

استراتيجيات التعايش لدى المرضى الذهانيين^١

د. سحر حسن إبراهيم^٢

قسم علم النفس - كلية الآداب - جامعة بنى سويف

الملخص :

هدف البحث إلى دراسة الفروق بين مرضى الفصام والفصام الوجدانى ومرضى الهوس والأسوياء فى استراتيجيات التعايش وأبعادها الفرعية. وكذا بحث إسهام العوامل النفسية ممثلة فى (المهارات الاجتماعية)، والعوامل السكانية ممثلة فى (العمر، والنوع، ومستوى وعدد سنوات التعليم، والمستوى الاقتصادى والاجتماعى، والحالة الاجتماعية، وتاريخ الاضطرابات العصبية والجسمية، والتشخيص الحالى، والعمر عند بداية المرض، ومدة المرض، وعدد مرات الاحتجاز بالمستشفى) فى التنبؤ باستراتيجيات التعايش لدى المرضى الذهانيين والأسوياء. ولتحقيق هذا الهدف تم تطبيق مقياس استراتيجيات التعايش واختبار المهارات الاجتماعية على مجموعة من مرضى الفصام قوامها (٥٧) مريضاً (٣١ ذكراً، ٢٦ أنثى) بمتوسط عمر (٣٥,٨٢ ± ٨,٠٢). ومجموعة من مرضى الفصام الوجدانى قوامها (٢٩ ذكراً، ٥ إناث)، بمتوسط عمر (٣٣,٧٩ ± ٧,٧١). ومجموعة من مرضى الهوس قوامها (٤٠) مريضاً (١٩ ذكراً، ٢١ أنثى)، بمتوسط عمر (٣٣,٧٧ ± ٦,٠٢). ومجموعة مكونة من (٥٧) من الأسوياء (٣٣ ذكراً، ٢٤ أنثى)، بمتوسط عمر (٣٣,٧٧ ± ٨,٠٩). والمرضى فى المجموعات الثلاث من المقيمين فى دار الاستشفاء والصحة النفسية بالعباسية. وقد تراوح المدى العمرى لأفراد العينة بين (١٧ - ٥٠) عاماً. وكشفت نتائج البحث عن أن هناك فروق بين مرضى الفصام ومرضى الفصام الوجدانى ومرضى الهوس والأسوياء فى استراتيجيات التعايش وأبعادها الفرعية ما عدا بعد الإقصاء فى اتجاه الأسوياء، كما كشفت نتائج البحث عن أن المهارات الاجتماعية كانت أكثر المتغيرات تنبؤاً باستراتيجيات التعايش لدى مجموعات البحث ما عدا مجموعة مرضى الهوس.

الكلمات المفتاحية: استراتيجيات التعايش، المهارات الاجتماعية، المرضى الذهانيين.

^١ تم استلام البحث فى ٢٠٢٢/١/٦ وتقرر صلاحيته للنشر ٢٠٢٢/٢/٢٤

المقدمة:

نعيش في عصر تزايدت فيه التحديات، وانتشرت فيه المشكلات بشكل لافت للانتباه، حتى أصبحت الضغوط الحياتية جزءاً من حياة الأفراد والمجتمعات، فلا يكاد يخلو مجتمع من المجتمعات من هذه الضغوط التي يصعب تجاهلها؛ مما يدفع غالبية الأفراد إلى التعامل مع هذه الضغوط بالعمل على مواجهتها أو التعايش معها.

وقد تم الاهتمام ببحث استراتيجيات التعايش لما لها من أهمية نظرية وتطبيقية على فئة جديرة بالاهتمام وهي فئة المرضى الذهانيين. وفي هذه الصدد وجد أن مرضى الذهان يفضلون التأقلم مع المواقف الضاغطة، كما لوحظ أنهم أقل اعتماداً على أساليب التعايش النشطة (Mian et al., 2018).

وتعد استراتيجيات التعايش بمثابة عوامل تعويضية تساعد في الاحتفاظ بالصحة النفسية والجسمية للفرد بشرط أن يكون الفرد على وعى بكيفية التعايش باستخدام العمليات الملائمة لمعالجة موقف ما. فينظر البعض إلى تلك العمليات على أنها عوامل استقرار التي تعين الفرد على الاحتفاظ بالتوافق النفسي أثناء الفترات الضاغطة من حياته (عسكر، ٢٠١٣). وتبرز أهمية دراسة هذه الاستراتيجيات لدى المرضى والأسوياء لما لها من دور في تحقيق الصحة النفسية والجسمية للفرد.

ومن الجدير بالذكر أن مرضى الذهان يبدون ضعفاً ملحوظاً في استخدام استراتيجيات التعايش؛ حيث تشير الأدلة المتراكمة إلى وجود فروق بين المرضى الذهانيين والأسوياء في نوعية استراتيجيات التعايش التي يتعاملون بها في المواقف؛ حيث يفضل المرضى الذهانيين التعامل باستراتيجيات التعايش التجنبية أكثر من التكيفية مقارنة بالأسوياء (Allott et al., 2015; Horan & Blanchard, 2003; Lysaker et al., 2005; Mian et al., 2018; Piotrowski et al., 2004; Ventura et al., 2004; Ritsner et al., 2006; 2020; 2019). كما أنهم يبدون انخفاضاً ملحوظاً في استخدام الاستراتيجيات التكيفية. كما لوحظ أن الأفراد المعرضين لخطر الإصابة بالذهان يميلون لاستخدام الاستراتيجيات التي تركز على الانفعال أكثر من التركيز على الاستراتيجيات التي تركز على المهمة (Mian et al., 2018).

وفي هذا الصدد تم إجراء تحليلاً بعدياً لـ (٨٥) دراسة عنيت ببحث استراتيجيات التعايش لدى المرضى المصابين بالذهان. وخلصوا إلى أن هؤلاء المرضى يستخدمون في أغلب الأحيان استراتيجية أو اثنتين من استراتيجيات التأقلم. ومن الممكن أن يؤدي هذا المزيج الضيق من استراتيجيات التعايش إلى أداء ضعيف في الحياة؛ لأن واحدة أو اثنتين من استراتيجيات التعايش لا يمكن أن تساعد في التعامل مع مجموعة واسعة من ضغوط الحياة (Phillips et al., 2022).

ومن بين المتغيرات التي يسعى البحث للكشف عن دورها فى التنبؤ باستراتيجيات التعايش المهارات الاجتماعية؛ حيث تؤيد الدلائل الواقعية أن هناك ارتباطاً إيجابياً دالاً بين انخفاض المهارات الاجتماعية والمرض النفسى؛ فتدنى المهارات الاجتماعية يؤدى إلى فشل الحياه الاجتماعية، وتكرار الضغوط والمشاق، وفشل الفرد فى مواجهتها والتصدى لها أو التكيف معها، وفشل العلاقات المتبادلة بين الأشخاص (جولمان، ٢٠٠٠).

ويعد المرضى النفسيون أكثر الفئات عرضة أو قابلية للتدهور فى مهاراتهم الاجتماعية، وهم الفئة الأكثر استعداداً لتطوير متلازمة عجز المهارات الاجتماعية؛ نتيجة لطول مدة الإقامة بالمستشفى وإزمان المرض. وأشارت التصورات النظرية للرواد القدامى أمثال كريبلين إلى أن العجز فى المهارات الاجتماعية والوجدانية والأداء الاجتماعى الضعيف يعد خاصية أساسية فى اضطراب الفصام، بل إن معايير التشخيص تشير إلى أن تشخيص الفصام يتطلب أن يظهر الفرد أداءً ضعيفاً سواء فى علاقاته الاجتماعية، أو فى العناية الذاتية؛ حيث يمثل الأداء الاجتماعى دوراً محورياً فى تشخيص الفصام وتحديد مآله (الدليم، ٢٠٠٥).

ومن أبرز فئات المرضى الذهانيين التي اهتم البحث بالكشف عن استراتيجيات التعايش لديها مرضى الفصام؛ حيث وجد أن الإصابة بالأعراض الذهانية لمدة طويلة يمكن أن يجعل مريض الفصام عرضة للإجهاد والمشقة، ويكون أكثر اعتمادية، كما يكون لدى المريض قصور شديد فى المهارات الحياتية، وكذا فى العلاقة مع بيئته الاجتماعية. وغالباً ما يبدى المريض نتيجة لذلك قصوراً مزمناً فى كفاءة استراتيجيات وطرق التعامل مع الضغوط اليومية المعتادة وكذلك الضغوط الشديدة. (Corrigan & Toomey, 2002; Mueser et al., 1997; Sullivan et al., 1992). كما أن نمط استراتيجيات التعايش غير التكيفية أهمية كبيرة لأنها تربط بين تفاعل الأعراض والفشل فى الحفاظ على علاقة الفرد بالمجتمع (Macdonald et al., 1998; Meyer, 2001). وفى المقابل يرى بعض الباحثين أن استخدام استراتيجيات التعايش قد يقلل من التأثير السلبى للأعراض المرضية والمشقة النفسية، ومن ثم تحسين نوعية الحياة الشخصية لدى مرضى الفصام (Carter et al., 1996; Singh et al., 2002). لذا فنحن بحاجة لدراساتها وبحث سبل تنميتها والارتقاء بها.

ويكشف مرضى الفصام عن بعض استراتيجيات التعايش السلبية مثل استراتيجيات التجنب والانسحاب الاجتماعى التي تؤدى إلى عدم قدرة المريض على التكيف والتأقلم مع كثير من الظروف (Rolins et al., 1999). ويؤدى استخدام هذه الاستراتيجيات السلبية إلى حدوث كثير من الآثار السلبية على الصحة النفسية والجسمية للمريض (Martin & Rudnick, 2007).

استراتيجيات التعايش لدى مرضى الذهانين .

ومن ثم التأثير بشكل كبير على الحياة اليومية للمريض مثل الوظائف الاجتماعية ونوعية الحياة (Hoffmann et al., 2000; Lysaker & Davis, 2004).

وعلى الجانب الآخر يعد العجز في المهارات الاجتماعية من السمات الواسمة لمرضى الفصام والتي تؤثر بشكل سلبي على جوانب أساسية من الوظائف الاجتماعية (Allen et al., 2007; Speranza, 2008). بالإضافة إلى أنها تؤثر في قدرتهم على إقامة علاقة اجتماعية متميزة، والحفاظ على عمل ثابت، وتحقيق الاحتياجات الشخصية المناسبة من خلال التفاعل مع البيئة. وتكون جوانب القصور هذه مؤشراً للاضطراب لدى الأفراد المهيئين للفصام، أو مرضى الفصام، ويتسم هذا القصور بأنه مستقر عبر الزمن (Shean & Meyer, 2009). كما يعد التدريب على المهارات الاجتماعية جزء من علاج الأشخاص المصابين بالفصام (Oliveira, 2021).

وفي هذا السياق أشار إبراهيم (١٩٩٨) إلى أن بعض الأعراض الفصامية يمكن فهمها في ضوء انخفاض المهارات الاجتماعية، وضعف القدرات التوافقية، وتدهور العلاقات الاجتماعية، وزيادة العزلة، وضعف القدرة على حل المشكلات الاجتماعية، والعجز الواضح عن التعامل الفعال مع الصراعات الاجتماعية، وإدارة الأزمات أو التعامل بفاعلية مع المواقف الاجتماعية نتيجة الافتقار لنوعية الخبرات الحياتية لدى الفصامين.

أما ما يتعلق باستراتيجيات التعايش لدى مرضى الفصام الوجداني وجد أن ارتفاع تقدير الذات لدى مرضى الفصام الوجداني يرتبط بالميل لاستخدام استراتيجيات التعايش المرتكزة على المهمة، في حين أن مرضى الفصام مرتفعي تقدير الذات يكونون أقل استخداماً لاستراتيجيات التعايش المرتكزة على الانفعال (Lecomte et al., 2006).

وامتداداً لفئات المرضى الذهانيين موضع الاهتمام الحالي وجد أن المرضى المصابون بالاضطراب الوجداني ثنائي القطب أكثر تفكيراً في التأثير الإيجابي للمواقف الضاغطة، والانخراط في المخاطرة عند مواجهة المواقف ذات التأثير السلبي. وقد لوحظت اختلافات في أسلوب التعايش بين الأنواع الفرعية للاضطراب الوجداني (Fletcher et al., 2013).

هذا ويعانى مرضى الاضطراب ثنائي القطب من مشكلات في التعامل مع الضغوط، كما أنهم يعانون من مشكلات في العلاقات الشخصية (Basco et al., 2007). ويعانى مرضى الاضطراب الوجداني من التعايش غير التكيفي ويتضمن الاجترار، والتفكير الكارثي، ولوم الذات، وسوء استخدام المواد، والمخاطرة، والتنفيس السلبي عن الانفعالات (Fletcher et al., 2014; Coulston et al., 2013).

كما عنى البحث بالكشف عن دور بعض المتغيرات السكانية (العمر، والنوع، ومستوى التعليم، وعدد سنوات التعليم، والمستوى الاقتصادي والاجتماعي، والحالة الاجتماعية، وتاريخ الاضطرابات العصبية والجسمية، والتشخيص الحالي، والعمر عند بداية المرض، ومدة المرض، وعدد مرات الاحتجاز بالمستشفى) فى التنبؤ باستراتيجيات التعايش وأبعادها الفرعية لدى المرضى الذهانيين والأسوياء، إلا أن المتوفر حول علاقة المتغيرات السكانية لا يزال قليلاً؛ فرغم توافر بعض المعلومات والمراجعات حول استراتيجيات التعايش والمهارات الاجتماعية لدى عينات مختلفة من المرضى، إلا أن تركيز الباحثين لم يكن منصباً على بحث هذه الاستراتيجيات فى علاقتها بالمهارات الاجتماعية، أو فى علاقتها بالمتغيرات السكانية موضع الاهتمام الراهن، وإنما انصب اهتمامهم على بحث استراتيجيات التعايش بوجه عام ولدى عينات مختلفة.

مشكلة البحث :

من دواعى الاهتمام بدراسة استراتيجيات التعايش لدى المرضى الذهانيين ما أشارت إليه الششتاوى وأبو العز Elsheshtawy and Abo Elez (2011) من أن هناك ندرة شديدة فى البيانات الوبائية داخل المجتمعات العربية عن استراتيجيات التعايش لدى ذوى الاضطرابات الذهانية بوجه عام واضطراب الفصام بوجه خاص، وذلك من خلال دراستهما التي أجرتها على عينة من مرضى الفصام المصريين والسعوديين.

ورغم الاهتمام ببحث استراتيجيات التعايش لدى بعض الفئات مثل الأفراد المصابين باضطرابات جسمية مزمنة كما فى دراسة باهتى وآخرين (Bahti, 2010)، إلا أن بحث هذه الاستراتيجيات لدى المرضى النفسيين الذين لم يصابوا بهذه الاضطرابات الجسمية أو الأفراد الأسوياء لم يكن على نفس القدر من الاهتمام. ويرى فولكمان وموسكوفيتش Folkman and Moskowitz (2000) أن النتائج الإيجابية لاستراتيجيات التعايش لم يتم تناولها بقدر يتناسب مع أهميتها فى تحقيق شعور الفرد بالسعادة والتوافق النفسى وتحسين نوعية الحياة؛ حيث أن استخدام الفرد لاستراتيجيات التعايش الأكثر فعالية فى مواجهة الضغوط الحياتية يؤدي إلى شعور الفرد بالتحدى والرضا عن الذات والكفاءة الذاتية.

ومن المثير للانتباه أن مفهوم التعايش مهم فى النماذج الحالية للذهان؛ حيث وُجد أن الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات ذهانية يستخدمون فى الغالب استراتيجيات التأقلم غير التكيفية (Kommescher et al., 2016) فى حين يستخدم الأفراد الأسوياء عديد من آليات التأقلم لإدارة أحداث الحياة الصعبة والتغلب عليها، بما فى ذلك التصدى للمرض العقلي (Holubova et al., 2015).

وقد تم الاعتراف بدراسة استراتيجيات التعايش لدى مرضى الفصام؛ لما لها من أهمية

استراتيجيات التعايش لدى مرضى الذهانين .

بالغة نظراً لارتباطها بمنشأ المرض النفسى، وتأثيرها على نوعية حياة الفرد وأدائه الاجتماعى (Mingrone et al., 2016) إلا أنه لا يوجد إجماع بين الباحثين بشأن نوعية استراتيجيات التعايش الأكثر فعالية في الحد من نشأة الاضطرابات النفسية والأعراض المثيرة للمشقة. (Austenfeld & Stanton, 2004; Lazarus, 2000).

ومن أهم المبررات التى دعت الباحثة لدراسة استراتيجيات التعايش لدى مرضى الهوس أنها اعتبرت من أهم العوامل التى تؤثر على مسار الاضطراب الوجدانى (Jurado 2011). وتجدر الإشارة إلى أن تعرض الفرد للعوامل المثيرة للمشقة، وعدم كفاية استراتيجيات التعايش للتصدى لهذه المشقات يمكن أن يؤدي إلى مشكلات عصبية وحيوية (Post et al., 2006). ومن ثم يبدو جلياً أن أحداث الحياة المجهدة والمثيرة للمشقة لدى مرضى الاضطراب ثنائي القطب قد تسرع ببداية الاضطراب (Wicki et al., 2006).

وقد يؤدي استخدام استراتيجيات التعايش غير التكيفية إلى مشكلات تتعلق بالحياة الأسرية لمرضى الاضطراب الوجدانى ومرضى الهوس (Cuhadar et al., 2015). كما أن استخدام استراتيجيات الإنكار المفرط وعدم القبول يؤدي إلى عدم الامتثال للعلاج لدى مرضى الاضطراب ثنائي القطب (Greenhouse et al., 2000)؛ مما يبرز دور هذه الاستراتيجيات التى ستساعد في دعم المرضى واستفادتهم من السبل العلاجية، والتصدي للمشكلات الحياتية.

كما أن ضعف الوظائف لدى ذوى الاضطرابات العقلية يؤدي إلى منعهم من المشاركة فى الأنشطة والأحداث الاجتماعية، وبالتالي فإن إعادة تأهيل هؤلاء المرضى للمشاركة فى الحياة الاجتماعية من أهم الأهداف التى يسعى إليها الاختصاصيون العلاجيون. وتعد المهارات الاجتماعية أحد أبرز المجالات التى يتم تنميتها لدى المرضى الذهانيين (Oliveira, 2021).

ونخلص من ذلك أنه إذا لم يمتلك الشخص الموارد الكافية للتعايش، وإذا لم يمتلك المهارات الاجتماعية اللازمة للتعامل الفعال مع العواقب المحتملة المترتبة على الموقف يكون بذلك عرضة للضغوط النفسية؛ ومن ثم الوقوع فى دائرة التهيؤ للإصابة بالمرض النفسى، وهذا ما يشكل أهمية إضافية لبحث استراتيجيات التعايش لدى المرضى والأسوياء على حد سواء. ولا يقتصر الأمر على ذلك فاستراتيجيات التعايش يمكن أن تكون هدفاً علاجياً للبرامج التى تقدم للمرضى النفسيين لتخطى هؤلاء المرضى لاضطراباتهم، بتعلم الطرق المثلى للتعامل مع الضغوط والعقبات التى تواجه الفرد فى شتى مراحل حياته بفعالية وقدرة تكيفية وقدرة على المواجهة والتصدي.

ومن مجمل الملاحظات السابقة صيغت أسئلة البحث على النحو التالي:

- ١- إلى أى مدى توجد فروق بين مرضى الفصام ومرضى الفصام الوجدانى ومرضى الهوس والأسوياء فى استراتيجيات التعايش وأبعادها الفرعية؟
- ٢- إلى أى مدى يختلف حجم الإسهام النسبى للعوامل النفسية والسكانية فى التنبؤ باستراتيجيات التعايش لدى المرضى الذهانيين والأسوياء؟

أهداف البحث:

- ١- بحث الفروق بين المرضى الذهانيين والأسوياء فى استراتيجيات التعايش وأبعادها الفرعية.
- ٢- بحث إسهام العوامل النفسية (المهارات الاجتماعية) والعوامل السكانية (العمر، والنوع، ومستوى التعليم، وعدد سنوات التعليم، والمستوى الاقتصادى والاجتماعى، والحالة الاجتماعية، وتاريخ الاضطرابات العصبية والجسمية، والتشخيص الحالى، والعمر عند بداية المرض، ومدة المرض، وعدد مرات الاحتجاز بالمستشفى) فى التنبؤ باستراتيجيات التعايش لدى المرضى الذهانيين والأسوياء.

أهمية البحث وتطبيقاته الإكلينيكية:

- ١- تأتي أهمية البحث فى الفئات التى يعنى بها؛ فالمرضى الذهانيين بمختلف فئاتهم (الفصاميون والفصاميون الوجدانيون والهوسيون) من الفئات التى تجدر دراستها واكتشاف أبرز الفروق بينها؛ حيث يعدّ الذهان من بين أهم (٢٥) سبباً للإعاقة فى جميع أنحاء العالم. بالإضافة لزيادة العبء العالمى لاضطراب الفصام والفصام الوجدانى مع تقدير تكاليف العلاج التى تتجاوز (١٠٠) مليار دولار فى السنة. كما ترتبط اضطرابات طيف الفصام بضعف وظيفي كبير ومعدلات عالية من الانتكاس (Chong et al., 2016; Jin & Mosweu, 2017).
- ٢- تنبع أهمية البحث الحالى فى جانبه النظري مما يمكن أن توفره من بيانات ومعلومات وأطر نظرية خاصة بدراسة بعض العوامل المنبئة بالاضطرابات الذهانية مقارنةً بالأسوياء؛ مما يؤدي إلى تراكم المعلومات فى هذا المجال.
- ٣- الاستفادة من ترجمة وتعريب مقياس استراتيجيات التعايش لفولكمان ولازاروس الذى يعد واحداً من أهم المقاييس العالمية فى تقدير هذه الاستراتيجيات، باعتبارهما رائدى الاهتمام بدراسة الضغوط واستراتيجيات التعايش معها.

استراتيجيات التعايش لدى مرضى الذهانين .

٤- كما تأتي أهمية البحث في ضوء ما لوحظ من نقص الاهتمام ببحث الجوانب الإيجابية لدى المرضى النفسيين؛ حيث ينصب اهتمام الباحثين على دراسة جوانب القصور لدى المرضى الذهانيين، رغم من أن دراسة مواطن القوة التي يتمتع بها هؤلاء المرضى من قبيل المهارات الاجتماعية واستراتيجيات التعايش تسهم بشكل كبير في تخطي كثير من مواطن القصور والضعف.

٥- ومن بين التطبيقات الإكلينيكية للدراسة الراهنة التقدم ببرامج تنموية وإرشادية وعلاجية تسهم في تنمية استراتيجيات التعايش، لاسيما استراتيجيات التعايش الإيجابية التكيفية.

٦- الاستفادة من نتائج البحث في مجال الوقاية، وذلك من خلال الدور الذي تؤديه استراتيجيات التعايش في الوقاية من الإصابة بالاضطرابات الذهانية. كما أن التدريب على المهارات الاجتماعية اعتبرت من أهم الأهداف العلاجية التي تقدم لمرضى الذهان.

المفاهيم والأطر النظرية المفسرة:

المفاهيم :

١- استراتيجيات التعايش:

تباينت تعريفات استراتيجيات التعايش بتباين التوجهات النظرية والخلفيات العلمية، وفيما يلي نماذج من هذه التعريفات:

يقصد بالاستراتيجية أولاً بمفهومها العام مجموعة من القواعد التي تنطوي على أساليب تؤدي لتحقيق هدف معين، أي أنها خطة موجهة نحو تحقيق هدف بأعلى قدر من الكفاءة (محمد، ٢٠١١).

ويصف مصطلح التعايش "الآليات النفسية الواعية وغير الواعية، والتي يطبقها الأفراد للتعامل مع الإجهاد بطرق تكيفية" (Lazarus, 1996).

ومن بين التعريفات اللغوية التي قدمت لاستراتيجيات التعايش تعريف كورسيني Corseni (1999, 224) في قاموس علم النفس بأنها "فعل أو مجموعة أفعال أو عمليات تستخدم للتعامل مع المواقف الضاغطة والمزعجة، أو تعديل ردود الأفعال الشخصية نحو الموقف، ويتضح في الطريقة الواعية نحو المشكلة.

كما قدمت تعريفات اصطلاحية عدة لاستراتيجيات التعايش من بين هذه التعريفات أنها "مجموعة واسعة من الأفكار والأفعال التي يستخدمها الناس للتعامل مع المطالب الداخلية والخارجية للمواقف الضاغطة". وتتضمن استراتيجيات التعايش مجموعة من الاستراتيجيات الإيجابية والسلبية وهي (استراتيجيات التأقلم، واستراتيجيات الإقصاء، واستراتيجيات التحكم الذاتي،

والبحث عن الدعم الاجتماعي أو المساندة الاجتماعية، وتحمل المسؤولية، واستراتيجيات الهروب أو التجنب، واستراتيجيات التخطيط لحل المشكلات، واستراتيجيات إعادة التقييم الإيجابي) (Folkman & Lazarus, 1985).

وقد اتفق عدد من الباحثين على تعريف استراتيجيات التعايش بأنها تتطوي على جهود مختلفة يستخدمها الفرد للتغلب على موقف يُنظر إليه على أنه متطلب أو تحدى بالنسبة للفرد (Aldwin 2011; Carver 2011; Carver & Vargas 2011; Chao 2011; Folkman 2011; Folkman 2013; Lazarus, 1993a; Taylor & Stanton, 2007). كما تعرف بأنها مجموعة من الآليات السلوكية والمعرفية التي يسعى الفرد من خلالها إلى تطويع الموقف الضاغط وحل المشكلة وتخفيف التوتر الانفعالي الناتج من الضغط النفسى" (Wang et al., 2010).

ويعرف رولينز Rollins وآخرون (2014) استراتيجيات التعايش بأنها "طرق التعامل مع المشقات المختلفة أو التقليل من العوامل المثيرة للمشقة والإجهاد الناجم عنها". كما تُعرف استراتيجيات التعايش بأنها "مواقف الشخص تجاه أحداث الحياة اليومية وتكيفهم معها" (Atagun & Apaydin, 2018).

وسوف تتبنى الباحثة تعريف فولكمان ولازاروس (Folkman & Lazarus 1985) حيث تم الاستناد إلى هذا التعريف في إعداد مقياس استراتيجيات التعايش الذى قامت الباحثة بترجمته والاعتماد عليه في إجراء البحث.

تصنيف استراتيجيات التعايش

تصنف استراتيجيات التعايش على أكثر من محور منها: التصنيف وفقاً للهدف من استخدام استراتيجيات التعايش، وفي هذا الصدد تصنف استراتيجيات التعايش إلى استراتيجيات التعايش التكيفية وهي ردود الفعل المعرفية والعاطفية والسلوكية والفسولوجية، التي يتم تشغيلها عندما يفوق الضغط الحاد أو المزمن إمكانية حل الموقف باستخدام المهارات المتاحة في الظروف الاعتيادية وتتميز بأنها مرنة وفعالة (Cohen et al., 1995)، في حين أن استراتيجيات التعايش غير التكيفية تكون جامدة أو غير مناسبة اجتماعياً بحيث يبني كل فرد "أسلوب التكيف" الخاص به ليصبح جزءاً من شخصيته (Lazarus, 2006).

وامتداداً لذلك صنف كارفر وآخرون Carver (2011) استراتيجيات التعايش إلى ثلاث فئات هي: أ- استراتيجيات التعايش، وتتضمن (التعامل النشط، والتخطيط، وكتب الأنشطة المتعارضة، والتمهل). ب- استراتيجيات التماس العون (للجوء للدين، والدعم الاجتماعي العملي،

استراتيجيات التعايش لدى مرضى الذهانين .

والدعم الاجتماعي العاطفي، والتماس التفريغ العاطفي). ج- استراتيجيات سلبية (الإنكار، والتحرر الذهني، والتقبل السلوكي).

كما يمكن تصنيف استراتيجيات التعايش وفقاً للفنيات التي تستند عليها إلى ثلاثة أنواع هي: استراتيجيات التعايش التي تركز على المشكلة أي: استراتيجيات الحل الفعال وتقليل الآثار الضارة للمشكلة، وهي محاولات الفرد للحصول على معلومات إضافية لحل المشكلة، واتخاذ القرار بشكل معرفي فعال، أو تغيير الحدث الذي يؤدي إلى الضغط، واستراتيجيات التعايش المرتكزة على الانفعال، وهي تلك الاستراتيجيات التي تستند إلى إعادة تنظيم الاستجابة الانفعالية، وتعنى الأساليب السلوكية والمعرفية التي تؤدي إلى التحكم في الانفعال الذي ينجم عن التحكم في الموقف الضاغط. والاستراتيجيات التي تستند على التجنب، وهي تلك الاستراتيجيات التي تستند على تجنب المواقف المثيرة للمشقة باستخدام طرق معينة مثل الإنكار والتجنب الاجتماعي، والانخراط في مهمة بديلة، واستخدام استراتيجيات لتجنب المواقف العصبية باستخدام التحويل الاجتماعي، أي اختيار البقاء مع أشخاص آخرين والبحث عن الدعم الانفعالي (Folkman & Lazarus, 1984; Skinner et al., 2003; Chao, 2011). وتجدر الإشارة إلى أن الأساليب التي تركز على الانفعال والتجنب أقل فعالية من الاستراتيجيات التي تركز على المشكلة.

الأطر النظرية المفسرة لاستراتيجيات التعايش

تنوعت محاولات الباحثين في تقديم بعض الأطر النظرية المفسرة لاستراتيجيات التعايش، فانبثقت بعض النظريات من منحنى التحليل النفسي، وانبثقت بعضها الآخر من المناحي السلوكية والمناحي المعرفية، وسنركز في بحثنا الراهن على النماذج النظرية المنبثقة من المنحنى المعرفي الذي تتبناه الباحثة في هذا البحث، وفيما يلي أمثلة لهذه النماذج:

نموذج لازوروس وفولكمان (١٩٨٤)

قدم لازوروس وفولكمان نموذج المشقة ومواجهتها عام (١٩٨٤) وهو من أكثر النماذج النظرية شيوعاً واستخداماً في بحوث استراتيجيات التعايش. ويشير لازوروس وفولكمان إلى أن هدف عملية التعايش هو تنظيم الشعور بالمشقة (المواجهة المتمركزة حول الانفعال)^٣ وتنظيم المشكلة التي تسببت في هذا الشعور (المواجهة المتمركزة حول المشكلة)^٤ والحفاظ على الشعور بحسن الحال (المواجهة المتمركزة حول المعنى)^٥، وتتحدد الطريقة التي يستخدمها الفرد في

³ Emotion- focused copin

⁴ Problem- focused copin

⁵ Meaning- focused copin

التعایش على نواتج الخبرة السابقة بالحدث، ونواتج تقييم الفرد لهذا الحدث (Lazarus & Folkman, 1984).

نموذج كارفر وزملاؤه (1989)

قدم كارفر وزملاؤه (1989) نموذجاً تفسيرياً لاستراتيجيات التعایش يرتكز على تلك العمليات المعرفية والسلوكية التي يقوم بها الفرد بهدف التعامل مع متطلبات الحياة اليومية. ويهدف الفرد من خلال هذه الجهود إلى تقليل التوتر الناتج عن الضغوط، ويختلف الأفراد فيما بينهم في استخدام هذه الاستراتيجيات، مثل صياغة خطط لحل المشكلات، وتركيز أذهانهم على المشكلة الحالية، وتجنب التفكير في الانفعالات السلبية المرتبطة بالضغوط. ويصنف كارفر وزملاؤه استراتيجيات التعایش إلى (التعایش الفعال، التخطيط، منع الأنشطة المتعارضة، اللجوء للدعم الاجتماعي).

نموذج لازاروس (1991)

قدم لازاروس هذا النموذج عام (1991) وأشار فيه إلى أن الضغوط عملية معقدة، وهي حالة معرفية دينامية تعكس عدم التوازن، وتتطلب استعادة الاتزان، وبالتالي فإن الضغوط لا تكمن في الفرد أو في البيئة فحسب، ولكن في العلاقة المتبادلة بينهما. ويشير ديوى وآخرون (Dewey et al., 2000) إلى أن نظرية لازاروس في الضغوط ومواجهتها من أكثر النظريات شمولاً؛ لأنها تعكس الطبيعة الدينامية للضغوط ومواجهتها.

نموذج فولكمان المعدل (1997)

قدمت فولكمان مراجعة لنموذجها الأصلي عام (1997) ليشمل الشعور بالمشقة والحالات النفسية الإيجابية. وتشير فولكمان إلى أن تقدير الأحداث بأنها ضاغطة يشكل تهديداً أو تحدياً أو أذى، وهذا ما يسمى بالتقييم الأولي، ثم يتبع هذا التقييم تقييم آخر ثانوي يقوم فيه الفرد بتقدير المصادر التي تمكنه من التعامل مع التهديد، وينتج عن ذلك اختيار استراتيجية معينة، فإذا لم تنجح هذه الاستراتيجية في تقديم الحل الملائم للمشكلة فإن ذلك يؤدي إلى الشعور بالمشقة الذي قد يدفع الفرد إلى القيام بالنوع الثالث من المواجهة وهي المواجهة المتمركزة حول المعنى مثل (التقييم الإيجابي للحدث، والأهداف المعدلة، والمعتقدات الدينية والروحانية). ويمكن القول بأن وجود أحداث إيجابية تمكن الفرد من التوجه إلى الأداء النفسي الإيجابي حتى في ظل وجود الشعور بالمشقة (Folkman, 2013).

وسوف نتبنى الباحثة نموذج المشقة ومواجهتها للآزورس وفولكمان؛ حيث اعتبر هذا النموذج من أكثر النماذج النظرية شيوعاً واستخداماً في بحوث استراتيجيات التعایش. وكذا ملائمتها لبحث استراتيجيات العایش لدى المرضى الذهانيين؛ حيث يركز على المواجهة المتمركزة

حول الانفعال، والمواجهة المتمركزة حول المشكلة، وهى من أساليب التعايش التى يستخدمها مرضى الذهان.

٢- المهارات الاجتماعية

يرجع مصطلح المهارة إلى الفعل مهر أى حذق، واسم الفاعل منه ماهر. وهناك اتجاهات عدة لتعريف المهارات الاجتماعية؛ حيث يتمثل الاتجاه الأول فى الاعتماد على السرعة والدقة فى إنجاز مختلف المهام، ومن بين هذه التعريفات تعريف إسماعيل (١٩٩٧) بأنها "القدرة على تنفيذ عمل معين فى أقل زمن ممكن وبسهولة ودقة وكفاءة، كما يعرفها أحمد بأنها "تلك العمليات التى تزيد من القيام بالأداء بدرجة معقولة من السرعة والالتقان مع الاقتصاد فى الجهد". ويركز الاتجاه الثانى على تعريف المهارات الاجتماعية على أنها نشاط أو فعل حركى لتحقيق أهداف اجتماعية حيث تعرفها عبد العال والديب (١٩٩٨) بأنها "نظام متناسق من النشاط المستهدف لتحقيق هدف معين". ويعتمد الاتجاه الثالث على المنظور التكاملى للمهارات الاجتماعية باعتبارها عملية تفاعلية بين الجوانب السلوكية والمعرفية والانفعالية فى سياق التفاعل الاجتماعى. وفيما يلى عرض لأهم التعريفات التى تدعم المنظور التكاملى للمهارات الاجتماعية.

يعرف أرجايل (1981) Argyle المهارات الاجتماعية بأنها "القدرة على إحداث التأثيرات المرغوبة فى الآخرين فى المواقف الاجتماعية. ويتفاوت الأفراد فيما يتمتعون به من مهارات؛ ومن ثم تتفاوت قدراتهم فى تحقيق ما يرنون إليه".

وقد قدم ريجيو (1986) Riggio تعريفاً للمهارات الاجتماعية فى ضوء تقسيمه لها إلى نوعين من المهارات هما: مهارات التواصل غير اللفظى أو الانفعالى، ومهارات التواصل اللفظى أو الاجتماعى، وسنتبنى هذا التعريف فى بحثنا الراهن.

وتعرف المهارات الاجتماعية بأنها "معرفة وقدرة الشخص على استخدام السلوكيات الاجتماعية الإيجابية التى تتناسب مع مواقف التفاعل الاجتماعى بين الشخصى، بحيث يترتب عليها رضا الآخرين عن الشخص وتقبلهم له وتلقيه تعزيزات اجتماعية إيجابية منهم" (أبو حلاوة، ٢٠٢١).

النظريات المفسرة للمهارات الاجتماعية

لم يحدث اتفاق بين الباحثين على النماذج النظرية التى يمكن الاستناد إليها فى تفسير المهارات الاجتماعية. ومن أهم الإشكاليات المرتبطة بمجال دراسة المهارات الاجتماعية هى اعتبارها سلوكيات نوعية محددة قابلة للملاحظة، أم التعامل معها فى إطار القدرات الكامنة وراءها. وهل يتم التعامل معها باعتبارها سمة أم أنها مجموعة من القدرات المكتسبة (أبو حلاوة،

ويشير بيكر وهمبرج Becker and Heimberg (1988) إلى أن هناك منحيان يفسران أسباب اضطراب المهارات الاجتماعية هما: **منحى الفشل الاجتماعي الأولي**، ويفسر اضطراب المهارات الاجتماعية في ظل افتقار الاستجابة الملائمة في الرصيد السلوكي بفعل غياب الفرص الملائمة للتفاعل الاجتماعي، أو المرور بخبرات غير ملائمة. و**منحى الفشل الاجتماعي الثانوي**، وهو يفسر اضطراب المهارات الاجتماعية في إطار تأثير عوامل وجدانية أو معرفية تحول دون إصدار الاستجابة الملائمة. وأبرز هذه العوامل القلق العام، والقلق الاجتماعي، والتقييم السلبي للذات، والمعرفة غير الملائمة بالقواعد الاجتماعية، والتوقعات السلبية. وفيما يلي عرض مختصر للنماذج والنظريات المفسرة لاضطراب المهارات الاجتماعية:

١- نموذج أرجايل وكيندون Argyle and Kendon

قدم أرجايل وكيندون عام (١٩٦٧) نموذجاً للمهارات الاجتماعية سمي بنموذج المهارة الحركية، ووفقاً لهذا النموذج تصدر الاستجابة الحركية لتحقيق هدف محدد. وهناك عدد من العوامل التي تسهم في صدور الاستجابة الحركية الملائمة التي تتميز بالكفاءة والفعالية من أبرزها الإدراك الانتقائي؛ حيث يتعلم الفرد الاستجابات التي تحقق له الإنجاز في الحياة الاجتماعية، ويتغاضى عن تلك التي لا تحقق له ذلك الإنجاز، ثم يقوم الفرد بمعالجة هذه المعلومات التي تم الحصول عليها، ثم تأتي مرحلة العائد وذلك لتقييم مدى نجاح الفعل في تغيير البيئة الخارجية؛ ومن ثم استمرار الفرد في إصدار هذه الاستجابات أو تعديلها وفقاً للهاديات الإدراكية (Argyle, 1981) وبالنسبة لاضطراب المهارات الاجتماعية لدى المرضى الذهانيين وفقاً لهذا النموذج نلاحظ وجود اضطراب واضح في معظم مراحل نموذج المهارة الاجتماعية الذي قدمه أرجايل وكيندون، حيث يتسم اضطراب الفصام والفصام الوجداني بشكل عام باضطراب أساسي في الشخصية، ونشوهات في التفكير والإدراك والوجدان، وتنعكس هذه الاضطرابات على سلوك الفرد في النواحي الاجتماعية المختلفة (عكاشة، ٢٠٠٣). كما يتسم اضطراب الهوس باضطراب في الوجدان وما يترتب على ذلك من اضطرابات سلوكية واجتماعية.

٢- نظرية التعلم الاجتماعي

تبرز نظرية التعلم الاجتماعي أهمية المحاكاة والعمليات الرمزية، والتنظيم الذاتي للسلوك، ينشأ اضطراب المهارات الاجتماعية نتيجة خلل أو قصور فيما يقدم من صيغ اجتماعية (الثواب، العقاب، النمذجة) لتشكيل السلوك؛ فالآباء الذين يكشفون عن أنماط العجز والضعف في

استراتيجيات التعايش لدى مرضى الذهانيين .

السيطرة على أنفسهم وأفكارهم ومشاعرهم وأحوالهم الانفعالية والمزاجية، ويتسم سلوكهم بالعدوانية والعنف الشديد، إنما يقدمون أنفسهم كنماذج سلوكية سيئة لأبنائهم. وبالتالي صعوبة اكتساب مهارات اجتماعية تتسم بالكفاءة والفعالية؛ فالطفل الذى تتم تنشئته باستمرار على النيد والعنف والضرب وسوء المعاملة بكل أنواعها يتوقع أن يتسم سلوكه بسوء التوافق، وارتفاع معدلات التنبؤ بارتكاب المزيد من السلوك الجانح (الصبوة، ٢٠٠٠).

ووفقاً لنظرية التعلم الاجتماعى فإن اضطراب المهارات الاجتماعية لدى المرضى الذهانيين ينشأ فى ظل ظروف اجتماعية مشوشة قائمة على المحاكاة والتقليد لنماذج سلوكية خاطئة؛ مما يودى إلى اكتساب أنماط سلوكية تفتقر إلى توكيد الذات والثقة بالنفس والكفاءة فى إدارة العلاقات الاجتماعية. ونلاحظ أن ما يتعرض له ذوى الاضطراب الذهانى من أنماط غير ملائمة يكتسبها من الوالدين هى نفسها التى تودى إلى اضطراب المهارات الاجتماعية لدى هؤلاء المرضى، من قبيل الخلل فيما يقدم من صيغ اجتماعية (الثواب، العقاب، النمذجة) لتشكيل السلوك؛ بالإضافة إلى الاضطرابات الانفعالية والمزاجية، التى يعانى منها الوالدين. ومن هنا يقوم الطفل بمحاكاة الوالدين كنماذج سلوكية سيئة؛ وبالتالي صعوبة اكتساب مهارات اجتماعية تتسم بالكفاءة والفعالية.

٣- نظرية معالجة المعلومات الاجتماعية

قدم دودج وميرفى Dodge and mervy عام (١٩٨٤) نموذجاً نظرياً ينظم العلاقة بين أنماط تجهيز ومعالجة المعلومات الاجتماعية والسلوك الاجتماعى. وقد ناقش دودج وزملاؤه (1986) al Dodge et مفهوم المهارات الاجتماعية فى ظل التأكيد على وضوح العلاقة بينها وبين الصحة النفسية، وفى ظل ارتباطها أيضاً بمفهوم التوافق النفسى والاجتماعى بشكل عام فى مختلف مراحل الحياة.

ويقدم هذا النموذج تفصيلاً حول كيف يعالج ويفسر الفرد الهاديات فى المواقف الاجتماعية، وكيف يصل إلى قرار أكثر أو أقل كفاءة من خلال القيام بأربع خطوات هى: ترميز الهاديات الموقفية، وتمثيل وتفسير هذه الهاديات، والبحث العقلى عن الاستجابات الممكنة للموقف، واختيار الاستجابة الملائمة.

ويمكن تفسير اضطراب المهارات الاجتماعية لدى المرضى الذهانيين من خلال معاناة هؤلاء المرضى فى معالجة وتفسير الهاديات فى المواقف الاجتماعية، وما يتطلبه ذلك الموقف من اتخاذ قرارات أكثر أو أقل كفاءة. وفى هذا الصدد أشار عكاشة (٢٠٠٣) إلى أن أهم ما يميز مرضى الفصام هو فقدان قوة الإرادة، وعدم قدرة المريض على اتخاذ أى قرارات. ويعانى

مرضى الفصام كذلك من القصور في مهمة الحكم الاجتماعي الذي يتعلق بالأفعال غير المناسبة اجتماعياً- مع الأخذ في الاعتبار أفكار الآخرين- وكانت هناك صعوبات بالنسبة لمرضى الفصام في الحكم على مدى ملاءمة السلوك (Langdon et al., 2008).

٤- نظرية ريجيو

قدم ريجيو (1986) نظريته في المهارات الاجتماعية التي استندت على مهارات التواصل غير اللفظي أو الانفعالي، ومهارات التواصل اللفظي أو الاجتماعي. ويشير ريجيو إلى أن كلاً من هذين النوعين يشتمل على ثلاث مهارات أساسية هي: مهارات الإرسال، وتشير إلى الجانب التعبيري، ومهارات الاستقبال، وتشير إلى مهارة الاستقبال، ومهارات التنظيم والإدارة، وتشير إلى مهارة تنظيم عمليات التواصل في المواقف الاجتماعية. ووفقاً لهذا المنظور فإن المرضى ذوي الاضطرابات الذهانية قد يبدون قصوراً في مهارات التواصل اللفظي أو غير اللفظي أو كليهما في أحد المهارات الأساسية أو أكثر من المهارات المشكلة لهذين النوعين من المهارات. وسوف تتبنى الباحثة هذه النظرية في تفسيرها للمهارات الاجتماعية في البحث الراهن.

٥- نموذج مخططات يونج^٦

حدد يونج (Young) (٢٠٠٢) من خلال الملاحظة الإكلينيكية مجموعة من المخططات الفرعية أطلق عليها اسم مخططات سوء التوافق. وتشير تلك المخططات إلى سياقات متطرفة في الاتساق والاستمرارية تتكون خلال مرحلة الطفولة، وتتطور عبر حياة الفرد. ويشير بيك Beck وزملاؤه إلى أن تعبير المخططات ينظر إليه في مجال الاضطرابات النفسية بوصفها أبنية ذات محتوى شخصي شديد الذاتية تنشط خلال اضطرابات محددة، بحيث تسيطر على سلوك الفرد؛ مما ينتج عنه تحيز سلبي منتظم في تفسير واستدعاء الخبرات والتوقعات القصيرة والبعيدة على حد سواء، في حين تكون المخططات الإيجابية أقل سيطرة ووضوحاً.

ووفقاً لنموذج مخططات يونج يتعلم الفرد كيفية تشكيل الواقع من خلال الخبرات المبكرة والتي تؤدي أحياناً إلى قبول الفرد لاتجاهات ومعتقدات يتضح فيها أنها غير توافقية، وعادة لا يكون الفرد واعياً بهذه المخططات، حيث تظل كامنة إلى أن تستثيرها أحداث الحياة المثيرة للمشقة. وما أن ينشط المخطط حتى يقوم الفرد بعمليات تصنيف وانتخاب وترميز المعلومات بطريقة تجعل مخطط الفشل أو سوء التوافق مستمراً؛ وبالتالي تؤدي تلك المخططات إلى تشويه الأحداث، وترسيخ الرؤية السلبية. وترتكز هذه المخططات على أهمية عملية التنشئة الأسرية، وما يحدث خلالها من أخطاء تسهم في اضطراب المهارات الاجتماعية، وتدفع لتبني

⁶ Young Schemes Model

استراتيجيات التعايش لدى مرضى الذهانين .

صاغ معرفية وانفعالية وسلوكية تتسم بالسلبية، سواء على مستوى مهارات التواصل الاجتماعي، أو مهارات التوكيد، أو مهارات حل المشكلات، أو مهارات التعامل مع الضغوط، وغيرها من المهارات التي من شأنها أن تقف بمثابة عوامل مهياة أو مرسبة للاضطرابات النفسية والسلوكيات اللاتوافقية (جيفرى يونج، ٢٠٠٢). ووفقاً لهذا النموذج تظهر علاقة ضعف المهارات الاجتماعية بالأساليب غير التوافقية لاستراتيجيات التعايش ودور ذلك فى الإصابة بالاضطرابات النفسية وهى نفس الفكرة التى يسعى بحثنا الراهن للكشف عنها ولا يوجد فى حدود ما اطلعت عليه الباحثة ما يدعمها من دراسات وأطر نظرية كافية.

بحوث ودراسات سابقة:

بحوث ودراسات اهتمت ببحث استراتيجيات التعايش لدى مرضى الفصام والفصام الوجدانى:

سعت مجموعة من الدراسات لبحث استراتيجيات التعايش لدى مرضى الفصام والفصام الوجدانى، وقد لاحظنا ندرة الدراسات التى عنيبت ببحث هذه الاستراتيجيات لدى مرضى الفصام الوجدانى مقارنة بمرضى الفصام، وهو ما دفعنا لتركيز الضوء عليها. وقد أدت النظرة النفسية الحديثة لاضطرابات طيف الفصام وعلاجها إلى زيادة التركيز على استراتيجيات التعايش ونوعية حياة هؤلاء المرضى. ومن بين هذه الدراسات تلك التى قام بها هولوبوفا وزملائه Holubova et al (2015). وهدفت لبحث العلاقة بين استراتيجيات التعايش ونوعية الحياة، وشدة الأعراض لدى مرضى الذهان. ولتحقيق هذا الهدف تم اختيار مجموعة مكونة من (١٠٩) من المرضى الذهانيين المقيمين خارج المستشفى الذين استوفوا محكات تشخيص الاضطراب الذهاني الواردة فى التصنيف الدولي للأمراض المراجعة العاشرة. وتم تطبيق استبيان أسلوب مواجهة المشقة، واستبيان نوعية الحياة. وكشفت النتائج عن ارتباط استراتيجيات التعايش الإيجابية والسلبية بنوعية الحياة، كما ساهمت شدة الأعراض واستراتيجيات التعايش الإيجابية والسلبية فى التنبؤ بنوعية حياة المرضى الذهانيين. وتشير النتائج إلى أهمية استخدام استراتيجيات التعايش الإيجابية فى تحسين نوعية الحياة لدى مرضى الاضطرابات الذهانية.

وتناولت دراسة مينجرون وزملائه Mingrone et al (2016) بحث الفروق بين (٨٩)

من مرضى الفصام و (٥٨) من مرضى الفصام الوجدانى فى استراتيجيات التعايش وتحديد العوامل المرتبطة بها. وتمت مقارنة الخصائص الديموغرافية والسريرية لكلا المجموعتين، ثم بحث العلاقة بين أساليب التعايش والمتغيرات السكانية والاجتماعية والسريرية فى كل مجموعة، وتم تحليل أهمها فيما بعد باستخدام الانحدار المتعدد. وكشفت نتائج البحث عن استخدام المرضى المصابون بالفصام الوجدانى لاستراتيجيات التعايش الموجهة انفعالياً أكثر من المرضى الذين

يعانون من اضطراب الفصام، وكشف مرضى الفصام الوجداني عن أن تقدير الذات يعزى إلى التوجه نحو المهمة، ونقص الاحساس بالذمة⁷، ومدة المرض وسنوات التعليم. وتشير النتائج إلى أن المرضى الذين يعانون من الفصام والفصام الوجداني يستخدمون أنماطاً متنوعة من استراتيجيات التعايش؛ حيث يستخدم مرضى الفصام الوجداني استراتيجيات التعايش التي تركز على الانفعال. ويوصى باحثو الدراسة بتقديم تدخلات علاجية محددة تحدث تأثيرات على استراتيجيات التعايش. وقد حاول بعض الباحثين تفسير النتائج السابقة التي تتعلق باستخدام مرضى الفصام الوجداني لاستراتيجيات التعايش التي تركز على الانفعال ما كشفت عنه نتائج عدد من الدراسات من أن مرضى الفصام الوجداني قد كشفوا عن معدل أقل من مرضى الفصام في الأعراض السلبية، وهذا الانخفاض في الأعراض السلبية يؤدي بمرضى الفصام الوجداني إلى الشعور بالانفعالات وارتفاع مستوى الاستبصار؛ مما يزيد من وعيهم بانفعالاتهم، وهذا ما يؤدي إلى استخدام هؤلاء المرضى لاستراتيجيات التعايش المرتكزة على الانفعالات، ومن ثم اختلاف المرضى الذهانيين فيما بينهم في نوعية استراتيجيات التعايش التي يستخدمونها (Mancuso et al., 2012; Zappia et al., 2014; Wilson et al., 2011; Simonsen et al., 2015).

في حين اختلف بعض الباحثين مع النتائج السابقة؛ حيث أشار كوميسكر وآخرون Kommescher et al (2016) إلى أن استراتيجيات التعايش كانت متشابهة لدى مختلف فئات مرضى الذهان حيث تم بحث استراتيجيات التعايش لدى مرضى الذهان وارتباطاتها السريرية في مراحل مختلفة من الذهان. ولتحقيق هذا الهدف تم اختيار (٣٧) من الأفراد ذوي الاستهداف المرتفع للذهان، و(٤٢) من مرضى الذهان في مرحله الأولى، و(٢٨) من مرضى الفصام الحاد، و(٤٠) من الأسوياء. وتم تقييم استراتيجيات التعايش باستخدام قائمة استراتيجيات التعايش للمواقف المثيرة للمشقة^٨. وقد كشف الأفراد الذين يعانون من الذهان في مرحله الأولى عن أنهم أقل استخداماً لاستراتيجيات التعايش المرتكزة على المهام، في حين يفضل مرضى الفصام استخدام استراتيجيات التعايش التي تركز على الانفعال مقارنة بالأسوياء. واستنتج باحثو الدراسة، وتختلف هذه الدراسة مع نتائج الدراسات السابقة التي كشفت عن اختلاف استراتيجيات التعايش بين مجموعات المرضى الذهانيين.

وفي دراسة عن دور استراتيجيات التعايش والأعراض الإكلينيكية وتحقيق الذات في التنبؤ بالقدرة الذاتية لذوى اضطراب الفصام على مواجهة الآثار الناجمة عن وصمة المرض

⁷ Anhedonia Avolition

⁸ The Coping Inventory for Stressful Situations

استراتيجيات التعايش لدى مرضى الذهانين .

النفسي؛ حيث تم اختيار مجموعة مكونة من (١٧٠) من مرضى الفصام، وطبقت بعض اختبارات التقدير الذاتي لتقدير متغيرات الدراسة، وتم تقييم شدة الأعراض الإكلينيكية من خلال المقابلات التشخيصية، وتم إجراء تحليل الانحدار المتعدد الذى كشف عن دور استراتيجيات التعايش التكيفية وخاصة استراتيجية إعادة التقييم الإيجابي والاستراتيجية الدينية فى التنبؤ بقدرة الفرد على مواجهة وصمة المرض النفسى (Kao et al., 2017).

بحوث ودراسات اهتمت ببحث استراتيجيات التعايش لدى مرضى الهوس

هناك اعتراف متزايد بتأثير العوامل النفسية على مسار الاضطرابات الوجدانية. وتعد استراتيجيات التعايش أحد هذه العوامل النفسية. ويمكن أن تكون استجابة الفرد للحالة الوجدانية بالانسحاب وعدم التوافق أو المواجهة غير الفعالة أحد العوامل المسببة للاضطراب (Nolen-Teasdale, 1988; Hoeksema, 1991). ونظراً لأن استراتيجيات التعايش لها القدرة على التأثير بشكل واضح على مسار المرض في الاضطرابات الوجدانية، فإنها تشكل أهدافاً للتدخلات العلاجية التى كشفت عن آثار مفيدة لاستراتيجيات التعايش التكيفية لدى ذوى الاضطراب الوجدانى ثنائي القطب (Fletcher et al., 2013).

وقد تم بحث استراتيجيات التعايش لدى مرضى الاضطرابات الوجدانية؛ حيث تم التركيز على بحث الفروق في الأعراض الذهانية واستراتيجيات التعايش لدى مرضى الاضطراب ثنائي القطب الذهانى وغير الذهانى. ولتحقيق هدف الدراسة تم اختيار ثلاثة وثمانون مريضاً من النوعين الذين يعانون من اضطراب ثنائي القطب مع أو بدون تاريخ من الذهان الهوسي. وتم تطبيق قائمة للأعراض الذهانية ومقياس استراتيجيات التعايش. وقد أظهر مرضى الهوس المصحوب بأعراض ذهانية درجة أعلى من استراتيجيات الإنكار أو اللوم مقارنة بمرضى الهوس غير المصابين بالذهان؛ مما يشير إلى أهمية تعزيز استراتيجيات التعايش لدى مرضى الاضطرابات الوجدانية (Ryu et al., 2012).

وامتداداً لبحث ملامح استراتيجيات التعايش لدى المصابين باضطراب ثنائي القطب من النوع الأول أو الثاني^٩، مقارنة بمجموعة ضابطة من مرضى الاكتئاب أحادي القطب ومجموعة من الأسوياء، تم اختيار مجموعة مكونة من (٩٤) من مرضى الاضطراب الوجدانى ثنائي القطب من النوع الأول، و(١١٤) من مرضى الاضطراب الوجدانى ثنائي القطب من النوع الثاني، و(١٠٩) من مرضى الاكتئاب المتكرر أحادي القطب، و(١٠٠) من الأسوياء. وقد أكمل هؤلاء المشاركون إجراءات أسلوب التعايش بما في ذلك مقياس استراتيجيات التعايش النسخة

⁹ bipolar I or II disorder

المختصرة، واستخبار التأثير الإيجابي، واستبيان أنماط الاستجابة، وبطارية استراتيجيات التعايش لبوادر الهوس، واستخبار التنظيم الانفعالي المعرفي. وكشفت نتائج الدراسة عن أن المرضى المصابون بالاضطراب الوجداني ثنائي القطب من النوع (الأول والثاني) أكثر تفكيراً من المشاركين المصابين بالاضطراب الوجداني أحادي القطب للتفكير في التأثير الإيجابي، والانخراط في المخاطرة عند مواجهة المواقف ذات التأثير السلبي. ومع ذلك أثرت حالة الدواء وأعراض الحالة المزاجية الحالية على درجات المخاطرة في المجموعات الفرعية ثنائية القطب. وقد اختلفت الأنواع الفرعية من الاضطراب الوجداني في استخدام استراتيجيات التعايش السلوكية، حيث كان المصابون بالاضطراب الوجداني ثنائي القطب من النوع الثاني أقل احتمالية لطلب الدعم عند مواجهة الإجهاد، مقارنة بمرضى الهوس الخفيف. وخلص باحثو الدراسة إلى أن هناك اختلافات في استراتيجيات التعايش بين الأنواع الفرعية للاضطراب الوجداني (Fletcher et al., 2013)

وفي دراسة لبحث تأثير استراتيجيات التعايش على المستوى الوظيفي والاندفاع لدى ذوى الاضطراب ثنائي القطب تم تطبيق استبيان وظائف الاضطراب ثنائي القطب¹⁰، وقائمة استراتيجيات التعايش ومقياس تقدير الهوس¹¹ على (٧٤) من المرضى ثنائي القطب مقارنة بمجموعة مكونة من (٧٤) من الأسوياء ممن يحققون شروط التكافؤ مع مجموعة المرضى من حيث العمر والجنس والتعليم. وكشفت النتائج عن انخفاض ملحوظ في استراتيجيات التعايش لدى مرضى الاضطراب ثنائي القطب مقارنة بالأسوياء. وتوصلت الدراسة إلى أن الأداء الوظيفي يتأثر إيجابياً باستراتيجيات التعايش التكيفية في الاضطراب ثنائي القطب (Atagun & Apaydin, 2018).

بحوث ودراسات تناولت المهارات الاجتماعية وعلاقتها باستراتيجيات التعايش لدى المرضى الذهانيين

سعت الباحثة للكشف عن الدراسات العربية والاجنبية التي تعنى ببحث المهارات الاجتماعية وعلاقتها باستراتيجيات التعايش أو دورها في التنبؤ بتلك الاستراتيجيات لدى المرضى الذهانيين أو الأسوياء، إلا أنه في حدود ما اطلعت عليه الباحثة كانت هناك ندرة شديدة في هذا الجانب، ولم نتمكن من الحصول على أى دراسة في هذا الشأن؛ حيث تركز اهتمام كثير من الدراسات السابقة على تقييم البرامج العلاجية لتنمية المهارات الاجتماعية، أكثر من اهتمامها بالقضايا المتعلقة بتعريف وقياس وتقدير المهارات الاجتماعية لدى المرضى النفسيين، أو بحث

¹⁰ Bipolar Disorder Functioning Questionnaire (BDFQ)

¹¹ Young Mania Rating Scale (YMRS)

علاقتها بالمتغيرات الأخرى لاسيما التي نعى بها في بحثنا الراهن. وستعرض الباحثة نماذج لبعض الدراسات التي تهتم ببحث المهارات الاجتماعية لدى فئات من المرضى الذهانيين. أجريت بعض الدراسات في البيئة العربية حول اضطراب المهارات الاجتماعية لدى المرضى النفسيين، ومن بين هذه الدراسات دراسة أبو سريع (أبو سريع، ١٩٨٦) التي قام فيها باختيار ثلاث مجموعات الأولى من المرضى الفصامين الذكور، وعددهم (٤٠) مريضاً، وكان متوسط العمر (٢٦,١٥) عاماً، وتكونت المجموعة الثانية من (٣٠) مريضاً عصابياً، وكان متوسط العمر (٤٢,٠٣) عاماً، وتكونت مجموعة الأسوياء وهي المجموعة الثالثة من (٤٠) مريضاً بمتوسط عمرى قدره (٢٤,١٥) عاماً، وطبق عليهم مقياس المهارات الاجتماعية. وأشارت نتائج الدراسة إلى وجود فروق دالة إحصائياً بين المجموعات الثلاث في الدرجة الكلية للمهارات الاجتماعية في اتجاه الأسوياء، ولم تكن هناك فروق دالة بين مجموعتي المرضى.

ولمعرفة الفروق بين المرضى النفسيين في المهارات الاجتماعية وفقاً للنوع والعمر، تم اختيار مجموعة مكونة من (٥٧) فصامياً و(٣٣) من مرضى الاضطرابات الوجدانية و(٢٠) من الأسوياء كمجموعة ضابطة. وتم تقدير المهارات الاجتماعية بالأداء على اختبارات أداء الدور. وكشفت النتائج عن أن الفصاميات كن أكثر كفاءة من الفصامين، في حين لم تكن هناك فروق بين الذكور والإناث في مجموعة الاضطرابات الوجدانية والمجموعة الضابطة، ولم تكن هناك فروق بينهما طبقاً للعمر (Mueser, Bellack, Morrison & Wixted, 1990).

وامتداداً لنتائج الدراسة السابقة التي اهتمت بتقدير الفروق التشخيصية والفروق بين الجنسين في المهارات الاجتماعية قام ميوسر وزملاؤه (2010) بدراسة أخرى تحمل نفس الهدف، وهو بحث الفروق بين بعض فئات المرضى نوى الاضطرابات الذهانية، بالإضافة لبحث الفروق بين الجنسين في المهارات الاجتماعية، لدى مجموعة مكونة من (١٨٣) فرداً من المرضى العقلين المقيمين خارج المستشفى. وكشفت النتائج عن اضطراب المهارات الاجتماعية لدى مرضى الفصام مقارنة بنوى الاضطراب ثنائي القطب ومرضى الاكتئاب، ولم تسهم الأعراض المرضية في التنبؤ بالمهارات الاجتماعية لدى مرضى الفصام والاضطرابات الوجدانية على حد سواء. وارتبط العمر باضطراب المهارات الاجتماعية لدى مجموعتي المرضى. وكان الإناث أكثر تفوقاً في المهارات الاجتماعية من الذكور بالنسبة للاضطرابات الوجدانية مقارنة باضطراب الفصام.

وقد وجد أن استراتيجيات التعايش تعتمد على مستوى المهارات الاجتماعية للفرد، كما أن التغيرات الإيجابية في المهارات الاجتماعية تقود إلى تغيرات في قدرة الفرد على التعايش

بشكل تكيفي، وخفض مستوى القلق الاجتماعي. وقد أجريت بعض الدراسات بهدف معرفة أثر التدريب على المهارات الاجتماعية على استراتيجيات التعايش، وكشفت النتائج عن أن التدريب على المهارات الاجتماعية قد أدى إلى زيادة استراتيجيات التعايش التكيفية وخفض مستوى القلق الاجتماعي وزيادة النشاطات الاجتماعية (Bijstra & Jackson, 1998). وفي الوقت نفسه أجريت بعض البحوث بهدف تنمية المهارات الاجتماعية واستراتيجيات التعايش لدى مرضى الاضطراب الوجداني (Rita et al., 2000).

تعقيب على البحوث والدراسات السابقة

تعقيباً على ما تم عرضه من بحوث ودراسات اهتمت ببحث استراتيجيات التعايش والمهارات الاجتماعية لدى المرضى الذهانيين على المستوى المحلي والعالمى يبقى الإشارة إلى عدد من النقاط:

- ١- تم الاستفادة من مجمل نتائج الدراسات السابقة في توجيه فروض البحث الراهن، وكذا الاستفادة من أداة شاع ورود استخدامها في الدراسات السابقة وهي مقياس استراتيجيات التعايش وهي الأداة التي قامت الباحثة بترجمتها والاستعانة بها.
 - ٢- انتهت بعض الدراسات إلى أن اختلاف استراتيجيات التعايش التي يستخدمها المرضى الذهانيين باختلاف نوع الاضطراب الذهاني والمرحلة التي يعاني منها المريض، كما اختلفت نتائج بعض الدراسات في نوعية استراتيجيات التعايش التي يعاني منها هؤلاء المرضى (Mancuso et al., 2015; Simonsen et al., 2011; Wilson et al., 2014; Zappia et al., 2012).
 - ٣- في حين أشار باحثين آخرين إلى أن استراتيجيات التعايش كانت متشابهة لدى مختلف فئات المرضى الذهانيين (Kommischer et al., 2016).
 - ٤- ندرة الدراسات التي عنيت ببحث استراتيجيات التعايش لدى مرضى الفصام الوجداني ومرضى الاضطرابات الوجدانية، ومن ثم سعت الباحثة لتناول استراتيجيات التعايش لدى هؤلاء المرضى إضافة لمرضى الفصام.
 - ٥- ضعف الاهتمام بالعوامل المنبئة باستراتيجيات التعايش لاسيما المهارات الاجتماعية وبعض المتغيرات السكانية، وهذا ما سينهض به البحث الراهن.
 - ٦- انتهت الدراسات السابقة في مجملها إلى وجود اضطراب في المهارات الاجتماعية لدى المرضى الذهانيين (Mueser et al., 1990a; Mueser, et al 2010). ومن أمثلة الدراسات في البيئة العربية دراسة أبو سريع (١٩٨٦). إلا أننا لم نستطع الوصول لدراسة واحدة- في حدود ما اطلعت عليه الباحثة- تعنى ببحث دور المهارات الاجتماعية في التنبؤ
- المجلة المصرية للدراسات النفسية العدد ١١٥ المجلد الثاني والثلاثون-أبريل ٢٠٢٢ (٢٦٥)؛

استراتيجيات التعايش لدى مرضى الذهانيين .

باستراتيجيات التعايش لدى المرضى الذهانيين أو فئاتهم الفرعية.
٧- من بين جوانب القصور المنهجية التي شابت بعض الدراسات الوصف غير الكافي لعينات البحث، مثل دراسة ميوسر وآخرون (1990) التي لم يشر فيها إلى متوسط العمر لدى المجموعات الثلاث، وإنما أورد فقط الأعداد الممثلة لكل مجموعة.

فروض البحث

- ١- توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات مرضى الفصام ومرضى الفصام الوجداني ومرضى الهوس والأسوياء في استراتيجيات التعايش وأبعادها الفرعية في اتجاه الأسوياء.
- ٢- يختلف حجم الإسهام النسبي للعوامل النفسية (المهارات الاجتماعية) والعوامل السكانية (النوع، والمستوى الاقتصادي والاجتماعي، والحالة الاجتماعية، وتاريخ الاضطرابات العصبية، وتاريخ الاضطرابات الجسمية، والتشخيص الحالي، والعمر عند بداية المرض، ومدة المرض، وعدد مرات الاحتجاز بالمستشفى) في التنبؤ باستراتيجيات التعايش وأبعادها الفرعية.

منهج البحث

اتبعت الباحثة المنهج الوصفي الارتباطي المقارن للكشف عن الفروق بين مرضى الفصام ومرضى الفصام الوجداني ومرضى الهوس والأسوياء في استراتيجيات التعايش وأبعادها الفرعية، وكذا تقدير حجم الإسهام النسبي للعوامل النفسية والسكانية ودورها في التنبؤ بتلك الاستراتيجيات.

عينة البحث:

تم اختيار عينة البحث بطريقة قصدية؛ حيث تألفت العينة من أربع مجموعات هي:
المجموعة الأولى: تم اختيار مجموعة مكونة من (٥٧) من مرضى الفصام (٣١ ذكراً، ٢٦ أنثى) بمتوسط عمر (٣٥,٨٢ ± ٨,٠٢). وقد تراوح المدى العمري لأفراد المجموعة بين (٢٣ - ٥٠) عاماً. وهم من المرضى المقيمين في دار الاستشفاء والصحة النفسية بالعباسية.
المجموعة الثانية: تم اختيار مجموعة مكونة من (٣٤) من مرضى الفصام الوجداني (٢٩ ذكراً، ٥ إناث)، بمتوسط عمر (٣٣,٧٩ ± ٧,٧١). وقد تراوح المدى العمري لأفراد المجموعة بين (٢١ - ٤٧) عاماً. وهم من المرضى المقيمين في دار الاستشفاء والصحة النفسية بالعباسية.
المجموعة الثالثة: تم اختيار مجموعة مكونة من (٤٠) من مرضى الهوس، (١٩ ذكراً، ٢١ أنثى)، بمتوسط عمر (٣٣,٧٧ ± ٦,٠٢). وقد تراوح المدى العمري لأفراد المجموعة بين (٢٠ -

٤٢) عاماً. وهم من المرضى المقيمين في دار الاستشفاء والصحة النفسية بالعباسية. المجموعة الرابعة: تم اختيار مجموعة مكونة من (٥٧) من الأسوياء، (٣٣ ذكراً، ٢٤ أنثى)، بمتوسط عمر (٣٣,٧٧ ± ٨,٠٩). وقد تراوح المدى العمري لأفراد المجموعة بين (١٧ - ٥٠) عاماً.

وقد روعي عند اختيار عينة البحث عدداً من الشروط نجملها فيما يلي:

- ١- روعي أن تكون مجموعات المرضى من المشخصين من قبل الطبيب النفسي.
 - ٢- تم جمع بعض البيانات الخاصة بالمجموعات المرضية تتعلق بتاريخ آخر إقامة بالمستشفى، وعدد مرات الإقامات السابقة، ومدة الإقامة الحالية، والعمر عند بداية المرض، ومدة المرض. بالإضافة لبعض البيانات الخاصة بالعمر، ومستوى التعليم والحالة الاجتماعية للمريض، والمستوى الاقتصادي والاجتماعي، وتاريخ الإصابة بالأمراض الجسمية والاضطرابات العصبية والجينية. وتم الحصول على هذه البيانات من المريض، والملف الخاص به، والاختصاصيين النفسيين، وفريق التمريض، والطبيب المعالج في بعض الأحيان.
 - ٣- اشترط في أفراد المجموعات المرضية عدم خضوعهم للعلاج بالجلسات الكهربائية في الإقامة الحالية.
 - ٤- استبعاد أى حالات تعاني وجود اضطرابات سمعية أو بصرية أو تأخر عقلي.
 - ٥- اشترط ألا يقل المستوى التعليمي لأفراد العينة عن المستوى المتوسط (الشهادة الثانوية، أو ما يعادلها كحد أدنى) حتى يتسنى لهم فهم بنود الاختبارات.
 - ٦- روعي التكافؤ بين أفراد العينة في العمر، ومستوى التعليم، وعدد سنوات التعليم، والمستوى الاجتماعي.
 - ٧- استبعاد الحالات التي تعاني من إصابات عضوية في المخ، وتم التحقق من ذلك من خلال ملف المريض، والطبيب المعالج له، والتأكد من ذلك بسؤال الأفراد في مجموعة الأسوياء.
 - ٨- اشترط ألا يعاني أى من مجموعات البحث من إدمان الكحوليات أو المواد النفسية المؤثرة في الأعصاب في الفترة التي تسبق الدراسة، والتي تقدر عادة بستة أشهر، لتفادي أى تأثيرات على الأداء النفسي للمرضى والأسوياء.
- وفيما يلي عرض أهم الخصائص السكانية لأفراد العينة.

استراتيجيات التعايش لدى مرضى الذهانيين .

جدول ١

الخصائص السكانية للعينة

التاريخ المرضي	مستوى التعليم			الحالة الاجتماعية			النوع		المجموعات	
	لا يوجد	عالي	متوسط	متزوج	مطلق	أعزب	إناث	ذكور		
٩ ٪١٥,٧	٤٨ ٪٨٤,٢	١٥ ٪٢٦,٣	٦ ٪١٠,٥	٣٦ ٪٦٣,٢	١٠ ٪١٧,٥	١٠ ٪١٧,٥	٣٧ ٪٦٤,٩	٢٦ ٪٥٤,٦	٣١ ٪٥٤,٤	مرضى الفصام
١٣ ٪٣٨,٢	٢١ ٪٦١,٨	٩ ٪٢٦,٥	٤ ١١,٤٨	٢١ ٪٦١,٨	٣ ٪٨,٨	٥ ٪١٤,٧	٢٦ ٪٧٦,٥	٥ ٪١٤,٧	٢٩ ٪٨٥,٣	مرضى الفصام الوجداني
١٩ ٪٤٧,٥	٢١ ٪٥٢,٥	٩ ٪٢٢,٥	٣ ٪٧,٥	٢٨ ٪٧٠,٠	٤ ٪١٠,٠	١١ ٪٢٧,٥	٢٥ ٪٦٢,٥	٢١ ٪٥٢,٥	١٩ ٪٤٧,٥	مرضى الهوس
١ ٪١,٨	٥٦ ٪٩٨,٢	٢١ ٪٣٦,٨	١٠ ٪١٧,٥	٢٦ ٪٤٥,٦	١ ٪١,٨	٤٠ ٪٧٠,٢	١٦ ٪٢٨,١	٢٤ ٪٤٢,١	٣٣ ٪٥٧,٩	الأسوياء

جدول ٢

الخصائص المرضية لمجموعات المرضى

التاريخ الوراثي	مدة آخر إقامة بالمستشفى		عدد مرات الاحتجاز		مدة المرض بالسنوات			العمر عند بداية المرض		المجموعات		
	لا يوجد	٣ : ١ سنوات	أقل من سنة	١٠ : ٤ مرات	أقل من أربع مرات	أعلى من ١٦ سنة	١٠ : ١٥ سنوات	أقل من ١٠ سنوات	أعلى من ٢٥ سنة			
٦ ٪١٠,٥	٧ ٪١٢,٢	٤٤ ٪٧٧,١٩	١٩ ٪٣٣,٣	٣٨ ٪٦٦,٦	٣١ ٪٥٤,٤	٢٦ ٪٤٥,٦	٦ ٪١٠,٥	١٠ ٪١٧,٥	٤١ ٪٧١,٩	٢٦ ٪٤٥,٦	مرضى الفصام	
٤ ٪١١,٧	٢٠ ٪٥٨,٨	١٠ ٪٢٩,٤	٨ ٪٢٣,٥	٢٦ ٪٤٥,٦	١٤ ٪٤١,١	٢٠ ٪٥٨,٨	٤ ٪١١,٧	١٠ ٪٢٩,٤	٢٠ ٪٥٨,٨	١١ ٪٣٢,٣	٢٣ ٪٦٧,٦	مرضى الفصام الوجداني
١ ٪٢,٥	٣ ٪٧,٥	٣٦ ٪٩٠,٠	١٧ ٪٤٢,٥	٢٣ ٪٥٧,٥	٣ ٪٥,٧	٣٧ ٪٩٢,٥	٥ ٪١٢,٥	١٣ ٪٣٢,٥	٢٢ ٪٥٥,٠	١١ ٪٢٧,٥	٢٩ ٪٧٢,٥	مرضى الهوس

= (٢٦٨)؛ المجلة المصرية لدراسات النفسية العدد ١١٥ المجلد الثاني والثلاثون - أبريل ٢٠٢٢ =

جدول ٣

التكافؤ بين الأسوياء ومرضى الفصام

مستوى الدلالة	قيمة (ت)	مرضى الفصام (ن=٥٧)		الأسوياء (ن=٥٧)		المتغيرات
		ع	م	ع	م	
غير دالة	١,٤٤	٧,٠٢	٣٥,٨٢	٨,٠٩	٣٣,٧٧	العمر
غير دالة	١,٢٨	٠,٩٨٤	١,٦٨	٠,٩١١	١,٩١	مستوى التعليم
غير دالة	٠,٩٧٧	١,٩٢	١٢,٧٨	٢,٢٧	١٣,١٧	عدد سنوات التعليم
غير دالة	٠,٢٨٠	٢,٣٨	٢,٦١	٢,٣٠	٢,٤٩	المستوى الاجتماعي*

اتضح من الجدول السابق عدم وجود فروق بين الأسوياء ومرضى الفصام فى العمر ومستوى التعليم وعدد سنوات التعليم بما يحقق التكافؤ بين المجموعتين.

جدول ٤

التكافؤ بين الأسوياء ومرضى الفصام الوجدانى

مستوى الدلالة	قيمة (ت)	مرضى الفصام الوجدانى (ن=٣٤)		الأسوياء (ن=٥٧)		المتغيرات
		ع	م	ع	م	
غير دالة	٠,٠١٣	٧,٧١	٣٣,٧٩	٨,٠٩	٣٣,٧٧	العمر
غير دالة	١,٣٥	٠,٨٨٣	١,٦٤	٠,٩١١	١,٩١	مستوى التعليم
غير دالة	٠,٦٢١	١,٩٩	١٢,٨٨	٢,٢٧	١٣,١٧	عدد سنوات التعليم
غير دالة	٠,٥٩٨	٢,٦٢	٢,١٧	٢,٣٠	٢,٤٩	المستوى الاجتماعى

اتضح من الجدول السابق عدم وجود فروق بين الأسوياء ومرضى الفصام الوجدانى فى العمر ومستوى التعليم وعدد سنوات التعليم والمستوى الاجتماعى بما يحقق التكافؤ بين المجموعتين.

استراتيجيات التعايش لدى مرضى الذهانيين .

جدول ٥

التكافؤ بين الأسوياء ومرضى الهوس

مستوى الدلالة	قيمة (ت)	مرضى الهوس (ن=٤٠)		الأسوياء (ن=٥٧)		المتغيرات
		ع	م	ع	م	
غير دالة	٠,٠٠٢	٦,٠٢	٣٣,٧٧	٨,٠٩	٣٣,٧٧	العمر
غير دالة	٢,١٢	٠,٨٤٦	١,٥٢	٠,٩١١	١,٩١	مستوى التعليم
غير دالة	١,٩٦	١,٨١	١٢,٣٢	٢,٢٧	١٣,١٧	عدد سنوات التعليم
غير دالة	٠,٧٢٨	٢,٨٧	٢,٨٧	٢,٣٠	٢,٤٩	المستوى الاجتماعي

اتضح من الجدول السابق عدم وجود فروق بين الأسوياء ومرضى الهوس فى العمر ومستوى التعليم وعدد سنوات التعليم والمستوى الاجتماعي بما يحقق التكافؤ بين المجموعتين.

جدول ٦

التكافؤ بين مرضى الفصام ومرضى الفصام الوجدانى

مستوى الدلالة	قيمة (ت)	مرضى الفصام الوجدانى (ن=٣٤)		مرضى الفصام (ن=٥٧)		المتغيرات
		ع	م	ع	م	
غير دالة	١,٢٨	٧,٧١	٣٣,٧٩	٧,٠٢	٣٥,٨٢	العمر
غير دالة	٠,١٨١	٠,٨٨٣	١,٦٤	٠,٩٨٤	١,٦٨	مستوى التعليم
غير دالة	٠,٢٢٠	١,٩٩	١٢,٨٨	١,٩٢	١٢,٧٨	عدد سنوات التعليم
غير دالة	٠,٨١٦	٢,٦٢	٢,١٧	٢,٣٨	٢,٦١	المستوى الاجتماعي

اتضح من الجدول السابق عدم وجود فروق بين مرضى الفصام ومرضى الفصام الوجدانى فى العمر ومستوى التعليم وعدد سنوات التعليم والمستوى الاجتماعي بما يحقق التكافؤ بين المجموعتين.

جدول ٧

التكافؤ بين مرضى الفصام ومرضى الهوس فى العمر ومستوى التعليم وعدد سنوات التعليم

مستوى الدلالة	قيمة (ت)	مرضى الهوس (ن=٤٠)		مرضى الفصام (ن=٥٧)		المتغيرات
		ع	م	ع	م	
غير دالة	١,٤٩	٦,٠٢	٣٣,٧٧	٧,٠٢	٣٥,٨٢	العمر
غير دالة	٠,٨٢٩	٠,٨٤٦	١,٥٢	٠,٩٨٤	١,٦٨	مستوى التعليم
غير دالة	١,١٩	١,٨١	١٢,٣٢	١,٩٢	١٢,٧٨	عدد سنوات التعليم
غير دالة	٠,٤٨٨	٢,٨٧	٢,٨٧	٢,٣٨	٢,٦١	المستوى الاجتماعي

اتضح من الجدول السابق عدم وجود فروق بين مرضى الفصام ومرضى الهوس فى العمر ومستوى التعليم وعدد سنوات التعليم والمستوى الاجتماعي بما يحقق التكافؤ بين

(٢٧٠)؛ المجلة المصرية لدراسات النفسية العدد ١١٥ المجلد الثاني والثلاثون - أبريل ٢٠٢٢ =

جدول ٨

التكافؤ بين الفصام الوجداني ومرضى الهوس

المتغيرات	الفصام الوجداني (ن= ٣٤)		مرضى الهوس (ن= ٤٠)		قيمة (ت)	مستوى الدلالة
	ع	م	ع	م		
العمر	٧,٧١	٣٣,٧٧	٦,٠٢	٠,٠١٢	غير دالة	
مستوى التعليم	٠,٨٨٣	١,٥٢	٠,٨٤٦	١,١٢	غير دالة	
عدد سنوات التعليم	١,٩٩	١٢,٣٢	١,٨١	٠,٦٠٦	غير دالة	
المستوى الاجتماعي	٢,٦٢	٢,٨٧	٢,٨٧	١,٠٠٨	غير دالة	

اتضح من الجدول السابق عدم وجود فروق بين الفصام الوجداني ومرضى الهوس في العمر ومستوى التعليم وعدد سنوات التعليم والمستوى الاجتماعي بما يحقق التكافؤ بين المجموعتين.

أدوات البحث:

١ - مقياس استراتيجيات التعايش (النسخة المعدلة)^{١٢}:

أعد مقياس استراتيجيات التعايش- النسخة المعدلة فولكمان ولازاروس (1985)، وقد قامت الباحثة بنقله للعربية، بعد الحصول على تصريح بترجمته من معدى المقياس. ويعد مقياس استراتيجيات التعايش المعدل مقياساً للتقدير الذاتي، وقد اختلفت النسخة المعدلة للمقياس عن قائمة استراتيجيات التعايش التقليدية التي أعدها فولكمان ولازاروس (1980) في بعض الأمور أولها: تم تغيير طريقة الإجابة على المقياس من (نعم، ولا) إلى طريقة الاختيار الرباعية، كما تم حذف بعض البنود لعدم وضوحها وإضافة بنود أخرى. وتتكون النسخة المعدلة التي قمنا بترجمتها من (٥٠) بنداً، تمثل مجموعة واسعة من الأفكار والأفعال التي يستخدمها الناس للتعامل مع المطالب الداخلية والخارجية للمواقف الضاغطة، وفيه يسأل المشارك عن استحضار الأحداث الأخيرة في حياته التي تعد مصدراً من مصادر المشقة، ثم يقوم بقراءة بنود المقياس، والتي تعبر عن مجموعة من السلوكيات المختلفة التي تستخدم مع مختلف أنواع الضغوط التي قد تواجه الفرد في حياته. ويجب المشارك على المقياس باختيار بديل من بين أربعة بدائل هي (لا يستخدم، يستخدم في بعض الأحيان، يستخدم بدرجة كبيرة، يستخدم بدرجة كبيرة جداً).

¹² The Revised Ways of Coping (WOC)

استراتيجيات التعايش لدى مرضي الذهانيين .

وتعبر الدرجة الكلية الأعلى للمقياس عن استراتيجيات تعايش ايجابية؛ حيث يتم عكس الدرجة على بعدى الإقصاء ، والهروب- التجنب فى الاتجاه الإيجابى، فى حين تعبر الدرجة الكلية الدنيا عن استراتيجيات التعايش السلبية.
ويتكون المقياس من ثمانية أبعاد فرعية كما يلى:

أبعاد المقياس:

- ١- استراتيجيات التأقلم Confrontive coping ويتكون هذا البعد من ستة بنود، ويمثله البنود التالية (٦- ٧- ١٧- ٢٨- ٣٤- ٤٦)^{١٣}.
 - ٢- استراتيجيات الإقصاء Distancing ويتكون من ستة بنود، ويمثله البنود التالية (١٢- ١٣- ١٥- ٢١- ٢١- ٤٤).
 - ٣- التحكم الذاتى: Self-controlling ويتكون من سبعة بنود، ويمثله البنود التالية (١٠- ١٤- ٣٥- ٤٣- ٥٤- ٦٣- ٦٤).
 - ٤- البحث عن الدعم الاجتماعى (المساندة الاجتماعية) Seeking social support ويتكون من ستة بنود، ويمثله البنود التالية (٨- ١٨- ٢٢- ٣١- ٤٢- ٤٥).
 - ٥- تحمل المسؤولية Accepting responsibility ويتكون من أربعة بنود، ويمثله البنود التالية (٩- ٢٥- ٢٩- ٥١).
 - ٦- الهروب- التجنب Escape-Avoidance ويتكون من ثمانية بنود، ويمثله البنود التالية (١١- ١٦- ٣٣- ٤٠- ٤٧- ٥٠- ٥٨- ٥٩).
 - ٧- التخطيط لحل المشكلات Planful problem-solving ويتكون من ستة بنود، ويمثله البنود التالية (١- ٢٦- ٣٩- ٤٨- ٤٩- ٥٢).
 - ٨- إعادة التقييم الإيجابى Positive reappraisal ويتكون من سبعة بنود، ويمثله البنود التالية (٢٠- ٢٣- ٣٠- ٣٦- ٣٨- ٥٦- ٦٠).
- وتمثلت البنود المعكوسة على مدار المقياس فى البنود التالية (١- ١١- ١٢- ١٦- ٣٣- ٤٧- ٥٨- ٥٩- ٦٥).

٢- قائمة المهارات الاجتماعية لريجيو (SSI) Social Skills Inventory

تم الاعتماد على قائمة المهارات الاجتماعية، وهى من إعداد رونالد ريجيو (١٩٨٩)،

^{١٣} تشير البنود التى تحتها خط إلى البنود المعكوسة

وقام خليفة (٢٠٠٦) بنقلها للعربية. وتتكون القائمة من (٩٠) بنداً موزعة على ستة مكونات فرعية بواقع (١٥) بنداً لكل مقياس فرعى، وذلك على النحو التالى:

مقياس التعبير الانفعالى (Emotional Expressivity (EE)

مقياس الحساسية الانفعالية (Sensitivity Emotional (ES)

مقياس الضبط الانفعالى (Emotional Control (EC)

مقياس التعبير الاجتماعى (Social Expressivity (SE)

مقياس الحساسية الاجتماعية (Social Sensitivity (SS)

مقياس الضبط الاجتماعى (Social Control (EC)

وتتمثل طريقة إجابة المبحوث على بنود المقياس فى تقدير كل بند من البنود فى ضوء خمس نقاط، تبدأ من (١) حيث لا ينطبق البند على الإطلاق، إلى (٥) حيث ينطبق البند تماماً. وتتراوح درجة المبحوث على كل مقياس فرعى بين (١٥ : ٧٥) درجة، وتتراوح الدرجة الكلية على المقياس بين (٩٠ : ٤٥٠) درجة، عبارة عن مجموع درجاته على المقاييس الفرعية. ويراعى عند التصحيح عكس البنود السلبية، التى تمثل الاتجاه العكسى للمهارة، والتى بلغ عددها (٣١) بنداً من إجمالى عدد البنود.

الخصائص القياسية لأدوات البحث

أولاً: الثبات

تم حساب معاملات الثبات لمقاييس استراتيجيات التعايش والمهارات الاجتماعية باستخدام طريقة إعادة الاختبار، ومعامل ألفا كرونباخ، والقسمة النصفية.

جدول رقم ٩

ثبات الأدوات باستخدام إعادة الاختبار ومعامل ألفا كرونباخ والقسمة النصفية لدى مجموعات

البحث

المهارات الاجتماعية			استراتيجيات التعايش			الاختبار
القسمة النصفية	ألفا كرونباخ	إعادة الاختبار	القسمة النصفية	ألفا كرونباخ	إعادة الاختبار	
٠,٧٦٠	٠,٨١٦	٠,٨٢١	٠,٨١٢	٠,٨١٦	٠,٧٠٤	مرضى الفصام (ن=١٥)
٠,٨٠٢	٠,٧٩٠	٠,٧٨٠	٠,٧٩٠	٠,٨١٦	٠,٧١٢	مرضى الفصام الوجدانى (ن=١٠)
٠,٧٢٠	٠,٧٦٠	٠,٧٠٤	٠,٧٩٥	٠,٧١٤	٠,٦٩٠	مرضى الهوس (ن=١٠)
٠,٨١٠	٠,٨٨٠	٠,٨٧٠	٠,٧٨٠	٠,٨٠١	٠,٧٤٠	الأسوياء (ن=١٥)

اتضح من الجدول السابق أن معاملات الثبات لمقياسي البحث باستخدام إعادة الاختبار وألفا كرونباخ والقسمة النصفية- باستخدام معادلة سبيرمان براون لتساوي النصفين- قد تراوحت بين (٠,٦٩ : ٠,٨٨)؛ مما يشير إلى تمتع المقياس بمؤشرات ثبات مرضية.

ثانياً: الصدق

تم الاعتماد على بعض مؤشرات الصدق، منها ما تم تقديره في بحثنا الراهن، ومنها ما تم الاعتماد فيه على مؤشرات الصدق التي أجريت في دراسات سابقة قام بها معدى هذه المقاييس. وسنعرض لذلك فيما يلي:

مؤشرات الصدق التي أجريت في البحث الراهن

تم الاعتماد على بعض المؤشرات في تقدير صدق مقياسي البحث من قبيل صدق المحتوى (صدق المحكمين)، وصدق الارتباط بمحك خارجي، والصدق التمييزي كما يلي:

١- صدق المحكمين:

تم عرض مقياس استراتيجيات التعايش التي قامت الباحثة بنقله للعربية على أحد المتخصصين في اللغة الإنجليزية^٤، لتحكيم دقة الترجمة ومدى ملائمتها للسياق الذي وردت فيه. كما تم عرض المقياس على ستة من الأساتذة المحكمين والمتخصصين في علم النفس^٥ من جامعتي القاهرة وبنى سويف للتأكد من: مدى ملائمة كل بند لما يقيسه من مفهوم، وارتباطه بالبعد الذي ينطلق منه، ومدى ملائمة للثقافة المصرية، وإدخال أية تعديلات على هذه البنود. وقد أدخل المحكمون بعض التعديلات بخصوص إعادة صياغة بعض العبارات لتسهم أكثر في وضوح المعنى. وقد تراوحت نسب اتفاق المحكمون على كافة بنود المقياس بين (٩٠ : ١٠٠%) وهي نسب اتفاق مرتفعة؛ ومن ثم لم يتم استبعاد أى بند من البنود.

٢- صدق الارتباط بمحك خارجي

تم حساب صدق الارتباط بمحك خارجي من خلال قياس معاملات الارتباط بين مقياس

^٤ تتوجه الباحثة بخالص الشكر والتقدير للدكتورة شيماء سيد عبد العاطي مدرس الأدب الإنجليزي بجامعة بنى سويف على تحكيم ترجمة المقياس من حيث دقة الترجمة ومدى ملائمتها للسياق الذي وردت فيه.
^٥ توجه الباحثة جزيل الشكر لكل من أ.د شعبان جاب الله رضوان، أستاذ علم النفس- جامعة القاهرة، أ.د أيمن عامر، أستاذ علم النفس- جامعة القاهرة، أ.د. عزة عبد الكريم أستاذ علم النفس- جامعة القاهرة، أ.د. عيبر أنور أستاذ علم النفس المساعد- جامعة القاهرة، أ.د. هبة الله محمود أبو النيل أستاذ علم النفس- جامعة بنى سويف، أ.د. صفاء إسماعيل أستاذ علم النفس المساعد- جامعة القاهرة لتعاونهم ثمراً في تحكيم أدوات البحث.

الكفاءة الاجتماعية إعداد ساراسون وآخرون، تعريب حبيب (١٩٩٠) كمحك خارجى لمقياسى المهارات الاجتماعية واستراتيجيات التعايش. وسنعرض فى الجدول التالى معاملات صدق الارتباط بمحك خارجى لدى مجموعات البحث الأربع.

جدول ١٠

يوضح معاملات صدق التعلق بمحك خارجى لمقياسى استراتيجيات التعايش والمهارات الاجتماعية لدى مجموعات البحث

م	الاختبار	مرضى الفصام (ن= ٥٧)	مرضى الفصام الوجدانى (ن= ٣٤)	مرضى الهوس (ن= ٤٠)	الأسوياء (ن= ٥٧)
١	مقياس استراتيجيات التعايش المحك: اختبار الكفاءة الاجتماعية	٠,٥٩٠**	٠,٥٤٢**	٠,٥٢٠**	٠,٦٩٠**
٢	اختبار المهارات الاجتماعية المحك: اختبار الكفاءة الاجتماعية	٠,٦٤٠**	٠,٦٧٥**	٠,٥٨٠**	٠,٧٤٣**

** معامل الارتباط دال عند ٠,٠١

اتضح من الجدول السابق أن الارتباطات بين اختباراتى البحث والمحك الخارجى جاءت فى مجملها جيدة.

مؤشرات صدق مقياسى البحث التى استمدت من الدراسات السابقة

تم تقدير صدق مقياسى البحث بالاعتماد على تراكم النتائج والبيانات التى تستمد من الدراسات السابقة، وقد أجريت محاولات لتقدير صدق مقياس استراتيجيات التعايش من قبل معدى المقياس؛ حيث قام فولكمان ولازورس (1985b) بتقدير صدق المقياس باستخدام الصدق العاملى، حيث قاما بإجراء التحليل العاملى على مرحلتين، أجريت المرحلة الأولى منها على مجموعة مكونة من (١٥٠) من الأزواج والزوجات، وتم التوصل من خلال هذا التحليل إلى ثمانية عوامل تشبع عليها (٥٠) بنبدأ، وهناك ستة عشر بنبدأ لم تشبع على أى عامل من العوامل؛ لذا تحسب الدرجة الكلية للمقياس على (٥٠) بنبدأ فقط. ثم بعد ذلك إجراء التحليل العاملى من الدرجة الثانية على مجموعة من الطلبة والطالبات (ن= ١٠٨) وتم التوصل إلى نفس العوامل الثمانية، واستبعاد البنود التى لم تشبع على أى عامل من العوامل السابقة والتى تقدر بستة عشر بنبدأ. كما تم الاعتماد على مؤشرات صدق مقياس المهارات الاجتماعية من خلال الدراسة التى أجراها خليفة (٢٠٠٦) باستخدام التحليل العاملى من الدرجة الأولى؛ حيث أسفرت النتائج عن انتظام الأبعاد الستة لمقياس المهارات الاجتماعية فى ثلاثة عوامل هى (التعبير والضبط الاجتماعى، التعبير والضبط الانفعالى، الحساسية الانفعالية والاجتماعية) واستوعبت هذه العوامل (٧٧,٩٪). نخلص مما سبق أن أدوات البحث تتسم بقدر مقبول من الثبات والصدق بما يسمح بإمكانية

الاعتماد عليها وإخضاعها لمزيد من المعالجات الاحصائية.

إجراءات البحث

١- قامت الباحثة بالاطلاع على المتاح من الأدوات العربية والأجنبية التي استخدمت في تقدير متغيرات البحث، وتم الاستقرار على قائمة ريجيو للمهارات الاجتماعية وترجمة مقياس استراتيجيات التعايش وعرضه على التحكيم.

٢- تم تطبيق هذه الأدوات على العينة الاستطلاعية، للتحقق من خصائصها القياسية وتم ضم نتائجها إلى العينة الأساسية.

٣- قبل البدء في إجراءات التطبيق قامت الباحثة بالحصول على تصريح من المسؤولين لإجراء تطبيقات البحث على عينة المرضى الذهانيين المحتجزين بدار الاستشفاء والصحة النفسية بالعباسية، أما بالنسبة لعينة الأسوياء فقد تم اختيارها من خلال مضاهاة كل حالة بحالة مطابقة لها أو مقاربة معها في الخصائص السكانية.

٤- بدأ التطبيق بتوضيح الهدف من البحث وأهميته، وتم التأكيد على أن المشاركة اختيارية، ولا إلزام فيها لكتابة الاسم أو أية بيانات أخرى من شأنها الكشف عن الهوية، كما تم التأكيد على سرية البيانات واستخدامها لأغراض البحث العلمي، لحثهم على التعاون والمشاركة وعدم تزييف الإجابات.

٥- تم التطبيق بشكل فردي على المبحوثين؛ حيث بدأت جلسة التطبيق بتوضيح طريقة الإجابة على الأسئلة بدءاً من البيانات الشخصية، ثم الإجابة على مقياسي الدراسة. وقد استغرقت جلسة التطبيق حوالي (٨٠) دقيقة تتخللها فترة راحة، وقد يتم التطبيق في جلسة واحدة أو جلستين حسب دافعية المريض للاستمرار بتركيز في الإجابة على اختبارات الدراسة.

٦- استغرق تطبيق أدوات الدراسة تسعة أشهر.

٧- واجهت الباحثة بعض الصعوبات التي تتعلق بقصر مدة الإقامة بالمستشفى لكثير من المرضى؛ مما قد يفقد الباحثة بعض المبحوثين من ذوى الإقامات القصيرة بالمستشفى التي تم البدء في التطبيق معهم ولم يكتمل التطبيق لخروجهم من المستشفى.

٨- تم استبعاد بعض الحالات لخروجها من المستشفى قبل استكمال التطبيق، كما استبعدت حالة أخرى لاكتشاف الباحثة من الملف أن الحالة تتلقى جلسات العلاج بالصدمات الكهربائية؛ مما يؤثر على مستوى تركيز الانتباه، وأدى ذلك لاستبعاد بياناتها.

٩- تم معالجة البيانات إحصائياً. تم تحديد كل من المستوى الاجتماعي والاقتصادي لأفراد العينة من خلال تحديد المهنة. وتم الاعتماد على محكات تصنيف المهن التي قدمها عبد اللطيف

خليفة (١٩٩٤) وتم تقدير المكانة الاجتماعية والاقتصادية لكل مهنة؛ حيث تراوحت مستويات المهن- اجتماعياً واقتصادياً- بين (١) و (٧) حيث تعطى أدنى المهن مكانة اقتصادية أو اجتماعية درجة (٧)، فى حين تعطى أعلى المهن مكانة من الناحية الاقتصادية والاجتماعية رقم (١).

الأساليب الإحصائية المستخدمة فى البحث:

استخدمت الباحثة الحزمة الإحصائية فى العلوم الاجتماعية (SPSS) لتحليل البيانات على النحو التالى:

١- تم استخدام نتائج تحليل التباين الأحادى للكشف عن الفروق بين مرضى الفصام ومرضى الوجدانى ومرضى الهوس والأسوياء فى استراتيجيات التعايش وأبعادها الفرعية.

٢- تم استخدام تحليل الانحدار المتعدد للكشف عن الإسهام النسبى لكل من العوامل النفسية والعوامل السكانية فى التنبؤ باستراتيجيات التعايش لدى المرضى الذهانيين والأسوياء.

نتائج البحث

يمكن عرض نتائج البحث على النحو التالى:

١- نتائج الفروق بين مرضى الفصام ومرضى الوجدانى ومرضى الهوس والأسوياء فى استراتيجيات التعايش وأبعادها الفرعية.

٢- نتائج بحث إسهام العوامل النفسية (المهارات الاجتماعية) والعوامل السكانية (العمر، والنوع، ومستوى التعليم، وعدد سنوات التعليم، والمستوى الاقتصادى والاجتماعى، والحالة الاجتماعية، وتاريخ الاضطرابات العصبية، وتاريخ الاضطرابات الجسمية، والتشخيص الحالى، والعمر عند بداية المرض، ومدة المرض، وعدد مرات الاحتجاز بالمستشفى) فى التنبؤ باستراتيجيات التعايش لدى المرضى الذهانيين والأسوياء.

نتائج الفرض الأول: الخاص بالفروق بين مرضى الفصام ومرضى الوجدانى ومرضى الهوس والأسوياء فى استراتيجيات التعايش وأبعادها الفرعية.

نعرض فيما يلى للنتائج الخاصة بالفروق بين مرضى الفصام ومرضى الوجدانى ومرضى الهوس والأسوياء فى استراتيجيات التعايش وأبعادها الفرعية

استراتيجيات التعايش لدى مرضى الذهانيين .

جدول ١١

يوضح نتائج تحليل التباين الأحادي لمعرفة تأثير السواء/ المرض على استراتيجيات التعايش وأبعادها الفرعية

مستوى الدلالة	قيمة (F)	الأسياء (N=57)		مرضى الهوس (N=40)		مرضى الفصام الوجداني (N=34)		مرضى الفصام (N=57)		الاختبار
		ع	م	ع	م	ع	م	ع	م	
٠,٠٠٠	١,٥٠	١٤,٢٠	١٢,٨٦	١١,٧٨	١٠,٥٤	١٠,٨٦	١٠,٤١	١٣,٢٠	١١,٥٥	استراتيجيات التعايش
٠,٠٠٠	١٩,٧٥	٣,٠٥	١٧,٣٥	٣,٠٠	١٣,٠٧	٢,٩٩	١٤,٧٣	٢,٧١	١٣,٤٠	استراتيجيات التأقلم
غير دال	١,٤٦	٢,٨٤	١٤,١٢	٢,٣٣	١٤,٥٠	٣,١٠	١٣,٢٠	٢,٦٤	١٤,١٢	استراتيجيات الإقصاء
٠,٠٠٠	٥٧,٢٢	٣,٤٠	١٦,٤٧	١,٦٨	١١,٢٠	٢,١٣	٩,٩١	٣,٠٤	١٥,٣٨	التحكم الذاتي
٠,٠٠٠	٦٤,٧٨	٢,٣٨	٢٠,١١	٢,٣٠	١٩,٥٧	٣,١١	١٥,٠٣	٣,١٧	١٣,١٤	البحث عن الدعم الاجتماعي
٠,٠٠٠	٥٦,٦٥	٣,١٧	١٥,٤٥	٢,٣٧	١٠,٨٥	٣,٢٣	١٤,٨٨	٢,٠٧	٩,٤٩	تحمل المسؤولية
٠,٠٠٠	٤٠,١٨	٣,٢٠	٢٢,١٥	٣,٢٤	١٧,٥٧	٣,٧٥	١٥,٠٠	٣,٠٢	٢٠,٤٣	الهروب أو التجنب
٠,٠٠٠	٦,٤٢١	٣,١٩	١٦,٠٣	٢,١٣	١٥,٥٤	٢,٤٦	١٥,٤٧	٢,٢٥	١٣,٩٦	التخطيط لحل المشكلات
٠,٠٠٠	٢٠,٤٧	٣,٤٥	١٨,٤٥	٢,٥٩	١٤,٦٧	٢,٧٣	١٤,٠٠	٣,٠٦	١٥,٤٠	إعادة التقييم الإيجابي

يتضح من الجدول السابق أن هناك تأثير لمتغير السواء/ المرض على استراتيجيات التعايش وأبعادها الفرعية، ومن ثم وجود فروق بين المجموعات الأربع فى الدرجة الكلية لاستراتيجيات التعايش، وأبعادها الفرعية (استراتيجيات التأقلم، التحكم الذاتي، البحث عن الدعم الاجتماعي، تحمل المسؤولية، الهروب أو التجنب، التخطيط لحل المشكلات، إعادة التقييم الإيجابي) ولم تكن هناك فروق بينهما فى استراتيجيات الإقصاء.

= (٢٧٨): المجلة المصرية لدراسات النفسية العدد ١١٥ المجلد الثاني والثلاثون - أبريل ٢٠٢٢ =

يوضح دلالة واتجاه الفروق بين متوسطات المجموعات الفرعية لمتغير السواء/ المرض فى استراتيجيات التعايش باستخدام معالجة (LSD).

متغير	مجموعات المقارنة	عدد الأفراد	متوسط الفروق (٢/١)	متوسط الفروق (٣/١)	متوسط الفروق (٤/١)	متوسط الفروق (٣/٢)	متوسط الفروق (٤/٢)	متوسط الفروق (٤/٣)
استراتيجيات التعايش	(١) تفصليين	٥٧	١٠١٠٠٨	١٣٠٠٣	١١٤٤٧	١٣٥	١١٣٠١٢	(١٠٠٠٠)
	(٢) تفصليين توجدتين	٣٤	(١٠٠٠٠)	(١٠٠٠٠)	غير حال	(١٠٠٠٠)	(١٠٠٠٠)	(١٠٠٠٠)
	(٣) توسيع	٤٠	(١٠٠٠٠)	(١٠٠٠٠)	(١٠٠٠٠)	(١٠٠٠٠)	(١٠٠٠٠)	(١٠٠٠٠)
	(٤) الأوياء	٥٧	(١٠٠٠٠)	(١٠٠٠٠)	(١٠٠٠٠)	(١٠٠٠٠)	(١٠٠٠٠)	(١٠٠٠٠)
استراتيجيات التحكم	(١) تفصليين	٥٧	٢٠٩٤٦	٢٠٣٣٣	١٠٦٦٥	٢٠٦١٤	٤٠٢٧٩	(١٠٠٠٠)
	(٢) تفصليين توجدتين	٣٤	(١٠٠٣٧)	(١٠٠٠٠)	غير حال	(١٠٠٠٠)	(١٠٠٠٠)	(١٠٠٠٠)
	(٣) توسيع	٤٠	(١٠٠٠٠)	(١٠٠٠٠)	(١٠٠٠٠)	(١٠٠٠٠)	(١٠٠٠٠)	(١٠٠٠٠)
	(٤) الأوياء	٥٧	(١٠٠٠٠)	(١٠٠٠٠)	(١٠٠٠٠)	(١٠٠٠٠)	(١٠٠٠٠)	(١٠٠٠٠)
استراتيجيات الإضواء	(١) تفصليين	٥٧	٢٠٣٧٧	٢٠٠٠٠	١٠٩١٦	١٠٢٩٤	٢٠٣٧٧	غير حال
	(٢) تفصليين توجدتين	٣٤	غير حال	غير حال	غير حال	(١٠٠٤٤)	غير حال	غير حال
	(٣) توسيع	٤٠	غير حال	غير حال	غير حال	(١٠٠٤٤)	غير حال	غير حال
	(٤) الأوياء	٥٧	غير حال	غير حال	غير حال	(١٠٠٤٤)	غير حال	غير حال
التحكم الذاتى	(١) تفصليين	٥٧	٤٠١٨٥	١٠٠٨٧	١٠٥٩١	١٠٢٨٨	٥٠٢٧٣	(١٠٠٠٠)
	(٢) تفصليين توجدتين	٣٤	(١٠٠٠٠)	(١٠٠٣٩)	(١٠٠٠٠)	(١٠٠٤٩)	(١٠٠٠٠)	(١٠٠٠٠)
	(٣) توسيع	٤٠	(١٠٠٠٠)	(١٠٠٠٠)	(١٠٠٠٠)	(١٠٠٠٠)	(١٠٠٠٠)	(١٠٠٠٠)
	(٤) الأوياء	٥٧	(١٠٠٠٠)	(١٠٠٠٠)	(١٠٠٠٠)	(١٠٠٠٠)	(١٠٠٠٠)	(١٠٠٠٠)

استراتيجيات التعايش لدي مرضي الذهانيين .

٤,٥٣٩ (١٠,٠٠٠)	٥,٠٨٢ (١٠,٠٠٠)	١,٥٤٢ غير عال	٦,٨٩٤ (١٠,٠٠١)	٦,٤٣٤ (١٠,٠٠٠)	٦,٩٧٧ (١٠,٠٠٠)	٥٧	(١) تفصائين	بحث عن الدعم الاجتماعي
						٣٤	(٢) تفصائين ثوجدائين	
						٤٠	(٣) لوسين	
						٥٧	(٤) الأوياء	
٤,٥٩٠ (١٠,٠٠٠)	٤,٠٢٢ (١٠,٠٠٠)	١,٥٦٧ غير عال	٦,٣٦٨ (١٠,٠٠٦)	٥,٩٥٨ (١٠,٠٠٠)	٥,٣٩١ (١٠,٠٠٠)	٥٧	(١) تفصائين	تحسين المسؤولية
						٣٤	(٢) تفصائين ثوجدائين	
						٤٠	(٣) لوسين	
						٥٧	(٤) الأوياء	
٤,٥٨٢ (١٠,٠٠٠)	٧,١٥٧ (١٠,٠٠٠)	٢,٥٧٥ (١٠,٠٠١)	٦,٧١٩ (١٠,٠٠٥)	٢,٨٦٣ (١٠,٠٠٠)	٥,٤٣٨ (١٠,٠٠٠)	٥٧	(١) تفصائين	استراتيجيات التجنب
						٣٤	(٢) تفصائين ثوجدائين	
						٤٠	(٣) لوسين	
						٥٧	(٤) الأوياء	
١٣٨٨ (١٠,٠٠٠)	٦٣٨٦ (١٠,٠٠٠)	١,١٦٩ غير عال	٢,٠٧٠ غير عال	١٤,٠٩ (١٠,٠٠٠)	١٤,٠٧ (١٠,٠٠٠)	٥٧	(١) تفصائين	التخطيط لعن المتغيرات
						٣٤	(٢) تفصائين ثوجدائين	
						٤٠	(٣) لوسين	
						٥٧	(٤) الأوياء	
٣,٧٨١ (١٠,٠٠٠)	٤,٤٥٦ (١٠,٠٠٠)	١,٦٧٥ غير عال	٣,٠٥٢ (١٠,٠٠٠)	١,٧٢٨ غير عال	١,٤٠٣ (١٠,٠٣٥)	٥٧	(١) تفصائين	إعدادة التقييم الاجمالي
						٣٤	(٢) تفصائين ثوجدائين	
						٤٠	(٣) لوسين	
						٥٧	(٤) الأوياء	

بالنظر فى الجدول السابق يتضح أن ثمة فروق دالة إحصائياً بين المجموعات الفرعية الأربع (الفصاميون، والفصاميون الوجدانيون، والهوسيون، والأسوياء) وبعضها البعض فى استراتيجيات التعايش وأبعادها الفرعية. فقد كانت هناك فروق بين الفصاميين والفصاميين الوجدانيين فى الدرجة الكلية لاستراتيجيات التعايش، وأبعادها الفرعية (استراتيجيات التأقلم، التحكم الذاتى، البحث عن الدعم الاجتماعى، تحمل المسؤولية، الهروب أو التجنب، التخطيط لحل المشكلات، إعادة التقييم الإيجابى) ولم تكن هناك فروق بينهما فى استراتيجيات الإقصاء. وكانت هناك فروق بين الفصاميين والهوسيين فى الدرجة الكلية لاستراتيجيات التعايش، وأبعادها الفرعية ما عدا استراتيجيات الإقصاء وإعادة التقييم الإيجابى.

وكانت هناك فروق بين الفصاميين والأسوياء فى الدرجة الكلية لاستراتيجيات التعايش، وأبعادها الفرعية (التحكم الذاتى، البحث عن الدعم الاجتماعى، وتحمل المسؤولية، والهروب أو التجنب، إعادة التقييم الإيجابى) ولم تكن هناك فروق بينهما فى استراتيجيات الإقصاء، واستراتيجيات التأقلم، والتخطيط لحل المشكلات.

وكانت هناك فروق بين الفصاميين الوجدانيين والهوسيين فى استراتيجيات التأقلم واستراتيجيات الإقصاء، والتحكم الذاتى، واستراتيجيات التجنب. ولم تكن هناك فروق بينهما فى الدرجة الكلية لاستراتيجيات التعايش، والبحث عن الدعم الاجتماعى، وتحمل المسؤولية، والتخطيط لحل المشكلات، وإعادة التقييم الإيجابى. وكانت هناك فروق بين الفصاميين الوجدانيين والأسوياء فى الدرجة الكلية لاستراتيجيات التعايش وأبعادها الفرعية باستثناء استراتيجيات الإقصاء. وكانت هناك فروق بين الهوسيين والأسوياء فى الدرجة الكلية لاستراتيجيات التعايش وأبعادها الفرعية باستثناء استراتيجيات الإقصاء.

مجممل نتائج تحليل التباين

يتضح من مجممل نتائج تحليل التباين أن هناك فروق بين مرضى الفصام ومرضى الفصام الوجدانى ومرضى الهوس والأسوياء فى استراتيجيات التعايش وأبعادها الفرعية ما عدا بعد الإقصاء فى اتجاه الأسوياء.

نتائج الفرض الثانى: الخاص ببحث إسهام العوامل النفسية والسكانية فى التنبؤ باستراتيجيات التعايش لدى المرضى الذهانيين والأسوياء.

نعرض فيما يلى للنتائج الخاصة بتحليل الانحدار للكشف عن بحث إسهام العوامل النفسية والسكانية فى التنبؤ باستراتيجيات التعايش لدى المرضى الذهانيين والأسوياء.

جدول ١٣

تحليل الانحدار المتدرج باعتبار بعض المتغيرات النفسية والسكانية متغيرات منبئة باستراتيجيات التعايش كمتغير تابع لدى مرضى الفصام (ن=٥٧).

المتغيرات المنبئة	المتغير التابع	الارتباط المتعدد (ر)	مربع معامل الارتباط المتعدد (ر ^٢)	الإسهام في مربع معامل الارتباط المتعدد	دلالة معادلة الانحدار		معامل الانحدار	دلالة معاملات الانحدار		معامل الارتباط المتعدد	القيمة التامة
					قيمة (ف)	دلالة (ف)		قيمة (ت)	دلالة (ت)		
المهارات الاجتماعية		٠١٥٠٥	٠١٢٥٥	٠١٢٥٥	٨٠٥٣	٠١٠٠٧	٣٠٢٥	٢٠٩٢	٠١٠٠٧	٠١٥٠٥	٢٢٠١٦
					٩٠٠٤	٠١٠٠١	٣٠٨٥	٣٠٧٨	٠١٠٠١	٠١٥٩٧	٢٥٧٠٤
المهارات الاجتماعية + المستوى الاجتماعي		٠١٦٥٩	٠١٤٣٠	٠١١٧٥			٤٠١٧	٢٠٧١	٠١٠١٢	٠١٤٢٩	

يتضح من الجدول السابق أن أكثر المتغيرات إسهاماً في التنبؤ باستراتيجيات التعايش هو متغير المهارات الاجتماعية، فقد فسر بمفرده (٢٥٪) من حجم التباين، يليه المستوى الاجتماعي الذي فسر (١٧٪) من حجم التباين. وقد فسر كلا المتغيرين (٤٣٪) من حجم التباين. استراتيجيات التعايش لدى مرضى الفصام = قيمة الثابت (٢٢٠,٦) + معامل الانحدار للمهارات الاجتماعية (٣,٢٥) + المستوى الاجتماعي (٤,١٧).

جدول ١٤

تحليل الانحدار المتدرج باعتبار بعض المتغيرات النفسية والسكانية متغيرات منبئة باستراتيجيات التعايش كمتغير تابع لدى مرضى الفصام الوجداني (ن=٣٤).

المتغيرات المنبئة	المتغير التابع	الارتباط المتعدد (ر)	مربع معامل الارتباط المتعدد (ر ^٢)	الإسهام في مربع معامل الارتباط المتعدد	دلالة معادلة الانحدار		معامل الانحدار	دلالة معاملات الانحدار		معامل الارتباط المتعدد	القيمة التامة
					قيمة (ف)	دلالة (ف)		قيمة (ت)	دلالة (ت)		
المهارات الاجتماعية	استراتيجيات التعايش	٠١٤٥٤	٠١٢٠٦	٠١٢٠٦	٦٠٤٩	٠١٠١٧	٠١١٦٣	٢٠٥٤	٠١٠١٧	٠١٤٥٤	٢٠٦٠

يتضح من الجدول السابق أن متغير المهارات الاجتماعية كان هو المتغير الوحيد المفسر لاستراتيجيات التعايش، فقد فسر (٢٠٪) من حجم التباين لدى مرضى الفصام الوجداني، ويمكن صياغة معادلة الانحدار كما يلي:

استراتيجيات التعايش لدى مرضى الفصام الوجداني = قيمة الثابت (٢,٢٠) + معامل الانحدار للمهارات الاجتماعية (٠,١٦٣).

جدول ١٥

تحليل الانحدار المتدرج باعتبار بعض المتغيرات النفسية والسكانية متغيرات منبئة باستراتيجيات التعايش كمتغير تابع لدى مرضى الهوس (ن = ٤٠)

المتغيرات المنبئة	المتغير التابع	الارتباط المتعدد (ر)	مربع معامل الارتباط المتعدد (ر ^٢)	الإسهام في مربع معامل الارتباط المتعدد	دلالة معادلة الانحدار		معامل الانحدار	دلالة معاملات الانحدار		معامل الانحدار المعيارى بيناً	القيمة الثابتة
					قيمة (ف)	دلالة (ف)		قيمة (ت)	دلالة (ت)		
الأمراض الجسمية + المستوى الاقتصادي	استراتيجيات التعايش	٠,٥٤٣	٠,٢٩٥	٠,٢٩٥	٧,٥١	٠,٠١٣	١٣,١٨	٢,٧٤	٠,٠١٣	٠,٥٤٣	١,٠٩,٨٣
		٠,٦٨٩	٠,٤٧٥	٠,٢٩٥	٧,٦٨	٠,٠٠٤	١٤,٨٢	٣,٤٢	٠,٠٠٣	٠,٦١٠	١٣,٠٣٢
				٠,١٨٥			٤,٣٨	٢,٤١	٠,٠٢٧	٠,٤٣٠	

يتضح من الجدول السابق أن أكثر المتغيرات إسهاماً في التنبؤ باستراتيجيات التعايش، كان هو متغير تاريخ الأمراض الجسمية، فقد فسر بمفرده (٢٩٪) من حجم التباين، يليه المستوى الاقتصادي الذى فسر (١٨٪) من حجم التباين. وقد فسر كلا المتغيرين (٤٧٪) من حجم التباين. استراتيجيات التعايش لدى مرضى الهوس = قيمة الثابت (١,٠٩,٨٣) + معامل الانحدار لتاريخ الأمراض الجسمية (١٣,١٨) + معامل الانحدار للمستوى الاقتصادي (٤,٣٨).

تحليل الانحدار المتدرج باعتبار بعض المتغيرات النفسية والسكانية متغيرات منبئة باستراتيجيات التعايش كمتغير تابع لدى الأسوياء (ن= ٥٧)

المتغيرات المستقلة	المتغير التابع	الارتباط المتعدد (ر)	مربع معامل الارتباط المتعدد (ر ^٢)	الإسهام في مربع معامل الارتباط المتعدد	دلالة معادلة الانحدار		معامل الانحدار	دلالة معاملات الانحدار		معامل الارتباط الثابتة	القيمة الثابتة
					قيمة (ف)	دلالة (ف)		قيمة (ت)	دلالة (ت)		
المهارات الاجتماعية	أساليب التعايش	٠,٤٢٢	٠,١٧٨	٠,١٧٨	٧,١٣	٠,٠١٢	١,٠٠٢	٢,٦٧	٠,٠١٢	٠,٤٢٢	٤٣,٨٧
المهارات الاجتماعية + الأمراض الجسمية		٠,٥٢٨	٠,٢٧٩	٠,٢٧٩	٦,١٨	٠,٠٠٥	١,١١٢	٣,٠٥	٠,٠٠٥	٠,٤٦٢	٣٢,٤٨
				٠,١٥			٢,٥٥	٢,١١	٠,٠٤٢	٠,٣٢٠	

يتضح من الجدول السابق أن أكثر المتغيرات إسهاماً في التنبؤ باستراتيجيات التعايش، كان هو متغير المهارات الاجتماعية، فقد فسر بمفرده (٢٧٪) من حجم التباين، يليه تاريخ الأمراض الجسمية الذي فسر (١٠٪) من حجم التباين. وقد فسر كلا المتغيرين (٣٧٪) من حجم التباين.

استراتيجيات التعايش لدى الأسوياء = قيمة الثابت (٤٣,٨٧) + معامل الانحدار للمهارات الاجتماعية (١,٠٢) + معامل الانحدار لتاريخ الأمراض الجسمية (٢,٥٥).

مجمّل نتائج تحليل الانحدار:

يتضح من نتائج تحليل الانحدار أن أكثر المتغيرات تنبؤاً باستراتيجيات التعايش لدى مرضى الفصام هي المهارات الاجتماعية والمستوى الاجتماعي، واعتبرت المهارات الاجتماعية أكثر المتغيرات تنبؤاً باستراتيجيات التعايش لدى مرضى الفصام الوجداني، كما اعتبرت الأمراض الجسمية والمستوى الاقتصادي أكثر المتغيرات تنبؤاً باستراتيجيات التعايش لدى مرضى الهوس، كذلك اعتبرت المهارات الاجتماعية والأمراض الجسمية أكثر المتغيرات تنبؤاً باستراتيجيات

التعايش لدى الأسوياء. ويتضح من مجمل نتائج تحليل الانحدار أن المهارات الاجتماعية كانت من أكثر المتغيرات تنبؤاً باستراتيجيات التعايش لدى مجموعات البحث ما عدا مجموعة مرضى الهوس.

مناقشة النتائج

مناقشة نتائج الفرض الأول

يتضح من نتائج البحث الراهنة تحقق الفرض الأول الذى يتعلق بأن هناك فروق بين مرضى الفصام ومرضى الفصام الوجدانى ومرضى الهوس والأسوياء فى استراتيجيات التعايش وأبعادها الفرعية ما عدا بعد الإقصاء فى اتجاه الأسوياء.

وأهم ما يدعم ذلك أن المرضى الذهانيين ذوى الأعراض السلبية يعانون من صعوبات فى مواجهة العوامل المثيرة للمشقة؛ لذا فهم يتجاهلون مشاكلهم وبالتالي لا يستطيعون المواجهة مقارنة بالأسوياء، ومن المتوقع أن يكونوا قلقين بشأن نشاطاتهم اليومية، ويميلون للنظر إلى المواقف الاجتماعية على أنها مواقف محبطة (Lecomte et al., 2006).

وقد اتفقت نتائج بحثنا الراهن مع ما تم الإشارة إليه من أن مرضى الفصام يبدون صعوبة كبيرة فى التعايش بفعالية مع مثيرات المشقة البسيطة والشديدة (Corrigan & Toomey, 1995; Mueser et al., 1997). فهم يبدون ضعفاً فى استخدام استراتيجيات التعايش التى تركز على المشكلة مقارنة بالأسوياء. وهم عموماً يستخدمون استراتيجيات التعايش التى تستند على الانفعالات بشكل سلبى، مثل التجنب والتجاهل وعدم التفكير فى المشكلة (Aghevli et al., 2003; Jansen et al., 2000; Phillips et al., 2009; Wilder-Willis et al., 2002).

وقد ترجع الفروق بين المرضى الذهانيين والأسوياء فى استراتيجيات التعايش إلى الإعاقات المعرفية المرتبطة بأساليب التأقلم لدى ذوى الاضطرابات الذهانية؛ حيث لوحظ العجز الإدراكي على نطاق واسع لدى مرضى الذهان، وهو يمثل أحد أهم المحددات للنتائج الوظيفية لهؤلاء المرضى. وقد ارتبطت استراتيجيات التعايش غير التكيفية بالقصور المعرفي الشديد لدى الأفراد الذين يعانون من الذهان (Stramecki et al., 2019).

ومما يدعم وجود فروق بين المرضى الذهانيين بشكل عام والأسوياء فى استراتيجيات التعايش هى أن استراتيجيات التعايش المتمركزة حول المشكلة ترتبط ارتباطاً إيجابياً بالتوافق مع ضغوط الحياة والشعور بالسعادة، فى حين ارتبطت استراتيجيات التعايش ارتباطاً سلبياً

بالاضطرابات النفسية (Moss & Schaefer, 1993).

وعلى الجانب الآخر الذى يتعلق بالفروق بين مرضى الفصام ومرضى الفصام الوجدانى تمت الإشارة إلى دور العوامل الإكلينيكية والوظيفية كعوامل مفسرة لاستراتيجيات التعايش لدى المرضى الذهانيين، وكشفت النتائج عن أن مرضى الفصام يستخدمون استراتيجيات التعايش التى تستند على المشكلة، وهذا ما لم يتوفر لدى مرضى الفصام الوجدانى (Mingrone et al., 2016). كما أن المستوى المرتفع من تقدير الذات لدى مرضى الفصام الوجدانى يرتبط بالميل لاستخدام استراتيجيات التعايش المرتكزة على المهمة. فى حين أن مرضى الفصام مرتفعى تقدير الذات يبدون استخداماً أقل فى استخدام استراتيجيات التعايش المرتكزة على الانفعال (Lecomte et al., 2006).

إلا أن النتائج الخاصة بالفروق بين مرضى الاضطرابات الوجدانية ومرضى الهوس بشكل خاص من جهة والأسوياء من جهة أخرى قد اختلفت عن تلك التى بين مرضى الفصام والفصام الوجدانى والأسوياء؛ حيث كشف مرضى الهوس عن استخدام أكبر لاستراتيجيات التعايش النشطة مقارنة بالأسوياء، ولكنها فى الوقت نفسه استراتيجيات نشطة غير تكيفية لتنظيم الانفعالات السلبية (Thomas et al., 2007)، أما ما يتعلق بمعدل الاستخدام فقد وجد أن مرضى الهوس يستخدمون استراتيجيات التعايش غير التكيفية أكثر من الأسوياء (Parikh et al., 2013).

وخلاصة القول وفقاً لفولكمان (2013) أن مرور الفرد بالأحداث الضاغطة يشكل تهديداً أو تحدياً، يؤدى إلى تقدير المصادر التى تمكنه من التعامل مع هذا التهديد باختيار استراتيجيات ملائمة لمواجهة المشكلة (المواجهة المتمركزة حول المشكلة)، فإذا لم تتجح هذه الاستراتيجيات فى تقديم الحل الملائم للمشكلة فإن ذلك يؤدى إلى الشعور بالكرب الذى يحتاج إلى إعادة تنظيم الانفعالات (المواجهة المتمركزة حول الانفعال) والذى قد يدفع الفرد إلى محاولة الحفاظ على الشعور بحسن الحال (المواجهة المتمركزة حول المعنى).

مناقشة نتائج الفرض الثانى

يتضح من نتائج البحث تحقق الفرض الثانى الذى يتعلق باختلاف حجم الإسهام النسبى للعوامل النفسية والعوامل السكانية فى التنبؤ باستراتيجيات التعايش لدى المرضى الذهانيين والأسوياء.

وقد كشفت نتائج تحليل الانحدار المتدرج أن المهارات الاجتماعية كانت أكثر المتغيرات تتبؤاً باستراتيجيات التعايش لدى مجموعات البحث الأربع باستثناء مرضى الهوس.

وتتفق نتائج البحث مع ما تمت الإشارة إليه من أن استراتيجيات التعايش تعتمد على مستوى المهارات الاجتماعية للفرد، كما أن التغيرات الإيجابية في المهارات الاجتماعية تقود إلى تغيرات في قدرة الفرد على التعايش بشكل تكيفي، وخفض مستوى القلق الاجتماعي. وقد أجريت بعض الدراسات بهدف معرفة أثر التدريب على المهارات الاجتماعية على استراتيجيات التعايش، وكشفت النتائج عن أن التدريب على المهارات قد أدى إلى رفع استراتيجيات التعايش التكيفية وخفض مستوى القلق الاجتماعي وزيادة النشاطات الاجتماعية (Bijstra & Jackson, 1998).

وعند محاولة البحث في العلاقة بين استراتيجيات التعايش والمهارات الاجتماعية فعلى النظر في آلية حدوث التعايش مع مختلف المشقات؛ فعندما ينظر إلى مثيرات المشقة بشكل أساسي على أنها تهديد، فإن ذلك يتطلب تحليل الموقف لاحقاً، مما يستدعي إصدار استجابات التعايش (Lazarus, 1993b). ويطور البشر آليات التعايش من أجل التكيف عقلياً وجسدياً لمواجهة الضغوط الداخلية والخارجية المزعجة طوال حياتهم وتقليل قدر الإمكان آثار عوامل الإجهاد (Werden et al., 2001). وفي هذا الصدد يتم تقييم التأقلم بالتركيز على المصدر الرئيسي للمشكلة لإيجاد الحل المناسب، أو التركيز على العاطفة، وذلك بالتعامل مع الانفعالات التي سببتها المشكلة، والحصول عليها بعيداً عن الضغوط (Folkman, Lazarus, 1980). ومما يدعم ذلك أن الأشخاص ذوي المهارات الاجتماعية المرتفعة يتلقون المزيد من الدعم من البيئة، مما يسمح بطرق أكثر فاعلية للتعامل مع الإجهاد (Strelau et al., 2005). كما تم إثبات العلاقة بين استراتيجيات التعايش الفعال مع الإجهاد وارتفاع الكفاءة الذاتية (Kenny, 2011).

إلا أن نتائج البحث قد تعارضت مع ما تمت الإشارة إليه من أن المقاييس الإكلينيكية الخاصة ببعض الاضطرابات الوجدانية ومقاييس الانسحاب والمهارات الاجتماعية لم تتنبأ بمستوى عجز استراتيجيات التعايش لدى المصابين بهذه الاضطرابات (Rebecca & Ball, 2005)

وإذا انتقلنا لبحث ارتباط المهارات الاجتماعية كعامل منبئ باستراتيجيات التعايش لدى مرضى الفصام والفصام الوجداني فهو أمر كشفت عنه كثير من الدراسات التي بحثت في علاقة استراتيجيات التعايش بالمتغيرات السريرية والمخرجات الوظيفية (من بينها المهارات الاجتماعية) للمرضى الذين يعانون من اضطراب الفصام والفصام الوجداني (Ritsner et al., 2006).

وفى نفس السياق ولأهمية المهارات الاجتماعية ودورها فى الارتقاء باستراتيجيات التعايش لدى الفرد أجريت بعض البحوث بهدف تنمية المهارات الاجتماعية واستراتيجيات التعايش لدى مرضى الاضطراب الوجدانى (Rita et al., 2000). كما تم الاهتمام بقياسها لدى هؤلاء المرضى، وتم تطوير قائمة استراتيجيات التعايش لبوادر الهوس^{١٦} كوسيلة لتقييم استراتيجيات التعايش لمرضى الاضطراب ثنائي القطب. كما وجد أن استراتيجيات التعايش التكيفية كانت مرتبطة بشكل كبير بمستوى أداء المرضى ومن بين مجالات أداء المرضى أدائهم الاجتماعى ومهاراتهم الاجتماعية (Lam et al., 2005) كما كشف مرضى الاضطراب ثنائي القطب عن ميلهم إلى استخدام استراتيجيات الإنكار أو اللوم والتعامل مع المشكلة من بين استراتيجيات التعايش (Parikh et al., 2007).

ونخلص مما سبق أن هناك تحديات وآفاق مستقبلية داعمة لبحث استراتيجيات التعايش واستخدامها فى مجال الوقاية من الاضطرابات النفسية وعلاجها؛ حيث يمكن أن يقدم هذا البحث أساساً نظرياً يمكن الاسترشاد به فى إعداد دراسات أخرى تعنى ببحث الأبعاد الفرعية لاستراتيجيات التعايش سواء التى نتبناها فى بحثنا الراهن- والتى تتمثل فى (استراتيجيات التأقلم، واستراتيجيات الإقصاء، والتحكم الذاتى، والبحث عن الدعم الاجتماعى، وتحمل المسؤولية، والهروب- التجنب، والتخطيط لحل المشكلات، وإعادة التقييم الإيجابى) أم تلك التى لم تكن موضع اهتمامنا الراهن، فى علاقتها بالأداء الوظيفى والاجتماعى والمعرفى؛ مما قد يزيد من ثراء نتائج هذا البحث والعمق فى وضع مختلف التفسيرات. كما يمكن الامتداد بنتائج هذا البحث على ذوى الاضطرابات الجسمية والسيكوسوماتية وذوى الاحتياجات الخاصة للكشف عما إذا كانت هذه النتائج تتعلق بذوى الاضطرابات الذهانية فقط أم أنها خاصة بمختلف الاضطرابات؛ مما يتيح نماذج نظرية جديدة لاستراتيجيات التعايش فى علاقتها بمختلف المتغيرات ولدى عدد كبير من العينات.

وانطلاقاً من المقولة الشهيرة بأن الوقاية خير من العلاج، ودرهم وقاية خير من قنطار علاج، تمت الإشارة إلى استخدام استراتيجيات التعايش فى الوقاية من الانتكاس؛ حيث وجد أن الانتكاسة من أهم التحديات التى تواجه المرضى الذهانيين ومرضى الفصام على وجه الخصوص، مثل إعادة احتجاز المرضى بعد خروجهم من المستشفى ومواجهة المجتمع، وقد تمت الإشارة إلى أنه يمكن التغلب على ذلك من خلال توفير خدمة جديدة يطلق عليها خدمة الجوال فى تقديم الدعم

¹⁶ The Coping Inventory for Prodromes of Mania (CIPM)

والمساعدة بعد الخروج من المستشفى¹⁷، وذلك بتوفير جلسات تدريبية يومية قائمة على مبادئ العلاج المعرفى السلوكى للتدريب على بعض مهارات التعايش فى المجتمع، وقد كشفت نتائج المتابعة لمدة شهر عن انخفاض استراتيجيات التعايش السلبية غير التكيفية، وزيادة مستوى الرضا، وجدوى استخدام تقنية الجوال المستحدثة فى توفير الدعم والمساندة اللازمين لمنع الانتكاسة لمرضى الذهان (Moitra et al., 2021).

وفى هذا الصدد اقترحت بعض النماذج مثل نموذج الاستهداف، ونموذج عوامل الحماية ونموذج المشقة أن استراتيجيات التعايش الفعالة يمكن أن تكون من العوامل الوقائية التى تسهم فى الوقاية من الإصابة باضطراب الفصام كأحد أبرز الاضطرابات الذهانية (Venturaa et al., 2004). وبعد التقييم الواقعي والمحايد للمواقف والخبرات التى يتعرض لها الفرد، وإدراك هذه الخبرات بطريقة إيجابية، والتركيز على مواطن القوة والتغلب على مواطن الضعف من أجل تنمية الإمكانات البشرية، مثل هذه الطريقة الإيجابية فى معالجة الخبرة وإدراك مختلف مواقف الحياة ستدفع الفرد إلى مرحلة من الرضا والقناعة والتعايش الإيجابى؛ ومن ثم تسهم هذا العوامل فى منع تفاقم الاضطراب (الوقاية من الدرجة الثانية) وانسجام الفرد فى المجتمع وإعادة تأهيله (وقاية من الدرجة الثالثة) كما تسهم هذه الاستراتيجيات فى وقاية الفرد من الوقوع فى دائرة المرض النفسى بالأساس والبعد عن مظاهر الاضطراب (وقاية من الدرجة الأولى).

وعلى صعيد العلاج تحظى استراتيجيات التعايش بمرغوبية كبيرة من قبل الباحثين فى مجال التدخلات العلاجية مقارنة بأساليب التعايش؛ حيث يقصد بالأولى تلك الأنظمة القابلة للتعديل والتى تختلف باختلاف المشقات والضغوط. فى حين تشير أساليب التعايش إلى أنظمة المواجهة الثابتة المتسقة مع الضغوط (Garcia, 2007). ونستخلص من ذلك أن قياس وتقدير وبحث استراتيجيات التعايش لدى المرضى الذهانيين خطوة جيدة نحو إعداد التدخلات العلاجية، حيث تعد استراتيجيات التعايش هدفاً فى حد ذاته لتلك التدخلات العلاجية.

وقد وجد أن التدخلات العلاجية التى تهدف إلى تحسين استراتيجيات التعايش والاستبصار لدى المرضى الذهانيين قد نجحت فى منع الانتكاسات وتحسين الحالة النفسية والنتائج الوظيفية (Lam et al., 2005). ولأهمية تلك الاستراتيجيات لهؤلاء المرضى كان من أهم أهداف العلاج السلوكى المعرفى الذى يقدم للمرضى المصابين بالهوس تحسين قدرتهم على مراقبة أعراضهم والكشف عن علامات الإنذار المبكر، وتحسين استراتيجيات التعايش لديهم (Perry et al., 1999).

¹⁷ Mobile After-Care Support; MACS

استراتيجيات التعايش لدى مرضى الذهانيين .

(Morriss et al., 2004). كما تشكل استراتيجيات التعايش أهدافاً للتدخلات العلاجية لدى ذوى الاضطرابات الوجدانية، لما لها من قدرة على التأثير بشكل واضح على مسار المرض؛ حيث تم الكشف عن آثار مفيدة لاستراتيجيات التعايش التكيفية لدى ذوى الاضطراب الوجداني ثنائي القطب (Fletcher et al., 2013).

وقد يؤدي تدريب الفرد على استخدام استراتيجيات التعايش التكيفية الحصول على مزيد من الدعم الاجتماعي عند مواجهة المشكلات العائلية أو الاجتماعية أو المهنية، وبذل مزيد من الجهود لحل المشكلات بفعالية، والحصول على مزيد من استراتيجيات التعايش الفعالة (Atagun & Apaydin, 2018). وعندما يستخدم الفرد استراتيجيات التعايش غير التكيفية تستخدم أساليب سلبية في عملية المواجهة مثل تعاطي المخدرات (Kisanga et al., 2020).

كما وجد ارتباط استراتيجيات التعايش بنوعية الحياة والدعم الاجتماعي للأفراد الأسوياء؛ حيث أن إدراك الفرد لنوعية حياته إدراكاً إيجابياً كان له تأثير على تقليل الضغوط النفسية والشعور بالصحة النفسية، ونجاح العلاج النفسي لدى الأفراد؛ لذا فإن إدراك الفرد معنى للحياة ومكافحته من أجل تحسينها وتجويدها تجعل حياته أكثر سعادة وإمتاعاً وإنجازاً (Debats, 1996).

قائمة المراجع:

أولاً: مراجع باللغة العربية

- إبراهيم، عبد الستار (١٩٩٨). *الاكتئاب اضطراب العصر الحديث: فهمه وأساليب علاجه*. الكويت: عالم المعرفة.
- أبو حلاوة، محمد السعيد (٢٠٠٩). *تعريف وقياس الكفاءة الاجتماعية: مراجعة لأدبيات المجال*. المكتبة الإلكترونية.
- أبو حلاوة، محمد السعيد (٢٠٢١). *الكفاءة الاجتماعية تعريفها ومؤشراتها وبرامج تنميتها*. عالم الثقافة.
- أبو سريع، أسامة (١٩٨٦). *اضطراب المهارات الاجتماعية لدى المرضى النفسيين* [رسالة ماجستير غير منشورة]. كلية الآداب: جامعة القاهرة.
- جولمان، دانييل (٢٠٠٠). *الذكاء العاطفي*. الكويت: عالم المعرفة.
- حبيب، مجدى عبد الكريم (١٩٩٠). *اختبار الكفاءة الاجتماعية: كراسة التعليمات*. القاهرة: دار النهضة المصرية.

= (٢٩٠)؛ *المجلة المصرية لدراسات النفسية العدد ١١٥ المجلد الثاني والثلاثون - أبريل ٢٠٢٢*؛

الدليم، فهد عبد الله (٢٠٠٥). المهارات الاجتماعية لدى الفصاميين المراجعين والمنومين. *دراسات عربية في علم النفس*، ٤ (١)، ٥٠ - ١١.

ريجيو، رونالد (٢٠٠٦) قائمة المهارات الاجتماعية (خليفة، عبد اللطيف محمد، ترجمة). القاهرة : دار غريب للطباعة والنشر.

الصبوة، محمد نجيب (٢٠٠٠). النموذج الحيوى النفسى الاجتماعى وكل من السلوك المنحرف والسلوك الطبيعى: محكاته وعوامل الاستهداف. *دراسات نفسية*، ١٠ (٣)، ٢٩٢ - ٣٤٤.

عبد اللطيف محمد خليفة (١٩٩٤). تقدير المكانة الاجتماعية والاقتصادية للمهن لدى عينة من أفراد المجتمع المصرى. *مجلة علم النفس*، ٣١، ١٥٢ - ١٨٠.

عكاشة، أحمد (٢٠٠٣). *الطب النفسى المعاصر*. القاهرة: الانجلو المصرية.

محمد، سعيد عبد الرحمن (٢٠١١). جودة الحياة واستراتيجيات التعايش للصم وضعاف السمع: دراسة تحليلية. *مجلة كلية التربية*، ٢٢ (٨٧)، ٢١٦ - ٢٥٠.

ثانياً: مراجع باللغة الإنجليزية

Aldwin, C. (2011). Stress and coping across the lifespan. In S. Folkman (Ed.), *Oxford library of psychology. The Oxford handbook of stress, health, and coping*. Oxford University Press.

Allen, D., Strauss, G., Donohue, B., & Kammen, D. (2007). Factor analytic support for social cognition as a separable cognitive domain in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 93, 325-333.

Allott, K., Rapado-Castro, M., Proffitt, T., Bendall, S., Garner, B., & Butselaar, F. (2015). The impact of neuropsychological functioning and coping style on perceived stress in individuals with first-episode psychosis and healthy controls. *Psychiatry Research*, 226, 128-135. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.12.032>.

Apaydin, Z., & Atagun, M. (2018). Relationship of Functionality with Impulsivity and Coping Strategies in Bipolar Disorder. *The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 31, 21-29. DOI: 10.5350/DAJPN2018310102.

Argyle. M. (1981). Social Competence and mental health. In Argyle (Ed.), *Social skills and health*. London: Methuen & Co. Ltd.

Bahti, T. (2010). Coping Issues Among People Living With Advanced

Cancer, *Seminars in Oncology Nursing*, 26(3) 175- 182.

Basco, M., Lard, G., Myers, D., & Tyler, D. (2007). Combining medication treatment and cognitive-behavior therapy for bipolar disorder. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 21, 7-15.

Becker, R., & Heimberg, R. (1988). Assessment of social skills. In Alans, S. Bellack, F. & Michel, H. (Eds.), *Behavioral assessment*. New York: pergamon press.

Bijstra, J., & Jackson, S. (1998). Social skills training with early adolescents: Effects on social skills, well-being, self-esteem and coping. *European Journal of Psychology of Education*, 4, 569- 583.

Carver, C., & Vargas, S. (2011). Stress, coping, and health. In Friedman H. (Ed.), *Oxford library of psychology. The Oxford handbook of health psychology* (pp. 162–188). Oxford University Press.

Carver, C., Scheier, M., & Weintraub, J. (1989). Assessing coping strategies: a theoretically based approach coping. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 267– 283.

Chao, R. (2011). Managing stress and maintaining well-being: Social support, problem-focused coping, and avoidant coping. *Journal of Counselling & Development*, 89(3), 338–348.

Chong, H., Teoh, S., Wu, D., Kotirum, S., Chiou, C., & Chaiyakunapruk, N. (2016). Global economic burden of schizophrenia: a systematic review. *Neuropsychiatric Disorder Treatment*, 12, 357–73.

Cohen, S., Kessler, R., & Gordon, L. (1995). Strategies for measuring stress in studies of psychiatric and physical disorders. In Cohen, S., Kessler, R., & Gordon, L., (Ed.), *Measuring Stress: A Guide for Health and Social Scientists*. Oxford: Oxford University Press.

Corrigan, P., & Toomey, R. (1995). Interpersonal problem solving and information processing in schizophrenia. *Schizophrenia Bulltin*, 21, 395– 403.

Corsini, R. (1999). *The Dictionary of psychology*. New York. Brunner.

Coulston, C., Bargh, D., Tanious, M., Cashman, E., Tufrey, K., Curran, G.,

- Kuiper, S., Morgan, H., Lampe, L., & Malhi, G. (2013). Is coping well a matter of personality? A study of euthymic unipolar and bipolar patients. *Journal of Affective Disorders, 145*, 54-61.
- Cuhadar, D., Savas, H., Unal, A., & Gokpinar, F. (2015). Family functionality and coping attitudes of patients with bipolar disorder. *Journal Religious Health, 54*, 1731-1746.
- Debats, D. (1996). Meaning in life: clinical Relevance and Predictive Power. *The British Journal of Clinical Psychology, 35*, 503-506.
- Dewe, K. Taylor, A & Francis, L. (2000). *Coping, Health, Organizations*. New York.
- Dodge, K., Pettit, G., & McClaskey, C. (1986). Social competence in children. Monographs of the society for research. *Child Development, 51*(2), 213-217.
- Elsheshtawy, E. & Abo Elez, W. (2011). Coping with stress and quality of life among patients with schizophrenia in Egypt and Saudi Arabia: effect of sociodemographic factors. *Middle East Current Psychiatry, 18*, 72-77.
- Folkman, S., & Lazarus, R. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal Health Social Behavior, 21*, 219-239.
- Folkman, S., & Lazarus, R. (1985). *The revised Ways of Coping*. San Francisco: California.
- Folkman, S. & Lazarus, R. (1985b). If it changes it must be a process: Study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of Personality and Social Psychology, 48*, 150-170.
- Folkman, S. (2011). *The Oxford hand book of stress, health, and coping*. Oxford University Press.
- Folkman, S. (2013). Stress: Appraisal and coping. In Gellman, M. & Turner, J. (Eds.), *Encyclopedia of behavioral medicine*. Springer.

Folkman, S., & Moskowitz, J. (2000). Positive affect and other side of coping. *American psychologist*, 55(6) 647- 654.

Fletcher, K., Parkera, G., & Manicavasagar, V. (2013). Coping profiles in bipolar disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 54, 1177–1184.

Garcia, C., Franco, R. & Martinez, C. (2007). Spanish version of the coping strategies. *Actas Espanolas de Psiquiatria*, 35(1) 29-39.

Greenhouse, W., Meyer, B., & Johnson, S. (2000). Coping and medication adherence in bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 59, 237-241.

Hoffmann, H., Kupper, Z., & Kunz, B. (2000). Hopelessness and its impact on rehabilitation outcome in schizophrenia- An exploratory study. *Schizophrenia Research*, 43(2–3), 147–158.

Holubova, M., Prasko, J., Hruby, D., Kamaradova, D., Ociskova, M., & Latalova, K. (2015). Coping strategies and quality of life in schizophrenia: cross-sectional study. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 11, 3041–3048.

Horan, W., & Blanchard, J., (2003). Emotional responses to psychosocial stress in schizophrenia: the role of individual differences in affective traits and coping. *Schizophrenia Research*, 60, 271–283.
[https://doi.org/10.1016/S0920-9964\(02\)00227-X](https://doi.org/10.1016/S0920-9964(02)00227-X).

Jin, H., & Mosweu, I. (2017). The societal cost of schizophrenia: a systematic review. *Pharmaco economics*, 35(1) 25–42.

Kao, Y., Lien, Y., Chang, H., Tzeng, N., Yeh, C., & LohStigma, C. (2017). Resistance in Stable Schizophrenia: The Relative Contributions of Stereotype Endorsement, Self-Reflection, Self-Esteem, and Coping Styles. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 62(10) 735-744.

Kenny, D. (2011). *The psychology of music performance anxiety*. New York: Oxford University Press.

Kisanga, S. (2020). Coping with educational barriers in Tanzanian inclusive education settings: Evidence from students with sensory impairment.

- Kommacher, M., Wagner, M., & Pützfeld, V. (2016). Coping as a predictor of treatment outcome in people at clinical high risk of psychosis. *Early Intervention in Psychiatry*, 10(1), 17-27
- Lam, D., Wong, G. & Prodromes, S. (2005). Coping strategies and psychological interventions in bipolar disorders. *Clinical Psychology Review*, 25, 1028-42.
- Langdon, R., Connaughton, E., & Polito, V. (2008). Normative social knowledge and social cognition dissociate in schizophrenia. *Abstracts of Schizophrenia Research*, 102, 1-3.
- Lazarus, R. (1993a). *Stress appraisal and coping*. New York: Springer.
- Lazarus, R. (1993b). From psychological stress to the emotions: a history of changing outlooks. *Annual Review of Psychology*, 44 :1-21.
- Lazarus, R. (1996). *Psychological Stress and the Coping Process*. New York: McGraw-Hill.
- Lazarus, R. (2006). *Stress and Emotion*. New York: Springer.
- Lecomte, T., Corbière, M., & Laisne, F. (2006). Investigating self-esteem in individuals with schizophrenia: relevance of the self-esteem rating scale-short form. *Psychiatry Research*, 143, 99-108.
- Lysaker, P., Davis, L., Lightfoot, J., Hunter, N., & Stasburger, A. (2005). Association of neurocognition, anxiety, positive and negative symptoms with coping preference in schizophrenia spectrum disorders. *Schizophrenia Research*, 80, 163-171. <https://doi.org/10>.
- Lysaker, P., Johannesen, J., Lancaster, R., Davis, L., Zito, W., & Bell, M. (2004). Assessing coping in schizophrenia- a rationally devised scoring scheme to assess coping in schizophrenia. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*, 8, 73-83.
- Macdonald, E., Pica, S., McDonald, S., Hayes, R., & Baglioni, A. (1998). Stress and coping in early psychosis. Role of symptoms, self-efficacy and social support in coping with stress. *British Journal of Psychiatry*,

Mancuso, S., Morgan, V., Mitchell, P., Berk, M., Young, A., & Castle, D. (2015). A comparison of schizophrenia, schizoaffective disorder, and bipolar disorder: results from the second Australian national psychosis survey. *Journal of Affective Disorders*, 172, 30–37.

Martins, J., & Rudnick, A. (2007). Are analysis of the relationship among coping, symptom severity and quality of life in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 89, 355–356.

Meyer, B. (2001). Coping with severe mental illness: relations of the Brief COPE with symptoms, functioning and well-being. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 4: 265-77.

Mian, L., Lattanzi, G., & Tognin, S. (2018). Coping strategies in individuals at ultra-high risk of psychosis: a systematic review. *Early Intervention in Psychiatry*, 12, 4, 525–534. <https://doi.org/10.1111/eip.12492>.

Mingrone, C., Montemagni, C., Sandei, I., Bava, I., Mancini, I., & Cardillo, S. (2016). Coping strategies in schizoaffective disorder and schizophrenia: Differences and similarities. *Psychiatry Research*, 244, 317–323.

Moitra, E., Park, H., & Gaudiano, B. (2021). Development and initial testing of Health Transitions of Care Intervention for Adults with Schizophrenia-Spectrum Disorders Immediately Following a Psychiatric Hospitalization. *Psychiatric Quarterly*, 92: 259–272.

Morriss, R. (2004). The early warning symptom intervention for patients with bipolar affective disorder. *Advances in Psychiatric Treatment*, 10, 18-26.

Moss, R. & Schaefer, J. (1993). *Coping resources and processes: current concept and measures*. In Leo & Shlomo, Handbook of Stress. New York: the free press.

Mueser, K. & Bellack, A. (1998). *Social skills and social functioning*. In Mueser, K., Tarrier, N. (Eds.) Handbook of social functioning in schizophrenia. Allyn and Bacon, Boston, pp. 79–96.

- Mueser, K.T., Pratt, S.I., Bartels S J., Forester, B. Wolfe, R., Cather, C. (2010). Neurocognition and social skill in older persons with schizophrenia and major mood disorders: An analysis of gender and diagnosis effects. *Journal of Neurolinguistics*, 3 (2), 297–317.
- Nolen-Hoeksema, S. (1991). Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of Abnormal Psychology*, 100: 569-82.
- Oliveira, C., Almeida, R., & Marques, A. (2021). Virtual reality in social skills training programs for people with schizophrenia: A systematic review and focus group. *British Journal of Occupational Therapy*, 84 (9), 571–581.
- Parikh, S., Hawke, L., Zaretsky, A., Beaulieu, S., Patelis-Siotis, I., MacQueen, G., Young, L., Yatham, L., Velyvis, V., Bélanger, C., Poirier N, Enright, J., & Cervantes, P. (2013). Psychosocial interventions for bipolar disorder and coping style modification: similar clinical outcomes, similar mechanisms? *Canadian Journal of Psychiatry*, 5, (8), 482- 486.
- Parikh, S., Velyvis, V., Yatham, L., Beaulieu, S., Cervantes, P., Macqueen, G. (2007). Coping styles in prodromes of bipolar mania. *Bipolar Disord*, 9, 589-95.
- Perry, A., Tarrier, N., Morriss, R., McCarthy, E., & Limb, K. (1999). Randomised controlled trial of efficacy of teaching patients with bipolar disorder to identify early symptoms of relapse and obtain treatment. *British Medical Journal*, 3, 18, 149-53.
- Phillips, L., Francey, S., Edwards, J., & McMurray, N. (2009). Strategies used by psychotic individuals to cope with life stress and symptoms of illness: a systematic review. *Anxiety Stress Coping*, 22 (4), 371–410.
- Piotrowski, P., Frydeckaa, D., Kotowicza, K., Stańczykiewicz, B., Samochowiec, J., Szczygieł, K., & Misiak, B. (2020). A history of childhood trauma and allostatic load in patients with psychotic disorders with respect to stress coping strategies. *Psychoneuroendocrinology*, 115, 1036-1045.
- Piotrowski, P., Rymaszewska, J., Stańczykiewicz, B., Małecka, M., Kotowicz, K., Samochowiec, J., Samochowiec, A., Plichta, P.,
- المجلة المصرية للدراسات النفسية العدد ١١٥ المجلد الثاني والثلاثون - أبريل ٢٠٢٢ (٢٩٧):

- Kalinowska, S., & Misiak, B. (2019). Stress coping strategies and their clinical correlates in patients with psychosis at various stages of illness: a case-control study. *Early Intervention in Psychiatry, 14*(5), 559-567. <https://doi.org/10.1111/eip.12880>.
- Rebecca, S., & Ball, J. (2005). The Utility of the Rorschach Coping Deficit Index as a Measure of Depression and Social Skills Deficits in Children and Adolescents. *Assessment, 12*(3), 295-302.
- Riggio, R. (1986). Assessment of Basic Social Skills. *Journal of personality and Social Psychology, 51*, 649– 660.
- Rita, S., Tina, B., Christie, C., John, S. (2000). A Psychoeducational School-based Coping and Social Skills Group for Depressed Students. *Journal for Specialists in Group Work, 25*(2), 170-90.
- Ritsner, M., Gibel, A., Ponizovsky, A., Shinkarenko, E., Ratner, Y., & Kurs, R. (2006). Coping patterns as a valid presentation of the diversity of coping responses in schizophrenia patients. *Psychiatry Research, 144*, 139–152. <https://doi.org/10.1016/j>.
- Rollins, A., Bond, G., & Lysaker, P. (1999). Characteristics of coping with the symptoms of schizophrenia. *Schizophrenia Research, 12*, 30:36.
- Ryu, V., Song, D., Ha, R., Ha, K., & Cho, H. (2012). Prodromes and coping types in bipolar patients with nonpsychotic or psychotic mania. *Comprehensive Psychiatry, 53*, 732–739.
- Simonsen, C., Sundet, K., Vaskinn, A., Birkenaes, A., Engh, J., Faerden, A., Jónsdóttir, H., Ringen, P., Opjordsmoen, S., Melle, I., Friis, S., & Andreassen, O. (2011). Neurocognitive dysfunction in bipolar and schizophrenia spectrum disorders depends on history of psychosis rather than diagnostic group. *Schizophrenia Bulletin, 37*(1), 73–83.
- Singh, G., Sharan, P., & Kulhara, P. (2002). Coping with hallucinations in schizophrenia: a correlational study. *Hong Kong Journal of Psychiatry, 12*, 5-11.
- Speranza, M. (2009). Cognitions sociales et schizophrénie à debut precoce Social cognition and early onset schizophrenia. *Neuro psychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, 57*(1), 14-20.

- Stramecki, F., Kotowicz, K., Piotrowski, P., Beszlej, J., Rymaszewska, J., Samochowiec, J., & Misiak, B. (2019). Coping styles and symptomatic manifestation of first-episode psychosis: Focus on cognitive performance. *Psychiatry Research*, 272, 246–251.
- Strelau, J., Jaworowska, A., Wrześniewski, K., & Szczepaniak, P. (2005). *The Coping Inventory for Stressful Situations (CISS). A manual*. Warsaw, Poland: Psychological Test Laboratory of the Polish Psychological Association.
- Sullivan, G., Wells, K.B., & Leake, B. (1992). Clinical factors associated with better quality of life in a seriously mentally ill population. *Hospital & community psychiatry*, 43, 794–798.
- Taylor, S., & Stanton, A. (2007). Coping resources, coping processes, and mental health. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 377–401.
- Teasdale, J. (1988). Cognitive vulnerability to persistent depression. *Cognition and Emotion*, 2, 247-74.
- Thomas, J., Knowles, R., Tai, S., Bentall, R.P. (2007). Response styles to depressed mood in bipolar affective disorder. *Journal of Affective Disorders* 100, 249–252.
- Toomey., S.,Sculdberg , D., Corrigan, P., & Green, M. (2002). Non verbal social perception and symptomatology in schizophrenia rosemary. *Schizophrenia Research*, 53, 83– 91.
- Ventura, J., Nuechterlein, K., Subotnik, K., Green, M., & Gitlin, M. (2004). Self-efficacy and neurocognition may be related to coping responses in recent-onset schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 69, 343–352. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2003.09>.
- Werden, E., (2001). *Religious identity as a coping resource*. Department of Psychology, Miami: Miami University.
- Wilson, J.E., Nian, H., & Heckers, S. (2014). The schizoaffective disorder diagnosis: a conundrum in the clinical setting. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 264(1) 29–34.
- Zappia, S., Montemagni, C., Macri, A., Sandei, L., Sigaudò, M., & Rocca, P. (2012). Coping styles in schizophrenia: a study of clinical and functional variables as determinants of strategies to cope with stress. *Rivista di Psichiatria*, 47(3) 238–245.

Coping Strategies among Psychotic Patients

Sahar H. Ibrahim

Department of Psychology- Faculty of Art- Beni Suef University

Abstract

The current study aimed to examine the differences between patients with schizophrenia, schizoaffective, mania and normals in coping strategies and its sub-dimensions, as well as examining the contribution of psychological factors represented in social skills, and demographic factors represented in (age, gender, level and number of years of education, economic and social level, social status, History of neurological and physical disorders, current diagnosis, age at onset of illness, duration of illness, and number of hospitalizations) in predicting coping strategies in psychotic patients and normals. To achieve this goals, the Coping Strategies Scale and Social Skills Test were applied to a group of schizophrenic patients consisting of (57) patients (31 males, 26 females) with an average age of (35.82 ± 8.02), a group of schizoaffective patients (29 males, 5 Females), with an average age of ($7.71, 33.79$), and a group of manic patients consisted of (40) patients (19 males, 21 females), with an average age of (67.33 ± 6.02). The patients are residing in the hospital of mental health in Abbasiya. A group of normals consisting of (57) normal subjects, (33 males, 24 females), with an average age of (33.77 ± 8.09). The age range of the sample members ranged between (17-50) years. The results of the study revealed that there are differences between schizophrenia, schizoaffective, manic patients and normals in coping strategies and its sub-dimensions, except exclusion dimension in the direction of normals. The results of the study also revealed that social skills were the most predictive variables of coping strategies in all groups of study except the manic patients group.

Keywords: Coping Strategies, Social Skills, Psychotic Patients.