الفروق بين مرضى الفصام الوجداني ومرضى الاضطراب ثنائي القطب والأصحاء في الصفحة العصبية المعرفية باستخدام التعديل الرابع لاختبار وكسلر للمراهقين والراشدين

إعداد

د./ سامية حسن علي المغازي

قسم علم النفس – جامعة كفر الشيخ

أ.د./ محمد نجيب أحمد الصبوة

قسم علم النفس – جامعة القاهرة

أ.د./ فاتن طلعت قنصوه

قسم علم النفس – جامعة كفر الشيخ

ملخص :

هدفت الدراسة الراهنة إلى تحديد الفروق التشخيصية للأداء النفسي العصبي المعرفي الواسم لمرضى الفصام الوجداني في مقابل مرضى الاضطراب ثنائي القطب والأصحاء بوصفها مجموعة مقارنة، وذلك من خلال وضع صفحة نفسية معرفية باستخدام اختبار وكسلر لذكاء المراهقين والراشدين التعديل الرابع – كأداة للفرز النفسي العصبي. وتحديد نقاط القوة والضعف في الأداء الوظيفي المعرفي. وتكونت عينة الدراسة من ١٥٣ مشاركًا تم توزيعهم على ثلاث مجموعات؛ ٥١ مريضًا من مرضى الفصام الوجداني، و٥١ من مرضى الاضطراب ثنائي القطب، و٥١ مشاركًا من الأصحاء، وتراوحت أعمارهم من ١٧ إلى ٤٦ عامًا. وطُبق اختبار وكسلر لذكاء المراهقين والراشدين التعديل الرابع كأداة للفرز النفسي العصبي. وأوضحت نتائج الدراسة أن هناك فروقًا بين مرضى الفصام الوجداني، ومرضى الاضطراب ثنائي القطب، والأصحاء في الأداء على المقاييس الفرعية، ودرجة المكونات، والدرجة الكلية لاختبار وكسلر؛ حيث يتسم أداء مرضى الفصام الوجداني بالضعف الشديد مقارنة بأداء مرضى الاضطراب ثنائي القطب والأصحاء، كما وجد أن هناك نمطًا مميزًا للصفحة النفسية العصبية المعرفية وواسمًا لمرضى الفصام الوجداني ومرضى الاضطراب ثنائي القطب مقارنة بالأصحاء.

الكلمات المفتاحية: الصفحة النفسية العصبية المعرفية – فصام وجداني – اضطراب ثنائي القطب – اختبار وكسلر لذكاء المراهقين والراشدين التعديل الرابع.

مقدمة :

يُعد التشخيص الفارقي من أهم المشكلات التي تواجه العلماء في مجال علم النفس الإكلينيكي عامة، وعلم النفس العصبي الإكلينيكي العصبي بصورة خاصة؛ حيث تبرز أهميته في كونه عملية يتم من خلالها تمييز اضطراب معين عن غيره من الاضطرابات الأخرى في فئة تشخيصية محددة، كما يتجه الاهتمام في مجال التشخيص النفسي العصبي إلى الربط بين أنماط محددة من عدم السواء في الدماغ، أو التلف في بعض المناطق، وبين أنماط الأداء الدقيقة على الاختبارات النفسية التي تتسم بالحساسية لمثل هذه الأنواع من التلف. ويُعد التقييم النفسي العصبي هو الأسلوب التشخيصي الأكثر دقة وموضوعية لتقييم المستويات العليا لأداء الوظائف الدماغية (الفيتوري، ٢٠١٥ وفرج، ٢٠٠٨، ص١٨٤)، ويُعد الآن جزءًا أساسيًا من تقييم المرضى باضطرابات طبية نفسية كالفصام الوجداني والاضطراب ثنائي القطب.

وبرزت التطورات الحديثة في التقييم النفسي العصبي من خلال منهج يجمع بين المشاهدات العصبية التقليدية، وبين التجريبية الحديثة لعلم النفس المعرفي، مما أدى إلى تصميم بطاريات اختبارات ذات حساسية بالغة للاضطرابات والإصابات العصبية. وهناك منهجان في مجال استخدام الاختبارات النفسية العصبية في التشخيص، ويطلق على المنحى الأول؛ المنحى الثابت: وفيه يميل اختصاصيو النفسية العصبية لاستخدام بطارية معتادة مقننة تتضمن مجموعة ثابتة ومتكاملة من الاختبارات. وينتهي الباحث منها إلى تحديد صفحة نفسية عصبية يمكن أن تقدم مستوى تشخيصي دقيق للاضطرابات العصبية؛ أما المنحى الثاني فيسمى؛ المنحى المرن: وفيه يتجه اختصاصيو النفسية العصبية بشكل مباشر إلى المشكلة التي تتضمنها الإحالة الخاصة بالمريض، وما قد يلاحظه من اختبارات ذات علاقة. وفيه يختار بين الاختبارات والمقاييس الأكثر ملاءمة لفحص الوظائف المعنية بقدر أكبر من العمق والتفصيل. وبرزت الحاجة الماسة نحو تطوير بطاريات تشخيصية أكثر حساسية للاضطرابات والإصابات العصبية في مقابل السلوكية (فرج، ٢٠٠٨، ص ١٨٤-١٨٧).

ويُعد اختبار وكسلر لذكاء الراشدين واحدًا من أكثر الاختبارات انتشارًا واستخدامًا في تقييم الأداء المعرفي **(Fuentes-Dura et al., 2019)**، فهو اختبار شامل للقدرة العقلية العامة؛ حيث يشمل المقاييس التي تمتد عبر أربعة وظائف كبرى من الأداء المعرفي، هي الفهم اللفظي، والاستدلال الادراكي، والذاكرة العاملة، وسرعة المعالجة المعرفية **(Michel et al., 2013)**. كما أنه يستخدم على نطاق واسع في التقييم النفسي العصبي **(Ronan, 2015)**، فهو يعد حجر الزاوية لمعظم بطاريات الاختبارات العصبية، لأنه يوفر سلسلة موحدة من المهام لتقييم المهارات البصرية الحركية والمعرفية للأطفال والبالغين المصابين بإصابات دماغية. ويُعد أيضًا اختبار حساس للتلف الدماغي، لأنه يقيم القدرات المختلفة بشكل جيد **(Shine, 2003, p. 2)**.

والآن، تُعرف الاضطرابات الطبية النفسية على أنها اضطرابات في شبكات الدماغ التي تخدم عددًا من الوظائف المعرفية المنفصلة (مثل: التعلم، والذاكرة، والمعالجة الوجدانية). وينتج عن الانحراف في أي شبكة دماغية أكثر من اضطراب واحد، وهذا هو الحال بشكل خاص في سياق الاضطرابات في طيف الذهان والمزاج **(Shepherd et al., 2015)**. وغالبًا ما تبدأ الأمراض العقلية الخطيرة في وقت مبكر من الحياة وتؤدي إلى إعاقة وضعف وظيفي، مما يتطلب خدمات داعمة مستمرة وفقدانًا للإنتاجية. ويُعد الاضطراب ثنائي القطب والفصام من أكثر أنواع الأمراض العقلية شيوعًا **(Emami, 2020, p. 1)**، بالإضافة إلى الأعراض الخاصة بكل اضطراب عقلي والذي يحدد تشخيصه، فإن معظم الأعراض العقلية الحادة تشمل خطرًا كبيرًا يتمثل في الخلل الوظيفي المعرفي وهذه العيوب منتشرة وشديدة بشكل خاص في مرضى الفصام والاضطراب ثنائي القطب، مع عدد قليل من الخيارات العلاجية المتاحة حاليًا لمعالجتها **(Bonnin et al., 2021)**؛ حيث يرتبط كل من الفصام والاضطراب ثنائي القطب بخلل في النمو العصبي، والذي يظهر غالبًا في وقت مبكر من الحياة **(Hill et al., 2008)**. ويُعد الخلل المعرفي سمة أساسية ومجالاً لتشخيص الاضطرابات الطبية النفسية مثل الفصام، والاضطراب ثنائي القطب، والاكتئاب. ويرتبط الضعف المعرفي بعوامل وراثية، وتخلَقية، وتنموية، وبيئية ويكشف الضعف المعرفي العصبي قبل النوبة الأولى من الذهان، ويُعد من أقوى المنبئات بكفاءة النتائج الوظيفية في مرضى الفصام (**Vita et al., 2018 & Carrus et al., 2010**).

وعادةً، تشير الدراسات المعرفية إلى أن الوظيفة المعرفية لدى مرضى اضطراب الفصام الوجداني تشبه الفصام أكثر من مرضى اضطراب المزاج غير الذهاني **(Goldstein et al., 2005)**. وهناك جدل مستمر حول طبيعة ودرجة الضعف لدى المرضى الذين يعانون من اضطراب الفصام الوجداني والاضطراب ثنائي القطب؛ حيث إن العلاقة بين اضطراب الفصام الوجداني، والفصام، والاضطراب ثنائي القطب غير مؤكدة **(Lynham et al., 2018)**. وتُعد النتائج غير متسقة، لكن بعض البيانات تشير إلى أن الأداء المعرفي لدى مرضى الفصام الوجداني يقع وسطًا بين الفصام ومجموعات الاضطرابات الوجدانية **(Hill et al., 2013)**. وقد اقترح بشكل مختلف أن اضطراب الفصام الوجداني هو نوع فرعي من الفصام أو الاضطراب ثنائي القطب، أو يعكس الاعتلال المشترك للفصام واضطراب المزاج، أو هو اضطراب مستقل، أو يقع في وسط طيف يتراوح بين اضطراب وجداني في الغالب إلى اضطراب ذهاني بالدرجة الأولى؛ أي يقع على نقطة تتوسط بُعدًا يمثل طرفه الأول الفصام ويمثل الطرف الثاني ثنائي القطب، وتم اقتراح أن الفصام والاضطراب ثنائي القطب يقعان في تدرج ضعف النمو العصبي المفهرس بواسطة مدى الخلل الوظيفي المعرفي؛ حيث يحتل اضطراب الفصام الوجداني مكانة وسيطة في الآونة الأخيرة (**Lynham et al., 2018; Chih-Chen et al., 2018**).

أما فيما يتعلق بالصفحة العصبية المعرفية للمرضى الذين يعانون من الاضطراب ثنائي القطب، فهناك ضعف معرفي تم إثباته بشكل جيد من خلال عديد من الدراسات، مع ضعف في السرعة النفسية الحركية، والذاكرة الصريحة، والوظيفة التنفيذية، والذاكرة البصرية، والانتباه، والتعلم اللفظي. وتوجد هذه الصعوبات خلال جميع مراحل الاضطراب ثنائي القطب مع عواقب كبيرة في الأداء الوظيفي ونوعية الحياة **(Vita et al., 2018 & Gomes et al., 2019)**. بالرغم من ذلك لا تزال مناطق كثيرة من الوظيفة العصبية المعرفية للاضطراب ثنائي القطب مجهولة **(Tsitsipa & Fountoulakis, 2015)**. ويشترك كل من الفصام، والفصام الوجداني، والاضطرابات الثنائية القطب في بعض الأعراض الشائعة، ولكن لا توجد علامات حيوية حقيقية تفصل بوضوح بين هذه الاضطرابات. ولا يزال هناك كثير من الجدل حول اضطرابات الفصام الوجداني كفئة مستقلة وعلاقته بالفصام والاضطراب الثنائي القطب **(Margues & Goncalves, 2018)**.

مبررات إجراء الدراسة :

من خلال مراجعة الإنتاج الفكري النفسي والعلمي للتقييم النفسي العصبي في الأعوام القليلة السابقة لمرضى اضطراب الفصام الوجداني والاضطراب ثنائي القطب، لوحظ عدد من المبررات لأهمية إجراء هذه الدراسة تتضح فيما يلي :

١ – لا توجد محاولات سابقة لتصنيف مرضى الفصام الوجداني ومرضى الاضطراب ثنائي القطب على أساس الصفحة النفسية العصبية المعرفية.

٢ – لا توجد معايير تشخيصية لأداء مرضى الفصام الوجداني والاضطراب ثنائي القطب على اختبار وكسلر لذكاء المراهقين والراشدين: التعديل الرابع في بيئتنا العربية.

٣ – محاولة الاستفادة من التطوير والتعديل الأخير لاختبار وكسلر لذكاء المراهقين والراشدين: التعديل الرابع في تحديد نقاط القوة والضعف للقدرات المعرفية لمرضى الفصام الوجداني ومرضى الاضطراب ثنائي القطب؛ حيث أصبح هناك حاجة ماسة لوضع صفحة نفسية معرفية تشخيصية للقدرات المعرفية لدى كل منهما لتساعد القائمين بالرعاية الصحية من الاستفادة منها في وضع برامج التأهيل والتنمية.

مشكلة الدراسة :

تمثلت مشكلة الدراسة الراهنة في السؤال الرئيس وما ينبثق عنه من التساؤلات الفرعية، هي:

هل تتباين الصفحة النفسية العصبية المعرفية على اختبار وكسلر لذكاء المراهقين والراشدين: التعديل الرابع بتباين نوع الاضطراب والأصحاء، وينبثق من هذا السؤال الرئيس التساؤلات الآتية :

١ – هل تتباين الصفحة النفسية العصبية المعرفية على اختبار وكسلر لذكاء المراهقين والراشدين التعديل الرابع لدى مرضى الفصام الوجداني مقارنة بالأصحاء؟

٢ – هل تتباين الصفحة النفسية العصبية المعرفية على اختبار وكسلر لذكاء المراهقين والراشدين التعديل الرابع لدى مرضى الاضطراب ثنائي القطب مقارنة بالأصحاء؟

٣ – هل تتباين الصفحة النفسية العصبية المعرفية على اختبار وكسلر لذكاء المراهقين والراشدين التعديل الرابع لدى مرضى الفصام الوجداني مقارنة بمرضى الاضطراب ثنائي القطب؟

أهمية إجراء الدراسة :

- **في مجال التشخيص :**

١ – يمكن استخدام نتائج هذه الدراسة في وضع الفروق التشخيصية بين مرضى الفصام الوجداني ومرضى الاضطراب ثنائي القطب دون الخلط بين الاضطرابين باستخدام اختبار وكسلر لذكاء المراهقين والراشدين: التعديل الرابع كأداة للفرز النفسي العصبي.

٢ – يمكن استخدام نتائج هذه الدراسة كأساس مرجعي لتشتيت الصفحة النفسية العصبية المعرفية لمرضى الفصام الوجداني، ومرضى الاضطراب ثنائي القطب، وتحديد خط الأساس في الانحراف عن متوسط الأداء السوي على المقاييس الفرعية ودرجة المكونات الأربعة الفرعية والدرجة الكلية لاختبار وكسلر لذكاء المراهقين والراشدين: التعديل الرابع لدى هؤلاء المرضى، كل مجموعة منها على حدة.

٣ – كما توجه نتائج هذه الدراسة القائمين على علاج وتأهيل مرضى الفصام الوجداني ومرضى الاضطراب ثنائي القطب في التركيز على نقاط القوة والضعف في كفاءة أداء الوظائف العصبية المعرفية عند إعداد برامج التدخل والعلاج أو التأهيل.

- **في مجال العلاج :**

١ – قد يساعد تحديد الصفحة العصبية المعرفية لدى هؤلاء المرضى في تصميم برامج علاجية معرفية ووظيفية متخصصة تهدف إلى تحسين أداء الوظائف المعرفية والأداء النفسي الاجتماعي؛ حيث يشير "سولي وآخرون" **Solé et al., (2016)** إلى أن هناك ارتباطاً بين الصعوبات المعرفية والضعف في الأداء النفسي والاجتماعي.

٢ – باستخدام بطارية وكسلر لذكاء المراهقين والراشدين: التعديل الرابع، يمكننا أن نفهم بشكل أفضل شدة الإعاقات المعرفية لدى مرضى الفصام الوجداني والاضطراب ثنائي القطب؛ ومن ثم وضع برامج التدخل والعلاج والتأهيل لهؤلاء المرضى وفقاً لأدائهم على المقاييس الفرعية ودرجة المكونات الأربعة والدرجة الكلية لبطارية وكسلر لذكاء المراهقين والراشدين: التعديل الرابع.

مفاهيم الدراسة :

أولاً : اضطراب الفصام الوجداني :

ويُعد الفصام الوجداني تشخيصًا طبيًّا نفسيًّا يتكون من سمات ذهانية مرتبطة بشكل أكبر بالفصام، إلى جانب الأعراض الانفعالية المتسم بها الاضطراب ثنائي القطب **(Rolin et al., 2017)**؛ أي أنه يجمع بين الأعراض الأساسية للفصام والنوبات الوجدانية للاكتئاب الجسيم أو الهوس **(Mondragon-Maya et al., 2021)**. ويشير اضطراب الفصام الوجداني إلى التعايش المستمر لأعراض الفصام بشكل عام بالإضافة إلى نوبات مزاجية متقطعة **(Matsuura et al., 2016)**.

ويُعرف اضطراب الفصام الوجداني أيضًا بأنه "وجود أعراض ذهانية في حالة عدم حدوث تغيرات مزاجية لمدة أسبوعين على الأقل لدى مريض يعاني من اضطراب مزاجي". ويستخدم هذا التشخيص عندما لا يتوافق الفرد مع المعايير التشخيصية لمرض الفصام أو الاضطرابات الوجدانية (المزاجية) مثل "اضطراب الاكتئاب الشديد والاضطراب ثنائي القطب (الهوس الاكتئابي)" **(Dickson, 2008, p. 4)**.

ثانيًا: مفهوم الاضطراب ثنائي القطب (الهوس الاكتئابي) :

يعرف الاضطراب ثنائي القطب بأنه مجموعة من الاضطرابات الانفعالية، والحيوية، والمعرفية التي تحددها تقلبات المزاج ثنائية الطور بين الهوس، والذهان، ونوبات الاكتئاب. وتتجلى في شكل نوبات دورية من التغيرات في مستويات الطاقة والسلوك **(Islam et al., 2022)**، ولذلك يعد اضطرابًا معقدًا يتسم بالتقلبات الشديدة في المزاج، مع ارتفاعات الهوس إلى أدني مستويات الاكتئاب **(Gogos et al., 2019)**. كما يُعد اضطرابًا مزاجيًّا حادًا متكررًا ومنهكًا يتسم بتقلبات مزاجية حادة من الهوس أو الهوس الخفيف بالتناوب أو الاختلاط مع نوبات الاكتئاب، وانتكاسات متعددة وضعف في الأداء النفسي والعصبي المعرفي خاصة أثناء نوبات المزاج أو فترات حُسن المزاج. وقد أسهم هذا العجز في ضعف الأداء الوظيفي الشامل، والأكاديمي، والاجتماعي **(Jiang et al., 2022; Miskowiak et al., 2022)**

ثالثًا: مفهوم الصفحة النفسية العصبية المعرفية :

تعرف صفحة الوظائف العصبية المعرفية بأنها مجموعة من القدرات المتنوعة مثل الانتباه المعقد، والوظيفة التنفيذية، والتعلم، والذاكرة، واللغة، والحركة الإدراكية، والمعرفة الاجتماعية التي تسمح للشخص بالتعرف على المعلومات المعطاة ومعالجتها والاستجابة لها. وتؤدي هذه القدرات مجموعة أساسية وواسعة من الأدوار في حياة الفرد من مثل التحصيل العلمي، وحل المشكلات، واتخاذ القرارات، والأداء المهني، والتفاعلات الاجتماعية **(Esan et al., 2020)**.

وتشتمل الصفحة النفسية العصبية عادةً على وصف للأداء عبر مختلف المجالات المعرفية، مع التركيز على مجالات معينة من القوة أو الضعف. وتشتمل الصفحة على مجالات معرفية من مثل: الذكاء، والتحصيل الدراسي، والانتباه، والوظيفة التنفيذية، واللغة، ومهارات المعالجة الانفعالية الاجتماعية، والقدرة الحركية. ويتم إنشاء هذه الأوصاف من الوظيفة المعرفية من خلال مراجعة نتائج عديد من الدراسات التي تفحص مجالات متباينة من الوظيفة المعرفية **(Wasserman, 2014, p. 8)**.

الدراسات السابقة :

قام "سيدمان، وآخرون" **Seidman et al., (2002)** بدراسة هدفت إلى مقارنة شدة عجز الصفحة النفسية العصبية لدى مرضى الفصام المزمن، والذهان ثنائي القطب المزمن وخصوصيتها، مقارنةً بعينة من العاديين. وتكونت عينة الدراسة من (٤٧) مريضًا بالفصام، بمتوسط عُمر (٤٢,٣) عامًا، وانحراف معياري (١٥,٢) عامًا، و(١٥) مريضاً بالاضطراب ثنائي القطب بمتوسط عُمر (٤٠,٧) عامًا، وانحراف معياري (١٣,١) عامًا، و(٩٤) من العاديين بمتوسط عُمر (٤٣,٣) عامًا، وانحراف معياري (١١,٧) عامًا، وتراوحت أعمار جميع المشاركين بين (١٨:٧٥) عامًا. وطبق عليهم اختبار وكسلر لذكاء الراشدين المعدل، واختبار "ويسكونسين" لفرز البطاقات، والاختبار اللفظي البصري، واختبار الأداء المتواصل. وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن مرضى الفصام كانوا أشد ضعفًا بشكل كبير من مجموعة المقارنة من العاديين على سبع من ثمان وظائف نفسية عصبية (جميعها ماعدا القدرة اللفظية، وكانوا أيضًا أشد ضعفًا بشكل ملحوظ من مرضى الاضطراب ثنائي القطب في التجريد، والسرعة الإدراكية الحركية، والتيقظ. وأظهر مرضى الاضطراب ثنائي القطب ضعفًا شديدًا مقارنة بمجموعة المقارنة على الذاكرة اللفظية الصريحة، وأظهروا انخفاضاً في حجم التأثير عن المتوسط إلى الشديد في القدرة على التجريد، وسرعة الإدراك الحركي، والتيقظ. ولم تضعف النتائج عندما تَّم التحكم في معدل الذكاء، والذي كان أقل بكثير لدى المرضى الذين يعانون من الفصام. وأشارت التحليلات أيضاً إلى أن المجموعتين الطبية النفسية كانت لديهما أنماط متشابهة من العجز النفسي العصبي، ولكن مرضى الفصام كان لديهم ضعف أشد من مرضى الاضطراب ثنائي القطب الذهاني. وهناك حاجة إلى مزيد من البحث لتحديد ما إذا كانت هناك آليات متشابهة تكمن وراء العجز العصبي المعرفي لهذه الاضطرابات.

وقام كل من "ديب، وآخرين" **Deep et al., (2007)** بدراسة هدفت إلى فحص القدرات العصبية المعرفية لدى البالغين في منتصف العمر، وكبار السن المصابين بالاضطراب ثنائي القطب بالمقارنة بمجموعات مصابة بالفصام والعاديين، وكذلك علاقة المعرفة العصبية بالخصائص الإكلينيكية. وتكونت عينة الدراسة من (٦٧) من مرضى الاضطراب ثنائي القطب بمتوسط عُمر (٥٧,٦) عامًا، وانحراف معياري (٩,١) عامًا، و(١٥٠) من مرضى الفصام بمتوسط عُمر (٥٧,٤) عامًا، وانحراف

معياري (٩,١) عامًا في مقابل عينة من العاديين وعددهم (٨٥) بمتوسط عمر (٦٤,٢) عامًا، وانحراف معياري (٩,٨) عامًا. وتراوحت جميع أعمار المشاركين بين (٨٥:٤٥) عامًا. وطبقت بطارية من الاختبارات العصبية المعرفية والإكلينيكية، وكان أهم هذه الاختبارات ما يلي: المقاييس الفرعية (المفردات، وسعة الأرقام، والبحث عن الرمز، والترميز، وتصميم المكعبات) من اختبار وكسلر لذكاء المراهقين والراشدين، واختبار "بوسطن" للتسمية، واختبار "كاليفورنيا" للتعلم اللفظي، واختبار ذاكرة الشكل، واختبار "ويسكونسين" لفرز البطاقات. وأوضحت نتائج الدراسة معاناة المجموعة المصابة بالاضطراب ثنائي القطب من ضعف جوهري في الأداء على جميع الاختبارات النفسية العصبية تقريبًا مقارنة بالعاديين، مع أحجام تأثير متوسطة. أما بالنسبة لمجموعتي الفصام والاضطراب ثنائي القطب، فقد عانى مرضى الاضطراب ثنائي القطب من ضعف مماثل لمرضى الفصام على نصف الاختبارات التي أجريت، وكان أداؤهم أفضل على الاختبارات المتبقية، مع أحجام تأثير صغيرة. وأيضًا، أوضحت نتائج هذه الدراسة ارتباط العجز العصبي المعرفي لدى مجموعة الاضطراب ثنائي القطب بانخفاض نوعية الحياة، ولكن ليس بشدة درجة الأعراض الطبية النفسية أو مدة المرض.

وهدفت دراسة "تورنت، وآخرين" **Torrent et al., (2007)** إلى فحص الأداء النفسي العصبي لمرضى الفصام الوجداني؛ لندرته في الدراسات السابقة، كما هدفت إلى فحص قدر تشابه الاضطراب النفسي العصبي في كل من الفصام الوجداني والاضطراب ثنائي القطب، ومجموعة من العوامل الإكلينيكية، ومقاييس الوظيفة الاجتماعية والمهنية الحالية. وتكونت عينة الدراسة من (٣٤) من مرضى الفصام الوجداني بمتوسط عُمر (٣٧,٠) عاماً، وانحراف معياري (١٠,٤) عامًا، وتمت مقارنتهم بـ (٤١) مريضاً من ذوي الاضطراب ثنائي القطب دون تاريخ من الأعراض الذهانية بمتوسط عمر (٤١,٦) عاماً، وانحراف معياري (١٠,٧) عامًا، و(٣٥) من الأصحاء بمتوسط عُمر (٣٩,١) عامًا، وانحراف معياري (١٢,٠) عامًا. وشملت أدوات الدراسة مقياس التقييم الوظيفي المهني والاجتماعي، وبطارية الاختبارات النفسية العصبية، بما في ذلك اختبار المفردات من مقياس وكسلر لذكاء الراشدين، واختبار "ويسكونسين" لفرز البطاقات، واختبار "ستروب" لتداخل الكلمة – اللون، والاختبار الفرعي لتسمية الحيوان، واختبار ترابط الكلمات الشفوية المضبوطة، والمقياس الفرعي لمدى الأرقام (من اختبار وكسلر لذكاء الراشدين)، واختبار التوصيل بين الدوائر، واختبار كاليفورنيا في التعلم اللفظي. وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن مرضى الفصام الوجداني كانوا أكثر ضعفًا من مجموعة المقارنة والمرضى ثنائي القطب، في عديد من الوظائف المعرفية، بما في ذلك الذاكرة اللفظية، والوظائف التنفيذية، والانتباه؛ أي أن اضطراب الفصام الوجداني يسبب ضعفًا عصبيًّا معرفيًّا أكثر من الاضطراب ثنائي القطب غير الذهاني، وكذلك يسبب مزيدًا من الصعوبات الوظيفية المهنية. وأيضًا توصلت نتائج الدراسة إلى أن أداء مرضى الاضطراب ثنائي القطب دون تاريخ من الذهان يكون أداؤه مماثلًا لأداء مجموعة المقارنة، فيما عدا الطلاقة اللفظية.

كما هدفت دراسة قام بها "ريشينبرج، وآخرون" **Reichenberg et al., (2009)** إلى مقارنة وتقدير شدة العجز في الأداء النفسي العصبي للأشخاص ذوي الفصام، والفصام الوجداني، واضطراب الاكتئاب الذهاني الجسيم، والاضطراب ثنائي القطب الذهني، وتقديره بناءً على التقييم باستخدام بطارية الاختبارات النفسية العصبية المعرفية. وتكونت عينة الدراسة من (٩٤) من مرضى الفصام بمتوسط عُمر وانحراف معياري (٢٨,٩±٨,٩) عامًا، و (١٥) من مرضى الفصام الوجداني بمتوسط عمر وانحراف معياري (٢٤,٨±٤,٩) عامًا، و(٧٨) من مرضى الاضطراب ثنائي القطب الذهاني بمتوسط عمر وانحراف معياري (٢٩,٠± ٩,٧) عامًا، و (٤٨) من مرضى الاكتئاب الذهاني الشديد بمتوسط عُمر وانحراف معياري (٢٩,١±٨,٧) عامًا. وشملت أدوات الدراسة مقياس تقييم الأعراض الإيجابية والسلبية، ومقياس التقدير المختصر الطبي النفسي، ومقياس "هاملتون" للاكتئاب. بالإضافة إلى تطبيق بطارية الاختبارات النفسية العصبية؛ لتقييم ثمانية مجالات معرفية. وأشارت نتائج الدراسة إلى أن جميع المرضى أظهروا خللًا في كل من الذاكرة، والوظائف التنفيذية، والانتباه، وسرعة المعالجة المعرفية للمعلومات. ومع ذلك كان مرضى الفصام أكثر ضعفًا من المجموعات الأخرى في جميع المجالات المعرفية، ولم يحدث تغيير في النتائج عندما ضبط معدل الذكاء. وتراوحت معدلات انتشار الأداء النفسي العصبي الطبيعي بين (١٦%:٤٥%) في الفصام، و(٢٠%:٣٣%) في مرضى الفصام الوجداني، و(٤٢%:٦٤%) في مرضى الاضطراب ثنائي القطب، و(٤٢%:٧٧%) في مرضى الاكتئاب الذهاني الشديد، وذلك اعتمادًا على المعيار المستخدم. وتشير هذه الأدلة إلى أن الاختلافات في الأداء النفسي العصبي بين الفصام، والاضطرابات الوجدانية الذهانية هي اختلافات كمية إلى حد كبير، وأيضًا تشير هذه الأدلة إلى أن الضعف النفسي العصبي يُعد مشكلة شائعة في الاضطرابات الوجدانية الذهانية وعدد قليل من مرضى الفصام يكون لديهم الأداء العصبي طبيعيًّا.

وقام "الصاوي، وآخرون" **Elsawy et al., (2010)** بدراسة هدفت إلى فحص الوظائف المعرفية في أول نوبة ذهانية لدى عينات من مرضى الفصام، والفصام الوجداني، والاضطراب ثنائي القطب، والاكتئاب الذهاني ومقارنتهم بمجموعة من الأصحاء. وتكونت عينة الدراسة من (٩٥) من مرضى الفصام بمتوسط عُمر وانحراف معياري (٢٨,٢٢±٨,٦٨) عامًا، و(٢١) من مرضى الفصام الوجداني بمتوسط عُمر وانحراف معياري (٢٨,٣٨± ٨,١٥) عامًا، و(١٠٧) من مرضى الاضطراب ثنائي القطب بمتوسط عُمر وانحراف معياري (٢٨,٦٠±٨,٠٥) عامًا، و(٣١) من مرضى الاكتئاب الذهاني بمتوسط عُمر وانحراف معياري (٢٧,٦٧±٨,٠٦) عامًا، وجميعهم يعانون من أول نوبة ذهانية، و(٧٠) من الأصحاء بمتوسط عُمر وانحراف معياري (٢٨,٠٥±٨,١٧) عامًا، وجميعهم يقعون في مدى عمري بين (١٨:٤٩) عاماً. وخضع جميع المشاركين للتقييم المعرفي باستخدام اختبار التوصيل بين الدوائر واختبار "ويسكونسن" لفرز البطاقات، واختبار

"بنتون" للاحتفاظ البصري، واختبار وكسلر لذكاء الراشدين. وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن جميع المرضى أظهروا تدهورًا معرفيًا كبيرًا في جميع الاختبارات مقارنة بمجموعة الأصحاء؛ حيث كان الضعف المعرفي واضحاً في كل من الوظائف التنفيذية، والذاكرة، والذكاء. وأوضحت نتائج الدراسة أيضاً، أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين مرضى الفصام والاضطراب ثنائي القطب، ولكن كليهما أظهر مرضاهما تدهوراً ملحوظاً مقارنة بمجموعة الاكتئاب الذهاني.

وهدفت دراسة كل من استيدينتكوسكى، وآخرين **Studentkowski et al., (2010)** إلى مقارنة الأداء النفسي العصبي لدى عينة من مرضى الاضطراب ثنائي القطب في مرحلة الهوس الخفيف، وعينة من مرضى الفصام الوجداني. وتكونت عينة الدراسة من (٢٨) من مرضى الفصام الوجداني بمتوسط عُمر (٤٥,٦١) عاماً، وانحراف معياري (١٠,٥) عامًا، و(٣٢) من مرضى الاضطراب ثنائي القطب بمتوسط عُمر (٤٨,٠) عاماً، وانحراف معياري (١٤,٩٢) عامًا. وتم تقييم عديد من الوظائف العصبية المعرفية بما في ذلك الوظيفة التنفيذية، والذاكرة، والانتباه، والتركيز، والوظيفة الإدراكية الحركية باستخدام بطارية الاختبارات النفسية العصبية، واستُخْدم مقياس تقييم الاكتئاب لهاميلتون، ومقياس الاكتئاب لمونتجمري – أبيرج، ومقياس تقييم هوس الشباب لتقييم الحالة الإكلينيكية للمرض. وأظهرت نتائج هذه الدراسة أن مرضى الفصام الوجداني كانوا أشد ضعفًا معرفيًّا من مرضى الاضطراب ثنائي القطب في حالة الهوس الخفيف في كل المجالات المعرفية، بما في ذلك الذاكرة الصريحة والانتباه. كما توصلت نتائج هذه الدراسة إلى أن العمر والدواء منبئان قويّان بالأداء المعرفي لكل من الفصام الوجداني والاضطراب ثنائي القطب.

وفي دراسة قام بها "مايكل، وآخرون" **Micael et al., (2013)** هدفت إلى ما يلي: أولًا: توفير بيانات معيارية للأفراد الكنديين المصابين بالفصام ذوي الذكاء المنخفض على اختبار وكسلر لذكاء الراشدين الإصدار الثالث، وثانيا: فحص وتقييم أداء الفصام على جميع المقاييس الفرعية لاختبار وكسلر لذكاء الراشدين الإصدار الثالث، والدرجات النسبية لمؤشر الذكاء العام مقارنة بالأصحاء، وثالثاً: لإعادة التحقق من صحة نمط الضعف الذي تم تحديده في هذه المجموعة الإكلينيكية باستخدام اختبار وكسلر لذكاء الراشدين الإصدار الثالث؛ حيث تأثرت سرعة المعالجة المعرفية للمعلومات، تليها الذاكرة العاملة، والاستدلال الحسي– الإدراكي، والفهم اللفظي. وتكونت عينة الدراسة من (٣٧) مريضًا بالفصام أو الفصام الوجداني بمتوسط عُمر (٤٥,٠٨) عامًا، وانحراف معياري (٧,٨٣) عامًا، و (١٨٥) من الأصحاء بمتوسط عُمر (٤٤,٤٩) عامًا، وانحراف معياري (٩,٦٣) عامًا، وتراوحت أعمار جميع المشاركين بين (١٦:٩٠) عامًا. وطبق عليهم مقياس زملة الأعراض الإيجابية والسلبية، واختبار وكسلر لذكاء الراشدين الطبعة الثالثة. وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن هناك ضعفًا كبيرًا في عديد من المهام بما في ذلك الاختبار الفرعي الجديد للحذف والاختبار الفرعي التكميلي للفهم اللفظي، والفهم. وانخفضت سرعة المعالجة المعرفية للمعلومات

بشكل ملحوظ أكبر بكثير من تلك التي لوحظت في جميع المجالات المعرفية الأخرى، ولوحظ أيضاً وجود خلل في الذاكرة العاملة وسط أداء محفوظ نسبيًا في الفهم اللفظي، وهذا يؤكد نمط الضعف الذي حدد باستخدام اختبار وكسلر لذكاء الراشدين الإصدار الثالث.

كما هدفت دراسة "سزموليفتيش، وآخرين" **Szmulewicz et al., (2015)** إلى تقديم نظرة أو لمحة عامة عن الصفحة النفسية العصبية للاضطراب ثنائي القطب. وتم إجراء بحث شامل واسترجاع المقالات المتوفرة مع ملخص باللغة الإنجليزية من قواعد البيانات الإلكترونية التي تغطي الفترة من يناير ١٩٩٠ إلى أغسطس ٢٠١٥. مع إعطاء اعتبار خاص للمراجعات المنهجية، والتحليلات الوصفية، وقام الباحثون بتلخيص الأدلة المتوفرة على الوظيفة النفسية العصبية في الاضطراب ثنائي القطب وتنظيمها في ثلاثة مواضيع رئيسة هي: ١) الصفحة النفسية العصبية لمرضى الاضطراب ثنائي القطب، ٢) وعدم التجانس المعرفي بين الأشخاص ذوي الاضطراب ثنائي القطب، ٣) ومسار تفاقمي من العجز المعرفي في الاضطراب ثنائي القطب. وأشارت النتائج التي توصلت إليها هذه المراجعة إلى أن هناك عجزًا معرفيًا كبيرًا لدى الأشخاص المصابين بالاضطراب ثنائي القطب، حتى خلال فترات حُسن المزاج، ويتفاقم هذا العجز أثناء نوبات المزاج الحادة. كما أشارت إلى أن مالا يقل عن ثلثي المرضى الذين يعانون من الاضطراب ثنائي القطب يعانون من عجز نفسي عصبي، وعلى الرغم من أن الاضطراب ثنائي القطب قد ارتبط بزيادة خطر الإصابة باضطراب العجز المعرفي (العته)، إلا أن البيانات المأخوذة من الأشخاص المسنين والأبحاث الطولية لا تدعم تدهور الأداء المعرفي بمرور الوقت. بالإضافة إلى أن هناك عدم تجانس ملحوظ فيما يتعلق بالنتائج المعرفية.

وهدفت دراسة "تشيه – تشين، وآخرين" **Chih – Chen et al., (2018)** إلى تحديد ما إذا كانت الصفحة المعرفية لمرضى الفصام الوجداني، والفصام، والاضطراب الثنائي القطب الأول تكون قابلة للتمييز. وتكونت عينة الدراسة من (٢٢٧) مشاركًا، بينهم (٨٨) من الأصحاء بمتوسط عمر وانحراف معياري (٤٢,٥±١٢,٠) عامًا، و(٥٠) من مرضى اضطراب الفصام الوجداني بمتوسط عمر، وانحراف معياري (٤٢,٦±١٢,١) عامًا، و(٤٨) من مرضى الفصام بمتوسط عُمر، وانحراف معياري (٤٢.٦±٨.٢) عامًا، و(٤١) من مرضى ثنائي القطب بمتوسط عمر وانحراف معياري (٤٣,٧±١١,٨) عامًا. وتم تقييم الوظائف المعرفية للمشاركين باستخدام التقييم المختصر للوظائف المعرفية في الفصام. وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن جميع المرضى أظهروا عجزًا كبيرًا في جميع الوظائف المعرفية (الذاكرة اللفظية، والذاكرة العاملة، والسرعة الحركية، والطلاقة اللفظية، والانتباه، وسرعة المعالجة المعرفية للمعلومات، والوظيفة التنفيذية). وبشكل خاص، من بين مجموعات المرضى الثلاث، أظهرت مجموعة الفصام ضعفًا في السرعة الحركية، وكان أداء مجموعة الاضطراب ثنائي القطب هو الأفضل في الانتباه، وسرعة المعالجة المعرفية للمعلومات، والوظيفة

التنفيذية، وكذلك على الدرجة المركبة للتقييم المختصر للوظائف المعرفية. وأوضحت النتائج أيضًا، أن معدلات دقة تصنيف المرضى الذين يعانون من الفصام الوجداني، والفصام، والاضطراب الثنائي القطب على نموذج التحليل التمييزي للوظائف (٣٨%، ٤٧,٩%، ٤٦,٣%)، على التوالي. وهذه النتائج تشير إلى أن ضعف بعض الوظائف المعرفية كانت أقل حدة في المرضى الذين يعانون من الاضطراب ثنائي القطب بالمقارنة بمرضى الفصام أو الفصام الوجداني.

وأجرى كل من "سونكورت، وزملائه" **Sonkurt et al., (2021)** دراسة هدفت إلى المقارنة بين عينة من مرضى الاضطراب ثنائي القطب وعينة من الأصحاء في كفاءة الأداء على الوظائف العصبية المعرفية. وتكونت عينة الدراسة من (١٧) من مرضى الاضطراب ثنائي القطب بمتوسط عمر (٤١,٩٥) عامًا، وانحراف معياري (١١,٩٥) عامًا، و(١٩) من الأصحاء بمتوسط عمر (٣٨,٣٨) عامًا، وانحراف معياري (١٠,٨٩) عامًا. وتم تطبيق بطارية كامبردج المحوسبة للاختبار النفسي العصبي للكشف عن التغيرات في الأداء النفسي العصبي، وقياس مختلف الوظائف المعرفية المختلفة، واستخدم ستة اختبارات من هذه البطارية؛ لتقييم السرعة الحسية الحركية، والذاكرة العاملة، والوظائف التنفيذية، والانتباه المستمر، والذاكرة البصرية، ومناطق التعرف الانفعالي. وأوضحت نتائج هذه الدراسة اختلاف مرضى الاضطراب ثنائي القطب عن الأصحاء بنسبة (٧٨%)؛ حيث استغرقت المجموعة ثنائية القطب وقتًا أطول في إعطاء الإجابات الصحيحة في القياسات المتعلقة بالذاكرة البصرية والوظائف التنفيذية.

ونستخلص من الدراسات السابقة الملاحظات التالية :

١ – اتفقت معظم الدراسات، أن مرضى الاضطراب ثنائي القطب والفصام الوجداني لديهم ضعف عصبي معرفي، وخاصة في الانتباه، والذاكرة، والوظائف التنفيذية، وسرعة المعالجة المعرفية للمعلومات كما جاء في دراسة "سيدمان، وآخرين" **Seidman et al., (2002)**، و"ديب، وآخرين" **Deep et al., (2007)**، و"مايكل، وآخرين" **Micael et al, (2013)**. كما أن الأداء العصبي المعرفي لمرضى الفصام الوجداني يُعد أكثر ضعفًا من الاضطراب ثنائي القطب، كما جاء بدراسة "استيدينتكوسكس، وآخرين" **Studendkowski et al., (2010)**، ودراسة "تشيه – تشين، وآخرين" **Chih-Chen et al., (2018)**، وأن هذه الفروق في الأداء النفسي العصبي بين الاضطرابين كمية وليست نوعية، كما جاء بدراسة "ريشينبرج، وزملائه" **Reichenberg et al., (2009)** .

٢ – هناك عدم تجانس كبير في حجم النتائج واتجاهها عبر الدراسات والأفراد المصابين بالاضطراب ثنائي القطب؛ حيث إن عديدًا من أنماط العجز المعرفي لدى مرضى الاضطراب ثنائي القطب يشبه الأنماط الموجودة في الفصام، والفصام الوجداني، واضطراب نقص الانتباه، وفرط الحركة

وغيرها من الاضطرابات الأخرى، وهذا ما أشارت إليه دراسة "ديب، وآخرين" **Deep et al., (2007)**. كذلك أشارت نتائج دراسة "الصاوي، وزملائه" **Elsawy et al., (2010)** إلى عدم وجود فروق بين الفصام والاضطراب ثنائي القطب، كما أن حجم هذه الصعوبات العصبية المعرفية يكون متماثلًا في الكبار والصغار. وأوضحت ذلك نتائج دراسة " سملفيزيتش، وآخرين" **Szmulewicz et al., (2015)** وأن هذا العجز ليس مرتبطًا بشدة الأعراض الطبية النفسية أو مدة المرض أو أي متغير إكلينيكي أو دوائي، ويستمر معدل هذا العجز بمرور الوقت، كما جاء بدراسة "ديب، وآخرين" **Deep et al., (2007)** ، ونستدل من هذا على عدم وجود نمط عصبي معرفي واسم يميز مرضى الاضطراب ثنائي القطب عن غيره من الاضطرابات الأخرى.

٣ – ندرة الدراسات العربية والأجنبية التي فحصت مرضى الفصام الوجداني ومرضى الاضطراب ثنائي القطب في تحديد صفحة الأداء العصبي المعرفي الواسمة لهما.

٤ – ندرة الدراسات العربية والأجنبية التي استخدمت اختبار وكسلر لذكاء الراشدين والمراهقين – كأداة للفرز النفسي العصبي (كأداة تشخيصية)، بهدف التفرقة بين المرضى، اعتمادًا على الخصائص المعرفية، أي الصفحة النفسية العصبية المعرفية الواسمة لأداء كل منهما. وهذا ما سوف تحاول الدراسة الحالية النهوض به.

فروض الدراسة :

تتباين الصفحة النفسية العصبية المعرفية على اختبار وكسلر لذكاء المراهقين والراشدين: التعديل الرابع بتباين نوع المرض والأصحاء، وينبثق من هذا الفرض الفروض الفرعية الآتية :

١ – تتباين الصفحة النفسية العصبية المعرفية على اختبار وكسلر لذكاء المراهقين والراشدين التعديل الرابع، لدى مرضى الفصام الوجداني مقارنة بالأصحاء.

٢ – تتباين الصفحة النفسية العصبية المعرفية على اختبار وكسلر لذكاء المراهقين والراشدين التعديل الرابع، لدى مرضى الاضطراب ثنائي القطب مقارنة بالأصحاء.

٣ – تتباين الصفحة النفسية العصبية المعرفية على اختبار وكسلر لذكاء المراهقين والراشدين التعديل الرابع، لدى مرضى الفصام الوجداني مقارنة بمرضى الاضطراب ثنائي القطب.

منهج الدراسة وإجراءاتها :

إن المنهج الوصفي المقارن هو المنهج المتبع في الدراسة الحالية، وذلك للكشف عن دور متغير المرض والصحة في كفاءة أداء الوظائف العصبية المعرفية لدى عينة من مرضى الفصام الوجداني، ومرضى الاضطراب ثنائي القطب، في مقابل الأصحاء. وقد اختير هذا المنهج نظرًا لكون متغيرات

الدراسة تعتمد على الوصف والتصنيف، ولا يمكن التحكم فيها وضبطها بالإجراءات التجريبية، ويتم جمع البيانات بالاختبارات النفسية [بتصرف من القرشي، ٢٠٠١، ص ٢٥٣]. وفيما يلي عرض مختصر لمكونات هذا المنهج:

أولاً : التصميم البحثي :

اعتمدت الدراسة على التصميم المستعرض لمجموعة الحالة في مقابل مجموعة المقارنة. لذلك تم اختيار مجموعتين من المرضى، هما مرضى الفصام الوجداني ومرضى الاضطراب ثنائي القطب؛ بحيث مثلتا مجموعتيْ الحالة، ومجموعة مناظرة لهما من الأصحاء، وهي مجموعة المقارنة. وتم إحداث التكافؤ بين مجموعتي الحالة والمجموعة المناظرة لهما من الأصحاء في العمر، والنوع، والمستوى التعليمي، والمستوى الاقتصادي الاجتماعي. مع مراعاة عدم تناول أو تعاطي المواد المخدرة، وعدم وجود إصابات عضوية أو عصبية أو وراثية من قبل أفراد عينة الدراسة.

ثانيًا : وصف عينات الدراسة :

أجريت الدراسة على عينة قوامها (١٥٣) مشاركًا بمتوسط عمر (٣٢,٢٩) عام وانحرف معياري (٧,٨٥) عام، وتراوحت أعمارهم بين (١٧:٤٦) عامًا، وتراوح المستوى التعليمي بين (يقرأ ويكتب حتى التعليم الجامعي) وتم تقسيمهم إلى ثلاث مجموعات، كتالي :

- **مجموعتا الحالة :** هما مرضى الفصام الوجداني ومرضى الاضطراب ثنائي القطب، واللذان بلغ عدد حالات كل منهما على حدة (٥١) مريضًا (٣١ ذكور، و٢٠ إناث) لكل مجموعة على حدة، والمشخصين من قبل الأطباء النفسيين بمستشفى الشروق للطب النفسي وعلاج الإدمان، ومستشفى طنطا للصحة النفسية، ومستشفى المعمورة للطب النفسي وعلاج الإدمان، ومستشفى العباسية للطب النفسي وعلاج الإدمان.
- **مجموعة المقارنة :** وتكونت هذه المجموعة من (٥١) مشاركًا (٣١ ذكور، و٢٠ إناث). وتم التأكد من عدم إصابة أية حالة بأي اضطرابات نفسية أو عصبية من خلال بنود المقابلة المبدئية التي أجريت عليهم قبل دخولهم في عينة البحث، وتم إشراكهم في إجراءات البحث بعد موافقتهم على ذلك. وكانت شروط اختيارهم كالتالي: عدم وجود إصابات دماغية، أو اضطرابات نفسية أو عقلية أو وجدانية أو عضوية، وعدم تناول أدوية نفسية أو عصبية لفترة طويلة، وعدم وجود أي اضطرابات وراثية أو ارتقائية، وعدم تناول أو إدمان مواد مخدرة أو كحوليات.

تم حساب قيم الالتواء والتفلطح لبيانات عينات الدراسة الثلاث للوقوف على مدى اعتدالية توزيع أفراد عينة الدراسة الأساسية على متغيرات العُمر، والمستوى التعليمي، والمستوى الاجتماعي الاقتصادي للأسرة كما يلي :

يتضح من جدول (١) أن قيم الالتواء والتفلطح لدى مجموعات الدراسة الأساسية بصدد متغير العُمر هي قيم مقبولة؛ حيث وزعت معاملات الالتواء توزيعًا يقترب من الصفر، وهذا يعني أن التوزيع أقرب إلى الاعتدالية، ويؤكد لنا هذا قيمة كلومجروف سيمنروف؛ حيث أن قيمة الدلالة أكبر من مستوى دلالة (٠,٠٥)، وهذا يعني أن التوزيع يخضع إلى التوزيع الاعتدالي. أما قيم معاملات الالتواء والتفلطح لدى عينات الدراسة الأساسية على متغيري المستوى التعليمي والمستوى الاجتماعي الاقتصادي للأسرة تدل على أن هناك التواءً وتفلطحًا. وبالتالي يفتقر التوزيع إلى الاعتدالية، ويؤكد لنا هذا قيم كلومجروف سيمنروف فهي أقل من مستوى دلالة (٠,٠٥)، وبالتالي لا يخضع التوزيع إلى التوزيع الاعتدالي. وبناءً على ذلك، استخدمت الباحثة اختبار تحليل التباين في اتجاه واحد **(ANOVA)** لدلالة الفروق لدى مجموعات الدراسة الأساسية على متغير العُمر، واختبار كروسكال- والس* **(Kruskal-Wallis)** لدلالة الفروق لدى مجموعات الدراسة الأساسية على متغيري المستوى التعليمي والمستوى الاقتصادي الاجتماعي.

جدول (٢) التباين بين مجموعات الدراسة الأساسية الثلاث
وفقًا لمتغير العُمر لكل مجموعة على حدة (ن=٥١)

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة (ف)	الدلالة
بين المجموعات	٢٦٠,٩٢	٥	٥٢,١٨	٠,٨٤	٠,٥٢
داخل المجموعات	٩١٠٢,٤٣	١٤٧	٦١,٩٢		
الإجمالي	**٩٣٦٣,٣٥**	**١٥٢**			

يتضح من جدول (٢) أن هناك مضاهاة بين أفراد العينة الأساسية على متغير العُمر؛ حيث إن قيمة الدلالة تساوي (٠,٥٢) وهي أكبر من مستوى دلالة (٠,٠٥)، وبالتالي لا توجد فروق بين عينات الدراسة الأساسية الثلاث بصدد متغير العُمر مما يدل على تجانس العينات واختلاف الفروق بينهم.

جدول (٣) التكافؤ بين عينات الدراسة الأساسية الثلاث باستخدام اختبار كروسكال- والس
ن=٥١ (٣ ١ذكور و٢٠ إناث) لكل مجموعة على حدة

عينة الدراسة / المتغيرات	متوسط الرتب						إحصائي الاختبار X^2	الدلالة
	مرضى الفصام الوجداني		مرضى الاضطراب ثنائي القطب		الأصحاء			
	ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث		
المستوى التعليمي	٨٤,٩٧	٦٤,١٠	٨٤,٦١	٦٤,١٠	٦٨,٣٩	٦٤,١٠	٩,٢٩	٠,١٠
المستوى الاقتصادي الاجتماعي	٨٣,٥٠	٦٣,٤٣	٨٤,٨٥	٦٣,٤٣	٨٧,٥٦	٦٥,٥٣	٩,٥٨	٠,٠٩

(*) يُعد اختبار كروسكال- والس هو الاختبار اللامعلمي البديل لتحليل التباين في اتجاه واحد **(ANOVA)** ، في حالة عدم توافر شروط الاختبار المعلمي.

يتضح من نتائج جدول (٣) المضاهاة بين المجموعات الثلاث على متغيري المستوى التعليمي والمستوى الاقتصادي الاجتماعي. فإذا نظرنا إلى متوسط درجات المستوى التعليمي والمستوى الاقتصادي الاجتماعي لدى عينات الدراسة، نجده متساوي، أي أن الفروق بينهم وبين بعضهم بعضًا غير دالة، وبالتالي لا توجد فروق بين العينات الثلاث بصدد متغيري المستوى التعليمي والمستوى الاقتصادي الاجتماعي مما يدل على تجانس العينات واختلاف الفروق بينهم.

ثالثًا: وصف أدوات الدراسة :

لتحقيق أهداف الدراسة ومعالجة فروضها تم الاستعانة بالأدوات التجريبية التالية :

[١] المقابلة المبدئية لتحديد المستوى الاجتماعي الاقتصادي للأسرة، إعداد عبدالعزيز الشخص، (٢٠١٣) : تهدف هذه المقابلة إلى جمع بيانات الدراسة السكانية، وضبط المتغيرات الدخيلة. ويقصد به الدرجة التي تحدد وضع الأسرة بالنسبة للمستوى العام للأسر المصرية، ويتم اشتقاقها باستخدام معادلة تنبؤيه تتضمن خمسة مؤشرات هي : مستوى التعليم (للجنسين)، ومستوى المهنة أو الوظيفة (للجنسين)، ومتوسط دخل الفرد في الشهر (الشخص، ٢٠١٣، ص ٥٠).

[٢] اختبار وكسلر لذكاء المراهقين والراشدين: التعديل الرابع – تعريب وتقنين عبد الرقيب البحيري : ويُعد التعديل الرابع لاختبار وكسلر لذكاء المراهقين والراشدين الصادر في ٢٠٠٨، نسخة منقحة ومعدلة من اختبار وكسلر لذكاء المراهقين والراشدين النسخة الثالثة الصادرة في عام ١٩٩٧، فهو أداة إكلينيكية شاملة تطبق بصورة فردية لتقييم القدرات المعرفية لدى المراهقين والراشدين ممن تراوحت أعمارهم بين (١٦:٩٠) سنة، و(١١) شهرًا. ويتكون الاختبار في تعديله الرابع من خمس عشرة مقياساً فرعيًا، عشرة مقاييس أساسية، وخمسة مقاييس تكميلية منتظمة في أربعة مكونات معرفية، وهي مكون الفهم اللفظي؛ ويشمل هذا المكون ثلاثة مقاييس فرعية رئيسة (المتشابهات، والبنود اللغوية "المفردات"، والمعلومات) ومقياس فرعي تكميلي هو (الفهم). ومكون الاستدلال الإدراكي؛ والذي يشمل ثلاثة مقاييس فرعية رئيسة (تصميم المكعبات، واستدلال المصفوفات، والألغاز البصرية)، ومقياسين فرعيين تكميليين (أوزان الأشكال، وإكمال الصور). ومكون الذاكرة العاملة والذي يتكون من مقياسين فرعيين رئيسيين هما (إعادة الأرقام، والحساب)، ومقياس فرعي تكميلي هو (تسلسل الحروف – الأرقام). ومكون سرعة المعالجة المعرفية للمعلومات والمقاييس الفرعية المكون منها هي: البحث عن الرمز، والترميز، والحذف كمقياس تكميلي **(Michel et al., 2013)**.

تصحيح الاختبار والمقاييس الفرعية :

بعد تصحيح إجابات كل مقياس فرعي على حدة وفقًا لدليل التطبيق والتصحيح نجمع درجات البنود للحصول على الدرجة الخام الكلية. وتعرف الدرجة الخام الكلية للمقاييس الفرعية بأنها مجموع الإجابات الصحيحة على جميع البنود. وذلك عن طريق جمع درجات كل بند، بما في ذلك بنود العكس والبنود غير المطبقة قبل البدء. إن كان ذلك ينطبق وبعد الحصول على الدرجة الخام الكلية لكل مقياس فرعي، تنقل جميع الدرجات الخام إلى عمود الدرجة الخام بالصفحة الأولى من البرنامج* للحصول على الدرجة الموزونة لكل مقياس فرعي على حدة، ثم لكل مكون على اختبار وكسلر في تعديله الرابع، والتي تشمل خمس درجات مجمعة هي :

١ – درجة مكون الفهم اللفظي للمشارك: هي مجموع الدرجات الموزونة لثلاثة مقاييس فرعية للفهم اللفظي، هما: المتشابهات، والبنود اللغوية، والمعلومات.

٢ – درجة الاستدلال الإدراكي: هي مجموع الدرجات الموزونة لثلاثة مقاييس فرعية للاستدلال الإدراكي، هي: تصميم المكعبات، واستدلال المصفوفات، والألغاز البصرية.

٣ – درجة للذاكرة العاملة: هي مجموع الدرجات الموزونة للمقياسين الفرعيين للذاكرة العاملة، وهما: إعادة الأرقام والحساب.

٤ – درجة سرعة المعالجة المعرفية للمعلومات: هي مجموع الدرجات الموزونة لمقياسي سرعة المعالجة المعرفية للمعلومات، وهما: البحث عن الرمز، والترميز.

٥ – درجة الاختبار الكلي: هي مجموع درجات الفهم اللفظي، والاستدلال الإدراكي، والذاكرة العاملة، وسرعة المعالجة المعرفية للمعلومات؛ بمعنى آخر، هي مجموع الدرجات الموزونة لعشرة مقاييس فرعية المكونة للاختبار، والتي تشكل الدرجة الكلية لمعامل الذكاء.

التحقق من الكفاءة القياسية لاختبار وكسلر :

أجريت دراسة استطلاعية للتأكد من مدى ملاءمة اختبار "وكسلر لذكاء المراهقين والراشدين – التعديل الرابع" لأفراد العينة المستخدمة في هذه الدراسة، وكذلك مدى فهم الأفراد لبنود الاختبار والتحقق من صدق الاختبار وثباته، لذلك طبق اختبار وكسلر لذكاء المراهقين والراشدين – التعديل الرابع على عينة استطلاعية قوامها (٢٠) من مرضى الفصام الوجداني (١٠ ذكور، و١٠ إناث)، وتراوح المدى العمري لهم من (١٩:٤٥) عامًا بمتوسط عمر (٣٣,٨٥) عامًا وانحراف معياري (٥,٦٤) عامًا، و(٢٠) من مرضى الاضطراب ثنائي القطب (١٠ ذكور، و١٠ إناث)، وتراوح المدى

(*) هو برنامج إلكتروني مخصص لاختبار وكسلر لذكاء الكبار الطبعة الرابعة؛ حيث يقدم المعايير التي تتعلق بالقدرة العقلية العامة والدلالات الإكلينيكية لمؤشرات الاختبارات الفرعية، والدلالات الإكلينيكية لتحليل المعالجات.

العمري لهم من (١٩:٤٦) عامًا بمتوسط عمر (٣٣,٦٥) عامًا وانحراف معياري (٥,٥٣) عامًا، واللذان سبق تشخيصهما من قبل أطباء الطب النفسي بمستشفى الشروق للطب النفسي وعلاج الإدمان (بلطيم – محافظة كفر الشيخ)، وكذلك المستشفيات التابعة للأمانة العامة للصحة النفسية*. وذلك بعد الحصول على الموافقة لإجراء البحث على هذه العينات. مقابل (٢٠) من الأصحاء (١٠ ذكور، و١٠ إناث)، وتراوح المدى العمري لهم من (١٧:٤٥) عامًا بمتوسط عمر (٣٥,٥٥) عامًا وانحراف معياري (٥,٦٢) عامًا. وتراوح المستوى التعليمي لدى عينات الدراسة الثلاث بين (يقرأ ويكتب حتى التعليم الجامعي)، وكان التطبيق يتم في جلسات فردية، وتراوحت طول الجلسة بين (١,١٥: ٢,١٥) ساعة في المرضى، أما الأصحاء فقد تراوحت الجلسة ما بين (١,٣٠: ٢,٣٠) ساعة، وتم إعادة التطبيق عليهم بعد فترة زمنية تراوحت بين (١٥:٧) يومًا. وقد استمر تطبيق الدراسة الاستطلاعية من بداية شهر سبتمبر (٢٠٢٠) وحتى شهر فبراير (٢٠٢١).

أولاً : الصدق :

للتحقق من صدق أداء المجموعات الثلاث في الدراسة الراهنة، على اختبار وكسلر لذكاء المراهقين والراشدين التعديل الرابع، استخدم صدق الارتباط بمحك خارجي؛ حيث طبق اختبار فحص الحالة العقلية المختصر كمحك خارجي إعداد فولشتاين وزملاؤه – ترجمة (محمد نجيب أحمد الصبوة). والذي يقيس ستة وظائف معرفية هي التوجه، وتسجيل المعلومات، والانتباه، والاستدعاء، واللغة، والإدراك البصري والقدرة التركيبية. وفيما يلي جدول (١٣) يعرض نتائج معاملات الصدق لدى مجموعات الدراسة الثلاث.

(*) وهم: مستشفى الصحة النفسية بطنطا، ومستشفى الطب النفسي وعلاج الإدمان بالمعمورة، ومستشفى العباسية للطب النفسي وعلاج الإدمان.

جدول (٤) نتائج معاملات الصدق لكل مقياس من المقاييس الفرعية لاختبار وكسلر لذكاء المراهقين والراشدين التعديل الرابع، والدرجة الكلية، ومكوناته الأربعة الفرعية، واستخدام فحص الحالة العقلية المختصر كمحك خارجي لدى عينات الدراسة الثلاث (ن=٢٠) لكل مجموعة على حدة

م	العينات / المقاييس	مرضى الفصام الوجداني	مرضى الاضطراب ثنائي القطب	الأصحاء
١	تصميم المكعبات	٠,٥	٠,٤	٠,٧
٢	المتشابهات	٠,٤	٠,٦	٠,٤
٣	إعادة الأرقام	٠,٤	٠,٧	٠,٤
٤	استدلال المصفوفات	٠,٤	٠,٦	٠,٥
٥	المفردات (البنود اللغوية)	٠,٤	٠,٥	٠,٤
٦	الحساب	٠,٤	٠,٦	٠,٥
٧	البحث عن الرمز	٠,٥	٠,٦	٠,٤
٨	الألغاز البصرية	٠,٥	٠,٥	٠,٧
٩	المعلومات	٠,٤	٠,٦	٠,٤
١٠	الترميز	٠,٤	٠,٦	٠,٤
١١	تسلسل الحروف، الأرقام	٠,٥	٠,٨	٠,٥
١٢	أوزان الأشكال	٠,٥	٠,٥	٠,٤
١٣	الفهم	٠,٥	٠,٦	٠,٤
١٤	الحذف	٠,٥	٠,٤	٠,٦
١٥	تكميل الصور	٠,٤	٠,٤	٠,٤
١٦	مكون الفهم اللفظي	٠,٦	٠,٦	٠,٦
١٧	مكون الاستدلال الإدراكي	٠,٦	٠,٥	٠,٧
١٨	مكون الذاكرة العاملة	٠,٧	٠,٧	٠,٨
١٩	مكون سرعة المعالجة	٠,٦	٠,٦	٠,٥
٢٠	الدرجة الكلية	٠,٨	٠,٧	٠,٩

يتضح من نتائج جدول (٤) أن هناك صدقًا مرتفعًا للدرجة الكلية لاختبار وكسلر لذكاء المراهقين والراشدين التعديل الرابع ومقاييسه الفرعية الرئيسة والتكميلية ومكوناته الأربعة الفرعية وبين اختبار فحص الحالة العقلية المختصر؛ حيث تراوحت قيمة معاملات الارتباط بين (٠,٤: ٠,٩) وهو صدق يتراوح بين المتوسط إلى المرتفع. ومن ثم يمكننا أن نعتمد عليه في جمع بيانات الدراسة الراهنة.

ثانيًا: ثبات الاختبار :

تم التحقق من ثبات أداء المجموعات الثلاث في الدراسة الحالية على اختبار وكسلر لذكاء المراهقين والراشدين التعديل الرابع ومقاييسه الفرعية عن طريق القسمة النصفية، وألفا كرونباخ، وإعادة الاختبار كما يلي :

[١] حساب ثبات الاختبار ومقاييسه الفرعية بطريقة إعادة الاختبار :

تم حساب معاملات ثبات أداء المجموعات الثلاث المكونة للعينة الاستطلاعية على اختبار وكسلر لذكاء المراهقين والراشدين التعديل الرابع ومقاييسه الفرعية بطريقة إعادة الاختبار بفاصل زمني تراوح بين (١٥:٧) يومًا.

جدول (٥) قيم معاملات الثبات بطريقة إعادة الاختبار لدى كل من مرضى الفصام الوجداني، والاضطراب ثنائي القطب، والأصحاء لاختبار وكسلر لذكاء المراهقين والراشدين التعديل الرابع والدرجة الكلية، ومكوناته الأربعة، ومقاييسه الفرعية (ن=٢٠) لكل مجموعة على حدة

م	العينات / لمقاييس	مرضى الفصام الوجداني	مرضى الاضطراب ثنائي القطب	الأصحاء
١	تصميم المكعبات	٠,٨٧	٠,٨٥	٠,٦٦
٢	المتشابهات	٠,٨٧	٠,٩٢	٠,٦٢
٣	إعادة الأرقام	٠,٩٣	٠,٩٠	٠,٦٧
٤	استدلال المصفوفات	٠,٨٠	٠,٧٦	٠,٧٢
٥	المفردات (البنود اللغوية)	٠,٩٣	٠,٨٨	٠,٦٩
٦	الحساب	٠,٨٤	٠,٩٣	٠,٨١
٧	البحث عن الرمز	٠,٦٧	٠,٨٦	٠,٦٥
٨	الألغاز البصرية	٠,٥٩	٠,٥٩	٠,٥٩
٩	المعلومات	٠,٩٨	٠,٩٨	٠,٩٤
١٠	الترميز	٠,٧٢	٠,٨٣	٠,٧١
١١	تسلسل الحروف والأرقام	٠,٧٤	٠,٨٩	٠,٥١
١٢	أوزان الأشكال	٠,٦٩	٠,٩٧	٠,٨٠
١٣	الفهم	٠,٩٠	٠,٩٧	٠,٦٦
١٤	الحذف	٠,٨٨	٠,٧٥	٠,٧٩
١٥	تكميل الصور	٠.٥٧	٠,٨٩	٠,٦٨
١٦	مكون الفهم اللفظي	٠,٩٨	٠,٩٧	٠,٧٦
١٧	مكون الاستدلال الإدراكي	٠,٧٩	٠,٨١	٠,٧٧
١٨	مكون الذاكرة العاملة	٠,٩٣	٠,٩٢	٠,٩٣
١٩	مكون سرعة المعالجة	٠,٧٧	٠,٩٦	٠,٧٩
٢٠	الدرجة الكلية	٠,٩٩	٠,٩٧	٠,٦٦

يتضح من نتائج جدول (٥) أن اختبار وكسلر لذكاء المراهقين والراشدين التعديل الرابع ومقاييسه الفرعية الرئيسة والتكميلية ومكوناته الأربعة الفرعية تتمتع بمعاملات ثبات مرتفعة لدى عينات الدراسة الثلاث. ومن ثم يمكننا أن نعتمد عليه في جمع بيانات الدراسة الراهنة.

[٢] حساب ثبات الاختبار ومقاييسه الفرعية بطريقتي القسمة النصفية بعد تصحيح الطول وألفا كرونباخ :

تم حساب معاملات ثبات أداء المجموعات الثلاث المكونة للعينة الاستطلاعية على اختبار وكسلر لذكاء المراهقين والراشدين التعديل الرابع ومقاييسه الفرعية بطريقتي القسمة النصفية بعد تصحيح الطول وألفا كرونباخ كما هو موضح في جدول (٦).

جدول (٦) قيم معاملات الثبات بطريقتي القسمة النصفية بعد تصحيح الطول وألفا كرونباخ لدى كل من مرضى الفصام الوجداني، والاضطراب ثنائي القطب، والأصحاء لاختبار وكسلر لذكاء المراهقين والراشدين التعديل الرابع (ن=٢٠) لكل مجموعة على حدة

م	العينات / المقاييس	مرضى الفصام الوجداني		مرضى الاضطراب ثنائي القطب		الأصحاء	
		قيم معاملات الثبات بعد تصحيح الطول	معاملات الثبات بطريقة ألفا كرونباخ	قيم معاملات الثبات بعد تصحيح الطول	معاملات الثبات بطريقة ألفا كرونباخ	قيم معاملات الثبات بعد تصحيح الطول	معاملات الثبات بطريقة ألفا كرونباخ
١	تصميم المكعبات	٠,٦١	٠,٦٤	٠,٨٤	٠,٧٠	٠,٤٧	٠,٥٢
٢	المتشابهات	٠,٨٨	٠,٨٣	٠,٩٠	٠,٨٦	٠,٨١	٠,٧٣
٣	إعادة الأرقام	٠,٥٨	٠,٧٢	٠,٧٩	٠,٧١	٠,٥٨	٠,٣٩
٤	استدلال المصفوفات	٠,٩٤	٠,٨٨	٠,٧٤	٠,٧١	٠,٩٢	٠,٨٨
٥	المفردات	٠,٩٢	٠,٩٠	٠,٩٥	٠,٩٣	٠,٧٨	٠,٧٣
٦	الحساب	٠,٨٢	٠,٧٨	٠,٨٦	٠,٨٤	٠,٨٦	٠,٧٨
٧	البحث عن الرمز	٠.٩٩	٠,٩٢	٠,٩٩	٠,٩١	٠,٩٩	٠,٩٢
٨	الألغاز البصرية	٠,٩٥	٠,٧٦	٠,٨٧	٠,٧٦	٠,٨٣	٠,٧٦
٩	المعلومات	٠,٨٤	٠,٨٧	٠,٩٥	٠,٩٢	٠,٧٥	٠,٨١
١٠	الترميز	٠,٩٩	٠,٩١	٠,٩٩	٠,٩٤	٠,٩٩	٠,٩٦
١١	تسلسل الحروف والأرقام	٠,٨٠	٠,٥٣	٠,٨٩	٠,٨١	٠,٧٥	٠,٥٢
١٢	أوزان الأشكال	٠,٩٢	٠.٨٧	٠,٩٤	٠,٨٨	٠,٨٠	٠,٨٥
١٣	الفهم	٠,٧٩	٠,٨١	٠,٨٧	٠,٧١	٠,٧٠	٠,٧٢
١٤	الحذف	٠,٩٩	٠,٩٤	٠,٩٩	٠,٩٠	٠,٩٩	٠,٩٤
١٥	تكميل الصور	٠,٥٤	٠,٥٠	٠,٩١	٠,٧٣	٠,٧٩	٠,٨٠
١٦	الدرجة الكلية	٠,٨٣	٠,٨٢	٠,٩١	٠,٨٧	٠,٩٢	٠,٨١

يتضح من نتائج جدول (٦) أن اختبار وكسلر لذكاء المراهقين والراشدين التعديل الرابع ومقاييسه الفرعية الرئيسة والتكميلية تتمتع بمعاملات ثبات مرتفعة لدى عينات الدراسة الثلاث. ومن ثم يمكننا أن نعتمد عليه في جمع بيانات الدراسة الراهنة.

رابعًا : إجراءات الدراسة الأساسية :

- إعداد أدوات واختبارات الدراسة.

- اختيار العينة الاستطلاعية وفقًا لشروط معدة مسبقًا وبلغ عددها ٦٠ مشاركًا.
- التحقق من الشروط القياسية لاختبار وكسلر.
- اختيار العينة الأساسية للدراسة وفقًا لشروط معدة مسبقًا وبلغ عددها ١٥٣ مشاركًا.
- تطبيق اختبار وكسلر لذكاء المراهقين والراشدين التعديل الرابع ومعالجة النتائج إحصائيًا.
- استخدام الأساليب الإحصائية للتحقق من صدق نتائج فروض الدراسة.
- عرض نتائج الدراسة ومناقشتها وفقًا لنتائج الدراسات السابقة.

خامسًا: الأساليب الإحصائية المستخدمة في معالجة البيانات :

- المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية.
- تحليل التباين في اتجاه واحد.
- اختبار "كروسكال والس".
- الرسوم البيانية لتحديد خصائص الصفحة النفسية العصبية المعرفية لعينة الدراسة، وفقًا لمتوسطات الدرجات الموزونة للمقاييس الفرعية، والدرجات المركبة لاختبار وكسلر لذكاء المراهقين والراشدين – التعديل الرابع. هذا، بالإضافة إلى ما تم استخدامه من أساليب إحصائية لحساب معاملات الصدق والثبات.

عرض نتائج الدراسة :

التحقق من صحة فرض الدراسة الرئيس الذي ينص على: تتباين الصفحة النفسية العصبية المعرفية التشخيصية على اختبار وكسلر لذكاء المراهقين والراشدين بتباين المرض– الصحة النفسية. وينبثق منه :

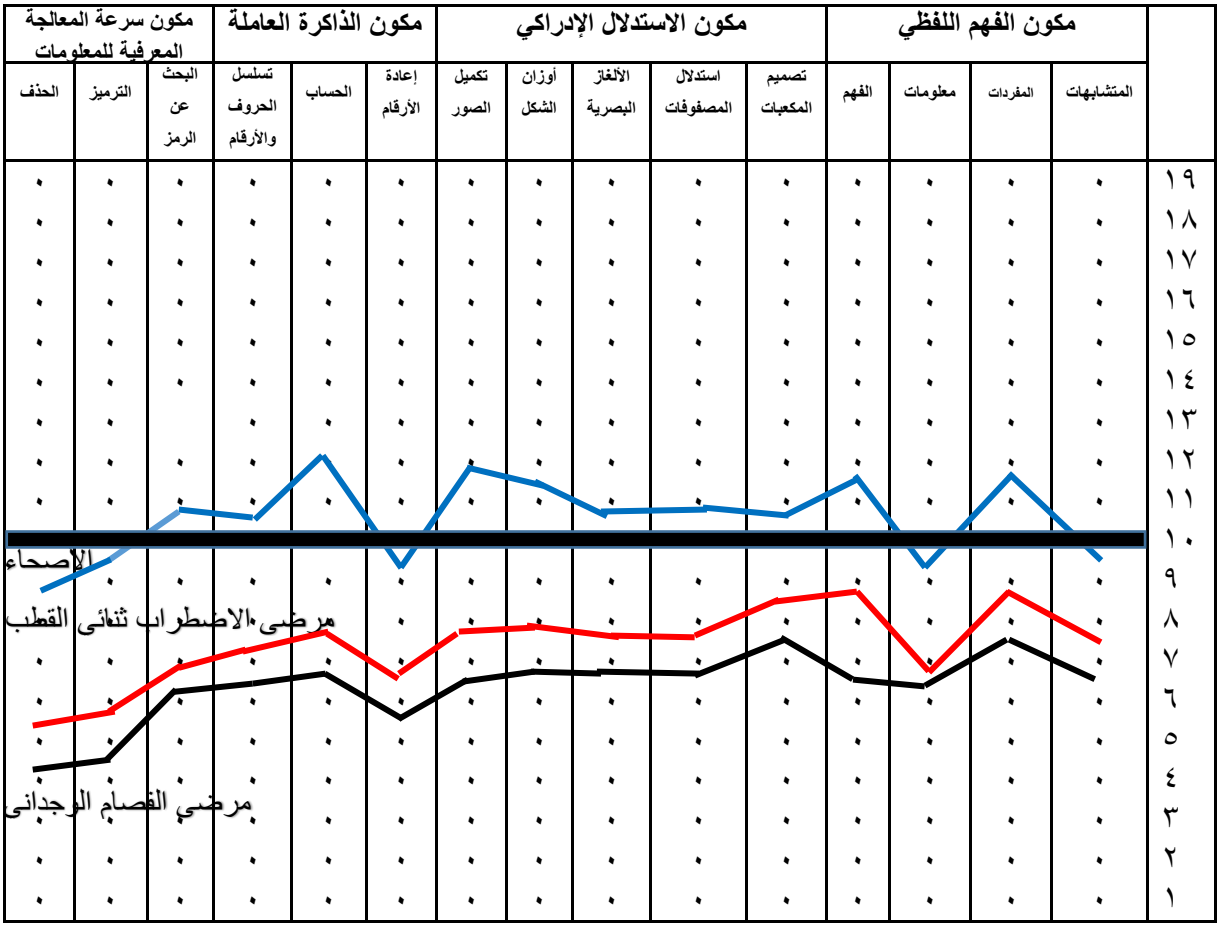
- **الفرض الفرعي الأول** : تتباين الصفحة النفسية العصبية المعرفية التشخيصية على اختبار وكسلر لذكاء المراهقين والراشدين التعديل الرابع لدى مرضى الفصام الوجداني مقارنة بالأصحاء.
- **الفرض الفرعي الثاني** : تتباين الصفحة النفسية العصبية المعرفية على اختبار وكسلر لذكاء المراهقين والراشدين التعديل الرابع لدى مرضى الاضطراب ثنائي القطب مقارنة بالأصحاء.
- **الفرض الفرعي الثالث** : تتباين الصفحة النفسية العصبية المعرفية على اختبار وكسلر لذكاء المراهقين والراشدين التعديل الرابع لدى مرضى الفصام الوجداني مقارنة بمرضى الاضطراب ثنائي القطب.

وللتحقق من صحة هذا الفرض والفروض الفرعية المنبثقة منه؛ تم رسم صفحة معرفية لمتوسطات الدرجات الموزونة لمرضى الفصام الوجداني، ومرضى الاضطراب ثنائي القطب، والأصحاء على كل المقاييس الفرعية، ودرجات المكونات، والدرجة الكلية لاختبار وكسلر لذكاء المراهقين والراشدين التعديل الرابع كأداة للفرز النفسي العصبي وتحليل تشتيتها عن متوسطها العام، والذي يساوي عشر درجات، وانحراف معياري ثلاث درجات. وتلي ذلك رسم بياني لتشتيت الدرجات المركبة للمكونات الفرعية الأربعة والدرجة الكلية. ويفيد ذلك في تحديد نقاط القوة والضعف في أداء كل مجموعة على حدة على المقاييس الفرعية الخمسة عشر لاختبار وكسلر لذكاء المراهقين والراشدين التعديل الرابع، وبالتالي استدلال النمط الواسم للأداء العصبي المعرفي لمرضى الفصام الوجداني ومرضى الاضطراب ثنائي القطب مقارنة بالأصحاء.

ويبين الرسم البياني (١) نتائج تشتيت الصفحة المعرفية للأداء على المقاييس الخمسة عشر الفرعية لاختبار وكسلر لذكاء المراهقين والراشدين التعديل الرابع لدى مجموعات الدراسة الثلاث.

رسم بياني (١)

تشتيت الصفحة المعرفية للأداء على المقاييس الخمسة عشر الفرعية لاختبار وكسلر لذكاء المراهقين والراشدين التعديل الرابع لدى مجموعات الدراسة الثلاث ن=٥١ لكل مجموعة على حدة



يتضح من الرسم البياني السابق أن جميع متوسطات الدرجات الموزونة لأداء مجموعتي مرضى الفصام الوجداني، ومرضى الاضطراب ثنائي القطب مقارنة بالأصحاء على المقاييس الفرعية لاختبار وكسلر لذكاء المراهقين والراشدين التعديل الرابع أقل من متوسط المقاييس الفرعية لاختبار وكسلر؛ حيث يلاحظ أن النمط الواسم لأداء مرضى الفصام الوجداني على المقاييس الفرعية بالضعيف والمضطرب، فقد كان أعلى متوسط للأداء على مقياس الفهم بمتوسط ٧,٦٩، ويليه مقياس تصميم المكعبات بمتوسط ٧,٥٧، ثم مقياس المفردات بمتوسط ٧,٤٥، ومقياس أوزان الأشكال بمتوسط ٦,٩٨، ومقياس الحساب بمتوسط ٦,٩٤، ومقياس الألغاز البصرية بمتوسط ٦,٨٨، ومقياس المعلومات بمتوسط ٦,٧٨، ومقياس استدلال المصفوفات بمتوسط ٦,٦٣، ومقياس تكميل الصور بمتوسط ٦,٤٥، ومقياسي تسلسل الحروف والأرقام والمتشابهات بمتوسط ٦,٣٥، ومقياس البحث عن الرمز بمتوسط ٦,١٦، ويتسم الأداء بالانخفاض الشديد على مقياس إعادة الأرقام بمتوسط ٥,٧٦، ومقياس الترميز بمتوسط ٤,٩٨، ومقياس الحذف بمتوسط ٤,٤٩. ووفقًا لمبادئ نظرية الندرة الإحصائية، يلاحظ من خلال صفحة التشتيت السابقة أن أداء مرضى الفصام الوجداني يتسم بالانخفاض في الانحراف المعياري عن المتوسط في المقاييس الفرعية لاختبار وكسلر لذكاء المراهقين والراشدين التعديل الرابع كالتالي: أداؤهم كان أقل من المتوسط بـ ٣ انحراف معياري على مقياسي الحساب والمفردات، وأقل ٢,٥ انحراف معياري على المقاييس التالية: مقياس الفهم، ومقياس تصميم المكعبات، ومقياس المعلومات، ومقياس تسلسل الحروف والأرقام، ومقياس أوزان الأشكال، ومقياس تكميل الصور، ومقياس المتشابهات، ومقياس إعادة الأرقام، ومقياس البحث عن الرمز، ومقياس استدلال المصفوفات. وأقل ١,٥ انحراف معياري على مقياس الترميز، ومقياس الحذف؛ علمًا بأن قيمة الانحراف المعياري الواحد تساوي ٣ درجات. كما يتضح من الرسم السابق أن هناك تدهورًا واضطرابًا في أداء مرضى الاضطراب ثنائي القطب على المقاييس الفرعية لاختبار وكسلر؛ حيث كانت جميع متوسطات الدرجات الموزونة للمقاييس الفرعية أُقل من المتوسط؛ فقد وجد أن أعلى متوسط لمقياس المفردات ٨,٩٢، يليه مقياس الفهم ٨,٦٧، ثم مقياس تصميم المكعبات بمتوسط ٨,٦١، ومقياس أوزان الأشكال بمتوسط ٧,٩٨، ومقياس الحساب بمتوسط ٧,٩٢، ومقياس تكميل الصور بمتوسط ٧,٨٠، ومقياس الألغاز البصرية بمتوسط ٧,٥٩، ومقياس استدلال المصفوفات بمتوسط ٧,٥٣، ومقياس المتشابهات بمتوسط ٧,٥٢، ومقياس تسلسل الحروف والأرقام بمتوسط ٧,٠٦، ويتسم الأداء بالانخفاض عل مقياس البحث عن الرمز بمتوسط ٦,٩٤، ومقياس المعلومات بمتوسط ٦,٩٢، ومقياس إعادة الأرقام بمتوسط ٦,٧٣. وكان الأداء شديد الانخفاض على مقياس الترميز بمتوسط ٥,٧٦، يليه مقياس الحذف بمتوسط ٥,٢٩ .

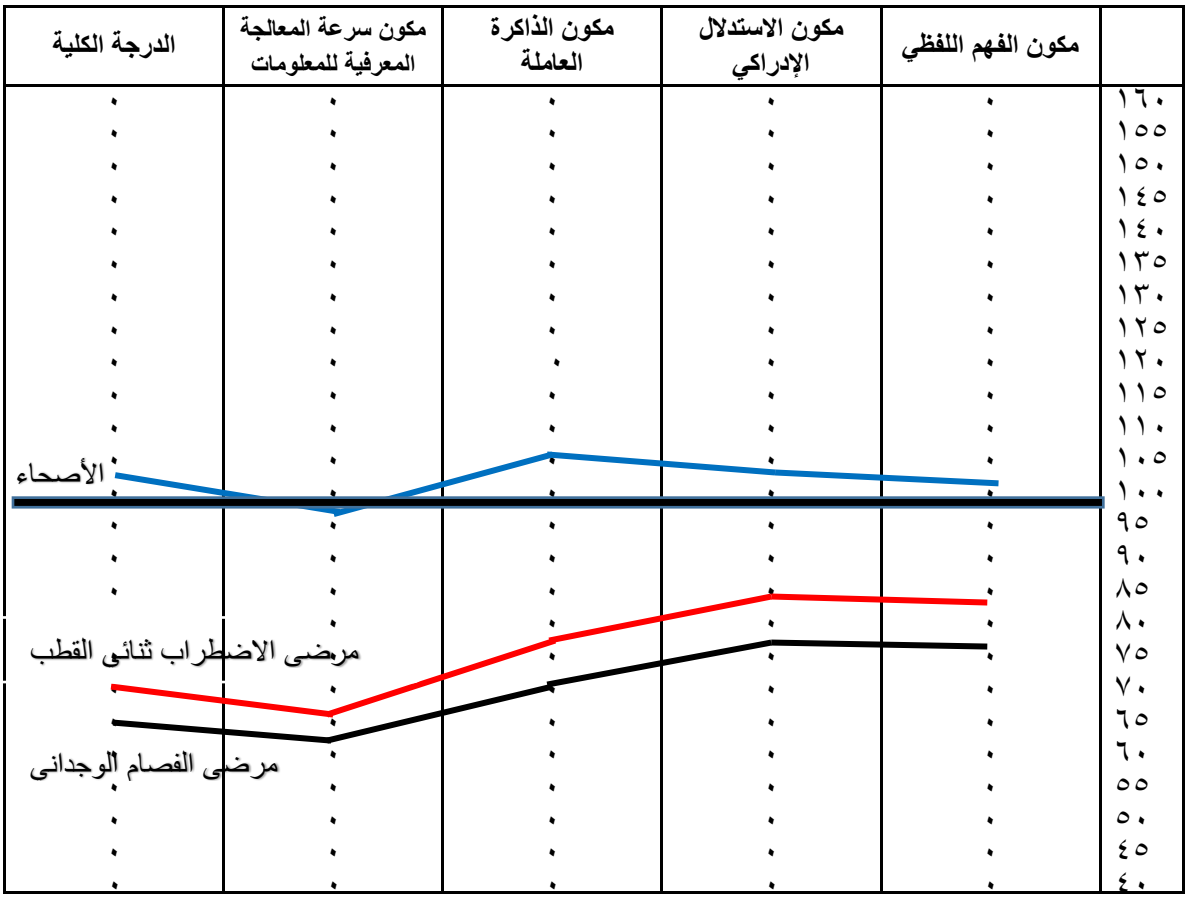
ومن خلال الرسم البياني السابق نستطيع أيضًا تحديد النمط الواسم لتشتيت الصفحة المعرفية لمرضى الاضطراب ثنائي القطب من خلال تحديد الانحراف عن متوسط المقاييس الفرعية، فوجد أن الانحراف عن المتوسط أقل بـ ٣ انحراف معياري لمقياس الحساب، ومقياس أوزان الأشكال،

ومقياس تكميل الصور، ومقياس المعلومات، وأقل ٢,٥ انحراف معياري عن المتوسط في مقياس المتشابهات، ومقياس المفردات، ومقياس البحث عن الرمز، وأقل ٢ انحراف معياري عن المتوسط في المقاييس التالية: تصميم المكعبات، وأوزان الأشكال، وتسلسل الحروف والأرقام، واستدلال المصفوفات، والترميز، وإعادة الأرقام، والفهم، والألغاز البصرية وكذلك يتضح من الرسم البياني السابق أن تشتيت الصفحة المعرفية لمتوسط الدرجات الموزونة لأداء الأصحاء على المقاييس الفرعية مقاربًا للتوسط العام لاختبار وكسلر لذكاء المراهقين والراشدين التعديل الرابع؛ حيث تراوحت قيم المتوسطات بين ٨,٤٢ لمقياس الحذف و١١,٧٣ لمقياس الفهم.

ولتحديد النمط الواسم للأداء على المكونات الفرعية الأربعة للدرجات المركبة، والدرجة الكلية لاختبار وكسلر لذكاء المراهقين والراشدين التعديل الرابع؛ والذي يبلغ متوسطها ١٠٠، وانحراف معياري (١٥)، تم وضع صفحة تشتيت الأداء على هذه المكونات لمرضى الفصام الوجداني ومرضى الاضطراب ثنائي القطب مقارنة بالنمط الواسم لتشتيت الأداء للأصحاء. ويوضح الرسم البياني (٢) التالي هذا النمط.

رسم بياني (٢)

تشتيت الصفحة المعرفية للدرجات المركبة للمكونات الأربعة والدرجة الكلية لاختبار وكسلر لذكاء المراهقين والراشدين التعديل الرابع لدى مجموعات الدراسة الثلاث



مرضى الفصام الوجداني، مرضى الاضطراب ثنائي القطب، الأصحاء

ويتضح من الرسم البياني السابق أن نمط أداء مرضى الفصام الوجداني يتسم بالانخفاض عن متوسط التشتيت الطبيعي للصفحة المعرفية للدرجات المركبة للمكونات الفرعية الأربعة والدرجة الكلية لاختبار وكسلر لذكاء المراهقين والراشدين التعديل الرابع البالغ (١٠٠). ويلاحظ أن متوسط أعلى درجة لهم كانت ٨٣,٤٥ لمكون الاستدلال الإدراكي، يليه مكون الفهم اللفظي بمتوسط ٨٣,٠٤، ثم مكون الذاكرة العاملة بمتوسط ٧٩,٨٦، ومكون سرعة المعالجة المعرفية للمعلومات بمتوسط ٧٥,١٩، ووجد أيضًا انخفاضًا في الدرجة الكلية لاختبار وكسلر لذكاء المراهقين والرشدين التعديل الرابع عن المتوسط؛ حيث كانت ٧٨,٤٥. ويمكن من خلال تشتيت الصفحة المعرفية السابقة تحديد انحراف درجات المكونات الأربعة والدرجة الكلية عن المتوسط كالتالي: أن الانحراف المعياري لأداء مرضى الفصام الوجداني أقل من المتوسط بـ ٧,٣٠ انحراف معياري على مكون الاستدلال الإدراكي ومكون سرعة المعالجة المعرفية للمعلومات بـ ٧,٢٣ انحراف معياري، وأقل بـ ٩,٤٩ و١٠,٠٧ انحراف معياري عن المتوسط على التوالي لمكوني الفهم اللفظي والذاكرة العاملة، بينما كان الانحراف المعياري أقل من المتوسط للدرجة الكلية لاختبار وكسلر لأداء مرضى الفصام الوجداني بـ ٨,٥٦، مع ملاحظة أن قيمة الانحراف المعياري الواحد تساوي ١٥ درجة.

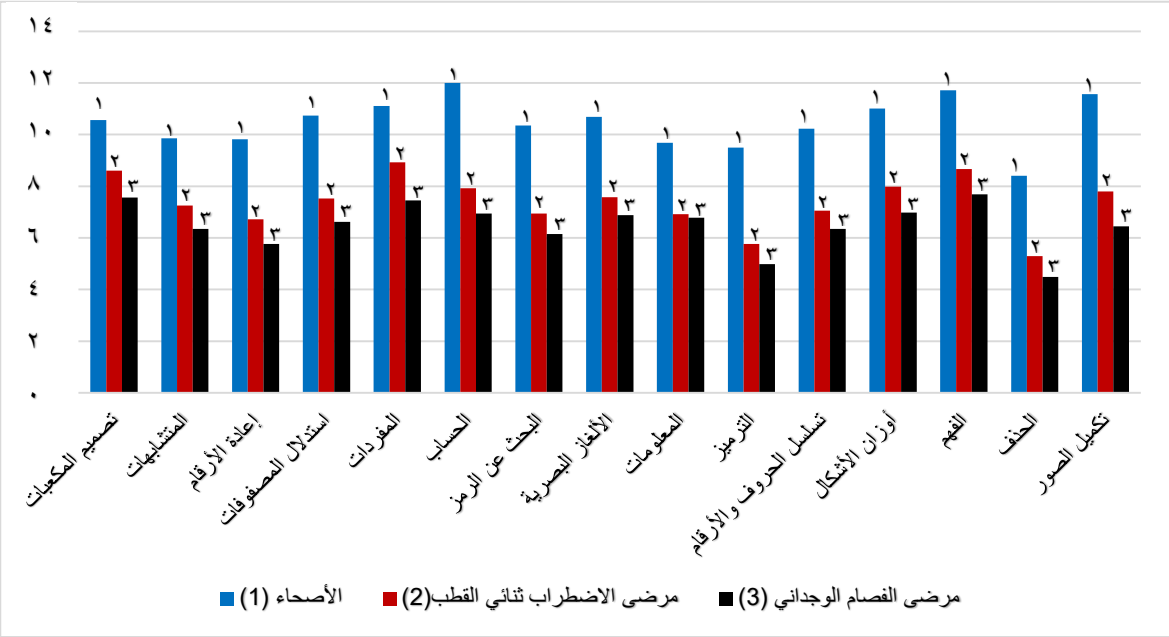
وفيما يخص مرضى الاضطراب ثنائي القطب يظهر الرسم البياني السابق أيضًا، انحراف الدرجات المركبة للمكونات الأربعة والدرجة الكلية لاختبار وكسلر عن المتوسط؛ حيث تراوح متوسط الدرجات بين ٨٨,٣٣ لمكون الاستدلال الإدراكي، و٨٧,٧٦ لمكون الفهم اللفظي، و٨٤,٢٩ لمكون الذاكرة العاملة، و٧٩,٧٨ لمكون سرعة المعالجة المعرفية للمعلومات، وأيضًا انخفضت الدرجة الكلية لاختبار وكسلر لذكاء المراهقين والراشدين التعديل الرابع عن المتوسط؛ حيث كانت ٨٣,٧٦. ويمكن تحديد النمط الواسم لتشتيت الأداء عن المتوسط للدرجات المركبة لمرضى الاضطراب ثنائي القطب، من خلال الانحراف عن متوسطات الدرجات المركبة لهذه المكونات؛ فمتوسطها ١٠٠ وانحرافها المعياري ١٥. فوجد أن الانحراف عن المتوسط أقل بـ ٧,٦٩ لمكون الاستدلال الادراكي، و٩,٣٤ لمكون سرعة المعالجة المعرفية للمعلومات، وأقل ١٠,٠٨ انحراف معياري لمكون الذاكرة العاملة، و١٠,٦١ انحراف معياري لمكون الفهم اللفظي، بينما بلغ الانحراف عن المتوسط للدرجة الكلية ٨,٨٦ انحراف معياري. ويفسر ذلك التدهور الشديد في القدرات المعرفية لمجموعتي المرضى، وانحدار نسبة الذكاء لديهم، بالإضافة إلى الضعف الشديد في القدرات المعرفية العليا. وللتأكد من التدهور والانخفاض في نمط تشتيت الصفحة المعرفية للدرجات المركبة للمكونات الأربعة والدرجة الكلية لاختبار وكسلر لذكاء المراهقين والراشدين التعديل الرابع لمرضى الفصام الوجداني والاضطراب ثنائي القطب، حدد نمط التشتيت في الصفحة المعرفية لأداء الأصحاء على المكونات الأربعة والدرجة الكلية لاختبار وكسلر لذكاء المراهقين والراشدين التعديل الرابع؛ حيث نلاحظ من الرسم البياني السابق أن أداء الأصحاء مماثل للمتوسط العام

للأداء على اختبار وكسلر لذكاء المراهقين والراشدين التعديل الرابع، فقد تراوح متوسط الدرجات المركبة للمكونات الأربعة بين ١٠٥,١٦ لمكون الذاكرة العاملة، و١٠٣,٥٤ لمكون الاستدلال الإدراكي، و١٠١,٨٠ لمكون الفهم اللفظي، و٩٩,٩٢ لمكون سرعة المعالجة المعرفية للمعلومات، بينما كان متوسط الدرجة الكلية للاختبار ١٠٢,٨٦؛ لذلك فأداء الوظائف العصبية المعرفية لدى الأَصحاء يتسم بالأداء المتوسط الطبيعي.

ولتوضيح نقاط القوة والضعف في أداء مرضى الفصام الوجداني ومرضى الاضطراب ثنائي القطب مقارنة بالأصحاء على المقاييس الفرعية الخمس عشرة لاختبار وكسلر لذكاء المراهقين والراشدين التعديل الرابع، وضع الرسم البياني (٣) لتوضيح الفروق بين مجموعات الدراسة الثلاث في كفاءة الأداء على المقاييس الفرعية لاختبار وكسلر لذكاء المراهقين والراشدين التعديل الرابع.

رسم بياني (٣)

نقاط القوة والضعف لكفاءة الأداء على المقاييس الفرعية لاختبار وكسلر لذكاء المراهقين والراشدين التعديل الرابع لمجموعات الدراسة الثلاث

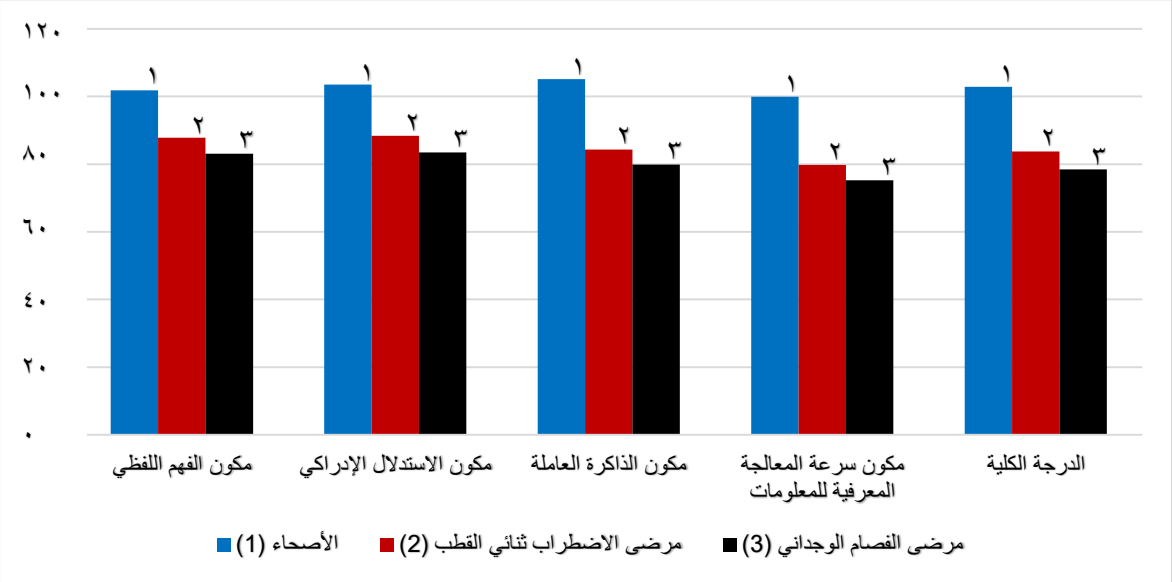


نلاحظ من خلال الرسم البياني السابق أن أداء مرضى الفصام الوجداني ومرضى الاضطراب ثنائي القطب اتسم بالضعف الشديد والمضطرب مقارنة بالأصحاء. كما نلاحظ أن أداء مرضى الفصام الوجداني كان أدنى من مرضى الاضطراب ثنائي القطب على مختلف المقاييس الفرعية، فيما عدا مقياس المعلومات، فكان الأداء متقارب بينهم إلى حد ما.

والرسم البياني (٤) التالي يوضح مقارنة بين المجموعات الثلاث في تشتيت متوسط الدرجات المركبة للمكونات الأربعة والدرجة الكلية لاختبار وكسلر لذكاء المراهقين والراشدين التعديل الرابع.

رسم بياني (٤)

تشتيت متوسط الدرجات المركبة للمكونات الأربعة والدرجة الكلية لاختبار وكسلر لذكاء المراهقين والراشدين التعديل الرابع لمجموعات الدراسة الثلاث



يوضح الرسم البياني (٤) أن هناك فروقًا واضحة بين مرضى الفصام الوجداني، ومرضى الاضطراب ثنائي القطب، والأصحاء على الدرجات المركبة للمكونات الفرعية والدرجة الكلية لاختبار وكسلر للذكاء، بينما وجد أن هناك انخفاضًا واضحًا لمتوسط الدرجات المركبة للمكونات الفرعية الأربعة والدرجة الكلية لمرضى الفصام الوجداني مقارنة بمرضى الاضطراب ثنائي القطب. كما يظهر الرسم البياني أيضًا، أكثر جوانب الضعف لدى مرضى الفصام الوجداني ومرضى الاضطراب ثنائي القطب، والذي يبدو في الأداء العصبي المعرفي لمكون سرعة المعالجة المعرفية للمعلومات، يليه الجوانب المرتبطة بالذاكرة العاملة، ومن ثم الأداء العصبي المعرفي العام والذي يشير إليه الانخفاض في الدرجة الكلية، ويتبعها الجوانب المرتبطة بالفهم اللفظي، بينما أقل القدرات المعرفية انخفاضًا يبدو في القدرات المتعلقة بالاستدلال الادراكي، ولذلك يمكن اعتبار هذه الوظائف المعرفية المرتبطة بالاستدلال الإدراكي بمثابة مظاهر القوة في الأداء لمجموعتي المرضى، بينما تبدو الوظائف المعرفية المرتبطة بالذاكرة العاملة أعلى مظاهر القوة لدى الأصحاء، تليها الوظائف المتعلقة بالاستدلال الإدراكي، يتبعها وظائف الفهم اللفظي، ثم وظائف سرعة المعالجة المعرفية للمعلومات، كما تُظهر الدرجة الكلية أن الأداء المعرفي العام للأصحاء يتميز بالقوة في مختلف القدرات المعرفية، وجوانب الأداء العصبي المعرفي التي يقيسها اختبار وكسلر لذكاء المراهقين والراشدين التعديل الرابع كأداة للفرز النفسي العصبي.

مناقشة النتائج وتفسيرها :

افترضت الدراسة الراهنة وجود تباين في الصفحة النفسية العصبية المعرفية التشخيصية على اختبار وكسلر لذكاء المراهقين والراشدين التعديل الرابع بتباين المرضى والأصحاء.

أيدت النتائج صحة هذا الفرض، فمن خلال تحليل أنماط تشتيت درجات المقاييس الفرعية، والمكونات الأربعة، والدرجة الكلية عن متوسطها العام على الصفحة المعرفية لاختبار وكسلر لذكاء المراهقين والراشدين التعديل الرابع كأداة للفرز النفسي العصبي لكل مجموعة من مجموعات الدراسة الثلاث، نجد أن تشتيت المقاييس الفرعية، والمكونات الأربعة، والدرجة الكلية تتباين بتباين المجموعة.

فقد جاءت نتائج تشتيت الصفحة العصبية المعرفية لمرضى الفصام الوجداني في الأداء على المقاييس الفرعية، والمكونات الأربعة، والدرجة الكلية لاختبار وكسلر لتشير إلى انخفاض الأداء على مختلف متوسطات درجات المقاييس الفرعية، ودرجات المكونات الفرعية الأربعة، والدرجة الكلية للاختبار عن المتوسط العام؛ حيث وجد أن مستوى التشتيت للمقاييس الفرعية تتراوح عن المتوسط العام بين ١,٥ انحراف معياري إلى ٣ انحراف معياري أقل من المتوسط، فقد وجد الانخفاض في الأداء على المقاييس الفرعية للاختبار مرتبًا من الأقل انخفاضًا إلى الأشد تدهورًا وانخفاضًا كالتالي: مقياس الفهم، ومقياس تصميم المكعبات، ومقياس المفردات، ومقياس أوزان الأشكال، ومقياس الحساب، ومقياس الألغاز البصرية، والأشد انخفاضًا مقياس الحذف. بينما في تشتيت الصفحة النفسية العصبية للدرجات المركبة للمكونات الأربعة والدرجة الكلية وجد أن انخفاض الأداء لدى مرضى الفصام الوجداني يتوالى في الشدة من مكون الاستدلال الإدراكي، يليه مكون الفهم اللفظي، ثم مكون الذاكرة العاملة، ومكون سرعة المعالجة المعرفية للمعلومات، مع انخفاض شديد في الدرجة الكلية. وقد بلغ الانخفاض والانحراف عن المتوسط في أقصاه ١٠,٠٧ انحراف معياري. ويُعد هذا نمطًا واسمًا لأداء مرضى لفصام الوجداني للصفحة النفسية العصبية المعرفية. وتتفق هذه النتائج مع نتائج دراسة "مايكل وآخرين" **Miceal et al., (2013)** التي وجدت أن هناك ضعفًا شديدًا في عديد من المقاييس الفرعية لاختبار وكسلر المعدل بما في ذلك المقياس الفرعي الجديد الحذف والمقياس الفرعي التكميلي للفهم اللفظي. وفيما يتعلق بدرجة المكونات الأربعة وجدت الدراسة أن أداء مرضى الفصام الوجداني أضعف بكثير على مكون سرعة المعالجة المعرفية للمعلومات، يليه مكون الذاكرة العاملة، ثم مكون الاستدلال الإدراكي، ومكون الفهم اللفظي. كما تتسق هذه النتائج مع ما توصلت إليه نتائج دراسة "جولدشتاين، وآخرين" **Goldstein et al., (2005)**؛ حيث وجدوا أن هناك اضطرابًا وعدم تجانس في الأداء المعرفي لمرضى الفصام الوجداني.

ويتضح من هذه النتائج أن الأداء العصبي المعرفي لمرضى الفصام الوجداني يكون أكثر ضعفًا في القدرات المرتبطة بسرعة المعالجة المعرفية للمعلومات كالسرعة العقلية والحركية المطلوبة لحل المشكلات البصرية المكانية، والقدرة على التخطيط والتنظيم، والمرونة الإدراكية،

والانتباه، والتركيز، والذكاء السائل. هذه الجوانب تمثل الوظائف التنفيذية مما يشير إلى وجود خلل في المناطق المسئولة عن هذه الوظائف والموجودة في الفص الجبهي. كما يشير أداؤهم إلى ضعف في قدرات الذاكرة العاملة كالذاكرة قصيرة المدى، والتركيز، والانتباه، والقدرة على التعامل مع الأرقام، وكذلك عمليات التسلسل والتتابع، ويشير الضعف في هذه القدرات إلى تأثر المناطق المسئولة عن هذه الوظائف المعرفية بالفصين الجبهي والصدغي. بالإضافة إلى اتسام أدائهم بالضعف في قدرات الفهم اللفظي كضعف القدرات المرتبطة بالوظائف اللفظية، كالطلاقة اللفظية، وتطور اللغة، والقدرة على فهم المعاني وربط الأفكار، ويشير الضعف في هذه القدرات إلى وجود خلل في المناطق المسئولة عن هذه الوظائف المتموضعة في الفص الصدغي والجبهي الأيسر.

بينما كان لقدرات الاستدلال الإدراكي أقل درجة من الضعف الذي اتسم به أداء مرضى الفصام الوجداني كضعف القدرات غير اللفظية، والتكامل البصري الحركي، والتنظيم الإدراكي، وتكوين المفاهيم غير اللفظية، وسعة الإدراك البصري، والقدرة على التصنيف والتصور المكاني، ويعد الضعف في هذه القدرات مؤشرًا على وجود تأثير بسيط في المناطق المسئولة عن هذه الوظائف بالفص الصدغي والمنطقة الجدارية الصدغية اليسرى، وتتسق هذه النتائج مع ما أسفر عنه عديد من الدراسات السابقة من وجود مناطق معينة في الدماغ ترتبط بضعف وظائف عصبية معرفية محددة تظهر في السلوك المعرفي لمرضى الفصام الوجداني من خلال الأداء على المقاييس والاختبارات النفسية العصبية، من بين هذه الدراسات دراسة "رادوني، وآخرين" **Radonic et al., (2011)** ، ودراسة "ماثيو، وزملائه" **Mathew et al., (2014)**.

وقد جاءت نتائج تشتيت الصفحة العصبية المعرفية لمرضى الاضطراب ثنائي القطب في الأداء على المقاييس الفرعية، والمكونات الأربعة، والدرجة الكلية لاختبار وكسلر لتشير إلى انخفاض الأداء على مختلف متوسطات درجات المقاييس الفرعية، ودرجات المكونات، والدرجة الكلية للاختبار، وقد تراوح الضعف والاضطراب في شدته من مقياس المفردات، يليه مقياس الفهم، ومقياس الترميز، ثم مقياس الحذف أكثرهم ضعفًا، مع انخفاض الأداء في باقي المقاييس الفرعية الأخرى، وقد بلغ أعلى انحراف عن المتوسط ٢,٤٦ انحراف معياري. وفيما يتعلق بتشتيت الصفحة النفسية العصبية المعرفية لدرجة المكونات الأربعة والدرجة الكلية، فقد وجد أن هناك انخفاضًا شديدًا في مكون سرعة المعالجة المعرفية للمعلومات، يليه مكون الذاكرة العاملة، ثم مكون الفهم اللفظي، ومكون الاستدلال الإدراكي.

وفيما يتعلق بإطار المقارنة بين نتائج تشتيت الصفحة العصبية المعرفية لمرضى الفصام الوجداني وتشتيت الصفحة العصبية المعرفية لمرضى الاضطراب ثنائي القطب بالمقارنة مع الأصحاء للوصول إلى تشخيص فارق يحدد النمط الذي يتسم به أداء مجموعتي المرضى في مقابل الأداء العصبي المعرفي للأصحاء على اختبار وكسلر في تعديله الرابع، فقد جاءت جميع

متوسطات درجات الأصحاء على المقاييس الفرعية، ودرجات المكونات، والدرجة الكلية متطابقة مع المتوسط العام وأعلى منه بنسبة قليلة، مما يشير إلى أن نمط الأداء العصبي المعرفي للأصحاء يتسم بأنه أداء ضمن المتوسط العام في معظم القدرات المعرفية التي يقيسها اختبار وكسلر لذكاء المراهقين والراشدين التعديل الرابع كأداة للفرز النفسي العصبي، مما يدل على قدرة الاختبار على التفرقة بين نمط الأداء العصبي المعرفي لكل من مرضى الفصام الوجداني، ومرضى الاضطراب ثنائي القطب، والأصحاء والتشخيص الفارقي العيادي العصبي بينهما. هذا بالإضافة إلى إنه لم يختلف نمط الأداء العصبي المعرفي بين مجموعتي المرضى، ففي مرضى الفصام الوجداني، نجد أن مكون سرعة المعالجة المعرفية من أكثر المكونات ضعفًا بمتوسط ٧٥,١٩، يليه مكون الذاكرة العاملة بمتوسط ٧٩,٨٦، ثم مكون الفهم اللفظي بمتوسط ٨٣,٠٤، ومكون الاستدلال الإدراكي بمتوسط ٨٣,٤٥. ونلاحظ أيضًا لدى مرضى الاضطراب ثنائي القطب أن مكون سرعة المعالجة المعرفية للمعلومات من أكثر المكونات لديهم ضعفًا بمتوسط ٧٩,٧٨، يليه مكون الذاكرة العاملة بمتوسط ٨٤,٢٩، ثم مكون الفهم اللفظي بمتوسط ٨٧,٧٦، ومكون الاستدلال الإدراكي بمتوسط ٨٨,٣٣ . نتيجة لذلك، يمكن القول بأن الفروق بين مرضى الفصام الوجداني ومرضى الاضطراب ثنائي القطب كمية أكثر منها نوعية، أي أن مرضى الفصام الوجداني أكثر تدهورًا وشدة في الأداء العصبي المعرفي من مرضى الاضطراب ثنائي القطب.

وتتسق هذه النتائج مع ما توصلت إليه نتائج بعض الدراسات السابقة من وجود نمط واسم للصفحة العصبية المعرفية لكل من مرضى الفصام الوجداني ومرضى الاضطراب ثنائي القطب مقارنة بالأصحاء وقدرة اختبار وكسلر للذكاء على التفرقة بين نمط الأداء لكل منهما. من هذه الدراسات دراسة "تورنت، وآخرين" **Torrent et al., (2007)** التي وجدت نتائجها أن اضطراب الفصام الوجداني يسبب ضعفًا عصبيًا معرفيًا أكثر من الاضطراب ثنائي القطب؛ حيث كان أداء مرضى الفصام الوجداني أكثر ضعفًا من مجموعة المقارنة والمرضى ثنائي القطب على بطارية الاختبارات النفسية العصبية المستخدمة في الدراسة. كما اتفقت النتائج مع دراسة "ريشينبرج، وآخرين" **Reichenberg et al., (2009)** فيما وجدته من أن الاختلافات في الأداء النفسي العصبي بين الفصام الوجداني والاضطراب ثنائي القطب هي اختلافات كمية إلى حد كبير أكثر منها نوعية. ونتائج دراسة "استيدينتكوسكي، وآخرين" **Studentkowski et al., (2010)** ؛ حيث وجدت أن مرضى الفصام الوجداني كانوا أشد ضعفًا معرفيًا من مرضى الاضطراب ثنائي القطب على كل الوظائف المعرفية. كذلك اتفقت النتائج مع دراسة "ديروس، وآخرين" **Derosse et al., (2013)** ، ودراسة "هيل وزملائه" **Hill et al., (2013)** ، ودراسة "تشيه – تشين، وآخرين" **Chih – Chen et al., (2018)** التي أوضحت نتائجها أن الإعاقات المعرفية بين مرضى الفصام الوجداني والاضطراب ثنائي القطب مقارنة بالأصحاء، كانت أكبر جوهريًا وتتفاقم تدريجيًا في الاضطراب ثنائي القطب يليه الفصام الوجداني.

وتتسق نتائج الدراسة الراهنة أيضًا مع ما توصلت إليه نتائج دراسة "لينهام، وآخرين" **Lynham et al., (2018)** ؛ حيث توصلت إلى أن هناك تدرجًا لزيادة الضعف المعرفي من الاضطراب ثنائي القطب إلى الفصام الوجداني، لكن النمط العام للضعف كان متشابهًا بين المجموعات؛ أي أن الاختلافات في الصفحة المعرفية بين مختلف التشخيصات كانت كمية أكثر منها نوعية. وكذلك اتفقت مع نتائج دراسة "ليفاندوفسكي، وآخرين" **Lewandowski et al., (2020)** التي أشارت إلى وجود عجز شديد في معظم الوظائف المعرفية والأداء الوظيفي المجتمعي الأكثر فقرًا لدى مرضى الفصام الوجداني والاضطراب ثنائي القطب في مقابل مجموعة المقارنة؛ حيث أن الدرجات على معظم الوظائف المعرفية لم تختلف من حيث التشخيص بين مجموعات المرضى. وبالإضافة إلى ذلك كان أداء مرضى الفصام الوجداني أسوأ من المرضى الذين يعانون من الاضطراب ثنائي القطب.

كما تتفق هذه النتائج مع ما أسفر عنه عديد من الدراسات السابقة عن وجود مناطق معينة في الدماغ ترتبط بضعف وظائف عصبية معرفية محددة تظهر في السلوك المعرفي لمرضى الاضطراب ثنائي القطب من خلال الأداء على المقاييس والاختبارات النفسية العصبية، من بين هذه نتائج دراسة "نيكنافس، وزملائه" **Niknafs et al., (2016)** التي أشارت إلى أن مريضات الفصام ومريضات ثنائي القطب لديهم خلل في الفص الجبهي يتضح من خلال أدائهن على اختبارات التقييم النفسي العصبي التي تقيم كل من الذاكرة البصرية، والذاكرة الإدراكية، والقدرات المعرفية الأساسية. ونتائج دراسة ميسكويا وبيترسن" **Miskowiak & Petersen (2019)** التي توصلت إلى أن هناك نشاطًا شاذًا (نقصًا أو إفراطًا) في مناطق التحكم المعرفي قبل الجبهية الوسطى والظهرية والقشرة الجدارية ترتبط بالضعف العصبي المعرفي في اضطراب المزاج. ودراسة ""فان رينين، وآخرين" **Van Rheenen et al., (2020)** التي توصلت نتائجها إلى وجود روابط تجريبية بين الضعف المعرفي وزيادة الحالة الالتهابية والتشوهات البنائية للدماغ، وانخفاض الوظيفة العصبية المعرفية في الاضطراب ثنائي القطب. وجاءت نتائج دراسة "ماكوفينو، وزملائه" **Macoveanu et al., (2021)** مؤيدة وداعمة لهذا الفرض؛ حيث توصلت نتائجها إلى أن مرضى الاضطراب ثنائي القطب ذوي الضعف المعرفي لديهم سُمْكُ أكبر في القشرة الجبهية اليسرى مقارنة بالمرضى الطبيعيين معرفيًا والأصحاء؛ حيث ارتبط انخفاض حجم المادة البيضاء بضعف الأداء على الاختبار النفسي العصبي. واتفقت أيضًا دراسة "بيترسون وزملائه" **Petersen et al., (2021)** مع نتائج هذا الفرض فيما أوضحته أن مرضى الاضطراب ثنائي القطب الذين يعانون من ضعف معرفي لديهم نشاطًا منخفضًا مرتبطًا بالذاكرة العاملة في القشرة قبل الجبهية الظهرية اليسرى، والمناطق الأمامية والجدارية داخل شبكة التحكم المعرفي بالإضافة إلى النشاط المفرط في شبكة الوضع الافتراضي مقارنة بالمرضى الطبيعيين معرفيًا. ودراسة "كلارك وساهاكيان" **Clark & Sahakian (2022)** التي

أشارت نتائجها إلى وجود ضعف في الفسيولوجيا المرضية في الدوائر العصبية الموزعة، والتي تشمل القشرة قبل الجبهية، والحزامية الأمامية، وكذلك المناطق الطرفية تحت القشرية المرتبطة، ويرتبط هذا الضعف بالعجز في الوظائف المعرفية الأساسية مثل: الانتباه، والوظيفة التنفيذية، والمعالجة الانفعالية للمعلومات. كما اتسقت أيضًا مع نتائج دراسة "كرانتونيس، وآخرين" **Karantonis et al., (2022)** التي أوضحت نتائجها ارتباط التشوهات في مناطق معينة من الدماغ بالضعف المعرفي بغض النظر عن وجود اضطراب طيف الفصام أو ثنائي القطب. وأوضحت نتائجها أيضًا، أن المرضى الذين يعانون من ضعف معرفي جسيم لديهم قدر أكبر من الشذوذ البنيوي للدماغ مقارنة بالمرضى الذين لديهم معرفة أفضل.

ويمكن تفسير ما سبق في ضوء الأساس النظري الذي بنيت عليه إجراءات اختبار وكسلر لذكاء المراهقين والراشدين في طبعته الرابعة، والتي تشير إلى أن تقييم وجود تلف دماغي محدد أو منتشر، وطبيعة هذا التلف، على أساس اختبار وكسلر يتوقف على النشاط العصبي المعرفي الذي يظهره الأداء على مقاييس الاختبار ومكوناته، وما إذا كان نمط تشتيت الدرجات على المقاييس الفرعية له معنى نفسيًا عصبيًا أم لا، فوجود تلف ناتج عن وجود نشاط عصبي في منطقة محددة يؤدي إلى ظهور آثاره في اضطراب الوظائف المعرفية المسئولة عنها هذه المنطقة، فعلى سبيل المثال، التلف الذي يصيب الفص الجبهي يظهر من خلال ضعف الأداء على المقاييس التي تقيس الوظائف المعرفية المرتبطة بالوظائف التنفيذية، والانتباه، والمعالجة المعرفية للمعلومات في حين تظهر آثار الخلل في الفص الصدغي في الأداء على المقاييس التي تقيس الذاكرة والإدراك (الفيتوري، ٢٠١٤، ص ٢٣٦).

ومن خلال النتائج التي ظهرت في الدراسة الراهنة، يمكن القول بأن الأداء العصبي المعرفي لمرضى الفصام الوجداني والاضطراب ثنائي القطب على مقاييس اختبار وكسلر لذكاء الراشدين المعدل كأداة للفرز النفسي العصبي اتسم بوجود اضطراب وظيفي يتموضع في عدة مناطق من القشرة الدماغية وما تحتها، والمسئولة عن العمليات المعرفية المتمثلة في قدرات سرعة المعالجة المعرفية للمعلومات، والذاكرة العاملة، والاستدلال الإدراكي، والفهم ويظهر الضعف في الأداء على كل مقياس من المقاييس الفرعية مكان تموضع هذه التشوهات بالدماغ والمرتبطة بالقدرات المعرفية المضطربة.

قائمة المراجع

أولاً : المراجع العربية :

الشخص، عبدالعزيز (٢٠١٣). ***مقياس المستوى الاجتماعي الاقتصادي للأسرة***. القاهرة: دار المعارف.

الفيتوري، نعيمة (٢٠١٤). صفحة الأداء العصبي المعرفي لمرضى الصرع الليبيين من النوبات الكبرى في مقابل الأسوياء على اختبار وكسلر لذكاء الراشدين – المعدل كأداة للفرز النفسي العصبي [***رسالة دكتوراه (غير منشورة)***] . كلية الآداب، جامعة القاهرة.

القرشي، عبد الفتاح (٢٠٠١). ***تصميم البحوث في العلوم السلوكية***. الكويت: دار القلم.

ثانياً : المراجع الأجنبية :

Bonnin, C.; Solé, B.; Reinares, M.; Estele, A.; Samalin, L.; Aran, A.; Moreno, J.; Colom, F.; Vieta, E. & Mazzei, D. (2021). Does Cognitive Impairment in Bipolar Disorder Impact on a Simple App Use? Journal of Affective Disorders, 282, 488-494.

Carrus, D.; Christodoulou, T.; Hadjulis, M.; Haldane, M.; Galea, A.; Koukopoulos, A.; Kumari, V. & Frangou, S. (2010). Gender Differences in Immediate Memory in Bipolar Disorder. *Journal of Psychological Medicine, 40* (8), 1349 – 1355. http://doi.org/10.1017/s003329/709991644.

Chih – Chen, K.; Chun – Lee, Y.; Lee, Y.; Chi – Hung, F.; Yu – Huang, C.; Sheng Lee, Y.; Ming – Huang, C.; Mian – Chong, Y.; Yi – Chen, Y. & Wang – Jen, L. (2018). Could Schizoaffective Disorder, Schizophrenia and Bipolar I Disorder be Distinguishable Using Cognitive Profiles?. Journal of Psychiatry Research, 266, 79-84. https://doi. org/10.1016/j.psychres.2018.05.062.

Clark, L. & Sahakian, B. (2022). Cognitive Neuroscience and Brain Imaging in Bipolar Disorder. *Dialougues in Clinical Neuroscience, 10* (2), 153 – 165. https://doi.org/ 10.31887/dcns.2008.10.2/iclark.

Deep, C.; Moro, D.; Sitzer, D.; Palmer, B.; Eyler, L.; Roesch, S.; Lebowitz, B. & Jeste, D. (2007). Neurocognitive Impairment in Middle – Aged and Old Adults with Bipolar Disorder: Comparison to Schizophrenia and Normal Comparison Subject. *Journal of Affective Disorder, 101* (1- 3): 201 – 209. https://doi.org/10.1016/j.jad.2006.11.022.

Dickson, M. (2008). Genetic and Psychiatric Treatment Related Risk Factors for Type 2 Diabetes in Schizophrenia and Schizoaffective Disorder Patients. *Ph.D. Dissertation (Unpublished).* The Gradute Faculty University of Alabama at Birmingham. Proquest.

Elsawy, H.; Abd Elhay, M. & Badawy, M. (2010). Cognitive Functions in First Episode Psychosis. *Journal of Current Psychiatry, 17*, 21-27.

Emami, A. (2020). Functional Capacity Profiles in Bipolar Disorder and Schizophrenia. *Ph.D. Dissertation (Published)*. University of Nevada, The Graduate College. ProQuest.

Esan, O.; Oladele, O.; Adediran, K. & Abiona, T. (2020). Neurocognitive Impairments (NCI) in Bipolar Disorder: Comparison with Schizophrenia and Healthy Controls. *Journal of Affective Disorders, 277*, 175 – 181.

Fuentes – Dura, I.; Ruiz, J.; Dasi, C.; Navarro, M.; Belasco, P. & Tomas, P. (2019). WAIS – IV Performance in Patienis with Schizophrenia. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 207* (6), 467 – 473. https://doi.org/10.1097/NmD 00000000 00000997.

Goldstein, G.; Shemansky, W. & Allen, D. (2005). Cognitive Function in Schizoaffective Disorder and Clinical Subtypes of Schizophrenia. *Archives of Clinical Neuropsychology: The Official Journal of The National Acadmy of Neuropsychologists, 20* (2), 153-159. https://doi.org/10.1016/j.acn.2004.03. 008.

Gomes, B.; Rocca, C.; Belizario, G.; Fernandes, F.; Valois, L.; Olmo, G.; Fachin, R.; Farhat, L. & Lafer, B. (2019). Cognitive Behavioral Rehabilitation for Bipolar Disorder Patients: A Randomized Controlled Trial. *Bipolar Disorder An International Journal of Psychiatry and Neurosciences, 21* (7), 621-633. https://doi.Org/10.1111/bdi. 12784.

Hill, S.; Harris, M.; Herbener, E.; Pavuluri, M. & Sweeney, J. (2008). Neurocognitive Allied Phenotypes for Schizophrenia and Bipolar Disorder*: Journal of Schizophrenia Bulletin, 34* (4), 743-759. https://doi.org/10.1093/schbut/sbo27.

Islam, H.; Rehman, H.; Bristy, S.; Andalib, S.; Khan, U.; Awal, A.; Hossain, S. & Moni, M. (2022). Identification of Molecular Signatures and Pathways Common to Blood Cells and Brain Tissue Based Rna-Seqdatasets of Bipolar Disorder: Insights from Comprehensive Bioinformatics Approach. *Informatics in Medicine Unlocked, 29*, 1-12. http://doi.org/10.1016/ j.imu.2022.100881.

Jiang, X.; Mio, M.; Dimick, M.; Zou, Y.; Sultan, A. & Goldstein, B. (2022). Association of Lithium and Second- Generation Antipsychotics with Neurocogition in Youth with Bipolar Disorder. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology, 32*, 61-69.

Karantonis, J.; Carruthers, S.; Burdick, K.; Pantellis, C.; Green, M.; Rossell, S.; Hughes, M.; Cropley, V. & Van Rheenen, T. (2022). Brain Morphological Characteristics of Cognitive Subgroups of Schizophrenia – Spectrum Disorders and Bipolar Disorder: A Systematic Review with Narrative Synthesis. *Journal of Neuropsychology Review*. https://doi.org/10.1007/s11065-021-09533-0.

Lynham, A.; Hubbard, L.; Tansey, K.; Hamshere, M.; Legge, S.; Owen, M.; Jones, I. & Walthers, J. (2018). Examining Cognition Across the Bipolar, Schizophrenia Diagnostic Spectrum. *Journal of Psychiatry Neurosciences. 43*(4), 245-253. https://doi.org/10.1503/jpn.170076.

Macoveanu, J.; Freeman, K.; Kjaerstad, H.; Knudsen, G.; Kessing, L. & Miskowiak, K. (2021). Structural Brain Abnormalities Associated with Cognitive Impairments in Bipolar Disorder. *Journal of Acta Psychiatrica Scandinavica, 144* (4): 379-391. https://doi.org/10.1111/acps.13349.

Margues, J. & Goncalves, F. (2018). A Perspective on a Possible Relation Between the Psychopathology of the Schizophrenia, Schizoaffective Spectrum and Unconjugated Bilirubin: A Longitudinal Protocol Study. *Frontiers in Psychiatry, 23* (9), 146 – 150. https://doi.org/10.3389/ fpsyt.2018.00146.

Mathew, I.; Gardin, T.; Tandon, N.; Eack, S.; Francis, A.; Seidman, L.; Clementz, B.; Pearlson, G.; Sweeney, J.; Tamminga, C. & Keshaven, M. (2014). Medial Temporal Lobe Structures and Hippocampal Subfields in Psychotic Disorders Findings from The Bipolar – Schizophrenia Network on Intermediate Phenotypes (B-SNIP) Study. *JAMA Psychiatry, 71* (7) 1769-1777. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry. 2014.

Matsuura, H.; Kimoto, S.; Harada, I.; Naemura, S.; Yamamuro, K. & Kishimoto, T. (2016). Lithium Carbonate Asatreatment for Paliperidone Extended – Relase – InducedIeukopenia and Neutropenia a Patient with Schizoaffective Disorder. A Case Report. *Biomed Central Psychiatry, 267*, 160-161. https://doi.org/10.1186/ s1288-016-0874-x.

Michel, N.; Goldberg, J.; Heinkichs, W.; Miles, A. & Vaz, S. (2013). WAIS-IV Profile of Cognition in Schizophrenia. *SAGE Journals 20* (4), 462-473. https:// doi.org/10.1177/1073191113478153.

Miskowiak, K. & Petersen, C. (2019). Neuronal Underpinnings of Cognitive Impairment and Improvement in Mood Disorder. *Journal of Clinical Neuropsycology Spectrums, 24*, 30-53. https://www.cambridge.org/core.

Miskowiak, K.; Mariegaard, J.; Jahn, F. & Kjaerstad, H. (2022). Associations Between Cognition and Subsequent Mood Episodes in Patients with Bipolar Disorder and Their Unaffected Relatives: Asystematic Review. *Journal of Affective Disorders, 297*, 176-188. https://doi.org/10.1016/ j.jad.2021.10.044.

Mondragon-Maya, A.; Flores-Medina, Y.; Silva-Pereyra, J.; Ramos-Mastache, D.; Yanez-Téllez, G.; Escamilla-Orozco, R. & Saracco-Alvarez, R. (2021). Neurocognition in Bipolar and Depressive Schizoaffective Disorder: A Comporison with Schizophrenia. *Neuropsychobiology. 80*, 45-51. Https://doi.org/10.1159/ 000508188.

Niknafs, A.; Tayebi, A. & Meschi, F. (2016). A Comparative Profile Analysis of Neuropsychological Functioning in Patients with Schizophrenia and Bipolar and Normal Group Based on Stroop Test and Benetton Visual Retention Test. *International Journal of Medical Research& Health Sciences, 5* (9), 296-320.

Petersen, K.; Donahue, M. & Claassen, D. (2021). The Orbitofrontal Cortex Using Temporal Fluctuation in Cerebral Blood Flow. *Brain and Behavior, 11* (3), 1-10. https://doi.org/10.1002/brb3.2034.

Radonic, E.; Rados, M.; Kalember, P.; Bajs – Janovic, M.; Folnegovic – Smalc, V. & Henig Sberg, N. (2011). Comparison of Hippocampat Volumes in Schizophrenia/ Schizoaffective and Bipolar Disorder. *Collegium Antropologicum, 35*, 249-252.

Reichenberg, A.; Harvey, P.; Bowie, C.; Mojtabai, R.; Robinowitz, J.; Heaton, R. & Bromet, E. (2009). Neuropsychological Function and Dysfunction in Schizophrenia and Psychotic Affective Disorders. *Schizophrenia Bulletin, 35* (5), 1022-1029. https://doi.org/10.1093/ schbul/sbn044.

Rolin, S.; Ascbbrenner, K.; wbiteman, K.; Scberer, E. & Bartels, S. (2017). Characteristics and Service use of Older Adults with Schizoaffective Disorder Versus Older Adults with Schizophrenia and Bipolar Disorder. *The American Journal of Geriatr Psychiatry, 25* (9), 940-941. https://doi.org/10.1016/j.jagp. 2017.03.014.

Ronan, M. (2015). Neuropsychological Functioning in Adults with Histories of Non– Suicidal Self – Injury: An Examination of Executive Functioning. *Ph.D.Dissertation (Published)*. Proquest.

Shepherd, A.; Quidé, Y.; Laurens, K.; Oreilly, N.; Rowland, J.; Mitchell, P.; Carr, V. & Green, M. (2015). Shared Intermediate Phenotypes for Schizophrenia and Bipolar Disorder: Neuroanatomical Features of Subtypes Distinguished by Executive Dysfunction. *Journal of Psychiatry and Neuroscience, 40*, 58-68. https://doi.org/ 10.1503/jpn.130283.

Shine, K. (2003). Neuropsychological Correlates of The WAIS-111. *Ph.D. Dissertation (Published)* University of Lous Ville, Faculty of The Graduate School. Proquest.

Solé, B.; Jiménez, E.; Torrent, C.; Bonnin, C.; Torres, I.; Reinares, M.; Priego, A.; Salamero, M.; Colom, F.; Varo, C.; Vieta, E. & Martinez-Aran, A. (2016). Cognitive Variability in Bipolar ll Disorder: Whois Cognitively Impaired and Who is Preserved. *Journal of Bipolar Disorders, 18* (3), 288-299. https://doi.org/10.1111/bdi.12385.

Sonkurt, H; Altinoz, A.; Cimen, E.; Kosger, F. & Ozturk, G. (2021). The Role of Cognitive Functions in The Diagnosis of Bipolar Disorder: A Machine Learning Mod. *International Journal of Medical in Formatics, 145*, 104-311.

Studentkowski, G.; Scheele, D.; Calabrese, P.; Balkau, F.; Hoffler, J.; Aubel, T.; Edel, M.; Juckel, G. & Assion, H. (2010). Cognitive Impairment in Patients with A Schizoaffective Disorder: A Comparison With Bipolar Patients in Euthymia. *European Journal of Medical Research*, *15* (2): 70-78. https://doi.org/10.1186/ 2047-783x-15-2-70.

Szmulewicz, A.; Samamé, C.; Martino, D. & Strejilevich, S. (2015). An Updated Review on the Neuropsychological Profile of Subjects with Bipolar Disorder. *Archives Clincal Psychiatry, 42* (5), 139-146. https://doi.org/10.1590/0101 60830000000064.

Torrent, C.; Martinez-Aran, A.; Amann, B.; Daban, C.; Tabares – Seispedos, R.; Gonzalez – Pinto, A.; Reinaras, A.; Salamero, M.; Mckenna, P. & Vieta, E. (2007). Cognitive Impairment in Schizoaffective Disorder: a Comparison with Non – Psychotic Bipolar and Healthy Subsects. *Acta Psychiatric Scandinavia, 116*, (6) 453-460. https:// doi.org/10.1111/j.1600-0447.2007.01072.x.

Tsitsipa, E. & Fountoulakis, K. (2015). The Neurocognitive Functioning in Bipolar Disorder: A Systematic Review of Data. *Annals of General Psychiaty, 14*, 14-42. https://doi.org/10.1186/s1299-015-0081-z.

Van Rheenen, T.; Lewandowski, K.; Bauer, I.; Kapczinski, F.; Miskowiak, K.; Burdick, K. & Balanza-Martinez, V. (2020). Current Understandings of The Trajectory and Emerging Correlates of Cognitive Impairment in Bipolar: An Overview of Evidence. *Bipolar Disorder An International Journal of Psychiatry and Neurosciences, 22*, 13- 27. https://doi.org/10.1111/ bdi.12821.

Vita, A.; Mussonic, C.; Deste, G.; Ferlenghi, G.; Turrina, C. & Valsecchi, P. (2018). Psychopharmacological Treatment of Cognitive Deficits in Schizophrenia and Mood Disorders. *Journal of Psychopathology*, *24*, 62-72.

Wassreman, R. (2014). Profile of Neuropsychological Functioning in Children and Adolescents with Spina Bifda. *PH. D. Dissertation (Published)*. Loyola University Chicago.

Difference between Affective schizophrenia, bipolar Disorder and healthy individuals in the neurocognitive Profile using Wechsler for adolescents and adult Intelligence test – fourth revision

By

Samia Hassan Ali El-Moghazi

Dept. Psychology – Kafr El-Shikh University

Mohammed Nagiub Al-Sabwah

Dept. Psychology - Cairo University

Faten Talaat Kounswa

Dept. Psychology - Kafr El-Shikh University

Abstract:

This study aimed at explore differences in neurocognitive profile between patients with Affective Schizophrenia disorder, patients with bipolar disorder, and healthy controls using Wechsler adult intelligence test. In other words, the study specify strengths and weakness in neurocognitive functions. To this end, three groups were composed: A group of patient with schizoaffective 51 patients, a second group of patient with bipolar, 51 patients, and third group of healthy controls, 51 participants, their range age 17-45 Years, Results showed that There is distinguished difference between affective schizophrenia patients, patients with bipolar disorders, and healthy controls in the performance on subscales of WAIS-IV, the score of the components, And the total score of the Wechsler test; where the performance of the patients with Affective Schizophrenia is very weak compared to the performance of patients with bipolar disorder and healthy subjects, and it was also found that there is a distinctive pattern of the neurocognitive profile for patients of affective schizophrenia and bipolar disorders patients, compared to healthy individuals.

Key Words: Neurocognitive profile - Affective schizophrenia - Bipolar Disorder - Wechsler Adult Intelligence Test as a neuropsychological Instrument (WAIS - IV).