

## فاعلية العلاج بالوعي بالمعرفة الإيجابية والسلبية حول الاجترار لدى مرضى الاكتئاب الأساسي

هاشم رجب هاشم محمد (\*)

### ملخص :

هدفت الدراسة الحالية إلى التحقق من فاعلية العلاج بالوعي بالمعرفة في تعديل معتقدات الوعي بالمعرفة الإيجابية والسلبية حول الاجترار لدى عينة من (١١) مريض بالاكتئاب الأساسي (٤ ذكور ، ٧ أناث) . واستخدمت في الدراسة أدوات ١- مقياس معتقدات الوعي بالمعرفة الإيجابية حول الاجترار، ٢- مقياس معتقدات الوعي بالمعرفة السلبية حول الاجترار ، ٣- برنامج العلاج بالوعي بالمعرفة لمرضى الاكتئاب الأساسي ، وتوصلت الدراسة إلى النتائج الآتية : ١- وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات مجموعة مرضى الاكتئاب الأساسي في القياسين القبلي والبعدي عند مستوى دلالة (٠.٠١) ، على مقياسي (معتقدات الوعي بالمعرفة الإيجابية حول الاجترار، معتقدات الوعي بالمعرفة السلبية حول الاجترار) ، في اتجاه القياس البعدي، ٢- عدم وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات مجموعة مرضى الاكتئاب الأساسي في القياسين البعدي والتتبعي، على مقياس (معتقدات الوعي بالمعرفة الإيجابية حول الاجترار، معتقدات الوعي بالمعرفة السلبية حول الاجترار) .

(\*) 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 in modifying Negative Beliefs about Rumination and Positive Beliefs about Rumination in patients with Major depressive**

**Hashem Rgab Hashem Mohammed**

The present study aimed to verify the effectiveness of Metacognitive therapy in modifying Negative Beliefs about Rumination and Positive Beliefs about Rumination among a sample of (11) patients with Major depression (4 males, 7 females) . Tools were used in the study 1- Positive Beliefs about Rumination Scale 2- Negative Beliefs about Rumination 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 (Positive Beliefs about Rumination Scale , Negative Beliefs about Rumination 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 scales (Positive Beliefs about Rumination Scale , Negative Beliefs about Rumination Scale).

## 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).

يرى النموذج المعرفي أن الانفعالات والمشكلات الإنسانية تنتج من العمليات المعرفية للفرد. فالأشخاص لا يستجيبون مباشرة لأحداث الحياة لكن استجاباتهم تتأثر بالطريقة التي يفسرون ويقيمون بها الأحداث التي يمرون بها. والأفراد تتأثر أفعالهم بالمعتقدات والقيم التي يؤمنوا بها. فالمواقف الضاغطة في حياة الفرد ليس لها تأثير مباشر في المشكلات النفسية ولكن معتقدات الفرد والتي تنبهه بواسطة الموقف الضاغطة هي التي تؤثر مباشرة في النتائج المترتبة كالانفعالات والسلوكيات غير التوافقية. فالاتجاه المعرفي يرى أن الاستجابة الانفعالية تتحدد بالبنية المعرفية لخبرات الفرد (Quackenbush, 1989). ركزت الاساليب العلاجية المعرفية السلوكية 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).

فمن الأمور المهمة عند فهم الاضطرابات النفسية هو توضيح الدور الذي يقوم به الانشغال بمحتوي مجال الوعي وكذلك محاولات تنظيم مجال الوعي الخاص بالفرد، وهذا الانشغال بمجال الوعي ليس متماثل في كل الاضطرابات النفسية، فمثلا في الاكتئاب الأفكار الآلية السلبية عن العالم والذات والمستقبل تكون بعيدة عن الوعي ولذلك يجب تدريب المريض على التركيز على محتوى أفكاره وتعديلها، ولكن في الوسواس القهري نجد المشكلة على العكس فيجب تدريب المرضى على عدم الانشغال بأفكارهم الاقترامية والتفكير في أشياء أخرى (Purdon & Clark, 1999).

ويشير مفهوم الوعي بالمعرفة Meta-Cognition إلى المعلومات أو المعتقدات المتعلقة بالتفكير والاستراتيجيات المستخدمة للتنظيم والتحكم في عمليات التفكير (Fisher & Wells, 2008).

تأكد من عديد من الدراسات السابقة وجود علاقة إرتباطية إيجابية داله بين المعتقدات الايجابية والسلبية حول الاجترارات الفكرية وأعراض الاكتئاب كدراسة (Yilmaz et al. 2011)، ودراسة واتكنس ومولدر Watkins (2005) and Moulds (2005)، ودراسة ألان (Allan 2010) (Allan, 2010; Watkins & Moulds, 2005; Yilmaz et al., 2011).

ولم تقتصر الدراسات على التحقق من العلاقة بين المعتقدات الايجابية والسلبية حول الاجترارات الفكرية وأعراض الاكتئاب بل امتدت إلى فحص فاعلية العلاج بالوعي بالمعرفة في تعديل تلك المعتقدات، فنتبين من دراسة ويلز وآخرون (Wells et al. 2009) فاعلية العلاج بالوعي بالمعرفة في خفض درجة معتقدات الوعي بالمعرفة الايجابية والسلبية حول الاجترارات الفكرية لدى مرضى الاكتئاب، وكذلك دراسة بيفن وآخرون (Bevan et al. 2013)، ودراسة ويلز وآخرون (Wells et al. 2012) (Bevan et al., 2013; Wells et al. 2012; Wells et al., 2009).

### مشكلة الدراسة:

اتضح من المقدمه السابقة أهمية معتقدات الوعي بالمعرفة في الاصابة بأعراض الاكتئاب واستمراه وأن تعديلها يساعد على خفض أعراض الاكتئاب، واتضح كذلك أن كل الدراسات في هذا المجال كانت أجنبية ولا توجد دراسة عربية في حدود اطلاع الباحث. تناولت تلك المشكلة بالبحث والدراسة.

يمكن 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 مقياس معتقدات الوعي بالمعرفة الايجابية حول الاجترار، والدرجة على مقياس معتقدات الوعي بالمعرفة السلبية حول الاجترار؟

#### 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 مقياس معتقدات الوعي بالمعرفة الايجابية حول الاجترار، والدرجة على مقياس معتقدات الوعي بالمعرفة السلبية حول الاجترار؟

#### **أهداف الدراسة :**

- تهدف الدراسة الحالية إلى:
- ١- التحقق من فاعلية نموذج الوعي بالمعرفة كأحد تيارات الجيل الثالث من العلاجات النفسية- في البيئة المحلية.
  - ٢- التحقق من فاعلية نموذج الوعي بالمعرفة في تعديل المعتقدات الايجابية والسلبية عن الاجترار التي قد تعمل على استمرار الاكتئاب.
  - ٣- إعداد برنامج علاجي باستخدام فنيات العلاج بالوعي بالمعرفة يمكن استخدامه في البيئة المحلية.
  - ٤- الوقوف على أكثر فنيات العلاج بالوعي بالمعرفة فاعلية في تعديل معتقدات الوعي بالمعرفة الايجابية والسلبية حول الاجترار.

#### **أهمية الدراسة:**

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

- ١- ترفع أهمية الدراسة لتناولها عينة إكلينيكية من مرضى الاكتئاب الأساسي.
- ٢- اعتماد الدراسة على التصميم شبه التجريبي للحالة الواحدة في تصميم البرنامج العلاجي الذي يمكن تطبيقه والاستفادة منه في العيادات النفسية.

- ٣- حاجة الثقافة العربية وبخاصة المجتمع المصري إلى إعداد وتقنين بعض المقاييس الخاصة بمتغيرات الدراسة الحالية، حتى يُمكن إجراء مزيد من الدراسات المتعلقة بهذا المجال الخصب.
- ٤- عدم وجود دراسة عربية واحدة تناولت فاعلية العلاج بالوعي- في حدود علم الباحث - في تعديل معتقدات الوعي بالمعرفة الايجابية والسلبية حول الاجترار لدى مرضى الاكتئاب الأساسي.

### مفاهيم الدراسة :

**Major Depressive Disorder** مفهوم الاكتئاب الأساسي  
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 مزماً - 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 وآخرون، 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).

### **Positive Beliefs about Rumination** المعتقدات الايجابية حول الاجترار

وهي التي تتعلق بمنافع أو مميزات الاشرار في الأنشطة المعرفية التي تشكل متلازمة الانتباه المعرفي **Cognitive Attentional Syndrome**، ومن أمثلة المعتقدات الإيجابية للوعي بالمعرفة ما يلي: "أطيل التفكير في مشكلاتي لأجد حلولاً لاكتنابي، يساعدني اجترار الأفكار حول اكتنابي على فهم الأخطاء والفضل الذي حدث بالماضي".

## Negative Beliefs about Rumination

وهي تلك المعتقدات المتعلقة بعدم القدرة على التحكم في الأفكار الاجترارية ، ومعنى وأهمية وخطورة الأفكار والخبرات المعرفية ومن أمثلة هذه المعتقدات ما يلي : معتقدات حول عدم القدرة على التحكم في الاجترار وأضراره، والعواقب الاجتماعية للاجترار مثل "إنني لا أملك السيطرة على أفكاري ،لا أستطيع فعل أي شيء آخر عندما أبدأ في اجترار الأفكار ،اجتراري للأفكار يعني أنني لا أتحكم في نفسي" (Papageorgiou & Wells, 2001) .

ثالثاً النماذج والنظريات المفسرة للاكتئاب

### نظرية العلاج المعرفي السلوكي cognitive-behavioral therapy (CBT)

تقوم النماذج المعرفية في تناول الاضطرابات الانفعالية على دعائم فلسفية قديمة ترجع إلى زمن الفلاسفة الرواقيين الذين اعتبروا أن فكرة الإنسان عن الأحداث وليست الأحداث ذاتها هي المسئولة عن اعتلال مزاجه، فالنموذج المعرفي يرى أن المشكلات النفسية ترجع إلى أن الفرد يقوم بتحريف الواقع ولي الحقائق بناءً على مقدمات مغلوطة وافتراضات خاطئة (أرون بيك، ٢٠٠٠، ٦).

يرى النموذج المعرفي أن الانفعالات والمشكلات الإنسانية تنتج من العمليات المعرفية للفرد. فالأشخاص لا يستجيبون مباشرة لأحداث الحياة لكن استجاباتهم تتأثر بالطريقة التي يفسرون ويقيمون بها الأحداث التي يمرون بها. والأفراد تتأثر أفعالهم بالمعتقدات والقيم التي يؤمنوا بها. فالمواقف الضاغطة في حياة الفرد ليس لها تأثير مباشر في المشكلات النفسية ولكن معتقدات الفرد والتي تنبهه بواسطة الموقف الضاغط هي التي تؤثر مباشرة في النتائج المترتبة كالانفعالات والسلوكيات غير التوافقية. فالاتجاه المعرفي يرى أن الاستجابة الانفعالية تتحدد بالبنية المعرفية لخبرات الفرد.

وكما يؤكد النموذج المعرفي على المحتوى المعرفي في المشكلات وتغير الشخصية يؤكد كذلك على قوة إيمان الأشخاص بأفكارهم وسلوكياتهم فالأفراد يكون لديهم بعض المعتقدات اللاعقلانية المتشابهة وهذه المعتقدات لا تستمر بسبب أن الأفراد حدث لهم تشريط مفاجئ أو أن الأفراد يؤمنوا بمعتقداتهم أوتوماتيكياً ولكن تستمر المعتقدات بسبب التدعيم القوي لها (Quackenbush,1989).

ويرى رواد النموذج المعرفي أن الأشخاص تتكون معتقداتهم عن أنفسهم والآخرين و العالم منذ الطفولة ، وأن أكثر المعتقدات عمقاً هي مفاهيم أساسية وراسخة وعميقة بحيث أنهم غالباً لا يعبرون عنها في كلمات حتى لأنفسهم ، وأن هذه الأفكار ينظر إليها الشخص كحقيقة مطلقة ، لذا فهي تعرف بالمعتقدات الجوهرية ، وهي تمثل المستوى الأساسي من المعتقدات ، كما أنها تتميز بالجمود والتعميم والاختلال الوظيفي ، وتحتوي على فهم خاطئ بخصوص إدراك الأشخاص لأنفسهم وعالمهم والأفراد الآخرين ومن أمثلة هذه المعتقدات (إنني غير محبوب) و(الأفراد الآخرين يضررون لي العداوة) و(العالم مكان غير مأمون) . وهناك الأفكار السلبية الآلية وهي الكلمات الواقعية أو الأخيلة التي تدور بعقل الشخص ودائماً تكون متعلقة بالموقف ، ويمكن اعتبارها أكثر المستويات سطحية . كما أن هناك مجموعة من المعتقدات الوسيطة التي تقع بين الاثنين ، وهي تمثل الافتراضات والقواعد والاتجاهات . والمعتقدات الجوهرية تؤثر في الطبقة الوسطى من المعتقدات والتي تتكون من فروض أو قواعد والتي غالباً ما تكون لفظية ، وإن هذه المعتقدات تؤثر في رؤية الفرد للمواقف والتي بدورها تؤثر في كيفية تفكيره وشعوره وتصرفاته .

وتوضح "جوديث بيك" العلاقة بين السلوك والأفكار التلقائية فالمعتقدات التحتية لشخص ما تؤثر في مواقف معينة على إدراكه ، والتي يعبر عنها بالأفكار التلقائية المرتبطة بموقف معين ، وهذه الأفكار بدورها تؤثر في مشاعر الشخص ، كما أن الأفكار التلقائية تؤثر أيضاً على سلوكه ، وغالباً ما تؤدي الى استجابة فسيولوجية (جوديث بيك، ٢٠٠٧، ٣٨) .

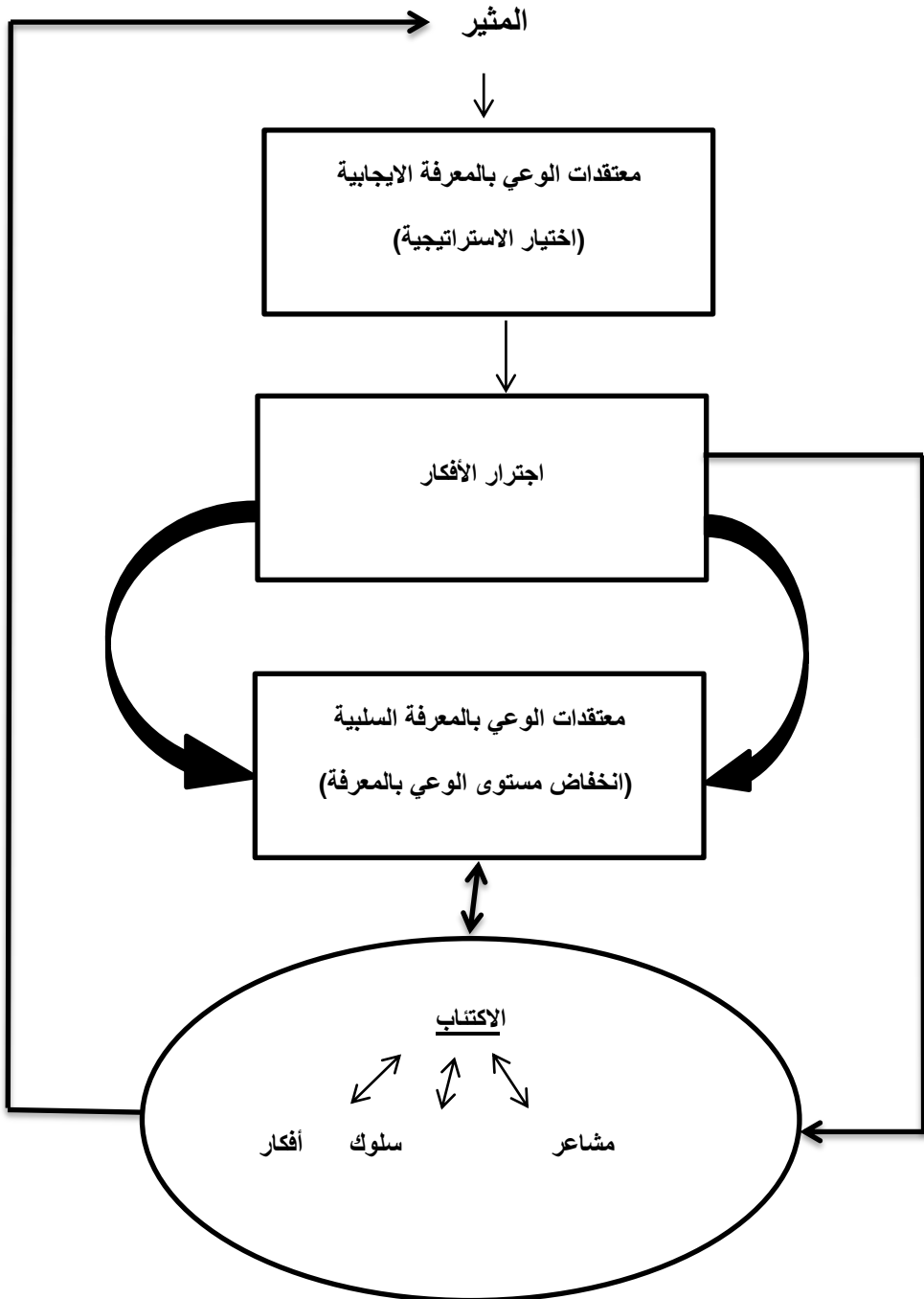
#### نموذج الوعي بالمعرفة المفسر للاكتئاب

وطبقاً لنظرية الوعي بالمعرفة تعد معتقدات الوعي بالمعرفة عاملاً مؤثراً أساسياً في كيفية استجابة الأفراد للأفكار والمعتقدات والأعراض والمشاعر السلبية ، فمثل هذه المعتقدات تعتبر القوة الدافعة لنمط التفكير الخاطئ الذي يؤدي الى المعاناة النفسية طويلة المدى (Wells, 2009, 5-6) .

تؤدي معتقدات الوعي بالمعرفة الإيجابية والسلبية إلى تفكير ممتد ومستمر والانتباه للتهديد الذي يتجلى في متلازمة الانتباه المعرفي CAS . ومعتقدات الوعي بالمعرفة السلبية لها تأثيرات أكثر انتشاراً وقوة في الاضطراب النفسي لأنها تحول المعرفة المحتملة إلى خطر شخصي يؤدي إلى الشعور بالخطر الحاد واليأس وعدم الفعالية . والأشخاص الذين لديهم معتقدات سلبية عن عدم القدرة على التحكم في تفكيرهم وخطورته سوف يقومون بمحاولات للسيطرة أو اللجوء إلى تدابير أكثر تطرفاً للسيطرة على أفكارهم . تؤثر معتقدات الوعي بالمعرفة



الإيجابية والسلبية على كيفية استخدام الأفراد للمحتوى الفكري وارتباطه بهم، وعمليات معالجة المعرفة الخاصة بهم (Wells,2013).  
وهناك دليل جزئي على الدور الذي تلعبه معتقدات الوعي بالمعرفة في اضطراب الاكتئاب فمثلاً معتقدات الوعي بالمعرفة الايجابية عن الاجترار مثل ( احتاج أن أفكر كثيراً في المشكلات لكي أمنع الأخطاء التي يمكن أن تقع في المستقبل )وجد أنها ترتبط بشكل دال بأعراض الاكتئاب والاجترار، وعلى هذا تم تطوير فنيات علاجية لتعديل معتقدات الوعي بالمعرفة الايجابية والسلبية، وأن البحوث المستقبلية من الأهمية أن تحدد ما إذا كان خفض مستوى معتقدات الوعي بالمعرفة يرتبط بدلالة بتحسن الأعراض في مختلف الاضطرابات النفسية، ولاكتشاف ما إذا كان التغيير في معتقدات الوعي بالمعرفة يتوسط الفعالية العلاجية (Corcoran&Segal,2008) .



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) .

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 لتنشط 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 التشاؤم 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 السلبى 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 اكتئابيه 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 ويلز وآخرون (Wells et al. (2012) وهدفت إلى دراسة أثر العلاج بالوعي بالمعرفة في تخفيف شدة أعراض اضطراب الاكتئاب لدى عينة من (١٢) مريض بالاكتئاب متوسط أعمارهم ٣٤,٥ سنة وانحراف ١,٧ سنة واستخدمت أدوات ١-مقياس هاميلتون للاكتئاب (HRSD) ٢-مقياس بيك للاكتئاب (BDI)، ٣- مقياس بيك للقلق (BAI) ٤-، مقياس الاستجابة الاجترارية (RRS) ، ٥- مقياس المعتقدات السلبية حول اجترار الأفكار (NBRs)، ٦-مقياس الوعي بالمعرفة (MCQ-30). وتكون البرنامج العلاجي من ٨ جلسات وتبين من النتائج تحسن ملحوظ في أعراض الاكتئاب والافكار الاجترارية ومعتقدات الوعي بالمعرفة بعد البرنامج العلاجي وخلال فترة المتابعة (٢ شهر) (Wells et al., 2012).

دراسة بيفن وآخرون (Bevan et al. (2013) وهدفت الدراسة إلى التعرف على تأثير العلاج بالوعي بالمعرفة على أعراض اكتئاب ما بعد الولادة لدى ٦ من السيدات واستخدمت الدراسة أسلوب العلاج الفردي، واستخدمت أدوات ١- مقياس بيك للاكتئاب (BDI-2)، مقياس الوعي بالمعرفة (MCQ) ، واستمرت فترة العلاج من ٨ إلى ١٢ جلسة، ووجد تحسن دال وجوهري للأعراض الاكتئابية ولمعتقدات الوعي بالمعرفة لدى المريضات واستمر التحسن خلال فترة المتابعة ٦ شهور (Bevan et al., 2013).

دراسة تيسمان وآخرون (Teismann et al. (2014) وهدفت إلى التحقق من فاعلية دمج العلاج المعرفي السلوكي والعلاج بالوعي بالمعرفة في خفض أعراض الاكتئاب لدى (٦٠) من مرضى الاكتئاب وزعوا عشوائياً إلى مجموعتين مجموعة العلاج المعرفي السلوكي والعلاج بالوعي

بالمعرفة (٣١)، ومجموعة قائمة الانتظار (٢٩) وتم استخدام أدوات ١- مقياس بيك للاكتئاب ((BDI، 2- مقياس الاستجابة الاجترارية (RRS)، 3- مقياس المعتقدات الايجابية حول اجترار الأفكار (PBRS)، 4- مقياس المعتقدات السلبية حول اجترار الأفكار (NBR) )، واتضح من النتائج أن العلاج المعرفي السلوكي والعلاج بالوعي بالمعرفة حسن بشكل دال من المزاج الاكتئابي، واجترار الافكار، والتحكم المدرك، ومعتقدات الوعي بالمعرفة الايجابية والسلبية، وذلك مقارنة بمجموعة قائمة الانتظار، واستمر التحسن خلال فترة المتابعة (عام) بعد العلاج (Teismann et al., 2014).

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 اكلينيكيًا في اجترار الأفكار ومعتقدات الوعي بالمعرفة (Thorslund et al., 2020).

هدفت دراسة زاهيدان وآخرون (Zahedian et al. (2021) إلى تحديد فاعلية العلاج الجمعي بالوعي بالمعرفة في خفض شدة أعراض الاكتئاب ومعتقدات الوعي بالمعرفة لدى (٢٤) مريضة بسرطان الثدي قسموا عشوائياً إلى مجموعتين (١٢) مريضة في المجموعة التجريبية التي يطبق عليها برنامج العلاج بالوعي بالمعرفة، و(١٢) مريضة في المجموعة الضابطة التي لم تتلق أي نوع من العلاج، وأوضحت النتائج أن متوسط درجات المجموعة التجريبية على قائمة بيك للاكتئاب انخفض بشكل دال (١٦.٢١ قبل العلاج، ١٥.٥٨ بعد انتهاء البرنامج العلاجي، ١٢.٨٣ بعد فترة متابعة ١ شهر)، في حين أن لم توجد فروق دالة على مقياس بيك للاكتئاب قبل العلاج (٢٢.٦٦) وبعد العلاج (٢٣.١٦) وبعد فترة ١ شهر متابعة (٢٥.٧٥) لدى المجموعة الضابطة، وانخفضت الدرجات على مقياس الوعي بالمعرفة لدى المجموعة التجريبية بعد انتهاء البرنامج العلاجي، في حين لم توجد فروق دالة في الدرجات على مقياس الوعي بالمعرفة لدى المجموعة الضابطة بعد انتهاء البرنامج العلاجي (Zahedian et al. , 2021).

#### 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 ٤,٦ 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 .

واسترشد 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 كالاتي :  
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) مقياس المعتقدات الإيجابية حول الاجترار **Positive Beliefs about Rumination Scale (PBRs)** (أولاً) وصف المقياس، وتطبيقه:

مقياس المعتقدات الإيجابية حول الاجترار (PBRs) تأليف باباجورجيو ، ويلز (2001) Papageorgiou & Wells ترجمة وإعداد الباحث وهو مقياس تقرير ذاتي مكون، من تسعة بنود مصمم لتقييم المعتقدات الإيجابية حول الاجترار باعتبارها استراتيجية للتكيف. يتم الاستجابة للبنود على مقياس تصنيف مكون من ٤ بدائل يتراوح من ١ (غير موافق) إلى ٤ (موافق تماماً)، تتراوح الدرجات من ٩ إلى ٣٦ ، وتشير الدرجة المرتفعة إلى اقتناع الأفراد بهذه المعتقدات (Papageorgiou & Wells, 2001) .

### (ثانياً) الخصائص السيكومترية للمقياس:

تم التحقق من الخصائص السيكومترية لمقياس مقياس المعتقدات الإيجابية حول الاجترار على العينة الاستطلاعية، وكانت النتائج كالاتي:

(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 المعتقدات الإيجابية حول الاجترار، على العينة الاستطلاعية (ن=١٥٣)، وفيما يلي توضيح للنتائج:

جدول (١) درجة ارتباط البند بالدرجة الكلية للمقياس

مقياس المعتقدات الإيجابية حول الاجترار	
م	الارتباط بالدرجة الكلية بعد حذف المفردة
١	٠.٦٦٠**
٢	٠.٧١٣**
٣	٠.٦٥٤**
٤	٠.٦٢٥**
٥	٠.٥٦٥**
٦	٠.٦٦٠**
٧	٠.٦٢٨**
٨	٠.٦٤٠**
٩	٠.٥٥٨**

\*\* دال عند مستوى ٠.٠١

\* دال عند مستوى ٠.٠٥

يتضح من جدول (١) وجود ارتباط دال بين درجة البند والدرجة الكلية للمقياس تراوح بين ٠.٥٦ - ٠.٧١ بما يشير إلى درجة صدق مطمئنة للتطبيق.

### (٣) صدق المجموعات المتناقضة:

قام الباحث بحساب صدق المجموعات المتناقضة للتأكد من تمييز مقياس المعتقدات الإيجابية حول الاجترار بين الأسوياء والمرضى، وتم حساب قيمة "ت" بين عينة مرضى الاكتئاب (ن=٧٢) وبين عينة الأصحاء (ن=٨١) على الدرجة الكلية لمقياس المعتقدات الإيجابية حول الاجترار كما في جدول (٢).

جدول (٢) المتوسطات (م) والانحرافات المعيارية (ع) لمقياس مقياس  
المعتقدات الإيجابية حول الاجترار وقيم (ت) لمجموعتي التقتين (المرضى،  
الأصحاء) (ن=١٥٣)

الاختبار	المقياس	م	ع	د/ح	قيمة (ت)	الدلالة
مقياس المعتقدات الإيجابية حول الاجترار	المرضى	٢٥.٣٥	٥.٥٨	١٥١	٣.٣٥ **	دال عند مستوى ٠.٠١ في اتجاه المرضى
	الأصحاء	٢٢.١٢	٦.٢٤			

(ب) ثبات المقياس:

(١) معامل ثبات ألفا كرونباخ:

استخدم الباحث معادلة ألفا كرونباخ للتحقق من ثبات مقياس المعتقدات  
الإيجابية حول الاجترار وذلك على العينة الاستطلاعية (ن=١٥٣)، وقد بلغت  
قيمة معامل الثبات (٠.٨١٣) وهو معامل مرتفع ويدل على ثبات المقياس .

(٢) معامل ثبات التجزئة النصفية:

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

### (٣) مقياس المعتقدات السلبية حول الاجترار Negative Beliefs about Rumination Scale (NBR)

(أولاً) وصف المقياس، وتطبيقه:

مقياس المعتقدات السلبية حول الاجترار تأليف باباجورجيو وآخرون  
Papageorgiou et al. طور الاعداد ترجمة واعداد الباحث وهو مقياس  
تقرير ذاتي مكون من ١٣ بندا مصمم لتقييم معتقدات الوعي بالمعرفة السلبية  
حول الاجترار، مثل معتقدات حول عدم القدرة على التحكم في الاجترار  
وأضراره، والعواقب الاجتماعية للاجترار .  
(ثانياً) الخصائص السيكومترية للمقياس:

تم التحقق من الخصائص السيكومترية لمقياس المعتقدات السلبية حول الاجترار على العينة الاستطلاعية، وكانت النتائج كالاتي:

(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، وقام الباحث بهذا الإجراء لحساب صدق البناء الداخلي لمقياس المعتقدات السلبية حول الاجترار ، على العينة الاستطلاعية (ن= ١٥٣)، وفيما يلي توضيح للنتائج:

جدول (٣) درجة ارتباط البند بالدرجة الكلية للمقياس

مقياس المعتقدات السلبية حول الاجترار	
الارتباط بالدرجة الكلية بعد حذف المفردة	م
**٠.٦٣١	١
**٠.٦٥٧	٢
**٠.٧٤١	٣
**٠.٦٤٥	٤
**٠.٧١٨	٥
**٠.٦٨٩	٦
**٠.٦١٦	٧
**٠.٥٦١	٨
**٠.٧٠٣	٩
**٠.٥٧٣	١٠
**٠.٦٦٢	١١
**٠.٤٩٤	١٢
**٠.٦٨٤	١٣

\*\* دال عند مستوى ٠.٠١

\* دال عند مستوى ٠.٠٥

يتضح من جدول (٣) وجود ارتباط دال بين درجة البند والدرجة الكلية للمقياس تراوح بين ٠.٤٩ - ٠.٧٤ بما يشير إلى درجة صدق مطمئنة للتطبيق.

(٢) صدق المجموعات المتناقضة:

قام الباحث بحساب صدق المجموعات المتناقضة للتأكد من تمييز مقياس المعتقدات السلبية حول الاجترار بين الأسوياء والمرضى، وتم حساب قيمة "ت"

بين عينة مرضى الاكتئاب (ن=٧٢) وبين عينة الأصحاء (ن=٨١) على الدرجة الكلية لمقياس المعتقدات السلبية حول الاجترار كما في جدول (٤)

جدول (٤) المتوسطات (م) والانحرافات المعيارية (ع) لمقياس مقياس المعتقدات السلبية حول الاجترار وقيم (ت) لمجموعي التقنين (المرضى، الأصحاء) (ن=١٥٣)

الاختبار	المقياس	م	ع	د/ح	قيمة (ت)	الدلالة
مقياس المعتقدات السلبية حول الاجترار	المرضى	٣٤.٤٠	٨.٠٩	١٥١	٩.٥٧**	دال عند مستوى ٠.٠١ في اتجاه المرضى
	الأصحاء	٢٣.٠٦	٦.٥٥			

(ب) ثبات المقياس:

(١) معامل ثبات ألفا كرونباخ:

استخدم الباحث معادلة ألفا كرونباخ للتحقق من ثبات مقياس المعتقدات السلبية حول الاجترار وذلك على العينة الاستطلاعية (ن=١٥٣)، وقد بلغت قيمة معامل الثبات (٠.٨٨٢) وهو معامل مرتفع ويدل على ثبات المقياس .

(٢) معامل ثبات التجزئة النصفية:

استخدم الباحث طريقة التجزئة النصفية للتحقق من ثبات مقياس المعتقدات السلبية عن الاجترار ومعتمداً على معادلة سبيرمان - براون لتصحيح الطول وذلك على العينة الاستطلاعية (ن=١٥٣)، وقد بلغت قيمة معامل الثبات (٠.٨٦٧) وهو معامل مرتفع ومُرَضِي ويدل على ثبات المقياس .

### المعالجة الإحصائية :

- تستخدم الدراسة الحالية اختبار ويلكوكسون 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 مقياس المعتقدات الإيجابية حول الاجترار، ومقياس المعتقدات السلبية حول الاجترار . 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 (مقياس المعتقدات الإيجابية حول الاجترار، ومقياس المعتقدات السلبية حول الاجترار)، وفيما يلي توضيح للنتائج:

جدول (٥) 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
مقياس المعتقدات الإيجابية حول الاجترار	القبلي	٢٦.٠٩	الرتب السالبة	١٣.٥	١٨٢.٢٥	- ٣.٩٥	٠.٠١
	البعدي	١٢.٣٦	الرتب الموجبة	١٣	١٦٩		
مقياس المعتقدات السلبية حول الاجترار	القبلي	٣٥.٨٢	الرتب السالبة	١٢.٥	٤٥٦.٢٥	- ٣.٨٨	٠.٠١
	البعدي	١٨.٩١	الرتب الموجبة	٨	٦٤		

تشير التحليلات الموضحة بجدول (٥) إلى وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطي رتب درجات القياسين القبلي والبعدي عند مستوى دلالة (٠.٠١)، على مقاييس (مقياس المعتقدات الإيجابية حول الاجترار، ومقياس المعتقدات السلبية حول الاجترار)، في اتجاه القياس البعدي (بعد نهاية تطبيق البرنامج) . 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 (٦) 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
مقياس المعتقدات الإيجابية حول الاجترار	٢٦.٠٩	١٣.٥	٠.٥٠ -	٠.٠٠٢	سالبة
	١٢.٣٦	١٣			
مقياس المعتقدات السلبية حول الاجترار	٣٥.٨٢	١٢.٥	٤.٥٠ -	٠.٠٠١	سالبة
	١٨.٩١	٨			

تشير النتائج الموضحة بالجدول (٦)، أن قيمة P.value في مقاييس (مقياس المعتقدات الإيجابية حول الاجترار، ومقياس المعتقدات السلبية حول الاجترار)، هي اقل من مستوى المغنوية (5 %) بما يشير إلى أن متوسط أداء عينة الدراسة على أدوات الدراسة (مقياس المعتقدات الإيجابية حول الاجترار، ومقياس المعتقدات السلبية حول الاجترار)، في القياس القبلي يختلف عن متوسط الأداء في القياس البعدي في اتجاه القياس البعدي صاحب المتوسط الأقل، نظراً لطبيعة الدراسة في خفض معتقدات الوعي بالمعرفة الايجابية والسلبية حول الاجترار 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 .

وزيادة في التأكد من صدق الفرض السابق تم حساب نسبة الكسب المعدل للبرنامج من خلال درجات أفراد مجموعة مرضى الاكتئاب في القياسين (القبلي والبعدى) 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/ البعدى) ووفق جدول كوهن (٠.٠٢ حجم اثر ضعيف، ٠.٥ حجم اثر متوسط، ٠.٨ حجم اثر قوي) وفيما يلي عرض لتلك النتائج:

جدول (٧) المتوسطات (م) ونسبة الكسب المعدلة وحجم الأثر (  $\Delta$  ) لأدوات الدراسة لدى مجموعة مرضى الاكتئاب

قوة حجم الأثر	حجم الأثر $\Delta$	نسبة الكسب المعدلة	م	ن	المقاييس	
قوي	٠.٩٠	١.٧٦	٢٦.٠٩	١١	القياس القبلي	مقياس المعتقدات الإيجابية حول الاجترار
			١٢.٣٦	١١	القياس البعدى	
قوي	٠.٩٤	١.٨٧	٣٥.٨٢	١١	القياس القبلي	مقياس المعتقدات السلبية حول الاجترار
			١٨.٩١	١١	القياس البعدى	

تشير النتائج الموضحة بالجدول ( ٧ ) إلى أن البرنامج القائم على استخدام فنيات الوعي بالمعرفة له أثر جيد على خفض مستوى المعتقدات الإيجابية والسلبية حول الاجترار لدى مجموعة مرضى الاكتئاب، حيث أشارت النتائج إلى انخفاض متوسط التطبيق البعدى عن التطبيق القبلي لدى مجموعة مرضى الاكتئاب وبلغت نسبة الكسب المعدلة لمقاييس (مقياس المعتقدات الإيجابية حول الاجترار ، ومقياس المعتقدات السلبية حول الاجترار)، أعلى من الحد الأدنى للفاعلية كما حدده بلاك وهو (١.٢)، كما أشارت إلى وجود حجم أثر (قوي) على مقاييس (مقياس المعتقدات الإيجابية حول الاجترار، ومقياس المعتقدات السلبية حول الاجترار).

**نتائج الفرض الثاني:**

**ينص الفرض الثاني على:**

"لا توجد فروق دالة احصائياً بين متوسطي رتب درجات القياسين البعدي والتتبعي على (مقياس المعتقدات الإيجابية حول الاجترار، ومقياس المعتقدات السلبية حول الاجترار 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 (مقياس المعتقدات الإيجابية حول الاجترار، ومقياس المعتقدات السلبية حول الاجترار)، وفيما يلي توضيح للنتائج:

جدول (٨) 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
مقياس المعتقدات الإيجابية حول الاجترار	البعدي	١٢.٣٦	الرتب السالبة	٥.٤٠	٢٧.٠٠	-١.٢٩	غير دال
	التتبعي	١١.٨٢	الرتب الموجبة	٣.٠٠	٩.٠٠		
مقياس المعتقدات السلبية حول الاجترار	البعدي	١٨.٩١	الرتب السالبة	٦.٥٠	٢٦.١٩	-٠.٤٢	غير دال
	التتبعي	١٨.٠٩	الرتب الموجبة	٣.٨٠	١٩.٠٠		

تشير التحليلات الموضحة بجدول (٨) إلى عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطي درجات القياسين البعدي والتتبعي، على مقاييس (مقياس المعتقدات الإيجابية حول الاجترار، ومقياس المعتقدات السلبية حول الاجترار).  
 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 (٩) 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
مقياس المعتقدات الإيجابية حول الاجترار	القياس البعدي	١٢.٣٦	٥.٤٠	٠.١٩٦	موجبة
	القياس التتبعي	١١.٨٢	٣.٠٠		
مقياس المعتقدات السلبية حول الاجترار	القياس البعدي	١٨.٩١	٦.٥٠	٠.٦٧٦	موجبة
	القياس التتبعي	١٨.٠٩	٣.٨٠		

تشير النتائج الموضحة بجدول (٩) إلى أن قيمة P.value في مقاييس (ومقياس المعتقدات الإيجابية حول الاجترار، ومقياس المعتقدات السلبية حول الاجترار)، هي أكبر من مستوى المعنوية (5%) بما يشير إلى أن متوسط أداء عينة الدراسة على أدوات الدراسة (مقياس المعتقدات الإيجابية حول الاجترار، ومقياس المعتقدات السلبية حول الاجترار)، لم يختلف في القياسين البعدي والتتبعي .

### مناقشة النتائج :

تشير نتائج الدراسة إجمالاً إلى فاعلية العلاج بفنيات الوعي بالمعرفة في تعديل معتقدات الوعي بالمعرفة الإيجابية والسلبية حول الاجترار، حيث يعتمد العلاج بالوعي بالمعرفة على استخدام فنيات علاجية كفنيتة تدريب الانتباه وفنيتة الوعي العقلي المتجرد وذلك لتعطيل العوامل المؤدية للاكتئاب كاجترار الأفكار .

وتتفق هذه النتائج مع دراسات ويلز وآخرون ( Wells et al. 2009)، ودراسة ويلز وآخرون (Wells et al. 2012)، ودراسة بيفن وآخرون (Bevan et al. 2013)، ودراسة تيسمان وآخرون (Teismann et al. 2014)، ودراسة ثورسلند وآخرون (Thorslund et al. 2020)، ودراسة زاهيدان وآخرون

**Zahedian et al. (2021)** ، حيث أكدت هذه الدراسات جميعها إلى فاعلية العلاج بالوعي بالمعرفة في تعديل معتقدات الوعي بالمعرفة الايجابية والسلبية حول الاجترار .

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 اكتنابيه مثل (التجنب) ، أفكار اكتنابيه مثل ( لا فائدة مني) ، وانخفاض المزاج مثل (الحزن) ، وهذه الاستجابات اللاتوافقية تزيد من تفاقم دائرة الاجترار (Leahy et al., 2012: 28).

فالعلاج بالوعي بالمعرفة يهدف إلى تغيير طريقة إدراك الأفراد لأفكارهم وكيفية التحكم به ، وتغيير المعتقدات التي لديهم عن المعرفة ، ويفترض أن المشكلة تكمن في أنماط التفكير غير المرنة والمتكررة التي تتكون لدينا عند الاستجابة لأفكارنا ومشاعرنا ومعتقداتنا السلبية، لذا فهي تركز على التخلص من أنماط المعالجة غير المساعدة أو غير المفيدة لهذه الأفكار.

والمعنى الرئيسي المتضمن في نظرية الوعي بالمعرفة باعتبارها المحرك المركزي للاضطراب النفسي هو أن ذلك العلاج لا ينبغي أن يبذل الجهد في استجواب واختبار حقيقة المعتقدات والأفكار الشخصية للفرد بل يجب أن يركز على تغيير كيفية استجابة هذا الفرد لهذه الأفكار، لذا سيتحول تركيز التدخل العلاجي إلى العمليات المعرفية وعوامل الوعي بالمعرفة التي تؤدي لحدوثها وسيتم بعيداً عن تقييم الأدلة التي تؤيد أو تعارض النتائج المعرفية (Wells,2009,4).

وكذلك يقوم العلاج بالوعي بالمعرفة بتعديل معتقدات الوعي بالمعرفة الايجابية والسلبية عن الاجترار، فمعتقدات الوعي بالمعرفة الايجابية والسلبية تؤدي إلى تفكير ممتد ومستمر والانتباه للتهديد الذي يتجلى في متلازمة الانتباه المعرفي CAS. ومعتقدات الوعي بالمعرفة السلبية لها تأثيرات أكثر انتشاراً وقوة في الاضطراب النفسي لأنها تحول المعرفة المحتملة إلى خطر شخصي يؤدي إلى الشعور بالخطر الحاد واليأس وعدم الفعالية. والأشخاص الذين لديهم معتقدات سلبية عن عدم القدرة على التحكم في تفكيرهم وخطورته سوف يقومون بمحاولات للسيطرة أو اللجوء إلى تدابير أكثر تطرفاً للسيطرة على أفكارهم. تؤثر معتقدات الوعي بالمعرفة الايجابية والسلبية على كيفية استخدام الأفراد للمحتوى الفكري وارتباطه بهم، وعمليات معالجة المعرفة الخاصة بهم (Wells,2013).

وهناك دليل جزئي على الدور الذي تلعبه معتقدات الوعي بالمعرفة في اضطراب الاكتئاب فمثلاً معتقدات الوعي بالمعرفة الايجابية عن الاجترار مثل ( احتياج أن أفكر كثيراً في المشكلات لكي أمنع الأخطاء التي يمكن أن تقع في المستقبل ) وجد أنها ترتبط بشكل دال بأعراض الاكتئاب والاجترار، وعلى هذا تم تطوير فنيات علاجية لتعديل معتقدات الوعي بالمعرفة الايجابية والسلبية (Corcoran & Segal, 2008).

يتضح مما ذكر سابقاً أن المعالج بالوعي بالمعرفة يساعد المريض على تطوير أسلوب أكثر مرونة في استجابته للأفكار السلبية وبذلك تصبح الأفكار أقل اعتماداً على نمط التفكير الثابت والتحكم في الأفكار كوسيلة لمواجهة الاضطراب الانفعالي، وبالإضافة إلى تعديل معتقدات الوعي بالمعرفة الايجابية والسلبية، يتضمن العلاج بالوعي بالمعرفة فنيات علاجية مثل تدريب الانتباه، والوعي العقلي المتجرد، وتأجيل القلق والاجترار (Papageorgiou, 2015).

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 بفنيات علاجية تهدف إلى تنمية التقبل والوعي بالخبرة الحالية وعدم التفاعل معها بالتقييم المستمر والذي يؤدي بدوره إلى زيادة أمد الاضطراب النفسي وخاصة الاكتئاب.

## المراجع:

١. أحمد عكاشة. (١٩٩٨). الطب النفسي المعاصر. القاهرة: الأنجلو المصرية.
٢. آرون بيك. (٢٠٠٠). العلاج المعرفي والاضطرابات الانفعالية. (ترجمة: عادل مصطفى). القاهرة: دار الآفاق العربية.
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. ج. ي بول (محررين). مرجع في علم النفس الإكلينيكي للراشدين، (ص ص ١٢٧ - ١٦٣). (ترجمة: صفوت فرج). القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
٥. جوديث بيك. (٢٠٠٧). العلاج المعرفي الأسس والأبعاد. (ترجمة: طلعت مطر). القاهرة: المجلس القومي للترجمة.

٦. كرينج، وجونسون، ودافيسون، ونيل. (٢٠١٥). اضطرابات المزاج. ترجمة هناء أحمد شويخ) في : علم النفس المرضي، القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية.
7. Allan, L. C. (2010). *Rumination and Reflection: An Investigation of Self-Focus, Metacognition, and Coping* . Unpublished Doctoral dissertation, University of Calgary.
8. . Bevan, D., Wittkowski, A.&Wells, A. (2013). A Multiple-Baseline Study of the effects associated with Metacognitive Therapy in postpartum Depression, *Journal of Midwifery & Women's Health*,58(1), 69-75.
9. Corcoran, K.M. & Segal, Z.V.(2008). Metacognition in Depressive and Anxiety Disorders: Current Directions. *International Journal of Cognitive Therapy*, 1(1), 33–44.
10. Fisher, P. L., & Wells, A. (2008). Metacognitive therapy for obsessive– compulsive disorder: A case series. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 39,117–132.
11. 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.
12. Papageorgiou, C.(2015). Metacognitive Theory, Therapy and Techniques: Introduction to the Special Issue. *Cognitive Therapy and Research*,39,1–3
13. Papageorgiou, C., & Wells, A. (2001). Metacognitive beliefs about rumination in recurrent major depression. *Cognitive and Behavioral Practice*, 8,160 –164.
14. 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.
15. Papageorgiou, C., Wells, A., & Meina, L. J. (in press). Development and preliminary evaluation of the negative beliefs about rumination scale. *Manuscript in preparation* .

16. Purdon,C.& Clark,D. (1999). Metacognition and Obsession. *Clinical psychology and psychotherapy*, 6, 102 – 110.
17. Quackenbush,R.L.(1989).Comparison and Contrast Between Belief System Theory and Cognitive Theory. *Journal of psychology*,123,315-328.
18. Segal, Z. V., Williams J. M. G., & Teasdale J. D.(2013). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*, 2<sup>nd</sup> ed . New York .The Guilford press.
19. Teismann,T., Von Brachel,R., Hanning,S., Grillenberger,M., Hebermehl,L., Hornstein,I. &Willutzki,U .(2014). A randomized controlled trial on the effectiveness of a rumination focused group treatment for residual depression. *Psychotherapy Research*,24(1),80-90.
20. 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.
21. Watkins, E., & Moulds, M. (2005). Positive beliefs about rumination in depression: A replication and extension . *Personality and Individual Differences*, 39(1), 73–82.
22. Wells,A.(2009).*Metacognitive therapy for anxiety and depression*. New York :The Guilford Press.
23. Wells,A.(2013).Advances in Metacognitive Therapy. *International Journal of Cognitive Therapy*, 6(2), 186–201.
24. Wells,A .& Purdon,C. (1999). Metacognition and Cognitive Behaviour Therapy: A Special Issue. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 6, 71-72.
25. 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.

26. Wells, A., Fisher, P., Myers, S.,Wheatley, J., Patel, T. & Brewin, C.K.(2012). Metacognitive Therapy in Treatment-resistant depression : A platform trial. *Behaviour Research and Therapy*, 50,367-373.
27. 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.
28. Yilmaz, A.E., Gencoz, T. & Wells,A. (2011). Unique Contributions of Metacognition and cognition to depressive symptoms , *The Journal of General Psychology*. 142 (1), 23-33 .
29. Zahedian, E., Bahreini, M . , Ghasemi,N.& Mirzaei ,K.(2021). Group meta-cognitive therapy and depression in women with breast cancer: a randomized controlled trial, *BMC Women's Health*, 21(111),1-90.