

_____ " فاعلية برنامج علاجي معرفي سلوكي للتخفيف من بعض الاعراض
" فاعلية برنامج علاجي معرفي سلوكي للتخفيف من بعض الاعراض الذهانية لدى

عينة من مرضى الشلل الرعاش "

الباحثة/أمال السيد على حامد ابراهيم بلال

مدرس مساعد - قسم علم النفس

كلية الآداب جامعة كفر الشيخ

المخلص: هدفت الدراسة الحالية إلى اختبار مدى فعالية برنامج قائم على استخدام العلاج السلوكي المعرفي في التخفيف من حدة بعض الأعراض الذهانية لدى عينة من مرضى الشلل الرعاش، وباستخدام المقاييس الأتية (الأعراض الذهانية لمرضى الشلل الرعاش - مقياس بانز للأعراض الموجبة والسالبة لبانز - مقياس اضطرابات النوم لبشرى إسماعيل - مقياس القلق لغريب عبد الفتاح غريب)، وبعد تجانس العينة توصلت الى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب أفراد المجموعة التجريبية في القياس القبلي ومتوسطات الرتب في القياس البعدي لنفس المجموعة على مقياس (الأعراض الذهانية لدى مرضى الشلل الرعاش)، وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب أفراد المجموعة التجريبية ومتوسطات رتب المجموعة الضابطة في القياس البعدي على (مقياس الأعراض الذهانية لدى عينة من مرضى الشلل الرعاش) لصالح المجموعة التجريبية، عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب أفراد المجموعة الضابطة في القياسين القبلي والبعدي على مقياس الأعراض الذهانية لمرضى الشلل الرعاش، عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والمتابعة على مقياس الأعراض الذهانية لمرضى الشلل الرعاش، عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب أفراد المجموعة التجريبية في القياس البعدي والقياسات التتبعية . (الكلمات المفتاحية (العلاج النفسي، العلاج المعرفي، العلاج السلوكي المعرفي، الاضطرابات النفسية، ومرض الشلل الرعاش).

ظل العلاج السلوكي المعرفي منذ بدايته وحتى فترة زمنية طويلة يستخدم مع حالات الاضطرابات العصابية، ولكن تدريجياً ومن خلال الأبحاث التي قامت على منهج دراسة الحالة بدأت تتوفر الأدلة التي تؤكد انه يمكن استخدام اتجاهات شبيهه مع الحالات التي تشخص على أنها حالات ذهانية، على الرغم من أن هذه الحالات معقدة ومتعددة الأبعاد حيث يعاني معظمهم من مشكلات ترتبط باضطرابات انفعالية والعجز الاجتماعي إضافة الى تلك الأعراض الذهانية (محمد ، ٢٠٠٠) .

مشكلة البحث:

وعادة ما تكون الأعراض الذهانية أكثر تعطيلاً من الاعاقة الحركية وقد تؤدي إلى الحاجة للرعاية الكاملة في المنزل، ونجد أن سحب الأدوية المضادة للشلل الرعاش يؤدي إلى تخفيف الآثار الجانبية النفسية، ولكن تتفاقم الأعراض الحركية، حيث إن المعالجة الفعالة لكليهما (للإعاقة الحركية والاثار الجانبية العصبية النفسية) تكون صعبة لدى مرضى الشلل الرعاش المزمن، مما يؤثر على نشاطهم في الحياة اليومية ونوعية حياتهم (Kuzuhara ,2001).

وهذا ما أشار (Montero,2014) وهو أن الأعراض الذهانية التي تتركز في الهلوسة والأوهام والتي من الصعب علاجها نتيجة لتفاعل مادة الدوبامين ومضادات الذهان الأخرى مثل الكلوزابين حيث أن هذه التفاعلات قد تسبب أعراض ذهانية، حيث إن العلاج السلوكي المعرفي قد أثبت فعاليته للمرضى الذين شخضوا بأعراض ذهانية، ومن الدراسات التي تؤكد على مدى انتشار الأعراض الذهانية لدى مرضى الشلل الرعاش دراسة (Giladi, Treves,paleacu & Shabtai (2000)، ودراسة (Pavlova et al (2014) ، ودراسة (Factor & Scallin (2014) ، ودراسة (Danilo et al(2018)، ودراسة (Willieimson ,et al,(2008)، ودراسة (Catherine et al(2018)، ودراسة (Mack et al , (2017) ، ودراسة (Barrett,

_____ " فاعلية برنامج علاجي معرفي سلوكي للتخفيف من بعض الاعراض (et al ,2017) ، ومع ذلك توجد قلة في دراسات التدخل السلوكولوجي لعلاج الأعراض الذهانية لدى مرضى الشلل الرعاش، ومن هنا ظهرت مشكلة البحث وهي الحاجة الى علاج وسيط يساعد فى التخفيف من الأعراض الذهانية لدى مرضى الشلل الرعاش ولكن بدون أن يؤدي الى تفاقم أعراض الشلل الرعاش .

وتتلخص مشكلة البحث في التساؤلات الآتية :

أ-هل توجد فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطات رتب أفراد المجموعة التجريبية ومتوسطات رتب أفراد المجموعة الضابطة على مقياس الأعراض الذهانية لعينه من مرضى الشلل الرعاش بعد تطبيق البرنامج؟

ب-هل توجد فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطات رتب أفراد المجموعة التجريبية فى القياس القبلى ومتوسطات رتب فى القياس البعدى على مقياس الأعراض الذهانية لدى عينة من مرضى الشلل الرعاش؟

ج- هل توجد فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطات رتب أفراد المجموعة التجريبية فى القياس البعدى والقياس البعدى التتبعى على مقياس الأعراض الذهانية؟

د-هل توجد فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطات رتب أفراد المجموعة التجريبية ومتوسطات رتب المجموعة الضابطة على مقياس الأعراض الذهانية بعد انتهاء فترة المتابعة في العلاج ؟

أهداف البحث

بناءً على ما تقدم من تساؤلات حول هذ الدراسة هدفت إلى :

١- تحديد أسلوب العلاج السلوكي المعرفي كشكل من أشكال العلاج المحتملة وصياغتها وتوصيات لاستخدامها .

٢- تقديم معلومات عن تأثير العلاج السلوكي المعرفي داخل دراسة المجتمع العصبي .

الباحثة / أمال السيد على حامد ابراهيم بلال

- ٣- صياغة توصيات للتخفيف من حدة بعض الأعراض الذهانية لدى مرضى الشلل الرعاش لأولئك الذين لم يتلقوا علاجاً دوائياً لهذه الأعراض .
- ٤- زيادة الوعي حول مرض الشلل الرعاش ووجود الأعراض الذهانية فيه .

أهمية البحث

الأهمية النظرية

- ١- ترجع الأهمية النظرية للقيام بهذا البحث إلى ارتفاع نسب انتشار هذا المرض وقد اظهرت معدلات الانتشار اكثر من (١,٦%) في الأشخاص الذين تتجاوز اعمارهم (٦٥ عاماً) (Bergareche, 2004)
- ٢- ارتباط هذا المرض ببعض الأعراض لإضطرابات عصابية وذهانية أخرى مثل ما أشار إليه (Jakel and Stacy, 2014) .
- ٣- أيضاً ندرة الدراسات العربية والأجنبية النفسية التي تناولت تلك الأعراض لدى هذه الحالات في حدود علم الباحثة .

الأهمية التطبيقية :

- ١- تحسين نوعية حياة هؤلاء المرضى من خلال عمل برامج العلاج السلوكي المعرفي للتخفيف من حدة الأعراض الذهانية لديهم .
- ٢- تنظيم دورات تدريبية في السلوكي المعرفي للقائمين على رعاية مرضى الشلل الرعاش .
- ٣- تنظيم أيضاً برامج إرشاد نفسى للتوعية بخطورة تلك الأعراض الذهانية لدى مرضى الشلل الرعاش وكيفية التعامل معها .
- ٤- المساعدة في تنفيذ العلاج النفسى فى دور الرعاية الطبية .

١- برنامج العلاج المعرفى السلوكى (Cognitive Behavioral Therapy)

ويعد اتجاهاً علاجياً حديثاً نسبياً، يعمل على الدمج بين العلاج المعرفي بفعاليته المتعددة، والعلاج السلوكي بما يضمه من فنيات، ويستند إلى التعامل مع الاضطرابات المختلفة من منظور ثلاثى الابعاد، إذ يتعامل معها معرفياً وانفعالياً وسلوكياً، كما يعتمد على اقامة علاقة علاجية بين المعالج والمريض، فتحدد في ضوءها المسئولية الشخصية للمريض عن كل ما سيعتقد فيه من أفكار مشوهة، واعتقادات لا عقلانية مختلة وظيفياً تعد المسئولة عن تلك الاضطرابات التي يعاني منها المريض (محمد ، ٢٠٠٠) .

١-الأعراض الذهانية Psychotic symptoms

يعرفها الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس (DSM-5) على أنها تلك الاضطرابات التي تتمثل في واحد أو أكثر من المجالات الخمسة الآتية : (الأوهام، والهلوسة والتفكير المختل والكلام غير المنظم والسلوك الحركي غير الطبيعي) بما في ذلك الأعراض الكاتونية، وفئة الاضطرابات الذهانية التي تشمل مجموعة من الاضطرابات تتصف بالشدة واشتمالها على جوانب متعددة لدى الفرد مثل درجة التدهور المعرفى والحيوية العامة، ويتم تقييم الذهان من خلال مجموعة من الأعراض الأولية هي الهلوسة والأوهام وكذلك أبعاد أخرى منها (الاكتئاب والهوس واضطرابات المزاج ، وهناك معيار واحد يشير إلى أن نمط السلوك يجب أن يحدث حصرياً أثناء سير الفصام أو الاضطراب ثنائى القطب أو الاكتئاب مع اضطراب ذهاني عند فرد لديه اضطرابات نفسية مستمرة مثل الفصام الذي كان موجود مسبقاً على اضطرابات الشخصية ينبغى تسجيلها أيضاً وهل هى سابقة للمرض أم أنها تالية له (American Psychiatric Association , 2013).

٢- مرض الشلل الرعاش (Parkinson's Disease)

تعرفه منظمة الصحة العالمية (World Health Organization) على أنه اضطراب الاعصاب المزمن الذي يتصف بوجود أغلب الأعراض الحركية المرضية مثل (بطء الحركة - التصلب - عدم الاستقرار الوضعي - تجميد المشي - صعوبة الكلام والبلع - حركات العين السريعة) بالإضافة الى تلك الأعراض الحركية هناك اعراض لأخرى غير حركية منها (نقص الشم - اضطرابات النوم - اضطرابات الشخصية - والاكتئاب)، وتحدث قبل الاضطرابات الحركية (الاضطرابات البولية وانخفاض ضغط الدم)، والاضطرابات العصبية والنفسية مثل (الخرف والهلوسة والهذيان)، والتي تصبح مزعجة بعد عدة سنوات، ومؤثرة في مسار المرض (WHO,2006).

الإطار النظري:

محور العلاج المعرفي السلوكي هو التركيز على المشكلات التي تأتي في حياة الفرد يوماً بعد يوم، ويساعد الأفراد للنظر في الكيفية التي تفسر وتقيم ما يحدث من حولهم وأثار هذه التصورات على خبراتهم العاطفية وتجارب الطفولة والاحداث، حيث إنها تساعدهم على فهم الاضطرابات العاطفية التي تظهر في وقت مبكر من الحياة، والتعلم كيف يمكن لهذه أن تؤثر في الاستجابات الحالية للأحداث (Rector,2010).
أما بالنسبة للإطار النظرية للعلاج المعرفي السلوكي فتتمثل في النماذج الآتية :

١- نموذج بيك في العلاج المعرفي السلوكي

يعد النموذج الذي قدمه بيك من ابرز النماذج العلاجية شيوعاً في علاج اضطرابات الشخصية، ويعرف بيك (١٩٧٦) العلاج المعرفي السلوكي على أنه مجموعة من المبادئ والاسس التي تؤثر في السلوك وهذه المبادئ هي العمليات المعرفية (تفكير، تخيل، تذكر، الادراك) ذات علاقة بالسلوك المختل وظيفياً، وتعديل هذه العمليات يكون وسيطاً هاماً لإنتاج تغيير في السلوك، فالسلوك المختل ناتج عن

_____ " فاعلية برنامج علاجي معرفي سلوكي للتخفيف من بعض الاعراض
نماذج تفكير منحرفة ثم الابقاء عليها وهي مصادر معرفية سلبية وغير واقعية (باطة
، ٢٠٠٢).

بدأ العلاج المعرفي في عام (١٩٦٠) في وقت مبكر نتيجة لأبحاث بيك حول
الاكتئاب، وهي نتيجة لمحاولات سابقة للتحقق من صحة نظرية فرويد أن الاكتئاب
نتيجة للغضب الذي تحول الى الذات في محاولته لإثبات صحة هذه النظرية جعل
بيك يقوم بملاحظات سريرية لمرضى الاكتئاب، والتحقق من العلاج في ظل العلاج
النفسي التقليدي بدلاً من ايجاد الغضب في محتوى افكارهم واحلامهم، وقال أنه لاحظ
تحيز سلبي في التجهيز المعرفي لمرضى الاكتئاب، ونتيجة للكثير من المراقبة
السريية والاختبار التجريبي طور بيك النظرية المعرفية للاضطرابات العاطفية وعلى
وجه الخصوص النموذج المعرفي للاكتئاب .

اكتسب العلاج المعرفي الاعتراف في البداية باعتباره طريقة لعلاج الاكتئاب،
وقد وفرت البحوث التجريبية دعم لهذا النموذج وفاعليته في حالات الاكتئاب أحادي
القطب.(Beck & Rush,1978)

وقد اثبتت تلك الدراسات ان العلاج السلوكي المعرفي يكون على قدم المساواة
مع مضادات الاكتئاب في علاج الاكتئاب، بينما اثبت بيك ايضاً ان العلاج السلوكي
المعرفي اكثر فعالية من الأدوية، حيث إن إثاره تدوم لفترة اطول
العلاج المعرفي ضمن نظريات الشخصية ينظر إلى الشخصية على أنها شكل
من القيم المركزية (أو المعتقدات الاساسية) التي تتطور في وقت مبكر من الحياة
نتيجة للعوامل البيئية، وينظر الى المشاكل النفسية على أنها نابعة من العمليات
الشائعة مثل التعلم الخاطيء، ووضع استنتاجات غير صحيحة على أساس غير كافي
أو معلومات غير صحيحة، وعدم التمييز على نحو كافي بين الواقع والخيال
(freeman and Dattilio,1992).

يعد ألبرت أليس A Ellis رائد في المنظور المعرفي، تاريخياً تعتبر ارهاصات أليس في العلاج المعرفي سابقة عن تلك التي قام بها " بيك " فالعلاج العقلاني الانفعالي لأليس (١٩٦٢) يشهد له بأنه أول محاولة علاجية منظمة معاصر ذات توجه معرفي واضح، ويركز أليس ان بداية وضعه للعلاج العقلاني الانفعالي كانت في الشهور الأولى من عام ١٩٥٥ بعد تركه ممارسة التحليل النفسي التي استمرت لمدة (٦ سنوات)، وقد قام في ذلك العام بنشر بحثين له حول العلاجات النفسية الحديثة، ثم توالى بعد ذلك كتاباته في هذا الاتجاه مقررًا أنه استفاد من كتابات (ايزنك وولبه) حول اجراءات التحصين، وقد استفاد أليس من تلك الكتابات في عمل تحصين في مواقف الحياة الواقعية وليس على مستوى التخيل.

أليس هو الرائد في إبراز دور البناءات المعرفية كالمعتقدات اللاعقلانية والتفكير السلبي في الاضطراب النفسي، واستخدم أليس في العلاج العقلاني الانفعالي استراتيجيات للتدخل المعرفي والسلوكي كوسائل لزيادة التغيير الناتج عن العلاج، وكانت الفكرة الأساسية في العلاج العقلاني الانفعالي هي افتراض أن التغيير لن يحدث إلا إذا تغيرت وتعطلت الجوانب المعرفية المركزية المضطربة، أي المعتقدات اللاعقلانية التي هي أساس الاضطراب ، ولقد كان للعلاج العقلاني الانفعالي أثر كبير في نظرية بيك وممارسته العلاجية في المرحلة الأولى من ارتقائها فمفاهيم العلاج العقلاني - الانفعالي مثل المعتقدات اللاعقلانية والمخططات المعرفية والتدخلات العلاجية كالمتابعة المنطقية كانت مدمجة في الصورة المبكرة للعلاج المعرفي كما طبقه بيك، ولكن عبر الوقت ضعف هذا التأثير النظري والعلاجي، واصبح العلاج المعرفي، والنظرية المعرفية لبيك اليوم لا تشبه العلاج العقلاني الانفعالي في كثير من الجوانب (إبراهيم ، ٢٠٠٧) .

_____ " فاعلية برنامج علاجي معرفي سلوكي للتخفيف من بعض الاعراض
الفنيات العلاجية المعرفية السلوكية للذهان :

يمكن استخدام عدد من الفنيات والاستراتيجيات العلاجية لتخفيف حدة شعور المريض بالهم والكرب واليأس المرتبطة بالأعراض الذهانية، ومن الأعراض الذهانية المستهدفة بالعلاج التأويلات البارنوية والهلاوس والاندفاعات ومشاعر العجز وانهزام الذات، وإذاعة الأفكار وغيرها ويتم التركيز خلال العلاج على مثل هذه الاعراض والمشاكل لأنها هي التي تسبب الكرب والعجز، ويشير تاريار (Tarrier 1992) فيصنف هذه الاستراتيجيات في أربعة فئات:

- ١- إستراتيجيات معرفية مثل تحول أو تشتت الانتباه .
- ٢- استراتيجيات سلوكية، كزيادة أو تقليل مستويات النشاط .
- ٣- استراتيجيات تعديل المدخل الحسي، مثل الاستماع إلى الموسيقى خاصة الهلاوس السمعية وذلك باستخدام سماعات الأذن .
- ٤- استراتيجيات فسيولوجية مثل الاسترخاء (محمد ، ٢٠٠٠).

مرض الشلل الرعاش :

يعاني مريض الشلل الرعاش من اضطراب عصبي مزمن وضمور في الخلايا العصبية المنتجة للدوبامين، وهي بنية في الدماغ تتطوي على السيطرة على الحركات، ومرض الشلل الرعاش معروف انه اضطراب الحركة في المقام الأول، ومن أعراضه الأساسية (الارتجاج في اليدين والذراعين والساقين والفك والوجه)، الصلابة وتشمل (تصلب الاطراف والجذع)، وبطء الحركة أكينيسيا (بطء الحركة أو غياب الحركة)، وعدم الاستقرار الوضعي (ضعف التوازن والتنسيق) وبالإضافة إلى صعوبة المشي، والحديث، واستكمال مهام أخرى بسيطة، وانخفاض التعبير الوجهي، واضطرابات الكلام، بالإضافة إلى وجود مشاكل عصبية مثل (الاكتئاب، والذهان، والضعف الإدراكي، وتختلف شدة هذه الاعاقات اختلافاً كبيراً بين المرضى، ومتوسط عمر بداية هذا المرض حوالي ٦٠ عاماً، على الرغم من ذلك يحدث في الشباب بنسبة ١٠%

الباحثة / أمال السيد على حامد ابراهيم بلال

من الحالات التي تحدث قبل سن الخمسين عاماً، ومعدل الانتشار لدى الأشخاص فوق سن (٦٥ عاماً) اكبر من ١%، وتتراوح معدلات الانتشار حسب العمر بين (٧٦، ١٩٩) لكل ١٠٠,٠٠٠ حالة سنوياً، أيضاً الأشخاص الذين يعانون من الاضطرابات العاطفية ، والقلق الرهابي، وصدمة الرأس لديهم زيادة لخطر تطور مرض الشلل الرعاش. (Macht , Pasqualini & Taba,2007)

تكون الفيزيولوجيا المرضية للأعراض الغير حركية معقدة حيث يكون من أسباب تلك الأعراض نقص مادة الدوبامين ومنها لا تتسبب فيه مادة الدوبامين مثل (الهلوسة والخرف وانخفاض ضغط الدم والقلق والمشاكل الجنسية)، واضطرابات النوم واليقظة شائعة جداً في مرض باركنسون والتي يمكن أن تؤثر على كل مريض وتشمل الأرق واضطرابات التنفس واضطرابات ايقاعات الساعة البيولوجية واضطرابات الحركة المرتبطة بالنوم كل هذه الاضطرابات لها خصائصها الفريدة من نوعها، ويتم الابلاغ عادة عن اضطرابات النوم من قبل المريض ويتم تشخيصها خطأ من قبل العاملين في مجال الرعاية الصحية، وقد أفادت الدراسات أن ضعف النوم والحركة قد أثرت على نوعية الحياة في مرضى الشلل الرعاش بنفس درجة تأثير الاضطرابات الحركية ولذلك فمن المهم أنه في الوقت المناسب يتم معالجة هذا الخلل بدقة وتثقيف العاملين في مجال الصحة وتعزيز التوعية العامة المتعلقة بالنوم الصحي في مرضى الشلل الرعاش (Videnovic, 2015).

الأعراض الذهانية في مرض الشلل الرعاش وطرق علاجها :

أولاً: سنتعرض لمفهوم الذهان

كما اشارت إليه (Pradhan, 2016) أنه الاضطراب العقلي والوظيفي الذي يسبب التشويش الأساسي للعقل (كما هو الحال في مرض انفصام الشخصية)، وعن طريق الاتصال المعيب أو المفقود مع الواقع خاصةً كما يتضح في الأوهام والهلوسة والكلام غير المنظم، هذا يسبب تشويه جسيم وسوء تنظيم للقدرات العقلية للشخص

_____ " فاعلية برنامج علاجي معرفي لسلوكي للتخفيف من بعض الاعراض والاستجابات العاطفية والقدرة على التعرف على الواقع والتواصل، بل وأكثر من ذلك الى التدهور في قدرة هذا الشخص على التعامل مع العادين في متطلبات الحياة اليومية، واصبحت كلمة الذهان من المصطلحات المستخدمة في وسائل الاعلام وترتبط بوصمة العار، والذهان هو مرادف للفصام الذى يترافق مع الخطورة والرتابة السلبية التي غالباً ما تؤدي إلى التبعاد الاجتماعي بل والايذاء، وهذا ما يؤدي إلى شح في المعنويات وعملية الانتعاش المتعثرة للأفراد المصابين بالفصام وغيرها من الاضطرابات النفسية الأخرى، وتختلف شدة الاضطرابات الذهانية باختلاف التفاعل بين المتغيرات الآتية (احداث وظروف الحياة، الاستعداد الوراثي والجيني، العوامل الفسيولوجية والنفسية والاجتماعية، السن والجنس، الدخل والتعليم والحالة الاجتماعية، استخدام الكحول والحشيش أو غيرها من تعاطى المخدرات، والاجهاد والصدمات النفسية، والمناطق الحضرية والريفية، والتاريخ العائلي للمرض العقلي (Pradhan, Pinninti and Rathod,2016).

تشخيص الأعراض الذهانية :

بالنسبة للدليل التشخيصي والاحصائي الخامس (DSM-5) فإنه يشير إلى ان طيف الفصام والاعراض الذهانية الأخرى التي تشمل (الفصام، والاضطرابات الذهانية، واضطرابات فصامية (شخصية أخرى) يتم تعريفها من خلال حالات شاذة في واحدة أو أكثر من المجالات الخمسة الآتية (الأوهام ، الهلوسة، التفكير غير المنظم (الكلام)، أو سلوك غير منظم بشكل فوضوي أو غير طبيعي بما في ذلك الفصام الكاتوني والأعراض السلبية) .

(American Psychiatric Association ,2013).

الدراسة الحالية على الأعراض الذهانية لمرض الشلل الرعاش، حيث إن الذهان في مرض الشلل الرعاش هو متكرر حيث يصبح عبئاً كبيراً على المرضى ومقدمي الرعاية ويمكن أن يتداخل بشدة مع نوعية الحياة والرعاية حيث إن أكثر من ٢٠%

من جميع المرضى يتأثرون بالذهان وعادة ما يحدث الذهان في مرحلة متأخرة من المرض مما يؤثر على ما يصل إلى ٧٠% من المرضى بعد مدة مرض ٢٠ عاماً أو أكثر حيث إن الذهان هو السبب الأكثر شيوعاً للتواجد في دار المسنين بالنسبة لهذه الفئة خاصة الأوهام والهلوسة البصرية تمثل الأعراض الذهانية الأكثر شيوعاً في مرضى الشلل الرعاش حيث أن الهلوسة البصرية تصل إلى ٦٥% من المرضى، حيث لوحظ أنها تكون موجودة في ٥٠% من المرضى بعد ١٥ عاماً من الإصابة بالمرض وفي ٧٠% من المرضى بعد مرور ٢٠ عاماً حيث إن التسبب في الذهان لم يعرف سببه حتى الآن حيث إن هناك توقعات لأسباب منها الدوبامين ومدة المرض . (Levin, Hasan and Hoglinger, 2016) المنهج وإجراءاته:

١- المنهج : إن طبيعة الدراسة الحالية التي تهدف إلى التعرف على أثر البرنامج العلاجي السلوكي المعرفي في تخفيف حدة بعض الأعراض الذهانية لدى عينة من مرضى الشلل الرعاش، يتطلب استخدام المنهج التجريبي الذي يهدف إلى الكشف عن العلاقة السببية بين المتغيرات بناء على تصميم الموقف التجريبي، والتجربة تعني الملاحظة المقننة والمضبوطة لغرض استخلاص وتنظيم البيانات على أساس أدوات محددة، وكما يقصد بالتجربة أيضاً تطبيق عامل معين على مجموعة دون الأخرى لمعرفة ما يحدثه من أثر، فالمجرب يصطنع أحد المتغيرات ويتحكم فيه ثم يلاحظ ما إذا كان متغيراً تالياً قد اختلف تبعاً لذلك المتغير الأول أم لا، ويعني ذلك أن دور الباحث في الدراسات التجريبية يذهب إلى ما وراء الوصف والتنبؤ، وإلى ما وراء التعرف على العلاقات القائمة، وإنما يقوم عامداً بمعالجة عوامل معينة تحت شروط مضبوطة ضبطاً دقيقاً، لكي يتحقق من كيفية حدوث ظاهرة معينة، ويحدد أسباب حدوثها، ويرى بعض الباحثين أن التجريب سواء تم في المعمل أو في قاعة الدراسة أو في أي مجال آخر هو محاولة للتحكم

_____ " فاعلية برنامج علاجي معرفي سلوكي للتخفيف من بعض الاعراض
في جميع المتغيرات والعوامل الأساسية باستثناء متغير واحد، حيث يقوم الباحث
بتطويعه أو تغييره بهدف تحديد وقياس تأثيره في العملية (نادية ، ٢٠١٦).

٢- التصميم التجريبي: عبارة عن معالجة للمتغيرات المستقلة ورصد أثر هذه
المعالجة على المتغيرات التابعة، مع ضبط بقية الظروف الأخرى التي يمكن أن
تؤثر على النتائج، وعليه فإن الباحثة استخدمت التصميم التجريبي القائم على
المجموعتين المتكافئتين (التجريبية - الضابطة) تم تخصيص الأفراد للمجموعتين
التجريبية والضابطة عن طريق التخصيص العشوائي، وتعطيان اختباراً قلياً حسب
المتغير التابع، وتقدم المعالجة فقط لأفراد المجموعة التجريبية لمدة محددة، تقاس
بعدها المجموعتان حسب المتغير التابع، ويحسب فرق المتوسط (أو متوسط
الفرق) بين الاختبار القبلي والاختبار البعدي لكل مجموعة ثم تقارن درجات فرق
المتوسط بغية التأكيد ما إذا كانت المعالجة التجريبية قد أحدثت تغييراً أكبر من
الموقف الضابط (الحسيني، ياسين، ٢٠٠٤)، وبناء على ذلك تم تطبيق البرنامج
على المجموعة التجريبية من مرضى الشلل الرعاش عددهم (١٠) الذين يعانون
من بعض الأعراض الذهانية خاصة أعراض الهلاوس والضلالات كما أشار إلى
ذلك بعض الدراسات السابقة مثل دراسة (Pavlova,2014)، ومجموعة أخرى
مساوية للمجموعة التجريبية في كل الشروط والظروف عددها (١٠) من المرضى
ولكنها لم تتعرض لبرنامج العلاج السلوكي المعرفي وتم قياس أثر هذا البرنامج
في القياس البعدي .

الباحثة / أمال السيد على حامد ابراهيم بلال

١- عينة الدراسة وطرق التعرف عليها:

لتحقيق أهداف الدراسة تم اختيار العينة وفقاً للمراحل التالية :

أ- المرحلة الأولى: وفيها تم إجراء مقابلة لـ (٥٠) حالة ممن يعانون من مرض الشلل الرعاش بمركز الطب النفسي بمستشفى جامعة طنطا .

ب- المرحلة الثانية: تم فيها اختيار الحالات التي حصلت على درجات مرتفعة على مقياس الأعراض الذهانية لمرضى الشلل الرعاش اعداد (Ondo,Safaraz, Lee,2015) وبلغ عددهم (٢٠) حالة، ويتراوح العمر الزمني لعينة الدراسة ما بين (٤٥-٧٥) عاماً، وتم تقسيمهم إلى مجموعتين تجريبية وعددهم (١٠) منهم (٧ ذكور، ٣ إناث)، ومجموعة ضابطة عددهم أيضاً (١٠) منهم (٦ ذكور ، ٤ إناث) .

وكانت هناك معايير التضمين لأفراد العينة

١- أن يعاني المرضى من بعض الاعراض الذهانية أهمها الهلوس والضلالات وذلك من خلال الدرجة على مقياس الأعراض الذهانية لمرضى الشلل الرعاش.

٢- ألا يعاني أفراد عينة الدراسة من بعض الأمراض العضوية الأخرى غير مرض الشلل الرعاش وهذا ما تبين للباحثة من خلال أسئلة المقابلة .

٣- أن لا تكون خاضعة لأي شكل من أشكال العلاج النفسي وقت إجراء الدراسة أيضاً هذا ما تبين للباحثة من خلال بنود المقابلة .

٤- رغبة افراد العينة في العلاج وأيضاً خضوعهم للبرنامج العلاجي . وكان التطبيق فردي لكل فرد من أفراد العينتين (التجريبية و الضابطة)

٥- أن يتناسب عمر المريض مع الفئة العمرية المحددة للدراسة وهي من (٤٥ - ٧٠) عاماً.

أدوات الدراسة وخصائصها السيكومترية: " فاعلية برنامج علاجي معرفي سلوكي للتخفيف من بعض الاعراض

١-معايير الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس

٢-مقياس الأعراض الذهانية لمرضى الشلل الرعاش إعداد (Ondo , Sarfaraz and Lee, 2015) ، ترجمة الباحثة.

قامت الباحثة بحساب الثبات له باستخدام ثبات الإتساق الداخلي (معامل ألفا، وارتباط البند بالبند، وارتباط البند بالدرجة الكلية، قد أظهرت النتائج اتساق داخلي مرتفع للمقياس، حيث كانت نتيجة معامل ألفا = (٩٩٦,) بالإضافة إلى متوسط ارتباط البنود ببعضها البعض = (٩٦,)، ومتوسط ارتباط البنود بالدرجة الكلية = (٩٨,)، أما بالنسبة للصدق استخدمت الباحثة منحنى الحساسية والتحديد، وقد أظهرت النتائج أن المقياس يتسم بقدرة مرتفعة على التمييز بين المضطربين والأسوياء، حيث كانت المساحة تحت المنحنى = ٩٩٥, عند مستوى دلالة $> ٠,٠٠١$ ، وكانت نقطة الفصل هي (١٩,٥٠) .

٣-مقياس الأعراض الموجبة والسالبة للفصام (PANSS) ترجمة أبو العطا ٢٠١٠ استخدمت الباحثة هذا المقياس من أجل التحقق من صدق الارتباط بمحك خارجي، حيث وجدت الباحثة قيمة معامل ارتباط بيرسون تساوى (٦٠٣,) وهو معامل ارتباط دال بين مقياس الأعراض الذهانية لمرضى الشلل الرعاش وبين مقياس بانز للأعراض الموجبة والسالبة للفصام أي أن السمات التي يقيسها مقياس بانز هي نفسها تقريباً التي يقيسها مقياس الأعراض الذهانية لمرضى الشلل الرعاش.

٤-مقياس اضطرابات النوم لبشرى اسماعيل . بالنسبة للكفاءة السيكومترية لهذا المقياس من حيث الثبات قد استخدمت الباحثة طريقة القسمة النصفية حيث تم حساب معامل سبيرمان - براون للتجزئة النصفية في حالة تساوى الطول، وأظهرت النتائج أن $r = (٨٥٠,)$ وتشير هذه النتيجة الى وجود اتساق داخلي جيد

للمقياس، أما بالنسبة لحساب الصدق فقد استخدمت الباحثة منحنى الحساسية والتحديد لحساب الصدق التمييزي، حيث كانت النسبة على المنحنى تساوى واحد صحيح، وهذا يشير إلى مدى قدرة المقياس المرتفعة في التمييز بين الأفراد الذين يعانون من اضطرابات النوم والذين لا يعانون من اضطرابات النوم ، هذه الدرجة هي (٧٦).

٥- مقياس القلق لغريب عبد الفتاح غريب وللتحقق من ثبات المقياس استخدمت الباحثة ثبات الإتساق الداخلي (معامل ألفا (٩١٢،)، وارتباط البند بالبند (٥٣١،) - وارتباط البند بالدرجة الكلية (٦٩،)، أيضا تم حساب معامل سبيرمان - براون للجزئة النصفية، قد أظهرت النتائج أن ($r = ٧٧٤$) وهذا يشير الى وجود اتساق داخلي جيد للمقياس، وتم حساب الصدق باستخدام الصدق التمييزي حيث كانت النسبة تحت المنحنى تساوى (٩٧) وهى نسبة مرتفعة ، وكانت درجة الفصل هي (٥٥,٥٠)

نتائج البحث:

توصلت الدراسة الحالية الى مجموعة من النتائج هي :

١- دلالة الفروق بين متوسطات رتب المجموعة التجريبية في القياس القبلي، والقياس البعدي على مقياس الأعراض الذهانية $n=10$ باستخدام ولكوكسن للعينات المرتبطة .

المجموعة التجريبية	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة "Z"	مستوى الدلالة
القياس القبلي	١٠	٥,٥٠	٥٥,٠٠	٢,٨٠٧-	,٠٠٥
القياس البعدي	١٠	,٠١	,٠٠		

من الجدول السابق يتضح أن قيمة "Z" = (٢,٨٠٧-) عند مستوى دلالة = (,٠٠٥)، وهذا يشير الى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب المجموعة التجريبية في القياس القبلي، ومتوسطات رتب نفس المجموعة في القياس البعدي فى اتجاه القياس البعدي .

_____ " فاعلية برنامج علاجي معرفي سلوكي للتخفيف من بعض الاعراض
 ٢- استخدمت الباحثة اختبار "ما نويتى يو" لدلالة الفروق بين متوسطات رتب
 مجموعتين مستقلتين، كما يتضح من الجدول التالى :

المجموعة التجريبية	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة "Z"	مستوى الدلالة
القياس القبلي	١٠	٥,٥٠	٥٥,٠٠	٢,٨٠٧-	,٠٠٥
القياس البعدي	١٠	,٠١	,٠٠		

من الجدول السابق يتضح أن قيمة "ما نويتى يو" = (-٣,٨٣٣) عند مستوى
 دلالة (,٠٠١)

٣- دلالة الفرق بين متوسطات رتب المجموعة الضابطة في القياس القبلي ومتوسطات
 رتب نفس المجموعة في القياس البعدي .

القياس البعدي	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة ما نويتى يو"	مستوى الدلالة
المجموعة التجريبية	١٠	٥,٥٠	٥٥,٠٠	٣,٨٣٣-	,٠٠١
المجموعة الضابطة	١٠	١٥,٥٠	١٥٥,٠٠		

من الجدول السابق يتضح أن قيمة "Z" = (-١,٧٣٢) دالة عند مستوى دلالة
 . (,٠٨٣)

٤- دلالة الفرق بين متوسطات رتب المجموعة التجريبية في القياس البعدي
 ومتوسطات رتب ن نفس المجموعة في القياس التتبعي الأول ن = ١٠ .

المجموعة الضابطة	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة " Z "	مستوى الدلالة
القياس القبلي	١٠	٠٠,٢	٦,٠٠	١,٧٣٢-	,٠٨٣
القياس البعدي	١٠	٠٠,	,٠٠		

من الجدول السابق يتضح أن قيمة " Z " كانت (-٠,٥٣٥) عند مستوى دلالة (,٠٨٣) ،
 وبما أن قيمة " Z " غير دالة هذا يشير الى عدم وجود فروق ذات دلالة
 احصائية بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية في القياس البعدي

الباحثة / أمال السيد على حامد ابراهيم بلال
ومتوسطات رتب درجات نفس المجموعة في القياس التتبعي على "مقياس الأعراض
الذهانية لمرضى الشلل الرعاش" .
٥- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة
التجريبية القياس البعدي والتتبعي الأول والتتبعي الثاني

المجموعة التجريبية	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	متوسط الرتب	قيمة " كا "	درجة الحرية	مستوى الدلالة
القياس البعدي	١٠	٣,٠٠	٤,٣٩٧	١,٩٠	٦,٠٩	٢	٧٣٨,
القياس التتبعي الأول	١٠	٥,٥٠	٨,٣٩٦	١,٩٥			
القياس التتبعي الثاني	١٠	٧,٣٠	١١,٢٩٥	٢,١٥			

وبناءً على هذا جاءت توصيات الدراسة كالآتي :

- ١- ضرورة الاهتمام بالجانب النفسي لمرضى الشلل الرعاش لما لهذا من مردود إيجابي على الجانب النفسي والجسدي معاً .
- ٣- ضرورة تعظيم دور الأخصائي النفسي داخل المستشفى .
- ٤- دراسة العلاقة بين الحالة النفسية السيئة و الإصابة ببعض الأمراض العصبية مثل مرض الشلل الرعاش و ظهور بعض الأعراض الذهانية بعد ذلك .
- ٥- أيضاً التركيز على بعض الفنيات الأكثر ملائمة لتلك الحالات والتي تأخذ في الاعتبار طبيعة مرضهم وطبيعة ظهور الأعراض الذهانية لديهم .
- ٦- يجب استخدام بعض الوسائل المعينة على تغييب بعض الحالات من جلسات العلاج مثل التواصل معهم عن طريق الهاتف، كذلك تعظيم دور مقدم الرعاية
- ٧- ضرورة استخدام مقياس لمرض الشلل الرعاش من أجل تحديد مرحلة المرض والتعرف على أيها أكثر استفادة من جلسات العلاج المعرفي السلوكي .
- ٨- ضرورة استخدام مقاييس للقدرات العقلية من أجل استبعاد حالات الخرف الشديد من العينة.
- ٩- حتى تعظم الفائدة من البرنامج.

- _____ " فاعلية برنامج علاجي معرفي سلوكي للتخفيف من بعض الاعراض
قائمة المراجع
- إبراهيم ، زيزي السيد (٢٠٠٧). **العلاج المعرفي للاكتئاب اسسه وتطبيقاته العملية
وأساليب المساعدة الذاتية** . القاهرة : دار غريب للطباعة.
باطة، أمال عبد السميع (٢٠٠٢). **الصحة النفسية والعلاج النفسي**. القاهرة : الانجلو
- جاكوبز، أرت ورزافيا. (٢٠٠٤). **مقدمة للبحث في التربية**. (ترجمة سعد، الحسيني
وياسين، عادل عبد الكريم). الإمارات العربية المتحدة ، دار الكتاب الجامعي .
محمد، عادل عبد الله (٢٠٠٠). **العلاج المعرفي السلوكي أسس وتطبيقات** . القاهرة :
دار الرشاد.
- نادية، بومجان . (٢٠١٦) . **برنامج إرشادي معرفي سلوكي لتخفيف الضغط النفسي
لدى الأستاذة الجامعية**. رسالة دكتوراه منشورة ، كلية العلوم الإنسانية
والاجتماعية ، جامعة محمد خضير بسكرة.
- American Psychiatric Association (1994n). **Diagnostic and statistical
manual of mental disorders** (4th ed.). Washington DC: Author.
- Bergareche , A ., De la Puente ,E ., Lopez de munain ,A., Sarasqueta
,C., De Arce ,A., Poza, J., and Masso , J.(2004).Prevalence of
Parkinson's Disease and other Types of Parkinsonism A door-to-
door Survey in Bidasoa , Spain , **Journal of Neurology**,
251(3):340-345.
- Freeman, A. (1992). **Developing treatment conceptualizations in
cognitive therapy**. In 314 STRUCTURED CASE
FORMULATION METHODS A. Freeman & F. Dattilio (Eds.),
Casebook of cognitive-behavior therapy (pp. 13–23). New York:
Plenum Press.
- Hole, R. W., Rush, A. J, & Beck, A. T., (1974). A cognitive
investigation of schizophrenic delusions. **Psychiatry**, 42, 312-
319.
- Jakel, R and Stacy ,M . (2014) .Parkinson's disease psychosis .
journal of parkinsonism and relatesslege syndromes . 4;41-
42.
- Kuzuhard ,S.(2001).Drug-Induced Psychotic Symptoms in Parkinson'
Disease Problems, Management and Dilemma, **Journal of
Neurology** , 248:28-31.

- levin, J, Hasan, A, Hoglinger, G.(2016) .Psychosis in parkinson's disease : identification , prevention and treatment , *Journal of neural Transmission* , 123:45-50
- Macht, M, Pasqualini, M, Taba, P.(2007) .Cognitive –Behavioral Strategies for Parkinson's Disease : A Report of three Cases, *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings* ,14(186):186.
- Montero, H.(2014) . **Treating Parkinson's Disease psychosis with cognitive behavioral therapy** . the united states of America , the Global foundation for democracy and development (DFDD).
- Ondo, W., Sarfaraz , S ., and Lee , M.(2015) . Anovel scale tpassess psychosis in patients with parkinson's disease . **journal of clinical movement disorders** , 1; 2-17.
- Pavlova , R., Mehrablan ,S., Petrova , M., Skelina , S., Mihova, K., Jardanova ,A., Mitev, V., Traykav, L.(2014) . Cognitive Neuropsychiatric and motor Features Associated with Apolipoprotein E 4 Allele in a sample of Bulgarian patients with late – onset parkinson's Disease , *American Journal of Alzheimer's* , 29(7) : 614-619.
- Pradhan, B., Pinninti, N.,R, Shanaya . (2016) . **Brief Interventions for Psychosis Aclinical compendium**. New York, Springer international publishing .
- Rector ,A., Seeman V., and Segal ZV.(2003) . Cognitive therapy of schizophreina: A preliminary randomized controlled trial. **Schizophreina Research** ; 63: 1-11.
- Videnovic A, Noble C & Reid KJ.(2014). Circadian melatonin rhythm and excessive daytime sleepiness in Parkinson disease. **JAMA Neurol**;71(4):463–469.
- World Health Organization .(2006). **Neurological Disorders Public Health Challenges** , Library Cataloguing in –Publication – Date .
- Tarrier,N.,Lewis,S.,Haddock,G.,Bentall,R.,Drake,R.,Kinderman,D.,Siddle,R,...Dunn,G. (2004).Cognitive Behavioural Therapy in First – episode and early Schizophreina. **British Journal psychology**,148:231-239.