

الفصام واضطراب الوعي بالمرض

- مقارنة نفسية معرفية -

د. زروالي لطيفة ،

جامعة وهران 2.

Zerlati@yahoo.fr

ملخص

ازدهرت في العشرينات الأخيرة الكثير من الأبحاث ذات الاتجاه النفسي المعرفي العصبي، تناولت العلاقة المتواجدة ما بين اضطرابات الوعي ومختلف الاضطرابات الفصامية. فهناك المقاربات التي تعرف بمقاربات "الشخص الثالث" والتي عملت على معالجة الوعي بوصفه كيان وظيفي يملك قدرات المراقبة والتسيق والتكيف. أشهر من تناول هذا البعد تجريبيا هما Frith و Andreasen. بالنسبة لFrith ليست هناك إلا آلية واحدة تكون مصدرا للفصام بالرغم من تواجد تنوع في الأعراض، تتمثل هذه الآلية في التمثل الماورائي La métaprésentation. أما الباحثة Andreasen فتري أن الاضطراب المعرفي المشترك لمختلف الفصامات يتمثل في اختلال القياس المعرفي Dymétrie cognitive. فيما يخص مقاربات "الشخص الأول" فقد حاولت تناول الوعي بكونه تجربة ذاتية، هذا النوع من الأبحاث تم تطويره من طرف Danion الذي اعتبر اضطراب الوعي ذاتي التفكير la conscience autonome مركزا للمظاهر العيادية الخاصة بالفصام. ساهمت كل هذه الأبحاث في فك الكثير من ألغاز الفصام. كما ساهمت في إحداث نظرة مغايرة ومتجددة على مستوى الفهم وعلى مستوى المقاربات العلاجية. من جهة أخرى، نجد أنها عملت على إحياء لأفكار Henri Ey الذي كان يرى الفصام بكونه اضطراب في الوعي يجعل المريض فاقدًا لحريته ولمهويته الشخصية، وعاجزا عن الكثير من المهارات الاجتماعية.

الكلمات المفتاحية:

الفصام - اضطرابات الوعي - التمثلات الماورائية - اختلال القياس المعرفي - الوعي ذاتي التفكير.

Résumé

Durant les dernières décennies, s'est développées plusieurs recherches en psychologie cognitive et en neuropsychologie qui ont traité la relation qui existe entre les troubles de la conscience et les divers troubles de la schizophrénie.

Il y'a des approches dites de "de la troisième personne" qui conçoivent la conscience autant qu'entité fonctionnelle dotant des capacités de contrôle, de coordination et d'adaptation. Les plus renommés qui ont traité cette dimension d'une manière expérimentale sont Frith et Andreasen.

Pour Frith il n'y a qu'un mécanisme qui serait à l'origine de la schizophrénie, c'est celui de la métareprésentation, et ce malgré la diversité des symptômes liés. Pour Andreasen il s'agit de la dysmétrie cognitive qui explique les divers formes de la schizophrénie.

A propos des approches de "la première personne" qui traitent la conscience autant qu'expérience subjective, c'est à Danion que revient le mérite d'avoir développé cette dimension. Son modèle avance que les troubles de la conscience auto-néotique sont au centre des manifestations cliniques de la schizophrénie.

Toutes ces recherches ont contribué à élucider beaucoup d'énigmes liées à la schizophrénie et avoir un regard différent et renouvelé au niveau de la compréhension et au niveau des approches thérapeutiques.

Egalement, elles ont contribué à redonner vie à la conception classique de Henri Ey qui considérait la schizophrénie comme pathologie de la conscience qui touche aussi bien à la liberté de la personne, à son identité personnelle et à ses habiletés sociales.

Mots clés :

La schizophrénie- les troubles de la conscience-la métareprésentation-Dysmétrie cognitive- conscience auto-néotique.

مقدمة:

تعتبر الاضطرابات الفصامية من أكثر الاضطرابات خطورة وتعقيدا وغموضا، حيث ما تزال الأبحاث العلمية فيها متواصلة والتي ما فتئت تعمل على فك الكثير من ألغازها وعلى فتح آفاق جديدة على مستوى التشخيص والتكفل والعلاج. تتميز هذه الاضطرابات بتنوع في أشكالها وفي أعراضها، وتنوع في حدة هذه الأعراض وشدتها، وغالبا ما تكون بدايتها في سن المراهقة متسببة في الكثير من القصور على المستوى الاجتماعي والمهني والعائلي، والكثير من المعاناة النفسية.

على غرار الهلوسات والهذيان التي تعتبر جد مهمة ضمن التنظيم التشخيصي للفصام، نجد أعراضاً أخرى لا تقل أهمية مثل اضطرابات الوعي واضطرابات الهوية. حسب بعض الكتاب وبالأخص Henri Ey يعتبر الفصام اضطراباً للوعي، حيث نجده يحتل مركزاً مهماً ضمن الجدول العيادي الحالي، وهو يمس بالهوية وبالقدرة على الوعي بالمرض، وينجر عنه الكثير من مظاهر القصور في المهارات المعرفية والاجتماعية.

إن قصور الوعي بالاضطراب هو عرض جد منتشر في الطب النفسي وبالأخص في الاضطراب الفصامي، حسب Goldfinger (Irène,) 2004 يعاني نصف المرضى الفصاميين من نقص في الوعي بالمرض وحسب Amador et al. (2004) تصل النسبة إلى 80%.

لقد أشار الكثير من الكتاب أن غياب الوعي بالمرض له عواقب سلبية بخصوص تطور المرض بفعل وجود تقيد سلبي بالعلاج، وكذلك لتضاعف خطورة الانتكاسات وتدني في نوعية الحياة (Airagnes, 2012). في المقابل، أكد الكثير من الباحثين المعاصرين أن الوعي بالمرض يعتبر عاملاً مهماً وإيجابياً بخصوص التقيد بالعلاج ومتابعته (Fenton et al., 1997; Drolout et al., 2003; Bourgeois, 2002; Shmitt et al., 1998; Kozuki, Froelicher, 2003; Garavan et al. 1998; Yen et al., 2005; Weiden et al. 1995; 2006) وبخصوص التخفيض من عدد الاستشفاءات (Olfson et al. 1999) والتحسين في نوعية الحياة (Amador et al. 1993) والتحسين في التوظيف الاجتماعي (lysaker et al., 2003) ونجده يرتبط إيجابياً بتناقص جد مهم في خطورة السلوكيات العدوانية سواء الموجهة للغير أو الموجهة للذات (Bjorkly, 2006).

ونظراً للأهمية التي يحتلها مفهوم الوعي بالمرض في الاضطراب الفصامي، ازدهرت في العشرينات الأخيرة الكثير من الأبحاث، وتعتبر المقاربة النفسية المعرفية العصبية من أكثر من ساهم في إثراء هذا الجانب خاصة في تناوله التجريبي. يعتبر Frith و Danion و Andreasen و Henry Ey المنتمي من الرواد الذين عملوا على إبراز العلاقة بين الاضطراب الفصامي وبين اضطراب الوعي بالمرض. هذا كله لا يمنع من اعتبار Henry Ey المنتمي للمقاربة الظواهرية من السابقين لهذه الأفكار، وذلك بالرغم أن مقاربه

تظل مقارنة عيادية، والمعطيات التي عمل على عرضها تعد غير قابلة للتحقق من مصداقيتها من حيث التناول التجريبي.

استشعاراً منها بأهمية الموضوع، تحاول الباحثة من خلال هذه المساهمة تناول الوعي بالمرض في الاضطراب الفصامي والإجابة على التساؤلات التالية: إلى أي مدى ساهمت المقاربة النفسية المعرفية في فك ألغاز المحيطة بالفصام من خلال التناول التجريبي لمفهوم الوعي بالمرض؟ وإلى أي مدى ساهم Henri Ey في فتح طريق البحث العلمي في هذا المجال؟ وماهي الأعراض المصاحبة لقصور الوعي بالمرض وماهي العواقب النفسية المعرفية والاجتماعية الناجمة عنه؟

وعليه، تهدف هذه المساهمة إلى تسليط الضوء على أهم المقاربات النفسية التي عملت على تناول مفهوم الوعي بالمرض المصاحب للاضطراب الفصامي وتتمثل في مقارنة Frith و Andreasen و Danion ومناقشة مدى مساهمتها في إحداث تغييرات جذرية على مفهوم الفصام وإحداث إضافات لا يستهان بها في ميدان التشخيص والتكفل والعلاج. كما تهدف إلى الاضطلاع على ما أتى به Henri Ey من معطيات عيادية كانت بمثابة الأرضية التي ارتكزت عليها الأبحاث العلمية الحالية.

تحديد مفهوم الوعي بالمرض العقلي ولمحة تاريخية عنه:

لغويا يرتبط الوعي بعدة مرادفات فنجده يعني الوضوح lucidité والإدراك والفهم entendement والحكم jugement والصواب raison والتفكير réflexion ويعني كذلك الاستبصار (Bourgeois, Insight 2002).

في مجال الطب النفسي ومجال علم النفس المرضي، أصبح الاستبصار Insight مرادفاً لكلمة الوعي بالمرض Conscience du trouble (Airagnes, 2012). ومما هو متعارف عليه، إن مفهوم الاستبصار استعمل لأول مرة في علم النفس الشكلي la psychologie formelle من طرف Kohler Wolfgang بعد سلسلة من الأبحاث حول السلوك الحيواني قبل أن يدخل مجال المفاهيمي للتحليل النفسي (Bourgeois, 2002). في معجمه الخاص بالتحليل النفسي يعرف Férida الاستبصار بكونه "قدرة الفرد على المعرفة المعتادة للاشعوره الذاتي". استعمل Freud المفهوم لأول مرة في دراساته حول الهستيريا سنة 1892 ويرى فيه المعيار الأساسي من خلاله يتم التشخيص ويتم تصور لإطار علاجي مناسب (Freud, 1991).

حالياً، تعرفه منظمة الصحة العالمية (2001) بكونه يرتبط بالوظائف العقلية الخاصة بالإدراك وفهم الذات وفهم الأفعال وفهم الآخرين والأحداث المحيطة.

إذا ما حاولنا تتبع تطور مفهوم الوعي بالاضطراب عبر التاريخ، نجد أن أول من استعمل مفهوم الجنون مع وجود الوعي *Folie avec conscience* هو Félix Platter (1536-1614) (Michel, 1982). وعند أطباء القرن التاسع عشر يشير Bourgeois et al. (2000) إلى أهمية وتوسع استعمال مفهوم الاستبصار بوصفه خاصية سيميولوجية مهمة ضمن الجدول العيادي، إذ نجد أن مفهوم "اضطراب الوعي" المستعمل في ذلك الحين يرتبط بالحالات النفسية كالإكتئاب واضطرابات النفاس والسوداوية أو الهوس، وهو يشمل المظاهر المختلفة مثل الوعي بالأعراض البادية *Prodromiques* للنوبة الهوسية أو الهذيانية، وبالاضطرابات العقلية، وبتأثيرات المرض العقلي على الذات وعلى الآخر، وبالتأثيرات الاجتماعية والمهنية.

في وجهات النظر الأولى الخاصة بالاستبصار *Insight*، تم تصور المفهوم وفق مقارنة ذات بعدين، بمعنى آخر يوصف المريض إما أنه واع أو غير واع بحالته المرضية. مثلاً، بالنسبة للطبيب Morel (Bourgeois et al., 2000) إن الإصابات العقلية التي يكون فيها تلاشي الوعي أمر يصعب تجنبه مثل ما يحدث في الحالات الكحولية أو الحالات الهذيانية الاضطهادية، تكون مختلفة عن الهذيان الانفعالية *Délires émotifs* أين يكون الوعي خلالها حاضراً، لكن يظل المريض مع ذلك عاجزاً على تعديل أفعاله وسلوكاته.

بالنسبة للطبيب Pinel (1809) وبعد ذلك Esquirol (1838) وبالرغم من كونهما لم يستعملا مفهوم الاستبصار، فقد عملا على التمييز ما بين الحالات أين يكون فيها المختل العقلي محتفظاً بالشعور بالذات وبين الحالات أين يكون فيها الحكم على الصحة العقلية مشوهاً، وهذا ما أدى إلى تطور مفهومي العصاب والذهان. أما Kraepelin (1896) فقد كان يعتبر غياب الوعي بالمرض معياراً حقيقياً للتشخيص، إذ لاحظ أن المرضى المصابين "بالعته المبكر" لم يكونوا على أتم وعي باضطرابهم.

من جهته، يرى الطبيب النفسي Parant (1888) (Bourgeois et al.,) 2000 أن الاستبصار ليس بظاهرة ذات بعدين، ولكن ككيان متطور ومرتبطة بتطور المرض وبالتنبؤ الخاص به. يقترح هذا الكاتب تصنيفا للوعي بالذات المسمى في ذلك الحين بالوعي بالحالة خلال تقدم المرض العقلي. هكذا يصبح مفهوم الاستبصار Insight كيانا سهل الاستعمال يمكن أن يتواجد في بداية الاضطراب، وخلال تطوره وعندما يتم الشفاء؛ حيث يرتبط الوعي في بداية المرض بالقدرات العقلية وبقدرات الاستبطان وبأهمية التجربة(عدد الانتكاسات). يحدد الكاتب الوعي بالذات في خمسة أصناف: "المجنون" الواعي بأفعاله بدون وجود وعي بحالته؛ المجنون الواعي بحالته المرضية بدون وجود القدرة أو الإرادة على تقبلها؛ المجنون الواعي جزئيا بحالته المرضية وبأفعاله لكن بدون أن يكون واعيا بصورة كاملة؛ المجنون الواعي بحالته لكن إرادته وعباءه النفسي والجسدي يمنعانه من التخلص من ذلك؛ وأخيرا المجنون الواعي بصفة كاملة بحالته لكن نجده سجين قوة داخلية تدفعه إلى ارتكاب أفعال. فيما يخص الوعي بالذات بعد الشفاء، يعتبره Parant كمييار جيد للشفاء.

في بداية القرن العشرين، تم استعمال مفردة الاستبصار لأول مرة من طرف Jasper (1913) الذي كان يرى فيه القدرة على الاعتراف والتعبير عن الشعور بالمرض، وتوصل أن الذهان يمنع أيه امكانية للاستبصار. وحتى وإن تم تحسين إدراك المريض حول حالته المرضية من خلال انقاص هذيانه مثلا، فإن حالة التيقظ لا يمكن أن تكون إلا مؤقتة. من جهة أخرى، اعتبر Logre (1921) الاستبصار بالمرض كمييار إيجابي في الشفاء (Bourgeois et al., 2000).

في سنة 1958 اقترح Eskey مفهوم "الاستبصار الجزئي" محددا المفهوم كوعي يتم التعبير عنه من طرف المريض الذي يعاني من قصور في وظيفته العقلية. في 1979 حدد Lin et al. الاستبصار كاعتراف الفرد بالمشاكل التي تتطلب تدخل علاجي (Bourgeois et al., 2000).

في 2004 أدخل Beck (Jaafari, Markova, 2011) لأول مرة مفهوم الاستبصار المعرفي L'insight cognitif الذي يحدده بقدرة الوعي على إظهار اختلالات معرفية وعلى تقديم تفسيرات خاطئة، ويرى أن هناك

أربعة أبعاد للاستبصار المعرفي يمكن أن يسمها الاضطراب خلال الإصابة بالذهان؛ تتمثل هذه الأبعاد في: أ- عجز المريض على أن يكون موضوعيا اتجاه التجارب الهذيانية والاختلالات المعرفية ب- عجزه عن وضع تجاربه في سياق منظوره الخاص ج- عجزه على تصحيح المعلومات الآتية من الآخرين د- والثقة المفرطة في أحكامه الهذيانية.

في نفس الاتجاه ومنذ أكثر من عشرين سنة، اهتمت الكثير من فرق البحث بمفهوم الوعي بالمرض وتم نشر الكثير من الأعمال بهذا الخصوص، وشغلت المقاربات ذات الاتجاه المعرفي العصبي حصة الأسد في ذلك. اتخذت هذه المقاربات أفكار Henri Ey حول اضطرابات الوعي المصاحبة للفصام الأرضية التي انطلقت منها كل الدراسات التجريبية. إذ نجد من المقاربات التي ترى في الوعي كيانا وظيفيا يملك قدرات المراقبة والتنسيق والتكيف (Frith, 1992; Andreasen, 1999) وأن أي القصور يمسّه يؤدي بالضرورة إلى مختلف الأعراض السلبية التخلفية للفصام وكذلك إلى مختلف الأعراض الإيجابية من هذيانات وهلوسات. ومقاربات ترى فيه تجربة ذاتية وترى في اضطراب الوعي ذاتي التفكير *La conscience autonome* مركزا للمظاهر العيادية الخاصة بالفصام (Danion et al., 2001).

مقاربة Henri Ey والاضطرابات المتراكبة للوعي:

ترتكز مقاربة Henri Ey (1963) على وجود اضطرابات متراكبة للوعي. يتعلق الأمر بوعي الفرد بمعاش التجربة الذاتية وكذلك وعيه بامتلاك لنموذج شخصي خاص بعالمه الذاتي. إن الأمر لا يتعلق فقط ببنية واحدة للوعي، وإنما بعدة بنيات منظمة بطريقة مستقرة مانحة للفرد تركيبته الخاصة بحيث لا يحدد الوعي كوظيفة للفرد وإنما كمؤسس له.

يتميز الفرد الواعي حسب Henri Ey (1963) بخمسة مواصفات:

1. حياة عاطفية تسمح بمعاش انفعالي وبذكرى الإحساسات وبالتخييل؛
2. تجربة الواقع من خلال التجربة الإدراكية ومن خلال التواصل ومن خلال التذكر المرتكزين على اللغة بوصفها تجربة لحقل الوعي، ومن خلال بناء الوعي بالذات ومن خلال الإدراك المدعم لموضوعية

المعاش، ومن خلال الذاكرة بوصفها بنية للوعي التي تعمل على تحقيق وديمومة تاريخ الأنا؛

3. البنيات العليا للحقل الإجرائي الخاص بالوعي التي تعتبر الركيزة الأساسية لمعاش الاحساسات وللإدراكات وللغة التي يتم تغطيتها من طرف بنيات من النوع السامي مثل الانتباه والتفكير، حيث يعمل الانتباه على السماح بنشاطات آلية وإرادية، أما التفكير فيعمل على الإعداد لمحتويات الوعي.

4. الشخصية التي يتم تحديدها من طرف الوعي بالذات المرتكز على الترابط المتبادل ما بين الجسد - الذات وبين الفردانية باعتبارها بناء يرتكز على التاريخ الشخصي والتي تتموقع في أعلى المستويات الخاصة ببنية الوعي.

5. وأخير الوعي الأخلاقي الذي يعتبر خاصية إنسانية بامتياز وشكل سامي للوعي.

إضافة لذلك، يتصور Henri Ey (1963) الوعي بوصفه منتظم حول محورين: محور متزامن Synchronique خاص بحقل الوعي Le champs de la conscience ومحور تطوري Diachronique خاص بالوعي بالذات la conscience de soi ، حيث نجد أنه وعند نفس الشخص يمكن للاضطرابات أن يعبر عنها وفق المحورين، لكن مع ذلك يمكن أن يكون هناك اضطراب للوعي بالذات بدون تحطم الوعي، ويمكن أن تكون اضطرابات على مستوى حقل الوعي بدون أن يمس ذلك طريقة تواجد الوعي بالذات.

في الفصام كما هو الحال في الكثير من الاضطرابات العقلية نجد أن الجدول العيادي يتضمن الاضطرابات الحالية الخاصة بالمعاش، في نفس الوقت تغيرات عميقة نوعا ما على مستوى الشخصية.

يتميز الفصام في غالبية الحالات بوجود تجارب هذيانية واضطرابات إدراكية ومتلازمة الآلية العقلية وهلوسات، وهي كلها تجارب يعيشها الفرد في الزمن الحاضر بدون الوعي أنها صادرة منه؛ إذ أن هذه الأشكال المتولدة من فكره الخاص سوف يعمل على إدماجها كما لو أنها صادرة من العالم الخارجي ومن الآخرين، وسوف يعمل على غرار ذلك على إمدادها بمعاني خاطئة، وسوف نرى نتيجة ذلك استقرار لهذيان

مختلف المواضيع. كذلك سوف يعيش الأفراد المصابون بهذا الاضطراب تجارب ضياع الشخصية المرتبطة بضياع الحس بالواقع.

تتمى التجارب الهذيانية والهوسية والخاصة بضياع الشخصية إلى اضطرابات تحقيق التجربة، وتتواجد خاصة في المراحل التطورية للمرض وفي الذهانات الهذيانية الحادة وفي اضطرابات أخرى، وهذا ما يجعلها تمثل النواة الصلبة للاضطراب الفصامي.

باختصار، يعتبر Henri Ey أن ما يؤسس للفصام هو اضطراب الوعي بالذات حيث نجد أن الأنا المختل moi aliéné يعيش من طرف الفصامي من خلال التجربة الهذيانية، وخاصة كمسار وجودي هذيانى الذي يستقي داخل الانطواء منابعه الهذيانية. تغذي هذه الطريقة في العيش داخل الهذيان الفوضوي- المغلق المليء بالتجريدات وعدم التناسق- اضطرابات الوعي بالذات عند المريض الفصامي.

الفصام واضطراب التمثلات الماورائية وفق مقارنة Frith

إن الأفكار التي تم إعدادها من طرف Frith (1992) هي ناتجة مباشرة من حقل علم النفس العصبي. يتصور هذا الكاتب أعراض الفصام كمظاهر ثانوية ناتجة عن قصور في آليات معرفية التي ترتبط بتوظيف مختل لبعض مناطق الدماغ. كما نجده يقر على غرار ذلك بوجود ارتباط هذه الآليات المتدهورة بخلل معرفي سامي يتمثل في اضطراب على مستوى التمثل الماورائي La métareprésentation.

1- فيما يخص الأعراض الفصامية يرى هذا الكاتب أنها تتمحور حول ثلاث مجموعات: اضطرابات السلوك، الهلوسات والهذيانات واضطرابات اللغة والتواصل.

تتضمن اضطرابات السلوك عدم التكيف وعدم تناسق السلوكات والسلوكات النمطية ومظاهر المثابرة ومجموعة الأعراض السلبية، التي تعبر عن فقر في التفكير وفي الخطاب وفي النشاط وكذلك في التفاعلات الاجتماعية وفي الهمود الانفعالي.

إن الأعراض السلبية تتولد حسب الكاتب نتيجة تخلف في النشاط الإرادي والذي يظهر عند الفصامي على شكل عجز عن أية مبادرة إرادية للنشاطات اتجاه أي مثير. كما تدل السلوكات المرضية والسلوكات النمطية والمثابرات وعدم التناسق على عجز حقيقي في التحكم. حيث أن

المريض الفصامي نجده عاجزا على إحداث مؤثرات متناسبة مما ينجر عنه سلوكيات الانسحاب وعدم التواصل. فيما يخص التخلف في التلقائية ونقص في مبادرة النشاط الإرادي، نجدهما ناتجين عن توظيف سيء للجهاز الانتباهي للمراقبة حيث نجد المريض عاجزا كليا عن كف أية استجابات غير مناسبة (مما يتولد لديه سلوكيات المثابرة) وعلى توقيف الاستجابات اتجاه مثيرات غير الأساسية المسؤولة على وجود عدم التناسق وعلى تدهور في الإمكانيات الانتباهية.

أما الهلوسات والهذيان، فيعتبرها Frith (1992) كظواهر ثانوية تتولد نتيجة نقص يمس آليات المراقبة الذاتية بالنسبة للهلوسات، وتلف في سيرورة الاستنتاج والاستدلال بالنسبة للظواهر الهذيانية.

اقترح Frith وفريقه نموذجا تم إعداده على أساس الكثير من الأعمال التجريبية مفاده أن الهلوسات السمعية اللفظية تعبر عن تدهور في المراقبة المركزية للنشاط، ينطبق هذا النموذج بالخصوص على المرضى الذين يظهرون أعراض من الدرجة الأولى كما تم وصفها من طرف Schneider (1959)، التي تجمع الكثير من أعراض الهلوسية الخاصة بتجارب سرقة الأفكار وبالأصوات التي تتحدث فيما بينها أو بتلك التي تعلق على سلوك الفرد أو على فكره، أو كذلك بالتحكم في الإرادة أو التأثير على الفكر. بالنسبة ل Frith تجد هذه الأعراض من الدرجة الأولى مصدرها في تدهور المستوى المعرفي السامي الخاص بالتمثيلات الماورائية Métareprésentations.

الجدول رقم 1: اضطرابات الفصام وفق نظرية Frith (1992).

الشرح	إشارات وأعراض	تجمع لإشارات وأعراض
قصور في الوعي الخاص بالحالات العقلية القصدية.	انسحاب اجتماعي؛ همود انفعالي؛ فقر اللغة.	الإشارات السلبية
قصور في مراقبة أهداف النشاط؛ قصور في الوعي بالحالات العقلية للآخر.	خطاب غير متناسق؛ عدم الانتظام؛ انفعالات غير ملائمة.	الإشارات الايجابية
قصور في مراقبة النشاط والنوايا.	هذيان التأثير؛ هلوسات الشخص الثاني.	سمات الاستكانة
قصور في مراقبة نوايا الآخرين.	هذيان الاضطهاد؛ قراءة الأفكار.	أعراض هذيانية

فيما يخص الظواهر الهذيانية يمكن أن يتعلق الأمر إما بخلل إدراكي يعالج في نظام منطقي عادي، أو بمعالجة معلومة مدركة بطريقة جيدة لكنها تؤخذ بعين الاعتبار ضمن نظام منطقي غير عادي، إن الخلل المتواجد على مستوى التحكم في نية الفعل يتحمل مسؤولية عجز الفصامي على تحديد مصدر أفكاره المدركة كمتطفلة أو مفروضة، ومسؤوليته وفي إدراكه كون كان لديه نية تحقيق أي فعل حيث نجده ينسب أفكاره كونها آتية من الآخرين مما يولد لديه هذياناات التأثير.

لتفسير هذيان الاضطهاد، يفترض Frith وجود اختلال على مستوى القشرة ما قبل جبهية Cortex préfrontal والقشرة الحجرية الجبهية Cortex préfrontal orbitofrontal وعلى مستوى القشرة الحزامية الأمامية le cortex cingulaire antérieur يكون سببا في وجود نسخة من رجوع المعلومة تتضمن رسالة ترسل إلى مركز الاستجيب Centre effecteur وأخرى إلى مركز التحكم Centre de contrôle، مما سوف يسمح للمقارن أن يدرك نية الفعل والفعل المحقق. إن هذه القدرة على تمييز الاختلاف ما بين المعلومات المتولدة عن الشخص أو النابعة عن الآخر أو عن المحيط يتم ضياعها من طرف المريض الفصامي. حيث أن المناطق الأمامية من الدماغ لا تبلغ المناطق الخلفية المسؤولة على الإدراك نسخة عن رجوع المورد réafférence التي من المفروض أنها تعلم الفرد أنه هو صاحب هذه الإدراكات. إن المناطق المسؤولة على حدوث النشاط وحدث التحكم فيه هي كذلك تعتبر مركز الإصابات التي ينجر عنها تخلف في النشاط الإرادي وظهور الأعراض السلبية.

بالنسبة لاضطرابات اللغة والتواصل فقد تم ربطها من طرف Frith وفق ثلاث أبعاد: البعد الخاص باضطرابات النشاط الإرادي de l'action Troubles volontaire/البعد الخاص بوجود اختلالات على مستوى المراقبة الذاتية Altérations du self-monitoring/البعد الخاص باضطراب الوعي بالآخرين المسمى كذلك بتخلف في التحكم في نوايا الآخرين Déficit du monitoring de l'intention d'autrui.

فيما يخص البعد الأول، إن اضطرابات النشاط يمكن جمعها في الأصناف التالية حسب Frith: فقر النشاط ونشاطات المثابرة والنشاط

غير الملائم هذه الاضطرابات التي تنتمي إلى سجل مبادرة الفعل *l'initiation de l'action* تلاحظ بالخصوص في خطاب الفصامي. يشمل فقر النشاط على مستوى اللغة الأعراض الكلاسيكية للفصام:

- فقر الخطاب الناتج عن نقص الإنتاج الاستدلالي الذي يلاحظ بالخصوص في الفصامات التخلفية. لا ينتج هذا الفقر في الخطاب عن نقص في المخزون اللغوي وإنما عن صعوبة في الإنتاج.
 - فقر في محتوى الخطاب الذي ينتمي إلى المستوى النوعي، حيث وبالرغم من وجود وفرة عادية للكلمات تظل الأفكار فقيرة.
 - وأخيراً، فقر في المظاهر غير اللفظية من التواصل المتمثلة في حالات الهمود الانفعالي الذي تنتج عن نقص في استعمال الإيماءات أكثر من كونها تنتج عن قصور في الحساسية العاطفية.
- تلاحظ نشاطات المثابرة على مستوى الخطاب من خلال تكرار الكلمات. أما بخصوص النشاطات غير الملائمة فإننا نجدها في كل الإنتاجات اللغوية غير المتكيفة وفق السياق المرتبط بها عادة. وهذا ما يفسر وجود عدم تناسق في خطابات الفصاميين بفعل استعمال الكلمات غير المتوقعة والكلمات المبتدعة. أخيراً يدخل Frith ضمن هذا الصنف - عدم تناسق الانفعالات الذي يدل على النشاط غير الملائم أكثر من كونه يدل على عدم التوافق العاطفي.
- فيما يخص بعد اضطرابات المراقبة الذاتية فإننا نجدها ترتبط بوجود عجز المريض الفصامي في التحكم وفي تسيير نشاطاته الخاصة وحالاته العقلية أو كذلك على الوعي بنواياه الخاصة. وبهذه الطريقة، نجد أن Frith ينسب هذين التأثير وبعض الهلوسات السمعية إلى مثل هذا العجز. على غرار هذه الأعراض الإيجابية، يمكن أن نلاحظ ذلك حتى في خطاب الفصاميين، حيث نجد أن هناك إجابات غير ملائمة تتكرر وتستمر بالرغم من إدراكهم لطابعها غير الملائم. يرى Frith أن هؤلاء المرضى لا يتمكنون من الوعي بإجاباتهم الخاصة إلا بعد صياغتها. بالرغم من وجود هذا الوعي يظهرون مع ذلك عجزاً حقيقياً في إزاحة هذه الإجابات قبل صياغتها.

على غرار ذلك، وارتكازا على أعمال Hoffman (1986) تم الإشارة إلى العجز في المراقبة الذاتية لتفسير بعض اضطرابات الخطاب المتولدة عن بعض الهلوسات السمعية. حسب Hoffman (Peretti et al., 2004) يتميز خطاب الفصامي بكونه مشوه نتيجة اضطرابات في التخطيط حيث نجد أن الكثير من الجمل لا تتدمج ضمن مخطط الخطاب ولا ضمن أهدافه، وعندما يكون الانحراف ما بين الجمل وما بين أهداف الرسالة كبيرا تظهر هذه الجمل غريبة ولا تفي بالغرض.

فيما يخص البعد الثالث والخاص باضطرابات الوعي بالآخرين أو الاستدلال على نوايا الآخرين، يرى Frith أن السبب الرئيسي في اضطرابات التواصل عند الفصامي يتمثل في عجزه عن الاستدلال على معرفة السامع؛ يظهر هذا العجز على مستوى التداولي من خلال عدم احترامه للمعايير الاجتماعية المتفق عليها، ومن خلال عجزه على تكييف خطابه وفق فهم السامع لعجزه عن اكتشاف أية المعلومات يتوجب إضافتها.

على غرار ذلك، واستنادا على أعمال Sperber et Wilson (Peretti, 2009), يمكن تصور التواصل وفق سيوررتين: سيوررة فك التشفير وسيوررة الاستدلال؛ فك التشفير لفهم المعنى الحرفي للجملة، والاستدلال الذي يسمح بإضافة عليه عناصر السياق التي تعمل على تكملة فهم ما أريد قوله، يتعلق الأمر بالاستدلال على نوايا السامع الذي بدونه نظل في مستوى المعنى الحرفي. حسب Frith، يظهر الفصاميون صعوبات عندما يكون المعنى المبلغ يختلف عن المعنى الحرفي مثلما يحصل في الاستعارة وفي التعبيرات الساخرة. إن الاستدلالات الخاطئة يمكن أن تكون مثلا مصدرا للاعتقادات الهذيانبة الخاصة بالاضطهاد.

2- الفصام واختلال التمثلات الماورائية:

ارتكازا على أعمال حول التوحد، يربط Frith الآليات المعرفية التي تم عزلها في الفصام بألية معرفية سامية متمثلة في التمثل التحتي Métareprésentation. حسب هذه الفرضية ليست هناك إلا آلية واحدة تكون مصدرا للفصام بالرغم من تواجد تنوعا في الأعراض. يتمثل هذا الكيان التخلفي في الوعي بالذات أي القدرة على تمثل الذات التي تعني

التمثل حول التمثل أو ما سماه Frith التمثل الماورائي
Métareprésentation.

إن فكرة وجود الوعي بالذات التخلفي تم مناقشتها من قبل من طرف Russell Hurlbur (1990) (Peretti, Chopin, 2009) الذي أكد أن القدرة على وصف التجارب الداخلية الذاتية تظهر جد متدهورة عند الفصامي وحتى مستحيلة خاصة في المراحل التطورية للمرض، كما أن بعض الاضطرابات الملاحظة في التوحد الطفولي مثل الانسحاب الاجتماعي والسلوك النمطي وقصور التواصل يمكن تواجدها في الأعراض السلبية للفصام.

في حالة التوحد الطفولي، هناك ثلاث خصائص مفتاحية تسمح بتمييزه عن الاضطرابات العقلية الأخرى: الانطواء التوحدي، التواصل غير العادي، العجز عن اللعب الإيهامي.

إن هذه الخصائص الثلاث حسب أعمال Frith Uta (1989) تتج عن تخلف معرفي وحيد متضمن: القدرة على العقلنة la mentalisation التي تتمثل في معرفة أن الآخرين يملكون أفكارا مختلفة عن أفكارنا، وفي القدرة على انساب الاعتقادات ونوايا الآخرين بالكيفية التي تسمح بالتنبؤ بسلوكهم أو بأخذ بعين الاعتبار أن الآخرين يمكنهم الاعتقاد بالأشياء التي نعتقد أنها خاطئة مما يسمح لنا بمعرفة " نظرية الذهن " La théorie de l'esprit.

بالنسبة ل Leslie و Happé (1989) ومن أجل الإعداد العقلي هناك آليتان متميزتان للتمثل: تسمح الآلية الأولى بالتمثلات الأولية (التمثلات من النوع الأول) وتخص الحالة المادية للعالم. أما الآلية الثانية فهي تسمح بالتمثلات الماورائية (أي التمثلات من النوع الثاني) وتخص الحالات العقلية (التمثيل، الاعتقادات، الرغبات، النوايا).

إن التمثلات الماورائية هي ضرورية للتعبير عن الحالات العقلية مثلا في الجملة "أعتقد أن المطر يسقط" حيث يعبر "المطر يسقط" عن التمثل من النوع الأول الخاص بالعالم المادي و"أعتقد أن المطر يسقط" هي فكرة تقتضي تمثل ماورائي أي تمثل حول التمثل.

تؤكد أعمال Perner (2004) (Peretti et al.) على أن نمو التمثلات عند الطفل تسمح بالإشارة إلى ثلاث ميادين من الوعي بالذات من خلالها

تلعب التمثلات الماورائية دورا محوريا فيما يخص الوعي بالأهداف الخاصة والوعي بالنوايا الخاصة والوعي بنوايا الآخرين. ترتبط هذه الميادين الثلاث بثلاث نماذج من التدهور المعرفي المسبب لأعراض الفصام:

. بدون وعي بالأهداف الخاصة المرتبطة بنقص الإرادة والنشاط الإرادي، مما يؤدي إلى اضطرابات سلبية وإلى عدم تناسق السلوك.
. بدون وعي بالنوايا الذاتية المرتبط بقصور في المراقبة الذاتية، مما يؤدي إلى معاشية تجارب غير عادية وإلى أعراض ايجابية.
. بدون وعي بنوايا الآخرين ووجود اعتقادات خاطئة عن الآخرين، مما يؤدي إلى اضطرابات في التواصل وإلى أفكار الاضطهاد والإسناد.
إن الإعداد العقلي عند الطفل المتوحد نجده متخلفا منذ البداية عكس الفصامي الذي نجده يحتفظ بهذه القدرة حتى بداية المرض بمعنى حتى بداية سن الرشد. في هذه الفترة يصبح المريض الفصامي غير قادر على التمثلات الماورائية الصحيحة، إذ نجده يدرك أن الآخرين بإمكانهم امتلاك أفكار مغايرة لأفكاره ويمكنه الاستدلال على الحالة العقلية للآخرين، لكن يتم كل ذلك بطريقة غير متكيفة مثلا نجده يعتقد أن الآخر ينوي التواصل معه وهو في الحقيقة لا يفعل ذلك مما يؤدي إلى أفكار الإسناد. كما نجده يؤول كل ما يقوم به الآخرون من أجل إخفاء حقيقة نواياهم، وأن هناك مؤامرة تحاك ضده وأن نواياهم هي ذات طابع شرير(أفكار الاضطهاد).

إذن ومما سبق، نستطيع أن نقول أن هناك ثلاث ميادين للتمثلات الماورائية: التمثلات الماورائية الخاصة بالحالات العقلية للآخرين، والتمثلات العقلية الخاصة بالذات، والتمثلات الماورائية الخاصة بالأهداف الخاصة بالفرد.

لحد الآن ليس هناك دراسات حول هذه النماذج الخاصة بالتمثلات الماورائية، ولكن هناك دراسات حول قدرات تتضمن هذه التمثلات. مثلا دراسة حول المعرفة الاجتماعية التي يتمثل هدفها النهائي في إدراك دقيق لهيئات ونوايا الآخرين..Brothers L. (Gokalsing, 2003).

من هذه الأعمال، تم التطرق إلى ثلاث بنيات دماغية: اللوزة l'amygdale التي تتدخل في الانفعالات والمشاعر والوعي بالخطر

الفصام واضطراب الوعي بالمرض - مقارنة نفسية معرفية - د. زروالي لطيفة

وبالإجازة (Gloor, Peretti et al., 2004)، التلم الجداري الأعلى Sulcus temporal supérieur (Peretti, Chopin, 2009) الذي يتدخل في التعبيرات الوجهية واتجاه النظر والقشرة الدماغية المحجرية الجبهية le cortex orbitofrontal التي تتدخل في التفاعلات الاجتماعية (Peretti, Chopin, 2009).

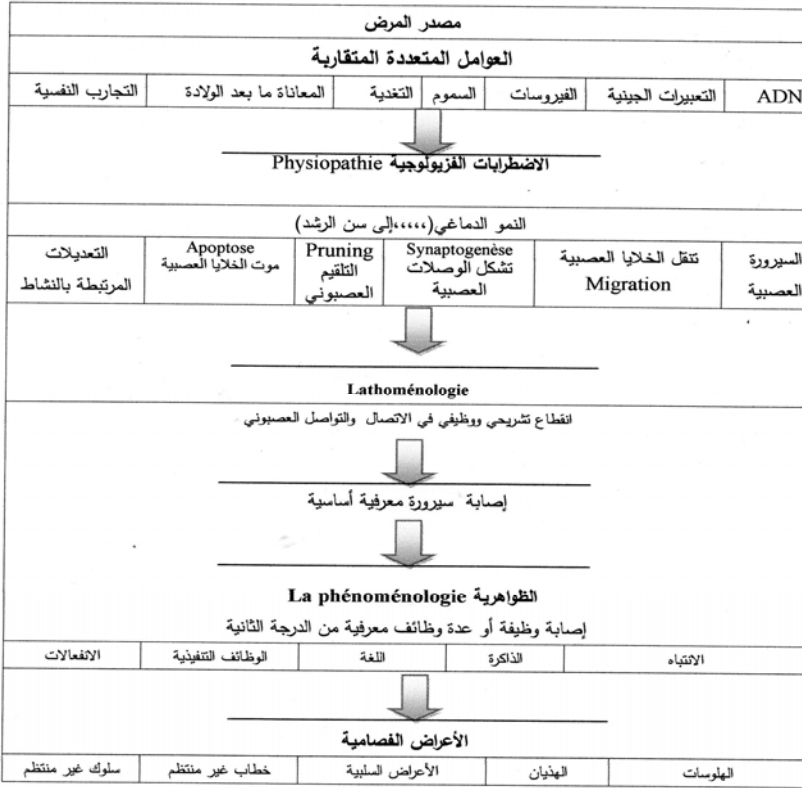
إذا ما حاولنا ربط هذه البنيات مع آلية التمثلات الماورائية نستطيع أن نقول أن القشرة الدماغية الجدارية واللوزة يمدان بمعلومات دقيقة عن محتوى الجمل (اتجاه النظر، التعبيرات الوجهية، الانفعالات التحتية) التي هي ضرورية، لكنها ليست كافية لإسنادها على الحالات العقلية حيث وليكتمل التمثل التحتي يجب توفر تفاعل هذه البنيات مع القشرة الدماغية الجبهية لتضمن السياق الاجتماعي (Gokalsing, 2003).

الفصام و خلل القياس المعرفي Dysmétrie cognitive حسب

Andreasen

بالنسبة للباحثة Andreasen (1999)، أنه ومن أجل تحديد بفعالية الإجراءات العلاجية الخاصة بالفصام يتوجب تحديد دقيق لماهية هذا الاضطراب. لا يمر هذا التحديد من خلال دراسة الأعراض الظاهرة، وإنما من خلال التعرف على الاضطرابات المعرفية الخاصة بالمرض. ومن هنا ترى الباحثة أنه يتوجب علينا ترك الجانب الظاهري للفصام أي الأعراض والتركيز على الآليات المعرفية أي ما هو موجود تحت السطح Lathoméologie، بمعنى آخر السيرورات التحتية التي تكون مصدرا للأعراض.

جدول رقم 2 يوضح نموذج التفسيري للفصام وفق مقارنة (1999)Andreasen



إن التباين الظاهري فيما يخص أعراض الفصام ينجر عن قصور معرفي مشترك الذي يتواجد مصدره في الاختلالات المدارات العصبونية. هكذا نجد أن المتلازمة التفككية بمفهوم Bleuler تعبر عن خلل في الاتصال مدارات العصبونية وعن انفصام دماغي schizencéphalie وليس عن انفصام فكري. وبهذا يصبح الفصام اضطرابا يمكن تحديده من خلال نمط ظاهري المتمثل في الخلل المعرفي الأساسي المشترك في كل الأمراض، والذي ينتج بدوره عن خلل في المدارات العصبونية ويعبر عن مسار نهائي مشترك الناتج عن نقطة التقاء ما بين العوامل المسببة للمرض والعوامل الفيزيولوجية المرضية المختلفة. هكذا وتحت تأثير العوامل المسببة للمرض والعوامل الفيزيولوجية المرضية، سوف ينتج خلل عصبي دقيق يكون مصدرا للاختلال

الوظيفي المعرفي الأساسي الابتدائي، الذي سوف يؤدي إلى اختلالات معرفية من الدرجة الثانية المختلفة من شخص لآخر والتي يتم التعبير عنها من خلال أعراض عيادية المختلفة بدورها من شخص لآخر.

تكتسي مقارنة Andreasen (1999) أهمية خاصة لكونها تقترح آلية وحيدة تكون مصدرا لكل أشكال الفصام. غير أن ذلك لا يكفي إذ يتوجب تحديد السيرورة المعرفية المرشحة التي يمكنها أن تمثل العنصر المشترك لمختلف أشكال المرض. حسب Andreasen هناك احتمال عدة مرشحين مثلا في استحالة تحقيق التمثلات التحتية كما يقترح ذلك Frith، أو اختلالات في معالجة المعلومة مثل ما يقترحه Braff (Peretti, Chopin,) (2009) أو كذلك وجود اختلال القياس المعرفي كما تقترحها ذاتها.

حسب Andreasen (1999) ومن أجل تحقيق أفعال معقدة فمن الضروري إجراء تكييف سريع بأخذ بعين الاعتبار التغذية الراجعة الثابتة. الذي يسمح بهذا التكييف هو التزامن بمعنى التنسيق الانسيابي ما بين النشاط الحركي والفكر. بالنسبة لهذه الكاتبة ينتمي هذا التزامن إلى الوعي، وهو ينتج عن حلقة من الضبط ما بين القشرة الدماغية وما بين المخيخ من خلال المهاد، حيث يمثل المدار قشري المخيخي المهادي القشري الأساس التشريحي. إن أي اختلال في هذا المدار سوف يكون مصدرا لاختلال القياس المعرفي بمعنى الاضطراب المعرفي المشترك لمختلف الفصامات.

الفصام واضطراب الوعي ذاتي التفكير La conscience : autooétique

يطرح عدم تجانس الاضطراب الفصامي إشكالية تحديد الخلل المشترك لجميع الأشكال العيادية. إذا كان هناك خلل حقيقي مشترك ما بين كل الفصامات، فإن المشكل الأساسي يتمثل في معرفة أين يتموقع؛ هل هو في مستوى أدنى كنتيجة مباشرة لاضطراب عصبي كما تعتقد Andreasen، أم في مستوى أعلى ما فوق الوظائف المعرفية الأخرى بتعبير آخر على مستوى الوعي؟ يعبر الاضطراب المشترك للفصامات عن وجود اختلال وظيفي لمختلف السيرورات المعرفية، وفي نفس الوقت عن مصدر الأعراض العيادية، حيث يمثل الوعي الحد المشترك ما بين المعرفة والسلوك.

بالنسبة لـ Danion et al. (2001) يحتل الوعي ذاتي التفكير La conscience autoéotique المكانة المحورية في الاضطرابات الفصامية، حيث نجد أن هذا النموذج من الوعي السامي والمرتبط بالذات يكون متدهورا في الفصام. كما تتمثل الآلية المشتركة لهذا التدهور في اضطراب السيرورات الاستراتيجية الخاصة بالمراقبة، أين يتنوع طابعها وفق المهمة المؤداة من طرف الفرد. بعبارة أخرى، إن الاضطراب الوعي الذاتي التفكير يمكن أن يمثل مسار نهائي مشترك لخلل في وظيفة معرفية عامة أو عدة وظائف معرفية خاصة (الانتباه، الإدراك، الذاكرة، اللغة، الوظائف التنفيذية)، أين نجده يعكس تدهورا في السيرورات الاستراتيجية الخاصة بالمراقبة ويمكن لذاكرة العمل أن تكون المرشحة المثالية لذلك لدورها في بروز العناصر الواعية.

ينتج اضطراب الوعي ذاتي التفكير عن اضطرابات عصبية يتدخل فيها الفص ما قبل جبهوي Lobe préfrontal واحتمالا بنيات أخرى التي يمكنها أن تكون جزءا من مسار كما ترى ذلك Andreasen ، أو كنتيجة لتأثير مباشر لمختلف العوامل المسببة للاضطرابات في مختلف المستويات كما يرى Frith، وذلك إذا ما اعتبرنا أن الوظيفة الإنسانية الأكثر سموا هي الوظيفة الأكثر هشاشة K وأكثر قابلية للتدهور بفعل تأثير الكثير من اختلالات النمو.

حسب Danion et al. (2001) إن الوعي ذاتي التفكير يمثل انعكاسا للسلوك وللانفعالات وفي نفس الوقت مصدرا لهم. وهو يسمح بصياغة أهداف ومراقبة سلوكيات، ونجده يمثل مرجعا لأخذ القرارات والنشاطات الشخصية الخاصة بالحياة اليومية والمعرفة الاجتماعية والعلاقات الفردية. بالخصوص، إن ارتباطه بالذاكرة العرضية La mémoire épisodique يجعلنا - من أجل تحقيق سلوك ما - نستعين بذاكرتنا التي تمثل ترجمة شخصية لتجارنا التي تتأثر بالأهداف والمخططات والانفعالات والاعتقادات التي نمتلكها.

جدول رقم 3 يظهر النموذج التفسيري للفصام وفق مقارنة Danion (2001)

الفصام واضطراب الوعي بالمرض - مقارنة نفسية معرفية - د. زروالي لطيفة



تمثل الإصابة الجوفية للفصم ما قبل جبهي خاصة في الجهة اليمنى مصدرا لمتلازمة "اضطراب تنظيم الذات" Le syndrome de régulation de soi التي من المفترض أنها تؤدي إلى اضطراب الوعي ذاتي التفكير. تتضمن هذه المتلازمة إشارات سلبية خاصة بالفصام (اضطراب النشاط الإرادي والنشاط الموجه نحو هدف، واضطراب التخطيط والتوقع، وفقد الشعور والهمود الانفعالي والانسحاب الاجتماعي)؛ يؤدي هذا إلى افتراض أن هذه الأعراض السلبية هي مرتبطة باضطراب الوعي ذاتي التفكير (يؤكد هذا المعطى وجود ارتباط ما بين الأعراض السلبية واضطرابات الذاكرة العرضية)، ويسمح بتصوير آليات متضمنة. تتضمن المتلازمة "اضطراب تنظيم الذات" اضطرابات سلوكية التي تحدث عندما يتوجب على الفرد أن ينظم سلوكه خلال وضعية ما، وذلك بأخذ بعين الاعتبار تجربته الماضية والأهداف الشخصية المستقبلية (وهذا ما هو جد مرتبط

بالوعي ذاتي التفكير). على عكس ذلك، لا تتضمن هذه المتلازمة الأعراض الايجابية الخاصة بالهلوسات والهذيان.

يمكن للهلوسات أن تفسر كذلك بوجود اضطراب على مستوى الوعي الذاتي التفكير. من جهة أخرى وكما يقترحه Frith أن الأعراض الايجابية مثل الهذيان يمكن أن تنتج بطريقة غير مباشرة عن اضطراب معرفي، بينما تظل السيورورات المعرفية الأخرى سليمة. هكذا وبوجود اضطراب الوعي ذاتي التفكير، فإن الذكريات الزائفة تأتي وتظهر على شكل حالات حدس هذيانية.

إن نموذج Danion ليس بنموذج حصري بالنسبة للنماذج المذكورة أعلاه، إذ نجده يتوافق مع نموذج Andreasen الذي يقر بوجود اضطراب معرفي أساسي الذي يسمح بتوحيد مختلف الأشكال العيادية للفصام، إلا أن Danion يرى أن هذا الاضطراب ليس بقاعدي إذ نجده يتموقع مثلما اقترح Frith في مستوى أعلى من الوظائف المعرفية أي على مستوى الوعي.

خاتمة:

ساهمت المقاربات التي تم عرضها في إحداث نظرة متجددة حول الاضطراب الفصامي غير أنها تحمل مع ذلك حدودا لا يمكن تجاهلها . هكذا، فإننا نجد أن Henri Ey يقترح إعادة قراءة الاضطراب العقلي ابتداء من نظريات Jackson . حسب مقارباته، تنتج كل الاضطرابات العقلية من تدهور وبتدرجات متفاوتة للوعي وفق محور عرضي خاص بتحقيق التجربة، ومحور طولي خاص بالشخصية أو بالوعي بالذات. بالنسبة للكاتب إن المقاربة العيادية هي وحدها من تبرز هذا النموذج. وبهذا فإن هذه المقاربة وبالرغم أنها أظهرت الفصام كاضطراب في الوعي بوصفه تجربة ذاتية وهذا ما حثت عليه المقاربات المعاصرة إلا أن المعطيات التي تم عرضها تظل غير قابلة للتحقق منها وفق المنهج التجريبي. ففي الوقت الذي قدم Henri Ey نظريته لم يكن متاحا ولمجرد التفكير في مقارنة الوعي تجريبيا، حيث كان جل التناول إما فلسفيا أو ظاهريا

أو من خلال التحليل النفسي. كان يجب الانتظار إلى غاية سنة 1980 وذلك مع تطور للعلوم المعرفية لتناول الوعي تجريبيا.

بالنسبة Frith، نجده يقترح نموذجه الخاص باختلال التمثلات الماورائية الخاصة بالفصام والتي حاول اثباتها تجريبيا، وذلك بالارتكاز على التجارب التي عملت على استكشاف القدرات المتضمنة لهذه الوظيفة. إن النقد الأساسي الذي وجه له يتمثل في اقتصره على ميدان وحيد وهو ميدان النشاط.

أما الباحثة Andreasen، فنجدها تسبب الاضطراب الفصامي إلى وجود اختلال القياس المعرفي بمعنى استحالة تحقيق وبطريقة انسيابية ومتسقة سلسلة من الأفعال والأفكار؛ الإشكال الذي يطرح بخصوصها يتمثل فيما إذا كان خلل القياس المعرفي هو نفسه اختلال الوعي وهذا ما هو غير واضح.

مهما يكن فإن المقاربتين الأخيرتين لم تتناول الوعي كحالة ذاتية، ولكن كوظيفة بمعنى كمكون يملك قدرات المراقبة والتنسيق والتكيف. إن تبني هذه الطريقة في تناول الوعي، يجعل المجرّب هو من يستدل على توظيف الفرد من خلال انجازاته لبعض المهام التي تتطلب السيرورات الواعية، وبهذا فإنه يضع نفسه موضع "الشخص الثالث" ويفسر الانجازات السلبية التي تتطلب سيرورات واعية كتعبير لتدهور هذه السيرورات.

إن المقاربة "الشخص الثالث" هي المقاربة التي تم الاستعانة بها إلى حد الآن في دراسة اضطرابات الذاكرة في الفصام، بالخصوص دراسة التفاوت المتواجد في الانجازات ما بين المهام الخفية والمهام الظاهرة. اتجاه هذا التفاوت كانت الفرضية المطروحة هو وجود اضطراب الوعي في الفصام كمصدر للإنجازات السلبية خلال المهام الظاهرة. غير أنه وفي مقابل ذلك هناك احتمال كبير في عدم ارتباط هذا التفاوت بقصور في الوعي وإنما بعوامل أخرى مثل البعد الخاص بالنية قبل تحقيق النشاط الظاهري. هذا ما يجعل أنه حاليا لم يعد الاعتماد على النتائج المتحصل عليها من المقاربات "الشخص الثالث" للتأكيد على وجود اضطرابات الوعي في الفصام.

هذا النوع من الانتقادات أدى بالأبحاث التي أجريت في ميدان العلوم العصبية إلى استكشاف مقاربات جديدة تأخذ بعين الاعتبار الوعي كتجربة ذاتية وليس كوظيفة. هذا النوع من الأبحاث تم تطويرها من طرف Danion الذي اقترح نموذجا بديلا يعبر عن مقارنة 'الشخص الأول' من خلالها يقيم الباحث التجربة الذاتية للفصامي بطريقة موضوعية. يرى هذا الباحث أن القصور في الوعي ذاتي التفكير يرتبط بقصور في السيرورات الاستراتيجية الموجهة من طرف الفرد والتي تنتج مواصفاتها عن نموذج الوظيفة المعرفية المصابة. وبهذا نستطيع أن نقول أن الإصابات الدماغية ذات المصادر المتنوعة تولد مجموع من الاختلالات المعرفية التي تنتج من مصدر وحيد المتمثل في قصور الوعي ذاتي التفكير المسؤول بدوره على مجموعة من الأعراض الاكلينيكية.

المراجع:

- Frith C.D. (1992). *The cognitive neuropsychology of schizophrenia*. Hove, Estt sussex: Psychology Press Limited.
- Airagnes G. (2012, janvier-mars). L'insight et ses spécificités dans la schizophrénie. *Perspectives psy*, 51(1), 14-21.
- Amador X.F., David A.S. (2004). *Insight and psychosis: awareness of illness in schizophrenia and relationship*. Oxford: Oxford University Press.
- Amador X.F., Strauss D.H., Yale S.A., Flaum M.M., Endicott J., Gorman J.M. (1993). Assessment of insight in psychosis. *Am. J. Psychiatry*, 150(6), 873-879.
- Andreasen N.C. (1999). Is schizophrenia a disorder of memory or consciousness? In T. E., *Memory, consciousness and the Brain: the Tallin conference psychology* (pp. 243-261). press philadelphia.
- Bjorkly S. (2006). Empirical evidence of a relationship between insight and risk of violence in the mentally ill: a review of the literature. *Agression and violent Behavior*(11), 414-423.
- Bourgeois M.L. (2002). Conscience de la maladie mentale, sa nature et sa mesure. *Annales Médico-Psychologique*.
- Bourgeois M.L., Haustgen, M., Gérard, M., Jais E. (2000). La conscience du trouble en psychiatrie, Historique: les auteurs classiques. *Ann Med psychol*(158), 134-147.
- Bourgeois M.L. (2002). L'insight (conscience la maladie) sa nature et sa mesure. *Ann méd psychol*, 596-601.
- Danion J.M., Huron C., Robert P.H. (2001). Schizophrenia and metacognitive awareness. *European Neuropsychopharmacology*, 11, pp. S133-S134.
- Drolout T., Liaud F., Verdous H. (2003). Relationships between insight and medication adherence in subjects with psychosis. *Encephale*(39), 430-437.
- Ey Henri. (1963). *La conscience*. Paris: Desclée de Brouwer.
- Fenton W.S., Blyler C.R., Heinssen R.K. (1997). Determinants of medication compliance in schizophrenia: empirical and clinical finding. *Schizophr. Bull.*, 4(23), 637-651.
- Freud S. (1991). *Psychanalyse et télépathie, Oeuvres complètes*. Paris: PUF.
- Frith U. (1989). *Autism: Explaining the inigma*. Oxford: Blackwell.

- Garavan J., Browne S., Gervin M., Lane A., Larkin C., O'Callaghan E.,... (1998). Compliance with neuroleptic medication in out patients with schizophrenia :relationship to subjective response to neuroleptics;attitude to medication and insight. *Compr Psychiatry*(39), 215-219.
- Gokalsing E. (2003). les troubles de la conscience de soi dans la schizophrénie. Strasbourg: Université louis Pasteur.
- Irene S. (2004). l'insight: un morceau clé du cassetête que constitue le rétablissement. *Défi schizophrénie*.
- Jaafari N., Markova I. (2011). Le concept de l'insight en psychiatrie. (Elsevier Masson, Éd.) *Annales Medico-Psychologiques, Revue Psychiatrique*, 169(7), 409-426.
- Kozuki Y., Froelicher E.S. (2003). Lack of awareness and nonadherence in schizophrenia. *Psychiatric Services*, 46, 1049-1054.
- Lalova M. (2012, novembre 30). *Exploration des mécanismes cognitifs, métacognitif et autobiographiques dans le déficit d'insight dans la schizophrénie*. Consulté le Janvier 05, 2015
- Leslie A., Happé F.G.E. (1989). autism and ostensive communication: the relevance of metarepresentation. *development and psychopathology*, 1, 205-2012.
- Iysaker P.H., Bryson G.J., Lancaster R.S., Evans J.D., Bell M.D. (2003). Insight in shizophrenia associations with eecutive function and coping style. *schizophr. Res.*, 1(59), 41-47.
- Michel L. (1982). Conscience de la maladie en psychiatrie hospitalière. *Ann Méd psychol*, 140, 843-853.
- Olfson M., Mechanic D., Boyer C.D., Hansell S. Wallkup J., Weiden P.J. (1999). Assessing clinical predictions of early rehospitalisation in schizophrenia. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 12(187), pp. 721-726.
- Peretti C.D., Martin P., ferretti F. (2004). *schizophrénie et cognition*. (J. Libbey, Éd.) Paris: Eurotexh.
- Peretti C.D., Chopin M.V. (2009). Schizophrénie, pathologie de la conscience. *Recherche en psychanalyse*(7), pp. 25-38.
- Shmitt A., Lefevre N., Chéreau L., Liorca P.M. (2006). Insight et observance dans la schizophrénie. *Annales Médico-Psychologiques*(164), 154-158.
- Weiden P., Rapkin B., Zygmunt A., Mott T., Goldman D., Frances A. (1995, 1). Post-discharge medication compliance of inpatients converted from an oral to a depot neuroleptic regimen. *Western journal of Nursing Reseach*, 57-74.
- Yen CF., Chen C.S, Ko C.H, Yeh M.L, Yang S.Y., Yen J.Y et al. (2005). Reaktionships between insight and medication adherence in out patients with schizophrenia and bipolar disorder: prospective study. *psychiatry and Clinical Neurosciences*(59), 403-409.

(بلا تاريخ). Michel L