



مجلة العلوم التربوية

مراجعة منهجية وتحليل بعدي لنتائج بعض البحوث التي تناولت فعالية
العلاج الميتامعرفي مع عينات كلينيكيه وغير كلينيكيه في الفترة ما بين
(٢٠١٢-٢٠٢٢)

اعداد

أ.م. د/هبة جابر عبد الحميد

أستاذ الصحة النفسية المساعد

كلية التربية - جامعة سوهاج

المستخلص:

هدف البحث الحالي إلى إجراء مراجعة منهجية وتحليل بعدي لنتائج البحوث التي تناولت فعالية العلاج الميتامعرفي في خفض (الاكتئاب، والقلق، والوسواس القهري، والمشكلات الينشخصية، والمعتقدات الميتامعرفية، والأفكار الاجترارية) مع عينات كلينيكية وغير كلينيكية في الفترة من (٢٠١٢-٢٠٢٢)، وتمت مراجعة وتحليل نتائج ٣٢ بحث أجريت في الفترة ٢٠١٢-٢٠٢٢ انطبقت عليهم معايير التضمن والاستبعاد، وأشارت نتائج المراجعة المنهجية والتحليل البعدي إلى فعالية العلاج الميتامعرفي في خفض (الاكتئاب، والقلق، والوسواس القهري، والمشكلات الينشخصية، والمعتقدات الميتامعرفية، والأفكار الاجترارية) لدى عينات كلينيكية وغير كلينيكية في البحوث المنشورة خلال الفترة من (٢٠١٢-٢٠٢٢)، حيث بلغ متوسط حجم التأثير الكلي للعلاج الميتامعرفي ١,٨٦٥ كما تراوحت متوسطات حجم التأثير للمتغيرات التابعة ما بين (١,٥٧٤ - ٢,٥٣٢). كما أشارت النتائج إلى فعالية العلاج الميتامعرفي في خفض المتغيرات النفسية باختلاف العينة (كلينيكية وغير كلينيكية) والتصميم التجريبي (المجموعة الواحدة- المجموعتين)، وطريقة التدخل (فردى - جماعى)، وعدد جلسات البرنامج، كما أشارت النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في حجم التأثير للعلاج الميتامعرفي والعلاج المعرفى السلوكى، حيث جاء فى المرتبة الأولى العلاج الميتامعرفى بمتوسط حجم التأثير ١,٣٢٣، وبلغ متوسط حجم التأثير للعلاج المعرفى السلوكى ٠,٨٣٧، ووجود فروق ذات دلالة إحصائية بين العلاج الميتامعرفى والتعرض ومنع الاستجابة، حيث جاء فى المرتبة الأولى العلاج الميتامعرفى بمتوسط حجم تأثير ٢,٠٣٣، وبلغ متوسط حجم التأثير للتعرض ومنع الاستجابة ١,١١٠ وجميع قيم متوسطات حجم التأثير تعد قيم مرتفعة وفقاً لمعيار كوهين المستخدم فى البحث الحالى.

الكلمات المفتاحية: المراجعة المنهجية- التحليل البعدي- العلاج الميتامعرفي.

A systematic review and meta-analysis of the results of some researches that dealt with the effectiveness of meta-cognitive therapy with clinical and non-clinical samples during the period (2012-2022)

Abstract:

The current research aimed to conduct a systematic review and meta-analysis of the research results that dealt with the effectiveness of metacognitive therapy with clinical and non-clinical samples in the period (2012-2022), The results of 32 studies conducted in the period 2012-2022 were reviewed and analyzed, and the inclusion and exclusion criteria were applied to them 'the results of the systematic review and meta-analysis indicated the effectiveness of metacognitive therapy in reducing (depression, anxiety, obsessive-compulsive disorder, interpersonal problems, metacognitive beliefs, and ruminations) in both clinical and non-clinical samples in studies published during the period (2012-2022). where the average total effect size of metacognitive treatment was 1.865, and the average effect size of the dependent variables ranged between (1.574-2.532), The results also indicated the effectiveness of metacognitive therapy in reducing psychological variables according to the sample (clinical and non-clinical), the experimental design (one group - two groups), the method of intervention (individual - group), and the number of program sessions 'The results also indicated that there were statistically significant differences in the effect size of metacognitive treatment and cognitive behavioral therapy, where metacognitive treatment came in the first place with an average effect size of 1.323, and the average effect size of cognitive behavioral treatment was 0.837. There are statistically significant differences between metacognitive therapy and exposure and response prevention, where metacognitive therapy came in the first place with an average effect size of 2.033, the average effect size of exposure and response prevention 1.110 and all values of the mean effect size are high values according to Cohen's criterion used in the current research.

Keywords: Systematic Review- Meta-Analysis- Meta-Cognitive Therapy

مقدمة:

تعددت أهداف الدراسات في مجال الصحة النفسية وذلك وفقاً لهدف كل دراسة، فاهتم بعض الباحثين بدراسة الجوانب الإيجابية في الشخصية وفقاً لظهور التوجهات الإيجابية في علم النفس (علم النفس الإيجابي)، مثل دراسة متغيرات المرونة النفسية، والأمل، والتفاؤل، والمناعة النفسية، والشعور بالتماسك، والحيوية الذاتية والتسامي بالذات والازدهار النفسي والاستراتيجيات التذوقية، والمخططات المعرفية الإيجابية، وكفاءة المواجهة، والتمكين النفسي، وجودة الحياة، والرفاهية الأكاديمية، وغيرها من المتغيرات التي تركز على الجوانب الإيجابية في شخصية الفرد، واهتم بعض الباحثون بدراسة المشكلات التي أصبحت أكثر انتشاراً في عصر الضغوط والأزمات الذي نعيش فيه كالانتمت والاحترق الأكاديمي، والمخططات المعرفية اللاتكيفية المبكرة، وخبرات الطفولة السلبية، والمخططات الانفعالية، والفظاظة الأكاديمية، والقلق، والتشوهات المعرفية، والأعراض الاكتئابية، والغش الأكاديمي، والنموفوبيا، كما اهتم بعض الباحثون بالتدخلات العلاجية الحديثة التي من شأنها أن تنمي المتغيرات الإيجابية لمساعدة الشخص على تحمل ما يعانيه من ضغوط، أو تخفيف حدة الضغوط والمشكلات والاضطرابات النفسية التي قد تؤثر على أداء الأفراد في حياتهم اليومية.

وظهر خلال ال ١٠-١٥ سنة الماضية عدد من العلاجات النفسية الجديدة وصفت بأنها الموجة الثالثة من العلاج السلوكي (Hayes, 2004)؛ فالعلاج السلوكي هو الموجة الأولى من العلاج النفسي، والعلاج المعرفي هو الموجة الثانية التي طورها آرون بيك في السبعينيات، وفي أواخر الثمانينيات كان هناك دمج بين العلاج السلوكي والعلاج المعرفي فيما يسمى العلاج السلوكي المعرفي. (Roth & Fonagy, 2005).

ويروي Hayes et al. (2006) أن الموجة الثالثة من العلاج السلوكي Third Wave Behavior Therapy تضمنت التدخلات القائمة على اليقظة العقلية Mindfulness Based Intervention (MBI)، والعلاج المرتكز على التعاطف على الذات Compassion Focused Therapy والذي يرجع إلى Gilbert (2005)، والعلاج السلوكي الجدلي Dialectical Behavior Therapy والذي يرجع إلى Linehan (1993)، وعلاج مخططات التفكير Schema Therapy والذي يرجع إلى Young (1990)، والعلاج بالقبول والالتزام Acceptance and Commitment

Therapy والذي يرجع إلى (Hayes, Strosahl and Wilson (1999)، والعلاج الميتامعرفي Meta-Cognitive Therapy والذي يرجع إلى (Weells (1995). والميتامعرفة تشير إلى المعرفة أو المعتقدات حول التفكير والاستراتيجيات المستخدمة لتنظيم عمليات التفكير والتحكم فيها، أي أنه مفهوم متعدد الأوجه يشمل المعرفة والعمليات والاستراتيجيات التي تقيم وتراقب وتسيطر على الإدراك، والتي تلعب دورًا كبيرًا في تطوير وصيانة الاضطرابات النفسية وعلاجها. (Wells,2000).

وطور Wells العلاج الميتامعرفي، والذي يعتمد على فكرة أن الأفراد محاصرون في الانزعاج العاطفي بسبب ما وراء المعرفة، مما يؤدي إلى نمط معين من الاستجابة لتجاربيهم الداخلية التي تحافظ على مشاعرهم وتعزز آرائهم السلبية (Wells, 2008) لذا يُنظر إليه باعتباره نهج عبر تشخيصي يهدف إلى تغيير العمليات التي تحافظ على المعتقدات المعرفية المختلفة وصعوبات تنظيم الانفعالات في الاضطرابات النفسية. (McEvoy, 2019).

ويهدف العلاج الميتامعرفي إلى تعديل متلازمة الانتباه المعرفي ومعتقدات ما وراء المعرفة التي أدت إلى ظهوره، وزيادة الوعي بالاجترار والقلق ومراقبة التهديدات، وتسهيل المرونة في التحكم لهذه العمليات، كما يهدف إلى تعديل معتقدات ما وراء المعرفة السلبية والإيجابية، ويمكن العلاج الميتامعرفي المريض من تطوير مجموعة جديدة من الاستجابات للأفكار والمشاعر السلبية دون تنشيط متلازمة الانتباه المعرفي. (Dammen et al., 2016).

ويعد العلاج الميتامعرفي علاجًا نفسيًا قائمًا على النظرية يمكن تطبيقه في علاج العديد من الاضطرابات النفسية، ويعتمد على نموذج التنظيم الذاتي (Wells & Matthews,1994)، والذي يهدف إلى دعم المريض في استعادة الانتباه المرن من خلال تعديل معتقدات ما وراء المعرفة وتقليل أنماط التفكير المحافظة Preservative، وبالمقارنة مع العلاجات الأخرى، فإنه لا يركز على محتوى الأفكار أو زيادة الإتقان والمتعة، ولكن على تقليل العمليات المعرفية غير المفيدة وتسهيل أنماط المعالجة الميتامعرفية (Winter et al.,2020)، كما أظهرت نتائج دراسات العلاج الميتامعرفي أن فترات العلاج قصيرة إلى حد كبير (١٠-١٢ جلسة)، وأحجام التأثير وتأثيرات التشخيص كبيرة، بالإضافة إلى معدلات التسرب المنخفضة التي تشير إلى فعالية العلاج، وفي الوقت نفسه، حالات الاضطراب محددة. (Hagen et al., 2017; Normann, & Morina, 2018).

وتم استخدام العلاج الميتامعرفي مع مدى واسع من مشكلات واضطرابات الصحة النفسية، ومع عينات مختلفة ومتنوعة من المراهقين والبالغين والأطفال، والتي هدفت إلى الكشف عن فاعليته كتدخل علاجي في خفض حدة هذه المشكلات والاضطرابات النفسية عن طريق التعامل مع المعتقدات الميتامعرفية ومتلازمة الانتباه المعرفي، ومن تلك الدراسات Glombiewski et al. (2021); Van der Heiden et al. (2016); Fisher, & Wells (2008); Rees, & Van Koesveld (2008); Esbjørnet al. (2018)

وتم إجراء دراسات تقييمية حول العلاج الميتامعرفي لدى المرضى الذين يعانون من القلق العام، واضطراب الوسواس القهري والقلق الاجتماعي، واضطراب ما بعد الصدمة، والاكتئاب والفصام، ومتلازمة التعب المزمن، واضطراب تشوه الجسم، وعدم الاتزان الانفعالي وتعاطي الكحول والتي أكدت على أن العلاج الميتامعرفي تدخل فعال في علاج البالغين الذين يعانون من اضطرابات القلق العامة. (Wells, 2013; Moritz et al., 2014).

ويعد العلاج الميتامعرفي (MCT) نهج العلاج الأكثر حداثة، والذي أظهر نتائج واعدة في علاج القلق والاكتئاب بمعدلات شفاء بنسبة ٧٢-٨٠ في المائة (Normann & Morina, 2018). كما أظهرت نتائج بحث Nordahl et al., (2018) - الذي قارن بين فعالية العلاج المعرفي السلوكي والعلاج الميتامعرفي للبالغين المصابين باضطراب القلق العام - معدلات شفاء أكبر بشكل ملحوظ في العلاج الميتامعرفي، وفي متابعة لمدة عامين تعافى بشكل عام ٦٥% من المرضى الذين يتلقون العلاج الميتامعرفي، مقارنة بـ ٣٨% من مجموعة العلاج المعرفي السلوكي.

وأظهر بحث Solem et al. (2021) - الذي هدف إلى مقارنة فعالية العلاج الميتامعرفي والعلاج المعرفي السلوكي في خفض اضطراب القلق العام - معدلات شفاء ٥٧% بالنسبة للعلاج الميتامعرفي و ٣٨% بالنسبة للعلاج المعرفي السلوكي، وبعد تطبيق العلاج الميتامعرفي حافظ ٤٣% على حالة التعافي وحقق ١٤% منهم حالة الانتعاش، بينما بعد تطبيق العلاج المعرفي حقق ٢٥% انتعاشاً، مما يشير إلى تحسن ملحوظاً في أعراض التوتر والقلق في مجموعة العلاج الميتامعرفي، حيث تم تشخيص ٢٣,١% باضطراب القلق العام مقارنة مع ٩,٥% في مجموعة العلاج الميتامعرفي.

وأظهرت نتائج بحث Winter et al. (2020) فاعلية العلاج الميتا معرفي في خفض اضطراب الاكتئاب الرئيسي، ولم يلاحظ أي تسرب أثناء العلاج ومرحلة المتابعة، وكان المرضى والمعالجون راضين للغاية عن علاج الميتا معرفي، كما انخفضت المعتقدات الميتا معرفية بشكل كبير خلال دورة العلاج (from 29 ± 8.6 at T0 to 8.4 ± 9.6 at the end of treatment)، بالتوازي مع انخفاض كبير في درجات مجموع قائمة بيك للاكتئاب.

كما تم استخدام العلاج الميتا معرفي مع ذوي صعوبات تعلم الرياضيات حيث أشارت نتائج بحث Faradiba et al. (2019) إلى فاعلية العلاج الميتا معرفي في خفض المعتقدات الميتا معرفية المسببة للقلق من الرياضيات.

ولاحظت الباحثة الانتشار الواسع لاستخدام العلاج الميتا معرفي على مدار السنوات العشرة الماضية في التراث الأجنبي، إلا أن انتشاره قليل في التراث العربي، لذا نبعت فكرة البحث الحالي كمحاولة لتوفير نظرة شاملة عن فاعلية العلاج الميتا معرفي في خفض الاضطرابات النفسية ومشكلات الصحة النفسية، عن طريق إجراء مراجعة منهجية للدراسات والبحوث السابقة التي تناولت فاعلية العلاج الميتا معرفي في خفض الاضطرابات النفسية وذلك باستخدام أسلوب التحليل البعدي Meta-Analysis.

وتعرّف المراجعة المنهجية على أنها توليف نتائج العديد من الدراسات الأولية باستخدام تقنيات تقلل من مخاطر التحيز والخطأ العشوائي، حيث تجمع المراجعة المنهجية كل الدراسات الممكنة المتعلقة بموضوع وتصميم معين، وتراجع وتحلل نتائجها، وأثناء عملية المراجعة المنهجية يتم تقييم جودة الدراسات وإجراء التحليل الإحصائي البعدي لنتائج الدراسة على أساس جودتها (Ahn and Kang, 2018)، وصاغ Glass (1976) أسلوب التحليل البعدي ليشير إلى مجموعة من الإجراءات الإحصائية لدمج نتائج العديد من الدراسات التي تتناول نفس السؤال البحثي. (Delgado-Rodríguez, & Sillero-Arenas, 2018).

وانتشر التحليل البعدي عبر التخصصات في الثمانينيات وخاصة في علم النفس والتعليم والعلوم الطبية، وأدى الاستخدام المتزايد للتحليل البعدي إلى زيادة التوقعات بالدقة في العملية والإجراءات. (Shelby & Vaske, 2008).

ويعد التحليل البعدي طريقة صحيحة وموضوعية وعلمية لتحليل النتائج المختلفة والجمع بينها، عادة - من أجل الحصول على نتائج أكثر موثوقية- يتم إجراء التحليل البعدي بشكل أساسي على التجارب المعشاة ذات الشواهد Randomized Controlled Trials ، والتي تحتوي على مستوى عالٍ من الأدلة، حيث يهدف التحليل البعدي إلى استخلاص النتيجة بقوة ودقة أكبر مما لا يمكن تحقيقه في الدراسات الفردية، لذلك- قبل التحليل- من الضروري تقييم اتجاه التأثير، وحجم التأثير، وتجانس التأثيرات بين الدراسات، وقوة الأدلة، وبعد ذلك، تتم مراجعة البيانات نوعياً وكمياً، فالتحليل البعدي هو مراجعة كمية، يتم فيها تقييم الفعالية السريرية عن طريق حساب التقدير المجمع الموزون للتدخلات في دراستين منفصلتين على الأقل. (Ahn & Kang, 2018) .

وتتمثل خطوات منهج التحليل البعدي في تحديد المشكلة وصياغة الفروض وتحديد وقياس المتغيرات واختيار العينة والتي تعني البحوث والدراسات السابقة موضع الدراسة، وتحليل البيانات بالطرق الإحصائية والكمية المناسبة والوصول إلى نتائج وتفسيرها، فهو منهج إمبريقي كامل قابل للاستعادة والتكرار لا يختلف عن غيره من مناهج البحث (أبو حطب، وصادق، ١٩٩١).

كما أصبحت الحاجة ماسة لمواكبة التقدم العلمي والتراكم المعرفي الهائل الذي ينادي بضرورة حساب حجم الأثر بجانب الدلالة الإحصائية، حيث إن إهمال حساب حجم الأثر يقلل من أهمية نتائج الدراسة، مما يتطلب إجراء العديد من الدراسات التكاملية التي تعتمد على المراجعة المنهجية بأسلوب التحليل البعدي.

لذلك اهتم البحث الحالي بالتعرف على فعالية العلاج الميتامعرفي مع عينات كLINIكيه وغير كLINIكيه في خفض بعض الاضطرابات النفسية ومشكلات الصحة النفسية في الفترة ما بين (٢٠١٢-٢٠٢٢) من خلال مراجعة منهجية وتحليل بعدي لنتائج بعض البحوث وذلك لتقييم اتجاه التأثير وحجم التأثير بين البحوث والدراسات السابقة للحصول على نتائج أكثر موثوقية وبدقة أكبر من نتائج الدراسات الفردية، وتوجيه الدراسات المستقبلية لمدخل علاجي واعد لابد من الاستناد عليه في خفض العديد من اضطرابات النفسية والشخصية والعديد من مشكلات الصحة النفسية.

مشكلة البحث:

أشارت نتائج العديد من الدراسات إلى فعالية العلاج الميتامعرفي في خفض العديد من اضطرابات ومشكلات الصحة النفسية واضطرابات الشخصية، مثل الاضطراب الاكتئاب الرئيسي،

واضطراب الوسواس القهري، واضطراب القلق العام، واضطراب ما بعد الصدمة (Wells 2009؛ جريش، ٢٠١٨؛ حنور، ٢٠١٦)، والرهاب الاجتماعي (Nordahl & Wells, 2017)، واضطرابات القلق الاجتماعي (أبو زيد، ٢٠١٨؛ الزيداني، ٢٠٢٠)، وتوهم المرض وقلق الصحة (عبد الحميد، ٢٠١٨)، واضطراب الشخصية الحدية (Nordahl & Wells, 2019)، واضطرابات الإدمان (Spada & Wells, 2009) أو الاضطرابات الذهانية (Parker et al., 2020).

كما أشارت نتائج بحث (Ashoori 2015) إلى أن العلاج الميتمعرفي مدخلاً مهماً في علاج الاضطرابات النفسية مثل القلق والاكتئاب لدى طلاب الجامعة، وأشارت نتائج البحث إلى فاعلية كل من العلاج الميتمعرفي والعلاج بالمخطط في خفض أعراض القلق والاكتئاب لدى طلاب كلية التمريض.

وقدمت الدراسات أدلة على فعالية العلاج الميتمعرفي في كل من العلاج الفردي والجماعي في خفض اضطراب الاكتئاب الرئيسي (Titov et al., 2015; Wells et al., 2009)، ووجد أنه بعد ١٠ جلسات من العلاج الميتمعرفي الجماعي تعافى جميع المرضى، مع تعافي ٩١٪ في ستة أشهر من المتابعة. (Dammen et al., 2015).

وأظهرت نتائج بحث (Rochat et al. 2018) إلى فعالية العلاج الميتمعرفي أو فنية التدريب الانتباه كتدخل قائم على الأدلة لعلاج الاضطرابات الانفعالية وتحسين الصحة النفسية، وأشارت أن ٧٧,٣٦٪ من الأفراد قد تعافوا أو تحسّنوا، مع القضاء على المشكلة أو الحفاظ على التحسن خلال مرحلة التدخل، وأشارت النتائج على وجود علاقة بين الجرعة والاستجابة أي عدد الجلسات والنتائج؛ فكلما زادت عدد الجلسات زاد التحسن.

وأشارت نتائج بحث (Esbjörn et al. 2018) إلى أن العلاج الميتمعرفي هو علاج فعال لاضطرابات القلق لدى البالغين فهو فعال أيضاً للأطفال الذين يعانون من القلق العام باعتباره اضطرابهم الأساسي، كما أشارت النتائج إلى أن العلاج الميتمعرفي للأطفال المصابين باضطراب القلق العام قد يكون نهجاً علاجياً واعدًا للغاية، وحدث تحسن بعد العلاج، فكان ٨٦,٤٪ من الأطفال خاليين من اضطراباتهم الأولية و٧٢,٧٪ كانوا خاليين من جميع اضطرابات القلق، حتى بعد المتابعة كانت الأرقام المقابلة ٧٥٪ و ٦٥,٩٪ في متابعة لمدة ٦ أشهر، وكانت أحجام التأثير كبيرة لجميع

المقاييس، وتم الحصول على تحسينات مهمة سريريًا لدى ٧٠ ٪ من الأطفال في الاختبار اللاحق و ٧٧ ٪ في المتابعة.

وفي إطار المقارنة بين العلاج الميتامعرفي والعلاج المعرفي السلوكي أظهرت نتائج بحث كل من (Normann and Morina, 2018) أن أحجام التأثير للعلاج الميتامعرفي هي ٠,٦٩، بينما للعلاج المعرفي السلوكي هي ٠,٣٧، ما بعد العلاج والمتابعة، مما يشير إلى أن العلاج الميتامعرفي قد يكون مرشحًا مثيرًا للاهتمام والانتباه في المستقبل للتطورات العلاجية النفسية.

كما تم تطبيق أشكال مختلفة للعلاج الميتامعرفي في علاج الوسواس القهري بشكل فردي وجماعي وعبر مؤتمرات الفيديو والقائم على المساعدة الذاتية، حيث كان له فوائد كبيرة في خفض أعراض الوسواس القهري وقدم تحسينات كبيرة مقارنة بالعلاج المعرفي السلوكي (Papageorgiou et al., 2018)، كما كان فعالاً في خفض أعراض الوسواس القهري والاكتئاب خاصة الوسواس، والقلق وأعراض الضغوط (Moritz et al., 2018).

في إطار المقارنة بين العلاج الميتامعرفي والتعرض ومنع الاستجابة في علاج اضطراب الوسواس القهري، نجد أن ٧٤ ٪ من المرضى تم علاجهم بعد البرنامج، كما أن ٦٣ ٪ لم يعودوا يستوفون معايير تشخيص الوسواس القهري مقارنة بـ ٢٥ ٪ من المرضى لا تظهر عليهم أعراض بعد علاج التعرض ومنع الاستجابة، مما يشير إلى نتائج مشجعة للعلاج الميتامعرفي في علاج الوسواس القهري كما يعد نهج علاج واعد للعديد من الاضطرابات النفسية. (van der Heiden et al., 2016).

أما عن معدلات الشفاء، كانت معدلات الشفاء ٥٧ ٪ للعلاج الميتامعرفي و ٣٨ ٪ للعلاج المعرفي السلوكي وبعد العلاج الميتامعرفي حافظ ٤٣ ٪ على حالة التعافي وحقق ١٤ ٪ أخرى انتعاشًا، وبعد العلاج المعرفي السلوكي، كان معدل الشفاء ١٣ ٪، بينما حقق ٢٥ ٪ أخرى انتعاشًا، وأظهر المرضى في حالة العلاج الميتامعرفي تحسنًا ملحوظًا فيما يتعلق بأعراض القلق والتوتر. وفي مجموعة العلاج المعرفي السلوكي تم إعادة تشخيص ٢٣,١ ٪ باضطراب القلق العام مقارنة مع ٩,٥ ٪ في مجموعة العلاج الميتامعرفي. (Solem et al., 2021)، و ٤٦ ٪ لم يعد يستوفوا معايير اضطراب القلق الاجتماعي بعد العلاج الميتامعرفي بفترة تدريب الانتباه وإعادة التركيز الانتباهي الموقفي. (Vogel, et al., 2016).

وقارن بحث (Van der Heiden et al. (2013) بين معدلات التعافي من اضطرابات القلق والتوتر عن طريق العلاج الميتماعرفي حيث بلغ التعافي نسبة ٧١%، وبلغ ٨٠% في بحث (Wells et al. (2010، وبلغ ٧٢% في بحث (Van der Heiden et al., (2012. وأشارت نتائج بحث (Dammen et al. (2016 إلى فعالية العلاج الميتماعرفي في خفض حده الاكتئاب وبناء على معايير الشفاء المحددة بموضوعية، تم تصنيف ٧٠% من المرضى تعافوا في السنة الأولى بعد التدخل العلاجي، و ٨٠% تعافوا في السنة الثانية خلا المتابعة، مما يشير إلى فعالية العلاج الميتماعرفي في خفض الاكتئاب واستمرت فعاليته لمدة عامين بما يتجاوز فعالية العلاج السلوكي المعرفي.

أما عن نسبة التسرب في العلاج فأشارت نتائج العديد من البحوث إلى أن نسبة التسرب في العلاج الميتماعرفي منخفضة مقارنة بغيره من أنواع العلاج، فعند مقارنة العلاج الميتماعرفي مع العلاج المعرفي السلوكي في نسبة تسرب المشاركين أشارت نتائج بحث (Esbjörn et al. (2018 أن معدل التسرب أثناء العلاج منخفضًا (٢,٣%)، مقارنة بالعلاج المعرفي السلوكي (٤,٣%) في بحث (Piacentini et al., 2014).

وبناءً على ما سبق يمكن القول إن العلاج الميتماعرفي يعد تدخلًا جديدًا واعدًا للعلاج النفسي عبر التشخيص يعتمد على نموذج الوظيفة التنفيذية للتنظيم الذاتي لتصور الاضطرابات العاطفية، وتحديث استجابته العلاجية عن طريق تقليل المعتقدات الميتماعرفية المختلفة فيما يتعلق بالقلق والاجترار، ولدى المرضى الذين يعانون من اضطرابات نفسية تم تطبيقه منذ نشأته بشكل متزايد على مجموعة واسعة من الأمراض النفسية، ولكن مع التركيز بشكل أساسي على اضطرابات المزاج والقلق، وعلاج الصدمات والاضطرابات المرتبطة بالتوتر، واضطرابات الوسواس القهري، واضطرابات الشخصية، والاضطرابات الذهانية، واضطرابات تعاطي المخدرات، والاضطرابات الجنسية.

وعلى الرغم من فعالية العلاج الميتماعرفي ودوره في خفض العديد من الاضطرابات النفسية والشخصية والانتشار الواسع لاستخدامه في العديد من الدراسات الأجنبية إلا أن استخدامه في الدراسات العربية قليل نسبيًا، ومن هذا المنطلق حاول البحث الحالي توفير نظرة شاملة عن هذا المدخل العلاجي وأساسه النظري وفعاليته في خفض العديد من الاضطرابات النفسية والشخصية

ومشكلات الصحة النفسية من خلال مراجعة البحوث والدراسات السابقة ذات الصلة التي تناولت العلاج الميتا معرفي، من خلال إجراء مراجعة منهجية باستخدام أسلوب التحليل البعدي. ويتواكب هذا مع ما يشهده العصر من تطور علمي هائل في جميع المجالات العلمية بصفة عامة والتربوية بصفة الخاصة، وما يتضمنه من الطرق المتعددة لحساب المعالجات الإحصائية المستخدمة في معالجة البيانات، ومنها حجم الأثر الذي يهتم بحساب القوة الإحصائية لتأثير المتغير التجريبي على المتغير التابع والذي يعد مكمل للدلالة الإحصائية مما يزيد من فهم الباحثين والقدرة على تفسير الظواهر النفسية المختلفة، مما يعطي صورة واضحة لأهمية المتغير التجريبي في المتغيرات التابعة.

وبمراجعة التراث العربي الذي استخدم المراجعة المنهجية باستخدام أسلوب التحليل البعدي في الصحة النفسية التي هدفت أو تناولت تقييم فاعلية الأساليب العلاجية الحديثة وجدت الباحثة قلة قليلة من هذه الدراسات بالرغم من الانتشار السريع لها في التراث الأجنبي، فضلاً عن التراكم الهائل والزيادة المتسارعة في الأبحاث الأجنبية في مجال الأساليب العلاجية الحديثة لذا يمكن تحديد مشكلة البحث في التساؤل التالي:

ما فاعلية العلاج الميتامعرفي في خفض بعض الاضطرابات والمشكلات النفسية لدى عينات كLINIكية وغير كLINIكية في ضوء المراجعة المنهجية باستخدام أسلوب التحليل البعدي؟

أسئلة البحث:

١. ما فاعلية العلاج الميتامعرفي في خفض بعض الاضطرابات النفسية ومشكلات الصحة النفسية (القلق، والاكتئاب، والوسواس القهري، والمعتقدات الميتامعرفية، والأفكار الاجترارية، والمشكلات البينشخصية) لدى عينات كLINIكية وغير كLINIكية في الدراسات المتضمنة في التحليل البعدي في البحث الحالي؟
٢. ما الفرق بين متوسط حجم التأثير للعلاج الميتامعرفي باختلاف عينات الدراسات المتضمنة في التحليل البعدي (كLINIكية- غير كLINIكية) في البحث الحالي؟
٣. ما الفرق بين متوسط حجم التأثير للعلاج الميتامعرفي باختلاف التصميمات التجريبية (التصميم التجريبي ذو المجموعة الواحدة- التصميم التجريبي ذو المجموعتين) في الدراسات المتضمنة في التحليل البعدي في البحث الحالي؟

٤. ما الفرق بين متوسط حجم التأثير للعلاج الميتامعرفي وفقاً لاختلاف طريقة التدخل (فردى-جماعى) في الدراسات المتضمنة في التحليل البعدي في البحث الحالى؟
٥. ما الفرق بين متوسط حجم التأثير للعلاج الميتامعرفي وفقاً لاختلاف عدد الجلسات البرنامج (١-٦، من ٧-١٢، أكثر من ١٢) في الدراسات المتضمنة في التحليل البعدي في البحث الحالى؟
٦. ما الفرق بين متوسط حجم التأثير للعلاج الميتامعرفي في خفض الاضطرابات النفسية مقارنة بغيره من أنواع العلاجات النفسية الأخرى المتضمنة في الدراسات والبحوث التي يتناولها البحث الحالى؟

أهداف البحث:

هدف البحث الحالى إلى التعرف على فعالية العلاج الميتامعرفي في خفض بعض الاضطرابات النفسية ومشكلات الصحة النفسية من خلال إجراء مراجعة منهجية باستخدام أسلوب التحليل البعدي؛ الذي يعتمد على تحليل وتوليف نتائج الدراسات والبحوث السابقة التي تناولت العلاج الميتامعرفي خلال عشر سنوات سابقة، ويمكن تقسيم هذا الهدف إلى عدة أهداف على النحو التالي:

١. فعالية العلاج الميتامعرفي في خفض بعض الاضطرابات النفسية ومشكلات الصحة النفسية (القلق، والاكتئاب، والوسواس القهري، والمعتقدات الميتامعرفية، والأفكار الاجترارية، والمشكلات البينشخصية) لدى عينات كينيكية وغير كينيكية في الدراسات المتضمنة في التحليل البعدي الذي يتناوله البحث الحالى.
٢. الفرق بين متوسط حجم التأثير للعلاج الميتامعرفي باختلاف عينات الدراسات المتضمنة في التحليل البعدي (كينيكية- غير كينيكية) في البحث الحالى.
٣. الفرق بين متوسط حجم التأثير للعلاج الميتامعرفي باختلاف التصميمات التجريبية (التصميم التجريبي ذو المجموعة الواحدة-التصميم التجريبي ذو المجموعتين) في الدراسات المتضمنة في التحليل البعدي في البحث الحالى.
٤. الفرق بين متوسط حجم التأثير للعلاج الميتامعرفي وفقاً لاختلاف طريقة التدخل (فردى-جماعى) في الدراسات المتضمنة في التحليل البعدي في البحث الحالى.

٥. الفرق بين متوسط حجم التأثير للعلاج الميتامعرفي وفقاً لاختلاف عدد الجلسات البرنامج (٦-١)، من ٧-١٢، أكثر من ١٢) في الدراسات المتضمنة في التحليل البعدي في البحث الحالي.

٦. الفروق بين متوسط حجم التأثير للعلاج الميتامعرفي في خفض الاضطرابات النفسية مقارنة بغيره من أنواع العلاجات النفسية الأخرى المتضمنة في الدراسات والبحوث التي يتناولها البحث الحالي.

أهمية البحث: يمكن تحديد أهمية البحث على المستوي النظري والتطبيقي كما يلي:

١. الأهمية النظرية: تقديم نظرة شاملة وتراث نظري عن أحد الأساليب العلاجية الحديثة للموجة الثالثة للعلاج النفسي وهو العلاج الميتامعرفي والفنيات التي يعتمد عليها وكيفية استخدامها، الأمر الذي يسهم في فهم هذا الأسلوب الحديث واستخدامه في العديد من البحوث والدراسات.

٢. الأهمية التطبيقية: تتبع من الكشف عن فعالية العلاج الميتامعرفي في خفض بعض الاضطرابات النفسية ومشكلات الصحة النفسية من خلال التعرف على مؤشرات حجم التأثير، الأمر الذي يفتح المجال أمام العديد من الباحثين لاستخدام هذا المدخل العلاجي في خفض العديد من مشكلات الصحة النفسية واضطراباتها، ومدى مناسبتها لمتغيراته البحثية المختلفة.

٣. تقديم مراجعة عن فعالية العلاج الميتامعرفي بشكل منهجي وليس بشكل سردي واستنتاج نتائج إيجابية، من خلال تلخيص الأدلة التجريبية على فعالية العلاج الميتامعرفي.

٤. تنفيذ نتائج البحث في تعريف الباحثين والمتخصصين بأهمية العلاج الميتامعرفي ودوره في خفض العديد من الاضطرابات النفسية والشخصية مما يفيد في إجراء المزيد من الدورات وورش العمل للتدريب عليه والتعرف على تقنياته.

٥. اعتماده في مراكز الإرشاد النفسي داخل الجامعات لما له من دور وتأثير كبير في خفض العديد من الاضطرابات.

٦. حساب حجم الأثر للمعالجة التجريبية على المتغير التابع يشجع الباحثين على ضرورة تضمين حجم الأثر في بحوثهم، مما يساعد على إعطاء المزيد من الاهتمام لمفهوم حجم الأثر في البحوث التربوية وبحوث الصحة النفسية التجريبية بصفة خاصة.

مصطلحات البحث:**المراجعة المنهجية Systematic Review :**

هي مراجعة منظمة موضوعية للعديد من الدراسات الفردية التي تتناول الإجابة عن سؤال معين أو تتناول موضوع بحثي معين، من خلال مراجعة وتحليل نتائج هذه الدراسات باستخدام طرق علمية وإحصائية متميزة ودقيقة؛ بهدف تقديم تقييم نقدي للدراسات الفردية مما يقلل من التحيزات البحثية والمنهجية.

التحليل البعدي Meta-Analysis :

إجراء تحليل إحصائي لنتائج مجموعة من الدراسات الفردية التي تجيب عن سؤال معين (على الأقل دراستين)، من خلال حساب حجم التأثير للإشارة إلى قوة المتغيرات المدرجة في البحوث والدراسات المتضمنة في التحليل البعدي مما يساهم في استخلاص نتائج قوية ودقيقة عن الدراسات الفردية؛ مما يعني أنه أسلوب يقوم على قوة الأدلة.

العلاج الميتا معرفي Meta-Cognitive Therapy :

مدخل علاجي يعتمد على مساعدة العميل على تغيير معتقداته الميتا معرفية الكامنة وراء الاضطراب النفسي والانفعالي، وتعديل العمليات المعرفية، والاستراتيجيات الانتباهية اللاتكيفية مما يساهم في تحسين تنظيمه لذاته، وتخفيف حدة اضطراباته.

حدود البحث:

١. الحدود الزمنية: تم إجراء البحث في الفصل الدراسي الثاني للعام الجامعي ٢٠٢٢-٢٠٢٣.
٢. الحدود الموضوعية: تم الالتزام بالبحوث التي تناولت فعالية العلاج الميتا معرفي (علاج ما وراء المعرفة).
٣. الحدود البشرية: العينات الإكلينيكية وغير الإكلينيكية التي تناولها البحوث المتضمنة في البحث الحالي.

الإطار النظري والبحوث السابقة:**المراجعة المنهجية:**

تُعرف المراجعة المنهجية أيضًا باسم التحقيقات الثانوية، لأنها تتعامل مع تجميع المعلومات من الدراسات الأولية أو الأصلية التي تم إجراؤها على مر السنين حول موضوع معين، وبعبارة أخرى، تركز المراجعة المنهجية على جميع الدراسات التي أجريت على موضوع محدد باستخدام الطريقة العلمية. (Villasís-Keever, & Rendón-Macías, 2015).

وهي طريقة موضوعية وقابلة للتكرار للعثور على إجابات لسؤال بحث معين، من خلال جمع العديد من الدراسات المتاحة المتعلقة بهذا السؤال ومراجعة نتائجها وتحليلها. (Ahn, & Kang, 2018). وهي مراجعة طريقة مفصلة ومنهجية وشفافة لجمع الأدلة وتوليفها وتقييمها للإجابة على سؤال إكلينيكي محدد جيدًا. (Shrestha, 2019).

وتعمل المراجعة المنهجية على جمع كل البحوث التجريبية المتاحة باستخدام طرق منظمة ومحددة بوضوح للحصول على إجابة لسؤال معين، وتهدف المراجعات المنهجية إلى تقليل التحيز باستخدام طرق صريحة لإجراء بحث شامل في الأدبيات وتقييم نقدي للدراسات الفردية. (Crowther et al., 2010).

وتتعدد الخصائص الرئيسية للمراجعة المنهجية حيث يمكن أن تتمثل في: (أ) مجموعة أهداف محددة بوضوح مع منهجية واضحة قابلة للتكرار؛ (ب) بحث منهجي يحاول تحديد جميع الدراسات التي تقي بمعايير الأهلية؛ (ج) تقييم صحة نتائج الدراسات المشمولة، على سبيل المثال من خلال تقييم مخاطر التحيز؛ (د) العرض والتوليف المنهجي لخصائص ونتائج الدراسات المشمولة. (Liberati et al., 2009).

التحليل البعدي:

في عام ١٩٥٢، بدأ Hans Eysenck نقاشًا محتدمًا في علم النفس الإكلينيكي بالقول إن العلاج النفسي ليس له آثار مفيدة على المرضى، وبحلول منتصف السبعينيات من القرن الماضي أنتجت مئات الدراسات عن العلاج النفسي مجموعة مذهلة من النتائج الإيجابية والسلبية والعديمة القيمة، وقد فشلت مراجعات تلك الدراسات في حل هذا الجدل، ولتقييم ادعاء Eysenck قام Gene V. Glass بتوحيد الفروق الإحصائية في التحكم في العلاج ومتوسطها لـ ٣٧٥ دراسة للعلاج

النفسي، واصفًا طريقته بـ "التحليل البعدي"، ونشر هو وزميلته، Mary Lee Smith عام ١٩٧٧ نتائجهم في ورقة بحثية كلاسيكية، وخلصوا إلى أن العلاج النفسي كان فعالاً بالفعل، وكان Eysenck غير مقتنع وحاول تشويه سمعة الأسلوب من خلال وصفه بأنه "تمرين في الضخامة an exercise in megasilliness"، وعلى الرغم من انتقادات Eysenck وعلماء آخرين، فإن التحليل البعدي مقبول الآن على نطاق واسع كوسيلة لتلخيص نتائج الدراسات التجريبية في العلوم السلوكية والاجتماعية والصحية. (Lipset, & Wilson, 2001).

لذا يعد Glass (1976) أول من قدم مصطلح التحليل البعدي في أواخر السبعينيات ليعني تحليل التحليلات، حيث طبق الفكرة على مجموعة من نتائج الدراسات المستقلة التي فحصت نفس الأسئلة البحثية مثل دراسة آثار العلاج النفسي، وما إذا كان له تأثيرات إيجابية (Becker, 2019). وطور كل من Hunter and Schmidt (1990) طريقة التحليل البعدي لتجميع الارتباطات من دراسات مختلفة في علم النفس التطبيقي، كما قدم كل من Hedges and Olkin (1985) مساهمات مهمة في الأسس الإحصائية للتحليل البعدي والتطورات اللاحقة له. وميز Glass بين ثلاثة أنواع من التحليل هي: التحليل الأولي primary analysis، والتحليل الثانوي Secondary analysis، والتحليل البعدي Meta-analysis، ويتضمن التحليل الأولي تحليل بيانات الدراسة لأول مرة، ويتضمن التحليل الثانوي تحليل البيانات التي تم تحليلها من قبل، على سبيل المثال للتحقق من نتائج التحليلات السابقة أو لاختبار فرضيات جديدة. وينطوي التحليل البعدي على تكامل النتائج من العديد من الدراسات المستقلة من خلال الجمع الإحصائي بين نتائج الدراسات المنفصلة، حيث يستخدم طرقًا إحصائية للتوصل إلى تقدير مجمع من خلال تقديرات دراسات سابقة وذلك بعد المرجعة المنهجية. (Ahn, & Kang, 2018).

بالمقارنة مع التحليل الأولي، فإن التحليل البعدي له مزايا مهمة، فنظرًا لاستخدام المزيد من البيانات في التحليل البعدي يمكن تحسين دقة التقديرات وجودتها، وتؤدي زيادة الدقة أيضًا إلى زيادة القوة الإحصائية لاكتشاف التأثيرات. (Jak, 2015).

ويمكن أن يُفهم التحليل البعدي على أنه شكل من أشكال البحث الاستقصائي الذي يتم فيه مسح التقارير البحثية، وليس الأشخاص، وتطوير نموذج ترميز (بروتوكول مسح)، وجمع عينة أو مجموعة من تقارير البحث، و"مقابلة" كل دراسة بحثية من قبل المبرمج الذي يقرأها بعناية ويكود

المعلومات المناسبة حول خصائصها والنتائج الكمية، ثم يتم تحليل البيانات الناتجة باستخدام الأساليب الإحصائية خاصة للتحقيق ووصف نمط النتائج في مجموعة مختارة من الدراسات. (Lipset, & Wilson, 2001).

ويعرف بأنه توليفة بحثية تستخدم مقياسًا كميًا وحجم التأثير للإشارة إلى قوة العلاقة بين العلاجات والقياسات المعتمدة للدراسات التي تشكل هذا التوليف. (Gliner et al., 2003)، والتحليل البعدي هو العملية الكاملة لجمع وتوليف وتحليل نتائج البحث من دراسات متعددة بطريقة منهجية (أي منهجية شاملة) وهو أسلوب كمي يستخدم مقاييس محددة (على سبيل المثال، حجم التأثير) للإشارة إلى قوة العلاقات المتغيرة للدراسات المدرجة في التحليل، وتؤكد هذه التقنية على النتائج عبر دراسات متعددة بدلاً من نتائج تحقيق واحد. (Shelby, & Vaske, 2008).

والتحليل البعدي يعرف بأنه إجراء تحليل إحصائي لنتائج دراستين فرديتين على الأقل تم الحصول عليهما من مراجعة منهجية. (Villasís-Keever, & Rendón-Macías, 2015) ويعرف التحليل البعدي بأنه مراجعة كمية، يتم فيها تقييم الفعالية السريرية عن طريق حساب التقدير المجمع الموزون للتدخلات في دراستين منفصلتين على الأقل. (Ahn, & Kang, 2018)، والتحليل البعدي هو إجراء إحصائي لدمج البيانات الرقمية من دراسات منفصلة متعددة ويتم إجراؤه دائماً في سياق مراجعة منهجية. (Shrestha, 2019).

ونظراً لأن الدراسات الفردية تخضع لخطأ في أخذ العينات وقد يكون لها قوة إحصائية منخفضة لاكتشاف التأثيرات أو الارتباطات، فإن ملخص التحليل البعدي للتأثيرات أو الارتباطات عبر الدراسات المختلفة ينتج عنه تقديرات أكثر دقة وقوة، ومن المفيد لكل من النظرية والتطبيق استخدام التحليل البعدي لدراسة سبب إظهار بعض الدراسات تأثيرات أو ارتباطات أقوى من غيرها، والتحليل البعدي مفيد بشكل خاص لتلخيص مجموعات أكبر من الدراسات حول نفس الظاهرة و / أو عندما تظهر الدراسات (على ما يبدو) نتائج متناقضة. (Wicherts, 2020).

ولا يوجد نهج واحد صحيح لإجراء التحليل البعدي، ومع ذلك، فإن فصل تحليل المنهجية الكلي إلى سلسلة من الخطوات يشجع على اتباع نهج صارم وإطار تنظيمي لإجراء التحليل البعدي على سبيل المثال الخطوات مماثلة لتلك الموجودة في البحث الأولي: (أ) وضع تصور للمشكلة

وتحديدها، (ب) جمع البيانات ومعالجتها، (ج) التحليل، و (د) إعداد التقارير (Shelby, & Vaske, 2008).

كما أن التخطيط لمعايير التضمين أو الاستبعاد هو أهم عنصر في التحليل البعدي، وترتبط هذه المعايير ارتباطاً مباشراً بالصلاحيات الداخلية/ الخارجية وقابلية التعميم (Gliner et al., 2003). لذا يُقترح أن يقوم الباحثون بإعداد مواصفات مكتوبة مفصلة للمعايير التي يجب أن تلبىها الدراسة لإدراجها في التحليل البعدي. (Lipsey & Wilson, 2001).

ويتألف التحليل البعدي أساساً من اختيار وتحليل الدراسات الكمية التي تقي بالمعايير الثلاثة التالية: (١) عرض الخصائص الجوهرية و/ أو الطرق و/ أو الخصائص الخارجية المماثلة؛ (٢) إدراج نتائج متطابقة ذات أهمية؛ و (٣) عرض أحجام تأثير قابلة للمقارنة (Tarsilla, 2010). وبناءً على ذلك يمكن القول، أن التحليل البعدي يقدم مجموعة من المعرفة حول البرامج والسياسات الفعالة، حيث يهدف إلى استخلاص نتيجة قوية ودقيقة مما لا يمكن تحقيقه في الدراسات الفردية من خلال تقييم اتجاه التأثير وحجم التأثير، كما أن نتائجه متاحة بسهولة لأكثر عدد ممكن من الأشخاص وبشكل أكثر دقة من الدراسات الفردية.

ووضعت الجمعية الأمريكية لعلم النفس مجموعة من المعايير التي يجب مراعاتها في بحوث التحليل البعدي وتتمثل في: العنوان: يجب أن يتضمن التحليل البعدي، الملخص: يتضمن المشكلة أو العلاقات قيد التحقق منها، ومعايير الأهلية للدراسة، وأنواع المشاركين في الدراسات الأولية، وطرق التحليل البعدي (سواء كان استخدم نموذج التأثيرات الثابتة أو نموذج التأثيرات العشوائية)، والنتائج الرئيسية بما في ذلك حجم التأثير، الخلاصة بما في ذلك القيود، والآثار المترتبة على النظرية أو الممارسة، والمقدمة: يجب أن تحتوي على الخلفية التاريخية والنظرية للسؤال أو العلاقة (العلاقات) قيد التحقيق، وأنواع تصاميم الدراسة المستخدمة في البحث الأولي، ونقاط القوة والضعف فيها، وأنواع مؤشرات التنبؤ ومقاييس النتائج المستخدمة وخصائصها السيكمومترية، والمشاركين الذين تتعلق بهم المسألة أو العلاقة، ومعايير الاختيار والاستبعاد: تتضمن الفترة الزمنية التي يجب إجراء الدراسات خلالها، والحدود الجغرافية أو الثقافية، المشاركين، تحديد المتغيرات التابعة والمستقلة، وملامح التصميم، لذلك، فإن مفتاح التحليل البعدي هو تحديد إحصائية لحجم التأثير قادرة

على تمثيل النتائج الكمية لمجموعة من الدراسات البحثية في شكل موحد يسمح بمقارنة عددية ذات مغزى وتحليل عبر الدراسات. (Lipset, & Wilson, 2001).

وهناك طريقتان يمكن من خلالها تصور التحليل البعدي: نماذج التأثير الثابت والتأثيرات العشوائية، فيفترض نموذج الأثر الثابت أن الدراسات المشمولة في التحليل البعدي مأخوذة من مجموعة سكانية لديها حجم الأثر ثابت ولكن غير معروف، لذلك، من المتوقع أن تكون عينة حجم التأثير متجانسة لأنها مشتقة من نفس السكان الذين لديهم متوسط حجم التأثير ثابت، وبالتالي، يُعتقد أن أي اختلاف في توزيع حجم التأثير ناتج عن خطأ في أخذ عينات البحث، لذا يفترض نموذج التأثيرات الثابتة أن حجم التأثير هو نفسه في جميع الدراسات، وهذا الافتراض غير قابل للتصديق، فدمج مجموعة من الدراسات في التحليل البعدي يفترض أن لديها القواسم المشتركة ليكون المنطقي جمع المعلومات عنها، ولكن لا يعني أنها متطابقة بمعنى أن حجم التأثير هو نفسه تمامًا في جميع الدراسات، لذا يوصي باستخدام نموذج التأثيرات العشوائية والتي تشير إلى عدم تطابق حجوم الأثر في الدراسات (Borenstein et al., 2009)، وهذا يتناسب مع طبيعة الدراسات والبحوث في العلوم التربوية والاجتماعية والنفسية التي تعد كل دراسة مستقلة ومختلفة عن الدراسة الأخرى في الهدف والمحتوي وسياق البحث والتصميم والعينة فلا يوجد عامل أساسي مشترك بينهم.

ويؤكد ذلك (Sthanakiya 2015) الذي يشير إلى أن نموذج التأثيرات العشوائية يمكن استخدامه في العلوم الاجتماعية لسببين رئيسيين. أولاً يتم إجراء البحوث من قبل مجموعة من الباحثين باستخدام مجموعة واسعة متنوعة من المنهجيات التي تؤدي في النهاية إلى التباين في حجم التأثير، ثانياً، الاستنتاجات المأخوذة من نموذج التأثيرات العشوائية غير مشروطة نسبياً ويمكن تطبيقها على مجموعة من الدراسات أكبر من العينة، ونظراً لأن باحثي العلوم الاجتماعية يأملون في توسيع نطاق نتائجهم إلى الأبحاث اللاحقة بما في ذلك الأبحاث السابقة أو الأبحاث التي ربما لم يتم تضمينها في التحليل البعدي فإن نموذج التأثيرات العشوائية مناسب.

كما يجب في التحليل البعدي إجراء تقييم عدم التجانس Heterogeneity assessment حيث يجب تقييم مصدري التباين داخل الدراسة وبين الدراسة، التباين داخل الدراسة موجود دائماً داخل التحليل البعدي حيث تستخدم كل دراسة عينة مختلفة، وهناك عدد من العوامل التي يمكن أن تؤثر بين متغيرات الدراسة مثل المشاركين، والقياسات، وظروف العلاج، وتصميمات الدراسة وما إلى ذلك.

كما يوجد العديد من المؤشرات الدالة على عدم التجانس مثل اختبار كوكران Cochran Q الذي يستخدم لتحديد النموذج المناسب هل هو نموذج التأثيرات الثابتة أم العشوائية، والتي تعتمد على حساب نسبة التباين الملحوظ إلى الخطأ داخل الدراسة، بدلاً من قيمتها المطلقة، فإذا كانت قيمتها دالة نستنتج رفض الفرض الصفري أو نموذج التأثيرات الثابتة ونستنتج أن الدراسات المدمجة لا تشترك في حجم تأثير واحد؛ لذا لا بد من استخدام النموذج العشوائي (Borenstein et al., 2009). ومن عيوب هذا الاختبار أنه ضعيف في الكشف عن عدم التجانس ويتأثر بعدد الدراسات والبحوث المدرجة في التحليل البعدي لذا تم استخدام اختبار I^2 كمؤشر على عدم التجانس والذي يشير إلى نسبة التباين الصحيحة في حجوم التأثير وليس القيمة المطلقة للتباين، هو مؤشر عدم التجانس المحسوب كنسبة مئوية من التباين في أحجام التأثيرات التي تعزى إلى الاختلافات الحقيقية بين الدراسات، ويرى (Higgins et al. (2003 أن هذا المؤشر يتراوح في حدود ٢٥% و ٥٠% و ٧٥% يمكن اعتبارها قيم منخفضة ومتوسطة وعالية على التوالي، كلما اقتربت القيمة من ١٠٠ يشير إلى التباين الحقيقي (Borenstein et al., 2009) لأنه يوفر مقياساً للتباين عبر الدراسات التي ترجع إلى عدم التجانس بدلاً من الصدفة، ويتمثل السبب المنطقي لاستخدام اختبار I^2 مقارنةً باختبار Cochran Q في القدرة على تحديد عدم التجانس، وعلاوة على ذلك، فإنه يوفر مقياساً لدرجة التناقض في نتائج الدراسة ولا يوجد اعتماد على عدد الدراسات المستخدمة في التحليل. (Sthanakiya, 2015).

ويعرف حجم التأثير Effect Size بأنه مؤشر يحدد الدرجة التي يجب أن تُعتبر فيها نتائج الدراسة مهمة، أو تافهة غير مهمة، بغض النظر عن حجم عينة الدراسة، ويتميز بأنه مؤشر مفيد للأهمية العملية (الإكلينيكية) لنتائج البحث ويتميز بميزتين مقارنة باختبار الأهمية الإحصائية: (أ) أنه مستقل عن حجم العينة؛ (ب) أنه مؤشر بدون مقياس، ويستخدم لذلك العديد من الأساليب الإحصائية منها: اختبار "ت"، ومعامل الارتباط، ومربع كاي، والفرق بين نسبتين. (Hojat & Xu, 2004).

وتعتمد الكثير من منهجية وتقنيات التحليل البعدي على أحجام التأثير العديدة المتاحة (Lipsey & Wilson, 2001)، وهناك العديد من المعادلات الإحصائية التي يستخدمها الباحثون في حساب حجم الأثر للدراسات والبحوث العلاجية والتجريبية وتختلف باختلاف المقياس المستخدم والمعلومات المتوفرة لديه، وظهرت أهمية حساب حجم التأثير أو الدلالة العلمية نتيجة لسوء استخدام

اختبارات الدلالة الإحصائية حيث يعتمد الباحثون في تقدير نتائجهم على الدلالة الإحصائية دون تحديد مقدار العلاقة بين المتغيرين فإذا وجد دلالة إحصائية فهذا يعني بالنسبة للباحث أن المتغير المستقل يؤثر على المتغير التابع، وبالرغم من أنه لا يدل على حجم التأثير أو مستوي العلاقة بين المتغيرين فقد تكون العلاقة غير قوية بين المتغيرين. (الشرييني، ٢٠٠٧).

العلاج الميتامعرفي Metacognitive Therapy

وضع أسس نظرية العلاج الميتامعرفي "آدريان ويلس" عام ١٩٩٥، حيث بدأت كتاباته عن العلاج المعرفي والميتامعرفي منذ عام ١٩٩٧ واستمرت كتاباته في دمج العلاج المعرفي والميتامعرفي إلى أن ظهر له أول كتاب متعمق في العلاج الميتامعرفي للقلق والاكتئاب عام ٢٠٠٩. (عبد الرحمن، ٢٠١٤، ١٤٥-١٤٦).

ويعرف بأنه أحد أساليب العلاج النفسي الذي أسسه "الويس"، مستنداً على فكرة أن علاج الاضطراب النفسي يعتمد على مساعدة العميل في تغيير طريقة تفكيره، من خلال تعديل متلازمة الانتباه المعرفي والمعتقدات الميتامعرفية وتعديل استراتيجيات المواجهة غير التكيفية التي تؤثر سلباً على التنظيم الميتامعرفي لديه، ووضع خطط بديلة في ضوء النموذج الوظيفي التنفيذي لتنظيم الذات. (جريش، ٢٠١٨).

هو العلاج القائم على نظرية ما وراء المعرفي والذي يقوم على تعديل الطريقة التي يفكر بها الأفراد والأساليب غير المرنة والمتكررة من التفكير في الاستجابة للأفكار السلبية والمشاعر والمعتقدات، كما أنه يركز على إزالة أساليب المعالجة غير المفيدة لذا فإن علاج ما وراء المعرفي يعتمد على تعديل أنماط التفكير وأساليب معالجة محتوى التفكير من المعتقدات والأفكار السلبية أو غير العقلانية وليس المحتوى المعرفي ذاته. (حنور، ٢٠١٦).

وتُعرّف الباحثة العلاج الميتامعرفي بأنه مدخل علاجي يعتمد على نظرية الميتامعرفة التي تشير إلى أن المعتقدات الميتامعرفية هي السبب في الاضطرابات النفسية والانفعالية، لذا يهدف إلى إكساب المريض أفكار جديدة وخبرات ومعارف لخفض وتعديل المعتقدات الميتامعرفية المعرفية ومتلازمة الانتباه المعرفي.

ويقوم النموذج الميتامعرفي على نظرية الوظيفة التنفيذية المنظمة ذاتياً Self-Regulatory Executive Function Theory (S-REF)، التي تسعى إلى شرح العوامل

المعرفية والميتامعرفية المسببة في التحكم والحفاظ على الاضطرابات النفسية. (Wells & Matthews, 1996). وفقاً لهذه النظرية، تنتشر العمليات المعرفية عبر ثلاثة مستويات مترابطة: المعالجة التلقائية والانعكاسية منخفضة المستوى، والأسلوب المعرفي في شكل معالجة واعية للأفكار والسلوكيات، والمعتقدات الميتامعرفية المخزنة في الذاكرة طويلة المدى (Wells, 2009).

وفقاً لنظرية الوظيفة التنفيذية المنظمة ذاتياً، ينشأ الاضطراب النفسي نتيجة المعالجة الميتامعرفة المختلة والتي تسمى متلازمة الانتباه المعرفي، حيث تقترح أن الاضطرابات الانفعالية مرتبطة بتنشيط نمط معرفي مختل يسمى متلازمة الانتباه المعرفي Cognitive Attentional Syndrome، والتي تتكون من الانتباه غير المرن المرتكز على التهديد، وقلق واجترار لفترات طويلة، وسلوكيات مواجهة غير لاتكيفية مصحوبة باهتمام متزايد بالتركيز على الذات (مثل الفحص..) والتي تعشل في تعديل المعتقدات الخاطئة، وعدم القدرة على التحكم في الأفكار والانفعالات السلبية، واستراتيجيات سيطرة على التفكير غير منتجة. (Wells, 2009, 2005).

وتشير متلازمة الانتباه المعرفي إلى نمط من نشاط المعالجة الإستراتيجية مدفوعاً بالمعرفة الميتامعرفية المخزنة في الذاكرة طويلة المدى، وعلى الرغم من أنه غالباً ما يبدأ عن طريق التداخلات غير الطوعية من المعالجة التلقائية ذات المستوى الأدنى، إلا أن تنفيذه يتطلب الوصول إلى الخطط المعرفية أو المعرفة التكتيكية، والتي توجد كبرامج لتوجيه الإدراك والعمل، ولا يمكن الوصول إلى هذه الخطط شفهيًا بشكل مباشر ولكنها تتميز بالمعتقدات الميتامعرفية حول أساليب التفكير، والتي تكون إيجابية وسلبية في طبيعتها، أو كلاهما على حد سواء، ومن أمثلة هذه المعتقدات: "يجب أن أقلق رداً على الأفكار السلبية حتى أكون مستعداً" إذا اهتمت بكل خطر، يمكنني تجنب الأذى، التفكير في أسوأ ما يمكن أن يحدث سيوقفني عن الإحباط، لا يجب أن أفكر بإيجابية وإلا سأعري القدر، سيوقفني العيش في الماضي عن النسيان"، وفي حالة توهم المرض قد يقول المريض: "يجب أن أقلق بشأن أعراضني من أجل الوقاية من المرض"، وقد يعتقد أيضاً "لا أستطيع أن أوقف مخاوفي ما لم أقم بعملية فحص". (Wells, 2000, 2005)

وتم صياغة وتطوير المدخل الميتامعرفي كتصور وكعلاج لاضطرابات نفسية محددة، تشمل اضطرابات القلق الاجتماعي (أبو زيد، ٢٠١٨؛ Lakshmi, et al., 2016)، وتوهم المرض وقلق الصحة (عبد الحميد، ٢٠١٨)، واضطراب القلق المعمم (van der Heiden, et al., 2013)،

واضطراب الوسواس القهري (Wells 1997) ، واضطراب ضغوط ما بعد الصدمة . (Wells & Sembi, 2004).

ويرى (Wells 2008) أن العلاج الميتامعرفي يركز على كيف؟ ولماذا الناس يولدون الأفكار السلبية؟ ويُعتقد أن المثابرة والتثبيت تؤدي إلى الاضطرابات النفسية، وأن هذه العمليات هي القلق، والاجترار ومراقبة التهديد، وأن العلاج المعرفي السلوكي بمدخله المتعددة يركز على محتوى التفكير Mental Content ، فرأى " بيك " أن محتوى الأفكار السلبية الأتوماتيكية السلبية والمخططات قد تؤدي إلى الأمراض الانفعالية، وعلى النقيض العلاج الميتامعرفي يركز على العمليات العقلية Mental Processes لنمط التفكير، فالاضطراب في المدخل السلوكي يحدث نتيجة للمحتوى المعرفي.

بينما المدخل الميتامعرفي يرى أن الاضطراب يحدث بسبب طريقة عمليات التفكير في السيطرة، والنمط الفكري الذي يتخذه المريض، ويعتبر المحتوى مهمة في العلاج الميتامعرفي ولكن يعتمد على المحتوى الميتامعرفي بدلاً من المحتوى المعرفي في المدخل السلوكي، ويركز أيضا العلاج المعرفي السلوكي على اختبار صلاحية الأفكار أما الميتامعرفي يركز على الطريقة التي تم بها تنظيم تلك الأفكار ومعايشتها (على سبيل المثال: ما وجهة النظر في القلق المتعلق بالحوادث؟) ، فيركز على المعتقدات الميتامعرفية (ليس لدى سيطرة كاملة على قلبي) أكثر من المعرفة العادية Ordinary Cognitions.

ويهدف العلاج الميتامعرفي إلى تعديل أسلوب أو استراتيجية التفكير (متلازمة الانتباه المعرفي)، وتعديل المعتقدات والأفكار الميتامعرفية المعلنة أو الصريحة، واكتساب معارف إجرائية جديدة أو خطط ضمنية لتوجيه المعالجة والخبرة الشخصية (عبد الرحمن، ٢٠١٤، ١٧٩). كما يهدف إلى إزالة متلازمة الانتباه المعرفي استجابة للأفكار والتجارب السلبية من خلال زيادة الوعي بهذه العملية وتحسين التحكم الانتقائي فيها، لتسهيل هذه العملية، يركز العلاج الميتامعرفي على تعديل المعتقدات الميتامعرفية الأساسية وتطوير أنماط أكثر مرونة من الاستجابة للأفكار السلبية كوسيلة للتعامل مع الاضطرابات الانفعالية. (Papageorgiou, 2015).

فنيات العلاج الميتامعرفي:

فنية تدريب الانتباه (ATT) Attention Training Techniques

تعد فنية تدريب الانتباه استراتيجية علاج ميتامعرفية مختصرة تهدف إلى معالجة العمليات التي تركز على الذات، وزيادة المرونة الانتباهية في الاضطرابات النفسية، وضع هذه الفنية (Wells, 1990) لتعديل التحكم في الانتباه بشكل مباشر، حيث يفترض نموذج الوظيفة التنفيذية للتظيم الذاتي أن التحكم في الانتباه يصبح غير مرن، ومركّز على الذات، ومركّز على التفكير المتكرر (القلق والاجترار) ومراقبة التهديدات، ويتيح التلاعب بالمرونة المتعمدة للفرد إعادة توجيه الانتباه بعيداً عن هذه العمليات وتعطيل متلازمة الانتباه المعرفية. أثناء العلاج، يتم تزويد المرضى بأساس منطقي موثوق لاستخدام تقنية تدريب الانتباه، ويبدأ هذا بالتأكيد على أن التركيز المفرط على الذات هو علامة للمعالجة الذاتية غير المرنة، والتي يتم تفصيلها بعد ذلك لتناسب مشكلة (مشاكل) عرض محددة، وتستخدم تجارب التنشئة الاجتماعية لتسليط الضوء على هذا الأساس المنطقي والمساعدة في تطوير صيغ حالة فردية، وبمجرد أن يكون لدى المرضى فهم جيد لدور الحفاظ على الانتباه، يتم تقديم تقنية تدريب الانتباه، ويُمكن هذا النموذج الفرد من فك النشاط المرتبط بمتلازمة الانتباه المعرفي، وبالتالي العودة إلى المعالجة الانفعالية العادية (Knowles, et al., 2016).

وتعرف فنية تدريب الانتباه بأنها ممارسة الانتباه السمعي خارجياً، وتتكون من ثلاث مراحل هي: الانتباه الانتقائي وتحول الانتباه وتوزيع الانتباه، وهي تهدف إلى الحد من التركيز على الذات في متلازمة الانتباه المعرفي واستعادة السيطرة على التفكير. (Wells, 2008). وهي إحدى مكونات العلاج الميتامعرفي المصمم لتقوية التحكم في الانتباه وتعزيز التركيز الخارجي للانتباه للتحرك من متلازمة الانتباه المعرفي، والهدف منها ليس الهاء الفرد عن الأفكار أو الانفعالات الصعبة، بل زيادة المرونة وبالتالي القدرة على تركيز الانتباه. (Haukaas, et al., 2018)

وتهدف الفنية إلى تحويل انتباه المريض بطرق مصممة بشكل خاص لتقوية عوامل ما وراء المعرفة التي تنظم التفكير وتستبعد أساليب التفكير غير المفيدة وغير الفعالة التي تعوق المعالجة الانفعالية الطبيعية أو تعدل من معتقدات المريض وأفكاره، كما تؤكد هذه الفنية على أن الأحداث الداخلية التي تقتحم الوعي ينبغي أن تُعامل على أنها ضوضاء إضافية ولا ينبغي أن تُقاوم، فهذا يُسهل التحول إلى حالة ما وراء المعرفة وحالة تنبه منفصل عنها. بل يجب على المعالج أن يؤكد

للمريض أن الخبرات الداخلية المقحمة غير المرغوب فيها ينبغي النظر إليها على أنها ضوضاء إضافية، وأنه من المرغوب فيه أن نكون واعيين بوجود هذه الأفكار المقحمة وأن نستمر في توجيه الانتباه كما هو واضح في الإرشادات حتى في وجود هذا الوعي (عبد الرحمن، ٢٠١٤).

وتتكون هذه الفنية من ثلاثة فئات من التمرينات الانتباهية السمعية: الانتباه الاختياري Selective attention (ويتم فيه تركيز الانتباه على الأصوات الفردية والمواقع المكانية) ، تحويل الانتباه attention switching (ويقصد تحويل الانتباه السريع بين الأصوات المختلفة والمواقع المكانية) ، الانتباه الموزع divided attention (ويقصد به الانتباه إلى العديد من الأصوات والمواقع المكانية في وقت واحد قدر الإمكان). ويطلب من المشارك في هذه التمارين اتباع توجيهات المدرب بغض النظر عن الوعي بالأحداث الداخلية والخارجية (Knowles, et al, 2016).

وهو تمرين سعي مدته ١٢ دقيقة مصمم لتقوية التحكم في الانتباه وتعزيز التركيز الخارجي للانتباه، ففي البداية يتم قياس مستوى التركيز الذاتي باستخدام مقياس ليكرت البسيط، والذي يستخدم لتتبع التغيير بمرور الوقت، ويتم بعد ذلك تعريف المرضى لأصوات خارجية متعددة في مواقع مكانية مختلفة وتوجيههم لتوظيف الانتباه الانتقائي، وتبديل الانتباه، والانتباه المنقسم. تستغرق العملية حوالي ١٢ دقيقة، وفي حالة حدوث أفكار أو مشاعر تدخلية يتم توجيه المرضى للتعامل مع هذه الأحداث على أنها "ضوضاء في الخلفية" والامتناع عن التعامل معها. تنتهي الجلسة بمراجعة تعاونية، ويطلب من المرضى ممارسة فنية تدريب الانتباه مرة واحدة على الأقل يوميًا لمدة ١٥ دقيقة، ومع ذلك، يتم تدكير المرضى بأنه لا يجب استخدام فنية تدريب الانتباه كإستراتيجية للتعامل مع الأفكار أو المشاعر السلبية. تساعد فنية تدريب الانتباه جنبًا إلى جنب مع المراجعة التعاونية للتجربة الذاتية المرضى على تجربة أن التحكم في التفكير مستقل عن الأحداث الداخلية (على سبيل المثال، الأفكار) والخارجية (مثل الأصوات)، وبالتالي تحرير التحكم في الانتباه وتعزيز المرونة المعرفية. (Haukaas et al., 2018; Knowles, et al., 2016).

وتشير نتائج الدراسات التجريبية الأولى إلى أن فنية تدريب الانتباه فنية مفيدة في علاج عدد من الاضطرابات الانفعالية: مثل: اضطراب الهلع، والفوبيا الاجتماعية، واضطرابات القلق الاجتماعي، والاكتئاب، والهلاوس السمعية (أبو زيد، ٢٠١٨، McEvoy & Perini, 2009; Haukaas et al., 2018; Valmaggia, et al., 2007; Siegle, et al., 2007)

وأظهر كل من Papageorgiou and Wells (2000) أن فترة وجيزة من التدريب على الانتباه ارتبطت بتخفيضات مهمة سريريًا في الاكتئاب والقلق والاجترار وما وراء المعرفة في المرضى الذين يعانون من الاكتئاب المتكرر وتم الحفاظ على هذه المكاسب في ١٢ شهرًا من المتابعة، وأظهر Siegle et al. (2007) أن التدريب على الانتباه المعزز كان فعالًا في المرضى المصابين بالاكتئاب. وأشارت نتائج بحث (Levaux et al. (2011 إلى فعالية فنية التدريب على الانتباه في خفض تكرار الأفكار التطفلية التي يتعرض لها الشخص المصاب بالفصام في حياته اليومية حيث هدفت الفنية على تخفيف التركيز على الذات وتعزيز التحكم في الانتباه وتحسين الانتباه الانتقائي واستمر التحسن حتى ٦ أشهر فترة المتابعة، كما أشارت نتائج بحث (Nassif, & Wells, (2014 إلى فعالية فنية التدريب على الانتباه في خفض الأفكار المتطفلة الناتجة عن أحداث الحياة الضاغطة، وخفض أعراض الضغوط.

وقام Callinan et al. (2015) بدراسة فعالية التدريب على الانتباه كأحد فنيات العلاج الميتامعرفي في خفض أحداث الحياة الضاغطة لدي طلاب الجامعة، وتكونت العينة من ٢٩ طالب في المجموعة التجريبية و ٣١ طالبًا في المجموعة الضابطة، وأشارت النتائج إلى فعالية فنية التدريب على الانتباه في خفض أحداث الحياة الضاغطة حيث تقلل من الانتباه الذي يركز على الذات، وتزيد من مرونة الانتباه، وتعديل الأداء في مهمة تحويل الانتباه.

وأشار (Rochat et al. (2018 إلى فعالية فنية تدريب الانتباه في خفض الاكتئاب والقلق والأعراض النفسية المرضية وتحسين الصحة النفسية. كما أشارت نتائج بحث (Haukaas et al. (2018 إلى فعالية التدريب على الانتباه في خفض أعراض القلق والاكتئاب وتحسين مرونة الانتباه، ويشير البحث إلى أن فنية التدريب على الانتباه من الفنيات الواعدة للتدخلات النفسية المصممة لتعزيزية التحكم في الانتباه وتعزيز التركيز الخارجي للانتباه. وأظهرت نتائج بحث (Myhr et al. (2019 فعالية فنية تدريب الانتباه في خفض الضغوط، وما وراء القلق meta-worry والمعتقدات الميتامعرفية لدي طلاب الجامعة.

وأشارت نتائج بحث (Cochran (2019 إلى فعالية فنية تدريب الانتباه في خفض قلق الاختبار والمعتقدات الميتامعرفية وزيادة التحكم في الانتباه لدي طلاب الجامعة.

فنية إعادة التركيز على الانتباه في موقف معين Situational Attentional Refocusing (SAR)

تعرف بأنها فنية علاجية من فنيات تعديل الانتباه المباشرة (Vogel et al., 2016)، وتختلف هذه الفنية عن فنية التدريب على الانتباه في هدفها وطبيعتها حيث تهدف إلى التعزيز الواضح لمعالجة المعلومات التي لا تتلاءم مع المعتقدات أو الأفكار المختلة وظيفياً لدى المريض كما في حالات القلق الاجتماعي، كما تستخدم لإبطال المراقبة الخارجية لمصدر التهديد، وتُطبق كوسيلة لتعطيل أنماط الانتباه غير المفيدة التي تُبقي على الإحساس غير الحقيقي بالتعرض للتهديد، وكوسيلة لزيادة تدفق المعلومات الجديدة للوعي من أجل تعديل المعتقدات وتطوير المعتقدات والأفكار القادرة على المواجهة. (عبد الرحمن، ٢٠١٤).

ويمكن تطبيقها في حالات القلق الاجتماعي حيث يُطلب من المريض إلقاء خطاب مرتجل قصير أمام عدد قليل من الأشخاص، وبعد ذلك يُطلب 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).

وأثبتت هذه الفنية فعاليتها في خفض بعض الاضطرابات في عينات كإكلينيكية وعينات غير إكلينيكية، مثل اضطراب القلق الاجتماعي لدى طالبات الجامعة مع فنية تدريب الانتباه كما في بحث (أبو زيد، ٢٠١٨)، وزيادة مرونة الانتباه وخفض أعراض اضطراب القلق الاجتماعي كما في بحث (Vogel et al., 2016)، خفض الرهاب الاجتماعي كما في بحث (Thakur and Roy, 2015).

فنيات اليقظة المنفصلة (DMT) Detached Mindfulness Techniques:

اليقظة المنفصلة هي نظرية مشتقة من البناء النفسي، ويتم تعريفها على أنه حالة تتكون من الوعي ما وراء المعرفي اللامركزي للأحداث الداخلية، لا سيما الأفكار، إلى جانب تعليق المعالجة القائمة على المعنى المفاهيمي وتعليق المواجهة المجهدة (مثل القمع، والتجنب الموجه نحو الهدف)،

ويتم اختبارها كحالة من السكون اليقظ تنطوي على وعي موضوعي للأحداث التي يظل فيها الانتباه مرناً وغير مرتبط بأي شيء. (Wells, 2005).

وهي الوعي الميتامعرفي بالأفكار والمعتقدات حيث يكون الانتباه مُركزاً بشكل مرن على الخبرات الداخلية دون أن يكون محبوباً داخل أيه واحدة منها ووقف لأية مشاركة فكرية أو سلوكية مع الخبرات الداخلية، أي أنها تركز على تطوير الوعي الذاتي في سياق وقف أو تعطيل المعالجة الفكرية وفصل الذات عن الأحداث المعرفية. (عبد الرحمن، ٢٠١٤).

ويهدف العلاج الميتامعرفي إلى تعزيز اليقظة المنفصلة، والذي يتعارض مع متلازمة الانتباه المعرفي، وتشير اليقظة المنفصلة إلى كيفية استجابة الفرد للأحداث الداخلية (القلق، الصور التطفلية، الأفكار السلبية، والذكريات)، وتتضمن هذه الفنية وقف أي معرفة متزايدة أو استجابة لمواجهة للأفكار والتي تتضمن عادة تعليق التفكير المستمر، واستراتيجيات المواجهة الخاصة مثل: التركيز أو تجنب أو تحويل الأفكار. (Fisher & Wells, 2008).

وتهدف اليقظة المنفصلة إلى تغيير أسلوب التفكير، بدلاً من محتوى التفكير، حيث تهدف إلى تعليم الفرد أن يلاحظ أفكاره، بينما يحاول عدم تقييمها أو التحكم فيها أو قمعها أو الرد عليها. على هذا النحو، يُطلب من المرء أن ينظر إلى نفسه على أنه مراقب غير قضائي، ومنفصل عن الأفكار. وهكذا، يتدرب الأفراد على نقل الانتباه من فكرة إلى أخرى، دون التورط في محتواها ودون محاولة تغييرها أو قمعها. (Hansmeier & Exner, 2020).

وتعد فنية اليقظة المنفصلة حالة مرغوبة للمرضى الذين يخضعون للعلاج النفسي. فهي نقيض، ولا يتوافق مع متلازمة الانتباه المعرفي، وبالتالي يجب أن يمنح ميزة للتغيير العلاجي. حيث إنها هي نوع من الوعي الداخلي، ولكن في غياب المعالجة الجادة للذات Effortful Processing . إنه إدراك المد والجزر التلقائي وغير الإرادي للأحداث الداخلية، والأفكار في المقام الأول. في هذه الحالة يكون الشخص "غير متمركز معرفياً"، مما يعني أن الأفكار يُنظر إليها على أنها أشياء في العقل منفصلة عن الواقع. نظراً لأن اليقظة المنفصلة لا تنطوي على معالجة مفاهيمية، فإن الوعي الداخلي هو الذي يعتمد على التحكم المتزامن (أي التعليق) لأشكال التفكير التحليلية والمثابرة الأكثر شيوعاً. اليقظة المنفصلة هي الوعي الموضوعي بالأفكار والأحداث الداخلية في غياب التحليل المفاهيمي وفي غياب الاستجابات الموجهة نحو الهدف. (Wells, 2006, 340)

وتتسم اليقظة المنفصلة بعدة خصائص هي: الوعي الميتامعرفي Meta-awareness والذي يشير إلى الوعي بالأفكار، وعدم التمرکز المعرفي Cognitive de-centering (فهم الأفكار كأحداث وليست حقائق) ، والانفصال الانتباهي Attentional detachment (الانتباه مرن وغير مرتبط بأي حدث)، وانخفاض المعالجة الانتباهية Low conceptual processing (انخفاض مستويات التحليل و التقييم القائم على المعنى، أي الحوار الداخلي)، انخفاض المواجهة الموجهة على الهدف Low goal directed coping (أهداف إزالة التهديد أو تجنبه ليست أساسية)، كما أن فنية التنبيه المنفصل ليست فنية للإدراك الذاتي، وليست استراتيجية مواجهة (Wells,2005, 2000).

ويشير Wells (2005) وعبد الرحمن (٢٠١٤)، إلى تعدد فنيات اليقظة المنفصلة التي يمكن استخدامها في العلاج الميتامعرفي، وهي كالتالي:

- **التوجيه الميتامعرفي Metacognitive Guidance:** والذي يشير إلى استخدام سلسلة من الأسئلة أثناء التعرض للمواقف بغرض تعزيز الوعي الميتامعرفي، وخفض التركيز على الذات، وتحرير الانتباه، ويمكن استخدامه في المواقف المحايدة وتطبيقه في المواقف المثيرة للقلق، وفيما يلي مثال على ذلك: "هل فكرت يوماً أن أفكارك هي مجرد حقائق غير واضحة عما تراه في العالم الخارجي؟ هل سبق لك أن توقفت للحظة لتصبح مدرّكاً للتيار الداخلي للأفكار التي تصاحبك باستمرار، "هل يمكنك أن تدرك أفكارك وصورك؟ هل يمكنك رؤية أفكارك والعالم الخارجي في نفس الوقت؟ حاول التمسك بفكرة مع التركيز على ما يحدث في الشارع من حولك. اسأل نفسك: هل أعيش بأفكاري أم بما تكشفه عيني في هذه اللحظة؟".
- **مهمة التداخي الحر Free Association Task:** تعرف بأنها الملاحظة لمد وتدفق الأحداث الداخلية التي تدل عليها المحفزات اللفظية. تسهيل ماورائي الوعي، اللامركزية، الانتباه المنفصل attentional detachment، والمعالجة المفاهيمية المنخفضة وهي بذلك تهدف إلى مراقبة الأفراد الأفكار والذكريات بدون التفكير فيها أو اصدار حكم عليها ومثال على ذلك: "سأقول لكم سلسلة من الكلمات، أود منكم أن تسمحوا لعقلكم بالتجول بحرية رداً على الكلمات، لا تتحكم في أو تحلل ما تعتقده، فقط راقب كيف يستجيب عقلك، قد لا تجد الكثير يحدث، ولكن قد تجد أن الصور أو الأحاسيس تتبادر إلى ذهنك، لا يهم ما يحدث، مهمتك هي فقط المراقبة السلبية لما يحدث دون محاولة التأثير على أي شيء، جرب هذا

بأعينك" تفاحة- عيد ميلاد-شجرة- شاطئ البحر-دراجة، ماذا لاحظت عندما راقبت عقلك؟ الفكرة هي أنه يجب عليك تطبيق هذه الاستراتيجية على أفكارك ومشاعرك السلبية، فقط راقب ما يفعله عقلك دون الانشغال بنشاط في أي عملية تفكير".

• **تجول العقل Prescriptive Mind-Wandering**: تهدف إلى تسهيل اليقظة المنفصلة خاصة في الحالات التي تتميز بجهود مفرطة في السيطرة العقلية، مثال على ذلك: "أحياناً يحاول الناس جاهدين التحكم في أفكارهم أو يحاولون بجد حل المشكلات، يمكن أن يؤدي ذلك إلى إبعاد شخص ما عن الحل، ربما تكون قد لاحظت هذا بنفسك عندما لا تتمكن من تذكر اسم وهو على طرف لسانك، إذا حاولت جاهداً أن تجعل عقلك يتذكر، فعادةً ما لا يعمل، ولكن عندما تترك عقلك يذهب فإنه سيهتم بوظيفة التذكر من أجلك، يمكن لعقلك أن يعتني بنفسه، يمكنك التدرّب على التخلي عن طريق السماح لعقلك بالتجول بحرية ومشاهدة ما يفعله ببساطة، يمكنك هذا التمرين من اكتساب القدرة على الذهن المنفصل، أود أن تجلس بهدوء وعينيك مغمضتين لمدة ٣ دقائق وتسمح لأفكارك بالتجول بحرية، ولا تتحكم فيها بأي شكل من الأشكال، سأطلب منك بعد ذلك وصف ما حدث في ذهنك".

• **تجربة القمع والقمع المضاد Suppression Counter- Suppression Experiment**: وهي محاولة كبت أو قمع فكرة معينة تتناقض الوعي، هنا يجب على المعالج التمييز بين اليقظة المنفصلة والكبت حتى لا يخطأ بينهم المريض حيث يصف بعض المرضى اليقظة المنفصلة بالعقل الفارغ، يتم استخدام تجربة القمع والقمع المضاد لهذا الغرض، وتتكون من فترة قصيرة من القمع تتناقض مع فترة قمع مضادة لاحقة، مثال على ذلك: يحاور المعالج المريض لمعرفة الفرق بين اليقظة المنفصلة وقمع الفكر، محاولة عدم امتلاك أفكار هي شكل من أشكال المشاركة النشطة معهم لأنك تحاول دفعهم بعيداً، قد يكون هذا غير مفيد للغاية، يمكنك أن ترى هذا بنفسك إذا حاولت ألا تفكر في فكرة، دعونا نحاول ذلك الآن، لمدة ٣ دقائق القادمة لا أريدك أن تفكر في أرنب أزرق. لا تسمح لنفسك بأن يكون لديك أي فكرة مرتبطة بالأرانب الزرقاء، دعها تذهب، ماذا لاحظت؟ دعونا الآن نحاول اليقظة المنفصلة ونرى ما سيحدث، في الدقائق الثلاث التالية، دع عقلك يتجول بحرية، وإذا كانت

لديك أفكار عن الأرناب الزرقاء، فأنا أريدك أن تشاهدها بطريقة سلبية كجزء من المشهد العام للأفكار. جرب ذلك الآن."

• **مهمة النمر Tiger Task:** وفيها يتم إرشاد المشاركين في مراقبة الجوانب غير الاختيارية من الصور أو التشبيه كوسيلة لتجربة اليقظة المنفصلة، ويتم ممارسة هذه التقنية أولاً باستخدام صورة محايدة، ولكن يمكن تطبيقها لاحقاً على الصور الاقتحامية التلقائية، الصورة المحايدة التي نستخدمها هي صورة النمر.

• **صورة السحب Clouds Image:** في هذه المهمة، يُطلب من المشاركين استخدام الصور كوسيلة للاستجابة للأفكار، وعلى الرغم من أن هذه التقنية، بالمعنى الدقيق للكلمة، تتطلب نوعاً من المشاركة النشطة مع الأفكار، إلا أنها تساعد كبدل لأساليب اجترار لاتكيفية للاستجابة للتدخلات عندما يطلب المرضى استراتيجيات ملموسة، وبدلاً من ذلك، يمكن استخدامه ببساطة كاستعارة لتوضيح مفهوم ترك الأفكار تذهب.

• **استعارة قطار الركاب Passenger Train Analogy:** هي فنية مشابهة بالفنية السابقة أو بديل لاستراتيجية السحب أعلاه، ومثال على ذلك: "تخيل أن كل أفكارك المتطفلة هي قطار ركاب لا يتوقف يمر عبر محطة، لا فائدة من محاولة إيقافه أو محاولة الصعود على متنه، فقط كن متفجعاً وشاهد أفكارك تمر".

• **استعارة الطفل المتمرد Recalcitrant Child Analogy:** استعارة لمساعدة المرضى في فهم الفرق بين وعواقب المشاركة النشطة مع الأحداث المؤلمة مقابل الوعي المنفصل مثال على ذلك: "الذهن المنفصل يشبه الطريقة التي قد تتعامل بها مع طفل، كيف تتعامل مع طفل يسيء التصرف في متجر؟ يمكنك أن تولي اهتماماً كبيراً للطفل وتحاول التحكم في سلوكه، ولكن إذا كان الطفل يتوق إلى الاهتمام، فقد يؤدي ذلك إلى تفاقم الأمور، من الأفضل عدم الانخراط بنشاط مع الطفل ولكن مراقبة الطفل بشكل سلبي دون فعل أي شيء، يمكنك وضع أفكارك ومشاعرك السلبية في مكان ذلك الطفل، لا تحاول السيطرة عليهم أو التعامل معهم بفاعلية، فقط احتفظ بمراقبة موجزة لكل شيء".

• **العقدة اللفظية Verbal Loop:** تعني تقديم متكرر للأفكار في صورة حلقة لفظية، إما باستخدام شريط مسجل، أو نطقها بصوت مسموع، مما يكون له تأثير في الحد من ظهورها

وهي وسيلة لتطبيق اليقظة المنفصلة على الأفكار التدخلية السلبية. حيث تضعف معناها وتقدم على أساس منطقي ما وراء معرفي، ومثال على ذلك: "أود منك الاستماع إلى تسجيل أفكارك المتطفلة، وتطبيق اليقظة المنفصلة أثناء الاستماع، تعامل مع كل فكرة على أنها مجرد مجموعة من الأصوات وليست حقائق، لا تتعامل مع الأفكار بأي شكل من الأشكال، فهي في النهاية ليست أكثر من أصوات في العالم الخارجي، ضع في اعتبارك وأنت تستمع إلى معرفة أن الأفكار ليست حقائق".

كما أثبتت فنيات اليقظة المنفصلة فعاليتها في خفض العديد من الاضطرابات مثل اضطراب الوسواس القهري وما يصاحبه من قلق واكتئاب (Firouzabad &Shareh, 2009) ، وخفض أعراض اضطراب تشوه الجسم (Rabiei et al.,2012)، كما أشارت نتائج بحث كل من Gholami and Shareh (2015) إلى فعالية العلاج الجماعي المرتكز على اليقظة المنفصلة كأحد فنيات العلاج الميتامعرفي في خفض احتمالية تعاطي المخدرات.

كما قارن كل من (Gkika and Wells (2015) بين فنية اليقظة المنفصلة وفنية تقييم الفكر لدى الأفراد القلقين اجتماعياً في خفض الأفكار السلبية المستمدة من طرق العلاج المختلفة، وأشارت نتائج البحث إلى فعالية الفنيات في خفض الأفكار السلبية والقلق بينما أظهرت فنية اليقظة المنفصلة خفض في منظور المراقب-the observer-perspective، والمعتقدات السلبية، والمعالجة الاستباقية أيضاً، كما كان التغيير الإجمالي المنسوب إلى فنية اليقظة المنفصلة أكبر من ذلك المنسوب إلى فنية تقييم الفكر.

كما أشارت نتائج بحث (Ahmadpanah et al. (2017) إلى فعالية فنيات اليقظة المنفصلة في خفض الاكتئاب والقلق لدى مريضات اضطراب الاكتئاب الرئيس، وأشارت نتائج بحث (Asgarabad et al. (2018) إلى فعالية فنيات اليقظة المنفصلة في خفض متلازمة الانتباه المعرفي وتمكين المشاركين من ملاحظة أفكارهم وخبراتهم الانفعالية بطريقة منفصلة مما لها دور فعال في خفض اضطرابات المزاج.

وأشارت نتائج بحث كل من (Modini and Abbott (2018) إلى أن تنمية اليقظة المنفصلة يقلل أيضاً من الاجترار اليومي قبل الحدث مقارنة بالمجموعة الضابطة ، وأظهرت النتائج كذلك أن تصور المشاركين لأفكارهم الخاصة قد تغير، على سبيل المثال: جعلت اليقظة المنفصلة

المشاركين يصنفون تفكيرهم بشكل أكثر قابلية للتحكم وأقل إزعاجًا مقارنة بالمجموعة الضابطة، كما أشارت نتائج بحث (Bolzenkötter et al. (2023 إلى فعالية اليقظة المنفصلة في خفض التفكير السلبي المتكرر، والوجدان السلبي وتحسين الوجدان الإيجابي.

كما تتعدد فنيات العلاج الميتامعرفي المستخدمة في العديد من الأبحاث، ومنها:

• **تأجيل القلق The worry postponement:** يطلب من المريض إزالة محتوى القلق؛

مثال على ذلك: يتكون هذا من مطالبة المريض بالقيام بما يلي من أجل الواجب المنزلي: (أ) لاحظ سببًا للقلق ثم، (ب) تأجيل عملية القلق من النوع الأول. حيث يجب تأجيل ذلك حتى فترة زمنية لاحقة في اليوم، والتي يمكن اعتبارها وقت قلق يستمر حوالي ١٥ دقيقة. يقوم المعالج بتمييز واضح بين قمع وتأجيل عملية القلق. لا يُطلب من المريض إزالة محتوى القلق - التطفل الأولي من الوعي لمجرد مقاطعة القلق من النوع الأول. عادة ما يتم استخدام العملية كوسيلة لحل المشكلات أو التعامل معها. وقت القلق المخصص ليس إلزاميًا ويتم إبلاغ المريض بأنه لا يتعين عليه استخدامه.

• **الإسناد اللفظي Verbal reattribution:** يمكن استخدام إعادة التوزيع اللفظي التي تركز

على ما وراء المعرفة لإضعاف هذه المعتقدات الميتامعرفية، وغالبًا ما يربط المرضى القلق بالتوتر ولديهم وجهة نظر مفرطة في التبسيط بأن التوتر وبالتالي القلق ضار. تتمثل إحدى الإستراتيجيات في فصل مفاهيم القلق والتوتر. علاوة على ذلك، يجب تحدي النظرة المفرطة في التبسيط للقلق كعامل ضار. على سبيل المثال، تعتبر استجابات التوتر والقلق جزءًا من برنامج بقاء الفرد، ولم تكن لتعمل بشكل فعال من الناحية التطورية إذا كانت قد أدت إلى الوفاة أو المرض الخطير أو الانهيار النفسي. ثم يتم استخدام التجارب السلوكية التي يحاول فيها المريض إنتاج نتائج سلبية مخيفة نتيجة لتكثيف عملية القلق بشكل دوري.

• **إستراتيجية عدم تطابق القلق The worry mismatch strategy:** حيث يتم دعوة

المريض لكتابة محتويات تسلسل القلق الأخير بالتفصيل، ويتبع ذلك كتابة نص "الواقع"، وهو وصف لما حدث بالفعل في حالة "القلق"، وتتم مقارنة نص القلق بنص الواقع، بهدف التأكيد على التناقض وتحديد مثل هذا التناقض يسمح للمعالج بالتساؤل عن مدى فائدة القلق عندما لا يصور الواقع بدقة.

• **تجارب تعديل القلق Worry modulation experiments**: هنا يُطلب من العميل زيادة القلق في بعض الأيام وتقليل تكرار القلق في أيام أخرى مع ملاحظة التأثيرات على نتائج المواجهة، على سبيل المثال: يمكن أن يُطلب من الشخص تحديد ما إذا كان يتكيف بشكل أفضل أو يؤدي بشكل أكثر فاعلية في الأيام التي يشعر فيها بالقلق أكثر. (Wells,2007).

• **استعارة الشفاء healing metaphor**: نوضح كيف حالت محاولات المريض السابقة لإيجاد حل دون التعافي: التعافي من إصابة عقلية يشبه التعافي من جرح جسدي يشفي من تلقاء نفسه، فتشعر بالحكة أحياناً لكن لا يجب أن تخدشها، لأن ذلك لن يؤدي إلا لتأخير عملية الشفاء، ما حدث لك تسبب في جرح نفسي يشفي بشكل أفضل إذا تركته يشفي، ويزعج هذا الشفاء إذا فكرت كثيرًا، وقلقت، وحاولت تجنب أفكار معينة، وركزت على الأخطار المحتملة، والهدف من العلاج هو تقليل ردود الفعل الضارة على الجرح العاطفي. (Simons, 2010).

البحوث السابقة:

هدف بحث (Brown et al. (2022) إلى إجراء مراجعة منهجية للبحوث التي تناولت فعالية العلاج الميتامعرفي في خفض أعراض اضطراب ما بعد الصدمة، وتناول البحث ١٨ دراسة في الفترة ما بين ٢٠٠٤- ٢٠١٩ ، وتم استخدام مقياس لتقدير الجودة للدراسات ذات التصاميم المتنوعة إعداد (Sirriyeh et al. (2012)، وأشارت نتائج البحث أن البحوث جيدة المنهجية حيث تراوحت درجات الجودة من ٢٠ إلى ٣٣ من أعلى درجة ممكنة ٤٢، حيث حصل ١١ بحث من أصل ١٨ على درجة أكبر من أو تساوي ٣٠ مما يشير إلى ان ٦٩% من البحوث حصلوا على جودة عالية، مما يشير إلى ثقة عالية في تفسير النتائج، وأشارت النتائج على فعالية العلاج الميتامعرفي في خفض أعراض اضطراب ما بعد الصدمة.

وقدم بحث (Sharma et al. (2022) مراجعة شاملة لنطاق العلاج الميتامعرفي كتدخل علاجي مع الاضطرابات النفسية المختلفة، وشمل البحث على ٢٧ بحث في الفترة من ٢٠٠٤- ٢٠٢١، واعتمد الباحث على المراجعة النظرية التحليلية دون حساب حجم الأثر، وأشارت النتائج إلى أن العلاج الميتامعرفي فعال في خفض العديد من الاضطرابات النفسية والأعراض النفسية مثل الوسواس القهري، واضطراب ما بعد الصدمة، واضطراب القلق المرضي، واضطراب الشخصية

الحدية، واضطرابات التكيف واضطرابات الحزن المطول، والاضطرابات الجنسية واضطرابات الأكل والمعتقدات الوهمية لدى مرضي الذهان، كما أن المكاسب التي تم الحصول عليها تظل لفترة طويلة قد تصل عام واحد، كما أنه فعال للغاية في خفض الضيق الانفعالي المصاحب للعديد من الأمراض المزمنة مثل السرطان، وضغوط العمل اليومية.

وهدف بحث (Onaral (2021) إلى التعرف على فعالية علاجات الموجة الثالثة في علاج اضطراب الوسواس القهري مثل العلاج الميتامعرفي والعلاج بالقبول والالتزام والعلاج القائم على اليقظة العقلية والعلاج بالمخططات والعلاج الجدلي السلوكي من خلال مراجعة للدراسات التي تناولت هذه العلاجات خلال الفترة من ٢٠٠٤-٢٠٢٠، والمتاحة على قواعد البيانات Ebscohost, Ulakbim, Google Scholar, Science Direct and Web of Science، وأشارت النتائج إلى فعالية علاجات الموجة الثالثة في خفض أعراض الوسواس القهري، وانخفاض القلق والاكتئاب وتحسين المهارات مثل التعاطف مع الذات واليقظة.

وهدف بحث (Philipp et al. (2019) إلى إجراء مراجعة منهجية لتقييم نتائج بعض البحوث التي تكشف عن فعالية التدخلات الميتامعرفي في خفض حدة الاضطرابات النفسية لدى البالغين أكبر من ١٨ عام، وتضمن الاضطرابات الناجمة عن المواد والفصام، والاضطرابات الذهانية، والاضطرابات القلق، الجسدية، والاضطرابات الانفصالية، والجنسية، واضطرابات الأكل، واضطرابات الشخصية، واضطرابات النوم، واعتمد على معايير تضمنت الدراسات الفردية و الجماعية، والدراسات التي قدمت عن طريق المعالج النفسي والتي قدمت من خلال برنامج مساعدة ذاتية، والدراسات التي طبقت وجهاً لوجه والتي طبقت بطريقة الكترونية، والدراسات التي كان فيها تدخل قائم بذاته والتي كان فيها عامل مساعد، وتم جمع البحوث من موقعين هما: The ProQuest and theses database, and Open Grey، وتم في هذا البحث مراجعة التدخلات الميتامعرفية مثل: التدريب ميتامعرفي، والعلاج ميتامعرفي، والانعكاس الميتامعرفي والعلاج البصري، وتضمن البحث ٣٩ دراسة نشرت من عام ٢٠٠٧ إلى ٢٠١٨، وأشارت النتائج إلى فعالية التدخلات الميتامعرفية في خفض الاضطرابات النفسية، كما أن التدريب الميتامعرفي أكثر فعالية من العلاج المعرفي في مرضي الفصام ($SMD = -0.39$). كما أنه أكثر فعالية من العلاج المعياري في المرضى الذين يعانون من اضطراب الوسواس القهري ($SMD = -0.40$). وكان العلاج الميتامعرفي

أكثر فعالية لدى المرضى الذين يعانون من الاكتئاب ($SMD = 2.80$) مقارنة بالمجموعة الضابطة، وذوي اضطراب ما بعد الصدمة ($SMD = -2.36$)، وكعامل مساعد مع العلاجات النفسية (المعرفية - السلوكية) كان فعال مع المرضى الذين يعانون من القلق ($SMD = -0.46$).

وهدف بحث (Rochat et al. (2018) إلى فحص فعالية العلاج الميتامعرفي في تحسين الصحة النفسية في بحوث الحالة الواحدة single case studies ، وتضمن البحث مراجعة ١٤ بحث يستخدم العلاج الميتامعرفي أو فنية تدريب الانتباه في الفترة من ١٩٩٠ - ٢٠١٤، وتم استخدام مؤشر حجم التأثير والنسبة المئوية، وأشارت النتائج إلى أن العلاج الميتامعرفي له تأثير كبير على خفض الاكتئاب والقلق والأعراض النفسية المرضية الأخرى، كما أظهرت النتائج أن ٧٧,٣٦% من الأفراد تعافوا أو حافظوا على التحسن بعد فترة المتابعة، كما أشارت النتائج إلى حجم تأثير كبير لخفض القلق بلغ ١,٤١، والاكتئاب بلغ ١,٢٠، وبلغ متوسط حجم التأثير الكلي ١,٥٥، كما ارتبط عدد الجلسات بحجم التأثير، فكلما زاد عدد الجلسات زاد حجم التأثير.

وقام (Liu et al. (2018) بمراجعة منهجية وتحليل بعدي للبحوث التي تناولت فعالية العلاج الميتامعرفي في خفض اضطراب الوهم delusional disorder لدى مرضي الفصام، وتناول البحث ١١ دراسة من عام ٢٠٠٧ إلى ٢٠١٦، وأشارت النتائج إلى فعالية العلاج الميتامعرفي في خفض اضطراب الوهم لدى مرضي الفصام، حيث كان حجم التأثير متوسط g value of -0.38 وكذلك له حجم تأثير متوسط بعد المتابعة حيث بلغ g value of -0.35 ، كما لم توجد فروق ذات دالة إحصائية في عدد الجلسات ومدة التدخل، وتمت التوصية بأن التدخل الفردي له تأثير مفيد يوصي به لأخصائي الرعاية الصحية كتطبيق لمرضي الفصام أو اضطراب الوهمي.

وهدف بحث (Knowles et al. (2016) إلى إجراء مراجعة منهجية وتحليل بعدي للبحوث التي تناولت فنية التدريب على الانتباه لدى عينات كينيكية وعينات غير كينيكية، وتم البحث في قواعد البيانات من عام ١٩٩٠ - ٢٠١٤ واشتمل البحث على ١٠ دراسات حققت معايير التضمن، وأشارت نتائج الحالة الفردية إلى أن فنية التدريب على الانتباه لها حجم تأثير كبير يتراوح بين (٠,٧٤-١,٠٠) للقلق واضطرابات الاكتئاب، وأشارت نتائج حجم التأثير لفنية التدريب على الانتباه عبر تجارب معشاة ذات شواهد إلى أنه يتراوح بين (٠,٤٠-١,٢٣).

وقام (Sadeghi et al. (2015) بإجراء مراجعة منهجية وتحليل بعدي على بحوث هدفت إلى التعرف على فاعلية العلاج الميتامعرفي في خفض اضطرابات القلق، وتم تضمين البحوث ذو المجموعتين التي تتضمن مجموعة ضابطة، وتم استبعاد البحوث ذات دراسات الحالة (مع أقل من ٤ حالات) ودراسات الحالة الفردية. واشتمل البحث على ١٥ بحث للمراجعة المنهجية من عام ٢٠٠٧-٢٠١٣، وأظهرت النتائج: فاعلية العلاج الميتامعرفي في خفض اضطرابات القلق والوسواس القهري واضطراب ما بعد الصدمة مقارنة بالمجموعة الضابطة بعد التدخل العلاجي وبعد ١٢ شهرًا فترة متابعة.

وهدف بحث (Normann, et al. (2014) إلى إجراء تحليل بعدي تضمن ١٦ دراسة تناولت فعالية العلاج الميتامعرفي في خفض بعض الاضطرابات النفسية لدى عينات كLINIكيه، أجريت على ٣٨٤ مريضًا خارجيًا يعانون من اضطرابات نفسية مثل اضطراب الوسواس القهري واضطراب ما بعد الصدمة، واضطراب القلق المعمم، والاضطراب الاكتئابي الرئيسي، و اكتئاب ما بعد الولادة، أو القلق واضطرابات المزاج المرضية المشتركة، وأشارت النتائج إلى حجم تأثير كبير على مقاييس النتائج الأولية على التوالي (Hedges' $g = 2.00$ and 1.65) ، وأشارت نتائج التحليل البعدي إلى أن العلاج الميتامعرفي يتفوق على كل من المجموعات الضابطة والعلاج المعرفي السلوكي التقليدي.

تعقيبًا على البحوث السابقة: تم عرض البحوث والدراسات التي هدفت إلى إجراء مراجعة منهجية وتحليل بعدي للبحوث التي تناولت فعالية العلاج الميتامعرفي في خفض الاضطرابات النفسية لدى عينات كLINIكيه وغير كLINIكيه بما يتناسب مع هدف البحث الحالي، كما أشارت في مجملها إلى فعالية العلاج الميتامعرفي في خفض الاضطرابات النفسية لدى عينات كLINIكيه وغير كLINIكيه وباستخدام طرق تصميم مختلفة وكذلك طرق تدخل مختلفة، ومن الملاحظ عدم وجود بحوث عربية تناولت هذا النوع من البحوث.

فروض البحث:

١. فعالية للعلاج الميتامعرفي في خفض (الاكتئاب، والقلق، والوسواس القهري، والمشكلات اليبشخصية، والمعتقدات الميتامعرفية، والأفكار الاجترارية) لدى عينات كLINIكيه وغير كLINIكيه في الدراسات المنشورة خلال الفترة ما بين (٢٠١٢-٢٠٢٢).

٢. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط حجم التأثير في البحوث التي تناولت فعالية العلاج الميتامعرفي المنشورة في الفترة ما بين (٢٠١٢-٢٠٢٢) تعزي لاختلاف العينة (كلينكية- غير كلينكية).
٣. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط حجم التأثير في البحوث التي تناولت فعالية العلاج الميتامعرفي المنشورة في الفترة ما بين (٢٠١٢-٢٠٢٢) تعزي لاختلاف التصميم التجريبي (التصميم التجريبي ذو المجموعة الواحدة- التصميم التجريبي ذو المجموعتين "تجريبية وضابطة").
٤. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط حجم التأثير في البحوث التي تناولت فعالية العلاج الميتامعرفي المنشورة في الفترة ما بين (٢٠١٢-٢٠٢٢) تعزي لاختلاف طريقة التدخل (فردية- جماعية).
٥. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط حجم التأثير في البحوث التي تناولت فعالية العلاج الميتامعرفي المنشورة في الفترة ما بين (٢٠١٢-٢٠٢٢) تعزي لاختلاف عدد جلسات البرنامج (من ١-٦، ٧-١٢، أكثر من ١٢).
٦. توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط حجم التأثير للعلاج الميتامعرفي في خفض الاضطرابات النفسية مقارنة بغيره من أنواع العلاجات النفسية الأخرى المتضمنة في الدراسات والبحوث التي يتناولها البحث الحالي.

إجراءات البحث: اتبع البحث الإجراءات التالية:

١. تم حصر البحوث والدراسات التي تناولت فعالية العلاج الميتامعرفي في خفض بعض المتغيرات النفسية في الفترة من ٢٠١٢ إلى ٢٠٢٢ في قواعد البيانات ومحركات البحث من خلال موقع دار المنظومة، Springer; Sage; ProQuest; wiley; Science Direct وتم استخدام كلمات مفتاحية لعملية البحث في اللغة العربية مصطلح العلاج الميتامعرفي أو ما وراء المعرفة وفي اللغة الإنجليزية تم استخدام مصطلح Meta-cognitive therapy.
٢. تم تحديد معايير تضمين واستبعاد البحوث والدراسات في البحث الحالي وفقاً لما يلي:
- البحوث التي تناولت فعالية العلاج الميتامعرفي في خفض بعض المتغيرات النفسية لدى عينات كلينكية وغير كلينكية في الفترة من (٢٠١٢ - ٢٠٢٢).

- البحوث المكتوبة باللغة العربية أو اللغة الإنجليزية.
- التركيز على البحوث التي تناولت العلاج الميتامعرفي وليس أحد فنياته.
- البحوث التجريبية أو الشبه تجريبية التي تم التصميم فيها من خلال تصميم تجريبي ذو المجموعة الواحدة (قياس قبلي، وقياس بعدي)، أو تصميم تجريبي ذو المجموعتين (تجريبية وضابطة).
- البحوث التي تضمنت البيانات الكافية لحساب حجم التأثير مثل (عدد العينة، المتوسطات، والانحرافات المعيارية).
- البحوث التي تضمن بيانات كاملة وكافية عن البرنامج وعدد جلساته وطريقة التدخل (فردية، جماعية).
- البحوث التي تضمنت مقاييس لقياس المتغيرات التابعة التي تقيس تأثير العلاج الميتامعرفي عليها.
- استبعاد البحوث التي تناولت دراسة الحالة a Case study.
- استبعاد البحوث التي تناولت نفس العينة في بحث آخر.
- استبعاد البحوث التي تناولت فنية واحدة فقط من فنيات العلاج الميتامعرفي.
- استبعاد البحوث التي أجريت بالطرق النوعية a qualitative study.
- استبعاد البحوث التي تناولت المراجعة المنهجية Systematic Review والتحليل البعدي Meta-analysis والمراجعة النظرية Literature Review والمراجعة السردية Narrative Review.

٣. تحديد المتغيرات التجريبية والتابعة والوسيط: تم تحديد المتغير التجريبي وهو العلاج الميتامعرفي كمتغير مستقل، وتحديد المتغيرات التابعة الأكثر انتشارًا في البحوث والدراسات المدرجة في البحث الحالي مثل (القلق، والاكتئاب، والمعتقدات الميتامعرفية، والأفكار الاجترارية، والمشكلات الينشخصية، والوسواس القهري)، وهناك دراستان عربية تناولت القلق الاجتماعي وقلق الصحة تم ادراجهم ضمن القلق. وتم تحديد المتغيرات الوسيطة والتي تشمل نوع التصميم التجريبي المستخدم في البحوث والدراسات المدرجة في التحليل البعدي في البحث الحالي (التصميم التجريبي ذو المجموعة الواحدة- التصميم التجريبي ذوي المجموعتين

التجريبية والضابطة)، وعدد الجلسات البرنامج والتي تراوحت من (١-٦، ٧-١٢، أكثر من ١٢ جلسة)، نوع العينة التي يتناولها كل بحث أو دراسة (كإكلينيكية- غير إكلينيكية)، طريقة التدخل للبرنامج (فردى - جماعى).

عينة البحث:

اعتمد البحث الحالي على تحليل نتائج (٣٢) بحث علمي منشور في مجلات علمية أو رسائل ماجستير ودكتوراه تم الحصول عليها بشكل كامل وانطبقت عليها المعايير المحددة في البحث الحالي، خلال موقع بنك المنظومة، Springer; Sage; ProQuest; wiley; Science Direct، ويوضح الجدول ١ (١) البحوث المتضمنة في المراجعة المنهجية والتحليل البعدي متضمنًا أسم المؤلف والسنة، والهدف والعينة وطريقة التدخل والتصميم التجريبي المستخدم ومدة البرنامج والمتغيرات التابعة التي تناولها كل بحث والنتائج.

الأساليب الإحصائية: تم حساب حجم الأثر في الدراسات الغير موضح فيها حجم الأثر لكل متغير تابع حيث يختلف عدد حجوم الأثر للمتغيرات التابعة عن عدد الدراسات حيث إن كل بحث يتناول أكثر من متغير تابع، وتم حساب الخطأ المعياري لكل حجم أثر لكل متغير تابع، وتم استخدام برنامج Comprehensive Meta-Analysis لحساب فروض البحث الحالي، وتم استخدام المعادلات التالية لحساب حجم الأثر والخطأ المعياري (Borenstein et al., 2009):

١- حساب حجم الأثر باستخدام المتوسطات والانحرافات المعيارية وتم ذلك باستخدام

$$\text{المعادلة الآتية: حجم الأثر} = d = \frac{x_1 - x_2}{S_{pooled}}$$

٢- تم حساب الانحراف المعياري من القانون

$$S_{pooled} = \sqrt{\frac{(n_1 - 1)S_1^2 + (n_2 - 1)S_2^2}{n_1 + n_2 - 2}}$$

٣- تم حساب التباين من خلال المعادلة

$$V_d = \frac{n_1 + n_2}{n_1 n_2} + \frac{d^2}{2(n_1 + n_2)}$$

(١) ملحق ١

٤- تم حساب الخطأ المعياري من المعادلة:

$$SE_d = \sqrt{V_d}$$

٥- تم الاعتماد على معيار كوهين لقياس حجم الأثر من خلال

Cohen's d (small effect: d = 0.2, medium effect: d = 0.5, and large effect: d = 0.8; Cohen, 1988).

نتائج البحث ومناقشتها:

نتائج الفرض الأول: والذي ينص على " فعالية العلاج الميتامعرفي في خفض (الاكتئاب، والقلق، والوسواس القهري، والمشكلات البيئشخصية، والمعتقدات الميتامعرفية، والأفكار الاجترارية) لدى عينات كلينيكية وغير كلينيكية في الدراسات المنشورة خلال الفترة ما بين (٢٠١٢-٢٠٢٢)", وللتأكد من صحة هذا الفرض تم حساب حجم الأثر للبحوث التي تناولت فاعلية العلاج الميتامعرفي في خفض الاكتئاب، والقلق، والوسواس القهري، والمشكلات البيئشخصية، والمعتقدات الميتامعرفية للبحوث المتضمنة في التحليل البعدي (ملحق ١)، وتم استخدام برنامج-Comprehensive Meta analysis لحساب متوسط حجم الأثر للبحوث ككل، وحساب حجم الأثر لكل متغير تابع، وبشكل كلي كما في الجدول ٢

جدول ٢ متوسط حجم الأثر الكلي ومتوسط حجومات الأثر وعددها وفترة الثقة ومؤشرات التجانس

للمتغيرات التابعة (ن=٣٢)

| المتغير التابع | عدد | متوسط حجم الأثر | فترة الثقة | | الخطأ المعياري | مؤشرات التجانس | | |
|----------------|-----|-----------------|-------------|-------------|----------------|---------------------|--------------|---------|
| | | | الحد الأدنى | الحد الأعلى | | قيمة الاختبار Q_w | درجات الحرية | P-value |
| الاكتئاب | ١٥ | ١,٥٧٦ | ١,١٨٩ | ١,٩٦٣ | ٠,١٩٨ | ١٤ | ٠,٠٠٠ | ٧٦,٦٣٩ |
| القلق | ٢٦ | ١,٥٧٤ | ١,٣٢٢ | ١,٨٢٦ | ٠,١٢٩ | ٢٥ | ٠,٠٠٠ | ٧١,٧١٥ |
| الوسواس القهري | ٥ | ٢,٥٣٢ | ١,٦٨٥ | ٣,٣٧٨ | ٠,٤٣٢ | ٤ | ٠,٠٠٠ | ٩٥,٢٠٢ |
| المشكلات | ٤ | ١,٨٥٩ | ١,٤١٠ | ٢,٣٠٩ | ٠,٢٢٩ | ٣ | ٠,٠١ | ٧٦,٦٥٤ |

| المتغير التابع | عدد | متوسط | الخطأ المعياري | فترة الثقة | | مؤشرات التجانس | | | |
|----------------|-----|-------|----------------|-------------|-------------|-------------------|--------------|---------|-------------------|
| | | | | الحد الأدنى | الحد الأعلى | قيمة اختبار Q_w | درجات الحرية | P-value | قيمة اختبار I^2 |
| البيشخصية | | | | | | | | | |
| المعتقدات | ١٧ | ٢,٠٦٥ | ٠,١٨٠ | ١,٧١٣ | ٢,٤١٧ | ٥٤,٦٢٩ | ١٦ | ٠,٠٠٠ | ٧٠,٧١١ |
| الميتامعرفية | | | | | | | | | |
| الأفكار | ٦ | ٢,٠٥٥ | ٠,٣٦٤ | ١,٣٤١ | ٢,٧٦٩ | ٣٠,١٦٤ | ٥ | ٠,٠٠٠ | ٨٣,٤٢٤ |
| الاجترارية | | | | | | | | | |
| الكلي | ٧٣ | ١,٨٦٥ | ٠,٠٩٨ | ١,٦٧٣ | ٢,٠٥٨ | ٥٣٣,٧٨٨ | ٧٢ | ٠,٠٠٠ | ٨٦,٥١٢ |

يتضح من نتائج جدول ٢ أن متوسط حجم الأثر الكلي للبحوث التي تناولت فعالية العلاج الميتامعرفي في الفترة من ٢٠١٢ إلى ٢٠٢٢ قد بلغ ١,٨٦٥، كما تراوحت متوسطات حجم الأثر للمتغيرات التابعة ما بين ١,٥٧٤ - ٢,٥٣٢ عند فترة ثقة 95%، ووفقاً لتصنيف كوهين يصنف حجم الأثر بأنه مرتفع، ومن خلال مؤشرات التجانس يتضح أن قيمة اختبار I^2 أكبر من ٧٠ مما يعني أن حجوم الأثر غير متجانسة بدرجة كبيرة، لذا استخدمت الباحثة نموذج التأثيرات العشوائية بدلاً من نموذج التأثيرات الثابتة؛ الذي يُوصى باستخدامه في العلوم الاجتماعية.

نتائج الفرض الثاني: والذي ينص على أنه "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط حجم التأثير في البحوث التي تناولت فعالية العلاج الميتامعرفي المنشورة في الفترة ما بين ٢٠١٢-٢٠٢٢ تعزي لاختلاف العينة (كلينيكية- غير كلينيكية)"، وللتحقق من صحة هذا الفرض تم حساب متوسط حجم الأثر للبحوث التي تناولت فعالية العلاج الميتامعرفي في الفترة من ٢٠١٢-٢٠٢٢ وفقاً لاختلاف للعينة، كما في الجدول ٣

جدول ٣ حجم الأثر وفترة الثقة موزعة حسب نوع العينة

| نوع العينة | عدد حجم الأثر | متوسط حجم الأثر | الخطأ المعياري | فترة الثقة | | مؤشرات التجانس | |
|--------------|---------------------|-----------------------|-------------------|-------------|-------------|----------------------|-----------------|
| | | | | الحد الأدنى | الحد الأعلى | قيمة اختبار Qw | درجات الحرية |
| كلينيكية | ٦٦ | ١,٨٦٧ | ٠,١٠٥ | ١,٦٦١ | ٢,٠٧٢ | ٠ | ١ |
| غير كلينيكية | ٧ | ١,٨٦٥ | ٠,٣٠٦ | ١,٢٦٥ | ٢,٤٦٦ | | |

يتضح من نتائج الجدول ٣ أن قيمة اختبار كوكران للتجانس ما بين المجموعات قد بلغت ٠,٠ وهي قيمة غير دالة إحصائيًا، مما يشير إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط حجومات التأثير تعزي لاختلاف العينة (كلينيكية-غير كلينيكية)، مما يشير إلى فعالية العلاج الميتامعرفي في خفض المتغيرات النفسية لكلاً من العينات الإكلينيكية وغير كلينيكية، كما أشارت النتائج أن متوسط حجم الأثر للعلاج الميتامعرفي مع العينات كلينيكية بلغ ١,٨٦٧ وهو قيمة مرتفعة وفقاً لمعيار كوهين المستخدم في البحث الحالي، كما أن متوسط حجم الأثر للعلاج الميتامعرفي مع العينات غير الإكلينيكية بلغ ١,٨٦٥ وهو قيمة مرتفعة وفقاً لمعيار كوهين المستخدم في البحث الحالي.

نتائج الفرض الثالث: والذي ينص على أنه "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط حجم التأثير في البحوث التي تناولت فعالية العلاج الميتامعرفي المنشورة في الفترة ما بين ٢٠١٢-٢٠٢٢ تعزي لاختلاف التصميم التجريبي (التصميم التجريبي ذو المجموعة الواحدة- التصميم التجريبي ذو المجموعتين "تجريبية وضابطة")"، وللتحقق من صحة هذا الفرض تم حساب متوسط حجم الأثر للبحوث التي تناولت فعالية العلاج الميتامعرفي في الفترة من ٢٠١٢-٢٠٢٢ وفقاً للتصميم التجريبي ذو المجموعة الواحدة والتصميمي التجريبي ذو المجموعتين "تجريبية وضابطة"، كما في جدول ٤.

جدول ٤ حجم الأثر وفترة الثقة موزعة حسب التصميم التجريبي المستخدم

| التصميم | عدد | متوسط حجم الأثر | فترة الثقة | | الخطأ المعياري | مؤشرات التجانس | |
|------------|-----|-----------------|-------------|-------------|----------------|------------------|--------------|
| | | | الحد الأدنى | الحد الأعلى | | قيمة اختبار Qw | درجات الحرية |
| المجموعة | ٦٦ | ١,٩٠١ | ١,٦٩٧ | ٢,١٠٥ | ٠,١٠٤ | ١ | ١,١٦٣ |
| الوحدة | ٧ | ١,٥٤٢ | ٠,٩٢٣ | ٢,١٦١ | ٠,٣١٦ | ١ | ٠,٢٨١ |
| المجموعتين | ٧ | ١,٥٤٢ | ٠,٩٢٣ | ٢,١٦١ | ٠,٣١٦ | ٧ | ٠,٢٨١ |

يتضح من نتائج الجدول ٤ أن قيمة اختبار كوكران للتجانس ما بين المجموعات قد بلغت ١,١٦٣، وهي قيمة غير دالة إحصائياً، مما يشير إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط حجومات التأثير تُعزى لاختلاف التصميم التجريبي، كما يتضح أن متوسط حجم الأثر للبحوث التي تناولت التصميم التجريبي ذو المجموعة الواحدة ١,٩٠١ وهو مرتفع وفقاً لتصنيف كوهين المعتمد في البحث الحالي، كما أن متوسط حجم الأثر للبحوث التي تناولت التصميم التجريبي ذو المجموعتين التجريبية والضابطة كان ١,٥٤٢ وهو أيضاً مرتفع وفقاً لتصنيف كوهين، مما يشير إلى فعالية العلاج الميتامعرفي في خفض بعض المتغيرات النفسية سواء بالتصميم التجريبي ذو المجموعة الواحدة، أو التصميم التجريبي ذو المجموعتين التجريبية والضابطة.

نتائج الفرض الرابع: والذي ينص على أنه "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط حجم التأثير في البحوث التي تناولت فعالية العلاج الميتامعرفي المنشورة في الفترة ما بين ٢٠١٢-٢٠٢٢ تُعزى لاختلاف طريقة التدخل (فردية - جماعية)"، وللتحقق من صحة هذا الفرض تم حساب متوسط حجم الأثر للبحوث التي تناولت فعالية العلاج الميتامعرفي في الفترة من ٢٠١٢-٢٠٢٢ وفقاً لاختلاف طريقة التدخل فردي أو جماعي، كما في جدول ٥:

جدول ٥ حجم الأثر وفترة الثقة موزعة حسب طريقة التدخل

| طريقة التطبيق | عدد حجم الأثر | متوسط حجم الأثر | فترة الثقة | | الخطأ المعياري | مؤشرات التجانس | | |
|---------------|---------------------|-----------------------|----------------|----------------|-------------------|----------------------|-----------------|-------------|
| | | | الحد الأدنى | الحد الأعلى | | قيمة اختبار Qw | درجات الحرية | P- value |
| جماعي | ٦٣ | ١,٨٣٥ | ١,٦٢٨ | ٢,٠٤٢ | ٠,١٠٦ | ٠,٧٨٠ | ١ | ٠,٣٧٧ |
| فردى | ١٠ | ٢,١٠٦ | ١,٥٤٠ | ٢,٦٧٣ | ٠,٢٨٩ | | | |

يتضح من نتائج الجدول ٥ أن قيمة اختبار كوكران للتجانس ما بين المجموعات قد بلغت ٠,٧٨٠، وهي قيمة غير دالة إحصائية، مما يشير إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط حجوم التأثير تُعزى لاختلاف العينة طريقة التدخل (فردى - جماعى)، مما يشير إلى فعالية العلاج الميتماعرفى في خفض المتغيرات النفسية لكلاً من العينات الإكلينيكية وغير كLINيكية سواء كان تدخل فردى أو تدخل جماعى، كما أشارت النتائج أن متوسط حجم الأثر للعلاج الميتماعرفى ذو التدخل الفردى بلغ ٢,١٠٦ وهو قيمة مرتفعة وفقاً لمعيار كوهين المستخدم في البحث الحالى، كما أن متوسط حجم الأثر للعلاج الميتماعرفى ذو التدخل الجماعى بلغ ١,٨٣٥ وهو قيمة مرتفعة وفقاً لمعيار كوهين المستخدم في البحث الحالى.

نتائج الفرض الخامس: والذي ينص على أنه "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط حجم التأثير في البحوث التي تناولت فعالية العلاج الميتماعرفى المنشورة في الفترة ما بين ٢٠١٢-٢٠٢٢ تُعزى لاختلاف عدد جلسات البرنامج (من ١-٦، ٧-١٢، أكثر من ١٢)"، وللتحقق من صحة هذا الفرض تم حساب متوسط حجم الأثر للبحوث التي تناولت فعالية العلاج الميتماعرفى في الفترة من ٢٠١٢-٢٠٢٢ وفقاً لاختلاف عدد جلسات البرنامج، كما في جدول ٦:

جدول ٦ حجم الأثر وفترة الثقة موزعة حسب عدد جلسات البرنامج

| عدد الجلسات | عدد حجم الأثر | متوسط حجم الأثر | الخطأ المعياري | فترة الثقة | | مؤشرات التجانس | |
|-------------|---------------------|-----------------------|-------------------|-------------|-------------|----------------------|-----------------|
| | | | | الحد الأدنى | الحد الأعلى | قيمة اختبار Qw | درجات الحرية |
| من ٦-١ | ٩ | ١,٥٩٤ | ٠,٢٨٠ | ١,٠٤٦ | ٢,١٤٣ | | |
| من ٧-١٢ | ٥٠ | ٢,٠٢١ | ٠,١١٣ | ١,٨٠٠ | ٢,٢٤٣ | ٦,٨١٢ | ٢ |
| أكثر من ١٢ | ١٤ | ١,٤٥٥ | ٠,٢٠٦ | ١,٠٥٢ | ١,٨٥٩ | | |

يتضح من نتائج الجدول ٦ أن قيمة اختبار كوكران للتجانس ما بين المجموعات قد بلغت ٦,٨١٢، وهي قيمة دالة إحصائياً عند مستوى ٠,٠٣، مما يشير إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط حجوم التأثير تُعزى لاختلاف عدد جلسات برنامج العلاج الميتماعرفي، حيث جاء في المرتبة الأولى متوسط حجم الأثر للعلاج الميتماعرفي ذو الجلسات من ٧-١٢ حيث بلغ ٢,٠٢١، وجاء في المرتبة الثانية متوسط حجم الأثر للعلاج الميتماعرفي ذو الجلسات من ٦-١ حيث بلغ ١,٥٩٤، جاء في المرتبة الثالثة متوسط حجم الأثر للعلاج الميتماعرفي ذو الجلسات أكثر من ١٢ حيث بلغ ١,٤٥٥ وجمعها تعد مرتفعة وفقاً لمعيار كوهين المستخدم في البحث الحالي.

نتائج الفرض السادس: والذي ينص على "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط حجم التأثير للعلاج الميتماعرفي في خفض الاضطرابات النفسية مقارنة بغيره من أنواع العلاجات النفسية الأخرى المتضمنة في الدراسات والبحوث التي يتناولها البحث الحالي". وللتحقق من صحة هذا وللتحقق من صحة هذا الفرض تم حساب متوسط حجم الأثر للبحوث التي تناولت فعالية العلاج الميتماعرفي ومتوسط حجم الأثر للعلاجات النفسية الأخرى للبحوث المتضمنة في التحليل البعدي للبحث الحالي، ويوضح ذلك الجدول ٧:

جدول ٧ متوسط حجم الأثر وفترة الثقة للعلاج الميتماعرفي والعلاجات النفسية الأخرى

| نوع العلاج | عدد حجم الأثر | متوسط حجم الأثر | الخطأ المعياري | فترة الثقة | | مؤشرات التجانس | |
|------------------------------|---------------------|-----------------------|-------------------|----------------|----------------|----------------------|-----------------|
| | | | | الحد الأدنى | الحد الأعلى | قيمة اختبار Qw | درجات الحرية |
| العلاج الميتماعرفي | ١٠ | ١,٣٢٣ | ٠,١٤١ | ١,٠٤٧ | ١,٦٠٠ | | |
| العلاج المعرفي السلوكي | ١٠ | ٠,٨٣٧ | ٠,١٦٩ | ٠,٥٠٥ | ١,١٧٠ | ٤,٨٥٦ | ١ |
| العلاج الميتماعرفي | ٦ | ٢,٠٣٣ | ٠,١٤٣ | ١,٧٥٢ | ٢,٣١٤ | ٢٠,٤١٨ | ١ |
| التعرض ومنع الاستجابة | ٦ | ١,١١٠ | ٠,١٤٥ | ٠,٨٢٥ | ١,٣٩٥ | | |

يتضح من نتائج الجدول ٧ أن عند مقارنة فعالية العلاج الميتماعرفي والعلاج المعرفي السلوكي بلغت قيمة اختبار كوكران للتجانس ما بين المجموعات قد بلغت ٤,٨٥٦، وهي قيمة دالة إحصائياً عند مستوي ٠,٠٣، مما يشير إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط حجم الأثر للعلاج الميتماعرفي والعلاج المعرفي السلوكي، حيث جاء في المرتبة الأولى العلاج الميتماعرفي بلغ متوسط حجم الأثر ١,٣٢٣، وبلغ متوسط حجم الأثر للعلاج المعرفي السلوكي ٠,٨٣٧، وعند مقارنة فعالية العلاج الميتماعرفي و التعرض ومنع الاستجابة بلغت قيمة اختبار كوكران للتجانس ما بين المجموعات ٢٠,٤١٨، وهي قيمة دالة إحصائياً عند مستوي ٠,٠١، مما يشير إلى وجود دلالة إحصائية بين متوسط حجم الأثر للعلاج الميتماعرفي والتعرض ومنع الاستجابة، حيث جاء في المرتبة الأولى للعلاج الميتماعرفي بمتوسط حجم أثر ٢,٠٣٣، وبلغ متوسط حجم الأثر للتعرض ومنع الاستجابة ١,١١٠ وهي تعد قيم مرتفعة لحجم الأثر وفقاً لمعيار كوهين المستخدم في البحث الحالي.

تفسير نتائج البحث:

أشارت نتائج الفرض الأول إلى فعالية للعلاج الميتامعرفي في خفض (الاكتئاب، والقلق، والوسواس القهري، والمشكلات البينشخصية، والمعتقدات الميتامعرفية، والأفكار الاجترارية) لدى عينات كلينكية وغير كلينكية في الدراسات المنشورة خلال الفترة ما بين ٢٠١٢-٢٠٢٢، حيث بلغ متوسط حجم التأثير الكلي للعلاج الميتامعرفي ١,٨٦٥، كما تراوحت متوسطات حجم الأثر للمتغيرات التابعة ما بين ١,٥٧٤ - ٢,٥٣٢ وهي قيم مرتفعة وفقاً لتصنيف كوهين لحجم لتأثير المستخدم في الدراسة الحالية، وتتفق نتيجة هذا الفرض مع نتائج دراسات والبحوث التي أشارت إلى فعالية العلاج الميتامعرفي في خفض بعض الاضطرابات والمشكلات النفسية مثل: بحث (Brown et al. (2022) الذي أشار إلى فعالية العلاج الميتامعرفي في خفض أعراض اضطراب ما بعد الصدمة، وبحث (Sharma et al. (2022) الذي أشار إلى أن العلاج الميتامعرفي فعال في خفض العديد من الاضطرابات النفسية والأعراض النفسية مثل الوسواس القهري، واضطراب ما بعد الصدمة، واضطراب القلق المرضي، واضطراب الشخصية الحدية، واضطرابات التكيف واضطرابات الحزن المطول، والاضطرابات الجنسية واضطرابات الأكل والمعتقدات الوهمية لدى مرضي الذهان، كما أن مكاسبه تظل لفترة طويلة قد تصل عام واحد، وبحث (Onaral (2021) الذي أشار إلى فعالية علاجات الموجهة الثالثة ومنهم العلاج الميتامعرفي في خفض أعراض الوسواس القهري، والقلق والاكتئاب، وبحث (Sadeghi et al. (2015) حيث أشارت نتائجها إلى فعالية العلاج الميتامعرفي في خفض اضطرابات القلق والوسواس القهري واضطراب ما بعد الصدمة.

ويمكن تفسير نتيجة هذا الفرض في ضوء النموذج الوظيفي المنظم ذاتياً للاضطرابات الانفعالية الذي يعتمد عليه العلاج الميتامعرفي، والذي يشير إلى أن الميتامعرفة هي السبب الرئيس للاضطرابات النفسية والانفعالية، والتي تتمثل في التفكير المستمر على شكل قلق واجترار وسلوكيات مواجهة غير تكيفية، لذا فاعتماد هذا التدخل على تعديل الميتامعرفة أي عمليات التفكير أكثر من المعرفة العادية مما يسهم في خفض حدة القلق والاجترار والأفكار المختلة واكتساب الفرد خبرات جديدة وخطط لمعالجة خبراته الشخصية واستراتيجيات تكيفية تسهم في خفض الاضطراب النفسي بدلاً من التركيز على المحتوي المعرفي للاضطراب.

كما يمكن تفسير نتيجة هذا الفرض في ضوء مفهوم الميتمعرفة والذي ينظر إليه باعتباره مفهوم متعدد الوجه يتضمن المعتقدات والعمليات والاستراتيجيات التي تقيم وتراقب وتسيطر على الإدراك والتي لها دورًا كبيرًا في تطوير وصيانة الاضطرابات النفسية وعلاجها، لذا فإن تعديلها يسهم في خفض المعتقدات وتعديل وتغيير العمليات والاستراتيجيات التي تطور الاضطرابات النفسية مما يشير إلى فعالية هذا الأسلوب العلاجي.

كما قد ترجع نتيجة هذا الفرض إلى فنيات العلاج الميتمعرفي التي تهدف إلى زيادة الوعي الميتمعرفي وتحدي المعتقدات الميتمعرفية والمصممة لزيادة المرونة والتحكم في الانتباه، وهي فنية تدريب الانتباه التي تمر بثلاث مراحل يتم من خلالها تشجيع المريض على الحفاظ على الانتباه من خلال ممارسة الانتباه السمعي للمثيرات في المسافات القريبة والبعيدة والمتوسطة، ثم التبديل بين المثيرات والذي يعرف بتحول الانتباه، ثم زيادة اتساع الانتباه لجميع المثيرات في الوقت الواحد وهو توزيع الانتباه، مما يسهم في الحد من التركيز على الذات، وزيادة السيطرة الانتباهية التي تمكن الفرد من التخلص من طرق المعالجة الاجترارية مما يمكن من استعادة السيطرة على التفكير واكتساب خطط جديدة واستراتيجيات تكيفية تمكنه من خفض القلق والاجترار.

ويؤكد ذلك نتائج بحث (Knowles et al. (2016 التي أشارت إلى أن فنية تدريب الانتباه فعالة في خفض اضطرابات القلق والاكتئاب وفي علاج بعض أعراض الفصام، كما تعد فنية واحدة للتطبيق في الدراسات المستقبلية.

وفنية إعادة تركيز الانتباه في موقف معين وهو تطبيق وعي جديد ومهارات التحكم في الانتباه في مواقف البيئية الاجتماعية، والتي تعمل على معالجة المعارف والمعلومات التي لا تتناسب مع المعتقدات المختلفة لدي الفرد، كما تسهم في تعطيل أو إبطال المراقبة الخارجية للتهديد بالإضافة إلى فنية اليقظة المنفصلة التي صممت لزيادة الوعي بفصل الذات عن الأحداث المعرفية، حيث تحفز اليقظة المنفصلة وتسهل تحكماً أكثر مرونة في اختيار استراتيجيات التفكير، بالإضافة إلى أن تطبيق اليقظة المنفصلة يقوي الخطط الجديدة لتنظيم النشاط المعرفي، وتعديل المعتقدات الميتمعرفية. كما توفر وسيلة لفك الارتباط أو منع التنشيط الكامل لمتلازمة الانتباه المعرفي استجابةً للمحفزات المختلفة.

وأشارت نتيجة **الفرض الثاني** إلى لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط حجم التأثير في البحوث التي تناولت فعالية العلاج الميتامعرفي المنشورة في الفترة ما بين ٢٠١٢-٢٠٢٢ تُعزى لاختلاف العينة (كlinikية- غير Klinikية)، مما يشير إلى فعالية العلاج الميتامعرفي في خفض المتغيرات النفسية لدى كلاً من العينات الإكلينكية وغير Klinikية، كما بلغ متوسط حجم الأثر للعلاج الميتامعرفي مع العينات Klinikية ١,٨٦٧ ، ومتوسط حجم الأثر للعلاج الميتامعرفي مع العينات غير الإكلينكية بلغ ١,٨٦٥ وهي قيم مرتفعة وفقاً لمعيار كوهين المستخدم في البحث الحالي.

وتتفق نتيجة هذا الفرض مع نتائج البحوث التي أشارت إلى فعالية العلاج الميتامعرفي في خفض الاضطرابات النفسية لدي عينات Klinikية وغير Klinikية مثل نتائج بحث Normann, et al. (2014) التي أشارت فعالية العلاج الميتامعرفي في خفض بعض الاضطرابات النفسية لدي عينات Klinikية يعانون من اضطرابات نفسية مثل اضطراب الوسواس القهري واضطراب ما بعد الصدمة، واضطراب القلق المعمم، واضطراب الاكتئاب الرئيس، واكتئاب ما بعد الولادة، أو القلق واضطرابات المزاج المرضية المشتركة.

ويمكن تفسير نتائج هذا الفرض في ضوء أن العلاج الميتامعرفي علاج شامل، لخفض المعتقدات الميتامعرفية الإيجابية والسلبية، وتعديل عمليات التفكير وأساليب المواجهة اللاتكيفية، وقد يكون تصميم العلاج الميتامعرفي أقرب لتنمية اللياقة العقلية مما يجعل منه برنامج تدريبي عام للتطوير المهارات والقدرات والعمليات المسئولة عن التفكير لدي المرضى والعاديين.

وأشارت نتيجة **الفرض الثالث** إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط حجم التأثير في البحوث التي تناولت فعالية العلاج الميتامعرفي المنشورة في الفترة ما بين ٢٠١٢-٢٠٢٢ تُعزى لاختلاف التصميم التجريبي (التصميم التجريبي ذو المجموعة الواحدة- التصميم التجريبي ذو المجموعتين)، مما يشير إلى فعالية العلاج الميتامعرفي في خفض بعض المتغيرات النفسية سواء بالتصميم التجريبي ذو المجموعة الواحدة، أو التصميم التجريبي ذو المجموعتين التجريبية والضابطة. كما بلغ متوسط حجم الأثر للبحوث التي تناولت التصميم التجريبي ذو المجموعة الواحدة ١,٩٠١، وبلغ متوسط حجم الأثر للبحوث التي تناولت التصميم التجريبي ذو المجموعتين التجريبية والضابطة ١,٥٤٢ وهي قيم مرتفعة وفقاً لتصنيف كوهين.

ويمكن تفسير نتائج هذا الفرض في ضوء أن التصميم التجريبي ذوي المجموعة الواحدة منهج سهل البناء والاستخدام لأنه يعتمد على مجموعة واحدة فقط كما أن نتائجه دقيقة وذلك لأن الفرق في أداء المجموعة التجريبية بعد التطبيق البرنامج ناتج عن المتغير التجريبي خاصة عندما يكون تأثيره كبير. كما أن أغلب البحوث المتضمنة في هذا البحث تناولت تصميم المجموعة العشوائية الاختيار ذات الاختبار القبلي والبعدي وهي من أنواع التصميم التجريبي ذي الضبط المحكم.

ويمكن تفسير نتائج هذا الفرض في ضوء أن أغلب البحوث تناولت عينات كلينكية لذا من الصعب إيجاد عينة ضابطة لها نفس الخصائص والمشكلات والمعتقدات الميتامعرفية المختلفة، كما أنه من أخلاقيات البحث العلمي تقديم العلاج لجميع المرضى وعدم ترك مريض يعاني بدون تدخل علاجي احتراماً لإنسانيته، وتحقيقاً لتوافقه واستمتاعاً بصحته النفسية.

وأشارت نتائج **الفرض الرابع** إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط حجم التأثير في البحوث التي تناولت فعالية العلاج الميتامعرفي المنشورة في الفترة ما بين ٢٠١٢-٢٠٢٢ تُعزى لاختلاف طريقة التدخل (فردى - جماعى) مما يشير إلى فعالية العلاج الميتامعرفي في خفض المتغيرات النفسية سواء كان تدخل فردي أو تدخل جماعى، كما أشارت النتائج أن متوسط حجم الأثر للعلاج الميتامعرفي ذو التدخل الفردي بلغ ٢,١٠٦، وبلغ متوسط حجم الأثر للعلاج الميتامعرفي ذو التدخل الجماعى ١,٨٣٥، وهي قيم مرتفعة وفقاً لمعيار كوهين المستخدم في البحث الحالي.

ويمكن تفسير نتيجة هذا الفرض من حيث إن التركيز في الحالات الفردية على المعتقدات والأفكار الميتامعرفية المختلفة وظيفياً والمسببة لمشكلة العميل والتي قد تختلف من عميل إلى عميل آخر، وبالتالي ينصب العلاج على أهداف محددة وهي تعديل هذه المعتقدات الميتامعرفية المختلفة المسببة له الاجترار والتهديد، أما في العلاج الجماعى فقد يكون التركيز على المعتقدات الميتامعرفية العامة المسببة للأعراض العامة للمشكلة أو الاضطراب والتي قد تختلف من عميل إلى عميل، فاستفادة العميل من العلاج الجماعى عامة، أما في العلاج الفردي قد تكون استفادة العميل أكثر عمقاً، كما يعد العلاج الميتامعرفي الفردي أكثر مرونة وفائدة في تعديل أخطاء الإدراك للعميل، لذا يكون حجم تأثيره أكبر من الجماعى.

ويمكن تفسير نتيجة هذا الفرض في ضوء أن الوقت المخصص للجماعة غير كافي لتحديد وتحدي المعتقدات الميتامعرفية لكل عميل وإكسابه أساليب تكتيفية ومرونة معرفية، خاصة في

المجموعات الكبيرة، وبهذا يمكن القول إن تحديد المعتقدات المختلفة حول الاضطراب واستبدالها بمعتقدات ميتامعرفية أكثر تكيفياً ونشاطاً قد يكون غير ملموس في التدخل الجماعي مقارنة بالتدخل الفردي.

وأشارت نتائج **الفرض الخامس** إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط حجم التأثير في البحوث التي تناولت فعالية العلاج الميتامعرفي المنشورة في الفترة ما بين ٢٠١٢-٢٠٢٢ تُعزى لاختلاف عدد جلسات البرنامج (من ١-٦، ٧-١٢، أكثر من ١٢)، حيث جاء في المرتبة الأولى متوسط حجم الأثر للعلاج الميتامعرفي ذو الجلسات من ٧-١٢ حيث بلغ ٢,٠٢١، وجاء في المرتبة الثانية متوسط حجم الأثر للعلاج الميتامعرفي ذو الجلسات من ١-٦ حيث بلغ ١,٥٩٤، وجاء في المرتبة الثالثة متوسط حجم الأثر للعلاج الميتامعرفي ذو الجلسات أكثر من ١٢ حيث بلغ ١,٤٥٥، وجميعها تعد مرتفعة وفقاً لمعيار كوهين المستخدم في البحث الحالي.

وتتفق نتيجة هذا الفرض مع نتائج بحث (Rochat et al. (2018) الذي أشار إلى أن العلاج الميتامعرفي له تأثير كبير على خفض الاكتئاب والقلق والأعراض النفسية المرضية الأخرى، كما أظهرت النتائج أن ٧٧,٣٦% من الأفراد تعافوا أو حافظوا على التحسن بعد فترة المتابعة، كما أشارت النتائج إلى حجم تأثير كبير لخفض القلق بلغ ١,٤١، والاكتئاب بلغ ١,٢٠، وبلغ متوسط حجم التأثير الكلي ١,٥٥، كما ارتبط عدد الجلسات بحجم التأثير فكلما زاد عدد الجلسات زاد حجم التأثير، كما تتفق مع بحث (Dammen et al. (2015) التي أشارت أن بعد ١٠ جلسات من العلاج الميتامعرفي تعافى جميع المرضى وبعد المتابعة ستة أشهر تعافى ٩١%.

ويمكن تفسير نتيجة هذا الفرض في ضوء المراحل التي يتكون منها العلاج الميتامعرفي حيث يتم في أربع مراحل: الأولى، هي شرح النموذج الميتامعرفي لزيادة وعي المريض بدور الميتامعرفة في الاضطراب الذي يعاني منه، وصياغة الحالة، وتجربة قمع القلق واجترار الأفكار وممارسة اليقظة المنفصلة في الواجبات المنزلية، والمرحلة الثانية، يتم فيها التعرف على المعتقدات الميتامعرفية الإيجابية والسلبية المرتبطة بالاضطراب الذي يعاني منه المريض ووضع قائمة بهذه المعتقدات وتحدي استراتيجيات المواجهة غير التكيفية، وفي المرحلة الثالثة، تبدأ وتركز على تحدي المعتقدات الميتامعرفية المرتبطة بالاضطراب والتي تدفع إلى القلق والاجترار والانتباه الذاتي من خلال توظيف فنيات العلاج الميتامعرفي المتعددة، وفي المرحلة الرابعة والأخيرة يتم فيها إكساب

المريض استراتيجيات المواجهة التكيفية كرد فعل للأفكار المتطرفة، وتقديم خطة للمريض لمنع الانتكاسة من خلال وضع تصور لحالة المريض وتقديم تلخيص ما تم خلال المراحل السابقة، ووضع قائمة للمعتقدات الميتامعرفية، وتحديد استراتيجيات المواجهة التكيفية التي تمكنه من التغلب على تلك المعتقدات. لذا فمن المفترض أن ١٢ جلسة عدد مناسب لتحقيق هذه المراحل الأربع، أما خفض عدد الجلسات إلى ٦ يعتبر برنامج مختصر ويؤدي هذه المراحل بشكل مكثف. أما زيادة عدد الجلسات عن ١٢ فد يصيب المريض بالملل.

وأشارت نتائج الفرض السادس إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط حجم التأثير للعلاج الميتامعرفي في خفض الاضطرابات النفسية مقارنة بغيره من أنواع العلاجات النفسية الأخرى المتضمنة في الدراسات والبحوث التي يتناولها البحث الحالي، فعند مقارنة فعالية العلاج الميتامعرفي والعلاج المعرفي السلوكي جاء في المرتبة الأولى العلاج الميتامعرفي، حيث بلغ متوسط حجم الأثر ١,٣٢٣، وبلغ متوسط حجم الأثر للعلاج المعرفي السلوكي ٠,٨٣٧، وعند مقارنة فعالية العلاج الميتامعرفي و التعرض ومنع الاستجابة جاء في المرتبة الأولى للعلاج الميتامعرفي بمتوسط حجم أثر ٢,٠٣٣، وبلغ متوسط حجم الأثر للتعرض ومنع الاستجابة ١,١١٠ وهي تعد قيم مرتفعة لحجم الأثر وفقاً لمعيار كوهين المستخدم في البحث الحالي.

وتعد نتيجة هذا الفرض نتيجة منطقية لنتائج البحوث والدراسات التي أشارت إلى أن العلاج الميتامعرفي علاج واعد في خفض الاضطرابات النفسية بنسب شفاء عالية ونسبة تسرب منخفضة مثل Van der Heiden et al. (2013); Van der Heiden et al.,(2012); Wells et al.,(2010); Esbjørn et al .,(2018).

وتتفق نتيجة هذا الفرض مع نتائج بحث solem et al. (2021) الذي أشار إلى أن معدلات شفاء ٥٧% بالنسبة للعلاج الميتامعرفي، و ٣٨% بالنسبة للعلاج المعرفي السلوكي، وتتفق مع نتائج بحث Callesen et al. (2020) التي أشارت إلى أن العلاج الميتامعرفي أكثر فعالية في خفض اضطراب الاكتئاب الرئيس من العلاج المعرفي السلوكي، حيث استوفي ٧٤% من المرضى مقارنة ب ٥٢% في العلاج المعرفي السلوكي المعايير الشفاء على مقياس الاكتئاب.

كما يتفق مع نتائج بحث Nordahl et al. (2018) الذي قارن بين فعالية العلاج المعرفي السلوكي والعلاج الميتامعرفي للبالغين المصابين باضطراب القلق العام معدلات شفاء أكبر بشكل

ملحوظ في العلاج الميتمتعرفي، وفي متابعة لمدة عامين تعافى بشكل عام ٦٥ في المائة من المرضى الذين يتلقون العلاج الميتمتعرفي، مقارنة بـ ٣٨ في المائة من مجموعة العلاج المعرفي السلوكي.

وتتفق مع نتائج بحث كل من (Normann and Morina (2018 التي أشارت إلى أن العلاج الميتمتعرفي أكثر فعالية من العلاج المعرفي السلوكي في خفض الاكتئاب فكان حجم التأثير ٢,٠٦ للعلاج الميتمتعرفي مقارنة بحجم تأثير العلاج المعرفي السلوكي الذي بلغ ٠,٠٦٨. ونتائج بحث (Normann, et al. (2014 التي أشارت إلى أن العلاج الميتمتعرفي يتفوق على العلاج المعرفي السلوكي التقليدي في خفض بعض الاضطرابات النفسية مثل اضطراب الوسواس القهري واضطراب ما بعد الصدمة، واضطراب القلق المعمم، والاضطراب الاكتئابي الرئيسي، واكتئاب ما بعد الولادة، أو القلق واضطرابات المزاج المرضية المشتركة.

كما أشار بحث (Dammen et al. (2016 إلى تعافي ٧٠% من مرضي الاكتئاب في السنة الأولى بعد التدخل العلاجي الميتمتعرفي، و٨٠% تعافوا في السنة الثانية خلال المتابعة، مما يشير إلى فعالية العلاج الميتمتعرفي في خفض الاكتئاب واستمرار فعاليته لمدة عامين بما يتجاوز فعالية العلاج السلوكي المعرفي.

وذكر كل من (Capobianco and Nordahl (2023 أن العلاج الميتمتعرفي علاج فعال في خفض القلق والاكتئاب مع تأثيرات تتجاوز العلاج المعرفي السلوكي، وقد تم وصفه بأنه تحول نموذجي في العلاج النفسي في منهج العلوم المعرفية القائم على النظرية والتطور والتقييم المنهجي.

ويمكن تفسير نتيجة هذا البحث في ضوء هدف العلاج الميتمتعرفي الذي يركز على العمليات المعرفية الأساسية والمعتقدات المختلة في الاضطرابات النفسية، حيث يختلف عن العلاج المعرفي السلوكي في عدة جوانب مثل: تركيزه على العمليات المعرفية الغير مرنة بدلاً من المحتويات المعرفية، أو كيفية تأثير الميتمتعرفي على الأفكار والانفعالات. أي أنه يتبع نهج الباب الخلفي في التعامل مع الاضطراب، حيث يعالج الأعراض من خلال معالجة التحيزات المعرفية بدلاً من معالجة الأعراض مباشرة، لذا فإن العلاج الميتمتعرفي يركز على تعديل المعتقدات الميتمتعرفية المختلة والتحيزات المعرفية المسببة للاضطرابات النفسية مما يجعل له أثر أكبر.

ويعتبر العلاج المعرفي السلوكي علاج فعال في خفض اضطرابات القلق إلا أنه في حاجة إلى المزيد من التحسين والحاجة إلى زيادة استراتيجيات العلاج المعرفي السلوكي، لذا تم تطوير العديد من العلاجات الجديدة والتي يعد العلاج الميتماعرفي أحد الأمثلة البارزة عليها (Van der Heiden et al., 2013). والذي يعتمد على فكرة أن الأفراد يقعون تحت طائلة المرض أو الاضطراب النفسي نتيجة متلازمة الانتباه المعرفي والمعتقدات الميتماعرفية والتي يسهم العلاج الميتماعرفي بشكل فعال في تعديلها والتعامل معها.

أما عن العلاج بالتعرض ومنع الاستجابة فقط ثبت فعاليته في علاج اضطراب الوسواس القهري، ومع ذلك، فإن غالبية المرضى يعانون من الأعراض المتبقية بعد العلاج وما يقرب من ٣٠% من المرضى يرفضون العلاج، نسبة كبيرة من معالجي العلاج المعرفي السلوكي قد تصل إلى ٧٠% لا يستطيعون تخطيطه بشكل صحيح ولا يطبقونه بالشكل الأمثل، ومن الصعب على المرضى استخدام تقنياته بدون مساعدة المعالجين. (Glombiewski et al., 2021).

وفي ضوء ذلك يمكن تفسير نتيجة هذا الفرض من وجهة النظر القائلة أن العلاج الميتماعرفي فعال في خفض الوسواس القهري حيث يعتبر بديل للعلاج بالتعرض وذلك لتركيزه على المعتقدات حول عمليات التفكير بدلاً من محتويات التفكير أو التجارب السلوكية، كما يمكن القول أن المعالجين في العلاج الميتماعرفي لديهم توقعات أكثر إيجابية مما يجعل له حجم تأثير أكبر من غيره، كما أن فنياته مثل التدريب على الانتباه أو اليقظة المنفصلة هي فنيات تشخيصية يسهل للمرضي استخدامها لمزيد من المشاكل أو الاضطرابات المتعلقة للوسواس القهري والأمراض المصاحبة له. مما يسهم بدور كبير في خفض أعراض الوسواس القهري كما أن اقبال المرضى عليه كبير، وحاجتهم للعلاج بعده قليلة، أي أنه يعد تجربة أكثر اقتصادية مقارنة بغيره من العلاجات الأخرى.

استنتاجات البحث:

١. ارتفاع متوسط حجم التأثير الكلي للعلاج الميتماعرفي في البحوث المنشورة في الفترة من ٢٠١٢ إلى ٢٠٢٢ المتضمنة في البحث الحالي حيث بلغ ١,٨٦٧، كما بلغ متوسط حجم التأثير للمتغيرات التابعة ما بين ١,٥٧٤ - ٢,٥٣٢، وهي قيم مرتفع وفقاً لتصنيف كوهين.
٢. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط حجم التأثير في البحوث التي تناولت فعالية العلاج الميتماعرفي المنشورة في الفترة ما بين ٢٠١٢-٢٠٢٢ تُعزى لاختلاف العينة

(كلينكية- غير كلينكية)، حيث بلغ متوسط حجم التأثير للعلاج الميتامعرفي لدى العينيات الإكلينكية ١,٨٦٧ وللعينات غير كلينكية بلغ ١,٨٦٥ وهي قيم مرتفعة وفقاً لتصنيف كوهين. ٣. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط حجم التأثير في البحوث التي تناولت فعالية العلاج الميتامعرفي المنشورة في الفترة ما بين (٢٠١٢-٢٠٢٢) تُعزى لاختلاف التصميم التجريبي (التصميم التجريبي ذو المجموعة الواحدة- التصميم التجريبي ذو المجموعتين)، حيث بلغ متوسط حجم الأثر للبحوث التي تناولت التصميم التجريبي ذو المجموعة الواحدة ١,٩٠١، كما أن متوسط حجم الأثر للبحوث التي تناولت التصميم التجريبي ذو المجموعتين التجريبية والضابطة بلغ ١,٥٤٢ وهي قيم مرتفعة وفقاً لتصنيف كوهين المعتمد في البحث الحالي

٤. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط حجم التأثير في البحوث التي تناولت فعالية العلاج الميتامعرفي المنشورة في الفترة ما بين ٢٠١٢-٢٠٢٢ تُعزى لاختلاف طريقة التدخل (فردية- جماعية)، حيث بلغ متوسط حجم الأثر للعلاج الميتامعرفي ذو التدخل الفردي ٢,١٠٦، كما أن متوسط حجم الأثر للعلاج الميتامعرفي ذو التدخل الجماعي بلغ ١,٨٣٥ وهي قيم مرتفعة وفقاً لمعيار كوهين.

٥. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط حجم التأثير في البحوث التي تناولت فعالية العلاج الميتامعرفي المنشورة في الفترة ما بين ٢٠١٢-٢٠٢٢ تُعزى لاختلاف عدد جلسات البرنامج (من ١-٦، ٧-١٢، أكثر من ١٢) حيث جاء في المرتبة الأولى متوسط حجم الأثر للعلاج الميتامعرفي ذو الجلسات من ٧-١٢ حيث بلغ ٢,٠٢١، وجاء في المرتبة الثانية متوسط حجم الأثر للعلاج الميتامعرفي ذو الجلسات من ١-٦ حيث بلغ ١,٥٩٤، وجاء في المرتبة الثالثة متوسط حجم الأثر للعلاج الميتامعرفي ذو الجلسات أكثر من ١٢ حيث بلغ ١,٤٥٥ وجمعها قيم مرتفعة وفقاً لمعيار كوهين.

٦. توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط حجم التأثير للعلاج الميتامعرفي في خفض الاضطرابات النفسية مقارنة بغيره من أنواع العلاجات النفسية الأخرى المتضمنة في الدراسات والبحوث التي يتناولها البحث الحالي فعند المقارنة بين العلاج الميتامعرفي والعلاج المعرفي السلوكي جاء في المرتبة الأولى العلاج الميتامعرفي بمتوسط حجم الأثر ١,٣٢٣، وبلغ متوسط

حجم الأثر للعلاج المعرفي السلوكي ٠,٨٣٧، وعند المقارنة بين العلاج الميتامعرفي والتعرض ومنع الاستجابة جاء في المرتبة الأولى العلاج الميتامعرفي بمتوسط حجم التأثير بقيمة ٢,٠٣٣، وبلغ متوسط حجم الأثر للتعرض ومنع الاستجابة ١,١١٠ وهي تعد قيم مرتفعة لحجم الأثر وفقاً لمعيار كوهين.

توصيات البحث:

أظهرت نتائج المراجعة المنهجية والتحليل البعدي التي تمت في البحث الحالي أن العلاج الميتامعرفي لا يقلل فقط الأعراض المتعلقة بالتشخيص الأولي للمرض، ولكنه يخفف أيضاً من عمليات التشخيص، مثل المعتقدات ميتامعرفية المختلة المتعلقة بمتلازمة الانتباه المعرفي، وتدعم هذه النتيجة نظرية الوظيفة التنفيذية ذاتية التنظيم التي تأخذ في الاعتبار أسلوب التفكير المختل المسبب للضيق النفسي عبر الاضطرابات الانفعالية، مما يدعم العلاج الميتامعرفي باعتباره نهج فعال لعلاج الاضطرابات المزاجية وال نفسية والشخصية مستند على الأدلة النظرية والعلمية. وفي ضوء يمكن التوصية بما يلي:

١. إجراء المزيد من البحوث عن العلاج الميتامعرفي في البيئات التعليمية والمهنية والتحقق من مدى فعاليته في علاج الأمراض الجسدية والنفسية الشديدة ومدى فعاليته في خفض الإدمان وتعاطي المواد بين جميع الفئات الأطفال والمراهقين؛ فبعد ٣٥ عامًا من النظرية والبحث في العلاج الميتامعرفي، لا يزال يحتاج إلى تطوير وبحث حتى يتعين على الباحثين تعميم نتائجه.
٢. تدريب العديد من الباحثين على ممارسة فنيات العلاج الميتامعرفي وإعداد البرامج؛ ليتمكنوا من استخدامه بكثرة في مراكز البحوث والعيادات النفسية والدراسات والبحوث المستقبلية.
٣. اعتماد العلاج الميتامعرفي كعلاج واعد في خفض العديد من الاضطرابات والمشكلات النفسية والانفعالية في مراكز العلاج والإرشاد الجامعي في مختلف الجامعات المصرية.
٤. تنمية وعي الباحثين بأهمية العلاج الميتامعرفي لما له من دور فعال في تنمية المرونة الانتباهية والتحكم في الانتباه مما لها دور فعال في خفض الاضطرابات والمشكلات النفسية.
٥. يجب على الباحثين تضمين معلومات أكثر دقة ووضوحًا حول البرنامج وطريقة تطبيقه وعدد جلساته ومدتها والفنيات المستخدمة، وإدراج جميع البيانات حول المتوسطات والانحراف

المعياري وحجم التأثير، وكيفية حسابه في البحث؛ لتمكن الباحثين اللاحقين من الاستفادة من نتائج بحوثهم في إعداد بحوث مستقبلية.

البحوث المقترحة:

١. إجراء المزيد من البحوث حول فعالية العلاج الميتامعرفي في تحسين الوجدان الإيجابي مثل السعادة والرفاهية النفسية وجودة الحياة وتقدير الذات والتدفق النفسي والمرونة النفسية واليقظة العقلية والحيوية الذاتية وغيرها من المتغيرات الإيجابية.
٢. إجراء المزيد من البحوث للمقارنة بين فعالية العلاج الميتامعرفي وغيره من العلاجات الأخرى مثل العلاج القائم على التعاطف والعلاج الجدلي السلوكي، والعلاج المعرفي القائم على اليقظة العقلية في خفض أو تنمية بعض المتغيرات النفسية.
٣. إجراء المزيد من البحوث للكشف عن فعالية العلاج الميتامعرفي لدى عينات مختلفة من ذوي الاحتياجات الخاصة أطفال وبالغين في فترات زمنية مختلفة وأسره.

المراجع:

- أبو زيد، أحمد محمد جاد الرب (٢٠١٨). فاعلية العلاج الميتامعرفي في خفض اضطرابات القلق الاجتماعي لدى طلاب الجامعة. *مجلة الإرشاد النفسي*، ٥٤، ١- ٦٣.
- الزيداني، أحمد محمد حسين (٢٠٢٠). فاعلية برنامج علاجي ما وراء معرفي في تخفيف أعراض اضطراب القلق الاجتماعي العام وأثر ذلك على معتقدات ما وراء المعرفة ومتلازمة الانتباه المعرفي لدى طلاب الجامعة. *مجلة جامعة بيثة للعلوم الإنسانية والتربوية*، ٧، ٢٢٥-٢٥٦.
- الشربيني، زكريا (٢٠٠٧). الإحصاء وتصميم التجارب في البحوث النفسية والتربوية والاجتماعية. القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.
- عبد الحميد، هبة جابر (٢٠١٨). فاعلية العلاج الميتامعرفي في خفض توهم المرض (قلق الصحة) لدى طلاب الجامعة. *مجلة الإرشاد النفسي*، ٥٤، ٢٨٩- ٣٤٧.
- أبو حطب، فؤاد، وصادق، أمال (١٩٩١). *مناهج البحث وطرق التحليل الإحصائي في العلوم النفسية والتربوية والاجتماعية*. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- عبد الرحمن، محمد السيد (٢٠١٤). *العلاج المعرفي والميتامعرفي*. القاهرة: مكتبة زهراء الشرق للنشر والتوزيع.
- جريش، إيمان عطية (٢٠١٨). فاعلية برنامج إرشادي لتعديل متلازمة الانتباه المعرفي في ضوء نظرية العلاج الميتامعرفي لواليس في خفض حدة القلق العام لدى طالبات الجامعة. *مجلة كلية التربية بالإسماعيلية*، (٤٠)، ٣٩- ١٠٨.
- حنور، قطب عبده (٢٠١٦). فاعلية العلاج السلوكي وعلاج ما وراء المعرفي في تخفيف حده اضطراب الوسواس القهري لدى عينة من طلاب الجامعة. *المجلة التربوية*، ٤٦، ٢١٨- ٢٩٩.
- عبد الكريم، جمال عبد الحميد جادو (٢٠١٢). احتمالية الانتحار والمعتقدات ما وراء المعرفية لدى طلاب الجامعة وفعالية العلاج ما وراء المعرفي في خفض حدتها. *مجلة الإرشاد النفسي*، ٣١، ٣١١-٣٦٥.

حنور، قطب عبده، والطار، محمود مغازيم (٢٠١٩). فعالية برنامج معرفي سلوكي وبرنامج ما وراء المعرفة لتخفيف اضطراب فقدان الشهية العصبي لدى المراهقات. مجلة كلية التربية.

جامعة كفر الشيخ، ٢(١٩)، ٤٦٩-٥٥٠.

Ahmadpanah, M., Akbari, T., Akhondi, A., Haghghi, M., Jahangard, L., Bahmani, D. S., & Brand, S. (2017). Detached mindfulness reduced both depression and anxiety in elderly women with major depressive disorders. *Psychiatry research*, 257, 87-94.

Ahn, E., & Kang, H. (2018). Introduction to systematic review and meta-analysis. *Korean journal of anesthesiology*, 71(2), 103-112.

Antman EM, Lau J, Kupelnick B, Mosteller F, Chalmers TC. (1992). A comparison of results of meta-analyses of randomized control trials and recommendations of clinical experts. Treatments for myocardial infarction. *JAMA*, 268, 240e8.

Asgarabad, E. Y., Ahangi, A., Feizi, M., Sarmasti, E., & Sharifnezhad, A. (2018). The effectiveness of detached mindfulness techniques-oriented poetry therapy on cognitive attentional syndrome. *The Arts in Psychotherapy*, 61, 33-37.

Ashoori, J. (2015). Comparing the effectiveness of meta-cognitive therapy and schema therapy on decrease symptoms of anxiety and depression in nursing and midwifery students. *Journal of Arak University of Medical Sciences*, 18(2), 50-61.

Becker, B. J. (2019). Model-based meta-analysis. In; Cooper, H., Hedges, L. V., & Valentine, J. C. (Eds.). *The handbook of research synthesis and meta-analysis*, 2ND Edition, New York: Russell Sage Foundation.

Bolzenkötter, T., Bürkner, P. C., Zetsche, U., & Schulze, L. (2023). Assessing the short-term effects of detached mindfulness on repetitive negative thinking and affect: A randomized controlled trial in daily life. *Freie Universität Berlin*. 1-33.

Borenstein, M., & Hedges, H., & Higgins, J., & Rothstein, H. (2009). *Introduction to Meta-analysis*, London: Wiley Publication

Briki, M., Monnin, J., Haffen, E., Sechter, D., Favrod, J., Netillard, C., ... & Vandel, P. (2014). Metacognitive training for schizophrenia: a multicentre randomised controlled trial. *Schizophrenia research*, 157(1-3), 99-106.

- Brown, R. L., Wood, A., Carter, J. D., & Kannis-Dymand, L. (2022). The metacognitive model of post-traumatic stress disorder and metacognitive therapy for post-traumatic stress disorder: A systematic review. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 29(1), 131-146.
- Callesen, P., Reeves, D., Heal, C., & Wells, A. (2020). Metacognitive therapy versus cognitive behaviour therapy in adults with major depression: A parallel single-blind randomised trial. *Scientific reports*, 10(1), 1-10.
- Callinan, S., Johnson, D., & Wells, A. (2015). A randomised controlled study of the effects of the attention training technique on traumatic stress symptoms, emotional attention set shifting and flexibility. *Cognitive Therapy and Research*, 39, 4-13.
- Capobianco, L., & Nordahl, H. (2023). A brief history of metacognitive therapy: From cognitive science to clinical practice. *Cognitive and Behavioral Practice*.30,45-54.
- Capobianco, L., Reeves, D., Morrison, A. P., & Wells, A. (2018). Group metacognitive therapy vs. mindfulness meditation therapy in a transdiagnostic patient sample: a - 219 -andomized feasibility trial. *Psychiatry research*, 259, 554-561.
- Carter, J. D., Jordan, J., McIntosh, V. V., Frampton, C. M., Lacey, C., Porter, R. J., & Mulder, R. T. (2022). Long-term efficacy of metacognitive therapy and cognitive behaviour therapy for depression. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 56(2), 137-143.
- Cochran, C. (2019). *Test Anxiety and the Attention Training Technique (ATT): A Feasibility Study* (Doctoral dissertation, Baylor University).
- Cooper, H. M., & Hedges, L. V. (2009). Research synthesis as a scientific enterprise. In H. Cooper, L. V. Hedges, & J. C. Valentine (Eds.), *The handbook of research synthesis and meta-analysis* (pp. 3–16). New York, NY: Russell Sage.
- Cooper, H., Hedges, L. V., & Valentine, J. C. (Eds.). (2019). *The handbook of research synthesis and meta-analysis*. New York: Russell Sage Foundation.

- Crowther, M., Lim, W., & Crowther, M. A. (2010). Systematic review and meta-analysis methodology. *Blood, The Journal of the American Society of Hematology*, 116(17), 3140-3146.
- Dammen T, Papageorgiou C, Wells A (2015) An open trial of group metacognitive therapy for depression in Norway. *Nord J Psychiatry* 69: 126-31.
- Dammen, T., Papageorgiou, C., & Wells, A. (2016). A two year follow up study of group metacognitive therapy for depression in Norway. *J. Dep. Anxiety*, 5(227), 2167-1044.
- Delgado-Rodríguez, M., & Sillero-Arenas, M. (2018). Systematic review and meta-analysis. *Medicina Intensiva (English Edition)*, 42(7), 444-453.
- Derakhtkar, A., Khezrimoghadam, N., & Fazilatpour, M. (2022). The Effectiveness of Mindfulness-integrated Cognitive Behavioral Therapy (MiCBT), Meta-Cognitive Therapy (MCT), Acceptance and Commitment Therapy (ACT), and Cognitive Behavioral Therapy (CBT) on Obsessive-compulsive disorder (OCD). *International Journal of Health Studies*, 8(2), 46-52.
- Esbjørn, B. H., Normann, N., Christiansen, B. M., & Reinholdt-Dunne, M. L. (2018). The efficacy of group metacognitive therapy for children (MCT-c) with generalized anxiety disorder: An open trial. *Journal of anxiety disorders*, 53, 16-21.
- Faradiba, S. S., Sadijah, C., Parta, I. N., & Rahardjo, S. (2019). Metacognitive therapy for mathematics disorder. In *Journal of physics: conference series*, 1157, 4, 042079). IOP Publishing.
- Fergus, T. A., & Limbers, C. A. (2019). Reducing test anxiety in school settings: A controlled pilot study examining a group format delivery of the attention training technique among adolescent students. *Behavior therapy*, 50(4), 803-816.
- Firouzabadi, A., & Shareh, H. (2009). Effectiveness of detached mindfulness techniques in treating a case of obsessive-compulsive disorder. *Advances in Cognitive Science*.11(2), 1-7.
- 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.
- Gholami, Z., & Shareh, H. (2015). Effectiveness of group therapy based on detached mindfulness techniques in reducing drug craving and the

- likelihood of drug use in substance-dependent individuals. *Journal of Fundamentals of Mental Health*, 17(6).308-317
- Gkika, S., & Wells, A. (2015). How to deal with negative thoughts? A preliminary comparison of detached mindfulness and thought evaluation in socially anxious individuals. *Cognitive Therapy and Research*, 39, 23-30.
- Gliner, J. A., Morgan, G. A., & Harmon, R. J. (2003). Meta-analysis: Formulation and interpretation. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42(11), 1376–1379.
- Glombiewski, J. A., Hansmeier, J., Haberkamp, A., Rief, W., & Exner, C. (2021). Metacognitive therapy versus exposure and response prevention for obsessive-compulsive disorder—A pilot randomized trial. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 30, 100650.1-7.
- Godini, A. A., Rasouli, M., & Mohsenzadeh, F. (2019). The effectiveness of group counseling based on metacognitive therapy and dialectic behavior therapy on reducing anxiety in boy adolescent of divorce. *International Clinical Neurosciences Journal*, 6(3), 98-103.
- Hagen, R., Hjemdal, O., Solem, S., Kennair, L. E. O., Nordahl, H. M., Fisher, P., & Wells, A. (2017). Metacognitive therapy for depression in adults: a waiting list randomized controlled trial with six months follow-up. *Frontiers in psychology*, 8, 31.
- Hansmeier, J., & Exner, C. (2020). Metacognitive model, treatment approach and empirical evidence of the metacognitive therapy by Wells. *Zeitschrift Fur Psychiatrie Psychologie Und Psychotherapie*, 68(3), 171-179.
- Hansmeier, J., Haberkamp, A., Glombiewski, J. A., & Exner, C. (2021). Metacognitive Change During Exposure and Metacognitive Therapy in Obsessive-Compulsive Disorder. *Frontiers in Psychiatry*, 1527.
- Haseth, S., Solem, S., Sørø, G. B., Bjørnstad, E., Grøtte, T., & Fisher, P. (2019). Group metacognitive therapy for generalized anxiety disorder: A pilot feasibility trial. *Frontiers in psychology*, 10, 290.
- Haukaas, R. B., Gjerde, I. B., Varting, G., Hallan, H. E., & Solem, S. (2018). A randomized controlled trial comparing the attention training

- technique and mindful self-compassion for students with symptoms of depression and anxiety. *Frontiers in psychology*, 9, 827.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35, 639-665.
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour research and therapy*, 44(1), 1-25.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford press
- Helliwell, E. L. (2016). *Group metacognitive therapy for obsessive-compulsive disorder: findings from a preliminary trial*. (Master of Science). University of Canterbury
- Hjemdal, O., Hagen, R., Solem, S., Nordahl, H., Kennair, L. E. O., Ryum, T., ... & Wells, A. (2017). Metacognitive therapy in major depression: an open trial of comorbid cases. *Cognitive and behavioral practice*, 24(3), 312-318.
- Hjemdal, O., Solem, S., Hagen, R., Kennair, L. E. O., Nordahl, H. M., & Wells, A. (2019). A randomized controlled trial of metacognitive therapy for depression: analysis of 1-year follow-up. *Frontiers in Psychology*, 1842.
- Hojat, M., & Xu, G. (2004). A visitor's guide to effect sizes—statistical significance versus practical (clinical) importance of research findings. *Advances in health sciences education*, 9, 241-249.
- Jak, S. (2015). *Meta-analytic structural equation modelling* (pp. 1-88). Dordrecht, Neth: Springer.
- Johnson, S. U., Hoffart, A., Nordahl, H. M., & Wampold, B. E. (2017). Metacognitive therapy versus disorder-specific CBT for comorbid anxiety disorders: a randomized controlled trial. *Journal of anxiety disorders*, 50, 103-112.
- Knowles, M. M., Foden, P., El-Deredy, W. & Wells, A. (2016). A Systematic Review of Efficacy of the Attention Training Technique in Clinical and Nonclinical Samples. *Journal of Clinical Psychology*, 72(10),999-1025. doi: 10.1002/jclp.22312. Epub 2016 Apr 29.

- 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*, 38 (5), 466-471.
- Levaux, M. N., Larøi, F., Offerlin-Meyer, I., Danion, J. M., & Van der Linden, M. (2011). The effectiveness of the attention training technique in reducing intrusive thoughts in schizophrenia: A case study. *Clinical Case Studies*, 10(6), 466-484.
- Liberati, A., Altman, D. G., Tetzlaff, J., Mulrow, C., Gøtzsche, P. C., Ioannidis, J. P., ... & Moher, D. (2009). The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: explanation and elaboration. *Journal of clinical epidemiology*, 62(10), e1-e34.
- Lipset, M. W., & Wilson, D. B. (2001). *Practical meta-analysis, Applied social research methods series*. Thousand Oaks London: international educational and professional publisher.
- Lipsey, M. W. & Wilson, D. B. (2001). *Practical meta-analysis*. Thousand Oaks, CA: Sage
- Liu, Y. C., Tang, C. C., Hung, T. T., Tsai, P. C., & Lin, M. F. (2018). The efficacy of metacognitive training for delusions in patients with schizophrenia: A meta-analysis of randomized controlled trials informs evidence-based practice. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 15(2), 130-139.
- McEvoy, P. M. (2019). Metacognitive therapy for anxiety disorders: a review of recent advances and future research directions. *Current psychiatry reports*, 21(5), 1-9.
- McEvoy, P. M., & Perini, S. J. (2009). Cognitive behavioral group therapy for social phobia with or without attention training: A controlled trial. *Journal of Anxiety Disorders*, 23(4), 519-528. doi:10.1016/j.janxdis.2008.10.008
- McEvoy, P. M., Erceg-Hurn, D. M., Anderson, R. A., Campbell, B. N., Swan, A., Saulsman, L. M., ... & Nathan, P. R. (2015). Group metacognitive therapy for repetitive negative thinking in primary and non-primary generalized anxiety disorder: An effectiveness trial. *Journal of affective disorders*, 175, 124-132.
- Melchior, K., Franken, I., Deen, M., & van der Heiden, C. (2019). Metacognitive therapy versus exposure and response prevention

- for obsessive-compulsive disorder: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 20(1), 1-11.
- Miegel, F., Demiralay, C., Moritz, S., Wirtz, J., Hottenrott, B., & Jelinek, L. (2020). Metacognitive Training for Obsessive-Compulsive Disorder: a study protocol for a randomized controlled trial. *BMC psychiatry*, 20(1), 1-13.
- Miegel, F., Demiralay, C., Sure, A., Moritz, S., Hottenrott, B., Cludius, B., & Jelinek, L. (2022). The Metacognitive Training for obsessive-compulsive disorder: A pilot study. *Current Psychology*, 41, 7114- 7124.
- Modini, M., & Abbott, M. J. (2018). Banning pre-event rumination in social anxiety: A preliminary randomized trial. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 61, 72–79. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2018.06.009>
- Moritz S, Andreou C, Schneider BC, et al.(2014). Sowing the seeds of doubt: a narrative review on metacognitive training in schizophrenia. *Clin Psychol Rev*, 34,358–66.
- Moritz, S., Hauschildt, M., Murray, S. C., Pedersen, A., Krausz, M., & Jelinek, L. (2018). New wine in an old bottle? Evaluation of my MCT as an integrative bibliotherapy for obsessive-compulsive disorder. *Journal of obsessive-compulsive and related disorders*, 16, 88-97.
- Moritz, S., Jelinek, L., Hauschildt, M., & Naber, D. (2022). How to treat the untreated: effectiveness of a self-help metacognitive training program (myMCT) for obsessive-compulsive disorder. *Dialogues in clinical neuroscience*.209-222.
- Myhr, P., Hursti, T., Emanuelsson, K., Löfgren, E., & Hjemdal, O. (2019). Can the attention training technique reduce stress in students? A controlled study of stress appraisals and meta-worry. *Frontiers in psychology*, 10, 1532.
- Nassif, Y., & Wells, A. (2014). Attention training reduces intrusive thoughts cued by a narrative of stressful life events: A controlled study. *Journal of clinical psychology*, 70(6), 510-517.
- Nordahl, H. M., & Wells, A. (2019). Metacognitive therapy of early traumatized patients with borderline personality disorder: A phase-II baseline controlled trial. *Frontiers in psychology*, 1694.

- Nordahl, H. M., Borkovec, T. D., Hagen, R., Kennair, L. E. O., Hjemdal, O., Solem, S., et al. (2018). Metacognitive therapy vs. cognitive-behavioral therapy in adults with generalized anxiety disorder. *BJPsych Open*, 4(5), 393–400.
- 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*, 12(5), e0177109.
- Normann, N., & Morina, N. (2018). The efficacy of metacognitive therapy: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychology*, 9, 2211. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02211>
- Normann, N., van Emmerik, A. A. P., & Morina, N. (2014). The efficacy of Metacognitive Therapy for anxiety and depression: A meta-analytic review. *Depression and Anxiety*, 31(5), 402–411. <https://doi.org/10.1002/da.22273>
- Onaral, G. (2021). Effectiveness of Third Wave Therapies for Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder: A Review. *Psikiyatride Guncel Yaklasimlar-Current Approaches in Psychiatry*, 13(2), 292-331.
- Özgüç, S., & Tanriverdi, D. (2022). Effects of Metacognitive Training (D-MCT) on Metacognition and Ruminative Thought Levels of Major Depression Patients. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 1-12.
- Papageorgiou, C. (2015). Metacognitive theory, therapy and techniques: introduction to the special issue. *Cognitive Therapy and Research*, 39, 1-3.
- Papageorgiou, C., & Wells, A. (2000). Treatment of recurrent major depression with attention training. *Cognitive and Behavioral Practice*, 7, 407–413.
- Papageorgiou, C., & Wells, A. (2015). Group metacognitive therapy for severe antidepressant and CBT resistant depression: a baseline-controlled trial. *Cognitive Therapy and Research*, 39(1), 14-22.
- Papageorgiou, C., Carlile, K., Thorgaard, S., Waring, H., Haslam, J., Horne, L., & Wells, A. (2018). Group cognitive-behavior therapy or group metacognitive therapy for obsessive-compulsive disorder? benchmarking and comparative effectiveness in a routine clinical service. *Frontiers in psychology*, 9, 1-10.
- Parker, S. K., Mulligan, L. D., Milner, P., Bowe, S., & Palmier-Claus, J. E. (2020). Metacognitive therapy for individuals at high risk of

- developing psychosis: a pilot study. *Frontiers in Psychology*, 2741.
- Philipp, R., Kriston, L., Lanio, J., Kuehne, F., Haerter, M., Moritz, S., & Meister, R. (2019). Effectiveness of metacognitive interventions for mental disorders in adults—A systematic review and meta-analysis (METACOG). *Clinical psychology & psychotherapy*, 26(2), 227-240.
- Piacentini, J., Bennett, S., Compton, S. N., Kendall, P. C., Birmaher, B., Albano, A. M., Walkup, J., et al. (2014). 24- and 36-week outcomes for the child/adolescent anxiety multimodal study (CAMS). *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 53(3), 297–310.
- Rabiei, M., Mulkens, S., Kalantari, M., Molavi, H., & Bahrami, F. (2012). Metacognitive therapy for body dysmorphic disorder patients in Iran: acceptability and proof of concept. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 43(2), 724-729.
- Rees, C. S., & van Koesveld, K. E. (2008). An open trial of group metacognitive therapy for obsessive–compulsive disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 39, 451–458.
- Rochat, L., Manolov, R., & Billieux, J. (2018). Efficacy of metacognitive therapy in improving mental health: A meta-analysis of single-case studies. *Journal of clinical psychology*, 74(6), 896-915.
- Roth, A., & Fonagy, P. (2005). *What Works for Whom? A critical review of psychotherapy research* (2nd ed.). New York: Guilford.
- Sadeghi, R., Mokhber, N., Mahmoudi, L. Z., 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: the official journal of Isfahan University of Medical Sciences*, 20(9), 901.-909.
- Sharma, V., Sagar, R., Kaloiya, G., & Mehta, M. (2022). The scope of metacognitive therapy in the treatment of psychiatric disorders. *Cureus*, 14(3).
- Shelby, L. B., & Vaske, J. J. (2008). Understanding meta-analysis: A review of the methodological literature. *Leisure Sciences*, 30(2), 96-110.

- Shrestha, B. M. (2019). Systematic Reviews and Meta-analysis: Principles and Practice. *JNMA: Journal of the Nepal Medical Association*, 57(215), 1.
- Siegle, G. J., Ghinassi, F., & Thase, M. E. (2007). Neurobehavioral therapies in the 21st century: Summary of an emerging field and an extended example of cognitive control training for depression. *Cognitive Therapy and Research*, 31, 235–262.
- Simons, M. (2010). Metacognitive therapy and other cognitive-behavioral treatments for posttraumatic stress disorder. *Verhaltenstherapie*, 20(2), 86-92.
- Solem, S., Wells, A., Kennair, L. E. O., Hagen, R., Nordahl, H., & Hjemdal, O. (2021). Metacognitive therapy versus cognitive-behavioral therapy in adults with generalized anxiety disorder: A 9-year follow-up study. *Brain and Behavior*, 11(10), e2358.
- Spada, M. M., & Wells, A. (2009). A metacognitive model of problem drinking. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*, 16(5), 383-393.
- Sthanakiya, S. (2015). *Meta-Analysis: The Efficacy of Acceptance and Commitment Therapy on Quality of Life in Chronic Health Conditions* (Doctoral dissertation, University of East Anglia.)
- Strand, E. R., Hagen, R., Hjemdal, O., Kennair, L. E., & Solem, S. (2018). Metacognitive therapy for depression reduces interpersonal problems: results from a randomized controlled trial. *Frontiers in psychology*, 9, 1415.
- Tarsilla, M. (2010). Cochrane handbook for systematic reviews of interventions. *Journal of Multidisciplinary Evaluation*, 6(14), 142-148.
- Thakur, K., & Roy, P. K. (2015). Metacognition-Based Cognitive Therapy in Social Phobia-A Case Study. *SIS Journal of Projective Psychology & Mental Health*, 22(1), 62.
- Thorslund, J., McEvoy, P. M., & Anderson, R. A. (2020). Group metacognitive therapy for adolescents with anxiety and depressive disorders: A pilot study. *Journal of Clinical Psychology*, 76(4), 625-645.
- Titov N, Dear BF, Staples LG, Terides MD, Karin E, et al. (2015) Disorder specific versus transdiagnostic and clinician guided versus self-

- guided treatment for major depressive disorders: A randomized controlled trial. *J Anxiety Dis* 35: 88-102.
- Valmaggia, L. R., Bouman, T. K., & Schuurman, L. (2007). Attention training with auditory hallucinations: A case study. *Cognitive and Behavioral Practice*, 14(2), 127–133. doi:10.1016/j.cbpra..01.009
- van der Heiden, C., Melchior, K., & de Stigter, E. (2013). The effectiveness of group metacognitive therapy for generalised anxiety disorder: a pilot study. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 43(3), 151-157.
- van der Heiden, C., Melchior, K., Dekker, A., Damstra, M., & Deen, M. (2016). Metacognitive therapy for obsessive-compulsive disorder: A pilot study. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 9, 24-29.
- van der Heiden, C., Muris, P., & van der Molen, H. T. (2012). Randomized controlled trial on the effectiveness of metacognitive therapy and intolerance-of-uncertainty therapy for generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 50(2), 100–109. <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2011.12.005>.
- Villasís-Keever, M. Á., & Rendón-Macías, M. E. (2015). Systematic review and meta-analysis. *Aging Research-Methodological Issues*, 109-120.
- 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.
- Wahlund, T., Hesser, H., Perrin, S., Johansson, S., Huhn, V., Sörhus, S., ... & Andersson, E. (2022). Therapist-guided online metacognitive intervention for excessive worry: a randomized controlled trial with mediation analysis. *Cognitive Behaviour Therapy*, 51(1), 21-41.
- Walczak, M., Austgulen, E., Kirsten, L., & Breinholst, S. (2021). Examining Changes in the Cognitive Attentional Syndrome and Attentional Control Following Metacognitive Therapy for Children with

- Generalized Anxiety Disorder. *International Journal of Cognitive Therapy*, 14(4), 639-655.
- Wells, A. (2005). Detached Mindfulness In Cognitive Therapy: A Metacognitive Analysis And Ten Techniques. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 23, 4,337-335.
- Wells A, (2008). *Metacognitive Therapy for Anxiety and Depression*, New York, Guilford Press.
- Wells A, Fisher P, Myers S, Wheatley J, Patel T, et al. (2009) Metacognitive therapy in recurrent and persistent depression: A multiple baseline study of a new treatment. *Cognit Ther Res* 33: 291-300
- Wells A.(2013). Advances in metacognitive therapy. *Int J Cogn Ther*,6,186–201.
- Wells, A. (2000). *Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy*. Chichester: Wiley.
- Wells, A. (2006). Metacognitive therapy for worry and generalised anxiety disorder.in Davey, & Wells, *Worry and its psychological disorders: Theory, assessment and treatment*, John Wiley & Sons Ltd, 257-272.
- Wells, A. (2007). Cognition about cognition: Metacognitive therapy and change in generalized anxiety disorder and social phobia. *Cognitive and Behavioral Practice*, 14(1), 18-25.
- Wells, A. (2008). Metacognitive Therapy: Cognition Applied to Regulating Cognition. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 2008, 36, 651–658. doi:10.1017/S1352465808004803.
- Wells, A., & Matthews, G. (1996). Modelling cognition in emotional disorder: The S-REF model. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 881–888.
- Wells, A., & Sembi, S. (2004). Metacognitive therapy for PTSD: A preliminary investigation of a new brief treatment. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 35, 307–318.
- Wells, A., Fisher, P., Myers, S., Wheatley, J., Patel, T., & Brewin, C. R. (2012). Metacognitive therapy in treatment-resistant depression: A platform trial. *Behaviour research and therapy*, 50(6), 367-373.
- Wells, A., Matthews, G. (1994). Attention and emotion: a clinical perspective. Hove: Erlbaum
- Wells, A., Walton, D., Lovell, K., & Proctor, D. (2015). Metacognitive therapy versus prolonged exposure in adults with chronic post-

- traumatic stress disorder: A parallel randomized controlled trial. *Cognitive therapy and research*, 39(1), 70-80.
- Wells, A., Welford, M., King, P., Wisely, J., & Mendel, E. (2010). A pilot randomized trial of metacognitive therapy versus applied relaxation in the treatment of adults with generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 429–434.
- Wenn, J. A., O'Connor, M., Kane, R. T., Rees, C. S., & Breen, L. J. (2019). A pilot randomised controlled trial of metacognitive therapy for prolonged grief. *BMJ open*, 9(1), e021409
- Wicherts, J.(2020). Meta-analysis. In Zeigler-Hill, V., & Shackelford, T. K. (Eds.). (2020). *Encyclopedia of personality and individual differences*. Cham: Springer International Publishing.
- Winter, L., Schweiger, U., & Kahl, K. G. (2020). Feasibility and outcome of metacognitive therapy for major depressive disorder: a pilot study. *BMC psychiatry*, 20(1), 1-7.
- Zahedian, E., Bahreini, M., Ghasemi, N., & Mirzaei, K. (2020). The Effectiveness of Group Meta-Cognitive Therapy on Depression, Cognitive Emotional Regulation, and Meta-cognitive Beliefs in Women With Breast Cancer: A Randomized Clinical Trial.