وزارة التعليـــم العـــالي والبحث العلمي
جـامعة أبو بكـــر بلقايد – تلمسان -
كلية العلوم الإنسانية والعلوم الاجتماعية
قسم العلوم الاجتماعية
شعبة علم النفس

الموضوع :

الكشف عن أداء الذاكرة الأوتوبيوغرافية عند مرضى الفصام

أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في علم النفس النمو

إعداد الطالب:
لكحل مصطفى

إشراف :
أ. د. كحلولة مراد

لجنة المناقشة :

أ.د/ سعيدي محمد	أستاذ التعليم العالي	جامعة تلمسان	رئيسا
أ.د / كحلولة مراد	أستاذ التعليم العالي	جامعة وهران	مشرفا ومقررا
د/ رحاوي سعاد	أستاذة محاضرة –أ–	جامعة وهران	عضوا مناقشا
د/ بشلاغم يحي	أستاذ محاضر –أ–	جامعة تلمسان	عضوا مناقشا
د/ بكري عبد الحميد	أستاذ محاضر –أ–	جامعة سعيدة	عضوا مناقشا
د/ بوسيف حسن	أستاذ مساعد إستشفائي	جامعة تلمسان	خبيرا

السنة الجامعية : 2010 - 2011م

كلمة شكر

- بداية لله على توفيقه وتسديده خطاي ، فهو المتفضل الأوّل بسابغ الكرم والمعطي دائما لجزيل النعم.

- أتقدّم بأسمى عبارات الشكر والثناء والعرفان وعظيم التقدير إلى **الأستاذ الدكتور "مراد كحلولة"** الذي أشرف على هذا العمل المتواضع ، وبذل فيه جهدا صادقا مخلصا في توجيه هذا البحث ولن أوفيه حقه ، فأرجو من الله أن يجزيه الجزاء الأوفى.

- كما أوجه أخلص عبارات الشكر والتقدير إلى أعضاء لجنة المناقشة على قبولهم مناقشة هذا العمل.

الإهداء

- إلى الوالدين الكريمين بفضل تشجيعهما الدائم ودعائهما المتواصل.
- **إلى من عاشت** مع الحدث لحظة بلحظة، فكانت خير سند وخير معين، **زوجتي**.
- إلى قرّة عيني : ريان.
- إلى ريحانة قلبي : **غزلان**.
- إلى مهجة النفس : هديل.
- إلى أخي أحمد وزوجته وأبنائه.
- **إلى أخواتي**.
- **إلى كل أفراد عائلة لكحل**.
- **إلى كل أفراد عائلةسنوساوي**.

إلى كل هؤلاء أهدي ثمرة جهدي.

مصطفى

ملخص الدراسة :

تناولت هذه الدراسة موضوع الكشف عن أداء الذاكرة الأوتوبيوغرافية عند مرضى الفصام واعتمد الباحث في ذلك على كل من أبحاث Endel Tulvingو Conway في تفسير الذ كرة الأوتوبيوغرافية ومكوناتها ، وكذلك مساهمة كل من Pascalle Piolino وGardiner ، وكذلك اعتمد الباحث في تشخيصه للحالات الفصامية على معايير تشخيصية للجمعية الأمريكية للطب العقلي DSM IV وكذلك مساهمات Henry ey.

وفي محاولتنا البحثية انطلقنا من التساؤلات التالية :

– كيف يكون أداء ذاكرة الأحداث الأوتوبيوغرافية عند الحالات المصابة بالفصام ؟

– وما هي الانعكاسات المصاحبة الّتي تترتب عن هذا الأداء عند هذا النوع من المرضى ؟

وعليه قام الباحث بوضع فرضيات أساسية هي :

– إنّ الحالات المصابة بالفصام يسترجعون أقل الذكريات الأوتوبيوغرافية الخاصة.

– إنّ القصور في استرجاع الذكريات الأوتوبيوغرافية الخاصة لدى الحالات المصابة بالفصام يتصاحب مع اضطراب في الوعي الأوتونويتيكي واضطراب الهوية الشخصية لهؤلاء المرضى.

وللتحقق من صحّة هذه الفرضيات اعتمدنا على منهج دراسة الحالة الذي يرتكز على الملاحظة ، المقابلة العيادية ، وتاريخ الحالة وإجراء اختبار ذاكرة الأحداث الأوتوبيوغرافية لـ Pascalle Piolino ، وسلم التقييم الوظيفي العام لـ Boyer، وإجراء R/K أو التقييم الذاتي للحالات الذاتية للوعي لـ Gardiner.

تمّ تطبيق هذه الأدوات على 4 حالات ذكور مصابة بالفصام البرانويدي حسب DSM IV ويبلغون من العمر ما بين 37 و40 سنة. وقد أسفرت الدراسة على مجموعة من النتائج منها :

– هناك قصور في ذاكرة الأحداث الأوتوبيوغرافية عند الحالات المصابة بالفصام البرانويدي ، بمعنى أنّ الحالات الفصامية تسترجع أقل الذكريات الخاصة في كل المراحل العمرية : الطفولة ، المراهقة ، الرشد ، والأشهر الأخيرة.

– هناك قصور واضطراب في عملية الاستذكار الواعية Remémoration consciente أو حالة الوعي الأوتونويتيكي عند الحالات الفصامية.

– هناك اضطراب في تنظيم الهوية الشخصية لدى الحالات الفصامية.

ولقد تمّ تفسير هذه النتائج ومناقشتها انطلاقا من فرضيات البحث ومن الدراسة الميدانية ، وفي ضوء التراث السيكولوجي المقدّم وبعض الدراسات السابقة حول نفس الموضوع.

فهرس المحتويات

فهرس المحتويات

كلمة شكر ..... ب
الإهداء ..... ج
ملخص الدرلسة ..... د
فهرس المحتويات ..... و
المقدمة 1
الجانب النظري 4
الفصل الأوّل : تقديم موضوع الدراسة. 5
1- إشكالية الدراسة 6
2- فرضيات الدراسة 7
3- الإطار النظري للدراسة 7
4- أهداف وأهمية موضوع الدراسة 12
5- التعاريف الإجرائية للدراسة 13
6- الدراسات السابقة 14
الفصل الثاني : **الفصام** 19
تمهيد 20
1- نبذة تاريخية حول مصطلح الفصام 20
2- تعريف الفصام 21
3- مدى حدوث مرض الفصام 22
4- مميزات الشخصية الفصاموية حسب DSM IV 23
5- أسباب الفصام 23
6- أشكال البدء للذهان الفصامي 28
7- الجدول العيادي للفصام 31

8- الأشكال العيادية للفصام..... 37
9- التشخيص حسب DSM IV 40
10- التشخيص الفارقي..... 42
11- التطور والمآل..... 43
12- علاج الفصام..... 45
خلاصة 51
الفصل الثالث : الذاكرة. 52
تمهيد :..... 53
1- تعاريف الذاكرة 53
2- صور التذكر 55
3- الأسس الفيسيولوجية للذاكرة..... 57
4- أنواع الذاكرة 60
5- اضطرابات الذاكرة..... 76
خلاصة 80
الفصل الرابع : الذاكرة الأوتوبيوغرافية ، الوعي ، الفصام 81
تمهيد..... 82
I- **الذاكرة الأوتوبيوغرافية والفصام** 83
1- المقاربة التاريخية للذاكرة الأوتوبيوغرافية..... 83
2- تعريف الذاكرة الأوتوبيوغرافية 84
3- تقنيات البحث في الذاكرة الأوتوبيوغرافية..... 85
4- نماذج الذاكرة الأوتوبيوغرافية 89
5- الذاكرة الأوتوبيوغرافية والفصام 92
II- **الوعي والفصام** 94
1- تعريف الوعي 94

2- أنواع الحالات الذاتية للوعي 94
3- المقاربة التجريبية للحالات الذاتية للوعي 96
4- المتغيرات المؤثرة في الحالات الذاتية للوعي 97
5- الحالات الذاتية للوعي والفصام 99
خلاصة 102
الجانب التطبيقي 103
الفصل الخامس : الإجراءات المنهجية للدراسة..... 104
I- الدراسة الاستطلاعية 105
1- الهدف من الدراسة الاستطلاعية 105
2- ميدان البحث ومدة الدراسة 105
3- حالات الدراسة 106
4- أدوات الدراسة 106
5- نتائج الدراسة الاستطلاعية 107
II- الدراسة الأساسية 110
1- مكان ومدّة إجراء الدراسة 110
2- حالات الدراسة ومواصفاتها 110
3- أدوات الدراسة وإجراءات تطبيقها 111
4- أساليب التحليل الإحصائي 118
الفصل السادس : عرض ومناقشة نتائج الدراسة..... 120
I- عرض نتائج الدراسة 121
✦تقديم الحالات العيادية 121
أوّلا : التقرير السيكولوجي للحالة الأولى..... 121
ثانيا : التقرير السلوكي للحالة الثانية..... 132
ثالثا : التقرير السيكولوجي للحالة الثالثة. 143
رابعا : التقرير السيكولوجي للحالة الرابعة..... 153

II- مناقشة نتائج الدراسة وتحليلها :..... 163
✦ مناقشة فرضيات الدراسة 163
الخاتمة 172
التوصيات : 175
قائمة المراجع 176
الملاحق 181
ملحق رقم 1 182
ملحق رقم 2 185
ملحق رقم 3 190
ملحق رقم 4 192
ملحق رقم 5 193

المقدمة

المقدمة

يعتبر Eugene Bleuler أوّل باحث أدخل كلمة فصام ، بعده جاءت العديد من الأبحاث حول الفصام والتي بقيت نتائجها متناقضة أحيانا ومتفقة أحيانا أخرى ، بسبب عوامل ظهور هذا الفصام ومكانيزماته ، حتّى الآن يبقى تعريف هذا الاضطراب ليس دقيقا بالمقارنة مع الاختلافات الموجودة بين مدارس الطب النفسي والعقلي ، هذا التنادر المرضي يضمّ مجموعة من الأعراض العيادية والتي تتمحور حول ثلاث جوانب كبيرة، تفكك الحياة النفسية مع اضطرابات في التفكير ، اضطرابات في العاطفة والوجدان، واضطرابات في السلوك، هذيان برانويدي مبهم ، متغير وغير منظم ، وتوحّد بتميز بانقطاع للحياة الذهنية للمريض مع العالم الخارجي وخلق عالم داخلي يستثمر فيه طاقته الليبدية وخاص به.[1]

إنّ المفاهيم اليوم المقدمة حول عوامل الفصام هي متعدّدة ومتنوعة ، منها معطيات نفسية ، عصبية ، تطورية ، بيئية.

خلال السنوات الماضية ، تقييم اضطرابات الذاكرة كوّن إحدى الأعمال الرئيسية لعلم النفس العصبي الإكلينيكي مع العلم أنّ اضطرابات الذاكرة تحتل مكانة واضحة في الجدول العيادي المعرفي للاضطرابات العقلية بصفة عامة ، والفصام بصفة خاصة.[2]

إنّ الهدف من هذه الدراسة هو تقييم هذا القصور والعمل على فهم ميكانيزماته في الحالات المرضية المدروسة ، لكن حسب العديد من المفاهيم الجديدة الاضطراب الأساسي في الفصام هو اضطراب الوعي ، هذا الجانب لا يمكن أن نغفله في هذه الدراسة ، بالإضافة كذلك إلى اضطرابات الشخصية ، وحسب Henry ey فإنّ البحث

---

[1] Christine vanessa ,cuevro lombard, exploration de la mémoire autobiographique dans la schizophrenie,presse universitaire ,Strasbourg,2006 ,p2.

[2] Christine vanessa ,cuevro lombard, op.cit,p2.

في الفصام ليس هو التعرّف على الاضطراب الرئيسي الذي يؤدي إلى اضطراب في الوعي، بل إثبات كيف أنّ هذا الاضطراب يترافق مع اضطراب في الهوية الشخصية[1].

هذه الإشكالية تستدعي أوّلا البحث المعمق في أبحاث الذاكرة والفصام.

وللإحاطة بكل جوانب هذا الموضوع ، اشتملت الدراسة على ستة فصول ، عرضنا في الفصل الأوّل منها مدخلا إلى الدراسة تطرقنا فيه إلى تحديد الإشكالية وعرض الفروض، ثمّ إبراز الأهداف والأهمية ، ثمّ وضعنا التعريفات الإجرائية المستعملة في هذا العمل ، وعرضنا بعض الدراسات السابقة حول نفس الموضوع.

وجاء الفصل الثاني ليشمل بالدراسة متغير الفصام، فعرضنا فيه نبذة تاريخية لتطور هذا المفهوم ، ثمّ تطرقنا إلى التعريف به وإبراز مدى حدوثه وانتشاره ، ثمّ ذكر الأسباب والعوامل المؤدية إلى ظهوره، ثمّ عرض الجدول العيادي لهذا الاضطراب وأهمّ أشكاله ، ثمّ بيّنا تشخيصه حسب DSM IV وتطوره ومآله وفي الأخير عرضنا مجموعة من الوسائل العلاجية.

واختص الفصل الثالث بالذاكرة وعرضنا فيه تعاريف الذاكرة وأهمّ صور التذكر، وأهمّ الأسس الفيسيولوجية لها وذكرنا أنواعها ما يمكن أن يصيبها من اضطربات.

وجاء الفصل الرابع بعنوان الذاكرة الأوتوبيوغرافية ، والوعي عند الفصام، وقمنا فيه بعرض المقاربة التاريخية لمفهوم الذاكرة الأوتوبيوغرافية وتعريفها وذكر أهمّ تقنيات البحث فيها ، والتركيز على بعض النماذج المفسرة لهذا النوع من الذاكرة ، ثمّ تطرقنا إلى أدائها في الفصام ، ثمّ جاء هذا الفصل كذلك يتحدث عن الوعي وأنواعه وكيفية التجريب عليه وأهمّ المتغيرات المؤثرة في أنواع الحالات الذاتية للوعي ، ثمّ تطرقنا إلى حالات الوعي عند الحالات الفصامية.

[1] Christine vanessa ,cuevro lombard ,op.cit,p2.

أمّا الفصل الخامس فقد اختص بالمنهجية وإجراءات الدراسة ، فتطرقنا فيه إلى الهدف من الدراسة الاستطلاعية وذكر ميدان البحث ومدّته وكيفية اختيار الحالات موضوع الدراسة وأهمّ الأدوات المستخدمة والنتائج الخاصة بهذه الدراسة.

أمّا الفصل السادس عرضنا فيه نتائج الدراسة ومناقشتها من خلال تقديم الحالات السيكولوجية ومحاولة مناقشة النتائج المتوصل إليها على ضوء التراث الأدبي السيكولوجي المتوفر لدينا ، وكذلك الميدان وبعض الدراسات السابقة حول نفس موضوع الدراسة.

وأنهينا هذا العمل البحثي بخاتمة وتقديم مجموعة من التوصيات الّتي يمكن أن يعتمد عليها أي باحث مهتمّ بموضوع الدراسة ويريد التعمق فيه.

الجانب النظري

الفصل الأوّل : تقديم موضوع الدراسة.

1- إشكالية الدراسة.
2- فرضيات الدراسة.
3- الإطار النظري للدرلسة.
4- أهداف وأهمية الدراسة.
5- التعريفات الإجرائية للدراسة.
6- الدرلسات السابقة.

1- إشكالية الدراسة:

إن الفصام هو من أكثر الاضطرابات العقلية تعطيلا للشخصية وهو يضم مجموعة من الاضطرابات النفسية يسودها انفصام وتفكك في الشخصية كلها وفقدان للترابط والاتساق بين الأفكار، إضافة إلى اختلال الإحساس بالذات وعلاقتها بالمحيط الخارجي، وظهور هلاوس وهذيانات متنوعة، هذا النوع من الاضطرابات الذهانية الوظيفية المزمنة يدعو للاهتمام بالنواتج النوروسيكلوجية والارتباطات المعرفية المرافقة له، مع العلم أن البحث في الوظائف المعرفية للفصام يبدو حديثا نسبيا وإن كان تركيزها في الوهلة الأولى على اكتشاف اضطرابات الانتباه ، واللغة، ثم توجه الباحثون بعد ذلك إلى دراسة الذاكرة واضطراباتها بصفة عامة، ثم أثارت ذاكرة الأحداث الأوتوبيوغرافية اهتمام بعض كلينيكيين بصفة خاصة، حيث اعتبرها العلماء بأنها تمثل عنصرا مهما ومسيطرا على الجدول العيادي المعرفي لمرض الفصام، فهي مهمة بالنسبة لحياة المريض، فعن طريقها يقوم باستذكار واسترجاع مختلف المعارف الّتي اكتسبها خلال مراحل حياته، وهي أحداث شخصية خاصة والتي من خلالها يحاول الفصامي الربط بين الماضي والحاضر والمستقبل ويجد لنفسه إطارا زمنيا ومكانيا محددا يساعده على معرفة ذاته وتحديد هويته الشخصية وعلاقته الإدراكية مع محيطه الخارجي والمواضيع والأشخاص، لكن توجد هناك اضطرابات مصاحبة أساسية لها، أهمها على مستوى الوعي والشخصية، هذه الجوانب لا يمكن أنّ نغفلها وتستدعي أن نأخذها بعين الاعتبار لأنه يمكنها أن تؤدي إلى فقدان وضياع عميق للهوية الشخصية لدى الفصاميين.

هذا الغموض في تحديد هذا المفهوم من الناحية المنهجية، ساعد على إجراء بحوث مكثفة للمكانزمات الباثوفسيولوجية في الفصام من خلال التقييم الدقيق لهذه الجوانب المعرفية.

ومن خلال هذا الطرح وتأسيسها على ما سبق ومن خلال مشكلة الدراسة قام الباحث بوضع التساؤل الآتي :

– كيف يكون أداء ذاكرة الأحداث الأوتوبيوغرافية لدى الحالات المصابة بالفصام؟

وما هي الانعكاسات المصاحبة الّتي تترتب عن هذا الأداء عند هذا النوع من المرضى؟

2- **فرضيات الدراسة**:

للإجابة عن هذ التساؤل قام الباحث بوضع فرضيات البحث الآتية :

– إن الحالات المصابة بالفصام يسترجعون أقل الذكريات الأوتوبيوغرافية الخاصة.

– إن القصور في استرجاع الذكريات الأوتوبيوغرافية الخاصة لدى الحالات المصابة بالفصام يتصاحب مع اضطراب في الوعي الأوتونويتكي واضطراب الهوية الشخصية لهؤلاء المرضى.

3- **الإطار النظري للدراسة**:

لتصنيف الحالات الفصامية، استعمل المصطلح لأول مرة من قبل Morel سنة 1860 وسماه بالخبل المبكر، ثم قام Hecker باستبدال تسمية الخبل المبكر بالهبيرفرنيا سنة 1871 وبعده جاء Kreapelin، لكن بمجيء الطبيب السويسري Eugene Bleuler سنة1911 قام بابتكار كلمة الفصام وجعل المعيار الأساسي له هو التفكك ويمس ثلاثة أجزاء من الشخصية، التفكك، العاطفة، السلوك.

وفي سنة 1980 قام Craw بوصف شكل إيجابي للفصام والذي يتميز بوجود أعراض إيجابية مثل الأفكار الهذيانية والهلاوس ووصف أيضا شكلا سلبيا بوجود أعراض سلبية كالبلادة العاطفية وفقر في الحديث وتلف معرفي، وفي سنة 1987 قام Liddel بإضافة التنادر التفككي إلى التنادر الإيجابي والسلبي بالرجوع إلى التفكك العقلي المقترح من طرف Bleuler.

أما تصنيف الحالات الفصامية وتشخيصها حاليا يخضع لدليل الجمعية الأمريكية لتصنيف وتشخيص الاضطرابات العقلية فهو يعتمد على مجموعة من المعايير وقد حددها الدليل المعروف بـ DSM IV على النحو التالي :

* الأعراض المميزة : ويجب توفر على الأقل اثنان أو أكثر من هذه المظاهر، كل واحدة منها تدوم لفترة من الوقت وذلك خلال شهر على الأقل أو أقل عندما تستجيب بطريقة ملائمة للعلاج وهي:

- أفكار هذيانية.
- هلاوس.
- حديث غير منتظم.
- سلوك غير منتظم أو تخشبي بشكل كبير.
- أعراض سلبية : بلادة عاطفية الصمت.

* خلل في الأداء الوظيفي الاجتماعي : وتظهر في مجال العمل والعلاقات الشخصية، الدراسة، ونشاطات أخرى.

* المدة : ويجب أن تدوم أعراض الاضطراب لمدة أكثر من ستة أشهر على الأقل، هذه المدة يجب أن تضم أعراض تدوم على الأقل لمدة شهر.

* استبعاد الاضطرابات الوجدانية بمميزات ذهانية.

* استبعاد أي مرض طبي عام أو ناتج عن تناول مادة.

* استبعاد اضطراب نمائي كالتوحد مثلا.

وإن وجود روابط بين الفصام والجوانب المعرفية، وبالأخص ذاكرة الأحداث الأوتوبيوغرافية هو يعد من الدراسات العلمية الحديثة نسبيا ولعل أعمال Galton 1879

Freud 1893 و Ribot 1881 و Korsakoff في هذا النوع من الأبحاث، فتح الطريق للعديد من الجهود العلمية الحالية ففي سنة 1991 قدمت بعض المحاولات الأولى في دراسة الذاكرة الأوتوبيوغرافية لكنها كانت قليلة ثم تلتها دراسات أخرى وملتقيات في سنة 1996 أكثر من خمس مقالات حول الذاكرة الأوتوبيوغرافية وبتطور علم النفس المعرفي وإقبال بعض الإكلينيكيين عليه ظهرت أبحاث جديدة حاولت تفسير هذا النوع من الذاكرة، لكن سوف نركز على نموذجين هامين يكونان الخلفية النظرية لهذا العمل البحثي وهو نموذج Endel Tulving ونموذج Conway أما نموذج Endel Tulving فقد عرف ذاكرة الأحداث على أنها ذاكرة أوتوبيوغرافية ثم أضاف إلى ذلك بأن المعلومات والمعارف المخزنة عبر مراحل الحياة لها علاقة مع الأحداث الشخصية للفرد. وركز بعدها Tulving على أن الذاكرة الأوتوبيوغرافية تتكون من معلومات خاصة سماها (الأحداث) والتي لها علاقة مع الوعي والذات والشخصية.

أما نموذج Conway فجاء يهتم بتفسير وظيفة الذاكرة الأوتوبيوغرافية فوضع الدعامة الأولى لتوضيح تلك العلاقة والرابطة الّتي توجد بين الهوية الشخصية والذاكرة الأوتوبيوغرافية، هذا النموذج يقوم على أن الذكريات الخاصة هي قوام وقاعدة للعلاقات الداخلية لشخصية الفرد في بيئته ومحيطه.

في حين يشكل مفهوم الهوية إشكالية غير قابلة للتجاور وذلك لما يحمله من غموض حول طبيعته، ثابت أم متحول، دينامي أم متكلس وهذا ما جعل منه مفهوم متعدد الأشكال.

فهو يتحدد حسب John Locke انطلاقا من الذاكرة ومرد ذلك أن الذكريات الّتي يحملها الشخص عن مختلف حالاته الشعورية هي الّتي تجعله نفس الشخص مع مرور الزمن[1].

أمّا بداية تناول هذا المصطلح فيرجع إلى E. Erikson الذي يعتبر الهوية أنها :" المجموع الكلي لخبرات الفرد، وتتكون من عنصرين هما : هوية الأنا وهوية الذات، وترجع هوية الأنا إلى تحقيق الالتزام في بعض النواحي كالعمل والقيم الإيديولوجية وفلسفة الفرد لحياته.

أما هوية الذات فترجع إلى الإدراك الشخصي للأدوار الاجتماعية.

ويعرفها J. Marcia أنها :"تنظيم داخلي معين للحاجات والدوافع والقدرات والمعتقدات والإدراكات الذاتية بالإضافة إلى الوضع الاجتماعي للفرد"[2].

ويتفق Rene Lecryer مع Erikson في أن بنية الذات الشخصية تتكون من هوية الذات الّتي تعبر عن شعور الفرد بوجوده وأهميته.

في حين يعرفها Pierre Tap على أنها نسق من الأحاسيس والتمثلات الّتي تمكننا من تمييز فرد عن آخر وبهذا فهويتي هي ما يجعلني مماثلا لنفسي ومختلفا عن الآخرين[3].

أما Mead فحدد مفهوم الهوية من خلال العملية التفاعلية الّتي يتقاسم فيها الفرد مع الآخرين الرموز والمعاني والقيم المستمدة من الثقافة الّتي تجمعهم فتمكنه من بناء دلالات وتسمح له بتبادل الأدوار.

---

[1] - Ruana Borbalou, la construction de l'identité, édit sciences humaines, France, 2004, p 10.

[2] – بشير معمرية، بحوث ودراسات متخصصة في علم النفس، الجزء الثالث، منشورات الحبر، الجزائر، 2007 ص 152 .

[3] - Tap (P), Marquer sa différence, identité, édit sciences humaines, France, 2004, p 59.

وقد عرفها Mead بالأنا Le moi الذي يتغير حسب الجماعات، فهو يمثل البعد لاجتماعي للشخصية أي تلك الضوابط الّتي يتقيد بها الفرد، ويؤكد ذلك الجانب الفرداني للشخصية، والذي يعرفه بأنا "Le je " وهو التصور الذي يحمله الفرد عن نفسه ككل، ومن خلال هذه الأدوار تستطيع الذات أن تكون في آن واحد موضوع ومضمون، فأنا "Le je " يمثل الذات "Le soi " خلال وظيفتها كموضوع Sujet في حين يمثل الأنا Le moi الذات في وظيفتها كمضمون Objet [1].

يعرف أبو بكر مرسي الهوية بأنها :" تحديد الفرد لمن هو، بحيث تكون توقعاته المستقبلية امتداد واستمرار لخبرات الماضي، وتكون خبراته الماضية متصلة بما يتوقعه من مستقبل اتصالا ذا معنى، مع الشعور بكونه قادرا على العمل كشخص متفرد دون انغلاق في العلاقة مع الآخر، مع الاضطلاع بدور اجتماعي والتوجه نحو أهداف محددة وإنجازها.

وفق منظور زمني محدد، وتحقيق علاقة ناضجة مع الجنس الآخر، مع تحديد إيديولوجية أو فلسفة ومعنى لحياته، وحسب المقاربة المعرفية (Cognitiviste) فإن الهوية تدرس على أنها موضوع معرفة الفرد لذاته والعالم المحيط به، وتخص كل نشاط أين الجهاز النفسي ينظم المـ ، الّتي تأتي للذات بهدف معرفة الذات، بمعنى هذه المعرفة للذات تكون المنبع والمصدر للشعور بالهوية الشخصية.

إذن الهوية هي مجموع منظم من العناصر المعلوماتية الّتي لها دلالة ومدركة ومبنية من رد من خلال ذاته، بمعنى آخر أن الهوية هي تنظيم لمجموع السمات والمهارات والخصائص المشتقة من التجارب الاجتماعية للفرد المشارك فيها بذاته.

[1] – بشير معمرية، المرجع السابق، ص 153 .

وكذلك في نفس السياق ذهب مالوسكا في تعريفه للهوية الشخصية بأنها: المجموع المنظم من الأحاسيس والتمثلات، التجارب وكذا المشاريع المستقبلية للذات"[1].

فالهوية الشخصية تصنع الخصوصية الذاتية للهوية الاجتماعية أي شعور الفرد بنماذج إنتمائية من خلال الحالة المدنية، وضعه، أدواره.

وكذا من خلال علاقته مع الآخر، بمعنى أن الهوية الشخصية هي شعور الفرد بذاته ككيان مستقل عن الآخر.

أنّ الدراسات الّتي اهتمت بهذا الميدان عند مرضى الفصام بهدف الكشف عن هذه المتغيرات تجريبيا، وجدناها قليلة نسبيا، ولكن هذه المقاربات المقدمة حول متغيرات بحثنا حاولنا قدر المستطاع تعميق معارفنا حول العلاقات والروابط الموجودة بين الاضطرابات العقلية الممثلة في الفصام والجوانب المعرفية الدقيقة والممثلة في ذاكرة الأحداث الأوتوبيوغرافية وحالات الوعي، والهوية الشخصية لهؤلاء المرضى.

4- أهداف وأهمية موضوع الدراسة:

يهدف البحث التالي إلى :

– تشخيص الفصام والنمط الفرعي له والمتمثل في الفصام البرانويدي.

– الربط بين الفصام البرانويدي واضطراب ذاكرة الأحداث الأوتوبيوغرافية للفرد المصاب به.

– تقييم المكونات لذاكرة الأحداث الأوتوبيوغرافية عند الحالات المصابة بالفصام البرانويدي.

– إبراز الروابط بين ذاكرة الأحداث الأوتوبيوغرافية والحالات الذاتية للوعي عند المصاب بالفصام البرانويدي.

[1] - Camilleri, Vinsonneau, psychologie et culture : concepts et méthodes, Armand Colin, Paris, 1996, p 174.

– دراسة السببية بين اضطراب ذاكرة الأحداث الأوتوبيوغرافية واضطراب الحالات الذاتية للوعي وإمكانية تأثيرها في تنظيم الهوية الشخصية لدى الحالات المصابة بالفصام البرانويدي.

وتتجلى أهمية الدراسة في طبيعة الموضوع المتناول والذي ينتمي إلى علم النفس النمو وخاصة علم النفس المعرفي المرتبط بعلم النفس المرضي.

فموضوع البحث يعتبر جد محدد ودقيق، فبالرغم من التزايد الكبير لعدد المصابين بالفصام إلا أنه يبقى يخفي الكثير من العوامل المؤدية إليه وكذلك الجوانب المختلفة المصاحبة له، لهذا جاء هذا العمل البحثي يتضمن محتوى كامن وجب البحث عنه وفيه وهو الجانب المعرفي للاضطرابات العقلية وبالأخص تقديم متغير ذاكرة الأحداث الأوتوبيوغرافية عند مرضى الفصام وما قد ينجر عنه من إعطاء تصور مستقبلي في تفسير هذا الاضطراب على ضوء نتائج البحث المتوصل إليها.

5- **التعاريف الإجرائية للدراسة** :

– الذاكرة الأوتوليوغرافية : نصد بها ذاكرة الأحداث الأوتوبيوغرافية الّتي يمكن لنا أن نقيسها عن طريق اختبار Pascalle Piolino والذي يكشف عن كل الذكريات الخاصة والشخصية عبر المراحل المختلفة من حياة الفرد وهي :

– مرحلة الطفولة من 0 – 9 سنوات.

– مرحلة المراهقة من 10 – 19 سنة.

– مرحلة الرشد أكثر من 20 سنة.

– المرحلة الحالية آخر اثنا عشر شهرا.

والأحداث المفصلة والواقعة في إطار زماني ومكاني محدد يمكن أن نعتبرها أحداث خاصة فقط.

– الفصام : هو ذهان وظيفي مزمن واضطراب عقلي يمس عمق الشخصية بحيث يجعل المصاب به غير متوافق كليا، المريض غير مستبصر بحالته ولن يسعى إلى العلاج وخصصنا في دراستنا النمط الفرعي من الفصام وهو الفصام البرانويدي وتم تشخيصه حسب DSM IV وذلك بالاعتماد على مجموعة من المعايير هي كالآتي :

– الانشغال بأفكار هذيانية وهلاوس سمعية متكررة، مع غياب الحديث غير المنتظم والسلوكيات الغريبة والتخشبية وكذلك غياب العاطفة السطحية أو غير الملائمة.

– الوعي : ونقصد به عملية الاستذكار الواعية أو حالة الوعي الأوتونويتيكي وهو قدرة الفرد على معايشة الحدث عقليا واستحضاره وكأنه يعيشه من جديد ويستطيع أن يدرك وجود هذا الحدث الشخصي، ويمكننا أن نقيسه من خلال اختبار R/K Gardiner الذي يكشف عن الحالات الثلاثة الذاتية للوعي.

– الهوية الشخصية : وهي قدرة الفرد على إدراك ذاتية الجسدية والنفسية وتمثل ذاته والإحساس بوجوده وكينونته في الماضي والحاضر والمستقبل ونقيسها من خلال المقابلة العيادية وتاريخ الحالة ومن خلال سلم التقييم الوظيفي العام ل Boyer.

6- الدراسات السابقة :

بالرغم من الجهود العلمية المكثفة الّتي حاولت دراسة بعض الجوانب المعرفية عند الاضطرابات العقلية وخاصة الفصام إلا أننا وجدنا دراسات قليلة الّتي تناولت بالدراسة ذاكرة الأحداث الأوتوبيوغرافية عن مرض الفصام لكن هذا لم يمنعنا من تقديم بعض البحوث الحديثة في هذا الميدان.

1-6- دراسات خاصة بالذاكرة بصفة عامة عند الفصام :

* دراسة Harvey وآخرون سنة 1982 :

حيث قارنوا مجموعة من الفصاميين ومرضى الاضطراب الثنائي القطب ومجموعة ضابطة من الأسوياء عن الأداء الوظيفي للذاكرة، فقد طلبوا من المفحوصين تذكر قصص من تأليفهم أو من تأليف الآخرين، وقد بينت النتائج أن مجموعة الأسوياء قاموا بعملية الاستدعاء والتنظيم بشكل أفضل مقارنة بالمرضى العقليين، وبالنسبة لمرضى الفصام فإن تنظيمهم للقصة والذي من المفترض أن يقيس الترميز هو عادي مقارنة بالاستدعاء الذي ظهر عليه الاضطراب[1].

* دراسة Calev آخرون سنة 1983 :

حيث قاموا بمقارنة مجموعة من الفصاميين مع مجموعة ضابطة، وقد بينت النتائج وجود صعوبة في عملية الترميز ونسيان سريع للمعلومات الّتي تم ترميزها بشكل جيد كما وجد أيضا عجز في الاستدعاء عند المرضى الفصاميين. وكذلك وجود قصور في كل من الذاكرة اللفظية والبصرية[(2)].

* دراسة Gold وآخرون سنة 1992 :

بحيث توصلوا إلى وجود اضطراب رئيسي في تشفير المعلومات اللغوية عند الفصاميين عندما تم مقارنتهم بمجموعة ضابطة من الأسوياء.

وقد وجدت هذه الدراسة كذلك أن اضطراب الذاكرة لا يرتبط بمتطلبات الانتباه لذلك فإنه ليس من المحتمل أن اضطراب الذاكرة يرجع إلى عوامل الانتباه فقط.

---

[1] – محمد السيد منصور، سحر عبد العزيز الكفافي وآخرون، الأسس النيورسيكولوجية للاضطرابات النفسية، كلية الآداب، طنطا ، 2002 ص 124 .

[(2)] المرجع نفسه ، ص 125 .

* **دراسة Glahn وآخرون سنة 1998** :

قاموا بتقييم مكونات الذاكرة المكانية والبصرية عند مجموعة من الفصاميين فوجدوا بأن هذا النوع من الذاكرة فيه قصور وعجز واضح[1].

* **دراسة Heïnricks وZakzani سنة 1998** :

والتي أخذت بعين الاعتبار 204 دراسة مراقبة سنة 1998 ومنشورة بين 1980 و1997 والتي تمثل مجموع السكان العام مكونة من 7420 حالة فصامية و 5865 موضوع شاهد، الباحثون أخذوا بعين الاعتبار 22 متغير معرفي والتي من بينها الذاكرة الشفهية أو غير الشفهية، هذه الدراسة بينت أن كفاءة الحالات الفصامية هي مضطربة مهما كان المتغير المعرفي المفحوص (الذاكرة الشفهية، غير الشفهية، الوظائف المعرفية، الانتباه، اللغة، الوظائف الإجرائية) وقد تبين بأن الكفاءات الذاكرية هي الأكثر اضطرابا[2].

* **دراسة Alman وآخرون سنة 1999** :

أقيمت على 70 دراسة منشورة ما بين 1975 و 1998 والتي أجريت على الوظائف الذاكرية للفصام وتوصلت الدراسة إلى النتائج التالية :

الفصاميون لديهم كفاءات منخفضة إذا ما قورنوا بالأشخاص العاديين وذلك في كل اختبارات الذاكرة، رغم ذلك فإن كفاءات التعرف هي أقل اضطرابا بالنسبة للاسترجاع.

المظهر العام للكفاءات الملاحظة لا يتأثر لا بشدة الاضطراب ولا بمدة تطور المرض، وبالرغم من ذلك توجد علاقة متبادلة بين اضطرابات الذاكرة والعلامات السلبية[3].

---

[1] – محمد السيد منصور، سحر عبد العزيز كفافي، المرجع السابق، ص 127.

[2] - Christiane Vanessa, Cuevro Lombard, exploration de la mémoire autobiographique dans la schizophrénie, presse universitaire, Strasbourg, 2006, p 16.

[3] - Christiane Vanessa, Cuevro Lombard, Op.cit, p 18.

6-2- دراسات خاصة بالذاكرة الأوتوبيوغرافية عند مرض الفصام :

*** دراسة Tamlyn سنة 1992 :**

حيث درس الذاكرة الأوتوبيوغرافية عند أربع حالات من الفصام واستخدم في ذلك اختبار Kopelman ، فوجد بأن هذا النوع من الذاكرة مضطرب في كل المراحل العمرية[1].

*** دراسة Baddeley سنة 1995 :**

حيث قام بالكشف عن الذاكرة الأوتوبيوغرافية على خمس حالات فصامية تعاني من هذيان و5 حالات فصامية أخرى بدون هذيان واستخدم في ذلك اختبار Kopelman ، فتوصل إلى نتائج مفادها بأن ذاكرة المعاني أقل اضطرابا من ذاكرة الأحداث الّتي كانت مضطربة جدا[2].

*** دراسة Fenistein في سنة 1998 :**

حيث قام بدراسة 19 حالة فصامية واستخدم نفس الاستبيان ، فتوصل إلى النتائج التالية بأن ذاكرة الأحداث وذاكرة المعاني مضطربة[3].

6-3- التعليق على الدراسات السابقة :

إن كل الدراسات المقدمة انتهت إلى أن هناك اضطرابات في الذاكرة بصفة عامة وبمختلف وظائفها عند الحالات الفصامية وقد بيّنت بأن هذا النوع من الاضطرابات العقلية يترافق مع اضطرابات معرفية وخاصة اضطراب وقصور في ذاكرة الأحداث الأوتوبيوغرافية

[1]-Pascallee Piolino, Béatrice Des Granges, Francis eustache, la mémoire autobiographique, théorie et pratique, Solal, Paris, 2000, p 113.

[2]- Pascallee Piolino, Béatrice Des Granges, Francis eustache, Op.cit, p 114.

[3]- Pascallee Piolino, Béatrice Des Granges, Francis eustache, Op.cit, p 115.

ومعظم الدراسات الّتي تناولناها بالدراسة استخدمت نفس الاستبيان وهو لـ Kopelman 1989 هذا يقودنا إلى أن هذا النوع من البحوث يبقى محدودا في التراث الأدبي السيكولوجي وعليه فإن هذا الميدان البحثي يمثل غموضا وصعوبة على مستوى المفاهيم المقدمة وطريقة اختبارها وقياسها والتحقق من صدق هذه المعلومات هذا من جهة ومن جهة أخرى على المستوى المنهجي وضرورة اختيار الطريقة المناسبة لضبط هذه المتغيرات.

لهذا الغرض سوف نقوم بتوظيف أدوات جديدة تكون فعالة في تقييم الجوانب المعرفية الخاصة بالحالات المصابة بالفصام وعليه قمنا بالاستعانة باختبارPascalle Piolino 2000 لقياس ذاكرة الأحداث الأوتوبيوغرافية ، وإجراء R/K أو التقييم الذاتي للحالات الذاتية للوعي لـ Gardiner وسلم التقييم الوظيفي العام لـ Boyer .

الفصل الثاني : الفصام.

تمهيد.

1- نبذة تاريخية حول مصطلح الفصام.

2- تعريف الفصام.

3- مدى حدوث الفصام.

4- مميزات الشخصية الفصاموية حسب DSM IV.

5- أسباب الفصام.

6- أشكال البدء للذهان الفصامي.

7- الجدول العيادي للفصام.

8- الأشكال العيادية للفصام.

9- التشخيص حسب DSM IV.

10- التشخيص الفارقي.

11- التطور والمآل.

12- علاج الفصام.

خلاصة.

تمهيد:

يعتبر الفصام من بين الذهانات المزمنة الأكثر انتشارا، فهو يصيب 1% من مجموع السكان، كما أنه يعتبر أعقدها علاجا، ولقد حظي بالكثير من البحث والدراسة، وذلك بسبب ما يسببه من اضطرابات نفسية واجتماعية، وفي محاولتنا هذه للتعرف عليه تطرقنا إلى عناصر مختلفة سوف يتناولها الفصل بالتفصيل.

1- **نبذة تاريخية حول مصطلح الفصام** :

تم استعمال مصطلح " الخبل المبكر " لأول مرة من طرف العالم البلجيكي موريل Morel 1860، وذلك للإشارة للحالات الفصامية، وبعد سنوات قام هيكر Hecker 1871، باستبدال تسمية " الخبل المبكر " بالهيبيفرينيا وماثله بمرض عقلي يظهر عند البلوغ ويتطور سريعا نحو الخبل.

وفي سنة 1874 قام كالبوم Kahlbaum بوصف التخشب والذي هو عبارة عن شكل خاص من الخبل المبكر والذي يتميز بأعراض حركية ذات طابع ذهولي؛ أما كرابلين Kraepelin 1898 فقد قام باعتبار الخبل المبكر كوحدة مرضية مستقلة تضم الهيبيفرينيا لـ Heckerوالتخشب لـKahlbaum ، بالإضافة إلى شكل جديد وهو الشكل الزوراني والذي يتطور بطريقة سريعة جدا نحو القصور[1].

ثم كان علينا الانتظار حتى سنة 1911 ليقوم الطبيب العقلي السويسري Eugene Bleuler بابتكار كلمة الفصام لوصف اضطراب خاص، ملاحظ عند الشباب خاصة، ويعتبر Bleuler أن الفصام ليس عبارة عن مرض بل هو مجموعة من التنادرات المختلفة، وأن

[1] - C .Bescha, C.Richard et d'autre, psychopathologie de l'adulte, Armand Colin, 2002, p69.

المعيار الأساسي لها هو "التفكك" ويمس ثلاثة أجزاء في الشخصية: التفكير، العاطفة، السلوك.

وقد كان موقف Bleuler مختلفا عن موقف Kraepelin في نقطتين أساسيتين وهما:

- أن الاضطراب ليس من الضروري أن تكون له بداية مبكرة.
- وليس بالضروري أن يكون هناك تدهور نحو الخبل.

ورغم هذا الاختلاف إلاّ أنه قد ركز كل منهما على اضطراب سير العمليات السيكولوجية، وإلى وجود اضطراب في الشخصية[1].

في بداية سنة 1980 قام Crow بوصف شكل إيجابي للفصام من النمط 1 والذي يتميز بوجود الأعراض الإيجابية مثل: الأفكار الهذيانية، الهلاوس، وبعض الاضطرابات في التفكير وببدء مفاجئ، مع الاحتفاظ بالقدرات العقلية واستجابة جيدة للمثبطات العصبية الكلاسيكية، ووصف أيضا شكل سلبي له أو تنادر من النمط 2 والذي يتميز بوجود الأعراض السلبية: فقر عاطفي، فقر في الحديث، فقدان الطاقة الحيوية، كما يتميز ببدء مخادع وتلف معرفي واستجابة سيئة للمثبطات العصبية.

وفي سنة 1987 قام Liddel بإكمال ما قدمه Crow اي إضافة التنادر التفككي إلى التنادر الإيجابي والتنادر السلبي، بالرجوع إلى التفكك العقلي المقترح من طرف Bleuler[2].

2- **تعريف الفصام** :

[1] - Jean- Louis Pedinielli, Guy Gimenez, les psychoses de l'adulte, Nathan université, France, 2003, p69.
Op.cit , p70. [2] - C.Bescha, C.Richard et d'autre,

الفصام كلمة يونانية تنقسم إلى شقين: Schizo معناها الانقسام أو الانشقاق و Phrénie تعني العقل أو الفكر أي انقسام العقل، وهو ذهان خطير يصيب الشاب، عادة مزمن يتميز إكلينيكيا بتفكك الذهن، عدم التوافق الوجداني وعمليات هذيانية غير متماسكة تؤدي عادة إلى انقطاع الاتصال مع العالم الخارجي وانعزال توحدي.

أما القاموس الطبي فيعرف الفصام على انه عبارة عن اضطراب عقلي داخلي المنشأ، يتميز خاصة بتفكك في الشخصية (تفكك لغوي، أفكار هذيانية غير منتظمة)، انفصال وغرابة، أحاسيس التمركز حول الذات مع فقدان الاتصال مع الواقع[1].

ويعرفه سترونج Strong بأنه اضطراب عقلي وهو من الأمراض الوظيفية، أي تلك الأمراض التي لا ترجع إلى أسباب عضوية في جسم الإنسان أو في دماغه ولكنها اضطرابات تطرأ على الوظائف العقلية فقط ومن أعراضه الانسحاب من المجتمع والبلادة الانفعالية.

أما سانفورد F. Sanford فيعرفه على أنه أحد الأمراض العقلية وفيه يتصف الفرد بالابتعاد عن عالم الحقيقة، ويتضمن هذا المرض الهلاوس والهذيانات والانسحاب والاضطراب الحاد في الحياة الانفعالية عند المريض[2].

3- مدى حدوث مرض الفصام:

يعتبر الفصام من أكثر الذهانات المزمنة انتشارا، وهو يمس 1% من مجموع السكان، ويصيب بالتساوي النساء والرجال، ويظهر غالبا عند الشباب (من 50 إلى 70% من الحالات يتراوح سنها ما بين 15 و35 سنة) ، ونادرا ما يكون البدء قبل 10 سنوات وبعد 45-50 سنة، ويكون الاستشفاء الأول غالبا قبل 25 سنة بالنسبة للرجال وبين 25-35 سنة

[1] - L. Manuila, dictionnaire médicale, 9ème édition, Masson édition,2000 ,p449.
[2] – عبد الرحمان العيسوي، الجريمة والإدمان، الطبعة 1،بيروت، 2000،ص63.

بالنسبة للنساء، وتبلغ نسبة الفصاميين حوالي 50% من المرضى العقليين المزمنين الذين يقيمون قي مستشفيات الأمراض العقلية[1].

4- **مميزات الشخصية الفصاموية حسب DSM IV**:

تتصف بما يلي:

أ) طابع عام من الانفصال عن العلاقات الاجتماعية ونقص في التعبيرات الانفعالية في علاقته مع الآخرين التي تظهر في بداية سن الرشد، وتكون حاضرة في مختلف السياقات، كما يجب وجود 4 على الأقل من التظاهرات التالية:

- الفرد لا يبحث ولا يقدر العلاقات المقربة التي من بينها العلاقات العائلية.
- يختار غالبا أنشطة فردية.
- لديه رغبة قليلة أم معدومة بالنسبة للعلاقات الجنسية مع أشخاص آخرين.
- لا يبدي أي استمتاع إلا في نشاطات جد قليلة.
- ليس لديهم أصدقاء مقربين أو حميمين ما عدا الأقارب من الدرجة الأولى (الأولياء).
- يظهر لا مبالاة بالنسبة لمدح الآخرين أو انتقاداتهم.
- يبدي برودة ،انفصال أو امتصاص لعواطفه.

ب) لا يحدث الاضطراب فقط أثناء تطور لحالة فصامية، اضطراب في المزاج مترافق بمظاهر ذهانية، اضطرابات ذهانية أخرى أو اضطراب كاسح للنمو (التوحد)، وهو لا ينجم عن تأثيرات فيزيولوجية مباشرة التنبيه للإصابة بمرض طبي عام[2].

5- **أسباب الفصام** :

[1] - L.Karilla,V.Boss et d'autre, Psychiatrie de l'adulte,de l'enfant et de l'adolescent, p111. 2002, Paris, ellipses,

[2] - American psychiatrie, association MINI DSM-IV , critères diagnostic (Washington D .C 1994), Traduction Française par J.D Guelfi, p 281 – 282.

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

5-1- **عوامل وراثية**:

أدلة عديدة خلال السنوات الماضية أشارت إلى أثر الوراثة في الاضطرابات الفصامية، وحسب النظرية الوراثية فإن الفصام يحدث بنسبة عالية في عائلات المرضى الفصاميين.

آباء	خطر المرض عند الأطفال
المجتمع العام	%1
عم أو أخ فصامي	%2
والد فصامي	%12,3
الوالدين فصاميين	%36,6

خطر المرض عند التوأم الفصامي	
توائم غير حقيقية مختلفين في الجنس	%5,6
توائم غير حقيقية من نفس الجنس	%12
توائم حقيقية	%57

إحصائيات Zerbin – rudin [1]

[1] - Guy Besançon, Manuel de psychiatrie, 2eme édition, Dunod, Paris, 2005, p185.

وحسب إحصائيات أخرى فإن نسبة الإصابة عند التوأم الغير حقيقي تقدر بـ8 إلى 18%، أما عند التوأم الحقيقي فتصل النسبة إلى 86%، حتى عند التوائم المتفرقين في التنشئة فإن نسبة الإصابة

تبقى مرتفعة وتصل إلى 77,6%، أما بالنسبة للتوائم التي تتلقى تنشئة مشتركة فإن نسبة الإصابة ترتفع أكثر وتقدر بـ 91,5%، وهذا ما يشير إلى تدخل عوامل التربية[1].

2-5 العوامل البيوكيميائية:

اكتشف أن تسيير L - dopa و L' amphétamine (التي ترفع نسبة الدوبامين وتستثير ذهانات تجريبية)، تعقد الأعراض الفصامية وأن المثبطات العصبية تحسن من هذه الأعراض لنشاطها المضاد للدوبامين، وهذا ما فتح المجال لبروز النظرية الخاصة بالدوبامين في الفصام، المثبطات العصبية تعمل على كبح المستقبلات البعد مشبكية للدوبامين حيث ترتفع كميتها في المشبك العصبي ومن هنا أتت الفرضية الدوبامينية Dopaminergique والتي تعتبر أن الأعراض السلبية (انعزال – فقد الطاقة) هي بسبب انخفاض في انتقال الدوبامين في الدماغ في حين أن الأعراض الإيجابية (هلاوس – هذيانات) هي نتيجة لارتفاع في الدوبامين[2].

3-5- عوامل تشريحية:

حيث تشير معطيات حديثة إلى أن الفصام يمكن أن يكون ناتجا عن النمو الغير سوي الذي يصيب الفصوص الصدغية المتوسطة، اللوزة والفص الصدغي والجبهي للقشرة

[1] - Farid Kacha, psychiatrie et psychologie médicale, 2ème édition, Algérie, 2002, p172 Paris, [2] - David Govrion ,Anne Qut-Fayand , les troubles schizophréniques, ellipses, 2004, p32

المخية أو ناتج عن انخفاض في حجم حصان البحر أو ارتفاع في حجم البطينات الدماغية[1].

5-4- **العوامل الوبائية**:

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

- الفصول لديها تأثير في تطور المرض، فقد بينت الدراسات أن الولادات التي تحدث في فصل الشتاء والربيع ترفع من خطر الإصابة بالفصام بـ 5 إلى 8% بالنسبة لمجموع السكان.

- الأمراض المختلفة التي تصيب الأم أثناء الأشهر الثانية والثالثة من الحمل أو عند اقتراب الولادة مثل: الحصبة الألمانية La rougeole ، الزكام La grippe، الحميراء La rubeol، الأنفلونزا L' influenza ، الالتهابات الداخل رحمية هي عوامل تلعب دور كبير في تطور هذا النوع من المرض.

- خطر الإصابة بالفصام تزداد في الولادات التي تحدث في المدن الكبيرة مقارنة بالقرى والأرياف.

- التعقيدات الولادية (التي تحدث عادة في الشهر الرابع من الحمل)، وبعد الولادة تؤثر على النمو الدماغي، هذه التعقيدات تضاعف الإصابة بالمرض، من بين هذه التعقيدات نذكر: نقص كمية الأوكسجين في الدماغ Hypoxémie، التعرض للحمى أو فيروس بعد الولادة، ولادات مبكرة، اختلاف في الزمر الدموية، الصدمات التي تحدث أثناء الوضع.

[1] - I. Gasman , J-F Allilaire et d'autre, Psychiatrie de l'enfant, de l'adolescent et de l'adulte, masson, Paris, 2003, p288-289

إضافة إلى أن السوابق التعقيدية هي موجودة بكثرة عند الأشخاص الذين طوروا فصام مبكر[1].

5-5- عوامل نفسية:

إن الصراعات النفسية وما ينتج عنها من شعور بالإحباط والفشل في أساليب التوافق تؤدي إلى حدوث الاضطرابات العقلية،كذلك الصدمات النفسية والحرمان في الطفولة المبكرة.

الفصام يعتبر استجابة لحالة نفسية متميزة باختلال في وظيفة استقبال المنبهات الحسية، وضعف الأنا واضطراب العلاقة مع المحيط. وقد أثبتت الدراسات الحديثة وجود تلف في الإدراك والانتباه، وكذا المعرفة عند أغلبية المرضى الفصاميين،كما يكون لديهم استعداد جد حساس لأحداث الحياة القلقة، كما وأن لديهم استخدام مرضي لبعض الآليات الدفاعية[2].

6-5- عوامل اجتماعية:

بالنسبة لهذه المعطيات يمكن الرجوع إلى الاتصال الأولي الذي يتحقق في الوسط العائلي حيث أن الدراسات التي أقيمت داخل عائلات الفصاميين بينت أنه يوجد اضطراب في الاتصال داخل هذه الأخيرة: فمثلا يكون الأب غائبا أو غير مبالي، أم مسيطرة عدوانية أو مفرطة الحماية، وبالتالي فإن هذا سيؤدي إلى وجود بعد علائقي بين الأبوين حيث أن هذا سيكون أحد العوامل المفجرة للفصام[3].

---

[1] - Christine-Vanessa, Cuevro-Lombard, Op.cit, p22

[2] – رمضان محمد القدافي، الصحة النفسية والتوافق، الطبعة2 ، المكتب الجامعي الحديث، القاهرة، 2002، ص172.

[3] - Farid Kacha, Op.cit, p174

6- أشكال البدء للذهان الفصامي :

أعراض كثيرة تنبئ بالدخول للفصام، ومنها ما تكون تدريجية ومنها ما تكون مفاجئة.

6-1- مختلف أشكال البدء التدريجي:

يجب حتميا البحث عن الحالة السابقة التي كان يعيشها الفرد قبل ظهور الأعراض الأولية التي تمس الشخصية والعاطفة (برودة عاطفية ، تناقض وجداني)، اهتماماته الحديثة مثلا: اهتمام خاص بنشاطات غير مألوفة بالنسبة للفرد (دين، تصوف، بدع، خيال علمي)، الوهن الجسمي والنفسي، فقدان الإرادة وتبدل الطبع.

- بدءا من شخصية فصاموية : التي تتميز باللامبالاة بالنسبة للعلاقات الاجتماعية وتقليص السجل العاطفي (التعابير الانفعالية) والتي تظهر في بداية سن الرشد.

الدخول إلى الفصام يبدأ بالمبالغة في الكف ، ميول للعزلة والانطواء على الذات، الغرابة العاطفية، تراجع كبير في النشاطات والتكيف الاجتماعي، بينما تظهر اهتمامات ونشاطات أكثر فأكثر غرابة وتناقضا.

- بدءا من حالة شبه عصابية: الأعراض ذات المظهر العصابي هنا تتسم بصبغة غريبة وتفكك عاطفي[1]:

أ) شكل شبه وسواسي: الوساوس تبدو غريبة (الاضطهاد)، مع غياب النقد أو نقد جزئي، السلوك يتميز بتغطية كبيرة وليس له مقاومة ضد القلق.

ب) شكل شبه رهابي: غالبا ما تكون مواضيعه جسمية (رهاب تشوه الجسد، الخوف من المرض، رهاب الإحمرار éreutophobie)، معلنة عن أفكار هذيانية[2].

[1] - Guy Besançon, Op.cit, p176
[2] - L.Karilla,V.Boss et d'autre,Op.cit,p112

ج) شكل من الانشغال بتوهم المرض: الذي يصبح كاسح أكثر فأكثر ومخالفا للواقع، بالتوازي مع معاش من تجريد الشخصية إلى قلق من التجزؤ، المواضيع هي متعددة: حدس هذياني لإصابته بمرض ما، رهاب، تشوه الجسد، وغيرها.

- بدءا من حالة شبه سيكوباتية: عند الأشخاص الشابة، الغير مستقرة والذين يتميزون بتصرفات المعارضة والمرور إلى الفعل العنيف والمنحرف، بالإضافة إلى علامات التفكك [1].

- بدءا من اضطراب في السلوكات الجنسية: دعارة، سادو– مازوشيزية، الرغبة في التحول إلى الجنس الآخر transsexualisme، معاش مع تفكك عاطفي.

- بدءا من اضطرابات في السلوك الغذائي: إن الاضطرابات الغذائية موجودة عند كل المرضى الفصاميين، ويمكنها أن تكون بوابة دخول للمرض، ويوجد ثلاثة أنواع :

أ) فقدان الشهية الخالص: الرفض الكلي للغذاء بطريقة إرادية مما يؤدي إلى فقدان كبير في الوزن، مرتبط في بتشوه في إدراكه لصورته الجسمية.

ب) فقدان الشهية المصحوب بالتقيؤ: بالإضافة إلى رفض الطعام نجد حالات من القيء الإرادي.

ج) حالات من الشره: يتعلق بتناول كميات كبيرة من الأكل في فترات متقاربة من الزمن وخاصة في الليل، مرتبطا بحاجة ملحة " لملئ البطن " ومصحوبة عادة بحالات قيء.

2-6- مختلف أشكال البد ء المفاجئ:

[1] - Djamel Bouriche, Stéphane Bourcet, la pratique du terrain psychiatrie adulte, ellipses, Paris, 2000, p163

تمثل حوالي 50 إلى 65% من أشكال البدء، ويوصى الانتظار على الأقل 6 أشهر حتى تكتمل مجموعة الأعراض قبل تشخيص الفصام.

- الهجمة الهذيانية الحادة: كما يعبر عنها اسمها هذا النوع يحدث فجأة، مع العديد من الأفكار الهذيانية وهلاوس حسية متعددة، مع حالة من الخلط الذهني واضطرابات في السلوك يمكن أن تكون كبيرة، ويجب الإشارة إلى أنه إذا كانت الهجمة الهذيانية تمثل شكلا من أشكال البدء للفصام، فإنه ليست كل الهجمات تتطور نحو الفصام، فبعضها قد يتطور نحو الشفاء أو قد تكون بابا للدخول في اضطرابات عقلية أخرى[1].
- الحالات المزاجية اللانموذجية (الهوس، الاكتئاب، أو المختلطة):

الجدول العيادي هو غير مكتمل ويحتوي على أعراض غير مميزة للاضطراب المزاجي مرتبط بعناصر التفكك.

أ) الهوس اللانموذجي: تظهر بكثرة كبوابة للدخول في الفصام خاصة عند الشباب، يتميز بوجود الحواجز (وقف لمجرى التفكير والحديث)، هذيان غير متوافق مع المزاج، ضحك بدون مبرر، بروز هلاوس، قلق كبير.

ب) الاكتئاب اللانموذجي: هو نادر ولكن ممكن، ويتميز بوجود البرودة العاطفية، مظاهر هذيانية غالبا غير منظمة (امتلاك، اضطهاد) دافع غريب للانتحار.

- أفعال الطب– شرعية خطيرة: اعتداء قاتل بدون دافع، عنف جنسي أو أفعال عدوانية ذاتية، انتحار، تشويه ذاتي، هروب، ونجد لهذه الأفعال أحيانا منطق مرضي وتبريرات غير متكيفة مع الفعل.

[1] - David Govrion ,Anne Qut-Fayand, Op.cit, p46

- الحالات الخلطية الحلمية: نجد سيطرة التفكك وغرابة فكرية– شفهية، الحالة الحلمية هي عادةً علامة لاضطراب عضوي[1].

7- **الجدول العيادي للفصام:**

أعراض الفصام متعددة، ولقد فضلنا التطرق إليها على شكل تنادرات وهي التنادر الإيجابي، السلبي والتفككي.

7-1- **التنادر الإيجابي:**

والذي يتكون من مجموعة الأعراض الإيجابية أو المنتجة.

أ) الهذيان الزوراني : غالبا ما يترافق الهذيان الفصامي بتغيرات عميقة فيما يخص إدراك الذات والعالم الخارجي، وقد يكون أحيانا انتشائي (إحساس بالقوة المطلقة) وغالبا في جو مشحون بالقلق (الإحساس بالتهديد).

- الهذيان يكون غامضا وغير منظم.
- كل الميكانيزمات الهذيانية يمكن ملاحظتها وأكثرها هي الهلاوس خاصة: السمعية ، الشفهية ،النفسية، وأيضا يمكننا أن نجد هلاوس بصرية، شمية أو حواسية، بالإضافة إلى ية الذهنية، كأن يشعر المريض بأنه فقد التحكم في أفكاره، وبأنها تسرق منه أو أنها تفرض عليه ، وتكون خارجة عن إرادته، كما يمكننا ملاحظة ميكانيزمات أخرى: كالحدس، التأويل، التخيل، الخداع[2].
- الهذيانات هي متعددة المواضيع فقد نجد: هذيانات الهوية (تملك– انتساب)، هذيانات الاضطهاد (بحيث تتشكل لديه أفكار تهديد وأنه مراقب من طرف أناس آخرين

[1] - L.Karilla,V.Boss et d'autre, p111 Op.cit,
[2] - Jean –Louis Pedinielli , Guy Gimenez, Op.cit, p 72 – 73

أو من طرف عائلته المقربة)، ونادرا ما نجد هذيانات الحماية وجنون العظمة (العلم بكل شيء، سلطان مطلق، المثالية والرفاهية)، مواضيع دينية رهبانية...

ويمكن أن نجد أيضا هذيانات التحول الجسدي (تشويه الجسد، نفي الأعضاء)، تجزؤ الجسم وتنادر تجريد الشخصية وإلغاء طابع الواقعية.

– تجريد الشخصية: ويعبر عنه بالإحساس بالتحول في الحياة النفسية، (الفكر يختفي، يفرغ، يعمل بطريقة آلية ...)، وتغيرات جسدية (انطباع التحول الجسدي، أفكار توهم المرض هذيانية: المرض، رهاب تشوه الجسد، دمار الأعضاء ...).

– إلغاء طابع الواقعية: إحساس بالغرابة، غرابة المحيط.

– الالتصاق التام بالهذيان: مع غياب النقد واعتقاد هذياني.

ب) بالإضافة إلى الهذيان الزوراني يمكن أن نجد ما يلي:

– الكتمان، الحذر، العدوانية.

– ضغط، تصنع انفصامي maniérisme ، اهتياج[1].

7-2- **التنادر السلبي**:

والذي يتكون من مجموعة الأعراض السلبية أو القصورية.

7-2-1- اضطراب الإحساسات الانفعالية:

لرضى الفصاميين لديهم اضطراب في المجال العاطفي وفي الاتصال والذي يتضمن:

- برودة عاطفية: وهي عدم إظهار أي عواطف اتجاه مواقف تثير إحساسات عاطفية قوية عند الأفراد مثلا: ميلاد، حفل أو كارثة.

[1] - Ghodfrud Michel, Les maladies mentales de l'adulte, France, 2002 , p164

➢ عدم التوافق بين الأفكار والعواطف: الشخص يشعر بأحاسيس ولكنها غير موافقة للموقف المعاش، مثلا: يقوم الفصامي بالضحك أثناء مأتم والده ويقول في نفس الوقت بأنّه يشعر بالحزن.

➢ صعوبة في الإحساس أو التأويل الصحيح لمشاعر الآخرين: المريض يكون في حالة "حياد " المجموعة المنظم إليها، فهو لا يفهم لماذا يضحكون ويشعر بأنه في عزلة عنهم، أحيانا تصرفاته تجعله يعتبر كأنه شخص " غريب"،" بارد "[1].

7-2-2- العزلة والانطواء على الذات:

تعتبر من الأعراض الأكثر مشاهدة في المرض، وهي عادة ناتجة عن البرودة، وعدم التوافق الانفعالي وتتميز بـ:

➢ فقدان الاتصال مع الواقع يظهر من خلال فقدان الإرادة، غياب الاهتمام، اللامبالاة العاطفية ، فقدان الاتصال.

➢ هيمنة الحياة الداخلية على الواقع المعبر عنه بالهذيانات، أحلام اليقظة، الانطواء على الذات، غياب الاهتمام بالأشخاص المحيطين به[2].

7-2-3- ومن الأعراض السلبية الأخرى نجد:

- الوهن ونقص الطاقة.
- اهتمامات جسدية.
- فقدان اللذة.
- إحساسات الذنب.
- ميول اكتئابية.

[1] - David Govrion, Anne Qut Fayand, Op.cit, p 38
[2] - Jean-Louis Pedinielli, Guy Gimenez, Op.cit, p73

– تباطؤ حركي[1].

7-3- **التنادر التفككي**:

يعتبر التفكك الميزة الأساسية للتنادر الفصامي، فهو يترجم الشق الذي يحدث في وعي وشخصية الفرد ويمس مجالات متعددة: فكرية، عاطفية وسلوكية ويتميز بأربع علامات:

* التناقض: يلاحظ في كل أحاسيس وأفعال الشخص.

* الغرابة: تنتج عن تصرفاته وتعابيره الغريبة اللاعقلانية.

* الغموض: غرابة المقاصد والتصرفات تصبح غير مفهومة.

* الانفصال: مرتبط بالانطواء على الذات، اللامبالاة الظاهرة

7-3-1- تفكك مجال الفكر:

يظهر من خلال ما يلي:

أ) اضطرابات مجال التفكير: يترافق اضطراب مجرى التفكير بعجز في الانتباه والتركيز ويتميز بما يلي:

➢ الحاجز Le barrage: انقطاع مستمر لتدفق الأفكار بدون أن يدرك المريض هذه الانقطاعات وأحيانا نجد Le fading mentaleأي أن الحديث يصبح خافتا غير مسموع، ثم فجأة يأخذ وتيرته العادية.

➢ التطفل Le parasitage : تتطفل على حديث المريض أفكار غريبة وخارجة عن الموضوع، مما يؤدي إلى تشويش سياق التفكير وفقدان الرابطة المنطقية (أي مرور مفاجئ من فكرة لأخرى).

[1] - Ghodfrud Michel, Op.cit, p166

- تفكيره يظهر غامض، غير متوافق، مجرد، بدون رابطة مع الواقع... لكي يعطي الفرد معنى لما يعيشه يقوم بتشكيل نظريات لا معقولة ومجردة (عقلانية مرضية) [1].

ب) اضطراب اللغة: اضطراب اللغة يعكس اضطراب أو نقص تماسك الأفكار ونلاحظه على شكل:

- بطئ في الإجابات، اضطرابات نطقية، اضطرابات في إيقاع الصوت، ثرثرة، بكم، إجابات مجاورة.

- تحريف معنى الكلمات Paralogisme، اختراع كلمات جديدة Néologisme، وقد نجد نفس ميزات الغرابة والكتمان في التعبيرات الكتابية والفنية[2].

ج) اضطرابات المنطق:

- منطق المريض مشوش، لا عقلاني أو شبه عقلاني نجد التفكير الخيالي عند المريض، أيضا القوة المطلقة لأفكاره التي يأخذها عن الواقع.

- العقلانية المرضية تتعلق بمنطقه الخالص حيث يستعمل استدلالاته الشبه-علمية، الشبه- منطقية من أجل تفسير بعض الأفعال أو الأحاسيس[3].

7-3-2- لتفكك في المجال العاطفي:

يظهر من خلال ما يلي:

- Athymhormie: تتميز باللامبالاة، الانفصال، السلبية والامتصاص العاطفي، عدم اهتمام الشخص بمحيطه وبنشاطاته وبرودة في العلاقات، والسلبية تظهر في الرفض المستمر للتعامل مع العالم الخارجي.

---

[1] - I. Gasman , J-F Allilaire et d'autre, Op.cit,p291.
[2] - Jean-Louis Pedinielli, Guy Gimenez, Op.cit,p70-71
[3] - L.Karilla,V.Boss et d'autre, Op.cit,p113

- استجابات انفعالية مفاجئة،غير ملائمة: استثارة كبيرة من أقل إحباط ممكن، الضحك المفاجئ، تعبير انفعالي غير متوقع وغير مكيف أو عن فقدان الأمل.
- تناقض وجداني كبير: تواجد الحب والكره في نفس الوقت، الاندماج والافتراق.
- نكوص نرجسي، حب الذات، سلوكات اندفاعية، اضطرابات جنسية (جنسية مثلية، الاستعراء، الاعتداء الجنسي[1].

7-3-3- التفكك في المجال السلوكي: يظهر من خلال مايلي:

أ) التنادر الكتاتوني:يضم مجموعة من الأعراض الحركية:

- السلبية النفسو– حركية: تظهر من خلال رفض الغذاء، معارضة، رفض مد اليد، بكم.
- التخشب La catalepsie: تتمثل بفقدان المبادرة الحركية، المحافظة على وضعية واحدة للجسم لعدة ساعات.
- تشوه التعبيرات La parakinésie: وهي تعبيرات إيمائية أو حركية تعوض أو تشوه التعبيرات العادية، أي هي حركات لا إرادية تتطفل على النشاط الحركي الطبيعي.
- النمطية La stéréotypie: وهي سلوكات أو حركات ثابتة يرددها المريض كالاهتزازات ،ظاهرة الصدى écho مثل: صدى الأصوات l'écholalie، l'échopraxie بالنسبة للحركات و L'echomimie بالنسبة للإيماءات.
- L'apragmatisme فقد الإرادة (غياب النشاطات) أو نوبات من العدوانية، حالات من الغضب، حركات عدوانية اتجاه الذات أو اتجاه الآخرين.

ب) الغرابة: اتجاهات وحركات غير متلائمة، تصنع، مسلك تمثيلي شاذ.

[1] - Julien Daniel Guelfi.Patrice Boyer et d'autre, Psychiatrie, PUF fondamental, France,1996,p214

ج) تظاهرات تناقضية: خمول aboulie، فقد الإرادة، ابتسامات غير مبررة[1].

ليست كل هذه الأعراض موجودة عند كل الفصاميين، فكل مريض هو حالة منفردة، فيمكننا إيجاد اختلاف كبيرة بينهم، فبعضهم تكون لديهم هيمنة اضطرابات مجال التفكير، والبعض الآخر في المجال العاطفي.

8- الأشكال العيادية للفصام:

8-1- تصنيف الفصام حسب DSM IV:

أشكال الفصام تعرف من خلال الأعراض السائدة أثناء القيام بالفحص:

8-1-1- النمط الشبه زوراني type paranoïde :

هو نمط من الفصام والذي يستجيب للمعايير التالية:

أ) الانشغال بواحدة أو مجموعة من الأفكار الهذيانية أو بهلاوس سمعية متكررة.

ب) لا يوجد أي من التظاهرات الآتية في البداية:حديث غير منتظم، سلوكات غير منتظمة أو تخشبية، عاطفة سطحية أو غير ملائمة.

8-1-2- النمط غير المنظم type désorganisé :

نمط من الفصام يستجيب للمعايير التالية:

أ) كل التظاهرات الآتية تأتي في البداية:

(1) حديث غير منظم.

(2) سلوك غير منظم.

(3) عاطفة سطحية أو غير ملائمة.

[1] - Guy besançon, op.cit, p 179.

ب) لا يستجيب لمعايير النمط التخشبي ، وكان يعرف باسم فصام الخبل المبكر (Hébéphrénie) في التصنيف الكلاسيكي.

8-1-3- النمط التخشبي type catatonique :

ط من الفصام تهيمن عليه على الأقل اثنان من التظاهرات التالية:

(1) ثبات حركي يظهر من خلال جمود أ وذهول تخشبي.

(2) نشاط حركي مفرط (بدون هدف ولا يتأثر بمنبه خارجي).

(3) سلبية قصوى (مقاومة لا هدف منها ظاهريا لكل الأوامر، أو الاحتفاظ بوضعية صلبة ومعارضة كل المحاولات الموجهة لتغييرها)، أو بكم.

(4) غرابة في الحركات الإرادية وتظهر من خلال وضعيات تخشبية (الاحتفاظ الإرادي بوضعية غريبة أو غير ملائمة)، حركات نمطية، تصنعات ظاهرة أو إيماءات بارزة.

(5) صدى الأصوات أو صدى حركي.

8-1-4- النمط الغير مميز type indifférencie :

هذا النمط من الفصام يضم الأعراض التي تستجيب لمعايير أ ولكن لا تستجيب لمعايير النمط الزوراني، الغير منظم أو التخشبي.

8-1-5- النمط المتبقي type résiduel :

هذا نمط من الفصام يستجيب للمعايير التالية :

أ) غياب الأفكار الهذيانية البارزة، هلاوس، حديث غير منظم، سلوكات غير منتظمة أو تخشبية بشكل كبير.

ب) دوام العناصر المرضية كما يدل عليه وجود أعراض سلبية، أو عرضين أو أكثر من الأعراض المدرجة في المعيار أ من معايير الفصام والتي توجه بصورة خفيفة (مثلا: اعتقادات غريبة، إدراكات غير عادية).

وقد كان يعرف باسم الفصام البسيط في التصنيف الكلاسيكي[1].

8-2- وهناك أشكال أخرى من الفصام :

لم يتطرق إليها دليل التشخيص الأمريكي الرابع للاضطرابات النفسية والعقلية وهي:

8-2-1- الفصام الشبه عصابي Schizophrénie pseudo - névrotique:

- بدء الاضطراب يكون غالبا بمظهر عصابي وهذا ما يؤدي إلى صعوبة التشخيص.
- أعراض عصابية (خاصة رهابية، وسواسية، هستيرية) لا نموذجية، مع وجود أعراض تفككية وأفكار هذيانية :

– الرهاب يكون غالبا اجتماعي، مع انطواء وخوف هذياني من أن يكون ملاحظ أو أن يتم الكشف عن أفكاره.

– وساوس مع اجترار، وبدون مقاومة حقيقية للقلق.

– مظاهر هستيرية عادة صاخبة مع امكانية حالات ثانوية غسقية ووهمية

- اضطرابات عاطفية مهمة غالبا.
- تطور دوري مع نوبات تحتوي على عناصر ذهانية.

8-2-2- الفصام المزاجي Schizophrénie dysthymique:

- الشكل الدوري مرتبط بنوبات هذيانية حادة واضطرابات المزاج (سوداوية، هوسية أو مختلطة).

[1] - J.D. Guelfi, Op.cit, p 149 –151.

- وجود سوابق عائلية للفصام أو لاضطرابات المزاج.
- خطر الانتحار كبير طول مدة النوبات الاكتئابية أو الهذيانية الحادة.
- بين النوبات: تفكك خفي، شخصية قليلة الاضطراب.

8-2-3- الفصام الشبه– سيكوباتي أو Heboïdophrenie :

- اضطراب في السلوك من النمط: سلوكات مضادة للمجتمع، انحراف، اندفاعية مرتبطة ببرودة عاطفية.
- مظاهر نمطية غير متكيفة وغريبة للسلوكات المضادة للمجتمع[1].

9- **التشخيص حسب DSM IV** :

يتطلب تشخيص الفصام مجموعة من المعايير، وقد حددها دليل التشخيص الأمريكي الرابع للاضطرابات النفسية والعقلية على النحو التالي:

أ) الأعراض المميزة: يجب توفر على الأقل اثنان (أو أكثر) من هذه التظاهرات، كل واحدة منها تدوم لفترة معتبرة من الوقت وذلك خلال شهر على الأقل (او اقل عندما تستجيب بطريقة ملائمة للعلاج).

(1) أفكار هذيانية.

(2) هلاوس.

(3) حديث غير منظم " de coq a l'âne ".

(4) سلوك غير منظم أو تخشبي بشكل كبير.

(5) أعراض سلبية مثلا: الامتصاص العاطفي، ندرة الكلام (alogie) أو فقد الإرادة.

[1] - I.Gasman, J.Fallilaire et d'autre,op.cit, p 296 – 297.

ملاحظة:

يلزم وجود عرض واحد فقط من المعيار أ إذا كانت هناك غرابة في الأفكار الهذيانية أو إذا تكونت الهلاوس من أصوات تعلق باستمرار على سلوكات وأفكار الشخص، أو إذا كانت تتواجد في الهلاوس عدة أصوات تتداخل في بينها.

ب) خلل في الأداء الوظيفي الاجتماعي: أثناء فترة مهمة من الوقت مند ظهور الاضطرابات، واحدة أو مجـ عة من المجالات العظمى للنشاط مثل العمل، العلاقات الشخصية أو الاهتمام الشخصي هي منخفضة إذا ما قورنت بمستوى الفرد قبل ظهور الاضطراب ، أو في حالة ما إذا ظهر الاضطراب في المراهقة أو الطفولة عدم القدرة على الوصول إلى المستوى المنتظر منه أثناء القيام بالنشاطات الشخصية، المدرسية أو في النشاطات الأخرى.

ج) المدة : علامات الاضطراب تستمر لمدة 6 أشهر على الأقل، هذه المدة يجب أن تضم أعراض تدوم على الأقل لمدة شهر (إلا إذا استجابت بطريقة جيدة للعلاج)والتي تستجيب لمعايير أ (أي أعراض المرحلة النشطة) مع أو بدون أعراض تمهيدية أو متبقية.

د) استبعاد الاضطراب الفصامي– الوجداني والاضطراب المزاجي: اضطراب الفصام الوجداني واضطرابات المزاج بمميزات ذهانية ثم إلغاؤها وذلك إما بسبب:

(1) غياب أي نوبة اكتئابية عظمى، هوسية أو مختلطة في نفس الوقت مع أعراض المرحلة النشطة، أو (2) إذا وجدت مرحلة مزاجية أثناء وجود أعراض المرحلة النشطة فإن مدتها تكون قصيرة مقارنة مع زمن المرحلة النشطة أو المتبقية.

ه) استبعاد أي مرض طبي عام/ناتج عن أي مادة: الاضطراب لا يكون ناتج عن الآثار الفيزيولوجية لأي مادة (أي إساءة استخدام مخدر، دواء)، أو عن إصابة طبية عامة.

و) علاقة باضطراب كاسح للنمو: في حالة سوابق لاضطرابات توحدية أو اضطراب آخر كاسح للنمو؛ فإن التشخيص الإضافي للفصام لا يكون إلا في حالة وجود أفكار هذيانية أو هلاوس لمدة شهر على الأقل (أو أقل إذا استجابت بنجاح للعلاج) [1].

10- **التشخيص الفارقي**:

ويقصد به التمييز بين مرضين متماثلين باكتشاف العرض الذي يتسم به أحدهما أكثر من الآخر.

أ) **بالنسبة للفصام الشبه زوراني**:

- هجمة هذيانية حادة.
- التنادر الخلطي.
- الهذيان الزوراني.
- الذهان الهلسي المزمن.
- برافينيا.

ب) **بالنسبة للفصام المزاجي**:

- نوبات مختلطة.
- نوبات اكتئابية صريحة.
- نوبات هوسية.

ج) **بالنسبة للفصام الشبه – عصابي**:

- العصاب الوسواسي.
- العصاب الهستيري.

[1] - J.D. Guelfi,op.cit, p 147 – 148.

- العصاب الرهابي.
- عصاب القلق[1].

د) **بالنسبة للفصام المتبقي (البسيط)**:

- البدء المخادع للمرض.
- شخصية فصامية.

ه) **بالنسبة للفصام الشبه سيكوباتي**:

- شخصية سيكوباتية.
- سلوكات مضطربة.

و) **إصابات عضوية**:

- الصرع الصدغي.
- ورم جبهي، صدغي
- زهري عصبي neurosyphilis
- سيدا sida
- مرض Wilson
- Chorée de Huntington[2]

11- **التطور والمآل**:

نجد عدة مظاهر للتطور:

- نوبة بسيطة.

[1] - L Karila, V.boss et d'autre, op.cit, p 116.

[2] - I.Gasman, J.Fallilaire et d'autre, op.cit, p 295 -296

– نوبة قصورية أو هذيانية تتخللها مراحل من السكون.

– مراحل متبقية.

– مقاومة للأدوية: نجد فشل لثلاث أدوية مثبطة على الأقل تنتمي لعائلتين مختلفتين، مع إعطاء جرعات فعالة لمدة 6 أسابيع على الأقل بدون أي تحسن إكلينيكي.

- الانتكاسة ومميزات المرض خلال السنوات الخمس الأولى هي غالبا شبه معاودة أثناء تطور المرض، وكل انتكاسة هي عامة متبوعة بتعقيد الوظائف الأساسية للحالة :

– تخفيف الأعراض الإيجابية مع الوقت.

– تعقيد الأعراض السلبية.

– ونلاحظ: – اندماج اجتماعي في 20 إلى 30% من الحالات.

– إعاقة دائمة في 40 إلى 60% من الحالات.

- السنوات الست الأولى للمرض هي مرحلة يظهر فيها خطر كبير للانتحار

– 10% من حالات الانتحار

– 20 إلى 40% من محاولات الانتحار.

- التطور يمكن أن يكون أيضا نحو اكتئاب بعد ذهاني – dépression post psychotique[1]

11-1- **عوامل التنبؤ الجيد** :

– بدء متأخر.

– العوامل المفجرة للمرض ظاهرة.

– بدء حاد.

[1] - L Karila, V.boss et d'autre, Op.cit, p 117.

- ن التكيف الجيد في المرحلة ما قبل المرضية في المجال الاجتماعي، المهني والجنسي.
- أعراض مزاجية وخاصة اكتئابية.
- سوابق عائلية تعاني من اضطرابات المزاج.
- تكفل جيد.
- أعراض إيجابية.

11-2- **عوامل التنبؤ السيئ**:

- بدء مبكر.
- غياب العوامل المفجرة.
- بدء مخادع
- سوابق من التكيف السيئ في المرحلة ما قبل المرضية في المجال الاجتماعي المهني والجنسي
- سلوكات العزلة أو التوحد
- أعزب مطلق أو أرمل
- سوابق عائلية تعاني من الفصام
- أعراض سلبية
- تكفل سيء
- غياب مرحلة السكون أثناء السنوات الثلاث الأولى وانتكاسات عديدة[1].

12- **علاج الفصام**:

[1] - I.Gasman, J.Fallilaire et d'autre, Op.cit, p 298

التكفل العلاجي للفصام هو متعدد الاختصاصات، ويتطلب عمل جماعي، مختلف المراكز المتدخلة هي المراكز الاستشفائية، المراكز الخارج استشفائية:

- المراكز الطبية النفسية (CMP)
- مراكز الاستقبال العلاجي لوقت خاص (CATTP)
- مركز المساعدة من خلال العمل (CAT)
- أطباء عقليين، نفسيين، وممرضين يتدخلون في حالة الاستشفاء في التنقل وأثناء الفحوصات المنزلية.
- مختلف التنظيمات الاجتماعية: المساعدين الاجتماعيين، الطبيب المعالج، المحيط العائلي والودي يلعب دورا مهما في العلاج[1].

12-1- **الاستشفاء:**

أ) الاستشفاء الأولي حر وأحيانا عن طلب من أشخاص أو من مصلحة وهو مهم من أجل:

- القيام بالتشخيص
- القيام بالفحوصات الطبية لإقصاء الأسباب العضوية.
- تقديم العلاج الدوائي المناسب المضاد للذهان

ب) الاستشفاء يكون في الحالات التالية:

- قلق مهم
- خطر الانتحار
- اشتداد الهذيان

[1] - L Karila, V.boss et d'autre, Op.cit, p 117.

- اشتداد الأعراض السلبية
- اشتداد التنادر التفككي
- خطر المرور للفعل (عدوانية نحو الذات أو نحو الآخرين) [1].

12-2- **العلاج الكيميائي**:

ويكون بـ:

12-2-1- المثبطات العصبية اللانموذجية (الجيل 2):

ويجب أن توصف في التدخل الأول (خاصة عند المراهق):

- لديهم فعالية على الأعراض الإيجابية إذا ما قورنت بالمثبطات العصبية الكلاسيكية.
- هم أكثر فعالية على الأعراض السلبية.
- ليس لديها الكثير من الأعراض الثانوية الخارج هرمية، وأكثرها استعمالا:

(Solian) Amisulpride

(Zyprexa) Olanzapine

(Risperdal) Risperidone

12-2-2 المثبطات العصبية الكلاسيكية:

تتواجد تحت شكل أدوية ويكون تناولها عن طريق الفم أو عن طريق الحقن العضلي(intramusculaire)، أهمها : Haldopéridol (Haldol).

12-2-3- العلاج بالمهدئات:

[1] - Farid Kacha,Op.cit, p 177 - 178

تعتبر Benzodiazpines ذات فائدة في حالات القلق الكبير:

(Valium) Diazepam

(Temesta) Lorazepam

(Rivotril) Clomazepam.

ويمكن أيضا تقديم مثبطات عصبية مهدئة في حالة الهيجان الكبير

(Largactil) Clorpromazine

(Nozinan) Lévomépromazine

12-2-4- المثبطات العصبية ذات المفعول المطول:

قد تحدث انتكاسات عديدة عند بعض المرضى، وذلك بسبب رفضهم وامتناعهم عن تناول الدواء، فقد يلجأ الأطباء إلى إعطاء مثبطات عصبية مطولة المفعول يدوم مفعولها في أقصى حد إلى أربع أسابيع Haldopéridol (Haldol decanoas) ، Pipotiazine (Pipotil L4).

12-3- **العلاج بالصدمات الكهربائية Eléctro convulsivotherapie** :

تتمثل هذه الطريقة من خلال تمرير تيار كهربائي محدد الشدة عبر رأس المريض، تتراوح قوة التيار ما بين 70 إلى 130 درجة في مدة ما بين عشر ثانية إلى نصف ثانية ويكون معدل الصدمة ما بين 8-12.

هذه التوصيات هي خاصة فقد تتطلب20 حصة تتراوح من 2 إلى 3 حصص في الأسبوع، ومن 3 إلى 4 حصص بعد زوال الأعراض تستعمل في الحالات التالية:

- تخشب كبير لا ينخفض حتى بعد استعمال العلاج الكيميائي.
- خطر الانتحار.

– اضطراب حاد في المزاج.

– عند الأشخاص الذين لديهم مقاومة للمثبطات العصبية[1].

12-4- **العلاج النفسي:**

حيث يعتبر هذا العلاج فعال باستخدام طرق نفسية و حسب G. Postal 1993:

هو استعمال الطرق النفسية لمعالجة مرض عقلي أو عدم تكيف أو اضطراب نفسي حركي.

ويقوم هذا العلاج بمساعدة الفصامي على إعادة التكيف والاندماج من خلال تطبيق برنامج علاجي، وقد أنجز بعض المعالجين بعض النجاح في هذا النوع من العلاج مع مرضى الفصام، وكان طويلا امتد من ثلاث إلى خمس سنوات.

وما يجدر الإشارة إليه هو أن العلاج النفسي يمكن تطبيقه من خلال استخدام عدة طرق مختلفة.

- العلاج الفردي: الذي يهدف إلى تنمية الجزء السليم من الشخصية وإعادة تنظيمها والاهتمام بإزالة أسباب المرض وشرحها وتفسيرها وإشباع حاجات المريض وتخفيض القلق وإعادة ثقته بنفسه.

- العلاج النفسي الجماعي: مع الاهتمام بأفراد الأسرة والأقارب لمساعدة المريض، ويفيد التحليل النفسي في حالات قليلة جدا مع التركيز على محاولة إصلاح ضعف الأنا ويهدف إلى تحقيق التوافق النفسي الاجتماعي[2].

- العلاج المعرفي: وهو عبارة عن طريقة علاجية فعالة محدودة ومنظمة تقوم على تعليم ريض كيفية تهيئته لمختلف الاستجابات أمام المشكل ثم يختار الأكثر تناسبا مع الموقف

[1] - I.Gasman, J.Fallilaire et d'autre, Op.cit, p 298-300.

[2] – حامد عبد السلام زهران، الصحة النفسية والعلاج النفسي، الطبعة 3، عالم الكتب، القاهرة، 1997، ص542

ويتم استخدام برنامج علاجي لمعالجة الوظائف المعرفية المضطربة وتعلم التنسيق والربط بين المعلومات[1].

[1] – إجلال محمد سرى، علم النفس العلاجي، الطبعة1، عالم الكتب للنشر، 1990م، ص 131 -133

خلاصة:

كخلاصة لما ذكر في هذا الفصل؛ يمكننا اعتبار مرض الفصام من الأمراض العقلية الأكثر خطورة والأكثر انتشارا، وذلك بسبب تنادراته التفككية سواء في مجال الفكر أم في مجال العاطفي والسلوكي، وكذا بسبب هذياناته متنوعة المواضيع والغير منتظمة.

ويجدر الإشارة إلى أن الفصام يمس كل الطبقات الاجتماعية، كما ويمس كلا الجنسين،و بالرغم من انتشاره الكبير الذي يبلغ 1% من مجموع السكان إلا أن أهم أسبابه تبقى غير معروفة باستثناء بعض العوامل الوراثية، الوبائية، النفسية و الاجتماعية.

كما وقد تطرقنا في هذا الفصل إلى كلا أشكال البدء: التدريجي منها والمفاجئ، بالإضافة إلى مختلف الأشكال العيادية التي تضمنها DSM IV ومن بينها: النمط الشبه زوراني، الغير منظم والتخشبي.

وللقدرة على تشخيص الفصام اعتمدنا على دليل التشخيص الأمريكي الرابع للأمراض العقلية والنفسية والذي يضم مجموعة من المعايير وكذا المدة التي يجب أن تستمر لمدة 6 أشهر على الأقل وذلك لإعطاء هذا النوع من التشخيص، كما وقد أشرنا إلى مختلف الأمراض التي يجب تفريقها وتمييزها عن مرض الفصام.

وفي الأخير أشرنا الى تطور هذا النوع من الذهانات ومختلف العوامل التي تشير إلى التنبؤ السيئ أو الحسن لهذا الاضطراب.

وبما أن هذا المرض أثار اهتمام العديد من الباحثين فقد تطرقنا إلى مختلف الطرق العلاجية التي تساعدنا على السيطرة والتحكم في تطوره.

الفصل الثالث : الذاكرة.

تمهيد.

1- تعريف الذاكرة.

2- صور التذكّر.

3- الأسس الفيسيولوجية للذاكرة.

4- أنواع الذاكرة.

5- اضطرابات الذاكرة.

خلاصة.

تمهيد :

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

وأمّا البحوث المختلفة الّتي أبدت اهتمامها المتفاوت بمسألة البنية والعملية ، فقد كشفت عن جوانب أخرى للذاكرة أثرت معلوماتنا بشكل أفضل ، حيث بيّنت البحوث المهتمة بطبيعة المكونات البنائية للذاكرة مدى تميز وتنوع هذه الأبنية ، يظهر ذلك من خلال نموذج Baddeley للذاكرة العاملة ونموذج Squire للذاكرة طويلة المدى، ونموذج Tulving تولفينج الذي فتح الباب أمام الباحثين لاكتشاف أنواع مختلفة وعديدة للذاكرة ، لعلّ أحدثها الذاكرة الضمنية ، أمّا الأبحاث المهتمة بالجانب بالعملياتي للذاكرة فقد لفتت الانتباه إلى علميات المعالجة ومستوياتها وأثر ذلك على الآخرين والأداء المعرفي بصفة عامة.

إنّ الفصل الحالي يهدف إلى استعراض كل هذه المناقشات الّتي تراكمت حول الذاكرة بمختلف أنواعها ونماذجها.

1- تعاريف الذاكرة :

تكتسي الذاكرة أهمية بالغة باعتبارها واحدة من العمليات العقلية المحيّرة لدى الإنسان ، إذ لا يمكن تصور الحياة والقيام بأعبائها دون ذاكرة.

ونظرا لأهميتها اتجه العلماء للبحث في طبيعة الذاكرة ، وقد برزت نتيجة ذلك عدّة تعاريف للذاكرة ممّا يشير إلى صعوبة الاتفاق على تعريف هذا المفهوم باعتباره عملية معرفية معقدة ترتبط بعمليات أخرى مثل الانتباه والإدراك والتخزين والمعالجة والاستجابة.

أ) **تعريف الزراد 2002** :

"الذاكرة هي الوظيفة العقلية العليا الّتي يتمكن الإنسان بواسطتها حفظ نتائج وآثار تفاعله مع العالم الخارجي في سياق حياته اليومية ، منذ لحظة ولادته وحتى مفارقته الحياة. ا أنّها مجموعة الخبرات الشخصية ، كما هي مسجلة في دماغ الإنسان ، وإنّها الدوام النسبي لآثار الخبرة المكتسبة"[1].

يتسم هذا التعريف بالعمومية ، ولا يمدّنا بتفصيلات عن المراحل النوعية الّتي تتميز ا الذاكرة ، كما لا يشير هذا التعريف إلى أي من البناء أو العمليات والتي تعتبر مفاهيم أساسية تتضح من خلالها طبيعة الذاكرة ، والنظريات المتعلقة بالذاكرة بصفة عامة ، خاصة الّتي تنتمي إلى علم النفس المعرفي تأخذ في الحسبان أحد المظهرين التاليين بُنى الذاكرة وعمليات المعالجة المرتبطة بها مع تركيز بعض النظريات على أحد هذين الجانبين: البنية أو العملية.

ب) **تعريف إيزينك وكيين Eysenck et Keane 2005** :

نجد هذين الباحثين يدققان في وصف مراحل الذاكرة وربطها بالتعلم بقولهما : "التعلم والذاكرة يتضمنان سلسلة من المراحل ، العمليات الّتي تظهر أثناء عرض مواد التعلم تعرف بالترميز ، فإنّ بعض المعلومات تختزن داخل نظام الذاكرة والتخزين هو المرحلة الثانية ، أمّا المرحلة الثالثة والأخيرة فهي الاسترجاع وتتضمن استعادة المعلومات المخزنة في الذاكرة[2].

ج) **تعريف المليجي 2004** :

[1] – خير الزراد ، فيصل محمد ، الذاكرة ، قياسها اضطراباتها ، دار المريخ للنشر ، الرياض ، 2002 ، ص 17.

[2] - Eysenck , Keane, cognitive psychology, Ithed, psychology, CTD, Nework, 2005, p 189.

ب المليجي إلى تعريف الذاكرة على أنّها : "العملية الّتي تتضمن اكتساب المعلومات والاحتفاظ بها وما يعقب ذلك من استدعاء أو استرجاع وتعرّف ، كأن الذاكرة تشمل بعض عمليات سابقة وهي التعلم يشمل الاكتساب (أو التحصيل) والوعي (أو الاحتفاظ) وعمليات عقلية لاحقة أو راهنة هي التذكر بصوره المختلفة كالاسترجاع والتعرف وغيرها[1].

د) **تعريف العتوم 2004** :

يؤكد العتوم على أنّ البحث في الذاكرة يتضمن : "الدراسة العلمية لعمليات استقبال المعلومات وترميزها وخزنها ، واستعادها وقت الحاجة".

هذا التعريف يشبه تعريف أندرسون Anderson 1995 ، الذي يذهب فيه إلى أنّ دراسة الذاكرة هي دراسة عمليات استقبال علومات والاحتفاظ بها واستدعائها عند الحاجة[2].

يلاحظ أنّ التعاريف الأخيرة تقدّم تفاصيل أكثر عن الذاكرة باعتبارها نظاما لمعالجة المعلومات بثلاث مراحل أساسية هي : الاكتساب والترميز ثمّ التخزين ، والاحتفاظ وأخيرا التذكر.

2- **صور التذكر** :

التذكر باعتباره مر نهائية في نظام الذاكرة يمكن أن يأخذ صورا عديدة يتمّ ضبطها والتحكم فيها ، ومن صور التذكر ما يلي :

2-1- **التعرف** :

[1] – المليجي حلمي ، علم النفس المعرفي، دار النهضة العربية ، بيروت ، 2004 ، ص 225.

[2] – العتوم عدنان يوسف ، علم النفس المعرفي ، النظرية والتطبيق ، دار المسيرة للنشر والتوزيع ، عمان ، 2004 ، ص 118.

وهو أبسط أنواع أو صور التذكر ، وهو تذكر الشيء حينما يكون ماثلا أمام الحواس ، فقد ننسى وجود بعض الأشخاص ولكن بمجرد مثولها أمام حواسنا نتعرّف عليها ، كأن نتعرّف على أصدقاء المدرسة القدامى ، أو كما يتعرف الشاهد على مرتكب الجريمة. وباختصار نحن نتعرّف على نماذج مادية سجلت سابقا على أعضاء الاستقبال[1].

ويمكن قياس التعرف من خلال العلاقة التالية[2] :

$$\text{نسبة التعرف} = \frac{\text{عدد الإجابات الصحيحة} - \text{عدد الإجابات الخاطئة}}{\text{عدد الإجابات}}$$

2-2- **الاسترجاع** :

ويتمثل الاسترجاع في تذكر الإحداث والخبرات الّتي تعلمها الفرد في السابق ، حيث يتمّ ذلك دون الحاجة إلى وجود المثيرات أو المواقف الّتي أدّت إلى حدوث التعلم. والتخزين الاسترجاع هو بحث عن المعلومات في خزانات الذاكرة واستعادتها على شكل استجابة ظاهرية ، لذلك فإنّ البحث عن المعلومات في الذاكرة الحسية أو القصيرة (العاملة) غالبا ما يكون أسهل من الذاكرة الطويلة ، لأنّ المعلومات من النوع الأوّل تكون أقل عددا ويخزن لفترة زمنية محدودة ، ممّا يعني صعوبة أكبر في الاستدعاء ، لأنّ الاسترجاع يتطلب التحقق من كمّ هائل من المعلومات والتأكد من وجود المعلومات أوّلا، ثمّ فحص المعلومات المتوفرة من أجل إعادة تفسيرها والتحقق من خصائصها من حيث المحتوى والزمان والمكان والحجم[3].

[1] – المليجي حلمي ، المرجع السابق ، ص 226.

[2] – العتوم عدنان يوسف ، المرجع السابق ، ص 120.

[3] – العتوم عدنان يوسف ، المرجع السابق ، ص 121.

2-3- **الاحتفاظ** :

الاحتفاظ أو كما يسمى إعادة التعلم أو درجة الوفر ، يشير إلى أنّ المعلومات الّتي تعلّمها الفرد في الماضي تصبح قابلة للنسيان بعد فترة من الزمن ، وخصوصا مع غياب التدريب والتعزيز ، ومع ذلك فإنّ هذا الانخفاض في الذاكرة لا يعني أنّ المعلومات قد تمّ نسيانها بالكامل من الذاكرة ، حتّى وإن عجز الفرد عن تذكرها أو التعرف عليها ، ولذلك فإنّ إعادة التعلم بعد فترة من الزمن تستغرق وقتا وجهدا أقل ممّا استغرقه التعلم في المرة الأولى ممّا يشير إلى وفر في التعلم والذاكرة ، يتوقع أن ينعكس بانخفاض كمية الجهد والوقت اللازم للتعلم اللاحق ، ويمكن قياس نسبة الاحتفاظ (الوفر) من خلال العلاقة التالية :

$$\text{نسبة الاحتفاظ (الوفر)} = \frac{\text{الزمن اللازم للتعلم الأوّل} - \text{الزمن اللازم للتعلم الثاني}}{\text{الزمن اللازم للتعلم}} \times 100$$

والجدير بالذكر هنا أنّ العالم أبنجهاوس Ebbinghaws 1885 هو أوّل من استخدم أسلوب قياس درجة أو نسبة الوفر[1].

2-4- **الأداء** :

يمثل الأداء صورة أخرى لتذكر العادات والمهارات الّتي تعلّمها الفرد بشكل جيد في السابق حتّى أصبحت آلية ، ويتضح من الصور العديدة السابقة الذكر أنّ التفكير قد يكون بصريا ، أو سمعيا أو حركيا ، وأنّه مهما اختلفت صوره تجد دائما اكتساب ما يرتبط بكل صورة فيها سواء تعرفنا أو استدعينا أو استرجعنا أو أدينا[2].

3- **الأسس الفيسيولوجية للذاكرة**:

[1] – العتوم عدنان يوسف ، المرجع السابق ، ص 122.

[2] – المليجي حلمي ، المرجع السابق ، ص 227.

إن الفرد يملك مجموعة من المعارف والمعلومات المتعلمة والمكتسبة، وهذه المعارف تخزن في الذاكرة لكي يسترجعها الفرد عند الحاجة إليها، فأين تخزن هذه الذكريات وتسترجع؟ بحوث مكثفة جرت في هذا الميدان وبينت أن مناطق مختلفة تتشارك وتتعاون في خزن المعلومات وهي الجهاز الطرفي أو اللمبي الذي بدوره يتكون من مجموعة من التلافيف المخية التي تقع في السطح الداخلي للفص الصدغي وتتكون من:

3-1- **قرن آمون (حصان البحر)** :

وهو يعد أداة لنقل المعلومات من الذاكرة قصيرة المدى إلى الذاكرة طويلة المدى. وما يدل على ذلك أن الناس الذين يعانون من تلف في قرن آمون، يمكن أن يتذكروا الحوادث اللحظية أي ما يحدث للتو (ما يصل للذاكرة قصيرة المدى)، ولكن عليهم أن يكتبوا كل شيء ليتذكروه تعويضا عن الذاكرة طويلة المدى[1].

كما يلعب دورا في الوظائف التنفيذية للحركات الإرادية، وفي تحليل واستخدام المعلومات المكانية ،من خلال علاقته بالتكوين الشبكي، ويلعب حصان البحر دورا هاما في درجة انتباه الفرد ويقتضيه، كما أن له دور أساسي في الانفعال والقلق، بالإضافة إلى أنه يعطى إشارات إسترخائية للهيبوثلاموس الذي يوجه الأوامر للجهاز العصبي الذاتي ليعطي الاستجابة الانفعالية التي تتناسب وحاجة الجسم عند تعرض الفرد للخطر أو المواقف التي تهدد كيانه وتكامله[2].

3-2- **الحاجز Septum** :

[1] – محمد زيعور، حقول علم النفس الفيزيولوجي، دار الفكر العربي،الطبعة1، بيروت، 2006، ص445.

[2] – خليل إبراهيم البياتي، علم النفس الفيزيولوجي، دار وائل للطباعة و النشر، الطبعة1، عمان، 2004، ص314.

ويتكون هذا الجزء من مجموعة من الأنوية العصبية على السطح الداخلي للفص الصدغي، فهو أصغر من حصان البحر، إنه يتحكم في وظائف النوم، وفي تنظيم العمليات المكانية، وفي الذاكرة خاصة العاملة، وفي الوظائف لانفعالية خاصة السلوك العدواني.

3-3- **اللوزة Amygdale**:

وهو اسم يطلق على النواة اللوزية التي تتكون من مجموعة الخلايا العصبية الموجودة في الفص الداخلي للفص الصدغي، واللوزة لها ارتباطات واسعة مع كل مناطق القشرة الحسية، وكذلك مع التلاموس، ومراكز لاستجابات في الهيبوثلاموس، وهو مسؤول عن ربط أنواع الذاكرة التي تشكلت من مختلف الأحاسيس، كما تربطها بحالات انفعالية – عاطفية تكونت أو تولدت في الهيبوثلاموس[1].

إن اللوزة تجمع خبراتنا السابقة لكي نستخدمها في الحكم على الأشياء المرئية،هل هي قابلة للأكل أم لا؟ وقد أدت إصابة اللوزة تجريبيا لدى القردة إلى التعامل مع حبة البندق والطلق الناري (يشبه حبة البندق من حيث الشكل) لمى أنهما قابلان للأكل، وتؤدي إصابة اللوزة إلى استجابات فمية قهرية تتمثل في وضع كل الأشياء في الفم بشكل قهري، وظهور حالات الخوف بلا مبرر، مع تزايد السلوك الجنسي.

4-3- **الحقفة L’incus** :

ويلعب هذا الجزء دورا هاما في عمليتي الشم والتذوق، وتؤدي إصابته إلى ما يسمى بالنوبات الصرعية المحقوفة، وهي نوبات لا يفقد فيها المريض الوعي تماما ولكن يكون في حالة حلمية أو شبيهة بالحلم، وهي إحدى العلامات المميزة لصرع الفص الصدغي، كما

[1] – كامل محمد عويضة، علم النفس الاجتماعي، دار الكتب العلمية،الطبعة 1،بيروت ، 1996 ، ص9-10

يسبقها أحيانا هلاوس شمية أو تذوقية، كأن يشعر المريض بوجود رائحة كريهة في فمه، فيقوم بعملية بزق دون سبب موضوعي، كما يصاحب هذه الحالة إرتعاشات[1].

4- أنواع الذاكرة :

4-1- الذاكرة الحسية:

نحن نستقبل الاستثارات أو المثيرات من البيئة التي تنشط أو تستثير مستقبلاتنا أو حواسنا وتتحول إلى معلومات أو استثارات عصبية، هذه المعلومات تستقبل وتمر عبر تكوينات أو تراكيب تسمى السجلات الحسية التي تستمر للحظة قصيرة للغاية (بعض عشرات المللي ثانية).

تسمية هذه السجلات الحسية يختلف حسب صنف المثير: عندما يكون المثير بصري، نحن نتحدث عن الذاكرة البصرية، وعندما يكون المثير سمعي فإننا نتكلم عن الذاكرة السمعية.

الفرد يستغرق في استخلاص معنى المعلومات التي تستقبلها الحواس من المثيرات الخارجية فترة زمنية أطول من الفترة الزمنية التي يستغرقها ظهور المثير أو الموضوع المرئي أمامه، مما يجعل نظام تخزين المعلومات الحسي يؤدي دورا هاما بالنسبة لعمليات الإدراك والتعرف لكي نتعامل مع المعلومات الواردة إليها من هذا النظام. فبعد تحول المثيرات إلى مدخلات بصرية مختزنة لفترة لا تتعدى عدة أشعار من الثانية،يصبح بالإمكان بعد ذلك أن يتعامل الفرد مع هذ المعلومات الحسية التي اختزنها ويستمر هذا التعامل بفترة زمنية عادة ما تكون أطول من الفترة الزمنية التي يستغرقها ظهور المثير نفسه[2].

[1] – الزيات فتحي مصطفى ، الأسس المعرفية للتكوين العقلي وتجهيز المعلومات، دار النشر للجامعات،الطبعة 2،القاهرة،2005،ص318

[2] – أنور محمد الشرقاوي، علم النفس المعرفي المعاصر، مكتبة الانجلو مصرية، الطبعة 2، القاهرة، 2003 ، ص170

ويمكن القول بأن أهم وظيفة لهذا القسم من الذاكرة هي إدخال المعلومات للذاكرة، وتعتبر هذه الوظيفة أول مرحلة في التعلم، فلولاه لما خزن الإنسان أية معلومات في الذاكرة، فالطالب لا يستطيع تفسير مفهوم ما إن لم يكن هذا المفهوم موجود في ذاكرته أصلا.

ومن أهم خصائص هذه الذاكرة:

- سعتها للمعلومات غير محدودة.
- دقتها في طبع المعلومات الداخلة إليها.
- مدة الاحتفاظ بالمعلومات قصيرة جدا.
- تخزن المعلومات على شكل تخيلات حسية[1].

ولضمان بقاء تلك المعلومات الآتية من الحواس الخمس وانتقالها للذاكرة قصيرة المدى، يجب توفر عاملين مهمين:

– الانتباه عن طريق التركيز على مثير معين نتيجة عملية الانتقاء.

– الإدراك عن طريق إعطاء تفسيرات للمعلومات الداخلية.

4-2- الذاكرة قصيرة المدى / الذاكرة العاملة:

تطور مفهوم الذاكرة قصيرة المدى كثيرا خلال 20 سنة الأخيرة، بصفة عامة تعتبر الذاكرة قصيرة المدى ذلك الجزء الذي يحول عددا محدودا من المعلومات التي دخلت عن طريق الحواس الخمس، ويخزنها على شكل أنماط يمكن إدراكها وتمييزها إما بصريا أو رمزيا، فهي المرحلة الثانية من عملية خزن المعلومات التي يقوم فيها الفرد بنقل البعض من هذه لمعلومات المجمعة عن طريق الحواس إلى الذاكرة قصيرة المدى، والاحتفاظ بها لفترة قصيرة من الزمن، وذلك لتحقيق هدف ما بشكل مؤقت (20 ثانية).

[1] – أفنان نظير دروزة، أساسيات في علم النفس التربوي، دار الشروق للنشر و التوزيع ، الطبعة1، الأردن، 2004، ص 63.

إن حجم المعلومات التي يستطيع الفرد إدخالها إلى هذه الذاكرة محدودة، تتراوح من 7 (±2) وحدة، وقد تتألف هذه الوحدات من كلمات أو حروف أو رسوم أو أشكال[1].

وعدد هذه الوحدات يتفاوت بتفاوت العمر الزمني وتقدر بـ 3 وحدات عند طفل عمره 3 سنوات، وخمس إلى تسع وحدات للكبير الراشد، وهذا يعتمد على مستوى ذكائه. كما يجب الإشارة إلى أن هذا الجزء من الذاكرة يخزن المعلم مات بأنماط إدراكية: لفظية أو بصرية وتخيلات[2].

4-2-1- مختلف العمليات التي تعمل على إبقاء المعلومات في الذاكرة:

ومن أهم تلك العمليات نذكر:

أ) التكرار أو التسميع: وهي تعني إعادة تكرار العناصر أو المثيرات التي تعرض إليها الفرد عدة مرت وذلك للإبقاء عليها حية في الذاكرة[3].

ب) التجميع: بما أن سعة الذاكرة قصيرة المدى محدود، لا يتعدى 9 وحدات فإن الذاكرة تعتمد هنا على تجميع المعلومات التي تربط بينهما عناصر مشتركة في وحدة واحدة، وتترك ال لوحدة جديدة بالدخول، فمثلا: بدلا من حفظ رقم هاتف على شكل أعداد منفصلة 1-5-8-7-4-0، فمن السهل حفظه على شكل وحدتين (851)– (047) ، وهذا يسمح لـ4 وحدات جديدة بالدخول.

ج) التنظيم: قد يقوم الفرد بعملية عقلية للتقليص من محدودية هذا الجزء من هذه الذاكرة، إذ أنه في هذه الحالة يقوم بتنظيم المعلومات على أساس العناصر المشتركة التي تجمع بينها، ولعل الهدف من عمليتي التجميع والتنظيم هو وضع معلومات أكبر في حيز أصغر من الذاكرة بناءا على العلاقات المشتركة التي تجمع بينهما وبالتالي إتاحة المجال لتعلم عدد آخر

[1] - Christine-Vanessa, Cuevro-Lombard, Op.cit,p7.

[2] – أفنان نظير دروزة، المرجع السابق، ص66

[3] – أنور محمد الشرقاوي، المرجع السابق، ص176.

من المعلومات[1]. وكل هذه العمليات تسمح بمرور المعلومات المجمعة في الذاكرة قصيرة المدى إلى الذاكرة طويلة المدى.

4-2-2- نموذج Baddeley للذاكرة العاملة:

أبحاث كثيرة سمحت بإعادة التساؤل حول وظيفة ومحتوى الذاكرة قصيرة المدى ومن بينها أبحاث Baddeley وHitch اللذان أتيا بمفهوم الذاكرة العاملة سنة 1960، والتي تستعمل عامة في علم النفس المعرفي، حيث يعرفانها على أنها نظام من القدرات المحدودة الموجهة نحو الحفظ المؤقت، وكذا استعمال المعلومة خلال القيام بالأعمال المعرفية المختلفة الخاصة بالفهم، وبحل المشكلات أو التعلم[2].

اقترح هذان الاثنان نموذج للذاكرة العاملة 1974 ويعتبر النموذج الأقدم والأكثر شهرة خاصة في علم النفس المعرفي، نظرا لقدرته على شرح وظائف كثيرة الخاصة بالوظائف المعرفية العادية أو المرضية في مجالات مختلفة.

هذا النموذج طور بدءا من مفهوم أقدم والذي هو الذاكرة قصيرة المدى المفترض أنها تحتوي على نظام للتخزين المؤقت ذو قدرة محدودة.

نموذج الذاكرة العاملة ل Baddeley و Hitch في نسخته الأصلية يتكون من "مركز تنفيذي" أو "مسئول مركزي" ونظامين تحتيين تابعين هما: العقدة النطقية، وفضل تسميتها فيما بعد "العقدة الفونولوجية"والمخطط البصري– المكاني:

أ) العقدة الفونولوجية boucle phonologique: تشتمل على سجل فونولوجي يثبت التخزين المؤقت الذي فيه تتلاشي المعلومات السمعية في بعض الثواني، عندما لا تنعش عن طريق آلية التكرار أو التجميع النطقي[3].

[1] – أفنان نظير دروزة، المرجع السابق، ص69-70.

[2] - Christine-Vanessa, Cuevro-Lombard, Op.cit,p6.

[3] - Serge Nicolas,la psychologie cognitive, Armand Colin, Paris, 2003, p86-87.

ووظيفتها تتمثل في معالجة المواد اللفظية وهي تحتوي على مركبتين:

- وحدة التخزين النطقية unité de stockage phonologique

وظيفتها وهدفها معالجة المعلومات الآتية من اللغة، وتخزن المعلومة لمدة قصيرة ما بين 2-1,5 ثانية، لكننا إذا قمنا بتكرار شبه صوتي مثل كلمة "كتاب" في سكون أكثر من مرة في 2-1,5 ثانية، لكننا إذا قمنا بتكرار شبه صوتي مثل كلمة "كتاب" في سكون أكثر من مرة في أنفسنا فإن عملية المراقبة النطقية تسمح لها بالبقاء لفترة أطول.

- عملية المراقبة النطقية يمكن أن تحول أيضا اللغة المكتوبة إلى شفرة فونولوجية في وحدة التخزين النطقية، كما أن العقدة الفونولوجية تساعد على فهم اللغة واكتساب الكلمات وتعلم كيفية القراءة[1].

ب) المركز التنفيذي: يوصف مثل مركب للمراقبة، حيث يلعب وظائف متعددة وكما يعبر عنه اسمه، فهو يقرر أي من الأنظمة التابعة يجب عليه التدخل، إما السجل البصري المكاني أو العقدة الفونولوجية، ومن وظائفه:

– التنسيق بين الأنظمة التابعة.

– مراقبة إستراتيجيات الترميز والإسترجاع

– تسيير الإنتباه وتحويله حول الحاجة.

– التفعيل المؤقت للمعلومات في الذاكرة الدائمة فإنه يختار المعلومات الملائمة التي تنشطها.

– التنسيق بين عملين ينفذان في نفس الوقت[2].

[1] - Jean pierre Rossi, psychologie de la mémoire épisodique a la mémoire sémantique, Deboek et Laraier,1ére édition,Belgique, 2005,p27.
[2] - Serge Nicolas, Op.cit, p87-88.

– التنسيق بين العمليات المعرفية الحالية، كما يقوم بتجميع إجراءات المعالجة، و ينشط المحتويات الأساسية للقيام بالعمل، بالنسبة لإجراءات المعالجة، نذكر المهارات المعرفية (الإجراءات التي تسمح بالقراءة، الفهم، الحساب...) أو حركية (العمليات التي يجب أن نقوم بها من أجل إقلاع السيارة، تغيير العجلات...)، بالنسبة للمحتوى نذكر المعارف (ما أعرفه عن البركان، السيارة...)[1].

ويفترض أن عمل المسئول المركزي ، مرتبط بعمل الفصوص الجبهية وأي خلل في هذه الفصوص يؤثر على عمل المسئول المركزي[2].

ج) السجل البصري–المكاني: الذي يخزن بطريقة مؤقتة الصور البصرية–المكانية، ويهيؤها أثناء المعالجة. ركز Baddeley سنة 1993 على أهمية التصورات الذهنية وبيّن أن التصورات الذهنية تحتوي على مركبة بصرية وأخرى مكانية، المركبة المكانية تعالج المشاكل المرتبطة بالتموضع، أما المركبة البصرية فهي تتعلق بالجوانب الأخرى للصورة، ويمكن لكلا المركبتين أن يكونا مستقلين الوحدة عن الأخرى.

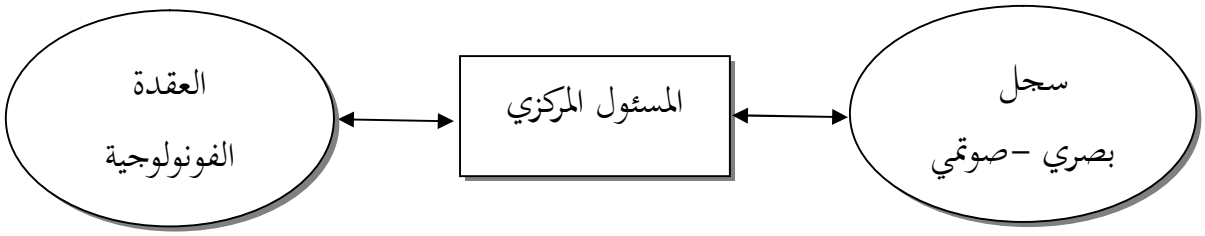
المعطيات المقدمة من طرف Brooks(1967)، Hitch و Baddeley(1974) ، Baddeley وLieberman(1980)، Logie و Marcheti(1991). الذين استعملوا النموذج المزدوج، الأعمال أثبتوا وجود المركبتين للسجل البصري–المكاني.

في الحقيقة، إذا كان السجل يحتوي على مركبة بصرية،فان كل عمل ثانوي بصري ستضطرب وظيفته،وإذا كان السجل يحتوي على مركبة مكانية فإن أي عمل ثانوي يحتاج لمعالجة مكانية،يؤدي إلى خلل في وظيفة المركبة المكانية الأساسية.

[1] - Jean pierre Rossi, Op.cit, p24.

[2]– فوقية عبد الفتاح، علم النفس المعرفي بين النظرية و التطبيق، دار الفكر العربي، القاهرة، 2005،ص61

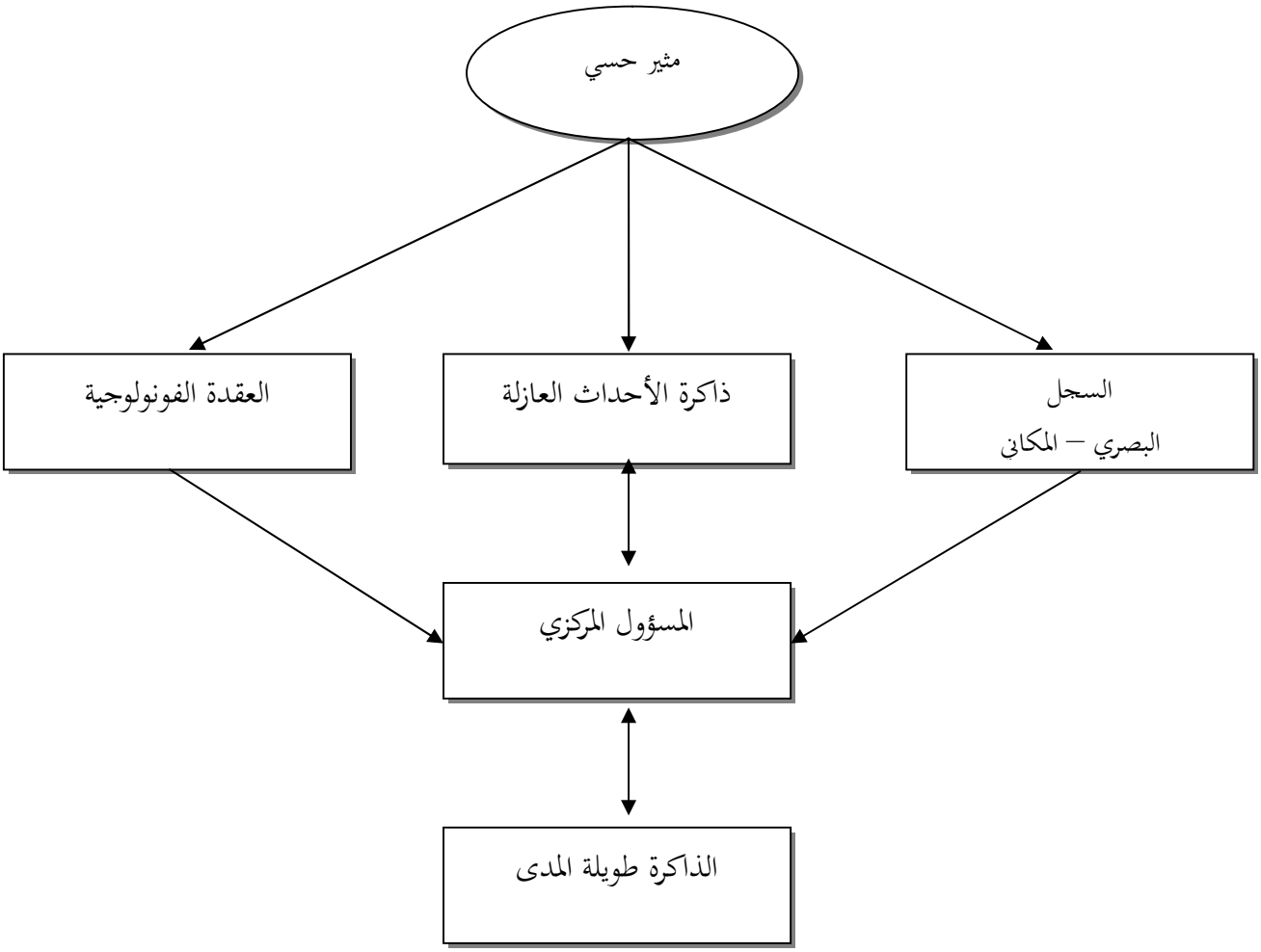
من خلال الملاحظات التي تمت من طرف Luzzati، Vecchi، Agazzi، Vergani و Biamchi Cesa (1998) على حالة أظهرت اضطرابات في التموضع المكاني أثبتت هذا الانفصال بين الصورة المكانية والصورة البصرية، حيث بينوا أن هذه الحالة كانت رة على تمثيل الأشياء التي رأتها، لكنها لا تستطيع استذكار وضعيتها، واستنتجوا من خلال هذه الملاحظات استقلالية الصورة البصرية بالنسبة للصورة المكانية[1].



الصورة (1): نموذج Baddeleyللذاكرة العاملة(1986) [2]

[1] - Jean Pierre Rossi, Op.cit,p28-29
[2] - Christine-Vanessa, Cuervo-Lombard, Op.cit,p6

وفي سنة 2000، طورBaddeley نموذج الذاكرة العاملة حيث أضاف عنصر جديد للنموذج الذي قدمه هو و Hitch سنة 1986، وذلك العنصر هو الذاكرة الحديثة (mémoire tampon-épisodique)



الصورة (2): نموذج Baddeley للذاكرة العاملة (2000).

د) ذاكرة الأحداث العازلة: وهي عبارة عن نظام للتخزين المؤقت، الذي يهيئ المعلومات الأساسية للقيام بالعمل، ما هي أكبر من قدرة الذاكرة قصيرة المدى، لأنها يمكنها الاحتفاظ النشط بالمعلومات المستعملة أثناء القيام بالعمل طول مدة معالجتها، هذا العمل

يمكنه أن يستمر لعدة دقائق، هذه لذاكرة توصف بالأحداث للإشارة أنها تخزن المعلومات المتحصل عليها من السياقات الخاصة بالفرد نفسه[1].

4-3- الذاكرة طويلة المدى:

تعتبر النظام الثالث من نظم الذاكرة بعد الحسية وقصيرة المدى /الذاكرة العاملة، ويتميز هذا النوع من الذاكرة بسعته اللامحدودة في تخزين المعلومات وتبقى فيها لفترة طويلة من الزمن (من بضع ساعات إلى عدة سنوات)، وقد تستمر مدى الحياة، والتخزين هنا يكون قطعي إلاّ إذا كان هناك تلف مرضي،والنسيان عامة لا يكون بسبب عجز في التخزين، وإنما بسبب الصعوبات في الاسترجاع أو للتدخلات بين المعلومات، كل المعلومات تخزن في الذاكرة طويلة المدى، لكن في بعض الظروف تكون الذكريات إما صعبة الاسترجاع، إما أنها تختلط مع أخرى[2].

4-3-1- السيرورات الثلاث التي تعمل على حفظ وإستدعاء المعلومات والتعرف عليها:

وهي الترميز، التخزين، الاسترجاع، وهي مستقلة الواحدة عن الأخرى لكنها تعمل معا.

أ) الترميز: تعتبر أولى العمليات التي يمارسها الفرد بعد عملية الإدراك لعناصر المعلومات التي تعرض لها أو يتعرض لها في المواقف المختلفة، حيث سيتم في هذه المرحلة تحول وتغير شكل المعلومات من حالتها الطبيعية، التي تكون عليها حينما تعرض على الفرد، إلى مجموعة صور أو رموز أي تتحول إلى شفرة لها مدلول خاص يتصل بهذه المعلومة[3].

وبالنسبة لـ Schacter (1999): الترميز هو ذلك الإجراء الذي يحول ما يراه الشخص، يسمعه، يفكر فيه أو يحشه إلى ذكرى. وهي المرحلة الأولى الأساسية لتخزين

[1] - Jean Pierre Rossi,Op.cit,p29

[2] – افنان نظير دروزة، المرجع السابق، ص71

[3] - Christine-Vanessa,Cuervo-Lombard,Op.cit,p13

المعلومة، أما بالنسبة لـ Tiberghien (1991) الترميز هو السيرورة التي تحول المعلومة الحسية الجديدة إلى أثر ذاكري دائم نوعا ما، يسمح بتفرد المعلومات الواحدة بالنسبة للأخرى.

الترميز يقوم إذا بإدخال سيرورات جد معقدة، شعورية ولا شعورية، ويتأثر بالحالة العاطفية للفرد والقدرة الإنتباهية له، في الأخير ترميز المعلومة هي عملية للتسجيل في الذاكرة الذي يصل إلى حد خلق روابط بين هذه المعلومات الجديدة والذكريات القديمة[1].

كما أن عملية الترميز هي التي تحدد كفاءة التخزين والاسترجاع.

ب) التخزين: هي المرحلة الثانية الأساسية لحفظ المعلومات، وتشير إلى احتفاظ الذاكرة بالمعلومات التي تحول إليها من المرحلة السابقة، وتبقى هذه المعلومة لحين حاجة الفرد إليها[2].

مهما كان الترميز فعال، المعلومة الجديدة غير المخزنة أو موطدة ستمحى. التخزين يستلزم مراقبة عقلية طويلة نوعا ما ومتكررة، تسمح للمعلومة بأن تبقى لمدة طويلة، فعل التخزين يع أنها متواجدة في الذاكرة، لكن يمكن أن يحدث لها نسيان في هذه المرحلة، فالمعلومة يمكن أن تكون مؤقتة صعبة المنال، وعلى الفرد يكون قادرا على استرجاعها في الوقت المناسب.[3]

ج) الاسترجاع: تشير إلى إمكانية استعادة الفرد للمعلومات التي سبق أن اختزنت في الذاكرة، وكما حدده Tiberghien (1991) هو السيرورة النهائية والحرجة في وظيفة الذاكرة طويلة المدى. ويعرف الاسترجاع بالقدرة على إعادة معلومة مرمزة ومخزنة

[1] - Christine-Vanessa,Cuervo-Lombard,Op.cit,p13
[2] - Christine-Vanessa,Cuervo-Lombard,Op.cit,p14
[3] _Christine-Vanessa,Cuervo-Lombard,Op.cit,p14

سابقا على شكل تمثيل عقلي، وعندما لا يمكن للفرد استرجاع المعلومة فمن المهم تحديد السبب.[1]

أيضا Tulving و Patteron (1968) يفرقان بين شكلين في حالة فشل الاسترجاع: إما المعلومة المبحوث عنها في الذاكرة ليست مخزنة، وإما هذه المعلومة مخزنة لكن صعبة المنال، شروط الاسترجاع هي متعددة ومرتبطة بعدد وطبيعة إشارات الاسترجاع المستعملة (رائحة، صوت...)[2].

3-3-2 النماذج المختلفة للذاكرة طويلة المدى:

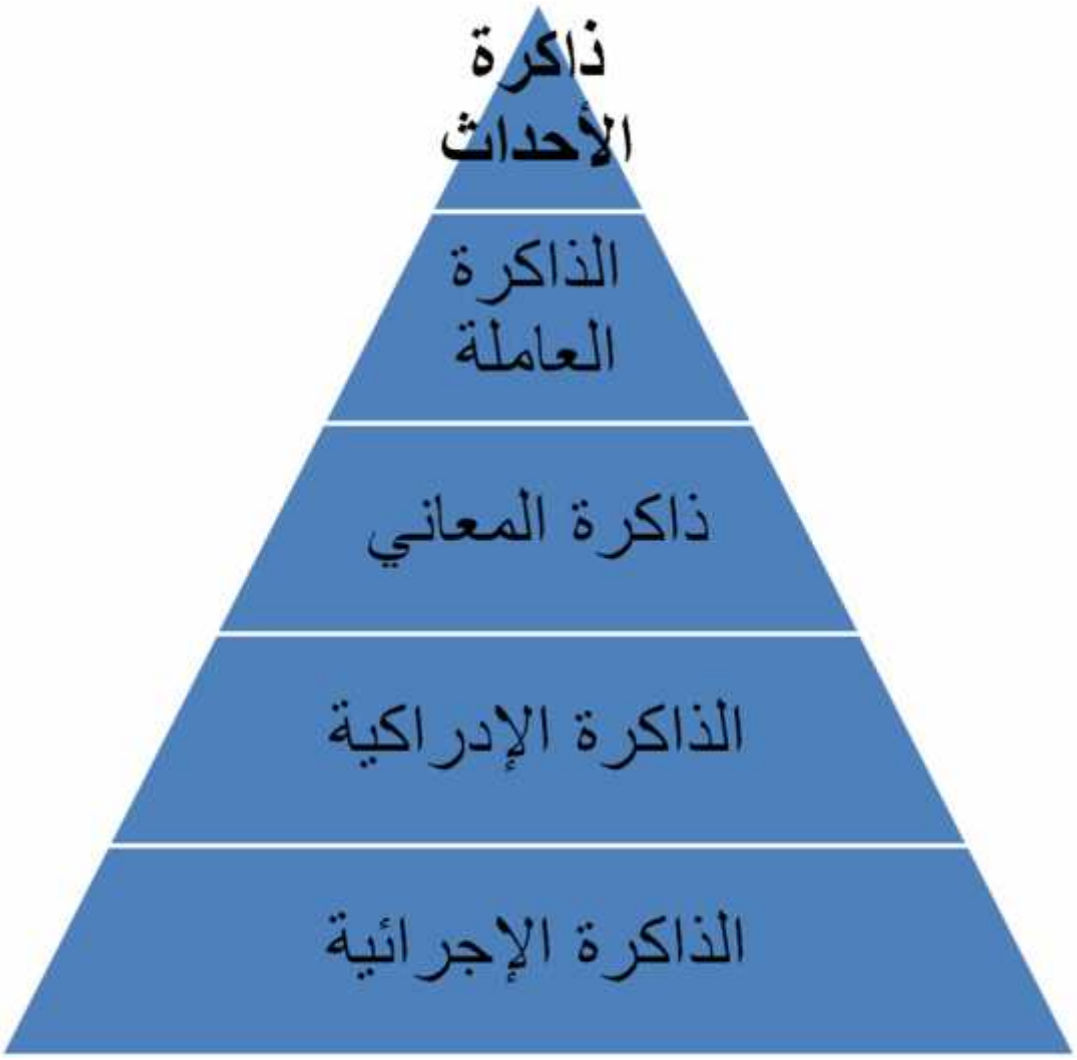
سنتطرق إلى نموذجين هامين أقترحا من طرف Tulving(1992)، Squire (1992).

أ) **نموذج Tulving**: لقد إهتم Endel Tulving بالذاكرة الدائمة منذ السبعينات، واقترح سنة 1972 نموذج للذاكرة طويلة المدى من نظامين مستقلين لمعالجة المعلومات:

- نظام ذاكرة المعاني.
- نظام ذاكرة الأحداث[3].

ولقد قام Tulvingبتطوير هذا النموذج سنة 1995، وأصبح متكون من خمسة أنظمة، والتي تشترك للقيام بالوظائف الثلاثة للذاكرة: تسجيل المعلومات الجديدة، حفظها واسترجاعها، وحسب الأنظمة عملها يمكن أن يكون ألي ولا شعوري أو مراقب وإرادي[4].

[1] _ Christine-Vanessa,Cuervo-Lombard,Op.cit,p14
[2] - Christine-Vanessa,Cuervo-Lombard,Op.cit, p14-15
[3] - Christine-Vanessa,Cuervo-Lombard,Op.cit, p 9
[4] - Christine-Vanessa,Cuervo-Lombard,Op.cit,p11



الصورة 3: نموذج الذاكرة الدائمة لـ Tulving(1995).

وفي هذا النموذج الأنظمة التحتية لديها وظيفة شبه مستقلة، في حين أن العديد من عمليات الأنظمة الأكثر ارتفاعا عملها مرتبط بعمليات الأنظمة التحية وسنتطرق إلى مختلف الأنظمة الذاكرية حسب نموذج Tulving [1].

الذاكرة الإجرائية: تحتوي على المهارات، كيفيات القيام بالعمل، وهي إدراكية- حركية أكثر منها حركية: هي الخطوات التي أقوم بها لإقلاع السيارة، للسياقة.... هذه المهارات هي

[1] - Serge Nicolas,Op.cit,p95

أيضا إجراءات عقلية التي تصبح آلية ولا شعورية، كيف أقوم بالقراءة، بالعمليات الحسابية... هذه المعلومات المبرمجة للفعل، هي إما برامج حركية (برمجة للمشي، للسباحة...) وإما برامج معرفية (الإجراءات اللازمة للفهم والقراءة).

هذه البرامج كانت في الأول موضوع تعلم لكنها أصبحت آلية أي تمكن أن تطلق وتحدث بدون أن تستوجب الإنتباه.

ويجدر الإشارة أن هذه البرامج للفعل (الحركية أو المعرفية)، يمكن أن تكون مخزنة بدون أن تكون محررة لفضيا، مثلا: أستطيع ركوب الدراجة بدون ان أكون قادرا على شرح كيف أحافظ على توازني، وأيضا أفهم محتوى النص بدون أن أكون قادرا على شرح كيف أفعل ذلك[1].

*الذاكرة الإدراكية أو نظام التمثلات الإدراكية:

نظام التمثلات الإدراكية هو الذي يسمح لنا بمعرفة الأشكال (زهرة، وجه)، في هذا النظام المميزات الإدراكية لموقف ما هي المرمزة بالمقارنة مع المعلومات المخزنة. هذا النظام يسمح بتنظيم في صور مركبة (السطور، الألوان والأصوات المتعددة للمحيط) ، أين المواضيع الأكثر دراسة، هي نظام الأشكال البصرية أو الكتابية للكلمات، نظام الادراكات المركبة للأشياء ونظام الأشكال السمعية للكلمات، يسمح بالأخذ بعين الإعتبار آثار الاستعمال الإدراكي والنحوي لكن ليس التصوري[2].

*ذاكرة المعاني: تعتبر نواة الذاكرة طويلة المدى، تتضمن ذاكرة المعاني، مجموع معارفنا العامة المجردة، وهي ذاكرة الكلمات والمفاهيم والقواعد والأفكار وما هو ضروري لاستخدام اللغة. يتعلق الأمر بالمعلومات الخاصة بمعاني المفاهيم التي جمعها الفرد خلال حياته، مثل: معاني جذور الكلمات والأخطوطات المعرفية.

[1] - Jean Pierre Rossi,Op.cit, p 30.
[2] - Serge Nicolas,Op.cit,p 96.

وعرف Tulvingسنة (1972)، ذاكرة المعاني بأنها "الموسوعة العقلية التي تمثل التنظيم المعرفي للفرد بالنسبة للكلمات والرموز اللفظية ومعانيها والعلاقات بينها[1].

فذاكرة المعاني هي التي تسمح لنا بإعطاء معاني للأشياء ومقارنتها بالمعلومات المخزنة سابقا. منذ 1995، قام Tulving باقتراح تعريف للذاكرة الصريحة التي أدمج فيها ذاكرة الأحداث وذاكرة المعاني.

*الذاكرة العاملة: ويعتبرها Tulving بأنها جزء نشط من الذاكرة طويلة المدى، وكما سبق وشرحنا، فإن الذاكرة العاملة هي نظام ذو قدرة محدودة مخصصة للحفظ واستعمال المعلومة. وهذا المفهوم هو نفسه الذي طوره Baddeley سنة 1986.

ذاكرة الأحداث: ذاكرة الأحداث تسمح بتذكر أحداث مرت في حياتنا الشخصية. وهي مرتبطة بقوة بالسياق المكاني- الزماني للحدث أي مرتبطة بتفاصيل ذلك الحدث المكتسب، فإذا ما سألك أحد:

"ماذا أكلت في الصباح؟" فأنت تحاول أن تسترجع صورة الشيء الذي أكلته وأين أكلته؟. إن هذا النوع من المعارف من الصعب إسترجاعها بعد مضي فترة زمنية طويلة لأن المعلومات القديمة تتداخل مع المعلومات الجديدة، إلا إذا كانت المعلومات القديمة لها وضع خاص وأهمية معينة وتأثير نفسي معين على الشخص[2].

وجاء Conway سنة 2002، التوضيح ذلك الخلط الذي كان يحصل بين ذاكرة الأحداث المقترحة من طرف Tulving وذاكرة السيرة الذاتية المقترحة من طرف Aggleton Baddeley,و Conway سنة 2001، وذلك على أساس مدة التخزين، حيث أن ذاكرة الأحداث تخزن معلومات حسية إدراكية مفصلة عن أحداث معاشة في غضون دقائق أو

[1] – فتحي مصطفى الزيات، المرجع السابق ص 247.

[2] – افنان نظير دروزة، المرجع السابق، ص73.

بضع ساعات، في حين أن ذاكرة السيرة الذاتية تتلقى هذه المعلومات وتقوم بتخزينها لعدة شهور وسنوات[1].

وأخيرا، في نموذج Tulving (1995)، ذاكرة المعاني تتعلق بقدرتنا على التمثيل الداخلي للحالات المحيطة بنا، هو النظام الذي يسمح لنا بمعرفة الحاضر، في حين أن ذاكرة الأحداث هو النظام الذي يسمح لنا بتذكر الذكريات أو استدعاء الماضي.

هذين النظامين يتدخلان معا بقوة، ترميز المعلومة يكون متسلسل، هذا يعني أن الترميز في ذاكرة الأحداث مرتبط بنظام ذاكرة المعاني، فيجب أن يكون هناك مرور إجباري لذاكرة المعاني للمرور إلى نظام ذاكرة الأحداث، التخزين يكون بطريقة موازية والاسترجاع يكون مستقل، إذا من الممكن أن يتم استرجاع المعلومات من ذاكرة الأحداث أو ذاكرة المعاني أو من الاثنين معا.من جهة أخرى، يجب الإشارة أن ذاكرة الأحداث والذاكرة العاملة تعرف بالصريحة وتسمح باستذكار شعوري مع "متى؟"، "كيف؟" "أين" للحدث. الذاكرة الإجرائية ونظام التمثلات الإدراكية تعرف بالضمنية، وهنا الأمر يتعلق بالتعبير عن المعلومة المخزنة لا شعوريا وإعطاء إحداثياتها للاكتساب في الفضاء و الزمان[2].

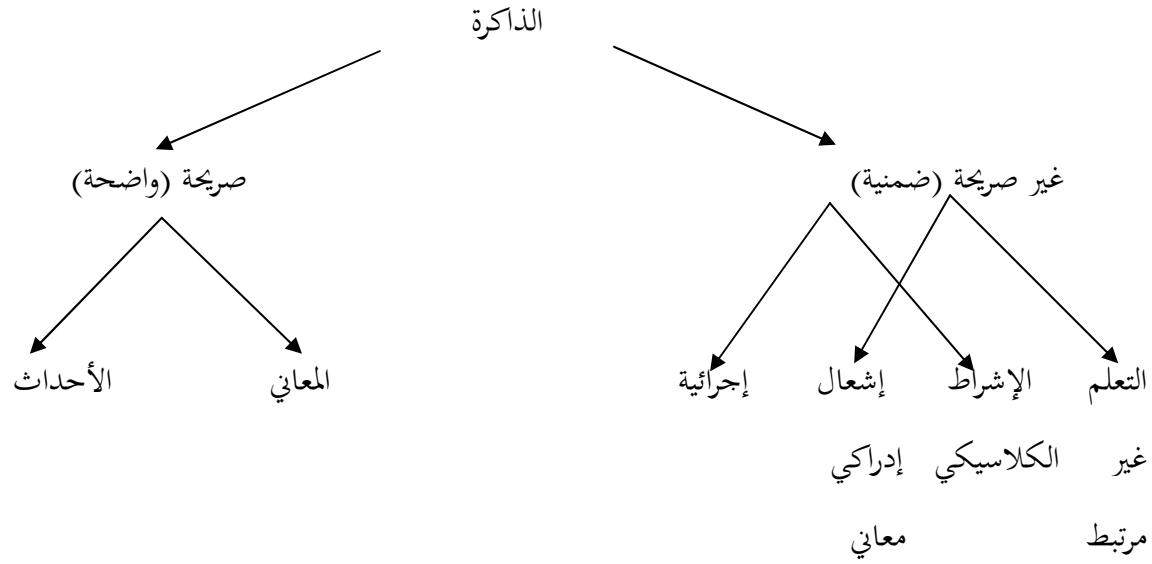
ب) **نموذج Squire**:

قام Squire وCohen سنة 1980، بإعادة تشكيل النموذج الذاكري المقترح بالأساس من طرف Tulving سنة (1972).

ارتكز هذا النموذج على ملاحظة الحالات التي تعاني من النسيان، مع ذلك تظهر قدرات التعلم وحل المشاكل (أعمال حركية، إدراكية أو معرفية)، رغم نسيان حصص التعلم السابقة.

[1] - Jean Pierre Rossi,Op.cit,p32-33.
[2] - Serge Nicolas,Op.cit,p79

هذا النموذج يفرق بين نظامين تحتيين: الذاكرة الصريحة والذاكرة غير الصريحة، قام Squireسنة 1994 بمماثلة الذاكرة الصريحة بالذاكرة الواضحة، والذاكرة غير الصريحة بالذاكرة الضمنية[1].



الصورة (4): نموذج Squire(1980-1992)

منذ 1970، بدأ علماء النفس بالتفريق بين الذاكرة الصريحة (وتسمى أيضا واضحة)، والذاكرة غير صريحة (ضمنية)، وبدأ ذلك التفريق انطلاقا من الملاحظات الأولى Korsakoff (1911)، الذي وصف حالة قامت بمد يدها عندما دخل الطبيب عليها للغرفة للمرة الأولى، وبعد 10 دقائق من خروجه من الغرفة، دخل Korsakoff ثانية، هنا الحالة لم تتعرف على الطبيب، "الذاكرة الضمنية": الحالة لم تصافح الطبيب، إذ أنها لا تقوم بمد يدها مرتين. هذه الحالة تظهر اضطرابات في الذاكرة الواضحة، في حين أنّ الذاكرة الضمنية تبدو سليمة.

[1] - Christine-Vanessa, Cuervo-Lombard, Op.cit, p10

في الذاكرة الصريحة نجد ذاكرة المعاني وذاكرة الأحداث، وهي تستوجب استدعاء إرادي وشعوري للمعلومات، وهي مقيمة من خلال اختبارات الاسترجاع (الحر أو بالإشارات) والتعرف. وهي ذاكرة شفهية بالدرجة الأولى.

أما الذاكرة غير الصريحة، فنجد فيها الاتجاهات، العادات، الاشراطات البسيطة، التعلمات غير المشتركة، وهي لا تستلزم استرجاع شعوري أو قصدي أي بدون أن يشعر الفرد بذلك، وتقييمها يعتمد أساسا على أعمال الإشعال. وهي مماثلة لغير الشفهية والتناقض بينهما يكون في المرة: في المضمون نظام الترميز وكيفيات الاكتساب[1].

5- اضطرابات الذاكرة:

5-1- فقدان الذاكرة أو النسيان amnésie :

هو فقدان كلي أو جزئي، مؤقت أو دائم، للقدرة على تثبيت و/أو استرجاع المعلومات، وقد يكون هذا النسيان نتيجة اضطرابات نفسية (يمكنها أن تكون مؤقتة) أو لمرض عقلي أو بعد نوبة صرعية، وهناك نسيان مرتبط يتناول الأدوية وخاصة المهدئات أو نتيجة اضطرابات عصبية كحادث وعائي، أو ورمي، التهابات دماغية، أو بسبب نزيف دماغي أو نقص في فيتامين B1 ويلاحظ فقدان الذاكرة خاصة عند الكحوليين (تناذر Korsakoff) ،ومن أنواعها:

5-1-1- نسيان الحاضر amnésie antérograde:

ويطلق عليها أحيانا اسم "أمنيزيا التثبيت"، حيث لا يستطيع المريض هنا، اكتساب معلومات جديدة أو الاحتفاظ بها رغم أنه قد يسترجع خبراته القديمة بدقة، ففي هذا النوع

[1] - Jean Pierre Rossi, Op.cit, p30.

يلاحظ استحالة وعدم إمكانية تعلم وإكتساب معلومات جديدة، كما يوضح عدم قدرة المريض على تذكر أحداث ووقائع الحياة اليومية. ويظهر هذا العجز في حديث الفرد، في حين أن سلوكاته تبين إمكانية الاكتسابات الضمنية.

ويبرز هذا العجز في كل المعلومات، ويتجلى بعد الدقيقة الأولى للاكتساب بمجرد دخولها للذاكرة، فالمريض ينقد القدرة على استرجاع معلومة قد سمعها أو رآها أو أحسها بعد دقيقة أو دقيقتين، في حين أن الإعادة المباشرة تكون ممكنة في هذه الحالة. وهذا النوع من النسيان هو عن فقدان التوجه الزماني أكثر منه مكاني[1].

5-1-2- نسيان الماضي amnésie rétrograde:

ويطلق عليها أيضا اسم "أمنيزيا الاستدعاء"، حيث لا يستطيع الفرد استرجاع الخبرات أو التعرف على الأحداث والمعلومات المكتسبة سابقا وقبل حصول المرض أو الاضطراب، حيث في هذا النوع نلاحظ صعوبة وتعذر في الاسترجاع، يتوضح هذا الاضطراب من خلال سؤال المريض حول سيرة حياته، حول الأحداث السياسية التي كان يميل إليها أو حول الإكتسابات المدرسية أو التعلمية[2].

5-2- **فرط التذكر hypermnésie** :

وهو حالة استدعاء مفرط، حيث يستطيع الشخص وصف خبراته الماضية، ونلاحظ نوعين:

5-2-1- الخيال البانورامي les visions panoramiques:

الخيال البانورامي للوجود يشتمل على عرض مفرط للذكريات القديمة، الناتجة عن موقف تعرض فيه لخطر الموت قريب الحدوث (كشخص أو شك على الغرق أو السقوط

---

1 - Jean Pierre Rossi, Op.cit, p31.

2 - J.Combier et d'autre, neurologie, 7ème édition, masson, Paris ,1994, p175

من مكان مرتفع). الخيال نادرا ما يكون مكتمل، يتحدد عامة باختيار موقف طفولي يعيشه الفرد ثانية في عالم هلسي، آلية الاضطراب هي عامة مجهولة، هذه الظاهرة قد تحدث أيضا نتيجة إصابة في البصلة السيسائية[1].

5-2-2- القدرات الذاكرية الخارقة:

تتكون من كفاءات في الحساب الذهني المعقد أو تعداد التواريخ، وتلاحظ أولا عند الأشخاص العاديين، العباقرة، والذين لديهم اهتمام فطري بالعمليات الحسابية، وقد تلاحظ أيضا عند مجموعة المتخلفين الذين يقومون بعمليات حسابية (débiles calculateurs)، هؤلاء الأشخاص يعانون من تخلف عقلي عميق ولكن لديهم القدرة على إعطاء اليوم الذي يوافق تاريخ محدد، هذه التواريخ غالبا ما تكون قد مضت عليها من 10 إلى 15 سنة. هؤلاء المرضى يبدو أنهم يستعملون خليط من التعلم ووسائل مقوية للذاكرة البسيطة. ولقد تبين في الوقت الراهن، أن هؤلاء الأشخاص ليس

لديهم تخلف وإنما تخلف شبه ذهاني(psychotique pseudo-débiles) لديهم ميول هوسية للحساب[2].

5-3- **تحريف الذاكرة paramnésie** :

تحريفات الذاكرة أو الخذاع، تلاحظ في الحالات المرضية الثلاث:

أ) في تناذر Korsakoff، أين يعتمد أساسا على نسخ الروايات والخرافات، وفي هذا التنادر يسرد المريض ذكرياته دون ترتيب أو تدرج زمني.

نسج هذه الروايات، هي ليست آلية تعويضية كما هو معتقد، وإنما ناتج عن نسيان الحاضر والماضي، ويكون هذا الاضطراب في الفترة الحادة لفقدان الذاكرة ثم يختفي فيما

[1] - Ey Henry, C.brisset, manuel de psychiatrie, 6ème édition, idid, Paris, 1989, p348
[2] - J.M.Damion et d'autre, mémoire éxplicite,mémoire implicite et pathologie psychiatrique, masson, paris 1993, p132

بعد، كما يمكنها أن تكون عفوية وتلقائية أو محثة من خلال الأسئلة، فعندما نسأل المريض عن حدث ماضي أو حاضر يبدأ في نسج الروايات وتشويه الذكريات.

ب) تحريف الذاكرة المكرر réduplication (انطباع أن الحدث المعاش سبق له وأن عاشه). وتأتي أيضا في بعض المعاشات الحلمية مع استثارة في إنعاش المواقف الطفولية.

ج) في الصرع الصدغي، تحدث خداعات مرئية أو مسموعة سابقا، ونذكر حالات الحلم، والّتي في هذه الأخيرة هي عامة غير ممكن معرفة ما إذا كان المعاش الهلسي يرتكز على ذكريات حقيقية أم هي نتاج لتحريف ذاكري مكرر[1].

[1] - J.M.Damion et d’autre, Op.cit, p133

خلاصة :

إنّ ما تمّ استعراضه ما هو إلاّ عينة من التراث المعرفي الذي تراكم حول الذاكرة ، وحاولنا انتقاءه وما يخدم بحثنا هذا ، وما يلاحظ أنّه قد تطور هذا المفهوم أكثر من أي وقت مضى خلال العشرين سنة الأخيرة ، ويلاحظ أنّ العلوم المعرفية الأخرى قد ساهمت في كشف اللثام عن أسرار الذاكرة فانعكس ذلك على ميادين شتّى أهمها الميدان العيادي.

كما أفادت الأسس المعرفية في تفسير الرؤية حول العديد من التنادرات المرضية خاصة تلك المتعلقة بالفصام على وجه الخصوص.

الفصل الرابع : الذاكرة الأوتوبيوغرافية ، الوعي ، الفصام.

تمهيد.

I- الذاكرة الأوتوبيوغرافية والفصام.

1- المقاربة التاريخية للذاكرة الأوتوبيوغرافية.
2- تعريف الذاكرة الأوتوبيوغرافية.
3- تقنيات البحث في الذاكرة الأوتوبيوغرافية.
4- نماذج الذاكرة الأوتوبيوغرافية.
5- الذاكرة الأوتوبيوغرافية والفصام.

II- الوعي والفصام.

1- تعريف الوعي.
2- أنواع الحالات الذاتية للوعي.
3- المقاربة التجريبية للحالات الذاتية للوعي.
4- المثيرات المؤثرة في الحالات الذاتية للوعي.
5- الحالات الذاتية للوعي والفصام.

خلاصة.

تمهيد :

إن دراسة الذاكرة الأوتوبيوغرافية يعتبر من الدراسات والبحوث العلمية الحديثة نسبيا بالرغم من ظهور بعض الإرهاصات الأولية لهذا النوع من البحوث وذلك بظهور كل من أعمال Galton وFreud وRibot وKorsokoff ثم زاد الاهتمام بعد ذلك عندما تطور علم النفس المعرفي وعلى النفس النمو ولا زال الغموض على هذا المفهوم[1] ، لهذا الغرض جاء هذا الفصل ليتناول بالتفصيل الجذور التاريخية لظهور هذا المصطلح تم التعريف به واستقصاء بعض التقنيات للبحث عن هذا النوع من الذاكرة وتقديم بعض النماذج التفسيرية لهذه الذاكرة وإبراز الروابط المتعلقة بينها وبين الوعي بالذات والهوية الشخصية عند المصابين بالفصام ، وبالمقابل فإن مصطلح الوعي مفهوم قديم يكون أحيانا مرادفا لليقظة، لكن ليس هذا هو المقصود في بحثنا هذا، بل هو ما طوره Locke ونعني به هو ما يدركه الشخص وما يدور من حول نفسه، هذا ما دفع العديد من الباحثين اقتحام هذا الميدان والبحث فيه خاصة عندما يكون لديه علاقة مع الذاكرة.[2] وعليه ، ففي هذا الفصل كذلك سوف نتناول بالدراسة الوعي من منظور علم النفس المعرفي والتطرق إلى أنواع حالات الوعي الممكنة، الّتي تسمح لنا بالتجريب عليها وتقسيمها والبحث عن كل المتغيرات الّتي تؤثر في حالات الوعي خاصة عند المصابين بالفصام.

[1] Christine-Vanessa,Cuervo-Lombard,Op.cit, p 45.
[2] Christine-Vanessa,Cuervo-Lombard,Op.cit, p 24.

I- الذاكرة الأوتوبيوغرافية والفصام :

1- المقاربة التاريخية للذاكرة الأوتوبيوغرافية:

إن الدراسة العلمية للذاكرة الأوتوبيوغرافية هي حديثة نسبيا، ولهذا تم انتظار مجيء أعمال كل من غالتون Galton (1879) وفرويد Freud (1893) فيما يخص الاهتمام الذي خصصناه لدراسة الذاكرة الأوتوبيوغرافية بحيث اهتم Galton بالتغيرات الّتي تطرأ على الذكريات أثناء الزمن.[1]

في حين درس Freud الذاكرة عندما حاول علاج العصابات عن طريق التحليل النفسي واستنباط الذكريات خاصة تلك المتعلقة بالطفولة. وبهذا استخلص فرويد Freud بأن الذاكرة الأوتوبيوغرافية تمثل أداة هامة في فهم الانفعالات والشخصية والسلوك[2].

وفي إطار آخر شارك كل من Ribot (1881) وKorsakoff (1889) في هذا النوع من الدراسات وكان لهما الأثر البالغ في الدراسات الحالية.

في 1881 قام Ribot بتقديم نتائج مهمة جدا وهو أنه في دراسته لاضطرابات الذاكرة وجد بأن الذكريات هي عبارة عن الإطار العام للنفس ومن ناحية أخرى قدم منهجية تطور دراسة الذاكرة من خلال اضطرابها[3]. وبعد سنوات رصد Korsakoff 1889 وصفا إكلينيكيا لمرضى مصابون بفقدان الذاكرة بحيث أوجد بأن الذكريات القديمة ما زالت محفوظة وتترجم من خلال بعض السلوكات الحركية.

وفي القرن 20 سجل غياب ملحوظ للدراسات والبحوث المتعلقة بالذاكرة الأوتوبيوغرافية لكن بعدها حدث تغيير كبير، ففي سنة 1991 ، في الملتقى العالمي حول

[1] _ Christine-Vanessa,Cuervo-Lombard,Op.cit,p45
[2] _Christine-Vanessa,Cuervo-Lombard,Op.cit,p45
[3] _ Christine-Vanessa,Cuervo-Lombard,Op.cit,p45

الذاكرة بعض الدراسات قدمت في استكشاف الذاكرة لكنه قليل، وفي سنة 1996 في طبعته الثانية أي الملتقى العالمي حول الذاكرة.

أكثر من خمس مقالات حول موضوع دراسة الذاكرة الأوتوبيوغرافية[1]، هذا الميدان من البحوث بدأ يعرف حاليا بعض الاهتمام خاصة بعد تطور علم النفس المعرفي وعلم النفس النمو وعلم النفس الإكلينيكي.

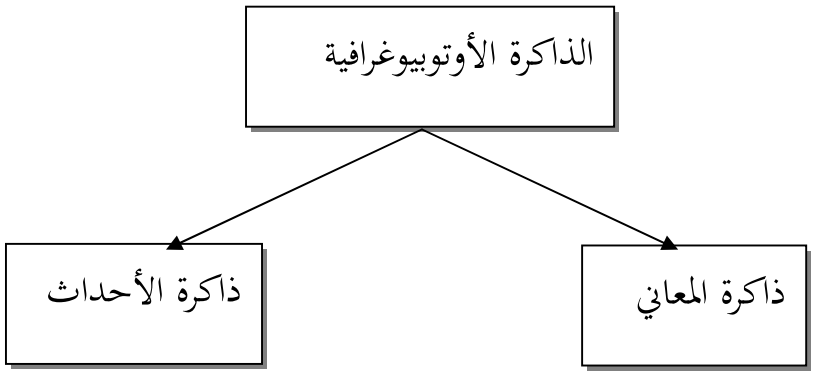
2- **تعريف الذاكرة الأوتوبيوغرافية**:

على المستوى العام يمكن تعريف الذاكرة الأوتوبيوغرافية على أنها قدرة الفرد على استذكار تجاربه الماضية أو تسمى ذاكرة الأحداث الشخصية[2]. لكن بعض الباحثين اتجهوا في تعريفهم للذاكرة الأوتوبيوغرافية كBewer، وSwanson بأن الذكريات لا يمكن أن نسميها أوتوبيوغرافية إلا بالرجوع إلى ذات الشخص أو الفرد[3].

وهذا النوع من الاختبار في تحديد هذا المفهوم يرجعه (Conway 1990) إلى أن عملية ترميز المعلومات تتدخل فيها الذات والوعي[4].

واتجه Piolino في تعريفه للذاكرة الأوتوبيوغرافية على أنها تمثل مكونات الوعي والذات الشخصية وسماها Conscience Ontogénique وفي اتجاه ومنحى المعطيات الحالية يمكننا أن نقدم تعريفا بأن الذاكرة الأوتوبيوغرافية كمفهوم متعدد ومعقد يتكون من معارف عامة (المعاني) ومعلومات أو معارف خاصة (الأحداث)[5].

[1] - Christine-Vanessa,Cuervo-Lombard,Op.cit,p46.
[2] - Christine-Vanessa,Cuervo-Lombard,Op.cit,p47.
[3] - Christine-Vanessa,Cuervo-Lombard,Op.cit,p47.
[4] - Christine-Vanessa,Cuervo-Lombard,Op.cit,47
[5] - Christine-Vanessa,Cuervo-Lombard,Op.cit, p 49.



– المكونات الّتي تحمل المعاني (Sémantique) تعتبر كقاعدة للمعلومات والمعارف النسبية الثابتة الّتي تتكون خلال مراحل الحياة والتي تتأثر بالثقافة والبيئة الاجتماعية.

– الّتي تحمل الأحداث تتكون من الذكريات الخاصة والتي تقع في الزمان والمكان مع التفاصيل الإدراكية أو العلاقات المكانية بين المواضيع والأشخاص هي الّتي تعطي للذكريات النوعية الخاصة لهذه الأحداث[1].

وبالرغم من كل هذه الإجراءات والدراسات إلا أنّ هذا المفهوم يبقى تحديده غير دقيق ويختلف من باحث لآخر وهذا التنوع يخلق نوعا من تقديم بعض الجهود العلمية المكثفة لضبط هذا المصطلح وتحديده مستقبلا.

3- تقنيات البحث في الذاكرة الأوتوبيوغرافية:

إنّ الهدف من تقديم هذه التقنيات الّتي تعمل على استكشاف الذاكرة الأوتوبيوغرافية ليس الغرض منه سرد هذه التقنيات بل الوقوف على المبادئ الرئيسية لهذه الطرق وتوضيح كل الإيجابيات منها والتطرق إلى حدود استعمالاتها.

هناك العديد من الطرق التجريبية الّتي قدمت في هذا الميدان.[2]

[1] - Christine-Vanessa,Cuervo-Lombard,Op.cit, p 49.

[2] - Christine-Vanessa,Cuervo-Lombard,Op.cit, p 67.

أعمال ڤالتون Galton :

قام Galton 1893 بتشجيع الدراسة المباشرة للذكريات واستخدم في ذلك المؤشر L'indice حيث يقدم المجرب بتقديم كلمة" مؤشر"للشخص ويقدم له تعليمات من أجل استرجاع ذكريات معاشة متعلقة بالمؤشر المقدم له ، إلاّ أن هذه التقنية وجدت صعوبة في تطبيقها[1].

الاستدعاء الحر Le rappel libre :

الاستدعاء الحر هو تقنية أخرى استعملت بشكل كبير في استكشاف الذاكرة الأوتوبيوغرافية ، وتنص التعليمات على استرجاع معلومات محددة بمرحلة زمنية معينة مثلا : استرجع ذكريات من هذا الشهر إلى السنة الموالية تكلم عن الأحداث في شهر الصيف الأخير. وفي الأخير يقوم بجمع المعلومات شفهيا أو كتابيا[2].

كذلك Dritsche اقترح طريقة أخرى وذلك باستدعاء مجموعة المعلومات الممكنة في 90 ة وهنا يقوم المجرب بتدوين المعلومات الخاصة بالمعاني (أسماء أقارب أو أساتذة) والمعلومات الخاصة بالأحداث والتي تتكون فيها تفاصيل بالزمان والمكان[3].

لكن حسب Piolino أن الهدف الرئيسي لهذه التقنية هو اقتراح طريقة سريعة لتقييم الذاكرة الأوتوبيوغرافية إلا أن هذه التقنية لا يمكنها أن تراقب وتقيم ذاكرة الأحداث بطريقة دقيقة[4].

[1] Christine-Vanessa,Cuervo-Lombard,Op.cit, p 67

[2] Christine-Vanessa,Cuervo-Lombard,Op.cit, p 68

[3] Christine-Vanessa,Cuervo-Lombard,Op.cit, p 69.

[4] - Christine-Vanessa,Cuervo-Lombard,Op.cit, p 69.

استبيانات لقياس الذاكرة الأوتبيوغرافية :

أول الاستبيانات الّتي أعدت لاستكشاف وتقييم الذاكرة الأوتوبيوغرافية هي لـ Colegrove1899 بالولايات المتحدة الأمريكية و لـ Victor et Catherine Henry بفرنسا.

الاستبيان الذي وضعه Colegrove يسمح بدراسة مختلف مراحل الحياة ويحتوي على 14 سؤال : مثال على ذلك ما هي ذكرياتك المتعلقة بالحديقة المتعلقة بالمدرسة الابتدائية، المدرسة الثانوية[1].

في حين فرنسا اهتمت دراستهم إلا على الذكريات الخاصة بالطفولة.

استبيان الذاكرة الأوتوبيوغرافية لـ Kopelman 1989 :

هذا الاستبيان وضع من قبل Kopelman بانجلترا يحتوي على قسمين : قسم خاص بالمعلومات الشخصية الّتي تحمل المعاني وقسم يخص الأحداث الأوتوبيوغرافية والتي تحمل المعلومات الخاصة.

يقوم هذا الاستبيان بالكشف عن 3 مراحل عمرية : الطفولة، المراهقة، الراشد والمرحلة الراهنة.

كل مرحلة تحتوي على أسئلة شخصية للمعلومات الخاصة وللمعلومات العامة[2].

أسئلة معلومات المعاني تكون لها علاقة مع معرفة الأسماء، العناوين، الأيام والتواريخ.

[1] - Christine-Vanessa,Cuervo-Lombard,Op.cit, p 69.

[2] - Christine-Vanessa,Cuervo-Lombard,Op.cit, p 70.

أسئلة معلومات الأحداث تكون لها علاقة مع استذكار كل تفاصيل الزواج، السفر، الاستشفاء والتي ترتبط بالزمان والمكان.

هذا الاستبيان يستعمل في المصالح الاستشفائية خاصة مصلحة الأعصاب من أجل تقييم الذاكرة الأوتوبيوغرافية عند مرضى فقدان الذاكرة والمصابين بالخبل وبعض الأمراض العقلية.[1]

استبيان الذاكرة الأوتوبيوغرافية لـ Piolino2000 :

ا الاستبيان أعد بهدف اجتناب استخدام الطرق الأخرى خاصة الاستبيانات الأخيرة والتي ذكرت سابقا.

هذا الاختبار يستكشف قدرة الفرد على استرجاع الأحداث الشخصية الخاصة والمفصلة لأربعة مراحل عمرية :

1- مرحلة الطفولة (سن 0- 9).

2- مرحلة المراهقة (10 إلى 19).

3- مرحلة الرشد أكثر من 20 سنة.

4- المرحلة الراهنة (الاثنا شهرا الأخيرة) .

ويتضمن كذلك تقييم حالة الوعي (Tulving1985) المرافقة للذكريات المسترجعة، إن الباحثون استخلصوا تقييم للمحتوى الموضوعي Contenue Factuel (le quoi) (ما هو كيف) ، والمحتوى المكاني (Le où) أين ، والمحتوى الزمني (Le quand) متى، لكل ذكرى مسترجعة[2].

إن تقييم الحالات الذاتية للوعي تتكون من 3 إجابات ممكنة :

[1] - Christine-Vanessa,Cuervo-Lombard,Op.cit, p 72

[2] - Christine-Vanessa,Cuervo-Lombard,Op.cit, p 72

- الإجابات من نوع : أتذكر je me souviens .
- إجابات من نوع : أعرف je sais .
- إجابات من نوع : أفترض je suppose .

حسبPiolino فإن ذاكرة الأحداث تترافق مع الوعي الأوتونويتيكي conscience autonoétique وذاكرة المعاني تترافق مع الوعي النويتيكي Conscience noétique هذا الاستبيان لا يحتوي على تناقضات زمنية والمدة لتمريره تقدر بساعتين.

وإعادة الاختبار مطلوب بعد 15 يوما من تطبيقه لأول مرة للتحقق من صدق الذكريات المسترجعة من قبل الفرد أو الشخص[1].

ومع ذلك فإن هذا الاختبار يبقى صعب تطبيقه في الممارسة الإكلينيكية اليومية.

4- نماذج الذاكرة الأوتوبيوغرافية:

هناك عدة نماذج مقدمة لتفسير الذاكرة الأوتوبيوغرافية لكن سوف نصب اهتمامنا على نموذجين مهمين يخدمان هذا العمل البحثي وهو نموذج تنظيم الذاكرة الأوتوبيوغرافية لـ Conway وكذلك نموذج Tulving .[2]

* نموذج Endel Tulving :

حتّى في سنة 1983 Tulving عرف ذاكرة الأحداث بأنها ذاكرة الأوتوبيوغرافية، ثم ركز بعد ذلك في 1984 على أن المعلومات المخزنة لها علاقة ورابطة مع الأحداث الشخصية الماضية والتي تكون قاعدة لتعريف الهوية الشخصية للفرد. [3]

المعلومات ذات المعاني المخزنة في الذاكرة ليست بالضرورة لها علاقة بالهوية الشخصية للفرد.

[1] - Christine-Vanessa,Cuervo-Lombard,Op.cit, p 72

[2]- Christine-Vanessa,Cuervo-Lombard,Op.cit, p 51.

[3] - Christine-Vanessa,Cuervo-Lombard,Op.cit, p 51.

* **الذات، الذاكرة الأوتوبيوغرافية والهوية الشخصية** :

إن استدعاء الذكريات ينتج عن تفاعل بين الذاكرة الأوتوبيوغرافية والذات.

إذن المرجعية للذات في الذكريات الأوتوبيوغرافية هي السمة الّتي تسمح بالتمييز بين الذكريات طويلة المدى.

وبالضبط هي الرابط الذي يوحد إعادة الاستذكار الواعية remémoration consciente بمفهوم الذات والذي يعتبر المسؤول عن الطابع الموحد للذكريات[1].

بمعنى أنه لا يمكن لشخصين عاشا نفس الحدث أن يستدعيا نفس الذكريات، وإن إعادة الاستذكار الواعية remémoration consciente هي الّتي تسمح لكل فرد أن يتموقع داخل تاريخه الشخصي ويتدخل ذلك في بناء الهوية الشخصية لديه.

وفي سنة 1988 اقترح Tulving بأن الذاكرة الأوتوبيوغرافية تتكون من معلومات خاصة (أحداث) تقع في الزمان والمكان. ومكونات عامة المعاني والتي تجمع المعارف العامة في الماضي والتي لها علاقة مع الوعي والذات الشخصية[2].

* **نموذج Conway** :

النموذج اقترحه Conway يطور مفهوم الذاكرة الأوتوبيوغرافية والذي يهتم بتفسير وظيفة الذاكرة الأوتوبيوغرافية عند الأفراد العاديين، والذي من خلاله سوف تعتمد عليه في الجانب التجريبي في هذا العمل البحثي.

ويتضمن هذا النموذج الذكريات الّتي ترتبط بمجموعة من جوانب الشخصية وبكل تغيرات الأهداف والطموحات والانفعالات الخاصة بالذات الإنسانية.[3]

[1] - Christine-Vanessa,Cuervo-Lombard,Op.cit, p 53

[2] - Christine-Vanessa,Cuervo-Lombard,Op.cit, p 53.

[3] - Christine-Vanessa,Cuervo-Lombard,Op.cit, p 53

إن النموذج النظري الذي اقترحه Conway وضع اللبنة الأولى في توضيح تلك العلاقة الوطيدة الّتي توجد بين بناء الهوية الشخصية والذاكرة الأوتوبيوغرافية[1].

هذا النموذج يميز بين وحدتين، ذاكرة العمل الخاصة والمعارف الأوتوبيوغرافية.

– الذات العاملة (Working self) تتكون من أهداف الحياة والرغبات ودوافع الفرد.

إن مصطلح working self يترافق مع مفهوم ذاكرة العمل Working memory لـ Baddely وحسبه فإن ذاكرة العمل تحتوي على عدد من المكونات الوظيفية للمعرفة الّتي تسمح للفرد بالفهم والتمثل العقلي لبيئته المحيطة به[2]، ولاستنباط المعلومات عن ماضيه القريب واكتساب معارف جديدة وحل المشكلات، والتعريف، وتكوين أو إخراج الأهداف.

إن المفهوم الرئيسي الذي نبحث عنه وهو أن قسم من ذاكرة العمل ينسق الأنظمة الأخرى في الذاكرة ، ذاكرة العمل يمكن لها أن تسهل أو تثبط الدخول إلى المعلومات الأوتوبيوغرافية ، إذن الذات لها دخل في اختبار الذكريات المسترجعة.

وكذلك فإنّ الذات تحرك المعرفة (Cognition) والسلوك وأن الأهداف الشخصية تلعب دورا كبيرا في تكوين وبناء الذكريات الخاصة المنظمة بطريقة متدرجة.

وحسب نظرية الذات الّتي قدمها Higgins يوجد 3 ميادين واضحة[3]:

– الذات الحالية (الواقعية).
– الذات المثالية (الّتي تستمد من مرجعية معينة)
– الذات البارزة أو المحددة الّتي تستمد من الوالدين، المربين والمجتمع.

---

[1] - Christine-Vanessa,Cuervo-Lombard,Op.cit, p 53.

[2] - Christine-Vanessa,Cuervo-Lombard,Op.cit, p 53.

[3] - Christine-Vanessa,Cuervo-Lombard,Op.cit, p 54

إن الهدف الرئيسي لذاكرة العمل هو تقليص كل التشعبات بين مختلف ميادين الذات، والذي يسمح بإثبات واستمرارية بين ذاكرة الأحداث وتمثل الذات.

إذن الذكريات الخاصة هي دعامة الذاكرة الأوتوبيوغرافية ، وقاعدة العلاقات الداخلية الشخصية للفرد في بيئته ومحيطه.

5- الذاكرة الأوتوبيوغرافية والفصام :

يمكن أن نشاهد في الفصام اضطرابات بين الذاكرة الأوتوبيوغرافية والشخصية واتجهت بعض الدراسات بهدف الكشف تجريبيا عن الذاكرة الأوتوبيوغرافية عن الفصاميين، لكن عندما بدأنا في هذا العمل وجدناها قليلة.

إن استبيان قياس الذاكرة الأوتوبيوغرافية ل Kopelman 1989 استعمل من قبل Tamlyn 1992 من أجل الكشف عن أداء الذاكرة الأوتوبيوغرافية لمرضى فصاميين، وتوصل إلى نتائج بأن الذاكرة الأوتوبيوغرافية عندهم مضطربة في مختلف مراحل الحياة (الطفولة، المراهقة، ومرحلة الرشد) وكذلك المرحلة الراهنة الأخيرة[1].

واستعمل كذلك Fenistein في سنة 1998 نفس الاستبيان على 19 حالة فصامية لقياس أداء هذا النوع من الذاكرة فتوصل إلى نتائج مفادها أن ذاكرة الأحداث وذاكرة المصابين مضطربة[2].

وفي سنة Baddely 1995 قام بالكشف عن أداء الذاكرة الأوتوبيوغرافية على 5 حالات فصامية تعاني من الهذيان وعلى 5 حالات فصامية بدون هذيان واستخدم كذلك نفس الاستبيان فتوصل إلى نتائج مفادها أن استرجاع المعلومات العامة (المعاني) كانت نسبيا جيدة لكل الحالات. [3]

[1] - Christine-Vanessa,Cuervo-Lombard,Op.cit, p 74

[2] - Christine-Vanessa,Cuervo-Lombard,Op.cit, p 74.

[3] - Christine-Vanessa,Cuervo-Lombard,Op.cit, p 74

أما استرجاع المعلومات الخاصة (الأحداث) فكانت أقل استرجاعا من الحالات موضوع الدراسة.

وحسب Elvegag أن الكشف عن الذاكرة الأوتوبيوغرافية يسمح التعامل مع مفهوم المسار الحياتي للفرد وإمكانية دخوله إلى المرض[1].

كل هذه الدراسات المقدمة انتهت إلى نتيجة أن الذاكرة الأوتوبيوغرافية للحالات المصابة بالفصام مضطربة وبها قصور إلا أن هذا النوع من الدراسات يبقى محدودا في التراث الأدبي السيكولوجي.[2]

[1] Christine-Vanessa,Cuervo-Lombard,Op.cit, p 75
[2] Christine-Vanessa,Cuervo-Lombard,Op.cit, p 75.

II- الوعي والفصام :

1- تعريف الوعي :

إن البحث في الكشف عن الوعي؛ استثار اهتمام العديد من الباحثين، لكن في البداية كانت خاضعة للفلسفة.

إن الدراسة العلمية للوعي كمعرفة للذات بدأت ممكنة إلا بعد تطور علم النفس المعرفي.

بداية الأمر درس الباحثون الوعي على أنها وظيفة بمعنى كوحدة لها القدرة على المراقبة، التنسيق والتكيف وقياس الوعي في هذه المرحلة كان بطريقة غير مباشرة وقد تتأثر بعدّة متغيرات بحيث تقدم لنا نتائج غير دقيقة، لكن بعد ظهور مقاربات جديدة أمكنها الولوج والخوض في الوعي كتجربة ذاتية ، ومن بين هذه المقاربات الخاصة نجد مقاربة Tulving والمسمّاة بـ"للشخص الأوّل" "à la première personne"[1]

2- أنواع الحالات الذاتية للوعي :

في ميدان الذاكرة Endel Tulving 1985 كان له السبق في تقديم مقاربة سماها "للشخص الأول " " A la premiere personne "، بحيث تبين بأن المرجعية لحدث ماضي يتصاحب بحالة ذاتية للوعي تتغير بالدرجة أو الكيفية وأن الحالة الذاتية للوعي لها علاقة مع التجربة المعاشة ذاتيا لشخص ما عند استدعاء أو استرجاع حدث ماضي.

هذه المقاربة تقترح بأن الوعي ليست ظاهرة موحدة أو متماسكة، بل يمكن أن تتجزأ من أجل استطاعة التجريب عليها وقياسها وتقييمها[2].

[1] -Christine-Vanessa,Cuervo-Lombard,Op.cit, p 24.

[2] - Christine-Vanessa,Cuervo-Lombard,Op.cit, p 25.

Tulving في سنة1985 ـ ثلاث حالات مختلفة للوعي يتميز بها الثلاث الأنظمة للذاكرة الطويلة المدى ، فاقترح مصطلحات مثل Autonoétique, noétique, anoétique من أجل تعريف الحالات الذاتية للوعي المصاحبة لذاكرة الأحداث وذاكرة المعاني والذاكرة الإجرائية. [1]

وهذه المصطلحات لها أصل يوناني من كلمة " Noesis " بمعنى " فعل أو نشاط الذهن" " Action de penser ".

الوعي ↔ نظام الذاكرة

أوتونوتيك ↔ الأحداث

نويتيك ↔ المعاني

أنوتيك ↔ الإجرائية

إن التعاريف المقدمة من طرف Tulving لهذه المعلومات هي كالآتي :

إن الذاكرة الإجرائية تتميز بالوعي الأنويتيكي الذي لديه علاقة بقدرات الجهاز على إدراك الإحساسات والاستجابة للمثيرات الخارجية والداخلية والتي تسمح بتسجيل إدراك المعلومات، تمثل داخلي للمحيط القريب واستجابة سلوكية لمختلف جوانب هذا المحيط.

– الوعي النويتيكي يشترك مع ذاكرة المعاني والفرد له الوعي بالمعلومات المخزنة في الذاكرة، لكن لا يعرف مصدرها. [2]

[1] - Christine-Vanessa,Cuervo-Lombard,Op.cit, p 26.

[2] - Christine-Vanessa,Cuervo-Lombard,Op.cit, p 26.

هذه الحالة من الوعي تتصاحب مع الشعور بالألفة Sentiment de Familiarité ، الفرد هنا يمكنه أن يعرف بأن هذا الحدث له مكان لكن لا يمكنه معاودة معايشته ذهنيا[1].

– الوعي الأنويتيكي يترافق مع ذاكرة الأحداث، حسب Tulving 1997 هي حالة الوعي أين تسمح للفرد التحكم في ماضيه ومستقبله، هذه القدرة على السفر في الزمان هي اصية تتميز بها ذاكرة الأحداث، هنا نتكلم عن إعادة الاستذكار بطريقة واعية للأحداث Remémoration consciente ، تعني أنها قدرة الفرد على معايشة الحدث ذهنيا، الشعور بوجوده وكينونته ، والتمييز والتفريق بين الذكريات و أحلام، إنها تسمح بإدراك استمرارية مختلف المراحل الحياتية الحاضرة، الماضية والمستقبلية.

إنها قوام وقاعدة الهوية الشخصية وإدراك الزمن الذاتي[2].

3- **المقاربة التجريبية للحالات الذاتية للوعي** :

إن المقاربة النظرية الّتي قدمها Tulving سمحت لبعض الباحثين ك Gardiner 2000 بالاهتمام بمختلف حالات الوعي وحاولوا تقييمها وقياسها تجريبيا واقتراح مخططا تجريبيا يسمى Remember/know أتذكر/ أعرف، والذي من خلاله أوجد الباحثون طريقة تسمى بالتقييم الذاتي لحالات الوعي، أين المجرب يطلب مباشرة من الأشخاص تقدير كيفية الحالة الذاتية للوعي أثناء استرجاعه للمعلومات، كالطريقة الكلاسيكية تستعمل مرحلة أين الفرد عليه أن يحفظ مجموعة من البنود في قائمة محددة، ثم يطلب منه استرجاع هذه المعلومات ويصف في نفس الوقت حالة وعيه المصاحبة لعملية التعرف.[3]

[1] - Christine-Vanessa,Cuervo-Lombard,Op.cit, p 27.

[2] - Christine-Vanessa,Cuervo-Lombard,Op.cit, p 27

[3] - Christine-Vanessa,Cuervo-Lombard,Op.cit, p 28.

هناك نوعين من الإجابات الممكنة :

- إجابات من نوع : "Je me rappelle" I remember أتذكر.
- إجابات من نوع : "Je sais" أعرف I know .

عندما يقدم الفرد لنا إجابة من نوع أتذكر فهي تتصاحب مع التعرف على البنود الّتي تقصد إعادة الاستذكار الواعية Remémoration consciente بمعنى أنّه يستنكر كل ظروف التعلم، والفرد هنا يتصاحب في هذه الحالة مع التعرف على حدث خاص نجم عن تفكيره وتعلمه[1].

وعندما يقدم لنا الفرد إجابة " أعرف " Je sais هنا عملية التعرف تتصاحب بشعور الألفة، الفرد يعلم بأنه رأى البند لكن لا يمكنه معاودة معايشة الحدث ذهنيا من خلال تعلمه[2].

إن المخطط التجريبي المقدم R/K يسمح من جهة بفحص الأداءات الذاتية للفرد ومن جهة أخرى تقديم إرشادات حول التجارب الذاتية الّتي تتصاحب أثناء اختيار القرار.

4- المتغيرات المؤثرة في الحالات الذاتية للوعي :

إنّ نوع العلاقة الذي يمكن أن نجدها بين إجابات من نوع "أتذكر" و"أعرف" أحدث جدلا بين أوساط الباحثين.

أنّ أحدث الدراسات الّتي اهتمت بهذا الميدان دراسة Yonelines [3]، والذي اقترح بعض المتغيرات الّتي قد تؤثر في الحالات الذاتية للوعي

[1] - Christine-Vanessa,Cuervo-Lombard,Op.cit, p29.

[2] - Christine-Vanessa,Cuervo-Lombard,Op.cit, p29.

[3] - Christine-Vanessa,Cuervo-Lombard,Op.cit, p30.

وأرجعها إلى صعوبات أثناء الترميز أو الاسترجاع أو بالمنبهات أو بالمرض أو بالأجهزة الطبية.

* **تغيرات أثناء عملية التشفير أو الترميز Encodage** :

يلاحظ أنّ هناك زيادة في الاستذكار الواعي وبدرجة أقل الشعور بالألفة ، وأكّد كل من Gardiner وآخرون أنّ زيادة الاستذكار الواعي والشعور بالألفة عند أداء مواضيع مهمة في الإنتاج مقارنة بتلك الّتي يتمّ الحصول عليها في مهمّة قراءة البنود ومع ذلك فإنّ الزيادة هي أكثر أهمية للاستذكار الواعي.[1]

* **تغيرات ناجمة عن تناول المهدئات** :

هناك أثر كذلك ناجم عن البانزوديازيبينات (Benzodiazépines) خاصة في مرحلة الترميز أو التشفير من شأنه يؤدي إلى انخفاض أكبر في الاستذكار الواعي.

* **تغيرات ناجمة عن التفكك النوروالسيكولوجي** :

أظهرت العديد من الدراسات أنّ نسبة الردود والاستجابات مثل "أتذكر" تتأثر بسن الفرد على النقيض من ردود واستجابات مثل "أنا أعرف" ، وبالتالي فإنّ الاستذكار الواعي ينخفض عند كبار السنّ وربما يرجع إلى عدم وجود الترميز أو التشفير ، وقد يكون كذلك العجز عند مرض الفص الجبهي وفقدان الذاكرة. وأظهرت أبحاث أخرى لـ Yonelinas وآخرون بأنّ الشعور بالألفة لا يزال دون عائق وهذا حتّى عندما تظهر انخفاضا كبيرا في الاستذكار الواعي[2].

[1]- Christine-Vanessa,Cuervo-Lombard,Op.cit, p 30.

[2] - Christine-Vanessa,Cuervo-Lombard,Op.cit, p 33.

***تغيرات ناجمة عن التصوير الوظيفي :**

أظهر Gardiner وآخرون إلى أنّ هناك العديد من الأدلة التجريبية تشير إلى احتمال وجود أنماط مختلفة من التنشيط لهذين النوعين من الحالات الذاتية للوعي.

وفي الواقع ، التصوير الوظيفي للمخ يؤكد أنّ هذين النوعين من الحالات الذاتية للوعي ترتبط بأنماط تنشيط الدماغ بحيث سجّلت وجود موجة إيجابية 500-700 مللي ثانية مرتبطة بإجابات "أتذكر" ، وتعتمد على الفص الجداري وكذلك وجود موجة سلبية -1000 600 مللي/ثانية وتعتمد على الفص الجبهي[1].

وتقنية الرنين المغناطيسي سمحت بإظهار زيادة التصوير في نشاط المخ بشكل منفصل عن ردود أو استجابات من نوع "أتذكر" عنها من استجابات من نوع "أعرف.

إنّ البيانات التجريبية الّتي وصفناها تسمح إذن بالتحقق من صحة التمييز بين الاستذكار الواعي أو الشعور بالألفة.

5- الحالات الذاتية للوعي والفصام :

يوجد هناك عدّة متغيرات لها القدرة على التأثير في إعادة الاستذكار أو الشعور بالألفة عند الفصاميين.[2]

*** الآثار المترتبة على تكرار حدوث الكلمات :**

إنّ انخفاض في تردد الكلمات يتطلب ذلك خلال مرحلة التشفير وتنفيذ العمليات الإستراتيجية ، وبالتالي تؤدي إلى زيادة الاستذكار الواعية ، وأشار كل من Danion وآخرون بأنّ المرضى الذين يعانون من الفصام لديهم انخفاضا في الاستجابات من نوع "أتذكر" في كلمات قليلة الحدوث، لكنهم لم يعثروا على وجود اختلاف في الكلمات

[1] - Christine-Vanessa,Cuervo-Lombard,Op.cit, p 34.

[2] - Christine-Vanessa,Cuervo-Lombard,Op.cit, p 35.

ذات التردد العالي، نفس النمط من الأداء تجلّى في ردود واستجابات من نوع "أنا أعرف" وانّه مهما كان تواتر حدوث الكلمات.

وعليه، فإنّ نتائج الدراسات أكدت على وجود اضطراب في التعرف والتي يستند إلى التذكر الواعي ، في حين الشعور بالألفة يبقى محفوظا[1].

* **ذاكرة المنبع أو المصدر** :

إنّ العلاقة بين القصور في الاستذكار الواعي ، والعجز في تجميع الجوانب المختلفة للحدث ، قد درست عند مرضى الفصام من خلال تجارب Danion وآخرون وذلك باستخدام مهمة تمييز المصدر أو المنبع ، بمعنى التعرف على أصل المعلومات ، وجاءت نتائج هذه التجارب تظهر بأنّ أداء مرضى الفصام كانت مضطربة على مستوى الاستذكار الواعي، وأنّ هؤلاء المرضى يجدون صعوبة في تشكيل كامل ومتماسك وموحد لجميع الجوانب الّتي تحيط بالحدث والاستذكار[2].

إذن هناك علاقة نسبية مباشرة بين عجز جميع الجوانب المختلفة للحدث وقصور واضطراب الاستذكار الواعي عند الفصاميين.

وإنّ دراسة الذكريات الزائفة كذلك تؤثر في الحالات الذاتية للوعي ، وهذا يعني أنّ الأحداث الّتي ليس لها إطار مكاني ، تُظهر بأنّ هناك عجز في الاستذكار الواعي ، وهذا الأمر لوحظ عند مرضى الفصام ، وهو نتيجة لاختلال بناء ذاكرة الأحداث.

وفي الوقت نفسه كذلك ، أكدت بعض الدراسات والتي اهتمت بمضمون الوعي الأوتونوتيكي ، وعليه فإنّ نتائج هذه الدراسات خلصت بأنّ هناك وجود خلل في تطوير

[1] - Christine-Vanessa,Cuervo-Lombard,Op.cit, p 35.

[2] - Christine-Vanessa,Cuervo-Lombard,Op.cit, p 36.

العمليات الإستراتيجية أثناء التشفير وهو أمر ضروري لاستذكار الأحداث في المستقبل ذات الصلة بالفرد.

ولا ننسى دراسة Danion وآخرون بحيث سلّطوا الضوء على تأثير الشحنة الانفعالية وشدّدوا على أنّ هناك تأثير كبير للجانب العاطفي والانفعالي على الوعي الأوتونوتيكي عند مرضى الفصام[1].

وإضافة إلى ذلك فإنّ مرضى الفصام يفشلون في عملية الاستذكار الواعية وذلك عندما تتدخل الذات المرجعية ومستوى معالجة المعلومات.[2]

[1] - Christine-Vanessa,Cuervo-Lombard,Op.cit, p 36.
[2] - Christine-Vanessa,Cuervo-Lombard,Op.cit, p 36.

خلاصة :

إنّ استدعاء أو استرجاع الذكريات هذا لا يعني إنتاجها بل إعادة بنائها إن الذاكرة الأوتوبيوغرافية تعتمد على ما هو موجود في الواقع.

إن الذكريات الأوتوبيوغرافية تتخزن وتعمل على تبادل وتحقيق مجموعة من التمثلات (المحتوى، المكان، الزمان) ، أو كتمثل فريد ووحيد من نوعه.

إنّ الدراسات والبحوث الّتي قمنا بعرضها في هذا الفصل بيّنت بأن هناك قصور واضطراب في الذاكرة الأوتوبيوغرافية عند الحالات المصابة بالفصام، لكن وجدنا دراسات قليلة في هذا الصدد.[1]

وإنّ المقاربة الّتي تقوم على "للشخص الأوّل" لـ Tulving سنة 1985 تسمح لنا بدراسة مباشرة للتجارب الذاتية المشتركة مع الذكريات ، Danion وآخرون في أبحاثهم الخاصة بالفصام سمحت النتائج المتوصل إليها بأنّ هناك قصورا من الناجية الكمية والكيفية للاستذكار الواعية "remémoration consciente".

ولإجراء تقييم واسع لاضطرابات الحالات الذاتية للوعي في ذاكرة الأحداث ، من الضروري التركيز على الذاكرة الأوتوبيوغرافية ، ومع ذلك هناك عدد قليل من الدراسات في التراث السيكولوجي الذي اهتمّ بعملية الاستذكار الواعية في الذاكرة الأوتوبيوغرافية وذلك بسبب صعوبات نظرية ومنهجية وخاصة تلك الأدوات القياسية والتقييمية ، ومن المثير للاهتمام أن نلاحظ أنّه لم يحدث سوى عدد محدود جدا من البحوث التجريبية الخاصة بالفصام.[2]

[1] Christine-Vanessa,Cuervo-Lombard,Op.cit, p 76.
[2] Christine-Vanessa,Cuervo-Lombard,Op.cit, p 43.

الجانب التطبيقي

الفصل الخامس : الإجراءات المنهجية للدراسة.

I- الدراسة الاستطلاعية.

1- الهدف من الدراسة الاستطلاعية.
2- ميدان البحث ومدّة الدراسة.
3- **حالات الدرلسة.**
4- **أدوات الدرلسة.**
5- نتائج الدراسة الاستطلاعية.

II- الدراسة الأساسية.

1- **مكان ومدّة الدرلسة** الأساسية.
2- حالات الدراسة ومواصفاتها.
3- أدوات الدراسة وإجراءات تطبيقها.
4- أساليب التحليل الإحصائي.

I- الدراسة الاستطلاعية :

1- الهدف من الدراسة الاستطلاعية :

إن الدراسة الميدانية تستهدف اختيار الفرضيات الّتي انطلق منها الباحث والتي على أساسها أعدت أدوات جمع البيانات والمعطيات وتطلب إجراءات منهجية تتحدد على ضوئها خطة الدراسة وكيفية تطبيق الاختبارات في الميدان .

وتعتبر الدراسة الاستطلاعية الخطوة الأولى الّتي لا بد منها لاختبار أدوات القياس، كاختبار Pascalle Piolino لتقييم أداء ذاكرة الأحداث الأوتوبيوغرافية المعد للدراسة الحالية، وهذا قصد إعادة صياغته وتعديله، كما تمكن الباحث من التعرف على الصعوبات الّتي قد يتعرض لها ليتفاداها في الدراسة الأساسية، وكذلك التعرف على حالات الدراسة وخاصة انتقاء الحالات المرضية (الفصام البرانويدي) على ضوء الخصائص الّتي تم تعيينها من قبل مجموعة المعايير الّتي حددها دليل الجمعية الأمريكية لتصنيف الأمراض العقلية DSM IV وإجراء R/K لتقييم الحالات الذاتية للوعي Gardiner ، وسلم التقييم الوظيفي العام لـ Boyer ، وأخيرا التأكد من قبول أو رفض الفرضيات الأساسية المطروحة.

2- ميدان البحث ومدة الدراسة :

أجريت الدراسات الاستطلاعية بالمستشفى الجامعي بتلمسان، بالضبط في مصلحة الأمراض العقلية، وقد أنشئت هذه المصلحة سنة 1978 ، وتنقسم إلى جناحين، جناح خاص بالنساء وآخر خاص بالرجال، نجد مكتب إداري وقاعة استقبال وصيدلية وثلاث مكاتب للفحص الطبي، ومكاتب أخرى للمتابعة النفسية، ومكتب الطبيب الرئيسي ومكتب للطبيب المختص في الطب العقلي للأطفال، وكتب للمراقب الطبي وقاعة مداولات.

ـ المصلحة إلى تقديم العلاج الكيميائي والعلاج النفسي للمرضى العقليين وذوي المشاكل النفسية من خلال الإقامة الداخلية بالمستشفى أو المستشفى اليوم الواحد، أو عبر الفحوص الخارجية.

ولقد أجرى الباحث هذه الدراسة في مدة دامت 6 أشهر تقريبا ابتداء من 24 ديسمبر 2008 إلى 19 أفريل 2009 وذلك بالاتفاق مع الحالات المرضية المتواجدة بمصلحة الأمراض العقلية من أجل ضبط النمط الفرعي من الفصام الّتي تخص موضوع بحثنا.

3- حالات الدراسة :

من أجل البحث عن الحالات المرضية قام الباحث بالتردد إلى مصلحة الأمراض عقلية بهدف الإطلاع على الحالات المصابة بالفصام والتي ترغب في مساعدتنا في إجراء هذه الدراسة وبالفعل تم الحصول على موافقة أربع حالات تعاني من الفصام وذلك وفق المعايير المحددة من قبل DSM IV ، ولقد أبدى هؤلاء المرضى رغبتهم في المشاركة أملا في التوصل إلى نتائج تساعدهم على فهم اضطرابهم والتخفيف من معاناتهم.

4- أدوات الدراسة :

تحقيقا لأهداف الدراسة والتحقق من صحة فروضها استخدم الباحث الأدوات التالية:

- اختبار Pascalle Piolino لذاكرة الأحداث الأوتوبيوغرافية.

وهو اختبار يتكون من مجموعة من الأسئلة حول أربع مراحل من حياة الفرد، حيث يطلب منه استرجاع الأحداث الأتوبيوغرافية خلال هذه المراحل العمرية.

وتعتبر هذه الأداة صالحة إلى حد كبير في قياس ذاكرة الأحداث الأوتوبيوغرافية إذا توفرت الظروف الملائمة لتنفيذها في الميدان.

- وإجراء R/K أو التقييم الذاتي للحالات الذاتية للوعي لـ Gardiner.

- وسلم التقييم الوظيفي لـ Boyer .
- وكذلك اعتمد الباحث في هذه الدراسة على كل من المقابلة، الملاحظة، تاريخ الحالة والدليل الشخصي الأمريكي الربع DMS IV .

5- **نتائج الدراسة الاستطلاعية** :

بغرض التأكد من فهم الحالات الفصامية المختارة للدراسة لعبارات أداة القياس والتعرف على قد ما يغمض عليهم من ألفاظ واستعمال كلمات واضحة بدلا من الكلمات الّتي اتضح من خلال الدراسة الاستطلاعية قام الباحث بالخطوات الإجرائية التالية :

- طبق 12 عبارة هي الصورة الأولية والأصلية لبنود اختبار ذاكرة الأحداث الأوتوبيوغرافية لـ Pascalle Piolino على الحالات الفصامية موضوع الدراسة وقد صيغت بنود هذا الاختبار باللغة الفرنسية حتّى يتسنى للحالات فهمها ومن ثم الإجابة عنها.

- وقد واجه الباحث من خلال تطبيق الاختبار أثناء الدراسة الاستطلاعية صعوبة في قراءة وفهم بنود الاختبار لدى أغلب الحالات الفصامية.

وقد تم تذليل هذه الصعوبة بأن قام الباحث بتطبيق الاختبار فرديا أي أن سأل كل حالة فصامية على حده عبارة تلو العبارة حتّى ينتهي من تسجيل جميع استجابات الحالات الفصامية موضوع الدراسة.

- بعد أن فرغ الباحث من إجراء الدراسة الاستطلاعية قام بعرض الاختبار في صورته المقترحة والمعدلة باللغة العربية على مجموعة من الأساتذة في قسم علم النفس بجامعة تلمسان لإجراء الصدق المنطقي أو صدق المحكمين للاختبار في بنوده الجديدة أي من اللغة الفرنسية إلى اللغة العربية وكذلك التأكد من ثباته.

- **صدق الاختبار** :

اعتمد الباحث في صدق الاختبار على صدق المحكمين أو الصدق المنطقي وذلك بعرضه على ست أساتذة من قسم علم النفس بجامعة تلمسان وجاء الجدول التالي يوضح إجابات المحكمين عن أسئلة الاختبار.

- قبول أو رفض عبارات الاختبار وفق ما يراه المحكمون.

رقم العبارة	الدرجة		نسبة رفض العبارة
	معبّرة	غير معبّرة	
1	6	.	%0
2	6	.	
3	6	.	
4	6	.	
5	6	.	
6	6	.	
7	6	.	
8	6	.	
9	6	.	
10	6	.	
11	6	.	
12	6	.	

بعد أن تمّ الحصول على إجابات 6 محكمين حول الاختبار ثمّ التركيز من قبل الباحث على عبارة غير معبّرة.

أي أنّ العبارة المقدمة على المفحوصين لا تعبر عن الغاية الّتي وضعت من أجلها، لكن كل المحكمين اعتبروا كل البنود المقترحة مقبولة ومعبرة وعليه قد يكون 6 من المحكمين قد وافقوا على جميع أسئلة اختبار ذاكرة الأحداث الأوتوبيوغرافية المعد للدراسة وعلى ضوء الملاحظات المسجلة من قبل المحكمين ومن خلال هذه النتائج تحصل الاختبار على نسبة اتفاق بـ 100% على كل عبارة وأصبح الاختبار في حالته النهائية صادقا إلى حد كبير.

- **ثبات الاختبار** :

من أجل التأكد من ثبات الاختبار تم تطبيقه على حالات الدراسة وذلك باعتماد طريقة إعادة تطبيق الاختبار بعد 15 يوما، حيث كان معامل الارتباط بين درجات الاختبار لأول مرة والمعبر عنها ب (س) ودرجة الاختبار بعد إعادة تطبيقه والمعبر عنها بـ (ص) وقد كان معامل الارتباط برسون بينهما (س،ص) كما يلي :

- معمل الارتباط بيرسون يساوي = 0.86
- معامل التصحيح لسيرمان براون يساوي = 0.93

إن هذه النتيجة تبين أن معاملات ثبات هذا الاختبار بلغت درجة عالية، وعليه يمكن اعتبارها صالحة لإجراء الدراسة.

وعلى ضوء هذه التعديلات والملاحظات المسجلة ونتائج الصدق والثبات يمكن القول أن اختبار ذاكرة الأحداث الأوتوبيوغرافية لـ Pascalle Piolino بصيغته المعدلة والنهائية أصبح صالحا للاستخدام في هذه الدراسة وجميع الأدوات الأخرى.

II- الدراسة الأساسية :

1- مكان ومدّة إجراء الدراسة :

أقيمت الدراسة الأساسية في نفس المكان الذي أجريت فيه الدراسة الاستطلاعية الأولى أي بالمركز الاستشفائي الجامعي تلمسان بمصلحة الأمراض العقلية.

وامتدت هذه الدراسة من 2009/05/14 إلى 2010/04/24 حيث دامت حوالي اثنتا عشر شهرا.

2- حالات الدراسة ومواصفاتها :

ينبغي أن نشير إلى أنّ دراستنا حول الكشف عن أداء الذاكرة الأوتوبيوغرافية عند مرضى الفصام وتخص أربع حالات تتصف بما يلي :

- يتراوح عمر الحالات ما بين 37 و40 سنة.
- تمّ اختيار الحالات المدروسة بطريقة قصدية أي تعاني من الفصام البرانويدي حسب DSM IV الدليل التشخيصي لتصنيف الأمراض العقلية للجمعية الأمريكية.
- تخضع كل الحالات الفصامية المدروسة لنفس الأدوية النفسية وهي المثبطات العصبية من نوع holoperidol (Haldol) أو (Largactil) (Chlorpromazine).
- إنّ الحالات كلها ذكور من أجل التعامل معها بسهولة في الميدان والبحث عن تجانس الحالات المدروسة.
- إنّ الحالات كلها لديها مستوى اقتصادي واجتماعي منخفض.
- الدخول في الأزمان لكل الحالات المدروسة.
- إنّ الحالات موضوع الدراسة مقيمة داخليا بمصلحة الأمراض العقلية.

– التحقق من صدق الذكريات للحالات المدروسة بإعادة الاختبار بعد 15 يوما أو 20 يوما كأحد تعليمات لصاحب الاختبار Pascalle Piolino لتكون لديه فاعلية في تقييم هذه الجوانب المعرفية.

3- **أدوات الدراسة وإجراءات تطبيقها** :

اتبعنا في دراسة هذا البحث الأساليب الإكلينيكية المناسبة لطبيعة موضوع دراستنا؛ أي منهج دراسة الحالة والذي يرتكز على :

أ) المقابلة العيادية.

ب) الملاحظة العيادية.

ج) تاريخ الحالة.

د) الاختبارات النفسية وهي :

– اختبار ذاكرة الأحداث الأوتوبيوغرافية لـ Pascalle Piolino

– إجراء R/K لـ Gardiner

– سلم التقييم الوظيفي لـ Boyer

ه) الدليل التشخيصي الأمريكي الرابع DSM IV

أ) **المقابلة** :

وهي أداة من أدوات البحث العلمي يتخذها الباحث كأسلوب للحكم عن الشخصية سواء بتشخيصها أو بعلاجها ، ويتمّ ذلك عن طريق الأسئلة وتقييم سلوك العميل ، كما تعتبر المقابلة طريقة استماع تسمح لنا بجمع أكبر قدر من المعلومات الشخصية والعائلية والاجتماعية كما تعتبره قاعدة أساسية في علم النفس الإكلينيكي.

والحوار الذي يتمّ بين الفاحص والعميل من خلال المقابلة يحدث تبادلات والتي يلعب فيها الحس العيادي دورا رئيسيا ويتعيّن على النفساني والباحث أن يضبط استجابته الانفعالية.

وقد دخلت المقابلة الإكلينيكية في علم النفس بكل مجالاته التطبيقية ونخص بالذكر علم النفس النمو وعلم النفس المعرفي ، وذلك لأهداف تشخيصية وعلاجية ، فالمقابلة متعدّدة الأشكال فقد تكون فردية أو مقيدة أو حرّة تبعا للهدف المتوخى منها.

وفي دراستي استعملت المقابلة التشخيصية وكذلك المقابلة الموجهة والنص الموجهة لإعطاء نوع من الحرية في التعبير للحالات المدروسة.

ب) **الملاحظة العيادية** :

هي من أكثر وسائل جمع المعلومات شيوعا وتعتبر وسيلة أساسية وهامة للحصول على معلومات حول العميل ، وتعني الاهتمام والانتباه إلى شيء أو ظاهرة أو عميل بشكل منظم عن طريق الحواس ، فالملاحظة تمكن الأخصائي النفسي من تسجيل سلوك العميل والكشف عن الكثير من خصائص شخصيته ، كما تساعده في الحكم عليها إذا كانت نتائج الاختبار تدل على حقيقة قدرات المفحوص ، وقد اعتمدت في دراستي على الملاحظة المباشرة والتي يكون فيها الملاحظ وجها لوجه أمام العميل ويعمل على تحديد العوامل الّتي تحرك العميل سلوكيا في مواقف وخبرات معينة.

ج) **تاريخ الحالة** :

تاريخ الحالة أداة تكشف لنا وقائع حياة شخص منذ ميلاده في الوقت الحاضر وتعتبر الخطوة الأولى في العمل الإكلينيكي لجمع معلومات تاريخية عن المريض ومشكلاته بأسلوب منظم.

كما أنّها تعتبر قطاع طولي لحياة الفرد يقتصر على الماضي ويختص فقط بماضيه ، فهو دراسة تتبعية لحياة الفرد ؛ ويعني ذلك كافة المعلومات الّتي نجمعها من المريض إلى تاريخ المرض الحالي والأمراض الّتي تشكل التاريخ الطبي للمريض.

ويعتبر موجزا لتاريخ الفرد ، كما يكتبه وكما يجمع عن طريق الوسائل الأخرى ويتناول دراسة مسحية طويلة شاملة لنمو الفرد منذ وجوده والعوامل المؤثرة فيه وأسلوب التنشئة الاجتماعية والخبرات الماضية والتاريخ التعليمي إلى غير ذلك من الأمور الّتي تتعلق بحياته.

د) **الاختبارات النفسية** :

هي وسيلة أخرى لجمع المعطيات يستخدمها الأخصائي النفساني أو الباحث للكشف عن النقاط الّتي لم تظهر من خلال المقابلات العيادية ، ولقد اعتمدت في هذه الدراسة على اختبار ذاكرة الأحداث الأوتوبيوغرافية لـ Pascalle Piolino ، وإجراء R/K لـ Gardiner ، وسلّم التقييم الوظيفي العام لـ Boyer

1) **اختبار ذاكرة الأحداث الأوتوبيوغرافية لـ Pascalle Piolino** :

- **تعريفه** :

هو اختبار يكشف عن قدرة استرجاع الأحداث الأوتوبيوغرافية خلال 4 مراحل عمرية.

- المرحلة الأولى : الطفولة (من 0 إلى 9 سنوات).
- المرحلة الثانية : المراهقة (من 10 إلى 19 سنة).
- المرحلة الثالثة : الرشد (أكثر من 20 سنة).
- المرحلة الرابعة : آخر اثنتا عشر شهر الأخيرة.

وتعتبر الأحداث الخاصة والمفصّلة والواقعة في إطار زماني ومكاني محدّد أحداث خاصة أوتوبيوغرافية.

- **التعليمات** :

إنّ هذه التعليمات يجب أن تقرأ على المريض وذلك قبل تطبيق الاختبار:

سنقوم بالرجوع بك إلى مختلف مراحل حياتك وذلك منذ ولادتك في كل مرحلة نطلب منك الاستذكار مع تحديد كل التفاصيل لثلاث أحداث معاشة في تلك المرحلة ووضعها في الإطار الزماني والمكاني.

يجب دائما محاولة تذكر حدث دام أقل من يوم ولم يتكرر مرّة أخرى ، ولم تقم بسرده مؤخرا.

يجب أن تقصّ علينا بصوت مرتفع كل تفاصيل ومجريات هذا الحدث كأنّك تعيشه مجدّدا : ماذا فعلت ؟ وبما شعرت ؟ مع من ؟ وأين ومتى حدث ؟

إذا استذكرت مثلا عطلة صيف قضيتها في البحر تجنب الوصف العام ، وتذكر الأحداث المفصّلة الّتي جرت في ذلك اليوم ، هل فهمت ؟

حدث خاص ، هو حدث

- دام أقل من يوم.
- حدث مرة واحدة فقط.
- يمكن لك أن تسرده لنا بكل تفاصيله كأنّك تعيشه مرة أخرى.

إذا ممكن يمكن أن تجيب على :

- ماذا حدث ؟
- ماذا كانت إدراكاتك ؟ مشاعرك ؟ وأفكارك ؟

❖ **التنقيط** :

كل حدث مسترجع ينقط بـ 4 نقاط في حالة :

- احترام خاصية الحدث : (حدث وحيد أو مكرّر).
- وضعه في الزمان والمكان : (الزمان نقصد به : اليوم والساعة).
- مستوى التفصيل في الحدث : فمثلا : حدث خاص ، منبع واحد وموجود في الزمان والمكان ومفصل بطريقة جيدة ← ينقط بـ 4 نقاط.
- في حالة حدث خاص ، منبع وحيد ، موجود في الزمان والمكان ، ولكن أقل تفصيل نقدّم 3 نقاط.
- في حالة حدث عام ومنبع متكرر أو معروف ، ومتواجد في الزمان والمكان ، نقدّم (2) نقطتين.
- في حالة حدث عابر ، ومنبع متكرر ، وغير متواجد في الزمان والمكان أو عبارة عن انطباع شخص نقدّم (1) نقطة واحدة.
- في حالة غياب الاستجابة أو معرفة عامة ، نقدم (0).

إذن كل المراحل الأربعة تنقط على 12 درجة ، أي أنّ كل سؤال ينقط على 4 درجات كأقصى حدّ وبما أنّ كل مرحلة تحتوي على 3 أسئلة ، فالتنقيط يكون على الشكل التالي : 3 أسئلة × 4.

2) إجراء R/K أو إجراء التقييم الذاتي للحالات الذاتية للوعي لـ Gardiner ، Procédure R/K :

❖ **تعريفه** :

هذا الإجراء الذي قدّمه العالم Tulving وطوّره Gardiner يسمح بتقييم الحالات الذاتية للوعي ويسمى إجراء أتذكر/أعرف.

❖ **تعليماته** :

يطلب من العميل تقديم كيفية حالته الذاتية للوعي أثناء استرجاعه للمعلومات، ويجب عليه أن يذكر المحتوى الموضوعي (le quoi) ثمّ المحتوى المكاني (le où) ، ثمّ المحتوى الزماني (le quand).

❖ **التنقيط** :

هناك ثلاثة (3) أنواع من الإجابات الممكنة :

- إجابات من نوع je me rappelle ، I remember ، أتذكر.
- إجابات من نوع je sais ، I know ، أعرف.
- إجابات من نوع je suppose ، I guess ، أفترض.

* إذا قدّم لنا العميل إجابة من نوع "أتذكر – je me rappelle " فهذا يعني أنّه يتعرّف على البنود والتي تقصد إعادة الاستذكار الواعية Remémoration consciente، أنّه يستذكر كل ظروف التعلم وهنا يتصاحب في هذه الحالة التعرف على حدث خاص نجم عن تفكيره وتعلّمه.

إذن الإجابة من نوع "أتذكر" تترجم استرجاع حدث أوتوبيوغرافي مع إعادة بناء الوعي الأوتونويتيكي أو عملية الاستذكار الواعية للحدث (الأفكار ، المشاعر ، الإدراكات).

* إذا قدّم لنا العميل إجابة من نوع " أعرف – je sais " هنا عملية التعرف تتصاحب مع الشعور بالألفة Sentiment de familiarité، الفرد يعلم بأنّه رأى البند ، لكن لا يمكنه معاودة معايشة الحدث ذهنيا من خلال تعلمه.

إذن الإجابة من نوع "أعرف" تعني استرجاع الحدث بغياب عملية الاستذكار الواعية للظروف المحيطة بالحدث المعاش.

* أمّا إذا قدّم لنا العميل إجابة من نوع " أفترض – je suppose " ، هذا يدل على أنّ الفرد غير متأكد من إجابته.

3) سلم التقييم الوظيفي العام E.G.F لـ P.Boyer – Échelle d'évaluation Globale du Fonctionnement :

- **تعريفه :**

هو سلّم أعدّه Boyer من أجل تقييم الوظائف العامة للمريض خلال مرضه ، ويسمح كذلك لمعرفة المآل لهذا المريض بعد ذلك ، وهذا السلم موجود في المحور الخامس للدليل التشخيصي للرابطة الأمريكية DSM IV.

- **تعليماته :**

إنّ التقدير حسب هذا السلم يمكن أن يقوم به الباحث من خلال جمع المعطيات والمعلومات أثناء الملاحظة أو المقابلة ، أو من خلال مصادر غير مباشرة كالأقارب والأصدقاء والزملاء.

❖ **التنقيط** :

هناك مستويات معيارية موجودة يرجع إليها ا احث فيقارنها مع النتائج المتوصل إليها من خلال الملاحظات أو المقابلات ويسجل المستوى الذي يناسب أو يترافق مع الحالة المرضية المدروسة.

هـ) **الدليل التشخيصي الأمريكي DSM IV** :

يعتبر وسيلة مساعدة لتشخيص وتصنيف الاضطرابات العقلية ، حيث وضعت معايير انطلاقا من إحصائيات عالمية حول هذه الاضطرابات ، واعتمد عليه الباحث في تشخيص الحالات الفصامية موضوع الدراسة.

4- **أساليب التحليل الإحصائي** :

تمّ استعمال الوسائل الإحصائية التالية :

- حساب معامل الارتباط باستخدام معادلة بيرسون للتحقق من ثبات اختبار ذاكرة الأحداث الأوتوبيوغرافية لـ Pascalle Piolino ومعادلته :

$$ر = \frac{\text{ن مج (س×ص)} - \text{(مج س)} \times \text{(مج ص)}}{\sqrt{[\text{ن مج س}^2 - \text{(مج س)}^2]\ [\text{ن مج ص}^2 - \text{(مج ص)}^2]}}$$

حيث :

ر: تدل على معامل الارتباط بيرسون.

س: تدل على أحد المتغيرين.

ص: تدل على المتغير الآخر.

ن: عدد أفراد العينة.

- حساب معامل التصحيح لسبرمان براون ومعادلته :

$$ر = \frac{2 \times ر}{1 + ر}$$

الفصل السادس : عرض ومناقشة نتائج الدراسة.

I- عرض نتائج الدراسة.

- تقديم الحالات العيادية.

II- مناقشة نتائج الدراسة.

- مناقشة فرضيات الدراسة.

I- عرض نتائج الدراسة :

✦ تقديم الحالات العيادية :

أوّلا : التقرير السيكولوجي للحالة الأولى.

"سيد أحمد" يبلغ من العمر 40 سنة ، هو الثاني من بين إخوته الخمسة ، مستواه الدراسي السنة التاسعة متوسط ، أعزب ، بدون عمل ، وهو يعيش مع أبيه وزوجة أبيه في ظروف اجتماعية واقتصادية منخفضة.

يرتدي "سيد أحمد" ملابس نظيفة نوعا ما ، لكن غير مرتبة ، ذو قامة قصيرة ، أبيض البشرة ، بني العينين ، شعره أسود وغير ممشوط.

أثناء المقابلة أبدى المريض اتصالا مقبولا ، وكان هادئا ومتعاونا ، واستعمل لغة بسيطة وواضحة أغلب أفكاره مفهومة ، ولكن في بعض الأحيان كانت تتسم بالغرابة والغموض.

تروي أخته بأنّ "سيد أحمد" عاش طفولة عادية ككل الأطفال ، يلعب مع أصدقائه ، ولقد كانت علاقته مع أمّه جـ ، أمّا عن علاقته مع أبيه فإنّها كانت مضطربة ومشحونة بالتوتر ، فقد كان يقول أنّه "يحقرني ويضربني".

أمّا علاقته مع أخته فكانت جيدة نوعا ما ، ما عدا بعض المشاحنات مع أخته المطلقة والماكثة بالبيت. وبعد وفاة الأم ، عاود الأب الزواج من امرأة أخرى لا تصلهم بهم قرابة ، ولسيد أحمد صداقات كثيرة من كلا الجنسين.

فيما يخص تاريخه الصحي فإنّ الحالة لا تعاني من أي مرض عضوي مزمن ، أمّا بالنسبة للأب فهو يعاني من داء السكري وأمّة متوفاة إثر جلطة دماغية ، ولديه أخ أصغر مصاب باضطراب عقلي وسبق له الاستشفاء بالمصلحة.

أمّا عن بداية مرضه ، فذلك يرجع إلى سنة 1992 ، إثر تعرضه لصدمة وفشل عاطفي بعد رفضه من قبل أهل الفتاة لعدم توفره على عمل دائم ، وازداد سلوكه اضطرابا عندما تزوجت هذه الفتاة ، فأصبح عدوانيا وهائجا مع ظهور كلام غامض وغير مفهوم ، هذا ما أدّى بالحالة إلى جلبه إلى مصلحة الأمراض العقلية حيث مكث فيها أكثر من عشرة أيام ، ومنذ ذلك الحين أصبح كثير التردد على المصلحة حيث أدخل للمرة السادسة ، وذلك بسبب امتناعه عن تناول الأدوية النفسية لمدّة 3 أشهر ممّا أدّى به إلى ظهور مظاهر نفسية:

– عدوانية اتجاه الآخرين.

– حديث يتسم بالغرابة.

– أرق ليلي.

ومن خلال الفحص العيادي مع الحالة أظهرت :

– هذيانات متعدّدة المواضيع ، وأهمّها : هذيانات النسب الشريف حيث كان يقول أنّه من عائلة ملكية وأنّ أمه أميرة من عائلة الأمراء ، وهذيانات الاضطهاد فكان يقول : "أخذوا منّي زوجتي ، الناس يغارون مني ويريدون ضربي" ، وهذيانات العظمة ، فهو يقول أنّ له مكانة كبيرة مثل "أنا رئيس ، أنا لاعب مشهور".

– وهلاوس سمعية : تتمثل في سماعه أصواتا تتكلم معه وتوقظه من النوم.

تخضع الحالة للمثبطات العصبية من نوع Largactil لمحو الاضطرابات النفسية الحركية وتهدئة المريض ، وأمّا Haldol فيقوم بمحو الهذيانات والهلاوس.

* **تشخيص الحالة الأولى حسب DSM IV** :

ويتكون من خمس محاور :

- المحور الأوّل : التشخيص : فصام برانويدي.
- المحور الثاني : الشخصية : بدون تشخيص.
- المحور الثالث : مرض عضوي : غير موجود.
- المحور الرابع : حادث واقع : صدمة عاطفية.
- المحور الخامس : سلم التقييم الوظيفي EGF المستوى ما بين [21-30].

إذن "سيد أحمد" يعاني من فصام برانويدي.

* **تطبيق اختبار قياس ذاكرة الأحداث الأوتوبيوغرافية لـ Pascalle Piolino** :

المرحلة الأولى:	الطفولة من 0-9 سنوات
السؤال الأوّل :	لقاء ، حدث مرتبط بشخص
المؤشر:	في يوم مع رفيق ، مع راشد ، لقاء أوّل
	– كان عندي واحد صاحبي اسمه "أمين" كناكي نخرجو من المدرسة نمشو نجيبو التوغزاز
	– المعلمة ديالي عطاتني عقاب تاع 100 مرة
السؤال الثاني :	سفر ، انتقال
المؤشر:	في يوم أثناء عطلة الصيف أو الشتاء ، أثناء انتقال مدرسي أو أثناء زيارة.
	– مشينا لبلعباس عند La famille
	– كنت نمشي لبحر بزاف مع با
	– مرّة ضربتني المعلمة بالعصا
السؤال الثالث :	العائلة
المؤشر:	في يوم أثناء حفلة مع العائلة ازدياد أخ أو أخت ، حدث مع عضو من أعضاء عائلتك
	– راني عاقل على زيادة تع خويا لي صغر مني
	– أختي كبيرة زّوجت

المرحلة الثانية :	المراهقة من 10 إلى 19 سنة
السؤال الأوّل :	لقاء ، حدث مرتبط بشخص
المؤشر:	– في يوم مع صديق ، مع أستاذ ، لقاء أوّل
	– تعرفت على واحد يقدم لفريد ودخلني نقدم عندو
	- شفت واحدة عجبتني وكل خطرة نحب نهدر معاها متحبش
السؤال الثاني :	سفر ، انتقال
المؤشر:	يوم أثناء العطلة المدرسية ، أثناء زيارة أو نزهة لبيت الأصدقاء
	– مشيت لوهران
	– كي كنت نقرا في 7 مشينا رحلة لعين فزة
السؤال الثالث :	العائلة
المؤشر:	يوم أثناء حفلة مع العائلة : ازدياد مولود جديد أو احتفال
	– ختي ولدت ولد وساماتو "محمد" عاود درنالو الطهارة
المرحلة الثالثة :	الرشد أكثر من 20 سنة
السؤال الأوّل :	لقاء ، حدث مرتبط بشخص
المؤشر:	– يوم مع صديق ، مع زميل ، لقاء أوّل
	– سرقت لواحد Portable
	– تعرفت على دنيا حبيبتي
السؤال الثاني :	سفر ، انتقال

المؤشر:	في يوم أثناء سفر إلى الخارج، أثناء عطلة أو زيارة ما
	– مشيت للخدمة العسكرية
	– كنت نمشي مع صاحبي لتافسوت البحر
السؤال الثالث :	العائلة
المؤشر:	أثناء اجتماع عائلي في يوم زواجك أو ازدياد طفلك الأوّل
	– درت Accident ودخلت لسبيطار وكي خرجت درت وعدة
المرحلة الرابعة :	آخر 12 شهرا
السؤال الأوّل :	لقاء، حدث مرتبط بشخص
المؤشر:	– في يوم أثناء لقاء جديد ، حدث خاص مع صديق او زميل، موعد
	– ضربني officier في centrale
	– دابزت مع دنيا لخاطرش مشات للعرس وما قاتليش
السؤال الثاني :	سفر ، انتقال
المؤشر:	يوم أثناء انتقال في عطلة نهاية الأسبوع أو زيارة أو نزهة
	– مشينا "سيدي يوسف" كنا 4 صحاب وبتنا عند واحد صاحبنا
السؤال الثالث :	العائلة
المؤشر:	يوم أثناء التقاء عائلي ، الأعياد الأخيرة لك
	– كان فيا المرض بزاف وكي كانوا يجيو الناس مكنتش نحب

*** تطبيق إجراء R/K أو التقييم الذاتي للحالات الذاتية للوعي لـ Gardiner للحالة الأولى :**

المرحلة الأولى:	الطفولة من 0-9 سنوات
السؤال الأوّل :	لقاء ، حدث مرتبط بشخص
نوع الإجابة:	أفترض : للمعلومة الأولى أعرف : للمعلومة الثانية
السؤال الثاني :	سفر ، انتقال
نوع الإجابة:	أعرف : للمعلومة الأولى أعرف : للمعلومة الثانية
السؤال الثالث :	العائلة
نوع الإجابة:	أعرف: للمعلومة الأولى
المرحلة الثانية :	المراهقة من 10 إلى 19 سنة
السؤال الأوّل :	لقاء ، حدث مرتبط بشخص
نوع الإجابة:	أعرف : للمعلومة الأولى أعرف : للمعلومة الثانية
السؤال الثاني :	سفر ، انتقال
نوع الإجابة:	أفترض : للمعلومة الأولى
السؤال الثالث :	العائلة

نوع الإجابة:	أتذكر : للمعلومة الأولى أعرف : للمعلومة الثانية
المرحلة الثالثة :	الرشد أكثر من 20 سنة
السؤال الأوّل :	لقاء ، حدث مرتبط بشخص
نوع الإجابة:	أعرف : للمعلومة الأولى أعرف : للمعلومة الثانية
السؤال الثاني :	سفر ، انتقال
نوع الإجابة:	أعرف : للمعلومة الأولى أفترض : للمعلومة الثانية أفترض : للمعلومة الثالثة
السؤال الثالث :	العائلة
نوع الإجابة:	أعرف : للمعلومة الأولى أعرف : للمعلومة الثانية
المرحلة الرابعة :	آخر 12 شهرا
السؤال الأوّل :	لقاء، حدث مرتبط بشخص
نوع الإجابة:	أعرف : للمعلومة الأولى أعرف : للمعلومة الثانية
السؤال الثاني :	سفر ، انتقال

نوع الإجابة:	أعرف : للمعلومة الأولى
السؤال الثالث :	العائلة
نوع الإجابة:	أعرف : للمعلومة الأولى

* **استنتاج عام حول الحالة الأولى** :

– يكشف تاريخ الحالة على وجود اضطرابات على مستوى السلوك العام وخلل في الوظيفة الاجتماعية وفقد الأهداف للحياة اليومية وعدم التكيف النفسي والاجتماعي بسبب اضطرابات الشخصية وظهور الهذيانات والهلاوس ، وهذا ما أكّده سلم التقييم الوظيفي العام للحالة والذي كان ما بين مستوى [21-30].

– كما يكشف اختبار ذاكرة الأحداث الأوتوبيوغرافية على النتائج الآتية :

* المرحلة الأولى : الطفولة من 0 إلى 9 سنوات :

– السؤال الأوّل : عبارة عن حدث عابر أو انطباع شخصي ، متواجد في المكان ، غياب كلي للزمان ← درجة 1.

– السؤال الثاني : حدث عابر ، غياب التواجد الزماني والمكاني ، مع وجود انطباع شخص ← درجة 1.

– السؤال الثالث : حدث عابر ، لا وجود للإطار الزماني والمكاني ، منبع وحيد ← درجة 1.

النتيجة : الدرجة الكلية $\frac{3}{12}$

الاستنتاج : تعاني الحالة من قصور في ذاكرة الأحداث الأوتوبيوغرافية في مرحلة الطفولة.

* المرحلة الثانية : المراهقة ما بين 10 إلى 19 سنة :

– السؤال الأوّل: عبارة عن انطباع شخصي، غياب الإطار الزماني والمكاني ← درجة1.

– السؤال الثاني : عبارة عن انطباع شخصي، غياب الإطار الزماني والمكاني، حدث عابر ← درجة1.

– السؤال الثالث : حدث عابر ، غياب الإطار الزماني والمكاني ، انعدام التفاصيل ← درجة 1.

النتيجة : الدرجة الكلية $\frac{3}{12}$

الاستنتاج : تعاني الحالة من قصور في ذاكرة الأحداث الأوتوبيوغرافية في مرحلة المراهقة.

* المرحلة الثالثة : مرحلة الرشد أكثر من 20 سنة :

– السؤال الأوّل: حدث عابر ، انطباع شخصي ، غياب الإطار الزماني والمكاني ← درجة 1.

– السؤال الثاني : حدث عابر ، انطباع شخصي ، غياب التفاصيل ← درجة 1.

– السؤال الثالث : غياب المنبع ، غياب الإطار الزماني والمكاني ← درجة 1.

النتيجة : الدرجة الكلية $\frac{3}{12}$

الاستنتاج : تعاني الحالة من قصور في ذاكرة الأحداث الأوتوبيوغرافية في مرحلة الرشد أكثر من 20 سنة.

* المرحلة الرابعة : المرحلة الراهنة آخر 12 شهرا :

– السؤال الأوّل: حدث عابر ، انطباع شخصي ، غياب الإطار الزماني والمكاني ← درجة 1.

– السؤال الثاني : غياب كلي للإطار الزماني والمكاني ، انطباع شخصي ، غياب التفاصيل ← درجة 1.

– السؤال الثالث : غياب كلي للإطار الزماني والمكاني ، غياب التفاصيل ← درجة 1.

النتيجة : الدرجة الكلية $\frac{3}{12}$

الاستنتاج : الحالة تعاني من قصور في ذاكرة الأحداث الأوتوبيوغرافية في الأشهر الأخيرة من مرحلة الرشد.

وعليه من خلال هذه النتائج الجزئية تكون الحالة تعاني من قصور في ذاكرة الأحداث الأوتوبيوغرافية في كل المراحل العمرية بداية من مرحلة الطفولة والمراهقة ، الرشد إلى المرحلة الأخيرة والتي تمثل السنة الأخيرة.

ويكشف إجراء R/K لـ Gardiner بأنّ الحالة قدّمت إجابات من نوع أعرف je sais بكثرة على عكس إجابات من نوع أتذكر je me rappelle كانت قليلة جدا هذا يعني بأنّ الحالة لا يمكنها معاودة الحدث ذهنيا بالرغم من وجود استرجاع للحدث لكن في غياب عملية الاستذكار الواعية للحالة.

ثانيا : التقرير السلوكي للحالة الثانية.

"سمير" يبلغ من العمر 37 سنة هو الخامس من بين إخوته التسعة ، المستوى الدراسي السنة السابعة أساسي ، أعزب ، يغيّر أعماله بكثرة ولا يحتفظ بعمل دائم ، يعيش مع أمّه وأبيه في ظروف اجتماعية واقتصادية منخفضة.

سمير ذو قامة طويلة ، أسمر البشرة ، بني العينين ، ثيابه غير نظيفة مع إهماله لمظهره الخارجي. أثناء المقابلة ، كان المريض متعاونا ، لكن تعامل بحذر حديثه مفهوم ، لكن أفكاره تتسم بالغرابة.

تروي الأم بأنّ سمير عاش طفولة قاسية ، فقد كان يتعرّض لسوء المعاملة من طرف أبيه لأنّه كان أكثر إخوته مثيرا للمشاكل والشغب، أمّا الأب فكان يشتكي من سلوكاته العدوانية ، إذ يقول بأنّ ابنه كان كثير المشاجرات في الخارج ، كما أنّه كان يقضي ليالي كثيرة خارج المنزل ، كما أشار أنّه قد دخل السجن بسبب حادثة سرقة، أمّا بالنسبة لسمير ، فيقول بأنّ علاقته بأمّه جيّدة على عكس علاقته مع أبيه الذي وصفه بالمتسلط والعصبي حيث لم يكن يتيح له الفرصة للحوار والتعبير عن رأيه.

علاقته مع إخوته ودية ، فقد تحدّث عنهم بحبّ وليس لديه صداقات مستمرة نظرا لأنّه كثير المشاحنات مع الأشخاص الذين يحاولون التقرب منه.

فيما يخص تاريخه الصحي فإنّ سمير لم يذكر بأنّه مصاب بأي مرض عضوي مزمن، في حين أنّ الأم تعاني من ارتفاع ضغط الدم.

أمّا عن بداية الاضطراب فهو يرجع إلى 1993 إثر المشاكل الكثيرة والتوتر الشديد الذي كان يشعر به ، فقد كان يقول بأنّه في سنّ كبيرة وليس له عمل مستقر وأي مستقبل ليكوّن أسرة ، وهذا ما دفعه للتردد على بيوت الدعارة ، وقال أنّه "لي يصوروا النهار ياكلوا الليل"، ويعتبر سمير من بين المرضى المتردّدين على المصلحة بحيث أدخل أكثر من 6 مرات

بسبب عدم انتظامه في تناول الأدوية النفسية ، وكذلك لقيامه بأعمال عنيفة وعدوانية اتجاه الآخرين ممّا استدعى جلبه من قبل الشرطة إلى المصلحة وهو يحمل المظاهر التالية :

- هياج نفسي حركي.
- اللااستقرار.
- عدوانية.
- أفكار هذيانية وهلاوس.
- أرض ليلي.

وقد دامت مدّة استشفائه أكثر من 18 يوما.

خلال الفحص العيادي أظهر سمير الأعراض التالية :

- أفكار هذيانية : موضوعها العظمة بحيث يقول : "أنا أفهم كل شيء ، أنا لاعب مشهور". وكذلك الاضطهاد ، فيقول "قد وضعوا لي السحر في القهوة".
- وهلاوس سمعية بحيث يقول الحالة بأنّه يسمع خطوات تمشي عندما يكون في الخلاء ، يسمع أصوات الجن تتكلم معه.
- ولديه رفض تام بأنّه مريض ويسعى إلى الخروج من المصلحة.

يخضع سمير إلى المثبطات العصبية الخاصة مثل Haldol وLargactil.

* **تشخيص الحالة الثانية حسب DSM IV** :

ويتكون من خمس محاور :

- المحور الأوّل : التشخيص : فصام برانويدي.
- المحور الثاني : الشخصية : بدون تشخيص.

- المحور الثالث : مرض عضوي : غير موجود.

- المحور الرابع : حادث واقع : دخوله السجن.

- المحور الخامس : سلم التقييم الوظيفي EGF المستوى الحالي ما بين [21-30].

* **تطبيق اختبار ذاكرة الأحداث الأوتوبيوغرافية لـ Pascalle Piolino** :

المرحلة الأولى:	الطفولة من 0-9 سنوات
السؤال الأوّل :	لقاء ، حدث مرتبط بشخص
المؤشر:	في يوم مع رفيق ، مع راشد ، لقاء أوّل
	– تلاقيت مع صاحبي نجيب وقايسني بالحجرة وشقفني
	– ضربني الأستاذ ديالي بالحزامة
السؤال الثاني :	سفر ، انتقال
المؤشر:	في يوم أثناء عطلة الصيف أو الشتاء، أثناء انتقال مدرسي أو أثناء زيارة.
	– رحلنا لمنصورة لدار كبيرة
	– مشينا للبحر مع با وما وتودرت
السؤال الثالث :	العائلة
المؤشر:	في يوم أثناء حفلة مع العائلة ازدياد أخ أو أخت ، حدث مع عضو من أعضاء عائلتك
	– راني عاقل على الطهارة ديالي
المرحلة الثانية :	المراهقة من 10 إلى 19 سنة
السؤال الأوّل :	لقاء ، حدث مرتبط بشخص
المؤشر:	– في يوم مع صديق ، مع أستاذ ، لقاء أوّل

	– تعرفت على فتحي وليندة ورجعوا صحابي في المتوسطة
	– واحد من ولاد جيرانا دابزت معاه وضربتو ودخل المستشفى
السؤال الثاني :	سفر ، انتقال
المؤشر:	يوم أثناء العطلة المدرسية ، أثناء زيارة أو نزهة لبيت الأصدقاء
	– مشيت للبحر مع صاحبي وقعدنا يامات
السؤال الثالث :	العائلة
المؤشر:	يوم أثناء حفلة مع العائلة : ازدياد مولود جديد أو احتفال
	– زوجت أختي كي كان عندي 16 عام
	– ولدت أختي بنت وسمّاتها "كلثوم"
المرحلة الثالثة :	الرشد أكثر من 20 سنة
السؤال الأوّل :	لقاء ، حدث مرتبط بشخص
المؤشر:	– يوم مع صديق ، مع زميل ، لقاء أوّل
	– تلاقيت واحدة حبيتها بزاف يسموها "سميرة"
	– تعرفت على بدرو ورجع صاحبي بزاف
السؤال الثاني :	سفر ، انتقال
المؤشر:	في يوم أثناء سفر إلى الخارج، أثناء عطلة أو زيارة ما
	– مشيت للعسكر في بليدة
	– مشيت لوهران باه نحوّس

	– مشيت في القطار ومعرفتش كيفاش نرجع
السؤال الثالث :	العائلة
المؤشر:	أثناء اجتماع عائلي في يوم زواجك أو ازدياد طفلك الأوّل
	– عندي أختي وحدوخرا زوجت
	– خويا تاني زوّج
المرحلة الرابعة :	آخر 12 شهرا
السؤال الأوّل :	لقاء، حدث مرتبط بشخص
المؤشر:	–في يوم أثناء لقاء جديد، حدث خاص مع صديق أو زميل، موعد
	– تعرفت على واحد صاحبي وكان يبات معايا في منصورة
	– تعرفت على واحد طبيب مليح كان يداويني
السؤال الثاني :	سفر ، انتقال
المؤشر:	يوم أثناء انتقال في عطلة نهاية الأسبوع أو زيارة أو نزهة
	– مشيت لمعسكر مع خوايا وعاود جينا
	– مشيت لغزوات عند العائلة
السؤال الثالث :	العائلة
المؤشر:	يوم أثناء التقاء عائلي ، الأعياد الأخيرة لك
	– نهار لمولد خواتاتي قاع جاو وولادهم وعملو الحس وخرجت من الدار

*** تطبيق إجراء R/K أو التقييم الذاتي للحالات الذاتية للوعي لـ Gardiner للحالة الثانية :**

المرحلة الأولى:	الطفولة من 0-9 سنوات
السؤال الأوّل :	لقاء ، حدث مرتبط بشخص
نوع الإجابة:	أعرف: للمعلومة الأولى أعرف : للمعلومة الثانية
السؤال الثاني :	سفر ، انتقال
نوع الإجابة:	أعرف : للمعلومة الأولى أعرف : للمعلومة الثانية
السؤال الثالث :	العائلة
نوع الإجابة:	أفترض: للمعلومة الأولى أعرف: للمعلومة الثانية
المرحلة الثانية :	المراهقة من 10 إلى 19 سنة
السؤال الأوّل :	لقاء ، حدث مرتبط بشخص
نوع الإجابة:	أعرف : للمعلومة الأولى أعرف : للمعلومة الثانية
السؤال الثاني :	سفر ، انتقال
نوع الإجابة:	أعرف : للمعلومة الأولى

	أعرف : للمعلومة الثانية
السؤال الثالث :	العائلة
نوع الإجابة:	أعرف: للمعلومة الأولى
المرحلة الثالثة :	الرشد أكثر من 20 سنة
السؤال الأوّل :	لقاء ، حدث مرتبط بشخص
نوع الإجابة:	أعرف : للمعلومة الأولى أعرف : للمعلومة الثانية
السؤال الثاني :	سفر ، انتقال
نوع الإجابة:	أعرف : للمعلومة الأولى أعرف: للمعلومة الثانية
السؤال الثالث :	العائلة
نوع الإجابة:	أعرف : للمعلومة الأولى
المرحلة الرابعة :	آخر 12 شهرا
السؤال الأوّل :	لقاء، حدث مرتبط بشخص
نوع الإجابة:	أعرف : للمعلومة الأولى أعرف : للمعلومة الثانية
السؤال الثاني :	سفر ، انتقال
نوع الإجابة:	أعرف : للمعلومة الأولى

	أفترض : للمعلومة الثانية
السؤال الثالث :	العائلة
نوع الإجابة:	أعرف : للمعلومة الأولى

* **استنتاج عام حول الحالة الثانية** :

– يكشف تاريخ الحالة على وجود اضطرابات على مستوى الوظيفة النفسية والاجتماعية للحالة مع عدم وجود التخطيط للحياة اليومية وعدم التكيف بسبب اضطرابات شخصية وظهور هلاوس وهذيانات ،و هذا ما أكّده سلم التقييم الوظيفي العام للحالة والذي كان ما بين مستوى [21-30].

– كما يكشف اختبار ذاكرة الأحداث الأوتوبيوغرافية لـ Pascalle Piolino على النتائج الآتية :

* المرحلة الأولى : الطفولة من 0 إلى 9 سنوات :

– السؤال الأوّل : عبارة عن حدث عابر ، منبع متكرر غير متواجد في الزمان والمكان ← درجة 1.

– السؤال الثاني : حدث عابر ، منبع متكرر متواجد في الإطار المكاني ، غياب كلي للإطار الزماني ← درجة 1.

– السؤال الثالث : حدث عابر ، انطباع شخصي ، لا وجود للإطار الزماني والمكاني ، ← درجة 1.

النتيجة : الدرجة الكلية $\frac{3}{12}$

الاستنتاج : تعاني الحالة من قصور في ذاكرة الأحداث الأوتوبيوغرافية في مرحلة الطفولة.

* المرحلة الثانية : المراهقة ما بين 10 إلى 19 سنة :

– السؤال الأوّل: انطباع شخصي ، منبع متكرر ، غياب كلي للإطار الزماني والمكاني ← درجة1.

– السؤال الثاني : حدث عابر ، منبع متكرر ، وجود الإطار المكاني وغياب الإطار الزماني ← درجة1.

– السؤال الثالث : منبع وحيد ، غير متواجد في الإطار الزماني والمكاني ← درجة 2.

النتيجة : الدرجة الكلية $\frac{4}{12}$

الاستنتاج : تعاني الحالة قصورا في ذاكرة الأحداث الأوتوبيوغرافية المرتبطة بمرحلة المراهقة.

* المرحلة الثالثة : مرحلة الرشد أكثر من 20 سنة :

– السؤال الأوّل: حدث عابر ، منبع متكرر، وجود المكان مع غياب الإطار الزماني ← درجة 1.

– السؤال الثاني : حدث عابر ، انطباع شخصي ، غياب الإطار الزماني مع وجود المكان ← درجة 1.

– السؤال الثالث : منبع وحيد ، غياب الإطار الزماني والمكاني ← درجة 2.

النتيجة : الدرجة الكلية $\frac{4}{12}$

الاستنتاج : هناك قصور في ذاكرة الأحداث الأوتوبيوغرافية في مرحلة الرشد أكثر من 20 سنة.

* المرحلة الرابعة : المرحلة الراهنة آخر 12 شهرا :

– السؤال الأوّل: انطباع شخصي ، منبع متكرر ، وجود المكان وغياب الإطار الزماني ← درجة 1.

– السؤال الثاني: حدث عابر، منبع متكرر، وجود المكان مع غياب الزمان ← درجة 1.

– السؤال الثالث : انطباع شخصي ، غياب كلي للإطار الزماني والمكاني ← درجة 1.

النتيجة : الدرجة الكلية $\frac{3}{12}$

الاستنتاج : هناك قصور لذاكرة الأحداث الأوتوبيوغرافية للأشهر الأخيرة.

وعليه من خلال هذه النتائج الجزئية ، تكون الحالة تعاني من قصور في ذاكرة الأحداث الأوتوبيوغرافية في كل المراحل العمرية بداية من مرحلة الطفولة والمراهقة والرشد إلى المرحلة الأخيرة والتي تمثل السنة الأخيرة.

ويكشف إجراء R/K لـ Gardiner بأنّ الحالة قدّمت إجابات من نوع أعرف je sais بكثرة على عكس إجابات من نوع أتذكر je me rappelle جاءت قليلة جدا ، وهذا يعني بأنّ الحالة لا يمكنها معاودة الحدث ذهنيا ، بالرغم من استرجاع للحدث لكن في غياب عملية الاستذكار الواعية للحالة.

ثالثا : التقرير السيكولوجي للحالة الثالثة.

"بومدين" يبلغ من العمر 40 سنة ، هو الثالث من بين إخوته الثمانية، مستواه الدراسي السنة الأولى جامعي، تخصص علوم قانونية ، أعزب ، ليس له عمل دائم ، يعيش مع أمّه وأخوته في ظروف اجتماعية واقتصادية منخفضة.

"بومدين" أسمر البشرة ، ذو قامة معتدلة ونحيف الجسم ، ملابسه نظيفة نوعا ما ، بنيّ العينين ، أسود الشعر.

أثناء المقابلة أبدى المريض اتصالا جيدا، ولغة مفهومة وواضحة ، مع استخدام مصطلحات دقيقة.

روي أمه بأنّه عاش طفولة سعيدة وعادية، حيث أنّهم كانوا يعيشون في قرية خارج تلمسان ، مما سمح له بالترعرع في وسط هادئ ، وكانوا يعيشون في شكل عائلة كثيرة مع أعمامه.

يحكي بومدين بأنّ علاقته مع والدته كانت جيّدة وكذلك مع أخوته ، وفجأة بدأت المشاكل وذلك بسبب رغبة الأب في معاودة الزواج مع فتاة من العائلة ، الشيء الذي رفضته الأم ودفع بالأب إلى سوء معاملتها وضربها ومن ثمّ تطليقها ، وقطع كل علاقة معنا ، فاضطرت أمّي للعمل في المزارع واضطررت كذلك للتوقف عن الدراسة ، وهذا ما أثر فيه كثيرا وغير مسار حياته لعدم تمكنه من إكمال دراسته العليا.

أمّا علاقاته بأصدقائه بدأت تقل وذلك لأنّه أصبح يعتقد بأنّه مراقب ومتابع من قبل معارفه وأصدقائه.

أمّا عن تاريخه الصحي فإنّ بومدين لا يعاني من أي مرض مزمن ، وبالنسبة للأم نّها تعاني من داء السكري ، أمّا الأب فتوفي نتيجة سكتة قلبية، فيما يخص بداية مرضه فهو يرجع إلى 1994 بحيث بدأ يتناول كميات كبيرة من المخدرات من نوع Cannabis

بحيث كان يدخن أكثر من عشر سيجارات في اليوم ، وذلك نظرا للمشاكل الأسرية الّتي كانت تحيط به كطلاق الوالدين وخروج أمّه للعمل وتوقفه عن الدراسة ، هذا ما أدّى به إلى ظهور اضطرابات هامة في السلوك استدعى بذلك جلبه إلى المستشفى بسبب نوبات قلق وهيجان وصراخ وفقدان الشهية للأكل وقد دامت مدّة استشفائه أكثر من 20 يوما.

خلال الفحص العيادي أظهر بومدين الأعراض التالية :

- هذيانات العظمة من نوع ديني حيث كان يقول بأنّه عنده رسالة ليقدّمها.
- هذيانات النسب الشريف وبأنّه ينتمي إلى سلالة الرسول.
- هلاوس سمعية حيث يسمع أصوات بأنّ الشعراء قبل النبيّ يدخلون الجنة.
- هذيانات الاضطهاد حيث يقول بأنّه محقور.

يخضع بومدين إلى المثبطات العصبية من نوع Haldol وLargactil.

* **تشخيص الحالة الثالثة حسب DSM IV** :

ويتكون من خمس محاور :

- المحور الأوّل : التشخيص : فصام برانويدي.
- المحور الثاني : الشخصية : بدون تشخيص.
- المحور الثالث : مرض عضوي : غير موجود.
- المحور الرابع : حادث واقع : تسمم بالمخدرات والتوقف عن الدراسة.
- المحور الخامس : التقييم الوظيفي الاجتماعي المستوى ما بين [21-30].

إذن "بومدين" يعاني من فصام برانودي.

*** تطبيق اختبار ذاكرة الأحداث الأوتوبيوغرافية لـ Pascalle Piolino للحالة الثالثة:**

المرحلة الأولى:	الطفولة من 0-9 سنوات
السؤال الأوّل :	لقاء ، حدث مرتبط بشخص
المؤشر:	في يوم مع رفيق ، مع راشد ، لقاء أوّل
	– مشيت مع أختي للمقبرة
	– مشيت للحمام مع ما وصاحبي
السؤال الثاني :	سفر ، انتقال
المؤشر:	في يوم أثناء عطلة الصيف والشتاء ، أثناء انتقال مدرسي أو أثناء زيارة.
	– كنا نمشيو للقرية نحصدو
	– كنا نمشيو عند الولية
السؤال الثالث :	العائلة
المؤشر:	في يوم أثناء حفلة مع العائلة ازدياد أخ أو أخت ، حدث مع عضو من أعضاء عائلتك
	– نعقل على الطهارة تع ولد عمي في القرية اللي كنا نعيشو فيها
المرحلة الثانية :	المراهقة من 10 إلى 19 سنة
السؤال الأوّل :	لقاء ، حدث مرتبط بشخص
المؤشر:	– في يوم مع صديق ، مع أستاذ ، لقاء أوّل

	– المعلم وصلني بسيارة
	– تلاقيت بين يخلف
السؤال الثاني :	سفر ، انتقال
المؤشر:	يوم أثناء العطل المدرسية ، أثناء زيارة أو نزهة لبيت الأصدقاء
	– مشيت la colonie في وهران
	– كنا نمشيو للغابة ونجيبو البلوط
السؤال الثالث :	العائلة
المؤشر:	يوم أثناء حفلة في العائلة : ازدياد مولود جديد أو احتفال
	– دارو 2 عراس تع العائلة في القرية
	– الزيادة تع أولاد عمي
المرحلة الثالثة :	الرشد أكثر من 20 سنة
السؤال الأوّل :	لقاء ، حدث مرتبط بشخص
المؤشر:	– يوم مع صديق ، مع زميل ، لقاء أوّل
	– تعرفت على صاحب جديد في البحر
	– تعرفت على واحد يلعب بالقيتارة
السؤال الثاني :	سفر ، انتقال
المؤشر:	في يوم أثناء سفر إلى الخارج، أثناء عطلة أو زيارة ما
	– مشيت للمغرب 1993

	– كنا نمشيو للبحر تع سيدي وشع
السؤال الثالث :	العائلة
المؤشر:	أثناء اجتماع عائلي في يوم زواجك أو ازدياد طفلك الأوّل
	– عرس تاع خاي وتع ولد عمي
	– الزيادة تع أحفاد عمي
المرحلة الرابعة :	آخر 12 شهرا
السؤال الأوّل :	لقاء، حدث مرتبط بشخص
المؤشر:	– في يوم أثناء لقاء جديد ، حدث خاص مع صديق أو زميل، موعد
	– جبت صاحبي لدارنا وبات معايا
السؤال الثاني :	سفر ، انتقال
المؤشر:	يوم أثناء انتقال في عطلة نهاية الأسبوع أو زيارة أو نزهة
	– رحت للبحر مع خالي
السؤال الثالث :	العائلة
المؤشر:	يوم أثناء التقاء عائلي ، الأعياد الأخيرة لك
	– في العيد الكبير ، تلاقينا كامل لعائلة في دارنا

*** تطبيق إجراء R/K أو التقييم الذاتي للحالات الذاتية للوعي لـ Gardiner للحالة الثالثة :**

المرحلة الأولى:	الطفولة من 0-9 سنوات
السؤال الأوّل :	لقاء ، حدث مرتبط بشخص
نوع الإجابة:	أعرف : للمعلومة الأولى أعرف : للمعلومة الثانية
السؤال الثاني :	سفر ، انتقال
نوع الإجابة:	أعرف : للمعلومة الأولى أعرف : للمعلومة الثانية
السؤال الثالث :	العائلة
نوع الإجابة:	أعرف: للمعلومة الأولى
المرحلة الثانية :	المراهقة من 10 إلى 19 سنة
السؤال الأوّل :	لقاء ، حدث مرتبط بشخص
نوع الإجابة:	أعرف : للمعلومة الأولى أعرف : للمعلومة الثانية
السؤال الثاني :	سفر ، انتقال
نوع الإجابة:	أعرف : للمعلومة الأولى أعرف : للمعلومة الثانية

السؤال الثالث :	العائلة
نوع الإجابة:	أعرف : للمعلومة الأولى أعرف : للمعلومة الثانية
المرحلة الثالثة :	الرشد أكثر من 20 سنة
السؤال الأوّل :	لقاء ، حدث مرتبط بشخص
نوع الإجابة:	أعرف : للمعلومة الأولى أعرف : للمعلومة الثانية
السؤال الثاني :	سفر ، انتقال
نوع الإجابة:	أتذكر : للمعلومة الأولى أعرف : للمعلومة الثانية
السؤال الثالث :	العائلة
نوع الإجابة:	أعرف : للمعلومة الأولى أفترض : للمعلومة الثانية
المرحلة الرابعة :	آخر 12 شهرا
السؤال الأوّل :	لقاء، حدث مرتبط بشخص
نوع الإجابة:	أعرف : للمعلومة الأولى
السؤال الثاني :	سفر ، انتقال
نوع الإجابة:	أعرف : للمعلومة الأولى

السؤال الثالث :	العائلة
نوع الإجابة:	أعرف : للمعلومة الأولى

* **استنتاج عام حول الحالة الثالثة** :

– يكشف تاريخ الحالة على وجود اضطراب في الوظيفة النفسية والاجتماعية للحالة وسوء التخطيط لحياته وفقدان الأهداف وسوء التكيف بسبب اضطرابات في الشخصية ووجود كذلك الهلاوس والهذيانات ، وهذا ما أكّده سلم التقييم الوظيفي العام للحالة والذي كان ما بين مستوى [21-30].

– ويكشف اختبار ذاكرة الأحداث الأوتوبيوغرافية لـ Pascalle Piolino على النتائج الآتية :

* المرحلة الأولى : الطفولة من 0 إلى 9 سنوات :

– السؤال الأوّل : حدث عابر ، منبع متكرر ، وجود للإطار المكاني وغياب الزمان ← درجة 1.

– السؤال الثاني : انطباع شخصي ، منبع متكرر ، غياب الزمان والمكان ← درجة 1.

– السؤال الثالث: انطباع شخصي، غياب الزمان والمكان، انعدام التفاصيل ← درجة 1.

النتيجة : الدرجة الكلية $\frac{3}{12}$

الاستنتاج : تعاني الحالة من قصور في ذاكرة الأحداث الأوتوبيوغرافية في مرحلة الطفولة.

* المرحلة الثانية : المراهقة ما بين 10 إلى 19 سنة :

– السؤال الأوّل: انطباع شخصي ، منبع متكرر ، غياب كلي للإطار الزماني والمكاني ← درجة1.

– السؤال الثاني : حدث عابر ، منبع متكرر ، وجود الإطار المكاني ، مع غياب الزمان ← درجة1.

– السؤال الثالث : حدث عابر ، منبع متكرر ، غياب الإطار المكاني ، مع غياب التفاصيل← درجة 1.

النتيجة : الدرجة الكلية $\frac{3}{12}$

الاستنتاج : هناك حالة قصور في ذاكرة الأحداث الأوتوبيوغرافية المرتبطة بمرحلة المراهقة.

* المرحلة الثالثة : مرحلة الرشد أكثر من 20 سنة :

– السؤال الأوّل: حدث عابر ، غياب كلي للإطار المكاني والزماني ← درجة 1.

– السؤال الثاني : حدث عابر ، وجود الإطار الزماني والمكاني ← درجة 2.

– السؤال الثالث : انطباع شخصي ، منبع متكرر ، غياب الإطار الزماني والمكاني ← درجة 1.

النتيجة : الدرجة الكلية $\frac{4}{12}$

الاستنتاج : الحالة تعاني قصورا في ذاكرة الأحداث الأوتوبيوغرافية في مرحلة الرشد أكثر من 20 سنة.

* المرحلة الرابعة : المرحلة الراهنة آخر 12 شهرا :

– السؤال الأوّل: انطباع شخصي ، منبع وحيد ، وغياب الإطار الزماني ، غياب كلي للتفاصيل ← درجة 1.

– السؤال الثاني: حدث عابر، غياب الإطار الزماني وجود المكان ← درجة 1.

– السؤال الثالث : معرفة عامة ، وجود الإطار المكاني وغياب الزمان ← درجة 0.

النتيجة : الدرجة الكلية $\frac{2}{12}$

الاستنتاج : تعاني الحالة قصورا في ذاكرة الأحداث الأوتوبيوغرافية للأشهر الأخيرة من حياته.

وعلى ضوء هذه النتائج الجزئية فإنّ الحالة تعاني قصورا في ذاكرة الأحداث الأوتوبيوغرافية في كل المراحل العمرية بداية من مرحلة الطفولة والمراهقة والرشد والسنوات الأخيرة.

ويكشف إجراء R/K لـ Gardiner بأنّ الحالة قدّمت إجابات من نوع أعرف je sais أكثر من إجابات من نوع أتذكر je me rappelle الّتي كانت قليلة جدا وهذا يعكس تماما بأنّ الحالة بالرغم من استرجاعها للحدث لكنّها لا تستطيع معاودة معايشته ذهنيا مع غياب عملية الاستذكار الواعية للحالة.

رابعا : التقرير السيكولوجي للحالة الرابعة.

"رضا" يبلغ من العمر 39 سنة ، هو الثامن من بين إخوته العشرة ، مستواه الدراسي السنة السابعة أساسي، مطلق، وبدون عمل مستقر ، وهو يعيش لوحده وظروفه الاجتماعية والاقتصادية منخفضة.

يرتدي "رضا" ملابس نظيفة ، متوسط القامة ، شعره أسود ، وأسمر البشرة ، عينان عسليتان.

أثناء المقابلة كان الاتصال مع "رضا" سهلا لأنّه كان في حالة استقرار ، فتجاوب معنا وكان متفهما ومتعاونا ، عبّر عن حياته بلغة بسيطة.

تروي أخته بأنّ "رضا" ن طفولة غير مستقرّة إذ أنّ خالته تبنّته وذلك لأنّها لم كن قادرة على الإنجاب وأنّها قد تبنّت طفلتان من المستشفى ، وهذا ما رفضته أم رضا، ولكن زوجها هو الذي أراد ذلك نظرا للعدد الكبير لأفراد الأسرة.

يحكي "رضا" بأنّ علاقته مع أمّه كانت جيّدة إلى أن توفيت إثر حادث مرور، أمّا علاقته بأبيه فكانت سطحية خالية من المشاعر ، وأمّا علاقته مع أخوته بالتبني فكانت مضطربة جدا.

أمّا عن علاقته مع زوجته فكانت جيدة في البداية ، ثمّ بدأت المشاكل حتّى الانفصال والذي يردّه إلى الناس الذين كانوا يغارون منهم ولذلك وضعوا لهم السحر.

فيما يخص الصداقات فلديه صديق واحد مقرّب فقط.أمّا عن تاريخه الصحي ، فإنّ "رضا" لا يعاني من أي مرض عضوي مزمن ، في حين أنّ الأخ والعمّ كانا يتابعان بمصلحة الأمراض العقلية.

فيما يخص بوادر المرض فقد بدأت منذ وفاة الأم سنة 1991 وذهاب الخالة المتبنية لحج ، فبدأت تظهر عليه أفكار غريبة بأنّ خالته تخلّت عنه وأنّها لن ترجع أبدا ، ومن هنا

بدأ يتراجع في دراسته ويرافق أصحاب السوء وبدأ يتعاطى المخدرات وشرب الخمر، وقد أدّى به هذا الأمر إلى جلبه إلى المستشفى وذلك بسبب :

* ظهور أفكار غريبة وهذيانات وهلاوس ، وبدأ بعدها كثير التردد على المصلحة حيث أنّه دخل للمرة السابعة ، وهذه المرة دامت مدّة إقامته أكثر من 15 يوما بسبب انتكاسته. ومن خلال الفحص العيادي تبيّن أنّه يحمل الأعراض التالية :

– هذيانات الاضطهاد فهو يقول بأنّ أخته بالتبني تغار منه وتريد أذيته ووضعت له السحر.

– هلاوس سمعية فهو يسمع أصواتا تحدثه وتخبره بأنّ هناك أناسا يريدون القضاء عليه.

– هذيانات التملك بحيث يقول بأنّ هناك جنّ يسكنه.

يخضع رضا إلى المثبطات العصبية من نوع Largactil و Haldol.

* **تشخيص الحالة الأولى حسب DSM IV** :

ويتكون من خمس محاور :

– المحور الأوّل : التشخيص : فصام برانويدي.

– المحور الثاني : الشخصية : بدون تشخيص.

– المحور الثالث : مرض عضوي : غير موجود.

– المحور الرابع : حادث واقع : التبني.

– المحور الخامس : سلم التقييم الوظيفي EGF المستوى ما بين [21-30].

إذن "رضا" يعاني من فصام برانودي.

*** تطبيق اختبار ذاكرة الأحداث الأوتوبيوغرافية لـ Pascalle Piolino للحالة الرابعة:**

المرحلة الأولى:	الطفولة من 0-9 سنوات
السؤال الأوّل :	لقاء ، حدث مرتبط بشخص
المؤشر:	في يوم مع رفيق ، مع راشد ، لقاء أوّل
	– جارنا كان يخلص عليا العصير والحلويات
السؤال الثاني :	سفر ، انتقال
المؤشر:	في يوم أثناء عطلة الصيف والشتاء، أثناء انتقال مدرسي أو أثناء زيارة.
	– كنا نمشيو للبحر أنا وخوتي وبا كان يخرجنا بالصفارة على خاطر كنا بزاف
السؤال الثالث :	العائلة
المؤشر:	في يوم أثناء حفلة مع العائلة ازدياد أخ أو أخت ، حدث مع عضو من أعضاء عائلتك
	– أختي بالتبني زوجت
المرحلة الثانية :	المراهقة من 10 إلى 19 سنة
السؤال الأوّل :	لقاء ، حدث مرتبط بشخص
المؤشر:	– في يوم مع صديق ، مع أستاذ ، لقاء أوّل
	– كان عندنا حالأستاذ كي نشوفو نولّي نضحك
	– كنّا نمشيو أنا وصاحبي للمسبح وندیرو الفي ونزاعقوا
السؤال الثاني :	سفر ، انتقال
المؤشر:	يوم أثناء العطل المدرسية ، أثناء زيارة أو نزهة لبيت الأصدقاء
	– رحلنا من الدار
	– كنا نمشيو نبحرو

	– مشيت لشلشال مع دارنا
السؤال الثالث :	العائلة
المؤشر:	يوم أثناء حفلة في العائلة : ازدياد مولود جديد أو احتفال
	– عرس تع ولد خالي فات شباب
المرحلة الثالثة :	الرشد أكثر من 20 سنة
السؤال الأوّل :	لقاء ، حدث مرتبط بشخص
المؤشر:	– يوم مع صديق ، مع زميل ، لقاء أوّل
	– تعرفت على واحد عندو قهوة يسمّوه حسني ودخلني نخدم عنده وكان يتهلاّ فيا ديما
	– تعرفت على دنيا حبيبتي
السؤال الثاني :	سفر ، انتقال
المؤشر:	في يوم أثناء سفر إلى الخارج، أثناء عطلة أو زيارة ما
	– مشيت لوجدة في المغرب
	– كنت نمشي لمرسى بن مهيدي ونقعد يامات
السؤال الثالث :	العائلة
المؤشر:	أثناء اجتماع عائلي في يوم زواجك أو ازدياد طفلك الأوّل
	– تزوجت مع وحدة خطبتها لي أختي
	– زيادة تع ولدي
المرحلة الرابعة :	آخر 12 شهرا
السؤال الأوّل :	لقاء، حدث مرتبط بشخص
المؤشر:	–في يوم أثناء لقاء جديد، حدث خاص مع صديق أو زميل، موعد
	– واحد صاحبي قريب لي بزاف تعرفت عليه العام اللي فات وأرجع كي خويا

السؤال الثاني :	سفر ، انتقال
المؤشر:	يوم أثناء انتقال في عطلة نهاية الأسبوع أو زيارة أو نزهة
	– ما كنتش نبعد
السؤال الثالث :	العائلة
المؤشر:	يوم أثناء عطلة ، اجتماع عائلي ، الأعياد الأخيرة لك
	– كانوا يعرضوني للعراس بصح ما كنتش نمشي على خاطر كنت مريض
	– أختي دارت العرس تع ولدها وما مشيتش

* **تطبيق إجراءات R/K أو التقييم الذاتي للحالات الذاتية للوعي لـ Gardiner**

للحالة الرابعة :

المرحلة الأولى:	الطفولة من 0-9 سنوات
السؤال الأوّل :	لقاء ، حدث مرتبط بشخص
نوع الإجابة:	أعرف: للمعلومة الأولى
السؤال الثاني :	سفر ، انتقال
نوع الإجابة:	أعرف : للمعلومة الأولى
السؤال الثالث :	العائلة
نوع الإجابة:	أعرف: للمعلومة الأولى
المرحلة الثانية :	المراهقة من 10 إلى 19 سنة
السؤال الأوّل :	لقاء ، حدث مرتبط بشخص
نوع الإجابة:	أعرف : للمعلومة الأولى أعرف : للمعلومة الثانية
السؤال الثاني :	سفر ، انتقال
نوع الإجابة:	أعرف : للمعلومة الأولى أعرف: للمعلومة الثانية أعرف : للمعلومة الثالثة
السؤال الثالث :	العائلة

نوع الإجابة:	أعرف: للمعلومة الأولى
المرحلة الثالثة :	الرشد أكثر من 20 سنة
السؤال الأوّل :	لقاء ، حدث مرتبط بشخص
نوع الإجابة:	أعرف : للمعلومة الأولى
السؤال الثاني :	سفر ، انتقال
نوع الإجابة:	أعرف : للمعلومة الأولى أعرف: للمعلومة الثانية
السؤال الثالث :	العائلة
نوع الإجابة:	أعرف : للمعلومة الأولى أعرف : للمعلومة الثانية
المرحلة الرابعة :	آخر 12 شهرا
السؤال الأوّل :	لقاء، حدث مرتبط بشخص
نوع الإجابة:	أعرف : للمعلومة الأولى
السؤال الثاني :	سفر ، انتقال
نوع الإجابة:	أفترض : للمعلومة الأولى
السؤال الثالث :	العائلة
نوع الإجابة:	أعرف : للمعلومة الأولى أعرف : للمعلومة الثانية

* **استنتاج عام حول الحالة الرابعة** :

– يكشف تاريخ الحالة على وجود اختلالات على مستوى الوظيفة النفسية والاجتماعية للحالة مع عدم وجود تكيف على المستوى العام للشخصية بسبب ظهور الهلاوس والهذيانات ، وهذا ما أكّده سلم التقييم الوظيفي العام الذي تقع فيه الحالة ما بين مستوى [30-21].

– كما يكشف اختبار ذاكرة الأحداث الأوتوبيوغرافية لـ Pascalle Piolino على النتائج الآتية :

* المرحلة الأولى : الطفولة من 0 إلى 9 سنوات :

– السؤال الأوّل : انطباع شخصي ، منبع وحيد ، غياب الإطار الزماني والمكاني ← درجة 1.

– السؤال الثاني : حدث خاص ، غياب كلي للتفاصيل وغياب الزمان ووجود المكان ← درجة 2.

– السؤال الثالث : انطباع شخصي ، غياب كلي للتفاصيل ، غياب الزمان والمكان ← درجة 1.

النتيجة : الدرجة الكلية $\frac{4}{12}$

الاستنتاج : تعاني الحالة من قصور في ذاكرة الأحداث الأوتوبيوغرافية في مرحلة الطفولة.

* المرحلة الثانية : المراهقة ما بين 10 إلى 19 سنة :

– السؤال الأوّل: انطباع شخصي، غير متواجد في الزمان والمكان ← درجة1.

– السؤال الثاني : انطباع شخصي، منبع متكرر ، وجود الإطار المكاني وغياب الإطار الزماني ، حدث عابر ← درجة1.

– السؤال الثالث : حدث عابر ، منبع متكرر ، غياب التفاصيل ← درجة 1.

النتيجة : الدرجة الكلية $\frac{3}{12}$

الاستنتاج : تعاني الحالة قصورا في ذاكرة الأحداث الأوتوبيوغرافية في مرحلة المراهقة.

* المرحلة الثالثة : مرحلة الرشد أكثر من 20 سنة :

– السؤال الأوّل: حدث خاص ، منبع وحيد ، وجود المكان وغياب الزمان ← درجة2.

– السؤال الثاني : حدث عابر ، منبع متكرر ، وجود المكان وغياب الزمان ، مع انعدام التفاصيل ← درجة 1.

– السؤال الثالث : حدث خاص ، غياب التفاصيل ، غياب كلي للمكان والزمان← درجة 1.

النتيجة : الدرجة الكلية $\frac{4}{12}$

الاستنتاج : تعاني الحالة قصورا في ذاكرة الأحداث الأوتوبيوغرافية في مرحلة الرشد أكثر من 20 سنة.

* المرحلة الرابعة : المرحلة الراهنة آخر 12 شهرا :

– السؤال الأوّل: انطباع شخصي ، منبع وحيد ، غياب للزمان والمكان← درجة 1.

– السؤال الثاني : غياب الاستجابة ← درجة 0.

– السؤال الثالث : غياب الاستجابة ← درجة 0.

النتيجة : الدرجة الكلية $\frac{1}{12}$

الاستنتاج : الحالة تعاني من قصورا شديدا في ذاكرة الأحداث الأوتوبيوغرافية في الأشهر الاثنتا عشر الأخيرة.

وعلى ضوء هذه النتائج الجزئية فإنّ الحالة تعاني من قصور في ذاكرة الأحداث الأوتوبيوغرافية في كل المراحل العمرية ابتداء من الطفولة والمراهقة والرشد والأشهر الأخيرة.

ويكشف إجراء R/K لـ Gardiner بأنّ الحالة قدّمت إجابات من نوع أعرف je sais أكثر من إجابات من نوع أتذكر je me rappelle والتي كانت قليلة جدا، وهذا يدلّ على أنّ الحالة لا يمكنها استحضار الحدث ذهنيا أو معايشته مع غياب لعملية الاستذكار الواعية للحالة.

II- مناقشة نتائج الدراسة وتحليلها :

✦ مناقشة فرضيات الدراسة :

قبل الخوض في مناقشة النتائج المتوصل إليها وما يمكن أن تساهم به في إلقاء الضوء على مشكلات الدراسة يجب الإشارة إلى الإطار النظري الذي التزم به البحث والباحث والذي من شأنه إظهار الجوانب الأساسية لهذه الدراسة.

سار البحث في ضوء نتائج أبحاث Endel Tulving وConway ومحاولات Gardiner وPascalle Piolino الّتي كشفت عن الذاكرة الأوتوبيوغرافية عبر المراحل الّتي تطوّر فيها.

وفي محاولة اختبار فروض الدراسة تمّ تطبيق اختبار ذاكرة الأحداث الأوتوبيوغرافية لـ Pascalle Piolino وإجراء R/K أو التقييم الذاتي للحالات الذاتية للوعي لـ Gardiner بالإضافة إلى استعمال معايير تشخيصية حسب DSM IV ، وسلّم التقييم الوظيفي العام لـ Boyer ، واستخدام المنهج العيادي وما يحتويه من الملاحظة والمقابلة وتاريخ الحالة.

ذا المنطلق قمنا بإجراء هذه الدراسة والتي نعتقد أنها تخدم أهداف بحثنا والوصول إلى النتائج الّتي تهمّنا.

حسب Endel Tulving فإنّ تجربة الفرد الذي يقوم بعملية الاستذكار أو التذكر يز بحالة من الوعي الذاتي خاصة ، تسمى بالاستذكار الواعية ، وظيفتها الرئيسية أنّها تسمح للفرد بالقدرة على معايشة حدث ماضي ذهنيا.

أمّا حسب Conway فيعتقد أنّ ذاكرة الأحداث الأوتوبيوغرافية تمثل القاعدة الرئيسية للهوية الشخصية للفرد.[1]

من خلال هذه المقاربة المعرفية يبقى الآن فحص وتقييم دلالات هذه النتائج:

[1] Christine-Vanessa,Cuervo-Lombard,Op.cit, p 111.

* **الفرضية الأولى** :

– إنّ الحالات المصابة بالفصام يسترجعون أقل الذكريات الأوتوبيوغرافية الخاصة.

– إنّ النتائج الرئيسية المتوصل إليها ترتكز على وجود عدّة اختلالات أو اضطرابات في أداء الذاكرة الأوتوبيوغرافية ، بحيث توصلت النتائج إلى وجود قصور في ذاكرة الأحداث الأوتوبيوغرافية لدى الحالات الفصامية موضوع الدراسة ، وقد ثبت كذلك أنّ هذه الحالات تنتج ذكريات خاصة قليلة. هذا القصور في الذاكرة الأوتوبيوغرافية قام الباحث بتقييمه باختبار الذاكرة الأوتوبيوغرافية لـ Pascalle Piolino.[1]

فيما يخص كل الذكريات الخاصة الّتي قدمتها الحالات الفصامية أثبتت قصورا في مختلف المراحل العمرية ، وأظهرت عجزا وفقرا من ناحية المحتوى والتفاصيل والمرونة.

وأخيرا ، كل المعارف الأوتوبيوغرافية للحالات الفصامية تبدو فقيرة وغير منظمة.

* **الفرضية الثانية** :

– إنّ القصور في استرجاع الذكريات الأوتوبيوغرافية الخاصة لدى الحالات المصابة بالفصام يتصاحب مع اضطراب في الوعي الأوتونويتيكي واضطراب في الهوية الشخصية لهؤلاء المرضى.

– توصلت نتائج الدراسة إلى أنّ هناك اضطراب على مستوى الوعي الأوتونويتيكي أو عملية الاستذكار الواعية ، في حين أنّ الشعور بالألفة بقي محفوظا عنه الحالات الفصامية، هذا الاضطراب في الحالات الذاتية للوعي قام الباحث بالكشف عنها من خلال إجراء R/K أو إجراء التقييم الذاتي للوعي لـ Gardiner.

[1] - Christine-Vanessa,Cuervo-Lombard,Op.cit, p 111.

– كما أثبتت النتائج على أنّ الإجابات من نوع "أتذكر – je me rappelle " ظهرت قليلة في عملية التعرف ، وخاصة في المحتوى الزماني للذكريات، في حين الإجابات من نوع " أعرف – je sais " ظهرت بصفة واضحة وبكثرة.[1]

– إنّ الاضطرابات في عملية الاستذكار الواعية أو حالة الوعي الأوتونويتيكي هو أيضا اضطراب في الذاكرة الأوتوبيوغرافية ، خاصة في الحالات الفصامية موضوع الدراسة.

وقد يكون هذا الاضطراب ناجما عن اضطراب في الترميز (encodage) أو أثناء الاسترجاع récupération ، هذا يعني أنّ الاضطراب على مستوى الترميز في مرحلة ظهور الأعراض في الحالات الفصامية يفسّر تماما خطورة هذا الاضطراب في الدخول إلى المرض والأزمان ، كذلك الصعوبة في استرجاع المعلومات قد يكون سببا رئيسيا في الاضطرابات الملاحظة في جميع المراحل العمرية لهذه الحالات المرضية.

إذن كل هذه الاضطرابات هي في الحقيقة حاصل ونتاج جميع الصعوبات في استرجاع المعلومات الأوتوبيوغرافية وعملية الترميز.

والقسم الكبير للذكريات تشترك مع عملية الاستذكار الواعية أو حالة الوعي الأوتونويتيكي ، وكما هو معروف في التراث السيكولوجي ، هذا النوع من الذكريات يربط ما بين أهدافنا الماضية و اضرة ، ولكن أيضا مع دوافعنا ورغباتنا، هذا المجموع الكلي يكوّن الدعامة الأساسية للهوية الشخصية.

– كما أثبتت نتائج الدراسة بأنّ الحالات الفصامية ومن خلال تاريخ الحالة والمقابلة العيادية وسلم التقييم الوظيفي العام لـ Boyer ا ليست لها أهداف واضحة في الحياة، ولا يوجد تناسق وتناغم في الحياة الانفعالية والاجتماعية ، بل أكثر من ذلك تشعر بأنّ الحالات الفصامية موضوع الدراسة تنعدم لديهم الدافعية ولا يستطيعون التخطيط لحياتهم، لهذا نجد أو نلاحظ على سلوكاتهم عدم التناسق أو التناسب في جميع جوانب

[11] Christine-Vanessa,Cuervo-Lombard,Op.cit, p 113.

ومستويات الشخصية ، وهذا كلّه يمكن تفسيره بأنّ بناء المعارف أو المعلومات الأوتوبيوغرافية تكون في الأساس مضطربة ممّا تنعكس على دوافع ورغبات الفرد والتي تؤدي في الأخير إلى عدم توافق الأهداف الشخصية لحياة هذا الفرد وعدم إمكانية تحديد أهدافه من جديد، وبالتالي عدم التنظيم في الهوية الشخصية لديه.

إذن كل هذه النتائج المتوصل إليها من خلال هذه الدراسة يجب أن نخضعها إلى عدد من المعايير المنهجية الّتي يجب أن نأخذها بعين الاعتبار.

* **صدق الذكريات** :

وجد الباحث صعوبة أثناء الكشف عن أداء الذاكرة الأوتوبيوغرافية وخاصة التأكد من صدق الذكريات ، مع العلم أنّ العديد من المعطيات تؤكد بأنّ الأفراد العاديين يمكنهم إنتاج ذكريات زائفة ، بمعنى إنتاج ذكريات لحدث ما لم يوجد أصلا أو يكون الحدث في ذلك مشوها ، هذا الأمر يستدعي أوّلا معرفة ما إذا كانت هذه الذكريات المقدمة من قبل العميل هي في الحقيقة لديها علاقة بالحدث الذي فعلا وقع في الزمان والمكان المحدّد له ، وحسب Huron وDanion بيّنت الدراسات بأنّ الفصاميين ينتجون أقل الذكريات الزائفة بالمقارنة مع العاديين لهذا الغرض قام الباحث بالتأكد من صدق الذكريات بإعادة الاختبار مرّة أخرى من أجل إلغاء الذكريات الزائفة الممكن أن تقدّمها الحالات المصابة بالفصام ، وكذلك من أجل تجنب الذكريات السطحية أو الانطباعات العامة ، هذه الطريقة المنهجية قد وظفت من قبل الباحث في هذه الدراسة والنتائج المتحصل عليها أثبتت صحّة الذكريات وبُعدها عن التزييف والكذب.

* **دور معامل الذكاء** :

نقطة مهمة جدا من الناحية المنهجية تخص متغير معامل الذكاء وإمكانية تأثيره على الحالات المصابة بالفصام في قصور الذاكرة الأوتوبيوغرافية وأثبتت بعض الدراسات الّتي

قدّمها كل من Grawford بحيث قام باستخدام اختبار Wechsler للراشد المعدل (Wais-R) على مجموعة من الحالات الفصامية ، فتوصل إلى نتائج مفادها بأنّ قصور الذاكرة الأوتوبيوغرافية لا يتأثر بمعامل الذكاء مهما كانت درجته ، ولهذا الغرض لم يوظفه الباحث في هذه الدراسة أي اختبارات الذكاء.

* **أثر المعالجة الدوائية** :

إنّ اختيار الحالات الفصامية موضوع الدراسة ، أخضعت لشروط معينة وخاصة أنّها تعالج بأدوية نفسية تعمل على استقرار هذه الحالات.

من الأفضل أن لا يتناول المريض أي دواء ، لكن الإجراءات التطبيقية أمام الحالات المرضية تخلق مشكلا منهجيا لأنّه من الصعب أو من غير الممكن اختيار حالات لا تتناول أدوية نفسية ، لهذا الغرض قام الباحث باختيار وانتقاء حالات تعالج إلاّ بالمثبطات العصبية مثل Haldol وLargactil ، حتّى هذا الانتقاء يطرح التساؤل حول إمكانية تأثير هذه الأدوية على النتائج المتوصل إليها.

إنّ الكثير من الباحثين مثل : Verdoux ، Aleman ، Guesta ، Harvey قاموا بأبحاث على الأثر المعرفي للمثبطات العصبية على الأداءات للمرضى الفصاميين ، فتوصلوا إلى نتائج مفادها أنّ العلاج أو تناول المثبطات العصبية ليس له أي أثر على الأداءات المعرفية للمرضى الفصاميين ، وأنّ الوظائف المعرفية ليست لها أي علاقة بتناولهم لهذا النوع من الدواء النفسي.

كما أكّدت دراسة Morits ي قام بها على حالات فصامية باستخدام اختبارات عصبية نفسية لقياس الأداءات المعرفية لهؤلاء المرضى الخاضعين للمثبطات العصبية ، فتوصل إلى نتائج مفادها بأنّ الوظائف المعرفية لا تتأثر عند الحالات الفصامية سواء في بداية المرض أو بعد الدخول في الأزمان ، هذه النتائج كلها تشير إلى أنّ قصور أو اضطراب الذاكرة

الأوتوبيوغرافية مستقل تماما عن تناول المثبطات العصبية عن الحالات الفصامية موضوع الدراسة.

* **إجراء R/K أو التقييم الذاتي للحالات الذاتية للوعي** :

إنّ هذا الإجراء يجب أن نعاينه كذلك من الناحية المنهجية لأنّه قد يختلف عند تطبيقه بين الحالات المرضية كالفصام والحالات العادية لهذا الغرض يجب أن نضع بعض الاحتياطات أثناء تطبيق هذا الإجراء وذلك بالتأكد من أنّ العميل قد فهم التعليمات.

إنّ نوع الإجابات الممكنة لهذا الإجراء تتصاحب مع إعطاء أمثلة في الحياة اليومية.

إنّ الإجابة من نوع "أتذكر – je me rappelle " عرّف على أنّها القدرة على معايشة الجوانب الخاصة لذكريات الأحداث ذهنيا ، مثل الإدراكات ، الأفكار ، أو المشاعر والأحاسيس الحاضرة أثناء التجربة المعاشة.

وللتأكد من استعمال هذه الإجابة على الفرد أو الأفراد تقديم تفاصيل للذكريات.

وإنّ الإجابة من نوع " أعرف – je sais " تترجم شعور بسيط بالألفة للحدث الخاص أو الذكرى.

وإنّ الإجابة من نوع أقترح " أفترض – je suppose " تتوافق مع جوانب الحدث الذي لم يسترجع بطريقة واعية أو لم يتعرف عليه ، لكن افترضه أو اقترحه الفرد، وللتأكد من صدق هذا الإجراء قام Huron بدراسة على مجموعة من الفصاميين ، فتوصل إلى أنّ البحث عن إجابة من نوع "أتذكر" تستدعي من الفصامي تقديم تفاصيل حول الحدث من الناحية الزمانية والمكانية والانفعالية والإدراكية.

* **اختيار أدوات القياس للذاكرة الأوتوبيوغرافية** :

إنّ أدوات تقييم الذاكرة الأوتوبيوغرافية نسبيا عددها قليل ، نميز بعض الطرق الكلاسيكية، كالكلمات ذات المؤشر ، الاستدعاء الحر ، وبعض الاستبيانات.

في هذا العمل البحثي قام الباحث باستخدام اختبار ذاكرة الأحداث الأوتوبيوغرافية لـ Pascalle Piolino الذي يسمح للفرد وخاصة المرضى الفصاميين باسترجاع الذكريات الخاصة لديهم ، مع العلم أنّ هناك مجموعة من الانتقادات وجهت لهذه الاختبارات إلاّ أنّ هذا لا يمنع من صدق النتائج المتوصل إليها. وفي النهاية مهما كانت المنهجية المنتهجة، فالنتائج الّتي توصلت إليها هذه الدراسة أثبتت وجود قصور في ذاكرة الأحداث الأوتوبيوغرافية واضطراب في عملية الاستذكار الواعية أو حالة الوعي الأوتونويتيكي، الّتي أدّت إلى سوء تنظيم في الهوية الشخصية لدى مرضى الفصام.

بالمقابل نلاحظ أنّ هناك علاقة بين ذاكرة العمل ، والذاكرة طويلة المدى والحالات الذاتية للوعي ، وأنّ الذكريات الأوتوبيوغرافية هي عبارة عن بناء ذهني مؤقت من خلال مجموعة معقدة من الإجراءات الموجهة من قبل أهداف معينة.

هذا بسبب اضطراب على مستوى الترميز واسترجاع المعلومات ، هذا ما يفسر اضطراب الذاكرة طويلة المدى واضطراب الحالات الذاتية للوعي ، هذا التحليل يتفق مع المفهوم الذي قدّمه Baddeley أين المكوّن المعروف بـ: Administrateur centrale يلعب دورا كبيرا في إنتاج الحالات الذاتية للوعي ، مع العلم أنّ هذا المكون هو مضطرب عند الحالات الفصامية، وإنّ المعلومات الزمنية توجه استرجاع الذكريات في إطار المعارف الأوتوبيوغرافية ، ابتداء من المراحل الحياتية إلى الذكريات الخاصة ، مرورا بالذكريات العامة.

وبالنظر إلى النتائج المتوصل إليها من هذه الدراسة ، تبيّن بأنّ الأداءات المرتبطة بالمحتوى الزمني تبدو مضطربة ، بمعنى أنّ المعلومات المتمسكة بـ "أين أو متى " où et quand" تكون صعبة الاسترجاع بالتحديد.

إنّ الذاكرة الأوتوبيوغرافية وعملية الاستذكار الواعية لديها تدخل كبير في اختياراتنا : ، لأنّهما يكوّنان موضوعا للسيرة الذاتية للفرد ، وأنّ الذكريات الخاصة تكوّن الدعامة الأساسية للهوية الشخصية وقاعدة للعلاقات الشخصية الداخلية.

إنّ البحث الإكلينيكي بيّن بأنّ الحالات الفصامية تعاني من صعوبات في تكوين أو ظ على أهداف منسجمة في حياتهم اليومية ، وتغير في قيمهم واتجاهاتهم من جراء اضطراب الذاكرة الأوتوبيوغرافية وتفاعلاتها مع الشخصية.

هذا الأمر يدعو إلى الاهتمام بمستقبل هؤلاء المرضى الفصاميين وقدرتهم على بناء حياتهم المستقبلية. وحسب Tulving فإنّ الذاكرة الأوتوبيوغرافية لها علاقة مع نظام عصبي معرفي يسمح للفرد بأن يقوم بسفر ذهني في الزمن الذاتي ، هذا السفر الذهني يترك للفرد إمكانية استرجاع الذكريات الأحداث الخاصة الماضية ، وكذلك يسمح بالوقوف على المستقبل.

إنّ المستوى الضعيف من الإجابات المقدمة من نوع "أتذكر – je me rappelle " دليل ومؤشر على أنّ الحالات الذاتية للوعي مضطربة عند الحالات الفصامية وبالمقابل الملاحظات الإكلينيكية تبيّن بأنّ الحالات الفصامية لديها صعوبات وعدم القدرة على الربط بين الحاضر والماضي والمستقبل.

إنّ اضطراب بناء الهوية الشخصية لدى الحالات الفصامية مردّه إلى الصعوبات الّتي هذه الحالات من خلال عدم تموقعهم في الزمان، وعدم مقدرتهم على تحديد وجودهم أو التعرف على ذواتهم على أنّهم مسؤولون عن أفعالهم وأقوالهم وأفكارهم ، وأنّهم ناضرون لاستكمال مسيرتهم الحياتية. وعليه فإنّ الاضطرابات المتوصل إليها من خلال هذه الدراسة تؤكد أنّ هناك اضطراب في الذاكرة الأوتوبيوغرافية، وعملية الاستذكار الواعية

دخل كبير وأثر في الصعوبات الّتي وجدتها الحالات الفصامية في استحضار الماضي والحاضر.

وحسب "Green" فقد اقترح بأنّ اضطرابات الذاكرة عند الفصام تعبّر بشكل جيّد على عدم مقدرة هؤلاء المرضى على التكيف مع الحياة اليومية.

وإنّ اضطرابات الوعي تعبّر كذلك عن الاضطرابات المعرفية وتتواجد في الجداول العيادية، وحسب Henry ey والذي يعتبر الباحث الأوّل الذي تحدّث بأنّ الفصام يتميز باضطرابات الوعي.

إنّ الحالات الفصامية لا تستطيع استعمال أو استخدام الذكريات في تجاربها الماضية وتوظيفها من أجل الحفاظ على التكيف أمام وضعيات مشابهة في الحاضر.

إذن إنّ استرجاع الذكريات يمكنها أن توجه سلوكاتنا في الحاضر والمستقبل ، بل أكثر من ذلك إنّ تنظيم المعارف الأوتوبيوغرافية لا تعتمد فقط على أهداف الفرد المسطرة ، بل كذلك على انتظارات الوسط العائلي والمجتمع ككل.

وأخيرا يمكن أن نسجل كذلك بأنّ قصور ذاكرة الأحداث الأوتوبيوغرافية يرتبط من جهة بمستقبل المريض الفصامي والهياكل العلاجية ، ومن جهة أخرى يرتبط بمستقبل الأداء الوظيفي والاجتماعي للمريض.

ولهذا الغرض قد يوجد هناك أمل في تطوير أبحاث تعمل على علاج هذا القصور المعرفي عند هؤلاء المرضى الفصاميين ، ومن أجل الوصول إلى هذه الحقيقة يجب معرفة الحاجة إلى استكشاف أو الكشف عن الوظائف المعرفية المضطربة والمحفوظة عند الفصام.

الخاتمة

الخاتمة

إنّ الفصام هو ذهان وظيفي مزمن ، الذي يبتدئ عند الشاب الراشد وينتشر بـ 1% من مجموع سكان العالم ، ونلاحظ من خلال جدوله العيادي المرضي اضطرابات معرفية لا تدل في المعايير التشخيصية له ، بالرغم من أنّها تعتبر من إحدى العناصر الّتي يعاني منها الفصاميون خلال حياتهم اليومية.

تاريخيا عبّر Henry ey على أنّ الفصام يتميّز بسوء تنظيم في الشخصية والهوية الشخصية.

إنّ المفاهيم والطرق المنهجية المقدّمة آنذاك كانت لا تسمح للباحثين لإثبات هذه الفرضية ، وبالمقابل وبعد تطور علم النفس المعرفي ، ساهم بقسط كبير في تغيير الدراسات القائمة حول قصور الذاكرة وكل إجراءاتها الخفية.

في هذا العمل البحثي قام الباحث بالكشف عن أداء الذاكرة الأوتوبيوغرافية عند مرضى الفصام ، وذلك باستخدام اختبار ذاكرة الأحداث الأوتوبيوغرافية لتقييم الذكريات الخاصة ، ونتائج الدراسة أثبتت بأنّ هناك قصورا في أداء ذاكرة الأحداث الأوتوبيوغرافية عند الحالات الفصامية ، وتبيّن بأنّ الفصاميين ينتجون ذكريات أوتوبيوغرافية خاصة قليلة.

ثمّ قام الباحث بالكشف عن الحالات الذاتية للوعي وذلك باستخدام إجراء R/K أو إجراء التقييم الذاتي للحالات الذاتية للوعي لتقييم حالة الوعي الأوتونويتيكي الّتي تترافق مع ذاكرة الأحداث الأوتوبيوغرافية ، فتوصلت نتائج الدراسة إلى أنّ هناك قصورا في حالة الوعي الأوتونويتيكي أو عملية الاستذكار الواعية للحالات الفصامية موضوع الدراسة.

وقد تبيّن بأنّ عملية الاستذكار الواعية تعمل كوسيط بين الوعي والزمن المعاش والذي يرتبط بالذات بمعنى الهوية الشخصية للفرد، والتي أثبتت الدراسة بأنّ هناك اضطراب

في الهوية الشخصية للحالات الفصامية من خلال استخدام سلم التقييم الوظيفي العام لـ Boyer.

لكن مع كل هذه النتائج المقدمة تبقى الأبحاث في هذا الميدان سارية ومفتوحة للباحثين مستقبلا لإيجاد أدوات تجريبية دقيقة تسمح بدراسة مفصلة للبناء غير العادي للهوية الشخصية للحالات الفصامية من أجل فهم هذه الهوية وسوء تنظيمها عندهم والعمل على إيجاد أدوات وبرامج تسمح بتحسين نوعية حياتهم اليومية.

، خلال ما تقدّم ، نعتقد أنّنا طرقنا باب جديدا في هذا المجال البحثي المتعلق بعلم النفس المرضي المرتبط بالنمو المعرفي ومخاطرين بذلك ونحن نعتقد احتمال صحّته.

التوصيات :

لقد حاولنا قدر المستطاع أن تكون دراستنا تنتظم وفق الضوابط المنهجية الّتي تؤطر الأعمال البحثية معتمدين على دراسات وبحوث لها نفس اهتمامات بحثنا. فنتج عن ذلك مجموعة من النتائج خلصت إليها هذه الدراسة وعلى هذا الأساس يمكن تقديم بعض لتوصيات لعلّها تفيد الباحث الذي يريد أن يهتمّ بهذا المجال وهي كالآتي :

- إذا كانت الدراسات حول الذاكرة الأوتوبيوغرافية عند الفصام تحاول استكشاف الماضي فإنّ أفعالنا تعبّر عن الحاضر ، فماذا إذا عن مستقبل هؤلاء المرضى؟
- وضع برامج علاجية ونفس اجتماعية تسمح بتحسين نوعية حياة الفصاميين.
- إيجاد الأدوات الدقيقة واللازمة للكشف عن الوظائف المعرفية المضطربة عندهم.

قائمة المراجع

قائمة المراجع

I- المصادر والمراجع باللغة العربية :

1- إجلال محمد سرى، علم النفس العلاجي، الطبعة1، عالم الكتب للنشر، 1990م.

2- إحسان محمد الحسن ، مناهج البحث الاجتماعي ، دار وائل ، الأردن ، 2005.

3- أفنان نظير دروزة، أساسيات في علم النفس التربوي، دار الشروق للنشر و التوزيع ، الطبعة1، الأردن، 2004.

4- الخولي هشام محمد ، الأساليب المعرفية وضوابطها في علم النفس ، دار الكتاب الحديث، القاهرة ، 2002.

5- العتوم عدنان يوسف ، علم النفس المعرفي ، النظرية والتطبيق ، دار المسيرة للنشر والتوزيع ، عمان ، 2004 .

6- الزيات فتحي مصطفى ، الأسس البيولوجية والنفسية للنشاط المعرفي ، دار النشر للجامعات ، القاهرة ، 1998.

7- الزيات فتحي مصطفى ، الأسس المعرفية للتكوين العقلي وتجهيز المعلومات، دار النشر للجامعات،الطبعة 2،القاهرة، 2005.

8- المليجي حلمي ، علم النفس المعرفي، دار النهضة العربية ، بيروت ، 2004 .

9- أنور محمد الشرقاوي،علم النفس المعرفي المعاصر،مكتبة الانجلو مصرية،الطبعة 2، القاهرة،2003.

10- بشير معمرية، بحوث ودراسات متخصصة في علم النفس، الجزء الثالث، منشورات الحبر، الجزائر، 2007 .

11- حامد عبد السلام زهران، الصحة النفسية والعلاج النفسي،الطبعة 3، عالم الكتب، القاهرة، 1997.

12- خليل إبراهيم البياتي، علم النفس الفيزيولوجي، دار وائل للطباعة و النشر، الطبعة1، عمان، 2004.

13- خير الزراد ، فيصل محمد ، الذاكرة ، قياسها اضطراباتها ، دار المريخ للنشر ، الرياض ، 2002 .

14- رمضان محمد القذافي، الصحة النفسية والتوافق، الطبعة2، المكتب الجامعي الحديث، القاهرة، 2002.

15- رضوان فوقية حسن ، الاضطرابات المعرفية والمزاجية ، دار الكتاب الحديث ، القاهرة ، 2004.

16- رجاء محمود أبو علاّم ، مناهج البحث في العلوم النفسية والتربوية ، دار النشر للجامعات ، 2007.

17- عبد الرحمان العيسوي، الجريمة والإدمان، الطبعة 1،بيروت، 2000.

18- فوقية عبد الفتاح، علم النفس المعرفي بين النظرية و التطبيق، دار الفكر العربي، القاهرة، 2005.

19- كامل محمد عويضة، علم النفس الاجتماعي،دار الكتب العلمية،الطبعة 1،بيروت ، 1996.

20- محمد زيعور، حقول علم النفس الفيزيولوجي، دار الفكر العربي،الطبعة1، بيروت، 2006.

21- محمد السيد منصور، سحر عبد العزيز الكفافي وآخرون، الأسس النيورسيكولوجية للاضطرابات النفسية، كلية الآداب، طنطا ، .2002

II- **المجلات والدوريات** :

22- دافيدوف ليندا ، الذاكرة ، الإدراك والوعي ، موسوعة علم النفس ، الجزء الرابع ، الدار الدولية للاستثمارات الثقافية ، العدد 8 ، مصر ، 2000.

23- الحجار محمد حمدي ، الثورة العلاجية المعرفية السلوكية الحديثة ، مركز الدراسات النفسية والنفسية الجسدية ، العدد 28 ، المجلد 7 ، بيروت ، 1996.

24- جولد جيمس وهارفي فليب ، الاضطرابات المعرفية في مرض الفصام ، مركز الدراسات النفسية والنفسية الجسدية ، العدد 24 ، المجلد 6 ، بيروت ، 1995.

II- المصادر والمراجع باللغة الأجنبية:

25- American psychiatrie, association MINI DSM-IV , critères diagnostic (Washington D .C 1994), Traduction Française par J.D Guelfi.
26- Andler Daniel, introduction aux sciences cognitives, Gilmand édition, Paris, 1992.
27- Cadet Bernard, psychologie cognitive, presse édition, Paris, 1998.
.Bescha, C.Richard et d'autre, psychopathologie de l'adulte,Armand colin, 2002.28- C
29- Christiane Vanessa, Cuevro Lombard, exploration de la mémoire autobiographique dans la schizophrénie, presse universitaire, Strasbourg, 2006.
30- Camilleri, Vinsonneau, psychologie et culture : concepts et méthodes, Armand Colin, Paris, 1996.
31- Conway, autobiographical memory, Open University Press, England, 1990.
32- Danion Rizzo Hurron, troubles de la mémoire à long terme dans la schizophrénie, l'encéphale, presse universitaire, France, 1998.
33- Danion, Peretti, Gras-Vincendon, Sniger, les troubles de la mémoire dans la schizophrénie, l'encéphale, presse universitaire, 1992.
34- Djamel Bouriche, Stéphane Bourcet, la pratique du terrain psychiatrie adulte, ellipses, Paris, 2000.
35- David Govrion ,Anne Qut-Fayand , les troubles schizophréniques, ellipses,Paris, 2004.
36- Eustache, desgranges, Guillery, Lebreton, les conceptions multisystèmes de la mémoire, presse universitaire, Paris, 2000.
37- Ey Henry, C.brisset, manuel de psychiatrie, 6éme édition, idid, Paris, 1989.
38- Eysenck , Keane, cognitive psychology, Ithed, psychology, CTD, Nework, 2005.
39- Farid Kacha, psychiatrie et psychologie médicale, 2éme édition, Algérie, 2002.
40- Ghodfrud Michel, Les maladies mentales de l'adulte, France, 2002.
41- Guy Besançon, Manuel de psychiatrie, 2ème édition, Dunod, Paris, 2005.
42- I. Gasman , J-F Allilaire et d'autre, Psychiatrie de l'enfant, de l'adolescent et de l'adulte, masson, Paris, 2003.
43- J.M.Damion et d'autre, mémoire éxplicite,mémoire implicite et pathologie psychiatrique, masson, paris 1993.
44- J.Combier et d'autre, neurologie, 7eme édition, masson, Paris, 1994.
45- Jean pierre Rossi,psychologie de la mémoire épisodique a la mémoire sémantique, Deboek et Laraier, 1èreédition, Belgique, 2005.
46- Jean- Louis Pedinielli ,Guy Gimenez, les psychoses de l'adulte,nathan université,France,2003.
47- Julien Daniel Guelfi.Patrice Boyer et d'autre, Psychiatrie, puf fondamental, France,1996.
48- J. Gardiner, Episodic memory and autonoestic consciausness: a first person approath, senob, biological, sciences, 356,1351-1362, 2000.
49- L. Manuila, dictionnaire médicale, 9ème édition, Masson édition,2000.
50- L.Karilla,V.Boss et d'autre, Psychiatrie de l'adulte,de l'enfant et de l'adolescent, 2002. Paris, ellipses,
51- Neves, Rui Dasilva, psychologie cognitive, Armand Colin, Paris, 2004.
52- Pascal Piolino, Béatrice Desgranges, Francis Eustache, la mémoire autobiographique : théorie et pratique, Solal édit, France, 2000.
53- Ruana Borbalou, la construction de l'identité, édit sciences humaines, France, 2004.
54- Serge Nicolas,la psychologie cognitive, Armand Colin, Paris, 2003.

55- Serge Nicolas, Mémoire et conscience, Armand Colin, Paris, 2000.
56- Shacter, à la recherche de la mémoire, Bruxelles, 1999.
57- Tap (P), Marquer sa différence , identité, édit sciences humaines, France, 2004.
58- Tulving Endel, concepts of Human memory, Oxford university press, 1991.

الملاحق

1- **ملحق رقم 1** :

Test épisodique de mémoire autobiographique (TEMPAU) de Pascalle Piolino (2000).

2- **ملحق رقم 2** :

اختبار ذاكرة الأحداث الأوتوبيوغرافية لـ Pascalle Piolino **باللغة** العربية.

3- **ملحق رقم 3** :

إجراء R/K أو إجراء التقييم الذاتي للحالات الذاتية للوعي لـ Gardiner ، **أو** Procédure R/K :

4- **ملحق رقم 4** :

سلم التقييم الوظيفي العام E.G.F **لـ** P.Boyer – Échelle Globale de Fonctionnement

5- **ملحق رقم 5** :

المصطلحات الواردة في البحث (عربي –فرنسي).

ملحق رقم 1

Test épisodique de mémoire autobiographique (TEMPAU) de Pascalle Piolino (2000).

Période1 : Enfance : 0-9 ans
Question1 : Rencontre, événement lié à une personne
Indice : un jour avec un camarade, avec un adulte, une première rencontre
Question2 : Voyage, déplacement
Indice : un jour pendant les vacances d'été ou d'hiver, pendant un déplacement scolaire, lors d'une visite
Question3 : famille
Indice : le jour d'une fête en famille, de la naissance d'un frère ou d'une sœur, d'un épisode avec un membre de votre famille.
Période 2 : Adolescence : 10-19 ans

Question1 : Rencontre, événement lié à une personne
Indice : un jour avec un ami, avec un professeur, une première rencontre
Question2 : Voyage, déplacement
Indice : un jour lors les vacances scolaires, lors d'une visite ou d'une sortie entre amis
Question3 : famille
Indice : le jour d'une fête de famille, d'une naissance ou d'une scérémonie.
Période 3: Jeune adulte : > 20 ans

Question1 : Rencontre, événement lié à une personne
Indice : un jour avec un ami, avec un collègue, une première rencontre
Question2 : Voyage, déplacement
Indice : un jour d(un voyage à l'étranger, lors de vacances ou d'une visite
Question3 : famille
Indice : lors d'une réunion familiale, lors de votre mariage ou de la naissance de votre enfant.
Période 4: les 12 derniers mois

Question1 : Rencontre, événement lié à une personne
Indice : le jour d’une nouvelle rencontre, d’un épisode particulier avec un ami ou un collègue, un rendez-vous
Question2 : Voyage, déplacement
Indice : le jour d’un déplacement en week-end. D’une visite ou d’une sortie.
Question3 : famille
Indice : le jour d’une réunion familiale, le dernier noël ou jour de l’an.

ملحق رقم 2

اختبار ذاكرة الأحداث الأوتوبيوغرافية لـ Pascalle Piolino (2000).

المرحلة الأولى : الطفولة من 0 إلى 9 سنوات
السؤال الأوّل : حدث مرتبط بشخص
المؤشر : في يوم مع رفيق ، مع راشد ، لقاء أوّل
السؤال الثاني : سفر ، انتقال
المؤشر : في يوم أثناء عطلة الصيف أو الشتاء ، أثناء انتقال مدرسي ، أو أثناء زيارة
السؤال الثالث : العائلة
المؤشر : في يوم أثناء حفلة مع العائلة ، ازدياد أخ أو أخت ، حدث مع عضو من أعضاء عائلتك
المرحلة الثانية : المراهقة من 10 إلى 19 سنة
السؤال الأوّل : حدث مرتبط بشخص

المؤشر : في يوم مع صديق ، مع أستاذ ، لقاء أوّل
السؤال الثاني : سفر ، انتقال
المؤشر : في يوم أثناء العطلة المدرسية ، أثناء زيارة أو نزهة بين الأصدقاء
السؤال الثالث : العائلة
المؤشر : في يوم أثناء حفلة مع العائلة ، ازدياد مولود جديد أو احتفال

المرحلة الثالثة : الشباب أكثر من 20 سنة
السؤال الأوّل : حدث مرتبط بشخص

المؤشر : في يوم مع صديق ، مع زميل ، لقاء أوّل
السؤال الثاني : سفر ، انتقال
المؤشر : في يوم أثناء سفر إلى الخارج ، أثناء عطلة أو زيارة ما
السؤال الثالث : العائلة
المؤشر : أثناء اجتماع عائلي ، في يوم زواجك أو ازدياد طفلك الأوّل

المرحلة الرابعة : آخر 12 شهرا
السؤال الأوّل : حدث مرتبط بشخص
المؤشر : في يوم أثناء لقاء جديد ، حدث خاص مع صديق أو زميل ، موعد
السؤال الثاني : سفر ، انتقال
المؤشر : في يوم أثناء انتقال في عطلة نهاية الأسبوع ، أو زيارة أو نزهة
السؤال الثالث : العائلة
المؤشر : في يوم أثناء اجتماع عائلي ، الأعياد الأخيرة لك

ملحق رقم 3

إجراء R/K أو إجراء التقييم الذاتي للحالات الذاتية للوعي لـ Gardiner،

Procédure R/K :

Remember/know

أعرف/أتذكر

1- **تعريفه** :

هذا الإجراء الذي قدّمه Tulving وطوّره Gardiner يسمح بتقييم حالات الوعي للفرد.

2- **تعليماته** :

يطلب من العميل تقدير كيفية وحالة الذاتية للوعي أثناء استرجاعه للمعلومات.

3- **التنقيط** :

هناك 3 أنواع من الإجابات الممكنة :

- إجابات من نوع je me rappelle ، أتذكر.
- إجابات من نوع je sais ، أعرف.
- إجابات من نوع je suppose ، أفترض.

* إنّ الإجابة من نوع "أتذكر" تترجم استرجاع حدث أوتوبيوغرافي مع إعادة بناء عملية الاستذكار الواعية.

* أمّا الإجابة من نوع " أعرف" تعني استرجاع الحدث بغياب عملية الاستذكار الواعية، ويتصاحب هذا الاسترجاع بالشعور بالألفة.

* أمّا الإجابة من نوع " أفترض" ، يشير إلى أنّ الفرد غير متأكد من إجابته.

4- **ملاحظة** :

يجب على العميل أثناء عملية التعرف أن يذكر :

- المحتوى الموضوعي (le quoi).
- المحتوى المكاني (le où).
- المحتوى الزماني (le quand).

ملحق رقم 4

سلّم التقييم الوظيفي العام E.G.F

Échelle d'évaluation Globale du Fonctionnement de Boyer

Nom : Prénom :

Sexe : Age : Date :

Examinateur :

Evaluer le fonctionnement psychologique, social et professionnel sur un continuum hypothétique allant de la santé mentale à la maladie. Ne pas tenir compte d'un handicap du fonctionnement dû à des facteurs limitants d'ordre physique ou environnemental.

N.B. : Utiliser des codes intermédiaires lorsque cela est justifié : p. ex. 45, 68, 72.

Code

90 **Symptômes absents ou minimes** (p. ex. anxiété légère avant un examen), **fonctionnement satisfaisant dans tous les domaines, intéressé et impliqué dans une grande variété d'activités, socialement efficace, en général satisfait de la vie, pas plus de problèmes ou de préoccupations que les soucis de tous les jours** (p. ex. conflit occasionnel avec des membres de la famille).

81

80 Si des **symptômes sont présents, ils sont transitoires et il s'agit de réactions prévisibles à des facteurs de stress** (p. ex. des difficultés de concentration après une dispute familiale) ; **pas plus qu'un handicap léger du fonctionnement social, professionnel ou scolaire** (p. ex. fléchissement temporaire du travail scolaire).

71

70 **Quelques symptômes légers** (p. ex. humeur dépressive et insomnie légère) **OU une certaine difficulté dans le fonctionnement social, professionnel, ou scolaire** (p. ex. école buissonnière épisodique ou vol en famille) **mais fonctionne assez bien de façon générale et entretient plusieurs relations interpersonnelles positives.**

61

60 **Symptômes d'intensité moyenne** (p. ex. émoussement affectif, prolixité circonlocutoire, attaques de panique épisodiques) **OU difficultés d'intensité moyenne dans le fonctionnement social, professionnel ou scolaire** (p. ex. peu d'amis, conflits avec les collègues de travail).

51

50 **Symptômes importants** (p. ex. idéation suicidaire, rituels obsessionnels sévères, vols répétés dans les grands magasins) **OU handicap important dans le fonctionnement social, professionnel ou scolaire** (p. ex. absence d'amis, incapacité à garder un emploi).

41

40 **Existence d'une certaine altération du sens de la réalité ou de la communication** (p. ex. discours par moments illogique, obscur ou inadapté) **OU handicap majeur dans plusieurs domaines, p. ex. le travail, l'école, les relations familiales, le jugement, la pensée ou l'humeur** (p. ex. un homme déprimé évite ses amis, néglige sa famille et est incapable de travailler ; un enfant bat fréquemment des enfants plus jeunes que lui, se montre provoquant à la maison et échoue à l'école).

31

30 **Le comportement est notablement influencé par des idées délirantes ou des hallucinations OU trouble grave de la communication ou du jugement** (par ex. parfois incohérent, actes grossièrement inadaptés, préoccupation suicidaire) **OU incapable de fonctionner dans tous les domaines** (par ex. reste au lit toute la journée, absence de travail, de foyer ou d'amis).

21

20 **Existence d'un certain danger d'auto ou d'hétéro-agression** (p. ex. tentative de suicide sans attente précise de la mort, violence fréquente, excitation maniaque) **OU incapacité temporaire à maintenir une hygiène corporelle minimum** (p. ex. se barbouille d'excréments) **OU altération massive de la communication** (p. ex. incohérence indiscutable ou mutisme).

11

10 **Danger persistant d'hétéro-agression grave** (p. ex. accès répétés de violence) **OU incapacité durable à maintenir une hygiène corporelle minimum ou geste suicidaire avec attente précise de la mort.**

1

ملحق رقم 5

المصطلحات الواردة في البحث (عربي –فرنسي).

Schizophrénie	الفصام
Schizophrénie paranoïde	الفصام البرانويدي
Mémoire autobiographique	الذاكرة الأتوبيوغرافية
Personnalité schizoïde	شخصية فصاموية
Syndrome dissociatif	التنادر التفككي
Délire	الهذيان
Hallucination	الهلوسة
Neuroleptiques	المثبطات العصبية
Mémoire de travail	الذاكرة العاملة
Mémoire a long terme	الذاكرة طويلة المدى
Encodage	الترميز
Récupération	الاسترجاع
Stockage	التخزين
Mémoire procédurale	الذاكرة الإجرائية
Mémoire épisodique	ذاكرة الأحداث
Mémoire sémantique	ذاكرة المعاني
État subjectif de la conscience	الحالات الذاتية للوعي
Conscience autonoétique	الوعي الأتونويتيكي
Conscience noétique	الوعي النويتيكي
Conscience anoétique	الوعي الأنويتيكي
Remémoration consciente	الاستذكار الواعية
Identité personnelle	الهوية الشخصية
Soi- self	الذات

Déficience	القصور
Psychologie cognitive	علم النفس المعرفي
Psychologie de développement	علم النفس النمو
Psychologie clinique	علم النفس العيادي
Indice	المؤشر
Rappel libre	الاستدعاء الحر
Cognition	المعرفة
Imagerie fonctionnelle	التصوير الوظيفي
Psychose	الذهان
Autisme	التوحد
Psychotrope	الدواء النفسي
Démence précoce	الخبل المبكر
Catatonie	التخشب
Hébéphrénie	الهبيفرينيا
Stupeur	الذهول
Mécanisme de défense	الآليات الدفاعية
Athymhormie	اللامبالاة الانفعالية
Stéréotypie	النمطية
Reconnaissance	التعرف
Rétention	الاحتفاظ
Performance	الأداء
Mémoire sensorielle	الذاكرة الحسية
Association	التجميع
Organisation	التنظيم

Amnésie	النسيان
Névrose	العصاب
Conscience	الوعي
Procédure	إجراء
Échelle	سلم
Trouble	الاضطراب
Conscience ontogénique	وعي تطوري
Administrateur central	المتحكم المركزي

ملخص :

انطلق هذا البحث العلمي بتقييم المكونات لذاكرة الأحداث الأوتوبيوغرافية عند مرضى الفصام، ثمّ عمل على إبراز الروابط الموجودة بين ذاكرة الأحداث الأوتوبيوغرافية والحالات الذاتية للوعي، وفي الأخير قام الباحث بدراسة السببية بين اضطراب ذاكرة الأحداث الأوتوبيوغرافية واضطراب الحالات الذاتية للوعي وإمكانية تأثيرها على تنظيم الهويّة الشخصية لدى الحالات المرضية.

الكلمات المفتاحية : ذاكرة الأحداث الأوتوبيوغرافية ، الوعي الأوتونويتيكي ، الهوية الشخصية ، الفصام البرانويدي.

Résumé :

Ce travail a déroulé par l'évaluation des composantes épisodiques autobiographiques dans la schizophrénie, puis à mettre en lumière les liens entre mémoire épisodique autobiographique et les états subjectifs de la conscience, et enfin a étudier la chaîne causal où le modèle étiologique des événements conduisant aux perturbations de l'identité personnelle dans la schizophrénie.

Mots clef : mémoire épisodique autobiographique, conscience autonoétique, identité personnelle, schizophrénie paranoïde.

Summary:

This work has taken into consideration the evaluation of the components of autobiographical memory's incidents with schizophrenics. It also focuses on the links between autobiographical memory's incidents and the states of subjective consciousness and finally the writer has studied the causal chain or more precisely the etiological model of events which plead to the disturbance of personal identity with schizophrenic persons.

Key words : autobiographical memory's incidents, autonoetic, consciousness, personal identity, paranoid schizophrenia.