# النموذج البنائي للعلاقات بين صدمة الطفولة والتحيز المعرفي والأعراض الاكتئابية لدى طلاب الجامعة

**أ.م.د/ هبه جابر عبد الحميد**
**أستاذ مساعد الصحة النفسية**
**كلية التربية– جامعة سوهاج**

**د/ نعمات أحمد قاسم**
**مدرس الصحة النفسية**
**كلية التربية –جامعة سوهاج**

**مستخلص :**

هدف البحث إلى التعرف على مستوي انتشار صدمة الطفولة والتحيز المعرفي والأعراض الاكتئابية لدي عينة من طلاب الجامعة، والكشف عن النموذج البنائي للعلاقات بين صدمة الطفولة والتحيز المعرفي والأعراض الاكتئابية لدى طلاب الجامعة، وتكونت عينة البحث من 316 طالبًا من طلاب كلية التربية جامعة سوهاج، وتم استخدام مقياس صدمة الطفولة إعداد(2003) .Bernstein et al :ترجمة الباحثتين، ومقياس التحيز المعرفي إعداد Van Der Gaag et al. (2013) وترجمة: عبد الحميد، ومقياس بيك للاكتئاب الإصدار الثاني: ترجمة غريب (2000)، وأشارت نتائج البحث إلى وجود مستوى مرتفع من صدمة الطفولة ومستوي مرتفع من التحيز المعرفي ومستوي مرتفع من الأعراض الاكتئابية لدى طلاب الجامعة، كما أن صدمة الطفولة تتنبأ بالأعراض الاكتئابية لدى طلاب الجامعة، والتحيز المعرفي يتنبأ بالأعراض الاكتئابية لدى طلاب الجامعة، وتتنبأ صدمة الطفولة بالتحيز المعرفي لدى طلاب الجامعة، كما توصل الباحثتان إلى نموذج بنائي يفسر العلاقة بين صدمة الطفولة و الأعراض الاكتئابية في وجود التحيز المعرفي كمتغير وسيط لدى طلاب الجامعة.

**الكلمات المفتاحية: صدمة الطفولة– التحيز المعرفي– الأعراض الاكتئابية– طلاب الجامعة.**

# The structural model of the relationships between childhood trauma, cognitive bias, and depressive symptoms among university students

**Prof. Dr. Heba Gaber Abdel Hamid**
*Assistant Professor of Mental Health*
*Faculty of Education - Sohag University*

**Dr. Neamat Ahmed Qassem**
*Mental health lecturer*
*Faculty of Education - Sohag University*

**Abstract:**

the current research aimed to identify the level of prevalence of childhood trauma, cognitive bias, and depressive symptoms among a sample of university students, and to identify of the structural model of the relationships between childhood trauma, cognitive bias and depressive symptoms among university students. The research sample consisted of 316 students from the Faculty of Education, Sohag University, and applied a. Childhood trauma, prepared by Bernstein et al., (2003): translation by the two researchers, and the cognitive bias scale prepared by van der Gaag et al., (2013), translated by: Abdul Hamid, and the Beck Depression Scale, second edition: translated by: Gharib (2000), and The results of the research indicated that there was a high level of childhood trauma, a high level of cognitive bias and a high level of depressive symptoms among university students, Also, childhood trauma predicts depressive symptoms in college students, cognitive bias predicts depressive symptoms in college students, and childhood trauma predicts cognitive bias in college students, The two researchers also found a structural model that explains the relationship between childhood trauma and depressive symptoms in the presence of cognitive bias as a mediating variable among university students..

**Keywords**: Childhood Trauma -Cognitive Bias -Depressive Symptoms- University Students.

**مقدمة:**

تعد البيئية الأسرية والاجتماعية التي يعيش فيها الطفل المؤسسة المسؤولة عن رعايته وتربيته وتعليمه، وتكوين شخصيته، وإشباع حاجاته، وإكسابه الأساليب والاستراتيجيات التي تمكنه من مواجهة أزمات الحياة وصدماتها الأمر الذي يساعده على أن يحيا حياة كريمة سعيدة وآمنة.

ويمر الطفل في مرحلة الطفولة بالعديد من الخبرات التي لها دور كبير في تشكيل شخصيته، حيث أكد فرويد على أهمية السنوات الأولي في عمر الطفل والتي تسهم بدرجة كبيرة في تشكيل شخصية الطفل عندما يصبح راشدًا. فما يمر به الطفل من خبرات إيجابية أو سلبية في سنوات طفولته له دور كبير في تحديد مسار حياته المستقبلية، ومدى تكيفه أو سوء تكيفه. لذا فإن الخبرات السلبية الصادمة التي يتعرض لها الطفل في طفولته تؤثر سلباً على نموه النفسي والجسمي والاجتماعي والانفعالي ويطلق عليها صدمة الطفولة.

وتشير صدمة الطفولة إلى أحداث الحياة السلبية الفردية أو المتعددة التي تحدث عند الأطفال أو المراهقين بشكل عام قبل سن 16 عام، وتتغلب هذه الأحداث على قدرة الفرد على التعامل معها، وتطيل من مستوى التوتر لفترة طويلة ( Pechtel & Pizzagalli, 2011)، وتتضمن صدمات الطفولة الإساءة (الجنسية والانفعالية والجسدية) والإهمال (الجسدي والانفعالي)، وهي من أكثر المؤشرات التي يمكن الاعتماد عليها للتنبؤ بالإدراك السلبي والمزاج وأعراض اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD)، والاستثارة بعد التعرض للضغوط (American Psychiatric Association, 2013).

وتؤثر صدمة الطفولة على الصحة النفسية والجسدية للأطفال والمراهقين (Norman et al., 2012)، حيث ترتبط صدمة الطفولة بمتلازمة القولون العصبي (Bortolato et al., 2017). كما أن الأشخاص الذين تعرضوا لصدمة الطفولة هم أكثر عرضة للانخراط في مجموعة متنوعة من المشكلات السلوكية مثل التدخين,.Anda et al) (1999، وتعاطي الكحول اللاحق(Dube et al., 2002; Rodgers et al., 2004) ، والسلوك الجنسي الخطر(Hillis et al., 2001) ، واضطراب الأكل (Wonderlich et al., 2001; Rayworth et al., 2004)، وايذاء الذات (Lang et al., 2011).

كما أن معدلات الإصابة بالذهان كبيرة بين الأفراد الأكثر تعرضًا لصدمات الطفولة المبكرة بالمقارنة مع أولئك الذين ليس لديهم أي تجارب مؤلمة(Bechdolf et al., 2010) ،

ويؤكد ذلك بحث Varese et al. (2012) الذي أشار إلى أن ثلث مرضى الذهان لن يصابوا بالذهان إذا لم يتعرضوا لأحداث صادمة في الحياة، خاصة للإساءة الجنسية أو الجسدية أو الانفعالية.

وتنتشر صدمة الطفولة لدى طلاب الجامعة بنسب عالية حيث أشارت نتائج بحث Read et al. (2011) إلى أن 66 % من طلاب الجامعات الامريكية أبلغوا عن تعرضهم للصدمات الطفولة، كما أشارت نتائج بحث Strand et al. (2017) إلى انتشار صدمة الطفولة بنسبة 61% وارتبطت لديهم بالاكتئاب والضغوط المدرك لديهم. وتنتشر صدمة الطفولة لدى طلاب الجامعة بنسبة 51.7% وارتبطت لديهم باستخدام السجائر الالكترونية وتناول الكحول والاكتئاب والتفكير في الانتحار ومحاولات الانتحار وإيذاء الذات غير الانتحاري وقلة النوم (Grigsby et al., 2020).

وترتبط صدمة الطفولة باضطراب الاكتئاب الرئيسي والاضطراب ثنائي القطب، وقد تمثل عوامل الحساسية لهذه الاضطرابات التي تؤثر بشكل مباشر على نموها ونتائجها (Wiersma et al., 2009) حتى أن بعض الباحثين يعتبرون أن "اكتئاب صدمة الطفولة " هو نوع فرعي وظيفي من الاكتئاب (Heim et al., 2008). كما ترتبط صدمات الطفولة المبكرة بالأعراض الاكتئابية (Mandelli,et al.,2015). وتركز العديد من البحوث على انتشار أنواع مختلفة من صدمات الطفولة والتي ترتبط بالعديد من الاضطرابات النفسية عند البالغين، حيث أجرى Zhang et al. (2020) بحث لمراجعة عدد من البحوث حتى عام 2019 التي تناولت نسبة انتشار صدمة الطفولة لدى البالغين الذين يعانون من الاكتئاب، ووجد أن هناك 23 بحث تشير إلى وجود ارتباط بين صدمة الطفولة والاضطرابات الانفعالية، ومنهم 12 بحث ربطت بين صدمة الطفولة والاكتئاب، كما أشارت البحوث إلى انتشار الإساءة الانفعالية في الطفولة بنسبة 33%، وانتشار الإساءة الجسدية في الطفولة بنسبة 17%، وانتشار الإساءة الجنسية في الطفولة بنسبة 19%، وانتشار الإهمال الجسدي في الطفولة بنسبة 31%، وانتشار الإهمال الانفعالي في الطفولة بنسبة 37% لدي ذوي اضطراب الاكتئاب. وتؤكد العديد من البحوث على أن صدمة الطفولة منبئة بالاكتئاب في المراهقة والرشد، حيث أشار بحث أبو العلا وياسين (2020) إلى أن خبرات الإساءة في الطفولة (جسمية– نفسية– جنسية) من المنبئات بالاكتئاب في المراهقة

وتعد الأعراض الاكتئابية أحد الاضطرابات النفسية الخطيرة نظرًا لآثاره النفسية كالحزن والغضب واليأس والانطوائية، وأثاره الجسمية كفقدان الشهية واضطرابات النوم والشعور بالتعب وضعف التركيز (Klinedinst and Regenold, 2015; Lu et al., 2014) ويمكن أن يؤدي الاكتئاب إلى العديد من المخاطر مثل الانتحار، وتفاقم التدهور المعرفي (Reddy, 2010)، وانخفاض الرضا عن الحياة (Guney et al., 2010)، انخفاض تقدير الذات وتدني مستوي السعادة(عبد الخالق وآخرون، 2011)، والألكسيثيميا والمخططات المعرفية اللاتكيفية (جريش، 2017)، والوحدة النفسية Kundu et al., (2021). ويعتبر الاكتئاب من أكثر مشكلات الصحة النفسية انتشارًا حيث تشير الإحصائيات إلى أن أكثر من 350 مليون شخص يعانون من الاكتئاب في جمع أنحاء العالم ومن جميع الأعمار، وبلغ الاكتئاب لدى طلاب الجامعة الصينية على مدار السنوات العشر الماضية 31.38%(Wang et al., 2020b)، وأشارت نتائج بحث المسيري وأخرون (2012) إلى أن الاكتئاب في مصر ينتشر بنسبة 15.3% بين طلاب المرحلة الثانوية بمدارس شرق القاهرة وهي نسبة كبيرة لا يمكن تجاهلها.

وبالنظر إلى الانتشار الواسع للاكتئاب وعواقبه الوخيمة أصبح من الضروري الكشف عن العوامل المؤدية له والمؤثرة فيه. فقد ينشأ الاكتئاب نتيجة للتشوهات المعرفية والمخطط الذاتي السلبي؛ أي التفسيرات السلبية لخبرات الحياة الضاغطة التي يتعرض لها الفرد، والاستنتاجات السلبية حول أحداث الحياة وحول الذات. ويؤكد ذلك بحث Platt et al. (2017) الذي أشار إلى ارتباط الاكتئاب بالأساليب المعرفية السلبية مثل التحيز المعرفي.

لذا يلعب التحيز المعرفي الدور الرئيسي في تطوير، والحفاظ، وانتكاس / تكرار الأعراض الاكتئابية حيث قدمت بعض البحوث التي تناولت معالجة المعلومات في عينات اكتئابية دليلًا على أن الاكتئاب يتميز بتحيزات في الانتباه والتفسير والتذكر، خاصة بالنسبة للمعلومات السلبية (Everaert et al., 2012). فيميل الأفراد المكتئبين إلى استنتاج تفسيرات سلبية أكثر من التفسيرات الإيجابية(Armstrong & Olatunji, 2012) ، كما أن كل من تحيز الانتباه وتحيز التفسير يتنبأ بالأعراض الاكتئابية المستقبلية ويشكلان عوامل خطر للاكتئاب(Gotlib & Joormann, 2010) .

وأشارت نتائج بحث Connolly et al. (2016) إلى أن التحيزات السلبية في معالجة المعلومات تكون بمثابة بوادر لتطور أعراض الاكتئاب. حيث فحص البحث معالجة المعلومات السلبية كمرجعية ذاتية وأعراض الاكتئاب لدى عينة من المراهقين، وأشارت نتائج البحث إلى ارتباط العديد من تحيزات معالجة المعلومات السلبية بأعراض الاكتئاب. وتدعم النتائج جزئيًا الفرضية القائلة بأن تحيزات معالجة المعلومات السلبية مرتبطة بأعراض الاكتئاب في عينة غير إكلينيكية من المراهقين، وتوفر دليلًا أوليًا على أن هذه التحيزات تتنبأ مستقبليًا بزيادة أعراض الاكتئاب.

وتفترض النماذج المعرفية الحديثة للاكتئاب أن الاكتئاب مرتبط بالتحيزات عبر عدة مراحل في معالجة المعلومات مثل تحيز الادراك والانتباه والتفسير والذاكرة (Mathews & MacLeod, 2005)، ووفقًا لنظرية بيك وزملائه (1979) يمكن أن تؤدي أحداث الحياة المجهدة إلى تنشيط المواقف المختلة وتؤدي إلى التحيز المعرفي حيث تتم معالجة المعلومات بطريقة سلبية غير واقعية. ويُعتقد أن المواقف المختلة جنبًا إلى جنب مع هذا التحيز المعرفي تنتج توقعات سلبية حول الذات والمواقف الحالية، والمستقبل والتي بدورها تؤدي إلى ظهور الأعراض الاكتئابية(Beevers, & Miller, 2004) .

وأشارت نتائج بحث Jenny et al.(2014) إلى ارتفاع مستوى التحيز المعرفي لدى الأشخاص المكتئبين ، كما أشارت نتائج بحث Everaert et al. (2017) إلى ارتباط التحيز المعرفي (الانتباه – التفسير) بالأعراض الاكتئابية بشكل مباشر وكذلك بشكل غير مباشر من خلال استراتيجيات تنظيم الانفعالات لدى عينة من طلاب الجامعة، ووجدت بعض البحوث أيضًا أن التحيزات المعرفية (مثل: الانتباه إلى التهديد، والإسناد الخارجي، وسلوكيات السلامة، وعدم مرونة المعتقدات) تتوسط العلاقة بين التعرض للصدمات المبكرة وخطر الإصابة بالذهان (Gawęda et al., 2018; Gibson et al., 2019)

كما أن صدمة الطفولة تؤدي إلى تغيرات مختلة في العمليات المعرفية مثل التحيز المعرفي؛ كما أن التعرض للصدمة يغير الإدراك، مما يزيد من عوامل الخطر، حيث تسبب الأفكار التداخلية المختلة المتعلقة بالصدمات إلى تغيرات في المزاج (الاكتئاب) مما يزيد من القابلية للانتحار (Gawęda et al., 2020).

وبناءً لما سبق تقترح الباحثتان أن صدمة الطفولة والتحيز المعرفي لدى طلاب الجامعة قد يسهمان في زيادة الأعراض الاكتئابية لديهم، لذا يهتم البحث الحالي بمحاولة

التعرف على تأثير كل من صدمة الطفولة والتحيز المعرفي لدى طلاب الجامعة على الأعراض الاكتئابية من خلال النموذج البنائي للعلاقات بين صدمة الطفولة والتحيز المعرفي والأعراض الاكتئابية لدى طلاب الجامعة بما يتضمنه من تأثيرات مباشرة وغير مباشرة.

**مشكلة البحث:**

وفقًا لمنظمة الصحة العالمية (WHO)، يعاني أكثر من 300 مليون شخص من الاكتئاب، والذي يعد حاليًا ثالث سبب رئيسي للمرض، ويستمر في النمو حتى يصبح السبب الرئيسي الأول بحلول عام 2030 (World Health Organization, 2012).

ويعد الاكتئاب مشكلة رئيسية في مرحلة المراهقة والرشد بل والطفولة حيث يعاني الأطفال دون سن 13 سنة من الاكتئاب بنسبة 2.8 % ويعاني المراهقين الذين تتراوح أعمارهم بين 13 – 18 سنة من الأعراض الاكتئابية بنسبة 5.6% (Costello et al., 2006)، وأشارت نتائج بحث Zhou et al., (2018) إلى ظهور الأعراض الاكتئابية لدى المراهقين بنسبة 20.3%. وأفاد المسح الوطني الأمريكي لصحة الأطفال أن 6.1% من المراهقين الذين تراوحت أعمارهم بين 12 – 17 عامًا تم تشخيصهم بالاكتئاب (Ghandour et al., 2019).

وتنتشر الأعراض الاكتئابية بشكل كبير بين طلاب الجامعات والتي تتصف بالحزن وفقدان الاهتمام ومشاعر اليأس والتوتر والقلق والتفكير في الانتحار (Ceyhan et al., 2009; Wang et al., 2017)، كما أشارت نتائج العديد من البحوث إلى انتشار الأعراض الاكتئابية لدى طلاب الجامعات بدرجة أعلى من عموم السكان أو الطلاب غير الجامعيين (Ibrahim et al., 2013; Mikolajczyk et al., 2008; Blanco et al., 2008; Rotenstein et al., 2016; Lei et al., 2016; Ovuga et al., 2006).

وبلغ انتشار الأعراض الاكتئابية بين طلاب الجامعات إلى 33% وفقا لنتائج بحوث (Sarokhani et al., 2013; Ibrahim et al., 2013) ، وبلغ 27.2% بين طلاب كلية الطب (Rotenstein et al., 2016) ، وبلغ 23.8% لدى طلاب الجامعات الصينية (Lei et al., 2016)، وبلغ 11.5% لدى طلاب الجامعات في كوريا (Ju, et al., 2019)، وبلغ 20% لدى طلاب الجامعة في باكستان (ul Haq et al., 2018)، وبلغ 8.2% لدى طلاب الجامعة في بتسوانا(Hetolang & Amone-P'Olak ,2018) ، وبلغ 52% لدى طلاب الجامعات في بنجلادش(Kundu et al ., 2021 )

ويمكن أن يرتبط ظهور الأعراض الاكتئابية Depressive Symptoms لدى المراهقين والشباب بنوعية حياة رديئة وعوامل خطر تعرضوا لها أثناء فترة الطفولة، حيث أشارت نتائج البحوث إلى أن الأعراض الاكتئابية ترتبط بتجارب الحياة الضاغطة لدى المراهقين والشباب (Johnson et al., 2012; Maughan et al., 2013; Lester, 2014; Herbison et al., 2017).

وتماشيًا مع ذلك قام Liu et al. (2019) بمراجعة 30 بحث تناولت المتغيرات المنبئة بالأعراض الاكتئابية لدى طلاب الجامعة وأشارت نتائج البحوث إلى أن العصابية والأفكار السلبية أو الاجترار السلبي والاتجاهات المختلة، وإساءة الطفولة، والإساءة الجنسية، وأحداث الحياة الضاغطة، وأساليب المواجهة اللاتكيفية من عوامل الخطر المنبئة بالأعراض الاكتئابية لدى طلاب الجامعة.

وتعد صدمة الطفولة من عوامل الخطر الحاسمة والرئيسة للاكتئاب، وفي ضوء ذلك أشارت العديد من البحوث إلى أن الأعراض الاكتئابية من الآثار السلبية طويلة المدي لصدمات الطفولة، حيث وجد بحث Ding et al.(2017) الذي أجري على 6406 مراهقًا في الصين أن صدمات الطفولة كانت مرتبطة بشكل إيجابي بأعراض الاكتئاب، واكتشف بحث أجري على 4006 من الراشدين أن الأشخاص الذين أبلغوا عن العديد من تجارب الطفولة السلبية الصادمة كانوا أكثر عرضه للإبلاغ عن زيادة الأعراض الاكتئابية (Poole etal.,2017)، حيث تُنشئ صدمة الطفولة حساسية متزايدة للمحن أو الأحداث السلبية في المستقبل، بحيث أن الأحداث الصغيرة قد تثير استجابة اكتئابية (Harkness et al., 2006; Rauschenberg et al., 2017).

كما أشارت نتائج بحث Çetinkaya, et al. (2017) إلى وجود علاقة إيجابية بين صدمات الطفولة (الإساءة الانفعالية والجسدية والإهمال الجسدي والانفعالي والإساءة الجنسية) والاكتئاب وهي بذلك تدعم نتيجة بحث Heim et al., (2008) الذي أشار إلى ان الأشخاص الذين يتعرضون لصدمات الطفولة هم أكثر عرضة للإصابة بالاكتئاب في مرحلة البلوغ. كما أشارت نتائج بحث Chang, et al., (2016)إلى أن صدمة الطفولة والأمل من المنبئات لكل من الأعراض الاكتئابية والقلق لدى طلاب الجامعة.

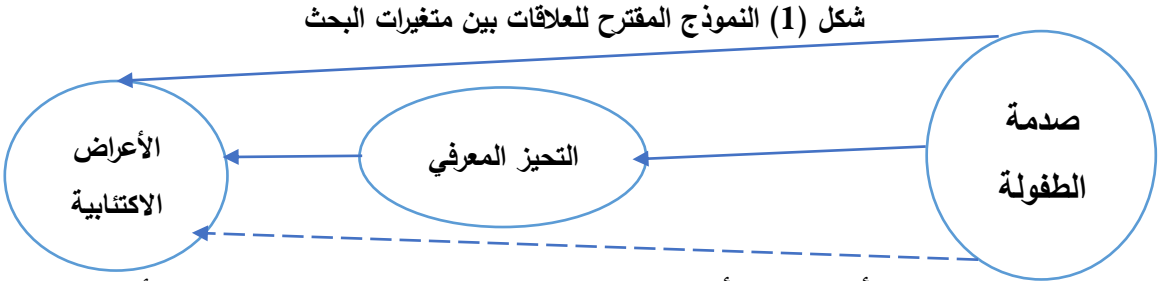
كما لوحظ أن أحداث الحياة المؤلمة والإجهاد تؤدي إلى ظهور أعراض اكتئابية في المستقبل في أقل من 50٪ من الحالات، حتى عند وجود العديد من الصدمات والتوتر

(Anda et al., 2006). وتشير هذه النتيجة إلى أن العلاقة بين الصدمة والاكتئاب قد تكون غير مباشرة. وفي ضوء ذلك أشارت نتائج بحث Łosiak, et al. (2019) إلى وجود علاقة إيجابية بين أحداث الحياة السلبية وأعراض الاكتئاب ولكن فقط بين الأفراد الذين يتميزون بمستوي مرتفع من الاجترار والذين يظهرون تحيزاً سلبيا في الانتباه، مما يؤكد على الدور الوسيط للتحيز المعرفي في العلاقة بين صدمة الطفولة والأعراض الاكتئابية.

وأشارت بعض البحوث إلى أن التحيز المعرفي من عوامل الضعف الإدراكي التي تلعب دوراً مهماً في تطور الأعراض الاكتئابية (Kircanski, et al., 2012; Timbremont, & Braet, 2004). كما أشارت نتائج بعض البحوث إلى أن الصدمة يمكن أن تؤثر على معالجة المعلومات، وتعديل وظائف الانتباه أو الذاكرة، وبالتالي قد تعزز التفسيرات المختلة للتجارب الحالية (Bomyea et al., 2017; Buckley et al., 2000). ووفقًا للنموذج المعرفي Ehlers and Clark (2000) تساهم التحيزات المعرفية للمعلومات المتعلقة بالصدمات في الشعور بـ "التهديد الحالي"، والذي بدوره يحدد جزئيًا درجة تعافي الفرد من تجربة مؤلمة.

ونظرًا للدور الذي تلعبه صدمة الطفولة والتحيز المعرفي في التنبؤ بالأعراض الاكتئابية لدى طلاب الجامعة، اهتم البحث الحالي بتحديد دور التحيز المعرفي كمتغير وسيط بما يتضمنه من تأثيرات مباشرة وتأثيرات غير مباشرة في العلاقة بين صدمة الطفولة والأعراض الاكتئابية لدى طلاب الجامعة وذلك وفقًا للنموذج المقترح.

**شكل (1) النموذج المقترح للعلاقات بين متغيرات البحث**




إذ يفترض النموذج أن هناك تأثيرات مباشرة بين كل من صدمة الطفولة والأعراض الاكتئابية، وتأثيرات غير مباشرة بينهما حيث يتوسطهما متغير التحيز المعرفي؛ والذي بدوره يؤثر بصورة مباشرة في متغير الأعراض الاكتئابية، ومن ثم تحاول الباحثتان الإجابة عن السؤال التالي:

**ما النموذج البنائي للعلاقات بين التحيز المعرفي وصدمة الطفولة والأعراض الاكتئابية لدى عينة من طلاب الجامعة؟**

**أسئلة البحث: يسعي البحث الحالي إلى الإجابة عن التساؤلات التالية:**

1. ما مستوى صدمة الطفولة لدى أفراد عينة البحث من طلاب الجامعة؟
2. ما مستوى التحيز المعرفي لدى أفراد عينة البحث من طلاب الجامعة؟
3. ما مستوى الأعراض الاكتئابية لدى أفراد عينة البحث من طلاب الجامعة؟
4. هل تسهم صدمة الطفولة في التنبؤ بالأعراض الاكتئابية لدى أفراد عينة البحث من طلاب الجامعة؟
5. هل يسهم التحيز المعرفي في التنبؤ بالأعراض الاكتئابية لدى أفراد عينة البحث من طلاب الجامعة؟
6. هل تسهم صدمة الطفولة في التنبؤ بالتحيز المعرفي لدى أفراد عينة البحث من طلاب الجامعة؟
7. هل يوجد تأثير غير مباشر لصدمة الطفولة على الأعراض الاكتئابية في وجود التحيز المعرفي كعامل وسيط لدى أفراد عينة البحث من طلاب الجامعة بما يشكل نموذجًا بنائيًا للعلاقات بين هذه المتغيرات؟

**أهداف البحث: يهدف البحث الحالي إلى التعرف على:**

1. مستوى صدمة الطفولة لدى أفراد عينة البحث من طلاب الجامعة.
2. مستوى التحيز المعرفي لدى أفراد عينة البحث من طلاب الجامعة.
3. مستوى الأعراض الاكتئابية لدى أفراد عينة البحث من طلاب الجامعة.
4. إسهام صدمة الطفولة في التنبؤ بالأعراض الاكتئابية لدى أفراد عينة البحث من طلاب الجامعة.
5. إسهام التحيز المعرفي في التنبؤ بالأعراض الاكتئابية لدى أفراد عينة البحث من طلاب الجامعة.
6. إسهام صدمة الطفولة في التنبؤ بالتحيز المعرفي لدى أفراد عينة البحث من طلاب الجامعة.
7. النموذج البنائي بما يتضمنه من تأثيرات مباشرة وغير مباشرة لصدمة الطفولة على الأعراض الاكتئابية في وجود التحيز المعرفي كعامل وسيط لدى أفراد عينة البحث من طلاب الجامعة.

**أهمية البحث: نبعت أهمية البحث على المستويين النظري والتطبيقي، وهما:**

**المستوي النظري: نبعت أهمية البحث من أهمية متغيراته وهي: صدمة الطفولة** التي تعد من المتغيرات السلبية التي تستنفذ طاقات الأطفال وتؤثر على حياتهم اللاحقة ومستقبلهم مما يجعلهم أكثر عرضه للإصابة بالعديد من المشكلات التعليمية والسلوكية والنفسية ، **والتحيز المعرفي** الذي يعد من العوامل المعرفية التي لها دور كبير في تفسير أحداث الحياة التي يمر بها الفرد ويترتب عليه العديد من الاضطرابات النفسية والجسدية، **والأعراض الاكتئابية** التي تعد أكثر انتشار في مجتمعنا الحالي خاصة لدى الشباب لما يمرون بالعديد من الضغوطات والاحباطات والخبرات الصادمة لا يستطيعون مواجهتها، **وعينة البحث وهم طلاب الجامعة** الذين يعيشون فترة انتقالية حرجة أثناء الانتقال من أواخر المراهقة إلى مرحلة البلوغ الأمر الذي يتطلب منهم اتخاذ العديد من القرارات الحياتية الرئيسية التي قد تؤدي إلى العديد من الضغوطات هذه الضغوط تجعلهم عرضة للاكتئاب والعديد من المشكلات النفسية الأخرى.

**المستوي التطبيقي:**

1. تزويد المرشدين والأخصائيين بتصورات قد تساعدهم في تصميم البرامج الإرشادية لمساعدة الشباب على خفض حدة الأعراض الاكتئابية والاضطرابات النفسية وتمتعهم بالرفاهية والصحة النفسية.
2. تزويد المرشدين وأولياء الأمور والقائمين على تربية الشباب بصورة أعمق لتأثير أساليب معاملتهم على البناء النفسي للشباب، حتى يمكنهم من استخدام أساليب إيجابية تسهم في تكوين مفهوم ذات إيجابي لأبنائهم وتدعم قدرتهم على مواجهة متطلبات الحياة مما يدعم الصحة النفسية لديهم.
3. تناول البحث الحالي لأحد الموضوعات البحثية المهمة خاصة في ظل العصر الحالي وهو التحيز المعرفي وصدمة الطفولة مما قد يفيد الباحثين في توفير أدوات قياس يمكن توظيفها في بحوث أخري.

**مصطلحات البحث:**

**صدمة الطفولةChildhood trauma**

تعرف الباحثتان صدمة الطفولة بأنها جميع أنواع الخبرات السلبية التي تعرض لها الطفل خلال سنوات طفولته أقل من 16 عاماً وتتمثل في الإساءة والإهمال (الجسدية –

الانفعالية– الجنسية) مما أثر بشكل سلبي على جميع مظاهر نموه الجسمي والانفعالي والاجتماعي والمعرفي. وتقاس إجرائيا بالدرجة التي يحصل عليها الطالب على المقياس المستخدم في البحث الحالي.

**التحيز المعرفيCognitive Bias**

تعرف الباحثتان التحيز المعرفي بأنه تفسير الفرد المواقف والأحداث التي يتعرض لها بطريقة غير منطقية وفقًا لما يعتقد من أفكار ومعتقدات واتجاهات ووفقا للمنفعة الشخصية للفرد مما يؤدي إلى تشوهًا في إدراك وتفسير المواقف التي يمر بها الفرد. ويقاس إجرائيا بالدرجة التي يحصل عليها الطالب على المقياس المستخدم في البحث الحالي.

**الأعراض الاكتئابيةDepressive Symptoms**

تعرف الأعراض الاكتئابية بأنها خبرة معرفية وجدانية تظهر في أعراض الحزن والتشاؤم وعدم حب الذات ونقدها، والأفكار الانتحارية وفقدان الاهتمام والتردد، وانعدام القيمة والتهيج أو الاستثارة، وفقدان الطاقة، وتغيرات نمط النوم، والغضب، وتغيرات في الشهية وصعوبة التركيز والارهاق، وفقدان الاهتمام بالجنس (غريب، 2004، 25). وتقاس إجرائيا بالدرجة التي يحصل عليها الطالب على المقياس المستخدم في البحث الحالي.

**حدود البحث: تم البحث الحالي وفق الحدود التالية: الحدود الموضوعية:** اقتصر البحث الحالي على تناول متغيرات: صدمة الطفولة، والأعراض الاكتئابية، والتحيز المعرفي.**الحدود البشرية:** تم تطبيق أدوات البحث على عينة من طلاب جامعة سوهاج كلية التربية.**الحدود المكانية:** اقتصر تطبيق البحث على طلاب كلية التربية بجامعة سوهاج.**الحدود الزمنية:** تم تطبيق البحث في الفصل الدراسي الثاني للعام الدراسي 2021/2020م.

**الإطار النظري والبحوث السابقة:**

**أولا: صدمة الطفولةChildhood trauma**

أطلق على صدمة الطفولة عدة مصطلحات مثل محنة الطفولة childhood adversity وضغوط الحياة المبكرةearly life stress والتي تعرف بأنها أحداث الحياة السلبية الفردية أو المتعددة التي تحدث عند الأطفال أو المراهقين قبل سن 16 عاماً(Zhang et al.,2020)، وتتغلب هذه الأحداث على قدرة الفرد على التعامل معها، وتطيل من مستوى التوتر لفترة طويلة (Pechtel & Pizzagalli, 2011)

وتعرف صدمات الطفولة بأنها تعرض الطفل لإساءة جسدية وجنسية و / أو انفعالية، أو إهمال جسدي و / أو انفعالي قبل سن الثامنة عشرة Bernstein et al., (1997)، وتشير إساءة معاملة الأطفال، وفقًا لمنظمة الصحة العالمية (WHO)، إلى "جميع أشكال سوء المعاملة الجسدية و / أو الانفعالية، أو الإساءة الجنسية، أو الإهمال، أو الاستغلال التجاري أو غيره من أشكال الاستغلال، مما يؤدي إلى ضرر فعلي أو محتمل لصحة الطفل. أو بقائه أو نموه أو كرامته في سياق علاقة أو مسؤولية أو ثقة أو قوة (World Health Organization, 1999).

وتشير صدمة الطفولة إلى جميع أنواع الإساءة والإهمال التي تعرض لها الفرد خلال سنوات طفولته (McCoy & Keen, 2013). وتعرف صدمة الطفولة بأنها حدث محدد أو سلسلة من الأحداث يمر بها الفرد وله تأثيرات دائمة وشاملة على أداء الفرد جسديًا وعاطفيًا ومهددة(Goodman, 2017) ، وتعرف صدمة الطفولة على أنها تجربة حدث مؤلم عاطفيًا تعرض له الطفل، وأدى إلى أضرار جسيمة ليس فقط بسبب الضرر الفوري الذي تسبب فيه لكن بسبب الحاجة المستمرة لإعادة تقييم وجهة نظر المرء عن نفسه والعالم (Janiri et al .,2020)، كما تعرف بأنها تجارب الطفولة السلبية التي يتعرض لها الأطفال في مرحلة الطفولة وتؤثر سلباً على نمو الطفل، وتصنف إلى الإساءة الجسدية (الأفعال التي تسبب أذي جسديًا فعليًا أو تنطوي على احتمال حدوث ضرر)، والإساءة الجنسية، والإساءة الانفعالية(الإساءة اللفظية والنقد المستمر والتخويف)، والإهمال الانفعالي (الفشل في تقديم الدعم الانفعالي المناسب)، والإهمال الجسدي (الفشل في توفير النمو البدني المناسب للطفل)(Troisi, 2020) .

وهناك مجموعة من عوامل الخطر البيئية والشخصية التي تؤدي إلى صدمات الطفولة مثل **العوامل الأسرية** في مرحلة الطفولة تتمثل في انخفاض المستوى التعليمي والثقافي للوالدين والانفصال عن الوالدين(McLaughlin et al ., 2019)، نقص الدعم من الأسرة والاقران يؤدي إلى التعرض للصدمات (McAnee et al ., 2019)

وتشرح العديد من النظريات مدى تعرض الطفل للتوتر والصدمات. فتشير نظرية الاستعداد- الضغوطDiathesis-stress theory ، إلى وجهة النظر القائلة بأن: الأطفال ذوي الخصائص السلوكيات / المزاجية المختلفة (على سبيل المثال، المزاج الصعب)، أو الفسيولوجية، أو النمط الداخلي (على سبيل المثال، شديد التفاعل من الناحية الفسيولوجية)،

و / أو الوراثي من المحتمل أن تتأثر سلبًا بضغوط بيئية، حيث تتفاعل نقاط ضعف الطفل مع الصدمة التي يتعرض لها، مما يزيد من خطر الإصابة بالاضطرابات النفسية (Buchanan et al.,2020). وتشير نتائج البحوث إلى أن هناك فروق فردية يمكن أن تُعزى إلى هذا "الخطر المزدوج"، مثل التفاعل المعقد بين مستويات البلازما الأساسية للكورتيزول (هرمون الإجهاد النشط الأساسي)، وعلاقة التعلق التي يشارك فيها الطفل، وتطور السلوكيات الخارجية المشكلة، أو التفاعل بين المزاج والبيئة الأسرية وتعاطي المخدرات لدى المراهقين(Fong et al., 2017; Rioux et al.,2016)

واقترح كل من Belsky and Pluess(2009) نظرية القابلية التفاضلية. بدلاً من التركيز فقط على الضعف، تعيد نظرية القابلية التفاضلية تفسير الضعف باعتباره قابلية للتأثر بكل من التأثيرات البيئية الإيجابية والسلبية. فالأفراد الأكثر حساسية، يقومون بعمل أسوأ في البيئات المجهدة أو الصادمة للغاية، لكن أداءهم أفضل من أقرانهم الأقل عرضة في البيئات الغنية والداعمة التي تفتقر إلى الشدائد. وتعني هذه النظرية أن الخصائص الشخصية ترتبط بالحساسية والتنبؤ بالمشكلات في البيئات الضارة لكنها أفضل من النتائج المتوسطة في البيئات الغنية.

وتترك صدمة الطفولة العديد من الآثار على الأطفال والمراهقين التي تؤثر على مستقبلهم وفي ضوء ذلك أشارت نتائج العديد من البحوث إلى أن الأفراد الذين عانوا من الصدمة هم أكثر عرضة للانخراط في مجموعة متنوعة من السلوكيات المشكلة. مثل: التدخين(Vander Weg, 2011; Anda et al., 1999) ، وتعاطي الكحول (Dube et al., 2002)، والسلوك الجنسي عالي الخطورة (Hillis et al., 2001)، واضطراب الأكل (Tunç, 2019)، وإيذاء النفس (Lang, & Sharma-Patel, 2011). وترتبط صدمات الطفولة أيضًا العديد من الصعوبات الداخلية، مثل الاكتئاب (Choi et al., 2017; Ege et al., 2015) والقلق (Choi et al., 2017) والذهان (Varese et al., 2012).

ويؤدي إهمال الطفل وإساءة معاملته إلى الإضرار بصحة الأطفال، ويترك آثارًا دائمة طوال حياتهم حيث تؤثر الإساءة الجسدية أو الانفعالية أو الجنسية في مرحلة الطفولة على حياة الفرد وسلوكه في المستقبل. على عكس الأفراد الذين ليس لديهم تاريخ من سوء المعاملة، حيث يواجه الأشخاص المعرضين لسوء المعاملة العديد من المشاكل النفسية والجسدية (Sofuoglu et al., 2014) هذا لأن الأحداث المؤلمة تؤثر على طريقة عمل

الجسم ويصبح الجسم أكثر حساسية وهشاشة ضد التهديدات والضغوط اللاحقة ( Zeren et al., 2012).

وتكشف العديد من البحوث الآثار قصيرة وطويلة المدى للإهمال وسوء المعاملة على الأطفال، وتظهر أن الأطفال يعانون من مشاكل سلوكية واجتماعية ومعرفية وعاطفية مثل الارتباط غير الآمن، وتدني تقدير الذات، وانخفاض النجاح الأكاديمي، والمشاكل السلوكية، وتناول الطعام، والاضطرابات أو مشاكل الصحة الجنسية أو تعاطي المخدرات أو الاكتئاب الشديد (Sofuoglu et al., 2014; Zeren et al., 2012).

وتصنف صدمات الطفولة إلى الإساءة الجسدية والجنسية والانفعالية وأنواع مختلفة من التجارب المؤلمة(Bernstein et al., 1994) ، ويمكن أيضًا تقسيم صدمة الطفولة إلى تجربة صادمة واحدة أو إلى "صدمة معقدة"، مما يشير إلى الأحداث الصادمة التي حدثت معًا أو تراكميًا(Terr, 1991) .

وصنف Bernstein and Fink, (1998) صدمة الطفولة إلى خمسة أنواع وهي **الإساءة الجنسية** ويشير إلى "اتصال أو سلوك جنسي بين طفل يقل عمره عن 18 عامًا وشخص بالغ أو أكبر سنًا". **الإساءة الجسدي** يشير إلى "اعتداءات جسدية على طفل من قبل شخص بالغ أو أكبر سنًا مما يشكل خطرًا أو يؤدي إلى إصابة". **الإساءة الانفعالية** وهي "اعتداءات لفظية على إحساس الطفل بالقيمة أو الرفاهية أو أي سلوك مهين أو مهين موجه للطفل من قبل شخص بالغ أو أكبر سنًا". **الإهمال الجسدي** وهو "فشل مقدمي الرعاية في توفير الاحتياجات البدنية الأساسية للطفل، بما في ذلك الغذاء والمأوى والملبس والسلامة والرعاية الصحية". **الإهمال الانفعالي** وهو "فشل مقدمي الرعاية في تلبية الاحتياجات العاطفية والنفسية الأساسية للأطفال، بما في ذلك الحب والانتماء والرعاية والدعم".

وصنف Liang et al. (2020) صدمات الطفولة إلى ثلاثة أنماط هي الحوادث والإصابات (الزلازل والعلاجات الطبية المؤلمة والحوادث)، والعنف الشخصي (العنف المنزلي، والتحرش الجنسي والتعرض للعنف بعيدًا عن الأسرة)، والصدمات الغير مباشرة (مشاهدة العنف في المنزل، رؤية جثة، وفاة أحد المقربين، مشاهدة العنف بعيدًا عن المنزل).

وتوفر نظرية الصدمة المعاصرة contemporary trauma theory إطارًا نظريًا لفهم تأثير الصدمة على أداء الشخص وتستند إلى الخصائص المركزية التالية:

- التفككDissociation : التفكك في الصدمة "يستلزم الانقسام في شخصية الفرد، أي في النظام الديناميكي البيولوجي النفسي الاجتماعي ككل الذي يحدد خصائصه وسماته النفسية المميزة وأفعاله السلوكية ". ويعد التفكك هو آلية الدفاع الرئيسية التي يستخدمها الشخص المعرض للصدمة للتفاوض والتسامح مع التجربة الصادمة المروعة
- التعلقAttachment : تؤثر صدمات الطفولة على قدرة الشخص على تطوير علاقات شخصية صحية وبناء الثقة، مما يؤدي إلى ضعف في القدرة على تكوين ارتباط آمن مع الآخرين وإلى انقطاع العلاقات الشخصية
- إعادة التمثيلReenactment . ظاهرة يبحث فيها الضحايا عن العلاقات ويظهرون السلوكيات التي تعيد تمثيل الحدث الصادم الأصلي، كما أن إعادة التمثيل تثير حالة عاطفية شديدة تطلق التوتر أو القلق وتوفر للشخص إحساسًا بالسيطرة والترابط
- تأثير طويل المدى على سن الرشد في وقت لاحق Long-term effect on later adulthood: قد يكون لصدمات الطفولة التي لم يتم حلها آثار مدمرة على الأداء الوظيفي في مرحلة البلوغ، والصدمة التي يعاني منها الطفل تمنع النمو المناسب وتعرض الطفل لتكرار سلبي في وقت لاحق من الحياة، بما في ذلك الاعتلال المشترك في مشاكل الصحة البدنية والنفسية، بالإضافة إلى ذلك، فإن صدمة الطفولة تقلل من الشعور الأساسي بالذات وتؤدي إلى تدميرها للقدرات الشخصية.
- ضعف في القدرات الانفعالية Impairment in emotional capacities. يعتبر فقدان الحس الانفعالي وانهيار نظام التنظيم الذاتي من التأثيرات المباشرة للصدمة على الدماغ وعلى الأداء التكيفي للجهاز الحوفي، وهو جزء الدماغ الذي يدعم مجموعة متنوعة من الوظائف، بما في ذلك الحياة الانفعالية. (الأحداث الصادمة، وخاصة التعرض المطول للصدمات، وهو أمر نموذجي في إساءة معاملة الأطفال أو إهمالهم، يقلل من الشعور بالحالة الأساسية للهدوء أو الراحة الانفعالية والجسدية، مما يؤدي إلى أعراض فرط الاستثارة التي تشمل فرط اليقظة والقلق والإثارة

والتوتر الليلي، والجسدنة ويُظهر ضحايا صدمات الطفولة قدرة ضعيفة على تنظيم حالتهم المزاجية واستجاباتهم الانفعالية كبالغين، بما في ذلك القدرة على تحديد المشاعر في الذات والآخرين، وفهم الانفعالات، والتنظيم الذاتي (Goodman, 2017).

**وبالنسبة للبحوث السابقة** التي تناولت **صدمة الطفولة** نجد أن هناك بعض البحوث تناولت صدمة الطفولة وعلاقتها بغيرها من المتغيرات مثل بحث Arabaci et al. (2021) الذي هدف إلى التعرف على العلاقة بين صدمة الطفولة واستراتيجيات مواجهة صورة الجسم والاتجاهات نحو الأكل لدى طلاب الجامعة، وتكونت عينة البحث من 654 طالبًا وطالبة، وتم استخدام مقياس صدمة الطفولة (Bernstein et al .,1994) ومقياس استراتيجيات مواجهة صورة الجسم ومقياس اتجاهات الأكل، وأشارت نتائج البحث إلى وجود ارتباط إيجابي بين صدمة الطفولة واستراتيجيات مواجهة صورة الجسم التجنبية والاتجاهات نحو الأكل لدى طلاب الجامعة.

وهدف بحث Pham et al. (2021) إلى التعرف على معدلات انتشار صدمات الطفولة والأعراض الاكتئابية وأعراض القلق والسلوك الانتحاري بين المراهقين الفيتناميين وفحص الارتباطات متعددة الأبعاد بين صدمات الطفولة والأعراض الاكتئابية وأعراض القلق والسلوك الانتحاري. وتكونت العينة من 546 مراهقاً، وتم استخدام مقياس صدمة الطفولة إعداد (Bernstein et al., 2003)، ومقياس الاكتئاب إعداد (Radloff, 1977)،النسخة الفيتنامية (Nguyen, Le, & Dunne, 2007) ومقياس القلق إعداد (Nguyen et al., 2007)، ومقياس السلوك الانتحاري إعداد (Chan et al., 2009; Liu et al., 2018). وأشارت نتائج البحث إلى معدلات عالية من الإساءة من خلال الإساءة الجسدية (22.3٪)، والإهمال الانفعالي (57.9٪)، والإهمال الجسدي (72.9٪)، وأفاد 58.6٪ من المشاركين أنهم عانوا من أكثر من نوع واحد من الصدمات. وكانت نسبة انتشار الأعراض الاكتئابية 22%، والتخطيط للانتحار بنسبة 12.5%، كما وجدت علاقة بين المتغيرات حيث كان الاكتئاب والتفكير في الانتحار أكثر ارتباطًا بالإساءة الانفعالية والإهمال أكثر من الأنواع الأخرى من سوء المعاملة، وأوضح البحث أن صدمات الطفولة متغير متعدد الأبعاد مرتبط بالعديد من النتائج النفسية السلبية. ويوصي البحث أن الجوانب المختلفة لصدمات الطفولة، وكذلك الأمراض النفسية، يجب تقييمها بشكل مستمر.

وهدف بحث Croft et al. (2021) إلى التعرف على العلاقة بين صدمة الطفولة والتحيز المعرفي من خلال مراجعة 26 من البحوث السابقة على محركات البحث تناولت عينات من طلاب الجامعة وطلاب المرحلة الثانوية والراشدين في كندا والولايات المتحدة الامريكية ونيوزلندا واليابان وأستراليا والصين وتركيا وتايوان وهولندا، وأشارت نتائج بعض البحوث إلى وجود علاقة بين التعرض للصدمة في الطفولة وبين التحيز المعرفي مثل مركز الضبط الخارجي.

وهدف بحث Wei et al. (2021) إلى التعرف على الفروق بين الجنسين في تأثيرات الأنواع المختلفة من صدمات الطفولة والمرونة على أعراض الاكتئاب. وتكونت العينة من 6510 طالبًا من الصين وتم استخدام مقياس صدمة الطفولة إعداد (Bernstein et al., 2003)، والمرونة، وأعراض الاكتئاب إعداد (Radloff, 1977)، وأشارت نتائج البحث إلى أن صدمة الطفولة ارتبطت ارتباط إيجابي بأعراض الاكتئاب لكلا الجنسين، لكن العلاقة بين الإناث كانت أقوى منها عند الذكور كما أن المرونة توسطت العلاقة بين الإساءة العاطفية والإساءة الجسدية والإساءة الجنسية على أعراض الاكتئاب لدى كل من الذكور والإناث.

وهدف بحث Jenkins et al. (2021) إلى التعرف على الدور الوسيط للصعوبات الداخلية(الاكتئاب والضغوط) في العلاقة بين صدمات الطفولة والتجارب الاجتماعية السلبية(التحرش الجنسي- المعاكسات- التنمر) لدي عينة من طلاب الجامعة، وتكونت العينة من 620 طالبًا وطالبة تراوحت أعمارهم بين 18- 25 عامًا، وتم استخدام مقياس تاريخ صدمات الطفولة إعداد (Blankenship, 2018)، ومقياس الصعوبات الداخلية يقيس الاكتئاب والقلق والضغوط إعداد (DASS; Henry and Crawford 2005)، ومقياس التنمر، ومقياس التحرش ومقياس المعاكسات، وأشارت نتائج البحث إلى وجود علاقات إيجابية بين صدمات الطفولة (المباشرة وغير المباشرة) والتجارب الاجتماعية السلبية. توسطت الصعوبات الداخلية (الاكتئاب والضغوط) في العلاقة بين صدمات الطفولة غير المباشرة والتجارب الاجتماعية السلبية.

وهدف بحث Vieira et al. (2020) إلى التعرف على الدور الوسيط للمرونة في العلاقة بين صدمة الطفولة واضطرابات المزاج خاصة شدة الأعراض الاكتئابية لدي عينة من الشباب في البرازيل، وتكونت العينة من 1244 شابًا تراوحت أعمارهم بين 18- 24

عاماً، وتم استخدام مقياس صدمات الطفولة إعداد (Bernstein etal.,2003)ومقياس شدة أعراض الاكتئاب إعداد (Montgomery& Asberg, 1979)، ومقياس المرونة إعداد (Wagnild and Young, 1993)، وأشارت نتائج البحث إلى وجود ارتباط بين أنواع الصدمات والأعراض الاكتئابية، كما وجد تأثير غير مباشر لصدمة الطفولة على الأعراض الاكتئابية خلال توسط المرونة، كما أن المرونة عامل وسيط بين صدمة الطفولة واضطراب المزاج وشدة الاكتئاب.

وهدف بحث Grigsby et al. (2020) إلى التعرف على تجارب الطفولة الضارة والمؤشرات الدالة عليها والاختلافات حسب الجنس لدى طلاب الجامعة، وتكونت عينة البحث من 3880طالبًا بجامعة كاليفورنيا، و7708 في جامعة مينيسوتا، و451 في تكساس، تراوحت أعمارهم بين 18–29عامًا، وتم استخدام مقياس تجارب الطفولة الضارة (الإساءة النفسية والجسدية والجنسية، والعنف بين الآباء، ومقياس مؤشرات الصحة النفسية (الاكتئاب والتفكير الانتحاري–إيذاء الذات) إعداد Sanchez–Villegas et al. (2008)، ومقياس مؤشرات الصحة البدنية والسلوكية(استخدام السجائر والسجائر الالكترونية والشرب والسمنة)، وأشارت نتائج البحث إلى 51.7% اخبروا على معاناتهم من تجربة واحدة على الأقل، كما وجدت علاقة بين تجارب الطفولة الضارة والسجائر والشرب والاكتئاب مدى الحياة والتفكير الانتحاري وايذاء الذات غير الانتحاري وقلة النوم، ويعد الاكتئاب مؤشر قوي ناتج عن تجارب الطفولة الضارة لدى طلاب الجامعة بنسبة تراوحت من 10% إلى 28.71%.

وهدف بحث Wang et al. (2020a) إلى التعرف على الدور الوسيط للعصابية والمرونة في العلاقة بين صدمة الطفولة والاكتئاب لدى طلاب الجامعة، وتكونت عينة البحث من (404) طالبًا وطالبة تراوحت أعمارهم بين 18– 22عاماً، وتم استخدام قائمة بيك للاكتئاب، وقائمة العوامل الخمسة للشخصية، ومقياس المرونة لكورنر ديفيدسون، ومقياس صدمة الطفولة إعداد .(Bernstein et al., 2003) ، وأشارت نتائج البحث إلى الدور الوسيط للعصابية والمرونة في العلاقة بين صدمة الطفولة والاكتئاب لدى طلاب الجامعة كما أشارت إلى وجود ارتباط مباشر بين صدمة الطفولة والاعراض الاكتئابية، وأوصي البحث بضرورة تعزيز المرونة وخفض العصابية لدى طلاب الجامعة الذين يعانون من تجارب صادمة في مرحلة الطفولة.

وهدف بحث أبو العلا وياسين (2020) إلى الكشف عن إسهام خبرات الإساءة (جسمية – نفسية – جنسية) في الطفولة في التنبؤ بظهور الاكتئاب لدى المراهقين، وتكونت العينة من 100 مراهقًا، واستخدم البحث مقياس تشخيص خبرات الإساءة في الطفولة ومقياس الاكتئاب إعداد الباحثين، وأشارت نتائج البحث إلى خبرات الإساءة (جسمية – نفسية – جنسية) في الطفولة تفسر 76.7% بظهور الاكتئاب في المراهقة.

وهدف بحث Roche et al. (2019) إلى فحص الدور الوسيط للتجنب التجريبي وعمليات اليقظة العقلية في العلاقة بين صدمة الطفولة والمشكلات السلوكية لدى طلاب الجامعة، وتكونت عينة البحث من 414طالبًا وطالبة، وتم استخدام مقياس صدمة الطفولة إعداد (Bremmer et al., 2007) ومقياس المشكلات السلوكية ومقياس التجنب التجريبي ومقياس عمليات اليقظة العقلية، وأشارت نتائج البحث إلى دور التجنب التجريبي كمتغير وسيط بين صدمة الطفولة والمشكلات السلوكية.

وهدف بحث Zhang et al. (2018) إلى فحص التأثير الوسيط لسمات الشخصية بين صدمات الطفولة وأعراض الاكتئاب لدى المراهقين. وتكونت عينة البحث من (5793) من المراهقين الذين تراوحت أعمارهم بين 10–17 عامًا من تسع مدارس في مدينة ووهان، الصين. وتم استخدام مقياس الاكتئاب مركز الدراسات الوبائية (CES–D)، واستبيان صدمات الطفولة (CTQ) وقائمة عوامل الشخصية الخمسة. أظهرت النتائج أن الصدمات النفسية في مرحلة الطفولة كانت مرتبطة بشكل إيجابي بأعراض الاكتئاب والعصابية، وترتبط سلبًا بالانبساط والضمير. ارتبطت أعراض الاكتئاب بالعصابية العالية، وانخفاض الانبساط، والضمير. العصابية والانبساط بوساطة جزئية، العلاقة بين صدمات الطفولة وأعراض الاكتئاب. وأظهرت نماذج "صدمات الطفولة – سمات الشخصية – الاكتئاب" خاصية أفضل من النماذج البديلة، حيث قدم البحث دليلًا أوليًا على الدور الوسيط لسمات الشخصية العصابية والانبساط في تأثير صدمة الطفولة على أعراض الاكتئاب لدى المراهقين. قد تسهم هذه النتائج في تحسين الوقاية والتدخلات لأعراض الاكتئاب بين المراهقين الذين يعانون من صدمات الطفولة عن طريق تحسين سمات الشخصية.

وهدف بحث Çetinkaya et al. (2017) إلى التعرف على الدور الوسيط للمرونة بين صدمة الطفولة والاكتئاب والاجترار لدى طلاب الجامعة في تركيا، وتكونت عينة البحث من 368 طالبًا وطالبة بواقع 107 ذكور و 261 إناث، وتم استخدام مقياس الاكتئاب

إعداد (1977)Radloff، ومقياس صدمة الطفولة إعداد (2003).,Bernstein et al، ومقياس المرونة المختصر ومقياس الاستجابة للاجترار، وأشارت نتائج البحث أنه لا يوجد تأثير معتدل للمرونة في العلاقة بين صدمة الطفولة والاكتئاب، بينما هناك تأثير معتدل للمرونة بين صدمة الطفولة والاجترار حيث إن المرونة تجعل العلاقة معتدلة بين صدمة الطفولة والاجترار.

**وتعقيبًا على بحوث هذا المحور** نلاحظ أن بحوث هذا المحور **هدفت إلى** دراسة صدمة الطفولة وعلاقتها بمتغيرات البحث مثل الاكتئاب كما في بحث Çetinkaya et al. (2017) ، وبحث Zhang et al. (2018) ، وبحث أبو العلا وياسين (2020)، وبحث Wang et al. (2020a)، و بحث Wei et al. (2021) ، و التحيزات المعرفية كما في بحث Croft et al. (2021)كما هدف بحث Pham et al. (2021) إلى التعرف على مستوي انتشار الأعراض الاكتئابية وصدمة الطفولة لذلك **هدف البحث الحالي** إلى التعرف على مستوي انتشار صدمة الطفولة لدى طلاب الجامعة، **وتناولت بحوث هذا المحور عينة طلاب الجامعة** لذا ركز البحث الحالي على طلاب الجامعة، كما **تباينت الأدوات المستخدمة** في البحوث السابقة حيث استخدم بحث(2017) Çetinkaya et al. و بحث Wang et al. (2020a)وبحث Vieira et al. (2020) وبحث Wei et al. (2021) مقياس صدمة الطفولة إعداد (2003).,Bernstein et al لذلك استخدم البحث الحالي مقياس صدمة الطفولة إعداد (2003).Bernstein et al ، **وفيما يتعلق بنتائج البحوث السابقة** أشارت نتائج بحث Pham et al. (2021) إلى معدلات عالية من الإساءة من خلال الإساءة الجسدية (22.3٪)، والإهمال الانفعالي (57.9٪)، والإهمال الجسدي (72.9٪)، وأفاد 58.6٪ من المشاركين أنهم عانوا من أكثر من نوع واحد من الصدمات. وكانت نسبة انتشار الأعراض الاكتئابية 22%، وأشارت نتائج بحث Croft et al. (2021) إلى وجود علاقة بين التعرض للصدمة في الطفولة وبين التحيز المعرفي، وأشارت نتائج بحث Wei et al. (2021) إلى أن صدمة الطفولة ارتبطت ارتباط إيجابي بأعراض الاكتئاب، كما أشارت نتائج بحث Vieira et al. (2020) إلى وجود ارتباط بين أنواع الصدمات والأعراض الاكتئابية، كما وجد تأثير غير مباشر لصدمة الطفولة على الأعراض الاكتئابية.

وأشارت نتائج بحث Grigsby et al. (2020) إلى أن 51.7% من طلاب الجامعة اخبروا على معاناتهم من تجربة واحدة على الأقل من تجارب الطفولة الضارة، كما

أن الاكتئاب مؤشر قوي ناتج عن تجارب الطفولة الضارة لدى طلاب الجامعة بنسبة تراوحت من 10% إلى 28.71%.وأشارت نتائج بحث Wang et al. (2020a)إلى وجود ارتباط مباشر بين صدمة الطفولة والأعراض الاكتئابية، وأشارت نتائج بحث أبو العلا وياسين (2020) إلى أن خبرات الإساءة (جسمية – نفسية – جنسية) في الطفولة تفسر 76.7% بظهور الاكتئاب في المراهقة.

**ثانيًا: التحيز المعرفيCognitive Bias**

يعرف بأنه تشويه للإدراك الحسي أو تفسير غير منطقي وحكم غير دقيق يؤدي إلى اتخاذ قرارات خاطئة(Sunstein, et al., 2002) وهي أخطاء في المعالجة المعرفية، وتحدث بسبب القيود في القدرة الإدراكية البشرية على استيعاب جميع المعلومات المتاحة بشكل صحيح ومعالجتها، مما يجعل الفرد يصدر قرارات متحيزة(Hilbert, 2012) .

ويشير التحيز المعرفي إلى خطأ في التفكير يقع فيه الفرد عندما يحاول تفسير المواقف التي يمر بها أو العالم المحيط به، وهو خطأ في التفكير يقع فيه الفرد نتيجة أخطاء في عملية الاستدلال والاستنتاج العقلي (الحموري، 2017). ويعرف بأنه مجموعة الأحكام غير المنطقية التي يتخذها الفرد والمسندة إلى تصورات غير موضوعية وتوقعات ذاتية دون الالتفات إلى التغيرات المناسبة منتجا تشويهاً في الإدراك الحسي واتخاذ قرارات تخدم منفعته الشخصية (العادلي، 2017).

وتعرف التحيزات المعرفية بأنها انحرافات منهجية عن الحكم العقلاني، حيث يمكن استخلاص الاستنتاجات حول الأشخاص والمواقف الأخرى بشكل غير منطقي (Parks, 2017, p 1054).

وهو مجموعة من الأحكام اللاعقلانية التي يتخذها الفرد والمسندة إلى الآراء والتوقعات الذاتية الشخصية ذات الطابع المعرفي المغلق والمتحيز ذاتيا وغير قابل للتغيير منتجا تشوها في الإدراك الحسي(على، عبده، 2019، ص464)، ويعرف بأنه خطأ في التفكير يحدث نتيجة تجهيز المعلومات بشكل خاطئ وغالبا ما يحدث نتيجة تمسك الفرد بما يفضله أو يعتقده والقصور في الحصول على معلومات كافية عن الموقف، ويؤدي ذلك إلى حدوث سوء فهم بين الأفراد أو اتخاذ أحكام غير دقيقة كنتيجة لتفسيرات غير منطقية، مثل تحيز خطأ الاسناد، وتحيز أثر الهالة، والتحيز التأكيدي، وتحيز النقطة العمياء(محمود، 2020، ص 761-762).

وتتعد النظريات التي تفسر التحيز المعرفي ومن أهمها نظرية معالجة المعلومات والتي تشير إلى أن التحيز المعرفي يحدث أثناء عملية جمع المعلومات ومعالجتها حيث يميل الفرد إلى نوع من المعلومات عن غيرها فيميل إلى الأشياء التي تؤيد معتقداته الشخصية التي تعود عليه بالمنفعة وتحقق له مصالحة الذاتية، أي أن التحيز المعرفي ناتج من خلل في معالجة المعلومات وتشوه طريقة التفكير عندما يدرك الفرد الواقع والبيئية المحيطة به بطريقة غير عقلانية مما يجعله يصدر قرارات وأحكام غير منطقية ومتحيزة للمواقف التي يمر بها(Hilbert et al., 2012).

وكما يمكن تفسير التحيز المعرفي في ضوء نظرية اتخاذ القرار والتي تشير في مضمونها إلى أن الناس يميلون إلى المثالية عند اتخاذ القرارات والأحكام. حيث يسعي الأفراد إلى حل المشكلات المعرفية البسيطة والمعقدة، وزيادة المكافآت التي يمكنهم الحصول عليها من تفاعلاتهم مع البيئة. من خلال إحداث التوازن بين التكاليف والفوائد المحتملة لأفعالهم، وفي النهاية يختارون الخيار الأكثر ملاءمة ويضعون في اعتبارهم جميع المعلومات ذات الصلة بحل المشكلة، مع ترك أي معلومات غير ذات صلة يمكن أن تلوث القرار، ويحدث التحيز المعرفي عندما يتخذ الأفراد أحكامًا وقرارات غالبًا ما تكون بعيدة كل البعد عن العقلانية فهي تتأثر بعوامل تبدو غير ذات صلة أو تفشل في أخذ المعلومات المهمة في الاعتبار. علاوة على ذلك، فإن هذه الانحرافات عن القاعدة العقلانية عادة ما تكون منهجية بمعني يفشل الناس باستمرار في حل نفس النوع من المشاكل، ويرتكبون نفس الخطأ. بمعنى، يبدو أن الناس غير عقلانيين بطريقة يمكن التنبؤ بها (Ariely, 2008)

**ويشير** Croft et al. (2021) **إلى أنواع متعددة من التحيزات المعرفية مثل:** مركز الضبط الخارجي**External locus of control** ويشير إلى المدى الذي يعتقد فيه الفرد أنه مسؤول عن أفعاله وهو بُعد محدد لأسلوب الإسناد. وتحيز الإسناد الخارجي **External attribution bias** والذي يشير إلى الطريقة التي ينسب بها الفرد السببية إلى الأحداث؛ إما للصفات الشخصية (الداخلية) أو للآخرين أو العوامل الظرفية (الخارجية)، ومراقبة المصدر**Source monitoring** والتي تشير إلى قدرة الفرد على تتبع الإجراءات والكلام كما ينتجها هو أو الآخرين ويشار إليه أيضًا بمراقبة الواقع، وتحيز القفز إلى استنتاجات**Jumping to conclusions bias** ويشير إلى الأفراد الذين يصدرون أحكامًا على عجل بناءً على معلومات محدودة، مما قد يؤدي إلى الوصول إلى استنتاجات

غير مبررة، وتحيز المعالجة من أعلى إلى أسفل**Top-down processing bias** الاعتماد المفرط على التوقعات السابقة عند إدراك المحفزات الجديدة، والتي يشار إليها أيضًا بالتأثير الأكبر للتعديل "التنازلي" في المجالات المرئية والسمعية، وقد لوحظ هذا في المجالات المرئية والسمعية، والتحيز ضد الأدلة غير المؤكدة **Bias against disconfirmatory evidence** ويشير إلى التحيز ضد مراجعة تقديرات الاحتمالية الأولية عند تقديمه مع دليل إضافي قد يتعارض مع التقدير الأولي للفرد.

وصنف(2018) .Gawęda et al التحيزات المعرفية إلى أربع تحيزات وهي المشكلات الإدراكية الذاتيةSubjective Cognitive Problems، وشدة سلوكيات السلامة Safety Behaviors المرتبطة بالتهديد الشخصي، والتحيزات النسبية Attributional Biases ومشاكل الإدراك الاجتماعيSocial Cognition Problems .

وصنف (2013) .van der Gaag et al التحيزات المعرفية إلى سبعة وهي: تحيز القفز إلى الاستنتاجات Jumping to Conclusions Bias، وتحيز عدم المرونة المعتقدBelief Inflexibility Bias، وتحيز الانتباه إلى للتهديد Attention to Threat Bias، وتحيز الإسناد الخارجيExternal Attribution Bias ، ومشكلات الإدراك الاجتماعيSocial Cognition Problems، والمشكلات الإدراكية الذاتية Subjective Cognitive Problems، وسلوكيات السلامة Safety Behaviors

ويري (2008) Yudkowsky أن التحيز المعرفي ينتج من ثلاث عمليات استدلالية سلبية وهي: التمثيلRepresentativeness : وهو ميل الفرد إلى تخيل أن ما يراه هو ما يمكن أن يحدث. والتوافر Availability: هو تخيل الفرد لما يحدث لذا يتذكر مواقف وأحداث سابقة. والتأسيس والتوافقAnchoring and Adjustment: هو تحديد الفرد نقطة مبدئية غير مؤكدة ومن ثم تعديل موقفه بناء على ذلك.

والتحيز المعرفي له العديد من الآثار السلبية على الفرد حيث تشير النظريات المعرفية إلى أن التحيز المعرفي له دور كبير في ظهور الاضطرابات النفسية والحفاظ على استمراريتها مثل القلق والاكتئاب حيث إنها تزيد من تكرار الأفكار السلبية مما يؤثر سلبيًا على الفرد ويؤدي إلى زيادة شدة وحدة الأعراض الانفعالية (Chan et al., 2011)، ويؤكد ذلك بحث (2013) .Chan et alالذي أشار إلى أن الأشخاص المضطربين نفسيا وتظهر

لديهم أعراض القلق والاكتئاب لا ينتبهون إلى المعلومات التي تعني لهم السلامة بل ينتبهون إلى المعلومات التي تمثل لهم تهديد.

وميز Beevers (2005) في نموذج العملية المزدوجةdual process model بين نمطين للمعلومات التي تعالج الضعف المعرفي الأساسي للاكتئاب: النمط الترابطي the associative mode، وهو تلقائي وسريع وبدون مجهود، والنمط الانعكاسي the reflective mode، والذي يتم التحكم فيه وواعي وعقلاني. ويؤكد النموذج على دور التفاعل بين وضعي المعالجة هذين: قد يحدث التعرض للاكتئاب عندما لا يتم تصحيح المعالجة الترابطية السلبية عن طريق المعالجة الانعكاسية.

وفي ضوء ذلك أشارت العديد من البحوث عن وجود تحيزات معرفية للمعلومات السلبية على مستوي الانتباه(مثل أوقات رد الفعل السريع تجاه المنبهات السلبية مقابل المحايدة)، والتفسير (مثل حل الكلمات الغامضة بطرق سلبية) والذاكرة(مثل تحسين استدعاء الكلمات السلبية) لدى البالغين المكتئبين (De Raedt & Koster, 2010; Leppanen, 2006; Mathews, et al., 2005) ، وترتبط التحيزات الانتباه للمعلومات السلبية بالذكريات السلبية والتفسيرات السلبية للمعلومات الغامضة الجديدة (Everaert et al ., 2014)، ويشير كلا من Browning et al.(2013) و MacLeod,( 2012) إلى الدور السببي لتحيز الانتباه والتفسير تجاه المعلومات السلبية في اكتئاب البالغين ، ولا تلعب التحيزات المعرفية دورًا في تطور الاكتئاب فحسب، ولكن أيضًا في الحفاظ على حالة مزاجية مكتئبة(Browning, et al., 2013)

ويرى(2018) Smith et al. أن التحيزات المعرفية السلبية لمعالجة المعلومات تعمل كآليات تكمن وراء الضعف المعرفي وظهور والحفاظ على الاكتئاب، حيث إن المعالجة التفصيلية المنحازة سلبًا تميز الاكتئاب وهذا يستلزم زيادة تخصيص الموارد المعرفية للمواد السلبية، مما يؤدي إلى ترميز التفسيرات السلبية للذاكرة وبالتالي تعزيز الذاكرة للمواد ذات الصلة بالاكتئاب.

**وبالنسبة للبحوث السابقة التي** تناولت التحيزات المعرفية اهتمت بعض البحوث بانتشار التحيز المعرفي لدى طلاب الجامعة، حيث هدف بحث عزيز وصالح(2019) إلى التعرف على مستوي التحيز المعرفي ومستوي الطموح لدى عينة من طلاب الجامعة، وتكونت عينة البحث من (100) طالبًا وطالبة من جامعة تكريت، وتم استخدام مقياس

التحيز المعرفي إعداد الياسري(2017) ومقياس مستوي الطموح، وأشارت نتائج البحث إلى وجود مستوي مرتفع لدى طلاب الجامعة للتحيز المعرفي، كما أشار بحث Castro et al.(2019) إلى وجود مستوي عالي من التحيزات المعرفية لدى طلاب الجامعة مثل التحيز التأكيدي confirmation biases والتحيز التمثيليthe representativeness bias ، كما أشارت نتائج بحث (2019) .Alkhars et al إلى أن 50% من طلاب الجامعة يعانون من التحيز المعرفي، كما أشارت نتائج بحث (2017)Parks إلى انتشار التحيزات المعرفية لدى طلاب الجامعة مثل التحيز التأكيدي وتحيز الحقيقة الوهمية، وتحيز الادراك الانتقائي و التحيز السلبي. وهدفت بحث الحموري (2017) إلى التعرف على التحيزات المعرفية لدى طلاب الجامعة، وتكونت عينة البحث 496 طالبًا من طلاب البكالوريوس في جامعة اليرموك، وتم استخدام مقياس التحيز المعرفي، وأشارت نتائج البحث إلى وجود مستوي متوسط من التحيزات المعرفية لدى طلاب الجامعة، كما أن الذكور أعلى في التحيزات المعرفية من الإناث. كما أشارت نتائج بحث الياسري (2017) إلى وجود مستوي مرتفع من التحيزات المعرفي لدى طلاب الجامعة بالعراق.

وتناولت بعض البحوث التحيز المعرفي وعلاقته بالعديد من المتغيرات لذا ركز البحث الحالي على البحوث التي تناولت التحيز المعرفي وعلاقته بمتغيرات البحث. حيث هدف بحث(2021).Sfärlea et al إلى التعرف على تنظيم الانفعالات كمتغير وسيط في العلاقة بين التحيز المعرفي والأعراض الاكتئابية لدي عينة من المراهقين والأطفال، وتكونت عينة البحث من 109 مراهقاً وطفلاً، وتم استخدام قائمة الاكتئاب إعداد Stiensmeier–Pelster et al.(2014)، ومهمة العرض السلبي لقياس تحيز الانتباه، ومهمة الجمل the Scrambled Sentences Task لقياس تحيز التفسير، ومقياس تنظيم الانفعالات إعداد (Grob & Smolenski, 2005)، وأشارت نتائج البحث إلى وجود تأثير مباشر لتحيز الانتباه وتحيز التفسير واستراتيجيات تنظيم الانفعالات التكيفية وغير التكيفية على الأعراض الاكتئابية، كما أن تحيز التفسير وتحيز الانتباه لها تأثيرات غير مباشرة على الأعراض الاكتئابية عبر استراتيجيات تنظيم الانفعالات التكيفية وغير التكيفية مما يؤكد الدور الوسيط لاستراتيجيات تنظيم الانفعالات في العلاقة بين التحيزات المعرفية والأعراض الاكتئابية.

وهدف بحث (2020) .Nieto et al إلى مراجعة 63 بحث تناولت العلاقة بين التحيز المعرفي والأعراض الاكتئابية، بواقع 23 بحث درس العلاقة بين تحيز التهويل

catastrophizing bias والأعراض الاكتئابية و40 بحث درس العلاقة بين تحيز التفسير والاكتئاب، وأشارت نتائج البحوث إلى وجود علاقة بين التهويل والأعراض الاكتئابية ووجود علاقة بين تحيز التفسير والأعراض الاكتئابية.

وهدف بحث Frydecka et al. (2020) إلى التعرف على الدور الوسيط للتحيزات المعرفية واستخدام القنب في العلاقة بين صدمة الطفولة وتجارب شبيهة بالذهان Psychotic-like experiences لدي عينة من الشباب غير إكلينيكية، وتكونت العينة من 5614 شابًا في بولندا، وتم استخدام مقياس التحيزات المعرفية إعداد van der Gaag et al.(2013)، ومقياس تجارب الذهان، ومقياس التجارب الصادمة Nijenhuis et al (1999) واستبيان استخدام القنب، وأشارت نتائج البحث إلى وجود علاقة بين صدمة الطفولة واستخدام القنب والتحيز المعرفي، ووجدت علاقة مباشرة بين صدمة الطفولة والتجارب الذهانية وعلاقة غير مباشرة بينهم من خلال توسط التحيز المعرفي واستخدام القنب.

وهدف بحث Smith et al. (2018) إلى التعرف على دور التحيزات المعرفية في التنبؤ بالاكتئاب والقلق والرفاهية لدي عينة من المراهقين البريطانيين، وتكونت العينة من 99 مراهقًا ومراهقة، وتم استخدام مقياس المشاعر والمزاج ومقياس الرفاهية ومقياس القلق ومقياس الاجترار ومقياس التحيز استدعاء الذاكرة المرجعية الذاتية، ومقياس تحيز الانتباه ومقياس تحيز التفسير، وأشارت نتائج البحث إلى أن التحيزات المعرفية السلبية تلعب دوراً كبيرا في التنبؤ بالأعراض الاكتئابية والقلق.

وهدف بحث Platt et al. (2017) إلى التعرف على دور تحيزات الانتباه والتفسير والذاكرة في اكتئاب الشباب من خلال مراجعة نظرية لبعض البحوث السابقة على محركات البحث لما يزيد عن 20 بحث على عينة الشباب، وأشارت نتائج البحث إلى أن تحيزات الانتباه للمعلومات السلبية تميز اكتئاب الشباب أي أن اكتئاب الشباب يتميز بالتحيز في الانتباه تجاه المحفزات السلبية المرتبطة بالحزن، كما ارتبط تحيز التفسير إيجابيًا مع ظهور الأعراض الاكتئابية ووجود دور سببي لتحيز التفسير في الحالة المزاجية السلبية.

وهدف بحث Everaert et al. (2017) إلى التعرف على العلاقة بين التحيز المعرفي وتنظيم الانفعالات والأعراض الاكتئابية لدى طلاب الجامعة، وتكونت العينة من (112) فرداً تراوحت أعمارهم من 17- 42 عامًا، وتم استخدام مقياس بيك للاكتئاب

ومقياس إعادة التقييم الإيجابي ومقياس الاستجابة الاجترارية ومقياس تحيز الانتباه ومقياس تحيز التفسير، وأشارت النتائج إلى وجود علاقة مباشرة بين التحيز المعرفي والأعراض الاكتئابية، كما أن تنظيم الانفعالات متغير وسيط بين التحيز المعرفي والأعراض الاكتئابية.

**وتعقيباً على البحوث السابقة** الخاصة بالتحيز المعرفي نلاحظ أن بحوث هذا المحور **هدفت إلى** التعرف على التحيز المعرفي ومستوي انتشاره لدي طلاب الجامعة مثل بحث عزيز وصالح(2019)، و بحث(2019).Castro et al، و بحث .Alkhars et al (2019)، وبحث الحموري(2017) وبحث الياسري (2017)، كما هدفت بعض البحوث إلى دراسة التحيزات المعرفية وعلاقتها بالأعراض الاكتئابية مثل بحث .Nieto et al (2020)، وبحث (2017) .Everaert et al، وبحث (2021).Sfärlea et al كما هدف بحث (2020) .Frydecka et al إلى التعرف على التحيز المعرفي كمتغير وسيط بين صدمة الطفولة وغيرها من المتغيرات، كما هدفت بعض البحوث إلى التعرف على دور التحيز المعرفي في التنبؤ بالأعراض الاكتئابية مثل بحث (2018) .Smith et al ، وبحث (2017) .Platt et al و بحث (2018) .Smith et al لذلك **هدف البحث الحالي** إلى التعرف على مستوي انتشار التحيز المعرفي لدى طلاب الجامعة ودور التحيز المعرفي كمتغير وسيط في العلاقة بين صدمة الطفولة و الأعراض الاكتئابية من خلال دراسة النموذج البنائي للعلاقات بين صدمة الطفولة والتحيز المعرفي والأعراض الاكتئابية لدي طلاب الجامعة. **وبالنسبة للأدوات المستخدمة** في قياس التحيز المعرفي اختلفت المقاييس المستخدمة في كل بحث وفقًا لهدف البحث لذا استخدم البحث الحالي مقياس **van der Gaag et al. (2013)، وبالنسبة لنتائج البحوث السابقة** أشارت إلى وجود مستوي مرتفع لدى طلاب الجامعة من التحيز المعرفي مثل بحث عزيز وصالح(2019)، وبحث الياسري (2017)وبحث (2019).Castro rt al ، كما أشارت نتائج بعض البحوث إلى وجود علاقة بين التحيز المعرفي والأعراض الاكتئابية مثل بحث (2020) .Nieto et al، وبحث (2017) .Everaert et al، كما أشارت نتائج بحث(2018) .Smith et al إلى أن التحيز المعرفي من المنبئات بالأعراض الاكتئابية، وأشارت نتائج بحث Frydecka et al. (2020) إلى أن التحيز المعرفي متغير وسيط بين صدمة الطفولة والتجارب الذهانية.

**ثالثًا: الأعراض الاكتئابيةDepressive Symptoms**

يعد الاكتئاب مشكلة صحية عامة رئيسية في مراحل النمو المختلفة بدء من مرحلة الطفولة والمراهقة والرشد، حيث أشارت العديد من البحوث إلى انتشار الأعراض الاكتئابية في مختلف مراحل النمو فينتشر بنسبة 2.8% لدى الأطفال دون سن 13 عامًا (Costello et al., 2006) كما تنتشر بنسبة 20.3% لدى المراهقين في الصين (Zhou et al., 2018).

والأعراض الاكتئابية هي مجموعة من الأعراض المؤلمة والمحزنة التي يشعر بها الفرد وتتضح من خلال الشعور بتدني الطاقة الجسمية وصعوبات معرفية والشعور بالذنب وتدني احترام الذات والانطوائية والتشاؤم والشعور بالعجز والمزاج الحزين وسرعة الغضب (عبد الرحمن، 2002).

وكما تعرف بأنها حالة انفعالية دائمة أو وقتية يشعر فيها الفرد بالانقباض، والحزن، والضيق، وتشيع فيها مشاعر كالهم، والغم، والتشاؤم، فضلا عن مشاعر القنوط، والجزع، واليأس، والعجز، وهي حالة مصحوبة بأعراض مرتبطة بالجوانب المعرفية والسلوكية والجسمية ومن بين هذه الأعراض التشاؤم، وضعف التركيز، ومشكلات النوم، وافتقاد الاستمتاع، والتعب والوحدة، ونقص تقدير الذات والشكاوى الجسمية (عبد الخالق وآخرون، 2011).

وتعرف الأعراض الاكتئابية بأنها خبرة وجدانية سلبية يشعر بها الفرد نتيجة تعرضه لخبرات وتجارب صادمة في حياته وتظهر في صورة عدة أعراض منها الحزن، واليأس، وفقدان الاهتمام، وسرعة الاستثارة، وانعدام القيمة، وتغيرات الشهية، والارهاق، وصعوبة التركيز.

ويحدث الاكتئاب نتيجة لعدة عوامل حيث تعد صدمة الطفولة من **العوامل البيئية** التي لها تأثير مهم على ظهور الاكتئاب حيث ترتبط الصدمة في مرحلة الطفولة بزيادة خطر الإصابة بالاكتئاب، حيث أشارت نتائج البحوث إلى أن الإساءة الجسدية والإساءة الجنسية في مرحلة الطفولة لها علاقة إيجابية بالاكتئاب في مراحل لاحقة من الحياة (Martsolf, 2004; Holmes & Sammel, 2005). كما أشارت بعض البحوث إلى أن الإساءة الانفعالية والإهمال الانفعالي يزيد من خطر الإصابة بالاكتئاب مع تقدم العمر

(Hosang et al., 2018; Kisely et al., 2018; Li et al., 2016; Vallati et al., 2020) .

وتؤكد ذلك بحث Mandelli et al. (2015) الذي هدف إلى مراجعة 26 بحث من عام (1991- 2014) تناولت صدمات الطفولة وعلاقتها باكتئاب البالغين تنوعت صدمات الطفولة بتنوع البحوث حيث شملت عدة أنواع مثل: الإساءة الجنسية الإساءة الجسدية والإساءة الانفعالية وسوء المعاملة والإهمال والعنف المنزلي وانفصال الوالدين، وأشارت نتائج البحوث إلى أن الإساءة الانفعالية أقوي ارتباط بالاكتئاب ثم الإهمال الإساءة الجنسية والعنف المنزلي والاعتداء الجسدي جميعها ترتبط بالاكتئاب عند البلوغ.

كما أن **العوامل المعرفية** لها دور كبير في ظهور الاكتئاب حيث إن المعارف السلبية التي تتعلق بالذات والخبرات المعرفية المشوهة التي يكتسها الفرد ويفسر بها الأحداث ومواقف الحياة التي يمر بها لها دور مهم في تطور الاكتئاب في المراحل التالية من النمو (أبو العلا وياسين 2020)، حيث تؤكد النظريات المعرفية دور اختلال التفكير كعامل رئيسي يتعلق بظهور الاضطرابات المزاجية واستمرارها(Barlow et al., 2011) مما يؤكد دور التحيز المعرفي في حدوث وتطور الاكتئاب وفي ضوء ذلك توكد نتائج بحث Strunk, & Adler, (2009) أن الافراد الذين يظهر عليهم الأعراض الاكتئابية لديهم تحيز تشاؤميًا كبيرًا، حيث وجدت علاقة بين الأعراض الاكتئابية والتحيز المعرفي السلبي.

وطبقًا للنموذج المعرفي لبيك هناك أنماط للتحيز المعرفي للاكتئاب منها:

1. التهويل أو التكهّنCatastrophizing or Fortune telling: توقع الأحداث والنتائج المتطرفة السلبية.
2. التخصيص أو الإسناد السببي الداخلي Personalization or Internal causal attribution: تفسير الأحداث دائمًا من وجهة نظر ذاتية.
3. التفكير ثنائي التفرعDichotomous thinking: التفكير المتطرف حيث يتم تفسير الأشياء على أنها كل شيء أو لا شيء، أسود أو أبيض.
4. التجريد الانتقائيSelective abstraction: الانتباه بطريقة انتقائية للأحداث أو النتائج السلبية وتفويت بقية المعلومات.
5. الاستدلال(الاعتباطي) التعسفيArbitrary inference: إجراء تفسيرات سلبية بدون دليل يدعمها أو بأدلة مخالفة.

6. الإفراط في التعميمOvergeneralization: إجراء تفسيرات واستنتاجات عامة مع الأخذ بعين الاعتبار معلومة واحدة فقط.
7. تقليل / خصم الإيجابياتMinimization/ discounting positives: استبعاد الأحداث أو التجارب الإيجابية باعتبارها غير ذات صلة
8. التسميةLabelling: تسمية الذات والآخرين سلبًا بناءً على حدوث خطأ واحد فقط.
9. التفكير المنهجيMindreading: التفكير بشكل منهجي في أن الآخرين يتفاعلون معك بشكل سلبي.
10. التفكير الانفعاليEmotional reasoning: افتراض المشاعر السلبية تمثل كيف تسير الأمور في الواقع (Nieto, et al., 2020)

وتشير **مدرسة التحليل النفسي** إلى تفسير الاكتئاب من خلال الخبرات المبكرة التي يمر بها الطفل حيث تؤكد على أهمية الخمس سنوات الأولي في عمر الطفل التي تؤثر على نموه وشخصيته والتي تتكون من ثلاثة أجهزة هي الهو، والأنا، والأنا الأعلى هذه الأجهزة الثلاثة في علاقة صراع وتشاحن، كما أن تطور الشخصية وجزءا كبيرا من أمراضها فيما بعد يحث بسبب هذا الصراع بين الأجهزة الثلاثة خاصة في المراحل المبكرة من العمر، أي صراع الطفل بين إشباع حاجاته الغريزية الجنسية والعدوانية، ومتطلبات الواقع، والرقابة الداخلية الأخلاقية والضمير، حيث إن من أحد العناصر الأساسية في حالات الاكتئاب، والإفراط في لوم الذات والإحساس بالذنب ، والتأنيب الذاتي، وهذا الجانب من الاكتئاب يمكن فهمه فيما يبدو في ضوء الصراعات بين أجهزة الشخصية الثلاثة والتي ينفرد فيها بالنصر وجود أنا أعلى متطرف وشديد الصرامة، كما يحدث الاكتئاب نتيجة التفاعل بين الدوافع والجوانب الوجدانية بما فيها مشاعر الذنب والخسارة والناتجة من عدم إشباع الحاجات الأساسية للطفل كالحاجة للحب والأمان(إبراهيم، 2008، 71-74)، بينما تفسر المدرسة السلوكية حدوث الاكتئاب من خلال وجود تفاعل لعوامل متعددة داخلية وخارجية، أما المدرسة المعرفية فتركز على أنه هناك اضطراب في التفكير أولا فيؤثر بعد ذلك على الحالة المزاجية والوجدانية(عبد الرحمن، 2002).

وتفسر **نظرية أنماط العزو أو العجز المكتسب** الأعراض الاكتئابية في ضوء مفهوم تعلم العجز حيث إن تعلم العجز ظاهرة تصف خبرة الناس لمواقف فيها لا يملكون أي تحكم

أو ضبط لوقوع أحداث حياة سالبة، ثم يقومون بتعميم اعتقادهم هذا في العجز لمواقف أخري لا يكونوا فيها أصلا عاجزين. فالشخص المهيأ للاكتئاب يكون لديه نمط استدلالي يتصف بإعزاءات: **الذات**، وتعني أعزاء الحدث السلبي لأسباب ذاتية في مقابل إعزائها لأسباب خارجية، **الثبات**، وتعني رؤية الشخص لأسباب الأحداث السلبية على أنها ثابتة لا تتغير، **العمومية**، تعني يري الشخص أن سبب الأحداث السالبة هو سبب عام ويمك أن يحدث في كل مواقف حياته (غريب، 2007، 68-69).

وتفسر **النظرية المعرفية لبيك** ظهور الأعراض الاكتئابية من خلال أحداث الحياة السلبية التي تنشط المخطط الاكتئابي في شكل معتقدات غير مرنة وغير مناسبة حول الذات والعالم والمستقبل والذي يعرف بالثالوث المعرفي للاكتئاب وهي ثلاثة مخططات معرفية تعمل في وقت واحد لتقييم معني/ قيمة أحداث الحياة وتوليد الاستجابات المناسبة نحو صورة الذات، وصورة العالم، وتوقعات المستقبل ، وتتشكل هذه المواقف المختلة من خلال تجارب الحياة المبكرة وتعتبر مستقرة نسبيًا، ومن خلال الأفكار التلقائية التي تعتبر غير مستقرة وتعتمد على الحالة.(Oei & Kwon, 2007; Beck & Bredemeier,2016) حيث يتعرض الأفراد للعديد من المواقف والخبرات الحياتية التي قد تمثل مصادر للضغوط تؤثر على الموارد المتاحة لديهم مما يؤدي بهم إلى إجراء تقييمات معرفية تزيد من إدراكهم وتصورهم للضغوط بشكل سلبي فينتج عنه سمات وأعراض اكتئابية مثل انعدام التلذذ وفقدان الطاقة.

**وفيما يتعلق بالبحوث السابقة التي اهتمت بالأعراض الإكتئابية** فقد اهتمت بعض البحوث بالتعرف على نسبة انتشار الأعراض الاكتئابية لدى طلاب الجامعة، وفي ضوء ذلك أشارت نتائج بحث(2021) .Kundu et al إلى انتشار الأعراض الاكتئابية بنسبة 52%، كما أشارت بحث(2020) .Islam et al إلى انتشار الاكتئاب بين طلاب الجامعة في بنجلادش بنسبة 69%، كما أشارت نتائج بحث (2012) .Kumar et al إلى ارتفاع مستوي الأعراض الاكتئابية بين طلاب الجامعة في الهند حيث انتشرت بنسبة 71%.

**واهتمت بعض البحوث بدراسة الأعراض الاكتئابية وعلاقتها بمتغيرات البحث** مثل بحث .(2021).Shao et al والذي هدف إلى التعرف على تأثير العوامل الجينية وصدمة الطفولة والمرونة على الأعراض الاكتئابية لدى المراهقين، وتكونت عينة البحث من 718 مراهقاً، وتم استخدام مقياس صدمة الطفولة إعداد (Bernstein et al., 1994)، ومقياس

المرونة، ومقياس الأعراض الاكتئابية إعداد (Radloff,1977)، وأشارت نتائج البحث إلى أن صدمة الطفولة عامل خطر للأعراض الاكتئابية كما أن المرونة عامل وسيط بين صدمة الطفولة والأعراض الاكتئابية.

وهدف بحث(2021) .Akcan et al إلى التعرف على الدور الوسيط لاستراتيجيات المواجهة في العلاقة بين صدمة الطفولة والاكتئاب واستعمال الكحول لدى عينة من طلاب الجامعة، وتكونت العينة من 735 طالباً وطالبة، بواقع 209 ذكور و526 إناث، وتم استخدام مقياس صدمة الطفولة إعداد (1994) .Bernstein et al ومقياس بيك للاكتئاب ومقياس استعمال الكحول ومقياس استراتيجيات المواجهة، وأشارت نتائج البحث إلى الدور الوسيط لاستراتيجيات المواجهة في العلاقة بين صدمة الطفولة والأعراض الاكتئابية.

وهدف بحث (2021) Perez and Rohan إلى التعرف على عوامل الضعف المعرفي المنبئة بالأعراض الاكتئابية لدى طلاب الجامعة من خلال دراسة (الادراك غير المسبوقunprimed cognitions ورد الفعل المعرفيcognitive reactivity ورد الفعل المزاجيmood reactivity)، وتكونت عينة البحث من 322 طالبًا، وتم استخدام مقياس بيك للاكتئاب (BDI-II)، ومقياس بصري، واستبيان الخبرات الحياتية، ومقياس الاتجاهات المختلة، وأشارت نتائج البحث إلى أن الإدراك غير المسبوق وأحداث الحياة السلبية من المنبئات بالأعراض الاكتئابية، كما أن رد الفعل المزاجي من عوامل الضعف المعرفي التي تفسر 46% من التباين في الأعراض الاكتئابية.

وهدف بحث (2019).Łosiak et al إلى التعرف على العلاقة بين الأعراض الاكتئاب وأحداث الحياة السلبية والتحيز المعرفي لدى عينة من طلاب الجامعة وطلاب المرحلة الثانوية، وتكونت العينة من 108 من الشباب بواقع 19 ذكوراً و 89 إناثاً تراوحت أعمارهم بين 18–25 عامًا، وتم استخدام مقياس الاكتئاب ومقياس أحداث الحياة الضاغطة ومقياس الاجترار ومقياس تحيز الذاكرة ومقياس تحيز الانتباه، وأشارت نتائج البحث إلى وجود علاقة بين أحداث الحياة الضاغطة والاجترار والتحيز المعرفي والأعراض الاكتئابية، كما أن الاجترار والتحيز المعرفي يتوسط العلاقة بين أحداث الحياة الضاغطة والأعراض الاكتئابية.

وهدف بحث جريش (2017) إلى التعرف على العلاقة بين الأعراض الاكتئابية والالكسيثيميا والمخططات المعرفية اللاتكيفية لدى طالبات الجامعة والتوصل لأفضل نموذج

سببي يفسر العلاقة السببية بين الأعراض الاكتئابية والالكسيثيميا والمخططات المعرفية اللاتكيفية ، وتكونت عينة البحث من 218 طالبة من كلية التربية بالإسماعيلية جامعة قناة السويس تراوحت أعمارهم بين 18–22 عاماً، وتم استخدام مقياس بيك للاكتئاب تعريب احمد عبد الخالق(1996)، ومقياس المخططات المعرفية اللاتكيفية تعريف عبد الرحمن وسعفان(2014)، مقياس الالكسيثيميا إعداد الباحثة، وأشارت نتائج البحث إلى وجود علاقة موجبة بين الأعراض الاكتئابية والالكسيثيميا والمخططات المعرفية اللاتكيفية.

وهدف بحث Chang et al. (2016) إلى التعرف على دور الصدمة والأمل في التنبؤ بأعراض الاكتئاب والقلق لدي عينة من طلاب الجامعة، وتكونت العينة من 575 طالبًا، وتم استخدام مقياس الأمل ومقياس الاكتئاب إعداد (Radloff, 1977)، ومقياس تاريخ الصدمة إعداد (Hooper et al., 2011)، وقائمة بيك للقلق، وأشارت نتائج البحث إلى أن الأمل والصدمة منبئات مهمة وفريدة لكل من الأعراض الاكتئابية والقلق.

وهدف بحث Rotenstein et al. (2016) إلى التعرف على انتشار الأعراض الاكتئابية والتفكير الانتحاري بين طلاب كلية الطب، تم فحص 167 بحث مقطعي و16 بحث طولي من 43 دولة، وأشارت نتائج البحث إلى انتشار الأعراض الاكتئابية بنسبة 27.2% وانتشار التفكير الانتحاري بنسبة 11.1%.

وهدف بحث Infurna et al. (2016) إلى التعرف على العلاقة بين الاكتئاب وتجارب الطفولة الإساءة والإهمال (إساءة جسدية– إساءة جنسية– إساءة نفسية –الإهمال– الكراهية). من خلال مراجعة 12 بحث عبر مواقع الانترنت PubMed, PsycINFO, ISI Web، وأسفرت نتائج البحوث إلى وجود علاقة قوية بين الاكتئاب والإساءة النفسية والإهمال، كما وجدت علاقة بين الاكتئاب والإساءة الجنسية لكنها أقل قوة.

**وتعقيباً على البحوث السابقة** الخاصة بالأعراض الاكتئابية نلاحظ أن **البحوث هدفت** إلى التعرف على مستوي الأعراض الاكتئابية لدى طلاب الجامعة مثل بحثKundu et al. (2021) ، وبحثIslam et al. (2020) و بحث Kumar et al. (2012) ، وهدفت بعض البحوث إلى التعرف على العوامل المنبئة بالأعراض الاكتئابية مثل بحث Chang et al. (2016)، وبحث Perez and Rohan (2021)، لذلك **هدف البحث الحالي** إلى التعرف على مستوي الأعراض الاكتئابية لدى طلاب الجامعة ودور صدمة الطفولة والتحيز المعرفي في التنبؤ بالأعراض الاكتئابية لدى طلاب الجامعة، **وبالنسبة**

**للمقاييس المستخدمة** في قياس الأعراض الاكتئابية استخدمت أغلب البحوث مقياس بيك للاكتئاب مثل بحث Perez and Rohan (2021)، و بحث Akcan et al. (2021)، لذا تم استخدام مقياس بيك للاكتئاب تعريب غريب (2000)، وبالنسبة **لنتائج البحوث** أشارت إلى ارتفاع الأعراض الاكتئابية لدى طلاب الجامعة كما في بحث Kundu et al. (2021) ، وبحث Islam et al. (2020) و بحث Kumar et al. (2012)، كما أشارت نتائج بحث إلى أن الصدمة من المنبئات بالأعراض الاكتئابية كما في بحث Shao et al.(2021)، وبحث Chang et al. (2016) ، وأشارت نتائج بحث Perez and Rohan (2021) إلى أن التحيز المعرفي يتوسط العلاقة بين أحداث الحياة الضاغطة والأعراض الاكتئابية.

**فروض البحث:**

1. يوجد مستوي مرتفع من صدمة الطفولة لدى أفراد عينة البحث من طلاب الجامعة.
2. يوجد مستوي مرتفع من التحيز المعرفي لدى أفراد عينة البحث من طلاب الجامعة.
3. يوجد مستوي مرتفع من الأعراض الاكتئابية لدى أفراد عينة البحث من طلاب الجامعة.
4. تسهم صدمة الطفولة في التنبؤ بالأعراض الاكتئابية لدى أفراد عينة البحث من طلاب الجامعة.
5. يسهم التحيز المعرفي في التنبؤ بالأعراض الاكتئابية لدى أفراد عينة البحث من طلاب الجامعة
6. تسهم صدمة الطفولة في التنبؤ بالتحيز المعرفي لدى أفراد عينة البحث من طلاب الجامعة.
7. يوجد نموذج بنائي يفسر العلاقة بين صدمة الطفولة والأعراض الاكتئابية في وجود التحيز المعرفي كعامل وسيط لدى أفراد عينة البحث من طلاب الجامعة.

**إجراءات البحث:**

**منهج البحث:** استخدم البحث الحالي المنهج الوصفي (ارتباطي تنبؤي) لتحقيق أهداف البحث للكشف عن التأثيرات المباشرة والغير مباشرة لصدمة الطفولة على التحيز المعرفي والأعراض الاكتئابية.

**عينة البحث:** تكونت عينة البحث من عينتين هما: **عينة استطلاعية:** تكونت عينة البحث الاستطلاعية من (151) طالبًا من طلاب كلية التربية وذلك لحساب الخصائص السيكومترية لأدوات البحث بمتوسط عمري قدره (19.36) وانحراف معياري قدره (0.69)، و**عينة أساسية:** تكونت عينة البحث من 316 طالباً وطالبة من طلاب كلية التربية بمتوسط عمري قدره (19.47)، وانحراف معياري قدره (0.78).

**أدوات البحث:**

**1- مقياس صدمة الطفولة إعداد(2003) .Bernstein et al ترجمة الباحثتان (ملحق 1)**

هو صورة مختصرة من مقياس صدمة الطفولة إعداد (Bernstein & Fink, 1998; Bernstein et al., 1994)، ويتكون من 25عبارة تم توزيعها على خمسة أبعاد وهي الإساءة الانفعالية والإساءة الجسدية والإساءة الجنسية والإهمال الانفعالي والإهمال الجسدي، تم تصحيحه على تدرج خماسي(أبدًا- نادرًا- أحيانًا- غالبًا- كثيرًا)، تراوحت من 1-5 وبذلك تكون الدرجات من 25 درجة إلى 75، تم حساب الخصائص السيكومترية للمقياس على عينات مختلفة منها المراهقين والبالغين، وتم حساب الصدق من خلال الصدق العاملي التوكيدي والذي أشار إلى تمتع المقياس بخصائص صدق جيدة، وتم حساب الثبات من خلال معامل الفا كرونباخ، وتراوحت قيمه بين 0.78- 0.95 لأبعاد المقياس والذي يشير إلى تمتع المقياس بثبات مرتفع.و**تم حساب الخصائص السيكومترية للمقياس في البحث الحالي من خلال ما يلي:**

**الاتساق الداخلي:** تم حساب الاتساق الداخلي للمقياس من خلال حساب معاملات الارتباط بين العبارات والدرجة الكلية للمقياس والجدول التالي يوضح ذلك:

***جدول (1) معامل الارتباط بين العبارة والدرجة الكلية لمقياس صدمة الطفولة(ن=151)***

| العبارة | معامل الارتباط | العبارة | معامل الارتباط | العبارة | معامل الارتباط | العبارة | معامل الارتباط |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 0.712** | 8 | 0.850** | 15 | 0.273** | 22 | 0.011 |
| 2 | 0.756** | 9 | 0.764** | 16 | 0.456** | 23 | 0.029 |
| 3 | 0.727** | 10 | 0.745** | 17 | 0.596** | 24 | 0.078 |
| 4 | 0.719** | 11 | 0.595** | 18 | 0.592** | 25 | 0.038 |
| 5 | 0.754** | 12 | 0.472** | 19 | 0.645** | | |
| 6 | 0.748** | 13 | 0.607** | 20 | 0.640** | | |
| 7 | 0.823** | 14 | 0.348** | 21 | 0.033 | | |

***ملاحظة:*** ** دالة عند مستوي (0.01)

يتضح من خلال جدول (1) أن العبارات من 1- 20 مرتبط بالدرجة الكلية للمقياس، حيث إن معاملات الارتباط دالة عند مستوي (0.01)، وأن العبارات 21، 22، 23، 24، 25 غير مرتبطة بالدرجة الكلية للمقياس لذلك تم حذفها من المقياس، وبذلك تكون المقياس من 20 عبارة للتأكد من صدقها وثباتها.

**صدق المقياس:** تم حساب الصدق عن طريق **التحليل العاملي** لعبارات المقياس بطريقة المكونات الأساسية principal components، وتم تدوير المحاور تدويراً مائلاً بطريقة " البروماكس" Promax ل كايزر Kaiser واعتبر التشبع الملائم الذي يبلغ (0.3) فأكثر وفقاً لمحك جيلفورد"، وكانت نسبة التباين الإجمالية 73.79% والجدول التالي (2) يوضح العوامل والتباين والجذر الكامن الخاص بكل عامل:

**جدول (2)** ***التباين والجذر الكامن لعوامل مقياس صدمة الطفولة بعد إجراء التحليل العاملي(ن=151)***

| العامل | الجذر الكامن | التباين |
|---|---|---|
| الإساءة الجسدية | 6.04 | %30.22 |
| الإساءة الانفعالية | 3.55 | %17.75 |
| الإهمال الجسدي | 3.11 | %15.56 |
| الإهمال الانفعالي | 2.05 | %10.25 |
| قياس الملائمةKMO | 0.905 | |
| اختبار Bartlett | 2334.85 | |
| الدلالة | 0.000 | |

ويوضح الجدول (3) عبارات كل عامل ونسبة التشبع لكل عبارة:

**جدول (3)** ***تشبعات عبارات عوامل مقياس صدمة الطفولة بعد إجراء التحليل العاملي***

| العامل الأول | | العامل الثاني | | العامل الثالث | | العامل الرابع | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| العبارة | التشبع | العبارة | التشبع | العبارة | التشبع | العبارة | التشبع |
| 1 | 0.755 | 6 | 0.773 | 11 | 0.468 | 16 | 0.380 |
| 2 | 0.808 | 7 | 0.836 | 12 | 0.489 | 17 | 0.497 |
| 3 | 0.773 | 8 | 0.877 | 13 | 0.334 | 18 | 0.343 |
| 4 | 0.770 | 9 | 0.787 | 14 | 0.616 | 19 | 0.319 |
| 5 | 0.803 | 10 | 0.783 | 15 | 0.586 | 20 | 0.544 |

يتضح في جدول (2) وجدول (3) تمتع مقياس صدمة الطفولة في النسخة العربية بصدق عاملي جيد حيث تشبعت عباراته على 4 أبعاد وتراوحت قيم تشبع العبارات ما بين (0.319 -0.877).

**ثبات المقياس:** تم التحقق من ثبات المقياس عن طريق التجزئة النصفية ومعامل ثبات ألفا كرونباخ، وجدول (4) يوضح قيم الثبات:

**جدول (4) قيم *الثبات باستخدام التجزئة النصفية ومعامل ألفا كرونباخ لأبعاد مقياس صدمة الطفولة(ن=151)***

| أبعاد مقياس صدمة الطفولة | قيم ثبات التجزئة النصفية | | قيم ثبات معامل إلفا |
|---|---|---|---|
| | سبيرمان براون | جتمان | كرونباخ |
| الإساءة الجسدية | 0.888 | 0.854 | 0.908 |
| الإساءة الانفعالية | 0.878 | 0.842 | 0.916 |
| الإهمال الجسدي | 0.656 | 0.656 | 0.699 |
| الإهمال الانفعالي | 0.892 | 0.864 | 0.887 |
| الدرجة الكلية | 0.810 | 0.810 | 0.835 |

ويتضح في جدول (4) أن قيم الثبات لأبعاد مقياس صدمة الطفولة تتمتع بثبات عال في البيئة العربية وبالتحديد في مجتمع البحث مما يجعله مناسب للبحث الحالي.

**الصورة النهائية للمقياس:** تكونت الصورة النهائية للمقياس من 20 عبارة، موزعة على أربعة أبعاد وهي الإساءة الجسدية والإساءة الانفعالية والإهمال الجسدي والإهمال الانفعالي لكل بعد 5 عبارات، وتتم الإجابة عنها تبعاً للاستجابات التالية: (دائماً- غالباً- أحياناً- نادراً- ابداً)، يتم تصحيح المقياس بتدرج خماسي من (5-1) تراوحت الدرجة من (20 – 100)، وتشير الدرجة المرتفعة إلى ارتفاع صدمة الطفولة، كما أن العبارات 14-15 -16-17-18-19-20عبارات عكسية.

**2-مقياس التحيز المعرفي إعداد (2013) .van der Gaag et al ترجمة/ الباحث الأول (ملحق 2)**

أعد المقياس (2013) .van der Gaag et al لتقييم التحيزات المعرفية وهو يتكون من 42 عبارة مقسمًا إلى سبعة أبعاد هي: تحيز القفز إلى الاستنتاجات Jumping to Conclusions Bias، وتحيز عدم المرونة المعتقدBelief Inflexibility Bias، وتحيز الانتباه إلى للتهديدAttention to Threat Bias، وتحيز الإسناد الخارجيExternal Attribution Bias ، ومشكلات الإدراك الاجتماعيSocial Cognition Problems، والمشكلات الإدراكية الذاتية

Subjective Cognitive Problems، وسلوكيات السلامة Safety Behaviors، كل بعد يتكون من 6 عبارات. يتم تصحيح وفقًا لمقياس ليكرت الخماسي (دائما، غالبا، أحيانا، نادرا، أبدا). تراوحت درجات المقياس من (42- 210)، تم حساب الصدق من خلال التحليل العاملي وصدق المحك من خلال الارتباط بين أبعاد المقياس ومقياس الدوجماتية واختبار التعلم اللفظي السمعي، ومقياس الأفكار البارانوية، واختبار مهمة التلميح The Hinting task measures واختبار مهمة الخرز Beads task، واختبار طلاقة الكلمة، واستبيان سلوكيات السلامة وأوهام البارانوية، وأشارت النتائج إلى وجود ارتباط قوي بين المقاييس وأبعاد المقياس تراوحت ما بين 0.36- 0.63. تم حساب ثبات المقياس من خلال إعادة تطبيق المقياس على 75 شخص وتراوحت قيم معاملات الثبات للأبعاد والدرجة الكلية 0.74- 0.92، ومن خلال التجزئة النصفية وتراوحت القيم بين 0.70 – 0.92، ومن خلال معامل الفا وتراوحت القيم ما بين 0.64- 0.90.**وتم حساب الخصائص السيكومترية للمقياس في البحث الحالي من خلال:**

**الاتساق الداخلي:** تم حساب الاتساق الداخلي للمقياس من خلال حساب معاملات الارتباط بين العبارات والدرجة الكلية للمقياس والجدول (5) يوضح ذلك:

***جدول (5) معامل الارتباط بين العبارة والدرجة الكلية لمقياس التحيز المعرفي(ن=151)***

| العبارة | معامل الارتباط | العبارة | معامل الارتباط | العبارة | معامل الارتباط | العبارة | معامل الارتباط | العبارة | معامل الارتباط | العبارة | معامل الارتباط |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 0.385** | 8 | 0.478** | 15 | 0.249** | 22 | 0.531** | 29 | 0.378** | 36 | 0.438** |
| 2 | 0.443** | 9 | 0.440** | 16 | 0.404** | 23 | 0.510** | 30 | 0.368** | 37 | 0.528** |
| 3 | 0.413** | 10 | 0.474** | 17 | 0.311** | 24 | 0.506** | 31 | 0.671** | 38 | 0.540** |
| 4 | 0.382** | 11 | 0.457** | 18 | 0.422** | 25 | 0.227** | 32 | 0.499** | 39 | 0.475** |
| 5 | 0.533** | 12 | 0.493** | 19 | 0.509** | 26 | 0.304** | 33 | 0.514** | 40 | 0.362** |
| 6 | 0.367** | 13 | 0.425** | 20 | 0.304** | 27 | 0.395** | 34 | 0.612** | 41 | 0.487** |
| 7 | 0.465** | 14 | 0.264** | 21 | 0.282** | 28 | 0.484** | 35 | 0.500** | 42 | 0.0.534** |

***ملاحظة:*** ** دالة عند مستوي (0.01)

يتضح من خلال الجدول السابق وجود ارتباط بين عبارات المقياس والدرجة الكلية للمقياس حيث تراوحت معاملات الارتباط بين (0.227-0.671) وهي قيم دالة عند مستوي (0.01) مما يشير إلى تمتع المقياس باتساق داخلي جيد

**صدق المقياس:** تم حساب الصدق عن طريق **التحليل العاملي** لعبارات المقياس بطريقة المكونات الأساسية principal components، وتم تدوير المحاور تدويراً مائلاً بطريقة " البروماكس" Promax ل كايزر Kaiser واعتبر التشبع الملائم الذي يبلغ (0.3) فأكثر وفقاً لمحك جيلفورد"، وكانت نسبة التباين الإجمالية 50% والجدول (6) يوضح العوامل والتباين والجذر الكامن الخاص بكل عامل:

**جدول (6)** ***التباين والجذر الكامن لعوامل مقياس التحيز المعرفي بعد إجراء التحليل العاملي(ن=151)***

| العامل | الجذر الكامن | التباين |
|---|---|---|
| سلوك السلامة | 4.08 | %9.71 |
| مشكلات الإدراك الاجتماعي | 3.55 | %8.45 |
| تحيز القفز إلى الاستنتاجات | 3.00 | %7.14 |
| تحيز عدم مرونة المعتقد | 2.87 | %6.83 |
| تحيز الانتباه للتهديد | 2.71 | %6.46 |
| تحيز الاسناد الخارجي | 2.54 | %6.03 |
| مشكلات الإدراك الذاتية | 2.29 | %5.46 |
| قياس الملائمةKMO | 0.781 | |
| اختبار Bartlett | 2383 | |
| الدلالة | 0.000 | |

ويوضح الجدول (7) عبارات كل عامل ونسبة التشبع لكل عبارة:

**جدول (7)** ***تشبعات عبارات عوامل مقياس التحيز المعرفي بعد إجراء التحليل العاملي***

| العامل الأول | | العامل الثاني | | العامل الثالث | | العامل الرابع | | العامل الخامس | | العامل السادس | | العامل السابع | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| العبارة | التشبع | العبارة | التشبع | العبارة | التشبع | العبارة | التشبع | العبارة | التشبع | العبارة | التشبع | العبارة | التشبع |
| 1 | 0.32 | 7 | 0.32 | 13 | 0.32 | 19 | 0.46 | 25 | 0.72 | 31 | 0.36 | 37 | 0.45 |
| 2 | 0.43 | 8 | 0.42 | 14 | 0.33 | 20 | 0.36 | 26 | 0.77 | 32 | 0.31 | 38 | 0.49 |
| 3 | 0.35 | 9 | 0.39 | 15 | 0.35 | 21 | 0.54 | 27 | 0.43 | 33 | 0.55 | 39 | 0.39 |
| 4 | 0.33 | 10 | 0.33 | 16 | 0.45 | 22 | 0.46 | 28 | 0.52 | 34 | 0.71 | 40 | 0.46 |
| 5 | 0.45 | 11 | 0.34 | 17 | 0.38 | 23 | 0.36 | 29 | 0.30 | 35 | 0.36 | 41 | 0.36 |
| 6 | 0.36 | 12 | 0.36 | 18 | 0.36 | 24 | 0.34 | 30 | 0.53 | 36 | 0.45 | 42 | 0.36 |

يتضح من جدول (6) وجدول (7) تمتع مقياس التحيز المعرفي في النسخة العربية بصدق عاملي جيد حيث تشبعت عباراته على 7 أبعاد وتراوحت قيم تشبع العبارات ما بين (0.32-0.77) وتنطبق هذه النتائج مع نتائج تقنين المقياس في صورته الأصلية.

**ثبات المقياس:** تم التحقق من ثبات المقياس عن طريق التجزئة النصفية ومعامل ثبات ألفا كرونباخ، وجدول (8) يوضح قيم الثبات باستخدام التجزئة النصفية ومعامل ثبات ألفا كرونباخ:

***جدول (8) قيم الثبات باستخدام التجزئة النصفية ومعامل ألفا كرونباخ لأبعاد مقياس التحيز المعرفي(ن=151)***

| أبعاد مقياس التحيز المعرفي | قيم ثبات التجزئة النصفية | | قيم ثبات معامل إلفا |
|---|---|---|---|
| | سبيرمان براون | جتمان | كرونباخ |
| سلوك السلامة | 0.70 | 0.69 | 0.72 |
| مشكلات الإدراك الاجتماعي | 065 | 0.65 | 0.71 |
| تحيز القفز إلى الاستنتاجات | 0.60 | 0.60 | 0.65 |
| تحيز عدم مرونة المعتقد | 0.69 | 0.69 | 0.66 |
| تحيز الانتباه للتهديد | 0.63 | 0.63 | 0.65 |
| تحيز الاسناد الخارجي | 0.76 | 0.76 | 0.79 |
| مشكلات الإدراك الذاتية | 0.78 | 0.78 | 0.79 |
| الدرجة الكلية | 0.81 | 0.81 | 0.86 |

ويتضح في جدول (8) أن قيم الثبات لأبعاد مقياس التحيز المعرفي تتمتع بثبات عال في البيئة العربية وبالتحديد في مجتمع البحث مما يجعله مناسب للبحث الحالي.

**الصورة النهائية لمقياس التحيز المعرفي:** تكونت الصورة النهائية للمقياس من 42 عبارة، وهو نفس عدد عبارات المقياس في الصورة الأصلية للمقياس، موزعة على سبعة أبعاد، وتتم الإجابة عنها تبعاً للاستجابات التالية: (دائماً- غالباً- أحياناً- نادراً- ابداً)، يتم تصحيح المقياس بتدرج خماسي من (5-1)، وتشير الدرجة المرتفعة إلى ارتفاع التحيز المعرفي.

**3- مقياس بيك للاكتئاب الإصدار الثاني ترجمة غريب (2000)**

يتكون **مقياس بيك** (BDI-II) من 21 بندًا ممثلة للأعراض والاتجاهات الاكتئابية كل بند له أربع اختيارات تم ترتيبها حسب شدة العرض، ويُطلب من المفحوص اختيار ما يعبر عن حالته خلال الأسبوعين الماضيين بما في ذلك يوم التطبيق، ويقيس مجموعة من الأعراض هي: الحزن، والتشاؤم، والفشل السابق، وفقدان الاستمتاع، ومشاعر الإثم، ومشاعر العقاب، وعدم حب الذات، ونقد الذات، والأفكار أو الرغبات الانتحارية، والبكاء، والتهيج والاستثارة،

وفقدان الاهتمام، والتردد، وانعدام القيمة، وفقدان الطاقة، وتغيرات نمط النوم، والقابلية للغضب، وتغيرات في الشهية، وصعوبة التركيز، والإرهاق أو الإجهاد، وفقدان الاهتمام بالجنس. ويطبق على المراهقين والراشدين بدءًا من 13 عامًا، ويتم التصحيح على أساس مقياس رباعي يقدر بدرجات من (0–3) تتراوح درجاتها من 0 إلى 63. قام مترجم المقياس بحساب الخصائص السيكومترية للمقياس على عينات مختلفة منهم عينة من طلاب الجامعة وتم حساب الثبات من خلال معامل الفا وطريقة إعادة تطبيق الاختبار وكانت معاملات الثبات جيدة، وتم حساب الصدق من خلال الصدق العاملي وصدق المفهوم وتمتع المقياس بصدق جيد، وقام بحساب معايير للمقياس توضح شدة الاكتئاب كما يلي: لا يوجد اكتئاب أقل من 13، والاكتئاب الخفيف هو 14–19، والاكتئاب المعتدل هو 20–28 والاكتئاب الحاد هو 29–63. **وتم حساب الخصائص السيكومترية للمقياس في البحث الحالي من خلال:**

**الاتساق الداخلي:** تم حساب الاتساق الداخلي للمقياس من خلال حساب معامل الارتباط بين العبارة والدرجة الكلية للمقياس وجدول (9) يوضح قيم معامل الارتباط

***جدول (9) حساب الاتساق الداخلي لمقياس بيك للاكتئاب(ن=151)***

| العبارة | معامل الارتباط | العبارة | معامل الارتباط | العبارة | معامل الارتباط |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 0.525** | 8 | 0.536** | 15 | 0.702** |
| 2 | 0.629** | 9 | 0.530** | 16 | 0.436** |
| 3 | 0.583** | 10 | 0.543** | 17 | 0.499** |
| 4 | 0.549** | 11 | 0.532** | 18 | 0.514** |
| 5 | 0.315** | 12 | 0.574** | 19 | 0.646** |
| 6 | 0.462** | 13 | 0.615** | 20 | 0.643** |
| 7 | 0.706** | 14 | 0.690** | 21 | 0.376** |

***ملاحظة:*** ** دالة عند مستوي (0.01)

يتضح من جدول (9) وجود ارتباط بين عبارات المقياس والدرجة الكلية للمقياس عند مستوي دلالة (0.01) مما يشير إلى تمتع المقياس باتساق داخلي جيد.

**صدق المقياس:** تم حساب الصدق من خلال حساب صدق المحك عن طريق حساب معامل الارتباط بين مقياس المرونة إعداد كورنر وديفسون ترجمة أبو زيد وعبد الحميد (2017) ومقياس بيك للاكتئاب فكان معامل الارتباط (–0.71) مما يشير إلى تمتع المقياس بصدق عال ومناسب.

**ثبات المقياس:** تم حساب الثبات من خلال معامل الفا والتجزئة النصفية وجدول (10) يوضح قيم الثبات:

**جدول (10)** ***ثبات مقياس بيك للاكتئاب(ن=151)***

| معامل الفا | معامل التجزئة النصفية معادلة سبيرمان براون | معامل التجزئة النصفية معادلة جتمان |
|---|---|---|
| 0.867 | 0.837 | 0.837 |

ويتضح في جدول (10) أن قيم الثبات مقياس بيك للاكتئاب تتمتع بثبات عال في البيئة العربية وبالتحديد في مجتمع البحث مما يجعله مناسب للبحث الحالي.

**الصورة النهائية للمقياس:** تكونت الصورة النهائية للمقياس من 21 عبارة نفس عبارات المقياس الاصلية، وتتم الإجابة عنها تبعاً لاستجابات رباعية، ويتم تصحيح المقياس بتدرج رباعي من (0 –3)، وتشير الدرجة المرتفعة إلى ارتفاع الأعراض الاكتئابية.

**الأساليب الإحصائية المستخدمة في البحث:** تم معالجة المعلومات معالجة كمية باستخدام برنامج SPSS21، وبرنامج Amos–26، وتم التحليل الكمي في هذا البحث باستخدام اختبار "ت"، وتحليل الانحدار البسيط، وتحليل المسار.

**نتائج البحث ومناقشتها:**

**نتيجة الفرض الأول: والذي ينص على " يوجد مستوي مرتفع من صدمة الطفولة لدى أفراد عينة البحث من طلاب الجامعة"** وللتحقق من صحة هذا الفرض تم حساب المتوسطات والانحرافات المعيارية لمقياس صدمة الطفولة بأبعاده الفرعية، ثم حساب الفروق بين المتوسط الحسابي والمتوسط الفرضي، وقد تم حساب المتوسط الفرضي للمقياس من خلال جمع بدائل المقياس الخمسة وقسمتها على عددها ثم ضرب الناتج في عدد الفقرات، فالبدائل(1،2،3،4،5) يكون مجموعها 15، وعددها 5 بذلك يصبح متوسط أوزان البدائل 3، كما أن عدد عبارات كل بعد 5 عبارات بذلك يصبح المتوسط الفرضي لكل بعد 15، وعدد عبارات المقياس ككل 20 عبارة بذلك يصبح المتوسط الفرضي للدرجة الكلية 60، وجدول (11) يوضح نتائج الفرض **الأول:**

**جدول (11)** ***اختبار "ت" للعينة الواحدة للفروق بين درجة المتوسط الحسابي والمتوسط الفرضي على مقياس صدمة الطفولة(ن=316)***

| المقياس | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري | المتوسط الفرضي | قيمة "ت" | المستوي |
|---|---|---|---|---|---|
| الإساءة الجسدية | **15.636** | **4.048** | **15** | **2.75** | **مرتفع** |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| الإساءة الانفعالية | 15.534 | 3.719 | 15 | 2.56** | مرتفع |
| الإهمال الجسدي | 15.433 | 3.531 | 15 | 2.18* | مرتفع |
| الإهمال الانفعالي | 15.534 | 3.824 | 15 | 2.48** | مرتفع |
| الدرجة الكلية | 62.129 | 12.304 | 60 | 3.08** | مرتفع |

***ملاحظة*:** ** دالة عند مستوي (0.01)، * دالة عند مستوي (0.05)

يتضح من نتائج الجدول (11) صحة الفرض **الأول** وذلك لوجود فروق بين المتوسط الحسابي والمتوسط الفرضي على مقياس صدمة الطفولة لدى أفراد عينة البحث من طلاب الجامعة لصالح المتوسط الحسابي مما يشير إلى ارتفاع مستوي صدمة الطفولة الدرجة الكلية والأبعاد الفرعية.

**نتيجة الفرض الثاني: والذي ينص على "يوجد مستوي مرتفع من التحيز المعرفي لدى أفراد عينة البحث من طلاب الجامعة"** وللتحقق من صحة هذا الفرض تم حساب المتوسطات والانحرافات المعيارية لمقياس التحيز المعرفي بأبعاده الفرعية، ثم حساب الفروق بين المتوسط الحسابي والمتوسط الفرضي، وقد تم حساب المتوسط الفرضي للمقياس من خلال جمع بدائل المقياس الخمسة وقسمتها على عددها ثم ضرب الناتج في عدد الفقرات، فالبدائل(1،2،3،4،5) يكون مجموعها 15، وعددها 5 بذلك يصبح متوسط أوزان البدائل 3، كما أن عدد عبارات كل بعد 6 عبارات بذلك يصبح المتوسط الفرضي لكل بعد 18، وعدد عبارات المقياس ككل 42 بذلك يصبح المتوسط الفرضي للدرجة الكلية 126، وجدول (12) يوضح نتائج الفرض **الثاني:**

**جدول (12)** ***اختبار "ت" للعينة الواحدة للفروق بين درجة المتوسط الحسابي والمتوسط الفرضي على مقياس التحيز المعرفي(ن=316)***

| المقياس | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري | المتوسط الفرضي | قيمة "ت" | المستوي |
|---|---|---|---|---|---|
| سلوك السلامة | 18.56 | 4.06 | 18 | 2.45** | مرتفع |
| مشكلات الإدراك الاجتماعي | 19.76 | 4.45 | 18 | 7.03** | مرتفع |
| تحيز القفز إلى الاستنتاجات | 21.39 | 3.48 | 18 | 17.33** | مرتفع |
| تحيز عدم مرونة المعتقد | 18.78 | 4.01 | 18 | 3.47** | مرتفع |
| تحيز الانتباه للتهديد | 22.35 | 4.11 | 18 | 18.80** | مرتفع |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| تحيز الاسناد الخارجي | 19.37 | 4.41 | 18 | 5.53** | مرتفع |
| مشكلات الإدراك الذاتية | 19.78 | 4.44 | 18 | 7.11** | مرتفع |
| الدرجة الكلية | 140 | 21.38 | 126 | 11.64** | مرتفع |

***ملاحظة:*** ** دالة عند مستوي (0.01)

يتضح من نتائج الجدول (12) صحة الفرض **الثاني** وذلك لوجود فروق بين المتوسط الحسابي والمتوسط الفرضي على مقياس التحيز المعرفي لدى أفراد عينة البحث من طلاب الجامعة لصالح المتوسط الحسابي مما يشير إلى ارتفاع مستوي التحيز المعرفي الدرجة الكلية والأبعاد الفرعية.

**نتيجة الفرض الثالث: والذي ينص على " يوجد مستوي مرتفع من الأعراض الاكتئابية لدى أفراد عينة البحث من طلاب الجامعة**" وللتحقق من صحة هذا الفرض تم حساب المتوسطات والانحرافات المعيارية لمقياس بيك للاكتئاب، ثم حساب الفروق بين المتوسط الحسابي والمتوسط الفرضي، وقد تم حساب المتوسط الفرضي للمقياس من خلال جمع بدائل المقياس الأربعة وقسمتها على عددها ثم ضرب الناتج في عدد الفقرات، فالبدائل(0،1،2،3) يكون مجموعها 6، وعددها 4 بذلك يصبح متوسط أوزان البدائل 1.5، وعدد عبارات المقياس 21 عبارة بذلك يصبح المتوسط الفرضي للدرجة الكلية 31.5، وجدول (13) يوضح نتائج الفرض **الثالث.**

جدول (**13**) *اختبار "ت" للعينة الواحدة للفروق بين درجة المتوسط الحسابي والمتوسط الفرضي على مقياس الاكتئاب(ن=316)*

| المقياس | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري | المتوسط الفرضي | قيمة "ت" | المستوي |
|---|---|---|---|---|---|
| الدرجة الكلية | 32.632 | 9.800 | 31.5 | 2.06* | مرتفع |

***ملاحظة:*** * دالة عند مستوي (0.05)

يتضح من نتائج الجدول (13) صحة الفرض **الثالث** وذلك لوجود فروق بين المتوسط الحسابي والمتوسط الفرضي على مقياس بيك للاكتئاب لدى أفراد عينة البحث من طلاب الجامعة لصالح المتوسط الحسابي مما يشير إلى ارتفاع مستوي الأعراض الاكتئابية الدرجة الكلية.

**نتيجة الفرض الرابع:** والذي نص على أنه:" **تسهم صدمة الطفولة في التنبؤ بالأعراض الاكتئابية لدى أفراد عينة البحث من طلاب الجامعة**". وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام معادلة تحليل الانحدار البسيط وجدول (14) يوضح ذلك:

جدول (**14**) *تحليل الانحدار البسيط للتنبؤ بالأعراض الاكتئابية من خلال صدمة الطفولة*(ن=**316**)

| المتغيرات | R | R2 | F | Sig | B | Constant | Beta | T | Sig |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| صدمة الطفولة | 0.455 | 0.207 | 82.172 | 0.000 | 0.363 | 10.095 | 0.455 | 9.065 | 0.000 |

يتضح من جدول (14) أن المتغير المستقل صدمة الطفولة يفسر (20.7%) من التباين في المتغير التابع الأعراض الاكتئابية لدي عينة البحث من طلاب الجامعة مما يعني صحة هذا الفرض. ويمكن صياغة معادلة الانحدار على النحو التالي:

**الأعراض الاكتئابية= 10.095+ 0.363 صدمة الطفولة**

**نتيجة الفرض الخامس:** والذي نص على أنه:" **يسهم التحيز المعرفي في التنبؤ بالأعراض الاكتئابية لدى أفراد عينة البحث من طلاب الجامعة**". وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام معادلة تحليل الانحدار البسيط وجدول (15) يوضح ذلك:

جدول (**15**) *تحليل الانحدار البسيط* للتنبؤ بالأعراض الاكتئابية من التحيز المعرفي(ن=**316**)

| المتغيرات | R | R2 | F | Sig | B | Constant | Beta | T | Sig |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| التحيز المعرفي | 0.562 | 0.316 | 145.259 | 0.000 | 0.258 | −3.452 | 0.562 | 12.052 | 0.000 |

يتضح من جدول (15) أن المتغير المستقل التحيز المعرفي يفسر (31.6%) من التباين في المتغير التابع الأعراض الاكتئابية لدي عينة البحث من طلاب الجامعة مما يعني صحة الفرض. ويمكن صياغة معادلة الانحدار على النحو التالي:

**الأعراض الاكتئابية= (−3.352)+0.258 التحيز المعرفي**

**نتيجة الفرض السادس:** والذي نص على أنه:" **تسهم صدمة الطفولة في التنبؤ بالتحيز المعرفي لدى أفراد عينة البحث من طلاب الجامعة.** ". وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام معادلة تحليل الانحدار البسيط وجدول (16) يوضح ذلك:

جدول (16) *الانحدار الخطي البسيط للتنبؤ بالتحيز المعرفي من خلال صدمة الطفولة(ن=316)*

| المتغيرات | R | R2 | F | Sig | B | Constant | Beta | T | Sig |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| صدمة الطفولة | 0.546 | 0.298 | 133.317 | 0.000 | 0.949 | 81.052 | 0.546 | 11.546 | 0.000 |

يتضح من جدول (16) أن المتغير المستقل صدمة الطفولة يفسر (29.8%) من التباين في المتغير التابع التحيز المعرفي لدي عينة البحث من طلاب الجامعة مما يعني صحة الفرض. ويمكن صياغة معادلة الانحدار على النحو التالي:

**التحيز المعرفي = 81.052+ 0.949 صدمة الطفولة**

**نتائج الفرض السابع:** والذي نص على أنه: " **يوجد نموذج بنائي يفسر العلاقة بين صدمة الطفولة على الأعراض الاكتئابية في وجود التحيز المعرفي كعامل وسيط لدى أفراد عينة البحث من طلاب الجامعة** "ولاختبار صحة هذا الفرض، تم استخدام برنامج Amos 26 لتحليل مسار العلاقة بين متغيرات البحث، باعتبار أن الشعور التحيز المعرفي متغير يتوسط العلاقة بين كل من صدمة الطفولة (المتغير المستقل) وبين الأعراض الاكتئابية (المتغير التابع)، وللتحقق من صحة النموذج تم إجراء الخطوات التالية:

**1) حساب مؤشرات المطابقة للنموذج المقترح (ن= 316).**

تم مراجعة البارامترات المقترحة لتحقيق مطابقة النموذج المقترح؛ بحيث لا تتعارض هذه البارامترات مع فروض النموذج، كما يجب أن تكون منطقية ولا تتعارض مع الإطار النظري ونتائج البحوث السابقة، ويمكن توضيح مؤشرات المطابقة للنموذج المقترح باستخدام العينة الكلية للبحث الحالي (ن= 316) باستخدام طريقة الأرجحية العظمى Maximum Likelihoodفجاءت النتائج كما في الجدول (17) على النحو التالي:

**جدول (17)** ***قيم مؤشرات المطابقة للنموذج المقترح***

| مؤشر الملاءمة | قيمة المؤشر | المدي المثالي | مطابقة القيمة |
|---|---|---|---|
| مربع كاي $\chi$ **2** | 0 | أن تكون قيمته غير دالة | مطابقة |
| درجات الحرية **df** | 0 | أقل من 2 | مطابقة |
| جذر متوسط مربعات البواقي(**RMR**) | 0 | أقل من 0.1 | مطابقة |
| جذر متوسط مربعات الخطأ التقريبي **RMSEA** | 0 | أقل من 0.05 | مطابقة |
| مؤشر المطابقة التزايدي **IFI** | 1 | من 0.90–1 | مطابقة |

| مؤشر الملاءمة | قيمة المؤشر | المدي المثالي | مطابقة القيمة |
|---|---|---|---|
| مؤشر المطابقة المقارن CFI | 1 | من 0.90–1 | مطابقة |
| مؤشر المطابقة المعياري NFI | 1 | من 0.90–1 | مطابقة |
| مؤشر حسن المطابقة GFI | 1 | من 0.90–1 | مطابقة |

ويتضح من الجدول (17) مطابقة النموذج المقترح للمدى المثالي لجميع مؤشرات المطابقة، حيث قيمة $\chi^2$ غير دالة إحصائيًا، كما بلغ قيمة جذر متوسط مربعات الخطأ التقريبي RMSEA صفر، وقيمة مؤشر المطابقة التزايديIFI، ومؤشر المطابقة المقارن CFI، وقيمة مؤشر المطابقة المعياريNFI، ومؤشر حسن المطابقة GFI (1)، كما بلغت قيمة مؤشر جذر متوسط مربعات البواقي(RMR) صفر ، مما يشير إلى أن النموذج المقترح مناسب للنموذج الفعلي.

**2) حساب الوزن الانحداري وأخطاء القياس والنسبة الحرجة ومستوي الدلالة لمتغيرات النموذج**

**جدول ( 18)** ***الوزن الانحداري وأخطاء القياس والنسبة الحرجة لمتغيرات النموذج***

| مسار التأثير | | الوزن الانحداري | | الخطأ المعياري | النسبة الحرجة | مستوي الدلالة |
|---|---|---|---|---|---|---|
| من | إلى | المعياري | غير المعياري | S.E. | C.R. | |
| صدمة الطفولة | التحيز المعرفي | 0.546 | 0.949 | 0.082 | 11.565 | 0.000 |
| صدمة الطفولة | الأعراض الاكتئابية | 0.211 | 0.168 | 0.043 | 3.892 | 0.000 |
| التحيز المعرفي | الأعراض الاكتئابية | 0.447 | 0.205 | 0.025 | 8.229 | 0.000 |

يتضح من خلال الجدول(18) أن النسبة الحرجة تزيد عن 1.96 مما يشير إلى قبول النموذج

**3)حساب التأثيرات المباشرة وغير المباشرة لمتغيرات النموذج.**

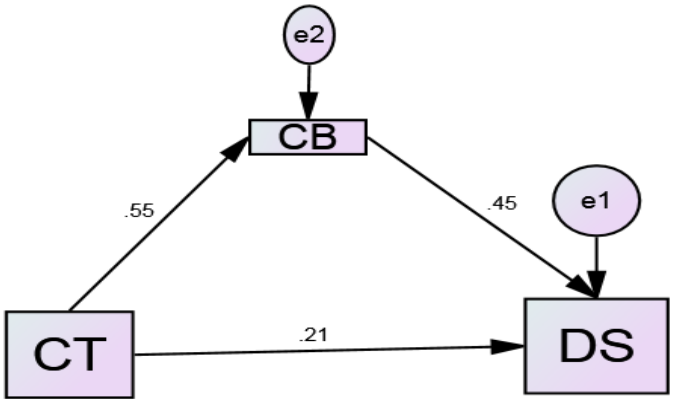
**جدول (19)** ***التأثيرات المباشرة وغير المباشرة لمتغيرات النموذج***

| المتغيرات | التأثير | صدمة الطفولة | مستوي الدلالة | التحيز المعرفي | مستوي الدلالة |
|---|---|---|---|---|---|
| التحيز المعرفي | مباشر | 0.546 | 0.000 | – | |
| | غير مباشر | – | | – | |
| | المجموع | 0.546 | 0.000 | | |
| الأعراض الاكتئابية | مباشر | 0.211 | 0.000 | 0.447 | 0.000 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| غير مباشر | 0.244 | 0.000 | – | |
| المجموع | 0.455 | 0.000 | 0.447 | 0.000 |

يتضح من الجدول (19) وجود تأثيرات مباشرة للعلاقة بين متغيرات البحث المستقلة والمتغير التابع، حيث بلغت نسبة تأثير صدمة الطفولة على الأعراض الاكتئابية21.1% ، بينما بلغت نسبة تأثير التحيز المعرفي على الأعراض الاكتئابية44.7% ، ويتضح أن تأثير التحيز المعرفي على الأعراض الاكتئابية أكبر من تأثير صدمة الطفولة، كما وجدت تأثيرات غير مباشرة لصدمة الطفولة على الأعراض الاكتئابية عبر التحيز المعرفي بنسبة 24.4%، ، وبذلك يكون أجمالي نسبة التأثيرات الدالة إحصائيًا لصدمة الطفولة على الأعراض الاكتئابية 45.5%، مما يعني أن 45.5% من العوامل المسهمة في ظهور الأعراض الاكتئابية لدى طلاب الجامعة يرجع إلى صدمة الطفولة، كما أن التحيز المعرفي يزيد من قوة هذا الاسهام بنسبة(24.4%)، ويمكن توضيح النموذج من خلال الشكل رقم (2) حيث يشير CB إلى التحيز المعرفي، ويشير DS إلى الأعراض الاكتئابية، ويشير CT إلى صدمة الطفولة:

**شكل (2) النموذج البنائي للعلاقات بين صدمة الطفولة والتحيز المعرفي والأعراض الاكتئابية لدى طلاب الجامعة**




**تفسير النتائج:**

تشير **نتائج الفرض الأول** إلى ارتفاع مستوي صدمة الطفولة لدى طلاب الجامعة، وتتفق نتيجة هذا الفرض مع نتائج بحث Pham et al., (2021) التي أشارت إلى ارتفاع

مستوي الإساءة الجسدية والإهمال الانفعالي والإساءة الجسدية لدي المراهقين حيث بلغت الإساءة الجسدية (22.3٪)، وبلغ الإهمال الانفعالي (57.9٪)، وبلغ الإهمال الجسدي (72.9٪)، ونتائج بحث الحريري (2017) التي أشارت إلى ارتفاع مستوي صدمة الطفولة. كما تتفق مع نتائج بحث Grigsby et al. (2020) التي أشارت إلى انتشار تجارب الطفولة الصادمة لدى طلاب الجامعة بنسبة 51.7%. وتتفق مع نتائج بحث Strand et al. (2017) التي أشارت إلى معاناة طلاب الجامعة من سوء المعاملة بنسبة 26% والإهمال بنسبة 22%.

كما تتفق مع نتيجة بحث Liang (2020) التي تشير إلى المراهقون يتعرضون إلى صدمات الطفولة بنسبة 5.3% إلى 60.4%، كما اختلفت نتائج الفرض الأول مع نتائج بحث كل من الوليدي وأرنوط (2017) التي أشارت إلى وجود مستوي منخفض من خبرات الإساءة النفسية في مرحلة الطفولة لدى طلاب الجامعة.

وقد ترجع نتيجة هذا الفرض إلى أساليب المعاملة الوالدية التي يستخدمها الآباء مع الأبناء أثناء عملية التنشئة الاجتماعية مثل العقاب البدني أو اللفظي للطفل الذي يستخدمه الآباء بشكل يومي مع أطفالهم نتيجة تفاعلات الحياة اليومية، والإهمال الانفعالي بسبب عدم اشباع احتياجات الطفل الانفعالية والنفسية والاجتماعية والجسدية وعدم شعوره بالحب والحنان والامن الوالدي المفترض الشعور به خلال مرحلة الطفولة، كما أن زيادة عدد أفراد الأسرة والانفصال الوالدين لها دور فعال في زيادة صدمات الطفولة.

وقد ترجع نتيجة الفرض الأول إلى زيادة الضغوطات والإحباطات اليومية التي يتعرض لها الوالدين في محاولتهما اليومية للتعامل مع البيئية لتلبية متطلبات أبنائهم تجعلهم أكثر شعوراً بالضغط وزيادة الغضب مما ينعكس على أسلوب تربية أبنائهم الذي يتسم بالتسلط واستخدام العقاب الجسدي أو الحرمان العاطفي مما يؤدي إلى الإساءة لأبنائهم وإهمالهم. كما قد يرجع نتيجة الفرض أيضا إلى جهل الآباء بأساليب تربية الأبناء فقد ينظر الآباء إلى القسوة على أبنائهم على أنها شكل من أشكال التأديب والتربية ولا يدركون أنها إساءة تترتب عليها العديد من الصدمات للأبناء كما يمارس بعض الآباء على آبناهم سلوكيات التربية التي مارسها آباؤهم عليهم ويتبنون نفس أدوار آباؤهم.

وفي ضوء ذلك تشير منظمة الصحة العالمية (WHO) إلى أن معظم الناس يتعرض لا محالة للأحداث الصادمة خلال حياتهم فمن بين البالغين في 24 دولة حول

العالم، هناك 70.4٪ عانوا من تجارب مؤلمة خلال حياتهم (Liu et al.,2017). كما أشارت نتائج بحث إلى أن المراهقون يتعرضون إلى صدمات الطفولة بنسبة 47% إلى 83.6%، كما أشارت نتائج البحوث إلى تعرض الأطفال والمراهقون لصدمات الطفولة، حيث تراوح معدل الانتشار التقديري لتجارب الطفولة المؤلمة ما بين 47.06٪ إلى 83.6٪ (Copeland et al., 2007; Liang et al., 2019; Mclaughlin et al., 2013).

وتشير **نتائج الفرض الثاني** إلى ارتفاع مستوي التحيز المعرفي لدى طلاب الجامعة، وتتفق نتيجة هذا الفرض مع نتائج بحث كل من عزيز وصالح (2019) التي أشارت إلى وجود مستوي مرتفع من التحيز المعرفي لدى طلاب الجامعة، ونتائج بحث Castro rt al. (2019) التي أشارت إلى وجود مستوي عالي من التحيزات المعرفية لدى طلاب الجامعة، ونتائج بحث Alkhars et al. (2019) التي أشارت إلى أن 50% من طلاب الجامعة يعانون من التحيز المعرفي.

كما تتفق نتيجة **الفرض الثاني** مع نتائج بحث الياسري (2017) التي أشارت إلى وجود مستوي مرتفع من التحيزات المعرفي لدى طلاب الجامعة، وتختلف نتيجة هذا الفرض مع نتائج بحث الحموري (2017) التي أشارت إلى وجود مستوي متوسط من التحيزات المعرفية لدى طلاب الجامعة.

وقد ترجع نتيجة هذا الفرض إلى أن طلاب الجامعة يميلون إلى اختيار البدائل السريعة والتي يعتقدون أنها تحقق لهم المكاسب مما يؤدي إلى تحيزات معرفية أثناء عملية اتخاذ القرار، كما يمكن تفسير نتيجة هذا الفرض من خلال نظرية تجهيز المعلومات والتي تشير إلى أن التحيز المعرفي ناتج عن أخطاء في ادراك المعلومات والمعارف في أي مرحلة من مراحل تجهيز المعلومات مثل مرحلة جمع المعلومات ومعالجة المعلومات ومرحلة المخرجات، فقد يحدث نتيجة أخطاء في ادراك الطالب مما يؤدي إلى أخطاء في التفسير والانتباه والذاكرة، حيث يؤدي إلى تشوه الادراك وعدم تركيز الانتباه وتفسيرات غير منطقية.

وتعتبر نتيجة هذا الفرض نتيجة منطقية تترتب على نتيجة الفرض الأول الذي يشير إلى ارتفاع مستوي صدمات الطفولة لدى طلاب الجامعة حيث تؤثر صدمات الطفولة على حياة الفرد اللاحقة في جميع جوانب حياته المعرفية والاجتماعية والتعليمية والنفسية، وتؤكد ذلك نتائج العديد من البحوث التي أشارت إلى وجود علاقات مهمة ودائمة بين صدمات الطفولة والعديد من النتائج السلبية في الحياة اللاحقة ، بما في ذلك الإعاقات في الصحة

البدنية والصحة النفسية والتعلم والنتائج السلوكية الاجتماعية (Ballard et al., 2015; Shonkoff et al ., 2012)

وتشير **نتائج الفرض الثالث** إلى ارتفاع مستوي الأعراض الاكتئابية لدى طلاب الجامعة، وتتفق نتيجة هذا الفرض مع نتائج بحث Pham et al. (2021) التي أشارت إلى ارتفاع مستوي الأعراض الاكتئابية بنسبة 22% لدى المراهقين، كما تتفق مع نتائج بحث Zhou et al. (2018) التي أشارت إلى أن 20.3% من المراهقين في الصين يظهر لديهم الأعراض الاكتئابية، كما تتفق مع نتائج بحث المسيري وآخرون (2012) التي أشارت إلى أن الاكتئاب في مصر ينتشر بنسبة 15.3% بين طلاب المرحلة الثانوية. وتتفق مع نتائج بحث Christensson et al. (2011) التي أشارت إلى انتشار الاكتئاب بنسبة 10.2% لدى طلاب السنة الأولي من كليات التمريض في السويد، ونتائج بحث Lei et al. (2016) التي أشارت إلى انتشار الاكتئاب لدى طلاب الجامعة بنسبة 23.8%. ونتائج بحث كل من Bukhari and Khanam (2015) التي أشارت إلى انتشار الاكتئاب بين طلاب الجامعة في باكستان بنسبة 28.7%. ويؤكد ذلك منظمة الصحة العالميةWHO التي تشير إلى أن أكثر من 300 مليون شخص يعانون من الاكتئاب، وهو السبب الرئيسي الثالث للمرض ويستمر في النمو حتى يصبح السبب الرئيسي الأول بحلول عام 2030.(World Health Organization, 2012)

وترجع نتيجة **الفرض الثالث** إلى نتيجة الفرض الأول الذي يشير إلى ارتفاع صدمة الطفولة لدي طلاب الجامعة حيث تعتبر صدمة الطفولة مسببة لتطور الاضطرابات النفسية وخاصة اضطرابات المزاج (Gershon et al.,2013)، كما أشارت نتائج بحث Vieira et al. (2020) إلى ارتباط جميع أنواع صدمات الطفولة بالأعراض الاكتئابية وشدتها. ويرى Ju et al. (2020) أن صدمة الطفولة عامل خطر اجتماعي لتطور الاكتئاب واستمراره.

وترجع نتيجة هذا الفرض إلى نتيجة الفرض الثاني الذي يشير إلى ارتفاع مستوي التحيز المعرفي لدى طلاب الجامعة، وتؤكد ذلك نتائج البحوث التي أشارت إلى وجود ارتباط بين التحيز المعرفي والاكتئاب مثل بحث Everaert et al. (2017)، وبحث Platt et al. (2017) الذي أشار إلى دور تحيز الانتباه للمعلومات السلبية في اكتئاب الشباب،

وبحث Smith et al. (2018) الذي أشار إلى أن التحيزات المعرفية السلبية تلعب دوراً كبيرا في التنبؤ بالأعراض الاكتئابية والقلق.

**وتشير نتائج الفرض الرابع** إلى أن صدمة الطفولة تسهم في التنبؤ بالأعراض الاكتئابية لدى طلاب الجامعة، وتتفق نتيجة هذا الفرض مع نتائج بحث Mandelli et al. (2015) التي أشارت إلى وجود ارتباط بين صدمة الطفولة والاكتئاب عند البلوغ، كما أن الإساءة الانفعالية أقوي ارتباط بالاكتئاب ثم الإهمال والإساءة الجنسية والعنف المنزلي والإساءة الجسدية ، كما تتفق مع نتائج بحث Shao et al. (2021) التي أشارت إلى وجود ارتباط بين صدمة الطفولة والأعراض الاكتئابية، كما أن صدمة الطفولة عامل خطر للأعراض الاكتئابية، كما تتفق مع نتائج بحث Pham et al.(2021) التي أشارت إلى وجود علاقة بين صدمة الطفولة والأعراض الاكتئابية، كما تتفق مع نتائج بحث Mal-Sarkar et al.(2021) التي أشارت إلى وجود تأثير مباشر للصدمة الطفولة على الأعراض الاكتئابية بنسبة 24% والذي يعني زيادة الأعراض الاكتئابية.

كما تتفق نتيجة الفرض **الرابع** مع نتائج بحث Wei et al. (2021) التي أشارت إلى وجود ارتباط بين صدمة الطفولة والأعراض الاكتئابية، ونتائج بحث Jenkins et al. (2021) التي أشارت إلى وجود ارتباط بين صدمة الطفولة والاكتئاب، ونتائج بحث Vieira et al. (2020) التي أشارت إلى وجود ارتباط بين صدمة الطفولة والأعراض الاكتئابية، ونتائج بحث Wang et al. (2020a) التي أشارت إلى وجود ارتباط إيجابي بين صدمة الطفولة والأعراض الاكتئابية.

كما تتفق نتيجة الفرض **الرابع** مع نتائج بحث أبو العلا وياسين (2020) والتي أشارت إلى أن خبرات الإساءة (جسمية- نفسية- جنسية) في الطفولة تتنبأ بالاكتئاب في المراهقة حيث إن خبرات الإساءة (جسمية – نفسية – جنسية) في الطفولة تفسر 76.7% من ظهور الاكتئاب في المراهقة. كما تتفق مع نتائج بحث Zhang et al. (2018) التي أشارت إلى وجود علاقة بين صدمة الطفولة والأعراض الاكتئابية. ويؤكد ذلك بحث Grigsby et al. (2020) الذي أشار إلى أن الاكتئاب مؤشر قوي ناتج عن تجارب الطفولة الضارة لدى طلاب الجامعة

وقد ترجع نتيجة الفرض **الرابع** إلى أن تعرض الطفل إلى خبرات سيئة وصادمة في حياته تجعله أكثر عرضه للإصابة بالعديد من المشكلات النفسية والاجتماعية والسلوكية

والاضطرابات خاصة اضطرابات المزاج حيث يصبح الفرد غير قادر على تحمل ضغوطات الحياة وأزماتها، خاصة أذا كانت الخبرات السيئة نابعة من البيئة الأسرية التي تعتبر مصدر الحب والحنان للطفل الأمر الذي يؤدي به إلى آثار دائمة طوال حياته، ويؤكد ذلك العديد من البحوث التي أشارت إلى أن صدمة الطفولة من عوامل الخطر الرئيسية للاكتئاب. من البحوث التي أشارت إلى أن صدمات الطفولة ترتبط ارتباطًا وثيقًا بالاكتئاب اللاحق في الحياة(Kounou etal.,2013; Korkeila et al., 2010; Kessler., 2010) ، كما قد تؤدي صدمة الطفولة إلى مجموعة من النتائج السلبية على الصحة العقلية، مثل الاكتئاب والقلق واضطراب ما بعد الصدمة واضطراب الشخصية المعادية للمجتمع (Ballard et al.,2015; Burns, et al.,2016; McLafferty, et al.,2019; Van Dam et al.,2015).

كما أن تعرض الطفل إلى الإساءة الجسدية في مرحلة الطفولة ترتبط بالاكتئاب والقلق قي الحياة اللاحقة(Lindert et al., 2014) ، كما أن خبرات الحياة الصادمة في الطفولة الناتجة عن سوء المعاملة الاجتماعية والنفسية والأسرية تؤدي إلى ظهور سلوكيات تدمير الذات وسلوكيات غير توافقية، إضافة إلى الاكتئاب والقلق والكوابيس المتكررة والغضب والعدوانية وضعف الثقة بالنفس والانسحاب والعزلة الاجتماعية (عبدات، 2010). ويؤكد ذلك نتائج بحث Shao et al. (2021) التي أشارت إلى أن صدمة الطفولة عامل خطر للأعراض الاكتئابية.

كما أن عدم اشباع الحاجات النفسية للطفل كالحاجة إلى الحب والحنان والشعور بالأمن والانتماء تشعر الطفل بالحرمان الانفعالي والإهمال العاطفي والذي يعد من المنبئات بظهور الأعراض الاكتائبية في المراهقة. ويؤكد ذلك بحث العماري(2017)الذي أشار إلى وجود ارتباط قوي بين الحاجات النفسية للطفل والأعراض الاكتئابية حيث احتلت الحاجة إلى الأمن والانتماء والحاجة إلى الحب المراتب الثلاثة الأولي في علاقتها بالأعراض الاكتئابية.

وتؤكد ذلك نظرية التحليل النفسي التي أشارت إلى أن الاكتئاب ما هو ألا حنق، وغضب بسبب الإحباط وخيبة الأمل في إشباع الحاجة للحب، حيث يحدث الاكتئاب نتيجة العجز عن تحقيق الحاجات، أو الطموحات والفشل في إرضاء أو لإحباط أي حاجة من الحاجات الثلاثة مثل الحاجة للحب والأمان والحاجة لمنح الحب (فضلا عن الحصول على

الحب) (إبراهيم، 2008، 74)، ومثل هذه الحاجات محروم منها الفرد الذي يعاني في طفولته من إساءة جسدية أو انفعالية أو إهمال جسدي أو إهمال انفعالي.

**وتشير نتيجة الفرض الخامس** إلى أن التحيز المعرفي يسهم في التنبؤ بالأعراض الاكتئابية لدى طلاب الجامعة، وتتفق نتيجة هذا الفرض مع نتائج بحث Platt et al. (2017) التي توصلت إلى دور تحيز الانتباه وتحيز التفسير في ظهور الأعراض الاكتئابية لدي الشباب، كما أشار بحث Everaert et al. (2017) إلى ارتباط التحيز المعرفي (الانتباه – التفسير) بالأعراض الاكتئابية بشكل مباشر وغير مباشر.

كما تتفق نتيجة هذا الفرض مع نتائج بحث Nieto et al. (2020) التي أشارت إلى وجود ارتباط بين تحيز التهويل وتحيز التفسير والأعراض الاكتئابية. ونتائج بحث Łosiak et al. (2019) التي أشارت إلى وجود علاقة بين التحيز المعرفي والأعراض الاكتئابية.

وقد ترجع نتيجة هذا الفرض إلى دور العوامل المعرفية في حياة الفرد حيث إن المعارف السلبية المشوهة التي يكتسبها الفرد نتيجة أحداث الحياة الضاغطة والصادمة قد تؤدي إلى ظهور وتطور الأعراض الاكتئابية في مراحل النمو اللاحقة، كما تري النظريات المعرفية أن اضطرابات التفكير تؤثر على الحالة المزاجية والوجدانية للفرد، ويؤكد ذلك بحث كل من Strunk and Adler (2009) الذي أشار إلى وجود علاقة بين الاكتئاب والتحيز المعرفي السلبي. كما أشار Simth et al. (2018) إلى أن التحيزات المعرفية السلبية لمعالجة المعلومات تعمل كآليات تكمن وراء الضعف المعرفي مما يؤدي إلى ظهور وتطور الاكتئاب والحفاظ عليه.

كما أن التحيزات في المعالجة المعرفية للمعلومات تتفاعل مع أحداث الحياة السلبية أو الضاغطة وتجعل الفرد عرضه للأفكار التلقائية السلبية حول الذات والعالم والمستقبل (الثالوث المعرفي) والمزاج السلبي المصاحب لذلك وهو ظهور الأعراض الاكتئابية لدى الفرد.

**وتشير نتيجة الفرض السادس** إلى أن صدمة الطفولة تسهم في التنبؤ بالتحيز المعرفي لدى أفراد عينة البحث من طلاب الجامعة، وتتفق نتيجة هذا الفرض مع نتائج بحث Croft et al. (2021) التي أشارت إلى وجود علاقة بين صدمة الطفولة والتحيز المعرفي من خلال مراجعة 26 من البحوث السابقة على محركات البحث تناولت عينات من طلاب

الجامعة وطلاب المرحلة الثانوية والراشدين، ونتائج بحث Frydecka et al. (2020) التي أشارت إلى وجود علاقة بين صدمة الطفولة والتحيز المعرفي.

وقد ترجع نتيجة هذا الفرض إلى أن صدمة الطفولة تترك العديد من النتائج النفسية السلبية على المراهقين والشباب حيث تؤثر سلباً على الصحة النفسية والصحة البدنية والوظائف المعرفية والأداء الأكاديمي، حيث إن صدمة الطفولة تؤدي إلى تشويهات في الأساليب المعرفية لدى الفرد مما يؤدي إلى تشويه في الادراك والانتباه وينعكس بدوره على قدرته على معالجة المعلومات.

كما أن تعرض الفرد للعديد من الصدمات تؤثر بشكل كبير على الادراك والتفسير والذاكرة حيث تجعل الفرد يفسر الموقف الذي يمر بها بما يتناسب مع رغبته في التخلص من الألم لنفسي النابع من الصدمة، كما يميل الفرد إلى تذكر الأحداث السعيدة في حياته أكثر من تذكر الأحداث المؤلمة مما يؤدي إلى التحيز المعرفي.

وتشير **نتائج الفرض السابع** إلى وجود نموذج بنائي يفسر العلاقة بين صدمة الطفولة و الأعراض الاكتئابية في وجود التحيز المعرفي كعامل وسيط لدى طلاب الجامعة، وتتفق نتيجة هذا الفرض مع نتائج الفرض الرابع والخامس والسادس الذي أشار إلى أن صدمة الطفولة تتنبأ بالأعراض الاكتئابية، كما أن التحيز المعرفي يتنبأ بالأعراض الاكتئابية، كما أن صدمة الطفولة تتنبأ بالتحيز المعرفي لدى طلاب الجامعة.

وتعني نتيجة هذا الفرض أنه كلما زاد التحيز المعرفي لدى طلاب الجامعة أسهم في تفسير صدمات الطفولة بشكل سلبي مما يسهم في ظهور الأعراض الاكتئابية لدى طلاب الجامعة، أي أن التحيز المعرفي يعمل على زيادة التأثيرات غير المباشرة لصدمة الطفولة على ظهور الأعراض الاكتئابية. ويؤكد ذلك بحث(2021) Sfärlea et al. الذي أشار إلى وجود تأثير مباشر وغير مباشر للتحيز المعرفي على الأعراض الاكتئابية.

وقد ترجع نتيجة هذا الفرض إلى أن الأساليب المعرفية التي يتبناها الفرد تلعب تأثير حاسم على الارتباط بين صدمات الطفولة والاكتئاب اللاحق في الحياة، فتقييم الفرد للظروف التي يمر بها تعكس بشكل كبير تكيفه مع الموقف الذي يسهم في تطور الأعراض الاكتئابية لديه، وتؤكد ذلك نتائج بحث Łosiak, et al. (2019) التي أشارت إلى الدور الوسيط للتحيز المعرفي والاجترار بين أحداث الحياة السلبية والأعراض الاكتئابية لدى عينة من الشباب. كما أن العجز المعرفي والتحيز في معالجة المعلومات يؤدي إلى إضعاف قدرة

الفرد على إعادة تفسير أحداث الحياة بمرونة وبشكل تكيفي مما يجعله أكثر عرضة للإصابة بالاكتئاب. ونتائج بحث Perez and Rohan (2021) التي أشارت إلى أن التحيز المعرفي يتوسط العلاقة بين أحداث الحياة الضاغطة والأعراض الاكتئابية.

ويمكن تفسير نتيجة هذا الفرض وفقًا لنموذج بيك للاكتئاب حيث يطور الأفراد في وقت مبكر من الحياة مخططات معرفية كامنة يتم تنشيطها عند مواجهة الضغوط البيئية ذات الصلة بمحتويات تلك المخططات، وعندما يتم تشغيل المحتويات السلبية لهذه المخططات المعرفية من خلال أحداث داخلية أو خارجية فإن العمليات النفسية كالذاكرة والتفسير والانتباه تعمل تحيزات معرفية سلبية مثل الاستدلالات التعسفية تؤدي هذه العمليات إلى أفكار مختلة متحيزة نحو الذات والعالم والمستقبل أي الثالوث المعرفي للاكتئاب.

وقد ترجع نتيجة هذا الفرض إلى صدمة الطفولة حيث إن تجارب الحياة المبكرة السلبية تساهم في تكوين مواقف مختلة وظيفية مدمجة في الهياكل المعرفية (الضعف المعرفي) ومن خلال تفاعلها مع أحداث الحياة اليومية تنتج تحيزات معرفية وتفسيرات متحيزة سلبيًا مما يؤدي إلى ظهور الأعراض الاكتئابية، وهذا يعني أن الاحداث السلبية المتراكمة والشديدة (صدمات الطفولة) تؤثر على معالجة المعلومات لدى الفرد من خلال الاجترار وزيادة التقييمات السلبية مما يؤدي إلى زيادة التقييمات المعرفية ذات الدلالة العاطفية وخفض إعادة تقييم التفسيرات السلبية مما يتوج هذه العمليات بالأعراض الاكتئابية.

ويمكن تفسير هذا الفرض في ضوء نظرية الاستعداد –للضغط بمعني أن تعرض الفرد لموقف ضاغط أو صدمات مؤلمة في حياته تجعله يقيم أحداث الحياة بشكل سلبي (التحيز في الادراك الاجتماعي والادراك الذاتي– والتحيز في التفسير– وعدم المرونة في المعتقدات) مما يزيد من ظهور الأعراض الاكتئابية لديه أكثر غيره الذي لا يتعرض لصدمات في حياته. حيث يشير نموذج الضغوط والضعف المعرفي Cognitive Vulnerability–Stress Models إلى أن الاكتئاب هو نتيجة تفاعل بين عوامل الضعف المعرفي وأحداث الحياة الضاغطة(Perez & Rohan, 2021) .

**توصيات البحث:**

1. توعية الآباء والأمهات بأهمية أساليب التنشئة الاجتماعية والمعاملة الوالدية على أبنائهم، وخطورة الأساليب السلبية التي تسبب لهم العديد من الصدمات وتسهم بدورها في تطور الاضطرابات النفسية والمزاجية.

2. تصميم برامج إرشادية لطلاب الجامعة لخفض حدة صدمات الطفولة والأعراض الاكتئابية.
3. توعية الطلاب والأبناء بأهمية التفكير الجيد وعدم التسرع في اتخاذ القرارات حتى لا تؤدي إلى ارتفاع مستويات التحيز المعرفي لديهم.
4. تدريب الطلاب على تنوع أساليب التفكير والتعلم الأمر الذي يسهم في خفض التحيزات المعرفية لديهم.
5. تصميم برامج إرشادية لطلاب الجامعة لخفض مستوي التحيز المعرفي، والتعرف على آثاره على اتخاذ القرارات ومدي اسهامه في ظهور العديد من الاضطرابات النفسية.

**البحوث المقترحة:**

1. العلاقة بين صدمة الطفولة واضطرابات الشخصية.
2. النموذج البنائي لصدمة الطفولة والمرونة النفسية واضطراب القلق.
3. مدي إسهام صدمة الطفولة في التنبؤ باضطراب الهوية.
4. العلاقة بين التحيز المعرفي وسمات الشخصية.

**المراجع:**


إبراهيم، عبد الستار (2008). *الاكتئاب والكدر النفسي فهمه وأساليب علاجه منظور معرفي- نفسي*، ط2. القاهرة. دار الكتاب للطباعة والنشر والتوزيع.

أبو العلاء، شيماء، ياسين، حمدي محمد(2020). خبرات الإساءة في الطفولة كمتغيرات منبئة بالاكتئاب لدى المراهقين. *مجلة البحث العلمي في الآداب*، 21(6)، 418- 445.

جريش، إيمان عطية حسين منصور (2017). الأعراض الاكتائبية وعلاقتها بالألكسيثيميا والمخططات المعرفية اللاتكيفية لدى طالبات الجامعة. *دراسات تربوية ونفسية*، كلية التربية – جامعة الزقازيق، 96، 141- 229.

الحريري، أحمد سعيد (2017). تقدير درجة أنواع من إساءة معاملة الأطفال في المرحلة الابتدائية والفروق فيما بينها. *مجلة البحوث الأمنية*، 66(26)، 65-117.

الحموري، فراس (2017). التحيزات المعرفية لدى طلبة جامعة اليرموك وعلاقتها بالجنس والتحصيل الأكاديمي. *المجلة الأردنية في العلوم التربوية*، الأردن، 13(1)، 1-14.

العادلي، عذراء خالد عبد الأمير (2017). *الانحياز المعرفي وعلاقته بالأسلوب المعرفي (العياني- التجريدي) لدى طلبة الجامعة*. رسالة ماجستير. كلية التربية، جامعة القادسية.

عبد الخالق، أحمد، وكاظم، علي، عيد، غادة (2011). العوامل المنبئة بمستويات بعض الأعراض الاكتئابية لدي عينتين من الأطفال والمراهقين الكويت وعمان. *مجلة جامعة دمشق*، 27، (3-4)، 106- 229.

عبد الرحمن، محمد (2002). *دراسات في الصحة النفسية*، الجزء الثاني، القاهرة: دار قباء.

عبدات، روحي مروح (2010). الإساءة النفسية والاجتماعية تجاه الأطفال المعاقين بالإمارات العربية المتحدة في ضوء بعض المتغيرات. *مجلة الطفولة العربية*، (45)، 68- 98.

عزيز، أوان كاظم، صالح، عامر مهدي (2019). التحيز المعرفي وعلاقته بمستوي الطموح لدى طلبة الجامعة، *مجلة جامعة تكريت للعلوم الإنسانية*، 26(10)، 272- 249.

علي، ولاء ربيع مصطفي، عبده، نرمين محمود (2019). إسهام بعض أبعاد التحيز المعرفي في التنبؤ بالقلق الاجتماعي لدى المراهقين. *مجلة جامعة الفيوم للعلوم التربوية والنفسية*، 12(1)، 453 -520.

العماري، إبراهيم محمد عبيد الله (2017). الأعراض الاكتئابية لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية وعلاقتها بالحاجات النفسية. *مجلة العلوم والدراسات الإنسانية*، كلية الآداب والعلوم بالمرج-جامعة بنغازي، 41، 0-19.

غريب، عبد الفتاح غريب (2000). *مقياس الاكتئاب (د-2)BDI_II التعليمات ودراسات الصدق والثبات وقوائم المعايير والدرجات الفاصلة*. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

غريب، عبد الفتاح غريب (2004). المواصفات السيكومترية لقائمة بيك الثانية للاكتئاب في البيئية المصرية. في: غريب عبد الفتاح غريب (محرر)، *بحوث في الصحة النفسية*.18-50. القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.

غريب، عبد الفتاح غريب (2007). الاضطرابات الاكتئابية التشخيص –عوامل الخطر–النظريات والقياس. *المجلة المصرية للدراسات النفسية*، 17، (56)، 39-97.

محمود، سماح محمود إبراهيم (2020). فعالية برنامج تدريبي قائم على نموذج تجهيز المعلومات الاجتماعية في تعديل التحيزات المعرفية وتحسين الاندماج الجامعي لدى طلاب السنة الأولي بالمرحلة الجامعية. *المجلة التربوية*، جامعة سوهاج–كلية التربية، 80، 749-829.

الوليدي، على محمد، وأرنوط، بشري إسماعيل (2017). خبرات الإساءة النفسية في مرحلة الطفولة وعلاقتها باضطراب التشوه الوهمي للجسد لدى طلبة جامعة الملك خالد بالمملكة العربية السعودية، *مجلة دراسات عربية*، 16(1)، 49- 105.

الياسري، سري أسعد فاخر (2017). *التحيز المعرفي وعلاقته بالسيطرة المعرفية لدى طلبة الجامعة*. رسالة ماجستير، كلية التربية للعلوم الإنسانية، جامعة كربلاء، العراق.

AlKhars, M., Evangelopoulos, N., Pavur, R., & Kulkarni, S. (2019). Cognitive biases resulting from the representativeness heuristic in operations management: an experimental investigation. *Psychology research and behavior management*, *12*, 263- 276.

Akcan, G., Öztürk, E., & Erdoğan, B. (2021). The investigation of the mediating role of coping trategies on the relationship between childhood traumas, depression and alcohol use disorder in university students. *Journal of Substance Abuse Treatment*, *123*, 108305.1-8.

Aloba, O., Opakunle, T., & Ogunrinu, O. (2020). Childhood Trauma Questionnaire-Short Form (CTQ-SF): dimensionality, validity, reliability and gender invariance among Nigerian adolescents. *Child abuse & neglect*, *101*, 104357.

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Washington, DC: Author

Anda, R. F., Croft, J. B., Felitti, V. J., Nordenberg, D., Giles, W. H., Williamson, D. F., & Giovino, G. A. (1999). Adverse childhood experiences and smoking during adolescence and adulthood. *Jama*, *282*(17), 1652-1658.

Anda, R. F., Felitti, V. J., Bremner, J. D., Walker, J. D., Whitfield, C. H., Perry, B. D., & Giles, W. H. (2006). The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, *256*(3), 174-186.

Arabaci, L. B., Arslan, A. B., Dagli, D. A., & Tas, G. (2021). The relationship between university students' childhood traumas and their body image coping strategies as well as eating attitudes. *Archives of Psychiatric Nursing*, *35*(1), 66-72.

Ariely, D. (2008). *Predictably irrational: The hidden forces that shape our decisions*. New York: Harper Collins. doi:10.5465/AMP.2009.37008011.

Armstrong, T., & Olatunji, B. O. (2012). Eye tracking of attention in the affective disorders: A meta-analytic review and synthesis. *Clinical Psychology Review*, *32*(8), 704–723

Ballard, E. D., Van Eck, K., Musci, R. J., Hart, S. R., Storr, C. L., Breslau, N., et al. (2015). Latent classes of childhood trauma exposure predict the development of behavioral health outcomes in adolescence and young adulthood. *Psychological Medicine, 45*, 3305–3316.

Barlow, D. H., & Carl, J. R. (2011). The future of clinical psychology: Promises, perspectives, and predictions. In D. H. Barlow (Ed.). *The oxford handbook of clinical psychology (updated)*New York, NY: Oxford University Presshttp://doi.org/10.1093/ oxfordhb/9780195366884.013.0039.

Bechdolf, A., Thompson, A., Nelson, B., Cotton, S., Simmons, M. B., Amminger, G. P., Yung, A. R. (2010). Experience of trauma and conversion to psychosis in an ultra-high-risk (prodromal) group. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 121(5), 377–384. https://doi.org/10.1111/j. 1600-0447.2010.01542.x

Beck, A. T., & Bredemeier, K. (2016). A unified model of depression: Integrating clinical, cognitive, biological, and evolutionary perspectives. *Clinical Psychological Science*, *4*(4), 596-619.

Beevers, C. G. (2005). Cognitive vulnerability to depression: A dual process model. *Clinical psychology review*, *25*(7), 975-1002.

Beevers, C. G., & Miller, I. W. (2004). Perfectionism, cognitive bias, and hopelessness as prospective predictors of suicidal ideation. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *34*(2), 126-137.

Belsky, J., & Pluess, M. (2009). Beyond diathesis stress: differential susceptibility to environmental influences. *Psychological bulletin*, *135*(6), 885.

Bernstein, D. P., Ahluvalia, T., Pogge, D., & Handelsman, L. (1997). Validity of the Childhood Trauma Questionnaire in an adolescent psychiatric population. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *36*(3), 340-348.

Bernstein, D. P., Fink, L., Handelsman, L., Foote, J., Lovejoy, M., Wenzel, K., & Ruggiero, J. (1994). Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *The American journal of* psychiatry, 151(8) ,1132–1136.

Bernstein, D. P., Stein, J. A., Newcomb, M. D., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T., & Zule, W. (2003). Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child abuse & neglect*, *27*(2), 169-190.

Bernstein, D., & Fink, L. (1998). *Childhood Trauma Questionnaire: A retrospective self-report*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation

Blanco, C., Okuda, M., Wright, C., Hasin, D. S., Grant, B. F., Liu, S. M., & Olfson, M. (2008). Mental health of college students and their non–college-attending peers: results from the national epidemiologic study on alcohol and related conditions. *Archives of general psychiatry*, *65*(12), 1429-1437.

Bomyea, J., Johnson, A., & Lang, A. J. (2017). Information processing in PTSD: Evidence for biased attentional, interpretation, and memory processes. *Psychopathology Review*, *4*(3), 218-243.

Bortolato, B., Kohler, C.A., Evangelou, E., Leon-Caballero, J., Solmi, M., Stubbs, B., Belbasis, L., Pacchiarotti, I., Kessing, L.V., Berk, M., Vieta, E., Carvalho, A.F., (2017). Systematic assessment of environmental risk factors for bipolar disorder: an umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. *Bipolar Disorder* 19, 84–96.

Browning, M., Blackwell, S. E., & Holmes, E. A. (2013). The Use of Cognitive Bias Modification and Imagery in the Understanding and Treatment of Depression. *Current Topics in Behavioral Neurosciences, 14*, 243-260. doi: 10.1007/7854_2012_212

Buckley, T. C., Blanchard, E. B., & Neill, W. T. (2000). Information processing and PTSD: A review of the empirical literature. *Clinical psychology review*, *20*(8), 1041-1065.

Buchanan, G., Gewirtz, A. H., Lucke, C., & Wambach, M. R. (2020). The Concept of Childhood Trauma in Psychopathology: Definitions and Historical Perspectives. In *Childhood Trauma in Mental Disorders* (pp. 9-26). Springer, Cham.

Bukhari, S. R., & Khanam, S. J. (2015). Prevalence of depression in university students belonging to different socioeconomic status. *Journal of Postgraduate Medical Institute*, 29, 156–159.

Burns, C. R., Lagdon, S., Boyda, D., & Armour, C. (2016). Interpersonal polyvictimization and mental health in males. *Journal of Anxiety Disorders, 40*, 75–82.

Castro, M. (2019). Level of Cognitive Biases of Representativeness and Confirmation in Psychology Students of Three Bío-Bío Universities. *Journal of Educational Psychology-Propositos y Representaciones*, *7*(2), 225-239.

Çetinkaya, H. Z., Alpar, G., & Arıcak, O. T. (2017). Moderating Effect of Resilience between Childhood Trauma and Depression, Rumination in Turkish University Students. In *Yeni Symposium*, 55 (. 4), 10-17.

Ceyhan, A. A., Ceyhan, E., & Kurtyılmaz, Y. (2009). Investigation of University Students' Depression. *Eurasian Journal of Educational Research (EJER)*, (36).75-90

Chan, M. W., Ho, S. M., Law, L. S., & Pau, B. K. (2013). A visual dot-probe task as a measurement of attentional bias and its relationship with the symptoms of posttraumatic stress

disorder among women with breast cancer. *Advances in Cancer: Research & Treatment*, *2013*, 813339. doi: 10.5171/2013.813339

Chan, M., Ho, S., Tedeschi, R., & Leung, C. (2011). The valence of attentional bias and cancer-related rumination in posttraumatic stress and posttraumatic growth among women with breast cancer. *Psycho-Oncology, 20*, 544-552.

Chang, E. C., Yu, T., Chang, O. D., & Hirsch, J. K. (2016). Hope and trauma: Examining a diathesis-stress model in predicting depressive and anxious symptoms in college students. *Personality and Individual Differences*, *96*, 52-54.

Choi, N. G., DiNitto, D. M., Marti, C. N., & Choi, B. Y. (2017). Association of adverse childhood experiences with lifetime mental and substance use disorders among men and women aged 50+ years. *International Psychogeriatrics*, 29, 359–372.

Christensson, A., Vaez, M., Dickman, P. W., & Runeson, B. (2011). Self-reported depression in first-year nursing students in relation to socio-demographic and educational factors: a nationwide cross-sectional study in Sweden. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *46*(4), 299-310.

Connolly, S. L., Abramson, L. Y., & Alloy, L. B. (2016). Information processing biases concurrently and prospectively predict depressive symptoms in adolescents: Evidence from a self-referent encoding task. *Cognition and Emotion*, *30*(3), 550-560.

Copeland, W. E., Keeler, G., Angold, A., & Costello, E. J. (2007). Traumatic events and posttraumatic stress in childhood. *Archives of General Psychiatry, 64*, 577–584.

Costello, E. J., Foley, D. L., & Angold, A. (2006). 10-year research update review: the epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders: II. Developmental epidemiology. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *45*(1), 8-25.

Croft, J., Martin, D., Madley-Dowd, P., Strelchuk, D., Davies, J., Heron, J., & Zammit, S. (2021). Childhood trauma and

cognitive biases associated with psychosis: A systematic review and meta-analysis. *PloS one*, *16*(2), e0246948.

De Raedt, R., & Koster, E. (2010). Understanding vulnerability for depression from a cognitive neuroscience perspective: A reappraisal of attentional factors and a new conceptual framework. *Cognitive, Affective, & Behavioral Neuroscience, 1*, 50-70. doi: 10.3758/cabn.10.1.50

Ding, H., Han, J., Zhang, M., Wang, K., Gong, J., & Yang, S. (2017). Moderating and mediating effects of resilience between childhood trauma and depressive symptoms in Chinese children. *Journal of affective disorders*, *211*, 130-135.

Dube, S. R., Anda, R. F., Felitti, V. J., Edwards, V. J., & Croft, J. B. (2002). Adverse childhood experiences and personal alcohol abuse as an adult. *Addictive behaviors*, *27*(5), 713-725.

Ege, M. A., Messias, E., Thapa, P. B., & Krain, L. P. (2015). Adverse childhood experiences and geriatric depression: Results from the 2010 BRFSS. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 23, 110– 114.

Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour research and therapy*, *38*(4), 319-345.

Everaert, J., Grahek, I., Duyck, W., Buelens, J., Van den Bergh, N., & Koster, E. H. (2017). Mapping the interplay among cognitive biases, emotion regulation, and depressive symptoms. *Cognition and Emotion*, *31*(4), 726-735.

Everaert, J., Duyck, W., & Koster, E. H. (2014). Attention, interpretation, and memory biases in subclinical depression: a proof-of-principle test of the combined cognitive biases hypothesis. *Emotion, 14*, 331-340. doi: 10.1037/a0035250

Everaert, J., Tierens, M., Uzieblo, K., & Koster, E. H. W. (2013). The indirect effect of attention bias on memory via interpretation bias: Evidence for the combined cognitive bias hypothesis in subclinical depression. *Cognition & Emotion*, *27*(8), 1450–1459.

Fong, M. C., Measelle, J., Conradt, E., & Ablow, J. C. (2017). Links between early baseline cortisol, attachment classification, and problem behaviors: A test of differential

susceptibility versus diathesis-stress. *Infant Behavior and Development*, *46*, 158-168.

Frydecka, D., Misiak, B., Kotowicz, K., Pionke, R., Krężołek, M., Cechnicki, A., & Gawęda, Ł. (2020). The interplay between childhood trauma, cognitive biases, and cannabis use on the risk of psychosis in nonclinical young adults in Poland. *European Psychiatry*, *63*(1), 1-9.

Gawęda, Ł., Pionke, R., Krężołek, M., Frydecka, D., Nelson, B., & Cechnicki, A. (2020). The interplay between childhood trauma, cognitive biases, psychotic-like experiences and depression and their additive impact on predicting lifetime suicidal behavior in young adults. *Psychological medicine*, *50*(1), 116-124.

Gawęda, Ł., Prochwicz, K., Krężołek, M., Kłosowska, J., Staszkiewicz, M., & Moritz, S. (2018). Self-reported cognitive distortions in the psychosis continuum: a Polish 18-item version of the Davos Assessment of Cognitive Biases Scale (DACOBS-18). *Schizophrenia research*, *192*, 317-326.

Gershon, A., Sudheimer, K., Tirouvanziam, R., Williams, L. M., & O'Hara, R. (2013). The long-term impact of early adversity on late-life psychiatric disorders. *Current psychiatry reports*, *15*(4), 352.

Gibson, L. E., Reeves, L. E., Cooper, S., Olino, T. M., & Ellman, L. M. (2019). Traumatic life event exposure and psychotic-like experiences: A multiple mediation model of cognitive-based mechanisms. *Schizophrenia research*, *205*, 15-22.

Ghandour, R. M., Sherman, L. J., Vladutiu, C. J., Ali, M. M., Lynch, S. E., Bitsko, R. H., & Blumberg, S. J. (2019). Prevalence and treatment of depression, anxiety, and conduct problems in US children. *Jornal de Pediatria*, *206*(256–267), e253. https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2018.09.021

Goodman, R. (2017). Contemporary trauma theory and trauma-informed care in substance use disorders: A conceptual model for integrating coping and resilience. *Advances in Social Work*, *18*(1), 186-201.

Gotlib, I. H., & Joormann, J. (2010). Cognition and depression: Current status and future directions. *Annual Review of Clinical Psychology*, *6*, 285–312

Grigsby, T. J., Rogers, C. J., Albers, L. D., Benjamin, S. M., Lust, K., Eisenberg, M. E., & Forster, M. (2020). Adverse childhood experiences and health indicators in a young adult, college student sample: Differences by gender. *International journal of behavioral medicine*, *27*(6), 660-667.

Harkness, K.L., Bruce, A.E., Lumley, M.N., (2006). The role of childhood abuse and neglect in the sensitization to stressful life events in adolescent depression. J. Abnorm. Psychol. 115, 730–741.

Hasan, M. T., Hossain, S., Gupta, R. D., Podder, V., Mowri, N. A., Ghosh, A., & Islam, N. (2020). Depression, sleeping pattern, and suicidal ideation among medical students in Bangladesh: a cross-sectional pilot study. *Journal of Public Health*, 1-9.

Heim, C., Newport, D.J., Mletzko, T., Miller, A.H., Nemeroff, C.B., (2008). The link between childhood trauma and depression: insights from HPA axis studies in humans. *Literature Review* ,33, 693–710.

Herbison, C. E., Allen, K., Robinson, M., Newnham, J., & Pennell, C. (2017). The impact of life stress on adult depression and anxiety is dependent on gender and timing of exposure. *Development and psychopathology*, *29*(4), 1443-1454.

Herbison, C., Allen, K., Robinson, M., Newnham, J., & Pennell, C. (2017). The impact of life stress on adult depression and anxiety is dependent on gender and timing of exposure. *Dev. Psychopathol*. 29, 1443–1454. doi: 10.1017/ S0954579417000372

Hetolang, L. T., & Amone-P'Olak, K. (2018). The associations between stressful life events and depression among students in a university in Botswana. *South African journal of psychology*, *48*(2), 255-267.

Hilbert, M. (2012). Toward a synthesis of cognitive biases: how noisy information processing can bias human decision making. *Psychological bulletin*, *138*(2), 211-237.

Hillis, S. D., Anda, R. F., Felitti, V. J., & Marchbanks, P. A. (2001). Adverse childhood experiences and sexual risk behaviors in women: a retrospective cohort study. *Family planning perspectives*, 206-211.

Holmes, W. C., & Sammel, M. D. (2005). Brief communication: Physical abuse of boys and possible associations with poor adult outcomes. *Annals of internal medicine*, *143*(8), 581-586.

Hosang, G. M., Fisher, H. L., Hodgson, K., Maughan, B., & Farmer, A. E. (2018). Childhood maltreatment and adult medical morbidity in mood disorders: comparison of unipolar depression with bipolar disorder. *The British Journal of Psychiatry*, *213*(5), 645-653.

Ibrahim, A. K., Kelly, S. J., Adams, C. E., & Glazebrook, C. (2013). A systematic review of studies of depression prevalence in university students. *Journal of psychiatric research*, *47*(3), 391-400.

Infurna, M. R., Reichl, C., Parzer, P., Schimmenti, A., Bifulco, A., & Kaess, M. (2016). Associations between depression and specific childhood experiences of abuse and neglect: A meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 190, 47-55.

Islam, S., Akter, R., Sikder, T., & Griffiths, M. D. (2020). Prevalence and factors associated with depression and anxiety among first-year university students in Bangladesh: a cross-sectional study. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 1-14.

Janiri, D., Sani, G., Piras, F., & Spalletta, G. (2020). Introduction on Childhood Trauma in Mental Disorders: A Comprehensive Approach. In *Childhood Trauma in Mental Disorders* (pp. 3-7). Springer, Cham.

Jenkins, L., McNeal, T., Drayer, J., & Wang, Q. (2021). Childhood trauma history and negative social experiences in college. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, *14*(1), 103-113.

Johnson, D. P., Whisman, M. A., Corley, R. P., Hewitt, J. K., & Rhee, S. H. (2012). Association between depressive symptoms and negative dependent life events from late childhood to adolescence. *Journal of abnormal child psychology*, *40*(8), 1385-1400.

Ju, Y. J., Kim, W., Oh, S. S., & Park, E. C. (2019). Solitary drinking and the risk of depressive symptoms and suicidal ideation in college students: Findings from a nationwide survey in Korea. *Journal of affective disorders*, *257*, 710-715.

Ju, Y., Wang, M., Lu, X., Sun, J., Dong, Q., Zhang, L., Lui, B., Liu, J., Yan, D., Guo, H., Zhao, F., Liao, M., Zhang, X., Zhang, Y & Li, L. (2020). The effects of childhood trauma on the onset, severity and improvement of depression: The role of dysfunctional attitudes and cortisol levels. *Journal of Affective Disorders*, *276*, 402-410.

Kessler, R. C., McLaughlin, K. A., Green, J. G., Gruber, M. J., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., & Williams, D. R. (2010). Childhood adversities and adult psychopathology in the WHO World Mental Health Surveys. *The British journal of psychiatry*, *197*(5), 378-385.

Kircanski, K., Joormann, J., & Gotlib, I. H. (2012). Cognitive aspects of depression. *Wiley Interdisciplinary Reviews: Cognitive Science*, *3*(3), 301-313.

Kisely, S., Abajobir, A. A., Mills, R., Strathearn, L., Clavarino, A., & Najman, J. M. (2018). Child maltreatment and mental health problems in adulthood: birth cohort study. *The British Journal of Psychiatry*, *213*(6), 698-703.

Klinedinst, N. J., & Regenold, W. T. (2015). A mitochondrial bioenergetic basis of depression. *Journal of bioenergetics and biomembranes*, *47*(1-2), 155-171.

Korkeila, J., Vahtera, J., Nabi, H., Kivimäki, M., Korkeila, K., Sumanen, M., & Koskenvuo, M. (2010). Childhood adversities, adulthood life events and depression. *Journal of affective disorders*, *127*(1-3), 130-138.

Kounou, K. B., Bui, E., Dassa, K. S., Hinton, D., Fischer, L., Djassoa, G., & Schmitt, L. (2013). Childhood trauma, personality disorders symptoms and current major depressive disorder in Togo. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, *48*(7), 1095-1103.

Kumar, G. S., Jain, A., & Hegde, S. (2012). Prevalence of depression and its associated factors using Beck Depression

Inventory among students of a medical college in Karnataka. *Indian journal of Psychiatry*, *54*(3), 223-226.

Kundu, S., Bakchi, J., Al Banna, M. H., Sayeed, A., Hasan, M. T., Abid, M. T., & Khan, M. S. I. (2021). Depressive symptoms associated with loneliness and physical activities among graduate university students in Bangladesh: findings from a cross-sectional pilot study. *Heliyon*, *7*(3), e06401.

Lang, C. M., & Sharma-Patel, K. (2011). The relation between childhood maltreatment and self-injury: A review of the literature on conceptualization and intervention. *Trauma, Violence, & Abuse*, *12*(1), 23-37.

Lei, X. Y., Xiao, L. M., Liu, Y. N., & Li, Y. M. (2016). Prevalence of depression among Chinese university students: A meta-analysis. *PLoS ONE*, *11*(4), e0153454.

Leppänen, J. M. (2006). Emotional information processing in mood disorders: a review of behavioral and neuroimaging findings. *Current opinion in psychiatry*, *19*(1), 34-39.

Lester, D. (2014). College student stressors, depression, and suicidal ideation. *Psychological reports*, *114*(1), 293-296.

Li, M., D'arcy, C., & Meng, X. (2016). Maltreatment in childhood substantially increases the risk of adult depression and anxiety in prospective cohort studies: systematic review, meta-analysis, and proportional attributable fractions. *Psychological medicine*, *46*(4), 717-730.

Liang, Y., Zhou, Y., & Liu, Z. (2019). Traumatic experiences and posttraumatic stress disorder among Chinese rural-to-urban migrant children. *Journal of Affective Disorders*, *257*, 123–129.

Liang, Y., Zhou, Y., Ruzek, J. I., & Liu, Z. (2020). Patterns of childhood trauma and psychopathology among Chinese rural-to-urban migrant children. *Child Abuse & Neglect*, *108*, 104691.

Lindert, J., von Ehrenstein, O. S., Grashow, R., Gal, G., Braehler, E., & Weisskopf, M. G. (2014). Sexual and physical abuse in childhood is associated with depression and anxiety over the life course: systematic review and meta-analysis. *International journal of public health*, 59(2), 359-372.

Liu, H., Petukhova, M. V., Sampson, N. A., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Andrade, L. H., (2017). Association of DSM-IV posttraumatic stress disorder with traumatic experience type and history in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA psychiatry*, *74*(3), 270-281.

Liu, Y., Zhang, N., Bao, G., Huang, Y., Ji, B., Wu, Y., & Li, G. (2019). Predictors of depressive symptoms in college students: A systematic review and meta-analysis of cohort studies. *Journal of affective disorders*, *244*, 196-208.

Łosiak, W., Blaut, A., Kłosowska, J., & Łosiak-Pilch, J. (2019). Stressful life events, cognitive biases, and symptoms of depression in young adults. *Frontiers in psychology*, *10*, 2165..

Lu, Y., Tang, C., Liow, C. S., Ng, W. W. N., Ho, C. S. H., & Ho, R. C. M. (2014). A regressional analysis of maladaptive rumination, illness perception and negative emotional outcomes in Asian patients suffering from depressive disorder. *Asian journal of psychiatry*, *12*, 69-76.

MacLeod, C. (2012). Cognitive bias modification procedures in the management of mental disorders. *Curr Opin Psychiatry*, *25*, 114-120. doi: 10.1097/YCO.0b013e32834fda4a

Mal-Sarkar, T., Keyes, K., Koen, N., Barnett, W., Myer, L., Rutherford, C., & Lund, C. (2021). The relationship between childhood trauma, socioeconomic status, and maternal depression among pregnant women in a South African birth cohort study. *SSM-population health*, *14*, 100770.

Mandelli, L., Petrelli, C., & Serretti, A. (2015). The role of specific early trauma in adult depression: A meta-analysis of published literature. Childhood trauma and adult depression. *European Psychiatry*, 30(6), 665–680.

Martsolf, D. (2004). Childhood maltreatment and mental and physical health in Haitian adults. *Journal of Nursing Scholarship*, *36*(4), 293-299.

Mathews, A, & MacLeod, C(2005). Cognitive vulnerability to emotional disorders. *Annu Rev Clin Psychol*, ، 1:167–195.

Maughan, B., Collishaw, S., & Stringaris, A. (2013). Depression in childhood and adolescence. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *22*(1), 35-40.

McAnee, G., Shevlin, M., Murphy, J., & Houston, J. (2019). Where are all the males? Gender-specific typologies of childhood adversity based on a large community sample. *Child Abuse & Neglect, 90*, 149–159.

McLafferty, M., Ross, J., Waterhouse-Bradley, B., & Armour, C. (2019). Childhood adversities and psychopathology among military veterans in the US: the mediating role of social networks. *Journal of Anxiety Disorders*, 65, 47–55.

McLaughlin, K. A., Weissman, D., & Bitrán, D. (2019). Childhood adversity and neural development: a systematic review. *Annual review of developmental psychology*, *1*, 277-312.

McLaughlin, K. A., Koenen, K. C., Hill, E. D., Petukhova, M., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., Kessler, R., (2013). Trauma exposure and posttraumatic stress disorder in a national sample of adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *52*, 815–830.

McCoy, M. L., & Keen, S. M. (2013). *Child abuse and neglect* (2 ed.). New York: Psychology Press3–22.

Mikolajczyk, R.T., Maxwell, A.E., Ansari, W., Naydenova, V., Stock, C., Ilieva, S., Dudziak، U., Nagyova, I., (2008). Prevalence of depressive symptoms in university students from Germany, Denmark, Poland and Bulgaria. Soc. *Psychiatry Psychiatr. Epidemiol*. 2، 105.- 112.

Nguyen, H. T., Dunne, M. P., & Le, A. V. (2010). Multiple types of child maltreatment and adolescent mental health in Viet Nam. *Bulletin of the World Health Organization*, 88(1), 22–30.

Nieto, I., Robles, E., & Vazquez, C. (2020). Self-reported cognitive biases in depression: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 101934.

Norman, R.E., Byambaa, M., De, R., Butchart, A., Scott, J., Vos, T., (2012). The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a

systematic review and meta-analysis. *PLOS Medicine*, 9, 11, 1-31.

Oei, T. P., & Kwon, S. M. (2007). Evaluation of the integrated cognitive model of depression and its specificity in a migrant population. *Depression and Anxiety*, *24*(2), 112-123

Ovuga, E., Boardman, J., Wasserman, D., (2006). Undergraduate student mental health at Makerere University, Uganda. *World Psychiatry*, 1, 51–55.

Parks, G. S. (2017). Race, Cognitive Biases, and the Power of Law Student Teaching Evaluations. *UCDL Rev.*, *51*, 1039.

Pechtel, P., & Pizzagalli, D. A. (2011). Effects of early life stress on cognitive and affective function: an integrated review of human literature. *Psychopharmacology*, *214*(1), 55-70.

Perez, J., & Rohan, K. J. (2021). Cognitive predictors of depressive symptoms: Cognitive reactivity, mood reactivity, and dysfunctional attitudes. *Cognitive Therapy and Research*, 45(1), 123-135.

Pham, T. S., Qi, H., Chen, D., Chen, H., & Fan, F. (2021). Prevalences of and correlations between childhood trauma and depressive symptoms, anxiety symptoms, and suicidal behavior among institutionalized adolescents in Vietnam. *Child Abuse & Neglect*, *115*, 105022.

Platt, B., Waters, A. M., Schulte-Koerne, G., Engelmann, L., & Salemink, E. (2017). A review of cognitive biases in youth depression: attention, interpretation and memory. *Cognition and Emotion*, *31*(3), 462-483.

Poole, J. C., Dobson, K. S., & Pusch, D. (2017). Childhood adversity and adult depression: the protective role of psychological resilience. *Child abuse & neglect*, *64*, 89-100.

Rauschenberg, C., Van Os, J., Cremers, D., Goedhart, M., Schieveld, J. N. M., & Reininghaus, U. (2017). Stress sensitivity as a putative mechanism linking childhood trauma and psychopathology in youth's daily life. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *136*(4), 373-388.

Rayworth B.B, Wise L.A, Harlow B.L.(2004). Childhood abuse and risk of eating disorders in women. *Epidemiology*,15 (3):271–278.

Read, J. P., Ouimette, P., White, J., Colder, C., & Farrow, S. (2011). Rates of DSM–IV–TR trauma exposure and posttraumatic stress disorder among newly matriculated college students. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, *3*(2), 148.

Reddy, M., (2010). Depression: the disorder and the burden. Indian. *Journal of Psychological Medicine*. 32, 1, 1- 2.

Riggs, S. A., & Han, G. (2009). Predictors of anxiety and depression in emerging adulthood. *Journal of Adult Development*, *16*(1), 39- 52.

Rioux, C., Castellanos-Ryan, N., Parent, S., & Séguin, J. R. (2016). The interaction between temperament and the family environment in adolescent substance use and externalizing behaviors: Support for diathesis–stress or differential susceptibility?. *Developmental Review*, *40*, 117-150.

Roche, A. I., Kroska, E. B., Miller, M. L., Kroska, S. K., & O'Hara, M. W. (2019). Childhood trauma and problem behavior: Examining the mediating roles of experiential avoidance and mindfulness processes. *Journal of American college health*, *67*(1), 17-26.

Rotenstein, L. S., Ramos, M. A., Torre, M., Segal, J. B., Peluso, M. J., Guille, C., . & Mata, D. A. (2016). Prevalence of depression, depressive symptoms, and suicidal ideation among medical students: a systematic review and meta-analysis. *Jama*, *316*(21), 2214-2236.

Rodgers, C. S., Lang, A. J., Laffaye, C., Satz, L. E., Dresselhaus, T. R., & Stein, M. B. (2004). The impact of individual forms of childhood maltreatment on health behavior. *Child abuse & neglect*, *28*(5), 575-586.

Rotenstein, L. S., Ramos, M. A., Torre, M., Segal, J. B., Peluso, M. J., Guille, C., & Mata, D. A. (2016). Prevalence of depression, depressive symptoms, and suicidal ideation among medical students: a systematic review and meta-analysis. *Jama*, *316*(21), 2214-2236.

Sarokhani, D., Delpisheh, A., Veisani, Y., Sarokhani, M. T., Manesh, R. E., & Sayehmiri, K. (2013). Prevalence of depression among university students: a systematic review and meta-

analysis study. *Depression research and treatment*, *2013*. 373857

Sfärlea, A., Takano, K., Buhl, C., Loechner, J., Greimel, E., Salemink, E., & Platt, B. (2021). Emotion Regulation as a Mediator in the Relationship Between Cognitive Biases and Depressive Symptoms in Depressed, At-risk and Healthy Children and Adolescents. *Research on Child and Adolescent Psychopathology*, 1-14.

Shao, N., Gong, Y., Wang, X., Wei, J., Shi, J., Ding, H., ... & Han, J. (2021). Effects of polygenic risk score, childhood trauma and resilience on depressive symptoms in Chinese adolescents in a three-year cohort study. *Journal of Affective Disorders*, *282*, 627-636.

Shonkoff, J. P., Garner, A. S., Siegel, B. S., Dobbins, M. I., Earls, M. F., Garner, A. S., McGuinn, L., Pascoe, J., Wood., D.(2012). The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress. Pediatrics, 129(1), 232–246.

Smith, E. M., Reynolds, S., Orchard, F., Whalley, H. C. and Chan, S. W. Y. (2018) Cognitive biases predict symptoms of depression, anxiety and wellbeing above and beyond neuroticism in adolescence. *Journal of Affective Disorders*, 241. pp. 446453.

Sofuoglu, Z., Oral, R., Aydin, F., Cankardes, S., Kandemirci, B., Koc, F., Aksit, S.(2014) Epidemiological study of negative childhood experiences in three provinces of Turkey. *Türk Pediatri Ars¸ivi*, 49(1), 47–56.

Strand, E. B., Brandt, J., Rogers, K., Fonken, L., Chun, R., Conlon, P., & Lord, L. (2017). Adverse childhood experiences among veterinary medical students: a multi-site study. *Journal of veterinary medical education*, *44*(2), 260-267.

Strunk, D. R., & Adler, A. D. (2009). Cognitive biases in three prediction tasks: A test of the cognitive model of depression. *Behaviour research and therapy*, *47*(1), 34-40.

Sunstein, C. R., Kahneman, D., Schkade, D., & Ritov, I. (2002). Predictably incoherent judgments. *Stanford Law Review*, 1153-1215.

Terr, L.C(1991). Childhood trauma: an outline and overview. *The American journal of psychiatry*.148, 10–16.

Timbremont, B., & Braet, C. (2004). Cognitive vulnerability in remitted depressed children and adolescents. *Behaviour research and therapy*, *42*(4), 423-437.

Tran, N. K., Alink, L. R. A., Van Berkel, S. R., & Van Ijzendoorn, M. H. (2017). Child maltreatment in Vietnam: Prevalence and cross-cultural comparison. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 26(3), 211–230

Tran, Q. A., Dunne, M. P., Vo, T. V., & Luu, N. H. (2015). Adverse childhood experiences and the health of university students in eight provinces of Vietnam. *Asia- Pacific Journal of Public Health*, 27(Suppl. 8), 26S–32S.

Troisi A. (2020) Childhood Trauma. In: Bariatric Psychology and Psychiatry. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-44834-9_5

Tunç, P(2019). Childhood Trauma and Eating Attitudes in University Students, *Current Approaches in Psychiatry*; 11(l 1):203-219

ul Haq, M. A., Dar, I. S., Aslam, M., & Mahmood, Q. K. (2018). Psychometric study of depression, anxiety and stress among university students. *Journal of Public Health*, *26*(2), 211-217.

Vallati, M., Cunningham, S., Mazurka, R., Stewart, J. G., Larocque, C., Milev, R. V., ... & Harkness, K. L. (2020). Childhood maltreatment and the clinical characteristics of major depressive disorder in adolescence and adulthood. *Journal of abnormal* psychology. 129 (5), 469–479.

Van Dam, D. S., van Nierop, M., Viechtbauer, W., Velthorst, E., van Winkel, R., Risk, G., & Outcome of Psychosis (GROUP) investigators. (2015). Childhood abuse and neglect in relation to the presence and persistence of psychotic and depressive symptomatology. *Psychological medicine*, *45*(7), 1363-1377.

van der Gaag, M., Schütz, C., Ten Napel, A., Landa, Y., Delespaul, P., Bak, M., & De Hert, M. (2013). Development of the Davos assessment of cognitive biases scale (DACOBS). *Schizophrenia Research*, 144(1-3), 63-71.

Vander Weg, M. W. (2011). Adverse childhood experiences and cigarette smoking: The 2009 Arkansas and Louisiana behavioral risk factor surveillance systems. *Nicotine & Tobacco Research*, *13*(7), 616-622.

Varese, F., Smeets, F., Drukker, M., Lieverse, R., Lataster, T., Viechtbauer, W.,Os, J.V. (2012). Childhood adversities increase the risk of psychosis: A meta-analysis of patient-control, prospective- and cross-sectional cohort studies. *Schizophrenia Bulletin*, 38(4), 661–671

Vieira, I. S., Moreira, F. P., Mondin, T. C., de Azevedo Cardoso, T., Branco, J. C., Kapczinski, F., & da Silva, R. A. (2020). Resilience as a mediator factor in the relationship between childhood trauma and mood disorder: a community sample of young adults. *Journal of Affective Disorders*, *274*, 48-53.

Wang, J., He, X., Chen, Y., & Lin, C. (2020a). Association between childhood trauma and depression: A moderated mediation analysis among normative Chinese college students. *Journal of Affective Disorders*, *276*, 519-524.

Wang, M., Liu, J., Wu, X., Li, L., Hao, X., Shen, Q., Huang, M., & Sun, R. (2020b). The prevalence of depression among students in Chinese universities over the past decade: A meta-analysis. *Journal of Hainan Medical University*, *26*(09), 686-693.

Wang, Y.H., Shi, Z.T., Luo, Q.Y., (2017). Association of depressive symptoms and suicidal ideation among university students in China. *Medicine* 96 (13), e6467.

Wei, J., Gong, Y., Wang, X., Shi, J., Ding, H., Zhang, M., ... & Han, J. (2021). Gender differences in the relationships between different types of childhood trauma and resilience on depressive symptoms among Chinese adolescents. *Preventive Medicine*, *148*, 106523.

Wiersma, J. E., Hovens, J. G., van Oppen, P., Giltay, E. J., van Schaik, D. J., & Penninx, B. W. (2009). The importance of childhood trauma and childhood life events for chronicity of depression in adults. *The Journal of clinical psychiatry*, *70*(7), 983-989.

Whitton, S. W., Larson, J. J., & Hauser, S. T. (2008). Depressive symptoms and bias in perceived social competence among young adults. *Journal of clinical psychology*, *64*(7), 791-805.

Wonderlich, S. A., Crosby, R. D., Mitchell, J. E., Thompson, K. M., Redlin, J., Demuth, G., & Haseltine, B. (2001). Eating disturbance and sexual trauma in childhood and adulthood. *International Journal of Eating Disorders*, *30*(4), 401-412.

World Health Organization. (2012). Depression: A global public health concern. *Geneva, Switzerland: WHO*.

World Health Organization. (1999). Violence and injury prevention team & global forum for health research. *Report of the Consultation on Child Abuse Prevention*, 29-31.

Yudkowsky, E. (2008). Cognitive biases potentially affecting judgment of global risks. *Global catastrophic risks*, *1*(86), 13.-27

Zeren, C., Yengil, E., Çelikel, A., Arık, A., & Arslan, M. (2012). Frequency of childhood abuse in university students. *Dicle Medical Journal/Dicle Tip Dergisi*, *39*(4), 536–541.

Zhang, M., Han, J., Shi, J., Ding, H., Wang, K., Kang, C., & Gong, J. (2018). Personality traits as possible mediators in the relationship between childhood trauma and depressive symptoms in Chinese adolescents. *Journal of psychiatric research*, *103*, 150-155.

Zhang, S., Lin, X., Yang, T., Zhang, S., Pan, Y., Lu, J., & Liu, J. (2020). Prevalence of childhood trauma among adults with affective disorder using the Childhood Trauma Questionnaire: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 276, 546-554.

Zhou, M., Zhang, G., Rozelle, S., Kenny, K., & Xue, H. (2018). Depressive symptoms of Chinese children: prevalence and correlated factors among subgroups. *International journal of environmental research and public health*, *15*(2), 283.- 293.