

فاعلية العلاج الميتا معرفي في خفض اضطرابات القلق الاجتماعي لدى طلاب الجامعة.

د. أحمد محمد جاد الرب أبوزيد

أستاذ الصحة النفسية المشارك - قسم التربية الخاصة

كلية الشرق العربي للدراسات العليا

ملخص البحث:

هدف البحث الحالي إلى التعرف على فاعلية العلاج الميتا معرفي (فنية تدريب الانتباه ، وفنية إعادة التركيز على الانتباه الموقفي) في خفض اضطرابات القلق الاجتماعي ، كما تم التحقق من فاعلية البرنامج في تعديل المعتقدات الميتا معرفية وتحسين الانتباه الخارجي ، وتكونت العينة من ١٤ طالبة من طالبات الجامعة بمدينة الرياض ، تم تقسيمهم عشوائياً إلى مجموعة تجريبية عددها ٧ طالبات ، ومجموعة ضابطة عددها ٧ طالبات ، وتم التحقق من التكافؤ بين المجموعتين في الانتباه المتركز على الذات والميتا معرفة وقلق التفاعل الاجتماعي والفوبيا الاجتماعية ، وتم استخدام مقياس الميتا معرفة (MCQ-30) إعداد كل من "ويلز وكارتورايت-هاتون (٢٠٠٤) ترجمة وتقنين الباحث ، ومقياس الانتباه المتركز على الذات (SFA-11)، إعداد كل من بوجلز، ألبرتس ودي جونغ (١٩٩٦) ترجمة وتقنين الباحث ، ومقياس قلق التفاعل الاجتماعي (SIAS-20) إعداد كل من ماتيك & كلارك (١٩٩٨) ترجمة وتقنين الباحث ، ومقياس الفوبيا الاجتماعية (SP-S-20) ، إعداد كل من ماتيك & كلارك (١٩٩٨) ترجمة وتقنين الباحث ، وبرنامج العلاج الميتا معرفي إعداد الباحث ، وتكون البرنامج من ١٤ جلسة (٦ جلسات للتدريب على فنية إعادة التركيز على الانتباه الموقفي ، ٧ جلسات للتدريب على فنية تدريب الانتباه ، جلسة للمراجعة) ، وبعد تطبيق البرنامج كشف التحليل الإحصائي عن انخفاض درجات طلاب المجموعة التجريبية على مقياس الميتا معرفة ، ومقياس الانتباه المتركز على الذات ، ومقياس قلق التفاعل الاجتماعي، ومقياس الفوبيا الاجتماعية، وتؤكد هذه النتائج فاعلية برنامج العلاج الميتا معرفي في خفض اضطرابات القلق الاجتماعي وتعديل المعتقدات الميتا معرفية وتحسين الانتباه الخارجي.

فاعلية العلاج الميتا معرفي في خفض اضطرابات القلق الاجتماعي لدى طلاب الجامعة.

د. أحمد محمد جاد الرب أبوزيد

أستاذ الصحة النفسية المشارك - قسم التربية الخاصة

كلية الشرق العربي للدراسات العليا

مقدمة:

عانى الإنسان في الماضي من اضطراب القلق نتيجة للجوع والمرض والعبودية والحروب والكوارث العامة المختلفة والتي جعلته معرض للقلق مثلما نحن نعانى الآن , وترجع معاناة الإنسان من القلق في العصر الحالي إلى تعقيد الحضارة وسرعة التغير الاجتماعي والاقتصادي , وصعوبة التكيف مع التشكل الحضاري السريع والتفكك العائلي , وصعوبة تحقيق الرغبات الذاتية بالرغم من إغراءات الحياة , وضعف القيم الأخلاقية والدينية مع التطورات التكنولوجية المختلفة والتي تخلق الصراع والقلق عند الكثير من الناس (عكاشة , ٢٠٠٣).

ويتصدر القلق قائمة الموضوعات البحثية لدى الباحثين في كل أنحاء العالم , فهو أكثر الأعراض انتشاراً بين الناس ويمثل محور الصراع النفسي والعرض الرئيس للاضطرابات النفسية والسلوكية الأخرى لذلك اهتمت العلوم النفسية بدراسة القلق للمساهمة في الحد من تعرض البشرية لاضطراب القلق. ويعتبر اضطراب القلق الاجتماعي Social Anxiety Disorder (SAD) واحداً من أكثر اضطرابات القلق شيوعاً وعمومية , وعادة ما يتطور في وقت مبكر إلى أواخر سن المراهقة , وقد يترتب عليه ضعف في الصحة النفسية والصحة العامة والأداء الاجتماعي وحيوية الشخص بصفة عامة.

ويعرف اضطراب القلق الاجتماعي بأنه خوف أو قلق ملحوظ من واحد أو أكثر من المواقف الاجتماعية التي يتعرض فيها الفرد للتدقيق المحتمل من قبل الآخرين. والمواقف الاجتماعية مثل الاجتماع مع أشخاص غير مألوفين , أو عند إجراء المحادثات , أو الأداء

د. أحمد محمد جاد الرب

أمام الآخرين. والشخص الذي يعاني من اضطراب القلق الاجتماعي يخشي أن يتصرف أو يظهر أعراض قلق يتم من خلالها تقييمه سلبياً (APA¹, 2013).

ويؤدي القلق الاجتماعي بالفرد إلى الهروب من الموقف أو معاشة الموقف الاجتماعي في ظل محنة شديدة , وعندما يصل القلق إلى مستويات تسمح له بالتدخل في العمل والأداء العام والخاصة في الحياة فإنه يصبح حالة تعطيل عالية , ويمكن أن يتطور إلى اضطراب نفسي مما يؤدي إلى عواقب وخيمة على جودة الحياة (De Veale, 2003) , Visser, et al., 2010.

وقد كشفت نتائج البحوث والدراسات إلى أن ذوي اضطراب القلق الاجتماعي يعانون من ضعف شديد في الصحة العقلية والصحة العامة والحيوية والأداء الاجتماعي (Acarturk, et al. 2009). ويظهر القلق الاجتماعي في وقت مبكر إلى أواخر مرحلة المراهقة , وينتشر بين الذكور والإناث , وقد يكون أكثر انتشاراً لدى الإناث (Otto, et al., 2001).

وتم البحث في الأسباب والعوامل التي تسهم في اضطراب القلق الاجتماعي منذ فترة طويلة , وأحدث هذه النماذج المفسرة هي: النماذج المعرفية (Clark & Wells, 1995; Rapee & Heimberg, 2007; Hofmann) والتي تلقي الضوء على ما تلعبه عوامل الانتباه مثل: الانتباه المرتكز على الذات في تطور أعراض القلق الاجتماعي والاحتفاظ به , وخاصة النماذج التي اقترحت أن مريض القلق الاجتماعي يحول انتباهه داخلياً تجاه تمثيلاته الداخلية السلبية للذات والأداء , فهو يركز انتباهه داخله عندما يواجه موقف اجتماعي مثير للقلق (انتباه مرتكز على الذات Self-Focused Attention) , وهذا التحول في المعالجة الانتباهية نحو الذات الداخلية قد يثير ويفاقم مشاعر وأفكار سلبية قد تدعم مخاوفه , كما أن المشاعر والأفكار السلبية قد تمنع الشخص من ملاحظة المعلومات الخارجية وربما توفر له أدلة تقلل مخاوفه. وهذه الافتراضات قد دعمتها البحوث التي توصلت إلى أن زيادة معدلات الانتباه المرتكز على الذات ترتبط إيجابياً بزيادة معدلات القلق , وهذا ما تؤكدته نتائج البحوث والدراسات والكتابات مثل دراسة كل من Clark and

¹ - American Psychiatric Association

فاعلية العلاج الميتا معرفي في خفض اضطرابات القلق الاجتماعي

1995 , Wells , ودراسة كل من (2002) Bogels and Lamers , ودراسة (2007) Hofmann , ودراسة (2002) Bogels and Lamers التي عزز فيها الانتباه المرتكز على الذات عن طريق الصور القصيرة والتي ترتب عليها تقاوم أعراض القلق الاجتماعي , ودراسة كل من (1997) Rapee and Heimberg والتي توصلت باستخدام تحليل المسار إلى أن الانتباه المرتكز على الذات أسهم في تطوير القلق الاجتماعي. ويبدو من نتائج البحوث والدراسات والنماذج المقترحة , ومن الناحية النظرية أن المداخل العلاجية التي تهدف إلى تعديل وتغيير المعالجة الانتباهية وخاصة الانتباه المرتكز على الذات لها تأثير فعال ومباشر في خفض الانتباه المرتكز على الذات عند التعرض للمواقف المثيرة للقلق , وتحسين المعالجة الانتباهية للأحداث والمواقف , والذي يترتب عليه انخفاض أعراض اضطراب القلق الاجتماعي.

وتعتبر نظرية العلاج الميتا معرفي Metacognitive Therapy إحدى النظريات التي ركزت على العوامل الانتباهية من منظور ميتا معرفي ومن خلال النموذج الوظيفي التنفيذي المنظم ذاتياً (S- The Self-Regulatory Executive Function model (REF) والذي اقترحه كل من (1994) Wells and Matthews , (2000) Wells حيث اقترح أن هناك نمطاً معيناً من التفكير أطلق عليه " متلازمة الانتباه المعرفي Cognitive Attentional Syndrome (CAS) " يُحدث اضطراب القلق الاجتماعي أو يكون مسؤول عن تطور القلق الاجتماعي والاحتفاظ به (Wells, 2009).

ويعتبر المدخل الميتا معرفي من المداخل الحديثة في مجال البحث بصفة عامة وفي مجال اضطراب القلق الاجتماعي بصفة خاصة , سواء من حيث العوامل الميتا معرفية المرتبطة بالقلق الاجتماعي أو من حيث المداخل العلاجية القائم على الميتا معرفة في خفض القلق الاجتماعي.

وتعرف الميتا معرفة بأنها التفكير في التفكير , فهي تراقب ما ينتجه العقل وتراقب عملية تكوين الوعي وتحكم فيهما , وتقييمهما. وفي تفسيرها للاضطراب النفسي ترى النظريات الميتا معرفية أن المشكلة تكمن في أنماط التفكير غير المرنة والمتكررة التي تتكون لدى الفرد عند الاستجابة لأفكاره ومشاعره ومعتقداته السلبية. وبالتالي فالاضطراب الانفعالي يحدث نتيجة انحصار الفرد داخل حالة من الكرب , وهذا الكرب إما أن يكون مزمن أو

د. أحمد محمد جاد الرب

متكرر ، وهو يحدث نتيجة لعوامل ما وراء المعرفة التي تتسبب في وجود أنماط من التفكير تحبس الفرد داخل حالات مستمرة ومتكررة من المعالجات السلبية للذات (عبد الرحمن ، ٢٠١٤ ، ١٤٥ - ١٥١). والتي تؤدي إلى تفاقم الاضطراب واستمراره.

وتوالى البحوث والدراسات التي تبحث في مدى إسهام عوامل ما وراء المعرفة في الاضطراب النفسي ، وفي مجال اضطراب القلق الاجتماعي توصل (Connelly 2014) إلى أن عوامل ما وراء المعرفة منبئات باضطراب القلق الاجتماعي ، كما أنها مرتبطة إيجابياً بالقلق الاجتماعي.

وبناءً عليه أصبح من المهم الاعتماد على مدخل الميتمعرفة في علاج القلق الاجتماعي ، وهذا ما تبناه " ويليس Wells" في نظريته " العلاج الميتمعرفي " ، وأثبت أن العلاج الميتمعرفي فعال في خفض اضطرابات القلق الاجتماعي ، وهذا ما تحقق منه الكثير من الباحثين ، فتوصلت نتائج دراسة Lakshmi, Sudhir, Sharma and Math(2016) ، ودراسة Vogel, Hagen, Hjemdal, Solem, Smeby, Strand ، ودراسة Nordahl, Vogel, Morken, Fisherb, Nordahl and Wells (2016) ، ودراسة Stiles, Sandvik and Wells (2016) إلى فاعلية فنيات العلاج الميتمعرفي في خفض اضطرابات القلق الاجتماعي.

مشكلة البحث:

تشير البحوث والدراسات إلى أن اضطرابات القلق الاجتماعي تعتبر من أكثر اضطرابات القلق عمومية وانتشاراً ، حيث تنتشر بمعدلات عالية (Furmark, 2002) وتنتشر أكثر لدى طلاب الجامعة لما تفرضه الحياة الجامعية من تغيرات تجعل الفرد أكثر عرضة للإصابة باضطرابات القلق الاجتماعي (Bayram & Bilgel, Young, 2004) 2008;

وتشير التقارير الحديثة أنه بالرغم من التدخلات النفسية العديد التي قدمها التراث العلمي إلا أنه مازالت معدلات الشفاء لدى ذوي اضطراب القلق الاجتماعي منخفضة، ومن هذه الدراسات الدراسة التي أجراها (Acarturk, et al. 2009) والدراسة التي أجراها (Hudson, et al. 2015) والتي أوضحت نتائجها أن ذوي اضطراب القلق الاجتماعي

فاعلية العلاج الميتا معرفي في خفض اضطرابات القلق الاجتماعي

استجابتهم ضعيفة بعد التدخل بالعلاج السلوكي المعرفي مقارنة بذوي اضطراب القلق المعمم Generalized Anxiety Disorder , واضطراب ضغوط ما بعد الصدمة Posttraumatic Stress Disorder في الدراسة التي أجراها كل من Norton and Price (2007).

ويعد العلاج الميتا معرفي من المداخل الحديثة والمهمة في مجال الصحة النفسية والذي أكد الكثير من الباحثين فاعليته في علاج اضطرابات القلق الاجتماعي مقارنة بالمداخل العلاجية المعرفية السلوكية الأخرى , والمداخل العلاجية النفسية والطبية (Lakshmi, Sudhir, Sharma & Math, Donald, Abbott & Smith, 2013) وفي حدود علم الباحث ومن خلال البحث في الدوريات والمكتبات العربية لا توجد دراسة عربية تحققت من فاعلية العلاج الميتا معرفي في خفض اضطرابات القلق الاجتماعي لدى طلاب الجامعة. ومن هنا تبرز مشكلة البحث الحالي في التساؤل التالي:

- ما فاعلية العلاج الميتا معرفي في خفض حدة اضطرابات القلق الاجتماعي لدى طلاب الجامعة وتعديل المعتقدات الميتا معرفية وتحسين الانتباه الخارجي؟

أهداف البحث:

يهدف البحث الحالي إلى خفض حدة اضطرابات القلق الاجتماعي لدى طلاب الجامعة باستخدام العلاج الميتا معرفي. ويتم التحقق من هذا الهدف من خلال الأهداف الفرعية التالية:

- التعرف على فاعلية العلاج الميتا معرفي في خفض الانتباه المرتكز على الذات^٢ لدى طلاب الجامعة ذوي اضطراب القلق الاجتماعي.

^٢ - تم التحقق من تأثير البرنامج على الانتباه المرتكز على الذات والعوامل الميتا معرفية لأن الدراسات التي استخدمت العلاج الميتا معرفي مع القلق الاجتماعي تحققت من تلك المتغيرات للتأكد من سلامة إعداد وتنفيذ إجراءات العلاج الميتا معرفي حيث له تأثير مباشر على الانتباه المرتكز على الذات والعوامل الميتا معرفية , كما يتضح من الجزء الخاص بالإطار النظري والدراسات السابقة.

د. أحمد محمد جاد الرب

- التعرف على فاعلية العلاج الميتماعرفي في تعديل المعتقدات الميتماعرفية لدى طلاب الجامعة ذوي اضطراب القلق الاجتماعي.
- التعرف على فاعلية العلاج الميتماعرفي في خفض اضطرابات القلق الاجتماعي لدى طلاب الجامعة ذوي اضطراب القلق الاجتماعي.
- التعرف على فاعلية العلاج الميتماعرفي في خفض الانتباه المرتكز على الذات , وتعديل المعتقدات الميتماعرفية , وخفض اضطرابات القلق الاجتماعي لدى طلاب الجامعة ذوي اضطراب القلق الاجتماعي خلال فترة المتابعة " شهر من انتهاء تطبيق برنامج العلاج الميتماعرفي.

أهمية البحث:

- يهتم البحث الحالي بشريحة مهمة من شرائح المجتمع وهم طلاب الجامعة , حيث تشير نتائج البحوث والدراسات أن الطلاب في هذه المرحلة أكثر عرضة للإصابة بالاضطرابات النفسية وخاصة اضطراب القلق الاجتماعي لما تفرضه الحياة الجامعية من متطلبات أكاديمية واجتماعية تفرض على الطالب تغييرات متعددة في الجانب الاجتماعي والنفسي والذي يخفق فيه الكثير من الطلاب والذي يجعلهم أكثر عرضة للاضطرابات النفسية, ومن هذه الدراسات دراسة كل من Bayram and Bilgel (2008) , ودراسة (Young 2004).
- يهتم البحث الحالي باضطراب القلق الاجتماعي , والذي يعوق الأداء الاجتماعي مما يترتب عليه حرمان الشخص من الكثير من فرص الحياة مثل التوظيف وإبراز المواهب والطاقات والتي من الممكن أن تحقق المزيد من التقدم والتطور سواءً للشخص أو للمجتمع.
- يلقي البحث الحالي الضوء في البيئة العربية على مدخل علاجي جديد " العلاج الميتماعرفي" والذي تكاد تكون الدراسات العربية فيه نادرة , مما يزود المعالجين والباحثين بمدخل جديد في التعامل مع المشكلات التي يعاني منها أفراد المجتمع.
- يوفر البحث الحالي برنامجاً مستنداً على مبادئ وأسس العلاج الميتماعرفي تضمن التدريب على فنية تدريب الانتباه وفنية إعادة التركيز على الانتباه الموقفي والتي

فأعلفة العلاء المفا معرفف فف ءفء اضءراباء القلق الاءءماى

فمكن الاسءفااء منه مباءرة من ءلال الءطففق على عفناء من ذوى اضءراب القلق الاءءماى , كما فمكن الءءقق منه مباءرة بالءءرفب على اضءراباء أءرى فمءل ففها ءوف عنصر مركزى.

- فوفر البءء عاء أءاوء ءم اقءناؤها من الءراء الأءببى والءى ءم اسءءءامها مع العلاء المفا معرفف (مقفااس الاءءباء المرفكز على الءاء , ومقفااس المفا معرفف , ومقفااس قلق الءفاعل الاءءماى, ومقفااس الفوبفا الاءءماى) , وءم الءءقق من صءقها وءباءها فف الببئة العربفة , والءى فمكن الاسءفااء منها فف مءال الءءءفص والعلاء.

مصءلءاء البءء:

ءم الاعءماء على المصءلءاء الءالفة فف البءء الءالى:

اضءراب القلق الاءءماى **Social Anxiety Disorder**:

فعرف بأنه ءوف ءفر مبرر منءقفاً من ءقفم الآءرفن السلبى للشءص فف المواقف الاءءماىة . , فعرف فف البءء الءالى بالءرءة الءى فءصل علفها المفءوص على الأءواء المسءءءمة فف البءء الءالى. فعرف إءرففاً فف البءء الءالى من ءلال الءرءة الءى فءصل المءارك على مقفااس قلق الءفاعل الاءءماى ومقفااس الفوبفا الاءءماىة المسءءءمان فف البءء الءالى.

الاءءباء المرفكز على الءاء **Self-Focused Attention**: فعرف بأنه الاءءمام المعزز للمعلوماء ذاء المرفءبفة الءاءفة والذى فمكن أن فقلل أو فبعء الاءءباء عن الببئة الءارءبفة (Donald, Abbott & Smith, 2013). فعرف إءرففاً فف البءء الءالى بالءرءة الءى فءصل علفها المفءوص على مقفااس الاءءباء المرفكز على الءاء المسءءءم فف البءء الءالى.

المفا معرفف **Metacognition**: فبفر مصءلء المفا معرفف إلى الأبنفة النفسفة والمرففة والأءءاء الءى ءءارك فف ءعءفل وءفسفر السلوك والسفررة علفه (Wells & Cartwright, 2004). وءرف إءرففاً فف البءء الءالى بالءرءة الءى فءصل علفها المفءوص على اسءءفاء المفا معرفف المسءءءم فف البءء الءالى.

العلاج الميتامعرفي **Metacognitive Therapy**: يعرف العلاج الميتامعرفي بأنه مدخل علاجي تم بناؤه بناءً على النموذج الوظيفي التنفيذي المنظم ذاتياً (S-REF) ، والذي قدمه كل من Wells & Matthews (1994) ، وطوره Wells, 2000 والذي يقترح أن هناك عوامل ميتامعرفية تسبب الاضطراب وبناءً عليه يعتمد هذا المدخل على استخدام فنيات ميتامعرفية لمعالجة اضطرابات القلق الاجتماعي. ويقصر البحث الحالي على فنية تدريب الانتباه وفنية إعادة التركيز على الانتباه الموقفي.

فنية تدريب الانتباه (ATT) Attention Training Technique : تعرف فنية تدريب الانتباه في العلاج الميتامعرفي بأنها: فنية تتضمن تدريب المريض على الانتباه السمعي من خلال ثلاثة إجراءات هي الانتباه الانتقائي ، والتحول الانتباهي السريع ، والانتباه الموزع ، من خلال مجموعة من الأصوات المتناسقة والمتباينة والتي تعمل معاً في وقت واحد ، ويتراوح مجموع الأصوات التي تستخدم في التدريب من 6- 9 أصوات على الأقل ، ويتم التنويع في الأصوات من الأصوات المفردة (صوت قطار - دقائق الساعة) والأصوات التي يمكن أن تكون موجودة في جهة معين مثل الأصوات التي تصدر عن يمين المريض أو يساره أو الأصوات التي تصدر في المطار أو محطة القطار أو الطبيعة ، وتهدف هذه الفنية إلى تدريب المريض على التركيز الخارجي ، مع ملاحظة أنها في نفس الوقت لا تعطل أو تكبت أو تمنع الخبرات أو الأحداث الداخلية التي قد تمر بالمريض أثناء التدريب ، وهي ليست فنية مواجهة أو تشتت.

فنية إعادة التركيز على الانتباه الموقفي Situational Attentional Refocusing (SAR) : تعرف فنية إعادة التركيز على الانتباه الموقفي في العلاج الميتامعرفي بأنه فنية تتضمن إعادة التركيز على الموقف بهدف المعالجة الجديدة للموقف لتعطيل استراتيجيات الانتباه اللاكيفية التي تجعل المريض مدركاً لخطر أو تهديد أو وجهة نظر غير واقعية ، كما أنها تمكنه من جمع معلومات جديدة لتعديل المعتقدات الميتامعرفية المختلفة وظيفياً ، وهي ليست فنية مواجهة أو تشتت. ويتم تدريب المريض في هذه الفنية عن طريق توجيهه للتركيز على جوانب وموضوعات أخرى في الموقف على سبيل المثال الشخص الذي يخاف

فاعلية العلاج الميتا معرفي في خفض اضطرابات القلق الاجتماعي

من التحدث أمام الآخرين يتم توجيهه عند التعرض لهذا الموقف للتركيز على أشياء خارجية مثل: عدد الحاضرين , لون ملابسهم , وهكذا.

حدود البحث: تم الإلتزام بالحدود التالية : **الحد الموضوعي :** تم الإلتزام بكل من فنية تدريب الانتباه وفنية إعادة التركيز على الانتباه الموقفي كفنيات علاجية ميتا معرفية (متغير مستقل) والانتباه المرتكز على الذات , والميتا معرفة , واضطرابات القلق الاجتماعي (متغير تابع)؛ كحدود موضوعية للبحث. **الحد الزمني:** تم التطبيق في الفصل الدراسي الأول للعام الدراسي ٢٠١٧/٢٠١٨ (١٤٣٨ / ١٤٣٩ هـ) , ثم أعيد تطبيق أدوات البحث بعد شهر من توقف تطبيق البرنامج. **الحد المكاني:** تم التطبيق بمدينة الرياض.

الإطار النظري والدراسات السابقة:

اضطراب القلق الاجتماعي:

يعد اضطراب القلق الاجتماعي أحد الاضطرابات الانفعالية بصفة عامة , وأشهر اضطرابات القلق بصفة خاصة , ويسبب اضطراب القلق الاجتماعي الكثير من المشكلات النفسية والسلوكية والصحية لدى الفرد , فيترتب عليه قصور في أداء مهام الحياة , وخاصة التي تتطلب مواجهة اجتماعية أو التي تتطلب موقف معين مع أو أمام الآخرين. ويعرف القلق الاجتماعي بأنه الخوف من التقييم السلبي , والتدقيق في المواقف الاجتماعية ومواقف الأداء , والتجنب الواضح لتلك المواقف (APA,2000). ويعرف بأنه الخوف الملاحظ والمستمر من التقييم السلبي في المواقف الاجتماعية والأداء الاجتماعي , فالشخص يخشى أن يتصرف بطريقة أو يظهر أعراض قلق سوف تكون محرجة أو مهينة له (APA,2013).

وتعتبر اضطرابات القلق الاجتماعي والفوبيا الاجتماعية من أكثر اضطرابات القلق انتشاراً , وتتراوح نسبة الانتشار في الولايات المتحدة الأمريكية بين ١٠,٧ - ١٥,٦ % , وغالباً ما يظهر القلق الاجتماعي في مرحلة المراهقة , أو مرحلة البلوغ المبكر , وتظهر الفوبيا الاجتماعية في مرحلة الطفولة (Rudaz, et al.,2017). وينتشر بين الذكور والإناث , وقد يكون أكثر لدى الإناث (Jacobi, et al.,2014).

وتصاحب اضطرابات القلق والفوبيا الاجتماعية - غالباً - اضطرابات أخرى مثل: اضطرابات المزاج , واضطرابات القلق الأخرى (Ollendick, et al.,2010). وتم تفسير اضطراب القلق الاجتماعي في العديد من النظريات , فيفترض أصحاب النموذج المعرفي الذي قدمه (Beck, et al. (1985) أن المعتقدات السلبية الذاتية والافتراضات تؤدي إلى تفسيرات سلبية للخبرة , ومشاعر سلبية , وسلوكيات أمان عكسية تهدف إلى منع الفشل , وهما يلعبان دوراً رئيساً في تطوير اضطراب القلق الاجتماعي والاحتفاظ به.

ويتفق المختصون في المدخل المعرفي السلوكي مع نظرية العلاج الميتامعرفي عند تفسيرهم للقلق , حيث يرون أن الاحتفاظ بالقلق الاجتماعي قد يرجع إلى أربعة عوامل , هي: الانتباه المرتكز على الذات , سلوكيات الأمان , المبالغة في تقدير الآخرين لأدائهم , والتوقع anticipatory , والمعالجة بعد الحدث (Hirsch & Clark,2004).
نظرية العلاج الميتامعرفي:

يعد النموذج الميتامعرفي Metacognitive Model لعلاج الاضطرابات الانفعالية والذي قدمه كل من Wells and Matthews(1994) المحاولة العلمية الأولى التي ركزت على عوامل الميتامعرفة في تفسير الاضطراب النفسي أو علاجه. ويشير مصطلح الميتامعرفة Metacognition إلى أي نوع من العمليات المعرفية التي تقدم التقييم المعرفي أو التحكم المعرفي (Sadeghi, et al., 2015)

وتطور المدخل الميتامعرفي بفضل الإسهامات البحثية والنظرية التي قدمها Wells, A. والتي بدأت بالبحث في التفسير الميتامعرفي لاضطرابات القلق , والاضرابات الانفعالية وعلاقتها بالميتامعرفة , ثم ركز جهوده على فهم الآليات الميتامعرفية في بقاء الاضطرابات الانفعالية وكيفية تغييرها , والذي أدى إلى شكل جديد من العلاج يعتمد على مبادي ما وراء المعرفة في علاج الاضطرابات الانفعالية أطلق عليه " العلاج الميتامعرفي (عبد الرحمن, ٢٠١٤, ١٤٥ - ١٤٧).

ويعتبر النموذج الوظيفي التنفيذي المنظم ذاتياً (S-REF) والذي قدمه كل من Wells and Matthews (1994) , وطوره (Wells (2000) الأساس الذي بُنيت عليه

فاعلية العلاج الميتا معرفي في خفض اضطرابات القلق الاجتماعي

النظرية الميتامعرفية سواءً من حيث تفسيرها للاضطرابات الانفعالية أو علاجها , حيث اقترح النموذج الوظيفي التنفيذي المنظم ذاتياً أن السبب في اضطرابات القلق هو تفعيل نمط معين من التفكير يسمى "متلازمة الانتباه المعرفي Cognitive Attentional Syndrome (CAS) والتي تتكون من التفكير المتكرر في شكل قلق واجترار , والتركيز الانتباهي المفرط Excessive Attentional Focus على الأفكار والمشاعر وتتضمن مراقبة التهديدات , وسلوكيات المواجهة غير المفيدة Counterproductive Coping Behaviors مثل التجنب وقمع الأفكار , ويعتقد أن متلازمة الانتباه المعرفي تسبب مشكلة لأنها توسع التفكير السلبي والذي يؤدي إلى انخفاض المرونة الانتباهية , والفشل في ممارسة السيطرة المناسبة على الخبرات السلبية (Wells, 2009).

وطبقاً لذلك النموذج يحدث القلق نتيجة نوعان من المعتقدات الميتامعرفية هما: المعتقدات الميتامعرفية الإيجابية Positive Beliefs : وتتعلق بفوائد القلق Worrying , والاجترار Ruminating , ومراقبة التهديد Threat Monitoring , واستراتيجيات المواجهة غير التكيفية Maladaptive Coping Strategies. والمعتقدات الميتامعرفية السلبية Negative Beliefs: وتتعلق بعدم السيطرة على القلق والاجترار , والنتائج الخطرة والمهمة لخبرات القلق. وقد تدعم المعتقدات الإيجابية استخدام متلازمة الانتباه المعرفي كاستراتيجية مواجهة في الاستجابة للقلق والتوتر؛ والذي بدوره , وتبعاً لطبيعة متلازمة الانتباه المعرفي يسبب المزيد من الاضطراب الانفعالي. ومن ناحية أخرى تسهم المعتقدات السلبية في استمرار القلق والاجترار لأن الفرد يفتقر إلى الوعي الميتامعرفي بأن هذه العمليات تخضع لرقابة طوعية Voluntary Control. وبناء على ذلك ينغمس الفرد في القلق وفي دوائر اجتراريه , والتي لا يستطيع التوقف عنها , ويفشل في إدراك أن متلازمة الانتباه المعرفي هي المشكلة وليس الحل في الموقف (Ruiz, & Odriozola-González, 2017).

وبناءً على ذلك تلعب الميتامعرفة دوراً رئيساً في تشكيل وتطوير اضطرابات القلق والاحتفاظ بها , وأن النموذج الوظيفي التنفيذي المنظم ذاتياً يعتبر طريقة لفهم كيف أن التفاعلات السلوكية والمعرفية تعملان على الاحتفاظ باضطرابات القلق , وبناء على ذلك المنظور تعتبر العلاقة بين المعتقدات الميتامعرفية والاضطرابات الانفعالية موجبة (Sadeghi, et al., 2015). وتم التحقق من ذلك في العيد من البحوث والدراسات, ومنها

دراسة (2014) Connelly التي توصلت إلى وجود علاقة موجبة بين القلق الاجتماعي والمعرفة الاجتماعية وما وراء المعرفة.

ويتضح من ذلك أن النموذج الوظيفي التنفيذي المنظم ذاتياً يقترح أن كل من المعتقدات الميتمعرفية الايجابية والسلبية تؤدي إلى استخدام متلازمة الانتباه المعرفي ، والتي تكون المسبب الأكثر لتطویر اضطرابات القلق والاحتفاظ بها. وهذا يعني أن متلازمة الانتباه المعرفي تتوسط العلاقة بين المعتقدات الميتمعرفية المختلة وظيفيا واضطرابات القلق.

ويختلف النموذج الميتمعرفي في تفسير اضطرابات القلق ، حيث أنه ركز على مجموعة مختلفة من المعتقدات وذات أهمية ، في حين أن المدخل السلوكي المعرفي قد تجاهلها ، وهذه المعتقدات هي المعتقدات الميتمعرفية أي معتقدات حول التفكير على سبيل المثال : " أنا لا اثق في ذاكرتي I do not trust my memory " (Wells & Matthews, 1996).

ويتضح أيضاً هنا الفرق بين العلاج الميتمعرفي والعلاج المعرفي السلوكي التقليدي والذي يركز على الأعراض الرئيسة لاضطراب القلق الاجتماعي ولكن لا يركز على الانتباه الذاتي أو المعالجة الاستباقية للحدث أو المعالجة بعد الحدث أو متلازمة الانتباه المعرفي مثل ما يحدث في العلاج الميتمعرفي ، وهذا ما تؤكدده الكثير من الباحثين والمنظرين (Hirsch & Clark,2004; Heimberg, 2002; Clark & Wells,1995) ؛ عبد الرحمن ، ٢٠١٤).

العلاج الميتمعرفي للقلق الاجتماعي:

يرتكز العلاج الميتمعرفي على النموذج الوظيفي التنفيذي المنظم ذاتياً (S-REF) ، وطبقاً له الناس محاصرين في مشاعر سلبية بسبب تنشيط نمط من التفكير المستمر ، وقمع الأفكار ، والتجنب. وبالتالي العلاج الميتمعرفي يركز على معالجة الانتباه المرتكز على الذات ومراقبة التهديدات والمعالجة بعد الحدث. فهو مدخل يعتمد على معالجة العوامل الميتمعرفية المسببة للقلق الاجتماعي بالإضافة إلى الأعراض الرئيسة لاضطراب القلق الاجتماعي (Lakshmi, Sudhir, Sharma & Math,2016)

فاعلية العلاج الميتا معرفي في خفض اضطرابات القلق الاجتماعي

ويحاول النموذج الميتا معرفي لاضطرابات القلق ضبط المعتقدات الميتا معرفية السلبية والايجابية واستراتيجيات التحكم في التفكير غير المفيدة , ويتعلم العميل طرق جديدة تتعلق بالأفكار الداخلية التي تعمل كمحفز للقلق , كما يعدل النتائج والمعاني المترتبة على الأفكار والمشاعر المتطفلة , والمعتقدات المرتبطة بضرورة القيام بهذه الطقوس (Sadeghi, et al., 2015).

فنيات العلاج الميتا معرفي

يستخدم العلاج الميتا معرفي فنيات ميتا معرفية لمراقبة الانتباه الداخلي , ومنع الاجترار , وتصحيح الصورة الذاتية المشوهة , وتطوير استراتيجيات جديدة لمعالجة البيئة الاجتماعية الخارجية (Wells,2009).

وبناء عليه تعددت الفنيات والاستراتيجيات التي تم استخدامها في العلاج الميتا معرفي , وتتصف طبيعياً هذه الفنيات بأنها تركز على عوامل الميتا معرفية , وتعد فنيات التدريب على الانتباه وفنيات اليقظة العقلية المنفصلة من أكثر الفنيات استخداماً في البحوث والدراسات ويتم التركيز في هذا البحث على الفنيات المستخدمة في البحث الحالي وهي فنيات التدريب على الانتباه.

فنية تدريب الانتباه (ATT) Attention Training Technique

تعتبر فنية تدريب الانتباه أحد فنيات العلاج الميتا معرفي , والذي يعتبر مدخل فعال في خفض الاضطرابات الانفعالية , وتشير الدراسات المبكرة إلى امكانية استخدام فنية تدريب الانتباه كمدخل قائم بذاته. ويعتبر الهدف الرئيس للعلاج الميتا معرفي هو خفض العميات المترکز على الذات وتعزيز السيطرة الميتا معرفية , ويتم هذه من خلال فنية تدريب الانتباه.

وتعتبر فنية تدريب الانتباه فنية جديدة في العلاج الميتا معرفي من حيث طريقة الاستخدام , ولا يجب الخلط بينها وبين فنيات الانتباه في المداخل الأخرى ؛ فعلى سبيل المثال العلاج بالقبول والالتزام Acceptance and Commitment Therapy - الذي قدمه Hayes et al. (1999) - يتضمن التدريب على الانتباه الموجه ذاتياً Self-Directed Attention بهدف التعرض المستمر للانفعالات والذي يؤدي إلى خفض الحساسية المنظم للاستجابة المشروطة , فليس الهدف من تدريب الانتباه في العلاج

الميتامعرفي الحفاظ على التعرض للانفعالات غير المرغوبة ولكن تطوير سيطرة إجرائية أكبر. وهناك اليقظة العقلية المرتكزة على العلاج المعرفي Mindfulness Based Cognitive Therapy - التي قدمها (Segal et al., 2002) - والتي تشير أيضاً إلى تدريب الانتباه Attention Training لكن في هذه الحالة تشير إلى إعادة الانتباه كعنصر من التأمل وعلى وجه التحديد يطلب فيها من المريض إذا لاحظ فكرة غير مرغوب فيها أثناء ممارسة التأمل يركز على تنفسه , وبهذه الطريقة يستمر المريض في تركيزه على ذاته. في حين أن تدريب الانتباه في المدخل الميتامعرفي مصمم فقط لمواجهة الإفراط في التركيز الذاتي , واستخدام التركيز الخارجي فقط , فلا يتم تطبيقها كاستجابة للأفكار والانفعالات. وأيضاً فنية تدريب الانتباه ليست فنية مواجهة ولكن تمرين تدريبي يهدف إلى بناء الأطر والإجراءات اللازمة لتحسين السيطرة الميتامعرفية على المعالجة (Fisher & Wells, 2009,97-98).

وتم التحقق من فاعلية تدريب الانتباه كمدخل ميتامعرفي في خفض القلق وتغيير المعتقدات لمدى كبير من الاضطرابات الانفعالية مثل : اضطراب الهلع Panic Disorder , واضطراب الاكتئاب الأساسي Major Depressive Disorder , والقلق الصحي Health Anxiety , والقلق الاجتماعي , والهلاوس السمعية Auditory Hallucinations , والأوهام والهلاوس Hallucinations And Delusions , واضطراب الحزن لفترة طويلة Prolonged Grief Disorder , وفي العديد من البحوث والدراسات (Andouz, et al., 2012; Hutton, et al., 2014; Wenn, O'Connor, Breen, Kane & Rees, 2015).

وتتكون فنية تدريب الانتباه من ثلاث مهام انتباهيه سمعية يكون التركيز فيها خارجي , ويتم التدريب على المهام السمعية بالتتابع في جلسة تدريب الانتباه في مدة زمنية تتراوح من ١٠ - ١٥ دقيقة , وهذه المهام هي : الانتباه الانتقائي Selective Attention : ويتم فيها التدريب لمدة ٥ دقائق. والتحول الانتباهي السريع Rapid Attention : ويتم فيها التدريب لمدة ٥ دقائق. والانتباه الموزع Divided Attention : ويتم فيها التدريب لمدة دقيقتين.

فاعلية العلاج الميتا معرفي في خفض اضطرابات القلق الاجتماعي

ويتم تنفيذ فنية تدريب الانتباه كما وصفها ووليز (2009) Wells نفسه في برنامجه في أربعة خطوات هي:

- مقدمة **Introducing** : ويتم فيها تزويد المريض بمبرر معقول وموثوق عن فنية تدريب الانتباه كفنية علاجية , كما أن الموضوع الأساسي في الاضطراب أن الإفراط في التركيز الذاتي يؤدي إلى زيادة في كثافة وشدة الأعراض , لذلك هذه الفنية مصممة خصيصاً لهذا الغرض , وأن التركيز الذاتي هنا مستخدم كعلامة قصيرة لمتلازمة الانتباه المعرفي ؛ ففي حالة الهلع **Panic Disorder** والقلق الصحي يؤكد المعالج على أن التركيز على الأعراض يعمل كعامل حاسم في الاحتفاظ بالاضطراب , بينما في الاكتئاب يُساعد المريض ليرى أن الميل إلى الانتباه إلى الأفكار والمشاعر مرتبط بالاجترار **Rumination** , وبالتالي تتفاقم الأعراض ويظل المزاج منخفض , ويتم الاعتماد على الخبرات الاجتماعية هنا لتوضيح عملية الإفراط في التركيز الذاتي , والاحتفاظ بالاجترار وتفاقم أعراض المريض. ويتم هنا أيضاً تحديد مشكلة العميل لتوضيح الترابط بين الإفراط في التركيز على الانتباه ومشكلة العميل. وينبغي تقييم مصداقية هذه الفنية , وإذا كان هناك مصداقية منخفضة يتم الاطلاع على المزيد من الأسس المنطقية لهذه الفنية لإضفاء طابع اجتماعي عن العلاقة بين استراتيجيات الانتباه اللاتكيفية والاحتفاظ بالمشكلة.
- **تقييم التركيز الذاتي Self-Focus Ratings**: قبل تنفيذ فنية تدريب الانتباه يتم تقييم مستوى التركيز الداخلي مقابل التركيز الخارجي للمريض من خلال مقياس ليكرت البسيط, ويتم تكرار هذا التقييم بعد التنفيذ , فقد يوفر هذه المقياس قائمة بالتغيرات التي حدثت بعد التنفيذ , وإذا كان التغير بمقدار نقطتين في مستوى التركيز الداخلي مقبول , أما إذا كان أقل من ذلك يلزم البحث عن الأسباب , ويحتمل إعادة إجراء تدريب الانتباه.
- التنفيذ **Implementation**: يؤكد المعالج على أن ممارسة فنية تدريب الانتباه تتم بناءً على تعليمات المعالج , وفي حالة وجود أفكار أو مشاعر أثناء الممارسة , فإن ممارسة هذه الفنية تعالج هذه الأفكار والمشاعر على أنها ضوضاء خلفية ,

د. أحمد محمد جاد الرب

فلا تحاول كبتها أو إزالتها. ويبدأ التدريب بالتدريب على الانتباه الانتقائي ، ويرشد المعالج المريض ويوجه طوال عملية العلاج إلى الانتباه إلى ثلاثة أصوات على الأقل ، مثل : صوت المعالج ، دقات الساعة ، مهمة الحاسوب ، ثم بعد ذلك يتم توجيه المريض للانتباه إلى ثلاثة أصوات أخرى تتابعية أو مكانية خارج حجرة الاستشارة ، ويتم تدريب العميل على انتقاء مجموعة من الأصوات قد تتراوح بين ٦ - ٨ أصوات في التدريب الانتقائي لمدة من ٥ - ٦ دقائق ، ثم يطلب المعالج من المريض الانتقال إلى المرحلة الثانية وهي التحويل الانتباهي السريع بين هذه الأصوات لمدة من ٥ - ٦ دقائق، وفي المرحلة الأخيرة يتم توجيه المريض إلى الانتباه الموزع ، والتي تتطلب منه الاستماع إلى جميع الأصوات في وقت واحد ، وهذا التدريب قد يأخذ من ٢ - ٣ دقائق، وطوال هذه التدريب يؤكد المعالج للمريض أن هذه المهمة صعبة نسبياً ، وتحتاج إلى انتباه عالي.

- مراجعة الفنية وتحديد الواجب المنزلي *Review ATT and set homework*:
يراجع المعالج مع المريض هذه الفينة ويخطط له كيفية تنفيذ ذلك التدريب في المنزل ، فالمريض مطلوب منه تنفيذ هذا التدريب في المنزل مرة على الأقل في اليوم لمدة ١٥ دقيقة ، ويتم تذكير المريض بأنه لا ينبغي أن يستخدم هذا الإجراء كاستراتيجية مواجهة ؛ على سبيل المثال تشتيت نفسه من المشاعر أو الأفكار غير المرغوبة (Fisher & Wells, Wells, 2007; Wells, 1997) 97-98; 2009.

فنية إعادة التركيز على الانتباه الموقفي *situational attentional refocusing*

تعد " فنية إعادة التركيز على الانتباه الموقفي " استراتيجية علاجية ميتا معرفية مصممة لعكس الاستراتيجيات الانتباهية غير الملائمة الحالية والتي يستخدمها الشخص في الموقف الضاغط ، وبصفة عامة قد تختلف الاستراتيجيات الانتباهية من مريض لآخر ومن اضطراب لآخر ، والاستراتيجيات الانتباهية اللاتكيفية قد تمنع الشخص من تعديل المعرفة. واستراتيجيات الانتباه اللاتكيفية تشمل كل من الإفراط في التركيز الذاتي في الفوبيا الاجتماعية ، ومراقبة التهديد غير الملائم والذي يتميز به ذوي اضطراب ضغوط ما بعد

فاعلية العلاج الميتا معرفي في خفض اضطرابات القلق الاجتماعي

الصدمة أو اضطراب الوسواس القهري (Obsessive-Compulsive Disorder (OCD) (Fisher & Wells,2009,107).

وتعرف بأنها فنية علاجية , وهي واحدة من فنيات تعديل الانتباه المباشرة , على سبيل المثال قد يُطلب من المريض إلقاء خطاب مرتجل قصير أمام عدد قليل من الأشخاص , وبعد ذلك يطلب منه جمع معلومات ملموسة عن الناس الحاضرين لمساعدتهم على الحفاظ على التركيز الخارجي , وعادة يتم هذه التعرض لمدة خمسة دقائق , ثم يتم تقييم درجة التركيز الخارجي عن طريق سؤال المريض عن الخصائص الخارجية للأشخاص الحاضرين , ويمكن تكرار هذا الدور القصير عدة مرات في الجلسة الواحدة لتحقيق أقصى قدر من فرص التدريب على التركيز الخارجي (Vogel, et al., 2016).

فقد ينغمس مريض الفوبيا الاجتماعية في عملية التركيز الذاتي عند التعرض لموقف اجتماعي مخيف , مسترشدا بالمعتقدات الميتا معرفية الإيجابية بشأن فائدة التركيز , بالإضافة إلى التركيز على علامات وأعراض القلق , فالشخص يخصص انتباهه على الصورة الذاتية العامة وهي كيف يراهم الآخرون أو كيف يظهرون عند الآخرون , في هذه الصورة التي تم بناؤها يُنظر إلى إشارات القلق بطريقة واضحة للغاية ومبالغ فيها. وعلى سبيل المثال الشخص مريض الفوبيا الاجتماعية ربما يكون " مستحي " , وهو هكذا في الحقيقة , ويرى نفسه يحترق , ولون شعره مثل بذور الشمندر beetroot, فالتركيز الذاتي يتدخل مع معالجة الملامح الخارجية للبيئة الاجتماعية , ويفشل في أن يتعلم معرفة أن هذا ليس حقيقي دائما , وأنه ليس مركز اهتمام كل شخص , فالتركيز الذاتي يزيد من الإدراك ويقلل من الأداء في المواقف الاجتماعية (Fisher & Wells,2009,107-108).

فتعمل هنا " فنية إعادة التركيز على الانتباه الموقفي " كوسيلة لتعطيل أنماط الانتباه غير المفيدة التي تُبقي على الإحساس غير الحقيقي بالتعرض للتهديد , وكوسيلة لزيادة تدفق المعلومات الجديدة للوعي من أجل تعديل المعتقدات (عبد الرحمن , ٢٠١٤ , ٢٥٤).

تطبيقات فنيات تدريب الانتباه على القلق الاجتماعي

تم الاعتماد على فنيات تدريب الانتباه في خفض القلق الاجتماعي والفوبيا الاجتماعية في العديد من البحوث والدراسات , فقد أعد (Lakshmi, et al. (2016

برنامجاً ميتامعرفياً لعلاج القلق الاجتماعي اعتمد فيه على البرنامج الذي أعده Wells للاضطرابات الانفعالية , وقد تضمن عدة فنيات هي : خفض الانتباه الذاتي , تعديل المعتقدات الميتامعرفية الإيجابية والسلبية عن الانتباه الذاتي , إعادة التركيز على الانتباه الموقفي, التجارب السلوكية behavioral experiments, خفض المعالجة الاستباقية anticipatory processing , منع المعالجة بعد الحدث postevent processing ومراقبة التهديد , وتحديد الأخطاء المعرفية , واستراتيجية اليقظة العقلية المنفصلة Detached Mindfulness.

وأعد Vogel, et al. (2016) برنامجاً ميتامعرفياً لعلاج القلق الاجتماعي اعتمد فيه على فنيات : فنية تدريب الانتباه وإعادة التركيز على الانتباه الموقفي. وأعد Nordahl, et al. (2016) برنامجاً ميتامعرفياً لعلاج القلق الاجتماعي اعتمد فيه على فنيات : تغيير الانتباه في المواقف الاجتماعية , واختبار الأداء الاجتماعي مع تغيير الانتباه , والتدريب على الانتباه.

ويتضح من تلك البرامج المصممة لخفض اضطراب القلق الاجتماعي أنها ركزت على متلازمة الانتباه المعرفي لخفض التركيز الذاتي ومنع المعالجة الذاتية قبل وبعد الحدث , وتدريب الانتباه على التركيز الخارجي. وهذا يشير إلى أن العلاج الميتامعرفي استهدف التركيز الداخلي والعوامل الميتامعرفية المرتبطة باضطراب القلق الاجتماعي والأعراض الرئيسية لاضطراب القلق الاجتماعي (Heimberg, 2002; Clark & Wells,1995; Hirsch & Clark,2004; عبد الرحمن , ٢٠١٤).

دراسات سابقة:

تم الرجوع إلى البحوث والدراسات السابقة المرتبطة بمتغيرات البحث الحالي , وتم الحصول على كبير من البحوث والدراسات على محركات البحث العالمية , سواء التي تناولت العلاقة بين الميتامعرفة واضطرابات القلق أو التي تناولت خفض أو علاج اضطرابات القلق , وتم الاقتصار في البحث الحالي على البحوث والدراسات ذات الصلة المباشرة , والتي تم عرضها في محورين , المحور الأول تضمن البحوث والدراسات التي

فاعلية العلاج الميتا معرفي في خفض اضطرابات القلق الاجتماعي

تناولت العلاقة بين الميتا معرفة والقلق الاجتماعي , والمحور الثاني : تضمنت البحوث والدراسات التي تناولت العلاج الميتا معرفي في خفض اضطراب القلق الاجتماعي .

البحوث والدراسات التي تناولت العلاقة بين الميتا معرفة واضطرابات القلق الاجتماعي

هدفت دراسة (Dubravka, David, Karen and Randi, 2017) إلى معرفة

الدور الوسيط لكل من المعتقدات الإيجابية الميتا معرفية وتصورات الأداء لاضطراب القلق الاجتماعي , وتكونت العينة من ٢٤ مشاركاً من ذوي اضطراب القلق الاجتماعي (مشخصة إكلينيكيًا) , ٢٥ مشاركاً من الأصحاء , وأكمل الجميع مهام الأداء الاجتماعية القياسية في المعمل , وتم استخدام مقياس الميتا معرفة , ومقياس تصورات الأداء , وتم التوصل إلى أن ذوي اضطراب القلق الاجتماعي كان أداءهم سلبي , وأبدو مجموعة كبيرة من المعتقدات الإيجابية الميتا معرفية أكثر من العاديين , وتم التوصل أن كل من التصورات السلبية والمعتقدات الميتا معرفية الإيجابية تعزز العمليات المعرفية التي تعمل على بدء أنماط التفكير السلبي لدى ذوي اضطراب القلق الاجتماعي .

وهدف دراسة كل من (Nordahl and Wells 2017) إلى اختبار النموذج

الميتا معرفي مقابل النموذج المعرفي السلوكي لاضطرابات القلق الاجتماعي , وتكونت العينة من ٧١٢ مشاركاً من الذكور والإناث , وتم إجراء الدراسة في النرويج , وتم استخدام مقياس قلق التفاعل الاجتماعي (Social Interaction Anxiety Scale (SIAS), ومقياس تقدير الفوبيا الاجتماعية (Social Phobia Scale (SP-S), ومقياس إدراك الصورة الاجتماعية , واستفتاء الميتا معرفة (Metacognitions Questionnaire (MCQ) , وتم التوصل إلى وجود علاقة موجبة بين درجات المشاركين على مقياس الميتا معرفة وكل من مقياس قلق التفاعل الاجتماعي , ومقياس تقدير الفوبيا الاجتماعية , ومقياس إدراك الصورة الاجتماعية .

وقارن كل من (Ruiz, and Odriozola-González 2017) بين نموذج

العلاج الميتا معرفي والعلاج بالقبول والالتزام بالنسبة لاضطرابات القلق , وتكونت العينة من ٢٨٩ مشاركاً في المدي العمري من ٢٢ - ٨٢ سنة من الذكور والإناث , ومن مستويات تعليمية متعددة , وتم استخدام استفتاء التصرف والقبول (Acceptance and Action Questionnaire , واستفتاء مشاعر وأفكار القلق (Anxious Feelings and Thoughts Questionnaire , واستفتاء الميتا معرفة, وتم التوصل إلى وجود علاقة موجبة

د. أحمد محمد جاد الرب

بين الميتمعرفة واضطرابات القلق , وأن متلازمة الانتباه المعرفي تتوسط تأثير المعتقدات الميتمعرفية الايجابية والسلبية على اضطرابات القلق.

وفحص (2014) Connelly دور الميتمعرفة في اضطرابات القلق الاجتماعي, وتكونت العينة من ١٦٩ طالباً من الذكور والإناث , في المدى العمري من ١٨ - ٢٤ سنة , وتم استخدام قائمة الفوبيا الاجتماعية [SPIN] Social Phobia Inventory , واستفتاء المعرفة الاجتماعية Social Cognitions Questionnaire , واستفتاء الميتمعرفة , وتم التوصل إلى وجود علاقة موجبة بين القلق الاجتماعي والمعرفة الاجتماعية والميتمعرفة.

البحوث والدراسات التي تناولت العلاج الميتمعرفي في خفض اضطراب القلق الاجتماعي هدفت دراسة (2016) Lakshmi, Sudhir, Sharma and Math إلى التعرف على فاعلية العلاج الميتمعرفي في خفض اضطراب القلق الاجتماعي , وتكونت العينة من ٤٠ من ذوي اضطراب القلق الاجتماعي في المدى العمري من ١٨ - ٤٥ سنة , ممن كانوا يترددون على العيادات الخارجية في المعهد الوطني للصحة النفسية والأعصاب في مدينة " بنغالورو " بالهند , وتم تقسيم العينة إلى مجموعة تجريبية وتم معها تطبيق برنامج العلاج الميتمعرفي , ومجموعة ضابطة وتم معها تطبيق الاسترخاء التطبيقي applied relaxation , بكل مجموعة اثنين من المشاركين , وتم استخدام مقياس القلق الاجتماعي Liebowitz Social Anxiety Scale , وبرنامج العلاج الميتمعرفي الذي وصفه Wells للاضطرابات الانفعالية , وتم الاعتماد في البرنامج على فنيات خفض الانتباه المركز الذاتي , تعديل المعتقدات الميتمعرفية الايجابية والسلبية عن الانتباه المرتكز على الذات , وفنية إعادة التركيز على الانتباه الموقفي , والتجارب السلوكية, وخفض المعالجة الاستباقية reducing anticipatory processing , وحظر المعالجة بعد الحدث postevent processing , ورصد الأخطاء , وتحديد الأخطاء المعرفية , وتم تدريب المشاركين على استراتيجيات اليقظة العقلية المنفصلة , والواجب المنزلي كان محدد ومقيم في كل جلسة , وتكون البرنامج من ١٠ جلسات , وتم التوصل إلى فاعلية برنامج العلاج الميتمعرفي في خفض القلق الاجتماعي , وكان البرنامج فعال بعد ثلاثة أشهر من توقف التطبيق , كما يظهر من خلال درجات المشاركين على مقياس القلق الاجتماعي.

فاعلية العلاج الميتا معرفي في خفض اضطرابات القلق الاجتماعي

وأجرى Vogel, et al. (2016) دراسة هدفت إلى التعرف على فاعلية العلاج الميتا معرفي في خفض اضطراب القلق الاجتماعي , وتكونت العينة من ٢٤ طالباً من الذكور والإناث , من الطلاب المترددين على مركز الإرشاد الطلابي بجامعة النرويج , بمتوسط عمري ٢٤ سنة , وتم تقسيم العينة إلى مجموعتين , مجموعة تجريبية أولى تكونت من ١١ طالباً تلقت أربع جلسات تدريبية على فنية تدريب الانتباه تلتها أربع جلسات على فنية إعادة التركيز على الانتباه الموقفي , أما المجموعة التجريبية الثانية تكونت من ١٣ طالباً تلقت نفس التدريب ولكن بعكس المجموعة التجريبية الأولى , وكانت مدة الجلسة الواحدة ٤٥ دقيقة , وتم استخدام مقياس الخوف من التقييم السلبي , وقائمة القلق الاجتماعي , واستفتاء الميتا معرفة , ومقياس الفوبيا الاجتماعية Social Phobia Rating Scale إعداد Wells (1997). وأشارت النتائج إلى انخفاض درجات المشاركين على مقياس الخوف من التقييم السلبي , وقائمة القلق الاجتماعي , واستفتاء الميتا معرفة , ومقياس الفوبيا الاجتماعية , وهذا يشير إلى فاعلية الطريقتين في خفض اضطراب القلق الاجتماعي , ولكن كان حجم التأثير في المجموعة الثانية أكبر .

وقارن Nordahl, et al. (2016) بين فاعلية البروكستين والعلاج المعرفي (الميتا معرفي) في خفض اضطرابات القلق الاجتماعي , وتكونت العينة من ١٠٢ مريضاً باضطراب الشخصية الحدية بدون اضطراب الشخصية التجنبية , وتم تقسيمهم إلى أربع مجموعات , مجموعة تلقت العلاج المعرفي وتكونت من ٢٤ مريضاً , ومجموعة تلقت الضبط الإكلينيكي تكونت من ٢٦ مريضاً , ومجموعة تلقت العلاج المعرفي مع الضبط الإكلينيكي وتكونت من ٢٦ مريضاً , ومجموعة تلقت العلاج بالبروكستين مع الضبط الإكلينيكي , والعينة في المدى العمري من ١٨ - ٦٥ سنة , وتم اختيار العينة من المترددين على العيادات الخارجية بالجامعة النرويجية للعلوم والتكنولوجيا , وتم استخدام مقياس " ليبويتز للقلق الاجتماعي , وقائمة الفوبيا والقلق , وتكون العلاج المعرفي من ١٢ جلسة تم فيها الاعتماد على برنامج Clark and Wells والذي تضمن فنيات من العلاج الميتا معرفي مثل تغير الانتباه في المواقف الاجتماعية , واختبار الأداء الاجتماعي مع تغير الانتباه , والتدريب على الانتباه , وتم التوصل إلى فاعلية العلاج المعرفي (الميتا معرفي) في خفض القلق الاجتماعي واستمر التحسن خلال فترة المتابعة التي استمرت ١٢ شهراً , وكان معدل

د. أحمد محمد جاد الرب

التسرب من العلاج في العلاج المعرفي (الميتامعرفي) أقل ، كما أن التدخل المعرفي (الميتامعرفي) كان أفضل في خفض القلق الاجتماعي.

وقارن (2014) Fergus, Wheless and Ewright بين فنية تدريب الانتباه والانتباه المرتكز على الذات في خفض القلق ، وتكونت العينة من مجموعتين ، المجموعة الأولى تكونت من ٣٨ مريضاً بالقلق ، وتم معهم تطبيق التدريب على الانتباه ، أما المجموعة الثانية فتكونت من ٣٨ مريضاً ، وتم معهم تطبيق التدريب على اليقظة العقلية كاستراتيجية مرتكزة على الذات ، وتم استخدام مقياس القلق ، وتم التوصل إلى فاعلية تدريب الانتباه واليقظة العقلية في خفض القلق ، بينما كانت فنية تدريب الانتباه أكثر فاعلية ، وكان التدريب على اليقظة العقلية فعال أكثر عندما تبعه التدريب على الانتباه.

وهدف دراسة (2014) Donald, Abbott and Smith إلى التعرف على فاعلية التدريب على الانتباه والعلاج المعرفي في خفض الفوبيا الاجتماعية ، وتكونت العينة من ٣٠ مريضاً (ذكور وإناث) بالفوبيا الاجتماعي بمدينة سدي ، في المدى العمري من ١٨ سنة فأكثر ، وتم تقسيمهم إلى مجموعتين ، مجموعة تجريبية أولى تكونت من ١٦ مريضاً تلقت العلاج المعرفي ، ومجموعة تجريبية ثانية تكونت من ١٤ مريضاً تلقت فنية تدريب الانتباه ، واستمر التدريب لمدة ٦ أسابيع ، وتم استخدام قائمة الفوبيا الاجتماعية ، ومقياس الضغوط والقلق والاكتئاب ، ومقياس الانتباه المرتكز على الذات Self Focused Attention(SFA) ، ومقياس الخوف من التقييم السلبي ، واستمر التدريب لمدة أربعة أسابيع ، وتم التوصل إلى فاعلية كل من التدريب على الانتباه والعلاج المعرفي في خفض الفوبيا الاجتماعية ، وكان التحسن أفضل بالنسبة للتدريب على الانتباه كما يتضح من انخفاض درجات المشاركين على أدوات الدراسة.

وأجرى (2013) Donald, Abbott and Smit دراسة هدفت إلى التعرف على فاعلية التدريب على الانتباه في خفض الفوبيا الاجتماعية مقارنة بالعلاج المعرفي ، وتكونت عينة الدراسة من ٥٧ طالباً من طلاب من ذوي اضطراب الفوبيا الاجتماعية ، من طلاب جامعة سدي في المدى العمري من ١٨ سنة فأكثر ، تم تقسيمهم إلى مجموعتين ، مجموعة تجريبية أولى تكونت ٤٥ مشاركاً تلقت التدريب على الانتباه ، ومجموعة تجريبية ثانية

فاعلية العلاج الميتا معرفي في خفض اضطرابات القلق الاجتماعي

تكونت من ٣٠ مشاركاً تلقت العلاج المعرفي ، واستمرت فترة العلاج لمدة ٦ أسابيع ، وتم استخدام مقياس الخوف من التقييم السلبي المختصر، وقائمة قلق الفوبيا الاجتماعية ، ومقياس الانتباه المرتكز على الذات، ومقياس تقدير القلق السريع *Speech Anxiety Rating*، وتم التوصل إلى أن كل من التدريب على الانتباه والعلاج المعرفي فعال في خفض الفوبيا الاجتماعية ، وكان التدريب على الانتباه أفضل في خفض الفوبيا الاجتماعية والذي ظهر أكثر على مقياس الخوف من التقييم السلبي ومقياس الانتباه المرتكز على الذات ، كما يتضح من خلال انخفاض درجات المشاركين على أدوات البحث، وخلصت الدراسة إلى أن التدريب على الانتباه علاج واعد لاضطراب القلق الاجتماعي.

وهدف دراسة (Bahadori 2010) إلى التعرف على فاعلية العلاج الميتا معرفي في خفض الفوبيا الاجتماعية ، وتكونت العينة من ١٩ مشاركاً من ذوي الفوبيا الاجتماعية ، تم تقسيمهم إلى مجموعة تجريبية تكونت من ١٠ مشاركين ، ومجموعة ضابطة تكونت من ٩ مشاركين ، وتم استخدام استفتاء تقييم الفوبيا الاجتماعية *social Phobia Symptoms Assessment Questioner* ، ومقياس الخوف من التقييم السلبي ، وبرنامج ويلس الميتا معرفي، وتم التطبيق لمدة ٨ أسابيع ، وتم التوصل إلى فاعلية العلاج الميتا معرفي في خفض الفوبيا الاجتماعية ، واستمر التحسن خلال فترة المتابعة التي استمرت ٣ شهور .

وقام (Wells, White and Carter 1997) بإجراء دراسة مبكرة هدفت الي التعرف على فاعلية التدريب على الانتباه في خفض الفوبيا الاجتماعية والهلع ، وتكونت العينة من ثلاث حالات ، اثنين من ذوي اضطراب الهلع ، وواحدة من ذوي الفوبيا الاجتماعية ، وتم استخدام تصميم الانعكاس الحقيقي *A true reversal design* ، وتبع استخدام التدريب على الانتباه ، المعالجة الانتباهية غير المتوافقة *an attentional manipulation incompatible* ، واستمر التدريب لمدة أربعة أسابيع ، وتم التوصل إلى فاعلية التدريب على الانتباه في خفض الفوبيا الاجتماعية والهلع، وقدمت الدراسة دليلاً أولياً على أن نوبات الهلع والقلق ومعتقداتهم يمكن خفضها بشكل فعال ودائم من خلال التقنيات المعرفية التي لا تستهدف بشكل مباشر محتوى التقييم السلبية.

تعليق على البحوث والدراسات السابقة:

تضمن المحور الأول البحوث والدراسات التي تناولت العلاقة بين الميتمعرفة واضطرابات القلق الاجتماعي , مثل دراسة (Dubravka, et al. (2017 , ودراسة كل من دراسة (Nordahl and Wells (2017 , ودراسة كل من Ruiz, and Odriozola- (2017) , ودراسة (González (2017) , ودراسة (Connelly (2014) . وتضمن المحور الثاني البحوث والدراسات التي تناولت العلاج الميتمعرفة في خفض اضطراب القلق الاجتماعي , مثل دراسة (Lakshmi, et al. (2016) , ودراسة (Vogel, et al. (2016) , ودراسة (Nordahl, et al. (2016) , ودراسة (Fergus, et al. (2014) . ويتفق البحث الحالي مع البحوث والدراسات التي اعتمدت العلاج الميتمعرفة في خفض اضطرابات القلق الاجتماعي.

وتم الاعتماد في هذه البحوث على عينات متنوعة بدءاً من مرحلة المراهقة وحتى مرحلة الشيخوخة , وإن كان يبدو أن معظم البحوث قد اعتمدت على مدى متفاوت من العمر مثل دراسة (Lakshmi, et al. (2016) والتي تم الاعتماد فيها على عينة في المدى العمري من ١٨ - ٤٥ سنة , ودراسة (Nordahl, et al. (2016) والتي تم الاعتماد فيها على عينة في المدى العمري من ١٨ - ٤٥ سنة, ويتفق البحث الحالي مع البحوث التي اعتمدت في عيناتها على طلاب الجامعة , مثل دراسة (Vogel, et al.(2016) . وتم الاعتماد على العديد من الفنيات الميتمعرفة , ويتفق البحث الحالي مع البحوث والدراسات التي اعتمدت على فنيات تدريب الانتباه وإعادة التركيز على الانتباه الموقفي , مثل دراسة (Vogel, et al. (2016) , ودراسة (Donald, et al. (2013) دراسة (Wells, et al. (1997) .

وتم استخدام العديد من الأدوات لتشخيص اضطراب القلق الاجتماعي , مثل مقياس قلق التفاعل الاجتماعي (SIAS) Social Interaction Anxiety Scale الذي أعده كل من (Mattick & Clarke (1998) , وقائمة الفوبيا الاجتماعية Social Phobia Scale (SP-S) التي أعدها كل من (Mattick & Clarke (1998) , بطارية الفوبيا الاجتماعية Social Phobia Inventory التي أعدها (Connor, et al. (2000) , ومقياس القلق الاجتماعي Liebowitz Social Anxiety Scale , ومقياس الفوبيا

فاعلية العلاج الميتا معرفي في خفض اضطرابات القلق الاجتماعي

الاجتماعية Social Phobia Rating Scale إعداد (1997) Wells , ومقياس الخوف من التقييم السلبي المختصر Brief Fear of Negative Evaluation Scale, ويعد مقياس قلق التفاعل الاجتماعي (SIAS) وقائمة الفوبيا الاجتماعية (SP-S) اللذان أعدهما كل من (1998) Mattick & Clarke من أكثر الأدوات شيوعاً في تشخيص اضطرابات القلق الاجتماعي , لذلك تم الاعتماد عليهما في البحث الحالي, وذلك اتفاقاً مع دراسة (2017) Nordahl and Wells.

ويعتبر استفتاء الميتا معرفة 30- Wells & Metacognitions Questionnaire (2004) Cartwright-Hatton من أكثر أدوات العوامل الميتا معرفة استخداماً لذلك تم الاعتماد عليه في البحث الحالي , اتفاقاً مع دراسة كل من Ruiz, and Odriozola (2017) González , ودراسة (2016) Vogel, et al., ودراسة Connelly (2014). وتم استخدام مقياس الانتباه المرتكز على الذات Self Focused Attention في العديد من البحوث والدراسات ذات الصلة لتحديد الانتباه الداخلي والخارجي لذلك تم الاعتماد عليه في البحث الحالي , وذلك اتفاقاً مع دراسة (2014) Donald, et al. , ودراسة (2013) Donald, et al.

وتمت ملاحظة أن معظم البحوث والدراسات التي استخدمت العلاج الميتا معرفي في خفض أو علاج اضطرابات القلق الاجتماعي , اعتمد عند التحقق من فاعلية التدخل على قياس الانتباه المرتكز على الذات وكذلك العوامل الميتا معرفية , هذا بجانب أدوات تشخيص اضطرابات القلق الاجتماعي , ويتفق البحث الحالي أيضاً في ذلك الإجراء حيث تم قياس الانتباه المرتكز على الذات والعوامل الميتا معرفية قبل وبعد التدخل جنباً إلى جنب مع مقاييس تشخيص اضطرابات القلق الاجتماعي , وهذا اتفاقاً مع دراسة Vogel, et al. (2016) , ودراسة (2014) Donald, et al. , ودراسة (2013) Donald, et al.

وتشير نتائج البحوث والدراسات في المحور الأول إلى وجود علاقة بين العوامل الميتا معرفية واضطرابات القلق الاجتماعي , وهذه النتائج تدعم فاعلية العلاج الميتا معرفي في خفض اضطرابات القلق الاجتماعي. وهذا ما تحققت منه الدراسات التي تحققت من فاعلية العلاج الميتا معرفي في خفض اضطرابات القلق الاجتماعي , كما توصلت نتائج الدراسات إلى فاعلية العلاج الميتا معرفي في تعديل الميتا معرفة وتحسين الانتباه الخارجي,

ويعتبر البحث الحالي واحد من البحوث التي تتحقق من فاعلية العلاج الميتمعرفي في خفض اضطرابات القلق الاجتماعي في البيئة العربية.

إجراءات البحث:

منهجية البحث: تم الاعتماد في البحث الحالي على المنهج التجريبي للتعرف على أثر المتغير المستقل "العلاج الميتمعرفي" على المتغير التابع "الميتمعرفة", الانتباه المرتكز على الذات, الفوبيا الاجتماعية, قلق التفاعل الاجتماعي", وذلك من خلال التصميم التجريبي المكونة من مجموعة تجريبية ومجموعة ضابطة.

عينة البحث الاستطلاعية: تكونت عينة البحث الاستطلاعية من ٤٠ طالباً وطالبة من طلاب الجامعة بمدينة الرياض, وذلك لحساب صدق وثبات أدوات البحث.

عينة البحث الأساسية: تكونت العينة الأساسية من ١٤ طالبة, من طالبات الجامعة (مرحلة الدراسات العليا) بمدينة الرياض في المدي العمري من ٢٦ - ٤٠ سنة, وتم سحبهن من مجموعة أكبر تكونت من ٧٥ طالبة, وتم توزيعهن عشوائياً إلى مجموعة تجريبية ومجموعة ضابطة. وتم التحقق من التكافؤ بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في الميتمعرفة والانتباه المرتكز على الذات, وقلق التفاعل الاجتماعي, والفوبيا الاجتماعية, والجدول التالي يوضح التكافؤ بين المجموعة التجريبية والضابطة في الميتمعرفة والانتباه المرتكز على الذات, وقلق التفاعل الاجتماعي, والفوبيا الاجتماعية:

جدول (١)

التكافؤ بين المجموعة التجريبية والضابطة في الميتمعرفة والانتباه المرتكز على الذات,

وقلق التفاعل الاجتماعي, والفوبيا الاجتماعية

المقاييس	نوع المجموعة	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	U	Z	الدلالة	
التكافؤ	تجريبية	٧	٦,٦٤	٤٦,٥٠	١٨,٥٠	٠,٧٧٣	٠,٤٥٦	
	ضابطة	٧	٨,٣٦	٥٨,٥٠				
	تجريبية	٧	٦,٦٣	٤٤,٥٠	١٦,٥٠	١,٠٣	٠,٣١٨	
	ضابطة	٧	٨,٦٤	٦٠,٥٠				
	الوعي الذاتي المعرفي	تجريبية	٧	٨,٠٧	٥٦,٥٠	٢٠,٥٠	٠,٥١٩	٠,٦٢٠
	ضابطة	٧	٦,٩٣	٤٦,٥٠				
	الخطر وعدم التحكم	تجريبية	٧	٨,٣٦	٥٨,٥٠	١٨,٥٠	٠,٧٨٦	٠,٤٥٦
	ضابطة	٧	٦,٦٤	٤٦,٥٠				

فاعلية العلاج الميتا معرفي في خفض اضطرابات القلق الاجتماعي

المقاييس	نوع المجموعة	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	U	Z	الدلالة
الحاجة للسيطرة على الأفكار	تجريبية	٧	٨,٧١	٦١,٠٠	١٦,٠٠	١,٠٩	٠,٣١٨
	ضابطة	٧	٦,٢٩	٤٤,٠٠			
الدرجة الكلية	تجريبية	٧	٨,١٤	٥٧,٠٠	٢٠,٠٠	٠,٥٧٧	٠,٦٢٠
	ضابطة	٧	٦,٨٦	٤٨,٠٠			
الانتباه المرتكز على الذات	تجريبية	٧	٧,٦٤	٥٣,٥٠	٢٣,٥٠	٠,١٢٩	٠,٩٠٢
	ضابطة	٧	٧,٣٦	٥١,٥٠			
التركيز الداخلي	تجريبية	٧	٧,٢١	٥٠,٥٠	٢٢,٥٠	٠,٢٦٠	٠,٨٠٥
	ضابطة	٧	٧,٧٩	٥٤,٥٠			
الدرجة الكلية	تجريبية	٧	٧,٢٩	٥١,٠٠	٢٣,٥٠	٠,١٩٣	٠,٩٠٢
	ضابطة	٧	٧,٧١	٥٤,٠٠			
قلق التفاعل الاجتماعي	تجريبية	٧	٧,٦٤	٥٣,٥٠	٢٣,٥٠	٠,١٢٩	٠,٩٠٢
	ضابطة	٧	٧,٣٦	٥١,٥٠			
الفوبيا الاجتماعية	تجريبية	٧	٧,٣٦	٥١,٥٠	٢٣,٥٠	٠,١٢٨	٠,٩٠٢
	ضابطة	٧	٧,٦٤	٥٣,٥٠			

أدوات البحث: تم استخدام الأدوات التالية

استفتاء الميتمعرفة^٢ ترجمة وتعريب / الباحث

أعد استفتاء الميتمعرفة (MCQ) Metacognitions Questionnaire كل من Wells and Cartwright-Hatton (2004) لقياس المعتقدات الميتمعرفية والأحكام ومراقبة الميول والتي تعتبر مهمة في النموذج الميتمعرفي للاضطرابات , ويتكون من ٣٠ عبارة , وباستخدام التحليل العاملي التوكيدي والاستكشافي تم اكتشاف خمسة أبعاد للاستفتاء هي : الثقة المعرفية , المعتقدات الايجابية , الوعي الذاتي المعرفي , الخطر وعدم التحكم , الحاجة للسيطرة على الأفكار (لكل بعد ٦ عبارات على الترتيب) , ويتم تصحيح المقياس باستخدام " مقياس تقدير ليكرت الرباعي four-point Likert response scale " (غير موافق , موافق قليلاً , موافق بدرجة متوسطة , موافق جداً).

استفتاء الميتمعرفة في البحوث والدراسات

تم استخدام استفتاء الميتمعرفة في العديد من البحوث والدراسات , وتم التحقق من صدقه وثباته , فتم استخدامه في دراسة (2014) Connelly , ودراسة كل من Ruiz,

^٢ - ملحق (١) استفتاء الميتمعرفة

(2017) and Odriozola-González , وتم استخدام الاستفتاء في البحوث والدراسات التي استخدمت العلاج الميتامعرفي في خفض الاضطرابات الانفعالية , حيث كان يستخدم المقياس لتحديد قدرة البرنامج على تعديل المعتقدات والعمليات الميتامعرفية الكامنة وراء الاضطرابات الانفعالية , مثل دراسة (2016) Vogel, et al. , ودراسة Der Heiden, Kim Melchior and Stigter, (2013) , ودراسة Wenn, et al. (2015) الخواص السيكومترية لاستفتاء الميتامعرفة في النسخة الأصل

تم تطبيق استفتاء الميتامعرفة على عينة تكونت من ١٨٢ مشاركاً (١١٩ نساء , ٦٠ ذكور , ٣ غير محدد) , في المدى العمري من ١٨ - ٦٩ سنة , وتم التحقق من صدق وثبات الاستفتاء بعدة طرق , منها الاتساق الداخلي عن طريق ارتباط العبارة بالبعد وتراوحت قيم الاتساق بين ٠,٣٠ - ٠,٨٣ , وارتباط العبارة بالدرجة الكلية تراوح بين ٠,٦٩ - ٠,٧٢ , وباستخدام معامل ثبات ألفا كرونباخ للأبعاد والدرجة الكلية تراوحت القيم بين ٠,٧٢ - ٠,٩٣ , وتم استخدام التحليل العاملي والتوكيدي وكشف عن قيم تشبع مرتفعة للمقياس وكشف عن خمسة أبعاد للاستفتاء , وتم التحقق من صدق الاستفتاء عن طريق الصدق التقاربي Convergent validity بقياس العلاقة بين الاستفتاء ومقياس القلق والوسواس القهري وكانت العلاقة موجبة دالة إحصائياً. وتشير هذه النتائج أن قيم صدق وثبات الاستفتاء المقياس مرتفعة , وأن استفتاء الميتامعرفة هو استفتاء مختصر متعدد الأبعاد لقياس الميتامعرفة.

مقياس الانتباه المرتكز على الذات^٤ ترجمة وتعريب / الباحث

أعد مقياس " الانتباه المرتكز على الذات Self Focused Attention " بوجلز , ألبرتس ودي جونغ (1996) Bogels, Alberts and de Jong , وهذا المقياس مصمم لقياس التركيز على الانتباه الذاتي , وتم استخدامه لقياس الانتباه المرتكز على الذات لدى الأفراد ذوي القلق الاجتماعي , ويتكون من ١١ عبارة , ويتم تصحيح المقياس باستخدام " مقياس تقدير ليكرت الخماسي 5-point Likert-type scale (ليس مطلقاً , قليلاً , بدرجة متوسطة , كثيراً , تماماً أو كلياً) , وخمسة عبارات من المقياس لقياس التركيز

^٤ - ملحق (٢) مقياس الانتباه المرتكز على الذات

فاعلية العلاج الميتا معرفي في خفض اضطرابات القلق الاجتماعي

الداخلي للانتباه (١, ٢, ٣, ٤, ٥), ٦ عبارات لقياس التركيز الخارجي للانتباه (٦, ٧, ٨, ٩, ١٠, ١١).

مقياس الانتباه المرتكز على الذات في البحوث والدراسات

تم استخدام المقياس في العديد من البحوث والدراسات , وتم التحقق من صدقه وثباته , فتم استخدامه في دراسة كل من (Donald and Abbott, 2014) , ودراسة (Donald, Abbott and Smit (2013) , ودراسة Donald, Abbott and Smith (2014) والتي هدفت إلى التعرف على فاعلية فنيات تدريب الانتباه على القلق الاجتماعي. الخصائص السيكومترية للمقياس الانتباه المرتكز على الذات النسخة الأصل

تم حساب صدق وثبات المقياس على عينة من طلاب الجامعة تكونت من ٧٢ طالباً , وكشف التحليل العاملي عن عاملين للمقياس هما: عامل الانتباه المرتكز على الإثارة arousal-focused attention , والعامل الثاني الانتباه المرتكز على السلوك interpersonal behavior attention focused on interpersonal behavior , وكان معامل ثبات ألفا كرونباخ للبعد الأول ٠,٨٦ , والبعد الثاني , ٠,٨٧ , والدرجة الكلية ٠,٨٨ , وكان هناك ارتباط بين الانتباه المرتكز على الذات والقلق الاجتماعي , وارتباط بين بعدي المقياس بلغ ٠,٦١ .

مقياس قلق التفاعل الاجتماعي ° ترجمة وتعريب / الباحث

أعد مقياس قلق التفاعل الاجتماعي كل من Social Interaction Anxiety Scale (SIAS) كل من (Mattick & Clarke (1998) , وهو عبارة عن عبارات ذاتية تصف ردود الفعل المعرفية والسلوكية والوجدانية لمجموعة متنوعة من المواقف التي تتطلب التفاعل الاجتماعي في مجموعات أو ثنائيات dyads or groups (مثل : الاجتماعات , والتحدث مع الآخرين الغرباء أو الأصدقاء أو شخص من الجنس الآخر , والتعبير عن المشاعر) , ويتكون المقياس من ٢٠ عبارة (١٧ سلبية , ٣ إيجابية) , ويتم تصحيح المقياس باستخدام " مقياس تقدير ليكرت الخماسي 5-point Likert-type scale .

مقياس قلق التفاعل الاجتماعي في البحوث والدراسات:

° - ملحق (٣) مقياس قلق التفاعل الاجتماعي

د. أحمد محمد جاد الرب

تم استخدام المقياس في العديد من البحوث والدراسات , وتم التحقق من صدقه وثباته , فتم استخدامه في دراسة (Nordahl and Wells (2017 في دراسة عن تفسير النموذج الميتامعرفي لاضطراب القلق الاجتماعي , وتم استخدامه في دراسة (Villarosa (2017 عند تشخيص اضطرابات القلق الاجتماعي , وأكد أن المقياس يتفق مع معايير تشخيص اضطرابات القلق الاجتماعي في الدليل التشخيصي الإحصائي الثالث المعدلة والخامس DSM-III-R and 5. وتم استخدامه في دراسة (Yanovski (2017 لدراسة العلاقة بين اضطراب القلق الاجتماعي والأفكار البارونية , وتم التحقق من صلاحيته لتشخيص اضطراب القلق الاجتماعي في دراسة (Ewa, Lena, Maria, Tomas and Lars- (2017 , حيث تم تطبيقه على عينة إكلينيكية من ذوي اضطراب القلق الاجتماعي , والتي توصلت إلى أن التحليل العاملي والخواص السيكومترية الأخرى تدعم استخدام المقياس لتشخيص اضطرابات القلق الاجتماعي.

الخصائص السيكومترية لمقياس قلق التفاعل الاجتماعي النسخة الأصل:

تم التحقق من صدق وثبات المقياس من خلال تطبيقه على عينة من طلاب الجامعة (الذكور والإناث) (الأصحاء , وذوي الفوبيا الاجتماعية) وتم التحقق من ثبات المقياس عن طريق معامل ثبات ألفا كرونباخ وبلغت القيمة ٠,٩٣ , على ذوي الفوبيا الاجتماعية , وبلغت ٠,٨٨ , على عينة الأصحاء , وتم التحقق من ثبات المقياس عن طريق إعادة التطبيق بعد أربع أسابيع وبعد ١٢ أسبوعاً وبلغت القيمة ٠,٩٢ في التطبيقين.

مقياس الفوبيا الاجتماعية^٦ ترجمة وتعريب / الباحث

أعد مقياس الفوبيا الاجتماعية (SP-S) Social Phobia Scale كل من Mattick & Clarke (1998) , وهو مقياس تقدير ذاتي يتكون من ٢٠ عبارة , خماسي الاستجابة , " مقياس تقدير ليكرت الخماسي 5-point Likert-type scale , وتتعلق كل عبارات المقياس بالخوف والقلق من المواقف أو الموضوعات التي تتضمن خوق الشخص من ملاحظة أو مشاهدة الآخرين له (على سبيل المثال : الخطابة أو التحدث أمام الناس , الكتابة , الأكل والشرب , التوقيع , استخدام المراحيض العامة , العمل , السفر في وسائل

^٦ - ملحق (٤) مقياس الفوبيا الاجتماعية

فاعلية العلاج الميتا معرفي في خفض اضطرابات القلق الاجتماعي

المواصلات العامة في مواجهة الآخرين , المشي أمام الآخرين , وببساطة الوجود أمام الآخرين). وجميع عبارات المقياس سلبية , وتتراوح الدرجات على المقياس بين ٠ - ٨٠ , وتشير الدرجة العالية إلى المستوى المرتفع من المخاوف.

مقياس الفوبيا الاجتماعية في البحوث والدراسات:

تم استخدام المقياس في العديد من البحوث والدراسات , وتم التحقق من صدقه وثباته , فتم استخدامه في دراسة (Yanovskiy 2017) لدراسة العلاقة بين اضطراب القلق الاجتماعي والأفكار البارونية , وتم استخدامه في دراسة كل من (Jan and Alyssa 2017) لتشخيص اضطراب القلق الاجتماعي. وتم التحقق من صلاحيته لتشخيص اضطراب القلق الاجتماعي في دراسة (Ewa, Lena, Maria, Tomas and Lars-Göran 2017) , حيث تم تطبيقه على عينة إكلينيكية من ذوي اضطراب القلق الاجتماعي , والتي توصلت إلى أن التحليل العاملي والخواص السيكومترية الأخرى تدعم استخدام المقياس لتشخيص اضطرابات القلق الاجتماعي.

الخصائص السيكومترية لمقياس الفوبيا الاجتماعية النسخة الأصل:

تم تطبيق المقياس على عينة تكونت من ٩٠ طالباً من طلاب الجامعة في الولايات المتحدة الأمريكية , وتم التحقق من ثبات المقياس عن طريق معامل ثبات ألفا كرونباخ حيث بلغت القيمة ٠,٩٠ , وتم التحقق من ثبات المقياس عن طريق إعادة التطبيق حيث بلغت القيمة ٠,٩٠ بعد أربعة أسابيع من التطبيق الأول , وبلغت ٠,٩٣ بعد ١٢ أسبوعاً من التطبيق الأول.

الخواص السيكومترية للأدوات في البحث الحالي:

تمت ترجمة الأدوات إلى اللغة العربية , ثم عرضها على المختصين في اللغة الإنجليزية^٧ , وتم تعديل ما يلزم . ثم عرضها على مختصين في اللغة العربية لمراجعة الصياغة العربية. وبعد التأكد من سلامة الترجمة وسلامة العبارات لغوياً تم تطبيق أدوات البحث على العينة الاستطلاعية , وتم التحقق من صدق المقياس عن طريق الاتساق

^٧ - ملحق (٥) قائمة محكمي الأدوات

الداخلي^٨، حيث تم حساب معامل ارتباط كل عبارة بالبعد الذي تنتمي إليه بعد حذف درجة العبارة من البعد، وبالنسبة لاستفتاء الميتمعرفة، تراوحت القيم بين ٠,٥٤٧ - ٠,٧٩٧، وبالنسبة لبعد الثقة المعرفية، وتراوحت القيم بين ٠,٤٥٥ - ٠,٧٣٠، وبالنسبة لبعد المعتقدات الايجابية، وتراوحت القيم بين ٠,٧٤٨ - ٠,٨٧٢، وبالنسبة لبعد الوعي الذاتي المعرفي، وتراوحت القيم بين ٠,٥٤٧ - ٠,٧٩٧، وبالنسبة لبعد الخطر وعدم التحكم، وتراوحت القيم بين ٠,٣٧٦ - ٠,٨٧٠، وبالنسبة لبعد الحاجة للسيطرة على الأفكار، وجميع القيم دالة عند ٠,٠١، ما عدا العبارة رقم ٢٦ دالة عند مستوى ٠,٠٥، وبالنسبة لمقياس الانتباه المرتكز على الذات، تراوحت القيم بين ٠,٦١٧ - ٠,٩٣١، وبالنسبة لبعد التركيز الداخلي للانتباه، وتراوحت القيم بين ٠,٧٦٣ - ٠,٨٨٦، وبالنسبة لبعد التركيز الخارجي للانتباه. وبالنسبة لمقياس قلق التفاعل الاجتماعي تراوحت القيم بين ٠,٢٩٧ - ٠,٧٣٤، وجميع القيم دالة عند ٠,٠١، ما عدا العبارة رقم ١٠ دالة عند ٠,٠٥، وبالنسبة لمقياس الفوبيا الاجتماعية تراوحت القيم بين ٠,٣٠٨ - ٠,٧٨٧، وجميع القيم دالة عند ٠,٠١، ما عدا العبارة رقم ١ دالة عند ٠,٠٥.

كما تم حساب معامل ارتباط البعد الدرجة الكلية بعد حذف درجة البعد بالنسبة لاستفتاء الميتمعرفة، وتروحت قيم معاملات الارتباط بين ٠,٤٩٥ - ٠,٨١٢ (الجدول ٢) وجميع القيم دالة عند ٠,٠١. وتم حساب معامل ارتباط البعد بالدرجة الكلية بالنسبة لمقياس الانتباه المرتكز على الذات وتروحت القيم بين ٠,٦٧٥ - ٠,٩١٦، وجميع القيم دالة عند ٠,٠١ (الجدول ٢).

وتم التحقق من صدق الأدوات عن طريق صدق المحك، حيث تشير البحوث والدراسات إلى وجود علاقة موجبة بين اضطرابات القلق الاجتماعي وكل من الانتباه المرتكز على الذات والميتمعرفة (Nordahl & Wells, Dubravka, et al., 2017; Ruiz & Odriozola-González, 2017), والجدول التالي يوضح قيم الارتباط:

^٨ - ملحق (٦) قيم الاتساق الداخلي لأدوات البحث

فاعلية العلاج الميتا معرفي في خفض اضطرابات القلق الاجتماعي

جدول (٢)

معاملات ارتباط العبارات بالدرجة الكلية وبالأبعاد لأدوات البحث

الانتباه المرتكز على الذات			الميتا معرفة						أدوات البحث	
الدرجة الكلية	التركيز الخارجي	التركيز الداخلي	الدرجة الكلية	الحاجة للسيطرة على الأفكار	الخطر وعدم التحكم	الوعي الذاتي المعرفي	المعتقدات الإيجابية	الثقة المعرفية		
م ر	م ر	م ر	م ر	م ر	م ر	م ر	م ر	م ر	معامل الارتباط	
			٠,٥٦٥						الثقة المعرفية	الميتا معرفة
			٠,٤٩٥						المعتقدات الإيجابية	
			٠,٨١٢						الوعي الذاتي المعرفي	
			٠,٧٥٤						الخطر وعدم التحكم	
			٠,٧٤١						الحاجة للسيطرة على الأفكار	
									الدرجة الكلية	
٠,٦٧٥			٠,٨٧١	٠,٧٤١	٠,٧٥	٠,٧٥١	٠,٨٩١	٠,٨٥١	التركيز الداخلي	
٠,٩١٦			٠,٨٧١	٠,٧٥١	٠,٧٨	٠,٨١٠	٠,٧٨١	٠,٧٧١	التركيز الخارجي	
			٠,٧٩١	٠,٨٧٥	٠,٧٩	٠,٨٨٤	٠,٨٨١	٠,٨٧١	الدرجة الكلية	
	٠,٧٧٥	٠,٨٥٤	٠,٩٢٥	٠,٧٧٢	٠,٩١	٠,٧٩١	٠,٨٢٢	٠,٩١١	قلق التفاعل الاجتماعي	
	٠,٨٠٢	٠,٨٧٥	٠,٩١٥	٠,٨٨٤	٠,٨٧	٠,٩٠٢	٠,٨٦	٠,٨٩١	القوبيا الاجتماعية	

مجلة الإرشاد النفسي، العدد ٥٤، ج ٢، أبريل ٢٠١٨

د. أحمد محمد جاد الرب

وتم التحقق من ثبات أدوات البحث عن طريق معامل ثبات ألفا كرونباخ والتجزئة النصفية ،
والجدول التالي يوضح قيم الثبات:

جدول (٣)

قيم ثبات أدوات البحث عن طريق معامل ثبات ألفا كرونباخ والتجزئة النصفية

التقريب الاجتماعي	قلق التفاعل الاجتماعي	الانتباه المرتكز على الذات			الميتامعرفة					أدوات البحث	
		الدرجة الكلية	التركيز الخارجي	التركيز الداخلي	الدرجة الكلية	الحاجة للسيطرة على الأفكار	الخطر وعدم التحكم	الوعي الذاتي المعرفي	المعتقدات الإيجابية		الثقة المعرفية
٠,٨٩٨	٠,٨٣٠	٠,٩٢٦	٠,٩٠٢	٠,٩٨٥	٠,٨٩١	٠,٨٨٠	٠,٨٢٥	٠,٨٩٣	٠,٨٧٤	٠,٧٥٨	قيم ألفا كرونباخ
٠,٨٣٩	٠,٨٨٥	٠,٨٩٧	٠,٨٣١	٠,٨٩٥	٠,٨٤٦	٠,٨٥٠	٠,٨٤٥	٠,٨٤٧	٠,٨٣٧	٠,٧٢٨	قيم التجزئة النصفية (سبيرمان برون)
٠,٨٣٧	٠,٨٧٣	٠,٨٨٧	٠,٨٣١	٠,٨٩٣	٠,٨٣٩	٠,٨٤٥	٠,٨٣٦	٠,٨٧٤	٠,٨٣٧	٠,٧١٨	قيم التجزئة النصفية (جتمان)

برنامج العلاج الميتامعرفي^٩ إعداد / الباحث

الهدف العام: التعرف على فاعلية العلاج الميتامعرفي في خفض اضطرابات القلق الاجتماعي.

الأهداف الإجرائية: متضمنة في المخطط التفصيلي للبرنامج في الجدول (٤).

الفنيات المستخدمة في البرنامج:

تم الاعتماد في البرنامج الحالي على فنيات تدريب الانتباه وفنية إعادة التركيز على الانتباه الموقفي.

مصادر بناء البرنامج: تم الاعتماد على المصادر التالية:

- البحوث والدراسات التي استخدمت العلاج الميتامعرفي - خاصة فنيات تدريب الانتباه وفنية إعادة التركيز على الانتباه الموقفي - في خفض اضطرابات القلق ، مثل: دراسة (Lakshmi, et al. (2016) ، ودراسة (Vogel, et al. (2016) ، ودراسة (Nordahl, et al. (2016) ، ودراسة (Fergus, et al. (2014).

^٩ - ملحق (٧) برنامج العلاج الميتامعرفي

فاعلية العلاج الميتا معرفي في خفض اضطرابات القلق الاجتماعي

- المؤلفات والأطر النظرية التي تناولت العلاج الميتا معرفي من حيث النظرية والممارسة (Wells, 2009 , عبد الرحمن , ٢٠١٤).

أسس وقواعد إعداد وتنفيذ البرنامج:

- التدريب على فنية تدريب الانتباه يتكون من ٦ جلسات.
- التدريب على انتقاء وتحويل وتوزيع الانتباه على الأصوات المفردة يتم من خلال الجلسات الثلاثة الأولى.
- التدريب على انتقاء وتحويل وتوزيع الانتباه على الأصوات المفردة والأصوات المتعددة في جهات معينة يتم من خلال الجلسات الثلاثة التالية.
- التدريب على تحويل الانتباه في الجلسات الثلاثة الأولى بفاصل زمني قدره ١٠ ثواني في الجلسات الثلاثة الأولى.
- التدريب على تحويل الانتباه في الجلسات الثلاثة التالية بفاصل زمني قدره ٥ ثواني في الجلسات الثلاثة التالية.
- مدة التدريب على الانتباه الانتقائي خمسة دقائق , ومدة التدريب على التحول الانتباهي السريع خمسة دقائق , ومدة التدريب على الانتباه الموزع أو المقسم دقيقتين.
- يتضمن التدريب إعداد مسبق للأصوات من خلال التسجيل على قرص مضغوط (CD) , على أن تكون الأصوات مدمجة معاً , أي تعمل في وقت واحد.
- 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 المعالج عميله في نهاية جلسة تدريب الانتباه عن خبراته العامة التي من المحتمل أن يكون العميل اكتسبها نتيجة تدريب الانتباه مثل الحساسية المعتدلة أو المتزايدة للمثيرات الخارجية وخبرت ما وراء المعرفة مثل خبرات الهدوء أو الاستقرار النفسي المؤقت التي ينبغي أن تصبح أمراً طبيعياً ومعتاداً للعميل.
- يسأل المعالج عميله عن الحالة التي يمكن أن يؤدي معها العميل فنية تدريب الانتباه.

د. أحمد محمد جاد الرب

- يوضح المعالج للعميل أن هذه الفنية تحتاج إلى ممارسة وتكرار .
- يلاحظ المعالج الافتراضات أو العبارات غير المفيدة عن استخدام فنية تدريب الانتباه , مثل عدم قدرة العميل على ممارسة هذه الفنية بفاعلية , أو أن أفكاراً أو مشاعراً 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 أسلوباً للمواجهة أو الإلهاء أو الكبت.
- الاعتماد على التطبيق الموجه من قبل المعالج لفنية تدريب الانتباه.

محتوى ومكونات البرنامج:

يتكون البرنامج من ١٤ جلسة (٦ جلسات للتدريب على فنية إعادة التركيز على الانتباه الموقفي , ٧ جلسات للتدريب على فنية تدريب الانتباه , وجلسة للمراجعة والتقويم) , والجدول التالي يوضح المخطط التفصيلي لبرنامج العلاج الميتامعرفي :

فاعلية العلاج الميتا معرفي في خفض اضطرابات القلق الاجتماعي

جدول (٤)

المخطط التفصيلي لبرنامج العلاج الميتا معرفي

م	نوع الجلسة	الأهداف الإجرائية	الأنشطة
١	التدريب على فنية إعادة التركيز على الانتباه في موقف معين	<ul style="list-style-type: none"> - أن يتعرف كل عميل على مشكلته بالتحديد. - أن يتعرف العميل على طبيعة مشكلاته وعلاقتها بمتلازمة الانتباه المعرفي. - أن يتعرف العميل على فنية إعادة التركيز على الانتباه في موقف معين وعلاقتها بمشكلته. - أن يتعرف العميل على قواعد وتعليمات فنية إعادة التركيز على الانتباه في موقف معين. - أن يتدرب العميل على فنية إعادة التركيز على الانتباه في موقف معين من خلال الإجراءات اللازمة لذلك. 	<p>النشاط الأول: طبيعة مشكلة العميل</p> <p>النشاط الثاني: مشكلة العميل ومتلازمة الانتباه - تحليل موقف - ورقة عمل.</p> <p>النشاط الثالث: فنية إعادة التركيز على الانتباه في موقف معين ومشكلة العميل.</p> <p>النشاط الرابع: قواعد وتعليمات فنية إعادة التركيز على الانتباه في موقف معين.</p> <p>النشاط الخامس: فحص المصادقية.</p> <p>النشاط السادس: التعرض للقلق</p> <p>النشاط السابع: تكرار</p> <p>النشاط الثامن: تقييم الانتباه الذاتي</p> <p>النشاط التاسع: تقييم</p> <p>النشاط العاشر: الواجب المنزلي</p> <p>النشاط الحادي عشر: التغذية الراجعة</p>
٦-٢	تدريب العميل على فنية إعادة الانتباه الموقفي	<ul style="list-style-type: none"> - تدريب العميل على فنية إعادة الانتباه الموقفي 	<p>النشاط الأول: مراجعة الواجب المنزلي:</p> <p>النشاط الثاني: التعرض للقلق</p> <p>النشاط الثالث: تكرار</p> <p>النشاط الرابع: تقييم الانتباه الذاتي</p> <p>النشاط الخامس: تقييم</p> <p>النشاط السادس: الواجب المنزلي</p> <p>النشاط السابع: التغذية الراجعة</p>
٧	جلسات فنية تدريب الانتباه	<ul style="list-style-type: none"> - أن يتعرف كل عميل على مشكلته بالتحديد. - أن يتعرف العميل على فنية تدريب الانتباه وعلاقتها بمشكلته. 	<p>النشاط الأول: طبيعة مشكلة العميل.</p> <p>النشاط الثاني: فنية تدريب الانتباه ومشكلة العميل.</p> <p>النشاط الثالث: الأساس المنطقي لفنية تدريب الانتباه.</p>

د. أحمد محمد جاد الرب

م	نوع الجلسة	الأهداف الإجرائية	الأنشطة
		<ul style="list-style-type: none"> - أن يتعرف العميل على الأساس المنطقي لفنية تدريب الانتباه. - أن يتدرب العميل على فنية تدريب الانتباه من خلال الإجراءات اللازمة لذلك 	<p>النشاط الرابع: فحص المصادقية.</p> <p>النشاط الخامس: الواجب المنزلي.</p>
٨- ١٠		<ul style="list-style-type: none"> - تدريب العميل على انتقاء (أو الاستماع إلى) صوت مفرد من عدة أصوات حوله (من ٦ - ٨ أصوات). - تدريب العميل على تحويل انتباهه من صوت إلى آخر لمدة خمسة دقائق (١٠ ثواني بين كل صوت والآخر). - تدريب العميل على أن يوسّع من طول وعمق انتباهه (توزيع انتباهه إلى عدة أصوات) من خلال التعامل مع أصوات متعددة مفردة في وقت واحد. 	<p>النشاط الأول: مراجعة الواجب المنزلي.</p> <p>النشاط الثاني: تقييم الانتباه الذاتي.</p> <p>النشاط الثالث: الانتباه الانتقائي (٥ دقائق)</p> <p>النشاط الرابع: التحول الانتباهي السريع بين الأصوات (٥ دقائق).</p> <p>النشاط الخامس: الانتباه الموزع أو المقسم (دقيقتين).</p> <p>النشاط السادس: تقييم الانتباه الذاتي.</p> <p>النشاط السابع: تغذية راجعه</p> <p>النشاط الثامن: الواجب المنزلي.</p>
١١- ١٣		<ul style="list-style-type: none"> - تدريب العميل على انتقاء (أو الاستماع إلى) صوت مفرد , وأصوات متعددة من أماكن محددة حوله (من ٦ - ٨ أصوات). - تدريب العميل على تحويل انتباهه من صوت إلى آخر لمدة خمسة دقائق (٥ ثواني بين كل صوت والآخر). - تدريب العميل على أن يوسّع 	<p>النشاط الأول: مراجعة الواجب المنزلي.</p> <p>النشاط الثاني: تقييم الانتباه الذاتي.</p> <p>النشاط الثالث: الانتباه الانتقائي (٥ دقائق)</p> <p>النشاط الرابع: التحول الانتباهي السريع بين الأصوات (٥ دقائق).</p> <p>النشاط الخامس: الانتباه الموزع أو المقسم (دقيقتين).</p> <p>النشاط السادس: تقييم الانتباه الذاتي.</p> <p>النشاط السابع: تغذية راجعه</p> <p>النشاط الثامن: الواجب المنزلي.</p>

فاعلية العلاج الميتا معرفي في خفض اضطرابات القلق الاجتماعي

م	نوع الجلسة	الأهداف الإجرائية	الأنشطة
		من طول وعمق انتباهه (توزيع انتباهه إلى عدة أصوات) من خلال التعامل مع أصوات متعددة مفردة , وأصوات متعددة في مكان معين في وقت واحد.	
١٤	-	التأكيد على الاستخدام الجيد لفنية إعادة التركيز على الانتباه الموقفي.	النشاط الأول: مراجعة الواجب المنزلي. النشاط الثاني: فنية إعادة التركيز على الانتباه الموقفي.
	-	التأكيد على تعليمات وقواعد استخدام فنية إعادة التركيز على الانتباه الموقفي.	النشاط الثالث: تعليمات وقواعد فنية إعادة التركيز على الانتباه الموقفي.
	-	التأكيد على الاستخدام الجيد لفنية إعادة تدريب الانتباه.	النشاط الرابع: فنية تدريب الانتباه.
	-	التأكيد على الأساس المنطقي لفنية إعادة تدريب الانتباه وقواعدها.	النشاط الخامس: الأساس المنطقي لفنية تدريب الانتباه.
			النشاط السادس: تقييم الانتباه الذاتي.
			النشاط السابع: تقييم اضطرابات القلق الاجتماعي.
			النشاط الثامن: المتابعة.

تقويم البرنامج:

تم تقويم البرنامج بالطرق الآتية:

- تم عرض البرنامج على مجموعة من المختصين في الصحة النفسية^{١١}، وتم تعديل ما اقترحه المختصون.
- التقويم القبلي والبعدي: حيث تم استخدام التقويم القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج.
- المقارنة بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة بعد تطبيق البرنامج.
- تم التحقق من فاعلية البرنامج بعد شهر من توقف تطبيق البرنامج.

^{١١} - ملحق (٨) قائمة محكمي البرنامج الميتا معرفي

د. أحمد محمد جاد الرب

الأساليب الإحصائية: تم استخدام الأساليب الإحصائية الآتية: اختبار مان - وتيني، واختبار ويلكوسون.

نتائج البحث ومناقشتها:

نتائج الفرض الأول: ينص الفرض الأول على " توجد فروق دالة إحصائية بين رتب درجات المجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق البرنامج الميتمعرفي على مقياس الانتباه المرتكز على الذات لصالح القياس البعدي". وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام اختبار " ويلكوسون " , والجدول (٥) يوضح الفروق بين رتب درجات المجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق البرنامج الميتمعرفي على مقياس الانتباه المرتكز على الذات:

جدول (٥)

الفروق بين رتب درجات المجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق البرنامج الميتمعرفي على مقياس الانتباه المرتكز على الذات.

المقاييس	الرتب	ن	متوسط الرتب	مجموع الرتب	Z	الدالة	
الانتباه المرتكز على الذات	التركيز الداخلي	الرتب السالبة	٧	٤,٠٠	٢٨,٠٠	٢,٣٧	٠,٠١٨
	الرتب الموجبة	٠	٠,٠٠	٠,٠٠			
	الرتب المتساوية	٠					
التركيز الخارجي	الرتب السالبة	٧	٤,٠٠	٢٨,٠٠	٢,٣٧	٠,٠١٨	
	الرتب الموجبة	٠	٠,٠٠	٠,٠٠			
	الرتب المتساوية	٠					
الدرجة الكلية	الرتب السالبة	٧	٤,٠٠	٢٨,٠٠	٢,٣٦	٠,٠١٨	
	الرتب الموجبة	٠	٠,٠٠	٠,٠٠			
	الرتب المتساوية	٠					

يتضح من الجدول (٥) وجود فروق دالة إحصائية بين رتب درجات المجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق البرنامج الميتمعرفي على مقياس الانتباه المرتكز على الذات لصالح القياس البعدي". وتشير هذه النتيجة إلى صحة الفرض الأول.

نتائج الفرض الثاني: ينص الفرض الثاني على " توجد فروق دالة إحصائية بين رتب درجات المجموعة التجريبية ورتب درجات المجموعة الضابطة بعد تطبيق البرنامج

فاعلية العلاج الميتا معرفي في خفض اضطرابات القلق الاجتماعي

الميتا معرفي على مقياس الانتباه المرتكز على الذات لصالح المجموعة التجريبية". وللتحقق من هذا الفرض تم استخدام اختبار " مان - وتي " والجدول (٦) يوضح الفروق بين رتب درجات المجموعة التجريبية ورتب درجات المجموعة الضابطة بعد تطبيق البرنامج الميتا معرفي على مقياس الانتباه المرتكز على الذات:

جدول (٦)

الفروق بين رتب درجات المجموعة التجريبية ورتب درجات المجموعة الضابطة بعد تطبيق البرنامج

الميتا معرفي على مقياس الانتباه المرتكز على الذات

المقاييس	نوع المجموعة	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	U	z	الدلالة	
الانتباه المرتكز على الذات	تجريبية	٧	١١,٠٠	٧٧,٠٠	٠,٠٠	٣,١٨	٠,٠٠١	
	ضابطة	٧	٤,٠٠	٢٨,٠٠				
	تجريبية	٧	١١,٠٠	٧٧,٠٠	٠,٠٠	٣,١٧	٠,٠٠١	
	ضابطة	٧	٤,٠٠	٢٨,٠٠				
	الدرجة الكلية	تجريبية	٧	١١,٠٠	٧٧,٠٠	٠,٥٠	٣,١٤	٠,٠٠١
	ضابطة	٧	٤,٠٠	٢٨,٠٠				

يتضح من الجدول (٧) وجود فروق دالة إحصائياً بين رتب درجات المجموعة التجريبية ورتب درجات المجموعة الضابطة بعد تطبيق البرنامج الميتا معرفي على مقياس الانتباه المرتكز على الذات لصالح المجموعة التجريبية". وتشير هذه النتيجة إلى صحة الفرض الثاني.

مناقشة نتائج الفرض الأول والثاني:

يتضح من الجدول (٥) والجدول (٦) أن البرنامج الميتا معرفي فعال في خفض الانتباه المرتكز على الذات , وفي تحسين الانتباه الخارجي.

وتتفق هذه النتائج مع البحوث والدراسات التي توصلت إلى فاعلية العلاج الميتا معرفي في خفض الانتباه المرتكز على الذات , وفي تحسين الانتباه الخارجي. مثل: دراسة Donald, et al. (2014) ودراسة Donald, et al. (2013) والتي استخدمت مقياس الانتباه المرتكز على الذات والتي توصلت إلى فاعلية العلاج الميتا معرفي في خفض

الانتباه المرتكز على الذات ، وفي تحسين الانتباه الخارجي لدى ذوي اضطرابات القلق الاجتماعي.

وترجع فاعلية العلاج الميتمعرفي في خفض الانتباه المرتكز على الذات ، وفي تحسين الانتباه الخارجي لدى ذوي اضطرابات القلق الاجتماعي إلى أنه تم الاعتماد على فنيات تدريب الانتباه (تدريب الانتباه ، والتركيز على الانتباه الموقفي) ، وهذه الفنيات تعمل بصفة مباشرة على خفض التركيز الذاتي وتحسين التركيز الخارجي مما يجعلها ذات تأثير مباشر على الانتباه. فيرى Vogel, et al. (2016) أن فنية إعادة التركيز على الانتباه الموقفي فنية علاجية ، وهي واحدة من فنيات تعديل الانتباه المباشرة.

ويعتبر الانتباه المرتكز على الذات لدى ذوي اضطرابات القلق نمط غير مفيد يجعل الإحساس بالتعرض للتهديد مستمراً ، فتعمل فنية إعادة التركيز على الانتباه الموقفي على تعطيل ذلك النمط المختل من الانتباه الداخلي الذاتي ، وتستبدله في نفس الوقت بنمط انتباه خارجي مفيد. وهذا يتفق مع ما ذكره عبد الرحمن (٢٠١٤ ، ٢٥٤) حيث أشار إلى أن " فنية إعادة التركيز على الانتباه الموقفي " تعمل كوسيلة لتعطيل أنماط الانتباه غير المفيدة التي تُبقي على الإحساس غير الحقيقي بالتعرض للتهديد.

وعملت أيضا فنية تدريب الانتباه على مواجهة الإفراط في التركيز الداخلي ، وتدعيم فرص التركيز الخارجي ، فهي في طبيعتها تمرين لياقه عقلية ، وذلك من خلال التمرينات المكثفة والمتنوعة التي تم الاعتماد عليها في جلسات البرنامج والتي سمحت للعميل بفرص كافية للتدريب انعكست في تحسن التركيز الخارجي وخفض التركيز الداخلي كوظيفة لفنية تدريب الانتباه. وهذا يتفق مع ما ذكره كل من Fisher and Wells (2009,97-98) حيث ذكروا أن فنية تدريب الانتباه في المدخل الميتمعرفي مصممة فقط لمواجهة الإفراط في التركيز الذاتي ، واستخدام التركيز الخارجي فقط. وكما ذكر عبد الرحمن (٢٠١٤ ، ٢٥٤٣) أن فنية تدريب الانتباه تمرين لياقة عقلية.

نتائج الفرض الثالث: ينص الفرض الثالث على " توجد فروق دالة إحصائياً بين رتب درجات المجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق البرنامج الميتمعرفي على استفتاء الميتمعرفة لصالح القياس البعدي". وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام اختبار "

فاعلية العلاج الميتا معرفي في خفض اضطرابات القلق الاجتماعي

ويلكوكسون " , والجدول (٧) يوضح الفروق بين رتب درجات المجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق البرنامج الميتا معرفي على استفتاء الميتا معرفة :

جدول (٧)

الفروق بين رتب درجات المجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق البرنامج الميتا معرفي على استفتاء الميتا معرفة

المقاييس	الرتب	ن	متوسط الرتب	مجموع الرتب	Z	الدالة
الميتا معرفة	الثقة المعرفية	الرتب السالبة	٧	٤,٠٠	٢٨,٠٠	٠,٠١٨
	الرتب الموجبة	٠	٠,٠٠	٠,٠٠		
	الرتب المتساوية	٠				
المعتقدات الإيجابية	الرتب السالبة	٧	٤,٠٠	٢٨,٠٠	٢,٣٧١	٠,٠١٨
	الرتب الموجبة	٠	٠,٠٠	٠,٠٠		
	الرتب المتساوية	٠				
الوعي الذاتي المعرفي	الرتب السالبة	٧	٤,٠٠	٢٨,٠٠	٢,٣٧١	٠,٠١٨
	الرتب الموجبة	٠	٠,٠٠	٠,٠٠		
	الرتب المتساوية	٠				
الخطر وعدم التحكم	الرتب السالبة	٧	٤,٠٠	٢٨,٠٠	٢,٣٨٤	٠,٠١٧
	الرتب الموجبة	٠	٠,٠٠	٠,٠٠		
	الرتب المتساوية	٠				
الحاجة للسيطرة على الأفكار	الرتب السالبة	٧	٤,٠٠	٢٨,٠٠	٢,٣٨٤	٠,٠١٧
	الرتب الموجبة	٠	٠,٠٠	٠,٠٠		
	الرتب المتساوية	٠				
الدرجة الكلية	الرتب السالبة	٧	٤,٠٠	٢٨,٠٠	٢,٣٧١	٠,٠١٨
	الرتب الموجبة	٠	٠,٠٠	٠,٠٠		
	الرتب المتساوية	٠				

يتضح من الجدول (٧) وجود فروق دالة إحصائياً بين رتب درجات المجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق البرنامج الميتا معرفي على استفتاء الميتا معرفة لصالح القياس البعدي". وتشير هذه النتيجة إلى صحة الفرض الثالث.

نتائج الفرض الرابع: ينص الفرض الرابع على " توجد فروق دالة إحصائياً بين رتب درجات المجموعة التجريبية ورتب درجات المجموعة الضابطة بعد تطبيق البرنامج الميتا معرفي

د. أحمد محمد جاد الرب

على استفتاء الميتمعرفة لصالح المجموعة التجريبية". وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام اختبار " مان - وتي " والجدول (٨) يوضح الفروق بين رتب درجات المجموعة التجريبية ورتب درجات المجموعة الضابطة بعد تطبيق البرنامج الميتمعرفي على استفتاء الميتمعرفة لصالح المجموعة التجريبية:

جدول (٨)

الفروق بين رتب درجات المجموعة التجريبية ورتب درجات المجموعة الضابطة بعد تطبيق البرنامج

الميتمعرفي على استفتاء الميتمعرفة

المقاييس	نوع المجموعة	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	U	z	الدلالة
الميتمعرفة	الثقة المعرفية	٦	١١,٠٠	٧٧,٠٠	٠,٠٠	٣,٢٠٩	٠,٠٠١
		٧	٤,٠٠	٢٨,٠٠			
	المعتقدات الإيجابية	٦	١٠,٠٧	٧٠,٥٠	٦,٥٠	٠,٢٤٠	٠,٠١٧
		٧	٤,٩٣	٣٤,٥٠			
	الوعي الذاتي المعرفي	٦	١١,٠٠	٧٧,٠٠	٠,٠٠	٣,١٩٤	٠,٠٠١
		٧	٤,٠٠	٢٨,٠٠			
	الخطر وعدم التحكم	٦	١١,٠٠	٧٧,٠٠	٠,٠٠	٣,١٣٨	٠,٠٠١
		٧	٤,٠٠	٢٨,٠٠			
	الحاجة للسيطرة على الأفكار	٦	١١,٠٠	٧٧,٠٠	٠,٠٠	٣,١٩١	٠,٠٠١
		٧	٤,٠٠	٢٨,٠٠			
	الدرجة الكلية	٦	١١,٠٠	٧٧,٠٠	٠,٠٠	٣,١٣٧	٠,٠٠١
		٧	٤,٠٠	٢٨,٠٠			

يتضح من الجدول (٨) وجود فروق دالة إحصائياً بين رتب درجات المجموعة التجريبية ورتب درجات المجموعة الضابطة بعد تطبيق البرنامج الميتمعرفي على استفتاء الميتمعرفة لصالح المجموعة التجريبية". وتشير هذه النتيجة إلى صحة الفرض الرابع.

مناقشة نتائج الفرض الثالث والرابع:

يتضح من الجدول (٧) والجدول (٨) أن البرنامج الميتمعرفي فعال في تعديل المعتقدات الميتمعرفية. وتتفق هذه النتائج مع نتائج البحوث والدراسات التي توصلت إلى فاعلية العلاج الميتمعرفي في تعديل المعتقدات الميتمعرفية لدى ذوي اضطرابات القلق

فاعلية العلاج الميتا معرفي في خفض اضطرابات القلق الاجتماعي

الاجتماعي , مثل : دراسة (Vogel, et al. 2016) التي استخدمت مقياس الميتامعرفة , وتوصلت إلى فاعلية العلاج الميتامعرفي في تعديل المعتقدات الميتامعرفية لدى ذوي اضطرابات القلق الاجتماعي.

وترجع فاعلية العلاج الميتامعرفي في تعديل المعتقدات الميتامعرفية لدى ذوي اضطراب القلق الاجتماعي إلى أنه تم الاعتماد على فنيات تدريب الانتباه وهي فنيات ميتامعرفية , أي تم استخدام مدخل ميتامعرفي مع مشكلة ميتامعرفية مما أسهم إسهام مباشر في التعديل.

فقد تضمن البرنامج التدريب على فنية تدريب الانتباه والتي كانت ذات تأثير مباشر في تعديل المعتقدات الميتامعرفية , وهذا يتفق مع نتائج البحوث والدراسات التي توصلت إلى أن فنية تدريب الانتباه كمدخل ميتامعرفي فعالة في تغيير المعتقدات الميتامعرفية لمدى كبير من الاضطرابات الانفعالية مثل : اضطراب الهلع Panic Disorder , القلق الاجتماعي , والهلاوس السمعية Auditory Hallucinations , والأوهام والهلاوس Hallucinations And Delusions , والحزن لفترة طويلة Prolonged Grief Disorder (Hutton, et Andouz, et al.,2012; Solanto, et al., 2010) (Wenn, et al. 2015; al.,2014).

فقد مكّنت فنية تدريب الانتباه العميل من بناء معرفة جديدة تعمل على ضبط السيطرة الميتامعرفية في المعالجة , فهذه الفنية كما أشار كل من Fisher & Wells (2009,97-98) تمرين تدريبي يهدف إلى بناء الأطر والإجراءات اللازمة لتحسين السيطرة الميتامعرفية على المعالجة.

وعملت " فنية إعادة التركيز على الانتباه الموقفي " على تعديل الاستراتيجيات الانتباهية اللاتكيفية التي قد تمنع الشخص من تعديل المعرفة والمعتقدات الميتامعرفية. ويتفق هذا مع ما ذكره كل من Fisher and Wells (2009,107) حيث ذكر أن " فنية إعادة التركيز على الانتباه الموقفي " كاستراتيجية علاجية ميتامعرفية مصممة لعكس الاستراتيجيات الانتباهية غير الملائمة الحالية والتي يستخدمها الشخص في الموقف الضاغط , والاستراتيجيات الانتباهية اللاتكيفية قد تمنع الشخص من تعديل المعرفة.

د. أحمد محمد جاد الرب

وقد أتاحت فنية إعادة التركيز على الانتباه الموقفي الفرصة للعميل للوعي بمعلومات جديدة عملت على تعديل المعتقدات الميتامعرفية. وهذا يتفق مع ما ذكره عبد الرحمن (٢٠١٤ , ٢٥٤) حيث أشار إلى أن " فنية إعادة التركيز على الانتباه الموقفي " كوسيلة لزيادة تدفق المعلومات الجديدة للوعي من أجل تعديل المعتقدات.

نتائج الفرض الخامس: ينص الفرض الخامس على " توجد فروق دالة إحصائية بين رتب درجات المجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق البرنامج الميتامعرفي على مقياس قلق التفاعل الاجتماعي ومقياس الفوبيا الاجتماعية لصالح القياس البعدي". وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام اختبار " ويلكوكسون ", والجدول (٩) يوضح الفروق بين رتب درجات المجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق البرنامج الميتامعرفي على مقياس قلق التفاعل الاجتماعي ومقياس الفوبيا الاجتماعية :

جدول (٩)

الفروق بين رتب درجات المجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق البرنامج الميتامعرفي على مقياس قلق التفاعل الاجتماعي ومقياس الفوبيا الاجتماعية.

المقاييس	الرتب	ن	متوسط الرتب	مجموع الرتب	Z	الدالة
قلق التفاعل الاجتماعي	الرتب السالبة	٧	٤,٠٠	٢٨,٠٠	٢,٣٦٦	٠,٠١٨
	الرتب الموجبة	٠	٠,٠٠	٠,٠٠		
	الرتب المتساوية	٠				
الفوبيا الاجتماعية	الرتب السالبة	٧	٤,٠٠	٢٨,٠٠	٢,٢٣٧٥	٠,٠١٨
	الرتب الموجبة	٠	٠,٠٠	٠,٠٠		
	الرتب المتساوية	٠				

يتضح من الجدول (٩) وجود فروق دالة إحصائية بين رتب درجات المجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق البرنامج الميتامعرفي على مقياس قلق التفاعل الاجتماعي ومقياس الفوبيا الاجتماعية لصالح القياس البعدي". وتشير هذه النتيجة إلى صحة الفرض الخامس.

نتائج الفرض السادس: ينص الفرض السادس على " توجد فروق دالة إحصائية بين رتب درجات المجموعة التجريبية ورتب درجات المجموعة الضابطة بعد تطبيق البرنامج الميتامعرفي على مقياس قلق التفاعل الاجتماعي ومقياس الفوبيا الاجتماعية لصالح

فاعلية العلاج الميتا معرفي في خفض اضطرابات القلق الاجتماعي

المجموعة التجريبية". وللتحقق من هذا الفرض تم استخدام اختبار " مان - وتني " والجدول (١٠) يوضح الفروق بين رتب درجات المجموعة التجريبية ورتب درجات المجموعة الضابطة بعد تطبيق البرنامج الميتا معرفي على مقياس قلق التفاعل الاجتماعي ومقياس الفوبيا الاجتماعية:

جدول (١٠)

الفروق بين رتب درجات المجموعة التجريبية ورتب درجات المجموعة الضابطة بعد تطبيق البرنامج الميتا معرفي على مقياس قلق التفاعل الاجتماعي ومقياس الفوبيا الاجتماعية.

المقاييس	نوع المجموعة	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	U	z	الدلالة
قلق التفاعل الاجتماعي	تجريبية	٧	١١,٠٠	٧٧,٠٠	٠,٠٠	٣,١٨٣	٠,٠٠١
	ضابطة	٧	٤,٠٠	٢٨,٠٠			
الفوبيا الاجتماعية	تجريبية	٧	١١,٠٠	٧٧,٠٠	٠,٠٠	٣,١٨٠	٠,٠٠١
	ضابطة	٧	٤,٠٠	٢٨,٠٠			

مناقشة نتائج الفرض الخامس والسادس:

يتضح من الجدول (٩) والجدول (١٠) أن العلاج الميتا معرفي (التدريب على فنية الانتباه وفنية إعادة التركيز على الانتباه الموقفي) فعال في خفض اضطرابات القلق الاجتماعي (اضطراب القلق الاجتماعي , الفوبيا الاجتماعية).

وتتفق هذه النتائج مع نتائج البحوث والدراسات التي توصلت إلى فاعلية العلاج الميتا معرفي في خفض اضطرابات القلق الاجتماعي مثل دراسة Lakshmi, et al. (2016) , ودراسة Vogel, et al. (2016) , ودراسة Nordahl, et al. (2016) , ودراسة Fergus, et al. (2014).

وتتفق مع نتائج البحوث والدراسات التي توصلت إلى فاعلية فنيات تدريب الانتباه (فنيات علاج ميتا معرفية) في خفض اضطرابات القلق الاجتماعي مثل: دراسة Vogel, et al. (2016) , ودراسة Donald, et al. (2013) , ودراسة Wells, et al. (1997). وتدعم نتائج هذه البحوث نتائج البحوث والدراسات التي توصلت إلى وجود علاقة بين الميتا معرفة واضطرابات القلق الاجتماعي , مثل: دراسة Dubravka, et al. (2017).

, ودراسة كل من دراسة (2017) Nordahl and Wells , ودراسة كل من Ruiz, and (2017) Odriozola-González , ودراسة (2014) Connelly.

وترجع فاعلية البرنامج الميتماعرفي في البحث الحالي إلى التزام الباحث بقواعد وتعليمات العلاج الميتماعرفي , حيث تم الاعتماد في بناء البرنامج وتنفيذه على فنيات تدريب الانتباه , والتي أشارت نتائج البحوث التجريبية والدراسات النظرية إلى أن فنيات تدريب الانتباه ذات أساس منطقي يدعم استخدامها وفعاليتها في خفض اضطرابات القلق , مثل: دراسة (2016) Lakshmi, et al. , ودراسة (2016) Vogel, et al. , ودراسة (2016) Nordahl, et al. , ودراسة (2014) Fergus, et al.

وترجع فاعلية البرنامج أيضاً إلى أنه تم الالتزام بقواعد وتعليمات فنيات تدريب الانتباه , فتم استخدام فنية إعادة التركيز على الانتباه الموقفي في الجلسات الأولى من البرنامج تلتها جلسات تدريب الانتباه , حيث أوصت نتائج البحوث والدراسات إلى أن التعرض للمواقف المثيرة لاضطراب القلق الاجتماعي أفضل من تجاهلها أو كبتها , وهذا ما توفره فنية إعادة التركيز على الانتباه الموقفي , حيث تسمح للمريض بمعايشة خبرة القلق أثناء التدخل بفنية إعادة التركيز على الانتباه الموقفي (Fergus, Vogel, et al., 2016; et al., 2014). وهذا ما تم الاعتماد عليه في بناء البرنامج وتنفيذه من خلال توفير خبرات قلق فعلية تم تحديدها من خلال أداء عينة البحث على أدوات البحث , كما كانت هذه الخبرات متنوعة بدأت من الأقل إثارة للقلق إلى الأكثر إثارة للقلق (التفاعل مع الجنس الآخر) , ثم التدريب على فنية إعادة التركيز على الانتباه الموقفي مباشرة أثناء مرور العميل بخبرة القلق , والتي أدت إلى أن العميل عدل من الاستراتيجيات اللاتكيفية التي كان يستخدمها أثناء المرور بخبرة القلق الاجتماعي والتي كانت مرتكزة على التركيز الذاتي الداخلي إلى التركيز الخارجي والذي يسمح بتدفق معلومات جديدة تؤدي إلى معالجة جديدة للموقف المثير للقلق الاجتماعي.

ويتقف هذا مع طبيعة فنية إعادة التركيز على الانتباه الموقفي ' كما ذكرها عبد الرحمن (٢٠١٤ , ٢٥٤) , حيث أشار إلى أن " فنية إعادة التركيز على الانتباه الموقفي " تعمل كوسيلة لتعطيل أنماط الانتباه غير المفيدة التي تُبقي على الإحساس غير الحقيقي

فاعلية العلاج الميتا معرفي في خفض اضطرابات القلق الاجتماعي

بالتعرض للتهديد ، وكوسيلة لزيادة تدفق المعلومات الجديدة للوعي من أجل تعديل المعتقدات (عبد الرحمن ، ٢٠١٤ ، ٢٥٤).

كما تضمنت جلسات البرنامج تكرار التدريب أكثر من مرة في الجلسة الواحدة ، ومع خبرات حقيقية تعرض لها المريض أدت إلى أن المريض اتقن ممارسة وتنفيذ فنية إعادة التركيز على الانتباه الموقفي في الجلسة والذي ترتب عليه تحقيق أقصى قدر من فرص التدريب على التركيز الخارجي، وربما هذا الذي جعله يمارس هذه الفنية أكثر وأكثر في المواقف الاجتماعية خارج حدود الجلسة. وهذا يتفق مع أوصى به Vogel, et al. (2016) والذي رأى أنه يمكن تكرار هذا الدور القصير عدة مرات في الجلسة الواحدة لتحقيق أقصى قدر من فرص التدريب على التركيز الخارجي.

وترجع فاعلية فنية إعادة التركيز على الانتباه الموقفي إلى أنه تم عرض الفنية نظرياً قبل التدريب المباشر ، من حيث التعريف بها ، وكيفية التدريب عليها ، وعلاقتها بمتلازمة الانتباه المعرفي ، وعلاقتها بمشكلة العميل ، وتزويد العميل بالتعليمات اللازمة لممارسة هذه الفنية والاستفادة منها. وهذا رفع مستوى المصادقية لدى العميل ، وهذا يعتبر أساس جيد للبدء في التدريب على الفنية والاستفادة منها.

ويعتبر التنوع في تعريض العميل للمواقف الاجتماعية الفعالية المثيرة للقلق الاجتماعي أثناء التدريب على فنية إعادة التركيز على الانتباه الموقفي له دور أيضاً في الاستخدام الجيد لتلك الفنية ، بمعنى آخر أن العميل تدرب على ممارسة الفنية في مواقف مختلفة ومتنوعة تكاد تكون هي بالفعل التي تؤزم العميل وترهقه أو هي بالفعل التي تثير قلقه ومخاوفه ، فقد تم الاعتماد على تعريض العميل لمواقف مثل: إجراء حوار مع آخر ، إلقاء كلمة أمام الآخرين ، ألقاء قصيدة شعرية ، عمل حوار مع شخص من الجنس الآخر ، وهذه المواقف هي المواقف الحقيقية التي تواجه العميل ، لذلك تعتبر ممارستها خارج حدود الجلسة - في الحياة اليومية - تكرار لما تعلمه في الجلسة، وربما هذا الإعداد الجيد لخطة العلاج قد يكون كافياً لخفض اضطرابات القلق الاجتماعي ، خاصة إذا تم عليه إضافة العدد المناسبة من الجلسات - حيث تم التدريب على هذه الفنية لمدة ٦ جلسات - بالإضافة إلى الواجب المنزلي ، وأيضاً التغذية الراجعة.

د. أحمد محمد جاد الرب

وتلى تدريب عينة البحث على فنية إعادة التركيز على الانتباه الموقفي تدريبهم على فنية تدريب الانتباه , وقد يكون التسلسل في التدريب إجراء منطقي , حيث تتطلب فنية تدريب الانتباه أن يكون مريض القلق في حالة من عدم التوتر أو القلق الحاد , وهذا ما تم العمل عليه في الجزء الأول من التدريب , حيث أن تدريب العميل على فنية إعادة التركيز على الانتباه الموقفي والتي تتطلب حالة من التعرض للقلق مهد حالة العميل للتدريب على فنية تدريب الانتباه. وهذا ما ذكره عبد الرحمن (٢٠١٤) حيث أشار إلى أن فنية تدريب الانتباه تتطلب أن يكون العميل في حالة من عدم التوتر أو القلق الحاد , وأيضاً ما توصلت إليه نتائج دراسة Vogel, (2016) حيث تم التوصل إلى أن استخدام فنية إعادة التركيز على الانتباه الموقفي تليها فنية تدريب الانتباه أفضل من العكس في خفض اضطرابات القلق الاجتماعي. وتعتبر هذه الآراء والتوجهات الأساس الذي تم اتباعها في بناء البرنامج الحالي وتنفيذه , والذي ظهر واضحاً من خلال نتائج البحث الحالي.

وترجع فاعلية البرنامج أيضاً في هذه البحث إلى التوظيف الجيد لفنية تدريب الانتباه , حيث تم تهيئة المريض نفسياً للتدريب على هذه الفنية من خلال خفض قلقه (الفقرة السابقة), ثم اتباع التوصيات والتعليمات التي أشارت إليها نتائج البحوث والدراسات والتي أشار إليها المنظرون في هذا المجال (Vogel, et Lakshmi, et al., 2016; al.,2016; عبد الرحمن , ٢٠١٤ , Wells, 2009).

فتم في الجلسة الأولى للتدريب على هذه الفنية -فنية تدريب الانتباه- التعريف بها , وكيفية ممارستها , والأساس المنطقي لاستخدامها , والتعليمات والأسس اللازمة للاستخدام الجيد , والذي ترتب عليه مستوى مصداقية وقناعة عالية للاستفادة من هذه الفنية , فمصداقية وقناعة العميل له دور في تحقيق هدف هذه الفنية والاستفادة منها , وهذا ما يراه المنظرون في هذا المجال (عبد الرحمن , ٢٠١٤ , Wells, 2009).

وكان الإعداد الجيد لجلسات تدريب الانتباه دور في تحقيق أقصى استفادة من هذه الفنية , فتم تحديد الأصوات المستخدمة في التدريب بعناية فائقة , من حيث كانت الأصوات مميزة ومتناسقة , ومحددة سلفاً , ومتنوعة , ومدمجة معاً , ومن الناحية الفنية تم الاعتماد على فني تكنولوجيا لإعدادها على شريط " كاسيت " وتمت مراجعتها أكثر من مرة حتى

فاعلية العلاج الميتا معرفي في خفض اضطرابات القلق الاجتماعي

تكون عادية ومتسقة مع الواقع. وتم التنوع في الأصوات ما بين المفردة والأصوات المتعددة التي يمكن أن تصدر من جهة كاملة مثل يمين المريض أو شماله ، وتم الاستعاضة عن تلك الجهات التي يتعذر إيجادها في بيئة التدريب بالأصوات المتعددة التي قد تصدر عن أماكن كاملة مثل الأصوات التي تصدر عن المطارات ومحطات القطار ...إلخ.

كما تم الإلتزام بالسيناريو التي أعده صاحب هذه المدخل " وليس (Wells 2009) ، من حيث الزمن اللازم والتنوع ما بين الانتقاء والتحول والتوزيع ، وترجع فاعلية هذه الفنية أيضا إلى طريقة تنفيذ جلسة التدريب التي تبدأ من مراجعة الواجب المنزلي ، ثم التدريب على الانتباه (الانتباه الانتقائي ، التحول الانتباهي ، توزيع الانتباه) ، وتقييم التركيز الذاتي ، والتغذية الراجعة ، وهذا السيناريو النموذجي الذي تم استخدامه في البحوث والدراسات والذي أشار إليه المنظرون (Vogel, et al., 2016; Lakshmi, et al., 2016) ؛ عبد الرحمن ، ٢٠١٤ ، Wells, 2009).

فعمل الإعداد الجيد والتنفيذ الجيد لفنية تدريب الانتباه على الاستفادة القصوى منها ، وهذا ما شجع المريض على الاندماج في ممارسة الفنية ، وجعله ينظر إلى الفنية على أنها تمرين تدريبي ، وفي نفس الوقت استفادة منها في بناء أطر وإجراءات جديدة لتحسين السيطرة الميتا معرفية. وهذا يتفق مع ذكره كل من Fisher & Wells (2009,97-98) (98) حيث أشار أنه يجب النظر إلى فنية تدريب الانتباه على أنها تمرين تدريبي يهدف إلى بناء الأطر والإجراءات اللازمة لتحسين السيطرة الميتا معرفية على المعالجة (Fisher & Wells, 2009,97-98).

نتائج الفرض السابع: ينص الفرض السابع على " لا توجد فروق دالة إحصائية بين رتب درجات المجموعة التجريبية في القياس البعدي والقياس التتبعي بعد توقف تطبيق البرنامج الميتا معرفي بشهر على استفتاء الميتا معرفة ومقياس الانتباه المرتكز على الذات ومقياس قلق التفاعل الاجتماعي ومقياس الفوبيا الاجتماعية ". وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام اختبار " ويلكوكسون " ، والجدول (١١) يوضح الفروق بين القياس القبلي والقياس البعدي على استفتاء الميتا معرفة ومقياس الانتباه المرتكز على الذات ومقياس قلق التفاعل الاجتماعي ومقياس الفوبيا الاجتماعية :

د. أحمد محمد جاد الرب

جدول (١١)

الفروق بين القياس البعدي والقياس التتبعي على استفتاء الميتم معرفة ومقياس الانتباه المرتكز على الذات
ومقياس قلق التفاعل الاجتماعي ومقياس الفوبيا الاجتماعية

المقاييس	الرتب	ن	متوسط الرتب	مجموع الرتب	Z	الدلالة	
المقاييس المعرفية	الرتب السالبة	١	١,٠٠	١,٠٠	١,٠٠	٠,٣١٧	
	الرتب الموجبة	٥	٠,٠٠	٠,٠٠			
	الرتب المتساوية	٦					
	المعتقدات الإيجابية	الرتب السالبة	١	١,٠٠	١,٠٠	١,٠٠	٠,٣١٧
		الرتب الموجبة	٥	٠,٠٠	٠,٠٠		
		الرتب المتساوية	٦				
السوعي الذاتي المعرفي	الرتب السالبة	١	١,٠٠	١,٠٠	١,٠٠	٠,٣١٧	
	الرتب الموجبة	٥	٠,٠٠	٠,٠٠			
	الرتب المتساوية	٦					
الخطر وعدم التحكم	الرتب السالبة	١	٢,٠٠	٢,٠٠	٠,٥٦٦	٠,٥٦٤	
	الرتب الموجبة	٢	٢,٠٠	٤,٠٠			
	الرتب المتساوية	٤					
الحاجة للسيطرة على الأفكار	الرتب السالبة	١	٢,٥٠	٢,٥٠	١,٠٠	٠,٣١٧	
	الرتب الموجبة	٣	٢,٥٠	٧,٥٠			
	الرتب المتساوية	٣					
الدرجة الكلية	الرتب السالبة	٤	٣,٢٥	١٣,٠٠	١,٥١٨	٠,١٢٩	
	الرتب الموجبة	١	٢,٠٠	٢,٠٠			
	الرتب المتساوية	٢					
الانتباه المرتكز على الذات	الرتب السالبة	٥	١,٥٠	٣,٠٠	١,٤١٤	٠,١٥٧	
	الرتب الموجبة	٢	٠,٠٠	٠,٠٠			
	الرتب المتساوية	٥					
التركيز الداخلي	الرتب السالبة	٥	١,٥٠	٣,٠٠	١,٤١٤	٠,١٥٧	
	الرتب الموجبة	٢	٠,٠٠	٠,٠٠			
	الرتب المتساوية	٥					
التركيز الخارجي	الرتب السالبة	٥	١,٥٠	٣,٠٠	١,٤١٤	٠,١٥٧	
	الرتب الموجبة	٢	٠,٠٠	٠,٠٠			
	الرتب المتساوية	٥					
الدرجة	الرتب السالبة	٢	٣,٠٠	٦,٠٠	٠,٤٤٧	٠,٦٥٥	

فاعلية العلاج الميتا معرفي في خفض اضطرابات القلق الاجتماعي

المقاييس	الرتب	ن	متوسط الرتب	مجموع الرتب	Z	الدلالة
الكلية	الرتب الموجبة	٣	٣,٠٠	٩,٠٠	١,٠٠	٠,٣١٧
	الرتب المتساوية	٢				
قلق التفاعل الاجتماعي	الرتب السالبة	١	١,٠٠	١,٠٠	١,٤١٤	٠,١٥٧
	الرتب الموجبة	٠	٠,٠٠	٠,٠٠		
	الرتب المتساوية	٦				
الفوبيا الاجتماعية	الرتب السالبة	٢	١,٥٠	٣,٠٠	١,٤١٤	٠,١٥٧
	الرتب الموجبة	٠	٠,٠٠	٠,٠٠		
	الرتب المتساوية	٥				

يتضح من الجدول (١١) عدم وجود فروق دالة إحصائية بين رتب درجات المجموعة التجريبية في القياس البعدي والقياس التتبعي بعد توقف تطبيق البرنامج الميتا معرفي بشهر على استفتاء الميتا معرفة ومقياس الانتباه المرتكز على الذات ومقياس قلق التفاعل الاجتماعي ومقياس الفوبيا الاجتماعية " وتشير هذه النتيجة إلى صحة الفرض السابع.

مناقشة نتائج الفرض السابع:

يتضح من الجدول (١١) عدم وجود فروق دالة إحصائية بين القياس البعدي والقياس التتبعي على استفتاء الميتا معرفة ومقياس الانتباه المرتكز على الذات ومقياس قلق التفاعل الاجتماعي ومقياس الفوبيا الاجتماعية بعد توقف تطبيق البرنامج بشهر. وتتفق نتائج هذا الفرض مع نتائج البحوث والدراسات التي توصلت إلى استمرار فاعلية التدخل الميتا معرفي في خفض اضطرابات القلق الاجتماعي خلال فترة المتابعة , وبعد توقف تطبيق التدخل. مثل: دراسة (Lakshmi, et al. (2016 ودراسة Bahadori (2010) التي توصلتا إلى فاعلية العلاج الميتا معرفي في خفض اضطرابات القلق الاجتماعي خلال فترة المتابعة التي استمرت ثلاثة شهور , ودراسة Nordahl, et al. (2016) التي توصلت إلى فاعلية العلاج المعرفي والميتا معرفي في خفض اضطراب القلق الاجتماعي خلال فترة المتابعة والتي استمرت سنة.

د. أحمد محمد جاد الرب

وترجع فاعلية البرنامج الميتمتعرفي الحالي في خفض اضطرابات القلق الاجتماعي خلال فترة المتابعة إلى أن هذا البرنامج يعتبر برنامجاً مكثفاً ، حيث تم الاعتماد فيه على فنيين لخفض اضطرابات القلق الاجتماعي ، وكل واحدة بمفردها كافي لخفض اضطرابات القلق الاجتماعي ، إلا أن الجمع بين الفئتين قد زاد من قوة التدخل الميتمتعرفي. كما يعد الإعداد الجيد لجلسات البرنامج وفقاً لقواعد وأسس العلاج الميتمتعرفي كان له دوراً في اندماج المشاركين في ممارسة فنيات البرنامج في مواقف الحياة اليومية.

وقد ترجع فاعلية التدخل خلال فترة المتابعة إلى التغذية الراجعة والتي ربما أعطت الفرصة للعميل لتصحيح ممارساته ، ومناقشة صعوباته ومشكلاته أثناء الجلسة ، والذي ترتب عليه الممارسة الصحيحة في الواجب المنزلي ، والممارسة الصحيحة عند التعرض للمواقف المثيرة للقلق.

ويأتي الواجب المنزلي بما يحقق من تعميم للخبرات المتعلمة أثناء الجلسة خارج حدود الجلسة ، والذي قد يُعزي إليه أيضاً استمرار انخفاض اضطرابات القلق الاجتماعي.

توصيات البحث والبحوث المقترحة

- العلاج الميتمتعرفي علاج واعد ، ومستند على الأدلة النظرية والعلمية في علاج بعض الاضطرابات الانفعالية ، ولكنه يحتاج إلى مزيد من الجهد في مجال البحث لتدعيمه تجريبياً أكثر وعلى مدى كبير ومتنوع من الاضطرابات الانفعالية الأخرى.
- يحتاج التدريب على الفنيات الميتمتعرفية جهداً كبيراً في إعداد السيناريو المناسب لجلسات العلاج.
- الأساس المنطقي إجراء ضروري للوصول إلى فاعلية جيدة للعلاج.
- يحتاج المدرب في العلاج الميتمتعرفي إلى ذكاء وفطنة وقناعة بجدوى هذا المدخل حتى يستطيع نقل ذلك لمرضاه.
- التدريب الميتمتعرفي عمل مشوق وممتع بالنسبة للمعالج والمريض ، فهو أشبه بتدريب أو ورشة عمل عادية بعيدة عن التعقيدات والبحث المتعمق في ذات المريض ، وهذا يجعل المريض يغمس في العلاج بشكل أكبر وفعاليتها أكثر.

◆ فاعلية العلاج الميتا معرفي في خفض اضطرابات القلق الاجتماعي ◆

- يعتبر التدريب الميتا معرفي نوعاً من العلاج المختصر فقد لا يستغرق الوقت الطويل الذي تستغرقه المداخل العلاجية الأخرى , فضلاً عن سهولة ممارسة فنياته بالنسبة للمريض وبساطتها , وهذا يجعل منه تطور حقيقي في مجال العلاج النفسي.

مراجع البحث:

عكاشة , أحمد (٢٠٠٣). *الطب النفسي المعاصر*. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
عبد الرحمن , محمد السيد (٢٠١٤). *العلاج المعرفي والميتا معرفي*. القاهرة: مكتبة زهراء الشرق للنشر والتوزيع.

- Acarturk, C., Smit, F., de Graaf, R., van Straten, A., ten Have, M., & Cuijpers, P. (2009). Economic costs of social phobia: A population based study. *Journal of Affective Disorders*, 115, 421-429.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR*. Washington: Author.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5™ (5th ed.)*. Arlington, VA, US: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Andouz, Z., Dolatshahi, B., Moshtagh, N. & Dadkhah, A. (2012). The Efficacy of Metacognitive Therapy on Patients Suffering from Pure Obsession. *Iran J Psychiatry*, 7, 11-21
- Bahadori, M. H., Kalantari, M., Molavi, H., Jahanbakhsh, M., & Jamshidi, A. (2010). Effects of metacognitive therapy on symptoms of fear of negative judgements in social phobia patients. *J Mazandaran Univ Med Sci*, (21), 122-9.
- Bayram, N. & Bilgel, N. (2008). The prevalence and socio-demographic correlation of depression, anxiety and stress among a group of university students. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 43, 667–672.
- Bogels, S., M. & Lamers, C., T. (2002). The causal role of self-awareness in blushing-anxious, socially anxious, and social phobics individuals. *Behavior Research and Therapy*, 42, 1367–1384
- Clark, D. M. & Wells, A. (1995). *A cognitive model of social phobia*. In: Hiemberg R, Liebowitz M, Hope DA, Schneier FR, editors. *Social Phobia: Diagnostic Assessment and Treatment*. New York: Guildford Press, 69-93.

- Clark, D. M., Ehlers, A., McManus, F., Hackmann, A., Fennell, M., Campbell, H., Flower, T., Davenport, C. & Louis, B. (2003). Cognitive therapy versus fluoxetine in generalized social phobia: a randomized placebo-controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, (6), 1058–1067. 0022-006X/03/\$12.00 DOI: 10.1037/0022-006X.71.6.1058.
- Connelly, K. (2014). The role of metacognition within social anxiety disorder (SAD). *The Uclan Journal of Undergraduate Research*, December, 7 (2), 39-53.
- Der Heiden, C., Kim Melchior, K. & Stigter, E. (2013). The Effectiveness of Group Metacognitive Therapy for Generalised Anxiety Disorder: A Pilot Study. *J Contemp Psychother*, 43,151–157, DOI 10.1007/s10879-013-9235-y.
- Donald, J., Abbott, M. J., & Smith, E. (2013). Comparison of attention training and cognitive therapy in the treatment of social phobia: A preliminary study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*. <https://doi.org/10.1017/S1352465812001051>.
- Donald, J., Abbott, M. J., & Smith, E. (2014). Comparison of attention training and cognitive therapy in the treatment of social phobia: A preliminary investigation. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 42, 74-91. doi:10.1017/S1352465812001051
- Dubravka, G., David, M., Karen, R., McCabe, F. & Randi, M. (2017). Post-event processing in social anxiety disorder: Examining the mediating roles of positive metacognitive beliefs and perceptions of performance. *Behaviour Research and Therapy*; Oxford 91, 1-12.
- Esbjörn, B. H., Normann, N., & Reinholdt-Dunne, M. L. (2015). Adapting Metacognitive Therapy to Children with Generalised Anxiety Disorder: Suggestions for a Manual. *J Contemp Psychother*, 45,159–166. DOI 10.1007/s10879-015-9294-3
- Ewa, M., Lena, R., Maria, T., Tomas, F., & Lars-Göran, O. (2017). Factor solutions of the Social Phobia Scale (SPS) and the Social Interaction Anxiety Scale (SIAS) in a Swedish population. *Cognitive Behaviour Therapy*, Abingdon, 46 (4), 300-314.

- Fergus, T. A., Wheless, N. E. & Wright, L. C. (2014). The attention training technique, self-focused attention, and anxiety: a laboratory-based component study. *Behav Res Ther.*, Oct; 61,150-5. doi: 10.1016/j.brat.2014.08.007.
- Fisher, P., L. & Wells, A. (2008). Metacognitive therapy for obsessive-compulsive disorder: a case series. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 39, 117–132.
- Fisher, P., L. & Wells, A. (2009). *Metacognitive Therapy: Distinctive Features*. New York: Routledge.
- Furmark, T. (2002). 'Social phobia: Overview of community surveys. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 105, 84-93.
- Heimberg, R. G. (2002). Cognitive-behavioral therapy for social anxiety disorder: status and future directions. *Biol Psychiatry*, 51, 101-8.
- Hirsch, C. R., & Clark, D. M. (2004). Information-processing bias in social phobia. *Clin Psychol Rev*, 24, 799-825.
- Hofmann, S., G. (2007). Cognitive factors that maintain social anxiety disorder: a comprehensive model and its treatment implications. *Cogn Behav Ther.*, 36(4), 195–209. doi:10.1037/a0018555.
- Hudson, J. L., Keers, R., Roberts, S., Coleman, J. R., Breen, G., Arendt, K., Bögels, S., Cooper, P., Creswell, C., Hartman, C., Heiervang, E. R., Hötzel, K., In-Albon, T., Lavalley, K., Lyneham, H. J., Marin, C. E., McKinnon, A., Meiser-Stedman, R., Morris, T., Nauta, M., Rapee, R. M., Schneider, S., Schneider, S. C., Silverman, W. K., Thastum, M., Thirlwall, K., Waite, P., Wergeland, G. J., Lester, K. J. & Eley, T. C. (2015). Clinical predictors of response to cognitive-behavioral therapy in pediatric anxiety disorders: The Genes for Treatment (GxT) study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 54, (6),454-63.
- Hutton, P., Morrison, A. P. & Wardle, M. (2014). Metacognitive Therapy in Treatment-Resistant Psychosis: A Multiple-Baseline Study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 2014, 42, 166–185.
- Jacobi, F., Hoëfler, M., Siegert, J., Mack, S., Gerschler, A., Scholl, L., Busch, M. A., Hapke, U., Maske, U., Seiffert, I., Gaebel,

- W., Maier, W., Wagner, M., Zielasek, J., & Wittchen, H. U. (2014). Twelve-month prevalence, comorbidity and correlates of mental disorders in Germany: The Mental Health Module of the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1-MH). *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 23(3), 304-19. <https://doi.org/10.1002/mpr.1439> PMID: 24729411
- Jan, M. & Alyssa, D. (2017). The impact of social threat cues on a card-sorting task with attentional-shifting demands. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 57, 45-52.
- Lakshmi, J., Sudhir, P. M., Sharma, M. P. & Math, S. B. (2016). Effectiveness of Metacognitive Therapy in Patients with Social Anxiety Disorder: A Pilot Investigation. *Indian Journal of Psychological Medicine*, Sep - Oct, 38 (5), 466-471.
- Mattick, R., P. & Clarke, J., C. (1998). Development and validation of measures of social phobia scrutiny fear and social interaction anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 455-470.
- Nordahl, H. & Wells, A. (2017). Testing the metacognitive model against the benchmark CBT model of social anxiety disorder: Is it time to move beyond cognition?. *PLOS ONE* / <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0177109>, May, 4, 1-11.
- Nordahl, H. M, Vogel, PA., Morken, G., Stiles, T., Sandvik, P., & Wells, A. (2016). Paroxetine, Cognitive therapy or their combination in the treatment of Social Anxiety Disorder with and without avoidant personality disorder: A randomized clinical trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 85, 346-356.
- Norton, P. J., & Price, E. C. (2007). A meta-analytic review of adult cognitive-behavioral treatment outcome across the anxiety disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 2007; 195(6), 521-31. <https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000253843.70149.9a> PMID: 17568301
- Ollendick, T.H., Oèstl, G., Reuterskiøè, L. D. & Costa, N. (2010). Comorbidity in youth with specific phobias: Impact of comorbidity on treatment outcome and the impact of treatment on comorbid disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 48(9), 827-31. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2010.05.024> PMID: 20573338.

- Otto, M., W., Pollack, M., H., Maki, K., M., Gould, R., A., Worthington, J., J., III, Smoller, J., W. & Rosenbaum, J., F. (2001). Childhood history of anxiety disorders among adults with social phobia: Rates, correlates, and comparisons with patients with panic disorder. *Depression and Anxiety*, 14, 209-213.
- Rapee, R., M. & Heimberg, R., G. (1997). A cognitive-behavioral model of anxiety in social phobia. *Behavioural Research and Therapy*, 35 (8), 741-756.
- Rudaz, M, Ledermann, T., Margraf, J., Becker, E. S.& Craske, M. G. (2017). The moderating role of avoidance behavior on anxiety over time: Is there a difference between social anxiety disorder and specific phobia? *Plos ONE*, 12,(7), e0180298. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0180298>
- Ruiz, F. J. & Odriozola-González, P. (2017). A longitudinal comparison of metacognitive therapy and acceptance and commitment therapy models of anxiety disorders. *anales de psicología*, January, 33(1), 7-17.
- Sadeghi, R., Mokhber, N., Mahmoudi, L., Asgharipour, N. & Seyfi, H. (2015). A systematic review and meta-analysis on controlled treatment trials of metacognitive therapy for anxiety disorders. *Journal of Research in Medical Sciences*, 20 (9), 901-909.
- Solanto, M. V., Marks, D. J., Wasserstein, J., Mitchell, K., Abikoff, H., Alvir, J. M., & Kofman, M. D. (2010). Efficacy of meta-cognitive therapy for adult ADHD. *Am J Psychiatry*, Aug; 167(8),958-68. doi: 10.1176/appi.ajp.2009.09081123. Epub 2010 Mar 15.
- Turner, S. M., Johnson, M. R., Beidel, D. C., Heiser, N. A., & Lydiard, R. B. (2003). The social thoughts and beliefs scale: A new inventory for assessing cognitions in social phobia. *Psychological Assessment*, 15, 384-391.
- Veale, D. (2003). Treatment of social phobia. *Advances in Psychiatric Treatment*, 9, 258-264.
- Villarosa, M. C. (2017). an examination of the relationships between social anxiety dimensions and alcohol-related outcomes: the

- mediating role of drinking context. *PH.D.*, University of Southern Mississippi.
- Vogel, P. A., Hagen, R., Hjemdal, O., Solem, S., Smeby, S. C., Strand, E. R., Fisherb, P., Nordahl, H., M. & Wells, A. (2016). Metacognitive Therapy Applications in Social Anxiety Disorder: An Exploratory Study of the Individual and Combined Effects of the Attention Training Technique and Situational Attentional Refocusing. *Journal of Experimental Psychopathology*, 7(4), 608-618 ISSN 2043-8087 / DOI:10.5127/jep.054716.
- Wells, A. (1997). *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders: A Practice Manual and Conceptual Guide*. Chichester: Wiley.
- Wells, A. (2000). *Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy*. Chichester, UK: Wiley.
- Wells, A. (2007). The attention training technique: Theory, effects and a metacognitive hypothesis on auditory hallucinations. *Cognitive and Behavioral Practice*, 14, 134-138.
- Wells, A. (2009). *Metacognitive Therapy for Anxiety and Depression*. New York: Guilford Press.
- Wells, A., & Cartwright-Hatton, S. (2004). A short form of the Metacognitions Questionnaire: Properties of the MCQ-30. *Behavior Research and Therapy*, 42, 385-396.
- Wells, A., & Matthews, G. (1994). *Attention and emotion: A clinical perspective*. Hove, UK: Erlbaum.
- Wells, A., & Matthews, G. (1996). Modelling cognition in emotional disorder: The S-REF model. *Behaviour Research and Therapy*, 34,881-888. PMID: 8990539.
- Wells, A., White, J. & Carter, K. (1997). Attention Training: Effects on anxiety and beliefs in panic and social phobia. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 4, 226-232.
- Wenn, J., O'Connor, M., Breen, L. J., Kane, R. T. &Rees, C. S. (2015). Efficacy of metacognitive therapy for prolonged grief disorder: protocol for a randomised controlled trial. *BMJ open*, 5(12), DOI: 10.1136/bmjopen-2014-007221.
- Yanovskiy, E. (2017). The Relationship between Social Anxiety and Paranoid Ideation. *Master, Arts and Sciences Long*, Island University.
- Young, J. R. (2004). Prozac campus. *The Chronicle of Higher Education*, 37-38.

**The effectiveness of metacognitive therapy in reducing
social anxiety disorders among university students.**

Dr. Ahmed Mohamed Gadelrab Abouzaid

hygiene mental Associative professor - special education department
Arab East College

Abstract:

The current research aimed to identify the effectiveness of metacognitive therapy (Attention Training Technique (ATT), Situational Attentional Refocusing (SAR) in reducing social anxiety disorders, Also it verified the effectiveness of the program in modifying metacognitive beliefs and improve the external attention, The sample consisted of 14 female university students in the city of Riyadh. They were randomly divided into a group of 7 female students and a group of 7 female students, It was verified homogeneity between the two groups in Self Focused Attention, Metacognitions, Social Interaction Anxiety and Social Phobia. It Was used Metacognitions Questionnaire (MCQ-30) prepared by both Cartwright-Hatton (2004)), Self Focused Attention scale (FAS) prepared by Bogels, Alberts and de Jong (1996), Social Phobia Scale (SP-S) prepared by Mattick & Clarke (1998), Social Interaction Anxiety Scale (SIAS) Mattick & Clarke (1998), all were translated and legalized by researcher, and metacognitive therapy program consisted of 14 sessions (6 sessions for Attention Training Technique- 7 sessions for Situational Attentional Refocusing Technique -a review session), After the application of the program revealed statistical analysis about the decline of the grades of the students of the experimental group on the scale Metacognitions Questionnaire, Self Focused Attention scale, Social Phobia Scale and Social Interaction Anxiety Scale (SIAS), These results confirm the effectiveness of the metacognitive therapy program (ATT - SAR) in reducing social anxiety disorders, modifying metacognitive beliefs and improve the external attention.