



كلية التربية
قسم الصحة النفسية والإرشاد النفسي

برنامج عبر الشخصي للوقاية من انتكاس الاضطراب
الوجداني ثنائي القطب لدى عينة من الشباب

رسالة مقدمة من الباحثة

رباب محمود محمد وطني

للحصول على درجة الماجستير في التربية

(تخصص صحة نفسية وإرشاد نفسي)

إشراف

أ.م. د/ حسام إسماعيل هيبية

أستاذ الصحة النفسية والإرشاد النفسي المساعد

كلية التربية - جامعة عين شمس

أ.د/ حسام الدين محمود عزب

أستاذ الصحة النفسية والإرشاد النفسي

كلية التربية - جامعة عين شمس

د/ عبد العزيز محمود عبد العزيز

مدرس الصحة النفسية والإرشاد النفسي

كلية التربية - جامعة عين شمس

1443 هـ - 2022 م



Faculty of Education
Department of Mental Health
& Psychological Counseling

**A Transpersonal program to prevent relapse of bipolar
disorder For A sample of Youth**

A Thesis submitted for registering of a Master's degree in
Education

(Mental Health & Psychological Counseling)

Prepared by

Rabab Mahmoud Mohamed watany

Supervised by

Prof. Hossam EIDin Mahmoud Azab

Professor of Mental Health &
Psychological Counseling
Faculty of Education
Ain Shams University

Dr. Hossam Ismail Heiba

Assistant Professor of Mental Health &
Psychological Counseling
Faculty of Education
Ain Shams University

Dr. Abdelaziz Mahmoud Abdelaziz

Lecturer of Mental Health & Psychological Counseling
Faculty of Education Ain Shams University

1443 A.H – 2022 A.D

مستخلص الرسالة

هدفت الدراسة إلى الكشف عن فاعلية البرنامج عبر الشخصي في الوقاية من انتكاس الاضطراب ثنائي القطب النوع الثاني لدى عينة من الشباب، وتكونت عينة الدراسة من 10 شباب مجموعة تجريبية و10 شباب مجموعة ضابطة من المرضى المتعافين والمعرضين لخطر انتكاس الاضطراب ثنائي القطب النوع الثاني، واشتملت أدوات الدراسة على مقياس المستوى الاجتماعي والثقافي والاقتصادي، والمقياس التشخيصي لمقدمات انتكاس الاضطراب ثنائي القطب النوع الثاني، وجلسات البرنامج الوقائي وأسفرت نتائج الدراسة عن: وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في المقياس البعدي على المقياس التشخيصي لمقدمات انتكاس الاضطراب ثنائي القطب النوع الثاني لصالح المجموعة التجريبية، ووجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب الأفراد في المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على المقياس التشخيصي لمقدمات الاضطراب ثنائي القطب النوع الثاني لصالح القياس البعدي، بينما لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب الأفراد في المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على المقياس التشخيصي لمقدمات انتكاس الاضطراب ثنائي القطب النوع الثاني.

الكلمات المفتاحية: برنامج عبر الشخصي، الاضطراب الوجداني ثنائي القطب، الوقاية من الانتكاس، الشباب.

Abstract

The study aimed to detecting the effect of the transpersonal program for prevention relapse of bipolar disorderII in a sample of youth. **The study sample** consisted of 10 youth in an experimental group, and 10 youth in a control group in recovered patients at risk of relapse of bipolar disorder type II.the study tools included The socio-economic and cultural level (prepared by the researcher), the bipolar disorderII relapse warning symptoms diagnostic scale(prepared by the researcher) , and the transpersonal program sessions for relapse prevention of bipolar disorderII in a simple of youth(prepared by researcher).**The result of the study** showed that: there were statistically significant differences between the mean scores of the experimental group and control group in the post-application on bipolar disorderII relapse warning symptoms diagnostic scale in at direction of the experimental group .There were statistically significant differences between the mean scores of the experimental group in pre and post application on bipolar disorderII relapse warning symptoms diagnostic scale in at direction of experimental group. There are no statistically significant differences between the mean scores of individuals in the experimental group in post and follow-up application on bipolar disorder relapse warning symptoms diagnostic scale.

Key words: transpersonal program, Bipolar disorder, Relapse prevention. Youth.

مقدمة:

إن الأمراض النفسية عبارة عن مجموعة من الاضطرابات والمشاكل الصحية التي قد تؤثر على مزاج المريض وسلوكه وطريقة تفكيره. ومن هذه الاضطرابات الاضطراب الوجداني ثنائي القطب الذي ورد في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية الإصدار الخامس Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) ضمن اضطرابات الوجدان Mood Disorder تحت مسمى الاضطراب ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة Bipolar and Related Disorder وهي الحالات الكلينيكية التي تكون أعراضها الأساسية هي اضطراب الوجدان مع أعراض أخرى مصاحبة لتكون جزئياً أو كلياً متلازمات (الهوس والاكتئاب)، والتي فصلت إلى مجموعة الاضطراب ثنائي القطب ومجموعة الاضطرابات الاكتئابية (American Psychiatric Association (APA), 2013:123). ويصنف DSM-5 والتصنيف الدولي للأمراض المراجعة الحادية عشر International classification of diseases (ICD11) الاضطراب الوجداني ثنائي القطب إلى (3) أنواع أساسية ومميزة له هي: (الاضطراب ثنائي القطب النوع الأول - الاضطراب ثنائي القطب النوع الثاني - اضطرابات دورية المزاج) (APA, 2013:123-154; World Health Organization (WHO), 2018: 6A60, 6A61, 6A62). وقد اهتمت الدراسة الحالية بالاضطراب ثنائي القطب النوع الثاني.

يتميز الاضطراب الوجداني ثنائي القطب بنوبات يكون فيها مزاج الشخص ومستويات نشاطه مضطربة بشكل كبير. ويكون هذا الاضطراب في بعض الأحيان على شكل انتشاء في المزاج وزيادة في الطاقة والنشاط (الهوس). وفي أحيان أخرى على شكل مزاج محبط وانخفاض في الطاقة والنشاط (الاكتئاب) وبشكل عام يكون الشفاء كاملاً بين النوبات (WHO, 2013:23). ومن السمات الهامة للاضطراب الوجداني ثنائي القطب تكرار الانتكاسات مع مرور الوقت وتصل نسبة الانتكاس لمرضى الاضطراب الوجداني ثنائي القطب إلى 90% ويعاني المرضى من انتكاسة واحدة على الأقل في حياتهم (Taheri et al., 2016:376). لذا لا بد أن تتم التدخلات النفسية بجانب التدخلات الدوائية وذلك لمنع الانتكاس والوقاية من معاودة ظهور النوبات (WHO, 2013:27).

كما يؤثر الاضطراب الوجداني ثنائي القطب على حوالي (5.7) مليون أمريكي بالغ، أي حوالي 2.6 % من سكان الولايات المتحدة كل عام للذين تتراوح أعمارهم بين (18) وما فوق أي من هم في سن الشباب (APA, 2013: 130).

ويرتبط أسلوب الوقاية من الاضطرابات النفسية بمفهوم الصحة العامة الذي يميز بين الوقاية الأولية والثانوية والثالثة. فالوقاية الأولية تشمل كل الإجراءات المتخذة لمنع حدوث المرض. وأما الوقاية الثانوية فتتشد تخفيض معدل الاضطرابات أو الأمراض بين السكان (الانتشار) من خلال التقصي المبكر، ومعالجة الأمراض القابلة للتشخيص.

وأما الوقاية الثالثة فتتضمن التدخلات التي تنقص من العجز، وتحسن التأهيل وتقي من نكسات المرض ورجاعته. (منظمة الصحة العالمية، 2005:21)

والمقصود بمصطلح الوقاية في هذه الدراسة هو الوقاية من الدرجة الثالثة Tertiary Prevention حيث أن الهدف هو اتخاذ الإجراءات بعد الإصابة بالمرض والتي تهدف إلى السيطرة على الاضطرابات النفسية الناجمة عنه والوقاية من تدهور حالة المريض نفسياً وجسدياً واجتماعياً وذلك من خلال مساعدة المريض نفسياً وجسدياً واجتماعياً وتأهيله التأهيل المناسب كي يعود إلى حالته الطبيعية. ويعد العلاج الوقائي عبر الشخصي من التدخلات الوقائية التي ساعدت على منع انتكاس الاضطراب الوجداني ثنائي القطب حيث يعرف علم النفس عبر الشخصي بوصفه القوة الرابعة في علم النفس حيث لا يستخدم نموذج نظري واحد ولا إطار محدد للتعامل مع العلاج النفسي وإنما يتم استخدام كافة فنيات العلاج والإرشاد النفسي ولكن في إطار عبر الشخصي لذا فإنه اتجاهاً تكاملياً في حين أن القوى الثلاث الأخرى تتميز بشكل ملحوظ عن بعضها البعض في وصف الطبيعة البشرية والصحة والمرض وفي طريقة العلاج النفسي (Fleuridas & Krafcik, 2019:3).

وعبر الشخصي يعني تجاوز الفرد نطاق خبرته الشخصية وتاريخه الشخصي لذا فهو يساعد الفرد على التطور الروحي وتحقيق السمو وتجاوز الذات Transcendence (Valverde, 2016a). كما يفترض علم النفس عبر الشخصي الصحة الداخلية للإنسان حيث يتم النظر إلى الإنسان على أنه كائن كامل سليم يتمتع بالصحة الداخلية وأن الإنسان لديه ميل فطري نحو الشفاء لذا يكون هدف العلاج عبر الشخصي تدعيم ونمو الصحة الداخلية للفرد (Clements, 2016).

وقد ثبتت فاعلية العلاج عبر الشخصي في علاج حالات الاكتئاب واضطرابات المزاج والاضطرابات الفصامية واضطرابات الشخصية وعلاج القلق والمشكلات الوجودية (Boorstein, 1997:1). ومن هنا تتوقع الباحثة فاعلية البرنامج عبر الشخصي كمدخل وقائي للوقاية من انتكاس الاضطراب ثنائي القطب النوع الثاني.

مشكلة الدراسة:

أظهرت الدراسات أن مرضى الاضطراب الوجداني ثنائي القطب أسوياء المزاج لا يزال يعانون من صعوبات نفسية واجتماعية تخفض من قدرتهم على استعادة مستويات ما قبل المرض من الأداء المهني والاجتماعي وحتى بعد التعافي من نوبات المرض، مما يوحي بأن هناك فجوة تفصل بين التعافي من الأعراض والتعافي الوظيفي.

بناء على ما سبق فإن مرضى الاضطراب ثنائي القطب النوع الثاني يتعرضون لخطر الانتكاس بعد وصولهم إلى الشفاء الكامل فيما بين النوبات. وتتحدد المشكلة في.

ما مدى فعالية برنامج عبر الشخصي للوقاية من انتكاس الاضطراب الوجداني ثنائي القطب (النوع الثاني) لدى عينة من الشباب؟

ويتفرع من هذا التساؤل الرئيسي الأسئلة الفرعية التالية: -

1. هل توجد فروق جوهرية بين أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة في مستوى الاضطراب ثنائي القطب النوع الثاني بعد تطبيق البرنامج لصالح المجموعة التجريبية؟
2. هل توجد فروق جوهرية بين أفراد المجموعة التجريبية في مستوى الاضطراب ثنائي القطب النوع الثاني قبل وبعد تطبيق البرنامج لصالح التطبيق البعدي؟
3. هل توجد فروق جوهرية بين أفراد المجموعة التجريبية في مستوى الاضطراب ثنائي القطب النوع الثاني بعد تطبيق البرنامج مباشرة وبعد فترة التتبع؟

أهداف الدراسة:

هدفت الدراسة الحالية إلى:

- الكشف عن فاعلية البرنامج عبر الشخصي في الوقاية من انتكاس الاضطراب ثنائي القطب النوع الثاني لدى عينة من الشباب.
- الكشف عن وجود فروق جوهرية بين المجموعتين التجريبية والضابطة في مستوى الاضطراب ثنائي القطب النوع الثاني بعد تطبيق البرنامج المستخدم على المجموعة التجريبية.
- الكشف عن وجود فروق جوهرية بين المجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق البرنامج.

- الكشف عن وجود فروق جوهرية بين المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج مباشرة، وبعد فترة التتبع.

أهمية الدراسة:

تتبع أهمية الدراسة من كونها تنصبُّ على معاودة نوبات الاضطراب ثنائي القطب النوع الثاني الذي ورد في الـ DSM-5 و ICD-11 بعد الشفاء لدى الشباب.

كما يمكن إبراز الأهمية من خلال جانبين (الأهمية النظرية، الأهمية لتطبيقية).

أولاً: الأهمية النظرية، وتمثلت في:

- إلقاء الضوء على العلاج والإرشاد عبر الشخصي وجوانبه المتنوعة، باعتباره أحد طرق العلاج النفسي الحديثة نسبياً.
- أن الدراسة الحالية تلقي الضوء على طبيعة ظاهرة معاودة نوبات الاضطراب ثنائي القطب النوع الثاني بعد الوصول لمرحلة الشفاء من حيث العرض التفصيلي لمفاهيم الدراسة؛ حيث أن الدراسة تتناول الوقاية من انتكاس الاضطراب ثنائي القطب النوع الثاني لدى عينة من الشباب.
- يمكن لهذه الدراسة أن تسهم إسهاماً علمياً في تناول الوقاية من انتكاس الاضطراب الوجداني ثنائي القطب.

ثانياً: الأهمية التطبيقية، وتمثلت في

- اختبار فاعلية العلاج والإرشاد عبر الشخصي في الوقاية من انتكاس الاضطراب ثنائي القطب النوع الثاني.
- من المتوقع استخدام التصميم الإجرائي من خلال المؤسسات المهمة بالمجال.
- قد تتيح هذه الدراسة المجال أمام الباحثين في التدخل الوقائي لهذا الاضطراب.

مصطلحات الدراسة

1. برنامج عبر الشخصي Transpersonal program

قد خلصت الباحثة من خلال استعراض العديد من التعريفات إلى صياغة التعريف التالي:

بأنه برنامج مخطط يفترض أن الإنسان كائن سليم يتمتع بالصحة الداخلية وأنه لديه ميل فطري نحو الشفاء ويساعد البرنامج في اتساع الوعي ونضج الأنا، وتجاوز الذات، ويهتم بتكامل الأبعاد الجسدية، والانفعالية، والعقلية، والروحية للإنسان، والوصول إلى الذات الحقيقية، وتحسين علاقة الفرد بنفسه والأسرة والعمل والمجتمع وتحديد معنى وهدف للحياة وتنمية القدرة والتسامي بالذات ليس فقط أثناء البرنامج بل أيضاً بعد انتهاء تطبيقه وذلك من خلال عدد من العمليات والأساليب والاستراتيجيات التي يختارها المعالج عبر الشخصي سواء المستمدة من الأنظمة الروحية أو المستمدة من المناهج العلاجية والإرشادية الأخرى داخل الإطار عبر الشخصي.

2. الوقاية Prevention

يقصد بالوقاية مجموع التدابير التي تتخذ تحسباً لوقوع مشكلة، أو لنشوء مضاعفات لظروف بعينها أو لمشكلة قائمة بالفعل، ويكون هدف هذه التدابير القضاء الكامل، أو القضاء الجزئي على إمكان وقوع المشكلة، أو المضاعفات، أو المشكلة ومضاعفاتها جميعاً. والوقاية قد تكون كاملة، وقد تكون جزئية. ومن ثم فهناك فرق بين الوقاية من الدرجة الأولى والوقاية من الدرجة الثانية والوقاية من الدرجة الثالثة (منظمة الصحة العالمية، 2005: 21)

وتتبنى الباحثة في هذه الدراسة درجة الوقاية من الدرجة الثالثة التي يقصد بها الوقاية من الانتكاس وإعادة التأهيل بعد ظهور المرض (Rüsch & Thornicroft, 2014).

3. انتكاس Relapse

حسب تعريف جمعية علم النفس الأمريكية APA dictionary of psychology فيقصد بها تكرار حدوث الاضطراب ومعاودة ظهوره بعد فترة من التحسن من تلقى العلاج وغالباً ما يحدث مع الاضطرابات التي تتميز بالإزمان وتكرار النوبات على سبيل المثال نوبات الاكتئاب المتكررة (VandenBos, 2015 :899) وهو التعريف التي تبنته الباحثة.

4. الاضطراب ثنائي القطب النوع الثاني Bipolar Disorder II

قد خلصت الباحثة من خلال استعراض العديد من التعريفات إلى صياغة التعريف التالي:
هو نوع من أنواع الاضطراب الوجداني ثنائي القطب، وهو حالة صحية عقلية تتسبب في تقلبات مزاجية ما بين نوبة هوس خفيف أو نوبة اكتئاب جسيم ولتشخيصه تكون الإصابة بنوبة هوس خفيف

hypomanic واحدة على الأقل وتكون الإصابة بنوبة اكتئاب جسيم Major Depression واحدة على الأقل، ولكن لا تحدث الإصابة مطلقاً بنوبة هوس Manic.

ونوبة الهوس الخفيف hypomanic هي فترة تتميز بزيادة الانفعالات المزاجية، والمرح والسرور المرضي ومزاج حساس للتهيج بصورة غير طبيعية متواصلة تستمر لمدة أربعة أيام متواصلة على الأقل ولا ينتج عنها اختلال في أداء الفرد لوظائفه المهنية والاجتماعية ولا تستدعي دخول الفرد إلى المستشفى ولا تسبب الانفصال عن الواقع.

ويندرج تحت تعريف نوبة الهوس الخفيف hypomanic السابق الأبعاد التالية:

1- انشراح واستثارة المزاج **elevated and irritable mood**

تعرفه الباحثة إجرائياً أنه: فترة مميزة يتميز فيها المزاج بالسرور والمرح والابتهاج الشديد أكثر من الطبيعي حيث يشعر المريض أنه على قمة العالم كما أنه مزاج معدي للملاحظ فيجعل من حوله مسروراً ومرحاً ويوصف المزاج من قبل من يعرفون المريض جيداً أنه زائد عن الطبيعي، كما يمكن أن يتسع المزاج ويتفاعل المريض مع الناس دون تمييز، كما يمكن أن ينفعل المريض لأنفه الأسباب، أيضاً يكون هناك زيادة في مستوى الطاقة مع أنشطة موجهة.

2- المبالغة في تقدير الذات والشعور بالعظمة **Inflated self-esteem or grandiosity**

تعرفه الباحثة إجرائياً أنه: ذلك الشعور الذي يبدأ من الثقة بالنفس بصورة لا تتحمل أي نقد وصولاً إلى الشعور بالعظمة الملحوظة التي قد تصل حد الضلالات وقد تكون ذات محتوى اضطهادي مثل توهمه أن علاقته خاصة ومميزة مع الله أو مع أحد المشاهير وأنه مضطهد بسبب ذلك، كما قد يتبعها أدعاء الخبرة والموهبة والنبوغ بالرغم من عدم وجود أي خبرة أو موهبة.

3- قلة الحاجة للنوم **Decreased need for sleep**

وتعرفه الباحثة إجرائياً أنه: الاستيقاظ قبل الموعد المعتاد بساعات مرتاح مكتمل الطاقة كما يمكن أن يظل بلا حاجة للنوم لفترة أيام دون الشعور بإرهاق أو تعب وذلك عندما تكون نوبة الهوس شديدة أما في بدايتها يشعر الفرد أنه ليس بحاجة إلى النوم.

4- ثرثرة في الكلام **More talkative**

وتعرفه الباحثة إجرائيا أنه: الكلام السريع بصوت عالي الذي يصعب مقاطعته كما يحتوي الكلام على التلاعب بالألفاظ وكثرة النكات غير المناسبة كما يمكن أن يتحول الأسلوب في الكلام إلى أسلوب مسرحي مصاحب بالغناء كما يهتم بالألفاظ أكثر من اهتمامه بمعنى الكلام وإذا كانت حالة الاستثارة عالية فإن الكلام يكون عدائي.

5- تطاير وتشتت الأفكار Flight and distractibility of ideas

وتعرفه الباحثة إجرائيا أنه: هروب الأفكار من كثرة تسابقها وتدفقها بصورة لا يمكن التعبير عنها بالكلام لذا يكون هناك تحول من موضوع لآخر أثناء الكلام ويصبح الكلام غير منظم وغير متماسك كما إن التشتت يقصد به عدم قدرة الفرد السيطرة على المثيرات الخارجية ويدل عليه سرعة التحول في الكلام والنشاط.

6- زيادة النشاط Increase activity

تعرفه الباحثة إجرائيا أنه: زيادة في النشاط الموجه نحو هدف من خطط ومشاركة في أنشطة متعددة بما في ذلك الأنشطة الجنسية والمهنية والسياسية والدينية والأنشطة الحركية والأنشطة التي تتطلب جهدا عاليا وذات نتائج مؤلمة والتي غالبا لا يدركها مثل المرح المكلف ماديا والأنشطة الترفيهية والسلوك الجنسي الطائش والأنشطة غير الهادفة مثل إجراء محادثات متعددة في وقت واحد.

ونوبة الاكتئاب الجسيم Major Depression هي فترة تتميز باضطراب شديد في المزاج أو الوجدان والسلوكيات مع بعض الأعراض الجسدية الأخرى كما تشمل تغييرا في الأداء الوظيفي السابق وتستمر لمدته أسبوعين وتكون ثابتة تقريبا أغلب اليوم.

ويندرج تحت تعريف نوبة الاكتئاب الجسيم Major Depression السابق الأبعاد التالية:

1- مزاج اكتئابي Depressed mood

تعرفه الباحثة إجرائيا بأنه: الشعور بالحزن أو الفراغ أو اليأس أو فقد الحماس مع ملاحظة الآخرين حيث تبدو العيون دامعة كما يمكن أن يصاحب المزاج الاكتئابي مزاج عصبي ومستثار وبكاء بدون سبب.

2- فقد الاهتمام أو المتعة loss of interest or pleasure

وتعرفه الباحثة إجرائيا أنه: فقد السرور تجاه الأنشطة التي كان يقوم بها الفرد وتسبب له السعادة

وقد الاستمتاع بكل أو اغلب الأشياء التي كان يهتم بها قبل ذلك مع ملاحظة الأسرة اهمال أنشطته الترفيهية وانسحابه من اصدقائه كما يشمل فقدان الاهتمام بالرغبة الجنسية والنشاط الجنسي.

3- نقص أو زيادة الشهية decrease or increase appetite

وتعرفه الباحثة إجرائيا أنه :اضطراب في الشهية فإما أن تفقد الشهية بدرجة شديدة وتقل الرغبة في تناول الطعام ويصاحبها انخفاض في الوزن، وإما أن تزداد الشهية بدرجة شديدة وتزداد الرغبة في تناول الطعام ويصاحبها زيادة في الوزن.

4-الأرق أو زيادة النوم Insomnia or hypersomnia

تعرفه الباحثة إجرائيا أنه :اضطراب في النوم ما بين الأرق الذي يشمل صعوبة الدخول في النوم أو الاستيقاظ خلال النوم أو الاستيقاظ قبل الموعد بساعات، ويشمل زيادة النوم قضاء ساعات في النوم أكثر من المعتاد أو النوم المتقطع.

5- الفوران النفسي حركي أو التبلد الحركي psychomotor agitation or retardation

تعرفه الباحثة إجرائيا أنه :الفوران هو عدم القدرة على الاستقرار في مكان وهو ليس مجرد شعور بالقلق من خلال الفرد لكنه ملحوظ من خلال الآخرين أما التبلد فهو بطء حركة الجسم وبطء الكلام وعدم الاجابة سريعا مع وجود فترة صمت قبل الاجابة ويصاحب ذلك نقص الطاقة والشعور بالهمدان والاجهاد دون مجهود جسماني وصعوبة بالغة في اداء المهام .

6-الشعور بفقد القيمة Feelings of worthlessness

تعرفه الباحثة إجرائيا أنه :ذلك الشعور الذي يمتد من مشاعر العجز إلى لوم الذات والاحساس بالذنب والتقييم السلبي للذات والشعور بالذنب قد يصل لدرجة الضلال مثل أنه مضطهد لسوء اخلاقه أو لعجزه الشخصي مع كثرة الأفكار عن الموت سواء الخوف منه أو الرغبة فيه مع وجود افكار انتحارية أو خطة لذلك وقد يقوم بتنفيذها محاولا الانتحار .

7-نقص القدرة على التفكير Diminished ability to think

وتعرفه الباحثة إجرائيا: أنه صعوبة في التفكير والتركيز، والتردد وصعوبة أخذ القرارات مع ملاحظة الآخرين.

5. مرحلة الشباب Youth

هي المرحلة التي تشهد مع بدايتها النضج الجنسي، وبداية التفكير في تكوين الأسرة والزواج، ويمتد فيها الذكاء وتتمايز القدرات الخاصة لدى الفرد، وفي هذه المرحلة يصل الفرد إلى مستوى مرتفع من النضج الانفعالي، وهي مرحلة الاختيار المعني وتوكيد الذات، وفيها يتعلم الفرد المسؤولية الاجتماعية والاستقلالية والاعتماد على الذات ويصبح له فلسفة في الحياة (حامد زهران، 2002: 418) وهو التعريف التي تبنته الباحثة.

دراسات سابقة

المحور الأول: دراسات تناولت برامج العلاج والإرشاد عبر الشخصي

1- دراسة (Fourianalistyawati, 2010) بعنوان: فعالية العلاج عبر الشخصي (التخيل، والتوكيد، والتفريغ) لتقليل الاكتئاب لدى النساء المصابات بسرطان الثدي. وهدفت الدراسة إلى بحث فعالية العلاج عبر الشخصي في الحد من الاكتئاب لدى النساء المصابات بسرطان الثدي من خلال استخدام فنيات التخيل وتوكيد الذات والتفريغ الانفعالي، حيث يميل مرضى سرطان الثدي المصابون بالاكتئاب إلى التشاؤم من الحياة والنظرة السلبية للذات وللحياة، كما يميل هؤلاء المرضى أيضاً إلى أن يكونوا محبطين ويائسين من المستقبل. وهذا من شأنه أن يؤثر على المرضى جسدياً من حيث أنها تزيد المرض سوءاً، ونفسياً من حيث أنها تؤدي إلى الاكتئاب.

وتكونت العينة من 8 مصابات بسرطان الثدي من أحد المستشفيات العامة وتراوحت أعمارهن من 35 إلى 50 عامًا ويعانين من أعراض اكتنابيه. وتم اختيارهن من خلال الفحص الأولي عن طريق الملاحظة والمقابلة وإجراء استبيان حول التاريخ المرضي للمريض. وتكونت أدوات الدراسة من مقياس بيك للاكتئاب (BDI) لقياس مستوى الاكتئاب، واختبار Mann-Whitney لتحليل الفرق بين المجموعتين التجريبية والضابطة، وتحليل نوعي حول BDI، والمقابلة، والملاحظة، وصحيفة التقرير اليومي، وصحيفة المراقبة الذاتية، وورقة المتابعة لدعم التحليل الكمي. وتم تقسم العينة إلى مجموعتين تجريبية وضابطة. تلقت المجموعة التجريبية العلاج النفسي عبر الشخصي لمدة أسبوعين، في حين لم تتلقى المجموعة الضابطة أي علاج نفسي. وأظهرت نتيجة البحث وجود فرق بين

المجموعة التجريبية والضابطة في معدل الاكتئاب لصالح المجموعة التجريبية مما يعني ان العلاج عبر الشخصي كان فعالاً في تقليل الاكتئاب لدى مريضات سرطان الثدي في المستشفى العام.

2-دراسة (أحمد محمد عبد المنعم، 2010) بعنوان: فاعلية برنامج للإرشاد عبر الشخصي في خفض مستوى الاكتئاب لدى عينة من الشباب.هدفت الدراسة إلى: التحقق من فاعلية البرنامج الإرشادي عبر الشخصي في خفض مستوى الاكتئاب لدى الشباب، والتعرف على طبيعة الديناميات النفسية التي تميز شخصية الشباب ذوي الاكتئاب، والتغيرات الكلينيكية المرتبطة بتطبيق البرنامج الإرشادي عبر الشخصي. وتكونت عينة الدراسة (44) فرداً من الشباب الجامعي تم تقسيمهم إلى مجموعتين متساويتين (تجريبية-ضابطة). وتكونت أدوات الدراسة من بعض الأساليب الإحصائية لحساب صدق وثبات أدوات الدراسة المستخدمة في البحث كمعامل ارتباط بيرسون، والمقارنة الطرفية، وإعادة الاختبار، كذلك استخدم الباحث بعض الأساليب الإحصائية للمقارنة بين المجموعتين التجريبية والضابطة للتعرف على أثر برنامج عبر الشخصي كاختبار ويلكوكسون Wilcoxon Test، ومان ويتني Mann – Whitney Test اللابارامترى وقد استخدم في حساب هذه العمليات الإحصائية برنامج SPSS، وتم استخدام مقياس للاكتئاب لقياس شدة الاكتئاب قبل وبعد تطبيق البرنامج. أما عن نتائج الدراسة: فقد أسفرت الدراسة عن وجود تحسن في المظاهر والأعراض الاكتئابية لدى عينة الدراسة الكلينيكية بعد تطبيق البرنامج الإرشادي عبر الشخصي عنه قبل تطبيقه.

3-دراسة (Roush,2013) بعنوان عملية الشمول والتكامل عبر الشخصي باستخدام فنية الماندالا والبرمجة اللغوية العصبية مع الأفراد الذين يعانون من مرض عقلي حاد ومستمر والذين يعانون من أزمة. وهدفت هذه الدراسة إلى: الكشف عن عملية الشمول والتكامل باستخدام البرنامج عبر الشخصي مع الأفراد الذين يعانون من اضطرابات عقلية حادة ومستمرة وذلك من خلال اكتشاف آثار فنية رسم الماندالا في توضيح تطور التجارب العاطفية الماضية والتي تم تغييرها وتحويلها من خلال التوجيهات العملية القائمة على الفن. وتكونت عينة الدراسة من (5) رجال (3 قوقازي-2 إسباني) من المرضى المقيمين في مراكز علاجية-والذين يعانون من امراض عقلية حادة ومستمرة وتراوحت اعمارهم بين (34) عام إلى (60) عام. وشملت الاضطرابات العقلية التي يعانون منها (اضطراب ثنائي القطب-اضطراب الاكتئاب الجسيم-اضطراب الفصام الوجداني-اضطراب الشخصية الحدية-إساءة استخدام الحشيش-إدمان الكحول). واشتملت أدوات الدراسة على (استبيانات ما قبل التدخل - (4)

جلسات علاجية (8) جلسات رسم ماندالا-استبيانات بعد التدخل-مقابلات). وأسفرت نتائج الدراسة أنه بعد تطبيق البرنامج حدث تحسن عام في جودة الحياة وانخفاض في مستوى التوتر ومزيد من السيطرة والثقة وزيادة الاحساس بالراحة وامتعة الحياة كما أظهرت تحسن في السلوك.

4-دراسة (Johnson & Naidoo, 2013) بعنوان: الممارسات عبر الشخصية للوقاية من الاحتراق النفسي بين المعلمين المنسقين لفيروس نقص المناعة البشرية/الايدز. وهدفت الدراسة إلى دراسة تأثير تقنيات علم النفس عبر الشخصي كتدخل وقائي للإرهاق بين معلمي منسقي فيروس نقص المناعة البرية/الايدز. وتكونت عينة الدراسة من (54) معلم ومعلمة من منسقي فيروس الايدز وتم تقسيمهم إلى مجموعتين تجريبية وضابطة، وقد خضعت المجموعة التجريبية لورش عمل تقدم تقنيات علم النفس عبر الشخصي وقد تم قياس مستويات الاجهاد والارهاق قبل التدخل وبعده. وتكونت أدوات الدراسة من أدوات لجمع البيانات، قائمة بيك للقلق (BAI) وقائمة كوبنهاجن للإرهاق (CBI). وأظهرت نتائج الدراسة ان التقنيات النفسية الخاصة بعلم النفس عبر الشخصي قد ساعدت في خفض الإرهاق بين معلمي ومنسقي فيروس نقص المناعة البشرية/الايدز.

5-دراسة (Linders & Lancaster, 2013) بعنوان: استكشاف الجوانب عبر الشخصية المتمثلة في الامراض الجسدية ودور الجسد في التطور الروحي. هدفت الدراسة إلى بحث فعالية دراسة دور الجسد في التطور الروحي من خلال استكشاف الأبعاد عبر الشخصية للمرض الجسدي. وتكونت عينة الدراسة من سبعة أفراد يعانون من ظروف صحية طويلة الاجل ويتراوح أعمارهم من (35) حتى (60) عام تم خضوعهم لبرنامج عبر شخصي يحتوي على فنيات العلاج عبر الشخصي والذي يهدف إلى الكشف عن المنظور الروحي للمرض. وتكونت أدوات الدراسة من استبيانات ومقابلات شبه منظمة. وأشارت نتائج الدراسة انه من خلال الكشف عن المنظور الروحي للمرض تمكن المشاركين من تحقيق الشفاء الجسدي كما يمكن ان يكون العلاج عبر الشخصي تجربة عميقة للتحويل الذاتي والشفاء، ومن خلال توضيح ذلك يمكن للجسد ان يشارك بشكل وثيق في العملية الروحية. اعتبر المشاركون أن البعد عبر الشخصي مركزي في تجاربهم وعلى هذا النحو فهموا تحديهم الجسدي كحالة من الفاعلية حيث أن الشفاء وتجسيد التأثيرات عبر الشخصية مرتبطين ارتباطاً وثيقاً. واستنتجت الدراسة أن الجسد يستحق الاعتراف به باعتباره جزءاً لا يتجزأ من واقع أكبر للوجود، وبالتالي يحتاج إلى أن يتم تضمينه بالكامل في عملية التطور الروحي والشفاء.

6-دراسة (Fridari et al.,2013) بعنوان: فعالية العلاج النفسي عبر الشخصي في تقليل أعراض الشراهة والاعتماد على المواد لدى الأشخاص الذين يعانون من اضطراب استخدام المواد. هدفت الدراسة إلى تحديد تأثير العلاج عبر الشخصي على الأشخاص الذين يعانون من اضطراب استعمال المواد والذين يمرون بظروف انسحاب وتقليل أعراض الاعتماد على المواد المخدرة والوقاية من انتكاس هؤلاء الأفراد وتسريع عملية الشفاء باستخدام الفنيات المختلفة للعلاج عبر الشخصي. وتكونت عينة الدراسة من (10) أفراد ذكور ممن يعانون من اضطراب استعمال المواد وتراوحت أعمارهم من (30-55) عام، (7) منهم فقط هم من اتموا فترة العلاج بالكامل ومدتها حوالي (6) أسابيع. تم استخدام أدوات التصميم التجريبي وأدوات لجمع البيانات تمثلت في استخدام تقارير السيرة الذاتية التي تتضمن تاريخ الإدمان ونوع المواد، وتقارير ذاتية يومية تتضمن تفاصيل الحالة العاطفية والصحية، ومقابلات سريرية تفصيلية، واستمارات الواجبات المنزلية. وأشارت نتائج الدراسة ان العلاج النفسي عبر الشخصي أدى إلى حدوث بعض التغيرات في المواقف والسلوك نتيجة التكامل بين الجسد والعقل والروح مما أدى إلى تحسين الحالة الصحية العامة وزيادة الإنتاجية وتحسين التواصل مع الأسرة مع الإحساس بمزيد من الهدوء في التعامل مع أعراض الإدمان كما كان لممارسة الاسترخاء والتأمل دور هام في السماح بالشفاء نتيجة حدوث الوعي الصافي مما جعل المرضى أكثر تقاؤلاً واقبالاً على الحياة وهذا بدوره ساعد في تقليل الام الانسحاب مما أدى إلى تقليل مستوى الاعتماد على المواد المخدرة.

7-دراسة (Siegel,2013) بعنوان: المعالج كحاوية للرنين الروحي وتحول العميل في العلاج النفسي عبر الشخصي. هدفت هذه الدراسة إلى دراسة فعالية خبرات المعالجين عبر الشخصيين وصفاتهم الشخصية وطرق تنشيط المجال الطاقوي بينهم وبين العملاء في الجلسة العلاجية على تحويل العملاء وعلاقته ذلك باستكشاف الروحانيات كما هو مطبق في العلاج النفسي وذلك من خلال تطبيق برنامج يحتوى على مراحل العملية العلاجية عبر الشخصية الكاملة. وتكونت العينة من (12) معالجا نفسياً مثالياً شارك (6) منهم في مقابلة واحدة و(6) شاركوا في عملية علاجية كاملة مكونة من ثلاث مراحل من المقابلات الجماعية والفردية وشبه المنظمة، وتكونت أدوات الدراسة من التحليل النوعي للبيانات التي تستخدم في تحليل البيانات من محاضر المقابلات. وأشارت نتائج الدراسة إلى بحث العملاء داخل اعماقهم لاستكشاف الصدى والرنين الروحي لذواتهم يعتمد على التناغم الروحي بينهم وبين المعالجين وعلى خبرة المعالج واتساع وعيه الروحي وفهم خبرته العميقة ووجهة نظر المعالج

عبر الشخصي في العلاج حيث تختلف الممارسات العلاجية من معالج عبر شخصي للآخر وفقا لملاحظاته الخاصة للعميل كما ان الطاقة الروحية بين المعالج والعميل تساعد في تحول العميل ما بين تخفيف أعراض المرض النفسي إلى التطور العاطفي والجسدي والروحي العميق وتغيير نظرتهم للعالم وادراكهم لأنفسهم.

8-دراسة (Ontiveros,2014) بعنوان: فعالية تفسير الأحلام من خلال وجهة نظر عبر الشخصي في

العلاج النفسي المختصر. وهدفت الدراسة إلى بحث فعالية استخدام تفسير الأحلام من خلال وجهه نظر علم النفس عبر الشخصي بصفته من أدوات العلاج النفسي المختصر الذي يركز على الحل بدلا من التركيز على المشكلة مع دمج هذا العلاج في الممارسات السريرية. كما هدفت أيضاً إلى بحث تأثير استخدام تقنية الأحلام من خلال عدسة عبر الشخصي كوسيلة لاكتساب الوعي لحل المشكلات. وتكونت العينة من: 22 مشارك ذكور وإناث من أصول مختلفة وحاصلين على تعليم جامعي ومتوسط أعمارهم (39.5 عام) ويواجهون صعوبة في حل المشكلات نتيجة قلة الوعي والإدراك والبصيرة والحكم على الامور، وقد تم تقسيمهم إلى مجموعتين (تجريبية-ضابطة). وتكونت أدوات الدراسة من مقياس الامل (The state of hope scale(SHS)، ومقابلات شبه منظمة وعمل تحليل موضوعي لأحلام المشاركين من خلال استبيان النتائج The OQ®-30.2 Outcome Questionnaire. وأشارت النتائج ان تفسير الاحلام كان مفيدا للمشاركين ، أوصت الدراسة بإجراء مزيدا من البحوث ومناقشة الاتار المترتبة عليه .

9-دراسة (Farokhzad& Farokhzad,2014) بعنوان: فعالية التصوف على العلاج النفسي والصحة

العقلية. وهدفت الدراسة إلى دراسة تأثير الممارسات الصوفية على العلاج النفسي والصحة النفسية. وتكونت عينة الدراسة من 68 فردا من الجنسين، تراوحت أعمارهم بين (20-30) عام، وقد تم اختيارهم بشكل عشوائي، وقد تم تقسيمهم إلى مجموعة (اولى وثانية) أولى وعددها 33 من الذكور والإناث، قد شاركوا في برنامج التصوف لمدة 3 أشهر ومجموعة ثانية عددها 35 من الذكور والإناث لم يحضروا برنامج التصوف. وتكونت أدوات الدراسة من استبيان الصحة العامة GHQ-(28) واختبار T-Test لتحليل البيانات. وقد أظهرت نتائج الدراسة فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين على الصحة النفسية ومكوناتها أي الوظيفة الاجتماعية وأعراض الاكتئاب.

وأشارت الدراسة ان التصوف قد يكون عاملا له تأثير مهم على الصحة العقلية. واوصت الدراسة بدمج الصوفية في ممارسة العلاج النفسي.

10- دراسة (Mehl-Madrona, 2014) بعنوان: العلاج النفسي (عبر الشخصي، السرد، الظواهر)

للذهان. هدفت الدراسة إلى بحث فعالية برنامج قائم على فنيات علاجية مختلفة من بينها عبر الشخصي في تقليل جرعات الدواء أو التخلص منه لدى مرضى الذهان الموسي لهم بتقليل جرعات الدواء الخاص بالذهان أو التخلص منه بهدف زيادة فرص الشفاء وتقليل الازمات الخاصة بالانتحار لدى هؤلاء المرضى حيث اعتمد العلاج النفسي على الأساس عبر الشخصي مع الاخذ في الاعتبار الوضع الانطولوجي الكامل ومعالجته في إطار حوارى. وتكونت العينة من 50 مريضا بالذهان من الجنسين تزيد أعمارهم عن (20) عاما يعانون من اضطرابات ذهانية مختلفة تم تقسمهم إلى مجموعتين (تجريبية-ضابطة). وتكونت أدوات الدراسة من استبيانات لتحديد مستوى الأعراض ومقياس التقييم النفسي الموجز، ومقياس الأعراض الإيجابية والسلبية، ومقياسين لتصنيف الاكتئاب، والمقياس الإكلينيكي العالمي، ومقياس تحديد الأعراض، بالإضافة لاستخدام المقابلات السردية في مراجعة الأعراض. واستطاع العلاج النفسي المتبع لمد (6) أشهر ان يتمكن 76% من أفراد العينة ان يدار العلاج الخاص بهم دون استخدام العلاج الدوائي (أومع الأدوية العرضية للغاية كمساعدات على النوم) 18% منهم نجحوا بشكل جيد في تناول الأدوية ذات الجرعات المنخفضة. احتاج 6% منهم إلى مستويات أعلى من الأدوية وأصبح أحدهم أسوأ بشكل تدريجي على الرغم من كل الجهود وتم وضعه في النهاية بشكل لا إرادى في مستشفى الولاية. وأشارت نتائج الدراسة إلى فاعلية العلاج النفسي بمناهجه المتبعة في تجنب الأدوية لعلاج الذهان كما أشارت إلى ان العلاج يحتاج لتنوع المناهج التي تتمحور حول العميل وتبنى على نقاط قوته والنجاحات السابقة له حيث تتنوع الطريقة التي يصل بيها الأشخاص إلى حلول ناجحة ضمن سياق العملاء المحلي ومجتمعاتهم المعرفية.

المحور الثاني: دراسات تناولت الوقاية من انتكاس الاضطراب الوجداني ثنائي القطب

أولاً: -دراسات تناولت انتكاس الاضطراب الوجداني ثنائي القطب

1-دراسة (Amann et al.,2015) بعنوان: معدلات الانتكاس للاضطراب ثنائي القطب: دراسة تتبعيه

لمدة 4 سنوات. هدفت الدراسة إلى بحث تنوع العلاج وتأثير العلاج الوقائي وعوامل الخطر وتأثيره

على معدلات الانتكاس في الاضطراب ثنائي القطب . وتم إجراء الدراسة على (300) فرد مصابون بالاضطراب ثنائي القطب وفق معايير ICD-10 منهم (158) مصابون بثنائي القطب النوع الأول و(142) مصابون بثنائي القطب النوع الثاني ، وتم تقييم المرضى فيما يتعلق بوقت الانتكاس والنوبة الحالية والعلاج الوقائي الموصوف وعوامل الخطر للانتكاسات مثل احداث الحياة والالتزام بالأدوية واضطرابات تعاطي الكحول لمدة 4سنوات بمعدل 204 أيام وذلك باستخدام تحليل البقاء على قيد الحياة . وأشارت نتائج الدراسة انه على الرغم من أن الليثيوم يبدو أكثر حماية وامان من الأدوية الأخرى الشائعة الاستخدام، لكن لا يزال مرضى الاضطراب ثنائي القطب يعانون من ارتفاع معدل الانتكاس. كما يعد عدم الالتزام الجيد بالأدوية وأحداث الحياة واضطرابات تعاطي الكحول من عوامل الخطر الرئيسية. وتحت النتائج على مناهج علاجية أكثر شمولية في الاضطراب ثنائي القطب.

2-دراسة (cretu et al.,2016) بعنوان: النوم وأعراض المزاج المتبقي ووقت حدوث الانتكاس في

المرضى المتعافين من الاضطراب ثنائي القطب. هدفت الدراسة إلى تقييم جودة النوم وعلاقته بأعراض المزاج المتبقي وتكرار نوبات المرض بعد تحقيق التعافي. تكونت عينة الدراسة (89) مريض متعافي من مرض الاضطراب ثنائي القطب وتمت المراقبة السريرية لهم لمدة أكثر من عام. تم تطبيق مؤشر جودة النوم وتقييم أعراض المزاج المتبقية وذلك لاستنتاج العلاقة بين جودة النوم وأعراض المزاج المتبقي والتنبؤ بوقت حدوث الانتكاس. وكانت نتائج الدراسة هو أن (56) شخصا من عينة الدراسة قد حققوا مستوى أداء سيء على مؤشر جودة النوم، أيضاً وجد انهم يستخدمون مزيدا من ادوية النوم ويحققون مستوى كمون أطول للنوم واختلال وظيفي أثناء النهار وقد ارتبط ذلك بشكل كبير بأعراض المزاج المتبقية، وتوقع حدوث انتكاس لنوبات المزاج مبكر حتى مع تفاوت أعراض المزاج المتبقية. لذا أوصت الدراسة بضرورة التركيز على جودة النوم أثناء التدخلات العلاجية لمرضى الاضطراب ثنائي القطب المتعافين.

3-دراسة (Amini et al.,2017) بعنوان: تقييم الاضطراب ثنائي القطب في عدة انتكاسات بمرور الوقت

باستخدام معادلات التقدير المعممة. هدفت هذه الدراسة إلى تحديد عوامل الخطر التي تساهم في معاودة نوبات الاضطراب ثنائي القطب وتطور نوبات المرض بمرور الوقت وذلك لان الاضطراب ثنائي القطب هو اضطراب مزمن شائع وحاد يسبب العديد من المشكلات في الأداء النفسي والاجتماعي للشخص. وتكونت عينة الدراسة من (124) مريضاً يعانون من اضطراب ثنائي القطب

(النوع الأول والنوع الثاني)، وقذعاني جميع المرضى من (4) انتكاسات سابقة. تم استخدام معادلة التقدير المعممة (GEE) لتحديد ومعرفة خصائصها حلقات الاضطراب ثنائي القطب. وأشارت نتائج الدراسة أنه بين مرضى الاضطراب ثنائي القطب كان الهوس أكثر انتشارًا من الاكتئاب والنوبات المختلطة. وأن الجنس والعلاج المستخدم واختلاف المواسم هي عوامل تساهم في تحديد وتطور نوبات الاضطراب ثنائي القطب.

4-دراسة (Takaesu et al.,2017) بعنوان: اضطرابات النوم وإيقاع الساعة البيولوجية كمؤشرات لوقت أقصر لانتكاس الحالة المزاجية في المرضى المصابين بالاضطراب ثنائي القطب: دراسة تنبؤية مدتها (48) أسبوع. وهدفت الدراسة إلى اختبار الفرضية القائلة بأن الخلل في إيقاع الساعة البيولوجية يمكن أن يكون مؤشرا لانتكاس الاضطراب ثنائي القطب. وتكونت عينة الدراسة من (104) مريضا خارج المستشفى من المصابون بالاضطراب ثنائي القطب وفقا لمعايير الدليل التشخيصي والإحصائي (DSM-5). وتكونت أدوات الدراسة من مقابلات سريرية للتأكد من المتغيرات الديموغرافية والوصف السريري للاضطراب ثنائي القطب، التصنيف الدولي لاضطرابات النوم وذلك لتشخيص اضطرابات النوم والإيقاع اليومي، نموذج الخطر النسبي كوكس، مقياس تصنيف الهوس للشباب مقياس أسبيرج للاكتئاب. وأشارت نتائج الدراسة ان اضطرابات النوم مرتبطة بشكل كبير بوقت الانتكاس مما يعني ان اضطرابات النوم والاستيقاظ تعتبر مؤشرا هاما على الانتكاس لدى المرضى المصابون بالاضطراب ثنائي القطب.

5-دراسة (Sam et al.,2019) بعنوان: احداث الحياة الضاغطة وانتكاس الاضطراب الوجداني ثنائي القطب: دراسة مقطعية في معهد الوقاية الثالثة في جنوب الهند. هدفت الدراسة إلى تقدير نسبة ونوع وتوقيت أحداث الحياة الضاغطة التي تؤثر على الانتكاس؛ وذلك لأن الاضطراب الوجداني ثنائي القطب هو مرض عقلي حاد ينتج عنه صراعات خطيرة مدى الحياة وتأثير أحداث الحياة الضاغطة غير مفهوم بالنسبة لمسار الاضطراب الوجداني ثنائي القطب. وتكونت عينة الدراسة من 128 مريضا يعانون من الاضطراب الوجداني ثنائي القطب مع حدوث انتكاسات، وتكونت أدوات الدراسة من مقياس يونج لتقدير الهوس ومقياس هاملتون للاكتئاب ومقياس أحداث الحياة الضاغطة الافتراضي ومقياس التقييم النفسي الموجز. واستنتجت الدراسة وجود علاقة ارتباطية بين احداث الحياة الضاغطة (مثل المشاكل في العلاقات الشخصية والمشاكل المالية) وبين تكرار الانتكاسات

ونوع النوبة أثناء الانتكاسات. وهذه النتيجة تساعد في التنبؤ بحدوث مزيد من الانتكاسات وتطوير التدابير العلاجية سواء العلاج النفسي أو العلاج الدوائي كي يمكن الحد من الأعراض وتحسين جودة الحياة في المرضى الذين يعانون من الاضطراب ثنائي القطب.

6- دراسة (Andrade-González et al., 2020) بعنوان: الأعراض الأولية التي تنذر بانتكاس الاضطراب ثنائي القطب لدى البالغين - مراجعة منهجية. هدفت الدراسة إلى القيام بمراجعة منهجية لتحديد الأعراض الأولية التي تنذر بانتكاس الاضطراب الوجداني ثنائي القطب لدى البالغين وتمييزها عن الأعراض لدى المراهقين والمسنين. وتكونت العينة من 22 دراسة خاصة بالاضطراب ثنائي القطب واحتوت على بيانات 1809 من الأفراد المصابون بالاضطراب ثنائي القطب ممن تراوحت أعمارهم من (18-65) عام، وتم استبعاد من لم يستوفوا المعايير التشخيصية ل DSM والتصنيف الدولي للأمراض ICD. وتكونت أدوات الدراسة من عناصر التقارير التفصيلية للمراجعات المنهجية والتحليلات الوصفية، وتم استخدام نموذج PRIAMA وذلك لتحقيق أهداف المراجعة واستخدام القائمة المرجعية للتأكد من اتباع جميع توصيات PRISMA. وأشارت نتائج الدراسة ان هناك أعراض وعلامات تم الاستشهاد بها بشكل متكرر في الدراسات من بين بدايات الانتكاس فبخصوص العلامات التي تنذر بالهوس تم الاستشهاد ب الأعراض الاتية (الكلام أكثر من المعتاد زيادة الطاقة والمزيد من السلوك الموجه نحو هدف، وتطاير وتسايق الأفكار وزيادة احترام الذات، والاهتمام الشديد بالجنس، وزيادة النشاط والإنفاق المفرط). وبخصوص العلامات الأولية التي تنذر بالاكئاب فهي (فقدان الاهتمام - فرط النوم).

7- دراسة (Belete et al., 2020) بعنوان: الانتكاس والخصائص السريرية للمرضى الذين يعانون من الاضطراب ثنائي القطب. هدفت الدراسة إلى تقييم مدى الانتشار والعوامل المرتبطة ب انتكاس الاضطراب ثنائي القطب بين المرضى الذين يعانون من الاضطراب ثنائي القطب، حيث أن الاضطراب ثنائي القطب هو مرض عقلي شديد له معدلات انتشار مرتفعة وينتج عنه عدد وفيات كبير، كما يسبب أعباء اقتصادية واجتماعية عالية. ويعد انتكاس الاضطراب ثنائي القطب امرا شائعا ويقصد ب الانتكاس عوده المرض مره أخرى بعد الشفاء الواضح للمرضى الذين يتوقفون عن تناول الادوية من تلقاء أنفسهم ولا يخضعون للرعاية النفسية والصحية لذلك فإن فهم طبيعة الانتكاس لدى المرضى في البلدان منخفضة الدخل يساعد على منع تكرار نوبات المرض وتقليل نفقات الرعاية

الصحية. تم إجراء دراسة مستعرضة على عينة مقدارها 400 شخص مصاب باضطراب ثنائي القطب لحساب معدلات الانتكاس بينهم. تم استخدام مقياس الدعم الاجتماعي لتحديد عوامل الانتكاس. وتوصلت الدراسة ان معدل الانتكاس كان 71% بين أفراد العينة من مرضى الاضطراب ثنائي القطب وأن المرضى المصابون بالمرض لأكثر من 5 سنوات كانوا أكثر عرضة للانتكاس، وأن الالتزام الجيد بالعلاج كان عامل وقائي لمنع الانتكاس. واستنتجت الدراسة أن الالتزام بالعلاج الدوائي والمداومة على العلاج النفسي مهم لمنع الانتكاس بين مرضى ثنائي القطب.

8- دراسة (Yaecob et al.,2020) بعنوان: نمذجة وقت الانتكاس المتكرر لدى المرضى المصابين

بالاضطراب ثنائي القطب. هدفت الدراسة إلى تحديد بعض عوامل الخطر للانتكاسات المتكررة في مرضى الاضطراب ثنائي القطب حيث أن السمة الرئيسية للاضطراب ثنائي القطب هو تكرار الانتكاسات. وتكونت العينة من (206) مريض داخلي من الجنسين بمتوسط عمر (33.33) عام تم جمع بياناتهم من خلال السجلات الطبية لمدة 7 سنوات والذين قد تعرضوا لعدد من الانتكاسات. وتكونت أدوات الدراسة من نماذج مختلفة للخطر النسبي لتحديد عوامل الخطر. وأشارت نتائج الدراسة أن عوامل الخطر المهمة التي لها تأثير على وقت حدوث الانتكاس منذ نهاية الانتكاس الأخير لبداية الانتكاسات التالية هي الحالة الاجتماعية وتعاطي المخدرات والوضع الوظيفي والإقامة. ويمكن الحد من الانتكاس المتكرر عن طريق تقديم علاج مكثف وزيادة الوعي بكل عوامل الخطر.

9- دراسة (Esmaeeli et al.,2021) بعنوان: تطبيق نموذج الأحداث المتكررة في تحديد عوامل الخطر

لانتكاس الاضطراب الثنائي القطب. هدفت الدراسة إلى تحليل وقت انتكاس الاضطراب ثنائي القطب لتحديد عوامل خطر انتكاس الاضطراب ثنائي القطب باستخدام نماذج احداث الحياة المتكررة. وتكونت العينة من بيانات (104) فردا ممن يعانون من الاضطراب ثنائي القطب والذين مروا بانتكاسة واحدة على الأقل. وتم استخدام نموذج الخطر النسبي كوكس Cox model مع نموذج الضعف أو الهشاشة Frailty Model لتحديد العوامل التي تؤثر على الفترات الزمنية من بيانات المرضى المتعافين وتم تحليل البيانات باستخدام الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية SPSS . وأشارت النتائج إلى أن مخاطر الانتكاسات اللاحقة كانت أقل لدى المرضى المتزوجين والمخضرمين، فإن الزواج ، والرعاية العاطفية ، وانخفاض تكلفة العلاج ، والتدريب المعزز للمرضى

ومرافقهم على الرعاية اللازمة للمرضى أثناء العلاج يمكن أن يكون فعالاً في تقليل المخاطر من الانتكاسات اللاحقة لهذا المرض.

10- دراسة (Luciano et al.,2021) بعنوان: المزاجات العاطفية وشدة مرض الاضطراب ثنائي القطب.

وتمثلت أهداف الدراسة في وصف الخصائص السريرية للمرضى المصابين بالاضطراب ثنائي القطب والذين يتعرضون للانتكاس بشكل متكرر وتقييم العلاقة بين المزاج العاطفي وشده الصورة السريرية لدى عينة من مرضى الاضطراب ثنائي القطب، حيث يعد الاضطراب ثنائي القطب أحداً أكثر الأمراض عبئاً وذلك لأنه يرتبط بنتائج سلبية طويلة المدى كما يحقق أعلى معدلات انتحار، وعلى الرغم من أن المزاجات العاطفية يمكن أن تؤثر على نتائج الاضطراب ثنائي القطب على المدى الطويل إلا أن دورها لا يزال ضعيف. تكونت عينة الدراسة من (199) مريضاً في وحدات العيادات الخارجية لجامعتين مختلفتين، تم فحص الأعراض النفسية للمرضى والمزاجات العاطفية ونوعيه الحياة من خلال أدوات التقييم التي تم التحقق منها. وأشارت نتائج الدراسة أن أصحاب المزاج العصبي يتميزوا بعدد أكبر من الانتكاسات مع تدنى في جودة الحياة وارتفاع معدلات السلوكيات العدوانية وارتفاع معدلات الانتحار على عكس أصحاب المزاج المعتدل فكان هذا عاملاً وقائياً للعديد من النتائج بما في ذلك معدل الانتكاس وشدة القلق وأعراض الهوس والانتحار. واستنتجت الدراسة أن الكشف المبكر على المزاجات العاطفية يساعد الأطباء في تطوير تدخلات دوائية ونفسية واجتماعية متكاملة ومستهدفة.

ثانياً-دراسات تناولت الوقاية من انتكاس الاضطراب الوجداني ثنائي القطب

1-دراسة (Stroppa & Moreira-Almeida, 2013) بعنوان: -الممارسات الدينية وأعراض المزاج

وجودة الحياة في الاضطراب ثنائي القطب. هدفت الدراسة إلى التحقق من العلاقة بين الممارسات الدينية والمزاج وجودة الحياة ومرات الانتكاس والرجوع للمستشفى وعدد مرات محاولات الانتحار بين المرضى المصابون بالاضطراب ثنائي القطب. وتكونت العينة من (168) فرداً يعانون من الاضطراب ثنائي القطب فوق (18) عام والذين قد تأكد تشخيصهم وفقاً للتصنيف التشخيصي الإحصائي للاضطرابات العقلية الإصدار الرابع المعدل DSM-IV-TR والذين هم في حالة اعتدال المزاج ولا يعانون من نوبات حالية سواء هوس أو اكتئاب ولكنهم مازالوا يخضعون للعلاج. وتكونت أدوات الدراسة من مقياس تصنيف الهوس للشباب YMRS ومقياس تصنيف الاكتئاب مونتجومري

واسبيرج MADRS، ومؤشر ديوك لقياس التدن، نموذج جودة الحياة المختصر من منظمة الصحة العالمية WHOQOL-BREF، مقابلات لتجميع البيانات الديموغرافية وعدد محاولات الانتحار وعدد مرات العلاج وعدد حدوث الانتكاس. وأشارت نتائج الدراسة ان التدن الجوهرى والعلاقة الإيجابية بالممارسات الدينية ترتبط بشدة بأعراض اكتئاب اقل وتحسين نوعية الحياة. وتوصلت الدراسة ان الجانب الدينى وثيق الصلة فى حياه المرض ويجب اخذ هذا فى الاعتبار من قبل الأطباء عند التعامل مع مرضى الاضطراب ثنائى القطب.

2-دراسة (Gumus et al.,2015) بعنوانك فاعلية العلاج بالثقفى النفسى فى منع انتكاس الاضطراب

الوجدانى ثنائى القطب: دراسة تجريبية. هدفت الدراسة إلى تحديد فعالية برنامج تثقيف نفسى فردى مدته 4 جلسات على معدل انتكاس الاضطراب ثنائى القطب خلال فترة متابعة مدتها عام. وتكونت العينة من 82 فردا تم تشخيصهم بالاضطراب ثنائى القطب بمتوسط عمر (38.70) عام تم تقسيمهم إلى مجموعتين متساويتين مجموعة ضابطة ومجموعة تجريبية. واستخدمت الدراسة نموذج معلومات المريض ومقياس تصنيف الهوس ومقياس التكرار الاكثابى مع استخدام برنامج التثقيف النفسى. وأشارت نتائج الدراسة إلى أن أفراد المجموعة التجريبية كان لديهم عدد انتكاسات أقل، ونوبات مزاجية متعددة أقل، ومعدل دخول المستشفى أقل، كما أشارت ان هناك حاجة إلى مزيد من الدراسات لعينات أكبر وفترات زمنية أطول وذلك لتحديد المدة المثالية للتثقيف النفسى لتحقيق مزيد من الفعالية حيث وجد ان التثقيف النفسى الفردى المكون من (4) جلسات ليس ذا دلالة إحصائية فى تقليل عدد الانتكاسات.

3-دراسة (van der Voort et al.,2015) بعنوان: - الرعاية التعاونية لمرضى الاضطراب ثنائى

القطب. هدفت الدراسة إلى بحث فعالية برنامج يشتمل على رعاية تعاونية مكونة من العلاج الدوائى والعلاج النفسى المتكامل ومقارنته بالرعاية المعتادة وذلك لان كثير من مرضى الاضطراب ثنائى القطب يظهرون استجابة دون المستوى للعلاج المعتاد. وتكونت عينة الدراسة من عينة مقدارها (138) مريضا من الجنسين مصابون بالاضطراب ثنائى القطب النوع الأول والثانى وتم تشخيصهم وفقا ل DSM-4 المعدل، وتراوحت أعمارهم من (18-65) عام، تم تقسيمهم إلى مجموعتين تجريبية وضابطة وتم تطبيق البرنامج العلاجى (العلاج الدوائى-التثقيف النفسى-برنامج التدريب على حل المشكلات-خطة الوقاية من الانتكاس) على مرحلتين المرحلة الأولى (6) أشهر المرحلة الثانية

استمروا حتى (12) شهر. تكونت أدوات الدراسة من مقاييس لتصنيف الاكتئاب ومقاييس لتصنيف الهوس وتقارير شملت شدة الأعراض والالتزام بالأدوية، وتكون الفريق العلاجي من (15) ممرضة و(5) أطباء نفسيين تم تدريبهم من قبل القائم بالدراسة. وأشارت النتائج ان الرعاية التعاونية قد تكون شكلا هاما من اشكال علاج الاضطراب ثنائي القطب والوقاية من الانتكاس لدى المرضى المصابون بالاضطراب، حيث أنه عند مقارنته بالعلاج المعتاد وجد ان الرعاية التعاونية قد قللت بشكل كبير وقت نوبة الاكتئاب وانخفضت أعراض الاكتئاب بشكل ملحوظ مما أدى إلى السيطرة على أعراض الاكتئاب المستمرة وبالتالي تحسين جودة الحياة وتقليل الإعاقة الوظيفية التي يسببها الاكتئاب.

4-دراسة (Nagy et al.,2015) بعنوان: - معدل الانتكاس في المرضى المصريين المصابين

بالاضطراب ثنائي القطب الذين تم علاجهم بالثقيف النفسي الاسرى السلوكي. وهدفت الدراسة إلى مقارنة معدلات الانتكاس والاستشفاء/إعادة الاستشفاء في مجموعة من المرضى المصابين بالاضطراب ثنائي القطب والذين تلقوا علاجاً نفسياً سلوكياً عائلياً وعلاجاً دوائياً مقارنة مع مجموعة ثانية تلقوا علاجاً تدعيمياً بجانب العلاج الدوائي، كما هدفت إلى التحقيق من الروابط الاجتماعية والديموغرافية المختلفة والمتغيرات السريرية التي تؤثر على نتائج المرضى. وتكونت العينة من (111) مريضاً واقاربهم تم تقسيمهم إلى مجموعتين المجموعة الأولى تلقت العلاج السلوكي الاسرى (BFT) والمجموعة الثانية تلقت العلاج التدعيمي مع الحفاظ على استقرار الحالة المزاجية عن طريق الالتزام بالعلاج الدوائي (مثبتات الحالة المزاجية). وكانت أدوات الدراسة عبارة عن المقابلة السريرية المنظمة لاضطرابات المحور الأول وفقاً لـ DSM-IV، مقياس تصنيف الهوس للشباب (YMRS)، مقياس تصنيف هاملتون للاكتئاب (HAM-D)، استبيان العميل الخاص بمؤشر جودة الحياة (W-QLI)؛ واستبيان الوظيفة الاجتماعية (SFQ)، كما تضمنت مقاييس النتائج الرئيسية معدلات الاستجابة ومعدلات الانتكاس ومعدل إعادة الاستشفاء. واستنتجت الدراسة ان العلاج السلوكي الاسرى BFT يعمل مع العلاج الدوائي على تحسين نتائج الاضطراب ثنائي القطب عن طريق تقليل معدلات الانتكاس والاستشفاء / إعادة المستشفى. كما أظهرت الدراسة أيضاً أن BFT فعال لجميع المرضى عبر الخلفيات الاجتماعية والديموغرافية والسريرية المختلفة.

5- دراسة (Chiang et al.,2017) بعنوان: فعالية العلاج السلوكي المعرفي لدى المرضى الذين يعانون

من اضطراب ثنائي القطب: هدفت هذه الدراسة إلى بيان فعالية العلاج المعرفي السلوكي بجانب العلاج

الدوائي لمرضى الاضطراب ثنائي القطب ومقارنة النتائج مع نتائج المرضى الذين يخضعون للعلاج الدوائي فقط. تم إجراء عمليات بحث الكترونية واسعة في الأدبيات التي تحتوي على المتغيرات الآتية الاضطراب ثنائي القطب والعلاج المعرفي السلوكي والعلاج النفسي. تم القيام بمراجعة منهجية وتحليل تلوي ل(1384) مريضاً ب الاضطراب ثنائي القطب النوع الأول والثاني. وظهرت النتائج ان العلاج السلوكي المعرفي فعال في تقليل معدل الانتكاس وتحسين أعراض الاكتئاب ، وشدة الهوس ، والأداء النفسي والاجتماعي ، مع حجم تأثير خفيف إلى متوسط. كما أشارت تحليلات المجموعة الفرعية إلى أن التحسينات في الاكتئاب أو الهوس أكثر فعالية مع مدة علاج (90) دقيقة لكل جلسة CBT، ومعدل الانتكاس أقل بكثير بين المرضى الذين يعانون من الاضطراب ثنائي القطب النوع الأول.

6-دراسة (Chan et al., 2019) بعنوان: فعالية التدخل باليقظة الذهنية المختصر للتعافي الشخصي

لدى الأفراد المصابون بالاضطراب ثنائي القطب. هدفت هذه الدراسة إلى فهم الآليات النفسية الكامنة وراء التعافي وتقييم دور الوعي العاطفي وتنظيم المشاعر وقبول المرض في التعافي من الاضطراب ثنائي القطب من خلال التركيز على التعافي الشخصي (الامل - الهوية - معنى الحياة) بدلاً من التعافي السريري (تقليل الأعراض). وتكونت عينة الدراسة من (154) فرداً من المصابين بالاضطراب ثنائي القطب من الجنسين والذين هم في فترة استقرار ولا يعانون من أي أعراض منذ شهرين ويخضعون للعلاج الدوائي مع خلوهم من أي أفكار انتحارية، وتراوح أعمارهم من (18) عام فيما فوق، وتم تقسيمهم إلى (77) فرداً مجموعة تجريبية تم تطبيق البرنامج عليهم لمدة بواقع (4) جلسات أسبوعية لمدة (120) دقيقة، (77) فرداً مجموعة ضابطة لم يتلقوا البرنامج العلاجي، مع فترة متابعة 6 شهور. وتكونت أدوات الدراسة من استبيان التعافي ثنائي القطب BRQ، مقياس الصعوبات في تنظيم العاطفة، مقياس رد الفعل العاطفي، مقياس وصمة العار الداخلية. وأشارت نتائج الدراسة إلى فعالية اليقظة الذهنية في تحقيق التعافي الشخصي والسيطرة على نوبات الاضطراب ثنائي القطب والوقاية من الانتكاس كما أشارت إلى أن الوعي والقبول يعتبران من المتغيرات الأساسية في اليقظة الذهنية التي تساعد على تحقيق التعافي الشخصي.

7-دراسة (Afshari, 2019. et al) بعنوان: فعالية العلاج الجدلي السلوكي على الوظائف التنفيذية

وتنظيم المشاعر واليقظة الذهنية في الاضطراب ثنائي القطب. هدفت الدراسة إلى بيان فعالية العلاج الجدلي السلوكي (BDT) على الوظائف التنفيذية وتنظيم المشاعر واليقظة الذهنية لمرضى

الاضطراب ثنائي القطب. وتكونت عينة الدراسة من (60) فردا من الجنسين يعانون من الاضطراب ثنائي القطب (30% النوع الأول، 70% النوع الثاني)، وتراوحت أعمارهم من (18 إلى 45) عام في فترة اعتدال المزاج ولا يعانون من أي نوبات حالية، تم تقسيمهم إلى مجموعتين الأولى مجموعة تجريبية 30 فردا والمجموعة الثانية 30 فردا مجموعة ضابطة، وقد تلقت المجموعة التجريبية 12 جلسة علاج جدلي سلوكي بواقع 90 دقيقة وفترة متابعة بعد 3 أشهر، ولم تتلقى المجموعة الضابطة أي جلسات مع خضوع المجموعتين للعلاج الدوائي. وتكونت أدوات الدراسة من مقابلات إكلينيكية منتظمة (SCID-I)، مقياس تصنيف الهوس للشباب (YMRS)، مقياس بيك للاكتئاب (BDI-II)، مقياس صعوبات تنظيم العاطفة (DERS)، استبيان اليقظة الخمسة أوجه (FFMQ)، بطاقات ويسكونسن (WCST)، وأشارت نتائج الدراسة ان المجموعة التجريبية قد سجلت تحسن ملحوظ بمرور الوقت حيث انخفضت درجات الهوس والاكتئاب وحدث تحسن عالي في اليقظة والتخطيط لحل المشكلات والمرونة المعرفية وذلك مقارنة بالمجموعة الضابطة، واستنتجت الدراسة ان العلاج الجدلي السلوكي (DBT) يمكن ان يكون علاجا فعالا في تقليل أعراض الهوس والاكتئاب وتقليل معدلات الانتكاس نتيجة التحسن في الوظائف التنفيذية وتنظيم العاطفة واليقظة الذهنية لدى المرضى المصابون بالاضطراب ثنائي القطب.

8- دراسة (Mezes et al., 2021) بعنوان: دور العوامل النفسية في التعافي الشخصي والسريري

للاضطراب ثنائي القطب. هدفت الدراسة إلى استكشاف دور العوامل النفسية في التعافي الشخصي والسريري للاضطراب ثنائي القطب حيث أن معظم الدراسات ركزت على التعافي السريري الذي يقصد به تقليل الأعراض اما التعافي الشخصي فيقصد به ادارة الأعراض وعدم معاودة نوبات الاضطراب ثنائي القطب. وتكونت عينة الدراسة من (139) مشارك مصابون بالاضطراب ثنائي القطب النوع الأول والثاني بعمر أكبر من (18) عام. وتكونت أدوات الدراسة من عدد من الاستبيانات الخاصة بقياس الاكتئاب والهوس بالإضافة لمقياس التعافي من الاضطراب ثنائي القطب، مقياس نوبات الهوس والاكتئاب، استبيان ديموغرافي/ سريري، مقياس تفسير الاكتئاب، مقياس تفسير الهوس كما تم استخدام بعض النماذج التي تمثل التدخل بالعوامل النفسية الخاصة بالدراسة مثل نموذج الضعف المعرفي ونظرية الاستجابة ونموذج الضعف النفسي ونظام التنشيط السلوكي ونظام المنع ونموذج الضعف النفسي أو الفسيولوجي. وأشارت نتائج الدراسة ان العوامل

النفسية لعبت دورا مهما في كل من التعافي الشخصي والتعافي السريري لمرضى الاضطراب الوجداني ثنائي القطب.

9-دراسة (Valls ET AL., 2021) بعنوان: - فعالية النهج التكاملي للاضطراب ثنائي القطب: دراسة تجريبية. يمثل الاضطراب الوجداني ثنائي القطب أحد أكثر الاضطرابات النفسية تعقيدا من ناحية العلاج لذا هدفت الدراسة إلى اختبار فعالية النهج العلاجي النفس المتكامل كعلاج مساعد للعلاج الدوائي في الاضطراب ثنائي القطب، واشتمل العلاج التكاملي على التنقيف النفسي وتدريب اليقظة الذهنية والعلاج الوظيفي. وتكونت العينة من (166) مريضا باضطراب ثنائي القطب النوع الأول والثاني وتم تشخيصهم وفقا للمعايير التشخيصية DSM-5 وتم تقسيمهم إلى مجموعتين بالتساوي (66) مجموعة تجريبية تلقوا العلاج التكاملي بجانب العلا الدوائي وذلك لمدة (3) أشهر، و(66) مجموعة ضابطة لم يتلقوا العلاج التكاملي، وتراوحت أعمارهم من (18-60) عاماً. وتكونت أدوات الدراسة من اختبار التقييم الوظيفي القصير، مقياس هاملتون لتصنيف الاكتئاب، ومقياس تصنيف الهوس للشباب والبرنامج التكاملي. وأشارت نتائج الدراسة إلى ان النهج التكاملي يمثل علاجاً فعالاً لتحسين الأداء النفسي والاجتماعي كما انه فعالاً من حيث التكلفة وقصر مده تطبيقه، كما أثبتت فعاليته من التخلص من أعراض الاكتئاب المتبقية كما ساعد نهج العلاج التكاملي في زيادة الالتزام الدوائي والوقاية من الانتكاس.

10-دراسة (Strong, 2021) بعنوان: -قابلية المراحل العقلية للعمل: ممارسة اليقظة الذهنية والعلاج النفسي التأملي في التعافي من الاضطراب ثنائي القطب. هدفت الدراسة إلى استعراض وتلخيص فعالية العلاج النفسي التأملي الذي يتكون من فنيات التأمل المختلفة مع مهارات الإرشاد (CP) وممارسة اليقظة الذهنية في تعزيز التعافي ومنع انتكاس وعودة نوبات الاضطراب ثنائي القطب من خلال معالجة الحالة المزاجية المتبقية وتحسين جودة الحياة لدى المصابون وذلك بهدف إجراء علاج تكاملي ذات نهج جديد يساهم في الشفاء من الاضطراب ثنائي القطب. وتكونت عينة الدراسة من (9) أفراد (7) رجال وامرأتان بمتوسط عمر (40) عام في حالة تعافى مع الاستمرار في الالتزام بالعلاج الدوائي، وقد تم الاستعانة بكل من ICD-10 والمعايير التشخيصية ل DSM-5 و DSM-IV و TR وتكونت أدوات الدراسة من مقابلات شخصية واكلينيكية وبرمجيات لتحليل البيانات النوعية وبرنامج رسم خرائط العقل البصري بالإضافة لبعض النماذج الخاصة بالتعافي من الاضطراب ثنائي

القطب ونماذج لتقييم جودة الحياة أعدها الباحث حسب متطلبات البحث. وأشارت نتائج الدراسة ان التكامل العلاجي بين ممارسة اليقظة الذهنية والعلاج النفسي التأملي والعلاج النفسي التقليدي (الاجتماعي والتثقيف النفسي) والعلاج الدوائي قد ساعد على التحسين المستمر للمزاج وزيادة التحكم الذاتي واستفادة المرضى من عملية الدمج العلاجي مما أدى إلى فائدة عالية في التعافي ومنع الانتكاس والمساهمة الفعالة في الشفاء.

تعقيب عام على الدراسات السابقة

باستعراض الدراسات السابقة فيما يخص البرنامج عبر الشخصي على المستويين الأجنبي والعربي نجد انها ركزت على بيان فعالية النهج عبر الشخصي في العلاج والوقاية لكثير من الاضطرابات النفسية وقد ثبتت فعالية استخدام النهج عبر الشخصي حيث أظهرت الدراسات السابقة ان العلاج عبر الشخصي هو نهج علاجي متكامل هدفه ليس فقط إزالة الأعراض ولكن تعزيز نمو الذات العليا وتعميق وتكامل إحساس المرء بالترابط سواء يكون مع الذات أو المجتمع أو الكون كله كما انه يهدف إلى زيادة الوعي مما يساعد في نمو وشفاء العميل. كما لوحظ في حدود علم الباحثة ندرة الدراسات العربية الخاصة بالنهج عبر الشخصي نظرا لأنه منهج علاجي جديد عالميا.

وباستعراض الدراسات الخاصة بالوقاية من انتكاس الاضطراب الوجداني ثنائي القطب ركزت الدراسات السابقة على الأسباب وعوامل الخطورة التي تؤدي إلى انتكاس الاضطراب ثنائي القطب واستكشاف الأعراض المنذرة بالاضطراب ثنائي القطب كما ركزت الدراسات أيضاً على كيفية الوقاية من الانتكاس من خلال دراسات تجريبية أثبتت فعالية العديد من المناهج العلاجية النفسية المتبعة لعلاج الاضطراب ثنائي القطب والوقاية من الانتكاس للفئة العمرية فوق (18) عام وفي حدود علم الباحثة لوحظ عدم وجود دراسات عربية تناولت متغير انتكاس الاضطراب ثنائي القطب كمتغير مستقل وهذا ما ركزت عليه الدراسة الحالية حيث أن الاضطراب الوجداني ثنائي القطب بأنواعه المختلفة هو مرض مزمن ومتكرر الحدوث يتميز بفترات تعافى بين النوبات لذا من المهم استخدام فترات العافية كفرصة لمنع الانتكاس مما له دور في ان يعيش المرضى حياه طبيعية أكثر جودة من ذي قبل.

فروض الدراسة

- 1- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطى رتب درجات الأفراد في المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي وذلك على المقياس التشخيصي لمقدمات انتكاس الاضطراب ثنائي القطب النوع الثاني لصالح أفراد المجموعة التجريبية.
- 2- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطى رتب درجات الأفراد في المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على المقياس التشخيصي لمقدمات انتكاس الاضطراب ثنائي القطب النوع الثاني لصالح القياس البعدي.
- 3- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات الأفراد في المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على المقياس التشخيصي لمقدمات انتكاس الاضطراب ثنائي القطب النوع الثاني.

منهج الدراسة Method of Study

في هذه الدراسة الحالية تم استخدام المنهج التجريبي Experimental Methodology للتحقق من فروض الدراسة الحالية، وليلائم متغيرات الدراسة المتمثلة في البرنامج عبر الشخصي (متغير مستقل independent variable) والاضطراب الوجداني ثنائي القطب (متغير تابع Depend pendent). ولأنه من أكثر البرامج ملائمة للتحقق من أهداف الدراسة فقد تم استخدام التصميم التجريبي الذي يتطلب وجود مجموعتين، (أحدهما تجريبية وتخضع للبرنامج عبر الشخصي كبرنامج وقائي من الانتكاس، وأخرى ضابطة لا تخضع للبرنامج الوقائي ولكنها تستخدم من أجل الكشف عن مدى نجاح البرنامج في تحقيق أهدافه). وقد تمت المكافئة بين المجموعتين والمقارنة بين متوسطي درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة في القياسين القبلي والبعدي وذلك للتحقق من فاعلية البرنامج عبر الشخصي للوقاية من انتكاس الاضطراب الوجداني ثنائي القطب.

عينة الدراسة Sample of Study

وصف العينة

تكونت العينة من المرضى المتعافين من الاضطراب الوجداني ثنائي القطب (النوع الثاني) المترددين على العيادات الخارجية للأمراض النفسية والعصبية بمستشفيات الطب النفسي جامعة الأزهر (مستشفى الحسين والسيد جلال الجامعي) وعيادة الدكتور ماهر جمال الخاصة للأمراض النفسية والعصبية. بلغ عدد أفراد العينة (300) فرداً (ذكور - أنثى) ممن يعانون من الاضطراب الوجداني ثنائي القطب (النوع الثاني) ولكنهم في فترة الهوادة (اعتدال المزاج واختفاء الأعراض). تم استبعاد (13) فرداً لعدم استكمال بعضاً من أدوات الدراسة الحالية لتصبح قوام العينة الاستطلاعية (278) فرداً، وتراوحت أعمار عينة الدراسة ما بين (30-40) عام، طبق عليهم المقياس التشخيصي لمقدمات انتكاس الاضطراب ثنائي القطب النوع الثاني (إعداد/ الباحثة)، ومقياس المستوى الاجتماعي الثقافي الاقتصادي (إعداد/ الباحثة) وذلك بهدف تحديد العينة التجريبية التي سوف يطبق عليها البرنامج الوقائي من انتكاس الاضطراب ثنائي القطب النوع الثاني وقد تم انتقاء مجموعة الدراسة بناءً على عدد من المحكات التي نوردتها فيما يلي:-

المحكات الخاصة باختيار مجموعة الاضطراب ثنائي القطب النوع الثاني

- 1- أن يحدد الطبيب النفسي المختص والمشرف على الحالة ان المريض قد تم تشخيصه من قبل باضطراب ثنائي القطب النوع الثاني وفقاً للدليل التشخيصي والإحصائي الأمريكي الخامس DSM5.
 - 2- أن يحدد الطبيب النفسي المختص والمشرف على الحالة ان المريض في فتره اعتدال المزاج وأنه خالي من أعراض الهوس الخفيف والاكئاب الجسيم.
 - 3- ألا نقل فتره اعتدال المزاج عن شهرين ونصف ولاتزيد عن 4 شهور.
 - 4- ان يؤكد الطبيب النفسي المختص ان المريض لا يعاني من اضطراب نفسي اخر.
 - 5- أن يكون المرضى لديهم تاريخ مرضى بنوبة هوس خفيف Hypomania ونوبة اكتئاب جسيم Major Depression مره على الأقل.
 - 6- ألا يتم تعديل لجرعات الادوية زيادة أو نقصاناً خلال فترة شهر قبل إجراء الدراسة لأن هذا قد يعني الخروج من فترة اعتدال المزاج ويصبح في حالة هوس أو اكتئاب.
 - 7- عدم التعرض للعلاج بالصدمات الكهربائية في الستة أشهر السابقة.
- مجتمع الدراسة الأصلي:

يتكون من الشباب المتعافين من الاضطراب ثنائي القطب النوع الثاني II bipolar disorder .

-عينة تحديد الخصائص السيكومترية

تكونت من (287) فردا (ذكور واناث) من الشباب الذين يعانون من الاضطراب ثنائي القطب النوع الثاني II bipolar disorder المتعافين والذين هم في مرحلة اعتدال المزاج من المترددين على العيادات الخارجية بمستشفيات الطب النفسي جامعة الازهر (مستشفى الحسين والسيد جلال) ، وعيادة الدكتور ماهر جمال (للأمراض النفسية والعصبية)، وقد تم تطبيق المقياس التشخيصي لمقدمات انتكاس الاضطراب ثنائي القطب النوع الثاني على أفراد العينة الاستطلاعية وذلك بهدف التحقق من الكفاءة السيكومترية للمقياس واختيار عينة الدراسة التجريبية للتحقق من فاعلية برنامج عبر الشخصي للوقاية من انتكاس الاضطراب ثنائي القطب النوع الثاني.

-عينة الدراسة الفعلية Actual Sample

تكونت عينة الدراسة الفعلية من (20) فردا (ذكور واناث) من الشباب الذين يعانون من الاضطراب ثنائي القطب النوع الثاني والذين هم في فترة اعتدال المزاج (المعرضين) At-Risk لانتكاس الاضطراب ثنائي القطب النوع الثاني وهى عينة منتقاه من العينة الاستطلاعية السابقة من المرضى الذين حققوا درجات مرتفعة على المقياس التشخيصي لمقدمات انتكاس الاضطراب ثنائي القطب النوع الثاني وقد تم اختيارهم جميعا من عيادة دكتور ماهر جمال من المرضى الذين حصلوا على درجات اعلى من (177) على المقياس التشخيصي لمقدمات انتكاس الاضطراب ثنائي القطب النوع الثاني وذلك لتحقيق الشروط الخاصة بانتقاء وتكافؤ وتجانس عينة الدراسة ولسهولة الرجوع إلى الطبيب المشرف على حالة المرضى في حالة طلب أي معلومات طبية بخصوصهم .

وقبل تطبيق البرنامج الوقائي تمت المجانسة بين أفراد المجموعتين الضابطة والتجريبية (ذكور واناث) من حيث (المستوى التعليمي، العمر الزمني، المستوى الاقتصادي، مستوى تشخيص مقدمات انتكاس الاضطراب ثنائي القطب النوع الثاني).

التصميم التجريبي Experimental Design

تم تقسيم عينة الدراسة وعددها الكلى (20) فردا من مرضى الاضطراب ثنائي القطب النوع الثاني bipolar disorder II في مرحلة اعتدال المزاج إلى مجموعتين، مجموعة تجريبية وعدد أفرادها (10) ومجموعة ضابطة وعدد أفرادها (10).

وقد تم تطبيق القياس القبلي باستخدام المقياس التشخيصي لمقدمات انتكاس الاضطراب ثنائي القطب النوع الثاني على المجموعتين قبل تطبيق البرنامج، ثم تطبيق البرنامج عبر الشخصي للوقاية من الانتكاس على المجموعة التجريبية ولم يطبق على المجموعة الضابطة، وبعد الانتهاء من تطبيق البرنامج عبر الشخصي للوقاية من الانتكاس، تم إعادة القياس البعدي باستخدام المقياس التشخيصي لمقدمات انتكاس الاضطراب ثنائي القطب النوع الثاني على المجموعتين للتأكد من مدى فاعلية البرنامج عبر الشخصي ثم القياس التتبعي على المجموعة التجريبية للتأكد من استمرار أثر البرنامج عبر الشخصي للوقاية من الانتكاس بعد فترة المتابعة التي استمرت شهرين.

تكافؤ أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة قبل تطبيق البرنامج من حيث:

1-تكافؤ العمر الزمني Age

تراوحت الأعمار الزمنية للأفراد في المجموعتين (التجريبية، والضابطة) ما بين (30 - 40) عام تقريباً.

2-تكافؤ المستوى الاجتماعي الثقافي الاقتصادي

قامت الباحثة بتطبيق مقياس المستوى الاجتماعي الثقافي الاقتصادي للأسرة (إعداد الباحثة) على عينة الدراسة (التجريبية والضابطة).

3-تكافؤ مستوى تشخيص مقدمات انتكاس الاضطراب ثنائي القطب النوع الثاني:

قامت الباحثة بتطبيق المقياس التشخيصي لمقدمات انتكاس الاضطراب ثنائي القطب النوع الثاني على عينة من الأفراد وذلك لحساب التكافؤ بين المجموعتين (التجريبية، والضابطة) في مستوى تشخيص مقدمات انتكاس الاضطراب ثنائي القطب النوع الثاني

أدوات الدراسة وخصائصها السيكو مترية Tools of study

اشتملت الدراسة التجريبية الحالية على الأدوات الآتية:

أولاً: مقياس المستوى الاجتماعي الثقافي الاقتصادي (إعداد/الباحثة)

ثانياً: المقياس التشخيصي لمقدمات انتكاس الاضطراب ثنائي القطب النوع الثاني (إعداد/الباحثة)

ثالثاً-برنامج عبر الشخصي للوقاية من الانتكاس (إعداد/الباحثة)

وفيما يلي عرضاً لأدوات الدراسة بالتفصيل:

أولاً: مقياس المستوى الاجتماعي الثقافي الاقتصادي

1- وصف المقياس

يتكون المقياس من (14) مفردة تقيس نسبة المستوى الاجتماعي والثقافي والاقتصادي للأسرة

2- خطوات بناء مقياس المستوى الاجتماعي الثقافي الاقتصادي: -

تمثل المتغيرات الاجتماعية والثقافية والاقتصادية أهمية كبيرة لذا تم بناء وتصميم مقياس المستوى الاجتماعي الثقافي الاقتصادي بعد الاطلاع على مقياس المستوى الاجتماعي والاقتصادي للأسرة (عبد العزيز الشخص، 2013) وتم صياغة بعض العبارات منه بما يتناسب مع الدراسة الحالية. كما تم تطبيقه على عينة الدراسة (التجريبية/الضابطة)

3- الخصائص السيكومترية لمقياس المستوى الاجتماعي الثقافي:

أ- الصدق:

التحليل العاملي الاستكشافي لمفردات مقياس المستوى الاجتماعي الثقافي الاقتصادي

هدفت هذه الخطوة إلى الكشف عن البنية العاملية Factorial Structure للمقياس وتحديد العوامل المتميزة فيه، وقد طبق المقياس على (287) فرد. واستخدم التحليل العاملي الاستكشافي لمفردات المقياس (14 مفردة) بطريقة المكونات الأساسية (PC) لهوتلينج والتدوير المتعامد بطريقة Varimax، واعتمد على محك Kaiser (لا تقل قيمة الجذر الكامن / القيمة المميزة Eigenvalue عن الواحد الصحيح)، استبعدت المفردات ذات التشبعات الأقل من (0.30). وقد أسفر التحليل عن ظهور عامل واحد فقط بجذر كامن قيمته 3.99 تفسر (22.45%) من قيمة التباين الكلي للمقياس

قامت الباحثة بحساب ثبات مقياس المستوى الثقافي الاقتصادي الاجتماعي بطريقتين هما:

طريقة ألفا كرو و طريقة التجزئة النصفية

ثانياً- المقياس التشخيصي لمقدمات انتكاس الاضطراب ثنائي القطب النوع الثاني

يتناول هذا الجزء إعداد المقياس التشخيصي لمقدمات انتكاس الاضطراب ثنائي القطب النوع الثاني Bipolar Disorder II وحساب صدقه وثباته على عينة من الشباب، حيث تم اتباع عده خطوات لإعداد المقياس التشخيصي لمقدمات انتكاس الاضطراب ثنائي القطب النوع الثاني وذلك على النحو التالي:

إعداد المقياس

1-الهدف من المقياس

يهدف المقياس إلى الكشف عن وجود الأعراض التي تنذر بانتكاس الاضطراب ثنائي القطب النوع الثاني Bipolar Disorder II لدى عينة من الشباب الذين يعانون من الاضطراب ثنائي القطب النوع الثاني والذين هم في فترة اعتدال المزاج والمعرضين لخطر الانتكاس At-Risk وظهور الأعراض مرة أخرى، حيث أن الهدف الأساسي من تصميم وبناء هذا المقياس هو التقدير الكمي لمستوى الاضطراب ثنائي القطب النوع الثاني وذلك لتقديم خدمة الوقاية من الدرجة الثالثة **Tertiary Prevention** والتي تهدف لمنع انتكاس **Relapse Prevention** الاضطراب ثنائي القطب من النوع الثاني لهؤلاء المرضى في حالة اعتدال المزاج واختفاء الأعراض، حيث يعد المنهج الوقائي هو من احدث التوجهات العالمية الحالية .

2-تصميم المقياس

تم الاطلاع على العديد من المصادر التي اهتمت بقياس الاضطراب الوجداني ثنائي القطب، وخصوصا المعايير العالمية في مجال الطب النفسي وعلم النفس سواء الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات العقلية (DSM-5) الصادر عن الجمعية الامريكية لعلم النفس (APA, 2013) أو التصنيف الحادي عشر للأمراض النفسية (ICD-11) الصادر عن منظمة الصحة العالمية (WHO, 2018).

كذلك تم الاطلاع على بعض الدراسات التي اهتمت بتشخيص الاضطراب الوجداني ثنائي القطب ومنها دراسة (Palagini et al, 2020) والتي بعنوان الارتباط بين المزاج الوجداني وأشكال المزاج في الاضطراب ثنائي القطب والتي هدفت لاستكشاف الارتباط بين المزاج الوجداني والأرق وبين الاضطراب

ثنائي القطب وقد تم تقييم مائة مريض يعانون من الاضطراب ثنائي القطب من النوع الثاني سواء مع حلقة اكتئابيه أو بدون. وقد تم استخدام مقاييس خاصة ب الايقاعات البيولوجية المستخدمة من قبل الطب النفسي العصبي كما تم استخدام مؤشر شدة القلق وتم تقييم الاكتئاب بمقياس بيك للاكتئاب وتقييم الهوس بمقياس يونج لقياس الهوس. ودراسة هامة أخرى (Rej et al,2018) بعنوان أدوات القياس لتقييم الاضطراب ثنائي القطب عند كبار السن: مراجعة منهجية للأدبيات العالمية الحديثة ، اعتمدت هذه الدراسة ان كثير من مرضى الاضطراب الوجداني سوف يصبحون كبار السن بحلول عام(2030) لذا هدفت هذه الدراسة لجمع مزيد من البيانات لتوجيه تقييم وعلاج الاضطراب ثنائي القطب وتحديد القياسات المستخدمة حالياً وتحديد الثغرات المحتملة. فقامت الدراسة بإجراء مراجعة منهجية للأدبيات لتحديد الدراسات التي فحصت الاضطراب ثنائي القطب لعدد من المرضى ثم تقييم المقالات ذات الصلة لتصنيف أنواع أدوات القياس السريرية والمعرفية والمؤشرات الحيوية والتصوير العصبي التي تستخدم بشكل روتيني في دراسات قياس الاضطراب ثنائي القطب وبمراجعة (53)دراسة خلال الست سنوات السابقة تخص العديد من الدول (أمريكا الجنوبية-أمريكا الشمالية-أوروبا-آسيا) تبين أنه بالنسبة للمقاييس النفسية قد تم استخدام المقاييس الأتية(مقياس يونج لقياس شدة الهوس وقد تم استخدامه عبر نطاق واسع-مقياس بيك للاكتئاب -مقياس تصنيف الاكتئاب مونتجومري أسبيرج - مخطط الحالات النفسية Chart mood)وهناك (3) دراسات تستخدم التاريخ المرضى الخاص بالمريض ودراسة واحدة تستخدم مقياس شدة الأعراض الذهانية. أما بالنسبة لتشخيص الاضطراب نفسه تم تأكيد التشخيص ثنائي القطب وفقاً لمعايير الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية DSM في (20) دراسة، باستخدام إما المقابلة السريرية أو المقابلة النفسية العصبية الدولية المصغرة كما تم تقييم التاريخ العائلي للاضطرابات النفسية في خمس دراسات. ودراسة (عبير فاروق،2010) بعنوان **فعالية برنامج وقائي من الاضطراب ثنائي القطب لدى عينه من المراهقين** حيث هدفت هذه إلى التعرف على مدى فاعلية برنامج وقائي لوقاية المراهقين من الجنسين من التعرض للإصابة بالاضطراب الوجداني ثنائي القطب متعدد النوبات حيث أنه من المحتمل أن يصيب تلك الفئة العمرية التي تتراوح بين (17- 23) عاماً ؛ وهي الفئة العمرية التي اصطلح على تسميتها-عالمياً- بالمراهقة المتأخرة، وقد تم تشخيص الاضطراب ثنائي القطب متعدد النوبات على مقياس الاضطراب ثنائي القطب إعداد الباحثة استناداً إلى المحكات التشخيصية لتشخيص الاضطراب الوجداني ثنائي القطب متعدد النوبات في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع (DSM-IV-1994) .

وقد استفادت الباحثة من التوجهات البحثية لهذه الدراسات ومن المقاييس التي استخدمت في هذه الدراسات.

كما تم الاضطلاع على بعضا من المقاييس والاختبارات التي اهتمت بقياس الاضطراب ثنائي القطب في البيئة الأجنبية والعربية، وتمت ملاحظة ندرة وجود مقياس واحد يقيس الاضطراب ثنائي القطب النوع الثاني بقطبيه (الهوس الخفيف- الاكتئاب الجسيم) مستندا للمعايير التشخيصية في DSM-5 ولكن هناك مقاييس تقيس الاكتئاب كقطب مستقل عن الهوس وأخرى تقيس الهوس كقطب مستقل عن الاكتئاب.

لذا رأت الباحثة أنه من الأفضل إعداد مقياس تشخيصي لقياس مقدمات انتكاس الاضطراب ثنائي القطب النوع الثاني لدى عينة من الشباب اعتمادا على المحكات التشخيصية لتشخيص الاضطراب ثنائي القطب النوع الثاني في الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس (DSM-5) وذلك بالاستعانة بعدد من المقاييس الهامة

3- وصف المقياس:

يتكون المقياس التشخيصي لمقدمات انتكاس الاضطراب ثنائي القطب النوع الثاني من (88) عبارة تقيس نسبة الأشخاص المعرضين لانتكاس الاضطراب ثنائي القطب النوع الثاني موزعين على (13) بعد رئيسي (6) أبعاد للهوس الخفيف، (7) أبعاد للاكتئاب الجسيم.

م	الأبعاد	رقم العبارة
	أبعاد الهوس الخفيف	
1	انشرح المزاج	6
2	المبالغة في تقدير الذات والشعور بالعظمة	8
3	قلة الحاجة للنوم	4
4	ثرثرة الكلام	6
5	تطاير الأفكار	4

9	زيادة النشاط	6
37	إجمالي عبارات الهوس	
أبعاد الاكتئاب الجسيم		
8	المزاج الاكتئابي	7
8	فقد الاهتمام	8
6	نقص أو زيادة الشهية	9
6	الأرق أو زيادة النوم	10
10	الفوران النفسي حركي أو التبلد الحركي	11
9	الشعور بفقد القيمة	12
4	نقص القدرة على التفكير	13
51	إجمالي عبارات الاكتئاب	

4- الخصائص السيكومترية للمقياس التشخيصي لمقدمات انتكاس الاضطراب ثنائي القطب

النوع الثاني

أ-الصدق العاملي Factorial Validity

التحليل العاملي الاستكشافي لمفردات مقياس التشخيصي لمقدمات انتكاس الاضطراب ثنائي القطب النوع الثاني : هدفت هذه الخطوة إلي الكشف عن البنية العاملية Factorial Structure للقائمة وتحديد العوامل المتميزة فيها، وقد طبق المقياس علي (287) فرد واستخدم التحليل العاملي الاستكشافي لمفردات المقياس (88 مفردة) بطريقة المكونات الأساسية (PC) Principal Components لهوتلينج مع تحديد العوامل (13 عامل) والتدوير المتعامد بطريقة الفاريمكس Varimax ، واعتمد على محك كايزر Kaiser (لا تقل قيمة الجذر الكامن / القيمة المميزة Eigenvalue عن الواحد الصحيح) ،

واستبعدت المفردات ذات التشبيعات الأقل من (0.30) . وقد أسفر التحليل عن ظهور 13 عامل " بجذر
كامن قيمته 1.68 فأكثر " تقسر (58.63 %) من قيمة التباين الكلي للمقياس.

ب- الاتساق الداخلي:

تم حساب الاتساق الداخلي من خلال حساب معامل ارتباط بيرسون بين كل فقرة من فقرات كل بعد
بالدرجة الكلية له.

ج: ثبات المقياس

قامت الباحثة بحساب ثبات المقياس بطريقتين هما: طريقة ألفا كرونباخ وطريقة التجزئة النصفية لأبعاد
المقياس والمقياس ككل.

-تعليمات المقياس:

قامت الباحثة بوضع التعليمات المناسبة للمقياس، وطلبت الباحثة من العملاء وضع علامة (/) اما
العبرة المناسبة بناء على اختيار واحدة من ثلاثة بدائل وهي (دائماً، أحياناً، نادراً).

6-طريقة تصحيح المقياس:

تكون المقياس من (13) بعد وتتمثل في (88) عبارة

ووضحت الباحثة طريقة تصحيح المقياس على البدائل (دائماً، أحياناً، نادراً) وهي (1، 2، 3) وهي
كالتالي:

- ثلاث درجات عندما يجيب الفرد على العبارات ب (دائماً)
- درجتان عندما يجيب الفرد على العبارات ب (أحياناً)
- درجة واحدة عندما يجيب الفرد على العبارات ب (نادراً)
- الدرجة (1) التي تمثل الاستجابة نادراً فهي تشير إلى انخفاض تعرض الشباب لنوبات الهوس
الخفيف أو الاكتئاب الجسيم.
- الدرجة (2) تمثل الاستجابة أحياناً فهي تمثل تعرض الشباب بدرجة متوسطة لنوبات الهوس
الخفيف أو الاكتئاب الجسيم.

- الدرجة (3) وهي تمثل الاستجابة دائماً وتشير إلى ارتفاع شدة تعرض الشباب لنوبات الهوس الخفيف أو الاكتئاب الجسيم.

الدرجة العالية تشير إلى شدة الأعراض للإصابة بانتكاس الاضطراب وتتمثل في دائماً وتبدأ من (177-264) وهي درجة مرتفعة للتعرض لانتكاس الاضطراب ثنائي القطب النوع الثاني.

والدرجة المتوسطة وتبدأ من (89-176) وتتمثل في أحياناً وتكون درجة الإصابة للتعرض لانتكاس هذا الاضطراب متوسطة، واما الدرجة المنخفضة وتتمثل في نادراً درجة التعرض للإصابة بانتكاس الاضطراب منخفضة وتكون اقل من 89، والدرجة الكلية للمقياس من (88-264).

وبذلك يمكن تصنيف الشباب الذين حصلوا على درجات عالية على المقياس التشخيصي لمقدمات انتكاس الاضطراب ثنائي القطب النوع الثاني من (177-264) بأنهم معرضون لانتكاس الاضطراب ثنائي القطب النوع الثاني.

ثالثاً- البرنامج عبر الشخصي كبرنامج وقائي من انتكاس الاضطراب ثنائي القطب النوع الثاني

تعد البرامج الوقائية من أحدث التوجهات العالمية في الوقت الحالي حيث تهدف إلى الارتقاء بمستوى الصحة النفسية والوقاية من الاضطرابات المختلفة التي تصيب الإنسان، ويعد المنهج الوقائي منهج تحصين Immunity نفسي ضد المشكلات والاضطرابات النفسية والاجتماعية المختلفة، وهو لا يهتم فقط بالمرضى ولكن يهتم أيضاً بالأسوياء والعاديين فالوقاية خيراً من العلاج وأنه وفقاً للمعرف الطبي تنقسم الوقاية إلى ثلاث مستويات هي الوقاية الأولية والوقاية الثانوية والوقاية الثالثة وقد تم تناولها بالتفصيل في الفصل الثاني للدراسة، واهتمت الدراسة الحالية بالوقاية من انتكاس الاضطراب الوجداني ثنائي القطب من النوع الثاني وهي وقاية من الدرجة الثالثة التي تتكون من إجراءات يتم اتخاذها عند الإصابة بالمرض وتهدف إلى السيطرة على الاضطرابات النفسية الناتجة عنه والوقاية من تدهور حالة المريض نفسياً وجسدياً واجتماعياً.

ولإعداد برنامج عبر الشخصي للوقاية من انتكاس الاضطراب ثنائي القطب النوع الثاني المقترح للدراسة، تم الاطلاع على بعض الأدبيات لرواد هذا الاتجاه عبر الشخصي والذي يعتبر بمثابة القوة

الرابعة في علم النفس بعد المدرسة التحليلية والمدرسة السلوكية والمدرسة الإنسانية كما تم الاضطلاع على بعض الدراسات والبحوث التي أجريت في هذا المجال، وقد تم استخلاص عدة أسس ومبادئ للإرشاد والعلاج عبر الشخصي تم عرضها في الإطار النظري أيضا تم الاستفادة من نتائج بعض الدراسات والأبحاث السابقة واستخلاص عددا من الفنيات المستخدمة فيها وطريقة اجرائها وتطبيقها.

وقد تم عرض خطوات إعداد البرنامج عبر الشخصي كبرنامج وقائي مقترح من حيث تعريفه واهميته والأهداف والاسس والفروض الأساسية التي بنى عليها، وإبراز الفنيات والأساليب المستخدمة والجلسات الوقائية والخطوات التنفيذية لها، وأماكن الجلسات وكيفية تقديم البرنامج. وفيما يلي عرض لهذه النقاط.

تعريف البرنامج عبر الشخصي

يذكر ان النظرية عبر الشخصية هي انتقائية في طبيعتها وطرق التدخلات الخاصة بها مستمدة من مجموعة واسعة من التدخلات التي أثبتت فاعليتها. (Carrier & Mitchell, 2016:404) كما تنتظر النظرية عبر الشخصية إلى الإنسان على انه كائن كامل سليم يتمتع بالصحة الداخلية وأن الإنسان لديه ميل فطري نحو الشفاء لذا يكون هدف البرنامج عبر الشخصي تدعيم ونمو الصحة الداخلية للفرد (Clements, 2016:77).

لذا البرنامج عبر الشخصي هو برنامج انتقائي يهتم بعلاقة الفرد بنفسه والأسرة والعمل كما يهدف إلى زيادة وعى الشخص بذاته وتحقيق نوع من التكامل والتناغم بين جوانب الشخصية.

وقد استخدمت الدراسة الحالية: البرنامج عبر الشخصي كبرنامج للوقاية من انتكاس الاضطراب الوجداني ثنائي القطب (النوع الثاني) وهي وقاية من الدرجة الثالثة. وتعرف البرامج الوقائية انها برامج تهدف إلى دعم وتأهيل المرضى بعد شفاءهم وتحسنهم، وتدريبهم على مواجهة أعراض الانتكاس للوقاية من الانتكاس (أحمد عكاشة وطارق عكاشة، 2018: 809).

وقد عرفت الباحثة البرنامج عبر الشخصي إجرائيا في هذه الدراسة بأنه برنامج مخطط يفترض أن الإنسان كائن سليم يتمتع بالصحة الداخلية وانه لديه ميل فطري نحو الشفاء، ويساعد البرنامج في اتساع الوعي ونضج الأنا، وتجاوز الذات، ويهتم بتكامل الأبعاد الجسدية، والانفعالية، والعقلية، والروحية للإنسان، والوصول إلى الذات الحقيقية، وتحسين علاقة الفرد بنفسه والأسرة والعمل والمجتمع وتحديد

معنى وهدف للحياة وتنمية القدرة والتسامي بالذات ليس فقط أثناء البرنامج بل أيضاً بعد انتهاء تطبيقه وذلك من خلال عدد من العمليات والأساليب والاستراتيجيات التي يختارها المعالج عبر الشخصي سواء المستمدة من الأنظمة الروحية أو المستمدة من المناهج العلاجية والإرشادية الأخرى داخل الإطار عبر الشخصي.

أهمية البرنامج

يتميز الاضطراب الوجداني ثنائي القطب بارتفاع معدلات الانتكاس وتعرف انتكاسة الاضطراب الوجداني ثنائي القطب بعودة ظهور أعراض المرض في أثناء فترة هواده المرض وقبل الوصول إلى التعافي الكامل ولكن بشكل أكثر حده. مما يتسبب في مشاكل عديدة بالنسبة للمرضى من ضمنها العزوف عن العلاج لذا فهم بحاجة إلى برنامج وقائي يشمل فنيات علاجية مختلفة وذلك للوقاية من الانتكاس والتعرف على بوادر الأعراض قبل تكرار حدوثها بشكلها الشديد، وإلى التدرب على العوامل التي تحفز التماثل إلى الشفاء وتعلم التعايش مع مشاكل الحياة اليومية بشكل أفضل.

وتتمثل أهمية البرنامج عبر الشخصي في الوقاية من انتكاس الاضطراب الوجداني ثنائي القطب لدى عينة من الشباب المصابون بالاضطراب ثنائي القطب النوع الثاني والذين هم في فترة هواده واعتدال المزاج أي يتمتعون بشفاء بين النوبات ولكنهم مهددون بخطر الانتكاس ومعاودة المرض مره أخرى حيث اظهرت نتائج بعض الدراسات السابقة دور العلاج عبر الشخصي في تحسين الوعي واسترداد العافية بعد المرور بتجربة المرض والعودة إلى الأداء الطبيعي.

وقد اتضحت أهمية البرنامج في النقاط التالية:

- المساعدة في منع أو الحد من انتكاس الاضطراب ثنائي القطب النوع الثاني.
- استرداد العافية بعد المرور بتجربة المرض.
- تحسين الوعي والاستبصار بالاضطراب ثنائي القطب النوع الثاني.
- الكشف المبكر عن الأعراض التي تنذر بمعاودة نوبات المرض (هوس خفيف-اكتئاب جسيم) وخفض مظاهرهم والسيطرة عليهم.
- الامتثال للعلاج الدوائي والنفسي.

- تنمية القدرة لدى أفراد العينة التجريبية على تحقيق مزيد من الفاعلية الاجتماعية وتحسين توافق الفرد مع مجتمعه والشعور بتسامي الذات والتحرر.
- تحسين مهارة الاتصال وحل المشكلات التي قد تكون مرتبطة بالاضطراب ثنائي القطب النوع الثاني مثل سوء التوافق في الحياة.
- تدعيم فكرة الوقاية بصفتها أحدث التوجهات العالمية الحديثة.
- محاولة التخلص من وصمة المرض النفسي وما يترتب عليها من مشاكل نفسية عن طريق مساعدتهم في التغلب على المشاعر السلبية الناتجة عن المرض.
- تدعيم نمو الصحة الداخلية لأفراد المجموعة التجريبية.

مصادر إعداد البرنامج

- تم الاعتماد في إعداد البرنامج عبر الشخصي للوقاية من انتكاس الاضطراب الوجداني ثنائي القطب على عدة مصادر وهي:
- 1- الإطار النظري للدراسة الحالية والدراسات السابقة التي اهتمت بدراسة الاضطراب ثنائي القطب النوع الثاني ودراسة طبيعته ومدى أثره على الشباب من الجنسين.
 - 2- المراجع الأجنبية والعربية التي تناولت مفهوم الاضطراب الوجداني ثنائي القطب وما يتعلق به من اضطرابات أخرى بوجه عام والاضطراب ثنائي القطب النوع الثاني بشكل خاص.
 - 3 - الدراسات والمراجع التي تتعلق بانتكاس الاضطراب الوجداني ثنائي القطب بنوعيه الأول والثاني وقد تم التركيز على الاضطراب ثنائي القطب النوع الثاني محل الدراسة الحالية والإجراءات المتبعة للوقاية من الانتكاس.
 - 4 - الاطلاع على المعايير التشخيصية للدليل التشخيصي والإحصائي الإصدار الخامس DSM-5 والإصدار الرابع المعدل DSM-IV-TR والتصنيف الدولي للأمراض-المراجع العاشرة والحادية عشر لمنظمة الصحة العالمية ICD10,ICD11.
 - 5-الاطلاع على المقاييس الأجنبية العالمية في مجال الاضطراب الوجداني ثنائي القطب بقطبيه الهوس والاكتئاب.

6- الاطلاع على دراسات عديدة خاصة بالوقاية بجميع مستوياتها عموماً والوقاية من الدرجة الثالثة خاصة وذلك في جميع الاضطرابات النفسية بصفة عامة وفي الاضطراب ثنائي القطب بصفة خاصة للتعرف على الإجراءات والبرامج الخاصة بها.

7- ملاحظات واستنتاجات الباحثة من العينة الاستطلاعية.

8- ملاحظات الباحثة من خلال تدريبها على العلاج النفسي واستخدام كافة الفنيات الخاصة بمدارس علم النفس المختلفة لمدة 5 سنوات مع الفئات العمرية المختلفة وخاصة الشباب ومن خلال الدراسة الاستطلاعية وتطبيق مقاييس الدراسة الحالية.

4- الأسس التي يقوم عليها البرنامج عبر الشخصي:

اعتمد البرنامج عبر الشخصي المقترح على مجموعة من الأسس النظرية المستمدة من وجهه النظر والمنظور عبر الشخصي والتي من خلالها تم بناء هذا البرنامج وقد تم تناولها بالتفصيل في الفصل الثاني كما تم الاعتماد على عدد من الأسس والفروض الأساسية التي من شأنها ان تؤسس لبناء وتصميم برنامج على نحو منهجي قويم يضمن الحد الأعلى من النجاح المأمول لهذا البرنامج.

تخطيط البرنامج:

إن التخطيط الجيد للبرنامج يعتبر اهم ما يتميز به البرنامج لذا لا بد ان يتم بعناية فائقة وقد

تلخصت خطوات تخطيط البرنامج فيما يلي:

- تحديد الأهداف الرئيسية للبرنامج
- الفنيات المستخدمة في البرنامج
- الوسائل المستخدمة
- الخدمات التي يقدمها البرنامج
- الحدود الزمانية والمكانية للبرنامج
- الأسلوب الوقائي المتبع
- العينة التي طبق عليها البرنامج
- محتوى البرنامج
- مراحل تطبيقه
- خطوات البرنامج

- محتوى جلسات البرنامج
- تقييم البرنامج عبر الشخصي

هدف البرنامج:

إن الوقاية من انتكاس الاضطراب ثنائي القطب النوع الثاني هي وقاية من الدرجة الثالثة أي وقاية بعد الوقوع في المرض لذا تكون هناك بعض الأعراض المتبقية من الاضطراب الوجداني ثنائي القطب النوع الثاني (اكتئاب جسيم وهوس خفيف) لدى المرضى حيث أنهم لم يحققوا التعافي الكامل لذا يكون الهدف العام للبرنامج ما يلي:

يهدف البرنامج الحالي إلى منع والوقاية من انتكاس الاضطراب ثنائي القطب النوع الثاني بالنسبة للأفراد المعرضين At-Risk لخطر معاودة نوبات الهوس الخفيف والاكتئاب الجسيم وأيضاً التقليل من الأعراض الاكتئابية المتبقية من الاضطراب ثنائي القطب بعد التعافي من خلال تعلم أفراد المجموعة التجريبية بعض فنيات علم النفس عبر الشخصي *transpersonal psychology* حيث تمكنهم هذه الفنيات من مواجهة خطر انتكاس الاضطراب ثنائي القطب النوع الثاني وتحسينهم من الوقوع مره أخرى في براثن نوبات الهوس الخفيف والاكتئاب الجسيم.

ومن الهدف العام للبرنامج تنبثق مجموعة من الأهداف الإجرائية الفرعية للبرنامج كالاتي:

- 1- يتعرف أفراد المجموعة التجريبية على أهداف البرنامج عبر الشخصي.
- 2- يتعرف أفراد المجموعة التجريبية على مجموعة المفاهيم التي احتواها البرنامج.
- 3- يتعرف أفراد المجموعة التجريبية على الأعراض التي تنذر بانتكاس الاضطراب ثنائي القطب.
- 4- يتعرف أفراد المجموعة التجريبية على خطورة تكرار الانتكاسات.
- 5- يتعرف أفراد المجموعة التجريبية على أهمية الالتزام بالعلاج الدوائي وخطورة مقاومة تناول العلاج الدوائي.
- 6- تزويد أفراد المجموعة التجريبية بالمعلومات الكافية عن الفنيات الخاصة بالبرنامج عبر الشخصي وكيفية توظيفها لمساعدتهم في زيادة الوعي واليقظة والاستبصار لمواجهة خطر الانتكاس.
- 7- يتعرف أفراد المجموعة التجريبية على الصعوبات التي يمكن ان يتعرضوا لها مستقبلاً.
- 8- يتدرب أفراد المجموعة التجريبية على التغلب على تشتت التفكير وتنمية الثقة في النفس والتعرف على الصورة الذهنية السلبية وطرق مواجهتها.

9- يتعرف أفراد المجموعة التجريبية بالعلاقة بين الأعراض الجسدية والوجدانية.

10- يتدرب أفراد المجموعة التجريبية على الكشف وتحليل الأفكار التلقائية وتغير نمط التفكير المحدود وذلك للحد تدريب من الانفعالات المصاحبة للأفكار.

11- يتدرب أفراد المجموعة على تمارين التأمل (تجاوزي-يقظة ذهنية) المختلفة.

12- يتدرب أفراد المجموعة التجريبية على تمارين الاسترخاء المختلفة.

الغنيات المستخدمة في البرنامج عبر الشخصي:

فنيات وعمليات مستمدة من علم النفس عبر الشخصي ومدارس نفسية اخرى وتستخدم بواسطة المعالجين عبر الشخصيين .

الأدوات والوسائل المستخدمة في البرنامج:

تم الاستعانة بكل من (المقاييس النفسية-بطاقات الواجب المنزلي-جداول الأنشطة)

-جهاز عرض داتا شو-جهاز كمبيوتر (laptop) وذلك عند تطبيق البرنامج.

الخدمات التي يقدمها البرنامج:

-خدمات ارشادية: وتشمل زيادة وعى واستبصار أفراد المجموعة التجريبية ب الأعراض التي تنذر ب انتكاس الاضطراب ثنائي القطب وزيادة القدرة على التغلب على الأعراض المنذرة بنوبات الهوس الخفيف والاكنتاب الجسيم مع خفض مظاهر الاكنتاب المتبقي من النوبة السابقة.

خدمات علاجية: وتشمل القضاء على أعراض الاكنتاب المتبقية لدى أفراد المجموعة مما يساعدهم على مواجهه أعراض الانتكاس.

-خدمات وقائية: حيث تشمل وقاية أفراد المجموعة التجريبية من انتكاس الاضطراب الوجداني ثنائي القطب النوع الثاني وذلك من خلال استخدام فنيات علم النفس عبر الشخصي والمدارس العلاجية الأخرى لكن وفق الإطار عبر الشخصي.

-خدمات اجتماعية: وتشمل تنمية القدرة لدى أفراد المجموعة التجريبية نحو تحقيق مزيد من الفاعلية الاجتماعية وتحسين توافق الفرد مع مجتمعة والمساعدة على التغلب على احداث الحياة الضاغطة.

-خدمات دينية: حيث تشمل تقديم قاعدة وجدانية تضمن الامن والاطمئنان النفسي الشعور بالتقاول وحب الحياة. وتحسين الصحة العقلية والعاطفية والجسدية والشعور بالتححرر والتسامي بالذات لأفراد المجموعة التجريبية.

-خدمات تربوية: تتمثل في متابعة أعضاء المجموعة التجريبية للمحاضرات الخاصة بقواعد هادئة في علم النفس عبر الشخصي التي كان من شأنها ان تؤدي إلى تحسن في الحالة المزاجية مما يعني انخفاض أعراض الاضطراب ثنائي القطب.

خدمات ترويجية: وتتمثل في تنمية القدرة على المشاركة والتعاون وممارسة بعض الأنشطة الثقافية والاجتماعية والرياضية.

-خدمات متابعة: وذلك عن طريق القيام بدراسة تتبعيه منتظمة لكل خطوات البرنامج وطريقة تنفيذه ومدى الاستفادة والنتائج التي تحققت بعد تطبيقه، ومتابعة أفراد المجموعة التجريبية وتقييم مدى التغير الذي حدث وكيفية مواصلة الاستفادة.

تنفيذ البرنامج:

أ-الحدود الإجرائية

تحددت هذه الدراسة بالمحددات الزمنية والمكانية التالية:

تم إجراء البرنامج عبر الشخصي في الفترة من 4 أكتوبر 2020 وحتى 24 يناير 2021 وقد بلغ العدد الكلى للجلسات (33) جلسة بواقع جلستين أسبوعياً، وزمن الجلسة الواحدة استغرق (90-120) دقيقة بعيادة دكتور ماهر جمال الخاصة للأمراض النفسية والعصبية، وقد أجري القياس التتبعي في 25 مارس 2021 أي بعد شهرين من تطبيق البرنامج للتحقق من فاعلية البرنامج عبر الشخصي.

ب-المحدد الإحصائي

إعداد محتوى البرنامج (الجلسات الوقائية) من حيث:

- 1-تحديد المدة الزمنية للبرنامج
- 2-تحديد الموضوعات (عناوين الجلسات)
- 3-تحديد الأنشطة الخاصة بكل جلسة
- 4-تحديد عدد الجلسات

5-تحديد وقت كل جلسة

6-اختيار الفنيات اللازمة

7- اختيار الوسائل المناسبة.

الفئة المستهدفة: قدم هذا البرنامج خدمة الوقاية من الانتكاس للأفراد المتعافين من الاضطراب ثنائي القطب (النوع الثاني) أي انهم في فترة اعتدال المزاج واختفاء الأعراض ولكنهم معرضين لخطر انتكاس النوبات (هوس خفيف-اكتئاب جسيم)، تراوحت أعمارهم ما بين (30-40) عاما.

العينة التي طبق عليها البرنامج:

تم اختيار عينة الدراسة بطريقة قصدية انتقائية من مرضى الاضطراب ثنائي القطب النوع الثاني المتعافين والمعرضين لخطر الانتكاس وبلغ عددهم 20 شابا من الذكور والإناث تم تقسيمهم إلى (10 مجموعة تجريبية-10 مجموعة ضابطة).

وطبق البرنامج عبر الشخصي على أفراد المجموعة التجريبية من مرضى الاضطراب ثنائي القطب النوع الثاني في فترة اعتدال المزاج المترددين على عيادة الدكتور ماهر جمال للأمراض النفسية والعصبية ممن حصلوا على درجات مرتفعة (اعلى من 177) على المقياس التشخيصي لمقدمات انتكاس الاضطراب ثنائي القطب النوع الثاني.

الأسلوب الوقائي المتبع في البرنامج:

يتبع البرنامج الحالي اسلوب الوقاية من الدرجة الثالثة التي تهدف إلى تقليل أثر الإعاقة الباقية بعد الشفاء من المرض وتهدف إلى منع ظهور المرض مرة أخرى وبهذا تعتبر الوقاية من الدرجة الثالثة هي امتداد للعلاج. وتشمل الوقاية من الانتكاس خدمات التأهيل الشامل بعد العلاج لإعادة المريض إلى وضعه قبل الإصابة بالمرض وتحقيق اعلى مستوى من التوافق. وقد تناول مفهوم الوقاية من الانتكاس بالتفصيل في الفصل الثاني من الدراسة الحالية.

محتوى البرنامج:

ويحتوي البرنامج عبر الشخصي في الدراسة الحالية على عدد (33) جلسة وقائية من الانتكاس تلقاها أعضاء البرنامج الحالي، مدة الجلسة من (90-120) دقيقة قائمة على النموذج عبر الشخصي بهدف الوقاية من انتكاس الاضطراب الوجداني ثنائي القطب الثاني.

مراحل تطبيق البرنامج:

يمر البرنامج الحالي بأربعة مراحل أساسية وهي كالتالي:

-**مرحلة البدء:** -وهي المرحلة التي يتم فيها التعارف بين الباحثة وبين أفراد المجموعة التجريبية وبين أفراد المجموعة التجريبية فيما بينهم والتمهيد للبرنامج وذلك من حيث (شرح أهداف البرنامج عبر الشخصي الحالي، وما هو الهدف من تصميمه وذلك أثناء الجلسات (الأولى والثانية)).

-**مرحلة الانتقال:** - والتي تهدف إلى التركيز على المشكلة الرئيسية وهي انتكاس الاضطراب الوجداني ثنائي القطب النوع الثاني وتوضيح مخاطر الانتكاس وتقديم خطة للتغلب على مخاطر انتكاس الاضطراب ثنائي القطب (الثالثة-الرابعة)

-**مرحلة الوقاية من الانتكاس:** - والتي تهدف إلى التطبيق الفعلي للبرنامج من اجل تحقيق الأهداف المرجوة من تصميم البرنامج عبر الشخصي وذلك من خلال استخدام الفنيات المختلفة التي تساعد أفراد المجموعة على مواجهه أعراض الانتكاس وتحقيق نمو في الوعي والإدراك واحداث تغير فعال في بنيتهم المعرفية. وذلك أثناء الجلسات (الخامسة- الثانية والثلاثون).

-**مرحلة الانتهاء:** - وهي مرحلة حصر الأهداف وبلورتها وتهيئة أفراد المجموعة نفسيا للانتهاء من تطبيق البرنامج الحالي. وإجراء القياس (البعدي) على أفراد المجموعة التجريبية (الذكور والإناث) وذلك بتطبيق المقياس التشخيصي لمقدمات انتكاس الاضطراب ثنائي القطب النوع الثاني، وتحديد موعد إجراء (القياس التتبعي) وذلك أثناء الجلسة الأخيرة (الثالثة والثلاثون).

-**مرحلة التتبع:** - متابعة أفراد العينة التجريبية بعد انتهاء البرنامج لمدة شهرين لمعرفة أثر البرنامج وفاعليته عليهم، والتأكد من استمرار ذلك الأثر وذلك خلال الجلسة (الرابعة والثلاثون).

الأساليب الإحصائية المستخدمة

اعتمدت الباحثة على صدق وثبات المقاييس وصحة فروض الدراسة من خلال استخدام البرامج

الإحصائية للعلوم الاجتماعية برنامج Spss

أولاً: الأساليب الإحصائية البارامترية

1. التكافؤ بين أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة على المقياس التشخيصي لمقدمات انتكاس الاضطراب ثنائي القطب النوع الثاني عن طريق حساب المتوسطات والانحرافات المعيارية.

2. استخدام التحليل العاملي الاستكشافي (Factor Analysis) وذلك للكشف عن البنية العاملية (Factorial Structure) المتميزة فيها باستخدام حزمة البرامج الإحصائية للعلوم الاجتماعية Spss وطريقة الاتساق الداخلي.

3. معادلة الثبات الفاكرونباخ Cornbakh Alpha

4. معامل التجزئة النصفية

5. اختبار (ت) T-test

ثانياً: الأساليب الإحصائية اللابارامترية

1- اختبار مان وتني (Man-Whitny) لحساب دلالة الفروق بين متوسطات رتب أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي على المقياس التشخيصي لمقدمات انتكاس الاضطراب ثنائي القطب النوع الثاني.

2- اختبار ويلكوكسون (Wilcoxon-Test) لحساب دلالة الفروق بين درجات أفراد المجموعة التجريبية على المقياس التشخيصي لمقدمات انتكاس الاضطراب ثنائي القطب في القياسين القبلي والبعدي وحساب ودلالة الفروق بين درجات أفراد المجموعة التجريبية على المقياس التشخيصي لمقدمات انتكاس الاضطراب ثنائي القطب النوع الثاني في القياسين البعدي والتتبعي.

خطوات الدراسة

1- تم جمع المادة العلمية الخاصة بالإطار النظري والدراسات السابقة واستخلاص أوجه الاستفادة منها وتجميع المادة العلمية اللازمة لبناء المقياس والبرنامج عبر الشخصي المستخدم في الدراسة.

2- تم تصميم مقاييس الدراسة المتمثلة في مقياس المستوى الاجتماعي الثقافي الاقتصادي والمقياس التشخيصي لمقدمات انتكاس الاضطراب ثنائي القطب (النوع الثاني) تم تطبيقها على عينة قوامها (300) شابا (ذكور-إناث) من المصابون بالاضطراب ثنائي القطب النوع الثاني في فترة الهوادة (اعتدال المزاج واختفاء الأعراض) وتم اختيارهم من المرضى المترددين على العيادات الخارجية لمستشفى الحسين والسيد جلال وبعض العيادات النفسية الخاصة.

- 3- تم تصحيح المقياسين في ضوء التعليمات الخاصة واستبعاد الاستمارات التي لم يتم الإجابة عليها بالكامل.
- 4- تفرغ البيانات في جداول ومعالجتها حسب الأصول الإحصائية من خلال جهاز الحاسوب للحصول على نتائج الدراسة.
- 5- تم اختيار العينة (20) فردا من الأفراد الذين حصلوا على درجات مرتفعة على المقياس التشخيصي لمقدمات انتكاس الاضطراب ثنائي القطب النوع الثاني والمعرضين At-Risk لخطر الانتكاس مع مراعاة العمر الزمني والمستوى التعليمي والاجتماعي والاقتصادي والثقافي ومستوى الاضطراب ثنائي القطب النوع الثاني تم تقسيمهم إلى مجموعة ضابطة ومجموعة تجريبية.
- 6- تم إعداد البرنامج عبر الشخصي وتطبيقه في الجلسات المخططة مسبقا على أفراد المجموعة التجريبية مع استبعاد المجموعة الضابطة من التطبيق.
- 7- ثم إجراء التطبيق البعدي للمقياس التشخيصي لمقدمات انتكاس الاضطراب ثنائي القطب النوع الثاني على المجموعتين التجريبية والضابطة بعد انتهاء الباحثة من تطبيق البرنامج للمقارنة بين نتائج أفراد المجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق البرنامج.
- 8- تم إجراء القياس التتبعي بعد شهرين من تطبيق البرنامج للتحقق من ديمومة واستمرارية أثر البرنامج.
- 9- تم التحقق من فروض الدراسة عن طريق معالجة البيانات احصائيا بالأساليب المناسبة.
- 10- قامت الباحثة بعرض النتائج وتفسيرها في ضوء الإطار النظري ومشكلة الدراسة وأهميتها وأهدافها وكذا الدراسات السابقة.

: نتائج الدراسة ومناقشتها:

1- نتائج الفرض الأول:

ينص الفرض الأول على أنه " توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطى رتب الأفراد في المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي على المقياس التشخيصي لمقدمات انتكاس الاضطراب ثنائي القطب النوع الثاني لصالح أفراد المجموعة التجريبية "

وللتحقق من صحة هذا الفرض قامت الباحثة باستخدام اختبار مان ويتنى-Test Mann Whitney للكشف عن دلالة الفروق بين المجموعتين. ويوضح الجدول التالي ما توصلت إليه الباحثة من نتائج في هذا الصدد:

جدول (1)

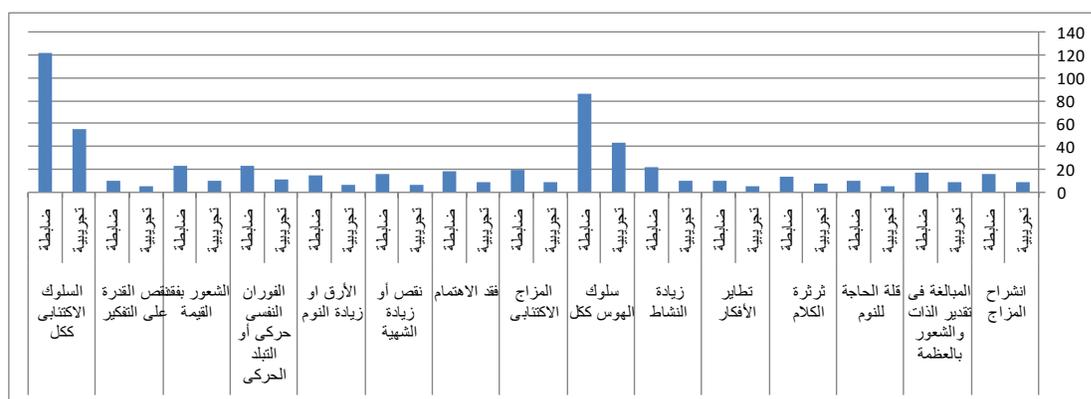
دلالة الفروق بين متوسطات رتب أفراد المجموعة التجريبية ومتوسطات رتب أفراد المجموعة الضابطة بعد تطبيق البرنامج على المقياس التشخيصي لمقدمات انتكاس الاضطراب ثنائي القطب النوع الثاني

البعد	المجموعة	ن	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة U	قيمة Z	مستوى الدلالة
انسراح المزاج	تجريبية	10	8.2	1.75	5.50	55.00	0	383.	دالة عند مستوى 0.01
	ضابطة	10	15	1.41	15.50	155.00			
المبالغة في تقدير الذات والشعور بالعظمة	تجريبية	10	8.6	0.7	5.50	55.00	0	3.80	دالة عند مستوى 0.01
	ضابطة	10	17.2	2.25	15.50	155.00			
قلة الحاجة للنوم	تجريبية	10	4.6	0.7	5.50	55.00	0	3.84	دالة عند مستوى 0.01
	ضابطة	10	10.1	2.08	15.50	155.00			
ثرثرة الكلام	تجريبية	10	7.1	0.99	5.50	55.00	0	3.81	دالة عند مستوى 0.01
	ضابطة	10	13.3	1.34	15.50	155.00			
تطاير الأفكار	تجريبية	10	4.8	1.4	5.50	55.00	0	3.81	دالة عند مستوى 0.01

مستوى الدلالة	قيمة Z	قيمة U	مجموع الرتب	متوسط الرتب	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	ن	المجموعة	البعد
0.01			155.00	15.50	1.51	9.5	10	ضابطة	
دالة عند مستوى 0.01	3.81	0	55.00	5.50	0.67	9.7	10	تجريبية	زيادة النشاط
0.01			155.00	15.50	2.88	21.5	10	ضابطة	
دالة عند مستوى 0.01	3.81	0	55.00	5.50	1.33	43	10	تجريبية	سلوك الهوس ككل
0.01			155.00	15.50	8.46	86.6	10	ضابطة	
دالة عند مستوى 0.01	3.82	0	55.00	5.50	0.79	8.8	10	تجريبية	المزاج الاكتئابى
0.01			155.00	15.50	1.85	19.1	10	ضابطة	
دالة عند مستوى 0.01	3.84	0	55.00	5.50	0.82	8.7	10	تجريبية	فقد الاهتمام
0.01			155.00	15.50	1.71	18.4	10	ضابطة	
دالة عند مستوى 0.01	3.80	0	55.00	5.50	0.48	6.3	10	تجريبية	نقص أو زيادة الشهية
0.01			155.00	15.50	2.36	15	10	ضابطة	
دالة عند مستوى 0.01	3.81	0	55.00	5.50	0.52	6.4	10	تجريبية	الأرق أو زيادة النوم
0.01			155.00	15.50	2.2	13.8	10	ضابطة	
دالة عند مستوى 0.01	3.81	0	55.00	5.50	1.05	11	10	تجريبية	الفوران النفسى حركى أو التبدل الحركى
0.01			155.00	15.50	3.27	23	10	ضابطة	
دالة عند مستوى 0.01	3.80	0	55.00	5.50	0.97	9.4	10	تجريبية	الشعور بفقد القيمة
0.01			155.00	15.50	2.28	22.9	10	ضابطة	
دالة عند مستوى 0.01	3.83	0	55.00	5.50	0.52	4.6	10	تجريبية	نقص القدرة على التفكير
0.01			155.00	15.50	1.58	9.4	10	ضابطة	
دالة عند مستوى 0.01	3.85	0	55.00	5.50	1.62	55.2	10	تجريبية	السلوك الاكتئابى

البعد	المجموعة	ن	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة U	قيمة Z	مستوى الدلالة
ككل	ضابطة	10	121.6	11.1	15.50	155.00			0.01
الدرجة الكلية	تجريبية	10	98.2	0.92	5.50	55.00	0	3.78	دالة عند مستوى 0.01
	ضابطة	10	208.2	18.89	15.50	155.00			

يتضح من الجدول (14) أن قيم (Z) المحسوبة لأبعاد المقياس التشخيصي لمقدمات انتكاس الاضطراب ثنائي القطب النوع الثاني لدى الأفراد والدرجة الكلية للمقياس كانت دالة عند مستوى 0.01، مما يشير إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة على أبعاد المقياس التشخيصي لمقدمات انتكاس الاضطراب ثنائي القطب النوع الثاني والدرجة الكلية في القياس البعدي في اتجاه أفراد المجموعة التجريبية، ويتضح وجود تأثير كبير لاستخدام فنيات البرنامج يتمثل في ظهور انخفاض ملحوظ على مؤشر درجات أبعاد المقياس التشخيصي لمقدمات انتكاس الاضطراب ثنائي القطب النوع الثاني يمكن قياسه إحصائياً، بعد أن تم إجراء القياس البعدي Post لأفراد المجموعة التجريبية في مقابل بقاء المؤشرات المرتفعة لدرجات أفراد المجموعة الضابطة الذين لم يخضعوا لجلسات البرنامج المستخدم على أبعاد المقياس التشخيصي لمقدمات انتكاس الاضطراب ثنائي القطب النوع الثاني دون أي تغيير ملحوظ، وهذا يدل على فاعلية البرنامج المستخدم في الدراسة الحالية. ويمكن توضيح هذه النتيجة من خلال الشكل التالي:



شكل (1)

الفروق بين متوسطات رُتب أفراد المجموعة التجريبية ومتوسطات رُتب أفراد المجموعة الضابطة بعد تطبيق البرنامج على المقياس التشخيصي لمقدمات انتكاس الاضطراب ثنائي القطب النوع الثاني مناقشة وتفسير نتيجة الفرض الأول

أسفرت نتائج الفرد الأول عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب الأفراد في المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي على المقياس التشخيصي لمقدمات انتكاس الاضطراب ثنائي القطب النوع الثاني لصالح أفراد المجموعة التجريبية. وقد اكدت هذه النتيجة ان البرنامج عبر الشخصي الذي استخدم كبرنامج وقائي من الانتكاس كان له فاعلية في الوقاية من انتكاس الاضطراب ثنائي القطب النوع الثاني لدى أفراد المجموعة التجريبية.

وفسرت الباحثة ذلك بسبب مشاركة أفراد البرنامج عبر الشخصي (المجموعة التجريبية) في (33) جلسة تم فيهم استخدام العديد من الفنيات والأساليب التي ساعدت على الوقاية من الانتكاس حيث يتميز البرنامج عبر الشخصي بأنه علاج تكاملي وشامل. كما انه يركز بالدرجة الأولى على العميل ويهتم بفردانيته وقد ساعد البرنامج عبر الشخصي في تحقيق نوع من الالفة والتناغم بين الباحثة وبين أفراد المجموعة التجريبية الذي ساعد في التطور العاطفي والجسدي والروحي وزيادة الإدراك لدى أفراد المجموعة. وقد ساعد البرنامج عبر الشخصي بما يحتويه من فنيات مختلفة إلى تحسن وعى المجموعة بمرض الاضطراب ثنائي القطب. كما ساعدهم على الامتثال للعلاج الدوائي، وسهولة الكشف المبكر عن الأعراض البادية التي تنذر بالانتكاس وكيفية مواجهتها والتعامل معها. كما ساعد في تحسين جودة الحياة وتحقيق نوع من أنواع الرفاهة النفسية وتحسين مهاره الاتصال وحل المشكلات مما اكسبهم طريقة تفكير جديدة وسلوكيات جديدة. في حين أن المجموعة الضابطة لم تشارك في جلسات البرنامج ولم يطبق عليها البرنامج الوقائي.

واتفقت نتيجة الفرض الأول مع نتائج الدراسات السابقة منها على سبيل المثال لا الحصر دراسة

دراسة (Belete et al., 2020) التي أشارت إلى ارتفاع معدلات انتكاس الاضطراب ثنائي القطب. وأن الالتزام بالعلاج الدوائي والمداومة على العلاج النفسي مهم لمنع الانتكاس بين مرضى ثنائي القطب. ودراسة (Siegel, 2013) التي أشارت ان استكشاف العملاء لذواتهم يعتمد على التناغم الروحي

بينهم وبين المعالجين وعلى خبرة المعالج واتساع وعيه الروحي وفهم خبرته العميقة ووجهة نظر المعالج عبر الشخصي في العلاج حيث تختلف الممارسات العلاجية من معالج عبر شخصي للأخر وفقا لملاحظاته الخاصة للعميل كما ان الطاقة الروحية بين المعالج والعميل تساعد في تحول العميل ما بين تخفيف أعراض المرض النفسي إلى التطور العاطفي والجسدي والروحي العميق وتغير نظرتهم للعالم وادراكهم لأنفسهم .و دراسة (Roos et al.,2017) ان استخدام فنيات العلاج عبر الشخصي يؤدي إلى التقليل من شدة أعراض الاكتئاب والقلق. أيضاً أثبتت دراسة (أحمد محمد عبد المنعم ،2010) ان استخدام فنيات العلاج عبر الشخصي أدى إلى وجود تحسن في المظاهر والأعراض الاكتئابية لدى عينة من مرضى الاكتئاب.

وبما أن اتفقت الدراسات السابقة ان الاضطراب ثنائي القطب هو مرض يتميز بارتفاع معدل الانتشار وزيادة معدل الانتكاس وان استخدام التدخلات النفسية والاجتماعية والفنيات الوقائية يساعد في الوقاية من الانتكاس وتقليل عددها وبما انه تم تطبيق البرنامج عبر الشخصي على أفراد المجموعة التجريبية ولم يتم تطبيقه على أفراد المجموعة الضابطة فإن ذلك يفسر الانخفاض الملحوظ على مؤشر درجات أبعاد المقياس التشخيصي لمقدمات انتكاس الاضطراب ثنائي القطب النوع الثاني، بعد أن تم إجراء القياس البعدي لأفراد المجموعة التجريبية في مقابل بقاء المؤشرات المرتفعة دون تغير ملحوظ لدرجات أفراد المجموعة الضابطة الذين لم يخضعوا لجلسات البرنامج المستخدم على أبعاد المقياس التشخيصي لمقدمات انتكاس الاضطراب ثنائي القطب النوع الثاني، وعليه فإنه في حدود الدراسة الحالية قد تم التحقق من صحة الفرض الأول.

1- نتائج الفرض الثاني:

ينص الفرض الثاني على أنه " توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطى رتب الأفراد في المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على المقياس التشخيصي لمقدمات انتكاس الاضطراب ثنائي القطب النوع الثاني لصالح القياس البعدي"

وللتحقق من صحة هذا الفرض قامت الباحثة باستخدام اختبار ويلكوكسون **Wilcoxon Test** للكشف عن دلالة الفروق بين القياسين، ويوضح الجدول التالي ما توصلت إليه الباحثة من نتائج في هذا الصدد:

جدول (2)

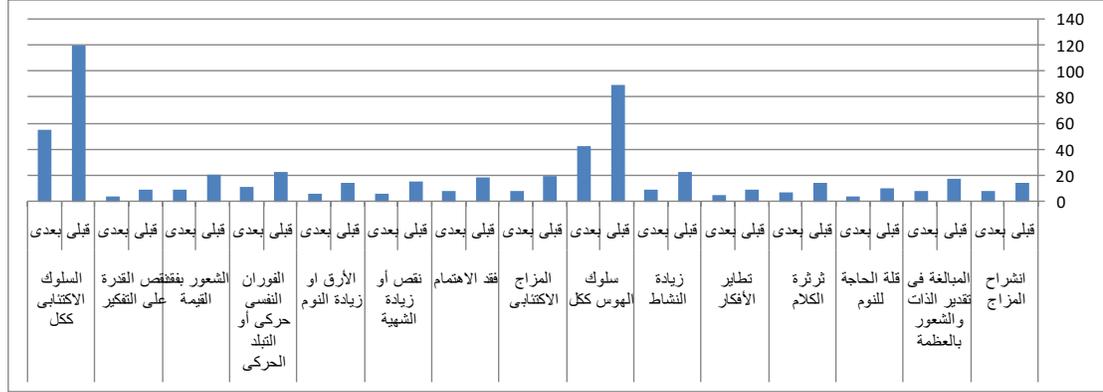
دلالة الفروق بين متوسطات رتب أفراد المجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق البرنامج، وذلك على المقياس التشخيصي لمقدمات انتكاس الاضطراب ثنائي القطب النوع الثاني

مستوى الدلالة	قيمة Z	مجموع الرتب	متوسط الرتب	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	نتائج القياس	البعد
							قبلي / بعدى	
دالة عند مستوى 0.01	2.82	55.00	5.50	1.84	14.6	10	الرتب السالبة	انسراح المزاج
		0	0	1.75	8.2	0	الرتب الموجبة	
						0	الرتب المتعادلة	
						10	الإجمالي	
دالة عند مستوى 0.01	2.82	55.00	5.50	2.2	18.2	10	الرتب السالبة	المبالغة في تقدير الذات والشعور بالعظمة
		0	0	0.7	8.6	0	الرتب الموجبة	
						0	الرتب المتعادلة	
						10	الإجمالي	
دالة عند مستوى 0.01	2.81	55.00	5.50	1.7	10.3	10	الرتب السالبة	قلة الحاجة للنوم
		0	0	0.7	4.6	0	الرتب الموجبة	
						0	الرتب المتعادلة	
						10	الإجمالي	
دالة عند مستوى 0.01	2.82	55.00	5.50	2.31	14.3	10	الرتب السالبة	ثرثرة الكلام
		0	0	0.99	7.1	0	الرتب الموجبة	
						0	الرتب المتعادلة	
						10	الإجمالي	
دالة عند مستوى 0.01	2.84	55.00	5.50	1.69	9.8	10	الرتب السالبة	تطاير الأفكار
		0	0	1.4	4.8	0	الرتب الموجبة	
						0	الرتب المتعادلة	
						10	الإجمالي	
دالة عند مستوى 0.01	2.82	55.00	5.50	2.44	22.8	10	الرتب السالبة	زيادة النشاط
		0	0	0.67	9.7	0	الرتب الموجبة	

مستوى الدلالة	قيمة Z	مجموع الرتب	متوسط الرتب	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	نتائج القياس	البعد
							قبلي / بعدى	
0.01						0	الرتب المتعادلة	
						10	الإجمالي	
دالة عند مستوى 0.01	2.82	55.00	5.50	7.47	90	10	الرتب السالبة	سلوك الهوس ككل
		0	0	1.33	43	0	الرتب الموجبة	
						0	الرتب المتعادلة	
						10	الإجمالي	
دالة عند مستوى 0.01	2.81	55.00	5.50	2.12	19.5	10	الرتب السالبة	المزاج الاكتئابى
		0	0	0.79	8.8	0	الرتب الموجبة	
						0	الرتب المتعادلة	
						10	الإجمالي	
دالة عند مستوى 0.01	2.80	55.00	5.50	1.89	18.3	10	الرتب السالبة	فقد الاهتمام
		0	0	0.82	8.7	0	الرتب الموجبة	
						0	الرتب المتعادلة	
						10	الإجمالي	
دالة عند مستوى 0.01	2.81	55.00	5.50	1.99	15.2	10	الرتب السالبة	نقص أو زيادة الشهية
		0	0	0.48	6.3	0	الرتب الموجبة	
						0	الرتب المتعادلة	
						10	الإجمالي	
دالة عند مستوى 0.01	2.81	55.00	5.50	1.95	14.3	10	الرتب السالبة	الأرق أو زيادة النوم
		0	0	0.52	6.4	0	الرتب الموجبة	
						0	الرتب المتعادلة	
						10	الإجمالي	
دالة عند مستوى 0.01	2.87	55.00	5.50	3.34	23.3	10	الرتب السالبة	الفوران النفسي حركي أو التبدل الحركي
		0	0	1.05	11	0	الرتب الموجبة	
						0	الرتب المتعادلة	
						10	الإجمالي	
دالة عند مستوى 0.01	2.82	55.00	5.50	3.25	21.1	10	الرتب السالبة	الشعور يفقد القيمة
		0	0	0.97	9.4	0	الرتب الموجبة	
						0	الرتب المتعادلة	

مستوى الدلالة	قيمة Z	مجموع الرتب	متوسط الرتب	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	نتائج القياس	البعد
							قبلي / بعدي	
						10	الإجمالي	
دالة عند مستوى 0.01	2.87	55.00	5.50	1.37	9.1	10	الرتب السالبة	نقص القدرة على التفكير
		0	0	0.52	4.6	0	الرتب الموجبة	
						0	الرتب المتعادلة	
						10	الإجمالي	
دالة عند مستوى 0.01	2.83	55.00	5.50	10.83	120.1	10	الرتب السالبة	السلوك الاكتئابي ككل
		0	0	1.62	55.2	0	الرتب الموجبة	
						0	الرتب المتعادلة	
						10	الإجمالي	
دالة عند مستوى 0.01	2.80	55.00	5.50	19.38	211.5	10	الرتب السالبة	الدرجة الكلية
		0	0	0.92	98.2	0	الرتب الموجبة	
						0	الرتب المتعادلة	
						10	الإجمالي	

يتضح من الجدول (15) أن قيم (Z) المحسوبة لأبعاد مقياس التشخيصي لمقدمات انتكاس الاضطراب ثنائي القطب النوع الثاني والدرجة الكلية للمقياس جميعها دالة إحصائياً عند مستوى 0.01، مما يشير إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق البرنامج المستخدم في الدراسة على جميع أبعاد المقياس التشخيصي لمقدمات انتكاس الاضطراب ثنائي القطب النوع الثاني ويتضح الأثر الإيجابي الذي أحدثته البرنامج في أفراد المجموعة التجريبية، والمتمثل في انخفاض درجاتهم على مقياس التشخيصي لمقدمات انتكاس الاضطراب ثنائي القطب النوع الثاني بعد تطبيق البرنامج وإجراء القياس البعدي ، مما أدى بدوره إلى خفض أعراض الهوس والاكتئاب ، وهذا الانخفاض الذي ظهر على أفراد المجموعة التجريبية يعد مؤشراً واضحاً للتأكيد على فاعلية البرنامج المستخدم في خفض هذه الاضطرابات وذلك يؤكد تحقق صحة الفرض الثاني. ويمكن توضيح هذه النتيجة من خلال الشكل التالي:



شكل (2)

الفروق بين متوسطات رتب أفراد المجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق البرنامج، وذلك على المقياس التشخيصي لمقدمات انتكاس الاضطراب ثنائي القطب النوع الثاني

مناقشة وتفسير نتائج الفرض الثاني

يمثل الهدف الرئيسي للبرنامج عبر الشخصي في هذه الدراسة الوقاية من انتكاس الاضطراب ثنائي القطب النوع الثاني وعدم الوقوع في براثن الاكتئاب الجسيم والهوس الخفيف مرة أخرى وذلك بالنسبة لأفراد المجموعة التجريبية المشاركين في البرنامج، وذلك من خلال الفهم العميق لأسباب الانتكاس وزيادة وعي واستبصار أفراد المجموعة لمواجهة الأعراض المنذرة بتكرار نوبات الاضطراب ثنائي القطب النوع الثاني وخفض مستوى الاكتئاب والهوس المتبقين من النوبات السابقة. وبما ان البرنامج عبر الشخصي هو برنامج وقائي تكاملي انتقائي فقد تم انتقاء أساليب وفتيات وقائية علاجية مختلفة وهامة من مختلف المدارس العلاجية ساعدتهم على تدعيم ونمو الصحة الداخلية لهم ومنها على سبيل المثال التنقيف النفسي ب الأعراض التي تنذر بتكرار نوبات الهوس الخفيف والاكتئاب التي كان لها دور كبير في كيفية مراقبة المزاج واخذ الاحتياطات اللازمة لمنع الوقوع في الانتكاس وتعلم المزيد حول حالات المزاج ومحفزاته وامتلاك وعي أكبر وإدراك أكبر للمزاج الحالي مما ساعدهم على معرفة ما يجب ان يقوموا به في حالة الشعور بمزاج سيء. أيضاً ساعد التنقيف النفسي بأهمية العلاج الدوائي على تحسين فعالية الأدوية النفسية ، وتحسين صحة الدماغ ، وتقليل التوتر. أيضاً ساعد التنقيف النفسي على تنظيم النوم الذي له دور كبير في انتكاس الاضطراب ثنائي القطب. أيضاً استخدام التأمل والاسترخاء ورسم الماندالا واليقظة الذهنية ساعدتهم على

استكشاف ذواتهم والتعرف على الصراعات النفسية الداخلية والتعبير عنها وبالتالي التحكم فيها كما ساعدتهم على النمو المرنة، وتعلم كيفية التعامل مع الشدة وإيجاد القوة لمواجهة الاضطراب ثنائي القطب، وأيضاً تلقيهم لدروس القواعد الهادئة لعلم النفس عبر الشخصي الذي ساعد أفراد المجموعة في تنمية الوعي والقبول والالتزان تجاه العواطف وإيجاد معنى مهم للحياة في ضوء تغير النظرة السائدة للمرض. كما أدى استخدام فنيات العلاج المعرفي السلوكي إلى تغير أنماط التفكير السائدة لديهم والتي تحفز المزاج الهوسي والاكتئابى والامتناع عن مسببات ومحفزات المزاج، والاستقرار في الروتين، وتعلم اختيار التدخلات التي يمارسونها بأنفسهم على أساس الوعي بحالتهم. كما أدت الممارسات الدينية والمتمثلة في الصلاة والصوم والتأمل والصبر والايمان بقضاء الله إلى التحسن في الحالة المزاجية.

وقد أدى استخدام الفنيات والأساليب العلاجية المختلفة في إطار واحد متكامل وشامل في جلسات البرنامج الوقائي عبر الشخصي إلى تمتع أفراد المجموعة بقيمة الحياة والعيش في استقرار والشعور بأنهم أكثر ارتباطاً بالعالم من حولهم ورغبة في مواصلة تحقيق أهدافهم ووضعهم في حالة وعى ويقظة مستمرة. وكان لهذا دور في خفض أعراض الهوس والاكتئاب.

وجاءت نتيجة الفرض الثاني متوافقة مع ما جاء من الدراسات السابقة التي أتيح الاطلاع عليها منها على سبيل المثال لا الحصر دراسة (Amann et al., 2015) ودراسة (Belete et al., 2020) التي أشارت ان مرضى الاضطراب ثنائي القطب يعانون من معدلات عالية من الانتكاس وان عدم الالتزام بالعلاج الدوائي وتوقف المرضى من تلقاء أنفسهم عن العلاج الدوائي يزيد من عوامل خطر الانتكاس وان الالتزام بالعلاج الدوائي والعلاج النفسي مهم لمنع الانتكاس. ودراسة دراسة (Sam et al., 2019) التي استنتجت وجود علاقة ارتباطية بين احداث الحياة الضاغطة وحدوث مشاكل في العلاقات الشخصية وبين تكرار الانتكاس. دراسة (Andrade-González et al., 2020) التي أشارت ان هناك أعراض وعلامات تم الاستشهاد بها بشكل متكرر أدى إلى انتكاس الاضطراب الوجداني ثنائي القطب. دراسة Yaecob et al., 2020) التي أشارت إلى ان سوء الحالات الاجتماعية والوضع الوظيفي الغير مستقر وعدم الوعي بكل عوامل الخطر يؤدي إلى انتكاس الاضطراب الوجداني ثنائي القطب. كما أشارت دراسة (Luciano et al., 2021) ان أصحاب المزاج العصبي يتميزوا بعدد أكبر من الانتكاسات.

كما جاءت نتيجة الفرض متوافقة مع نتائج القياس البعدي للبرنامج عبر الشخصي في دراسة دراسة (Stroppa & Moreira & Almeida,2013) التي أشارت إلى ان العلاقة الإيجابية بالممارسات الدينية ترتبط بشدة بأعراض اكتئاب اقل وتحسين نوعية الحياة. ودراسة (Gumus et al.,2015) دراسة (Nagy et al.,2015) التي أشارت إلى دور التنقيف النفسي الفردي والجماعي والالتزام بالعلاج الدوائي في الوقاية من انتكاس الاضطراب ثنائي القطب. ودراسة (van der Voort et al.,2015) التي أشارت ان الرعاية التعاونية لمرضى الاضطراب ثنائي القطب والمتمثلة في العلاج الدوائي والنفسي تؤدي إلى الوقاية من انتكاس الاضطراب الوجداني ثنائي القطب. ودراسة (Chiang et al.,2017) التي أشارت لدور العلاج المعرفي السلوكي في منع انتكاس الاضطراب ثنائي القطب وتقليل معدل انتكاس الاضطراب ثنائي القطب وتقليل أعراض الاكتئاب، وشدة الهوس، وتحسين والأداء النفسي والاجتماعي. ودراسة دراسة (Chan et al.,2019) دراسة (Strong,2021) التي أشارت إلى دور ممارسة اليقظة الذهنية وممارسة التأمل في الوقاية من الاضطراب الوجداني ثنائي القطب. ودراسة (Valls ET AL.,2021) التي أشارت إلى فعالية استخدام النهج العلاجي التكاملي في الوقاية من انتكاس الاضطراب ثنائي القطب وزيادة الالتزام بالعلاج الدوائي. وأكدت دراسة (Roush,2013) إن استخدام فنيات البرنامج التكاملي عبر الشخصي مثل فنية رسم الماندالا والبرمجة العصبية اللغوية أدى إلى تحسن عام في جودة الحياة وانخفاض مستوى التوتر وتحقيق مزيد من السيطرة والثقة وزيادة الإحساس بالراحة لدى مرضى بعض الاضطرابات النفسية ومن ضمنهم مرضى الاضطراب ثنائي القطب.

وبناءً على تعرض المجموعة التجريبية للبرنامج عبر الشخصي بفنياته المختلفة والذي اكدت الدراسات السابقة فاعليته في القياس البعدي فإن ذلك يفسر الأثر الإيجابي الذي أحدثه البرنامج في أفراد المجموعة التجريبية، والمتمثل في انخفاض درجاتهم على المقياس التشخيصي لمقدمات انتكاس الاضطراب ثنائي القطب النوع الثاني بعد تطبيق البرنامج وإجراء القياس البعدي، مما أدى بدوره إلى خفض أعراض الهوس والاكتئاب، وذلك يؤكد تحقق صحة الفرض الثاني.

2- نتائج الفرض الثالث:

ينص الفرض الثالث على أنه " لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب الأفراد في المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على المقياس التشخيصي لمقدمات انتكاس الاضطراب ثنائي القطب النوع الثاني "

وللتحقق من صحة هذا الفرض قامت الباحثة باستخدام اختبار ويلكوكسون **Wilcoxon Test** للكشف عن دلالة الفروق بين القياسين، ويوضح الجدول التالي ما توصلت إليه الباحثة من نتائج في هذا الصدد:

جدول (3)

يوضح دلالة الفروق بين متوسطات رتب أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي، وذلك على المقياس التشخيصي لمقدمات انتكاس الاضطراب ثنائي القطب النوع الثاني

مستوى الدلالة	قيمة Z	مجموع الرتب	متوسط الرتب	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	نتائج القياس	
							بعدي / تتبعي	الرتب
غير دالة	0.95	15	3	1.75	8.2	5	الرتب السالبة	انشرح المزاج
		6	6	1.34	7.7	1	الرتب الموجبة	
						4	الرتب المتعادلة	
						10	الإجمالي	
غير دالة	1	0	0	0.7	8.6	0	الرتب السالبة	المبالغة في تقدير الذات والشعور بالعظمة
		1	1	0.79	8.8	1	الرتب الموجبة	
						9	الرتب المتعادلة	
						10	الإجمالي	
غير دالة	0.57	2	2	0.7	4.6	1	الرتب السالبة	قلة الحاجة للنوم
		4	2	0.67	4.7	2	الرتب الموجبة	
						7	الرتب المتعادلة	
						10	الإجمالي	

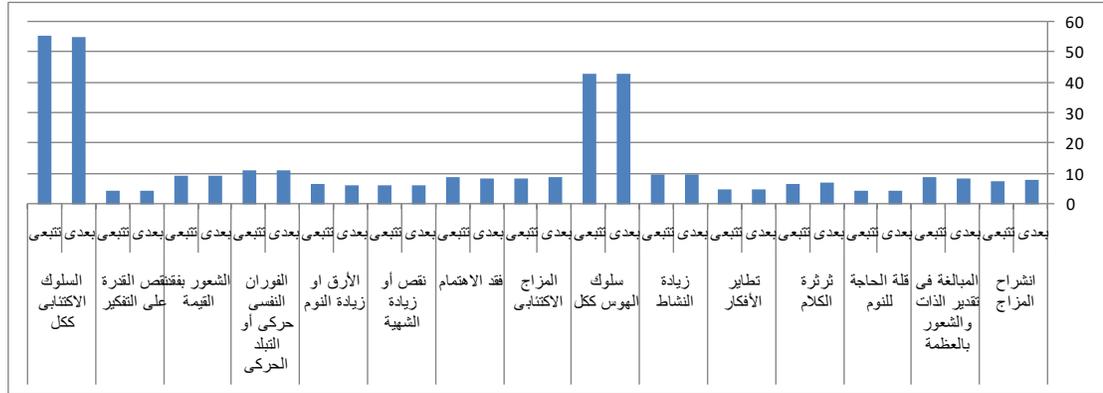
مستوى الدلالة	قيمة Z	مجموع الرتب	متوسط الرتب	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	نتائج القياس	البعد
							بعدي / تنبئي	
غير دالة	1.41	3	1.5	0.99	7.1	2	الرتب السالبة	ثرثرة الكلام
		0	0	1.1	6.9	0	الرتب الموجبة	
						8	الرتب المتعادلة	
						10	الإجمالي	
غير دالة	0.44	6	3	1.4	4.8	2	الرتب السالبة	تطير الأفكار
		9	3	1.2	4.9	3	الرتب الموجبة	
						5	الرتب المتعادلة	
						10	الإجمالي	
غير دالة	0.57	2	2	0.67	9.7	1	الرتب السالبة	زيادة النشاط
		4	2	0.63	9.8	2	الرتب الموجبة	
						7	الرتب المتعادلة	
						10	الإجمالي	
غير دالة	1	15	3	1.33	43	5	الرتب السالبة	السلوك الهوس ككل
		6	6	1.69	42.8	1	الرتب الموجبة	
						4	الرتب المتعادلة	
						10	الإجمالي	
غير دالة	0.75	4	2	0.79	8.8	2	الرتب السالبة	المزاج الاكتسابي
		2	2	0.67	8.7	1	الرتب الموجبة	
						7	الرتب المتعادلة	
						10	الإجمالي	

مستوى الدالة	قيمة Z	مجموع الرتب	متوسط الرتب	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	نتائج القياس	البعد
							بعدي / تنبؤي	
غير دالة	0.37	4	4	0.82	8.7	1	الرتب السالبة	فقد الاهتمام
		6	2	1.03	8.8	3	الرتب الموجبة	
						6	الرتب المتعادلة	
						10	الإجمالي	
غير دالة	0.57	2	2	0.48	6.3	1	الرتب السالبة	نقص أو زيادة الشهية
		4	2	0.52	6.4	2	الرتب الموجبة	
						7	الرتب المتعادلة	
						10	الإجمالي	
غير دالة	1	2.5	2.5	0.52	6.4	1	الرتب السالبة	الأرق أو زيادة النوم
		7.5	2.5	0.52	6.6	3	الرتب الموجبة	
						6	الرتب المتعادلة	
						10	الإجمالي	
غير دالة	0.53	2	2	1.05	11	1	الرتب السالبة	الغوران النفسي حركي أو التبدل الحركي
		4	2	1.14	11.2	2	الرتب الموجبة	
						7	الرتب المتعادلة	
						10	الإجمالي	
غير دالة	0.18	5.5	2.75	0.97	9.4	2	الرتب السالبة	الشعور بفقد القيمة
		4.5	2.25	0.92	9.2	2	الرتب الموجبة	
						6	الرتب المتعادلة	
						10	الإجمالي	

مستوى الدلالة	قيمة Z	مجموع الرتب	متوسط الرتب	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	نتائج القياس	البعد
							بعدي / تتبعي	
غير دالة	0.57	2	2	0.52	4.6	1	الرتب السالبة	نقص القدرة على التفكير
		4	2	0.48	4.7	2	الرتب الموجبة	
						7	الرتب المتعادلة	
						10	الإجمالي	
غير دالة	0.93	11.5	3.83	1.62	55.2	3	الرتب السالبة	السلوك الاكثابي ككل
		24.5	4.9	2.01	55.6	5	الرتب الموجبة	
						2	الرتب المتعادلة	
						10	الإجمالي	
غير دالة	0.35	16	5.33	0.92	98.2	3	الرتب السالبة	الدرجة الكلية
		12	3	1.73	98.1	4	الرتب الموجبة	
						3	الرتب المتعادلة	
						10	الإجمالي	

يتضح من الجدول (16) أن قيم (Z) المحسوبة لأبعاد المقياس التشخيصي لمقدمات انتكاس الاضطراب ثنائي القطب النوع الثاني والدرجة الكلية للمقياس كانت غير دالة إحصائياً ، مما يشير إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي **Post** والتتبعي **Follow up**، على جميع أبعاد المقياس التشخيصي لمقدمات انتكاس الاضطراب ثنائي القطب النوع الثاني في الأبعاد والدرجة الكلية للمقياس بعد مرور شهر من تطبيق البرنامج ، ويتضح أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في استجابة أفراد المجموعة التجريبية على المقياس التشخيصي لمقدمات انتكاس الاضطراب ثنائي القطب النوع الثاني لدى الأفراد في القياس التتبعي في مقابل القياس البعدي، مما يؤكد استمرار حالة التحسن التي ظهرت على حالتهم النفسية بعد إجراء القياس

البعدي إلى انتهاء المدة الزمنية المحددة للبرنامج ، وهذا يعد مؤشرًا واضحًا على نجاح وفعالية البرنامج المستخدم في تحقيق أهدافه. ويمكن توضيح هذه النتيجة من خلال الشكل التالي:



شكل (3)

الفروق بين متوسطات رتب أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي، وذلك على المقياس التشخيصي لمقدمات انتكاس الاضطراب ثنائي القطب النوع الثاني

مناقشة وتفسير نتائج الفرض الثالث

اسفرت نتائج نتيجة الفرض الثالث عن استمرار حالة التحسن لدى أفراد المجموعة التجريبية حتى فترة المتابعة حيث ساهمت الفنيات المتعددة في مساعدة أفراد المجموعة التجريبية في تحقيق المكاسب المرجوة منها والتي ساعدت بدورها على استمرار المحافظة على التحسن وهو ما تحقق بعد حضور جلسات البرنامج عبر الشخصي الذي استند إلى مجموعة من الفنيات والتدريبات الوقائية التي ساعدتهم على خفض أعراض الهوس الخفيف والاكتئاب الجسيم واستمرار حالة التحسن.

حيث ساعدتهم معرفتهم ب العلامات والاشارات المنذرة ب انتكاس الاضطراب ثنائي القطب النوع الثاني على تركيز انتباههم وزيادة وعيهم وادراكهم بتلك الأعراض حيث تم تعريفهم على مائة علامة وشارة منذرة بعودة نوبات الاكتئاب والهوس وتم تدريبهم على كيفية التعامل مع تلك الإشارات وكيفية السيطرة على الأعراض المنذرة مما كان له دور كبير في المحافظة على المزاج المعتدل واستمرار حالة التحسن. كما ساعدت فنيات البرنامج عبر الشخصي على ترسيخ أفكار هامة لدى أفراد المجموعة التجريبية مثل الرضا والمثابرة وتعليمهم متى يرضون ومتى يثابرون وذلك من خلال المناقشات الجماعية ومن خلال تلقيهم للقواعد

الهادئة في علم النفس عبر الشخصي والذي ساعدتهم في تعلم بعض الدروس الهامة مثل القبول والصبر والتحمل والتسليم وغيرها من الدروس الهامة التي ساعدت في نموهم وتطورهم النفسي. كما ساعدتهم الممارسات الدينية والمتمثلة في الصلاة والصوم والتأمل والصبر والايمان بقضاء الله إلى الاستمرار في حالة التحسن في الحالة المزاجية. أيضاً تدريبهم على المراقبة الذاتية والتحكم الذاتي ومتى يجب أن يراجعوا طبيبتهم وذلك من خلال تنظيم البرنامج اليومي الخاص بهم ومراقبته عن كثب حتى يستطيعوا مواجهه هجمات نوبات الهوس والاكتئاب، وتدريبهم على فنية التأمل والاسترخاء العميق واليقظة الذهنية التي ساعدتهم في خفض الضغوط والتغلب على التشتت واضطراب التفكير وتقليل التوتر والفهم الجيد والعميق لمشاعرهم التغلب على الضغوط النفسية والمتاعب الجسدية والوجدانية والعقلية والروحية وتدريبهم على زيادة الثقة في النفس وتقبل الذات مما كان له بالغ الأثر في استمرار حاله التحسن بعد انتهاء البرنامج.

كما جاءت نتيجة الفرض متوافقة مع بعض الدراسات السابقة منهم على سبيل المثال دراسة كل من

(أحمد محمد عبد المنعم، 2010) ودراسة (Fridari et al., 2013) ودراسة (Roush, 2013)

ودراسة (Johnson & Naidoo, 2013) التي اكدت أن استخدام البرنامج عبر الشخصي بفنياته المختلفة والمستمدة من مختلف المدارس النفسية المختلفة حققت فعالية خلال فترة التتبع ويظهر أثره في القياس التتبعي.

وما سبق يفسر استمرار حالة التحسن التي ظهرت على الحالات النفسية لأفراد المجموعة التجريبية بعد إجراء القياس البعدي إلى انتهاء المدة الزمنية المحددة للبرنامج حيث اتضح أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في استجابة أفراد المجموعة التجريبية على المقياس التشخيصي لمقدمات انتكاس الاضطراب ثنائي القطب النوع الثاني لدى الأفراد في القياس التتبعي في مقابل القياس البعدي وذلك يؤكد صحة الفرض الثالث.

ثانياً: تعقيب عام وتلخيص نتائج الدراسة

يرجع ما جاء من نتائج الدراسة الحالية إلى ان الاضطراب ثنائي القطب النوع الثاني هو اضطراب نفسي يتميز بتقلبات حادة في المزاج ما بين الهوس الخفيف والاكتئاب الجسيم ومرضى الاضطراب ثنائي القطب يعيشون حالة معاناة دائمة حتى في فترة اعتدال المزاج واختفاء الأعراض لأنهم معرضون دائماً لاحتمالية حدوث الانتكاس.

وقد تم تصميم البرنامج عبر الشخصي مناسباً لمرضى الاضطراب ثنائي القطب النوع الثاني وفقاً للأعراض التي يتميزون بها اعتماداً على المحكات التشخيصية للدليل التشخيصي والإحصائي الأمريكي الخامس DSM-5 وذلك للوقاية من انتكاس الاضطراب ومعاودة النوبات مرة أخرى. وقد ساعد البرنامج في زيادة وعي وإدراك الأفراد المعرضون للانتكاس من خلال استبصارهم بالتغيرات الجسدية والسلوكية التي قد تتذر بعودة النوبات. وقد تم تدريبهم للتعامل مع أسباب ومحفزات انتكاسة الاضطراب من خلال استخدام الفنيات المختلفة لتقليل الضغط العصبي والنفسي وتنظيم النوم باعتبارهم من أكثر محفزات انتكاس الاضطراب. أيضاً تم تدريبهم على كيفية تتبع حالة العقل والجسم والروح يومياً عن طريق مراقبة الأفكار التلقائية وتغير أنماط التفكير واستخدام مخططات الحالة المزاجية وعمل دفتر يوميات ساعدهم على تتبع الحالات العاطفية والمزاجية. كما تعرفوا على الإشارات المنذرة ب الانتكاس مما ساعدهم على التنبؤ بحدوث نوبة قادمة سواء هوس خفيف أو اكتئاب جسيم وكيفية التصرف السليم عند الشعور بانتكاسة قادمة. أيضاً ساعد البرنامج أفراد المجموعة التجريبية في المواظبة على تناول العلاج الدوائي وعدم تركه أو تقليل جرعاته الا بعد الرجوع للطبيب المعالج. كما ساعدهم البرنامج على التخلص من وصمة المرض النفسي وتقبل المرض ومعايشته مما أدى إلى سهولة الاندماج في المجتمع مما أدى إلى التخلص من أعراض الاكتئاب المتبقية وبالتالي الحد من الانتكاس.

لذلك كان للبرنامج عبر الشخصي دوراً فعالاً في الوقاية من انتكاس الاضطراب ثنائي القطب النوع الثاني بالنسبة لأفراد المجموعة التجريبية في حين انه لم يطبق على أفراد المجموعة الضابطة.

ويمكن تلخيص النتائج التي توصلت إليها الدراسة في النقاط الآتية:

- أثبتت الدراسة فاعلية البرنامج عبر الشخصي في الوقاية من الاضطراب ثنائي القطب حيث أظهرت انه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطى رتب الأفراد في المجموعتين التجريبية والضابطة

في القياس البعدي على مقياس تشخيص الاضطراب ثنائي القطب النوع الثاني لصالح أفراد المجموعة التجريبية.

- أثبتت الدراسة فاعلية البرنامج عبر الشخصي في خفض الهوس الخفيف والاكتئاب الجسيم حيث أظهرت انه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطى رتب الأفراد في المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس تشخيص مقدمات انتكاس الاضطراب ثنائي القطب النوع الثاني لصالح القياس البعدي.

- أثبتت الدراسة نجاح وفاعلية البرنامج عبر الشخصي في تحقيق أهدافه واستمرار نجاح البرنامج بعد مرور فترة المتابعة حيث تبين أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب الأفراد في المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتبعي على مقياس تشخيص مقدمات انتكاس الاضطراب ثنائي القطب النوع الثاني.

ويتضح مما سبق ان ما اسفرت عنه نتائج الدراسة يؤكد على صحة فروض الدراسة الحالية كما اتفقت مع أهداف البرنامج عبر الشخصي.

توصيات الدراسة

- توعية مرضى الاضطراب ثنائي القطب بطبيعة مرضهم وتعريفهم بالإشارات المنذرة بحدوث الانتكاس بعد فترة التعافي حتى تتم الوقاية من تكرار الانتكاسات.

- توعية مرضى الاضطراب ثنائي القطب بأهمية الالتزام بالعلاج الدوائي وعدم تركه من تقاء أنفسهم واهمية الخضوع للعلاج النفسي.

- ضرورة تأهيل مرضى الاضطراب ثنائي القطب المتعافين للمشاركة في المجتمع بصورة طبيعية.

- توعية أهالي مرضى الاضطراب ثنائي القطب لمساعدتهم في فهم طبيعة المرض وكيفية معاملة ذويهم من مرضى الاضطراب ثنائي القطب مما هم في فترة النوبات أو في فترة التعافي لان ذلك يخفف العبء على الأهالي ويساعد المرضى على التعافي بصورة كبيرة.

- ضرورة متابعة مرضى الاضطراب ثنائي القطب من جانب المعالج النفسي بصورة مستمرة حتى بعد تحقيق الشفاء من الأعراض حتى لا يعاود المرض ظهوره حيث أن تكرار الانتكاسات يؤدي إلى صعوبة العلاج فيما بعد.

- عدم الاعتماد فقط على العلاج الدوائي سواء كان بصورة علاجية أو صورة وقائية ولكن لابد من مرافقه العلاج النفسي للعلاج الدوائي.
- زيادة مهارات المعالج النفسي حيث أن المرض النفسي معقد وله خصوصية عن الامراض الأخرى، ولأنه سلوك فهو يتطلب معاملة خاصة وصادقة بمعنى ان يكون المعالج قادر على تنفيذ السلوكيات التي يطلبها من المريض.
- تصميم برامج خاصة لكل مريض على حده حيث أن لكل مريض تجربته شخصية مختلفة ومحفزات مختلفة وأعراض مختلفة خلال النوبات.

البحوث المقترحة

- أثر تكرار مرات الانتكاس على الأداء الوظيفي لمرضى الاضطراب ثنائي القطب.
- فعالية برنامج وقائي للوقاية من الاضطراب ثنائي القطب النوع الأول.
- دراسة مقارنة بين مرضى الاضطراب ثنائي القطب النوع الأول والنوع الثاني في حالة اعتدال المزاج.
- برنامج لتحسين العلاقات الاجتماعية لمرضى الاضطراب ثنائي القطب.
- برنامج لتقليل الضغوط لمرضى الاضطراب ثنائي القطب.

مراجع الدراسة

أولاً: المراجع العربية

- (1) أحمد عكاشة، طارق عكاشة. (2018). الطب النفسي المعاصر. (ط18). القاهرة: مكتبة الانجلو.

- (2) أحمد محمد عبد المنعم. (2010). فاعلية برنامج للإرشاد عبر الشخصي في خفض مستوى الاكتئاب لدى عينة من الشباب (رسالة ماجستير). قسم الصحة النفسية. كلية التربية. جامعة عين شمس.
- (3) حامد عبد السلام زهران. (2005). *الصحة النفسية والعلاج النفسي* (ط4). القاهرة: عالم الكتب.
- (4) عبير فاروق عبد الرؤوف. (2010). فاعلية برنامج وقائي من الاضطراب الوجداني ثنائي القطب لدى عينة من المراهقين. رسالة دكتوراه. كلية التربية. جامعة عين شمس.
- (5) منظمة الصحة العالمية. (2005). *الوقاية من الاضطرابات النفسية: التدخلات الفعالة والخيارات السياسية: التقرير المختصر*. المكتب الإقليمي للشرق الأوسط.

ثانياً: قائمة المراجع الأجنبية

- (6) Afshari, B., Omid, A., & Ahmadvand, A. (2019). Effects of dialectical behavior therapy on executive functions, emotion regulation, and mindfulness in bipolar disorder. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 50(2), 123-131.
- (7) Amann, B., Radua, J., König, B., & Simhandl, C. (2015). Relapse rates and risk factors of bipolar disorder: conclusions of a naturalistic 4 year follow-up study. *European Psychiatry*, 30(S1), 1-1.
- (8) American Psychiatric Association (APA). (1952). *Diagnostic and statistical manual: mental disorders (DSM-I)*. American Psychiatric Association.
- (9) American Psychiatric Association (APA). (1968). *Diagnostic and statistical manual: mental disorders (DSM-II)*. American Psychiatric Association.
- (10) American Psychiatric Association (APA). (1980). *Diagnostic and statistical manual: mental disorders (DSM-III)*. American Psychiatric Association.
- (11) American Psychiatric Association (APA). (1994). *Diagnostic and statistical manual: mental disorders (DSM-IV)*. American Psychiatric Association.
- (12) American Psychiatric Association (APA). (2000). *Diagnostic and statistical manual: mental disorders (DSM-IV-TR)*. American Psychiatric Association.
- (13) American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.

- (14) American Psychiatric Association (APA). (2015). Highlights of Changes from DSM-IV-TR to DSM-5 Changes made to the DSM-5. *The American journal of Psychiatric*, 2, 1-19.
- (15) Amini, P., Najafi-Vosough, R., Ghaleiha, A., & Mahjub, H. (2017). Evaluation of bipolar disorder in several relapses over time using generalized estimating equations. *Iranian journal of psychiatry*, 12 (3), 182.
- (16) Andrade-González, N., Álvarez-Cadenas, L., Saiz-Ruiz, J., & Lahera, G. (2020). Initial and relapse prodromes in adult patients with episodes of bipolar disorder: a systematic review. *European Psychiatry*, 63(1).
- (17) Belete, H., Ali, T., & Legas, G. (2020). Relapse and Clinical Characteristics of Patients with Bipolar Disorders in Central Ethiopia: A Cross-Sectional Study. *Psychiatry journal*, 2020, 8986014.
- (18) Boorstein, S. (1997). *Clinical studies in transpersonal psychotherapy*. SUNY Press.
- (19) Carrier, J. W., & Mitchell, N. G. (2016). Transpersonal Theory. In D. Capuzzi, & M. D. Stauffer (Eds.). *Counseling and psychotherapy: Theories and interventions* (pp. 391-416). John Wiley & Sons.
- (20) Chan, S. H., Tse, S., Chung, K. F., Yu, C. H., Chung, R. C., & Lo, H. H. (2019). The effect of a brief mindfulness-based intervention on personal recovery in people with bipolar disorder: a randomized controlled trial (study protocol). *BMC psychiatry*, 19(1), 1-10.
- (21) Chiang, K. J., Tsai, J. C., Liu, D., Lin, C. H., Chiu, H. L., & Chou, K. R. (2017). Efficacy of cognitive-behavioral therapy in patients with bipolar disorder: A meta-analysis of randomized controlled trials. *PloS one*, 12(5), e 0176849.
- (22) Clements, C. J. (2016). Toward a transpersonal model of psychological illness, health, and transformation. *Journal of Transpersonal Psychology*, 48(1), 57-87.
- (23) cretu, J. B., Culver, J. L., Goffin, K. C., Shah, S., & Ketter, T. A. (2016). Sleep, residual mood symptoms, and time to relapse in recovered patients with bipolar disorder. *Journal of affective disorders*, 190, 162-166.

- (24) Esmaeeli, H., Talaei, A., Borzu, Z. A., Kheyri, S., Raeesi, M., Borhani, M., & Saeedi, A. (2021). Effective factors on the recurrence of Bipolar mood disorder in an Iranian population sample using the frailty model with bayesian approach. *Iranian Journal of Psychiatry*, 16(2), 131.
- (25) Farokhzad, D. M. M., & Farokhzad, D. P. (2014). *Effect of Mysticism on Psychotherapy and Mental Health*. Islamic Azad University. IRAN.
- (26) Fleuridas, C., & Krafcik, D. (2019). Beyond Four Forces: The Evolution of Psychotherapy. *SAGE Open*, 9(1), 1–21.
- (27) Fourianalistyawati, E. (2010) The Effectivity of Transpersonal Therapy (Visualization, Affirmation, Release) to Reduce Depression in Women with Breast Cancer. *Master Thesis*. University of Wisconsin-Madison.
- (28) Fridari, D., Surya, I., Budi, E., Veera, A., Putri, K., Dewi, P., Wiria, A. (2013, March). Effect of Transpersonal Psychotherapy in Reducing Symptom of Craving and the Level Dependency in People with Substance Use Disorder. *The Asian Conference on Psychology & the Behavioral Sciences Official Conference Proceedings*. Udayana University, Indonesia.
- (29) Gumus, F., Buzlu, S., & Cakir, S. (2015). Effectiveness of individual psychoeducation on recurrence in bipolar disorder; a controlled study. *Archives of psychiatric nursing*, 29(3), 174-179.
- (30) Johnson, S. M., & Naidoo, A. V. (2013). Transpersonal practices as prevention intervention for burnout among HIV/AIDS coordinator teachers. *South African Journal of Psychology*, 43(1), 59-70.
- (31) Linders, E. H., & Lancaster, B. L. (2013). Sacred illness: Exploring transpersonal aspects in physical affliction and the role of the body in spiritual development. *Mental Health, Religion & Culture*, 16(10), 991-1008.
- (32) Luciano, M., Steardo, L., Sampogna, G., Caivano, V., Ciampi, C., Del Vecchio, V., ... & Fiorillo, A. (2021). Affective Temperaments and Illness Severity in Patients with Bipolar Disorder. *Medicina*, 57(1), 54.
- (33) Mehl-Madrona, L., Jul, E., & Mainguy, B. (2014). Results of a Transpersonal, Narrative, and Phenomenological Psychotherapy for Psychosis. *International Journal of Transpersonal Studies*, 33(1).

- (34) Mezes, B., Lobban, F., Costain, D., Longson, D., & Jones, S. H. (2021). Psychological factors in personal and clinical recovery in bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 280, 326-337.
- (35) Nagy, N., Sabry, W., Khalifa, D., Hashem, R., Zahran, N., & Khalil, A. H. (2015). Relapse rate and outcome correlates in Egyptian patients with bipolar disorder treated with behavioral family psychoeducation. *Middle East Current Psychiatry*, 22(3), 121-131.
- (36) Ontiveros, D. M. (2014). The efficacy of transpersonal dream work in brief psychotherapy. *Ph.D. Thesis*. Institute of Transpersonal Psychology.
- (37) Palagini, L., Miniati, M., Caruso, D., Massa, L., Novi, M., Pardini, F., ... & Riemann, D. (2020). Association between affective temperaments and mood features in bipolar disorder II: The role of insomnia and chronobiological rhythms desynchronization. *Journal of Affective Disorders*, 266, 263-272.
- (38) Rej, S., Quayle, W., Forester, B. P., Dols, A., Gatchel, J., Chen, P., ... & Eyler, L. T. (2018). Measurement tools for assessment of older age bipolar disorder: A systematic review of the recent global literature. *Bipolar disorders*, 20(4), 359-36.
- (39) Roos, C. R., Bowen, S., & Witkiewitz, K. (2017). Baseline patterns of substance use disorder severity and depression and anxiety symptoms moderate the efficacy of mindfulness-based relapse prevention. *Journal of consulting and clinical psychology*, 85(11), 1041.
- (40) Roush, M. A. (2013). The circle and the line: A transpersonal containment and integration process using the mandala and neuro-linguistic programming (nlp) with individuals who experience severe and persistent mental illness and who are in crisis. *Ph.D. Thesis*, Institute of Transpersonal Psychology
- (41) Rüsçh, N., & Thornicroft, G. (2014). Does stigma impair prevention of mental disorders? *The British Journal of Psychiatry*, 204(4), 249-251.
- (42) Sam, S. P., Nisha, A., & Varghese, P. J. (2019). Stressful life events and relapse in bipolar affective disorder: A cross-sectional study from a tertiary care center of Southern India. *Indian journal of psychological medicine*, 41(1), 61-67

- (43) Siegel, I. R. (2013). Exploring the therapist as a container for spiritual resonance and the observed impact on client transformation: A heuristic study. *The Journal of Transpersonal Psychology*, 45(1), 49–74.
- (44) Strong, S. D. (2021). All States of Mind Are Workable: Mindfulness Practice and Contemplative Psychotherapy in Recovery from Bipolar Disorder. *Ph.D. Thesis*. California Institute of Integral Studies.
- (45) Stroppa, A., & Moreira-Almeida, A. (2013). Religiosity, mood symptoms, and quality of life in bipolar disorder. *Bipolar Disorders*, 15(4), 385-393
- (46) Taheri, S. S., Ardakani, M. R. K., Karimlou, M., & Rahgozar, M. (2016). Identifying Some Risk Factors of Time to Recurrent Relapses in Bipolar I Disorder Patients using Frailty Model of Survival Analysis. *American Journal of Psychiatry*, 19, 376.
- (47) Takaesu, Y., Inoue, Y., Ono, K., Murakoshi, A., Futenma, K., Komada, Y., & Inoue, T. (2017). Circadian rhythm sleep-wake disorders predict shorter time to relapse of mood episodes in euthymic patients with bipolar disorder: a prospective 48-week study. *The Journal of clinical psychiatry*, 78(1), 0-0.
- (48) Yaacob, T., & TADEsse, M. (2020). Modeling Time-to-Recurrent Relapse in Patients with Bipolar Disorder. *Journal of Data Science*, 18(4), 795-812.
- (49) Valls, È., Bonnín, C. M., Torres, I., Brat, M., Prime-Tous, M., Morilla, I., ... & Sánchez-Moreno, J. (2021). Efficacy of an integrative approach for bipolar disorder: preliminary results from a randomized controlled trial. *Psychological Medicine*, 1-12.
- (50) van der Voort, T. Y., van Meijel, B., Goossens, P. J., Hoogendoorn, A. W., Draisma, S., Beekman, A., & Kupka, R. W. (2015). Collaborative care for patients with bipolar disorder: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 206(5), 393-400.
- (51) VandenBos, G. R. (2015). *APA dictionary of psychology (2nd Ed.)*. American Psychological Association.
- (52) World Health Organization(who). (2013). *Mental Health Gap Action Programme Intervention Guide*. Avenue Appia.

- (53) World Health Organization(who). (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines*. World Health Organization.
- (54) World Health Organization(who). (2018). *ICD-11 International Classification of Diseases-Mortality and Morbidity Statistics* (11th Revision). World Helth Organization