

## الانتباه والمرونة المعرفية والخصائص الإكلينيكية لدى مرضى الاضطراب ثنائي القطب.

هناء كارم يوسف<sup>(١)</sup> أ.د. طارق محمد عبد الوهاب<sup>(٢)</sup>

أ.م.د/ زيزي السيد إبراهيم<sup>(٣)</sup>  
جامعة الفيوم

- (١) مدرس مساعد، قسم علم النفس، كلية الآداب، جامعة الفيوم  
(٢) أستاذ علم النفس، وكيل كلية الآداب، جامعة الفيوم لشئون الدراسات  
العلية والبحوث  
(٣) أستاذ علم النفس المساعد، كلية الآداب، جامعة الفيوم

DOI:10.21608/PSYB.2022.157988.1007

## الانتباه والمرونة المعرفية والخصائص الإكلينيكية لدى مرضى الاضطراب ثنائي القطب.

### الملخص

هدفت الدراسة الحالية إلى تحديد الفروق في الأداء على مهام الانتباه والمرونة المعرفية بين مرضى الاضطراب ثنائي من حيث خصائصهم الإكلينيكية وهي: النوع (ذكور ، إناث ) ونوع النوبة المسيطرة وشدة الأعراض وجود السمات الذهانية ومدة المرض. واشتملت عينة البحث على ٦٠ مريضاً (٣١ ذكر، ٢٩ أنثى)، وتراوحت أعمارهم من (١٤ : ٥٦) عاماً بمتوسط = ٣١.٦٠٨، وانحراف معياري = ١٠.١١٣. واشتملت أدوات الدراسة على مقياس يونج لتقدير الهوس ومقياس هاملتون للاكتئاب، والمقابلة الإكلينيكية لتشخيص الأمراض النفسية والبيانات الأساسية والمسح الشامل للأعراض، وقائمة أعراض اضطراب ثنائي وفقاً للدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات العقلية -DSM. كوتقييم الانتباه طبقت مهمة ستروب لتداخل اللون والكلمة ولتقييم المرونة المعرفية طبقت مهمة فرز البطاقات ويسكونسن. وقد أظهرت النتائج عدم وجود فروق دالة إحصائية في المرونة المعرفية بين مرضى الاضطراب ثنائي القطب الذكور والإناث، بينما أظهرت فروق دالة إحصائية في الانتباه عند مستوى (٠.٠١) في اتجاه الإناث. وفيما يتعلق بالخصائص النوعية لمرضى الاضطراب ثنائي القطب؛ أظهرت النتائج وجود فروق دالة إحصائية في أداء مرضى الاضطراب ثنائي القطب حسب النوبة المرضية المسيطرة وهي (الهوس، الهوس الخفيف، الاكتئاب)، فقد أشارت نتائج اختبار (كروسكال واليس) إلى وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى (٠.٠١) في المرونة المعرفية، بينما أشارت نتائج اختبار (كروسكال واليس) إلى عدم وجود فروق دالة إحصائية في الانتباه. كما أظهرت وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى (٠.٠١) في أداء مرضى الاضطراب ثنائي القطب حسب شدة الأعراض والتي تراوحت من (خفيفة إلى متوسطة إلى شديدة) في المرونة المعرفية والانتباه، حيث أشارت نتائج اختبار (كروسكال واليس) إلى وجود هذه الفروق ودلالاتها الإحصائية. أما حسب وجود سمات ذهانية أظهرت النتائج وجود فروق دالة إحصائية في أداء مرضى الاضطراب ثنائي القطب في كل من الانتباه والمرونة المعرفية، حيث أشارت نتائج اختبار (ت) إلى وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى (٠.٠٥). بينما أظهرت النتائج عدم وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائية بين مدة المرض وكل من المرونة المعرفية والانتباه لدى مرضى الاضطراب ثنائي القطب.

**الكلمات المفتاحية:** الانتباه، المرونة المعرفية، الاضطراب ثنائي القطب.

## Attention, Cognitive Flexibility, and Clinical Characteristics in Patients with Bipolar Disorder.

The present study aimed to determine the differences in performance on attention and cognitive flexibility tasks, among patients with bipolar disorder in terms of their clinical characteristics, namely: Type (male, female), type of dominant episode, severity of symptoms, and presence of psychotic features and duration of the disease.

**Methods and Tools:** The sample consisted of (N= 60) patients with bipolar disorder, the sample characteristics were as follows: (N= 31 males, N= 29 females), their ages ranged from (14: 56) years with average = 31,609, standard deviation = 10.113. The study tools were divided into two sections: Firstly, diagnostic assessment measures, that include Young Mania Rating Scale (YMRS) to assess the severity of manic symptoms, Hamilton Depression Rating Scale (HDRS), Clinical Interview for DSM-IV Diagnostic Mental Disorders, basic data and the extensive symptom survey, and List of symptoms of bipolar disorder according to the Fifth Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV; and secondly, cognitive assessment tools that included : Stroop color–word interference task to measure attention and the Wisconsin Card Sorting Test (WCST) to measure cognitive flexibility.

**The main findings of the study were that** there were no statistically significant differences between male and female bipolar disorder patients on cognitive flexibility other than attention since statistically significant differences were found at (0.01) for females. With regard to the specific characteristics of bipolar disorder patients, the results showed statistically significant differences at (0.01) in the performance of bipolar disorder patients according to the dominant episode. Moreover, the results of the test (Kruskal-Wallis) showed that there were statistical function differences at (0.01) in cognitive flexibility while these results of the Kruskal-Wallis test indicated that there were no statistical function differences in attention.

It also showed statistically significant differences at 0.01 in the performance of patients with bipolar disorder based on the severity of the symptoms, ranging from (mild to moderate to severe) in cognitive flexibility and attention. That is, the results of the Kruskal-Wallis test indicated the existence of these differences and their statistical point. As for the presence of psychotic features: the results showed statistically significant differences in both cognitive flexibility and attention as the results of the (t) test indicated that there were statistically significant differences at the level (0.05). On the other hand, the results revealed that there was no statistically significant correlation between the duration of the disease and each of, cognitive flexibility, and attention for patients with bipolar disorder.

**Keywords:** Attention, Cognitive Flexibility, Bipolar Disorder.

### مُدخل إلى مشكلة البحث:

يُعد اضطراب ثنائي القطب مرضًا ديناميكيًا ينطوي على التناوب بين فترات عابرة من عدم استقرار الحالة المزاجية وفترات هدوء الأعراض. ووفقًا لمنظمة الصحة العالمية يتألف اضطراب ثنائي القطب من نوبات الهوس والاكتئاب مفصولة بفترات من المزاج الطبيعي، وهو هو اضطراب مزاجي خطير يؤثر على ما يقرب من ١-٣٪ من السكان على مستوى العالم، ويعرف "الهوس" بأنه متلازمة الإثارة النفسية والانفعالية الذاتية، أي، داخلية المنشأ، تتميز بالتمجيد المرضي، والسائد، والممتد وغير المبرر للمشاعر والانفعالات المفعمة الحيوية، فضلًا عن الدوافع الغريزية؛ عادةً ما ترتبط هذه الحالة من العلاقة المرضية بإحساس تضخم تقدير الذات والتفاؤل والسهولة في متابعة أهداف الفرد، والتي تدعم مشاعر الأمن والسلطة، والتي غالبًا ما يتم التباهي بها. ومن الممكن تحديد ثلاث مراحل في نوبة الهوس: مرحلة البداية (النشوة وفرط النشاط)، والأخرى للحالة (السيولة الانفعالية والاضطراب النفسي الحركي والضلالات) وأخرى للتنظيم أو الحزم (سوء التنظيم النفسي والسلوك الغريب) (McCarty et al., 2019; Perrotta, 2021; [www.who.int](http://www.who.int)).

ويعتقد أن اضطراب النظام الانفعالي يساهم في حدوث مجموعة واسعة من الاضطرابات المعرفية والعصبية لدى مرضى الاضطراب ثنائي القطب مما يؤثر بشكل كبير على الانتباه وعمليات الذاكرة العاملة (Randall, 2008).

وقد أشارت عدة دراسات مثل دراسة كلٍّ من Shapiro & Wallace, 2006 ودراسة كلٍّ من Moore & Malinowski 2009 إلى أن المرونة المعرفية مرتبطة بالأداء العقلي السليم والرفاهة الانفعالية وأنها بمثابة مؤشر على الأداء المعرفي السوي، كما حدد الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية الإصدار الخامس DSM-5 نقص المرونة المعرفية (الصلابة العقلية) باعتباره سمة من سمات مجموعة كبيرة ومتنوعة من الاضطرابات النفسية،

واقترح كلٌّ من Rottenberg & Kashdan, 2010 المرونة المعرفية باعتبارها حجر الزاوية للصحة النفسية حيث أن المرونة قبل أي مفهوم ثابت آخر يتعلق بالصحة العقلية \_ أمر بالغ الأهمية لتلبية الاحتياجات والتكيف مع التغيرات والتحديات اليومية مما يجعلها أساس للحفاظ على صحة عقلية متوازنة (Hartkamp & Thornton, 2017).

### تساؤلات الدراسة:

بناءً على ما سبق يمكن بلورة مشكلة الدراسة في محاولة الكشف عن الفروق في أداء مرضى الاضطراب ثنائي القطب على مهام الانتباه والمرونة المعرفية وفقاً لخصائصهم الإكلينيكية وهي: النوع ( ذكور، إناث ) ونوع النوبة المسيطرة وشدة الأعراض وجود السمات الذهانية ومدة المرض، ومن ثم تتصدى الدراسة الراهنة للإجابة عن الأسئلة الآتية:

١. هل يختلف أداء مرضى الاضطراب ثنائي القطب على كل من (المرونة المعرفية والانتباه) باختلاف النوع ( ذكور، إناث )، والنوبة المرضية المسيطرة (هوس، هوس خفيف، اكتئاب)، وشدة الأعراض، ووجود سمات ذهانية؟

٢. هل توجد علاقة دالة إحصائية بين مدة المرض وأداء مرضى الاضطراب ثنائي القطب على كل من (المرونة المعرفية، والانتباه)؟

### الأهمية النظرية والتطبيقية للدراسة :

١. المساهمة في الكشف عن الفروق بين مرضى الاضطراب ثنائي القطب فيما بينهم وفقاً لخصائصهم الإكلينيكية في متغيرات الدراسة (لانتباه والمرونة المعرفية).

٢. يمكن للدراسة الحالية أن تُسهم في الكشف عن أشكال التدهور المعرفي لدى مرضى الاضطراب ثنائي القطب؛ متمثلاً بالانتباه والمرونة المعرفية.

٣. قد تساعد نتائج الدراسة المختصين في تصميم برامج علاجية لتحسين الانتباه والمرونة المعرفية لدى مرضى الاضطراب ثنائي القطب.
٤. يمكن استخدام نتائج الدراسة وأدواتها في بحوث علاجية تالية للتأكد من فعالية برامج التدخل لمرضى الاضطراب ثنائي القطب.

### مفاهيم الدراسة:

#### **الاضطراب ثنائي القطب : Bipolar Disorder**

يُعرف الاضطراب ثنائي القطب بأنه اضطراب يتسم بنوبات متكررة (أي اثنين على الأقل) يضطرب فيها مزاج الشخص ومستوى نشاطه بشكل عميق. ويتكون هذا الاضطراب في بعض الأحيان من ارتفاع في المزاج وزيادة في الطاقة والنشاط (هوس أو هوس خفيف) وفي أحيان أخرى من هبوط في المزاج وانخفاض في الطاقة والنشاط (اكتئاب) (أحمد عكاشة ، طارق عكاشة ، ٢٠١٦).

#### **الانتباه : Attention**

عرف كلٌّ من (Goodwin & Clark (2008) الانتباه بأنه مفهوم يشير إلى القدرة على معالجة بعض المعلومات بشكل انتقائي ومرن في البيئة على حساب معلومات أخرى (Clark & Goodwin, 2008).

#### **المرونة المعرفية : Cognitive Flexibility**

عرفها (Aydın et al (2021) بأنها انتباه الفرد وإدراكه للتفضيلات المتنوعة والتقدير المتاح للسيناريوهات المتنوعة والدافع ليصبح مرناً في المواقف الجديدة ذات الكفاءة الذاتية (Aydın et al., 2021).

### الانتباه واضطراب ثنائي القطب:

ذكر كلٌّ من Bearden et al., 2001 أن عدة مجالات للوظيفة المعرفية لدى مرضى اضطراب ثنائي القطب تتعطل بما في ذلك: الانتباه والوظيفة التنفيذية والمعالجة الانفعالية والذاكرة (Clark & Goodwin, 2008).

واستنتج كلٌّ من Clark & Goodwin (2008) بعد مراجعة لعدد من الدراسات أن نقص الانتباه والأداء التنفيذي يرتبط بشكل خاص بالضعف الوظيفي لدى مرضى الاضطراب ثنائي القطب مما يؤدي غالبًا إلى الفشل في الوصول إلى المستويات المثلى من الأداء النفسي والاجتماعي. فقد وجد أن الانتباه في الاضطراب ثنائي القطب من النوع الأول يضعف كدالة لتطور المرض. وأنه أثناء نوبة الهوس يظهر المرضى المصابون بالاضطراب ثنائي القطب صعوبات واسعة في الوظائف التنفيذية والانتباه بما في ذلك المثابرة على التفكير وضعف القدرة على الانتباه المستمر. وتستمر أوجه القصور هذه خاصة ضعف القدرة على الانتباه المستمر إلى حد كبير خلال فترة تحسن المزاج euthymia. كما يُلاحظ أيضًا فشل نسبي في تبديل الانتباه (المثابرة) باستمرار في المرضى الذين يعانون من اضطراب ثنائي القطب وعجز مستمر في الانتباه الانتقائي حتى مع المرضى المتعافون، وبالنسبة لنوبة الاكتئاب وجدت نتائج دراسة كلٌّ من Borkowska, Rybakowski (2001) ضعف في أداء المهام المعرفية بما في ذلك تلك المتعلقة بالانتباه الانتقائي والذاكرة العاملة لدى مرضى الاكتئاب، وأنها وقد تتحسن عند الخروج من نوبة الاكتئاب الحادة (Clark & Goodwin, 2001; Borkowska, Rybakowski, 2008).

أوضح Sanchez at el (2015) أن عدة بحوث تجريبية أظهرت أدلة للاكتئاب المرتبط بالتحيز الانفعالي في الانتباه والتفسير. منها دراسة كلٌّ من Peckham et al., 2010

ودراسة Wisco, 2009 أن الأشخاص الأصحاء يميلون إلى المواد الإيجابية، في حين فإن الأشخاص المكتئبين يوجهون الانتباه بشكل غير متناسب للمواد السلبية مقارنة بالمواد الإيجابية أو المحايدة كما يضعون معاني سلبية أكثر من الإيجابية على المعلومات الغامضة. كما أظهرت دراسة كلٍ من Everaert et al 2014 ودراسة كلٍ من 2015 Everaert & Koster, أن تحيزات الانتباه تعدل ترميز واسترجاع التفسيرات الانفعالية المستمدة من مادة غامضة. وعليه أقترح كلٌ من Sanchez at el., (2015) أن هذه التحيزات في الانتباه والتفسير مرتبطة ارتباطاً وثيقاً، كما أظهرت نتائج دراستهما (٢٠١٦) أن العلاقة الراسخة بين الانتباه وإعادة التقييم الانفعالي تشير إلى أهمية مراعاة آليات الانتباه في فهم وعلاج اضطراب الرفاهية الانفعالية مشيرين إلى نتائج كلٍ من De Raedt & 2010 Koster أن إعادة التقييم غير الناجحة للاكتئاب يمكن أن تكون مرتبطة بضعف الانتباه والتحيز في معالجة المواد الانفعالية (Sanchez at el., 2015; Sanchez at el., 2016)

#### المرونة المعرفية والاضطراب ثنائي القطب:

وضع الباحثون من ضمنهم Aldao 2013 و Bonanno & Burton 2013 مؤخرًا نظرية مفادها أن القدرة على الانخراط بمرونة في الأفكار والسلوكيات المختلفة التي تتناسب مع المتطلبات الظرفية (المواقف) قد تكون أكثر دلالة على الصحة النفسية (in: Stange et al., 2017).

أن الأفراد الذين لديهم قدرة أكبر على المرونة قادرين على تحديد المطالب السياقية، واختيار الاستجابات من مجموعة من الخيارات، ومطابقة الاستجابات بشكل مناسب وفعال لمتطلبات الموقف، وتعديل الاستجابات حسب الحاجة نظرًا للتغيرات المستمرة في البيئة أو المعلومات الإضافية التي يتم الحصول عليها ذات صلة بالهدف المطروح. واستنادًا على ذلك



أضاف كلٌّ من (Stange et al (2017) إن الفائدة النهائية للمرونة هي القدرة على التكيف مع السياقات الخارجية والداخلية للتقدم نحو أهداف الفرد والتي قد تتراوح من تحسين راحة الفرد في موقف ما إلى تعزيز النجاح المهني أو الاجتماعي على المدى الطويل، وحتى البقاء. على النقيض من ذلك، قد يكون الأفراد الأقل مرونة غير مدركين للتغيرات في المطالب السياقية، وقد يرون القليل من خيارات الاستجابة الممكنة، وقد يكون لديهم مخزون محدود من المهارات القابلة للتنفيذ للاختيار من بينها، وقد يطبقون بشكل غير فعال بين الاستراتيجيات مع المتطلبات الظرفية، وقد يكونون غير قادرين على تحديد متي تصبح الاستراتيجيات غير فعالة، وقد يكونوا غير قادرين أو غير راغبين في تعديل السلوك إلى استراتيجيات من المرجح أن تكون أكثر فعالية في تحقيق أهدافهم، في حين أن الأفراد الأكثر مرونة يتمتعون بالمرونة والقدرة على التكيف مع السياق للوصول إلى النتائج المرجوة، فإن الأفراد الأقل مرونة قد يكونون أقل احتمالاً للتغلب على العقبات لتحقيق أهدافهم.

أشارت نتائج المراجعة التي أجراها كلٌّ من (Stange et al (2017) إلى أنه قد يتم إضعاف المرونة في اضطراب الاكتئاب الرئيسي (MDD) وأن عدم المرونة يرتبط بزيادة شدة الاكتئاب، بما يتفق مع الفرضية القائلة بأن عدم المرونة قد يمنح القابلية للتعرض للاكتئاب.

وأشار كلٌّ من (Dennis & Vander Wal (2015) أنه بناء على افتراض عدد من الباحثين من ضمنهم (Teasdale et al 1995) بأن الأنماط المعرفية الجامدة المميزة للاكتئاب قد تعزز حالة الاكتئاب من خلال خلق تحيز تجاه القبول التلقائي للمعتقدات غير القادرة على التكيف وبالتالي، فإن تعليم الأفراد المكتئبين أن يصبحوا أكثر مرونة معرفياً وتوازناً في تفكيرهم من خلال التعليمات باستخدام تقنيات تحدي التفكير التلقائي قد يقلل من الصلابة التي يُعتقد أنها تعزز حالة الاكتئاب.

وذكر كلٌّ من (Stange et al 2017) بأن عديد من الاضطرابات النفسية، إن لم يكن كلها، تتميز بعدم المرونة، والتي من المحتمل أن تعكس (وتشكل ضعفاً غير محدد) صعوبات نفسية بشكل عام، فقد أظهرت نتائج بعض الدراسات منها (Trivedi & Greer 2014 و Hou et al 2016) ضعف التحكم المعرفي والمرونة المعرفية بين الأفراد المصابين بالاكتئاب والمعرضين لخطر الإصابة به (Stange et al., 2017; in: Gabrys et al., 2018).

كما أشار كلٌّ من (O'Donnell et al 2017) أن الخصائص الإكلينيكية لاضطراب ثنائي القطب، قد تساهم في تباين المرونة المعرفية.

كما أوضح كلٌّ من (O'Donnell et al 2017) أن عدد من الدراسات من ضمنها (Arts et al 2008 و Bora et al 2007) أظهرت نتائجها أن الخصائص الإكلينيكية للاضطراب ثنائي القطب، بما في ذلك مدة الإصابة بالمرض، ووجود الذهان، وعدد نوبات المزاج، وأعراض الاكتئاب (بما في ذلك تحت الإكلينيكية)، أنها تتنبأ بنقص المرونة المعرفية لدى الأفراد المصابين بالاضطراب ثنائي القطب. مما يشير إلى أن هذه النواقص تعتمد على الحالة، وهي موجودة استجابة لبعض المظاهر الإكلينيكية. ومع ذلك، أشارت بعض الدراسات الأخرى منها دراسة كلٍّ من (Bora et al 2009 ودراسة كلٍّ من Langenecker et al 2010) إلى أن عجز المرونة المعرفية يُعد نمط داخلي للاضطراب ثنائي القطب، وهو نمط ظاهري ثابت مع دليل على وجود مكون وراثي أساسي بغض النظر عن الأعراض (أي المزاج أو مدة المرض أو شدة المرض) فقد وجد أيضاً في الأقارب البالغين المصابين بالاضطراب ثنائي القطب. وبناء على ذلك أجرى كلٌّ من (O'Donnell et al 2017) أن الدراسة طويلة المدى للمرونة المعرفية لتوضيح الحالة مقابل السمة المميزة لهذا العجز، حيث توصلت نتائج دراسته إلى أن عدم المرونة المعرفية،

وهي صعوبة تغيير الأفكار والاستجابات السلوكية في بيئة متغيرة، سمة من سمات الاضطراب ثنائي القطب التي من المحتمل أن تتفاقم بشكل معتدل بمرور الوقت بسبب وجود بعض السمات الديموغرافية والمعرفية والوظيفية للاضطراب وترتبط بضعف الأداء الاجتماعي والوظيفي. بينما أوضح كلٌّ من (Fleck et al (2008) في ضوء نتائج دراسته التي أظهرت عدم وجود فروق دالة إحصائية بين أداء مجموعة نوبة استقرار المزاج والأصحاء. أن معظم القدرات المعرفية التي تُقيم باستخدام WCST تتحسن أثناء تحسن المزاج، عندما تكون متلازمات الحالة المزاجية غائبة، وتضعف خلال حالات الهوس الحاد أو الحالات المختلطة مع فائدة إدراكية ملحوظة في الحلقة الأولى. تشير هذه النتائج إلى أن المرونة المعرفية قد تكون مؤشراً للضعف الوسيط، بدلاً من مؤشر ضعف ثابت (سمة أو عجز أساسي) للاضطراب ثنائي القطب، يتأثر بشكل أساسي بحالة المزاج وثانياً بمسار المرض. مما يشير إلى أنه قد يكون هناك تدهور معرفي قابل للاكتشاف، وإن كان ضعيفاً، خلال المسار المبكر للاضطراب ثنائي القطب. كما اتفقت نتائج الدراسة مع الفرضية القائلة بأن الحالة المزاجية الحادة لها تأثير أساسي على المرونة المعرفية.

### الدراسات السابقة:

أجرى كلٌّ من (Murphy et al (1999) دراسة هدفت إلى فهم صورة الضعف النفسي العصبي المرتبط بالهوس بشكل كامل من خلال الاختبارات النفسية العصبية للذاكرة البصرية والقدرة على التخطيط. ودراسة عمليات تحكم الكف وتحيز الانتباه المتطابق مع الحالة المزاجية في كل من الهوس والاكتئاب. وتكونت عينة الهوس من (١٧) مريض من نزلاء المستشفيات تتراوح اعمارهم من ١٦ إلى ٥٤ عام وتعرضوا إلى ما بين ٤ : ٧ نوبات (مريضان لم يتناولوا أي دواء أم الباقيين كانوا يتناولون مضادات الذهان) و تكونت عينة الاكتئاب من (١٩) مريض

من نزلاء المستشفيات و(٩) من المترددين على العيادة خارجية تتراوح اعمارهم من ٢٦ إلى ٥٧ عام (مريضان لم يتناولون أي دواء أم الباقين كانوا يتناولون مضادات الاكتئاب). للتشخيص طبقت محاكات تشخيص DSM-IV ومقياس يونج لتقييم شدة الهوس مقياس هاملتون للاكتئاب (Ham-D) لتقييم شدة الاكتئاب واختبار القراءة للبالغين (NART) لتقييم معدل الذكاء اللفظي واختبار الحالة العقلية المصغرة (MMSE) لقياس الأداء العقلي فحص الخرف المحتمل. وطبق مقياس الذاكرة للتعرف على المكان والأنماط (يقيم هذا الاختبار ذاكرة التعرف على الأنماط الهندسية والمواقع المكانية). و مهمة go / no-go ( لقياس التحول الانفعالي) حيث عرضت الكلمات بسرعة في وسط الشاشة، واحدة تلو الأخرى. نصف الكلمات أهداف والنصف الآخر مشتتات. وقد اختير (٤٥) كلمة حزينة و(٤٥) كلمة سعيدة. وتتطلب هذه المهمة تحكم الكف على ثلاثة مستويات متميزة - انتقاء الانتباه أو الاستجابة والربط بين التحفيز والمكافأة والانتباه إلى المحفزات الانفعالية. أظهر مرضى الهوس ضعف في اختبارات الذاكرة البصرية والتخطيط. كما ظهر اختلاف أداء التحول الانفعالي لمرضى الهوس عن أداء مرضى الاكتئاب. حيث أظهر مرضى الهوس ضعف في قدرتهم على تركيز الانتباه وكف الاستجابات السلوكية غير المناسبة، لكن مرضى الاكتئاب اظهروا ضعف في قدرتهم على تحويل تركيز الانتباه. كما أظهر مرضى الاكتئاب تحيزًا انفعاليًا للمنبهات السلبية، بالإضافة إلى ذلك، أظهرت كلتا المجموعتين تحيزات في الانتباه للمثيرات الانفعالية المتوافقة مع مزاجهم الحالي.

هدفت دراسة كلٍ من **Borkowska, Rybakowski (2001)** إلى مقارنة الأداء النفسي العصبي للمرضى الذين يعانون من اضطرابات المزاج ثنائية القطب أو أحادية القطب أثناء نوبات الاكتئاب الحادة باستخدام اختبارات الذكاء والفص الجبهي. و كان متوسط شدة الاكتئاب ومتوسط مدة المرض متشابهين في كلا المجموعتين وتكونت عينة الدراسة من (١٥) مريضا

يعانون من الاكتئاب ثنائي القطب و(٣٠) مريضاً يعانون من الاكتئاب أحادي القطب وقيمت الوظائف المعرفية من خلال اختبارات نفسية عصبية لقياس أنواع مختلفة من الذاكرة العاملة والوظائف التنفيذية و السرعة الحركية والانتباه. واستخدمت الاختبارات على النحو التالي: مقياس وكسلر لذكاء الراشدين (WAIS-R) واختبار توصيل الدوائر (TMT) حيث يقيس الجزء (أ) السرعة النفس الحركية والجزء (ب) القدرة على تغيير الاستراتيجية وتقييم الوظيفة التنفيذية والذاكرة العاملة المكانية البصرية. واختبار ستروب لتداخل اللون والكلمة. واختبار رابطة الكلمات الشفوية "FAS" لقياس الطلاقة اللفظية. واختبار الفرز البطاقات ويسكونسن (WCST). وتوصلت نتائج الدراسة إلى: حقق المرضى في مجموعة الاكتئاب ثنائي القطب مستويات أداء أقل بكثير في الجزء غير اللفظي من مقياس وكسلر WAIS-R والتي قد تعكس عجزاً أكبر في الدماغ. وفي كلا الجزأين من اختبار ستروب Stroop وفي اختبار الطلاقة اللفظية وأظهروا أيضاً ميلاً لتحقيق نتائج أضعف في اختبار توصيل الدوائر الجزء (ب) TMT-B مقارنة بمجموعة الاكتئاب أحادي القطب . كما حقق مرضى الاكتئاب ثنائي القطب نتائج أقل بكثير في اختبار ويسكونسن WCST حيث ارتكبوا ضعف عدد الأخطاء المتأثرة وأكملوا نصف الفئات الصحيحة فقط مقارنة بمرضى الاكتئاب أحادي القطب. ولم يلاحظ أي فروق بين نتائج المرضى الذكور والإناث في أي من المجموعتين.

وأجرى كلٌّ من **Bora et al (2007)** دراسة هدفت إلى تقييم العجز المعرفي لدى مرضى اضطراب ثنائي القطب في فترة المزاج المعتدل ، وتكونت عينة الدراسة من (٤٠) مرضى اضطراب ثنائي القطب ذهاني، و(٢٥) مريض اضطراب ثنائي القطب غير ذهاني و(٣٠) فرد من الأصحاء. و قد طبق مقياس يونج للهوس و مقياس هاميلتون لاكتئاب، ومقياس التقييم النفسي (Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) و اختبارات نفس عصبية لتقييم الانتباه والوظائف التنفيذية والسرعة النفس حركية والذاكرة اللفظية وكان مدة تطبيق البطارية ٩٠

دقيقة واستراحة قصيرة في الوسط ومن هذه الاختبارات: لتقييم التعلم اللفظي والذاكرة طبق اختبار روي لتعلم اللفظي (RAVLT) Rey Auditory Verbal Learning Test ، و لتقييم الانتباه المستمر والسرعة النفس حركية طبق اختبار كونس لأداء المستمر \_Conners Continuous Performance Test (CPT II) ، ومقياس توصيل الدوائر ، ولتقييم الوظائف التنفيذية الأمامية (تشكيل المفهوم والمرونة المعرفية) طبق مقياس ويسكونسن لفرز البطاقات، ومهمة سيتروب لتقييم الانتباه الانتقائي، ولتقييم الطلاقة اللفظية طلب من المشاركين تذكر اكبر عدد من الكلمات التي تبدأ بحرف أ ، ولقياس القدرة التنظيم الصري المكاني طبق مقياس رسوم المكعبات من مقياس وكسلر لذكاء الراشدين المنقحة. توصلت نتائج الدراسة إلى أن مرضى اضطراب ثنائي القطب الذهاني أدائهم أسوأ من الأصحاء كما أن مرضى اضطراب ثنائي القطب غير الذهاني لديهم عجز في الانتباه وسرعة النفس الحركية ، كما ان أداء المرضى الذهاني أسوأ في اختبار ويسكونسن مقارنة بغير الذهان، و ارتبطت مدة المرض ببطء في سرعة أداء المهام النفس الحركية، واستنتجت الدراسة أن العجز في المرونة المعرفية يمكن ان يكون سمة من سمات الذهان لدى مرضى اضطراب ثنائي القطب كما أن العجز في الطلاقة اللفظية والانتباه المستمر والسرعة النفس حركية مؤشرات لاستعداد بالإصابة باضطراب ثنائي القطب بشكل عام.

**واهتم كلٌّ من (Fleck et al (2008** بدراسة آثار الحالة المزاجية على أداء اختبار فرز

البطاقات ويسكونسن لدى اضطراب ثنائي القطب، حيث هدفت الدراسة إلى أي مدى يوجد الخل الوظيفي التنفيذي (١) أثناء متلازمة التعافي "syndromal remission" أي عندما تكون أعراض الحالة المزاجية ضعيفة، و(٢) أثناء بداية نوبات اضطراب ثنائي القطب. ولتحقيق هدف الدراسة طُبقت أبعاد لاختبار فرز بطاقة ويسكونسن (WCST) للقدرة التنفيذية أثناء حالات المزاج الحادة. وتكونت عينة الدراسة من (٢٥) مريضًا أثناء نوبة استقرار المزاج،

و(٢١) مريضًا أثناء نوبة الأولى للهوس أو الأعراض مختلطة، و٣٤ مريضًا متعدد النوبات للهوس أو الأعراض مختلطة من اضطراب ثنائي القطب من النوع الأول ، و(٤٨) فرد من الأصحاء. وتراوحت أعمارهم ما بين ١٦ إلى ٤٥ عامًا. ولتشخيص طُبقت مقابلة مقننة وفقًا لمعايير الدليل الإحصائي التشخيصي الرابع لاضطرابات العقلية DSM-IV. كما طبق اختبار القراءة الوطني للبالغين (ANART) لتقدير الذكاء اللفظي السابق للمرض، كما طبق مقياس تصنيف هاملتون للاكتئاب (HDRS) لتشخيص شدة الاكتئاب، ولتشخيص أعراض الهوس طبق مقياس يانج للهوس (YMRS)، واطهرت نتائج الدراسة فروقًا دالة إحصائية للأداء على اختبار ويسكونسن بين أفراد العينة، حيث كان أداء الأصحاء مرتفعًا عن كل من مجموعة مرضى النوبة الأولى ومجموعة مرضى النوبات المتعددة، بينما أظهرت مجموعة نوبة تحسن المزاج euthymic أداءً مرتفعًا مقارنة بأداء مجموعة النوبات المتعددة، لكنها كانت تؤدي أداءً مشابهًا لمجموعة النوبة الأولى للهوس على جميع الابعاد باستثناء مقياس واحد. كما لم تظهر النتائج فروقًا دالة إحصائية بين أداء مجموعة نوبة استقرار المزاج والأصحاء. كما اتفقت نتائج الدراسة مع الفرضية القائلة بأن الحالة المزاجية الحادة لها تأثير أساسي على المرونة المعرفية.

**وهدف كلٌّ من (Yadav et al (2011) إلى دراسة تقييم المرونة المعرفية لدى المرضى**

اضطراب ثنائي القطب أثناء نوبة الهوس، وتكونت عينة الدراسة من (٥٠) مريض في حالة نوبة هوس وفقًا لتشخيص ICD-10 DCR وكان متوسط أعمارهم ٢٨,٥٤، (٥٠) من الأسوياء وكان متوسط أعمارهم ١٢, ٢٨ وكان جميع أفراد العينة من الذكور من مستخدمي اليد اليمنى وأعمارهم تراوحت من ٢٢ - ٣٥، وتم تطبيق اسبانه جمع بيانات شملت على معلومات عن العمر والجنس والمهنة والحالة الاجتماعية وتاريخ ظهور المرض، كما طبق مقياس يونج للهوس (YMRS)، واستبانة الصحة العامة وهي أداة حساسة لوجود أي اضطراب نفسي، وطبق مقياس توصيل الدوائر لتقييم العجز في سرعة الحركية، والبحث البصري والتسلسل والانتباه والمرونة

المعرفية، وقد توصلت نتائج الدراسة إلى وجود فروق دالة إحصائية بين المرضى والأصحاء حيث أظهر مرضى اضطراب ثنائي القطب أثناء نوبة الهوس أداء منخفض في المجالات التالية ( السرعة الحركية ، والبحث البصري والتسلسل والانتباه والقدرة على تبديل المهام (المرونة المعرفية) وقد استنتجت الدراسة أن اضطراب ثنائي القطب وبالتحديد نوبة الهوس يسبب اختلالات كبيرة في المجال المعرفي مما قد يؤدي إلى عديد من الإعاقات النفسية.

**وتناولت دراسة كلٍ من (O'Donnell et al (2017) فحص مستوى أداء مهمة المرونة** المعرفية عند المصابين باضطراب ثنائي القطب والأصحاء على مدى فترة زمنية مدتها عام واحد لتحديد ما إذا كانت القصور في المرونة المعرفية يعتمد على السمة مقابل الحالة. وافترض بأنه على الرغم من أن الاضطراب ثنائي القطب قد يؤدي إلى نتائج أسوأ مقارنة من الأصحاء (بغض النظر عن النقطة الزمنية) ، فإن الأداء في WCST سيظل كما هو لكل من الاضطراب ثنائي القطب الأصحاء بمرور الوقت، مما يشير إلى المرونة المعرفية هي علامة سمة مستقرة لاضطراب ثنائي القطب. وطبق اختبار فرز بطاقة ويسكونسن (WCST) مرتين في كل عام على حدة. على عينة مكونة من (١٥٤) مريضاً باضطراب ثنائي القطب من النوع الأول و(٩٥) فرد من الأصحاء، وطبق مقياس تصنيف هاملتون للاكتئاب لتقييم شدة أعراض الاكتئاب بينما طبق مقياس يونج لتصنيف الهوس لتقييم شدة أعراض الهوس أظهرت النتائج الرئيسية وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مرضى اضطراب ثنائي القطب مقارنة الأصحاء في أخطاء المثابرة حيث كان أداء المرضى أسوأ مقارنة الأصحاء، بينما لم توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين مجموعات التشخيص في أخطاء المثابرة مما يدل على أن عدم المرونة المعرفية هي سمة من سمات الاضطراب ثنائي القطب، بغض النظر عن السمات السريرية، والتي قد تتفاقم بشكل طفيف بمرور الوقت بسبب وجود بعض السمات الديموغرافية والمعرفية والوظيفية للاضطراب. وأن التحسن واحد في أداء WCST خلال فترة زمنية مدتها عام



مما يشير إلى أن هذا قد يكون مرتبطاً بتأثيرات الممارسة وليس تحسناً في أداء المرونة المعرفية. الاستنتاجات: تشير هذه النتائج إلى أن تنفيذ التدخلات المبكرة قبل تقدم المرض يمكن أن يمنع المزيد من الضعف المعرفي، ويخفف من النتائج الوظيفية، ويحسن نوعية حياة الفرد المصاب بالاضطراب ثنائي القطب.

**واهتمت منى حسني (٢٠١٧)** بدراسة الفروق بين مرضى الاضطراب ثنائي القطب ومرضى الفصام في الأداء على بعض الوظائف المعرفية، وتكونت عينة الدراسة من ٤٦ مريضاً باضطراب ثنائي القطب من النوع الأول (١١ مريضاً في نوبة الهوس، و ١٠ مريض في نوبة الاكتئاب، ٢٥ مريض في حالة اعتدال المزاج)، كما شملت عينة الدراسة عدد ٤٦ فرداً من الأسوياء، ويتراوح أعمار أفراد العينة من (٢٥: ٤٥) عام. و لتحديد نوع النوبة التي يعاني منها المريض طبق كل من مقياس يونج للهوس ومقياس بيك للاكتئاب، كما طبق اختبار فرز البطاقات ويسكونسين لفرز البطاقات واختبار توصيل الدوائر (جزء ب) لتقييم الوظائف التنفيذية. ولقياس الذاكرة العاملة طبق اختبار الذاكرة العاملة (اللفظي وغير اللفظي) من مقياس ستانفورد بينيه الصورة الخامسة. وتوصلت نتائج الدراسة إلى وجود فروق دالة إحصائية بين مرضى اضطراب ثنائي القطب والأسوياء في الأداء على اختبارات الوظائف التنفيذية لكل من اختبار ويسكونسين ( عدد الفئات المكتملة وعدد اخطاء التماذي) واختبار توصيل الدوائر، وفي الأداء على اختبارات الذاكرة العاملة اللفظية وغير اللفظية. كما وجد تباين جزئي في درجات مرضى اضطراب ثنائي القطب على جميع الأدوات بتابين المتغيرات الاكلينيكية المتمثلة في ( النوبة المزاجية مثل الهوس، والاكتئاب، واعتدال المزاج).

### تعقيب على الدراسات السابقة:

انققت الدراسات السابقة على أن مرضى الاضطراب ثنائي القطب يعانون من تحيزات في الانتباه سواء كانوا يعانون من نوبة هوس او اكتئاب منها دراسة كلٍ من **(Murphy et al., 1999)**

كما انققت الدراسات السابقة على عدم وجود فروق دالة إحصائية بين مرضى الاضطراب ثنائي القطب سواء كانوا ذكوراً أو إناثاً منها دراسة **(Borkowska, Rybakowski, 2001)**

كما أوضحت نتائج الدراسات السابقة العجز في المرونة المعرفية يمكن ان سمة من سمات الذهان لدى مرضى اضطراب ثنائي القطب كما أن العجز في الانتباه مؤشرات لاستعداد بالإصابة باضطراب ثنائي القطب بشكل عام مثل دراسة **(Bora et al., 2007)**

وأوضحت أيضاً نتائج الدراسات أن الحالة المزاجية الحادة لها تأثير أساسي على المرونة المعرفية، وأن اضطراب ثنائي القطب وبالتحديد نوبة الهوس يسبب اختلالات كبيرة في المجال المعرفي مما قد يؤدي إلى عديد من الإعاقات النفسية. مثل دراسة **(Fleck et al., 2008; Yadav et al., 2011; O'Donnell et al., 2017)** ومن الدراسات العربية (منى حسني، ٢٠١٧).

### فروض الدراسة:

١. يختلف أداء مرضى الاضطراب ثنائي القطب على كل من (الذاكرة العاملة، والتنظيم الانفعالي، والمرونة المعرفية، والانتباه) باختلاف النوع (ذكور ، إناث )، والنوبة المرضية المسيطرة (هوس، هوس خفيف، اكتئاب)، وشدة الأعراض، ووجود سمات ذهانية.

٢. لا توجد علاقة دالة إحصائية بين مدة المرض وأداء مرضى الاضطراب ثنائي القطب على كل من المرونة المعرفية، والانتباه).

### منهج وإجراءات الدراسة:

#### أولاً: المنهج:

- استخدمت الدراسة الحالية المنهج الوصفي بشقيه الارتباطي والمقارن.

#### ثانياً: عينة الدراسة:

اشتملت عينة الدراسة على (٦٠) مريضاً بالاضطراب ثنائي القطب؛ انقسموا إلى (٣١) ذكر و(٢٩) أنثى، وتراوح أعمارهم من (١٤ : ٥٦) عاماً، ويتضح من الجداول (١)، (٢)، الخصائص النوعية والكمية لأفراد العينة، كما يتضح من جدول (٣) الخصائص النوعية الخاصة بعينة المرضى.

سُحبت العينة بطريقة مقصودة، فقد جمعت عينة مرضى اضطراب ثنائي القطب من المقيمين والمترددین على العيادة الخارجية بقسم الطب النفسي بمستشفى الحسين الجامعي ومستشفى سيد جلال ومستشفى جمال ماضي أبو العزائم فرع مدينة نصر.

#### جدول (١)

##### الخصائص النوعية للعينة الأساسية

العمل		مستوى التعليم			النوع	
لا يعمل	يعمل	جامعي	فني	ثانوي	إناث	ذكور
٢٩	٣١	٣١	٢١	٨	٢٩	٣١
%٤٨.٣	%٥١.٧	%٥١.٧	%٣٥.٠	%١٣.٤	%٤٨.٣	%٥١.٧
٦٠ = ن						

## جدول (٢)

## الخصائص الكمية للعيينة الأساسية.

الخصائص الكمية	ن	الحد الأدنى	الحد الأقصى	المتوسط	الانحراف المعياري	الالتواء	التفرطح
العمر	٦٠	١٤.١	٥٦.١	٣١.٦٠٨	١٠.١١٣	٠.٣٥٣	٠.٦٧٥
معدل الذكاء	٦٠	٥٠	١٢٧	٩٤.٦٥	٢.٠٤١	٠.٣٤٥	٠.٠٣٧
مدة المرض / عدد سنوات المرض (للمرضى فقط)	٦٠	٠.١٠	٣٣.٠٠	٦.٩١٠	٦.٧٠	١.٤٩٤	٢.٧٤٠
عدد النوبات (للمرضى فقط)	٦٠	١.٠٠	٣٤.٠٠	٥.٤٠	٥.٥٥	٢.٩٢٣	١١.٩٦٣

## (٣)

## الخصائص النوعية لعينة المرضى الأساسية.

المجموعة	التكرارات (ك)	النسبة المئوية (%)	
نوع النوبة	الاكتئاب	١٦	٢٦.٧
	الهوس	٣١	٥١.٧
	الهوس الخفيف	١٣	٢١.٧
شدة الأعراض	خفيف	١٣	٢١.٧
	متوسط	٢٨	٤٦.٧
	شديد	١٩	٣١.٧
السمات الذهانية	بدون سمات ذهانية	٣٩	٦٥.٠
	مع سمات ذهانية	٢١	٣٥.٠
	الجملة (ن)	٦٠	١٠٠

## ثالثاً: أدوات الدراسة

تنقسم أدوات المستخدمة في الدراسة الحالية إلى فئتين وهما (أدوات التشخيص وأدوات

التقييم المعرفي) ويمكن توضيحهما على النحو التالي:

## أ. أدوات التشخيص:

### ١. المقابلة الإكلينيكية لتشخيص الاضطرابات النفسية DSM-IV:

طُبقت المقابلة الإكلينيكية لتشخيص الأمراض النفسية والبيانات الأساسية والمسح الشامل للأعراض إعداد شلبي وآخرين (٢٠١٣). وقد وضعت بنود المقابلة في معظمها وفقاً لمعايير الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية، وتضمنت المقابلة في بدايتها وصفاً والبيانات الأساسية والديموجرافية للمريض وتاريخ الحالة والمشكلة الراهنة. كما مرفق مع المقابلة بيانات المسح الشامل التي توجه الاختصاصي إلى فئة الاضطراب النوعي الذي سيجمع بيانات عنه بالإضافة إلى سؤال الإحالة الذي أتى بها المريض إلى التقييم. الخصائص السيكومترية للمقابلة الإكلينيكية لتشخيص الأمراض النفسية والبيانات الأساسية والمسح الشامل للأعراض:

طُبقت المقابلة على عينة من المرضى المودعين بمستشفى الطب النفسي والعيادات الخارجية وأخذ تشخيص الطبيب المعالج للمريض كمحك صدق للمقابلة الإكلينيكية في تشخيص الاضطرابات النفسية للراشدين، وحسب معامل الارتباط بين نتائج تشخيص المقابلة وتشخيص الطبيب وكانت قيمته تساوي (٠,٩٧٥)، كما تمكنت المقابلة من تصنيف الفئة الفرعية للاضطرابات مثل تحديد نوع الفصام أو تحديد شكل اضطراب ثنائي القطب. كما اختبر ثبات ما بين المصححين (القائمين بالتقدير) لها. وكان معامل الارتباط بين التقديرات التي أعطاها المقدر الأول والتقديرات التي أعطاها المقدر الثاني للمريض نفسه هو ارتباط تام بنسبة (١٠٠%)، كما اتفقت تقديرات الباحثين مع التشخيص الذي أعطاه الطبيب لمرضى عينة ثبات المقدرين (محمد شلبي وآخرين، ٢٠١٣).

٢. قائمة أعراض تشخيص اضطراب ثنائي: استخدمت الدراسة الحالية قائمة أعراض اضطراب ثنائي وفقاً للدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات العقلية. DSM-5 إعداد شلبي وآخرين (٢٠١٣). وتوفر قائمة الأعراض المحكات الضرورية لتشخيص الاضطراب ثنائي القطب النوع الأول، وهي محكات تشخيص النوبة الهوسية، والتي قد يسبقها أو يليها نوبة تحت هوسية (خفيفة) أو نوبة اكتئابية أساسية. كما توفر محكات تشخيص الاضطراب ثنائي القطب النوع الثاني.

٣. تشخيص شدة أعراض الاكتئاب:

#### - مقياس هاملتون لتقييم درجة الاكتئاب

استخدمت الدراسة الحالية مقياس هاملتون لتقييم درجة الاكتئاب إعداد هاملتون ١٩٦٠ وترجمة وتقنين د/ محمد أبو العطا.

#### مكونات المقياس:

يتكون المقياس من ١٧ بنداً، وتقيس البنود أعراض مختلفة للاكتئاب ودرجتها، مثل الشعور بالحزن والشعور بالذنب والأرق والأعراض البدنية والفسولوجية المصاحبة. التطبيق والتصحيح:

يُطبق المقياس بشكل فردي حيث يعتمد على أسلوب الملاحظة. ويكون التقييم على كل بند إما من صفر إلى ٤ أو من صفر إلى ٢ على حسب تدرج كل بند ثم تجمع الدرجات الكلية الخام للمقياس.

#### الخصائص السيكومترية لمقياس هاملتون:

##### أ. ثبات المقياس:

أظهر المقياس في دراسة التحقق الأصلية ثباتاً داخلياً بدرجة ممتازة، فقد بلغ معامل الفا (٠.٨٧)، مما يؤكد على الاتساق الداخلي للمقياس، كما حقق المقياس ثباتاً بطريقة إعادة

التطبيق، حيث بلغ معامل ارتباط بيرسون بين القياسين الأول والثاني بفارق زمني أسبوع (٠.٨٦) مما يؤكد على درجة ثبات ممتازة للمقياس (محمد أبو العطا، ٢٠١٢).

وفي الدراسة الحالية حُسب الثبات لهذا المقياس بطريقتين وهما التجزئة النصفية، ومعامل ألفا كرونباخ على النحو التالي :

أولاً: طريقة التجزئة النصفية: فقد بلغ معامل الثبات الكلي وفقاً لطريقة تصحيح الطول لجوتمان ٠.٧٠٠، وهو معامل ثبات مقبول إحصائياً.

ثانياً طريقة معامل ألفا كرونباخ: يتضح من الجدول ارتفاع ثبات المقياس، حيث تبلغ قيمة معامل ألفا كرونباخ للمقياس ككل ٠.٦٧٤ وهي قيمة مقبولة إحصائياً.

ب. الاتساق الداخلي للعبارات والأبعاد:

اتسقت جميع الأبعاد مع الدرجة الكلية للمقياس، حيث أشارت قيم معامل الارتباط بيرسون إلى وجود ارتباط طردي دال إحصائياً لأغلب الأبعاد مع الدرجة الكلية للمقياس وذلك في ١١ بعد، بينما يوجد ارتباط طردي دال إحصائياً في بعدين وهما ب ١١ وب ١٣، في حين لا يوجد ارتباط طردي دال إحصائياً في أربعة أبعاد وهي ب ٢ وب ١٢ وب ١٦ وب ١٧.

ج. صدق المقياس:

الصدق التلازمي للمقياس:

أظهر المقياس في دراسة التحقق الأصلية ارتباطاً دالاً إحصائياً بالمحك وهو قائمة بيك للاكتئاب حيث بلغ معامل ارتباط بيرسون (٠.٩٧) (محمد أبو العطا، ٢٠١٢).

وفي الدراسة الحالية أستخدم طريقة (الصدق التلازمي)، حيث طُبّق مقياس هاملتون مع المحك الخارجي وهو الجزء الخاص بتشخيص نوبة الاكتئاب في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية، الإصدار الخامس (DSM-5) في وقت واحد، حُسب بعد

ذلك معامل الارتباط بين درجتي مقياس هاملتون والمحك، وقد أظهر معامل الارتباط وجود ارتباط دال إحصائيًا بين الدرجة الكلية لمقياس هاملتون والدرجة الكلية للجزء الخاص بتشخيص نوبة الاكتئاب في (DSM-5) وبلغت قيمة الارتباط ٠.٧٣٥، مما يشير إلى تحقق صدق المقياس.

#### ٤. تشخيص شدة أعراض الهوس:

##### - مقياس يونج لتقدير الهوس

استخدمت الدراسة الحالية مقياس يونج لتقدير الهوس Young Mania Rating Scale (YMRS) إعداد (Young et al (1978) وترجمة الباحثة. وذلك بهدف تقييم شدة أعراض الهوس.

##### مكونات المقياس:

يستخدم لتقييم شدة الهوس للأعراض الإكلينيكية أو البحثية، وهو أحد مقاييس التصنيف الأكثر استخدامًا لتقييم أعراض الهوس. ويحتوي المقياس على أحادي عشر بعد. ويندرج لكل بعد بنود ارتكاز محددة عمليًا وموصوفة بشكل جيد لكل درجة من درجات الشدة. وقد اختيرت البنود الخاصة بكل بعد وفقًا للوصف المنشور للأعراض الأساسية للهوس، ويتبع مقياس يونج نمط مقياس هاميلتون لتقييم الاكتئاب (HAM-D) حيث يعطي كل بعد تقديرًا لدرجة شدة العرض. و أبعاد المقياس هي : (المزاج المرتفع، زيادة طاقة النشاط الحركي، الاهتمام الجنسي، النوم، التهيج، الكلام، اضطراب اللغة والتفكير، محتوى التفكير، السلوك العدوانية/ التدمير، المظهر الخارجي، الاستبصار) (Young et al., 1978;Vieta, 2011).

##### الخصائص السيكومترية لمقياس يونج لتقييم شدة الهوس:



الاتساق الداخلي للمقياس: أظهر المقياس في دراسة التحقق الأصلية اتساقاً داخلياً بين الأبعاد الفرعية للمقياس (الأحادي عشر بعد) والدرجة الكلية للمقياس بحساب معامل ارتباط سبيرمان، ارتباط دالاً إحصائياً ، بقيمة تراوحت ما بين (٠.٥٧ - ٠.٨٥) (Younget al., 1978).

الثبات الداخلي للمقياس: أظهر المقياس في دراسة التحقق الأصلية بحساب معامل ارتباط سبيرمان، ارتباط دالاً إحصائياً بين درجات طبيبين مستقلين في كل من الدرجة الإجمالية بقيمة (٠.٩٣) ودرجات الأبعاد الفردية بقيمة (٠.٦٦ - ٠.٩٢) (Younget al., 1978;Vieta, 2011). وفي الدراسة الحالية حُسب الثبات لهذا المقياس بثلاثة طرق وهي التجزئة النصفية، ومعامل ألفا كرونباخ، وإعادة التطبيق.

أولاً: طريقة التجزئة النصفية: بلغ معامل الثبات الكلي وفقاً لمعادلة جوتمان ٠.٧٥١، وهو معامل ثبات مقبول إحصائياً.

ثانياً طريقة معامل ألفا كرونباخ: حقق المقياس ثباتاً مقبولاً، حيث بلغت قيمة معامل ألفا كرونباخ للمقياس ككل ٠.٨١٤ وهي قيمة مرتفعة، مما يشير إلى ارتفاع الثبات؛ لذلك لا نحتاج لحذف أي بعد لرفع قيمة الثبات.

ثالثاً طريقة إعادة التطبيق: حقق المقياس ارتباطاً دالاً إحصائياً بين التطبيق وإعادة التطبيق، حيث أظهر معامل الارتباط وجود علاقة قوية أكبر من ٠.٧ مما يشير إلى تحقق ثبات المقياس بطريقة إعادة التطبيق.

الصدق التلازمي ( صدق المحك): أظهر المقياس في دراسة التحقق الأصلية بحساب معامل ارتباط سبيرمان ارتباط دالاً إحصائياً بين الأبعاد الفرعية للمقياس (الأحادي عشر بعد) والدرجة الكلية لمقياس التقدير العام للهوس the global rating بقيمة تراوحت ما بين (٠.٣٢ - ٠.٨٥) (Younget al., 1978).

كما أظهرت الدرجة الكلية للمقياس ارتباط بقيمة (٠.٨٨) مع الدرجة الكلية لمقياس التقدير العام للهوس، و بقيمة (٠.٨٩) مع مقياس بتترسون Peterson Scale و بقيمة (٠.٧١) مع مقياس بيغل Beigel scale على الرغم من انخفاض حجمه (٠.٧١) فإنه مقبولاً. وجميع الارتباطات حققت بحساب معامل ارتباط سبيرمان ارتباط دالاً إحصائياً (Younget al., 1978). وفي الدراسة الحالية أجرى اختبار الصدق للمقياس من خلال اختبار الصدق المرتبط بالمحك (Criterion-related Validity)، واستخدمت الدراسة طريقة (الصدق التلازمي: Concurrent Validity)، حيث طُبّق مقياس يونج للهوس مع المحك الخارجي وهو محكات تشخيص الهوس في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية، الإصدار الخامس (DSM5) في وقت واحد، وحُسب بعد ذلك معامل الارتباط بين درجتي مقياس يونج والمحك، وقد أظهر معامل الارتباط وجود ارتباط دال إحصائياً بين الدرجة الكلية لمقياس يونج والدرجة الكلية للجزء الخاص بالهوس في (DSM5) وبلغت قيمة الارتباط ٠.٨٩٦، مما يشير إلى تحقق صدق المقياس.

#### صدق المحكمين:

كما تم أيضاً استخدام صدق المحكمين، حيث تم عرض المقياس على عدد (٥) من المحكمين المتخصصين في علم النفس الإكلينيكي والطب النفسي، وقد طلب منهم بيان مدى وضوح البنود وسلامة الصياغة اللغوية وصحة الترجمة، وإبداء أية ملاحظات يرونها، وقد اتفق المحكمين على وضوح الترجمة بعد أجرى تعديلات لغوية بسيطة.

## ب. أدوات التقييم المعرفي:

١. قياس الانتباه- مهمة ستروب تداخل اللون والكلمة Stroop Color-Word Task:

استخدمت الدراسة الحالية مهمة ستروب الحاسوبية لقياس الانتباه، والتي تتضمن أربعة كلمات باللغة العربية هي ( أصفر، أخضر، أحمر، أزرق) تظهر فرديا في مركز شاشة الحاسب. حيث تكون الشاشة دائما سوداء عدا لون الكلمة التي تظهر في مركزها. وتظهر في حالتين هما:

☒ حالة مطابقة : تعرض فيها كلمات ( أصفر، أخضر، أحمر، أزرق) ويكون لون الكلمة مطابق لمعناها، مثلاً (كلمة أصفر مكتوبة باللون الأصفر)، وفي هذه الحالة تكون الاستجابة سريعة أي يقل زمن رد الفعل.

☒ حالة غير مطابقة: تعرض فيها كلمات ( أصفر، أخضر، أحمر، أزرق) ويكون لون الكلمة غير مطابق لمعناها، مثلاً (كلمة أصفر مكتوبة باللون الأحمر)، وفي هذه الحالة تكون الاستجابة بطيئة أي يزيد زمن رد الفعل.

الخصائص السيكومترية لمهمة ستروب:

أ- الثبات:

طريقة إعادة التطبيق: أختبر ثبات المهمة بطريقة إعادة التطبيق، وأظهرت النتائج وجود

ارتباط دال إحصائياً بين التطبيق الأول والثاني للمهمة، وبلغت قيمة الثبات ٠.٧٤٣ وهي قيمة مقبولة إحصائياً.

ب- الصدق:

- صدق المجموعات المتضادة:

حُسب صدق المجموعات المتضادة باستخدام اختبار (ت) لقياس الفروق بين مجموعة الأشخاص الطبيعيين ومجموعة المرضى، وقد تحقق صدق مقارنة المجموعات المتضادة للمهمة، حيث أشارت قيمة اختبار (ت = ٣.٣٨٨\*\*) إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند بين متوسطي درجات المجموعات المتضادة في درجات العينة في الفروق في مهمة الكلمة/ اللون (ستروب).

## ٢. قياس المرونة المعرفية

### - مهمة فرز البطاقات ويسكونسن (Wcst) The Wisconsin Cards (Wcst) :Sorting Test

استخدمت الدراسة الحالية نسخة حاسوبية من اختبار فرز البطاقات ويسكونسن (WCST-64)، وتتكون المهمة (٦٤) بطاقة منها أربع بطاقات رئيسة تعرض أعلى شاشة الحاسب و٦٠ بطاقة استجابة بأشكال هندسية تختلف وفقاً لثلاثة أبعاد إدراكية (اللون أو الشكل أو الرقم) تعرض على التوالي أسفل الشاشة من جهة اليسار على خلفية سوداء، وعلى المشارك تحديد قاعدة التصنيف لمطابقة البطاقة أسفل الشاشة بالبطاقات أعلى الشاشة واختيار البطاقة المطابقة لها.

الخصائص السيكمترية لمهمة مهمة فرز البطاقات ويسكونسن (Wcst):

#### أ- الثبات:

**طريقة إعادة التطبيق:** أختبر ثبات المهمة بطريقة إعادة التطبيق، وأظهرت النتائج وجود ارتباط دال إحصائياً بين التطبيق الأول والثاني للمهمة، وبلغت قيمة الثبات ٠.٥٥٨ وهي قيمة مقبولة إحصائياً.

**ب- الصدق:****- صدق المجموعات المتضادة:**

حُسب صدق المجموعات المتضادة باستخدام اختبار (ت) لقياس الفروق بين مجموعة الأشخاص الطبيعيين ومجموعة المرضى، وقد تحقق صدق مقارنة المجموعات المتضادة للمهمة، حيث أشارت قيمة اختبار (ت = ٩.٤١٥\*\*) مما يشير إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ٠.٠١ بين متوسطي درجات المجموعات المتضادة في درجات العينة في الفروق في مهمة فرز البطاقات (ويسكنسون).

**رابعًا إجراءات التطبيق:**

في البداية حصلت الباحثة على موافقة من إدارة المستشفيات التالية وهي: مستشفى الحسين الجامعي، ومستشفى سيد جلال، ومستشفى جمال ماضي أبو العزايم فرع مدينة نصر. للحصول على العينة من العيادات الخارجية والمقيمين في قسم الطب النفسي. اتبعت الباحثة التطبيق الفردي، فقد طُبقت أدوات الدراسة على جلستين لكل مريض، بمعدل ساعة ونصف لكل جلسة، على النحو التالي:

- **الجلسة الأولى:** طُبقت أدوات التشخيص وهي: المقابلة الإكلينيكية وقائمة مسح الأعراض ومقياس هاملتون لتقييم أعراض الاكتئاب ومقياس يونج لتقدير أعراض الهوس وقائمة أعراض اضطراب ثنائي القطب وفقًا للدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية والعقلية وذلك لتأكد من النوبة الحالية للمريض وعدم وجود أعراض أخرى.
- **الجلسة الثانية:** طُبقت أدوات التقييم المعرفي وهي مهة ستروب ثم مهمة فرز البطاقات ويسكوينسن.

### خامسًا الأساليب الإحصائية:

اعتمدت الدراسة الحالية التحليلات الإحصائية، وذلك باستخدام برنامج حزمة التحليلات الإحصائية للعلوم الإنسانية المعروف اختصارًا باسم SPSS ، واستُخدمت الأساليب الإحصائية الآتية:

١. الإحصاء الوصفي (المتوسطات الحسابية - الانحرافات المعيارية).
٢. اختبار "ت" لحساب دلالة الفروق.
٣. كروسكال والاس لقياس الفروق بين المجموعات.

### نتائج الدراسة

#### نتيجة الفرض الأول ومناقشتها:

والذي ينص على: يختلف أداء مرضى الاضطراب ثنائي القطب على كل من (المرونة المعرفية والانتباه) باختلاف النوع (ذكور وإناث) النوبة المرضية المسيطرة (هوس، هوس خفيف، اكتئاب)، وشدة الأعراض، ووجود سمات ذهانية.

ويشتمل هذا الفرض على أربعة فروض فرعية وهي:

- ١-أ) يختلف أداء مرضى الاضطراب ثنائي القطب على كل من (المرونة المعرفية والانتباه) باختلاف النوع (ذكور و إناث).
- ١-ب) يختلف أداء مرضى الاضطراب ثنائي القطب على كل من (المرونة المعرفية والانتباه) باختلاف النوبة المرضية المسيطرة (هوس، هوس خفيف، اكتئاب).
- ١-ج) يختلف أداء مرضى الاضطراب ثنائي القطب على كل من (المرونة المعرفية والانتباه) باختلاف شدة الأعراض.

١-٣) يختلف أداء مرضى الاضطراب ثنائي القطب على كل من (المرونة المعرفية والانتباه) حسب وجود السمات الذهانية.

الفرض الأول (١-أ): يختلف أداء مرضى الاضطراب ثنائي القطب على كل من (المرونة المعرفية والانتباه) باختلاف النوع (ذكور و إناث).

للتحقق من صحة هذا الفرض أستخدم اختبار ت لعينتين مستقلتين؛ وذلك لقياس الفروق بين عيني الدراسة، كما يوضح الجدول التالي:

#### جدول (٤)

نتائج اختبارات لدلالة الفروق بين متوسطي درجات مرضى الاضطراب ثنائي القطب الذكور والإناث في كل من المرونة المعرفية والانتباه (ن = ٦٠)

المتغيرات	الذكور (ن=٣١)		الإناث (ن=٢٩)		اختبار (ت)	
	المتوسط	الانحراف المعياري	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة (ت)	الدلالة
المرونة المعرفية	٢٧.١٠	٦.٧٨	٢٥.٤٨	٨.٤٥	٠.٨١٨	غ.د
الانتباه	١٧.٨٧	١١.١٣	٢٦.١٧	٩.٨٨	٠.٠١	**٣.٠٤٨

\*\* دالة إحصائية عند مستوى دلالة ٠.٠١

يتضح من جدول (٤) عدم وجود اختلافات في أداء مرضى الاضطراب ثنائي القطب ترجع إلى اختلاف النوع في المرونة المعرفية، بينما أوضح الجدول وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠.٠١) في الانتباه؛ وذلك في اتجاه الإناث.

**ويمكن تفسير هذه النتيجة على النحو التالي:**

أ) يمكن تفسير النتيجة الحالية بأن أداء المرضى الاضطراب ثنائي القطب الذكور والإناث لم يختلف في المرونة المعرفية مما يدل على أن ضعف هذه المرونة المعرفية سمة في مرضى الاضطراب ثنائي القطب سواء كانوا ذكوراً أو إناثاً.

ب) بينما اختلف أداء المريضات الإناث على مهمة الانتباه بطريقة أفضل نسبياً من المرضى الذكور.

ويمكن تفسير النتيجة الحالية في ضوء ما نشرته الجمعية الأمريكية للطب النفسي بأن معدل انتشار الاضطراب ثنائي القطب من النوع متساوياً تقريباً للذكور والإناث (٠.٨ و ١.١ ٪) على التوالي. ومن الفروق بين الجنسين التي لوحظت هو أن الرجال كانوا أكثر عرضة من النساء لأن يختبرون نوبة هوس في البداية، مما يفسر ظهور فروق بين الجنسين في العجز المعرفي لصالح الإناث (American Psychiatric Association, 2013).

الفرض الأول (١-ب): يختلف أداء مرضى الاضطراب ثنائي القطب حسب النوبة

المسيطرة (هوس، هوس خفيف، اكتئاب) في كل من المرونة المعرفية والانتباه.

وللتحقق من صحة هذا الفرض أستخدم اختبار كروسكال والاس لقياس الفروق بين المجموعات؛ وذلك لقياس الفروق بين المرضى حسب مجموعات النوبة المرضية المسيطرة، والموضح في جدول (٥) واختبار مان ويتني لقياس الفروق بين كل من (الاكتئاب والهوس) و (الاكتئاب والهوس الخفيف) و (الهوس والهوس الخفيف) والموضح في جدول (٦، ٧، ٨).

### جدول (٥)

نتائج اختبار كروسكال واليس لدلالة الفروق بين متوسطي درجات مرضى الاضطراب ثنائي

القطب حسب النوبة المسيطرة في كل من المرونة المعرفية والانتباه (ن = ٦٠)

اختبار كروسكال والاس		متوسط الرتبة حسب النوبة المرضية			المتغيرات
دلالة الاختبار	قيمة الاختبار	هوس خفيف (ن=١٣)	هوس (ن=٣١)	اكتئاب (ن=١٦)	
٠.٠١	**٩.٨٤٦	١٧.٧٧	٣٥.٨٢	٣٠.٥٣	المرونة المعرفية
د.ع	٢.٣٩٧	٣٥.٩٢	٢٧.٣٧	٣٢.١٦	الانتباه

\*\* دالة إحصائية عند مستوى دلالة ٠.٠١



يتضح من جدول (٥) نتائج اختبار (كروسكال واليس) التي أشارت إلى وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى (٠.٠١) في أداء مرضى الاضطراب ثنائي القطب ترجع إلى اختلاف النوبة المرضية المسيطرة في المرونة المعرفية. بينما أشارت نتائج اختبار (كروسكال واليس) إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠.٠٥) في الانتباه.

### جدول (٦)

نتائج اختبار مان ويتني لدلالة الفروق بين متوسط درجات مرضى الاضطراب ثنائي القطب حسب النوبة المسيطرة (اكتئاب، هوس) في المرونة المعرفية (ن = ٤٧).

دلالة (z)	قيمة (Z)	الهوس (ن=٣١)		الاكتئاب (ن=١٦)		الفروق في المرونة المعرفية
		مجموع الرتب	متوسط الرتب	مجموع الرتب	متوسط الرتب	
د.ع	١.٠١٥-	٧٨٩.٠٠	٢٥.٤٥	٣٣٩.٠٠	٢١.١٩	

يتضح من جدول (٦) نتائج اختبار (مان ويتني) التي أظهرت عدم وجود فروق دالة إحصائية في أداء مرضى الاضطراب ثنائي القطب ترجع إلى اختلاف النوبة المرضية المسيطرة (اكتئاب ، هوس) في المرونة المعرفية.

### جدول (٧)

نتائج اختبار مان ويتني لدلالة الفروق بين متوسط درجات مرضى الاضطراب ثنائي القطب حسب النوبة المسيطرة (اكتئاب، هوس خفيف) في المرونة المعرفية. (ن = ٢٩)

دلالة (z)	قيمة (Z)	هوس خفيف (ن=١٣)		الاكتئاب (ن=١٦)		الفروق في المرونة المعرفية
		مجموع الرتب	متوسط الرتب	مجموع الرتب	متوسط الرتب	
٠.٠٥	*٢.٠٠٥-	١٤٩.٥٠	١١.٥٠	٢٨٥.٥٠	١٧.٨٤	

\* دالة إحصائية عند مستوى دلالة ٠.٠٥

يتضح من جدول (٧) نتائج اختبار (مان ويتي) حيث اوضحت وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠.٠٥) في أداء مرضى الاضطراب ثنائي القطب ترجع إلى اختلاف النوبة المرضية المسيطرة (اكتئاب ، هوس خفيف) في المرونة المعرفية.

### جدول (٨)

نتائج اختبار مان ويتي لدلالة الفروق بين متوسط درجات مرضى الاضطراب ثنائي القطب

حسب النوبة المسيطرة (هوس، هوس خفيف) في المرونة المعرفية. (ن=٤٤)

دلالة (z)	قيمة (Z)	هوس خفيف (ن=١٣)		الهوس (ن=٣١)		الفروق في المرونة المعرفية
		مجموع الرتب	متوسط الرتب	مجموع الرتب	متوسط الرتب	
٠.٠٠١	-٣.٠٩٤**	١٧٢.٥٠	١٣.٢٧	٨١٧.٥٠	٢٦.٤٧	

\*\* دالة إحصائية عند مستوى دلالة ٠.٠١

يتضح من جدول (٨) نتائج اختبار (مان ويتي) والتي أظهرت وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠.٠٠١) في أداء مرضى الاضطراب ثنائي القطب ترجع إلى اختلاف النوبة المرضية المسيطرة (هوس، هوس خفيف) في المرونة المعرفية.

### ويمكن تفسير هذه النتيجة على النحو التالي:

- (أ) أظهرت النتائج أن أداء مرضى الاضطراب ثنائي القطب أثناء نوبة الهوس الخفيف يكونوا أفضل نسبياً في المرونة المعرفية مقارنة بالمرضى أثناء نوبة الهوس والمرضى أثناء نوبة الاكتئاب، بينما لم يختلف أداء المرضى أثناء نوبة الهوس بالمرضى أثناء نوبة الاكتئاب. مما يعني أن المرضى أثناء نوبة الهوس ونوبة الاكتئاب كانوا أكثر ارتكاباً لأخطاء المتابعة والتي كلما زادت انخفضت المرونة المعرفية، مقارنة بالمرضى أثناء نوبة الهوس الخفيف.
- (ب) بينما أظهرت النتيجة عدم وجود فروق دالة إحصائية في الانتباه لدى مرضى الاضطراب في الثلاث مجموعات، مما يدل على أن ضعف الانتباه سمة مشتركة بين مرضى الاضطراب ثنائي القطب أي كانت نوع النوبة الحالية.

ويمكن تفسير النتيجة الحالية بأنها ترجع إلى طبيعة الأعراض ومدة استمرارها، حيث تختلف الأعراض ومدتها باختلاف النوبة وفقاً للدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات العقلية DSM-5، لذا يمكن تفسير وجود الفروق الدالة إحصائياً بين مرضى الهوس والهوس الخفيف يعود إلى مدة استمرار الأعراض، فعلى الرغم من أن كل من الهوس والهوس الخفيف يتميزون بنفس الأعراض فأنهم يختلفون في مدتها، فقد تمتد أعراض الهوس لمدة أسبوع على الأقل أو أي فترة إذا كان دخول المستشفى ضرورياً، وتكون هذه الأعراض واضحة مع تغيير ملحوظ في السلوكيات المعتادة وهو ما يستلزم الدخول إلى المستشفى، بينما في نوبة الهوس الخفيف تدوم الأعراض بشكل مستمر طوال اليوم ولمدة أربعة أيام وقد لا تستلزم الدخول إلى المستشفى إلا في حالة وجود أربعة من الأعراض إذا كان المزاج مستثاراً.

وفي ذات السياق يمكن تفسير سبب أن ضعف المرونة المعرفية لدى المرضى أثناء نوبة الاكتئاب مقارنة بالمرضى أثناء نوبة الهوس الخفيف يعود إلى طبيعة الأعراض ومدتها. وفقاً للدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات العقلية DSM-5، يستلزم تشخيص الاكتئاب وجود خمسة أعراض أو أكثر لمدة أسبوعين والتي تغير في الأداء الوظيفي.

ويمكن تفسير النتيجة الحالية فيما أوضحه كلٌّ من (Fleck et a (2008) في ضوء نتائج دراسته أن معظم القدرات المعرفية التي تم تقييمها باستخدام مهمة ويسكونسن تتحسن أثناء استقرار المزاج، عندما تكون متلازمات الحالة المزاجية غائبة، وتضعف خلال حالات الهوس الحاد أو الحالات المختلطة (بعض من أعراض الهوس مع بعض من أعراض الاكتئاب). وتشير هذه النتائج إلى أن المرونة المعرفية قد تكون مؤشراً للضعف الوسيط، بدلاً من مؤشر ضعف الثابت (سمة أو عجز أساسي) للاضطراب ثنائي القطب، وأن المرونة المعرفية تتأثر بشكل أساسي بحالة المزاج وثانياً بمسار المرض. كما اتفقت نتائج الدراسة مع الفرضية القائلة بأن الحالة المزاجية الحادة لها تأثير أساسي على المرونة المعرفية.

وتتفق النتيجة الحالية مع نتائج عدد من دراسات منها دراسة كل من Clark et al 2001 ودراسة كل من Malhir et al 2008 التي قيمت المرضى في حالات مزاجية مصحوبة بأعراض أو بدون أعراض وتوصلت إلى أن الأداء المعرفي يزداد سوءاً في خضم حالة الاكتئاب أو الهوس. ففي الهوس، يُظهر المرضى ضعفاً نفسياً عصبياً واسع النطاق يتضمن عجزاً واسعاً في الانتباه، والوظيفة التنفيذية، وأشارت هذه النتائج إلى حدوث خلل وظيفي عام في نظم دماغية متعددة، بما في ذلك مناطق الدماغ قبل الجبهية الظهرية والبطنية في الهوس. وعلى الرغم من أن بعض حالات العجز تهدأ أو تتضاءل مع حل الأعراض، فإن بعض الإعاقات الأخرى تستمر في حالة استقرار المزاج. وبالنسبة لنوبة الاكتئاب، يُظهر المرضى انخفاضاً مميزاً في الانتباه والتركيز والذاكرة والسرعة الحركية والوظيفة البصرية المكانية (Torres & Malhi, 2010).

كما اتفقت هذه النتيجة مع ملخص كل من Torres & Malhi (2010) للعجز المعرفي الرئيس في الاضطراب ثنائي القطب، الذي أوضح وجود عجز معرفي في الانتباه المستمر والانتقائي والمرونة المعرفية في كل من نوبة الهوس والاكتئاب، كما أشار كل من Torres & Malhi أن المرضى قد يظهرون تحسناً في الأداء المعرفي مع زوال أعراض الحالة المزاجية، فمن المحتمل أن جزءاً على الأقل من الضعف المعرفي الذي لوحظ في المرضى الذين يعانون من أعراض يمثل ضعفاً يعتمد على الحالة المزاجية (Torres & Malhi, 2010).

واتفقت نتيجة الدراسة مع نتيجة دراسة كل من Yadav et al (2011) أظهر مرضى اضطراب ثنائي القطب أثناء نوبة الهوس أداء منخفض في المجالات التالية ( السرعة الحركية ، والبحث البصري والتسلسل والانتباه والقدرة على تبديل المهام (المرونة المعرفية) وقد استتجت الدراسة أن اضطراب ثنائي القطب وبالتحديد نوبة الهوس يسبب اختلالات كبيرة في المجال المعرفي مما قد يؤدي إلى عديد من الإعاقات النفسية.

كما اتفقت النتيجة الحالية مع نتائج دراسة كلٍ من (Murphy et al (1999) التي أوضحت أن مرضى الهوس أظهروا ضعف في قدرتهم على تركيز الانتباه، بينما أظهر مرضى الاكتئاب ضعف في قدرتهم على تحويل تركيز الانتباه. كما أظهر مرضى الاكتئاب تحيزاً انفعالياً للمنبهات السلبية، بالإضافة إلى ذلك، أظهرت كلتا المجموعتين تحيزات في الانتباه للمثيرات الانفعالية المتوافقة مع مزاجهم الحالي.

واتفقت هذه النتيجة مع نتيجة دراسة منى حسني (٢٠١٧) التي أظهرت وجود تباين جزئي في درجات مرضى اضطراب ثنائي القطب على مهمة ويسكونسن بتابين المتغيرات الاكليينكية المتمثلة في (النوبة المزاجية مثل الهوس، والاكتئاب، واعتدال المزاج).

كما اتفقت هذه النتيجة مع نتيجة دراسة كلٍ من (Kerr et al (2005) إلى عدم وجود فروق جوهرية في الانتباه الانتقائي لدى مرضى الهوس والاكتئاب، كما اظهر المرضى أثناء استقرار المزاج أداء مشابه لمرضى اضطراب ثنائي القطب في كل من نوبة الهوس والاكتئاب.

كما اتفقت مع ما توصلت إليه استنتاج دراسة كلٍ من (Lomastro et al (2021) أنه على الرغم من الترابط المتبادل بين نوبة الهوس وضعف الوظيفة التنفيذية فإنهما يساهمان بشكل مستقل في الخلل النفسي الاجتماعي طويل الأمد في الاضطراب ثنائي القطب

**الفرض الأول (١-ج):** يختلف أداء مرضى الاضطراب ثنائي القطب حسب شدة الأعراض في كل من المرونة المعرفية والانتباه. وللتحقق من صحة هذا الفرض استخدم اختبار كروسكال والاس لقياس الفروق بين المجموعات؛ وذلك لقياس الفروق بين المرضى حسب مجموعات شدة الأعراض، كما يوضح جدول (٩)، واختبار مان ويتي لقياس الفروق بين كل من (الخفيفة والمتوسطة) و(الخفيفة والشديدة) و(المتوسطة والشديدة) والموضح في جدول (١٠، ١١، ١٢).

## جدول ( ٩ )

نتائج اختبار كروسكال واليس لدلالة الفروق بين متوسطات درجات مرضى الاضطراب ثنائي القطب حسب شدة الأعراض في كل من المرونة المعرفية والانتباه (ن = ٦٠).

اختبار كروسكال والاس		متوسط الرتبة حسب شدة الأعراض			المتغيرات
دلالة الاختبار	قيمة الاختبار	شديدة (ن=١٩)	متوسطة (ن=٢٨)	خفيفة (ن=١٣)	
٠.٠٠١	**١٢.٠٠٠	٣٥.٨٩	٣٢.٥٠	١٥.٩٦	المرونة المعرفية
٠.٠٠١	**٩.٦٧٧	٢٠.٧١	٣٣.٢٥	٣٨.٨٨	الانتباه

\*\* دالة إحصائية عند مستوى دلالة ٠.٠٠١

يتضح من جدول (٩) نتائج اختبار (كروسكال واليس) والتي أوضحت وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى (٠.٠٠١) في أداء مرضى الاضطراب ثنائي القطب ترجع إلى اختلاف شدة الأعراض في المرونة المعرفية والانتباه.

## جدول ( ١٠ )

نتائج اختبار مان ويتني لدلالة الفروق بين متوسط درجات مرضى الاضطراب ثنائي القطب حسب شدة الأعراض (خفيفة ومتوسطة) في كل من المرونة المعرفية والانتباه (ن = ٤١).

دلالة (Z)	قيمة (Z)	متوسطة (ن=٢٨)		خفيفة (ن=١٣)		
		مجموع الرتب	متوسط الرتب	مجموع الرتب	متوسط الرتب	
٠.٠١	**٣.١٣١-	٦٩٩.٥٠	٢٤.٩٨	١٦١.٥٠	١٢.٤٢	الفروق في المرونة المعرفية
ع.د	١.٠٨٠-	٥٤٩.٥٠	١٩.٦٣	٣١١.٥٠	٢٣.٩٦	الفروق في الانتباه

\*\* دالة إحصائية عند مستوى دلالة ٠.٠١

يتضح من جدول (١٠) نتائج اختبار (مان ويتني) والتي أظهرت وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى (٠.٠٠١) في أداء مرضى الاضطراب ثنائي القطب ترجع إلى اختلاف شدة الأعراض (خفيفة، متوسطة) في المرونة المعرفية، بينما أظهرت عدم وجود فروق دالة إحصائية

في أداء مرضى الاضطراب ثنائي القطب ترجع إلى اختلاف شدة الأعراض (خفيفة، متوسطة) في الانتباه.

### جدول (١١)

نتائج اختبار مان ويتني لدلالة الفروق بين متوسط درجات مرضى الاضطراب ثنائي القطب القبط حسب شدة الأعراض (خفيفة وشديدة) في كل من المرونة المعرفية والانتباه (ن = ٣٢).

دلالة (Z)	قيمة (Z)	شديدة (ن=١٩)		خفيفة (ن=١٣)		
		مجموع الرتب	متوسط الرتب	مجموع الرتب	متوسط الرتب	
٠.٠١	**٢.٩٨٩-	٣٩١.٠٠	٢٠.٥٨	١٣٧.٠٠	١٠.٥٤	الفروق في المرونة المعرفية
٠.٠١	**٢.٧٠٨-	٢٤٣.٠٠	١٢.٧٩	٢٨٥.٠٠	٢١.٩٢	الفروق في الانتباه

\*\* دالة إحصائية عند مستوى دلالة ٠.٠١

يتضح من جدول (١١) أشارت نتائج اختبار (مان ويتني) والتي أشارت إلى وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى (٠.٠١) في أداء مرضى الاضطراب ثنائي القطب ترجع إلى اختلاف شدة الأعراض (خفيفة، شديدة) في كل من المرونة المعرفية والانتباه.

### جدول (١٢)

نتائج اختبار مان ويتني لدلالة الفروق بين متوسط درجات مرضى الاضطراب ثنائي القطب القبط حسب شدة الأعراض (متوسطة وشديدة) في كل من المرونة المعرفية والانتباه (ن = ٤٧).

دلالة (Z)	قيمة (Z)	شديدة (ن=١٩)		متوسطة (ن=٢٨)		
		مجموع الرتب	متوسط الرتب	مجموع الرتب	متوسط الرتب	
د.ع	٠.٨٦٠-	٤١٦.٥٠	٢١.٩٢	٧١١.٥٠	٢٥.٤١	الفروق في المرونة المعرفية
د.ع	٢.٥٠٦-	٣٤٠.٥٠	١٧.٩٢	٧٨٧.٥٠	٢٨.١٣	الفروق في الانتباه

يتضح من جدول (١٢) نتائج اختبار (مان ويتي) والتي أوضحت إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠.٠٥) في أداء مرضى الاضطراب ثنائي القطب ترجع إلى اختلاف شدة الأعراض (متوسطة، شديدة) في كل من المرونة المعرفية والانتباه.

### ويمكن تفسير هذه النتيجة على النحو التالي:

أظهرت النتيجة أنه أيًا كانت نوع النوبة (هوس، أو الهوس الخفيف، أو الاكتئاب) التي يعاني منها مرضى الاضطراب ثنائي القطب فإن أدائهم قد يختلف باختلاف شدة الأعراض التي تراوحت من خفيفة إلى متوسطة إلى شديدة وفقًا للدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات العقلية DSM-5 وتصنيف كل من مقياس يونج لتقييم شدة أعراض الهوس ومقياس هاملتون لتقييم شدة الاكتئاب. ويمكن توضيح وتفسير هذه النتيجة على النحو التالي:

(أ) أظهرت النتيجة الحالية أن المرونة المعرفية لدى مرضى الاضطراب ثنائي القطب ذو شدة أعراض خفيفة أفضل مقارنة بالمرضى ذو الأعراض المتوسطة والمرضى ذو الأعراض الشديدة. مما يعني أنه كلما ذات شدة الأعراض زادت أخطاء المثابة والتي كلما زادت انخفضت المرونة المعرفية.

(ب) وأظهرت أيضًا أن الانتباه لدى مرضى الاضطراب ثنائي القطب ذو الأعراض الخفيفة أفضل مقارنة بالمرضى ذو الأعراض الشديدة، وهو ما يعني ضعف الانتباه يترافق مع شدة الأعراض؛ أي أن كلما زادت شدة الأعراض كلما أدى ذلك لضعف الانتباه. بينما أظهرت النتيجة الحالية أن الانتباه لا يختلف لدى المرضى ذو الأعراض الخفيفة والمرضى ذو الأعراض المتوسطة. وهو ما يمكن تفسيره بأن الانتباه قد يتحسن لدى مرضى الاضطراب ثنائي القطب عندما تتخفف شدة الأعراض من الشديد إلى خفيفة.



ت) كما أوضحت النتيجة الحالية أن أداء المرضى ذو الأعراض المتوسطة والمرضى ذو الأعراض الشديدة لم يختلف في كل من المرونة المعرفية والانتباه، مما يعني أن ضعف المرونة المعرفية والانتباه سمة أساسية لدى مرضى الاضطراب ثنائي القطب سواء كانوا يعانون من أعراض شديدة أو متوسطة

ويمكن تفسير هذه النتيجة فيما أوضحه كلٌّ من (Torres & Malhi, 2010) أن بعض الإعاقات المعرفية التي لوحظت في المرضى قد تنشأ من حالة الأعراض الحادة وليس نتيجة لسمة أكثر استقراراً للمرض (Torres & Malhi, 2010).

الفرض الثالث (١-د): يختلف أداء مرضى الاضطراب ثنائي القطب على كل من (المرونة المعرفية والانتباه). حسب وجود السمات الذهانية.

وللتحقق من صحة هذا الفرض أُستخدم اختبار مان وتي لعينتين مستقلتين؛ وذلك لقياس الفروق بين المرضى حسب وجود السمات الذهانية، كما يوضح الجدول (١٣):

### جدول (١٣)

نتائج اختبارات لدلالة الفروق بين متوسطي درجات مرضى الاضطراب ثنائي القطب في كل من (المرونة المعرفية والانتباه) حسب وجود السمات الذهانية (ن = ٦٠).

اختبار (ت)		لديهم سمات ذهانية (ن=٢١)		ليس لديهم سمات ذهانية (ن=٣٩)		المتغيرات
الدلالة	قيمة (ت)	الانحراف المعياري	المتوسط	الانحراف المعياري	المتوسط	
٠.٠١	*٢.٠٩٦	٥.٠٩	٢٩.٠٥	٨.٣٧	٢٤.٨٥	المرونة المعرفية
٠.٠١	**٣.٠٤٣	٩.٥٥	١٦.٢٤	١١.٠٣	٢٤.٩٢	الانتباه

يتضح من جدول (١٣) نتائج اختبار (ت) والتي أظهرت وجود فروق دالة إحصائياً عند

مستوى دلالة (٠.٠١) ترجع إلى وجود السمات الذهانية في المرونة المعرفية والانتباه.

**ويمكن تفسير هذه النتيجة على النحو التالي:**

يمكن تفسير النتيجة الحالية بأن المرضى الاضطراب ثنائي ذو سمات ذهانية يعانون من ضعف في كل من المرونة المعرفية والانتباه مقارنة بالمرضى بدون سمات ذهانية، مما يدل على أن يدل على أن وجود سمات ذهانية مرافقة لأعراض الاضطراب ثنائي القطب تؤدي إلى مزيد من الضعف والعجز المعرفي، وقد يرجع ذلك إلى طبيعة السمات الذهانية في حد ذاتها اضطراب في الإدراك ومحتوى الفكر. فقد ذكر كلٌّ من (Tharp & Pickering, 2011) أن Corr سلط الضوء على العلاقة بين الذهان والعمليات المعرفية ولا سيما تحكم الانتباه والمرونة مشيراً إلى إن الضعف الملحوظ في التثبيط الكامن latent inhibition في الذهان العالي يوضح أوجه القصور المحتملة في المعالجة المثبطة (للمنبهات غير ذات الصلة). وفي المهام ذات المتطلبات المتزايدة على المرونة / التحكم في الانتباه ، يبدو أن الذهان المرتفع يرتبط بشكل عام بالأداء المعرفي الأدنى (Tharp & Pickering, 2011).

يمكن تفسير هذه النتيجة بأن غالبًا ما تكون السمات الذهانية أحد مكونات نوبات المزاج، وخاصة الهوس، فقد تحدث الأعراض الذهانية مثل الأوهام والهلوسة في ما يصل إلى ٧٥٪ من نوبات الهوس. وقد تؤدي الأعراض في أي من النوبات إلى الإضرار بالأداء النفسي والاجتماعي لدرجة تتطلب الإقامة في المستشفى لتلقي العلاج. فقد أظهرت نتائج دراسات كل من Glahn et al 2007 و de Almeida Rocca et al 2008 بتقييم الأداء المعرفي لدى المرضى الذين لديهم تاريخ من الذهان وبدون تاريخ. (Torres & Malhi, 2010 ;Gordovez, & McMahon, 2020 ;Carvalho et al., 2020; McCarty et al., 2021) واتفقت هذه نتيجة مع نتيجة دراسة كلٍ من Landau et al (2003) التي أشارت إلى أن تاريخ الذهان له تأثير سلبي على القدرة المعرفية.

واتفقت هذه نتيجة أيضًا مع نتيجة كلٌّ من (Bora et al., 2007) أن مرضى اضطراب ثنائي القطب غير الذهاني لديهم عجز في الانتباه وسرعة النفس الحركية، وكان أدائهم أسوأ في اختبار

ويسكونسن مقارنة بغير الذهان، واستنتجت الدراسة أن العجز في المرونة المعرفية يمكن ان يكون سمة من سمات الذهان لدى مرضى اضطراب ثنائي القطب كما أن العجز في الطلاقة اللفظية والانتباه المستمر والسرعة النفس حركية مؤشرات لاستعداد بالإصابة باضطراب ثنائي القطب بشكل عام.

### تعقيباً على نتيجة الفرض الأول:

اتفقت هذه نتيجة مع نتيجة دراسة كلٍ من (Miguélez-Pan et al (2014) التي أوضحت أن درجات مهمة ويسكونسن تأثرت تأثراً دال إحصائياً ببعض المتغيرات الإكلينيكية. كما اتفقت نتيجة الفرض فيما يتعلق باختلاف المرونة المعرفية باختلاف نوع النوبة وشدة الأعراض ووجود سمات الذهان مع ما أوضحه كلٌ من (O'Donnell et al (2017) أن الخصائص الإكلينيكية للاضطراب ثنائي القطب، بما في ذلك مدة الإصابة بالمرض، ووجود الذهان، وعدد نوبات المزاج، وأعراض الاكتئاب (بما في ذلك تحت الإكلينيكية) ، أنها تتنبأ بنقص المرونة المعرفية لدى الأفراد المصابين بالاضطراب ثنائي القطب. مما يشير إلى أن هذه النواقص تعتمد على الحالة، وهي موجودة استجابة لبعض المظاهر الإكلينيكية. كما أظهرت نتيجة الدراسة الطولية لكلٍ من (O'Donnell et al (2017) التي أجريها أن المرونة المعرفية من المحتمل أن تتفاقم بشكل معتدل بمرور الوقت بسبب وجود بعض السمات الديموغرافية والمعرفية والوظيفية للاضطراب وترتبط بضعف الأداء الاجتماعي والوظيفي.

### نتيجة الفرض الثاني ومناقشتها

والذي ينص على: لا توجد علاقة دالة إحصائية بين مدة المرض وأداء مرضى الاضطراب ثنائي القطب على كل من (المرونة المعرفية والانتباه). وللتحقق من صحة هذا الفرض حُسبت قيم معاملات ارتباط بيرسون بين مدة المرض وكل من المرونة المعرفية والانتباه ، كما يوضح جدول (١٤):

## جدول (١٤)

قيم معاملات الارتباط بين مدة المرض وكل من (المرونة المعرفية والانتباه)

لدى مرضى الاضطراب ثنائي القطب (ن = ٦٠)

المتغيرات	قيمة الارتباط	الدلالة
الانتباه	٠.١٤٠	٠.٢٨٦
المرونة المعرفية	٠.١٦٨	٠.٢٠٠

يتضح من جدول (١٤) عدم وجود علاقة دالة إحصائية بين مدة المرض وكل من المرونة

المعرفية والانتباه لدى مرضى الاضطراب ثنائي القطب عند مستوى (٠,٠٥).

### ويمكن تفسير هذه النتيجة على النحو التالي:

يمكن تفسير النتيجة الحالية بأن أداء المرضى الاضطراب ثنائي القطب باختلاف نوباتهم (هوس، هوس خفيف، اكتئاب) لم يختلف في كل من المرونة المعرفية والانتباه، مما يدل على أن العجز العرفي في كل المتغيرات السابق ذكرها سمة في الاضطراب ثنائي القطب لا يختلف باختلاف مدة المرض.

ويمكن تفسير هذه النتيجة في ضوء ما أشار إليه كلٌّ من (Miguélez-Pan et al (2014) أنه بغض النظر عن الاختلافات المنهجية بين الدراسات التي تناولت الوظائف المعرفية العصبية لدى مرضى اضطراب ثنائي القطب، فإن النتائج الرئيسة كشفت عن ضعف معرفي دال إحصائياً في ما يقرب من ثلث المرضى، مما يؤثر على وظائف متعددة ذات سمة معرفية عصبية متميزة لاضطراب ثنائي القطب عن الاضطرابات العقلية الأخرى (Miguélez-Pan et al.,2014).

وقد اتفقت مع استنتاج كلٌّ من (Clark & Goodwin (2008) بعد مراجعة لعدد من الدراسات أن نقص الانتباه والأداء التنفيذي يرتبط بشكل خاص بالضعف الوظيفي لدى مرضى الاضطراب ثنائي القطب مما يؤدي غالباً إلى الفشل في الوصول إلى المستويات المثلى من

الأداء النفسي والاجتماعي. فقد وجد أن الانتباه في الاضطراب ثنائي القطب يضعف كدالة لتطور المرض (Clark, Goodwin.2008).

اتفقت نتيجة الفرض مع ما أوضحه كلٌّ من (Cullen et al (2016) أن الاضطراب ثنائي القطب مرتبط بالضعف المعرفي، والذي يستمر بين نوبات المرض ويسهم في الإعاقة الوظيفية، وأن شدة المرض وطول مدة الإصابة والأدوية المضادة للذهان مرتبطة بضعف معرفي أكبر.

## المراجع:

### أولاً المراجع العربية:

١. أحمد عكاشة، طارق عكاشة.(٢٠١٦). *الطب النفسي المعاصر* . (ط١٣). القاهرة . مكتبة الأنجلو المصرية.
٢. محمد شلبي، محمد الدسوقي، زيزي إبراهيم.(٢٠١٣). *المقابلة الإكلينيكية لتشخيص الاضطرابات النفسية لدي الراشدين: نسخة عربية مستندة إلى الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع DSM-4*. الفصل الأول. تشخيص الأمراض النفسية للراشدين مستمد DSM-4 و DSM-5، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية.
٣. محمد شلبي، محمد الدسوقي، زيزي إبراهيم.(٢٠١٣). *تشخيص الاضطرابات النفسية لدي الراشدين: نسخة عربية مستندة إلى الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس DSM-5*. الفصل الثالث. تشخيص الأمراض النفسية للراشدين مستمد DSM-4 و DSM-5، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية
٤. محمد أبو العطا.(٢٠١٢). *الدلالات الإكلينيكية للأداء لمهام الذاكرة العاملة : دراسة لبعض الاضطرابات النفسية و العقلية* . رسالة دكتوراه غير منشورة ،كلية الآداب ، جامعة الفيوم .
٥. منى حسني. (٢٠١٧). *الفروق بين مرضى الاضطراب ثنائي القطب ومرضى الفصام في الأداء على بعض الوظائف المعرفية*. رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية البنات ، جامعة عين شمس.

### ثانياً: المراجع باللغة الإنجليزية.

6. American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and Statistical Manual of

Mental Disorders, 5th Edn. Washington, DC: *American Psychiatric Association*.

7. Aydın, O., Balıkçı, K., Sönmez, İ., Ünal-Aydın, P., & Spada, M. M. (2021). Examining the roles of cognitive flexibility, emotion recognition, and metacognitions in adult Attention Deficit and Hyperactivity Disorder with predominantly inattentive presentation. *Clinical Psychology & Psychotherapy*.
8. Bora, E., Vahip, S., Akdeniz, F., Gonul, A. S., Eryavuz, A., Ogut, M., & Alkan, M. (2007). The effect of previous psychotic mood episodes on cognitive impairment in euthymic bipolar patients. *Bipolar disorders*, **9(5)**, 468-477.
9. Borkowska, A., & Rybakowski, J. K. (2001). Neuropsychological frontal lobe tests indicate that bipolar depressed patients are more impaired than unipolar. *Bipolar Disorders*, **3(2)**, 88-94.
10. Carvalho, A. F., Firth, J., & Vieta, E. (2020). *Bipolar Disorder*. *New England Journal of Medicine*, **383(1)**, 58–66. doi:10.1056/nejmra1906193
11. Clark, L., & Goodwin, G. (2008). Attentional and executive functioning in bipolar disorder. *Cognitive dysfunction in bipolar disorder: A guide for clinicians*, 23-47.
12. Dennis, J. P., & Vander Wal, J. S. (2010). The cognitive flexibility inventory: Instrument development and estimates of reliability and validity. *Cognitive therapy and research*, **34(3)**, 241-253.
13. Cullen, B., Ward, J., Graham, N. A., Deary, I. J., Pell, J. P., Smith, D. J., & Evans, J. J. (2016). Prevalence and correlates of cognitive impairment in euthymic adults with bipolar disorder: a systematic review. *Journal of affective disorders*, **205**, 165-181.
14. Fleck, D. E., Shear, P. K., Madore, M., & Strakowski, S. M. (2008). Wisconsin Card Sorting Test performance in bipolar disorder: effects of mood state and early course. *Bipolar disorders*, **10(4)**, 539-545.
15. Gabrys, R. L., Tabri, N., Anisman, H., & Matheson, K. (2018). Cognitive control and flexibility in the context of stress and depressive symptoms: The cognitive control and flexibility questionnaire. *Frontiers in Psychology*, **9**, 2219.
17. Gordovez, F. J. A., & McMahon, F. J. (2020). The genetics of bipolar disorder. *Molecular psychiatry*, **25(3)**, 544-559.
18. Hartkamp, M., & Thornton, I. M. (2017). Meditation, cognitive flexibility and well-being. *Journal of Cognitive Enhancement*, 1-15.

19. Kerr, N., Scott, J., & Phillips, M. L. (2005). Patterns of attentional deficits and emotional bias in bipolar and major depressive disorder. *British Journal of Clinical Psychology, 44(3)*, 343-356.
20. Landau, S., Raymont, V., & Frangou, S. (2003). The Maudsley Bipolar Disorder Project: the effect of medication, family history, and duration of illness on IQ and memory in bipolar I disorder. *Journal of Clinical Psychiatry, 64*, 86-93.
21. Lomastro, M. J., Valerio, M. P., Szmulewicz, A. G., & Martino, D. J. (2021). Manic morbidity and executive function impairment as determinants of long-term psychosocial dysfunction in bipolar disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 144(1)*, 72-81.
22. McCarty, R., Josephs, T., Kovtun, O., & Rosenthal, S. J. (2021). Enlightened: addressing circadian and seasonal changes in photoperiod in animal models of bipolar disorder. *Translational psychiatry, 11(1)*, 1-12.
23. Miguélez-Pan, M., Pousa, E., Cobo, J., & Duño, R. (2014). Cognitive executive performance influences functional outcome in euthymic type I bipolar disorder outpatients. *Psicothema, 26(2)*, 166-173.
24. Murphy, F. C., Sahakian, B. J., Rubinsztein, J. S., Michael, A., Rogers, R. D., Robbins, T. W., & Paykel, E. S. (1999). Emotional bias and inhibitory control processes in mania and depression. *Psychological medicine, 29(6)*, 1307-1321.
25. O'Donnell, L. A., Deldin, P. J., Pester, B., McInnis, M. G., Langenecker, S. A., & Ryan, K. A. (2017). Cognitive flexibility: a trait of bipolar disorder that worsens with length of illness. *Journal of clinical and experimental neuropsychology, 39(10)*, 979-987.
26. Perrotta, G. (2019). Bipolar disorder: definition, differential diagnosis, clinical contexts and therapeutic approaches. *J Neuroscience and Neurological Surgery, 5*.
27. Randall, C. (2008). *Working Memory Deficits in Psychotic Bipolar Disorder : Trait Markers for Psychosis*. (Master dissertation, Nevada, Las Vegas University).
28. Sanchez, A., Everaert, J., De Putter, L. M., Mueller, S. C., & Koster, E. H. (2015). Life is... great! Emotional attention during instructed and uninstructed ambiguity resolution in relation to depressive symptoms. *Biological Psychology, 109*, 67-72.

29. Sanchez, A., Everaert, J., & Koster, E. H. (2016). Attention training through gaze-contingent feedback: Effects on reappraisal and negative emotions. *Emotion, 16*(7), 1074.
30. Stange, J. P., Alloy, L. B., & Fresco, D. M. (2017). Inflexibility as a vulnerability to depression: A systematic qualitative review. *Clinical Psychology: Science and Practice, 24*(3), 245-276.( Stange, Alloy& Fresco ,2017).
31. Tharp, I. J., & Pickering, A. D. (2011). Individual differences in cognitive-flexibility: The influence of spontaneous eyeblink rate, trait psychoticism and working memory on attentional set-shifting. *Brain and cognition, 75*(2), 119-125.
32. Toniolo, R. A., Fernandes, F. D. B. F., Silva, M., da Silva Dias, R., & Lafer, B. (2017). Cognitive effects of creatine monohydrate adjunctive therapy in patients with bipolar depression: Results from a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Journal of affective disorders, 224*, 69-75.
34. Vieta, E. (2011). *Guide to assessment scales in bipolar disorder*. Springer Science & Business Media.
35. Yadav, S. K., Alreja, S., Sengar, K. S., & Singh, A. R. (2011). Cognitive flexibility in patients with bipolar affective disorder: Current episode mania. *Office Bearers, 91*, 200.
36. Young, R. C., Biggs, J. T., Ziegler, V. E., & Meyer, D. A. (1978). A rating scale for mania: reliability, validity and sensitivity. *The British Journal of Psychiatry, 133*(5), 429-435. doi:10.1192/bjp.133.5.429

ثالثاً : مواقع شبكة المعلومات العالمية:

37. World Health Organization. (2018). Mediacentre from

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/ar>

38. World Health Organization. (2020). *Mental health in emergencies*. from

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-in-emergencies>