

فعالية مدخل اليقظة العقلية في خفض بعض أعراض الفصام لدى الشباب

متطلب تكميلي لنيل درجة دكتوراه الفلسفة في التربية
تخصص صحة نفسية

إعداد

معتنز فؤاد أحمد الفقيري

باحث دكتوراه – قسم الصحة النفسية

كلية التربية – جامعة الزقازيق

الملخص

الفصام مرض عقلي يُصنف ضمن فئة الأمراض النفسية المعروفة بالذهان ويعتبر أكثر الأمراض الذهنية انتشاراً ، وهو مجموعة أعراض نفسية متزامنة تظهر عادة قبل سن الأربعين ، وتؤدي عموماً إلى تفكك وتدهور شخصية الفرد ، ويحدد الدليل التشخيصي والإحصائي للإضطرابات النفسية والعقلية في طبعته الخامسة DSM-5 الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي عام (٢٠١٣) هذه الأعراض في السلوك الحركي الكلي غير المنظم او الشاذ و الضلالات والهلاوس و اضطراب التفكير وأعراض سلبية ، وقد تنوعت طرق العلاج لهذه الأعراض مثل العلاج بالعقاقير والعلاج السلوكي، والعلاج الاجتماعي ، والعلاج الأسري ، إلا أن في البيئة المصرية ندرة في استخدام هذه الطرق الحديثة من العلاج في خفض أعراض اضطراب الفصام ، وعليه تهدف هذه الدراسة إلى اختبار فعالية مدخل اليقظة العقلية في خفض بعض أعراض اضطراب الفصام لدى الشباب ، وشارك في الدراسة ١٠ افراداً من الذكور الشباب ذوي اضطراب الفصام في مدى زمني من ١٨-٣٥ سنة ، تم تقسيمهم إلى مجموعتين تجريبية وضابطة ، وتحتوي كل مجموعة علي عدد (٥) أفراد، اختير المشاركون من مستشفى أبو العزائم للطب النفسي وعلاج الإدمان فرع المقطم، وتم استخدام المنهج التجريبي باستخدام تصميم المجموعة التجريبية والضابطة ذات القياس القبلي والبعدي واستخدمت كلا من الأدوات الآتية : المقابلة الإكلينيكية لتشخيص الأمراض النفسية لكي الراشدين (إعداد محمد أحمد شلبي وآخرون، ٢٠١٤م) ، ومقياس ستانفورد بينه للذكاء الصورة الخامسة، ومقياس المستوى الاجتماعي الاقتصادي الثقافي المطور للأسرة (إعداد محمد محمد بيومي خليل ، ٢٠٠٠ م) ، ومقياس أعراض اضطراب الفصام لدى الشباب (إعداد الباحث) ، وأظهرت النتائج فعالية استراتيجيات مدخل اليقظة العقلية في خفض بعض أعراض الفصام بالتوازي مع العقاقير الكيميائية التي يتناولها مريض الفصام في المستشفى ، مما يؤهل هؤلاء الشباب للعودة للمجتمع وممارسة حياتهم بشكل طبيعي .

الكلمات المفتاحية : أعراض الفصام - مدخل اليقظة العقلية .

Abstract

Schizophrenia is mental disease is categorized among psychological disease known as psychosis , it is considered the most common mental disease , it is a group of concurrent psychological symptoms that usually appear before the age of forty . In general, it leads to dissolve and destroy the personality; DSM-5 published by American psychiatric association (APA) 2013 defines these symptoms as the total disorganized or bizarre motor behavior, delusions, hallucinations, thought disorder and negative symptoms. Therapy methods for these symptoms are various such as drug therapy, behavioral therapy, social therapy and familial therapy. However, there is a rarity in applying these modern methods in Egypt to reducing schizophrenia disorder symptoms. So, this study aimed at testing the effectiveness of mindfulness approach strategies in reducing some of schizophrenia disorder symptoms in youths. 10 male young people with schizophrenia disorder, ages between 18-35 years participants in the study , they are divided into two groups , experimental group and control group , each group contained five participants , they chosen from Abo-Elazaem hospital for psychiatry and addiction treatment in Mokattam . The experimental approach was used with the design of an experimental and a control group with the pre-post measure , the following tools were used : clinical interview to diagnose psychological diseases in adults (prepared by Mohamed shalaby and other 2014) , Stanford benet intelligence measure , fifth edition , socio-economic cultural familial measure adjusted (prepared by Mohamed Mohamed8 Bayomi Khalil , 2000) , schizophrenia symptoms scale in youth (prepared by researcher). Results showed the effectiveness of mindfulness approach strategies in minimizing some schizophrenia symptoms in parallel with chemical drugs that are given to schizophrenia patients in hospitals which qualifies those youth to return to society and lead a normal life.

Keywords : schizophrenia symptoms - Mindfulness Approach

مقدمة

الفصام مرض عقلي يُصنف ضمن فئة الأمراض النفسية المعروفة بالذهان ويعتبر أكثر الأمراض الذهنية انتشاراً (فرج عبد القادر طه ، ٢٠٠٥ ، ص ٦٣٤) .

ويشير هذا المصطلح إلى فقدان وحدة الشخصية ، فتنفصل الكلمات عن المعنى، والأفعال عن الدوافع، والادراك عن الواقع (carol wade & carol tavis, 1998, p.606) ، بمعنى أن التفكير لا يرتبط بالانفعال، والانفعال لا يرتبط بالنشاط الحركي، مع الإنسحاب من الحياة الواقعية إلى حياة العزلة، والانكماش في عالم خيالي (محمد سيد فهمي ، ٢٠١٠ ، ص ٩٥) .

ويحدد الدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض والإضطرابات النفسية والعقلية في طبعته الخامس DSM-5 الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي (APA 2013) الأعراض المميزة للفصام بمجموعة من الأعراض يشترط توافر اثنين على الأقل أو أكثر من ذلك لدى المريض بحيث يستمر كل من تلك الأعراض التي تتوفر لديه خلال فترة زمنية تستغرق شهراً واحداً على الأقل ، ويمكن أن تقل هذه المدة عن ذلك إذا تم علاج تلك الأعراض بنجاح، وتتمثل هذه الأعراض فيما يلي :

١- اضطراب السلوك الحركي غير المنظم أو الشاذ .

٢- الضلالات .

٣- الهلوس .

٤- اضطراب التفكير .

٥- الأعراض السالبة .

وقد وضعت الكلية الملكية للأطباء النفسيين بانجلترا في عام (٢٠١٠) تصنيفاً حديثاً لطرق علاج

اضطراب الفصام كما يلي :

- العلاج المعرفي السلوكي .

- العلاج المعرفي .

- العلاج والإرشاد التدعيمي .

- العلاج الأسري .

- العلاج النفسي التحليلي والنفسي الدينامي .

- التدريب علي المهارات الاجتماعية .

بالإضافة إلي وجهات نظر علاجية آخري وتتمثل في نموذج الالتزام بالعلاج والعلاج بالفنون .

إلا أنه في البيئة المصرية فهناك ندرة في استخدام هذه الطرق الحديثة من العلاج في خفض أعراض اضطراب الفصام ، وذلك في حدود علم الباحث وما اتاحت له من دراسات سابقة ، الأمر الذي أدى بالباحث إلى محاولة دراسة أثر إحدى هذه الأنواع من طرق العلاج وما تحتويه من استراتيجيات وفتيات علاجية في خفض بعض أعراض الفصام لدى الشباب، وقد اختار الباحث مدخل اليقظة العقلية

كمدخل علاجي حديث نسبياً، حيث أن الدراسات التي تناولته مع مرضى الفصام قليلة، في حين أن هذا النوع من العلاج النفسي قد أثبت فعاليته مع كثير من الإضطرابات النفسية الأخرى .

مشكلة الدراسة:

لاحظ الباحث من خلال ترده على مستشفى الصحة النفسية ببورسعيد حيث يقوم بالإشراف على تدريب طلاب المعهد العالي للخدمة الاجتماعية في المستشفى، أن الأفراد المصابين باضطراب الفصام غالبيتهم من الشباب ، وأنهم لا يتلقون أي جلسات علاج نفسي بالمستشفى سوى جرعات الدواء، ويرجع ذلك إلى كثرة الحالات المصابة بهذا الإضطراب وعدم وجود وقت كاف لإجراء الجلسات، وقلّة الأخصائيين النفسيين المؤهلين للعمل مع هذه الفئة، بالإضافة إلى اقتناع الأطباء النفسيين بالمستشفى بأن الدواء الكيميائي هو الأكثر فاعلية في خفض الأعراض، وأن العلاج النفسي لا يجدي نفعاً مع المصابين بهذا الاضطراب، في حين اظهرت الدراسات الأجنبية السابقة فعالية العديد من طرق العلاج النفسي الحديث مع الدواء الكيميائي في خفض العديد من الأعراض المرضية ، مع ندرة تطبيق هذه الأنواع الحديثة من العلاج مع الشباب ذوي اضطراب الفصام في البيئة المصرية . كل هذه الملاحظات دفعت الباحث إلي أن يبحث في هذه المشكلة في صورة تساؤل يمكن للبحث أن يجيب عليه وهو كما يلي :

ما فعالية استخدام مدخل اليقظة العقلية كمدخل علاجي حديث في خفض بعض أعراض اضطراب الفصام لدى الشباب؟

وتحدد استراتيجيات هذا المدخل في فيما يلي :

(التكيف مع الأصوات والأفكار والصور، وتجنب الصمت الطويل أثناء الجلسات ، واستراتيجية لحظة الأصوات) .

كما تتحدد الأعراض في التالي: (الضلالات ، والهلاوس ، و اضطراب التفكير) .

أهداف الدراسة :

تهدف هذه الدراسة إلى اختبار فعالية استخدام مدخل اليقظة العقلية في خفض بعض أعراض اضطراب الفصام لدى الشباب .

أهمية الدراسة :

١- الكشف عن الدور الذي يسهم به العلاج النفسي الحديث في خفض أعراض اضطراب الفصام مع العلاج الكيميائي .

٢- الكشف عن الدور التي يمكن أن تلعبه استراتيجيات مدخل اليقظة العقلية في خفض بعض أعراض اضطراب الفصام .

مصطلحات الدراسة:

١- أعراض الفصام:

هي مجموعة أعراض نفسية متزامنة تظهر عادة قبل سن الأربعين، وتؤدي عموماً إلى تفكك وتدهور شخصية الفرد، ويكون لدى المصابين بالفصام - في العادة - طرق شاذة وغريبة في التفكير والسلوك والمشاعر (طارق على الحبيب ، ٢٠٠٨ ، ص ١٣) .

٢- اليقظة العقلية :

يعرفها جون كبات زين و ديفيد لودويدج

(Jon Kabat Zinn & David S.Ludwig , 2010, p.1350) من وجهة نظر العلاج على

أنها ممارسة علاجية تعنى كيفية الوعي في اللحظة الحالية دون إصدار أحكام.

الآطار النظري للدراسة :

أولاً : اضطراب الفصام : Schizophrenia Disorder

١- المفهوم اللغوي :

أ) المفهوم في اللغة العربية :

ورد في المعجم الوسيط أن كلمة الفصام مشتقة من مادة (فَصَمَ) فيقال فصم الشيء فصماً أي شقة وصدعه دون بينونة، وفصم العقدة : حلها ، وفصم الشيء قوسه وحناه ، وفصم الشيء : ذهب وانكشف، يقال أفصم الحر ، وأفصم المطر ، وأفصمت عنه الحمي ، وانفصم الشيء : بمعنى انكسر من غير فصل، وتفصم الشيء أنكسر دون بينونة وانفصمت العقدة : انحلت ، وانفصمت العروة : انقطعت . (مجمع اللغة العربية ١٩٨٥، ص ٧١٨) .

ب) المفهوم في اللغة الانجليزية :

إن الكلمة الانجليزية المرادفة لكلمة الفصام العربية هي Schizophrenia وهو مصطلح مكون من مقطعين الأول ((chizo أو chiz) ويعني (Split) انقسام . (Merriam Webster , 2003 , p.1110) وهي مشتقة من اللفظ الإغريقي (Schizein) بمعنى يشق (جابر عبد الحميد جابر ، وعلاء الدين كفاي ، ١٩٩٥ ، ص ٣٣٨٣) ، والمقطع الثاني : (phrenia) أو (phrenic) وهو مصطلح له علاقة بمفهوم العقل (Merriam Webster , 2003 , p.1110) وهي مقاطع مشتقة من اللفظة الإغريقية (phren) بمعنى الحجاب الحاجز أو القلب أو العقل (جابر عبد الحميد جابر ، وعلاء الدين كفاي ، ١٩٩٥ ، ص ٢٧٨٤) .

٢- المعنى الاصطلاحي لاضطراب الفصام :

أ (الوصف التاريخي لمفهوم الفصام :

في عام ١٨٥٦م صاغ موريل (Morel) مصطلح الخرف المبكر (Demencia Praecox) لوصف مريض مراهق نشط ولامع أصبح تدريجياً صامتاً ومنسحباً، وفي عام ١٩٦٦ وصف إميل كريبلين وفصل الصورتين الرئيسيتين للجنون علي أساس الأعراض المختلفة والمسار والنتائج، الأولي خبل الاكتئاب الجنوني له مسار انتكاس وشفاء مع التعافي التام بعد كل عرض، والصورة الثانية جمعها مع الإغماء التخشبي والذهانات البارانويدية تحت مصطلح الخرف المبكر أو خبل البلوغ (Dementia Praecox) والذي كان لهم مسار لتدهور حيث يكون أي تحسن جزئياً فقط وعلي مدي الحقبين التاليين والمزيد من المراجعات لكتابات كريبلين (Kraepelin) تم قبول أفكاره تدريجياً ، بعد ذلك حولت تأثير أفكار التحليل النفسي لفرويد التركيز علي مرض المخ الذي ذكره كريبلين إلي إنقسام العقل (Splitting of the mind) الفصام (Schizophrenia) والذي عرضه إيوجين بلوير في كتابه العته المبكر أو مجموعة الفصامات، وذلك في عام ١٩١١ ، وقد اعتقد أن الاضطراب قد يرجع إلي " انحلال الروابط بين الوظائف النفسية مع أعراض أساسية يعتقد أنها اضطراب تبدل الوجدان والتوحد والتناقض ، كما أضاف الفصام البسيط" لأنواع الفرعية التي ذكرها كريبلين ولم يعتبر الهلاوس والضلالات والأعراض التشخيصية ضرورية للتشخيص

(David Semple & Roger Smyth , 2013 , p.176).

ومع ذلك فالفصام فعلياً حصل علي اسمه من ايوجين بلويلر والذي صاغ مصطلح الفصام (Schizophrenia) لوصف تكسر العمليات العقلية التي تحدث مع المرضي ، وقد كان تركيز بلويلر أقل علي الأعراض السالبة كعلامة مميزة للفصام ، وقد تناول جوانب أخرى ذات أهمية أكبر ، وأصبحت الأعراض الأساسية لديه تعرف باسم الأربعة (Four AS) وهي :

- الازدواجية Ambivalence - تفكك الروابط Loosening of Association

- التنافر الوجداني والتبدل Affective of Congruity

- التوحد والذي يقصد به الانسحاب العاطفي Autism

فقد قصد بلويلر تطبيق شروط التشخيص لكن بغير قصد أدت أفكاره إلي مفهوم غريب مسهب عن الفصام ، وهناك طبيب مؤثراً آخر تحول إلي فيلسوف وهو كارل ياسبرز أخذ هذه الفكرة للنقيض حيث افترض أن الفصام لم يوصف ولم يكن مقابلاً للتعرف عليه من خلال عدم قدرة الطبيب علي فهم عالم المريض وعملياته العقلية وهو ما يسمى "مشاعر الشباب" Praecox Feeling وعلي النقيض من ذلك أتخذ كورت شنايدر مدخل ظاهري شديد الصرامة وحدد أنه في غياب السبب العضوي فإن وجود الأعراض التالية (ما تسمى بأعراض الرتبة الأولى) يشخص الفصام .

وكانت أعراض الرتبة الأولى :

- هلاوس سمعية شخص ثالث .
- هلاوس سمعية في صورة تعليق مستمر .
- سماع أفكار الشخص تنطق بصوت مرتفع .
- الشعور بأن جسد الشخص تحت السيطرة أو يؤثر عليه شخص أو شيء آخر .
- أفعال أو مشاعر تري أو تسلك كما لو كانت قادمة من تأثير شخص أو شيء آخر .
- الشعور بأن أفكار الفرد أصبحت معروفة للآخرين (إذاعة الأفكار) .
- الشعور بأن أفكار الفرد يتم أخذها بعيداً ، أو أن أفكاراً خارجية يتم وضعها في عقله (سحب أو إدخال ٢ الأفكار) .

- الإدراك الفعال (الإدراك بأن شيء ما " مشنوم " قد تغير لكن الشخص لا يستطيع تمييزه لأن هذه هي فترة الارتباك فقط قبل ان يصبح المريض ضرراً بشكل صريح (Murray, & Dean, 2008, p.593)

ب- تعريف الفصام في الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات العقلية (DSM-5) :

تطور تعريف الفصام خلال الطبقات الستة لدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية في مايو ٢٠١٣ تم اصدار الدليل التشخيصي والإحصاء الخامس DSM-5 وهو يعد الدليل السابع الصادر عن رابطة الطب النفسي الأمريكي وكنتيجة للتطورات في التعريف التي مرت خلال الأدلة الستة السابقة تم تعريف وتحديد الفصام والاضطرابات الذهانية المرتبطة به ، حيث يعرف علي أنه شذوذ في واحد أو أكثر من المجالات الخمس التالية : الضلالات ، الهلاوس ، التفكير ، (الكلام) الغير منظم ، (ويشمل التخشب) والأعراض السالبة (APA , 2013 , p . 87).

ج - تعريف الفصام وفقاً لآراء ووجهات نظر بعض العلماء والباحثين : يري كلاً من ديفيد سمبل وروجر سميث (David Semple & Roger Smyth , 2013 , p.174) أن الفصام والأمراض الذهانية المرتبطة به ينتمي إلي مجموعة من الاضطرابات تسمى تقليدياً باسم "الذهانات الوظيفية" وكلمة "وظيفية" في هذا السياق تعني اضطراب لوظيفة المخ مع عدم وجود شذوذ في تركيبه .

ويعرفه كلا من علي أحمد سيد ، ومحمد محمود محمد (٢٠١١ ، ص ٥٣) علي أنه :

- مرض يصيب المخ ويتميز بأعراض مرضية خاصة بسبب تغيرات كيميائية في المخ .
- يتصف باضطرابات فكرية شديدة . - يعالج دائماً بالأدوية .
- من أكثر الأمراض إعاقة للشباب ويظهر في سن ما بين ١٦-٢٥ سنة .
- شائع بدرجة أعلي مما يظن الناس ، فهو يصيب واحد من كل ١٠٠ من الناس علي مستوي العالم .
- إذا لم يعالج يؤدي لتدهور الشخصية .

وقد عرفت الكلية الملكية الانجليزية للطب النفسي الفصام علي أنه إحدى المصطلحات المستخدمة لوصف اضطراب رئيسي في الطب النفسي ، والذي يغير ويبدل إدراك الفرد وسلوكه ومشاعره

(Royal College of Psychiatrists , 2010, p.16).

ويري كلاً من بنجامين سادوك وفرجينيا سادوك (Benjamin J. Sadock & Virginia Sadock, 2010, p.143) ، أن الفصام تزامن لمجموعة أعراض لأسباب مرضية غير معروفة تتسم بالاضطرابات في المعرفة ، العاطفة ، الإدراك ، التفكير والسلوك ، والفصام يعرف جيداً علي أنه اضطراب بالمخ مع الشذوذ البنائي والوظيفي المرئي في دراسات التصوير العصبية والمكون الوراثي ، كما يري في دراسات التوائم ويكون الاضطراب عادة مزمن ، مع مسار يشمل مرحلة منذرة ومرحلة نشطة ومرحلة باقية ، والمرحلة نشطة لها أعراض مثل الهلوس ، الضلالات ، والتفكير غير المنظم ، والمراحل المنذرة والمتبقية تتميز بصور مخفضة من الأعراض النشطة ، مثل المعتقدات الشاذة والتفكير الخيالي ، وكذلك القصور في رعاية الذات والارتباط الاجتماعي ، ومنذ السبعينات تناقص عدد مرضي الفصام في المستشفيات بما يزيد عن ٥٠% ، ٥٠% (الخروج عن المؤسسات) ، ومن بين الذين عولجوا ما يزيد عن ٨٠% يعاملون كمرضي خارجيين ، وعلي الرغم من رؤية الفصام كما لو كان مرضاً واحداً ، فيحتمل أنه يتكون من مجموعة من الاضطرابات لأسباب مرضية متغايرة، كما يشير باسنت بيوري وأيان تريسدن (Buckley & Jones, 2010, p.993)إلي أن الفصام هو أكثر الأمراض العقلية حدة،علي الرغم من أنه غير شائع مثل الحالات الأخرى مثل اضطرابات الاكتئاب والقلق،وعلي الرغم من أن الفصام موجود في الأسر إلا أن الأساس الوراثي لهذه الحالة مفهوم بشكل سيء فبعض المرضي ليس لهم تاريخ أسري للذهان ، وهناك عوامل أخرى مثل الإصابة في المخ ومشكلات الولادة وكلها تعتبر هامة ، والرؤية المنتشرة من الفصام هي أن هذا الاضطراب (أو ربما مجموعة من الاضطرابات متشابهة المظهر) له أصوله في نمو المخ الخاطيء،ومعالجة الفصام تحتاج إلي أن تكون شاملة ومعززة والأدوية هي أساس المعالجة لكن الأدوية وحدها ليست كافية والمرضي يحتاجون لدعم من أجل الشفاء .

وفي الطبعة الثانية لدليل الممارسة لعلاج المرضي ذوي اضطراب الفصام الصادر عن الرابطة الأمريكية للطب النفسي ، تم توضيح أن الفصام هو اضطراب ذهاني كبير تتكون سماته الأساسية من علامات وأعراض مميزة تظل لفترة هامة من الوقت خلال مدة شهر واحد (أو لوقت أقصر إذا عولجت بنجاح) مع بعض علامات الاضطراب التي تدوم علي الأقل (٦) أشهر ، ولا يوجد عرض واحد مميز للفصام ولكن الأعراض تشمل اتجاهات نفسية متعددة مثل الإدراك (الهلوس) ، والتفكير، واختيار الواقع (الضلالات) ، وعمليات التفكير (نقد الروابط) ، الشعور (الوجدان المسطح والغير ملائم) ، والسلوك (التخشب ، وعدم التنظيم) ، والانتباة ، والتركيز والدافعية (فقد الارادة ، والانتباة، والتخطيط التالف) وتكوين الأحكام،وهذه السمات النفسية والسلوكية ترتبط بالتلف المتنوع في الوظيفة المهنية والاجتماعية ، وعلي الرغم من أن قد يكون هناك تدهور محفوظ في التلف في مجالات متعددة للوظيفية مثلاً (التعلم ، والعناية بالذات ، والعمل ، والعلاقات الاجتماعية ومهارات الحياة) كما يلاحظ أن الاضطراب يختلف بشكل كبير بين الأشخاص والتباين يحدث مع الأشخاص أنفسهم مع الوقت ويرتبط

أيضاً بمسار متقدم ومتكرر (APA , 2010, p.61)، وقد قدمت وزارة الصحة وشئون المستهلك بأسبانيا تعريفاً لمصطلح الفصام حيث يشير المصطلح إلى سلسلة من الاضطرابات الذهانية والتي تتسم بوجود أعراض نفسية إيجابية عند نقطة ما من التقويم ، حيث ترتبط الأعراض السلبية والمعرفية بدرجة متنوعة من العجز ، والأعراض الأساسية تتكون من مزيج من العلامات والأعراض التي تؤثر علي العديد من العمليات النفسية مثل الإدراك (الهلاوس) ، وإنتاج الأفكار ، وفقدان الارتباط بالواقع (الضلالات) ، وعمليات التفكير (الارتباطات المفككة) ، المشاعر (الوجدان المسطح والعوظف الغير ملائمة) ، والسلوك (الإغماء التخشبي ، وسوء التنظيم) ، المعرفة (الانتباة ، والتركيز) والدافعية وتكوين الأحكام ، ولا يوجد عرض بذاته مميز للفصام وهذه السمات النفسية والسلوكية ترتبط بأنواع عديدة من التلف

(Ministry of Health & Consumer Affairs , 2009 , p. 32).

ويذكر روبين ميوراي وآخرون (Ropin M. Murray et al , 2008 , p.284) أن الفصام اضطراب مخيف فيه أصوات متطفلة (هلاوس سمعية) عادة تعذب المريض بتعليقات بذينة أو إزدرائية، وتتداخل الأفكار معاً لتشكيل معتقدات خاطئة (الضلالات) . وقد يقتنع المصاب بأنه تحت المراقبة أو واقع في مؤامرة ذات أهمية دينية أو سياسية كبيرة ، وقد يعتقد أن أفكاره لم تعد خاصة وأنه تم التحكم فيها من إرادة خارجية حاقدة ، وقد تتسم بدايته بالمزاج الضال الذي يتكون من الحيرة الشديدة مع إحاطات مألوفة تبدو غريبة ، وعلاقات يبدو أنها تغيرت وشعور بأن شيء ما غير مبرر أو شيرير يحدث ، كما يعاني المرضى أيضاً من شذوذ إدراكي مثل تغير شكل الوجوه أو شم روائح غريبة أو أطعمة غريبة (مثلاً الدم أو السم) بالإضافة إلي الهلاوس السمعية ، وبعض المرضى لديهم هلاوس جسدية (ذات طبيعة جنسية) أو الأقل شيوعاً الهلاوس البصرية و(الضلالات) المتكررة ذات طبيعة بارانويدية لكنها أيضاً قد تكون دينية أو جنسية أو ضلالات عظمة ، ويرى مايكل ايبيرت وآخرون (Michael H. Eper et al. 2008 , p.262) أن الفصام تزامن أعراض طبي إتسم تاريخياً بمزيج مختلف من السمات الطبية يشار له بالذهان وتشمل السمات الطبية الهلاوس ، الضلالات ، العواطف الشاذة ، والتشخيص الإكلينيكي للفصام يتم حالياً علي أساس هذه العلامات المميزة والأعراض ومسارها الزمني وأثرها المتنوع علي القدرة الوظيفية وطبيعتها المرضية ، كما يذكر عبد الناصر عوض أحمد (٢٠٠٧ ، ص ١٥٨) أن الفصام مرض ذهاني وظيفي من أكثر الأمراض الذهانية انتشاراً ، ويرى كثير من علماء الطب العقلي أن الفصام اصطلاح يشير إلي مجموعة مشابه من نماذج استجابات سيكولوجية لمواقف الحياة التي يصعب علي الفرد مواجهتها ، وهو يبدأ عادة في سن المراهقة ويتسم باضطرابات شديدة في مجالات العاطفة والتفكير والعمل مع الميل إلي الانطواء والانزواء عن المجتمع الإنفراد بالذات وعدم الثقة بشكل عام، وقد وضع كلاً من بنجامين سادوك وفيرجينا سادوك (Benjamin J . Sadock & Virginia Sadock , 2007 , p.143) في عام ٢٠٠٧ في كتابها الموجز في

الطب النفسي تعريفاً للفصام علي أنه تزامن إكلينيكي لمرض نفسي متغير لكنه ممزق بعمق يشمل المعرفة والعاطفة، والإدراك وجوانب أخرى من السلوك ، والتعبير عن هذه الأعراض يختلف بين المرضى ومع الوقت ، لكن أثر المرض حاد دائماً ، وهو طويل المدي غالباً يبدأ الاضطراب عادةً قبل سن (٢٥) ، ويستمر مدي الحياة ويؤثر علي أشخاص من كل الطبقات الاجتماعية ، وغالباً ما يعاني كل المرضى وأسره من سوء الرعاية ونبذ المجتمع بسبب التجاهل المنتشر بشأن الاضطراب وعلي الرغم من مناقشة الفصام كما لو كان مرضاً واحداً فإنه ربما يتألف من مجموعة من الاضطرابات ذات الأسباب المرضية المتغيرة وهو يشمل مرضي تختلف أعراضهم الإكلينيكية استجاباتهم للمعالجة ، ومسار مرضهم ، ويجب علي الأطباء تقدير أن تشخيص الفصام يقوم بالكامل علي التاريخ النفسي ، وفحص الحالة الذهنية ، فليس هناك اختبار معلمي للفصام، كما يري راكويل جور وأن برادين

(Raquel E. Gur & Ann Braden Jonson , 2006 , p.4) أن الفصام اضطراب عقلي مزمن وحاد ، يتسم بتفكك عملية التفكير ، والإستجابة العاطفية ، وكذلك الإتصال بالواقع في أوائل القرن العشرين كان الفصام يعرف باسم (Dementia Praecox) (عته الشباب) بسبب تفكك أو تفتت الوظائف العقلية الذي يلاحظ دوماً لدي أصحاب هذا الاضطراب ، ومصطلح الفصام نفسه يعني "العقل المقتت" **Fragmented Mind** كما يشير إلي إنفصال بين التفكير والعاطفة والسلوك الذي يميز المرض وهو ليس نفسه "الشخصية المنفصمة" **Split Personality** وهو مرض منفصل تماما يعرف الآن بأسم اضطراب الهوية المنفصلة . **Dissociative Identity Disorder** ، كما أن مرضى الفصام لا يبدلون بين شخصيات "جيدة" و "سيئة"، ويذكر تريفور باول (٢٠٠٥، ص ٢٦١) أن مرض انفصام الشخصية اضطراب نفسي كبير يمكن أن يصيب أي شخص ، ومن الممكن أن يعاني شخص واحد من بين كل مائة شخص من هذا المرض قبل بلوغ ٤٥ عاماً ، وعادة ما يصيب المرض الأشخاص ما بين ١٨ - ٣٥ عاماً ، أي أنه يصيبهم في الغالب وهم في أوج نشاطهم عندما يحاولون إقامة حياة مستقلة ، فهذا المرض يصيب الرجال والنساء علي الرغم من أنه يظهر في الغالب في عمر لاحق لدي النساء ، ويؤثر المرض علي جميع جوانب حياة المرضى المصابين به ، بما في ذلك طريقة التفكير والشعور والسلوك ، فقد يسمع المريض أصواتاً ويطور أفكاراً وهمية وغريبة ، ويصبح فاتر الشعور ويفقد الاهتمام بالأشياء ويتغير عاطفياً ، ومن صعوبات هذا المرض أن المريض قد يكون غير مدرك أنه مريض ويكون من الصعب علي المريض التفرقة بين الحقيقة والخيال فالأمر له يشبه إلي حد ما الحلم في أثناء اليقظة.

٣- نسبة انتشار المرض وحدوثه :

(أ) الحدوث : Incidence

حدوث الفصام علي مستوي العالم متشابه نسبياً عندما يتم استخدام شروط تشخيص عملية مفيدة لتحديد الشخيص ، ويميل الذكور للبداية المبكرة عن الاناث (٢٣مقابل ٢٦ عام) ويكون لديهم مرض أكثر حدة .

(ب) الانتشار : Prevalence

المخاطرة مدي الحياة للفصام ما بين (١٥-١٩) من كل ١٠٠٠ نسمة ، وذروة الانتشار هي ما بين (٢-٧) لكل ١٠٠٠ نسمة ، وهناك بعض الفروق بين البلاد إلا أنها تقل عند استخدام تعريف صارم للفصام بناء علي استخدام أعراض الرتبة الأولى

(David Semple & Roger Smyth , 2013, p. 184).

ويشير الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات العقلية DSM-5 أن الفصام ينتشر علي مدي الحياة بنسبة حوالي ٠.٣ إلى ٠.٧% ، علي الرغم من أن هناك تباين مقرر للسجلات والأعراف بين الدول والمنطقة الجغرافية للمهاجرين وأطفالهم ، ونسبة النوع أيضاً تختلف بين العينات والتعدادات فمثلاً التأكيد علي الأعراض السالبة والمدة الأطول للاضطراب (المرتبط بالنتائج الأسوء) يظهر حدوث أعلى لدي الذكور بينما التعريفات التي تسمح بتضمين المزيد من الأعراض المزاجية والوجود المختصر (الذي يرتبط بنتائج أفضل) يوضح مخاطرة متعادلة لكلا الجنسين (APA , 2013 , p . 102) .

٤- تشخيص الفصام :

الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات العقلية : DSM-5 :
الشروط التشخيصية :

- اثنين (أو أكثر مما يلي) كلاً منها موجود علي الأقل لنسبة هامة من الوقت خلال فترة شهر واحد (أو أقل إذا عولج بنجاح) ، علي الأقل واحد منها يجب ان يكون (١) ، (٢) أو (٣) .
- ١- الضلالات . ٢- الهالوس . ٣- الكلام غير منظم (مثلاً انحراف مستمر أو عدم تماسك) .
- ٤- السلوك الكلي الغير منظم أو التخشبي .
- ٥- الأعراض السالبة مثلاً التعبير العاطفي المتناقص أو فقد الإرادة .
- لنسبة هامة من الوقت منذ بداية الاضطراب ، مستوي الوظيفية في واحد أو أكثر من المجالات الرئيسية مثل العمل والعلاقات الاجتماعية أو رعاية الذات ، يكون أقل بشكل ملحوظ من المستوي الذي سبق تحقيقه قبل البداية ، (أو عندما كانت البداية في الطفولة أو المراهقة ، هناك فشل في تحقيق المستوي المتوقع من الوظيفة الاجتماعية ، الأكاديمية أو المهنية) .

- علامات مستمرة للاضطراب تدوم لستة أشهر علي الأقل وفترة الأشهر الستة هذه تشمل علي الأقل شهر واحد من الأعراض أو أقل إذا عولجت بنجاح التي تحقق الشرط "أ" (مثلاً أعراض المرحلة النشطة) وقد تشمل فترات من الأعراض المنذرة أو الباقية . وخلال هذه الفترات ، قد تظهر علامات الاضطراب فقط من خلال الأعراض السالبة أو باثيني أو أكثر من الأعراض المذكورة في الشرط "أ" موجود بصور مخففة (مثل معتقدات غريبة ، خبرات إدراكية غير معتادة) .

- اضطراب الفصام الوجداني والاضطراب الاكتئابي أو ثنائي القطب مع السمات الذهامية قد تم استثناءها ، إما لأن " ١" لم يحدث أي الأعراض الاكتئابية أو الهوسية الكبرى بالتزامن مع أعراض المرحلة النشطة ، أو " ٢" إذا كانت الأعراض المزاجية التي حدثت أثناء المرحلة النشطة ، قد كانت موجودة في الحد الأدنى من المدة الكلية للفترات النشطة والباقية .

- الاضطراب لايعزي للآثار الفسيولوجية لمادة(مثلا تعاطي المخدرات أوالدواء) أو حالة طبية أخرى .
- إذا كان هناك تاريخ لاضطراب التوحد واضطراب التواصل في بداية الطفولة ، فإن التشخيص الإضافي بالفصام يتم فقط إذا كانت الضلالات أو الهلوس بارزة بالإضافة للأعراض الأخرى المطلوبة للفصام موجودة أيضاً لمدة شهر واحد علي الأقل (أو إذا عولجت بنجاح)

(APA , 2013 , P. 100) .

٥- التشخيص الفارق :

التشخيص الفارق وفقاً لمعايير DSM-5 :

- الاضطراب الاكتئابي أو ثنائي القطب الرئيسي مع سمات ذهانية أو تخشبية :

التمييز بين الفصام الاضطراب الإكتئابي الرئيسي أو ثنائي القطب مع السمات الذهانية أو مع التخشب يعتمد علي العلامة المؤقتة بين اضطراب المزاج والذهان ،وعلي حدة الأعراض الاكتئابية أو الذهانية، وإذا حدثت الضلالات أو الهلوس خلال الفترة الأساسية للاكتئاب ، والجنون يكون التشخيص اضطراب اكتئابي الاضطراب أو ثنائي القطب مع سمات ذهانية .

- الاضطراب الفصامي الوجداني :

تشخيص الاضطراب الفصامي الوجداني يتطلب أن تحدث الأعراض الاكتئابية أوالجنونية الرئيسية بالتزامن مع أعراض المرحلة النشطة وأن توحد الأعراض المزاجية معظم المدة الإجمالية من الفترات النشطة .

- الاضطراب ذا الشكل الفصامي والاضطراب الذهاني المختصر :

تكون هذه الاضطرابات ذات مدة أقل من الفصام كما هو محدد في الشرط ، والذي يتطلب (٦) أشهر من الأعراض ، وفي الاضطراب ذا صورة الفصام يوجد الاضطراب أقل من (٦) أشهر وفي الاضطراب الذهاني القصير ، توجد الأعراض يوم واحد علي الأقل ولكن أقل من شهر .

- اضطراب الضلالات :

يمكن تمييز اضطراب الضلالات عن الفصام في غياب الأعراض الأخرى المميزة للفصام (مثلاً الضلالات الهلوس السمعية أو البصرية البارزة ، الكلام الغير منظم ، السلوك الكلي الغير منظم أو التخشبي الأعراض السالبة) .

- اضطراب الشخصية الفصامية النموذجية :

قد يتميز اضطراب الشخصية الفصامية النموذجية بأعراض البداية التي ترتبط بسمات الشخصية الثابتة.

- الاضطراب الاستحوادي- الجبري واضطراب لا يشكل الجسد :

قد يظهر لدى الأفراد الذين لديهم الاضطراب الاستحوادي الجبري أو اضطراب لا يشكل الجسد تبصر ضعيف أو غائب ، والانشغال قد يصل لدرجة الضلالات . ولكن هذه الاضطرابات تتميز عن الفصام بالاستحواذ البارز ، الإجبار ، الإنشغال بالمظهر أو برائحة الجسد ، أو السلوكيات المتكررة المركزة علي الجسد .

- اضطراب كرب ما بعد الجرح الصدمة :

يشمل هذا الاضطراب الارتجاع الذي قد تكون له سمة هلاوس وحذر شديد قد يصل لدرجة البارانويا ولكن حدوث الإصابة والأعراض المميزة له التي ترتبط بإزالة الحدث أو التعامل معه مطلوبة لعمل التشخيص.

- اضطراب سلسلة التوحد أو اضطرابات الاتصال :

هذه الاضطرابات أيضاً قد تكون لها أعراض تشبه الأعراض الذهانية لكنها تتميز بالقصوري التعامل الاجتماعي مع سلوكيات متكررة ومقيدة ، وقصور معرفي ، وقصور آخر في الاتصال ، ومريض اضطراب سلسلة التوحد أو اضطراب الاتصال يجب أن يكون لديه أعراض تحقق الشروط الكاملة للفصام مع هلاوس أو ضلالات بارزة لمدة شهرعلي الأقل من أجل تشخيص الفصام كحالة مرضية .

- اضطرابات عقلية أخرى ترتبط بالأعراض الذهانية :

يتم تشخيص الفصام فقط عندما تدوم الأعراض الذهانية ولا تعزي لاثار فسيولوجية لمادة مخدرة أو حالة طبية أخرى . والمرضي الذين لديهم هذيان أو اضطراب معرفي عصبي رئيسي أو ثانوي قد يكون لديهم أعراض ذهانية ولكنها سوف تكون لها علاقة مؤقتة ببداية التغييرات المعرفية التي تتسق مع هذه الاضطرابات . والأفراد ذوي الاضطراب الذهاني المستحث بمادة أو دواء يمكن تمييزه عادةً بالعلاقة المزمنة لتعاطي المادة وبداية وشفاء الذهان في غياب استخدام المادة .

- نسبة الحالة المرضية مع الاضطرابات المتعلقة جامدة أو عالية في الفصام :

فما يزيد عن نصف مرضي الفصام لديهم اضطراب تعاطي الطباق وتدخين السجائر بانتظام .

والمرضية مع اضطرابات القلق تدرك بشكل متزايد في الفصام . ومعدلات الاضطراب الاستحواذي - الجبري واضطراب الذعر المرتفعة لدي مرضي الفصام مقارنة بالتعداد العام . واضطراب الشخصية الفصامية النموذجية أو البارانونية قد يسبق أحياناً بداية الفصام .

ويقل توقع الحياة لدي الأفراد مرضي الفصام بسبب الحالات الطبية المرتبطة بزيادة الوزن ، السكري ، الأعراض الأيضية وأوعية القلب ومرض الرئة شائعة أكثر في الفصام عنها في التعداد العام . والاهتمام الضعيف بسلوكيات الحفاظ علي الصحة (مثلاً فحص السرطان ، التمرينات) تزيد مخاطرة المرض المزمن ، ولكن عوامل أخرى للاضطراب تشمل الدواء ، وأسلوب الحياة ، وتدخين السجائر، والنظام الغذائي أيضاً قد تلعب دوراً ، التهيو المشترك للذهان والاضطرابات الطبية قد يفسر بعض من المرضية الطبية في الفصام .

٦- أسباب الإصابة باضطراب الفصام :

هناك عدة أسباب تؤدي للإصابة باضطراب الفصام وهي كما يلي :

- الصراع النفسي والحيل الدفاعية :

يري أنصار التحليل النفسي أن مريض الفصام لديه "أنا" ضعيف في مواجهة الواقع ، وليس لديه القدرة علي التوفيق بين نزعات " الهو" من حفزات جنسية وعدوانية ومتطلبات " الأنا الأعلى" والواقع الخارجي ويسبب هذا الصراع الداخلي العنيف النكوص الي الشق الأول من المرحلة الفمية ، وهي مرحلة لا يستطيع الشخص التمييز فيها بين الذات أو العالم أو الموضوع ، وتصبح الأوهام والخيالات مختلطة بالواقع وتسبب هلاوس وضلالات ، كما تصبح النزعات البدائية الليبيديه أقوى من المعايير الاجتماعية ، وتستطيع أن تظهر في أنماط سلوك غير واقعية مرفوضة من المجتمع (بمعني أن الهو أصبح مسيطراً علي السلوك أكثر من " الأنا " وأصبح مبدأ اللذة مسيطراً أكثر من مبدأ الواقع) (حسين علي فايد ، ٢٠٠١ ، ص ١٥٩) .

ويذهب عبد الناصر عوض أحمد (٢٠٠٧ ، ص ص ١٦١ - ١٦٢) إلي أن الحيل الدفاعية العنيفة والمتطرفة كالإنسحاب والنكوص والاسقاط والتعويض كأساليب دفاعية أو هروبية تؤدي لفشل التوافق النفسي والاجتماعي للفرد ، وبالتالي الإصابة باضطراب الفصام ، كما أن الوحدة والعزلة وسوء التوافق العاطفي والبرود الانفعالي بين الزوجين أو الفشل في تحقيق الهدف وتلقي الصدمات في مجالات الحياة يعجل بظهور الفصام .

-الصدمات النفسية والضغط العصبي الشديدة :

من التفسيرات النفسية لنشأة الفصام ذلك التفسير الذي يفترض أن الفصامي قد تعرض لصدمة نفسية عنيفة في الطفولة المبكرة هذه الصدمة تجعل الفرد حساساً حتي أنه لا يستطيع تحمل الضغط المتأخر أو التالي بعد ذلك والذي يستطيع الآخرون تحمله ، فكلما إزداد اضطرابه كلما لجأ إلي

الانسحاب التام إلى عالم طفلي لا يتفق مع عالم الواقع ، ولكنه يستطيع أن يجد فيه الإشباع الذي حرمة منه هذا العالم . (حسين علي فايد ، ٢٠٠١ ، ص ١٥٩) .

ويبدو أن الضغط العصبي يمثل عاملاً لاستثارة نوبة انقسام إذا كان لدى المريض استعداد لذلك ، ويمكن أن يتضمن الضغط العصبي أحداث الحياة الصعبة مثل فقد وظيفة أو وفاة شخص عزيز أو انهيار علاقة حميمة أو الانتقال إلى منزل آخر (تريفورباول ، ٢٠٠٥ ، ص ٢٦٥) .

- اختلال العلاقة المبكرة بالموضوع :

فقد اعتبرت "ميلاني كلاين" أن الشهور الأولى من حياة الطفل وما ينشأ من خلالها من مشاعر موجبة أو سالبة تجاه النفس أو الآخرين هي أساس الموقف الفصامي البارنويا وتكوين دفاعات مرضية تصل إلى الحياة البالغة . فإنما ركز "فيربين" علي انشغاقات " الأنا" التي تتداخل مع وظائفه التكيفية وتكامله واختباره للواقع ، وهذه مع العلاقات غير الناضجة للموضوع تمنع الانتقال من الاعتمادية القيمة إلى الاعتمادية الناضجة المبنية علي التمييز بين النفس والأخر وأكد " وينكوت " أن تكامل " الأنا " المنفصل يتبلور في إحساس ثابت بالنفس وأن الأم الطيبة تنمي نفساً حقيقية بينما تنمي الأم غير الطيبة نفساً زائفة تتحطم في الأذهان (حسين علي فايد ، ٢٠٠١ ، ص ١٦٠) .

-العواطف والانفعالات الشديدة :

هناك دليل مؤكد علي أن العيش في بيئة يتم فيها التعبير عن العواطف أو الإنفعالات بشكل كبير يؤدي إلى الأضرار بالصحة النفسية للشخص المصاب بانفصام الشخصية ، فالتعبير عن العواطف والإنفعالات بشكل مبالغ فيه يعني وجود تعليقات ناقدة وانفعالات شديدة واهتمام عاطفي مبالغ بصدد الحماية الزائدة بجانب تزايد الآمال المتعلقة بشفاء الشخص المريض ، ويجب او يحاول أفراد العائلة والمعالجون تقليل التعبير عن عواطفهم وانفعالاتهم ومشاعرهم بشكل عام ، الأمر الذي يعني قبول المرض والصبر علي المريض والسماح له بمزيد من الحرية الشخصية (تريفورباول ، ٢٠٠٥ ، ص ٢٦٦) .

-الاجهاد النفسي :

ويذكر طارق علي الحبيب (٢٠٠٨ ، ص ص ٥٤-٥٥) أن من الخبرة الإكلينيكية يمكن أن يحدث الفصام بفعل أي نوع من أنواع الإجهاد النفسي إذا بلغت شدته حداً معيناً يفوق قدرة ذلك المريض كأحد المرسبات النفسية ، كما يري أن المرسبات النفسية لا تؤدي إلى حدوث الفصام فحسب ، بل يمكن أن تؤدي أيضاً إلى انتكاسة المرض أو المساهمة في استمرارية أعراض المرض وتدهورها ، وعلي الفاحص أن لا ينسى أن هذه المرسبات ربما تكون أحد أعراض المرض وليست سبباً في حدوثه مثل الرسوب في الدراسة الذي كان تعبيراً عن درجة اضطراب المريض الذي لم يظن من حوله للأعراض التي بدأت تسري في ذاته فظنوا أن الرسوب هو سبب ظهور المرض ، وفي الحقيقة لم يكن سوي أحد مظاهر المرض بسبب تدهور قدرة المريض العقلية ، فكلما كان الإجهاد طفيفاً وحدث معه

المرض كلما دل علي أن الاستعداد للإصابة بالمرض كان أكبر ، وكلما كان الإجهاد شديداً ومتعددًا كلما دل علي ان الاستعداد للإصابة بالمرض أقل مما يتطلب مرسبات نفسية بالغة لإظهاره .
- الشخصية :

تلعب الشخصية دوراً هاماً في تهيئة الفرد لإصابة باضطراب الفصام وقد أشارت الدراسات التي أجريت علي الفصامين إلي ان ثلث هؤلاء المرضى كان لديهم شخصيات شبة فصامية تتسم بالانطواء والهدوء والخجل والحساسية المفرطة مع عزوفهم عن الاختلاط وصعوبة التعبير عن انفعالاتهم لفظياً ، والجنوح الدائم للخيال والتفكير ، وتجنبهم مواجهه الواقع مما يجعلهم يميلون للأعمال التي تحتاج للعزلة والتفكير والفلاسفة والعلماء (حسين علي فايد ، ٢٠٠١، ص ١٦٠) .

٧- أعراض الفصام :

قد تبني الباحث بعض الأعراض التي وردت في الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي (DSM-5) عام ٢٠١٣ وهي كما يلي :
أولاً: الضلالات :

ويعرفها الدليل التشخيصي الخامس للاضطرابات النفسية والعقلية بأنها معتقدات ثابتة غير قابلة للتغيير في ضوء الدليل المتناقض ، ومحتوها قد يشمل مجموعة متنوعة من الموضوعات مثل الضلالات الاضطهادية والضلالات المرجعية ، الضلالات وجسدية ، الضلالات دينية ، الضلالات العظمة (APA,2013,P.87) .

ثانياً : الهلاوس :

ويعرفها الدليل التشخيصي الخامس للاضطرابات النفسية والعقلية بأنها خبرات شبيهة بالإدراك تحدث بدون مثير خارجي وهي قوية وواضحة مع قوة كاملة وتأثير علي الإدراك الطبيعي وليست تحت التحكم الإرادي وهي قد تحدث بشروط حسية لكن الهلاوس السمعية هي أكثر شيوعاً في الفصام (APA,2013,P.87) .

ثالثاً : اضطراب التفكير :

ويعرفها الدليل التشخيصي الخامس للاضطرابات النفسية والعقلية بأنها اضطراب التفكير الأساسي ويستدل عليه من كلام الفرد ، ويشمل انحراف الإجابات وعدم فهم الكلام و فقد الكلام (الحبسة) (APA,2013,P.87) .

ثانياً : مدخل اليقظة العقلية - Mindfulness Approach

١ - المفهوم و السياق التاريخي :

المفهوم اللغوي:

يستند هذا المفهوم إلى الكلمة الإنجليزية Mindful وتعني واع أو متنبه أو يقظ في حين يقابل هذه الكلمة كلمة أخرى وهي Mindless وتعني غافل عن شيء(منير البعلبكي ورمزي منير

البعلبكي، ٢٠٠٨، ص ٧٢٨) ، أما في اللغة العربية فتم ترجمة كلمة Mindfulness إلى " اليقظة " أو " التنبه " أو " الوعي الأني أو اللحظي " ، كما يختلف هذا المفهوم عن كلمة Mind full وتعني العقل الممتلئ ، فإذا كانت الكلمتان بدون فاصل فتعني اليقظة ، وإذا كانت منفصلة فتعني العقل الممتلئ أو المنشغل بأكثر من شيء أو المشتت.

ارتبطت اليقظة تاريخياً بأساليب التأمل التي جاءت أساساً من الممارسات البوذية و تخللت علم النفس الغربي في الحقب الأخيرة ، وأصبح هناك مدخلين مميزين لها في أدب علم النفس الحالي ، احدهما يقوم على الممارسات المنسجمة مع التأمل الشرقي ، و مدخل غربي متفرد لا يشمل التأمل و لكن يقوم بإيجاد الفروق الجديدة بشأن موضوعات وعى الفرد ، و حالياً في علم النفس الغربي التعريف العملي الأكثر استخداماً لليقظة من المنظور التأملي الأكثر تقليدية هو أنها صورة من تنظيم الذات للانتباه و هي موجهة نحو الحاضر و تتسم بالفضول ، و الانفتاح و التقبل

(Maja Djikic , 2014 , p.139).

وتذكر ايلين لانجرومينا مولدوفينو (Ellen Langer & Milnea) إن اليقظة ليست مفهوماً سهل التعريف لكن يمكن فهمه بشكل أفضل على انه عملية الحصول على فوارق جديدة ، ليس من المهم ما تتم ملاحظته هاماً أو تافهاً ، طالما انه جديد للرأي ، أن الحصول النشط على تلك الفوارق يجعلنا موجودين في الحاضر انه أيضاً يجعلنا موجودين في الحاضر ، انه أيضاً يجعلنا أكثر دراية بسياق و منظور أفعالنا إذا كنا نعتمد على الفوارق و الفئات التي حددناها في الماضي ، و في ظل هذا الموقف ، تفهم القواعد و الروتين بشكل أكثر احتمالاً على أنها سلوك يقظ ، أن عملية إيجاد فروق جديدة يمكن أن يؤدي إلى العديد من النتائج المتنوعة و التي تشمل : -

١. حساسية أكبر لبيئة الفرد .

٢. المزيد من الانفتاح على المعلومات الجديدة .

٣. خلق فئات جديدة لتكوين المفهوم .

٤. الوعي المعزز بالأراء المتعددة في حل المشكلات .

أن الشعور الذاتي باليقظة هو شعور بحالة مرتفعة من المشاركة و التيقظ أو الوجود في الحاضر هذه الحالة الذاتية في الخيط المشترك الكامن الذي يربط معاً العواقب شديدة التنوع و التي يمكن ملاحظتها للرأي ، فاليقظة ليست عملية معرفية باردة فعندما يجتهد الفرد بعمل أنشطة للحصول على فروق جديدة يكون بكامله مشاركاً في ذلك، في حين يرى جون كبات زين(١٩٩٤) أن اليقظة انتباه بطريقة خاصة ولهدف خاص في اللحظة الآتية بدون إصدار أية أحكام ، كما يرى أن اليقظة تعد مساوية لنوعية الوعي ويعرفها بأنها لفت الانتباه بطريقة معينة وهادفة وعن قصد في اللحظة الراهنة دون إصدار أحكام عقلية ، مثل هذا الانتباه يقدم لنا وسيلة للاختبار المباشر للخطة بدون التفكير فيها ، ويشمل ذلك أن يكون المرء مدركاً لتيار الفكر دون الحكم عليه و بناء الثقة في الذات ، صرف الذهن عن بعض الأمور أو قبولها كما هي(في محمد السيد عبد الرحمن، ٢٠١٤، ص ٢٥٢).

و يضيف جون كبات زين و ديفيد لودويدج في عام ٢٠١٠

(Jon Kabat Zinn & David S.Ludwig , 2010 , p.1350) تعريفاً لليقظة من وجهة نظر العلاج على أنها ممارسة علاجية تعنى كيفية الوعي في اللحظة الآنية .

وفي ضوء ما سبق يتبين لنا وجود مدخلين بالفعل احدهما يميل للفلسفة الشرقية البوذية المتأملة و يمثلها كبات زين ، والآخر يميل للمنظور الغربي ويمثله إيلين لانجر أن الفرق بين المدخلين سيكون بخصوص حل مشكلة المعاناة (المنظور الشرقي) والغفلة (المنظور الغربي) والذي يمكن تصوره على انه الفرق بين القبول الجذري والتحدي الجذري ، فمن المنظور الشرقي البوذي ، مشكلة المعاناة تحل بزوال الحاجة الملحة ، والتي تشمل المسار الثماني والذي يكون في قلب اليقظة الحقّة أو السبعة الأخرى تشمل : التفكير الصائب ، الفهم الصائب ، الكلام الصائب ، الفعل الصائب ، الحياة الصائبة ، الجهد الصواب ، التركيز الصحيح ، ومن ثم فان الحاجة الملحة تزول بتهذيب حالة من اليقظة ، التي يقترب فيها الفرد من الخبرة بالقبول والوعي الحالي الغير مصدر لأحكام و يسبب هذا الوعي القبول الاساسي للنفس ، البيئة والخبرة ، والذي يتحقق غالباً من خلال ممارسات تأملية مختلفة ، وفي المنظور الغربي تتحقق اليقظة ليس فقط بالقبول الجذري ، ولكن أيضاً بالتحدي الجذري ، هذا يعنى تحدى اى منظور واحد ، اى حكم عن النفس أو العالم ، اى ناتج معين ، على انه صحيح أو خطأ بشكل مطلق جيد أو سئ ، هذا يحتمل أن يحدث ليس فقط على تحمل الآخرين و لكن أيضاً تحمل أصالة الفرد ، أن الإيجاد المستمر للفروق الجديدة يؤدي إلى تعدد البدائل ، الإحساس بالتأكد مع إعطاء الفرصة للتحمل المهذب للغموض ، تقول إيلين لانجر(٢٠٠٩) أن التركيز التعليمي على إيجاد الفرق اليقظ (الانتباه للتباين) حيث يتم تدريس الحقائق على انها بالضرورة تتأثر بالمنظور و السياق ، سوف يتغلب على العادات الغافلة الباقية ومن خلال مرحلة البلوغ ، الوعي بالسياق بإيجاد فروق جديدة يؤدي إلى أن تكون في الحاضر ، حقيقة أن نفس السلوك يمكن وصفة من مناظير متعددة (مثلاً موجب و سالب في نفس الوقت) تؤدي إلى حكم اقل تأكيدا على اى سلوك ، أن هذا التحدي النشاط المستمر للمنظور الواحد ، الإجابة الوحيدة ، الحقيقة الوحيدة ، السلطة الوحيدة ، هو الذي يحدد المدخل الغربي المتفرد لليقظة ، وهذا لا يعنى أن إيجاد الفروق الجديدة أكثر جهداً من التأمل كلاهما يمكن أن يكون مجهداً في البداية ثم يصبح بلا جهد مع الوقت والممارسة (Maja Djikic,2014,p.142) .

ومن خلال العرض السابق يمكننا أن نستنتج أفضل أسلوب لليقظة العقلية يمكنه التعامل مع مرض الفصام هو المنظور الشرقي التأملى ، حيث يركز من خلال المسار الثماني على عمليات معرفية هامة مرتبطة بالأعراض و هي التفكير والفهم والكلام والفعل والسلوك ، ولذلك سوف يتبنى الباحث هذا المنظور لتعرضه لهذه العمليات من جهة ، ولكثرة الدراسات والأبحاث التي تتناول اليقظة من هذا المنظور الشرقي في شتى مجالات العلاج و الإرشاد النفسي .

٢- وصف مدخل اليقظة (المنظور الشرقي) لاضطراب الفصام : -

تم وصف الفصام كاضطراب وتدهور ، يصعب معه التمييز بين الواقعي وغير الواقعي ، الحقيقي وغير الحقيقي ، الماضي والحاضر ، و كاضطراب قبل يصعب الاختيار فيما يتعلق بالمشيريات الداخلية و الخارجية و اضطراب صورة و محتوى المعرفة (Jennifer Leah , 2011,p.16) .

٣- مكونات اليقظة :

و وفقاً لما أورده جينفرلاه (Jennifer Leah , 2011,p.203) أن لليقظة ثلاث مكونات كمايلي :

(١) الوعي :

و هي وجود في اللحظة الحالية مع وعى هادف مركز و " هادف " تشير إلى تركيز موجه و منتقل حيث لا يضيق الانتباه أو يندمج مع أي مشيرات معينة مثل التفكير أو المشاعر أو الإدراك البصري أي العمل على و ليس في الفكر و المشاعر و المحتويات الأخرى للوعي .

(٢) عمليات المعالجة المعرفية :

وهي الملاحظة الفضولية المحايدة التي لا تكون أحكام للمثيرات كما هي في اللحظة، و يمكن مقارنة هذا مع " الغفلة " وهي نوع من العمليات المعرفية التي تصنف فيها الخبرات تلقائياً و بغير وعى بالرجوع للمعتقدات سابقة الوجود، والأحكام والتسميات ، والتوقعات، والفروض، ومن ثم هناك ضيق للمنظور حيث أن ما يمر به الفرد هو ما يتوقع أن يراه وليس ما قد يكون و لا يكون موجوداً، العمليات المعرفية اليقظة هي فتح لمنظور وليس التضيق الغافل و يمكن للمكونات أن تعمل معاً و يمكن لمكون الوعي في اليقظة أن يسمح بملاحظة الأحكام أو التسميات والتوقعات مما يسمح بنقطة منها يتم تفعيل مكون العمليات المعرفية من جانب الملاحظ للسماح للخبرات (التي تشمل الأفكار والمشاعر) أن تكون كما هي بدون حكم أوالتحديد مع مشيرات معينة أو تصنيف أو تبديل أو إضافة تكافؤ (٣) الحنو و الرقة :

تتداخل اليقظة أيضاً مع التقاليد البوذية ل "العطف المحب " والذي يفعل حديثاً على انه الحنو و الرقة نحو الذات و الآخرين ، فالحنو هو معاملة النفس بعطف وليس بقسوة و إدراك أن الأخطاء و الفشل هي جزء من كون الفرد أنسانا ، والبقاء على وعى بالخبرات المؤلمة وليس تجنبها أو التركيز الزائد عليها،والحنو يمكن أن يكون إما منتج أو مؤشر للوعي و مكونات العمليات المعرفية لليقظة،وبناء على هذه المكونات يكون الهدف العام للممارسة هو تغيير العلاقة مع خبره الفرد،أما ببساطة بالارتباط باللحظة الحالية للفرد بشكل مختلف عن وجوده فيها أو الارتباط بالمشيريات بشكل مختلف حتى لا يتم إصدار أحكام ، وعدم إضافة أو حذف شئ ، ولا تتم أية محاولات لتحليل من أين أتى و لماذا يوجد ، فالارتباط بالبيئة بطريقة يقظة اتضح انه يقلل الضغط،والذي يزيد بارتباطه بالمشيريات والخبرة بطريقة غير يقظة .

الدراسات السابقة ذات الصلة بالموضوع :

وهناك بعض الدراسات التي تناولت استخدام مدخل اليقظة العقلية مع مرضى الفصام، فقد أوضح نير باي . ن. سينج ، وآخرون (٢٠١٣) أن غالبا ما يتم التعبير عن الغضب الغير مضبوط كعدوان لفظي وبدني . بعض مرضى الفصام ينشغلون بالعدوان اللفظي والبدني عندما لا يستطيعون التحكم في غضبهم إما من خلال استخدام الدواء النفسي والتدخلات النفس اجتماعية . ففي هذه الدراسة تم تعليم ثلاثة أشخاص لديهم مشكلات طويلة المدى مع إدارة الغضب مفهوم و رد الفعل الفوري تقريبا للعقل علي بعض المثيرات الداخلية والخارجية التي تقودهم للعاطفة السالبة والممارسة القائمة علي اليقظة التي ساعدتهم علي حبس هذا بدون الارتباط ألا أنه تم تعليمهم الممارسة القائمة علي اليقظة للمواجهه الحانية للتعامل مع مشاعر الإثارة العاطفية باستخدام خط قاعدي متعدد تم تقييم آثار الممارستين القائمتين علي اليقظة والغضب والعدوان اللفظي والعدوان البدني كان الأفراد الثلاثة قادرين علي تقليل غضبهم والتقليل بشكل كبير من العدوان اللفظي ، ثم تم تقييم مفهوم رد الفعل التخلص من العدوان البدني .

وهدفت دراسة واي تونج شين ، وآخرون (٢٠١٣) إلي اختبار آثار برنامج تعليم نفسي قائم علي اليقظة لمرضى الفصام الصينيين الخارجيين لمدة (١٨ شهر) متتابة . البرنامج يتناول وعي المرضى ومعرفتهم بالفصام ويبين المهارات لإدارة المرض ، تم إجراء تجربة مضبوطة متعددة المواقع مع (٩٦) مريض فصام صيني في هونج كونج ، ثم تحديدهم عشوائيا وتقسيمهم علي برنامج التعليم النفسي القائم علي اليقظة و برنامج الرعاية النفسية المعتادة ، ثم تم قياس الوظيفة العقلية والنفس اجتماعية للمرضي ، والتبصر بالمرض ومعدلات العودة للمستشفى عند المشاركة وعند ثلاثة و(١٨ شهر) ، وأظهرت النتائج مقارنة بالذين هم في الرعاية العادية ، أظهر المرضي في برنامج التعليم النفسي اليقظة تحسناً أكبر في تبصرهم بالمرض ، وحدة الأعراض ، والوظيفية وعدومدة العودة للمستشفى عند متابعة الـ (١٨ شهرا)، وأظهرت نتائج الدراسة توافرالدليل علي أن برنامج التعليم القائم علي اليقظة يمكن أن يحسن من الوظيفة النفسية اجتماعية لمرضى الفصام الصينيين ويقفل من انتكاس المرضي.

ووجدت دراسة لبندا . ف براون ، وآخرون (٢٠١٠) أن تدريب تأمل اليقظة مفيد عبر نطاق من الحالات الصحية الذهنية والبدنية . البحث الذي يفحص التدخلات القائمة علي اليقظة نادر في سياق إعادة التأهيل النفسي ، ومع ذلك ربما يرجع الاهتمام إلي تفاقم الأعراض الذهانية أثناء دراسة ممارسة التأمل ، شارك (١٥ شخص) باضطرابات طيف الفصام في دراسة إرشادية تختبر التدخل القائم علي اليقظة لتقليل القلق ، في هذه الدراسة الوصفية من استجابات مقابلة لتقويم البرنامج ، تم فحص التغذية المرتدة التي قدمها المشاركون في المقابلات وجها لوجه لتحديد الدرجة التي قرر بها الأشخاص أن تدريب اليقظة مقبول ومفيد ، قام اثنين من المصنفين بالتحريز النظامي للبيانات بشكل مستقل ، أدت النتائج المدمجة لتحديد الموضوعات التي ظهرت بشكل متكرر عموما والسياق التي

ظهرت فيه تلك الموضوعات ، كانت النتائج التي تكرر ذكرها عن طريق المشاركين هي الاسترخاء الراحة من الأعراض النفسية ، التغيير المعرفي ، التركيز علي الحاضر، اتفقت هذه النتائج مع الأدب الموجود الذي يحدد أبنية متشابهه كمكونات نشطة(فعالة) للتدخلات القائمة علي اليقظة، اقترحت النتائج أن تدريب تأمل اليقظة كان مقبولاً لكل المشاركين ، ولم يكرر أحد سوء الأعراض الذهانية وأي أعراض أخرى أثناء التأمل وقد توصلنا إلي تدريب تأمل اليقظة يجب أن يختبر أكثر لاحتتمال كونه مفيداً في الشفاء من العجز النفسي .

وأوضحت دراسة لو آن . و. دافيس وآخرين (٢٠٠٧) أنه علي الرغم من الدليل علي أن مرضي اضطرابات طيف الفصام يمرون بأعراض رئيسية ومستمرة من القلق فهناك القليل من التقارير علي استخدام معالجات مدعومة تجريبياً للقلق في هذا التعداد ، تصف هذا الدراسة محاولات تدخلات اليقظة لمساعدة مرضي الفصام الذين يمرون بأعراض قلق رئيسية ، أظهرت نتائج هذه الدراسة أهمية مدخل اليقظة العقلية في مساعدة مرضي الفصام علي إدارة القلق والضغط ، كما قدمت هذه الدراسة رؤية شاملة للتدخل باستخدام هذا المدخل ، واستكشاف أيضاً الاتجاهات المستقبلية لبحث تدخلات اليقظة العقلية مع مرضي الفصام .

فروض الدراسة:

١- توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات الرتب لدرجات المجموعتين التجريبية و الضابطة في مستوى شدة أعراض اضطراب الفصام علي أبعاد مقياس أعراض الفصام بعد تطبيق مدخل اليقظة العقلية لصالح المجموعة التجريبية .

٢- لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات الرتب لدرجات المجموعة التجريبية في مستوى شدة أعراض اضطراب الفصام علي أبعاد مقياس أعراض الفصام في القياسين البعدي والتتبعي (بعد شهر ونصف من انتهاء التطبيق) .

إجراءات الدراسة :

أولاً : منهج الدراسة :

استخدم الباحث في الدراسة الحالية المنهج التجريبي باستخدام تصميم المجموعة التجريبية والضابطة ذات القياس القبلي والبعدي ، وذلك وفقاً لمتغيرات التصميم التجريبي وهي :

١- المتغير المستقل :

ويتمثل في تطبيق مدخل اليقظة العقلية ، بهدف خفض بعض أعراض الفصام لدى الشباب .

٢- المتغير التابع :

والمتمثل في أعراض الفصام والمحددة في الدراسة كالتالي : (الهلاوس - الضلالات - اضطراب التفكير).

٣- المتغيرات الوسيطة :

والتي يمكن أن يكون لها تأثير دال على فعالية البرنامج وعلى الأعراض التي يحاول ضغطها وهي :
درجة وجود الأعراض

ثانياً : عينة الدراسة :

أ- تكونت عينة الدراسة الأساسية من (١٠) شباب مقيمين بالمستشفى مصابون باضطراب الفصام ، حيث تم تقسيمها إلى مجموعتين إحداهما تجريبية (٥) ، والأخرى ضابطة (٥) وهذا العدد هو الذي تم الاستقرار عليه بعد إجراء عديد من المقابلات مع المرضى المرشحين واستبعاد غير المتجاوبين منهم ، كما استبعد من العينة حالات لم تتجاوب مع التجربة إما للإنتكاس الشديد أو لمغادرة مكان التطبيق .

ب- بالنسبة للمدى العمري لعينة الدراسة يتراوح بين (١٨-٣٥) سنة .

ج- اختبرت العينة من مستشفى أبو العزائم للطب النفسي وعلاج الإدمان فرع المقطم وروعي أن يتم التطبيق في مستشفى واحدة لضمان خضوع جميع المرضى من أفراد العينة لمحكات الرعاية والعلاج نفسها .

د- اختير جميع أفراد العينة من الذكور وذلك لانتشار أعراض اضطراب الفصام لديهم بشكل أكبر من الإناث ، وقلت حالات الإناث في المستشفى المصابين باضطراب الفصام .

هـ- روعي أن تكون عينة الدراسة جميعها في مستوى اجتماعي اقتصادي ثقافي متوسط ، حيث أنها الشريحة الأكثر انتشاراً ، علماً بأن اضطراب الفصام منتشر في جميع الطبقات المجتمعية ولذلك فضل اختيار العينة من الفئة المتوسطة اجتماعياً ، وقد حرص الباحث أن يتراوح المستوى التعليمي لأفراد العينة ما بين التعليم المتوسط والتعليم الجامعي بهدف الاطمئنان إلى توافر الحد الأدنى من الفهم والاستيعاب لما سيقدم في البرنامج .

و- اشترط الباحث ألا يكون أي من أفراد العينة قد تعرض لأكثر من ثلاث جلسات كهربية وذلك لتلافي تأثيرها على الوظائف المعرفية والذاكرة ، وعدم مشاركة أي مريض في جلسات اليقظة العقلية إلا بعد زوال تأثير هذه الجلسات عنه .

ز- كما حرص الباحث على التأكد من عدم وجود أية إصابات عضوية في المخ لدى كل فرد من العينة .

ح- كما قام الباحث بضبط تأثير متغير العلاج بالعقاقير النفسية والجلسات الكهربائية بالتعاون مع فريق الأطباء المعالجين والأخصائيين النفسيين والإجتماعيين عن طريق تثبيت هذا المتغير ، حيث كانت جميع الحالات المشاركة في التجربة تتناول العقاقير نفسها من حيث الأنواع والجرعات ، كما كانوا يمرون بنفس المرحلة من مراحل الإصابة باضطراب الفصام وهي المرحلة المستقرة والتي يكون فيها المريض أكثر استجابة للبرنامج وخاصة الجانب المعرفي منه . الجنس ، السن ، الذكاء ، المستوى الاقتصادي الاجتماعي والثقافي للأسرة .

-إجراءات تجانس العينة :-
أ-من حيث العمر الزمني :

جدول (١)

توزيع أفراد العينة (التجريبية والضابطة) وفقاً للعمر الزمني

العمر بالسنين		م
المجموعة الضابطة	المجموعة التجريبية	
١٩	١٨	١
٢١	٢٢	٢
٢٣	٢٤	٣
٣٢	٢٩	٤
٣٤	٣٥	٥
٢٥,٨	٢٥,٦	المتوسط
٦,١	٥,٨٨	الانحراف

ومن الجدول السابق يتضح أن أفراد العينة في المجموعتين متقاربة إلى حد كبير في العمر الزمني، وليس هناك فرق واضحاً بينهما .
ب-من حيث الذكاء :

تم تحديد نسبة الذكاء لكل فرد في العينة باستخدام اختبار ستانفورد بينيه الاصدار الخامس ، حيث يطبق بصفة في المستشفى على المرضى للوقوف على مدى التحسن أو التدهور الذي يطرأ على الحالة ، وتراوحت نسبة الذكاء لأفراد العينة ما بين (٩٠ : ١٠٩) درجة وهي الدرجة المتوسطة في اختبار ستانفورد بينيه الصورة الخامسة .

جدول (٢)

توزيع نسب الذكاء لأفراد العينة التجريبية والضابطة

نسبة الذكاء		م
المجموعة الضابطة	المجموعة التجريبية	
٩٣	٩٣	١
٩٩	١٠٨	٢
٩٨	٩٧	٣
٩٤	٩٢	٤
١٠٩	٩٦	٥
٩٨,٦	٩٧	المتوسط
٩,٠٨	٨,٧٧	الانحراف

من الجدول السابق يتضح أن نسب الذكاء في المجموعتين متقاربة إلى حد كبير، وهذا يشير إلى أنه لن يكون هناك فرق واضح بين نسب الذكاء لهؤلاء الأفراد، مما ساعد الباحث في تثبيت متغير الذكاء.

ج- من حيث المستوى الاجتماعي والاقتصادي الثقافي للأسرة :-

تم مجانسة أفراد العينة من حيث المستوى الاجتماعي الاقتصادي الثقافي للأسرة باستخدام مقياس المستوى الاجتماعي الاقتصادي الثقافي للأسرة إعداد / محمد محمد بيومي (٢٠٠٠)، وذلك للتأكد من أن جميع أفراد العينة ينتمون لنفس المستوى الاجتماعي الاقتصادي الثقافي المتوسط، والإقتصار على المستوى المتوسط للأسرة، حيث تراوحت درجات أفراد العينة على هذه المقياس ما بين (٢٢٩-٢٢٠) درجة .

جدول (٣)

توزيع درجات المستوى الاجتماعي الاقتصادي الثقافي لأفراد المجموعة التجريبية والضابطة

درجات المستوى الاجتماعي الاقتصادي		م
المجموعة الضابطة	المجموعة التجريبية	
٢٢٣	٢٢٢	١
٢٢٥	٢٢٤	٢
٢٢٧	٢٢٦	٣
٢٢١	٢٢٠	٤
٢٢٩	٢٢٨	٥
٢٢٥	٢٢٤	المتوسط
١٣,١١	١٢,٨٩	الانحراف

ويتضح من الجدول السابق تقارب درجات المستوى الاجتماعي الاقتصادي الثقافي لأسر أفراد العينة إلى حد كبير في المجموعتين التجريبية والضابطة ، مما يدل على تماثل مجموعتي الدراسة في هذا المتغير .

د- من حيث مدى توافر أعراض الفصام :

تم مجانسة أفراد العينة من حيث درجة وجود الأعراض باستخدام "المقابلة الإكلينيكية لتشخيص الاضطرابات النفسية لدى الراشدين" إعداد كلاً من (محمد أحمد شلبي، ومحمد ابراهيم الدسوقي، وزيزي السيد ابراهيم ٢٠١٤ م) ، وفيما يلي توزيع لدرجات الأفراد في المجموعتين التجريبية والضابطة على بنود المقابلة :-

جدول (٤)

توزيع درجات مدى توافر أعراض الفصام للمجموعتين التجريبية والضابطة

درجات الأعراض		م
المجموعة الضابطة	المجموعة التجريبية	
٢١٢	٢١٣	١
٢١٠	٢١١	٢
٢١١	٢١٢	٣
٢٠٩	٢١٠	٤
٢١٣	٢١٢	٥
٢١١	٢١١.٦	المتوسط
١١,٥٥	١١,١٥	الانحراف

مما سبق يتضح أن الدرجات الدالة على توافر أعراض الفصام في المجموعتين متقاربة إلى حد كبير، مما يدل على تجانس المجموعتين في هذا المتغير ، مما يساعد على تثبيت هذا العامل وعدم تداخله في الإجراءات التجريبية للدراسة .

هـ- من حيث الجنس :-

تم اختيار جميع أفراد العينة من الذكور، وذلك لانتشار أعراض الفصام بين الذكور أكثر من الإناث بدرجة كبيرة ، ونظراً لكثرة عدد المصابين به في المستشفى من الذكور وقلة عدد الإناث المصابين به في المستشفى ، بالإضافة إلى أن المرضى الإناث في المستشفى أعمارهم أكبر من المدى العمري للعينة والفصام لديهم في مرحلة المزمنة ، وقد ركز الباحث على مرحلة الاستقرار لمرض الفصام حتى يمكن التعامل فيها مع المريض .

ثالثاً: أدوات الدراسة :-

استخدم الباحث الأدوات التالية :-

- ١- المقابلة الإكلينيكية لتشخيص الأمراض النفسية لدى الراشدين (إعداد محمد أحمد شلبي، ومحمد إبراهيم دسوقي، وزيزي السيد ابراهيم، ٢٠١٤م) .
- ٢- مقياس ستانفورد بينيه للذكاء الصورة الخامسة .
- ٣- مقياس المستوى الاجتماعي الاقتصادي الثقافي المطور للأسرة (إعداد محمد محمد بيومي، ٢٠٠٠م) .
- ٤- مقياس أعراض الفصام لدى الشباب (إعداد الباحث) .
- ٥- مدخل اليقظة العقلية .

وفيما يلي عرض لكل أداة على حده :-

١-المقابلة الإكلينيكية لتشخيص الاضطرابات النفسية لدى الراشدين :

إعداد : محمد أحمد شلبي وآخرون ٢٠١٤م

وصف المقابلة :

قام باعداد المقابلة محمد أحمد شلبي، ومحمد ابراهيم الدسوقي، وزيزي السيد ابراهيم بقسم علم النفس جامعة المنيا، حيث أعدت هذه الأداة لتشخيص الاضطرابات النفسية (المحور الأول) واضطرابات الشخصية وهي مشتقة من الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع DSM-IV ، وهي عبارة عن مقابلة إكلينيكية مبسطة يستخدمها اختصاصي علم النفس أو اختصاصي الطب النفسي في عمل تشخيصات لمشكلات المرضى ، تم التحقق من ثبات وصدق المقابلة وذلك بتطبيقها على عينة مرضية (ن=٤٠) بمستشفيات وعيادات الطب النفسي بمدينة المنيا تنوعت التشخيصات الإكلينيكية لهم بعضهم من المرضى الداخليين (ن=٣٦) وعدد من المرضى المترددين على العيادات الخارجية (ن=٤) ، وقام الباحثين بحساب ثبات القائمين بالتقدير على عدد ١٢ حالة مرضية وكانت قيمته مرتفعة (٠.٩٩) ، كما تم حساب صدق المحك من خلال الارتباط بين تشخيص الطبيب النفسي المعالج والتشخيص الذي تسفر عنه المقابلة الإكلينيكية وكانت قيمته مرتفعة كذلك (٠.٩٧) ، استخدم كذلك صدق المحكمين وحسبت نسبة الإتفاق على ملائمة البنود ومدى كفايتها للتشخيص وأخذت اقتراحات خبراء الطب النفسي المشاركين في التحكيم في الإختبار .

تم بناء هذه الأداة كما ذكرنا وفقاً للدليل التشخيصي والإحصائي الرابع DSM-IV حيث تمثل الأقسام الفرعية للمقابلة والبنود المكونة لها نتاجاً للإطلاع عليه في لغته الأصلية والنسخ المترجمة منه إلى اللغة العربية ، ووضعت بنود المقابلة في معظمها وفقاً لمعايير DSM-IV فيما عدا بعض التشخيصات الفرعية للفصام ، كالفصام المبكر والفصام ذي العرض الواحد ، كما تم إضافة اضطراب القلق ذو العرض الواحد ضمن اضطرابات القلق حيث لم تكن تلك الاضطرابات مدرجة ضمن الصورة الرابعة المعدلة من DSM-IV ، وأسفرت تلك الخطوة عن البناء الراهن لإجراء المقابلة والتي تمثلت في (٥١) اضطراباً نفسياً متمثلة في الفئات الكبرى للفصام والاضطرابات المزاجية واضطرابات القلق والاضطرابات الجسمية واضطرابات الألم وتوهم المرضى بالإضافة إلى اضطرابات الشخصية التسعة المصنفة في الدليل الرابع .

وتضمنت المقابلة في بدايتها وصفاً موجزاً لمحتواها ، تلاها البيانات الأساسية والديموجرافية للمريض وتاريخ الحالة والمشكلة الراهنة ، وأرفق بالمقابلة أسئلة "المسح الشامل" التي توجه الاختصاصي إلى فئة الاضطراب النوعي الذي سيجمع بيانات عنه، جنباً إلى جنب على سؤال الإحالة الذي أتى بها المريض إلى التقييم .

طريقة التصحيح :

من خلال أسئلة المسح العام للأعراض والمشكلات النفسية المرضية ، إذا تم الإجابة بنعم تطبق البنود الخاصة بالإضطراب الذي دلت عليه العبارة والذي وافق المريض عليها بنعم .
ومثال على ذلك :

ب- هل تعتقد أن الآخرين يتآمرون عليك وأن أجهزة المخابرات أو الشرطة يراقبونك ويصورونك بالمنزل والشارع ؟ نعم () لا ()
في حالة نعم : هل تتنابك ضلالات اضطهاد أو أنك مبعوث إلهي أو أحد أولياء الله الصالحين ؟
نعم () لا ()
• يتم تطبيق الجزء الخاص بالعناصر "أ" والبارانويا (الهذات) .
ويتم تصحيح الاختبارات على النحو التالي :

١- لا يوجد .

٢- يوجد بدرجة بسيطة .

٣- يوجد بدرجة كبيرة .

٤- لا توجد معلومات لهذا البند .

ولكي يشخص المرض لابد من انطباق الأعراض بدرجة شديدة (٣) على الأقل و لا تحسب الدرجات الأخرى (الدرجة (١) ، و (٢) لا تعد ولا تحسب) .

٢- مقياس ستانفورد بينيه (الصورة الخامسة) : إعداد (جال رويد، تعريب وتقتين صفوت فرج)
جاءت الصورة الخامسة لجال رويد في ربيع عام ٢٠٠٣م بدعم نظري أكبر وأعمق بعد ما يقرب من سبعة عشر عاماً من ظهور الصورة الرابعة من نفس المقياس لتمثل إضافة لتراث مقياس الذكاء. وتتضمن التغييرات في الصورة الخامسة عن الصورة الرابعة تحديتاً عاماً في فن صياغة البنود وفي مضمونها .

٣- مقياس المستوى الاجتماعي الاقتصادي الثقافي المطور للأسرة المصرية :

إعداد / محمد محمد بيومي (٢٠٠٢م) .

• الهدف من استخدامه :

تحقيق التجانس لأفراد العينة في هذا المتغير ، وذلك باختيار جميع أفراد العينة من المستوى المتوسط .

وصف المقياس :-

يعد هذا المقياس صورة منقحة ومعدلة للمقياس الذي سبق أن أعده المؤلف في رسالته للدكتوراه عام (١٩٨٤) بالإشتراك مع كمال الدسوقي بعنوان "استمارة المستوى الاجتماعي ، الاقتصادي للأسرة المصرية" ، أما المقياس الحالي فيضيف بعد المستوى الثقافي للأبعاد السابقة ، كما أنه يعد تغييراً

جذباً بالنسبة للبعدين الأساسيين وذلك نظراً للتطور الكبير الذي حدث في البيئة المصرية من الناحية الاجتماعية والاقتصادية والثقافية ، ولذلك أطلق المؤلف على المقياس الحالي (المطور) ، فالمقياس السابق يحتوي على ١٧ عبارة فقط (ليست مقسمة بين الاجتماعي والاقتصادي) ويندرج تحت كل منها عدد من الاختيارات ، ويضع المفحوص علامة صح أمام الإجابة التي يختارها ، أما بالنسبة للمقياس الحالي فينقسم إلى الأبعاد التالية :

المستوى الاجتماعي للأسرة، المستوى الاقتصادي للأسرة، المستوى الثقافي للأسرة
-يعطي هذا المقياس ثلاث درجات مستقلة على أبعاده الثلاثة ، ثم يعطي درجة واحدة كلية للأبعاد الثلاثة معاً تتوزع على المستويات التالية (مرتفع جداً ، مرتفع ، فوق المتوسط ، متوسط ، دون المتوسط ، منخفض ، منخفض جداً) .

-يتمتع هذا المقياس بمعدلات صدق وثبات مناسبة حيث تتراوح قيم (ت) الدالة على صدقه التمييزي بين ١٢.٦ - ٢٣.٨ ، وذلك للأبعاد الثلاثة والدرجة الكلية ، كما تراوحت معاملات الثبات عن طريق إعادة الاختبار ٠.٩٢ - ٠.٩٧ وهي جميعاً قيم دالة إحصائياً عند مستوى ٠.٠٠١ .

٤- مقياس أعراض الفصام لدى الشباب (إعداد الباحث) :-

-الهدف من تصميم المقياس :

التعرف على أعراض اضطراب الفصام لدى الشباب ، وذلك من خلال ثلاثة أبعاد رئيسية يمثل كل بعد عرض رئيسي في الاضطراب ، وهذه الأبعاد هي : (الضلالات ، الهلوس ، اضطراب التفكير)
•خطوات تصميم المقياس :

١-استند بناء هذا المقياس على التصنيف الخامس للاضطرابات النفسية والعقلية الصادر في عام ٢٠١٣ DSM.S حيث حدد خمسة أعراض رئيسية لتشخيص اضطراب الفصام وهي :
(السلوك الحركي الكلي غير المنظم أو الشاذ ، الضلالات ، الهلوس ، اضطراب التفكير ، الأعراض السالبة) ، وقد تناول الباحث بعض من هذه الأعراض داخل هذه البطاقة وفقاً لما أكد عليه الدليل التشخيصي DSM-5 ، حيث اعتمد الباحث على تعريفات الدليل التشخيصي الخامس DSM-5 لكل عرض ثم قام بصياغة بعض العبارات التي تتوافق مع كل تعريف .

٢-مراجعة المصادر التي تناولت أعراض الفصام وكيفية تشخيصه مثل : DSM-IV ، ICD-10 .

٣-قام الباحث بزيارات لمستشفى أبو العزائم للطب النفسي وعلاج الإدمان فرع المقطم حيث تم عقد لقاءات مع الأطباء النفسيين والأخصائيين النفسيين والاجتماعيين ، وبعض أسر المرضى وذلك في سبيل التعرف على أهم الأعراض والمظاهر لدى المرضى المصابون باضطراب الفصام .

٤-من كل ما سبق استطاع الباحث وضع عبارات البطاقة وفقاً لتعريف DSM-5 لكل عرض ، وفي ضوء الإطار النظري والدراسات السابقة والزيارات الميدانية التي قام بها الباحث وتكونت البطاقة من ٣٦ عبارة ، البعد الأول ١٥ عبارة ، البعد الثاني ١٢ عبارة ، البعد الثالث ٩ عبارات ، ثم قام الباحث

بعرض البطاقة على بعض أساتذة الصحة النفسية وعلم النفس والطب النفسي وعددهم عشرة محكمين لاستطلاع آرائهم حول ملاءمة عبارات المقياس للهدف الذي وضع له ومدى ملاءمة صياغتها ايضاً، وقد نتج عن ذلك اعادة صياغة سبعة عبارات اتفق المحكمين على تعديلها وأرقامها (١-٦-٧-٨-١٤-٢١-٣٣) ، وبذلك حظت البطاقة بنسبة اتفاق ٩٠% من اراء المحكمين ، ولم يتم حذف اي عبارات ، وعلية يظل عدد عبارات البطاقة ٣٦ عبارة مقسمة كما يلي البعد الاول ١٥ عبارة ، والبعد الثاني ١٢ عبارة ، والبعد الثالث ٩ عبارات .

٥- الدراسة الاستطلاعية :

تم تطبيق المقياس بعد ذلك على عينة استطلاعية ممثلة للعينة التي سوف تجرى عليها الدراسة وعددها ٥٠ شاب مصاب باضطراب الفصام ، وذلك عن طريق الاطباء والاختصاصيين النفسيين والاختصاصيين الاجتماعيين ، حيث تم قراءة عبارات المقياس واختيار الاجابة التي تمثل اعراض الفصام لدى الشباب من وجه نظر الطبيب النفسي او الاختصاصي النفسي والاجتماعي ، وذلك بوضع علامة صح في الخانة المناسبة من التدرج الثلاثي (غالباً، احياناً، نادراً) ، وقد تمت الدراسة الاستطلاعية في مستشفى ابو العزائم للطب النفسي وعلاج الادمان فرع مدينة نصر بالقاهرة ، وذلك من خلال العينة المترددة على المستشفى من العيادة الخارجية وبعض المقيمين داخل المستشفى .

وصف المقياس :

يتكون المقياس في صورته النهائية والتي طبقت على افراد العينة الاساسية من ثلاثة ابعاد تمثل بعض اعراض الفصام لدى الشباب وهي (الضلالات ،الهلاوس ،اضطراب التفكير) ، ويشتمل البعد الاول على ١٥ عبارة ، والبعد الثاني على ١٢ عبارة ، والبعد الثالث على ٩ عبارات .

وقد تبني الباحث التعريفات التي وردت في الدليل التشخيصي الخامس للاضطراب النفسية 5-DSM لكل عرض وفيما يلي عرض لهذه التعريفات .

البعد الأول : عرض الضلالات : ويعرف بانه

معتقدات ثابتة غير قابله للتغيير في ضوء الدليل المتناقض ،ومحتواها قد يشمل مجموعة متنوعة من الموضوعات مثل ضلالات الإضهاد والضلالات المرجعية والضلالات الجسدية والضلالات الدينية وضلالات العظمة (ApA,2013, p.87).

ويتضمن هذا البعد العبارات ذات الارقام التالية:

١-٢-٣-٤-٥-٦-٧-٨-٩-١٠-١١-١٢-١٣-١٤-١٥.

البعد الثاني : عرض الهلاوس ، ويعرف بانه

خبرات شبيهة بالإدراك بدون مثير خارجي وهي قوية وواضحة مع قوة كامله وتأثير على الإدراك الطبيعي وليست تحت التحكم الارادي وهي قد تحدث بشروط حسية ولكن الهلاوس السمعية هي الأكثر شيوعاً في الفصام (ApA,2013, p.87).

ويتضمن هذا البعد العبارات ذات الأرقام التالية :

١٦-١٧-١٨-١٩-٢٠-٢١-٢٢-٢٣-٢٤-٢٥-٢٦-٢٧.

البعد الثالث : عرض اضطراب التفكير ويعرف بأنه :

(اضراب اساسي يستدل عليه من كلام الفرد ويشمل انحرافات الإجابات وعدم فهم الكلام وفقد الكلام (الحسبة) (APA,2013, p.87).

ويتضمن هذا البعد العبارات ذات الأرقام التالية :

٢٨-٢٩-٣٠-٣١-٣٢-٣٣-٣٤-٣٥-٣٦.

تصحيح المقياس :

يتضمن المقياس قياس ثلاثي من ثلاثة اختيارات (غالبا، احيانا، نادرا) فإذا اختار الطبيب النفسي او الاخصائي النفسي او الاجتماعي الاختيار الاول فيعطي الشاب في هذا العبارة ٣ درجات ، وإذا اختار الاختيار الثاني يعطى الشاب درجتين ، اما إذا اختار الاختيار الاخير يعطى درجة واحدة ، ثم تجمع الدرجات التي حصل عليها الشاب في جميع العبارات بنفس الطريقة ، والتي يمثل مجموعها درجة الشاب الكلية على مقياس أعراض الفصام، والدرجة النهائية للمقياس هي (١٠٨) درجة، وكلما اقتربت درجة الشاب من الدرجة النهائية للمقياس دل ذلك على شدة أعراض الفصام لديه .

حساب الصدق والثبات لمقياس أعراض الفصام لدى الشباب :

اولا : حساب الصدق : Validity

قام الباحث بحساب الصدق كما يلي :-

١- صدق المحكمين :

وقد تم عرض المقياس على (١٠) من اساتذة الصحة النفسية وعلم النفس والطب النفسي ، وذلك للحكم على المقياس من حيث مدى ملائمة عباراته للهدف الذي وضعته لقياسه ، ومدى صحة صياغة عباراته ، وقد تم اعادة صياغة سبعة عبارات ، وذلك باتفاق اراء المحكمين عليهم ، وقد اصبح المقياس في صورته النهائية ٣٦ عبارة بنسبة اتفاق من المحكمين بلغت ٩٠% .

٢- الصدق التمييزي :

وتم حساب هذا النوع من الصدق بتطبيق المقياس على عينة عددها (٥٠) شاب من نفس المرحلة العمرية (١٨ - ٣٥) باحدى مراكز الشباب ببورسعيد ، وذلك للكشف عن مدى قدرة المقياس على التفريق بين المرضى والعاديين ، من خلال المقارنة بين هؤلاء الشباب العاديين ، والشباب المصابون باضطراب الفصام و الممثلين في العينة الاستطلاعية والتي قاومها (٥٠) شاب من المترددين على العيادة الخارجية وبعض المقيمين في مستشفى ابو العزائم للطب النفسي وعلاج الادمان فرع مدينة نصر .

جدول (٥)

قيمة ت	مرضى ن = ٥٠		عادين ن = ٥٠		الإبعاد
	الانحراف	المتوسط	الانحراف	المتوسط	
٤٦.٤٦	٣.١٣	٤٠.٨٠	١.٧٩	١٦.٩٦	الضلالات
٤٨.٦٥	٢.١٨	٣٤.١٨	٢.١١	١٣.٣٠	الهلاوس
٤٣.٣١	١.٩٢	٢٥.٢٦	١.٦٠	٩.٩٠	اضطراب التفكير
١١١.٤١	٤.٢٨	١٥٠.٣٤	٣.٨٤	٥٩.٦٠	الدرجة الكلية

يتضح من الجدول السابق وجود فروق داله احصائية بين عينة المرضى وعينة العادين عند مستوى ٠.٠١ ، مما يدل على قدرة المقياس على التفريق بين العادين والمرضى ، وانه صادق ويصلح للتطبيق والاستخدام في الدراسة الحالية .

ثانيا: ثبات المقياس : **reliability**

تم حساب ثبات المقياس باستخدام معامل الفا كرونباخ ، حيث يمثل معامل الفا متوسط المعاملات عن تجزئة الاختبار الى اجزاء بطريقة مختلفة ، وبذلك فانه يمثل معامل الارتباط بين اي جزئين من اجزاء الاختبار .

جدول (٦)

تعيين الثبات بطريقة الفا كرونباخ

معامل الثبات بطريقة الفا كرونباخ	البعد
.٩٣	الضلالات
.٩٥	الهلاوس
.٩٢	اضطراب التفكير
.٩٨	الدرجة الكلية

يتضح من الجدول السابق ارتفاع معاملات ثبات المقياس بابعاده الثلاثة ، حيث كانت درجات ثبات المقياس ككل بابعاده الفرعية هو (٩٨ .) مما يشير الى معامل ثبات مرتفع ، وتراوحت معاملات الثبات للابعاد بين ٩٢ و٩٥ وهي قيم عالية.

٥- مدخل اليقظة العقلية :

خطوات التدخل العلاجي مع مرضى الفصام وفقا لمدخل اليقظة العقلية :

حدد "أنطونيو بينتو" (Antonio Pinto, 2009, pp.348-350) بعض الخطوات الإجرائية لعلاج مرضى الفصام وذلك كما يلي :

١- أولى المراحل الهامة هي مساعدة المرضى على ادراك كيف ينظرون لكونهم بدون الحكم عليهم وأنتقادهم وبدون الإضطرار لسؤال أنفسهم إن كان يمكن أن يكونوا محبوبين ومقبولين فقط إذا تصرفوا بشكل صحيح يحقق توقات الآخرين منهم ، ومن ثم فسوف يحاول المعالجون خلق سياق يسمح بالمزيد من الوقت للمرضى لتقديم أنفسهم ورواية قصص مخاوفهم ومشاعرهم وأفكارهم الغير عقلانية .

- ٢- إشعارهم بالإمان وذلك بجعل جو العلاج غير مصدر لأحكام ضدهم .
- ٣- الإرتباط بالآخرين بشكل جيد، إن إنشاء مناخ من التقبل والإمتناع عن الحكم سوف يسمح بطريقة جديدة للإرتباط بالآخرين ، وأخيرا القدرة على تغيير آرائهم المرضية ، حيث سيجدون المعالج شخص مهتم بمشاعرهم وأفكارهم وطرقهم في الحياة ، هذا الموقف القائم على الحنو والفهم هو من المتطلبات اللازمة ليجد المرضى فيما بعد الأهتمام والدافعية في ترك تأملاتهم جانبا وتركيز اهتمامهم على شخص آخر بدأ من المعالج ، الذي سيوضح لهم كيفية التعامل مع أنفسهم وأفعالهم بطريقة مختلفة عما اعتادوا عليه .
- ٤- فقد التفاعل الاجتماعي، غالبا ما يغذيه الخوف من الآخرين الذي سوف يحكمون على المرضى أو يصنفونهم ، وعلى العكس كلما كان الموقف حانيا تجاه أنفسهم فيحتمل أن يؤثر على حالة عقلهم تجاه الآخرين المحيطين بهم ، لذا يجب على المعالج تضيق الفجوة بين المرضى و المحيطين بهم ، مما يجعل من السهل خلق جسد وجودي بينهم كأشخاص يواجهون شخص آخر لشراكة خبرة وفي ذلك الوقت لا يصنعون الفروض أو يقومون بالأفعال والسلوكيات،(اللقاء)مثال واضح للخبرة المشتركة، وهذا يمثل نقطة البداية وهدف المرحلة الأولى من العلاج وهو مساعدة المرضى على تعميق احساسهم بالمشاركة والإنتماء ، وإذا تم الوصول إلى هذه الحالة العاطفية ، فسوف تسمح لنا بالبداية بصعوبات أقل ومقاومة أقل تجاه مرحلة تشمل المزيد من التناول الفعال للخبرات الحسية و التأمل المفكر بطريقة هادئة .
- ٥- تقبل أفكار المرضى ، من أهداف العلاج القائم على اليقظة العقلية جعل المريض يرى كيف أن معاناته وعدم ارتياحه لآياتيان من الأعراض نفسها ولكن من الكيفية التي يتفاعل بها معها وما يقرر فعله للمحاولة والتغلب عليها أوقمعهما ، يجب أن يتم الشرح للمرضى أن الأفكار والأصوات هي مجرد أصوات ومن ثم ليس لديها قوة لتؤدي ، وعلى العكس ففي المراحل الأولى من العلاج لا يستطيع المعالجون ولا يحب عليهم أن يوضحوا رسالة أن الأفكار (الضالة) هي مجرد أفكار لأن هذه الرسالة قد يساء فهمها من جانب المرضى ، فهم في الواقع ليست لديهم مهارات معرفية أو ما وراء معرفية تسمح بفهم ما يتم شرحه لهم ، وأي مرضى يلتزمون بمحتوى الفكرة الضالة في البداية لا يظهرون أي تبصر يحتمل في أن يجدوا أنه من غير المنطقي اعتبار تلك الأفكار مزعجة ، كما يجب على المعالج عدم الحكم على الخبرة الذهانية ذاتها وأن يظهر للمريض أنه يعتقد أنه يستحق الاستماع إليه وتصديقه كأى انسان آخر ، فإذا افترضنا مثلا أن الأصوات التي يسمعها المريض أو تفكيرهم الضال يمثل أفكار تقدير الذات المنخفض فإننا سنحاول القاء الضوء على هذه الجوانب وإعداد المرضى لتغيير مواقفهم ، وتنمية المزيد من التحمل والحنو نحو أنفسهم ، ففي هذه الحالة لن يتم تركيز الإنتباه على الأعراض كالأصوات أو الأفكار الضالة ولكن على ما تمثله .

٦- تحليل محتوى الضلالات التي يظهرها المريض يسمح للمعالج بتحديد المجالات الإشكالية التي توضح وجود فروض محددة عاجزة وظيفيا وضعها المرضى عن أنفسهم والآخرين والعالم، لذا على المعالج مساعدة المرضى على تركيز انتباههم على أنفسهم لإيجاد أحداث الحياة الماضية التي نشأت فيها أفكار معينة للمرة الأولى ، وكذلك أحداث أخرى تسهم في استمرار وتقوية تلك الأفكار .

٧- إلقاء الضوء على الفرق القوي والجوهري بين التأملات التي لا تؤدي لحل مشكلة وهي مصدر لضغط مستمر وقلق ، وتفكير موجه نحو حل المشكلات ، بشرط المعالج للمريض الانتباه والاهتمام بالأفكار والموضوعات التي تسبب لهم المعاناة وكذلك حقائقتهم الخاصة، والتأكد من عدم جعلهم يشعرون أبدا أنه يتم الحكم عليهم أو السخرية منهم، كما يجب على المعالج أن يظهر لهم الإرادة في تقبل ومشاركة الموقف المزعجة التي يجدون أنفسهم فيها ، ومحاولة إيجاد إحساس يمكن إعادة ربطه مع اللحظات الهامة أو السعيدة من حياتهم .

٨- يجب على المعالج إظهار الموقف اليقظ الغير مصدر لأحكام نحو حالات المرضى العقلية وأفعالهم، والذي سينمي لديهم تقديرهم لذواتهم وإحساسهم باستحقاق الذات وجدارتها .

٩- يمكن أن يكون المرضى شديدي التوتر والقلق بسبب عدم الراحة الناتجة عن أفكارهم الضالة، فسوف تكون المساعدة هنا ليست بالإستغراق في المشكلات التي يمكن حلها مباشرة ، ولكن بأخذ ميزة ممارسة جعل القلق في حده الأدنى و زيادة القدرة على تقبله وتحمله كما هو .

١٠- بمجرد التأسيس الجيد للعلاقة العلاجية وشعور المريض بالقرب من معالجه ، وكذلك الإرادة الخالصة في المساعدة ، يمكن توجيهه لإمكانية الانفصال عن الأفكار والحالات العاطفية المزعجة ، ومن ثم فإن الخطوة الأولى مع هؤلاء المرضى هي إقناعهم أنهم يمكنهم الحديث معنا بحرية ، حيث نعتبر أفكارهم صادقة بشكل مساو لأي شخص آخر .

١١- من المفيد جدا إذا استطاع المرضى تعلم كيفية التعامل مع هذه المادة الجديدة (اليقظة العقلية) إذا ما تم إقترانها عليهم ، فالعواقب الأكثر ضغطا وإزعاجا التي يشعرون بها لاثريها الأعراض ولكن استجاباتهم لها ، وبناء على ذلك فإننا سنطلب من المرضى أداء وصف دقيق لأعراضهم ، ومشاعرهم وأحاسيسهم، والانتباه لأي ردود أفعال تالية ، هذا سيجعلهم يلاحظون كيف أن بعض سلوكياتهم تستجيب لظواهر معينة ، فمثلا طاعة الأصوات تجعل المرضى يشعرون بالأمان من العواقب المخيفة . بمعنى آخر يمكن أن يحصل المرضى تدريجيا على وعي أكبر باستجاباتهم للأصوات والأفكار الضاغطة ، ومع ذلك دعوتهم لعدم معارضتها ولكن ملاحظتها حيث سوف تتدفق بعيدا من تلقاء نفسها ، وتصبح أقل كثافة أو تختفي بالفعل كأي شعور آخر .

١٢- شرح اليقظة العقلية للمرضى ، وما فائدتها وكيف تمثل إمكانية جديدة لهم للتعامل مع الخبرات الضاغطة ، إذ يمكن لليقظة القلبية أن تساعدهم على عدم الاستغراق في الصور والأفكار الغير معتادة والمشاعر غيرالسارة التي ينشغلون بها باستمرار وليس هناك في الواقع طريقة لمنع أي شيء من

الدخول لعقولنا ، لذا فالتحدي الحقيقي هو تعلم عدم منع الأشياء لكن الإرتباط بها بشكل مختلف، فالتناول اليقظ للمشاعر والأحاسيس حتى الغير سارة ، يجعلنا فضوليين بشأنها بدلا من الحرب ضدها أو تجنبها فعلى المعالج تشجيع المرضى على الملاحظة الدقيقة والفضولية لمشاعر و أحاسيسهم سوف يؤدي بهم لرؤية كيف يتغيرن باستمرار، وكمثال واقعي الأصوات نارا ما تدوم لفترة طويلة .

١٣- بعد شرح اليقظة العقلية يجب دعوة المرضى لقضاء بعض الوقت في التركيز على أنفسهم وأجسامهم لكن فقط بتوجيههم نحو زيادة مستواهم من الوعي ، ثم يجب توجيه انتباههم برفق لأي ما يأتي بدون معارضة لأي نوع من الاحساس قد يأتي ، ببساطة ملاحظة الاحساس بدون حكم سوف يؤدي لتناقص ضغطهم ، عمليا المرضى قادرون على التقبل الواعي لخبرة الهلوس على ما هي عليه ، بدون الالتزام بمحتواها ولكن الاستمرار في الانفصال الكافي عنها .

١٤- ضرورة الالتزام بقيم المرضى وأهداف حياتهم الأساسية ، حيث يمكن أن يكون هذا أداة فعالة لعدم الإنشغال بالتأملات أو ردود الفعل المتتالية ، فالمرضى الذين يحملون في أذهانهم ما هو مهم لهم سوف يشعرون بمزيد من الدافعية للبقاء مركزين على السلوكيات المفيدة لتحقيق أهدافهم بدلا من ترك خياراتهم تتبع إلحاح المعتقدات الضالة .

١٥- في الواقع سيشعر المرضى بالمهارات اللازمة لفعل ما يفعله الناس بشكل طبيعي ، وبمجرد أن يتعلموا الكيفية الأفضل لتحمل مشاعرهم المبدئية من القلق وعدم الراحة عندئذ يكونوا قادرين على استخدام استراتيجيات كافية لتناول عقبة واحدة كل مرة ، هذا سوف ينمي تقدير الذات لديهم ومن يدفعهم للاستمرار في العلاج .

١٦- أن المرضى ليسوا مستغرقين فقط في المشاعر الغير سارة لكن أيضا يعاقبون أنفسهم على الشعور بشيء لا يجب ألا يشعروا به ، فعدم التقبل هو السبب للزيادة في المعاناة ، والذي بدوره يتغذى على إقناع المرضى بأن الأعراض لها قوة غامضة و من ثم يجب كبحها على أي حساب ، وهذا يثير صراعا داخليا يدعم العزلة وفقد الحس المشترك مما يؤدي للانفصال المتزايد عن الواقع، لذا لا بد أن يشمل العلاج توفير الخبرة الإتصالية بالواقع ، فالحلقة المفقودة هنا هي تقبل الذات فقد تكون هناك عقبة لتقبل المشاعر الغير سارة والخبرات الحسية الغير معتادة ، فقد نجد بعض المرضى أنه من الصعب "جعل الأشياء تذهب" هذا التوقف وعدم الذهاب يعطي اعتبارا هاما لمحتوى الأفكار والأصوات ، فقد يكون المرضى شديدي الإعتياد على الإلتزام بهذه المفاهيم فيخافون أن يفقدوا مكونا جوهريا من حياتهم ، هنا يجب على المعالجين أن يناقشوا مع المرضى حقيقة أن التقبل لا يعني تجنب موضوع أو الغياب كما يحددونه كسبب لمعاناتهم ، وعلى العكس سيتم تشجيعهم على الإلتزام بالواقع كما هو وتقبل كل شيء يحدث في نطاقهم الحسي "هذه خبرتي وهذا واقعي الآن" وهذه الحقيقة التي لا مفر منها يمكن أن تكون أساسا جيدا لتنمية التفكير الغير مصدر لأحكام ، كما يمكن لليقظة العقلية أن تساعد

على زيادة الوعي بأحكامنا التفاعلية والتي كاستجابات عاطفية فقط يمكن تناولها على أنها قابلة للفهم ويمكن رؤيتها كجزء من الذات يأتي ويذهب لكنه بالفعل ليس هو الذات ، وجود أفكار سيئة لايعني أن الشخص سيء ، ولكن مجرد أن هذه اللحظة بالذات لسبب ما " انا لذي هذه الأفكار سوف تمر وسوف تحل محلها أفكار أخرى إنها لا تحدد طريقة وجودي أو افعالي ،لكن يمكنني الابتعاد عنها إذا أردت " .

١٧- بعض المرضى يجدون أنه من الصعب جدا الاستمرار في موقف يقظ نحو الخبرات الذهانية ، لذا يجب على المعالج تذكير المرضى أن كل شيء يشعرون به أو يحسونه محكوم عليه بأن يذهب ، وفي نفس الوقت وعيهم اللامركزي بأي شعور أو احساس أورد فعل يجب أن يصدق، علاوة على أنه يجب تشجيعهم على الاستمرار في الإرتباط بأجسادهم وتنفسهم بشكل خاص، ومع ذلك فمن المحتمل أن يشعر المرضى بالفشل مرة أخرى ، وأن عدم كفاءتهم تجعل من المستحيل لهم اتباع البرنامج ، وهذا بدوره قد يغذي ميلهم لعمل الأحكام السلبية على الذات بلا توقف ، وهكذا يجب إعطاء تأكيد كبير لحقيقة أن محاولة تحقيق حالة من تقبل المشاعر الغير سارة والأحاسيس البدنية الناتجة هو في الواقع عملية اتباع وليس هدف ليتم تحقيقه،ومن ثم سيتم توجيه المرضى ببطء تدريجيا على طول مسار الوعي وسيتم تشجيعهم لزيادة مثابرتهم حتى لا يشعروا بالإحباط ، كما سيتم توجيه المرضى لتعريض أنفسهم بشكل مدروس لأفكارهم الشاذة أو خبراتهم الحسية المزعجة والمحاولة الواضحة لعدم التحويل أو الضبط أو الفهم لها فقط الملاحظة الواعية لها .

استراتيجيات مدخل اليقظة العقلية مع مرض الفصام :-

وفقا لما أورده أنطونيوا بينتو Antonio (Pinto , 2009, pp.359-360) أن هناك بعض

الاستراتيجيات لليقظة العقلية يمكن تطبيقها مع مرضى الفصام وهي كما يلي :

(١) التكيف مع الأصوات والصور وليس التخلص منها :

في البداية لا بد أن نوضح أن اليقظة لن تخلص المرضى من الأصوات والأفكار والصور ، فهي تشمل طريقة مختلفة من الاستجابة لها ،إنها تعلم تقبل هذه الخبرات والعيش معها بدون الشعور بالإنشغال، والحكم والسيطرة والأستغراق فيها .

(٢) تجنب الصمت الطويل أثناء الجلسات :

يعطي المعالج تعليمات قصيرة أثناء الممارسة للتحفيز المستمر لانتباههم ومنعهم من الشرود في تدخلاتهم (الضالة) أوالتأملات ، والتي قد تزيد بدلا من أن تخفض إحساسهم بالغربة وعدم الإنتماء والإنفصال عن العالم الواقعي .

(٣) استراتيجية لحظة الأصوات :

وهي مصممة لزيادة الوعي بالأصوات من خلال ممارسة اليقظة ولإبعاد المرضى من الإلتزام بمحتوى الأصوات والمعروف أنها تثير الاستجابات العاطفية والسلوكية، هنا ندعو المرضى للانتباه لبعض عناصرها الشكلية مثل نبرتها ، مادتها ، نغمتها ، وطولها ، والإيقاع الذي تأتي به مرة بعد مرة

، وهذا يشجع المرضى على فعل عكس ما يفعلونه بشكل طبيعي وهو التجنب أو الخوف من الأصوات ، وهدف ذلك هو زيادة فضولهم لملاحظتها بطريقة مختلفة لمعرفة بعض التفاصيل وإيجاد جوانب معينة لم يلاحظونها من قبل ، فقط ملاحظتها والحياة في اللحظة الحالية والإحجام عن أي تقويم .

– فنيات اليقظة العقلية :

أ) الجلسة الصحيحة:

عند ممارسة تأمل اليقظة تكون الخطوة الأولى هي إيجاد وضع بدني صحيح ، فإن وضع وهئية الجسم له أثر مباشر وقوي جدا على عقلنا ، فالجسم والعقل مرتبطان ، ولهذا السبب فإن الحالة اليقظة تنشأ طبيعيا حين يدعم الوضع البدني والموقف الذهني بعضهم البعض، عند الجلوس على كرسي فإن الشيء الأساسي هو ان تبقى ظهرك مستقيما ليس بشدة ، ولكن منتصب أو مرتفع ببساطة ، مع محاذاة الرقبة للعمود الفقري أي أخذ وضع شامخ ومستقيم ، ثم ندع الأرجل في وضع مسطح على الأرض ، ممكن أن تريح يدك على جزك أسفل السرة أو أن تريح يديك اليسرى داخل يدك اليمنى وراحتهما لأعلى مع تلامس كلا الإبهامين برفق ، ارح كفيك وقد تبقى عينيك مفتوحتين أو غلقهما برفق امنع المشتتات الخارجية .

ب) التنفس اليقظ :

يكن التنفس في التناسق بين النظام العصبي الإرادي والإرادي ولهذا السبب فإن التنفس اليقظ يقدم فرصة فريدة للجمع بين الجسم والعقل، يمكن القيام بالتنفس اليقظ في وضع الجلوس أو الوقوف أو الاستلقاء ، ببساطة ندع الجسم يتنفس شهيقا وزفيرا كما يشاء مع ملاحظة تدفق الهواء شهيقا وزفيرا ، وإرتفاع وإنخفاض البطن ، وبداية التنفس ، ونقطة الإنعطاف فقط قبل أن تبدأ في الزفير وطول مدة التوقف تماما قبل أن يبدأ جسمك دورة أخرى ، التركيز على ما هو مهم أو سار في هذه الأحاسيس يسهل بشدة من التركيز، مع غرس الأحساس بأنه بكل نفس يعيش كل خلية بالجسم ، وحين يأخذنا التفكير بعيدا نلاحظ ما سبق بدون اتهام او حكم ونعود للتنفس مرة أخرى مع ابتسامة رقيقة تستمر لفترة مريحة من الوقت .

ج) تأمل الجلوس (تأمل التبصر) :

خطوات الممارسة:

- ١- اختيار مكان هادئ .
- ٢- الجلوس بطريقة تكون فيها منتبها ومسترخيا .
- ٣- السماح بوقت للإنتقال مما كنت تفعله إلى حالة التأمل ، متخذين موقفا غير متسرع ، خذ لحظة أو اثنتين للإنتقال على البيئة من حولك ، الأصوات ، الروائح ، لاحظ الأحاسيس الموجودة في جسدك ، أشعر بأن جلدك هو الذي يتصل بكل شيء آخر وليس هو الذي يفصلك عنه .

٤- اسمح برفق بتركيز وعيك للاستقرار على البطن ، عند نقطة تبعد حوالي مسافة أصبعين تحت السرة ، من هناك لاحظ شهيق وزفير الجسم ، دع التنفس يحدث بطبيعته ، لا تضطره لأي شكل ، انتبه بوضوح لسعادة هذه العملية .

٥- بمجرد أن تلاحظ أن عقلك قد شرد عن التنفس ، لاحظ باختصار ما كنت تفكر فيه وعد لتنفسك ، الشيء الأهم لتذكره هو أن الشرود طبيعي ومقبول ، لذا لا تشغل بإتهام نفسك بأنك سبب هذا الشرود ، هذه الممارسة تسمى مجرد ادراك، وجوهرها ببساطة هو أن تلاحظ وتعود ، وتلاحظ وتعود بدون المزيد بالإشغال في المحتوى .

٦- كرر هذه العملية لفترة زمنية مريحة، وزد تدريجيا من فترات التأمل لمدة ٣٠ أو ٤٠ دقيقة ، لا تحاول أن تفعل أكثر مما أنت مستعد له ، لكن أقبل نفسك كما أنت ، كما أن قدرتك على الجلوس تزداد تدريجيا.

٧- حين تنهي تأمل الجلوس ، خذ وقتك للخروج منه ، فكر في إحضار نفس الاتجاه من الوعي الواضح المتقبل إلى حياتك اليومية ، أثناء النهار، عد دوما لتأملك بممارسة بعض الأنفاس اليقظة ، هناك عدد من الفرص لهذا أثناء الانتظار في طابور في البنك أو متجر أو أثناء إجراء أو إنهاء عملية معينة ، أو حين تقف في زحام المرور وهكذا .

(د) تأمل العطف المحب :

كل صور التأمل هي بالفعل ممارسة للعطف والحنو نحو الذات ومن يمتد للآخرين ، ولممارسة تأمل الحنو المحب أباً بنفسك ، اجلس بهدوء ، استمتع بتنفسك ومع استمرارك في الشهيق والزفير إمعن النظر بحنو في جمل بسيطة مثل :

- ربما اكون سعيدا . - ربما لدي راحة الصحة .

- ربما أنا خال من العواطف السالبة . - ربما أكون آمنا

خذ وقتك مع كل عبارة ولا تتسرع في العملية ثم حين تكون جاهزا ، وحين تبدء في الشعور بآثار الممارسة وحين تتسع الدائرة لتشمل شخص آخر ببدءاً بأقرب شخص لك ، تنفس شهيقاً وزفيراً ، مفكراً في نفس العبارات ، ولكنها من أجل هذا الشخص أي نضع اسم هذا الشخص بعد ربما ومثال ذلك : ربما (هذا الشخص) يكون سعيداً وهكذا ، عندئذ يمكن أن تمتد الممارسة بنفس الطريقة لصديق أو شخص محايد لاتعرفه أو لعدو أو لشخص تجده مزعجاً حين تفكر فيه أخيراً وفي الخطوة الأخيرة تشع نفس النوايا حول كل الكائنات .

(هـ) يقظة الجسم :

يمكن ليقظة الجسم ان تمارس في أوضاع مختلفة ، فمن الممتع ان تمارس الاستلقاء حين يكون ذلك ممكناً ، وحين تسلتقي على ظهرك على الأرض ، اقضي عدة دقائق تستمتع بتنفسك لاحظ كيف أن الأرض تدعمك ، بعد برهة قليلة ، ابدء بقدميك في نفس واحد ، قل لنفسك بصمت شهيق ، أي

واع بقدمي" في الزفير قل "زفير أنا ابتسم لقدمي" ، بعد المرة الأولى ، يمكنك أن تختصر الكلمات إلى فقط "قدمين" في الشهيق و"ابتسم" في الزفير لاحظ بالضبط تماما الأحاسيس الموجودة في قدميك ، لاحظ أية أحاسيس على سطحها مثل الحرارة أو الشعور بوجود جوارب أو حذاء أو الأرض عند كعبك، وكذلك الأحاسيس داخل القدمين مثل أي إرهاق أو عدم راحة أو مشاعر الاسترخاء السار ، مهما كان ما تشعر به موجبا أو سالبا طوقه بالوعي المتقبل و تأمل مدى قيمة قدميك ثم أرسل لقدميك الحنو والتقدير . بعد دقائق اعمل نفس الشيء مع يديك وذراعيك ورقبتك ووكتفيك والعضلات في وجهك وظهرك و صدرك ومعدتك مرة أخرى،خذ وقتك مع كل عضو في الجسم أخيرا طوق جسمك ككل بنفس الطريقة " شهيق أنا واع بجسمي زفير أنا ابتسم لجسمي " لاحظ أن الجسم أنه بخير الآن ثم أرسل التقدير والحب لجسمك .

(و) الأكل اليقظ :

جوهر تأمل الأكل هو أن تعرف أنك تأكل حين تأكل ، وأن تكون واعيا بالخبرات الحسية الكثيرة المتاحة حين تأكل ، وأحد الطرق لبدء هذا هي الجلوس بيقظة أمام طعامك ، بدلا من الغوص مباشرة فيه،توقف للشهيق والزفير لمرات قليلة لاحظ ما تسمعه وتراه حولك ، انظر بعمق في طعامك وفكر في كل الظروف المطلوبة لكي يكون صالحا للأكل ، حيث يتلقى الشمس والمطر والمواد المغذية من التربة ثم يطحن ويرسل للمتجر واشتريه وهكذا بهذه الطريقة يمكنك أن تبده في رؤية قطعة الخبز بشكل أصح كما هي ظاهرة معجزة من الكون كله ، حين تكون مستعدا ارفع الخبز إلى فمك ، لاحظ حركة يديك وحركة اسنانك وأنت تقضمه ، لاحظ حركة الطحن ، عمل اللسان وانطلاق اللعاب باختصار لاحظ كل شيء ، أنه من المذهل كم الأشياء التي يمكن أن تلاحظها في فعل الأكل " البسيط " لقطعة خبز .

(ز) تأمل الرؤية :

تتراوح مدة هذه الممارسة في المعتاد من ٥ إلى ١٥ دقيقة وللبدء فيها يمكنك أن تقف في موقع تختاره وحين تشعر بالاستعداد ، أبدء في الملاحظة بعناية لشيء من اختيارك ، وحين تشعر بالاستعداد أبدء في الملاحظة بعناية لشيء من اختيارك ، قريب أو بعيد ، سوف نركز عليه كل وعيك أثناء الملاحظة ، جرب تجنب تسمية أو تصنيف الشيء ولكن جرب وصنفه من خلال وظائفه الطبيعية والحسية الشكل ، اللون ، مناطق الظل والنور ، خشنا أو أملسا ، المسافة بينه وبينك ، حركته أو سكونه ، والعلاقات بين الأجزاء المختلفة للشيء وإذا كان هذا الشيء يمكن الإمساك به ، يمكنك أخذه بين يديك لملاحظته عن قرب وأثناء الملاحظة قد يشرذ العقل وقد تأخذك الأفكار بعيدا عن وعيك البصري حين يحدث هذا ببساطة لاحظ أن العقل يتجول - اعترف بهذا- وبقدرا لإمكان ، ببساطة عد قاصدا الرؤية بوضوح وعمق ابق مع الشيء حتى تشعر أنك قد كنت على اتصال عميق معه ، وبعد وقت بسيط يمكنك اختيار تحول انتباهك لشيء آخر ولاحظه بنفس الطريقة .

(ح) تأمل السمع :

حين تكون جاهزاً، استمع للأصوات من حولك، أين ما تكون ابتعد عن تسمية أصل ومصدر الأصوات و فقط لاحظ سماتها الطبيعية ، مقدارها ، نغمتها ، نبرتها ، اتصالها أو انقطاعها ، مسافتها منك ، المسافات بين الأصوات ، وأن لاحظت أن عقلك يشرد ، كن واعياً باللحظة التي ينصرف فيها عقلك وبرقة ، عد بانتباهك للأصوات هنا والآن ، قد تختار أيضاً الاستماع لمقطوعة موسيقية استمع لأنماط الأصوات والآلات المتنوعة ، ابق على اتصال مع كيفية تغير الموسيقى من لحظة لأخرى ، لاحظ التداخل بين الآلات المتنوعة بدلاً من تسمية الآلات ، وإن كان هناك من يعني لاحظ بالضبط جودة هذا الصوت البشري المحدد ، جرب سماع هذه الأصوات كما لو كنت من كوكب آخر ولم تسمع أبداً مثل هذه الأشياء من قبل فلا يهم إن كنت تحب الموسيقى أولاً تحبها المهم أن تسمع بلا أحكام ومع احساس لطيف من الفضول .

(ط) المشي اليقظ :

المشي اليقظ هو صورة من التأمل مع الحركة ، فالذين يجدون صعوبة في أن يجلسوا ساكنين لوقت طويل في تأمل الجلوس يجدون من الأسهل تنمية الانتباه والوعي اليقظ بهذه الصورة من التأمل ، ولممارسة هذه الصورة من التأمل نقوم بما يلي :

- ١- أوجد مكاناً للمشي وحدك أو مع صديق جرب إيجاد مكان جميل للمشي إن أمكن .
- ٢- تذكر أن هدف تأمل المشي هو أن تكون في اللحظة الحاضرة ، اترك قلقك فقط استمتع باللحظة الحالية .
- ٣- امشي كما لو كنت أسعد شخص على الأرض ابتسم إنك حي اعترف بأنك محظوظ جداً لأنك قادر على المشي .
- ٤- أثناء المشي بهذه تخيل أنك تحصد السلام والفرحة مع كل خطوة تخطوها ، امشي كما لو كنت تقبل الأرض مع كل خطوة تخطوها أعرف أنك ترعى الأرض بالمشي بهذه الطريقة .
- ٥- لاحظ عدد الخطوات التي أثناء الشهيق وعدد الخطوات أثناء الزفير ، إذا خطوت ثلاث خطوات مع كل شهيق قل في عقلك " شهيق شهيق شهيق " أثناء الشهيق وإذا استغرقت أربعة خطوات مع الزفير قل " زفير زفير زفير زفير " القيام بهذا يساعدك على أن تصبح واعياً بالتنفس إنك لا تحتاج لضبط تنفسك أو مشيك دعه يكون بطيئاً و طبيعياً .
- ٦- من حين لآخر ، حين ترى شجرة جميلة ، زهرة ، اطفال يلعبون ، أو شيء آخر تحبه ، توقف وانظر إليه استمر في متابعة تنفسك أثناء ذلك .
- ٧- تخيل زهرة تتفتح تحت كل خطوة تخطوها ، اسمح بكل خطوة بأن تنعش جسمك وعقلك ، ادرك أن الحياة يمكن أن تعاش فقط في اللحظة الحالية استمتع بمشيك

(Shamash alidina,2010,pp.106-107).

نتائج الدراسة ومناقشتها:

أولاً : نتائج الفرض الأول ومناقشتها :

ينص الفرض الأول على أنه " توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات الرتب لدرجات المجموعتين التجريبية و الضابطة في مستوى شدة أعراض اضطراب الفصام على أبعاد مقياس أعراض الفصام بعد تطبيق مدخل اليقظة العقلية لصالح المجموعة التجريبية" .

ولاختبار صحة هذا الفرض استخدم الباحث اختبار مان ويتني Mann-Whitney واختبار ويلكوسون Wilcoxon وقيمة Z كأساليب لابارامترية للتعرف على دلالة الفروق بين متوسطات لدرجات أفراد المجموعتين في القياس البعدي " بعد تطبيق مدخل اليقظة العقلية وذلك للوقوف على دلالة ما حدث من تغير كما تعكسه درجاتهم على مقياس أعراض الفصام لدى الشباب ، وكذلك التعرف على اتجاه دلالة الفروق ، والجدول التالي يلخص نتائج هذا الفرض :

جدول (٨)

الفرق بين متوسطات الرتب لدرجات المجموعتين التجريبية والضابطة في مستوى شدة الأعراض في القياس البعدي.

الدالة	Z	W	U	المجموعة التجريبية ن=٥		المجموعة الضابطة ن=٥		البعدي
				مجموع الرتب	متوسط الرتب	مجموع الرتب	متوسط الرتب	
دالة	٣ و٠٠٠-	١٥,٠٠٠	صفر	١٥,٠٠	٣,٠٠	٨,٠٠	٤٠,٠٠	الضلالات
دالة	٣ و٠٠٠-	١٥,٠٠٠	صفر	١٥,٠٠	٣,٠٠	٨,٠٠	٤٠,٠٠	الهلاوس
دالة	٣ و٠٠٠-	١٥,٠٠٠	صفر	١٥,٠٠	٣,٠٠	٨,٠٠	٤٠,٠٠	اضطرابات التفكير
دالة	٣ و٠٠٠-	١٥,٠٠٠	صفر	١٥,٠٠	٣,٠٠	٨,٠٠	٤٠,٠٠	إجمالي المقياس

يتضح من الجدول السابق وجود فروق دالة إحصائية في القياس البعدي لمتوسطات المجموعتين التجريبية والضابطة في مستوى شدة أعراض الفصام على أبعاد مقياس أعراض الفصام لدى الشباب بعد تطبيق مدخل اليقظة العقلية، وبالرجوع إلى متوسط درجات المجموعتين، يتضح أن اتجاه هذه الفروق في صالح المجموعة ذات المتوسط الأصغر وهي المجموعة التجريبية، وهي فروق دالة عند مستوى ٠.١، وعلى ذلك تتحقق صحة الفرض الأول .

ثانياً: نتائج الفرض الثاني ومناقشتها :

ينص الفرض الثاني على أنه " لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات الرتب لدرجات المجموعة التجريبية في مستوى شدة أعراض اضطراب الفصام على أبعاد مقياس أعراض الفصام في القياسين البعدي والتتبعي (بعد شهر ونصف من انتهاء التطبيق) " .

ولاختبار صحة هذا الفرض استخدم الباحث قيمة Z كأسلوب لابارامتري يتناسب مع العينات الصغيرة للتعرف على دلالة الفروق بين متوسط الرتب لدرجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي، ويلخص الجدول التالي نتائج هذا الفرض :

جدول (٩)

الفرق بين متوسطات الرتب لدرجات المجموعة التجريبية في أعراض الفصام في القياسين

البعدي والتتبعي

الدالة	W	القياس البعدي والتتبعي				البعد
		مجموع الرتب		متوسط الرتب		
		الموجبة	السالبة	الموجبة	السالبة	
غ.د	٣,٢٣٦-	٠,٠٠	١٥,٠٠	٠,٠٠	٣,٠٠	الضلالات
غ.د	٣,٢٣٦-	٠,٠٠	١٥,٠٠	٠,٠٠	٣,٠٠	الهلاوس
غ.د	٣,٢٣٦-	٠,٠٠	١٥,٠٠	٠,٠٠	٣,٠٠	اضطرابات التفكير
غ.د	٣,٢٣٦-	٠,٠٠	١٥,٠٠	٠,٠٠	٣,٠٠	إجمالي المقياس

ويتضح من الجدول السابق عدم وجود دلالة للفروق بين متوسطات الرتب لدرجات القياسين البعدي والتتبعي للمجموعة التجريبية في مستوى شدة أعراض الفصام ، وهذا يدل على ثبات أثر البرنامج حتى بعد الانتهاء من التطبيق ، وعلى ذلك تتحقق صحة الفرض الثاني .

فقد أدى ما تم التدريب عليه من فنيات اليقظة العقلية مع المجموعة التجريبية إلى ندرة ظهور الأعراض لديهم ، مما يدل على ثبات أثر التدريب على فنيات اليقظة العقلية في خفض أعراض الفصام لدى الشباب ، الأمر الذي يدعو لاستخدام هذا المدخل العلاجي وتعميمه على مرض الفصام بشكل عام وتتفق هذه النتائج مع نتائج دراسة كلا من تير باي . ن. سينج ، وآخرون (٢٠١٣) ودراسة واي تونج كشين ، وآخرون (٢٠١٣) ودراسة لبندا . ف براون ، وآخرون (٢٠١٠) ودراسة لو آن . و . دافيس وآخرين (٢٠٠٧) .

المراجع

- ١) تريفيورباول (٢٠٠٥) . الصحة النفسية . (ترجمة قسم الترجمة بدار الفاروق) . القاهرة : دارالفاروق للنشر والتوزيع .
- ٢) جابر عبد الحميد جابر ، وعلاء الدين كفاقي(محرر) (١٩٩٥) . معجم علم النفس والطب النفسي (م ٦-٧) . القاهرة : دار النهضة العربية .
- ٣) حسين علي فايد (٢٠٠١) . الاضطرابات السلوكية تشخيصها أسبابها علاجها (ط١) . القاهرة : مؤسسة طي بة للنشر والتوزيع والكتب العلمية للكمبيوتر والنشر والتوزيع .
- ٤) طارق علي الحبيب (٢٠٠٨) . الفصام . الإسكندرية : مؤسسة حورس الدولية للنشر والتوزيع.
- ٥) عبد الناصر عوض أحمد (٢٠٠٧) . الأساس النظري للخدمة الاجتماعية النفسية . (ط٤) . طنطا : مكتبة سمير .
- ٦) علي أحمد سيد ، ومحمد محمود محمد (٢٠١١) . العلاج النفسي السلوكي المعرفي الحديث . الرياض: دار الزهراء .
- ٧) فرج عبد القادر طة (٢٠٠٥) . موسوعة علم النفس والتحليل النفسي (ط٣) . أسيوط : دارالوفاق للطباعة والنشر .
- ٨) مجمع اللغة العربية(١٩٨٥) . المعجم الوسيط (ط٢) الجزء الثاني . القاهرة : المؤلف .
- ٩) محمد أحمد شلبي، ومحمد إبراهيم دسوقي، ويزي السيد ابراهيم(٢٠١٤) . تشخيص الأمراض
- ١٠) النفسية للراشدين مستمدة من DSM-5&DSM-4 . القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية .
- ١١) محمد السيد عبد الرحمن (٢٠١٤) . العلاج المعرفي والميتامعرفي . القاهرة : مكتبة زهراء الشرق
- ١٢) محمد سيد فهمي (٢٠١٠) . الرعاية الاجتماعية للمعوقين في العالم العربي (ط١) . الإسكندرية : دار الوفاء لدينا .
- ١٣) منير البعلبكي ، ورمزي منير البعلبكي (٢٠٠٨) . قاموس المورد الحديث . لبنان : دار العلم للملايين.

- 1) Alidina , S . (2010) . Mindfulness Integrating For Dammies . England : John Wiley & Sons.
- 2) American Psychiatric Association . (2010) . practice Gaideline for the treatment of patients with Schizophrenia (2nd ed). Washington , DC :author

- 3) American Psychiatric Association . (2013) . diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.),DSM.5.Washington , DC :author.
- 4) Brown , L . ,Davis , L . , Larocco , V. &Strasburger , A . (2010) Participant
- 5) Perspectives On Mindfulness Meditation Training For Anxiety In Schizophrenia . American Journal Of Psychiatric Rehobilitation .13 (3) , 224-242.
- 6) Buckley , P & Jones , P . (2010) Schizophrenia And Paranoid . In B . Basant K puri and Ian Treasaden (eds.) . Psychiatry An Evidence - Based . U . K : Edward Arnold Puplichers .
- 7) Chien , W . & Lee . I (2013) . The Mindfulness– based Psychoeducation
- 8) Program For Chinese Patient With Schizophrenia . Psychiatric Services , 64 (4) , 376 .
- 9) Davis , L . , Strasburger , A . & Brown , L . (2007) . Mindfulness An Intervention For Anxiety In Schizophrenia . Journal Of Psychosocial Nurscing and Mental Health Services ,49(11) , 23-29.
- 10) Djikic , M . (2014) . Art of Mindfulness Integrating Eastern and Western Approaches . In B . Amanda Ie , Christ Elle t . Ngnoumen & Ellen J . Langer (Eds .) . The Wiley Blackwell Hand Book Of Mindfulness (1st ed .) .(N . L .):Johnwiley and Sons.
- 11) Ebert , M . Loosen , P . , Nurcombe , B . & Leckman , J.(2008) Current Diagnosis and Treatment Psychiatry (2nd ed.) . U . S . A : The MC Graw-Hill Companies.
- 12) Gur , r . & Johnson , A . (2006) . If Your Adolescent Has- Schizophrenia An Essential Resource for Parents . New York : Oxford University press .
- 13) Langer , E . & Moldoveanu , M . (2000) . The Construct Of Mindfulness . Journal Of Social Issues . 96(1) 1-2.
- 14) Leah , J . (2011) . Teaching Mindfulness To Individuals With schizophrenia. Unpublished doctors dissertation , University Of Montana.
- 15) Ludwig , D . & Zinn , J . (2010) . Mindfulness in Medicine . Jama . 300(11), 1390.
- 16) Merriam – Webster's collegiate dictionary (11th ed.) . (2003) Spring field , M A : Merriam . Webster .
- 17) Ministry of Healthand Consumer Affairs. (2006) . Clinical Practice Guidline For Schizophrenia and in Cipient Psychotic Disorder (DHHS Puplication NO 2006 \105-2) . Barcelona: Catalan Agency For Health Technology Assessment And Research .

- 18) Murray , Kenneth S. Kendler , Peter Mcguffin , Simon Wessely , Daviad J . Castle (Eds .) .Essntial Psychiatry . New York :Cambridge University press .
- 19) Murray , R . & Dean , K . (2008) Schizophrenia And Paranoid – In B . B asant Kpuri And Ian Treasaden (eds .) Psychiatry An Evidence . Based. U . K : Edward Arnold Publishers .
- 20) Pinto , A . (2009) . Mindfulness and Psghosis . In B . Fabrrizo Didonna (Ed.) Clinical Hand Book Of Mindfulness, New York : Springer.
- 22) Sadock , B , & Sadack , V . (2007) . Kaplan &Sadock's Syonpsis Of : Behavioral Sciences Clinical Psychiatry (10thed.) . (N . L .) : Lippincott Williams &Wilkins .
- 23) Sadock , B , & Sadack , V . (2010) . Pocket Hand Book Of Clinical Psychiatry (9Th ed.) . China : Lippincott Williams & Wilkins .
- 24) Semple , D . & Smyth , R .(2013) .Oxford Hand Book Of Psychiatry (3rd ed.) . U. K : Oxford University press .
- 25) Singh , N . , Lancioni , G . , Karazsia , B . , Winton . A . , Singh , J . & Wahler , R . (2013). Schizophrenia Compassionate Abiding : Mindfulness -based Practices For Anger And Aggressionby Individuals With Schizophrenia . International Journal Of Mental Health and Addiction , pp. NO Pagination Specifies .
- 26) Wade , C . & Tavis , C . (1998) . Psychology (5th ed) . United States : Addison . Wesley Educational Publishers Inc .
- 27) The British Psychological Society & The Royal College of Psychiatrists .(2010) . Schizophrenia core interventions in the treatment and management of Schizophrenia in adults in primary and secondary care (updated) . London, author.