

إشكالية المنظومة الفكرية البصرية الفصامية

مقاربة نظرية نفسمرضية معرفية

د. عمر بوقصة

جامعة باتنة

ملخص:

تعد هذه الدراسة إسهاماً نظرياً تدخل ضمن ما يعرف منهجياً بالدراسات الأساسية في إطار النموذج النفسمرضي المعرفي الذي أسسه الطبيب الفرنسي المختص في الأمراض العقلية والنفسية هاردي بايلي (Hardy- Baylé) سنة (2002)، متبنياً الركائز الإبستمولوجية التي أسست عملية التداخل بين علم النفس المعرفي وعلم النفس المرضي، وهو النموذج الذي يقترحه الباحث في هذه الورقة.

كما تهدف أيضاً إلى محاولة التطرق بالمناقشة والتحليل لأهم الإشكاليات المرضية التي تتعلق بخصوصيات المنظومة الفكرية البصرية لدى فئة إكلينيكية سيكاترية التي تمثل مرضى الفصام. وقد خلص البحث إلى النتيجة الأساسية الآتية: أن إشكالية منظومة العملية الفكرية البصرية واضطراباتها لدى الفصامين تنطوي ضمناً على اضطراب انتقائي في النظام المعرفي الوظيفي الذي تراكمت تداعياته عبر مستويات التجهيز والمعالجة ككل.

Résumé :

Cette étude est une contribution théorique fondamentale qui s'intéresse à la psychopathologie cognitive fondée par le psychiatre français (Hardy bayle) en (2002).

L'objectif de cette étude est d'essayer de commenter et d'analyser une des plus importantes problématiques pathologiques concernant les spécificités du système de pensée chez une catégorie clinique et psychiatrique schizophrénique. Le résultat angulaire de cette étude est le suivant :

La problématique du système de pensée visuelle et ces perturbations chez les schizophrènes engendrent abstraitement un trouble sélectif dans le système cognitivo-fonctionnel en s'accumulant à travers tout les niveaux de l'enregistrement et de traitement de l'information d'une manière globale.

مقدمة:

إن إحدى الفرضيات الأكثر أهمية المتعلقة بالأساليب الإدراكية وحركات العيون المستوحاة من التخصص نصف الدماغ، هي أن الأفراد يمكن أن يتباينوا من حيث نمط أفكارهم، فالبعض يلجأ بشكل مفضل إلى نمط تفكير نصف الكرة الأيمن والآخر يلجأ إلى نمط تفكير نصف الكرة الأيسر - أي أن بعض الأشخاص ينزعون إلى معالجة المعلومات باللجوء إلى الآليات الشفهية والتحليلية للنصف الأيسر من الكرة، بينما يلجأ الآخرون إلى التفكير البصري الشامل لنصف الكرة الأيمن، فطريقة تحريك العينين تقدم لنا دليلاً واضحاً على ذلك. فمثلاً: عندما يطرح علينا سؤال صعب فإننا نميل إلى غض أبصارنا للتفكير في الجواب وقد اكتشف الباحثون أن اتجاه حركة العينين على علاقة بنمط السؤال المطروح فمثلاً: إذا كان السؤال المطروح بصرياً - فراغياً - تميل العينان للتحرك نحو اليسار، وقد يكون سبب هذا الاختلاف في الحركة الجانبية للعينين عائداً إلى التنشيط التفضيلي لإحدى نصفي الكرة. فبعض مناطق النصف الأيسر من الكرة الدماغية تراقب توجه الرأس والعينين نحو اليمين بينما تكون الحركات المعاكسة خاضعة لرقابة النصف الأيمن.¹

فالتفكير إذاً هو نشاط معرفي وهو وظيفة العقل يتم فيها ترميز المعلومات والاستنتاجات المستقبلية عن طريق أعضاء الحس (العينان، الأذنان...) ومن ثم تكوين الصور الذهنية والأفكار والمعاني²، وبه نكتسب المعلومات لنكتشف منها ما يؤمن لنا المزيد من السيطرة على العالم الذي نعيش فيه، ليتم التمييز والتخيل وكشف العلاقات والإبداع وغير ذلك من الفعاليات العقلية.³

¹ - تشارلز فيرست، ترجمة: محمود سيد رصاص، **الدماغ والفكر** (دمشق: دار المعرفة، 1993)، ص. 166-167.

² - حمدي الفرماوي، **ركائز البناء النفسي** (القاهرة: إيترك، 2001) ص. 260.

³ - راضي الوقفي، **مقدمة في علم النفس** (عمان: دار الشروق، 1998) ص، 477.

مشكلة الدراسة:

انطلاقاً من المعلومات الواردة في المقدمة يبدو أن البحث في مجال تحديد اشكالية المنظومة الفكرية البصرية الفصامية صعبة للغاية وهذا بسبب صعوبة ضبط المتغيرات التي تؤثر في عملية التفكير، هذا الأخير يوصف بأنه يمثل أعلى مراتب المعرفة (لأنه يعتمد على أكثر من عنصر لمعالجة المعلومات)، ويشبه علماء النفس المعرفي ما يقوم به نظام تجهيز ومعالجة المعلومات في الدماغ أثناء وظيفة التفكير بالعمليات التي يقوم بها الحاسوب في نظام معالجة المعلومات، فالحاسوب بهذا النظام يستقبل المعلومات ويمثلها برموز ثم يبدأ التعامل مع هذه التمثيلات، أي أن التفكير البصري برأيهم معالجة للتمثيلات البصرية العقلية¹، أما التجهيز الإدراكي البصري والمعالجة الانتباهية البصرية يمثلان المستوى المبكر لتنظيم المعلومات البصرية داخل النظام المعرفي، ويكون ذلك مؤكداً فقط في حالة أن تميل هذه المستويات لأن تحدث أو تقع في مستوى يسبق مستوى التفكير البصري في سلسلة تجهيز ومعالجة المعلومات البصرية.

وهذه العناصر هي التي تجسد التصور المعرفي لدى مرضى الفصام، فمن المستحيل أن تتفصل عن بعضها البعض. وبنفس الاستراتيجية فإن التفكير لا يعمل بمعزل عن عناصر المستويات السابقة عليها.

وسيكون تأكيدنا هنا عن كيفية تكامل وتفاعل مستوى التفكير البصري مع مستويات التجهيز والمعالجة الأخرى، لإنتاج نموذج معرفي عام خاص بتجهيز المعلومات البصرية ومعالجتها، وبما أن عملية التفكير تحدث زمنياً في نهاية المطاف لسلسلة معالجة المعلومات وبما أنها عملية معقدة بطبيعتها فإن دراستها صعبة نوعاً ما

¹ - الوقفي، مرجع سابق، ص 487.

خاصة عند فئة الفصامين. فلا بد أن نعترف بأن عددا من ملامح عملية التفكير لازالت غامضة لدى الأسوياء والفصامين على حد سواء.

فالتفكير البصري الفصامي إذا يرتبط بوظيفة نظام تجهيز ومعالجة المعلومات ككل، وعادة تتم عملية التفكير البصري للدلالة على النشاط الذهني الذي تثيره رسائل بصرية حسية. والمعالجة تتضمن مجموعة من المعلومات البصرية التي تكونت عن طريق التجهيز فهي متباينة حيث كونت ما يسمى بالخبرات المختزنة في البناء المعرفي، والمعلومات المختزنة في هذا البناء ليست مجرد إدراكات وانطباعات وتمثيلات حسية فقط، وإنما تتضمن أيضا صورا حسية، وعملية تذكر هذه المعلومات لا يعني مجرد استدعاء أو تذكر لصور بسيطة أو معلومات موجودة في الذهن بل إنها عملية أكثر تعقيدا وتجريدا، هي نتاج عقلي يتضمن صورا وأفكارا لها معان ودلالات مختلفة تكونت وتراكت تدريجيا بفعل استدخال الأشياء الحسية البصرية والسمعية وغيرها، إلى الفكر^{1*} عن طريق تكوين رموز لهذه الأشياء ودلالاتها، ويمكن القول بأن كل ما يحتفظ به الإنسان في ذهنه من تصورات أو ذكريات ينتسب إلى نظام تجهيز ومعالجة المعلومات، ويكون ذلك على شكل رموز سواء كانت بصرية أم غيرها.

فالتفكير هو أكثر ثلاثة عناصر تتضمنها العملية الفكرية شمولاً ويتصف باتساعه أكثر من اتصافه بالضيق، فعندما نقرأ كتاباً ما، فمن المفترض أن المعلومات تمر عبر سلسلة من التجهيز والمعالجات، تحتل فيها المعالجة الانتباهية مكانة استراتيجية كبرى لا يمكن الاستغناء عنها تبدأ من المخزن الحسي البصري وتنتهي إلى المخزن الذاكري، ولكن هذه المعلومات الجديدة يتم تنظيمها وتحويلها وتصنيفها بعد ذلك بحيث ينشأ عن عمليات التنظيم والتحويل والتصنيف إنتاج جديد وأصيل

¹ - * الفكر: هو حركة الإدراك العقلي (التجريدي) المقابل للإدراك الحسي (المرئي) وللحس. أنظر: محمد يعقوبي، معجم الفلسفة (الجزائر: الميزان، 1998)، ص 126.

للمعلومات،¹ السؤال الذي يمكن استنتاجه مما سبق: هل تسري هذه القاعدة المعلوماتية على مرضى الفصام؟ للإجابة على هذا التساؤل الأساسي نحاول أن نناقش إشكالية المنظومة الفكرية البصرية لدى هذه الفئة السيكاترية، بطرح المشكلة من خلال التساؤل التاليين:

- فيم تتمثل الأعراض الأساسية الخاصة بالمنظومة الفكرية البصرية الفصامية؟

- ماهي أساليب المنظومة الفكرية البصرية التي تعتمد عليها هذه الفئة

السيكاترية في حل مشكلاتها؟

1- الإطار المفاهيمي:

فيما يلي نستعرض أهم تعاريف العملية الفكرية البصرية: "إن مستوى التفكير البصري هو العملية التي يتم بمقتضاها مزج الإنسان للمعلومات البصرية المدركة مع المعلومات البصرية السابقة (الموجودة في الذاكرة الطويلة) لتكوين تنظيم أو تشكيل بصري جديد للموقف أي تنظيم الإنسان لما لديه من معلومات بصرية في صورة جديدة وعلاقات بصرية لم تكن واضحة من قبل".² "إن التفكير البصري هو نشاط عقلي، وكل عملية معرفية تستند إلى استخدام الرموز البصرية، أي الاستعاضة عن الأشياء والأشخاص والمواقف والأحداث برموزها التمثيلية بدلا من معالجتها معالجة فعلية واقعية".³

¹ - سولسو روبرت، ترجمة: محمد نجيب الصبوة، علم النفس المعرفي (الكويت: دار الفكر الحديث، 1996) ص، 627، 628.

² - الفرماوي، مرجع سابق، ص، 260

³ - مروان أبو حويج، عصام الصفدي، المدخل للصحة النفسية (عمان: دار المسيرة 2001)، ص، 215

من هنا يمكننا القول أن التفكير البصري هو عملية عقلية تتعامل مع عناصر الأشياء والأشكال المرئية سواء كانت بسيطة أم معقدة.

ولا نستطيع أن ندعي أن أحد هذه التعريفات صحيح والآخر خطأ، فعملية التفكير يمكن أن تكون هذا كله.

2- الأعراض الأساسية الخاصة بالمنظومة الفكرية البصرية الفصامية:

يعد التفكير أعلى المستويات المعرفية وأرقاها، بينما تمثل باقي المستويات البصرية الأخرى المستوى البدائي والمبكر من عملية التفكير البصري المعرفي التي تمثل المستوى المتقدم والمتطور، هذا الأخير ينطوي على نشاط فعال من أنشطة المعالجات والتجهيزات الحسية والصور العقلية، لأنه يمثل المستوى النهائي الأعلى لنظام تجهيز ومعالجة المعلومات البصرية¹ فهو يجمع وينظم ويعالج المعلومات المعرفية بكل أشكالها، و ينتج الأفكار والأحكام.²

لهذا يعد الاضطراب في هذا المستوى سمة أساسية لمرضى الفصام، إذ نجد معظم الدراسات والبحوث العلمية التي تناولت هذا المرض في البداية قد ركزت على اضطراب المستوى المعرفي فكانت أول الدراسات الإكلينيكية، دراسات كريبلين (Kreaplin, 1919-1921) الذي وصف أعراض سيرورة هذا الاضطراب وسماه بـ"العته المبكر" مفترضا أنه يتكون من تدهور عقلي واجتماعي تدريجي يبدأ منذ السنوات المبكرة، وأحد ملامح هذا التدهور هو أن يصبح الكلام غير منطقي وغير متناسق،

¹ - عبد العلي الجسماني، الأمراض النفسية (بيروت: الدار العربية للعلوم، 1998)، ص، 58.
² - Deniker, P, Lemperière, TH, Guyotat, J, Précis de psychiatrie Clinique de l'adulte (Paris : Masson ,1990), p.44.

ومن ذلك يمكن الاستدلال بأن مستوى التفكير أصبح مضطربا، أما بلولر (Bleuler) وهو الذي ابتكر مصطلح "الفصام" حيث يرى أن هناك عرضا مشتركا بين المرضى وهو اضطراب التداعي و الترابط في عملية التفكير؛ سواء كان تجريديا أم عيانيا بصريا. فيما يلي نستعرض الأعراض الأساسية المميزة للمنظومة الفكرية البصرية الفصامية.

1- ضغط المعلومات والتوقف الفكري:

لقد ركز أدولف مايرو جروس (Mayer - Gross) على عرضين أساسيين يخصان مستوى عملية التفكير هما: ضغط المعلومات سواء كانت بصرية أم غيرها على ذهن المريض وتوقف التفكير كليا، نتيجة خلو ذهن المريض منه وكأن هذه المعلومات أفرغت منه، وهذا يدخل تحت إطار الحواجز الفكرية، فالفصامي يحس فجأة أنه عاجز عن متابعة التفكير وأن أفكاره قد توقفت وأن رأسه بات فارغا من المعلومات والصور، وهذا الفراغ الفكري يشبه الفراغ الذي يرافق حالات (الصرع الأصغر) مع فارق أن الأول تظل معالجته الانتباهية نشطة في حين يترافق فراغ الصرع مع فقدان لهذه المعالجة. حيث تتمثل أهم مظاهر الاضطراب الفكري لمرضى الفصام في انفصال وفقدان الترابط بين الصور، وغموض الأفكار وعدم تحديدها وفقرها ووجود فجوات، إلى جانب تأثر الأفكار بالأحداث الجارية والمعاني الرمزية والأفكار الغريبة المتناقضة، لذلك يستعمل المريض المفاهيم بطريقة عيانية.

2- أعراض الارتداد والنكوص:

لقد قام نورمان كميرون (N.Camiron) سلسلة من الدراسات المنظمة لاختبار فرض ارتداد أو نكوص (Régression) مستوى التفكير البصري الفصامي بداية من

عام (1938)، قارن فيها الاستجابات البصرية واللفظية للأطفال، والراشدين الأسوياء والفصاميين، ومرضى ذهانيين آخرين في اختبار إكمال الجمل الناقصة، واختبار (Vicotsky) للتصنيف البصري تبين له عدم وجود تماثل بين العمليات المنطقية لدى الأطفال ولدى مرضى الفصام، ومن ثم افترض أن التماثل بين اللغة والمنطق والتفكير التصوري لدى الأطفال والفصاميين، هو مصطنع غير حقيقي، واستطاع (نورمان كميرون) الوقوف على عدة أنواع من اضطراب التفكير الذي يعزز فقدان الارتباط بالواقع وظهور استجابات تتميز بتداعيات غير مرتبطة بالرسائل المعروضة، يؤدي هذا التفكير المرضي إلى ثبات وجمود التداعيات الفكرية، هذا الجمود الفكري يتميز بافتقار التفكير للتجريد والمرونة الفكرية والمقدرة على الاستنتاج.¹

3- أعراض التضمين الزائد:

افترض نورمان كميرون (N.Cameron) أن جوهر اضطراب التفكير الفصامي يكمن في ذلك المفهوم الذي أطلق عليه اسم التفكير ذو التضمين الزائد، الذي يعد اضطراباً تجريدياً حيث تصبح حدود المعلومات والأفكار فيه أكثر اتساعاً وغموضاً، وثمة جانب ثاني للتفكير ذي التضمين الزائد، وفقاً لافتراض (N.Cameron)، الذي يتمثل في الشطط وتداخل الأفكار والصور والمعلومات غير الملائمة مع بعضها بعض، حيث تقحم الأفكار الشخصية والخيالية غير الملائمة وتصبح مختلطة بعملية

¹ - جمعة سيد يوسف، سيكولوجية اللغة والمرض العقلي (الكويت: المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، 1990)، ص ، ص، 224، 225، 227، 228. أنظر أيضاً: موسون، إليزابيت، النابلسي رياض احمد وآخرون، الفصام " الشيزوفرينيا" (بيروت: دار النهضة العربية، المجلد 1، العدد 4، 1990)، ص، 100-101.

أداء المهمات المعرفية عموماً والبصرية بشكل خاص،¹ ويرى أن هذا الاختلال في تفكير المريض الفصامي ما هو إلا عرض لما يعانيه المريض من تفكك اجتماعي في حياته وبيئته عامة مما يحد من قدراته على تبادل المعلومات مع الآخرين، لأن الانعزال عن مؤثرات البيئة العامة يؤدي إلى تكوين استعداد ذاتي أناني، مضمونه مجموعة من التخيلات البصرية الزائفة والاعتقادات الخاطئة والهالوس التي تحرف التفكير وسياقه، سواء كان هذا الواقع حسياً أم إدراكياً أم معرفياً أم اجتماعياً أم منطقياً تصورياً، ومن ثم تضطرب اتجاهاته وتفكيره، وفي النهاية يؤدي هذا الاضطراب الذي يتفاهم تدريجياً إلى خلل وتفكك في التفكير.²

نستنتج من خلال ما سبق أن أعراض التفكير البصري الفصامي ذا التضمين الزائد يعد اضطراباً تجريدياً في أصله، ينتج أساساً من تمازج وتداخل شطط الأفكار والصور والمعلومات الشخصية الخيالية المشوشة وغير المتجانسة مع بعضها بعض.

3- أساليب المنظومة الفكرية البصرية الفصامية:

1- الأسلوب الفكري البصري الافتراقي الضبابي:

يميل الفصاميون إلى تبني أساليب التفكير البصري الافتراقي التي تتميز بضعف الترابطات بين المعلومات البصرية وتشبه من الناحية الشكلية التفكير التضميني الزائد الذي تتميز به هذه الفئة السيكاترية بالخصوص³ فالمعلومات البصرية

¹ - بين رو، ترجمة: الصبوة محمد نجيب، الاضطرابات المعرفية (القاهرة: مركز النشر لجامعة القاهرة، 1993)، ص، 138-139.

² - الصبوة محمد نجيب، التفكير التجريدي الاجتماعي لدى مرضى الفصام المزمن، دراسات نفسية (الجمعية المصرية، ك2، ج4، 1992)، ص، 579.

³ - يونس فيصل عبد القادر، العلاقة بين سمات النمط الفصامي والقدرات الإبداعية، دراسات عربية في علم النفس (القاهرة: دار غريب، المجلد 1 العدد 2002، 1)، ص، 15.

تتدافع في النظام المعرفي وتتداخل فيما بينها ليحس بنوع من السيلان الفكري والتصوري بحيث يستمر تدافع المعلومات إلى نظامه المعرفي مما يجبره على التفكير بها، وهذا ما يؤدي إلى الاختلاط والالتباس بين المعلومات، من جراء هذا التداخل والامتزاج اللذين يشوشان قدرته التعبيرية بحيث يأتي هذا التعبير ملتبسا وغامضا، وهذا الالتباس في حالة تطوره يؤدي إلى "التفكير الضبابي أي غير الواضح" الذي يعرب عنه المريض بقوله: "إنني عاجز عن التركيز" في حين أن العجز الحقيقي يطال التفكير وليس التركيز، وفي هذه الحالة يعجز عن مناقشة صلب الموضوع فنراه يلامس جوانبه عن طريق التفكير المحاذي.

2- الأسلوب الفكري البصري الصدوي التخاطري:

من مظاهر اختلال التفكير لدى الفصامين أيضا نلاحظ التفكير ذا الصدى ويشعر المريض في هذه الحالة أن أفكاره تتحول إلى كلام يأتي من الخارج (ولكنه يدرك أنها أفكاره) ويأخذ هذا الاضطراب شكلا معقدا في حال ترافقه مع حالات التفكير التخاطري أو التفكير المفضوح، وهنا يعتقد المريض بإمكانية تبادل الأفكار عن بعد بينه وبين الآخرين، وهكذا يهيا له أن الآخرين قادرين على قراءة أفكاره وكل ما يجول بخاطره، فنراه يقفز من فكرة إلى أخرى دون أن يربط بينها بشكل منطقي، وذلك انطلاقا من اعتقاده أن الآخر يستطيع متابعته لأنه يقرأ أفكاره، أو يسرق أفكاره.¹

¹ - موسون، النابلسي، مرجع سابق، ص 100-101.
 أنظر: - العقباوي احمد، وآخرون، الاضطرابات الذهانية (منظمة الصحة العالمية، الإسكندرية: المكتب الإقليمي للشرق الأوسط، 1999) ص، 119، 120، 121.
 - القذافي رمضان محمد، الصحة النفسية والتوافق (الإسكندرية: المكتب الجامعي، 1998) ص، 148.

وعادة ما يعتبر اضطراب مستوى المعالجة الانتباهية هي المسؤولة عن اضطراب مستوى التفكير وذلك لاستحالة تحديد مجال تركيز الشعور حيث يصبح مشوشا متجاوزا بغزارة المعلومات الإدراكية الحسية الخارجية سواء كانت بصرية أم سمعية.... والمعلومات الانفعالية الداخلية كذلك لاستحالة دمجها فيه - أي الشعور -¹.

ولهذا السبب افترض كل من هوليت وبين (Payne et Hewlett)، أن تركيز المعالجة الانتباهية لدى الأفراد الأسوياء يعتمد على القدرة على الاحتفاظ وتكوين وجهة ذهنية محددة أي تحديد مجال الرسائل والمعلومات التي سيستجيب لها حسب الموقف والحال، وافترضوا أن التفكير ذا التضمين الزائد يكون مرتبطا بالعجز عن تكوين مثل هذه الوجهة الذهنية، وانتهى بين عام 1971 من تلخيصه لنتائج عدد من الدراسات.

(watson,1967)(Hawks 1964, Hewllet 1959, foulds et al 1967

إلا أنه لم تبيّن أية دراسة من هذه الدراسات وجود أية ارتباطات دالة بين اختبار من اختبارات التضمين الزائد و بين أي اختبارات الذكاء العام المختلفة المتعددة.

ويرى - Henri Ey - وزملائه أن الذكاء الكامن (Intelligence potentielle) يكون سليما (Conservée) لدى مرضى الفصام، وبمجرد محاولة استغلاله في معالجة

- خير الزراد فيصل محمد، الأمراض العصابية والذهانية والاضطرابات السلوكية، (بيروت: دار القلم، 1984) ص،34.

-Deniker, Lemperière, Guyotat, Op.Cit., p. 45

- Lemperière, th, Féline,A, psychiatrie de l'adulte,(paris, Masson, 2000) p.254-255.

- Guelfi, J.D, psychiatrie de l'adulte(Paris, éditeur des préparations grande écoles Médecine 1998) p.131.

Antoine Lesure, la schizophrénie la comprendre pour mieux la vivre, (Paris : lundbeck,2002),p.9-10-12.

- Henri ey, barnard,P, Brisset, Ch, Manuel de psychiatrie (Paris, Masson,6eme édition,2000) p.108-109.

¹ - بين، ترجمة ك الصبوة، مرجع سابق، ص،161-162.

المعلومات والرسائل فإنه يظهر اضطرابا عميقا، من خلال الغياب الشبه تام للتناسق والسلاسة الفكرية المتعلقة بتلك المعلومات والرسائل، التي تتجلى في تدهور الفعالية والمثابرة المعرفية، والبطء الفكري، حيث لا يستطيع المريض أن يفرق بين المعلومات البصرية الجزئية المميزة للشكل والأرضية، وهذا لأكبر دليل على ضعف التناسق في المحتوى النفسي المعرفي والبنية المميزة لإرادة الفعل المعرفي النفسي لدى هذه الفئة السيكاثرية.¹

3- الأسلوب الفكري التصوري التجريدي:

يعتبر التفكير التجريدي هو ذلك النشاط العقلي أو الوظيفة المعرفية العليا التي تهض بأداء المهمات التصورية ذات الطبيعة المنطقية أو الاجتماعية أو الفيزيقية، معتمدة على تجريد رموز أو صور أو خواص أو كفيات أو مبادئ معينة من بين عدد من الجزئيات، بينها أقدار متفاوتة من الاختلاف، ثم تقوم هذه الوظيفة بتعميم هذه المبادئ على كل الأشياء أو المواقف أو العناصر المناسبة، سواء التي توجد في مجال الفهم والإدراك المباشر أو غير المباشر.²

وتعد اضطرابات الاستدلال التجريدي وحل المشكلات الجديدة من أكثر النتائج ثباتا لدى المرضى الفصامين، وقد تم ملاحظة وتتبع هذه الاختلالات عبر مجال واسع ومتنوع من التقنيات التجريبية والأدوات العلمية التي تقننت في عرض رسائلها،

¹ - Rouillon Frédéric, **Guide pratique de psychiatrie** (Paris : MM édition, 1999), p. 164
Voir : Henri ey, Bernard, P, Brisset, Ch, Op. Cit., p. 515-516.

² - الصبوة محمد نجيب، الفروق الجنسية في التفكير التجريدي لدى المرضى الفصامين، مجلة علم النفس (الهيئة المصرية العامة للكتاب: السنة 8، العدد 31، يوليو - أغسطس - سبتمبر 1994)، ص، 109.

وطرق الاستجابة حيث اشتملت على اختبار الأداء الحسي البصري واللمسي واختبار تسمية الفئات المشتقة من بطارية (هالستيد - ريتان) أو اختبار ويسكونسن لتصنيف البطاقات (W.C.S)، وتبين من نتائج الأداء على كل هذه الاختبارات العصبية المعرفية الموضوعية، أنها تتسق تماما مع ما يبدو من أعراض معرفية يعاني منها هؤلاء المرضى، مثل عدم نجاحهم في التخطيط والتنظيم للاستفادة من الزمن المتاح لهم للأداء، وتوظيف وتفعيل أنشطتهم المعرفية لإنجاز ما لديهم من مهام، وغالبا ما يظهرون عجزا شديدا في كيفية الاستفادة من المعلومات السابقة.

إن اضطراب التفكير التجريدي لمرضى الفصام التي كشف عنها اختبار ويسكونسن (Wisconsin) لتصنيف البطاقات انطلقا من التجهيز البصري، كان محط أنظار واهتمام الباحثين والدراسات الحديثة بحيث بين (واينبنجر وزملاؤه) أن الفصامين يظهرون اضطرابات في عمليات الأيض (Métabolisme) في مقدمة اللحاء الجبهي أثناء أدائهم على اختبار ويسكونسن لتصنيف البطاقات، و أنماط من الاضطراب تحت الجبهي (Hypofrontal) والذي لا يمكن ملاحظته أثناء الأداء على اختبارات أخرى للتفكير التجريدي.¹

زيادة على ما سبق توصل (جولد بيرج وزملاؤه) إلى أن الفصامين ليست لهم المقدرة على استغلال التعليمات التي توجههم نحو الاستراتيجية التي ينجزون بها مهام اختبار ويسكونسن (W.C.S)، نتيجة لذلك يكون أدائهم ضعيفا، لأنهم لا يستطيعون حل بنوده هذا الاختبار، واحتمال أن هذا العجز يرجع لدى الفصامين ولو جزئيا إلى خلل في الذاكرة القصيرة العاملة (أي خلل استدعاء الاستجابة السابقة واستغلال

¹ - بين، ترجمة: الصبوة، مرجع سابق، ص، 118.

المعلومات السابقة في التخطيط للاستجابة التالية) كما افترض أن كلا من حل المشكلات بوصفه مكونا للأداء والحاجة إلى التجريد ينخفضان إلى الحد الأدنى بسبب التعليمات، وافترض أن ضعف القدرة على التجريد مرجعها عدم قدرة المرضى استيعاب التعليمات بسبب ضعف الذاكرة بالاحتفاظ بهذه التعليمات فترة من الزمن تكفي لانتهاء من حل المشكلات التجريدية أو التصورية، بالرغم من بساطة الاختبار حيث بإمكان الأطفال الذين يبلغون سن العاشرة من العمر أن يؤديوا عليه المهام بنفس مستوى أداء الراشدين الأسوياء.

وبالرغم من أن ضعف أداء الفصامين على اختبار وسكونسن لتصنيف البطاقات أصبح نتيجة ثابتة إلا أنه يمكن اعتباره اختبارا تشخيصيا يجب استخدامه بتحفظ خاصة فيما يتعلق بتقدير اضطراب الحالات الفرعية وتشخيصها.¹

هناك بعض النماذج النظرية التكاملية التي حاولت الكشف عن أسباب اضطراب التفكير التجريدي أو التصوري حيث افترضت أن الخلل في وظائف المعالجة الانتباهية المركزة والوظائف الإجرائية التنفيذية هي السبب الأساسي في خلل التفكير التجريدي حيث ربطت بين اضطراب المعالجة الانتباهية الانتقائية السمعية واضطراب التفكير التجريدي الشديد. وبينت كذلك أن الخلل في المعالجة الانتباهية المتواصلة أو الخلل في معالجة المعلومات البصرية يرتبطان ارتباطا ضعيفا باضطراب التفكير التجريدي.

¹ - جيمس جولد، فيليب هارفي، ترجمة: الصبوة محمد نجيب، الاضطرابات المعرفية في مرض الفصام (لبنان: طرابلس، دار النهضة العربية، العدد 46، المجلد 6، 1995) ص، 118. أنظر أيضا: Ribeyre J-M, Dollfus, S, Petit, M, le syndrome de schizophrénie déficitaire selon carpnter (Paris, Doin éditeur, 1998) , p.33-34.

ويرى كل من (Davis, Harrington , 1956) أن الفصامين يظهرون عجزا حادا في التفكير التجريدي بالمقارنة بأقرانهم من الأسوياء، سواء كانت الرسائل تصويرية منطقية محايدة كالأشكال الهندسية أو العلاقات المنطقية وغيرها.¹ وقد أجرى (Payne, Hewlett, 1960) دراسة بعنوان "اضطراب التفكير لدى المرضى الذهانيين" على ثمانين مفحوصا مقسمين بالتساوي إلى أربع مجموعات، منها ثلاث تجريبية - هي العصائبيون والاكنتاب الذهاني ومرضى الفصام - ثم مجموعات ضابطة من الأسوياء، وتم تطبيق اختبارات نافيرنو (Nufferno) التي تقيس سرعة الأداء المعرفي واختباري التعرف البصري على الأشياء الحقيقية، و التعرف البصري على الصور للباحث برنجلمان. وتبين من نتائج الدراسة أن مرضى الاكنتاب الذهاني كانوا أكثر جماعات الدراسة تأخرا في جميع الأعمال التي تتطلب السرعة (فكرية - إدراكية - حركية نفسية) وتبين أن البطء الحركي عموما يرجع إلى التشتت الناتج عن أفكارهم السوداوية، في حين أن البطء الإدراكي وغيره من أنواع البطء الأخرى ترجع إلى التضمين الزائد لدى الفصامين وعجزهم عن تجاهل الرسائل التي لا يجب أن تدخل في مجال التفكير التجريدي.²

4- أسلوب التفكير المجرد العياني:

أما التفكير العياني هو العجز عن صياغة مبدأ تجريدي عام من مجموعة محددة من العناصر أو هو العجز عن إدراك بصري بوجود مجموعة من الأشياء،

¹ - الصبوة محمد نجيب، التفكير التجريدي الاجتماعي لدى مرضى الفصام المزمن، مجلة دراسات (رابطة الأخصائيين النفسيين المصريين، رنيم، أكتوبر 1992) ص، 582.

² - الصبوة محمد نجيب، يونس عبد القادر فيصل، البطء الإدراكي في ضوء نوعين من التشخيصات الفرعية لمرضى الفصام المزمن - مجلة علم النفس (الهيئة المصرية العامة للكتاب، العدد 14، 1990)، ص، 20.

تعني عجزا في القدرة على القيام بالاستدلال الاستقرائي ولأن الاستدلال الاستقرائي يكون مطلوباً في أداء عدد كبير من المهام سواء كانت بصرية أو غير ذلك والتي تتطلب تفعيل وظائف معرفية متعددة.¹

بخصوص قياس وتقدير التفكير العياني لدى الفصامين فقد تم استخدام أسلوب اختبارات التصنيف، كان يطلب من المرضى أن يصنفوا الأشياء المعروضة عليهم في مجموعات لتحديد ما إذا كانت لديهم القدرة على صياغة وتوظيف الفئات التجريدية أم لا ويعد اختبار جولد - شتاين من أكثر الاختبارات شيوعاً في هذا المجال، وهو اختبار لتصنيف الأشياء ظهر عام 1941، ويتكون من مجموعة الأشياء المألوفة في الحياة اليومية مثل غليون التدخين والسيجار وأدوات التقطيع والكبريت وغيرها من الأشياء... ويوجد اختبار آخر لنفس الباحثين يسمى اختبار الشكل واللون الذي يتكون من مجموعات صغيرة من الأشياء وأربعة ألوان مختلفة هي الأحمر والأزرق والأخضر والأصفر، واهتم جولد شتاين وشيرر بدراسة فرض مؤداه أن الأفراد العيانيين عاجزون عن تصنيف الأشياء إلى مجموعات، وحتى إذا ما استطاعوا القيام بهذا التصنيف فهم لن يستطيعوا تقديم فكرة وافية عن المبدأ التجريدي الذي شكل أساس تصنيفهم هذا وعلى أية حال فقد أضاف الباحثان محكا آخر لما اعتبروه أداء سويًا تجريدياً، و يتمثل هذا المحك في قدرة الفرد على الانتقال من نمط تصنيفي إلى نمط تصنيفي آخر باستخدام نفس الأشياء، ووفقاً لمبدأ تجريدي مختلف وجديد.

وقام نولان (Nolin, 1968) بإجراء دراسته على اثنان و سبعون فصامياً كانوا على اختبار الشكل واللون لجولد شتاين عاجزين عن الانتقال من تصنيف إلى آخر،

¹ - بينن ترجمة: الصبوة، مرجع سابق، ص، 129-130-131-132.

في مقابل اثنان وسبعون فصاميا آخرين كانت لديهم القدرة على الانتقال من تصنيف إلى آخر بنجاح.

وأعطى جميع المفحوصين مجموعة من البطاقات الجديدة لتصنيفها، وتبين من نتائج هذه التجربة أن الفصاميين الذين استطاعوا القيام بالتصنيف على اختبار جولد شتاين للشكل واللون استطاعوا أيضا أن يقوموا بتصنيف البطاقات، وتبين أن هؤلاء الذين يتميزون بالتصلب - أي عدم المرونة المعرفية - عند أدائهم على اختبار جولد شتاين كانوا يعانون من صعوبات شديدة، ليس فحسب عند تعلمهم الانتقال من مبدأ إلى مبدأ جديد للتصنيف ولكنهم أيضا كانوا يعانون من عجز في القدرة على الرجوع إلى المبدأ الأول الذي استهلوا به التصنيف، وهي مهمة كان من المتوقع أن تكون أسهل عليهم، فكانوا يظهرون نوعا من التصلب المعرفي نتيجة عدم تمكنهم من تجاوز الأداء على تصنيف واحد فقط.

وقد أرجع كل من (Flewett/Weckowcz) التفكير العياني على هذه الاختبارات إلى الضعف في التجهيز الإدراكي البصري لدى مرضى الفصام المزمن، مما يفترض أن الفصاميين العيانيين أي الذين يعتمدون أساسا على حاسة البصر، يستخدمون مدى ضيقا جدا من الهاديات والرسائل البصرية.¹

ومن الدراسات التجريبية التي تعرضت لاضطراب التفكير المجرد والعياني عند الفصاميين نستعرض البحث الذي أجراه الدكتور أحمد فائق بعنوان "دراسة تجريبية لاضطراب التفكير المجرد والعياني عند الفصاميين" حيث تعتبر أول دراسة مصرية

¹ - بين، ترجمة: الصبوة: مرجع سابق، ص، 110-113.

أجريت في هذا المجال من ناحية ولأنها استخدمت مشكلات تصويرية لفحص التفكير التجريدي لدى ذكور الفصاميين من ناحية أخرى، وكان الهدف الرئيسي من هذه الدراسة، التحقق من صحة الفرض القائل: "بأن الفصاميين يظهرون في تفكيرهم قدراً أكبر من العيانية مما يظهر الأسوياء" وتكونت عينة الدراسة من عشرين فصامياً في مقابل عشرين سوياً كمجموعة ضابطة، وأمكن للباحث أن يطبق بطارية تقيس مستوى التفكير المجرد والعياني.

وكانت النتائج أن الفصاميين كانوا أكثر عيانية من الأسوياء، ويقرر الباحث بأمانة علمية شديدة أن هذه النتائج جاءت في ضوء النظرية العيانية التي تفسر الاضطراب بعد أن يقع، وهذا ما تؤخذ عليه هذه الدراسة، حيث يرى "محمد نجيب الصبوة" من خلال بحثه عن الفروق الجنسية في التفكير التجريدي لدى المرضى الفصاميين أن دراسة التفكير التجريدي ينبغي أن تنطلق من النظريات العلمية التي تعالج التفكير من منظور السوي لا من منظور المرضى، وهذا ما حاول تطبيقه في دراسته التي انتهت إلى أن وظيفة التفكير التجريدي تبرز بشكل واضح ومتسق وتتجز مهامها التصويرية بكفاءة لدى الأسوياء وتضعف بشكل جوهري لدى الفصاميين، وتأخذ أشكالاً مختلفة من الاضطراب. وتبين أن تفكير مرضى الفصام الهذائي المزمن يتسم بالتضمين الزائد، وظهرت هذه السمة كما لو كانت خاصة في تفكير هذه الفئة المرضية، بينما تبين أن العيانية المفرطة والتضمين الضيق والوقوع في مزيد من أخطاء التجريد، تبدو كما لو كانت خاصة يتسم بها تفكير مرضى الفصام المزمن غير الهذائي وافترض كثير من الباحثين أن هذه الملامح المرضية ترجع إلى أسباب باثولوجية مرضية خالصة.

من خلال ما سبق نستنتج أن هناك اتفاقاً شبه عام بين كثير من الدراسات حول وجود خلل في مستوى تفكير مرضى الفصام، يتمثل في التفكير التجريدي والعياني (Abstrait et concret)، ومن الوسائل التي استخدمتها مختلف الدراسات محاولة الكشف عنهما يمكن الإشارة إلى الاختبارات الأدائية التي تعتمد على الأداء اليدوي أو البصري و غير ذلك من المهمات.

5- أسلوب التفكير التصوري المفاهيمي:

وفي نفس السياق حاول كل من فالدمير باشكن و لين بورن (Pashkin, Bourne, 1981) بحث العلاقة بين القدرة على التجريد والتذكر لدى الفصامين والأسوياء، حيث حاولت هذه الدراسة أن تبين قدرة كل من الفصامين والأسوياء على إنجاز نوعين من المهام التصويرية هما: صياغة المفاهيم و تعلم القواعد الجديدة، وهما مهمتان تختلفان في نمط ومستوى عمليات التجريد المطلوبة وتبين من النتائج أن الفصامين، بالمقارنة بالأسوياء لم يكونوا أضعف منهم جوهريا عند تعرضهم لحل مشكلات تصويرية تتطلب في حلها مجرد تطبيق الخصائص الفيزيائية والعيانية لمفاهيم تم تعلمها واكتسابها مسبقا، ولكن ظهرت دلالة الفروق بينهم وبين الأسوياء عندما تعرضوا لحل مشكلات تعتمد على قدرة تجريد المفاهيم ذات خصائص تصويرية. بالإضافة إلى ذلك، تبين أن الفصامين لم تكن لديهم القدرة على استخدام معينات التذكر لتسهيل أدائهم على كلتا المهمتين.¹

¹ - الصبوة محمد نجيب، مرجع سابق، ص، 113.

خاتمة:

نستنتج من خلال ما سبق أن إشكالية منظومة العملية الفكرية البصرية واضطراباتها لدى الفصامين تتطوي ضمناً على اضطراب انتقائي في النظام المعرفي الوظيفي الذي تراكمت تداعياته عبر مستويات التجهيز والمعالجة ككل.

كذلك في هذا السياق مقارنة بمجالات أخرى لبحوث الفصام، أن محاولة الكشف عن ديناميكية التفاعل بين الأعراض المعرفية والأعراض الإكلينيكية لمرضى الفصام (الإيجابية والسلبية) من حيث السببية أمر صعب للغاية، ولذا يعد هذا المجال من أهم مجالات البحوث التي مازالت في بداياتها تدخل ضمن مجال حديث جداً من المجالات النفسية التي ظهرت في الآونة الأخيرة وهو علم النفس المرضي المعرفي لأن العديد من الأعراض لدى مرضى الفصام تعد أعراضاً معرفية في أساسها.

ويمكننا القول أيضاً أن معظم الأدلة العلمية التي توصلت إليها الدراسات النفس مرضية معرفية تبين مدى صعوبة تحديد المشكلة واقتراح خلاصات يقينية للمعطيات والنتائج الحالية المتعلقة بالمنظومة الفكرية البصرية بشكل خاص لدى مرضى الفصام، لا سيما إذا أخذنا بعين الاعتبار التنوع الكبير للطرائق البحثية التجريبية (التي تظهر أحياناً نتائج متناقضة) هذا يعزز في كثير من الأحيان بروز طموحات علمية وصفية وتفسيرية غير دقيقة عادة ما تنتج عنها فرضيات علمية غامضة. أكثر من ذلك كل فرضية تطبق بصفة حصرية على نوع عيادي معين وليس على مجموع المرضى الفصامين، يمكننا فقط تحديد ههنا بعض جوانب الغموض، فعادة ما تشترك وظائف معرفية متماثلة في مجالات بحثية مختلفة وهذا في أغلب الأحيان يؤدي إلى فرضيات مبالغ فيها أو متناقضة تسير وفق مقاربات منهجية أو نظرية متعددة، فالتركيز مثلاً

على بعض الأعراض يختلف من نظرية لأخرى، نفس الحدث ممكن اعتباره أحيانا ميكانيزم سببي أساسي أحيانا أخرى ممكن اعتباره حدث عرضي أو ثانوي. أخيرا نفس الظاهرة يمكن وصفها من خلال مختلف المستويات، فاضطراب المنظومة الفكرية البصرية الفصامية ممكن أن يكون سببه المعالجة الانتباهية البصرية ويمكن فهمها أحيانا على مستوى التحليل الإدراكي المبكر أو المتأخر المتعلق باضطراب المصفاة وأحيانا أخرى يمكن فهمها بإرجاعها إلى المستوى العصبي المركزي وهكذا. وبالرغم من التناقضات المتعلقة بالنتائج التي يمكن ملاحظتها بين الدراسات المختلفة الواردة في البحث نستنتج بالرغم من ذلك في حدود علمنا أن المقاربة النفسمرضية معرفية لمرض الفصام، استطاعت أن ترسخ الاعتقاد إن صح القول للتأسيس من أجل بناء فرضية مفادها أن الأعراض المعرفية على رأسها التفكير البصري تشكل قطبا معرفيا أساسيا قائما بذاته يشهد على الهشاشة المعرفية الفصامية، وقد تأكد ذلك في DSM المراجعة IV عندما صنفت الاضطرابات المعرفية ضمن معايير التشخيص الأساسية التي تتضمنها الأعراض المعرفية النوعية A، إلا أن مفصليتها (أي المقاربة) مع الجانب العيادي تقتضي إعادة تشخيص الأعراض الفصامية بشقيها العيادي والمعرفي والتأكد منها باستخدام مصطلحات أكثر تحديدا.

الببليوغرافيا:

1- بالعربية:

- 1- بين، ر و تر محمد نجيب الصبوة، الاضطرابات المعرفية، القاهرة، مركز النشر القاهرة، 1993 .
- 2- جمعة سيد يوسف، سيكولوجية اللغة والمرض العقلي، رقم145، الكويت، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب. يناير/ كانون الثاني، 1990.
- 3- جيمس جولد وفيليب هارفي، ترجمة: محمد نجيب الصبوة، الاضطرابات المعرفية في مرض الفصام، الثقافة النفسية، مركز الدراسات النفسية والنفسيية الجسدية، العدد24، المجلد6، طرابلس، لبنان، دار النهضة العربية، 1995
- 4- خير الزراد فيصل محمد، الأمراض العصابية والذهانية والاضطرابات السلوكية، بيروت، دار القلم، 1984.
- 5- رياض أحمد وآخرون، الفصام " الشيزوفرينيا" بيروت: دار النهضة العربية، المجلد1، العدد4، 1990.
- 6- الصبوة، محمد نجيب، الفروق الجنسية في التفكير التجريدي لدى المرضى الفصامين، مجلة علم النفس، العدد31، السنة الثامنة، الهيئة المصرية العامة للكتاب، يوليو- أغسطس- سبتمبر، 1994.
- 7- الصبوة، محمد نجيب، يونس، فيصل عبد القادر، البطء الإدراكي في ضوء نوعين من التشخيصات الفرعية لمرضى الفصام المزمن، مجلة علم النفس، العدد14، الهيئة المصرية العامة للكتاب، يونيو، 1990.
- 8- الصبوة، محمد نجيب، التفكير التجريدي الاجتماعي لدى مرضى الفصام المزمن، دراسات نفسية، ك2، ج4، الجمعية المصرية للدراسات النفسية، أكتوبر، 1992.
- 9- الجسماني، ع ع ، الأمراض النفسية، ط1، بيروت: الدار العربية للعلوم، 1998 .
- 10- الفرماوي حمدي، ركائز البناء النفسي، القاهرة، اترك للنشر، ط1، 2001.
- 11- القذافي، رمضان محمد، الصحة النفسية والتوافق، الإسكندرية، المكتب الجامعي، 1998
- 12- العباوي، أ وآخرون، الاضطرابات الذهانية- المرشد في الطب النفسي- الإسكندرية، منظمة الصحة العالمية، المكتب الاقليمي للشرق الأوسط، 1999 .
- 13- الوقفي، راضي، مقدمة في علم النفس، عمان، دار الشروق للنشر والتوزيع، ط1998، 3.
- 14- موسون، اليزابات، والنابلسي، رياض أحمد وآخرون الفصام " الشيزوفرينيا"، مركز الدراسات النفسية الجسدية، العدد الرابع، المجلد1، لبنان، بيروت، دار النهضة العربية، تشرين أول، 1990.
- 15- يونس، فيصل عبد القادر، العلاقة بين سمات النمط الفصامي والقدرات الإبداعية، دراسات عربية في علم النفس، عدد1، المجلد1، القاهرة، دار غريب، 2002.

2- باللغة الأجنبية:

- 16-Antoine, L , *La schizophrénie la comprendre pour mieux la vivre*, Paris, Lundbeck, 2002
- 17- Deniker, P, Lemperière, TH, Guyotat , J, *Précis de psychiatrie clinique de l'adulte*, Paris, Masson,1990
- 18-Frédéric, R, , *Guide de psychiatrie*, Paris, M édition, 1999 .
- 19- Gulfi,JD, *Psychiatrie de l'adulte*, Paris, éditeur des préparations grandes école Médecine,1998
- 20-Henri ey, Bernard et Brisset, ch, *Manuel de psychiatrie*,Paris,Masson,6^{eme}éd, 1989
- 21- Koupernik, C, Honri,loo, Zarifian, E, *Précis de psychiatrie*, Paris, Flammarion Médecine, Sciences, 1982
- 22- Lemperière, Th, Féline,A, *Psychiatrie de l'adulte* ,paris, Masson,2000
- 23-Ribeyre, JM, Dollfus,S, Petit, M, *le syndrome de schizophrénie déficitaire selon Carpenter* paris , Doin Edition, 1998.