

بعض الوظائف المعرفية وعلاقتها بمرض الاضطراب الوجدانى ثنائى القطب

إعداد

هدية أحمد نذير بكداش

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

إشراف

أ.د/ ماري عبد الله حبيب

أستاذ مساعد علم النفس 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 الحالى التعرف على طبيعة التغيرات التى تحدث فى بعض الوظائف المعرفية لدى مرضى الاضطراب الوجدانى ثنائى القطب و ذلك من خلال مقارنة عينة من المرضى بعينة من الأسوياء. **المنهج و الإجراءات:** لقد طبق البحث على عينة من المرضى (٣٠) من الذكور فى مقابل عينة من الأسوياء (٣٠) من الذكور و مراعاة التكافؤ بين العينتين فى العمر (١٨-٥٠ سنة) و المستوى التعليمى و الاقتصادى. تم تطبيق اختبار وكسلر- بلفيو لذكاء الراشدين و ذلك لقياس الذكاء اللفظى، العملى و الكلى و لقياس وظائف الانتباه و الذاكرة على العينتين. **النتائج:** وقد أوضحت النتائج انخفاض أداء مجموعة مرضى الاضطراب الوجدانى ثنائى القطب عن أداء المجموعة الاسوياء فى الذكاء اللفظى و العملى و الذكاء الكلى و فى اختبارات الانتباه و الذاكرة و قد تمت مناقشة النتائج فى ضوء الإطار النظرى و التطبيقى للبحث.

الكلمات المفتاحية: الاضطراب الوجدانى ثنائى 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 فإنة غير منظور لا يرى، ولكننا ندرك وجوده لقيامه ببعض الوظائف التى تستدل بها على وجوده، وتنتم فية عمليات التفكير والإنفعال 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 فإنة 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 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 يؤدى 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 تؤدى 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 تؤدى 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 مصحوبا 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 و الغدة الدرقية و الغدة الجار الكلوية و الغدة التناسلية (عادل صادق، ٢٠٠٣، ص ١٢٤).

ويعد الاضطراب الوجدانى ثنائى القطب (الاكتئاب - الهوس) هو أحد الأمراض العقلية التى تم التعرف عليها من مئات السنين، ثم اندثرت و أعيد 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 إليه 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 ٠.٤ - ١.٦% و يقدر انتشار الاضطراب الوجدانى ثنائى القطب حالياً من ٣% إلى ٥.٦% من أفراد المجتمع (أحمد عكاشه، ٢٠٠٧، ص).

و يمثل هذا المرض عبئاً ثقيلاً على الخدمات الصحية الأولية و الثانوية فى العالم أجمع، حيث أنه من الأمراض المزمنة التى تلازم المريض لسنوات طويلة من عمرة. كما يمثل هذا المرض

عبئاً على الإقتصاد القومى ككل، فلا يمكن أن نغفل العبء الإقتصادى 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 الوظيفى. و قد تم تقدير التكلفة السنوية للإنفاق على هذا المرض فى المملكة المتحدة ب ١٩٩ مليون جنيهه إسترليني (Gupta,RD&GusetJF,2002).

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

وقد لاحظ الأطباء أن هذا المرض يصاحبه غالباً بعض القصور فى الوظائف المعرفية مثلاً الانتباه، الذاكرة و القدرات التنفيذية، حيث يعانى مرضى الاضطراب الوجدانى من قصور سواء كانت نوبة هوس أو نوبة اكتئاب، حيث تحدث تغيرات فى كيفية تصنيف المعلومات، فيستخدم المريض إستراتيجية غير كاملة فى 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 الإكلينكى ما بين النوبات. ومن هذه الملاحظة تبلورت نظرية أن هذه التغيرات السلبية فى 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 التى تهدف إلى معرفة الآثار السلبية الناجمة عن هذا الاضطراب الوجدانى ثنائى القطب، فيما يخص الوظائف المعرفية، مما قد يساعدنا على توقع حدوث المرض قبل حدوثه بوقت كافى للتوجه للعلاج الصحيح فى بدايته محاولة للقضاء على المرض.

تعتبر معرفه أوجه القصور المعرفى لدى مريض الاضطراب الوجدانى ثنائى 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 ذى قبل.

كما قد يؤدي فى 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 فى التساؤلات الآتية:

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

١- هل يختلف مستوى أداء مجموعة مرضى الاضطراب الوجدانى ثنائى القطب عن أداء مستوى المجموعة الضابطة (الاسوياء) فى اختبارات الذكاء اللفظى، و العملى و الدرجة الكلية للذكاء؟

- ٢- هل يختلف مستوى أداء مجموعة مرضى الاضطراب الوجدانى ثنائى القطب عن أداء مستوى المجموعة الضابطة (الاسوياء) فى اختبارات الانتباه؟
- ٣- هل يختلف مستوى أداء مجموعة مرضى الاضطراب الوجدانى ثنائى القطب عن مستوى أداء المجموعة الضابطة (الاسوياء) فى اختبارات الذاكرة؟

ثالثاً: أهداف الدراسة

- ١- تهدف الدراسة الراهنة إلى تحديد طبيعة التغيرات التى تحدث فى بعض الوظائف المعرفية لدى مرضى الاضطراب الوجدانى ثنائى القطب (الانتباه- الذاكرة).
- ٢- تحديد أوجه القصور المعرفى لدى هؤلاء المرضى من خلال قياس الذكاء اللفظى، والعملى والذكاء العام.

رابعاً: أهمية الدراسة

١. بعد الإنتهاء من الدراسة يمكن إستخدام النتائج فى رفع الوعى بطبيعة مرض الاضطراب الوجدانى ثنائى القطب و التعرف على أعراضه و اللجوء إلى العلاج منذ البداية حتى يمكن تجنب إنتكاساته المدمرة للمريض.
٢. كما تمثل أهمية الدراسة الحالية فى التعرف على إمكانية التدخل الناجح مع مريض الاضطراب الوجدانى ثنائى القطب فى فترة ما بعد العلاج لإستعادة كفاءة المعرفة، فتكون بمثابة عامل الوقاية لة من حدوث الإنتكاسات فيما بعد لكى 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 فى تنفيذ برامج التدخل العلاجى الذى يساعد على إنحسار التدهور المعرفى لدى مرضى الاضطراب الوجدانى ثنائى القطب.
٤. إن تحديد أوجه القصور المعرفى لدى مرضى الاضطراب الوجدانى ثنائى القطب لتعيين المتخصصين فيما بعد لتقديم الرعاية الطبية لهم بما يعود أثرة الإيجابى على المجتمع.
٥. رفع كفاءة هؤلاء المرضى من خلال الإهتمام بالوظائف المعرفية لديهم.
٦. بعد الإنتهاء من الدراسة تستخدم النتائج فى لفت الأنظار إلى فئة من المرضى قلما حظيت بالإهتمام و هى فئة مرضى (الاضطراب الوجدانى ثنائى القطب) وذلك بهدف الكشف عن معاناتهم من أوجه القصور المعرفى لديهم حتى يمكن إمداد المسئولين فى المجال الرعاية الطبية النفسية بمعلومات كافية عن تلك الفئة بما يساعد على توجيه الرعاية الأكفأ لهم فى المجال الطبى.

خامساً: مصطلحات الدراسة

تعريف المفاهيم ومصطلحات الدراسة:

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

تعريف الاضطراب الوجدانى ثنائى القطب: Bipolar Affective Disorder

الاضطراب الوجدانى ثنائى القطب يمثل "اضطراباً يتميز بنوبات متكررة يضطرب فيها مزاج الشخص ومستوى نشاطه بشكل عميق، ويتكون هذا الاضطراب فى بعض الأحيان من إرتفاع فى المزاج وزيادة فى الطاقة والنشاط (هوس) Mania، أو (هوس خفيف) Hypomania وفى أحيان أخرى من هبوط فى المزاج وإنخفاض فى الطاقة والنشاط (اكتئاب) Depression كما

تتميز الحالة بشفاء كامل بين النوبات، ويتساوى الجنسان في معدل إصابتهما بالمرض أكثر من الاضطرابات المزاجية الأخرى (أحمد عكاشة، ١٩٩٨، ص ٣٣٨). ولأن الاضطراب الوجداني ثنائي القطب يتضمن نوبات من الاكتئاب والهوس فسوف نعرض تعريف الاكتئاب وتعريف 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 أجزاءً 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 نوبته يشعر المريض خلالها بسعادة طاغية و فرح لا مثيل له وإطلاق وحماس وقوة وحيوية وطاقة غير محدودة وقدرة فائقة على الحركة والكلام، وعدم النوم، وإتهام 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 والمبالغة 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 وسرعة 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 والمفاهيم واستخدامها بطرق متنوعة تمكنه من حل المشكلات التي يواجهها في المواقف التعليمية والحياتية المختلفة (ألفت كحلة، ٢٠١٢، ص ٥٤). وتتضمن الذكاء العام ووظيفة الانتباه ووظيفة 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 & Russell 2004).

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، ص ١٥٧).

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 تشملها من ذكاء لفظي و عملي و عملية الانتباه و التذكر.

لمحور 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 و الإحصائي 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 تمليه 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 تبني 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 إستمرت 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 إلي 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 إلي (النهائيتين المتقابلتين للطيف الوجداني)، وإصطلاح "الهوس الخفيف" مستخدم ليشير إلي حالة متوسطة بدون وهامات (ضلالات)، أو هلاوس أو إنقطاع كامل في النشاطات الطبيعية، وهي تشاهد كثيراً (وليست مقتصرة فقط) حين يصاب المرضى بالهوس أوحين 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،

وتتقيح) 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، أى 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 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 و كراهية الذات والشعور بالتعاسة، وفقدان الأمل وعدمالقيمه، ونقص النشاط، والاضطراب المعرفي متمثلاً في النظرة السلبية للذات، وإنخفاض 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 إتخاذ 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 شكوهم تتركز على آلام 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... إلخ، 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 بالملذات 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، آلام متفرقة في الجسم عادة ما تشخص بآلام روماتيزمية

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

الهوس Mania

هو الوجه المقابل للاكتئاب، وهو وجه نقيض ويختلف تماماً 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.

النوبة الهوسية: ثلاث درجات من الشدة، تشترك في خصائص أساسية مشتركة فيم بينهم، ارتفاع المزاج، وزيادة في كميته و سرعه النشاط الجسمي و النفسى.

وسنعرض أنواع الهوس:

١- الهوس الخفيف Hypomania

نوبة عارضة واضطراب مزاجي لا يتسم بالشدة، 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 متناسبة مع ظروف المريض، ويتراوح بين مزاج خال من الهم ويكاد يصل إلى ثوران غير قابل للسيطرة عليه.

ويكون هذا المرض مصحوباً بزيادة في الطاقة تؤدي إلى زياده في النشاط وانخفاض الحاجة إلى النوم، كما تختفي المحاذير الاجتماعية الطبيعية ويصبح من الصعب تركيز الانتباه.

٣- الهوس المصاحب بأعراض ذهانية Manic with psychotic symptoms

الصورة السريرية لهذه الحالة هي صورته شديده من الهوس، فتقدير الذات المفرط و أفكار العظمة 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: الإختلالات 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 بالسريير 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 الى 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 "نوربينفرين" Norepinephrine كما أن مضادات الاكتئاب الثلاثية الدائرة ظهرت في هذه الفترة بأنها تزيد من تركيز "النوربينفرين"، وناقلات عصبية أخرى مثل الـ"سيروتونين" 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، وإذا كان أحد الوالدين مصاباً بالاكتئاب الجسيم فإن احتمالات 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.

- تغير 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، والأسيتايل كولين مع سيطرة المسارات الكولينية (Kaplan, H. & Sadock's, B., 2000).

رابعاً: الأسباب النفسية- الإجتماعية:

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 (١٩٩٤) Ingram أن التحليل النفسي يفسر الاكتئاب على سبيل المثال على أساس أنه عدوان موجه ضد الذات، وأن الشخص قد يخبر فقداً حقيقياً لموضوع الحب، أو فقداً 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 وجهة أخرى يعد الهوس والانتعاش 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 تمكنه 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 عمليتا 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 تؤدى دوراً هاماً في 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 الانتكاسات المتكررة لمرض الاضطراب الوجداني ثنائي القطب، وتألفت 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 تغيير الحالة المزاجية للمريض.

- في مجموعة مرضى الاكتئاب كان تغير المزاج هو الأكثر شيوعاً، ويليه اضطرابات 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 اللذين يعانون من أعراض ذهانية أكثر من مرضى الاكتئاب 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 اللذين لديهم تاريخ عائلي إيجابي للمرض، كما أن هذه الدراسة تضمنت نوعين من المرضى، مرضى وصلوا لمرحلة الاكلينيكي 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 المزاج، يليه اضطراب في النوم، كما أثبتت هذه الدراسة أنه يوجد خلل معرفي للمصابين بكلا طرفي الاضطراب الوجداني ثنائي القطب المتمثلان في الهوس Mania والاكتئاب 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 الثانى: ينخفض أداء مجموعه مرضى الاضطراب الوجدانى ثنائى القطب عن أداء مجموعه الأسوياء فى اختبارات الانتباه.

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

منهج واجراءات الدراسة: إتبع هذا البحث المنهج الوصفى حيث تهدف الدراسة الراهنة إلى الكشف عن بعض الوظائف المعرفية لمرضى الاضطراب الوجدانى ثنائى القطب وعن الفروق بين مرضى الأضطراب وجدانى ثنائى القطب و الأسوياء فى بعض الوظائف المعرفية (الانتباه، الذاكرة).

ثانياً: عينة الدراسة:

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

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

إختيار مجموعة المرضى وفقاً للمحكات الآتية:

١- أن يتم تشخيص مجموعة مرضى الأضطراب الوجدانى ثنائى القطب من قبل طبيب خبير طبقاً للدليل التشخيصى الرابع للاضطرابات النفسية DSM-IV بحيث لا يعانون أية اضطرابات عضوية أو أمراض نفسية أولية مثل (الفلق النفسى، الفصام، أعراض ذهانية أو أدمان) بحيث يكون تشخيص الاضطراب الوجدانى ثنائى القطب هو التشخيص الأساسى لهم.

٢- أن يتم اختيارهم من مدى عمرى يتراوح بين (١٨ – ٥٠ سنة) و ذلك لتجنب المشكلات التى 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 فى بعض الوظائف العقلية.

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

٤- أن تكون المرحلة الجامعية هى الحد الأدنى للمستوى التعليمى 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 بالتالى 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 العمرى لهم من (١٨ إلى ٥٠) سنة أيضاً، وبمتوسط حسابى قدره ٣٢,١٧ سنة، و إنحراف معيارى قدره

٨,٢٧ سنة، وهم 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 تواصل مرضى أو تاريخ عائلى للإصابة بالاضطرابات النفسية أو العصبية.

التكافؤ بين مجموعتى الدراسة:

وقامت الباحثة بمراعاة التكافؤ بين مجموعتى 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 فى 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 ستنفورد- بينية و غيرة 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 سته 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 للأختبارات .

أولاً: الأختبارات اللفظية:

١- المعلومات العامة: يتكون من ٢٥ فقرة يصحح كل منها بدرجة صحيحة أو بصفر إذا كانت خطأ . وتتناول معلومات عامه متدرجة في صعوبتها. فمثلاً، يبدأ الأختبار بسؤال تدريبي لا يحسب في تقدير الدرجة. وهو: (أية عاصمة جمهورية مصر العربية؟) وينتهي بسؤال: (أية 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 في مواقف الحياة العملية وقياس الذاكرة طويلة المدى و من أسئلته: (لية لازم تبعد عن الناس البطالين؟) وتقدر الأجابات في ضوء قواعد و نماذج التصحيح الواردة في ملاحق الدليل المقياس.

٣- الاستدلال الحسابي: يتكون من ١٠ مسائل تعطى الثمانية الأولى منها شفويا. أما السؤالان الأخيران فيعطى كل منهما بصوت عالي و يطلب حلها دون الاستعانة بالورقة والقلم. وتعطى درجة واحدة عن كل مسألة تحل حلاً صحيحاً في الوقت المحدد. كما تعطى درجات إضافية للزمن في المسألتين الأخيرتين فقط.

٤- إعادة الأقام: يطلب من المفحوص أن يعيد سلاسل من الأرقام تتلى عليه شفويا ثم يعيد سلاسل أخرى بالعكس. و الدرجة الكلية هي مجموع أعلى عدد من الأرقام المعادة إعادة صحيحة في كل من الأختبارين.

٥- المتشابهات: يطلب من المفحوص ذكر الشبة بين شيين يذكرهما الفاحص شفويا مثل (برتقال- موز) وتقدر الاجابات بصفر أو (١) أو (٢) حسب درجة ونوع التعميم فيها طبقاً لقواعد و نماذج التصحيح الواردة في ملاحق المقياس.

٦- المفردات: يطلب من المفحوص تعريف معاني مفردات مختلفة تدرج في الصعوبة و تشتمل القائمة على ٤٢ مفردة، يبدأ المفحوص في تعريفها إلى أن يفشل في تعريف خمس مفردات متتالية بتقدير صفر لكل منها. ومن الضروري تسجيل إجابات المفحوص حرفياً كما هو الحال في معظم الأختبارات الأخرى للأفادة من دلالاتها النوعية الأكلينكية وحتى يمكن مراجعة التصحيح حسب القواعد و النماذج الواردة في ملاحق المقياس.

ثانياً: الأختبارات العملية:

١- ترتيب الصور: مجموعات من الصور تمثل كل مجموعة منها قصة مفهومه ولكن تعرض صور كل مجموعة غير مرتبة. ويطلب من المفحوص ترتيبها. مثلاً: بناء طائر لعشة ويدخل في التقدير كل من الزمن و الدقة طبقاً للتعليمات الواردة في كراسة الأسئلة.

٢- تكميل الصور: ١٥ بطاقة بكل منها صورة ينقصها جزء معين. ويطلب من المفحوص ذكر اسم الجزء الناقص مثل الأنف في صورة البنت. والدرجة هي عدد الصور التي أعطيت عنها إجابات صحيحة في حدود الزمن المقرر.

٣- تجميع الأشياء: نماذج من الخشب لثلاثة أشياء: ١- الصبي: (المانيكان)، ٢- الوجه (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، إثتان منها للتدريب، ويطلب من المفحوص أن يجمع المكعبات طبقاً للرسم الوارد فى كل من البطاقات. يدخل 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 فى تطبيقه على النحو التالى:

- ١- المعلومات ٢- تكميل الصور ٣- إعادة الأرقام ٤- ترتيب الصور ٥- المفردات ٦- رسوم المكعبات
 - ٧- الاستدلال الحسابى ٨- تجميع الأشياء ٩- الفهم ١٠- رموز الأرقام ١١- المتشابهات
- ويوصى وكسلر بإتباع هذا الترتيب للأحتفاظ باهتمام المفحوص.

ونحن فى هذه الدراسة لم يتم تطبيق أختبار المعلومات و عوضاً بة فى الجداول الملاحقة بالمقياس.

ثبات المقياس: تشير الدراسات التى أجريت فى الخارج إلى الثبات المرتفع لنسبة الذكاء الكلى عن طريق إعادة تطبيق المقياس على نفس الأفراد فى فئات مختلفة من السن، ولفترات مختلفة، و على كل الأسوياء و المرضى العصبيين و الذهانين.

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

رابعاً: الأساليب الإحصائية المستخدمة فى الدراسة:

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

١- تطبيق معادلة اختبار ت 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:

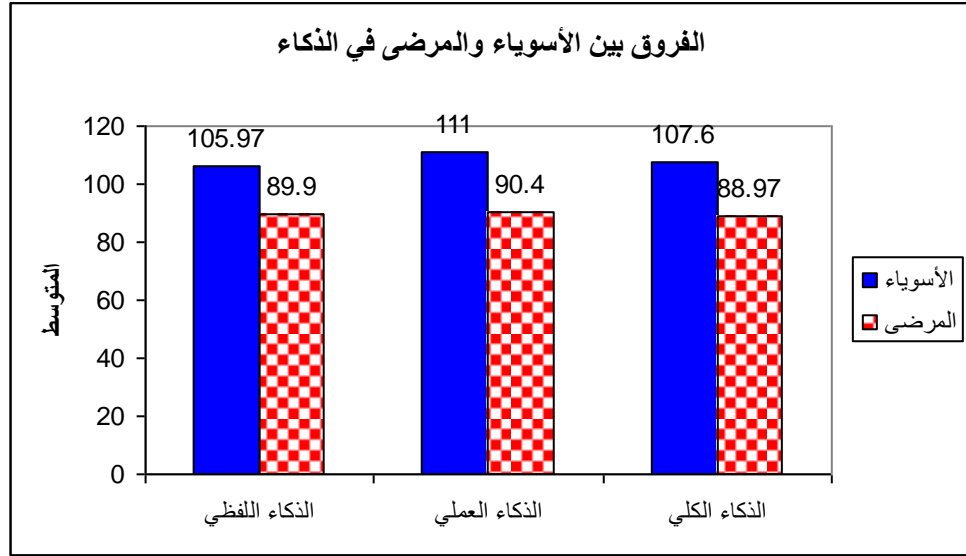
الفرض الأول: ينخفض أداء مجموعه مرضى الاضطراب الوجداني ثنائي القطب عن أداء المجموعه الضابطة في اختبارات الذكاء اللفظي والعملي والدرجة الكلية للذكاء.

وللتأكد من صحة هذا الفرض استخدمت الباحثة اختبار دلالة الفروق (T-Test) للكشف عن الفروق بين مجموعتي الدراسة ومربع إيتا 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 ذوي 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	مستوى الدلالة Sig	* حجم التأثير
الذكاء اللفظي	أسوياء	١٠٥.٩٧	١١.٣٠٠	٥.٥٣٥	٠.٠٠١	كبير
	مرضى	٨٩.٩٠	١١.١٩			
الذكاء العملي	أسوياء	١١١.٠٠٠	١٢.٠٨	٦.١٠٥	٠.٠٠١	كبير
	مرضى	٩٠.٤٠	١٣.٩٩			
الذكاء الكلي	أسوياء	١٠٧.٦٠	١١.٤٣	٦.١٤٥	٠.٠٠١	كبير
	مرضى	٨٨.٩٧	١٢.٠٥			

*يعتبر حجم التأثير كبيراً عندما تكون قيمة n^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 ذوي 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 أعلى من ذوي 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 يعني أن أداء مرضى الاضطراب الوجداني ثنائي القطب كان أقل من أداء الأسوياء بالنسبة للذكاء اللفظي والعملي والدرجة الكلية مما يثبت صحة الفرض الأول.

الفرض الثاني: ينخفض أداء مجموعة مرضى الاضطراب الوجداني ثنائي القطب عن أداء المجموعة الضابطة في اختبارات الانتباه.

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

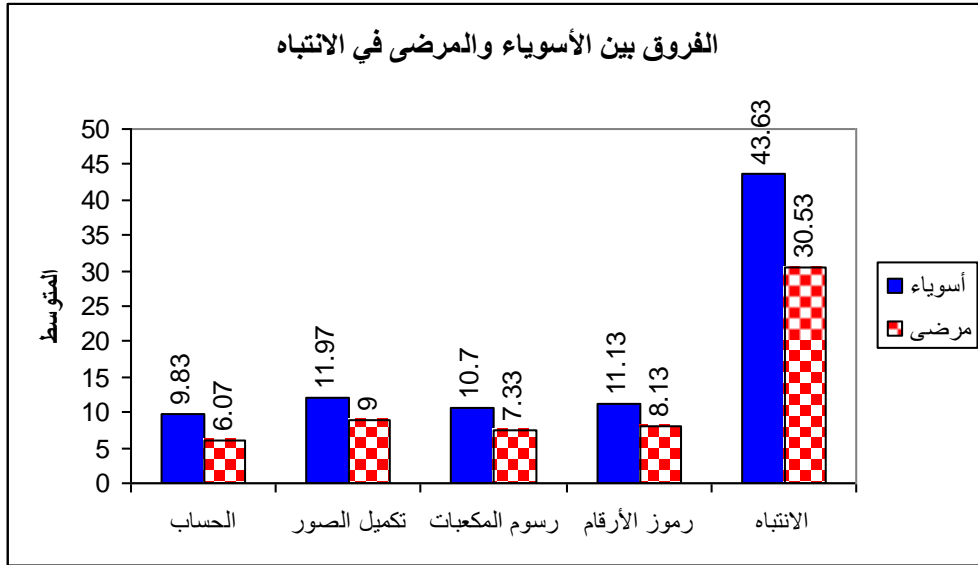
و للحصول على درجات الانتباه قامت الباحثة بالمقارنة بين العينتين في أربع اختبارات من مقياس وكسلر بلفيو وهم: اختبار الاستدلال الحسابي، اختبار تكميل الصور، اختبار رسوم

المكعبات واختبار رموز الأرقام، حيث أن هذه الاختبارات تكشف عن الانتباه وجاءت النتائج كما يلي:

جدول (٢) دلالة الفروق بين متوسط درجات عينة الأسوياء (ن=٣٠) وعينة المرضى (ن=٣٠) في 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	٥.٥٥٠	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			
رسم 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			

٠.٤٥٩			٦.٩٦٥	٤٣.٦٣	أسوياء	الانتباه الكلية
كبير	٠.٠٠١	٧.٠٢٨	٧.٤٦٣٦٣	٣٠.٥٣	مرضى	



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

ويتضح من الجدول (٢) وشكل (٢):

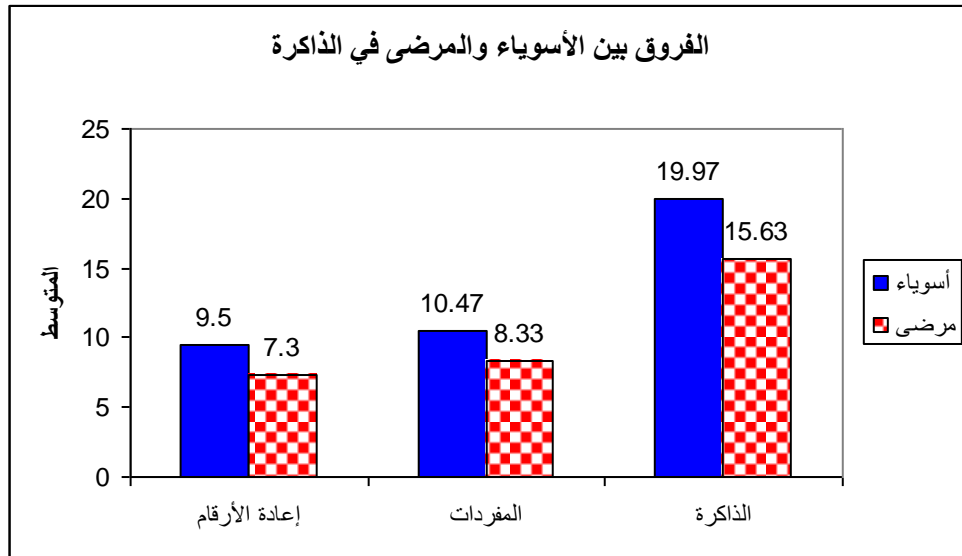
- ١- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين ذوي الاضطراب الوجداني وعينة الأسوياء في اتجاه الأسوياء على الاستدلال الحسابي. حيث أظهرت النتائج أن الفروق بلغت معاملات دلالة مرتفعة ٠.٠٠٠١ وهذا يبرز أن الأسوياء حصلوا على متوسط درجات أعلى من ذوي الاضطراب الوجداني.
 - ٢- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين ذوي الاضطراب الوجداني وعينة الأسوياء في اتجاه الأسوياء على اختبار تكميل الصور. حيث أظهرت النتائج أن الفروق بلغت معاملات دلالة مرتفعة ٠.٠٠٠١ 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 ٠.٠٠٠١ 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 ٠.٠٠٠١ 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 فى 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 الاسوياء (ن=٣٠) وعينة المرضى (ن=٣٠) فى 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 فى الذاكرة (ن = ٦٠)

ويتضح من الجدول (٣) و شكل(٣):

١- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين ذوي الاضطراب الوجداني وعينة الأسوياء فى 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 الوجداني 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 الوجداني ثنائى القطب عن أداء المجموعة الضابطة فى اختبارات الذكاء اللفظى و العملى والدرجة الكلية للذكاء.
- ٢- ينخفض أداء مجموعه مرضى الاضطراب الوجداني 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 المعيارى فيها عن بقية الاختبارات التى طبقت على الفئات المرضية (لويس مليكة، ١٩٩٦)، ومن هنا نلاحظ أن الانتباه يتأثر بمرضى الاضطراب الوجداني.
- ٥- يتضح من النتائج تقارب درجات نتائج اختبارات رموز الأرقام، إعادة الأرقام لدى مرضى الاضطراب الوجداني و الأسوياء، ويمكن تفسير ذلك بأن اختبار إعادة الأرقام سواء عند عينة الأسوياء وعينة مرضى الاضطراب الوجداني متقاربة، هذا الاختبار لا يقيس الذاكرة فقط، إذ يرتبط انخفاض الدرجة فى الاختبار بنشئت الانتباه وبخاصة بالنسبة لاختبار إعادة الأرقام بالعكس، ويشير ذلك إلى نقص ونشئت 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 اظهرت النتائج فروق بين العينتين (لويس مليكة، ١٩٩٦).

أى أن النتائج تؤكد أن الوظائف المعرفية سواء كالانتباه و الذاكرة تتأثر بالمرض الاضطراب الوجداني ثنائى القطب عن الأسوياء وبالتالي يتأثر الذكاء الكلى (الذكاء اللفظى – الذكاء العملى) لدى مرضى الاضطراب الوجداني 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 النفسى المعاصر، القاهرة: الأنجلو المصرية.
٣. ألفت كحلة (٢٠١٢). علم النفس العصبى، القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.
٤. أنور الشرقاوى (٢٠١٢). تعلم (نظريات وتطبيقات)، القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.
٥. عادل صادق (٢٠٠٣). فى بيتنا مريض نفسى، 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). إتجاهات حديثة فى العلاج النفسى، القاهرة: جامعة حلوان.
٩. محمد حسن غانم (٢٠٠٦). الإضطرابات النفسية والعقلية والسلوكية، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
١٠. مصطفى زيور (١٩٧٥). محاضرة فى الإكتئاب النفسى، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
١١. هاله السعيد صياح (٢٠٠٣). الخلل المعرفى فى الإضطرابات الوجدانية أحادى القطب، رساله دكتوراه فى الطب النفسى، كلية الطب، جامعه عين شمس.

ثانياً : المراجع الأجنبية :

- American, Psychiatric Association. (2000). **Diagnostic and Statistical -١**
Manual of Mental Disorder (DSM-IV-TR). Washington, DC.
- Beck. (2002). Psychometric properties of the beck depression: Inventory: -٢
Twenty- Five years of evolution. **Journal of clinical psychology**, vol. (1),
pp: 77-100.
- David A, Kahn, MD. (1999). **Mood Disorders. Psychiatry**, W .B, -٣
Sunders Company's, Stars (Sanders Text and Review Series).
- Ferrier, I.N. Mac Millan, I.C., and Young, A.H., (2001):The search for -٤
the wandering Thermostat: **A review of some developments in bipolar
disorder research.**
- Ellis, A. & Dryden, W. (1987). **The Practice of Rational – Emotive -٥**
Therapy. New York: Springer.
- Green Berg, P.E., Stiglin, L.E., Finkelstein, S.N., et al (1993). **The -٦**
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.
- Ingram, Rick, E. (1994). **Depression in Ramachndram, (Ed). -٧**
Encyclopedia of Human Behavior. Vol. 2, Cop-1, pp: 113-122. New
York: Academic Press.
- James, Russell.(2004).Diagnostic Controversies in Adult Attention -٨
Deficit Hyperactivity Disorder- **The American Journal of Psychiatry.**
Vol. 161(11), PP:1948- 1956
- Jamison, K. R. (1995). **An Unquiet Mind: Memoir of Moods and -٩**
Madness. New York, Alfred A. Knopf.
- Kaplen, K., &Sadock, M. (2000).Synopsis of Psychiatry: **Behavioral -١٠**
Sciences Clinical Psychiatry, Ninth Edition, Vo1, The University
Hospital of the New York university medical center.
- McGraw, Hill, Rebecca, A., Schmidt. (2006). **Mood Disorders, -١١**
Psychiatry Board Review, Second Edition, International Edition ISBN: 0-
07-110891-2.
- Nathan & Paula, (2004). **A Qualitative Approach to Identifying -١٢**
Psychosocial Issues Faced by Bipolar Patients vol. 192(12),PP:810-817
- Thayer, R. E., Takahashi, P. J., & Pauli, J. A. (1989). **Multidimensional -١٣**
**Arousal States, Diurnal Rhythms, Cognitive and Social Processes and
Extraversion Personality and Individual Differences.** 9, 15-24.
- Weissman, M., M. (1990). **Affective Disorders. In Psychiatric -١٤**
Disorders in America. Robins, L., and D., Reiger. Eds. New York, Free
Press.
- Winokur, G. (1969). **Manic Depressive Illness.**St. Louis: CV -١٥
Mosby Company.

