

بعض الوظائف المعرفية وعلاقتها بمرض الاضطراب الوجداني ثنائي القطب

إعداد

هدية أحمد نذير بكداش

طالبة ماجستير قسم علم النفس - كلية البنات - جامعة عين شمس

إشراف

أ.د/ ماري عبد الله حبيب

أستاذ علم النفس المساعد – كلية البنات-

جامعة عين شمس

أ.د/ أسماء عبد المنعم ابراهيم

أستاذ علم النفس – كلية البنات-

جامعة عين شمس

### مستخلص الدراسة

**أهداف الدراسة:** هدف البحث الحالي التعرف على طبيعة التغيرات التي تحدث في بعض الوظائف المعرفية لدى مرضى الاضطراب الوجداني ثنائي القطب وذلك من خلال مقارنة عينة من المرضى بعينة من الأسوياء. **المنهج و الإجراءات:** لقد طبق البحث على عينة من المرضى (٣٠) من الذكور في مقابل عينة من الأسوياء (٣٠) من الذكور و مراعاة التكافؤ بين العينتين في العمر (١٨-٥٠ سنة) و المستوى التعليمي و الاقتصادي. تم تطبيق اختبار وكسلر- بلفيو لذكاء الراشدين و ذلك لقياس الذكاء اللفظي، العملي و الكلي و لقياس وظائف الانتباه و الذاكرة على العينتين. **النتائج:** وقد أوضحت النتائج انخفاض أداء مجموعة مرضى الاضطراب الوجداني ثنائي القطب عن أداء المجموعة الاسوياء في الذكاء اللفظي و العملي و الذكاء الكلي و في اختبارات الانتباه و الذاكرة و قد تمت مناقشة النتائج في ضوء الإطار النظري و التطبيقي للبحث.

**الكلمات المفتاحية:** الاضطراب الوجداني ثنائي القطب – الاكتئاب – الهوس – الوظائف المعرفية

### Some Cognitive Functions of Bipolar Affective Disorders Patients

**Abstract:** The current study aims to identify the nature of the current changes taking place in some cognitive functions in patients with bipolar affective disorder and compared between the patients sample and the normal sample. **Approach and actions:** We have applied research on a sample of patients (30) of the male in exchange for a sample of normal (30) male and takes into account equality of the two samples of old age (18-50 years) and educational and economic level. The application test Wechsler-Bellevue intelligence for adults and to measure verbal IQ, total IQ and practical IQ to measure the functions of attention and memory on the two samples. The Results: Have shown patients a decrease in the performance of a set of bipolar affective disorder on the performance of the control group in verbal IQ, practical IQ, total IQ, attention and memory tests and the results have been discussed in the light of the theoretical framework of the research and applied research.

**Keywords:** Bipolar Affective Disorder – Depression- Manic – Cognitive Functions

**أولاً: المقدمة**

إن الإنسان يتكون من الجسد والعقل حيث يكمل كل منهما الآخر و الجسد هو الشئ المادى الملموس الذى نراه ونعلم الكثير عن تكوينه حيث يتكون الجسم من أنسجة وأجهزة تؤدي كل منهما وظيفة محددة.

أما العقل فإنه غير منظور لا يرى، ولكننا ندرك وجوده لقيامه ببعض الوظائف التى تستدل بها على وجوده، وتتم فية عمليات التفكير والإفعال و التحكم فى مزاج الإنسان وحركته و سلوكه. من المعروف إن العمليات العقلية تتم داخل مراكز المخ، ويكون مخ الإنسان حوالى ٢% من الوزن الكلى للجسم أى ما يوازى حوالى كيلوجرام واحد تقريباً ولكنة نظراً لطبيعته وأهمية وظائف المخ فإنه يستهلك حوالى ١٥% من كمية الدم فى الدورة الدموية للإنسان أما الطريقة التى يعمل بها المخ،

و المراكز التى يتكون منها، وعلاقة كل منها بالآخر، فإنها مسألة معقدة للغاية. فالمخ يتكون من عدة بلايين من الخلايا العصبية، وهى وحدة التركيبية الدقيقة للجهاز العصبى، فلكل خلية من هذه الخلايا وظيفة محددة، ويتم إنتقال المؤثرات بين هذه الخلايا لتعمل فى توافق وتنسيق بين كل منها دون تعارض، ويتم ذلك من خلال بعض المواد الكيميائية و الشحنات الكهربائية الدقيقة التى تعتبر لغة التفاهم فيما بين هذه الأعداد الهائلة من الخلايا، ولنا أن نتخيل كيف أن عدداً هائلاً من الخلايا العصبية يفوق أضعاف عدد سكان الكرة الأرضية، وهى تزدهم بجانب بعضها البعض داخل تجويف الجمجمة فى مكان ضيق، إلا أن كل منها يؤدي وظيفة بدقة فى نظام محكم بدون أى تداخل أو ارتباك. ويشير التراث إلى علاقة عمل المخ بحدوث الاكتئاب حيث أن الوظائف العقلية مثل التفكير و المشاعر و الحالة المزاجية لها علاقة مباشرة بمستوى مواد كيميائية داخل المخ يطلق عليها الوصلات العصبية. وهذه المواد الكيميائية توجد فى الجهاز العصبى للإنسان و المخلوقات الأخرى أيضاً و تؤدي وظيفة الإتصال بين الخلايا العصبية و قد كشفت الدراسات عن وجود علاقة مباشرة بين بعض هذه المواد مثل "نورا نيفرين" و مادة " السيروتونين"

**Serotonin–Neurepinephrin**

ومواد أخرى و بين الحالة المزاجية، حيث تبين أن هذه المواد تنقص كميتها بصورة ملحوظة فى حالات الاكتئاب النفسى، كما لوحظ أن بعض الأدوية المضادة للاكتئاب و التى تقوم بتعويض هذا النقص و تؤدي الى تحسن الحالة المزاجية و اختفاء أعراضه الاكتئاب (عادل صادق، ٢٠٠٣، ص ١٢٥).

ومن الفحوص التى تستخدم فى نطاق واسع فى أبحاث الاكتئاب تحديد مستوى الهرمونات التى تفرزها الغدد الصماء الموجودة فى جسم الإنسان. ومن المعروف أن الاكتئاب يكون مصحوباً بتغير فى وظائف الغدد الصماء فى الجسم إفراز الهرمونات و التى هي مواد طبيعية و لها علاقة مباشرة بالكثير من الوظائف الحيوية بالجسم كما أنها تؤثر بطريقة مباشرة أو غير مباشرة فى الحالة النفسية للشخص.

ومن الغدد الصماء الرئيسية فى الجسم: الغدة النخامية والغدة الدرقية والغدة الجار الكلوية والغدة التناسلية (عادل صادق، ٢٠٠٣، ص ١٢٤).

و يعد الاضطراب الوجدانى ثنائى القطب (الاكتئاب – الهوس) هو أحد الأمراض العقلية التى تم التعرف عليها من مئات السنين، ثم اندثرت وأعيد إكتشافها فى القرن العشرين، و أطلق العلماء اسم الاضطراب ثنائى القطب على هذا الاضطراب المزاجى الدورى المتكرر الذى يصيب الفرد بأعراض الهوس التى تتناوب مع أعراض الاكتئاب (Ferrier, etal,2001).

و أثبتت الدراسات أن نسبة هذا المرض ليست قليلة فتتراوح ما بين ٥% - ٧% من سكان العالم (أى ما يقرب من ٥٠٠ مليون إنسان) لذلك ينظر إلية على أنه أحد أكثر الاضطرابات النفسية إنتشاراً فى العالم حتى أن بعض المراقبين يطلق على العصر الحالى(عصر الاضطرابات الوجدانية).

و مع ظهور الموجة الحديثة من الدراسات الوبائية، سجل بعض العلماء أن الاضطرابات الوجدانية تحدث فى المجتمع بنسبة لا تقل عن ٥% مما يزيد على النسبة التقليدية ٤.٠ - ٦.١%

ويقدر انتشار الاضطراب الوجداني ثنائي القطب حالياً من ٣% إلى ٥.٦% من أفراد المجتمع (أحمد عكاشه، ٢٠٠٧، ص).

ويمثل هذا المرض عبئاً ثقيلًا على الخدمات الصحية الأولية و الثانوية في العالم أجمع، حيث أنه من الأمراض المزمنة التي تلازم المريض لسنوات طويلة من عمرة. كما يمثل هذا المرض عبئاً على الإقتصاد القومي ككل، فلا يمكن أن نغفل العبء الإقتصادي على الأسرة لشراء العلاج أو لإستشارة الأطباء أو إذا استلزم الأمر الدخول للمستشفى، هذا بالإضافة إلى ما يسببه المرض من عدم قدرة المريض على العمل و التغيب الوظيفي. و قد تم تقدير التكلفة السنوية للإنفاق على هذا المرض في المملكة المتحدة ب ١٩٩ مليون جنيه إسترليني (Gupta, RD & Guset JF, 2002).

وبدون العلاج المناسب، يفقد مريض الاضطراب الوجداني ١٤ عاماً من عمرة بما فيها من أنشطة مؤثرة في المجتمع مثل العمر و الدراسة و الدور الأسري كما يفقد ٩ سنوات من متوسط عمرة حيث تقدر نسبة من يحاولون الانتحار بحوالي ٢٥% من المصابين بهذا المرض. أما في حالة تطبيق العلاج السليم فقد يستعيد المريض ما يقدر ب ٦,٥ عاماً من عمرة (Greenberg, et al, 1993 ; Watsons & Young, 2001).

وقد لاحظ الأطباء أن هذا المرض يصاحبه غالباً بعض القصور في الوظائف المعرفية مثل الانتباه، الذاكرة و القدرات التنفيذية، حيث يعاني مرضى الاضطراب الوجداني من قصور سواء كانت نوبة هوس أو نوبة اكتئاب، حيث تحدث تغيرات في كيفية تصنيف المعلومات، فيستخدم المريض إستراتيجية غير كاملة في تخزين و تنظيم المعلومات والتي تؤثر فيما بعد على قدرته على إسترجاعها و توظيفها. ولم يقتصر هذا القصور على زمن حدوث النوبة، بل وجد أنه يستمر حتى بعد الشفاء الإكلينيكي ما بين النوبات. ومن هذه الملاحظة تبلورت نظرية أن هذه التغيرات السلبية في الوظائف المعرفية ربما كانت من ضمن المؤشرات لحدوث المرض إن وجدت قبل ظهور المرض. وقد يساعد وجودها على توقع حدوثه (Ferrier, 1999).

ومن هنا ظهرت فكرة هذه الدراسة التي تهدف إلى معرفة الآثار السلبية الناجمة عن هذا الاضطراب الوجداني ثنائي القطب، فيما يخص الوظائف المعرفية، مما قد يساعدنا على توقع حدوث المرض قبل حدوثه بوقت كافي للتوجه للعلاج الصحيح في بدايته محاولة للقضاء على المرض.

تعتبر معرفه أوجه القصور المعرفي لدى مريض الاضطراب الوجداني ثنائي القطب إحدى الخطوات الهامة لعلاج المرض، ومحاولة إيجاد طرق الوقاية من الإنتكاسات المتكررة للمرض مما قد يؤدي إلى تحسن القدرات العقلية و الوظيفية لهؤلاء المرضى كما قد يؤدي إلى إلتزام المرضى بالعلاج أكثر من ذي قبل.

كما قد يؤدي في النهاية إلى دمج المريض بالمجتمع و التقليل من عبء الواقع على كاهل أهل المريض و المجتمع ونظم الرعاية الصحية بالدولة.

### ثانياً: مشكلة الدراسة

#### يمكن تحديد مشكلة الدراسة في التساؤلات الآتية:

من خلال عمل و إهتمام الباحثة بمرض الاضطراب الوجداني ثنائي القطب وإحتكاكها بهؤلاء المرضى لعملها في مستشفى الطب النفسي ومستشفى المشفى تبين مدى إحتياج هؤلاء المرضى إلى الإهتمام والمساعدة سواء في العلاج أو في تأهيلهم فترة ما بعد العلاج، فضلاً عن أن هذه الرعاية تقي من إنتكاسات هذا المرض، لأن الإنتكاسة في هذا المرض معناها بداية العلاج من جديد مرة أخرى و يمكن صياغة مشكلة الدراسة كالآتي:

- ١- هل يختلف مستوى أداء مجموعة مرضى الاضطراب الوجداني ثنائي القطب عن أداء مستوى المجموعة الضابطة (الاسوياء) في اختبارات الذكاء اللفظي، و العملي و الدرجة الكلية للذكاء؟.
- ٢- هل يختلف مستوى أداء مجموعة مرضى الاضطراب الوجداني ثنائي القطب عن أداء مستوى المجموعة الضابطة (الاسوياء) في اختبارات الانتباه؟.
- ٣- هل يختلف مستوى أداء مجموعة مرضى الاضطراب الوجداني ثنائي القطب عن مستوى أداء المجموعة الضابطة (الاسوياء) في اختبارات الذاكرة؟.

### ثالثاً: أهداف الدراسة

- ١- تهدف الدراسة الراهنة إلى تحديد طبيعة التغيرات التي تحدث في بعض الوظائف المعرفية لدى مرضى الإضطراب الوجداني ثنائي القطب (الانتباه- الذاكرة).
- ٢- تحديد أوجه القصور المعرفي لدى هؤلاء المرضى من خلال قياس الذكاء اللفظي، والعملي والذكاء العام.

### رابعاً: أهمية الدراسة

١. بعد الإنتهاء من الدراسة يمكن إستخدام النتائج في رفع الوعي بطبيعة مرض الاضطراب الوجداني ثنائي القطب و التعرف على أعراضه و اللجوء إلى العلاج منذ البداية حتى يمكن تجنب إنتكاساته المدمرة للمريض.
٢. كما تمثل أهمية الدراسة الحالية في التعرف على إمكانية التدخل الناجح مع مريض الاضطراب الوجداني ثنائي القطب في فترة ما بعد العلاج لإستعادة كفاءة المعرفة، فنكون بمثابة عامل الوقاية لة من حدوث الإنتكاسات فيما بعد لكي يحيا حياة سوية بقدر المستطاع ويصبح إنساناً منتجاً، فهو يمثل جانباً من الثروة البشرية للمجتمع مما يؤدي بعد ذلك إلى تحسن القدرات العلمية و الوظيفية لهؤلاء المرضى.
٣. قد يمكن إستخدام النتائج في تنفيذ برامج التدخل العلاجي الذي يساعد على إنحسار التدهور المعرفي لدى مرضى الاضطراب الوجداني ثنائي القطب.
٤. إن تحديد أوجه القصور المعرفي لدى مرضى الاضطراب الوجداني ثنائي القطب لتعنين المتخصصين فيما بعد لتقديم الرعاية الطبية لهم بما يعود أثرة الإيجابي على المجتمع.
٥. رفع كفاءة هؤلاء المرضى من خلال الإهتمام بالوظائف المعرفية لديهم.
٦. بعد الإنتهاء من الدراسة تستخدم النتائج في لفت الأنظار إلى فئة من المرضى قلما حظيت بالاهتمام و هي فئة مرضى (الاضطراب الوجداني ثنائي القطب) وذلك بهدف الكشف عن معاناتهم من أوجه القصور المعرفي لديهم حتى يمكن إمداد المسؤولين في المجال الرعاية الطبية النفسية بمعلومات كافية عن تلك الفئة بما يساعد على توجية الرعاية الأكفأ لهم في المجال الطبي.

### خامساً: مصطلحات الدراسة

#### تعريف المفاهيم ومصطلحات الدراسة:

سوف يتم تناول تعريف الاضطراب الوجداني ثنائي القطب بما يشمله من نوبات اكتئاب و هوس، ثم تعريف الوظائف المعرفية.

#### تعريف الاضطراب الوجداني ثنائي القطب: Bipolar Affective Disorder

الاضطراب الوجداني ثنائي القطب يمثل "اضطراباً يتميز بنوبات متكررة يضطرب فيها مزاج الشخص ومستوى نشاطه بشكل عميق، ويتكون هذا الاضطراب في بعض الأحيان من إرتفاع في

المزاج وزيادة في الطاقة والنشاط (هوس) Mania، أو (هوس خفيف) Hypomania وفي أحيان أخرى من هبوط في المزاج وإنخفاض في الطاقة والنشاط (اكتئاب) Depression كما تتميز الحالة بشفاء كامل بين النوبات، ويتساوى الجنسان في معدل إصابتها بالمرض أكثر من الاضطرابات المزاجية الأخرى (أحمد عكاشة، ١٩٩٨، ص ٣٣٨). ولأن الاضطراب الوجداني ثنائي القطب يتضمن نوبات من الاكتئاب و الهوس فسوف نعرض تعريف الاكتئاب و تعريف الهوس أيضاً.

#### أولاً: تعريف الاكتئاب: Depression

أن الاكتئاب الأساسي Major Depression يعتبر أحد طرفي الاضطراب الوجداني ثنائي القطب متعدد النوبات Bipolar II Affective Disorder ويقصد الاكتئاب "اضطراب في المزاج، وهبوط إنفعالي، وخلل في الخبرة الوجدانية الذاتية، يعبر عنه الشخص المكتئب بالعديد من المظاهر السلوكية ومنها المزاج المكتئب، وتناقص القدرة على التفكير والتركيز ويشمل ذلك الخلل أجزاء متعددة من المخ والجسم، والأفكار، والمزاج، والطاقة النفسية، مما يؤثر بدوره على الحالة الإنفعالية والتي تؤدي إلى الشعور بتحقيق الذات، وتطور الهمة، وتوقع الفشل، وفقدان الأمل والذي يبعث بالمكتئب إلى التعاسة النفسية (Beck, 2002, P. P 77-100).

#### ثانياً: تعريف الهوس: Mania

الهوس في مرض الاضطراب الوجداني ثنائي القطب هو عبارته عن نوبه يشعر المريض خلالها بسعادة طاغية و فرح لا مثيل له وإنطلاق و حماس وقوة وحيوية وطاقة غير محدودة وقدرة فائقة على الحركة والكلام، وعدم النوم، وإلتهام كميات هائلة من الطعام وإنفاق كل ما يملك من مال إلى حد يجلب الخراب على نفسه وعلى أهله، والإحساس بالعظمة وتزاحم الأفكار والمشاريع في رأسه والويل لمن يعترض على أفكاره... والأمر قد يصل إلى حد الهياج والإعتداء على الآخرين أو سلوك جنسي فاضح و المبالغة في المظهر إلى حدود غير لائقة. ولكن السمة الأساسية هي السعادة الطاغية التي تصل إلى حد الطرب والرقص والغناء... كل تصرفات مريض الهوس يجلب الفضيحة والعار والمشاكل والخراب... مشاكل مع الجيران والناس في الشارع والعمل ومع الشرطة ولأن المرض يأتي في نوبات متكررة فمطلوب من الأهل التعرف على العلامات الأولى أو الأعراض الأولى للنكسة و سرعة إخبار الطبيب لأن الحالة إذا تطورت وتدهورت فإن المريض يرفض الطبيب ويرفض العلاج. كما أن الهوس مشكلة يعاني منها أهل المريض ولا يعاني منها المريض فقط.

( عادل صادق، ٢٠٠٣، ص ١٢٦).

سوف نتناول تعريف الوظائف المعرفية بما تتضمنه من وظائف هما وظيفة الانتباه ووظيفة الذاكرة.

**تعريف الوظائف المعرفية Cognitive Functions:** هي عبارة عن قدرات عقلية وينجم عن قدرة الكائن البشري على معالجة الرموز و المفاهيم واستخدامها بطرق متنوعة تمكنه من حل المشكلات التي يواجهها في المواقف التعليمية و الحياتية المختلفة (ألفت كحلة، ٢٠١٢، ص ٥٤). وتتضمن الذكاء العام و وظيفة الانتباه و وظيفة الذاكرة وسوف نعرض تعريف كلاهما.

#### أولاً: تعريف الذكاء Intelligence

يعرف وكسلر الذكاء بأنه نمط القدرة الكلية للفرد على العمل في سبيل هدف، وعلى التفكير والقدرة على التعامل بكفاءة مع البيئة.

#### ثانياً: تعريف الانتباه Attention

ويعرف الانتباه بصفة عامة بأنه تركيز الجهد العقلي على أحداث حسية أو عقلية. الإنتباه في أبسط تعريف له هو تركيز الوعي على المنبه (أو بعض المنبهات) واستبعاد المنبهات الأخرى الموجودة في نفس اللحظة (James&Russell2004).

#### ثالثاً: تعريف الذاكرة Memory

يعرف أنور الشرقاوى (٢٠١٢) الذاكرة بأنها عملية إدراك للمواقف الماضية بما يشملها من خبرات وأحداث تؤدي دوراً هاماً في حياة الفرد، و القدرة على استرجاع هذه المواقف و ما يرتبط بها من خبرات ماضية (أنور الشرقاوى، ٢٠١٢، ص١٥٧).

### الإطار النظري للدراسة:

سوف نتناول في الإطار النظري محورين، المحور الأول يدور حول مرض الاضطراب الوجداني ثنائي القطب من حيث تشخيصه و أعراضه مع وصف موجز لنوبة الاكتئاب و الهوس وبعض النظريات المفسرة لهذا المرض، أما المحور الثاني يدور حول الوظائف المعرفية بما تشمله من ذكاء لفظي و عملي و عملية الانتباه والتذكر.

**المحور الأول: مرض الاضطراب الوجداني ثنائي القطب Bipolar Affective Disorder**  
سيتم وصف مرض الاضطراب الوجداني ثنائي القطب من خلال التصنيف الدولي للأمراض (ICD)

و الدليل التشخيصي والأحصائي للاضطرابات النفسية (DSM).

١- **التصنيف الدولي للأمراض: (ICD) International Classification of Diseases**  
وهو يصدر عن منظمة الصحة العالمية (WHO)، وكانت أول طبعة منه عام (١٩٥٢)، وكانت هذه الطبعة تتضمن تصنيفاً للأمراض العقلية، وتوالت الطبعات منذ بداية الطبعة السادسة (ICD-6, 1952)، حتى وصلت إلى الطبعة العاشرة الصادرة عام (١٩٩٣)، حيث يعمل بها في تصنيف وتشخيص الأمراض النفسية في معظم دول العالم، (ICD-10, 1993) الصادر عن منظمة الصحة العالمية.

كما جاء في المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض تصنيف الاضطرابات النفسية والسلوكية (ICD-10)، أن الخلل الأساسي في الاضطرابات الوجدانية هو "التغير في المزاج Mood، أو الوجدان Affect، وعادة ما يكون في اتجاه الاكتئاب (مع أو بدون قلق مصاحب)، أو في اتجاه الإبتهاج (الشماق) Elation، وعادة ما يصاحب هذا التغير، تغيير في مستوى النشاط الكلي، وأغلب الأعراض الأخرى هي إما ثانوية لهذه التغييرات في المزاج والنشاط، أو يمكن فهمها بسهولة في هذا الإطار، ولقد ميزت المعايير الرئيسية التي قسمت الاضطرابات الوجدانية على أساسها بين النوبات المنفردة Single Episodes، وبين الاضطرابات ثنائية القطب Bipolar Disorders، وكذلك الاضطرابات الأخرى متعددة النوبات، ذلك لأن نسبة كثيرة من المرضى تصاب بنوبة واحدة فقط من المرض، وقد تم التركيز، على شدة الاضطراب لما تملبه من علاجات ومستويات مختلفة من الخدمات، ومن المعروف أن الأعراض المشار إليها هنا بإعتبارها "جسدية"

كان يمكن أيضاً أن يطلق عليها "سوداوية" Melancholic أو "حيوية" Vital، أو "بيولوجية" أو "داخلية المنشأ" Endogenomorphic.

٢- **الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**

وهو دليل يصدر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي، ونشرت أول طبعة منه عام (١٩٥٢) وتوالت الطبعات حتى الطبعة الرابعة (DSM-IV, 1994)، ويضمن توضيحاً للمحكات التشخيصية للنظام متعدد المحاور، إضافة إلى أنه تبنى المنحى الوصفي مع محاولته لأن يكون حيادياً، ويجري العمل به حالياً كنظام للتصنيف والتشخيص بشكل رسمي، في الولايات المتحدة الأمريكية، كما أن العديد من الباحثين في جميع أنحاء العالم يعتمدون على هذا الدليل، كنظام تصنيفي للاضطرابات النفسية جنباً إلى جنب مع التصنيف الدولي العاشر للأمراض (ICD-10, 1993)، علماً بأن الباحثة الحالية تقتصر على الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل (DSM-IV-R, 2000)، في الدراسة الحالية نظراً لتوفر تقسيم قطاع الاضطرابات المزاجية به

إلى ثلاثة أجزاء على النحو التالي:

وصف النوبات المزاجية: حيث تتضمن (نوبات الاكتئاب الأساسية، نوبات الهوس، والنوبات المختلطة، ونوبات الهوس الخفيف).

وضع محكات لتشخيص الاضطرابات المزاجية التي تتضمن (الاضطرابات الاكتئابية، والاضطرابات ثنائية القطب، والاضطرابات المزاجية التي ترجع إلى حالات طبية عامة).

يتضمن المحددات التي تصف إما النوبة المزاجية، أو الطبيعة المرضية للنوبات المتكررة (Nathan, et al., 2004).

وطبقاً (DSM-IV-R, 2000)، يكون مناسباً تشخيص اضطراب الاكتئاب الأساسي في الشخص الذي مر بفاجعة حديثاً إذا حدث الأتي:

- إذا تطورت الأعراض، أو استمرت لمدة شهرين بعد موت الشخص المحبوب إلي المريض، فإن المريض بذلك يكون في طريقه للإصابة بالاضطراب الاكتئابي الأساسي، ويجب أن يدرك جيداً أن هناك اختلاف كبير بين الأفراد والجماعات الثقافية في ما يعرف "بالفاجعة الطبيعية"، ومع هذا حتي في الشهور القليلة الأولى من الفاجعة فإن هناك صفات معينة يتم وصفها بشكل بعيد عن العالم الطبيعي للفاجعة ويتطلب ذلك الإنتباه العيادي. وتشتمل بعض تلك الصفات علي الهلوس، وسماع صوت المفقود، أو رؤية صورة المفقود والإحساس بالذنب الزائد، مع المحاولات الإنتحارية، والشعور المستمر بعدم القيمة، والضعف الوظيفي المستمر، كما أن نسبة الإناث إلي الذكور بين المشخصين بالاضطراب الوجداني ثنائي القطب المتعدد النوبات، علي عكس الاكتئاب أحادي القطب Bipolar I Affective Disorder، فإن إنتشار الاضطراب الوجداني ثنائي القطب متعدد النوبات Bipolar II Affective Disorder يمثل نسبة ١:١ بين الجنسين (McGraw-Hill & et al 2006, P.79).

وسيظل الأطباء النفسيون على الأرجح مختلفون حول تصنيف اضطرابات المزاج Mood Disorders إلى أن يتم إكتشاف وسائل التقسيم المتلازمات السريرية (الإكلينيكية) التي تستند، على الأقل جزئياً، إلى قياسات فسيولوجية أو كيميائية أكثر من إقتصارها - كما هو الحال الآن، على التوصيف السريري (الإكلينيكي) للإنفعالات والسلوك، وطالما إستمر هنا القصور سيظل واحداً من أهم الإختيارات هو ذلك الذي يختار بين تصنيف بسيط نسبياً يتضمن درجات قليلة فقط من تدرج الشدة، وبين تصنيف أكثر تفصيلاً وتقسيماً.

أما كيفية التمييز بين الدرجات المختلفة في الشدة، فلا تزال مشكلة، ولقد عنيت هنا الدرجات الثلاث: خفيفة، متوسطة، وشديدة، لأن كثيراً من الأطباء السريريين (الإكلينيكيين) يرغبون في وجودها، والمصطلحان "هوس" و "اكتئاب شديد"، مستخدمان في هذا التصنيف ليشيرا إلى (النهائيتين المتقابلتين للطيف الوجداني)، وإصطلاح "الهوس الخفيف" مستخدم ليشير إلى حالة متوسطة بدون وهامات (ضلالات)، أو هلاوس أو إنقطاع كامل في النشاطات الطبيعية، وهي تشاهد كثيراً (وليست مقتصرة فقط) حين يصاب المرضى بالهوس أحيان يشفون منه (ICD-10, 1999, P 123).

أذا أن الباحثة الحالية تستعين بالدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل (DSM-IV-R, 2000)، ويعد ذلك مطلباً هاماً لما يتسم به هذا الدليل المراجع من (توسع، ودقة، وتحديد، وتنقيح) للاضطراب موضوع الدراسة الحالية.

كما يرى محمد السيد عبد الرحمن (٢٠١٣) أنه يتم تشخيص المريض باضطراب ثنائي القطب II إذا ما مر بخبرة أو كان له تاريخ سابق من الإصابة بنوبة أو أكثر من الاكتئاب الأساسي و نوبات من الهوس الخفيف ولكنه لم يخبر إطلاقاً نوبة هوس أو نوبة مختلطة، أي أن الاضطراب ثنائي القطب II يندرج تحته نوعاً واحداً من الاضطرابات (هي نوبات إكتئاب أساسي مع نوبات هوس خفيف متكرر) Recurrent Major Depressive Episodes with Hypo manic Episodes وقد أضيف هذا الاضطراب الثنائي القطب بشكل رسمي إلى DSM-IV لأنه شائع بصورة واضحة ويمكن أن يشخص بثبات في حالات كثيرة وله إرتباط بالعديد من الاضطرابات



المزاجية الأخرى كما يرتبط بدلالة إكلينيكية مع العديد من المشكلات (محمد السيد عبد الرحمن، ٢٠١٣، ص ٣١٧).

**الاكتئاب Depression** يعرف مصطفى زيور (١٩٧٥) الاكتئاب على أنه "حالة من الألم النفسي يصل في الميلانكوليا إلى ضرب من جحيم العذاب مصحوباً بالإحساس بالذنب الشعوري وانخفاض ملحوظ في تقدير النفس لذاتها ونقصان في النشاط العقلي والحركي والحشوي (مصطفى زيور، ١٩٧٥، ص ١٢-١٣).

ويعرف بيك و آخرون (Beck A.& et al (1980)، الاكتئاب بأنه "أحد الاضطرابات الوجدانية التي تتسم بحالة من الحزن الشديد، وفقدان الحب وكراهية الذات والشعور بالتعاسة، وفقدان الأمل وعدمالقيمه، ونقص النشاط، والاضطراب المعرفي متمثلاً في النظرة السلبية للذات، وانخفاض تقديرها، وتشويه المدركات وتحريف الذاكرة وتوقع الفشل في كل محاولة، ونقص الفاعلية (Beck, 2002, P. P77-100).

أما الدليل التشخيصي الإحصائي (DSM-IV)، فقد حدد المفاهيم بشكل أكثر دقة حتى لا يحدث خلط بين المصطلحات، وأطلق على مفهوم "الإكتئاب" الاضطرابات الوجدانية Mood Disorders، أو الاضطرابات المزاجية، ويشخص بأنه عسر المزاج Dysthymia ويحدد (DSM-IV) اضطرابات عسر المزاج Dysthymic Disorders، بأنه "مزاج مكتئب مزمن معظم اليوم، ويحدث معظم الأيام ويمتد على الأقل لمدة (عامين) مع ملاحظة أنه في حالة الأطفال والمراهقين قد يكون المزاج مكتئب لفترة زمنية (عام) واحد على الأقل"، كما يحدد (DSM-IV) معايير محددة لاضطرابات عسر المزاج حيث يتطلب وجود اثنين أو أكثر من هذه المعايير

**لتشخيص هذه الاضطرابات وهذه المعايير هي:**

- ١- ضعف الشهية أو فقدان الشهية.
- ٢- أرق أو نوم زائد.
- ٣- ضعف الطاقة أو التعب.
- ٤- ضعف تقدير الذات.
- ٥- ضعف التركيز أو صعوبة اتخاذ القرار.
- ٦- الشعور بفقدان الأمل أو اليأس (APA, (DSM-IV), 1994, P.345).

**نسب الانتشار والأعراض المميزة:** يعتبر الاكتئاب أكثر الأمراض إنتشاراً حيث تتراوح نسبة إنتشاره بين كل شعوب العالم بين ٥-٧%، وفي أبحاثنا في مصر سواء في الريف أو الحضر وجدنا النسبة تتراوح بين ٥-٦% ويوجد في العالم الآن حسب إحصائية هيئة الصحة العالمية ٣٠٠ مليون مكتئب، ويتراوح عدد المكتئبين في مصر بين ٣-٣٥ مليون، ويعالج ٨٠% منهم عند الطبيب الباطني، حيث إنه من ٧٠-٨٠% من شكاوهم تتركز على ألم عضوية، كما أن الاكتئاب يحتل المركز الرابع بالنسبة لكل الأمراض في كمية العجز والإعاقة ويتوقع العلماء أن الاكتئاب سيكون السبب الأول في عام (٢٠٢٥) في العجز، وبذلك يفوق أمراض القلب، السرطان، الروماتيزم... الخ، هذا عن نسب إنتشار المرض عالمياً ومحلياً، أما عن الأعراض الخاصة به فإن نوبة الاكتئاب تتميز بالإعياء، التعب، الحزن الشديد، النظرة السوداوية للحياة، فقد الإهتمام بالملاذات الخاصة مع الشعور بعدم جدوى من الحياة، ظهور الأعراض الإنتحارية مع الإحساس بتأنيب الضمير، الشعور بالإثم، عدم الأحقية بالحياة، وتزيد هذه الأعراض في الشدة خاصة في الصباح، ويتحسن المريض نوعاً ما في المساء، ويصاحب نوبة الاكتئاب أعراض جسمية مختلفة مثل: (الأرق الشديد، الإستيقاظ المبكر قبل الفجر، فقد الشهية للأكل مع فقد الكثير من الوزن، الصداع والدوخة، والإمساك، عدم التركيز، ألم متفرقة في الجسم عادة ما تشخص بالأم روماتيزمية

وهكذا عرضنا ما هو الاكتئاب وبالتالي سنعرض ما تعريف الهوس وأنواعه ؟

**الهوس Mania**

هو الوجه المقابل للاكتئاب، وهو وجه نقيض ويختلف تماما عن مرض الاكتئاب إلا أنه يرتبط به ارتباطاً وثيقاً، فهو يتناوب معه في مرض الاضطراب الوجداني ثنائي القطب فمرة يصاب الإنسان بالاكتئاب ومرة أخرى يصاب نفس المريض بمرض الهوس وهكذا.

النوبه الهوسيه: ثلاث درجات من الشده، تشترك في خصائص أساسيه مشتركه فيم بينهم، ارتفاع المزاج، وزيادة في كميته و سرعه النشاط الجسمي و النفسى .

وسنعرض أنواع الهوس:

### ١- الهوس الخفيف Hypomania

نوبه عارضة واضطراب مزاجي لا يتسم بالشده، ولا بالحدة في الأعراض الهوسية، بل هو درجة أقل من الهوس (تحت الهوسية)، مع زيادة ملحوظة في النشاط العام، والإحساس بالنشوة، وإشراح المزاج، ولكن ليس بالدرجة التي تؤدي إلى إخلال شديد بالعمل أو إلى الرفض من المجتمع.

### ٢- الهوس غير المصاحب بأعراض ذهانية Mania without psychotic symptoms

في هذه الحالة يكون المزاج مرتفعاً بدرجة غير متناسبه مع ظروف المريض، ويتراوح بين مزاج خال من الهم ويكاد يصل إلى ثوران غير قابل للسيطره عليه .

ويكون هذا المرض مصحوباً بزياده في الطاقه تؤدي إلى زياده في النشاط وانخفاض الحاجه إلى النوم . كما تختفى المحاذير الاجتماعيه الطبيعيه ويصبح من الصعب تركيز الانتباه.

### ٣- الهوس المصاحب بأعراض ذهانية Manic with psychotic symptoms

الصورة السريرييه لهذه الحالة هي صورته شديده من الهوس، فتقدير الذات المفرط و أفكار العظمه قد تتطور إلى وهامات (ضلالات) delusions، كما أن الهيجوه و التشكك قد يتحولان إلى أوهام (ضلالات) الاضطهاد (أحمد عكاشة، ١٩٩٩، ص١٢٢)

بعد العرض السابق لأنواع الهوس، سوف نركز على نوع الهوس الخفيف وهو محور الدراسة الحالية.

### وصف الشخصية ذات الهوس الخفيف:

يرى إشنايدر Schneider من خلال وصفه للشخصية ذات الهوس الخفيف Hypomanic Personality أن صاحبها يتميز بضيق الأفق، ولا يقبل النقد، ومتسرع في إتخاذ القرار، ولا يمكن الإعتماد عليه، كما يرى أن مثل هؤلاء الأفراد لديهم نزعة إلى الفساد الأخلاقي، والكذب المرضي، وأحياناً السلوك الإجرامي جنباً إلى جنب من فرط الإنفعالية، ويرى وينكور، وآخرين Winokur & et al، أن من يعانون من الهوس الخفيف Hypomania، لديهم مستوى مرتفع من النشاط الزائد، مع إهتمامات كثيرة، كما يقومون بالمشاركة في المجالات والإهتمامات المختلفة (Winokur et al., 1969, p.107).

### أولاً: النظريات المفسرة للاضطراب الوجداني ثنائي القطب:

#### النظريات العصبية البيولوجية: Neurobiological Theories

يمكن تفسير الحالات المزاجية، والاضطرابات النفسية والعقلية على أساس عدة تفسيرات كيميائية حيوية وعصبية ومنها: الإختلات في النواقل العصبية، وتعاطي الأدوية والعقاقير التي تحدث تأثيرات في كيمياء المخ، والإختلالات الهرمونية، والتمثيل الغذائي حيث يعتبر النورابينفرين Norepinpheriene والدوبامين Dopamine والسيروتونين Serotonin ثلاثة من النواقل العصبية الأولية التي يعتقد أنها تلعب دوراً مهماً في تحديد الحالات المزاجية (Thayer & et al, 1989).

### ثانياً: النظرية الحيوية:

إن الاضطرابات التي تحدث أثناء النوم تعتبر من المفاهيم المهمة التي ترتبط بالاكتئاب والهوس، وتظهر أنماط النوم بشكل منظم عن طريق الساعة البيولوجية، أو في المركز الحيوي الزمني في

ما يسمى بالسرير البصري، ومن ثم فإن الدراسات التي قد تم إجرائها على ما يتعلق بعلم وظائف الأعضاء، كان موضوع النوم فيها هو أهم موضوع أجريت الدراسات عليه، ولقد أوضحت تلك الدراسات التي اهتمت بالنوم في حالة الاكتئاب، أن هناك تمزقاً واضحاً في سرعة حركة العين أثناء النوم، وما هو معروف بشكل إصطناعي من أجل منع النوم، فإن ذلك يكون من أجل تقليل أو تسكين الاكتئاب، كما يقوم بإنهاء حالة الهوس التي يعاني منها المريض في بعض حالات الاضطرابات المزاجية، وذلك لأن هناك عدداً من مستويات الهرمونات تتعلق بأنماط النشاط. ولقد تم افتراض أن مركز التحكم الموجود في المخ المتعلق بتلك المستويات من المحتمل أن يكون له علاقة وثيقة بأحداث المخ أثناء النوم، وإذا حدث تعطل ذلك سوف يؤدي إلى حدوث تفاعلات كيميائية غير طبيعية والتي بطبيعة الحال تؤثر على المزاج (David, & Kahn, 1999, P.44).

### فرضيات الناقلات العصبية: Neurotransmitter Hypotheses

إن النظريات البيوكيميائية الماضية الخاصة بفساد الإنتظام تركز على الناقلات العصبية من نوع "نوربينيفرين" Norepinephrine كما أن مضادات الاكتئاب الثلاثية الدائرة ظهرت في هذه الفترة بأنها تزيد من تركيز "النوربينيفرين"، وناقلات عصبية أخرى مثل الـ"سروتونين" Serotonin إن الفرضية كانت تقول بأن المستويات المنخفضة من هذه الناقلات العصبية في المخ تتسبب في الاكتئاب Depression وزيادتها يتسبب في الهوس (Mania, Weissman, ) (1990, P.54-55).

#### أسباب الاضطراب الوجداني ثنائي القطب:

يوجد عدة أسباب للاضطراب الوجداني ثنائي القطب منها أسباب: بيولوجية، كيميائية، وراثية و نفسية- اجتماعية، وسنعرضهما فيما يلي:

**أولاً: الأسباب البيولوجية، والكيميائية:** الغدد الصماء، حيث يعكس وجود إختلالات في المنظومة العصبية الغددية إحصائية الإصابة بالاضطرابات الوجدانية.

**ثانياً: العوامل الوراثية:** تشير الأدلة إلى إنتقال المرض عن طريق الوراثة، يظهر هذا الاضطراب على حد سواء بين أفراد أسرة المريض.

إحتمال ظهور اضطراب وجداني في طفل يصل إلى ٢٥% إذا كان أحد والديه مصاباً باضطراب ازدواج القطبية من النوع الأول، وتزداد التوقعات بإصابة الطفل إلى نسبة ٧٥% إذا كان الوالدين مصابين بالمرض، و إذا كان أحد الوالدين مصاباً بالاكتئاب الجسمي فإن إحصائيات إصابة الطفل باضطراب الوجداني تتراوح بين ١٠- ١٣%، وهكذا.

**ثالثاً: عوامل عصبية كيميائية** وتتخلص في إنخفاض تركيز الأمينات الحيوية في المخ (مثل: السيروتونين، ونورأدرينالين، الدوبامين)، وخاصة في حالات الاكتئاب.

- زيادة تركيز الأمينات الحيوية في المخ في حالات الهوس.

- تغيير نسب مشتقات تمثيل الأمينات الحيوية مثل حامض هيدروكس إندول أسيتيك Hydroxide indole acetic (وهو مشتق من السيروتونين) وحامض (هوموفانيسليك Homovanilic - المشتق من الدوبامين).

- إختلال ضبط منظومة الأدرينالين، والأستاييل كولين مع سيطرة المسارات الكولينية Cholinergic (Kaplan, H. & Sadock's, B., 2000).

#### رابعاً: الأسباب النفسية- الاجتماعية:

توجد العديد من النظريات التي تقدم تفسيرات نفسية، إجتماعية لأسباب الإصابة باضطرابات الوجدان منها نظرية التحليل النفسي، نظريات التعلم، النظرية المعرفية، وفيما يلي سنعرض تلك النظريات.

#### ١- نظرية التحليل النفسي

يذكر إنجرام (Ingram ١٩٩٤) أن التحليل النفسي يفسر الاكتئاب على سبيل المثال على أساس أنه عدوان موجه ضد الذات، وأن الشخص قد يخبر فقد حقيقياً لموضوع الحب، أو فقد متخيلاً،

هذا الغضب المستثار ضد (طرف) موجود في الخارج قد (يتحول) إلى الداخل نتيجة الشعور بالذنب لأنه يعتقد أنه السبب في حدوث هذا الفقد. وبالتالي نجد لدى الشخص المكتئب إثارة لمشاعر الذنب، والدونية، وتحقير الشأن على تقديره لذاته، ويعتمد على تقدير الآخرين له، (Ingram, 1994, P.120) ومن جهة أخرى يعد الهوس والإنتعاش من الوسائل الدفاعية ضد الاكتئاب المزمن والكامن، حيث نجد أن الأنا الأعلى يتميز بالقوة العدوانية، والتصلب، وعدم المرونة (محمد حسن غانم، ٢٠٠٦، ص ص ١٢١-١٢٢).

## ٢- نظريات التعلم

وسنقتصر على نظرية العجز المتعلم Learned Helplessness، لسيلجمان، والذي أكد على أن الاكتئاب- كمثل- إستجابة متعلمة، نتعلمها عندما نجد أنفسنا نتعامل مع مواقف مهددة للطمأنينة، والأمان ولا مهرب منها(عبد الستار إبراهيم، ١٩٩٨، ص ص ١٣٧-١٤٤؛ Culbertson, 1997, P.P.25-31؛ محمد حسن غانم، ٢٠٠٦، ص ١٢٣).

## ٣- النظرية المعرفية:

حيث وصف آرون بيك الثلاثية المعرفية المترابطة، والتي تقود إلى الاكتئاب والتي تتكون من: نظرة سلبية للذات (أنا سيء وشخص فاشل)، التفسير السلبي للخبرات (كل شيء سيئاً على الدوام). التوقع المستمر للفشل، تبني الشخص المكتئب العديد من الأفكار اللاعقلانية والتي يرددها الفرد لنفسه (اضطراب في التفكير يقود إلى اضطراب في الوجدان ثم يقودان بدورهما إلى اضطراب في السلوك) (محمد حسن غانم، ٢٠٠٤؛ Ellis & Dryden, 1987).

## المحور الثاني: الوظائف المعرفية Cognitive Functions

**الوظائف المعرفية Cognitive Functions** : هي عبارة عن قدرات عقلية وينجم عن قدرة الكائن البشري على معالجة الرموز و المفاهيم واستخدامها بطرق متنوعة تمكّنه من حل المشكلات التي يواجهها في المواقف التعليمية و الحياتية المختلفة (ألفت كحلة، ٢٠١٢).

**أولاً: الذكاء Intelligence** : هو القدرة الكلية لأنها تميز سلوك الفرد، وهو نمط لأنه يتكون من عناصر أو قدرات، ورغم أنها ليست مستقلة تماماً، إلا أنه يمكن تمييزها نوعياً. ويتضمن الذكاء اللفظي و الذكاء العملي.

أ- **الذكاء اللفظي Verbal Intelligence** : وهو يقيس القدرات اللفظية ويتكون من ستة اختبارات (المعلومات -إعادة الأرقام -المفردات - الاستدلال الحسابي - الفهم - المتشابهات)  
ب- **الذكاء العملي Performance Intelligence** : وهو يقيس القدرات العملية ويتكون من خمسة اختبارات (تكميل الصور- ترتيب الصور- رسوم المعبات - تجميع الأشياء - رموز الأرقام)

## ثانياً: الانتباه: Attention

من أهم العمليات المعرفية لأن جميع العمليات تكاد تعتمد اعتماداً كلياً على هذه العملية لأن إدراك المثيرات التي يتعامل معها الفرد في البيئة المحيطة. قد يصيبها التحريف إذا لم يعطى لها الفرد الدرجة الكافية من إنتباهه، كذلك تعتمد الذاكرة في أولى مراحلها بشكل أساسي (مرحلة التسجيل) على الإنتباه الذي يضمن إلى حد كبير تسجيل المعلومات التي يتلقاها الفرد.

وإذا ضعف الإنتباه ضعفت معة عملية التسجيل ومن ثم عملينا الإحتفاظ والإستدعاء و من هنا تأتي أهمية أن نبدأ بتناول وظيفة الإنتباه قبل بقية الوظائف المعرفية الأخرى. ويعتبر الانتباه مكوناً هاماً من مكونات معالجة المعلومات لدى الإنسان (James&Russell 2004).

تعد اضطرابات الإنتباه من أكثر الاضطرابات التي تصاحب العديد من الإصابات والأمراض التي

تصيب المخ، بل والأمراض النفسية والعقلية كاضطرابات القلق والاكتئاب والهوس وغيرها. وتتضمن وظائف الإنتباه العديد من المناطق المخية في فصوص المخ الأربعة (جبهى- جدارى- صدغى- قفوى) بالإضافة إلى التلاموس وغيرها من مناطق ما تحت القشرة. وهذه المناطق يترابط فيما بينها لتكون منظومة وظيفية متكاملة ونظراً لأن الإنتباه يكون مطلوباً في الأداء على بقية الإختبارات المستخدمة فأنا عادة ما نبدأ بتقييمه مثل باقى الإختبارات.

### ثالثاً: الذاكرة Memory

يعرف أنور الشرقاوى ٢٠١٢ الذاكرة بأنها عملية إدراك للمواقف الماضية بما يشملها من خبرات و أحداث تؤدي دوراً هاماً فى حياة الفرد، و القدرة على استرجاع هذه المواقف و ما يرتبط بها من خبرات ماضية.

### الدراسات السابقة:

سوف يتم خلال العرض التالى عدداً من الدراسات السابقة المرتبطة بالدراسة الراهنة

#### دراسة : أحمد محمد السيد منصور (٢٠٠٢).

**بعنوان :** تقييم مآل الإضطراب الوجداني ثنائي القطب في عينة من المرضى المصريين. هدفت الدراسة إلى دراسة مختلف نواحي مآل الإضطراب الوجداني ثنائي القطب. - دراسة المحددات المحتملة لمآل هذه المجموعة من مرضى الاضطراب الوجداني ثنائي القطب. تم إختيار عينة الدراسة من المرضى الذين دخلوا المستشفى، وتشمل الدراسة المرضى المصريين المتوافر بهم الخصائص الأتية: السن (١٨-٢٥) ، الجنس (ذكور- إناث)، وإستخدمت الدراسة المقاييس التالية: ١- هاميلتون لقياس الاكتئاب. ٢- المقابلة السريرية التنبؤية ٣- مقياس بيك - رافيلسين لقياس الهوس.

- تكونت عينة الدراسة من (٤٠) مريضاً تم تشخيصهم بالاضطراب الوجداني ثنائي القطب، منهم (٢٢- ذكور)، (١٨- إناث) ، وقد أسفرت النتائج عن:

أ- في المآل الإكلينيكي أو السريري:

- أن تقريباً ٥٢% من عينة المرضى أى ٢١ من المرضى وصلوا إلى مرحلة المآل الإكلينيكي الجيد، وهذا يعنى الخلو من الأعراض تماماً، لمدة (٨ أسابيع) متتالية خلال العام السابق للتقويم، غير أن هناك ٤٨% من عينة المرضى لم يصلوا إلى مرحلة الشفاء الكاملة لمدة (٨ أسابيع) متتالية.

ب - المآل الوظيفي للمرض:

- وجدت الدراسة أن أصحاب المآل الجيد هنا كانوا (١٠) مريضاً، أي حوالي ٢٥% من العينة التي تمت دراستها.

- أن المرضى المصابين بالاضطراب الوجداني ثنائي القطب في وقت مبكر من العمر، يكون لديهم غالباً تاريخ مرضي عائلي إيجابي للمرض النفسي، وكذلك يكونون أكثر عرضة لحدوث نوبات عديدة.

#### دراسة: هالة السعيد صياح (٢٠٠٣).

**العنوان:** الخلل المعرفي في الاضطراب الوجداني ثنائي القطب.

هدفت الدراسة إلى معرفة أوجه القصور المعرفي في مريض الهوس Mania و الاكتئاب Depression، كما هدفت الدراسة إلى إيجاد طرق للوقاية من الإنتكاسات المتكررة لمرض الاضطراب الوجداني ثنائي القطب، وتألقت عينة الدراسة من (٦٠) مفردة مقسمة كالتالي، (٣٠) مريضاً يعانون من الاضطراب الوجداني ثنائي القطب (في نوبة الهوس)، و (٣٠) مريضاً (في

نوبة الاكتئاب) تبعاً للتصنيف الدولي العاشر للأمراض النفسية (هيئة الصحة العالمية، ١٩٩٢) من المترددين على العيادات الخارجية لمركز الطب النفسي التابع لمستشفيات جامعة عين شمس. وقد تم أخذ هؤلاء المرضى في حالة النوبة (الهوس، أو الاكتئاب)، وتم قياس القدرات المعرفية لهم قبل بداية العلاج، ثم قياس هذه القدرات المعرفية لهم في فترة إنحسار المرض، وتتراوح أعمارهم ما بين (١٨-٥٠) سنة، كما تضمنت العينة (ذكور، إناث).

وتم تطبيق المحكات التشخيصية الخاصة بالهوس، والاكتئاب طبقاً للتصنيف العالمي العاشر للأمراض ١٩٩٢ عليهم، وكانت الدراسة وصفية، وتم إختيار العينة الضابطة من المتطوعين الذين لم يعانون من الاضطراب الوجداني ثنائي القطب، وراعت الدراسة التماثل في (العمر، الجنس، المستوى التعليمي) مع عينة المرضى، وتم تطبيق مقياس هاميلتون للاكتئاب على مرضى الاكتئاب، ومقياس بيك - رافيلسين على مرضى الهوس، وذلك لمعرفة درجة المرض وشدته.

وأسفرت النتائج عن :

أنه عند إجراء مقارنات إحصائية بين الثلاث مجموعات في كافة الإختبارات (مرضى الهوس، مرضى الاكتئاب، والمجموعة الضابطة)، ظهر الآتي:

- في مجموعة مرضى الهوس كانت الأعراض تبدأ عادةً بالنشاط الزائد، أو تغير الحالة المزاجية للمريض.
- في مجموعة مرضى الاكتئاب كان تغير المزاج هو الأكثر شيوعاً، ويليه إضطرابات النوم.
- وجود خلل معرفي في مرضى الهوس بالنسبة لوظائف الذاكرة، كما ظل الخلل موجوداً بعد تمام الشفاء من المرض، ولكن بنسبة أقل، أي أن هناك تحسناً نسبياً.
- وجود خلل معرفي لدى مرضى الاكتئاب الذين يعانون من أعراض ذهانية أكثر من مرضى الإكتئاب الذين لا يعانون من هذه الأعراض.

**تعقيب على الدراسات السابقة:** دراسة أحمد محمد السيد منصور (٢٠٠٢) أسفرت نتائجها ظهور الاضطراب الوجداني ثنائي القطب في مراحل مبكرة من العمر، وذلك لفئة المراهقين الذين لديهم تاريخ عائلي إيجابي للمرض، كما أن هذه الدراسة تضمنت نوعين من المرضى، مرضى وصلوا لمرحلة الاكلينكى ومرضى لم يصلوا إلى مرحلة الشفاء الكاملة، وفي دراستنا الحالية نسعى لتناول المرضى بعد أنقضاء النوبة وإتمام الشفاء إلى حد ما.

كما أن في دراسة هالة الصياح (٢٠٠٣) التي هدفت إلى معرفة أوجة القصور المعرفي عند مريض الهوس و مريض الاكتئاب، أن أعراض الهوس Mania، لدى مجموعة المرضى تبدأ بحالة من النشاط الزائد، والتغير المزاجي المستمر، كما أن مجموعة مرضى الاكتئاب يعانون من تغير مستمر، وملحوظ في المزاج، يليه إضطراب في النوم، كما أثبتت هذه الدراسة أنه يوجد خلل معرفي للمصابين بكلا طرفي الاضطراب الوجداني ثنائي القطب المتمثلان في الهوس Mania والإكتئاب Depression، وظهر الخلل المعرفي في الذاكرة فقط عند مرضى الهوس، وبنسب متفاوتة قابلة للشفاء، إما في الحالات الذهانية أسفرت النتائج أنه يوجد خلل معرفي ولكن الباحثة لم توضح هل في الذاكرة فقط أما في وظائف معرفية أخرى، كما بحثت هذه الدراسة عن طرق للوقاية من الإنتكاسة، أي الوقاية من الدرجة الثالثة، وتم تطبيق المحكات التشخيصية طبقاً للتصنيف العالمي العاشر للأمراض ١٩٩٢ عليهم، أما في الدراسة الحالية سوف يتم تطبيق المحكات التشخيصية طبقاً للتصنيف العالمي الرابع للأمراض.

ولقد اتضح للباحثة من خلال الاطلاع على الدراسات السابقة المرتبطة بالدراسة الراهنة ندرة الدراسات في هذا المجال، مما يضيف أهمية خاصة على الدراسة الحالية.

ومما سبق يمكن صياغة فروض الدراسة على النحو التالي:

**فروض الدراسة:**

**الفرض الأول:** ينخفض أداء مجموعه مرضى الاضطراب الوجداني ثنائي القطب عن أداء مجموعه الاسوياء في اختبارات الذكاء اللفظي والعملي والدرجة الكلية للذكاء.

**الفرض الثاني:** ينخفض أداء مجموعه مرضى الاضطراب الوجداني ثنائي القطب عن أداء مجموعه الاسوياء في اختبارات الانتباه.

**الفرض الثالث:** ينخفض أداء مجموعه مرضى الاضطراب الوجداني ثنائي القطب عن أداء مجموعه الأسوياء في اختبارات الذاكرة.

**منهج واجراءات الدراسة:** إتبع هذا البحث المنهج الوصفي حيث تهدف الدراسة الراهنة إلى الكشف عن بعض الوظائف المعرفية لمرضى الاضطراب الوجداني ثنائي القطب وعن الفروق بين مرضى الاضطراب وجداني ثنائي القطب و الأسوياء في بعض الوظائف المعرفية (الانتباه، الذاكرة).

**ثانياً: عينة الدراسة:**

تكونت عينة الدراسة من مجموعتين ، نعرض لكل منها على النحو التالي:

- **المجموعة الأولى: مجموعة المرضى:** تتكون من ٣٠ مريض من مرضى الاضطراب الوجداني ثنائي القطب من الذكور فقط ويتراوح المدى العمري لهم من ( ١٨ إلى ٥٠ ) سنة، بمتوسط حسابي قدره ٣٠,١٧ سنة، و إنحراف معياري قدره ٦,٦٣ سنة ، و هم من مستويات تعليمية جامعية، قد تم مراعاة أن تخلو هذه المجموعة من الأمراض العضوية المزمنة و الأمراض النفسية التي تعيق التطبيق أو تؤثر على وجهة الاستجابة. و قد سُحبت مجموعة المرضى من عدة أماكن علاجية مختلفة ( مستشفى عادل صادق للطب النفسي، مستشفى المشفى للصحة النفسية (أ.د. عبد الناصر عمر).

**إختيار مجموعة المرضى وفقاً للمحكات الآتية:**

١- أن يتم تشخيص مجموعة مرضى الاضطراب الوجداني ثنائي القطب من قبل طبيب خبير طبقاً للدليل التشخيصي الرابع للاضطرابات النفسية DSM-IV بحيث لا يعانون أية اضطرابات عضوية أو أمراض نفسية أولية مثل ( القلق النفسي، الفصام، أعراض ذهانية أو أدمان) بحيث يكون تشخيص الاضطراب الوجداني ثنائي القطب هو التشخيص الأساسي لهم.

٢- أن يتم اختيارهم من مدى عمري يتراوح بين ( ١٨ - ٥٠ سنة ) و ذلك لتجنب المشكلات التي قد تنتج عن صغر العمر مثل عدم اكتمال نضج بعض الوظائف العقلية، ولأن الشخصية النفسية تبدأ من ١٨ سنة، أو من كبر السن وما قد يصاحبه من تدهور في بعض الوظائف العقلية.

٣- أن تخلو العينة من أية اعاقات بصرية أو سمعية أو عقلية.

٤- أن تكون المرحلة الجامعية هي الحد الأدنى للمستوى التعليمي للمشاركين.

٥- أن يتم التطبيق على عينة المرضى بعد أنقضاء النوبه (هوس أو اكتئاب) بمدته زمنية تقدر أسبوعين وذلك حتى لا تؤثر الجلسات الكهربائيه على المخ و بالتالي على الوظائف المعرفيه.

- **المجموعة الثانية: مجموعة الأسوياء:** تكونت من ٣٠ فرد (ذكور) تم إختيارهم كمجموعة مقارنة مشابهة لها نفس خصائص مجموعة المرضى، و يتراوح المدى العمري لهم من ( ١٨ إلى ٥٠ ) سنة أيضاً، وبمتوسط حسابي قدره ٣٢,١٧ سنة، و إنحراف معياري قدره ٨,٢٧ سنة، و هم من مستويات تعليمية جامعية أيضاً، وتتراوح عدد سنوات التعليم لهم بين

١٦ سنة، كما لم يسبق لهذه المجموعة الإصابة باضطراب نفسى أو التردد على المستشفيات أو العيادات النفسية لسبب نفسى، كما أشترط أيضاً عدم وجود تأصل مرضى أو تاريخ عائلي للإصابة بالاضطرابات النفسية أو العصبية.

### التكافؤ بين مجموعتي الدراسة:

وقامت الباحثة بمراعاة التكافؤ بين مجموعتي الدراسة فى المتغيرات الديموجرافية، من حيث الجنس ذكور، العمر تتراوح أعمارهم من ١٨ إلى ٥٠ عاماً، المستوى التعليمى الجامعى، المستوى الاقتصادى الاجتماعى مستوى مرتفع لأنهم يترددون على المستشفيات خاصة مكلفه مادياً.

### ثالثاً: أدوات الدراسة:

للتحقق من صحة فروض الدراسة استعانت الباحثة بالأدوات التالية:

- ١- استمارة جمع بيانات شخصية واجتماعية - إعداد الباحثة
- ٢- اختبار وكسلر لذكاء الراشدين (مقياس وكسلر- بلفيو لذكاء الراشدين و المراهقين) إعدده للعربية دكتور لويس مليكة ١٩٩٦. (لقياس الذكاء اللفظى و العملى، و قياس الانتباه و الذاكرة). وفيما يلي وصف تفصيلي لهذه الأدوات التى استخدمت في الدراسة :
- ١- استمارة جمع بيانات شخصية واجتماعية (إعداد الباحثة) والتي مثلت بيانات والتاريخ المرضى لمرضى.

### ٢- مقياس وكسلر- بلفيو لذكاء الراشدين

نشر وكسلر لأول مرة عام ١٩٣٩ مقياسه المعروف باسم (مقياس وكسلر - بلفيو لذكاء الراشدين و المراهقين) فى محاولة لتغطية جوانب القصور التى يعانى منها مقياس ستانفورد- بينية و غيره من مقاييس الذكاء الفردى، وبخاصة فى قياس ذكاء الراشدين باستخدام مفهوم العمر العقلى. يعرف وكسلر الذكاء بأنه نمط القدرة الكلية لفرد على العمل فى سبيل هدف، وعلى التفكير و القدرة على التعامل بكفاءة مع البيئة، والذكاء القدرة الكلية لأنه يميز سلوك الفرد بوصفة كلاً، وهو نمط لأنه يتكون من عناصر أو قدرات، ورغم أنها ليست مستقلة تماماً، إلا أنه يمكن تمييزها نوعياً، ورغم أن الذكاء ليس مجرد مجموع القدرات العقلية إلا أن الطريق الوحيد لتقييمه كميًا هو قياس الجوانب المختلفة لهذه القدرات، فأن وكسلر لم يكن يسعى إلى إعداد مقياس متحرر من العوامل غير الفكرية مثل العوامل المزاجية والشخصية. كما كان يفعل السيكومتریون السابقون إذ أن ذلك أمر يتعذر تحقيقه عملياً.

بل على العكس من ذلك. فإن وكسلر هدف إلى إعداد مقياس يمكن أن تقاس عن طريقة مثل هذه العوامل غير الفكرية قياساً موضوعياً وذلك لأن (الذكاء العام) لا يمكن نظر الية بوصفة كيانا منعزلاً، ولكن يجب النظر الية بوصفة جانباً من كل أكبر، وهو بناء شخصية الكلية التى يشاركها فى عناصر مشتركة ويرتبط بها ارتباطاً متكاملًا. (لويس مليكة، ١٩٩٦).

**بنية المقياس:** يتكون المقياس وكسلر بلفيو من أحد عشر اختباراً فرعياً ستة منها:

- ١- المعلومات العامة
- ٢- الفهم العام
- ٣- إعادة الأرقام
- ٤- المتشابهات
- ٥- الاستدلال الحسابى
- ٦- المفردات.

**والخمسة الأخرى عبارة عن اختبارات عملية أو أدائية وهما:**

- ١- ترتيب الصور
  - ٢- تكميل الصور
  - ٣- رسوم مكعبات
  - ٤- تجميع الأشياء
  - ٥- رموز الأرقام.
- ويمكن تطبيق الصورة العربية من المقياس على الأفراد من سن ١٥ سنة الى ٦٠ سنة فما فوق. وفيما يلي وصفاً للاختبارات .



**أولاً: الأختبارات اللفظية:**

- ١- **المعلومات العامة:** يتكون من ٢٥ فقرة يصحح كل منها بدرجة صحيحة أو بصفر إذا كانت خطأ . وتتناول معلومات عامه متدرجة فى صعوبتها. فمثلاً، يبدأ الأختبار بسؤال تدريبي لا يحسب فى تقدير الدرجة. وهو: (أية عاصمة جمهورية مصر العربية؟) وينتهى بسؤال: (أية هو علم الحفريات؟) وهكذا...
- ٢- **الفهم العام:** يتكون الأختبار من ١٠ أسئلة مما يقل اعتماد التوصل الى الأجابة الصحيحة عنها على التعليم، وتؤكد القدرة على إصدار الأحكام فى مواقف الحياة العملية. ويقيس الذاكرة طويلة المدى و من أسئلته: (لماذا لا تسمع عن الناس البطالين؟) وتقدر الأجابات فى ضوء قواعد و نماذج التصحيح الواردة فى ملاحق الدليل المقياس.
- ٣- **الاستدلال الحسابي:** يتكون من ١٠ مسائل تعطى الثمانية الأولى منها شفويًا. أما السؤالان الأخيران فيعطى كل منهما بصوت عالى و يطلب حلها دون الاستعانة بالورقة والقلم. وتعطى درجة واحدة عن كل مسألة تحل حلاً صحيحاً فى الوقت المحدد. كما تعطى درجات إضافية للزمن فى المسألتين الأخيرتين فقط.
- ٤- **إعادة الإقام:** يطلب من المفحوص أن يعيد سلاسل من الأرقام تتلى عليه شفويًا ثم يعيد سلاسل أخرى بالعكس. و الدرجة الكلية هى مجموع أعلى عدد من الأرقام المعادة إعادة صحيحة فى كل من الأختبارين.
- ٥- **المتشابهات:** يطلب من المفحوص ذكر الشبة بين شئيين يذكرهما الفاحص شفويًا مثل (برتقال- موز) وتقدر الاجابات بصفر أو (١) أو (٢) حسب درجة ونوع التعميم فيها طبقاً لقواعد و نماذج التصحيح الواردة فى ملاحق المقياس.
- ٦- **المفردات:** يطلب من المفحوص تعريف معانى مفردات مختلفة تندرج فى الصعوبة و تشتمل القائمة على ٤٢ مفردة، يبدأ المفحوص فى تعريفها إلى أن يفشل فى تعريف خمس مفردات متتالية بتقدير صفر لكل منها. ومن الضرورى تسجيل إجابات المفحوص حرفياً كما هو الحال فى معظم الأختبارات الأخرى للأفادة من دلالاتها النوعية الأكلينكية وحتى يمكن مراجعة التصحيح حسب القواعد و النماذج الواردة فى ملاحق المقياس.

**ثانياً: الأختبارات العملية:**

- ١- **ترتيب الصور:** مجموعات من الصور تمثل كل مجموعة منها قصة مفهومه ولكن تعرض صور كل مجموعة غير مرتبة. و يطلب من المفحوص ترتيبها. مثلاً: بناء طائر لعشة ويدخل فى التقدير كل من الزمن و الدقة طبقاً للتعليمات الواردة فى كراسة الأسئلة.
- ٢- **تكميل الصور:** ١٥ بطاقة بكل منها صورة ينقصها جزء معين. و يطلب من المفحوص ذكر اسم الجزء الناقص مثل الأنف فى صورة البنت. والدرجة هى عدد الصور التى أعطيت عنها إجابات صحيحة فى حدود الزمن المقرر.
- ٣- **تجميع الأشياء:** نماذج من الخشب لثلاثة أشياء: ١- الصبى: (المانيكان)، ٢- الوجة (البروفيل)، ٣- اليد، قطعت كل منها إلى قطع مختلفة.
- و يطلب من المفحوص فى كل منها جمع القطع بحيث تكون الشكل الكامل. ويدخل فى التقدير كل من الزمن و الدقة.
- ٤- **رسوم المكعبات:** صندوق به ١٦ مكعباً ملوناً وتسع بطاقات بكل منها رسم مختلف الألوان، إثنان منها للتدريب، و يطلب من المفحوص أن يجمع المكعبات طبقاً للرسم الوارد فى كل من البطاقات. ويدخل فى التقدير أيضاً كل من الزمن و الدقة.
- ٥- **رموز الأرقام:** يطلب من المفحوص أن ينقل فى المربعات مطبوعة فى كراسة الأجابة الرموز المقابلة لكل رقم فى المربع طبقاً لمفتاح الرموز المطبوع أعلى المربعات. والدرجة هى المجموع الكلى للرموز الصحيحة التى يقوم المفحوص بكتابتها فى ٩٠ ثانية.

كما أن الأختبار لة ترتيب في تطبيقه على النحو التالي:

- ١-المعلومات ٢- تكميل الصور ٣-إعادة الأرقام ٤-ترتيب الصور ٥-المفردات ٦-رسوم المكعبات
  - ٧-الاستدلال الحسابي ٨-تجميع الأشياء ٩- الفهم ١٠-رموز الأرقام ١١-المنتشبهات
- ويوصى وكسلر بإتباع هذا الترتيب للأحتفاظ باهتمام المفحوص.
- ونحن في هذه الدراسة لم يتم تطبيق أختبار المعلومات وعوضنا به في الجداول الملاحقة بالمقياس.

**ثبات المقياس:** تشير الدراسات التي أجريت في الخارج إلى الثبات المرتفع لنسبة الذكاء الكلي عن طريق إعادة تطبيق المقياس على نفس الأفراد في فئات مختلفة من السن، ولفترات مختلفة، و على كل الأسوياء والمرضى العصابين والذهانيين.

كما وجدت معاملات ثبات بطريقة القسمة إلى نصفين (زوجي وفردى) في أربعة اختبارات لفظية، وترواحت معاملات الثبات من ٠.٥٦ في الفهم العام إلى ٠.٩٤ في المفردات. وفي دراسة أخرى طبقت فيها الطريقة في كل الاختبارات عدا رموز الأرقام وفي مجموعتين من الأسوياء والفصامين، وجد أن أعلى المعاملات (حوالي ٠.٩٠) كانت في الأختبار المفردات، إلا أن باقي المعاملات كانت منخفضة إلى حد بعيد. (لويس مليكه، ١٩٩٦). صدق المقياس: تعددت الدراسات التي تشير إلى صدق المقياس في مجالات متنوعة سواء عن طريق دراسة العلاقة بين مستوى الأداء في المقياس ومحكات خارجية، أو العلاقة بين المقياس وغيره من مقاييس الذكاء، أو عن طريق التحليل العملي. فمثلاً وجد وكسلر معامل ارتباط ٠.٦٤ بين آخر فرقة دراسية وصل إليها الفرد وبين الدرجة الكلية في المقياس. إلا أن وكسلر لا يعنى بذلك أن القدرة على الاستجابة لاختبارات الذكاء تتوقف تماماً وبالضرورة على مستوى التعليم الشكلي للفرد. وقد أوضحت دراسة قمنها في المجتمع المحلي وجود فروق بين الجامعيين و حملة الشهادات المتوسطة وبين العمال و القرويين ممن لم يتجاوز تعليمهم التعليم الابتدائي وذلك من حيث متوسط نسب الذكاء اللفظي و العملي و الكلي، و بالنسبة للجنسين، و في ثلاث فئات للسن (لويس مليكه، ١٩٩٦). وكشفت عدد غير قليل من الدراسات عن وجود معاملات ارتباط مرتفعة بين المقياس وغيره من المقاييس وبخاصة مقياس ستانفورد-بينية للذكاء. (لويس مليكه، ١٩٩٦).

#### رابعاً: الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة:

للتحقق من صحة الفروض الدراسة استخدمت الباحثة عدداً من الاساليب الاحصائية وهي:

- ١- تطبيق معادلات اختبارات للمجموعات غير المرتبطة لدلالة الفروق بين متوسطات المجموعات من خلال برنامج Spss

٢- مربع ايتا سكوير لحساب حجم التأثير معادلة حجم التأثير ايتا سكوير،  $n^2 = t^2 / (t^2 + df)$ .

**نتائج الدراسة-القسم الأول : نتائج الفروق بين ذوي الاضطراب الوجداني ثنائي القطب والأسوياء في قياس الذكاء:**

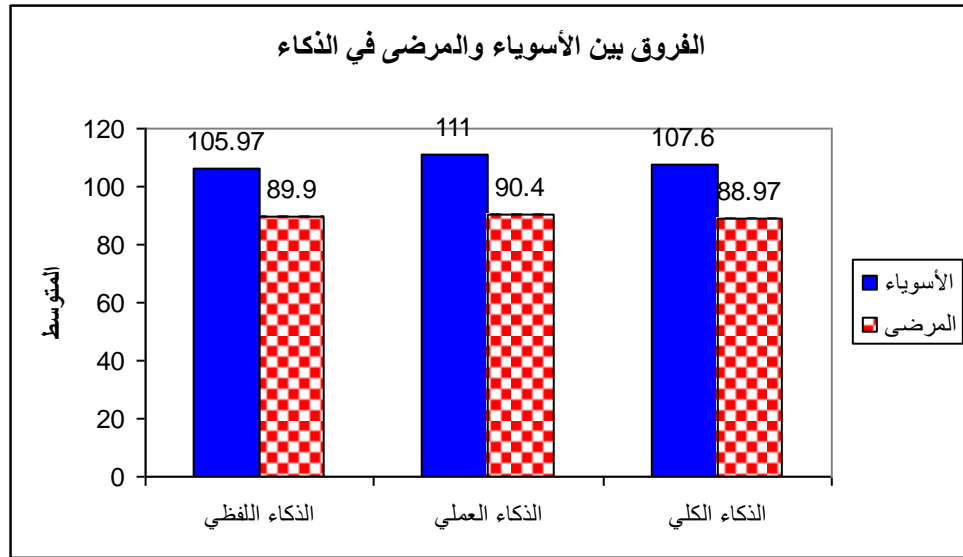
**الفرض الأول:** ينخفض أداء مجموعه مرضى الاضطراب الوجداني ثنائي القطب عن أداء المجموعه الضابطة في اختبارات الذكاء اللفظي والعملي والدرجه الكلية للذكاء.

وللتأكد من صحة هذا الفرض استخدمت الباحثة اختبار دلالة الفروق (T-Test) للكشف عن الفروق بين مجموعتي الدراسة ومربع ايتا لحساب حجم التأثير وللحصول على درجات الذكاء قامت الباحثة بالمقارنة بين العينتين في الذكاء اللفظي والذكاء العملي وفي الدرجة الكلية من مقياس وكسلر بلفيو للذكاء، وجاءت النتائج كما يلي:

جدول (١) دلالة الفروق بين متوسط درجات ذوى الاضطراب الوجداني (ن=٣٠) وعينة الأسوياء (ن=٣٠) بالنسبة للذكاء اللفظي و العملي و الدرجة الكلية وحساب حجم التأثير (درجة الحرية ٥٨).

الأبعاد	العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة ت	مسئوى الدلالة Sig	*حجم التأثير
الذكاء اللفظي	أسوياء	١٠٥.٩٧	١١.٣٠٠	٥.٥٣٥	٠.٠٠١	كبيرة ٠.٣٤٥
	مرضى	٨٩.٩٠	١١.١٩			
الذكاء العملي	أسوياء	١١١.٠٠٠	١٢.٠٨	٦.١٠٥	٠.٠٠١	كبيرة ٠.٣٩١
	مرضى	٩٠.٤٠	١٣.٩٩			
الذكاء الكلي	أسوياء	١٠٧.٦٠	١١.٤٣	٦.١٤٥	٠.٠٠١	كبيرة ٠.٣٩٤
	مرضى	٨٨.٩٧	١٢.٠٥			

\*يعتبر حجم التأثير كبيراً عندما تكون قيمة  $\eta^2$  (٠.٠١٤) و متوسطاً عند ٠.٠٦ وصغيراً عند ٠.٠١



شكل (١) يوضح الفروق بين الأسوياء والمرضى في الذكاء اللفظي والعملي والدرجة الكلية للذكاء

(ن=٦٠)

ويتضح من الجدول (١) وشكل (١):

١- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين ذوى الاضطراب الوجداني وعينة الأسوياء في اتجاه الأسوياء في نسبة الذكاء اللفظي. حيث أظهرت النتائج أن الفروق بلغت معاملات دلالة مرتفعة ٠.٠٠١ وهذا يبرز أن الأسوياء حصلوا على متوسط درجات للذكاء اللفظي اعلى من ذوى الاضطراب الوجداني.

٢- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين ذوي الاضطراب الوجداني وعينة الأسوياء في اتجاه الأسوياء في نسبة الذكاء العملي. حيث أظهرت النتائج أن الفروق بلغت معاملات دلالة مرتفعة ٠.٠٠١ وهذا يبرز أن الأسوياء حصلوا على متوسط درجات للذكاء العملي أعلى من ذوي الاضطراب الوجداني.

٣- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين ذوي الاضطراب الوجداني وعينة الأسوياء في اتجاه الأسوياء في نسبة الذكاء الكلي. حيث أظهرت النتائج أن الفروق بلغت معاملات دلالة مرتفعة ٠.٠٠١ وهذا يبرز أن الأسوياء حصلوا على متوسط درجات للذكاء الكلي أعلى من ذوي الاضطراب الوجداني.

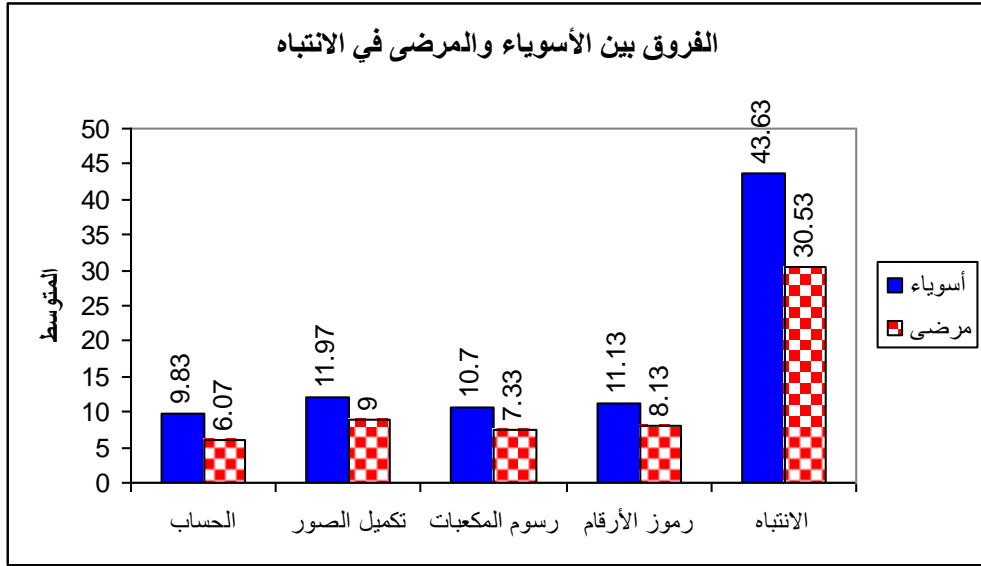
وهذا يعنى أن أداء مرضى الاضطراب الوجداني ثنائى القطب كان أقل من أداء الأسوياء بالنسبة للذكاء اللفظى و العملى و الدرجة الكلية مما يثبت صحة الفرض الأول.  
**الفرض الثانى:** ينخفض أداء مجموعه مرضى الاضطراب الوجداني ثنائى القطب عن أداء المجموعه الضابطه فى اختبارات الانتباه.

وللتأكد من صحة الفرض الثانى تم مقارنة نتائج المجموعتين (المرضى والأسوياء) على أربع مقاييس فرعية من مقياس وكسلر بلفيو للذكاء وهى المقاييس التى تكشف عن الانتباه وذلك باستخدام اختبار دلالة الفروق (T-Test) للكشف عن الفروق بينهم و مربع إيتا لحساب حجم التأثير.

و للحصول على درجات الانتباه قامت الباحثة بالمقارنة بين العينتين فى أربع اختبارات من مقياس وكسلر بلفيو وهم: اختبار الاستدلال الحسابى، اختبار تكميل الصور، اختبار رسوم المكعبات واختبار رموز الأرقام، حيث أن هذه الاختبارات تكشف عن الانتباه وجاءت النتائج كما يلى:

جدول (٢) دلالة الفروق بين متوسط درجات عينة الأسوياء (ن=٣٠) وعينة المرضى (ن=٣٠) فى الانتباه و حساب حجم التأثير (درجة الحرية ٥٨).

الأختبارات	العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة ت	مستوى الدلالة Sig	*حجم التأثير
الاستدلال الحسابي	أسوياء	٩.٨٣	٢.٩٤٩	٥.٠٥٠	٠.٠٠١	٠.٣٠٥ كبير
	مرضى	٦.٠٧	٣.٨٢٨			
تكميل الصور	أسوياء	١١.٩٧	١.٥٤٢	٥.٦٦١	٠.٠٠١	٠.٣٥٥ كبير
	مرضى	٩.٠٠	٢.٤٢١			
رسوم المكعبات	أسوياء	١٠.٧٠	٢.٢٩٢	٥.٣٥	٠.٠٠١	٠.٣٠٤ كبير
	مرضى	٧.٣٣	٢.٨٥٧			
رموز الأرقام	أسوياء	١١.١٣	٢.٢٧٠	٤.٨٢١	٠.٠٠١	٠.٢٨٦ كبير
	مرضى	٨.١٣	٢.٥٤٣			
الانتباه الكلى	أسوياء	٤٣.٦٣	٦.٩٦٥	٧.٠٢٨	٠.٠٠١	٠.٤٥٩ كبير
	مرضى	٣٠.٥٣	٧.٤٦٣٦٣			



شكل (٢) يوضح الفروق بين الأسوياء والمرضى في الانتباه (ن=٦٠)

#### ويتضح من الجدول (٢) وشكل (٢):

- ١- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين ذوي الاضطراب الوجداني وعينة الأسوياء في اتجاه الأسوياء على الاستدلال الحسابي. حيث أظهرت النتائج أن الفروق بلغت معاملات دلالة مرتفعة  $0.0001$  وهذا يبرز أن الأسوياء حصلوا على متوسط درجات أعلى من ذوي الاضطراب الوجداني.
- ٢- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين ذوي الاضطراب الوجداني وعينة الأسوياء في اتجاه الأسوياء على اختبار تكميل الصور. حيث أظهرت النتائج أن الفروق بلغت معاملات دلالة مرتفعة  $0.0001$  وهذا يبرز أن الأسوياء حصلوا على متوسط درجات أعلى من ذوي الاضطراب الوجداني.
- ٣- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين ذوي الاضطراب الوجداني وعينة الأسوياء في اتجاه الأسوياء على اختبار رسوم مكعبات. حيث أظهرت النتائج أن الفروق بلغت معاملات دلالة مرتفعة  $0.0001$  وهذا يبرز أن الأسوياء حصلوا على متوسط درجات أعلى من ذوي الاضطراب الوجداني.
- ٤- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين ذوي الاضطراب الوجداني وعينة الأسوياء في اتجاه الأسوياء على اختبار رموز الأرقام. حيث أظهرت النتائج أن الفروق بلغت معاملات دلالة مرتفعة  $0.0001$  وهذا يبرز أن الأسوياء حصلوا على متوسط درجات أعلى من ذوي الاضطراب الوجداني.
- ٥- حصول عينة الأسوياء على متوسط درجات أكثر ارتفاعاً من عينة ذوي الاضطراب الوجداني على جميع اختبارات الانتباه.

مما سبق يمكن القول أن الفرض الثاني قد تحقق و ثبتت صحته.

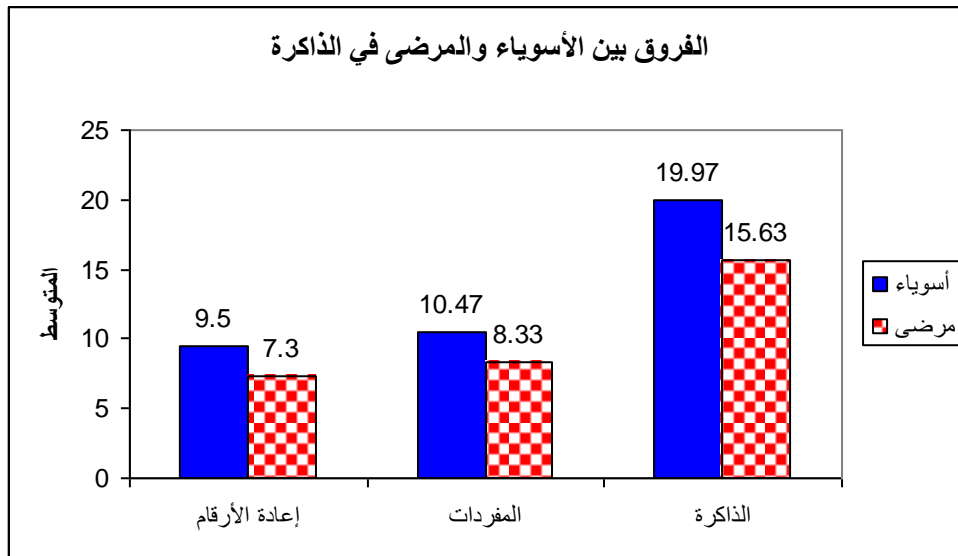
**الفرض الثالث:** ينخفض أداء مجموعه مرضى الاضطراب الوجدانيه ثنائى القطب عن أداء مجموعه الأسوياء فى اختبارات الذاكرة.

وللتأكد من صحة الفرض استخدمت الباحثة اختبار دلالة الفروق (T-Test) للكشف عن الفروق بين عينتين الدراسة ومربع إيتا لحساب حجم التأثير و للحصول على درجات الذاكرة قامت

الباحثة بالمقارنة بين العينتين في اختبارين من مقياس وكسلر وهم: اختبار إعادة الأرقام و اختبار المفردات، حيث أن هذه الاختبارات تكشف عن الذاكرة و جاءت النتائج كما يلي :

جدول (٣) دلالة الفروق بين متوسط درجات عينة الأسوياء (ن=٣٠) وعينة المرضى (ن=٣٠) في الذاكرة وحساب حجم التأثير (درجة الحرية=٥٨)

الأبعاد	العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة T	مستوى الدلالة Sig	*حجم التأثير
اختبار إعادة الأرقام	أسوياء	٩.٥٠	٢.٤٦٠	٣.٩٨٠	٠.٠٠١	٠.٢١٤ كبير
	مرضى	٧.٣٠	١.٧٦٥			
اختبار المفردات	أسوياء	١٠.٤٧	١.٥٢٥	٤.٥١٦	٠.٠٠١	٠.٢٥٩ كبير
	مرضى	٨.٣٣	٢.٠٩٠			
الذاكرة	أسوياء	١٩.٩٧	٣.٣٨٨٤٥	٥.١٣٣	٠.٠٠١	٠.٣١٢ كبير
	مرضى	١٥.٦٣	٣.١٤٥٧٠			



شكل (٣) يوضح الفروق بين الأسوياء و المرضى في الذاكرة (ن = ٦٠)

ويتضح من الجدول (٣) و شكل (٣):

- ١- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين ذوي الاضطراب الوجداني وعينة الأسوياء في اتجاه الأسوياء على اختبار إعادة الأرقام. حيث أظهرت النتائج أن الفروق بلغت معاملات دلالة مرتفعة ٠.٠٠١ وهذا يبرز أن الأسوياء حصلوا على متوسط درجات أعلى من ذوي الاضطراب الوجداني.
- ٢- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين ذوي الاضطراب الوجداني وعينة الأسوياء في اتجاه الأسوياء على اختبار المفردات. حيث أظهرت النتائج أن الفروق بلغت معاملات دلالة مرتفعة ٠.٠٠١ وهذا يبرز أن الأسوياء حصلوا على متوسط درجات أعلى من ذوي الاضطراب الوجداني.
- ٣- حصول عينة الأسوياء على متوسط درجات أكثر ارتفاعاً من عينة ذوي الاضطراب الوجداني على جميع اختبارات الذاكرة.

وهنا يعنى أن أداء مرضى الاضطراب الوجدانى ثنائى القطب كان أقل من أداء الأسوياء بالنسبة للذاكرة مما يثبت صحة الفرض الثالث.

### مناقشة النتائج و تعقيب:

من تحليل النتائج السابقة يمكن القول:

- ١- ينخفض أداء مجموعة مرضى الاضطراب الوجدانى ثنائى القطب عن أداء المجموعة الضابطة فى اختبارات الذكاء اللفظى و العملى والدرجة الكلية للذكاء.
- ٢- ينخفض أداء مجموعه مرضى الاضطراب الوجدانى ثنائى القطب عن أداء المجموعه الضابطه فى اختبارات الانتباه.
- ٣- ينخفض أداء مجموعه مرضى الاضطراب الوجدانيه ثنائى القطب عن أداء مجموعه الأسوياء فى اختبارات الذاكرة.
- ٤- أن أكثر الوظائف تأثراً بالمرض ظهرت فى اختبار الاستدلال الحسابى وهو يقيس الانتباه، التركيز، الإدراك والعمليات الحسابية، ويقصد به هنا تركيز الانتباه لإجراء العمليات الفكرية. ويرى رابابورت أن اختبار الاستدلال الحسابى واختبار إعادة الأرقام من أكثر الاختبارات تأثراً بسوء التوافق بدليل انخفاض متوسط الدرجة و زيادة الانحراف المعياري فيها عن بقية الاختبارات التى طبقت على الفئات المرضية (لويس مليكة، ١٩٩٦)، ومن هنا نلاحظ أن الانتباه يتأثر بمرضى الاضطراب الوجدانى.
- ٥- يتضح من النتائج تقارب درجات نتائج اختبارات رموز الأرقام، إعادة الأرقام لدى مرضى الاضطراب الوجدانى و الأسوياء، ويمكن تفسير ذلك بأن اختبار إعادة الأرقام سواء عند عينة الأسوياء وعينة مرضى الاضطراب الوجدانى متقاربة، هذا الاختبار لا يقيس الذاكرة فقط، إذ يرتبط انخفاض الدرجة فى الاختبار بتشتت الانتباه وبخاصة بالنسبة لاختبار إعادة الأرقام بالعكس، ويشير ذلك إلى نقص وتشتت الانتباه. والمقصود بالانتباه هو أن يسجل الفرد فى الشعور المنبهات التى يتعرض لها بصورة سلبية غير انتقائية ودون أن يبذل جهداً، وهو ما نفعلة عادة حين نقرأ جريدة أو نستمع إلى حديث، فإذا ما بذل الفرد مجهوداً شاقاً للاستماع إلى الأرقام فإنه يفشل غالباً، ويضطرب انتباهه نتيجة القلق أو عوامل انفعالية (لويس مليكة، ١٩٩٦).
- ٦- من الاختبارات الثابتة اختبار مفردات، تكميل الصور فمن المتوقع ان يكونوا أقل تأثراً بالمرض ولكن أظهرت النتائج عكس ذلك، المقصود بأنها من الاختبارات الثابتة أى ان وظيفتها لا تتأثر بالمرض، ولكن أظهرت النتائج فروق بين العينتين (لويس مليكة، ١٩٩٦).

أى أن النتائج تؤكد أن الوظائف المعرفية سواء كالانتباه و الذاكرة تتأثر بالمرض الاضطراب الوجدانى ثنائى القطب عن الأسوياء وبالتالي يتأثر الذكاء الكلى (الذكاء اللفظى - الذكاء العملى) لدى مرضى الاضطراب الوجدانى ثنائى القطب.

## المراجع الدراسة:

## أولاً: المراجع العربية:

١. أحمد عكاشة (١٩٩٩). تصنيف الاضطرابات النفسية والسلوكية، منظمة الصحة العالمية، المكتب الإقليمي لشرق المتوسط.
٢. أحمد عكاشة (٢٠٠٧). الطب النفسي المعاصر، القاهرة: الأنجلو المصرية.
٣. ألفت كحلة (٢٠١٢). علم النفس العصبي، القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.
٤. أنور الشرقاوى (٢٠١٢). تعلم (نظريات وتطبيقات)، القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.
٥. عادل صادق (٢٠٠٣). في بيتنا مريض نفسي، القاهرة: مؤسسة حورس الدولية.
٦. لويس كامل ملكيه (١٩٩٦). دليل مقياس وكسلر للراشدين، القاهرة: الأنجلو المصرية.
٧. محمد السيد عبد الرحمن (٢٠١٣). علم الأمراض النفسية والعقلية، القاهرة: زهراء الشرق.
٨. محمد حسن غانم (٢٠٠٤). اتجاهات حديثة في العلاج النفسي، القاهرة: جامعة حلوان.
٩. محمد حسن غانم (٢٠٠٦). الاضطرابات النفسية والعقلية والسلوكية، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
١٠. مصطفى زيور (١٩٧٥). محاضرة في الإكتئاب النفسي، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
١١. هاله السعيد صياح (٢٠٠٣). الخلل المعرفي في الاضطرابات الوجدانية أحادي القطب، رساله دكتوراه في الطب النفسي، كلية الطب، جامعه عين شمس.



## ثانياً : المراجع الأجنبية :

- 1- American, Psychiatric Association. (2000). **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder** (DSM-IV-TR). Washington, DC.
- 2- Beck. (2002). Psychometric properties of the beck depression: Inventory: Twenty- Five years of evolution. **Journal of clinical psychology**, vol. (1), pp: 77-100.
- 3- David A, Kahn, MD. (1999). **Mood Disorders. Psychiatry**, W .B, Saunders Company's, Stars (Sanders Text and Review Series).
- 4- Ferrier, I.N. Mac Millan, I.C., and Young, A.H., (2001):The search for the wandering Thermostat: **A review of some developments in bipolar disorder research.**
- 5- Ellis, A. & Dryden, W. (1987). **The Practice of Rational – Emotive Therapy**. New York: Springer.
- 6- Green Berg, P.E., Stiglin, L.E., Finkelstein, S.N., et al (1993). **The economic burden of depression**. Journal of clinical Psychiatry, 54,405-418.Gupta, R.D. and Gust, J.F., (2002): **Annual cost of bipolar disorder to U.K. society**. British Journal of Psychiatry (2002), 180,227-233.
- 7- Ingram, Rick, E. (1994). **Depression in Ramachndram, (Ed). Encyclopedia of Human Behavior**. Vol. 2, Cop-1, pp: 113-122. New York: Academic Press.
- 8- James, Russell.(2004).Diagnostic Controversies in Adult Attention Deficit Hyperactivity Disorder- **The American Journal of Psychiatry**. Vol. 161(11), PP:1948- 1956
- 9- Jamison, K. R. (1995). **An Unquiet Mind: Memoir of Moods and Madness**. New York, Alfred A. Knopf.
- 10- Kaplen, K., &Sadock, M. (2000).Synopsis of Psychiatry: **Behavioral Sciences Clinical Psychiatry**, Ninth Edition, Vo1, The University Hospital of the New York university medical center.

- 11- McGraw, Hill, Rebecca, A., Schmidt. (2006). **Mood Disorders**, Psychiatry Board Review, Second Edition, International Edition ISBN: 0-07-110891-2.
- 12- Nathan & Paula, (2004). **A Qualitative Approach to Identifying Psychosocial Issues Faced by Bipolar Patients** vol. 192(12),PP:810-817
- 13- Thayer, R. E., Takahashi, P. J., & Pauli, J. A. (1989). **Multidimensional Arousal States, Diurnal Rhythms, Cognitive and Social Processes and Extraversion Personality and Individual Differences**. 9, 15-24.
- 14- Weissman, M., M. (1990). **Affective Disorders. In Psychiatric Disorders in America**. Robins, L., and D., Reiger. Eds. New York, Free Press.
- 15- Winokur, G. (1969). **Manic Depressive Illness**. St. Louis: CV Mosby Company.