

الفروق التشخيصية بين مريضات الاكتئاب الأساسي والسويات في الأداء على

اختبارات أنماط التشويه المعرفي ومكونات الذاكرة العاملة

د. آمال علي قاسمي

اختصاصي نفسي إكلينيكي - دولة الكويت

ملخص

هدفت الدراسة الراهنة إلى الكشف عن الفروق التشخيصية بين مريضات الاكتئاب الأساسي والسويات في الأداء على اختبارات أنماط التشويه المعرفي ومكونات الذاكرة العاملة لدى مريضات الاكتئاب الأساسي والسويات. وأجريت الدراسة على عينة من الإناث الكويتيات، قوامها (٤٠) مريضةً بالاكتئاب الأساسي، و(٤٠) مشاركة من السويات، تراوحت أعمارهن بين (٢٢-٤٥) عاماً، بمتوسط عمري قدره (٣٥,٥٣ ± ٦,٥٢) سنة لعينة المريضة والسويات، و(٣٥,٣٥ ± ٦,٣٣) سنة لعينة السويات. وقد طبقت على العينة البحثية قائمة بيك للاكتئاب (النسخة المعدلة)، وبطارية أنماط التشويه المعرفي، وبطارية اختبارات تقييم مكونات الذاكرة العاملة، بالإضافة إلى المقابلة المبدئية. وكشفت نتائج الدراسة عن وجود فروق جوهرية بين مريضات الاكتئاب الأساسي والسويات في كل نمط من أنماط التشويه المعرفي في اتجاه عينة مريضات الاكتئاب الأساسي، وفي كفاءة أداء كل مكون من مكونات الذاكرة العاملة في اتجاه عينة السويات. وقد تم مناقشة هذه النتائج في ضوء النظريات والنماذج المفسرة للمتغيرات موضع البحث، وكذلك في ضوء ما توصلت إليه نتائج الدراسات السابقة.

كلمات مفتاحية: - أنماط التشويه المعرفي - مكونات الذاكرة العاملة - الاكتئاب الأساسي - النقاط الفاصلة.

مقدمة

يعتبر الإكتئاب^١ مشكلة من المشكلات النفسية التي يمكن أن تعيق الفرد عن أداء دوره الاجتماعي وعن توافقه وارتقائه. والاكتئاب الأساسي هو اضطراب له جوانب انفعالية ومعرفية وبدنية. وبدايةً بالاضطراب البدني، فهو يتمثل في اضطراب الشهية للطعام، واضطراب النوم والعجز الجنسي، واضطراب الجهاز العصبي المستقل، والإنهاك، وكثرة البكاء، وتناقص الطاقة. ويمكن أن يتمثل الاضطراب الانفعالي في الاكتئاب في العجز عن الحب، وكراهية الذات التي قد تصل إلى التفكير في الانتحار أو الإقدام الفعلي عليه. أما الاضطراب المعرفي فيتمثل في تشويه الأفكار والمدرجات المعرفية، بحيث تدور أفكار المريض حول انخفاض تقدير الذات وتوقع الفشل، وخيبة الأمل في الحياة، وذلك بالإضافة إلى الضعف في التركيز الذهني واضطراب الذاكرة (الأنصاري، ١٩٩٧).

الفروق التشخيصية بين مريضات الاكتئاب الأساسي والسويات

وقد يصاب بعض المرضى بحالة مزمنة من الأعراض الاكتئابية الخفيفة التي تستمر لسنوات طويلة، والتي قلما تختفي لأكثر من بضعة أيام، بحيث تتحول حياة الفرد إلى حياة بائسة، ثم كل سنتين تقريباً يظهر تحسن يستمر لشهر أو لشهرين، غير أن الاكتئاب يعود ثانية. وهناك بعض الأشخاص يعتادون على كونهم مكتئبين إلى درجة أنهم يعتبرون الاكتئاب جزءاً من شخصياتهم وليس مرضاً يمكن معالجته. وبما أن الأعراض لا تكون شديدة أو خطيرة كما هي الحال في الاكتئاب الأساسي، فإن الأفراد يظلون على المدى القصير قادرين على التصرف والحياة، غير أنه على المدى البعيد تتضرر علاقاتهم وحياتهم المهنية لأن الأعراض تكون مزمنة، ولكن بسبب تلك الوصمة التي ستلحق بهم بسبب اعترافهم بإصابتهم بذلك الاضطراب فإنهم لا يبحثون عن العلاج (Wittchen, 1998, 126).

أما عن أسباب الإصابة بالاكتئاب، فقد ازداد اهتمام علماء النفس في إجراء البحوث العلمية في محاولة منهم لكشف أسباب المرض، وأوضحت نتائجها بعض الأمور، نذكر منها: أن الاكتئاب ينتقل بالوراثة عبر الأجيال عن طريق الجينات، حيث يزيد حدوث المرض بين الأقارب وفي بعض العائلات، وأن هناك بعض الناس لديهم استعداد للإصابة بالاكتئاب، ويميل تكوينهم النفسي الي الحزن والعزلة والكآبة حتى قبل أن تظهر عليهم أعراض المرض. ويُعتقد إلى جانب الأسباب البيولوجية بوجود عوامل مرتبطة بالتنشئة الاجتماعية، وبالوضعين الاقتصادي والاجتماعي للفرد، فتلك العوامل تولد الاستعداد إلى المعاناة من انخفاض قيمة الذات، وبالتالي إلى الإصابة بالاكتئاب (Lewinsohn, Rohde & Seeley, 1998).

وكشفت كذلك نتائج البحوث عن وجود تغييرات كيميائية في الجهاز العصبي كمنقص بعض المواد مثل: "السيروتونين"، و"النورابينفرين"، ولا يعرف على وجه التحديد إذا كانت هذه التغييرات هي سبب للاكتئاب أو نتيجة له، والأمر المؤكد هنا هو أن الانفعالات تؤثر على كيمياء المخ، وتؤثر على حالة الاتزان النفسي، وما توصل إليه الطب النفسي حتى الآن هو أن مزاج الإنسان وسلوكه يرتبطان بكيمياء الجهاز العصبي. وما نلاحظه من حدوث الاكتئاب عقب التعرض لضغوط الحياة والخسائر المالية، أو عند فقدان شخص عزيز، يؤكد أن تلك الأحداث تؤثر سلباً على الحالة النفسية للإنسان بصفة عامة. أما الأشخاص ممن لديهم استعداد مسبق للإصابة بالاكتئاب، فإنهم يتأثرون بصورة مبالغ فيها، وتستمر معاناتهم من حالة الاكتئاب لفترات طويلة (الشربيني، ٢٠٠١، ٦١-٦٦).

وعلى وجه العموم، أصبح الاكتئاب ظاهرة منتشرة في جميع المجتمعات، ولا يقتصر على مجتمع دون سواه. ووفقاً لإحصاءات منظمة الصحة العالمية لسنة ٢٠١٢، كان هناك أكثر من (٣٥٠) مليوناً من الأفراد في العالم مصابين بالاكتئاب، أي ما يقارب من (٥٪) من أفراد المجتمع الواحد، لذا فهو اضطراب شائع يمنع الأفراد من أداء مهامهم ومواصلة حياتهم بشكل جيد (WHO, 2012). وحسب تقارير الأمم المتحدة، فإن مرض الاكتئاب كلف سنوياً أكثر من (٩٢) مليون يوم غياب عن العمل ومليارات الدولارات تخسرها أماكن العمل بسبب تغير مرضى الاكتئاب عن أعمالهم. كما أنه يمثل السبب الرابع للإعاقات في الوقت الحاضر، وتشير تقارير وتوقعات منظمة الصحة العالمية إلى أن الاكتئاب سوف يصبح المرض الثاني للإعاقات في عام ٢٠٢٠ بعد أمراض القلب (Parry, 2008).

ولا ترتبط الإصابة بالاكتئاب بمرحلة من العمر، فالصغار والشباب وكبار السن قد يصابون به، ولكن تزيد النسبة بين الإناث مقارنة بالذكور (Sloan & Kornstein 2003). فعلى سبيل المثال: أجريت دراسة بهدف المقارنة بين الذكور والإناث في معدل الإصابة بالاكتئاب وشدته وعدد النوبات الاكتئابية، لدى عينة من المراهقين تراوحت أعمارهم بين (١٤-١٧) سنة، وقد أشارت نتائج الدراسة إلى أن معدلات الإصابة بمرض الاكتئاب الأساسي وشدته، وتكرار نوباته مرتفعة لدى الإناث مقارنة بالذكور (Lewinsohn, Seeley & Sasagawa, 2010). وفي دراسة أخرى أجريت على عينة تكونت من (١٣٢) فرداً، أكدت نتائجها أن معدل انتشار الاكتئاب يرتفع لدى عينة الإناث مقارنة بعينة الرجال (Apostolopoulou, et al., 2014).

وهناك كثير من النظريات التي فسرت أسباب منشأ الاكتئاب وتطوره من نواحي متعددة إستناداً إلى ما كشفت عنه البحوث العلمية في مختلف المجالات، ومنها: النظريات الحيوية وما تتضمنه من منحي وراثي ومنحي العوامل الكيميائية الحيوية، ونظرية التحليل النفسي لدى "سيجموند فرويد" Sigmund Freud. إلا أن النظريات المعرفية، تعد من أهم النظريات المفسرة للاكتئاب في الوقت الراهن. ويؤمن أنصار التوجه المعرفي للاكتئاب بأنه عندما تتغير العمليات المعرفية للشخص فإن استجاباته السلوكية تتغير أيضاً، وبأن الأفكار والمعتقدات عوامل رئيسة في تكوين الحالة الوجدانية والتأثير فيها. وتركز النظرية المعرفية على السلوك غير الملموس كالاتجاهات والصور، والذكريات، والمعتقدات غير الظاهرة، كما أن النظريات المعرفية للاكتئاب تعتبره سوء توافق وتفكير غير عقلائي، وأن الأفكار المشوهة هي السبب في الاضطراب، وحدة أعراضه وفي الإبقاء على الأعراض والسلوك الاكتئابي، والشعور بالمزاج السلبي كما أن بعض الأعراض الجسدية التي تظهر كأعراض للاكتئاب يُنظر إليها كنتائج لأنماط معرفية خاطئة.

وقد قام "أرون بيك" Aaron Beck، بصياغة النظرية المعرفية، التي أشار من خلالها إلى ما أسماه بالأفكار الآلية^١، بأنها تيار من التفكير يوجد مع تيار أكثر ظهوراً من الأفكار. وهذه الأفكار ليست مقتصرة على المرضى المضطربين نفسياً، ولكنها شائعة عند عامة الناس. ويكون الأفراد بالكاد - في معظم الوقت - غير واعين بهذه الأفكار، وفيما يخص مرضى الاكتئاب، تقوم تلك الأفكار الآلية السلبية والمعتلة لديهم بتشويه الأفكار الآلية الحقيقية منها كما أنها تؤثر سلباً على مشاعر المرضى، وتعطلهم عن بلوغ أهدافهم، وتظهر بشكل تلقائي بدون مجهود، وتصبح غير تكيفية عندما لا تكون دقيقة، وناقدة للذات، وعدائية نحو الآخرين. وتبعاً لـ "بيك" فإن طبيعة هذه الأفكار تكون غير تكيفية، الأمر الذي ينتج عنه خبرة الفرد بالمشاعر السلبية، أو الدخول في سلوك ما سلبي (حسين، ٢٠١١).

كما تقوم نظرية "بيك" على فرض مفاده أن الأشخاص المكتئبين خلال مرحلتي الطفولة والمراهقة يكونون مخططات سلبية^٢ (الميل إلى رؤية العالم بنظرة سلبية) بسبب فقدان أحد الوالدين، أو المعاناة القاسية والمتكررة، أو الرفض الاجتماعي من قبل الأقران، أو انتقادات المعلمين... إلخ. أي أن الخبرات والأحداث المبكرة التي يتعرض لها

1- Automatic Thoughts.

2- Negative Schemas.

الفروق التشخيصية بين مريضات الاكتئاب الأساسي والسويات

الفرد في حياته، تعد بمثابة المتغيرات المهيبة¹ التي تقدم الأساس الذي يعتمد عليه في تكوين التصورات السلبية نحو الذات والعالم والمستقبل، ثم يأتي دور المتغيرات المرسبة² المتمثلة في مجموعة من الظروف وأحداث الحياة السلبية، حيث تقوم بتنشيط هذه التصورات السلبية واثارتها ومن ثم ينشأ الاكتئاب (رضوان، وأبو عباة، ٢٠٠٢؛ Davison, Neale & Kring, 2004, 275).

وقد اختلف الباحثون في تسمياتهم لمصطلح التشويه المعرفي³، حيث ورد في بحوثهم تسميات أخرى له، من مثل: أخطاء التفكير⁴، والأفكار الآلية السلبية عند "بيك"، والأفكار اللاعقلانية⁵ عند "ألبرت إليس" Albert Ellis، إلا أنه في الدراسة الراهنة سوف نتناوله الباحثة تحت مسمى أنماط التشويه المعرفي.

وعلى الجانب الآخر، تعد الذاكرة من أكثر العمليات المعرفية التي حظيت بعدد من الدراسات منذ زمن طويل. ويرجع هذا الاهتمام المتزايد إلى أهميتها القصوى باعتبارها مركز العمليات المعرفية ومحورها الذي يؤثر على كل ما هو معرفي، كمنط التعرف والانتباه والإدراك والتعلم والتحصيل والتفكير. وعلى ضوء مخزونها المعرفي يمكن اشتقاق الخطط المعرفية القصدية التي تستخدم في التعلم والتفكير وحل المشكلات واتخاذ القرارات، وأية أنشطة عقلية معرفية أياً كانت طبيعتها، لذا فهي تؤدي دوراً فعالاً في تكيف الإنسان وحل مشكلاته، وهي تمثل حجر الزاوية للنمو النفسي (الزيات، ١٩٩٨، ٢٦٧؛ عبدالفتاح، ٢٠٠٥، ٥٥).

ويشير مصطلح الذاكرة العاملة⁶ إلى القدرة على تخزين ومعالجة المعلومات لفترات قصيرة من الزمن، ويشمل كذلك مساحة العمل العقلية التي يستخدمها الأفراد خلال الأنشطة الهامة في الحياة اليومية (Alloway, 2007). ويرى "بادلي" Baddeley، أن الذاكرة العاملة يجب النظر إليها باعتبارها جهازاً متعدد المكونات وليس مجرد مخزن وحدوي، ويتسع هذا الجهاز ليشمل أربعة مكونات هي: (المنفذ المركزي⁷)، وهو مكون ذو سعة محدودة يتحكم في الانتباه، ويعاونه جهازان فرعيين هما: المكون الصوتي - اللفظي⁸، ويعني بالمعلومات الصوتية اللفظية، والمكون البصري - المكاني⁹؛ وهو يعني بالمعلومات البصرية والمكانية، ومكون الروابط الدلالية المؤقتة¹⁰؛ وهو نظام محدود السعة يقوم بدور الوسيط بين تلك الأجهزة الفرعية، فيقوم بالربط بين المعلومات الواردة منها في بناء أحادي، وهو في الوقت نفسه يقوم بعملية التخزين المؤقت للمعلومات (Baddeley, 2000؛ إبراهيم، ٢٠١٣، ٩٨).

ويرى الباحثون أن الاكتئاب يُظهر نوعين من اضطرابات الذاكرة العاملة: خللاً واضطراباً في الحفظ المؤقت للمعلومات، والاستدعاء المتزايد للذكريات غير السارة. ووفقاً لما أشار إليه "بيك"، فإن الأفراد المعرضين للإصابة

- 1- Predisposing.
- 2- Precipitating.
- 3- Cognitive Distortion.
- 4- Thinking Errors.
- 5- Irrational Thoughts.
- 6- Working Memory.
- 7-Central Executive.
- 8- Phonological Loop.
- 9- Visuo-Spatial Sketchpad.
- 10-Episodic Buffer.

بالاكتئاب يتصفون بامتلاكهم لمخططات ذاتية سلبية، تبقى كامنة حتى يواجهوا أحداثاً معينة، ويبقى الاكتئاب مستمراً بسبب هذه النظرة السلبية للذات والقدرات. ويسبب الانشغال بالذكريات غير السارة، فالمكتئبون أكثر استرجاعاً لمثل هذه الذكريات (عبدالله، ٢٠٠٣، ٢٧٧).

ويتضح مما سبق وجود علاقة ارتباطية بين مرض الاكتئاب والتشويبات المعرفية المصاحبة له وفقاً لرؤية المنحى المعرفي، والذاكرة الإنسانية، مما يدعونا إلى عدم تجاهل دور الاكتئاب في التأثير على كفاءة الذاكرة العاملة باعتبارها مركزاً لكل الوظائف والقدرات العقلية العليا، بل ولكل العمليات المعرفية. ويتضح كذلك أن التشويبات المعرفية ليست مقتصرة على المرضى المضطربين نفسياً، بل إنها شائعة عند عامة الناس، ولكن بدرجات متفاوتة.

مشكلة الدراسة

يمكن تحديد مشكلة الدراسة الراهنة في الإجابة عن التساؤلات الآتية:

- ١- هل توجد فروق جوهرية بين مريضات الاكتئاب الأساسي والسويات في كل نمط من أنماط التشويه المعرفي؟
- ٢- وهل توجد فروق جوهرية بين مريضات الاكتئاب الأساسي والسويات في الأداء على اختبارات كل مكون من مكونات الذاكرة العاملة؟

- ٣- وما هي النقاط الفاصلة التي تفرق بين مريضات الاكتئاب الأساسي والسويات، طبقاً لمستوى شدة المرض، في الأداء على بطارية أنماط التشوية المعرفي من ناحية، وبطارية اختبارات كل مكون من مكونات الذاكرة العاملة من ناحية أخرى؟

مفاهيم الدراسة

أولاً: مفهوم اضطراب الاكتئاب الأساسي

يشير علماء النفس المختصون في الاضطرابات النفسية، إلى أن الاكتئاب يوصف بطرق مختلفة: فهو يستخدم كوصف للحالة المزاجية للفرد، وكتعريف لزملة مرضية باعتباره تعريفاً تصنيفياً في الطب النفسي (معمرية، ٢٠١٠).

ويعرف "بيك" الاكتئاب بأنه "اضطراب التوافق المصحوب بالمزاج المكتئب الذي يتسم بالبكاء واليأس والقنوط" (جابر، وكفافي ١٩٨٩، ٦٦). ويعرفه كذلك بأنه "استجابة لتكيفية مبالغ فيها، وتتم بوصفها نتيجة منطقية لمجموع التصورات والإدراكات السلبية للذات، أو للموقف الخارجي، أو للمستقبل، أو للعناصر الثلاث مجتمعة" (Beck, , 34, 1979, Rush, Shaw & Emery).

وتبعاً للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية: الإصدار الخامس DSM-V يصنّف الاكتئاب

ضمن اضطرابات المزاج، كما أن تشخيص نوبة الاكتئاب الأساسي يشترط فيها الآتي (APA, 2013, 94-95).

- ١- ظهور خمسة أو أكثر من الأعراض التالية الذكر بشكل مستمر لمدة لا تقل عن أسبوعين متواصلين، وأن يكون أحد تلك الأعراض على الأقل إنهباط المزاج، أو فقدان المتعة. وتتمثل أعراض نوبة الاكتئاب الأساسي في التالي:

الفروق التشخيصية بين مريضات الاكتئاب الأساسي والسويات

- أ- إنهياط المزاج باستمرار، طوال اليوم تقريباً وبشكل يومي، حيث يذكر المريض عبارات من مثل: (أشعر بالحزن، وفقدان الأمل)، أو أن يلاحظ عليه الآخرون مثلاً مظاهر البكاء.
- ب- فقدان الاهتمام تقريباً بجميع الأنشطة، وفقدان القدرة على الاستمتاع بما يقوم به الفرد من أنشطة، وذلك من خلال ما يقوله الفرد عن نفسه أو ما يذكره عنه الآخرون من حوله.
- ج- نقصان ملحوظ في الوزن دون اتباع حمية، أو زيادة ملحوظة في الوزن.
- د- الأرق، أو الإفراط في النوم بشكل يومي تقريباً .
- هـ- خلل في النشاط الحسي الحركي حيث يصبح الفرد بطيء الحركة، بالإضافة إلى عدم القدرة أو الرغبة في القيام بأي نشاط بشكل يومي، ويلاحظ الفرد نفسه أو يلاحظه المحيطون به.
- و- الشعور بالتعب الشديد وفقدان الطاقة بشكل يومي.
- ز- الإحساس بالدونية وانعدام القيمة، مع الإحساس الشديد غير المحدد وغير المبرر بالذنب.
- ح- تدهور القدرة على التفكير أو التركيز، وعدم القدرة على حسم القرارات.
- ط- أفكار متكررة تتعلق بالموت (ليس فقط الخوف من الموت)، وأفكار متكررة تتعلق بالانتحار من مثل: (التفكير في الانتحار بدون وجود خطة، أو محاولة الانتحار، أو وجود خطة محددة لتنفيذ الانتحار).
- ٢- أن تسبب الأعراض ضيقاً إكلينيكياً ملحوظاً، أو خللاً في المجال الاجتماعي، أو المهني أو غيرها من مجالات الأداء المهمة.
- ٣- ألا تنسب نوبة الاكتئاب الأساسي إلى الآثار النفسية الناتجة عن تناول مادة دوائية، أو إلى أي حالة طبية أخرى.

ثانياً: مفهوم التشويه المعرفي

يعرف التشويه المعرفي بأنه "أنماط من التفكير السلبي، تتدخل في طريقة إدراك الفرد للأحداث التي يمر بها، فتنع عقل الفرد بأن ما يراه صحيحاً عندما لا يكون كذلك، وهي أفكار غير دقيقة ينتج عنها تفكير مشوه ومشاعر سلبية" (Grohol, 2009).

وقد عرفه "ألبرت إليس" Albert Ellis بأنه "الأفكار اللاعقلانية، وأنه مجموعة من الأفكار السلبية الخاطئة وغير المنطقية التي تنسم بعدم موضوعيتها، والمبنية على توقعات وتعميمات خاطئة، وعلى مزيج من الظن والتنبؤ والمبالغة والتهويل، بدرجة لا تتفق والإمكانات الفعلية للفرد" (القيسي، ٢٠١٠).

وتعرف الباحثة التشويه المعرفي بأنه "مجموعة من الأفكار الآلية السلبية حول الذات والآخرين والبيئة المحيطة تشمل الماضي والحاضر والمستقبل، يكونها الفرد اعتماداً على أنماط ثابتة من التفكير تم بناؤها من خلال ما تعرض له من خبرات وأحداث مبكرة في الحياة، وتنشط هذه الأفكار وتثار عند تعرض الفرد إلى أحداث الحياة السلبية والحالية، فتجعله يتعامل مع تلك الأحداث بصورة لا توافقية".

ثالثاً: مفهوم الذاكرة العاملة

يعرف "لوجي" (Logie, 1995, 64) الذاكرة العاملة بأنها "الجزء النشط أو الفعال من الذاكرة قصيرة المدى، فهي تحتفظ بالمعلومات لفترة أطول من الزمن من الذاكرة قصيرة المدى فضلاً عن أنها تقوم بمعالجة تلك المعلومات، وتصنيفها وفقاً لنوعها". ويعرفها "بادلي" بأنها "نظام محدود السعة يقوم بحفظ المعلومات ومعالجتها بشكل مؤقت، ويدعم عمليات التفكير عن طريق إحداث التداخل بين الإدراك، والذاكرة طويلة المدى، والأرجاع أو التصرفات" (Baddeley, 2003). أما "لي وبارك" (Lee & Park, 2005) فيعرفانها بأنها "نظام يقوم بحفظ المعلومات، وتمثيلها، وتفعيلها، ومعالجتها". وقد عرفت الذاكرة العاملة في موسوعة علم النفس والتحليل النفسي بأنها "نظام ذو مكونات متعددة لفهم الطريقة التي تخزن بها المعلومات وتعالج، لاستخدامها في أداء مختلف الأنشطة المعرفية المعقدة" (إبراهيم، ٢٠١٣، ٩٩).

ويمكن تصور الذاكرة العاملة بأنها نظام يتضمن مكونات مترابطة، تقع في أجزاء مختلفة من الدماغ، ويرى "بادلي" أن الذاكرة العاملة يجب النظر إليها باعتبارها جهازاً متعدد المكونات وليس مجرد مخزن وحدوي، ويتسع هذا الجهاز ليشمل أربع مكونات هي: (المنفذ المركزي^١، وهو مكون ذو سعة محدودة يتحكم في الانتباه، ويعاونه جهازان فرعيان هما: المكون الصوتي - اللفظي^٢؛ ويعني بالمعلومات الصوتية اللفظية، والمكون البصري - المكاني^٣؛ وهو يعني بالمعلومات البصرية والمكانية، ومكون الروابط الدلالية المؤقتة^٤؛ وهو نظام محدود السعة يقوم بدور الوسيط بين تلك الأجهزة الفرعية، فيقوم بالربط بين المعلومات الواردة منها في بناء أحادي، وهو في الوقت نفسه يقوم بعملية التخزين المؤقت للمعلومات (Baddeley, 2000؛ إبراهيم، ٢٠١٣، ٩٨). بحيث تتمثل وظائف الذاكرة العاملة في الآتي:

- ١- التركيز على الانتباه الانتقائي للأحداث الحالية.
- ٢- والاحتفاظ بالأحداث المنتقاة، ودمجها مع الخبرات السابقة في الذاكرة طويلة المدى.
- ٣- وإحداث أفعال ومقاصد ضرورية لمعالجة معلومات الأنماط الأخرى من الذاكرة.
- ٤- ودورها في الفهم واللغة والاستنتاج.
- ٥- ومعالجة المعلومات وتحليلها من خلال عمليات التخزين والتكرار (Baddeley, 2003).

وقد لخص "بادلي" الأوجه الرئيسية لنموذج في الذاكرة العاملة كالآتي:

- ١- تتكون الذاكرة العاملة من عدة مكونات معرفية متخصصة، تتيح للأفراد فرصة فهم بيئتهم الحالية وتمثلها عقلياً، والاحتفاظ بالمعلومات حول خبراتهم المباشرة السابقة، لتعزيز اكتساب المعرفة الجديدة كحل المشكلات، بالإضافة إلى تشكيل وربط الأهداف الحالية والتصرف بناء عليها.

1- Central Executive.

2- Phonological Loop.

3- Visuo-Spatial Sketchpad.

4- Episodic Buffer.

الفروق التشخيصية بين مريضات الاكتئاب الأساسي والسويات

٢- تشمل هذه المكونات المتخصصة نظام مراقبة (المنفذ المركزي) وأنظمة ذاكرة مؤقتة متخصصة، وتشمل: (المكون اللفظي)، وهو يتضمن المخبأ الصوتي الذي يتم فيه التخزين المؤقت للمدخلات اللفظية والتسميع الصوتي، ويتم فيه تكرار المدخلات اللفظية ومعالجتها. أما (المكون البصري- المكاني) فيشمل المخبأ البصري، والذي يتم فيه التخزين المؤقت للمدخلات البصرية والمكانية والكاتب الداخلي، والذي يقوم بمعالجة المدخلات نفسها. وقد أشار "بادلي" إلى أن (مكون الروابط الدلالية المؤقتة) يقوم بالتنسيق بين المكونين (الصوتي-اللفظي، والبصري-المكاني) والذاكرة طويلة المدى.

٣- يستخدم نظام الذاكرة المؤقتة المتخصصة من أجل الاحتفاظ بمجالات الذاكرة في حالة نشطة، والتي تتداخل مع المسارات المشتركة في الإدراك، عن طريق آليات التسميع الذاتي من أجل إصدار أصوات للمكون اللفظي، وإحداث الصورة للمكون البصري - المكاني.

٤- يشترك المكون التنفيذي المركزي في تنظيم عمل الذاكرة العاملة والتحكم فيه حينما تقوم بعدة وظائف تنفيذية، مثل التنسيق بين النظامين التابعين، وتركيز وتغيير الانتباه، وتنشيط التمثيل في الذاكرة طويلة المدى، ولكنه لا يشترك في التخزين المؤقت (سليمان، ٢٠١٠).

الدراسات السابقة

ضمن هذا الإطار، أجريت دراسة هدفت إلى فحص الفروق بين مرضى الاكتئاب الأساسي ومرضى الاكتئاب ثنائي القطب^١، فيما يخص البناء المعرفي من خلال الرؤية التي يطرحها النموذج المعرفي في الاكتئاب لدى "بيك". وقد تم إجراء هذه الدراسة على عينة كلية قسمت إلى (٣) عينات فرعية هي: عينة مرضى الاكتئاب الأساسي التي تكونت من (١٨٩) مريضاً، وعينة مرضى الاكتئاب ثنائي القطب وتكونت من (٧٠) مريضاً، وعينة الأسوياء التي اشتملت على (١٢٠) فرداً. ومن أجل تقييم البناء المعرفي لدى المشاركين تم استخدام مقياس الأفكار الآلية السلبية، ومقياس الاتجاهات المختلة. وقد توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

١- حصل مرضى الاكتئاب الأساسي على درجات أعلى من مرضى الاكتئاب ثنائي القطب ومن الأسوياء، من خلال أدائهم على مقياس الأفكار الآلية السلبية.

٢- وحصل مرضى الاكتئاب ثنائي القطب على درجات أعلى من الأسوياء من خلال أدائهم على مقياس الأفكار الآلية السلبية.

٣- وفيما يتعلق بمقياس الاتجاهات المختلة، حصل مرضى الاكتئاب الأساسي على درجات أعلى من مرضى الاكتئاب ثنائي القطب والأسوياء على المقياس الفرعي (الاتجاه نحو الكمالية).

٤- وحصل مرضى الاكتئاب ثنائي القطب على درجات أعلى من مرضى الاكتئاب الأساسي والأسوياء، على المقياس الفرعي (طلب التأييد والاستحسان) من مقياس الاتجاهات المختلة (Batmaz, Kaymak, Soygur, Ozalp & Turkcapar, 2013).

كما أجريت دراسة أخرى بهدف التحقق من الكفاءة السيكومترية لمقياس الأفكار الاكتئابية، وقد تضمن هذا المقياس تشويهاً معرفية حول أفكار: (انعدام الكفاءة الذاتية، والنظرة السلبية للمستقبل، والفشل). وأجريت الدراسة على عينة تكونت من (٢٩) مريضاً اكتئابياً، و(٣٣٨) من الأسوياء، تراوحت أعمارهم بين (١٨-٦٤) عاماً. وأشارت النتائج إلى أن مرضى الاكتئاب قد أظهروا تشويهاً معرفية شديدة، مقارنةً بعينة الأسوياء (Carneiro, Baptista & Moreno, 2014). هذا بالإضافة إلى الدراسة التي أجراها "بيترز، وآخرون" (Peters, et al., 2014)، بهدف إعداد مقياس للتشويهاً المعرفية، يهتم بقياس خمسة أنماط من التشويهاً هي: (القفز إلى الإستنتاجات، وقراءة الأفكار، والتفكير الكوارثي، والتبرير العاطفي^١، والتفكير الثنائي)، وقد تم تطبيق المقياس على عينة من مرضى الاكتئاب، وأخرى من الأسوياء. وأظهرت نتائج الدراسة أن التشويهاً المعرفية التي يعاني منها مرضى الاكتئاب هي أكثر شدة، مقارنةً بالأسوياء.

وقام "هالفورسن، وآخرون" (Halvorsen, et al., 2012)، بإجراء دراسة على ثلاث عينات هي: عينة تكونت من (٣٧) مريضاً لازالوا يعانون من الاكتئاب الأساسي، وعينة أخرى تكونت من (٨١) مريضاً اكتئابياً سابقاً، وعينة ثالثة تكونت من (٥٠) فرداً من الأسوياء. وقد هدفت هذه الدراسة إلى تحديد الفروق بين عينات الدراسة في مستويات كفاءة الذاكرة العاملة، والوظائف التنفيذية، والانتباه، والسرعة الحركية. وقد أظهرت النتائج وجود فروق بين الثلاث مجموعات، حيث حصلت مجموعة المرضى على أقل الدرجات في اختبارات الذاكرة العاملة والانتباه، وسرعة المعالجة، تليها مجموعة المرضى السابقين، ثم مجموعة الأسوياء.

وفي دراسة أخرى هدفت إلى فحص الدلالات الإكلينيكية لأداء مرضى الاكتئاب ومرضى الفصام، مقارنةً بمجموعة من الأسوياء، من خلال الأداء على مهام الذاكرة العامة، وهدفت أيضاً إلى فحص القدرة التنبؤية للذاكرة العاملة بتلك الاضطرابات، وتكونت عينة الدراسة من (٣٠) مريضاً اكتئابياً، و(٣٠) مريضاً فصامياً، و(٣٠) مشاركاً من الأسوياء. وأشارت النتائج إلى وجود فروق دالة إحصائياً بين مجموعات الدراسة في درجة كفاءة أداء الذاكرة العاملة، لصالح مجموعة الأسوياء (أبو العطا، ٢٠١٢).

كما قام "كورتين، وآخرون" (Korten, et al., 2014) بدراسة حديثة، هدفت إلى المقارنة بين مرضى الاكتئاب والأسوياء ممن تتراوح أعمارهم بين (٦٠-٩٣) عاماً في كفاءة الأداء المعرفي، وتكونت عينة الدراسة من (٣٧٨) من المرضى الذين تم تشخيصهم بمرض الاكتئاب الأساسي، و(١٣٢) من الأسوياء. وقد تم تقييم الجوانب المعرفية لدى المشاركين باستخدام الاختبارات التالية: (اختبار الذاكرة العاملة، واختبار الروابط الدلالية المؤقتة، واختبار سرعة المعالجة، واختبار التحكم الداخلي). وقد أشارت نتائج الدراسة إلى الآتي:

١- وجود فروق دالة إحصائياً بين مرضى الاكتئاب الأساسي والأسوياء في كفاءة الأداء المعرفي، في اتجاه عينة الأسوياء.

الفروق التشخيصية بين مريضات الاكتئاب الأساسي والسويات

٢- هناك ارتباط موجب بين شدة الاكتئاب، وكل من: ضعف كفاءة الذاكرة العاملة، وانخفاض سرعة المعالجة المعرفية.

٣- وهناك ارتباط موجب بين شدة الاكتئاب، وانخفاض كفاءة الوظائف التنفيذية.

٤- وظهر ارتباط موجب بين درجات المشاركين على مقياس "عد اللامبالاة"، ودرجاتهم على اختبار الروابط الدلالية المؤقتة، واختبار سرعة المعالجة.

٥- وأن استخدام العلاجات المضادة للاكتئاب قد زاد من ضعف الوظائف المعرفية بشكل عام لدى عينة المرضى الاكتئابيين.

ينضح مما سبق، اتفاق الدراسات السابقة على وجود فروق جوهرية بين مرضى الاكتئاب الأساسي والأسوياء، من حيث شدة التشويهاات المعرفية، ومستوى كفاءة مكونات الذاكرة العاملة. وفي ضوء ما تم عرضه، يمكن صياغة فروض الدراسة الراهنة على النحو التالي:

فروض الدراسة

تتمثل فروض الدراسة فيما يلي:

١- متوسطات كل نمط من أنماط التشويه المعرفي تكون أعلى جوهرياً لدى مريضات الاكتئاب الأساسي من السويات.

٢- متوسطات مريضات الاكتئاب الأساسي تكون أقل جوهرياً من السويات في كفاءة الأداء على كل اختبار من اختبارات كل مكون من مكونات الذاكرة العاملة.

منهج الدراسة وإجراءاتها

أولاً: منهج الدراسة

أجريت الدراسة الراهنة وفقاً للمنهج الوصفي المقارن، ولمزيد من التفاصيل ارجع إلى (قاسمي، ٢٠١٤).

ثانياً: تصميم الدراسة

استخدمت الباحثة تصميماً غير تجريبي، وهو تصميم مجموعة الحالة في مقابل مجموعة المقارنة حيث تم اختيار مجموعة من مريضات الاكتئاب الأساسي التي تعتبر مجموعة الحالة، ومجموعة أخرى من السويات مناظرة لها وهي مجموعة المقارنة، ثم تمت المقارنة بينهما في الأداء على كل من مقاييس أنماط التشويه المعرفي ومقاييس مكونات الذاكرة العاملة. وقامت الباحثة بإحداث التكافؤ بين كل من مريضات الاكتئاب الأساسي والسويات من خلال تثبيت بعض المتغيرات التي قد تتدخل في أدائهن على مقاييس الدراسة مثل: الحالة الاجتماعية، والمستوى التعليمي، والعمر، ونسبة الذكاء.

ثالثاً: عينة الدراسة

تكونت عينة الدراسة الأساسية من (٤٠) مشاركة من مريضات الاكتئاب الأساسي و(٤٠) من السويات، وقد تراوحت أعمار المشاركات بين (٢٢-٤٥) عاماً، بمتوسط عمري قدره (٣٥,٥٣ ± ٦,٥٢) سنة لعينة المريضات و(٣٥,٣٥ ± ٦,٣٣) سنة لعينة السويات. وتم اختيار عينة مريضات الاكتئاب الأساسي الكويتيات، ممن سبق تشخيصهن من قبل أطباء نفسيين بمرض الاكتئاب الأساسي وفقاً للدليل التشخيصي والإحصائي الخامس، بعضهن من المريضات المترددات على العيادة الخارجية لمستشفى الطب النفسي بدولة الكويت، أو من المريضات المقيمت داخل الأجنحة لفترة تتراوح بين يوم واحد إلى شهر، وبعضهن الآخر من المريضات المترددات على العيادات الخاصة. وتمثلت شروط اختيار العينة المرضية في الآتي:

- ١- ألا يقل عمر المريضة عن ٢٢ عاماً، أو يزيد عن ٤٥ عاماً، تجنباً لتأثير عوامل مرحلة المراهقة أو الشيخوخة.
- ٢- أن يكون مستوى الذكاء حول المتوسط (٩٠-١١٥). وقد استخدمت الباحثة اختبار المفردات من "بطارية وكسلر لقياس ذكاء الراشدين" لتحديد نسبة الذكاء العام، لكون هذا الاختبار أكثر الاختبارات ثباتاً وارتباطاً بالدرجة الكلية. وذلك لضبط متغير الذكاء كمتغير دخيل، وللتأكد من أن الذكاء لا يؤثر على قدرة الذاكرة العاملة.
- ٣- ألا تقل درجتها على قائمة "بيك" للاكتئاب عن (٢٥) درجة، بالإضافة إلى تشخيصها من قبل الطبيب النفسي المختص بالاكتئاب الأساسي.
- ٤- أن يتراوح المستوى التعليمي بين (ابتدائي وما فوق).
- ٥- ألا تزيد مدة الإقامة في المستشفى عن شهر، تجنباً لتأثير عوامل الحرمان الحسي على الأداء، إذا كانت حالة ضمن مريضات العيادة الداخلية.
- ٦- ألا تكون المريضة لها تاريخ سابق في الإدمان والتعاطي.
- ٧- ألا تكون مصابةً بإصابة عضوية في الدماغ.
- ٨- ألا تكون المريضة قد تم تشخيصها باضطراب عقلي.
- ٩- أن تكون خاضعةً للعلاج الطبي.

وفي المقابل تم اختيار عينة السويات، كمجموعة ضابطة مكافئة لمجموعة مريضات الاكتئاب من حيث: العمر، والحالة الاجتماعية، والمستوى التعليمي، ونسبة الذكاء.

لقد تم حساب قيمة (ت) لدلالة الفروق بين عينة مريضات الاكتئاب الأساسي وعينة السويات على متغير العمر، ويوضح الجدول (١) المتوسطات والانحرافات المعيارية للمجموعتين. وكذلك تم حساب التكافؤ بين عينة مريضات الاكتئاب الأساسي وعينة المريضات على متغيرات الحالة الاجتماعية، والمستوى التعليمي، ومستوى الدخل، ويعرض الجدول (٢) للتكرارات (ك) والنسب المئوية لدى العينتين على تلك المتغيرات.

الفروق التشخيصية بين مريضات الاكتئاب الأساسي والسويات

جدول (١) التكافؤ بين عينة مريضات الاكتئاب الأساسي وعينة السويات على متغير العمر

مستوى الدلالة	قيمة "ت"	عينة السويات (ن = ٤٠)		عينة مريضات الاكتئاب (ن = ٤٠)		العينات المتغيرات
		ع	م	ع	م	
٠,٩ (غير دال)	٠,١٢	٦,٣٣	٣٥,٣٥	٦,٥٢	٣٥,٥٣	العمر

جدول (٢): التكافؤ بين عينة مريضات الاكتئاب الأساسي والسويات في متغيرات الحالة الاجتماعية،

والمستوى التعليمي

مستوى الدلالة	درجة الحرية	كا	عينة السويات (ن = ٤٠)		عينة المريضا (ن = ٤٠)		العينات المتغير
			%	ك	%	ك	
٠,٢٢ (غير دال)	٢	٣,٠٦	٣٧,٥%	٣	٦,٢٥%	٥	الحالة الاجتماعية: عزباء
			٤٣,٧٥%	٣٥	٣٦,٢٥%	٢٩	متزوجة
			٢,٥%	٢	٧,٥%	٦	مطلقة
			--	--	--	--	أرملة
٠,٠٦ (غير دال)	٢	٥,٥٤	--	--	--	--	المستوى التعليمي: إبتدائي
			--	--	--	--	متوسط
			٢,٥%	٢	١١,٢٥%	٩	ثانوي
			٢٥%	٢٠	١٧,٥%	١٤	دبلوم
			٢٢,٥%	١٨	٢١,٢٥%	١٧	جامعي
--	--	--	--	--	--	دراسات عليا	

وتشير بيانات الجدولين السابقين إلى اختفاء الفروق بين عينتي الدراسة، مما يؤكد تحقيق التكافؤ بين العينتين

في المتغيرات سالفة الذكر.

رابعاً: اختبار الكفاءة السيكومترية لأدوات الدراسة

(١) عينة الدراسة الاستطلاعية.

قامت الباحثة بإجراء الدراسة الاستطلاعية على عينة قوامها (١٥) من مريضات الاكتئاب الأساسي و(١٥) من السويات، وأفراد كلتا العينتين من الإناث الكويتيات اللاتي تنطبق عليهن شروط اختيار العينة، والتي سبق ذكرها. وقد قامت الباحثة بتطبيق اختبارات الدراسة على العينتين، واستندت على أدائهما في حساب معاملات الثبات والصدق لاختبارات الدراسة، بهدف اختبار الكفاءة السيكومترية لها.

(٢) حساب معاملات صدق أدوات الدراسة

قامت الباحثة بحساب معاملات الصدق لمقاييس الدراسة بطريقة صدق التعلق بمحك خارجي، ويعرض

الجدول (٣) لمعاملات صدق مقاييس الدراسة.

جدول (٣): معاملات صدق الارتباط بمحك خارجي لمقاييس الدراسة لدى عينة مريضات الاكتئاب

الأساسي(ن=١٥) وعينة السويات (ن=١٥)

عينة السويات	عينة المريضات	الاختبارات التجريبية / الاختبارات المحكية
		قائمة بيك للاكتئاب (مقياس بيك لليأس)
٠,٩	٠,٩	
		بنود قائمة بيك للاكتئاب:
		١. الحزن
٠,٧	٠,٨	
		٢. التشاؤم
٠,٢	٠,٤	
		٣. الشعور بالفشل
٠,٤	٠,٣	
		٤. عدم الرضا
٠,٢	٠,٢	
		٥. الشعور بالذنب
٠,٦	٠,٣	
		٦. الإحساس بالعقاب
٠,٦	٠,٥	
		٧. كراهية الذات
٠,٢	٠,٦	
		٨. نقد الذات
٠,٣	٠,٥	
		٩. الميول الانتحارية
٠,٢	٠,٦	
		١٠. نوبات البكاء
٠,٤	٠,٤	
		١١. القابلية للغضب
٠,٨	٠,٢	
		١٢. الانسحاب الاجتماعي
٠,٧	٠,٤	
		١٣. العجز عن اتخاذ القرارات
٠,٦	٠,٣	
		١٤. تغير صورة الذات
٠,٢	٠,٥	
		١٥. فقدان الطاقة
٠,٧	٠,٧	
عينة السويات	عينة المريضات	الاختبارات التجريبية / الاختبارات المحكية

الفروق التشخيصية بين مريضات الاكتئاب الأساسي والسويات

تابع جدول (٣)

		<u>بنود قائمة بيك للاكتئاب:</u>
٠,٣	٠,٤	١٦. اضطراب النوم
٠,٤	٠,٤	١٧. التعب
٠,٤	٠,٥	١٨. فقدان الشهية
٠,٤	٠,٧	١٩. نقص الوزن
٠,٥	٠,٤	٢٠. الاثغالات الصحية
٠,٧	٠,٣	٢١. فقدان الاهتمام بالجنس
٠,٨	٠,٧	بطارية أنماط التشويه المعرفي (استخبار الأفكار اللاعقلانية)
المقاييس الفرعية لبطارية أنماط التشويه المعرفي:		
٠,٨	٠,٨	١. نمط (المبالغة في التعميم / التهويل)
٠,٦	٠,٥	٢. نمط (التهوين)
٠,٨	٠,٦	٣. نمط (الكل أو لا شيء / التفكير الثنائي)
٠,٦	٠,٦	٤. نمط (الشخصنة)
٠,٧	٠,٧	٥. نمط (التفسير السلبي لما هو ايجابي / التجريد الانتقائي)
٠,٨	٠,٦	٦. نمط (القفز إلى الإستنتاجات / معرفة الغيب)
٠,٦	٠,٦	٧. نمط (قراءة المستقبل سلبياً)
٠,٦	٠,٦	٨. نمط (التفكير الكوارثي)
٠,٧	٠,٦	٩. نمط (العنونة)
٠,٧	٠,٦	١٠. نمط (قراءة الأفكار)
٠,٦	٠,٨	١١. نمط (طلب التأييد والاستحسان)
٠,٧	٠,٧	١٢. نمط (الرغبة في الكمال الشخصي)
٠,٧	٠,٦	١٣. نمط (أفكار الهجر وعدم الاستقرار)
٠,٧	٠,٨	١٤. نمط (أفكار الضعف والاستغلال)
٠,٦	٠,٦	١٥. نمط (أفكار الحرمان العاطفي)
٠,٧	٠,٨	١٦. نمط (أفكار انعدام الكفاءة الشخصية)
٠,٧	٠,٨	١٧. نمط (أفكار الذات البدائية)
٠,٦	٠,٦	١٨. نمط (الاغتراب)
٠,٧	٠,٦	١٩. نمط (الفشل في الإنجاز)
٠,٥	٠,٦	٢٠. نمط (الانهزام الداخلي / الاستسلام)
٠,٧	٠,٧	٢١. نمط (قمع الانفعالات)

تابع جدول (٣)

٠,٧	٠,٦	٢٢. نمط (التحمل الزائد للمسئولية)
عينة السويات	عينة المريضات	الاختبارات التجريبية / الاختبارات المحكية
٠,٧	٠,٧	<u>اختبارات المكون الصوتي-اللفظي للذاكرة العاملة:</u> ١. اختبار الاستدعاء السمعي للجمل (اختبار التعرف السمعي على الكلمات)
٠,٦	٠,٨	٢. اختبار الاستدعاء العكسي للأرقام (اختبار التعرف السمعي على الكلمات)
٠,٩	٠,٨	<u>اختبارات المكون البصري- المكاني للذاكرة العاملة:</u> ١. اختبار الاستدعاء المكاني (اختبار بنتون للاحتفاظ البصري)
٠,٨	٠,٨	٢. اختبار الاستدعاء البصري-المكاني (اختبار بنتون للاحتفاظ البصري)
٠,٨	٠,٨	<u>اختبار المكون التنفيذي المركزي للذاكرة العاملة :</u> اختبار التداخل بين اللون والكلمة (اختبار سعة الحروف وسعة الحروف بالعكس)
٠,٨	٠,٨	<u>اختبار مكون الروابط الدلالية المؤقتة للذاكرة العاملة</u> (اختبار وكسلر للذاكرة)

ويشير الجدول السابق إلى أن معاملات الصدق لأدوات الدراسة قد جاءت مرتفعة الى مرضية، مما يجعل استخدامها مطمئناً في الدراسة الراهنة .

(٢) حساب معاملات ثبات أدوات الدراسة

وقد قامت الباحثة بحساب معاملات الثبات لمقاييس الدراسة بثلاث طرق، هي: إعادة تطبيق الاختبار بفارق زمني يتراوح بين (١٠ إلى ١٥ يوماً)، وبالتجزئة النصفية باستخدام معادلة "جوتمان"، وكذلك بطريقة معامل "ألفا" لـ "كرونباخ". وفيما يلي يعرض الجدول (٤) تفصيلاً لمعاملات الثبات.

جدول (٤): معاملات الثبات لمقاييس الدراسة لدى عينة مريضات الاكتئاب الأساسي (ن=١٥)، وعينة

السويات (ن=١٥)

معامل ثبات التجزئة النصفية باستخدام معادلة "جوتمان"	معامل الثبات ألفا لـ "كرونباخ"	معامل الثبات بإعادة تطبيق الاختبار	المقاييس / طرق حساب معاملات الثبات
٠,٨	٠,٨	٠,٩	المريضات
٠,٧	٠,٧	٠,٩	السويات

قائمة بيك للاكتئاب

الفروق التشخيصية بين مريضات الاكتئاب الأساسي والسويات

تابع جدول (٤)

معامل ثبات التجزئة النصفية باستخدام معادلة "جوتمان"	معامل الثبات ألفا لـ "كرونباخ"	معامل الثبات بإعادة تطبيق الاختبار	المقاييس / طرق حساب معاملات الثبات
_____	_____	٠,٧ ٠,٨	بنود قائمة بيك للاكتئاب: ١. الحزن المريضات السويات
_____	_____	٠,٩ ٠,٨	٢. التشاؤم المريضات السويات
_____	_____	٠,٧ ٠,٧	٣. الشعور بالفشل المريضات السويات
_____	_____	٠,٦ ٠,٩	٤. عدم الرضا المريضات السويات
_____	_____	٠,٦ ٠,٦	٥. الشعور بالذنب المريضات السويات
_____	_____	٠,٨ ٠,٧	٦. الإحساس بالعقاب المريضات السويات
_____	_____	٠,٩ ٠,٥	٧. كراهية الذات المريضات السويات
_____	_____	٠,٧ ٠,٧	٨. نقد الذات المريضات السويات
_____	_____	٠,٩ ٠,٥	٩. الميول الانتحارية المريضات السويات
_____	_____	٠,٦ ٠,٨	١٠. نوبات البكاء المريضات السويات
_____	_____	٠,٨ ٠,٦	١١. القابلية للغضب المريضات السويات
_____	_____	٠,٨ ٠,٨	١٢. الانسحاب الاجتماعي المريضات السويات
_____	_____	٠,٧ ٠,٩	١٣. العجز عن اتخاذ القرارات المريضات السويات
_____	_____	٠,٩ ٠,٨	١٤. تغيير صورة الذات المريضات السويات

تابع جدول (٤)

بنود قائمة بيك للاكتئاب:			
_____	_____	٠,٨ ٠,٧	المريضات السويات ١٥. فقدان الطاقة
_____	_____	٠,٨ ٠,٦	المريضات السويات ١٦. اضطراب النوم
_____	_____	٠,٧ ٠,٩	المريضات السويات ١٧. التعب
_____	_____	٠,٨ ٠,٨	المريضات السويات ١٨. فقدان الشهية
_____	_____	٠,٨ ٠,٧	المريضات السويات ١٩. نقص الوزن
_____	_____	٠,٩ ٠,٨	المريضات السويات ٢٠. الاثغالات الصحية
_____	_____	٠,٨ ٠,٨	المريضات السويات ٢١. فقدان الاهتمام بالجنس
٠,٨ ٠,٧	٠,٩ ٠,٩	٠,٨ ٠,٩	المريضات السويات بطارية أنماط التشويه المعرفي
المقاييس الفرعية لبطارية أنماط التشويه المعرفي :			
٠,٨ ٠,٨	٠,٨ ٠,٨	٠,٨ ٠,٨	١. نمط: المريضات السويات (المبالغة في التعميم / التهويل)
٠,٧ ٠,٩	٠,٨ ٠,٩	٠,٩ ٠,٨	٢. نمط: المريضات السويات (التهوين)
٠,٧ ٠,٧	٠,٩ ٠,٨	٠,٩ ٠,٩	٣. نمط: المريضات السويات (الكل أو لا شيء / التفكير الثنائي)
٠,٦ ٠,٧	٠,٧ ٠,٧	٠,٨ ٠,٩	٤. نمط: المريضات السويات (الشخصنة)
٠,٨ ٠,٨	٠,٨ ٠,٧	٠,٨ ٠,٩	٥. نمط: المريضات السويات (التفسير السلبي لما هو إيجابي/التجريد الانتقائي)
المقاييس الفرعية لبطارية أنماط التشويه المعرفي :			
٠,٦ ٠,٧	٠,٦ ٠,٨	٠,٨ ٠,٧	٦. نمط: المريضات السويات (القفز إلى الإستنتاجات / معرفة الغيب)

الفروق التشخيصية بين مريضات الاكتئاب الأساسي والسويات

تابع جدول (٤)

٠,٩	٠,٩	٠,٩	٧. نمط: المريضات (رأه المسقبل سلبيًا)
٠,٨	٠,٩	٠,٩	السويات
٠,٦	٠,٦	٠,٨	٨. نمط: المريضات (التفكير الكوارثي)
٠,٨	٠,٧	٠,٩	السويات
٠,٧	٠,٧	٠,٦	٩. نمط: المريضات (العنونه)
٠,٦	٠,٧	٠,٩	السويات
٠,٩	٠,٩	٠,٩	١٠. نمط: المريضات (قراه الأفكار)
٠,٧	٠,٧	٠,٩	السويات
٠,٩	٠,٩	٠,٩	١١. نمط: المريضات (طلب التأييد والإستحسان)
٠,٨	٠,٩	٠,٩	السويات
٠,٩	٠,٩	٠,٨	١٢. نمط: المريضات (الرغبه في الكمال الشخصي)
٠,٩	٠,٩	٠,٩	السويات
٠,٩	٠,٩	٠,٨	١٣. نمط: المريضات (أفكار الهجر وعدم الاستقرار)
٠,٨	٠,٩	٠,٩	السويات
٠,٨	٠,٨	٠,٩	١٤. نمط: المريضات (أفكار الضعف والاستغلال)
٠,٩	٠,٩	٠,٨	السويات
٠,٩	٠,٩	٠,٨	١٥. نمط: المريضات (أفكار الحرمان العاطفي)
٠,٩	٠,٩	٠,٩	السويات
٠,٩	٠,٨	٠,٨	١٦. نمط: المريضات (أفكار انعدام الكفاءه الشخصيه)
٠,٨	٠,٩	٠,٧	السويات
٠,٨	٠,٨	٠,٩	١٧. نمط: المريضات (أفكار الذات البدائيه)
٠,٦	٠,٧	٠,٩	السويات
٠,٨	٠,٨	٠,٨	١٨. نمط: المريضات (الاعتراب)
٠,٧	٠,٧	٠,٨	السويات
٠,٨	٠,٨	٠,٧	١٩. نمط: المريضات (الفشل في الإنجاز)
٠,٩	٠,٨	٠,٨	السويات
المقاييس الفرعية لبطارية أنماط التشويه المعرفي :			
٠,٨	٠,٨	٠,٧	٢٠. نمط: المريضات (الانهزام الداخلي / الاستسلام)
٠,٧	٠,٧	٠,٩	السويات
٠,٨	٠,٨	٠,٧	٢١. نمط: المريضات (قمع الانفعالات)
٠,٨	٠,٨	٠,٩	السويات
٠,٨	٠,٨	٠,٧	٢٢. نمط: المريضات (التحمل الزائد للمسئوليه)
٠,٨	٠,٩	٠,٩	السويات

تابع جدول (٤)

		٠,٩	المريضات	بطارية اختبارات تقييم مكونات
		٠,٩	السويات	الذاكرة العاملة
				اختبارات المكون الصوتي-اللفظي للذاكرة العاملة:
		٠,٩	المريضات	١. اختبار الاستدعاء السمعي للجمل
		٠,٩	السويات	
		٠,٩	المريضات	٢. اختبار الاستدعاء العكسي للأرقام
		٠,٨	السويات	
				اختبارات المكون البصري-المكاني للذاكرة العاملة:
		٠,٩	المريضات	١. اختبار الاستدعاء المكاني
		٠,٨	السويات	
		٠,٩	المريضات	٢. اختبار الاستدعاء البصري-المكاني
		٠,٩	السويات	
				اختبار المكون التنفيذي المركزي للذاكرة العاملة :
		٠,٩	المريضات	اختبار التداخل بين اللون والكلمة
		٠,٩	السويات	
				اختبار مكون الروابط الدلالية
		٠,٩	المريضات	
		٠,٩	السويات	المؤقتة للذاكرة العاملة

يتضح من خلال عرضنا للجدول السابق، أنه فيما يتعلق ببطارية أنماط التشويه المعرفي فقد أظهرت النتائج معاملات ثبات مناسبة لمعظم المقاييس الفرعية، وذلك بعد استبعاد بعض البنود نظراً لضعفها، وهي: (البند ٤٤: إذا تقدمت لوظيفة ما سوف أفضل في الاختبار وسأخسر الوظيفة) من (المقياس الفرعي ٦: القفز إلى الإستنتاجات)، واستبعاد (البند ٧١: خروج إبنى أو أخي للعب الكرة يجعله معرضاً للإصابة في ساقه فيعيش معاقاً) من (المقياس الفرعي ٨: التفكير الكوارثي)، وكذلك استبعاد (البند ٧٣: أنا أحمق) من (المقياس الفرعي ٩: العنونة). فيما عدا ذلك كانت جميع معاملات الثبات لمقاييس الدراسة مقبولة ومناسبة، مما يشير إلى أن احتمالات الخطأ في القياس تعد ضعيفة جداً، ومن ثم يمكننا أن نثق في قيمة النتائج المترتبة على استخدام تلك المقاييس في الدراسة الراهنة.

خامساً: الأساليب الإحصائية

استخدمت الباحثة برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية SPSS، للتحقق من تساؤلات وفروض الدراسة الحالية، من خلال إيجاد قيم (ت) لحساب الفروق بين مجموعة مريضات الاكتئاب الأساسي ومجموعة السويات في كل نمط من أنماط التشويه المعرفي، وكذلك في الأداء على اختبارات كل مكون من مكونات الذاكرة العاملة.

الفروق التشخيصية بين مريضات الاكتئاب الأساسي والسويات

نتائج الدراسة

يعرض الجدول (٥) لنتائج التحقق من الفرض الأول الذي ينص على أن متوسطات كل نمط من أنماط التشويه المعرفي تكون أعلى جوهرياً لدى مريضات الاكتئاب الأساسي من السويات، حيث كشفت النتائج عن وجود فروق جوهريّة بين متوسطات الدرجات لعينتي الدراسة على اختبارات كل نمط من أنماط التشويه المعرفي، وكان اتجاه الفروق يميل نحو عينة مريضات الاكتئاب الأساسي. ويدل ذلك على تحقق الفرض الأول لهذا البحث، مؤكداً أن مريضات الاكتئاب الأساسي تختلفن عن السويات في كل نمط من أنماط التشويه المعرفي، وأن مريضات الاكتئاب لديهن تشهويات معرفية بصورة أكبر منها لدى السويات.

جدول (٥) قيم (ت) لدلالة الفروق بين متوسطات درجات مريضات الاكتئاب الأساسي في مقابل السويات على اختبارات كل نمط من أنماط التشويه المعرفي

مستوى الدلالة	قيمة (ت)	السويات (ن=٤٠، دح=٧٨)		مريضات الاكتئاب الأساسي (ن=٤٠، دح=٧٨)		العينات المتغيرات/الأنماط
		ع	م	ع	م	
٠,٠٠١	١٥,١٨	٢,٠٠	٩,٥٠	٤,٨٣	٢٢,٠٥	١. المبالغة في التعميم/التهويل
٠,٠٠١	٩,٠٦	٢,٣٤	٩,٥٨	٤,٠١	١٦,٢٣	٢. التهويل
٠,٠٠١	٨,٨٤	٢,٦٦	١٠,٥٣	٥,١٣	١٨,٦٠	٣. الكل أو لا شيء/التفكير الثنائي
مستوى الدلالة	قيمة (ت)	السويات (ن=٤٠، دح=٧٨)		مريضات الاكتئاب الأساسي (ن=٤٠، دح=٧٨)		العينات المتغيرات/الأنماط
		ع	م	ع	م	
٠,٠٠١	١٤,٠٧	١,٦٣	١٠,٢٥	٤,٠١	١٩,٨٨	٤. الشخصنة
٠,٠٠١	١٣,٠١	١,٧١	٩,٩٥	٤,٦٤	٢٠,١٣	٥. التفسير السلبي لما هو إيجابي
٠,٠٠١	١٣,٩١	١,٩٩	٩,١٧	٣,٤٢	١٧,٨٨	٦. القفز إلى الاستنتاجات
٠,٠٠١	٢٣,٩٧	٣,٢٦	١٨,٨٣	٦,٢١	٤٥,٤٠	٧. قراءة المستقبل سلبياً
٠,٠٠١	١٦,٨٠	١,٦٩	٨,٥٨	٣,٣٢	١٨,٤٨	٨. التفكير الكوارثي
٠,٠٠١	١١,٤٥	١,٦١	٧,٩٨	٣,٢٣	١٤,٥٠	٩. العنونة

تابع جدول (٥)

٠,٠٠١	١٣,٣٣	١,٥١	٩,١٥	٥,١١	٢٠,٣٨	١٠. قراءة الأفكار
٠,٠٠١	١٥,٦٥	٢,٨٦	١١,٧٠	٤,٤٢	٢٤,٧٣	١١. طلب التأييد والاستحسان
٠,٠٠١	٢,٤٩	٥,٢١	١٩,٠٣	٤,٧٤	٢١,٨٠	١٢. الرغبة في الكمال الشخصي
٠,٠٠١	٢٠,٢٩	٢,٠٤	٩,٢٠	٣,٩٦	٢٣,٤٨	١٣. أفكار الهجر وعدم الاستقرار
٠,٠٠١	١٥,٦٩	١,٧١	٨,٨٨	٤,٥٦	٢٠,٩٥	١٤. أفكار الضعف والاستغلال
٠,٠٠١	١٥,٦٨	٢,٠٤	٨,٩٢	٥,٠٥	٢٢,٤٣	١٥. أفكار الحرمان العاطفي
٠,٠٠١	١٦,٥٩	٢,٥٣	١١,٩٥	٣,٥٦	٢٣,٤٠	١٦. أفكار انعدام الكفاءة الشخصية
٠,٠٠١	١٦,٤١	٠,٩٩	٨,٤٧	٤,٢٠	١٩,٦٨	١٧. أفكار الذات البدائية
٠,٠٠١	٢١,٢٠	١,٥٤	٨,٩٥	٤,١٥	٢٣,٧٨	١٨. الاغتراب
٠,٠٠١	١٥,٣٢	١,٢٠	٨,٥٨	٤,٧٧	٢٠,٤٨	١٩. الفشل في الإنجاز
٠,٠٠١	١٥,٤٣	١,٩٥	١٠,٠٢	٤,٩٩	٢٣,١٠	٢٠. الانهزام الداخلي/الاستسلام
٠,٠٠١	٩,٥٦	٣,٦٤	١٤,٥٣	٤,٩٨	٢٣,٨٥	٢١. قمع الانفعالات
٠,٠٠١	٩,١٧	٤,٦٠	١٨,٩٥	٣,٩٦	٢٧,٧٥	٢٢. التحمل الزائد للمسئولية
٠,٠٠١	٢٣,٠٠	١٩,٥٦	٢٤٢,٦٨	٦٤,٨١	٤٨٨,٩٠	الدرجة الكلية لأنماط

وينص الفرض لثاني على أن متوسطات مريضات الاكتئاب الأساسي تكون أقل جوهرياً من السويات في كفاءة الأداء على كل اختبار من اختبارات كل مكون من مكونات الذاكرة العاملة. ويوضح الجدول (٦) لنتائج التحقق من صحة هذا الفرض، والتي أظهرت وجود فروق جوهرية بين متوسطات الدرجات التي حصل عليها أفراد العينتين، على اختبارات كل مكون من مكونات الذاكرة العاملة، وكانت الفروق باتجاه عينة السويات. ونستدل من ذلك على وجود اختلاف بين مريضات الاكتئاب الأساسي والسويات في كفاءة أداء كل مكون من مكونات الذاكرة العاملة، وأن مريضات الاكتئاب تعانين من ضعف في كفاءة أداء الذاكرة العاملة، مقارنةً بالسويات. ويشير ذلك إلى تحقق الفرض الثاني للبحث.

جدول (٦) قيم (ت) لدلالة الفروق بين متوسطات درجات مريضات الاكتئاب الأساسي في مقابل السويات على اختبارات كل مكون من مكونات الذاكرة العاملة

مستوى الدلالة	قيمة (ت)	السويات (ن=٤٠، دح=٧٨)		مريضات الاكتئاب الأساسي (ن=٤٠، دح=٧٨)		العينات
		ع	م	ع	م	
٠,٠٠١	١٣,١٨	٩,١٧	١٤٢,٤٥	٢٢,٣٣	٩٢,١٣	١. المكون الصوتي-اللفظي
٠,٠٠١	١١,٦٣	٩,٥٦	١١٤,٠٠	٢٧,٧٨	٥٩,٩٨	٢. المكون البصري-المكاني

الفروق التشخيصية بين مريضات الاكتئاب الأساسي والسويات

تابع جدول (٦)

٠,٠٠١	٩,٤٩	٢,٦٩	٤١,٩٥	١١,٤٤	٢٤,٣٣	٣. المكون التنفيذي المركزي
٠,٠٠١	١٧,٢٦	١,٧٧	٣٣,٨١	٤,٢٧	٢١,٢٠	٤. مكون الروابط الدلالية المؤقتة
٠,٠٠١	١٢,٣٤	٢٢,٨٧	٣٣٢,٢١	٦٥,٠٦	١٩٧,٦٣	الدرجة الكلية لمكونات الذاكرة العاملة

النقاط الفاصلة التشخيصية لأدوات الدراسة

قامت الباحثة بتحديد النقاط الفاصلة التشخيصية للدرجة الكلية، ولدرجات المقاييس الفرعية، لكل من بطارية اختبارات أنماط التشويه المعرفي، وبطارية اختبارات تقييم مكونات الذاكرة العاملة لدى مريضات الاكتئاب الأساسي والسويات، وتمثل هذه النقاط القيم الفاصلة بين المرض والسواء، وهي تساعد الاختصاصي النفسي الإكلينيكي في تقييم شدة الاكتئاب ومتابعته للحالات التي يتعامل معها سواء أكانوا من المرضى أو الأسوياء، وذلك من خلال تحديد درجة الشدة التي تنطبق عليهن. وتحدد النقاط الفاصلة عن طريق حساب المتوسط الحسابي (± 2 انحراف معياري) لكل اختبار لدى كل مجموعة على حدة، بحيث يمثل حاصل الطرح الحد الأدنى من المرض، ويمثل حاصل الجمع الحد الأعلى منه. وتعرض الجداول (٧، ٨، ٩، و ١٠) لجدول النقاط الفاصلة التشخيصية لأدوات الدراسة، والتي نوضح من خلالها تصنيف شدة الاكتئاب إلى خمس فئات، هي: (طبيعي، اكتئاب بسيط، اكتئاب متوسط، اكتئاب شديد، اكتئاب شديد جداً)، وكذلك تصنيف شدة السواء إلى خمس فئات، هي: (سويات، سويات بقدر بسيط، سويات بقدر متوسط، سويات بشدة، سويات جداً).

جدول (٧)

النقاط الفاصلة التشخيصية للدرجة الكلية ولدرجات المقاييس الفرعية لبطارية اختبارات أنماط التشويه المعرفي لدى

مريضات الاكتئاب الأساسي

الاختبارات	طبيعي	اكتئاب بسيط	اكتئاب متوسط	اكتئاب شديد	اكتئاب شديد جداً
بطارية أنماط التشويه المعرفي	٣٥٩	٤٢٤	٤٨٩	٥٥٤	٦١٩ فأكثر
المقاييس الفرعية لبطارية أنماط التشويه المعرفي					
١. المبالغة في التعميم/التحويل	١٢	١٧	٢٢	٢٧	٣٢ فأكثر
٢. التهوين	٨	١٢	١٦	٢٠	٢٤ فأكثر
٣. الكل أو لا شيء/التفكير الثنائي	٩	١٤	١٩	٢٤	٢٩ فأكثر
٤. الشخصية	١٢	١٦	٢٠	٢٤	٢٨ فأكثر
٥. التفسير السلبي لما هو إيجابي	١٠	١٥	٢٠	٢٥	٣٠ فأكثر
٦. القفز إلى الاستنتاجات	١٢	١٥	١٨	٢١	٢٤ فأكثر
٧. نزاع المستقبل سلبياً	٣٣	٣٩	٤٥	٥١	٥٧ فأكثر

تابع جدول (٧)

٢٤	٢١	١٨	١٥	١٢	٨. التفكير الكوارثي
٢١	١٨	١٥	١٢	٩	٩. العنونة
٣٠	٢٥	٢٠	١٥	١٠	١٠. قراءة الأفكار
٣٣	٢٩	٢٥	٢١	١٧	١١. طلب التأييد والاستحسان
٣٢	٢٧	٢٢	١٧	١٢	١٢. الرغبة في الكمال الشخصي
٣١	٢٧	٢٣	١٩	١٥	١٣. أفكار الهجر وعدم الاستقرار
٣١	٢٦	٢١	١٦	١١	١٤. أفكار الضعف والاستغلال
٣٢	٢٧	٢٢	١٧	١٢	١٥. أفكار الحرمان العاطفي
٣١	٢٧	٢٣	١٩	١٥	١٦. أفكار انعدام الكفاءة الشخصية
٢٨	٢٤	٢٠	١٦	١٢	١٧. أفكار الذات البدائية
٣٢	٢٨	٢٤	٢٠	١٦	١٨. الاغتراب
٣٠	٢٥	٢٠	١٥	١٠	١٩. الفشل في الإنجاز
٣٣	٢٨	٢٣	١٨	١٣	٢٠. الانهزام الداخلي/الاستسلام
٣٤	٢٩	٢٤	١٩	١٤	٢١. قمع الانفعالات
٣٦	٣٢	٢٨	٢٤	٢٠	٢٢. التحمل الزائد للمسئولية

جدول (٨)

النقاط الفاصلة التشخيصية للدرجة الكلية ولدرجات المقاييس الفرعية لبطارية اختبارات أنماط التشويه المعرفي لدى

السويات

الاختبارات	سويات	سويات بقدر بسيط	سويات بقدر متوسط	سويات بشدة	سويات جداً
بطارية أنماط التشويه المعرفي	٢٨٣	٢٦٣	٢٤٣	٢٢٣	٢٠٣
المقاييس الفرعية لبطارية أنماط التشويه المعرفي					
١. المبالغة في التعميم/التحويل	١٤	١٢	١٠	٨	٦
٢. التحويل	١٤	١٢	١٠	٨	٦
٣. الكل أو لا شيء/التفكير الثنائي	١٧	١٤	١١	٨	٥
٤. الشخصنة	١٤	١٢	١٠	٨	٦
٥. التفسير السلبي لما هو إيجابي	١٤	١٢	١٠	٨	٦
٦. القفز إلى الاستنتاجات	١٣	١١	٩	٧	٥
٧. قراءة المستقبل سلبياً	٢٥	٢٢	١٩	١٦	١٣

الفروق التشخيصية بين مريضات الاكتئاب الأساسي والسويات

تابع جدول (٨)

٥ فأقل	٧	٩	١١	١٣	٨.التفكير الكوارثي
٤ فأقل	٦	٨	١٠	١٢	٩.العنونة
٥ فأقل	٧	٩	١١	١٣	١٠.قراءة الأفكار
٦ فأقل	٩	١٢	١٥	١٨	١١.طلب التأييد والاستحسان
٩ فأقل	١٤	١٩	٢٤	٢٩	١٢.الرغبة في الكمال الشخصي
٥ فأقل	٧	٩	١١	١٣	١٣.أفكار الهجر وعدم الاستقرار
٥ فأقل	٧	٩	١١	١٣	١٤.أفكار الضعف والاستغلال
٥ فأقل	٧	٩	١١	١٣	١٥.أفكار الحرمان العاطفي
٦ فأقل	٩	١٢	١٥	١٨	١٦.أفكار انعدام الكفاءة الشخصية
٦ فأقل	٧	٨	٩	١٠	١٧.أفكار الذات البدائية
٥ فأقل	٧	٩	١١	١٣	١٨.الاغتراب
٧ فأقل	٨	٩	١٠	١١	١٩.الفشل في الإنجاز
٨ فأقل	٩	١٠	١١	١٢	٢٠.الانهزام الداخلي//الاستسلام
٧ فأقل	١١	١٥	١٩	٢٣	٢١.قمع الانفعالات
٩ فأقل	١٤	١٩	٢٤	٢٩	٢٢.التحمل الزائد للمسئولية

جدول (٩)

النقاط الفاصلة التشخيصية للدرجة الكلية ولدرجات المقاييس الفرعية لبطارية اختبارات تقييم مكونات الذاكرة العاملة

لدى مريضات الاكتئاب الأساسي

اكتئاب شديد جداً	اكتئاب شديد	اكتئاب متوسط	اكتئاب بسيط	طبيعي	الاختبارات
٦٨ فأقل	١٣٣	١٩٨	٢٦٣	٣٢٨	بطارية اختبارات تقييم مكونات الذاكرة العاملة
٤٨ فأقل	٧٠	٩٢	١١٤	١٣٦	١.اختبارات المكون الصوتي-اللفظي:
٢٥ فأقل	٣٦	٤٧	٥٨	٦٩	اختبار الاستدعاء السمعى للجمل
٢٣ فأقل	٣٤	٤٥	٥٦	٦٧	اختبار الاستدعاء العكسي للأرقام
٤ فأقل	٣٢	٦٠	٨٨	١١٦	٢.اختبارات المكون البصري - المكاني
٣ فأقل	١٧	٣١	٤٥	٥٩	اختبار الاستدعاء المكاني
١ فأقل	١٥	٢٩	٤٣	٥٧	اختبار الاستدعاء البصري - المكاني
٢ فأقل	١٣	٢٤	٣٥	٤٦	٣.اختبار المكون التنفيذي المركزي
٢ فأقل	١٣	٢٤	٣٥	٤٦	اختبار التداخل بين اللون والكلمة
١٣ فأقل	١٧	٢١	٢٥	٢٩	٤.اختبار الروابط الدلالية المؤقتة

جدول (١٠)

النقاط الفاصلة التشخيصية للدرجة الكلية ولدرجات المقاييس الفرعية لبطارية اختبارات تقييم مكونات الذاكرة العاملة

لدى السويات

الاختبارات	سويات	سويات بقدر بسيط	سويات بقدر متوسط	سويات غالباً	سويات جداً
بطارية اختبارات تقييم مكونات الذاكرة العاملة	٢٨٦	٣٠٩	٣٣٢	٣٥٥	٣٧٨ فأكثر
١. اختبارات المكون الصوتي-اللفظي:	١٢٤	١٣٣	١٤٢	١٥١	١٦٠ فأكثر
اختبار الاستدعاء السمعي للجمل	٦٧	٧١	٧٥	٧٩	٨٣ فأكثر
اختبار الاستدعاء العكسي للأرقام	٥٦	٦٢	٦٨	٧٤	٨٠ فأكثر
٢. اختبارات المكون البصري - المكاني	٩٤	١٠٤	١١٤	١٢٤	١٣٤ فأكثر
اختبار الاستدعاء المكاني	٤٨	٥٣	٥٨	٦٣	٦٨ فأكثر
اختبار الاستدعاء البصري - المكاني	٤٦	٥١	٥٦	٦١	٦٦ فأكثر
٣. اختبار المكون التنفيذي المركزي	٣٦	٣٩	٤٢	٤٥	٤٨ فأكثر
اختبار التداخل بين اللون والكلمة	٣٠	٣٢	٣٤	٣٦	٣٨ فأكثر
٤. اختبار الروابط الدلالية المؤقتة					

وبالنظر إلى الجداول السابقة التي توضح النقاط الفاصلة التشخيصية للدرجة الكلية، ولدرجات المقاييس الفرعية، لكل من بطارية اختبارات أنماط التشويه المعرفي، وبطارية اختبارات تقييم مكونات الذاكرة العاملة لدى مريضات الاكتئاب الأساسي والسويات، يمكن لأي اختصاصي نفسي إكلينيكي أن تساعده هذه النقاط الفاصلة في تشخيص مرض الاكتئاب الأساسي، وكذلك في تحديد شدة المعاناة منه، طبقاً لكل درجة من الدرجات الفاصلة. ويمكن أن تساعد تلك الجداول في تحديد ما إذا كانت مريضة ما يمكن أن تشخص بالاكتئاب الأساسي، ليس فحسب، وإنما كذلك لمعرفة ما إذا كانت هذه المريضة تحتاج إلى العلاج النفسي فقط، أم إلى العلاج النفسي بالإضافة إلى العلاج الطبي، وذلك طبقاً لقاعدة مفادها أنه كلما ارتفعت درجات النقاط الفاصلة، كان المريض يعاني من اكتئاب شديد أو شديد جداً، ومن ثم سوف يكون بحاجة إلى نوعين من العلاج، وكلما انخفضت الدرجات، ربما يكون بحاجة إلى الإرشاد النفسي أو العلاج النفسي فقط. وفيما يتعلق بالسويات فيمكن أن تساعده النقاط الفاصلة التشخيصية في التأكد من أنهن طبيعيات جداً أم لا، فنتنبأ لهن بحالة من الصحة النفسية الدائمة والمستمرة، وكذلك للتعرف عن لديهن استعداد للإصابة بالمرض، فتكون بحاجة إلى برامج وقائية من الإصابة بالاكتئاب الأساسي.

مناقشة نتائج الدراسة

وسوف نناقش هذه النتائج في ضوء الأطر النظرية ونتائج البحوث السابقة التي اهتمت بدراسة التشويكات المعرفية لدى مرضى الاكتئاب، فمن وجهة نظر "إليس" يتخذ التفكير اللاعقلاني شكل التشويه المعرفي، أو الإدراك المشوه للذات وللأحداث السلبية التي يتعرض لها الفرد، وأن الاستجابات الانفعالية تحدث بسبب أفكار خاطئة يردها الأفراد لأنفسهم وهذه الأفكار ناتجة عن معتقدات غير منطقية حول ما هو ضروري للحصول على حياة ذات معنى. كما يشير "إليس" إلى أن تلك الأفكار تكون محببة أحياناً، فالأفراد يفسرون كل ما هو حولهم بناءً على افتراضات خاطئة، فيصدقونها ويقيّمون الأحداث في ضوءها، مما يسبب لهم الاكتئاب (Davison, Neale & Kring, 2004, 54-55). كما تؤكد النظرية المعرفية لدى "بيك" أن التشويكات المعرفية، أو ما أسماها "بيك"، بأخطاء التفكير، هي أحد المحاور الرئيسية لاضطراب الاكتئاب الأساسي، وهي تدفع الفرد إلى تكوين استجابات لا توافقية مع البيئة المحيطة به. فالتشويكات المعرفية هي عبارة عن مجموعة من الأفكار الآلية السلبية حول الذات والآخرين والبيئة المحيطة، تشمل الماضي والحاضر والمستقبل، ويكونها الفرد اعتماداً على أنماط ثابتة من التفكير، تم بناؤها من خلال ما تعرض له من خبرات وأحداث مبكرة في الحياة. وتنشط هذه الأفكار وتثار عند تعرض الفرد إلى أحداث الحياة السلبية والحالية، فتجعله يتعامل مع تلك الأحداث بصورة لا توافقية. وبذلك تؤكد النظريات المعرفية أن التشويكات المعرفية ترتبط بمرض الاكتئاب، ويفسر ذلك ظهور شدة التشويكات المعرفية لدى عينة مريضات الاكتئاب الأساسي مقارنةً بعينة السويات.

وقد أكدت نتائج الدراسات السابقة صحة نتيجة الفرض الأول للدراسة الحالية ومنها: الدراسة التي أجريت على عينة تضمنت (٢٠) مريضاً اكتئابياً، و(٢٠) مشاركاً من الأسوياء، هدفت إلى

المقارنة بين المجموعتين في الأفكار الآلية الموجهة نحو المستقبل الإيجابية منها والسلبية، وتم تقييم المشاركين باستخدام مقياس التفكير المستقبلي^١، وانتهت الدراسة إلى أن مرضى الاكتئاب قد أظهروا مستويات منخفضة فيما يتعلق بتوقع الأحداث الإيجابية في المستقبل مقارنةً بمجموعة الأسوياء (Bjarehed, Sarkohi & Andersson, 2010). كما أجريت دراسة بهدف إعداد مقياس للأفكار السلبية والإيجابية حول المستقبل وإلى المقارنة بين مرضى الاكتئاب الأساسي والأسوياء في درجاتهم على ذلك المقياس، وقد تكونت عينة المرضى من (٣٣) مريضاً، وتكونت عينة الأسوياء من (٣٨) فرداً، وانتهت الدراسة إلى وجود فروق حقيقية بين العينتين، حيث أظهر المرضى ارتفاعاً في الدرجة المرتبطة بالأفكار السلبية، وانخفاضاً في درجة الأفكار الإيجابية مقارنةً بالأسوياء (Kosnesa, Whelanb, O'Donovan & McHugh, 2013).

كما كشفت نتائج اختبار (ت)، التي أجريت للتحقق من صحة الفرض الثاني، عن وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات الدرجات التي حصلت عليها مريضات الاكتئاب الأساسي، والسويات على اختبارات كل مكون من مكونات الذاكرة العاملة، وكانت الفروق باتجاه عينة السويات.

وناقش هذه النتيجة في ضوء ما أشار إليه الصبوة (١٩٩٩) من أن الذاكرة الإنسانية تعتبر من أكثر الوظائف المعرفية التي يصيبها الاضطراب، وأن أسباب اضطرابات الذاكرة إما أن تكون أسباباً نفسية، أو انفعالية، أو عضوية. وأوضح أنه من الناحية الإكلينيكية ينظر إلى تأثير الناحية المزاجية على الذاكرة والتذكر باعتباره أمراً في غاية الأهمية، لأنه يساعد في الكشف عن الطرق العلاجية التي تضبط الحالات المزاجية وتحكم فيها ومن ثم تتحسن الذاكرة.

وقد جاءت الدراسات السابقة مؤيدة وداعمة لنتيجة الفرض الثاني في الدراسة الحالية، من مثل: الدراسة التي أجريت بهدف فحص كفاءة الذاكرة العاملة اللفظية لدى مرضى الاكتئاب الأساسي، على عينة تكونت من (٢٠) مريضاً اكتئابياً، تم مقارنتهم بـ (٢٠) فرداً من الأسوياء. وقد أثبتت نتائج هذه الدراسة أن عينة المرضى تعاني من خلل في الذاكرة العاملة اللفظية عند مقارنتهم بعينة الأسوياء (Marquand, Mourao-(Miranda, Brammer, Cleare & Fu, 2008).

وكذلك الدراسة التي هدفت إلى فحص الخلل في الذاكرة العاملة لدى مرضى الاكتئاب الأساسي والأسوياء، وقد أجريت على عينة تكونت من (٢٥) من مرضى الاكتئاب، و(٢٥) من الأسوياء. وأشارت نتائجها إلى أن مجموعة مرضى الاكتئاب قد أظهروا ضعفاً جوهرياً في الذاكرة العاملة مقارنةً بمجموعة الأسوياء، كما أظهرت نتائج تحليل الانحدار أن حدة الاكتئاب لها تأثير جوهري في حجم هذا الضعف، حيث أن حدة الاكتئاب ارتبطت إيجابياً بمستويات الضعف في الذاكرة العاملة (Nazarboland, 2010).

أما الدراسة التي قام بها "سيبيد، وآخرون" (Sepede, et al., 2012)، فكان الهدف منها تقييم كفاءة الذاكرة العاملة لدى مرضى الاكتئاب الأساسي والأسوياء، ثم المقارنة بينهما. وطبقت الدراسة على عينتين من الإناث، تكونت العينة الأولى من (١٣) مريضة، تم تشخيصهن بالاكتئاب الأساسي،

واشتملت العينة الثانية على (١٥) مشاركة من الأسوياء. وتم تقييم المشاركات باستخدام مقياس "هاملتون" للاكتئاب لتحديد شدة الاكتئاب، واختبار الاستدعاء العكسي للأرقام لتقييم كفاءة الذاكرة العاملة. وقد انتهت الدراسة إلى أن عينة المرضى قد أظهرت ضعفاً جوهرياً في الأداء على اختبار الذاكرة العاملة مقارنةً بعينة الأسوياء.

قائمة المراجع

أولاً : مراجع باللغة العربية

- إبراهيم، سليمان عبدالواحد (٢٠١٣). *الذاكرة وما وراء الذاكرة: رؤى وتطبيقات في مجال الإعاقة الفكرية*. عمان: دار أسامة للنشر والتوزيع.
- أبو العطاء، محمد أحمد (٢٠١٢). *الدلالات الإكلينيكية لأداء لمهام الذاكرة العاملة: دراسة لبعض الاضطرابات النفسية والعقلية*. رسالة دكتوراه (غير منشورة). كلية الآداب، جامعة الفيوم.
- الأنصاري، بدر محمد (١٩٩٧). *الاكتئاب والعدوان العراقي: دراسة لمعدلات الانتشار في المجتمع الكويتي*. الكويت: مكتب الإنماء الاجتماعي، الديوان الأميري.
- الزيات، فتحي (١٩٩٨). *الأسس البيولوجية والنفسية للنشاط العقلي المعرفي*. القاهرة: دار النشر للجامعات.
- الشربيني، لطفي (٢٠٠١). *الاكتئاب المرض والعلاج*. الاسكندرية: منشأة المعارف.
- الصبوة، محمد نجيب (١٩٩٩). *اضطرابات الذاكرة لدى الأطفال: مراجعة نقدية. دراسات نفسية، ٩(١)، ٨٩-١٤٦*.
- القيسي، لما ماجد (٢٠١٠). *العلاقة بين الأفكار اللاعقلانية والمستوى الدراسي والجنس وتقدير الذات لدى طلبة جامعة الطفيلة التقنية. مجلة العلوم التربوية والنفسية، ١١(١)، (٢٠٥-٢٢٧)*.
- جابر، عبدالحמיד، وكفافي، علاء الدين (١٩٨٩). *معجم علم النفس والطب النفسي*. ج ٢. القاهرة: دار النهضة العربية.
- حسين، نشوة عبدالنواب (٢٠١١). *الأفكار اللاعقلانية المنبئة بانفعال الغضب. دراسات نفسية، ٢١(٢)، ٢٠٧-٢٤٤*.
- رضوان، شعبان جاب الله، وأبو عباة، صالح عبدالله (٢٠٠٢). *مظاهر التشويه المعرفي لدى الفصامين والاكئابيين. دراسات عربية في علم النفس، ١(٢)، ١١-٤٥*.
- سليمان، عبد ربه مغازي (٢٠١٠). *دور الذاكرة العاملة اللفظية والبصرية-المكانية في التحصيل الدراسي لدى تلاميذ التعليم الأساسي. مجلة العلوم الاجتماعية، ٣٨(٤)، (٧١-٤٤)*.
- عبدالفتاح، فوقية (٢٠٠٥). *علم النفس المعرفي بين النظرية والتطبيق*. القاهرة: دار الفكر العربي.
- عبدالله، محمد قاسم (٢٠٠٣). *سيكولوجية الذاكرة قضايا واتجاهات حديثة*. الكويت: عالم المعرفة، العدد ٢٩٠.

- عكاشة، أحمد (٢٠٠٩). *الطب النفسي المعاصر (٩ط)*. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- قاسمي، أمال علي (٢٠١٤). بعض أنماط التشويه المعرفي كمنبئات بكفاءة أداء كل مكون من مكونات الذاكرة العاملة لدى مريضات الاكتئاب الأساسي والسويات. *المجلة المصرية لعلم النفس الإكلينيكي والإرشادي*، ١ (٤).
- معمريّة، بشير (٢٠١٠). تقنين قائمة آرون ت. بيك الثانية للاكتئاب. *مجلة شبكة العلوم النفسية العربية*، ٢٥ (٢٦)، ٩٢-١٠٥.

References

ثانيا : مراجع باللغة الإنجليزية

- Alloway, T. (2007). *Automated Working Memory Assessment*. London: Pearson Education, Ltd.
- American Psychiatric Association (APA). (2013). *Desk Reference to The Diagnostic Criteria From Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th (DSM-5)*. Arlington: American Psychiatric Publishing.
- Apostolopoulou, K.; Kunzel, H. E.; Gerum, S.; Merkle, K.; Schulz S.; Fischer, E.; Pallauf, A.; Brand, V.; Bidlingmaier, M.; Endres, S.; Beuschlein, F. & Reincke, M. (2014). Gender Differences in Anxiety and Depressive Symptoms in Patients With Primary Hyperaldosteronism: A Cross-Sectional Study. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 15(1), 26-35.
- Baddeley, A. (2000). The Episodic Buffer: A New Component of Working Memory? *Trends in Cognitive Sciences*. 4(11), 417-423.
- Baddeley, A. (2003). Working Memory: Looking Back and Looking Forward. *Nature Reviews*, 4(10), 829-839.
- Batmaz, S.; Kaymak, S. U.; Soygur, A. H.; Ozalp, E. & Turkcapar, M. H. (2013). The Distinction Between Unipolar and Bipolar Depression: A Cognitive Theory Perspective. *Comprehensive Psychiatry*, 54(7), 740-749.
- Beck, A.; Rush, A.; Shaw, B. & Emery, G.(1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York: Guilford Press.
- Bjarehed, J.; Sarkohi, A. & Andersson, G. (2010). Less Positive or More Negative? Future-Directed Thinking in Mild to Moderate Depression. *Cognitive Behavior Therapy*, 39(1), 37-45.
- Carneiro, A. M.; Baptista, M. N. & Moreno, R. A. (2014). Depression Thoughts Scale: Association with Depression Rating Scales. *Journal of Depression & Anxiety*, 3(2), 1-6.

- Davison, G. C.; Neale, J. M. & Kring, A. M. (2004). *Abnormal Psychology*. 9th Ed., Hoboken: John Wiley & Sons, Inc.
- Grohol, J. (2009). Fixing Cognitive Distortions. *Psych Central*. Online: (<http://psychcentral.com/lib/fixing-cognitive-distortions/0002154>). April 18/2014, 2:15pm.
- Halvorsen, M.; Hoifodt, R.; Myrbakk, I.; Arfwedson, C. E.; Sundet, W. K.; Eisemann, M. & Waterloo, K. (2012). Cognitive Function in Unipolar Major Depression: A Comparison of Currently Depressed, Previously Depressed, and Never Depressed Individuals. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 34(7), 782-790.
- Korten, N. C. ;Penninx, B. W. ; Kok, R. M. ;Stek, M. L. ; Voshaar. R. C.; Deeg, D. J. & Comijs, H. C. (2014). Heterogeneity of Late-Life Depression: Relationship With Cognitive Functioning. *International Psychogeriatrics*, **First View Article**, 1-11. Online:(<http://journals.cambridge.org/action/displayAbstract?frompage=online&aid=918269>). April 24, 2014, 11:45am.
- Kosnesa, L.; Whelanb, R.; O'Donovan, A. & McHugh, L. A. (2013). Implicit Measurement of Positive and Negative Future Thinking as a Predictor of Depressive Symptoms and Hopelessness. *Consciousness and Cognition*, 22(3), 898-912.
- Lee, J. & Park, S. (2005). Working Memory Impairments in Schizophrenia: A Meta Analysis. *Journal of Abnormal Psychology*, 114(4), 599-611.
- Lewinsohn, P. M.; Rohde, P. & Seeley, J. R. (1998). Major Depressive Disorder in Older Adolescents: Prevalence, Risk Factors, and Clinical Implications. *Clinical Psychology Review*, 18(7), 765-794.
- Lewinsohn, P. M.; Seeley, J. R. & Sasagawa, S., (2010). Gender Differences in the Developmental Course of Depression. *Journal of Affective Disorders*, 127(1), 185-190.
- Logie, R. H. (1995). *Visuo-Spatial Working Memory*. Hove, U.K.: Erlbaum.
- Marquand, A. ; Mourao-Miranda, J.; Brammer, M.; Cleare, A. & Fu, C. (2008). Neuroanatomy of Verbal Working Memory as a Diagnostic Biomarker for Depression. *Neuroreport*, 19(15), 1507-1511.
- Nazarboland, N. (2010). Working Memory Impairments in Patients with Major Depressive Disorder (M.D.D). *European Psychiatry*, 25(1), p.298.
- Parry, B. (2008), Perimenopausal Depression. *American Journal of Psychiatry*, 165(1), 23-27.

- Peters, E.; Moritz, S.; Schwannauer, M.; Wiseman, Z.; Greenwood, K.; Scott, J.; Beck, A.; Donaldson, C.; Hagen, R.; Ross, K.; Veckenstedt, R.; Ison, R.; Williams, S.; Kuipers, E. & Garety, P. (2014). Cognitive Biases Questionnaire for Psychosis. *Schizophr Bull*, 40(2), 300-313.

- Sepede, G.; Gambi, F.; Di Filippo, M.; Giovannangelo, R.; Martinotti, G.; Di Iorio, G.; Onofri, M.; Salerno, R. & Di Giannantonio, M. (2012). Impaired Working Memory Resources in Euthymic Patients Affected by Recurrent Unipolar Depression. *European Psychiatry, Abstracts of the 20th European Congress of Psychiatry*, 27(1), p.476.

- Sloan D. M. & Kornstein, S. G. (2003): Gender Differences in Depression and Response to Antidepressant Treatment. *Psychiatric Clinics of North America*, 26(3), 581-594.

- Wittchen, H. V. (1998). *Psychological Disorders*. Wemhem: Psychological Publishing Union.

- *World Health Organization (WHO)* (2012). Online: (<http://www.who.net/me> diacenter/news/notes/2012/mental_health_day_20121/009/en). February 20 2014, 2:45pm.

Diagnostic Differences between Major Depressive Patients and Normals in Performance on Scales of Cognitive Distortions and Working Memory Components

Amal A. Qasemi
Clinical Psychologist
State of Kuwait

Abstract

The current study aimed to investigate the diagnostic differences between major depressive female patients and normal females. The sample included (40) Kuwaiti female major depressive patients, and (40) Kuwaiti normal females, with age ranged from (22-45) years, with a mean of age ($35,53 \pm 6,52$) years for patients and ($35,35 \pm 6,33$) years for normals. Three scales were administered: (1) Beck Depression Inventory (BDI-IA); (2) Cognitive Distortions Battery; (3) Working Memory Assessment Battery (WMAB); in addition to intake interview. The results showed significant differences between major depressive patients and normals in each type of cognitive distortions in favour of patients, and significant differences in the efficiency of each

component of working memory in favour of the normals. These results were discussed in terms of theories, models and previous studies that explain them.

Keywords: Cognitive Distortions, Working Memory, Major Depression, Cut-off Points.