الإدراك الانفعالي لدى مرضى الاضطراب الوجداني ثنائي القطب من النوع الأول والنوع الثاني

دعاء هشام محمود مصطفي [١]* أ.د نرمين عبد الوهاب أحمد

باحثة ماجستير بقسم علم النفس أستاذ علم النفس الإكلينيكي

د/ أحمد عبد العزيز

مدرس الطب النفسي بكلية الطب

ملخص البحث:

يهدف البحث الحالي إلى الكشف عن الفروق بين مرضى الاضطراب الوجداني ثنائي القطب من النوع الأول والنوع الثاني والأصحاء في الإدراك الانفعالي، وأُجريت الدراسة على عينة مكونة من (٣٠) فردًا من المصابين بالاضطرابالوجداني ثنائي القطب من الذكور، واشتملت العيّنة على مرضى الاضطراب الوجداني ثنائي القطب النوع الأول (ن= ١٨)ومرضى الاضطراب الوجداني ثنائي القطب النوع الثاني (١٢) تراوحت أعمارهم الزمنية من (١٨:٤٨)سنة، وعلى عينة مكونة من (٣٠) من العاديين المكافئين لهم في العمر والنوع، وتم تطبيق مقياس الإدراك الانفعالي، وكشفت النتائج عن أن هناك فروقاً دالة بين الأصحاء ومرضى الاضطراب الوجداني ثنائي القطب في الإدراك الإنفعالي.

الكلمات المفتاحية: الإدراك الانفعالي، الاضطراب الوجداني ثنائي القطب النوع الأول، الاضطراب الوجداني ثنائي القطب النوع الثاني.

مدخل إلى مشكلة البحث:

يُعَدُّ الإدراك الانفعالي مكوناً أساسياً للمعرفة الاجتماعية ويرتبط بتحديد وتقييم وفهم الانفعالات، وقد يساهم العجز في التعرّف على الانفعالات في الخلل الوظيفي الاجتماعي لمرضى الاضطراب الوجداني ثنائي القطب؛لأن تقييم تعابير الوجه يوجه السلوك في التفاعلات الاجتماعية.(Nigam et al .,2021) وتشير الدلائل إلى أن مرضى الاضطراب الوجداني ثنائي القطب يعانون من عجز في التعرّف على الانفعالات الوجهية وقد تؤثر حالتهم الانفعالية على تفسيرهم لانفعالات الآخرين (Lee & Van Meter, 2020) وقد يكون هذا العجز موجوداً لدى الأفراد المعرضين لخطر وراثي مرتفع للإصابة بمرض الاضطراب الوجداني ثنائي القطب (Fernanedez et al., 2016) وأظهرت العديد من الدراسات أنّ مرضى الاضطراب الوجداني ثنائي القطب يعانون من عجز في معالجة الانفعالات ليس فقط أثناء النوبات الحادة لمرضهم لكن أيضاً خلال فترات اعتدال المزاج. (Aparicio et al., 2017)

يشير الباحثون إلى وجود قصور في الإدراك الانفعالي في العديد من الاضطرابات النفسية مثل الاكتئاب والقلق والفصام والاضطراب الوجداني ثنائي القطب. (Ulusoy et al., 2020)

وركّزت دراسات المعرفة الاجتماعية لدى مرضى الاضطراب الوجداني ثنائي القطب بشكل كبير على الإدراك الانفعالي (Lee & Van Meter, 2020) وكشفت النتائج عن وجود ضعف في الإدراك الانفعالي لدى مرضى الاضطراب الوجداني ثنائي القطب (Szmulewicz et al., 2019)، ويمتد هذا الضعف إلى الإدراك الانفعالي الوجهي والإدراك الانفعالي الصوتي مقارنة بالأسوياء. (Vaskinn et al., 2017)

والاضطراب الوجداني ثنائي القطب هو مرض نفسي مزمن يتميز بأعراض الهوس والاكتئاب المتكررة، ويرتبط بإعاقة نفسية اجتماعية كبيرة من حيث أداء العمل، والاضطراب الأسرى والخلل الاجتماعي.

يبلغ معدل انتشار الاضطراب الوجداني ثنائي القطب ٢% سنوياً (carvalh et al.,2020) والأمر الأكثر إثارة للقلق هو أنّ معدل العمر لمحاولة انتحار واحدة على الأقل يصل إلى ٥٠% بين هولاء الأفراد. (fulford et al.,2014)

على الرغم من أنّ الاضطراب الوجداني ثنائي القطب يُنظر إليه تقليدياً على لأنّه اضطراب عاطفي إلّا أنّه يتم التعرّف عليه بشكل متزايد على أنّه مرض عقلي يتميز أيضاً بضعف الإدراك، بينما تستمر معايير التشخيص في تسليط الضوء على التغيّرات في الحالة المزاجية والسلوك، وتظهر الأبحاث أنّ الأفراد المصابين بالاضطراب الوجداني ثنائي القطب يعانون من قصور معرفية. (vaskin et al., 2017)

وتشير الدلائل المتزايدة إلى وجود عجز معرفي عصبي مستمر لدى مرض الاضطراب الوجداني ثنائي القطب، والمجالات الأكثر تضرراً الانتباه والتعلّم اللفظي والذاكرة، بالإضافة إلى الوظائف التنفيذية، ويتم أيضاً ملاحظة أوجه القصور في المعرفة الاجتماعية. (Lee et al., 2022)

ونخلص مما سبق إلى أنّ مرضى الإضطراب الوجداني ثنائي القطب يعانون من قصور واضح في الإدراك الانفعالي وهذا القصور يمتد أيضاً على فترات اعتدال المزاج، ولا يقتصر على فترات النوبات المزاجية، وغلى أنّ الإدراك الانفعالي من أهم المجالات للمعرفة الاجتماعية

أهداف البحث:

وبناء على ذلك فإن أهداف الدراسة تتمثل في الأتى:

- الكشف عن الفروق بين مرضى الاضطراب الوجداني ثنائي القطب النوع الأول والنوع الثاني والعاديين في الإدراك الانفعالي.
- الكشف عن الفروق بين المجموعات الثلاثة في بعدي التعرّف الانفعالي والتمييز الانفعالي.

مشكلة البحث:

١) هل توجد فروقا ذات دلالة إحصائية بين المرضى ذوي الاضطراب الوجداني ثنائي القطب النوع الأول والثاني والعاديين في الإدراك الانفعالي بأبعاده الفرعية؟

٢) هل توجد فروقا ذات دلالة إحصائية في التمييز والتعرّف الانفعالي لدى مجموعات الدراسة؟

أهمية البحث:

تتمثل الأهمية النظرية والتطبيقية للبحث الحالي فيما يلى:

(١) الاستفادة من نتائج البحث في إعداد البرامج الإرشادية الوقائية لمرضى الاضطراب الوجداني ثنائي القطب وللمرضى أنفسهم بصفة خاصة.

(٢) إثراء المكتبة العربية بمقاييس لقياس مفهوم الإدراك الانفعالي لدى مرضى الاضطراب الوجداني ثنائي القطب على وجه التحديد.

(٣) محاولة علمية لسد النقص للاهتمام بالمعرفة الاجتماعية لدى مرضى الاضطراب الوجدانى ثنائى القطب متمثلة فى الادراك الانفعالى .

مفاهيم الدراسة والأطر النظرية المفسرة لها:-

أولاً : تعريف الإدراك الانفعالي:

(١) الإدراك الانفعالى:

ويعرف الإدراك الانفعالي بأنه "القدرة على استنتاج المعلومات الانفعالية من التعبيرات الوجهية للآخرين". (Maat et al., 2012)

يعرف الإدراك الانفعالي بأنّه "القدرة على تحديد وتسمية انفعالات الآخرين بدقة، عن طريق تعبيرات الوجه بشكل أساسي وأيضاً من خلال العروض الصوتية". (Savla, etal., 2013)

والإدراك الانفعالي يطلق عليه أيضاً التعرّف الانفعالي وهو"القدرة على التعرّف على الانفعالات والتأكد من المعلومات الانفعاليه والعروض الصوتية وحركة الجسم". (Roberts, et al 2013)

وتعرّف الباحثة الإدراك الانفعالي بأنه " قدرة الفرد على التمييز والتعرف على التعبيرات الانفعالية المختلفة، والتي تشمل الوجوه واتجاه العين وحركة الجسم والإيماءات ونبرة الصوت، وغيرها من الإشارات المختلفة".

ومن المفاهيم ذات الصلة بالإدراك الانفعالي مفهوم الانفعالات وتعرف الانفعالات بأنّها "ردود فعل نفسية وفسيولوجية للمنبهات التي يلاحظها الناس في العالم من حولهم، مع منبهات تشمل الأشخاص الآخرين، والأحداث، والأفكار الداخلية، والرسائل المكتوبة، الموسيقى. (Daisung et al.,2015)

وتشير المعالجة الانفعالية إلى جوانب إدراك واستخدام الانفعالات لتسهيل الأداء الاجتماعي. (Roder & Medalia, 2010)

وتتألف معالجة الانفعالات من عمليات منخفضة المستوى مثل إدراك الانفعالات والتعرّف عليها، وعمليات عالية المستوى مثل إدارة وتنظيم الانفعالات. (Aparicio et al., 2017)

ومن الإشارات غير اللفظية الأكثر وضوحاً ظاهرياً هى التعبيرات الوجهية، وهي أكثر أشكال التعبيرات بروزاً بالنسبة للإنسان؛ ذلك لأنّ البشر يمتلكون بنية عضلية فريدة يمكن أن تُظهر العديد من التعبيرات الانفعالية المتمايزة؛ وربّما لهذا السبب سنركز في هذا الجزء على التعبير الانفعالي الوجهى. (Daisung et al.,2015)

وتُعد القدرة على التمييز بين الانفعالات المختلفة، والتي يتم التعبير عنها وجهياً أمر بالغ الأهمية في سياق السلوك الاجتماعي حيث توفر التعبيرات الوجهية قنوات يمكن من خلالها نقل المعلومات المهمة لفهمنا لعالمنا المادى والاجتماعي، ويُعتقد أنّها فطرية وتلقائية وعالمية، حيث قدمت دراسات إدراك التعبيرات الوجهية في القبائل المنعزلة دليلاً على أنّها تتجاوز أيضاً الحدود الثقافية (Venn etal., 2004).

إنّ تعبيرات الوجه الخاصة بالمدرك أو تنشيط عضلات الوجه المرتبطة بالتعبير الانفعالي يمكن أن تسهل أو تمنع إدراك المنبهات الانفعالية، وأيضاً تؤثر على الإدراك الانفعالى.(Daisung et al,2015)

ثانياً: الاضطراب الوجداني ثنائي القطب:

(٢) الاضطراب الوجداني ثنائي القطب:

الاضطراب ثنائي القطب هو اضطراب مزاجي مزمن يتميز بنوبات من الهوس أو الهوس الخفيف المتناوبة أو المختلطة مع نوبات الاكتئاب. (Miller& Black, 2020)

تمّ التعرّف على الاضطراب ثنائي القطب لأول مرة في خمسينيات القرن التاسع عشر، بالرغم من أنّ تاريخه يرجع إلى مئات إن لم يكن آلاف السنين. وفي مطلع القرن العشرين تمّ تصنيف الاضطراب تحت تشخيص الجنون الاكتئابي الهوسي ، ثمّ في الآونة الأخيرة تمّ إعادة تصور الاضطراب واسمه الاضطراب ثنائي القطب. حتى في تاريخه المبكّر تمّ التعرّف عليه على أنّه اضطراب مزاجي يشمل نوبات مميزة من الهوس والاكتئاب تستمر من عدة أيام إلى أسابيع، وغالبًا ما يرتبط الاضطراب ثنائي القطب "بالحالات المزاجية المتطرفة". (Hudak& Gannon ,2022)

والاضطراب الوجداني ثنائي القطب هو"اضطراب يتميزبنوبات متكررة" (اثنتين على الأقل) يضطرب فيها مزاج الشخص ومستوي نشاطه بشكل عميق، ويتكون هذا الاضطراب في بعض الأحيان من ارتفاع في المزاج وزيادة في الطاقة والنشاط (هوس أوهوس خفيف)، و في أحيان آخرى من هبوط المزاج، وانخفاض في الطاقة والنشاط (اكتئاب). (أحمدعكاشة، ٢٠٠٣،٤٠٣)

تتميزهذه الاضطرابات بالتقلبات غير الطبيعية للمزاج سواء بالارتفاع (حالة الهوس)، أو بالانخفاض (حالة الاكتئاب)؛ ولهذا تُسمى أيضاً "اضطرابات الهوس الاكتئابي" هذه الاختلافات المتطرفة في المزاج تزعج المريض وتجعله والأشخاص المحيطين به في حالة معاناة، ويكون لها تأثير أيضاً على مجموعة من الجوانب في حياة المريض (العلاقات الاجتماعية، العمل، علاقات الصداقة، علاقات الحب، الاندماج الاجتماعي. (سيريل ٢٠١٩:١٤٥) .

اضطراب ثنائى القطب [٢]

لتشخيص اضطراب ثنائى القطب١ فمن الضرورى استيفاء المعايير التالية لنوبة الهوس نوبه الهوس قد تسبق او تتبع بنوبة تحت هوسية او نوبة اكتئاب جسيم

[2] Bipolar I Disorder

نوبة هوس:[3]

فترة متميزة يكون فيها المزاج وبصورة غير معهودة ومتواصلة مرتفعا او متمددا او مستثارا وزيادة غير معهودة مستمرة فى النشاط الهادف او الطاقة تستمر لاسبوع على الاقل وتظهر معظم اليوم وكل يوم تقريبا (أو اى فترة عند الحاجة للاستشفاء).(الحمادى،٢٠٢١،٥٤)

الاضطراب ثنائى القطبII

لتشخيص الاضطراب ثنائى القطب ,فمن الضرورى استيفاء المعايير التالية لنوبة حالية أو سابقة من تحت الهوس, واستيفاء المعايير التالية لنوبة حالية أو سابقة من نوب الاكتئاب الجسيم:

النوبة تحت الهوسية[4]

فترة متميزة يكون فيها المزاج وبصورة غير معهودة ومتواصلة مرتفعاً أو متمدداً أو مستثاراً، أو زيادة لا نموذجية مستمرة فى النشاط الهادف أو الطاقة، حيث تستمر لمدة أربعة أيام متتالية على الأقل وتظهر معظم اليوم، وكل يوم تقريباً.

النوبة الاكتئابية الجسمية:Major Depressive Episode

A. تواجد خمسة (او اكثر) من الاعراض التالية خلال نفس الاسبوعين, والتى تمثل تغييرا عن الاداء الوظيفى السابق,على الاقل احد الاعراض يجب ان يكون اما (١)مزاج منخفض او (٢) فقد الاهتمام او المتعة (الحمادى،٢٠٢١،٥٩).

بحوث ودراسات سابقة:

يعرض الباحث في هذا الجزء أهم البحوث والدراسات التي تناولت الإدراك الانفعالي لدى مرضى الاضطراب الوجداني ثنائي القطب على النحو التالي:

يعانى مرضى الاضطراب الوجداني ثنائي القطب من صعوبة في التعرّف على التعبيرات الانفعالية الوجهية والتمييز بينها، لكن هناك تباين بين الدراسات حول طبيعة هذا العجز، وأن تقديم التوصيف المناسب لمعالجة التعبيرات الانفعالية الوجهية تعوق التناقضات لدى مرضى الاضطراب الوجداني ثنائي القطب.

في هذا الإطارقام "درينتل" وآخرون (Derntl et al., 2009) بدراسة هدفت إلى توضيح أوجه القصور في التعرّف على التعبيرات الانفعالية الوجهية لدى عينة مكونة من (٦٢) مريضاً (٣٧ إناث، ٢٥ ذكور) من ذوي الاضطراب الوجداني ثنائي القطب، المشخصين وفقاً للدليل التشخيصي الخامس، وتمّ استبعاد الاعتماد على المواد المخدرة في الشهور الست الأخيرة، كما أُستبعد أيضاً من لديهم أي اضطرابات عصبية أو نفسية أخرى. وتمَّ اختيار (٦٢) فرداً من العاديين كمجموعة ضابطة، وتمت الموافقة عن طريق الموافقة الحرة المستنيرة، وموافقة لجنة الأخلاقيات بجامعة ريجسبورج، وتمّ قياس دقة التعرّف على التعبيرات الانفعالية المختلفة من خلال برنامج حاسوبي يضمن اختبار مهمة التعرّف الانفعالي (وتتكون من (٣٦) صورة فوتوغرافية لإنفعالات مصوّرة لأشخاص قوقازيين الأصل تتضمن

[3] Manic Episode
[4] hypomanic Episod

عدداً متساوياً من خمسة انفعالات أساسية؛ هي: (الغضب – والاشمئزاز- الخوف – السعادة- الحزن)، بالإضافة إلى تعبير حيادى، وانتهت نتائج الدراسة إلى وجود عجز في الإدراك الانفعالي الوجهى لدى مرضى الاضطراب الوجداني ثنائي القطب بشكل عام، وأنّ لديهم قصوراً في المهام الادراكية والاجتماعية بصفة عامة والتي يجب معالجتها جميعاً، ولم تُظهر النتائج فروقاً مميزة بين الجنسين من ذوي الاضطراب الوجداني ثنائي القطب.

و في سياق الاهتمام نفسه هدفت دراسة "فاسكين" وآخرون (Vaskinn et al., 2017) إلى فحص ما إذا كان أداء مرضى الاضطراب ثنائي القطب أسوء من أداء العاديين في مهمة للإدراك الانفعالي من خلال حركات الجسم، وذلك باستخدام عرض ضوئي لمجموعة من لأشخاص تتحرك بطريقة تدلّ على مجموعة من الانفعالات الأساسية (غضب- سعادة- حزن- خوف- انفعال محايد)، وتكونت العيّنة من (٥٣) مريضاً من ذوي الاضطراب الوجداني ثنائي القطب (٢٩ النوع الأول، ٢٤النوع الثاني) و(٨٤) من الأفراد العاديين. ومن نتائج هذه الدراسة: أنّه قد اختلفت مجموعة الاضطراب الوجداني ثنائي القطب عن مجموعة العاديين حيث أظهر المرضى ضعفاً بسيطاً لكنّه ملحوظاً في القدرة على إدراك الانفعالات المختلفة، وكان هذا الضعف عاماً، ولم يكن هناك أي تأثير للنوع؛ حيث أظهرت الدراسة عدم وجود فروق بين الجنسين من ذوي الاضطراب الوجداني ثنائي القطب في الإدراك الانفعالي. واتفقت معها نتائج دراسة "فان رينين" وآخرون (Van Rheenenet al., 2014) التى أجريت على (٥٠) مريضاً من ذوي الاضطراب ثنائي القطب، و (٥٢) من العاديين وتوصّلت إلى أنّ مرضى الاضطراب ثنائي القطب يعانون من ضعف بسيط لكنّه ثابتاً في الإدراك الانفعالي بشكل عام.

ووفقاً للهدف نفسة جاءت دراسة "فورلونج" وآخرون (Furlong et al., 2022) لدراسة مقارنة للإدراك الانفعالي لدى مرضي الاضطراب الوجداني ثنائي القطب والعاديين عن طريق التعرّف الانفعالي للوجوه وشارك في هذه الدراسة (٤٣) مريضاً و(٣٢) من الأفراد العاديين، وقد تمّ تطبيق مهمة جديدة للتعرّف الانفعالي، وأوضحت نتائج الدراسة أنّ المرضى أقل دقة بشكل ملحوظ في تصنيف الوجوه مقارنة بالعاديين، ولم تكن هناك اختلافات بين المجموعات في أوقات الاستجابة، أو الانفعالات الخاطئة حيث تخلط كلتا المجموعتين بين الوجوه الحزينة والمحايدة على الرغم من أنّ المرضى وصفوا الوجوه الحزينة على أنّها غاضبة، ولم يرتبط الأداء على الاختبار بشكل كبير على شدة أعراض الحالة المزاجية عند المرضى، وتشير النتائج أنّه يجب أن تعيد البحوث النظر في استخدام الوجوه المحايدة كمحفّزات أساسية في تصميم الأدوات.

كما اهتمت دراسة "لي" (Lee et al., 2020) وآخرون بدراسة ما إذا كان التعرّف على الانفعالات الوجهية ولغة الجسد ضعيفة لدى مرضى الاضطراب الوجداني ثنائي القطب، وتكوّنت العيّنة من (٣٠) من المرضى، و (٣٠) من العاديين وكانت المشاركة من خلال الإعلانات عبر الإنترنت، وكانت المعايير استبعاد المصابين بأيّ مرض نفسي أوعقلي حالي أو سابق على المرض، وكذلك تعاطي المخدرات، وقد طُبّق عليهم اختبار التعرّف الانفعالي، وانتهت الدراسة إلى أنّ مجموعة المرضى قد أظهرت ضعفاً في التعرّف على الانفعالات الوجهية وهذا يشير إلى وجود قصور في التعرّف الانفعالي الوجهي، وكانت دقة التعرّف على الانفعالات متساوية بين المجموعات عندما كان الجسم – وليس الوجه فقط – مرئياً، وهذا يشير إلى أنّ المرضى يستطيعون تفسير لغة الجسد الانفعالية للآخرين بالإضافة إلى أقرانهم الأصحاء، وهذا يشير إلى أنّه إذا تمّ الاهتمام بلغة الجسد لدى مرضى الاضطراب الوجداني ثنائي القطب فقد يساعد ذلك في التغلّب على أوجه القصور في معالجة الانفعالات الوجهية وتحسين الأداء الاجتماعي.

وفي دراسة قام بها "بينيتو"وآخرون (Benito et al., 2013) هدفت إلى التعرّف على الانفعالات الوجهية وتحديدها وتمييزها لدى مرضى الاضطراب الوجداني ثنائي القطب وتألفت العينه من (٤٤)

مريضاً من ذوي الاضطراب الوجداني ثنائي القطب و (٤٨) فرداً من العاديين المكافئين لهم في العمر، والنوع، ومستوى التعليم، وتم استبعاد من يستوفون محكّات الاعتماد على المواد المخدرة، أو وجود إصابة عضوية في المخ، وكذلك استبعاد من يقل معدل ذكائهم عن ٧٠%، واستُخدم اختبار تحديد انفعالات الوجه واختبار التمييز للانفعالات الوجهية واستُخدم كذلك اختبار مهمة التلميح لتقدير نظرية العقل، وأظهرت النتائج أنّ مرضى الاضطراب الوجداني يظهرون قصوراً في الأداء على مهام التعرّف والتمييز الانفعالي مقارنة بالعاديين، وكذلك انخفض أداءهم على نظرية العقل، وأشارت النتائج أيضاً إلاّ وجود ارتباط قوي بين الدرجات على مهمة التمييز الانفعالي والأداء على كل مهام الإدراك الانفعالى.

وعلى العكس من ذلك توصلّت نتائج دراسة "فين" وآخرون (Venn et al., 2004) التى اهتمت بفحص الحساسية لستة تعابير وجهية مختلفة بالإضافة إلى دقة التعرّف على هذه التعبيرات الانفعالية الوجهية لدى ذوي الاضطراب الوجداني ثنائي القطب على عيّنة مكونة من (١٧) مريضاً من ذوي الاضطراب الوجداني ثنائي القطب المشخصين وفقاً للدليل التشخيصي ويتلقون العلاج في مستشفيات شمال إنجلترا للصحة النفسية، وتكوّنت المجموعة الضابطة من (١٧) من العاديين، وهي مكافئة لمجموعة المرضى في العمر، والنوع، ومستوى التعليم و معدّل الذكاء، واستُخدم اختبار البنتون للتعرّف الوجهى، وأظهرت النتائج أنّه لا توجد فروق بين مرضى ذوي الاضطراب الوجداني ثنائي القطب – في فترة اعتدال المزاج - والعاديين من حيث الحساسية تجاه انفعال معين، على الرغم من أنّ التحليل الأوّلي للبيانات أشار إلى وجود ضعف للتعرّف علي انفعال الخوف لدى المرضى.

وفي إطار بحث الإدراك الانفعالي وعلاقته بالأنواع الفرعية للاضطراب الوجداني ثنائي القطب قام "ليمبك"،و" كاتر" (Lembke & Ketter ,2002) بدراسة هدفت للتعرّف على الانفعالات الوجهية لدى مرضى ذوي الاضطراب الوجداني ثنائي القطب في نوبة الهوس وتكوّنت العيّنة من (٨) من مرضى النوع الأول، و(٨) من مرضى النوع الثانى، المشخصين وفقاً للدليل التشخيصي، واستُخدم اختبار يانج لقياس شدة الهوس، واختبار هاملتون لتقييم الاكتئاب، وتكوّنت المجموعة الضابطة من (١٠) من الأفراد العاديين، وتم استبعاد من لديهم إي اضطرابات نفسية أو لدى أقربائهم من الدرجة الأولى، وقد طُبق عليهم اختبار لمضاهاة انفعالات الوجوه بالكلمات حيث عُرض عليهم صور لأفراد يحملون انفعالات (الخوف – الغضب –الحزن – المفاجأه – السعادة)، وأظهرت نتائج الدراسة أنّ مرضى الاضطراب الوجداني ثنائي القطب أثناء نوبة الهوس أظهروا تميزاً عام للتعبيرات الوجهية أسوأ من جميع المجموعات الأخرى، وأظهروا أيضاً أداءً أسوأ على كل من انفعال الخوف، والاشمئزاز، والغضب، مقارنة بالأفراد العاديين، وأنّ مرضى الاضطراب الوجداني ثنائي القطب النوع الثاني أظهروا إدراكاً أكبر لانفعال الخوف من الأفراد ذوي الاضطراب الوجداني ثنائي القطب النوع الأول.

وللهدف نفسه جاءت دراسة "جيتز" وآخرون (Getz et al.,2003) حيث هدفت إلى تقييم مرضى الاضطراب ذوي الاضطراب الوجداني ثنائي القطب على مهام التعرّف الوجهى والتعرّف على تأثير التعبيرات الوجهية خلال فترات عرض مختلفة، وتمت على عينة مكونة من (٢٥) مريضاً من ذوي الاضطراب الوجداني ثنائي القطب، و(٢٥) فرداً من العاديين، وتمّ مضاهاة المجموعتين من حيث العمر، والنوع، ومستوى التعليم، ومعدل الذكاء ،واستُخدم اختبار البنتون للتعرّف الوجهى، وخلصت النتائج إلى أنّ أداء مجموعة الاضطراب ثنائي القطب أكثر ضعفاً من أداء مجموعة العاديين، وعلى الرغم من أن مجموعة المرضى كانت لديهم أوقات رد فعل أبطأ إلّا أنّ مدة العرض التقديمي لم يكن لها تأثير على الأداء لدى المرضى، وأشارت هذه الدراسة إلى أنّ مرضى الأضطراب ثنائي القطب قادرون على التعرّف على الوجوه لكنهم يجدون صعوبة في التعرّف علي الانفعالات الوجهية.

تعليق على هذه الفئة من الدراسات:

من خلال عرض المحور الثاني من الدراسات السابقة نخلص إلى الآتى:

١) أكّدت نتائج الدراسات السابقة أنّ مرضى الاضطراب الوجداني ثنائي القطب يكشفون عن قصورٍ دالٍ في الإدراك الانفعالي بشقيه التعرّف الانفعالي والتمييز الانفعالي (Derntl et al , 2009; Benito et al,2013; Lee, et al, 2022).

٢) قامت بعض الدراسات بدراسة الأنماط الفرعية للاضطراب النوع الأول والنوع الثاني مثل دراسة (Lee et al ,2022; Derntl et al 2009; Vaskinn et al,2017).

٣) تناولت بعض الدراسات بحث اضطراب الإدراك الانفعالي عند المرضى وأقاربهم من الدرجة الأولى مثل دراسة (Ulusoy et al ,2020; Fernandes et al, 2016).

٤) أشارت بعض الدراسات إلى تدعيم فرضية القصور الجزئي حيث اقتصر قصور المرضى على مضاهاة التعبيرات الوجهية على الرغم من إدراكهم السليم لهوية (Bozikas et al,2006; Getz et al, 2003).

٥) استخدمت بعض الدراسات مقاطع فيديو والتي يمكن اعتبارها "غير اجتماعية" وذلك لأنّ المشارك يعرف أنّه لا يرى أشخاصاً حقيقين وقد يستجيب بشكل مختلف نوعياً عن التفاعل الاجتماعي مثل دراسة (Cavieres et al, 2022).

٦) معظم الدراسات التي فحصت المعالجة الانفعالية للوجوه لدى مرضى الاضطراب الوجداني ثنائي القطب ركّزت فقط على التعرّف على التعبيرات الانفعالية الوجهية.

فروض الدراسة:

١) توجد فروقا ذات دلالة إحصائية بين المرضى ذوي الاضطراب الوجداني ثنائي القطب النوع الأول والثاني، والعاديين في الإدراك الانفعالي بأبعاده الفرعية.

٢) توجد فروقا ذات دلالة إحصائية في التمييز والتعرّف الانفعالي لدى مجموعات الدراسة.

منهج الدراسة:

تعتمد الدراسة الراهنة على المنهج الوصفي المقارن، حيث ستتناول الدراسة الفروق بين مرضى الاضطراب الوجداني ثنائي القطب والعاديين في الإدراك الانفعالي، ويندرج تحت هذا المنهج مجموعة من المكوّنات، التي نعرض لها على النحو التالى:

أولاً: التصميم المنهجي للبحث:

التصميم المستخدم في هذه الدراسة هو التصميم المستعرض لمجموعة من مرضى الاضطراب الوجداني ثنائي القطب، وذلك في مقابل المقارنة بالمجموعة المكافئة من العاديين، وسيتم المقارنة بينهم في إطار الإدراك الانفعالي.

ثانياً: عينة البحث:

تكوّنت عينة البحث من مجموعتين؛ نعرض وصفاً لكل منهما على النحو التالي:

- مجموعة مرضى الاضطراب الوجداني ثنائي القطب (مجموعة الحالة):

تكونت هذه العيّنة من (٣٠) مريضاً من الذكور من المرضى المصابين بالاضطراب الوجداني ثنائي القطب المقيمين في مستشفي الصحة النفسية بالعباسية، ومستشفي الخانكة للصحة النفسية، المشخصين بالاضطراب الوجداني ثنائي القطب من قبل الطبيب النفسي واشتملت العيّنة على مرضى الاضطراب

الوجداني ثنائي القطب النوع الأول (ن=١٨)، ومرضى الاضطراب الوجداني ثنائي القطب النوع الثاني (ن=١٢)، وتراوحت أعمارهم الزمنية من (٢٤:٥٦)سنة بمتوسط عمري (٣٨,٧) وانحراف معياري (٩,٦).

وكانت شروط اختيار العيّنة كالتالي:

١- عدم وجود أي إصابات في الدماغ لدى المبحوثين وتمّ التأكد من ذلك من خلال ملف المريض.

٢- اشترط ألّا يكونوا يتعاطون المواد المخدرة أو من مدمني الكحوليات في الفترة التي تسبق الدراسة بستة أشهر على الأقل.

٣- استبعاد من يعانون من أي اضطرابات سمعية أو بصرية أو تأخر عقلي.

٤- أن يكون مستواهم التعليمي متوسط كحد أدنى حتى يسهل عليهم فهم بنود المقاييس.

وفيما يلي وصف لبيانات عيّنة الدراسة:

جدول(١) توزيع أفراد عيّنة المرضى وفقاً لمدة المرض ومدة الإقامة بالمستشفى

المتغيرات / نوع الاضطراب	مدة المرض		مدة الإقامة بالمستشفى	
	المتوسط	الانحراف	المتوسط	الانحراف
النوع الأول	٩,٧٢	٥,٩٤	٣,٠٥	١,٣٠
النوع الثاني	١٢,٥٠	٧,٦٠	٣,٥٠	١,١٩

جدول (٢) توزيع أفراد العيّنة وفقاً لمتغير الحالة الاجتماعية

الحالة الاجتماعية / المجموعات	أعزب	متزوج	المجموع
المرضى	١٢	١٨	٣٠
الأسوياء	١٣	١٧	٣٠
إجمالي	٢٥	٣٥	٦٠

جدول (٣) توزيع أفراد العيّنة وفقاً للمستوى التعليمي

الحالة الاجتماعية / المجموعات	تحت المتوسط	متوسط	فوق المتوسط	عالي	المجموع
المرضى	٤	١٣	٤	٩	٣٠
الأسوياء	٥	١٠	٦	٩	٣٠
المجموع	٩	٢٣	١٠	١٨	٦٠

➢ مجموعةالأفراد العاديين (مجموعة المقارنة):

تكونت هذة العيّنة من (٣٠) من الأفراد العاديين الذكور المكافئين لمجموعة المرضى في العمر الزمنى والنوع والمستوى التعليمى، وتتراوح أعمارهم من (٢٤:٥٦) عاماً بمتوسط عمر زمني (٣٨,٢) وانحراف معياري (٩,٢)، والتي قد يكون لها تأثير على النتائج مثل النوع والعمر ومستوى التعليم. وكانت شروط اختيار العينه كالتالي:

١- ألّا يكونوا قد أصيبوا من قبل بأيّ من الاضطرابات النفسية.

٢ - عدم وجود أيّ تاريخ عائلي للإصابة بالاضطرابات النفسية.

٣ - عدم وجود أيّ إصابات في الدماغ أو أيّ اضطرابات سمعية أو بصرية.

ثالثًا: أدوات البحث:

إنّه من إعداد باحثي الدراسةاستخدام مقياس الإدراك الانفعالي للكشف عن الفروق بين مرضى الاضطراب الوجداني ثنائي القطب والعاديين.

مقياس الإدراك الانفعالي:

*تكوين المقياس:

اتبع الباحثون مجموعة من الخطوات لإعداد وتصميم هذا المقياس نجملها فيما يلى:

١- قام الباحثون بإعداد الصورة المبدئية للمقياس حيث تتكون من شقين؛ شق التعرّف الانفعالي ويتكون من (٢٠) بنداً، وشق التمييز الانفعالي ويتكون من (٥٣) بنداً في صورتة المبدئية، حيث إنّ هذه البنود تمثل مجموعة من الصور الملونة لست انفعالات أساسية؛ وهي: (السعادة – الحزن – الخوف – الغضب – الاشمئزاز- الدهشة).

٢- تم عرض الصورة المبدئية للمقياس على مجموعة من المحكمين بلغت (٦) محكمين من أعضاء هيئة التدريس بأقسام علم النفس بكليات الآداب ببعض الجامعات المصرية، وقد احتوت على الهدف من المقياس والتعريف الإجرائي للإدراك الانفعالي.

٣- قام الباحثون بإجراء التعديلات على الصورة المبدئية للمقياس، وتم الابقاء على (٢٠) بنداً للتعرّف الانفعالي، و(٤٠) بنداً للتمييز الانفعالي واشتملت التعديلات على أنّ بعض بنود المقياس لم تمثل الانفعالي الوجهي فقط، وإنّما تتداخل معها حركات للأيدي والجسم،وأيضاً الصور المعبرة عن انفعال الحزن تبدو وكأنّها صور محايدة، ولم يكن هناك اختلاف على طريقة العرض أو على عدد بنود المقياس.

٤- قام الباحثون بإعداد الصورة النهائية للمقياس بعد الانتهاء من إجراءات الكفاءة السيكومترية للمقياس كالتالى:

صدق المقياس:

تمّ الاعتماد على مؤشرات صدق المحتوى حيث تم عرض أدوات الدراسة على عدد من الأساتذة المحكمين[٥] بأقسام علم النفس بكليات الآداب في الجامعات المصرية، وقد حصلت الباحثة على ٦ استمارات تحكيم مشار فيها إلى الاتفاق على البنود الجيدة واستبدال اخرى، والتزمت الباحثة بنسب ثبات (٨٠%) فأكثر كمحك لصدق بنود المقياس والجدول رقم ( ) يوضح أرقام البنود ونسب الاتفاق عليها.

جدول رقم (٤)

يوضح نسب الاتفاق علي بنود مقياس الإدراك الانفعالى

أولاً: جزء التعرّف الانفعالي:

رقم البند	نسبة الاتفاق	رقم البند	نسبة الاتفاق	رقم البند	نسبة الاتفاق	رقم البند	نسبة الاتفاق
١	% ١٠٠	٦	% ٨٠	١١	%٨٠	١٦	%١٠٠
٢	% ٨٠	٧	%١٠٠	١٢	%٤٠	١٧	%٨٠
٣	% ٨٠	٨	%٦٠	١٣	%٨٠	١٨	%٤٠
٤	% ٨٠	٩	%٨٠	١٤	%٨٠	١٩	%١٠٠
٥	% ٤٠	١٠	%٦٠	١٥	%٤٠	٢٠	%٨٠

يتضح من الجدول السابق أن نسبة إتفاق المحكمين على بنود الاختبار في هذا الجزء تراوحت ما بين (٤٠%: ١٠٠%)، وأنّ هناك عدداً من البنود أُتفق على أنّها غير ملائمة و متداخلة مع انفعالات أخرى، وتتمثل في بند (٥- ١٢- ١٥-١٨-٨-١٠).

[٥] قائمة بأسماء السادة المحكمين :

١- طريف شوقى محمد – أستاذ علم النفس الاجتماعى – كلية الآداب– جامعة بنى سويف.

٢- هشام عبد الحميد تهامى – أستاذ علم النفس– كلية الآداب– جامعة بنى سويف .

٣- غادة محمد عبد الغفار – أستاذ علم النفس - كلية الآداب- جامعة بنى سويف.

٤- عبد المحسن ديغم– أستاذ علم النفس الاكلينيكى المساعد– كلية الآداب– جامعة المنيا .

٥- زيزى السيد ابراهيم – أستاذ علم النفس المساعد – كلية الآداب- جامعة الفيوم .

٦- خالد محمد عبد الوهاب – أستاذ علم النفس الصناعى – كلية الآداب- جامعة بنى سويف.

جدول رقم (٥)

يوضح نسب الاتفاق على بنود مقياس الإدراك الانفعالي

ثانياً: جزء التمييز الانفعالي:

البند	نسبة الاتفاق	البند	نسبة الاتفاق	البند	نسبة الاتفاق
١	%٨٠	٢١	%٨٠	٤١	%١٠٠
٢	%١٠٠	٢٢	%٨٠	٤٢	%١٠٠
٣	%٤٠	٢٣	%٦٠	٤٣	%١٠٠
٤	%١٠٠	٢٤	%١٠٠	٤٤	%١٠٠
٥	%١٠٠	٢٥	%١٠٠	٤٥	%١٠٠
٦	%٦٠	٢٦	%١٠٠	٤٦	%٦٠
٧	%٤٠	٢٧	%١٠٠	٤٧	%٨٠
٨	%١٠٠	٢٨	%١٠٠	٤٨	%١٠٠
٩	%١٠٠	٢٩	%١٠٠	٤٩	%٨٠
١٠	%١٠٠	٣٠	%٦٠	٥٠	%١٠٠
١١	%٨٠	٣١	%١٠٠	٥١	%١٠٠
١٢	%١٠٠	٣٢	%١٠٠	٥٢	%١٠٠
١٣	%٤٠	٣٣	%١٠٠	٥٣	%٨٠
١٤	%١٠٠	٣٤	%١٠٠	٥٤	%٤٠
١٥	%٤٠	٣٥	%٨٠	٥٥	%١٠٠
١٦	%١٠٠	٣٦	%٨٠	٥٦	%١٠٠
١٧	%٨٠	٣٧	%١٠٠	٥٧	%١٠٠
١٨	%٦٠	٣٨	%١٠٠	٥٨	%٤٠
١٩	%٨٠	٣٩	%٨٠	٥٩	%١٠٠
٢٠	%١٠٠	٤٠	%٦٠	٦٠	%٨٠

يتضح من هذا الجدول أنّ نسبة اتفاق المحكمين على بنود الاختبار في هذا الجزء تراوحت مابين (٤٠%:١٠٠%)، وأنّ هناك عدداً من البنود لم تصل إلى نسبة الاتفاق المطلوبة وذلك لعدم ملائمتها ؛ لذا تم استبدال بعض البنود وتعديل الأخرى وفقاً لتعديلات المحكمين، وتتمثل هذه البنود في بند (٣) وهو يمثل انفعال الاشمئزاز، وبند (٧) ويمثل انفعال الغضب، وبند (١٣) ويمثل انفعال الغضب، وبند (١٥) يمثل انفعال الاشمئزاز، وبند (٥٤) ويمثل انفعال الغضب، وبند (٥٨) ويمثل انفعال الغضب، وكذلك بند (٦) ويمثل انفعال الدهشه، بند (١٨) ويمثل انفعال الدهشة، وبند (٢٣) ويمثل انفعال الاشمئزاز، وبند (٣٠) ويمثل انفعال الخوف، وبند (٤٠) ويمثل انفعال الغضب، وبند (٤٦) ويمثل انفعال الحزن. ويرى المحكمون أنّ هذه البنود غير واضحة، وأنّ هناك بعض الانفعالات متداخلة مع انفعالات أخرى.

ثبات المقياس:

تمّ حساب الثبات لمقياس الإدراك الانفعالي باستخدام طريقة إعادة الاختبار، والتجزئة النصفية ومعامل ألفا كرونباخ، وذلك على عينة مكونة من (٢٠) فرداً (١٠أسوياء، ١٠مرضى)، وسنعرض بالجدول التالي معاملات الثبات لمقياس الإدراك الانفعالي.

جدول (٦) يوضح معاملات ثبات مقياس الإدراك الانفعالي بطريقة إعادة الاختبار والتجزئة النصفية ومعامل ألفا كرونباخ

المجموعات / اسم الاختبار	مجموعة المرضى (ن=١٠)			مجموعة الأسوياء (ن=١٠)		
	إعادة الاختبار	التجزئة النصفية	ألفا كرونباخ	إعادة الاختبار	التجزئة النصفية	ألفا كرونباخ
الادراك الانفعالي	٠,٩١	٠,٩٧	٠,٩١	٠,٧٠	٠,٧٨	٠,٧٦

١- وفيما يخص الثبات بطريقة التجزئة النصفية، فقد تم تقسيم بنود مقياس الإدراك الانفعالي إلى بنود فردية وبنود زوجية وتم استخدام معامل سبيرمان براون لاختبار الإدراك الانفعالي وكذلك الاجتماعي، وقد تراوحت معاملات الثبات بطريقة التجزئة النصفية من (٠,٧٦ إلى ٠,٩٧) وجميعها معاملات ثبات مقبولة مما يدل على ثبات الاختبارات.

٢- وفيما يخص إعادة الاختبار، تم حساب الارتباط بين الدرجة الكلية على الأداء الأول والأداء الثاني للإدراك الانفعالي، وذلك باستخدام معامل الارتباط المستقيم (بيرسون)، وتراوحت معاملات الثبات بإعادة الاختبار من (٠,٦٧ إلى ٠,٩١) وجميعها معاملات مرتفعة مما يدل على ثبات الاختبار.

٣- كما تم حساب ثبات الاختبارت باستخدام معامل ألفا كرونباخ، وتراوحت من (٠,٦٧إلى ٠,٩١) وجميعها أيضاً معاملات ثبات مقبولة مما يدل على ثبات الاختبار.

طريقة تصحيح المقياس:

يكون التصحيح بإعطاء درجة واحدة (١) للإجابة الصحيحة، و(صفر) للإجابة الخاطئة في شقي التعرّف والتمييز الانفعالي؛ حيث تتراوح الدرجة بين (صفر،٢٠) وتعد الدرجة (٢٠) هي أعلى درجات الإدراك الانفعالي في شق التعرّف وتتراوح الدرجة مابين (صفر،٦٠) وتعد الدرجة (٦٠) هى أعلى درجات الإدراك الانفعالي في شق التمييز.

خامساً: الأساليب الإحصائية المستخدمة في تحليل البيانات:

للتحقق من صحة فروض الدراسة عمدت الباحثة إلى استخدام عدد من الأساليب الإحصائية، هي:

- تم استخدام اسلوب " كروسكال والس" للفروق بين المجموعات .
- اسلوب "مان ويتنى "
- اسلوب ويلكوكسون .

نتائج البحث:-

المحور الأول: التحقق من اعتدالية توزيع أداء العيّنة على متغيرات الدراسة باستخدام معادلة شابيرو-ويلك:

وتهدف هذه الخطوة إلى تحديد توزيع أفراد العيّنة بالنسبة للمجتمع الذى سُحب منه، وما إذا كان توزيعها إعتدالياً؛ وذلك لتأثير هذا في تحديد طبيعة التحليلات الإحصائية التي استُخدمت، ويعرض الجدول التالي (٥-١) نتائج التحقق من اعتدالية توزيع البيانات.

جدول (٧) نتائج التحقق من اعتدالية توزيع البيانات.

العينة / المتغيرات	النوع الأول		النوع الثاني		العاديين	
	المتوسط	الدلالة	المتوسط	الدلالة	المتوسط	الدلالة
١) الإدراك الانفعالي	٤٤,٢٧	٠,٠٠١	٤٠,٢٥	٠,٠٠٨	٥٥,٥٣	٠,٠٠٤
أ- التمييز الانفعالي	٢٩,٥٥	٠,٠٠٠	٢٦,٧٥	٠,٠٥١	٣٧,١٦	٠,٠٠١
ب- التعرّف الانفعالي	١٤,٧٢	٠,٠٢٤	١٣,٥٠	٠,٠٥٣	١٨,٣٦	٠,٠٠١

يتضح لنا من خلال الجدول السابق أن مستويات الدلالة لكل من الإدراك الانفعالي والتمييز الانفعالي والتعرف الانفعالي لدى كل من مرضى الاضطراب الوجداني ثنائي القطب من النوع الأول والنوع الثاني وكذلك العاديين كانت أقل من ٠,٠٥؛ مما يشير إلى أنّ بيانات عيّنة الدراسة غير موزعة توزيعاً اعتدالياً؛ ولذلك سوف نعتمد على الأساليب الإحصائية اللامعلمية في تحليل البيانات.

عرض نتائج الفرض الأول :-

١- نتائج التحقق من الفرض الأول والذى ينص على: وجود فروق بين مجموعات الدراسة (النوع الأول، النوع الثانى، العاديين) في الإدراك الانفعالي وأبعاده الفرعية.

وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام أسلوب "كروسكال والس" للفروق بين المجموعات، وفيما يلى عرض مفصل للنتائج بجدول (٥-٢).

جدول (٨) يوضح دلالة الفروق بين مجموعات الدراسة في كل من الإدراك الاجتماعي والإدراك الانفعالي بأبعادهم الفرعية.

المجموعات	متوسط الرتب	قيمة z	الدلالة	مستوى الدلالة

	النوع الأول ن(١٨)	النوع الثاني ن (١٢)	العاديين ن (٣٠)			
١) الإدراك الانفعالي	١٨,٦٤	١٧,٩٦	٤٢,٦٣	٢٩,٠٧	٠,٠٠٠	دال
أ- التمييز الانفعالي	١٩,٢٨	١٨,٥٠	٤٢,٠٣	٢٦,٤٠	٠,٠٠٠	دال
ب- التعرّف الانفعالي	٢٠,٨١	١٧,١٧	٤١,٦٥	٢٥,١٦	٠,٠٠٠	دال

يتضح من خلال الجدول السابق أنّ هناك فروقاً ذات دلالة إحصائية بين مجموعات الدراسة، والإدراك الانفعالي بأبعاده الفرعية (التمييز الانفعالي، والإدراك الانفعالي).

ولتحديد المجموعات التي تعود إليها الفروق تمّ إجراء المقارنات البعدية بين مجموعات الدراسة باستخدام أسلوب "مان- ويتني" على النحو التالي:

أ- توجد فروق بين المرضى ذوي الاضطراب الوجداني ثنائي القطب من النوع الأول والعاديين في الإدراك الانفعالي وأبعاده الفرعية.

جدول (٩) يوضح دلالة الفروق بين النوع الأول والعاديين في الإدراك الانفعالي وأبعاده الفرعية

المجموعات / المتغيرات	متوسط الرتب		قيمة Z	الدلالة	مستوى الدلالة
	النوع الأول(ن=١٨)	العاديين (ن=٣٠)			
٢)الإدراك الانفعالي	٢١,٦١	٣١,٦٣	-٤,٥٦	٠,٠٠٠	دال
أ – التمييز الانفعالي	١٣,٢٥	٣١,٢٥	-٤,٣٤	٠,٠٠٠	دال
ب- التمييز الانفعالي	١٤,٢٨	٣٠,٦٣	-٣,٩٦	٠,٠٠٠	دال

يتضح من الجدول أن هناك فروقاً ذات دلالة إحصائية بين المرضى ذوي الاضطراب الوجداني ثنائي القطب من النوع الأول والعاديين في الإدراك الانفعالي، وبعدي التمييز والتعرّف الانفعالي لصالح العاديين.

ب- توجد فروق بين المرضى ذوي الاضطراب الوجداني ثنائي القطب من النوع الثاني والعاديين في الإدراك الانفعالي وأبعادهم الفرعية.

جدول (١٠) يوضح دلالة الفروق بين النوع الثاني والعاديين في الإدراك الانفعالي وأبعاده الفرعية

المجموعات / المتغيرات	متوسط الرتب		قيمة z	الدلالة	مستوى الدلالة
	النوع الثانى(ن=١٢)	العاديين (ن=٣٠)			
٢)الادراك الانفعالي	٩,٠٠	٢٦,٥٠	٤,١٩-	٠,٠٠٠	دال
أ –التمييز الانفعالي	٩,٥٤	٢٦,٢٨	٤,٠٣-	٠,٠٠٠	دال
ب-التعرف الانفعالي	٨,٩٦	٢٦,٥٢	٤،٢٦-	٠,٠٠٠	دال

يتضح من خلال الجدول السابق أن هناك فروقاً ذات دلالة إحصائية بين كل من المرضى ذوي الاضطراب الوجداني ثنائي القطب من النوع الثاني والعاديين في الإدراك الانفعالي وبعدى التمييز والتعرّف الانفعالي لصالح العاديين.

ج) توجد فروق بين المرضى ذوي الاضطراب الوجداني ثنائي القطب من النوع الأول والنوع الثاني في الإدراك الانفعالي وأبعاده الفرعية لصالح العاديين .

جدول (١١) يوضح دلالة الفروق بين النوع الاول والثانى في الإدراك الانفعالي وابعادهم الفرعية.

المجموعات / المتغيرات	متوسط الرتب		قيمة z	الدلالة	مستوى الدلالة
	النوع الأول (ن=١٨)	النوع الثاني (ن=١٢)			
٢)الإدراك الانفعالي	١٥,٥٣	١٥,٤٦	٠,٠٢١-	٠,٩٨٣	غير دال
أ-التمييز الانفعالي	١٥,٥٣	١٥,٤٦	٠,٠٢١-	٠,٩٨٣	غير دال

ب –التعرف الانفعالي	١٦,٠٣	١٤,٧١	٠,٤٠٤-	٠,٦٩٢	غير دال

يتضح من الجدول السابق أنّه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المرضى ذوي الاضطراب الوجداني ثنائي القطب من النوع الأول والنوع الثاني في الإدراك الانفعالي وأبعاده الفرعية.

٢- نتائج التحقق من الفرض الثاني والذى ينص على وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين بعدى التعرّف الانفعالي والتمييز الانفعالي لدى مجموعات الدراسة.

وللتحقق من صحة هذا الفرد تم استخدام اختبار " ويلكوكسون" للمجموعات المترابطة، ويمكن عرض النتائج على النحو التالي:

جدول (١٢) دلالة الفروق بين بعدى التعرّف والتمييز الانفعالي لدى مجموعات الدراسة.

	المتوسط		قيمة Z	الدلالة	مستوى الدلالة
	التمييز الانفعالي	التعرف الانفعالي			
النوع الاول	٢٩,٥٥	١٤,٧٢	٣,٢٢٥-	٠,٠٠١	دال
النوع الثاني	٢٦,٧٥	١٣,٥٠	٣,٠٦٥-	٠,٠٠٢	دال
العاديين	١٦,ث٣٧	١٨,٣٦	٤,٨٢٥-	٠,٠٠٠	دال

يتضح من خلال الجدول السابق أن هناك فروقاً ذات دلالة إحصائية بين التمييز الانفعالي والتعرّف الانفعالي لدى كل من المرضى ذوي الاضطراب الوجداني ثنائي القطب من النوع الأول والنوع الثاني والعاديين.

مناقشة النتائج:-

مناقشة نتائج الفرض الأول:

١- مناقشة نتائج الفروق بين مجموعات الدراسة في الإدراك الانفعالي:

افترضت الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مجموعات الدراسة في الإدراك الانفعالي وأبعاده الفرعية، وقد جاءت نتائج الدراسة داعمة لهذا الفرض؛ حيث وجد أنّ هناك فروقاً ذات دلالة إحصائية بين المرضى من النوع الأول والنوع الثاني والأفراد العاديين المكافئين لهم في الإدراك الانفعالي وبعدى التمييز والتعرّف الانفعالي لصالح العاديين، وتتفق هذه النتائج مع نتائج بعض الدراسات منها دراسة " درينتل" وآخرون؛ حيث انتهت نتائج الدراسة إلى وجود عجز في الإدراك الانفعالي الوجهي لدى مرضى الاضطراب الوجداني ثنائي القطب بشكل عام، وأنّ لديهم قصوراً في المهام الإدراكية والاجتماعية بصفة عامة والتي يجب معالجتها جميعاً واتفقت معها دراسة " فاسكين" وآخرون. (Derntl et al., 2009)

وكانت نتائجها أن اختلفت مجموعة مرضى الاضطراب الوجداني ثنائي القطب عن مجموعة العاديين؛ حيث أظهر المرضى ضعفاً بسيطاً لكنه ملحوظ في القدرة على إدراك الانفعالات المختلفة، وكان هذا الضعف عاماً، واتفقت معها دراسة " فان رينين" (Van Rheenen et al., 2014) والتي

توصلت إلى أنّ مرضى الاضطراب ثنائي القطب يعانون من ضعف بسيط ولكنه ثابت في الإدراك الانفعالي بشكل عام.

ركّزت غالبية دراسات المعرفة الاجتماعية لدى مرضى الاضطراب الوجداني ثنائي القطب حتى الآن على مهام التعرّف على الانفعالات الوجهية، والتي تقيم دقة إدراك الانفعالات المنقولة في الوجوه البشرية Cusi et al., 2012؛ حيث إنّ تعبيرات الوجه هي مصدر مهم للمعلومات غير اللفظية التي توجه العلاقات بين الأفراد، وتشير الدلائل إلى أنّ مرضى الاضطراب الوجداني ثنائي القطب يعانون من عجز في التعرّف على الانفعالات الوجهية. (Fernandez et al., 2016)

وهناك إشارات إلى أن مرضى الاضطراب الوجداني ثنائي القطب يكشفون عن ضعف في الإدراك الانفعالي (Szmulewicz et al., 2019)، ويمتد هذا الضعف إلى الإدراك الانفعالي الوجهي والإدراك الانفعالي الصوتي مقارنة بالعاديين. (Vaskin et al.,2017)

ويرى دايسونج Dausing وآخرون أنّ من الإشارات غير اللفظية الأكثر وضوحاً ظاهرياً هي التعبيرات الوجهية، وهي أكثر أشكال التعبيرات بروزاً بالنسبة للإنسان؛ ذلك لأنّ البشر يمتلكون بنية عضلية فريدة يمكن أم تُظهر العديد من التعبيرات الانفعالية المتاميزة.

وتعد القدرة على التمييز بين الانفعالات المختلفة والتي يتم التعبير عنها وجهياً أمر بالغ الأهمية في سياق السلوك الاجتماعي؛ حيث توفر التعبيرات الوجهية قنوات يمكن من خلالها نقل المعلومات المهمة لفهمنا لعالمنا المادي والاجتماعي، ويعتقد أنّها فطرية وتلقائية وعالمية. (Venn et al., 2004)

وأشارت دراسات أخرى إلى أنّ مرضى الاضطراب الوجداني ثنائي القطب أقل قدرة على تحديد تعبيرات الوجه عند مقارنتهم بالعاديين من حيث الدقة والسرعة وخاصة بالنسبة للانفعالات السلبية (Furlong et al.,2022) حيث أشار (Hamdi et al., 2016) إلى وجود فروق في إدراك الانفعالات الوجهية السلبية بين المرضى والعاديين حيث أظهر المرضى قصوراً في التعرّف على كل من انفعال الخوف، الغضب، الاشمئزاز. واقترحت نتائج الدراسة أنّ القصور في إدراك الانفعالات يمكن أن يشارك في الاضطرابات السلوكية والاجتماعية لدى مرضى الاضطراب الوجداني ثنائي القطب، ومما يدعم هذه النتائج ما أشار إليه مارتينو وآخرون (Martino et al., 2011) أنّ مرضى الاضطراب الوجداني ثنائي القطب بنمطيه الفرعيين أظهروا إدراكاً أقل على انفعال الخوف.

ثانياً: مناقشة نتائج الفرض الثاني للدراسة:

افترضت الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين بعدي التعرّف الانفعالي والتمييز الانفعالي لدى مجموعات الدراسة، وقد جاءت نتائج الدراسة داعمة لهذا الفرض؛ حيث وجد أنّ هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين التمييز الانفعالي والتعرّف الانفعالي لدى كل من المرضى ذوي الاضطراب الوجداني ثنائي القطب من النوع الأول والنوع الثاني والعاديين. ومن الدراسات التى دعمت هذة النتائج دراسة "ليمبك" و"كارتر"، والتي هدفت إلى تقييم التعرّف الانفعالي لدى مرضى الاضطراب الوجداني ثنائي القطب النوع الأول والثاني والعاديين، وانتهت نتائج الدراسة إلى أن المرضى أثناء نوبة الهوس أظهروا تميزاً عاماً للتعبيرات الوجهية أسوأ من جميع المجموعات الأخرى، وأظهروا أيضاً أداءً أسوأ على كل من انفعال الخوف والاشمئزاز والغضب مقارنة بالأفراد العاديين، وأنّ مرضى الاضطراب الوجداني ثنائي القطب النوع الثاني أظهروا إدراكاً أكبر لانفعال الخوف من المرضى النوع الأول. (Lembke & ketter.,2002)

واتفقت أيضاً دراسة "جيتز" وآخرين، و"لي" وآخرين، و"درينتل"، و"فورلونج" أنّ مرضى الاضطراب الوجداني ثنائي القطب يظهرون قصوراً في التعرّف الانفعالي وأنّ أداءهم أكثر ضعفاً من

العاديين، وأشارت دراسة جيتز وآخرين إلى أنّه على الرغم من أنّ مجموعة المرضى كانت لديهم أوقات رد فعل أبطأ إلّا أنّ مدة العرض التقديمى لم يكن لها تأثير على الأداء، وأنّ المرضى قادرون على التعرّف على الوجوه لكنهم يجدون صعوبة في التعرّف على الانفعالات الوجهية.

ويرى "فرناندیز" وآخرون أنّ التعرّف الانفعالي للوجوه مهمة ترتبط بالمعرفة الاجتماعية؛ لأنّ تعبيرات الوجه هي مصدر مهم للمعلومات غير اللفظية التى توجه العلاقات بين الأفراد، وتشير الدلائل إلى أنّ مرضى الاضطراب الوجداني ثنائي القطب يعانون من العجز في التعرّف الانفعالي مقارنة بالعاديين. (Fernandes et al., 2016)

وقد يساهم العجز في التعرّف الانفعالي الوجهى في الضعف الاجتماعي والوظيفي لدى مرضى الاضطراب الوجداني ثنائي القطب، وأشارت أيضاً الدراسة إلى أنّ هذا العجز واضح في جميع الحالات المزاجية للمرضى. (Ulusoy et al.,2020)

وتشير الدلائل إلى أنّ مرضى الاضطراب الوجداني ثنائي القطب يعانون من عجز في التعرّف على الانفعالات الوجهية، وقد تؤثر حالتهم الانفعالية على تفسيرهم لانفعالات الآخرين. Lee & VannMeter.,2020)

وجاءت دراسة " بنيتو" وآخرون أيضاً داعمة لهذا الفرض والتي هدفت إلى تقييم التعرّف والتمييز والتحديد الانفعالي؛ حيث أشارت النتائج إلى أنّ المرضى يظهرون ضعفاً كبيراً في الأداء على اختبارات التعرّف والتمييز والتحديد الانفعالي، وتشير النتائج أيضاً إلى أنّه حتى في فترة اعتدال المزاج يظهر المرضى قصوراً في التعرّف – التمييز والتحديد الانفعالي. (Benito et al.,2018)

واتفقت أيضاً معهما دراسة " أولوسوى " وآخرون؛ حيث أظهرت أنّ نتائج مهام التعرّف والتمييز الانفعالي بين مرضى الاضطراب الوجداني ثنائي القطب وأبائهم أقل من المجموعة الضابطة. Ulusoy) (et al.,2020

-البحوث المستقبلية :

١- إجراء دراسات وبحوث مستقبلية تتناول متغيّرات المعرفة الاجتماعية مثل (نظرية العقل ، أسلوب العزو- الاستدلال الإدراكي) لدى مرضى الاضطراب الوجداني ثنائي القطب ومقارنتهم بالعاديين.

٢- إجراء دراسات وبحوث لبحث الإدراك الانفعالي في التنبؤ باضطراب الكفاءة الاجتماعية لدى مرضى الاضطراب الوجداني ثنائي القطبخ.

٣- إجراء دراسات أو بحوث مستقبلة تتناول الوظائف التنفيذية لدى مرضى الاضطراب الوجداني ثنائي القطب.

توصيات الدراسة:

١- إعادة اجراءات البحث على عينات أكبر حتى يفيد ذلك فى تعميم النتائج والاستفادة منها فى البرامج العلاجية المختلفة .

٢- اعادة اجراءات البحث لدى مرضى الاضطراب الوجدانى ثنائى القطب لدراسة الفروق لكلا الجنسين الذكور والاناث .

٣- دراسة الادراك الانفعالى لدى مرضى الاضطراب الوجدانى ثنائى القطب والفئات المرضية الاخرى مثل مرضى الفصام وغيرها.

المراجع:

أولاً: المراجع باللغة العربية:

سيريل بوفيه (٢٠١٩). *مدخل إلى العلاجات السلوكية*، (ترجمة) بوزيان فرحات، الجزائر : دار المجد للطباعة والنشر.

أحمد عكاشة (٢٠٠٣)، *الطب النفسى المعاصر* ، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

أنور الحمادى (٢٠٢١). *الاضطرابات العقلية والسلوكية فى التصنيف الدولى للأمراض، الطابعة الحادية عشر.*

ثانيًا: المراجع باللغة الإنجليزية:

Roder, V., & Medalia, A. (Eds.). (٢٠١٠). *Neurocognition and social cognition in schizophrenia patients: basic concepts and treatment* (Vol. 177. Karger Medical and Scientific Publishers.

Lee, P., & Van Meter, A. (2020). Emotional body language: Social cognition deficits in bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, *272*, 231-238.

Cusi, A. M., MacQueen, G. M., & McKinnon, M. C. (2012). Patients with bipolar disorder show impaired performance on complex tests of social cognition. *Psychiatry research*, 200(3-2),258-264.

Ulusoy, S. I., Gülseren, Ş. A., zkan, N., & Bilen, C. (2020). Facial emotion recognition deficits in patients with bipolar disorder and their healthy parents. *General Hospital Psychiatry*, 65, 9-14.

Szmulewicz, A. G., Lomastro, M. J., Valerio, M. P., Igoa, A., & Martino, D. J. (2019). Social cognition in first episode bipolar disorder patients*. Psychiatry Research*, 272,554- 551.

Vaskinn, A., Lagerberg, T. V., Bjella, T. D., Simonsen, C., Andreassen, O. A., Ueland, T., & Sundet, K. (2017). Impairment in emotion perception from body movements in individuals with bipolar I and bipolar II disorder is associated with functional capacity. *International journal of bipolar disorders*, *5*, 1-9.

Nigam, S. G., Shenoy, S., Sharma, P. S. V. N., & Behere, R. V. (2021). Facial emotion recognition and its association with quality of life and socio-occupational functioning in patients with bipolar disorder and their first-degree relatives. *Asian Journal of Psychiatry*, *65*, 102843.

Ulusoy, S. I., Gülseren, Ş. A., zkan, N., & Bilen, C. (2020). Facial emotion recognition deficits in patients with bipolar disorder and their healthy parents. *General Hospital Psychiatry*, 65, 9-14.

Szmulewicz, A. G., Lomastro, M. J., Valerio, M. P., Igoa, A., & Martino, D. J. (٢٠١٩). Social cognition in first episode bipolar disorder patients. *Psychiatry Research*,272, 554-551.

Vaskinn, A., Lagerberg, T. V., Bjella, T. D., Simonsen, C., Andreassen, O. A., Ueland, T., & Sundet, K. (2017). Impairment in emotion perception from body movements in individuals with bipolar I and bipolar II disorder is associated with functional capacity. *International journal of bipolar disorders*, *5*, 1-9.

Nigam, S. G., Shenoy, S., Sharma, P. S. V. N., & Behere, R. V. (2021). Facial emotion recognition and its association with quality of life and socio-occupational functioning in patients with bipolar disorder and their first-degree relatives. *Asian Journal of Psychiatry*, *65*, 102843.

Savla, G. N., Vella, L., Armstrong, C. C., Penn, D. L., & Twamley, E. W. (٢٠١٣). Deficits in domains of social cognition in schizophrenia: a meta-analysis of the empirical evidence. *Schizophrenia bulletin*, *39*(5), 979-992.

Maat, A., Fett, A. K., Derks, E., & Group Investigators. (٢٠١٢). Social cognition and quality of life in schizophrenia. *Schizophrenia research*, *137*(1-3), 212-218.

Venn, H. R., Gray, J. M., Montagne, B., Murray, L. K., Michael Burt, D., Frigerio, E.,... & Young, A. H. (٢٠٠٤). Perception of facial expressions of emotion in bipolar disorder. *Bipolar Disorders*, *6*(4), 286-293.

Miller, J. N., & Black, D. W. (2020) Bipolar disorder and suicide: a review. Current psychiatry reports,22 (2), 1-10.

Hudak, R., & Gannon, J. M. (2022). Bipolar Disorder. In Handbook of Psychiatric Disorders in Adults in the Primary Care Setting (pp47- 80). Humana, Cham.

Hamdi, G., Ammar, H. B., & Hechmi, Z. (2016). The recognition of facial emotions in bipolar disorder. *European Psychiatry*, (33), S406.

Van Rheenen, T. E., Meyer, D., & Rossell, S. L. (2014). Pathways between neurocognition, social cognition and emotion regulation in bipolar disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*,130 (5), 397- 405.

Derntl, B., Seidel, E. M., Kryspin-Exner, I., Hasmann, A., & Dobmeier, M. (2009). Facial emotion recognition in patients with bipolar I and bipolar II disorder. *British Journal of Clinical Psychology,48 (4),363- 375.*

Furlong, L. S., Rossell, S. L., Karantonis, J. A., Cropley, V. L., Hughes, M., & Van Rheenen, T. E. (2022). Characterization of facial emotion recognition in bipolar disorder: Focus on emotion mislabelling and neutral expressions. *Journal of Neuropsychology*,16(2), 353- 372.

Lee, P., & Van Meter, A. (2020). Emotional body language: Social cognition deficits in bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*,272, 231- 238.

Benito, A., Lahera, G., Herrera, S., Muncharaz, R., Benito, G., Fernلndez-Liria, A., & Montes, J. M. (2013). Deficits in recognition, identification, and discrimination of facial emotions in patients with bipolar disorder. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 35, 435-438.

Venn, H. R., Gray, J. M., Montagne, B., Murray, L. K., Michael Burt, D., Frigerio, E. & Young, A. H. (2004). Perception of facial expressions of emotion in bipolar disorder. *Bipolar Disorders*,6(4),386- 293.

Lembke, A., & Ketter, T. A. (2002). Impaired recognition of facial emotion in mania. *American Journal of Psychiatry*,159(2), 302- 304..

Getz, G. E., Shear, P. K., & Strakowski, S. M. (2003). Facial affect recognition deficits in bipolar disorder. *Journal of the International Neuropsychological Society,*9(4), 623- 632.

Summary

Emotional Perception among Patients with Bipolar I and Bipolar II Disorder

Doaa Hesham Mahmoued Prof. Nermiin Abd-elwahab Ahmed

The precent study aims at examine the differences between normals and bipolar disorder patients (bipolar I ,bipolar II) in Emotional perception, the study applied on a sample group consisting of sup-group of (30) of male bipolar disorder patients with average (38,7)and stander deviation (9,6) were compared with (30) of the normal average (38,2) and stander deviation (9,2) they matched to a group of patients in age and gender. We have been applied measure of emotional perception scale, the results revealed that there are differences between the normals and bipolar disorder patients.