

فاعلية برنامج تدريبي للوعى بما وراء المعرفة فى خفض شدة بعض الأعراض السلبية لدى مرضى الفصام

أ. د. سهير فهيم الغباشى (*) محمود محمد سعد (*)

ملخص

هدفت الدراسة الراهنة إلى تقدير فاعلية وتأثير برنامج تدريب الوعى بالمعرفة فى خفض شدة بعض الأعراض السلبية لدى مرضى الفصام، وتكونت عينة الدراسة الحالية من مجموعتين من مرضى الفصام، تمثلت المجموعة الأولى فى المجموعة التجريبية (التي تعرضت لبرنامج تدريب الوعى بالمعرفة) والمجموعة الضابطة (لم تتلقى تدريب الوعى بالمعرفة) وبلغ قوام كل مجموعة (٢٢) مريضاً، تراوح المدى العمرى لمجموعتى الدراسة ما بين (٢٤ - ٥١) سنة، واستخدم الباحث اختبار الأعراض السلبية لتقييم فاعلية البرنامج التدريبي خلال مراحل القياس القبلى والقياس البعدى وقياس المتابعة، وقد انتهت الدراسة إلى قبول أغلب فروض الدراسة، فقد تبين وجود فروق جوهرية بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على الأعراض السلبية فى مرحلة المتابعة لصالح المجموعة التجريبية، رغم عدم ظهور تلك الفروق بين المجموعتين فى القياس البعدى، كما ظهرت تقديرات مرتفعة وآراء إيجابية فى البرنامج العلاجى بعد تطبيقه مباشرة وبعد فترة المتابعة..

(*) أستاذ علم النفس الإكلينيكي - كلية الآداب - جامعة القاهرة
(*) أخصائى نفسى إكلينيكي - للصحة النفسية - مستشفى العباسية

The efficacy of metacognitive training program in reducing severity of some negative symptoms in patients with schizophrenia

Prof. Dr. Soheir Elghobashy^(*) Mahmoud Mohamed saad^(*)

Abstract

This study aimed at assessing the efficacy of metacognitive training program (MCT) in reducing severity of some negative symptoms in patients with schizophrenia. The sample consisted of two groups of schizophrenic patients. The first group represents the experimental group (which was exposed to MCT) and the second group represents the control group (which wasn't exposed to MCT). Each group consisted of 22 patients. The age range was between 24 and 51 years. We used negative symptoms scale to evaluate the efficacy of the training program through pre, post and follow up assessments. The study ended with acceptance of most of the study hypotheses. There were significant differences between two groups on the negative symptoms in the follow-up test in favor of the experimental group, although there were no significant differences between the two groups in post test. The Patients also evaluated the training positively in post and follow up tests.

(*) Professor of Clinical Psychology, Faculty of Arts. Cairo University

(*) Clinical Psychologist, Abbasseia Psychiatric Hospital

مدخل إلى مشكلة البحث:

يعد اضطراب الفصام أحد أهم عشرة اضطرابات تسبب العجز لدى الشباب في مختلف بلدان العالم، حيث تقدر تكلفة علاج هذا الاضطراب وكذلك تكلفة تناقص إنتاجية الأفراد المصابين به في الولايات المتحدة الأمريكية بحوالي (٦٠) مليار دولار سنويًا، حيث يعاني مرضى الفصام من اختلالات وظيفية، تشمل الخلل في المهارات الاجتماعية، والشخصية، والدراسية أو الأكاديمية والمهنية، (Velligan & Alphas, 2008; Andreasen, 2011).

ويظهر مرضى الفصام مجموعة من الأعراض السلبية (مثل: عسر النطق أو الحبسة، وتسطح الوجدان، وانخفاض الدافعية، والعزلة الاجتماعية)، والتي تعد من الأعراض الأساسية في الفصام، ويصاحب تلك الأعراض مجموعة متنوعة من الأعراض الإيجابية والتي تتضمن بعض أنواع الهلوس (خصوصًا السمعية والبصرية والجسدية)، والضلالات، واضطراب التفكير، وفقدان الاستبصار (Kingdom&Turkington, 2005, 3; Perivoliotis& Cather, 2009).

وتميل الأعراض السلبية إلى أن تكون أكثر استقرارًا من الأعراض الإيجابية، وأكثر صعوبة في العلاج، وتشير الدراسات أن التحسن في الأعراض السلبية يصاحبه تحسن في الأداء الوظيفي (Velligan & Alphas, 2008).

وفي الأونة الأخيرة بدأت المناحي العلاجية للفصام (مثل العلاج المعرفي السلوكي) في إثبات وجودها وتناميها، خصوصًا لدى المرضى الذين لم يظهروا استجابة للعلاج الدوائي أو أظهروا استجابة طفيفة له، وكذلك بالنسبة لمن لم يستمروا في العلاج الدوائي بسبب الأعراض الجانبية أو فقدان الاستبصار، وقد اشتقت تلك العلاجات أو المناحي من الأبحاث المعرفية التي أجريت في مجال التشوهات المعرفية (والتي من بينها التحيزات المعرفية) لدى مرضى الفصام (Moritz, Woodward, Stevens&Hauschildt, 2013, 3; Aghotor, Pfueller, Moritz, Weisbrod, Roesch-Ely, 2010).

فقد ساعد الاهتمام الذي أحاط بدراسة التحيزات المعرفية كأحد عوامل نشأة اضطراب الفصام إلى ظهور صورة جديدة للعلاج المعرفي السلوكي عرفت بـ "تدريب الوعي بما وراء المعرفة" والذي تم تطويره من خلال "موريتز" و"ودورد" Moritz & Woodward، كعلاج أو تدريب يستهدف تلك التحيزات المعرفية، ويرتكز تدريب الوعي بما وراء المعرفة على الأسس النظرية للنماذج المعرفية السلوكية للفصام، ولكنه يستخدم منحى أو طرقاً علاجية مختلفة بعض الشيء، حيث أنه يهتم في الأساس بخلق وعي لدى المريض حول تلك التحيزات المعرفية ومساعدة المرضى على التغيير من خلال التدريبات والتعليم، وتزويدهم بمعلومات مباشرة حول تحيزاتهم، والذي بدوره يمكن أن يؤدي إلى تقليل شدة المعتقدات الضلالية والاعتقاع بها، فتدريب الوعي بما وراء المعرفة يهدف بشكل أساسي إلى تغيير البنية المعرفية الأساسية أو البنية المعرفية التحتية للتفكير الضلالي (Moritz, et al., 2013, 3, 4; Balzan, Delfabbro, Galletly & Woodward, 2012; Moritz, Vitzthum, Veckenstedt, Randjbar & Woodward, 2010, 1; Gaagm, Nieman & Berg, 2013, 19).

كما يُعد العلاج المعرفي السلوكي من العلاجات النفسية المساعدة والواعدة في علاج الأعراض السلبية، والتي تمثل انعكاساً للخلل المعرفي العصبي ولأحداث الحياة الضاغطة، حيث يقوم العلاج المعرفي السلوكي بدور مهم في علاج تلك المعتقدات، خصوصاً ما يتعلق بوصمة المرض النفسي (Perivoliotis & Cather, 2009)، كما لم يحظ تدريب الوعي بما وراء المعرفة بالدراسة الكافية للكشف عن دوره في خفض الأعراض السلبية.

تساؤلات الدراسة:

- 1- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب مجموعة مرضى الفصام الذين تعرضوا للبرنامج العلاجي و رتب مجموعة مرضى الفصام الذين لم يتعرضوا للبرنامج العلاجي في القياس البعدي للأعراض السلبية؟

٢- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطى رتب المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة فى الأعراض السلبية عند نهاية فترة المتابعة؟

٣- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطى رتب المجموعة التجريبية فى الأعراض السلبية قبل وبعد تطبيق البرنامج العلاجى؟

٤- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطى رتب المجموعة التجريبية فى الأعراض السلبية فى القياس القبلى وقياس المتابعة؟

٥- هل يوجد تأثير إيجابى ملموس للبرنامج العلاجى على حياة المرضى وأعراضهم المرضية، من منظور المرضى أنفسهم، بعد انتهاء البرنامج وأثناء فترة المتابعة؟

أهمية الدراسة:

١- تلقى الضوء حول دور التحيزات المعرفية فى نشأة واستمرار الأعراض السلبية لدى مرضى الفصام، ودور الوعى بتلك التحيزات فى تقليل حدة تلك الأعراض.

٢- الحاجة لاختبار فاعلية نموذج علاجى متعدد الأساليب لضبط أعراض الفصام، حيث يتم دمج عناصر من العلاج المعرفى السلوكى، والتعليم النفسى، والعلاج المعرفى معاً (Moritz, Vitzthuma, Randjbara, Veckenstedt, Todd, Woodward, 2010).

٣- إلقاء الضوء على مدى فاعلية برنامج تدريب الوعى ليشمل الأعراض السلبية للفصام التى لم تحظ بالاهتمام الكاف المناظر للاهتمام بالأعراض الإيجابية.

٤- يعد تدريب الوعى بالمعرفة- وفقاً للصورة المستخدمة فى الدراسة الراهنة- من العلاجات الجماعية وبالتالي فهو يتميز بتوفير الوقت والجهد والتكلفة خصوصاً مع تزايد أعداد مرضى الفصام داخل المستشفيات النفسية (Kumar, Haq, Dubey, Dotivala, Siddiqui, Prakash et al., 2010).

المفاهيم والإطار النظري:

أولاً: مفاهيم الدراسة:

١- مفهوم الفصام: يعرف الفصام بأنه: اضطراب ذهاني يتميز بمجموعة من الأعراض النفسية والعقلية، التي تؤدي -إن لم تعالج في بدء الأمر- إلى اضطراب وتدهور في الشخصية والسلوك، وأهم هذه الأعراض: اضطراب التفكير والوجدان والإدراك والإرادة والسلوك (أحمد عكاشة، ٢٠٠٣، ٢٩٦)، وتنقسم أعراض الفصام إلى أعراض إيجابية وأعراض سلبية، ويسبب كلا النوعين من الأعراض مشاكل خاصة في السلوك الاجتماعي، وتظهر تلك الأعراض بنسب متفاوتة في معظم المرضى في مختلف مراحل الاضطراب (Kingdom&Turkington, 2005, 19)، وسوف ينصب اهتمامنا على الأعراض السلبية.

٢- مفهوم الأعراض السلبية للفصام: تشير إلى: فقدان أو نقصى أداء الوظائف الطبيعية، وتشمل تلك الأعراض: فقدان المتعة (المرتبط بممارسة الأنشطة الممتعة)، وفقدان الإرادة، والعزلة الاجتماعية (فقدان القدرة على التفاعل الاجتماعي)، واللامبالاة (فقدان الشعور)، وعسر النطق أو الحبسة (ضعف إنتاج الكلام)، وضعف الانتباه (Prakash&Mitra, 2008, Stahle, 2013)، (81).

وتصنف الأعراض السلبية إلى أعراض سلبية أولية وأعراض سلبية ثانوية، حيث تعد الأعراض السلبية الأولية جزءاً لا يتجزأ من عملية الفصام، أما الأعراض السلبية الثانوية فتكون مستحدثة من خلال عوامل ثانوية، مثل: الأعراض الاكتئابية، أو التأثير الجانبي للدواء أو غيرها، أما عن أهم الأعراض السلبية فنوجزها فيما يلي:

أ- التعبيرات الانفعالية المتناقصة أو المحدودة: وهي تعنى: قصور في التعبير عن الانفعالات من خلال الوجه، والتواصل بالعين، وتنغيم الكلام (بحيث يكون الكلام غير مصاحب بأية انفعالات)، وحركات

اليدين والرأس، بالإضافة إلى تبدل الانفعالات والذي يعكس محدودية في مدى وشدة التعبيرات الانفعالية (Stahle, 2013, 88; DSM-5, 2013, 82).

ب- انعدام الإرادة: وهي تعنى: انخفاض في الأنشطة الدافعية والسلوكيات الموجهة نحو هدف، والاهتمام المتناقص بالعمل والأنشطة الاجتماعية، وعدم القدرة على اتمام مهام الحياة اليومية، وعدم الاهتمام بالمظهر الخارجى (Stahle, 2013, 82; DSM-5, 2013, 82).

ج- فقدان المتعة: وهي تعنى: انخفاض القدرة على التلذذ بالمثيرات السارة أو الإيجابية، وتناقص في تذكر الأحداث أو الخبرات الممتعة السابقة (Stahle, 2013, 88; DSM-5, 2013, 82).

د- ضعف التواصل الاجتماعى: وهي تعنى نقص الحاجة للتفاعلات الاجتماعية، وربما تكون مصاحبة لانعدام الإرادة، كما يمكن أن تظهر في محدودية فرص التفاعلات الاجتماعية، وضعف الاهتمام الجنىسى، وعدم الرغبة في بناء صداقات جديدة، وعدم الاهتمام أو تجنب قضاء الوقت مع الاصدقاء (Stahle, 2013, 88; DSM-5, 2013, 82).

هـ- عسر النطق أو الحبسة: وهي تعنى خلل وظيفى فى التواصل، ومحدودية فى طلاقة وانتاج الأفكار والكلام، بحيث يتحدث المريض قليلاً وبكلمات قليلة إذا أُجبر على التواصل اللفظى (Stahle, 2013, 81, 82).

٣- مفهوم الوعى بما وراء المعرفة: يعرف الوعى بالمعرفة من وجهة نظر تجريبية معرفية بأنه: القدرة العامة على التفكير فى كافة شئون عملية التفكير، وهو يتضمن بشكل عام الوعى بالعمليات العقلية للفرد، وبقابلية الأفكار للخطأ، والقدرة على استنتاج المشاعر من وجوه الآخرين، والفهم المعرفى لأفكار ومعتقدات ونوايا الآخرين (Favrod, Rexhaj, Bardy, Ferrari, Hayoz, Moritz et al., 2014).

ثانياً: الإطار النظري:

تفسر النماذج المعرفية- من بينها نموذج بيك- الفصام من خلال مفهوم "التشوّهات المعرفية" (والتي من بينها التحيزات المعرفية) ومن المفترض أن هذه التحيزات تدعم ظهور واستمرار الأعراض الذهانية خصوصاً الضلالات والهالوس، وتصيب تلك التحيزات أنماطاً من النشاط المعرفي مثل: أسلوب العزو، وأسلوب اتخاذ القرار، والإدراك الاجتماعي، والوعي بالمعرفة، وتظهر تلك التحيزات أثناء معالجة أنواع معينة من المعلومات (Moritz & Woodward, 2007; Kingdom & Turkington, 2005, 4; Kumar et al., 2010).

وتشير التحيزات المعرفية إلى: تفضيلات أو ميول للاستجابة تحدث أثناء معالجة المعلومات وتعمل على إثارة الخبرة الضلالية (Favrod, et al., 2014)، وفيما يلي نعرض لأهم أنواع التحيزات المعرفية التي أشارت الدراسات إلى وجودها لدى مرضى الفصام، ويستهدفها تدريب بالمعرفة:

أ- العزو (التفسير السببي) أو تحيز العزو الخارجي: حيث يميل مرضى الفصام إلى لوم الآخرين على فشلهم، كما ينسبون النجاح لأنفسهم بدلاً من الآخرين، كما لاحظ "موريتز" وزملاؤه في دراسة حديثة له صورة مختلفة من هذا النمط لدى المرضى على نحو يميزهم عن الأسوياء، حيث وجد أن المرضى ممن لديهم ضلالات حادة يعزون أسباب الأحداث الإيجابية والسلبية على السواء إلى الآخرين، وهو ما اعتبره بمثابة فقدان مدرك للسيطرة لدى المرضى (Moritz, veckenstedt, 2013a; Moritz & Woodward, 2007, 8; Moritz, et al., 2013).

ب- القفز إلى الاستنتاجات والحاجة للإغلاق: حيث يميل مرضى الفصام إلى الوصول لأحكام قوية بناءً على أدلة ضعيفة، حتى في المواقف التي لا يظهر فيها محتوى ضلالي واضح، وتشير بعض الدراسات إلى أن مرضى الفصام يظهرون حاجة متزايدة إلى الإغلاق والتيقن أو

- الوضوح، وبالتالي فهم لديهم مشكلات فى تحمل الغموض والنهيات المفتوحة (Moritz & Woodward, 2007; Moritz, et al., 2013, 24).
- ج- التحيز للأدلة غير المؤكدة وتحيز القبول المتساهل (أو المنحرف): وهو يعنى ضعف فى قدرة المرضى على النظر بشكل كامل والاعتراف بالحجج أو الأدلة المضادة لاستدلالاتهم والتشبث بقوة بأفكارهم (Moritz & Woodward, 2007).
- د- خلل الإدراك الاجتماعى: يشير إلى عدم قدرة المرضى على استنتاج الحالات النفسية (المعتقدات، والأفكار والنوايا) للآخرين، وبالتالي يقعون فى أخطاء عند تفسيرهم لسلوك الآخرين والتنبؤ به، كما يظهر مرضى الفصام صعوبة فى المواقف التى تتطلب الأخذ بوجهة نظر الآخرين والتعاطف معهم، ويكون لديهم إدراكاً مشوهاً لدوافع الآخرين وأفعالهم مما قد يؤدى إلى مشكلات عند التفاعل الاجتماعى مع الآخرين (Janssen, Krabbendam, Jolles, van Os, 2003; Moritz, et al., 2013, 24).
- هـ- الثقة الزائدة فى الأخطاء (مشكلات الوعى بالذاكرة): حيث يظهر مرضى الفصام ثقة زائدة فى تفسيراتهم لكافة المواقف الحياتية، ويصبح لدى الأشخاص ميلاً للمبالغة فى تقدير قدراتهم، وهذه الثقة المفرطة فى تفسيراتهم وقدراتهم عادة ما تعزز الأحكام الخاطئة لدى هؤلاء المرضى إذا ما قورنوا بالأسوياء، وقد وُجد هذا التحيز بصورة كبيرة فى الدراسات التى اهتمت بتقييم أداء مرضى الفصام على مهام تتعلق بالذاكرة (Ramos & Torres, 2016).
- و- المخططات المعرفية السلبية: يظهر العديد من مرضى الفصام انخفاضاً فى تقدير الذات، ويصاحب ذلك معدلات مرتفعة من الاكتئاب والانتحار، وهناك جدل مستمر حول ما إذا كانت أفكار العظمة تعد استراتيجيات مواجهة غير وظيفية لرفع تقدير الذات، كما أن ضلالات الاضطهاد قد تعزز من شعور الشخص بأهمية ذاته، فالكفاح البطولى ضد الأرواح

الشريرة، ووجود مزيد من الأعداء، والمزيد من المكانة قد يخلق أهدافاً رائعة جديدة فى حياة المريض (Moritz et al., 2013, 33).

الدراسات السابقة:

قام "موريتز" و"ودوارد" بدراسة هدفت إلى الكشف عن الفعالية الذاتية وجدوى تدريب الوعى بالمعرفة لمرضى الفصام بالمقارنة بالعلاج المعرفى، وأظهرت النتائج عدم وجود فروق جوهرية بين المجموعتين على مقياس الأعراض السلبية، كما أظهرت مجموعة تدريب الوعى بالمعرفة وجود فعالية ذاتية (مدركة من قبل المرضى) مقارنة بمجموعة العلاج المعرفى، حيث أظهرت مجموعة تدريب الوعى بالمعرفة ارتفاعاً جوهرياً على بعض المقاييس الذاتية لاستبيان التقدير الذاتى لفاعلية التدخل العلاجى، الخاصة بكون البرنامج ممتعاً، وغير ممل، وأنهم يطبقون ما تعلمونه فى حياتهم اليومية، وأنهم يوصون الآخرين بالمشاركة فى ذلك التدريب (Moritz & Woodward, 2007).

كما قامت "جوليا آجوتور" وزملائها بدراسة هدفت إلى الكشف عن آراء المرضى حول تدريب الوعى بالمعرفة، وتكونت عينة الدراسة من مجموعتين، هما: المجموعة التجريبية (التي تعرضت لتدريب الوعى بالمعرفة)، وتكونت من ١٦ مريضاً فصامياً، والمجموعة الضابطة النشطة (مجموعة مناقشة أخبار الصحف اليومية) وتكونت من ١٤ مريضاً فصامياً، وأظهر تدريب الوعى بالمعرفة عائداً إيجابياً فى المجموعة التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة (Aghotor et al., 2010).

وفى نفس السياق قام "موريتز" وآخرون بدراسة هدفت إلى اختبار فعالية تدريب الوعى بالمعرفة فى اضطراب الفصام، وتكونت عينة الدراسة من ٣٦ من مرضى الفصام فى حالة تحسن أو فى حالة تحت الحادة، تم توزيعهم عشوائياً على مجموعتين، إحداهما تمثل المجموعة التجريبية، وهى

مكونة من ١٨ مريضاً (تتعرض لتدريب الوعى بالمعرفة)، وتمثل المجموعة الأخرى المجموعة الضابطة وهى مكونة من ١٨ مريضاً (تتلقى العلاج الاعتيادى)، وقد أظهرت النتائج عدم وجود فروق جوهرية بين مجموعتى الدراسة على الأعراض السلبية، وعلى الرغم من ذلك كانت هناك كانت ذاتية لدى مجموعة تدريب الوعى بالمعرفة خصوصاً ما يتعلق بالرغبة فى تطبيق ما تم تعلمه من البرنامج فى الحياة اليومية، ويكون البرنامج جزء مهم فى العلاج، ومفيد وممتع، وبوجود رغبة لحت الآخرين على الانضمام للبرنامج، وبأن البرنامج واضح (Moritz, Kerstan, Veckenstedt, Randjbar, Vitzthum, Schmidt, Heise&Woodward, 2011a).

وفى دراسة أخرى لـ "موريتز" وآخرين على ٤٨ من مرضى الفصام، هدفت إلى اختبار فاعلية تدريب الوعى بالمعرفة مقارنة بالعلاج المعرفى، تم توزيع أفراد العينة عشوائياً على مجموعتين، أحدهما تمثل المجموعة التجريبية، وهى مكونة من ٢٤ مريضاً (تتلقى تدريب الوعى بالمعرفة الفردى)، وتمثل المجموعة الأخرى المجموعة الضابطة النشطة، وهى مكونة من ٢٤ مريضاً (تتلقى العلاج المعرفى)، وقد أظهرت النتائج وجود فروق بين مجموعتى الدراسة لصالح مجموعة تدريب الوعى بالمعرفة على استبيان الفاعلية الذاتية (أكثر فائدة على ٦ من ١٠ بنود) (Moritz, Veckenstedt, Randjbar, Vitzthum&Woodwar, 2011b).

أما "بالزان" Balzan فقد أجرى دراسة على عينة مكونة من ٢٨ مريضاً فصامياً لديهم ضلالات طفيفة (من المرضى الخارجيين) وكان جميع المرضى يأخذون مضادات ذهانية، تم تقسيم العينة إلى مجموعتين، حيث تكونت المجموعة الأولى من ١٤ مريضاً تعرضت لبرنامج تدريب الوعى بالمعرفة، وتكونت المجموعة الثانية من ١٤ مريضاً تعرضت للعلاج الاعتيادى، وقد أظهرت النتائج وجود تقييمات ذاتية إيجابية للبرنامج من حيث: فائدته، وأهميته، ووضوحه، ودوره فى مساعدة المرضى على أداء المهام اليومية، وكونه ممتعاً، وبرغبتهم فى حت الآخرين على الانضمام

للبرنامج، وسهولة تطبيقه في الحياه اليومية، واستمرت التقييمات الإيجابية في المتابعة والتي تمثلت في كونه مفيداً لهم في الحياة اليومية، والرغبة في تطبيق المبادئ التي تعلموها، والرغبة في حث الآخرين على الاشتراك في البرنامج، وبكون البرنامج فعال في التعامل مع معتقداتهم وأفكارهم الخاصة، وبكونه جزءاً مهماً من العلاج (Balzan et al., 2012).

كما قدم "توتون" Naughton وآخرون دراسة هدفت إلى فحص فاعلية تدريب الوعي بالمعرفة على الأعراض السلبية، وتكونت عينة الدراسة من ١٩ مريضاً من المرضى الداخليين، تم تشخيصهم بالاضطراب الذهاني (١٥ مريضاً فصامياً، و٣ مرضى فصام وجداني، ومريض واحد اضطراب الاكتئاب الرئيسي المصاحب بأعراض ذهانية) وتم توزيعهم على مجموعتين، أحدهما هي المجموعة التجريبية وتكونت من ١١ مريضاً، والأخرى هي المجموعة الضابطة وتكونت من ٨ مرضى، وأظهرت النتائج عدم وجود فروق جوهرية على مقياس الأعراض السلبية (Naughton, Nulty, Abidin, Davoren, O'Dwyer & Kennedy, 2012).

وفي دراسة أخرى أجراها "موريتز" هدفت إلى الكشف عن فاعلية وتأثير تدريب الوعي بالمعرفة في خفض الأعراض السلبية مقارنة بالعلاج المعرفي لدى مرضى الفصام، وتكونت عينة الدراسة من ١٥٠ مريضاً باضطرابات الطيف الفصامي، تم توزيعهم على مجموعتين، تكونت المجموعة التجريبية من ٧٦ مريضاً يتلقون تدريب الوعي بالمعرفة، وتكونت المجموعة الضابطة النشطة من ٧٤ مريضاً يتلقون العلاج المعرفي، وقد أظهرت النتائج عدم وجود فروق جوهرية بين مجموعتي الدراسة على الأعراض السلبية، وقد أعطى المشاركون في المجموعة التجريبية تقديرات إيجابية للبرنامج على ثلاث بنود (من أصل عشرة بنود) مقارنة بالمجموعة الضابطة في القياس البعدي، كما أعطوا تقديرات إيجابية بشكل جوهري على خمسة بنود (من أصل تسعة بنود) مقارنة بالمجموعة الضابطة في قياس

المتابعة (Moritz, Veckenstedt, Bohn, Hottenrott, Scheu, Randjbar et al., 2013b).

تعقيب عام على الدراسات السابقة:

- ١- على الرغم من اهتمام أغلب الدراسات بفاعلية تدريب الوعى بالمعرفة على خفض الأعراض الإيجابية كانت هناك ندرة فى الاهتمام بالأعراض السلبية. وقد ظهر تعارض كبير فيما يتعلق بفاعلية تدريب الوعى بالمعرفة فى خفض الأعراض السلبية.
- ٢- اهتمت بعض الدراسات بتقدير تأثير برنامج تدريب الوعى بالمعرفة، من خلال التعرف على جدوى البرنامج من منظور المرضى أنفسهم، وأظهرت وجود تأثير جوهري لبرنامج التدريب، بل كانت هناك فروق لصالح تدريب الوعى بالمعرفة إذا ما قورن بالعلاج المعرفى.
- ٣- لم تقم بعض الدراسات بتضمين فترة المتابعة رغم أهميتها، كما اقتصرت المتابعة فى دراسات أخرى على فترة متابعة واحدة، ولم تزد فترة المتابعة فى جميع الدراسات عن ستة أشهر، رغم حاجة نتائج التدخل لتقدير مدى استمرارها.
- ٤- اعتمدت أغلب الدراسات السابقة على تدريب الوعى بالمعرفة الجماعى (حيث تراوح أعداد المرضى فى الجلسة الواحدة ما بين ٤ - ٩ أشخاص)، فى حين كانت هناك ندرة شديدة فى الدراسات التى تناولت تدريب الوعى بالمعرفة الفردى.
- ٥- لم يكن هناك تجانس بين أفراد العينة فى أغلب الدراسات حيث اشتملت على مرضى فصام ومرضى فصام وجدانى ومرضى الاضطراب الضلالى واضطراب الاكتئاب الأساسى، والذى ربما كانت له آثار على نتائج تلك الدراسات.

٦- من خلال عرض الدراسات السابقة يتضح عدم وجود دراسة واحدة- في حدود علم الباحث- أجريت في البيئة العربية لاختبار فاعلية وتأثير برنامج تدريب الوعي بالمعرفة على خفض أعراض الفصام.

فروض الدراسة:

١- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب مجموعة مرضى الفصام الذين تعرضوا للبرنامج العلاجي (المجموعة التجريبية) ومتوسط رتب مجموعة مرضى الفصام الذين لم يتعرضوا للبرنامج العلاجي (المجموعة الضابطة) على الأعراض السلبية في القياس البعدى (بعد تطبيق البرنامج) لصالح المجموعة التجريبية.

٢- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب المجموعة التجريبية ومتوسط رتب المجموعة الضابطة على الأعراض السلبية عند نهاية فترة المتابعة لصالح المجموعة التجريبية.

٣- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب المجموعة التجريبية على الأعراض السلبية قبل تطبيق البرنامج العلاجي ومتوسط الرتب على نفس الأعراض بعده لصالح الدرجات بعد تطبيق البرنامج العلاجي.

٤- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب المجموعة التجريبية على الأعراض السلبية في القياس القبلى ومتوسط الرتب على نفس الأعراض في قياس المتابعة لصالح الدرجات في قياس المتابعة.

٥- يوجد تأثير إيجابى ملموس للبرنامج العلاجي على حياة المرضى وأعراضهم المرضية، من منظور المرضى أنفسهم، بعد انتهاء البرنامج وأثناء فترة المتابعة.

منهج الدراسة وإجراءاتها:

- ١- **منهج الدراسة:** تتبع الدراسة الراهنة المنهج شبه التجريبي ومن ثم فهي تدخل في إطار البحوث شبه التجريبية المقارنة.
- ٢- **التصميم التجريبي:** اتبعت الدراسة الراهنة تصميم القياس القبلي البعدي المتكرر مع استخدام العينة الضابطة المتكافئة، وتتمثل المراحل الإجرائية للدراسة الحالية في: القياس القبلي لتقييم الأعراض السلبية قبل إجراء التدخل العلاجي، ثم تقديم التدخل العلاجي للمجموعة التجريبية، يليها مباشرة القياس البعدي للأعراض السلبية، لتنتهي إجراءات الدراسة بقياس المتابعة بعد ٦ شهور من تقديم البرنامج العلاجي.
- ٣- **عينة الدراسة:** تكونت عينة الدراسة الحالية من مجموعتين، هما: المجموعة التجريبية التي تلقت جلسات برنامج تدريب الوعى بالمعرفة، والمجموعة الضابطة التي تعرضت لجميع الإجراءات التي تعرضت لها المجموعة التجريبية فيما عدا برنامج تدريب الوعى بالمعرفة، وبلغ قوام كل مجموعة (٢٢) مريضاً من مرضى الفصام الذكور، ويبين جدول (١) أعداد المشاركين من المجموعتين عبر مراحل الدراسة الثلاث.

جدول (١)

أعداد عينة الدراسة عبر مراحلها المختلفة

المرحلة	القياس القبلي	القياس البعدي	المتابعة الثانية
المجموعة التجريبية	٢٢	٢٢	٢٠
المجموعة الضابطة	٢٢	٢٢	١٧

وقد روعي التكافؤ بين مجموعتي الدراسة على المتغيرات الديموجرافية (العمر، والمستوى التعليمي، والحالة الاجتماعية والحالة الوظيفية)، وعلى المتغيرات الإكلينيكية (مدة المرض، وعدد مرات دخول المستشفى، والجلسات الكهربائية، والأعراض الإيجابية، والاضطرابات النفسية

المصاحبة، والعلاج الدوائى)، حيث اظهرت مجموعتى الدراسة عدم وجود فروق جوهرية على تلك المتغيرات فى القياس القبلى.

٤- الدراسة الاستطلاعية: قام الباحث بعمل دراستين استطلاعتين، هدفت الدراسة الاستطلاعية الأولى إلى تقدير الكفاءة القياسية (الثبات والصدق) لأدوات الدراسة، وتكونت من مجموعتين من الذكور، حيث تكونت المجموعة الأولى من ٢٠ مريضاً بالفصام، بينما تكونت المجموعة الأخرى من ٢٠ من الأسوياء، وقد روعى التكافؤ بين مجموعتى الدراسة (حالة مقابل حالة) فى العمر ومستوى التعليم ونسبة الذكاء، وهدفت الدراسة الاستطلاعية الثانية إلى التحقق من ثبات المقدرين لاختبار الاعراض السلبية (أحد الاختبارات الفرعية لاختبار زملة الأعراض الإيجابية والسلبية)، وقد تكونت عينة تلك الدراسة من مجموعتين، تكونت المجموعة الأولى من (١٠) من مرضى الفصام، وتكونت المجموعة الثانية من (١٠) من الأسوياء، حيث تم التطبيق على كل شخص داخل تلك الدراسة مرتين من خلال اثنين من المقدرين أحدهما الباحث الحالى والآخر إحدى المتدرجات بمستشفى العباسية والتي تم تدريبها جيداً على تطبيق الاختبار.

٥- أدوات الدراسة:

(أ) اختبار زملة الأعراض الإيجابية والسلبية: يتكون هذا الاختبار من ثلاثة اختبارات فرعية، هما اختبار الأعراض الإيجابية واختبار الأعراض السلبية واختبار الأعراض العامة، وقد استخدم الباحث فى تلك الدراسة اختبار الأعراض السلبية فقط، وهو يتكون من ٧ بنود لقياس الأعراض السلبية التى تتمثل فى: تبدل المشاعر، والانسحاب الوجدانى، وضعف الشعور بالألفة، والانسحاب الاجتماعى السلبى/ المتبدل، وصعوبة التفكير التجريدى، وفقدان التلقائية والتدفق فى الحوار، والتفكير النمطى أو المتقولب (Linden, Tabascheel & Rettig, 2007).

وأمام كل بند من تلك البنود (٧) بدائل متدرجة في الشدة يختار منها الفاحص بناءً على التقرير الذاتى للمريض وملاحظات كل من الأهل وطاقم التمريض فضلاً عن الملف الطبى أعلى بديل يتطابق مع حالة المريض (Linden et al., 2007).

(ب) استبيان التقدير الذاتى لتأثير التدخل العلاجى (ترجمة وإعداد الباحث): وضع هذا الاختبار "موريتز" وزملاؤه وهو يهدف إلى تقييم مدى شعور المشاركين بجدوى البرنامج العلاجى وفاعليته الذاتية وتأثيره (Moritz et al., 2013b)، وقد قام الباحث بترجمة وإعداد هذا الاختبار، وهو ينقسم إلى جزئيين؛ الجزء الأول مكون من ٩ بنود لتقييم آراء المشاركين فى البرنامج فى القياس البعدى، والجزء الثانى مكون من ٩ بنود لتقييم آراء المشاركين فى قياس المتابعة، وقد خضع هذا الاختبار مع سائر أدوات الدراسة لإجراءات التحكيم والتنقية أو التعديل، والتحقق من الصلاحية القياسية التى سيأتى بيانها فى مواضع تالية.

(ج) قائمة الأعراض المعدلة (SCL- 90- R): وضع تلك القائمة ديروجيتس Derogatis و"ليمان" Lipman و"كوفى" Covi، وقام بترجمتها وتقنينها على عينة مصرية عبد الرقيب أحمد البحيرى، وهو اختبار تقرير ذاتى تشخيصى، لتشخيص الأعراض السلوكية، وقد أظهرت جميع الاختبارات الفرعية بالقائمة معاملات ثبات وصدق مرتفعة (عبد الرقيب أحمد البحيرى، ٢٠٠٥، ١)، ويتم تطبيقه بهدف المساعدة فى عملية فرز الحالات عند اختيار عينة الدراسة، حيث يتم استبعاد من ارتفعت درجاتهم على اختبار الاكتئاب، كما يهدف إلى التعرف على الاضطرابات والأعراض النفسية المصاحبة لاضطراب الفصام لدى المشاركين.

وهو يتكون من ٩٠ بنداً، تعكس كل مجموعة بنود طائفة من الأعراض الخاصة بأحد الاضطرابات النفسية أو المزاجية، هى: الأعراض الجسمانية، والوسواس القهرى، الحساسية التفاعلية، والاكتئاب، والقلق،

والعداوة، والمخاوف، وتتراوح الدرجة على كل بند بين (٠ - ٤)، ويطلب من المشاركين اختيار بديل من خمسة بدائل متصاعدة الشدة.

(د) اختبار يونج المتدرج للهوس (ترجمة الباحث): يعد هذا الاختبار من أكثر الاختبارات شيوعاً لقياس الأعراض الهوسية، وقد استخدم هذا الاختبار في الدراسة الحالية للمساعدة في عملية فرز الحالات لتكوين عينة الدراسة، حيث يتم استبعاد من تزيد درجاتهم عن (٢٥) درجة على هذا الاختبار (محمود محمد سعد، ٢٠١٣، ٩٨).

ويتكون هذا الاختبار من ١١ بنداً، تمثل أعراض الهوس، ويتكون كل بند من (٥) بدائل متدرجة في الشدة يختار منها المشارك أعلى بديل يتطابق مع حالته، ويعتمد هذا الاختبار على التقدير الذاتي للمريض والملاحظة الإكلينيكية له معاً.

(هـ) اختبار المفردات: هو أحد المقاييس الفرعية لاختبار وكسلر لذكاء الراشدين (الصورة الثالثة)، وهو يتكون من قائمة من الكلمات (٤٢ كلمة) متدرجة الصعوبة، حيث يطلب من المشارك أن يذكر معنى كل كلمة على حدة، ويعد هذا الاختبار من أفضل الاختبارات لقياس القدرات العقلية العامة واللفظية (Aran, Vieta, Colom, Torrent, Moreno, Peinares et al., 2004)، وقد استخدمنا هذا الاختبار بهدف استبعاد من تقل درجاتهم عن (٧) درجات معيارية، ويتم تقدير الدرجات وفقاً لكتيب التعليمات لمقياس وكسلر لذكاء الراشدين (الصورة الثالثة).

٦- تقدير الكفاءة السيكومترية للأدوات:

أ- الثبات:

١- إعادة الاختبار: تم حساب الثبات بإعادة الاختبار لجميع اختبارات الدراسة، وكانت نتائج هذا الإجراء كما هو مبين في جدول (٢).

٢- معامل ألفا: كما تم استخدام طريقة ألفا مع اختبار الأعراض السلبية كما هو مبين في جدول (٢).

جدول (٢)

معاملات ثبات جميع اختبارات الدراسة لمجموعتى المرضى والأسوياء

مجموعة الأسوياء ن = ٢٠		مجموعة المرضى ن = ٢٠		المجموعات المقاييس الفرعية
ألفا	إعادة الاختبار	ألفا	إعادة الاختبار	
٠.٥٣	٠.٩١	٠.٧٦	٠.٨٩	الأعراض السلبية
	٠.٦٨		٠.٨٨	الأعراض الجسمانية
	٠.٧٦		٠.٨٩	الوسواس القهرى
	٠.٩٢		٠.٨٠	الحساسية التفاعلية
	٠.٧٧		٠.٨٣	الاكتئاب
	٠.٦٦		٠.٧٨	القلق
	٠.٦٨		٠.٨٩	العداوة
	٠.٨٤		٠.٨٩	المخاوف
	٠.٥٦		٠.٤٦	يونج
	٠.٨٢		٠.٧١	المفردات

يتبين من جدول (٢) أن طرق حساب معاملات الثبات دلّت على أن جميع الاختبارات تتمتع بمعاملات ثبات مقبولة إلى مرتفعة، فوفقاً لطريقة الثبات بإعادة الاختبار تراوحت معاملات الثبات بين ٠.٤٦ و ٠.٩٢ لدى مجموعتى المرضى والأسوياء وذلك لجميع الاختبارات، كما بلغت معاملات الثبات بطريقة ألفا كرونباخ لاختبار الاعراض السلبية ٠.٧٦ لمجموعة المرضى، و ٠.٥٣ للأسوياء.

٣- الثبات عبر المقدرين: نظراً لاعتماد اختبار الأعراض الإيجابية - فى تقدير الدرجات عليه- على ملاحظة القائم بالتطبيق للأعراض وتقدير الدرجة بناءً على تلك الملاحظة؛ كان من الضرورى التحقق من الثبات وفقاً لهذه الطريقة، حيث يقوم اثنان من المقدرين بتطبيق الاختبار على نفس

المشارك ويتم حساب معامل الارتباط بينهما بطريقة سبيرمان براون (Dros. 2011).

وبحساب معامل الارتباط بين المقدرين تبين وجود معاملات ارتباط إيجابية مرتفعة بين درجات المقدر الأول ودرجات المقدر الثاني للأعراض السلبية، بلغت ٠.٧٩ للمرضى، ٠.٨٦ للأسوياء.

ب- الصدق:

١- صدق الاتفاق بين المحكمين: وفي هذا الإطار تم التحقق من صدق اختبار الأعراض السلبية، واستبيان التقدير الذاتي لتأثير التدخل العلاجي من خلال عرضها على سبعة من اساتذة علم النفس (أ.د. شعبان جاب الله، أ.د. فؤاد أبو المكارم، أ.د. عزة عبد الكريم، د.ميرفت شوقي، د. إيمان عبد الحليم، د. صفاء اسماعيل، د. شيرين محمود)، للحكم على مدى صدق بنود هذه الاختبارات، وبلغت درجة الاتفاق ٩٣٪ بالنسبة للاختبار الأول، و ١٠٠٪ بالنسبة للاختبار الثاني.

٢- صدق الارتباط باختبارات محكية: استخدم هذا النوع من الصدق مع اختبار الأعراض السلبية، وقد ظهر مؤشر على صدق هذا الاختبار من خلال ارتباطه إيجابياً بمقياس الذهانية (من مقاييس أيزنك لسمات الشخصية) وكانت جميع معاملات الارتباط ذات دلالة إحصائية، حيث بلغت ٠.٤٩ في مجموعة المرضى، و ٠.٤٧ في مجموعة الأسوياء.

٣- صدق التمييز بين المجموعات: تم التحقق من صدق اختبار الأعراض السلبية من خلال مراجعة مدى قدرته على التمييز بين مجموعة المرضى ومجموعة الأسوياء، وذلك عن طريق حساب دلالة الفروق بين أداء المرضى والأسوياء، والتي أظهرت وجود فروق ذات دلالة إحصائية (٠.٠٠١) في اتجاه مجموعة المرضى حيث كانت درجاتهم أعلى جوهرياً من درجات مجموعة الأسوياء، وهي ما يؤيد القدرة التمييزية للاختبار، مما يعد مؤشر إضافي على صدق هذا الاختبار.

٧- برنامج تدريب الوعى بما وراء المعرفة:

أ- خطة البرنامج العلاجى: يتكون تدريب الوعى بالمعرفة من ٨ جلسات، وتهدف كل جلسة إلى مساعدة المرضى على الوعى بأحد التحيزات المعرفية، ويتم تطبيق جلستين أسبوعياً، هذا بالإضافة إلى جلستين للتقييمات القبلية والبعديّة، وجلسة لقياس المتابعة، وتتم جلسات التدريب بصورة جماعية، تراوح عدد أفراد كل مجموعة ما بين (٥ - ٧) مرضى، وتستغرق كل جلسة ما بين ٧٥ - ٩٠ دقيقة، وفى نهاية كل جلسة تعطى تدريبات منزلية للمشاركين على أن تجرى مناقشتها فى بداية الجلسات اللاحقة.

ب- المواد المستخدمة فى البرنامج: تتضمن جلسات البرنامج التدريبى مجموعة من الملفات والصور التى تعرض بواسطة برنامج Powerpoint، كما تتضمن فيديوهات تعرض على شاشة عرض (داتا شو)، كل منها يدور حول أحد التحيزات المعرفية، وتدور المناقشة بشكل جماعى حول محتوى تلك المواد.

ج- المخطط العام لنظام الجلسات وأهدافها العامة:

جدول (٣) المخطط العام لنظام الساجلت وأهدافها العامة

الجلسات	الأهداف العامة
لقياس القبلى	تسجيل تاريخ الحالة- تعريف المشاركين بطبيعة الجروب وأهميته العلاجية وأهدافه ونظام الجلسات والفترة الزمنية التى يستغرقها- تحديد خط الأساس للأعراض السلبية، والتعرف على الاضطرابات النفسية المصاحبة للفصام.
الأولى	تدريب المرضى على اكتشاف التحيز فى أسلوب العزو والوعى به وبكيفية التغلب عليه فى المواقف الحياتية.
الثانية	تدريب المرضى على اكتشاف تحيزات القفز إلى الاستنتاجات والحاجة للإغلاق والوعى بها وبكيفية التغلب عليها.
الثالثة	تدريب المرضى على اكتشاف التحيز للأدلة غير المؤكدة والوعى به وبكيفية التغلب عليه.
الرابعة	تدريب المرضى على اكتشاف تحيز الخلل فى الإدراك الاجتماعى والوعى به وكيفية التغلب عليه.
الخامسة	تدريب المرضى على اكتشاف تحيز الثقة الزائدة فى أخطاء الذاكرة والوعى به وبكيفية التغلب عليه.
السادسة	تعزيز أهداف الجلسة الرابعة.
السابعة	تعزيز أهداف الجلسة الثانية.
الثامنة	تدريب المرضى على اكتشاف المخططات المعرفية السلبية والوعى بها وبكيفية التغلب عليها.
القياس البعدى	- تقييم شدة الأعراض السلبية ودرجة الوعى بالتحيزات المعرفية، وتقييم آراء المشاركين فى البرنامج العلاجى.
قياس المتابعة	- تقييم شدة الأعراض السلبية ودرجة الوعى بالتحيزات المعرفية، وتقييم آراء المشاركين فى البرنامج العلاجى، ومراجعة سريعة لمقدار الاستفادة من البرنامج العلاجى فى مواقف الحياة اليومية، والإجابة على استفسارات المرضى فيما يتعلق بذلك.

د- الفنيات المعرفية المستخدمة فى البرنامج: أما عن أهم الفنيات التى تم تضمينها فى البرنامج التدريبي عبر الجلسات فهى تشمل: الأسئلة السقراطية- وإعادة تشكيل البنية المعرفية- والحوار والمناقشة- وإيراز المتناقضات- والاستعارات- والواجبات المنزلية، والتطبيع.

نتائج الدراسة:

التحقق من الفرض الأول: تم حساب الفروق بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على مجمل الأعراض السلبية، وعلى الأعراض السلبية النوعية بعد تطبيق البرنامج العلاجى مباشرة، باستخدام اختبار مان- ويتنى كأحد الاختبارات اللامعلمية التى تتناسب مع العينات المستقلة الصغيرة.

جدول (٤- أ)

الفروق بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على مجمل الأعراض السلبية بعد تطبيق البرنامج العلاجى باستخدام دلالات اختبار

مان- ويتنى

قيم مان- ويتنى ودلالاتها		المجموعة الضابطة ن = ٢٢		المجموعة التجريبية ن = ٢٢	
دلالاتها	قيمة مان- ويتنى "U"	مجموع الرتب	متوسط الرتب	مجموع الرتب	متوسط الرتب
٠.٦٨١	٢٢٤.٥٠٠	٥١٢.٥٠	٢٣.٣٠	٤٧٧.٥٠	٢١,٧٠

يتضح من جدول (٤- أ) عدم وجود فروق دالة إحصائيًا بين درجات المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على الأعراض السلبية (بعد تطبيق البرنامج العلاجى مباشرة).

جدول (٤ - ب)

الفروق بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على البنود الفرعية
لاختبار الأعراض السلبية في القياس البعدى باستخدام دلالات اختبار مان-
ويتنى

قيم مان- ويتنى ودلالاتها		المجموعة الضابطة ن = ٢٢		المجموعة التجريبية ن = ٢٢		المجموعات المتغيرات
دلالاتها	قيمة مان- ويتنى "U"	مجموع الرتب	متوسط الرتب	مجموع الرتب	متوسط الرتب	
٠.١٤٧	١٨١.٥٠	٥٥٥.٥٠	٢٥.٢٥	٤٣٤.٥٠	١٩.٧٥	تبلد المشاعر
٠.٠٤٣	١٥٨.٠٠	٥٧٩.٠٠	٢٦.٣٢	٤١١.٠٠	١٨.٦٨	الانسحاب الوجدانى
٠.٦٩٩	٢٢٦.٠٠	٤٧٩.٠٠	٢١.٧٧	٥١١.٠٠	٢٣.٢٣	ضعف الشعور بالألفة
٠.٦٧٤	٢٢٤.٥٠	٥١٢.٥٠	٢٣.٣٠	٤٧٧.٥٠	٢١.٧٠	الانسحاب الاجتماعى السلبى/ المتبلد
٠.٣٥٩	٢٠٥.٠٠	٤٥٨.٠٠	٢٠.٨٢	٥٣٢.٠٠	٢٤.١٨	صعوبة التفكير التجريدى
٠.٥٥٧	٢١٨.٠٠	٤٧١.٠٠	٢١.٤١	٥١٩.٠٠	٢٣.٥٩	فقدان التلقائية والتدفق فى الحوار
٠.٣٧٨	٢٠٥.٥٠	٤٥٨.٥٠	٢٠.٨٤	٥٣١.٥٠	٢٤.١٦	التفكير النمطى ثأو المتقولب

يتضح من جدول (٤-ب) وجود فروق جوهرية على مقياس الانسحاب الوجداني فقط لصالح المجموعة التجريبية في القياس البعدي، في حين لم تكن الفروق جوهرية على أغلب الاختبارات الفرعية الأخرى. **التحقق من الفرض الثاني:** تم حساب الفروق بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على مجمل الأعراض السلبية، وعلى الأعراض السلبية النوعية في فترة المتابعة، باستخدام اختبار مان-ويتنى.

جدول (٥-أ)

الفروق بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على مجمل الأعراض السلبية في قياس المتابعة باستخدام دلالات اختبار مان-ويتنى

قيم مان- ويتنى ودلالاتها		المجموعة الضابطة ن = ١٧		المجموعة التجريبية ن = ٢٠	
دلالاتها	قيمة مان- ويتنى "U"	مجموع الرتب	متوسط الرتب	مجموع الرتب	متوسط الرتب
٠.٠٠٠٢	٧٣.٠٠٠	٤٢٠.٠٠٠	٢٤.٧١	٢٨٣.٠٠٠	١٤.١٥

يتضح من جدول (٥-أ) وجود فروق دالة إحصائية بين درجات المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على مجمل الأعراض السلبية لصالح المجموعة التجريبية، حيث حصلت المجموعة الضابطة على درجات أعلى من المجموعة التجريبية على تلك الأعراض في قياس المتابعة.

جدول (٥- ب)

الفروق بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على البنود الفرعية لاختبار
الأعراض السلبية في قياس المتابعة باستخدام دلالات اختبار مان- ويتنى

قيم مان- ويتنى ودلالاتها		المجموعة الضابطة ن= ١٧		المجموعة التجريبية ن= ٢٠		المجموعات المتغيرات
دلالاتها	قيمة مان- ويتنى "U"	مجموع الرتب	متوسط الرتب	مجموع الرتب	متوسط الرتب	
٠.٠٢٠	٩٥.٥٠٠	٣٩٧.٥٠	٢٣.٣٨	٣٠٥.٥٠	١٥.٢٨	تبلد المشاعر
٠.٠٠١	٦٢.٥٠٠	٤٣٠.٥٠	٢٥.٣٢	٢٧٢.٥٠	١٣.٦٢	الانسحاب الوجداني
٠.٠١١	٨٨.٥٠٠	٤٠٤.٥٠	٢٣.٧٩	٢٩٨.٥٠	١٤.٩٢	ضعف الشعور بالألفة
٠.٠٢٥	٩٨.٠٠٠	٣٩٥.٠٠	٢٣.٢٤	٣٠٨.٠٠	١٥.٤٠	الانسحاب الاجتماعي السلبى / المتبلد
٠.٦١٢	١٥٤.٠٠٠	٣٣٩.٠٠	١٩.٩٤	٣٦٤.٠٠	١٨.٢٠	صعوبة التفكير التجريدي
٠.٠١٧	٩٤.٥٠٠	٣٩٨.٥٠	٢٣.٤٤	٣٠٤.٥٠	١٥.٢٢	فقدان التلقائية والتدفق فى الحوار
٠.٠٠٧	٨٤.٠٠٠	٤٠٩.٠٠	٢٤.٠٦	٢٩٤.٠٠	١٤.٧٠	التفكير النمطى أو المتقوالب

يتضح من جدول (٥- ب) وجود فروق جوهرية على كل الأعراض السلبية باستثناء صعوبة التفكير التجريدي، وهو ما يعنى حدوث تحسن فى تلك الأعراض لدى المجموعة التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة فى المتابعة.

التحقق من الفرض الثالث: تم حساب الفروق داخل المجموعة التجريبية بين القياس القبلى والقياس البعدى على مجمل الاعراض السلبية، وعلى الاعراض السلبية النوعية، باستخدام ويلكوكسون كأحد الاختبارات اللامعلمية التى تتناسب مع العينات المرتبطة الصغيرة.

جدول (٦ - أ)

الفروق داخل المجموعة التجريبية بين القياس القبلي والقياس البعدي على
مُجمل الاعراض السلبية باستخدام دلالات اختبار ويلكوكسون

قيم ويلكوكسون ودلالاتها		الرتب الموجبة		الرتب السالبة(*)	
دلالاتها	قيمة "Z"	المجموع	المتوسط	المجموع	المتوسط
٠.٠٠٠٠	-٤.٠٣٣	٠٠٠.	٠٠٠.	٢٣١.٠٠٠	١١.٠٠٠

يتضح من جدول (٦ - أ) وجود فروق دالة إحصائية بين درجات المجموعة التجريبية على مجمل الأعراض السلبية قبل تطبيق البرنامج العلاجي وبعده لصالح الدرجات بعد تطبيق البرنامج العلاجي، حيث انخفضت درجات الأعراض السلبية في القياس البعدي بصورة جوهرية مقارنة بالقياس القبلي، وهو ما يشير إلى تحسن تلك الأعراض بعد تطبيق البرنامج العلاجي.

(*) يقصد بالرتب السالبة تلك القيم التي قلت فيها درجات المرضى في القياس البعدي عن درجاتهم في القياس القبلي، أما الرتب الموجبة فهي التي ازدادت فيها درجات المرضى في القياس البعدي عن درجاتهم في القياس القبلي، وبالتالي فزيادة متوسط الرتب السالبة عن متوسط الرتب الموجبة يعني انخفاض في درجات المرضى في القياس البعدي مما يعني تحسن تلك الأعراض.

جدول (٦- ب)

الفروق في المجموعة التجريبية على البنود الفرعية لاختبار الأعراض السلبية بين القياس القبلي والقياس البعدى باستخدام دلالات اختبار ويلكوسون

قيم ويلكوسون ودلالاتها		الموجبة		السالبة		الرتب المتغيرات
دلالاتها	قيمة "Z"	المجموع	المتوسط	المجموع	المتوسط	
٠.٠٠٠٠	٣.٨٤٤-	٠.٠٠٠	٠.٠٠٠	١٩٠.٠٠٠	١٠.٠٠٠	تبلد المشاعر
٠.٠٠٠٠	٣.٧٥٩-	٠.٠٠٠	٠.٠٠٠	١٧١.٠٠٠	٩.٥٠	الانسحاب الوجدانى
٠.٠٠٠٠	٣.٩٦٥-	٠.٠٠٠	٠.٠٠٠	٢١٠.٠٠٠	١٠.٥٠	ضعف الشعور بالألفة
٠.٠٠٠٠	٣.٨٢٨-	٠.٠٠٠	٠.٠٠٠	١٧١.٠٠٠	٩.٥٠	الانسحاب الاجتماعى السلبى/ المتبلد
٠.٠٠٠٠	٣.٨٠٩-	٣.٥٠	٣.٥٠	٢٠٦.٥٠	١٠.٨٧	صعوبة التفكير التجريدى
٠.٢٠٣	١.٢٧٣-	٢٣.٠٠	٤.٦٠	٥٥.٠٠	٧.٨٦	فقدان التلقائية والتدفق فى الحوار
٠.٠٠٠٠	٣.٨٤١-	٠.٠٠٠	٠.٠٠٠	١٩٠.٠٠٠	١٠.٠٠٠	التفكير النمطى أو المتقوالب

يتضح من جدول (٦- ب) وجود فروق فى المجموعة التجريبية بين القياس القبلى والقياس البعدى على جميع الأعراض السلبية الفرعية (باستثناء فقدان التلقائية والتدفق فى الحوار) لصالح القياس البعدى. **التحقق من الفرض الرابع:** تم حساب الفروق داخل المجموعة التجريبية بين القياس القبلى وقياس المتابعة على مجمل الاعراض السلبية، وعلى الاعراض السلبية النوعية، باستخدام اختبار ويلكوسون.

جدول (٧-أ)

الفروق داخل المجموعة التجريبية بين القياس القبلي وقياس المتابعة على
مُجمل الاعراض السلبية باستخدام دلالات اختبار ويلكوكسون

قيم ويلكوكسون ودلالاتها		الرتب الموجبة		الرتب السالبة(*)	
دلالاتها	قيمة "Z"	المجموع	المتوسط	المجموع	المتوسط
٠.٠٠٠	٣.٦٢٧-	٥.٠٠	٥.٠٠	١٨٥.٠٠	١٠.٢٨

يتضح من جدول (٧-أ) ظهور فروق دالة إحصائياً داخل المجموعة
التجريبية بين درجاتهم على الأعراض السلبية قبل تطبيق البرنامج العلاجي
وأثناء فترة المتابعة لصالح قياس المتابعة، حيث استمر ظهور الانخفاض
الجوهري في درجات الأعراض السلبية في قياس المتابعة مقارنة بالقياس
القبلي.

(*) ويقصد بالرتب السالبة هنا تلك القيم التي قلت فيها درجات المرضى في قياس المتابعة عن
درجاتهم في القياس القبلي، أما الرتب الموجبة فهي التي ازدادت فيها درجات المرضى في
قياس المتابعة عن درجاتهم في القياس القبلي، وبالتالي زيادة متوسط الرتب السالبة عن
متوسط الرتب الموجبة يعنى أنخفاض في درجات المرضى في قياس المتابعة مما يعنى
تحسن تلك الأعراض.

جدول (٧-ب)

الفروق في المجموعة التجريبية على البنود الفرعية لاختبار الأعراض السلبية بين القياس القبلي وقياس المتابعة باستخدام دلالات اختبار ويلكوكسون

المتغيرات	الرتب		السالبة		الموجبة		قيم ويلكوكسون ودلالاتها
	المتوسط	المجموع	المتوسط	المجموع	المتوسط	المجموع	
تبلد المشاعر	١٠٠.١٩	١٨٣.٥٠	٦.٥٠	٦.٥٠	٦.٥٠	٦.٥٠	٣.٥٧٨- ٠.٠٠٠
الانسحاب الوجداني	١٠٠.٣٨	١٧٦.٥٠	٦.٧٥	١٣.٥٠	٦.٧٥	١٣.٥٠	٣.٣١٢- ٠.٠٠٠١
ضعف الشعور بالألفة	١٠٠.٨٥	١٨٤.٥٠	٢.٧٥	٥.٥٠	٢.٧٥	٥.٥٠	٣.٦٢٧- ٠.٠٠٠٠
الانسحاب الاجتماعي السلبى/ المتبلد	١٠٠.١١	١٤١.٥٠	٧.٣٨	٢٩.٥٠	٧.٣٨	٢٩.٥٠	٢.٤٥٦- ٠.٠٠١٤
صعوبة التفكير التجريدى	١٠٠.٣٨	١٦٦.٠٠	٢.٥٠	٥.٠٠	٢.٥٠	٥.٠٠	٣.٥٢٧- ٠.٠٠٠٠
فقدان التفاتية والتدفق فى الحوار	٩.١٩	١١٩.٥٠	٥.٥٠	١٦.٥٠	٥.٥٠	١٦.٥٠	٢.٧٤١- ٠.٠٠٠٦
التفكير النمطى أو المتقوالب	١٠٠.٠٠	١٩٠.٠٠	٠.٠٠	٠.٠٠	٠.٠٠	٠.٠٠	٣.٨٤٤- ٠.٠٠٠٠

يتضح من جدول (٧-ب) وجود فروق فى المجموعة التجريبية بين القياس القبلي وقياس المتابعة على جميع الاعراض السلبية الفرعية لصالح قياس المتابعة.

التحقق من الفرض الرابع: تم حساب النسب المئوية لأعداد الموافقين والرفضين للبرنامج العلاج والمحايدين وذلك خلال القياس البعدى وقياس المتابعة، وحساب الفروق بين النسب والتكرارات للموافقين والرافضين باستخدام اختبار كا^٢.

جدول (٨- أ)

الأعداد والنسب المئوية لأراء المشاركين فى البرنامج العلاجى
حول أبعاد تأثيره الملموس عليهم بعد التدخل العلاجى

دلالة الفروق بين النسب للموافقين والرافضين	المحايدون	الرافضون	الموافقون	الآراء مضمون البنود (الآراء فى البرنامج)	البنود
	العدد (النسب المئوية)	العدد (النسب المئوية)	العدد (النسب المئوية)		
٠.٠٠٠	٠ (٠٪)	٢ (٩٪)	٢٠ (٩٠.٩٪)	البرنامج مفيد ومعقول	١
٠.٠٠١	٤ (١٨٪)	٢ (٩٪)	١١ (٧٢٪)	يستحق الانتظام فى حضوره	٢
٠.١٢٧	١ (٤.٥٪)	٧ (٣١.٨٪)	١٤ (٦٣.٦٪)	لدى الرغبة فى تطبيقه	٣
٠.٠٠٠	٠ (٠٪)	٢ (٩٪)	٢٠ (٩٠.٩٪)	جزء مهم فى علاجى	٤
-	٢ (٩٪)	٠ (٠٪)	٢٠ (٩٠.٩٪)	غير نادم على الاشتراك فيه	٥
-	٣ (١٣.٦٪)	٠ (٠٪)	١٩ (٨٦.٤٪)	ممتع	٦
٠.٠٠٠	٠ (٠٪)	٢ (٩٪)	٢٠ (٩٠.٩٪)	مفيد فى الحياه اليومية	٧
٠.٠٠١	٣ (١٣.٦٪)	٢ (٩٪)	١٧ (٧٧.٣٪)	واضح ومنطقى	٨
٠.٠٠٥	٤ (١٨.٢٪)	٢ (٩٪)	١٦ (٧٢.٧٪)	أنصح به الآخرون	٩
-	٠ (٠٪)	٠ (٠٪)	٢٢ (١٠٠٪)	فكرة التدريب الجماعى مفيدة	١٠

يتضح من جدول (٨- أ) وجود تقديرات مرتفعة وآراء ايجابية فى البرنامج العلاجى بعد تطبيقه مباشرة تراوحت ما بين (٦٣٪) إلى (١٠٠٪)، وحازت بالقبول ستة بنود من القائمة لدى أكثر من ٨٥٪ من العينة، وبحساب دلالة الفروق بين النسب والتكرارات باستخدام اختبار (كاس٢) بين الموافقين والرافضين تبين وجود فروق جوهرية لصالح أعداد الموافقين على غالبية البنود باستثناء البند الثالث لم تصل الفروق إلى حد الدلالة الإحصائية ولم يتم حساب دلالة الفروق بين النسب للموافقين والرافضين فى البنود (٥، ٦، ١٠) لعدم وجود رافضين للبرنامج فيما يتعلق بتلك البنود.

جدول (٨ - ب)

الأعداد والنسب المئوية لأراء المشاركين فى البرنامج العلاجى
فى المتابعة الثانية

دلالة الفروق بين النسب للموفقين والرافضين	المحايدون	الرافضون	الموافقون	الآراء	الترتيب
	العدد (النسب المئوية)	العدد (النسب المئوية)	العدد (النسب المئوية)		
-	٢ (١٠٪)	٠ (٠٪)	١٨ (٩٠٪)	البرنامج مفيد ومعقول	١
-	١ (٥٪)	٠ (٠٪)	١٩ (٩٥٪)	يحسن ذاكرتى	٢
.....	٤ (٢٠٪)	١ (٥٪)	١٥ (٧٥٪)	مهم تطبيقه فى الحياه	٣
.....١	١ (٥٪)	٧ (٣٥٪)	١٢ (٦٠٪)	أذكره بشكل جيد	٤
-	٢٢ (١٠٪)	٠ (٠٪)	١٨ (٩٠٪)	فادنى فى بعض المواقف	٥
.....	٢٢ (١٠٪)	١ (٥٪)	١٧ (٨٥٪)	نصحت به الآخرين	٦
-	٠ (٠٪)	٠ (٠٪)	٢٠ (١٠٠٪)	جعلنى أضع تفسيرات بديلة عند الحكم على الأشخاص	٧
-	٤ (٢٠٪)	٠ (٠٪)	١٦ (٨٠٪)	حسن من تواصلى مع الآخرين	٨
.....١	٤ (٢٠٪)	٢ (١٠٪)	١٤ (٧٠٪)	كنت أحب مجموعة المرضى المشاركين معى	٩

يتضح من جدول (٨ - ب) وجود تقديرات مرتفعة وآراء إيجابية فى البرنامج العلاجى أثناء المتابعة الثانية تراوحت ما بين (٦٠٪) إلى (١٠٠٪)، منها ستة بنود أجمع عليها ٨٠٪ فأكثر من العينة، وبحساب دلالة الفروق بين النسب والتكرارات باستخدام اختبار (كا^٢ بين الموافقين والرافضين تبين وجود فروق جوهرية لصالح أعداد الموافقين على أغلب البنود.

تفسير النتائج:

أولاً: تفسير نتائج الفرض الأول: تبين مما سبق عدم قبول نتائج الفرض الأول، حيث لم تكن هناك فروق بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على الأعراض السلبية بعد تطبيق البرنامج العلاجي مباشرة.

وبمراجعة نتائج الدراسات السابقة في هذا المجال تبين لنا اختلاف بعضها مع ما توصلنا إليه واتفاق البعض الآخر معه؛ فقد ظهر الاختلاف مثلاً مع دراسة "موريتز" و"دوارد" (٢٠٠٧) ودراسة "موريتز" (٢٠١١)، بينما اتفقت تلك النتيجة مع دراسة "موريتز" (٢٠١٣) ودراسة "توتون" (٢٠١٢)

وفيما يتعلق بملح التعارض الذى بدا بين نتائج الدراسة الحالية ونتائج الدراسات السابقة فيمكن عزوه - افتراضاً - إلى ضعف التجانس بين أفراد العينة في أغلب الدراسات حيث اشتملت على مرضى فصام ومرضى فصام وجدانى ومرضى الاضطراب الضلالى واضطراب الاكتئاب الأساسى، فى حين اشتملت عينة الدراسة الراهنة على مرضى الفصام فقط.

كما احتوت بعض الدراسات على مرضى فى المرحلة الحادة والمرضى الداخلىين فى حين احتوت الدراسات الأخرى على مرضى فى المرحلة تحت الحادة أو المرضى الخارجيين، وقد أظهر البرنامج فاعلية فى الدراسات التى اشتملت عيناتها على مرضى أثناء المرحلة الحادة أو المرضى الداخلىين (Naughton. et al., 2012).

وتعد الأعراض السلبية من الأعراض الأساسية فى الفصام والتى تهيمن على المريض فى المراحل الأولى من المرض، وتميل لأن تكون مستقرة إلى حد ما فى مسار الفصام، كما أن لها تأثير كبير على العلاقات الاجتماعية، وتجعل المريض منعزلاً بصورة متزايدة، وتصبح شبكة العلاقات الاجتماعية صغيرة للغاية، وبالتالي تصبح الأسرة هى الملاذ الأخير لربط

المريض بالعالم المحيط، فهي تقوم بمراقبة الأعراض المرضية عن قرب وإحداث التغييرات في بيئة المريض والتي من شأنها أن تقلل من الضغوط أو تحفز المريض على المزيد من الإنجاز (Perivoliotis&Cather, 2009; Johnson, 2001)، وربما تكون نتائج تدريب الوعي بما وراء المعرفة في حاجة لمزيد من الوقت حتى تتكشف آثاره؛ من حيث أن التحسن في بعض الأعراض السلبية خاصة ما يعتمد منها على العلاقات الاجتماعية يبدو في حاجة إلى لأن يسبقه التحسن في الأعراض الإيجابية، وهذا ما يمكن تمييزه عند المتابعة، وهناك احتمال آخر ربما يفسر غياب التحسن في الأعراض السلبية هو أن الطبيعة الاجتماعية لتلك الأعراض ربما كان في حاجة لشمول الأسرة في البرنامج التدريبي، وهو الأمر الذي لم يكن متاحاً عند التطبيق بسبب احتجاز المرضى في المستشفى، على أية حال علينا أن نراقب صورة النتائج مرة أخرى عقب المتابعتين الأولى والثانية حتى نقرب من التفسير المحتمل لها.

ثانياً: تفسير نتائج الفرض الثاني: تبين مما سبق قبول نتائج الفرض الثاني كلياً، حيث أظهرت المجموعة التجريبية تحسناً جوهرياً في الأعراض السلبية مقارنة بالمجموعة الضابطة خلال قياس المتابعة بالمقارنة بالقياس القبلي.

ويمكن تفسير ظهور التحسن في الأعراض السلبية في قياس المتابعة في ضوء ما أشار إليه الباحثون من أن العلاج المعرفي السلوكي قد يؤدي إلى تحسن الأعراض السلبية حتى إذا لم تكن تلك الأعراض تمثل محوراً أساسياً في العلاج، وهو ما يشير إلى وجود علاقات وظيفية بين مختلف أعراض الفصام (Perivoliotis & Cather, 2009).

وفي هذا الإطار يُنظر إلى الأعراض السلبية على أنها تعمل كوظيفة تعويضية للضلالات والهلاوس المهددة، مثل: المريض الذي يقضى أغلب يومه وحيداً في غرفته (العزلة الاجتماعية) لتجنب ضلالات خاصة بقيام

عناصر من المخابرات بمراقبته خارج المنزل، لذا تتحسن الاعراض السلبية فى كثير من الاحيان متصاحبة مع تحسن الأعراض الإيجابية (Beck, Rector, Stolar& Grant, 2009, 151; Savill, Banks, Khanom&Priebe, 2014)، وبالتالي فإن تحسن تلك الأعراض الذهانية قد يحد من الأعراض السلبية المصاحبة.

ويذهب البعض إلى أنه وفقاً لتاريخ الحالة تظهر الأعراض السلبية إما كأعراض أولية للفصام أو كأعراض ثانوية ناجمة عن عوامل من قبيل: البقاء فى المستشفى، والأعراض الجانبية للأدوية، والاكتئاب، وبالتالي تتحسن الأعراض السلبية الثانوية بمجرد تحسن تلك العوامل، أما الأعراض السلبية الأولية فهى تكون مستمرة إلى حد كبير، مع العلم أن عملية التمييز تبدو شديدة التعقيد فى ظل غياب معلومات عن تاريخ المرضى (Savill, et al., 2014)، هذا مع العلم بأن الدراسة الحالية لم تقم بالتمييز بين هذين النوعين من الاعراض السلبية.

ويعد العلاج المعرفى السلوكى من العلاجات النفسية الواعدة فى علاج الأعراض السلبية، حيث يستند هذا العلاج على الصياغة المعرفية والتي ترى أن الأعراض السلبية تنشأ وتستمر نتيجة لمجموعة من المعتقدات المختلفة، والتي تمثل انعكاساً للخلل المعرفى العصبى ولاحداث الحياة الضاغطة، والتي كثيراً ما يتعرض لها الفصاميون، ويلعب العلاج المعرفى السلوكى دوراً مهماً فى علاج تلك المعتقدات المختلفة خصوصاً ما يتعلق بوصمة المرض النفسى، ويشير الباحثون إلى تدخلات لعلاج الأعراض السلبية شبيهه بتلك المستخدمة فى الاكتئاب حيث تستهدف فقدان الاستمتاع وفقدان الدافعية واستخدام جدولة الأنشطة وتحديد مستوى الإنجاز والاستمتاع (Perivoliotis& Cather, 2009)، وهو ما يشير إلى أن استخدام بعض تكنيكات العلاج المعرفى السلوكى مثل جدولة الانشطة جنباً إلى جنب مع تدريب الوعى بالمعرفة ربما يؤدى إلى نتائج واعدة وسريعة فيما يتعلق بالأعراض السلبية (الأولية والثانوية).

تفسير نتائج الفرض الثالث والرابع: تبين مما سبق قبول نتائج الفرض الثالث والفرض الرابع كلياً، حيث أظهرت المجموعة التجريبية فى القياس البعدى تحسناً جوهرياً فى الاعراض السلبية مقارنة بالقياس القبلى (الفرض الثالث)، كما أظهرت المجموعة التجريبية فى قياس المتابعة تحسناً جوهرياً فى الاعراض السلبية مقارنة بالقياس القبلى (الفرض الرابع).

يشير نموذج الاستهداف- الضغوط إلى تفاعل الاستعدادات البيولوجية والجينية مع الضغوط لنشأة الاضطرابات الذهانية، ويعد ذلك مبرراً منطقيًا للمزج بين العلاجات النفسية والعلاجات الدوائية (Smith, Nathan, Juniper, Kingsep & Lim, 2003, 58)، لذا ظهر التحسن فى الأعراض السلبية فى القياس البعدى مقارنة بالقياس القبلى، مما يدل على أهمية المزج بين العلاجات النفسية والعلاجات الدوائية.

تفسير نتائج الفرض الخامس: تبين مما سبق قبول نتائج الفرض الخامس كلياً، حيث عبر المشاركون عن آراء إيجابية تجاه البرنامج العلاجى وتأثيره على حياتهم وأعراضهم المرضية بعد انتهاء البرنامج وأثناء فترة المتابعة. وبالنسبة للقياس البعدى تتفق تلك النتائج إلى حد كبير مع دراسة "موريتز" و"دوارد" (٢٠٠٧)، ودراسة "جوليا أجوتور" (٢٠١٠)، ودراسة "قافورد" (٢٠١٠)، ودراسة "موريتز" (٢٠١١)، ودراسة "موريتز" (٢٠١١ب)، أما بالنسبة لقياس المتابعة الثانية تتفق تلك النتائج إلى حد كبير أيضاً مع دراسة "بالزان" (٢٠١٢)، ودراسة "موريتز" (٢٠١٣ب)، أما بالنسبة لقياس المتابعة الثانية تتفق تلك النتائج إلى حد كبير أيضاً مع دراسة "بالزان" (٢٠١٢)، ودراسة "موريتز" (٢٠١٣ب) فى حين لم تقم أغلب الدراسات الاخرى بتقييم الآراء أثناء المتابعة.

يتميز تدريب الوعى بالمعرفة باستخدام أساليب لها طابع خاص لمعالجة الأعراض الذهانية، فهو يستخدم طريقة غير مباشرة تتجنب التحدى لتفنيده مضمون الأفكار الضلالية والهلاوس السمعية لدى المرضى، وفى هذا يعتمد التدريب على الآليات المرتبطة بنشأة تلك الأعراض الذهانية (منحى

الباب الخلفى)، وبالتالي يتجنب المقاومة الشديدة من المرضى إذا تم تناول تلك الاعراض بطريقة مباشرة أو متحدية (Favrod, et al., 2014).
يضاف إلى ذلك أن تدريب الوعى بما وراء المعرفة لا يتعامل فى سياق المجموعة العلاجية مع الأفكار الضلالية الفردية إلا إذا عبر المريض عنها من تلقاء نفسه، وبالتالي لا يتعارض تدريب الوعى بالمعرفة مع العلاج المعرفى السلوكى الذى يهتم بالضلالات الفردية، لذا يمكن أن تتبع الجلسات الجماعية لتدريب الوعى بالمعرفة جلسات معرفية سلوكية فردية (Moritz & Woodward, 2007).

وقد ساهمت تلك العوامل فيما يتميز به تدريب الوعى بالمعرفة من آثار وتقييمات إيجابية من قبل المرضى، ترتب على ذلك ارتفاع معدل الامتثال للتعليمات العلاجية وبالتالي زيادة استفادة المرضى من التدخلات الدوائية الأخرى، كما قلل من معدل تسرب المرضى من العلاج (Favrod, et al., 2014; Kumar, et al., 2010)، ومما يؤيد ذلك عدد المرضى الذين تسربوا من الدراسة فى المجموعة التجريبية بلغ مريضين فقط (١، ٩٪)، وهو يقل كثيراً عن التسرب فى المجموعة الضابطة والتي وصلت إلى خمسة مرضى (٧، ٢٢٪).

كل هذه المؤشرات تعكس الحاجة الماسة لوجود علاج إضافى يتمثل فى تدريب الوعى بالمعرفة- بما يحققه من آثار إيجابية يشعر بها المرضى- للحد من عدد المرضى الذين لا يستمرون فى الانتظام على العلاج الدوائى بعد الخروج من المستشفى (Moritz & Woodward, 2007).

المراجع

- ١- عكاشة، أحمد. (٢٠٠٣). *الطب النفسي المعاصر*. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- ٢- البحيرى، عبد الرقيب أحمد. (٢٠٠٥). *قائمة الاعراض المعدلة "كراسة التعليمات"*. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- ٣- سعد، محمود محمد. (٢٠١٣). *التمييز بين مرضى اضطراب المزاج ثنائى من النمط الاول فى حالة اعتدال المزاج والاسوياء فى الأداء على بعض اختبارات الوظائف المعرفية*. رسالة ماجستير (غير منشورة)، جامعة القاهرة، كلية الآداب.
- 4- Aghotor, J., Pfueller, U., Moritz, S., Weisbrod, M., Roesch-Ely, D., (2010). Metacognitive training for patients with schizophrenia (MCT): Feasibility and preliminary evidence for its efficacy. *J. Behav. Ther. & Exp. Psychiat*, 41, 207–211.
- 5- Andreasen, N. C., (2011). Concept of schizophrenia: Past, Present, and future. (3 rded.). In: D. R., Weinberger, P. J., Harrison, (Eds.). *Schizophrenia*. Oxford: John Wiley& Sons. 11- 19.
- 6- Aran, A. M., Vieta, E., Colom, F., Torrent, c., Moreno, J., Peinares, et al., (2004). Cognitive impairment in euthymic bipolar patients: implications for clinical and functional outcome. *Bipolar Disorders*, 6, 224–232.
- 7- Balzan, R. P., Delfabbro, P. H., Galletly, C. A., Woodward, T. S., (2012). Metacognitive Training for Patients with Schizophrenia: Preliminary Evidence for a Targeted Single-Module Program. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 48 (12), 1126-1136.
- 8- Beck, A. T., Rector, N. A., Stolar, N., Grant, P., (2009). *Schizophrenia, cognitive theory, research, and therapy*. USA: Guilford Press.
- 9- DSM-IV., (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (5 th ed.). Washington: American Psychiatric Association (APA).
- 10- Dros, E. A., (2011). Validity and reliability in social science research. *Education Research and Perspectives*, 38 (1), 105- 123.
- 11- Favrod, J., Rexhaj, S., Bardy, S., Ferrari, P. Hayoz, C., Moritz, S., Conus, P., Bonsack, C., (2014). Sustained antipsychotic effect

- of metacognitive training in psychosis: A randomized-controlled study. *European Psychiatry*, 29(5), 275-281.
- 12- Gaagm, M. V., Nieman, D., Berg, D. V., (2013). *CBT for these at risk of a first episode psychosis*. USA: Routledge.
 - 13- Janssen, I., Krabbendam, L., Jolles, J., van Os, J., (2003) Alterations in theory of mind in patients with schizophrenia and non-psychotic relatives. *ActaPsychiatrScand*, 108, 110–117.
 - 14- Johnson, d. l., (2001). the family perspective in the assessment of negative symptom treatment efficacy. in: R. S. E. keefe & J. P., mcEvoy(Eds.). *Negative Symptom and Cognitive Deficit Treatment Response in Schizophrenia*, Washington: American Psychiatric Press, 139- 152.
 - 15- Kingdom, D. G., Turkington, D., (2005). *Cognitive therapy of schizophrenia*. New York: the Guilford Press.
 - 16- Kumar, D., Haq, M. Z., Dubey, I., Dotivala, K. N., Siddiqui, S. V., Prakash, R., et al., (2010). Effect of meta-cognitive training in the reduction of positive symptoms in schizophrenia. *European Journal of Psychotherapy and Counselling*, 12 (2), 149–158.
 - 17- Linden, M., Tabeascheel, T., Rettig, K., (2007). Validation of the factorial structure of the positive and negative syndrome scale in use by untrained psychiatrists in routine care. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 11(1), 53- 60.
 - 18- Moritz, S., Woodward, T. S., (2007). Metacognitive Training for Schizophrenia Patients (MCT): A Pilot Study on Feasibility, Treatment Adherence, and Subjective Efficacy. *German Journal of Psychiatry*, 10 (3), 69-78.
 - 19- Moritz, S., Vitzthum, F., Veckenstedt, R., Randjbar, S., Woodward, T. S., (2010). *Metacognitive training in schizophrenia: from basicresearch to intervention*. Kimball Tower: Center for International Rehabilitation Research Information and Exchange (CIRRIE).
 - 20- 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 metacognitive group training in schizophrenia. *Behaviour Research and Therapy*, 49, 151- 157.
 - 21- Moritz, S., Veckenstedt, R., Randjbar, S., Vitzthum, F., Woodward, T. S., (2011b). Antipsychotic treatment beyond antipsychotics: metacognitive intervention for schizophrenia patients improves delusional symptoms. *Psychological Medicine*, 41, 1823- 1832.
 - 22- Moritz, S., Woodward, T. S., Stevens, C., Hauschildt, M., (2013). *Metacognitive Training for Psychosis (MCT)*. (5th ed.). Hamburg: VanHam Campus Press.

- 23- Moritz, S., veckenstedt, R., bohn, F., kother, U., woodward, T. S., (2013a). Metacognitive Training in Schizophrenia. Theoretical Rationale and Administration, In: D., Roberts, D. L., Peen, (Eds.). ***Social cognition in schizophrenia***. Oxford: University Press, 358- 383.
- 24- Moritz, S., Veckenstedt, R., Bohn, F., Hottenrott, B., Scheu, F., Randjbar, S., Aghotor, J., Köther, U., Woodward, T. S., Treszl, A., Andreou, C., Pfueller, U., Roesch-Ely, D., (2013b). Complementary group Metacognitive Training (MCT) reduces delusional ideation in schizophrenia. ***Schizophrenia Research***, 151, 61–69.
- 25- Naughton, M., Nulty, A., Abidin, Z., Davoren, M., O'Dwyer, S., Kennedy, H. G., (2012). Effects of group metacognitive training (MCT) 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.
- 26- Perivoliotis, D., Cather, C., (2009). Cognitive Behavioral Therapy of Negative Symptoms. ***Journal Of Clinical psychology: In Session***, 65(8), 815- 830.
- 27- Prakash, J., Mitra, A. K., (2008). Management of Negative Symptoms in Schizophrenia: Looking Positively. ***Delhi Psychiatry Journal***, 11 (1), 32- 38.
- 28- Ramos, V. J., Torres, M. L. M., (2016). Cognitive Biases in Schizophrenia Spectrum Disorders. In: Y. C., Shen, (Eds.). ***Schizophrenia Treatment - The New Facets***, 95- 108, see: <http://www.intechopen.com/books/how-to-link/schizophrenia-treatment-the-new-facets>.
- 29- Savill, M., Banks, C., Khanom, H., Priebe, S., (2014). Do negative symptoms of schizophrenia change over time? A meta-analysis of longitudinal data. ***Psychological Medicine***, 1- 15.
- 30- Smith, L., Nathan, P., Juniper U., Kingsep, P., Lim, L., (2003). ***Cognitive behavioral therapy for psychotic symptoms***, a therapist's manual, center for clinical intervention.
- 31- Stahle, S. M., (2013). ***Stahle's essential psychopharmacology, neuroscientific basis and practical applications***. (4th ed.). New York: Cambridge University Press.
- 32- Velligan, D. I., Alphs, L. D., (2008). Negative Symptoms in Schizophrenia: The Importance of Identification and Treatment. ***Psychiatric Times***, 25(3), 39- 45.