

فاعلية العلاج الميتامعرفي في خفض أعراض الاضطراب الوجداني ثنائي القطب: دراسة تجريبية لحالة واحدة

أ.م. د. مصطفى خليل محمود عطا الله

أستاذ الصحة النفسية المساعد

كلية التربية جامعة المنيا

المخلص:

هدفت الدراسة إلى إعداد برنامج علاجي ميتامعرفي، وقياس فاعليته في خفض أعراض الاضطراب الوجداني ثنائي القطب من النوع الثاني لدى إحدى طالبات الفرقة الثانية بكلية التمريض، جامعة المنيا، حيث طبق الباحث عليها استمارة المقابلة الشخصية (تاريخ الحالة)، وقائمة المعيار التشخيصي لأعراض اضطراب ثنائي القطب من النوع الثاني في الدليل التشخيصي الخامس المعدل للاضطرابات النفسية (DSM-5) (تعريب: الباحث)، واستفتاء الميتامعرفي (MCQ-30) (تعريب: أبو زيد، ٢٠١٨)، ومقياس متلازمة الانتباه المعرفي (CAS-16) (تعريب: الزيداني، ٢٠٢٠)، ومقياس احتمالية الانتحار (تعريب: البحيري، ٢٠١٤)، ومقياس الاكتئاب والقلق والإجهاد: (DASS-21) (تعريب: الأنصاري، ٢٠٢١)، والبرنامج العلاجي الميتامعرفي (إعداد: الباحث)، واعتمدت الدراسة على المنهج التجريبي المتمثل في تصميم دراسة الحالة المفردة في العلاج النفسي، وأظهرت نتائج الدراسة فاعلية البرنامج العلاجي الميتامعرفي في خفض أعراض الاضطراب الوجداني ثنائي القطب من النوع الثاني لدى الطالبة (الحالة) بالفرقة الثانية بكلية التمريض، وكان حجم تأثير البرنامج كبيراً، وفي ضوء هذه النتائج تمت صياغة مجموعة من التوصيات والبحوث المقترحة.

الكلمات المفتاحية: العلاج الميتامعرفي، الاضطراب الوجداني ثنائي القطب من النوع الثاني، المعتقدات الميتامعرفية، متلازمة الانتباه المعرفي، دراسة تجريبية حالة واحدة.

فاعلية العلاج الميتامعرفي في خفض أعراض الاضطراب الوجداني ثنائي القطب: دراسة تجريبية لحالة واحدة

أ.م. د. مصطفى خليل محمود عطا الله

أستاذ الصحة النفسية المساعد

كلية التربية جامعة المنيا

مقدمة:

يعد اضطراب ثنائي القطب (Bipolar Disorder) اضطرابًا عقليًا يتميز بفترات من الاكتئاب وفترات من المزاج المرتفع بشكل غير طبيعي، ويستمر كل منها من أيام إلى أسابيع، وإذا كان المزاج المرتفع شديدًا أو مرتبطًا بالذهان، فإنه يسمى الهوس، وإذا كان أقل حدة، يطلق عليه هوس خفيف، وأثناء الهوس يتصرف الفرد أو يشعر بالحيوية أو السعادة أو الانفعال بشكل غير طبيعي، وغالبًا ما يتخذ قرارات متهورة مع القليل من الاهتمام بالعواقب (Krane-Gartiser, Asheim, Fasmer, Morken, Vaaler, & Scott, 2018)^(*)، كما يتميز الاضطراب ثنائي القطب بفترات متناوبة من الحالة المزاجية المنخفضة والاكتئاب والهوس، ويحدث الاضطراب بشكل عرضي وغالبًا ما يوصف بأنه مزمن، وإنه ثنائي وعادة ما يحتوي على نوبات الهوس والاكتئاب؛ ولكن يحدث الهوس المختلط أحيانًا، وضمن الطيف ثنائي القطب نجد الاضطراب ثنائي القطب النوع الأول (BD-I)، والذي يتميز بنوبة هوس كاملة واحدة على الأقل تستمر سبعة أيام، والاضطراب ثنائي القطب النوع الثاني (BD-II)، والذي يتميز بحلقة واحدة من الهوس الخفيف الذي يستمر أربعة أيام بالإضافة إلى فترة واحدة من الاكتئاب، وعادة ما يكون النوع الثاني مصحوبًا بانخفاض حاد في جودة الحياة والعمل والمهارات الاجتماعية (American Psychiatric Association, 2013, PP. 123-154).

وقد كان العلاج الدوائي هو علاج الخط الأول للاضطراب ثنائي القطب (BD-II)، ومع ذلك تشير بعض الدراسات والبحوث المختلفة إلى أن الجمع بين العلاج الدوائي

^(*) تم الالتزام بنظام قواعد التوثيق العلمي للإصدار السابع (7th) APA Style.

فاعلية العلاج الميتامعرفي في خفض أعراض الاضطراب الوجداني

ثنائي القطب: دراسة تجريبية لحالة واحدة

والعلاج النفسي أكثر فاعلية في علاج المرضى الذين يعانون من الاضطراب ثنائي القطب (BD- II) من الدواء وحده (Miklowitz & Chung, 2016؛ Wells, & Nordahl, 2023).

ووفقاً للمنهج المتبع في الدراسة الحالية، فقد ثبت أن العلاج المعرفي السلوكي (CBT) مرتبط بعدد أقل من الاستشفاء ووقت أطول للانتكاس الاكتئابي ونوبات هوس واكتئاب أقصر (Szentagotai & David, 2010)، حيث يعد العلاج بالإيقاع الشخصي والاجتماعي (Interpersonal and Social Rhythm Therapy (IPSRT) ذا فاعلية في تقليل الأعراض وتحسين المؤشر الوجداني (Steardo, Luciano, Sampogna, Zinno, Saviano, Staltari, Segura Garcia, De Fazio, Miklowitz, & Fiorillo, 2020)، كما ارتبط العلاج الأسري بوقت أطول للانتكاس (Simoneau, George, Richards, Kalbag, Sachs-Ericsson, & Suddath, 2000)، وارتبط العلاج المعرفي القائم على اليقظة العقلية (mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) بانخفاض مستويات القلق في فترة المتابعة (Xuan, Li, Qiao, Guo, Deng, Hu, & Zhang, 2020)، ومن بين هذه العلاجات النفسية، يعد العلاج المعرفي السلوكي (CBT) هو العلاج النفسي الأكثر بحثاً على نطاق واسع للاضطراب ثنائي القطب (BD- II) (Newman, Leahy, Beck, Reilly-Harrington, & Gyulai, 2002)، حيث يركز العلاج المعرفي السلوكي (CBT) بشكل أساسي على نظرة ثاقبة للاضطراب، ومراقبة تقلبات المزاج وإعادة هيكلة المعتقدات والتفسيرات المنطقية وغير المنطقية، ومع ذلك، فإن معدلات الاسترداد منخفضة مع أحجام تأثير صغيرة إلى متوسطة فقط.

وفي ظل تلك المعطيات، قام كل من: (David, Miklowitz, 2021) Eftimiou, Furukawa, Scott, McLaren, Geddes, Cipriani التحقق من مؤشرات التحليل البعدي لعدد من الدراسات حول فاعلية العلاج النفسي في اضطراب ثنائي القطب، وتوصلت نتائج هذه الدراسة إلى أن الجمع بين الأدوية والعلاج المعرفي السلوكي (CBT) يمكن أن يزيد من معدلات الشفاء، ويقلل معدلات الانتكاس الخاصة بالاضطراب ثنائي القطب الأول، ومع ذلك، فإن جميع الدراسات أظهرت نتائجها أحجام تأثير منخفضة إلى متوسطة.

واستنتج الباحث من كل ما سبق أنه يجب تطوير واختبار علاجات أخرى للاضطراب ثنائي القطب من أجل تعزيز نتائج العلاج، وتقليل معدلات الانتكاس لهذه المجموعة من المرضى، ومن هذا المبدأ، فإن العلاج الميتامعرفي هو علاج حديث يعتمد على نموذج (Wells (2009) لتشخيص الاضطرابات العاطفية، ويعتمد على النموذج الوظيفي التنفيذي المنظم ذاتياً (The Self-Regulatory Executive Function (S-REF)، والذي يوفر أساساً لفهم تكرار واستمرار التفكير السلبي في الاضطرابات النفسية (Wells & Matthews, 1994; 1996)، وينص النموذج على أن نمطاً معيناً من التفكير المتكرر يسمى متلازمة الانتباه المعرفي (CAS) The Cognitive-Attention Syndrome تسهم في تطوير وفحص وانتكاس الاضطرابات النفسية، مثل: الاكتئاب والاضطراب ثنائي القطب. وتتكون متلازمة الانتباه المعرفي (CAS) من استراتيجيات الانتباه التي تنطوي على ميل للانخراط في التركيز الداخلي (على الأفكار والمشاعر / العواطف والأحاسيس الجسدية). ويشمل اجترار الماضي والقلق بشأن المستقبل، بالإضافة إلى سلوك التجنب واستراتيجيات التحكم العقلي التي تأتي بنتائج عكسية، وتحافظ على الخلل الوظيفي. ووفقاً لنموذج (Wells (2009) فإن متلازمة الانتباه المعرفي (CAS) مدعومة بمعتقدات الميتامعرفية السلبية والإيجابية. ومن ناحية، تأخذ المعتقدات السلبية شكل معتقدات لا يمكن السيطرة عليها حول الاجترار أو مراقبة التهديد أو القلق، على سبيل المثال: "الاجترار لا يمكن السيطرة عليه"، ومن ناحية أخرى، تتكون المعتقدات الإيجابية من افتراضات حول فائدة الاجترار والقلق (على سبيل المثال: "الاجترار يساعدني في إيجاد حلول"). وفي العلاج الميتامعرفي (MCT) يتم علاج الاضطرابات النفسية عن طريق الحد من متلازمة الانتباه المعرفي (CAS)، وإعادة هيكلة المعتقدات الميتامعرفية.

وفي العديد من الدراسات التي تناولت التحليلات والمراجعات البعيدة، توصلت إلى أن العلاج الميتامعرفي له أحجام تأثير عالية ومعدلات تعافي كبيرة تبلغ حوالي (70-80%) لاضطرابات القلق، وكذلك الاكتئاب، كما تشير هذه المراجعات إلى أن العلاج الميتامعرفي قد يكون أفضل من العلاج السلوكي المعرفي (CBT) للقلق والاكتئاب (Normann & Morina, 2018; Normann, van Emmerik, & Morina, 2014; Rochat, Manolov, & Billieux, 2018).

فاعلية العلاج الميتماعرفي في خفض أعراض الاضطراب الوجداني

ثنائي القطب: دراسة تجريبية لحالة واحدة

وعلى الرغم من أن العديد من الدراسات والبحوث تُظهر أدلة على وجود علاقات إيجابية بين المعتقدات ما وراء المعرفية والذهان (Sellers, Varese, Wells, & Morrison, 2016)، فإن الباحث لم يجد - في حدود علمه - دراسة تناولت تأثير العلاج الميتماعرفي على الاضطراب ثنائي القطب؛ مما يتطلب سد هذه الفجوة، لذلك يتضح الهدف من إجراء تحقيق أولي في التأثيرات المرتبطة بالعلاج الميتماعرفي في الاضطراب ثنائي القطب (BD II) باستخدام منهجية سلسلة دراسة حالة تجريبية واحدة، كما هدفت هذه الدراسة إلى اختبار ما إذا كان يمكن تطبيق العلاج الميتماعرفي على هذه الفئة باستخدام تصميم حالة مفردة.

مشكلة الدراسة:

بدأ الباحث في التفكير في إجراء هذه الدراسة من خلال عمل ندوة عن الاضطرابات النفسية لدى الشباب الجامعي ذوي القدرات الخاصة في كلية الآداب جامعة المنيا^(*)، حيث تناول الباحث في الندوة بعض الاضطرابات النفسية والشخصية، مثل: القلق والاكتئاب، وكيفية إدارة الاكتئاب، وبعد الانتهاء من الندوة التي كانت تحضرها الحالة (ن-م) بطريقة الصدفة، تفاجئ الباحث بقدوم الحالة (ن-م) وطرح بعض الأسئلة على الباحث الحالي - والتي كانت تتحدث عن بعض أعراض الاضطرابات النفسية التي تتعرض لها الحالة - وهي: "هل أستطيع أن أتغلب على تسارع أفكارى وشعوري بالحزن، أو الفراغ، أو اليأس، أو الرغبة في البكاء؟ وكيف أتخلص من الشعور بانعدام القيمة أو الذنب الشديد، وانخفاض قدرتي على التفكير أو التركيز، أو التردد، وتفكيري في الانتحار أو التخطيط له؟ وهل يستطيع الفرد منا تخفيف الهلوسة والتفكير المضطرب أو غير المنطقي، وعدم الشعور بالحاجة إلى النوم والأكل؟ ثم قام الباحث بالإجابة عن تلك الأسئلة في حدود المعلومات التي جاءت بها الحالة، ثم طلبت الحالة من الباحث الحضور له، وطرح بعض المشكلات التي تواجهها خلال الأيام الماضية ولا تستطيع التخلص منها، وبعد يومين حضرت الحالة إلى مكتب الباحث، وقام الباحث بسؤال الحالة: "هل تم الرجوع في الفترات السابقة لدكتور نفسي أم لا؟" أجابت بقولها: "نعم ذهبت

^(*) شهادة شكر وتقدير ملحق (١) الخاصة بندوة كلية الآداب جامعة المنيا، بعنوان: آليات التقبل وأثرها على الصحة النفسية لذوي القدرات الخاصة يوم الثلاثاء الموافق (١٣-١٢-٢٠٢٢م).

لأكثر من طبيب نفسي، وكنت أتناول بعض الأدوية التي تخفف من حالي لفترات مؤقتة فقط"، كما قامت بعمل بعض الاستشارات النفسية عبر الإنترنت؛ ولكن دون أي جدوى في تحسن حالتها النفسية - وهذا يؤكد ما تم عرضه واستنتاجه من جانب الباحث في مقدمة هذه الدراسة - بل إن مشكلاتها النفسية تزداد يوماً بعد يوم مع نفسها ومع أسرتي وخاصة الأم؛ فكرت في إمكانية عرض مشكلتي عليك، وطلب المساعدة على حلها إن أمكن.

وقد لمس الباحث الحالي عمق هذه المشكلة من واقع عمله في مجال الإرشاد النفسي، وقد بدا واضحاً لدى الباحث أن الحالة لديها بعض المعتقدات الميتامعرفية السلبية نحو التفكير المستمر في العجز والخطر، والتي اعتقد الباحث أنها ربما تكون سبباً في سوء التوافق الذي تعاني منه؛ مما ولد لدى الباحث فكرة القيام بدراسة حالة تجريبية وتصميم برنامج بالاستناد إلى نظرية (Wells, 2009) الميتامعرفية؛ نظراً للمعتقدات الميتامعرفية التي تتبناها الحالة، كما قام الباحث بطرح مجموعة من الأسئلة على هذه الحالة، وتطبيق بعض الأدوات السيكومترية والكلينيكية - كما سيتم توضيح ذلك في دراسة الحالة - بهدف تشخيص الحالة ومعرفة الاضطراب الذي تعاني منه، وجاءت إجابات الحالة متطابقة مع أعراض اضطراب الوجداني ثنائي القطب من النوع الثاني الواردة في الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية (جونسون، كرنك، نيل، دافيسون، ٢٠١٥، ص. ٢٧٢؛ American Psychiatric Association, 2013, P. 123).

واتسقت نتائج ملاحظة الباحث الحالي مع أدبيات البحث حول طبيعة الاضطراب الوجداني ثنائي القطب وآثاره السلبية على حياة الأفراد الذين يعانون من أعراضه، حيث يتطلب تشخيص الاضطراب ثنائي القطب أن يعاني شخص ما من نوبة اكتئاب رئيسة واحدة على الأقل ونوبة هوس خفيف واحدة على الأقل، وغالباً ما يسعى الأشخاص المصابون باضطراب ثنائي القطب الثاني إلى العلاج أولاً نتيجة نوبة الاكتئاب الأولى؛ نظراً لأن نوبات الهوس الخفيف غالباً ما تشعر بالمتعة، ويمكن أن تزيد من الأداء في العمل أو المدرسة (Freitag, Kapoor, & Lamis, 2022)، فهم يتميزون بانخفاض الحاجة إلى النوم، والشعور بالحيوية على الرغم من قلة النوم بشكل ملحوظ عن المعتاد (Weintraub, et al, 2022)، وأفكار لا يمكن السيطرة عليها أو تغيير الأفكار أو الموضوعات بسرعة عند التحدث (Burguet, & Girard, 2023)، وتشهيت الانتباه، وزيادة النشاط (مثل: القلق، والعمل في عدة مشاريع في

فاعلية العلاج الميتماعرفي في خفض أعراض الاضطراب الوجداني

ثنائي القطب: دراسة تجريبية لعالة واحدة

آن واحد)، وزيادة السلوك المحفوف بالمخاطر (Pfennig, et al, 2020)، كما أوصت بعض الدراسات أنه يجب أن تمثل هذه السلوكيات تغييرًا عن السلوك المعتاد للشخص، وأن تكون واضحة للأصدقاء والعائلة، كما يجب أن تكون الأعراض شديدة بما يكفي لإحداث خلل وظيفي في العمل أو الأسرة أو الأنشطة والمسؤوليات الاجتماعية (Xuan, et al, 2020؛ Steardo, et al, 2020؛ Miklowitz, & Chung, 2016)، ومن هنا يبرز الجانب الأول من مشكلة الدراسة متمثلًا في أهمية الموضوع - الاضطراب الوجداني ثنائي القطب - وما يؤديه من دور في التأثير على الاتزان النفسي، والاستقرار الوجداني، وزيادة نوبات اكتئاب كبرى أو نوبات هوس أو هوس خفيف واضحة، والتقلبات المزاجية الشديدة المختلفة عن تقلباتهم المزاجية المعتادة.

بناءً على ما سبق، فإن هناك ضرورة إلى التدخل التجريبي بتصميم برامج إرشادية وعلاجية لتخفيف أعراض الاضطراب ثنائي القطب لدى طلاب الجامعة؛ وذلك من خلال تحديد متلازمة الانتباه المعرفي (CAS) للاضطراب ثنائي القطب لدى طلاب الجامعة؛ والتي تتكون من التفكير المثابر والتحييزات المتعمدة واستراتيجيات المواجهة المختلة، وتحديد أيضًا المعتقدات الميتماعرفية المختلة وظيفيًا، والتي تعد من أهم العوامل الأساسية في الاضطراب الثنائي القطب (BD)، كما هو الحال في أي اضطراب آخر، وقد افترض الباحث الحالي أن يكون العلاج الميتماعرفي أكثر فاعلية في تخفيف أعراض اضطراب الوجداني ثنائي القطب لدى هذه الحالة المرضية؛ حيث يكمن التركيز الرئيسي للعلاج الميتماعرفي على عمليات التفكير بدلاً من محتوى الأفكار، ولذلك يهدف الباحث في تلك الدراسة إلى تعديل العمليات التي تكمن وراء الآليات التي تشارك في تطوير الاضطرابات النفسية، حيث يركز العلاج الميتماعرفي على أن الطريقة التي يفكر بها شخص ما، ويتحكم فيها، أو يحاول التحكم فيها على الأقل، في سلوكياته/ مواقفه أكثر أهمية من مجرد ما يفكر فيه هذا الشخص من حيث التدخل العلاجي، وفي حدود اطلاع وعلم الباحث، ومن خلال البحث في الدوريات والبحوث العربية لا توجد دراسة عربية تحققت من فعالية العلاج الميتماعرفي المستخدم في هذه الدراسة للمساعدة الذاتية أو كفاءته بوصفه دليلاً في المعالجة الشخصية في خفض أعراض الاضطراب الوجداني ثنائي القطب، ودراسة أثر ذلك على المعتقدات الميتماعرفية ومتلازمة الانتباه المعرفي، وفي ضوء العرض والتحليل السابق يمكن تحديد مشكلة الدراسة في السؤال التالي:

- ما فعالية العلاج الميتامعرفي في خفض أعراض الاضطراب الوجداني ثنائي القطب لدى الحالة المرضية (م-ن) وأثره على المعتقدات الميتامعرفية ومتلازمة الانتباه المعرفي؟

أهداف الدراسة:

تهدف هذه الدراسة إلى خفض أعراض الاضطراب الوجداني ثنائي القطب لدى الحالة المرضية (م-ن) من خلال البرنامج العلاجي الميتامعرفي، وأثر ذلك على المعتقدات الميتامعرفية ومتلازمة الانتباه المعرفي، ويتم التحقق من هذا الهدف من خلال الهدف الفرعي التالي:

- الكشف عن فعالية العلاج الميتامعرفي في خفض أعراض الاضطراب الوجداني ثنائي القطب لدى الحالة المرضية (م-ن) ورصد التحولات التي تطرأ على الصورة التشخيصية المتعلقة بكل من المعتقدات الميتامعرفية ومتلازمة الانتباه المعرفي.

أهمية الدراسة:

تستمد الدراسة أهميتها من خلال:

أ- الأهمية النظرية:

- 1- تهتم هذه الدراسة بشريحة مهمة من شرائح المجتمع، وهي شريحة طالبات كلية التمريض التي تمثل إحدى المهن المثيرة للمشقة الجسمية والنفسية، من خلال التعامل اليومي مع المرضى والرؤية المستمرة لحالات الوفاة والحالات الحرجة، ونقص المساندة الاجتماعية، ونقص التدريب الملائم؛ مما يبرز الحاجة إلى إجراء عديد من البحوث والدراسات حول ضغوط مهنة التمريض التي تؤدي دورًا بارزًا في ظهور أعراض كثيرة من الاضطرابات النفسية، مثل: القلق، والاكتئاب لدى طالبات كلية التمريض.
- 2- تلقي هذه الدراسة الضوء في البيئة العربية على مدخل علاجي جديد هو "العلاج الميتامعرفي"، والذي تكاد الدراسات العربية فيه تكون نادرة جدًا؛ مما يزود المعالجين والباحثين بمدخل جديد في التعامل مع الضغوط النفسية المختلفة التي يعاني منها أفراد المجتمع الأصلي من طلاب الجامعة.

فاعلية العلاج الميتامعرفي في خفض أعراض الاضطراب الوجداني

ثنائي القطب: دراسة تجريبية لعالة واحدة

ب- الأهمية التطبيقية:

١-توفر هذه الدراسة عدة أدوات تم اقتناؤها من التراث الأجنبي، وتم استخدامها مع العلاج الميتامعرفي، وهي: مقياس المعتقدات الميتامعرفي، ومقياس متلازمة الانتباه المعرفي، ومقياس الاضطراب الوجداني ثنائي القطب، وتم التحقق من صدقها وثباتها في البيئة العربية، والتي يمكن الاستفادة منها في مجال التشخيص والفحص النفسي والعلاجي.

٢- توفر هذه الدراسة برنامجًا مستندًا إلى العلاج الميتامعرفي لخفض أعراض الاضطراب الوجداني ثنائي القطب.

٣-يتوقع أن تفتح هذه الدراسة آفاقًا جديدة أمام المتخصصين والباحثين في مجال العلاج النفسي لاختبار فاعلية العلاج الميتامعرفي في خفض بعض الاضطرابات النفسية المتنوعة لدى عينات مختلفة؛ مما يعد إضافة جديدة في ميدان علم النفس الإرشادي.

مصطلحات الدراسة:

أ- العلاج الميتامعرفي: Metacognitive Therapy

هو أحد العلاجات النفسية المعرفية، ولكنه يختلف عنها في أنه يقر أسلوبًا خاصًا للتفكير وأنماط التفكير لم تؤكد النظريات الأخرى كسبب للاضطراب، كما أنه ينبني على مبدأ أن ما وراء المعرفة مهمة بشكل حيوي في فهم كيفية عمل المعرفة، وكيف أنها تعمم الخبرات الشعورية التي نمر بها حول أنفسنا وحول العالم، وهي تبين كيفية دفع الانتباه وتأثيراته التي تدخل جانب الشعور، وأنها أيضًا تصيغ التقييمات وتأثيراتها وأنماط الاستراتيجيات التي نستخدمها لتنظيم المعتقدات والمشاعر (Wells, 2009, P.2).

ويقصد بالعلاج الميتامعرفي إجرائيًا أنه: أحد الأساليب العلاجية التي تهدف إلى تعديل المعتقدات الميتامعرفية السلبية فيما يتعلق بخطورة مشاعر الانزعاج والقلق، وأنهما غير قابلين للسيطرة، وتحسين المعتقدات الميتامعرفية الإيجابية التي تؤدي بدورها إلى تثبيت قوى للقلق والانزعاج كطريقة للتعامل مع التهديدات المتوقعة؛ وذلك في ضوء الأسس النظرية والأساليب الفنية التي قدمها "Wells" في نظريته عن العلاج الميتامعرفي، وتحدد إجرائيًا في

هذه الدراسة بالفنيات المختارة وعدد الجلسات، والأنشطة المتضمنة فيها، وإجراءات تطبيق البرنامج، والكتيب العلاجي المستخدم في جلسات البرنامج.

ب- اضطراب وجداني ثنائي القطب: Bipolar Disorder

هو اضطراب يتميز بنوبات متكررة (اثنتين على الأقل) يضطرب فيها مزاج الشخص، ومستوى نشاطه بشكل عميق، ويتكون هذا الاضطراب - في بعض الأحيان - من ارتفاع في المزاج، وزيادة في الطاقة والنشاط هوس أو هوس خفيف، وفي أحيان أخرى هبوط في المزاج، وانخفاض في الطاقة والنشاط (اكتئاب)، وقد تفصل بين النوبات فترات من الشفاء (عكاشة، وعكاشة، ٢٠١٠، ص. ٢٩٤)، كما تشمل أعراض الاكتئاب: المزاج السيئ، وطاقة قليلة أو تعب، وقلة الاهتمام بالأشياء التي تحب القيام بها، وصعوبة التركيز أو اتخاذ القرارات، والقلق أو الانفعال، والنوم كثيرًا أو عدم القدرة على النوم، وتغير في الوزن، وعدم الرغبة في تناول الطعام أو الشعور بالجوع كثيرًا، ومحاولة الانتحار والموت (جونسون وآخرون، ٢٠١٥، ص. ٢٧٢). ويقاس اضطراب الوجداني ثنائي القطب من خلال الدرجة التي تحصل عليها الحالة على قائمة أعراض الاضطراب الوجداني ثنائي القطب المستخدمة في هذه الدراسة.

حدود الدراسة:

تمثلت الحدود الموضوعية في المنهج المستخدم في هذه الدراسة، وهو المنهج التجريبي المتمثل في تصميم دراسة الحالة المفردة في العلاج النفسي، كما تمثلت في المفاهيم والمصطلحات المستخدمة في هذه الدراسة، والمحددة في التعريفات الإجرائية، وبالتالي فإن إمكانية تعميم النتائج تتحدد في ضوء هذه التعريفات، واقتصرت عينة الدراسة على حالة واحدة فقط لطالبة في كلية التمريض، وتمثلت الحدود المكانية في كلية التربية بجامعة المنيا، والتي تم تطبيق جلسات البرنامج العلاجي ودراسة الحالة وأدوات الدراسة فيها، بينما تمثلت الحدود الزمنية في الفترة الزمنية التي تم تطبيق الدراسة خلالها، فقد تم تطبيق جلسات البرنامج العلاجي ودراسة الحالة وأدوات الدراسة في الفصل الدراسي الثاني للعام الدراسي ٢٠٢٢/٢٠٢٣ م.

الإطار النظري:

أ- اضطراب الوجداني ثنائي القطب: Bipolar Disorder

يعد الاضطراب الوجداني ثنائي القطب من الاضطرابات النفسية، وهو اضطراب دوري في المزاج، يتميز بحالات متناوبة من الهوس والاكتئاب، وهناك نوعان من الاضطراب ثنائي القطب، يتميز الاضطراب ثنائي القطب الأول بنوبات من الاكتئاب والهوس، والاضطراب ثنائي القطب الثاني هو حاجة ماسة إلى نوبات الاكتئاب والهوس الخفيف، يشمل: الهوس المرتفع المستمر، وأيضًا مستويات عالية من التهيج، بينما ينطوي الاكتئاب على فترات من مشاعر الحزن المستمرة والعبث وعدم القيمة (Tondo, Miola, Pinna, Contu, Baldessarini, 2022).

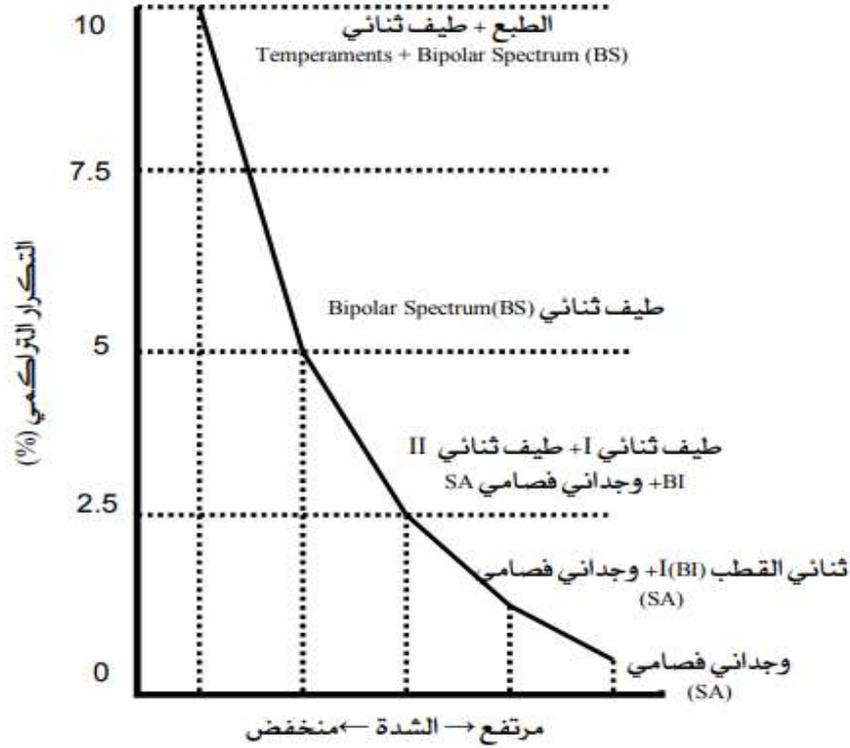
وعند التمييز بين "أحادي القطب - ثنائي القطب" فإن المتخصصين أنفسهم غالبًا ما يميلون بشكل عفوي للتفكير بالاضطرابات الوجدانية فقط، إلا أنه لا بد من التأكيد مسبقًا أنه من الممكن ألا يقتصر ظهور الأعراض ذات الشكل الهوسي على إطار الاضطرابات الوجدانية وحدها، ويشير بشكل خاص (Marmeros, 2000) إلى أن هذا التقسيم إلى أحادي القطب مقابل ثنائي القطب في الاضطرابات الوجدانية الفصامية هو تقسيم على الدرجة نفسها من الأهمية المتعلقة بالاضطرابات الوجدانية الصافية، فإنه من المهم أيضًا الاهتمام بشكل أشد بالدرجات الخفيفة من الاضطرابات الوجدانية. وتقوم خلفية مفهوم الطيف Spectrum Concept هذا هي أن الدرجات شبه الحدية والمتلازمة syndrome لا تختلف إلا قليلًا فيما يتعلق بالانتحارية واللجوء للمعالجة أو بالتردد الأسري للاضطرابات الوجدانية، وهذا يفسر أيضًا تقديرات الانتشار المرتفع بوضوح مؤخرًا.

ويحتوي الاضطراب الوجداني ثنائي القطب على صورتين أساسيتين، هما: نوبة الاكتئاب ونوبة الهوس: الهوس تحت الحاد (الخفيف): هو أخف أنواع ذهان الهوس، ولا يُلاحظ شذوذ في تصرفات المريض، ولكنه يصبح أكثر سرورًا وبهجة ونشاطًا وحركة عن المعتاد، وأسرع تفكيرًا وبديهية عن سابق عهده. الهوس الحاد: يظهر نتيجة عدم علاج الهوس الخفيف، أو يظهر فجأة بأعراض حادة من المرح والنشوة والبهجة المستمرة مع الإحساس بقوة جسدية، وكثرة الحركة والتهيج والإثارة دون هدف واضح، والرغبة الملحة في السيطرة وإعطاء

الأوامر، وتطير الأفكار، وعدم ترابط الكلام، وسرعة الانتباه، وأحياناً اضطهاد وقد يصاحبها هلاوس سمعية وبصرية، وأحياناً يعاني من تشوش في الوعي، ويفقد قدرته في تعرف الزمان أو المكان، واضطرابات فسيولوجية في هيئة أرق مستمر ورفض الطعام أو الأكل بشرائه. الهوس المزمن: تستمر حالة الهوس لسنوات طويلة دون تغيير، وقد تتناوب مع نوبات حادة من الاكتئاب، ولا تختلف عن أعراض الهوس الحاد، ولكنها أقل حدة وأطول بقاء (Xuan, et al, 2020، عكاشة، ٢٠١٠، ص، ٤٣٣-٤٣٦، زهران، ٢٠٠٥، ص. ٥٤٨؛ الرخاوى وآخرون، ١٩٩٩، ص. ١٥٧).

أشكال الاضطراب الوجداني ثنائي القطب والمحكات التشخيصية: (أ) هوس خفيف الشدة تستوفي النوبة الحالية معايير الهوس الخفيف، (ب) هوس بدون أعراض ذهانية: تستوفي النوبة الحالية معايير الهوس دون أعراض ذهانية، (ج) هوس مع أعراض ذهانية: تستوفي النوبة الحالية معايير الهوس مع أعراض ذهانية، (د) اكتئاب متوسط أو خفيف الشدة بدون أعراض جسدية أو مع أعراض جسدية: وتستوفي النوبة الحالية معايير اكتئاب متوسط أو خفيف الشدة، (هـ) اكتئاب شديد بدون أعراض ذهانية أو مع أعراض ذهانية: تستوفي النوبة الحالية معايير الاكتئاب الشديد. (و) الاضطراب الوجداني ثنائي القطب نوبات هوس واكتئاب متناوبة، وتفصل بينهما فترات من المزاج الطبيعي، وجميع أشكال الاضطراب الوجداني ثنائي القطب، يجب أن يكون هناك إصابة بنوبة وجدانية سابقة واحدة على الأقل هوس خفيف، أو هوس، أو اكتئاب، أو نوبة مختلطة (عكاشة، وعكاشة، ٢٠١٠، ص، ٣٩٥-٣٩٨؛ الرخاوى وآخرون، ١٩٩٩، ص. ١٥٤؛ Steardo, et al, 2020). وهنا يوجد علاقة بين شدة الاضطراب من الطيف ثنائي القطب والتكرار. ويعرض الشكل (١) هذا الارتباط، مع العلم أن التكرار يرتفع تراكمياً، كلما تم أخذ صور من الطيف ثنائي القطب-وصولاً إلى الطابع الوجدانية بعين الاعتبار بشكل أكبر.

فاعلية العلاج المينامعرفي في خفض أعراض الاضطراب الوجداني
ثنائي القطب: دراسة تجريبية لحالة واحدة



شكل (١)

العلاقة بين التكرار التراكمي للتشخيصات من الطيف الثنائي وشدة التشخيصات المعنية (شلوتكه : وكاسبار؛ ورولر، ٢٠١٦، ص.١١٩)

المحكات التشخيصية للاضطراب الوجداني ثنائي القطب النوبات الهوس والهوس الخفيف يشير الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (الخامس) لمجموعة من المحكات: مزاج متقلب ما بين الرضا والسخط ، وزيادة مفرطة في النشاط والطاقة تتحدد ثلاثة أعراض من الأعراض التالية على الأقل بتخطيها المستوى القياسي، وأربعة أعراض في حالة المزاج المتقلب: زيادة في أنشطة السعي لتحقيق الأهداف، أو نشاط حركي نفسي زائد، والثرثرة بصورة غير اعتيادية، والتحدث بسرعة، ومقاومة الأفكار، أو الإحساس الذاتي بأن الأفكار تتسارع، والشعور بقلّة الحاجة إلى النوم، وزيادة تقدير الذات، والاعتقاد بامتلاك ملكات القوى أو قدرات خاصة، وسهولة التشويش وتحويل الانتباه بسهولة، والمشاركة المكثفة في الأنشطة التي تكون لها عواقب، مثل: الإسراف في إنفاق المال، أو الظهور الجنسي (APA, 2020)؛

معظم اليوم وتقريبًا كل يوم: نوبات الهوس تستمر الأعراض لمدة أسبوع، ويتوجب إدخال المريض إلى المستشفى أو العرض على طبيب نفسي، وقد تؤدي الأعراض إلى الشعور بضغط نفسي بالغ أو خلل بالوظائف، ونوبات الهوس الخفيف تستمر أعراضها لمدة أربعة أيام على الأقل - تظهر تغيرات في الوظائف يمكن للأخريين ملاحظتها، ولكن لا يظهر أي خلل - لا تظهر أي أعراض نفسية (Chen, Fitzgerald, Madera, & Tohen, , 2019).

ب- العلاج الميتامعرفي Metacognitive Therapy :

تم وصف تطور العلاجات النفسية بأنها تتحرك عبر ثلاث موجات (Hayes, 2004)، حيث ركزت الموجة الأولى على التكييف الكلاسيكي والتعلم الفعال والسلوكية، بينما تميزت الموجة الثانية باستخدام الإدراك ومعالجة المعلومات، والتدخل السائد في هذه الموجة هو العلاج المعرفي (Cognitive Therapy)، وعلى الرغم من الجدل الشديد، فقد لاحظ Hayes (2004) ظهور موجة ثالثة من العلاجات النفسية التي ركزت على القبول واليقظة العقلية والقيم والعلاقات، مشيرًا إلى أن تدخلات الموجة الثالثة شملت: العلاج النفسي التحليلي الوظيفي (Functional Analytic Psychotherapy; Kohlenberg & Tsai, 1991)، والعلاج السلوكي التكامل للزوج (Integrative Behavioral Couples Therapy; Jacobson & Christensen, 1996)، والعلاج بالقبول والالتزام (Acceptance and Commitment Therapy; Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999)، والعلاج المعرفي القائم على اليقظة العقلية (Mindfulness-Based Cognitive Therapy; Segal, Williams & Teasdale, 2002).

واقترح Hayes (2004) أن تدخلات الموجة الثالثة ركزت على المناهج الفلسفية، وكانت أقل تركيزًا على الآليات، وتهدف إلى تغيير وظيفة الأحداث النفسية التي تم اختبارها بدلًا من تغيير أو تعديل الأحداث نفسها، وذكر لاحقًا أن هذه العلاجات النفسية تعمل من خلال مناهج تشمل: القبول والانتشار المعرفي واليقظة (Hayes, Luoma, Bond, Masuda, & Lillis, 2006)، بينما تم وصف العلاج الميتامعرفي (MCT) من قبل البعض (على سبيل المثال: Hayes, 2004) بوصفه علاجًا بالموجة الثالثة، ومن خلال ذلك يسلط

فاعلية العلاج الميتامعرفي في خفض أعراض الاضطراب الوجداني

ثنائي القطب: دراسة تجريبية لعالة واحدة

الباحث الضوء على كيفية اختلاف العلاج الميتامعرفي (MCT) عن علاجات الموجة الثالثة قبل التحدث عن تعريف وأهداف وفنيات العلاج الميتامعرفي، وذلك على النحو التالي:

لا تعتمد علاجات الموجة الثالثة - عكس العلاج الميتامعرفي (MCT) - على أساس قوي في النظرية النفسية أو نماذج المعالجة المعرفية، وبدلاً من ذلك فهي متصلة من النظرية خارج مجال علم النفس الإكلينيكي (أي النماذج الفلسفية)، وعلى سبيل المثال: تتبع التدخلات القائمة على اليقظة العقلية من الممارسات البوذية، وليس من إطار لتصور كيف تؤدي هذه التدخلات إلى تحسن علاجي عن طريق تغيير الآليات النفسية المحددة مسبقاً، واستنتج الباحث الحالي من خلال الرجوع إلى بعض البحوث والدراسات السابقة أنه في الآونة الأخيرة حاول الباحثون تطبيق النظرية النفسية بوصفها وسيلة لتصور الآليات الأساسية لتأثيرات اليقظة العقلية على علم النفس المرضي (Brown, Ryan & Creswell, 2007; Vago & David, 2012)، بالمثل، فإن العلاج بالقبول والالتزام متأصل من المبادئ الفلسفية القائمة على السياق الوظيفي (Hayes, et al., 2006)، مع جذوره في نظرية الإطار العلائقي (Relational Frame Theory; Hayes, Barnes-Holmes, & Roche, 2001)، والذي يتعلق باللغة والإدراك. وتتناقض هذه النظريات بعمق مع العلاج الميتامعرفي (MCT)، والذي يعتمد على نموذج معالجة المعلومات الذي يحدد التفاعل بين التقييم المعرفي والعمليات المعرفية (أي الذاكرة والانتباه) وما وراء المعرفة، وعلى هذا النحو، تختلف الأسس النظرية للعلاج الميتامعرفي (MCT)، وعلاجات الموجة الثالثة اختلافاً كبيراً في تركيزها، وفي تسلسل النظرية وتطوير العلاج المتضمن.

والاختلافات النظرية بين العلاج الميتامعرفي وعلاجات الموجة الثالثة مهمة؛ لأن الآليات المقترحة في علاجات الموجة الثالثة تختلف عن العلاج الميتامعرفي (MCT)، وهذا يؤثر على الهدف وطبيعة تطوير طريقة العلاج - وهذا ما هدف إليه الباحث الحالي من هذه المقدمة - وعلى سبيل المثال: في تدخلات اليقظة العقلية، الهدف هو تنمية الوعي باللحظة الحالية، ومن خلال التقنيات العلاجية، مثل: استخدام التنفس كوسيلة لفك الارتباط عن المعالجة المعرفية غير القادرة على التكيف التي تجعل المريض يركز على الوعي باللحظة الحالية؛ لكن قبل أن يظهر نموذج معالجة المعلومات كان من الصعب تفسير كيف يمكن أن يؤدي الوعي باللحظة الحالية إلى تعديل المعتقدات الميتامعرفية السلبية، وآليات المعالجة المتحيزة التي تم

افتراضها في النموذج الوظيفي التنفيذي المنظم ذاتياً The Self-Regulatory Executive Function (S-REF) والذي وجد في بحث للنتنبؤ بالاضطراب النفسية (Wells, 2013). علاوة على ذلك، فإن استخدام طريقة (مثل: التركيز على التنفس) لن يكون متوافقاً مع تقنيات العلاج الميتامعرفي (MCT)، والتي تهدف إلى تقليل المعالجة المستمرة والانتباه الذاتي، كما ابتعدت مناهج الموجة الثالثة عن صياغة مفصلة مسبقة للآليات النظرية، وهو النهج المعاكس الذي يكمن وراء تطوير العلاج الميتامعرفي (MCT)، ويمكن أن يؤدي هذا - في المستقبل - إلى تحديات كبيرة لعلاجات الموجة الثالثة في فهم واختبار كيف ولماذا تعمل التقنيات، وإبطاء تطوير طرق العلاج الجديدة المشتقة من النظرية.

١ - تعريف العلاج الميتامعرفي وأهدافه:

العلاج الميتامعرفي هو نهج العلاج النفسي القائم على الأدلة، حيث يكمن التركيز الرئيسي على عمليات التفكير بدلاً من محتوى الأفكار (Fisher & Wells, 2009)، والتي تؤكد أهمية كيف يفكر الشخص، بدلاً من مجرد التركيز على محتوى الإدراك القائمة على طرق العلاج المعرفي السلوكي، لذلك يهدف المعالج إلى التركيز على وتعديل العمليات التي تكمن وراء الآليات التي تشارك في تطوير وصيانة الاضطرابات النفسية (Wells, 2009)، بعبارات أساسية للغاية، تنص الخلفية النظرية للعلاج ما وراء المعرفي على أن الطريقة التي يفكر بها شخص ما، ويتحكم فيها، أو يحاول التحكم فيها على الأقل، في سلوكياته / مواقفه أكثر أهمية من مجرد ما يفكر فيه هذا الشخص من حيث التدخل العلاجي (Fisher & Wells, 2009, P.22)، وبالتالي يهدف العلاج الميتامعرفي إلى إزالة متلازمة الانتباه المعرفية (CAS) من خلال رفع مستوى الوعي لهذه العملية، وتحسين الانتباه الانتقائي؛ وذلك بمساعدة المرضى على تطوير طرق جديدة للسيطرة على انتباههم باستخدام تقنيات محددة، وتعديل المعتقدات الميتامعرفية التي تؤدي إلى أنماط التفكير غير المفيدة (Dammen, Papageorgiou, & Wells, 2012).

كما يسعى العلاج الميتامعرفي إلى توعية المريض بأن السبب في الاضطراب ليس الأفكار والمعتقدات نفسها، ولكن طريقة التقييم التي يتبعها لهذه الأفكار والمعتقدات، وبالتالي جعله يدرك دور المعتقدات الميتامعرفية في نشأة واستمرار الاضطراب النفسي، وتوعية الأفراد بضرورة التخلي عن بعض الاستراتيجيات غير التكيفية التي يلجؤون إليها من أجل

فاعلية العلاج الميتامعرفي في خفض أعراض الاضطراب الوجداني

ثنائي القطب: دراسة تجريبية لحالة واحدة

التحكم في أفكارهم المتطفلة، مثل: العقاب أو القلق، كما يعمل العلاج الميتامعرفي على دحض وتقنيد المعتقدات الإيجابية والسلبية التي يتمسك بها المرضى بشأن أفكارهم الاقترامية وسلوكياتهم، ويهدف إلى تعديل عدد من المعتقدات الميتامعرفية خاصة معتقدات دمج الفكر، وتدريب المرضى على كيفية استخدام الاستراتيجيات العلاجية الميتامعرفية مع المواقف المشكلة المصاحبة للاضطراب النفسي، وتشكيكهم في النتائج المترتبة من وجهة نظرهم على التخلي عن القيام باستراتيجيات التحكم، وزيادة مهارات اليقظة أو الانتباه المتقطع (Capobianco & Nordahl, 2023; Caselli, Martino, Spada, & Wells, 2018).

٢- المبادئ الأساسية للعلاج الميتامعرفي:

The Core Principles of Metacognitive Therapy

يستند العلاج الميتامعرفي إلى مجموعة من المبادئ والمسلمات الفريدة التي تم اكتشافها من خلال البحث التجريبي، وفي وقت لاحق تم تطويرها من خلال الملاحظة الكليينكية، والتي يمكن تلخيصها على النحو التالي (Wells 2009, p.22):

(أ) يعتبر أي رد فعل عاطفي سلبي، مثل: القلق أو الاكتئاب، بمنزلة إشارة تشير إلى التناقض بين التنظيم الذاتي والتهديدات للرفاهية، وهذه المشاعر السلبية محدودة ذاتياً بشكل عام؛ لأن الشخص يدمج بعض استراتيجيات المواجهة للتغلب عليها، إذا أصبحت هذه التجارب العاطفية مستمرة لسبب ما، فقد يعاني الشخص من الاضطراب النفسي.

(ب) يعتمد السبب الرئيسي لاستمرار هذه التجارب السلبية على أساليب التفكير وردود الفعل السلوكية، كما تؤدي هذه الأساليب وردود الفعل غير التكيفية إلى تنشيط متلازمة الانتباه المعرفي، وهذا واضح في جميع الاضطرابات النفسية.

(ج) تتكون متلازمة الانتباه المعرفي من مكونات ترتبط ارتباطاً وثيقاً بالقلق، والاجترار، ومراقبة التهديدات، واستراتيجيات التحكم في التفكير غير الفعالة، وسلوكيات التجنب، كما تعتبر متلازمة الانتباه المعرفي نتيجة لمعتقدات الميتامعرفية السلبية، والتي تشارك في التحكم في تقييم الإدراك والعواطف، وتعد متلازمة الانتباه المعرفي هي المسؤولة عن التجارب العاطفية السلبية المطولة والمكثفة.

٣- الفنيات العلاجية المستخدمة في العلاج الميتامعرفي:

يضم العلاج الميتامعرفي وفقاً لاتجاه "Wells" بعض الفنيات، مثل: فنية تدريب الانتباه (Attention Training Technique)، وفنية اليقظة المنفصلة (Detached Mindfulness Techniques)، وفنية التعامل مع معتقدات الميتامعرفية (Dealing with metacognitive beliefs)، وفنية تأجيل القلق أو الاجترار (Postponement of worry or rumination)، وفنية التعرض لما وراء المعرفة (Metacognitively delivered exposure)، وفنية بالون التفكير، وفنية الحوار السقراطي، ولعب الدور والدور المضاد، والواجب المنزلي؛ (Wells, 1990, 2005, 2007, 2013, 2020, 2021, 2023; Papageorgiou & Wells, 2000, Wells & Papageorgiou 2001; Fisher & Wells 2005, 2009) (تم عرض هذه الفنيات بالشرح والتفسير في الإطار العام لجلسات البرنامج في ملحق (٨) جلسات البرنامج).

ج - التصور المقترح لدور العلاج الميتامعرفي في خفض الاضطراب ثنائي القطب:

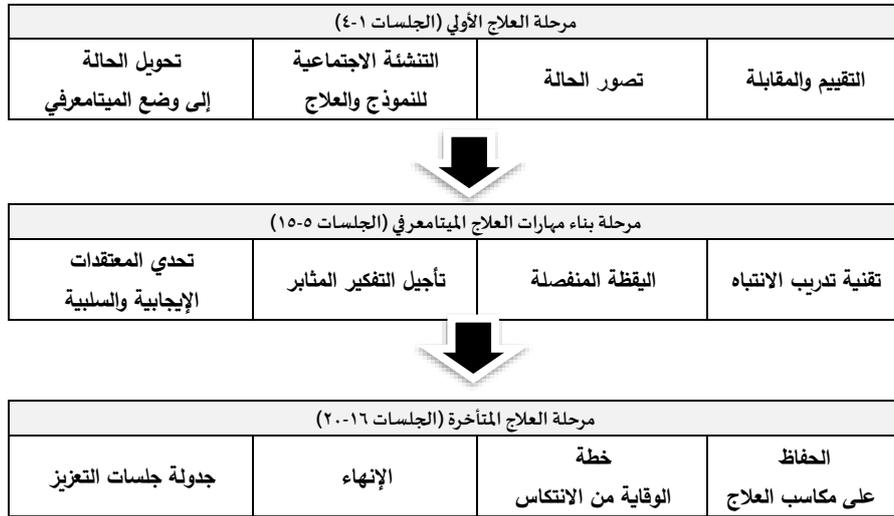
يوفر النموذج الميتامعرفي للاضطراب ثنائي القطب منظوراً جديداً لزيادة فهم الآليات النفسية الأساسية لدى مرضى الاضطراب ثنائي القطب؛ لذلك بالنسبة لمجموعة فرعية من المرضى الذين يعانون من اضطراب ثنائي القطب الذين يفشلون في الاستجابة لتدخلات العلاج النفسي الدوائي، قد يكون العلاج الميتامعرفي خياراً علاجياً بديلاً، فإن مكونات متلازمة الانتباه المعرفي والمعتقدات الميتامعرفية المختلفة وظيفياً واضحة في الاضطراب ثنائي القطب، مع الاعتراف بالطبيعة التشخيصية للعلاج الميتامعرفي، وفي ظل تلك المؤشرات السابقة يمكن اقتراح الدور الفعال لتطبيق العلاج الميتامعرفي لحالات الاضطراب ثنائي القطب، واتباع خطوات العلاج للدراسة المنشورة الوحيدة - في حدود علم الباحث - حول تطبيق العلاج الميتامعرفي في الاضطراب ثنائي القطب (Callesen, Pedersen, Andersen, & Wells, 2020)، والذي استند إلى البنية العامة والأساسية للعلاج الميتامعرفي (Wells, 2009).

بناءً على تلك المعطيات، اقترح الباحث الحالي - بعد الرجوع للمراجع والدراسات والأبحاث السابقة - عمل بروتوكول علاج متسلسل للاضطراب ثنائي القطب الموضح في الشكل (١)، وهو يتمثل في: (١) تصور الحالة؛ (٢) التنشئة الاجتماعية للنموذج والعلاج؛

فاعلية العلاج الميتامعرفي في خفض أعراض الاضطراب الوجداني

ثنائي القطب: دراسة تجريبية لحالة واحدة

(٣) تحويل المريض إلى الوضع الميتامعرفي، وزيادة الوعي الفوقي بالتفكير المثابر؛ (٤) تنفيذ تقنية تدريب الانتباه؛ (٥) ممارسة اليقظة المنفصلة؛ (٦) تأجيل التفكير المثابر؛ (٧) تعديل عدم القدرة على التحكم في معتقدات التفكير المثابر وتحدي المعتقدات السلبية الأخرى ما وراء المعرفية؛ (٨) استكشاف والتخلي عن استراتيجيات المواجهة المختلفة، بما في ذلك جميع أنواع استراتيجيات مراقبة التهديدات، واقتراح التنشيط السلوكي؛ (٩) تحدي المعتقدات الإيجابية حول التفكير المثابر؛ (١٠) تحديد وتعديل المعتقدات السلبية حول حالات المزاج؛ (١١) العمل على خطة الوقاية من الانتكاس مع المريض؛ (١٢) استهداف مخاوف التكرار؛ و(١٣) جدول جلسات التعزيز.



شكل (٢)

هيكل بروتوكول العلاج الميتامعرفي المقترح من الباحث الحالي للاضطراب ثنائي القطب

ويعتمد بروتوكول العلاج المقترح - من قبل الباحث الحالي - بشكل أساسي على خطة العلاج الميتامعرفي للاضطرابات الاكتئابية (Wells, 2009). ومع ذلك، لكي تكون الخطة متوافقة مع احتياجات الأفراد المصابين بالاضطراب ثنائي القطب، يجب على المعالج إجراء بعض التعديلات، وبالنسبة لتصور الحالة ما وراء المعرفية للمريض، قد يحتاج المعالج إلى التركيز على الأفكار المحفزة الإيجابية (أو غيرها من التجارب الداخلية الإيجابية)، بالإضافة إلى الأفكار السلبية؛ لتحديد أسلوب التفكير المثابر للمريض، وقد يحتاج المعالج إلى تدوين أي ردود على التأثير الإيجابي والمخاوف بالإضافة إلى الاجترار الاكتئابي، ويجب

إكمال قسم العواقب السلبية في مخطط تصور الحالة مع مراعاة أية زيادة في مستويات الطاقة المبلغ عنها ذاتيًا، والميول العاطفية للهوس الخفيف، وفرط النشاط، وزيادة الأنشطة الموجهة نحو الهدف، والتغيرات في الاهتمام الجنسي، والاندفاع، وزيادة احترام الذات، والعظمة، بالإضافة إلى الأفكار التقليدية والتأثير والسلوكيات التي لوحظت في الاكتئاب (Wells, 2013, 2019؛ Chow & Lo, 2017؛ Callesen, Reeves, Heal & Wells, 2020). كما يجب على المعالج والمريض العمل بشكل تعاوني لتحديد أساليب التفكير المجتررة والقلق، مع التركيز بشكل خاص على الاجترار الإيجابي، وكيفية تداخل ذلك مع هدف المريض للبقاء في حالة مغفرة، ويجب استكشاف دور الاجترار الإيجابي في العواقب غير المرغوب فيها، ويجب تشجيع التأجيل و/أو التخلي عن الاجترار الإيجابي، كما هو الحال بالنسبة للاجترار الاكتئابي والقلق (Wells, et al., 2021)؛ ويجب تحدي عدم القدرة على التحكم وخطورة جميع أنواع أساليب التفكير المثابر، وتعديل المعتقدات حول العواقب الشخصية السلبية للتفكير المثابر تحتاج إلى دمج مناقشة حول الردود على التأثير الإيجابي بالإضافة إلى المناقشة التقليدية حول الاجترار الاكتئابي والقلق (Capobianco, & Nordahl, 2023)، ويجب التشكيك في أي معتقدات حول مزايا التفكير المثابر، وتحديدًا التشكيك في الآثار الإيجابية المتصورة للاجترار الإيجابي جنبًا إلى جنب مع العمل التقليدي على الاجترار الاكتئابي والقلق، وقد يتم استهداف استراتيجيات المواجهة المختلفة التي تتضمن استراتيجيات التحكم في التفكير، والخمول، وإيذاء النفس، والتجنب العاطفي، والانسحاب الاجتماعي، وما إلى ذلك كما هو الحال مع مريض يعاني من اضطراب اكتئابي (Wells, & Nordahl, 2023؛ Nordahl, & Wells, 2019).

وبالنسبة لمريض اضطراب ثنائي القطب، يجب على المعالج أيضًا الاعتراف بإمكانية زيادة النشاط الموجه نحو الهدف، وفرط النشاط، والبقاء مستيقظين طوال الليل لمواكبة التوقعات العالية للذات، والسلوكيات الاندفاعية، والسلوكيات ذات الصلة. بالإضافة إلى ذلك، قد يكون الاهتمام بالتركيز على الذات والمراقبة المستمرة لمستويات الطاقة وحالات المزاج مشكلة بالنسبة للمريض؛ نظرًا لأنه قد يكون هناك خوف من التكرار (Callesen, et al, 2020؛ Batmaz, Altinoz, & Sonkurt, 2021)، وقد تكون العلامات التحذيرية لنوبات جديدة موضع تركيز، فقد يستيقظ المريض كل يوم مع فحص أولي للجسم بحثًا عن أية علامات

فاعلية العلاج الميتماعرفي في خفض أعراض الاضطراب الوجداني

ثنائي القطب: دراسة تجريبية لحالة واحدة

وأعراض توحى بنوبة مزاجية جديدة، كما يحتاج المريض إلى التخلي عن استراتيجيات مراقبة التهديدات المتميزة وذات النتائج العكسية (Pfennig, et al, 2020)؛ (Chen, Fitzgerald, Madera, & Tohen, 2019). وعلى الرغم من مناقشة هذا الأمر مع مرضى الاضطراب الاكتئابي، فقد يقضي المعالج أيضًا بعض الوقت مع مرضى الاضطراب ثنائي القطب مع التركيز على آثار البحث المستمر عن علامات الإنذار المبكر المحتملة، وكيف يمكن أن تتداخل هذه الاستراتيجية مع تفسير المريض لتقلبات المزاج التي تحدث بشكل طبيعي؟ (Faissner, et al, 2018؛ Mami, Sharifi, & Mahdavi, 2015) وتقنيات وفنيات العلاج الميتماعرفي المناسبة لمرضى اضطراب ثنائي القطب، فعلى سبيل المثال لا الحصر: تقنية تدريب الانتباه، واليقظة المنفصلة، واستراتيجيات الوقاية من الانتكاس، وإعداد جلسات معززة (ليهى، ٢٠٢٠، ص.٣٠٥؛ Wells, 2013, 2020, 2021, 2023; Wells & Papageorgiou 2001; Fisher & Wells 2005, 2009)، واستنتج الباحث الحالي مما سبق أنه قد يتبع خلال جلسات البرنامج المبادئ التوجيهية للحالات التي تعاني من اضطرابات الاكتئاب مع تعديلات للحالات التي تعاني من اضطراب ثنائي القطب عند الضرورة.

فروض الدراسة:

بالرغم من أنه لا توجد دراسات عربية - على حد علم الباحث - استخدمت منهج الدراسة الحالية في العلاج الميتماعرفي " لخفض حدة أعراض اضطراب ثنائي القطب من النوع الثاني؛ فإنه يتعين صياغة الفرض الرئيسي للدراسة الحالية في ضوء الهدف منها، وهو: "خفض بعض أعراض اضطراب ثنائي القطب من النوع الثاني من خلال العلاج الميتماعرفي"، كالتالي:

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجتي أعراض الاضطراب الوجداني ثنائي القطب: من النوع الثاني قبل وبعد تطبيق البرنامج العلاجي الميتماعرفي لصالح القياس القبلي (البرنامج) لدى الحالة التجريبية للدراسة.

إجراءات الدراسة:

أ- منهج الدراسة:

تم استخدام المنهج التجريبي المتمثل في تصميم دراسة الحالة المفردة في العلاج النفسي، حيث يحاول هذا المنهج - التصميم التجريبي للحالة الواحدة - التغلب على تهديدات الصدق الخاص بالتصميمات التجريبية وشبه التجريبية، وأن أهم خاصية مميزة لمنهج الحالة المفردة تكمن في استخدام المقاييس ذات العلاقة الوثيقة بالحالة الفردية، ويعتمد الاختبار الدقيق لمقياس ما على أهداف البحث وعلى الخصائص السيكومترية والقياسية بين المقاييس المتاحة، وعلى المعوقات العملية للقيام بالقياس، كما يُقدم هذا المنهج طريقة لفحص التذبذب في السلوك على مدى الزمن، ويتعين تقييم آثار الأساليب العلاجية مقابل هذا التذبذب، وبعد التغيرات من الأمور المشكلة في بعض جوانبه، إذ دائماً ما يحتاج المرء في السياق الكلينيكي لقياس التغيرات في السلوك للحصول على مؤشرات حول الأحداث التي تتحكم وتتوسط المشكلة، ودائماً ما يكون من الصعب صياغة وفهم المشكلات الكلينيكية التي تبدو مستعصية على التأثير، كما يتم استخدامه في معرفة التغير الذي يمكن من خلالها ملاحظة نشاط العلاقات الأساسية العامة، وتقييم بيانات الحالة المفردة، من ناحية أخرى أيسر بكثير عندما يكون هناك تباين ضئيل خلال المراحل التجريبية (مورلي، ٢٠٠٠، ص، ٨٦٠، ٨٦١). وبناء على ما أشار إليه القرشي (٢٠٠٢) إلي من ملاءمة هذا المنهج عندما تكون التغيرات الناجمة عن التدخل بطيئة وعلى مدى زمني طويل؛ حيث تم استخدام طريقة الإحصاء (C) في الدراسة الحالية، وهي الطريقة الأكثر صدقاً وثباتاً وسهولة في تفسير المخططات البيانية ذات التسلسل الزمني التي تستخدم في تقييم الدراسات العلاجية وأثر عملية التدخل.

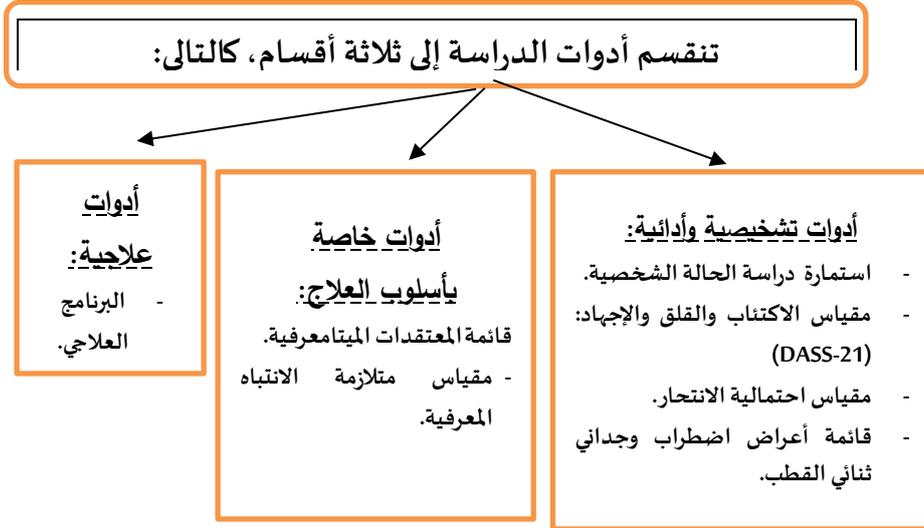
ب- عينة الدراسة:

تمثل عينة الدراسة في حالة واحدة فقط، وهي تبلغ من العمر (١٨) عاماً بالفرقة الثانية بكلية التمريض بجامعة المنيا - الشكل (١) يوضح صياغة الحالة الميتماعرفية - كما روعي من جانب الباحث قبل إجراء الدراسة معرفة بعض العوامل التي تساعد على ضبط بعض المتغيرات؛ لتجنب تأثيرها في نتائج الدراسة الحالية - يتم توضيح ذلك بالتفصيل في نتائج الدراسة - والتي تتمثل فيما يلي:

فاعلية العلاج المبتامعربي في خفض أعراض الاضطراب الوجداني ثنائي القطب: دراسة تجريبية لحالة واحدة

- تم التأكد من عدم وجود اضطراب عضوي أو عقلي لدى الحالة.
- اختيار عينة الدراسة بطريقة عمدية (قصدية) من كلية التمريض بجامعة المنيا، بناءً على طلب الحالة نفسها لإخضاعها للجلسات العلاجية، حيث تم تشخيص الحالة بأنها تعاني من اضطراب ثنائي القطب Bipolar Disorder II حيث مرت الحالة بنوبة اكتئابية رئيسية حادة - حاولت أكثر من مرة للانتحار - مع نوبة من نوبات الهوس الخفيف، فهي تتميز بمزاج متقلب ما بين السخط والرضا، ويتكون هذا الاضطراب - في بعض الأحيان - لديها من ارتفاع في المزاج وزيادة في الطاقة والنشاط (هوس أو هوس خفيف) وفي أحيان أخرى من هبوط في المزاج، وانخفاض في الطاقة والنشاط (اكتئاب)، كما تعرضت هذه الحالة إلى العديد من الضغوط والصدمات النفسية المتعددة، والتي تتمثل في: التحرش الجنسي في مرحلة الطفولة، والشعور بالإرهاك الجسمي والانفعالي، وغياب الدور الفعال للمساندة الأسرية في ظل حالتها النفسية السيئة.
- تم تشخيصها وفقاً للدليل التشخيصي للاضطرابات النفسية الخامس المعدل (DSM-5-TR) بالاضطراب الوجداني ثنائي القطب النوع الثاني (Bipolar Disorder II) وفقاً لمعايير التشخيص.

ج- أدوات الدراسة:



وفيما يلي عرض لهذه الأدوات والمقاييس:

١ - استمارة دراسة الحالة الشخصية:

تم استخدام استمارة دراسة الحالة بهدف جمع المعلومات والبيانات اللازمة عن دراسة الحالة بأسلوب المقابلة الشخصية مع الحالة في هذه الدراسة، والتي اشتملت بيانات عن كل من: الأسرة، ومرحلة الطفولة، وسنوات التعلم، ومكان الإقامة، والحقل الجنسي، والعادات والمشارب، والاتجاه من الأسرة، والأحلام، والاضطرابات النفسية.

٢ - مقياس الاكتئاب والقلق والإجهاد (DASS-21) (تعريب وتقنين: الأنصاري، ٢٠٢١):

قام بتعريبه وتقنيه الأنصاري (٢٠٢١)، ويهدف إلى قياس الاكتئاب والقلق والإجهاد وفقاً لتقرير ذاتي لحالات العاطفية السلبية للاكتئاب والقلق والتوتر، وهذا المقياس مناسب للإعدادات السريرية للمساعدة في التشخيص ومراقبة النتائج، ويحتوي هذا المقياس (DASS-21) على ثلاثة أبعاد أساسية، هي: الاكتئاب، ويشمل: خلل النطق، واليأس، وتقليل قيمة الحياة، واستنكار الذات، وقلة الاهتمام / المشاركة، وانعدام التلذذ، والقصور الذاتي (البندود ٣، ٥، ١٠، ١٣، ١٦، ١٧، ٢١)، والقلق، ويشمل: الاستثارة اللاإرادية، وتأثيرات العضلات الهيكلية، والقلق الظرفي، والتجربة الذاتية للتأثير القلق (البندود ٢، ٤، ٧، ٩، ١٥، ١٩، ٢٠)، والإجهاد، ويشمل: مستويات الاستثارة المزمنة غير النوعية، وصعوبة الاسترخاء، والإثارة العصبية، وسهولة الانزعاج / الهياج، والتهيج / رد الفعل المفرط ونفاد الصبر (البندود ١، ٦، ٨، ١١، ١٢، ١٤، ١٨)، وقد تم حساب معامل الثبات وكانت قيمته (٠,٨٥) لإعادة التطبيق، و(٠,٩٢) للتجزئة النصفية، أما الصدق فقد تم حساب الصدق العاملي من الدرجتين الأولى والثانية؛ حيث تمخض عنه ثلاثة عوامل: الاكتئاب والقلق والإجهاد؛ وبذلك يتمتع هذا المقياس بدرجات مرتفعة في الصدق والثبات.

٣ - مقياس احتمالية الانتحار (تعريب وتقنين: البحيري، ٢٠١٤):

قام البحيري (٢٠١٤) بتعريبه وتقنيه في البيئة العربية تحت مسمى (احتمالية الانتحار) وهو يساعد على تقدير مخاطر الانتحار لدى المراهقين والراشدين، حيث تم بناء المقياس استناداً إلى مراجعة النظريات التي تفسر الانتحار أو تتنبأ به، ويتكون المقياس من (٣٦) عبارة موزعة على (٤) أبعاد على النحو التالي: البعد الأول: الشعور باليأس، ويقاس عدم الرضا الكلي للفرد عن الحياة والتوقعات السلبية المعمة عن المستقبل، وتقنيه (١٢)

فاعلية العلاج المينامعرفي في خفض أعراض الاضطراب الوجداني

ثنائي القطب: دراسة تجريبية لعالة واحدة

عبارة، وهي: (٥، ١٢، ١٤، ١٥، ١٧، ١٩، ٢٣، ٢٨، ٢٩، ٣١، ٣٣، ٣٦)، والبعد الثاني: بُعد تصور الانتحار، ويعكس المدى الذي يقر فيه الفرد بأفكار وسلوكيات مرتبطة بالانتحار ويتكون من (٨) عبارات، هي: (٤، ٧، ٢٠، ٢١، ٢٤، ٢٥، ٣٠، ٣٢)، والبعد الثالث: بُعد تقييم الذات السلبي، ويعكس التقييم الذاتي للفرد في أن الأمور لا تسير على ما يُرام، وأن من الصعب عمل أي شيء جدير بالاهتمام، وتقيسه (٩) عبارات، هي: (٢، ٤، ١٠، ١١، ١٨، ٢٢، ٢٦، ٢٧، ٣٥)، والبعد الرابع: بُعد العداوة، ويعبر عن أفعال تعكس المشاعر السلبية التي يعتقد الفرد حول عداوة وكره الناس له، وتقيسه (٧) عبارات، هي: (١، ٣، ٨، ٩، ١٣، ١٦، ٣٤)، وقد صيغت عبارات المقياس في اتجاه يبين ميل الفرد إلى الانتحار، على أن تكون استجابة المفحوص على المقياس باختيار بديل من (٤) بدائل، هي: (أبدأ- أحياناً- غالباً -دائمًا) ويتم تقديرها بالدرجات (١، ٢، ٣، ٤) على الترتيب.

وقد قام البحيري (٢٠١٤) مترجم المقياس بحساب الثبات والصدق من خلال عينة قوامها (٩٤١) فردًا: (٤٨٨) من الذكور، (٤٥٣) من الإناث، واستخدم لحساب الثبات معامل ألفا حيث بلغت قيمته (٠,٦٤)، واستخدم طريقة إعادة الاختبار على عينة مكونة من (٦٥) طالبًا وطالبة، حيث بلغ معامل الثبات في درجته الكلية (٠,٦٨) وكان دالًا عند مستوى (٠,٠١). وبالنسبة للصدق فتم استخدام صدق المضمون وذلك بالفحص المنظم لبنود المقياس، حيث وجد أنها تمثل قابلية للانتحار، وأنها متجانسة، ومما يدعم هذا التجانس ثبات الاتساق الداخلي، كما اعتمد المترجم في التحقق من صدق المقياس على صدق التكوين؛ وذلك بدراسة الارتباط بين الدرجة الكلية للمقياس وأبعاده، والتي كانت دالة عند مستوى (٠,٠١) وكانت قيمة معاملات الارتباط بين الدرجة الكلية للمقياس ودرجة كل مقياس فرعي (اليأس، وتصور الانتحار، وتقييم الذات السلبي، والعداوة) على النحو التالي بالترتيب (٠,٨٧، و ٠,٦٩، و ٠,٤٧، و ٠,٧٣)، كما استخدم للتأكد من صدق المقياس الصدق المتعلق بمحك حيث استخدم مقياس (بيك) للاكتئاب، وكانت معاملات الارتباط دالة عند مستوى (٠,٠١) وبلغت القيمة الكلية للارتباط (٠,٧٩)، وبهذا أثبتت الطرق المستخدمة في القياس حصول المقياس على درجة عالية في الصدق.

٤- قائمة أعراض اضطراب وجداني ثنائي القطب (تعريب: الباحث، ٢٠٢٣) :

وصف القائمة: تضم هذه القائمة (٢٠) عبارة لقياس أعراض اضطراب وجداني ثنائي القطب- النوع الثاني، وهي العبارات نفسها الواردة في الدليل التشخيصي الخامس المعدل (DSM-5)، الصادر عن جمعية الطب النفسي الأمريكية American Psychiatric Association عام (٢٠٢٠)، وقد قام الباحث بترجمتها بهدف استخدامها في تشخيص اضطراب ثنائي القطب من النوع الثاني، وتحديد درجة أعراض اضطراب ثنائي القطب من النوع الثاني وحدته لدى الحالة باستخدام طريقة التقرير الذاتي من خلال الاستجابة على مجموعة محددة من المواقف التي تصف المشاعر والانطباعات والسلوكيات اليومية، ويجب عنها بتدرج خماسي (لا ينطبق = ١، ينطبق قليلاً = ٢، ينطبق بشكل متوسط = ٣، ينطبق كثيراً = ٤، ينطبق دائماً = ٥)، وهذه الدرجات تنطبق على جميع عبارات المقياس؛ لكونها مصوغة باتجاه موجب، وبذلك تتراوح درجات القائمة ككل من (١-١٠٠) درجة، وقد تمت الاستجابة على المقياس في هذه الدراسة.

٥- استفتاء الميتمعرفية (تعريب: أبو زيد، ٢٠١٨):

طور هذا المقياس كلٌّ من: (Catwright-Hattona & Wells (2004) لتقييم عوامل متعددة لمعتقدات الميتمعرفية للأمراض النفسية، ويستند إلى التصور النظري الذي تقدمه نظرية الوظيفة التنفيذية لتنظيم الذات، وللمقياس نسختان: النسخة الأولية، وهي تتكون من (٦٥) عبارة، وقد تم تصميمه في عام (١٩٩٧)، وبينما في عام (٢٠٠٤) تم تصميم نسخة مختصرة تتكون من (٣٠) عبارة، وهي النسخة التي اعتمدت عليها الدراسة الحالية. وقد صممت هذه الأداة بهدف تقييم الفروق الفردية في الاعتقادات الإيجابية والسلبية نحو الهم، والأفكار الاقتحامية، والمراقبة، وأحكام الفاعلية المعرفية. وهناك خمسة عوامل يتضمنها المقياس تقيس المعتقدات الميتمعرفية، وهي: المعتقدات الإيجابية، نحو: الهم، والمعتقدات نحو العجز عن التحكم وإدراك الخطر، والثقة المعرفية، والحاجة للسيطرة على الأفكار، والوعي بالذات (الشعور بالذات)، وقد قدرت الاستجابات على البنود على مقياس يتكون من أربعة بدائل تمتد على مقياس من (١) لا أوافق إلى (٤) أوافق كثيراً.

وكانت الخصائص السيكومترية للمقياس في صورته الإنجليزية كالتالي: تم استخدام طريقتين لحساب الثبات: معامل ألفا للدرجة الكلية للمقياس وقيمتها (٠,٩٣) للمقياس، وطريقة

فاعلية العلاج الميتماعرفي في خفض أعراض الاضطراب الوجداني

ثنائي القطب: دراسة تجريبية لمالة واحدة

إعادة تطبيق الاختبار للدرجة الكلية (٠,٧٥) ولعوامل تتراوح ما بين (٠,٥٩ ، ٠,٨٨) ، أما حساب الصدق للمقياس في صورته الإنجليزية فتم استخدام الصدق العاملي، وقد كان متوسط تشبع البنود على العامل الأول ما بين (٠,٨١ ، ٠,٩٢)، وعلى العامل الثاني (٠,٨٣ ، ٠,٨٧) وعلى العامل الثالث (٠,٦٩ ، ٠,٩٠) وعلى العامل الرابع (٠,٧٧ ، ٠,٩٠)، وعلى العامل الخامس (٠,١٤ ، ٠,٨٧). وقد قام أبو زيد (٢٠١٨) بترجمة المقياس، ثم تم حساب ثبات المقياس عن طريق التجزئة النصفية وبلغ معامل الثبات جتمان (٠,٨٩)، كما بلغ معامل ثبات ألفا كرونباخ (٠,٨٦)، وبينما بلغ معامل ثبات المقياس بطريقة إعادة التطبيق بعد (١٥) يوماً من التطبيق الأول (٠,٨٥)، أما بالنسبة للصدق فتم استخدام الصدق البنائي من خلال حساب معامل ارتباط كل عبارة بالدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي له بعد حذف درجة العبارة من البعد، وتراوحت معاملات الارتباط بين (٠,٤٩ ، ٠,٦٨)، ويتضح من قيم الصدق والثبات أن مقياس الميتماعرفي يتمتع بصدق عالٍ وثبات مرتفع؛ مما يجعله مناسباً للدراسة الحالية.

٦- مقياس متلازمة الانتباه المعرفي (تعريب وتقنين: الزيداني، ٢٠٢٠):

مقياس متلازمة الانتباه المعرفي (wells, 2009) هو مقياس تقرير ذاتي سريري، وتحتوي متلازمة الانتباه المعرفي على أربعة مقاييس تصنيف لتقييم المكونات العامة لمتلازمة الانتباه المعرفية والمعتقدات ما وراء المعرفية الإيجابية والسلبية العامة. تستخدم الأداة عادة كأداة من جلسة إلى جلسة في العلاج الميتماعرفي، ويقيم المقياس الأول الوقت الذي يقضيه القلق والاجترار خلال الأسبوع الماضي، على مقياس من صفر (لا وقت) إلى ٨ (طوال الوقت)، ويقيم المقياس الثاني مراقبة التهديدات بالطريقة نفسها، ويقيم المقياس الثالث ستة أمثلة على سلوكيات التأقلم غير المفيدة، مثل: "تجنب المواقف"، بينما يقيم المقياس الرابع أربعة أمثلة للمعتقدات ما وراء المعرفية السلبية ("لا أستطيع التحكم في تفكيري")، وأربعة أمثلة على المعتقدات ما وراء المعرفية الإيجابية ("القلق يساعدني على التأقلم")، وتظهر الدراسات الأولية خصائص نفسية جيدة لمتلازمة الانتباه المعرفي.

وقدمت الخصائص السيكومترية للمقياس في صورته الإنجليزية دعمًا جيدًا لاستخدامه، فقد كان الاتساق الداخلي له جيدًا؛ حيث بلغ معامل ألفا كرونباخ (٠,٨٦) ، كما ارتبط هذا المقياس بمقاييس (بيك) للاكتئاب والقلق، وبلغ معامل الارتباط (٠,٤٩) لكل منهما، وقد قام الزيداني (٢٠٢٠) بترجمة هذا المقياس ونقله للعربية، واعتمد في تقدير الصدق على

الاتساق الداخلي، حيث تراوحت معاملات الارتباط بين (٠,٣٢ و ٠,٨٦)، وبلغ معامل ألفا (٠,٩١)، وسييرمان بروان (٠,٨٤). ويتضح من قيم الصدق والثبات أن مقياس متلازمة الانتباه المعرفي يتمتع بصدق عالٍ وثبات مرتفع؛ مما يجعله مناسباً للدراسة الحالية.

٧- البرنامج العلاجي الميتامعرفي لخفض أعراض الاضطراب الوجداني ثنائي القطب: (إعداد: الباحث، ٢٠٢٣)

(أ) الهدف العام من البرنامج:

يهدف البرنامج إلى خفض بعض أعراض اضطراب ثنائي القطب النوع الثاني لدى حالة مرضية، وذلك في ضوء أسس وركائز وفنيات العلاج الميتامعرفي الذي يهدف إلى تعديل المعتقدات الميتامعرفية السلبية وكذلك متلازمة الانتباه المعرفي من خلال بعض الفنيات التي تم استخدامها في هذا البرنامج.

(ب) الأساس النظري للبرنامج:

يعتمد البرنامج على الأسس النظرية للعلاج الميتامعرفي والاتجاه الإنساني في علم النفس، والتي تتمثل في:

- التدريب على فنية الانفصال المتيقظ (Technique: Mindful Detachment).
- التدريب على انتقاء وتحويل وتوزيع الانتباه على الأصوات المفردة يتم من خلال الجلسات الثلاث الأولى .
- التدريب على انتقاء وتحويل وتوزيع الانتباه على الأصوات المفردة والأصوات المتعددة في جهات معينة يتم من خلال الجلسات الثلاث التالية .
- التدريب على تحويل الانتباه في الجلسات الثلاث الأولى بفاصل زمني قدرة (١٠) ثوان في الجلسات الثلاث الأولى.
- التدريب على تحويل الانتباه في الجلسات الثلاثة التالية بفاصل زمني قدره (٥) ثوان في الجلسات الثلاث التالية.
- مدة التدريب على الانتباه الانتقائي خمس دقائق، ومدة التدريب على التحول الانتباهي السريع خمس دقائق، ومدة التدريب على الانتباه الموزع أو المقسم دقيقتان.
- يتضمن التدريب إعداداً مسبقاً للأصوات من خلال التسجيل على قرص مضغوط (CD)، على أن تكون الأصوات مدمجة معاً، أي تعمل في وقت واحد.

فاعلية العلاج الميتماعرفي في خفض أعراض الاضطراب الوجداني

ثنائي القطب: دراسة تجريبية لحالة واحدة

- تتكون الأصوات المدمجة من عدد من الأصوات تتراوح ما بين (٦-٩) أصوات على الأقل.
- تعبر الأصوات عن أصوات فعلية متناسقة في مواقع مختلفة.
- يسأل الباحث الحالة في نهاية جلسة تدريب الانتباه عن خبراتها العامة التي من المحتمل أن تكون الحالة اكتسبتها نتيجة تدريب الانتباه، مثل: الحساسية المعتدلة أو المتزايدة للمثيرات الخارجية وخبرات ما وراء المعرفة، مثل: خبرات الهدوء أو الاستقرار النفسي المؤقت التي يجب أن تصبح أمرًا طبيعيًا ومعتادًا للعميل.
- يسأل الباحث الحالة عن حالتها التي يمكن أن تؤدي معها فنية تدريب الانتباه.
- ملاحظة الافتراضات أو العبارات غير المفيدة عن استخدام فنية تدريب الانتباه، مثل: عدم قدرة العميل على ممارسة هذه الفنية بفاعلية، أو أن أفكارًا أو مشاعرًا لدى العميل فرضت نفسها أثناء التدريب، وهذا يتطلب من المعالج توجيه العميل إلى الأساس المنطقي لفنية تدريب الانتباه.
- تعتبر فنية تدريب الانتباه وسيلة للتدريب العام على اللياقة العقلية، وليست أسلوبًا للمواجهة أو الإلهاء أو الكبت .
- الاعتماد على التطبيق الموجه من قبل الباحث لفنية تدريب الانتباه.

(ج) مصادر إعداد البرنامج:

- تم الاعتماد على أهم المصادر في العلاج الميتماعرفي التالية:
- المؤلفات والأطر النظرية الخاصة بالعلاج الميتماعرفي من حيث الإطار النظري الأساسي للعلاج، وفنياته وقواعده (Wells, 2007, 2009, 2013)، ليهي، ٢٠٢٢، عبد الرحمن، ٢٠١٤، أبو زيد، ٢٠١٨، عبد الحميد، ٢٠١٨).
- البحوث والدراسات التي تناولت فاعلية العلاج الميتماعرفي في علاج كل من : اضطراب الوسواس القهري (Fisher & Wells, 2008)، واضطراب ما بعد الصدمة (Wells, et al., 2008)، واضطراب القلق العام (Wells & King, 2006)، والاكتئاب الحاد (Wells, et al., 2009)، والهلوسة السمعية والبصرية في الذهان (Hutton, Morrison & Taylor, 2012; Valmaggia, Bouman & Schuurman, 2007).

- البحوث والمؤلفات والأطر النظرية التي اهتمت باضطراب ثنائي القطب النوع الثاني وأعراضه (Xuan, et al, 2020 ؛ Steardo, et al, 2020).

(د) الفنيات المستخدمة في البرنامج:

استخدم الباحث خلال جلسات البرنامج بعض الفنيات التي يمكن أن تعيد في تحقيق الهدف العام للبرنامج، وهي كما يلي: فنية تدريب الانتباه، وفنية إعادة التركيز على الانتباه الموقفي، وفنية الانفصال المتيقظ، وفنية التنبية المنفصل، وفنية بالون التفكير، وفنية فحص انصهار التفكير مع الفعل، وفنية السؤال إذا ما كانت الفكرة ذات صلة، وفنية الترحيب بالزائر، وفنية مهرج التفكير، وفنية التنازل عن التحكم في الأفكار.

(هـ) ترتيب تطبيق تقنيات وفنيات الميتماعرفية أثناء العلاج الميتماعرفي:

اتبع الباحث الحالي مسارًا متسلسلاً لتطبيق تقنيات العلاج الميتماعرفي، على الرغم من أنه قد يكون هناك بعض الاختلافات بين اضطرابات معينة، فإن الإطار الزمني العام لترتيب تطبيق تقنيات الميتماعرفية على النحو التالي:

- إشراك العميل في العلاج، وتشكيل تحالف علاجي.
- التنقيف النفسي حول الاضطراب، والعلاج، وتحديدًا العلاج الميتماعرفي.
- تحويل المريض إلى وضع الميتماعرفي.
- الاستراتيجيات التجريبية (التحكم التنفيدي) للتغلب على آثار متلازمة الانتباه المعرفي المنشط.
- تغيير استراتيجيات المواجهة غير التكيفية بأخرى أكثر فعالية.
- التعامل مع معتقدات الإدراك أو العواطف التي لا يمكن السيطرة عليها وتحديدها.
- التعامل مع معتقدات أهمية أو خطورة الإدراك أو العواطف وتحديدها.
- التعامل مع المعتقدات الميتماعرفية الإيجابية وتحديدها.
- استراتيجيات الوقاية من الانتكاس، وإنهاء العلاج.

(و) محتوى البرنامج وجلساته:

تكون البرنامج من ثلاث مراحل أساسية تضم كل مرحلة عددًا من الجلسات التي تعمل على تحقيق أهداف معينة تتجمع بعضها مع بعض لتحقيق الهدف النهائي للبرنامج، لذلك استغرق تطبيق البرنامج (١٠) أسابيع، وتكون البرنامج من (٢٠) جلسة، وتراوحت مدة

فاعلية العلاج الميتماعرفي في خفض أعراض الاضطراب الوجداني

ثنائي القطب: دراسة تجريبية لحالة واحدة

كل منها حوالي ساعة ونصف، بواقع جلستين أسبوعياً، وبعد مرور شهرين ونصف تم تطبيق جلسة المتابعة للحالة؛ وذلك التطبيق القياس التتبعي لأدوات الدراسة، ومراجعة مدى نجاحها في تنفيذ الواجبات المنزلية التي كانت تستخدم أثناء تنفيذ البرنامج، وتعميم الفنيات والتدريبات التي تعلمتها خلال جلسات البرنامج، ويوضح جدول (١) المخطط التفصيلي للبرنامج:

جدول (١)

المخطط التفصيلي لجلسات البرنامج العلاجي الميتماعرفي

لخفض أعراض اضطراب ثنائي القطب النوع الثاني

مرحلة التدريب	عدد الجلسات	محتوى الجلسات وأهدافها	النشاط المستخدم
مرحلة العلاج الأولي	جلسات (١-٤)	<p>- التقييم والمقابلة: تعريف الحالة بأهداف البرنامج وأنشطته، وتعليمات البرنامج، والقواعد العامة أثناء تطبيقه، وبالعلاج الميتماعرفي، ثم تم الرجوع إلى بعض الاستمارات والمقاييس النفسية؛ لعمل تصور عام حول الحالة من حيث: طبيعة الاكتئاب والهوس، وأساليب المواجهة غير التوافقية، وأساليب تجنب التفكير، والمعتقدات الميتماعرفية الإيجابية والسلبية..</p> <p>- تصور الحالة: أن تتعرف الحالة طبيعة العلاقة بين طبيعة مشكلاتها ومتلازمة الانتباه المعرفي، أن تتعرف كل ما يتعلق بالاضطراب الوجداني ثنائي القطب من النوع الثاني الذي تعاني منه.</p> <p>- التنشئة الاجتماعية للنموذج والعلاج: تعريف الحالة بالعلاج الميتماعرفي والفنيات التي يتم استخدامها في جلسات البرنامج، وتنمية وعي الحالة بالنموذج الوظيفي التنفيذي لتنظيم الذات، ودوره في تفسير الاضطرابات النفسية.</p> <p>- تحويل الحالة إلى وضع الميتماعرفي من خلال وضع كل ما يتعلق بالمعتقدات الميتماعرفية ومتلازمة الانتباه المعرفي التي تتعلق باضطراب الوجداني ثنائي القطب من النوع الثاني لدى الحالة.</p>	<p>- النشاط (١) طبيعة مشكلة الحالة.</p> <p>- النشاط (٢) مشكلة الحالة ومتلازمة الانتباه المعرفي.</p> <p>- النشاط (٣) الاضطراب الوجداني ثنائي القطب من النوع الثاني.</p> <p>- النشاط (٤) العلاج الميتماعرفي وصياغة الحالة.</p> <p>- النشاط (٥) تحويل الحالة إلى وضع الميتماعرفي.</p> <p>- النشاط (٦) الواجب المنزلي.</p>
		مناقشة الواجب المنزلي. تقنية تدريب الانتباه:	

مراحل التدريب	عدد الجلسات	محتوى الجلسات وأهدافها	النشاط المستخدم
مرحلة بناء مهارات العلاج الميتماعري	الجلسات (٥-١٥)	<p>- تعرف الحالة مشكلتها بالتحديد، وتدريبها على فنية تدريب الانتباه وعلاقتها بمشكلتها، وتعرف الحالة الأساس المنطقي لفنية تدريب الانتباه، وتعرف الحالة الإجراءات اللازمة لفنية تدريب الانتباه.</p> <p>- تدريب الحالة على مراحل فنية تدريب الانتباه (الانتباه الانتقائي، والانتباه المتحول، والانتباه الموزع).</p> <p>- تدريب الحالة على التحكم في تكرار الأفكار المتطفلة والدخيلة، والعمل على تنمية مرونة الانتباه، بهدف تعديل التحكم الميتماعري وتعزيز المرونة الذاتية، اعتمادا على التنقل بين المثيرات السمعية (٦:٨) مثيرات، لمدة ١٢ دقيقة تقريبا، وتم فيها توجيه الطالبة لتركيز انتباهها على الأصوات المختارة (الانتباه الانتقائي) من الجهات المكانية، ثم تبديل الانتباه بين الأصوات (بتبديل الانتباه والمواقع)، ثم العمل على الانتباه لكل الأصوات في آن واحد (مشاركة الانتباه).</p> <p>واجب منزلي: تطبيق فنية الانتباه، ورصد ملاحظات حولها.</p>	<p>- النشاط (١) فنية تدريب الانتباه ومشكلة الحالة.</p> <p>- النشاط (٢) الأساس المنطقي لفنية تدريب الانتباه.</p> <p>- النشاط (٣) الأساس المنطقي لفنية التدريب المنفصل.</p> <p>- النشاط (٤) الأساس المنطقي لفنية تأجيل التفكير المثابر.</p>
		<p>- مناقشة الواجب المنزلي.</p> <p>- تدريب الحالة على فنية التدريب المنفصل، والتأكيد على الأساس المنطقي لفنية الانتباه المنفصل.</p> <p>- تدريب الحالة على التعامل مع الأفكار الدخيلة والمتطفلة من خلال فنية التنبه المتيقظ، وذلك بفصل هذه الأفكار عن الذات والسماح لها بالذهاب والغياب كالمد والجزر دون الاستجابة لها أو الانخراط فيها، وتم التدريب عليها من خلال: (استعارة السحب، واستعارة عربة القطار، ونموذج النمر المتحرك).</p> <p>- تدريب الحالة على تأجيل التفكير المثابر:</p> <p>- إعادة العزو اللفظي (ومواجهة الحالة بأنها بين عقليين بينهما تناقض)، إذ إنها تعبر أن القلق يسبب بالنسبة لها مشكلة تؤثر تأثيرا سلبيا على حياتها، وفي الوقت نفسه فإنها مازالت تفكر في ضرورة أن تحتفظ بقدر</p>	<p>- النشاط (٤) الأساس المنطقي لفنية فنية بالون التفكير</p> <p>- النشاط (٦) الواجب المنزلي.</p>

**فاعلية العلاج الميتامعرفي في خفض أعراض الاضطراب الوجداني
ثنائي القطب: دراسة تجريبية لحالة واحدة**

مراحل التدريب	عدد الجلسات	محتوى الجلسات وأهدافها	النشاط المستخدم
		<p>من القلق الذي يساعدها على المواجهة والتأهب والاستعداد للمواقف؛ مما يجعلها تضع نفسها بين عقليين متنافرين أحدهما يرفض القلق والآخر يتمسك به، ويزداد لديها الهوس والاكتئاب.</p> <p>. استنتاج أن القلق يمكن التحكم فيه والسيطرة عليه .</p> <p>الواجب المنزلي: تطبيق فنية التيقظ المنفصل، ورصد ملاحظات حولها.</p> <p>- فنية بالون التفكير:</p> <p>تدريب الحالة على أن تتخيل أفكارها أدفعها أو انفعالاتها على أنها بالون تفكير تطفو حولها في الهواء، واستطاعت الحالة من خلال بعض المحاولات في الجلسات أن تتخيل أن البالون مربوط بحبل والذي يسمح له بالتلاعب بالبالون، وأرجحته في الهواء ومشاهدته يرتفع وينخفض.</p> <p>الواجب المنزلي: استمارة ملاحظة الحالة لأفكارها مزعجة تحدث وتخليها كالبالون.</p> <p>- تحدي المعتقدات الإيجابية والسلبية:</p> <p>استكشاف استراتيجيات المواجهة غير التكلفة، والوعي بدورها في استمرار الاكتئاب وتدعيم متلازمة الانتباه المعرفي.</p> <p>الواجب المنزلي : ارصد أساليب المواجهة التي تتبعها في التعامل مع المواقف المختلفة، ثم دلل على مدى صحتها وجدواها.</p>	
مرحلة العلاج المتأخرة	الجلسات (١٦-٢٠)	<p>مناقشة الواجب المنزلي</p> <p>- الحفاظ على مكاسب العلاج: تشجيع الحالة على تصميم خطط ميتامعرفية جديدة وبديلة تساعدها على التحكم في الأفكار الدخيلة في المستقبل، وتساعدها على تفعيل ما اكتسبته من البرنامج في حياتها بشكل عملي.</p> <p>- خطة الوقاية من الانتكاس: من خلال تصميم خطط مستقبلية تمكنها من عدم اللجوء لاستعمال استراتيجيات مواجهة غير تكلفية، والمواظبة على</p>	<p>- النشاط (١) مراجعة الواجب المنزلي.</p> <p>- النشاط (٢) فنية تدريب الانتباه ومشكلة الحالة.</p> <p>- النشاط (٣) فنية تدريب على التيقظ المنفصل ومشكلة الحالة.</p>

مراحل التدريب	عدد الجلسات	محتوى الجلسات وأهدافها	النشاط المستخدم
		<p>(كسر الروتين . الإحجام عن طلب الطمأنينة . تخيل الأشياء الإيجابية . السماح للأفكار أن تزيد وتنقص كالمد والجزر دون إصدار أحكام عليها أو تقديم استجابة أو رد فعل لها) بتطبيق فنية التيقظ المنفصل وفنية تدريب الانتباه.</p> <p>- قيام الحالة بكل ما تم اكتسابه خلال البرنامج حول كل من : عمل ملخص لما اكتسبته وتم تدريب عليه من خلال البرنامج حول: متلازمة الانتباه المعرفي، والمعتقدات الميتامعرفية الإيجابية والسلبية ومعتقدات الخطر، وأساليب المواجهة غير التكيفية، وفنية تدريب الانتباه، وفنية التيقظ المنفصل، والمقارنة بين السيناريوهات المتوقعة والسيناريوهات الفعلية.</p>	<p>- النشاط (٤) الواجب المنزلي.</p>
المتابعة	٢١	<p>التقرير الذاتي الذي كتبه الحالة عن تطور حالتها. وتقييم للمتابعة الأولى لعدم التعرض للانتكاسة، ضرورة مراجعة وكتابة التقرير الذاتي بعد شهرين، ومراجعة مدى نجاحها في تنفيذ الواجبات المنزلية التي كانت تستخدم أثناء تنفيذ البرنامج، وتعميم الفنيات والتدريبات التي تعلمتها في الجلسات.</p>	<p>- الحوار والمناقشة، وفنية الواجبات المنزلية.</p>

(ز) مكان تطبيق البرنامج: تم تنفيذ جلسات البرنامج في المكتب الخاص بالباحث بقسم الصحة النفسية بكلية التربية جامعة المنيا.

(ح) تقويم البرنامج:

تم تقويم البرنامج بالطرق الآتية:

(١) التقويم المبدئي: تم عرض البرنامج على مجموعة من المتخصصين في الصحة النفسية والإرشاد النفسي، وتم تعديل ما اقترحه المتخصصون، ومن هذه المقترحات:

- زيادة مساحة التدريب على فنية تدريب الانتباه، وذلك مع ضرورة التحوار مع الحالة بكل الطرق المنطقية الممكنة؛ حتى يمكن للباحث معرفة وتحديد متلازمة الانتباه المعرفي لدى الحالة.

فاعلية العلاج الميتماعرفي في خفض أعراض الاضطراب الوجداني

ثنائي القطب: دراسة تجريبية لحالة واحدة

- استخدام الأمثلة الملموسة الواضحة؛ حتى تستطيع الحالة تكوين صور ذهنية عن الأشياء.
 - أن يتضمن البرنامج مراحل تقييمية تشمل عملية تقييم في نهاية كل جلسة من جلسات البرنامج ، وأخيرًا جلسة تقييمية في نهاية البرنامج.
- (٢) **التقويم البنائي:** يكون هذا التقويم مصاحبًا لعملية تطبيق البرنامج والتغذية الراجعة في كل جلسة وأيضاً التقويم الذي يعقب كل جلسة والمتمثل في الواجب المنزلي.
- (٣) **التقويم البعدي والتتبعي:** تم تقويم البرنامج من خلال تطبيق أدوات القياس تطبيقًا قبليًا، ثم تم تطبيق البرنامج العلاجي الميتماعرفي على الحالة، ثم تم تطبيق أدوات القياس تطبيقًا بعديًا طبقًا لمنهج الدراسة الحالية "منهج دراسة الحالة الواحدة"، كما تم التحقق من فاعلية البرنامج بعد مرور شهرين ونصف من توقف تطبيق البرنامج.

نتائج الدراسة:

أ- استجابات الحالة على أدوات الدراسة:

(قبل إجراء وتنفيذ البرنامج الميتماعرفي)

قبل عرض نتائج الفرض التجريبي ومناقشته لا بد من تفسير استجابات الحالة على بعض الأدوات والمقاييس المستخدمة في هذه الدراسة التي ساعدت الباحث على تفسير دور العلاج الميتماعرفي في خفض أعراض الاضطراب الوجداني ثنائي القطب لدى الحالة، كالتالي:

١- ملخص الحالة من خلال استمارة المقابلة الشخصية:

عند إجراء هذه الدراسة كان العمر الزمني للحالة (١٨) عامًا، وهي طالبة بالفرقة الثانية كلية التمريض - جامعة المنيا، ولها أخوان من الذكور، ويأتي ترتيبها الأولى في الأسرة، والأم ربة منزل، ومستواها العلمي متوسط، ومن النمط الطيب في بعض الأوقات وقوية في البعض الآخر، ومن سماتها: التفاهم والحنان، والأب معلم دائم السفر خارج البلد في العمل، ومن سماته: التفاهم والهمز على كل أفعال الحالة، كما أن الأب والأم بحالة صحية جيدة.

موقف الحالة من الأب والأم يتضح من خلال كلامها التالي^(*): "عده: كل اللي حصل فحياتي، حتى لو كانت حاجة صغيرة بالنسبة للي حواليا، لكن بالنسبة لي حاجة كبيرة، وللأسف أثرت عليا جدا وأثرت في نفسيتي جدا جدا، وشعور القهر لأني مخدش حقي، شعور أن أهلي محدش فيهم وقف جمبي شعور الندم إني تكلمت وحكيت لحد راح يفضحني، كل دا معرفتش اتخطاه كل دا خلاني أشوف الناس كلها بنظرة وحدة فكرة إني ممكن بالمستقبل أرتبط بشخص لأن دا الطبيعي وسنة الحياة أكثر حاجة رعباني، هل هو هيتقبل خوفي وتوتري هل هيتحملني لما أبعد عشان حسيت إني محتاجة آخذ كل خطوة وحدة عشان بخاف كل دا معرفش هيحصل ولا لا". وتميل الحالة بحبها تجاه الأب، وكان عقاب الأب مادياً، وعقاب الأم معنوياً، وتبدي الحالة اعتراضاً على هذه الطريقة في التربية، وكان رد فعلها أنها تشعر بالوحدة.

وعن أسلوبها في التعامل مع الآخرين، تقول الحالة: "أسلوبي.... من ضمن المشاكل اللي عندي هي أسلوبي مع الكل من ساعة م تعرضت للمشاكل دي و واجهت أهلي وسمعت ردود مكنش المفروض أسمعها والعقاب اللي شفتو وأنا معملتش حاجة سبب لي زي عنف فالأسلوب، ودي حاجه مش بأيدي حالييا برمي كلام ويبقى عايزه أضايق اللي قدامي أكثر وكانوا بأخذ حقي من اللي حصل زمان كل يوم أسمع انتي مش زي البنات، انتي محدش هيحبك، غيري أسلوبك، أخوكي حنين عنك كل دا بسمعه يوميا ومن الكل، ولما بحاول اتغير يضحكوا ويقولوا من امتي الكلام الحلو دا ؟ بجد مش عارفه اتعامل". كما تعاني الحالة من عدم الأمان في كل الأشخاص التي تتعامل معهم، وذلك من كل كلامها: "عدم الأمان في الي حواليا: دايمًا حاسة بعدم الأمان ودايمًا بتخيل نفسي إني عايشة في غابة لوحدي، حتى لو التشبيه مضحك بس بجد مش شايفة نفسي غير كذا وبالتخيل دا كل ما حد يكلمني أو يبصلي مباشرة بفهم غلط ويتخانق معاه حتى لو الشخص دا مش قصدوا حاجة، وحتى لو لقيت شخص يخاف عليا ويحبنى ويفهمني هو في نظري منافق وكذاب وبجد مش عارفه أغير النظرة دي وعارفة أنها غلط لكن مش بأيدي".

(*) تم الالتزام بكتابة كلمات وجمل الحالة كما وردت في استمارة المقابلة الشخصية.

فاعلية العلاج اللميتامعرفي في خفض أعراض الاضطراب الوجداني

ثنائي القطب: دراسة تجريبية لحالة واحدة

انعدام الشغف والطاقة: تحدثت الحالة وكتبت التالي: " اليوم بيتكرر حتى لو حاولت أغير فيه مش بحس بتغيير جامد، بنخرج ونتفسح ونروح أماكن كثير لكن دائما حاسة إني مش مبسوطه، مثلا فالجامعة أصحابي يتفقو هنعمل ايه آخر يوم امتحانات ومبسوطين بتكلم معاهم لكن من داخلي بجد نفسي أحس بالفرحة اللي بتكلمو عليها دي ! يعني مش عارفة أفرح أو مش عارفة أستمتع بوقتي زيهم معرفش ليه اللي هو أنا عايزة أقعد معاكم وأسمعكم بس مش عايزة أتكلم خالص لأن معنديش طاقة يقعدو يقولو فالبيت روحي عند خالتك روحي عند تيته بس بجد مبحبش فكرة إني قاعة ومضطرة أتكلم مع حد وأحكي متعبة بالنسبة لي بتبسوط أكثر ويفرح من جوابا وأنا لوحدي.

وأما عن طفولة الحالة التي عاشتها، فتصف الحالة نفسها قائلة: "تعرضت للتحرش وعدم تفاهم أهلي لموقفي والتعرض للظلم"، كما تعرضت لنوبات وتشنجات عصبية، وكانت تمارس في مرحلة الطفولة عادة قضم الأظافر، وقالت إن هذه العادة مستمرة معها حتى الآن. وعن موقف الحالة من الزواج، لا تحب الزواج، ولكنها تتمنى ألا تتكرر أخطاء الآخرين "الأسرة"، وليس لديها في الوقت الحالي الرغبة في أن تعيش تجربة حب، وأما عن فلسفة الحالة في الحياة، فعندما تحدث معها الباحث في تلك النقطة قالت لا أعرف، وتكررت أنها لا تنام جيدا، حيث تعاني من بعض الأحلام المزعجة، كما تعاني من بعض الاضطرابات النفسية التي تتمثل في بعض الأعراض، منها: كثرة الحركة، وأرق مستمر، ورفض الطعام أو الأكل بشراهة، وتطاير الأفكار، وعدم ترابط الكلام، وتعاني من هلاوس سمعية وبصرية، ومن تشوش في الوعي. خبراتها الجنسية: رفضت الحالة أن تذكر أية معلومة أو تجيب عن أي سؤال في استمارة المقابلة الشخصية، ولكن عندما طرح عليها الباحث سؤال: هل كنت في بداية الصبا ترغبين بقوة في معرفة مجاهل الحياة الجنسية؟ قالت: نعم، وأدركت لأول مرة وجود فارق بين الجنسين في عمر (١٣) سنة تقريبا.

تحليل تاريخ الحالة: يكشف تاريخ الحالة عن وجود بعض أعراض اضطراب ثنائي القطب لديها، وتتمثل في: قلة النوم، والثرثرة أكثر من المعتاد، وتسارع الأفكار، وإحساسها بأن الأفكار تتسابق داخل رأسها، وزيادة في النشاط الموجه نحو الهدف، ومزاج مكتئب معظم اليوم، والشعور بانعدام القيمة أو الشعور بالذنب المفرط أو غير المبرر كل يوم، وضعف القدرة على التفكير أو التركيز، والتفكير الانتحاري المتكرر بدون خطة محددة، ومحاولة

الانتحار، وإمكانية التهيج أو التردد، تناقص الاهتمام أو المتعة في جميع الأنشطة بشكل ملحوظ، كل ذلك دفع الباحث للاستعانة ببعض الأدوات؛ للتأكد من تلك الأعراض.

٢- تفسير استجابات الحالة على مقياس الاكتئاب والقلق والإجهاد:

بعد تطبيق مقياس الاكتئاب والقلق والإجهاد (DASS-21) على الحالة، اتضح أن الحالة تشعر بأنه لسيت ليس لها قيمة، وأن الحياة ليس لها معنى، وفي بعض الأوقات تشعر بضربات قلب بدون مجهود جسدي، ورجفة باليدين، وصعوبة في التنفس، كما شعرت الحالة بأنها مضطربة ومنزعجة وشديدة العصبية، وحصلت الحالة على درجة (٨٤/٧٥)؛ مما يُبين أن الحالة تعاني من الاكتئاب والقلق والإجهاد.

٣- تفسير استجابات الحالة على مقياس احتمالية الانتحار:

بعد تطبيق مقياس احتمالية الانتحار على الحالة، اتضح أن الحالة تعاني من بعض النقاط في هذا المقياس، وهي: شعورها بأنها ليس لديها العديد من الأصدقاء الذين يمكن أن تثق بهم، وشعورها بالتعب وفنور الهمة في بعض الأوقات، وتفكيرها في الانتحار كثيرًا، وذلك لمعاقبة الآخرين وخاصة الأم، وشعورها بأنها منعزلة عن الآخرين، وفي إحدى العبارات في هذا المقياس توقفت الحالة عندها - أجابت بأن معظم أو طول الوقت يحصل لها ذلك - وهي: " أشعر أن الموت يكون أقل ألمًا من أن أعيش الحياة بتلك الظروف"، و"أشعر أن الناس ستكون أحسن حالًا إذا ما مت"، وبناءً على ذلك حصلت الحالة على أعلى الدرجات في مقياس احتمالية الانتحار، حيث كانت مساوية (١٢٤/١٤٤)؛ مما يُبين أن الحالة تعاني من أفكار انتحارية.

٤- تفسير استجابات الحالة على قائمة المعيار التشخيصي للاضطراب الوجداني ثنائي القطب:

بعد تطبيق القائمة على الحالة، تم تجميع الدرجات الخاصة بأعراض الاضطراب الوجداني ثنائي القطب، فحصلت الحالة على أعلى الدرجات في أعراض الاضطراب الوجداني، حيث كانت مساوية (١٠٠/٨٧)، وتبين أن الحالة تعاني من أعراض اضطراب وجداني ثنائي القطب - النوع الثاني تتمثل في: مزاج متقلب ما بين الرضا والسخط، وزيادة في أنشطة السعي لتحقيق الأهداف، أو نشاط حركي نفسي زائد، والشعور بقلّة الحاجة إلى النوم، وتحويل الانتباه

فاعلية العلاج الميتماعرفي في خفض أعراض الاضطراب الوجداني

ثنائي القطب: دراسة تجريبية لحالة واحدة

بسهولة، والتحدث بسرعة، والثرثرة بصورة غير اعتيادية، وسهولة التشويش وتحويل الانتباه بسهولة، والتفكير في الانتحار في بعض الأوقات.

٥- تفسير متلازمة الانتباه المعرفي (CAS) والمعتقدات الميتماعرفية (غير القادرة على التكيف) في الاضطراب ثنائي القطب لدى الحالة:

تكونت متلازمة الانتباه المعرفي (CAS) في الاضطراب الثنائي القطب (BD) لدى الحالة من: التفكير المثابر والتحييزات المتعمدة واستراتيجيات المواجهة المختلفة. والمعتقدات الميتماعرفية المختلفة وظيفياً هي عوامل أساسية في الاضطراب الثنائي القطب (BD)، كما هو الحال في أي اضطراب آخر. وفيما يلي عرض لبعض الأمثلة على متلازمة الانتباه المعرفي (CAS) والمعتقدات الميتماعرفية المختلفة وظيفياً التي توجد لدى الحالة، كما هو موضح في جدول (٢):

جدول (٢)

أمثلة على مكونات متلازمة الانتباه المعرفي والمعتقدات الميتماعرفية

المختلفة في الاضطراب ثنائي القطب لدى الحالة

مرحلة نقص المناعة / الهوس Hypo/manic phase	مرحلة الاكتئاب Depressive phase	العناصر الأساسية
"يمكنني أن أفعل ما يحلو لي ، لم أكن أقوى من أي وقت مضى! أشعر بشعور عظيم ، ويجب أن يستمر هذا الشعور إلى الأبد ." "كيف يجروون على الاعتقاد بأنني لا يجب أن أفعل الأشياء التي أريدها؟ لا أحد لديه الحق في أن يقول لي ما يسمح لي أن أفعله". "ماذا لو تدهور مزاجي؟ ماذا لو بدأت أشعر بالاكتئاب مرة أخرى؟ لأن تكون صحتي مثل صحة أي شخص آخر؟"	لماذا أنا مكتئب جدا؟ ما الفائدة من العيش بعد الآن؟ ما السبب الجذري للاكتئاب لدي؟ لماذا لا أستطيع الخروج من هذا الشعور؟ ماذا لو لم أحسن أبدا؟ هل سأشعر دائما هكذا؟ ماذا لو كان لدي تكرر؟	التفكير المثابر Perseverative thinking
المراقبة المستمرة للمزاج ، والاهتمام المركز على الذات ، والتركيز على أي تغييرات في أعراض نقص المناعة / الهوس ، والتحقق	المراقبة المستمرة للمزاج، والاهتمام المركز على الذات، والتركيز على أي تغييرات في أعراض الاكتئاب، والتحقق من مستويات الطاقة،	التحييزات المتعمدة ومراقبة التهديدات Attentional biases and

العناصر الأساسية	مرحلة الاكتئاب Depressive phase	مرحلة نقص المناعة / الهوس Hypo/ manic phase
threat monitoring	ومسح الجسم بحثاً عن علامات الإنذار المبكر للتكرار.	من مستويات الطاقة، ومسح الجسم بحثاً عن علامات الإنذار المبكر للتكرار.
استراتيجيات المواجهة المختلفة Dysfunctional coping strategies	السيطرة على الفكر، والخمول، وإيذاء النفس، والتجنب العاطفي، والانسحاب الاجتماعي.	التحكم في الفكر، وفرط النشاط، والاندفاع، والإفراط في تناول الطعام، وزيادة التفاعل الاجتماعي.
المعتقدات الميتماعرفية السلبية Negative metacognitive beliefs	"الاجترار لا يمكن السيطرة عليه. القلق سيؤديني. إذا تغير مستوى طاقتي خلال النهار، فهذا يعني أنني على وشك الإصابة بالاكتئاب". "سيتركني أصدقائي بسبب اجتراري الذي لا ينتهي".	"الاجترار خارج عن إرادتي. القلق أكثر من اللازم قد يؤديني. لدي دماغ مكسور. جيناتي هي المسؤولة عن اضطرابي، ولا توجد طريقة لعلاجها". "لا أستطيع تكوين علاقات مستقرة بسبب اضطرابي ثنائي القطب. لقد دمر هذا حياتي".
المعتقدات الميتماعرفية الإيجابية Positive metacognitive beliefs	"سيساعدني الاجترار في تحديد سبب اكتسابي. القلق يجعلني مستعداً لأي عواقب غير مرغوب فيها. التحقق من مزاجي سيخبرني عندما أكون معرضاً لخطر الإصابة بالاكتئاب".	"التفكير في مزاجي الإيجابي سيجعل يومي أفضل. كلما زاد الوقت الذي أفضيه في طاقتي المتزايدة، قل احتمال عودتي إلى اكتسابي. القلق من أنني قد أعاني من الانتكاس سيساعدني في تحديد أي علامات إنذار مبكر".

الجدير بالذكر أن المعتقدات الميتماعرفية السلبية هي عمليات عبر التشخيص للحالة الحالية التي تعاني من اضطراب ثنائي القطب؛ حيث إن المعتقدات الميتماعرفية السلبية (المعتقدات حول عدم القدرة على التحكم وخطورة الأفكار)، ونقص الثقة المعرفية، وزيادة الوعي الذاتي المعرفي، والحاجة إلى التحكم في الأفكار كانت أكثر انتشاراً في الاضطرابات النفسية المختلفة؛ وبالتالي فإن المعتقدات الميتماعرفية كانت عبر التشخيص، وتم العثور أيضاً على خصوصية المعتقدات الميتماعرفية المختلفة وظيفياً في فئات تشخيصية مختلفة لدى الحالة.

فاعلية العلاج الميتماعرفي في خفض أعراض الاضطراب الوجداني

ثنائي القطب: دراسة تجريبية لحالة واحدة

ولتأكيد هذه النتيجة استنتج الباحث أن الدراسات الحديثة ركزت بشكل خاص على المعتقدات الميتماعرفية المختلة وظيفياً لدى أفراد الاضطراب ثنائي القطب، بالمقارنة مع الضوابط الصحية، وبالتالي أشارت بعض الدراسات إلى أن الأفراد المصابين بالاضطراب ثنائي القطب حصلوا على درجات أعلى للمعتقدات الميتماعرفية السلبية، ونقص الثقة المعرفية، والحاجة إلى التحكم في الأفكار (Favaretto, Bedani, Offredi, Schroffenegger, Sarisoy, Pazvantoglu, Sassaroli, Ruggiero, Fagiolini, & Caselli, 2020 Van Ozturan, Ay, Yilman, Mor, Korkmaz, Kaçar, & Gümüő, 2014 Camp, Sabbe, & Oldenburg, 2019)، كما أشارت دراسات أخرى إلى أن الوعي الذاتي العالي كان واضحاً لدى الأفراد المصابين بالاضطراب ثنائي القطب (Batmaz, Olofsson, Boersma, Ulusoy Kaymak, Kocbiyik, & Turkcapar, 2014 Engh, & Wurm, 2014).

وتناقض النتائج السابقة مع دراسة Favaretto, et al., (2020) ادعى كذلك أن المعتقدات الميتماعرفية الإيجابية كانت معتمدة بشكل متكرر من قبل الأفراد المصابين بالاضطراب ثنائي القطب من النوع الثاني أكثر من الضوابط الصحية. وأشارت أبحاث أخرى أيضاً إلى أن عددًا أقل من حالات العجز ما وراء المعرفي قد يكون موجوداً لدى المصابين بالاضطراب ثنائي القطب مقارنة بالمصابين بالفصام (Lysaker, Kukla, Vohs, Popoloa, Schnakenberg Martin, Buck, & Hasson Ohayon, 2019 Smith, Paul Lysakerd, Lestingi, Cavallo, Melchiorre, Santone, & Dimaggio. 2017). بالإضافة إلى ذلك، أشار باحثون آخرون إلى أن المعتقدات الميتماعرفية قد تتوسط تأثير الإساءة العاطفية المبكرة على الأعراض الذهانية من خلال مسار عاطفي (Østefjells, Lystad, Berg, Hagen, Loewy, Sandvik, Melle, Røssberg, 2017)، وارتبطت المعتقدات الميتماعرفية المختلة بشكل أقوى بأعراض الاكتئاب (Van Camp, Sabbe, & Oldenburg, 2019)، ومع محاولات الانتحار لدى الأفراد المصابين بالاضطراب ثنائي القطب (Cesur, Şahmelikoğlu Onur, & Erten, 2019)، وهذا ما توصل إليه الباحث الحالي لدى الحالة.

وفي دراسة قارنت الضوابط الصحية مع الأفراد الذين يعانون من كلٍّ من: الأنواع الفرعية للاضطراب ثنائي القطب واضطراب الاكتئاب الشديد في معتقداتهم الميتمعرفية، لم تختلف مجموعات التشخيص بشكل كبير بعضها عن بعض، لكنهم سجلوا درجات أعلى من المجموعة الضابطة في المعتقدات الميتمعرفية السلبية، ونقص الثقة المعرفية، والحاجة إلى التحكم في الأفكار. ومع ذلك، لم تفصل مجموعات التشخيص عن الضوابط الصحية على المعتقدات الميتمعرفية الإيجابية والوعي الذاتي المعرفي، وبحثت هذه الدراسة أيضاً في المعتقدات الميتمعرفية حول اجترار المشاركين، وكشفت النتائج أنه في حين أن المعتقدات السلبية حول الاجترار (عدم القدرة على التحكم، والخطر، والعواقب الشخصية والاجتماعية السلبية) كانت أعلى في مجموعات التشخيص، فإن الدرجات في المعتقدات الإيجابية حول الاجترار لم تختلف بين المجموعات (Çakmak, 2016).

بالإضافة إلى ذلك، أظهرت النتائج الأولية لبعض الدراسات أن التدخلات الميتمعرفية قد تكون مفيدة للأفراد الذين يعانون من اضطراب ثنائي القطب (Callesen, Haffner, et al.; Lysaker, et al, 2018؛ Pedersen, Andersen, & Wells, 2020؛ al., 2018).

وعلى الرغم من أنه من المعروف أن الأفراد المصابين بالاضطراب ثنائي القطب يعانون من معتقدات الميتمعرفية المختلة وظيفياً؛ فإنه لا تزال هناك حاجة إلى مزيد من الدراسات لتوضيح كيفية ارتباط هذه المعتقدات بأعراض الاكتئاب، وما إذا كان لها أيضاً تأثير على أعراض الهوس الخفيف/الهوس. هناك حاجة أيضاً إلى مزيد من الدراسات التي تركز بشكل خاص على الأنواع الفرعية للاضطراب ثنائي القطب ومراحل مختلفة من الاضطراب، وتفتقر أيضاً إلى أدوات التقييم المطورة للأفراد المصابين بالاضطراب ثنائي القطب، يجب التحقيق في فعالية العلاج الميتمعرفي في الاضطراب ثنائي القطب على نطاق واسع.

ملخص نتائج استجابة الحالة على أدوات الدراسة: (قبل إجراء وتنفيذ البرنامج الميتمعرفي):

أسفرت النتائج التحليلية للدراسة عن مجموعة من السمات والأعراض التي تعاني منها الحالة موضوع الدراسة، وهذه العوامل اتفقت عليها الدلالات التحليلية

فاعلية العلاج الميتماعرفي في خفض أعراض الاضطراب الوجداني

ثنائي القطب: دراسة تجريبية لحالة واحدة

المختلفة الموجودة في الدليل التشخيصي الخامس المعدل للاضطرابات النفسية، وأكدها المضمون النفسي للأدوات المستخدمة في دراسة الحالة المتمثلة في: استمارة المقابلة الشخصية (تاريخ الحالة)، واستفتاء الميتماعرفي، ومقياس متلازمة الانتباه المعرفي، ومقياس احتمالية الانتحار، ومقياس الاكتئاب والقلق والإجهاد؛ وتبين من خلال ما سبق أن وضع الصياغة النظرية والتشخيصية لهذا الاضطراب النفسي - الاضطراب الوجداني ثنائي القطب من النوع الثاني — أمر في غاية الصعوبة، وهذا ما دفع الباحث لاستخدام تلك الأدوات، حيث سعى إلى معرفة البنية الأساسية للمعتقدات الميتماعرفية ومتلازمة الانتباه المعرفي ومحاولاتها للانتحار لهذه الحالة وتشخيصها وفهمها، ومساعدتها في وضع خريطة تفصيلية تعتمد عليها الحالة في تخفيف أعراض الاضطراب الوجداني ثنائي القطب من خلال العلاج الميتماعرفي.

ب- نتائج الفرض التجريبي للدراسة:

ينص الفرض التجريبي في هذه الدراسة على أنه: توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجتي أعراض الاضطراب الوجداني ثنائي القطب: من النوع الثاني قبل وبعد تطبيق البرنامج العلاجي الميتماعرفي لصالح القياس القبلي (البرنامج) لدى الحالة التجريبية للدراسة".

وللتحقق من صحة هذا الفرض، قام الباحث بتطبيق البرنامج العلاجي الميتماعرفي على الحالة التجريبية لخفض بعض أعراض الاضطراب الوجداني ثنائي القطب من خلال ما يسمى "التصميم التجريبي للحالة الواحدة"، والذي يعتمد على القياس المتكرر ذوي التسلسل الزمني قبل وخلال وبعد تطبيق البرنامج الميتماعرفي، وتم التأكد من فعالية البرنامج المستخدم مع الحالة التجريبية من خلال البيانات الكمية التي تم الحصول عليها عن طريق حساب بعض الدلالة الإحصائية للنتائج، وهذا ما دعا الباحث إلى استخدام الأسلوب الإحصائي اللازم لمعرفة الفاعلية وقياس حجم التأثير في البرنامج وهو أسلوب (C Statistic)، والذي تم استخدامه في تقييم بعض الدراسات العلاجية ومعرفة أثر عملية التدخل في دراسات الحالة والعينات الصغيرة جدًا والحالة الفردية (Leon, Rosenbek, Nourbakhsh, & Ottenbacher, 1994) (Crucian, & Hieber, 2005).

وبناءً على ذلك، رجع الباحث إلى دراسة (Tryon, 1982, p.424) التي توضح مدى تحليل التسلسل الزمني مبسط لتقييم التدخلات العلاجية، والتي يتم استخدام بعض المعادلات بصفة أساسية في تقييم بيانات التصميمات التجريبية، ومن خلال تطبيق هذه المعادلات على الدرجات التي تم الحصول عليها من قبل الحالة الفردية المستخدمة في هذه الدراسة يتم الحصول على قيمة (C) على درجات معيارية من النوع (Z) يمكن معرفة دلالتها الإحصائية، وبناءً على ذلك قام الباحث الحالي بعدد من القياسات القبليّة المنظمة على الحالة لمعرفة مدى المشكلة قبل التدخل العلاجي، كما قام الباحث بقياسات بمعدل مرتين أسبوعيًا بحيث لا يقل عن (٨) مرات أثناء التدخل لمتابعة الحالة بطريقة مستمرة، ثم تم تطبيق المعادلات التالية:

$$C = 1 - \frac{\sum_{i=1}^{N-1} (X_i - X_{i+1})^2}{2 \sum_{i=1}^N (X_i - X)^2} \quad (1)$$

حيث (C) هي قيمة الإحصاءة "C" هي الدرجة التي قيست للحالة في المرحلة التجريبية لبيانات الحالة.

$$Sc = \sqrt{\frac{N + 2}{(N - 1)(N + 1)}} \quad (2)$$

حيث (Sc) هي قيمة الخطأ المعياري (N) هي عدد البيانات أو القياسات للإحصاءة (C)

$$Z = \frac{C}{Sc} \quad (3)$$

حيث (Z) هي الدرجة المعيارية التي تحدد الدلالة الإحصائية لها من المساحات المحصورة تحت المنحنى الطبيعي.

ويتضح من إجراء المعادلات السابقة مع البيانات الحالة التجريبية للدراسة يمكن أن نحصل على النتائج التالية:

$$C = 0,96 \quad Sc = 0,22 \quad Z = 4,363$$

فاعلية العلاج الميتماعرفي في خفض أعراض الاضطراب الوجداني

ثنائي القطب: دراسة تجريبية لحالة واحدة

وهذه القيمة دالة إحصائيًا عند مستوى (٠,٠١) وفقًا (Tryon, 1982, p.427-428)؛ مما يدل على فعالية العلاج الميتماعرفي في خفض أعراض الاضطراب الوجداني ثنائي القطب النوع الثاني.

ولمعرفة قيمة حجم تأثير استخدام العلاج الميتماعرفي في خفض أعراض الاضطراب الوجداني ثنائي القطب تم استخدام المعادلة التالية (Nourbakhsh, & Leon, Rosenbek, Crucian, & Hieber, 2005, Ottenbacher, 1994, p.772): (p. 99)

$$ES = \frac{M^{therapy} - M^{baselines}}{SD^{baselines}} \quad (٤)$$

حيث (M^{therapy}) متوسط الدرجات بعد التدخل = 60
(M^{baselines}) متوسطها قبل التدخل = 36

(SD) الانحراف المعياري للدرجات قبل التدخل = 0.67

وبالتالي فإن حجم التأثير (ES) = 35.82 ، وهي قيمة طبقًا لمحكات كوهين تعبر عن حجم تأثير كبير.

مناقشة النتائج:

تحقق الباحث من صحة الفرض التجريبي في هذه الدراسة، والذي كان ينص على وجود فروق دالة إحصائيًا بين درجتي أعراض الاضطراب الوجداني ثنائي القطب قبل وبعد استخدام العلاج الميتماعرفي لدى الحالة التجريبية موضع الدراسة، كما أسفرت النتائج عن فعالية العلاج الميتماعرفي في خفض المعتقدات الميتماعرفية ومتلازمة الانتباه المعرفي المتعلقة بالاضطراب الوجداني ثنائي القطب من النوع الثاني؛ وذلك بحجم تأثير كبير للبرنامج العلاجي الميتماعرفي في خفض الاضطراب الوجداني ثنائي القطب من النوع الثاني لمحكات "كوهين". بشكل عام، كان البرنامج العلاجي المستخدم في هذه الدراسة جيدًا في النتائج، ولم تبلغ الحالة عن تفاقم الأعراض أو الضيق أثناء العلاج؛ ومع ذلك، في بعض الأوقات أبلغت الحالة عن بعض الأعراض التي كانت تعاودها مرة أخرى في مرحلة ما بعد العلاج مقارنة بخط الأساس.

ومع ذلك ، بعد (٧-١٢) جلسة علاج، لم تستوف الحالة معايير الاضطراب الثنائي القطب من النوع الثاني، وارتبط العلاج الميتامعرفي المستخدم في هذه الدراسة بانخفاض أعراض الاكتئاب، والوقت الذي تقضيه الحالة في الاجترار والمعتقدات الميتامعرفية لدى الحالة. كما أسهم التصميم التجريبي القائم على منهج دراسة حالة المفردة في العلاج النفسي في إبراز نتائج هذه الدراسة، حيث أوضح مورلي (٢٠٠٠، ص، ٨٦٠، ٨٦١) أنه يمكن استخدام تصميمات الحالة المفردة لعدد من الأعراض، من أهمها: تقييم العميل باستخدام مقاييس مقننة عند مراحل أساسية (قبل جلسات البرنامج وبعده)، وفحص المشكلات غير المعتادة، وعرض تطور أساليب العلاج الجديدة، كما يوفر هذا المنهج قياس التغيرات الناجمة في مثل هذا النوع من الاضطرابات؛ نظرًا للفردية الشديدة في مثل هذه الحالات، فيما يلي يعرض جدول (٣) لدرجات الحالة التجريبية على المقاييس المستخدمة في هذه الدراسة قبل وبعد إجراء البرنامج العلاجي الميتامعرفي:

جدول (٣)

درجات الحالة قبل وبعد تطبيق البرنامج العلاجي

درجة الحالة بعد البرنامج العلاجي	درجة الحالة قبل البرنامج العلاجي	المقاييس
٨٤/٥٢	٨٤/٧٥	مقياس الاكتئاب والقلق والإجهاد
١٤٤/١١٢	١٤٤/١٢٤	مقياس احتمالية الانتحار
١٠٠/٥٤	١٠٠/٨٧	قائمة أعراض اضطراب وجداني ثنائي القطب
١٢٠/٨٣	١٢٠/١٠٥	استفتاء الميتامعرفية
١٢٤/٩١	١٢٤/١١٢	مقياس متلازمة الانتباه المعرفي

ويرجع الباحث فاعلية البرنامج العلاجي الميتامعرفي في خفض المعتقدات الميتامعرفية ومتلازمة الانتباه المعرفي، وأعراض الاضطراب الوجداني ثنائي القطب من النوع الثاني، واحتمالية الانتحار، والاكتئاب والقلق والإجهاد إلى ما يلي:

- استخدام بعض الفنيات، وهي: فنية تدريب الانتباه، وفنية التنبيه المنفصل، اللتان ركزت عليهما جلسات البرنامج في تعديل المعتقدات الميتامعرفية لدى الحالة، حيث تم استخدام فنية التنبيه المنفصل على تعليم الحالة التمييز بين الأفكار السلبية الأولية حول الاكتئاب والهوس الخاص باضطراب ثنائي القطب، حيث تمكنت الحالة من تطوير طرق جديدة

فاعلية العلاج الميتماعرفي في خفض أعراض الاضطراب الوجداني

ثنائي القطب: دراسة تجريبية لحالة واحدة

للرد على هذه الأفكار حول أعراض الاضطراب الوجداني ثنائي القطب ومع التركيز التهديد وتحليل الأسباب، كما التزام الباحث عند تطبيق هذه الفنيات بقواعد وتعليمات العلاج الميتماعرفي، حيث قام باستخدام فنية (تدريب الانتباه) في الجلسات الأولى من العلاج بعد استخدام فنية (التنبه المنفصل)، والتي هدفت إلى السيطرة التنفيذية واستكمال ملامح فنية التنبه المنفصل.

- عملت فنية (تدريب الانتباه) على مواجهة الإفراط في التركيز الداخلي للحالة، وتدعيم فرص التركيز الخارجي، وذلك من خلال بعض التمرينات المكثفة التي استخدمها الباحث مع الحالة في جلسات البرنامج، والتي أتاحت الفرصة للحالة لتحسن التركيز الخارجي وخفض التركيز الداخلي من خلال فنية تدريب الانتباه.

- تهيئة الحالة من جانب الباحث لتوظيف فنية تدريب الانتباه خلال جلسات البرنامج، حيث تم خلال الجلسات الأولى للبرنامج تعرف فنية (تدريب الانتباه)، وكيفية ممارستها من جانب الحالة، وتعليماتها والأساس المنطقي لهذه الفنية، والتزم الباحث بالسيناريو الخاص بهذه الفنية الذي يتمثل في: مراجعة الواجب المنزلي، ثم التدريب على الانتباه (الانتباه الانتقائي، والتحول الانتباهي، وتوزيع الانتباه)، ثم تقييم التركيز الذاتي للحالة، والتغذية الراجعة.

- استخدام فنية التيقظ المنفصل التي تسمح للحالة بالرجوع إلى الورا والملاحظة، بينما لا تشتبك في أي نوع من التحكم أو الكبت أو إصدار الأحكام حول صدق أو أهمية الفكرة، حيث أوضح الباحث للحالة أنها يمكن أن تتضمن ملاحظتها للفكرة وهي تحدث، أو تتخيل الفكرة كسحابة تُعبرُ في السماء، أو رؤية فكرتها على أنها اتصال للتسويق عن بُعد والذي لا يرد الفرد عليه، أو تخيلي الفكرة بأنها القطارات التي تأتي وترحل من المحطة، والفرد بمجرد مشاهدتها وهي تمر، حيث يوضح Wells(2009) أن النموذج الميتماعرفي يستخدم الانفصال المتيقظ كتوضيح إلى المدخل الأكثر قيمة مع أية فكرة، وهو عادة عدم فعل أي شيء، كما تم استخدام الانفصال المتيقظ كإظهار أن الفرد يحتاج إلى ألا يمارس أي تحكم في الفكرة، وأن الفكرة سوف تفقد أهميتها ودلالاتها وحدها.

- كما تم إخبار الحالة أن الهدف من ملاحظة فكرة ما دون فعل أي شيء لكتبتها، أو الاشتباك معها أو تنفيذها أو الحكم عليها، كما أوضح الباحث للحالة أن الفكرة هي مجرد

فكرة، والملاحظة بطريقة منفصلة يمكن أن تتضمن تخيل الفكرة المقترحة، وتم استخدام استمارة الواجب المنزلي مع الحالة لأخذ خطوة إلى الوراء ومجرد ملاحظة الفكرة، كما استخدم الباحث استمارة الواجب المنزلي التي تهدف إلى التدريب على إدراك الفكرة المقترحة ومجرد تركها ترحل، وفي جدول (٤) يمكن معرفة رؤية استجابة الحالة إلى هذه التعليمات، كالتالي:

جدول (٤)

ممارسة الباحث لفنية التنبيه المنفصل على الحالة

عيوب الملاحظة وترك الأمر يمر	مزايا الملاحظة وترك الأمر يمر	المشتتات التي لاحظتها الحالة في محاولة الرجوع إلى الوراء والملاحظة
أظن أنني أخشى أن أتجاهل شيئاً مهماً ولن أفعل ما أحتاج إلى فعله، ولكنني لا أستطيع حقاً التفكير في ما سوف أفعله، والذي يمكن أن يجعل أي شيء أفضل.	أظن أنني إذا استطعت أن أقوم بمجرد ملاحظة الفكرة وعدم الوقوع فريسه لها، فإنني أستطيع الاسترخاء أكثر، يبدو أنني عالقة مع فكرة أنني أحتاج إلى إجابة كل مرة تأتي هذه الأفكار إلى رأسي.	عقلي يستمر في التركيز على فكرة وما حصل لي في الطفولة وما أحتاج إلى فعله، كما لو أنني أحتاج للحصول على الإجابة منك أنت، بعد ذلك أبدأ في التفكير في ما إذا كان هذا سوف يفيد حقاً، أنا لاحظت صوت المرور في الشارع، أنا أيضاً كنت ألاحظ أنني أشعر بأنني على حافلة الاكتئاب المستمر وضيق النفس، كما لو أنه من الصعب الجلوس ساكناً.

كما استخدام الباحث فنية بالون التفكير التي ترتبط بفكرة التيقظ المنفصل، ومن خلال هذه الفنية استطاعت الحالة أن تتخيل أفكارها أو دوافعها أو انفعالاتها على أنها بالون تفكير تطفو حولها في الهواء، واستطاعت الحالة من خلال بعض المحاولات في الجلسات أن تتخيل أن البالون مربوط بحبل يسمح له بالتلاعب بالبالون، وأرجحته في الهواء ومشاهدته يرتفع وينخفض، كما وضح الباحث للحالة أن تتخيل أن ترك البالون يذهب ومراقبته وهو ينحرف في الهواء، ويطفه بعيداً، وفي النهاية يختفي، ومن خلال هذه الفنية التي تخاطب اعتقاد الحالة أنه منصهر داخل الفكرة أو متوحدة معها، حيث نقول: "أنا عبارة عن أفكاري"، واستبداله بالمعتقد الميتمعرفي الذي يقول "أفكاري يمكن أن توجد بالخارج هناك، ويمكن أن تطفوا بعيداً"، كما استخدام الباحث هنا استمارة الواجب المنزلي التي تهدف إلى إخبار الحالة بملاحظة أية أفكار مزعجة تحدث وتخيّل الفكرة المنزعجة كالبالون، وفي جدول (٥) يمكن معرفة رؤية استجابة الحالة إلى هذه الاستمارة، كالتالي:

فاعلية العلاج الميتماعري في خفض أعراض الاضطراب الوجداني

ثنائي القطب: دراسة تجريبية لحالة واحدة

جدول (٥)

ممارسة الباحث لفنية التنبيه المنفصل على الحالة

الأفكار والمشاعر حول ترك البالون يذهب بعيداً	الأفكار والمشاعر حول الفكرة المقترحة
هذا يجعلني أشعر كما أنني أستطيع فقط، تركها تذهب بعيداً لدقائق، ومشاهدتها تتجرف بعيداً عن السماء، أنا أحب صورة وجه المهرج على البالون كما لو أنه ليس هناك أي شيء يجب أخذه على حامل الجد، أنا أستطيع رؤية يدي وهي تترك الحبل ليذهب والبالون ينحرف بعيداً.	هذه الفكرة التي تقول إنني دائماً أكون وحيداً. ترزعني حقاً، أنا لا أستطيع إخراجها من رأسي أحياناً، أنا استمر في رؤية صورة ذهنية لي وأنا أنام على السرير، وأشعر بالوحدة والحزن واليأس.

- **ومن المثير للاهتمام؛** أن الدراسة الحالية أظهرت أن العلاج الميتماعري كان مرتبطاً بتحسينات كبيرة للحالة التي تعاني من الاضطراب الثنائي القطب- النوع الثاني دون استخدام عناصر، مثل: الإدارة الذاتية أو مراقبة تقلبات المزاج أو إعادة هيكلة المعتقدات غير القادرة على التكيف وغير العقلانية، والتي تعد عوامل مهمة في العلاج السلوكي المعرفي. ووفقاً لنموذج العلاج السلوكي المعرفي، فإن انخفاض الوعي بالاضطراب والمعتقدات المختلفة هي عوامل صيانة مركزية للاضطراب ثنائي القطب (Newman, Leahy, Beck, Reilly-Harrington, & Gyulai, 2002)، وفي هذه الدراسة، لم يساعد الباحث الحالة على قضاء المزيد من الوقت في المراقبة الذاتية، وإعادة هيكلة المعتقدات السلبية، والتفسير الخاطيء في تجارب الحياة الحرجة المختلفة. على العكس من ذلك، تمشياً مع Wells(2009) ساعد الباحث الحالة المرضية على قضاء وقت أقل في المعالجة الذاتية على عكس العلاجات الأخرى، مثل: العلاج السلوكي المعرفي ليس لها تركيز محدد على تقليل الوقت الذي يقضيه في اجترار وتحدي المعتقدات الميتماعري حول عدم القدرة على السيطرة، ووصفت الحالة كيف أن ممارسة ترك كل من الأفكار الاكتئابية والهوس الخفيف وحدها ساعدتها على تجنب نوبات الاكتئاب والهوس الخفيف.

القيود التي واجهت الباحث خلال إجراء هذه الدراسة:

على الرغم من النتائج التي ظهرت في هذه الدراسة، فإن هناك بعض القيود التي يجب أخذها في الاعتبار:

أ- يتمثل القيد الأول في أن قابلية تعميم النتائج محدودة؛ حيث تم علاج حالة واحدة فقط تعاني من الاضطراب الوجداني ثنائي القطب، كما يتمثل ذلك في أن الحالة كانت بالفعل

تعاني من انخفاض في مستويات الاكتئاب لديها عند خط الأساس؛ مما يحد من تفسيرات البيانات في هذه الدراسة، بالإضافة إلى ذلك، عانت الحالة فيما بعد من انتكاسة اكتئابية في متابعة ستة أشهر، ومع ذلك، بعد ثلاث جلسات معززة لمدة (٤٥) دقيقة تم استرداد حالتها، ولم تعانِ الحالة من انتكاسات الهوس الخفيف، لكنها تكررت تحولات مزاجية في فترة المتابعة عندما استخدمت استراتيجيات الانتباه واليقظة المنفصلة التي تمارس في العلاج الميتماعرفي؛ وبالتالي تم تخفيف الاكتئاب الكامل أو نوبة الهوس الخفيف.

ب- **يتمثل القيد الثاني** في أن متغيرات النتائج الرئيسية تعتمد على مقاييس الإبلاغ الذاتي، لذلك لم تعتمد الدراسة على تقييمات مقيم مستقل لشدة الأعراض. ومع ذلك، للتغلب على هذا القيد، استخدم الباحث مقيماً تشخيصياً مستقلاً لتحديد حالة التشخيص قبل وبعد مرحلة العلاج، مما أكد في الواقع تقليل أعراض الاضطراب الوجداني ثنائي القطب، وأخيراً، تم تقديم العلاج من قبل الباحث نفسه بوصفه معالجاً؛ مما يعني أنه يمكن استبعاد تأثير عوامل المعالج على النتائج.

ج- **يتمثل القيد الثالث** في احتياج الحالة إلى بعض الجلسات في فترات المتابعة كما تم توضيح ذلك سابقاً، حيث حققت الحالة التي كانت تعاني من الاضطراب الوجداني ثنائي القطب تحسينات في تخفيف بعض الأعراض؛ ومع ذلك تعاني الحالة الآن من انخفاض درجات خط الأساس، وما يود الباحث توضيحه أن الحالة تحتاج إلى بعض الجلسات المعززة قصيرة المدى في فترة المتابعة للحفاظ على التعافي، وفي ظل تلك الظروف والمؤشرات السابقة يستنتج الباحث أن العلاج الميتماعرفي قد تم تحمله جيداً من قبل الحالة، وكان مرتبطاً بالتحسينات، وكان فعالاً.

توصيات الدراسة والبحوث المقترحة:

في ضوء ما توصلت إليه هذه الدراسة من نتائج، يمكن اقتراح التوصيات والبحوث

والدراسات التالية:

أ- ضرورة الاهتمام بالمزيد من الدراسات والبحوث التطبيقية للعلاج الميتماعرفي وتطبيقه على بعض الاضطرابات الشخصية المتنوعة، وتجريب بعض الأساليب العلاجية الأخرى لخفض الاضطراب الوجداني ثنائي القطب باستخدام منهج البحث المستخدم في هذه الدراسة.

**فاعلية العلاج الميتامعرفي في خفض أعراض الاضطراب الوجداني
ثنائي القطب: دراسة تجريبية لمالة واحدة**

- ب- إقامة بعض ورش العمل والدورات التدريبية للباحثين على ممارسة وتطبيق فنيات العلاج الميتامعرفي، وخاصة في استخدامه مع طلاب الجامعة؛ لخفض العديد من الاضطرابات النفسية لديهم.
- ج- إجراء المزيد من البحوث والدراسات حول: المعتقدات الميتامعرفية وعلاقتها بالاضطرابات الانفعالية لدى الأفراد الذين يعانون من اضطراب الوجداني ثنائي القطب : دراسة في التركيب العاملي والصدق التكويني لمقياس المعتقدات الميتامعرفية.
- د- إجراء المزيد من البحوث والدراسات حول المقارنة بين العلاج الميتامعرفي والعلاج بالقبول والالتزام في خفض الاضطراب الوجداني ثنائي القطب لدى المراهقين من طلاب الجامعة.
- هـ- مراجعة منهجية وتحليل بعدي لنتائج بعض البحوث التي تناولت فاعلية العلاج الميتامعرفي مع عينات كلينكية وغير كلينكية.

المراجع:

- أبو زيد، أحمد محمد جاد الرب.(٢٠١٨). فاعلية العلاج الميتامعرفي في خفض اضطراب القلق الاجتماعي لدى طلاب الجامعة. *مجلة الإرشاد النفسي*، ١(٤٥)، ٢-٦٣.
- الأنصاري، بدر محمد.(٢٠٢١). الخصائص السيكومترية والصورة المختصرة للصورة الأصلية لمقاييس الاكتئاب والقلق والإجهاد لدى طلاب الجامعة. *مجلة المجتمع والثقافة والسلوك البشري*، ٢(٢)، ١-١٨.
- البحيري، عبد الرقيب أحمد.(٢٠١٤). *مقياس احتمالية الانتحار*. مكتبة الأنجلو المصرية.
- جونسون، شيري؛ كرنك، آن؛ نيل، جوهن؛ دافيسون، جيرالد. (٢٠١٥). *علم النفس المرضي الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية*. الإصدار الخامس - الطبعة الثانية عشرة. (أمثال هادي الحويلة، فاطمة سلامة عياد، هناء؛ الرشيد شويخ، نادية الحمدان، مترجمون)، مكتبة الأنجلو المصرية.
- الرخاوي، يحيى؛ والعقباوي، أحمد؛ والحداد، محمد؛ وإسماعيل، مصطفى.(١٩٩٩). *المرشد في الطب النفسي*. منظمة الصحة العالمية.
- زهران ، حامد عبد السلام. (٢٠٠٥). *الصحة النفسية والإرشاد النفسي*. مكتبة الأنجلو المصرية.
- الزيداني، أحمد محمد حسين.(٢٠١٢). عوامل ما وراء المعرفة و علاقتها بالاضطرابات الانفعالية والعصابية : دراسة في التركيب العملي والصدق التكويني لمقياس ما وراء المعرفة -30. *مجلة جامعة أم القرى للعلوم التربوية والنفسية، السعودية*، ٤(٢)، ٣١٣-٣٦٤.
- شلوتكه، بيرتر؛ وكاسبار، فرنس؛ ورولر، بيرند.(٢٠١٦). *التشخيص النفسي الإكلينيكي (٢): التشخيص النفسي للاضطرابات النفسية الجزء الأول*. (سامر جميل رضوان، مترجم). دار الكتاب الجامعي.
- عبد الحميد، هبة جابر.(٢٠١٨). فاعلية العلاج الميتامعرفي في خفض توهم المرض (قلق الصحة) لدى طلاب الجامعة. *مجلة الإرشاد النفسي*، ج٢٨٩، ٥٤، ٢-٣٤٧.
- عبد الرحمن، محمد السيد.(٢٠١٤). *العلاج المعرفي الميتامعرفي*. القاهرة، مكتبة زهراء الشرق للنشر والتوزيع.

فاعلية العلاج الميتامعرفي في خفض أعراض الاضطراب الوجداني

ثنائي القطب: دراسة تجريبية لحالة واحدة

عكاشة، أحمد؛ عكاشة، طارق. (٢٠١٠). *الطب النفسي المعاصر*. الطبعة السابعة عشرة (مزيدة ومنقحة)، مكتبة الأنجلو المصرية.

القرشي، عبد الكريم. (٢٠٠٢). *مناهج البحث في العلوم السلوكية*. الكويت، دار القلم.
ليهى، روبرت. (٢٠٢٠). *فنيات العلاج المعرفي، دليل الممارسين*. (تيسير الياس شواش، أحمد إسماعيل هاشم، وسامي بن صالح العرجان، مترجمون). دار الفكر. (العمل الأصلي نشر في ٢٠١٧).

مورلي، ستيفن. (٢٠٠٠). الفصل السابع والثلاثون: *منهج دراسة الحالة المفردة في العلاج النفسي*، كتاب: *مرجع في علم النفس الاكلينيكي للراشدين*. (صفوت فرج، مترجمون). مكتبة الأنجلو المصرية.

American Psychiatric Association, DSM-5 Task Force. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5™* (5th ed.). American Psychiatric Publishing, Inc. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>

Batmaz, S., Altinoz, A., & Sonkurt, H. (2021). Cognitive attentional syndrome and metacognitive beliefs as potential treatment targets for metacognitive therapy in bipolar disorder. *World Journal of Psychiatry*, 11(9), 589-604. <https://dx.doi.org/10.5498/wjp.v11.i9.589>

Brown, K., Ryan, R., & Creswell, J. (2007). Mindfulness: Theoretical foundations and evidence for its salutary effects. *Psychological Inquiry*, 18(4), 211-237. <https://doi.org/10.1080/10478400701598298>

Burguet, A., & Girard, F. (2023). Stigma of schizophrenia and bipolar disorders: Explicit and implicit measures among mental health professionals. *Stigma and Health*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1037/sah0000456>

Callesen, P., Pedersen, M, L., Andersen, C, K., & Wells, A. (2020). Metacognitive therapy for bipolar II disorder: A single case series study. *Neurology, Psychiatry and Brain Research*, 38, 107-113. <https://doi.org/10.1016/j.npbr.2020.08.004>

Callesen, P., Reeves, D., Heal, C., & Wells, A. (2020). Metacognitive therapy versus cognitive behaviour therapy in adults with major depression: A parallel single-blind randomised trial.

- Scientific Reports, 10, 7878. <https://doi.org/10.1038/s41598-020-64577-1>
- Capobianco, L. & Nordahl, H. (2023). A Brief History of Metacognitive Therapy: From Cognitive Science to Clinical Practice. *Cognitive and Behavioral Practice*, 30(1), 45-54. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2021.11.002>
- Caselli, G., Martino, F., Spada, M. M., & Wells, A. (2018). Metacognitive therapy for alcohol use disorder: A systematic case series. *Frontiers in Psychology*, 9, 2619. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02619>.
- Chen, M., Fitzgerald, H. M., Madera, J., & Tohen, M. (2019). Functional outcome assessment in bipolar disorder A systematic literature review. *Bipolar Disorder*, 21(3), 194–214. <https://doi: 10.1111/bdi.12775>.
- Chow, K., & Lo, B. (2017). Parental factors associated with rumination related metacognitive beliefs in adolescence. *Frontiers in Psychology*, 8, Article 536. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00536>
- Dammen, T., Papageorgiou, C., & Wells, A. (2015). An open trial of group metacognitive therapy for depression in Norway. *Nordic Journal of Psychiatry*, 69(2), 126–131. <https://doi.org/10.3109/08039488.2014.936502>
- David, J., Miklowitz, D., Efthimiou, O., Furukawa, T., Scott, J., McLaren, R., Geddes, J., Cipriani, A. (2021). Adjunctive Psychotherapy for Bipolar Disorder a Systematic Review and Component Network Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 78(2), 141-150. <https://doi:10.1001/jamapsychiatry.2020.2993>
- Faissner, M., Kriston, L., Moritz, S. & Jelinek, L. (2018). Course and stability of cognitive and metacognitive beliefs in depression. *Depression and Anxiety*, 35(12), 1239–1246. <https://doi.org/10.1002/da.22834>
- Fisher, P. & Wells, A. (2009). *Metacognitive Therapy "Distinctive Features"*. New York, NY; London: Guilford Press.
- Fisher, P. L., & Wells, A. (2005). Experimental modification of beliefs in obsessive-compulsive disorder: A test of the metacognitive model. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 821–829.
- Freitag, S., Kapoor, S., & Lamis, D. A. (2022). Childhood maltreatment, impulsive aggression, and suicidality among

فاعلية العلاج الميتامعرفي في خفض أعراض الاضطراب الوجداني

ثنائي القطب: دراسة تجريبية لحالة واحدة

- patients diagnosed with bipolar disorder. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 14(8), 1256–1262. <https://doi.org/10.1037/tra0001218>
- Haffner, P., Quinlivan, E., Fiebig, J., Sondergeld, L., Strasser, E., Adli, M., Moritz, S & Stamm, T. (2018). Improving functional outcome in bipolar disorder: A pilot study on metacognitive training. *Clin Psychol Psychother*, 25, 50-58. <https://doi.org/10.1002/cpp.2124>
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35, 639–665. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(04\)80013-3](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(04)80013-3).
- Hayes, S., Barnes-Holmes, D., & Roche, B. (2001). *Relational frame theory: A post- Skinnerian account of human language and cognition*. Plenum Press.
- Hayes, S., Luoma, J., Bond, F., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), 1–25. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006>.
- Hayes, S., Strosahl, K., & Wilson, K. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. Guilford Press.
- Jacobson, N., & Christensen, A. (1996). *Integrative couple therapy: Promoting acceptance and change*. WW Norton & Co.
- Kohlenberg, R., & Tsai, M. (1991). *Functional analytic psychotherapy: Creating intense and curative therapeutic relationships*. Plenum Press. <https://doi.org/10.1007/978-0-387-70855-3>.
- Krane-Gartiser, K., Asheim, A., Fasmer, O. B., Morken, G., Vaaler, A. E., & Scott, J. (2018). Actigraphy as an objective intra-individual marker of activity patterns in acute-phase bipolar disorder: A case series. *International Journal of Bipolar Disorders*, 6, Article 8. <https://doi.org/10.1186/s40345-017-0115-3>
- Leon, S., Rosenbek, J., Crucian, G., & Hieber, B. (2005). Active treatments for aprosodia secondary to right hemisphere stroke .*The Journal of Rehabilitation Research and Development*, 42(1), 93-101. <https://doi.org/10.1682/JRRD.2003.12.0182>

- Lysaker, P., Irrarrázaval, L., Gagen, E., Armijo, I., Ballerini, M., Mancini, M., & Stanghellini, G. (2018). Metacognition in schizophrenia disorders: Comparisons with community controls and bipolar disorder: Replication with a Spanish language Chilean sample. *Psychiatry Res*, 267, 528-534. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.06.049>
- Mami, S., Sharifi, M. & Mahdavi, A. (2015). Effectiveness of Metacognitive Therapy in reducing psychological and Metacognitive factors in Patients with Major Depressive Disorder in a Military Hospital. *Annals of Military & Health Sciences Research*, 13(3), 112-118.
- Miklowitz, D. J., Simoneau, T. L., George, E. L., Richards, J. A., Kalbag, A., Sachs-Ericsson, N., & Suddath, R. (2000). Family-focused treatment of bipolar disorder: 1-year effects of a psychoeducational program in conjunction with pharmacotherapy. *Biological Psychiatry*, 48(6), 582-592. [https://doi.org/10.1016/S0006-3223\(00\)00931-8](https://doi.org/10.1016/S0006-3223(00)00931-8)
- Miklowitz, D., & Chung, B. (2016). Family-Focused Therapy for Bipolar Disorder: Reflections on 30 Years of Research. *Fam Process*, 55(3), 483-799. <https://doi: 10.1111/famp.12237>.
- Newman, C., Leahy, R., Beck, A., Reilly-Harrington, N., & Gyulai, L. (2002). Cognitive therapy for patients with bipolar disorder: The case of "Carlos" In C. F. Newman, R. L. Leahy, A. T. Beck, N. A. Reilly-Harrington, & L. Gyulai, *Bipolar disorder: A cognitive therapy approach* (pp. 191-221). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10442-008>
- Newman, C., Leahy, R., Beck, A., Reilly-Harrington, N., & Gyulai, L. (2002). *Bipolar disorder: A cognitive therapy approach*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10442-000>
- Nordahl, H., & Wells, A. (2019). Measuring the cognitive attentional syndrome associated with emotional distress: Psychometric properties of the CAS-1. *International Journal of Cognitive Therapy*, 12(4), 292-306. <https://doi.org/10.1007/s41811-019-00056-4>
- Normann, N., & Morina, N. (2018). The efficacy of metacognitive therapy: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in*

فاعلية العلاج الميتامعرفي في خفض أعراض الاضطراب الوجداني

ثنائي القطب: دراسة تجريبية لحالة واحدة

- Psychology*, 9, Article 2211. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02211>
- Normann, N., van Emmerik, A. A., & Morina, N. (2014). The efficacy of metacognitive therapy for anxiety and depression: A meta-analytic review. *Depression and Anxiety*, 31(5), 402–411. <https://doi: 10.1002/da.22273>.
- Nourbakhsh, M., & Ottenbacher, K. (1994). The statistical analysis of single-subject data: a comparative examination. *Physical Therapy*, 74(8),768-76. <https://doi: 10.1093/ptj/74.8.768>
- Papageorgiou, C., & Wells, A. (2000). Treatment of recurrent major depression with Attention Training. *Cognitive and Behavioral Practice.*, 7(4), 407–413. [https://doi.org/10.1016/S1077-7229\(00\)80051-6](https://doi.org/10.1016/S1077-7229(00)80051-6).
- Pfennig, A., Leopold, K., Martini, J., Boehme, A., Lambert, M., Stamm, T., BERPohl, F., Reif, A., Kittel-Schneider, S., Juckel, G., Fallgatter, A. J., Kircher, T., Jansen, A., Pfeiffer, S., Berndt, C., Rottmann-Wolf, M., Sauer, C., Ritter, P., Correll, C. U., . . . Bauer, M. (2020). Improving early recognition and intervention in people at increased risk for the development of bipolar disorder: Study protocol of a prospective-longitudinal, naturalistic cohort study (Early-BipoLife). *International Journal of Bipolar Disorders*, 8, Article 22. <https://doi.org/10.1186/s40345-020-00183-4>
- Rochat, L., Manolov, R., & Billieux, J. (2018). Efficacy of metacognitive therapy in improving mental health: A meta-analysis of single-case studies. *Journal of Clinical Psychology*, 74(6), 896–915.
- Segal, Z., Williams, J., & Teasdale, J. (2002). *Mindfulness based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. Guilford Press
- Sellers, R., Varese, F., Wells, A., & Morrison, A. (2016). A meta-analysis of metacognitive beliefs as implicated in the self-regulatory executive function model in clinical psychosis. *Schizophrenia Research*, 179, 75–84. <https://doi:10.1016/j.schres.2016.09.032>
- Steardo, L., Luciano, M., Sampogna, G., Zinno, F., Saviano, P. Staltari, F., Segura Garcia, C., De Fazio, P., & Fiorillo, A. (2020). Efficacy of the interpersonal and social rhythm therapy

- (IPSRT) in patients with bipolar disorder: Results from a real-world, controlled trial. *Annals of General Psychiatry*, 19(15), 2-7. <https://doi.org/10.1186/s12991-020-00266-7>
- Szentagotai, A., & David, D. (2010). The efficacy of cognitive-behavioral therapy in bipolar disorder: A quantitative meta-analysis. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 71(1), 66-72. <https://doi.org/10.4088/JCP.08r04559yel>
- Tondo, L., Miola, A., Pinna, M., Contu, M., Baldessarini, R. (2022). Differences between bipolar disorder types 1 and 2 support the DSM two-syndrome concept. *International Journal of Bipolar Disorders*, 10(21), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s40345-022-00268-2>
- Tryon, W. (1982). "A simplified time-series analysis for evaluating treatment interventions": A rejoinder to Blumberg. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 17(4), 543-544. <https://doi.org/10.1901/jaba.1984.17-543>
- Vago, D., & David, S. (2012). Self-awareness, self-regulation, and self-transcendence (S-ART): A framework for understanding the neurobiological mechanisms of mindfulness. *Frontiers in Human Neuroscience*, 6, 296. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2012.00296>
- Weintraub, M. J., Schneck, C. D., Posta, F., Merranko, J. A., Singh, M. K., Chang, K. D., & Miklowitz, D. J. (2022). Effects of family intervention on psychosocial functioning and mood symptoms of youth at high risk for bipolar disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 90(2), 161-171. <https://doi.org/10.1037/ccp0000708>
- Wells, A. (1994). A multi-dimensional measure of worry: Development and preliminary validation of the anxious History of Metacognitive Therapy 53 thoughts inventory. *Anxiety, Stress & Coping*, 6, 289-299. <https://doi.org/10.1080/10615809408248803>
- Wells, A. (1995). Meta-cognition and worry: A cognitive model of generalized anxiety disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23(3), 301-320.
- Wells, A. (2009). *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. New York, NY: Guilford.

فاعلية العلاج الميتامعرفي في خفض أعراض الاضطراب الوجداني

ثنائي القطب: دراسة تجريبية لحالة واحدة

- Wells, A. (2013). Advances in Metacognitive Therapy. *International Journal of Cognitive Therapy*, 6, 186-201.
- Wells, A. (2019). Breaking the cybernetic code: Understanding and treating the human metacognitive control system to enhance mental health. *Frontiers in Psychology*, 10, 2621. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02621>.
- Wells, A., & Matthews, G. (1994). *Attention and emotion: A clinical perspective*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Wells, A., & Matthews, G. (1996). Modelling cognition in emotional disorder: The SREF model. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 881–888. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(96\)00050-2](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(96)00050-2)
- Wells, A., & Nordahl, H. (2023). Metacognition and mental regulation. In D. J. A. Dozois & K. S. Dobson (Eds.), *Treatment of psychosocial risk factors in depression* (pp. 383–406). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000332-017>
- Wells, A., Reeves, D., Capobianco, L., Heal, C., Davies, L., Heagerty, A., Doherty, P., & Fisher, P. (2021). Improving the effectiveness of psychological interventions for depression and anxiety in cardiac rehabilitation: PATHWAY- a single-blind parallel randomised controlled trial of group metacognitive therapy. *Circulation*, 144, 23–33. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.120.052428>.
- Wells, A., Reeves, D., Heal, C., Fisher, P., Davies, L., Heagerty, A., Doherty, P., & Capobianco, L. (2020). Establishing the feasibility of group metacognitive therapy for anxiety and depression in cardiac rehabilitation: A single-blind randomized pilot study. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 582. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00582>.
- Xuan, R., Li, X., Qiao, Y., Guo, Q., Deng, W., Hu, Q., ... Zhang, L. (2020). Mindfulness based cognitive therapy for bipolar disorder: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research*, 290 <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113116>

Effectiveness of Metacognitive Therapy in reducing Bipolar II disorder: one case pilot study

Prepared by

Professor: **Mostafa Khalil Mahmoud Attallah**

*an assistant professor of mental health,
faculty of education- Minia University.*

Abstract:

The study aimed to prepare a cognitive therapeutic program and examine its effectiveness in reducing the symptoms of bipolar II disorder of a second-year female student at the Faculty of Nursing, Minia University. The researcher applied an interview form (case history), the second type of the Fifth Modified Diagnostic Manual of Mental Disorders (5-DSM) (Arabized by the researcher), the meta-cognitive questionnaire (30-MCQ): (Arabized by Abu Zaid ,2018), the Cognitive Attentional Syndrome Scale (CAS-16) (Arabized by Al-Zaidani, 2020), the measure of the possibility of suicide (Arabized by Al-Buhari, 2014 , the Depression, Anxiety and Stress Scale 21-DASS) (Arabized by Al-Ansari , 2021), and the meta-cognitive therapeutic program (prepared by the researcher). The study revealed the effectiveness of the meta-cognitive therapeutic program in reducing the symptoms of bipolar affective disorder of the second type in the student (the case) in the second year of the College of Nursing. The ratio of the effectiveness of the program was high, and in the light of these results a set of recommendations and proposed research has been formulated.

Keywords: Metacognitive therapy (MCT), bipolar II disorder, metacognitive beliefs (MB), Cognitive attentional syndrome (CAS), One case pilot study.