

**فعالية برنامج تثقيفي نفسي تدخلي للحد من الانتكاسة لدى مرضي  
الاضطراب الوجداني ثنائي القطب**

**بحث مقدم من /**

**هویدا أحمد معوض محمد**

**2021م - 1442هـ**

**المستخلص:** هدفت الدراسة إلي تقييم مدى فعالية البرنامج التثقيفي النفسي في الحد من الانتكاسة لدي مرضي الاضطراب الوجداني ثنائي القطب، وبلغ عدد المشاركين في الدراسة (20) من مرضي الاضطراب الوجداني ثنائي القطب، ممن تراوحت أعمارهم بين (18- 58) عاماً، ولجمع البيانات، تم استخدام استمارة استبيان مقابلة شخصية لمرضي الاضطراب الوجداني ثنائي القطب، ومقياس لقياس اتجاهات المرضي تجاه الالتزام بالأدوية، وبرنامج التثقيف النفسي للحد من الانتكاسة لدي مرضي الاضطراب الوجداني ثنائي القطب، كما أسفرت النتائج عن فعالية البرنامج التثقيفي النفسي كعلاج نفسي مساعد في الحد من الانتكاسة لدي مرضي الاضطراب الوجداني ثنائي القطب .

**الكلمات المفتاحية:** التثقيف النفسي- الانتكاسة- الاضطراب الوجداني ثنائي القطب .

### **The Effectiveness of Psycho-educational Intervention Program to Reduce Relapse among Bipolar Affective Disorder Patients.**

**Abstract:** The study aimed to evaluate the effectiveness of the psycho-educational program in reducing relapse among patients with bipolar affective disorder. The number of participants in the study was (20) of bipolar affective disorder patients, whose ages ranged between (18-58) years, and for data collection. A personal interview questionnaire form for patients with bipolar affective disorder, a scale to measure patients' attitudes towards adherence to medication, and a psycho-education program to reduce relapse among patients with bipolar affective disorder were used. The results also revealed the effectiveness of the psycho-educational program as an adjuvant psychotherapy in reducing relapse among patients with bipolar disorder.

**Keywords:** psycho-education, relapse, bipolar affective disorder.

## مقدمة الدراسة :

يحظى الاضطراب ثنائي القطب والاضطرابات الأخرى ذات العلاقة باهتمام خاص لدى المختصين في علم النفس والصحة النفسية - خاصة في البيئات الأجنبية - نظراً لما تمثله الاختلالات التي تسببها هذه الاضطرابات من مشكلات نفسية وصحية خطيرة، لكنه لم يحظ بذات الاهتمام من قبل المختصين في الصحة النفسية في البيئة العربية رغم الأضرار النفسية الكبيرة التي قد يسببها هذا الاضطراب، ولكن بعد تطور معايير التشخيص والعلاج والاهتمام المتزايد بدقتها، بدأت بعض المظاهر والأعراض تجذب المزيد من التركيز والاهتمام خاصة مع ظهور المعايير التشخيصية التي استقرت منذ فترة ليست بعيدة . فقد كان الاضطراب ثنائي القطب يشخص ضمن اضطرابات المزاج - كما كان الحال أولاً في الدليل التشخيصي والاحصائي الرابع DSM-IV الصادر عام 1994 ثم المراجعة الموسعة للدليل التشخيصي والاحصائي الرابع DSM-IV-TR الصادر عام 2000 (American Psychiatric Association, 2000, p. 382 ).

أما الآن فقد حظي اضطراب ثنائي القطب والاضطرابات المتعلقة به بتصنيف منفصل في مجموعة تشخيصية كاملة بعد تصنيف طيف الفصام والاضطرابات المتعلقة به وقبل تصنيف الاضطرابات الاكتئابية، حيث يعتبر اضطراب ثنائي القطب بأنواعه المختلفة حالة انتقائية بين فئتين تشخيصيتين كبيرتين هما اضطرابات الاكتئاب واضطرابات طيف الفصام وفقاً للدليل التشخيصي والاحصائي الأخير DSM-V الصادر عام 2013 (American Psychiatric Association, 2013, p. 132 ).

وبشكل عام علي المستوي الفردي، قد يصاب الفرد بالاكتئاب أو ربما يشعر بالحزن وفقدان الاهتمام واليأس، كما قد يصاب الفرد بحالة من الامتلاء بالطاقة أو سرعة الغضب علي نحو غير معتاد أو ربما يشعر بالابتهاج والهوس الخفيف، ولكن هذه التقلبات المزاجية قد تؤثر أو لا تؤثر علي النوم والطاقة والنشاط والقدرة علي اتخاذ القرارات والسلوك والقدرة علي التفكير بوضوح.. إلخ، ولكن هذا لا يعني بالضرورة إصابة الفرد باضطراب ثنائي القطب. لذلك عمل الدليل التشخيصي والاحصائي الخامس DSM-V عام 2013 علي زيادة دقة التشخيص في الدراسات المستقبلية حول هذه الاضطرابات - وبالتالي دقة العلاج - ومن التغييرات الهامة في معايير تشخيص اضطراب ثنائي القطب في هذا الدليل التأكيد علي تشخيص نوبة الهوس أو تحت الهوس، وعلي حدوث تغيرات في نشاط الفرد وفي طاقته، وليس فقط ارتفاع في المزاج مما يساهم في دقة التشخيص وفي تسهيل الكشف المبكر وبالتالي العلاج لهذه الحالات ( Dunner, 2017, p. 521 ).

حيث أظهرت الدراسات أن نسبة هذا المرض تمثل 5- 7 من سكان العالم، لذلك يعتبر من الاضطرابات النفسية ذات أعلى معدل انتشار في العالم، حتي أن بعض المراقبين يطلقون علي العصر الحالي (عصر اضطرابات المزاج) (أحمد عكاشة، طارق عكاشة، 2010: 418) . وأن الاضطراب ثنائي القطب يظهر في جميع الأعمار، علي أنه يكون أكثر حدوثاً في فترة المراهقة (من سن 15- 19 سنة )، ومن الملاحظ أن البداية المبكرة للإصابة تكون مصحوبة بنتائج سلبية، وتميل فترات اعتدال المزاج إلي أن تصبح قصيرة مع الوقت، وتزداد سرعة تقلب المزاج بحيث تحدث أربع نوبات علي الأقل خلال سنة واحدة، وتزداد النوبات المختلطة وما

يترتب عليها من مآل سيئ للحالة ، كما تؤدي إلى خلل شديد في الأداء الدراسي، والمهني والاجتماعي ( Dell- Aglio, Basso, Iracema, Arteche, 2013 ).  
والانتكاسة في مرض الاضطراب الوجداني ثنائي القطب شائعة وتتضمن العودة أو تدهور لأعراض خط الأساس أو أحداث كإعادة دخول المستشفى ( Pandey, 2003, p. 5 ). وقد تحدث في أي وقت أثناء فترة العلاج والشفاء، لذا الجمع بين العلاج الدوائي والعلاج النفسي يقلل إلى حد كبير من شدة الانتكاسات المتكررة ( Sierra, livianos, Arques & Rojo, 2007 ).

ومن أهم أسباب حدوث الانتكاسة هو عدم تناول الدواء بانتظام حتي عند تناول أحدث الأدوية فالالتزام بالدواء لا يزال يشكل مشكلة كبيرة ومن المؤكد أن الامتناع عن استعمال الأدوية يؤدي إلى الانتكاسة . ومن ثم فإن أعراض الانتكاسة عادة ما تحدث تدريجياً مع مرور الوقت ويسبقها علامات الانذار المبكر والتي قد تكون تغيرات سلوكية أو ظهور الأعراض مرة أخرى. ويمكن تحديد علامات الانذار المبكر واتخاذ الاجراءات السريعة عندما يتم الكشف عن هذه العلامات ( Lincoln, Wilhelm & Nestoriuc, 2007 ).

والاتجاه الحديث في العلاج النفسي هو استخدام أساليب تكاملية تزيد من فعالية العلاجات وتؤثر ايجابياً في كثير من حالات المرضى النفسيين. والآن أصبح التثقيف النفسي لا غني عنه كعلاج نفسي مساعد في مجال الصحة النفسية، وهناك العديد من الأدلة التي أظهرت فعالية هذا العلاج ( George, Sharma & Nair, 2015 ).

ويعد التثقيف النفسي شكلاً من أشكال نقل الاطمئنان والأمل في العلاج وهو يقوم علي تحسين استبصار المريض بمرضه وضرورة العلاج ووظيفته وأهمية الالتزام به منعاً لوقوع الانتكاسة، وبالتالي يجب أن يعالج بالدواء والعلاج النفسي. ويركز علي إكساب المريض المهارات والمعلومات التالية، معرفة المريض طبيعة المرض وطرق علاجه المختلفة والمناسبة لحالته، وتعريف المريض بوظيفة الدواء وأهمية الالتزام به وفق الارشادات الطبية المعطاة له وعدم ايقافه بدون الرجوع للطبيب، وتعريف المريض بالأعراض الجانبية التي ربما تظهر من الدواء وتدريبه علي سرعة التعرف عليها وسرعة تبليغ الطبيب عنها وكيفية اتباع الارشادات بخصوص التعامل معها، وتدريب المريض علي مهارة التعرف علي بوادر الانتكاسة وكيفية تبليغ الفريق الطبي عن أي تغيرات تشير لها، وتعريف المريض بما يعرف بالأعراض المتبقية للمرض وكيف يمكن لطرق العلاج النفسية الأخرى غير الدوائية في المساعدة في التخفيف منها ودوره في عملية العلاج ( Gumus, Buzlu & Cakir, 2017 ).  
فالهدف النهائي من أي علاج ينبغي أن يكون الحد من الأعراض أو تحسين مسار المرض، وفي حالة الاضطراب الوجداني ثنائي القطب يكون الهدف من العلاج بالتثقيف النفسي هو خفض أو تقليل عدد النوبات في كل من القطبين وشدتها، وبالتالي انخفاض عدد مرات الدخول للمستشفى. ( Colom & Vieta, 2006, p. 29 ).

#### مشكلة الدراسة :

علي ضوء ما سبق تتحدد مشكلة الدراسة الراهنة في الإجابة عن السؤال التالي:  
ما مدى فعالية برنامج تثقيفي نفسي تدخلني للحد من الانتكاسة لدي مرضي الاضطراب الوجداني ثنائي القطب ؟

ويتفرع من هذا السؤال الرئيس سؤالان فرعيان نعرض لهما علي النحو التالي:-

(1) هل توجد فروق بين مجموعة مرضي الاضطراب الوجداني ثنائي القطب (المجموعة التجريبية) الذين تلقوا تدريباً علي التثقيف النفسي للحد من الانتكاسة بالإضافة للعلاج الدوائي، ومجموعة مرضي الاضطراب الوجداني ثنائي القطب (المجموعة الضابطة) الذين لم يتلقوا أي تدريب علي التثقيف النفسي للحد من الانتكاسة وتلقوا علاجاً دوائياً، في القياس القبلي، والقياس البعدي، وذلك فيما يتعلق بالأداء علي اختبار العلامات والأعراض المبكرة للانتكاسة وطرق الحد منها، وكذلك الاختبارات الأخرى محل الدراسة؟

(2) هل توجد فروق بين القياس القبلي والقياس البعدي بالنسبة للمجموعة التجريبية (مرضي الاضطراب الوجداني ثنائي القطب) الذين تلقوا تدريباً علي التثقيف النفسي للحد من الانتكاسة بالإضافة للعلاج الدوائي، وذلك فيما يتعلق بالأداء علي اختبار العلامات والأعراض المبكرة للانتكاسة وطرق الحد منها وكذلك الاختبارات الأخرى محل الدراسة؟

#### أهداف الدراسة :

تسعي الدراسة الراهنة إلي تحقيق الأهداف التالية:

- (1) تقييم مدي فعالية البرنامج التثقيفي النفسي في الحد من الانتكاسة لدي مرضي الاضطراب الوجداني ثنائي القطب.
- (2) محاولة الوقوف علي أساليب التثقيف النفسي في الحد من الانتكاسة لدي مرضي الاضطراب الوجداني ثنائي القطب، ويعني بذلك العمليات التي تعتمد عليها هذه الأساليب في الحد من الانتكاسة.
- (3) التوصل إلي اختبار تشخيصي وتقويمي عن العلامات والأعراض المبكرة للانتكاسة وطرق الحد منها ويتميز بكفاءة سيكومترية مقبولة.

#### أهمية الدراسة:

- تكتسب هذه الدراسة أهميتها من اعتبارين أساسيين هي العينة التي تتناولها الدراسة والموضوع الذي تتصدي له .  
وتتبلور الأهمية النظرية فيما يلي:-
- (1) أن مرضي الاضطراب الوجداني ثنائي القطب يشكلون نسبة كبيرة من المترددين علي مستشفيات الصحة النفسية.
  - (2) ارتفاع نسبة الانتكاسة لدي المرضي الذين يعانون من الاضطراب الوجداني ثنائي القطب، في معظم الحالات تكون الضغوط التي توضع علي عاتق المريض وعائلته كبيرة جداً، ينتج عن الانتكاسة مخاوف شديدة والتي من الممكن أن يكون لها عواقب مؤلمة للمريض. لذا ينبغي التخفيف من معاناة هؤلاء المرضي، واعطاء أولوية عالية للحد من الانتكاسة، ونظراً إلي أن التكاليف التي يتحملها المجتمع من الانتكاسة مرتفعة جداً .
  - (3) علي الرغم من أن الاضطراب الوجداني ثنائي القطب من أقدم الاضطرابات العقلية التي نالت وتنال اهتمام العلماء والباحثين، إلا أن الباحثة في حدود علمها واجهت ندرة في الدراسات العربية في مجال علم النفس الاكلينيكي التي تناولت فعالية برنامج تثقيفي نفسي تدخل للحد من الانتكاسة لدي مرضي الاضطراب الوجداني ثنائي القطب علي الرغم من أهمية ذلك .

(4) التعرف علي الفروق بين مرضي الاضطراب الوجداني ثنائي القطب الذين يتلقون التثقيف النفسي بجانب العلاج الدوائي ومرضي الاضطراب الوجداني ثنائي القطب الذي يتلقون العلاج الدوائي فقط في الحد من الانتكاسة .

أما عن الأهمية التطبيقية فيمكن عرضها علي النحو التالي:-

(1) التوصل لبرنامج تثقيفي نفسي مفصل بخطوات محددة يمكن تطبيقه واستخدامه لدى الحالات المرضية المشابهة من قبل المعالجين النفسيين .

(2) الاستفادة من نتائج الدراسة في تحديد المرضي الأكثر تعرضاً للانتكاسة.

**مصطلحات الدراسة:**

### الاضطراب الوجداني ثنائي القطب Bipolar Affective Disorder

يعرف بأنه " ذهان وجداني، الخلل الرئيسي فيه هو تغير في المزاج أو الوجدان، عادة في اتجاه الاكتئاب مع أو بدون قلق، أو إلي اتجاه الابتهاج، وعادة ما يصاحب هذا التغير، تغير في مستوي النشاط الكلي، ويتأرجح بين نقيضين من المرح والنشوة إلي البؤس والاكتئاب، وقد تكون النوبة هوساً فقط ( Mania ) أو اكتئاباً ( Depression ) فحسب أو مختلفة، كما تكون النوبات متلاحقة أو بينهما فترات طويلة أو قصيرة، كما تشوبها بعد الأعراض الفصامية، ويعد ضمن الاضطرابات العقلية الوظيفية، ويعد مصطلح اضطراب الهوس الاكتئابي أو ذهان الهوس الاكتئابي مرادفاً لثنائي القطب " (أحمد عكاشة، طارق عكاشة، 2010: 390) .

### التثقيف النفسي psycho-education

يعرف بأنه " معلومات تعليمية، منهجية ومنظمة عن المرض وعلاجه، ويشمل علي دمج جوانب انفعالية لكي يتمكن المريض وكذلك أفراد أسرته من التأقلم مع المرض " (Bauml et al., 2006).

### الانتكاسة Relapse

عرف "ليف وآخرون " "Leff et al., 1985" نوعين من الانتكاسات:

" النوع الأول: عندما يكون هناك تكرار وعودة للأعراض لدي المرضي الذين كانوا بعدين عن خط الأساس "

" النوع الثاني: عندما يكون هناك زيادة ملحوظة في عدد وشدة الأعراض لهؤلاء المرضي الذين لديهم بالفعل بعض الأعراض " ( Pandey, 2003, p. 5 ) .

**محددات الدراسة:**

تشمل علي ما يلي:

**محددات منهجية:-** استخدمت الدراسة المنهج التجريبي ذو المجموعتين التجريبية والضابطة .

**محددات بشرية:-** تم تطبيق الدراسة علي ( 20 ) من مرضي الاضطراب الوجداني ثنائي القطب، وتم تقسيمهم إلي مجموعتين ( 10 ) مجموعة تجريبية، ( 10 ) مجموعة ضابطة، وتراوحت أعمارهم الزمنية بين ( 18- 58 ) عاماً .

**محددات زمنية:-** استغرق التطبيق للبرنامج التثقيفي النفسي مدة 7 أسابيع تقريباً في الفترة من 1/ 8/ 2021م إلي 16/ 9/ 2021م ، حيث كان التطبيق بشكل جماعي بواقع 3 جلسات أسبوعياً مدة كل جلسة 90 دقيقة .

محددات مكانية:- حيث تم تطبيق البرنامج التثقيفي النفسي بمستشفى العباسية للصحة النفسية التابعة للأمانة العامة للصحة النفسية .

الإطار النظري للدراسة:

أولاً: الاضطراب الوجداني ثنائي القطب

المحكات التشخيصية للاضطراب الوجداني ثنائي القطب:

**Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5**

يقسم الدليل التشخيصي والإحصائي الأمريكي للأمراض النفسية الخامس (DSM-5) (2013) اضطراب ثنائي القطب والاضطرابات المتعلقة به إلى سبعة أنواع، وفيما يلي معايير التشخيص للاضطراب ثنائي القطب والاضطرابات المتعلقة به:-

### 1- الاضطراب ثنائي القطب من النوع الأول Bipolar I Disorder:

يتطلب هذا التشخيص وجود نوبة هوس واحدة علي الأقل في تاريخ المريض، ويمكن أن يسبق هذه النوبة أو يتلوها نوبة هوس خفيف أو نوبة من الاكتئاب الجسيم .

وتحدد نوبة الهوس **Manic Episode** علي الشكل التالي:

أ- ارتفاع في المزاج، أو مزاج متهيج، وزيادة في النشاطات الموجهة نحو هدف أو زيادة في الطاقة ، لمدة أسبوع علي الأقل.

ب- 3 أعراض مما يلي، أو 4 إذا كان المزاج متهيجاً:

1- مشاعر عظيمة.

2- نقص الحاجة إلي النوم (ينام 3 ساعات فقط) .

3- الكلام الزائد.

4- طيران الأفكار أو تسارعها.

5- تغير الانتباه بسهولة .

6- ازدياد النشاطات الموجهة نحو هدف (اجتماعياً- في العمل- في الجنس ) ، أو الهيجان (نشاطات عشوائية غير موجهة نحو هدف) .

7- التورط في نشاطات تؤدي إلي عواقب أليمة (مرح صاخب وشرب كحول مفرط ، سلوك جنسي طائش، صفقات تجارية حمقاء) .

ونوبة الهوس الخفيف **Hypomanic Episode** تحدد بأنها لمدة 4 أيام فقط وليست لمدة أسبوع أو أكثر، و أما باقي الأعراض فهي نفسها ( Severus& Bauer, 2013) .

وتحدد نوبة الاكتئاب الجسيم **Major Depressive Episode** علي الشكل التالي:

وجود 5 أعراض أو أكثر مما يلي لمدة أسبوعين علي الأقل، وواحد منها إما مزاج اكتئابي أو فقدان المتعة والاهتمام :

1- مزاج اكتئابي معظم اليوم وتقريباً كل يوم ، وفقاً لشكوي المريض أو ما يلاحظ عليه .

2- نقص شديد في الاهتمام، أو فقدان المتعة في جميع أو معظم النشاطات الاعتيادية، كل يوم أو معظم الأيام، وفقاً لشكوي المريض أو ما يلاحظ عليه .

3- نقص في الوزن أو زيادته (5% من وزن الجسم خلال شهر ) ، أو نقص أو زيادة في الشهية كل يوم تقريباً .

- 4- الأرق أو زيادة في النوم، كل يوم تقريباً .
- 5- التهيج النفسي الحركي، أو البطء، كل يوم تقريباً ( كما يلاحظ علي المريض ) .
- 6- الارهاق أو فقدان الطاقة ، كل يوم تقريباً .
- 7- مشاعر انعدام القيمة، أو مشاعر ذنب غير مناسبة أو مبالغ فيها .
- 8- نقص القدرة علي التفكير أو التركيز، أو صعوبة اتخاذ القرارات ، كل يوم تقريباً .
- 9- أفكار متكررة حول الموت، أفكار انتحارية، أو محاولة انتحار .

وبعد أن يتم تشخيص وجود نوبة الهوس ( وهذا يكفي لتشخيص ثنائي القطب من النوع الأول كما ذكر سابقاً ) يضاف إلي التشخيص 4 محددات **Specifiers** لتوضيح وصف الحالة بشكل أفضل وهذه المحددات هي :

- شدة الأعراض: وهي تنطبق علي نوبة الهوس أو الاكتئاب الجسيم، وهي إما خفيفة أو متوسطة أو شديدة، وفقاً لكمية الأعراض الموجودة في النوبة الحالية أو أخر نوبة .
- (ومثالاً عندما تتضمن نوبة الاكتئاب 5 أعراض فقط من 9 فإن الحالة خفيفة، وعندما تتضمن 7 أعراض فقط فهي متوسطة، وإذا تضمنت 9 أعراض فهي شديدة، وكذلك الحال في عدد الأعراض في نوبة الهوس).
- أعراض ذهانية.
- في حالة هجوع جزئي.
- في حالة هجوع تام .

وأيضاً تضاف محددات أخرى كلما كان ذلك ممكناً:

- مع معاناة قلقه **Anxious Distress** – مع أعراض مزيجه **Mixed** ( من الهوس و الاكتئاب معاً) – مع تكرار سريع للنوبات (4 نوبات في السنة علي الأقل)- مع أعراض غير وصفية – مع ملامح سوداوية **Melancholic** ( فقدان المتعة مع جميع أو معظم النشاطات، عدم الاستجابة الانفعالية ولو مؤقتاً لمثيرات ممتعة، المزاج أسوأ صباحاً باستمرار، الاستيقاظ مبكراً 2 ساعة عن المعتاد وغير ذلك ) – مع أعراض ذهانية متناسبة مع المزاج- مع أعراض ذهانية غير متناسبة مع المزاج – مع حالة جموديه **Catatonia** – ظهور أثناء الحمل أو بعده (4 أسابيع ) **Peripartum** – ظهور فصلي (لأحد أنواع النوبات المزاجية في الخريف أو الشتاء لمدة سنتين متواصلتين) (هدية أحمد بكداش، 2016: 40).

## 2- الاضطراب ثنائي القطب من النوع الثاني **Bipolar II Disorder**

يختلط تشخيصه عادة من النواحي العيادية مع اضطراب الاكتئاب الجسيم، ويعتمد التشخيص علي وجود نوبات اكتئاب جسيم + نوبة هوس خفيف، وتستمر نوبة الهوس الخفيف (4 أيام فقط ) ولا يوجد فيها أعراض ذهانية، وإذا وجدت يكون التشخيص ثنائي القطب من النوع الأول.

## 3- الاضطراب الدوري (السيكلوثيميا) **Cyclothymic Disorder**:

وهو نوبات عديدة من ارتفاع المزاج أو هبوطه خلال سنتين، لا تصل في شدتها إلي نوبة الهوس الخفيف أو نوبة اكتئاب جسيم، ولا يبقى معتدلاً أكثر من شهرين، وهو يسبب معاناة وتدهوراً اجتماعياً أو مهنيّاً أو حياتياً.

#### 4- الاضطراب ثنائي القطب وما يرتبط به بتأثير مادة أو عقار طبي Substance/ Medication- Induced Bipolar and Related Disorder

ظهور أعراض اضطرابات المزاج (هوسيه أو اكتئابيه) أثناء تناول المواد أو الأدوية، أو بعد انسحابها مباشرة (أيام، وليس وقت طويل، شهر مثلاً). هذه المواد متنوعة مثل: الكحول- فينسيكليدين- مهلوسات أخرى- منومات ومهدئات- أمفيتامين وغيره من المنشطات- كوكايين- غيره.

#### 5- الاضطراب ثنائي القطب المرتبط بحالة مرضية جسمانية أخرى Bipolar and Related Disorder due to Another Medical Condition

ظهور أعراض ارتفاع في المزاج مع ازدياد في النشاط يسيطر علي الصورة العيادية، مع وجود دليل من القصة المرضية أو الفحص الجسمي أو التحاليل الطبية علي أن الأعراض ناتجة عن التأثير الفيزيولوجي المرضي لمرض طبي آخر، وهذه الأعراض لا تحدث فقط خلال أعراض اختلاط الذهن Delirium وهي تسبب معاناة واضحة أو تدهور في الأداء الاجتماعي أو العملي أو الحياتي.

#### 6- اضطراب ثنائي القطب آخر محدد وما يرتبط به Other Specified Bipolar and Related Disorder

يطلق هذا التشخيص في الحالات التي لا تنطبق عليها معايير التشخيص لأي من اضطرابات ثنائي القطب المذكورة سابقاً، مثل الحالات التالية:

- حالات الهوس الخفيف القصيرة (2- 3 يوم) مع نوبات اكتئاب جسيم .
- حالات الهوس الخفيف أعراضها قليلة مع نوبات اكتئاب جسيم.
- حالات الهوس الخفيف دون تاريخ لنوبات اكتئاب جسيم .
- حالات اضطراب المزاجي الدوري لمدة أقل من سنتين ( APA, 2013, p.140 ) .

#### 7- اضطراب ثنائي القطب آخر غير المحدد وما يرتبط به Other Unspecified Bipolar and Related Disorder

يطلق هذا التشخيص في الحالات التي لا يوجد فيها معلومات كافية لتحديد الاضطراب بشكل أفضل (عيادة الطوارئ مثلاً) (محمود عبد الرحمن حمودة، 2014 : 200) .

#### ثانياً: التثقيف النفسي

##### الدور العلاجي للتثقيف النفسي في الاضطراب الوجداني ثنائي القطب:

يعد الاضطراب الوجداني ثنائي القطب حالة حادة ومزمنة ومتكررة تظهر كمشكلة صحية كبيرة ولها درجة عالية من الأعباء الاقتصادية علي المجتمع، وكذلك معدلات وفيات مرتفعة. والاضطرابات الوجدانية هي اضطرابات عقلية حادة وشائعة وتنتشر بنسبة 1% مماثلاً لانتشار مرض الفصام. ومتوسط معدل الانتكاسة 50% في سنة واحدة، وأكثر من 70% في أربع سنوات، وأظهرت دراسة " جيتلين وآخرون " "Gitlin et al., " عام 1995م وهي دراسة تتبعية مدتها اثنا عشر عاماً أن الأفراد الذين يعانون من الاضطرابات الوجدانية كانت لهم أعراضاً لمدة 47% من الوقت. وفي الآونة الأخيرة تم تطوير بعض العلاجات النفسية للوقاية من الانتكاسة والتي أظهرت بعض الوعود (Tanji et al., 2016).

و غالباً ما يتم استخدام المعالجين النفسيين للتثقيف النفسي بشكل مساعد مع علاجات نفسية أخرى، مثل العلاج الدوائي والعلاج النفسي. وفي الأونة الأخيرة، أظهرت العديد من الدراسات حول فعالية العلاج النفسي في الاضطراب الوجداني ثنائي القطب كفاءة هذه العلاجات النفسية في تقليل فرصة حدوث الانتكاسات وزيادة الالتزام بالعلاج بين مرضي الاضطراب الوجداني ثنائي القطب (Rodgers, 2008, p. 16).

وترتبط عوامل مثل وجود الانفعالات الشديدة المعبر عنها، وسوء جو الأسرة، والشعور بالعبء بين الأقارب بسبب رعاية المريض، وسوء استخدام الدواء والامتثال للعلاج مع زيادة خطر الانتكاسة والنتائج السلبية في الاضطراب الوجداني ثنائي القطب.

كذلك طور "ميكلوويتز وآخرون" " Miklowitz et al., 1984 " تدخلاً محدداً في التدخل العائلي الذي يتضمن التثقيف النفسي العائلي كعنصر مهم، علي سبيل المثال، العلاج الذي يركز علي الأسرة (Sin et al., 2017).

ويهدف التثقيف النفسي لمرضي للاضطراب الوجداني ثنائي القطب إلى محاولة فهم عواقب المرض والتعامل معه في سياق نموذج طبي، ومحاولة جعلهم يفهمون العلاقة المعقدة بين الأعراض والشخصية والبيئة الشخصية والآثار الجانبية للأدوية وتحمل المسؤولية لكن بدون احساس أو شعور بالذنب عند مواجهة المرض. هذا يتيح لهم التعاون بنشاط مع الطبيب في بعض جوانب العلاج (Javadpour et al., 2013).

والتثقيف الجماعي فعال في منع تكرار المرضي المصابين بالاضطراب الوجداني ثنائي القطب من النوع الأول والنوع الثاني الذين يتلقون العلاج الطبي بجانب العلاج النفسي (Gumus et al., 2017).

إن أسلوب التثقيف النفسي الجماعي لديه القدرة علي تقليل عدد الانتكاسات والتكرار في نوبات الاكتئاب والهوس و الهوس الخفيف والنوبات المختلطة، وقد ذكروا أيضاً أن عدد وطول فترة الإقامة بالمستشفيات لكل مريض أصبحت أقل وذلك لمن تلقوا هذا النوع من التثقيف النفسي (Colom & Vieta, 2006, p. 42).

ثالثاً: الانتكاسة

**عوامل خطر الانتكاسة Risk Factors of Relapse :-**

**1- ضعف الالتزام بالأدوية Poor The Medication Compliance :**

قد يكون عدم الالتزام ناتجاً عن عوامل متعلقة بالمريض مثل تعاطي المخدرات، والنسيان، والقلق بشأن الآثار الجانبية، ونقص الاستبصار بالمرض، ونقص الحافز، والخوف من وصمة العار. وعوامل ذات صلة بالرعاية الصحية مثل علاقة سيئة بمقدم الرعاية الصحية للمريض، سوء الخدمات وسوء الوصول إليها، ضعف تدريب الموظفين. وعوامل ذات الصلة الاجتماعية والاقتصادية مثل الأمية وانخفاض مستوى التعليم. أو العلاج مثل نظم العلاج المعقدة (Singh, 2014, p. 45).

**2- تعاطي المواد المخدرة Substance abuse :**

يعد تعاطي المواد المخدرة شائعاً بين مرضي الاضطراب الوجداني ثنائي القطب، ويمكن أن يؤدي إلى الانتكاسة بغض النظر عن تأثيره علي الالتزام بالعلاج. يقدر معدل الانتشار بنسبة تصل الي 47%، مع ما يقرب من 33% من المرضي الذين يعانون من اضطراب ادمان

الكحول وتشمل المواد التي يشيع اساءة استخدامها النيكوتين والكحول والقنب والكوكايين (Souza, Piskulic & Sundram, 2010).

### 3- أحداث الحياة الضاغطة Stressful Life Events :

غالباً ما ترتبط أحداث الحياة الضاغطة بظهور الانتكاسة لدى مرضى الاضطراب الوجداني ثنائي القطب، عادة في الأسابيع الثلاثة التي تسبق الانتكاسة. وقد تكون ضغوط الحياة داخلية مثل الأفكار والمشاعر، وخارجية مثل وفاة أحد الأقارب . وتشمل الضغوط الأخرى الاجهاد المزمن بين الأشخاص، والفقر، والتشرد، والإيذاء، والوصمة . والمرضى المصابون بالاضطراب الوجداني ثنائي القطب أكثر حساسية وأكثر عرضة للأثار السلبية للضغوط البسيطة .

### 4- الاكتئاب Depression :

ارتبط الاكتئاب بارتفاع معدلات الانتكاسة، وضعف النتائج، وضعف الاداء، والمعاناة الشخصية، وحتى محاولات الانتحار الفعلية (Lawson- Briddell, 2006, p. 6).

الدراسات السابقة :

قام كل من "بيرري وآخرون" (Perry et al., 2000) بدراسة هدفت إلى تقييم فاعلية التثقيف النفسي لتحديد الأعراض المبكرة للانتكاسة وطلب العلاج الفوري من الخدمات الصحية، وذلك علي عينة بلغ حجمها 69 مريضاً من مرضى الاضطراب الوجداني ثنائي القطب، مما تراوحت أعمارهم الزمنية بين 18 إلى 75 عاماً، وتم استخدام الأدوات التالية: استمارة لجمع البيانات الاجتماعية والديموجرافية والاكلينيكية ومقياس تقييم الهوس ومقياس تقييم الاكتئاب ومقياس الالتزام بالعلاج، وأظهرت نتائج الدراسة أن تثقيف المرضى وتعليمهم كيفية التعرف في وقت مبكر علي أعراض الانتكاس الهوسى والبحث عن العلاج المبكر يرتبط بالتحسينات الاكلينيكية المهمة، كذلك أشارت إلى انخفاض كبير في عدد الانتكاسات الهوسيه خلال 18 شهراً، وأدى كذلك إلى تحسن اجتماعي ملحوظ بشكل عام لدى مرضى الاكتئاب .

وفي دراسة "بوندي" (Bond, 2014) والتي هدفت إلى تقييم أثر برنامج تثقيفي نفسي تدخلي لتحسين المعتقدات الشخصية غير الصحية حول المرض والاتجاهات نحو الدواء وكذلك فعاليته في الوقاية من الانتكاسة لدى مرضى الاضطراب الوجداني ثنائي القطب، وذلك وفقاً للدليل التشخيصي والاحصائي الرابع المعدل، حيث تراوحت أعمارهم الزمنية بين 18 إلى 65 عاماً، وقد تم استخدام مقياس لتقييم المعتقدات والمواقف الشخصية وكذلك تم قياس أعراض المزاج ، وذلك قبل وبعد التدخل، واستمر البرنامج لمدة 12 شهراً، وأظهرت نتائج الدراسة أن التثقيف النفسي أدى إلى تقليل المعتقدات والمواقف الشخصية غير الصحية سواء كان انتكاساً هوسياً أو اكتئابياً ، وتحسين الأداء ، وكذلك فعاليته في الوقاية من الانتكاسة.

كما أجرى "سينغ" (Singh, 2014) دراسة هدفت إلى فعالية تدخل التثقيف النفسي علي التكيف وجودة الحياة والالتزام بالدواء لدى مرضى الاضطراب الوجداني ثنائي القطب، وذلك علي عينة بلغ حجمها 36 مريضاً، وتم تقسيمهم إلي مجموعتين، المجموعة التجريبية وشملت 18 مريضاً يتلقون العلاج الدوائي بجانب التثقيف النفسي، والمجموعة الضابطة وشملت 18 مريضاً يتلقون العلاج الدوائي فقط، وتم تشخيصهم حسب التصنيف العالمي للأمراض النفسية ICD-10 وقد أخذت العينات من مرضى القسم الدخلي بالمعهد المركزي للطب النفسي رانشي بالهند، وقد

تراوحت أعمارهم الزمنية بين 18-60 عاماً، وقد تم استخدام المقابلة الأولية والتي شملت البيانات الاجتماعية والديموغرافية والاكلينيكية، ومقياس لتقييم الهوس، ومقياس لتقييم جودة الحياة لمنظمة الصحة العالمية، ومقياس لتقييم الالتزام بالدواء، ومقياس التكيف المختصر، وذلك بواقع جلسة واحدة في الأسبوع لمدة 6 أسابيع وكل جلسة حوالي 45 دقيقة إلى 60 دقيقة، حيث استمر البرنامج لمدة 3 أشهر من المتابعة، وأظهرت نتائج الدراسة بأن التثقيف النفسي يؤدي إلى تحسن كبير في جميع مجالات جودة الحياة الجسدية والنفسية والاجتماعية والبيئية، وهذا التدخل يؤدي أيضاً إلى تحسن كبير في تعزيز التكيف النشط، كما يؤدي إلى تحسين الالتزام بالدواء مقارنة بالمجموعة الضابطة.

وقام "حسيني وآخرون" ( Hosseini et al., 2017 ) بدراسة هدفت إلى التحقق من فعالية التثقيف النفسي الجماعي في تحسين جودة الحياة والتكرار لدى مرضى الاضطراب ثنائي القطب الإيرانيين، وذلك على عينة بلغ حجمها 24 مريضاً من مرضى العيادة الخارجية بمستشفى ابن سينا، وقد تم تقسيمهم إلى مجموعتين الضابطة والتجريبية، وتم تقييم المرضى باستخدام الأدوات التالية مقياس لتقييم الهوس، ومقياس هاملتون للاكتئاب، ومقياس لقياس جودة الحياة، وذلك بواقع 8 جلسات تثقيف نفسي في 4 أسابيع وتم إعادة الفحص بعد 6 أشهر لتكرار العلاج ودخول المستشفى والالتزام بالعلاج وزيارة الطبيب، وجاءت النتائج أن هناك فرق كبير في مجموعة التدخل في تحسين نوعية الحياة بالإضافة إلى ذلك كان هناك اختلاف كبير بين المجموعتين في التكرار وانخفاض معدل الانتكاسات لصالح مجموعة التدخل.

**تعقيب عام على الدراسات السابقة :**

هدفت الدراسات إلى تقييم فعالية التثقيف النفسي لخفض حدة الأعراض ومعدلات الانتكاسة وكذلك الحد من دخول المستشفى والاتجاه نحو العلاج، حيث اتفقت النتائج على فعالية التثقيف النفسي كعلاج نفسي مساعد في تحسين مسار المرض وتجنبه المراحل الحادة وتحقيق استقرار للمرض وتقليل عدد النوبات في كل من القطبين وشدتها وبالتالي الوعي الجيد بالأعراض والاستبصار بالمرض وتغيير موقف المريض السابق من المرض والتي له أثره على المرض ومسيرته ونوعية الحياة التي يعيشها وكذلك يقلل الانتكاسة ويقلل تكرار دخول المستشفى ويزيد من الاستجابة للعلاج وتحسن الأعراض وتطبيق المهارات اللازمة للتكيف مع الحياة اليومية.

**فروض الدراسة :-**

في ضوء متغيرات الدراسة والإطار النظري، وما توصلت إليه الدراسات السابقة من نتائج قامت الباحثة بصياغة الفروض على النحو التالي:

- 1- لا توجد فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطي رتب درجات مرضى الاضطراب الوجداني ثنائي القطب في المجموعتين التجريبية والضابطة وذلك فيما يتعلق بالأداء على اختبار العلامات والأعراض المبكرة للانتكاسة وطرق الحد منها في القياس القبلي .
- 2- توجد فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطي رتب درجات مرضى الاضطراب الوجداني ثنائي القطب في المجموعتين التجريبية والضابطة وذلك فيما يتعلق بالأداء على اختبار العلامات والأعراض المبكرة للانتكاسة وطرق الحد منها في القياس البعدي لصالح المجموعة التجريبية .

- 3- لا توجد فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطي رتب درجات مرضي الاضطراب الوجداني ثنائي القطب في المجموعتين التجريبية والضابطة وذلك فيما يتعلق بالأداء علي مقياس الاتجاه نحو الدواء في القياس القبلي .
- 4- توجد فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطي رتب درجات مرضي الاضطراب الوجداني ثنائي القطب في المجموعتين التجريبية والضابطة وذلك فيما يتعلق بالأداء علي مقياس الاتجاه نحو الدواء في القياس البعدي لصالح المجموعة التجريبية .
- 5- توجد فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطي رتب درجات مرضي الاضطراب الوجداني ثنائي القطب في المجموعة التجريبية وذلك فيما يتعلق بالأداء علي اختبار العلامات والأعراض المبكرة للانتكاسة وطرق الحد منها قبل وبعد تطبيق البرنامج التثقيفي النفسي لصالح القياس البعدي .
- 6- توجد فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطي رتب درجات مرضي الاضطراب الوجداني ثنائي القطب في المجموعة التجريبية وذلك فيما يتعلق بالأداء علي مقياس الاتجاه نحو الدواء قبل وبعد تطبيق البرنامج التثقيفي النفسي لصالح القياس البعدي .

#### إجراءات الدراسة :

#### أولاً: منهج الدراسة:-

اتبعت الباحثة في هذه الدراسة المنهج التجريبي، حيث يعد ( البرنامج التثقيفي النفسي ) هو المتغير المستقل، و ( الحد من الانتكاسة لدي مرضي الاضطراب الوجداني ثنائي القطب ) هي المتغير التابع.

#### ثانياً: عينة الدراسة :-

أجريت الدراسة الحالية علي عينة قوامها عشرين مريضاً ( ن = 20 ) ( ذكور وإناث ) من مرضي الاضطراب الوجداني ثنائي القطب بمستشفى العباسية للصحة النفسية التابعة للأمانة العامة للصحة النفسية، وتم تقسيمهم إلي مجموعتين (تجريبية وضابطة ) وكانت المجموعات علي النحو التالي:

\*المجموعة التجريبية: وتكونت من عشرة من مرضي الاضطراب الوجداني ثنائي القطب الذين تلقوا تدريباً علي التثقيف النفسي للحد من الانتكاسة، بالإضافة إلي العلاج الدوائي.

\*المجموعة الضابطة: وتكونت من عشرة من مرضي الاضطراب الوجداني ثنائي القطب الذين كانوا يتلقون العلاج الدوائي فقط .

#### ثالثاً : أدوات الدراسة

تم استخدام ثلاث أدوات أمكن من خلالها جمع البيانات بهدف التحقق من فروض الدراسة وكانت الأدوات كالتالي:-

#### 1- استمارة استبيان عن الحد من الانتكاسة لدي مرضي الاضطراب الوجداني ثنائي القطب

(إعداد الباحثة ) (مراجعة ا. د. محمد سعيد أبو الخير )

- الاستبيان من إعداد الباحثة . ويقس ثلاث أجزاء ، وذلك بعد الاستعانة بالمراجع العلمية التي لها علاقة بالموضوع، بهدف تقييم معرفة ومعلومات المرضى عن مرض الاضطراب الوجداني ثنائي القطب و العلامات المنذرة للانتكاسة وذلك للحد من الانتكاسة التي تحدث لمرضي الاضطراب الوجداني ثنائي القطب .

**الجزء الأول: استمارة جمع البيانات الاجتماعية والاكلينيكية لمرضى الاضطراب الوجداني ثنائي القطب**

وتشمل هذه الاستمارة علي بيانات مختلفة مثل :-

- ❖ بيانات شخصية عن المريض: مثل السن ، النوع، الحالة الاجتماعية، مستوى التعليم، الوظيفة، نوع الوظيفة، محل الإقامة .
- ❖ بيانات اكلينيكية عن المريض: مثل السن عند بداية المرض، تاريخ الدخول الحالي، عدد مرات الدخول، طريقة الدخول، طريقة الدخول الالزامي، عن كونه مريض نفسي و ما هو المرض، وجود تاريخ للمرض النفسي في العائلة، وما هي صلة القرابة، الأعراض التي أدت إلي دخوله الحالي للمستشفى .

**الجزء الثاني: معلومات المريض عن مرض الاضطراب الوجداني ثنائي القطب**

- ❖ تحتوي علي أسئلة مثل (تعريف الاضطراب الوجداني ثنائي القطب، أسبابه، العلامات و الأعراض، أنواع العلاج، الآثار الجانبية للأدوية، طريقة تعامل المريض مع هذه الأعراض).

**الجزء الثالث: معلومات المريض عن الانتكاسة التي تحدث لمرضى الاضطراب الوجداني ثنائي القطب**

- ❖ تحتوي علي عدة أسئلة مثل ( مفهوم الانتكاسة، أسباب الانتكاسة، علامات الانذار المبكر من الانتكاس، طرق الحد منها ، وطرق التعامل مع القلق والتوتر والأفكار الغريبة ).

**طريقة التصحيح :**

الإجابة الصحيحة تأخذ درجة ، والإجابة الخاطئة تأخذ صفر .

الدرجة الكلية تقييم عن طريق :

أقل من 50 % ← معرفة فقيرة .

50-75 % ← معرفة متوسطة .

أكثر من 75% ← معرفة جيدة .

**2- مقياس الاتجاه نحو الدواء (DAI) Drug Attitude Inventory**

صمم المقياس بواسطة " هوجان وآخرون " (Hogan et al., 1983) وقامت الباحثة بترجمته إلى

اللغة العربية . بهدف تقييم اتجاهات المرضى نحو الأدوية النفسية ومدى التزامهم بها.

يتكون من استبيان يكمله المريض، يتضمن سلسلة من الأسئلة لكل منها اجابات صحيحة / خاطئة، تتعلق بجوانب مختلفة من تصورات المريض وخبرات العلاج.

يتكون المقياس الأصلي من 30 سؤالاً، يجب أن يُطلب من المريض قراءة كل عبارة في الاستبيان ويقررون ما إذا كانوا يعتقدون أنها صحيحة أم خاطئة كما هو مطبق علي تجربتهم الخاصة مع الأدوية ( فقط تلك الأدوية المستخدمة للمريض لاحتياجات الصحة النفسية ) ، ويجب عليهم وضع دائرة حول اجاباتهم بالحبر على النموذج .

**التصحيح:-**

يحتوي المقياس على 15 بنداً يلتزم المريض تماماً بما تم وصفه من الدواء (وبالتالي من المتوقع أن يكون له استجابة ذاتية ايجابية من الدواء) على أنه " صحيح " ، ويجب المريض بـ " خطأ" في 15 بنداً

ولحساب النتيجة من مجموعة من الاجابات، يتم منح كل اجابة ايجابية (درجة زائد واحد) وكل اجابة سلبية (درجة ناقص واحد) ، يظهر ملف الاجابات الايجابية (الدرجة = زائد واحد) تظهر بنص غامق، على سبيل المثال، أ ستحصل اجابة " خطأ " على علامة زائد واحد، وستكون اجابة (صواب ) ناقص واحد .

يتم حساب النتيجة الاجمالية لكل مريض على أنها مجموع الدرجات الايجابية مطروحاً منها درجات سلبية .

تشير النتيجة الاجمالية الايجابية إلي استجابة ذاتية ايجابية (ملتزمة) .  
وتشير النتيجة الاجمالية السلبية إلي استجابة ذاتية سلبية (غير ملتزمة) .

1.	F	11.	F	21.	T
2.	T	12.	F	22.	T
3.	F	13.	F	23.	T
4.	T	14.	F	24.	T
5.	F	15.	T	25.	F
6.	T	16.	F	26.	T
7.	T	17.	F	27.	F
8.	T	18.	T	28.	F
9.	T	19.	F	29.	T
10	F	20.	F	30.	T

#### التحقق من الخصائص السيكومترية للمقياس:

تكونت عينة التحقق من الكفاءة السيكومترية للمقياس من (30) من مرضي الاضطراب الوجداني ثنائي القطب بمستشفى العباسية للصحة النفسية ، مما تراوحت أعمارهم الزمنية ما بين 18 – 58 عاماً .

وقامت الباحثة بالإجراءات الآتية للتأكد من صدق وثبات المقياس:-

#### 1- مدي صلاحية بنود المقياس

حيث تم عرض المقياس علي 7 محكمين ينتمون إلي كلية الآداب والتربية تخصص صحة نفسية، ثم قامت الباحثة بعمل التعديلات الملائمة بالاتفاق مع المشرف حتي وصل إلي صورته النهائية، وقد حازت بنود المقياس اتفاقاً يتراوح بين 95 – 100 % من آراء المتخصصين.

2- استخدمت الباحثة صدق الاتساق مع التوقعات في ضوء نتائج الدراسات السابقة وفي ضوء توقعات الدراسة الراهنة حيث تتوقع الباحثة فاعلية التثقيف النفسي في الامتثال للدواء ومن ثم الحد من الانتكاسة حيث تشير العديد من الدراسات مثل دراسة "جافادبور وأخرون" "Javadpour et al., 2013" و "بوند" "Bond, 2014" و "رحماني" "Rahmani, 2016" و "سينغ" "Singh, 2014" إلي وجود علاقة بين الامتثال إلي الدواء والحد من الانتكاسة، ومعظم هذه الدراسات قامت بتقييم الامتثال إلي الدواء كمؤشر لانخفاض عدد

النوبات الحد من الانتكاسة لدي مرضي الاضطراب الوجداني ثنائي القطب وسوف يتضح في عرض النتائج إلي أي مدي تحققت هذه التوقعات مما يعد مؤشراً للصدق

### ثبات الاختبار :

قامت الباحثة بحساب معامل الثبات بطريقة ألفا كرونباخ التي توضح ارتفاع معاملات ثبات المقياس، والتي كانت نسبته 0.664 ، وكذلك كان معامل ثبات سبيرمان براون 0.763 و معامل ثبات جيتمان 0.699 ، مما يشير إلي تمتع المقياس بمؤشرات ثبات عالية .

### 3- البرنامج العلاجي:

- ❖ مسماه/ برنامج تثقيفي نفسي .
- ❖ غرضه/ الحد من الانتكاسة لدي مرضي الاضطراب الوجداني ثنائي القطب .
- ❖ طبيعته/ جماعي .
- ❖ بناؤه/ من إعداد : (كولوم، فيتا، 2006) ، ترجمة: الباحثة، مراجعة: ا. د . محمد سعيد أبو الخير
- ❖ مراحل/ (5) مراحل.
- ❖ حجم جلساته/ (21) جلسة.
- ❖ مدة الجلسة/90 دقيقة.
- ❖ حجم المجموعة العلاجية/ 20 من مرضي الاضطراب الوجداني ثنائي القطب.
- ❖ طبيعة الجلسات/ مغلقة .
- ❖ تواتر الجلسات/ ثلاث جلسات أسبوعياً.
- ❖ مدة المقرر العلاجي/ مقرر معتدل الأجل (7 أسابيع).
- ❖ قيادة الجلسات/ الباحثة بإشراف الأستاذ الدكتور: محمد سعيد أبو الخير.
- ❖ مكان إجراء الجلسات/ القسم الداخلي بمستشفى العباسية .

### أهداف البرنامج :-

التثقيف النفسي هو جانب من جوانب العلاج الذي يقدم المعلومات و التوعية و الدعم للأشخاص الذين يتلقون العلاج من الاضطرابات النفسية. ويهدف البرنامج التثقيفي النفسي الحالي للحد من الانتكاسة لدى مرضي الاضطراب الوجداني ثنائي القطب، وذلك من خلال تحقيق الأهداف التالية :

#### أولاً: أهداف المستوى الأول

- الوعي بالمرض.
- الكشف المبكر عن الأعراض المنذرة.
- الالتزام بالعلاج.

#### ثانياً: أهداف المستوى الثاني

- التحكم في الضغوط.
- تجنب استخدام المواد المخدرة وإساءة استخدامها.
- تحقيق الانتظام في أسلوب الحياة
- الوقاية من السلوك الانتحاري.

#### ثالثاً: الأهداف المرغوب فيها

- زيادة المعرفة ومواجهة العواقب النفسية والاجتماعية للنوبات في الماضي و المستقبل.

- تحسين الأنشطة البينشخصية و الاجتماعية بين النوبات.
- مواجهة أعراض لزمنة مرضية غير مكتملة الصورة و الضعف.
- زيادة الرفاهية وتحسين جودة الحياة.
- ❖ وصف هيكل لمراحل العلاج وجلساته

المرحلة	مسماتها	عدد جلساتها
الأولي	الوعي بالاضطراب	6
الثانية	الالتزام بالأدوية	7
الثالثة	تجنب تعاطي المواد المخدرة	1
الرابعة	الاكتشاف المبكر للنوبات الجديدة	3
الخامسة	العادات المنتظمة وإدارة الضغوط	4
جملة	5 مراحل	21 جلسة

## ❖ جلسات البرنامج التثقيفي

الجلسة	الموضوع	الهدف العام	الفنيات المستخدمة
1	العرض و قواعد المجموعة.	البدء بالمجموعة وإرساء القواعد الأساسية، وتحقيق التعارف و بناء الثقة.	المناقشة و الحوار.
2	ما هو الاضطراب ثنائي القطب؟	تعريف المرضي المفهوم الاضطراب ثنائي القطب وتبديد الخرافات العديدة حوله والتأكيد علي الطبيعة البيولوجية للاضطراب ومحاولة التغلب علي وصمة العار.	المناقشة و الحوار- العصف الذهني- رواية القصة- الواجب المنزلي.
3	الأسباب والعوامل المسببة	جعل المرضي يتعرفون علي الطبيعة البيولوجية لاضطرابهم ويتعلموا التمييز بين المفهوم السببي و مفهوم المحفز.	المحاضرة- المناقشة و الحوار- العصف الذهني- الواجب المنزلي.
4	الأعراض الأولى: الهوس و الهوس الخفيف.	توضيح للمرضي ما هي نوبة الهوس و الهوس الخفيف.	الحوار و المناقشة- العصف الذهني- التذكر- التخيل الايجابي- الحديث الذاتي الايجابي- الواجب المنزلي.
5	الأعراض الثانية: الاكتئاب و النوبات المختلطة.	نقل لمرضانا فكرة أن الاكتئاب مرض طبي، والابتعاد عن الاعتبارات الاجتماعية التحقيرية و التفريق بين الانفعالات الطبيعية و المرضية.	المناقشة و الحوار- رواية القصة- المحاضرة- التغذية الراجعة الايجابية- التعزيز - التخيل الايجابي
6	التطور والتشخيص.	التركيز علي طبيعة الحالة المزمنة و المتكررة للاضطراب ثنائي	المناقشة و الحوار- مخطط الحالة المزاجية- النمذجة-

	الاقناع- الواجب المنزلي.	القطب.	
7	المناقشة والحوار- الواجب المنزلي.	تعريف المرضي بأنواع مختلفة من مثبتات الحالة المزاجية واختلافاتهم ومزاياهم و أثارهم الجانبية.	العلاج الأول: مثبتات المزاج.
8	المناقشة و الحوار- التعزيز- اتخاذ القرار- الواجب المنزلي.	تزويد المرضي بمعلومات محدثة عن العلاج الدوائي لمرحلتي الهوس و الهوس الخفيف من أجل تحسين التزام المريض.	العلاج الثاني: الأدوية المضادة للهوس.
9	المناقشة و الحوار- التذكر- الواجب المنزلي.	اطلاع المجموعة علي العلاج الدوائي لمراحل الاكتئاب والمراحل المختلطة.	العلاج الثالث: مضادات الاكتئاب.
10	المحاضرة- المناقشة و الحوار- الواجب المنزلي .	هو أن يفهم المريض الحاجة إلي فحوصات دورية لتحديد مستوى البلازما في الدم.	مستويات البلازما لمثبتات المزاج.
11	المناقشة و الحوار- مخطط الحالة المزاجية- الواجب المنزلي.	معالجة العلاقة الاشكالية بين المؤثرات العقلية و الحمل.	الحمل و الاستشارات الوراثية
12	المحاضرة- المناقشة و الحوار- رواية القصة- الواجب المنزلي.	أن نشرح لمرضانا الاختلاف بين العلاج الطبي للاضطراب و العلاجات البديلة من حيث الدلالة و الفعالية.	الأدوية النفسية مقابل العلاجات البديلة
13	المناقشة و الحوار- العصف الذهني - النمذجة - الواجب المنزلي.	جعل المرضي يتفهمون خطر الانتكاس المرتبط بالتخلي عن العلاج.	المخاطر المرتبطة بالانسحاب من العلاج.
14	المناقشة و الحوار- التحصين التدريجي- العصف الذهني- الواجب المنزلي.	هو أن يصبح مرضانا علي دراية بالمخاطر وليس من العقاقير .	المواد ذات التأثير النفساني: مخاطر الاضطرابات ثنائية القطب
15	المناقشة و الحوار- التذكر- المحاضرة- العصف الذهني- الواجب المنزلي.	هو أن يتعلم المرضي اكتشاف الانتكاسات الهوسيه في الوقت المناسب.	الكشف المبكر عن نوبات الهوس و الهوس الخفيف.
16	المناقشة و الحوار- العصف الذهني- المحاضرة - التذكر - الواجب المنزلي.	هو تعليم المرضي اكتشاف نوبات الاكتئاب في أسرع وقت ممكن.	الكشف المبكر عن النوبات الاكتئابية و المختلطة.
17	المناقشة و الحوار- التذكر- العصف الذهني	هدفها الوقاية ، أي يتعلم مرضانا التقنيات و يكتسبوا الموارد بينما هم	ماذا تفعل عند اكتشاف مرحلة

الواجب	المحاضرة- المنزلي.	أصحاء، ويمكن أن يخدمهم لاحقاً خلال الاضطراب.	جديدة؟	
رواية	المناقشة و الحوار- قصة- العصف الذهني - المحاضرة.	التعمق بشكل غير مباشر للحاجة إلي عادات منتظمة.	انتظام العادات	18
الحوار و المناقشة- المحاضرة- التحكم في التنفس- الاسترخاء.	الحوار و المناقشة- المحاضرة- التحكم في التنفس- الاسترخاء.	تزويد مرضانا بمعلومات عن وجود أدوات نفسية مختلفة يمكن أن تساعد في إدارة التوتر و القلق بشكل أفضل.	تقنيات التحكم في الضغوط	19
المناقشة و الحوار- العصف الذهني - المحاضرة .	المناقشة و الحوار- العصف الذهني - المحاضرة .	رسم طرق لتنظيم عملية صنع القرار.	استراتيجيات حل المشكلات	20
الحوار و المناقشة .	الحوار و المناقشة .	إغلاق المجموعة بشكل صحيح	إغلاق	21

#### خامساً: أساليب المعالجة الاحصائية

في ضوء الدراسة الحالية سوف تستخدم الباحثة الأساليب الاحصائية المناسبة وفقاً لمتغيرات الدراسة باستخدام البرنامج الإحصائي SPSS وذلك باستخدام الإحصاء اللابارامتري وهي كالتالي:

- 1- اختبار مان ويتني لدلالة الفروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة .
- 2- اختبار ويلكوكسون لدلالة الفروق بين أفراد المجموعة التجريبية في القياس القبلي والبعدي .

نتائج الدراسة ومناقشتها :

#### نتيجة الفرض الأول:

ينص الفرض الأول علي أنه " لا توجد فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطي رتب درجات مرضي الاضطراب الوجداني ثنائي القطب في المجموعتين التجريبية والضابطة وذلك فيما يتعلق بالأداء علي اختبار العلامات والأعراض المبكرة للانتكاسة وطرق الحد منها في القياس القبلي" . وللتحقق من صحة هذا الفرض، قامت الباحثة باستخدام اختبار مان ويتني للمقارنة بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة وذلك فيما يتعلق بالأداء علي اختبار العلامات والأعراض المبكرة للانتكاسة وطرق الحد منها في القياس القبلي، ويتضح ذلك من خلال جدول (1) .

#### جدول (1)

دلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة وقيمة (Z) في القياس القبلي لاختبار العلامات والأعراض المبكرة للانتكاسة وطرق الحد منها .

المجموعة	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة U	قيمة W	قيمة Z	مستوى الدلالة
التجريبية	10	10.35	103.50	48.500	103.500	0.114-	0.909 غير دالة
الضابطة	10	10.65	106.50				

ويتضح من الجدول السابق أنه:

لا توجد فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة وذلك فيما يتعلق بالأداء علي اختبار العلامات والأعراض المبكرة للانتكاسة وطرق الحد منها في القياس القبلي. وبالتالي يكون الفرض الأول قد تحقق تحقيقاً كاملاً.

ويمكن تفسير نتيجة هذا الفرض علي النحو التالي:

حيث يشير ذلك إلي تكافؤ المجموعتين التجريبية والضابطة علي اختبار العلامات والأعراض المبكرة للانتكاسة وطرق الحد منها في القياس القبلي، وأن جميع مرضي المجموعتين كانوا يفتقرون للمعلومات عن المرض وأعراضه والتي من شأنه التأثير علي المرض ومسيرته. حيث وجدت الباحثة المرضي أثناء التطبيق علي دراية سيئة بالاضطراب ثنائي القطب، وكذلك كان لديهم بعض الاعتقادات الخاطئة حول اضطرابهم ، كأن الأشخاص الضعفاء فقط هم من يعانون من هذا المرض، وأن هذا الاضطراب يحدث فقط للأشخاص الذين يتعاطون المخدرات . فكان أحد المرضي يعتقد أنه يعاني من الاكتئاب " فقط " نتيجة المشاكل التي واجهها في عمله، كذلك قالوا المرضي أنهم يُتهمون من قبل أقاربهم بأنهم ضعفاء أو كسالي ، فعلي حد قول إحدى المريضات ( دي بتدلع ).

كما سببت أيضاً فكرة وراثه هذا الاضطراب نوعاً من القلق والتوتر لدي المرضي، خاصة المرضي الذين كان لديهم أطفال أو يرغبون في الإنجاب .

وتري الباحثة أن نقص الاستبصار بالمرض لدي مرضي ثنائي القطب هو دفاع نفسي أو أسلوب مواجهة في شكل انكار للمرض، وهذه الفكرة تقود إلي أن هؤلاء المرضي يعرفون بأنهم مرضي، ولكنهم لم يعترفوا بذلك سواء بوعي أو بغير وعي، وهؤلاء المرضي تكون دوافعهم لخداع أنفسهم من أجل الحفاظ علي تقديرهم الذاتي وكذلك المحافظة علي نظرة ايجابية لهم ، وربما ينكرون كونهم مرضي نفسيين كوسيلة للتكيف من أجل حماية أنفسهم من وصمة العار التي سوف تلحق بهم ، ويكون الانكار هو الاستجابة النفسية الأولية في مرحلة بداية العلاج .

فقد أظهرت العديد من الدراسات أن مريض الاضطراب ثنائي القطب غالباً ما ينقصه الإدراك بالمرض أو العرض النفسي ، ويعتبر مفهوم الاستبصار هام من أجل الخوض في العلاج وتطور العلاج النفسي والتحسين الجيد ، ونتيجة لذلك يكون تحسين الاستبصار من الأهداف الكبرى للتثقيف النفسي لمرضي الاضطراب ثنائي القطب .

حيث ركزت الأبحاث الحديثة الآن علي الاستبصار بالمرض وعلي فحص العلاقة بين الاستبصار بالمرض النفسي والمتغيرات الاكلينيكية المختلفة مثل خطورة المرض و الأعراض الذهانية والالتزام بالعلاج وجودة الحياة .

فانقص الاستبصار في الاضطراب ثنائي القطب يؤدي إلي ضعف الالتزام بالعلاج وضعف التواصل والأداء الاجتماعي ، وضعف التشخيص وارتفاع خطر الانتكاسة . وفي هذا الصدد تظهر مستويات الاستبصار بدورها خلال مراحل العلاج مع مرضي ثنائي القطب: من الإنكار الكامل للمرض، وعي بسيط بأنه مريض وفي حاجة للمساعدة ولكن في نفس الوقت ينكر المرض ، الوعي بأنه مريض ولكن يلقي اللوم علي الآخرين أو علي عوامل خارجية أو عضوية ، الوعي بأنه مريض ويرجع ذلك لشيء مجهول في المريض . وهو ما يتفق مع دراسة " غوتام " " Gautam, 2009 " والتي أظهرت أن استبصار المريض ووعيه بمرضه يؤدي إلي تحسن ملحوظ لأعراض المرض .

### نتيجة الفرض الثاني:

ينص الفرض الثاني علي أنه " توجد فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطي رتب درجات مرضي الاضطراب الوجداني ثنائي القطب في المجموعتين التجريبية و الضابطة وذلك فيما يتعلق بالأداء علي اختبار العلامات والأعراض المبكرة للانتكاسة وطرق الحد منها في القياس البعدي، لصالح المجموعة التجريبية. وللتحقق من صحة هذا الفرض، قامت الباحثة باستخدام اختبار مان وتيني للمقارنة بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية والضابطة، وذلك فيما يتعلق بالأداء علي اختبار العلامات والأعراض المبكرة للانتكاسة وطرق الحد منها في القياس البعدي، ويتضح ذلك من خلال الجدول ( 2) .

### جدول ( 2 )

دلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة وقيمة (Z) في القياس البعدي لاختبار العلامات والأعراض المبكرة للانتكاسة وطرق الحد منها.

المجموعة	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة U	قيمة W	قيمة Z	مستوي الدلالة
التجريبية	10	14.95	149.50	5.500	60.500	-3.380	0.001 دالة
الضابطة	10	6.05	60.50				

### ويتضح من الجدول السابق أنه:

توجد فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة وذلك فيما يتعلق بالأداء علي اختبار العلامات والأعراض المبكرة للانتكاسة وطرق الحد منها في القياس البعدي لصالح المجموعة التجريبية . وبالتالي يكون الفرض قد تحقق كاملاً .

### ويمكن تفسير نتيجة هذا الفرض علي النحو التالي:

مما سبق يتضح التأثير الإيجابي علي المجموعة التجريبية ، حيث أنه زاد لديهم الوعي والاستبصار بطبيعة ما يعانون به، وكذلك الوعي بالتعامل مع أعراض المرض ، ويمكن عزو ذلك إلي ما تم استخدامه في البرنامج من أساليب ووسائل علاجية ساعدت في التوعية والتنقيف بالاضطراب .

فقد تم إعطاء المرضى المعلومات الأساسية عن الاضطراب ثنائي القطب ، ومن خلال الجلسات تعلم المرضى ماهية الاضطراب وكذلك تقنيات وحيل معينة للتعامل بشكل أفضل مع الاضطراب وكذلك التعرف علي علامات الانتكاسة للاضطراب ثنائي القطب .

حيث رأت الباحثة أن ما تعلمه المرضى غير الطريقة التي يفهمون بها أنفسهم ، مما يكون فعال جدا في مكافحة الشعور بالذنب الذي كان يشعر به الكثير من المرضى .

وكذلك رأت الباحثة تكيف المريض ثنائي القطب بشكل جيد مع مجموعة التثقيف النفسي .

ونظراً لأن البرنامج التثقيفي اشتمل علي فنيات مختلفة مثل ( المناقشة والحوار – العصف الذهني – رواية القصة – مخطط الحالة المزاجية – الواجب المنزلي – الاقناع – المحاضرة وغيرها ) .

كل ذلك كان له دور فعال في التأثير ايجاباً علي مرضي المجموعة التجريبية ، حيث أن الباحثة استخدمت العديد من الفنيات نظراً لأهمية كل فنية ودورها في تحقيق أهداف البرنامج التثقيفي والمتمثل في: ( الوعي بالاضطراب ، الكشف المبكر عن الأعراض المنذرة ، الالتزام بالعلاج ، التحكم في الضغوط ، تجنب استخدام المواد المخدرة ، الوقاية من السلوك الانتحاري ، وتحسين جودة الحياة ) .

ولم تكفي الباحثة بالفنيات التثقيفية خلال الجلسات العلاجية بل ركزت أيضاً علي الفنيات السلوكية مثل ( الاسترخاء – التحكم في التنفس ) ، وذلك للتخفيف من الضغط والتوتر .

وتشيد الباحثة باحترام المرضى لقواعد المجموعة ( الحضور – الالتزام بالمواعيد – الاحترام – المشاركة ) .

كما كانت الألعاب التنشيطية مفيدة لكسر الجمود بين المرضى ، إلي جانب استخدام الباحثة الأمثلة التوضيحية والقصص التعليمية المضحكة التي تأخذ الاحساس الدرامي .

كذلك شعر المرضى بالارتياح عندما علموا ارتفاع معدل انتشار الاضطراب ، حيث أنهم يتوقعون إلي حد ما عن الشعور بأنهم غريبو الأطوار ( مختلفون ) .

حيث أشار أحد أفراد العينة قائلاً " كنت أعتقد بأنني الوحيد الذي أعاني من هذا الاضطراب وعند قدومي للعلاج والتعرف علي مشكلتي و أعراضها شعرت بالراحة لمعرفة أن هذا الاضطراب منتشر وأصبح لدي وعي الآن لتقديم أي معلومات لأي شخص يعاني من مثل أعراضه وأنصحه بعدم التأخير في العلاج " .

وخلال الجلسات التثقيفية تم التأكد علي أن الاضطراب يميل إلي الظهور بشكل دوري إلا أن انتكاساتهم غالباً ما تعتمد علي موقفهم من الاضطراب ( الالتزام الدوائي ، اتباع ارشادات النوم، الاكتشاف المبكر للنوبات ) ، وأنهم قد ينتكسوا حتي لو فعلوا كل شيء بشكل صحيح إلا أن الانتكاسات ستكون دائماً أقل تكراراً وتستمر لفترة أقل وتكون أقل حدة .

وهو ما أشارت إليه دراسة " ديسوزا وآخرون " " Dsouza et al., 2010 " من فاعلية التثقيف النفسي في خفض أعراض الاضطراب وتحسين معدل الانتكاسة ، مما يشير إلي فائدة التثقيف النفسي كعلاج نفسي مساعد في علاج الاضطراب ثنائي القطب .

وما يتفق مع دراسة " ديميسي وآخرون " " Demissie et al., 2018 " والتي أكدت علي أن التدخلات النفسية المساعدة بجانب العلاج الدوائي تحسن من النتائج الاكلينيكية وجودة الحياة لدي المرضى بالاضطراب ثنائي القطب .

وكذلك دراسة " كانديني " " Candini et al., 2013 " أكدت علي أن التثقيف النفسي يشجع علي تحسين مسار المرض وتجنبه المراحل الحادة وتحقيق استقرار أكبر للمرضي .

## نتيجة الفرض الثالث:

ينص الفرض الثالث علي أنه " لا توجد فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطي رتب درجات مرضي الاضطراب الوجداني ثنائي القطب في المجموعتين التجريبية والضابطة وذلك فيما يتعلق بالأداء علي مقياس الاتجاه نحو الدواء في القياس القبلي . وللتحقق من صحة هذا الفرض، قامت الباحثة باستخدام اختبار مان وتيني للمقارنة بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية والضابطة وذلك فيما يتعلق بالأداء علي مقياس الاتجاه نحو الدواء في القياس القبلي. ويتضح ذلك من خلال الجدول (3).

## جدول (3)

دلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة وقيمة (Z) في القياس القبلي لمقياس الاتجاه نحو الدواء.

المجموعة	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة U	قيمة W	قيمة Z	مستوي الدلالة
التجريبية	10	10.95	109.50	45.500	100.500	-0.342	0.733
الضابطة	10	10.05	100.50				

## ويتضح من الجدول السابق أنه:

لا توجد فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في القياس القبلي وذلك فيما يتعلق بالأداء علي مقياس الاتجاه نحو الدواء . وبالتالي يكون الفرض الثالث قد تحقق تحقيقاً كاملاً .

## ويمكن تفسير نتيجة هذا الفرض علي النحو التالي:

حيث لاحظت الباحثة أن مرضي المجموعتين التجريبية والضابطة كانوا غير ملتزمين بتناول الدواء ، وأن جميع مرضي المجموعتين كان لديهم اتجاه سلبياً نحو الأدوية النفسية . وهو ما أشارت إليه الدراسات من أن نصف مرضي الاضطراب ثنائي القطب يتخلون عن علاجهم خلال سنة العلاج الأولي ، ويوقفه كثير من المرضي في الأشهر اللاحقة من العلاج . حيث يتوقف 7 من كل 10 مرضي عن تناول الدواء في وقت ما من حياتهم ، و9 من كل 10 مرضي ثنائي القطب يفكرون بجدية في التخلي عنه .

ومن ناحية أخرى فإن إيقاف العلاج هو السبب الأكثر شيوعاً للانتكاسات ، ومن بين أسباب وقف الدواء كما أشار إليها المرضي أثناء جلسات التنقيف من شعورهم بالسوء لأن الدواء هو الذي يتحكم في حالته المزاجية وليس الشخص نفسه ، وكذلك اعتقاداً منهم بأنهم قادرون علي السيطرة علي الاضطراب ثنائي القطب دون الحاجة إلي تناول أي دواء ، وكذلك أشاروا إلي الأعراض الجانبية الشديدة لتلك الأدوية النفسية ، كذلك خوفهم من العواقب طويلة المدى، حيث أنه يؤدي إلي التبعية ويجعلهم أغبياء ويضلل المعلومات وفقدان الشعور بالابتهاج .

ومن بين الأمور التي ظهرت أثناء الجلسات العلاجية، حيث أشار المرضي إلي العلاقة بين البيئة الاجتماعية والأدوية النفسية ، لأنه في كثير من الحالات لا تفهم الدائرة الاجتماعية أو حتي أسرة المريض الحاجة إلي تناول الدواء وترسل رسائل ، فعلي حد قول بعض المرضي " يحل

الشخص المشاكل النفسية بنفسه وليس بالأقراص ، هذا الدواء يخدرك " . والذي له تأثير سلبي جداً علي الالتزام بالعلاج .

وهو ما تشير إليه أغلب الدراسات الأجنبية إلي وجود علاقة بين المعلومات عن الاضطراب ثنائي القطب واتجاهات المرضى تجاه الالتزام بالأدوية ، بحيث كلما زادت المعلومات عن المرض كان الاتجاه نحو الأدوية أكثر ايجابية .

وهو ما أكدت عليه دراسة " فوسوغ وآخرون " Vosough et al., 2016 " حيث كان التوقف عن الدواء من الأسباب الرئيسية لزيادة الانتكاسة المرضية وأن المرضى الموابون علي تناول الأدوية النفسية كانوا أقل عرضة لتكرار والانتكاسة .

ويعتبر التوقف عن الدواء مغرياً ويبدو منطقياً من المرضى عندما تهدأ أعراض الاضطراب، وكذلك أشارت الدراسات أن معدل الانتكاسة اللاحقة يمكن أن يكون كبيراً .

ويجب أن يكون التوقف عن العلاج قراراً مشتركاً ومخطط له ويشمل المريض والطبيب والأخصائي النفسي، ويجب علي الطبيب أن يناقش بصراحة مع المريض جميع الخيارات والعواقب المحتملة والمخاطر طويلة المدى وكذلك الفوائد التي تعود علي المريض بعد كل شيء، وعلاوة علي ذلك ترتبط الانتكاسات بعبء اقتصادي مرتفع .

#### نتيجة الفرض الرابع:

ينص الفرض الرابع علي أنه " توجد فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطي رتب درجات مرضى الاضطراب الوجداني ثنائي القطب في المجموعتين التجريبية والضابطة وذلك فيما يتعلق بالأداء علي مقياس الاتجاه نحو الدواء في القياس البعدي لصالح المجموعة التجريبية. وللتحقق من صحة هذا الفرض، قامت الباحثة باستخدام اختبار مان ويتي للمقارنة بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة وذلك علي مقياس الاتجاه نحو الدواء في القياس البعدي لصالح المجموعة التجريبية . ويتضح ذلك من خلال جدول (4).

#### جدول ( 4 )

دلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة وقيمة (Z) في القياس في القياس البعدي وذلك في الأداء علي مقياس الاتجاه نحو الدواء .

المجموعة	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة U	قيمة W	قيمة Z	مستوي الدلالة
التجريبية	10	14.55	145.50	9.500	64.500	-3.078	0.002 دالة
الضابطة	10	6.45	64.50				

ويتضح من الجدول السابق أنه:

توجد فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة وذلك فيما يتعلق بالأداء علي مقياس الاتجاه نحو الدواء في القياس البعدي لصالح المجموعة التجريبية .

وبالتالي يكون الفرض الرابع قد تحقق تحققاً كاملاً .

ويمكن تفسير نتيجة هذا الفرض علي النحو التالي:

فقد كان تحسين الالتزام بالعلاج أحد أهم الأهداف الرئيسية للبرنامج التثقيفي النفسي ، حيث تم تزويد المجموعة التجريبية بمعلومات محدثة عن العلاج الدوائي لمرحلي الهوس و الهوس الخفيف وكذلك مرحلة الاكتئاب ، وذلك من أجل تحسين التزام المرضى في هذه المراحل لأنه عادة ما يكون قاصراً .

وخلال الجلسات العلاجية قامت الباحثة بالتأكيد علي جميع أنواع المخاطر المرتبطة بالتوقف عن الأدوية النفسية وجعلهم يتفهمون خطر الانتكاسة المرتبطة بالتخلي عن العلاج .

وقامت الباحثة باستخدام بعض التمارين العلاجية التي تساعد المرضى علي تعلم طرق جديدة لتحسين الالتزام وتحديد المرضي الذيم يكون نمطهم الدوائي ضعيف التنظيم وبالتالي يكونون أكثر عرضهم للانتكاسة .

ومن بين الحيل التي ناقشها المرضي لعدم نسيان الدواء، " تناول الدواء عند أخذ وجبة الفطار والعشاء ، والتذكير باستخدام المنبه وساعة اليد ، كتابة الدواء كمهمة يجب القيام بها في المخطط اليومي ، وغيرها من الحيل " .

فكان من المهم لدي الباحثة أن يجد كل مريض طريقته الخاصة في الامتثال للأدوية . كما قامت الباحثة بمناقشة موضوع الآثار الجانبية وجعلهم يتعلمون تحمل آثارها التي يمكن اعتبارها بسيطة بالمقارنة مع حجم الاضطراب ثنائي القطب وتأثيره علي حياتهم .

كما جادل بعض المرضي الباحثة بأن تناول الدواء وعدم تناوله لا يحدث فرقاً لأنه عاني من انتكاسات أثناء تناوله ، وكانت مناقشته أن احتمالية المعاناة من نوبة ما لا تختفي أبداً ، ولكن الشيء المؤكد هو أن احتمالية حدوث الانتكاسة أقل بكثير لدي المرضي المعالجين ، الذين إذا تعرضوا لانتكاسات فسيكونون أقصر وأقل شدة وبالطبع أكثر ندرة .

وهو ما أشارت إليه دراسة " جافادبور وآخرون " " Javadpour et al., 2013 " حيث أظهرت أن المرضي في المجموعة التجريبية والذين خضعوا للتثقيف النفسي كانوا في وضع أفضل من المجموعة الضابطة في كل جانب من جوانب الحياة وكذلك عدد انتكاسات أقل وعدم تكرار دخول المستشفى وتعزيز الالتزام بالدواء والتعافي .

ويتفق أيضاً مع دراسة " رحمانى وآخرون " " Rahmani et al., 2016 " علي أنه لم يكن هناك فرق كبير بين المجموعتين فيما يتعلق بالالتزام بالأدوية قبل التدخل ولكن بعض التدخل العلاجي للتثقيف النفسي كان متوسط درجات قائمة التحقق من الالتزام بالأدوية في المجموعة التجريبية أعلى بكثير من المجموعة الضابطة ، بما أن التثقيف كان فعالاً في تحسين أداء المرضي بالالتزام بالأدوية والحد من معدلات الانتكاسة ، يمكن أن يوصي المعالجين النفسيين بتطبيق هذا التدخل في الاعداد الاكلينيكي .

كما أكدت دراسة " بوند " " Bond, 2014 " أن التثقيف النفسي قلل المعتقدات و المواقف الشخصية غير الصحية سواء كان انتكاساً هوسياً أو اكتئاباً وتحسين الأداء والالتزام بالدواء وبالتالي فعاليته في الحد من الانتكاسة .

#### نتيجة الفرض الخامس:

ينص الفرض الخامس علي أنه " توجد فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطي رتب درجات القياس القبلي و القياس البعدي بالنسبة للمجموعة التجريبية وذلك فيما يتعلق بالأداء علي اختبار العلامات والأعراض المبكرة للانتكاسة وطرق الحد منها " .

وللتحقق من صحة هذا الفرض قامت الباحثة باستخدام اختبار ويلكوكسون لدراسة الفروق بين متوسطي رتب درجات القياس القبلي والقياس البعدي بالنسبة للمجموعة التجريبية وذلك فيما يتعلق بالأداء علي اختبار العلامات والأعراض المبكرة للانتكاسة وطرق الحد منها . ويتضح ذلك من خلال جدول ( 5 ) .

#### جدول ( 5 )

دلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية وقيمة (Z) في القياسين القبلي والبعدي وذلك فيما يتعلق بالأداء علي اختبار العلامات والأعراض المبكرة للانتكاسة وطرق الحد منها .

القياس	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	مستوي الدلالة
القبلي	10	0.00	0.00	-2.805	0.005 غير دالة
البعدي	10	5.50	55.00		

ويتضح من الجدول السابق أنه:

يوجد فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطي رتب درجات القياس القبلي والقياس البعدي بالنسبة للمجموعة التجريبية وذلك فيما يتعلق بالأداء علي اختبار العلامات والأعراض المبكرة للانتكاسة وطرق الحد منها ، وذلك لصالح القياس البعدي . وبالتالي يكون الفرض الخامس قد تحقق تحقاً كاملاً .

#### ويمكن تفسير نتيجة هذا الفرض علي النحو التالي:

وتفسر الباحثة هذه النتيجة بفعالية وتأثير البرنامج التثقيفي المستخدم في الحد من الانتكاسة لدي المجموعة التجريبية .

وكذلك باعتبار أن التثقيف النفسي أحد أفضل الأساليب العلاجية المساعدة التي أثبتت فعاليته لدي العديد من الاضطرابات النفسية .

ويستند تدخل التثقيف النفسي علي الاحتياجات الفردية للمريض ، ويستند أيضاً علي أدلة تجريبية علي أن فهم الأمراض النفسية يساعد المرضى علي اكتساب قدر من السيطرة علي الأعراض والتعامل مع مرضهم بشكل أفضل وأن يكونوا أعضاء أكثر فعالية في فريق العلاج , Gautam, ( 2009, p. 8 ) .

ويركز التدخل التثقيفي علي نقاط القوة لدي المرضى ، وكذلك يركز علي تعليمهم كيفية التعايش مع مشكلاتهم ( Garrett, 2008, p. 14 ) .

وأن هذا المرض له درجة مختلفة من الشدة ، وأن المرضي يصابون به علي شكل نوبات ومع العلاج يعودون إلي مستوي قريب من الطبيعي .

وهذا ما وضحه "أحمد عكاشة ، طارق عكاشة ، 2010 " خلال تعريفه للاضطراب ثنائي القطب بأن " ذهان وجداني، الخلل الرئيسي فيه هو تغير في المزاج أو الوجدان، عادة في اتجاه الاكتئاب مع أو بدون قلق، أو إلي اتجاه الابتهاج، وعادة ما يصاحب هذا التغيير، تغير في مستوي النشاط الكلي، ويتأرجح بين نقيضين من المرح والنشوة إلي اليأس والاكتئاب، وقد تكون النوبة هوساً فقط ( Mania ) أو اكتئاباً ( Depression ) فحسب أو مختلفة، كما تكون النوبات متلاحقة أو بينهما فترات طويلة أو قصيرة " ، وكذلك فقد وصفه " حامد عبدالسلام زهران ، 2001 " بأنه مرض ذهاني يشاهد فيه الاضطراب الانفعالي المتطرف وتتوالي فيه دورات متكررة من الهوس و الاكتئاب وقد يتخللها (فترات انتقائية يكون فيها الفرد عادياً نسبياً). كما تري " زينب محمود شقير، 2005 " أن ذهان الهوس الاكتئابي أو ما يسمى بالجنون الدوري ، يعد حالة من الذهان يتذبذب فيها الشخص من أعلي مستوي إلي أدني مستوي من اليأس، وفي حالة الابتهاج (نوبة الهوس ) قد يكون الفرد في قمة الحيوية، كثير الكلام ، وغير قادر علي أن يستقر في مكانه وعندما ينقلب الشخص إلي حالة الاكتئاب (نوبة الاكتئاب ) يصبح بطيئاً جداً في استجاباته، وقد يجلس ويبكي لفترات طويلة يتهم نفسه بكل أنواع الفعل الخاطيء ، وهكذا تتصف ردود أفعال المريض بالتذبذب الانفعالي والتقلب المزاجي، وتشتت الانتباه واضطراب الذاكرة .

وهو ما يتفق مع دراسة " جوموس وآخرون " ( Gumus et al., 2015 ) من أن التثقيف النفسي كان فعال، حيث كان للمجموعة التجريبية عدد أقل من الانتكاسات وبالتالي عدد أقل من النوبات المزاجية .

وكذلك يتفق مع دراسة حسيني (Hosseini et al, 2017) حيث جاءت نتائج الدراسة بأن هناك اختلاف كبير بين المجموعتين التجريبية والضابطة في التكرار وانخفاض معدل الانتكاسات لصالح مجموعة التدخل مما يدل علي فعالية التثقيف النفسي كعلاج نفسي مساعد وتري الباحثة أنه ومن خلال تطبيق البرنامج علي هؤلاء المرضي أن لديهم الاستعداد القوي للتعلم أعراض وعلامات هذا المرض وأنهم متعاونين بصورة كبيرة .

وتفسر الباحثة أن هذه الفعالية للبرنامج نابعة من الدافعية القوية من أجل التخلص من الأعراض. لكن كان المميز بهذه الدراسة الحالية عن الدراسات السابقة أنها اعتمدت علي أسلوب علاجي ممنهج يقوم علي عدد طول من الجلسات والفنيات المتعددة والمتكررة التي تعطي الأثر الأكبر بممارستها لدي مرضي الاضطراب ثنائي القطب .

كما تعلم المرضي كيفية اكتشاف الانتكاسات الهوسيه في الوقت المناسب وكذلك تعلم المرضي اكتشاف نوبات الاكتئاب في أسرع وقت ممكن .

تم استخدام تقنية (مخطط الحالة المزاجية) والتي سمحت لهم بتقدير تطور اضطرابهم ومحفزاته من منظور معين ، وما إذا كانت هناك علي سبيل المثال أوقات من السنة يكون فيها احتمال حدوث الانتكاسة أعلي مثل(الربيع -عيد الميلاد - الامتحانات النهائية) كما تعلم المرضي عمل قائمة علامات الانذار المبكر منعا لحدوث الانتكاسة وكذلك اعداد خطة للطوارئ.

نتيجة الفرض السادس:

ينص الفرض السادس علي أنه " توجد فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطي رتب درجات القياس القبلي والقياس البعدي بالنسبة للمجموعة التجريبية وذلك فيما يتعلق بالأداء علي مقياس الاتجاه نحو الدواء " .

وللتحقق من صحة هذا الفرض قامت الباحثة باستخدام اختبار ويلكوكسون لقياس الفروق بين متوسطي رتب درجات القياس القبلي والقياس البعدي بالنسبة للمجموعة التجريبية وذلك فيما يتعلق بالأداء علي مقياس الاتجاه نحو الدواء، ويتضح ذلك من خلال جدول ( 6 ) .

#### جدول ( 6 )

دلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية وقيمة (Z) في القياسين القبلي والبعدي وذلك فيما يتعلق بالأداء علي مقياس الاتجاه نحو الدواء .

القياس	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	مستوي الدلالة
القبلي	10	0.00	0.00	-2.807	0.005
البعدي	10	5.50	55.00		

ويتضح من الجدول السابق أنه:

توجد فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطي رتب درجات القياس القبلي والقياس البعدي بالنسبة للمجموعة التجريبية وذلك فيما يتعلق بالأداء علي مقياس الاتجاه نحو الدواء لصالح القياس البعدي . وبالتالي يكون الفرض السادس قد تحقق تحققاً كاملاً .

ويمكن تفسير نتيجة هذا الفرض علي النحو التالي:

وتعزو الباحثة هذه النتيجة إلي أن الآثار الايجابية للتدخل العلاجي كانت واضحة ، وهذا يعني أن البرنامج التنقيفي النفسي ساعد في تحسين معلومات المرضى عن أهمية الامتثال للدواء وبالتالي الحد من الانتكاسة .

وتؤكد الباحثة علي أنه تم تعريف مرضانا بأنواع مختلفة من مثبتات المزاج واختلافاتهم ، ومؤشراتهم الخاصة ومزاياهم وآثارهم الجانبية .

حيث يعتقد بعض المرضى أن للأطباء النفسيين مصلحة اقتصادية في وصف الأدوية النفسية أو أنهم يستسلمون لضغوط شركات الأدوية ، فتم مناقشة هذه الموضوعات بصراحة مع المرضى وأن استخدام مثال كربونات الليثيوم وهو دواء لا يكون تسويقه مربحاً بشكل خاص لأي شركة بسبب سعره المنخفض علي الرغم من حقيقة أنه أحد أكثر المؤشرات العقلية استخداماً للأدوية .

ومن إحدى الأفكار الخاطئة عند بعض المرضى هو الاعتقاد بأن الاضطراب ثنائي القطب هو نقص لليثيوم في الدم ، حيث شرح ذلك لجميع المرضى وانها شائعة جدا بينهم .

كما أكدت الباحثة علي المرضى الحاجة إلي فحوصات دورية لتحديد مستوي البلازما في الدم .

ووجدت الباحثة أن المرضى أثناء الجلسات كان لديهم احساس كبير بالاهتمام والتركيز علي متابعة جميع الجلسات والمشاركة فيها، كما كانت للعلاقة بين الباحثة والمجموعة التجريبية التنقيفية القائمة علي المعاملة الودية وحسبهم علي التعبير عن أفكارهم دون تردد والتقبل غير المشروط للمشاركين وأفكارهم الأثر الكبير في نجاح الجلسات واستمرارها بفعالية حتي النهاية، وكان للفنيات المستخدمة والواجبات المنزلية التي تم مراجعتها علنياً أمام المجموعة قبل بداية الجلسات الأثر الواضح في تعميق المفاهيم وامتلاك المهارات اللازمة لاستمرارية تطبيق البرنامج، وقد

تحدث أحد المشاركين في الجلسة الختامية قائلاً : " أن البرنامج كان بالنسبة له نقله نوعية علي الصعيد الشخصي والعلاجي " .

ومن خلال النتائج الايجابية التي ظهرت بعد تطبيق البرنامج التثقيفي علي المجموعة التجريبية ومقارنتها بالمجموعة الضابطة ظهر لنا الأثر الكبير علي البرنامج وأنه فعلا حقق هدفه الرئيسي والأساسي من الدراسة وهو تحسين معلومات مرضي الاضطراب الوجداني ثنائي القطب عن أهمية الامتثال للدواء وكيفية الحد من الانتكاسة .

#### توصيات الدراسة:

في ضوء ما توصلت إليه الدراسة من نتائج فإن الباحثة تتقدم بالتوصيات التالية:  
توصيات تهدف إلي المرضي:-

- 1- جلسات التدخل النفسي يجب أن تعطي باستمرار و بانتظام ولو لمدة 10 دقائق يوميا، ويجب أن تقدم لجميع المرضي من ذوي الدخول الطوعي وغير الطوعي علي حد سواء .
- 2- توفير قائمة بالعلامات التحذيرية للانتكاسة لكل مريض عند خروجه من المستشفى للتعرف المبكر علي مؤشرات الانتكاسة وذلك لمنع حدوثها .
- 3- متابعة المرضي الذين خرجوا من المستشفى من قبل العاملين بالمستشفى للحد من الانتكاسات المحتملة .

#### بحوث مقترحة :

من خلال الدراسة الحالية انبثقت مجموعة من البحوث المقترحة نطرحها فيما يلي :

- 1- فاعلية برنامج علاجي لتنمية المهارات الاجتماعية لمرضي الاضطراب الوجداني ثنائي القطب .
- 2- فاعلية برنامج علاجي لتحسين الوظائف المعرفية لمرضي الاضطراب الوجداني ثنائي القطب .
- 3- فاعلية برنامج علاجي لتحسين جودة الحياة ورفع التقدير الذاتي لمرضي الاضطراب الوجداني ثنائي القطب .
- 4- جودة النوم وعلاقتها بالعوامل المنذرة بالانتكاسة لدي مرضي الاضطراب الوجداني ثنائي القطب .

#### المراجع :

##### أولاً: المراجع العربية :

- أحمد عكاشة، طارق عكاشة (2010) : *الطب النفسي المعاصر*، ط 15 ، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية .
- حامد عبد السلام زهران (2005) : *الصحة النفسية والعلاج النفسي* ، ط 4 ، القاهرة ، عالم الكتب
- زينب محمود شقير (2005): *الشخصية السوية والمضطربة*، ط 3، القاهرة ، النهضة المصرية .
- محمود عبدالرحمن حمودة (2014) : *أمراض النفس*، القاهرة ، مودع في مركز الطب النفسي والعصبي للأطفال .
- هدية أحمد بكداش (2016) : *بعض الوظائف المعرفية وعلاقتها بمرض الاضطراب الوجداني ثنائي القطب*، رسالة ماجستير ( غير منشورة ) ، جامعة عين شمس، كلية البنات للآداب والتربية والعلوم- قسم علم النفس .

## ثانياً: المراجع الأجنبية :

- American Psychiatric Association (APA) . (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5 th). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (APA) . (2000 ). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4 th ed., text revision ). Washington, DC: Author.
- Bond, K. (2014). *A brief psych education intervention for patients with bipolar disorder :effect on attitudes and beliefs and their relationship to clinical outcomes* . Un published doctorate thesis, university of Manchester, Faculty of medical and human science .
- Bauml, J. Frobose, T. Kraemer, S. Rentrop, M &Pitschel-walz, G. (2006 ). Psychoeducation: A Basic Psychotherapeutic Intervention for Patients With Schizophrenia and Their Families. *Schizophrenia Bulletin*, 32, 1-9 .
- Colom, F& Vieta, E. (2006). *Psycho education manual for bipolar disorder*. New York : Cambridge university press .
- Candini, V. Buizza, G, Girolamo, C. Ferrari, M& Caldera, R. (2013). Structured group psycho education for bipolar patients: a study of effectiveness in Italy. *Comprehensive psychiatry*. 54, 15- 20
- Dunner, D. (2017 ). Bipolar II Disorder, *Journal of Bipolar Disorders*. 19 (7 ), 520- 521 .
- Dell-Aglio, J., Basso, L., Argimon, I., & Arteche, A. (2013 ) . Systematic review of the Prevalence of Bipolar Disorder and Bipolar Spectrum Disorders in Population based Studies . *Trends Psychiatry Psychother*, 35 ( 2), 99- 105 .
- Dsouza, R. Piskulic,D. Sundram,S. (2010). Abrief dyadic group based psychoeducation program improves relapse rates in recently remitted bipolar disorder: a pilot randomized controlled trial. *Journal of affective disorders*. 120, 272- 276 .
- Demissie, M. Hanlon, C& Birhane, R. (2018). Psychological interventions for bipolar disorder in low- and middle- income countries: systematic review. *BJPsych Open*, 4, 375- 384 .
- George, L. Sharma, P& Nair, S. (2015). Effect of psych education on quality of life and disability among persons with bipolar disorder: randomized controlled trial. *Indian Journal of health and wellbeing*, 6, 461- 466 .

- Gumus, F. Buzllu, S& Cakir, S. (2017). The effectiveness of individual psycho education on functioning and quality of life with bipolar disorder in turkey : A randomized controlled study, *international journal of coring science*, 10, 490- 502 .
- Gautam, A. (2009). *Effectiveness of group-psycho education on insight of patients with bipolar affective disorder (mania)*. Un published master thesis, University of Ranchi, Central institute of psychiatry ranchi .
- Garrett, N. (2008). *The effects of psycho education and the patient- therapist alliance in the treatment of patients with chronic schizophrenia* . Un published doctorate thesis, University of united states international, Faculty of social research.
- Gumus, F. Buzlu, S& Cakir, S. (2015). Effectiveness of individual psychoeducation on recurrence in bipolar disorder: A controlled study. *Archives of psychiatric Nursing* . 29, 174- 179
- Hosseini, F. Baniasadi, M. Bordbar, M. Pourgholami, M. Ahrari, S& Asgharipour, N. (2017). Effectiveness of psycho educational group training on quality of life and recurrence of patients with bipolar disorder. *Iran J Psychiatry*, 12, 21- 28 .
- Javadpour, A. Hedayati, A. Dehbozorgi, G. Azizi, A. (2013). The impact of a simple individual psychoeducation program on quality of life, rate of relapse and medication adherence in bipolar disorder patients. *Asian journal of psychiatry*. 6, 208- 213 .
- Lawson- Briddell, L. (2006). *The efficacy of psycho educational programs to change the perception of depression and treatment by African American Women*. Un Published doctorate. University of Capella. Faculty of Arts.
- Lincoln, T. Wilhelm, K. & Nestoriuc, Y. (2007). Effectiveness of psychoeducation for symptoms, knowledge, adherence and functioning in psychotic disorder: a meta analysis. *Schizophrenia research*. 96, 232- 245
- Pandey, R.(2003). *Effect of pre-discharge counseling on drug compliance, relapse and follow up rates in patients with mania*. Un published master thesis, University of Ranchi, Central institute of psychiatry .
- Perry, A. (2001). *Identifying and reacting to prodromal signs and symptoms of relapse in bipolar disorder*. Un published doctorate thesis, university of Manchester, Faculty of medicine .

- Rodgers, M. (2008). *The role of family psych education in recovery from schizophrenia*. Un published doctorate thesis, University of Washington state, faculty of Arts and sciences .
- Rahmani, F. Ebrahimi, H. Ranjbar, F. Razavi, S& Asghari, E. (2016). The Effect of group psycho education program on medication adherence in patients with bipolar mood disorders: a randomized controlled trial. *Journal of caring sciences*, 5, 4, 287- 297 .
- Severus, E& Bauer, M. (2013). Diagnosing bipolar disorders in DSM-5. *International Journal of Bipolar Disorders*, 12, 1-4 .
- Singh, A. (2014). *Efficacy of psycho educational intervention on quality of life, coping and treatment adherence in patients with bipolar disorder*. Un published master thesis, University of Ranchi, central institute of psychiatry.
- Sin, J. Gillard, S. Spain, D. Cornelius, V& Chen, T. (2017). Effectiveness of psych educational interventions for family carers of people with psychosis: A systematic review and meta-analysis. *Clinical psychology review*, 56, 13- 34 .
- Sierra, P. Livianos, L. Arques, S& Rojo, C. (2007). Prodromal symptoms to relapse in bipolar disorder. *Australian and new Zealand Journal of Psychiatry*, 41, 385- 39 .
- Souza, R. Piskulic, D& Sundram, S.(2010). A brief dyadic group based psycho education program improves relapse rates in recently remitted bipolar disorder: A pilot randomized controlled trial. *Journal of Affective Disorders*, 120, 272- 276 .
- Tanji, Y. Tsujimoto, E. Taketani, R. Yamamoto, A& Ono, H. (2016). Effectiveness of simple individual psycho education for bipolar II disorder. *Hindawi publishing corporation*, 6, 1-4 .
- Vosough, R. Ghaleiha, A. Faradmal, J& Mahjub, H. (2016). Recurrence in patients with bipolar disorder and its risk factors. *Iran J Psychiatry*. 11, 3, 173- 177 .