electric shock stimulus upon the conceptual behavior of "anxious" and "non-anxious" subjects. *Journal of General psychology*, 57,247-256.
- 43-Goldberg,T.E., & Gold, J. M. (1995):Neuro cognitive deficits in schizophrenia, an overview. In *psychopharmacology: The fourth generation of progress*(eds. F. E. Bloom & D. J. Kupfer), pp. 1245-1258. New York: Raven Press.
- 44-Goldberg, T. E., & Gold, J. M. (1995):Nero cognitive deficits in schizophrenia, an overview. In *psychopharmacology: The fourth generation of progress* (eds. F. E. Bloom & D. J. Kupfer), pp. 1245-1258. New York: Raven Press.
- 45-Goldberg,T.E. , Berman, K. F., & Weinberger, D.R. (1995) : Neuropsychology and neurophysiology of schizophrenia. *Current Opinion in Psychiatry*, 8, 34 - 40.
- 46-Good, K. P., & Kopala, L. C. (1998): Paper presented in 1998 annual Meeting of the American Psychiatric Association, Toronto, Canada.
- 47-Grant DA, Berg E.(1948):A behavioral analysis of degree of reinforcement and ease of shifting to new responses in Weigl-type card sorting problem. *J Exp Psycho*; 30:404-411.
- 48-Haas, G. L., Glick, I. D., Clarckin, J. F., Spencer, J. H., & Lewis, A. B. (1990):Gender and schizophrenia outcome: A clinical trail of an inpatient family intervention. *Schizophrenia Bulletin*, 2, 277-292.
- 49-Heaton RK, Chelune GJ,Tally JL, Kay GG, Curtiss G.(1993):Wesconsin Card Sorting Test manual: Revised and Expanded, Odessa, Florida: Psychological assessment resource;.
- 50-Heaton RK, Crowley TJ.(1981):Effects of psychiatric disorders and their somatic treatment on neuropsychological test results. In: Filskov SB, Boll TJ, editors. *Handbook of clinical neuropsychology*. New York: J Wiley;. p 481-525.

- 51-Heaton RK. (1981):Wesconsin Card Sorting Test manual. Odessa, Florida: Psychological assessment resource;.
- 52-Heaton, R. K. (1981). A manual for the Wisconsin Card sorting Test . Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- 53-Hoff AL, Riordan H, O'Donnell DW, Morris L, DeLisi LE.(1992):Neuropsychological functioning of first episode schizophreni form patients. Am J Psychiatry; 149:898-903.
- 54-Hoff AL, Shuka S, Aronson T.(1990):Failure to differentiate bipolar disorder from schizophrenia on measures of neuropsychological function. Schizophr Res 3253-260.
- 55-Hoff, A., Sakuma, M., Weineke, M., et al (1999):Longitudinal neuropsychological follow-up study of patients with first-episode schizophrenia. American Journal of Psychiatry, 156, 1336-1341.
- 56-Joyce, E., Hutton, S., Mutsatsa, S.,. (2002):Executive dysfunction in first-episode schizophrenia and relationship to duration of untreated psychosis: the West London Study. British Journal of Psychiatry, 181 (suppl. 43), s38-s44.
- 57-Kaplan, H. I., Sadock, W. j.(1994):Synopsis of psychiatry, Williams& Wilkins, 7 the edition.
- 58-Karenknen D. A., Moberg, P. J., & Gur, R. C. (1996): Proactive inhibition and semantic organization: Relationship with verbal memory in patients with schizophrenia. Journal of Neuropsychology and Sociology, 2, 486-493.
- 59-Keefe, R. S. E., Lees-Roitman, S. E., Harvey, P. D., Blum, C. S., Dupre, R. L., Prieto, D. M., Davidson, M., & Davis, K. L. (1995): A pen and paper human analogue of monkey prefrontal cortex activation test: Spatial working memory in patients with schizophrenia. Schizophrenia Research, 17, 25-33.
- 60-Kraepelin, E. (1919) : Dementia Praecox and Paraphernalia. Reprinted 1971, Huntingdon, NY: Robert E. Krieger Publishing.
- 61-Leask, S. J. (2004) Environmental influences in schizophrenia: the known and the unknown. Advances in Psychiatric Treatment, 10, 323-330.

- 62-Loranger A. W., & Misiak, H. (1960). The performance of aged females on five non-language tests of intellectual functions. *Journal of clinical Psychology*, 16 189-191.
- 63-Lewine, R. P., Walker, E. F., Shurett, R., Caudle, J., & Handen, C.(1996):Sex differences in neuropsychological functioning among schizophrenia patients. *American Journal of Psychiatry*, 153, 1178-1184.
- 64-Malmo, H. P. (1974). On frontal lobe functions: Psychiatric Patient controls. *Cortex*, 10, 231-237.
- 65-Milner, B. (1963). Effects of different brain lesions on card sorting . *Archives of Neurology*, 9, 90-100.
- 66-Nelson, H. E. (1976). A modified card sorting test sensitive to frontal lobe defects. *Cortex*, 12 , 313-324.
- 67-Nelson HE, Pantelis C, Carruthers K.(1990):Cognitive functioning and symptomatology in chronic schizophrenia. *Psycho Med*; 20:357-365
- 68-Nestor, P. G., Shenton, M. E., McCarley, R. W., Haimson, J., Smith, R. S., O'Donnell, B. F., Kimble, M. O., Kikinis, R., & Jolesz, F. A.(1993): Neuropsychological correlates of MRI temporal lobe abnormalities in schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1849-1855.
- 69-Paolo Stratta, Fabrizio Mancini, Paolo Mattei, Massimo Casacchia, Alesandro Rossi:(1994-1996):Information Processing Stratgy to Remediate Wisconsin Card Sorting test performance in schizophrenia. *Apilot study. Am J Psychiatry*; 151:915-918.
- 70-Posner, M. I., Early, T., Reiman, E., Parado, P., & Dhawan, M. (1988): Asymmetries in hemispheric control of attention in schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 45, 814-821.
- 71-Paulsen, J. S., Heaton, R. K., Sadek, J. R., Perry, W., Delis, D. C., Braff, D., Kuck, J., Zisooks, S., & Jeste, D. U. (1995): The nature of learning and memory impairments in schizophrenia. *Journal of International Neuropsychology and Sociology*, 1, 88-99.

- 72-Petrides, M. (1994): Frontal lobes and working memory: Evidence from investigations of the effects of cortical excisions in non-human primates. In handbook of neuropsychology (eds. F. Boller, & J. Grafman), pp. 59 - 2. Amsterdam : Elsevier.
- 73-Rose, Arnold M.:(1959):Theory and Method in the Social Sciences. Minneapolis: The University of Minnesota Press.
- 74-Russell, A. J., Munro, J. C., Jones, P. B., Hemsley, D. R., & Murray, R. M.(1997):Schizophrenia and the myth of intellectual decline. American Journal of Psychiatry, 154, 635-639.
- 75-Schroder, J., Tittel, A., Stockert, A., & Karn, M. (1996): Memory deficits in subsyndromes of chronic schizophrenia. Schizophrenia Research, 21, 19-26.
- 76-Servan-Schreiber, D., Cohen, J. D., & Steingard, S. (1996): Schizophrenia deficits in the processing of context : A test of a theoretical. Archives of General Psychiatry, 53, 1105-1112.
- 77-Sharma, T.(1998):Cognitive function in schizophrenia from the first episode to old age. Paper presented in the 11th European College of Neuropsychiatry congress, Paris, France.
- 78-Sharma, T.(1999):Cognitive effects of conventional and atypical antipsychotics in schizophrenia. Br. Psychiatry 174 (suppl. 38), 44-51.
- 79-Sharma, T., & Mockler, D.(1998): The cognitive efficacy of atypical antipsychotics. Journal of Clinical Psychopharmacology, 18, suppl.1.
- 80-Shenton, M.E., Dickey, C.C., Frumin, M., McCarley, R.W., 2001. A review of MRI findings in schizophrenia. Schizophr. Res. 15 (49(1-2)), 1-52.
- 81-Spence, S. A., Hirsch, S. R., Brooks, D. J., & Grasby, P. M.(1998): Prefrontal cortex activity in people with schizophrenia and control subjects. British Journal of Psychiatry, 172, 316-323.
- 82-Spitzer, R, I. Williams, j. b, gibbon, m & first, m. b.: (1969): user s guide for the structured clinical interview for D S M 3R American psychiatric press. Inc, PP. 174 - 212. 50- Gaugh, H.G.) California psychological inventory Palo Alto, California - consulting psychological press, Inc 51 - Deri, Susan k,1949 introduction to the sandy test theory and practice Stratton.

- 83-Stip, B. (1996): Memory impairment in schizophrenia: Perspective from psychopathology and pharmacotherapy. *Canadian Journal of Psychiatry*, 41, 527-534.
- 84-Syvalahit, E. K. G. (1994): Biological factors in schizophrenia: Structural and functional aspects. *British Journal of Psychiatry*, 164, 9-14.
- 85-Syvalahit, E. K. G. (1994): Biological factors in schizophrenia: Structural and functional aspects. *British Journal of Psychiatry*, 164, 9-14.
- 86-Tarter, R. E. (1973). An analysis of cognitive deficits in chronic alcoholics. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 157,138-147.
- 87-Tarter, R. E., & Parsons, O. A. (1971). Conceptual shifting in chronic alcoholics. *Journal of Abnormal Psychology*, 77, 71-75.
- 88-Teuber, H. L., Battersby, W.S., & Bender, M.B. (1951). Performance of complex visual tasks after cerebral lesions. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 114, 413 - 429.
- 89-Tollefson, G. D. (1996): Cognitive function in schizophrenic patients. *Journal of Clinical Psychiatry*, 57, 31 - 39.
- 90-Van der Does, A. J. W., & Van den Bosch, R. J. (1992). What determines Wisconsin Card sorting performance in schizophrenia? *Clinical Psychology Review*, 12, 567 - 583.
- 91-Wechsler D.(1944): Manual for Wechsler Adult Intelligence Scale (WAIS). San Antonio, Texas, the psychological cooperation:
- 92-Wechsler D.(1955):Manual for Wechsler Memory Scale (WMS).San Antonio, Texas, the psychological cooperation:.
- 93-World health organization,: (1967): Manual of the international statistical classification of diseases, injuries, and causes of death: based on the recommendations of the eighth conference, 1965, and adapted by the nineteenth world health assembly, vol. 1. Geneva: world health organization, pp. 141 - 155.
- 94-Zable, M., & Harlow, H. F. (1946). The performance of rhesus monkeys on a series of object quality and positional discrimination and discrimination reversals . *Journal of comparative Psychology* , 39 , 13-23.

Summary

The Researcher / Dr. Raafat El-Sayed Ahmed El-Sayed.

Job/Assistant professor of Psychology at the faculty of Arts Zagazig University

The title of the study is " Comparison of the cognitive dysfunction in three groups of individuals namely the group of first –episode schizophrenia patients the group chronic schizophrenia patients and a Comparison groups of normal individuals of both Egyptians and Kuwaitis nationality.

Each of the three groups composed thirty individuals. The following tests have been applied to the three groups.

- 1 – Assessment of demographic data.
- 2 - Wechsler Adult intelligent Scale (WAIS).
- 3 – Wechsler memory scale revised (WMS-R).
- 4 - Wisconsin card Sorting Test (WCST).

The following results have been obtained:-

- 1 – Regarding the first hypothesis which stated that a statistically significant difference exists between the three groups on Wechsler memory scale revised (WMS-R). Forward for the groups of the level of statistically significant reach (0,001) and (0,05).
- 2 - Regarding the second hypothesis which stated that a statistically significant difference exists between the three groups on Wisconsin card Sorting Test (WCST). Forward for the groups of normal the level of statistically significant reach (0,001) and (0,05).
- 3 – However the difference between the two groups of first –episode and chronic schizophrenia has not attained a statistically significant level on Wisconsin card Sorting Test (WCST).
- 4 – Moreover the difference between the Egyptian and the Kuwaitis on tests of Wechsler Adult intelligent Scale (WAIS). Wisconsin card Sorting Test (WCST). Wechsler memory scale revised (WMS-R). Has not attained a statistically significant level. According we can consider the three hypotheses has not approved.