الذاكرة الانتقائية الملائمة الحالة المزاجية لدى مرتفعى ومنخفضى الاعراض الاكتئابية

د. جمعة سيد يوسف
استاذ علم النفس المساعد
كلية الآداب – جامعة القاهرة

مقدمـــــة

يعتبر الاكتئاب Depression عنواناً كلياً أو عاماً Ubiquitous يطلق على حالة عسر المزاج، أو على زملة من الأعراض أو على اضطراب اكلينيكى (مثل الاكتئاب الشديد) (Craighead et al . , 1992) . وقد برز الاكتئاب عبر التاريخ على أنه – ربما – الأكثر انتشاراً بين كل الاضطرابات النفسية (Bayd et al - 1982).

ورغم أن تقسيم اضطرابات المزاج أوالاضرابات الواجدانية Mood Disorders صعب إلى حد كبير، وفى غاية التعقيد (عكاشة ، ١٩٩٢، ص٣٤٠، ICD - 10, 1992, PP. 110 - 111). فإن تقديرات انتشاره فى عينات مجتمعية متفاوتة إلى حد كبير . ويرى البعض أن واحداً من بين كل خمسة أمريكيين يمر بخبرات اكتئابية تكفى لتشخيصه كمكتئب وحصوله على العلاج . كما أن نسبة تتراوح بين ٣ – ٥ ٪ من الجمهور يحجزون فى المستشفى للعلاج من الاكتئاب ومترتباته (Craighead, et al., 1984).

ويقدر انتشار اضطراب الاكتئاب الشديد Major depression فى

عينات مجتمعيه بين ١٠ - ٢٥ ٪ لدى النساء، ٥ - ١٢ ٪ لدى الرجال . وتتركز نقطة الانتشار في الراشدين في المجتمع بين ٥ - ٩ ٪ لدى النساء، ٢ - ٣ ٪ لدى الرجال، دون أن يكون ذلك مرتبطاً بالأصول العرقية أو التعليم أو الدخل أو الحالة الاجتماعية (DSM - IV, 1994, P. 341) . كما قدر انتشار اضطراب عسر المزاج Dysthymic disorder (مع أو بدون نوبات للاكتئاب الشديد) بحوالي ٦٪، وبلغت نقطة الانتشار في المجتمع ٣٪ تقريباً (Ibid, P. 347) . أما انتشار الاضطراب الوجداني ثنائي القطب (أحادي الاتجاه)، Bipolar I فيتراوح بين ٤، ٪ الى ٦ر١٪ ، وثنائي الاتجاه Bipolor II ٥ر٪ والاضطراب النوابي Cyclothymic disorder ٤ر٪ - ١ ٪ . كما يتراوح الانتشار في عيادات الاضطرابات الوجدانية بين ٣ - ٥٪ (Ibid, P. 353 - 364). هذا بالاضافة إلى اضطرابات المزاج المصاحبة لحالات طبية عامة والتي تقدر بحوالي من ٢٥ - ٤٠٪ وقد تصل إلى ٦٠٪ (Ibid, P. 368).

ومما لاشك فيه أن النسب السابقة رغم تفاوتها تمثل مشكلة حقيقية نظراً لما يمثله الاكتئاب عموماً من خطورة سواء لارتباطه المرتفع بالانتحار، حيث تشير بعض المصادر الى أن ٥٠ - ٧٠ ٪ من حالات الانتحار المميت يكون بسبب الاكتئاب (عكاشة، ١٩٩٢، ص ٣٧٩) هذا بالاضافة إلى أثارة الاقتصادية والاجتماعية وتأثيره على الأداءاليومى ومترتباته الصحية المتكررة (Through: Craighead et al. 1992).

ومن ناحية أخرى أشارت بعض الدراسات إلى أن نسبة الاكتئاب لدى الطلاب الذين يدرسون الطب ١٥٪ وهي ثلاثة أمثال نسبته في الجمهور العام

فى المرحلة العمرية من ١٨ - ٢٤ سنة (Zoccolillo et al., 1986) ووجدت دراسات أخرى معدلات مرتفعة لانتشار الاكتئاب لدى طلاب الجامعة عموماً (Rimmer et al.. 1978) ولدئ السيدات اللائى يدرسن الدكتوراه (Clayton, 1980). وقد فسر ذلك بأن الجهود المبذولة من أجل الإنجاز الأكاديمى لها دور فى ذلك (Zoccolillo et al, 1986) . وتوحى هذه النتائج - بداية - بأهمية البحوث التى تجرى حول الاكتئاب لدى قطاع الطلاب، لما لهذا القطاع من أهمية قصوى سواء بسبب نسبة تمثيله فى المجتمع أو باعتبار أنه يضم الأجيال التى يتم إعدادها لتحمل المسئولية والمشاركة فى بناء المجتمع . وللأسف فإنه لاتوجد لدينا - فى حدود علمنا - احصائيات دقيقة عن نسب انتشار الاضطرابات الوجدانية أو الأعراض الاكتئابية لدى قطاع الطلاب بصفة عامة، وطلاب الجامعة بصفة خاصة فى المجتمع المصرى.

ومما يؤكد أهمية مثل تلك الاحصائيات ماذكرته بعض الدراسات من أن بعض المكتئبين الراشدين ذكروا أنهم تعرضوا لنوبات اكتئابية أثناء فترة مراهقتهم لكنها لم تشخص (Gallemore & Wilson, 1972) وعلى الرغم من أن الاكتئاب يعتبر مشكلة من مشكلات منتصف العمر ولدى كبار السن، فإن انتشاره لدى الراشدين الصغار وحتى بين الأطفال أصبح ملحوظاً الآن بشكل واسع (Rutter et al., 1986) وتوحى هذه النتائج - عموماً - بأن الاكتئاب الخطير قد يحدث فى عمر مبكر عما هو شائع ومعروف فى التراث. (Friedman et al., 1993)

إن الانزعاج من انتشار الاكتئاب وخطورته قد انعكس جزئياً فى ذلك

العدد الكبير من مقاييس التقرير الذاتى التى طورت لتكميم الاكتئاب الانسانى(Boyle, 1985) وقد شهد عقد السبعينيات - على وجه الخصوص - زيادة فى عدد مقاييس التقدير Rating Scales للاكتئـــاب (Hughes, et al, 1982). غير أن الملفت للنظـــر أن هذه المقاييس قد تعرضت لحملة من النقد المنظم، وظهر عدد كبير من البحوث التى تشكك فى ثبات مقاييس التقرير الذاتى للاكتئاب ومصداقيتهـــا (Hamilton, 1982 & Fava et al., 1986 PP. 3 - 11) ويذكر البعض أنه من الناحية التاريخية فإن مقاييس التقرير الذاتى للاكتئاب قد صممت وهى تحتوى على بنود لاتعدو كونها مجرد إعادة صياغة كل منها للآخر، ورغم أن بعضها يتمتع بثبات مرتفع فإنها لم تكن حساسة فى العمل الاكلينيكى نتيجة للتذبذب فى مستوى الاكتئاب (In: Boyle, 1985). ويشير البعض الآخر من الباحثين إلى أن مقاييس التقدير التى تستخدم فى قياس الاكتئاب تختلف طبقاً للمقدر، وعدد البنود والمحكات التى تستخدم فى إعطاء الدرجات. وإذا جمعنا الجوانب المختلفة للأعراض الاكتئابية فى تسعة مجالات (المزاج المكتئب، اليأس، القلق.. الخ) فإن الوزن النسبى الذى يعطى للمجالات المختلفة يختلف بشكل واضح من مقياس لآخر(Faravelli et al, 1986) . ويرى البعض أن من عيوب مقاييس التقرير الذاتى انها تحتوى على بنود كثيرة تقيس أعراضاً ثانونية فى الاكتئاب مثل الأرق والقلق والاضطرابات الجسدية، بينما تخصص بنود قليلة للأعراض الرئيسية (Ibid)

وقد أدى تركيز بعض الدراسات على بعض خصائص الاكتئاب مثل الاجهاد، والشعور بالذنب، وتعامل البعض الاخر معه على أنه زملة سيكاترية

بالإضافة إلى عدم الاتفاق حول تعريفه إلى عدد من التباينات فى النتائج التى تمخضت عنها الدراسات (in: Boyle, 1985) وتشير هذه الدراسات النقدية إلى أن مرضى الاكتئاب يعجزون عن إكمال مقاييس التقرير الذاتى فى حين كانت كل المقابلات التى أجراها الأطباء معهم سهلة وسريعة واستغرقت مابين ١٠ - ١٥ دقيقة (Faravelli, 1986)

ويبدو التحامل على مقاييس التقرير الذاتى واضحاً فى هذه الإشارات الأخيرة لأن حل هذه المشكلة ليس بالمسألة العسيرة، حيث يمكن تطبيقها على جلسات متتالية قصيرة، وذلك إلى جانب المقابلات الاكلينيكية، خاصة فى ضوء انخفاض ثبات وصدق المقابلات شبه المقننة التى تمت الاشارة إليها . مما يجعل الاعتماد عليها بمفردها بمسألة غير مضمونة.

وأياً ما كانت الانتقادات التى توجه لمقاييس التقرير (التقدير) الذاتى للاكتئاب فإن هناك معلومات مهمة يمكن الخروج بها من مقارنة تقديرات الاكتئاب لدى المكتئبين والأسوياء (Ibid)

ورغم أن مقاييس التقرير الذاتى الخاصة بالاكتئاب قد لاتكون بهذه الدرجة من السوء وعدم النفع فإنه ليس هناك مايمنع من البحث عن وسائل وأساليب أخرى قد تكون غير مباشرة للكشف عن الاكتئاب وبطريقة موضوعية أيضاً، مع الإبقاء على مقاييس التقرير واستخدامها، جنباً إلى جنب مع الأساليب الموضوعية غير المباشرة من أجل مزيد من الصدق لتصنيف وتشخيص الاكتئاب.

لقد كان هناك اهتمام متزايد خلال العقدين الاخيرين بالجوانب المعرفية فى الاكتئاب (Denny & Hunt, 1992). وترى بعض الدراسات ان

التحيزات الانتباهية والإدراكية قد تمارس دوراً سببياً فى استمرار الاضطرابات الانفعالية (In: Mogg et al., 1993). ومن المعلوم أن أعراض الاكتئاب مثل نقص الاهتمامات وصعوبة التركيز ونقص الطاقة قد توثر على الذاكرة، ونظراً لأن هذه الأعراض الاكلينيكية يمكن أن تؤثر فى عمليات الانتباة فإنها قد تكون حساسة للأداء فى مهام الذاكرة (Backman et al, 1996) وقد أجريت بحوث عديدة لاستجلاء أثر المنبهات السياقية والشخصية فى عمليات الذاكرة، لكنها توقفت لعدة عقود خاصة فيما يتعلق بالدور المحتمل لبعض الحالات الوجدانية مثل الاكتئاب والشعور بالاغتراب فيما نتذكره (Blaney, 1986). وأصبح من المقبول الآن – بصفة عامة – أن المزاج المكتئب يرتبط بصعوبات الذاكرة التى تقاس بالاختبارات الموضوعية (Denny & Hunt, 1992) . ورغم أن وجود اضطراب أو صعوبة فى الذاكرة لدى المكتئبين أمر محسوم، فإن طبيعة هذا الاضطراب لم تحظ بالاهتمام الكافى (Calev & Erwin 1985).

وطبقاً لنموذج المخططات Schema model لـــبك Beck فـــإن المصابين بالقلق والاكتئاب يتميزون بالذاكرة الملائمة للمزاج Mood- Congruent Memory (MCM) والتـــى تعمـــل من خلال كل جوانب المعالجة مثل الانتباه والاستدلال الذاتـــى (Through : Mogg et al.1993) . وبناء على ذلك فإن فحص الذاكرة الملائمة للمزاج لدى الاكتئابيين قد يكون مهماً فى تحديد الميكانيزمات المعرفية الخاصة النشطة التى تعمل على استمرار الاكتئاب (Watkins et al, 1992).

ويرى تيسدال Teasdale ١٩٨٣ أن الذاكرة الملائمة للمزاج تعمل على إستمرار الاكتئاب، لأنها تشير إلى ميل الأفراد المكتئبين أو الذين يشعرون بالحزن إلى تذكر المعلومات المتسقة مع حالتهم المزاجية (أى الذكريات السلبية غير السارة) (Watkins et al. 1996). كما أن استدعاء الذكريات السلبية تؤدى إلى استمرار حالة الاكتئاب، والذى يؤدى بدوره إلى إعادة تجميع ذكريات سلبية أكثر ومن ثم الدخول فى دائرة مفرغة. وربما ساعدت الذاكرة المتسقة مع الحالة المزاجية فى تفسير ميل الأفراد المكتئبين إلى تجنب الأنشطة التوافقية الفعالة (Ibid)

لقد نشأ تياران من البحوث حول الذاكرة والاكتئاب، سارا فى خطين متوازيين، أحدهما خاص بما يسمى الذاكرة الصريحة Explicit Memory والثانى خاص بما يسمى الذاكرة الضمنيـة Implicit memory (See: e. g., Roediger & Mc Dermott, 1992). . ويقع بحثنا الحالى ضمن بحوث الخط الأول، ومن ثم فإننا نهدف منه الكشف عن الذاكرة الانتقائية الملائمة للحالة المزاجية لدى مرتفعى ومنخفضى الأعراض الاكتئابية، وهو مايمكن أن يساعدنا فى التوصل إلى أداة موضوعية غير مباشرة (اختبار الذاكرة الانتقائية الملائمة للحالة المزاجية) يمكن استخدامها فى حال نجاحها - فى تشخيص والكشف عن الاكتئاب، جنباً إلى جنب مع مقاييس التقرير الذاتى، تفادياً للانتقادات التى وجهت لتلك المقاييس .

- العلاقة بين الذاكرة الانتقائية والاكتئاب:

يذكر الاشخاص الذين يشخصون كمكتئبين مشكـلات تتعـلق بالتركيز والذاكرة، قد فحصت دراسات عديدة (على سبيل المثـال

(Sternberg & Jarvik, 1976, Coughlan & Hollows, 1984, Brand & Jolles, 1987, Richards & Ruff, 1989).

طبيعة اضطراب الذاكرة لدى المكتئبين ووجدوا نوعيات مختلفة من الصعوبات فى الذاكرة قصيرة وطويلة المدى، وفى المجالات اللفظية والبصرية والمكانية، وفى مهام الاستدعاء الحر والتعرف (Elliot & Greene, 1992). وتلتقى عدة خطوط من البحث لتوضح أن المزاج المكتئب يرتبط بالاستدعاء السئ للمواد المحايدة، ويتضح ذلك من الدراسات الاكلينيكية، ودراسات استحداث (حث) المزاج Mood - Induction ودراسات تصنيف المزاج لدى جمهور الأسوياء (Ellis & Ashbrook, 1988) كذلك فإن التأثيرات السلبية على أداءالذاكرة متوقعة لدى المكتئبين اكلينيكياً والذين يستوفون محكات التشخيص الخاصة بالاكتئاب الشديد (Backman et al., 1989) وهناك بالفعل دليل ثابت من البحوث يوضح أن المرضى المكتئبين يظهرون تجميعاً أقل عند الاستدعاء مقارنة بالأسوياء باستخدام قوائم من الكلمات (Watts& Cooper, 1989) فقد قارن كوهين Cohen ١٩٨١ وزملاؤه مفحوصين مكتئبين بمجموعة ضابطة على قوائم كلمات تختلف فى مستوى تركيبها، وذكروا أن المفحوصين المكتئبين أظهروا أعلى اضطراب – مقارنة بالمجموعة الضابطة – فى قائمة الكلمات العشوائية، كما تذكروا كلمات أقل على القوائم المصنفة فى فئات (عندما قدمت بنظام عشوائى) من المجموعة الضابطة.

(in : Channon et al., 1993).

وتبين أيضاً أن أداء المكتئبين كان جيداً على مهام التعرف مقارنة بمهام

الاسترجاع، فى الوقت الذى كان فيه أداء الأسوياء متماثلاً على النوعين من المهام (Calev & Erwin, 1985) كذلك كان أستدعاء المكتئبين أقل فى قطع من النثر، سواءً كان الاستدعاء حراً أو موجهاً (Watts & Shar-Rock ، 1987)

وقد قارن هرتل وهاردين ١٩٩٠ الأداء على مهام الذاكرة الضمنية والصريحة لدى طلاب الجامعة الذين يعانون من اضطرابات فى المزاج، أو حصلوا على درجات مرتفعة على بطارية بك للاكتئاب، ولدى مجموعة من الأسوياء، وقد أظهر الطلاب ذوو المزاج المضطرب أداءً سيئاً على مهام الذاكرة الصريحة مقارنة بالأسوياء، ولم تكن هناك فروق بينهما فى مهام الذاكرة الضمنية (Hertel & Hardin, 1990).

هذا فيما يتعلق بأداءالمكتئبين وغير المكتئبين على مهام الذاكرة عموماً، غير أن هناك جانباً آخر فى بحوث الذاكرة لدى الاكتئابيين حظى باهتمام خاص وهو مايمكن أن نطلق عليه الذاكرة الانتقائية Selective memory أو الذاكرة الملائمة للمزاج Mood - Congruent - Memory (MCM). فهناك عدد كبير من الدراسات يقدم فيها سلسلة من الكلمات أو العبارات التى تختلف بشكل معيارى فى بعض الأبعاد الخاصة بالايجابية / السلبية، سواء لمفحوصين غير اكلينيكيين تشير تقاريرهم الذاتية إلى مستويات متباينة من الاكتئاب، أو لعينات من المرضى المشخصين بالاكتئاب، ومجموعة ضابطة (In: Blaney, 1986).

ويشير افتراض الذاكرة الملائمة للمزاج إلى أن المفحوصين الأسوياء (غير المكتئبين) يميلون إلى تنكر الكلمات الايجابية وجدانياً أفضل من

الكلمات السلبية وجدانياً وهو عكس مايحدث لدى المفحوصين المكتئبين (Ibid) . ويرى البعض أن المزاج الاكتئابى قد ينشأ أو يستمر نتيجة توافر المعلومات السلبية فى الذاكرة (Teasdale & Dent 1987, Teas-dale, 1988). وقد تبين من عدد من الدراسات أن المرضى المكتئبين يختلفون عن المرضى الأقل اكتئاباً وعن الأسوياء غير المكتئبين فى معالجة المعلومات الايجابية والسلبية (See: Nunn et al., 1984).

ففى دراسة لديرى وكيوبير (Derry & Kuiper, 1981) تبين أن المكتئبين اكثر ميلاً لاسترجاع الصفات التى تصف الشخص كمكتئب، عن الصفات التى تصف حالة الاكتئاب بصفة عامة، وحدث عكس ذلك لدى المجموعة الضابطة. وبالمثل وجد كلارك وتيسدال (Clark & Teasdale, 1982) أنه كلما كان المرضى أكثر أكتئاباً كلما كانوا أكثر ميلاً إلى استرجاع الخبرات الماضية غير السارة مقارنة بالخبرات السارة، وعندما كان المرضى أنفسهم أقل اكتئاباً كانوا أكثر ميلاً لتذكر الخبرات السارة عن الخبرات غير السارة. وفى دراسة جونسون وزملائه (Johnson et al., 1983) تبين أن مهام الفشل (أى التى لم تتم) كانت أكثر قابلية للاسترجاع لدى المكتئبين عن غير المكتئبين وهو عكس ما حدث بالنسبة لمهام النجاح (أى التى اكتملت).

وقد ظهرت النتيجة الخاصة بميل المفحوصين المكتئبين لاظهار استدعاء متحيز للمواد السلبية مقارنة بالمجموعة الضابطة التى اظهرت تحيزاً لاستدعاء المواد الايجابية فى دراسات أخرى مثل دراسة بريسيلو وزملائه (Breslow et al, 1981) ، ودراسة برادلى وماتيوس (Bradley &

(Mathews & Brad- ودراسة مايتوس وبرادلى ،Mathews, 1983)
ley, 1983) ودراسة ماكدويل (Mc Dowell1984)

ومن ناحية أخرى وجد ويليامز وسكوت (Williams & Scott, 1988) أن مرضى الاكتئاب يأخذون وقتاً أطول - مقارنة بالمجموعة الضابطة - لاستدعاء ذكريات خاصة بكلمات مفتاحية ايجابية، عن الكلمات المفتاحية السلبية. وبالمثل وجد جوتليب وزملاؤه (Gotlib et al., 1988) نمطاً مماثلاً من النتائج عندما قدموا ازواجاً من الكلمات الوجدانية السلبية للمفحوصين متوسطى الاكتئاب وغير المكتئبين باستخدام جهاز العرض السريع.

وقد أيدت دراسة دينى وهنت (Denny & Hunt, 1992) ودراسة واتكنز وزملائه (Watkins et al., 1992) هذه التأثيرات فى الاستدعاء الحر والاستدعاء الموجه . وأضافت دراسة واتكنز وزملائه أن استدعاء المكتئبين الانتقائى للمعلومات السلبية لايمتد إلى كل الكلمات ذات الطابع السلبى وإنما يقتصر فقط على تلك التى تشير إلى الأحداث المرتبطة بالاكتئاب وتتفق النتيجة الأخيرة مع افتراض تحديد المContent - Specifity Hypothesi ومؤداه أن الأفراد القلقين يعالجون بشكل انتقائى المعلومات المتصلة بالقلق بينما يعالج المكتئبون - بشكل انتقائى أيضاً - المعلومات المتصلة بالاكتئاب (Mogg et al., 1993).

وقد أدخلت دراسات أخرى متغيراً أضافياً فى بحوث الذاكرة الانتقائية وهو تصنيف الكلمات فى فئات مقابل تقديمها مبعثرة بنظام عشوائى. وتبين أن أداء المكتئبين منخفض بشكل جوهرى - مقارنة بالمجموعة الضابطة -

على قائمة الكلمات الفنوية المبعثرة (in : Channon et al, 1993).

وقد وجد «ريمان وماكينلى » تداخلاً في تسمية الألوان لدى مفحوصين اسوياء مع كلمات اختيرت لوصف اهتمامات ايجابية وسلبية (Rieman & Mac Nally, 1995) ووجد عدد من الباحثين أن طلاب الجامعة ذوى المزاج المكتئب ابطأ فى استرجاع الذكريات السارة مقارنة بذوى المزاج المعتدل، ولم تكن هناك آثار متسقة مشابهة بالنسبة للذكريات الحزينة

(Through : Kuyken & Brewin, 1995)

وتدعم نتائج دراسة كراوسون وكروميل أن المكتئبين وغير المكتئبين يستجيبون بشكل مختلف للرسائل ذات المحتوى الايجابى والسلبى. فالافراد الذين لم يمروا بخبرة حديثة من النوبات الاكتئابية اختاروا الاستماع لرسائل ايجابية اكثر من الذين مروا بخبرات اكتئابية فى فترة إجراء الدراسة. ومع ذلك فإن الافتراض بأن الأفراد الذين مروا بخبرات اكتئابية حديثة سوف يختارون الاستماع الى رسائل سلبية أكثر لم يتحقق (Crowson & Cromwell 1985) ويلخص بلانى (Blaney , 1986) الموقف بقوله أن كل الدراسات باستثناء دراسة جوتليب وماكنن، Gotlib & Mc Canr ودراسة بيترأوموكو وماركس Pietromomaco & Markus قدمت بعض الأدلة على انخفاض الاستدعاء (أو التعرف) للمواد الايجابية، بزيادة فى استدعاء المواد السلبية لدى الأفراد المكتئبين مقارنة بالمجموعات الضابطة. كما أن الدراسات الأخرى التى لم تظهر آثاراً للحالة المزاجية على الذاكرة كانت تعانى من مشكلات منهجية مثل دراسة هاشر وزملائه (Hasher et al., 1985). ومن ثم فهى مجرد استثناء لأن النتائج

الخاصة بملائمة الذاكرة للحالة المزاجية والتى قدمت فيما سبق تشتمل على حالات مزاجية متنوعة، ومهام مختلفة، ومؤشرات مختلفة للذاكرة، وعينات مختلفة من المفحوصين.

ومن خلال الدراسات التى أشرنا إلى نتائجها أو عرضناها فى الجزء السابق يمكن أن نخرج بالاستخلاصات والملاحظات التالية:

١ - إن الاكتئاب يمثل مشكلة خطيرة فى مجتمعات كثيرة سواء بسبب نسب انتشاره المرتفعة أو بسبب مترتباته الضارة نفسياً واجماعياً واقتصادياً. كما أنه ينتشر بنسب لايستهان بها بين قطاع الطلاب رغم أنه لاتوجد دراسات فى المجتمع المصرى - فى حدود علمنا - حاولت تحديد نسب انتشار الاكتئاب بين قطاع الطلاب .

٢ - أن الاكتئاب الذى يحدث فى منتصف العمر ولدى الراشدين قد يبدأ فى فترة مبكرة ولايتم اكتشافه أو تشخيصه.

٣ - ظهور مقاييس عديدة لتكميم الاكتئاب عن طريق التقرير الذاتى خاصة خلال السبعينات، غير أن تلك المقاييس تعرضت لحملة منظمة من الانتقادات خاصة خلال الثمانينات .

٤ - حظى موضوع الذاكرة لدى عينات اكتئابية مختلفة باهتمام كبير، وتشير الدراسات الى وجود مشكلات جوهرية فى الذاكرة لدى المكتئبين، والى وجود علاقة تبادلية بين الذاكرة السلبية والاكتئاب.

٥ - تم ستخدام أساليب مختلفة لقياس كل من الذاكرة الصريحة والذاكرة الضمنية، وانتهت الدراسات إلى عدم وجود ارتباط بين نوعى الذاكرة.

٦ - درست الذاكرة السلبية لدى المكتئبين بصورتين غالباً هى الذكريات الذاتية السابقة، واسترجاع كلمات ذات صبغة وجدانية بصورة مباشرة أو مرجأة . ورغم الاجماع على وجود تحيز انتقائى لدى المكتئبين نحو الذكريات السلبية أو الكلمات السلبية وجدانياً فان هناك دراسات قليلة لم تتوصل إلى ذلك التحيز، ربما يسبب بعض المشكلات المنهجية.

٧ - استخدمت دراسات الذاكرة الانتقائية لدى الاكتئابين إما عينات من مرضى الاكتئاب أو مجموعات من الأسوياء الذين حصلوا على درجات مرتفعة على بعض مقاييس الاكتئاب، غير أن معظم الدراسات التى استخدمت عينات مرضية اكلينيكية كانت تعانى من صغر حجم العينات.

٨ - تبين أن أداء المكتئبين - بصفة عامة - أفضل على مهام التعرف عنه على مهام الاستدعاء.

٩ - لم نستطيع الوقوف - فى حدود علمنا - على دراسات اهتمت بالتحيز الانتقائى فى الذاكرة لدى المكتئبين فى الوطن العربى بصفة عامة، والمجتمع المصرى بصفة خاصة.

أهداف الدراسة:

فى ضوء ماتقدم يمكن أن نقدم جملة من الأهداف التى تحاول الدراسة الحالية تحقيقها وذلك على النحو التالى:

١ - الوقوف على مايمكن أن يوجد من فروق فى الأعراض الاكتئابية لدى طلاب وطالبات الجامعة.

٢ - الكشف عن الفروق المحتملة بين طلاب وطالبات الجامعة فى بعض متغيرات الذاكرة اللفظية التى تعنى بها الدراسة الحالية.

٣ - الكشف عن العلاقة بين الأعراض الاكتئابية وبعض متغيرات الذاكرة اللفظية موضع الاهتمام فى الدراسة الحالية لدى كلاً من عينتى الطلاب والطالبات كل على حدة.

٤ - الكشف عن الفروق بين الطلاب مرتفعى ومنخفضى الأعراض الاكتئابية فى متغيرات الذاكرة اللفظية وهى: الذاكرة قصيرة المدى، وفئات الذاكرة الانتقائية (ايجابية ، سلبية، محايده) . وكذلك الفروق فى أداء المجموعتين كل على حدة بالنسبة لفئات الذاكرة الانتقائية.

٥ - الكشف عن الفروق بين الطالبات مرتفعات ومنخفضات الاعراض الاكتئابية فى متغيرات الذاكرة اللفظية وهى الذاكرة قصيرة المدى، وفئات الذاكرة الانتقائية (ايجابية - سلبية - محايدة) . وكذلك الفروق فى أداء المجموعتين كل على حدة بالنسبة لفئات الذاكرة الانتقائية.

٦ - المقارنة بين المرتفعين من الطلاب والمرتفعات من الطالبات فى الأعراض الاكتئابية فى متغيرات الذاكرة اللفظية وهى الذاكرة قصيرة المدى وفئات الذاكرة الانتقائية (ايجابية - سلبية - محايدة).

٧ - المقارنة بين المنخفضين من الطلاب والمنخفضات من الطالبات فى الأعراض الاكتئابية فى متغيرات الذاكرة اللفظية وهى : الذاكرة قصيرة المدى وفئات الذاكرة الانتقائية (ايجابية - سلبية - محايدة).

٨ - الكشف عن مدى تأثيرالاختلاف فى طريقة تقديم مواد التذكر على فئات الذاكرة الانتقائية (ايجابية - سلبية - محايدة).

تساؤلات الدراسة:

فى ضوء أهداف الدراسة الحالية يمكن صياغة تساؤلاتها على النحو التالى:

١ - هل توجد فروق بين طلاب وطالبات الجامعة فى الاعراض الاكتئابية؟

٢ - هل توجد فروق بين طلاب وطالبات الجامعة فى متغيرات الذاكرة موضع الاهتمام فى الدراسة الحالية؟

٣ - هل توجد علاقة بين الأعراض الاكتئابية ومتغيرات الذاكرة اللفظية موضع الاهتمام لدى كلاً من عينتى الطلاب والطالبات كل على حدة؟

٤ - هل توجد فروق بين الطلاب مرتفعى ومنخفضى الأعراض الاكتئابية فى متغيرات الذاكرة اللفظية وهى الذاكرة قصيرة المدى، وفئات الذاكرة الانتقائية (إيجابية - سلبية - محايدة)؟ وهل يتفاوت أداء مجموعتى المرتفعين والمنخفضين كل على حدة بالنسبة لفئات الذاكرة الانتقائية.؟

٥ - هل توجد فروق بين الطالبات مرتفعات ومنخفضات الأعراض الاكتئابية فى متغيرات الذاكرة اللفظية وهى الذاكرة قصيرة المدى وفئات الذاكرة الانتقائية (إيجابية - سلبية - محايدة)؟ وهل يتفاوت اداءمجموعتى المرتفعات والمنخفضات كل على حدة بالنسبة لفئات الذاكرة الانتقائية؟

٦ - هل توجد فروق بين الطلاب المرتفعين والطالبات المرتفعات فى الاعراض الاكتئابية فى متغيرات الذاكرة اللفظية وهى الذاكرة قصيرة المدى وفئات الذاكرة الانتقائية (ايجابية - سلبية - محايدة) ؟

٧ - هل توجد فروق بين الطلاب المنخفضين والطالبات المنخفضات فى الأعراض الاكتئابية فى متغيرات الذاكرة اللفظية وهى الذاكرة قصيرة المدى وفئات الذاكرة الانتقائية (ايجابية - سلبية - محايدة)؟

٨ - هل يؤثر الاختلاف فى طريقة تقديم مواد التذكر على فئات الذاكرة الانتقائية (ايجابية - سلبية - محايدة)؟

فروض الدراسة*

١ - لاتوجد فروق بين طلاب وطالبات الجامعة فى الأعراض الاكتئابية

٢ - لاتوجد فروق بين طلاب وطالبات الجامعة فى متغيرات الذاكرة اللفظية موضع الاهتمام فى الدراسة الحالية.

٣ - توجد علاقة بين الأعراض الاكتئابية ومتغيرات الذاكرة اللفظية المختلفة فى كل من عينتى الطلاب والطالبات.

٤ - توجد فروق بين الطلاب مرتفعى ومنخفضى الأعراض الاكتئابية فى متغيرات الذاكرة اللفظية وهى الذاكرة قصيرة المدى، وفئات الذاكرة الانتقائية (ايجابية - سلبية - محايدة). كما يختلف أداء مجموعتى المرتفعين والمنخفضين كل على حدة فى فئات الذاكرة الانتقائية.

٥ - توجد فروق بين الطالبات مرتفعات ومنخفضات الأعراض الاكتئابية فى متغيرات الذاكرة اللفظية وهى الذاكرة قصيرة المدى وفئات الذاكرة الانتقائية (ايجابية - سلبية - محايدة). كما يختلف

---

* تم تحديد صياغة الفرض (صفرى أو وجودى) فى ضوء نتائج الدراسات السابقة التى تم استعراضها فى مقدمة هذه الدراسة.

أداء مجموعتى المرتفعات والمنخفضات كل على حدة فى فئات الذاكـــرة الانتقائيـــــة.

٦ - لاتوجد فروق بين الطلاب المرتفعين والطالبات المرتفعات فى الأعراض الاكتئابية فى متغيرات الذاكرة اللفظية وهى الذاكرة قصيرة المدى وفئات الذاكرة الانتقائية (ايجابية - سلبية - محايدة).

٧ - لاتوجد فروق بين الطلاب المنخفضين والطالبات المنخفضات فى الأعراض الاكتئابية فى متغيرات الذاكرة اللفظية وهى الذاكرة قصيرة المدى وفئات الذاكرة الانتقائية (ايجابية - سلبية - محايدة).

٨ - لايؤثر الاختلاف فى طريقة تقديم مواد التذكر على فئات الذاكرة الانتقائية (ايجابية - سلبية - محايدة).

مصطلحات الدراسة:

١ - الأعراض الاكتئابية:

يعتبر الاكتئاب عنواناً كلياً وعاماً يطلق على حالة عسر المزاج، أو على زملة من الأعراض أو على اضطراب اكلينيكى (Craighead et al., 1992). وينتمى الاكتئاب فى التصنيفات الحديثة إلى مايسمى اضطرابات المزاج (الوجـــدانية) Mood (affective) disorders . كمـــا أصبـــح تصنيف الاكتئـاب طبقـــاً لمراجـــع التصنيـف الحديثـة غايـــة فى الصعوبة والتعقيد (See: ICD 10 DSM IV,1994) ورغـم إلـغاء الإكتـــئاب التفاعـــــــلى Reactive depression أو الاكتئـــــاب العصابـــى وادراجـــه مـــع اضرابـــات المزاج تحت

تشخيص «عسر المزاج» أو «نوبة اكتئابية خفيفة»، فإننا نجد مايسمى باضطراب القلق الاكتئابي المختلط ضمن فئة الاضطرابات العصابية والمرتبطة بالكرب جسمية الشكل (ICD 10, 1992, P 132) ويشير روزنهان Rosenhan وسيلجمان Seligman ١٩٨٩ إلى أن الاكتئاب اضطراب وجداني يتميز بأربع فئات من الأعراض هي:

- الأعراض الوجدانية وتتمثل في مشاعر الحزن وفقدان الاهتمام بالنشاطات الترفيهية والبلادة لمشاعر الرضا والسرور.
- الأعراض المعرفية وتتمثل في النظرة السلبية نحو الذات والمستقبل.
- الأعراض المتصلة بالدافعية وتعكس في السلبية والتردد وانخفاض مستوى النشاط العام، وصعوبة اتخاذ القرار وبطء المهارات النفسية الحركية والميول الانتحارية
- الأعراض الجسمية مثل فقدان الشهية للطعام واضطراب النوم ونقص وزن الجسم (عن خلال، رضوان ١٩٩١ ص ٣٧ – ٣٨).

ويصنف بعض الباحثين أعراض الاكتئاب في أربع فئات ايضاً مع بعض التعديلات حيث يشيرون إلى أعراض انفعالية – دافعية (اكتئابية)، وبيولوجية (فسيولوجية)، وسلوكية، ومعرفية (سيكولوجية) (عكاشة، ١٩٩٢، ص ص ٣٧١ – ٣٨٠، Craighead et al 1992,).

ويشير بيك Beck إلى أن الاكتئاب حالة تتضمن عدداً من المظاهر هي، تغير المزاج يتمثل في مشاعر الحزن، وتصور سلبي نحو الذات، والرغبة

فى عقاب الذات، وتغيرات فى النشاط العام. ويميز روزنهان وسيلجمان بين الاكتئاب الاكلينيكى Clinical depression والاكتئاب المعتـــاد او (الطبيعى) Normal depression حيث يتضمن النوع الاول الدرجة الشديدة من الاعراض السابقة والتى يمكن عندها الإشارة إلى اضطراب اكتئابى أكثر خطورة من الاكتئاب المعتاد (الطبيعي) يميز بمجموعة من المحكات التشخيصية التى تتضمنها مراجع التصنيف التى سبقت الإشارة إليها. اما الاكتئاب المعتاد أو السوى فيتمثل فى اعراض مزاجية اكتئابية تتوزع بأشكال مختلفة لدى الجمهور العام. ولكنها تظل خفيفة فى إطار الحد السوى الذى لايستدعى انتباهاً اكلينيكياً خاصاً. ومن ثم يمكن القول بان الفرق الرئيسى بين الاكتئاب الاكلينيكى والاكتئاب المعتاد يتمثل فى شدة الأعراض الاكتئابية، حيث تؤدى كل أنواع الاكتئاب إلى اضطرابات وجدانية ومعرفية ودافعية وسلوكية وفسيولوجية (فى : رضوان، ١٩٩٢، ص ٣٨).

وفى ضوء هذه التمييزات السابقة فسوف نستخدم فى دراستنا الراهنة «الأعراض الاكتئابية» التى توجد لدى جمهور معين من الأسوياء وهم طلاب الجامعة وقد سبق استخدامها فى دراسات سابقة (وهو ماسنوضحه عند الحديث عن عينات الدراسة وأدواتها)وبالتالى يمكن تعريف الأعراض الاكتئابية كما ستستخدم فى الدراسة الحالية إجرائياً بأنها «الدرجة الكلية التى يحصل عليها المفحوص على قائمة بيك للاكتئاب»، وسوف تنقسم إلى قسيمن: مرتفعة ومنخفضة وذلك باختيار الجماعات الطرفية فى عينتى الدراسة من الطلاب والطالبات.

٢ - *الذاكرة الانتقائية الملائم للحالة المزاجية*

الذاكرة مصطلح وعنوان عام لصور عديدة من الاكتساب والاحتفاظ وتوظيف المعلومات والمهارات والمعرفة. ومن ثم فإن هناك علاقة وثيقة بين التعلم والذاكرة. وتنطوى الذاكرة على تخزين للمعلومات يتراوح بين ثوانٍ قليلة وعدة عقود (Eysenck, 1994) وتنطوى دراسة الذاكرة على مفاهيم ومصطلحات عديدة تغطى عدة مجالات للاهتمام بالذاكرة مثل مستويات الذاكرة كالتذكر المباشر، والتذكر قصير المدى، والتذكر طويل المدى ومراحل التذكر مثل التسجيل أو الترميز، والتخزين أو الاحتفاظ، والاسترجاع ومؤشرات قياس التذكر مثل دقة الاسترجاع (الاستدعاء) ودقة التعرف، وسرعة الاسترجاع والاستدعاء الحر والاستدعاء الموجه (Blaney, 1986)، وأنواع التذكر كالتذكر اللفظى (أو السمعى) والبصرى، واللمسى وأساليب دراسة التذكر كالذاكرة الضمنية والذاكرة الصريحة. وعلاقة الذاكرة بالحالات الانفعالية، كالذاكرة الملائمة للمزاج، والذاكرة المعتمدة على المزاج، والذاكرة الانتقائية، هذا بالإضافة الى مصطلحات أخرى كالذاكرة العاملة Working memory، والذاكرة العرضية Episodic والذاكرة الذاتية Outobiogrophical والذاكرة الدلالية Semantic وغير ذلك.

ومن بين تلك المصطلحات نتعرض بالتعريف والتحديد لعدد منها بما يناسب استخداماتنا فى الدراسة الحالية:

أ - *الذاكرة اللفظية قصيرة المدى Verbal short - term memory*

هى مركز الوعى أو الشعور لأنه يتضمن كل الأفكار والمعلومات

والخبرات التى يكون الشخص على وعى بها فى أى لحظة زمنية معينة، وتتراوح مدة بقاء المعلومات فى هذا المستوى من الذاكرة بين عدة ثوان وعدة دقائق قبل أن تحول إلى مخزن أخر هو التذكر طويل المدى.

Long - Term memory . وتتمثل أهمية مخزن التذكر قصير المدى فى حل المشكلات التى تواجه الشخص فى حياته اليومية (السيد،١٩٩٠) ويستدل على وجود الذاكرة قصيرة المدى من الدراسات الاكلينيكية التى توضح وجود حالات اصابات عضوية فى المخ ترتبط باضطراب فى مستوى التذكر قصير المدى دون ان يضطرب التذكر طويل المدى (المرجع السابق).

وتشير الذاكرة قصيرة المدى فى دراستنا الحالية الى العدد الكلى للكلمات التى يستطيع المفحوص تذكرها من قائمة الكلمات التى سبق لها قراءتها وذلك بعد فترة زمنية فاصلة مقدارها خمس دقائق يقضيها فى نشاط دخيل ذى طبيعة غير لفظية.

ب - الذاكرة الانتقائية *Selective memory*

والمقصود بها ميل الشخص الى تذكر مواد ذات طبيعة معينة أكثر من مواد أخرى ذات طبيعة مخالفة، خاصة فى حالات مزاجية معينة. وتضم الذاكرة الانتقائية كلا من الذاكرة الملائمة للمزاج Mood Congruence memory وتعرف بأنها الميل الى استدعاء المعلومات التى تتناغم مع مزاج الفرد (Watkins et al, 1992) او الذاكرة المعتمدة على الحالة المزاجية Mood - Dependence memory وهى ميل الشخص لاستدعاء الأحداث أو البنود التى تم تعلمها أو المرور بها فى حالات جسمية أو نفسية معينة بشكل أفضل فى الحالات الجسمية والنفسية

المشابهة (Eysenck, 1994).

وفى الدراسة الحالية فاننا سنستخدم الذاكرة الانتقائية الملائمة للحالة المزاجية والتى تشير إلى عدد الكلمات السلبية التى يسترجعها الشخص من بين قائمة الكلمات والتى نتوقع أنها تزيد كلما ارتفعت درجة المفحوص على مقياس بيك للاكتئاب. وذلك بعكس الكلمات الايجابية والكلمات المحايدة.

جـ - الذاكرة الصريحة:

وتعرف بانها أداء مهمة تقوم على التجميع الشعورى للخبرات السابقة. وتنفرد الذاكرة الصريحة بتقديم تعليمات واضحة للفرد بأن المواد التى سبق تعلمها ينبغى أن تستعاد وذلك من خلال أساليب التعرف والاستدعاء الحر والأستدعاءالموجة وهو مالايحدث فى الذاكرة الضمنية (Watkins et al., 1992,Kaniga et al., 1994 ,Eysenck, 1994) وقد استخدمنا فى دراستنا الحالية الذاكرة الصريحة حيث كانت هناك تعليمات بضرورة قراءة كلمات القائمة ومحاولة الاحتفاظ بها كما كانت هناك تعليمات صريحة باستدعاء كل ما يمكن استدعاؤه من هذه القائمة وهو ما يشير إليه واتكنز وزملاؤه (Watkins et al.,1992) واليوت وجرين (Elliot & Greene, 1992)

د - الاستدعاء الحر

هو أن نطلب من الفرد استرجاع أو تذكر مواد معينة بأى ترتيب ودون تقديم هاديات محددة Cues (السيد، ١٩٩٠) . وقد اعتمدنا على الاستدعاء الحر فى دراستنا الحالية حيث نطلب من المفحوص استدعاء واسترجاع مايمكنه استرجاعه من قائمة الكلمات التى سبق له قراءتها بدون ترتيب.

وقد تبين من دراسات سابقة أن ذاكرة الاستدعاء الحر أكثر حساسية من ذاكرة التعرف. (Channon et al., 1993)

وتجدر الاشارة هنا الى ان التمييزات السابقة بين بعض انواع ومؤشرات الذاكرة لاتعنى أنها منفصلة وإننا سنستخدمها كل على حدة، وإنما المقصود أننا سنقيس الذاكرة قصيرة المدى (الدرجة الكلية للتذكر) والذاكرة الانتقائية الملائمة للمزاج (فئات التذكر) وذلك بشكل صريح من خلال الاستدعاء الحر.

منهج الدراسة واجراءاتها:

اولا: منهج الدراسة

المنهج المستخدم فى هذه الدراسة هو المنهج الوصفى الارتباطى والفارقى المقارن.

ثانيا: إجراءات الدراسة:

تتحدد اجراءات الدراسة الحالية بما تشمله من إعداد أدوات الدراسة والتحقق من صلاحيتها السيكومترية، ووصف عيناتها، وجمع بياناتها، والتحليلات الاحصائية المستخدمة فيها وذلك على النحو التالى:

١ - أدوات الدراسة

أ - قائمة بيك للاكتئاب

تنتمى هذه القائمة إلى مقاييس التقرير الذاتى للاكتئاب، وهى من أكثر مقاييس الاكتئاب استخداماً (Crowson & Cromwell, 1995)

---

* ترجمها د. مصطفى سويف واستخدمت فى كثير من العمل الاكلينيكى ولكنها غير منشورة . وتوجد إشارات إلى أنها ترجمت بواسطة باحثين آخرين ولكنها غير منشورة ايضاً (انظر : الشناوى، ١٩٩٦، ص ٢٤٩).

وتمتاز بسهولة تطبيقها وسهولة تصحيحها (Zoccolillo, 1986) وتتوافر لها بيانات سيكومترية تدعم استخدامها (Watkins et al., 1996) .

وقد صمم هذه القائمة آرون بيك A. Beck وزملاؤه ١٩٦١م. وتبرز أهمية هذه القائمة فى أن بنودها اشتقت من خلال العمل الاكلينيكى أساساً، حيث أجرى بيك ملاحظاته المنتظمة على مرضى اكتئابيين من خلال فترة تعرضهم للعلاج النفسى وتم تسجيل الأعراض والاتجاهات المميزة لهم، وأدى هذا الإجراء إلى تكوين قائمة بك لقياس شدة المظاهر السلوكية للاكتئاب (رضوان، ١٩٩٢، ص ١٢٨). وتتكون القائمة فى صورتها العربية * من ٢١ فئة من الأعراض والاتجاهات نحو الذات والمظاهر السلوكية، وتصف كل فئة منها مظهراً سلوكياً نوعياً للاكتئاب، ويندرج تحت كل فئة خمس عبارات متدرجة فى شدة هذا المظهر تبدأ من أدنى شدة حيث لا يوجد هذا العرض ثم تزداد الشدة حتى تصف العبارة الأخيرة (الخامسة) أقصى شدة للمظهر، وتتراوح الدرجات بين ١، ٥ درجات ومن ثم فإن الدرجة الكلية تتراوح بين ٢١، ١٠٥ درجة.

وتتمتع القائمة بثبات وصدق معقولين. حيث بلغ ثباتها فى دراسة سابقة لنا (يوسف، ١٩٩٤) بإعادة التطبيق على عينة مكونة من ٢٠ ذكراً، ٢٠ أنثى بمتوسط عمرى ٢٠٫٠٢ سنة وإنحراف معيارى ١٠٫١٦ سنة ، ٧٥ر فى عينة الذكور، ٨٩ر فى عينة الاناث، ٧٨ر فى العينة الكلية . كما بلغ ثباتها فى دراسة أخرى على عينة تتألف من ٣٠ طالباً جامعياً. متوسط أعمارهم ٢٠٫٥٠ سنه بانحراف معيارى ١٫٢ سنة، و ٥٠ طالبة جامعية متوسط أعمارهن ١٩٫٩٦ سنة وانحراف معيارى ٨٣ر. سنة ٨٠ر، ٨٤ ولدى الطلاب

والطالبات على التوالى وذلك بإعادة التطبيق، بينما بلغ معامل الثبات ٦٣ر، ٩١ر لدى الطلاب والطالبات على الترالى بطريقة القسمة النصفية (رضوان، ١٩٩٢، ص ١٣٤).

أما فى دراستنا الحالية فقد حسبنا ثبات القائمة عن طريق القسمة النصفية على عينة قوامها ١٧٥ من الطلاب بمتوسط عمرى ١٩ر٧٦ سنة وانحراف معيارى ٣٤ر١سنه، وعينة من الطالبات قوامها ٢٥٥ طالبة بمتوسط عمرى ١٩ر١٦ سنة وانحراف معيارى ١ر٠٧ وقد بلغ معامل الثبات بعد تصحيح الطول* ٨٨ر٠ لدى الطلاب، ٩١ر لدى الطالبات.

أما فيما يتعلق بصدق القائمة فإن بيك يشير إلى وجود ارتباط بين الدرجات على القائمة والأحكام الاكلينيكية لعمق الاكتئاب بواسطة أطباء نفسيين، حيث بلغ هذا الارتباط ٦٥ر فى دراسة على ٢٢٦ مريضاً نفسياً، وهو ارتباط دال عند ١٠ر كما بلغ فى دراسة أخرى على ١٨٣ مريضاً ٦٧ر (دال عند ١٠ر) . وهناك مؤشر أخر لصدق القائمة يتمثل فى القدرة التمييزية لها بين المجموعات المرضية المتباينة فى شدة الاكتئاب. وقد قام بيك وآخرون بدراسة صدق المفهوم للقائمة وذلك من خلال دراسة العلاقة بين النتائج المستخلصة منها وبعض الفروض التى تتصل بمفهوم الاكتئاب وقد أيد استخدام بك لهذه القائمة تلك الفروض. (رضوان، ١٩٩٢، ص ص ١٤٠ – ١٤١). كما أجرى غريب دراسة لصدق قائمة بيك للاكتئاب فى إطار البيئة المصرية وذلك من خلال حساب الارتباط بين درجات ٤٣ مفحوصاً على القائمة

* حذفنا الفقرة الأخيرة لنتمكن من تقسيم القائمة إلى نصفين متساويين وهو إجراء سبق استخدامه كما تشير بعض المراجع (الشناوى، ١٩٩٦، ص ٢٤٩)

ودرجاتهم على مقياس الاكتئاب من بطارية منيسوتا متعددة الأوجه للشخصيـــة (MMPI) ويلغ معامل الارتباط ٦٠ر (غريب، ١٩٨٥).

ب - اختبار الذاكرة:

تم الاسترشاد فى إعداد هذا الاختبار ببعض الدراسات السابقة، مثل دراسة كاليف وإرفن (Calev & Erwin, 1985) حيث استخدما ٢٤ كلمة للاسترجاع ، و ٢٤ كلمة للتعرف. ودراسة دينى وهنت (Denny & Hunt, 1992) حيث استخدما ٤٨ كلمة على شكل قائمتين كل قائمة تتألف من ٢٤ كلمة منها ١٢ كلمة سلبية، و ١٢ كلمة ايجابية . وكذلك دراسة واتكنز وزملاؤه (Watkins et el, 1996) حيث استخدموا قائمة كلمات تتكون من كلمات سارة، ومحايدة، وسلبية (غير سارة) بواقع ٨ كلمات فى كل فئة وكانت الكلمات السارة وغير السارة صفات بينما كانت الكلمات المحايدة متنوعة وهو نفس الإجراء الذى استخدمه واتكنز وزملاؤه من قبل (Watkins et al,1992) وفى ضوء ذلك قمنا بالخطوات التالية لإعداد هذا الاختبار:

١ - وضع قائمة كبيرة نسبياً من المفردات بغض النظر عن كونها سلبية أو ايجابية أو محايدة وبغض النظر عن كونها اسماء او صفات أو افعالاً. واعتمدنا فى ذلك إما على الاستدعاء الحر، أو الاستعانة ببعض الكتب التى أفادت فى ذلك (شابيرو، ١٩٨٥، إبراهيم وآخرون، ١٩٩٣، عكاشة، ١٩٩٢).

٢ - بدأنا بعد ذلك مرحلة التنقية للكلمات وتوزيعها على ثلاث فئات رئيسية وهى: سارة (ايجابية) ، غير سارة (سلبية) ، ومحايدة.

٣ - بدأنا بعد ذلك بحذف انتقائى لبعض الكلمات، خاصة تلك التى يشيع استخدامها بصفة عامة أو لدى الطلاب بصفة خاصة مثل الساعة، القلم، الكتاب، الباب... الخ.

٤ - رأينا بعد ذلك أن تمثل كل فئة من الفئات السابقة بعشر كلمات، ومن ثم قمنا باختيار ثلاثين كلمة من بين ماتبقى من الكلمات ووضعناها فى شكل قائمة تتوزع فيها الكلمات عشوائياً.

٥ - قمنا بعرض القائمة على ستة من الزملاء أعضاء هيئة التدريس بجامعتى الملك سعود والإمام محمد بن سعود الاسلامية بالرياض وطلبنا منهم إعادة توزيع الكلمات على الفئات الثلاث (سلبية - ايجابية - محايدة)، وكذلك تقدير الزمن اللازم لقراءة القائمة بما يسمح بحفظ بعضاً منها، وكذلك الزمن اللازم لاسترجاعها أو استرجاع بعض منها، وأن يبدوا آراءهم فى مدى ملاءمة عدد الكلمات، وطريقة كتابتها (أفقياً أم رأسياً)، ومدى ملاءمة الترتيب الذى وضعت به الكلمات. والهدف من وراء هذه القائمة.

٦ - وقد أسفرت الخطوة السابقة عما يلى:

أ - الاتفاق على ملاءمة عدد الكلمات وطريقة عرضها (رأسياً وليس افقياً).

ب - كانت هناك اتفاق بنسبة ١٠٠٪ حول كلمات الفئتين الأولى والثانية (سارة، غير سارة) بينما كانت نسبة الاتفاق اقل من ذلك (٧٠٪) حول الكلمات المحايدة.

جـ - أبدى بعض المحكمين ملاحظة حول ضرورة أن تكون الكلمات الثلاثون

متساوية فى عدد الحروف، حيث كانت القائمة فى صورتها الأولية متنوعة (ثلاثية، رباعية وخماسية وسداسية) وذلك من أجل الحفاظ على التساوى فى المضمون (سارة، غير سارة، محايدة) وفى أقسام الكلمة (اسم، صفة، فعل).

د - كان هناك تباين واضح فى تقدير الزمن للقراءة والاسترجاع بين المحكمين.

٧ - فى ضوء الملاحظات ب، جـ ، د اجرينا التعديلات التالية.

أ - تم حذف المفردات التى لم تكن محل اجماع المحكمين وعددها ٣ كلمات.

ب - استقر الرأى على أن تكون كلمات القائمة كلها رباعية وبناء على ذلك تم تغيير ١٣ كلمة منها خمس كلمات تم تعديلها (اى تحويلها من اسم الى فعل أو العكس)، وتم استبدال ٨ كلمات بأخرى لتصير رباعية.

جـ - قررنا أن نقوم بتقدير الزمن اللازم لعرض القائمة واسترجاعها بشكل امبيريقى . (كما سنوضح فيما بعد).

٨ - بعد الانهاء من إجراء التعديلات السابقة تم إعداد قائمة جديدة نسبياً وقمنا بعرضها مرة أخرى على خمسة آخرين من الزملاء أعضاء هيئة التدريس بقسم علم النفس جامعة الملك سعود وطلبنا منهم ماطلبناه من المحكمين فى المرة الأولى باستثناء تقدير الوقت حيث قررنا حسابه بطريقة امبيريقية . ولم تكن هناك ملاحظات جوهرية، ومن ثم أعددنا الاختبار فى صورته النهائية.

٩ - من أجل تحديد زمن عرض القائمة واسترجاعها فى الدراسة الأساسية تمت الاستعانة بعشرة من طلاب قسم علم النفس - جامعة الملك

سعود، وطلبنا منهم قراءة القائمة ثلاث مرات متتالية ثم محاولة استرجاعها مرة واحدة بعد مرور خمس دقائق، واستخرجنا متوسطاً لكل طالب ومتوسطاً للمجموعة وانتهينا من ذلك الى أن يكون زمن عرض القائمة دقيقة واحدة * وزمن استرجاعها دقيقتين (وقد قدم باكمان وزملاؤه قائمة كلمات بواقع ثانيتين لكل كلمة واعطوا خمس ثوانى لكل كلمة فيما يسمى العرض البطئ، لكنهم أعطوا دقيقتين لكل مهمة من مهام الاسترجاع. وهو مايتفق مع تحديدنا السابق. (Backman et al, 1996) فلو طبقنا ذلك فسيكون الزمن الاجمالى للقائمه هو ٦٠ ثانية.

وبالتالى اصبح الاختبار فى صورته النهائية يتألف من ثلاثين كلمة رباعية مابين اسم وفعل وصفه موزعة على فئات ثلاث هى: ايجابية (سارة)، سلبية (غير سارة)، محايدة. وقد اعددنا من الاختبار صورتين الأولى تتوزع فيها كلمات الفئات الثلاث بشكل عشوائى، والثانية توضع كلمات كل فئة متتالية (ايجابية ثم محايدة ثم سلبية) على أن تعطى الصورة الأولى لنصف العينة، والصورة الثانية للنصف الآخر أثناء التطبيق وذلك لاختبار هدف إضافى هو دور طريقة التقديم فى التذكر الانتقائى. (Bäckman et al, 1996) ومن أجل استكمال الاطمئنان على صلاحية الأختبار السيكومترية فقد قمنا بحساب ثباته عن طريق الصور المتكافئة Equivelant forms بتقسيم القائمة الأساسية إلى قائمتين منفصلتين فى كل قائمة خمس عشرة

* رغم هذا التحديد الامبيريقي الذى تدعمه بعض الدراسات السابقة فان الهدف من قصر زمن عرض القائمة هو تحقيق شرط الانتقائية، لأن طول مدة العرض تعطى فرصاً متساوية لجميع كلمات القائمة فى البقاء فى الذاكرة.

كلمة وتم اعطائهما منفصلتين لعشرين طالباً بمتوسط عمرى ١٩ر٥٣ سنة وانحراف معيارى ١ر٣١ سنة. وعشرين طالبة بمتوسط عمرى ١٩ر٢٧ سنة وانحراف معيارى ١٩ر٩٦ سنة، وبلغ معامل الارتباط بين الدرجة الكلية فى الصورتين ٨٥ر، ٨٩ر لدى الطلاب والطالبات على التوالى.

أما بالنسبة للصدق فقد اعتمدنا على عدة مؤشرات أولها أن هذا الإجراء فى قياس الذاكرة الملائمة للمزاج قد استخدم فى عدة دراسات مثل القائمة التى استخدمها كيوبير وزملاؤه (Kuiper et al. 1982) والتى استخدمها باداوى (Gotlib et al., 1988) وكذلك قائمة بلات وزيروف (Blatt & Zuroff, 1992) ، وواتكنز وزملائه (Watkins, et al., 1992, Watkins et al., 1996).

والمؤشر الثانى هو الصدق الظاهرى والذى نستدل عليه من صدق المحكمين. حيث طلبنا من المحكمين تخمين الغرض من وراء إعداد قائمة الكلمات التى عرضت عليهم، وقد كان من بين إجاباتهم، أنه يقيس التذكر (بالاضافة إلى معانى المفردات، وزمن رد الفعل، والحالة الانفعالية) هذا إضافة إلى مظهر آخر لصدق المحكمين حيث بلغت نسبة اتفاقهم فى تصنيف الكلمات على الفئات الثلاث ٧٠٪ للكلمات المحايدة، و١٠٠٪ للكلمات السلبية والكلمات الايجابية. وقد استخدم هذا الاجراء كلاً من نيون وزملاؤه حيث استخدموا قائمة كلمات استمدوها من دراسات سابقة (تنقسم إلى إيجابية وسلبية) وطلبوا من بعض المقدرتين الحكم عليهم. وهو نفس الإجراء الذى استخدمه واتكنز وزملاؤه (Watkins et al, 1992) حيث طلبوا من ٥٠

طالباً من طلاب الجامعة تصنيف قائمة كلمات إلى ثلاث فئات هى : مرتبطة بالاكتئاب، ومحايدة، وإيجابية، وقبلوا الكلمات التى وصلت نسبة الإتفاق حولها إلى ٧٠٪ فما فوق.

أما المؤشر الثالث فهو صدق المفهوم، ويقصد به إلى أى مدى يقيس الاختبار مفهوماً نظرياً أو سمة معينة (Anastasi, 1982, P. 144) لأن الخصائص النفسية سواء كانت معرفية أو انفعالية أو حركية تتطلب فى كثير من الأحيان التعامل معها بشكل غير مباشر والإستدلال عليها من خلال المترتبات السلوكية أو التقارير اللفظية. وهو ماتقوم به الاختبارات والمقاييس النفسية. معنى هذا أن صدق المفهوم يعكس الرأى العلمى الذى يتوفر لدى معد المقياس حول ملاءمة الاستنتاجات التى ينتهى إليها من خلال درجات المقياس وما تتضمنه من تصنيف للأفراد على قدرة أو خاصية أو سلوك معين.

ويشير سويف الى أن صدق المفهوم لافرق بينه وبين محاولة التحقق من صحة أية نظرية علمية وتنميتها، كما أن عمليات التحقق من صدق المفهوم يجب أن تظل قابلة للمزيد من الاستمرار والنمو مادامت هناك إمكانية لمزيد من الدراسات والاستكشاف (سويف، ١٩٦٨، ص ص ٣٧ – ٣٨).

جـ - النشاط الدخيل:

وهى مهمة بسيطة تتوسط بين قراءة قائمة الكلمات ومحاولة استرجاعها، وهو إجراء معتاد فى قياس الذاكرة قصيرة المدى، ويقصد به عادة مرور فترة زمنية بين الحفظ والاسترجاع حتى لايكون الاسترجاع مباشراً، كما أن شغل هذه الفترة بنشاط ما يمنع عملية التسميع الذاتى التى

قد يقوم بها بعض المفحوصين ولايقوم بها البعض الآخر، ومن ثم يودى إدخال هذا النشاط الى إحداث نوع من التكافؤ بين المفحوصين. هذا وقد قدرنا الفترة الفاصلة فى الدراسة الحالية بخمس دقائق، قدمنا فيها مهمة بسيطة يطلب فيها من المفحوصين رسم ثلاث دوائر متداخلة داخل مستطيلات أفقية متجاورة. وتم اختيار هذه المهمة كى تكون من طبيعة مختلفة (غير لفظية) عن المواد المقدمة فى اختبار الذاكرة .

٢ - *عينة الدراســة:*

تتكون عينة الدراسة الأساسية من عينتين فرعيتين، إحداهما من الطلاب والثانية من الطالبات . ولما كانت العينتان الفرعيتان قد استمدتا من مجتمعين مختلفين وهما جامعة الزقازيق (فرع بنها) وجامعة جنوب الوادى (فرع سوهاج)* ونظراً للاختلافات المحتملة بين المجتمعين (وجه بحرى - وجه قبلى) باعتبارهما ثقافتين فرعيتين فقد أردنا فى البداية الاطمئنان إلى امكانية ضم طلاب الجامعتين فى وكذلك طالباتهما فى عينة واحدة وذلك بهدف الحصول على عينة كبيرة نسبياً من الطلاب وكذلك من الطالبات لأن التحليلات الاحصائية الأساسية سوف تجرى على المجموعات الطرفية فى العينتين . من هنا فقد قمنا بالمقارنة بين عينتى الطلاب (بنها وسوهاج) وعينتى الطالبات (بنها وسوهاج) فى متغيرى الدراسة الأساسيين وهما الأعراض الاكتئابية والذاكرة قصيرة المدى ويوضح الجدولان التاليان نتائج المقارنة:

---

* اضطررنا لتوسيع دائرة التطبيق للحصول على عينة كبيرة فى وقت مناسب من ناحية، والبحث عن إمكانية إدخال متغير أخر فى البحث وهو متغير «الثقافة الفرعية».

جدول رقم (١)

المقارنة بين طلاب بنها وطلاب سوهاج فى متغيرى الدراسة الرئيسيين

المجموعات / المتغيرات	طلاب بنها(ن =٩٢)		طلاب سوهاج (ن= ٨٣)		قيمة ت	مستوى الدلالة
	م	ع	م	ع		
١ – الاعراض الاكتائية	٣٩٫٦٤	١١٫١٧	٣٩٫٧٧	١١٫٤٨	٠٨ر	غير دالة
٢ – الذاكرة قصيرة المدى	١٥٫٧٥	٥٫٥٥	١٥٫٩٤	٥٫٧٣	١٫٤٦	غير دالة

يتضح من الجدول السابق أن قيمة ت بين مجموعتى الطلاب فى المتغيرين لم تكن دالة وهو مايدعم لجوئنا الى ضم المجموعتين فى عينة واحدة.

جدول رقم (٢)

المقارنة بين طالبات بنها وطالبات سوهاج فى متغيرى الدراسة الرئيسيين

المجموعات / المتغيرات	طالبات بنها(ن =١٥١)		طالبات سوهاج (ن= ١٠٤)		قيمة ت	مستوى الدلالة
	م	ع	م	ع		
١ – الاعراض الاكتائية	٣٨٫١٦	١٠٫١٣	٣٩٫٥٤	١١٫٥٥	٩٨ر	غير دالة
٢ – الذاكرة قصيرة المدى	١٥٫٢٦	٥٫٢٤	١٥٫٤٥	٥٫٦٩	٢٨ر	غير دالة

ويتضح من الجدول السابق – مرة أخرى – أن قيمة ت بين مجموعتى الطالبات فى متغيرى الدراسة لم تكن دالة ولذلك فسوف نضمهما فى عينة واحدة.

وفى ضوء ما تقدم فإن العينة الكلية للدراسة تتكون من ٤٣٠ طالباً وطالبة وتنقسم الى عينتين فرعيتين الأولى من الذكور عدد أفرادها ١٧٥ طالباً (٩٢ من بنها، و ٨٣ من سوهاج) يتراوح المدى العمرى لأفرادها ١٧ – ٢٤ عاماً بمتوسط ١٩ر٧٦ سنة وانحراف معيارى ١ر٣٤ سنة، والثانية من الإناث وتتألف من ٢٥٥ طالبة (١٥١ من بنها، ١٠٤ من سوهاج) يتراوح المدى العمرى لأفرادها ١٨ – ٢٤ عاماً بمتوسط ١٩ر١٦ وانحراف معيارى ١ر٠٧ سنة . ورغم ضآلة الفرق فى متوسط العمر بين العينتين (حيث لم يتجاوز ٦٠ر) فقد بلغ مستوى الدلالة الاحصائية عند ٠٠١ر وذلك نظراً لكبر حجم العينتين. غير أن هذا الفرق لايمثل مشكلة لأن العينتين تنتميان إلى مرحلة عمرية واحدة هى المرحلة الجامعية، كما أنها محصورة بين الفرقة الأولى والثانية والثالثة فقط. هذا وقد كانت عينة طلاب وطالبات بنها مستمدة من كليتى الآداب والتربية بينما اقتصرت عينة طلاب وطالبات سوهاج على كلية الآداب . أمابالنسبة للأقسام فقد كانت عينة كلية الآداب فى بنها وسوهاج من قسم علم النفس واقتصرنا فيها على طلاب الفرقة الأولى والثانية (استبعدنا الفرقة الثالثة) حيث من المتوقع عدم تعمقهم فى دراسة مقررات القياس النفسى المتخصصة أو التدريب على الاختبارات النفسية، أما بالنسبة لكلية تربية بنها فقد كان الطلاب والطالبات من الفرقتين الثانية والثالثة، واقتصرت على قسم التعليم الأساسى بشعبة المختلفة.

ونـــــــود أن نشير هنا الى المبررات التى تقف خلف اختيارنا للأعراض الإكتئابية لدى عينة من طلاب الجامعة للكشف عن علاقتها بالذاكرة الانتقائية.

١ - استخدمت دراسات عديدة فى التراث الأجنبى عينات مرضية إكلينيكية (اكتئاب اكلينيكى) لكن بعضها يعانى من مشاكل منهجية يجعلها محدودة القيمة. ومن هذه المشكلات صغر حجم العينات . فقد استخدم كاليف وارفن (Calev & Erwin, 1985) ١٠ مكتئبين فقط منهم ثلاثة ذكور وسبع إناث كمجموعة تجريبية وضم التشخيص كلاً من الاكتئاب التفاعلى Reactive والداخلى (الذاتى) Endogenous أو الذهانى . ومما لاشك فيه أن هناك اختلافات بين النوعين.

كذلك استخدم واتس وكوبر (Watts & Cooper, 1989) عينة من ٢١ مريضاً منهم ١٦ أنثى وخمسة ذكور مما أدى إلى طمس الدور المحتمل للجنس كمتغير فى دراسات الذاكرة وعلاقتها بالاكتئاب . كذلك استخدم إليوت وجرين (Elliot & Greene, 1992) عشرة من مرضى الاكتئاب وكانوا يأخذون أدوية، ومن ثم قد يكون الدواء أسهم ببعض التباين فى اضطرابهم كما يشير لذلك شانو ن وزملاؤه (Channon., et al, 1993)..

٢ - أن هناك دراسات أخرى عن علاقة الذكرة بالاكتئاب استخدمت اكتئاباً سوياً. ويشير بلانى (Blaney, 1986) فى مراجعته إلى أن خمس دراسات من بين ثمانى فى فئة دراسات الذاكرة الملائمة للمزاج التى استخدمت مهام النجاح والفشل أجريت على عينات من الطلاب وتم تصنيفهم الى مكتئبين وغير مكتئبين على أساس مقاييس التقرير الذاتى.

كذلك تم فحص الميول الاكتئابية فى دراسة جيردى وزملائه (Gjerde et al., 1988) لدى عينة اكتئابيين غير اكلينكيين، يظهرون درجة من اضطراب عسر المزاج dysthymic وهو درجة نسبية من الاضطراب اوخرن متطرف اكثر منه اضطراب اكتئابى شديد. وهذه الميول الاكتئابية تبدو مستمرة ومتصلة بالاكتئاب الاكلينيكى. وهناك نسبة معقولة من الافراد الذين يظهرون اكتئاباً شبة اكلينيكى فى فترة مبكرة من حياتهم قد يطورون اكتئاباً اكلينيكياً فى فترة لاحقة.

كذلك استخدم واتكنز وزملاؤه ١٩٩٢ المفحوصين الذين حصلوا على ١٩ فاكثر على قائمة بيك باعتبارهم متوسطى الاكتئاب، والذين حصلوا على اكثر من ٢٦ درجة باعتبارهم نوى اكتئاب شديد (Roediger & Mc Dermott, 1992) وقد أعاد واتكنز وزملاؤه نفس الإجراء بعد ذلك (Watkins at al., 1996) حيث اختاروا طلاباً من قسم علم النفس وطبق عليهم مقياس بيك وتم التأكد من استيفائهم للمحكات التشخيصية فى الطبعة الثانية المعدلة من دليل التشخيص الأمريكى للاضطرابات النفسية DSM III - R، بينما كانت المجموعة الضابطة ممن حصلوا على أقل من خمس درجات على قائمة بيك للاكتئاب ولم يستوفوا المحكات التشخيصية طبقاً للمرجع التصنيفى السابق. كذلك قام كراوسون وكروميل (Crowson&Cromwell,1995) بتطبيق قائمة بيك على٧٠٠ فرد فى تطبيق جمعى وتم اختيار الافراد الذين زادت درجاتهم عن ١٦

درجة (بلغ عددهم ٥١ مفحوصاً) كمرتفعين والذين تراوحت درجاتهم بين ٢ – ٣ درجات (عددهم عشرة مفحوصين) كمنخفضين للمشاركة فى الدراسة.

٣ – يشير جيردى وزملاؤه (Gjerde., et al., 1988) إلى أن الدراسات التى تعاملت مع الجماعات الطرفية للاكتئاب (مرتفعين – منخفضين) تمكنت من تحليل الميول الاكتئابية كمتغير متصل وهو مايسمح بفحص العلاقة بين الاكتئاب وأى مقياس أخر لمتغيرات متصلة وهو أحد أهداف دراستنا الحالية .

٤ – إذا استطعنا الكشف عن الذاكرة الانتقائية الملائمة للمزاج لدى عينات من الأسوياء ذوى الاكتئاب السوى، فإن انطباق ذلك على عينات اكتئابية مرضية سيكون أمراً حاسماً إلى حد بعيد وهو مايعين فى عمليات التشخيص لمرضى الاكتئاب بشكل غير مباشر تفادياً للانتقادات التى توجه لمقاييس التقرير الذاتى للاكتئاب (كما سبقت الإشارة) وذلك فى ضوء عينات كبيرة نسبياً وتضم الذكور والإناث.

٣ - *إجراءات التطبيق:**

تم تطبيق أدوات البحث فى جلسات جماعية وقد تمت إجراءات التطبيق طبقاً للخطوات التالية:

---

* يتقدم الباحث بخالص الشكر والتقدير للزميلين والصديقين العزيزين د. عادل خضر الاستاذ المساعد بآداب بنها، ود. محمد خضر المدرس بآداب سوهاج على تفضلهما بالمساهمة فى جمع بيانات الدراسة .

أ - توزيع قائمة الكلمات (اختبار الذاكرة) على الطلاب والطالبات فى الجلسة الواحدة مناصفة (النصف يأخذ الصورة الأولى من القائمة، وهى الكلمات المتغيرة والنصف الآخر يأخذ الصورة الثانية وهى الكلمات المرتبة فى فئات) وبعد ملأ البيانات وقراءة التعليمات، يسمح لهم بالبدء فى قراءة القائمة ومحاولة حفظها، ويستمر ذلك لمدة دقيقة.

٢ - بعد انتهاء الدقيقة يطلب منهم التوقف عن القراءة وتجمع القوائم.

٣ - يبدأ العمل بعد ذلك فى النشاط الدخيل لمدة خمس دقائق.

٤ - يتم توزيع قوائم الاسترجاع، و يسمح لهم بمحاولة الاسترجاع الحر لكل مايمكن تذكره من كلمات القائمة وذلك لمدة دقيقتين.

٥ - يتم بعد ذلك تطبيق قائمة بيك للاكتئاب . هذا وقد تم تأخير قائمة بيك لنهاية جلسة التطبيق لتفادى أى تأثيرات محتملة لكلماتها وعباراتها على اختبار الذاكرة.

خطة التحليلات الاحصائية:

تنقسم خطة التحليلات الاحصائية إلى ثلاثة أقسام وذلك على النحو التالى:

- القسم الأول، وتتم فيه المقارنات بين عينتى الطلاب والطالبات كاملتين كمايلى:

أ - المقارنة بين عينتى الطلاب والطالبات فى الأعراض الاكتئابية باستخدام اختبار «ت».

ب - المقارنة بين عينتى الطلاب والطالبات فى متغيرات الذاكرة اللفظية موضع الاهتمام باستخدام اختبار «ت».

جـ - حساب معامل الارتباط البسيط (بيرسون) بين درجة الأعراض الاكتئابية من ناحية ومتغيرات الذاكرة اللفظية موضع الاهتمام من ناحية أخرى فى كل من عينتى الطلاب والطالبات.

- القسم الثانى: وفيه يتم تقسيم كل من عينتى الطلاب والطالبات الى ارباعيات ثم اختيار الإرباعى الأدنى والارباعى الأعلى فى كل عينة ومن ثم يكون لدنيا أربع مجموعات فرعية ثم تجرى التحليلات الاحصائية التالية.

أ - حساب تحليل التباين أحادى الاتجاه بين المجموعات الأربع بالنسبة لمتغيرات الذاكرة اللفظية وهى: الذاكرة قصيرة المدى، والكلمات الايجابية، والكملات السلبية، والكلمات المحايدة، وتحريف الذاكرة.

ب - فى حالة دلالة نسبة «ف» يتم حساب اختبار شيفيه لتحديد اتجاه الفروق.

القسم الثالث:

لاختبار مدى تأثير اختلاف طريقة التقديم على فئات التذكر يتم تقسيم كل من عينتى الطلاب والطالبات إلى مجموعتين فرعيتين على أساس طريقة التقديم (الطريقة الأولى والطريقة الثانية) فى عينة الطلاب، وكذلك فى عينة الطالبات ثم يتم حساب اختبار «ت» بين الطريقة الأولى والثانية بالنسبة لمتغيرات الذاكرة موضع الاهتمام.

عرض نتائج الدراسة

سوف نقوم بعرض نتائج الدراسة طبقاً لترتيب فروضها وذلك على النحو التالى:

- *الفرض الأول:*

وهو الخاص بالفروق بين الطلاب والطالبات فى الأعراض الاكتئابية ويوضح الجدول رقم (٣) نتائج هذا الفرض.

جدول رقم (٣)

الفروق بين الطلاب و لطالبات فى الأعراض الاكتئابية

المجموعات / المتغيرات	الطلاب (ن = ١٧٥)		الطالبات (ن = ٢٥٥)		قيمة ت	مستوى الدلالة
	م	ع	م	ع		
الأعراض الاكتئابية	٣٩ر٧٠	١١ر٢٩	٣٨ر٧٢	١٠ر٧٣	٩١ر	غير دالة

يتضح من الجدول السابق ان الفروق بين الطلاب والطالبات فى الأعراض الاكتئابية لم تصل إلى مستوى الدلالة الاحصائية وهو مايعنى قبول الفرض الصفرى الأول.

- *الفرض الثانى:*

وهو الخاص بالفروق بين الطلاب والطالبات فى متغيرات الذاكرة اللفظية موضع العناية فى الدراسة الحالية، ويوضح الجدول رقم (٤) نتائج هذا الفرض.

جدول رقم (٤)

الفروق بين الطلاب والطالبات فى متغيرات الذاكرة

المجموعات / المتغيرات	الطلاب (ن = ١٧٥)		الطالبات (ن = ٢٥٥)		قيمة ت	مستوى الدلالة
	م	ع	م	ع		
١ – الكلمات الايجابية	٥ر١٤	٢ر٢٧	٥ر٧٩	١ر٩٦	٣ر١٠	٠٠٢ر
٢ – الكلمات السلبية	٥ر٠١	٢ر٣٥	٥ر٠٤	٢ر١٩	١٤ر	غير دال
٣ – الكلمات المحايدة	٤ر٣٤	٢ر٣٤	٤ر٤٩	٢ر٢٩	٦٦ر	غير دال
٤ – الذاكرة قصيرة المدى	١٤ر٥١	٥ر٩١	١٥ر٣٢	٥ر٤٢	١ر٤٣	غير دال
٥ – تحريف الذاكرة*	١ر٦٥	١ر٤٧	١ر٦١	١ر٥٢	٢٦ر	غير دال

ويلاحظ من الجدول السابق أن الفروق بين الطلاب والطالبات فى متغيرات الذاكرة اللفظية لم تصل إلى مستوى الدلالة الاحصائية باستثناء الكلمات الايجابية التى كان الفرق فيها دالاً لصالح الطالبات، أى أنهن ذكرن كلمات ايجابية اكبر جوهرياً من الطلاب. وهو مايعنى قبول الفرض الصفرى الثانى بصورة جزئية.

- ***الفرض الثالث:***

وهو خاص بالعلاقة بين الأعراض الاكتئابية ومتغيرات الذاكرة اللفظية المختلفة فى كل من عينتى الطلاب والطالبات، ونعرض نتائجه فى الجدول التالي:

* هذا المتغير لم يكن متضمناً أصلاً فى الدراسة منذ البداية ولكن قررنا رصده أثناء التصحيح وذلك حيث لاحظنا أن بعض المفحوصين يضيفون مفردات لم ترد فى القائمة.

جدول رقم (٥)

المصفوفة الارتباطية لمتغيرات الدراسة فى عينتى

الطلاب (ن = ١٧٥) الطالبات (ن = ٢٥٥)

المجموعات / المتغيرات	الاعراض الاكتئابية	
	الطلاب	الطالبات
١ – الكلمات الايجابية	-١٥ر*	٠١ر
٢ – الكلمات السلبية	– ٠٤ر	٠٦ر
٣ – الكلمات المحايدة	– ١٨ر*	٠٠٤ر
٤ – الذاكـرة قصيرة المـدى	– ١٣ر	٠٣ر
٥ – تحريف الذاكرة	٠٨ر	٠٠٩ر

يتضح من الجدول السابق أن هناك ارتباطاً سلبياً دالاً عند ٠٥ر٠ بين الأعراض الاكتئابية وكلاً من الكلمات الايجابية والمحايدة، بينما لم يكن الارتباط دالاً فى الكلمات السلبية والذاكرة قصيرة المدى (الدرجة الكلية). أما فى عينة الطالبات فلم يصل أى معامل ارتباط إلى مستوى الدلالة الاحصائية . وهو مايجعلنا أقرب إلى رفض الفرض الوجودى الثالث، أو قبوله بصورة جزئية للغاية (نظراً لأن الارتباطات الدالة كانت متسقة مع نتائج الدراسات السابقة).

الفروض من الرابع إلى السابع

لمعالجة الفروض من الرابع إلى السابع قمنا بتقسيم كل من عينتى الطلاب والطالبات إلى إرباعيات فى ضوء متغير الأعراض الاكتئابية وكانت

قيمة الإرباعى الأعلى ٤٦ درجة فى كل من عينتى الطلاب والطالبات، بينما كانت قيمة الإرباعى الأدنى ٣٠ فى عينة الطلاب، و ٣١ فى عينة الطالبات .

ومن ثم فقد أصبح لدينا نتيجة هذا التقسيم أربع مجموعات على النحو التالى:

١ - طلاب مرتفعون فى الأعراض الاكتئابية وعددهم ٥١ طالباً بمتوسط عمرى ١٩ر٨٨ سنة وانحراف معيارى ١ر٤٩ سنة.

٢ - طلاب منخفضون فى الأعراض الاكتئابية وعددهم ٤٤ طالباً بمتوسط عمرى ١٩ر٧٧ سنة وانحراف معيارى ١ر٢٦ سنة.

٣ - اناث مرتفعات فى الأعراض الاكتئابية وعددهن ٦٥ طالبة بمتوسط عمرى ١٩ر٠٣ سنة وانحراف معيارى - ر١ سنة.

٤ - إناث منخفضات فى الأعراض الاكتئابية وعددهن ٦٨ طالبة بمتوسط عمرى ١٩ر٢٢ سنة وانحراف معيارى ٩٩ر سنة.

وقد تم إجراء تحليل التباين أحادى الاتجاه لمتغيرات الذاكرة، يعقبه حساب اختبار شيفية لدلالة الفروق فى حالة نسبة «ف»، والجداول التالية (من ٦ الى ١٠) توضح نتائج هذه الخطوة الاحصائية.

جدول رقم (٦)

تحليل التباين أحادى الاتجاه بين مجموعات الدراسة فى الكلمات الايجابية

مصدر التباين	درجات الحرية	مجموع المربعات	متوسط المربعات	نسبة ف	مستوى الدلالة
بين المجموعات	٣	٥١ر٤٠	١٧ر١٣	٣ر٨٠	٠١ر
داخل المجموعات	٢٢٤	١٠١٠ر٣٣	٤ر٥١		
المجموع	٢٢٧	١٠٦١ر٧٣	-	-	

ولما كانت نسبة ف فى هذا الجدول دالة فقد حسبنا اختبار شيفية للتعرف على اتجاه الفروق وتبين ان الفرق الوحيد الدال كان بين الطلاب مرتفعى الأعراض الاكتئابية والطالبات مرتفعات الأعراض الاكتئابية حيث كانت الطالبات المرتفعات اكثر المرتفعات استدعاءً للكلمات الايجابية من الطلاب المرتفعين.

جدول رقم (٧)

تحليل التباين أحادى الاتجاه بين مجموعات الدراسة فى الكلمات السلبية

مصدر التباين	درجات الحرية	مجموع المربعات	متوسط المربعات	نسبة ف	مستوى الدلالة
بين المجموعات	٣	٣ر٤٥	١ر١٥	٢٢ر	غير
داخل المجموعات	٢٢٤	١١٨١ر٣٣	٥ر٢٧		دالة
المجموع	٢٢٧	١١٨٤ر٧٩			

يتضح من الجدول السابق أن نسبة «ف» لم تكن دالة احصائياً وهو مايعنى عدم وجود فروق بين مجموعات الدراسة فى الكلمات السلبية.

جدول رقم (٨)

تحليل التباين أحادى الاتجاه بين مجموعات الدراسة فى الكلمات المحايدة

مصدر التباين	درجات الحرية	مجموع المربعات	متوسط المربعات	نسبة ف	مستوى الدلالة
بين المجموعات	٣	٣٢ر٨٠	١٠ر٩٣	-٢ر	غير
داخل المجموعات	٢٢٤	١٢٢٥ر٨٧	٥ر٤٧		دالة
المجموع	٢٢٧	١٢٥٨ر٦٧			

يتضح من الجدول السابق أن نسبة ف لم تصل لمستوى الدلالة الاحصائية وهو مايعنى أنه لاتوجد فروق بين مجموعات الدراسة فى تذكر الكلمات المحايدة.

جدول رقم (٩)

تحليل التباين أحادى الاتجاه بين مجموعات الدراسة

فى الذاكرة قصيرة المدى

مصدر التباين	درجات الحرية	مجموع المربعات	متوسط المربعات	نسبة ف	مستوى الدلالة
بين المجموعات	٣	١٥٦ر٣٨	٥٢ر١٣	١ر٥٨	غير دالة
داخل المجموعات	٢٢٤	٧٣٨٨ر٢٩	٣٢ر٩٨		
المجموع	٢٢٧	٧٥٤٤ر٦٨			

يتضح من الجدول السابق أنه لاتوجد فروق جوهرية بين مجموعات الدراسة فى درجة الذاكرة اللفظية قصيرة المدي.

جدول رقم (١٠)

تحليل التباين أحادى الاتجاه بين مجموعات الدراسة

فى تحريف الذاكرة

مصدر التباين	درجات الحرية	مجموع المربعات	متوسط المربعات	نسبة ف	مستوى الدلالة
بين المجموعات	٣	١ر٨٨	٠ر٦٣	٠ر٢٩	غير دالة
داخل المجموعات	٢٢٤	٤٨٩ر٤٤	٢ر١٩		
المجموع	٢٢٧	٤٩١ر٣٢			

يتبين من الجدول السابق أن الفروق بين مجموعات الدراسة فى درجة تحريف الذاكرة لم تكن دالة احصائياً.

وفى ضوء النتائج التى عرضناها من خلال الجداول السابقـــة من (٦ - ١٠) يمكن أن ننتهى إلى رفض الفروض الوجودية من الرابع الى السابع، حيث لم تكن هناك فروق جوهرية بين مجموعات الدراسة فى جميع متغيرات الذاكرة موضع الاهتمام باستثناء الفروق بين الطلاب والطالبات المرتفعين فى الاعراض الاكتئابية فى استدعاء الكلمات الايجابية.

أما بالنسبة للفروض الفرعية الملحقة بالفرضين الرابع والخامس فنعرض نتائجها فيما يلى:

جدول رقم (١١)

اختبار «ت» بين فئات الذاكرة الانتقائية داخل عينة الطلاب

مرتفعى الأعراض الاكتئابية ن = ٥١

المتغيرات	الفئة الأولى		الفئة الثانية		قيمة ت	مستوى الدلالة
	م	ع	م	ع		
الكلمات الايجابية * الكلمات السلبية	٤ر٥٥	٢ر١٩	٤ر٩٤	٢ر٢٧	١ر١١	غير دالة
الكلمات الايجابية* الكلمات المحايدة	٤ر٥٥	٢ر١٩	٣ر٦٥	٢ر٠٩	٣ر٥٥	٠ر٠١
الكلمات السلبية × الكلمات المحايدة	٤ر٩٤	٢ر٢٧	٣ر٦٥	٢ر٠٩	٤ر٤٤	٠ر٠٠١

يتبين من الجدول السابق أن أداء الطلاب مرتفعى الأعراض الاكتئابية يختلف الى حد كبير باختلاف فئة المطلوب استدعاؤها بحيث كان هناك تشابه

كبير فى أدائهم بالنسبة للكلمات الايجابية والسلبية حيث لم يصل الفرق بينهما لمستوى الدلالة$الاحصائية، بينما كان الفرق جوهرياً بين هاخين الفئتين وفئة الكلمات المحايدة.

جدول رقم (١٢)

اختبار «ت» تبين فئات الذاكرة الانتقائية لدى عينة الطلاب منخفضى الأعراض الاكتئابية

المتغيرات	الفئة الاولى		الفئة الثانية		قيمة ت	مستوى الدلالة
	م	ع	م	ع		
- الكلمات الايجابية * الكلمات السلبية	٥ر٥٩	٢ر٧٦	٥ر٠٢	٢ر٧٣	١ر٦٤	غير دالة
- الكلمات الايجابية* الكلمات المحايدة	٥ر٥٩	٢ر٧٦	٤ر٧١	٢ر٥٤	٣ر٠١	٠٠١ر
- الكلمات السلبية * الكلمات المحايدة	٥ر٠٢	٢ر٧٣	٤ر٧١	٢ر٥٤	١ر١٠	غير دال

لاحظ ان الفرق الوحيد الدال لدى هذه المجموعة كان بين الكلمات الايجابية والكلمات المحهيدة بينما لم تصل بقية الفروق الى مستوى الدلالة الاحصائية.

جدول رقم (١٣)

اختبار «ت» بين فئات الذاكرة الانتقائية لدى عينة الطالبات مرتفعات الأعراض الاكتئابية

المتغيرات	الفئة الاولى		الفئة الثانية		قيمة ت	مستوى الدلالة
	م	ع	م	ع		
- الكلمات الايجابية * الكلمات السلبية	٥ر٧٧	٢ر٠٤	٥ر١٢	٢ر١٣	٢ر٤٤	٠٢ر
- الكلمات الايجابية* الكلمات المحايدة	٥ر٧٧	٢ر٠٤	٤ر٤٧	٢ر٣١	٦ر٠٣	٠٠٠ر
- الكلمات السلبية * الكلمات المحايدة	٥ر١٢	٢ر١٣	٤ر٤٧	٢ر٣١	٢ر٧٨	٠٠٧ر

ويلاحظ من الجدول السـبق أن جميع الفروق كانت دالة إحصائياً في هسه المجموعة وبالتالى فإن ترتيب فئات الذاكرى الانتقائية فى ضوء المتوسطات هو الكلمات الايجابية، ثم الكلمات السلبية، ثم الكلمات المحايدة.

جدول رقم (١٤)

اختبار «ت» بين فئات الذاكرة الانتقائية لدى عينة الطالبات منخفضات الأعراض الاكتئابية

المتغيرات	الفئة الاولى		الفئة الثانية		قيمة ت	مستوى الدلالة
	م	ع	م	ع		
- الكلمات الايجابية * الكلمات السلبية	٥ر٦٥	٢ر٠٩	٤ر٨١	٢ر١٦	٣ر٢١	٠٠٢ر
- الكلمات الايجابية، الكلمات المحايدة	٥ر٦٥	٢ر٠٩	٤ر٥٠	٢ر٤٢	٤ر٤١	٠٠٠١ر
- الكلمات السلبية * الكلمات المحايدة	٤ر٨١	٢ر١٦	٤ر٥٠	٢ر٤٢	١ر٢٥	غير دالة

يتبين من الجدول السابق أن هناك فروقاً دالة احصائياً بين الكلمات الايجابية من ناحية وكلاً من الكلمات السلبية والكلمات المحايدة من ناحية أخرى، بينما لم يصل الفرق بين الكلمات السلبية والكلمات المحايدة الى مستوى الدلالة.

ويمكن تلخيص نتائج هذين الفرضين الفرعيين بأن هناك بالفعل بعض التفاوت فى أداء كل مجموعة من المجموعات الأربع بالنسبة لفئات الذاكرة الانتقائية غير أن هذا التفاوت لم يكن متسقاً فى شدته أو فى اتجاهه، والملاحظة العامة أن الكلمات الايجابية هى التى تأتى عادة فى أول الترتيب

من حيث جودة استدعاؤها وهو ما لايتفق مع توقعاتنا على الأقل بالنسبة للمجموعات مرتفعة الأعراض الاكتئابية.

- *الفرض الصفرى الثامن والأخير :*

وهو خاص بمدى تأثير الاختلاف فى طريق تقديم مواد التذكر على الاستدعاء بالنسبة لمتغيرات الذاكرة موضع الاهتمام، ويعرض الجـــدولان ١٥، ١٦ نتائج هذا الفرض فى عينتى الطلاب والطالبات .

جدول رقم (١٥)

نتائج اختبار «ت» لدلالة الفروق بين طريقتى التقديم فى عينة الطلاب

المتغيرات	الفئة الأولى		الفئة الثانية		قيمة ت	مستوى الدلالة
	م	ع	م	ع		
الكلمات الايجابية ، الكلمات السلبية	٥ر٢٦	٢ر١٢	٥ر٠٥	٢ر٣٨	٦٣ر	غير دال
الكلمات الايجابية، الكلمات المحايدة	٥ر٠١	٢ر٥٦	٥ر٠١	٢ر٢١	٠١ر	غير دال
الكلمات السلبية ، الكلمات المحايدة	٤ر٤٤	٢ر٤٤	٤ر٢٧	٢ر٢٩	٤٧ر	غير دال
الذاكرة قصيرة المدى	١٤ر٧٦	٦ر٥١	١٤ر٣٤	٥ر٤٨	٤٥ر	غير دال
تحريف الذاكرة	١ر٣٥	١ر٢٥	١ر٨٥	١ر٥٧	٢ر٣٧	٠٢ر

يتضح من الجدول السابق أن الفروق الناجمة عن اختلاف طريقة التقديم لم تصل لمستوى الدلالة الاحصائية فى عينة الطلاب باستثناء أن الذين قدمت لهم مادة التذكر بالطريقة الثانية (الكلمات مرتبة فى فئات) كانوا اكثر تحريفاً للذاكرة من الذين اخذوا مادة التذكر بالطريقة الأولى (الكلمات المبعثرة).

جدول رقم (١٦)

نتائج اختبار «ت» لدلالة الفروق بين طريقتى التقديم فى عينة الطالبات

المتغيرات	الفئة الاولى		الفئة الثانية		قيمة ت	مستوى الدلالة
	م	ع	م	ع		
الكلمات الايجابية ، الكلمات السلبية	٥ر٦٨	٢ر١٥	٥ر٩٤	١ر٧٠	١ر٠٧	غير دال
الكلمات الايجابية، الكلمات المحايدة	٥ر١٥	٢ر٢٩	٤ر٩١	٢ر٠٤	٨٧ر	غير دال
الكلمات السلبية ، الكلمات المحايدة	٤ر٤٥	٢ر٣١	٤ر٥٥	٢ر٢٩	٣٤ر	غير دال
الذاكرة قصيرة المدى	١٥ر٢٨	٥ر٨٢	١٥ر٣٧	٤ر٨٧	١٤ر	غير دال
تحريف الذاكرة	١ر٤٥	١ر٣٥	١ر٨١	١ر٧١	١ر٨٢	غير دال

يتبين من الجدول السابق أن اختلاف طريقة تقديم مواد التذكر لم يؤثر على أى من متغيرات الذاكرة موضع الاهتمام فى عينة الطالبات.

مناقشة النتائج:

كان الفرض الأول فى الدراسة يمثل مدخلاً تمهيدياً، وجاءت النتيجة مؤيدة للفرض الصفرى حيث لم تكن هناك فروق احصائية دالة بين الطلاب (الذكور) والطالبات (الإناث) فى الأعراض الاكتئابية. ان الاهتمام العميق والمستمر لدى الناس بموضوع الفروق بين الجنسين فى ميادين عديدة من ميادين النشاط الانسانى يظهره ذلك التراث العريض حول هذا الموضوع ذلك التراث الذى يمتد من المناقشات والتأملات العامة تماماً إلى مجموعة من الدراسات العلمية المتصلة التى قام بها علماء النفس، وقد أظهرت هذه

الدراسات بشكل عام أن هناك فروقاً فردية دالة بين الرجال والنساء وأن هذه الفروق تمتد فى نظام هابط فى حجم يمتد من التفاوت أو التباعد الهائل فى مهن الانجاز إلى الفروق الكبيرة فى الاهتمامات، الى الفروق المعتدلة فى سمات وبنية الشخصية، ثم الفروق الضئيلة فى مدى الاستعدادات الواضحة. وقد ظهر اتفاق شبه عام من العلماء على أن العامل الكبير فى هذه الفروق يتمثل فى البواعث والضغوط الاجتماعية والثقافية، التى تدرب وتحدد للرجال والنساء أدوارهم التى تحظى بالموافقة والقبول والاحترام وبما يتمشى مع جنسهم داخل الأسرة، وداخل المجتمع هذا إضافة إلى الدور المحتمل للعامل البيولوجى (فى، عبد الحميد وآخرين ١٩٨٩، ص ١٥٢).

وتشير بعض المؤلفات – بالنسبة للاكتئاب أو الاضطرابات الوجدانية عموماً – الى أن هناك صعوبة فى تحديد نسبة انتشار هذا الاضطراب نظراً لان الحالات البسيطة تشفى تلقائياً ولاتتردد على الأطباء. بالاضافة الى أن كثيراً من هؤلاء المرضى يبدأون مرضهم بأعراض جسمية وفسيولوجية مما يجعل التشخيص مسألة صعبة. وتشير هذه المؤلفات الى أن الذين سيعانون من الاضطرابات المزاجية الاكتئابية فى عالمنا العربى بحلول عام ٢٠٠٠ حوالى عشرة ملايين وذلك فى ضوء نسب الانتشار التى حددتها الصحة العالمية (عكاشة، ١٩٩٢، ص ٣٦١). ولذلك نجد أن بعض الدراسات تشير – على سبيل المثال – الى ان نسبة الاكتئاب لدى طلاب الجامعة مرتفعة بشكل عام ونسبته بين الذين يدرسون الطب ١٥٪ وهى ثلاثة أمثال نسبته فى الجمهور العام فى المرحلة العمرية من ١٨ – ٢٤ (Zoccolillo et al, 1986) وقد قدر الدليل التشخيصى والاحصائى الرابع للاضطرابات النفسية

نسبة انتشار الاكتئاب الشديد لدى الاناث بنسبة أعلى منها لدى الذكور (DSM. IV, 1994,P. 391). ويرى مؤلفون مختلفون ان اساس الاكتئاب يختلف بين الرجال والنساء (Kaplan, 1986, Nolen-Hoeksema, 1987).

وهى نظرة تعكس اعتبارات نمائية عامة لعمليات التنشئة التى تختلف باختلاف الجنس وتحدد رؤية الفرد المختلفة للذات وللعالم وهو ما تقوم به الثقافة نحو الرجال والنساء (Block, 1983) ومن هنا فقد توقع بعض الباحثين وجود فروق جنسية معتدلة فى مستوى الاكتئاب، غير أن الاناث سيحصلن على درجات أعلى من الذكور (Gjerde et al., 1988) وهو ما انتهت اليه دراسة جيردى وزملائه عام ١٩٨٨، وفسرت ذلك بأن النساء يشعرن بمستويات أعلى من العجز عن الرجال (Ibid).

إلا أن الامر المهم فى هذا السياق والذى يمكن أن يشرح اختفاء الفروق بين الجنسين فى الأعراض الاكتئابية هو أن الكثير من البيانات السابقة تعاملت مع الاكتئاب كاضطراب نفسى أو عقلى يستوفى محكات تشخيصية جوهرية، بينما تعاملنا هنا مع أعراض اكتئابية تختلف عن الاضطراب لأنها ببساطة تمثل حالة من التفاعل بين الشخص وبين الظروف الاجتماعية والسياسية والاقتصادية والتى لاتستدعى انتباهاً طبياً أو تدخلاً علاجياً كما هو الحال فى المرضى (عكاشة، ١٩٩٢ ص ٣٦١).

وهذه الظروف متغيرة وهو مايمكن أن يؤدى إلى تغير فى الحالة المزاجية دون أن يعنى ذلك الدخول فى نوبات اكتئابية مرضية. ويبدو أن طبيعة الشعب المصرى كشعب يحب المرح والبهجة ويبغض الحزن ويمر بمرحلة من

الحرية والرضا النسبى والأمل فى مستقبل أفضل بالاضافة إلى طبيعة المرحلة الدراسية (المرحلة الجامعية) باعتبارها مرحلة لبناء الطموحات واستشراف المستقبل المشرق، مرحلة الاحلام والآمال الرومانسية خاصة لدى الاناث كل ذلك عمل على خفض الأعراض الاكتئابية لديهن مما طمس الفروق المتوقعة بين الذكور والإناث فى الاعراض الاكتئابية.

أما بالنسبة للفرض الثانى فقد كان خاصاً بالفروق بين الطلاب والطالبات فى بعض متغيرات الذاكرة اللفظية موضع الاهتمام. وتبين أنه لاتوجد فروق بين الطلاب والطالبات فى هذه المتغيرات باستثناء «الكلمات الايجابية» حيث كانت الطالبات أعلى جوهرياً فى تذكرها من الطلاب، ولم نستطع من خلال التراث الذى امكننا الاطلاع عليه أن نجد اشارات تؤيد أو تخالف ما انتهينا إليه. ويبدو أن الفروق بين الذكور والاناث عموماً فى الذاكرة الانتقائية لم تحظ بما فيه الكفاية من الاهتمام، أو أن الفروق بينهما لم تستكشف بعد. خاصة وأن هناك بعض الدراسات التى أشرنا اليها سابقاً ضمت المكتئبين من الذكور والاناث فى عينة واحدة للتغلب على مشكلة صغر حجم العينات وهو ما أدى إلى إغفال الفروق بين الجنسين.

فإذا انتقلنا إلى الفرض الثالث فإن النتائج فى شكلها العام تبدو أيضاً غير متسقة مع الفرض الوجودى المستخدم، وغير متسقة بالتالى مع كثير من النتائج المتاحة فى هذا الخصوص . حيث لم تكن هناك أية ارتباطات دالة بين الأعراض الاكتئابية ومتغيرات الذاكرة عموماً والانتقائية خصوصاً فى عينة الطالبات . بينما اقتصرت فى عينة الطلاب على ارتباطين سالبين جوهريين بين الأعراض الاكتئابية وكلاً من الكلمات الايجابية والمحايدة وهما متسقان

مع النتائج السابقة حيث تتفق دراسات كثيرة على أن المكتئبين يعانون من صعوبات مختلفة فى الذاكرة قصيرة المدى وفى الذاكرة الانتقائية بحيث يزيد استرجاع الكلمات السلبية ويقل استرجاع الكلمات الايجابية أو المحايدة بزيادة الاكتئاب (Eee: Elliot & Greene, 1992) هذا وسوف نطرح التفسير الشامل لما آلت اليه نتائج دراستنا بعد استعراض بقية الفروض من الرابع الى السابع. والتى تركز على المقارنة بين مرتفعي ومنخفض الأعراض الاكتئابية لدى الطلاب والطالبات فى متغيرات الذاكرة موضع الاهتمام فى الدراسة الحالية. والتى جاءت النتائج فى مجملها غير مؤيدة لهذه الفروض وغيرمتسقة مع التراث السابق الذى يشير الى أن هناك عدة خطوط من البحث تلتقى حول ارتباط المزاج المكتئب بالاستدعاء السئ للمواد المحايدة (Ellis & Ashbrook, 1988) كما أن الطـــلاب نوى المزاج المضطرب كان أداؤهم سيئاً على مهام الذاكرة الصريحـــة مقارنة بالاسوياء (Hertel & Hardin 1990) وتشير دراسات أخرى الى أن المفحوصين الأسوياء (غير المكتئبين) يميلون الى تذكر الكلمات الايجابية وجدانياً أفضل من الكلمات السلبية وجدانياً وهو عكس مايحدث لدى المفحوصين المكتئبين (in: Blaney, 1986) وقد تبين من عدد من الدراسات أن المرضى المكتئبين يختلفون عن المرضى الأقل اكتئاباً وعن الاسوياء غير المكتئبين فى معالجة المعلومات الايجابية والسلبية (In: Nunn et al. 1984)كلارك وتيسدال ١٩٨٢ أنه كلما كان المرضى أكثر اكتئاباً كلما كانوا اكثر ميلاً الى استرجاع الخبرات الماضية غير السارة مقارنة بالخبرات السارة (Clark &Teasdale, 1982). هذا بالاضافة إلى عدد آخر من النتائج المشابهة التى سبق استعراضها فى مقدمة البحث.

إذن لماذا لم تأتِ نتائجنا متسقة مع ماسبق؟ إن مفتاح هذا اللغز يكمن فى اشارة باكمان وزملائه الى أن التأثيرات السلبية فى أداء الذاكرة تكون متوقعة لدى المكتئبين اكلينيكياً والذين يستوفون محكات التشخيص الخاصة بالاكتئاب الشديد (Backman et al., 1989) . ويبدو أن السبب الرئيسى فى اختلاف نتائجنا هو أننا لم نستطع رغم توسيع دائرة بحثنا (عينة من ٤٣٠ طالباً وطالبة) الحصول على عينة من الذين يعانون من ارتفاع جوهرى فى الأعراض الاكتئابية يجعلهم مجموعة اكلينيكية أو شبه اكلينيكة وذلك رغم تقسيم طلاب وطالبات الدراسة الحالية إلى ارباعيات، وأخذا المجموعات الطرفية فقط. والدليل على ذلك أن الدرجة التى تقابل الإرباعى الأعلى هى ٤٦ على مقياس بيك رغم أن مدى الدرجات يتراوح بين ٢١، ١٠٥ درجة طبقاً لنظام التصحيح الذى اتبعناه. أى أن مجموعة المرتفعين هى فى الواقع مجموعة من متوسطى الأعراض الاكتئابية وهم أقرب إلى المنخفضين منهم إلى المرتفعين كما كان متوسط الأعراض الاكتئابية فى عينة الذكور ٣٩ر٧٠ درجة وفى عينة الاناث ٣٨ر٧٢ درجة أى أنه يبتعد عن الحد الأدنى (الدرجة الصفرية) ثمانى عشرة درجة فقط تقريباً . بينما يبعد عن الدرجة القصوى (شدة الأعراض الاكتائية) ست وستين درجة. لأجل ذلك تبدو نتائجنا مختلفة عن سابقاتها ولكنها منطقية فى الوقت نفسه فمع انخفاض الأعراض الاكتئابية تتحسن الذاكرة وتكون فرصة الكلمات الايجابية فى الاستدعاء أفضل من الكلمات السلبية أو غير السارة وهو ماتأكد عند تحليل أداء كل مجموعة من المجموعات الفرعية الأربع بالنسبة لفئات الذاكرة الانتقائية. وبما ان عينة الدراسة الحالية

كانت أقرب إلى السواء (غير اكتئابية) فكان من المنطقى الأ تتأثر قدرتها فى التذكر بطريقة تقديم مواد التذكر، وكونها مبعثرة أو مرتبة طبقاً لفئات التصنيف (ايجابية - سلبية - محايدة) حيث من المتوقع أن المكتئبين يجدون صعوبة فى التذكر من المواد المبعثرة مقارنة بالمواد المرتبة فى فئات.

تعقيب:

نود ونحن فى ختام دراستنا الاشارة إلى ان هناك بعض الملاحظات التى ينبغى اخذها فى الاعتبار، والتى أملتها صعوبات عملية ورغبة فى الحصول على عينة بحجم ملائم تسمح بالتعامل مع المجموعات الطرفية. من هذه الملاحظات مشاركة أكثر من باحث فى جمع بيانات الدراسة وهو مايمكن أن يؤدى الى قدر من التباين فى ضبط الوقت. وهو متغير مهم فى اختبار الذاكرة، وكذلك جمع بيانات الدراسة فى جلسات جمعية مما قد يحدث قدراً من التيسير الاجتماعى فى الآداء مقارنة بالتطبيق الفردى (انظر: سويف، ١٩٨٥، ص ٢٠)، وأخيراً الحصول على العينة من مكانين مختلفين (جامعة الزقازيق - فرع بنها، وجامعة جنوب الوادى فرع سوهاج) ورغم اختبارات التكافؤ التى أجريناها قبل ضم المجموعتين معاً فإنه من الافضل مستقبلاً الحصول على العينة من مكان واحد للحصول على أفضل شروط التجانس . غير أننا نود أن نشير كذلك الى ان الدراسات التى تجرى على الاكتئاب السوى ولدى عينات غير اكلينيكية بأحجام كبيرة أمر مشروع ومطلوب فى الوقت نفسه.

قائمة المراجع العربية والاجنبية

١ - ابراهيم (عبد الستار)، الدخيل (عبد العزيز)، ابراهيم (رضوى) (١٩٩٣) العلاج السلوكى للطفل، أساليبه ونماذج من حالاته، الكويت : سلسلة عالم المعرفة، العدد ١٨٠.

٢ - السيد (عبد الحليم محمود) (١٩٩٠) التذكر والنسيان فى : عبد الحليم محمود السيد وآخرين «علم النفس العام، القاهرة : مكتبة غريب، الطبعة الثالثة، ص ص ٢٨٧ - ٣٢٨.

٣ - الشناوى (محمد محروس) (١٩٩٦)، العملية الارشادية، القاهرة : مكتبة غريب.

٤ - رضوان (شعبان جاب الله) ١٩٩٢) العلاقة بين أحداث الحياة ومظاهر الاكتئاب، رسالة دكتوراه (غير منشورة) كلية الآداب - جامعة القاهرة.

٥ - سويف (مصطفى) ١٩٦٨)، التطرف كاسلوب للاستجابة، القاهرة، الانجلو المصرية.

٦ - سويف (مصطفى) (١٩٨٥)، علم النفس الاكلينكى : تعريفه وتاريخه فى مصطفى سويف وآخرين، مرجع فى علم النفس الاكلينكى، القاهرة، دار المعارف، (١٩٨٥) ص ص ٥ - ٥٠.

٧ - شابيرو (م) (١٩٨٥) منحى اكلينيكى لبحوث أساسية مع إشارة خاصة لدراسة المريض كحالة فردية، ترجمة ناهد رمزى فى : مصطفى سويف وآخرين، مرجع فى علم النفس الاكلينكى، القاهرة : دار المعارف ص ص ٣٩٩ - ٤٤٨.

٩ - عبد الحميد (شاكر)، يوسف (جمعة)، عبد الله (معتز) (١٩٩٥) الفروق بين الجنسين فى التفضيل الجمالى، فى الآداب خاصة، فى : شاكر عبد الحميد، معتز سيد عبد الله، وجمعة سيد يوسف، دراسات نفسية فى التذوق الفنى، القاهرة : دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع، ص ص ١٤٣ - ١٧٨.

١٠ - عكاشة (احمد) ١٩٩٢) الطب النفسى المعاصر، القاهرة : مكتبة الانجلو المصرية.

١٠ - غريب (غريب عبد الفتاح) (١٩٨٥) كراسة تعليمات مقياس الاكتئاب (د) القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.

١١ - يوسف (جمعة سيد) (١٩٩٤)، العلاقة بين نمط السلوك أ وبعض متغيرات الشخصية ذات الدلالة التشخيصية، مجلة علم النفس، العدد ٣٢ ص ص ١٨، ٣٣.

12-American Psychiatric Association (1994) Diagnostic and statistical Manual of Mental disoders (DSM IV) washington, DC.

13- Anastasi,A(1982), Psychological testing,New york: Macmillan publishing Co.,

14- Bachman.L,Hill,R.D.& Forsell, Y.(1996),The influence of depressive symptomatology on eposodic memory functioning among clinicaly nondepressed older adults, j. of abnormal Psychology, vol 105, no.1, 97-105.

15- Blaney,P.H.(1986), Affect and memory: A review: Psychological Bulletinn 99,229-246.

16- Blatt. S.J. & Zuroff, D.C. (1992), Interpersonal relatedness and delf- definition: Two prototypes for depression Clinical Psyehology Review. 12,527-562

17- Block, J.H.(1983). Differential Premises arising from differential socialization of the sexes: Some conjectures, Child Development . 54,1335-1354.

18- Boyd, J.H., Weisman, M.M. Thompson, W,d.& Myers,J.K.(1982). Screening for depression in a community sample: Understanding the discrepancies between depression symptom [illegible] diagnostic scale Archives of General Psychiatry. 39, 1195-1200.

19- Boyle, G.J. (1985). Self- report measures of depression: some psychometric consideration, British J. of Clinical psychology . 24,45-59.

20- Bradley,B.& Mathews, A.(1983), Negative self-schemata in clinical depression, British J. of Clinical Psychology. 22,173-181.

21- Brand, N.& Jolles, J. (1987), Information Processing

in depression and anxiety, Psychological Medicine, 17,145-153.

22- Breslow R. Kocsis,J. Bellin, B. (1981), Contribution of the depression perspective to memory function in depression, American J.of Psychiatry, 138,227-230

23- Calev, A.& Erwin, P.G.(1985),recall and recognition in depression : use of matched tasks, British J.of clinical psychology, vol 24,127-128.

24- Channon S., baker, J.E.& Robertson, M.M.(1993) Effects of structure and clustering on recall and recognition memory in clinical depression. J.of Abnormal Psychology, Vol 102, no,2,323-327 .

25- Clark, D.M. & Teasdale. J.D. (1982), Diurnal variation in clinical depression and accessibility of memories of clinical depression and accessibility of memories of positive and negative experience ,J. of Abnormal Psychology, 91,87-95.

26- Clayton. P.J., Marten, S., Dawis , M.A.& Wacknik, E.(1980), Mood disorders in women professionals, J.of Affective Disorders, 2,37-46.

27- Coughlan, A.K. & Hallows, S.E. (1984), use of

memory tests in differentiating organic disorders from depression, British J.of Psychiatry. 145,164-167.

28- Craighead, W.E., kennedy, R.E. Raizynski, J.M. & Dow, M.G. (984), affective disorders- Unipolar In, S.M. Turner and M.hersen (Eds) Adult Psychopathology: A behavioral perspective. New york : Wiley, PP. 184 - 244.

29- Craighead, W.E.; Evans , D.D. & Robins C.J. (1992). Unipolar depression, In: S.M. Turner, K.S. Cohlan & H.E. Adams (Eds.) Handbook of Clinical Behavior Therapy. New york : John wily & sons Inc., 2 nd (ed.),PP. 99-116.

30- Crowson, J.J. & Cromwell, R.L.(1995). Depressed and normal individuals differ both in selection and in perceived tonal quality of positive-negative messages, J. of Abnormal Psychology . Vol 104, no, 2, 305-311.

31- Denny, E. B.& Hunt , R.R. (1992) , Affective valence and momory in depression: dissociation of recall and fragment completion, J. of Abnormal Psychology , Vol 101, No. 3,575 - 580.

32- Derry, P. & Kuiper , N. (1981), Schematic processing and self- reference in clinical depression , J of Abnormal Psychology, Vol. 90, 286 - 297.

33- Eysenck. M.W.(Ed.)(1994),The Blackwell Dictionary of cognitive psychology, Oxford: Blackwell .

34- Elliot, C.L.& Greene. R.L.(1992). Clinical depression and implicit memory. J. of Abnormal Psychology, Vol . 101, No .3,571-574 .

35- Ellis , H.C.& Ashbrook, P.W. (1988), Resource allocation model of the effects of depressed mood states on memers, In: K. Fiedler & T. Forgas (Eds), Affect, Cognition and social behorior , Toronto. Hogrefe 25 - 43 .

36- Farovell, C. Albanesi, G.& poli, E.C.(1986), Assessment of depression:A comparison of rating scales J.of Affective Disorders, 11,245 -253 .

37- Fava. G.A., kellner, R. Lisansky. J., Park, S., Perini, G.I. & zielezny. M.(1986), Rating depression in normals and depressives Observer versus self-rating scales . J. of Affective disorders, 11.29 -33.

38- Friedman . R.C., Hurt, S.W. , Clarkin .J.F., Corn R.& Aronoff, M.S. (1983), Symptoms of depression

among adolescents and young adults. J. of Affective disorders, 5,37 -43

39- Gallemor , J. l. & Wilson . W.P. (1972). Adolescent maladjustment or affective disorder . American J. of Psychiatry , 129,608 - 612

40 - Gjerde , P.F., Block, J. & Block, J.H. (1988), depressive symptoms and personality during late adolescence : gender difference in the externalization - internalization of symptom expression J. of Abnormal Psychology , Vol, 97.No,4, 475 - 480 .

41- Gotlib . I.H. , Mc Lachlan, A. L.& Katy, A.N. (1988) Biases in visual attention in depressed and nondepressed individuals, Cognition and Emotion 2, 185 - 200 .

42- Hamilton, M. (1982), symptoms and assessment of depression , in:E.S. Paykel (Ed.), Handbook of affective disorders.New york : Cuilford press PP.3 -11

43-Hasher. L., Zocks, R.T., Rose, K.C.& Doren, B. (1985), 0n mood variation and memory: reply to Isen (1985), Ellis (1985)and Mayer and Bower (1985), J.of experemental psychology: General. 114,404-409 .

44-Hertel.P.T.& Hardin, T.S. (1990), Remembering with and without awarness in a depressed mood, J.of Experimental Psychology: General, 119,45-59

45- Hughes J.R.; O, Hasa. M.w. & Rehn. L.P. (1982). Measurement of depression in clinical trials : An overview, J of Clinical Psychology, 49, 85 - 88 .

46- Johnson . J. F. Petzel. T.P.,Hartney, L. M. & Morgan L.M. (1983), Recall amd importance ratings of completed and uncompleted tasks as a function of depression , Cognitive Therapy & Research , 7,51 -56.

47- Kaniga, S., Jajika, H.& Takahashi., K. (1994), Effects of subliminal perception of words in explicit and implicit memory, Psychologia, Vol .37,72-80

48- Kaplan.A.(1986).The:self-in relaion implications for depression in women. Psychotherapy , 23,234 -242

49- Kuyken. W. & Brewin, C.R. (1995). autobiographical memory functioning in depression and reports of early abuse , J . of abnormal Psychology, Vol. 104 , No.4. 585 - 591 .

50- Mathews . A. & Bradley, B. (1983), Mood and the self - reference bias in recall , Behavior Research and Therapy, 21.232 - 239 .

51- Mc Dowell. J. (1984) , Recall of pleasant and unpleasant words in depressed subjects, J.of Abnormal Psychology, 93, 401 - 407

52- Moog, K., bradley. B.P.; Williams , R. & Mathews A. (1993). Subliminal processing of emotional information in anxiety and depression . J. of Abnormal Psychology , Vol, 102.No. 2, 304 - 311

53- Nolen - Hoeksema, S. (1987) , Sex differences in unipolar depression evidence and theory, Psychological Bulletin 101. 159 - 163 .

54- Nunn, J. D., Stevenson. R. J. & wholan, G. (1984) Selective memory effects in agorapholbic patients. British J. of Clinical Psychology, 23,195 - 201 .

55- Richards . P.M. & Ruff, R.M.(1989), Motivational effects on neuropsycological functioning : comparison of depressed versus nondepressed individuals. J. of Consulting & Clinical Psychology, 57,396 - 402 .

56- Rieman, B.C.& Mac Nally. T.J. (1995). Cognitive processing of personality relevant information Cognition & Emotion, 9, 325 340 .

57- Rimmer , J.D., Halikas. J.A.; suhuchit,M.A. & Mc Clure , T.N. (1978). A systematic study of psychiatric illness in freshman college students Comparative Psychiatry. 19,249 - 251 .

58- Roediger,H.L.& Mc Dermott, K.B..(1992), depression and implicit memory: A commentary. J.of Abnormal Psychology. Vol .101, No.3,587- 591.

59- Rutter, M., Izard,C.E. & Read, P.B. (Eds.), (1986). Depression in young people : developmental and clinical perspectives.New york : Guilford .

60 - Teasdale, T.d. (1988), Cognitive vulnerability to persistent depression, Cognition & Emotion. 2, 247 -274 .

61- Teasdale, J.D. & Dent. J. (1987), Cognitive vulnerability to depression; and investigation of two hypotheses, British J.of Clinical Psychology. 26, 113 - 126 .

62- Sternberg, D.E. & Jarvick. M.E. (1976). Memory functions in depressions. Archives of General Psychiatry . 33,219- 224 .

63- Watkins . P.C., Mathews , A., Williamson. D.A.& Fuller, R.D. (1992), Mood - Congruent memory in

depression emotional priming or elaboration? J. of Abnormal Psychology. Vol,101,No. 3 ,581 - 586.

64- Watkins, P.C.; Vache, K., Voney, S.P. & Mathews,A. (1996), unconscious mood - congruent memory Bias in depression . J.of Abnormal Psychology. Vol 105, No.I., 34-41.

65- Watts, F.N. & Cooper, Z. (1989), The effects of depression on structural aspects of the recall of prose J.of Abnormal Psychology ,Vol.98. No.2.,150 - 153

66- Watts, F.N. & Sharrock, R. (1987), Cued recall in depression . British J. of Clinical Psychology . 26. 149 - 150 .

67- Williams, J. M. & Scott.J. (1988), Autobiograph- ical memory in depression, psychological Medicine, 18 , 689 - 695 .

68- World Health Organization , The ICD, Classification of mental & behavioral Disorders, Geneva .

69- Zoccolillo , M.; Murphy , G.E.; Wetzel, R.D. (1986) depression among medical students, J. of Affective Disorders , 11, 91 - 96 .