



# مجلة الإرشاد النفسي

## Journal of psychological Counseling

مجلة علمية دورية محكمة

تصدر عن مركز التوجيه والإرشاد النفسي

بكلية التربية – جامعة المنيا

ISSN ( Print) 2682- 4566

ISSN (on-line) 2735 - 301X

<https://sjsm.journals.ekb.eg>

يوليو ٢٠٢٣

العدد الخامس عشر

المجلد التاسع

## هيئة التحرير

---

رئيس تحرير المجلة

أ.د/ عيد عبد الواحد علي درويش

عميد كلية التربية

نائب رئيس تحرير المجلة

أ.د/ أسماء محمد عبد الحميد

وكيل الكلية لخدمة المجتمع

مدير تحرير المجلة

أ.م. د/ فدوي أنور وجدي توفيق

مدير مركز التوجيه والإرشاد النفسي

سكرتير المجلة

أ/ أحمد مصطفى محمد

مدير مكتب عميد كلية التربية – جامعة المنيا





**فعالية برنامج علاجي سلوكي جدلي في  
خفض شدة أعراض اضطراب الفصام  
"دراسة حالة لأحد طلاب الجامعة"**

**The effectiveness of a dialectical  
behavioral therapy program in  
reducing the severity of  
schizophrenia symptoms "a case  
"study of a university student**

إعداد

أ.م. د / الشيماء محمود سالماني

أستاذ مساعد الصحة النفسية

قسم الصحة النفسية - كلية التربية - جامعة المنيا

## فعالية برنامج علاجي سلوكي جدلي في خفض شدة أعراض اضطراب الفصام "دراسة حالة لأحد طلاب الجامعة"

إعداد

أ.م.د / الشيماء محمود سالماني

**عنوان البحث:** فعالية برنامج علاجي سلوكي جدلي في خفض شدة أعراض اضطراب

الفصام "دراسة حالة لأحد طلاب الجامعة"

**اسم الباحث:** أ.م.د / الشيماء محمود سالماني<sup>(1)</sup>

### مستخلص

هدفت الدراسة إلى تشخيص أعراض الفصام وتحديد شدتها لدى أحد طلاب جامعة المنيا وإعداد برنامج علاجي سلوكي جدلي وقياس فعاليته في خفض شدة بعض أعراض الفصام لدى الحالة موضع الدراسة. وقد استخدمت الباحثة الأدوات التالية في تشخيص الحالة: استمارة المقابلة الشخصية (تاريخ الحالة)، ومقياس متلازمة الأعراض الموجبة والسالبة لتحديد شدة أعراض الفصام PANSS إعداد Key et al., 1987؛ وترجمة الباحثة، واختبار تفهم الموضوع للكبار TAT؛ تأليف موراي ومورجان وترجمة محمد خطاب (٢٠١٧)، والبرنامج العلاجي السلوكي الجدلي لخفض شدة أعراض الفصام (إعداد الباحثة). وقد اعتمدت الدراسة على المنهج الكلينيكي وشبه التجريبي لدراسة الحالة. وقد أوضحت نتائج الدراسة اتفاق نتائج التشخيص الكلينيكي للدراسة الحالية مع التشخيص الطبي للحالة موضع الدراسة باضطراب الفصام. كما أسفرت النتائج عن فعالية البرنامج العلاجي السلوكي الجدلي في خفض شدة أعراض اضطراب الفصام، وتأخير احتمالات خطر الانتكاسة لدى الحالة موضع الدراسة. وعلى ضوء ما أسفرت عنه الدراسة من نتائج؛ قُدمت بعض التوصيات والبحوث المقترحة.

**الكلمات المفتاحية:** العلاج الجدلي السلوكي - اضطراب الفصام - دراسة حالة

<sup>١</sup> استاذ مساعد الصحة النفسية و الارشاد النفسية - كلية التربية - جامعة المنيا

**The effectiveness of a dialectical behavioral therapy program in reducing the severity of schizophrenia symptoms "a case study of a university student**

**Prepared by**

**Alshaimaa Mahmoud Salman**

Prof. Assistant of Mental Health Dept.,  
Faculty of Education, Minia University

**Abstract:**

The study aimed to diagnosing the symptoms of schizophrenia and determining their severity for a Minia University student, preparing a dialectical behavioral therapy program and measuring its effectiveness In reducing the severity of schizophrenia symptoms for the study case. The researcher used the following tools in diagnosing the case: the personal interview for (case history), and the Positive And Negative Symptom Syndrome scale (PANSS) to determine the severity of schizophrenia symptoms, prepared by Key et al., 1987; translated by the researcher, the Thematic Apperception Test for adults (TAT); Authored by Murray & Morgan, translated by Muhammad Khattab (2017), and the dialectical behavioral therapy program for reducing the severity of schizophrenia symptoms (prepared by the researcher). The study relied on the clinical and semi-experimental approach to the case study. The study results showed the agreement of the clinical diagnosis results of the current study with the premedical diagnosis of the case study with schizophrenia disorder. The results also revealed the effectiveness of the dialectical behavioral therapy program in reducing the severity of schizophrenia symptoms and delaying the risk of relapse in the study case, and the continuity of the effectiveness of the study program until the end of the first follow-up; three months after the end of the dialectical behavioral treatment program. Finally; Some recommendations and suggested research were discussed In light of the current study results.

**Key words:** dialectical behavioral therapy – schizophrenia- case study

## أولاً: مقدمة:

يعتبر الفصام اضطراب متنوع المظاهر والتغيرات في جوانب عدة من السلوك والإدراك. ويمكن أن يظهر الفصام بأشكال مختلفة يحدد بناء عليها نوع الفصام. ويشخص الفصام وفقاً لأعراض أساسية وأخرى فرعية؛ فهو يتضمن عجزاً معرفياً واجتماعياً في كل من الإدراك والانتباه والذاكرة والتفكير المجرد، كما يعاني المريض من صعوبات متعددة في بدء العلاقات الاجتماعية والاحتفاظ بها، وذلك إضافة إلى المشكلات الوجدانية والتي تبدو في شكل أعراض لـ الاكتئاب أو الهوس أو كلاهما في شكل دوري، وأعراض ذهانية تتضمن الضلالات والهلاوس، كما يضطرب التفكير والسلوك وينسحب المريض اجتماعياً. ( Waterworth et al., 2002; Savage et al., 2003; Sperner Unterweger, 2005; Veague, 2

والفصام مرض ذهاني يؤدي إلى تفكك انتظام الشخصية وتدهورها التدريجي؛ حيث ينفصل المريض عن الواقع وتختل الوصلات النفسية العادية في السلوك، ويعيش في عالم خاص وكأنه في حلم مستمر (حامد زهران، ٢٠٠٥، ص. ٥٣٣). وتتمثل الأعراض الممهدة للإصابة بالفصام في الميل للعزلة، والتحفظ، وانغلاق الذات، والعزوف عن العلاقات الاجتماعية، وصعوبات التعبير الانفعالي، والانسحاب، والحساسية الزائدة، ومواجهة الواقع بأساليب انسحابية هروبية، والاستغراق في الخيال وأحلام اليقظة، والعناد، والخجل. (قاسم عبد الله، ٢٠٠٨، ص. ٢٣٣)

ويعتبر الفصام أحد أكثر الأمراض الذهانية شيوعاً إذ يصيب ٠.٨٦٪ من المجموع العام للسكان، كما يمثل الفصام ٦٠٪ من إجمالي نزلاء المستشفيات العقلية حامد زهران، ٢٠٠٥، ص. ٥٣٣). كما تذكر (Christianson 2018) أن الفصام هو اضطراب يصيب أغلب المرضى في سن ١٧ : ٢٥ عاماً، ويكون غالباً منهم من الشباب الجامعيين أو الذين يكملون تعليمهم بعد التخرج. ويُعد الانتحار هو الحدث المأساوي الأكثر شيوعاً في اضطراب الفصام؛ فقد أوضح (Gaudiano et al., 2013) أن ٣٠ : ٥٠٪ من الفصاميين يحاولون للانتحار ولو لمرة واحدة في حياتهم. كما تزيد الأعراض الذهانية والمزاجية الحادة لدى الفصاميين من



خطر انتحارهم. كما توصل (Hussein, Jacob & Sharour, 2016) أن أحداث الحياة الضاغطة تزيد من احتمالية الانتكاس لدى مرضى الفصام بنسبة ٣٠٪.

لذا فالشباب من أكثر الفئات احتمالا للإصابة باضطراب الفصام خاصة في نهاية مرحلة المراهقة وبداية مرحلة الشباب. ويبدو ذلك لتعرضهم لضغوط كبيرة لا يستطيعون مواجهتها. ففي هذه المرحلة يكون الشخص في مقتبل العمر ويصدد اختيار مهنته في المستقبل، وتحمل مسؤولية نفسه والتخلق بسمات البالغين. ومن ثم التزام الفرد بتحمل مسؤولية تعلمه واعتماده على نفسه؛ بما يمثل انسلاخا من دائرة الأسرة والأقران إلى دائرة المجتمع الكبيرة التي يواجه فيها الفرد كثير من المواقف الصعبة والخبرات الجديدة التي يتحتم عليه مواجهتها ويفرض ذلك عليه ضرورة التكيف والتوافق مع مجتمعه.

ويضيف (Bouriche & Bourcet, 2000) أن هذه الأعراض يتبعها بدء مفاجئ لمجموعة أعراض الفصام، وهذا يحدث لدى ٥٠ : ٦٥٪ من الحالات؛ لذا يوصي بالانتظار لمدة ستة أشهر قبل بدء تشخيص الفصام. وقد يكون شكل البدء في شكل هجمة هذيانية حادة قد تتطور إلى الفصام أو إلى أي اضطراب عقلي آخر، وقد تتطور نحو الشفاء. وقد تظهر مع الأعراض حالات مزاجية غير نموذجية للهوس أو الاكتئاب أو كلاهما، ويكثر الهوس كوابية للفصام خاصة لدى فئة الشباب. وقد يبدأ الفصام بأفعال خطيرة كالاعتداء القاتل أو العنف الجنسي أو العدوان الذاتي مع تيريرات غير متكيفة. كما تذكر (Karila, 2002) أن الفصام قد يظهر في شكل نوبة بسيطة أو نوبة قصورية أو هذيانية تتخللها مراحل من السكون، أو مقاومة للأدوية. فقد أثبتت الدراسات العيادية أن ثلاث أدوية مثبتة تنتمي لعائلتين مختلفتين على الأقل قد تفشل في تثبيط الأعراض رغم الانتظام في جرعات فعالة لمدة ستة أسابيع دون تحسن كلينيكي.

وقد تحسن مآل الفصام كثيرا منذ اكتشاف العلاج بالصدمات الكهربائية، بجانب استخدام الأدوية والعلاج النفسي. وعادة ما تستخدم العلاجات النفسية الفردية لعلاج اضطراب الفصام، وكذلك العلاج الجماعي بتعديل بيئة المريض التي ساعدت على تطور الأعراض، وتدريبه على مزاوله الأنشطة الاجتماعية البسيطة، كما تستخدم برامج التأهيل النفسي

والاجتماعي لمرضى الفصام باستخدام تدريبات علاجية بالعمل لتحسين التكيف (حامد زهران، ٢٠٠٥، ص.٥٤٢). لذا فالعلاج الدوائي بجانب العلاجات النفسية الفردية يساعد على تنمية واستغلال الجزء السليم من شخصية مريض الفصام وإعادة تنظيمها، ومحاولة إزالة أسباب المرض، وما يمكن أن يستثير بعض الأعراض من عوامل مختلفة، ومحاولة إشباع حاجات المريض، وخفض قلقه وإعادة ثقته بنفسه.

ولكن يجب أن يركز العلاج النفسي لمريض الفصام على بناء علاقات جديدة فعالة بين المريض وبيئته؛ تلك العلاقات التي تساعده على الخروج إلى الواقع مرة أخرى بدلا من انحصاره داخل ذاته بعيدا عن بيئته. كما يحاول المعالج مساعدة مريض الفصام على الإفصاح عن انفعالاته، وتقبلها والتعبير عنها بطرق متعددة لتقليل الهذات والهالوس والتي تعبر عن طاقة نفسية مكبوتة وفقا لتفسير التحليل النفسي. ويمكن أن يتم ذلك من خلال تعرف تلك العلامات التي تستثير حالات التوتر والقلق لدى المريض، والمواقف الضاغطة التي تزداد معها حدة الهذات والهالوس والتي تعبر عن مقاومة حاجاته للكبت ومحاولتها للخروج على السطح.

### ثانيا: مشكلة الدراسة:

وقد اهتمت عدد من الدراسات بتصميم برامج علاج نفسي اجتماعي نشط بجانب العلاج الدوائي لتجنب العلامات المبكرة للانكاس دراسة Subotnik & Nuechterlein, (1989). وحديثا استخدم Gaudiano et al., (2013) العلاج بالقبول والالتزام بجانب العلاج الدوائي لعلاج الاكتئاب والحالات المزاجية الحادة ذات السمات الذهانية. كما استخدم Morrissey & Taylor, (2014) العلاج الدوائي إضافة لبرامج التأهيل النفسي والاجتماعي لمرضى الفصام. ويتسم مرضى اضطراب الفصام بالهشاشة النفسية من القلق والتوتر والخوف والشعور بالحسرة لما تكبده من خسائر ماضية، ومعاناتهم لصعوبات الاندماج الاجتماعي في الحاضر، وندرة الفرص المتاحة مستقبلاً. ويتطلب الفصام عملية تشخيص مستمرة إذ يصبح الفصام أكثر تطورا في حالة عدم العلاج. وتعتمد الطرق الحديثة لعلاج الفصام على التدخل

المبكر للتركيز على الوظائف بدلا من الأعراض، وتحسين العوائد الوظيفية التي تؤثر في ظهور الأعراض، وتعطي أملا في الشفاء، وإمكانية القيام بالدور مستقبلا.

وقد بدأ شعور الباحثة بالمشكلة بالشكوى المتزايدة من والدة العميل (الحالة موضع الدراسة) باستمراره في ضربها رغم كبر سنها، ومعاناتها لآلام نفسية حادة نتيجة لمكوئها بالمنزل لفترات طويلة دون أن تستقبل أي زائر أو أن يتم دعوتها إلى إحدى المناسبات الاجتماعية إلى أن شعرت أنها سجينه هذا المريض، الذي تتعذب أكثر بآلامه وحاله المتدهور يوما بعد يوم. وأن معاناتها تلك سوف تتحسن بأي بريق أمل في شفاء وليدها الذي أتم الـ (٢٦) عاما دون شفاء، وبتحسن ضئيل لا يقارن بما آل إليه حالها من الفقر والعوز، بعدما قامت ببيع أغلب ما تملكه للصرف على علاجه بالمستشفيات. وقد أصبح المريض يفر من أية محاولة لعلاج سواء من طبيب أو من معالج نفسي أو من الذهاب إلى المستشفى ومحاولاته المتكررة للهروب منها. ورغم إيداع الحالة بالمستشفى عدة مرات في سنوات مختلفة إلا أنه أصبح يمثل إزعاجا لجيرانه، وأذى محتملا لمن يعيش معه في بيته.

ومما ساعد على استهداف علاج الحالة هو خروجه من المستشفى في وقت قريب متمتعا بوعي مناسب للبدء في العلاج النفسي. وقد اقترحت الباحثة استخدام مدخلا علاجيا يتضمن بصورة أساسية تنظيم انفعالات المريض، والمحافظة على مستوى وعيه نشطا لمدة أطول -قدر الإمكان- ليستبصر ما يفعله ببيئته، وسلوكياته المؤذية لنفسه ولمن معه. كما يجب أن يركز المدخل العلاجي المستخدم على الحد من السلوكيات الخطرة للمريض، وحماية نفسه ومن حوله، وإكسابه مهارات أولية للتفاعل الاجتماعي.

وقد تم تشخيص الحالة طبيا بإصابته باضطراب الفصام من قبل فريق طبي بمستشفى الصحة النفسية بالمنيا الجديدة. وقد تابع المريض مع عدد من أطباء الأمراض النفسية والعصبية على مدار سنوات متعددة. وقد بدأت معاناة الحالة لأعراض اضطراب الفصام عند تشخيصه بالفرقة الثانية بكلية التربية بعد مروره بعدد من المواقف الصادمة له. ثم تدهورت حالته على مدار أربع سنوات متتالية، بالتزامن مع قلة أو زيادة التزامه بعلاجه الدوائي خلال هذه الفترة. وقد حاول الانتحار خلال ثلاث سنوات خمس مرات، واعتدى على والده ليصيبه

بكسر وجروح بالغة، واعتدى على والدته مرارا إلى الحد الذي اضطرت فيه الأسرة لحبسه في شقة بمفرده، يتم إدخال الطعام له من خلال نافذة، يخبئون فيها أدويته مطحونة وممزوجة بالطعام أو الشراب.

وفي نهاية هذه الفترة أوصى الطبيب المعالج بضرورة إيداعه بالمستشفى، لذا فقد تم إيداعه بالمستشفى بإشراف الطبيب المعالج لمدة شهر، ولكن يكمل علاجه؛ إذ توسل لأمه لإخراجه من المستشفى رحمة ببيكائه المستمر، وعلى وعود قاطعة بالانتظام على العلاج الدوائي ودون أن يخرج من منزله. وبعد سبعة شهور تدهورت حالته بشدة ما استلزم ضرورة إيداعه بالمستشفى وفقا لتوصية الطبيب المعالج، قضى بها مدة ستة أشهر، وبعد خروجه من المستشفى كان وعيه مستقرا إلى حد كبير؛ ما جعله يعود إلى دراسته بالجامعة ليكمل السنة الثانية من الكلية. ثم حدثت له انتكاسة مرة أخرى في سن الـ ٢٥ عاما؛ ما اضطرت أمه لإيداعه بالمستشفى لمدة ثلاثة أسابيع فقط؛ تبرع فيها بنفقات المستشفى أحد الأقارب.

وتتعدد أنواع الفصام وتتداخل فيما بينها بما يزيد من احتمالية انتقال المريض من نوع لآخر. كما يزداد التداخل بين عدد من أعراض الفصام واضطرابات أخرى كالوسواس والاكتئاب والهستيريا؛ بما يجعل من الضرورة التدخل المبكر لتشخيص الفصام تشخيصا فارقا؛ وهنا يبرز الجانب الأول من مشكلة الدراسة الحالية وهو ضرورة تشخيص الفصام وتحديد نوعه بالوقوف على أعراضه حين بدأ الفصام، وتحديد العوامل المحيطة بالمريض حين أصيب بالفصام، والأعراض التشخيصية للفصام في الوقت الحاضر. لذا فإن أول أهداف الدراسة الحالية هو تشخيص الفصام بالكشف عن العوامل النفسية الكامنة لاضطراب الفصام، وتعرّف البناء النفسي للحالة موضع الدراسة.

وتزداد احتمالات انتكاسة المريض في اضطراب الفصام، وعودة الأعراض بصورة معقدة؛ إذ تقل الأعراض الموجبة، وتزداد حدة الأعراض السالبة. كما يزداد خطر الانتحار في الست سنوات الأولى من الإصابة بالاضطراب. (Karila,2002,p.115). وقد ذكر Subotnik & Nuechterlein (1986) أن الانتكاس الذهاني هو ارتفاع الأعراض الموجبة

إلى مستويات شديدة أو شديدة للغاية مثل أعراض الهلوسة، ومحتوى الفكر غير العادي، واضطراب المفاهيم. والانتكاسات غير الذهانية هي ظهور أعراض مثل الاكتئاب والعداء.

وقد طوّرت (1993) Linehan مدخلا علاجيا يتسم بالمرونة، ويصلح لذوي الاضطرابات النفسية عالية الخطورة؛ خاصة للأشخاص ذوي السلوكيات والأفكار الانتحارية المرتفعة، وهو العلاج السلوكي الجدلي. وهو نموذج علاجي يتيح الاستشارات عبر الهاتف فيما بين الجلسات لمساعدة العملاء على تفاعلهم الاجتماعي. وفي حالة الاضطرابات النفسية؛ فالعلاج السلوكي الجدلي يراعي صعوبة الإجراءات العلاجية المتعددة في جلسة واحدة لذا فإن هذه الإجراءات تركز على مسارين أساسيين هما: التدريب على المهارات، والتركيز على المشكلات الحالية؛ خاصة تلك المشكلات ذات العلاقة بدافعية العميل. فهو مدخل علاجي يستهدف حل المشكلة بتحديد السلوكيات المختلة وظيفيا أولا ثم قبول المشكلة مؤقتا بالتدريب على مهارات تحمل المعاناة، وعلى ضبط وتنظيم الانفعالات. وقد استخدمت برامج العلاج السلوكي الجدلي علي نطاق واسع في علاج اضطراب الشخصية الحدية.

ومن مميزات العلاج السلوكي الجدلي أنه يتعامل مع المريض ككل وليس كاضطراب منفصل، وبذلك فإنه يستهدف الجانب الانفعالي ككل في العلاج؛ مما يؤثر على سلوك المريض وتفاعله مع البيئة الخارجية. فقد ذكرت (1993) Linehan أن العلاج السلوكي الجدلي يهدف إلى الحد من السلوكيات الانتحارية عالية الخطورة، والحد من استجابات المرضى التي تؤثر سلبا على إجراءات العلاج، والحد من استجابات كرب ما بعد الصدمة، وزيادة احترام الذات. وبذلك يتضح الجانب الثاني من مشكلة الدراسة وهو محاولة تعرّف فعالية العلاج السلوكي الجدلي في خفض شدة أعراض اضطراب الفصام، وتقليل احتمالات خطر الانتكاسة لدى الحالة موضع الدراسة لذا يمكن تحديد مشكلة الدراسة في الأسئلة التالية:

١. ما الديناميات النفسية للحالة المصابة باضطراب الفصام من خلال المقابلات الشخصية

وتاريخ الحالة واستجابتها على بعض لوحات اختبار TAT؟

٢. ما فعالية برنامج العلاج السلوكي الجدلي في خفض شدة أعراض اضطراب الفصام لدى الحالة موضع الدراسة؟

٣. هل تستمر فعالية برنامج العلاج السلوكي الجدلي في خفض شدة أعراض اضطراب الفصام لدى الحالة موضع الدراسة بعد فترة المتابعة (ثلاثة أشهر بعد انتهاء تطبيق البرنامج العلاجي؟

### ثالثاً: أهداف الدراسة: تهدف الدراسة الحالية إلى ما يلي:

١. الكشف عن الديناميات النفسية للحالة المصابة باضطراب الفصام باستخدام أدوات التشخيص الكلينيكي.

٢. تقييم فعالية البرنامج العلاجي السلوكي الجدلي في خفض شدة أعراض الفصام من خلال:

(أ) بدء البرنامج فور خروج العميل (الحالة موضع الدراسة) من المستشفى لاستغلال حالة الوعي المستقرة لدى العميل وانتظامه على علاجه الدوائي.

(ب) تنشيط وعي العميل بالتغيرات الناتجة عن إصابته بالفصام، وما ترتب عليها من تدهور لحالته وأذى للمحيطين من أسرته، وذلك بهدف تجديد التزامه بعلاجه دوائي، وتوعيته بأهمية علاجه النفسي وتأهيله الاجتماعي لاحقاً.

(ج) تبصير الحالة بالأفكار والعمليات العقلية التي تثير انفعالاته، وتساعد على اضطراب سلوكه مما يعجل بالطور النشط لأعراض الفصام، وتيسير حدوث انتكاسة لحالته مرة أخرى.

(د) الاتفاق على العقد العلاجي بالالتزام بإجراءات البرنامج بإعادة تبني عمليات عقلية من شأنها تنشيط انتباه الحالة للأفكار والانفعالات المثيرة للتوتر والقلق، وإدراك السلوكيات التي تؤدي إلى تنشيط الأعراض السلوكية للفصام.

(هـ) علاج الأعراض المستهدفة للفصام في البرنامج العلاجي السلوكي الجدلي.

(و) التحقق من استمرارية فعالية البرنامج العلاجي السلوكي الجدلي بإجراء قياس تحديد شدة الفصام PANSS بعد انتهاء البرنامج الإرشادي لتعرف مدى استفادة الحالة من الاستراتيجيات والفنيات الإرشادية للبرنامج، والخبرات التي اكتسبها منه، ومدى تحقيق البرنامج الإرشادي لأهدافه في مساعدة العميل على استقرار وعيه ومزاولة حياته الواقعية دون تدهور ملحوظ للأعراض مرة أخرى ودون إلحاق الأذى بأي من أفراد أسرته.

**رابعاً: أهمية الدراسة:** يمكن توضيح أهمية الدراسة من خلال جانبين نظري وتطبيقي كما يلي:

أ. الأهمية النظرية: تتمثل الأهمية النظرية للدراسة الحالية في النقاط التالية:

١. تعتمد الدراسة الحالية على أسلوب العلاج الفردي بالدراسة الطولية لحالة واحدة بتاريخها وحاجاتها ومكبوتاتها والظروف البيئية والبيولوجية التي ساعدت على تطور الأعراض وتنشيطها، مما يساعد على تركيز وضبط خطوات التشخيص ورصد العوامل المسببة للاضطراب، ومدى اتفاق الأعراض الفرعية والسلوكيات النوعية مع تشخيص اضطراب الفصام في DSM-5 مما يساعد على توفير ملامح تشخيصية بصورة أقرب للواقع البيئي والثقافي المصري.

٢. بتحديد شدة أعراض الفصام لدى الحالة؛ فإنه يمكن تعرف العلاقات المباشرة وغير المباشرة بين العوامل البيئية والبيولوجية التي تساعد على تنشيط أي من أعراض الفصام السالبة أم الموجبة أم العامة أم بعض منها أم جميعها.

٣. تقدم الدراسة الحالية برنامجاً علاجياً يعتمد على تطبيقات العلاج السلوكي الجدلي لخفض شدة أعراض الفصام.

ب. الأهمية التطبيقية: تتمثل الأهمية التطبيقية للدراسة الحالية في النقاط التالية:

١. تقديم عدد من الملاحظات السلوكية والأفكار التي تبديها الحالة المصابة باضطراب الفصام قبل ظهور الطور النشط للأعراض، والعوامل التي من شأنها تعجيل الطور النشط، وتتبع حدوث انتكاسة وظهور الأعراض في شدتها مرة أخرى.
٢. إفاضة أسرة الحالة المصابة بالفصام من خلال تجنب الظروف والعوامل التي من شأنها تعجيل الطور النشط للأعراض، وتوعيتهم بالروتين اليومي الواجب توافره للمريض الفصام بهدف تجنب تدهور حالته والوقاية مما يمكن أن ينالهم من أذى منه.
٣. توعية المختصين من المعالجين والأخصائيين النفسيين والأسر بالملاحظات السلوكية التي تتبى بإمكانية إصابة الحالة بالفصام لتوفير عوامل الوقاية والتدخل المبكر.
٤. تقديم المعلومات اللازمة لأسرة الحالة المصابة بالفصام لتعرف الحالة، وتوقيتات الطور النشط لأعراض الفصام، ومتى يجب سرعة إيداعه بالمستشفى، وما يجب عليهم من الرعاية في فترة ما بعد الخروج من المستشفى.
٥. توجيه المختصين إلى أهمية استغلال فترات وعي المريض لإكسابه فنيات العلاج السلوكي الجدلي للتحكم في عمليات تنظيم الانفعالات واليقظة العقلية والعلاقات بين الشخصية وتحمل المعاناة التي يمكن أن تخفف من أعراض الفصام، وتزيد من مدة الاستقرار النسبي للحالة، وتأخير الطور النشط للأعراض والوقاية قدر الإمكان من حدوث الانتكاسة السريعة.

#### خامساً: مصطلحات الدراسة:

أ. اضطراب الفصام: وتعرفه الباحثة في الدراسة الحالية بأنه "اضطراب عقلي ذهاني يدل على تفكك التفكير وفقر محتواه وتشتت وعيه بما يمثل أزياداً في الاستجابات العقلية بصورة غير ملائمة بما يعرف بالأعراض الموجبة، مع مشكلات وجدانية ومزاجية تمثل ضعف عمليات كف التوتر والقلق وصعوبات طرحاً بما يشير إلى الأعراض السالبة، كما يعاني المريض من مجموعة من الأعراض العامة تمثل المرض النفسي. ويشخص الفصام وفق DSM-5 حسب توفر عرضين على الأقل من المجموعة الموجبة وعلى أن يكون



أحدهما على الأَق هو (الضلالات أو الهلوس أو اضطراب التفكير)، مع مجموعة من الأعراض السالبة والأعراض العامة تختلف بين حالة وأخرى".

ب. العلاج الجدلي السلوكي: وتعرفه الباحثة في الدراسة الحالية بأنه "مدخل علاجي نفسي متكامل مرن بناء على توصيف Linehan للعلاج السلوكي الجدلي الذي يستمد أسسه من العلاج المعرفي السلوكي وعدد من الفنيات المعرفية والسلوكية، والقائم على فكرة الجدلية وقبول التناقضات والتي تجمع بين التقبل والتغيير بهدف تأسيس حياة تستحق أن تُعاش، وهو مدخل علاجي يجمع بين الجلسات العلاجية الفردية المباشرة والاستشارات عبر الهاتف فيما بين الجلسات، ويشتمل على عدد من الاستراتيجيات والفنيات التي تساعد على تعلم واكتساب مهارات تحمل المعاناة وتقبلها، والتدريب على اليقظة العقلية للأفكار والانفعالات ومحاولة إعادة بنائها معرفياً، وتنظيم الانفعالات وإعادة بناء علاقات بين شخصية على عدة مراحل للعملية العلاجية".

## سادساً إطار نظري:

### أ. اضطراب الفصام:

عُرِفَ الفصام في بدايته باسم الخبل المبكر؛ كما أطلق عليه (1860) Morel، ثم أسماه (1971) Hecker بالهيبفيرينيا. ثم استخدم (1911) Bleuler اسم الفصام لأول مرة ليشير إلى مجموعة أعراض التفكك المعرفي والانفعالي والسلوكي. وفي عام (١٩٨٠) وصف Craw الفصام بأنه مجموعة من الأعراض الموجبة كالأفكار الذهانية والهلوس، والأعراض السالبة كالبلادة الانفعالية والتلف العقلي وضعف الحديث وتفكك التفكير. ويفقد المريض في هذا الاضطراب تكيفه مع الواقع، ويعاني زملة أعراض ذهانية واكتئابية. فالفصام هو ذهان مزمن يؤثر بصورة عميقة ومتطورة في الشخصية. ويعاني مريض الفصام من الهلوس السمعية أو الشمية أو البصرية أو الحسية أو جميعهم، كما تعتريه الأوهام والأفكار المشوشة؛ مما يفقد المريض قدرته على تمييز أفكاره ومعتقداته عن الواقع. ويشير الفصام إلى نقص انتظام

الشخصية، وتدهورها التدريجي حيث تنتشر وتتشتت مكوناتها. (حامد زهران، ٢٠٠٥، ص.٥٣٣)

ويذكر (Besançon 2005) أن هناك عدد من الملاحظات السلوكية التي تمثل أعراضاً أولية للتغيير في الشخصية وتمهد لظهور الفصام مثل: ظهور اهتمامات خاصة متطرفة لدى المريض؛ تظهر بصورة غير مألوفة كالاهتمام الديني والنزعات الصوفية والبدع، ومعاناته لآلام جسدية واضطرابات في الأكل ينتج عنها ضعف جسمي، ثم يتبدل السلوك فجأة، ويبدو على المريض أنه يفقد إرادته. ثم تبدأ المرحلة الثانية التي تظهر فيها اللامبالاة للعلاقات الاجتماعية بصورة ملحوظة، ويبدو لدى المريض تناقضاً ملحوظاً في تعبيراته الانفعالية. ثم يبدأ ظهور الفصام لدى المريض بظهور ميول للعزلة، وتراجع كبير في نشاطه الاجتماعي، وتظهر لديه اهتمامات أكثر غرابة؛ بما يمثل مبالغة في الكف. ثم ما يلبث أن يظهر التفكك الانفعالي من خلال غرابة السلوك. وتبدو الوسواس وكأن موضوعها الأساسي هو شعور المريض بالاضطهاد، ويبدو على سلوكه أنه لا يستطيع مقاومة القلق. ثم تظهر أعراض رهابية موضوعها الأساسي هو الجسد كالخوف من المرض ورهاب تشوه الجسد؛ لذا ففي هذه المرحلة تبدأ الهذات في الظهور لتوضح انشغالاً بتوهم المرض. وتبدو الحالة غير مستقرة، وتتميز بسلوكيات المعارضة، والأفعال العنيفة المنحرفة خاصة لو ظهرت تلك الأعراض في بداية مرحلة الرشد. ثم يبدأ ظهور علامات التفكك، وتبدو الحالة وكأنها شبه سيكوباتية. وقد تظهر سلوكيات جنسية مضطربة كالسادية، واضطرابات في السلوك الغذائي في اتجاه فقدان الشهية تماماً؛ بما يفقد الوزن، ويكون ذلك مصحوباً بأفكار عن تشوه الجسد، أو أن يكون فقدان الشهية مصحوباً بالقيء الإرادي أو حالات من الشره الغذائي مرتبطة بحاجة ملحة لملء البطن مصحوبة بمحاولات متعمدة من القيء.

ويشخص الفصام وفقاً للإصدار الخامس للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية DSM-5 في جزئه الثاني ضمن الفئة الثانية من الاضطرابات في مجموعة اضطرابات طيف الفصام والاضطرابات الذهانية الأخرى. وتشتمل المحكات التشخيصية لهذه الفئة على خمسة جوانب وهي الضلالات، والهلاوس، والتفكير، والتحدث غير المترابط، والسلوك الحركي

غير الطبيعي. ويجب أن يتوفر عرضين منهم على الأقل، وعلى أن يكون أحدهما على الأقل من أول ثلاثة أعراض. كما يشتمل تشخيص الفصام على سبعة أعراض تمثل الأعراض السالبة، ويجب أن تستمر هذه الأعراض لمدة لا تقل عن شهر قبل إجراء التشخيص. (DSM-5; American psychiatric Association (APA), 2013)

وقد فسرت عدد من مدارس علم النفس كيفية حدوث اضطراب الفصام. فتفسر نظرية التحليل النفسي الفصام بأنه عملية نكوص للطاقة النفسية (القوى الليبيدية) بصورة نرجسية إلى مرحلة مبكرة من مراحل النمو النفسي الجنسي؛ إذ تنسحب الطاقة النفسية إلى داخل الذات مما يعجز معه الفرد في الارتباط بالآخرين والتفاعل معهم فينسحب عنهم (رمضان القذافي، ٢٠٠٢، ص. ١٧٢). ويفقد مريض الفصام تكيفه مع الواقع الموضوعي نتيجة لفشل ميكانيزمات الدفاع في حل صراعاته مع الواقع الخارجي مما يشكل تهديدا يستثير الهلوس والهذات لتحقيق اتزانه كوسيلة دفاعية ضد تشتت صورة الذات والأنا المحيطة. إذ تمثل الهذات والهلوس عمليات أولية للتفكير لتعويض نقص العلاقات المتبادلة. كما يعجز مرضى الفصام عن تنمية آلية الطرح مما يجعل العلاج بالتحليل النفسي لا يجدي معهم. (Black & Andreasen, 2011, p.44)

ويحدث الفصام حسب النظرية السلوكية كاستجابة لحالة تتميز باختلال وظيفة استقبال المثيرات، وضعف الأنا، واضطراب العلاقات مع البيئة (رمضان القذافي، ٢٠٠٢، ص. ١٧٢). بينما تفسر النظرية المعرفية حدوث الهلوس والهذات لمريض الفصام على أنها حساسية مفرطة للاستجابة للمثيرات والتي تكون أعلى منها لدى العاديين. فالفصاميون يعانون تغيرا في حساسيتهم الحسية يساعد على تطور الأعراض إلى اضطراب نفسي؛ نتيجة لحالة الغمر أو الفيض المعرفي أو الحمل الزائد للمثير. (Ullman & Krasner, 1969, p.55)

وتمثل الأسباب الوراثية نسب متزايدة لنشأة الفصام؛ إذ ينشأ الفصام نتيجة لأسباب وراثية وعوامل بيوكيميائية خاصة بنسبة الدوبامين التي ترتفع لتستثير ذهانات تجريبية، ولذلك فإن أدوية المثبطات العصبية تحسن من هذه الأعراض. وتنتج الأعراض السالبة نتيجة

لانخفاض انتقال الدوبامين في الدماغ، في حين تنتج الأعراض الموجبة نتيجة لارتفاع انتقال الدوبامين في الدماغ. (Govrion & Qut-Fayand, 2004, p. 32)

كما يذكر (Gasman 2003) أن الفصام يمكن أن يكون ناتجا عن النمو غير السوي لعدد من المكونات التشريحية للمخ كالفضوص الصدغية المتوسطة والبطينات الدماغية. كما قد ينتج الفصام عن عدد من العوامل المسببة لاضطرابات الحمل لدى الأم، وعوامل ولادية مثل نقص الأكسجين في المخ. كما قد ينتج الفصام عن عوامل نفسية كالصراعات والإحباطات، وعوامل اجتماعية كالتنشئة الاجتماعية في الأسرة.

وتتمثل الأعراض الموجبة أو المنتجة في شكل هذات ذات موضوعات متعددة مع غياب مقاومة العقل. كما تتكون الأعراض السالبة أو القصورية من اضطرابات انفعالية في مجموعها كاضطراب الشعور مثل (البرود الانفعالي، وعدم توافق الأفكار والانفعالات، وصعوبة فهم مشاعر الآخرين)، والعزلة كفقدان الاتصال بالواقع مع سيطرة الحياة الداخلية على الواقع. وذلك إضافة إلى أعراض الوهن والاهتمام الجسدي، ومشاعر الذنب، والميول الاكتئابية. وتجدر الإشارة إلى أن الأعراض التفكيرية للشخصية تمثل الميزة الأساسية للفصام كالتناقض الانفعالي، والغربة السلوكية، والغموض المعرفي، والانفصال عن الواقع. (Karila,2002,p.115)

وقد احتوى الجزء الثالث من DSM-5 على مقياس تقدير باسم التقييم الكلينيكي لشدة أعراض الذهان. وقد تم اقتراح مثل هذا المقياس لتحديد شدة الاضطراب وتحسين إجراءات التشخيص للحد من الاختلافات الثقافية في تفسير هذه الاضطرابات. وهي مقاييس مشتقة من المعايير التشخيصية للاضطرابات الذهانية مباشرة لتحديد شدة الاضطراب وليس وجوده فقط. (جونسون وآخرون، ٢٠١٥، ص. ٥٣٠)

وقد ذكر لكلل وبين عمر (٢٠١٢، ص. ٢٥) أن الأعراض الموجبة للفصام تُعرف بأنها تلك الإضافات غير المرغوبة على العقل والتفكير، وتتسم بالبدء الحاد وباستجابة جيدة للعلاج بالمثبطات العصبية. أما نواحي الفقر في الشخصية أو افتقاد عناصر أساسية في العقل والتفكير فتمثل الأعراض السالبة، وهي تظهر عقب البدء الحاد للاضطرابات، وهي أعراض

تستجيب بصورة سيئة لعلاجات المثبطات العصبية. وتضم الأعراض الموجبة الهلوس، والأفكار الهذائية، واضطرابات التفكير، وفقدان الثقة، والعناد. أما الأعراض السالبة فهي تضم الفتور، والانشغالات الجسمية، والانسحاب الاجتماعي والانفعالي، والقلق، والشعور بالذنب، والميل إلى الاكتئاب، والبطء الحركي.

ويمكن رصد أهم أنواع الفصام كما يلي: (حسن غانم، ٢٠٠٦، ص. ١٤٣ - ١٤٤)،  
(محمد جاسم، ٢٠٠٩، ص. ٢١٠)

الفصام البسيط: وهو أقل الأنواع خطرا وشدة، وتكون أعراضه هي: التبدل الانفعالي، والانسحاب الاجتماعي، وعدم الاهتمام بالجنس، وعدم الإحساس بالمسؤولية. ويتصف سلوك مرضى الفصام البسيط بالاعتمادية، وفقد أي دافع للتحصيل أو الإنتاج، ولديهم تدهور عقلي واضح. وهو نوع يظهر بشكل تدريجي يبدأ باللامبالاة ثم فقدان الإرادة والطموح والدوافع ثم تظهر الهذات والهلوس.

الفصام الهيفريني أو فصام المراهقة: وفيه ينشغل المريض بالتفكير بالموضوعات الفلسفية والأمور الجنسية، وكثرة التخيل والأوهام والانهيار الشديد. ويتسم سلوك المريض بالحماسة والشذوذ، ويعتقد أن أعداء يلاحقونه، وأن دماغه قد تحللت، أو أن أمعاه مليئة بالأسمنت. ويميل المريض لتكشير وجهه، وقد يقوم بأفعال جنسية علنا دون إدراك لما يفعل.

الفصام التخشبي: ويتصف بالانسحاب الكامل من الواقع، وتقلب سلوك المريض بين الذهول العميق وبين حالات الإثارة. وفي حالات الذهول يتجمد المريض بشكل كامل يستمر لساعات دون أن يستطع التبول أو التبرز أو الحركة، وفي حالات الإثارة يمشي المريض بسرعة، ويقوم بأفعال عدوانية، ويسلك سلوكا جنسيا مكشوفاً. ويبيد عدداً من الأعراض السالبة. ويكون مآل الشفاء في هذا النوع محتملاً أكثر من بقية الأنواع.

الفصام البارانووي أو الهذائي: وهو يتميز أساساً بالأوهام سواء أوهام الاضطهاد أو القسوة أو العظمة أو كليهما. ويكون المريض دائم التشكك فيمن حوله، ويحاول تقديم الأدلة على

ذلك، ويعمم هذه الأفكار بما قد يؤدي إلى محاولة العدوان على الآخرين أو محاولات الانتحار. وتتركز الهذات حول أعضاء الجسم ووظائفها وإحساسات المريض.

الفصام الوجداني: وفي هذا النوع يكون الفصام مصحوبا باستجابات وجدانية تشبه نمط الهوس الاكتئابي. ويتقلب المريض بين حالة الإثارة مع هوس وحالة الاكتئاب الشديدة مع أعراض هذائية، مع عدم وجود تناسب بين ضبط التفكير والاستجابة الانفعالية.

الفصام المفكك: وفي هذا النوع تتفكك مكونات الشخصية بصورة شديدة مع كثير من مظاهر اختلال التفكير وتكون الحالة المزاجية متقلبة تطرفا ما بين الحزن والفرح، وفرط الانفعال وعدم مناسبته، ويكون التفكير ضحلا غير مترابطا ومفككا.

الفصام غير المتميز: وهي حالات فصامية تستوفي الشروط العامة للفصام دون بروز واضح لأي من المظاهر المميزة لأي من أنواع الفصام المذكورة.

#### ١. مشكلات تشخيص اضطراب الفصام:

رغم تحديد DSM-5 للأعراض التشخيصية للفصام، وإتاحته لمقياس التقييم الكلينيكي لشدة أعراض الذهان إلا أن تشخيص الفصام في بدايته يعد أمرا محفوفًا بالمخاطر (ابراهيم صدي، ٢٠٢٠). وتمثل مرحلة البداية هذه؛ تلك المرحلة التي يظهر فيها عرض أو اثنين على فترات متباعدة أو بصورة منفصلة في مواقف مختلفة إلى أن تكتمل مجموعة أعراض تشخيصية تستمر لمدة شهر على الأقل بصورة متزامنة. حينها يتحتم ضرورة التدخل بالتشخيص الذي يشترط فيه ملاحظة المريض لمدة ستة أشهر لاستمرار هذه الأعراض حتى يتم تشخيصه بالنهاية باضطراب الفصام. كما تكمن صعوبة تشخيص الفصام في امكانية تطور أعراضه على مراحل مختلفة إلى الدرجة التي تكون فيها الحالة قد مرت بأحد أنواع الفصام في مرحلة وفي مرحلة أخرى يبدو عليها نوع آخر للفصام (Warner & Comet, 2023). لذا فإنه عادة ما يستخدم العلاج الطبي نفس المثبطات العصبية لجميع أنواع الفصام.

ومن مشكلات تشخيص الفصام أيضا تشابه غالبية الأعراض المبكرة لاضطراب الفصام مع اضطرابات ذهانية أخرى؛ لذا فإن التصرف الأصوب في هذه الحالة هو العرض

على الطبيب، والذي ينصح بأدوية تعمل كمثبطات عصبية. ولكن مع زيادة شدة الأعراض يصبح التصرف الأنسب هو إلحاق المريض بالمستشفى لتلقي خدمة العلاج الكاملة حفاظا على المريض مخافة إيذاء نفسه أو المحيطين. ويبدأ العلاج النفسي في هذه الحالة بعد التشخيص الطبي لمريض الفصام وبعد استقرار وعيه للدرجة التي يمكن معها بناء علاقة علاجية والبدء في إجراءات العلاج النفسي والذي يبدأ بدوره أيضا بتشخيص أعراض الفصام وفقا للمحكات التشخيصية لـ DSM-5.

ويتكون مقياس التقييم الكلينيكي لشدة أعراض الذهان Clinician rated dimension of psychosis symptom severity، والذي طُرِحَ في DSM-5؛ من ثمان بنود لقياس شدة الأعراض عن طريق ملاحظة المفحوص تتوزع على ثلاثة عوامل هي الأعراض الموجبة أو تفكك الكلام والأعراض السالبة أو العجز المعرفي والأعراض الوجدانية. وتشتمل هذه البنود على الهلوس والضلالات والكلام المفكك والسلوك الحركي غير الطبيعي والأعراض السالبة والعجز المعرفي والاكنتاب والهوس. ويتم تقييم المريض بملاحظته لمدة أسبوع قبل التطبيق، وتتراوح شدة الأعراض ما بين لا تظهر عليه أعراض إلى تظهر عليه الأعراض بشدة، بتقييم ما بين (صفر: ٤)، وتتراوح الدرجة الكلية للمقياس ما بين (صفر: ٣٢) درجة. وتصح هذه العبارات في تدرج خماسي لشدة العرض في خلال أسبوع من الملاحظة. (جونسون وآخرون، ٢٠١٥، ص. ٥٣١). ولكن يعتبر ضم جميع الأعراض السالبة في بند واحد يسبغ نوعا من الغموض على شكل ونوع الأعراض السالبة لدى المفحوص.

وقد تطور عن مقياس التقييم الكلينيكي لشدة أعراض الذهان مقياس متلازمة الأعراض الموجبة والسالبة "PANSS" لقياس شدة أعراض الفصام Positive And Negative Symptoms Syndrome scale (PANSS) وفقا للأعراض التشخيصية للفصام التي حددها DSM-5. وهو يتكون من (٣٠) بند موزعة على الأعراض الموجبة وتشتمل (٧) بنود تقيس: الأوهام أو الضلالات، والهلوس أو سلوك الهلوسة، وفوضى المفاهيم، والهياج، والعظمة، والاضطهاد أو جنون الارتياب والتشكك، والعدوان. والأعراض السالبة وتشتمل (٧) بنود تقيس: انعدام التأثير، والانسحاب العاطفي، وقلة العلاقات، والسلبية واللامبالاة، وصعوبة

التفكير المجرد، والتفكير المتكرر أو فقر التفكير. والأعراض العامة وتشتمل (١٦) بنداً تقيس: الهم الجسدي أو قلة الاهتمام بالمظهر الخارجي، والقلق ومشاعر الذنب، والتوتر، والطرق والمواقف، والاكتئاب، وتخلق/ تصلب الأداء الحركي، وعدم التعاونية، ومحتوى الفكر غير العادي، والارتياب والتشكك، وضعف الاهتمام، ونقص القدرة على الحكم والبصيرة، والاختلال العام، وقلة السيطرة على الدافع، والانهماك أو الانشغال بدون سبب أو هدف، والتجنب الاجتماعي النشط. ويتم ملاحظة المفحوص لتقدير شدة هذه الأعراض. (إيمان موسى، ٢٠٢١)

ويعتبر مقياس الطب النفسي المختصر Brief Psychiatric Rating Scale

(BPRS) هو نسخة مختصرة عن مقياس "PANSS" لتقييم شدة أعراض الفصام. وهو يفيد في الحصول على تقييم سريع وأكثر اقتصادية وأقل مجهود للفصام، وهو يتكون من (١٨) بند تقيس الأعراض السالبة والموجبة لاضطراب الفصام دون تقدير الأعراض العامة. وتُصح بنوده وفقاً لتدرج ليكرت السباعي، ويطبق بصورة فردية اعتماداً على ملاحظة المريض.

أما نوع مقاييس تشخيص الفصام باستخدام التقدير الذاتي فهي ذات عدد كبير من البنود. فمقياس التحليل الكلينيكي يتكون من (٢٧٢) بنداً تختلف طريقة استجابة المفحوص على بنوده. وهو اختبار يقيس الجزء الأول منه (١٦) سمة شخصية في (١٢٨) بنداً، والجزء الثاني يقيس السمات المرضية والاكتئاب من (١٠) عوامل كإنيكية تشمل: التوهم المرضي، والاكتئاب الباعث على الانتحار، والهياج، والاكتئاب المصحوب بالقلق، والاكتئاب المصحوب بالطاقة المنخفضة، والاستياء والشعور بالذنب، والانسحاب والملل، والبارانويا، والانحراف السيكيويائي، والفصام، والسيكاثينيا، والقصور النفسي. (عبد الرقيب البحيري، ٢٠١٦)

أما عن اختبار منيسوتا متعدد الأوجه للشخصية Minnesota Multiphasic

Personality Inventory (MMPI)، فهو اختبار له قدرة فرز وتصنيف عالية لقياس ثلاثية العصاب والذهان والميول المرضية، ويقدم معلومات عن مدى خطورة مشكلات المريض، والتشخيص الفارق للاضطراب، وتأكيد افتراضيات العلاج، ويجيب المفحوص بنوع واحد من الاستجابة على الاختبار. لكن الاختبار طويل جداً إذ أنه مفصلاً، ويقاس مدى واسع من الأمراض؛ قليل منها فقط يتعلق بالاكتئاب؛ مما يجعل شموليته ميزة وعيب في نفس الوقت عند



استخدامه. فرغم مميزاته إلا أنه يتكون من (٥٦٧) بنداً؛ يمل من الاستجابة عليه الشخص السوي، الذي قد يقوم بملء باقي الأسئلة عشوائياً للتخلص من طول الاختبار.

ويذكر (Warner & Cometz (2023 أن المريض يُظهر وعياً بنمطين متميزين من الكلام، والقدرة الفريدة على التبدل بينهما في حالة الوعي. كما يعاني أغلب مرضى الفصام من حبسة كلامية تمثل تحدياً كإينيكي تشخيصياً. وفي مثل هذه الظروف فإنه يصعب الاعتماد على تشخيص الفصام باستخدام مقاييس التقدير الذاتي. وتصبح مقاييس تشخيص الفصام التي تعتمد على ملاحظة المريض وتقدير شدة أعراضه هي الأقرب للصحة في هذه الحالة. كما يساعد على تعرف محتوى تفكير المريض، وإدراكاته ومدى تفككها أو اضطرابها؛ استخدام أساليب إسقاطية إضافية في التشخيص.

إن استخدام أداة محددة لتشخيص أعراض الفصام وشدها يقتضي تحديد التوقيت الذي سيتم فيه التشخيص وتوصية من الطبيب المعالج بخصوص شدة الحالة. فبدء التشخيص مثلاً فور خروج المريض من المستشفى؛ حيث وعيه مستقر نسبياً، وسبق تشخيصه من فريق طبي باضطراب الفصام مع جرعات دوائية كبيرة تجعل هناك صعوبة في إجراء تشخيص يعتمد على التقييم الذاتي أو أن تكون الأداة تستغرق وقتاً طويلاً في التشخيص. فرغم وعي المريض المنتظم نسبياً إلا أنه يعاني آلاماً جسدية متعددة. مثل هذه الأدوات تصلح مع الاضطرابات الذهانية في بداياتها حيث لم يتفكك التفكير ويضطرب الوعي، ولا توجد أعراض جانبية مختلفة لما يتناوله المريض من جرعات دوائية. لذا يمكن في هذه الحالة الاعتماد على التشخيص باستخدام أدوات للملاحظة والتقييم طالما أن التشخيص بهدف العلاج النفسي بناء على ما شخصه الأطباء سلفاً. ولأن مقاييس الملاحظة قد لا تكشف مكونات المريض؛ لذا فيمكن الدمج بين الأساليب الإسقاطية وأساليب التقدير من خلال الملاحظة في تشخيص اضطراب الفصام.

ويؤدي التقدير الكينيكي السليم لمريض الفصام إلى الفهم العميق لحالته، والتشخيص الدقيق لاضطرابه، ووضع الخطة العلاجية الملائمة والتي يمكن معها توقع فعاليتها في شفاء العميل. وفي حالة الاضطرابات الذهانية كالفصام؛ فإن الشفاء التام أمر يصعب تحقيقه في خطة علاجية قصيرة الأجل -وربما طويلة- مع استخدام وسائل ومعينات متعددة وفريق علاجي

متكامل. ولكن مفهوم تخفيف الأعراض، والحفاظ على استقرار وعي المريض، وتأخير احتمالات حدوث الانتكاسة كلها أهداف علاجية تقود في النهاية -إذا ما تم تحقيقها- إلى توقعات إيجابية حول شفاء المريض. وفي أغلب الحالات فإن تدخل المعالج النفسي يكون تاليا لتدخل الطبيب الذي يشخص الفصام وفق لاستمرارية الأعراض لفترة زمنية لا تقل عن ستة أشهر وبصورة مؤثرة على وعي المريض وتفكيره مقدراً ذلك برسم المخ. وغالبا ما يصف له أدوية مثبتات عصبية لتقليل الاستثارة، وليظل المريض هادئا في نهاره، غارقا في النوم ليلا؛ إلا أن وعي المريض لا يزال غائبا في أغلب أوقاته، ومضطربا ومفككا في باقي أوقاته.

والواقع أن التشخيص قبل بدء العلاج النفسي ليس إجراء روتينيا لإعادة التشخيص، وإنما هو في الواقع رصد لوصف المظاهر السلوكية لكل عرض من أعراض الفصام، ومحتوى الهذات والهالوس من موضوعات، وأيضا منشأ اضطراب العلاقات الاجتماعية؛ والذي يوضحه نوعية المواقف والأحداث التي تستثير توتر المريض وقلقه، وربما نوبات هياجه وعدائه. كما يمكن من خلال التشخيص النفسي تعرّف إلى أي مرحلة ينكص المريض من خلال نوعية سلوكه واستجاباته، وإلى أي من علاقاته الاجتماعية يقترب ويحافظ. إن التشخيص في هذه الحالة هو تشخيص علاجي للوقوف على الأفكار التي يهذي بها المريض أو يتحدث عنها، والتي يمكن من خلالها الحكم على أي درجة من درجات الوعي وتفكك التفكير وصل المريض. وبذلك يمكن أن يبدأ العلاج النفسي بتغيير هذه الأفكار، وإثبات خطئها واستبدالها بأخرى أكثر تكيفا. كذلك يهدف التشخيص إلى تعرف نوعية الاستجابات الانفعالية، وأي من المواقف التي تستثير هذه الانفعالات. وبذلك يمكن في العلاج النفسي تغيير بعض المواقف والأحداث البيئية إلى أن يتدرب المريض على تعرف انفعالاته وتقبلها، وتعرف أثرها على نفسه وعلى المحيطين، وبالتالي قد تزداد دافعيته على تغييرها. كما يمكن من خلال التشخيص تعرف معتقدات المريض والتي يمكن دحضها. أيضا يمكن من خلال عملية التشخيص رصد الآلام التي يعانيتها المريض، ومشكلاته مثل مشكلات الكلام، والحركة، وآلام الجسد، والعادات الغذائية للمريض، وتعرّف شكل المريض وهيئته والمكان الذي يعيش فيه، وكيفية التمهد له في البرنامج العلاجي لتقبل شكله الحالي ليحاول ضبط هيئته ونظافة ونظام بيئته.

## ٢. العلاج النفسي لاضطراب الفصام:

لقد فسرت التحليل النفسي أسباب اضطراب الفصام إلى عوامل نفسية مثل معاناة الفرد لصراعات متعددة في بيئته الخارجية، وفشل ميكانيزمات الدفاع التي يستخدمها في تحقيق إشباعات مؤقتة لحاجاته مما يستنزف طاقته النفسية؛ لينحسر داخل ذاته، وتتكص أفعاله إلى مرحلة مبكرة من نموه النفسي الجنسي. ويعتبر مثل هذا التفسير يقتضي بجانب تشخيص اضطراب الفصام تحديد أي مرحلة من مراحل النمو النفسي الجنسي قد نكص إليها المريض حتى يمكن البدء منها لدفع نموه النفسي تجاه التطور مرة أخرى. كما يجب أن يحاول المعالج البحث عن الحاجات الضرورية الملحة لدى المريض، والتي حاول مرارا إشباعها وحالت ظروف بيئته من إشباعها بصورة سوية. ومن هنا فالعلاج النفسي لمريض الفصام يجب أن يحاول تفهم حاجات المريض وفق مرحلته النمائية التي ارتد إليها، ومحاولة مواجهة المريض بواقعه ومساعدته على قبوله، وتحمل معاناة ظروفه، وتدريب المريض على تنظيم انفعالاته تجاه تلك الحاجات التي حاول كبتها وإنكارها وإبعادها عن حيز وعيه، والتي يقاوم ظهورها من خلال معاناته لحالات القلق والتوتر المستمرة.

وقد خُصت نتائج خليفة (٢٠٢١) إلى أنه بالنسبة للزمن وإدراك الواقع؛ فإن مريض الفصام يعيش الزمن الماضي وخبراته الخاصة في علاقته بأمه؛ مما ينشط من ردود الأفعال النكوصية لمراحل سابقة. وكلما استقر الوعي وعاد المريض للحاضر بما يحمله من علامات (أحداث، ومواقف، وأشخاص) تستثير التوتر والقلق -والذي لا يستطيع مريض الفصام تحمله وطرحه- فإنه يرتد مرة أخرى إلى الماضي.

ولأن التحليل النفسي ترجع أسباب اضطراب الانفعالات إلى وجود مخزون كبير مكبوت من الانفعالات السلبية منذ فترة الطفولة وسيطرة الهو المطلقة التي تعبت بحاجاتها الطفلية، والتي تفصح عنها في أنماط سلوكية نكوصية تظهر في أوقات القلق والتوتر. وفي ظل تفكك شخصية المريض واضطراب وعيه وانحساره داخل ذاته، فإنه يصعب علاج المريض بتطبيقات التحليل النفسي. ويجب أن يركز العلاج النفسي في هذه الحالة على تنفيس المكبوتات من

الانفعالات السلبية، وزيادة تقوية الأنا لتستعيد دورها الذي تخلت عنه نتيجة سلسلة الإحباطات التي تعرضت لها وأشعرتها بالعجز.

ووفقا لتفسير المدرسة السلوكية فإن أعراض اضطراب الفصام الظاهرة هي اشتراطات سلوكية نتجت عن أساليب غير توافقية متعلمة؛ مما يستوجب معها إعادة التعلم وإعادة التدريب على أساليب توافقية في العلاج النفسي المعتمد على النظرية السلوكية. وترجع النظرية السلوكية الهذات والهالوس لانتشار نوع من الكف الوقائي الذي يمتد من القشرة -في الحالات العادية- إلى جذع المخ في حالة اضطراب الفصام؛ مما يجعل الاستجابة للمثيرات العادية تكون عالية الحدة، وهذا ما يفسر نوبات الهياج في الفصام الكاتوني.

وفيما تتسبب الاضطرابات الذهانية في قدر هائل من الضيق للأفراد؛ فقد أوضحت نتائج دراسة (Lim et al., 2017) أن تقليل مدة أعراض الذهان يمكن أن يؤدي إلى تحسينات معتدلة في النتيجة النهائية للأشخاص الذين يعانون من اضطرابات طيف الفصام. فتحقيق فترات من التعافي خلال رحلة العلاج من اضطراب الفصام يسهم بصورة مهمة في تحقيق الشفاء الكامل من الاضطراب. وأن العلاج النفسي والتأهيل الاجتماعي المكثف له دور كبير في هذا الشفاء؛ إذ أن واحدا من كل خمسة مرضى مصابين بالفصام يمكنهم تحقيق فترات من التعافي بتلقي الخدمة النفسية الملائمة من علاج نفسي وتأهيل اجتماعي وتكفل نفسي مع الالتزام بالعلاج الدوائي. وبذلك يتضح أن التعافي الكامل من اضطراب الفصام يستلزم تقديم خدمة علاجية مكثفة دورية طبية ونفسية واجتماعية للمرضى وأن هذا التعافي كامل

وتجدر الإشارة إلى أن العلاجات المستخدمة مع أنواع الفصام تكاد تكون متماثلة. وتتمثل مشكلات علاج الفصام في أنه اضطراب سريع التطور وشديد التعقيد. ومن الضروري تعرّف علامات المأل السوء لعلاج الفصام، وهي: البدء المبكر للأعراض، وعدم وضوح الأسباب المؤدية للفصام، والتاريخ المسبق للتكيف السوء قبل ظهور الاضطراب خاصة العزلة الاجتماعية، والأعراض السالبة المكتملة، ووجود تاريخ وراثي لاضطراب الفصام، وغياب مرحلة السكون أثناء السنوات الأولى للمرض مع تعدد الانتكاسات، وكذلك حالة المريض إن كان أعزبا أو مطلقا أو أرملًا. في حين يعتبر البدء المتأخر أو البدء الحاد للأعراض مع وضوح العوامل

المسببة للاضطراب، ووجود تكيف جيد لدى المريض في حالة ما قبل الاضطراب، وتوفر أعراض مزاجية -خاصة الاكتئابية منها- من علامات المآل الجيد لعلاج الفصام. وذلك إضافة لوجود تاريخ وراثي لاضطرابات المزاج، واكتمال الأعراض الموجبة، والتكفل النفسي الجيد للمريض (Gasman,2003,p 298).

وتستخدم عدد من العلاجات لاضطراب الفصام كالعلاج بالصدمات الكهربائية والذي يتضمن تمرير تيار كهربى تتراوح قوته ما بين (٧٠ : ١٣٠) درجة لمدة (٠.١ : ٠.٥) ثانية بمعدل (٨ : ١٢) نبضة، ويلزم للمريض (٢٠) جلسة تقريبا بمعدل جلستين إلى ثلاث جلسات أسبوعيا أثناء العلاج، ومن ثلاث إلى أربع جلسات أسبوعيا بعد زوال الأعراض، وذلك إذا ما حدثت مقاومة للعلاجات المضادة للذهان (المثبطات العصبية)، أو أن المريض كان يعاني من اضطراب مزاجي حاد أو تخشب كبير، أو أن المريض معرض لخطر الانتحار (Gasman,2003,p 300). وقد ساعد استخدام العلاج الدوائي باستخدام مادة الكلوزابين مع استخدام الصدمات الكهربائية المعيارية ثنائية النبض في المرحلة الحادة لشدة الأعراض في علاج الفصام لدى أنثى عمرها (٢٦) عاما تعاني فصام كاتاتوني معتدل مقاوم للعلاج في دراسة (Desarka, Blumberger & Daskalakis (2018).

كما تتمثل مشكلة العلاج الطبي للفصام أنه يعتمد على تناول العقاقير المضادة للذهان من الجيل الثاني، وهي الأكثر استخداما للعلاج. ولكن تؤدي قلة التزام المرضى بتناول الجرعات الدوائية للعقاقير المضادة للذهان مضاعفة التحدي وسرعة الاستقلاب أو ما يعرف بالتطور السريع للأعراض مما يزيد من احتمالات حدوث الانتكاسة. وإذ يلتزم أربعة من كل عشرة مرضى بالفصام بالجرعات الدوائية؛ لذا يتساءل الأطباء عن مدى جدوى العلاج الدوائي في حالة استمرار الأعراض الذهانية رغم التزام المريض بالجرعة الدوائية المناسبة للتأثير العلاجي المطلوب، ومدى امكانية زيادتها أم أن العلاج قد فشل حقا في تأدية تأثيره، أم أن المرضى ليس لديهم استجابة كافية للعلاج بسبب الآثار الجانبية للعقار على جسم المريض نتيجة ارتفاع أبيض العقار في الجسم وارتفاع نسبة البلازما. (لينون وبريدمور وماتكي، ٢٠١٧، ص٢٠)

وتذكر إيمان مرسى (٢٠٢١) أن الخدمات العلاجية بالمستشفيات تركز على العلاج الدوائي بالدرجة الأولى، في حين لا يعتمد العلاج النفسي بالمستشفيات على أساليب علمية علاجية نفسية. إذ تعتمد في مجملها على النصائح والإرشادات والمساندة النفسية. وقد يرجع ذلك إلى فقر الإعداد النفسي للأخصائيين النفسيين بالمستشفيات، وتزايد ضغوط العمل عليهم إضافة إلى عدم تعاون أسر المرضى النفسيين.

ومن أهم مشكلات علاج اضطراب الفصام هو الاحتمالات المتكررة للانتكاسة، والتي تتضح في زيادة شدة أعراض اضطراب الفصام بعد انخفاضها. فيذكر أحمد عكاشة (٢٠١٠) أن مخاطر الانتكاسة تعبر عن المؤشرات المعرفية والنفسية والسلوكية والعلاجية المعبرة عن شدة أعراض اضطراب الفصام. ولخفض مخاطر الانتكاسة لدى مريض الفصام فإن ذلك يتضمن فهمه أن سلوكه يرتبط بأسباب سابقة تتعلق بمعتقداته، وأن اضطرابه في الماضي والحاضر ناتج عن نفس النوع من الأفكار الخاطئة. لذا يجب أن يعي المريض أن تصحيح أفكاره ومعتقداته والاستمرار في تصحيحها يتطلب عملاً جاداً و مراناً مستمراً لتقليل مخاطر الانتكاسة.

أما عن العلاج الجماعي فهو يهدف إلى تعديل بيئة المريض كنوع علاجي متزامن مع العلاج الأساسي؛ بحيث إذا شُفي المريض وعاد إلى بيئته فإن الظروف البيئية التي عجلت من مرضه ستكون قد زالت بقدر الإمكان. ويتم إجراءات العلاج الجماعي من خلال إجراء مقابلات مع أفراد أسرة المريض وجيرانه ومحيطه البيئي، وتعديل اتجاهاتهم ومعارفهم عن المرض النفسي والعقلي الذي يتطلب الشفاء منه تغيير كل الظروف التي تمنع مزاوله المريض لحياته بشكل طبيعي في ظل ظروفه المرضية. كما يهدف العلاج الجماعي إلى تخفيف حدة قلق المريض بشأن تقبله لذاته من خلال مقابلة مرضى آخرين تعافوا من نفس المشاكل والظروف الصعبة، مما يساعد على تقبل المريض لواقعه وزيادة دافعيته نحو العلاج وحل المشكلات التي يعاني منها. (حامد زهران، ٢٠٠٥، ص. ٥٤٤)

كما يعمل التأهيل النفسي لمرضى الفصام على زيادة مشاركتهم الإيجابية، وتنشيط مجالات الشخصية التي لم يصبها الأعطاب خلال رحلة المرض العقلي. ومن أمثلة هذه

الإجراءات: المشاركة في تجهيز الطعام وأعمال المنزل. وتقوم برامج التأهيل النفسي للفصام على كل من العلاج بالعمل لتحسين المشاركة الإيجابية للمريض، والعلاج بالفن لعلاج التشوه الإدراكي، وكذلك التدريب الرياضي والثقافي. ويعتبر التكيف الاجتماعي من أهم ملامح الشفاء من اضطراب الفصام. وعادة ما يتوافق ثلث مرضى الفصام اجتماعيا ويتمكنوا من الحياة بصورة شبه طبيعية، وثلث منهم يتوافق اجتماعيا إلى حد ما مع معاناتهم لأعراض مهمة ومع استمرار قدرتهم على القيام بوظائفهم في المجتمع، أما الثلث الأخير من مرضى الفصام فإنهم يعانون خلا شديدا في وظائفهم يتطلب دخولهم المستشفى بصورة متكررة وقد تتدهور حالتهم. (Gasman, 2003, p.300)

### ب. العلاج السلوكي الجدلي:

يمثل العلاج السلوكي الجدلي نموذجا علاجيا تكامليا يركز في أسسه على النظرية المعرفية السلوكية، وعدد من الممارسات الإجرائية كالتدريبات الجماعية، والاستشارات عبر الهاتف، والممارسات التأملية كـ"ZENN"، وفلسفة الجدلية. وقد تطور هذا النموذج العلاجي عن العلاج السلوكي المستخدم في علاج المرضى ذوي الميول الانتحارية المرتفعة، والذي يعتمد على قبول الخبرات الخاصة بالمعاناة والألم تمهيدا لتغييرها. فالعلاج بالقبول هو أحد مداخل العلاج السلوكي الجدلي الذي يهدف إلى تخفيف الخبرات المؤلمة مؤقتا بتدريب المريض على تقبلها تقبلا راديكاليا واقعيا. وقد تطور مدخل العلاج بالقبول عن العلاج السلوكي أيضا والذي يتمثل نهجه في الاعتراف بالمشكلة وقبولها واقعيا؛ إذ أنها أول مرحلة لتنشيط دافعية العميل على تغييرها.

ثم نشأ مدخل العلاج القائم على اليقظة العقلية تأثرا بالممارسات التأملية والروحية القائمة على التقبل الراديكالي التام للحظة الراهنة. ومن هنا فقد ظهر العلاج السلوكي الجدلي كنموذج يجمع بين التقبل والتغيير؛ فقد صاغت (Linehan 1993) هذا التصور العلاجي ليبدأ أولا بتشخيص الاضطراب النفسي ثم تصميم خطة علاجية تركز على تعليم وتدريب العملاء على استراتيجيات فعالة لحل المشكلة من خلال الاعتراف بها أولا، ثم قبولها بما تشتمل عليه هذه المشكلة من معاناة وألم، ثم يبدأ البحث عن سبل التغيير لحل هذه المشكلة وتغيير

الانفعالات المرتبطة بها. وتحدث هذه الإجراءات العلاجية في المدخل السلوكي الجدلي بصورة متكاملة منظمة، وفي ظل علاقة علاجية دافعة تساعد العميل على تحمل خبرات المعاناة مؤقتًا مع التقبل الراديكالي لألم خبرات الماضي، وتحمل معاناة الحاضر وندرة الفرص في المستقبل. وتعد فكرة القبول بمنزلة مفتاح العلاج الجدلي السلوكي. فعلى سبيل المثال: فإن تعلم القبول أو التعرف على الانفعالات أفضل من محاولة دفعها بعيدا أو تجاهلها. وتكون وظيفة المعالج هي تشجيع وبناء المهارات والحفاظ عليها، وتنشيط الدافعية، وتسهيل النجاح. وتعرف Linehan (1993) العلاج السلوكي الجدلي بأنه نمط علاجي يقوم على تدريب العملاء على المهارات السلوكية التكيفية كالتدريب على تنظيم الانفعالات، واليقظة العقلية، وتحمل الضغوط، وحل المشكلات، وبناء علاقات بين شخصية فعالة. وتتم هذه العملية الإجرائية بنظام تكاملي يبدأ بتنظيم مشاعر العميل رغم ما يواجهه من عقبات، ودعمه على تقبل هذه المشاعر ومواجهتها دون دعر مع مساعدته على زيادة شعوره بهويته الشخصية.

كما أن العلاج السلوكي الجدلي هو نموذج علاجي يقوم على قبول التناقضات وهو جوهر الفلسفة الجدلية. ويشير مفهوم الجدلية إلى القبول بوجود فكرتين تبدوان متضادتان ثم يتم تدريب العميل على تجنب الافتراضات وإلقاء اللوم، وتوليف فكرة تكاملية عن وجهات النظر (Dijk, 2013). وقد تأثرت Linehan عند وضع نموذجها العلاجي بالنظرية الجدلية التي تنطلق من ثلاث مبادئ رئيسية هي: أن كل شيء مترابط ومتواصل، وأن الواقع ليس ثابتًا ولكنه في عملية تغيير مستمرة، وأنه يمكن العثور على الحقيقة من خلال دمج أو توليف وجهات النظر المختلفة. وبذلك فإن الجدلية هي العملية التي يتم بها تغيير ميدان البحث والجدل حين ينتهي الصراع باستنباط وجهة نظر جديدة توفق بين الوجهات السابقة كلها، بعد إسقاط نقاط الضعف عن كل واحدة منها، بما يؤكد أهمية فهم نهج النظم الكاملة لتحديد التغيير وإدارته. وهذه الجدلية تتضمن ثلاث مراحل أساسية هي البداية التي يتم فيها اقتراح أولي، ثم نفي ظاهرة البداية التي تنطوي على تناقض أو نقيض، ثم نفي النفي أو توليف الأطروحة والنقد (Linehan & Wilks, 2015, p. 98)



وتقتضي الجدلية الابتعاد عن التفكير بالطريقة (إما/ أو) إلى التفكير بطريقة (كلاهما/ و). فتقبل الآراء المختلفة يمكن أن يكون منطقيا أكثر؛ لذلك فإن الهدف النهائي من العلاج الجدلي السلوكي هو تعزيز قدرات المرضى، واكتساب المهارات السلوكية، وزيادة دوافعهم للعلاج، واستخدام المهارات لدعم تعميم المهارات السلوكية الجديدة للمرضى في بيئتهم الطبيعية، وبناء بيئة تساعد على إدارة الطوارئ بشكل مناسب لتعزيز السلوكيات الفعالة بدلا من الاختلال الوظيفي. (Dijk, 2013).

ويهدف العلاج السلوكي الجدلي إلى الحد من كل من: السلوكيات الانتحارية، واستجابات المرضى المؤثرة سلبا على سير العملية العلاجية ومحورها، وكذلك استجابات كرب ما بعد الصدمة. وهو علاج مرن غير مقيد بروتوكول علاجي مقنن؛ إذ يراعي صعوبة استهداف حل مشكلة العميل، وتحديد السلوكيات المختلة وظيفيا، والتدريب على تحمل المعاناة وضبط وتنظيم الانفعالات، والتدريب على السلوكيات التكيفية في جلسة واحدة خاصة في حالة الاضطرابات النفسية عالية الخطورة (Neacsiu, Rizvi & Linehan, 2016, p 835). ويذكر عبد الرحمن سليمان (٢٠١٠، ص. ٢٥) أن دور المعالج في العلاج السلوكي الجدلي هو أن يوازن بين استراتيجيات التقبل والتغيير أثناء كل تفاعل علاجي للحفاظ على تقدم عملية العلاج للمريض. فالمريض عادة مايتذبذب بين حين وآخر بين الاستجابات الانتحارية، والانفصالية، واللامبالاة، والرفض الجامد للسلوك، والرفض للتعاون، والهجوم، والإثارة، والدافعية الانفعالية السريعة.

وبذلك فإن تحقيق أهداف العلاج الجدلي السلوكي تقتضي عدد من إجراءات العلاج السلوكي الجدلي يتم فيها خلال الدمج بين نقيضين للوصول إلى توليفة تجمع بين الصفات المشتركة بين النقيضين بدلا من نفي أحد وجهات النظر؛ إذ يكون التركيز على إيجاد حالة من التوازن بين القبول والتغيير، وهذه الإجراءات هي التي تميز هذا المدخل العلاجي بالطابع الجدلي. وهذه الإجراءات هي: تحديد الصراعات التي تتحكم في حياة الفرد، وتحليل الاحتياجات المتنافسة، وتشكيل حلول وسط أفضل، والتركيز على مشاعر الفرد بدرجة أكبر. وبذلك فإنه يتم استخدام مجموعة من الفنيات والاستراتيجيات التي تساعد على التعامل مع هذه المشاعر بشكل

أفضل، وتركز بشكل كبير على أهداف الفرد الخاصة، وتزيد من قدرته على تنظيم انفعالاته، وتقليل التجنب والهروب، والحد من تسرع الفرد واندفاعه. وبذلك يمكن تدريب العميل على فهم وظيفة الانفعالات، وزيادة تعرفه لذاته، وتعامله مع الصعوبات والعقبات الانفعالية والعمليات التي تحد من اللوم الذاتي، وتحسين قدرته في الحكم على الأمور، وتدريبه على اليقظة الذهنية لتحسين مهارات الملاحظة الخاصة بالفرد، وزيادة القدرة على تحمل الألم الانفعالي، والحد من التوتر والأزمات في حياة الفرد. كما يعتمد أسلوب تدريب المهارات في العلاج السلوكي الجدلي على عدد من الفنيات المستمدة من المدخل السلوكي المعرفي مثل: النمذجة، والتعليمات المباشرة، والقصص، والتدريب السلوكي، والبروفات السلوكية المتكررة، والتغذية الراجعة، والتدريب التوجيهي والإرشادي، والتكليفات المنزلية. وتظهر عملية تدريب المهارات وكأنها دروس تعليمية. وتقوم إجراءات العلاج السلوكي الجدلي في حالة الاضطرابات الخطيرة على أساس نموذج العلاج الفردي، والذي يتم التدريب على مهاراته في فترة مدتها سنة على الأقل. ويتلقى المضطرب فيها جلسة واحدة أسبوعياً بحدود ساعة إلى ساعة ونصف يتم فيها مناقشة كل ما يتعلق باضطرابه. (Lynch et al., 2006, p.462)

أ. المراحل العلاجية للعلاج السلوكي الجدلي: تتسلسل مراحل العلاج السلوكي الجدلي تسلسلاً هرمياً كما يلي:

1. مرحلة ما قبل العلاج: وتبدأ بتهيئة العميل وضمان استقراره النفسي، ومناقشة توقعاته وأفكاره حول العملية العلاجية. وتهدف هذه المرحلة إلى تهيئة العميل، وموافقته على العلاج السلوكي الجدلي ووصفه وصفاً شاملاً، وتأكيد التزامه المبدئي به، وتنمية دافعيته نحو العمل على خفض السلوكيات التي تؤثر على نجاح سير العملية العلاجية مثل التغيب عن الجلسات، والسلوكيات المستنزفة لطاقة العميل، ورفض المشاركة في الخطوات الضرورية للتغيير المرغوب، وأيضاً تقليل السلوكيات المؤثرة سلباً على توجيه العميل كالبطالة والتعاطي والتشرد. كما يتعرف العميل في هذه المرحلة على أهداف العملية العلاجية مثل تحقيق الضبط والسيطرة السلوكية، والتنظيم الانفعالي للسلوكيات

المختلة وظيفيا وإبدالها بالسلوكيات الماهرة، ثم تجزئة أهداف التدخل التصويبية للسلوك لتحقيق خفض فوري ومباشر في السلوكيات الخطيرة خاصة السلوكيات الانتحارية،

٢. مرحلة تهدئة اليأس: وهي المرحلة الثانية والتي يتم فيها التركيز على السيطرة على الفعل وليس الانفعال؛ لتشجيع العميل على الشعور بكامل الانفعالات. ويتم التعامل فيها مع مشكلة العميل وخبراته الصادمة، وإكسابه المهارات السلوكية الجدلية وتعميمها، وتدريبه على التحكم بمشاعره وسلوكه، ومساعدته على التعبير عن مشاعره بطرق سليمة. كما يتم فيها ترتيب المشكلات الانفعالية والسلوكية من الأصعب إلى الأيسر؛ حيث يتم البدء بخفض المخاطر الشديدة كالسلوكيات الانتحارية ثم خفض سلوك التدخل في العلاج ثم خفض السلوكيات التي تتعارض مع نوعية الحياة أو تقللها ثم خفض استجابات توتر ما بعد الصدمة، والتعامل معها.

٣. تقليل مشكلات الحياة اليومية: وهو يمثل أهداف المرحلة الثالثة؛ إذ تهدف إلى زيادة احترام الذات، وتحقيق الأهداف الفردية، وتنمية مهارات الوعي والكفاءة التفاعلية، والتحكم في الانفعالات، وتقبل الحزن وتحمل المشقة.

٤. تأسيس حياة تستحق أن تعاش: وهي المرحلة الرابعة التي تمثل الهدف العام للإرشاد السلوكي الجدلي، وتهدف هذه المرحلة إلى زيادة شعور العميل بالبهجة والاستمتاع و/أو تحقيق التسامي. ويتم فيها تدريب العميل على مهارات خفض الشعور المزمن بالفراغ، والتخلص من الشعور بالوحدة، والعمل على زيادة الخبرات المرتبطة بالشعور بحالة الاكتمال والرضا عن الذات.

ونظرا لأن محوري العلاج السلوكي الجدلي هما التقبل والتغيير؛ فالتقبل يشتمل على إجراءات التدريب على مهارات اليقظة العقلية ومهارات تحمل المشقة، والتغيير يشتمل على إجراءات التدريب على مهارات الفاعلية بين الشخصية ومهارات تنظيم الانفعال والمشاعر. ويمكن استخدام فنيات البروفات السلوكية المتكررة للتدريب على تنظيم الانفعالات والمشاكل، كما تصلح هذه الفنية في حالات مواجهة الكوابيس الليلية. كما يمكن استخدام فنية التعريض

للتدريب على مهارة الفعل المناقض أو المضاد؛ عندما يُظهر العملاء أداءً مناقضاً لما تستلزمه انفعالاتهم. وتجدر الإشارة إلى أنه بناءً على هذه الإجراءات فقد ظهر اتجاه العلاج المتمركز حول الحل، والذي يركز على المشكلة وإنتاج الحلول لها؛ تلك المشكلات التي تترتب عليها مشقة انفعالية وضيقاً وكرهاً، ثم يمكن استخدام فنية التعديل المعرفي لإعادة تفسير الأحداث لتناسب مع الحقائق والوقائع.

ب. مهارات العلاج السلوكي الجدلي: تتضمن المهارات التي يتم التدريب عليها في العلاج السلوكي المحاور الأربعة التالية:

١. اليقظة العقلية: وهي مكون مركزي في بنية الإرشاد الجدلي السلوكي وتتعلق بمهاراتها بما يعرف بالإبحار في عطاء الواقع الراهن "هنا والآن" بعقل حكيم. ويتم توجيه العميل نحو التركيز والملاحظة، ووصف ما يحدث، والاندماج في الواقع الحالي دون أحكام مسبقة بفاعلية وانفتاح عقلي أثناء العلاقات بين الشخصية، بجانب مهارات تنظيم الانفعال وتحمل المشقة. ويذكر (Elices et al., 2017) أن خطوات الوصول إلى اليقظة العقلية تتمثل فيما يلي: الجلوس في وضع مريح وإغماض العينين ثم التمييز بين الأفكار التي ترد إلى الذهن على نحو طبيعي أو متعمد، والتقليل من سمة التشنت الخاصة بالتفكير في الماضي والمستقبل، وإعادة صياغتها في صورة إسقاطات ذهنية تحدث في الحاضر، وتركيز الانتباه على التنفس حتى الوصول إلى واحد وعشرين نفساً متتالياً، ثم ترك العقل يستريح على نحو طبيعي بعيداً عن جميع هذه الأفكار.

٢. تنظيم الانفعالات والمشاعر: وهو يتضمن مجموعة من الاستراتيجيات المعرفية والسلوكية التي تستهدف خفض الاستجابات الانفعالية غير المرغوبة وزيادة الانفعالات المرغوبة. وتكون خطواتها هي: كيفية تحديد ووصف الانفعالات، وتغيير الاستجابات الانفعالية، وتقليل احتمالات التعرض للانفعالات السلبية، وكيفية إدارة الانفعالات الصعبة. وتشتمل الجلسة على تدريس كل ما يتعلق بالانفعالات والمشاعر بصورة مختصرة ووصف أنساق الاستجابات الانفعالية للمثيرات الداخلية والخارجية. وتكون المهمة الأولى في الأنشطة والتدريبات الخاصة بتنظيم الانفعالات والمشاعر خاصة

بالحساسية الانفعالية للهاديات والعلامات والتي تتسبب في هشاشة التكوين الانفعالي للفرد، وكذلك الحساسية للأحداث الداخلية أو الخارجية التي تعمل كهاديات أو مثيرات انفعالية عند الانتباه إليها، وتقدير وتفسير هذه العلامات المنشطة للانفعالات، وتحديد ميل الاستجابات الانفعالية وأنواعها، وكذلك الاستجابات السلوكية اللفظية وغير اللفظية المعبرة عنها، وتأثيرات الاستثارة الانفعالية قبل وبعد التأثر بالأحداث. وفي مجموعة هذه المهارات لتنظيم المشاعر والانفعالات يتم تدريب العملاء على كل ما يمكن أن يخفف احتمالات تعرضهم للانفعالات السلبية كعلاج يساعدهم في تأسيس حياة تستحق أن تعاش. (McMain & Wiebe (2013); Rahmani et al., (2018))

٣. الفاعلية بين الشخصية يعاني الأفراد ذوي القصور في تنظيم الانفعالات والمشاعر من صعوبات جوهرية في علاقاتهم بين الشخصية المتبادلة مع الآخرين كالغيرة، والغضب، والشعور بالخوف، والخزي أو الخجل. وهي مجموعة من المهارات تمكن الأفراد من إدارة صراعاتهم بين الشخصية مع الآخرين، وتكوين صداقات جديدة، وإنهاء العلاقات المزعجة المؤذية أو الضارة، وكما تعزز البيئة المشجعة على التفاعل الإيجابي مع الآخرين. كما يتم تعليم الأفراد كيفية تقديم الطلبات الشخصية بصورة إيجابية فعالة، وكيف ومتى نقول "لا" بصورة فعالة، والوصول إلى اتفاقات مشتركة في العلاقات مع الآخرين؛ فيما يعرف بمهارات التفاوض "التوفيق". كما يمكن استخدام التعزيز الإيجابي والسلبى في تكوين السلوك الموجه بالهدف. (Dijk, 2013, p. 12)

٤. تحمل المشقة وهو يركز على تعليم العملاء تقبل الذات والأحداث والظروف، وإيجاد دلالاتها ومعانيها، وتحمل المشقة والمعاناة المرتبطة بها أو الناتجة عنها. ويذكر (Dimeff & Koerner (2007) أنه يمكن استخدام فنيات إرجاء الإشباع، وتهدة الذات بهدف التعايش الأولي مع الأزمات بدون تضخيم تأثيراتها السلبية مثل: تجنب محاولات الانتحار، وتجنب الاندماج في سلوك مختل وظيفيا ومؤذي للذات. وتتمثل إجراءات تحمل المشقة في كيفية تنشيط نظام الجسد الفيسيولوجي لتقليل استثارة عبر

درجات الحرارة أو تنظيم التنفس أو الاسترخاء العضلي الموسع أو التعديل المعرفي. وتتضمن أيضا التدريب على تحمل المشقة مجموعة المهارات التي تركز على قبول الواقع عندما نتائج الأحداث المؤلمة لا يمكن تغييرها فورا أو يستحيل تغييرها، وتعرف هذه المهارة باسم "التقبل الراديكالي". ومن بين مهارات قبول الواقع قبول صورة الذات الجسمية فيما يعرف باستراتيجية "نصف الابتسامة" أو "الأيدي الراضية المرحة". كما تتضمن التدريب على تحمل المشقة التوليف بين مدخلي "الغياب أو الامتناع" مع "خفض الإيذاء والضرر"؛ خاصة في علاج حالات الإدمان.

ج. استراتيجيات العلاج السلوكي الجدلي: يتضمن هذا النموذج العلاجي عدد من الاستراتيجيات، ولكن ليس من الضروري أن تكون كل هذه الاستراتيجيات مناسبة أو ضرورية لكل الحالات، ويمكن توضيح هذه الاستراتيجيات كما يذكر Pederson (2015) كما يلي:

١. الاستراتيجيات الجدلية: إن الاستراتيجيات الجدلية تتضمن ثلاثة أنواع من الاستراتيجيات يتعلق النوع الأول منها بكيفية بناء المعالج للتفاعلات بين الشخصية، وكيفية صنع حالة من التوازن بين القبول والتغيير. أما النوع الثاني من الاستراتيجيات الجدلية فهو يختص بكيفية تحديد المعالج للسلوكيات الماهرة؛ فالإفراط السلوكي مثلا يدل على أن التوليف ما بين الأفكار لم يتحقق بعد. وتتمثل استراتيجيات النوع الثاني فيما يلي:

(أ) استراتيجيات التحقق من الصحة: وفيه يعمل المعالجون مع العملاء الذين يعانون من سوء تنظيم انفعالي حاد، ويحتاجون إلى التغيير بالتحقق من صحة وتقييم الموقف مع كل تفاعل. ويعني التحقق من الصحة هو الاعتراف بما هو صحيح في الواقع، وليس جعل شيء صحيحا (McMin & Wiebe 2013). ويتم تحقيقه على عدة مستويات؛ يكون المستوى الأول فيه يتطلب الاستماع إلى المريض، ومراقبة ما يقوله، وما يشعر به، وما يقوم به. والمستوى الثاني هو تحديد مشاعر وأفكار وسلوكيات المريض. أما المستوى الثالث فيقوم فيه المعالج بفهم جوانب أخرى من الخبرات، وكيفية استجابة المريض للأحداث التي لم يتم الإبلاغ عنها. والمستوى الرابع يتم فيه التحقق من السلوك من حيث أسبابه ودوافعه. والمستوى الخامس يشير

فيه المعالج إلى أن هذا السلوك له ما يبرره ومنطقي. والمستوى السادس يتم فيه التعرف على الشخص كما هو ورؤيته، وكيفية استجابته لنقاط القوة.

(ب) استراتيجية حل المشكلات: وهي استراتيجيات تغيير أساسية مصممة لتعزيز أسلوب حل المشكلات النشطة مع المرضى غير القادرين على التنظيم الانفعالي؛ حيث تكون هناك حاجة إلى الفهم، وإلى تدخل علاجي يهدف إلى تعزيز المزاج الإيجابي. وهي تتكون من مرحلتين: الأولى منهما فهم وقبول مشكلة محددة، والثانية توليد وتنفيذ حلول بديلة. (Miller, Rathus & Linehan, 2006, p. 68)

(ج) الاستراتيجيات الأسلوبية: وهي ذات علاقة بأسلوب وشكل التواصل في العملية العلاجية حول كيفية تقديم العلاج، بدلا من السؤال "ما هو العلاج؟". وهي استراتيجيات يتطلب من المعالج أن يكون لديه أسلوب تواصل متوازن باستخدام أسلوب التواؤم والتجاوب؛ كأسلوب الكشف الذاتي، والمشاركة الدافئة، والصدق. فللمعالج أن يتشارك بعض الخبرات الشخصية مع العميل كنوع من الإفصاح الذاتي وضرب الأمثلة. (Dimeff & Koerner, 2007, p. 14)

(د) استراتيجيات إدارة الحالات: وتشتمل استراتيجيات التشاور مع المريض، والتدخل البيئي، والتشاور مع المعالج. وتشتمل مناقشة العميل والمعالج حول بدائل حل المشكلة، والاتفاق حول عناصر البيئة التي يمكن تضمينها في العملية العلاجية سواء أكانت هذه العناصر أشخاص أم أماكن أو أشياء أخرى في البيئة، واستعانة العميل بالمعالج في عدد من الإجراءات المطلوبة خارج الجلسة كالواجبات المنزلية. (Dimeff & Koerner, 2007, p. 14)

أما النوع الثالث من الاستراتيجيات الجدلية وهو يتضمن ثماني استراتيجيات تستخدم أثناء إجراء العلاج، حددها كل من Dimeff & Koerner, 2007; Pederson, 2015 كما يلي:

(أ) الدخول في المفارقة: ويقدم فيها المعالج المفارقة دون شرح ويسلط الضوء على التناقضات داخل السلوك والعملية العلاجية والواقع بشكل عام، ويرفض فيها المعالج التدخل في تفسير عقلائي منطقي ولكن يتم دفع المريض لتحقيق التفاهم، وتسلط الضوء على الحقائق المتناقضة.

(ب) استخدام الاستعارة والمجاز: ويتم فيها استخلاص الأهداف باستخدام القصص والأمثال الشعبية. وهي وسيلة بديلة لتعلم التفكير الجدلي وتسهّل من التذكر والفهم وإعادة صياغة المشكلات ووضع حلول لها.

(ج) لعب دور محامي الشيطان: والتي تتمثل في اقتراح المعالج لموقف مضاد عن موقف المريض المعلن أو الذي صرّح به لكشف حقيقة مفقودة أو لتحقيق موقف أكثر توازنا. فيوجه المعالج المريض نحو تقوية موقفه لقبوله في العلاج بدلا من محاولة إقناعه بالاستمرار فيه. ويقدم فيه المعالج رأيا مخالفا لرأي العميل إذا ما اتسم العميل بالإفراط السلوكي؛ لمحاولة صنع توليف بين رأيين متناقضين؛ لسحب إفراط سلوك العميل إلى مستويات معتدلة ومترنة انفعاليا. إذ تقوم هذه الاستراتيجية على طرح رأي مضاد لرأي العميل بدلا من الاستخدام المستمر لطريقة وجود بدائل للموقف.

(د) التمديد أو الإطالة: وهي تعتمد على تحقيق الاستسلام وفقد الطاقة بزيادة الفترة الزمنية، وفقد الطاقة اللازمة لتحقيق سلوك خطير مثل السلوكيات الانتحارية. فقد يجد المعالج العميل مستسلما للقيام بسلوكيات انتحارية سواء أثناء الجلسة أو بين الجلسات؛ لذا قد يعطيه تكليفا أو فكرة أو معتقدا لكسب الوقت -كنوع من التمديد- بحيث ينتهي وقت مزاجه السلبي أو أن يفعل شيئا لتحسينه؛ مثل أن يقترح عليه مساعدة أمه في القيام بعمل ما لتذكركه فيما بعد، أو يدعوه لعمل مؤثر ليبقى خالدا بعده، أو أن يدعوه للخروج في نزهة لتوديع العالم من حوله.

(هـ) تفعيل العقل الحكيم: والتي يتم فيها سؤال المريض النشط انفعاليا "ما الذي يمليه عليه عقله الواعي؟"، و"ما الطريق الذي يوجهه عقله إليه؟". وتهدف هذه الاستراتيجية لتحسين قدرته على نقد نفسه ومواجهة أفعاله، واستدعاء حالة مفقودة من العقل.

(و) صنع عصير الليمون من ثمرة الليمون: وهي استراتيجية تعليمية للتفاوض الواقعي، والبحث عن جوانب إيجابية وفوائد لمشكلة العميل، وتبني فكرة أن التغيير يساعد العميل على تخطي المحن والبقاء على قيد الحياة.



(ز) السماح بالتغيير الطبيعي: بعد أن يستطيع العميل تعرّف انفعالاته، وتقبل واقعته، وتحمل آلامه، وتحديد جوانب مشكلته؛ يتم تعليمه كيفية التكيف بمهارة مع تغيرات الحياة اليومية بديلا عن العجز عن مواجهة التغيير أو محاولة بلا جدوى لتغيير الواقع. كما يتم تشجيعه على أن يستجيب لما يمليه عليه عقله من سلوكيات، حتى ولو لم تكن هذه السلوكيات قد قام بها من قبل، والتي تمثل عملية تغيير طبيعي في شخصيته.

(ح) التقييم الجدلي: فالتغيير الطبيعي يعني أن تقبل الوعي الجدلي هو الذي يعيد الأجزاء المفقودة لصياغة الذات، والواقع الحقيقي للفرد؛ ليتمكن العميل من رؤية العالم النفسي والاجتماعي على حقيقته. ويتم فيه طرح السؤال "ما الذي يتبقى هنا؟"، حول ما يمكن استعادته من الأجزاء المفقودة بالبحث عن أسباب سلوك الفرد وشعوره وتفكيره.

#### سابعا: دراسات سابقة:

فيما يلي عدد من الدراسات التي تناولت علاج اضطراب الفصام باستخدام مداخل مختلفة، كما يمكن عرض عدد من الدراسات التي كان فيها العلاج السلوكي الجدلي فعّالا لدى فئات مرضية مختلفة:

#### أ. دراسات تناولت علاج اضطراب الفصام باستخدام مداخل مختلفة:

أوصى (Subotnik & Nuechterlein 1986) من خلال نتائج دراسته أنه يمكن من خلال الالتزام الدوائي والعلاج النفسي الاجتماعي النشط تجنب العلامات المبكرة للانتكاس إلى الأعراض الأولية للذهان الحاد. فقد تم رصد (١٧) حالة انتكاسة ذهنية و(١١) حالة انتكاسة اكتئابية و/أو العداة في فترة قدرها ستة أسابيع لدى (٢٣) مريضا مصابا باضطراب الفصام؛ باستخدام مقياس الطب النفسي المختصر لتقييم أعراض الذهان. وقد أشارت النتائج إلى أن الفترات السابقة للانتكاس تزداد فيها مستويات الأوهام، والهلوسة، والاكتئاب، والعداء، والشعور بالعظمة، والقلق الجسدي، والشعور بالذنب، وتزداد هذه المستويات باضطراب مما يندرج بحدوث انتكاسة ذهانية خلال (٦: ٨) أسابيع. كما كان هناك ارتفاعا وتنشيطا لمستويات التوتر والقلق يسبق تلك الانتكاسات التي تتسم بالاكتئاب والعداء.

واستخدم (2013) Gaudio et al في دراسته برنامجا قائما على العلاج بالقبول والالتزام بجانب العلاج الدوائي لعلاج (14) مريضا يعانون من اكتئاب شديد ذي سمات ذهانية. وقد استغرق البرنامج ستة أشهر؛ بما ساعد العلاج على تحسينات كبيرة استمرت لفترة المتابعة، فقد تحسنت عمليات القبول واليقظة والالتزام بالقيم، وارتبطت هذه التحسينات بتغيرات في مستويات شدة الأعراض. كما قام (Morrissey & Taylor 2014) بدراسة تأثير التكفل النفسي وتوفير الخدمة النفسية الآمنة لمدة عامين لـ (13) مريضا نوي فصام بسيط. وقد أظهرت النتائج انخفاض كبير في كل من الصفات المعادية للمجتمع، والفصام، والبارانويا، وفي المخططات المتعلقة بالاستحقاق، والتثبيط الانفعالي والضعف، بينما لم تكن هناك تغيرات في السيكوباتية. كما انخفضت ساعات العزلة لأكثر من (90%) في آخر ستة أشهر من العلاج مقارنة بستة أشهر قبل بدء العلاج.

وهدفت دراسة سهير الغباشي ومحمود سعد (2017) إلى تعرف فعالية برنامج تدريبي للوعي بما وراء المعرفة في خفض شدة بعض الأعراض السالبة لدى (22) مريضا بالفصام؛ مثلوا أفراد المجموعة التجريبية، تتراوح أعمارهم ما بين (24: 51) عاما. وكانت أدوات الدراسة هي اختبار الأعراض السالبة للفصام كجزء من اختبار PANSS لتقييم شدة الفصام، والبرنامج التدريبي للوعي بما وراء المعرفة؛ إعداد الباحثين. وأوضحت نتائج الدراسة عدم وجود فروق دالة إحصائية بين المجموعتين الضابطة والتجريبية في القياس البعدي لاختبار الأعراض السالبة، في حين وجدت فروق دالة إحصائية بين المجموعتين في القياس التبعي. وقد كانت هناك تقديرات مرتفعة وآراء إيجابية عن البرنامج التدريبي بعد تطبيقه مباشرة وكذلك بعد فترة المتابعة.

كما هدفت دراسة (Lim et al., 2017) إلى تقييم معدل الشفاء من مرض الفصام من خلال العلاجات النفسية والتأهيل الاجتماعي والمجتمعي، وإمكانية أن تستطيع السمات النفسية والاجتماعية التنبؤ بتحقيق التعافي بما يتجاوز الخصائص الديموغرافية والسريرية لدى (246) فردا مصابا باضطرابات طيف الفصام، قضوا من (6: 12) شهرا علاجيا، وبعدها تم قبولهم في برنامج إعادة التأهيل النفسي والاجتماعي. وقد أظهر المشاركون تعافيا بنسبة (19.86%) بعد ستة أشهر و(7.53%) بعد عام كامل من العلاج النفسي. ومع عدم القدرة على التنبؤ

باستمرارية التعافي لمدة عام كامل بشكل مؤكد؛ فقد أحدث التأهيل النفسي والاجتماعي مستوىً عالياً من التغييرات في الدوافع الذاتية والعلاقات الأسرية الإيجابية، واستمرت هذه التغييرات خلال فترة المتابعة لمدة ستة أشهر بعد انتهاء التأهيل. وقد خُصت الدراسة إلى أن واحداً من كل خمسة أفراد مصابون بالفصام - قد تلقوا علاجاً نفسياً وتأهيلاً اجتماعياً مكثفاً - يمكنهم تحقيق فترات من التعافي خلال رحلة علاجهم، وهي تعتبر مساهمات مهمة في تحقيق الشفاء الكامل لاحقاً.

وقد هدفت دراسة (Chen et al., 2017) إلى فحص آثار تدخين السجائر على أعراض الاكتئاب والقلق بين المصابين بالفصام المبكر و/ أو الذهان بين المراهقين والشباب. وقد أظهرت النتائج أن تحليل نتائج الدراسات الطولية لسبعة موجات من الأعراض الفصامية لمدة ثلاث سنوات قد أوضحت أن (٢٩%) من شباب العينة - التي بلغ عددها (١١٧) شاباً - كانوا يدخنون السجائر. وقد كان المدخنون لديهم مستويات عالية ولكن مستقرة من القلق الأولي والاكتئاب خلال الموجات السبع. وقد أوضحت النتائج أن المدخنون كانوا يستخدمون السجائر لتنظيم حالتهم المزاجية. كما توصلت دراسة (Denovan et al., 2020) إلى أن العمليات المعرفية المتعلقة بأسلوب التفكير كانت تتوسط العلاقة بين الاعتقاد في المؤامرة وأعراض الفصام لدى (٤٢١) فرداً مريضاً بالفصام. وقد كان أسلوب التفكير التفضيلي الأعلى تأثيراً في هذه العلاقة بين معتقدات المؤامرة وأعراض الفصام أكثر من التفكير الحدسي والتفكير الانطوائي، وكان أسلوب التفكير التفضيلي يقوم على عجز اختبار الواقع والحاجة إلى الإدراك.

كما هدفت دراسة علاء كيلاني (٢٠٢١) لاختبار فعالية برنامج عقلائي انفعالي في خدمة الجماعة لتعديل الأفكار اللاعقلانية، وخفض مخاطر احتمالات الانتكاسة لدى مرضى الفصام أفراد المجموعة التجريبية، وعددهم (٨) مريضاً بالفصام البارانونوي. وقد أوضحت نتائج الدراسة فعالية البرنامج المستخدم في تعديل الأفكار اللاعقلانية وخفض مخاطر احتمالات الانتكاسة لدى المجموعة التجريبية.

## ب. دراسات تناولت العلاج السلوكي الجدلي لدى فئات مرضية مختلفة:

منذ نشأة العلاج الجدلي السلوكي فقد تم استخدامه في دراسات متعددة لدى عينات مختلفة. وقد ذكرت (2015) Linehan أنه نموذج علاجي يصلح لعلاج الاضطرابات النفسية الخطيرة ذات السلوكيات الانتحارية المرتفعة، وقد استُخدم على نطاق واسع في علاج أعراض اضطراب الشخصية الحدية. فقد ساعد الإرشاد الجدلي السلوكي على خفض اضطراب الضغوط التالية للصدمة لدى مجموعتين من النساء -قوامهما (٢٦) امرأة-، استغرق خلالها تطبيق البرنامج أربعة أشهر في دراسة (2014) Harned, Korslund & Linehan. وفي خفض صعوبات التنظيم الانفعالي وشراهة الأكل لدى عينة من (٦٠) سيدة تتراوح أعمارهن ما بين (١٩: ٥٢) عاما استغرق خلالها البرنامج عشرة أسابيع في دراسة (Rahmani et al., 2018). كما كان العلاج الجدلي السلوكي فعالا في خفض فرط الحركة المصحوب بتشتت الانتباه لدى عينة من (٣٣) طالبا تتراوح أعمارهم ما بين (١٤: ٢٨) عاما استغرق خلالها البرنامج الإرشادي القائم على الإرشاد الجدلي السلوكي ثمان أسابيع في دراسة (Fleming et al., 2015).

كما كان العلاج الجدلي السلوكي فعالا في خفض أعراض اضطراب الاكتئاب لدى عينة من (٧٥) فردا؛ هم أفراد المجموعة التجريبية في مدة قدرها عشرة أسابيع استغرقها البرنامج العلاجي القائم على العلاج الجدلي السلوكي والذي كان فعالا في خفض الأعراض الاكتئابية لدى أفراد المجموعة التجريبية في دراسة (2017) Elices et al.. كما كان العلاج الجدلي السلوكي باستخدام مهارات التدريب على اليقظة العقلية فعالا في خفض صعوبات التنظيم الانفعالي لدى الطالبات اللواتي تم تشخيصهن باضطراب الشخصية الحدية، والذين بلغ عددهم (١٥) طالبة تتراوح أعمارهن ما بين (٢٥: ٣٥) عاما تكوّن فيها البرنامج العلاجي من (١٥) جلسة؛ في دراسة أحمد أبو زيد (٢٠١٧). وفي الحد من الأفكار والمحاولات الانتحارية، ورفع مستوى تحمل الإحباط بين مرضى الاكتئاب ذوي الميول والسلوكيات الانتحارية، والذين بلغ عددهم (١٠) أفراد (خمسة ذكور وخمس إناث)، وقام كل منهم بمحاولة واحدة على الأقل

للانتحار في السنة الأخيرة، وتراوحت أعمارهم ما بين (٢٠ : ٣٠) عاما؛ في دراسة Chaudhary & Hasan (2017).

كما قامت فاطمة محمد (٢٠١٩) بتصميم برنامج إرشادي قائم على العلاج الجدلي السلوكي لتخفيف العواقب الناتجة عن الإساءة في الطفولة في خفض اضطراب الشخصية الحدية لدى مجموعة من الراشدين اللواتي تعرضن للإساءة الجسمية والنفسية والجنسية في مرحلة الطفولة، ويعانين من اضطرابات كرب ما بعد الصدمة. وقد كان البرنامج تكامليا قائما على الإرشاد السلوكي الجدلي بصورة أساسية إلى جانب العلاج المعرفي السلوكي والعلاج السلوكي والإرشاد الديني. وقد استمرت فعالية البرنامج لما بعد انتهائه بشهرين في خفض درجة اضطراب الشخصية الحدية. كما كان أيضا العلاج الجدلي السلوكي فعالا في خفض أعراض اضطراب الشخصية الحدية، وتحسين تنظيم الانفعالات لدى (٤٤) مضطربا بالغاً لمدة خمسة أسابيع استغرقها البرنامج العلاجي القائم على الإرشاد الجدلي السلوكي في دراسة Probst et al., (2019). وقد خلّصت نتائج دراسة معتز أحمد (٢٠٢٠) إلى فعالية برنامج الإرشاد السلوكي الجدلي في خفض اجترار الذات؛ ببعديه اجترار الحزن واجترار الغضب لدى مجموعة من (١٠) طلاب من طلاب جامعة عين شمس. وقد أعد الباحث واستخدم مقياس اجترار الذات وبرنامج الإرشاد السلوكي الجدلي.

كما كان العلاج السلوكي الجدلي فعالاً في تخفيف بعض أعراض اضطراب الوسواس القهري لدى طالبة بالجامعة عمرها (٢٤) عاما بالفرقة الثالثة بكلية التربية في دراسة أحمد أبوبكر (٢٠٢١). فباستخدام منهج دراسة الحالة الكلينيكي وشبه التجريبي؛ تم تشخيص أعراض الاضطراب باستخدام استمارة المقابلة الشخصية، واختبار التحليل الكلينيكي؛ ترجمة البحيري (٢٠١٦)، واختبار تفهم الموضوع للكبار TAT، وقائمة المعايير التشخيصية لاضطراب الوسواس القهري؛ ترجمة الباحث. وقد كان البرنامج العلاجي السلوكي الجدلي مكوناً من (٢٧) جلسة علاجية، تم إجرائها خلال (١٣) شهراً تقريبا. وقد استمرت فعالية البرنامج العلاج السلوكي الجدلي في تخفيف بعض أعراض اضطراب الوسواس القهري حتى انتهاء فترة المتابعة والتي كانت على مرحلتين مدة كل منهما ثلاثة أشهر.

### ج. تعقيب على الدراسات السابقة:

من خلال ما تم عرضه من دراسات سابقة أجريت على مرضى الفصام؛ يتضح أن الالتزام بالجرعات الدوائية هو إجراء علاجي ضروري خلال رحلة العلاج داخل المستشفى، وخارجها أثناء القيام بالعلاج النفسي، وحتى فترات التأهيل النفسي والاجتماعي. كما أن مدة إجراء العلاج النفسي تراوحت ما بين ستة أشهر في دراسة (Gaudiano et al., 2013) إلى (١٢) شهرا علاجيا في دراسة (Lim et al., 2017). وأن زيادة فترة العلاج عن ستة أشهر صاحبها برنامج تأهيل نفسي واجتماعي، وانضمام الأسرة بل والجيران أحيانا ومنتسبي بيئة المريض في الفريق التأهيلي للتكفل النفسي لمريض الفصام، للحفاظ على أقل مستوى لأعراض الفصام، وتأخير احتمالات لانتكاسة لأطول فترة ممكنة دراسة Morrissey & Taylor (2014).

كما أن مخاطر حدوث الانتكاسة كانت لها علامات سابقة على المريض مثل ارتفاع مستويات القلق والتوتر والهذات والهلاوس والتقلبات المزاجية الحادة والاكنتاب قبل الانتكاسة بفترة من (٦ : ٨) أسابيع (Nuechterlein (1989) & Subotnik). ومن العلامات أيضا زيادة تدخين السجائر لدى المدخنين من مرض الفصام، والتي استخدموها لخفض القلق وتنظيم حالتهم المزاجية (Chen et al (2017). وكانت أساليب التفكير والعمليات المعرفية ذات علاقة غير مباشرة بأعراض اضطراب الفصام. في حين كان التوهم والاعتقاد بالمؤامرات، والذي يبدو في الهذات ونوبات العدا والاضطهاد ذو علاقة بزيادة أعراض الفصام (Denovan et al., 2020).

وفي الحالات التي يستقر فيها الوعي لفترات طويلة (ساعات مثلاً)؛ فإن العلاج النفسي القائم على الأفكار والمعتقدات والتحكم في الانفعالات لم يكن فعالا بصورة جوهرية فارقة مثل استخدام برنامج تدريبي علاجي لما وراء المعرفة كما في دراسة سهير الغباشي ومحمود سعد (٢٠١٧)، وباستخدام برنامج عقلائي انفعالي كما في دراسة علاء كيلاني (٢٠٢١)، وخفض فرط الحركة المصحوب بتشتت الانتباه؛ دراسة (Fleming et al., 2015)، وخفض صعوبات التنظيم الانفعالي المصاحبة لاضطراب الشخصية الحدية؛ دراسة أحمد أبو زيد، (٢٠١٧). وفي

الدراسات التي أجريت على طلاب الجامعة ولدى البالغين؛ فقد كان العلاج السلوكي الجدلي فعالا في الحد من الأفكار والمحاولات الانتحارية ورفع مستوى الإحباط؛ دراسة Chaudhary (2017) & Hasan، وخفض أعراض الاكتئاب؛ دراسة Elices et al., (2017)، وخفض صعوبات التنظيم الانفعالي وشراهة الأكل؛ دراسة Rahmani et al., (2018)، وخفض اضطراب الضغوط التالية للصدمة؛ دراسة Harned, Korslund & Linehan (2014)، وتخفيف عواقب الإساءة في الطفولة وخفض اضطراب الشخصية الحدية (دراسة فاطمة محمد، ٢٠١٩)، وتحسين التنظيم الانفعالي وخفض أعراض اضطراب الشخصية الحدية؛ دراسة Probst et al., (2019).

ومن خلال ما تم عرضه من دراسات سابقة وبحوث نظرية عن اضطراب الفصام؛ يمكن استنتاج أن العلاج الطبي الدوائي والصدمة الكهربائية يفيد إلى حد كبير في استقرار وعي مريض الفصام لفترات زمنية معقولة يمكن معها بدء العلاج النفسي فور خروج مريض الفصام بما يسمح بالاستفادة من تطبيقات العلاج النفسي. وأن الالتزام بالجرعات الدوائية أمر مطلوب الاستمرار عليه حتى يؤولي العلاج النفسي ثماره، وذلك مع المتابعة المستمرة مع الطبيب المراجع للحالة مريض الفصام. كما أن الفصام كأحد الأمراض الذهانية تزداد فيه مخاطر احتمالات حدوث انتكاسة للمريض؛ وهي التي تتمثل بزيادة مستوى شدة الأعراض؛ رغم الالتزام بالجرعات الدوائية الموصى بها، والتي يلزم معها مراجعة الطبيب فوراً مخافة زيادة شدة الأعراض. كما تسبق حدوث الانتكاسة مستويات عالية من التوتر والقلق يتبعها زيادة شدة الأعراض الموجبة ثم السالبة وتتراوح هذه الفترة في المتوسط من (٦ : ٨) أسابيع. كما أن برنامج العلاج النفسي لا يجب أن يقل عن ستة أشهر ليظهر أثرا في تغيير شدة أعراض اضطراب الفصام.

ويجب أن يتوفر في العلاج النفسي للفصام شروط عدة أولها هي تحمل معاناة القلق والتوتر، والتقلبات المزاجية وما تستثيره من آلام جسدية التي تتبدى في الشعور المستمر بالصداع مع دوخة أحيانا وثقل الرأس، وآلام جسدية خاصة في المفاصل والظهر وآلام المعدة. والثاني هو تقبل المريض لحالته ثم تخفيف شعوره بالحزن والاكتئاب لما آلت إليه نفسه،

ومحاولة إعادة بناء علاقاته مع من حوله من الأسرة، ومحاولة تنظيم انفعالاته الناتجة عن شعوره بالألم والمعاناة أو تلك الانفعالات الناتجة عن تقلباته الوجدانية والمزاجية. فضلا عن الاهتمام بخفض ومنع السلوكيات الخطرة كالسلوكيات الانتحارية للمريض، وسلوكيات الاعتداء على نفسه أو على غيره، وتنشيط وعي المريض والمحافظة عليه يقظا قدر الإمكان.

ويمكن من خلال هذه الملاحظات أن يتضح أن العلاج السلوكي الجدلي قد يكون مفيدا في هذه الحالة إذا أنه يهتم بتنظيم الانفعالات وتغييرها خاصة تلك الانفعالات المختلة وظيفيا، وتدريب المريض على تحمل المعاناة، وبناء علاقات بين شخصية فعالة، واكسابه مهارات اليقظة العقلية. كما أنه علاج يهتم أولا بتشخيص الاضطراب النفسي تشخيصا تفصيليا لتحديد العلامات التي تبدأ عندها آلام المعاناة والأحداث التي تستثيرها؛ مما يستلزم دراسة تاريخ الحالة، والاستفادة باستقرار وعي المريض خاصة عند التزامه بالجرعة دوائية نهارا، وتنظيم انفعالاته وتدريبه على مواجهة التوتر والقلق، ورصد الملاحظات العامة والخاصة عن السلوك اليومي للمريض، وتدرجات شدة أعراضه والأحداث التي تستثيرها. كما يلزم تحديد أنماط العلاقات الاجتماعية في بيئة المريض، وإشراكهم في التدريبات والواجبات المنزلية خارج الجلسة، وتكفلهم النفسي بالمريض، وتهيئة البيئة التي يعيش فيها لتساعده على الاستشفاء.

ثامناً: فروض الدراسة: من خلال ما تم عرضه من أطر نظرية ودراسات سابقة؛ فإنه يمكن صياغة الفروض التالية لتحقيق أهداف الدراسة:

أ. تكشف استجابات الحالة على الأدوات الكلينيكية للدراسة عن معاناته الأعراض اضطراب الفصام.

ب. تختلف استجابات الحالة على مقياس PANSS لتحديد شدة أعراض الفصام قبل وبعد تطبيق البرنامج.

ج. لا يوجد اختلافات في استجابات الحالة على مقياس PANSS لتحديد شدة أعراض الفصام بعد انتهاء تطبيق البرنامج وبعد فترة المتابعة (بعد مرور ثلاثة أشهر من انتهاء البرنامج).



## تاسعاً: إجراءات الدراسة:

أ. منهج الدراسة: للتحقق من صحة فروض الدراسة؛ فقد كانت إجراءات الدراسة الحالية تعتمد على المنهج الكلينيكي لدراسة الحالة بأدواته: استمارة المقابلة الشخصية، واختبار تفهم الموضوع للكبار TAT، ومقياس متلازمة الأعراض الموجبة والسالبة لتحديد شدة الفصام للكشف عن ديناميات الشخصية، والبناء النفسي للحالة، وتعرف الصراعات والصدمات والضغوط النفسية التي دفعت ومهدت لمعاناة الحالة موضع الدراسة لهذه الأعراض، وكذلك التحقق من صحة التشخيص الطبي لتشخيص هذه الحالة باضطراب الفصام وتحديد نوعه وشدة أعراضه. كما اعتمدت الدراسة الحالية على المنهج شبه التجريبي للتحقق من فعالية برنامج علاجي سلوكي جدلي في خفض شدة أعراض اضطراب الفصام لدى الحالة موضع الدراسة.

ب. عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من حالة واحدة فقط لا تعاني من أي إعاقات حسية أو حركية أو تعليمية تم اختيارها بالطريقة العمدية بناء على رغبة العميل في مرحلة من مراحل استشفائه بعد خروجه من المستشفى وتشخيصه من فريق طبي باضطراب الفصام، وتجددت هذه الرغبة من والدته العميل وأخيه في وقتٍ اشتدت فيه أعراض اضطراب الفصام، واضطرب فيه الوعي، وخرجت فيه الأمور عن سيطرة الأسرة، وقدرتها على ضبط سلوك العميل. والحالة ذكر عمره (٢٨) عاماً، مقيد بالفرقة الرابعة (رياضيات) بكلية التربية جامعة المنيا.

وقد طلب العميل خدمة العلاج النفسي في السنة النهائية من الجامعة، وتكرر هذا الطلب من والدته وأخيه بعد خروجه من المستشفى في المرة الأخيرة. وفيما بين الطالبين تكررت محاولات العلاج النفسي من الباحثة وفقاً لما تقتضيه الحالة حيث استخدمت معه كل من العلاج المعرفي السلوكي، والعلاج القائم على اليقظة العقلية، والعلاج الميتامعرفي. ولم تكتمل الخطة العلاجية ولم تحقق أهدافها في أي مرة من هذه المرات؛ إذ كانت الأعراض تتفاقم، ويحتاج المريض للدخول إلى المستشفى بناء على رأي الطبيب المعالج الذي يتابع

الحالة. والدراسة الحالية هي إحدى المحاولات لتخفيف شدة أعراض اضطراب الفصام، ومحاولة تقليل احتمالات خطر الانتكاسة لدى المريض مع التزامه بالعلاج الدوائي؛ من خلال العمل على زيادة الوقت الذي تستقر فيه شدة الأعراض، وينتظم فيه الوعي، وتظل فيه الأعراض في مستوى أقل من الخطورة. وقد ابتدأت إجراءات الدراسة الحالية بعد خروج الحالة من المستشفى إثر انتكاسة لاضطراب الفصام.

ج. أدوات الدراسة: استخدمت الباحثة عددا من الأدوات لجمع البيانات عن الحالة بهدف رصد العوامل ذات العلاقة بالتشخيص، وتفيد في عملية العلاج واشتملت هذه الأدوات على ما يلي:

١. استمارة المقابلة الشخصية (إعداد الباحثة): واستخدمت بهدف التعرف على تاريخ الحالة، واشتملت على: البيانات الأسرية، وخبرات الطفولة، وبيئة الإقامة، والمستوى التعليمي، والحقل الجنسي، والعادات، والعلاقات الاجتماعية، والأشخاص المؤثرين في شجرة العائلة، والاتجاهات نحو أفراد الأسرة، والأحلام، والخبرات الصادمة، وتتابع ظهور السلوك الشاذ لأعراض الاضطراب.

٢. اختبار تفهم الموضوع للكبار (TAT): تأليف موراي ومورجان وترجمة محمد خطاب (٢٠١٧) يستخدم اختبار تفهم الموضوع TAT للكشف عن ديناميات الشخصية كالعلاقات بين الشخصية، الدوافع، والانفعالات، وأنواع الصراعات لدى المفحوص؛ خاصة تلك النزاعات المكبوتة لا شعوريا. فهو أداة لدراسة الشخصية بصورة شاملة، كما أنه يستخدم تفسير اضطرابات السلوك والاضطرابات النفسية والعقلية المختلفة. ويتكون الاختبار من (٣١) لوحة، يُطلب من المفحوص كتابة قصة عن مضمون اللوحات. وتحتوي اللوحة منظر لشخص أو أكثر في مواقف غير محددة ما يسمح بإدراكها بصور مختلفة لتكشف عن مدلولات محددة في شخصية المفحوص. وقد تم عرض (٧) لوحات من اختبار TAT على العميل استكمالاً لإجراءات التشخيص قبل البدء في البرنامج العلاجي للدراسة. وهذه اللوحات هي اللوحات أرقام: (١، ٤، ١٦، ٣، ٦، ١٧، ١٨ ص ج). وقد استخدمت الباحثة اختبار TAT في هذه الدراسة لتعرف ديناميات الحالة التي لا يستطيع المريض الإفصاح عنها بشكل صريح

وواضح كالمخاوف، والقلق، والعداء، والعلاقات الاجتماعية، والميول الجنسية، والصراعات. وهذا يفيد في تتبع تطور الأعراض، وتفسير اضطرابات السلوك، ومدى تفكك الوعي، واضطراب التفكير. وقد تم تطبيق لوحات اختبار TAT على جلستين؛ حيث قدمت الباحثة خمس لوحات في الجلسة الأولى، وخمس لوحات في الجلسة الثانية؛ بإعادة تقديم ثلاث لوحات من الجلسة الأولى لم يكن المفحوص استطاع الاستجابة عليها.

٣-المقابلات الكلينيكية الطليقة: استندت المقابلات الحرة التي تمت مع المريض إلى المحاور التي تضمنتها استمرت المقابلة الشخصية؛ لتعرف بعض الدلالات الغامضة في اختبار تفهم الموضوع، وبعض التدايعات التي ذكرها العميل؛ لتعرف محتوى التفكير ومدى اضطرابه وتفككه، ونوع الأعراض السائدة سواء سالبة أم موجبة، ومحتوى موضوعات الهذات، ونوع الخبرات المؤثرة في محتوى الهلوس لرسم صورة كينيكية واضحة تعبر عن ديناميات الشخصية والبناء النفسي للحالة قبل البدء في البرنامج العلاجي السلوكي الجدلي.

٤-مقياس متلازمة الأعراض الموجبة والسالبة لتحديد شدة أعراض الفصام "PANSS": Positive And Negative Syndrome Scale؛ إعداد Key et al., 1987 ، وترجمة (الباحثة)

تم تصميم مقياس متلازمة الأعراض الموجبة والسالبة "PANSS" Positive And Negative Syndrome Scale بناء على الأعراض التشخيصية لاضطراب الفصام. وقد تم اشتقاق كل من مقياس الطب النفسي المختصر المكون من (١٨) بند للأعراض الموجبة والسالبة، ومقياس المرض النفسي العام المكون من (١٢) بند من مقياس "PANSS" والمكون من كل من الأعراض الموجبة والأعراض السالبة والأعراض العامة للفصام. ويتكون مقياس PANSS من (٣٠) بند؛ تمثل الأعراض الموجبة فيه (٧) أعراض هي: الأوهام، وفوضى المفاهيم، وسلوك الهلوسة، والهياج، والعظمة، والاضطهاد، والعداء. أما الأعراض السالبة فهي (٧) أعراض أيضا وهي: انعدام التأثير، والانسحاب الانفعالي، وقلة العلاقات، والسلبية أو اللامبالاة، وصعوبة التفكير المجرد، وصعوبة التلقائية وتدفق الحوار، والتفكير المتكرر، وفق التفكير. كما يشتمل المقياس على الأعراض العامة لتقييم المرض النفسي العام وهي (١٦)

عرضاً وهي: الهم الجسدي أو قلة الاهتمام بالمظهر الخارجي، والقلق، ومشاعر الذنب، والتوتر، والطرق والمواقف، والاكتئاب، وتخلف الأداء الحركي، وعدم التعاونية، ومحتوى الفكر غير العادي، والارتياب، وضعف الاهتمام، ونقص القدرة على الحكم أو البصيرة، والخلل العام، وقلة السيطرة على الدافع، والانهماك بدون سبب أو هدف، والتجنب الاجتماعي النشط.

ويعتبر مقياس "PANSS" هو مقياس طبي للتقييم الشامل لشدة أعراض الفصام، كما يفيد في تقييم تأثير الأدوية، ووصف العلاج الناجح. ولا يقتصر تقييم المريض باستخدام مقياس "PANSS" على المقابلة والملاحظة فقط، لكن قد يستند أيضاً إلى معلومات وبيانات مستمدة من القائمين على رعاية المريض سواء من الأسرة أو الطاقم الطبي. وهو مقياس تم ترجمته وتقنيته إلى أكثر من (٤٠) لغة حول العالم، وتم استخدامه في كثير من الدراسات والتي أوضحت دراسة إيمان موسى (٢٠٢١) توفر الشروط السيكومترية من صدق والثبات في مقياس "PANSS"، الذي يعتبر من أكثر المقاييس المستخدمة في تقييم شدة أعراض الفصام في كثير من دول العالم حتى الوقت الراهن. ويمكن توضيح ما تمثله عوامل مقياس "PANSS" كما أوضحها كل من حامد زهران (٢٠٠٥)، وطارق الحبيب (٢٠٠٨)، وأحمد عكاشة (٢٠١٠) كما يلي:

(أ) بنود الأعراض الموجبة:

(١) الأوهام: وهي التصورات والمعتقدات الخاطئة وغير الموجودة وغير المقبولة للآخرين تبعاً لثقافة المجتمع، ولكن يتمسك بها المريض رغم أية اثباتات لخطئها.

(٢) فوضى المفاهيم: وهي تمثل عدم انتظام التفكير، وتفنقذ للتماسك والمنطقية وتتسم بجمود الفكر.

(٣) سلوك الهلوسة: وهي الاحساس والوعي في حالة اليقظة بمحسوس غير موجود وقد تكون هذه المحسوسات سمعية، أو بصرية، أو لمسية، أو شمعية، أو حشوية.

(٤) الهياج: وهو سرعة الاستثارة والشعور بعدم الارتياح، والقيام بحركات لا إرادية وغير هادفة.

(٥) العظمة: وهي تصف حالة من وهم الاعتقاد بالقدرات الاستثنائية والمواهب الجبارة والأموال الطائلة دون وجود حقيقي لذلك.

(٦) الاضطهاد: وهو ما يعرف بينون الارتياح والشك؛ إذ يسيطر على المريض أفكار غير منطقية لفقد الثقة بالناس، والشك فيهم والاعتقاد بوجود تهديد منهم. فقد يشعر المريض أن هناك من يراقبه أو يحاول الحاق الأذى به، ودون وجود أدلة على ذلك.

(٧) العداء: وهو ينم عن شعور شديد بالشك والارتياح المستمر تجاه الآخرين وسوء الظن بهم وتوقع العداء منهم بسبب أوهام ومعتقدات وأفكار خاطئة في ذهنه هو فقط.

(ب) بنود الأعراض السالبة:

(١) انعدام التأثير: يجعل هذا الاضطراب المريض مقنع للآخرين وغير مؤثر بهم.

(٢) الانسحاب الانفعالي: وهي حالة انفعالية ذاتية يعيشها المريض مسيطرا عليه مشاعر عدم المرغوبية وعم الأمن وأن وإن الآخرين قد تخلصوا منه وتركوه خلفهم.

(٣) قلة العلاقات أو العزلة: وفيها يسيطر على المريض شعوره بالوحدة والانفصال عن الآخرين رغم وجودهم حوله.

(٤) السلبية أو اللامبالاة: ويسلك فيها الفرد سلوكا يفتقد للاهتمام بحياته أو مصالحه، وإن كان فيه ضررا مع عدم توفر الإرادة على الفعل، وعدم القدرة على الاهتمام بشأن النتائج.

(٥) صعوبة التفكير المجرد: وفيه يتسم المريض بتفكير يفتقد القدرة على استيعاب المفاهيم والتعميمات وكيفية استخدامها.

(٦) صعوبة في التلقائية وتدفق الحوار وإكمال المحادثات مع الآخرين.

(٧) التفكير المتكرر: وهو التفكير المفرط في موضوع موضوعات محددة ليست لها علاقة ببعضها، وهي طريقة تفكير غير مفهومه ينتج عنها كلام غير مفهوم وكتابة خواطر ليست مفهومه.

(ج) بنود الأعراض العامة:

- (١) الهم الجسدي وهو الشكوى المتكررة من الأعراض الجسدية كالآلم والتعب.
- (٢) القلق وهو حالة نفسية وفسولوجية لشعور غير سار يرتبط بعدم الارتياح والخوف.
- (٣) مشاعر الذنب ويشعر فيه المريض بشعور عميق من الخجل والخزي تجاه أفعاله وسلوكه وأفكاره، كما يشعر بالذنب واللوم، وقد يؤدي ذلك إلى شعوره بالغضب تجاه نفسه.
- (٤) التوتر وهو الشعور بالإجهاد والضغط نتيجة لأفكار المريض عن نفسه بأنه بشع أو فاشل وغير ذلك.
- (٥) الطرق والمواقف: يسلك المريض سلوكا غير طبيعي وغير لائق في المواقف كالضحك في عزاء مثلا.
- (٦) الاكتئاب وهو اضطراب مزاجي يسبب شعورا عاما بالحزن وفقدان الاهتمام، كما يسبب مجموعة متنوعة من المشكلات الانفعالية والجسمية وأدائية.
- (٧) تخلف الأداء الحركي: وهو اضطراب عقلي سلوكي يسبب تباطؤ واضحا في ردود الفعل الجسمية والانفعالية.
- (٨) عدم التعاونية وهي مرحلة من تبلد المشاعر وعدم الاكتراث وعدم التأقلم مع الغير أو مخالطته.
- (٩) اضطراب محتوى الفكر وهو يشير إلى مشاكل خطيرة في التفكير والمشاعر والسلوك، كما يشير إلى الانشغال المستمر بأشياء غير واقعية، والتحيز لأفكار معينة.
- (١٠) الارتياح أو عدم الثقة في أي شخص أو شئ بصورة مفرطة وشك عميق بكل العلاقات الخاصة به (كعلاقة المريض بأمه مثلا).
- (١١) ضعف الاهتمام بالذات وهي حالة سلوكية يهمل فيها المريض في تلبية احتياجاته الأساسية كالنظافة الشخصية أو الملابس المناسبة، والتغذية وغيرها من الأشياء الخاصة بالمريض.

(١٢) نقص القدرة على الحكم والبصيرة (الاستبصار) تجاه الواقع، وإدراك العلاقات والروابط بين الوسائل والغايات مما يعكس عدم الفهم بصورة واضحة.

(١٣) الإخلال (الخلل العام) ويتكون بسبب الدوافع والصراعات نتيجة لعدم قدرة المريض على التخلص من عقده النفسية، فيتصرف في المواقف حسب توقعه ورؤيته القاصرة مما يجعله يسلك سلوكا غير عادي.

(١٤) قلة السيطرة: وهو عدم تحكم المرض في إدارة ذاته وعجزه عن اتخاذ إجراءات صحيحة بشأن أي موضوع.

(١٥) الانهماك وهو الانشغال الدائم بدون سبب، مع تجاهل المريض للبيئة من حوله وكأن له عالمه الخاص به.

(١٦) التجنب الاجتماعي وهو رفض أي فعل اجتماعي، فالمريض عادة ما يكون وحيدا بسبب شعوره بالدونية والعجز والذنب دون أي أسباب.

ولتقييم شدة يتم ملاحظة سلوك العميل وتقييم شدة العرض وفقا لتدرج سباعي، وتحسب العلامات المرضية النشطة بدءاً من التقييم (٥: ٧)، وبذلك فالعلامات المرضية النشطة لكل من الأعراض الموجبة والسالبة تبدأ من درجة (٣٥: ٤٩)، والأعراض العامة تبدأ من الدرجة (٨٠: ١١٢). وبناء على ملاحظات القائم بالتشخيص فإن الدرجة (١) على البند تعني أن العرض لا ينطبق عليه، والدرجة (٢) تعني تدل على الحد الأدنى للشك في وجود العرض ولكن خفية إلى حد ما، والدرجة (٣) منخفض وتعني وجود العرض بصورة واضحة ولكن غير مصرحة، وقليل ما تظهر خلال اليوم، والدرجة (٤) متوسط وتعني أن العرض يمثل مشكلة خطيرة، ويحدث أحيانا بصورة منتظمة أو شبه يومية، والدرجة (٥) تعني مرتفع الحدة وأن العرض يؤثر على أداء الفرد بشكل واضح، ولكن يمكن احتوائها في العادة، والدرجة (٦) حاد وتعني أن العرض خطير يحدث بشكل متكرر، ويسبب اضطرابا عاما في حياة الفرد، ويجب وضعه تحت الإشراف المباشر، أما الدرجة (٧) وهي الحد الأقصى لظهور العرض فتشير إلى تداخل العرض

في معظم الوظائف اليومية بشكل متطرف بالغ الخطورة، وأن المريض يحتاج إلى الإشراف والاعون في جميع المهام.

٣. البرنامج العلاجي السلوكي الجدلي لخفض شدة أعراض اضطراب الفصام: (إعداد الباحثة)

(أ) الهدف العام للبرنامج: علاج اضطراب الفصام باستخدام العلاج السلوكي الجدلي. ويتفرع من هذا الهدف العام الأهداف التالية الأقل عمومية:

(١) تخفيف شدة أعراض اضطراب الفصام.

(٢) زيادة وقت استقرار مستوى شدة أعراض اضطراب الفصام.

(٣) تقليل احتمالات خطر الانتكاسة.

(ب) الأهداف الإجرائية: تتمثل الأهداف الإجرائية للبرنامج العلاجي الجدلي السلوكي لعلاج اضطراب الفصام لدى الحالة في الدراسة الحالية فيما يلي:

(١) رصد تاريخ الحالة بصورة شاملة للعوامل المؤثرة في اضطراب الفصام.

(٢) تحسين دافعية المريض نحو إكمال الخطة العلاجية.

(٣) تشجيع المريض على الالتزام بالعلاج الدوائي.

(٤) الالتزام بالحمية الغذائية الموصى بها من الطبيب المعالج.

(٥) خفض سلوكيات لوم الذات وإيذاء الذات ومحاولات الانتحار.

(٦) منع سلوكيات الاعتداء على الآخرين.

(٧) تحديد المواقف والظروف البيئية التي تزداد فيها حدة التوتر والقلق.

(٨) تشجيع المريض على التعبير عن مشاعره وأفكاره بطلاقة.

(٩) تشجيع المريض على الرعاية الذاتية لنفسه.

(١٠) تحديد الصراعات التي تتحكم في حياة المريض.



- (١١) تشجيع المريض على التحكم في انفعالاته لتجنب دخوله المستشفى مرة أخرى.
  - (١٢) الحد من السلوكيات الجنسية المكشوفة.
  - (١٣) مساعدة المريض على تقبل ذاته وواقعه.
  - (١٤) مساعدة المريض على إدراك مدى حب أسرته له ودعمهم وتكفلهم النفسي به.
  - (١٥) تدريب المريض على الاسترخاء النفسي وانتظام ساعات نومه.
  - (١٦) تشجيع المريض على المشاركة في الأعمال الاجتماعية.
  - (١٧) مساعدة المريض على الحد من التدخين والاستهلاك اليومي العالي من السجائر.
  - (١٨) مساعدة المريض على تنظيم انفعالاته والحد من انفعالات الغضب.
  - (١٩) تدريب المريض على تحمل معاناة الآلام الجسدية.
  - (٢٠) تدريب المريض على الفصل بين الواقع والأحلام وتقليل نزعات الخوف من محتوى الأحلام في الواقع.
  - (٢١) تدريب المريض على التعبير الكتابي على تتابع الأحداث في الماضي.
  - (٢٢) زيادة تقبل المريض لأخيه.
  - (٢٣) زيادة وعي المريض بوجود أبيه.
  - (٢٤) الحد من سلوكيات الإساءة النفسية والجسدية إلى الأم.
  - (٢٥) تشجيع المريض على التغيير.
- ومن الأهداف الإجرائية الخاصة ببيئة المريض: خفض توقعات الأسرة عن العمل والزواج، والحد من الأفكار اللاعقلانية الخاصة بالسكر والشعوذة، وتشجيعهم على الاستمرار في التكفل النفسي للمريض، ودفعهم للسعي بصورة جديّة لإجراءات المعاش للمريض.
- (ج) مصادر بناء البرنامج: استمد البرنامج العلاجي السلوكي الجدلي للدراسة الحالية من المصادر التالية:

(١) أسس ومبادئ العلاج النفسي.

(٢) برامج العلاج السلوكي الجدلي في الدراسات والبحوث السابقة.

(٣) الأطر النظرية والمؤلفات التي تناولت العلاج السلوكي الجدلي وفنياته واستراتيجياته.

(٤) الأطر النظرية والبحوث التي اهتمت باضطراب الفصام.

(د) أسس بناء البرنامج: اعتمد برنامج الدراسة الحالي في تصميمه على ما يلي:

(١) نظرية العلاج السلوكي الجدلي واستراتيجيات وفنياته.

(٢) يقوم البرنامج على أسلوب العلاج الفردي.

(٣) روعي في تخطيط جلسات البرنامج العلاجي المرنة في تغيير الإجراءات العلاجية بناء

على شدة الأعراض ونوعيتها وحالة المريض من الوعي واليقظة وانتظامه على العلاج الدوائي.

(٤) يتم تحديد كل مرحلة من مراحل العلاج بناء على تحديد شدة أعراض اضطراب الفصام،

ونوعية الأعراض الغالبة على المريض.

(٥) تتخلل الجلسات العلاجية عدد من الاتصالات الهاتفية بهدف الاستشارة لمتابعة العميل

وتحديد إجراءات الجلسة التالية.

(هـ) الفنيات المستخدمة في برنامج العلاج السلوكي الجدلي:

اعتمدت الباحثة عند تصميم جلسات البرنامج على عدد من فنيات واستراتيجيات العلاج

السلوكي الجدلي، مثل: التدريب على اليقظة العقلية، مهارة الإقناع الجدلي، تدريبات الاسترخاء

العضلي، وتدريبات التنفس العميق، وتحليل السلوك، التخيل أو التصور، التنظيم والتحكم

بالانفعالات، التفكير الجدلي والجمع بين النقيضين، أسلوب دفاع الشيطان، التحويل، النمذجة،

التواصل مع اللحظة الحالية، والمناقشة الجدلية، والبروفة السلوكية، وإعادة البناء المعرفي،

وصرف الانتباه، فنيات العلاقات الشخصية الفعالة، والاستشارة عبر الهاتف، إضافة إلى

الفنيات المساعدة مثل أنا هنا الآن، والمناقشة والحوار، والتحصين التدريجي، والواجب المنزلي،

والعمل التطوعي.

(و) مخطط مراحل البرنامج: تكون البرنامج من ست مراحل أساسية تضم كل منها عددا من الجلسات لتحقيق عدد من أهداف البرنامج؛ حسب حالة المريض، وما تتطلبه حالته من إجراءات علاجية عدا المرحلة الأخيرة وهي مرحلة المتابعة، والتي اقتصر على المتابعة من خلال الاتصالات الهاتفية، وزيارة المريض بهدف الدعم النفسي كل أسبوعين. وقد تكون البرنامج من (٨٧) جلسة، يتراوح زمن الجلسة ما بين (٦٠ : ٩٠) دقيقة.

وتبدأ إجراءات كل جلسة بعد أخذ جرعة الدواء النهارية بنصف ساعة، حيث يتم تقسيم الجلسة إلى تمهيد لمتابعة المريض والتزامه بعلاجه الدوائي، وتشجيعه على الالتزام بالحماية الغذائية لتقليل البروتين وزيادة الخضروات والفاكهة. ثم تبدأ الجلسة بمطالعة عدد من صور المريض في طفولته، ثم الحديث عن موقف كل منها، والتي تم جمعها بمعرفة الأم وانتقاء عدد منها بعد معرفة مناسبة كل منها من كل من الأم والأب، والتي تتعلق بخبرات محددة من حياة المريض. ثم يبدأ الحديث عن موقف كل صورة وربطه بموقف الحاضر، والذي تتابعه الباحثة مع كل من الأم والمريض فيما بين الجلسات، ثم تعرف أفكار المريض عن هذه الخبرات سواء كان متذكرا لموقف الصورة أم لا، وحفز المريض على تقبل ذاته، وتشجيعه على ضبط انفعالاته حول الموقف. وبعد ذلك يبدأ إجراء تدريبات الاسترخاء والتنفس العميق، وتشجيع العميل على التعبير عن انفعالاته من خلال الكلام أو الرسم، ودون رفع صوته أو هز رجليه وفرك يديه. ثم متابعة تنفيذ إجراءات الجلسة والتي تنتهي بالواجب المنزلي؛ والذي يكون عبارة عن تحمل المريض لمسئولية القيام بأحد أنشطة الحياة اليومية. وفيما يلي تخطيط لمراحل البرنامج العلاجي السلوكي الجدلي، ووصف ما تم بها من إجراءات في صورتها النهائية:

(١) المرحلة الأولى: مرحلة ما قبل العلاج (التهيئة): واشتملت الجلسات من (١ : ٤)، بواقع جلسة أسبوعيا.

وصف المرحلة الأولى: تبدأ هذه المرحلة فور خروج المريض من المستشفى حيث ينتظم وعي المريض إلى حد كبير نتيجة لما يتناوله من جرعات علاجية دوائية كبيرة، ويشعر بالسعادة نتيجة لخروجه من المستشفى. وفي هذه المرحلة فإن المريض يشعر بالتعب الجسمي، وثقل الحركة، والصداع المستمر، واليقظة العقلية العالية للشعور بالألام الجسدية؛ إذ يستطيع أن

يصف كيف يبدأ ألم الصداع، وكيف ينتشر في رأسه. كما يستطيع أن يصف كيف يوقف أفكار محددة سوف تؤدي إلى توتره ثم هذائه حيث يوقف هذه الأفكار خوفا من الصدمات الكهربائية؛ إذ يتوقع أنه حينما يهذي أو ينفعل بصوت عالي فسوف يخضع لجلسة من الصدمات الكهربائية أو الاحتجاز بمفرده. كما يشعر المريض بالسعادة لشعوره بالحرية داخل منزله بدلا عن الروتين الإلزامي اليومي في المستشفى، واضطراره للالتزام القهري بسلوكيات محددة مثل عدم هز الرجل، أو الحديث بجمل متكررة إلا حينما يطلب منه، أو الضرب أحيانا والحبس بمفرده أحيانا أخرى. إذ أن هذه الأنواع العقابية تعمل بمثابة كف للسلوك؛ إذ اشترطت هذه الأفكار والهذات مع تعرضه للألم الجسدي كعقاب للامتثال لهذه الأفكار. كما يعاني المريض من الصداع والدوخة والشعور بالنعاس وثقل الجسم نتيجة للأعراض الجانبية لما يتناوله من أدوية؛ فالجرعات الدوائية تكون في ثلاث مرات كل ٨ ساعات يوميا، ومع اختيارات متعددة من الطعام ولكن مع الالتزام بتقليل البروتين الحيواني وزيادة الفاكهة والخضروات. وبعد أخذ الجرعة الدوائية بنصف ساعة إلى ساعة تقريبا يشعر المريض بهدوء في رأسه، ما يجعله يفكر وينظر إلى يده وجسده، أو يلتفت إلى المرأة أثناء اغتساله ما يجعله يشعر بالأسف على ما آل إليه حاله مستغريا شكله وكيف تحول إلى هذه الهيئة، ومع استيقاظ هذا الوعي تبدأ الأعراض المزاجية خاصة الاكتئابية منها في الظهور. ومن خلال هذا الوصف تتنوع أهداف وإجراءات الجلسة العلاجية في المرحلة الأولى حسب حالة المريض إذ تركز هذه المرحلة على هدف التقبل بصورة أساسية.

الأهداف الإجرائية للجلسات العلاجية للمرحلة الأولى:

- |  |  |
|--|--|
| ١.تحسين دافعية المريض نحو إكمال الخطة العلاجية.                            | ٢.تشجيع المريض على الالتزام بالعلاج الدوائي. |
| ٣.تشجيع المريض على الالتزام بالحمية الغذائية الموصى بها من الطبيب المعالج. | ٤.تشجيع المريض على تقبل معاناته وواقعه.      |
| ٥.تشجيع المريض على التغيير.  | ٦.تشجيع المريض على تقبل التناقضات            |

٧. تشجيع المريض على التحكم في انفعالاته لتجنب دخول المستشفى مرة أخرى.

#### الحوار والمناقشة، والجدلية

٢. المرحلة الثانية: حماية الذات: واشتملت الجلسات من (٥: ٢٠) وتخللها مكالمات هاتفية. وقد بدأت المرحلة بجلسة واحدة أسبوعيا، تزداد إلى جلستين أسبوعيا بتكرار نفس الجلسات بأنشطة مختلفة مع زيادة الاضطرابات المزاجية والشعور بالاكنتاب أو حالة زيادة الأعراض الموجبة للهذات والهلاوس.

وصف المرحلة الثانية: يبدأ الشعور بالسعادة الناتج عن التحرر من قيود المستشفى في الانخفاض، ويستأنس المريض بجو المنزل وبيئته. كما يشعر بالخوف الشديد إذا ما شعر بأفكار هذائية مخافة العقاب الذي كان يواجهه بالمستشفى؛ فيبدأ في توجيه الاعتداء على الأم كعقاب وتحذير ولوم لها لما تسببت فيه من دخوله للمستشفى. وعند أخذ الجرعة الدوائية يبدأ المريض في حالة من الهدوء واستقرار الوعي فيبدأ في رفض واستنكار ما آل إليه حاله، ويشعر بالأسف على نفسه وأنه ظل سنوات في هذا الألم وفي مراحل متعددة من العلاج ليتوصل إلى نتيجة مفادها "ألا فائدة من العيش"، ويبدأ في تكرار جمل متعددة مثل: "مفيس فايدة، سأظل طيلة عمري هكذا"، "أنا السبب فيما وصل بكم الحال إليه من فقر"، "لماذا لم تتخلصوا مني"، "من أنا لقد صرت مسخا"، "إللي زيي يعيش في الشارع والعيال تجري وراهم"، "سيأتي يوم وأمشي في الشارع عاريا والناس تضحك عليا"، "لقد جلبت لعائلتكم العار"، "أعرف أنني السبب في عدم زيارة الأقارب لكم"، "يبدو أن الجيران ابتكر كل منهم مخرجا لمنزله بعيدا عن فتح باب بيتنا"، "البقال بيرميلي السجاير كأنه مش عاوزني آجي تاني" "يبدو أنني السبب في مرض أبي"، "أنا السبب في شقاء أخي"، "يخاف أولاد أخي من الاقتراب مني"، "كيف لي أن أكمل تعليمي"، "يجب أن أبقى بعيدا عن الأعين"، "يجب أن تنتهي معاناتكم معي"، "لقد تسببت في أن تلجأ أمي للتسول في السيارات لإكمال ثمن علاجي". وبناء على هذا الوصف لهذه المرحلة، وهذه الأفكار التي يكررها المريض تتنوع أهداف وإجراءات الجلسات العلاجية في هذه المرحلة حيث

تركز في مجملها على التقبل واليقظة العقلية وإعادة البناء المعرفي للأفكار غير التكيفية للمريض إذ تسيطر الأعراض السالبة لاضطراب الفصام على هذه المرحلة.

#### الأهداف الإجرائية للجلسات العلاجية للمرحلة الثانية:

- |   |   |
|---|---|
| ١. رصد العوامل النفسية والبيئية المؤثرة في زيادة شدة أعراض الفصام.      | ٢. تجنب لوم الذات والشعور بالأسف على ما آلت إليه الحالة.                                      |
| ٣. تشجيع المريض على تقبل واقعه والإيمان والرضا بقدره.                   | ٤. منع سلوكيات الاعتداء على الأم.   |
| ٥. تحديد الصراعات التي تتحكم في حياة المريض.                            | ٦. تدريب المريض على تحمل معاناة الآلام الجسدية.   |
| ٧. تدريب المريض على التعبير الكتابي عن تتابع الأحداث في الماضي.         | ٨. تشجيع المريض على المشاركة في الأعمال الاجتماعية.   |
| ٩. تدريب المريض على التنفس العميق والاسترخاء النفسي وانتظام ساعات نومه. | ١٠. استغلال الوعي اليقظ في القراءة أو إجراء الحديث مع الأسرة أو المشاركة في الأعمال المنزلية. |

١١. خفض سلوكيات إيذاء الذات ومحاولات الانتحار بتعمد زيادة الجرعات الدوائية عن الحد المسموح به أو الجلوس والتجول على حافة البلكونة أو سطح المنزل بعد تناول الجرعة الدوائية الليلية.

٣. المرحلة الثالثة: التنظيم الانفعالي: واشتملت الجلسات من (٢١ : ٣٨) بواقع جلسة أسبوعياً ومتابعة المريض من خلال الاتصالات الهاتفية بين الجلسات.

وصف المرحلة الثالثة: تبدأ هذه المرحلة مع خفض الجرعات العلاجية إلى مرتين يومياً، ويرافقها زيادة في نشاط المريض وقدرة أقل على كف التوتر والقلق. وتزداد فيها حدة لوم الذات

ثم ردود أفعال متنوعة تزداد معها تعمُد التعرض للخطر مثل إعداد الطعام بنفسه والإمساك بالأواني باستخدام ملابسه الخاصة والاستسلام للنيران، والذهاب بنفسه لشراء أشياء للمنزل أو السجائر من محل بعيد عن المنزل؛ حيث يمر بطريق السيارات ويتعمد الوقوف أمامها، ويخرج إلى البلكونة متعمدا الإمساك بأسلاك أعمدة الإنارة وهزّها (فمستوى الأسلاك أسفل من مستوى سور البلكونة، والمريض طويل القامة ما يعرّضه للسقوط من أعلى أو التعرض لصعق الكهرباء). وبين هذه المحاولات الخطرة على حياته يتغير حاله لحال آخر؛ يشعر فيه بالصداع والتوتر، ويدور كثيرا حول نفسه داخل المنزل وبين شرفاته، ويسمع صفيراً في أذنه، ويكون حديثه قليلا وكلامه غريبا. وبناء على هذا الوصف تتنوع أهداف وإجراءات الجلسة العلاجية التي تهدف بصورة أساسية إلى مساعدة المريض على التعبير عن انفعالاته دون إيذاء نفسه، وتقبل حالته ومعاناته جسدية، ومساعدته على النوم المنتظم، وإدارة غضبه وتجنب الاعتداء على نفسه أو على الآخرين، ومراعاة الالتزام بالحماية الغذائية؛ إذ يبدي المريض شراهة لأكل اللحوم بكميات كبيرة، وتسيطر عليه سلوكيات إيذاء الذات والاعتداء على الآخرين.

#### الأهداف الإجرائية للجلسات العلاجية للمرحلة الثالثة:

- |  |   |
|--|---|
| ١. رصد العوامل المؤثرة في اضطراب الفصام. | ٢. الحد من سلوكيات إيذاء الذات والمحاولات الانتحارية. |
| ٣. منع سلوكيات الاعتداء على الآخرين.     | ٤. رصد الصراعات التي تتحكم في حياة المريض.            |
| ٥. الحد من السلوكيات الجنسية المكشوفة.   | ٦. تشجيع المريض على المشاركة في الأعمال الاجتماعية.   |
| ٧. مساعدة المريض على تنظيم انفعالاته.    | ٨. تدريب المريض على تحمل الآلام والمعاناة الجسدية.    |

٩. تشجيع المريض على التغيير.

١٠. مساعدة المريض على الحد من التدخين والاستهلاك اليومي العالي من السجائر

١١. تشجيع المريض على التعبير عن أفكاره ومشاعره بطلاقة وبأساليب مختلفة (التعبير الكتابي، والرسم، والحديث) مع الحفاظ على الجلسة المعتدلة والصوت الهادئ.

٤. المرحلة الرابعة اليقظة العقلية: واشتملت الجلسات من (٣٩: ٦٤) بواقع جلسة أسبوعيا ومتابعة المريض من خلال الاتصالات الهاتفية بين الجلسات مع المريض أو أمه لمتابعة حالته.

وصف المرحلة الرابعة: تبدأ هذه المرحلة مع معاناة المريض من الكوابيس المزعجة، والتي تجعله ينام بصورة متقطعة، ويبدأ معها فقدان التمييز بين الواقع والأحلام، وتكرر لديه أحلام عن الغرق وصعوبة التنفس، وشعوره بأنه يموت. ويبدأ المريض في هذه المرحلة في التعامل اليومي وكأنه في حلم؛ إذ يخطو على السلم دون النزول عليه، ويمشي بصورة غريبة؛ فقد يدوس برجله على أحد أفراد الأسرة أثناء مشيه متوقعا أنه نائم، ويتوقع أنه قد يخرج إلى الشارع من سور البلكونة، أو أن يتناول طبقا أو آنية على النار، أو يرش الماء على فيش الكهرباء، ويتوقع أنه لا يوجد أشخاص من حوله فيرفع من صوت التلفاز بصورة مزعجة، ويدخل إلى الخلاء دون غلق الباب، ويقف في ردهة المنزل يمارس عاداته السرية بصورة مكشوفة للجميع، ويخرج إلى الشارع أو البلكونة أو على سطح المنزل عاريا، ويشكو المريض من أحداث يرويها لم تحدث في الحقيقة، ويضحك على أشياء لا يراها سواه، ويرتدي ملابسه بصورة شاذة؛ ويبدو أنه لا يجيد فعل ذلك بمفرده، ويضطرب وعيه بصورة ملحوظة، ويعاني صداعا مستمرا وآلاما في عينيه وسوادا تحتها نتيجة قلة نومه، كما يشكو من آلام بمفاصله وصعوبات في تحريك أطرافه.

وأحيانا أخرى يبدأ المريض في الحديث بصورة مستمرة ذهابا وإيابا بالمنزل ودون فهم ماذا يقول أو تعرف محتوى حديثه، وأوقات أخرى يظل صامتا مطبقا شفثيه، ويدور ويمشي بالمنزل دون هواده، وعندما يشعر بالتعب ينام على سريره محركا رجليه بقوة اهتزازية، مع رفع صوت التلفاز عاليا بصورة مزعجة للآخرين في حين يكون هو مستمتعا. وبناء على وصف هذه المرحلة يتم



تحديد أهدافها وإجراءات الجلسات العلاجية لتساعد المريض على تنظيم انفعالاته والتعبير عنها، وأن يكون يقظا بما يجعله يعبر عن آلامه التي يشعر بها في وقتها الملائم، وتدريبه على التمييز بين الواقع والأحلام، وتدريبه على الاسترخاء ليستطيع النوم بصورة مريحة، وتسيطر على هذه المرحلة في غالبيتها الأعراض الموجبة للفصام من هذات وهلاوس واضطراب تفكير.

#### الأهداف الإجرائية للجلسات العلاجية للمرحلة الرابعة:

١. رصد العوامل المؤثرة في اضطراب الفصام.
٢. تحديد الصراعات التي تتحكم في حياة المريض.
٣. الحد من السلوكيات الجنسية المكشوفة.
٤. تدريب المريض على تحمل آلام المعاناة الجسدية.
٥. تشجيع المريض على إتباع الحمية الغذائية.
٦. تشجيع المريض على المشاركة في الأعمال الاجتماعية.
٧. تحديد المواقف والظروف البيئية التي تزداد فيها حدة التوتر والقلق.
٨. تشجيع المريض على التغيير.
٩. تشجيع المريض على وصف محتوى الأفكار المسببة للخوف والقلق.
١٠. تدريب المريض على التنفس العميق والاسترخاء العضلي.
١١. مساعدة المريض على الحد من التدخين والاستهلاك العالي من السجائر.
١٢. مساعدة المريض على تنظيم انفعالاته والحد من انفعالات الغضب.
١٣. تدريب المريض على الفصل بين الواقع والأحلام وتقليل نزعات الخوف من محتوى الأحلام في الواقع.
١٤. تشجيع المريض على التعبير الكتابي والتعبير بالرسم عما يجول بخاطره من أفكار أو انفعالات.

١٥. توفير التكفل والدعم النفسي للمريض من خلال الأسرة.

**المرحلة الخامسة: العلاقات بين الشخصية وإعادة البناء المعرفي:** واشتملت الجلسات من (٦٥ : ٨٧) بواقع جلستين أسبوعياً مع متابعة الاتصالات الهاتفية بين الجلسات العلاجية

وصف المرحلة الخامسة: تبدأ هذه المرحلة بعد متابعة الطبيب المعالج ووصف بديل دوائي أو زيادة جرعة الأدوية ليلاً لمساعدة المريض على النوم وخفض القلق والتوتر. وفي هذه المرحلة تقل الهذات والهلاوس، ويبدو المريض واعياً ويشعر بنتائج أفعاله وما يتسبب عنه من ألم وأذى للآخرين. وفي حين تشتد به الهذات يبدو متجهماً تجاه الأم ليأخذ ما يريد بقوة ويرفض أي توجيهات ليبدأ في الحديث عن شفائه، وأنه أصبح في غير حاجة للعلاج. وأن هذه الإجراءات غير ذات جدوى إذ أنه قد أصبح معافاً وسليماً. ويبدأ في الاعتداء على من يعترض على هذه الأفكار والسلوكيات. ونتيجة لأن الأب مريض، وأغلب الوقت طريح الفراش، والأخ دائم التواجد خارج المنزل في عمله، وزوجة الأخ وأبنائه في طابق مستقل تحاول عزلهم بعد اشتداد المرحلة السابقة؛ فلا يجد المريض غير الأم أمامه ليتفاعل معها ويبيد رفضه إكمال العلاج. فهو يرى "أنه لم يكن في حاجة منذ البداية لهذا العلاج؛ فقد كان من الممكن أن يتركوه ليرتاح في هدوء دون إصابته بأي شيء". وتتسم هذه المرحلة بإنكار الاضطراب، وتبدأ دافعية المريض في الانخفاض تجاه إكمال البرنامج العلاجي أو الالتزام الدوائي، ويبدأ في لوم الآخرين على حالته؛ فيرى أن "الأم تفضل أخيه عليه فرأت أن تتخلص منه بإصابته بالمرض واحتجازه بالمستشفى، والأخ وجد في ذلك فرصة ليستأثر بالمنزل وحدة ويأخذ شقته وماله، والأب يتعلل بالمرض ليتصل من مسؤولياته تجاه ابنه، في حين يصبح معافاً عندما يجهز الغذاء أو عند الذهاب لمشاهدة إحدى المباريات خارج المنزل". وبهذه الأفكار عن الآخرين بالمنزل؛ تنتابه الهذات والهلاوس، وفي أحيان أخرى يبدأ المريض في توجيه الاعتداء على الآخرين بالمنزل؛ إذ يضرب أمه ليأخذ ما معها من أموال، ويسحل أبيه على الأرض ليوقطه من نومه، ويتشاجر مع أخيه لتركه بمفرده طوال النهار، ويجلب المشكلات للأسرة مثل قطع أسلاك الكهرباء على

الجيران أو ضرب عامل النظافة أو السطو على صاحب محل البقالة، وأخذ نقود المحل وتقطيعها ورميها بالشارع، أو شراء اللحم من الجزار ورميها في التربة. وبناء على وصف هذه المرحلة يتم تحديد أهداف الجلسة وإجراءاتها؛ بحيث تركز على تعديل أفكار المريض عن أفراد أسرته، والوعي بحالته، والحد من سلوكيات الاعتداء، وبناء علاقات بين شخصية جيدة بين المريض وأفراد أسرته، وتشجيعه على اكمال دراسته الجامعية.

#### الأهداف الإجرائية للجلسات العلاجية للمرحلة الخامسة:

١. رصد العوامل المؤثرة في اضطراب الفصام.
٢. منع سلوكيات الاعتداء على الآخرين.
٣. تحسين دافعية المريض نحو إكمال الخطة العلاجية.
٤. تشجيع المريض على الالتزام بالعلاج الدوائي.
٥. تحديد الصراعات التي تتحكم في حياة المريض.
٦. تشجيع المريض على الرعاية الذاتية لنفسه.
٧. الالتزام بالحمية الغذائية الموصى بها من الطبيب المعالج.
٨. تدريب المريض على الاسترخاء النفسي وانتظام ساعات نومه.
٩. مساعدة المريض على تقبل ذاته وواقعه.
١٠. تشجيع المريض على التحكم في انفعالاته لتجنب دخول المستشفى مرة أخرى.
١١. مساعدة المريض على تنظيم انفعالاته والحد من انفعالات الغضب.
١٢. تعديل البناء المعرفي لأفكار المريض.
١٣. تشجيع المريض على المشاركة في الأعمال الاجتماعية.
١٤. التزام المريض بالقيام بعدد من الأنشطة ك شراء احتياجات المنزل واشتراك الخبز وجمع القمامة وشراء اللحم.

١٥. مساعدة المريض على إدراك مدى حب أسرته له ودعمهم وتكفلهم النفسي به.
١٦. دعم تقبل المريض لأخيه.
١٧. تعديل أفكار المريض عن أبيه وأمه.
١٨. الحد من سلوكيات الإساءة النفسية والجسدية إلى الأم.
١٩. تشجيع المريض على التغيير.
٢٠. تشجيع المريض على العمل التطوعي (مساعدة ابن الخال في محل لبيع المصوغات الفضية).

#### ٦. المرحلة السادسة: مرحلة المتابعة:

تنتهي إجراءات البرنامج العلاجي السلوكي الجدلي عند تحقيق الأهداف التالية بصورة أساسية بنسبة ١٠٠٪:

١. الالتزام بالجرعات الدوائية.
٢. الالتزام بالرعاية الذاتية.
٣. التوقف عن الاعتداء على الآخرين.
٤. وقف سلوكيات إيذاء الذات.
٥. المشاركة في الأنشطة الاجتماعية.
٦. الجلوس في مناسبة أسرية.
٧. مشاركة الحديث عن مباراة لكرة القدم.
٨. تحقيق التفاعل الاجتماعي بالإجابة عن الأسئلة (يجيب عند سؤاله عن التاريخ أو اليوم أو أحداث لمسلسل أو كيف انتهت أحداث الفيلم).
٩. الحد من السلوكيات الخطيرة (المشي على سور سطح المنزل أو البلكونة تعمد الإمساك بالنار وحرق الملابس قطع طريق السيارات قطع كف الأيدي أو كعب القدم بالسكين).
١٠. القيام بالعمل التطوعي دون افتعال مشكلات ومساعدة ابن الخال في محل لبيع المصوغات

الفضية (الحديث مع الناس واستقبالهم).

وتحقيق الأهداف التالية بصورة يمكن السيطرة عليها من المريض وتحملها من الأسرة:

١. خفض التقلبات المزاجية. ٢. الحديث بكلام واضح ومفهوم.

٣. الحد من السلوكيات الشاذة كارتفاع صوت التلفاز والسلوكيات الجنسية المكشوفة والسقوط على قاعدة المراض والدوران داخل المنزل والصراخ العالي والمفاجئ.

وتتسم مرحلة المتابعة بإجراء الاتصالات الهاتفية مرة أسبوعيا بالمريض بصورة أساسية للحديث مع المريض نفسه، وكذلك أمه وأخيه بصورة دورية؛ للاطمئنان على استمرارية هذه السلوكيات التي تعتبر تقدما في رحلة علاج اضطراب الفصام. واستمرت هذه المرحلة لمدة ستة أشهر تقريبا على مرحلتين هما المتابعة الأولى حتى أواخر شهر مارس ٢٠٢٣ بواقع ثلاثة أشهر والمتابعة الثانية حتى أواخر شهر يونيو بواقع ثلاثة أشهر أخرى. فقد بدأت إجراءات تطبيق البرنامج بعد إجازة عيد الفطر لشهر رمضان ١٤٤٢هـ، وحتى أول شهر جمادى الآخرة ١٤٤٤ هجريا، فقد انتهت إجراءات البرنامج يوم (٢٥ ديسمبر ٢٠٢٢). وبمتابعة المريض فقد ظل محافظا على ما تم التدرب عليه في البرنامج العلاجي السلوكي الجدلي حتى بداية شهر يونيو ٢٠٢٣. ثم بدأ المريض في رفض العلاج الدوائي مدعياً شفاؤه ما بدأت معه اضطرابات نومه، وبعض الهذات، وبدأ في أن يسلك سلوكا شادا؛ مما دفع بالأم لإخفاء الجرعات العلاجية بالأكل أو المشروبات. وقد بدأ المريض في ملاحظة ذلك عندما وجد نفسه ينام أثناء سهره أمام التلفاز أو أثناء خروجه ليلا بمفرده من المنزل. فبدأ في رفض أي أكل أو مشروبات من والدته، وأصرَّ على إعداد طعامه بنفسه. ومع صعوبة التزامه بالجرعات الدوائية؛ لجأت الباحثة لزيارته بهدف متابعته ومحاولة إقناعه بتناول الأدوية العلاجية. ولكنه ادعى شفاؤه التام؛ فهو يعمل ويمارس يومه بصورة عادية، ويعتني بنفسه، ويقوم بأعمال المنزل؛ مما دفع الباحثة لنصح والدته وأخيه بضرورة مراجعة الطبيب المعالج مرة أخرى.

(و) تطبيق البرنامج: استمر تطبيق البرنامج على المريض (الحالة) موضع الدراسة؛ فور خروجه من المستشفى بشهر مايو (٢٠٢١) وحتى أواخر شهر ديسمبر (٢٠٢٢) بمكتب الباحثة بمقر كلية التربية، بما يجعل البرنامج العلاجي للدراسة الحالية قد استغرق قرابة العام ونصف مكوناً من (٨٧) جلسة علاجية، ويتكرر عدد من الجلسات حسب حالة المريض.

(ز) تقويم البرنامج: تم تقويم إجراءات البرنامج بعرضه على متخصصين في الصحة النفسية والعلاج النفسي والطبي<sup>٢</sup>، وتم تعديل إجراءات البرنامج وفق ما اقترحه المتخصصون كما يلي:

(١) استغلال وعي المريض في بداية البرنامج للتهيئة للعلاج النفسي والتزامه بالعلاج، واستمرارية إجراءات البرنامج دون توقف للحفاظ على تقدم الحالة تجاه الاستشفاء من الأعراض.

(٢) اشترك أفراد الأسرة في عدد من إجراءات البرنامج.

(٣) استخدام الصور والملابس، وكذلك الأصدقاء من ماضي الحالة لتنشيط خبراته الماضية.

(٤) متابعة الطبيب المعالج أولاً بأول للتنسيق العلاجي للحالة.

(٥) جعل الهدف العام للبرنامج هو زيادة فترة استقرار الأعراض، وتقليل احتمالات حدوث الانتكاسة.

(٦) ضرورة أن تبدأ الجلسة العلاجية بعد تناول الجرعة العلاجية بالنهار لضمان استقرار حالة المريض، وأن تتخلى الجلسة العلاجية فترات راحة. وأن يتم تداول إجراءات الجلسة العلاجية في سلاسة ومرونة لتعديل إجراءات الجلسة وفق حالة المريض ومدى استقرار وعيه واتزان انفعالاته.

### عاشراً: نتائج الدراسة ومناقشتها وتفسيرها:

أ. نتائج الفرض الأول ومناقشته وتفسيره: وينص الفرض الأول على "تكشف استجابات الحالة على الأدوات الكلينيكية للدراسة عن معاناته الأعراض اضطراب الفصام". ويمكن عرض نتائج الفرض الأول من خلال استجابة الحالة على أدوات الدراسة كما يلي:

<sup>٢</sup> أ.د. إبراهيم علي إبراهيم أستاذ الصحة النفسية بكلية التربية جامعة المنيا، أ.د. فضل إبراهيم عبد الصمد أستاذ الصحة النفسية بكلية التربية جامعة المنيا، وأ.د. دعاء محروس أستاذ مساعد طب الأمراض النفسية والعصبية كلية الطب جامعة المنيا.

## ١. تاريخ الحالة من خلال استمارة المقابلة الشخصية والمقابلات الحرة:

العميل (الحالة): ذكر شاب كان عمره عند بدء إجراءات الدراسة (٢٦) عامًا من المنيا، مقيد بالفرقة الرابعة بكلية التربية، جامعة المنيا. هو أخ ترتيبه الثاني بين أخت كبرى وأخ أصغر، من أسرة ذات مستوى اقتصادي واجتماعي فوق متوسط (خلال مراحل عمره الأولى)، وقد آل بها الحال الآن إلى أسرة فقيرة. والأب كان متزوجا قبل زواجه من أم الحالة وأنجب منها بنتا ثم تركته وانفصلت عنه بعد ذلك ولم تربّ ابنته في كنفه؛ لذا فالحالة كان بمثابة أخ أكبر ووحيد لمدة السنتين الأولتين من عمره. وقد اقتصر زيارات الأخت بعد بلوغها سن العشرين عامًا لبيت أبيها مرة واحدة شهريا ثم انقطعت صلتها بهم فور زواجها. وقد كان الأعمام (إخوة الأب) هم من يقومون بالإنفاق على الأخت الكبرى. والعميل منذ صغره يلزم والدته، وكان يصعب عليه تكوين علاقات مع زملائه بالمدرسة. وقد كان له رفيق منذ دراسته بالثانوية مسيحي الديانة، يذهب معه للعب كرة القدم، ويذهبها معا للمدرسة مشيا على الأقدام كل صباح معه دون ركوب سيارة. وبعد انتهاء اليوم الدراسي؛ يجلسان سويا على الكورنيش في صمت أغلب الأوقات، ثم يرجعان إلى منزلها مشيا أيضا. وقد كان صديقه ليس له أصدقاء آخرون، وكثير الصمت ومنطوي، وحين يتكلم لا يتواصل بعينه.

الأب: عمره (٧٣) عاما بالمعاش، وكان يعمل مديرا بإحدى المؤسسات الحكومية. وقد كان الأب ميسور الحال ورث تجارة كبيرة عن والده، ولكن لم يكن يديرها بنفسه، وإنما كان أخوته هم من يديرونها، وكان يمر عليهم أسبوعيا ليأخذ منهم مبلغا ماليا كأرباح لتجارته. كان الأب مدخنا شرها، ليس له أصدقاء، متقن لعمله لم يرغب عنه يوما، ولم يفتعل مشاكل في عمله طيلة حياته المهنية. ولكن كذلك لم تكن تجمعهم أية علاقات اجتماعية بزملائه. يمشي منحنيا منذ شبابه، مضطرب الخطوات، ملتوي أصابع اليدين اللتان تأخذان وضعاً تخشيباً كأنهما تمسكان بسيجارة طيلة الوقت. يجلس ساكنا في البيت وينزل فقط إذا طُلبَ منهم شراء أشياء للمنزل. وله نبرة صوت واحدة، ويضحك كل حين وآخر دون مبرر. ويجلس في البيت في صمت تام حتى يُطلب منه فعل شيء. وعلى عكس إخوته (أعمام الحالة)، فقد كان منطويا، فإذا تطلبت أي مسألة يكون فيها تفاعل مع الآخرين فإنه يسألها أحد إخوته، وينتظر حتى يحل

له أخوه مشكلته. ويذكر عم الحالة أن الجد كان قريب الشبه من السمات السلوكية لوالد الحالة. والأب لديه صعوبات متعددة للتعبير الانفعالي، وعندما يشعر بالقلق والتوتر يدور داخل الشقة وبيده السيارة. وعندما يغضب يعلو صوته متحدثًا بأجزاء كلمات غير مفهومة.

الأم: عمرها (٦٦) عاما بالمعاش، وكانت تعمل مديرة بإحدى مؤسسات الشئون الاجتماعية التابعة للتضامن الاجتماعي. وقد تزوجت الأم مرة واحدة قبل والد الحالة، وتعرضت لمشكلات متعددة مع زوجها الأول الذي كان رافضا للإنجاب، وبعد عدة مرات من الإجهاض حذرها الطبيب من إجهاض الجنين، فرفضت إجهاضه فطلقها زوجها الأول، وبعدها اجهضت الأم وليدها من فرط حزنها. وكانت تسعد بزيارة ابنة الزوج، وتقول "إنها ابنتي التي رزقني الله بها". إضافة إلى عملها؛ كانت تعمل بحياكة الملابس وتتعاقد مع محلات للملابس الجاهزة ما زكى من وضعها المادي. ودائما ما تستجيب الأم لطلبات ابنيها ولا تؤخر لهما طلبا، دائمة الرعاية لهما وتقديس وجودهما في حياتها.

الأخ: يصغره بعامين، وقد وُلدا الاثنين بولادة عسرة بطريقة الولادة القيصرية. وكان الأخ منفتحًا اجتماعيًا، يبحث دائما عن عمل منذ صغره، له أصدقاء كثر يخرج معهم، ويأتون لزيارته بالمنزل مذ كان طفلا. وقد تزوج بعد انتهاءه من دراسته بالثانوية الفنية في غرفته بشقة والديه. وقد كان الأخ دائم الغياب عن المنزل لظروف عمله في محل للملابس الجاهزة نهارا، ثم فترة مسائية على سيارة أجرة.

وفي نهاية المرحلة الثانوية بدأت لدى الحالة نزعة للتشدد الديني؛ إذ أطلق لحيته وارتيء الجلباب الأبيض والعمامة، وأصبح في كل جلسة أسرية يتحدث عن الدين وما هو حلال وحرام. وفي نفس الوقت يندُر ذهابه للمسجد رغم أنه قد يمشي مع صديقه إلى الكنيسة، ويجلسان سويا خارجها دون دخولها طالما بها تجمعات للناس سواء في صلاة أو غيرها. بعد انتهاء المدرسة الثانوية الفنية التحق بالعمل بالمعهد الفني الصناعي، وفي هذه الفترة عملة ببنزينة مع صديقه. وكلما رجع في إجازة لمنزله؛ دار صراعا بينه وبين والدته عما تحيكة من ملابس تظهر فتن النساء، وينذرهما بعذاب الله ولعناته. وليلا كان يشاهد التلفاز حتى ينام على قناة للأغاني الأجنبية على القمر الصناعي، ويرفع صوت التلفاز، ويضحك بهستيرية على ملابس النساء في



الأغاني، وينعتن بألفاظ نابية، مع سعادة بالغة بما يراه من أفعالهم على شاشة التلفاز، ويصف بفضاظة مظهرهم العاري. وبعد انتهائه من المعهد التحق بكلية التربية قسم الرياضيات. ومع نهاية السنة الثانية من الجامعة؛ أبدى أخيه الأصغر رغبته في الزواج، وكانت الأسرة في هذا الوقت قد أخذت ما تبقى من تركة جدهم لأبيهم، واشتروا بيتا كبيرا بطابقين. وليسر حالهم كان العميل (الحالة) كلما أعطى أمه ما يكسبه من عمله، كانت تعده الأم أنها لن تتفقه إلا في تجهيز شفته؛ لأنها تريد أن تزوجه وتفرح به.

تزوج الأخ بمن أحب من محافظة بعيدة بتجهيز غرفة نوم جديدة فقط في غرفته الخاصة ليعيشا وزوجته مع أمه وأبيه، وهنا بدأت الأعراض تتضح أكثر. اشتغل العميل موضع الدراسة غضبا متحججا بأن شفته قد جهزها بعرق جبينه رغم أن أغلبها كان جاهزا أثناء شراء المنزل، ولكن كان قد أجرى جزء كبيرا من أعمال التشطيبات النهائية، وأنهم بتزويجهم لأخيه فإنهم يضغطون عليه ليعطيه شفته. فأكدت له الأم والخال وكل من بالمنزل أن شفته ملكه، وقد تزوج أخيه ليعيش بينهم. وكان دائم الشجار مع زوجة أخيه لملابسها غير الملتزمة من وجهة نظره. وعندما كانت تذكره بعلو صوت التلفاز بما يزعج أهل المنزل، وأنه من غير اللائق أن يكون هناك ضيوف بالمنزل، ويقوم بتشغيل مثل هذه القنوات علنا كان يستشيط غضبا. قامت زوجة أخيه بتأجير محل صغير تعرض به ما تبقى مما صنعتته حماتها من فساتين لتقوم ببيعها. فقام الحالة بتكسير المحل وحرق الفساتين بالشارع، وعندما نهرت أمه على تصرفاته مع زوجة أخيه ضربها بالشارع. وقد قام خال العميل بضربه ضربا مبرحا في هذا الوقت ما جعله يخاف أن يظهر مثل هذه الاعتداءات لفترة طويلة (عدة شهور).

وفي هذه الفترة الهادئة من إجازة السنة الثانية من الجامعة؛ كان يغضب على نصيبه من الأكل اعتقادا أن أمه قد أعطت لأخيه قطعة أكبر منه من اللحم، كما كان يغضب من أخيه كيف له أن ينام بغرفة بجانب والدته. وقد انضم العميل في هذه الإجازة الصيفية إلى النادي للتدريب على كرة القدم بصحبة صديقه. وكان يذهب من وإلى ساحة اللعب مشيا على قدميه، وهي مسافة كبيرة حوالي ٨ كيلو ذهابا وإيابا؛ مما شغل وقتا كبيرا في يومه. ثم يرجع إلى البيت منهك ليستحم ويأكل وينام أمام التلفاز ثم يستيقظ ليفطر ويرتدي ملابسه ويكرر يومه مرة أخرى.

وقد استغرق هذا مدة الإجازة الصيفية التي استغرقت ثلاثة شهور تقريبا، مرت على أهل بيته في هدوء، خَسِرَ فيها العميل كثيرا من الوزن. ومع بداية الدراسة أبدى العميل عدم رغبته في الذهاب للجامعة متعللا بعدم انتظام المحاضرات، وأنه لن يترك عمله من أجل الكلية. وقد ذهبت الأم لحجز سكن مزدوج له ولصديقه ودفع مصاريف الجامعة حتى عاد ليكمل كليته مع اقتراب امتحانات الفصل الدراسي الأول دون أن يسكن مع والديه.

وقد استمر هذا الحال لمدة سنة ونصف تقريبا لا يتواصل مع الأهل إلا من خلال الاتصالات الهاتفية ليذهب إلى جامعته ثم إلى عمله أثناء الدراسة وفي الإجازة الصيفية. وكانت أسرته على تواصل مستمر مع أسرة صديقه للطمئنان عليهما، وتزوره الأم كل أسبوع معدة له الطعام له ولصديقه، وكان يرسل لوالدته ما يكسبه. وحينما يأتي للمنزل كان قليل التواصل مع أي من بالمنزل، وعندما يأتي أحد الأقارب للزيارة يدخل غرفته ويغلق بابه في هدوء. والحالة لا تتذكر تحديدا أية معلومات عن هذه الفترة، ولم يذكر شيئا عنها من قبل لأسرته. والأسرة جميعها أبدت شعور بالغرابة على تصرفاته هذه، واعتبرت الأم أن سلوك ابنها هذا يعني أنه يرفض تواجده بالمنزل؛ لرفضه سلوك الأم وزوجة الأخ. ومع نهاية السنة الرابعة بالجامعة قبل الامتحانات النهائية؛ عرضت عليه الأم أن يتقدم لخطبة ابنة خالته، ولكن خالته رفضت ثم عرضت عليه التقدم لخطبة ابنة عمه فهي أيضا في السنة النهائية في الجامعة وخلوقة. وقد أبدى العميل رضا عن هذه الفكرة دون أن يعلق بكلمة ولكن ابتسم قليلا ثم دخل إلى غرفته. وبعد الامتحانات ذهبوا إلى خطبة ابنة عمه الذي تحرّج هذا الأخير من رفض ابن أخيه، إذ وصف شخصية العميل في هذا الوقت بأنه يشبه أباه وجدّه. وهذا سيسبب كثير من المشكلات، ولن تسعد ابنته بالحياة معه. بل وصف العم بأن حالة العميل أشد من أبيه وجدّه، وظهرت عليه بشكل مبكر. فقد ظهرت هذه السلوكيات على أبيه قبيل طلاقه من زوجته الأولى، وظهرت على جده قبيل خروجه على المعاش. وقد تأثرت الابنة برأي أبيها ورفضت الزواج من العميل موضع الدراسة.

تذكر الأم أنه رغم صمت ابنها وهدوئه في هذه الفترة؛ إلا أنه في ذهابهم لخطبة ابنة العم كان العميل سعيدا ضاحكا كثير الكلام. فقد ذكر أمامهم أنه يحبها منذ زمن بل ويعشقها

ويتساءل "كيف هو شكلها الآن" إذ قضا فترة طفولتهما معا، وكان يتحدث كثيرا عن حياته المستقبلية معها. وذكر إنه سيجعلها ترتدي النقاب، ولكن سيشتري لها مجموعة متنوعة من بذلات الرقص ولن يجعلها تعمل. وسيغضب عليها كثيرا لو لم تقبل يده ورجله صباحا ومساء. ثم يستطرد قائلا إنه يعشقها حد الجنون، و"إنها بالتأكيد جميلة" بل "إنه يشم رائحتها من هنا". وتذكر الأم أن رغم بعد مسافة بيت العم إلا أن العميل أصرَّ أن يذهب إلى بيت عمه مشيا ما جعلهم يرسلوا هداياهم في سيارة مع أخوه الأصغر قبلهم.

الخبرات الجنسية: تذكر الأم أن أول سؤال يخص الخبرات الجنسية لابنها كان في عمر الثامنة؛ حيث كان حاضرا أثناء تغيير أمهم لبنت عمه للحفاض، واندھش وصرخ لأمه سائلا "البنات مش زي الأولاد، دول عندهم شرخة بس". ويسؤال الأم والأب والأخ؛ فإن الحالة لم تكن لديها علاقات إجتماعية كثيرة غير علاقته بأبناء عمومته، والذين هم أغلبهم في مثل سنه، ويرافقهم في نفس المدرسة، وفي غير ذلك فإنه كان ملازما لأمه أغلب الأوقات. وفي حالات اهتمام أبناء عمومته في المرحلة الإعدادية بالجنس الآخر؛ فإنه كان يصرخ بهم ويرجع إلى المنزل، ويغضب قائلا "إنهم قليلي الأدب، دول بيتكلمو عن البنات". وبعد ذلك تقريبا منذ الصف الثالث الإعدادي وحتى الثانوي الثانوي كانت يتجنب الحديث عن البنات أو التعامل معهم؛ معللا ذلك بأنه مؤدب ومحترم. وعندما يتكلم معه أبوه عن الزواج يضحك قائلا "مش عارف أتجوز مين". وفي نهاية المرحلة الثانوية كان يقول "أريد زوجه لم أرها من قبل، وأن تكون متدينة ومنتقبة، وجميلة جدا ومثيرة مثل الممثلات". وعلى هذا السلوك الظاهر؛ تروي الأم أن الابن كان دائم التصفح لصور البنات في المجالات في نهاية المرحلة الإعدادية، ويشاهد قنوات الأفلام الأجنبية ليلا من نوع الأفلام التي تحتوي على مشاهد إباحية.

كما كان يهوى مشاهدة أفلام الرعب، ولا يمل من مشاهدتها طوال الوقت. وفي نهاية المرحلة الثانوية؛ كان يشاهد إضافة لهذه الأفلام قنوات الأغاني الأجنبية ذات المشاهد المثيرة. ومع اختلاف مواعيد النوم نهارا بالمنزل بين أفراد الأسرة؛ كان يشاهد قنوات الأغاني تلك نهارا وليلا حتى موعد فيلم رعب ليغير القناة إليه. ومنذ الصف الثاني الثانوي تقريبا؛ لم يكن ليشارك التلفاز في غرفة الخاصة، ولكن في ردهة المنزل "الصالة" في تلفاز الأسرة حيث الجميع يشاهد

ويعلم ما يتابعهم من برامج. وبعد انتهاء المرحلة الثانوية؛ اقتصرته اهتماماته في مشاهدة الأفلام الإباحية بالفيديوهات، وعلى القنوات الفضائية المشفرة. وفي الواقع؛ لم يكن يتعامل مع أي من أفراد الجنس الآخر أو يتواجد معهم في أية مناسبة، وكان يتهرب من موضوعات الزواج؛ إذ كانت أمه تتنوي تزويجه في سن مبكرة.

المشكلات النفسية والسلوك الشاذ: كان الفتى منعزلاً قليل العلاقات الاجتماعية، يصعب عليه أن يبتدئ علاقة مع أقرانه؛ حتى حينما تدفعه أمه للتفاعل مع أقرانه، وهم أغلبهم أبناء عمومته فكان يرفض اللعب معهم؛ حينما كان صغيراً وحتى سن العشر سنوات تقريباً، وبعد ذلك كان يتعلل بأي سبب حتى يتركهم ويرجع إلى المنزل. وحينما جمعت صداقة بآخر كان صديقه قليل الكلام، منعزلاً مثله، ولكنهم كانا يشعران بالقرب سوياً. وقد استمر العميل في سلوكه الطفلي بالمنزل حتى تشخيصه باضطراب الفصام؛ فهو يغضب بشدة على أنواع الأكل المفضلة، أو أن أحد من أفراد الأسرة يأخذ أفضل أو أكثر منه في الطعام أو الملابس أو حتى ألوان الأغطية للأسيرة والستائر. وكان متمحوراً حول ذاته، وأن العالم كله مسخر له.

وفي المرحلة الثانوية؛ كان يشتكي من خروج بعض الحروف من الصفحة؛ حيث تخرج صغيرة ثم تكبر أمام عينيه بحيث لا يمكنه رؤيتها عندما تملأ وجهه. وقد قامت والدته بمراجعة الطبيب ولكن حتى بعد عمل نظارة كان يشتكي نفس الشكوى. وكان حينما يشعر بالتوتر يدور في المنزل مثل والده؛ مما دفع بالأم إلى تشجيع الوالد إلى الخروج برفقة أخيها للمشي خارج المنزل عند شعوره بالتوتر بدلاً من الدوران داخل المنزل. وأثناء عمل الحالة في البنزينة؛ كان عادة ما تراوده كوابيس عن الحرق بالنار وصعوبة التنفس. ورغم نومه في غرفة ملحقة بالبنزينة من الخارج إلا أنه غالباً ما كان يحلم أنه نائم على الأرض بين تانك البنزين والسيارة أسفل الخرطوم!!

وفي السنة الرابعة من التعليم الجامعي؛ صدم من رفض ابنة خالته للزواج منه، وظل جالساً لمدة يومين صامتاً دون مشاهدة التلفاز، ينام مكانه ويستيقظ ليجلس ويأكل ما يسد رمقه بضغط من والدته، ثم يكمل جلوسه في صمت رغم عدم رغبته في التعامل مع خالته، ولم تجتمع أية علاقة اجتماعية بينه وبين ابنة خالته. وصدم مرة أخرى حينما رفضته ابنة عمه في

رغم دافعيته الشديدة للزواج في هذا الوقت. ونتيجة لهذه الصدمة كان غاضبا، وشديد الغضب تجاه زوجة أخيه، مفتعلا للمشاكل معها، ولم يهدأ حتى غادرت المنزل إلى بيت أبيها. وبعد خروجه من المستشفى للمرة الثانية ذهب في رؤية شرعية لفتاة للزواج منها، وابتدأت معه الكلام، وحاولت جذب الحديث معه، ولكن دون جدوى حتى رفضت الزواج منه. وحينما سألته والدته عن سبب ذلك تعلل أنه حتى ولو بادلها الحديث كانت سترفضه.

بدء الظهور المفاجئ للأعراض: وفي السنة الثانية من التعليم الجامعي أثناء عمله بينزينة أتى به صديقه في تاكسي إلى المنزل، وأبلغ السائق الأسرة أن موظفا بالبنزينة قد أعطى له حسابه في مقابل توصيلهما إلى هذا العنوان. وحينما سئل صديقه عن حالة العميل أفصح أنهما كانا يبيتان معا في غرفتهما، وقد استيقظ على صوت صراخه يستغيث من الحرق بالنار، ويقول أن هناك مجموعة من الناس قد هجموا عليه وضربوه ثم حرقوه بالنار. وقد كان العميل حين أتى إلى المنزل صامتا مطبقا شفثيه، تبدو على وجهه علامات الفزع، ويجلس في وضع الجنين خائفا مرتعبا، يصرخ إذا لمسه أحد. وقد فزعت الأم من حالة ابنها، ونصحها المقربون أن ابنها قد يكون به مس من جن إذ لم تكن هناك أية علامات للتعذيب أو الضرب أو الحرق في جسده. وقد ذهبت به إلى شيخا (كما يعتبرونه) يعالج المس والجن (كما يدعى) وقد وصف حالته أن صديقه قد يبدو إنه كان يريد له أن يدخله لديانته لما رآه منه من التزامه الديني، فأعطاه ما يشربه أو يأكله وبه عمل سفلي، فأصابه مس شيطاني، وأعطاه حجابا ومشروباً يؤخذ على ثلاث مرات في اليوم، وتوضع في استحمامه. ولكن خلال يومين كان العميل يصرخ من اقتراب أي شخص منه ويتألم بشدة لو لمسه أي شخص أو أي شيء، وكان يخاف أن يأكل أو يشرب. فذهبت به الأم والأخ في اليوم الثاني إلى مركزا صحيا أعطاهم حلولا ومهدئا وآفاقه من حالة إغمائه ثم نصحهم الطبيب بضرورة فحصه من طبيب أمراض نفسية وعصبية، وبعد يومين ذهبا به إلى طبيب الأمراض النفسية والعصبية، والذي أعطاه مهدئات من نوع (Diazepam & Amispride Piptile)).

وقد قضى العميل ثلاثة أشهر باستخدام المهدئات وبمتابعة الطبيب كلما رجع إلى حالته هذه. وخلال هذه الفترة كان العميل كلما أفاق من نومه يجري إلى أحد جوانب الغرفة صارخا أن

هناك من يريد الاعتداء عليه، وأنه يرى أشخاصا يريدون حرقه. وبعد شهر من هذه الحادثة أضاف الطبيب عقار (Lorazepam) فبدأت حالة الهياج هذه تخف شدتها، ولكن كان مضطربا متوقعا أن هناك من يراقبه وينتظره أن يكون بمفرده حتى يعتدي عليه. فكان يريد أن يبقى معه كل من بالمنزل، ولكن كان أغلب المترددين على المنزل من أقارب يرون أن الابن يمثل هذه الأفعال حتى يترك دراسته وعمله ويضغط على أسرته ليفعلوا له شيئا يخطط له.

بعد المتابعة الرابعة مع الطبيب وباستخدام نفس جرعات الدواء أي بعد حوالي شهرين من الحادث كان العميل يتحدث طوال الوقت مع الأم والأب، ويلح عليه تارة ويتعارك معهم تارة أخرى ليجبرهم على تملكه نصف المنزل وتسجيله باسمه لأنه يرى أن أخيه هو من فعل به ذلك حتى يموت ويستأثر بالمنزل بمفرده، وقد كان الأخ في هذه الفترة يعيش وزوجته وابنه مع أسرة زوجته في محافظة أخرى. وبعد محاولات كثيرة من تهدئة العميل سواء من خلال الأقارب أو الطبيب أو يذهبون به إلى المشايخ وحلقات الذكر، كانت كل فترة تضيف مشكلة أو عرضا جديدا للعميل بجانب ما يعانيه من أعراض.

وبعد نهاية الثلاثة أشهر نصحهم الطبيب بضرورة حجزه بمستشفى الصحة النفسية تحت إشرافه لاحتمالية إصابته بالفصام. وقد قضى بالمستشفى شهرا ثم خرج ليكمل علاجه بالمنزل لمدة سبعة شهور مع المتابعة مع الطبيب وجرعات دوائية ثلاث مرات من عقار (Clonazepam & Clorpremerip) ومرتين من عقار (Respredone). وفي نهاية السبعة أشهر حدثت له انتكاسة حيث اشتدت أعراض الفصام ونصح الطبيب بضرورة إيداعه المستشفى حيث قضى بها ستة أشهر تحت الملاحظة، وبرنامج علاجي يشتمل العلاج بالصدمات الكهربائية إضافة إلى جرعات دوائية وروتين يومي صارم للالتزام به داخل المستشفى. وقد خرج من المستشفى بعد ذلك حالته مستقرة نوعا وبالالتزام بعقار (Clonazepam & Halodal) بجرعة ثلاث مرات يوميا. وقد أكمل بعد ذلك دراسته للسنة الثانية للكلية وكذلك الفصل الدراسي الأول من السنة الثالثة حتى أكمل دراسته الترم الثاني (كان أبحاث)، ولكن بدأت حالته تصبح غير مستقرة في الترم الثاني من العام الجامعي ٢٠١٩/٢٠٢٠، وتعددت حالته حتى دخل في انتكاسة مرة أخرى مع شكوى متزايدة من الآلام الجسدية

والضعف الجسدي وخاصة آلام المفاصل حتى أصبح لا يقوى على الوقوف، ويتخذ دائما وضع القرفصاء ويرفض الأكل الذي كان كل ما وضعه في فمه يشعر به وكأنه تراب وحصى ولا يشعر طعما فيما يأكل ولا يستطيع بلعه، وكانت هذه الانتكاسة في سن الـ ٢٥ عام دخل بعدها المستشفى لمدة ثلاث أسابيع تحت الرعاية الخاصة وقد أبلغ أحد العاملين بالقسم عمال حالة أنه شاب مدلل يتظاهر بما يفعله ولكنه غير مريض، وكانت هذه الفترة بنفقات تبرع بها أحد الأقارب. فأخرجه من المستشفى ولكن بعد خروجي من المستشفى كان وعيه مستقرا إلى حد كبير ودائم الشكوى بأوجاع في جسده حتى وصف له الطبيب جرعتين دوائيتين نهارا من عقار (Clozapex 100 mg & Halonace 5 mg)، وجرعة واحدة ليلا من عقار ( Cogintol 2mg). وبعد خروجه من المستشفى ابتدأت إجراءات البرنامج العلاجي في الدراسة الحالية بتشخيص العميل باستخدام مقياس "بانز" لتحديد شدة أعراض الفصام، وتطبيق أدوات الدراسة الكليينكية قبل البدء في البرنامج العلاجي.

#### تحليل تاريخ الحالة:

كشف تاريخ الحالة عن معاناته لبعض أعراض الفصام بصورة منفصلة في أوقات مبكرة؛ مما لم يدع فرصة للمحيطين لاستدراك خطر الإصابة بالفصام. إذ فسرت الأم ذلك بأنه نتيجة انعزال الأب خارج المنزل، وأغلب أوقاته صامتا داخل المنزل، واهتمامها بأولادها لم يدع فرصة للابن الأكبر للانفصال عن الأم حتى بعد أن منحه الله أخا وأبناء عمومة، وهذا ما دفعها للبحث له عن أصدقاء يشبهونه. فالعميل (الحالة) كان يعاني من العزلة الاجتماعية، وضعف الخبرات الاجتماعية. وبذلك لم تتضح لديهم مظاهر سلوكيات النمو الاجتماعي، وتأخرت لديه اهتماماته بالجنس الآخر؛ إلا حينما بلغ بيولوجيا فأصبح اهتمامه متمحورا حول إشباع ذاته وحاجات الجنسية عبر الصور والفيديوهات، ولكن لم تكن له علاقة اجتماعية بالجنس الآخر غير بأمه فقط، وأحيانا نادرة لاضطراره التعامل مع أخته أو خالته التي كان دائم الشجار معها.

إن ضعف الخبرات الاجتماعية لدى الحالة لم تكن لتساعده على مواجهة المواقف والضغوط، ولم تسعفه حصيلة معرفته على تفسير هذه المواقف بصورة يمكن استيعابها. فقد انفصل عن

الواقع ناكصا إلى مرحلة الطفولة؛ لعدم قدرته على استيعاب خبرات ومواقف ما يحدث في مرحلة مراهقته ورشده. فلم يتحمل رفض ابنة خالته أو ابنة عمه الزواج منه، ولم يستطع تكوين علاقات اجتماعية متنوعة، وغرق في إدمان الأفلام الإباحية والموسيقى الصاخبة. ويخرج من المنزل للرياضة مع صديقه ويمشي في طريق جانبية زراعية؛ يندر فيها مقابلتهم للناس، ويتدربون في مجموعة خاصة، وحتى دروسه التعليمية كانت في المنزل بمفرده مع المدرس. فكانت لغته الدارجة وأسلوب حديثه غير موافق للأساليب السائدة في بيئته لمن هم في مثل سنّه، وحتى سلوكه وردود أفعاله. وفي بيتهم الجديد؛ كان يقطن بجوار خاله، ولكن نادرا ما كان يتعامل معه أو مع أي من أبنائه. ويسهل عليه الرد على أي سؤال بـ "مش عارف" لينهي الحديث بسرعة.

٢. استجابات الحالة على لوحات اختبار TAT: حاولت الباحثة تطبيق اختبار TAT على جلستين، ومحاولة أخذ استجابات المريض عليها.

اللوحة (١) 1: وكانت استجابة المفحوص "ده ولد صغير، أمه جابتله كمان هدية، بس هو مبيعرفش يعزف، فقاعد يتفرج عليه".

اللوحة (٤) 4: وكانت استجابة المفحوص "ست غتته، ده مش محترمة، عاوزة إيه من راجل محترم مبيعملش حاجة مع البنات، ده كل جسمه بيرفضها ونفسه يبعتها عنه ويزيحها بإيده، بس هو إنسان ذوق".

اللوحة (١٦) 16: وبسؤال المفحوص عما يراه؛ فكانت استجابته "أرى طريق أبيض بجنبيين، ولكن في آااااخره مضلم، والجنبيين بيسدوا الطريق والدنيا بتضلم، مش عارف بتضلم من إيه، يمكن ناس كثير وزحمة، أو شجر مع ناس، أو شبكة معقدة بعيد... مش عارف، يمكن لما حد يقرب منها يشوف إيه بالضبط اللي سادد الطريق".

اللوحة (٣ ص ج) 3BM: وكانت استجابة العميل في الجلسة الأولى "محبهاش، معرفش، وداني بتصرف لما اشوفها، ومناخيري بحس هتنزل دم، مخنوق". وكانت الاستجابة في الجلسة الثانية "ده واحد تعبان، شكله واخذ دوا، ونام في أي حطة".



اللوحة (٦ ص ج) 6BM: ولم يستجب عليها العميل استجابة كاملة من أول مرة فكانت الاستجابة الأولى "واحد وأمه زعلانين من بعض". وفي الجلسة الثانية؛ استجاب ب "ده راجل زعلان من أمه بسبب اللي عملته معاه، هو مش هيسامحها وهي تخلي ربنا يسامحها".

اللوحة (١٧ ص ج) 17BM: وكانت استجابة العميل في الجلسة الأولى ضحك بهستيرية ثم قال "ده راجل بونو، مش مظبوط" ثم يكمل ضحك. وكانت الاستجابة في الجلسة الثانية "برضه نفس الصورة دي، راجل مش مظبوووووووط" ويكمل ضحك.

اللوحة (١٨ ص ج) 18BM: وكانت استجابة العميل هي "ده واحد نايم، عنده كوابيس كثير، بدل ما ينام يرتاح، ينام عشان يتعذب، كثير بيشدوه وينهشوا فيه، والعيون فوق دماغه بترعبه، ويشفطوا عقله،.. الصداع صعب جدا بعد ما هيصحى، والرعب إللي هو عايشه مش قادر يعمل معاه حاجة، جسمه كله متكفف، نفسه يصرخ ومعدوش صوت ولا قادر ياخذ نفسه، وبعد كده هيقع تحت في البير، يارب يلحق يصحى قبل ما يقع".

### ٣. تفسير استجابات الحالة على لوحات اختبار TAT:

يتضح من خلال اللوحات السبعة لاختبار TAT أن اللوحات الثلاثة (٣ ص ج، ٦ ص ج، ١٧ ص ج) تحمل صراعات مكبوتة لدى المريض يصعب عليه مواجهتها. فبعد عرض هذه اللوحات عليه في جلستين بدأ في الإفصاح عما بها. ويبدو من استجابته عليها معاناته من آلام جسدية كثيرة ومتعددة جراء الأدوية والعلاج المحتم عليه تناوله (٣ ص ج). وأن كل ما يمر به من أزمات بسبب أمه وليس لديه تحديد أو تفسير لهذه الأسباب؛ إذ يبدو أنه يلوم أمه على أنه كَبُرَ ليواجه العالم بمفرده دونها، إنه يريد ما معه لتحل مشكلاته وتذلل له العقبات. لعله لو كان استطاع تحديد سبب مثل أن "أمه لم تساعد ليكون مستقلا يستطيع مواجهة العالم بمفرده"؛ فإن هذا التحديد يحمل بين طياته مواجهة من مستوى ما لمشكلاته، إلا أن سطحية التفكير وتفككه يعكس فكرة عامة وهي أن الأم هي السبب، ولكن ما هو السبب؟ وكيف؟، فإنه لا يستطيع الإجابة. يبدو أنه يلوم الأم على كِبَره وتقدُّمه في العمر، يبدو أنه يلوم الأم كيف لها ألا تجربه أن يكون صغيرا طوال الوقت يلقي الرعاية (٦ ص ج).

كما أن لديه حاجات جنسية لا يستطيع إشباعها، ولا يعرف كيف له أن يشبعها، بل يستمتع برؤية لوحات وصور توضح آخرين يشبعون هذه الحاجات. فأول تفسير للوحة (١٧ ص ج) أنه رجل شاذ؛ مما يوضح الدوافع الجنسية. ويدعم ذلك تفسير اللوحة (٤)، والتي يرى بها أن المرأة هذه تريد إشباع حاجة جنسية، ولكنه كرجل يعطل ذلك بأنه "محترم" لا يريد، ويعكس هذا كبت الشديداً لدوافعه الجنسية، وكذلك سطحية تفكيره وتفككه. فلم يذكر مثلاً نوعية العلاقة بينهما؛ إنها مجرد امرأة ورجل، هي تريد وهو "لأنه محترم" يعزف عنها بما يعكس كبت الحاجات الجنسية بصورة مبالغ فيها، ولفقر الخبرات الاجتماعية فإنه لا يستطيع تحديد العلاقات بينهما أو تخيل مواقف أخرى بين الشخصين باللوحة.

كما أن الحالة تفتقر للمبادأة والاستكشاف؛ ففي اللوحة (١) رغم أن الأم قد أهدته "كمان" إلا أنه "قاعد يتفرج عليه" فلم يحاول الإمساك به أو العزف عليه أو استكشاف مكوناته. وهذا يوضح اضطراب تفكيره، وفقر العمليات العقلية لديه؛ إذ ينتظر التوجيه والنقل من الآخر، وهذا ما أدى في الغالب إلى الفقر الشديد في خبراته الاجتماعية والمعرفية أيضاً. ونتيجة لفقر خبراته الاجتماعية، وعدم قدرته على استغلال معارفه وخبراته للتكيف والتوافق مع العالم الخارجي ومواجهته؛ فإنه يرى العالم مظلماً معقداً يخاف الاقتراب منه، ويفضل الابتعاد عنه لوحة (١٦). فانسار المريض إلى الماضي وداخل نفسه يرجع إلى فقر قدراته على المواجهة والتكيف. ويصيبه القلق من احتمالية هذه المواجهة إذ كان المفحوص يتكلم ويشير بعيداً إلى آخر الطريق ويتلعثم في الكلام، ويأخذ نفسه بصورة عميقة وهو يتحدث عن نهاية الطريق؛ ما يعكس أنه يشعر بالقلق من نهاية هذا الطريق، ويخاف الاقتراب منه، ويفضل حيث يقف في الجانب المضيء الذي يرى محتواه "طريق وجنبيين" في حين لا يستطيع تعرّف نهاية الطريق هل هو ظلام أم شجر أم ناس أم طريق مغلق.

وتتوافق نتائج اختبار TAT مع تاريخ الحالة وتشخيص الحالة بالفصام. إذ أن فقر الخبرات الاجتماعية، وتدني العمليات المعرفية العليا من حل المشكلات والتحليل يعكس اضطراب التفكير وتفككه لدى الحالة. كما أن كبت الحاجات الجنسية بصورة مبالغ، مع ضعف العلاقات الاجتماعية يعكس السلوك الشاذ تجاه الجنس الآخر الذي يبدو أنه ليس موجوداً، ولا يحتل

مكانة في حياته. كما أن انحساره إلى داخل ذاته، ونكوصه إلى أساليب طفولية، ورفضه للواقع كما اتضح من مضمون لوحات TAT تعكس توتره وقلقه (فيما يظهر على المفحوص من سلوك الهذات والهلاوس في الواقع، ومعاناته أثناء النوم الذي يوضح نشاطا مبالغ فيه للاشعور). وليس لديه ما يفعله إلا أن يلتزم بجرعاته الدوائية التي تحقق له غيابه عن هذا الواقع، ولكن يتكبد معها معاناة جسدية مبالغة نتيجة للأعراض الجانبية لهذه الأدوية.

٥. تفسير درجات الحالة (الملاحظة) باستخدام مقياس متلازمة الأعراض الموجبة والسالبة (PANSS) لتحديد شدة أعراض الفصام:

درجة القياس الأول (القبلي) لشدة أعراض الفصام: (١٨٢) درجة، ومستوى الشدة: (متطرف بالغ الخطورة)			
الأعراض الموجبة	الأعراض السالبة	الأعراض العامة	
الأوهام (٤)	انعدام التأثير (٧)	الهم الجسدي (٧)	الارتباب (٥)
فوضى المفاهيم (٤)	الانسحاب الانفعالي (٧)	القلق (٥)	ضعف الاهتمام بالذات (٧)
سلوك الهلوسة (٥)	قلة العلاقات (٧)	مشاعر الذنب (٧)	نقص القدرة على الحكم والبصيرة (٧)
الهياج (٦)	السلبية أو اللامبالاة (٧)	التوتر (٥)	الخلل العام (٧)
العظمة (٦)	صعوبة التفكير المجرد (٧)	المواقف (٦)	قلة السيطرة (٧)

الاضطهاد (٦)	صعوبة التفاني (٥)	الاكتئاب (٥)	الانهماك (٧)
العداء (٥)	التفكير المتكرر (٧)	تخلف الأداء الحركي (٥)	التجنب الاجتماعي (٧)
		اضطراب محتوى الفكر (٥)	عدم التعاونية (٧)

تفسير درجات العميل على مقياس متلازمة الأعراض الموجبة والسالبة للفصام قبل إجراء البرنامج العلاجي من خلال الملاحظات والمظاهر السلوكية للحالة:

تم إجراء القياس القبلي لمقياس PANSS بعد خروج العميل من المستشفى؛ إذ لازالت الجرعات الدوائية كبيرة مما ينشط الوعي إلى حد كبير، ولكن مع أعراض جسدية متعددة وفيما يلي نتائج تفسير درجات العميل على المقياس بعد ملاحظته PANSS وتقييمه من الباحثة:

بنود الأعراض الموجبة للفصام: بالنسبة للأعراض الموجبة فنظرا لما يتناوله المريض من جرعات دوائية كمثبطات عصبية فهي تقلل من شدة الأعراض الموجبة إلى حد كبير. فمن حيث الأوهام فالمفحوص يعتقد أنه كان على ما يرام وشخص رياضي ويكمل تعليمه الجامعي (بما يوضح تذكره لماضيه)، ولكن تأمرت أمه مع أخوه ليتخلصوا منهم حتى تزوجه ويعيشا معا في المنزل، لأن المفحوص لم يكن يفكر في الزواج. ولكن عندما اقترب من انتهاء تعليمه، وقد يرجع ليعيش معهم في المنزل؛ فقد فكروا معا أن يتهموه بالمرض ليكمل عمره في المستشفى، ولا يكمل تعليمه الجامعي ليكن أفضل من أخيه. وعند سرد المفحوص لهذه المعتقدات لا يكثر بوجود أمه أو أخيه معه بل يعتقد أنه يصرح بالحقيقة، فهو مظلوم ومن حقه أن يدافع عن نفسه. في حين لن يمنعه وجودهما من أن يجرح أن يفصح عن حقيقتهم. ورغم أنهم هم من أخرجوه من المستشفى بعد توسلاته لهم ليعيش معهم إلا أنه يرى أن الفلوس هي السبب الحقيقي فلم يكن لديهم ما يستطيعون إنفاقه بالمستشفى. وعندما تلفت نظره الباحثة إلى أنها قد تلحقه بالقسم الحكومي المجاني بالمستشفى ليكمل علاجه؛ يتشبث بأخيه وأمه لينقذه ويتوسل

إليهم فليس له أحد في الدنيا غيرهم، ويحتضن أخيه ويبكي ويقول له لا تتركني، ثم يعود للباحثة قائلاً وهو يحضن أخيه ليس لي في الدنيا أحد غيره يسندني فأبي وأمي قد تقدموا في العمر ولا يستطيعون الاعتناء بي، ويعكس هذا فوضى المفاهيم لدى المفحوص بصورة خطيرة.

وبالنسبة للسلوك الهلوسة فيتوقع المفحوص مع كل دخول لشخص إنه يعمل بالمستشفى وقد جاء ليأخذه ولو أن شخصاً مقرباً دخل عليه يعتقد أنه جاء ليأخذه إلى المستشفى مرة أخرى ولو تكلم معه أخوه ناصحاً يرد عليه أنه لن يزعجه في المنزل ويعتبره مات ويرجو أخاه إلا يتسبب في آلامه وأذاه مرة أخرى. وبذلك تكون أكثر موضوعات الهلوسة عن التآمر وأنه سيعود المستشفى مرة أخرى. أما بالنسبة للهياج فبعد تناول الجرعة العلاجية ب (٦ : ٨) ساعات يبدأ المفحوص في معاناة أعراض الهياج إذ يدور في الغرفة ويفتح الشبابيك والأبواب وينظر في غضب إلى الشارع ملتفتاً يمينا ويسارا ثم يغلق الأبواب والشبابيك بقوة، وعندما يأتي مبكراً إلى الجلسة قبل موعد الجرعة العلاجية يظل ينظر على السلم وفي وجوه الأشخاص بغضب ويصعد وينزل السلم في عصبية وعجالة ثم يأخذ أخوه ليأتي به إلى الجلسة أو يخرج به الكافيتريا ليجلسا سوياً حتى موعد بدء الجلسة وإذا ما مر بجانبه أحد ينظر إليه في عدوانية وتعالى صارخاً "ما لك في إيه.. مالها الناس دي". وعندما يأتي له العامل بمشروب يدفعه ويتعلل بأسباب مختلفة مثل "إنت غسلت أيدك.. إيه القرف ده... إنت مش عارف أنا مين.. أنا جاي الكلية علشان خاطر ك لکن أنا لا يمكن أتعامل مع الناس دي تاني" متحدثاً بتعالى، وأن هناك شركات تريد أن يعمل بها وقد كان يكسب كثيراً من قبل إذ كان يملك سيارات ولديه بير بترول، بما يعكس مستوى متوسط الحدة للعظمة إذ لا يتعدى شعوره بالعظمة عن وهم الاعتقاد وشعوره بالتعالي دون سلوكيات خطيرة، ولكن سلوكيات يمكن احتوائها من خلال الإشراف المباشر من أخيه وأمه. ثم لا يلبث أن يرجع المفحوص إلى الباحثة قائلاً أن أخاه وأمه يريدون شهادة جديدة يثبتون بها أنه مجنون ليضمنوا أن يبقى في المستشفى مدى الحياة "وياريتهم يعالجوني في المستشفى" هكذا يقول المفحوص عن العاملين بالمستشفى الذين "لا يكفون عن ضربه وحبسه بمفرده وأيضاً كثير من جلسات الصدمات الكهربائية التي يجلس فيها على كرسي مثل كرسي الإعدام ويعذبوه بالكهرباء حتى يخرج الدخان من أذنه، ولكنه يتحمل كل ذلك لأن صحته جيدة

فلا يستطيعون التأثير فيه"، بما يعكس شعوره العالي بالاضطهاد من القائمين على رعايته فإنهم لو تمكنوا منه فسوف يضربوه فهو عقبة في طريق حياة والديه وابنهم لذا فهم يريدون التخلص منهم بما يعكس ارتياب العداء من المحيطين به سواء ذويه في الأسرة أو العاملين بالمستشفى وبما يجعله يعيش حالة من التوتر والقلق بصورة شبه دائمة.

ويظهر من خلال الأعراض الموجبة للفصام لدى المفحوص أنها تتراوح ما بين أعراض متوسطة الحدة تتضح خلال اليوم ولكن يمكن احتوائها إلى أعراض حادة وخطيرة تستلزم الإشراف المباشر خاصة في حالة انتهاء مفعول الجرعة الدوائية واقترب التالية. وأن الأعراض الموجبة تنحصر في موضوعات محددة خاصة بكل من الأم والأخ، فالأم تريد أن تقارب الأخ الأصغر منها هو فقط على زواجه بالقرب منها بهذه الطريقة، كما يكرر المفحوص أن أمه تريد التخلص منه سواء بتحريض أخيه عليه أو بإيداعه بالمستشفى. أما بالنسبة للأعراض السالبة والتي تنشط بشدة فور خروجه من المستشفى فالمفحوص يشعر بالذنب كعرض عام بصورة بالغة الخطورة. فيرى أن السبب لما آل إليه حال المنزل من فقر وضيق الحال ومرض الأب وسوء حالة الأم وتسبب في شقاء أخيه بل إن أبناء أخيه يخافون منه، ويعيش مزاج اكتئابي نتيجة لهذا الشعور بالذنب. وبذلك يختار المريض أن ينعزل عن المنزل وكأنه لا يزال بالمستشفى حتى يرتاحون منه ولا يفكرون في إيداعه بالمستشفى ويحاول أن يخرج من غرفته فقط للحمام أو تناول أي أكل بسرعة من الفرن أو الثلاجة ليدخل غرفته بسرعة دون أن يشعر أحد بالمنزل بوجوده وكأنه يحاول أن يشعرهم بالفعل أنه قد مات أو بالفعل قد نجحوا في التخلص منه ومن وجوده بما يعكس فقر تفكير المفحوص وصعوبة في تفكيره المجرد لانعزاله وقلة علاقاته بمن حوله وسيطرة اعتقاده بأن من حوله يحاولون التخلص منه بما يعكس تفكير متكرر في موضوع محدد واضطراب محتوى تفكيره. وفي انعزاله هذا هذه إذا ما صدف أحد بالمنزل عند خروجه من غرفته فإنه إما أن يعتبر نفسه لم يسمع إذا ما كلمه أحد أو يرد ردود مقتضبة مثل (ماشى.. تمام) ودون أن يقف ومهرولا إلى غرفته بما يعكس صعوبات في تدفق الحوار وعدم تعاون وتجنب اجتماعي. وفي هذه الفترة فلا يهتم المريض بمظهره وهيئته فهو مطلق اللحية غير مهذب الشعر يرتدي تيشيرتا وسروالا واحدا فقط ولا يستحم ولا يغسل يده

وغرفته غير مرتبة وملينة بالأوساخ، ويدخل الحمام ليفعلها في أي مكان دون الاهتمام بنظافته الشخصية بما يعكس سلبية ولا مبالاة، وضعف اهتمام العميل بذاته ونظافته الشخصية. ويبدو من كل هذه الأفعال سيطرة شعوره بأن كل من حوله يريدون التخلص منه (الانسحاب الانفعالي).

وبذلك فإن تنشيط الوعي باستخدام الجرعات الدوائية والحاقيه بالرعاية داخل المستشفى يفيد في حالة خفض شدة الأعراض الموجبة بصورة مؤقتة إلا أن تنشيط الوعي هذا قد ساعد على شعور المفحوص بالذنب وسلوكه لأفعال متعددة تعبر عن شعوره بعدم المرغوبية ممن حوله وأنهم يريدون التخلص منه ويكرهوه. فهو يمثل عائق بالنسبة له بما يوضح أن حتى تنشيط الوعي قد تم بصورة مفككة غير سوية وإنما منظرقة ساهمت في تنشيط أعراض أخرى.

وبالنسبة للأعراض العامة فالعميل يشعر عادة بالآلام في الظهر والمفاصل والجسد بصفة عامة وآلام كثيرا ويستيقظ ليشعر بصداغ مستمر. وحين سؤال الباحثة له عن ذلك يرد قائلا إن عدم رده وكلامه مع الناس يكون غالبا بسبب ما يشعر به من صداغ. وبمراجعة الطبيب فقد أقر أن الأدوية التي يتناولها لها عدد من الأعراض الجانبية. كالنوم كثيرا وقلة الاستثارة وأنه مع تناوله لكميات كبيرة من اللحوم فإن ذلك يساعد على زيادة الآلام الجسدية. وهذا ما يجعل المفحوص يمشي بطريقة غريبة متخبطا يبدو غير متحكما باتجاه حركته وجسمه. كما تعكس هذه الملاحظات السلوكية نقص قدرة المفحوص على الحكم والبصيرة؛ فاضطراب تفكيره ومحتواه والآلام والجسدية تعكس حالة من الخلل العام وانعدام للسيطرة على ذاته. فيومه متمحورا حول أنه يأكل أو يخرج الحمام وأنه لو شعر بوجود أحدهم بالخارج فإنه قد يفعلها بغرفته. ويقضي يومه مشغولا بالنظر إلى أشياء باهتمام ثم الحركة سريعا إلى اتجاه آخر في غرفته أو أن يجلس على كرسيه ثم يقوم فجأة ليستكشف الشبايك والزجاج ويتابع ذرة تراب في الهواء كما يقول وقد يقضي ساعات في هذا السلوك.

وبذلك فإن سلوكيات المفحوص في مجملها تظهر عددا كبيرا من الأعراض منها ما هو حاد وخطير ومتكرر ومؤثر على المفحوص ومن حوله ومنها ما هو شديد الخطورة ومنها ما هو متوسط الحدة ولكن تنبئ السلوكيات بإمكانية تطورها. وبذلك فإن مقياس متلازمة الأعراض

الموجبة والسالبة الذي تم إجرائه في أسبوع من الملاحظة والمتابعة للمريض في مقابلتين مع إجراء مكالمات هاتفية مع أفراد الأسرة وزيارة لبيئة المريض قد ساعدت على تكوين فكرة عامة وتشخيصية عن حالة المريض وتشخيص أعراض الفصام لديه وتحديد شدتها فقد كانت درجة المريض على مقياس "بانز" (١٨٢) درجة ومستوى شدة متطرف بالغ الخطورة لاحتمالية زيادة شدة عدد من الأعراض إذا لم يتلقى المريض علاجاً نفسياً ومتابعة دورية حيث تجدي الأدوية إلى حد كبير في تهدئة الأعراض الموجبة (٣٦) درجة، وبمستوى متوسط الحدة إذ تكون الأعراض الموجبة واضحة ولكن يمكن احتوائها بينما كانت الأعراض السالبة (٤٧) درجة، بمتوسط شدة متطرف بالغ الخطورة نظراً لتنشيط الوعي ولكن ظل مفككا واضطراب محتوى التفكير قد ساعد على تنشيط الأعراض السالبة كما كانت الأعراض العامة للمرض النفسي (٩٩) درجة، وبمستوى شدة متطرف بالغ الخطورة، فأغلب هذه الأعراض العامة تتأثر بشدة الأعراض السالبة.

ملخص نتائج الفرض الأول الخاص باستجابة الحالة على أدوات الدراسة لتشخيص اضطراب الفصام:

أظهرت نتائج تاريخ الحالة معاناته من العزلة، وفقر الخبرات الاجتماعية، وصعوبات في إقامة العلاقات الاجتماعية وابتدائها، ويعاني كبتاً لحاجاته الجنسية. وقد بدأت أعراض الفصام واحداً تلو الآخر بصورة منفصلة ثم ظهرت جميعها بصورة مفاجئة مرة واحدة؛ ما يوضح إصابة الحالة بالفصام الهيبفيريني. وقد تطورت الحالة بمرور الوقت رغم الالتزام شبه المنتظم للعلاج، ورغم دخوله للمستشفى عدد من المرات؛ ليعاني صراعاً وتضاداً للأعراض، فيما أكد تشخيصه الطبي بمظاهر الفصام الهيبفيريني. ومع دخول المستشفى في المرة قبل الأخيرة، وعلاجه لفترة زمنية طويلة انتظم معها الوعي؛ خرج المريض ليعاني الشعور بالذنب والحسرة والشعور بالوصمة لتسببه في ما آل إليه حاله وحال الأسرة، فانتظم على علاجه الدوائي، وعانى آلاماً في جهازه الهضمي مع التزامه بحميته الغذائية، واضطراباً في شهيته، جعله ضعيف البنية، لا يستطيع الحراك، يصرخ من آلام مفاصله، ثم قضى فترة من الوقت ما بين متخسباً في جلسته "القرصاء" حاضناً رجليه بكلتا يديه، وما بين حركته بالمشي زاحفاً على ركبته ما يمكن معه



احتمالية تطور أعراضه إلى نوع آخر من الفصام، ولكن الفترة الأخيرة قبل دخوله المستشفى لآخر مرة في شهر مايو (٢٠٢١) فقد أوضح تاريخ الحالة معاناته لأعراض الفصام الهيبفيريني. وقد أكد ذلك التشخيص تطبيق مقياس PANSS بعد خروجه من المستشفى؛ إذ أوضح التشخيص إصابته بالفصام الهيبفيريني والذي تتعارض فيه وتتنافس شدة كل من الأعراض الموجبة والسالبة للفصام بصورة شديدة، واضطراب تفكيره ووعيه، وتشتت شخصيته، واضطراباته المزاجية، ومعاناته للهلاوس والهذات، واضطراب كلامه، واحتباسه، وميوله العدائية.

أوضحت استجابات المفحوص على لوحات اختبار TAT السبع معاناته للعزلة، وفقر خبراته الاجتماعية، ونكوصه إلى فترة طفولته، ورفضه لواقعه في عمره البالغ الراشد، وصراعاته لكبت حاجاته جنسية، وإبدالها بحاجته للعدوان. فرغم حاجته للعلاقة مع الجنس الآخر فقد ألقى عليها اللوم ويعاقبها ويصدمها بالرفض. كما يعاني المفحوص من الآلام الجسدية في الواقع وفي نومه، ومعاناته للقلق والتوتر في الواقع، والخوف والقلق في نومه. كما يعاني آلام جسدية كأعراض جانبية لما يتناوله من أدوية تثقل جسده وتتخرقواه. وبذلك يتضح تشخيص الحالة موضع الدراسة باضطراب الفصام الهيبفيريني/ فصام المراهقة بدرجة شديدة الخطورة لما أوضحت نتائج أدوات الدراسة التشخيصية (مقياس PANSS لتحديد شدة أعراض الفصام، واستمارة المقابلة الشخصية، واختبار TAT).

ت. نتائج اختبار الفرض الثاني من فروض الدراسة: وينص الفرض الثاني على "تختلف استجابات الحالة على مقياس PANSS لتحديد شدة أعراض الفصام قبل وبعد تطبيق البرنامج". وبتطبيق مقياس PANSS لقياس شدة أعراض الفصام قبل وبعد انتهاء تطبيق البرنامج العلاجي السلوكي الجدلي؛ فقد تم التحقق من فعالية البرنامج بأيجاد دلالة الفروق بين القياسين القبلي والبعدي لمقياس PANSS.

بالنظر إلى تحليل نتائج مقياس PANSS لتحديد شدة أعراض الفصام، ومحتوى سلوك المفحوص؛ يمكن معها مقارنة نتائج نفس المقياس قبل وبعد انتهاء البرنامج العلاجي السلوكي الجدلي لتعرف مدى فعاليته في خفض شدة أعراض الفصام، أو تغيير محتوى سلوك المفحوص

في عدد بنود الاختبار. كما كانت هناك ملاحظات في إجراءات الجلسات حول تطور حالة مخصوص نحو تخفيف شدة أعراض الفصام مثل: قدرته على التعبير عن آلامه الجسدية أو الأفكار التي تجول في عقله أو حديثه عن ذاته وتقييمه لها. وهذه العلامات اختلفت كثيرا في طبيعتها قبل وبعد انتهاء العلاج، وأثناء مرحلته مختلفة، وفيما يلي توضيح نتائج الفرض الثاني للتحقق من فعالية البرنامج العلاجي السلوكي الجدلي:

تفسير ملاحظة شدة أعراض الفصام باستخدام مقياس متلازمة الأعراض الموجبة والسالبة (PANSS) بعد انتهاء البرنامج:

درجة القياس البعدي لشدة أعراض الفصام: (١٠٩) درجة، ومستوى الشدة: (منخفض غير مصرح)			
الأعراض العامة		الأعراض السالبة	الأعراض الموجبة
الارتياح (٣)	الهم الجسدي (٤)	انعدام التأثير (٦)	الأوهام (٤)
ضعف الاهتمام بالذات (٤)	القلق (٤)	الانسحاب الانفعالي (٤)	فوضى المفاهيم (٤)
نقص القدرة على الحكم والبصيرة (٥)	مشاعر الذنب (٥)	قلة العلاقات (٤)	سلوك الهلوسة (٤)
الخلل العام (٤)	التوتر (٤)	السلبية أو اللامبالاة (٤)	الهيلاج (٣)
قلة السيطرة (٣)	المواقف (٣)	صعوبة التفكير المجرد (٥)	العظمة (٢)
الانهماك (٢)	الاكتئاب (٤)	صعوبة التفاني (٣)	الاضطهاد (٢)
التجنب الاجتماعي (٣)	تخلف الأداء الحركي (٤)	التفكير المتكرر (٤)	العداء (٢)

عدم التعاونية (٣)	اضطراب محتوى الفكر (٤)
-------------------	------------------------------

تفسير درجة شدة أعراض اضطراب الفصام بعد انتهاء البرنامج من خلال الملاحظات والمظاهر السلوكية للحالة:

بعد انتهاء البرنامج العلاج السلوكي الجدلي تم تطبيق اختبار متلازمة الأعراض الموجبة والسالبة للفصام وقد أوضحت نتائج المقياس انخفاض درجة العميل من الدرجة (١٨٢) درجة قبل تطبيق البرنامج إلى الدرجة (١٠٩) بعد تطبيق البرنامج ومن مستوى شدة بالغ الخطورة قبل تطبيق البرنامج إلى مستوى منخفض الشدة يكاد يكون واضحا في بعض الأحيان ولكن غير مصرح به طوال الوقت، بما يعكس إمكانية سيطرة العميل على سلوكه الظاهر وتحكمه في انفعالاته ويقظته العقلية لما يدور في ذهنه من أفكار، وقدرته على وقفها وانتقائه للهلاوس وحسن مواجهتها وتقبله لآلامه الجسدية ومعاناته النفسية بما يوضح أن العميل بعد إجراء البرنامج قد استطاع تحقيق التغيير بما اكتسبه وتدريب عليه من مهارات واستراتيجيات البرنامج العلاجي السلوكي الجدلي

فقد كان العميل يعاني أوهاما ومعتقدات في مستوى خطير من نوع الاعتقادات أنه المذنب فيما آل إليه حال المنزل من فقر والحالة الصحية لوالده ووالدته وشكل المنزل من الداخل فقد بدأ يعتقد مع تنشيط ذاكرته الماضية أنه يبدو أنه سبب في كل هذا التغيير في حياة من حوله وأنه سبب في معاناتهم وكذلك لا يزال يعاني الهلوسة وفوضى المفاهيم ولكن بصورة يمكنه السيطرة عليها ولكن تتخفف بشدة حال كان العميل قد أخذ جرعته الدوائية منذ وقت قريب لا يزيد عن الساعة.

ومع هذه الأوهام وفوضى المفاهيم لا يزال هناك مستوى خطير من الانسحاب الانفعالي وقلة العلاقات والسلبية والامبالاة والتفكير المتكرر في حين أنه المتسبب في تغيير حال المنزل مما يعكس اضطراب محتوى تفكيره ولا زال أيضا يعاني من الهم الجسدي ومشاعر القلق والتوتر والاكنتاب ومع معاناته لآلام جسدية ووجدانية فلا زال يعاني تخلفا لأدائه الحركي وخلال عام في

شخصيته ويرجع ذلك إلى المستوى متوسط الحدة بمشاعر الذنب. ونظرا لزيادة الأعراض السالبة والأعراض العامة الوجدانية فلا يزال لديه مستوى خطير من انعدام التأثير.

ولكن انخفضت بصورة واضحة فتكاد لا تظهر بصورة دورية في الحياة اليومية كل من نوبات الهياج وصعوبات تدفق الحوار في المواقف وقلت مستويات عدم التعاونية والتجنب الاجتماعي وأيضا قلة السيطرة وشعوره بالارتياح. كما يبدو أن هناك عدد من الأعراض أنها شفيت تماما فقد اختفت واصبحت تكاد لا تظهر على العميل وهي شعوره بالعظمة والاضطهاد ونزعه للعداء وأيضا الانهماك في أشياء وأنشطة غير مبررة ومنطقية.

وبذلك فإن البرنامج العلاجي السلوكي الجدلي قد نجح في خفض شدة الأعراض بصورة ملحوظة لدرجة الشفاء منها مثل أعراض الهياج والعظمة والعداء وصعوبات في التلقائية وتدفق الحوار والطرق والمواقف والشعور بالارتياح وقلة السيطرة والتجنب الاجتماعي وعدم التعاونية. كما انخفض مستوى شدة أعراض أخرى لاضطراب الفصام إلى مستوى أقل رغم تشخيصها بأنها لا تزال في الحيز المرضي وهي أعراض سلوك الهلوسة وانعدام التأثير والانسحاب الانفعالي وقلة العلاقات والسلبية واللامبالاة وصعوبات التفكير المجرد والتفكير المنكر والهيم الجسدي والقلق ومشاعر الذنب والتوتر والاكنتاب وتخلف الأداء الحركي واضطراب محتوى الفكر وضعف الاهتمام بالذات ونقص القدرة على التحكم على الحكم وعلى البصيرة والخلل العام في حين بقيت أعراض أخرى دون تغيير في مستوى شدتها وهي أعراض الأوهام وفوضى المفاهيم.

ومن الملاحظات السلوكية على العميل من خلال إجراءات البرنامج العلاجي السلوكي الجدلي وجلساته ما يلي:

-لقد أبدى المريض تجاوبا مع جلسات التأمل واليقظة العقلية، وتركيزا بين الأصوات في أذنه، واختيار الأكثر قربا وهدوءاً منها، والتركيز معها حتى يستطيع أن يفصل هذا الصوت لسمعته ويهدأ معه؛ ليستطع الاسترخاء دون توتر جسمه. وفي جلسات أخرى استطاع انتقاء الصوت الأكثر حدة منها ذي الصراخ العالي، وصمد لفترة لتحمل هذا الصوت دون هز رجليه أو الصراخ أو الغضب.

-استطاع المريض أن يجلس هادئا مطالعا صور طفولته، واستطاع التعرف على بعض الوجوه بها من أبناء عمومته.

-استطاع المريض الإفصاح عن حبه لأخيه، وشفقته على أمه قائلا "أمي كان نفسها في ولد، جاها اثنين واحد كده وواحد كده"، "ببقى مبسوط لما أشوف أخويا متجوز وعنده عيال وببشتغل، أهو واحد كده وواحد كده". كما استطاع تفهّم وتعرّف حب الآخرين "أنا عارف أخويا بيحبني، وعارف إن معاش أبويا وأمّي مبيكفيش، وأخويا بيحاول يكمل معاهم". كما استطاع تنشيط ذاكرته فتذكر قائلا "فاكر لما أخويا بكى، لما استجذت به في الزيارة وقلت له متسينيش هنا لوحدي، خدني معاك ومش هضرب حد تاني". ويتفهم حالة أبيه وأمه "كل ما أصحى وألاقي أبويا مشلول بسبب الجلطة وبيتحرك بالعافية، وأمّي ببتحرك بعكاز؛ أتمنى إني أبقى كويس وأشيل عنهم، يارب يسامحوني على فترات تعبي دي". واستطاع أيضا تقييم نفسه وتقبلها قائلا "أنا مريض، عندي فصام، ياريت الناس تفهم كده، ويبطلو يضايقوا أهلي ويضايقوني".

-العميل قبل وقوفه أو خروجه من غرفته يتأكد من إحكام ملابسه، ويغلق باب دورة المياه خلفه. وذكر في إحدى الجلسات أنه لم يكن يشعر بجسده أو خصوصيته، ولم يكن ليلتفت أو يلاحظ عدم ارتدائه لملابسه أو تحلله من ملابسه في أي وقت أو مكان أو في وجود آخرين.

-يستجيب المفحوص لتوجيهات أخيه، ويذهب للتبضع من محل بقالة بجانب المنزل، ويقوم بإعداد الطعام لنفسه بكفاءة دون أذى لنفسه أو للآخرين أو المكان. وينظف دورة المياه خلفه، ويستحم عندما يطلب منه، ويأخذ الجرعة الدوائية عندما تعطيه إياها أمه، ويتكلم باحترام مع زوجة أخيه، ولا ينهر أبناء أخيه. يجلس في هدوء في وجود زائرين بالمنزل، ويتكلم حين يُطلب منه ذلك. وهو يحاول تحمل آلامه الجسدية وشعوره المستمر بالصداع وثقل الرأس، ويستخدم المسبحة ليقل "الحمد لله" بدلا عن هز رجليه في عصبية. ويذهب إلى الحلاق لقص شعره بصحبة أخيه. ويتحدث إلى الناس في هدوء في محل ابن خاله، ويستجيب لطلبات ابن خاله، ويسكت إذا طلب منه ذلك (إذا كان هاديا)، وينظم الاكسسوارات في العرض كما يُطلب منه، ويرجع إلى منزله مستقلا السيارة رفقة ابن الخال دون افتعال المشكلات مع الركاب. ينام أثناء النهار في غفوة في وجود الأصوات في عقله (الهلاوس السمعية)؛ ويستخدم أسلوب "أنا هنا"؛

الذي تدرب عليه في الجلسات بفرز الأصوات إلى مجموعات، ومواجهة ما يزعجه منها، والابتسام للأصوات الهادئة التي يرتاح لها ثم يستقل عنها بقول "أنا هنا، لن تأخذوني معكم". ويستطيع تمييز الهلوس البصرية حيث لا يستجيب إلا لما هو جيد وسعيد وهادئ له، ويعزل أية صور بصرية لأي أشخاص لا يسكنون بالمنزل، ولا يتحرك من مكانه أو يتبادل الحديث إلا إذا لمس من يراه طلب منه ذلك "فقد درّيته الباحثة على الجمع بين الحاستين لتعرف الحقيقة من الهلوسة البصرية.

إن هذه الملامح لسلوك العميل -الحالة موضع الدراسة- إضافة إلى تحليل استجاباته على مقياس PANSS لشدة أعراض الفصام؛ يوضح وجود فرق واضح بين شدة أعراض الفصام قبل وبعد إجراء البرنامج العلاجي السلوكي الجدلي للدراسة الحالية.

ج. نتائج الفرض الثالث ومناقشتها وتفسيرها: وينص الفرض الثالث على "لا يوجد اختلافات في استجابات الحالة على مقياس PANSS لتحديد شدة أعراض الفصام بعد انتهاء تطبيق البرنامج وبعد فترة المتابعة (بعد مرور ثلاثة أشهر من انتهاء البرنامج)". ولتوضيح نتائج هذا الفرض تم تطبيق مقياس PANSS لشدة أعراض الفصام بعد انتهاء تطبيق البرنامج. وتتمثل نتائج الفرض الثالث فيما يلي:

استمرت متابعة الحالة لمدة ثلاثة أشهر بعد انتهاء تطبيق برنامج الدراسة العلاجي السلوكي الجدلي لعلاج اضطراب الفصام. وقد استمر سلوك الحالة في الاستقرار مثل ما انتهى عليه برنامج الدراسة لمدة ثلاثة أشهر (نهاية المتابعة الأولى)، وبعد ذلك بدأ العميل يظهر علامات زيادة شدة عدد من أعراض اضطراب الفصام. فقد كان متأكدًا إنه أصبح صحيحًا وشفوي من المرض. وبدأ يعزف عن التزامه بالجرعات الدوائية؛ حيث أصبحت الأم تضعها خلسة في العصير أو الأكل. وحينما كان يشعر بالنعاس فجأة شكّ في وضع أمه للعلاج داخل الطعام، فبدأ يرفض تناول ما تعدّه أمه من شراب ومأكّل، بل كان يعد الطعام بنفسه، أو يأكل مما تعدّه زوجة أخيه. وقد حرصت زوجة أخيه على وضع الدواء في الطعام أيضًا بالتنسيق مع الأم لعدم تجاوز الجرعة الدوائية. كما بدأ في رفض الذهاب إلى الحلاق، وعدم رغبته في الاستحمام وشرهة في أكل اللحوم، ورفض الحديث مع الناس أو الخروج من غرفته عند وجود زائرين،

ورفع صوت التلفاز وهز الجسم بصورة عنيفة، كما رفض الذهاب للطبيب المعالج. وبذلك فقد استمرت فعالية البرنامج العلاجي السلوك الجدلي لمدة ثلاثة أشهر بعد انتهاء تطبيقه؛ حيث تم ملاحظة سلوك المريض ومتابعته من خلال الاتصالات الهاتفية. وفيما يلي نتائج تطبيق اختبار "بانز" لتحديد شدة أعراض الفصام:

درجة القياس التتبعي الأول (بعد ثلاثة أشهر) لشدة أعراض الفصام: (١٠٩) درجة، ومستوى الشدة: (منخفض غير مصرح)		
الأعراض الموجبة	الأعراض السالبة	الأعراض العامة
الأوهام (٥)	انعدام التأثير (٥)	الهم الجسدي (٤)
فوضى المفاهيم (٤)	الانسحاب الانفعالي (٤)	الارتياب (٤)
سلوك الهلوسة (٥)	قلة العلاقات (٤)	ضعف الاهتمام بالذات (٣)
الهيلاج (٤)	السلبية أو اللامبالاة (٤)	نقص القدرة على الحكم والبصيرة (٥)
العظمة (٢)	صعوبة التفكير المجرد (٥)	الخلل العام (٤)
الاضطهاد (٢)	صعوبة التفاني (٤)	قلة السيطرة (٣)
العداء (٣)	التفكير المتكرر (٤)	الانهماك (٢)
		تخلف الأداء الحركي (٤)
		اضطراب محتوى الفكر (٤)
		عدم التعاونية (٣)

## نتائج اختبار مقياس " PANSS " في مرحلة المتابعة:

المتابعة الأولى (بعد مرور ثلاثة أشهر) من انتهاء تطبيق البرنامج:

لا زال المفحوص محتفظاً بما تعلمه واكتسابه وتدريب عليه من مهارات في البرنامج العلاجي السلوك الجدلي في درجته على مقياس PANSS بعد انتهاء مرحلة المتابعة الأولى بعد ثلاثة أشهر هي (١٠٩) درجة، وهي نفس درجة مفحوص على مقياس PANSS بعد انتهاء تطبيق البرنامج الدراسة، ولكن مع بعض الاختلاف في شكل أعراض اضطراب الفصام كما يلي:

لا تزال هناك أعراض تم الشفاء منها فأصبحت تكاد لا تلاحظ أو ترى على المفحوص وهي أعراض العظمة والاضطهاد والعداء وتصرفه في الطرق والمواقف وقلة السيطرة والانهماك والتجنب الاجتماعي وعدم التعاونية. بينما واصل انخفاض مستواه في كل من أعراض الاكتئاب وضعف الاهتمام بالذات وصعوبة التلقائية وتدفق الحوار من الأعراض العامة إلى المستوى المرضي أو الشفاء من الأعراض. في حين ازداد مستوى الهياج من مستوى الشفاء إلى المستوى المرضي، وازداد مستوى أعراض كل من الأوهام وسلوك الهلوسة كعرضيين موجبيين وقل مستوى عرض انعدام التأثير كعرض سالب، في حين لا تزال بقية الأعراض في نفس مستوى شدتها بعد انتهاء البرنامج تطبيق البرنامج مباشرة.

وبعد هذه الفترة (بعد ثلاثة أشهر) بدأت شدة الأعراض تزيد ثانية. ثم بدأ يتعلل عدم الرد على الهاتف، ورفض الجرعات الدوائية، وبدأت باقي ملامح السلوك الشاذ في الظهور في فترة من أسبوعين إلى خمسة أسابيع (المرحلة الثانية من المتابعة)، أي بدأت أعراض السلوك الشاذ في الظهور مرة أخرى في الفترة من ١٣ إلى ١٥ أسبوعاً بعد انتهاء تطبيق البرنامج العلاجي السلوكي الجدلي للدراسة الحالية. وفي نهاية المرحلة الثانية تم تطبيق مقياس PANSS لتقدير شدة أعراض الفصام، وكانت نتائجه كالتالي:



درجة القياس التتبعي الثاني (بعد ستة أشهر) لشدة أعراض الفصام: (١٢٩) درجة، ومستوى الشدة: (خطير)					
الأعراض الموجبة		الأعراض السالبة		الأعراض العامة	
الأوهام (٥)		انعدام التأثير (٥)		الهم الجسدي (٤)	
فوضى المفاهيم (٤)		الانسحاب الانفعالي (٤)		الارتياح (٥)	
سلوك الهلوسة (٥)		قلة العلاقات (٤)		ضعف الاهتمام بالذات (٤)	
الهياج (٤)		السلبية أو اللامبالاة (٤)		نقص القدرة على الحكم والبصيرة (٦)	
العظمة (٢)		صعوبة التفكير المجرد (٥)		الخلل العام (٥)	
الاضطهاد (٤)		صعوبة التفاني (٤)		الاكتئاب (٤)	
العداء (٥)		التفكير المتكرر (٤)		التجنب الاجتماعي (٤)	
				اضطراب محتوى الفكر (٤)	
				عدم التعاونية (٤)	

المتابعة الثانية (بعد مرور ستة أشهر) من انتهاء تطبيق البرنامج العلاج السلوكي

الجدلي:

من خلال استجابة المفحوص على مقياس PANSS فقد ابتدأ المفحوص في الاعتقاد بأنه شفي تماما، ويجب عليه أن يوقف جرعات دوائية دون الرجوع إلى الطبيب. وبدأ في التخلي

عن عدد من السلوكيات التي تدرّب عليها، وكأنه يعود إلى مرحلة الإنكار الاضطراب، ورفض الاعتراف بمرضه. فقد أوضحت نتائج مقياس PANSS في المتابعة الثانية والتي كانت درجة المفحوص عليها (١٢٩) درجة بما يوضح بدء دخوله في المستوى الخطير لشدة أعراض اضطراب الفصام والتي يمكن ملاحظتها بشكل يشبه يومي، وبما يستلزم ضرورة البدء في دورة علاجية أخرى.

فبالنسبة للأعراض الموجبة لا يزال عرض الشعور بالعظمة في المستوى غير المرضي أو الشفاء في حين ازداد مستوى شدة كل من عرض الشعور بالاضطهاد والعداء إلى مستوى خطير ومتوسط الحدة بما يوضح بدء دخول مستوى شدة الأعراض الموجبة (٢٩) درجة إلى المستوى الخطير، وهو أول مستوى يحدد عنده الإصابة باضطراب الفصام بالنسبة للأعراض الموجبة. أما بالنسبة للأعراض السالبة (٣٠) درجة فلا تزال عند نفس مستوى شدتها التي انخفضت عقب انتهاء البرنامج العلاجي السلوكي الجدلي؛ إذ لم تختلف الدرجة عن المتابعة الأولى أو تقريبا بعد انتهاء البرنامج العلاجي، بما يوضح استقرار مستوى انخفاض شدة الأعراض السالبة لبعدها انتهاء البرنامج العلاجي بستة أشهر على عكس الأعراض الموجبة التي بدأت في ازدياد شدتها في فترة المتابعة الثانية. وقد يرجع ذلك لعدم التزام العميل بجرعاته الدوائية ذات الأثر الفعال في تثبيط الأعراض الموجبة.

وعلى حين استمرت الأعراض العامة في فترة المتابعة الأولى في الانخفاض إلا أنه في فترة المتابعة الثانية بعد ستة أشهر من انتهاء تطبيق البرنامج العلاجي في الازدياد في شدتها مرة أخرى من (٥٤) درجة بعد المتابعة الأولى بعد ثلاثة أشهر من انتهاء البرنامج العلاجي بما يمثل شفاءً من الأعراض العامة للمرض النفسي العام إلى أن تصبح في مستوى خطير يظهر بصورة شبه يومية في أول مستوى لتشخيص شدة أعراض اضطراب الفصام حيث كانت درجة المفحوص بعد ستة أشهر من انتهاء البرنامج العلاجي هي (٧٠) درجة في حين أن أول مستوى لتشخيص اضطراب الفصام في الأعراض العامة هو (٦٤) درجة.

استجابات المفحوص على مقياس PANSS بعد انتهاء المتابعة الثانية بعد ستة أشهر من انتهاء البرنامج العلاجي:

عكست سلوكيات الفحوص شعوره بالأوهام والمعتقدات غير المقبولة في محيط المجتمع وبما يعكس تفكك تفكيره واضطراب وفقر محتواه. ففي جلسة المتابعة يعتقد المريض أن "الأحداث السياسية التي تمر بها البلاد هي صراعات أشبه بماتش كرة القدم مع تحدته بجدية فالبلد الخاسرة في كل قارة سوف تجمع في خارطة واحدة وتقدم كجائزة لأعلى دولة تكسب في العالم وسوف يفاجأ الجميع بهذه الدولة الفائزة لأن ذلك سوف يسبب صدمة للجميع وهو يعرف هذه الدولة إلا أنه لن يفصح عنها للجميع حتى لا يتسبب في تسريب النتائج". وأثناء الحديث مع العميل فإنه يستخدم أسماء ومصطلحات في نسيج غير مفهوم مثل أن يشير لأخيه مع رفع حاجبيه كأنه يغمز ويلفت نظره إلى شيء ما أثناء حديثه قائلاً في جدية " .. هناك .. ها .. عمك أبو... سيادة اللوا... ورشة... في المطبخ..". ثم يضحك عليها مع الشعور بالأهمية. كما أفصح عن شعوره بأحاسيس غريبة يحاول التحقق منها مثل أنه يستشعر أن طابورا من النمل يمشي في حزم على الشباك فيقف ويجري مسرعا ويستكشف وجودهم لأن مشيهم وازدحامهم يمثل ضوضاء بالنسبة له لا يستطيع معها اكمال الحديث، ثم يقوم ليغلق الأنوار في المكتب لأنها تتعب عينيه في حين أن الأنوار كلها مغلقة والجلسة نهارا والشمس تملأ المكان.

كما يتشكك المريض في أن "هناك أشخاص غريبة يأتون إلى المنزل وأن أمه تعمدت أن يستقلوا تاكسي لرجل يعرفونه" و"يعتقد أنه طبيب كان يريد نقله للمستشفى في حين أنه تنبه لذلك وجعله يغيرون طريقهم إلى الجامعة ولا يدري لماذا يتعامل معه الناس هكذا إذ يبدو أنهم يحقدون عليه لأنه شفي تماما فقد أراد الجزار ذبحه والبقال لم ينسى ما فعله معه من قبل ويريد خنقه". فهو يخاف التعامل مع الناس أو الذهاب لشراء شيء والعمل مجددا لأن "الناس تريد له أن يرجع لمرضه ثانية ويحسدونه على شفائه ولا يدري لماذا أصبح كل من حوله يكرهه هكذا" ثم يبكي قائلاً "ماذا فعلت لهما" ثم يستنرد قائلاً " إن هؤلاء الناس يجعلوني أتصرف بصورة غير طبيعية إنهم هم السبب فيما أنا فيه الآن".

ورأت الباحثة أنه يلزم البدء في دورة أخرى من رحلة العلاج النفسي لاضطراب الفصام قبل اضطراب الوعي والتفكير وازدياد الهذات إلى الدرجة التي يتحتم معها دخول المريض للمستشفى مرة أخرى.

وبذلك فقد سجل برنامج الدراسة الحالية العلاجي السلوكي الجدلي أطول فترة استقرار لشدة أعراض الفصام، ودون خطر الانتكاسة والتي يتوجب معها إلحاق المريض بالمستشفى، كما ساعدت إجراءات البرنامج العلاجي السلوكي الجدلي على الحفاظ على وعي المريض مستقرا، وساعدت على تحسين قدرته على رعاية نفسه، وتحرره من الهذات والهلاوس والآلام الجسدية، والتعايش معها في بيئته الواقعية، وممارسة حياته اليومية.

د.التقرير النهائي للحالة موضع الدراسة: هدفت الدراسة إلى تشخيص اضطراب الفصام وفقا لـ DSM-5 وعلاجه باستخدام برنامج علاجي سلوكي جدلي. ولتحقيق هذين الهدفين كانت إجراءات الدراسة متمثلة في الخطوات التالية:

١. تجميع الأطر النظرية والدراسات السابقة التي تناولت وصفا لتاريخ الحالات التي اشتملتها، وتفنيد الطرق العلاجية والاستراتيجيات المستخدمة معها، وحصر المشكلات التي واجهن الباحثين والمعالجين في محاولاتهم لعلاج حالات اضطراب الفصام؛ لتلافيها في الإجراءات العلاجية للحالة موضع الدراسة خاصة ضرورة استمرارية الجلسات دون انقطاع للحفاظ على التقدم في العملية العلاجية.

٢. تشخيص الحالة باستخدام مقياس لشدة أعراض الفصام يشتمل على أكبر عدد ممكن من الأعراض المنفصلة عن بعضها؛ ليتم تقييمها كل على حدة، مع اعتماد المقياس على ملاحظة الفاحص، وليس استجابة المفحوص، واستخدام أساليب إسقاطية أيضا في التشخيص مثل اختبار TAT لتعرف حاجات ودوافع وصراعات المفحوص مع مراعاة استخدام أقل عدد ممكن من المقاييس لإعطاء صورة مكتملة عن المفحوص. فهو في بداية البرنامج العلاجي يصعب عليه أن يعبر عن حالته وانفعالاته، وأن يتفاعل مع الفاحص بإيجابية يمكن معها استكمال بنود المقاييس، مع مراعاة اشتمال تاريخ حالة المفحوص على أكبر عدد ممكن من العوامل المؤثرة في تطور اضطرابه.

٣. استهدف البرنامج العلاجي عدة اتجاهات الأول منها هو تخفيف شدة أعراض اضطراب الفصام، والثاني هو زيادة فترة استقرار الأعراض دون احتمالية خطر الانتكاسة، والثالث هو

العمل على تغيير بيئة المريض المتسببة في تطور الأعراض بما في ذلك أفراد الأسرة أو متطلبات البيئة من تغيير. والرابع هو تقسيم البرنامج العلاجي إلى مراحل حسب تطور حالة المريض إلى التهيئة؛ وتنتهي بتكوين علاقة آمنة مع المعالج، وحماية الذات؛ وتنتهي بإزالة خطر المحاولات الانتحارية وإيذاء الذات والآخرين، ومرحلة التنظيم انفعالي؛ وتنتهي بطلاقة التعبير المريض على انفعالاته وسيطرته على عدد منها، واليقظة العقلية؛ وتنتهي بقدرة المريض على فصل الأصوات ومواجهة بعضها في الهلوس السمعية، والاستجابة وفق علامات للصور البصرية لتمييزها عن الهلوس البصرية الأخرى، وتعريف الآلام الجسدية ومواجهتها، ومحاولات تحملها. ثم مرحلة العلاقات بين الشخصية والتي تنتهي بقدرة المريض على إعادة البناء المعرفي لأفكاره غير التكيفية عن المحيطين، وبناء علاقات اجتماعية جيدة معهم. وأخيرا مرحلة المتابعة ويستمر فيها التواصل عبر الهاتف مع المريض لمتابعة استقرار أعراضه. ويركز البرنامج العلاجي السلوكي الجدلي على هذه المراحل بهدف تحقيق النجاح في تخفيف شدة أعراض الفصام وتقليل احتمالات خطر الانتكاسة لما في ذلك من فائدة في رحلة الشفاء من اضطراب الفصام.

٥. تقييم فعالية البرنامج العلاجي السلوكي الجدلي بعد انتهاء تنفيذ جلساته بالقياس البعدي لمقياس PANSS لتحديد شدة أعراض الفصام. وقد تبين فعالية البرنامج العلاجي في الدراسة الحالية في خفض شدة أعراض اضطراب الفصام؛ بتدريب المريض على التعبير عن انفعالاته وتنظيم عدد منها، وتحمل آلامه الجسدية ومحاولة مواجهتها، وتعديل أفكاره غير التكيفية لبناء العلاقات بين الشخصية، وتعريف بدء الأفكار والعلامات الجسدية الدالة على بدء الهذات والهلوس، والحد من الأفكار والمحاولات الانتحارية؛ مما قلل بفعالية احتمالية خطر الانتكاسة لمدة عام كامل من استقرار الأعراض، ودون شكوى خطيرة كالاكتداء على الذات أو الآخرين وأذى النفس.

وبذلك فإن تخفيف شدة الأعراض، وتجنب السلوكيات الخطيرة كالمحاولات الانتحارية وإيذاء الذات والاكتداء على الآخرين يشكل خطوة مهمة في علاج اضطراب الفصام. فمثل هذه الاضطرابات لا يعد فيها مصطلح الشفاء التام مصطلحا صحيحا في خطة علاجية واحدة، وإنما

يجب أن يتم العلاج في دورات علاجية متتالية؛ تبدأ كل منها بتشخيص تستند عليه الخطة العلاجية التالية بحيث يؤدي ذلك في النهاية إلى تعرف مآل اضطراب الفصام لدى المريض وإمكانية التنبؤ بشفاؤه التام. إذ قد يحتاج المريض في كل دورة علاجية إلى نوع تدخل علاجي يلائم تشخيص الحالة في مرحلة محددة من الاضطراب. فعملية التشخيص ليست فقط للتأكد من وجود الاضطراب وشدته، وإنما أيضا لتعرف نوع السلوك الشاذ وشدته والمواقف التي يظهر فيها، والعوامل المؤثرة عليها بما يضمن توصيفا للعرض بجانب تحديد شدته.

وبذلك فإنه يجب أن تكون هناك فترة لمتابعة المريض بعد انتهاء كل خطة علاجية لتعرف مدى احتفاظ المريض بما تدرّب عليه واكتسبه من معارف ومهارات وخبرات في العملية العلاجية، والبدء في الخطة العلاجية التالية عند تطور الأعراض مرة أخرى وعدم تركها لتزيد شدتها بما يحتم دخوله المستشفى مرة أخرى. ولا يخفى أن دخول المريض المستشفى يترتب عليه آلاما جسدية عدة نتيجة العلاج بالصدمات الكهربائية، وكف شديد للهذات والهلاوس مخافة العقاب بجلسة الصدمة الكهربائية أو الاحتجاز الانفرادي. ويخرج المريض بعدها هادئا مستقرا ظاهريا في حين يعاني الكوابيس المتكررة، ومخاوف مرضية من الانفصال عن بيئته مرة أخرى؛ مما يزيد من صعوبة البدء في العلاج النفسي لاحتياج المريض كمرحلة من التهيئة قبل البدء في العلاج النفسي.

## حادي عشر: توصيات الدراسة وبحوث مقترحة:

على ضوء ما توصلت إليه الدراسة من نتائج توصي الباحثة بالتوصيات التالية:

١. توعية الوالدين وأسرّة مريض اضطراب الفصام بحدود مصطلح الشفاء التام للاضطراب وعدم الضغط على المريض بأن يطلبوا منه أن يكون شخصا طبيعيا بمجرد خروجه من المستشفى وأن يعمل ويتزوج وغير ذلك، مما يعني ضرورة خفض توقعات الأسرة وتصحيح مصطلح الشفاء التام من اضطراب الفصام.

٢. اعتبار رحلة العلاج النفسي لاضطراب الفصام رحلة طويلة مقسمة إلى دورات ما إن تنتهي واحدة منها حتى يتبعها فترة متابعة للمريض، يتلوها تشخيص جديد لشدة الأعراض وتوصيف

لسلوك المريض، لتبدأ بعدها دورة علاجية جديدة وهكذا حتى يمكن التنبؤ بمآل اضطراب الفصام لدى المريض.

٣. الاهتمام بمشكلات الطفل النفسية منذ صغره ومتابعتها مقارنة بالمرحلة النمائية للطفل بما في ذلك علاج مشكلات العزلة وإكسابه المهارات الاجتماعية الملائمة.

٤. ضرورة التكافل النفسي والدعم الاجتماعي لمرضى الفصام.

٥. ضرورة الدعم الاجتماعي وتفهم الضغوط التي تمر بها أسرة مريض الفصام، وعدم ممارسة الضغوط وإلقاء اللوم عليهم وعلى تربيتهم وأنهم سبب أساسي ووحيد في إصابة ابنهم باضطراب الفصام.

٦. في إطار هذا البحث؛ نوجّه التماسا للمسؤولين والمختصين باعتبار المريض العقلي من ذوي الاحتياجات الخاصة الذين يستحقون معاشا وتكفلا ودعما في العلاج الطبي بالمستشفيات، وعدم إسقاطه من معاش الأب لفقدان الأهلية واحتياجه إلى أدوية وعلاجات ذات تكلفة عالية ولمدة طويلة.

### كما تقترح الباحثة مزيد من البحوث في المشكلات البحثية التالية:

١. برنامج علاجي سلوكي جذلي قائم على تنظيم الانفعالات لخفض نوبات الهياج في الطور النشط لأعراض اضطراب الفصام.

٢. أثر برنامج علاجي قائم على اليقظة العقلية لخفض الأعراض الموجبة للفصام الهيبفيريني.

## المراجع العربية والأجنبية:

إبراهيم ابن عبده صدي (٢٠٢٠). استكشاف البناء العاملي لمقياس التقييم الكلينيكي لشدة أعراض الذهان "الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات العقلية" على عينة من مرضى الفصام. مجلة جامعة الملك عبد العزيز للآداب والعلوم الإنسانية، ٢٨(١٥)، ٣٠ - ٤٩.

أحمد أبو زيد (٢٠١٧). فاعلية التدريب على اليقظة العقلية كمدخل سلوكي جدلي في خفض صعوبات التنظيم الانفعالي لدى الطالبات ذوات اضطراب الشخصية الحدية وأثره على أعراض هذا الاضطراب. مجلة الإرشاد النفسي، جامعة عين شمس، ٥١، ١ - ٦٨.

أحمد سمير صديق أبو بكر (٢٠٢١). فعالية برنامج علاجي سلوكي جدلي في تخفيف بعض أعراض اضطراب الوسواس القهري لدى طلبة الجامعة "دراسة حالة". مجلة جامعة الفيوم للعلوم التربوية والنفسية، ١٥(٦) ٧٠-١.

أحمد عكاشة (٢٠١٠). الطب النفسي المعاصر. ط٥. القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية.

أحمد عمرو عبد الله، وأحمد صابر الشركسي (٢٠١٩). العلاج الجدلي السلوكي بين النظرية والتطبيق. مجلة جامعة القدس المفتوحة للأبحاث والدراسات التربوية والنفسية، ١١(٢٩)، ١٢٦ - ١٤٤.

أديب محمد الخالدي (٢٠٠٩). المرجع في الصحة النفسية. ط١. الأردن، عمان، دار وائل للنشر والتوزيع.

إيمان مصلي موسى (٢٠٢١). معوقات استخدام مقياس "بانز" لتشخيص الفصام لدى المصححات النفسية المصرية. مجلة كلية الآداب جامعة بنها، ٥٦(٣)، ٢٧ - ٥٥.

جونسون، ش؛ وكرانك، آ؛ ونيل، ج؛ ودافيسون، ج. علم النفس المرضي الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية - الإصدار الخامس". ترجمة أمثال الحويلة، وفاطمة



- عياد، وهناء شويخ، وملك الرشيد، ونادية الحمداني (٢٠١٥). القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية.
- حامد زهران (٢٠٠٥). *الصحة النفسية والعلاج النفسي*. ط٤. القاهرة، عالم الكتب.
- رمضان القذافي (٢٠٠٢). *الصحة النفسية والتوافق*. ط٢. القاهرة، المكتب الجامعي الحديث.
- طارق علي الحبيب (٢٠٠٨). *الفصام*. القاهرة، المؤسسة الطبية للنشر.
- عبد الرحمن سيد سليمان (٢٠١٠). *العلاج السلوكي الجدلي كعلاج لسلوك تدمير الذات إطار نظري*. مجلة علم النفس، ٢٣ (٨٤)، ٦ - ٢٧.
- عبد الرقيب أحمد البحيري (٢٠١٦). *اختبار التحليل الكلينيكي للشخصية "كراسة التعليمات، كراسة الأسئلة"*. ط٣. القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية.
- عبد السلام عمارة (٢٠١٦). *الفصام؛ الشيزوفرينيا*. مجلة التربوي، كلية التربية، جامعة المرقب، ١ (٨)، ٣٣ - ٥٩.
- علاء كيلاني (٢٠٢١). *ممارسة النموذج العقلائي الانفعالي في خدمة الجماعة لتعديل الأفكار اللاعقلانية وخفض مخاطر احتمالات الانتكاسة لدى مرضى الفصام*. مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية، ٥٣ (١)، ٢٩٥ - ٣٣٤.
- فاطمة محمد (٢٠١٩). *فعالية برنامج إرشادي تكاملي تخفيف العواقب الناتجة عن الإساءة في الطفولة في خفض اضطراب الشخصية الحدية لدى عينة من الراشدين*. مجلة الإرشاد النفسي، ٢٨، ٢٠ - ٤٢٨.
- قاسم حسين (٢٠٠٨). *الأمراض النفسية والانحرافات السلوكية "أسبابها، أعراضها، طرق علاجها"*. الأردن، عمان، دار دجلة.
- لينهان، وويلكز (٢٠١٥). *نشأة وتطور العلاج الجدلي السلوكي*. ترجمة؛ أبو حلاوة، محمد السعيد. *المجلة العربية "تفاسيات"، دراسات وأبحاث أصيلة، شبكة العلوم النفسية العربية، الكتاب السنوي ٢٠٢٠، الإصدار الثامن*.

لينون، مارسيليا، وبريدمور، زاكاري، وماتكي، سورين. (٢٠١٧). تخصيص علاج الفصام بمضادات الذهان حسب حالة المرضى. منظور تحليلي "رؤى الخبراء بشأن قضايا السياسات الراهنة". ترجمة ونشر؛ RAND، "Personalizing Antipsychotic treatment of Schizophrenia" [www.rand.org](http://www.rand.org)

محمد جاسم العبيدي (٢٠٠٩). علم النفس الاكلينيكي. ط١. الأردن، عمان، دار الثقافة للنشر والتوزيع.

محمد حسن غانم (٢٠٠٦). الاضطرابات النفسية والعقلية والسلوكية . القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية.

مريم حسني محمد محروم، وصالح سالم سويلم الخوالدة (٢٠٢١). العلاج الجدلي السلوكي "مدخل علاجي واعد". مجلة علوم الإنسان والمجتمع، ١٠(٢)، ٣٦٧ - ٤٠٩.

هنري موراي، وكريستينا مورجن. (١٩٣٥). اختبار تفهم الموضوع للراشدين TAT، ترجمة؛ محمد أحمد خطاب. (٢٠١٢). القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية.

Besançon, Guy (2005). *Manuel de psychiatrie*, 2ème édition, Dunod, Paris.

Black, D.W, Andreasen, N.C (2011). *Introductory Textbook of Psychiatry*. New York: American Psychiatric.

Bouriche, Djamel & Bourcet, Stéphane (2000). *la pratique du terrain psychiatrie adulte*, ellipses, Paris,.

Brodsky, B. S. , & Stanley, B. (2013) . *The dialectical Behavior therapy primer: How DBT can inform clinical Practice*. John Wiley & Sons.

- Chaudhary, N., & Hasan, S. (2017). Treatment outcomes of Dialectical behavior therapy on the level of suicide severity And distress tolerance in suicidal patients. *International Journal of Scientific and Engineering Research*, 8(9), 462–764.
- Chen, Ya-Ling; Rittner, Barbara; Maguin, Eugene & Dziadaszek, Shannon (2017). "I need a cigarette", The effects of cigarette smoking on Depression and anxiety of youth with early onset schizophrenia. *Journal of Psychologists and Counsellors in Scool*s, 27(1),70–84.
- Christianson, Laura (2018). Improving functional outcomes in college and university students with schizophrenia in the western *American College Health*,66(1), 61–88.
- David Govrion ,Anne Qut-Fayand , *les troubles schizophréniques*, ellipses,Paris,2004.
- Denovan, Andrew; Dagnall, Neil; Drinkwater, Ken; Parker, Andrew & Neave, Nick (2020). Conspiracist beliefs, intuitive thinking and schizotypal facets "A further evaluation". *Applied Cognitive Psychology*, 34(6),1394–1405.
- Desarka, Pushpal; Blumberger, Daniel & Daskalakis, Zafiris– Jeff (2018). Case report; successful use of the combination of electroconvulsive therapy and clozapine in treating treatment – resistant schizophrenia and catatonia in an adult with

- intellectual disability. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 48(10), 3637–3640.
- Dijk, S. (2013) . *DBT Made Simple: A Step– by– step Guide to Dialectical Behavior Therapy*. New Harbinger Publications.
- Dimeff, L. , & Linehan, M. M. (2001). *Dialectical behavior therapy in a nutshell*. *The California Psychologist*, 34 (3) ,10– 13.
- Dimeff, L. A., & Koerner, K. (2007). *Dialectical behavior Therapy in clinical practice: Applications across disorders And settings*. Guilford Press.
- Elices, M., Soler, J., Feliu–Soler, A., Carmona, C., Tiana, T., Pascual, J., Álvarez, E. (2017). Combining emotion Regulation and mindfulness skills for preventing depressionrelapse: a randomized–controlled study. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 4, 13.
- Fleming A., McMahon, R., Moran, L., Peterson A. & Dreessen, A. (2015). Pilot randomized controlled trial of dialectical behavior therapy group skills training for ADHD among college students, *Journal of Attention Disorders*, 19(3), 260–271.
- Frederic , A. (2008). Effectiveness of dialectical behavior skill group for the treatment of self injurious behavior and eating disorder symptoms in patients with borderline personality

disorder. Doctor of Philosophy, The Faculty of Graduate Studies, York University.

Friedman, H. S. (2015) . *Encyclopedia of mental health*. Academic Press.

Fulton State Hospital, (2004) . *Dialectical Behavior Therapy Skills Handbook*.

Gasman, (2003). *Allilaire et d'autre, Psychiatrie de l'enfant, de l'adolescent et de l'adulte*, masson, Paris.

Gaudiano, Brandona A.; Nowlan, Kathryn; Brown, Lily A.; Epstein- Lubow, Gary & Miller, Ivan M. (2013). An open trial of a new acceptance based behavioural treatment for major depression with psychotic features. *Behaviour Modification*, 37(3), 324- 355.

Harned.M., Korlund.K.& Linehan, M. (2014). A pilot randomized controlled trial of dialectical behavior therapy with and without the dialectical behavior therapy prolonged exposure protocol for suicidal and self-injuring women with borderline personality disorder and PTSD. *Behaviour research and therapy*. (55)7-17.

Harvey, P. & Rathbone, B. H. (2013) . *Dialectical behavior therapy for at- risk adolescents: A practitioner's guide to treating challenging behavior problems*. Oakland, CA: New Harbinger Publications, Inc.

- Hussein, H. A.; Jacob, S. & Sharour, L. A. (2016). Impact of life events on the relapse of Schizophrenic patients. *Journal of Education and Practice*, 7(10), 40– 47.
- Karilla, (2002). Boss et d'autre, Psychiatrie de l'adulte, de l'enfant et de l'adolescent, Paris, ellipses,
- Kay, S. R., Fiszbein, A. & Opler, L. A. (1987). The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 13(2): 261–276.
- Lim, Caroline; Barrio, Concepcion; Hernandez, Mercedes; Barragan, Armando & Brekk, Johns (2017). Recovery from schizophrenia in community based psychological rehabilitation settings: Rates and predictors. *Research on Social Work Practice*, 27(5), 538–551.
- Linehan, M., & Wilks, C. (2015). The course and evolution of dialectical behavior therapy. *American Journal of Psychotherapy*, 69(2), 97–110.
- Lynch, T. R. , Chapman, A. L. , Rosenthal, M. Z. , Kuo, J. R. & Linehan, M. M. (2006). Mechanisms of change in dialectical behavior therapy: Theoretical and empirical observations. *Journal of clinical psychology*, 62 (4) , 459– 480.
- Marco, J., García-Palacios, A., & Botella, C. (2013). Dialectical behavioral therapy for oppositional defiant disorder in adolescents: A case series. *Psicothema*, 25(2), 158– 163.

- McMain, S. , & Wiebe, C. (2013) . *Psychotherapy Essentials To Go: Dialectical Behavior Therapy for Emotion Dysregulation*. WW Norton & Company.
- Miller, A. L. , Rathus, J. H. , & Linehan, M. M. (2006). *Dialectical behavior therapy with suicidal adolescents*. Guilford Press.
- Morrissey, Catrin & Taylor, Jon (2014). Changes in personality disorder traits following 2 years of treatment in a secure therapeutic community milieu. *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities*, 7(4), 323– 336.
- Pederson, L. , & Pederson, C. S. (2011) . *The Expanded Dialectical Behavior Therapy Skills Training Manual: Practical DBT for Self- help, and Individual and Group Treatment Settings*. PESI Publishing & Media.
- Pederson, L. D. (2015) . *Dialectical behavior therapy: A Contemporary guide for practitioners*. John Wiley & Sons.
- Probst, T., O'Rourke, T., Decker, V., Kiebling, E., Meyer, S. Bofinger, C., Pieh, C. (2019). Effectiveness of a 5- week Inpatient dialectical behavior therapy for borderline Personality disorder. *Journal of Psychiatric Practice*, 25(3), 192-198.
- Rahmani M., Omidia.A., Asemi.z.& Akbari.H(2018). The Effect of dialectical behaviour therapy on binge eating, Difficulties in emotion regulation and BMI In overweight Patients with

bingeeating disorder: A randomized Controlled trial. *Mental Health & Prevention* 9.13.18

Rizvi S., Dimeff.L.Skutch, J., Carroll,D.&Linehan, M.(2011). A pilot study of the DBT coach an interactive mobile phone application for individuals with borderline personality disorder and substance use disorder. *Behavior Therapy*, 42, 589– 600.

Robins, C. J. (2003) . Zen principles and mindfulness practice in dialectical behavior therapy. *Cognitive and behavioral practice*, 9 (1) , 50– 57.

Sahranavard, S. & Miri, M. (2018) . A comparative study of the effectiveness of group– based cognitive behavioral therapy and dialectical behavioral therapy in reducing depressive symptoms in Iranian women substance abusers. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 31 (15) ,1– 8.

Savage, R. M., Jackson, W. T. & Sourathathone, C. M. (2003). Brief Report: A Brief Neuropsychological Testing Battery for Evaluating Patients with Schizophrenia. *Community Mental Health Journal*, 39(3): 253–262.

Subotnik & Nuechterlein (1989). \*\*

Tomlinson, M. F., & Hoaken, P. N. (2017). The potential for a skills–based dialectical behavior therapy program to reduce aggression, anger, and hostility in a Canadian forensic



psychiatric sample: A pilot study. *International Journal of Forensic Mental Health*, 16(3), 215-226.

doi:10.1080/14999013.2017.1315469

Veague, H. B. (2007). *Schizophrenia*. New York, NY: Chelsea House Publishers.

Warner, Heather & Commits, Alexa (2023). interdisciplinary considerations for diagnosing aphasia in the shizu affective patients a case report *International Journal of language and communication disorders*, 58(2), 433- 440.