

دور المعتقدات اللاعقلانية وتحمل الكرب في التنبؤ بالأعراض الإكتئابية لدى مرضى الاكتئاب

إسراء عادل عبد الفتاح أحمد^١

باحثة ماجستير علم نفس إكلينيكي

كلية الآداب – جامعة بنى سويف

أ.د/ أحمد محمد صالح عبدالعزيز

أستاذ علم النفس المعرفى المساعد

كلية الآداب – جامعة بنى سويف

أ.د/ نرمين عبدالوهاب أحمد

أستاذ علم النفس الإكلينيكي

كلية الآداب – جامعة بنى سويف

الملخص:

هدف البحث الحالى إلى التحقق من طبيعة العلاقة بين المعتقدات اللاعقلانية، وتحمل الكرب، والاكتئاب لدى عينة من مرضى الاكتئاب، ودور المعتقدات اللاعقلانية، وتحمل الكرب فى التنبؤ بالأعراض الإكتئابية لدى مرضى الاكتئاب. وقد اعتمد البحث الحالى على المنهج الوصفى الارتباطى، وتكونت عينة البحث من ٤٠ مريضاً من المصابين بالاكتئاب، مقسمين إلى (٢١) من الذكور، و(١٩) من الإناث، بمتوسط عمر (٣٨,١٥) عامًا، وانحراف معيارى (١١,٨٥)، وبمتوسط مدة مرض الاكتئاب (٤٥,٤٢) شهرًا، وانحراف معيارى (٤٧,١١)، وبمتوسط مدة تناول الأدوية (٣٦,٧٧) شهرًا، وانحراف معيارى (٤٧,٦١). وتم تطبيق مقياس بيك للاكتئاب (ترجمة غريب عبدالفتاح غريب، ٢٠٠٠)، ومقياس المعتقدات اللاعقلانية (من إعداد الباحثة)، ومقياس تحمل الكرب (إعداد Simons&Gaher, 2005)، وترجمة الباحثة، وتم التطبيق بشكل فردى على أفراد عينة البحث. وتم استخدام معامل ارتباط بيرسون لحساب العلاقة بين المتغيرات موضع البحث، وتحليل الانحدار المتعدد (step-wise) للتنبؤ بالأعراض الإكتئابية من خلال درجات المعتقدات اللاعقلانية، وتحمل الكرب. وقد أشارت نتائج البحث إلى وجود علاقة ارتباطية بين المعتقدات اللاعقلانية، والاكتئاب لدى مرضى الاكتئاب، ووجود علاقة ارتباطية بين تحمل الكرب، والاكتئاب لدى مرضى الاكتئاب، كما أشارت النتائج إلى قدرة متغير المعتقدات اللاعقلانية، ومتغير تحمل الكرب فى التنبؤ بالأعراض الإكتئابية لدى مرضى الاكتئاب. الكلمات المفتاحية: المعتقدات اللاعقلانية، تحمل الكرب، اضطراب الاكتئاب.

^١ تم الاستلام بتاريخ: ٢٠٢٤/٩/١٧ وتم القبول النهائي بتاريخ: ٢٠٢٥/٢/١٧
المعرف الرقمى:

The Role of Irrational Beliefs and Distress Tolerance in predicting Depressive Symptoms in Patients with Depression

Esraa Adel Abdel Fatah Ahmed
Master's Degree in Clinical Psychology

Prof. Nermin Abdel Wahab Ahmed
Professor of clinical psychology

Faculty of Arts - Beni Suef University

Faculty of Arts - Beni Suef University

Prof. Ahmed Mohamed Saleh

Assistant Professor of Cognitive Psychology

Faculty of Arts - Beni Suef University

Abstract:

The current research aimed to investigate of the relationship between irrational beliefs, Distress Tolerance, and depression in a sample of depressed patients, and the role of irrational beliefs and stress tolerance in predicting depressive symptoms in depressed patients. The study was based on the correlational descriptive method, and the research sample consisted of 40 depressed patients, divided into (21) males and (19) females, with an average age of (38.15) years, and a standard deviation of (11.85). The average duration of depression was (45.42) months, with a standard deviation of (47.11), and the average duration of taking medications was (36.77) months, with a standard deviation of (47.61).

The Beck Depression Scale (prepared by Gharib Abdel Fattah Gharib, 2000), the Irrational Beliefs Scale (prepared by the researcher), and the Distress Tolerance Scale (prepared by Simons & Gaher, 2005), translated by the researcher, were applied individually to the members of the research sample. The Pearson correlation coefficient was used to calculate the relationship between the variables in question, and step-wise multiple regression analysis was used to predict depressive symptoms through degrees of irrational beliefs and distress tolerance. The research results indicated the existence of a correlation between irrational beliefs and depression in depressed patients, and the existence of a correlation between distress tolerance and depression in depressed patients. The results also indicated the ability of the irrational beliefs variable and the stress tolerance variable in predicting depressive symptoms in depressed patients.

Keywords: Irrational Beliefs - Distress Tolerance - Depressive Symptoms.

مقدمة:

يعد التفكير عاملاً مهماً في إحداث الاضطرابات النفسية المختلفة؛ فيولد الناس بميل إلى التفكير بعقلانية، ولا عقلانية معاً، فعندما يفكر الإنسان بطريقة عقلانية، وواقعية يكون فعالاً، وقادر على تحقيق أهدافه، وقادر على حل مشكلاته وتحديد اختياراته بطريقة فعالة، وعندما يفكر بطريقة لا عقلانية، وغير واقعية تعوق الشخص في حياته اليومية، وتمنعه من الوصول إلى أهدافه وغاياته، ويشعر بالقلق والحزن والإحباط، وتسبب له اضطراباً نفسياً. فأفكار الفرد ومعارفه لها دوراً أساسياً في تشكيل سلوكه وبناء شخصيته إما أن تقوده إلى السوء والصحة النفسية إذا كانت منطقية وعقلانية، وإما أن تقوده إلى الشقاء والتعاسة والأمراض النفسية والنفسجسمية إذا كانت لا منطقية، ولا عقلانية.

وتعد المعتقدات اللاعقلانية ذات أهمية في التنبؤ بكيفية تفاعل الفرد انفعالياً مع الأحداث والمواقف الضاغطة. وقد تنشأ الاضطرابات الانفعالية من خلال تبني الفرد لبعض الافكار والمعتقدات اللاعقلانية تجاه حدث ما، مثال: مواجهة الفرد لبعض التحديات، كمنافسة الاقران، أو التقديم لوظيفة ما، أو وقوع الفرد في مأزق ما. فعند تفسير هذه التحديات بتبني الفرد لبعض المعتقدات اللاعقلانية التي تنصف بعدم الواقعية، وعدم المنطقية، والتعميم المفرط؛ مما قد ينشأ عن ذلك بعض الانفعالات السلبية مثل: الاكتئاب، والقلق، والشعور بالذنب، وسلوكيات غير تكيفية تعيق الفرد على حل المشكلات وتعيق تحقيق أهدافه (أمنية حسن محمد، ٢٠٢٢).

وقد تساهم المعتقدات اللاعقلانية في تحديد درجة تحمل الفرد للضغوط من حوله، فكلما سادت المعتقدات اللاعقلانية لدى الفرد نقص ذلك من قدرته على تحمل الكرب، والضغوط. ولذلك جاء المفهوم الثاني في البحث الراهن ليتناول تحمل الكرب، وقد تم تناول هذا المفهوم من خلال نظريات العلاج الجدلي السلوكي^١ ويعرف بأنه قدرة الفرد على مواجهة الحالات النفسية السلبية، ومقاومة هذه الحالات؛ حيث يعد سمة رئيسية لكثير من الاضطرابات النفسية والعقلية، وتعرف لينهان (2015) Linehan تحمل الكرب على أنه القدرة على إدراك البيئة دون أن يفرض عليها أن تكون مختلفة؛ لتجربة الحالة العاطفية الحالية للفرد دون محاولة تغييرها، وأن يلاحظ المرء أفكاره، وأنماط أفعاله دون محاولة إيقافها أو السيطرة عليها. ويرى كثير من الباحثين أن العلاج الفعال لهذه الاضطرابات قد يكون تحسين قدرة المريض على تحمل التجارب العاطفية، أو الجسدية المؤلمة، والتدريب على مهارات تحمل الكرب النفسي، ومهارات تنظيم الانفعالات أيضاً. وقد ذكر كل من براون، وليجويز، وكاهلر، وسترونج، وزفولينسكي (٢٠٠٥) أن امتلاك الإنسان لمهارات تحمل الكرب أمراً حيوياً في الحفاظ على الصحة النفسية، والعقلية، وتغيير الظروف المؤلمة، وأن الأفراد القادرين على الاستفادة من تحمل الكرب يهتمون بتحقيق أهدافهم حتى عند مواجهة العوائق النفسية، أو الجسدية (Saeed M. N. p4, 2017, T. Bebane). وكما قد ينتج عن هذه المعتقدات اللاعقلانية أيضاً بعض الاضطرابات الوجدانية؛ حيث يعد الاكتئاب أقدم هذه الاضطرابات وأبرزها وأكثرها شيوعاً وانتشاراً. ويصاحب انتشار الاكتئاب عجز ملحوظ في مختلف المجالات الوظيفية بما في ذلك العمل والأسرة والصحة، والنواحي الاجتماعية، بل ويعد الاكتئاب من أكثر الاضطرابات التي تمثل عبئاً شديداً على الفرد والمجتمع (لؤى أحمد فالح، ٢٠١٩، ص ١). ويعتمد العلاج الانفعالي

¹ Dialectical behavior therapy(DBT)

العقلاني على نموذج للاكتئاب ينص على أن جميع الأفراد المعرضين للاكتئاب يتسمون بمعتقدات لاعقلانية مفرطة - معايير أو مطالب مطلقة غير واقعية وغير قابلة للتكيف ضد ظروف حياة الفرد (Solomon, 1997).

مشكلة البحث:

إن كثرة ضغوط الحياة ومتاعبها تسببت في انتشار عديد من الاضطرابات النفسية والجسمية وخاصة بعد انتشار وباء covid-19 وكثرة احتياجات الأفراد وعدم قدرتهم على كيفية التكيف مع الأزمات التي يمرون بها وعدم امتلاكهم لاستراتيجيات التعامل معها. ويعد تناول المعتقدات اللاعقلانية التي قد تقف خلف انخفاض مهارات تحمل الكرب من الاستراتيجيات التي تساعدنا في فهم كيفية التي تدار بها الأزمات التي يمر بها الافراد، وكيفية تحقيق أهدافهم في ظل هذه الأزمات؛ وبالتالي يزداد تحملهم للضغوط، بل وقد تقل نسب الإصابة بالكثير من الاضطرابات النفسية وخاصة الاكتئاب والأمراض النفسجسمية، فلا بد من العمل على تبني المعتقدات العقلانية، والحد من المعتقدات اللاعقلانية حتى يستطيع الإنسان من تحقيق الأهداف المرغوبة والمنشودة. كما شاع الإصابة بالاكتئاب في الأونة الأخيرة؛ حيث يعد الاكتئاب ثاني الاضطرابات الوجدانية انتشارًا في العالم بعد الفلق، حيث يصيب الاكتئاب ٣% من العامة، و ١٠% من من المثقفين خاصة من فئة المراهقين، والراشدين؛ وذلك يرجع إلى كثرة مطالب الحياة المتعددة، والأزمات والضغوط النفسية، ولا يكاد يخلو مجتمع من المجتمعات من الاكتئاب، فهو مرض العصر. وعلى الرغم مما سبق فقد ندرت البحوث التي تشير إلى اختلاف الإسهام النسبي للمعتقدات اللاعقلانية، والممثلة في (العملية والمضمون)^١ في التنبؤ بالاكتئاب ودرجاته، والتي تحدد أي من المعتقدات اللاعقلانية يستطيع أن يتنبأ بدرجات الأعراض الاكتئابية (بسيطة، أو متوسطة، أو مرتفعة) لدى مرضى الاكتئاب، وإلى أى مدى بتساعد هذه المعتقدات اللاعقلانية من زيادة شدة الأعراض الاكتئابية لدى المرضى. كما ندرت دراسة متغير تحمل الكرب بشكل عام، وكمناً بالأعراض الاكتئابية لدى مرضى الاكتئاب بشكل خاص في البيئة العربية - في حدود علم الباحثة-، وبالتالي عدم توفر أداة ذات خصائص قياسية نفسية للتعرف على قدرة مرضى الاكتئاب على تحمل الكرب. وكما ندرت الدراسات العربية، والأجنبية - في حدود علم الباحثة- التي أشارت إلى العلاقة التنبؤية التبادلية بين المعتقدات اللاعقلانية، وتحمل الكرب لدى مرضى الاكتئاب، وغيرها من الفئات الإكلينيكية الأخرى، وأيهما أكثر تنبؤاً بالأعراض الاكتئابية هل هو انخفاض تحمل الكرب، أم زيادة المعتقدات اللاعقلانية، على الرغم من وجود العديد من الدراسات التي أشارت إلى قوة العلاقة بين المعتقدات اللاعقلانية والأعراض الاكتئابية من ناحية، وقوة العلاقة بين تحمل الكرب والأعراض الاكتئابية من ناحية أخرى. وبالتالي سوف يكون هناك بالضرورة علاقة تنبؤية متبادلية بين المعتقدات اللاعقلانية، وتحمل الكرب بالأعراض الاكتئابية لدى مرضى الاكتئاب.

^١ يشار الى عملية المعتقد بطريقة التفكير الخاطئة التي يفكر بها الفرد، ويشار لمضمون المعتقد بمحتوى المعتقد ومجاله الاساسي .

أهداف البحث:

من خلال ماسبق يمكن صياغة أهداف البحث الراهن في الآتي:
التعرف على طبيعة العلاقة بين المعتقدات اللاعقلانية والأعراض الاكتئابية لدى مرضى الاكتئاب، والتعرف على طبيعة العلاقة بين تحمل الكرب والأعراض الاكتئابية لدى مرضى الاكتئاب، والتعرف قدرة كل من المعتقدات اللاعقلانية، وتحمل الكرب في التنبؤ بالأعراض الاكتئابية لدى مرضى الاكتئاب.

من خلال ماسبق يمكن صياغة تساؤلات البحث في التالي :

- هل توجد علاقة بين المعتقدات اللاعقلانية والأعراض الاكتئابية لدى مرضى الاكتئاب؟
- هل توجد علاقة بين تحمل الكرب والأعراض الاكتئابية لدى مرضى الاكتئاب؟
- إلى أى مدى تسهم كلا من المعتقدات اللاعقلانية، وتحمل الكرب في التنبؤ بالأعراض الاكتئابية لدى مرضى الاكتئاب؟

أهمية البحث:

تتمثل الأهمية النظرية، والتطبيقية للدراسة فيما يلي:

أولاً: الأهمية النظرية:

- الإثراء النظرى العربي لمفهوم تحمل الكرب، حيث لم تتوصل الباحثة لإطار نظري ثري اهتم بمفهوم تحمل الكرب لدى عينة من مرضى الاكتئاب.
- المساهمة في حسم التعارض القائم بين الدراسات عن قوة التنبؤ للمعتقدات اللاعقلانية من ناحية، أو تحمل الكرب من ناحية أخرى، وأيهما أكثر تنبؤاً في حدوث الاكتئاب.

ثانياً: الأهمية التطبيقية

- توظيف نتائج البحث في إعداد البرامج العلاجية، والوقائية لمرضى الاكتئاب، ومعرفة أكثر المعتقدات اللاعقلانية التي تساهم في تحديد درجة الاكتئاب لديهم.
- تصميم أداة ذات خصائص قياسية نفسية للتعرف على المعتقدات اللاعقلانية لدى مرضى الاكتئاب.
- تقنين أداة ذات خصائص قياسية نفسية لمقياس تحمل الكرب، تساعد الباحثين في الكشف عن هذا المفهوم .

مفاهيم البحث والأطر النظرية المفسرة لها:

أولاً: مفهوم المعتقدات اللاعقلانية

يعرفها إليس (Ellis,1994) على أنها معتقدات تقييمية بدون دعم منطقي أو تجريبي أو واقعي، مما يعني أنها غير منطقية، وغير متأصلة في الواقع، ولا تخدم أغراض الفرد.

ويعرفها بيتريديس وآخرون (Petrides et al,2017) على أنها عمليات تفكير غير واقعية، وغير منطقية، ومطلقة، ومعقدة، وهناك صعوبة للتحقق من صحتها، ويتم من خلالها تفسير الأحداث الخارجية، ويتم من خلالها التوسط في الاضطراب العاطفي.

وتعرف على أنها مجموعة من الأفكار اللامنطقية التي لاتتطابق مع الواقع الفعلى للأمر، وتقود إلى نشأة اضطرابات نفسية لدى الفرد بسبب تضخيمه لقدراته، واهتمامه المفرط بمشكلاته

الذاتية، ونظرته السلبية إلى الآخرين، وتفسيره للأحداث والخبرات التي يمر بها بما لا ينسجم مع قدراته وإمكاناته الفعلية (نعمان محمد صالح، ٢٠٠٥، ص ٩٦).

وكما تعرف على أنها أفكار لا منطقية، وغير واقعية تتميز بعدم موضوعيتها، وتكون على درجة عالية من المبالغة في تقدير الفرد لكفاءته، والنظرة السلبية للذات والآخرين، والقلق الزائد على الذات، وعلى مشاكل الآخرين مع الاهتمام بتعظيم وتضخيم الأمور نتيجة التكوين المعرفي للفرد وتفسيره للأحداث بما لا يتسق مع إمكانات الفعلية (محمد أحمد غنيم، ٢٠٠٢، ص ١٨٢).

كما يعرفها هيميسون (Heimisson, 2011) على أنها الأفكار العامة، والآراء، والقيم غير الصحيحة المنافية للعقل التي يصدرها الفرد حول الأحداث التي تحيط به، وهذة الآراء، والقيم هي نتاج أفكار، وتوقعات، وتعميمات مبنية على مزيج من المبالغة، والتهويل، والظن، وتسبب كثير من المشكلات، والاضطرابات النفسية.

وتعرف أيضا على أنها الأفكار والتصورات الخاطئة التي يعتنقها الأفراد من خلال التفاعل بين المتغيرات البيئية، والنفسية، والثقافية المحيطة بالفرد، وهي أفكار جامدة، لا منطقية، لا تستند إلى أدلة تجريبية، أو تشريعية، يستدمجها الفرد في أبنيته المعرفية، فيتصرف، وينفعل، ويقيم حياته وحياة الآخرين بناء عليها (أحمد محمد جاد الرب، هبة جابر عبد الحميد، ٢٠١٦، ص ١٢٣).

كما تُعرّف بأنها المعتقدات التي تعيق الأفراد عن تحقيق أهدافهم الأساسية وغاياتهم وسعادتهم وبقائهم على قيد الحياة (Kucuk et al, 2018, P99).

وتعرفها الباحثة بأنها أحاديث ذاتية بين الفرد ونفسه، والتي تتسم بأنها لا منطقية، ولا أساس لها من الصحة، وغير مقبولة في الواقع، وراسخة، وثابتة نسبيًا يصعب تغييرها، وتنشأ منذ الطفولة وتتطور مع تطور الفرد، وكما تؤدي إلى انفعالات ومشاعر مؤلمة، وقد تكون المصدر لكثير من المشكلات النفسية والجسمية، ويتصرف الفرد على أساسها في جميع أمور حياته، ولديها القدرة على الإضرار بالفرد وعلاقاته مع الآخرين والعالم من حوله.

النظريات المفسرة للمعتقدات اللاعقلانية:

اعتمد إيليس في تحديده للمعتقدات اللاعقلانية المسببة للاضطرابات النفسية على الملاحظات الإكلينيكية لمرضاه. وقد صنف هذه المعتقدات إلى (١١) نموذجًا أوليًا؛ ومنها أخطاء واقعية، ومتطلبات، وتصريحات كارثية، وإدانان الذات والآخرين، وعدم القدرة على التحمل أو المثابرة. واقترح إيليس أن معتقد الحتمية يمثل العمليات المعرفية الأساسية المسببة للاضطرابات النفسية، والذي يتميز بالتفكير المطلق والجمود، ويعرف لغويًا على أنه "يجب"، أو "ينبغي" القيام بشيء ما، أو التفكير في شيء ما، أو الشعور بشيء ما. واقترح إيليس أن ثلاثة معتقدات للاعقلانية أخرى، وهي: التهويل، وعدم تحمل الإحباط، وتقليل القيمة، ويرى إيليس أنها معتقدات ثانوية مشتقات من المعتقد الأساسي الحتمية. وقدم ديجيوسيببي وآخرون تعريفات لهذه المعتقدات اللاعقلانية الأربع وهي كالتالي:

١. **الحتمية:** وهي توقع غير واقعي ومطلق للأحداث أو الأفراد بالطريقة الإلزامية التي يرغبها الشخص.
٢. **التحويل:** وهي مبالغة في العواقب السلبية لموقف ما إلى درجة متطرفة؛ بحيث يصبح الحدث المؤسف "فظيحا".
٣. **عدم تحمل الإحباط:** ويعنى عدم قدرة الفرد على تحمل المتاعب، والمطالبة بالراحة، وعدم الانزعاج.
٤. **تقليل القيمة سواء للذات أو للآخرين:** وتعني خفض الفرد لقيمة نفسه، أو الآخرين (DiGiuseppe et al,2018).

يعتمد نموذج الصحة النفسية للعلاج العقلاني الانفعالي السلوكي^١ على نموذج إيس ABC. وفقاً للنموذج، يعيش الناس أحداث سلبية أو إيجابية (A^٢)، ويمكن أن تكون هذه الأحداث التنشيطية: (١) مواقف موضوعية، (٢) أو الأفكار والمشاعر والسلوكيات المتعلقة بالمواقف الموضوعية، (٣) أو أفكار وذكريات الماضي أو المستقبل التي ترتبط بطريقة ما بالوضع الحالي، ويمكن للأحداث الداخلية مثل تجربة الألم أن تؤثر أيضاً على المواقف التي تثير التوتر (Szentagotai & Freeman, 2007). ويكون لديهم معتقدات عقلانية، ولا عقلانية حول هذه الأحداث (B^٣)، تؤدي هذه المعتقدات إلى نتائج وعواقب عاطفية وسلوكية ومعرفية (C^٤). فإن المعتقدات اللاعقلانية تؤدي إلى مشاعر وسلوكيات غير وظيفية، بينما توجه المعتقدات العقلانية المشاعر والسلوكيات الصحية. بهذا المعنى، يعتبر العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي أن المعتقدات العقلانية، واللاعقلانية عوامل مهمة في المرونة، والضعف المعرفي (Duru, 2019) (Balkis &

وأشار بيلجريني (1979) Pellegrini إلى أن العلاج العقلاني الانفعالي يعتمد على افتراض أن ما نطلق عليه ردود أفعالنا "العاطفية" ناتج عن تقييماتنا، وتفسيراتنا، وفلسفاتنا الواعية، واللاواعية. وبالتالي، نشعر بالقلق أو الاكتئاب لأننا نقتنع أنفسنا بقوة أنه أمر مروع عندما نفشل في شيء ما، أو أننا لا نستطيع تحمل ألم الرفض، ونشعر بالعداء لأننا نؤمن بقوة بأن الأشخاص الذين يتصرفون بشكل غير عادل اتجاهنا لا ينبغي أن يكونوا على ما هم عليه بلا شك، وأنه لا يمكن تحمله تماماً عندما يحبطوننا.

ويرى العلاج العقلاني الانفعالي أن بعض المعتقدات اللاعقلانية الأساسية، والتي تمت ملاحظتها إكلينيكيًا هي أصل معظم الاضطرابات العاطفية، ويوجد اثنا عشر معتقدًا لعقلانيًا تسبب الاضطراب العاطفي وتجعله يستمر، وهم:

- ١- **الاعتقاد القائل** بأنه من الضرورة الملحة أن يكون الشخص البالغ محبوبًا من قبل الجميع في كل ما يفعله؛ بدلاً من التركيز على احترامه لذاته، وعلى كسب حسن المعاملة لتحقيق الأهداف المطلوبة بدلاً من أن تكون محبوبًا.

¹ Rational Emotional Behavioral Therapy (REBT).

²Active.

³Belief.

⁴Consequences.

٢- **الاعتقاد القائل** بأن بعض الأعمال تكون كارثية أو شريرة، وأن الأشخاص الذين يرتكبون مثل هذه الأفعال يجب أن يعاقبوا بشدة؛ بدلاً من معتقد أن بعض الأفعال قد تكون غير مناسبة أو معادية للمجتمع، وأن الأشخاص الذين يرتكبون هذه الأفعال يتصرفون بغباء أو بجهل وسيكون من الأفضل مساعدتهم على التغيير.

٣- **الاعتقاد القائل** بأنه أمر مروع عندما لا تكون الأمور على النحو الذي يريده المرء؛ بدلاً من معتقد أنه سيئ للغاية، وأنه من الأفضل محاولة تغيير الظروف أو التحكم فيها حتى تصبح أكثر إرضاءً، وإذا لم يكن ذلك ممكناً، فمن الأفضل قبول وجودهم مؤقتاً.

٤- **الاعتقاد القائل** بأن معاناه المرء وشقاؤه ناتج من الخارج، ويفرضه عليه أشخاص وأحداث خارجية؛ بدلاً من معتقد أن الاضطراب العاطفي ناتج عن النظرة التي يتبناها المرء للظروف.

٥- **الاعتقاد القائل** أنه إذا كان هناك شيء ما قد يكون خطيراً أو مخيفاً، يجب أن يشعر المرء بالضيق الشديد حيال ذلك؛ بدلاً من معتقد أنه من الأفضل أن يواجه المرء بصراحة، ويتصور أنه غير خطير، وعندما لا يكون ذلك ممكناً، لا مفر من تقبله.

٦- **الاعتقاد القائل** أنه من الأسهل تجنب مواجهة صعوبات الحياة، والمسئوليات الذاتية؛ بدلاً من معتقد أنه من السهل مواجهته من البداية حتى لا تصبح أصعب على المدى الطويل.

٧- **الاعتقاد القائل** أن المرء يحتاج إلى شيء آخر أقوى أو أكبر من نفسه ليعتمد عليه؛ بدلاً من معتقد أنه من الأفضل تحمل مخاطر التفكير والتصرف بشكل مستقل.

٨- **الاعتقاد القائل** بأن المرء يجب أن يكون مؤهلاً تماماً، وذكياً، ومنجزاً في جميع النواحي الممكنة؛ بدلاً من معتقد أن المرء ليس دائماً بحاجة إلى القيام بعمل جيد، وعليه أن يقبل نفسه كمخلوق غير كامل تماماً، لديه حدود إنسانية محدودة.

٩- **الاعتقاد القائل** بأنه عند نجاح الفرد في التصرف بطريقة معينة في موقف ما، فإنه يجب عليه الاعتماد عليها في جميع المواقف؛ بدلاً من معتقد أن المرء يمكن أن يتعلم من تجاربه السابقة ولكن دون أن يرتبط بها بشكل مفرط.

١٠- **الاعتقاد القائل** أنه يجب أن يكون لدى المرء سيطرة أكيدة وكاملة على الأشياء؛ بدلاً من معتقد أن العالم مليء بالاحتمالات والفرص وأنه لا يزال بإمكان المرء الاستمتاع بالحياة على الرغم من ذلك.

١١- **الاعتقاد القائل** أن السعادة البشرية يمكن تحقيقها من خلال القصور الذاتي والتقاعد عن العمل؛ بدلاً من معتقد أن البشر يميلون إلى أن يكونوا أسعد عندما يتم استيعابهم بشكل حيوي في المساعي الإبداعية، أو عندما يكرسون أنفسهم لأشخاص أو مشاريع تفوق قدراتهم.

١٢- الاعتقاد القائل بأن المرء ليس لديه أي سيطرة فعلية على عواطفه وأن المرء لا يستطيع إلا أن يشعر بأشياء معينة؛ بدلاً من معتقد أن المرء لديه سيطرة هائلة على المشاعر المدمرة إذا اختار المرء العمل على تغيير الفرضية التي يستخدمها لخلق المشاعر السلبية (Pellegrini, 1979).

٥- تصنيف المعتقدات اللاعقلانية وأنواعها:

تعتبر المعتقدات العقلانية واللاعقلانية كما تم تصورها في إطار العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي آليات مركزية في علم الإضطرابات النفسية والصحة العقلية. بهذا المعنى، ترتبط المعتقدات العقلانية بالعواطف الوظيفية، سواء كانت إيجابية (مثل: الفرح) أو سلبية (مثل: الحزن)، بينما ترتبط المعتقدات اللاعقلانية بالعواطف المضطربة، سواء الإيجابية (مثل: الكبرياء المفرط)، والسلبية (مثل: الاكتئاب) (Mogoase et al, 2013, P530).

كما يشير بالكي و دورو (Balkis & Duru, 2019) إلى أن نظام المعتقدات في العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي ينقسم إلى نوعين من المعتقدات العقلانية، واللاعقلانية. فالمعتقدات اللاعقلانية هي التي يتم قبولها على أنها مبالغ فيها، وصارمة، وعقائدية، وغير وظيفية، وغير منسجمة مع الواقع، وأساس لمشكلات النفسية، ولديها القدرة على الإضرار بالفرد وعلاقاته مع الآخرين، وكما يتم تعريفها في بعدين، هما عملية المعتقد، ومضمون المعتقد. وتتكون عملية المعتقد من:

- (١) الحتمية: وهي مطالب مطلقة يتم التعبير عنها في شكل "ضرورة" و "ينبغي".
 - (٢) التحويل: وهو تقييم حدث ما على أنه أسوأ مما قد يكون.
 - (٣) انخفاض تحمل الإحباط: ويشير إلى المطالب المطلقة بالراحة والإرضاء.
 - (٤) تقليل القيمة: ويشير إلى الشخص الذي يقوم بإجراء تقييم سلبي لنفسه، وللآخرين، ولظروف الحياة.
- بينما يتكون مضمون المعتقد من:

- (١) الحاجة إلى الإنجاز: ويشير إلى القيام بأشياء مهمة بشكل جيد.
 - (٢) الحاجة إلى الانتماء: ويشير إلى الحاجة إلى أن يحب الآخرون.
 - (٣) الحاجة إلى الراحة: ويشير إلى عدم القدرة على تحمل التوتر، والعصبية، وعدم الراحة.
- أولاً: المعتقدات الخاصة بعملية المعتقد:

يشار إلى عملية المعتقد إلى طريقة التفكير الخاطئة التي يفكر بها الفرد، ومن أنواعه:

١. الحتمية:

ينظر إلى الحتمية على أنها جوهر الاعتقاد اللاعقلاني، وهي تشير إلى المتطلبات المطلقة والصارمة، وتتعلق بالذات والآخرين وظروف الحياة، ويتم التعبير عنها في شكل "ينبغي" و "يجب" و "يجب أن"، على سبيل المثال "يجب أن أنجح، ولا يمكنني قبول ذلك إذا لم يحدث". بينما يشير الاعتقاد العقلاني للحتمية على أنها تفضيلات كاملة، وهي تأكيدات مرنة لما يريده الشخص أو يفضلها؛ ولكن مقرون بقبول حقيقة أننا لا نستطيع الإصرار بشكل مطلق على أننا نحصل على ما نريد، على سبيل المثال "أريد بشدة أن أنجح، وأنا أبذل قصارى جهدي، لكن يمكنني قبول أنه في بعض الأحيان لا تحدث الأشياء كما أريدها" (Szentagotai &Freeman, 2007).

وذكر إليس أن هناك ثلاثة أنواع رئيسية من المتطلبات التي تخلق مشكلات للناس: (١) متطلبات بأن يؤدون أداء جيداً، (٢) ومتطلبات بأن يعاملهم الآخرون بلطف، (٣) ومتطلبات بأن يعيشوا حياة أفضل. وأثبت كثير من الدراسات ارتباط هذا المعتقد بمجموعة من المشكلات السلوكية مثل: التجنب والعزلة الإجتماعية، وتعاطى المخدرات، والانتحار، وعدم الرضا الزوجي بين المتزوجين، وزيادة الغضب العدوان (Szentagotai & Jones, 2010).

وتعرف الباحثة الحتمية بأنها طريقة تفكير الفرد نحو الموضوعات والأشخاص، واعتقاده المطلق لما يجب وينبغي أن يحدث أو يكون، وعدم تقبل حدوثه بطريقة مناقضة لتوقعات الفرد.

٢. التهويل^١:

ويشير إلى التقييم الثنائي المتطرف لحدث "سلبي" على أنه أسوأ مما يجب أن يكون على الإطلاق، ووفقاً لنظرية العلاج السلوكي المعرفي، فإن هذا المعتقد ينبع من معتقد الحتمية فعندما لا يحصل الناس على ما يعتقدون أنهم يستحقونه، فإنهم يستنتجون أنه "أمر فظيع"، بينما يشير الاعتقاد العقلاني المضاد للتهويل إلى تقييم أحداث الحياة السلبية بشكل واقعي، تقييم أكثر اعتدالاً للسوء "أي سيء وليس فظيماً"، فعندما لا يتم تلبية تفضيلات الناس الكاملة، فإنهم يستنتجون أن الظروف قد تكون "سيئة" ولكنها ليست فظيعة (Szentagotai &Freeman, 2007)، ومن الإضطرابات النفسية المرتبطة بهذا المعتقد مثل: القلق، والاكتئاب، والشعور بالذنب والعار، وزيادة الغضب (Szentagotai & Jones, 2010). وتعرف الباحثة التهويل بأنه تقييم الفرد السلبي، والكارثي المفرط لجميع المواقف الحياتية التي يمر بها.

٣. تقليل القيمة^٢:

ويشير إلى التقييمات السلبية أي التقليل من شأن الذات والآخرين والعالم "أي المبالغة في التعميم"، بيقوم الشخص بتقييم سمة أو سلوك أو فعل معين وفقاً لمعيار القيمة ثم يطبق التقييم على

² Awfulizing/Catastrophizing

² Self-Downing

جميع المواقف، على سبيل المثال " حقيقة أنني رسيت في الامتحان ما، يثبت أنني سأفشل في جميع الامتحانات". وربما يكون هذا الاتجاه نتيجة لقدرة الفطرية للنظام المعرفي للفرد على التعميم السريع من أحداث محددة لتسهيل التعلم، على سبيل المثال "يميل الناس إلى استخلاص استنتاجات ثابتة إلى حد ما بناءً على سلوكيات أو أحداث قليلة التكرار"، ويشير إليس وغيره من منظري العلاج السلوكي المعرفي إلى أن تقليل القيمة ينتج أيضاً عن معتقد الحتمية، فعندما لا يحصل الناس على ما يعتقدون أنهم يجب أن يحصلوا عليه، وينسبون هذا الفشل إلى أنفسهم، فسوف يميلون إلى إدانة الذات بدلاً من رفض سلوك معين، من الاضطرابات المصاحبة لهذا المعتقد مثل: العدوان، والإحباط، والصراع الزوجي (Szentagotai & Freeman, 2007).

والنظير العقلاني لتقليل القيمة هو القبول غير المشروط للذات والآخرين وقبول الظروف السيئة والجيدة وأن الشخص العقلاني هو الذي يتبنى وجهة نظر مقبولة غير مشروطة لذاته، والآخرين، والعالم، حتى عندما لا يحدث شيء كما هو مرغوب فيه أو يتمناه، يفهم الشخص أنه على الرغم من أن الناس يفعلون أشياء سيئة في موقف ما، إلا أنه لا يمكن تعميم تصنيفهم على أنهم سيئون، وأن قابلية الناس للخطأ ونقاط ضعفهم (بما في ذلك الذات) يجب أن تكون مقبولة (Szentagotai & Freeman, 2007)، وتعرف الباحثة بتقليل القيمة بأنه تقليل الفرد من ذاته، ومن الآخرين، ومن العالم من حوله.

٤. المقارنات^١:

وهي تفسر الأحداث في ضوء معايير غير واقعية، فعلى سبيل المثال أنت تركز بشكل أساسي على الآخرين الذين يؤديون أفضل منك، وتجد نفسك أدنى، أو أقل في المقارنة "إنها أكثر نجاحاً مني"، أو "الآخرون يؤديون أفضل مني في الاختيار" (روبرت ليهي، ٢٠٠٦).

وتعرفها الباحثة على أنها تركيز الفرد على أداء الآخرين، واعتقاده أنهم يؤديون أفضل منه، ويوجد نفسه أقل وأدنى في المقارنة.

ثانياً: المعتقدات الخاصة بمجالات المحتوى :

يشار إلى مضمون المعتقد بمحتوى المعتقد نفسه ومجاله الأساسي، ومن أنواعه:

١. الحاجة إلى العدالة^٢:

وتعرفها الباحثة على أنها حاجة الفرد بصفة مستمرة للشعور بالعدل والإنصاف وذلك من وجهة نظره التي يتبناها، وعدم القدرة على تحمل الظلم في جميع أمور حياته.

٢. معتقد العجز^٣:

¹ Comparisons

²Need for fairness

³Disability

ويقصد به عدم قدرة الفرد على الحكم أو التأثير في مجريات الأمور الخاصة به، أو في المساهمة في تشكيل الأحداث العامة في مجتمعه وبأنه مقهور، مسلوب الإرادة، والاختيار (إبراهيم الشافعي وعبد الحميد عبدالعظيم، ١٩٩٩، ص ٣٢). حيث يتجاهل الفرد أى إيجابيات لأى موقف ويخبر نفسه أن هذه الخبرات الجيدة الإيجابية لا تحتسب فمثلاً: الطاه الذى يطهو وجبات ممتازة فى معظم المناسبات لكنه لا يعطى نفسه أى قيمة فهو قد يعد وجبة غير شهية فى أحد المناسبات ويعتبر نفسه بناء على ذلك أنه طاه غير مبدع وغير جيد، ويعتقد الفرد فى عزه عن مواجهة واقعة إذ أن الخبرات والأحداث الماضية بمثابة محددات أساسية للسلوك، وأن تأثير الماضى لا يمكن إغفاله أو تجنبه لأنه يباثر فى الحاضر والمستقبل (سامية الأنصارى وجيلية عبد المنعم، ٢٠٠٧، ص ٢٧)، وكما يعرف العاجز على أنه هو من لا يستطيع التخلص من أحزان الماضى ومحو آثارها، وجعلها فى طى النسيان (الغامدى، ٢٠٠٩، ص ٣١) وتعرفه الباحثة على أنه اعتقاد الفرد بعجزه وفشله وعدم قدرته على تحقيق ما يريد.

٣. معتقد عدم التقبل^١:

وتعرفه الباحثة أنه مدى قدره الفرد على تقبل ما يمر به، وعدم رضاه عن حياته بأكملها.

ثانياً: مفهوم تحمل الكرب

ويُعرفه ز فولينسكي وآخرون (Zvolensky et al (2010 بأنه الفعل السلوكي المتمثل في تحمل الحالات العاطفية السلبية أو غيرها من الحالات المكروهة.

كما اتفق معظم الباحثين على تعريف تحمل الكرب على أنه القدرة على تجربة وتحمل الحالات العاطفية السلبية، وهذا يشمل مدى قدرة الشخص على الصمود وعدم اندفاعه، أو محاولته تغيير، أو الهروب من التجارب العاطفية المكروهة، سواء بوعي أو بغير وعي.

وتعرفه الباحثة على انه قدرة الفرد على تحمل المشاعر السلبية والمكروهة الناتجة عن ضغوط الحياة، بالإضافة لمهاراته في استخدام أساليب واستراتيجيات المواجهة الفعالة، بشكل واعى عند التعامل مع هذه الضغوط.

النظريات المفسرة لتحمل الكرب:

نموذج لينهان للتدريب على مهارات تحمل الكرب^٢

طورت لينهان (٢٠١٥) منهجاً علاجياً جديلاً يتضمن أربع وحدات للتدريب على المهارات. أحد الجدليات المتضمنة في نموذجها هو أن المرضى يجب أن يوازن بين قبول أنفسهم وبين حاجتهم فى الوقت الحالى لإجراء تغييرات شخصية. وبالتفكير فى هذا التوازن، أدرجت لينهان وحدتين للمهارات تهدفان إلى زيادة مهارات القبول وهى (مهارات اليقظة، ومهارات تحمل الكرب)، ووحدين من المهارات لزيادة مهارات التغيير وهى (مهارات الفعالية الشخصية

¹Unacceptance

²Linehan's Model of DT Skills Training.

ومهارات تنظيم العاطفة). في هذا الإطار أشارت إلى تحمل الكرب بأنه القدرة على "إدراك بيئة الفرد دون وضع شروط عليها لتكون مختلفة؛ لاختبار الحالة الانفعالية الحالية للفرد دون محاولة تغييرها، ومراقبة أفكار الفرد وأنماط أفعاله دون محاولة إيقافها أو التحكم فيها". ويتم تضمين مهارات تحمل الكرب كواحدة من وحدات التدريب على المهارات لمعالجة السلوكيات غير المنظمة والتي غالبًا ما تكون موجودة في الأفراد الذين يعانون من خلل التنظيم العاطفي. ولذلك، يُنظر إلى هذه السلوكيات على أنها استجابات غير فعالة للمشكلات التي يتم استخدامها عندما لا يستطيع الفرد تحمل الكرب لفترة كافية للبحث عن استجابة أكثر فاعلية. وبالتالي، يُنظر إلى القدرة على تحمل الكرب على أنها وظيفة مهمة لأن الكرب جزء لا يمكن تفاديه في الحياة. وقد تؤدي محاولة تجنب الكرب أو إزالته في حد ذاته إلى مزيد من القلق أو إعاقة وتنشيط عملية التغيير. وتركز المهارات تحمل الكرب على تثبت الانتباه، وتهئية الذات، وقبول الواقع، والبقاء يقظًا (حضور اللحظة الحالية)، والامتناع عن التصرف المندفع (Sommers, 2017).

نموذج سيمونز وجاهر (Simons and Gaher, 2005) متعدد الأوجه لتحمل الكرب

يعتبر نموذج سيمون وجاهر (Simons and Gaher, 2005) متعدد الأوجه لتحمل الكرب أن تحمل الكرب عبارة عن بناء عاطفي يتكون من تقييمات الفرد وتوقعاته لتجربة الانفعالات السلبية، ويتضمن هذا النموذج العوامل الأربعة التالية:

(١) **التحمل**^١: والذي يرتبط بتوقعات الفرد بشأن الحالة البغيضة والقدرة المتصورة على تجربة الكرب دون الإضرار، أو فقدان الأداء الوظيفي. وتعرفه الباحثة على أنه عدم قدرة الفرد على تحمل الكرب، ووصفه له على أنه غير محتمل.

(٢) **التقييم**^٢: ويشمل تقييم الكرب على أنه غير مقبول، والحكم على استجابة الفرد للكرب على أنه مخجل أو أقل شأنًا من الآخرين. وتعرفه الباحثة على أنه تقييم الكرب على أنه غير مرغوب فيه ومخزي.

(٣) **التنظيم**^٣: ويتعلق بقدرة الفرد على اختبار حالة نفسية منفردة دون الانخراط في سلوكيات التجنب بهدف تخفيف الكرب. تعرفه الباحثة على أنه مدى قدرة الفرد على اتخاذ أى إجراءات واستراتيجيات غير فعالة لتجنب الشعور بالكرب.

(٤) **الانغماس وزيادة التركيز**^٤: القدرة على تحويل تركيز الانتباه المتعمد من الموقف المؤلم والكرب واستئناف الأداء المعتاد للفرد (Villatte, 2013, P4). وتعرفه الباحثة على أنه مدى قدرة الفرد على تركيز انتباهه على أى شئ غير الكرب.

وعلى سبيل المثال في شرح ما سبق فمن المتوقع من الأفراد ذوي القدرة المنخفضة على تحمل الكرب أن يبلغوا عن الكرب باعتباره لا يطاق، وأنهم لا يستطيعون التعامل مع الضيق أو الكرب "التحمل". كما أنه من المتوقع أن يعكس التقييم الفردي للتعرض للكرب عدم قبوله، والخجل من التعرض له، وإدراك قدرات الفرد على التكيف على أنها أقل شأنًا من الآخرين "التقييم". ومن المتوقع أن يتسم التنظيم العاطفي للأفراد ذوي القدرة المنخفضة على تحمل الكرب بجهود كبيرة لتجنب المشاعر السلبية واستخدام وسائل سريعة للتخفيف من المشاعر السلبية التي يواجهونها.

¹Tolerance.

¹Appraisal.

²Regulation.

³Absorption.

وإذا لم يتمكنوا من تخفيف المشاعر السلبية، فمن المتوقع من الأفراد ذوي القدرة المنخفضة على تحمل الكرب أن يبلغوا عن عدم قدرتهم على تحمل التجربة، مما يشير إلى أن تركيز انتباههم على وجود المشاعر المؤلمة وأن أداءهم يتعطل بشكل كبير بسبب تجربة المشاعر السلبية (Simons & Gaher, 2005).

ثانياً: مفهوم الاكتئاب

يعرف الاكتئاب الرئيسي وفقاً للدليل التشخيصي، والإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية بأنه مجموعة الأعراض المتضمنة تغيرات في الوظيفة النفسية الحركية، وفقدان الوزن، وزيادة النوم، أو الأرق، وقلة الشهية، والتعب، وصعوبة التركيز، والشعور المفرط بالذنب، أو الدونية، والتفكير في الانتحار.

المحكات التشخيصية لاضطراب الاكتئاب وفقاً للدليل التشخيصي والإحصائي الخامس (dsm5):

وضع الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس (dsm5) عدة معايير يمكن الحكم من خلالها على وقوع الفرد في الاكتئاب الأساسي ومنها :

أ- تواجد خمسة (أو أكثر) من الأعراض التالية لنفس الأسبوعين، والتي تمثل تغيراً في الأداء الوظيفي السابق، على الأقل أحد الأعراض يجب أن يكون إما (١) مزاج منخفض أو (٢) فقد الاهتمام أو المتعة.

١- مزاج منخفض معظم اليوم، كل يوم تقريباً، ويعبر عنه إما ذاتياً (مثل الشعور بالحزن أو بالفراغ أو اليأس) أو يلاحظ من قبل الآخرين (مثل أن يبدو باكياً).

٢- انخفاض واضح في الاهتمام أو الاستمتاع في كل الأنشطة أو معظمها وذلك معظم اليوم، أو كل يوم تقريباً، (ويستدل على ذلك بالتعبير الشخصي أو بملاحظة الآخرين).

٣- فقدان الوزن بشكل ملحوظ عند عدم اتباع نظام غذائي أو زيادة الوزن (على سبيل المثال ، تغيير أكثر من ٥٪ من وزن الجسم في شهر واحد) ، أو انخفاض أو زيادة الشهية كل يوم تقريباً.

٤- أرق أو الإفراط في النوم كل يوم تقريباً.

٥- هياج نفسي حركي أو خمول، كل يوم تقريباً (ملاحظ من قبل الآخرين، وليس مجرد مشاعر ذاتية بالملل أو البطء).

٦- تعب أو فقد الطاقة كل يوم تقريباً.

٧- الشعور بانعدام القيمة أو الشعور بالذنب المفرط أو غير المناسب (والذي قد يكون موهوماً) كل يوم تقريباً (ليس مجرد لوم الذات أو الشعور بالذنب بشأن المرض).

٨- انخفاض القدرة على التفكير أو التركيز، أو التردد، كل يوم تقريباً (إما بالتعبير الشخصي أو بملاحظة الآخرين).

٩- أفكار متكررة عن الموت (ليس فقط الخوف من الموت)، أفكار انتحارية متكررة بدون خطة محددة، أو محاولة انتحار، أو خطة محددة للانتحار.

ب- تسبب الأعراض انخفاضاً واضحاً في الأداء الاجتماعي أو المهني أو مجالات الأداء الهامة الأخرى.

ج- لا ترجع الأعراض إلى التأثيرات الفسيولوجية لمادة، أو إلى حالة طبية أخرى، أو الإدمان.

- وقد تم الاعتماد على هذه المعايير التشخيصية في اختيار أفراد عينة البحث.

- ومن أجل ان نحدد شدة الاعراض الاكتئابية فقد اشار الدليل التشخيصي إلى عدة معايير

لكل درجة من درجات الاكتئاب وهي كالتالي :

١- الأعراض الإكتئابية الخفيفة: إن وجدت، فقليل من تلك الأعراض التي تتجاوز المعايير المطلوبة لاستيفاء معايير التشخيص، وشدة الأعراض محبطة ولكن يمكن التحكم فيها، وتؤدي إلى تدن بسيط في الأداء الاجتماعي أو المهني.

٢- الأعراض الإكتئابية المتوسطة: عدد الأعراض، وشدة الأعراض، و/أو التدنى الوظيفي ما بين تلك المحددة لـ "خفيف" و "شديد".

٣- الأعراض الإكتئابية الشديدة: عدد الأعراض أكبر بكثير مما هو مطلوب لإجراء

التشخيص، وشدة الأعراض مؤلمة للغاية ولا يمكن السيطرة عليها، وتتداخل الأعراض بشكل ملحوظ مع الأداء الاجتماعي والمهني.

النظريات المفسرة لاضطراب الاكتئاب:

١- النموذج المعرفي:

آرون بيك: افترض بيك أن "الاستجابة العاطفية يتم تحديدها من خلال الطريقة التي يبني بها الفرد تجربته". وفي نموذج المعرفي للاكتئاب افترض ثلاثة مفاهيم محددة لشرح التركيب النفسي للاكتئاب وهم: (١) الثالث المعرفي، و (٢) المخطط، و (٣) الأخطاء المعرفية.

أ- **الثالث المعرفي:** يتكون الثالث المعرفي من ثلاثة أنماط معرفية رئيسية تجبر الفرد على النظر إلى نفسه، والعالم، والمستقبل بطريقة خاصة. وذكر بيك أن المريض المصاب بالاكتئاب ينظر إلى نفسه على أنه معيب، أو غير ملائم، أو محروم، أو لا يستحق، ويميل إلى إلقاء اللوم على بعض العيوب المفترضة للتجارب غير السارة. ويفسر الفرد المصاب بالاكتئاب تفاعلاته مع البيئة على أنها تمثل الهزيمة، أو الحرمان، أو الاستخفاف وينظر إلى الحياة على أنها سلسلة من الأعباء، أو العقبات، أو المواقف المؤلمة. ويتوقع الشخص المصاب بالاكتئاب حياة من المعاناة الشديدة، والإحباط، والحرمان، ويرى الصعوبات الحالية كعقبات لا يمكن التغلب عليها.

ب- **المخططات:** وهي أبنية معرفية مستقرة نسبياً تقوم بفحص، وتمييز، وترميز المحفزات الداخلية والخارجية التي تواجه الفرد. ويقوم المخطط بتوجيه المنبهات إلى الأفكار، أو الإدراك، وعادة ما تكون المخططات المفعلة متطابقة مع المنبهات أو مرتبطة بها، ويتوافق محتوى المخطط مع مواقف الفرد، وأهدافه، وقيمه، ومفاهيمه وبالتالي يتم تحديد الاستجابة العاطفية من خلال محتويات تنشيط المخطط.

ج- **الأخطاء المعرفية:** وتحتوي إدراكات المريض المكتتب على أخطاء منهجية في التفكير تمكن الفرد من الاحتفاظ بصحة المخطط السلبي على الرغم من وجود دليل على عكس

ذلك. وتشمل الأخطاء المعرفية الستة التي حددها بيك (١) الاستدلال التعسفي^١، (٢) التجريد الانتقائي^٢، (٣) التعميم المفرط^٣، (٤) التهويل والتهوين^٤، (٥) الشخصنة^٥، (٦) التفكير المطلق^٦ (Erickson, 1988).

ألبرت أليس: يؤكد أليس في نظريته العلاج العقلاني الانفعالي أن الإنسان يخلق إلى حد كبير العواقب أو الاضطرابات الانفعالية لذاته بنفسه، وإنه يولد ولديه النزعة لقيام بذلك، وفي ضوء النظرية التي يسميها أليس ABC، فإنه حين تتبع عاقبة مشحونة إنفعاليًا درجة عالية (C) حدثًا منشطًا له دلالة (A)، فإن الحدث (A) قد يبدو أنه السبب في العاقبة، ولكنه ليس كذلك الحقيقة. فالعواقب الانفعالية يخلقها إلى حد كبير النظام العقائدي للفرد (B)، ولذلك فإنه حين عاقبة غير مرغوبة مثل قلق حاد، فإن ذلك يمكن عادة إرجاعه إلى المعتقدات اللاعقلانية للفرد، وحين تواجه هذه المعتقدات تحديًا عقلائيًا فعالًا عند النقطة المختلف عليها، فإن العواقب المزعجة المضطربة تختفي، ولن ترجع. طبقًا لنظرية أليس فإن الاضطراب الانفعالي يحدث حين يصر الفرد، أو يطلب أن يحقق رغباته كأنه يصر مثلًا على أن ينجح في عمل هام، وأن يحصل على تأييد الآخرين الهامين بالنسبة له، وأن يعامله الآخرين معاملة عادلة، وأن يكون العالم أكثر سرورًا له، فإذا كانت طلبات الفرد (ليست رغباته) هي التي توقعه في المتاعب الإنفعالية (لويس كامل مليكه، ١٩٩٠، ص ١٩٣، ١٨٤).

٢- نموذج العجز المكتسب:

يرى سليجمان في نموذج العجز المكتسب أن الأفراد يتعلمون بشكل خاطئ لأنهم لا يستطيعون التحكم في النتائج السالبة في المستقبل، ونتيجة لذلك يشعرون بالعجز، وتؤدي مشاعر العجز إلى الاكتئاب (عادة عبدالغفار، ٢٠٠٧، ص ٦٥٠). وتتخلص هذه النظرية في أن مواجهة الفرد لأحداث كرب ومشقة مستمرة تؤدي إلى اللامبالاة، والانسحاب، وعدم الاستجابة، ومن ثم الإحساس باليأس، والعجز، وقلة الحيلة، ثم يتبع ذلك أعراض الاكتئاب الأخرى. وقد بنيت هذه النظرية على أساس نظرية التعلم في الحيوانات، وما يحدث لها عند تعرضها لمنبهات كرب، ومشقة، وشدة (أحمد عكاشة، ٢٠٠٨، ص ٢٦).

- وتتبنى الباحثة في هذا البحث النموذج المعرفي لبيك للاكتئاب والذي يفسر الاكتئاب بأنه يحدث نتيجة وجود المعتقدات اللاعقلانية التي يتبناها الفرد، وأخطاء تفكيره، والمخططات المعرفية لديه، يتحدد على ذلك استجابة الفرد العاطفية.

البحوث والدراسات السابقة:

¹ Arbitrary Inference.

² Selective Abstraction.

³ Over-Generalization.

⁴ Magnification And Minimization.

⁵ Personalization.

⁶ Absolutistic Thinking.

المحور الأول: البحوث التي تناولت العلاقة بين المعتقدات اللاعقلانية والاكتئاب.

المحور الثاني: البحوث التي تناولت العلاقة بين تحمل الكرب والاكتئاب.

أولاً: البحوث التي تناولت العلاقة بين المعتقدات اللاعقلانية والاكتئاب.

هدفت دراسة بلقيس و دورو (Balkis & Duru, 2019) الكشف عن العلاقة بين المعتقدات اللاعقلانية، والحالات العاطفية السلبية (التوتر، والاكتئاب، والقلق)، ومعرفة دور المعتقدات العقلانية في هذه العلاقة. وتكونت عينة الدراسة من (٤٤٠) طالبًا من طلاب البكالوريوس الأتراك، وتتراوح أعمارهم من (٢٠:٢٩) عامًا، (٢٥% من الذكور، ٢٧% من الإناث)، وكان المشاركون من أقسام مختلفة من كلية التربية؛ وتم استخدام مقياس الاتجاه العام، والمعتقدات المكون من (٥٥) بنداً لتحديد معتقدات المشاركين العقلانية واللاعقلانية، ومقياس الاكتئاب والقلق إعداد Luffy Bond & Luffy Bond لعام ١٩٩٥، و Berm & Bilgel لعام ٢٠١٠ من أجل تحديد مستوى الاكتئاب، والقلق، والتوتر. وتشير النتائج إلى وجود علاقة إيجابية معتدلة بين المعتقدات اللاعقلانية، والاكتئاب، والقلق، وخاصة المعتقدات اللاعقلانية التالية: (معتقد الحاجة إلى الإنجاز، ومعتقد الحاجة إلى القبول، ومعتقد الحاجة إلى الراحة) هي منبئات مهمة بالحالات العاطفية السلبية (التوتر، والاكتئاب، والقلق). وتشير النتائج أيضاً إلى أن المعتقدات العقلانية لها دور وسيط في العلاقة بين المعتقدات اللاعقلانية والحالات العاطفية السلبية.

كما هدفت دراسة بلقيس و دورو (Balkis & Duru, 2020) إلى معرفة الفروق بين الجنسين في الهيكل التنظيمي للمعتقدات اللاعقلانية، والعقلانية في أعراض الاكتئاب في عينة من طلاب المرحلة الجامعية، وتكونت عينة الدراسة من (٤٧٦) طالبًا وطالبة، (٢١٨ من الذكور، بمتوسط عمر ٢١ عامًا، و ٢٥٨ من الإناث، بمتوسط عمر ٢٠ عامًا). وتم استخدام النسخة التركيبية لمقياس الموقف والمعتقد؛ لتحديد معتقدات المشاركين العقلانية واللاعقلانية، وتم استخدام مقياس الاكتئاب الفرعي لقائمة الأعراض المختصرة إعداد Derogatis لعام ١٩٩٢. وأشارت نتائج الدراسة إلى أن المعتقد اللاعقلاني (الحنمية) يمثل عاملاً رئيسياً في التنبؤ بأعراض الاكتئاب لكل من الذكور والإناث، ويليه المعتقد اللاعقلاني الثانوي التهويل، بالإضافة إلى إن معتقد انخفاض تحمل الإحباط له مساهمة فريدة في ظهور أعراض الاكتئاب لدى الذكور، بينما يلعب معتقد التقليل القيمة دوراً حيوياً في العلاقة بين معتقد الحنمية والاكتئاب لدى الإناث.

كما هدفت دراسة فاسو وآخرون (Vassou et al, 2021) إلى التحقيق في الدور المشترك للمعتقدات اللاعقلانية، والقلق، والاكتئاب في الإصابة بمرض السكري من النوع الثاني لمدة (١٠) سنوات. وتكونت عينة الدراسة من (٨٥٣) مشاركاً، (٤٥٣) رجلاً تتراوح أعمارهم بين (٤٥:١٣) عامًا، و (٤٠٠) امرأة تتراوح أعمارهم بين (٤٤:١٨) عامًا. وتم استخدام مقياس للمعتقدات اللاعقلانية، ومقياس Zong للاكتئاب، ومقياس القلق كحالة وسمة، واستند تشخيص مرض السكري في فحص المتابعة على معايير جمعية السكري الأمريكية (APA). أظهرت نتائج الدراسة أن المشاركون الذين لديهم معتقدات لاعقلانية عالية، والذين يعانون أيضاً من أعراض القلق لديهم مخاطر زائدة بنسبة (٩٣%) للإصابة بمرض السكري خلال فترة المتابعة التي استمرت (١٠) سنوات مقارنةً بمن لا يعانون من القلق. علاوة على ذلك، كان خطر الإصابة

بمرض السكري أعلى بنسبة (٧٣%) بين الأفراد الذين لديهم مستويات عالية من المعتقدات اللاعقلانية، والاكنتاب مقارنة بمن لا يعانون من الاكنتاب.

بينما قام ناز وآخرون (Naz et al (2022) بدراسة هدفت إلى المقارنة والتنبؤ بالمعتقدات اللاعقلانية والأداء المعرفي بين البالغين المكتئبين وغير المكتئبين في باكستان. وتكونت عينة الدراسة من (٢٠٠) راشد (١٠٠ مصابين بالاكنتاب، و١٠٠ راشد غير مصابين بالاكنتاب)، وتزداد أعمارهم عن ١٩ عامًا، وتم تشخيصهم بالاكنتاب من قبل الأطباء النفسيين، وتم تقييم المعتقدات اللاعقلانية باستخدام مقياس المعتقدات التقييمية، وقياس الأداء المعرفي باستخدام مقياس مونريال المعرفي. وأشارت نتائج الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في المعتقدات اللاعقلانية للراشدين المكتئبين، وغير المكتئبين. وكانت المعتقدات اللاعقلانية للمكتئبين أكثر من الراشدين غير المكتئبين، علاوة على ذلك، كان لدى المصابين بالاكنتاب المزيد من المعتقدات اللاعقلانية تسببت في تدهور الأداء المعرفي.

• تعقيب على البحوث التي تناولت العلاقة بين المعتقدات اللاعقلانية والاكنتاب.

من خلال العرض السابق للبحوث السابقة ذات الصلة بموضوع البحث الحالي يتضح مايلي:

- رغم تعدد الدراسات التي تناولت العلاقة بين المعتقدات اللاعقلانية والاكنتاب، إلا أنها أغفلت تناول المعتقدات اللاعقلانية من حيث العملية والمضمون، وكما أغفلت معرفة أى من هذه المعتقدات أكثر تنبؤًا بالأعراض الاكنتابية لدى مرضى الإكنتاب، وهو ما يتم تناوله في هذا البحث.
- كما أن الدراسات ركزت على التعامل مع مرحلة طلاب الجامعة، ولم تتناول دراسة مرحلة الراشدين بكثرة.
- كما استخدمت الدراسات عدة مقاييس للمعتقدات اللاعقلانية لقياس المعتقدات اللاعقلانية بشكل عام، ولكن في هذا البحث قامت الباحثة بإعداد مقياس لقياس المعتقدات اللاعقلانية من حيث العملية والمضمون التي تقوم الباحثة بدراستها.
- أشارت نتائج معظم الدراسات على وجود علاقة طردية بين المعتقدات اللاعقلانية والاكنتاب، ولكن أغفلت أى من المعتقدات اللاعقلانية (من حيث العملية والمضمون) التي تنبئ أكثر بأعراض الاكنتاب.

ثانيًا: البحوث التي تناولت العلاقة بين تحمل الكرب والاكنتاب.

كما قام إليس وآخرون (Ellis et al (2010) بدراسة التأثير الفريد للمزاج المكتئب على مستوى تحمل الكرب، واهتم الباحثون في هذه الدراسة بالمكتئبين (أي المشاركين الذين سجلوا أكثر من عشرين نقطة على مقياس بيك للاكنتاب) أظهروا مستويات أقل من تحمل الكرب خلال مهمتين مختبريتين محبطين لتقييم تحمل الكرب السلوكي، مقارنة بالأفراد غير المكتئبين (أي المشاركين الذين سجلوا اثني عشر أو أقل على مقياس بيك للاكنتاب). وأشارت النتائج دليلاً على أن الأفراد المكتئبين أقل استعدادًا لتحمل المهام المجهدة، وبالتالي يظهرون تحملاً أقل للكرب. على وجه التحديد، أنهت المجموعة المكتئبة المهمتين في وقت أقرب عن الأفراد غير المصابين بالاكنتاب، مما يشير إلى أن الحالة المزاجية المزعجة يمكن أن تقلل من تحمل الفرد للكرب، كما

أظهر الأفراد المصابون بالاكتئاب أيضاً زيادة أكبر بكثير في الغضب بعد انتهاء المهمتين مقارنة بالأفراد غير المكتئبين.

في دراسة دنهاردت وميرفي (2011) Dennhardt & Murphy تم فحص العلاقة بين الاكتئاب، وتحمل الكرب، والمشاكل المرتبطة بتعاطي الكحول بين الطلاب الأمريكيين (من أصل أفريقي، والأمريكيين الأوروبيين). وبلغ عدد المشاركين (٢٠٦) طالباً جامعياً منهم (٥٣% إناث، و٤٧% ذكور؛ بمتوسط عمر ١٩ عاماً) من إحدى الجامعات العامة الكبرى في جنوب الولايات المتحدة. وتم تقييم استهلاك الكحول أسبوعياً باستخدام استبانة التعاطي اليومي إعداد Collins et al لعام ١٩٨٥، وتم تقييم المشكلات المتعلقة بالكحول باستخدام استبانة عواقب الكحول لدى الشباب البالغين إعداد Reid et al لعام ٢٠٠٦، وقياس أعراض الاكتئاب باستخدام مقياس الاكتئاب التابع لمركز الدراسات الوبائية إعداد Radloff لعام ١٩٧٧، وتم قياس تحمل الكرب بواسطة مقياس تحمل الكرب إعداد سيمون وجاهير (1995) Simon & Jaher. وأظهرت النتائج في نماذج الانحدار التي تتحكم في مستوى التعاطي ارتباط الاكتئاب، وتحمل الكرب بالمشاكل المتعلقة بتعاطي الكحول بين الطلاب الأمريكيين من أصل أفريقي، وبالنسبة لكل من الطلاب الأمريكيين الأوروبيين والأمريكيين من أصل أفريقي ارتبطت أعراض الاكتئاب بالمشاكل المتعلقة بتعاطي الكحول بشكل أكبر، وكان تحمل الكرب مرتبطاً بالمشاكل المتعلقة بالكحول للطلاب الأمريكيين من أصل أفريقي، ولكن ليس للطلاب الأمريكيين الأوروبيين، وتشير النتائج أيضاً إلى أن تحمل الكرب قد يكون عامل مؤثر ذا معنى للمشاكل المتعلقة بتعاطي الكحول في وجود الاكتئاب.

كما هدفت دراسة جوركا وآخرون (2012) Gorka et al إلى فحص ما إذا كان تحمل الكرب يخفف العلاقة بين أعراض الاكتئاب، والمشاكل المرتبطة بتعاطي الكحول على عينة من المراهقين. واشتملت عينة الدراسة على (١٥٠) مراهقاً (تتراوح أعمارهم بين ١٤:١٨ عاماً)، وكان معظمهم من الإناث. وتم قياس مشكلة تعاطي الكحول باستخدام اختبار تحديد اضطرابات تعاطي الكحول، وقياس تحمل الكرب باستخدام مهمة تحمل الضغوط السلوكية المحوسبة^١، ومقياس الاكتئاب التابع لمركز الدراسات الوبائية. وأشارت تحليلات الانحدار إلى وجود تفاعل كبير بين تحمل الكرب، وأعراض الاكتئاب في التنبؤ بمشاكل تعاطي الكحول، وأكدت أن الأعراض الاكتئابية ارتبطت بشكل كبير بمشكلة تعاطي الكحول بين المراهقين الذين يتمتعون بقدرة منخفضة على تحمل الكرب.

كما أجرى وليامز وآخرون (2013) Williams et al دراسة هدفت إلى معرفة أثر تحمل الكرب في علاج الاكتئاب، وتحديد العلاقة بين تحمل الكرب، والاكتئاب، وتقييم تأثير تحمل الكرب على الالتزام بالعلاج، والنتيجة بعد برنامج العلاج السلوكي المعرفي القائم على الإنترنت للاكتئاب. واشتملت الدراسة الأولى على (٧٥) مريضاً، واشتملت الدراسة الثانية على (٣٤) مريضاً تم تشخيص إصابتهم بنوبة اكتئاب شديدة. وأشارت نتائج الدراستين إلى وجود علاقة عكسية معنوية بين تحمل الكرب، وكلا من شدة الاكتئاب، والكرب النفسي. وأظهرت نتائج تحليلات النموذج أن البرنامج كان فعالاً في الحد من أعراض الاكتئاب، والكرب النفسي، وفي

¹The Computerized Paced Auditory Serial Addition Task.

زيادة تحمل الكرب. وتشير النتائج أيضا إلى أن تحمل الكرب هو متغير مهم يجب مراعاته في سياق علاجات الاكتئاب.

كما هدفت دراسة جرينبيرج وآخرون (Greenberg et al (2014) إلى معرفة دور تحمل الكرب في التنبؤ بأعراض الاكتئاب، وأعراض الإجهاد ما بعد الصدمة^١ لدى مجموعة من متعاطي المخدرات. وتكونت عينة الدراسة من (٦٦) مشاركا (٣٨ من الذكور، و ٢٨ من الإناث)، وتتراوح أعمارهم بين (١٧:٦٥) عامًا، وأكملوا المشاركين استبانات لتحمل الكرب، و Beck لأعراض الاكتئاب، وقائمة مراجعة اضطراب ما بعد الصدمة. وأظهرت النتائج أن تحمل الكرب تنبأ بشكل كبير بكل من أعراض الاكتئاب، وأعراض الإجهاد ما بعد الصدمة، وكان الانغماس^٢ (أحد مكونات تحمل الكرب) مؤشرا جيدا لقلة أعراض الاكتئاب. وتؤكد نتائج الدراسة أيضا على أن تحمل الكرب يلعب دورا في تجربة أعراض الاكتئاب، و أعراض الإجهاد ما بعد الصدمة لدى المرضى الذين يعانون من اضطراب تعاطي المخدرات.

• تعقيب على البحوث التي تناولت العلاقة بين تحمل الكرب والاكتئاب.

من خلال العرض السابق للدراسات والبحوث السابقة ذات الصلة بموضوع البحث الحالي يتضح لنا مايلي:

- ندرة الدراسات المحلية، والعربية التي اهتمت بدراسة متغير تحمل الكرب نظريًا، وعلاقته بالاكتئاب؛ ولذلك فإننا بحاجة إلى إجراء المزيد من البحوث التي تتناول تحمل الكرب في بيئتنا المحلية.
- عدم توفر أي مقاييس محلية، أو عربية لتقييم تحمل الكرب، كما يوجد ندرة في المقاييس التي تقيس تحمل الكرب في الدراسات الأجنبية.
- استخدمت أغلب الدراسات السابقة الأجنبية مقياس تحمل الكرب إعداد (سيمون وجاهير، ٢٠٠٥)، وهو ماتم استخدامه في هذه الدراسة، وقامت الباحثة بترجمة، وتقنيته على أفراد عينة الدراسة، ولكن هناك دراسات أخرى استخدمت مهام سلوكية لقياس تحمل الكرب.
- تناولت معظم الدراسات فئة طلاب الجامعة، والمراهقين، ولكن في هذه تم تناول فئة الراشدين؛ نظرا لأنها من أكثر الفئات تعرضًا لاضطراب الاكتئاب، واحتياجها لتحمل الكرب لمواجهة ضغوط الحياة.
- وتوجد الكثير من الدراسات الأجنبية التي اهتمت بدراسة العلاقة بين تحمل الكرب والاكتئاب، وغيرها من المتغيرات، ولكن ندرة الدراسات التي اهتمت بدور تحمل الكرب، وأبعاده في التنبؤ بأعراض الاكتئاب .

منهج البحث:

اعتمد البحث الحالي على المنهج الوصفي الارتباطي؛ حيث تمت دراسة العلاقة بين المعتقدات اللاعقلانية، وتحمل الكرب، والأعراض الاكتئابية لدى عينة من مرضى الاكتئاب،

¹posttraumatic stress symptoms (PSS).

²Absorption.

وكيف يمكن التنبؤ بالأعراض الإكتئابية من خلال المعتقدات اللاعقلانية وتحمل الكرب لدى مرضى الاكتئاب.

عينة البحث:

تدرج عينة البحث التي قامت الباحثة باختيارها تحت مسمى "العينة القصدية"، وتكونت من ٤٠ مريضاً من المصابين بالاكتئاب، مقسمين إلى (٢١) من الذكور، و(١٩) من الإناث، بمتوسط عمر (٣٨,١٥) عاماً، وانحراف معياري (١١,٨٥). وبلغ متوسط مدة إصابة أفراد العينة بالاكتئاب (٤٥,٤٢) شهراً، وانحراف معياري (٤٧,١١)، إضافة إلى متوسط مدة تناول الأدوية (٣٦,٧٧) شهراً، وانحراف معياري (٤٧,٦١). وتم الحصول على أفراد العينة من خلال العيادة النفسية بمستشفى بنى سويف الجامعي؛ حيث تم تشخيصهم من قبل الأطباء النفسيين على أنهم مرضى اكتئاب.

ويوضح الجدول التالي خصائص عينة البحث:

جدول (١) التكرارات والنسب المئوية لخصائص العينة الكلية للبحث

م	المتغيرات	التكرارات	النسب المئوية %
١	النوع	الذكور	٢١
		الإناث	١٩
٢	مستوى التعليم	أمي	١٤
		يقرأ ويكتب	٣
		ابتدائي	٤
		اعدادي	—
		ثانوي	١٣
		معهد	٢
		جامعي	٤
		دراسات عليا	—
		٣	مستوى الإقتصادي
متوسط	٢٨		
مرتفع	١		
٤	مستوى تعليم الأب	أمي	٣٠
		يقرأ ويكتب	—
		ابتدائي	١
		اعدادي	١
		ثانوي	٣
معهد	—		

١٢,٥%	٥	جامعي	مستوى تعليم الأم	٥
—	—	دراسات عليا		
٨٧,٥%	٣٥	أمى		
—	—	يقراً ويكتب		
٥%	٢	ابتدائي		
٢,٥%	١	اعدادى		
٥%	٢	ثانوى		
—	—	معهد		
—	—	جامعى		
—	—	دراسات عليا		
٧٧,٥%	٣١	متزوج	الحالة الإجتماعية	٦
٢٢,٥%	٩	أعزب		
٩٢,٥%	٣٧	الريف	مكان السكن	٧
٧,٥%	٣	الحضر		
٧٠%	٢٨	متناولين لأدوية الاكتئاب	تناول الأدوية	٨
٣٠%	١٢	غير متناولين لأدوية الاكتئاب		
٥٢,٥%	٢١	منتكسين	الانتكاسة بعد العلاج	٩
٤٧,٥%	١٩	غير منتكسين		

أدوات البحث

تم استخدام الأدوات، والمقاييس التالية فى البحث الراهن:

(١) مقياس بيك للاكتئاب: تم استخدام قائمة بيك للاكتئاب (ترجمة عبدالفتاح غريب، ٢٠٠٠)، وتتكون القائمة فى صورتها الأصلية من (٢١) فقرة، ورتبت عبارات كل فقرة وفقاً لشدة العرض بداية من عدم وجود العرض إلى وجوده بدرجات متفاوتة من الشدة، ويعبر عن ذلك رقمياً بالأرقام من (صفر: ٣)؛ حيث يمثل الصفر عدم وجود العرض، بينما تمثل الدرجات (١، ٢، ٣) مستويات متدرجة من الاكتئاب نحو الزيادة. ويتم تصحيح القائمة بجمع الدرجات التى يحصل عليها الفرد على جميع الفقرات؛ حيث يتراوح مدى الدرجة الكلية على القائمة بين (صفر: ٦٣) درجة.

الكفاءة القياسية النفسية للمقياس:

تم التحقق من دقة مقياس بيك للاكتئاب؛ وذلك من خلال حساب معاملات الصدق والثبات، والتي نوضحها فيما يلى:

أولاً: صدق مقياس بيك

أجرى غريب (٢٠٠٠) بحث لفحص الكفاءة القياسية النفسية لمقياس بيك الثانى فى البيئة المصرية، وتكونت عينة البحث من مجموعة من طلبة الجامعة، ومجموعة أخرى من المرضى النفسيين المشخصين باضطرابات نفسية مختلفة ومنها: (الاكتئاب، والهوس، والقلق، والوسواس قهري، والفصام الوجدانى). وقد تم استخدام عدة أساليب لفحص صدق المقياس ومنها: صدق المحتوى، والصدق العاملى. وأشارت النتائج إلى صدق المقياس، كما أوضحت نتائج الصدق العاملى أن الاكتئاب الذى يتم قياسه بمقياس بيك الثانى للاكتئاب يتكون من عاملين يمكن تفسيرهما، وقد كان الجذر الكامن للعامل الأول (٥,١١) ويفسر ٣٤,٢٤% من التباين الارتباطى، بينما كان الجذر الكامن للعامل الثانى (١,٧١) ويفسر ١٤,٨% من التباين الارتباطى. ويتحقق الصدق العاملى لمقياس بيك الثانى للاكتئاب من أنه يقيس بعدين رئيسيين للاكتئاب المقرر ذاتياً، وهما البعد المعرفى الوجدانى، والبعد الجسدى.

ثانياً: أساليب حساب الثبات لمقياس بيك للاكتئاب

تم استخدام طريقة ألفا كرونباخ، وطريقة التجزئة النصفية باستخدام معادلة جتمان، ومعادلة سبيرمان براون لحساب بنود مقياس بيك، وقد أشارت النتائج إلى أن معاملات الثبات لمقياس بيك كانت مرتفعة، اتضح وجود معاملات ثبات مقبولة لمقياس بيك للاكتئاب تتراوح بين ٠,٧ : ٠,٨.

٢) **مقياس المعتقدات اللاعقلانية:** قام الباحثين بإعداد مقياس المعتقدات اللاعقلانية المكون من ٤٣ بنداً، والذى يقيس سبعة أبعاد من المعتقدات اللاعقلانية، ويتم الإجابة على بنود المقياس جميعها على طريقة مقياس ليكرت المكون من ٥ نقاط يتراوح من (١:٥)؛ حيث تمثل الدرجة ١ (لا أوافق على الإطلاق)، ٢ (أوافق إلى حد ما)، ٣ (أوافق)، و٤ (أوافق بشدة)، و٥ (أوافق تماماً).

الكفاءة القياسية النفسية للمقياس:

تم التحقق من دقة مقياس المعتقدات اللاعقلانية لدى مرضى الاكتئاب؛ وذلك من خلال حساب معاملات الصدق والثبات، والتي نوضحها فيما يلى:

أولاً: أساليب حساب الصدق لمقياس المعتقدات اللاعقلانية

أ- **صدق المحتوى لمقياس المعتقدات اللاعقلانية:**

اتبعت الباحثة الخطوات الآتية فى إعداد، وتصميم هذا المقياس:

١. إطلاع الباحثة على الأطر النظرية، والدراسات السابقة لمفهوم المعتقدات اللاعقلانية لكل

من: أرون بيك، وديجيسبيى، وإليس، وماكينبوم، وغيرهم.

٢. إجراء مسح لبعض المقاييس التى استخدمت لقياس المعتقدات اللاعقلانية بشكل عام، ومنها:

• مقياس المعتقدات اللاعقلانية إعداد (Stankovic et al., 2021).

• ومقياس المعتقدات اللاعقلانية إعداد (Turner et al., 2018).

٣. الاطلاع على البحوث التي اهتمت بدراسة المعتقدات اللاعقلانية بشكل عام، ولدى مرضى الاكتئاب بشكل خاص.

٤. من خلال الإطار النظري، والدراسات، والاطلاع على المقاييس توصلت الباحثة لتعريف إجرائي للمعتقدات اللاعقلانية، وأبعادها، والتي على اساسه وضعت بنود المقياس الراهن، وأبعاده.

٥. تم عرض الصورة المبدئية للمقياس على مجموعة من المحكمين، وبلغ عددهم (٨) من أعضاء هيئة التدريس بقسم علم النفس بكلية الآداب جامعة بنى سويف، وقد احتوى هذا التحكيم على عرض لبنود المقياس، والتعريف الإجرائي للمفهوم، وأبعاده؛ لتحديد مدى مطابقة البنود مع التعريف.

٦. قامت الباحثة بإجراء التعديلات على الصورة المبدئية للمقياس وفقا لتعديلات المحكمين، وكانت نسبة الاتفاق (٨٠%) على (٤٣) بنداً، فى حين كانت نسبة الاختلاف (٢٠%) على بعض بنود المقياس.

٧. قامت الباحثة بإعداد الصورة النهائية للمقياس بعد الانتهاء من إجراءات الكفاءة القياسية النفسية للمقياس.

ب- صدق المقارنة الطرفية لمقياس المعتقدات اللاعقلانية وأبعاده:

وتم إيجاد الفروق بين المرتفعين، والمنخفضين فى المعتقدات اللاعقلانية وأبعاده، وذلك من خلال تقييم الربيع الأدنى والأعلى، واستخدم الإسلوب الإحصائى مان ويتنى لإيجاد الفروق بين المجموعتين، وتم افتراض أنه إذا اختلفت درجة الفروق فى متوسطى الرتب بين المرتفعين، والمنخفضين، فإن ذلك يدل على التمييز بين المجموعتين المختلفتين، كما يدل على صدق المقياس.

وأشارت النتائج وجود فروق بين كل من المرتفعين والمنخفضين على مقياس المعتقدات اللاعقلانية وأبعاده، وذلك لصالح المرتفعين عند مستوى دلالة (٠,٠١)، وهو مايدل على قدرة هذا المقياس على التمييز بين المرتفعين والمنخفضين على مقياس المعتقدات اللاعقلانية وأبعاده، وهو مايبثب صدق المقياس الناتج عن المقارنة الطرفية باستخدام الأسلوب الإحصائى مان ويتنى.

ثانياً: أساليب حساب الثبات لمقياس المعتقدات اللاعقلانية

تم استخدام طريقة ألفا كرونباخ، وطريقة التجزئة النصفية باستخدام معادلة جتمان، ومعادلة سبيرمان براون لحساب بنود مقياس المعتقدات اللاعقلانية، وقد أشارت النتائج إلى أن معاملات الثبات لمقياس المعتقدات اللاعقلانية كانت مرتفعة، واتضح وجود معاملات ثبات مقبولة لمقياس

المعتقدات اللاعقلانية، وكما اتضح وجود معاملات ثبات مقبولة أيضاً لأبعاد مقياس المعتقدات اللاعقلانية وتتراوح بين ٠,٦ : ٠,٨.

٣) **مقياس تحمل الكرب:** قام الباحثين بترجمة مقياس تحمل الكرب، وهو من إعداد (Simons & Gaher, 2005)، والذي يتكون من (١٥) بنداً لقياس تحمل الكرب، ويقاس أربعة عوامل فرعية هم: عدم التحمل، والتقييم السلبي، وعدم التنظيم، والإنغماس وزيادة التركيز، ويتم الإجابة على البنود طبقاً لمقياس ليكرت المكون من ٥ نقاط يتراوح من (١:٥)؛ حيث تمثل الدرجة ١ (لا أوافق على الإطلاق)، و ٢ (أوافق إلى حد ما)، و ٣ (أوافق)، و ٤ (أوافق بشدة)، و ٥ (أوافق تماماً)، وتشير الدرجات الأعلى إلى القدرة المنخفضة في تحمل الكرب لدى أفراد العينة.

الكفاءة القياسية النفسية للمقياس:

تم التحقق من دقة مقياس تحمل الكرب لدى مرضى الاكتئاب؛ وذلك من خلال حساب معاملات الصدق والثبات، والتي نوضحها فيما يلي:

أولاً: أساليب حساب الصدق لمقياس تحمل الكرب

أ- صدق المحتوى لمقياس تحمل الكرب:

تم عرض الصورة المبدئية للمقياس على مجموعة من المحكمين، وبلغ عددهم (٨) من أعضاء هيئة التدريس بقسم علم النفس بكلية الآداب جامعة بنى سويف، وقد احتوى هذا التحكيم على عرض لبنود المقياس، والتعريف الإجرائي للمفهوم، وأبعاده؛ لتحديد مدى مطابقة البنود مع التعريف، وتم إجراء التعديلات على الصورة المبدئية للمقياس وفقاً لتعديلات المحكمين، وكانت نسبة الاتفاق (٩٠%) على (١٥) بنداً، في حين كانت نسبة الاختلاف (١٠%) على بعض بنود المقياس، وتم إعداد الصورة النهائية للمقياس بعد الانتهاء من إجراءات الكفاءة القياسية النفسية للمقياس.

ب- صدق المقارنة الطرفية لمقياس تحمل الكرب وأبعاده:

وتم إيجاد الفروق بين المرتفعين، والمنخفضين في تحمل الكرب وأبعاده، وذلك من خلال تقييم الربيع الأدنى والأعلى، واستخدام الأسلوب الإحصائي مان ويتنى لإيجاد الفروق بين المجموعتين، وتم افتراض أنه إذا اختلفت درجة الفروق في متوسطي الرتب بين المرتفعين، والمنخفضين، فإن ذلك يدل على التمييز بين المجموعتين المختلفتين، كما يدل على صدق المقياس.

وأشارت النتائج وجود فروق بين كل من المرتفعين والمنخفضين على مقياس تحمل الكرب وأبعاده، وذلك لصالح المرتفعين عند مستوى دلالة (٠,٠١)، وهو ما يدل على قدرة هذا المقياس على التمييز بين المرتفعين والمنخفضين على مقياس تحمل الكرب وأبعاده، وهو ما يثبت صدق المقياس الناتج عن المقارنة الطرفية باستخدام الأسلوب الإحصائي مان ويتنى.

ثانياً: أساليب حساب الثبات لمقياس تحمل الكرب

تم استخدام طريقة ألفا كرونباخ، وطريقة التجزئة النصفية باستخدام معادلة جتمان، ومعادلة سبيرمان براون لحساب بنود مقياس تحمل الكرب، وقد أشارت النتائج إلى أن معاملات الثبات لمقياس تحمل الكرب كانت مرتفعة، واتضح وجود معاملات ثبات مقبولة لمقياس تحمل الكرب، وكما اتضح وجود معاملات ثبات مقبولة أيضاً لأبعاد مقياس تحمل الكرب وتتراوح بين ٠,٦ : ٠,٨.

الأساليب الإحصائية

طبقاً لتساؤلات البحث الراهن تم الاعتماد على مجموعة من الأساليب الإحصائية التي تستطيع من خلالها الإجابة على تساؤلات الدراسة وهي:

١. معامل ارتباط بيرسون لحساب العلاقة بين المتغيرات موضع البحث.
٢. تحليل الانحدار المتعدد (step-wise) للتنبؤ بالأعراض الاكتئابية من خلال درجات المعتقدات اللاعقلانية وتحمل الكرب.

نتائج البحث ومناقشتها:

أولاً: عرض نتائج الفرض الأول

ينص الفرض الأول على وجود علاقة ارتباطية بين المعتقدات اللاعقلانية، وأبعادها والاكتئاب لدى مرضى الاكتئاب. وقد تبين من خلال هذا الفرض وجود علاقة بين المعتقدات اللاعقلانية، وأبعادها والاكتئاب، وهو ما اتضح في جدول (٥-١).

جدول (٢) معاملات الارتباط بين المعتقدات اللاعقلانية،

وأبعادها والاكتئاب لدى مرضى الاكتئاب

معاملات الارتباط للمعتقدات اللاعقلانية، وأبعادها ودلالاتها								المتغير الأول المتغير الثاني
الدرجة الكلية	بعد عدم التقبل	بعد العجز	بعد الحاجة للعدالة	بعد المقارنات	بعد تقليل القيمة	بعد التهويل	بعد الحتمية	
٠,٦٧٧ ***	٠,٦٥٨ ***	٠,٦٩٠ ***	٠,٣٩٣ *	٠,٦١٣ **	٠,٥٩٨ **	٠,٤٢٩ **	٠,٢٤٨ ×	الاكتئاب

من الجدول (٢) يتبين وجود علاقة ارتباطية طردية بين المعتقدات اللاعقلانية، وأبعادها والاكتئاب لدى مرضى الاكتئاب، وذلك عند مستوى دلالة (٠,٠٠١)، وكانت العلاقة بين الدرجة الكلية لمقياس المعتقدات والدرجة الكلية لمقياس الاكتئاب علاقة ارتباطية طردية، ووجود علاقة ارتباطية قوية بين بعد العجز، وبعد عدم التقبل والدرجة الكلية لمقياس الاكتئاب، وأشارت النتائج أيضاً على وجود علاقة ارتباطية بين بعد تقليل القيمة، وبعد المقارنات، وبعد التهويل، وبعد الحاجة للعدالة والدرجة الكلية لمقياس الاكتئاب، كما أوضحت النتائج عدم وجود علاقة ارتباطية بين بعد الحتمية، والدرجة الكلية لمقياس الاكتئاب كما يتضح في جدول (٥-١). وهو ما يعني ارتباط المعتقدات اللاعقلانية، وأبعادها لدى مرضى الاكتئاب بمعدل الاكتئاب لديهم، وكانت

العلاقة طردية؛ حيث ترتفع درجة الاكتئاب عند ارتفاع درجة المعتقدات اللاعقلانية، وأبعادها، فكلما نظر مريض الاكتئاب إلى ذاته نظرة دونية ومنخفضة وقارن نفسه بالآخرين وكفائتهم، وقام بتقييم الأحداث التي يمر بها بشكل سلبي وكارثي، واعتقد عجزه ونقص كفاءته، زاد ذلك من مشاعر الحزن، واليأس، والتشاؤم، والأعراض الاكتئابية لديه.

مناقشة نتائج الفرض الأول وتفسيره:

أشارت نتائج البحث إلى وجود علاقة ارتباطية بين المعتقدات اللاعقلانية، وأبعادها والاكتئاب لدى مرضى الاكتئاب. وقد اتفقت هذه النتيجة مع الفرض المطروح في البحث الراهن، ومع نتائج بعض البحوث السابقة ومنها نتائج دراسة كوجوك وآخرون (2016) Küçük et al والتي أجريت على المراهقين، وتكونت عينة الدراسة من (٤١٤) طالبًا منهم (٢٠٩ من الذكور، و٢٠٥ من الإناث) من المدارس الثانوية في تركيا، وتتراوح أعمارهم بين (١٢:١٤ عامًا). وتم استخدام مقياس المعتقدات اللاعقلانية للمراهقين إعداد (تشيفيتشي، ٢٠٠٦)، ومقياس اكتئاب الأطفال إعداد (كوفاكس، ١٩٨٠). وأظهرت نتائج الدراسة على وجود علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين المعتقدات اللاعقلانية، والاكتئاب لدى الأطفال، والمراهقين.

كما اتفقت النتائج مع دراسة دوداو وآخرون (2015) Dudău et al والتي هدفت إلى دراسة الضغوط المهنية، وعلاقتها بالقلق، والاكتئاب، والمعتقدات اللاعقلانية لدى طلاب طب الأسنان، والطب النفسي. وكانت عينة الدراسة تتكون من ٦٠ طالبًا جامعياً في طب الأسنان في السنة السادسة من دراستهم (بمتوسط عمر = ٢٤ عامًا)، و٣٠ طالبًا في درجة الماجستير في الطب النفسي (بمتوسط عمر = ٣٢ عامًا)، وتم استخدام استبانة للضغوط إعداد (جاري وآخرون، ١٩٨٠)، واستخدام مقياس التوتر، والقلق، والاكتئاب إعداد (لوفي بوند ولوفي بوند، ١٩٩٥)، وتم أيضًا استخدام مقياس المعتقدات إعداد (ليندر وآخرون، ١٩٩٩). وأظهرت نتائج الدراسة ارتباط الضغوط المهنية بالاكتئاب، والقلق، والضغط العام، والمعتقدات اللاعقلانية، ووجود علاقة طردية بين المتغيرات، ولوحظ أن زيادة المعتقدات اللاعقلانية كان تجعل الضغط المهني، والاكتئاب، والقلق، والإجهاد العام أكثر بروزًا بين طلاب طب الأسنان، والطب النفسي. وتفسر نتيجة الفرض الأول في إطار ما ثبت نظريًا عن المعتقدات اللاعقلانية بأنها لها دورًا مركزيًا في النظرية المعرفية والعلاج، ولقد ثبت أنها مرتبطة بمجموعة متنوعة من الاضطرابات بما في ذلك الاكتئاب والقلق، وبسبب هذه المعتقدات يقوم الأشخاص المكتئبون والقلقون بشكل منهجي بتشويه معنى الأحداث لتفسير تجاربهم بطريقة مستديمة، وسلبية، وهزيمة الذات. وإن الفكرة الرئيسية وراء العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي هي أن أهم أسباب هزيمة الذات، والسلوكيات غير المناسبة ليست الأحداث بل المعتقدات حول الأحداث، وتتضمن هذه الفرضية أن العواطف تنتج عن أفكارنا، وأن الخلل العاطفي يحدث بسبب الأفكار والمعتقدات اللاعقلانية. ويعتمد العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي على نموذج ABC لعلم الأمراض النفسية الذي يعاني فيه الأشخاص من أحداث بيئية غير سارة، هذه الأحداث التنشيطية (A) لا تسبب عواقب عاطفية وسلوكية مضطربة (C)؛ بل هي ناجمة عن المعتقدات المشوهة اللاعقلانية (B) حول الحدث، وإن الاعتقاد اللاعقلاني الأساسي في العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي هو الحتمية، ويليهِ التهويل، وانخفاض تحمل الإحباط، وتقليل القيمة، وتعتبر هذه المعتقدات الأربعة اللاعقلانية هي العوامل المسببة الأساسية في الاضطرابات العاطفية والسلوكية بما فيهم الاكتئاب.

ثانياً: عرض نتائج الفرض الثاني

ينص الفرض الثاني على وجود علاقة ارتباطية بين تحمل الكرب وابعاده، والاكنتاب لدى مرضى الاكنتاب. وقد تبين من خلال هذا الفرض وجود علاقة بين تحمل الكرب، وابعاده والاكنتاب، وهو ما اتضح فى جدول(٣).

جدول(٣) معامل الارتباط بين تحمل الكرب، وابعاده والاكنتاب لدى مرضى الاكنتاب

معاملات الارتباط لتحمل الكرب، وابعاده ودلالاتها					المتغير الأول
الدرجة الكلية	بعد الانغماس	بعد التنظيم	بعد التقييم السلبي	بعد عدم التحمل	المتغير الثاني
٠,٦١٣ ***	٠,٥٥٥ ***	٠,١٥٦ ×	٠,٥٩٢ **	٠,٤٤٣ **	الاكنتاب

من الجدول (٣) يتبين وجود علاقة طردية بين تحمل الكرب، وابعاده والاكنتاب لدى مرضى الاكنتاب، وذلك عند مستوى دلالة (٠,٠٠١)، وكانت العلاقة بين الدرجة الكلية لمقياس تحمل الكرب والدرجة الكلية لمقياس الاكنتاب علاقة ارتباطية ، ووجود علاقة ارتباطية إيجابية بين الدرجة على بعد عدم التحمل، وبعد التقييم السلبي، وبعد الانغماس والدرجة الكلية على مقياس الاكنتاب، وأوضحت النتائج على عدم وجود علاقة ارتباطية بين الدرجة على بعد التنظيم، والدرجة الكلية على مقياس الاكنتاب كما هو موضح فى جدول(٥-٢). ويتضح من النتيجة السابقة أن الأفراد الذين يقل لديهم القدرة على تحمل الكرب هم أكثر عرضة للاكنتاب، فكلما قام مريض الاكنتاب بوصف الكرب والضيق التى يمر به على أنه غير محتمل، وغير مرغوب فيه، وعدم قدرته على تركيز انتباهه على شئ آخر غير الكرب كلما زاد ذلك من مشاعر الحزن، واليأس، والتشاؤم، والأعراض الاكنتابية لديه.

مناقشة نتائج الفرض الثاني وتفسيره:

افترضت نتائج البحث الراهن وجود علاقة ارتباطية بين تحمل الكرب، وابعاده والاكنتاب لدى مرضى الاكنتاب، واتفقت النتيجة مع الفرض المطروح فى البحث الراهن، ومع نتائج البحوث السابقة، ومنها دراسة إليس وآخرون (Ellis et al (2010) التى هدفت إلى دراسة التأثير الفريد للمزاج المكتئب على مستوى تحمل الكرب، واهتم الباحثون فى هذه الدراسة بالمكتئبين (أي المشاركين الذين سجلوا أكثر من عشرين نقطة على مقياس بيك للاكنتاب) وأظهروا مستويات أقل من تحمل الكرب خلال مهمتين مختبريتين محبطتين لتقييم تحمل الكرب السلوكي، مقارنة بالأفراد غير المكتئبين (أي المشاركين الذين سجلوا اثني عشر أو أقل على مقياس بيك للاكنتاب). وأشارت النتائج دليلاً على أن الأفراد المكتئبين أقل استعداداً لتحمل المهام المجهدة، وبالتالي يظهرون تحملاً أقل للكرب. على وجه التحديد، أنهت المجموعة المكتئبة المهمتين فى وقت أقرب عن الأفراد غير المصابين بالاكنتاب، مما يشير إلى أن الحالة المزاجية المزعجة يمكن أن تقلل من تحمل الفرد للكرب. ودعمت أيضاً ما سبق دراسة وليامز وآخرون (2013)

Williams et al التي هدفت إلى معرفة أثر تحمل الكرب في علاج الاكتئاب، وتحديد العلاقة بين تحمل الكرب، والاكتئاب، وتقييم تأثير تحمل الكرب على الالتزام بالعلاج، والنتيجة بعد برنامج العلاج السلوكي المعرفي القائم على الإنترنت للاكتئاب. واشتملت الدراسة الأولى على (٧٥) مريضاً، واشتملت الدراسة الثانية على (٣٤) مريضاً تم تشخيص إصابتهم بنوبة اكتئاب شديدة. وأشارت نتائج الدراستين إلى وجود علاقة عكسية معنوية بين تحمل الكرب، وكلا من شدة الاكتئاب، والكرب النفسي. وأظهرت نتائج تحليلات النموذج أن البرنامج كان فعالاً في الحد من أعراض الاكتئاب، والكرب النفسي، وفي زيادة تحمل الكرب. ومن ناحية التفسير النظري يؤكد العلاج الجدلي السلوكي أن الأفراد الذين لا يتحملون قدرًا كافيًا من الكرب أنفسهم على أنهم غير قادرين على تحمل الحالات العاطفية السلبية، وغالبًا ما يبذلون جهودًا كبيرة لتجنب تجربة المشاعر السلبية، أو التخفيف من حدتها بسرعة، وأن هؤلاء الأفراد هم أكثر عرضة للانخراط في مجموعة من السلوكيات غير القادرة على التكيف استجابة للمواقف المثيرة للقلق والمؤلمة، بما في ذلك اضطرابات الأكل، والتعاطي، وإيذاء النفس، واضطرابات القلق، والمزاج. وثبتت النماذج النظرية أن الأفراد الذين يعانون من الاكتئاب قد يكونون أكثر عرضة للبحث عن سلوكيات غير قادرة على التكيف كوسيلة للتعامل مع الضيق المتصور، وتشير الدلائل بقوة إلى أن الأفراد الذين يعانون من صعوبة في تحمل الكرب تظهر عليهم أعراض أكبر للاكتئاب، وأن تحمل الكرب متغير مهم يجب مراعاته في سياق علاجات الاكتئاب؛ لذلك حظي تحمل الكرب باهتمام متزايد باعتباره مؤشرًا على الأداء الصحي، والنفسي.

ثالثًا: عرض نتائج الفرض الثالث

ينص الفرض الثالث على تستطيع كل من المعتقدات اللاعقلانية، وتحمل الكرب التنبؤ بالاكتئاب لدى مرضى الاكتئاب. وقد تبين من خلال هذا الفرض تنبأ كل من المعتقدات اللاعقلانية، وتحمل الكرب بالاكتئاب، وهو ما اتضح في جدول (٤).

جدول (٤) تحليل الانحدار المتعدد للمعتقدات اللاعقلانية، وتحمل الكرب كمنبئات بالاكتئاب

الاكتئاب									المتغير التابع
قيمة الثابتة	الدالة	قيمة ت	معامل الانحدار	دلالة ف	قيمة ف	الإسهام في مربع الارتباط المتعدد	مربع الارتباط المتعدد (٢ر)	الارتباط المتعدد (ر)	المنبئات
٠,٨٧	٠,٠٠١	٥,٨٧	٠,٦٩	٠,٠٠١	٣٤,٤٩	٠,٤٦	٠,٤٨	٠,٦٩	المعتقدات اللاعقلانية
٠,٥٤	٠,٠٠١	٤,٧٨	٠,٦١	٠,٠٠١	٢٢,٨٥	٠,٣٦	٠,٣٧	٠,٦١	تحمل الكرب

تبين من نتائج تحليل الإنحدار من خلال الجدول (٥-٣) أن كلا من المعتقدات اللاعقلانية، وتحمل الكرب منبئان بالاكتئاب لدى مرضى الاكتئاب، وذلك من خلال قيمة ف للمعتقدات اللاعقلانية (٣٤,٤٩)، وقيمة ف لتحمل الكرب (٢٢,٨٥) عند مستوى دلالة (٠,٠٠١)، وقد فسر المتغيران ٤٤% من التباين لدى مرضى الاكتئاب مع العلم بأن متغير المعتقدات اللاعقلانية كان على رأس قائمة المنبئات بالأعراض الاكتئابية لدى مرضى الاكتئاب؛ حيث فسر بمفرده ٤٦% من التباين، ويليه متغير تحمل الكرب والذي وصلت نسبه إسهامه إلى ٣٦% في هذا التباين ويمكن صياغة المعادلة التنبؤية الخاصة بالاكتئاب كالتالي:

$$\text{الاكتئاب} = ٠,١٩ + (٠,٦٩) \text{ المعتقدات اللاعقلانية} + (٠,٦١) \text{ تحمل الكرب.}$$

وحيث استطاعت كلا من المعتقدات اللاعقلانية، وتحمل الكرب التنبؤ بالأعراض الاكتئابية عند مستوى دلالة (٠,٠٠١)، وهو يعنى أن مرضى الاكتئاب الذين تزداد لديهم اعتقادهم بعجزهم ونقص كفاءتهم، وتقليل من قيمة أنفسهم، ومقارنة أنفسهم بالآخرين، والتعامل مع ظروف الحياة على أنها كارثية، وعدم قدرتهم على تحمل الضيق والكرب؛ نستطيع أن نتنبأ بوجود مشاعر الحزن، واليأس، وتأنيب الضمير، والأعراض الاكتئابية لديهم.

مناقشة نتائج الفرض الثالث وتفسيره:

أوضحت النتائج أن متغير المعتقدات اللاعقلانية كان لديه القدرة التنبؤية بالاكتئاب لدى مرضى الاكتئاب، واستطاعت نتائج البحث الحالي أن تتفق مع صحة الفرض الذي وضعه البحث الراهن؛ حيث تزداد الأعراض الاكتئابية لدى مرضى الاكتئاب بوجود المعتقدات اللاعقلانية، وتقل هذه الأعراض بعدم وجود المعتقدات اللاعقلانية لدى مرضى الاكتئاب. واتفقت أيضاً مع نتائج بعض البحوث السابقة، ومنها دراسة غادة عبدالغفار (٢٠٠٧) التي هدفت إلى تحديد الأفكار اللاعقلانية المنبئة باضطراب الاكتئاب لدى عينة من طلاب جامعة بنى سويف، حيث تكونت عينة الدراسة من (٦٦٠) طالباً من الذكور والإناث، والمدى العمرى لهم من (١٧-٢٢) عاماً، من طلبة الكليات النظرية، والعلمية، حيث قامت الباحثة باستخدام مقياس الأفكار اللاعقلانية، ومقياس بيك للاكتئاب. وتوصلت نتائج الدراسة إلى وجود علاقة دالة تنبؤية بين الأفكار اللاعقلانية ومؤشرات الاكتئاب، ووجود فروق جوهريّة بين مجموعة مرتفعى درجة الاكتئاب ومنخفضى الاكتئاب على درجة مقياس الأفكار اللاعقلانية لصالح مجموعة مرتفعى الاكتئاب. كما أيدت دراسة بوشمان وآخرون (2018) Buschmann et al ما سبق، والتي هدفت إلى معرفة العلاقة بين الأفكار التلقائية، والمعتقدات اللاعقلانية المنبئة بالقلق والاكتئاب. وتكونت عينة الدراسة (٥٤٢) طالباً من طلاب علم النفس الجامعيين خلال أوقات الامتحان العصبية، والتي تتراوح أعمارهم بين (١٨:٢٩) عاماً، واستخدمت الدراسة أحدث الاستبانة لتقييم المعتقدات اللاعقلانية، ومقياس الاكتئاب، والقلق المختصر إعداد (لوفي بوند ولوفي بوند، ١٩٩٥)، لتقييم الحالات العاطفية السلبية للاكتئاب، والقلق، والتوتر، استبانة لتقييم الأفكار التلقائية. وتم استخدام نماذج المسار المتقدمة لنمذجة العلاقة بين المعتقدات اللاعقلانية، والأفكار التلقائية في التنبؤ بالقلق والاكتئاب. وأشارت نتائج الدراسة إلى أن المعتقد اللاعقلاني (الاحتمية) يمثل عاملاً رئيسياً

فى التنبؤ بالقلق والاكتئاب، ويليه المعتقدات اللاعقلانية الثانوية (التهويل)، وانخفاض تحمل الإحباط، وتقليل القيمة). ومن الجانب النظري يؤكد إليس فى نظريته العلاج العقلانى الانفعالى أن الإنسان يخلق إلى حد كبير العواقب أو الاضطرابات الانفعالية لذاته بنفسه، طبقا لنظريته فإن الاضطراب الانفعالى يحدث حين يصر الفرد، أو يطلب أن يحقق رغباته كأنه يصر مثلا على أن يحقق هدفا ما، ولا يقبل إن يحدث عكس ذلك، بالتالى يصيب الفرد بحالة من اليأس، والحزن، والتشاؤم، تأنيب الذات، ولا يكون لدى الفرد القدرة على تخطى هذه الانفعالات، ولا القدرة على تقبل بدائل أخرى، بالتالى يصيبه الاكتئاب، والقلق، غيره من الاضطرابات النفسية، والجسمية. كما تؤكد لينهان فى نموذجها على أهمية القدرة على تحمل الكرب أنها وظيفة مهمة لأن الكرب جزء لا يمكن تفاديه فى الحياة؛ وقد تؤدي محاولة تجنب الكرب، أو إزالته فى حد ذاته إلى مزيد من القلق أو إعاقة وتثبيط عملية التغيير، كما أدرجت فى نموذجها مهارات تحمل الكرب كواحدة من وحدات التدريب على المهارات لمعالجة السلوكيات غير المنظمة والتي غالبًا ما تكون موجودة فى الأفراد الذين يعانون من خلل التنظيم العاطفي، والتي تؤدي إلى الإصابة بالكثير من الاضطرابات النفسية كالقلق، والاكتئاب، واضطرابات الشخصية، وتركز هذه المهارات على تثبيت الانتباه، وتهدئة الذات، وقبول الواقع، والبقاء يقظًا، والامتناع عن التصرف المندفع، حتى يكون لدى الفرد القدرة على مواجهة انفعالاته، وأفكاره السلبية، بالتالى يصبح الفرد قادر على تغيير طريقه تفكيره، وقادر على تحقيق أهدافه.

التوصيات والمقترحات البحثية:

فى ضوء نتائج البحث الحالى، فأنا نوصى بما يلى:

- 1- توصى الباحثة بإجراء دراسة فى الفروق بين الذكور، والإناث من مرضى الاكتئاب فى المعتقدات اللاعقلانية، وتحمل الكرب، وأبعادهم.
- 2- توصى الباحثة بإجراء دراسة فى العلاقة بين المعتقدات اللاعقلانية، وتحمل الكرب لدى مرضى الاكتئاب، وغيرها من الاضطرابات النفسية.
- 3- توصى الباحثة بإجراء الدراسات أو بحوث مستقبلية تنموية، ووقائية للفئات العمرية المختلفة من خلال توظيف منحنى العلاج المعرفى، ومنحنى العلاج الجدلى السلوكى معًا فى تصميم البرامج العلاجية والإرشادية.

المراجع العربية:

- أحمد عكاشة (٢٠٠٨). *الاكتئاب مرض العصر أسبابه وأنواعه وعلاجه*، مركز الأهرام للترجمة والنشر، القاهرة.
- أحمد محمد جاد الرب، هبة جابر عبدالحميد (٢٠١٦). *فعالية الإرشاد العقلانى الانفعالى السلوكى فى تعديل المعتقدات اللاعقلانية لدى أمهات الأطفال ذوى اضطراب التوحد، مجلة التربية الخاصة-جامعة الزقازيق*، ١١٤، ١٤-١٧٤.
- الشافعى، عبدالحميد عبدالعظيم (١٩٩٩، أبريل). *علاقة الاغتراب النفسى بالمعتقدات اللاعقلانية لدى طلاب الجامعة على ضوء بعض المتغيرات*، المؤتمر العلمى الرابع: دور كليات التربية فى مواجهة المشكلات التربوية والسلوكية، طنطا-كلية التربية.
- أمنية حسن محمد (٢٠٢٢). *تنمية الحكمة كمدخل لتعديل المعتقدات اللاعقلانية لدى مرتفعى الضغوط الأكاديمية من طلاب الجامعة، المجلة التربوية-جامعة سوهاج*، ١٧٢١، ٩٣-١٧٨٣.

- روبرت ليهي (٢٠٠٦). دليل عملي تفصيلي لممارسة العلاج النفسي المعرفي في الاضطرابات النفسية، ترجمة (جمعة سيد يوسف، محمد نجيب الصبوة)، دار إيتراك للنشر والتوزيع، القاهرة.
- سامية لطفى الأنصاري، جلييلة عبدالمنعم مرسى (٢٠٠٧). الأفكار اللاعقلانية وعلاقتها بالسلوك العدوانى فى ضوء بعض أساليب المعاملة الوالدية فى مرحلة الطفولة المتأخرة، مجلة دراسات الطفولة، ١٠ (٣٦)، ٦١-٢٥.
- غادة محمد عبدالغفار (٢٠٠٧). الأفكار اللاعقلانية المنبئة باضطراب الاكتئاب لدى عينة من طلاب الجامعة، مجلة الدراسات النفسية، ١٧ (٣)، ٦٤٣-٦٨٨.
- غرم الله الغامدى (٢٠٠٩). التفكير العقلانى والتفكير غير العقلانى ومفهوم الذات ودافعية الإنجاز لدى عينة من المراهقين المتفوقين دراسيا والعاديين بمدينة مكة المكرمة وجده، رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة أم القرى، مكة المكرمة.
- غريب عبدالفتاح (٢٠٠٠). المواصفات السيكومترية لمقياس بك الثانى للاكتئاب (د-2) BDI-II فى البيئة المصرية، رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية، ١٠ (٤)، ٥٩٣-٦٢٤.
- لؤى أحمد حبيب الله (٢٠٢٠). الاكتئاب وعلاقته بالنشويهاات المعرفية لدى الطلبة فى الناصرة، رسالة ماجستير، كلية العلوم التربوية والنفسية، جامعة عمان العربية، الاردن.
- لويس كامل مليكة (١٩٩٠). العلاج السلوكى وتعديل السلوك، دار القلم للنشر والتوزيع، الكويت.
- نعمان محمد صالح (٢٠٠٥). تحليل مضمون التفكير اللاعقلانى للطلبة الجامعيين باستخدام الصيغة العربية لقائمة المعتقدات اللاعقلانية، المجلة التربوية، ١٩ (٧٥)، ٩١-١٣٠.
- محمد أحمد غنيم (٢٠٠٢). أثر المعتقدات اللاعقلانية والتخصص الأكاديمى على الضغط النفسى للمعلمين: دراسة عبر ثقافية فى مصر والسعودية، المجلة التربوية، ١٦ (٦٤)، ١٧٥-٢١٣.

المراجع الأجنبية:

- Balkis, M., & Duru, E. (2019). The protective role of rational beliefs on the relationship between irrational beliefs, emotional states of stress, depression and anxiety. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 37(1), 96-112.
- Balkis, M., & Duru, E. (2020). Gender differences in the organizational structure of the rational/irrational beliefs in depressive symptoms. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 38(2), 272-294.
- Dennhardt, A. A., & Murphy, J. G. (2011). Associations between depression, distress tolerance, delay discounting, and alcohol-related problems in European American and African American college students. *Psychology of addictive behaviors*, 25(4), 595.

-
- DiGiuseppe, R., Leaf, R., Gorman, B., & Robin, M. W. (2018). The development of a measure of irrational/rational beliefs. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 36, 47-79.
- Erickson, S. L. (1988). *The relationship between suicidal phenomena and depression, dysfunctional attitudes, irrational beliefs, and hopelessness* (Doctoral dissertation, University of Nevada, Las Vegas).
- Ellis, A. (1994). *Reason and emotion in psychotherapy*. Secaucus, NJ: Birsco Lane.
- Ellis, A. J., Fischer, K. M., & Beevers, C. G. (2010). Is dysphoria about being red and blue? Potentiation of anger and reduced distress tolerance among dysphoric individuals. *Cognition & Emotion*, 24(4), 596-608.
- Greenberg, L. P., Martindale, S. L., Collum, S. P., & Dolan, S. L. (2014). Distress tolerance as a predictor of depressive and posttraumatic stress symptoms in a substance use disorder in-patient treatment sample. *J Trauma Stress Disor Treat* 3, 2, 2.
- Gorka, S. M., Ali, B., & Daughters, S. B. (2012). The role of distress tolerance in the relationship between depressive symptoms and problematic alcohol use. *Psychology of Addictive Behaviors*, 26(3), 621.
- Heimisson, G. T. (2011). *A cross-cultural adaptation of the Irrational Beliefs Inventory from English to Icelandic*. University of South Florida.
- Küçük, L., Gür, K., Şener, N., Boyacıoğlu, N. E., Çetindağ, Z., & Taze, S. S. (2016). Correlation between irrational beliefs and the depressive symptom levels of secondary school children. *International Journal of Caring Sciences*, 9(1), 99-110.
- Linehan, M. (2014). *DBT? Skills training manual*. Guilford Publications.
- Mogoase, C., Stefan, S., & David, D. (2013). How do we measure rational and irrational beliefs? The development of rational and irrational beliefs scale (RAIBS)-A new theory-driven measure. *Journal of Evidence-Based Psychotherapies*, 13(2), 529.
- Naz, I., Ahmed, L., Ishaq, A., & Ayyaz, M. (2022). A Comparison and Prediction of Irrational Beliefs and Cognitive Functioning Among Depressed and Non-Depressed Adults in Gujrat, Pakistan. *Pakistan Armed Forces Medical Journal (PAFMJ)*, 72(3), 850-53.

- Petrides, K. V., Gómez, M. G., & Pérez-González, J. C. (2017). Pathways into psychopathology: Modeling the effects of trait emotional intelligence, mindfulness, and irrational beliefs in a clinical sample. *Clinical psychology & psychotherapy*, 24(5), 1130-1141.
- Pellegrini, W. L. (1979). *Critical life events, irrational beliefs and locus of control as components of steady state depression* (Doctoral dissertation, University of Ottawa (Canada)).
- Simons, J. S., & Gaher, R. M. (2005). The Distress Tolerance Scale: Development and validation of a self-report measure. *Motivation and emotion*, 29, 83-102.
- Solomon, A. (1997). *Primed irrational beliefs of formerly depressed and never depressed individuals*. American University.
- Sommers, B. K. (2017). *A Model Of Distress Tolerance In Self-Damaging Behaviors: Examining The Role Of Emotional Reactivity And Learned Helplessness*. Andrews University.
- Szentagotai, A., & Freeman, A. (2007). An analysis of the relationship between irrational beliefs and automatic thoughts in predicting distress. *Journal of Evidence-Based Psychotherapies*, 7(1), 1.
- Vassou, C., Georgousopoulou, E. N., Chrysohoou, C., Yannakoulia, M., Pitsavos, C., Cropley, M., & Panagiotakos, D. B. (2021). Irrational beliefs trigger depression and anxiety symptoms, and associated with increased inflammation and oxidative stress markers in the 10-year diabetes mellitus risk: the ATTICA epidemiological study. *Journal of Diabetes & Metabolic Disorders*, 20(1), 727-739.
- Villatte, J. L. (2013). *Examining the utility of functional process models of distress tolerance in predicting psychopathology*. University of Nevada, Reno.
- Williams, A. D., Thompson, J., & Andrews, G. (2013). The impact of psychological distress tolerance in the treatment of depression. *Behaviour research and therapy*, 51(8), 469-475.
- Zvolensky, M. J., Vujanovic, A. A., Bernstein, A., & Leyro, T. (2010). Distress tolerance: Theory, measurement, and relations to psychopathology. *Current directions in psychological science*, 19(6), 406-410.