

فاعلية برنامج علاجي سلوكي في تنمية المهارات الاجتماعية وخفض شدة الأعراض لدى مرضى الفصام

أحمد عبد العظيم حسب الله صابر
باحث دكتوراه

د. إيهاب محمد خليل
مدرس علم النفس
كلية الآداب - جامعة حلوان

أ.د. محمد حسن غانم
استاذ ورئيس قسم علم النفس
كلية الآداب - جامعة حلوان

مقدمة:

تشير التقارير الحديثة إلى أن نسب انتشار الفصام تتراوح بين ٠,٣% - ٠,٧% تقريباً، ويذكر أن مرضى الفصام يمثلون حوالي ٦٠-٧٠% من المرضى نزليي المستشفيات النفسية (أحمد عكاشة، ٢٠٠٣، ٢٩٧، DSM-5, 2013, 102).

والواقع أن مشكلة اضطراب الفصام تبدو أكثر تعقيداً من مجرد النظر إلى معدلات الانتشار، فهو يعد أحد أهم عشرة اضطرابات تسبب أعباءً كبيرة علي كل من الفرد والأسرة والمجتمع، ويرجع ذلك إلي البداية المبكرة لهذا الاضطراب، فضلاً عن أنه يميل إلى أن يصبح اضطراباً مزمنًا، يصيب قدرة المرضى على التفكير بشكل واضح، ويؤثر على قدرتهم على تفسير المواقف الاجتماعية والخبرات السابقة والتخطيط للمستقبل، وعلى علاقاتهم وتفاعلاتهم مع الآخرين (Weinberger & Harrison, 2011).

ومما يزيد من خطورة المشكلة أن هذا الاضطراب يبدأ في سن الشباب والنضوج، أي فترة العمل والدراسة والازدهار الفكري (أحمد عكاشة، ٢٠٠٣، ٢٩٧).

ويذكر أن محاولات الانتحار لدى مرضى الفصام تتزايد خصوصاً بين الرجال، بل ويعد الانتحار أحد أسباب الموت المبكر لدى هؤلاء المرضى (Donker, Calear, Grant, Spijker, Fenton & Hehir, 2013).

ويعد نقص المهارات الاجتماعية أحد المشكلات الأساسية لدى مرضى الفصام، والذي يترتب عليه صعوبات عديدة في التعامل مع الآخرين وتحقيق الاحتياجات الأساسية (Kingdom & Turkington, 2005, 3).

وعلى الرغم من كل ذلك فقد تم إهمال العلاج النفسي للاضطرابات الذهانية بشكل عام والفصام بشكل خاص لفترات طويلة، وكانت هناك مقاومة شديدة لذلك، لذا اقتصر تلك التدخلات النفسية على الاضطرابات العصابية فقط (مثل: اضطرابات القلق) وكانت تطبيقات العلاج النفسي للذهان استثناءً أكثر منها قاعدة (Moritz, Woodward, Stevens & Hauschildt, 2013, 3; Moritz & Woodward, 2007).

وفي الآونة الأخيرة بدأت المناحي العلاجية للفصام (مثل العلاج المعرفي والسلوكي) في إثبات وجودها وتناميها، خصوصاً لدى مرضى الفصام (Moritz et al., 2013, 3; Aghotor, Pfueller, Mortiz, Weisbord, Roesch-Ely, 2010).

وتشير الدراسات السابقة كدراسة "فافورد" Favrod وآخرين على عينة مكونة من (٤٨) مريضاً من مرضى الفصام ممن لديهم ضلالات ثابتة، تراوحت أعمارهم ما بين ١٨ - ٦٥ عاماً، وتم توزيع عينة الدراسة على مجموعتين قوام كل منهما ٢٤ مريضاً، إحداهما تمثل المجموعة التجريبية (تعرضت للعلاج الاعتيادي بالإضافة إلى العلاج السلوكي)، وأشارت إلى وجود فروق جوهرية بين النقييم القبلي والتقييم البعدي على مقياس الضلالات ومقياس المهارات الاجتماعية، لصالح مجموعة العلاج السلوكي (Favrod et al., 2014).

وقد أدى تجدد الاهتمام بالأسس النفسية والسلوكية والمعرفية لاضطراب الفصام إلى الإشارة إلى أهمية العلاج السلوكي في علاج مرضى الفصام (Aghotor et al., 2010; Moritz & Woodward, 2007).

ويعد العلاج المعرفي السلوكي والعلاج السلوكي - من أهم المناحي - التي تهدف بشكل أساسي إلى تنمية المهارات الإجتماعية وتغيير البنية المعرفية وخفض شدة أعراض الفصام (Moritz et al., 2013, 4).

مما سبق يتضح أن مجال علاج مرضى الفصام باستخدام العلاجات المعرفية والسلوكية لا يزال في حاجة لإجراء مزيد من الدراسات حوله لتعميق الاستفادة من تلك المناحي خاصة في تنمية المهارات الاجتماعية والتغلب علي الاختلالات المعرفية لدى مرضى الفصام.

مشكلة الدراسة:

وفي ضوء العرض السابق يمكن صياغة مشكلة الدراسة الحالية في

التساؤلات الآتية:

١- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات المجموعة التجريبية (من مرضى الفصام الذين تعرضوا للبرنامج العلاجي) ومتوسط درجات المجموعة الضابطة (من مرضى الفصام الذين لم يتعرضوا للبرنامج العلاجي) على المهارات الاجتماعية وتوكيد الذات في القياس البعدي؟

٢- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات المجموعة التجريبية (من مرضى الفصام الذين تعرضوا للبرنامج العلاجي) ومتوسط درجات المجموعة الضابطة (من مرضى الفصام الذين لم يتعرضوا للبرنامج العلاجي) على كل من الأعراض الإيجابية والسلبية في القياس البعدي؟

٣- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات المجموعة التجريبية (من مرضى الفصام الذين تعرضوا للبرنامج العلاجي) ومتوسط درجات المجموعة الضابطة (من مرضى الفصام الذين لم يتعرضوا للبرنامج العلاجي) على المهارات الاجتماعية وتوكيد الذات في قياسات المتابعة العلاجية؟

٤- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات المجموعة التجريبية (من مرضى الفصام الذين تعرضوا للبرنامج العلاجي) ومتوسط درجات المجموعة الضابطة (من مرضى الفصام الذين لم يتعرضوا للبرنامج العلاجي) على كل من الأعراض الإيجابية والسلبية في قياسات المتابعة العلاجية؟

٥- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات المجموعة التجريبية على المهارات الاجتماعية وتوكيد الذات قبل تطبيق البرنامج العلاجي ومتوسط درجاتها على نفس المهارات وتوكيد الذات بعده وأثناء فترة المتابعة العلاجية؟

٦- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات المجموعة التجريبية على زملة أعراض الفصام (الإيجابية والسلبية) قبل تطبيق البرنامج العلاجي ومتوسط درجاتها على نفس الأعراض بعده وأثناء فترة المتابعة العلاجية؟

٧- هل يوجد تأثير إيجابي جوهري لبرنامج العلاج السلوكي من وجهة النظر الاجتماعية والأخلاقية، بين المجموعتين (التجريبية والضابطة)، وداخل المجموعة التجريبية قبل تطبيق البرنامج العلاجي وبعده وأثناء فترة المتابعة العلاجية؟

أهداف الدراسة:

- تقييم مدى فاعلية برنامج العلاج السلوكي في تنمية المهارات الاجتماعية وتوكيد الذات للمرضى الفصامين.
- خفض شدة الأعراض لدى مرضى الفصام ومساعدتهم على التكيف الاجتماعي والتوافق الشخصي.

أهمية الدراسة:

أولاً: الأهمية النظرية:

- ١- تُعد هذه الدراسة إضافة للدراسات التي حاولت تنمية المهارات الاجتماعية وتوكيد الذات لدى مرضى الفصام.
- ٢- إكساب الفصامي مهارات التفاعل الاجتماعي وتوكيد الذات في المواقف الاجتماعية المختلفة.
- ٣- توجيه اهتمام الباحثين لإمكانية إعداد برامج وقائية تقي الفصامين من تدهور مهاراتهم الاجتماعية وتعمل على تحسين الصحة ونوعية الحياة لديهم.

ثانياً: الأهمية التطبيقية:

- ١- المساهمة في مجال تقديم نماذج لبرامج علاجية مرتكزة على المنحى المعرفي والسلوكي تصلح للتطبيق على مجموعات من المرضى، وتزود المعالجين النفسيين بأساليب لتطبيقات علاجية معرفية حديثة.
- ٢- يستهدف برنامج العلاج السلوكي تنمية المهارات الاجتماعية والكشف عن البنية التحتية لتكوين واستمرار الضلالات والهلاوس، وربما ينعكس ذلك على تحسن وعي المرضى وتزداد قدرتهم على اتخاذ القرارات في المستقبل ، وتطوير مهاراتهم الاجتماعية والانفتاح على استشارات وآراء

الآخرين، كما تجعلهم أكثر تأنيًا في أفعالهم، وهذا بدوره يمكن أن يكون له مردود إيجابي على الأعراض ومدى الكرب الناجم عنها وزيادة فرص التحسن في الاستبصار وتقليل الأوقات المنقضية بالمستشفى.

٣- تقديم نموذج علاجي متعدد الأساليب لضبط أعراض الفصام، حيث يتم دمج عناصر من العلاج السلوكي، والتعليم النفسي والعلاج المعرفي معاً (Moritz, Vitzthuma, Randjbara, Veckenstedt, Todd, Woodward,) (2010).

٤- يتوقع أن يساعد البرنامج العلاجي في خفض الأعراض الإيجابية خصوصاً الضلالات، كما يتوقع أن يصاحب التحسن في تلك الأعراض الإيجابية تحسن في الأعراض السلبية لدى المرضى.

٥- يتوقع أن يؤدي البرنامج أيضًا إلى مساعدة المرضى على الاستفادة من التدخلات الدوائية والتدخلات النفسية غير الدوائية الأخرى، حيث يزيد من الامتثال لها، وبالتالي يمكن النظر إليه كأحد العلاجات التكميلية التي تهدف أيضًا إلى التغلب على مشكلات خاصة بعدم انتظام المرضى على الأدوية وضعف الاستجابة، كما يتوقع الإسهام في إيقاف التدهور في الوظائف المعرفية والمهارات الاجتماعية والذي يوجد حتى بعد انخفاض شدة الأعراض الإيجابية (Kumar et al., 2010).

مفاهيم الدراسة:

تهتم الدراسة المقترحة بثلاثة من المفاهيم الرئيسية هي: الفصام والعلاج المعرفي السلوكي والمهارات الاجتماعية، وسوف نعرض فيما يلي لتعريف الفصام والأعراض الإيجابية والسلبية التي تميزه، كما سنعرض لتعريف المهارات الاجتماعية وكذلك مفهوم العلاج المعرفي السلوكي.

أولاً: الفصام^(١):

(١) تعريف الفصام:

يعرف الفصام بأنه: اضطراب نفسي خطير يؤدي إلى تغير في الإدراك، والتفكير، والوجدان والسلوك واللغة والانفعالات (Ruiz-Iriondo, Salaberria & Echeburua, 2013; Forbes, 2009, 1).

كما يعرفه عكاشة علي أنه: مرض ذهاني يتميز بمجموعة من الأعراض النفسية والعقلية، التي تؤدي - إن لم تعالج في بدء الأمر - إلى اضطراب وتدهور في الشخصية والسلوك (أحمد عكاشة، ٢٠٠٣، ٢٩٦).

ويقع اضطراب الفصام - وفقاً للدليل الإحصائي والتشخيصي الخامس للجمعية الأمريكية للطب النفسي - تحت فئة كبرى من الاضطرابات النفسية يشار إليها باضطرابات الطيف الفصامي والاضطرابات الذهانية الأخرى (DSM-5, 2013 87-122).

(٢) أعراض الفصام^(٢):

تنقسم أعراض الفصام إلى أعراض إيجابية وأعراض سلبية، ويسبب كلا النوعين من الأعراض مشاكل خاصة في السلوك الاجتماعي والمهارات الاجتماعية، وتظهر تلك الأعراض بنسب متفاوتة في معظم المرضى في مختلف مراحل الاضطراب (Kingdom & Turkington, 2005, 19)، وفيما يلي عرض مختصر لتلك الأعراض:

أولاً: الأعراض الإيجابية^(٣):

تشير الأعراض الإيجابية إلى أعراض ذهانية صريحة مثل: الضلالات

Schizophrenia ()
Schizophrenia Symptoms ()
Positive Symptoms ()

والهلاوس واضطراب التفكير والسلوك الشاذ وغيرها (Forbes, 2009, 2).

ثانياً: الأعراض السلبية^(٤):

تشير الأعراض السلبية في الفصام إلى: فقدان أو نقص في أداء الوظائف الطبيعية (Prakash & Mitra, 2008).

وتعد الأعراض السلبية أكثر وضوحاً في اضطراب الفصام بالمقارنة بالاضطرابات الذهانية الأخرى (DSM-5, 2013, 88).

ثانياً : المهارات الاجتماعية وتوكيد الذات^(٥):

مفهوم المهارات الاجتماعية مفهوم من وله استخدامات مختلفة وتضمنات نظرية وعملية متعددة، ويعرف بيلاك وهيرسن (Bellack & Hersen, 1979) المهارات الاجتماعية بأنها قدرة الفرد على التعبير عن مشاعره الإيجابية والسلبية في التفاعلات الشخصية، كما طالبت جمعية الصحة النفسية الوطنية في الولايات المتحدة الأمريكية بأن يكون التدريب على المهارات الاجتماعية ضمن النظرية المعرفية السلوكية وذلك للوقاية من مرض الفصام (فهد بن عبد الله الدليم، ٢٠٠٥، ١٢).

ويعرف ريجيو (Riggio) 1990 المهارات الاجتماعية بأنها تتمثل في مهارات الإرسال والاستقبال للمعلومات والتي تُمثل مهارات اجتماعية أساسية (السيد إبراهيم السامدوني ، ١٩٩٤ ، ٤٥١ - ٤٥٢).

ويعرف الباحث المهارات الاجتماعية إجرائياً: بأنها الدرجة التي يحصل عليها المرضى على مقياس المهارات الاجتماعية المُستخدم في هذه الدراسة، حيث يدل ارتفاع الدرجة على مهارات اجتماعية مرتفعة وانخفاض الدرجة يشير إلى مهارات اجتماعية منخفضة.

Negative Symptoms^(٤)

Social Skills^(٥)

ثالثاً: العلاج المعرفي السلوكي^(٦):

١- مقدمة في العلاج المعرفي السلوكي

يعد البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي في الدراسة الحالية من المناحي العلاجية النفسية الجديدة التي تقوم علي تصورات أو مفاهيم وأهداف العلاج المعرفي السلوكي للذهان كما أن البرنامج العلاجي المقترح للدراسة الحالية يهتم في الأساس بتطوير المهارات الاجتماعية وخلق وعي للمريض حول مدى معقولية ضلالاته المرضية (Balzan, et, al 2014).

وتستهدف جلسات العلاج المعرفي السلوكي مساعدة المرضى في حل مشكلاتهم، وتنمية مهاراتهم الاجتماعية (Moritz et al., 2013a; Favrod et al., 2011).

حدود الدراسة:

الحدود البشرية: العينة المستخدمة والتي بلغت (٢٠) من مرضى الفصام الذكور تراوحت أعمارهم ما بين (٢٠ : ٤٠) سنة.

الحدود المكانية: أُختيرت عينة الدراسة من قسم علاج المرضى النفسيين بمستشفى العباسية للصحة النفسية.

الحدود المنهجية: تستخدم الدراسة المنهج شبه التجريبي والذي يساعد على التحقق من فاعلية البرنامج العلاجي في تنمية المهارات الاجتماعية وخفض شدة الأعراض لدى مرضى الفصام.

الحدود الزمنية للدراسة: أُجريت الدراسة بداية من شهر سبتمبر ٢٠١٥ لمدة أربعة أسابيع بواقع ثلاث جلسات أسبوعياً وذلك لقصر الإقامة بالمستشفى، بالإضافة إلي شهرين للمتابعة العلاجية.

الدراسات السابقة

دراسة "موريتز" وآخرين (Moritz, Veckenstedt, Bohn, Hottenrott,) هدفت إلى الكشف عن فاعلية العلاج السلوكي في تنمية المهارات الاجتماعية وتحسين الإدراك الاجتماعي وخفض الأفكار الضلالية لدى مرضى الفصام، وتكونت عينة الدراسة من ١٥٠ مريض (داخلي أو خارجي) باضطرابات الطيف الفصامي، تم توزيعهم علي مجموعتين، تكونت المجموعة التجريبية من ٧٦ مريضاً يتلقون العلاج السلوكي، وتكونت المجموعة الضابطة النشطة من ٧٤ مريضاً يتلقون العلاج الدوائي فقط، تراوحت اعمارهم من ١٨ - ٦٥ سنة، وتم تقييم المرضى عند خط الأساس وبعد انتهاء البرنامج (بعد ٤ أسابيع) وبعد ستة شهور من المتابعة، وقد أظهرت مجموعة العلاج السلوكي انخفاضا جوهرياً على مقياسي الضلالات، والأعراض الإيجابية (في التقييم البعدي) وهما من المقاييس الفرعية لمقياس زملة الأعراض الإيجابية والسلبية، كما أظهرت مجموعة العلاج السلوكي تحسناً في المهارات الاجتماعية وتوكيد الذات وتحسن الإدراك الاجتماعي كما ظهر لديهم تحسناً إكلينيكياً يصل الي ٢٠% علي الأقل زيادة عن المجموعة الضابطة فيما يتعلق بمقياس زملة الأعراض الإيجابية والسلبية (Panss) في التقييم البعدي وتقييم المتابعة.

دراسة "بالزان" (Balzan, 2014)، وهدفت إلى الكشف عن فاعلية برنامج العلاج السلوكي في تحسين المهارات الاجتماعية والأعراض المرضية الأخرى، وذلك على عينة مكونة من ٢٨ مريضاً فصامياً ولديهم ضلالات طفيفة (من المرضى الخارجيين) وكان جميع المرضى يأخذون مضادات ذهانية، تم تقسيم العينة إلى مجموعتين، حيث تكونت المجموعة الأولى من ١٤ مريضاً (١١ ذكور، ٣ إناث) تعرضت لبرنامج العلاج السلوكي، وتكونت المجموعة الثانية من ١٤ مريضاً (٩ ذكور، ٥ إناث) تعرضت للعلاج الاعتيادي، وقد أظهرت النتائج وجود انخفاض جوهري في شدة الضلالات والقناعات، وتحسن جوهري

في المهارت الاجتماعية وتوكيد الذات والاستبصار، لصالح مجموعة العلاج السلوكي، كما كان هناك ارتباط جوهري بين التحسن على المهارت الاجتماعية والانخفاض على الأعراض الإيجابية العامة، كما كان المرضى يعطون تقييمات إيجابية للجلسات.

وأخيراً دراسة "فافورد" (Favrod, 2014)، على عينة مكونة من (٤٨) مريضاً من مرضى الفصام والفصام الوجداني، ممن لديهم ضلالات ثابتة، تراوحت أعمارهم ما بين ١٨ - ٦٥ عامًا، وتم توزيع عينة الدراسة على مجموعتين قوام كل منهما ٢٤ مريضاً، إحداهما تمثل المجموعة التجريبية (تعرضت للعلاج الاعتيادي بالإضافة إلى العلاج السلوكي)، وأظهرت النتائج وجود فروق جوهرية بين التقييم القبلي والتقييم البعدي على مقياس الضلالات ومقياس المهارت الاجتماعية، كما كانت هناك فروق على مقياس الأعراض الإيجابية (من مقاييس زملة الأعراض الإيجابية والسلبية) لصالح المجموعة التجريبية، وذلك في التقييم البعدي، كما كانت هناك فروق على مقياس حل المشكلات (وهو من مقاييس المهارت الاجتماعية) لصالح مجموعة العلاج السلوكي.

فروض الدراسة:

على ضوء النتائج السابقة يمكن الإجابة على أسئلة الدراسة في صيغة الفروض التالية:

- ١- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات المجموعة التجريبية (من مرضى الفصام الذين تعرضوا للبرنامج العلاجي) ومتوسط درجات المجموعة الضابطة (من مرضى الفصام الذين لم يتعرضوا للبرنامج العلاجي) على المهارت الاجتماعية وتوكيد الذات في القياس البعدي لصالح المجموعة التجريبية.

٢- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات المجموعة التجريبية (من مرضى الفصام الذين تعرضوا للبرنامج العلاجي) ومتوسط درجات المجموعة الضابطة (من مرضى الفصام الذين لم يتعرضوا للبرنامج العلاجي) على كل من الأعراض الإيجابية والسلبية في القياس البعدي لصالح المجموعة التجريبية.

٣- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات المجموعة التجريبية (من مرضى الفصام الذين تعرضوا للبرنامج العلاجي) ومتوسط درجات المجموعة الضابطة (من مرضى الفصام الذين لم يتعرضوا للبرنامج العلاجي) على المهارات الاجتماعية وتوكيد الذات في قياسات المتابعة لصالح المجموعة التجريبية.

٤- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات المجموعة التجريبية (من مرضى الفصام الذين تعرضوا للبرنامج العلاجي) ومتوسط درجات المجموعة الضابطة (من مرضى الفصام الذين لم يتعرضوا للبرنامج العلاجي) على كل من الأعراض الإيجابية والسلبية في قياسات المتابعة لصالح المجموعة التجريبية.

٥- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات المجموعة التجريبية على المهارات الاجتماعية وتوكيد الذات قبل تطبيق البرنامج العلاجي ومتوسط درجاتها على نفس المهارات وتوكيد الذات بعده وأثناء فترة المتابعة العلاجية لصالح متوسط الدرجات بعد تطبيق البرنامج العلاجي وأثناء فترة المتابعة..

٦- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات المجموعة التجريبية على زملة أعراض الفصام (الإيجابية والسلبية) قبل تطبيق البرنامج العلاجي ومتوسط درجاتها على نفس الأعراض بعده وأثناء فترة المتابعة العلاجية لصالح متوسط الدرجات بعد تطبيق البرنامج العلاجي وأثناء فترة المتابعة.

٧- هناك تأثير إيجابي جوهري لبرنامج العلاج السلوكي من وجهة النظر الاجتماعية والأخلاقية، بين المجموعتين (التجريبية والضابطة)، وداخل المجموعة التجريبية، قبل تطبيق البرنامج العلاجي وبعده وأثناء فترة المتابعة العلاجية

منهج الدراسة وإجراءاتها:

ستتبع هذه الدراسة المنهج شبه التجريبي حيث تدخل تلك الدراسة في إطار البحوث شبه التجريبية المقارنة:

التصميم التجريبي:

اتبعت الدراسة الراهنة تصميم القياس القبلي البعدي المتكرر مع استخدام العينة الضابطة المتكافئة، حيث تنقسم العينة إلى مجموعتين (مجموعة تجريبية تتلقى جلسات برنامج العلاج السلوكي ومجموعة ضابطة لا تتلقى أي تدريب)، وتمثل المراحل الإجرائية للدراسة الحالية في الآتي:

أ - **القياس القبلي:** يتم في تلك المرحلة تقدير كفاءة المهارات الاجتماعية وتوكيد الذات وشدة أعراض الفصام والدلالة العلاجية لدى كل من المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة قبل إجراء التدخل

ب- **تطبيق البرنامج العلاجي:** حيث تخضع المجموعة التجريبية للبرنامج العلاجي، والذي يتمثل في جلسات العلاج السلوكي، أما المجموعة الضابطة فلن تتعرض لأي جلسات أو تدريب، فقط سوف تتعرض للمقابلات اليومية المعتادة مع الطبيب المسئول، وهي نفس الإجراءات الموحدة التي تخضع لها المجموعتان بشكل معتاد.

ج- **القياس البعدي:** حيث يتم تقدير ما إذا كان هناك من تغير طرأ على كفاءة المهارات الاجتماعية وتوكيد الذات وشدة أعراض الفصام والدلالة العلاجية، واتجاهه لدى كل من المجموعتين.

العينة:

استغرقت إجراءات اختيار عينة الدراسة الراهنة الفترة من (٢٠١٦/١١/١) حتى (٢٠١٦/١١/٢٩) وتألقت عينة الدراسة من ٢٠ مريضاً، من المرضى المشخصين بالفصام بواسطة الطبيب النفسي، موزعين في مجموعتين، حيث تمثل المجموعة الأولى المجموعة التجريبية وهي التي تتلقي برنامج العلاج السلوكي والعلاج الدوائي الطبي، بينما تمثل المجموعة الثانية المجموعة الضابطة وتتلقى العلاج الدوائي الطبي فقط، وإحكام الضبط التجريبي تم مراعاة التكافؤ بين كلتا المجموعتين في المتغيرات المحتمل تدخلها وتأثيرها في النتائج، وفقاً لمجموعة من المحكّات هي:

أولاً: محكّات الاختيار:

(أ) النوع:

تكونت مجموعتنا الدراسة من الذكور وذلك بهدف توحيد النوع، وتجنب احتمالات التغيرات المزاجية أو المعرفية الطارئة التي قد تتعرض لها الإناث شهرياً بصفة دورية.

(ب) العمر ومستوى التعليم:

تراوح المدى العمري لعينة الدراسة ٢٠ - ٤٠ سنة، كما روعي التكافؤ بين المجموعتين في مستوى التعليم بقدر يمكنهم من التجاوب مع متطلبات البرنامج.

(ج) مستوى الذكاء:

تم ضبطه من خلال اختيارهم ممن لا يقل ذكاؤهم عن المتوسط (حيث يتم تطبيق مقياس وكسلر لذكاء الراشدين كإجراء أساسي لكل المرضى فور دخولهم المستشفى).

(د) المستوى الاجتماعي والاقتصادي.

روعي عند اختيار المشاركين التكافؤ في المستوى الاقتصادي والاجتماعي لكلا المجموعتين.

(هـ) التشخيص

روعي في جميع أفراد العينة تشخيصهم كمرضى فصام بواسطة أستاذي الطب النفسي والعصبي بمستشفى العباسية/ مصطفى حسين سلطان، ووفقاً للدليل الإحصائي والتشخيصي الخامس للأمراض النفسية، كما تم ضبط مدة الاضطراب (ألاً تزيد عن خمس سنوات) وموقفه من العلاج الدوائي.

ثانياً: محكات الاستبعاد

تم استبعاد المرضى الذين يستوفون أيّاً من المحكّات الآتية:

١. من سبق لهم أخذ جلسات كهربائية (E.CT) خلال مدة تقل عن ٦ شهور قبل التطبيق.
٢. من لديه أي اضطرابات نفسية أخرى مصاحبة لاضطراب الفصام وقت إجراء الدراسة.
٣. من لديه تاريخ للإصابة بأية حالات طبية أو عصبية قد تؤثر على الحالة المرضية.
٤. من لديه تاريخ لتعاطي أي مواد نفسية يمكن أن تؤثر على الحالة المرضية.
٥. من كانت نسبة ذكائه قبل المرض أقل من المتوسط.
٦. من كانت درجاتهم في المستوى الطبيعي على مقاييس الدراسة.

أدوات الدراسة:

استخدم الباحث الأدوات الآتية :

(أ) مقياس المهارات الاجتماعية^(٧)

وصف المقياس

وضع هذا المقياس رونالد .ج. ريجيو (Ronald E.Riggio (1986) بعد إجراء عدة بحوث في مجال الاتصال اللفظي وغير اللفظي وقد قام بترجمته وإعداده إلى البيئة المصرية عبد اللطيف محمد خليفة وقد صمم المقياس ليكون أداة سيكولوجية تستخدم في تقدير المهارات الاجتماعية^(٨) أو مهارات الاتصال^(٩)، ومقياس المهارات الاجتماعية عبارة عن أداة للتقرير الذاتي يشكل مجموعة من المقاييس الفرعية والتي تقيس مهارات اجتماعية أساسية ومتنوعة، وتعكس الدرجة الكلية للمقياس مستوى شامل للمهارات الأساسية التي تكون مؤشراً للكفاءة الاجتماعية، وهذا المقياس له تطبيقات عديدة سواء في مجال البحث أو في المجالات الإكلينيكية والتربوية والصناعية.

(ب) اختبار زملة أعراض الفصام^(١٠)، إعداد الباحث

- وصف الاختبار:

اختبار زملة أعراض الفصام (S.S.S.Q)، من تصميم الباحث، ويتكون اختبار زملة أعراض الفصام من ٨٤ بنداً، يدور مضمونها جميعاً حول زملة الأعراض الإيجابية والسلبية للفصام العقلي التي طرحها الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية، بحيث يمثل كل عرض سواءً أكان سلبياً أو إيجابياً ستة بنود، كما هو موضح بالتفصيل في ملاحق الدراسة.

Social Skills Inventory (SSI)^(٧)

social skills^(٨)

communication^(٩)

Schizophrenia Syndrome Symptoms Questionnaire (S.S.S.Q)^(١٠)

(ج) مقياس توكيد الذات، إعداد غريب عبدالفتاح (١٩٩٥).

وصف الاختبار:

أعد المقياس في الأصل "وولب، ولازاروس" (wolpe & lazarus, 1966)، وقام بإعداده باللغة العربية غريب عبد الفتاح (ghareeb, 1995)، ويتكون المقياس أساساً من ثلاثين سؤالاً وقد شاع استخدام المقياس وتم ذكره في العديد من المراجع تحت اسم (wlas) wolpe – lazarus assertivenees scale.

وقد أجرى مُعد الاختبار باللغة العربية غريب عبد الفتاح بعض التعديلات الطفيفة على عبارات المقياس، بحيث يتكون المقياس في صورته العربية من خمسة وعشرين سؤالاً عن كيف يتصرف الناس في مواقف مختلفة، ويتطلب من المفحوص أن يضع علامة (X) تحت كلمة " نعم " أمام رقم العبارة إذا كان يتصرف عادة بالطريقة التي تعنيها العبارة، ويضع العلامة (X) تحت كلمة "لا" أمام رقم العبارة إذا لم يكن يتصرف بالطريقة نفسها.

(د) قائمة الدلالة العلاجية لفحص مؤشرات تأثير برنامج التدخل العلاجي (إعداد الفريق البحثي المصمم لبرنامج العلاج السلوكي، ترجمة وتقنين الباحث)، ملحقة بملحق الدراسة.

(هـ) برنامج العلاج السلوكي محل التطبيق لتنمية المهارات الاجتماعية وخفض شدة أعراض الفصام - المستخدم في الدراسة الراهنة - إعداد (Bellack; Muser & Gingerich, 2004, 36) ترجمة الباحث مع إضافة عدد من الجلسات عليه استناداً إلى توجه كل من الأساليب السلوكية المبنية على نظرية التعليم الاجتماعي لباندورا، وأساليب ألبرت إليس وأرون بيك في العلاج المعرفي - السلوكي لعلاج مرض الفصام عامة، ولتنمية المهارات الاجتماعية لدى مرضى الفصام خاصة.

- تعريف البرنامج :

في تلك الدراسة يعتمد الباحث على دراسة فاعلية برنامج العلاج السلوكي في تنمية المهارات الاجتماعية وخفض شدة الأعراض لدى مرضى الفصام داخل مستشفى العباسية للصحة النفسية، و جلسات البرنامج تشتمل على (نشاط المهارات الاجتماعية، ونشاط النزوات الخارجية).

٢- هدف البرنامج :

يتحدد الهدف الأساسي للبرنامج في محاولة لتنمية المهارات الاجتماعية وتوكيد الذات وخفض شدة الأعراض الفصامية للمرضى الفصاميين، المحجوزين داخل المستشفى وذلك من خلال أساليب و فنيات عملية وأنشطة متنوعة بحيث تتناول الجوانب المعرفية والوجدانية والسلوكية، حتى تكون إجراءات البرنامج العلاجي متكاملة.

٣ - الإطار النظري للبرنامج:

الإطار النظري الخاص بخصائص وطبيعة وأعراض المرضى الفصاميين، والبرنامج في أساسه يتكون من ثلاث مراحل أساسية هي:
المرحلة الأولى: مرحلة تقييم خط الأساس أي ما قبل التدخل العلاجي: وتشمل استيفاء التاريخ المرضي للفصام وتقييم خط الأساس للمتغيرات التابعة، وقد اشتملت على ثلاث جلسات أساسية، قبل مرحلة التدخلات العلاجية، وقد استغرقت أسبوع واحد فقط بفاصل زمني يومي بين كل جلسة وأخرى.

المرحلة الثانية :

مرحلة التدخلات العلاجية : وقد اشتملت على اثنتا عشرة جلسة تدخل علاجي، بواقع ثلاث جلسات أسبوعياً، مدة كل جلسة لا تقل عن (٩٠) دقيقة، مضافاً إليها (١٥) دقيقة احتمالية لمناقشة موضوعات خارج إطار جدول أعمال الجلسة العلاجية، وبذلك استغرقت هذه المرحلة شهراً متصلاً، مقسمة كالاتي :

- عدد ثلاث جلسات لخفض الأعراض الإيجابية والسلبية للفصام.
- وعدد ثلاث جلسات للتدريب على المهارات الاجتماعية.
- وعدد ثلاث جلسات للنزهات الخارجية وتوكيد الذات.
- وعدد ثلاث جلسات للوقاية من الانتكاسة.

وكل جلسة من هذه الجلسات تشمل مجموعة مختلفة من أساليب العلاج المعرفي والسلوكي التي يوفرها جميعاً البرنامج العلاجي، مضافاً إليها بعض الأساليب والفنيات التي تم اكتسابها خلال تدريب الباحث تحت إشراف المشرف العلمي - غانم - خلال العامين ٢٠١٥ ، ٢٠١٧.

المرحلة الثالثة :

القياس البعدي ومرحلة المتابعة، وتشمل ثلاث جلسات بهدف مراجعة مدى التحسن والقياس البعدي، وقسمت إلى :

الجلسة الأولى من المرحلة الثالثة :

والتي أجريت بعد الانتهاء من البرنامج العلاجي مباشرة واستغرقت ما لا يقل عن (٩٠) دقيقة بهدف تقييم مدى التحسن من عدمه والقياس البعدي وتحديد مواعيد المتابعة.

الجلستين (الثانية والأخيرة) من المرحلة الثالثة:

والتي أجريت بعد شهرين من تاريخ انتهاء البرنامج العلاجي، واستغرقت كل جلسة ما لا يقل عن (٩٠) دقيقة، وذلك بهدف تقييم مدى التحسن من عدمه أثناء المتابعة، وتقييم المتغيرات التابعة، والتأكيد على مبادئ الوقاية من الانتكاسة.

وبذلك أصبح مُجمل جلسات البرنامج العلاجي ثماني عشرة جلسة معروضة عرضاً مفصلاً بمحتوى البرنامج العلاجي.

• الكفاءة القياسية لأدوات الدراسة:

تم تطبيق أدوات الدراسة على عينة استطلاعية (من غير العينة الأساسية) من مرضى الفصام بلغت (١٢) فرداً من مرضى الفصام، وروعي فيها مواصفات العينة الأساسية ذاتها قدر الإمكان، ويوضح الجدول رقم (١) التالي توزيع العينة المستخدمة في تقنين أدوات الدراسة.

جدول (١) توزيع العينة المستخدمة في تقنين أدوات الدراسة

المستوى التعليمي		العمر		حجم العينة	العينة
الانحراف المعياري (ع)	المتوسط (م)	الانحراف المعياري (ع)	المتوسط (م)		
٢,٣٥٣	٢٣,٢٤٦	٣,١١٧	٣٣,٥٦٧	١٢ (ن)	مرضى الفصام

وقد قام الباحث بتطبيق أدوات الدراسة على هذه العينة الاستطلاعية بهدف تقنينها، واستند على أدائهم، في حساب معاملات الثبات لأدوات الدراسة وصدقها، كما يلي:

- حساب ثبات أدوات الدراسة بطريقتين هما: طريقة ألفا كرونباخ، والقسمة النصفية مع تصحيح الطول.

جدول (٢): قيم معاملات ثبات أدوات الدراسة على عينة من المرضى الفصاميين (ن = ١٢)

م	طرق حساب الثبات	عدد البنود	ألفا كرونباخ	القسمة النصفية مع تصحيح الطول
١	مقياس توكيد الذات.	٢٥	٠,٨١١	٠,٧٥
٢	استخبار زملة أعراض الفصام.	٨٤	٠,٧٧١	٠,٧٩
٣	مقياس المهارات الاجتماعية.	٦٣	٠,٧٩٠	٠,٨٤
٤	قائمة الدلالة الاجتماعية والأخلاقية للبرنامج.	١٥	٠,٦٦٢	٠,٧٠

ويوضح الجدول السابق أن معاملات الثبات لأدوات الدراسة جاءت جميعها مرتفعة إلى حد كبير، وذلك نظرًا لأن كافة هذه الاختبارات ذات مستويات ثبات وصدق مرتفعة أشارت إليها معظم بحوث الفصام من قبل.

• حساب معاملات صدق أدوات الدراسة.

١- حساب صدق أدوات الدراسة بطريقة الارتباط بمحك خارجي:

ويشير هذا المفهوم إلى أي مدى أو درجة يرتبط المقياس بمحك أو بمؤشر له صلة به (كريس باركر وآخرون، ١٩٩٩، ١٦)، ولذلك فقد تم حساب معاملات الارتباط بين كل من مقاييس الدراسة الراهنة وبعض المقاييس الأخرى في الإنتاج العلمي السابق ذات معاملات ثبات وصدق مرتفعة، وذلك كما هو موضح على النحو الآتي:

جدول (٣) معاملات الصدق الكلية لاستخبارات الدراسة بطريقة

التعلق بالمحك الخارجي لدى عينة من المرضى الفصامين (ن = ١٢)

م	أدوات المحك الخارجي أدوات الدراسة	مقياس راتوس لتوكيد الذات	مقياس الفصام من بطارية مينسوتا متعددة الأوجه	مقياس المهارات الاجتماعية لعبد اللطيف خليفة
١	مقياس توكيد الذات.	٠,٧٠	-	
٢	استخبار زملة أعراض الفصام.	٠,٤١	٠,٧٦	-
٣	مقياس المهارات الاجتماعية.	٠,٣٦	٠,٣٠	٠,٧٢
٤	قائمة الدلالة الاجتماعية والأخلاقية للبرنامج.	٠,٢٤	٠,٥	٠,٠٧

مما سبق يتضح أن معاملات الصدق بين أدوات الدراسة وبعض الأدوات في الإنتاج العلمي السابق، جاءت إلى حد كبير مرضية، وذلك وفقاً لما ورد في الجدول السابق:

• صدق المحكمين:

تم حساب صدق المحكمين بالإضافة لصدق التعلق بمحك خارجي، حيث قام الباحث بعرض مقاييس وأدوات الدراسة على ستة استشاريين من الأطباء النفسيين بمستشفى العباسية للأمراض النفسية والعقلية، إضافة إلى ستة من أعضاء هيئة التدريس بكلية الآداب - جامعة حلوان، وثلاثة من أعضاء هيئة التدريس بكلية الآداب بجامعة القاهرة، وثلاثة من أعضاء هيئة التدريس بكلية الطب (القصر العيني) جامعة القاهرة، واثنين من أعضاء هيئة التدريس بكلية طب الأزهر، وقد أخذ الباحث بملاحظات المحكمين العشرين.

• إجراءات الدراسة:

كان من الضروري استيفاء المحكات التشخيصية لمجموعتي الدراسة، ومن ثم كان يتم بعد التأكد من التشخيص الطبي النفسي لمجموعتي المرضى الفصاميين، جمع معلومات تفصيلية عن تاريخهم المرضي، وفي هذا الصدد أعد الباحث جدول مقابلة مخصصة لهذا الغرض، شملت كافة البيانات السكانية الأولية للمشاركين، كما شملت استيفاء البيانات الخاصة بالتاريخ المرضي للفصام، بما في ذلك ظروف المريض، وأسباب الانتكاسة مرة أخرى بعد الشفاء، كما شملت المقابلة استيفاء بيانات عن التاريخ العائلي المرضي - وقد حرص الباحث على أن يكون التطبيق جماعياً لكل المشاركين من المرضى، سواء في عينة التقنين أو في العينة الأساسية، حيث كان يتم التطبيق في ظروف بيئية مستقرة وثابتة خالية من المشتتات.

الأساليب الإحصائية:

١. اختبار مان ويتني ويلكوكسون للرتب : وهو أحد الأساليب الإحصائية

اللامعملية.

٢. اختبار فريدمان : وهو أحد الأساليب الإحصائية اللامعملية متوسط

الرتب واختبار كا^٢.

• مناقشة النتائج:

جدول (٤) الفروق بين مجموعتي الدراسة في الأداء على أدوات الدراسة
(نتائج القياس القبلي، أي مرحلة خط الأساس).

مراحل القياس	مجموعتي الدراسة الأدوات	المجموعة التجريبية (العلاج السلوكي والعلاج الدوائي الطبي معاً) ن = ١٠		المجموعة الضابطة (العلاج الدوائي الطبي فقط) ن = ١٠		الفروق بين المجموعتين التجريبية، الضابطة في نتائج القياس القبلي
		ع	م	ع	م	
التطبيق	توكيد الذات	٥٤,٧٤	٥,٠٤	٤٩,٦٥	٦,١١	٠,٨٤٦
الأول (القبلي)	زملة أعراض الفصام	٣١٤,٧٤	١٠,٥٣	٣١١,٦٩	٩,٤٧	٠,٨٥٥
مرحلة تحديد	المهارات الاجتماعية	١٩٥,١٨	٨,٨٤	١٩٤,٤٩	٨,٤٩	٠,٥٩٩
خط الأساس	الدلالة الاجتماعية	٦٩,٧٤	٤,٣٠	٧٠,٤٥	٤,٥٥	٠,٣٧٠

* قيمة (ف) الجدولية عند مستوى معنوية ٠,٠٥ ودرجات حرية ≈ 20 هي (١,٦٩) \leq

** قيمة (ف) الجدولية عند مستوى معنوية ٠,٠١ ودرجات حرية ≈ 20 هي (٢,١١) \leq

يتضح من الجدول السابق عدم وجود فروق جوهرية بين المجموعتين التجريبية والضابطة في الأداء على أدوات الدراسة في القياس القبلي (خط الأساس) ، ومن ثم فقد انطلقت التجربة العلاجية للدراسة الراهنة من خط أساس ليس به أية مشكلات أو تشويهاً منهجية.

- وتوضح الجداول التالية نتائج التدخلات العلاجية:

جدول (٥) الفروق بين مجموعتي الدراسة في الأداء على أدوات الدراسة
في (نتائج القياس البعدي)

مراحل القياس	مجموعتي الدراسة الأدوات	المجموعة التجريبية (العلاج السلوكي والعلاج الدوائي الطبي معاً) ن = ١٠		المجموعة الضابطة (العلاج الدوائي الطبي فقط) ن = ١٠		الفروق بين المجموعتين التجريبية، الضابطة في نتائج القياس البعدي
		م	ع	م	ع	
التطبيق الثاني (البعدي)	توكيد الذات	١٠٣,٢٩	٨,٤٧	٨٧,١٢	٦,٦٥	** ٢,٢٧٩
	زملة أعراض الفصام	٧٣,٥٦	٦,٤٣	١٠٣,٦٨	٧,٨٩	** ٢,٦٩٨
	المهارات الاجتماعية	٩٧,٥٥	٨,٧٠	٧٧,٠٥	٥,٩٥	** ٢,٦٩٨
	الدلالة الاجتماعية	٥٥,٨٥	٦,٢٣	٣٩,٠٧	٣,٦٢	* ١,٩٨٩

* قيمة (ف) الجدولية عند مستوى معنوية ٠,٠٥ ودرجات حرية ≈ 20 هي (١,٩٦) \leq

** قيمة (ف) الجدولية عند مستوى معنوية ٠,٠١ ودرجات حرية ≈ 20 هي (٢,١١) \leq

جدول (٦) الفروق بين مجموعتي الدراسة في الأداء على أدوات الدراسة خلال فترة المتابعة للبرنامج العلاجي للوقوف على استمرار كفاءة البرنامج العلاجي وتأثيره في التصدي لعلاج مرضى الفصام وتنمية مهاراتهم الاجتماعية

مراحل القياس	المجموعات الأدوات	المجموعة التجريبية (مجموعة العلاج السلوكي والعلاج الدوائي الطبي معاً) خلال فترة المتابعة العلاجية ن=١٠		المجموعة الضابطة (مجموعة العلاج الدوائي الطبي فقط) خلال فترة المتابعة العلاجية ن=١٠	
		م	ع	م	ع
التطبيق الثالث (المتابعة العلاجية)	توكيد الذات	٣٥,٥٩	٤,٣٦	٢٢,٧٦	١,٦٥
	زملة أعراض الفصام	٧٢,٨٦	٢,١٤	٩٣,٤٤	٦,٤٩
	المهارات الاجتماعية	٧٢,٦٨	٥,٣٦	٤٤,٣٦	٢,٣٦
	الدالة الاجتماعية	٤٩,٨٤	٤,٤٢	٢٢,٨٧	١,٨٠
					(أ، ب)

* قيمة (ف) الجدولية عند مستوى معنوية ٠,٠٥ ودرجات حرية ≈ 20 هي (١,٩٦) \leq

** قيمة (ف) الجدولية عند مستوى معنوية ٠,٠١ ودرجات حرية ≈ 20 هي (٢,١١) \leq

من الجدولين السابقين يتضح تحقق فروض الدراسة الآتية:

١. تحقق الفرض القائل بأنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات المجموعة التجريبية (من مرضى الفصام الذين تعرضوا

للبرنامج العلاجي) ومتوسط درجات المجموعة الضابطة (من مرضى الفصام الذين لم يتعرضوا للبرنامج العلاجي) على المهارات الاجتماعية وتوكيد الذات في القياس البعدي لصالح المجموعة التجريبية.

٢. تحقق الفرض القائل بأنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات المجموعة التجريبية (من مرضى الفصام الذين تعرضوا للبرنامج العلاجي) ومتوسط درجات المجموعة الضابطة (من مرضى الفصام الذين لم يتعرضوا للبرنامج العلاجي) على كل من الأعراض الإيجابية والسلبية في القياس البعدي لصالح المجموعة التجريبية.

٣. تحقق الفرض القائل بأنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات المجموعة التجريبية (من مرضى الفصام الذين تعرضوا للبرنامج العلاجي) ومتوسط درجات المجموعة الضابطة (من مرضى الفصام الذين لم يتعرضوا للبرنامج العلاجي) على المهارات الاجتماعية وتوكيد الذات في قياسات المتابعة لصالح المجموعة التجريبية.

٤. تحقق الفرض القائل بأنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات المجموعة التجريبية (من مرضى الفصام الذين تعرضوا للبرنامج العلاجي) ومتوسط درجات المجموعة الضابطة (من مرضى الفصام الذين لم يتعرضوا للبرنامج العلاجي) على كل من الأعراض الإيجابية والسلبية في قياسات المتابعة لصالح المجموعة التجريبية.

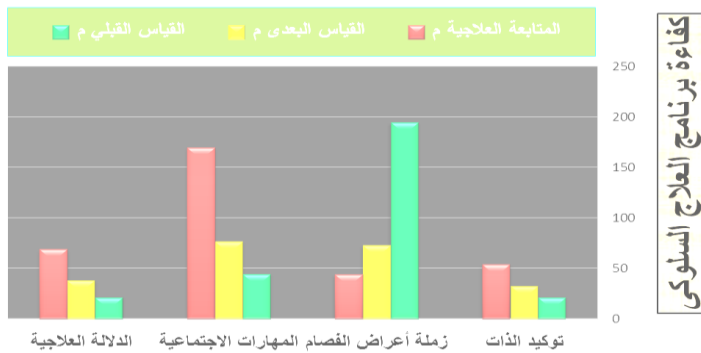
ثانياً: نتائج الفروق في الأداء داخل المجموعة التجريبية، التي تلقت العلاج السلوكي، والعلاج الدوائي الطبي معاً على أدوات الدراسة، وذلك بين القياسات المتعددة للمتغيرات التابعة لمتابعة التحسن من عدمه، عبر المراحل العلاجية المتتالية، وذلك باستخدام اختبار فريدمان (لوجود أكثر من قياسين لعينة واحدة)، ووفقاً لما يعرضه الجدول التالي رقم (٧):

جدول (٧) الفروق داخل المجموعة التجريبية عبر المراحل العلاجية المتتالية باستخدام اختبار فريدمان (كا^٢)

قيمة كا ^٢	المتابعة العلاجية		القياس البعدي		القياس القبلي		المراحل العلاجية الأدوات
	ع	م	ع	م	ع	م	
** ١٩,٦٧	١,٦٥	٥٤,٧٤	٢,١٧	٣٣,٣٨	٥,٠٤	٢٢,٧٦	توكيد الذات
** ١٧,٤٧	٣,٣٦	٤٤,٣٦	٦,٤٣	٧٣,٥٦	٨,٨٤	١٩٥,١٨	زملة أعراض الفصام
** ١٨,٩٨	٢,٩٨	١٧٠,٦٥	٥,٩٥	٧٧,٠٥	٨,٤٣	٤٥,١٢	المهارات الاجتماعية
** ١٩,٨٤	١,٨٠	٦٩,٧٤	٣,٦٢	٣٩,٠٧	٤,٣٠	٢٢,٨٧	الدلالة العلاجية

* كا^٢ الجدولية عند مستوى ٠,٠٥ ودرجات حرية ≈ 20 (٥٥,٧٥٨) \leq

** كا^٢ الجدولية عند مستوى ٠,٠١ ودرجات حرية ≈ 20 (٦٣,٦٩١) \leq



شكل (٢) : رسم بياني لمتوسطات أداء المجموعة التجريبية التي تلقت

برنامج العلاج السلوكي، خلال المراحل العلاجية المتتالية

بفحص الشكل السابق والرسم البياني الذي يعرضه، يتضح تحقق الفرضين الخامس والسادس للدراسة الراهنة وهما:

• توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات المجموعة التجريبية علي زملة أعراض الفصام (الإيجابية والسلبية) قبل تطبيق البرنامج العلاجي ومتوسط درجاتها على نفس الأعراض بعده وأثناء فترة المتابعة العلاجية لصالح متوسط الدرجات بعد تطبيق البرنامج العلاجي وأثناء فترة المتابعة.

• توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات المجموعة التجريبية على المهارات الاجتماعية وتوكيد الذات قبل تطبيق البرنامج العلاجي ومتوسط درجاتها على نفس المهارات وتوكيد الذات بعده وأثناء فترة المتابعة العلاجية لصالح متوسط الدرجات بعد تطبيق البرنامج العلاجي وأثناء فترة المتابعة.

كما تحقق أيضًا الفرض السابع والأخير للدراسة الراهنة وهو أن:

هناك تأثير إيجابي جوهري لبرنامج العلاج السلوكي من وجهة النظر الاجتماعية والأخلاقية، بين المجموعتين (التجريبية والضابطة)، وداخل المجموعة التجريبية، قبل تطبيق البرنامج العلاجي وبعده وأثناء فترة المتابعة العلاجية.

توصيات الدراسة:

١. ضرورة توظيف برامج للعلاج السلوكي لعلاج الفصام والاضطرابات النفسية المختلفة، في كافة أقسام ومستشفيات الصحة النفسية الحكومية والخاصة، في الدول العربية عامة، ومصر خاصة.
٢. ضرورة الجمع بين كل من العلاج السلوكي والعلاج الدوائي في علاج

مشكلات المرضى النفسيين عامة ومرضى الفصام خاصة والأعراض المرتبطة بهم، وعدم التركيز على دور العلاج الدوائي وحده في علاج الفصام.

٣. إمكانية الاستفادة من كافة الأساليب العلاجية المعرفية والسلوكية والمهارات الاجتماعية المستخدمة في البرنامج العلاجي، في تحقيق أعلى معدلات الوقاية من الانتكاسة.

٤. استخدام كافة أدوات التقييم في الدراسة الراهنة، في عدد من البحوث العلاجية في مجال علاج الفصام، يقوم بها الباحثون على عينات من مرضى الفصام عبر مراحل عمرية متفاوتة وعبر ثقافات مختلفة.

٥. النشر العلمي للبحوث العلاجية القائمة على وضع برامج علاجية ذات مراحل متتابعة بدءاً من مرحلة تحديد خط الأساس، ثم مرحلة التدخلات العلاجية، انتهاءً بمراحل التقييم والمتابعة قصيرة المدى، حتى تتحقق الاستفادة لكل من يرغب فيها.

• دراسات مقترحة:

١. استخدام برنامج العلاج السلوكي المطروح في الدراسة الراهنة كأداة تدريبية في عدد من الدورات التدريبية العملية، لتدريب الطلاب والطالبات والباحثين والباحثات والمعالجين والمعالجات الجدد، على كيفية تصميم البرامج العلاجية ذات الطابع السلوكي، وتطبيقاتها في مجال علاج الاضطرابات النفسية عامة، وفي مجال علاج الفصام خاصة.

٢. ضرورة وضع منهج تعليمي يستند على إجراءات علاجية لطلاب وطالبات علم النفس الإكلينيكي بمختلف الجامعات المصرية، بحيث يشمل هذا المنهج على أمثلة لبرامج علاجية ذات أسس علمية حديثة، يستفيد بها كل من يرغب في العمل في المجال العلاجي.

قائمة المراجع

- أحمد عكاشة (٢٠٠٣). الطب النفسي المعاصر. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية .
- السيد إبراهيم السمادوني (١٩٩٤). مفهوم الذات لدى أطفال ما قبل المدرسة في علاقته بالمهارات الاجتماعية لدى الوالدين. مجلة دراسات نفسية: ٤٥١،٤-٤٨٧
- روندا كارج، برود الفورد (٢٠٠٦). الاضطرابات العقلية (الذهانية). ترجمة: جمعة سيد عبد الله، محمد نجيب الصبوة، في: روبرت ليهي، دليل عملي تفصيلي لممارسة العلاج النفسي المعرفي في الاضطرابات النفسية. القاهرة: إيتراك للطباعة والنشر والتوزيع
- عبد اللطيف محمد خليفة (١٩٩٦). المهارات الاجتماعية في علاقتها بالقدرات الإبداعية وبعض المتغيرات الديموجرافية لدى طالبات الجامعة. حوليات كلية الآداب. الحولية السابعة عشر، الرسالة السادسة عشر بعد المائة.
- غريب عبد الفتاح (٢٠٠٧). الاضطرابات الاكتئابية: التشخيص، عوامل الخطر، النظريات والقياس. المجلة المصرية للدراسات النفسية، ٥٦ (١٧)، ٣٩ - ٩٧
- فهد بن عبد الله الدليم (٢٠٠٥). المهارات الاجتماعية لدى الفصاميين المراجعين والمنومين. دراسات عربية في علم النفس. ٤ (٨)، ١١ - ٥٠.
- وفاء الليثي (٢٠٠٧). البرنامج العالمي لمكافحة الوصمة والتمييز بسبب مرض الفصام. مجلة شبكة العلوم النفسية العربية، ٩، ١١٢ - ١٢٢.

- Aghotor, J., Pfueller, U., Moritz, S., Weisbrod, M., Roesch-Ely, D., (2010). Cognitive behavioral therapy for patients with schizophrenia (MCT): Feasibility and preliminary evidence for its efficacy. *J. Behav. Ther. & Exp. Psychiat*, 41,207-211.
- Andreasen, N. C. (2011). *Concept of schizophrenia: Past, present, and future (3rd ed.)*. In: D.R., Weinberger, P. J., Harrison, (Eds.). Schizophrenia. Oxford: 11-19, John Wiley & Sons.
- Balzan, R.P., Delfabbro, P.H., Galletly, C.A., Woodward, T.S., (2014). Cognitive behavioral therapy for Patients with Schizophrenia: Preliminary Evidence for a Targeted Single-Module Program. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 48 (12),1126-1136.
- Beck, A.T., Rector, N.A., Stolar, N., Grant, P., (2009). *Schizophrenia, cognitive theory, research, and therapy*. USA: Guilford Press.
- DSM-IV., (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (5th ed.). Washington: American Psychiatric Association (APA).
- Donker, T., Calear, A., Grant, J.B., Spijker, B.V., Fenton, K., Hehir, K.K., Cuijpers, P., Christensen, H., (2013). Suicide prevention in schizophrenia spectrum disorders and psychosis: a systematic review. *BMC Psychology*, 1(6), 1- 10.
- Favrod, J., Maire, A., Bardy, S., Pernier S., Bonsack, C.,(2011). Improving insight into delusions: a pilot study of Cognitive behavioral therapy for patients with schizophrenia. *Journal of Advanced Nursing*, 67(2), 401-407.
- Favrod, J., Rexhaj, S., Bardy, S., Ferrari, P. Hayoz, C., Moritz, S., Conus, P., Bonsack, C., (2014). Sustained antipsychotic effect of Cognitive behavioral therapy in psychosis: A randomized-controlled study. *European Psychiatry*, 29 (5), 275-281.
- Forbes, C.B., (2009). The negative symptom rating scale: initial evaluation of reliability and validity. *Doctoral dissertation*, University of Maryland: Faculty of the Graduate School.
- Gaagm, M.V., Nieman, D., Berg, D.V., (2013). *CBT for these at risk of a first episode psychosis*. USA: Routledge.
- Hovington, C.L., Bodnar, M., Joobar, R., Malla, A.K., Lepage, M., (2012). Identifying persistent negative symptoms in first episode psychosis. *BMC Psychiatry*, 6, 212- 224.

- Janssen, L, Krabbendam, L., Jolles, J., van Os, J., (2003). Alterations in theory of mind in patients with schizophrenia and non-psychotic relatives. *Acta Psychiatr Scand*, 108, 110-117.
- Kingdom, D.G., Turkington, D., (2005). *Cognitive therapy of schizophrenia*. New York: the Guilford Press.
- Kumar, D., Haq, M.Z., Dubey, L, Dotivala, K.N., Siddiqui, S.V., Prakash, R., et al. (2010). Effect of Cognitive behavioral therapy in the reduction of positive symptoms in schizophrenia. *European Journal of Psychotherapy and Counselling*, 12 (2), 149-158.
- Moritz, S., Woodward, T.S., (2007). Cognitive behavioral therapy for Schizophrenia Patients (MCT): A Pilot Study on Feasibility, Treatment Adherence, and Subjective Efficacy. *German Journal of Psychiatry*, 10 (3), 69-78.
- Moritz, S., Vitzthum, F., Veckenstedt, R., Randjbar, S., Woodward, T.S., (2010). Cognitive behavioral therapy in schizophrenia: from basic research to intervention. Kimball Tower: *Center for International Rehabilitation Research Information and Exchange (CIRRIE)*.
- Moritz, M., Vitzthuma, F., Randjbara, S., Veckenstedt, R., Todd S. Woodward, T.S., (2010). Detecting and defusing cognitive traps: Cognitive behavioral therapy intervention in schizophrenia. *Current Opinion in Psychiatry*, 23, 561-569.
- Moritz, S., Kerstan, A., Veckenstedt, R., Randjbar, S., Vitzthum, F., Schmidt, C., Heise, M., Woodward, T.S. (2011a). Further evidence for the efficacy of a Cognitive behavioral therapy group training in schizophrenia. *Behaviour Research and Therapy*, 49, 151- 157.
- Moritz, S., Veckenstedt, R., Randjbar, S., Vitzthum, F., Woodwar, T.S., (2011b). Antipsychotic treatment beyond antipsychotics: Cognitive behavioral therapy intervention for schizophrenia patients improves delusional symptoms. *Psychological Medicine*, 41, 1823- 1832.
- Moritz, S., Woodward, T.S., Stevens, C., Hauschildt, M., (2013). *Cognitive behavioral therapy for Psychosis (MCT)*. (5th ed.). Hamburg: VanHam Campus Press.
- Moritz, S., veckenstedt, R., bohn, F., kother, U., woodward, S., (2013a). Cognitive behavioral therapy in Schizophrenia. Theoretical Rationale and Administration, In: D., Roberts, D.L., Peen, (Eds.). *Social cognition in schizophrenia*. Oxford: University Press.

- Moritz, S., Veckenstedt, R., Bohn, F., Hottenrott, B., Scheu, F., Randjbar, S., Aghotor, J., Kother, U., Woodward, T.S., Treszl, A., Andreou, C., Pfueller, U., Roesch-Ely, D., (2013b). *Complementary group Cognitive behavioral therapy (CBT) reduces delusional ideation in schizophrenia. Schizophrenia Research, 151, 61-69.*
- Murali, T., Kumar, S.R., (2008). Symptoms of depression in schizophrenia. *Indian J Med Res, 127, 516-518.*
- Naughton, M., Nulty, A., Abidin, Z., Davoren, M., O'Dwyer, S., Kennedy, H.G., (2012). Effects of group Cognitive behavioral therapy on mental capacity and functioning in patients with psychosis in a secure forensic psychiatric hospital: a prospective-cohort waiting list controlled study. *BMC Research Notes, 4, 302-313.*
- Prakash, J., Mitra, A.K., (2008). Management of Negative Symptoms in Schizophrenia: Looking Positively. *Delhi Psychiatry Journal, 11 (1), 32- 38.*
- Ritsner, M.S., (2010). Is a Neuroprospective suitable for schizophrenic patients?. In: M.S., Ritsner. (EDs.). *Brain protection in schizophrenia, mood and cognitive disorders.* New York: Springer Science.
- Ruiz-Iriondo, M., Salaberria, K., Echeburua, E., (2013). Schizophrenia: Analysis and psychological treatment according to the clinical staging. *Actas Esp Psiquiatr, 41(1), 52-59.*
- Riggo, R (1990) social skills and self- esteem. *Personality and Individual Differences, 11(8), 649-680 .*