

فاعلية برنامج تدريب الوعى بالمعرفة فى خفض شدة بعض الأعراض الإيجابية لدى مرضى الفصام

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

ملخص

هدفت الدراسة الراهنة إلى تقدير فاعلية برنامج تدريب الوعى بالمعرفة فى خفض شدة بعض الأعراض الإيجابية 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 الإيجابية لتقييم فاعلية البرنامج التدريبي خلال مراحل القياس القبلى والقياس البعدى وقياس المتابعة، وقد انتهت الدراسة إلى قبول فروضها إلى حد كبير، فقد تبين وجود فروق جوهرية بين مرضى المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على الأعراض الإيجابية المتمثلة فى الضلالات والشعور بالارتياح أو الشك (الاضطهاد) خلال مرحلة القياس البعدى ومرحلة المتابعة لصالح المجموعة التجريبية بالمقارنة بالمجموعة الضابطة، كما ظهر تحسن فى الأعراض الإيجابية لدى المجموعة التجريبية فى القياس البعدى وقياس المتابعة بالمقارنة بالقياس القبلى.

(*) 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 positive 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 positive 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 positive symptoms scale to evaluate the efficacy of the training program through pre, post and follow up assessments. The results showed that there were significant differences between two groups on the positive symptoms of delusion and Suspiciousness/persecution during the post and follow-up assessment in favor of the experimental group. Experimental group also showed improvement of positive symptoms in post and follow up tests compared to pre test.

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

(*) Clinical Psychologist, Abbasseia Psychiatric Hospital

مدخل إلى مشكلة البحث:

تشير التقارير الحديثة إلى أن نسب انتشار الفصام تتراوح بين ٠,٣٪ - ٠,٧٪ تقريبًا، ويُذكر أن مرضى الفصام يمثلون حوالي ٦٠ - ٧٠٪ من المرضى نزليى المستشفيات النفسية (أحمد عكاشة، ٢٠٠٣، ٢٩٧)، كما يعد الفصام أحد أهم عشرة اضطرابات تسبب أعباءً كبيرة على كل من الفرد والأسرة والمجتمع. (Andreasen, 2011; DSM-5, 2013, 102).

ومما يزيد من خطورة المشكلة أن هذا الاضطراب يبدأ فى سن الشباب والنضوج، أى فترة العمل والدراسة والازدهار الفكرى، مما يجعل الفصام ليس بظاهرة مرضية فقط، بل ظاهرة تؤثر على النواحي الاقتصادية والاجتماعية، فهو يؤثر على ساعات العمل والارتباط بالعائلة، كما يؤدي إلى الانطواء وأحيانًا إلى سلوكيات مضادة للمجتمع (أحمد عكاشة، ٢٠٠٣، ٢٩٧).

ويكشف مرضى الفصام عن مجموعة متنوعة من الأعراض الإيجابية والتي تتضمن بعض أنواع الهلاوس (خصوصًا السمعية والبصرية والجسدية)، والضلالات، واضطراب التفكير، وفقدان الاستبصار، وغالبًا ما تكون تلك الأعراض مصحوبة بأعراض سلبية (مثل: عسر النطق أو الحبسة، وتسطح الوجدان، وانخفاض الدافعية، والعزلة الاجتماعية) (Kingdom & Turkington, 2005, 3).

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

وفى هذا الإطار أُجرى العديد من الدراسات للكشف عن طبيعة تلك التحيزات لدى مرضى الفصام، وأشارت تلك الدراسات إلى أن ما بين ٤٠-٧٠٪ من مرضى الفصام لديهم ما يسمى "بتحيز القفز إلى الاستنتاجات" ومعناه أنهم يصلون إلى استنتاجات قوية اعتمادًا على قدر قليل من المعلومات، كما يبدو أن المرضى يكونون غير واعين بأحكامهم المتسرفة، ورغم ذلك يعتبرون أنفسهم أنهم مترددون وغير حاسمين، كما يظهر مرضى الفصام خللاً فى الذاكرة، وانخفاض الثقة فى الذكريات الشخصية الصحيحة، وزيادة الثقة فى الذكريات الخاطئة، كما أشارت دراسات أخرى إلى أن مرضى الذهان لديهم خللاً شديداً فى المعرفة الاجتماعية والتي تتضمن التحيز فى العزو والخلل فى الإدراك الاجتماعى (Favrod, Rexhaj, Bardy, Ferrari, Hayoz, Moritz, et al., 2014).

وقد ساعد الاهتمام الذى أحاط بدراسة التحيزات المعرفية كأحد عوامل نشأة اضطراب الفصام إلى ظهور صورة جديدة للعلاج المعرفى السلوكى عرفت بـ "تدريب الوعى بالمعرفة" والذى تم تطويره من خلال "موريتز" و"ودورد" Moritz & Woodward، كعلاج أو تدريب يستهدف تلك التحيزات المعرفية، ويرتكز تدريب الوعى بالمعرفة على الأسس النظرية للنماذج المعرفية السلوكية للفصام، ولكنه يستخدم منحى أو طرقاً علاجية مختلفة بعض الشيء، حيث أنه يهتم فى الأساس بخلق وعى لدى المريض حول تلك التحيزات المعرفية ومساعدة المرضى على التغيير من خلال التدريبات والتعليم، وتزويدهم بمعلومات مباشرة حول تحيزاتهم، والذى بدوره يمكن أن يؤدي إلى تقليل شدة المعتقدات الضلالية والافتناع بها، فتدريب الوعى بالمعرفة يهدف بشكل أساسى 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).

تساؤلات الدراسة:

- ١- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب مجموعة مرضى الفصام الذين تعرضوا للبرنامج العلاجي ومتوسط رتب مجموعة مرضى الفصام الذين لم يتعرضوا للبرنامج العلاجي على الأعراض الإيجابية فى القياس البعدى (بعد تطبيق البرنامج) لصالح المجموعة التجريبية؟
- ٢- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب المجموعة التجريبية ومتوسط رتب المجموعة الضابطة على الأعراض الإيجابية عند نهاية فترة المتابعة لصالح المجموعة التجريبية؟
- ٣- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب المجموعة التجريبية على الأعراض الإيجابية قبل تطبيق البرنامج العلاجي ومتوسط الرتب على نفس الأعراض بعده لصالح الدرجات بعد تطبيق البرنامج العلاجي؟
- ٤- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب المجموعة التجريبية على الأعراض الإيجابية فى القياس القبلى ومتوسط الرتب على نفس الأعراض فى قياس المتابعة لصالح الدرجات فى قياس المتابعة؟

أهمية الدراسة:

- ١- الحاجة للإضافة فى مجال المعرفة النظرية حول دور التحيزات المعرفية فى نشأة واستمرار الأعراض الإيجابية لدى مرضى الفصام، ودور الوعى بتلك التحيزات فى الحد من شدة تلك الأعراض.
- ٢- الاستجابة للدعوة التى أطلقها بعض الباحثين ومنهم "لينكولن" Lincoln (2007) حول حاجة العلاج المعرفى السلوكى للتطوير عند استخدامه مع الفصاميين، وذلك من خلال معالجة مشكلات مرتبطة بالوعى بالمعرفة خاصة بهذا الاضطراب، وهو ما يستهدفه تدريب الوعى بالمعرفة (Aghotor, et al., 2010).

- ٣- يستهدف برنامج تدريب الوعى بالمعرفة البنية التحتية لتكوين واستمرار الضلالات أو ما يسمى بالتحيزات المعرفية لدى المرضى، وربما ينعكس

تحسن وعى المرضى بتحيزاتهم المعرفية على قدرتهم على اتخاذ القرارات في المستقبل، وتساعدهم على الانفتاح على استشارات وآراء الآخرين، كما تجعلهم أكثر تأنيبًا وترددًا 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 (Moritz & Woodward, 2007; Kumar, Haq, Dubey, Dotivala, Siddiqui, Prakash, Abhishek & Nizamie, 2010; Favrod, Maire, Bardy, Pernier & Bonsack, 2010).

٤- يتوقع أن يؤدي البرنامج أيضًا إلى مساعدة المرضى على الاستفادة من التدخلات الدوائية والتدخلات النفسية غير الدوائية الأخرى، حيث يزيد من الامتثال لها (Kumar, et al., 2010).

٥- يتسم مرضى الفصام - طبقًا لدراسات السابقة - بالغضب الشديد، والميل إلى المحاجة والجدل، والاعتقاد بأن الآخرين يضطهدونهم، كما يظهرون مقاومة شديدة للتدخلات العلاجية (روندا كارج، برود ألفورد، ٢٠٠٦، ٤٤٦)، بينما يتسم برنامج تدريب الوعي بالمعرفة بتجنب المواجهة المباشرة مع المرضى في تنفيذ أفكارهم الضلالية (Moritz & Woodward, 2007a)، ويقدم حجبًا مضادة لمعتقدات المرضى بصورة غير مباشرة.

المفاهيم والإطار النظري:

أولاً: مفاهيم الدراسة:

١- مفهوم الفصام: يعرف الفصام بأنه: اضطراب نفسى خطير يؤدي إلى حدوث تغيير في الإدراك، والتفكير، والوجدان والسلوك واللغة والانفعالات (Ruiz-Iriondo, Salaberria & Echeburúa, 2013; Forbes, 2009, 1)، 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 الاعراض الإيجابية.

٢- مفهوم الأعراض الإيجابية للفصام: تشير إلى أعراض ذهانية صريحة ومتطورة مثل: الضلالات والهلاوس واضطراب التفكير والسلوك الشاذ وغيرها، والتي قد تحدث بشكل دراماتيكي، وتفقد للاتصال بالواقع الخارجي (Forbes, 2009, 2; Stahle, 2013, 81)، أما عن أهم الأعراض السلبية فنوجزها فيما يلي:

أ- الضلالات: تعرف الضلالات وفقاً للدليل الإحصائي والتشخيصي الخامس للجمعية الأمريكية للطب النفسى على أنها: معتقدات ثابتة غير قابلة للتغيير رغم وجود أدلة على عدم صحتها، وتتنوع محتوى تلك الضلالات، فمنها على سبيل المثال: الضلالات الاضطهادية والجسدية والدينية وضلالات العظمة والإشارة (DSM-5, 2013, 87; Stahle, 2013, 81).

ب- الهلاوس: تعرف الهلاوس وفقاً لـ (DSM-5) على أنها: إدراك لخبرات معينة دون وجود تنبيهات خارجية، وتتسم بأنها حية وواضحة، وتحدث فى صور حسية مختلفة، منها: السمعية والبصرية والشمية والذوقية واللمسية، وتعتبر الهلاوس السمعية الأكثر شيوعاً فى الفصام (DSM-5, 2013, 87; Stahle, 2013, 81).

ج- اضطراب التفكير: هو أحد الأعراض الأساسية المميزة للفصام، وهو يعنى: أى خلل فى التفكير يؤثر على اللغة أو التواصل أو محتوى التفكير، ويتراوح ما بين التوقف البسيط فى التفكير، والشطط أو شرود الحديث إلى فقدان الشديد للترابط أو عدم تماسك الكلام (Saddock& Stahle, 2007, 283).

د- السلوك الشاذ: يظهر بعض مرضى الفصام أحياناً تصرفات غريبة أو ينتهكون القيم الاجتماعية، أو قد يقومون بحركات شاذة أو يتناقض

تعبير وجوههم في المواقف المختلفة أو يعبرون بوجوههم بشكل مبالغ فيه أو يتخذون أوضاعاً غريبة دون غرض واضح (وفاء الليثي، ٢٠٠٦).

٣- مفهوم الوعي بالمعرفة: يعرف الوعي بالمعرفة من وجهة نظر تجريبية معرفية بأنه: القدرة العامة على التفكير في كافة شئون عملية التفكير، وهو يتضمن بشكل عام الوعي بالعمليات العقلية للفرد، وبقابلية الأفكار للخطأ، والقدرة على استنتاج المشاعر من وجوه الآخرين، والفهم المعرفي لأفكار ومعتقدات ونوايا الآخرين (Favrod, 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 والهلاوس، 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, 2007a; Kingdom & Turkington, 2005, 4; Kumar, Haq, Dubey, Dotivala, Siddiqui, Prakash, 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 (اللوم أو إعطاء الفضل) 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 يعززون أسباب الأحداث الإيجابية والسلبية على السواء إلى الآخرين، وهو ما اعتبره بمثابة فقدان مدرك للسيطرة لدى المرضى (Moritz, et al., 2013, 8; Moritz, veckenstedt, bohn, kother& woodward, 2013a; Moritz& Woodward, 2007a).

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 في تحمل الغموض والنهايات المفتوحة (Moritz& Woodward, 2007a; Moritz, et al., 2013, 24).

ج- التحيز للأدلة غير المؤكدة وتحيز القبول المتساهل (أو المتحرر): وهو يعنى ضعف في قدرة المرضى على النظر بشكل كامل والاعتراف بالحجج أو الأدلة المضادة لاستدلالاتهم والتشبث بقوة بأفكارهم (Moritz& Woodward, 2007a).

د- خلل الإدراك الاجتماعي: يشير إلى عدم قدرة المرضى على استنتاج الحالات النفسية (المعتقدات، والأفكار والنوايا) للآخرين، وبالتالي يقعون في أخطاء عند تفسيرهم لسلوك الآخرين والتنبؤ به، كما يظهر مرضى الفصام صعوبة في المواقف التي تتطلب الأخذ بوجهة نظر الآخرين والتعاطف معهم، ويكون لديهم إدراكًا مشوهًا لدوافع الآخرين وأفعالهم مما قد يؤدي إلى مشكلات عند التفاعل الاجتماعي مع الآخرين (Janssen, Krabbendam, Jolles, van Os, 2003; Moritz, et al., 2013, 24).

هـ- الثقة الزائدة في الأخطاء (مشكلات الوعي بالذاكرة): حيث يظهر مرضى الفصام ثقة زائدة في تفسيراتهم لكافة المواقف الحياتية، ويصبح لدى الأشخاص ميلاً للمبالغة في تقدير قدراتهم، وهذه الثقة المفرطة في تفسيراتهم وقدراتهم عادة ما تعزز الأحكام الخاطئة لدى هؤلاء المرضى إذا ما قورنوا بالأسوياء، وقد وُجد هذا التحيز بصورة كبيرة في الدراسات التي اهتمت

بتقييم أداء مرضى الفصام على مهام تتعلق بالذاكرة (Ramos& Torres, 2016).

و- المخططات المعرفية السلبية: يظهر العديد من مرضى الفصام انخفاضاً في تقدير الذات، ويصاحب ذلك معدلات مرتفعة من الاكتئاب والانتحار، وهناك جدل مستمر حول ما إذا كانت أفكار العظمة تعد استراتيجية مواجهة غير وظيفية لرفع تقدير الذات، كما أن ضلالات الاضطهاد قد تعزز من شعور الشخص بأهمية ذاته، فالكفاح البطولي ضد الأرواح الشريرة، ووجود مزيد من الأعداء، والمزيد من المكانة قد يخلق أهدافاً رائعة جديدة في حياة المريض (Moritz, et al., 2013, 33).

الدراسات السابقة:

قام "موريتز" و"ودوارد" بدراسة هدفت إلى الكشف عن الفعالية الذاتية وجدوى تدريب الوعي بالمعرفة لمرضى الفصام بالمقارنة بالعلاج المعرفي، ولم تظهر النتائج أى فروق جوهرية بين المجموعتين على الأعراض الإيجابية (Moritz& Woodward, 2007a).

كما قامت "جوليا آجوتور" وزملائها بدراسة هدفت إلى الكشف عن فاعلية تدريب الوعي بالمعرفة في خفض حدة الأعراض المرضية لدى مرضى الفصام، وتكونت عينة الدراسة من مجموعتين، هما: المجموعة التجريبية (التي تعرضت لتدريب الوعي بالمعرفة)، وتكونت من ١٦ مريضاً فصامياً، والمجموعة الضابطة النشطة (مجموعة مناقشة أخبار الصحف اليومية) وتكونت من ١٤ مريضاً فصامياً، وأظهرت النتائج وجود فروق جوهرية بين المجموعتين لصالح تدريب الوعي بالمعرفة على الأعراض الإيجابية (أحد الاختبارات الفرعية لزملة الأعراض الإيجابية والسلبية)، وانخفاضاً جوهرياً على تحيز القفز للاستنتاجات (Aghotor, et al., 2010).

وأجرى "كومار" وزملائه دراسة هدفت إلى الكشف عن تأثير تدريب الوعي بالمعرفة على الأعراض الإيجابية لمرضى الفصام، على عينة تكونت

من ١٦ مريضاً من مرضى فصام البارانويا، تم توزيعهم في مجموعتين، تكونت المجموعة الأولى من ٨ مرضى تعرضوا للعلاج الاعتيادي، وتكونت المجموعة الثانية من ٨ مرضى تعرضت لتدريب الوعى بالمعرفة بالإضافة إلى العلاج الاعتيادي، وقد أظهرت مجموعة تدريب الوعى بالمعرفة انخفاضاً جوهرياً في شدة المعتقدات الضلالية (من مقياس براون)، وفي الأعراض الإيجابية (زملة الأعراض الإيجابية والسلبية) حيث أظهرت مجموعة تدريب الوعى بالمعرفة انخفاضاً بلغ ٢٨٪ مقارنة بـ ١٢,٩٪ لمجموعة العلاج الاعتيادي، وقد استمر ذلك الانخفاض خلال فترتي التقييم (الأولى والثانية) (Kumar, et al., 2010).

أما الدراسة الاستطلاعية التي قام بها "فافورد" وزملاؤه فهدفت إلى الكشف عن فاعلية تدريب الوعى بالمعرفة (الصورة الفرنسية) على الأعراض الذهانية، وقد تكونت عينة الدراسة من مجموعة واحدة قوامها ١٨ مريضاً من مرضى الفصام ومرضى الفصام الوجداني، وقد أظهرت النتائج وجود تناقص جوهري لصالح القياس البعدى في شدة الضلالات رغم عدم وجود تناقص في شدة الهلوس على مقياسى زملة الأعراض الإيجابية والسلبية والمقياس المتدرج للأعراض الذهانية، وبالرغم من ذلك كانت هناك فروق في تفسير تلك الهلوس (Favrod, et al., 2010)

وفي نفس السياق قام "موريتز" وآخرون بدراسة هدفت إلى اختبار فاعلية 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 الاعتيادي)، وقد أظهرت مجموعة تدريب الوعى بالمعرفة تحسناً جوهرياً على مقياس كرب الضلالات رغم عدم وجود فروق جوهريّة على مقياس مقدار الكرب (وهما مقياسان فرعيان من المقياس المتدرج للأعراض الذهانية)، فى حين لم تكن هناك فروق جوهريّة على جميع مقاييس زملة الأعراض الإيجابية والسلبية

(Moritz, Kerstan, Veckenstedt, Randjbar, Vitzthum, Schmidt, Heise&Woodward, 2011a).

وفى دراسة أخرى لـ "موريتز" وآخرين على ٤٨ من مرضى الفصام، هدفت إلى اختبار فاعلية التدريب ما وراء المعرفى 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 اختبار الضلالات (من زملة الأعراض الإيجابية والسلبية)، والأعراض الإيجابية (من اختبار زملة الأعراض الإيجابية لـ "فان ديرجاج")، وانخفاض على مقياس الاقتناع الضلالى، فى حين لم يكن هناك فروق على مقياس الضلالات (من المقياس المتدرج للأعراض الذهانية). كما كانت هناك فروق بين القياس القبلى والبعدى لدى مجموعة تدريب الوعى بالمعرفة على مقياس الأعراض الإيجابية والضلالات (من اختبار زملة الأعراض الإيجابية لـ "فان ديرجاج")، لصالح القياس البعدى، بينما لم تكن هناك فروق على مقياس الهالوس (من المقياس المتدرج للأعراض الذهانية) (Moritz, Veckenstedt, Randjbar, Vitzthum& Woodward, 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 فروق جوهرية بين مجموعتى الدراسة لصالح مجموعة تدريب الوعى بالمعرفة على الأعراض الإيجابية والضلالات (من مقياس زملة الاعراض الإيجابية والسلبية)، والكرب الضلالى، والاقتناع، والانشغال الضلالى

(بطارية الضلالات)، وبالنسبة لمجموعة تدريب الوعى بالمعرفة فقد كان هناك فروق جوهرية بين القياس القبلى والقياس البعدى لصالح القياس البعدى على الأعراض الإيجابية والضلالات، والاقتناع الضلالى، والانشغال الضلالى (Balzan, et al., 2012).

كما قدم "نوتون" Naughton وآخرون دراسة هدفت إلى فحص فاعلية تدريب الوعى بالمعرفة على الأعراض الإيجابية، وتكونت عينة الدراسة من ١٩ مريضاً من المرضى الداخليين، تم تشخيصهم بالاضطراب الذهاني (١٥ مريضاً فصامياً، و ٣ مرضى فصام وجدانى، ومريض واحد اضطراب الاكتئاب الرئيسى المصاحب بأعراض ذهانية) وتم توزيعهم على مجموعتين، أحدهما هى المجموعة التجريبية وتكونت من ١١ مريضاً، والأخرى هى المجموعة الضابطة وتكونت من ٨ مرضى، وأظهرت النتائج عدم وجود فروق جوهرية على جميع الاختبارات الفرعية لمقياس زملة الأعراض الإيجابية والسلبية (Naughton, Nulty, Abidin, Davoren, O'Dwyer & Kennedy, 2012).

وفى دراسة أخرى أجراها "موريتز" هدفت إلى الكشف عن فاعلية تدريب الوعى بالمعرفة فى خفض الأفكار الضلالية مقارنة بالعلاج المعرفى لدى مرضى الفصام، وتكونت عينة الدراسة من ١٥٠ مريضاً باضطرابات الطيف الفصامى، تم توزيعهم على مجموعتين، تكونت المجموعة التجريبية من ٧٦ مريضاً يتلقون تدريب الوعى بالمعرفة، وتكونت المجموعة الضابطة النشطة من ٧٤ مريضاً يتلقون العلاج المعرفى، وقد أظهرت النتائج وجود فروق جوهرية بين مجموعتى الدراسة لصالح المجموعة التجريبية على مقياس الضلالات فى القياس البعدى واستمرت تلك الفروق فى فترة المتابعة، فى حين لم يكن هناك فروق جوهرية بين المجموعتين على مجمل اختبار الأعراض الإيجابية واختبار الهلوس. كما كانت هناك فروق جوهرية بين القياس القبلى والبعدى فى المجموعة التجريبية على اختبار الأعراض الإيجابية ومقياس الضلالات فى صالح القياس البعدى وقد استمرت تلك الفروق فى قياس المتابعة، فى حين لم

يكن هناك فروق على اختبار الهالوس (Moritz, Veckenstedt, Bohn, Hottenrott, Scheu, Randjbar, et al., 2013b). كما قام "فافورد" وآخرون بدراسة هدفت إلى الكشف عن فاعلية تدريب الوعي بالمعرفة على خفض حدة الأعراض الإيجابية، وتأتى تلك الدراسة استكمالاً للدراسة الاستطلاعية التي قدمنا لها منذ قليل، وتكونت عينة الدراسة من (٤٨) مريضاً من مرضى الفصام والفصام والوجداني، ممن لديهم ضلالات ثابتة، وتم توزيعهم على مجموعتين إحداهما تمثل المجموعة التجريبية (تعرضت للعلاج الاعتيادي بالإضافة إلى تدريب الوعي بالمعرفة)، أما المجموعة الضابطة فقد تعرضت فقط للعلاج الاعتيادي، وبلغ قوام كل مجموعة ٢٤ مريضاً، وأظهرت النتائج وجود فروق جوهرية بين التقييم القبلي والتقييم البعدي على مقياس الأعراض الإيجابية، ومقياس الضلالات ومقياس القناعات، ومقياس الوعي بالضلالات لصالح المجموعة التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة، واستمرت تلك الفروق الجوهرية خلال ٦ شهور من المتابعة، كما كانت هناك فروق لصالح مجموعة تدريب الوعي بالمعرفة مقارنة بالمجموعة الضابطة في خلال فترة المتابعة فقط على مقياس شدة الكرب (Favrod, et al., 2014).

وأجرى "فيتزثوم" Vitzthum وآخرون دراسة هدفت إلى الكشف عن فاعلية برنامج لتدريب الوعي بالمعرفة الفردي والجماعي على حالة واحدة من مرضى الفصام الذكور، حيث أجريت عليه ثمانية جلسات للتدريب الوعي بالمعرفة الجماعي وثمانية جلسات لتدريب الوعي بالمعرفة الفردي، وقد أظهرت النتائج تحسناً على مقياس الأعراض الإيجابية (من مقياس زملة الأعراض الإيجابية والسلبية) خصوصاً تشوش التفكير، والتهيج، كما كان هناك تحسناً ملحوظاً على مقياس الاقتناع الضلالي، وذلك في القياس البعدي مقارنة بالقياس القبلي (Vitzthum, Veckenstedt & Moritz, 2014).

كما أجرى "كومار" وآخرون دراسة هدفت لفحص فاعلية برنامج تدريب الوعي بالمعرفة الفردي على إحدى مريضات الفصام المقاوم للعلاج، حيث

أجريت عليها (١٢) جلسة من جلسات تدريب الوعى بالمعرفة خلال شهرين، وقد أظهرت الحالة تحسناً فى ضلالات الاضطهاد والإشارة، والعدائية، وقد استمرت تلك النتائج بعد شهرين من المتابعة (Kumar, Rao, Raveendranathan, Venkatasubramanian, Varambally & Gangadhar, 2015).

تعقيب عام على الدراسات السابقة:

- ١- أظهرت أغلب الدراسات السابقة فاعلية تدريب الوعى بالمعرفة فى تحسين الأعراض الإيجابية لدى الفصاميين وخصوصاً الضلالات، مع استمرار هذا التحسن خلال فترات المتابعة.
- ٢- لم تقم بعض الدراسات بتضمين فترة المتابعة رغم أهميتها، ولم تزد فترة المتابعة فى جميع الدراسات عن ستة أشهر، رغم حاجة نتائج التدخل لتقدير مدى استمرارها.
- ٣- 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.
- ٤- 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.
- ٥- لوحظ وجود فاعلية لتدريب الوعى بالمعرفة فى الدراسات التى اشتملت عيناتها على مرضى أثناء المرحلة الحادة أو المرضى الداخلىين، بما تضاءلت تلك الفاعلية فى الدراسات التى اشتملت عيناتها على مرضى فى المرحلة تحت الحادة أو المرضى الخارجيين (Naughton, et al., 2012).
- ٦- ظهور بعض التعارض بين النتائج الخاصة بفاعلية برنامج تدريب الوعى بالمعرفة فى خفض حدة بعض أعراض الفصام خاصة الهلوس، الأمر

الذى يجعل الباب مفتوحًا أمام مزيد من الدراسات للوقوف على مدى فاعلية هذا المنحى فى خفض حدة تلك الأعراض.

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

فروض الدراسة:

١- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب مجموعة مرضى الفصام الذين تعرضوا للبرنامج العلاجى (المجموعة التجريبية) ومتوسط رتب مجموعة مرضى الفصام الذين لم يتعرضوا للبرنامج العلاجى (المجموعة الضابطة) على الأعراض الإيجابية فى 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 الإيجابية عند نهاية فترة المتابعة لصالح المجموعة التجريبية.

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

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

منهج الدراسة وإجراءاتها:

١- منهج الدراسة: تتبع الدراسة الراهنة المنهج شبه التجريبى ومن ثم فهى تدخل فى إطار البحوث شبه التجريبية المقارنة.

٢- **التصميم التجريبي:** اتبعت الدراسة الراهنة تصميم القياس القبلي البعدي المتكرر مع استخدام العينة الضابطة المتكافئة، وتمثل المراحل الإجرائية للدراسة الحالية فى: القياس القبلي لتقييم الأعراض الإيجابية قبل إجراء التدخل العلاجى، ثم تقديم التدخل العلاجى للمجموعة التجريبية، يليها مباشرة القياس البعدي للأعراض الإيجابية، لتنتهى إجراءات الدراسة بقياس المتابعة بعد ٦ شهور من تقديم البرنامج العلاجى.

٣- **عينة الدراسة:** تكونت عينة الدراسة الحالية من مجموعتين، هما: المجموعة التجريبية التى تلقت جلسات برنامج تدريب الوعى بالمعرفة، والمجموعة الضابطة التى تعرضت لجميع الإجراءات التى 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

المراحل المجموعة	القياس القبلي	القياس البعدي	قياس المتابعة
المجموعة التجريبية	٢٢	٢٢	٢٠
المجموعة الضابطة	٢٢	٢٢	١٧

وقد روعى التكافؤ بين مجموعتي الدراسة على المتغيرات الديموجرافية (العمر، والمستوى التعليمى، والحالة الاجتماعية والحالة الوظيفية)، وعلى المتغيرات الإكلينيكية (مدة المرض، وعدد مرات دخول المستشفى، والجلسات الكهربائية، والأعراض الإيجابية، والاضطرابات النفسية المصاحبة، والعلاج الدوائى)، حيث أظهرت مجموعتي الدراسة عدم وجود فروق جوهرية على تلك المتغيرات فى القياس القبلي.

٤- الدراسة الاستطلاعية: قام الباحث بعمل دراستين استطلاعيتين، هدفت الدراسة الاستطلاعية الأولى إلى تقدير الكفاءة القياسية (الثبات والصدق) لأدوات الدراسة، وتكونت من مجموعتين من الذكور، حيث تكونت المجموعة الأولى من ٢٠ مريضًا بالفصام، بينما تكونت المجموعة الأخرى من ٢٠ من الأسوياء، وقد روعى التكافؤ بين مجموعتي الدراسة (حالة مقابل حالة) فى العمر ومستوى التعليم ونسبة الذكاء، وهدفت الدراسة الاستطلاعية الثانية إلى التحقق من ثبات المقدرين لاختبار الأعراض الإيجابية (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 المتدربات بمستشفى العباسية والتي تم تدريبها جيدًا 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 الإيجابية فقط، وهو يتكون من ٧ بنود لقياس الأعراض الإيجابية النوعية الآتية: الضلالات، وتشوش التفكير، والسلوك المتعلق بالهلاوس، والتهيح أو الاستثارة الشديدة، والشعور بالعظمة، والشعور بالارتباب والشك/ الاضطهاد، والعدائية أو العمل العدائى (Linden, Tabea scheel& Rettig, 2007).

وأمام كل بند من تلك البنود (٧) بدائل متدرجة فى 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) 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.

(ج) اختبار يونج المتدرج للهوس (ترجمة الباحث): يعد هذا الاختبار من أكثر الاختبارات شيوعاً لقياس الأعراض الهوسية، وقد استخدم هذا الاختبار فى الدراسة الحالية للمساعدة فى عملية فرز الحالات لتكوين عينة الدراسة، حيث يتم استبعاد من ارتفعت درجاتهم عن انحرافين معياريين عن المتوسط، لذا تم 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 فى الشدة يختار منها المشارك أعلى بديل يتطابق

مع حالته، ويعتمد هذا الاختبار على التقدير الذاتي للمريض والملاحظة الإكلينيكية له معًا.

(د) 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 وفقًا 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 الإيجابية 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	
٠,٤٦	٠,٨٠	٠,٦٨	٠,٦٣	الأعراض الإيجابية
	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 & ٠,٩٢ لدى مجموعتى المرضى والأسوياء وذلك لجميع الاختبارات، كما بلغت معاملات الثبات بطريقة ألفا كرونباخ لاختبار الأعراض الإيجابية ٠,٦٨ لمجموعة المرضى، و ٠,٤٦ 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 الضروري التحقق من الثبات وفقاً

لهذه الطريقة، حيث يقوم اثنان من المقدرين بتطبيق الاختبار على نفس المشارك ويتم حساب معامل الارتباط بينهما بطريقة سيبرمان براون (Dros. 2011).

وبحساب معامل الارتباط بين المقدرين تبين وجود معاملات ارتباط إيجابية مرتفعة بين درجات المقدر الأول ودرجات المقدر الثانى للأعراض الإيجابية، بلغت ٠,٨٨ للمرضى، ٠,٦٤ للأسوياء.

ب- الصدق:

١- صدق الاتفاق بين المحكمين: وفى هذا الإطار تم التحقق من صدق اختبار الأعراض الإيجابية 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 شوقى، د. إيمان عبد الحليم، د. صفاء اسماعيل، د. شيرين محمود)، للحكم على مدى صدق بنود هذه الاختبارات، وبلغت درجة الاتفاق ١٠٠٪.

٢- صدق الارتباط باختبارات محكية: استخدم هذا النوع من الصدق مع اختبار الأعراض الإيجابية، وقد ظهر مؤشر على صدق هذا الاختبار من خلال ارتباطه إيجابياً بمقياس الذهانىة (من مقاييس أيزنك لسمات الشخصية) وكانت جميع معاملات الارتباط ذات دلالة إحصائية، حيث بلغت ٠,٥٣ فى مجموعة المرضى، و ٠,٥١ فى مجموعة الأسوياء.

٣- صدق التمييز بين المجموعات: تم التحقق من صدق اختبار الأعراض الإيجابية 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 احصائية (٠,٠٠٠) فى اتجاه مجموعة المرضى حيث كانت درجاتهم أعلى جوهرياً من درجات مجموعة الأسوياء، وهى ما يؤيد القدرة التمييزية للاختبار، مما يعد مؤشر إضافى على صدق هذا الاختبار.

٧- برنامج تدريب الوعى بالمعرفة:

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 للنقييمات 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 الجلسات وأهدافها العامة

الجلسات	الأهداف العامة
القياس القبلى	تسجيل تاريخ الحالة- تعريف المشاركين بطبيعة الجروب وأهميته العلاجية وأهدافه ونظام الجلسات والفترة الزمنية التى يستغرقها- تحديد خط الأساس للأعراض الإيجابية، والتعرف على الاضطرابات النفسية المصاحبة للفصام.

الجلسات	الأهداف العامة
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 وبكيفية 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 البعدي	- تقييم شدة الأعراض الإيجابية.
قياس المتابعة	- تقييم شدة الأعراض الإيجابية، 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 التدريبى عبر الجلسات فهى تشمل: الأسئلة

السقراطية- وإعادة تشكيل البنية المعرفية- والحوار والمناقشة- وإبراز المتناقضات- والاستعارات- والواجبات المنزلية، والتطبيع.

نتائج الدراسة:

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

جدول (٤- أ)

الفروق بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على مجمل الأعراض الإيجابية بعد تطبيق البرنامج العلاجي 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
٠,٠٥٤	١٦٠	٥٧٧	٢٦,٢٣	٤١٣	١٨,٧٧

يتضح من جدول (٤- أ) وجود فروق دالة إحصائية بين درجات المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على الأعراض الإيجابية لصالح المجموعة التجريبية، حيث حصلت المجموعة الضابطة على درجات أعلى من المجموعة التجريبية على تلك الأعراض (بعد تطبيق البرنامج العلاجي مباشرة).

جدول (٤ - ب)

الفروق بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على البنود الفرعية لاختبار الأعراض الإيجابية 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	
٠,٠٠١	١٠٢,٥٠	٦٣٤,٥٠	٢٨,٨٤	٣٥٥,٥٠	١٦,١٦	الضلالات
٠,٢٧٤	١٩٧	٥٤٠	٢٤,٥٥	٤٥٩	٢٠,٤٥	تشوش التفكير
٠,٢٥٩	١٩٦	٥٤١	٢٤,٥٩	٤٤٩	٢٠,٤١	السلوك متعلق بالهلوس
٠,٣٧٩	٢٠٦	٥٣١	٢٤,١٤	٤٥٩	٢٠,٨٦	التهيج أو الاستثارة الشديدة
٠,٨٢٩	٢٣٣	٥٠٤	٢٢,٩١	٤٨٦	٢٢,٠٩	الشعور بالعظمة
٠,٠٢٣	١٤٧	٥٩٠	٢٦,٨٢	٤٠٠	١٨,١٨	الشعور بالارتياح والشك/ الاضطهاد
٠,٤٧٠	٢١٢,٥٠	٥٢٤,٥٠	٢٣,٨٤	٤٦٥,٥٠	٢١,١٦	العدائية أو العمل العدائى

يتضح من جدول (٤ - ب) وجود فروق جوهرية على مقياس الضلالات، ومقياس الشعور بالارتياح والشك (الاضطهاد) لصالح المجموعة التجريبية فى القياس البعدى، وهو ما يعنى تحسن تلك الأعراض لدى المجموعة التجريبية بالمقارنة بالمجموعة الضابطة.

التحقق من الفرض الثانى: تم حساب الفروق بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على مجمل الأعراض الإيجابية، وعلى الأعراض الإيجابية النوعية فى فترة المتابعة، باستخدام اختبار مان- ويتنى.

جدول (٥- أ)

الفروق بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على مُجمل الاعراض الإيجابية 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
٠,٠٠٩	٨٤,٠٠٠	٤٠٩,٠٠	٢٤,٠٦	٢٩٤,٠٠	١٤,٧٠

يتضح من جدول (٥- أ) وجود فروق دالة إحصائية بين درجات المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على مُجمل الأعراض الإيجابية لصالح المجموعة التجريبية، حيث حصلت المجموعة الضابطة على درجات أعلى من المجموعة التجريبية على تلك الأعراض في قياس المتابعة، وهو ما يعنى استمرار تحسن تلك الاعراض في المجموعة التجريبية في قياس المتابعة.

جدول (٥- ب)

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

المجموعات المتغيرات		المجموعة التجريبية ن = ٢٠		المجموعة الضابطة ن = ١٧		قيم مان- ويتنى ودلالاتها
		متوسط الرتب	مجموع الرتب	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة مان- ويتنى "U" دلالاتها
الضلالات		١٣,٠٥	٢٦١,٠٠	٢٦,٠٠	٤٤٢,٠٠	٥١,٠٠٠
تشوش التفكير		١٧,٣٢	٣٤٦,٥٠	٢٠,٩٧	٣٥٦,٥٠	١٣٦,٥٠٠
السلوك متعلق بالهلوس		١٦,٧٠	٣٣٤,٠٠	٢١,٧١	٣٦٩,٠٠	١٢٤,٠٠٠
التهيج أو الاستثارة الشديدة		١٦,٠٥	٣٢١,٠٠	٢٢,٤٧	٣٨٢,٠٠	١١١,٠٠٠
الشعور بالعظمة		١٧,٧٨	٣٥٥,٥٠	٢٠,٤٤	٣٤٧,٥٠	١٤٥,٥٠٠
الشعور بالارتياح والشك/ الاضطهاد		١٣,٣٠	٢٦٦,٠٠	٢٥,٧١	٤٣٧,٠٠	٥٦,٠٠٠
العداية أو العمل العدائي		١٦,٩٠	٣٣٨,٠٠	٢١,٤٧	٣٦٥,٠٠	١٢٨,٠٠٠

يتضح من جدول (٥- ب) وجود فروق جوهرية على مقياس الضلالات، والشعور بالارتياح والشك (الاضطهاد)، وهو ما يعني حدوث استمرار تحسن في تلك الأعراض لدى المجموعة التجريبية في قياس المتابعة.

التحقق من الفرض الثالث: تم حساب الفروق داخل المجموعة التجريبية بين القياس القبلي والقياس البعدي على مجمل الأعراض الإيجابية، وعلى الأعراض الإيجابية النوعية، باستخدام اختبار ويلكوكسون كأحد الاختبارات اللامعلمية التي تتناسب مع العينات المرتبطة الصغيرة.

جدول (٦- أ)

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

قيم ويلكوكسون ودلالاتها		الرتب الموجبة		الرتب السالبة(*)	
دلالاتها	قيمة "Z"	المجموع	المتوسط	المجموع	المتوسط
٠,٠٠٠	٤,٠٤٦-	٢,٠٠	٢,٠٠	٢٥١,٠٠	١١,٩٥

يتضح من جدول (٦- أ) وجود فروق دالة إحصائية بين درجات المجموعة التجريبية على الأعراض الإيجابية قبل تطبيق البرنامج العلاجي وبعده لصالح الدرجات بعد تطبيق البرنامج العلاجي، حيث انخفضت درجات الأعراض الإيجابية 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 يعنى أنخفاض في درجات المرضى في القياس البعدي مما يعنى تحسن تلك الأعراض.

جدول (٦- ب)

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

قيم ويلكوكسون ودلالاتها		الموجبة		السالبة		الرتب المتغيرات
		المجموع	المتوسط	المجموع	المتوسط	
٠,٠٠٠	٤,٠٤١-	٠,٠٠	٠,٠٠	٢٣١,٠٠	١١,٠٠	الضلالات
٠,٠٠٠	٣,٩٤٦-	٢,٥٠	٢,٥٠	٢٢٨,٥٠	١١,٤٢	تشوش التفكير
٠,٠٠٠	٣,٨٢٦-	٣,٥٠	٣,٥٠	٢٠٦,٥٠	١٠,٨٧	السلوك متعلق بالهلاوس
٠,٠٠٤	٢,٨٩٢-	١٣٦,٥٠	٨,٥٣	١٦,٥٠	١٦,٥٠	التهيج أو الاستثارة الشديدة
٠,٠٠١	٣,٤٧٥-	١٦,٠٠	٨,٠٠	٢١٥,٠٠	١١,٣٢	الشعور بالعظمة
٠,٠٠٠	٣,٩٥٨-	٠,٠٠	٠,٠٠	٢١٠,٠٠	١٠,٥٠	الشعور بالارتياح والشك/ الاضطهاد
٠,٠٠٠	٤,٠٦٦-	٢,٥٠	٢,٥٠	٢٥٠,٥٠	١١,٩٣	العدائية أو العمل العدائى

كما يتضح من جدول (٦- ب) وجود فروق في المجموعة التجريبية بين القياس القبلي والقياس البعدى على جميع الأعراض الإيجابية الفرعية لصالح القياس البعدى.

التحقق من الفرض الرابع: تم حساب الفروق داخل المجموعة التجريبية بين القياس القبلي وقياس المتابعة على مجمل الأعراض الإيجابية، وعلى الأعراض الإيجابية النوعية، باستخدام اختبار ويلكوكسون.

جدول (٧- أ)

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

قيم ويلكوكسون ودلالاتها		الرتب الموجبة		الرتب السالبة(*)	
دلالاتها	قيمة "Z"	المجموع	المتوسط	المجموع	المتوسط
٠,٠٠٠	٣,٩٢٣-	٠,٠٠٠	٠,٠٠٠	٢١٠,٠٠٠	١٠,٥٠

يتضح من جدول (٧- أ) ظهور فروق دالة إحصائية داخل المجموعة
التجريبية بين درجاتهم على الأعراض الإيجابية قبل تطبيق البرنامج العلاجي
وأثناء فترة المتابعة لصالح درجات المتابعة، حيث استمر ظهور الانخفاض
الجوهري في درجات الأعراض الإيجابية 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 فزيادة متوسط الرتب السالبة عن متوسط الرتب
الموجبة يعنى انخفاض في درجات المرضى في قياس المتابعة مما يعنى تحسن تلك الأعراض.

جدول (٧- ب)

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

الرتب المتغيرات	السالبة		الموجبة		قيم ويلكوكسون ودلالاتها	
	المتوسط	المجموع	المتوسط	المجموع	قيمة "Z"	دلالاتها
الضلالات	١٠,٠٠٠	١٩٠,٠٠٠	٠,٠٠٠	٠,٠٠٠	٣,٨٩-	٠,٠٠٠
تشوش التفكير	١٠,٠٠٠	١٩٠,٠٠٠	٠,٠٠٠	٠,٠٠٠	٣,٨٣٧-	٠,٠٠٠
السلوك متعلق بالهلاوس	١٠,٠٠٠	١٩٠,٠٠٠	٠,٠٠٠	٠,٠٠٠	٣,٨٣٩-	٠,٠٠٠
التهيج أو الاستثارة الشديدة	١٣,٥٠	١٣,٥٠	٩,٢٦	١٥٧,٥٠	٣,١٦٢-	٠,٠٠٢
الشعور بالعظمة	١٠,٣٨	١٦٦,٠٠	٢,٥٠	٥,٠٠	٣,٥٢٨-	٠,٠٠٠
الشعور بالارتياح والشك/ الاضطهاد	١٠,٥٠	٢١٠,٠٠	٠,٠٠٠	٠,٠٠٠	٣,٩٤٨-	٠,٠٠٠
العداية أو العمل العدائي	١٠,٠٠٠	١٩٠,٠٠٠	٠,٠٠٠	٠,٠٠٠	٣,٨٦١-	٠,٠٠٠

يتضح من جدول (٧- ب) وجود فروق في المجموعة التجريبية بين القياس القبلي وقياس المتابعة على جميع الأعراض الإيجابية الفرعية لصالح المتابعة.

تفسير النتائج:

أولاً: تفسير نتائج الفرض الأول: تبين مما سبق قبول نتائج الفرض الأول بصورة كبيرة، حيث أظهرت المجموعة التجريبية تحسناً جوهرياً في بعض الأعراض الإيجابية مقارنة بالمجموعة الضابطة، وبمراجعة نتائج الدراسات السابقة 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)، ودراسة "موريتز" (٢٠١٣ب) ودراسة "نوتون" (٢٠١٢) فيما يتعلق بالأعراض الإيجابية، بينما اتفقت تلك النتيجة مع دراسة "بالزان" (٢٠١٢) فيما يتعلق بتحسين الأعراض الإيجابية والضلالات، ودراسة "جوليا أجوتور" (٢٠١٠)، ودراسة "كومار" (٢٠١٠) فيما يتعلق بتحسين الأعراض الإيجابية، ومع دراسة "موريتز" (٢٠١١ب) فيما يتعلق بتحسين الضلالات، ودراسة "موريتز" (٢٠١٣ب) فيما يتعلق بتحسين الضلالات وعدم تحسن الهلوس.

وفما يتعلق بلمح التعارض الذى بدا بين نتائجنا 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).

أما عن كيفية حدوث التحسن فى بعض الأعراض الإيجابية والتى تمثلت فى الضلالات والشعور بالارتياح والشك (الاضطهاد) فيمكن فهمه بالعودة إلى تامل عملية تدريب الوعى بالمعرفة، فوفقاً لـ "موريتز" يهدف تدريب الوعى بالمعرفة إلى تعديل البنية المعرفية التى تعمل على نشأة واستمرار المعتقدات الضلالية، فعندما يكتسب المرضى استبصاراً بتحيزاتهم المعرفية، فإنهم يقومون بإعادة النظر فى معتقداتهم الضلالية، ويسعون إلى جمع المزيد من المعلومات، وعدم التسرع فى الأحكام، كما يقومون بوضع تفسيرات بديلة للمواقف والأحداث (Moritz, et al., 2011a; Moritz, et al., 2013b; Kumar, et al., 2010; Favrod, et al., 2010; Ross, Freeman, Dunn & Garety, 2009; Beck, Rector, Stolar & Grant, 2009, 128).

إن التحسن في الأعراض الإيجابية ممثلاً في الضلالات والشعور بالارتياح والشك يسهم في تقويض منظور "فرويد" وتلامذته و"جاسبر" وتلامذته بشأن عدم قابلية مرضى الفصام للعلاج النفسى وأن ضلالاتهم الأساسية غير قابلة للفهم، وقد تمثل هذه النتائج تأييداً للنظرة الحديثة لاضطراب الفصام على أنه اضطراب معقد يتطلب منحنى علاجياً متعدد الأبعاد يشمل العلاج المعرفى السلوكى وتدريب الوعي بالمعرفة بالإضافة إلى العلاج الدوائى (Moritz & Woodward, 2007a).

ثانياً: تفسير نتائج الفرض الثانى: تبين مما سبق قبول نتائج الفرض الثانى بصورة كبيرة، حيث أظهرت المجموعة التجريبية تحسناً جوهرياً فى الاعراض الإيجابية مقارنة بالمجموعة الضابطة خلال قياس المتابعة، وتتفق تلك النتيجة مع دراسة "بالزان" (٢٠١٢) فيما يتعلق بتحسّن الأعراض الإيجابية والضلالات، بينما لم تتضمن أغلب الدراسات الأخرى فترات للمتابعة.

وتشير نتائج الدراسة الحالية إلى استمرار تحسن مجمل الأعراض الإيجابية خلال المتابعة، كما تشير إلى استمرار تحسن الضلالات، والشعور بالارتياح والشك (الاضطهاد) خلال فترة المتابعة، وذلك كله لصالح المجموعة التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة.

وفىما يتعلق باستمرار تحسن الضلالات والشعور بالارتياح أو الاضطهاد عبر فترة المتابعة فى المجموعة التجريبية، فربما يرجع إلى ما أشار إليه "فافورد" من أن التحيزات المعرفية التى يستهدفها تدريب الوعي بالمعرفة يرتبط أغلبها بتكوين واستمرار الضلالات (مثل تحيزات: العزو الخارجى - القفز للاستنتاجات - خلل الإدراك الاجتماعى - الثقة الزائدة فى الأخطاء)، أما عن عدم تحسن الهالوس فربما يرجع إلى اقتصار التدريب على تحيز واحد فقط مرتبط بالهالوس (تحيز العزو الخارجى)، بالإضافة إلى عدم استهداف التشوهات فى الإدراك المرتبطة بالهالوس (Favrod, et al., 2010).

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 الإيجابية مقارنة بالقياس القبلى (الفرض الثالث)، كما أظهرت المجموعة التجريبية فى قياس المتابعة تحسناً جوهرياً فى الاعراض الإيجابية مقارنة بالقياس القبلى (الفرض الرابع).

وبمراجعة نتائج الدراسات السابقة تبين أنها تتفق إلى حد كبير مع ما توصلنا إليه، حيث تتفق مع دراسة "بالزان" (٢٠١٢)، ودراسة "موريتز" (٢٠١٣ب)، ودراسة "فافورد" (٢٠١٤)، ودراسة "فيتزوم" (٢٠١٤)، فيما يتعلق بتحسين الأعراض الإيجابية والضلالات، ومع دراسة "موريتز" (٢٠١١ب)، فيما يتعلق بتحسين الأعراض الإيجابية، ودراسة "كومار" (٢٠١٥) فيما يتعلق بتحسين الضلالات، كما تتفق مع دراسة "فافورد" (٢٠١٠)، ودراسة "موريتز" (٢٠١١ب) فيما يتعلق بتحسين الضلالات وعدم تحسن الهلاوس، إلا أنها تتعارض مع دراسة "نوتون" (٢٠١٢) فيما يتعلق بالأعراض الإيجابية.

يشير نموذج الاستهداف- الضغوط إلى تفاعل الاستعدادات البيولوجية والجينية مع الضغوط لنشأة الاضطرابات الذهانية، ويعد ذلك مبرراً منطقياً للمزج بين العلاجات النفسية والعلاجات الدوائية (Smith, Nathan, Juniper, Kingsep& Lim, 2003, 58)، وقد ازداد التحسن فى الأعراض الإيجابية والذى وصل إلى تحسن جميع الاعراض الإيجابية الفرعية فى المجموعة التجريبية، مما يدل على أهمية المزج بين العلاجات النفسية والعلاجات الدوائية، بحيث فاق التحسن الذى نتج عن كل منهما على حدة.

فالعلاج الدوائى (أو مضادات الذهان) يعمل على الحد من الأعراض السلوكية الناجمة عن الأعراض الذهانية وتقلل من مظاهر الكرب النفسى ومن الانشغال المعرفى والعاطفى للمرضى بتلك الضلالات، أما العلاج المعرفى السلوكى وتدريب الوعى بالمعرفة فيعملان على تغيير قناعات المرضى بتلك الاعراض (Favrod, et al., 2010; Ross, Freeman, Dunn& Garety, 2009).

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.
- ٤- الليثى، وفاء. (٢٠٠٧). *البرنامج العالمى لمكافحة الوصمة والتمييز بسبب مرض الفصام*. مجلة شبكة العلوم النفسية العربية، ٩، ١١٢-١٢٢.
- 5- 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.
- 6- Andreasen, N. C., (2011). Concept of schizophrenia: Past, Present, and future. (3 rd ed.). In: D. R., Weinberger, P. J., Harrison, (Eds.). **Schizophrenia**. Oxford: John Wiley& Sons. 11- 19.
- 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- Favrod, J., Maire, A., Bardy, S., Pernier S., Bonsack, C., (2010). Improving insight into delusions: a pilot study of metacognitive training for patients with schizophrenia. **Journal of Advanced Nursing**, 67(2), 401-407.

- 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- 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.
- 13- Gaagm, M. V., Nieman, D., Berg, D. V., (2013). **CBT for these at risk of a first episode psychosis**. USA: Routledge.
- 14- Janssen, I., 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.
- 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- Kumar, D., Rao, M. G., Raveendranathan, D., Venkatasubramanian, G., Varambally, S., Gangadhar, B. N., (2015). Metacognitive Training for Delusion in Treatment-Resistant Schizophrenia: A Case Report. **Clinical Schizophrenia & Related Psychoses**, Winter, 1-4.
- 18- Linden, M., Tabea scheel, 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.
- 19- Moritz, S., Woodward, T. S., (2007a). Metacognitive Training for Schizophrenia Patients (MCT): A Pilot Study on Feasibility, Treatment Adherence, and Subjective Efficacy. **German Journal of Psychiatry**, 10 (3), 69-78.
- 20- Moritz, S., Vitzthum, F., Veckenstedt, R., Randjbar, S., Woodward, T. S., (2010). **Metacognitive training in schizophrenia: from basic research to intervention**. Kimball Tower: Center for International Rehabilitation Research Information and Exchange (CIRRIE).

- 21- 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.
- 22- 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.
- 23- Moritz, S., Woodward, T. S., Stevens, C., Hauschildt, M., (2013). **Metacognitive Training for Psychosis (MCT)**. (5th ed.). Hamburg: VanHam Campus Press.
- 24- 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.
- 25- 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.
- 26- 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.
- 27- 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>.
- 28- Ross, K., Freeman, D., Dunn, G., Garety, P., (2009). A randomized experimental investigation of reasoning training for people with delusions. **Schizophrenia Bulletin**, 11, 1- 10.

- 29- Ruiz-Iriondo, M., Salaberria, K., Echeburúa, E., (2013). Schizophrenia: Analysis and psychological treatment according to the clinical staging. **Actas Esp Psiquiatr**, 41 (1), 52-59.
- 30- Sadock, B. J., Sadock, V. A., (2007). **Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/ Clinical Psychiatry**. (10th ed.). New York: Lippincott Williams & Wilkins.
- 31- 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.
- 32- Stahle, S. M., (2013). **Stahle's essential psychopharmacology, neuroscientific basis and practical applications**. (4th ed.). New York: Cambridge University Press.
- 33- Vitzthum, F. B., Veckenstedt, R., Moritz, S., (2014). Individualized Metacognitive Therapy Program for Patients with Psychosis (MCT+): Introduction of a Novel Approach for Psychotic Symptoms. **Behavioural and Cognitive Psychotherapy**, 42 (1):105- 110.