

فاعلية العلاج بالوعي بالمعرفة في خفض شدة أعراض الاكتئاب واجترار الأفكار لدى مرضى الاكتئاب الأساسي

هاشم رجب هاشم محمد (*)

ملخص :

هدفت الدراسة الحالية إلى التحقق من فاعلية العلاج بالوعي بالمعرفة في خفض شدة أعراض اضطراب الاكتئاب الأساسي واجترار الأفكار لدى عينة من (١١) مريض بالاكتئاب الأساسي (٤ ذكور ، ٧ أناث) . واستخدمت في الدراسة أدوات ١- قائمة بيك للاكتئاب، ٢- مقياس الاستجابة الاجترارية، ٣- برنامج العلاج بالوعي بالمعرفة لمرضى الاكتئاب الأساسي ، وتوصلت الدراسة إلى النتائج الآتية ١- وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطي رتب درجات مجموعة مرضى الاكتئاب الأساسي في القياسين القبلي والبعدي عند مستوى دلالة (٠.٠١)، على مقياسي (قائمة بيك للاكتئاب، ومقياس الاستجابة الاجترارية)، في اتجاه القياس البعدي، ٢- عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطي رتب درجات مجموعة مرضى الاكتئاب الأساسي في القياسين البعدي والتتبعي، على مقياس (قائمة بيك للاكتئاب) في حين وجدت فروق دالة على مقياس (الاستجابة الاجترارية) عند مستوى دلالة (٠.٠٥)، اتجاه القياس التتبعي .

(*) هذا البحث من رسالة الدكتوراه الخاصة بالباحث، وهي بعنوان: [فاعلية العلاج بفنيات الوعي بالمعرفة في خفض شدة أعراض اضطراب الاكتئاب الأساسي] تحت إشراف أ.د. ماجدة خميس علي - كلية الآداب - جامعة سوهاج & أ.د. غريب فاوي محمد - كلية الطب - جامعة سوهاج.

Abstract

The Effectiveness of Metacognitive Therapy on Reducing Severity Symptoms of Depression and Rumination Thoughts in patients with Major depressive

Hashem Rgab Hashem Mohammed

The present study aimed to verify the effectiveness of Metacognitive therapy in reducing the severity of symptoms of Major depressive disorder in a sample of (11) patients with Major depression (4 males, 7 females) . Tools were used in the study 1- Beck Depression Inventory, 2- Ruminative Responses Scale, 3- Metacognitive Therapy Program for Major Depression. The study concluded the following results: 1- The presence of statistically significant differences between the mean ranks of degrees A group of patients with Major depression in the pre and post measures at a level of significance (0.01), on the scales (Beck Depression Inventory, Ruminative Responses Scale), in the direction of the post measurement, 2- There are no statistically significant differences between The mean of the scores of the group of patients with Major depression in the post and Follow-up tests, on the scale (Beck Depression Inventory), while there were significant differences on Ruminative Responses Scale at a significance level (0.05), The direction of Follow-up test .

مقدمة:

يعد الاكتئاب الأساسي واحداً من أبرز الاضطرابات النفسية، وأوضحت دراسة موسعة لـ كيسلر وآخرين عام ٢٠٠٥ أجريت في الولايات المتحدة الأمريكية أن ١٦,٢% من الأمريكيين تنطبق عليهم أعراض ومعايير اضطراب الاكتئاب الأساسي عند فترة معينة من حياتهم. ويتضاعف الاكتئاب الأساسي لدى النساء عما هو عليه عند الرجال (كرينج وآخرون، ٢٠١٥، ٢٥٩).

ويقدر أن ما بين ٩% و ٢٠% من مجموع السكان يعانون في وقت أو آخر على امتداد أعمارهم، من أعراض جوهرية للاكتئاب (برادلي، ٢٠٠٠، ١٢٧). كما وجد أحمد عكاشة ورجب عبد الحكيم (١٩٩٨) في دراسة على المجتمع المصري عام ١٩٨٩ أن نسبة انتشار الاعراض الاكتئابية في الريف حوالي ٣٦% وفي الحضر حوالي ٣٢% (أحمد عكاشة، ١٩٩٨، ٤١٨).

إن للاكتئاب عواقب وخيمة، فقد يؤدي إلى الانتحار، كذلك فإن الاكتئاب الأساسي يعد واحداً من أهم مسببات التقاعد في العالم وهناك تقديرات تشير إلى أن اضطراب الاكتئاب الأساسي مرتبط بفقدان في الإنتاجية تبلغ قيمته ٣١ مليار دولار أمريكي سنوياً في الولايات المتحدة الأمريكية. كذلك يرتبط اضطراب الاكتئاب الأساسي بمعدلات خطر عالية في الإصابة بالمشكلات الصحية، بما في ذلك الموت من الأمراض الجسدية. كما أن هناك دليل قوي على أن الاكتئاب مرتبط بمجموعة نوبات حادة من أمراض القلب والأوعية الدموية. (كرينج وآخرون، ٢٠١٥، ٢٦٢).

يعد الاكتئاب أحد أكثر المشكلات التي واجهها المهنيون في مجال الصحة العقلية شيوعاً. وقد استخدم عدد متنوع من الأساليب لعلاج الاكتئاب، مع تأكيدات متزايدة على الأساليب العلاجية التي تستغرق وقتاً قصيراً، وتتضمن العلاجات القصيرة التي حظيت باهتمام بالغ في البحوث: العلاج السلوكي، والعلاج النفسي التفاعلي، والعلاج التحليلي النفسي المختصر، والعلاج المعرفي (جيفري يونج وآخرون، ٢٠٠٢، ٥٨٠).

إلا أن الاساليب العلاجية المعرفية السلوكية ركزت على إطار محدد من المعرفة في تفسير الاضطراب النفسي. وعلى وجه الخصوص فقد كان التركيز على محتوى الأفكار والمعتقدات أكثر من العمليات المعرفية مثل الانتباه ولم توضح دور المعتقدات في تأثيرها على معالجة المعلومات، وكذلك هناك فئات أخرى من المعرفة الذاتية والمعتقدات مثل المعرفة التي لدى الشخص عن تفكيره ومثل هذه المعرفة لها تأثير على التقييمات والسلوك اللذين يعدان من المتغيرات المهمة في استمرار الاضطراب النفسي، وهذا ما أكدت عليه نظرية الوعي بالمعرفة (Wells & Purdon, 1999).

تأكد من عديد من الدراسات فعالية العلاج بالوعي في خفض شدة أعراض اضطراب الاكتئاب الأساسي كدراسة ويلز وآخرون (2009) Wells et al.، ودراسة كالسن وآخرون (2014) Callesen et al. ، ودراسة باباجيورجيو وويلز. (2015) Papageorgiou and Wells

(Callesen et al., 2014; Papageorgiou & Wells, 2015; Wells et al., 2009).

مشكلة الدراسة:

يتضح مما ذكر سابقاً أهمية العلاج بالوعي بالمعرفة في علاج أعراض الاكتئاب، وأنه لا توجد دراسة عربية - في حدود علم الباحث- تناولت أثر هذا العلاج الجديد الفعال في خفض شدة أعراض الاكتئاب في البيئة العربية بشكل عام والبيئة المصرية على وجه الخصوص، ويمكن تحديد مشكلة الدراسة في التساؤلات الآتية:

السؤال الأول:

هل توجد فروق بين القياس القبلي (قبل تطبيق البرنامج العلاجي)، والقياس البعدي (بعد تطبيق البرنامج العلاجي) لدى مرضى الاكتئاب الأساسي - كمجموعة - المتلقين للعلاج باستخدام فنيات الوعي بالمعرفة في كل من الدرجة على قائمة بيك للاكتئاب، والدرجة على مقياس الاستجابة الاجترارية؟

السؤال الثاني:

هل توجد فروق بين القياس البعدي (بعد تطبيق البرنامج العلاجي)، والقياس التتبعي (بعد تطبيق البرنامج العلاجي بفاصل زمني ٤ شهور) لدى مرضى الاكتئاب الأساسي - كمجموعة - المتلقين للعلاج باستخدام فنيات الوعي بالمعرفة في كل من الدرجة على قائمة بيك للاكتئاب، والدرجة على مقياس الاستجابة الاجترارية؟

أهداف الدراسة :

- تهدف الدراسة الحالية إلى:
- ١- التحقق من فاعلية نموذج الوعي بالمعرفة كأحد تيارات الجيل الثالث من العلاجات النفسية- في علاج اضطراب الاكتئاب الأساسي في البيئة المحلية.
 - ٢- التحقق من فاعلية نموذج الوعي بالمعرفة في خفض مدة الاجترار لدى مرضى الاكتئاب الأساسي.
 - ٣- التحقق من فاعلية نموذج الوعي بالمعرفة في تعديل المعتقدات الايجابية والسلبية عن الاجترار التي قد تعمل على استمرار الاكتئاب.

- ٤-التحقق من فاعلية نموذج الوعي بالمعرفة في الوقاية من الانتكاسة لدى مرضى الاكتئاب الأساسي.
- ٥-إعداد برنامج علاجي باستخدام فنيات العلاج بالوعي بالمعرفة يمكن استخدامه في البيئة المحلية.
- ٦-الوقوف على أكثر فنيات العلاج بالوعي بالمعرفة فاعلية في خفض أعراض اضطراب الاكتئاب الأساسي.

أهمية الدراسة:

تتمثل أهمية إجراء الدراسة الحالية في عدة مبررات نظرية وعملية نجملها فيما يلي:

- ١-ترجع أهمية الدراسة لتناولها عينة إكلينيكية من مرضى الاكتئاب الأساسي.
- ٢-استخدام فنيات علاجية حديثة في علاج اضطراب الاكتئاب الأساسي.
- ٣-اعتماد الدراسة على التصميم شبه التجريبي للحالة الواحدة في تصميم البرنامج العلاجي الذي يمكن تطبيقه والاستفادة منه في العيادات النفسية.
- ٤-حاجة الثقافة العربية وبخاصة المجتمع المصري إلى إعداد وتقنين بعض المقاييس الخاصة بمتغيرات الدراسة الحالية، حتى يمكن إجراء مزيد من الدراسات المتعلقة بهذا المجال الخصب.
- ٥- ندرة الدراسات العربية التي تناولت فاعلية العلاج بالوعي في علاج الاضطرابات النفسية عامة، وعدم وجود دراسة عربية واحدة - في حدود علم الباحث - تناولت فاعلية العلاج بالوعي في علاج اضطراب الاكتئاب الأساسي.

مفاهيم الدراسة :

مفهوم الاكتئاب الأساسي Major Depressive Disorder إن اضطراب الاكتئاب الأساسي هو اضطراب عارض (يحدث في شكل نوبة) Episodic Disorder وذلك لأن الأعراض المرتبطة به تميل إلى الظهور خلال فترة زمنية ثم تزول بعد ذلك، وبالرغم من أن هذه الحالات العارضة تميل إلى التلاشي بمرور الوقت فإن الحالات التي لا يتم علاجها والتعامل معها قد تمتد لفترة تصل إلى خمسة شهور أو أطول من ذلك وفي نسبة قليلة من الناس قد يصبح الاكتئاب مزمناً - لا يعود الشخص إلى سابق عهده بصورة كلية - ويمكن لبعض الأشخاص أن يتحسنوا فلا تنطبق عليهم معايير الاكتئاب الأساسي إلا أنهم يظلوا يعانون من اكتئاب بسيط (كرينج وأخرون، ٢٠١٥، ٢٥٧).

والاكتئاب الأساسي هو حالة مستمرة والتي فيها يحدث المزاج الكئيب أو فقدان للاهتمام الذي يظهر معه أعراض بدنية وذهنية (معرفية) واضحة، مثل صعوبات

النوم وضعف الشهية وضعف التركيز والشعور باليأس وعدم القيمة. وتشخيص الاكتئاب الأساسي يمكن أن ينطبق على الشخص فقط عند وجود عدد من هذه العناصر في نفس الوقت، لمدة أسبوعين على الأقل، وتبين أنها تتداخل مع قدرة الشخص على أداء أنشطته اليومية الشخصية (Segal et al., 2013,12).

مفهوم اجترار الأفكار

تعرف نظرية أساليب الاستجابة اجترار الأفكار على أنه التفكير السلبي المتكرر حول أعراض الاكتئاب الخاصة بالفرد والأسباب و النتائج المحتملة لهذه الأعراض، ويعتبر الاجترار عملية فكرية ينخرط فيها الناس عندما يشعرون بالحزن أو الاكتئاب . ورغم أن غالبية الأفراد قد يقومون باجترار الأفكار إلى حد ما حينما يصابون بالحزن أو الاكتئاب، فإن الدراسات الطولية المجتمعية توضح أن الميل إلى الانخراط في عملية اجترار الأفكار عند الضيق النفسي خاصة مستقرة من حيث الفروق الفردية. (Nolen-Hoeksema ,2004, 107) .

يعتبر الاجترار أسلوب للتعامل مع المزاج السلبي الذي يتضمن التركيز على الذات ، وفقاً لنظرية أساليب الاستجابة يتميز الاجترار بالتأمل الذاتي والتكرار والتركيز غير الفعال على الانفعالات والمشاعر السلبية (Treyner et al., 2003) .

النظريات المعرفية الحديثة المفسرة للاكتئاب (نظريات الموجة الثالثة)

نظرية أساليب (أنماط) الاستجابة The Response Styles Theory

عديد من النظريات المعرفية الحديثة ومنها نظرية أساليب الاستجابة ورائدتها عالمة النفس سوزان نولين -هوكسيما SUSAN NOLEN-HOEKSEMA لم تهتم بالتركيز على المحتوى المعرفي للأفكار (مثل المخططات المعرفية) وإنما اهتمت بالتركيز على عمليات ووظائف واستراتيجيات التفكير ،والاكتئاب يتميز بنمط استجابة من اجترار الأفكار ،فالأفراد ذوي الميول الاجترارية ينشغلون باجترار الأفكار السلبية والتي تستقر في عقولهم وتقلل من مستوى الكفاءة الذاتية المدركة ،وكذلك يمنع اجترار الافكار السلبية الأفراد من الوصول إلى حل واقعي وفعال لمشكلاتهم الحياتية (Leahy et al., 2012, 27) .

فالأفراد الذين هم عرضة للاكتئاب يقضون وقتاً طويلاً في اجترار أفكار حول لماذا يشعرون بهذه الطريقة ويحاولون أن يفهموا مشكلاتهم وإحساسهم بعدم الكفاءة الشخصية. وهؤلاء الأشخاص يعتقدون أن التفكير في الأشياء بهذه الطريقة سوف يساعدهم في إيجاد حلول لضيقهم وكرهم ،ولكن الوسيلة التي

يستخدمونها لتحقيق ذلك الهدف لها نتائج عكسية هائلة. في الواقع هذه الحالة العقلية من التفكير بتكرارية "التفكير حول" المظاهر السلبية للشخصية أو المواقف العصبية يؤدي إلى استمرار الاكتئاب بدلاً من الشفاء منه (Segal et al., 2013, 34).

يعتبر الاجترار أسلوب للتعامل مع المزاج السلبي الذي يتضمن التركيز على الذات، وفقاً لنظرية أساليب الاستجابة يتميز الاجترار بالتأمل الذاتي والتكرار والتركيز غير الفعال على الانفعالات والمشاعر السلبية. أوضحت عديد من الدراسات الارتباطية والتجريبية أن الاجترار يتنبأ بقدر كبير من الأعراض الاكتئابية وبداية نوبات الاكتئاب الأساسي (Treyner et al., 2003).

ووفقاً لنظرية أساليب الاستجابة، فإن هذا النوع من اجترار الأفكار في سياق أعراض الاكتئاب يفاقم ويطول من أمد هذه الأعراض، مما يزيد من احتمال أن تصبح الأعراض مزمنة، وأن تتطور أعراض الاكتئاب المعتدلة إلى نوبات من الاكتئاب الأساسي. يوجد ما لا يقل عن أربع آليات يمكن أن يطيل بها اجترار الأفكار نوبة الاكتئاب. أولاً يعزز اجترار الأفكار من تأثيرات المزاج الكئيب على التفكير، مما يزيد من احتمال استخدام الأفراد للأفكار والذكريات السلبية، التي ينشطها المزاج الكئيب الخاص بهم، لفهم ظروفهم الحالية. ثانياً، يتداخل الاجترار مع حل المشكلات الفعال، جزئياً من خلال جعل التفكير أكثر تشاؤماً وحتمية. ثالثاً، يتدخل اجترار الأفكار في السلوك الألي المعتاد. رابعاً، سيفقد الأفراد الذين يجتروا الأفكار بشكل مزمن المساندة الاجتماعية، وهذا بدوره سيغذي اكتئابهم. حينما يشعر الأفراد بالكرب والضيق، يمكنهم أن يستجيبوا لمزاجهم وانفعالاتهم بعدة طرق. إنهم قد ينكرون أو يتجنبوا التفكير في ما يشعرون به. قد يتخذون إجراءات سريعة لتعديل بينتهم وتغيير مزاجهم. وقد يطلبون المساندة الاجتماعية، أو قد يقومون باجترار الأفكار. (Nolen-Hoeksema, 2004, 107-108).

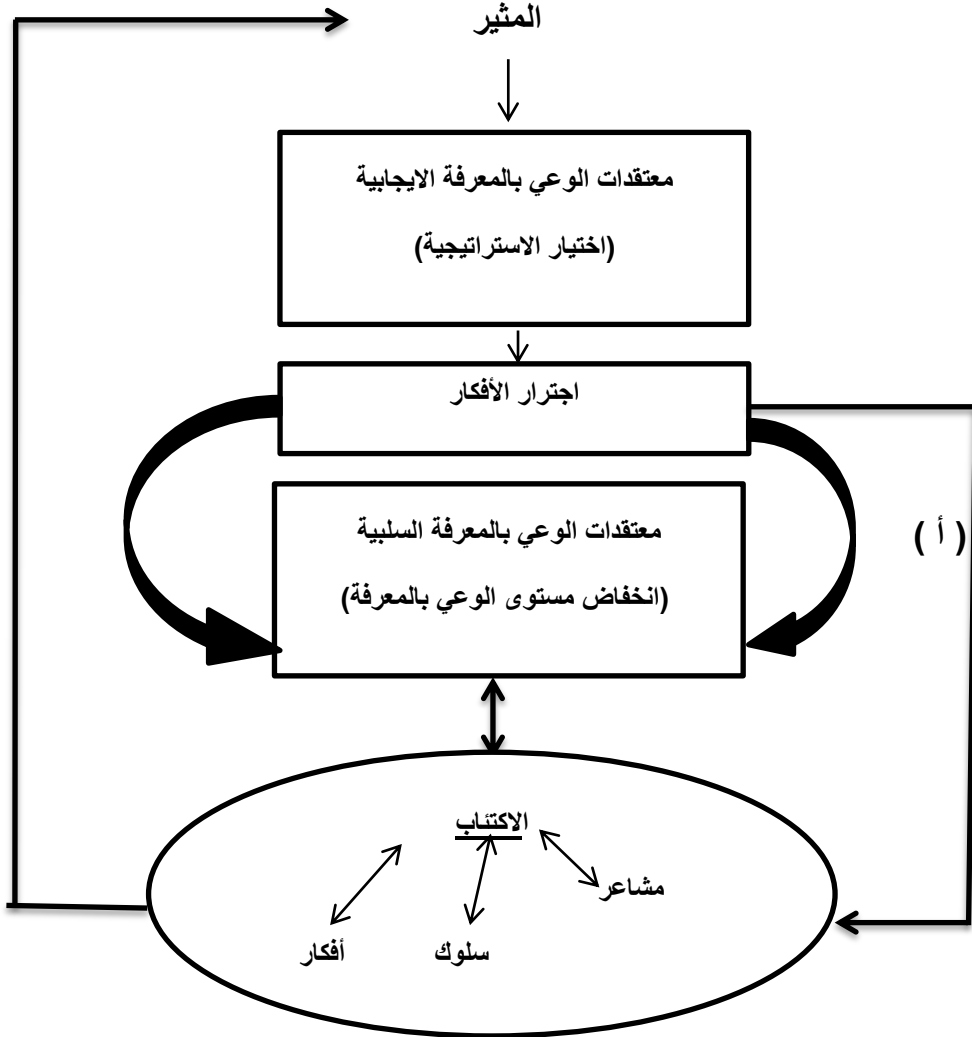
نموذج الوعي بالمعرفة المفسر للاكتئاب

قدم نموذج الوظيفة التنفيذية ذاتية التنظيم S-REF لاضطراب الوظائف النفسية اطار عمل من أجل تطوير نماذج خاصة بالاضطرابات النفسية تهدف إلى تجميع أهم معتقدات الوعي بالمعرفة والسمات الأكثر تمييزاً لمتلازمة الانتباه المعرفي CAS.

الأفكار السلبية وانخفاض المزاج والدافعية هي سمات طبيعية للحياة اليومية. بالنسبة لمعظم الناس، فهي خبرة مؤقتة تستمر لدقائق أو ساعات أو

فاعلية العلاج بالوعي بالمعرفة في خفض شدة أعراض الاكتئاب واجترار الأفكار

أيام. ومع ذلك ، فإن الشخص الذي يعاني من الاكتئاب يصبح في دائرة مغلقة للمعاناة من نوبات متكررة وطويلة من هذا النوع من الخبرات . في مثل هذه الحالات ، لا يستطيع الشخص منع نفسه من التفكير في تحليل أسباب الحزن وأسباب الفشل في تحقيق الأهداف الشخصية. المشكلة الأساسية هي الاستمرار في هذا النوع من التفكير ، مثل هذا المثابرة تظهر بوضوح في متلازمة الانتباه المعرفي (CAS) (Wells & Fisher, 2016,147).



شكل (١) يوضح نموذج الوعي بالمعرفة المفسر للاكتئاب
(from Wells,2009, 199)

وكما هو موضح في شكل (١) السابق لنموذج الوعي بالمعرفة للاكتئاب، وهذا النموذج يفسر العوامل التي تؤدي إلى استمرار متلازمة الانتباه المعرفي (CAS)، والآليات التي تربط متلازمة الانتباه المعرفي (CAS) بأعراض الاكتئاب .

كما يتضح من شكل (١) السابق توجد عديد من المتغيرات النفسية الرئيسية المهمة : (١) معتقدات الوعي بالمعرفة الايجابية عن الحاجة لاجترار الأفكار كوسيلة لفهم الاكتئاب والتغلب عليه ؛ (٢) معتقدات الوعي بالمعرفة السلبية فيما يتعلق بعدم السيطرة على الاجترار ،القابلية للإصابة بالاضطراب النفسي ، وخطر الخبرات الاكتئابية ؛ (٣) نقص الوعي بالاجترار ؛ (٤) متلازمة الانتباه المعرفي (CAS) كما تتضح من خلال الاجترار في الحلقة المركزية للنموذج ، وتشمل أيضاً مراقبة التهديد والقلق والتعامل (المواجهة) غير المفيد - مثل الانسحاب الاجتماعي أو استخدام الكحول (Wells & Fisher 2016,148-149) .

الغرض من النموذج هو تمثيل الوعي بالمعرفة والعمليات التي تحافظ على نوبة الاكتئاب ، يمكن تحديد فترات نوبة تفاقم الحزن أو فقدان الاهتمام، المهيمنة على المستوى العام للتأثير السلبي . يستمر الاكتئاب ويتفاقم عن طريق تنشيط الاجترار وأنماط الاستجابة غير المفيدة. المثيرات النموذجية هي التفكير السلبي عن الذات ، أو المستقبل ، أو العالم ، أو أعراض مثل الشعور بالإرهاق أو ضعف الدافعية أو الحزن (Wells,2009, 200) .

الاجترار والمظاهر الأخرى لمتلازمة الانتباه المعرفي CAS هي عمليات لا توافقية ،والتي تتعدل شدتها ومدتها بواسطة الوعي بالمعرفة . الأفكار السلبية هي مثيرات نموذجية لنوبات اجترار الأفكار الأكثر قوة. أعراض معينة مثل الشعور بالتعب أو فقدان الحافز أو الشعور بالحزن يمكن أن تؤدي إلى تفكير أولي على شاكلة: "لماذا أشعر بهذه الطريقة؟" الفكرة المثيرة تنشيط المعتقدات حول الحاجة للانخراط في التفكير المستمر (الاجترار) حول معنى وأسباب هذه الخبرات. تهدف معتقدات الوعي بالمعرفة الايجابية أيضاً إلى الاهتمام برصد علامات وأعراض انخفاض المزاج وقيمة التساؤل عن أسباب المشاعر كوسيلة للتعامل والمواجهة. في بعض الحالات هناك معتقدات إيجابية عن الحزن كوسيلة للتنظيم الذاتي العاطفي. على سبيل المثال ، وصف بعض المرضى كيف يحافظون على مستوى التساؤل لأن هذا يمنع ازدياد المشاعر غير السارة المرتبطة بخيبة الأمل في الحياة. ومن أمثلة معتقدات الوعي بالمعرفة الإيجابية ما يلي:

"إذا قمت بتحليل سبب فشلي فسوف أتمكن من منع الفشل في المستقبل".
"إذا اكتشفت سبب شعوري بالاكتئاب ، فسأتمكن من التحسن".

"التحقق من مدى الحزن الذي أشعر به سيساعدني في معرفة متى سأبدأ في التعافي".

تؤدي معتقدات الوعي بالمعرفة الايجابية إلى استمرار اطالة التفكير أو قد تؤدي إلى أنماط من الانتباه والمواجهة التي لها تأثير في إطالة التفكير السلبي وزيادة الوعي بالحزن. تم تصوير (رسم) هذا التأثير المباشر على أنه السهم المسمى " أ " في الشكل السابق (Wells & Fisher 2016,149).

الاستجابات الاكتئابية مثل انخفاض الانشطة وفقدان الدافع ، والتغير في أنماط التفكير المصاحبة للاكتئاب تؤدي إلى الاجترار. يقلل بعض المرضى من نشاطهم ليعطوا أنفسهم المزيد من الوقت للتفكير في مشكلتهم ، ولكن فقدان النشاط والفشل في التعامل مع المشكلات يمكن أن يكون لها عواقب اجتماعية تزيد من الأفكار السلبية. على سبيل المثال ، مشاعر وأفكار الذنب وعدم الكفاية الناتجة عن الفشل في إكمال المهام يمكن أن تعمل كمحفزات (مثيرات) للاجترار (Wells&2009, 200).

يؤثر الاجترار تأثيراً سلبياً على الإدراك ويؤدي إلى استمرار الأعراض ، ولأن العوامل النفسية والاجتماعية (على سبيل المثال ، ما يتعلمه الشخص عن الاكتئاب من خلال الاتصال بالنظام الطبي "العلاج بالأدوية) يمكن أن يولد شعوراً بفقد السيطرة ، وتنشيط وتقوية معتقدات الوعي بالمعرفة السلبية . على وجه الخصوص ، يعتقد الشخص أن الاجترار والحزن لا يمكن السيطرة عليهما . في بعض الحالات يعتقد الشخص أن الاجترار والمشاعر السلبية هي أعراض لمرض عضوي .قد يفسر المرضى كذلك هذه الأعراض كإشارة على ضعف الشخصية أو أن هناك شيء خطأ في أذهانهم. تسهم هذه المعتقدات في فشل تعطيل الاجترار والتحكم في أنماط التعامل غير المفيدة التي قد يؤدي تعطيلها في نهاية المطاف إلى التخفيف من حدة المزاج المكتئب. ومن أمثلة معتقدات الوعي بالمعرفة السلبية :

"لقد تغير تفكيري. أنا لم أعد أتحكم .

"لا يوجد شيء يمكنني القيام به ، لا أستطيع أن أفكر بشكل طبيعي".

"أنا ضعيف عقلياً لكوني هكذا".

"لقد فقدت السيطرة على عقلي".

يوضح الشكل السابق أيضاً أن جزءاً من نمط الوعي السلبي هو الوعي المنخفض بعملية الاجترار أو نقص المعرفة بأن الاجترار هو عملية أساسية في الحفاظ على الاكتئاب. الشخص المصاب بالاكتئاب يرى أن الاجترار هو جزء من

الحل ؛ وهذه العملية قد تحدث لفترة طويلة حتى أن الفرد لا يدرك طبيعته المتشعبة.

يمكن أن تمثل الأعراض والسلوكيات الاكتئابية مصادر أخرى للأفكار السلبية التي تعمل على تنشيط المعتقدات الإيجابية حول التفكير المستمر وأشكال أخرى من المواجهة غير التكيفية ، كما هو موضح في حلقة ردود الفعل من الاكتئاب للمثير في الشكل السابق. علاوة على ذلك ، يمكن للفرد أن يصبح خائفاً من نوبات اكتنابيه لاحقة ؛ وهذا هو مصدر القلق من الانتكاس الذي يمكن أن يدعم بعض مظاهر القلق والاكتئاب المختلطة- (Wells & Fisher 2016,149).

150)

دراسات سابقة :

دراسة ويلز وآخرون (Wells et al. (2009) وهدفت إلى معرفة أثر العلاج بالوعي بالمعرفة في خفض شدة أعراض الاكتئاب لدى (٤) من مرضى الاكتئاب الأساسي الشديد، واستخدمت الدراسة أسلوب العلاج الفردي، وتراوح عدد الجلسات لكل حالة من ٦ إلى ٨ جلسات وبعد إنتهاء مدة العلاج وخلال فترة المتابعة (٣ شهور) تم تحسن الأعراض الاكتئابية والاجترارات الفكرية بشكل ملحوظ وكذلك معتقدات الوعي بالمعرفة (Wells et al., 2009).

دراسة باباجيورجيو وويلز (Papageorgiou and Wells (2015) وهدفت إلى معرفة أثر العلاج الجماعي بالوعي بالمعرفة في خفض شدة أعراض الاكتئاب لدى ١٠ من مرضى الاكتئاب الذين لم يستجيبوا للعلاج الدوائي والعلاج المعرفي السلوكي ، واستغرقت فترة العلاج ١٢ جلسة بمعدل جلستين في الأسبوع، وبعد نهاية مدة العلاج وخلال فترة المتابعة (٦ شهور) تبين أن ٧٠% من المرضى قد شفي من الأعراض (لم تنطبق عليهم المحكات الشخصية للاكتئاب) ، وأن ٢٠% من المرضى تحسن مما يدل على استفادة المرضى من برنامج العلاج بالوعي بالمعرفة (Pageorgiou & Wells,2015).

دراسة كالسين وآخرون (Callesen et al. (2014) وهدفت إلى معرفة مدى فاعلية العلاج بالوعي بالمعرفة لدى (٤) حالات اكتئاب من الدنمارك، واستخدمت الدراسة أسلوب العلاج الفردي، واستغرق البرنامج العلاجي من ٥ إلى ١١ جلسة بمعدل جلسة أسبوعياً ، واتضح من خلال النتائج تحسن دال إحصائياً في الاعراض الاكتئابية بعد فترة العلاج وخلال مدة المتابعة ٣ شهور و٦ شهور (Callesen et al.,2014).

دراسة هاجين وآخرون (Hagen et al., 2017) وهدفت إلى فحص فاعلية العلاج بالوعي بالمعرفة في علاج الاكتئاب لدى (٣٩) من مرضى الاكتئاب (ثلاثة مرضى مازالوا يعالجون بمضادات الاكتئاب SSRI ووافقوا أن تكون الجرعة الدوائية ثابتة خلال فترة العلاج) ، وزعوا عشوائياً إلى مجموعتين ١- مجموعة العلاج بالوعي بالمعرفة (٢٠) وتكون البرنامج العلاجي لهذه المجموعة من ١٠ جلسات بواقع جلسة أسبوعياً ، ومجموعة قائمة الانتظار (١٩) لم تتعرض لبرنامج العلاج بالوعي بالمعرفة إلا بعد انتهاء فترة الانتظار ، وأوضحت النتائج أن مجموعة العلاج بالوعي بالمعرفة تحسنت بشكل دال في أعراض الاكتئاب والقلق عن مجموعة قائمة الانتظار ، وأن ٧٠% - ٨٠% من مجموعة العلاج بالوعي بالمعرفة صنفوا على أنهم تعافوا بعد انتهاء مدة العلاج و فترة المتابعة (٦ شهور) ، بينما تعافى ٥% من مجموعة قائمة الانتظار خلال فترة الانتظار (Hagen et al., 2017).

دراسة وينتر ، (Winter et al., 2019) وهدفت إلى دراسة أثر العلاج بالوعي بالمعرفة لدى (١٥) مريض بالاكتئاب الأساسي و(١٥) مريض بالاكتئاب المزمن ، وبينت النتائج انخفاض أعراض الاكتئاب لدى مجموعتي مرضى الاكتئاب وكذلك قلت نسب الانتكاسة بعد انتهاء البرنامج العلاجي وبعد فترة المتابعة ٦ شهور ، وكذلك تحسنت أعراض القلق وقلت مدة الاجترار (Winter et al., 2019) .

وفي دراسة فريدة من نوعها لـ ثورسلند Thorslund et al. (2020) والتي هدفت إلى التحقق من فاعلية العلاج بالوعي بالمعرفة في خفض شدة أعراض القلق والاكتئاب لدى (١٠) مراهقين مصابين بالقلق والاكتئاب ، وكانت أهم نتائج الدراسة عدم انطباق المحكات التشخيصية للقلق والاكتئاب على أي من المراهقين المشتركين في برنامج العلاج بالوعي بالمعرفة وذلك بعد انتهاء مدة العلاج والمتابعة ، ووجد تغير ثابت ودال اكلينيكي في اجترار الأفكار ومعتقدات الوعي بالمعرفة (Thorslund et al., 2020).

فروض الدراسة:

في ضوء العرض السابق لمشكلة الدراسة وتساؤلاتها والتراث النظري ونتائج الدراسات السابقة يمكن صياغة فروض الدراسة كما يلي :

الفرض الأول:

" توجد فروق دالة احصائياً بين متوسطي رتب درجات القياسين القبلي والبعدي على قائمة بيك للاكتئاب، ومقياس الاستجابة الاجترارية ، بعد تقديم برنامج

العلاج باستخدام فنيات العلاج بالوعي بالمعرفة مقارنة بقبل تقديمه لدى مجموعة مرضى الاكتئاب الأساسي".

الفرض الثاني:

" لا توجد فروق دالة احصائياً بين متوسطي رتب درجات القياسين البعدي والتبقي على قائمة بيك للاكتئاب، ومقياس الاستجابة الاجترارية".

الاجراءات المنهجية للدراسة :

أولاً: منهج الدراسة

اتبعت الدراسة الراهنة المنهج شبه التجريبي ، تصميم المجموعة الواحدة بقياس قبلي وقياس بعدي وفيه يتم التعامل مع أفراد عينة الدراسة كمجموعة واحدة يرصد خلالها التغيير الذي طرأ على أعراض الاكتئاب بعد تقديم برنامج العلاج بفنيات الوعي بالمعرفة (باركر وآخرون ، ١٩٩٩ ، ٢٢٦).

ثانياً: عينة الدراسة

أ-عينة الدراسة الاستطلاعية

وتم التطبيق على هذه العينة للتأكد من صدق وثبات أدوات الدراسة (ن= ١٥٣) منهم (٧٢) مرضى اكتئاب، و (٨١) أصحاء، بمتوسط عمري ٢٩,٧ سنة وانحراف معياري ٦,٤ سنة، وتم الحصول على مرضى الاكتئاب من العيادة النفسية بمستشفى سوهاج الجامعي ،وعينة الأصحاء من موظفي المستشفى الجامعي .

ب -عينة الدراسة الأساسية

تم تطبيق البرنامج العلاجي على (١١) من مرضى الاكتئاب الأساسي (٤ ذكور ،٧ إناث)والمدى العمري يتراوح (من ١٨ عام إلى ٤٦ عام) ،وتم الحصول على مرضى الاكتئاب من العيادة النفسية بمستشفى سوهاج الجامعي ،وتم اختيار العينة وفقاً لعدد من الشروط الآتية :

١- أن يشخص المريض من قبل الطبيب النفسي بأنه يعاني من اضطراب الاكتئاب الأساسي .

٢- أن تنطبق على المريض المحكات التشخيصية لاضطراب الاكتئاب الأساسي الواردة في الدليل التشخيصي والاحصائي الخامس وذلك من خلال مقابلة تشخيصية يقوم بها الباحث .

٣- ألا توجد لدى المريض أية أعراض ذهانية .

٤- ألا يكون متعاطياً لأية مواد إدمان مخدرة أثناء تطبيق البرنامج العلاجي .
٥- أن يكون المريض لا يتناول أية أدوية مضادة للاكتئاب أو أن تكون أعراض اضطراب الاكتئاب الأساسي مستقرة (لا يوجد تحسن) نتيجة تناول المريض أدوية مضادة للاكتئاب خلال ٦ أشهر على الأقل قبل بداية البرنامج العلاجي حتى لا يتداخل تأثير البرنامج العلاجي مع الأدوية المضادة للاكتئاب .

ثالثاً: أدوات الدراسة

١- برنامج العلاج بالوعي بالمعرفة لمرضى الاكتئاب الأساسي
Metacognitive Therapy Program for Major Depression
تصميم البرنامج العلاجي

اعتمد الباحث في تصميم البرنامج العلاجي على الدليل الذي قدمه ويلز (2009) Wells وهذا الكتاب يعتبر دليلاً عملياً لممارسة العلاج بالوعي بالمعرفة ففي هذا الكتاب شرح لنظرية العلاج بالوعي بالمعرفة وأسس وفنيات العلاج بها وكيفية تطبيق فنيات العلاج على مجموعة من الاضطرابات النفسية التي منها اضطراب الاكتئاب الأساسي، وقام الباحث بترجمة البرنامج العلاجي الذي وضعه ويلز (2009) Wells لعلاج اضطراب الاكتئاب الأساسي واستخدمه في الدراسة الحالية .

وسوف يسترشد الباحث بالدراسات التي اهتمت باستخدام فنيات العلاج بالوعي بالمعرفة في علاج اضطراب الاكتئاب الأساسي (Wells et al., 2009; Papageorgiou & Wells, 2015) .

خطة البرنامج العلاجي

اشتمل البرنامج العلاجي على عدد من الجلسات تفصيلها كالآتي :
جلسات التقييم وتحديد خط الأساس ٣ جلسات بواقع جلسة أسبوعياً .
جلسات البرنامج العلاجي تتكون من ٨ جلسات بواقع جلسة أسبوعياً، ومدة الجلسة ٦٠ دقيقة
جلسة القياس البعدي لتقييم فاعلية البرنامج العلاجي .
جلسة المتابعة بعد ٤ شهور من انتهاء البرنامج العلاجي .

٢- قائمة بيك للاكتئاب (Beck Depression Inventory (BDI

إعداد / أرون بيك & ستير ١٩٩٣ ترجمة أحمد عبد الخالق (٢٠١٥)
تعتبر قائمة بيك للاكتئاب الصيغة المعدلة أداه مصممة لقياس شدة الاكتئاب لدى المراهقين والراشدين وتتضمن القائمة (٢١) مجموعة من الفقرات وتمثل كل

مجموعة عرضاً معيناً من أعراض الاكتئاب وتحت كل عرض أربع خيارات تعكس التدرج في شدة العرض و(صفر) تعني عدم وجود العرض، (١) تعني وجود العرض بدرجة خفيفة، (٢) تعني وجود العرض بدرجة متوسطة، (٣) تعني وجود العرض بدرجة كبيرة (آرون بيك & روبرت ستير، ٢٠١٥).

(أ) صدق المقياس:

حظيت قائمة بيك للاكتئاب بنسب صدق وثبات جيدة في عدد من البيئات العربية في مصر، والسعودية، وسوريا، ولبنان، والكويت؛ مما يعتبر مؤشر مطمئن لتطبيق المقياس على عينة البحث الحالية إلا أن الباحث أثر إجراء صدق التحليل العاملي الاستكشافي Exploratory Factor Analysis، من الدرجة الأولى على العينة الاستطلاعية (ن=١٥٣) منهم (٧٢) مرضى اكتئاب، و (٨١) أصحاء، بطريقة المكونات الأساسية Principal component's، للتحقق من البناء العاملي للمقياس، وقد أسفرت مصفوفة الارتباط عن قيمة Determinant أكبر من (٠.٠٠١)، كما أن قيمة اختبار برتليت (Bartlett's test of sphericity) قدرت بـ (٣٧٤.٩٩٣) وهي قيمة دالة عند (٠.٠١)، وقيمة اختبار "كايزر وماير واولكين" Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) تساوي (٠.٦٦٧) وهي قيمة أعلى من (٠.٥٠) مما يدل على كفاءة التعيين وأن المصفوفة يتوفر فيها الحد الأدنى من الارتباطات التي تجعلها قابلة للتحليل العاملي؛ ويتضمن الجدول (١) درجة تشبع فقرات المقياس على العوامل المستخلصة.

جدول (١) مصفوفة المكونات أو العوامل

قيم الشبوع Communalities	مصفوفة المكونات Component Matrix							المتغيرات variables
	التشبعات Loadings							
	السابع	السادس	الخامس	الرابع	الثالث	الثاني	الأول	
٠.٦٨٩	٠.٢٠٢-	٠.٢٧٤	٠.٤٩٥	٠.٣١٠-	٠.٣٧٣	٠.١٠٣	٠.٢٨٧	١
٠.٦٤٧	٠.١١٨	٠.١٨٣	٠.٣٧٣	٠.١٢٠	٠.١٤٤	٠.٣٣٢	٠.٥٦١	٢
٠.٥٥٩	٠.٢١٢-	٠.٠٣٧-	٠.٢٦٥	٠.١٦١	٠.١٦٦-	٠.١٠٦-	٠.٦١٥	٣
٠.٥٤٧	٠.٠٢٠	٠.٣٦٨-	٠.١٧٠	٠.٠٦٦-	٠.٠٦٢-	٠.٠٧٦	٠.٦٠٧	٤
٠.٤٥٤	٠.٠٧٣-	٠.٠٩٨	٠.٢٠٨-	٠.٢١١-	٠.٣٠٦	٠.١٩٢	٠.٤٧١	٥
٠.٥٩٧	٠.٣٧١	٠.١٧٩	٠.٠٥٦-	٠.٢١٩-	٠.٠٦٢-	٠.٥٥٢	٠.٢٦٢	٦
٠.٧١٤	٠.٢٧٦-	٠.١٦٣-	٠.٢٢٥	٠.٤٩٥-	٠.٢٦٧-	٠.١٤٣	٠.٤٧٣	٧
٠.٦٤٦	٠.٢٦٥-	٠.٠٨٦-	٠.٣٥١-	٠.٢٩٩	٠.١٤٦	٠.٣٤٧-	٠.٤٦١	٨
٠.٥٧٣	٠.٢١٥-	٠.٢١١-	٠.٠٥٥-	٠.٢٠٢-	٠.١٤٨-	٠.٠٠٤	٠.٦٤٦	٩
٠.٦٢٣	٠.١١٦	٠.٢٢٧	٠.٣٤٠-	٠.٠٩١	٠.٣٠١-	٠.٤٢٦	٠.٤٠٣	١٠
٠.٦٨٣	٠.١٦٣-	٠.٥١٥	٠.١٠٧-	٠.٠٥١	٠.١٥٣-	٠.٠٤٩	٠.٥٩٣	١١
٠.٦٤٢	٠.٠٦٥	٠.٠٤١	٠.١٨٥-	٠.١٢٠	٠.٤٦٣-	٠.١٥٥-	٠.٥٩١	١٢
٠.٦٤٤	٠.٢٠٩	٠.١٣٥-	٠.٠٦٥-	٠.٢١٢-	٠.٠٦٨	٠.٥٨٩-	٠.٤٢٦	١٣

٠.٧٤١	٠.٠٣٦	٠.٢٢٢	٠.٢٩٣	٠.٣٠٦	٠.١٩٨-	٠.٥٣٨-	٠.٤٢٧	١٤
٠.٣٦٩	٠.١٣٥	٠.٠٦٣	٠.٠٤٥	٠.٠١٢	٠.٠٩٧	٠.٢٧٣-	٠.٥١٠	١٥
٠.٦١٢	٠.٠٨٢-	٠.٠٠٢	٠.٤٤٦-	٠.٠٥١	٠.٤٩٤	٠.٠٩٢	٠.٣٨٩	١٦
٠.٧١٥	٠.٦٦٩	٠.٠١٩-	٠.٠١٩	٠.١٢٣-	٠.٠٤٥	٠.٢٣٠-	٠.٤٤٣	١٧
٠.٧٧٤	٠.٠٨٠	٠.٥٧٤-	٠.٠١٣-	٠.١٦٧	٠.٠٥٧	٠.٤٠٨	٠.٤٩١	١٨
٠.٦٦٧	٠.٠٤٤-	٠.٠١٦-	٠.٠٨٤	٠.٦٩١	٠.٠٠٠	٠.٣٦٦	٠.٢١٥	١٩
٠.٦٣٥	٠.١٠٣	٠.٠٥٦-	٠.٢٩٢	٠.٢٩٢	٠.٦٥٩	٠.٠٢٥-	٠.١٢٣	٢٠
٠.٤٨٤	٠.٠٨٩-	٠.١٠٠	٠.٣١٤-	٠.٢٠٨-	٠.٤٤١	٠.١١٩-	٠.٣٤١	٢١
	١.٠٢٤	١.٠٩٨	١.٣٤٩	١.٤٢٥	١.٦٦٣	١.٩١٦	٤.٥٤١	الجذر الكامن
	٤.٨٧٨	٥.٢٣٠	٦.٤٢٤	٦.٧٨٧	٧.٩٢٠	٩.١٢٢	٢١.٦٢٣	نسبة التباين

يوضح جدول (١) قيم التشبعات والشيوخ المستخلصة من التحليل العاملي لاستجابات العينة الاستطلاعية (ن=١٥٣) لفقرات قائمة بيك للاكتئاب؛ حيث يتضح تشبعها على (٧) عوامل استوعب العامل الأول (٢١.٦٢%) من التباين الارتباطي وبلغ جذره الكامن (٤.٥٤)، والثاني استوعب (٩.١٢%) من التباين الارتباطي وبلغ جذره الكامن (١.٩٢)، والثالث استوعب (٧.٩٢%) من التباين الارتباطي وبلغ جذره الكامن (١.٦٦)، والرابع استوعب (٦.٧٩%) من التباين الارتباطي وبلغ جذره الكامن (١.٤٢)، والخامس استوعب (٦.٤٢%) من التباين الارتباطي وبلغ جذره الكامن (١.٣٥)، والسادس استوعب (٥.٢٣%) من التباين الارتباطي وبلغ جذره الكامن (١.١٠)، والسابع استوعب (٤.٨٩%) من التباين الارتباطي وبلغ جذره الكامن (١.٠٢)، بما يشير إلى تمتع المقياس بدرجة جيدة من الصدق، وتتفق مع تفتين "أحمد عبد الخالق" للمقياس وتشبعه على (٧) عوامل.

(ب) ثبات المقياس:

١ معامل ثبات ألفا كرونباخ: تم حساب ثبات قائمة بيك للاكتئاب، باستخدام معامل ثبات ألفا كرونباخ ضمن حزمة البرامج الإحصائية المعروفة باسم spss، على العينة الاستطلاعية (ن=١٥٣)، وبلغ معامل الثبات المستخرج (٠.٧٩٨) وهو معامل ثبات جيد ومطمئن للتطبيق.

٢ معامل ثبات التجزئة النصفية: تم حساب ثبات القسمة النصفية (فردى - زوجي) لبنود قائمة بيك للاكتئاب، وتصحيح الطول باستخدام معادلة سبيرمان - براون، على العينة الاستطلاعية (ن=١٥٣)، وبلغ معامل الثبات المستخرج قبل تصحيح الطول (٠.٥٧٥)، وبعد تصحيح الطول بلغ (٠.٧٣٠)، وهو معامل ثبات مقبول للتطبيق.

(٣) مقياس الاستجابة الاجترارية (Ruminative Responses Scale)

(RRS-10)

(أولاً) وصف المقياس، وتطبيقه:

مقياس الاستجابة الاجترارية تأليف ترينور وآخرون، Treynor et al. (2003) ترجمة واعداد الباحث

هو مقياس تقرير ذاتي مكون من ١٠ بنود يقيم ميول الأفراد إلى اجترار الأفكار عندما يكونوا مكتئبين أو في مزاج حزين. يتم الاستجابة للبنود على مقياس تصنيف مكون من ٤ بدائل يتراوح من ١ (أبداً) إلى ٤ (دائماً)، تتراوح الدرجات

على المقياس من ١٠ إلى ٤٠، وتم حساب ثبات المقياس في النسخة الاجنبية بطريقة ألفا كرونباخ ٠.٨٥ (Treyner et al., 2003).

ثانياً) الخصائص السيكومترية للمقياس:

(أ) صدق المقياس:

(١) صدق البناء الداخلي:

يعتمد صدق البناء الداخلي على حساب معاملات الارتباط بين درجة البند والدرجة الكلية للمقياس بعد حذف درجة البند قام الباحث بهذا الإجراء لحساب صدق البناء الداخلي لمقياس الاستجابة الاجترارية، على العينة الاستطلاعية (ن=١٥٣)، وفيما يلي توضيح للنتائج:

جدول (٢) درجة ارتباط البند بالدرجة الكلية للمقياس

مقياس الاستجابة الاجترارية	
م	الارتباط بالدرجة الكلية بعد حذف المفردة
١	**٠.٥١٢
٢	**٠.٥٨١
٣	**٠.٥٨١
٤	**٠.٦٧٢
٥	**٠.٣٧٩
٦	**٠.٤١٢
٧	**٠.٥٨٦
٨	**٠.٦٤٠
٩	**٠.٥٢٨
١٠	**٠.٥٥٠

** دال عند مستوى ٠.٠١

*دال عند مستوى ٠.٠٥

يتضح من جدول (٢) وجود ارتباط دال بين درجة البند والدرجة الكلية للمقياس تراوح بين ٠.٣٨ - ٠.٦٧ بما يشير إلى درجة صدق مطمئنة للتطبيق.

(٢) صدق المجموعات المتناقضة:

قام الباحث بحساب صدق المجموعات المتناقضة للتأكد من تمييز مقياس الاستجابة الاجترارية بين الأسوياء والمرضى، وتم حساب قيمة "ت" بين عينة

فاعلية العلاج بالوعي بالمعرفة في خفض شدة أعراض الاكتئاب واجترار الأفكار

مرضى الاكتئاب (ن=٧٢) وبين عينة الأصحاء (ن=٨١) على الدرجة الكلية لمقياس الاستجابة الاجترارية كما في جدول (٣) .

جدول (٣) المتوسطات (م) والانحرافات المعيارية (ع) لمقياس الاستجابة الاجترارية
 وقيم (ت) لمجموعتي التفتين (المرضى، الأصحاء) (ن=١٥٣)

الاختبار	المقياس	م	ع	د/ح	قيمة (ت)	الدلالة
مقياس الاستجابة الاجترارية	المرضى	٢٧.٨٣	٤.٢٧	١٥١	٥.٩٥ **	دال عند مستوى ٠.٠١
	الأصحاء	٢٢.٩٤	٥.٦٩			في اتجاه المرضى

(ب) ثبات المقياس:

(١) معامل ثبات ألفا كرونباخ:

استخدم الباحث معادلة ألفا كرونباخ للتحقق من ثبات مقياس الاستجابة الاجترارية وذلك على العينة الاستطلاعية (ن=١٥٣)، وقد بلغت قيمة معامل الثبات (٠.٧٤٠) وهو معامل جيد ومُرَضِي ويدل على ثبات المقياس .

(٢) معامل ثبات التجزئة النصفية:

استخدم الباحث طريقة التجزئة النصفية للتحقق من ثبات مقياس الاستجابة الاجترارية ومعتمداً على معادلة سبيرمان - براون لتصحيح الطول وذلك على العينة الاستطلاعية (ن=١٥٣)، وقد بلغت قيمة معامل الثبات (٠.٧٧٩) وهو معامل مرتفع ومُرَضِي ويدل على ثبات المقياس .

المعالجة الإحصائية :

- تستخدم الدراسة الحالية اختبار ويلكوسون كاختبار لا معلمي بهدف حساب دلالة الفروق بين القياسين القبلي والبعدي ، وحساب دلالة الفروق بين القياسين البعدي والتتبعي على مقياس المعتقدات الإيجابية حول الاجترار ، ومقياس المعتقدات السلبية حول الاجترار .

نتائج الدراسة :

نتائج الفرض الأول:

ينص الفرض الأول على:

" توجد فروق دالة احصائياً بين متوسطي رتب درجات القياسين القبلي والبعدي على قائمة بيك للاكتئاب، ومقياس الاستجابة الاجترارية ، بعد تقديم برنامج العلاج باستخدام فنيات العلاج بالوعي بالمعرفة مقارنة بقبل تقديمه لدى مجموعة مرضى الاكتئاب الأساسي".

للتحقق من صحة الفرض السابق، قام الباحث باستخدام اختبار " ويلكوكسون Wilcoxon"، وذلك لحساب دلالة الفروق بين متوسط درجات أفراد مجموعة مرضى الاكتئاب قبل تطبيق البرنامج ومتوسط درجات نفس المجموعة بعد تطبيق البرنامج على (قائمة بيك للاكتئاب، ومقياس الاستجابة الاجترارية)، وفيما يلي توضيح للنتائج:

جدول (٤) قيمة Z ودالاتها للفروق بين متوسط رتب درجات القياسين القبلي والبعدي لدى مجموعة مرضى الاكتئاب على أدوات الدراسة

المقياس	القياس	المتوسط	توزيع الرتب	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	الدلالة
قائمة بيك للاكتئاب	القبلي	٣٧.٣٦	الرتب السالبة	٦.٨٠	٤٦.٢٤	٣.٩٧ -	٠.٠١
	البعدي	١١.٤٥	الرتب الموجبة	٣.٣٣	١١.٠٩		
مقياس الاستجابة الاجترارية	القبلي	٢٩.٨٢	الرتب السالبة	١٥	٢٢٥	٣.٩٣ -	٠.٠١
	البعدي	١٥.٣٦	الرتب الموجبة	١٢	١٤٤		

تشير التحليلات الموضحة بجدول (٤) إلى وجود فروق دالة احصائياً بين متوسطي رتب درجات القياسين القبلي والبعدي عند مستوى دلالة (٠.٠١)، على مقياس (قائمة بيك للاكتئاب، ومقياس الاستجابة الاجترارية ، (بعد نهاية تطبيق البرنامج) لانخفاض متوسط أعراض الاكتئاب.

كما تم حساب فروق الرتب وقوة العلاقة وحجم تأثيرها من خلال التعرف على فروق قيمة (P.value) المحسوبة واتجاه العلاقة بين القياسين (القبلي والبعدي) لدى مجموعة مرضى الاكتئاب في القياسين اعتماداً على نتائج تحليلات اختبار " ويلكوكسون Wilcoxon "، وفيما يلي توضيح للنتائج:

جدول (٥) يوضح قوة العلاقة واتجاهها وحجم تأثير البرنامج المُعد بالدراسة على أداء مجموعة مرضى الاكتئاب في القياسين (القبلي والبعدي)

المتغيرات الفرعية	م	متوسط الرتب	فروق الرتب	قوة العلاقة (P.value)	اتجاه العلاقة
قائمة بيك للاكتئاب	٣٧.٣٦	٦.٨٠	٣.٤٧-	٠.٠٠١	سالبة
	١١.٤٥	٣.٣٣			
مقياس الاستجابة الاجترارية	٢٩.٨٢	١٥	٣ -	٠.٠٠٢	سالبة
	١٥.٣٦	١٢			

تشير النتائج الموضحة بجدول (٥)، أن قيمة P.value في مقاييس (قائمة بيك للاكتئاب، ومقياس الاستجابة الاجترارية، هي اقل من مستوى المعنوية (5%) بما يشير إلى أن متوسط أداء عينة الدراسة على أدوات الدراسة (قائمة بيك للاكتئاب، ومقياس الاستجابة الاجترارية)، في القياس القبلي يختلف عن متوسط الأداء في القياس البعدي في اتجاه القياس البعدي صاحب المتوسط الأقل، نظراً لطبيعة الدراسة في خفض أعراض الاكتئاب لدى العينة بعد تطبيق البرنامج العلاجي القائم على استخدام فنيات الوعي بالمعرفة، ويلاحظ أن متوسط رتب الإشارات السالبة أعلى من متوسط رتب الإشارات الموجبة مما يدل على أن متوسط الأداء على أدوات الدراسة لدى مجموعة مرضى الاكتئاب انخفض بعد خضوعهم للبرنامج كما أن اتجاه العلاقة في اتجاه الرتب السالبة، وبالتالي نَقَبَل فرضية أن البرنامج القائم على استخدام فنيات العلاج بالوعي بالمعرفة له أثر جيد على خفض أعراض الاكتئاب لدى عينة الدراسة من مرضى الاكتئاب في القياس البعدي.

وزيادة في التأكد من صدق الفرض السابق تم حساب نسبة الكسب المعدل للبرنامج من خلال درجات أفراد مجموعة مرضى الاكتئاب في القياسين (القبلي

والبعدي) باستخدام معادلة (بلاك Blake) لحساب نسبة الكسب المعدلة، وينبغي أن تصل قيمة نسبة الكسب المعدل إلى (١.٢) فأكثر كمؤشر لفاعلية البرنامج، كما قام الباحث بتحديد حجم الأثر الناتج عن تطبيق البرنامج اعتماداً على نتائج القياسين (القبلي/ البعدي) ووفق جدول كوهن (٠.٠٢) حجم اثر ضعيف، ٠.٥ حجم اثر متوسط، ٠.٨ حجم اثر قوي) وفيما يلي عرض لتلك النتائج:

جدول (٦) المتوسطات (م) ونسبة الكسب المعدلة وحجم الأثر (Δ) لأدوات الدراسة

لدى مجموعة مرضى الاكتئاب

قوة حجم الأثر	حجم الأثر Δ	نسبة الكسب المعدلة	م	ن	المقاييس	
قوي	٠.٩٦	١.٣٠	٣٧.٣٦	١١	القياس القبلي	قائمة بيك للاكتئاب
			١١.٤٥	١١	القياس البعدي	
متوسط	٠.٧٦	١.٨٣	٢٩.٨٢	١١	القياس القبلي	مقياس الاستجابة الاجترارية
			١٥.٣٦	١١	القياس البعدي	

تشير النتائج الموضحة بجدول (٦) ، إلى أن البرنامج القائم على استخدام فنيات الوعي بالمعرفة له اثر جيد على خفض مستوى الاكتئاب لدى مجموعة مرضى الاكتئاب، حيث أشارت النتائج إلى انخفاض متوسط التطبيق البعدي عن التطبيق القبلي لدى مجموعة مرضى الاكتئاب وبلغت نسبة الكسب المعدلة لمقاييس (قائمة بيك للاكتئاب، ومقياس الاستجابة الاجترارية)، أعلى من الحد الأدنى للفاعلية كما حدده بلاك وهو (١.٢)، كما أشارت إلى وجود حجم أثر (قوي) على مقياس (قائمة بيك للاكتئاب)، وحجم اثر (متوسط) على مقياس (الاستجابة الاجترارية) .

نتائج الفرض الثاني:

ينص الفرض الثاني على:

"لا توجد فروق دالة احصائياً بين متوسطي رتب درجات القياسين البعدي والتتبعي على (قائمة بيك للاكتئاب، ومقياس الاستجابة الاجترارية لدى مجموعة مرضى الاكتئاب الأساسي) " .

للتحقق من صحة الفرض السابق، قام الباحث باستخدام اختبار " ويلكوكسون Wilcoxon "، وذلك لحساب دلالة الفروق بين متوسط درجات أفراد مجموعة مرضى الاكتئاب بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج ومتوسط درجات نفس المجموعة بعد فترة المتابعة التي بلغت (٤ شهور) على (قائمة بيك للاكتئاب، ومقياس الاستجابة الاجترارية)، وفيما يلي توضيح للنتائج:

جدول (٧) قيمة Z ودلالاتها للفروق بين متوسط رتب درجات القياسين البعدي والتتبعي لدى أفراد مجموعة مرضى الاكتئاب على أدوات الدراسة

المقياس	القياس	المتوسط	توزيع الرتب	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	الدلالة
قائمة بيك للاكتئاب	البعدي	١١.٤٥	الرتب السالبة	٥.١٧	٣١.٠٠	-	غير دال
	التتبعي	١١.١٨	الرتب الموجبة	٦.٠٠	٢٤.٠٠	٠.٣٦	
مقياس الاستجابة الاجترارية	البعدي	١٥.٣٦	الرتب السالبة	٤.٥٠	٣٦	-	٠.٠٥
	التتبعي	١٣.٠٠	الرتب الموجبة	٠.٠٠	٠.٠٠	٢.٥٣	

تشير التحليلات الموضحة بجدول (٧) إلى عدم وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطي درجات القياسين البعدي والتتبعي، على مقياس (قائمة بيك للاكتئاب، ومقياس المعتقدات الإيجابية حول الاجترار، ومقياس المعتقدات السلبية حول الاجترار)، في حين وجدت فروق دالة على مقياس (الاستجابة الاجترارية) عند مستوى دلالة (٠.٠٥)، اتجاه القياس التتبعي (بعد نهاية تطبيق البرنامج بـ ٤ شهور) لانخفاض متوسط أعراض الاكتئاب.

كما تم حساب فروق الرتب وقوة العلاقة وحج تأثيرها من خلال التعرف على فروق قيمة (P.value) المحسوبة واتجاه العلاقة بين القياسين (البعدي والتتبعي) لدى مجموعة مرضى الاكتئاب في القياسين اعتماداً على نتائج تحليلات اختبار " ويلكوكسون Wilcoxon "، وفيما يلي توضيح للنتائج:

جدول (٨) يوضح قوة العلاقة واتجاهها وحجم تأثير البرنامج المُعد بالدراسة على أداء مجموعة مرضى الاكتئاب في القياسين (البعدي والتتبعي)

المتغيرات الفرعية	م	متوسط الرتب	فروق الرتب	قوة العلاقة (P.value)	اتجاه العلاقة
قائمة بيك للاكتئاب	١١.٤٥	٥.١٧	٠.٨٣	٠.٧١٧	موجبة
	١١.١٨	٦.٠٠			
مقياس الاستجابة الاجترارية	١٥.٣٦	٤.٥٠	- ٤.٥٠	٠.٠١١	موجبة
	١٣.٠٠	٠.٠٠			

تشير النتائج الموضحة بجدول (٨) إلى أن قيمة P.value في مقياس (قائمة بيك للاكتئاب)، هي أكبر من مستوى المعنوية (5%) بما يشير إلى أن متوسط أداء عينة الدراسة على مقياس الدراسة (قائمة بيك للاكتئاب)، لم يختلف في القياسين البعدي والتتبعي، في حين كانت قيمة P.value أقل من مستوى المعنوية (5%) بما يشير إلى أن متوسط أداء العينة على مقياس (الاستجابة الاجترارية) يختلف عن متوسط الأداء في البعدي والتتبعي في اتجاه القياس التتبعي صاحب المتوسط الأقل، نظراً لطبيعة الدراسة في خفض أعراض الاكتئاب لدى العينة بعد تطبيق البرنامج العلاجي القائم على استخدام فنيات الوعي بالمعرفة.

مناقشة النتائج :

تشير نتائج الدراسة إجمالاً إلى فاعلية العلاج بفنيات الوعي بالمعرفة في خفض شدة أعراض اضطراب الاكتئاب الأساسي ، حيث يعتمد العلاج بالوعي بالمعرفة على استخدام فنيات علاجية كفنية تدريب الانتباه وفنية الوعي العقلي المتجرد وذلك لتعطيل العوامل المؤدية للاكتئاب كاجترار الأفكار .

فالأفراد ذوي الميول لاجترار الأفكار والذين يركزون على التفكير المرتبط بالمشاعر السلبية، ويعتقدون أن اجترارهم للأفكار سوف يساعدهم على حل مشكلاتهم ولكنهم في نفس الوقت يعتقدون أن الاجترار لا يمكنهم السيطرة عليه، وهذا الاجترار يؤدي سلوكيات اكتئابيه مثل (التجنب)، أفكار اكتئابيه مثل (لا فائدة مني)، وانخفاض المزاج مثل (الحزن)، وهذه الاستجابات اللاتوافقية تزيد من تفاقم دائرة الاجترار (Leahy et al., 2012: 28).

وهذا ما أوضحته نظرية أساليب الاستجابة في أن هذا النوع من اجترار الأفكار في سياق أعراض الاكتئاب يفاقم ويطول من أمد هذه الأعراض، مما يزيد من احتمال أن تصبح الأعراض مزمنة، وأن تتطور أعراض الاكتئاب المعتدلة إلى نوبات من الاكتئاب الأساسي. يوجد ما لا يقل عن أربع آليات يمكن أن يطيل بها اجترار الأفكار نوبة الاكتئاب. أولاً يعزز اجترار الأفكار من تأثيرات المزاج الكئيب على التفكير، مما يزيد من احتمال استخدام الأفراد للأفكار والذكريات السلبية، التي ينشطها المزاج الكئيب الخاص بهم، لفهم ظروفهم الحالية. ثانياً، يتداخل الاجترار مع حل المشكلات الفعال، جزئياً من خلال جعل التفكير أكثر تشاؤماً وحتمية. ثالثاً، يتدخل اجترار الأفكار في السلوك الألي المعتاد. رابعاً، سيفقد الأفراد الذين يجتروا الأفكار بشكل مزمن المساندة الاجتماعية، وهذا بدوره سيغذي اكتئابهم (Nolen-Hoeksema, 2004: 107- 108).

يؤدي العلاج بالوعي بالمعرفة كذلك إلى استبصار المريض بالاستجابات الاكتئابية اللاتوافقية مثل انخفاض الأنشطة وفقدان الدافع، والتغير في أنماط التفكير المصاحبة للاكتئاب تؤدي إلى الاجترار. ويقلل بعض المرضى من نشاطهم ليعطوا أنفسهم المزيد من الوقت للتفكير في مشكلتهم، ولكن فقدان النشاط والفضول في التعامل مع المشكلات يمكن أن يكون لها عواقب اجتماعية تزيد من الأفكار السلبية. على سبيل المثال، مشاعر وأفكار الذنب وعدم الكفاية الناتجة عن الفشل في إكمال المهام يمكن أن تعمل كمحفزات (مثيرات) للاجترار (Wells, 2009, 200).

أكدت كذلك نظرية العلاج بالقبول والالتزام على أن التجارب الخاصة كالمشاعر المؤلمة، والأفكار المشوشة، والذكريات المحزنة، أو ردود الأفعال الجسدية غير السارة لا يمكن ضبطها أو إبعادها بتصرف أو بفعل، وعندما نحاول ضبطها أو إبعادها تصبح أكثر التصاقاً بالوعي حتى تبدو أنها خارج السيطرة. عندما لا تجدي تلك المحاولات المباشرة لضبط أو منع المشاعر المزعجة، يلجأ الناس إلى طرق أخرى لضبطها كاللجوء إلى تعاطي الكحول أو العقاقير لتهدئة مشاعرهم، أو النوم لساعات طويلة لصرف انتباههم عما يدور بداخلهم. والأمر الأسوأ على المدى الطويل، عندما يكتشف هؤلاء الأشخاص بأن تجنب التفاعلات والأحداث التي تثير تلك المشاعر المزعجة هي طريقة لضبطها وعلاجها (كيرك ستروسهل وأخرون، ٢٠١٨، ٢٨-٢٩).

ويتضح مما ذكر سابقاً أهمية الوعي بالمعرفة في التدخلات العلاجية وهذا ما أولته تيارات الجيل الثالث كالعلاج بالقبول والالتزام والعلاج المعرفي المعتمد على اليقظة العقلية من اهتمام بعمليات علاجية تهدف إلى تنمية التقبل والوعي بالخبرة الحالية وعدم التفاعل معها بالتقييم المستمر والذي يؤدي بدوره إلى زيادة أمد الاضطراب النفسي وخاصة الاكتئاب .

مقترحات بحثية :

من خلال العرض السابق لنتائج الدراسة وتفسيرها فإن الدراسة الراهنة يمكن أن تكون بداية لدراسات مستقبلية تهتم بفاعلية العلاج بالوعي بالمعرفة في علاج الاضطرابات النفسية في البيئة العربية نجلها فيما يلي :

١- فاعلية العلاج بالوعي بالمعرفة في علاج الاضطرابات العصابية كالقلق، والوسواس القهري، والرهاب بجميع أنواعه، واضطرابات الأكل والسمنة، والاضطرابات الانشقاقية، والادمان بجميع أنواعه... الخ.

٢- فاعلية العلاج بالوعي بالمعرفة في علاج الاضطرابات الذهانية كالفصام، والاضطراب الضلالي... الخ.

٣- فاعلية العلاج بالوعي بالمعرفة في علاج اضطرابات الشخصية كالشخصية الحدية والشخصية الاعتمادية، والشخصية التجنبية والشخصية الهستيرية... الخ.

٤- فاعلية العلاج بالوعي بالمعرفة في مجال علم النفس الصحي كعلاج القلق والاكتئاب المرتبط بالأمراض الجسمية كالسرطان وأمراض القلب.

المراجع:

١. أحمد عكاشة. (١٩٩٨). *الطب النفسي المعاصر*. القاهرة : الأنجلو المصرية.

٢. آرون بيك، روبرت ستير. (٢٠١٥). *دليل تعليمات قائمة "بيك" للاكتئاب*. (ترجمة : أحمد عبد الخالق). القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

٣. باركر، ك.، بيسترانج، ن.، إليوت، ر. (١٩٩٩). *مناهج البحث في علم النفس الإكلينيكي والإرشادي*، (ترجمة: محمد نجيب الصبوة، مرفت أحمد شوقي، عائشة شرف الدين). القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية.

٤. برادلي، ب. (٢٠٠٠). *علاج الاكتئاب*. في : س. ل. ليندزي، ج. ي. بول (محررين). *مرجع في علم النفس الإكلينيكي للراشدين*، (ص ص ١٢٧ - ١٦٣). (ترجمة : صفوت فرج). القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية.

٥. جيفري يونج، آرون بيك، آرثر واينبرجر (٢٠٠٢). *الاكتئاب*. في: د. ه. ، بارلو (محرراً). *مرجع إكلينيكي في الاضطرابات النفسية*، دليل علاجي

- تفصيلي، (ص ص ٥٧٩-٦٥٧). (ترجمة:صفوت فرج). القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية.
٦. كرينج، وجونسون، ودافيسون، ونيل. (٢٠١٥). اضطرابات المزاج. (ترجمة هناء أحمد شويخ) في : علم النفس المرضي، القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية.
٧. كيرك ستروساهل، باتريسيا روبنسون. (٢٠١٨). دليل عمل تركيز الانتباه والقبول لعلاج الاكتئاب. (ترجمة: محمود عيسى، نوار العبد الله). بيروت: دار الخيال.
8. Callesen,P., Jensen, A.B.&Wells,A. (2014). Metacognitive therapy in recurrent depression : A case replication series in denmark, *Scandinavian Journal of Psychology*, 55, 60-64.
9. Hagen, R., Hjemdal, O., Solem, S., Kennair, L. E. O., Nordahl, H. M., Fisher, P. & Wells, A. (2017). Metacognitive therapy for depression in adults: a waiting list randomized controlled trial with six months follow-up. *Front. Psychol*, 8(31),1-10.
10. Leahy,R.L., Holland, S.J.F. &McGinn,L.K. (2012). *Treatment Plans and Interventions for depression and anxiety disorders*, New York :The Guilford Press.
11. Nolen-Hoeksema, S.(2004). The Response Styles Theory .in C.,Papageorgiou & A. ,Wells (Eds.). *Depressive rumination: Nature theory, and treatment*. (pp:107-124). Chichester UK: Wiley.
- Papageorgiou,C. ,&Wells,A .(2015). Group Metacognitive Therapy For Severe Antidepressant and CBT Resistant Depression: A baseline - controlled Trial. *Cognitive Therapy Research*,39, 14-22.
12. Segal, Z. V., Williams J. M. G., & Teasdale J. D.(2013). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*, 2nd ed . New York .The Guilford press.

13. Thorslund, J ., Mcevoy , P. M. & Anderson, R. A. (2020) . Group metacognitive therapy for adolescents with anxiety and depressive disorders: A pilot study. *J. Clin. Psychol.* ,76,625–645.
14. Treynor,W., Gonzalez,R. & Nolen-Hoeksema,S. (2003). Rumination Reconsidered: A Psychometric Analysis. *Cognitive Therapy and Research*, 27(3) , 247–259.
15. Wells,A.(2009).*Metacognitive therapy for anxiety and depression*. New York :The Guilford Press.
16. Wells,A .& Purdon,C. (1999). Metacognition and Cognitive Behaviour Therapy: A Special Issue. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 6, 71-72.
17. Wells,A., Fisher,P., Myers,S., Wheatley,j., Patel,T. & Brewin,C. (2009) . Metacognitive Therapy in Recurrent and persistent depression : A Multiple - Baseline Study of a New Treatment . *Cognitive Therapy Research*,33,291-300.
18. Wells, A. & Fisher, P. (2016) . Metacognitive Therapy : Theoretical Background and Model of Depression. In A., Wells, & P.,Fisher (Eds.), *Treating Depression: MCT, CBT, and Third Wave Therapies* (pp:144-168). Chichester . John Wiley & Sons.
19. Winter, L ., Gottschalk, J., Nielsen, J., Wells,A., , Schweiger,U . & Kahl, K.G.(2019). A Comparison of Metacognitive Therapy in Current Versus Persistent Depressive Disorder – A Pilot Outpatient Study. *Frontiers in Psychology*, 10 , 1-8.

