

فعالية برنامج إرشادي لتعديل متلازمة الانتباه المعرفي في ضوء نظرية العلاج الميتامعرفي لواليس في خفض حدة القلق العام لدى طالبات الجامعة

إعداد

إيمان عطيه حسين منصور جريش*

مقدمة:

يمثل الشباب الجامعي بالمجتمعات أحد أهم الموارد البشرية الداعمة لحركة الرقي والتقدم والتطور بها، لذا تُوليهام المزيد من الاهتمام والرعاية لكي يكونوا مؤهلين لدورهم المحوري في دفع حركة التنمية بالمجتمع، ومن ثم فإن الاهتمام بصحتهم النفسية ومدى توافقهم مع المجتمع يمثل غاية يسعى كل مجتمع لتحقيقها؛ إلا إنه في ضوء ما يفرضه العصر الحالي من تغيرات وتطورات، تظهر مجموعة من التبعات لهذه التغيرات تتمثل في تغيرات في العلاقات الأسرية والحياة الاجتماعية مما يُعرض الشباب الجامعي على وجه الخصوص للعديد من التحديات والأفكار الجديدة، إذ أصبح من أبرز مشكلات طلاب الجامعة تعبيرهم عن ضغط الوقت والخوف من الفشل والكفاح من أجل تحقيق الهوية وضغط التفوق الأكاديمي وتحقيق الكفاءة، وذلك قد يكون مُصاحباً بشعور بعض من الشباب أنه أقل شأنًا ومكانة من الآخرين، وأنهم غير قادرين على التفكير بشكل جيد، مما يجعلهم يُعبرون عن شعورهم بالقلق ومظاهره، ويظهر ذلك في شكوى بعض طلاب الجامعة من أنهم لا يستطيعون أن يسيطروا على حياتهم نتيجة لقلقهم مما ينعكس بالسلب على تفكيرهم وتركيزهم (Kumaraswamy, 2013).

فالقلق مشكلة شائعة بين طلاب الجامعة، ومن أعراضه لدى طلاب الجامعة (صعوبة التركيز - مظاهر الصداع المستمر - اضطرابات النوم - آلام الجسم بشكلٍ عام - التعب - عدم وضوح الرؤية) (lunes, Moura, Carvalho, Nogueira & Silva, 2017)

*مدرس الصحة النفسية-كلية التربية-جامعة قناة السويس

وتوصل (lunes,et. Al., 2017) إلى أن معدلات إنتشار القلق بين طلاب الجامعة قد تصل إلى (١٥,٦٦%)، واتفق معهم (Eisenberg; Gollust; Golberstein & Hefner, 2007) إذ أثبتوا من خلال دراستهم التي أجروها على (٢٨٤٣) طالبًا جامعيًا منهم (٤٧,٥٣% إناث) أن معدلات انتشار القلق بين طلاب الجامعة تصل إلى (١٥,٦%) بالمرحلة الجامعية الأولى و(١٣% (بين طلاب الدراسات العليا ، وأكد على ذلك ما أثبتته (Farrer; Gulliver; Bennett; Fassnacht & Griffiths, 2016) من خلال الدراسة التي قاموا بإجرائها على (٦١١) طالب جامعي باستراليا، والتي كان من أهم نتائجها أن نسبة انتشار القلق العام لدى طلاب الجامعة تصل إلى (١٧,٥%) ، وأشار (Richards; Timulak; Doherty;Sharry; McLoughlin; Rashleigh & Colla, 2014) إلى أن نسبة انتشار اضطراب القلق العام بين طلاب الجامعة تصل إلى (٢٥%) ، في حين أظهرت نتائج الدراسة التي أجراها (Afridi; Ahmad; Sethi & Irfan, 2017) على (٦٠٤) من طلاب كلية الطب بباكستان (٣٨٧منهم إناث) بمتوسط عمر (٢٠,٩٣) سنة، أن نسبة انتشار القلق العام GAD كانت (٢٣,٧% بين الطلاب) ؛ في حين أشار (Eisenberg; et al., 2007) إلى أن نسبة إنتشار القلق العام كان (٢,٩%) بين الطلاب.

ومن الأسباب وراء ظهور القلق العام لدى طلاب الجامعة ارتفاع مستوى الضغوط النفسية والاجتماعية التي يتعرضون لها، ومن أهمها ضغوط النجاح المتمثلة في قضايا إدارة الوقت والتسويق وضعف القدرة على تحقيق التوازن بين متطلبات العمل والحياة والدراسة إلى جانب ضعف الثقة والوحدة والكفاح من أجل التوافق ظروف الدراسة وضغوط الحياة الجامعية (Farrer; Gulliver; Bennett; Fassnacht & Griffiths, 2016) ، وكذلك من الأسباب التي تُنبأ بالقلق العام لدى طلاب الجامعة تنبؤات الطالب حول المستقبل وتوقعات الأحداث المستقبلية السلبية، والنظرة التشاؤمية للمستقبل (Miranda & Mennin, 2007)، كما أن من مسببات اضطراب القلق العام تعرض الفرد لأحداث الحياة الضاغطة ونمط الشخصية العصابية Sennath (& Arul, 2016).

كما أثبت (Mahoney; Hobbs; Williams; Andrews & Newby,2018) من خلال الدراسة التي أجروها على (٢٩٢) من طلاب المرحلة الجامعية ممن يدرسون علم النفس وكان (٧١,٩% منهم طالبات)، بمتوسط عمر (١٩,٩) سنة، أن سلوكيات عدم التوافق المتمثلة في (عدم التسامح وعدم الثقة والتجنب المعرفي متضمناً تفعيل الأفكار البديلة وتحويل الصور إلى أفكار لفظية والإلهاء وتجنب المحفزات المسببة للأفكار غير السارة) تمثل متغيرات بسيطة في

العلاقة السببية بين العوامل الميتمعرفية واضطراب القلق العام GAD لدى طلاب الجامعة، كما أن سلوكيات عدم التوافق تساعد بدورها على الحفاظ على اضطراب القلق واستمراره لديهم. كما يرتبط ارتفاع مستوى القلق العام لدى طلاب الجامعة بالمخاوف على الصحة البدنية، ويقترن باستخدام استراتيجيات المواجهة غير التوافقية تتمثل في التجنب والهروب من تحمل المسؤولية ولوم الذات، وذلك ما أثبتته (Hunt; Simon & Wisocki, 2001) من خلال دراستهم التي أجروها على (١٣٢) طالب جامعي (١٠٣ طالبة و ٢٩ طالب) ممن كانوا بمتوسط عمر (٢١ سنة).

كما أشارت نتائج الدراسة التي أجراها (Moreno; Gomes; De-Souza & Gauer, 2014) على (٢٧٦) طالبًا جامعيًا بالبرازيل (١٧٤ طالبة) بمتوسط عمر (٢٢,٨ سنة)، أن ارتفاع مستوى القلق بأبعاده (القلق على الصحة والقلق الاجتماعي والميتاقلق) يكون من مسببات القلق العام لدى طلاب الجامعة.

كما قام (MacDonald; Pawluk; Koerner & Goodwill, 2015) بدراسة تمت على (٢١٧) طالبًا جامعيًا بأمريكا منهم (١٨٣ طالبة و ٣٤ طالبًا) بمتوسط عمر (٢١,١٣) سنة، ممن هم مسجلين بدورة تمهيديه لعلم النفس، وأثبتت نتائج الدراسة أن من مسببات اضطراب القلق العام GAD (عدم اليقين والانفعالات السلبية والغموض والاحباط وعدم الراحة الجسدية وعدم التسامح).

كما يرتبط مستوى القلق بالضغط الامتحانية وذلك ما أثبتته (Kumari & Jain, 2014) من خلال دراستهما التي أجريها على (٩٠) طالبة جامعية (٤٥) من طلاب المرحلة الجامعية الأولى و(٤٥) من طالبات الدراسات العليا بكليات العلوم والتجارة والفنون.

وهناك شبه اتفاق بين الباحثين أن طالبات الجامعة أعلى قلقاً من الطلاب الذكور، ومن بين الدراسات التي أكدت ذلك الدراسة التي أجراها (Sharma & Kirmani, 2013) على (٢١٨) طالبًا جامعيًا منهم (١٢٣ طالبة و ٩٥ طالب) بأعمار تراوحت بين (١٨ - ٢٦ سنة)، منهم (١١٨) طالب بمرحلة الدراسات العليا) بمتوسط عمر (٢٢,١٣ سنة)، كما أظهرت نتائج الدراسة التي أجراها (Eisenberg; Gollust; Golberstein & Hefner, 2007) أن الطالبات الإناث تعانين من القلق بمعدل الضعف تقريباً بالنسبة للطلاب الذكور.

ولقد أجرى (Morán; Olaz; Pérez & Prette, 2018) دراسة على (٤٣٨) طالبًا جامعيًا بالبرازيل منهم (٦٩,٦ منهم طالبات) بمتوسط عمر (٢١,٣ سنة)، وأثبتت نتائج الدراسة أن الطالبات أعلى من الطلاب الذكور في القلق الاجتماعي وتوقع الرفض الاجتماعي. وهذا يُعزى ما أكده (Shear; Cloitre; Pine & Ross, 2005) بدراساتهم لاضطرابات القلق لدى النساء وما يُصاحبها من مشكلات لديهن، إذ أوضحوا أن اضطرابات القلق شائعة بين النساء، إذ أن واحدة من كل أربعة نساء معرضة لظهور اضطرابات القلق، وأشاروا إلى أن هناك ثغرة في الدراسات التي تركز على هذا المنحى، إذ تصل نسبة انتشار اضطراب القلق العام GAD (بين الإناث ٦,٦% بينما هي بين الذكور ٣,٦%)، في حين أن معدلات انتشار القلق الاجتماعي (١٥,٥% بين الإناث، في حين نسبة انتشاره بين الذكور ١١,١%)، ويتسع مفهوم اضطرابات القلق ليشمل (اضطرابات الهلع - رهاب الخلاء - القلق العام GAD - القلق الاجتماعي - الوسواس القهري)، وترتبط اضطرابات القلق بانخفاض مستوى جودة الحياة، إلى جانب ارتفاع الاكتئاب وأعراضه واضطرابات المزاج ويترتب على ارتفاع مستوى اضطرابات القلق العديد من العواقب الوخيمة؛ إذ قد يصل الأمر إلى ظهور الأفكار الانتحارية، كما يترتب عليها ضعف الإنتاجية وضعف الأداء المهني وتعطيل الأداء الشخصي، كما أنه ثبت بالأدلة أن النساء من مرتفعات اضطراب القلق العام GAD هن أكثر عرضة من غيرهن للمشكلات الأسرية وارتفاع معدلات الطلاق (Shear; Cloitre; Pine & Ross, 2005).

وكما أوضح واليس (Wells, 2009) في النموذج الميتامعرفي المفسر للقلق العام أن القلق العام يتضمن نوعين من القلق هما (القلق من النوع الأول: ويتمثل في القلق على الصحة والجانب الاجتماعي للقلق - والقلق من النوع الثاني: ويتمثل في القلق حول القلق).

مما دفع العديد من الباحثين لتصميم وتطبيق مجموعة من البرامج العلاجية والإرشادية بهدف خفض حدة القلق العام لدى طلاب الجامعة ومنهم (McIntosh & Crino, 2013) اللذان قاما بدراسة كان الهدف منها علاج القلق العام لدى (٩) طلاب جامعيين من خلال أسلوب التعرض كأحد أساليب العلاج المعرفي السلوكي، ومن خلال أربعة جلسات زمن الجلسة ساعة، تم فيها التعرض المباشر لخبرة القلق والتخيل والتسجيل الصوتي لحدث يخشاه الطالب، وأثبت البرنامج فاعليته في خفض اضطراب القلق العام.

ودراسة (Richards; Timulak; Doherty; Sharry; McLoughlin; Rashleigh & Colla, 2014) وفيها قاموا برسم خطة علاجية في ضوء العلاج المعرفي السلوكي (ككتدخلات عبر الإنترنت) مع الطلاب ذوي اضطراب القلق العام GAD، بتقديم خدمة تتمثل في جلسات عبر

الانترنت، وفيها يتعين على المشتركين تقديم تعليقات اسبوعية على مدار اشراكهم بالبرنامج، وتضمن البرنامج عرض أفكار القلق والتدريب على تحديد مدرج القلق وتدريب الاسترخاء، وتحدي أفكار القلق والأفكار التلقائية السلبية. ثم تمت الدراسة التتبعية بعد ثلاثة شهور من انتهاء البرنامج عبر الانترنت، وأثبتت النتائج فعالية البرنامج في خفض حدة القلق العام لدى الطلاب.

وبالإطلاع على عدد من الدراسات المتضمنة لتلك البرامج الإرشادية والعلاجية للقلق اتضح أن نتائج هذه الدراسات أثبتت أن العلاج المعرفي السلوكي يُظهر تحسناً معتدلاً مع اضطراب القلق العام (GAD) يصل إلى (٤٠%) مما دفع الباحثين للعمل على العديد من الأبحاث لاختبار أساليب علاجية حديثة في التعافي من اضطراب القلق، كالعلاج الميتامعرفي؛ إذ أثبت واليس وكينج (Wells & king, 2006) أنه يحقق معدلات علاج من القلق تصل إلى (٨٧,٥%) بعد العلاج و (٧٥% بعد ٦ و ١٢ شهر من انتهاء التطبيق)، ويستند هذا العلاج على النموذج الميتامعرفي الذي يفسر الاضطراب النفسي في ضوء أنه يرتبط بالمواظبة على نمط تفكير يُعنى بمتلازمة الانتباه المعرفي (The Cognitive – attentional syndrome CAS) التي تتألف من أشكال مختلفة من القلق والاجترار والانتباه الموجه نحو التهديد، كذلك استراتيجيات المواجهة غير التوافقية وسلوكيات تنظيم الذات غير التوافقية مثل التجنب وقمع التفكير، ويؤكد هذا النموذج على أن هذه الممارسات من التفكير والسلوك غير التوافقية تُحد بدورها من مرونة الانتباه وتجعل الشخص يدرك انخفاض سيطرته على الأفكار والانفعالات السلبية وعلى التوقف عن القلق (Normann ; Emmerik & Morina, 2014). مما دفع الباحثة لإجراء البحث الحالي بهدف اختبار فعالية برنامج إرشادي لتعديل متلازمة الانتباه المعرفي في ضوء نظرية العلاج الميتامعرفي للعالم (أديان واليس) في خفض حدة القلق العام لدى طالبات الجامعة.

مشكلة البحث:

تتضح مشكلة البحث الحالي بكونه يركز الضوء على فئة طلاب الجامعة الذين يمثلون أحد أهم دعائم التطور والتنمية بالمجتمعات، هذا وبحكم عمل الباحثة بالتدريس لطالبات الجامعة، وبالتفاعل المباشر معهن فلقد لاحظت الباحثة العديد من الطالبات اللاتي يظهر عليهن أعراض القلق العام، هذا إلى جانب أن هناك العديد من الطالبات أعربن عن شكاوى من ارتفاع مستوى القلق لديهن، وأن القلق يشغل حيز كبير من حياتهن، وأنهن يحاولن السيطرة عليه والتحكم فيه إلا أن ذلك يؤدي بهن لمزيد من الانشغال بالموضوعات المثيرة للقلق، إلى جانب أنهن يتمسكن

بالمعتقدات الإيجابية عن القلق بأنهم يجب أن يكون لديهم درجة من القلق كي يستطيعون مواجهة المشكلات ويكون على استعداد للتعامل مع المواقف الصعبة، وبذلك يظهر لديهم أعراض متلازمة الانتباه المعرفي من معتقدات معرفية إيجابية وسلبية وسلوكيات مواجهة غير تكيفية مع القلق، مما يجعلهم يشعرون وكأنهم في حلقة مفرغة من القلق وعدم السيطرة عليه والمعاناة من أعراضه وعواقبه، وأن ذلك له تأثير سلبي واضح على جميع جوانب الحياة لديهم، لذا كُن يلجأ للباحثة بغرض طلب الإرشاد النفسي الذي يساعدهن في التغلب على هذا القلق.

كما أنه من خلال الاطلاع على الأبحاث والدراسات السابقة اتضح التالي :

- ارتفاع نسبة انتشار القلق، خاصة القلق العام بين طلاب الجامعة.
- أن نسبة انتشار القلق العام لدى طالبات الجامعة أعلى من نسبة انتشاره لدى طلاب الجامعة الذكور.

- أن معدلات المعافاة من القلق العام بالبرامج المستخدمة للعلاج الميتمعرفي أعلى من غيرها من العلاجات.

- ندرة الدراسات العربية التي تطرقت لخفض حدة القلق العام لدى طالبات الجامعة إتماداً على نظرية العلاج الميتا معرفي في البيئة العربية، وذلك في حدود علم الباحثة.

ومما سبق يمكن صياغة مشكلة البحث في الأسئلة التالية:

(س) ما فعالية برنامج إرشادي لتعديل متلازمة الانتباه المعرفي في ضوء نظرية العلاج الميتمعرفي في خفض حدة القلق العام لدى طالبات الجامعة؟
ويتفرع من هذا السؤال ثلاث أسئلة فرعية، وهي كالتالي:-

١- ما الفروق بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي

على مقاييس (متلازمة الانتباه المعرفي- القلق العام) لدى طالبات الجامعة ؟

٢- ما الفروق بين متوسطي رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس

البعدي على مقاييس (متلازمة الانتباه المعرفي- القلق العام) لدى طالبات الجامعة ؟

٣- ما الفروق بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي

والتتبعي على مقاييس (متلازمة الانتباه المعرفي- القلق العام) لدى طالبات الجامعة ؟

أهداف البحث :

يهدف البحث الحالي إلى:

١- التعرف على فعالية البرنامج الإرشادي القائم على نظرية العلاج الميتمعرفي لواليس في

خفض حدة متلازمة الانتباه المعرفي (CAS) المصاحبة للقلق العام " تبعاً للنموذج

الميتامعرفي للقلق العام الذي حدده وليس في نظريته للعلاج الميتامعرفي " لدى طالبات الجامعة.

٢- التعرف على فاعلية البرنامج الإرشادي القائم على نظرية العلاج الميتامعرفي لواليس في خفض حدة القلق العام لدى طالبات الجامعة.

٣- التعرف على فاعلية البرنامج الإرشادي القائم على نظرية العلاج الميتامعرفي لواليس في خفض حدة مكونات القلق العام "تبعاً للنموذج الميتامعرفي الذي وضعه وليس لتفسير القلق العام" من قلق من (النوع الأول متمثلاً في: القلق على الصحة والجانب الاجتماعي للقلق، والقلق من النوع الثاني والمتمثل في الميتاقلق لدى طالبات الجامعة).

٤- التعرف على استمرارية فاعلية البرنامج الإرشادي القائم على نظرية العلاج الميتامعرفي لواليس في خفض حدة متلازمة الانتباه المعرفي والقلق العام لدى طالبات الجامعة.

أهمية البحث :

تتمثل أهمية البحث الحالي في :

١- تزويد المرشدين والأخصائيين النفسيين القائمين بالعمل بمراكز الإرشاد النفسي بالجامعات للبرنامج الإرشادي المعد لتعديل متلازمة الانتباه المعرفي في ضوء نظرية العلاج الميتامعرفي لواليس والمعد ليمثل خطوة في وقاية طلاب الجامعة من التعرض لاضطرابات القلق عامة، والقلق العام بشكل خاص.

٢- البرنامج الإرشادي بالبحث الحالي قد يسهم في توعية طلاب الجامعة بخطورة المعتقدات الميتامعرفية الإيجابية عن القلق وأنها تمثل أولى حلقات سلسلة القلق العام، وكيفية التخلص منها.

٣- تبصير طلاب الجامعة بقدرتهم على التحكم في القلق والسيطرة عليه.

٤- تنمية الوعي المهني للعاملين والباحثين بمجال الإرشاد النفسي والصحة النفسية بضرورة العمل على أهمية تعديل طريقة التفكير وتنمية الوعي الميتامعرفي وتعديل طريقة التفكير في التفكير، حتى يمكن التغلب على الاضطراب النفسي.

حدود البحث :

- الحدود البشرية : تم إجراء البحث الحالي على عينة من طالبات مرحلة البكالوريوس بكلية التربية بجامعة قناة السويس.

- الحدود المكانية : كلية التربية بجامعة قناة السويس بمحافظة الاسماعيلية.

الحدود الزمانية : الفصل الدراسي الثاني للعام الجامعي (٢٠١٦-٢٠١٧).

مفاهيم البحث :

العلاج الميتامعرفي "MCT" Meta-Cognitive-Therapy : تعرفه الباحثة بأنه أحد أساليب العلاج النفسي الذي أسسه وليس، مستنداً على فكرة أساسية وهي أن علاج الاضطراب النفسي يعتمد على مساعدة العميل أن يغير من طريقة تفكيره، بتعديل متلازمة الانتباه المعرفي وتحدي المعتقدات الميتامعرفية الإيجابية والسلبية، وتعديل استراتيجيات المواجهة غير التوافقية التي تؤثر بالسلب على التنظيم الميتامعرفي لديه، والتخطيط لخطط معالجة معرفية بديلة في ضوء النموذج الوظيفي التنفيذي لتنظيم الذات الذي وضعه وليس إستناداً على النظرية الميتامعرفية.

متلازمة الانتباه المعرفي (The Cognitive –attentional syndrome CAS) : يعرفها وليس بأنها المواظبة على نمط من التفكير المتكرر يتمثل في القلق، والاجترار، والانتباه المركز نحو التهديد، واستراتيجيات تنظيم الذات غير المفيدة، وسلوكيات المواجهة غير التكيفية (التسوية) -التخطيط المفرط -الفحص المفرط -البحث عن الطمأنينة من الآخرين، وجعل الآخرين يتخذون له قراراته -قمع التفكير)، فهي نمط نوعي من التفكير، تتكون من تكرار صعوبة التحكم في التفكير في شكل اجترار لاسلوب الانتباه المسئول عن رصد التهديدات واستخدام سلوكيات المواجهة التي تفشل في تعديل المعتقدات السلبية (Wells, 2007).

وتعرفها الباحثة بأنها نمط التفكير المستمر حول الخطر ورصد التهديد، الذي يمثل جوهر الاضطراب النفسي، ويتضمن المعتقدات الميتامعرفية الإيجابية والسلبية عن القلق إلى جانب استراتيجيات المواجهة السلوكية غير التكيفية تجاه الأفكار الدخيلة المثيرة للقلق والمحفزة له.

وتُعرف متلازمة الانتباه المعرفي إجرائياً بأنها الدرجة التي تحصل عليها الطالبة في مقياس متلازمة الانتباه المعرفي CAS-1 إعداد وليس (Wells, 2009) وتعريب الباحثة.

القلق العام Generalized Anxiety : تعرفه الباحثة بأنه أحد اضطرابات القلق الذي يتمثل في ترقب الفرد لقلقه بشكل مفرط مما يعطيه انطباع بأنه لا يمكنه السيطرة على قلقه أو التحكم فيه.

أما عن التعريف الإجرائي للقلق العام فهو الدرجة التي تحصل عليها الطالبة في مقياس اضطراب القلق العام المنقحة Generalized Anxiety Disorder Scale –Revised

(GADS-R) ، إعداد وليس (Wells, 2009) ، وتعريب الباحثة.

ووفقاً للنموذج الميتامعرفي المفسر للقلق العام في ضوء النظرية الميتامعرفية لواليس فإن القلق العام يتضمن:-

- القلق من النوع الأول : حيث يشير إلى القلق حول الأحداث الخارجية والأعراض الجسدية، ويشمل (القلق على الصحة والجانب الاجتماعي للقلق)، وهما :

(أ) القلق على الصحة **Health Worry**: وهو الاهتمام بالأعراض الفسيولوجية والانزعاج المصاحب لها، ولما قد يترتب عليها من مساوئ وعواقب على الصحة النفسية والجسمية، كالقلق بشأن الإصابة بنوبات مرضية كنوبات القلب (Wells & king, 2006).
والتعريف الإجرائي للقلق على الصحة فهو الدرجة التي تحصل عليها الطالبة في بُعد القلق على الصحة باختبار الأفكار المقلقة (**Anxiety thoughts inventory (AnTI)**) إعداد واليس (Wells, 1994) ، وتعريب الباحثة.

(ب) الجانب الاجتماعي للقلق **Social Worry**: القلق المتعلق بالعلاقات الاجتماعية والمواقف والأحداث الاجتماعية، كالقلق بشأن القيام بشيء أو قول الأشياء بشكل خاطئ أمام الغرباء، والانزعاج لأفكار تتعلق بأنه شخص غير محبوب بالنسبة للآخرين (Wells & king, 2006).
والتعريف الإجرائي الجانب الاجتماعي للقلق فهو الدرجة التي تحصل عليها الطالبة في بُعد الجانب الاجتماعي للقلق باختبار الأفكار المقلقة (**Anxiety thoughts inventory (AnTI)**) إعداد واليس (Wells, 1994) ، وتعريب الباحثة.

- القلق من النوع الثاني : حيث يتعلق بالتقييمات السلبية للفرد نفسه وعمليات تفكيره عن القلق "القلق حول القلق" وهذا مايسمى بالميتاقلق "أو القلق حول القلق" (Wells, 2007) .

(ج) الميتاقلق **meta-worry**: وهو قلق الفرد من كونه لا يستطيع السيطرة على أفكاره كما يود (Wells & king, 2006). هو تقييم ميتامعرفي للقلق بأنه ضار ولا يمكن السيطرة عليه، يهدف لتفسير ومعالجة الأفكار والمشاعر الخاصة بعدم القدرة على التعامل مع القلق وعواقبه، ويكون مُصاحب برؤية الذات بأنها أقل قدرة على التأقلم (Wells & Wells, A. (2006) (Wells & Wells, A. (2006) Carter, 1999); (Wells, 2009);

والتعريف الإجرائي للميتاقلق فهو الدرجة التي تحصل عليها الطالبة في بُعد الميتاقلق باختبار الأفكار المقلقة (**Anxiety thoughts inventory (AnTI)**) إعداد واليس (Wells, 1994) ، وتعريب الباحثة

ويُعرف إجرائياً بأنه الدرجة التي تحصل عليها الطالبة في استبيان الميتاقلق **Meta-Worry Questionnaire (MWQ)** إعداد واليس (Wells, 2009) وتعريب الباحثة.

الإطار النظري:

تفسير الاضطراب الانفعالي في ضوء نظرية العلاج الميتامعرفي لواليس:-

ظهر العلاج الميتامعرفي ("MCT" Meta-Cognitive-Therapy) نحو نهاية القرن الماضي باعتباره نهج جديد لعلاج الاضطرابات النفسية، وكان رواده في ذلك الحين واليس وماثيوس (Wells & Matthews, 1994) ، ويستند هذا العلاج على النموذج الميتامعرفي الذي يرتبط بالمواظبة على نمط تفكير يُعنى بمتلازمة الانتباه المعرفي - (The Cognitive - attentional syndrome CAS) التي تتألف من أشكال مختلفة من القلق والاجترار والانتباه الموجه نحو التهديد، كذلك استراتيجيات المواجهة غير التوافقية وسلوكيات تنظيم الذات غير التوافقية مثل التجنب وقمع التفكير، ويؤكد هذا النموذج على أن هذه الممارسات من التفكير والسلوك غير التكيفي تُحد بدورها من مرونة الانتباه وتجعل الشخص يدرك انخفاض سيطرته على الأفكار والانفعالات السلبية (Normann ; Emmerik & Morina, 2014).

ويتميز العلاج الميتامعرفي عن العلاج المعرفي في عدة جوانب ؛ فبالرغم من أن العميل في كل من العلاج المعرفي والعلاج الميتامعرفي لديه مضمون لمعتقدات وأفكار خاطئة تحدد نوع الاضطراب حول القلق والخسائر وانخفاض قيمة الذات والحزن ؛ إلا أن العلاج الميتامعرفي يفسر ذلك في ضوء أن هذا المحتوى لايسبب اضطراب لمعظم الناس فتكون هذه الأفكار بالنسبة لهم عابرة، أما ذوي الاضطرابات فإنهم يعطون وقت أطول لمعالجة هذه الأفكار بشكل سلبي متكرر، لذا يركز العلاج الميتامعرفي على تعديل تلك الأنماط الميتامعرفية للتفكير، متضمناً عمليات (التفسير - والمراقبة - والتحكم) في الإدراك، بالتركيز على العمليات الميتامعرفية من حيث (المعرفة - والخبرات والتجارب-والاستراتيجيات)، وتعديل الانتباه للذات (Wells, 2009)، فالاهتمام الأكبر في العلاج الميتامعرفي " هو كيف يفكر الفرد وكيف يستجيب لهذا التفكير، وكيف يمكن تعديل الأنماط الميتامعرفية الخاطئة للتفكير" (محمد عبد الرحمن، ٢٠١٤) .

مبادئ نظرية العلاج الميتامعرفي:

اقترح واليس (Wells, 2009) سبعة مبادئ أساسية للمدخل الميتامعرفي وهي :-

- ١- مشاعر القلق والحزن تمثل إشارات داخلية لتناقض تنظيم الذات وتهديد الرفاه النفسي.
- ٢- هذه المشاعر عادة ما تكون لفترة زمنية محدودة، لقدرة الفرد على ممارسة استراتيجيات مواجهة تساعده بدورها في الحد من التهديد والتحكم في الإدراك.
- ٣- الاضطراب النفسي يمثل نتيجة للحفاظ على الاستجابات الانفعالية .

٤- ويتم الحفاظ على هذه الاستجابات الانفعالية بسبب نمط واستراتيجيات التفكير لدى الفرد.

٥- تمثل " متلازمة الانتباه المعرفي (The Cognitive –attentional syndrome CAS) أسلوب مشترك في جميع الاضطرابات النفسية، وتتكون من اجترار القلق ومراقبة التهديد والتفكير غير المفيد، وأشكال أخرى من السلوك (كالتجنب)، والتي تحول بدورها دون حدوث التعلم التكيفي.

٦- تتكون متلازمة الانتباه المعرفي CAS نتيجة للمعتقدات الميتامعرفية الخاطئة التي تنعكس على تفسير التفكير والشعور بالاضطراب.

٧- يتم العمل في إطار متلازمة الانتباه المعرفي CAS على تضخيم وتكثيف الخبرات الانفعالية السلبية من خلال آليات ومسارات محددة (Wells, 2009).

The Metacognitive Model of Psychological Disorder للاضطراب النفسي:

أكد واليس (Wells, 2011) أن النظرية الميتامعرفية لتفسير الاضطرابات النفسية تركز على مبدأ أساسي هو أن الأفكار والانفعالات السلبية هي عادة تجارب عابرة، تستمر وتصبح مشكلات نفسية عندما ينشط لدى الفرد نمط محدد أو أسلوب تفكير يضر بالتنظيم الذاتي، ويتم التغلب عليه من خلال العمل في ضوء متلازمة الانتباه المعرفي، بتعزيز الوعي الميتامعرفي، ففي نظرية العلاج الميتامعرفي لواليس يتم تفسير الاضطرابات الانفعالية والنفسية في ضوء ارتباطها بكل من (النمط النوعي من التفكير الذي أسماه " متلازمة الانتباه المعرفي - The Cognitive – attentional syndrome CAS) ، و (النموذج الوظيفي التنفيذي لتنظيم الذات (S- REF) ، فهما المسئولان عن إطالة وتكثيف المشاعر المؤلمة حول نمط التفكير غير المساعد الذي يتضمن مراقبة ورصد التهديدات واجترار التفكير والتركيز على الذات (Hjemdal; Hagen & Nordahl, 2013).

- النموذج الوظيفي التنفيذي لتنظيم الذات The self -regulatory executive function model (S- REF) :-

أشار (Wells & Matthews, 1994) أن النموذج الوظيفي التنفيذي لتنظيم الذات يصف ثلاث مستويات للمعالجة ، يتم في ضوءها تقييم البنية المعرفية أثناء الاضطراب الانفعالي، تتمثل هذه المستويات في :-

المستوى الأول : فيه معالجة تلقائية تولد أفكار متطفلة، وفيه تنشيط للنظام التنفيذي ليصل للمستوى الثاني.

المستوى الثاني : وفيه معالجة واعية يتم فيها التقييم الواعي للأحداث والأفكار والسلوكيات والأنماط المعرفية، وتقوم عمليات التنظيم الذاتي بتقييم الأهمية الشخصية، ومراقبة وتقييم النشاطات الحالية، وتقييم الآثار المترتبة على الأحداث، ونشاطات هذا المستوى إرادية، وفيه يدرك الفرد قدرته على التحكم والسيطرة، ويعتمد على الانتباه لتنفيذ المعالجات المعرفية المختلفة، فهو مستوى تنفيذي إشرافي حيث تنشط المحفزات الخارجية والأفكار الدخيلة.

المستوى الثالث : وفيه الوعي الميتامعرفي للمعتقدات التي يمتلكها الفرد حول إدراكه والمعرفة لديه، مثل معتقدات حول أساليب تفكيره وذاكرته وقدرته على التحكم المعرفي لاختيار استراتيجيات المواجهة الملائمة، وهنا تكون وظيفة العمليات الميتامعرفية في رصد ومراقبة الحالة الداخلية، ومحاولات قمع الأفكار، أي أن هذا المستوى يتمثل في الاعتقاد الذاتي، إذ يتمثل في نمط المعتقدات الذاتية والخطط العامة للمواجهة، المخزنة في الذاكرة طويلة المدى (Wells & Matthews, Hillyard & Campbell ,) ,Matthews, 1994); (Wells, 2009); (1999)؛ (أحمد الزيداني، ٢٠١٢).

ويتمثل الاضطراب النفسي في المثابرة على تنشيط النموذج الوظيفي التنفيذي لتنظيم الذات (S- REF) ومتلازمة الانتباه المعرفي بتفعيل الاستراتيجيات التي تعمل على تركيز الانتباه على التهديد والمعالجة المجددة للقلق التي تحافظ على تنشيط المعتقدات الميتامعرفية السلبية والتي بدورها تستنفذ الموارد اللازمة لتطوير معالجة بديلة، وفيه يتم تصور المعتقدات ليس بكونها افتراضات ولكن بكونها خطة ذات هدف ميتامعرفي لتوجيه المعالجة، كما تمثل الخطط غير الفعالة في حد ذاتها نتائج عكسية لعملية المعالجة، وتسبب المعتقدات الميتامعرفية وتلك الخطط أسباب لاستمرار الاضطراب الانفعالي وتفعيل استراتيجيات مراقبة التهديد والقلق وسلوكيات المواجهة غير التكيفية (Wells, 2009) .

ففي النموذج الوظيفي التنفيذي لتنظيم الذات يمكن النظر للمعتقدات على أنها (مخرجات) للعمليات الميتامعرفية التي تؤدي لأنماط من الاهتمام والانتباه والتفكير مرارًا وتكرارًا التي تلتحم مع هذه الفكرة، لذا يركز العلاج الميتامعرفي على تعديل تلك الأنماط الميتامعرفية للتفكير، متضمنًا عمليات (تفسير -مراقبة - وتحكم) في الإدراك ، بالتركيز على العمليات الميتامعرفية من حيث (المعرفة - والخبرات والتجارب -والاستراتيجيات)، وتعديل الانتباه للذات (Wells, 2009) ، فالمهم هو كيف يفكر الفرد وكيف يستجيب لهذا التفكير(محمد عبد الرحمن، ٢٠١٤ ، ١٤٧)، وكما ذكر

(Wells, 2009); (Papageorgiou, 2015) أن العلاج الميتامعرفي استند على نموذج التنظيم الذاتي التنفيذي الوظيفي الذي يقوم على مبدأ أساسي هو أن الناس يصبحوا محاصرين بالاضطرابات الانفعالية والنفسية لأسباب ميتامعرفية تخص الفرد ذاته وتؤدي إلى نمط معين من الاستجابة للخبرات الداخلية لديه، التي بدورها تحافظ على انفعالاته وتعزز الأفكار السلبية لديه، ويشار إلى هذا النمط من الاستجابة بمتلازمة الانتباه المعرفي CAS .

- متلازمة الانتباه المعرفي (Cognitive Attentional Syndrome (CAS) : وهي المواظبة على نمط من التفكير المتكرر يتمثل في القلق، والاجترار، والانتباه المركز نحو التهديد، واستراتيجيات تنظيم الذات غير المفيدة، وسلوكيات المواجهة غير التوافقية (التسوية) -التخطيط المفرط -الفحص المفرط -البحث عن الطمأنينة من الآخرين، وجعل الآخرين يتخذون له قراراته -قمع التفكير)، كما تتمثل في التفكير الكلامي المستمر مما يحدث تحيز انتباهي معين يكون فيه الانتباه محصور داخل الشعور بالتهديد (محمد عبد الرحمن، ٢٠١٤)، فهي نمط نوعي من التفكير، تتكون من تكرار صعوبة التحكم في التفكير في شكل اجترار لاسلوب الانتباه المسئول عن رصد التهديدات واستخدام سلوكيات المواجهة التي تفشل في تعديل المعتقدات السلبية (Wells, 2007)، وفي العلاج الميتامعرفي يتم تحديد متلازمة الانتباه لكل شخص بصورة فردية (Normann, et al., 2014).

ومتلازمة الانتباه المعرفي بدورها تساعد على إطالة التفكير في الاضطرابات النفسية مما يزيد الأمر صعوبة ويزيد من عدم القدرة على التحكم وذلك لزيادة " الانتباه المركز نحو الذات" (Wells, 2007).

وتتكون متلازمة الانتباه المعرفي CAS من سلسلة من الفكر الكلامي في شكل " قلق واجترار وميل إلى الاهتمام برصد الخطر والتهديد واستراتيجيات المواجهة المعرفية السلوكية ذات التأثير المتناقض، وهذا النموذج بدلاً من أن ينهي التفكير السلبي " كما يعتقد الشخص المريض ذاته" بل بالعكس يساعد على تنامي CAS مما يؤدي إلى صعوبات في التنظيم الانفعالي . وكما اقترح وليس وماثيوز (Wells & Matthews, 1994) فإن متلازمة الانتباه الميتامعرفي هي سبب احتفاظ الفرد بالمعتقدات الميتامعرفية الكامنة وراء التفكير والمعتقدات الميتامعرفية تنقسم إلى فئتين رئيسيتين هما:-

- المعتقدات الميتامعرفية الإيجابية : وتتضمن تفعيل القلق كاستراتيجية مواجهة (مثل: أنا يجب أن أقلق من أجل المواجهة , ومثل : أنا بحاجة لاجترار الأشياء السيئة التي قد حدثت في الماضي لأفهم الآخرين).

- المعتقدات الميتامعرفية السلبية : وتتمثل في فقدان السيطرة على القلق، والتفكير في المخاطر المترتبة عليه (مثل :لا أستطيع التوقف عن القلق أو الاجترار، ومثل : هناك لدي بعض الأفكار الخطيرة والضارة حول عواقب القلق) (Papageorgiou, 2015) .

وفي حالة الاضطراب الانفعالي فإن العوامل الميتامعرفية تؤثر على نمط الاستجابة للخبرات الداخلية التي بدورها تحافظ على الانفعال وتعزز الأفكار السلبية بمتلازمة الانتباه المعرفي (The Cognitive –attentional syndrome CAS), والتي تتكون من تكرار وصعوبة التحكم في التفكير الذي في شكل (الاجترار - الاهتمام بتركيز الانتباه - الاحتفاظ بمهددات الانتباه - التجنب) جميعاً تكون ما يسمى "التفكير المستمر نحو الخطر"، واستخدام سلوكيات المواجهة التي تفشل في تعديل المعتقدات السلبية، وكثير من سلوكيات المواجهة هي في طبيعتها ميتامعرفية تتضمن المداومة على أنماط التفكير ومحاولات التحكم في الأفكار غير المفيدة (Wells, 2007) (Hjemdal, et al.,2013); مما يؤدي لاستمرار الأعراض، ومن ثم فإن العلاج الميتامعرفي يركز على أن نمط وأسلوب التفكير الذي يشوه المعارف هو سبب الاضطراب، وأن الإفراط في التفكير اللفظي المستمر (تسكين الهموم - الاجترار) يكون محدد بتحيزات في الانتباه تعمل على التهديد (Wells, 2009) ، فيهدف العلاج الميتامعرفي إلى تنمية وعي العميل بالقدرة على السيطرة والتحكم في أفكاره بتعديل طريقة تفكيره (Hjemdal; Hagen & Nordahl,2013)، وفي العلاج الميتامعرفي لا يكون التدخل لتحدي مضمون الأفكار والمعتقدات السلبية "كما بالعلاجات المعرفية التقليدية"، ولكن يركز العلاج الميتامعرفي للقلق على تحدي المعتقدات الخاطئة حول القلق وتعديل الاستراتيجيات غير المفيدة للتنظيم العقلي (Wells, 2007)، نموذج A-M-C: إذا كان النموذج المُفعل في العلاج المعرفي هو نموذج A-B-C فإن النموذج المُفعل في العلاج الميتامعرفي هو نموذج (A-M-C) ، وهو يهدف لإزالة متلازمة الانتباه المعرفي (CAS) وتحدي المعتقدات الميتامعرفية التي تدعم أسلوب الاستجابة المُصاحب للاضطراب الانفعالي، وفيه:

- (A): هو المثير الذي يسبق حالة التفكير حول المواجهة أو التهديد سواء كان داخلي أو خارجي، وتمثل الفكرة الأولى في تسلسل القلق، والمحفز للفكر.

- (M): تمثل متلازمة الانتباه المعرفي والمعتقدات الميتامعرفية السلبية والإيجابية ، وتأثير التقييمات السلبية.

- (C): فهي النتائج والعواقب الانفعالية أو السلوكية أو المعرفية "كالتفكير في المزاج المُصاحب للقلق، والأعراض الجسدية والتغيرات السلوكية المُصاحبة له (Wells, 2009).

القلق العام (Generalized Anxiety Disorder (GAD):

يوضح الدليل التشخيصي الإحصائي (DSM-V) أن القلق العام هو قلق مستمر ومفرط حول مختلف المجالات في حياة الفرد، إذ يعبر الفرد الذي يعاني من القلق العام صعوبة في السيطرة على قلقه، بالإضافة إلى معاناته من أعراض جسدية تتمثل في (الأرق والشعور بالارتباك والتعب بسهولة وصعوبة التركيز واضطرابات النوم والشد العضلي)، فالقلق العام هو قلق مفرط، فيه يقوم الفرد بترقب القلق وانتظاره، ويكون لديه توقعات مخيفة حول الأحداث لا تتناسب مع الواقع الفعلي وطبيعة الحدث المرتقب، ويركز انتباهه حول هموم أحداث الحياة اليومية، ولكي يُشخص اضطراب الفرد بأنه قلق عام يجب أن يلازمه أعراضه لمدة ستة أشهر، بظهور ثلاثة أعراض على الأقل من الأعراض الستة التالية :

١- الضجر والشعور بأنه أصبح على الهامش.

٢- التعب بسهولة .

٣- صعوبة التركيز.

٤- التوتر.

٥- توتر العضلات.

٦- اضطرابات النوم .

وفيها يجد صعوبة في السيطرة على قلقه، ويؤدي لإضعاف قدرة الفرد على القيام بأعماله بالسرعة والكفاءة المطلوبة في العمل أو المنزل، وبذلك فإنه يسبب ضعف في المجالات الاجتماعية والمهنية، وتصل نسبة انتشاره إلى (٩% تقريباً بين الإناث، وهي نسبة تمثل ضعف نسبة انتشاره بين الذكور)(DSM-V) .

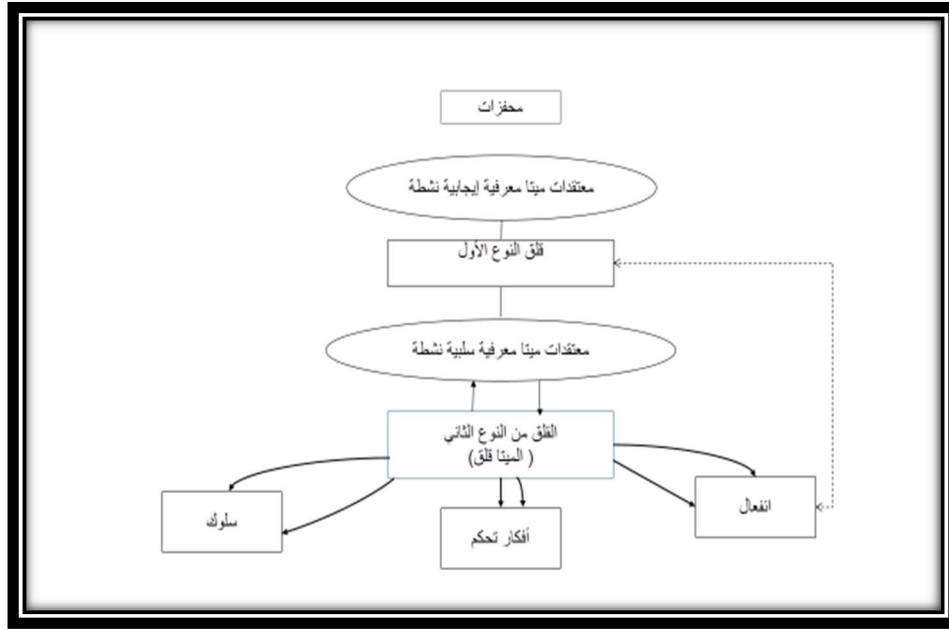
وتم تعريف القلق العام بأنه عدم القدرة على التحكم في القلق بشكل مبالغ فيه (Khawaja & McMahon, 2011) وفي الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع والخامس (DSM-V) و (DSM-IV) تم تعريفه بأنه اضطراب غالباً ما يذكر من يعانونه أنهم قلقون كثيراً على مدار حياتهم، وهذا القلق يمكن أن يتداخل بشكل كبير جداً مع الأداء الاجتماعي أو المهني، ويكون

مصاحب بالتركيز على ذلك القلق على المدى القصير أو يمتد لفترات زمنية طويلة، وكذلك مما يميز القلق العام أن الجانب المعرفي يمثل جزء رئيسي من الاضطراب، فيقوم العميل باجترار الأفكار Ruminaton، ويعبر عن تفكير وسواسي (Wells, Obsession Thinking) (Wells, 2009)، كما يجد الفرد صعوبة في السيطرة على قلقه، ويصاحبه (آلام بالعضلات - رعشة - برود الأيدي - جفاف بالحلق - تعرق - غثيان) (DSM-IV).

النموذج الميتامعرفي للقلق العام The Metacognitive Model of GAD:

شرح (Wells & king, 2006) نموذج القلق العام (GAD) في ضوء الدراسات التي قام بها وليس منذ عام ١٩٩٥ إلى عام ٢٠٠٦ بأن هناك كثير من الناس لديهم معتقدات إيجابية حول القلق باعتباره وسيلة فعالة للتعامل مع التهديد، ومع ذلك يستخدمون القلق كوسيلة غير مرنة للتعامل مع القلق، وهذا يصبح مشكلة عندما يكونوا معتقدات سلبية بشأن "عدم التحكم والسيطرة - المخاطر - القلق"، فعندما تتطور تلك المعتقدات يؤدي ذلك إلى إستراتيجيات تحكم غير مفيدة وغير مساعدة.

وأوضح واليس (Wells, 2009) أنه على الرغم من أن هناك العديد من أوجه التشابه بين طريقة التفكير في كل من القلق والاكتئاب إلا أن هناك بعض الاختلافات من بينهما (أن القلق والأفكار المتعلقة به يتجه أكثر نحو المستقبل، في حين أن الشخص المكتئب يركز أكثر على الماضي- وأن الشخص القلق يتسم بأفكار مقلقة تشمل موضوعات الخطر، كما أن الاجترار يدور حول الخسارة والفشل وعدم كفاءة الذات والشخصية.



شكل (1) النموذج الميتامعرفي المفسر للقلق العام (Wells, 2007); (Wells, 2009)

فالقلق ينشأ من أسباب ميتامعرفية تؤدي لأنماط معينة من التفكير، والشخص الذي لديه قلق عام GAD لديه معتقدات ميتامعرفية إيجابية حول استخدام القلق باعتباره يمثل شكل من أشكال المواجهة، وفي نفس الوقت لديه معتقدات ميتامعرفية سلبية حول تطور القلق وتطرفه وآثاره الضارة، مما يؤدي لمزيد من الأنماط الميتامعرفية غير المساعدة التي تسبب المزيد من القلق، فالمعتقدات الميتامعرفية والتقييم الميتامعرفي واستراتيجيات التحكم في التفكير هي عوامل أساسية في تطوير واستمرار هذا الاضطراب كما يتضح بالشكل (1)، وركز هذا النموذج على أن علاج القلق يعتمد على تعديل الأسباب الميتامعرفية الكامنة وراء القلق (Wells, 2007).

فعادة ما يتم إثارة القلق من خلال تدخل أولي للأفكار في شكل "ماذا لو؟" والتي تمثل عوامل أولية تكون بمثابة تدخلات/محفزات أولية، قد يُصاحبها معتقدات ميتامعرفية والمقصود بها (الأفكار حول التفكير)، ولها دورها في ظهور وتطور الاضطرابات الانفعالية (Ellis & Hudson, 2010)، إذ أن المعتقدات الميتامعرفية الإيجابية حول فائدة القلق باعتبارها استراتيجية وقائية نشطة للتعامل مع التهديد، ومن تلك المعتقدات الميتامعرفية الإيجابية حول استخدام القلق باعتباره يمثل شكل من أشكال المواجهة (القلق يساعدني على المواجهة - القلق سيبقيني آمناً - إنني إذا ماكنت قلقاً فإن ذلك سيجعلني مستعداً)، ويعتقد الفرد أنها معتقدات طبيعية إلا أنها

بطبيعة الحال تمثل الحلقة الأولى من سلسلة القلق، ثم تتطور لسلسلة من التفكير الكارثي مما يرتبط بتفعيل استراتيجيات مواجهة لتفعيل الجوانب المعرفية والاجتماعية للقلق وللأعراض الجسدية المصاحبة له، هنا يتم إثارة النوع الأول من القلق فيتعامل معه الشخص بأن يقيم ذاته بأنه سوف يكون قادراً على التعامل بشكل فعال مع التهديد المتوقع، فيصبح يهتم برصد التفاصيل وتتنافس أهدافه ويتم تنشيطها تبعاً لأولوياتها مما يثير المزيد من القلق، ويتطور إلى أن يصل إلى اضطراب القلق العام GAD وذلك عندما تنشط المعتقدات الميتمعرفية السلبية للشخص حول القلق، والتي تشمل معتقدات أن القلق لا يمكن السيطرة عليه، وأنه يمكن أن يكون ضار للعامل البدني والعقلي والنفسي والاجتماعي، ومن أمثلة المعتقدات الميتمعرفية السلبية حول استخدام القلق وتطوراته وآثاره الضارة والمتطرفة وتتمثل في (١) عدم التحكم والسيطرة، و (٢) عواقب خطيرة مثيرة للقلق تضر "الجسم - النفس - الجانب الاجتماعي" مثل (القلق يمكن أن يجعل المرء عرضة للجنون - لا يمكن التحكم في القلق - القلق يمكن أن يتلف الجسد)، وخلال نوبات القلق فإن المعتقدات السلبية تصبح أكثر نشاطاً مما يؤدي لعمليات تقييم سلبية للقلق تُعرف بأسم النوع الثاني من القلق (أو الميتمقلق) وهي تتضمن تكثيف الشعور بالتهديد وتفاقم ردود الفعل والاستجابات للقلق، مما قد يُساء تفسيره على أنه علامة على كارثة وشيكة " مثل فقدان الفرد لعقله"، وهذا بدوره قد يؤدي إلى التصعيد السريع للقلق في شكل نوبات هلع Panic attacks، وبهذا فإن العلاقة بين القلق والانفعال تظهر في شكل حلقة مفرغة، وكذلك الجوانب المعرفية والجسدية يمكن تفسيرها كأعراض مصاحبة للقلق وكدليل على الآثار الضارة للقلق وفقدان التحكم والسيطرة عليه، لأن التقييمات السلبية للقلق الناشئة عن المعتقدات السلبية تؤدي إلى زيادة القلق ليصبح أكثر صعوبة في إيقاف القلق إيقافاً آمناً (Wells, 2007);(Wells, 2009) . وفي هذا النموذج يتميز نوعين فرعيين من القلق هما :

القلق من النوع الأول : حيث يشير إلى القلق حول الأحداث الخارجية والأعراض الجسدية، ويتمثل في القلق على الصحة والجانب الاجتماعي للقلق.

القلق من النوع الثاني : حيث يتعلق بالتقييمات السلبية للفرد نفسه وعمليات تفكيره عن القلق "القلق حول القلق" وهذا مايسمى بالميتاقلق " أو القلق حول القلق" (Wells (Wells, 2007) & king, 2006)، ويتمثل الميتاقلق بضعف القدرة على التحكم وتكثيف الشعور بالتهديد ، كذلك يكون الشخص مُصاب بالشعور بالضعف وعدم الكفاءة والعجز، وضعف السيطرة العقلية والتفكير الكارثي، مما يؤدي لضعف آليات المواجهة وضعف التنمية المهنية والاجتماعية، وسلسلة من المخاوف، وضعف آليات المواجهة وتعطيل عملية تنظيم الذات واستخدام استراتيجيات تفكير غير

ملائمة، وتجنب البحث عن المعلومات، واستخدام استراتيجيات تفكير غير ملائمة Sedgh, et al., 2016) (Normann, et al., 2014)، وفيه ينخرط الفرد في قمع الأفكار والتجنب والإلهاء كما يتقلب بين تجنب القلق والانخراط فيه (Khawaja & McMahon, 2011). ويتحول شكل القلق ويُفعل من خلال المعتقدات الميتامعرفية السلبية، حينما يشعر الفرد أنه لا يمكنه السيطرة أو التحكم في القلق، وأن القلق خطير ليتطور إلى ميتاقلق (قلق النوع الثاني) فيبدأ الفرد في الانخراط في أنماط غير مفيدة من المواجهة التي تسهم في استمرار الشعور بالتهديد من القلق نفسه، ويمكن التمييز بين نوعين من المواجهة في هذا النموذج:

(أ) مواجهة سلوكية: مثل السعي للطمأنينة، وتجنب التفكير في القلق والضغط، وتتمثل في آليات تسهم في وصف وتعديل السلوك وأفكار التحكم، وهي كما بالشكل (1):

(1) السلوكيات التي تنطوي على تجنب المواقف التي قد تؤدي إلى القلق، مما يساهم في فشل الفرد في أن يدرك أن القلق يخضع لسيطرته وتحكمه الشخصي.

(2) وقد يلجأ الفرد للطمأننة كوسيلة يحاول من خلالها إن يقر أنه لا يوجد شيء يدعو حقاً للقلق، وهكذا ينقل التحكم والسيطرة على القلق لأشخاص آخرين، مما يُضعف قدرة الفرد ذاته على أن يطور معتقداته حول ضبط الذات والتحكم في القلق.

(3) وقد يلجأ الفرد ذاته لاستراتيجيات سلوكية كالبحث عن معلومات كتصفح الأنترنت للعثور على معلومات تخفض القلق.

ولكن للأسف هذه السلوكيات قد تأتي بنتائج عكسية فتزيد من المعلومات المتعلقة بالتهديد الذي يتعرض له الفرد فتوسع نطاق محفزات القلق (Wells, 2007).

(ب) مراقبة التفكير: وهذه السلوكيات تتداخل مع محاولات الحد من القلق المستمر، وفيها يتم الحفاظ على المعتقدات الميتامعرفية حول عدم التحكم أو السيطرة على خطر العملية (Wells; Welford; King; Papageorgiou; Wisely & Mendel, 2010).

وسلوكيات المواجهة هي في طبيعتها ميتامعرفية تتضمن الاحتفاظ بأنماط التفكير والمحاولات غير المفيدة للتحكم في الأفكار (Wells, 2007)، وتقوم متلازمة الانتباه المعرفي بدورها فتساعد على إطالة التفكير والنظر والتمعن في الاضطرابات النفسية مما يؤدي لعدم القدرة على التحكم، ولمزيد من الانتباه المتمركز حول الذات (Wells, 2007).

وهذا النموذج يستخدمه الأفراد كأساس للتعامل مع التهديد، وإذا ما استمر يحقق للفرد إشارات تعني للفرد أنه لم يكن آمن إذا ما توقف عن القلق أو حتى إذا ما انصرف عن هذا النشاط

المؤدي للقلق، وباستمرار التقييمات السلبية ينمو القلق العام (GAD) من خلال المعتقدات الميتمعرفية، فعندما تكون المعتقدات الميتمعرفية سلبية فإن ذلك يؤدي لارتفاع مستوى القلق، كما أن استخدام استراتيجيات مواجهة إيجابية مع المعتقدات السلبية عن القلق يؤدي إلى تذبذب غير مفيد في محاولة لتجنب الانخراط في القلق واستخدام استراتيجيات تنظيم معرفي غير مفيدة مثل الطمأننة ومحاولة قمع الأفكار التي تثير القلق، فتلك بدورها تؤدي إلى نتائج عكسية لا تسمح للشخص أن يكتشف ما أدى لعدم القدرة على السيطرة على القلق من قبل الذات (Wells, 2007)(Wells & king, 2006) ، كما أن ضعف القدرة على تنظيم الذات يعزز المعتقدات حول القلق والميتماقلق، وتتعلق دورة التغذية الراجعة الثانية للقلق باستراتيجيات التحكم في التفكير مثل "قمع الأفكار" التي تمثل مثير للقلق ، تلك الاستراتيجيات بدورها تتمثل في عدد من العمليات المتسلسلة لتعزيز التفكير والمعتقدات بأن القلق لا يمكن التحكم به (Ellis & Hudson, 2010). وهناك فكرة رئيسية يتضمنها النموذج وهي أن علاج القلق يجب أن يكون بالتركيز على تحدي المعتقدات الميتمعرفية السلبية والإيجابية الخاطئة، وكذلك على تعديل استراتيجيات التحكم غير التوافقية المستخدمة للسيطرة على القلق (Wells; Welford; King; Papageorgiou; Wisely & Mendel, 2010); (Wells, 2007); (Wells & king, 2006) ، ولقد حقق العلاج الميتمعرفي تحسن لدى مرضى القلق ووصلت نسبة التعافي إلى ٨٧% بين مرضى القلق. (Wells; Welford; King; Papageorgiou; Wisely & Mendel, 2010) . ومن الدراسات التي قدمت أدلة على صحة النموذج الميتمعرفي للقلق دراسة أجراها (Yılmaz; Gençöz & Wells, 2008)، على (٥٦١) كعينة غير اكلينيكية ، منهم (٤٥٧) طالباً جامعياً بالمرحلة الجامعية والدراسات العليا بتركيا، ممن هم بأعمار تراوحت بين (١٧ : ٥٢) سنة، بمتوسط عمر ٢٣,٥٥ سنة، وأثبتت نتائج هذه الدراسة أن المعتقدات الميتمعرفية الإيجابية والسلبية كانتا منبأتان بالقلق، كما أن إنخفاض الإدراك المعرفي بالذات أسهم في التنبؤ بالقلق. كما قام أليس وهودسون (Ellis & Hudson, 2010) بدراسة لاختبار النموذج الميتمعرفي للقلق العام لدى الأطفال والمراهقين، وذلك بهدف تقييم مدى إمكانية تطبيق هذا النموذج عند التعامل مع القلق لدى هذه الفئات العمرية، وإثباتنا بالأدلة أن هناك مجموعة متزايدة من الأدلة تدعم النموذج الميتمعرفي للقلق العام.

وأثبت أحمد الزيداني (٢٠١١) أن العوامل الميتمعرفية المتمثلة في المعتقدات السلبية التي تتعلق (بالعجز عن التحكم والثقة المعرفية والوعي بالذات) تتوسط العلاقة بين الضغوط النفسية المدركة وبين القلق والاكتئاب، وتمت هذه الدراسة على (١٨١) طالباً جامعياً بالسعودية، وبذلك

دعمت نتائج الدراسة النموذج الوظيفي التنفيذي لتنظيم الذات S-REF ، كما أسفرت نتائج الدراسة عن ارتباط القلق بالعوامل الميتامعرفية المتمثلة في الاعتقادات (الإيجابية المتعلقة بالهم - السلبية المتعلقة بالعجز عن التحكم - الثقة المعرفية - الحاجة للسيطرة على الأفكار - الوعي بالذات).

ثم قام أحمد الزيداني (٢٠١٢) بدراسه على (٢١٠) طالبًا جامعيًا منهم (١٢٠ طالبًا و ٩٠ طالبة) بمتوسط عمر (٢٢,١ سنة)، أسفرت نتائجها عن ارتباط القلق بالعوامل الميتامعرفية المتمثلة في (المعتقدات الإيجابية نحو الهم و العجز عن السيطرة وإدراك الخطر) ؛ بينما لا توجد علاقة بين القلق والعوامل الميتامعرفية المتمثلة في (الوعي بالذات والتوقع السلبي والحاجة للسيطرة على الأفكار والثقة المعرفية). واتسقت نتائج الدراسة جزئياً مع النموذج الوظيفي التنفيذي لتنظيم الذات S-REF.

وكذلك من الأدلة الداعمة للنموذج الميتامعرفي للقلق ما أثبتته نتائج الدراسة التي قام بها (Besharat ; Mirjalili ; Ehsan, 2015) ، والتي تمت على (١٠٠) شخص بإيران ممن يعانون من اضطراب القلق العام (٧٤ إناث و ٢٦ ذكور)، وأثبتت النتائج أنه توجد علاقة ارتباطية طردية بين المعتقدات الميتامعرفية والعجز المعرفي في التنظيم الانفعالي وبين القلق العام، كما أكدت النتائج أن المعتقدات الميتامعرفية تسهم في تشكيل وتفاقم واستمرار القلق العام. فنيات العلاج الميتامعرفي:

يعتمد العلاج الميتامعرفي على التحكم الإجرائي Executive Control إذ أن المعلومات الميتامعرفية تتمثل في مجموعة من المعتقدات اللفظية، وفي حالة علاج الاضطراب النفسي فيحتاج العميل إلي تغيير أنماط تفكيره، وأن يمر بخبرة التفكير بطرق جديدة، ويحتاج لتطوير مهارات التحكم العقلي لتكون أكثر مرونة، والتي بدورها سوف تسهم في تغيير المعتقدات الميتامعرفية، مما يؤدي إلى أنماط معرفية بديلة تكون أكثر توازناً (Wells & McNicol, 2014,778)، ولقد عرض واليس (Wells, 2009) مجموعة من فنيات العلاج الميتامعرفي تتمثل في:

- فنية تدريب الانتباه Attention Training Techniques (ATT) : وهذه الفنية تهدف لزيادة الوعي الميتامعرفي وتمكين الفرد من التحكم في الأفكار والأحداث الداخلية والتعامل معها كما يتعامل مع بعض المثيرات الخارجية على أنها ضوضاء في الخلفية"وذلك بشكل قصدي" دون اللجوء للقلق أو القمع، مما يساعد في خفض حدة القلق وضغوط أحداث الحياة اليومية

(Nassif & Wells, 2014)، حيث يعتمد تدريب الانتباه على مهام سمعية، إذ يتم توجيه العميل لممارسات بتوجيه انتباهه نحو مختلف الأصوات، وهي فنية تتألف من ثلاث مراحل تمارس في أثناء الجلسة، ثم يتبعها واجبات منزلية، وتهدف لاستعادة مرونة الانتباه وتعزيز القدرة على تنفيذ التحكم بالانتباه، وبالتالي تساعد على قطع متلازمة الانتباه المعرفي (Normann, et al., 2014)، كما تهدف تقنيات تدريب الانتباه إلى مقاطعة الأنماط المتكررة من التفكير السلبي، واستعادة المرونة للتحكم في أنماط التفكير، وفيها يتم تدريب العميل على التحكم في تكرار الأفكار المتطفلة والدخيلة والعمل على تنمية مرونة الانتباه، وهي فنية تم تصميمها بهدف تعديل التحكم الميتامعرفي وتعزيز المرونة الذاتية، وتعتمد على التنقل بين المثيرات السمعية (عادة ما تكون من ٦ : ٨) مثيرات، وتتم على مدار ١٢ دقيقة تقريباً، ويتم فيها توجيه العميل لتركيز انتباهه على الأصوات المختارة (الانتباه الانتقائي) من الجهات المكانية، ثم تبديل الانتباه بين الأصوات (بتبديل الانتباه والمواقع)، ثم العمل على الانتباه لكل الأصوات في آن واحد (مشاركة الانتباه)، (Wells, 2009)،

- الكشف عن متلازمة الانتباه الميتامعرفي **Detecting the CAS** : ففي العلاج الميتامعرفي MCT يتم تحديد (CAS) لكل شخص بصورة فردية، وكذلك يتم صياغة الحالة **case formulation** وعلاجها عن طريق تحدي المعتقدات الميتامعرفية اللاتوافقية (Normann ; Emmerik & Morina, 2014).

- الحوار السقراطي الميتامعرفي **Metacognitive- Socratic Dialogue**: فالحوار السقراطي على المستوى الميتامعرفي يساعد العميل على اكتشاف أن القلق إختيار (Hjemdal; Hagen & Nordahl, 2013).

- إعادة العزو الميتامعرفي اللفظي **Metacognitive Verbal Reattribution**: وفيها يتم التساؤل حول الأدلة المؤيدة والمعارضة للمعتقدات الميتامعرفية، وتقديم التضاد "لإظهار التنافر بينها"، والسؤال حول الآلية، والتشكيك في مزايا وعيوب المعتقدات الميتامعرفية، كما يتم تقييم جودة الأدلة الداعمة للمعتقد ، والتمييز بين المفاهيم المختلفة كأن يساعد المعالج العميل في التمييز بين مفاهيم (القلق - التوتر - الضغوط)، (Wells, 2007)؛ (Wells, 2009).

- تأجيل خبرة القلق : ففي العلاج الميتامعرفي يتم تعليم العميل أن لا يقمع التفكير، ولكن يمكن تأجيل التفكير في موضوع حيث يتم تحدي أفكار عدم السيطرة على القلق "بتأجيل خبرة القلق"، فيتعلم العميل أنه بدلاً من أن يركز على أفكاره ومخاوفه، فإنه يركز تدريجياً على أمور تجري

حوله، وذلك التركيز الخارجي يجعل من السهل على العميل المشاركة بالحياة اليومية (Hjemdal; Hagen & Nordahl, 2013).

- بروتوكول الخبرات السلوكية (P-E-T-S) Behavioral experiments protocol : وهو فنية ميتامعرفية تتضمن أربعة خطوات هي (الإعداد لتعديل الاستجابة- الكشف عن مثيرات القلق -الاختبار -التلخيص) (Wells, 2007) .

فنية "التيقظ المنفصل (DM) Detached Mindfulness Technique " : وفيها يتم تنمية قدرة العميل للسماح للأفكار المثيرة للقلق أن تأتي وتذهب دون الانخراط فيها، وتشير بدقة لأن العميل على بيئة بالإدراك الداخلي والأحداث والأفكار دون الرد عليها أو الاستجابة لها، وفي نفس الوقت فصل النفس عنها دون مزيد من الانخراط فيها أو في تفعيل التفكير فيما يخصها، وغالباً ما تستخدم استعارات للتدريب عليها (Normann, et al., 2014)، وتتضمن التركيز على عاملين هما (فك الارتباط من أي استجابة نشطة للحدث الداخلي - والتعبير عن الحدث بشكل منفصل عن الذات)، وهذا من شأنه مساعدة العميل ليصبح على وعي بالذات كمراقب موضوعي للأفكار ولكن منفصل عنها، وطبقاً لما عرضه وليس فهناك تقنيات تسهل هذه الفنية منها : استعارة الغيوم أو قطار الركاب فيما يسميه وليس " مهمة الارتباط الحر" (Hjemdal; Hagen & Nordahl, 2013) ، ولقد ذكر وليس (Wells, 2006) أن فنية التيقظ المنفصل نشأت في الأساس من نظرية تنظيم الذات الخاصة بمعالجة المعلومات لتفسير الاضطرابات الانفعالية، ويُنظر لها بكونها حالة ميتامعرفية تسهل تغيير العمليات المرضية الأساسية الكامنة، وتتطلب تفعيل على المستويين المعرفي والميتامعرفي، وتتضمن مرونة الانتباه وعدم التركيز على الأفكار والأبنية المعرفية والعمليات الداعمة لحالة الاضطراب (Wells, 2006) .

دراسات سابقة تطرقت لدراسة فاعلية العلاج الميتامعرفي في علاج القلق:

قام (Wells & king, 2006) بدراسة أثبت فيها ظهور تحسن كبير في مرحلة ما بعد العلاج الميتامعرفي من القلق في مدى بين (١,٠٤ : ٢,٧٨) وكانت معدلات التعافي (٨٧,٥% بعد العلاج) و (٧٥% بعد القياس التتبعي)، حيث تمت هذه الدراسة كدراسة أكلينيكية على المرضى، وكانت الدراسة التتبعية بعد عامين، تمثلت في (٦ إناث و٤ ذكور)، ممن تراوحت أعمارهم بين (٢٥ : ٧٦) سنة، وتلقى المرضى جلسات علاج ميتامعرفي أسبوعية فردية زمنها تراوح بين (٤٥ : ٦٠ دقيقة) ، ولم يزيد عدد الجلسات عن (١٢) جلسة، وتلقوا واجب منزلي مصاحب للعلاج ، وتم تتبعهم بدليل وليس (١٩٩٧ ، ٢٠٠ ، ٢٣٥) ، وجاءت النتائج تؤكد أن هناك تحسن

لجميع المرضى في جميع أبعاد القلق بمقياس القلق المركب وأبعاده (القلق الاجتماعي-القلق على الصحة-المتاقلق)، مما يثبت فعالية العلاج الميتامعرفي في خفض مستوى القلق بأبعاده . كما قارن (Wells; Welford; King; Papageorgiou; Wisely & Mendel, 2010) بين فعالية كل من العلاج الميتامعرفي والعلاج بالاسترخاء في علاج القلق لدى (٢٠) من المرضى، (١٢ امرأة و ٨ رجال) بأعمار تراوحت بين (٢٥ : ٧٨ سنة)، ولقد تم العلاج الميتامعرفي في هذه الدراسة بصورة فردية ، فتراوح عدد الجلسات من (٨ : ١٢) جلسة بزمن (٤٥ : ٦٠ دقيقة)، وكان هناك قياسين تتبعين أحدهما بعد ستة أشهر والآخر بعد ١٢ شهراً ، وأثبتت نتائج هذه الدراسة أن العلاج الميتامعرفي فعال في خفض حدة القلق، كما أنه أكثر فعالية من العلاج باستخدام تدريبات الاسترخاء .

كما قام (Bahadori ; Kalantari ; Marzieh, 2011) بدراسة هدفت إلى تحديد تأثير العلاج الميتامعرفي على أعراض الخوف من التقييم السلبي لدى مرضى اضطراب القلق الاجتماعي، وتمثلت عينة الدراسة من (١٩) مريض بالقلق الاجتماعي بإيران، وتم تقسيمهم لمجموعتين وتلقت المجموعة التجريبية (٨) جلسات للعلاج الميتامعرفي، بمعدل جلسة أسبوعياً، وتمت الدراسة التتبعية بعد (٣) شهور، وأظهرت النتائج تأثير العلاج الميتامعرفي في خفض أعراض الخوف من التقييم السلبي، وخفض حدة اضطراب القلق الاجتماعي.

وكذلك أجرى (Van-der-Heiden; Muris & Van-der-Molen, 2012) دراسة على (٥٤) مريض قلق بالعيادات الخارجية بهولندا ممن تراوحت أعمارهم بين (١٨ : ٦٥ سنة)، وباستخدام العلاج الميتامعرفي الذي دام لمدة (١٤) إسبوع بمعدل جلسة أسبوعياً بمتوسط زمن (٤٥) دقيقة ، وأثبت القياس البعدي والقياس التتبعي بعد ستة أشهر فعالية العلاج الميتامعرفي في خفض حدة القلق العام لدى هؤلاء المرضى.

كما قام (Valizade; Hasanvandi; Mehrbizade & Afkar, 2013) بدراسة كان الهدف منها هو التحقق من فعالية العلاج الميتامعرفي الجمعي في خفض حدة القلق لدى طلاب الجامعة، وتمثلت عينة الدراسة في (٢٧) طالباً جامعياً، (١٣ مجموعة تجريبية ، و ١٤ مجموعة ضابطة)، اعتماداً على النموذج الوظيفي التنفيذي لتنظيم الذات (S-REF) لماثيوس وواليس، وتضمن البرنامج (١٠) جلسات، بمعدل جلستين أسبوعياً، زمن الجلسة ساعتان، وتمت الدراسة التتبعية بعد شهر من انتهاء الدراسة التجريبية، وأثبتت النتائج فعالية العلاج الميتامعرفي في خفض حدة القلق لدى طلاب الجامعة.

كما نجح (Hjemdal; Hagen; Nordahl & Wells, 2013) في علاج حالة لشخص نرويجي أسماه ويليميز، كان يعاني من قلق عام، وفي هذه الدراسة تم اتباع خطوات العلاج الميتامعرفي لهذه الحالة بالتركيز على النموذج الوظيفي التنفيذي لتنظيم الذات (S-REF) و متلازمة الانتباه المعرفي، وأثبتت نتائج الدراسة والقياس التتبعي بعد ١٢ شهر أن مستوى التحسن من القلق وصل إلى (٨٠%)، مما يؤكد فعالية العلاج الميتامعرفي في علاج القلق العام . ولقد توصل (Hasani; Khani & Karami, 2014) إلى أن العلاج الميتامعرفي فعال في خفض حدة القلق العام لدى مرضي القلق العام بإيران، وكذلك كان له تأثير ملحوظ في خفض المعتقدات الميتامعرفية وعلاج الميقلق كما ساعد على خفض حدة الاكتئاب وأعراضه، وذلك ثبت من خلال دراستهم التي أجروها على مرضى القلق العام بأحد المستشفيات بإيران، وفي دراستهم قسموا المرضى إلى أربعة مجموعات (مجموعة العلاج الميتامعرفي، ومجموعة العلاج الدوائي، ومجموعة جمعت بين العلاج الميتامعرفي والدوائي، ومجموعة ضابطة)، وأشارت النتائج إلى أن علاج القلق العام كان أكثر فعالية في المجموعتين (العلاج الميتامعرفي ومجموعة الدمج بين العلاج الميتامعرفي والعلاج الدوائي)، وتأكدت تلك النتيجة في القياس البعدي وكذلك القياس التتبعي، كما تميز العلاج الميتامعرفي أنه علاج مختصر (عشر جلسات على الأكثر)، وأقوى أثراً بعد توقف جلساته.

وأجرى (Normann ; Emmerik & Morina, 2014) دراسة ما وراء التحليل ل(١٦) بحث منشور كان الهدف منهم دراسة فعالية العلاج الميتامعرفي، وكان مجمل عينات تلك الأبحاث (٣٨٤) شخصاً ممن يعانون من القلق أو الاكتئاب، وأثبتت نتائج الاستعراض المنهجي لهذه الدراسات أن العلاج الميتامعرفي فعال في علاج اضطرابات القلق والاكتئاب، كما أن أحجام التأثير كانت كبيرة داخل مجموعات العلاج، وكذلك أثبتت القياسات التتبعية الأثر الممتد للعلاج الميتامعرفي لفترة زمنية بعد إنتهاء العلاج، كما أن للعلاج الميتامعرفي دور فعال في تعديل المعتقدات الميتامعرفية .

كما نجح (McEvoy ; Erceg-Hurn; Campbell; Saulsman ; Summers & Nathan, 2015) في علاج (٥٢) من مرضي إحدى عيادات الصحة النفسية باستراليا (٧٧% اضطراب القلق العام ، و ١٧% ممن يعانون الاكتئاب و ٦% اضطرابات نفسية أخرى) بمتوسط عمر (٣٨ سنة) ٦٠% منهم إناث ، وكان الهدف من الدراسة هو التحقق من فعالية العلاج الميتامعرفي المختصر في خفض القلق العام، إلى جانب اختبار أثر العلاج الميتامعرفي

على المعتقدات الميتامعرفية السلبية والإيجابية والأفكار السلبية المتكررة، وتم العلاج بمتوسط ستة جلسات، بمعدل جلسة أسبوعياً زمنها ساعتان، ثم تمت الدراسة التتبعية بعد شهر، وأظهرت نتائج القياس البعدي والتتبعي فعالية العلاج الميتامعرفي في خفض حدة القلق العام، وكذلك خفض المعتقدات الميتامعرفية الإيجابية والسلبية المصاحبة للقلق وكذلك طريقة التفكير السلبية المصاحبة له .

وأجرى (Sadeghi,R ; Mokhber ; Mahmoudi ; Asgharipour & Seyfi, 2015) دراسة ما وراء التحليل "meta - analysis" كمراجعة منهجية لتعقب ١٥ دراسة تجريبية كانت قائمة على العلاج الميتامعرفي بهدف خفض حدة القلق العام، وأكدت نتائج هذه الدراسة أن العلاج الميتامعرفي يساعد الأشخاص الذين لديهم اضطراب القلق العام في خفض حدة هذا القلق ويساعدهم على التحكم في مشكلاتهم النفسية مما يسمح لهم بأن يؤديوا أدوار حياتية منتجة . ولقد قارن (Karegarzadeh & Daneshvar, 2015) بين فعالية العلاج الميتامعرفي والعلاج السلوكي المختصر في خفض حدة القلق العام لدى (٤٥) مريضاً بالعيادات النفسية بإيران، ممن تم تقسيمهم إلى ثلاث مجموعات إحداها مجموعة ضابطة، وقوام كل مجموعة (١٥) مريض، وتمت الدراسة التجريبية لمدة شهرين، وأثبتت النتائج فعالية البرنامجين العلاجين في علاج القلق ؛ إلا أن العلاج الميتامعرفي كان الأكثر فعالية .

كما أجرى (Ashoori, 2015) دراسة كان الهدف منها هو المقارنة بين العلاج الميتامعرفي والعلاج بالمخططات في خفض حدة القلق لدى طالبات الجامعة بكلية التمريض، ولقد تمت الدراسة على (٦٠) من طالبات التمريض من ذوي المستوى المرتفع من القلق، وتم تقسيمهم إلى ثلاث مجموعات إحداها مجموعة ضابطة و(١٠) منهم انضموا لبرنامج العلاج الميتامعرفي، والمجموعة الثالثة كانت مجموعة العلاج بالمخططات وتكونت من (١٠) طالبات، وامتدت الدراسة على مدار عشرة جلسات، كان متوسط زمن الجلسة (٧٠ دقيقة)، وأثبتت نتائج الدراسة أن مجموعة العلاج بالمخططات أكثر تحسناً، إلا أن الدراسة التتبعية أثبتت أن كلاً من العلاج الميتامعرفي والعلاج بالمخططات فعال في خفض حدة القلق لدى الطالبات .

كما قام (Lakshmi; Sudhir; Sharma & Math, 2016) بالتحقق من فعالية العلاج الميتامعرفي في خفض حدة القلق الاجتماعي، حيث قارنوا بين العلاج الميتامعرفي وبين التدريب على الاسترخاء لدى عينة تجريبية تم تقسيمها إلى مجموعتين، وبدأت الدراسة بثمانية مرضى ثم أنتهت بأربعة مرضى بالهند تراوحت أعمارهم بين (١٨ : ٤٥) سنة، وأثبتت نتائج الدراسة التجريبية أن كلاً من العلاج الميتامعرفي والتدريب على الاسترخاء فعال في خفض حدة القلق

الاجتماعي، إلا أن مجموعة العلاج الميتامعرفي كانت أكثر إنخفاضاً في بُعد التجنب الاجتماعي، وأكدت هذه النتائج الدراسة التتبعية بعد ثلاثة شهور.

كما قام (Sedgh; Madahi; Abadi & Mirzaee, 2016) بدراسة لتحديد تأثير العلاج الميتامعرفي على الميئاقلق والرضا عن الحياة لدى (٢٠) من مريضات سرطان الثدي، ممن هن بأعمار تراوحت بين (٢٠ - ٤٠) سنة في طهران، وبإجراء جلسات العلاج الميتامعرفي التي أستمرت لمدة عشرة جلسات أثبتت النتائج فعالية العلاج الميتامعرفي في خفض حدة الميئاقلق لديهن وتحسن مستوى الرضا عن الحياة، كما أكدت ذلك نتائج الدراسة التتبعية التي تمت بعد ستة أشهر.

كما أجرى (Zemestani; Davoodi; Honarmand; Zargar & Ottaviani, 2016) دراسة كان الهدف منها هو المقارنة بين أثر العلاج الميتامعرفي والعلاج السلوكي على القلق والاكتئاب والتنظيم الانفعالي لدى (٢٥ طالبة و١٦ طالباً) من طلاب الجامعة مرتفعي الاكتئاب ممن كانوا بأعمار بين (١٨ - ٣٠) سنة بمتوسط عمر (٢٤,٢) سنة، ولقد تمت الدراسة بتقسيم الطلاب إلى مجموعتين تجريبيتين قوام كل منهما (١٥) طالب، وتم تطبيق الجلسات بالبرنامجين على مدار (٨) أسابيع، وأثبتت نتائج الدراسة أن كلاً من العلاج الميتامعرفي والعلاج السلوكي فعال في خفض القلق والاكتئاب، بينما بالنسبة للتنظيم الانفعالي فاختلف الأثر في "إعادة التقييم المعرفي والتفكير الكارثي" لصالح مجموعة العلاج الميتامعرفي، كما ظهرت انتكاسة في الدراسة التتبعية بالنسبة لمجموعة العلاج السلوكي.

وقد تحري (Hjemda; Hagen; Solem; Nordah ; Kennair; Ryum & Nordah, 2017) دور العلاج الميتامعرفي في خفض حدة الاكتئاب والقلق، وتمت هذه الدراسة علي (١٠ مريض) محالين للعيادة الجامعية بالنرويج (٨ نساء و٢ رجال) بأعمار بين (١٨ : ٦٠ سنة)، بمتوسط عمر (٢٨,٤) سنة، وتضمن البرنامج عشرة جلسات، ثم أجريت الدراسة التتبعية بعد ستة أشهر، وأثبتت النتائج فعالية العلاج الميتامعرفي في خفض القلق والاكتئاب، وامتداد الأثر الإيجابي للبرنامج لمدة ستة أشهر.

كما قارن (Johnson; Hoffarta; Nordahlc & Wampolda, 2017) بين فعالية العلاج الميتامعرفي وفعالية العلاج المعرفي في علاج عدد من الاضطرابات، كان من بينها القلق، وأجريت هذه الدراسة على عينة تجريبية تمثلت في البداية من (٩٠ مريض تم تقسيمها إلى مجموعتين هما ٤٥ مجموعة العلاج الميتامعرفي و٤٥ مجموعة العلاج المعرفي)، ولكن باستمرار

الدراسة أصبح عدد أفراد المجموعتين التجريبيتين (٣٨ للعلاج المعرفي السلوكي و٣٦ للعلاج الميتماعرفي)، وأثبتت النتائج فعالية كلا العلاجين في علاج القلق، إلا أن العلاج الميتماعرفي تفوق على العلاج المعرفي السلوكي في علاج القلق، وبذلك فكان العلاج الميتماعرفي له تأثير أسرع على القلق، ثم تمت الدراسة التتبعية بعد سنة على (٥٩ مريض، ٣٠ للعلاج المعرفي السلوكي و٢٩ للعلاج الميتماعرفي)، وظهرت النتائج إستمرار الأثر للبرنامجين، كما أكدت النتائج أنه لم تكن هناك فروق بين المجموعتين التجريبيتين بالنسبة للقلق مما أظهر مزيد من التحسن في مجموعة العلاج المعرفي السلوكي خلال فترة المتابعة، أي أن العلاج الميتماعرفي كان أسرع لعلاج القلق.

كما دمج (Sudhir ; Rukmini ; Sharma, 2017) بين استراتيجيات العلاج الميتماعرفي والعلاج المعرفي السلوكي في علاج حالة رجل بالهند كان يبلغ من العمر ٣٤ سنة وكان يعاني من اضطراب القلق العام، وكان يعبر عن أعراض مرضه بأنه لديه مخاوف مفرطة على مدى اليوم، وعدم القدرة على الاسترخاء، واضطرابات في النوم، والنسيان، وصعوبة في التركيز، بجانب معاناته من التوتر، والصعوبات التي أصبح يشعر بها في الخمس سنوات الأخيرة في إدارة الوقت واتخاذ القرارات، ولقد تمت جلسات العلاج على مدى (١٢) جلسة بمعدل جلسة إسبوعياً، وأكدت نتائج الدراسة فعالية الدمج بين العلاجين في علاج القلق وخفض حدة الأعراض، وأصبح العميل أكثر ثقة في إدارته لقلقه وفي قدرته على إتخاذ القرارات، كما عبر عن انخفاض الشعور بالتوتر. كما قاما (Nordah & Wells, 2018) بدراسة أجريها على ثلاثة ممن يعانون من قلق اجتماعي، (الحالة الأولى كانت امرأة عمرها ٢٤ سنة كانت عبرت عن أعراض القلق الاجتماعي منذ أربعة سنوات- والحالة الثانية تمثلت في رجل متقاعد عمره سبعون عاماً، ذكر أنه يعاني قلق اجتماعي منذ المراهقة - والحالة الثالثة كانت امرأة عمرها ٢٧ سنة كانت تعاني من قلق عام واضطراب شخصية تجنبية واضطراب اكتئاب متكرر إلى جانب قلق اجتماعي مرتفع، وذلك كان منذ بداية دراستها بالمدرسة مما أدى بها للانسحاب من دراستها عدة مرات)، وتألف البرنامج من ثمان جلسات، بمعدل جلسة أسبوعياً، زمن الجلسة (٥٥ : ٦٠ دقيقة)، وتم اتباع الخطة العلاجية للعلاج الميتماعرفي، وأثبتت نتائج الدراسة فاعلية العلاج الميتماعرفي في علاج القلق الاجتماعي، وتبع ذلك تحسن في (القلق العام ومتلازمة الانتباه المعرفي والمعتقدات الميتماعرفية والاكتئاب)، وكذلك امتد الأثر الإيجابي للبرنامج الإرشادي لعد ستة أشهر من أنتهاء البرنامج كما ظهر ذلك من خلال الدراسة التتبعية بعد ستة أشهر.

كما نجحنا (Sharma & Mehta, 2018) في علاج حالة امرأة بالهند عمرها (٣٧) سنة كانت تعاني من اضطراب مختلط يجمع بين القلق والاكتئاب، واستمر برنامج العلاج الميتماعرفي على مدار عشرة جلسات، زمن الجلسة ساعة، وبتابع خطة العلاج الميتماعرفي لواليس، أثبتت نتائج الدراسة فاعلية البرنامج في خفض (القلق - الاكتئاب- القلق المركب)، وأكد على ذلك نتائج القياس التتبعي بعد شهرين من انتهاء البرنامج. تعقيب على الدراسات السابقة:

- ١- هناك دراسات كان من بين أهدافها دراسة فعالية العلاج الميتماعرفي في تعديل متلازمة الانتباه المعرفي ، ومنها دراسات (Nordah & Wells, 2018); (Hjemdal,et al.,2013)
- ٢- نجح العديد من الباحثين في علاج القلق العام باستخدام برامج العلاج الميتماعرفي ، ومنهم : (Hjemdal, et al., 2013) ; (Hasani, et al., 2014);(Karegarzadeh & Daneshvar, 2015); (McEvoy, et al., 2015); (Nordah & Wells, 2018); (Sadeghi,R , et al., 2015); (Sudhir, et al., 2017); (Van-der-Heiden, et al., 2012)
- ٣- هناك بعض الباحثين الذين قاموا بدراسة أثر العلاج الميتماعرفي على القلق لدى طلاب الجامعة، ومنهم (Zemestani, et al., 2016) ; (Valizade,et al., 2013); (Ashoori, 2015);
- ٤- هناك بعد الدراسات التي اعتمدت على العلاج الميتماعرفي في خفض حدة القلق الاجتماعي منها الدراسات التي قام بها (Bahadori ; Kalantari ; Marzieh, 2011); (Lakshmi; Sudhir; Sharma & Math, 2016); (Nordah & Wells, 2018)
- ٥- بعض الدراسات قامت بدراسة أثر العلاج الميتماعرفي على القلق بنوعيه الأول والثاني (القلق الاجتماعي- القلق على الصحة - الميتماعرفي) منها دراسات (Sharma & Mehta, 2018); (Wells & king, 2006)
- ٦- دراسة (Sedghi, et al., 2016) كان الهدف منها دراسة فاعلية العلاج الميتماعرفي في خفض حدة الميتماعرفي.

ولقد استفادت الباحثة من الدراسات السابقة في تحديد المدى الزمني للبرنامج وعدد جلسات البرنامج الإرشادي وزمن كل جلسة، وزمن الدراسة التتبعية ، ومحتوى الجلسات.

فروض البحث :

في ضوء ما تم عرضه من إطار نظري ودراسات سابقة يمكن صياغة فروض البحث كالتالي :

١- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياسي (متلازمة الانتباه المعرفي- القلق العام) لصالح القياس البعدي.

٢- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي لمقياسي (متلازمة الانتباه المعرفي- القلق العام) لصالح المجموعة التجريبية.

٣- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على مقياسي (متلازمة الانتباه المعرفي- القلق العام).

الطريقة والإجراءات:

(أ) الإجراءات:

١- منهج البحث: تم استخدام المنهج شبه التجريبي لدراسة فعالية برنامج إرشادي لتعديل متلازمة الانتباه المعرفي في ضوء نظرية العلاج الميتامعرفي لواليس في خفض حدة القلق العام لدى طالبات الجامعة، باستخدام تصميم المجموعتين المتكافئتين (مجموعة تجريبية ومجموعة ضابطة) لتحقيق الضبط التجريبي، والمجموعة التجريبية ذات القياس القبلي والبعدي والتتبعي لدراسة فعالية البرنامج.

٢- عينة البحث:

أولاً: عينة البحث الأساسية: تم اختيار عينة البحث الأساسية بطريقة عشوائية بسيطة من طالبات كلية التربية بجامعة قناة السويس بالفصل الدراسي الثاني للعام الجامعي (٢٠١٦-٢٠١٧)، وتكونت عينة الدراسة من (٢٠٤) طالبة، بأعمار تراوحت بين (١٨ : ٢٢) سنة، بمتوسط عمر (٢٠,٦) سنة، وانحراف معياري (٠,٧٨)، كانوا موزعين (٨٩) بالفرقة الثانية، و (٧٢) بالفرقة الثالثة، و (٤٣) بالفرقة الرابعة)، (٨٩) منهم بالشعب العلمية و (١١٥) بالشعب الأدبية)، ولقد ساهم تطبيق أدوات البحث على الطالبات بالعينة الأساسية بالدراسة للتحقق من الخصائص السيكومترية لمقاييس البحث.

ثانياً: عينة البحث التجريبي: ولقد تمثلت في (٢٠) طالبة من طالبات كلية التربية من مرتفعي القلق العام (ممن وقعن في فئة الأرباعي الأعلى لمتلازمة الانتباه والقلق العام)، وقد تم تقسيمهن إلى مجموعتين أحدهما تجريبية وقوامها (١٠) طالبات، والأخرى ضابطة وقوامها (١٠) طالبات. وللتحقق من تجانس متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في مقاييس (القلق العام GAD - متلازمة الانتباه المعرفي CAS - الأفكار المقلقة AnTI بأبعاده- الميثاقلق MWQ) قبل تنفيذ إجراءات البرنامج، وذلك من خلال اختبار "مان وتني Man-Whitney" لدراسة الفروق بين المجموعات الصغيرة المستقلة في القياس القبلي، والجدول (١) يوضح ذلك:

جدول (١) يوضح قيمة (U) ودلالاتها الإحصائية للفروق بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على مقاييس (القلق العام GAD - متلازمة الانتباه المعرفي CAS - الأفكار المقلقة AnTI - الميثاقلق MWQ)

قيمة U	القياس القبلي للمجموعة الضابطة			القياس القبلي للمجموعة التجريبية			المتغير
	مجموع الرتب	متوسط الرتب	ن٢	مجموع الرتب	متوسط الرتب	ن١	
٣٧	٩٢	٩,٢	١٠	١١٨	١١,٨	١٠	القلق العام GAD
٤٣,٥	٩٨,٥	٩,٨٥	١٠	١١١,٥	١١,١٥	١٠	متلازمة الانتباه المعرفي CAS
٤٧,٥	١٠٧,٥	١٠,٧٥	١٠	١٠٢,٥	١٠,٢٥	١٠	بُعد القلق الاجتماعي AN1
٤٧	١٠٢	١٠,٢	١٠	١٠٨	١٠,٨	١٠	بُعد القلق على الصحة AN2
٤٣,٥	١١١,٥	١١,١٥	١٠	٩٨,٥	٩,٨٥	١٠	بُعد الميثاقلق AN3
٤٣,٥	١٠٦	١٠,٦	١٠	١٠٤	١٠,٤	١٠	اختبار الأفكار المقلقة AnTI
٤٦,٥	١٠١,٥	١٠,١٥	١٠	١٠٨,٥	١٠,٨٥	١٠	الميثاقلق MWQ

ويتضح من الجدول (١) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على مقاييس (القلق العام GAD - متلازمة الانتباه المعرفي CAS - الأفكار المقلقة AnTI بأبعاده- الميثاقلق MWQ)، حيث أن قيم (U) كانت جميعها غير دالة مما يدل على تجانس المجموعتين التجريبية والضابطة قبل تطبيق البرنامج.

٣- أدوات البحث:

(١) مقياس اضطراب القلق العام النسخة المنقحة **Generalized Anxiety Disorder Scale - Revised (GADS-R)** . إعداد واليس (Wells, 2009) و تعريب

الباحثة :-

وهو عبارة عن مقياس للقلق العام، أعده واليس بهدف التقييم على مدار جلسات علاج القلق العام، ويحتوي هذا المقياس على جزئين متميزين هما:

- الجزء الأول: يُقيم أعراض القلق واستجابات المريض في الأسبوع الماضي، ويتضمن أربعة أقسام فرعية يُجاب عنها من خلال تدرّج من تسعة نقاط تتراوح بين (صفر إلى ٨)، القسم الأول والثاني يمثلان البعد الأول للمقياس (يُعد الهموم المحبّطة)، والقسم الثالث يتكون من (٩) بنود ويقاس البعد الثاني للمقياس (السلوكيات التوافقية مع القلق)، والقسم الرابع يتكون من (٦) بنود ويقاس البعد الثالث للمقياس (السلوك التجنّبي للقلق).

- الجزء الثاني: يتضمن المعتقدات الميتماعرفية للتعامل مع القلق، ويتمثل في (١٢) بند مقسمين إلى مجموعتين كلٍ منها يتضمن ستة بنود، أحدهما يقيس المعتقدات الميتماعرفية السلبية عن القلق وتمثل البعد الرابع للمقياس، والآخر يقيم المعتقدات الميتماعرفية الإيجابية عن القلق ويمثل البعد الخامس للمقياس، ويتم الاستجابة على هذه البنود من خلال تدرّج من (١١) نقطة تتدرج من (صفر% : ١٠٠%).

وفي هذا البحث قامت الباحثة بتعريب النسخة الإنجليزية لمقياس اضطراب القلق العام النسخة المنقحة **Generalized Anxiety Disorder Scale - Revised (GADS-R)** باتباع الخطوات التالية :

- تمت ترجمة المقياس من اللغة الانجليزية إلى اللغة العربية على يد باحثة متخصصة بمجال دراسة اللغة الانجليزية، ثم تم عرض الترجمة على ثلاثة من أساتذة الصحة النفسية وعلم النفس للأخذ باقتراحاتهم نحو الصياغة اللغوية لعبارات المقياس بعد ترجمته للغة العربية، وأخذت هذه المقترحات بعين الاعتبار، ثم تمت الترجمة العكسية للمقياس من اللغة العربية إلى اللغة الإنجليزية مرة أخرى "فيما يسمى بالترجمة العكسية" فلم يكن هناك خلل من حيث المعنى أو المضمون .

-ثم تم التحقق من الخصائص السيكومترية لمقياس اضطراب القلق العام النسخة المنقحة **(GADS-R)** بإجرائه على طالبات الجامعة الممثلين لعينة الدراسة الأساسية وعددهم (٢٠٤) طالبة) من خلال الخطوات التالية :-

(أ) الصدق البنائي لمقياس اضطراب القلق العام النسخة المنقحة (GADS-R):
استخدم التحليل العاملي التوكيدي بطريقة أقصى احتمال Maximum Likelihood (ML) وذلك لدراسة مدى تشبع مفردات مقياس اضطراب القلق العام النسخة المنقحة (GADS-R) على أبعاد المقياس، وفيما يلي مؤشرات المطابقة للنموذج كما بجدول (٢):

جدول (٢) مؤشرات المطابقة للنموذج لمقياس اضطراب القلق العام النسخة المنقحة (GADS-R)

المؤشر	RMSEA	X ² /df	NNFI	GFI
القيمة	٠,٠٥٥	١,٧	٠,٩٩	٠,٩٣

وفي جدول (٢) قد توصلت النتائج إلى مؤشرات مقبولة وفيما يلي تشبعات المفردات والخطأ المعياري وقيمة اختبار "ت" المناظر لكل مفردة من مفردات المقياس كما بجدول (٣):

جدول (٣) تشبعات المفردات والخطأ المعياري وقيمة اختبار ت المناظر لكل مفردة بمقياس اضطراب القلق العام النسخة المنقحة (GADS-R)

البيد	م	التشبع	الخطأ المعياري	قيمة ت
الهوم المحيطية	G1	٠,٦٢٩	٠,٠٩٩	٦,٣٣
	G2	٠,٦٨٠	٠,١٠٤	٦,٥٧
السلوكيات التكيفية مع القلق	G3-1	٠,١١٣	٠,٠٨٩	١,٢٧
	G3-2	٠,٣٤٠	٠,٠٨٧	٣,٨٩
	G3-3	٠,٣٦٣	٠,٠٨٧	٤,١٧
	G3-4	٠,٤١١	٠,٠٨٧	٤,٧٤
	G3-5	٠,٤٣١	٠,٠٨٧	٤,٩٧
	G3-6	٠,٣٩٢	٠,٠٨٧	٤,٥١
	G3-7	٠,٣٦٥	٠,٠٨٧	٤,١٩
	G3-8	٠,٣٤٤	٠,٠٨٧	٣,٩٤
	G3-9	٠,٤١٠	٠,٠٨٧	٤,٧٢
السلوك التجنبي للقلق	G4-1	٠,٤٠١	٠,٠٨٦	٤,٦٥
	G4-2	٠,٣٥٦	٠,٠٨٧	٤,١١
	G4-3	٠,٣٠٥	٠,٠٨٧	٣,٥٠
	G4-4	٠,٥٣٦	٠,٠٨٧	٦,٢٠
	G4-5	٠,٤٧٢	٠,٠٨٦	٥,٤٨
	G4-6	٠,٤٣٠	٠,٠٨٨	٠,٤٩
المعتقدات الميتامعرفية السلبية	G5-1	٠,٤٨٥	٠,٠٧٤	٦,٥٨
	G5-3	٠,٧٥٥	٠,٠٦٨	١١,١٧
	G5-5	٠,٦٧٣	٠,٠٧٠	٩,٦٩
	G5-7	٠,٦١٠	٠,٠٧١	٨,٦٠
	G5-9	٠,٥٠٧	٠,٠٧٣	٦,٩٣
G5-11	٠,٤٩٦	٠,٠٧٤	٦,٧٦	

٨,٧٣	٠,٠٧٤	٠,٦٤٥	G5-2	المعتقدات الميتامعرفية الإيجابية
٩,٢٣	٠,٠٧٣	٠,٦٧٧	G5-4	
٥,٣١	٠,٠٧٨	٠,٤١٣	G5-6	
٧,٦٥	٠,٠٧٥	٠,٥٧٤	G5-8	
٥,١٢	٠,٠٧٨	٠,٤٠٠	G5-10	
٧,٦٤	٠,٠٧٥	٠,٥٧٤	G5-12	

ومن جدول (٣) يتضح أنه قد كانت جميع التشبعات دالة عند مستوى دلالة ٠,٠٥ واستبعدت المفردة 1-G3 من البعد الثاني والمفردة (6-G4) من البعد الثالث لعدم دلالة تشبعها وتدني قيمة "ت" لها عن ١,٩٦.

(ب) ثبات مقياس اضطراب القلق العام النسخة المنقحة (GADS-R):

لقد تم حساب معاملات الثبات لمقياس اضطراب القلق العام النسخة المنقحة (GADS-R) وأبعاده بطريقة ألفا كرونباخ وطريقة التجزئة النصفية فكانت كما بجدول (٤)

جدول (٤) لحساب ثبات مقياس اضطراب القلق العام النسخة المنقحة (GADS-R) وأبعاده بطريقتي ألفا كرونباخ والتجزئة النصفية

ألفا للمقياس ككل	بطريقة التجزئة النصفية	ألفا للبعد بطريقتي ألفا كرونباخ	ألفا بعد حذف المفردة	م	البعد	
٠,٧٤	٠,٦٠٠	٠,٦٠٠	٠,٤٢	G1	الهموم المحبطة	
			٠,٤٢	G2		
	٠,٥٣	٠,٥٤	٠,٥٤	٠,٥٧	G3-1	السلوكيات التكيفية مع القلق
				٠,٥٠	G3-2	
				٠,٤٨	G3-3	
				٠,٤٩	G3-4	
				٠,٤٨	G3-5	
				٠,٤٨	G3-6	
				٠,٥١	G3-7	
				٠,٥٢	G3-8	
				٠,٤٩	G3-9	
	٠,٥٢	٠,٤٣	٠,٤٣	٠,٣٥	G4-1	السلوك التجنبي للقلق
				٠,٤١	G4-2	
				٠,٣٩	G4-3	
				٠,٢٦	G4-4	
				٠,٣٥	G4-5	
				٠,٥٠	G4-6	
	٠,٦٨	٠,٧٦	٠,٧٦	٠,٧٥	G5-1	المعتقدات الميتامعرفية السلبية
				٠,٦٩	G5-3	
٠,٧١				G5-5		
٠,٧٢				G5-7		
٠,٧٣				G5-9		
٠,٧٤				G5-11		

	٠,٦٩	٠,٧٠	٠,٦٥	G5-2	المعتقدات الميتامعرفية الإيجابية
			٠,٦٤	G5-4	
			٠,٧٠	G5-6	
			٠,٦٥	G5-8	
			٠,٦٧	G5-10	
			٠,٦٥	G5-12	

فبحذف المفردة (G3-1) من البُعد الثاني و المفردة (G4-6) من البُعد الثالث زاد ثبات البُعد، أي أنهما تمثلان عبء على البُعد لذا تم حذفهما، حيث كانت قيمة "ت لها (-٢,٧٧).

وبذلك فقد تم التحقق من صدق مقياس اضطراب القلق العام النسخة المنقحة (GADS-R) وثباته، مما يدل على أنه يتمتع بخصائص سيكومترية جيدة، لذا تم الاعتماد عليه بالبحث الحالي.

(٢) مقياس متلازمة الانتباه المعرفي CAS-1 :

قام واليس (Wells, 2009) بإعداد مقياس متلازمة الانتباه المعرفي ويمكن وصفه بأنه مقياس تقرير ذاتي مكون من (١٦) بند، يقيس بعض العمليات المعرفية والمعتقدات الميتامعرفية، ويساعد في تشخيص اضطرابات القلق والاكتئاب، وفيه الأسئلة من (١ : ٣) تسأل عن حالة الفرد خلال الأسبوع الماضي، وتقيم ذلك في تدرّج من تسعة نقاط تتراوح بين (صفر إلى ٨)، حيث السؤال الأول يقيم خبرة القلق ويطلق عليه بُعد اجترار القلق، والسؤال الثاني يقيم مراقبة التهديد ويطلق عليه بُعد مراقبة التهديد، والسؤال الثالث يقيم سلوكيات تنظيم الذات غير المفيدة ويقيسه ستة بنود يُجاب عليها في مقياس متدرج في تسعة نقاط تتراوح بين (صفر إلى ٨) ويطلق عليه بُعد سلوكيات تنظيم الذات غير المفيدة، والسؤال الرابع يقيس المعتقدات الميتامعرفية السلبية والإيجابية ويتم الإجابة عليه من خلال تدرّج من ١١ نقطة (من صفر إلى ١٠٠)، وهو مقسم إلى عمودين أحدهما يقيس المعتقدات الميتامعرفية السلبية ويتكون من أربعة بنود، والعمود الآخر يقيس المعتقدات الميتامعرفية الإيجابية ويتكون من أربعة بنود (Patel; Mansell & Veale, 2014).

وفي البحث الحالي قامت الباحثة بتعريب النسخة الإنجليزية لمقياس متلازمة الانتباه المعرفي

CAS-1 باتباع الخطوات التالية :

- تمت ترجمة المقياس من اللغة الانجليزية إلى اللغة العربية على يد باحثة متخصصة بمجال دراسة اللغة الانجليزية، ثم تم عرض الترجمة على ثلاثة من أعضاء هيئة التدريس المتخصصين

في مجال الصحة النفسية وعلم النفس لأخذ باقتراحاتهم نحو الصياغة اللغوية لعبارات المقياس بعد ترجمته للغة العربية، وأخذت هذه المقترحات بعين الاعتبار، ثم تمت الترجمة العكسية للمقياس من اللغة العربية إلى اللغة الإنجليزية مرة أخرى "فيما يسمى بالترجمة العكسية" فلم يكن هناك خلل من حيث المعنى أو المضمون .

ثم تم التحقق من الخصائص السيكومترية لمقياس متلازمة الانتباه المعرفي CAS-1 بإجرائه على طالبات الجامعة الممثلين لعينة الدراسة الأساسية وعددهم (٢٠٤ طالبة) من خلال الخطوات التالية :-

(أ) الصدق البنائي لمقياس متلازمة الانتباه المعرفي CAS-1 :

استخدم التحليل العاملي التوكيدي بطريقة اقصى احتمال Maximum Likelihood (ML) وذلك لدراسة مدى تشبع مفردات مقياس متلازمة الانتباه المعرفي CAS-1 على

أبعاد المقياس، وفيما يلي مؤشرات المطابقة للنموذج كما بجدول (٥):

جدول (٥) مؤشرات المطابقة للنموذج لمقياس متلازمة الانتباه المعرفي CAS-1

المؤشر القيمة	RMSEA	X ² /df	NNFI	GFI
٠,٠٩٣	٢,٥	٠,٩٩	٠,٩٠	

وقد توصلت النتائج بجدول (٥) إلى مؤشرات مقبولة وفيما يلي تشبعات المفردات على

الأبعاد الأربعة وقيم الخطأ المعياري وقيمة "ت" المقابلة، كما بجدول (٦):

جدول (٦) تشبعات المفردات والخطأ المعياري وقيمة اختبار ت المناظر لكل مفردة بمقياس

متلازمة الانتباه المعرفي CAS-1

البعد	م	التشبع	الخطأ المعياري	قيمة ت
اجترار القلق ومراقبة التهديد	C1	٠,٦٢٣	٠,٨٩	٧,٠١
	C2	٠,٧٥٠	٠,٠٩٦	٧,٨٢
سلوكيات تنظيم الذات غير المفيدة	C31	٠,٥٥٩	٠,٠٨١	٦,٩٤
	C32	٠,٦٣١	٠,٠٨٠	٧,٨٥
	C33	٠,٢٣٢-	٠,٠٨٤	٢,٧٧-
	C34	٠,٣٨٠	٠,٠٨٢	٤,٧٢
	C35	٠,٥٢٠	٠,٠٨١	٦,٤٤
	C36	٠,٣٤١	٠,٠٨٣	٤,١١
	C41	٠,٦٦٧	٠,٠٨٦	٧,٨٠
المعتقدات الميتامعرفية السلبية	C43	٠,٥٥٥	٠,٠٨٤	٦,٦٤
	C45	٠,٤٦٤	٠,٠٨٤	٥,٥٥
	C47	٠,٤٥٩	٠,٠٨٤	٥,٤٩
المعتقدات الميتامعرفية الإيجابية	C42	٠,٥٠٩	٠,٠٩١	٢,٧٥
	C44	٠,١٢٢	٠,٠٥٦	٢,١٨
	C46	٠,١٧٤	٠,٠٢٩	٥,٩٦
	C48	٠,١٦٤	٠,٠٢٩	٥,٧٥

ومن جدول (٦) يتضح أنه قد كانت جميع التشبهات دالة عند مستوى دلالة ٠,٠٥ واستبعدت المفردة (3-3 c) من البعد الثاني لعدم دلالة تشبعها وتدني قيمة ت لها عن ٠,٩٦.

(ب) الثبات : لقد تم حساب معاملات الثبات لمقياس متلازمة الانتباه المعرفي CAS-1 وأبعاده بطريقة ألفا كرونباخ وطريقة التجزئة النصفية فكانت كما بجدول (٧)
جدول (٧) لحساب ثبات مقياس متلازمة الانتباه المعرفي CAS-1 وأبعاده بطريقتي ألفا كرونباخ والتجزئة النصفية

البعد	م	ألفا بعد حذف المفردة	ثبات البعد بطريقة ألفا كرونباخ	ثبات البعد بطريقة التجزئة النصفية	ألفا للمقياس ككل بطريقة ألفا كرونباخ
اجترار القلق ومراقبة التهديد	C1	٠,٤٦	٠,٦٣	٠,٦٣	٠,٦٤
	C2	٠,٤٦			
سلوكيات تنظيم الذات غير المفيدة	C31	٠,٣٦	٠,٥٩	٠,٤٧	
	C32	٠,٣٥			
	C33	٠,٥٩			
	C34	٠,٤١			
	C35	٠,٣٧			
	C36	٠,٣٧			
المعتقدات الميتامعرفية السلبية	C41	٠,٥١	٠,٦٢	٠,٤٩	
	C43	٠,٥٧			
	C45	٠,٥٥			
	C47	٠,٥٦			
المعتقدات الميتامعرفية الإيجابية	C42	٠,٤٢	٠,٤٢	٠,٥٧	
	C44	٠,٢٥			
	C46	٠,٣٦			
	C48	٠,٢٦			

ومن جدول (٧) يتضح تمتع مقياس متلازمة الانتباه المعرفي CAS-1 وأبعاده بدرجة مقبولة من الثبات بطريقتي ألفا كرونباخ والتجزئة النصفية. وبذلك فقد تم التحقق من صدق مقياس متلازمة الانتباه المعرفي CAS-1 وثباته، مما يدل على أنه يتمتع بخصائص سيكومترية مقبولة ، لذا تم الاعتماد عليه بالبحث الحالي.

(٣) اختبار الأفكار المقلقة (AnTI) Anxiety thoughts inventory اعداد واليس (١٩٩٤)، تعريب الباحثة:-

هو مقياس متعدد الأبعاد للقلق، ويسميه البعض (المقياس المركب للقلق)، إذ يقيس أنواع فرعية من القلق تتمثل في (الجانب الاجتماعي للقلق والقلق على الصحة والميتا قلق) (Wells & king, 2006)، حيث تم تصميمه كمقياس متعدد الأبعاد لقياس القلق، وفيه (الجانب الاجتماعي للقلق والقلق على الصحة يمثلان قلق من النوع الأول)، في حين (الميتاقلق فيمثل قلق من النوع الثاني)، وهذا المقياس يتكون من (٢٢) مفردة:

ولقد تم التحقق السيكمترية له بحساب معامل الثبات بطريقة ألفا كرونباخ للمقياس ككل فقد كان يتراوح قيمته بين (٠,٧ إلى ٠,٨٤)، وكان ثبات الأبعاد (الجانب الاجتماعي للقلق ٠,٧٦، والقلق على الصحة ٠,٨٤، والميتاقلق ٠,٧٧). وبحساب صدق المحك فكان معامل الارتباط بينه وبين مقياس الميتاقلق (Meta-worry) ٠,٦٤. ومع الأبعاد (القلق الاجتماعي ٠,٦٣، والقلق على الصحة ٠,٣٦، و الميتاقلق ٠,٦٨) (Wells & king, 2006).

أما في الدراسة الحالية فقد قامت الباحثة بتعريب المقياس مروراً بالخطوات سابقة الذكر لتعريب أدوات البحث، ثم تم التحقق من الخصائص السيكمترية له كالتالي:-

(أ) الصدق البنائي لاختبار الأفكار المقلقة (AnTI):

استخدم التحليل العاملي التوكيدي بطريقة اقصى احتمال (Maximum Likelihood (ML) وذلك لدراسة مدى تشبع مفردات اختبار الأفكار المقلقة (AnTI) على أبعاد الاختبار الثلاثة، وفيما يلي مؤشرات المطابقة للنموذج كما بجدول (٨)

جدول (٨) مؤشرات المطابقة للنموذج لاختبار الأفكار المقلقة (AnTI)

المؤشر	RMSEA	X ² /df	NNFI	GFI
القيمة	٠,٠٥٣	١,٥	٠,٩٠	٠,٩٠

وقد توصلت النتائج كما بجدول (٨) إلى مؤشرات حسنة وفيما يلي تشبعات المفردات على الأبعاد الثلاثة وقيم الخطأ المعياري وقيمة ت المقابلة كما بجدول (٩).

جدول (٩) تشبعات المفردات والخطأ المعياري وقيمة اختبار ت المناظر لكل مفردة لاختبار الأفكار المقلقة (AnTI)

البعد	م	التشبع	الخطأ المعياري	قيمة ت
الجانب الاجتماعي للقلق	١	٠,٣٦٥	٠,٠٧٥	٤,٨٤
	٢	٠,٣٠٦	٠,٠٧٦	٤,٠٢
	٨	٠,٥٠٤	٠,٠٧٣	٦,٩٢

فعالية برنامج إرشادي لتعديل متلازمة الانتباه المعرفي ----- د/ إيمان عطيه حسين

٨,٦٧	٠,٠٧٠	٠,٦٠٩	٩	
٨,٨٠	٠,٠٧٠	٠,٦١٧	١٢	
٥,٦٠	٠,٠٧٤	٠,٤١٧	١٤	
٨,٤٨	٠,٠٧١	٠,٥٩٩	١٧	
٦,٤٦	٠,٠٧٣	٠,٤٧٤	١٨	
٦,٥٣	٠,٠٧٣	٠,٤٧٨	٢٠	
٥,٣٦	٠,٠٧٨	٠,٤١٦	٤	القلق على الصحة
٨,٩٧	٠,٠٧٣	٠,٦٥٧	٥	
٨,١٤	٠,٠٧٤	٠,٦٠٤	٧	
٧,٣٣	٠,٠٧٥	٠,٥٥١	١٠	
٥,٢٢	٠,٠٧٨	٠,٤٠٦	١٥	
٦,٠٥	٠,٠٧٧	٠,٤٦٥	١٩	
٧,٣١	٠,٠٧٣	٠,٥٣١	٣	الميتاقلق
٥,٩٨	٠,٠٧٤	٠,٤٤٥	٦	
٧,٣٢	٠,٠٧٣	٠,٥٣٢	١١	
٧,٦٣	٠,٠٧٧	٠,٥٥١	١٣	
٩,٤٥	٠,٠٧٠	٠,٦٥٨	١٦	
٧,٤٨	٠,٠٧٢	٠,٥٤٢	٢١	
٥,٣٥	٠,٠٧٥	٠,٤٠٢	٢٢	

ومن جدول (٩) فقد كانت جميع التشبعات دالة احصائياً عند مستوى دلالة ٠,٠٥ على جميع الأبعاد، وذلك لتخطي قيم ت للمفردات القيمة ١,٩٦.

(ب)الاتساق الداخلي: تم حساب الاتساق الداخلي لمقياس (Anti) بتقدير معاملات الارتباط بين درجات الطالبات على كل مفردة والدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه، وكذلك تم تقدير معاملات الارتباط بين درجات الطالبات على كل مفردة والدرجة الكلية للمقياس ككل فكانت كما هو واضح بجدول (١٠)، وكذلك بحساب معاملات الارتباط بين درجة البعد والدرجة الكلية للمقياس كما بجدول (١١).

جدول (١٠) الاتساق الداخلي بتقدير معاملات الارتباط بين درجة المفردة والدرجة الكلية للبعد وللمقياس ككل

مقياس (AnTI)								
الميتاقلق			القلق على الصحة			الجانب الاجتماعي للقلق		
ر بالدرجة الكلية للمقياس	ر بالبعد	م	ر بالدرجة الكلية للمقياس	ر بالبعد	م	ر بالدرجة الكلية للمقياس	ر بالبعد	م
**٠,٥٠٧	**٠,٦٣١	٣	**٠,٣٩٧	**٠,٤٣٥	٤	**٠,٣٦٢	**٠,٤٩٣	١
**٠,٤٥٣	**٠,٥٦٤	٦	**٠,٤١٠	**٠,٧٤٩	٥	**٠,٣١٩	**٠,٤٠٠	٢
**٠,٤٩١	**٠,٦١٩	١١	**٠,٤٣٤	**٠,٥٠٣	٧	**٠,٤٨١	**٠,٥٩٨	٨
**٠,٥١٢	**٠,٦٢٩	١٣	**٠,٤٣١	**٠,٤٥٨	١٠	**٠,٥٥٠	**٠,٦٦٥	٩
**٠,٥٨٥	**٠,٧١٩	١٦	**٠,٣٨٨	**٠,٤٣٨	١٥	**٠,٦٢٢	**٠,٦٤٤	١٢
**٠,٥٠٥	**٠,٦١٨	٢١	**٠,٥٠٣	**٠,٥٠٧	١٩	**٠,٤٢٢	**٠,٥٢٧	١٤
**٠,٤٠٠	**٠,٥٠٤	٢٢				**٠,٥٦٠	**٠,٦٤٦	١٧
						**٠,٤٦٨	**٠,٥٤٤	١٨
						**٠,٥٠٦	**٠,٥٤٧	٢٠

** دالة عند ٠,٠١ * دالة عند ٠,٠٥

جدول (١١) الاتساق الداخلي بتقدير معاملات الارتباط بين درجة البعد والدرجة الكلية لمقياس

(AnTI)

مقياس (AnTI)		
الميتاقلق	القلق على الصحة	القلق الاجتماعي
**٠,٨٠٧	**٠,٧٣٩	**٠,٨٤٨

** دالة عند ٠,٠١ * دالة عند ٠,٠٥

ومن جدول (١١) و جدول (١١) يتضح أن مقياس (AnTI) يتمتع بالاتساق الداخلي .

(ج)الثبات: لقد تم حساب معاملات الثبات لمقياس (AnTI) ولأبعاده بطريقة ألفا

كرونباخ فكانت كما بجدول (١٢)

جدول (١٢) لحساب ثبات مقياس (AnTI) وأبعاده بطريقة ألفا كرونباخ

مقياس (AnTI)					
الميتاقلق		القلق على الصحة		القلق الاجتماعي	
٠,٦٨٧	٣	٠,٣٤٨	٤	٠,٧٢٧	١
٠,٧٠٧	٦	٠,٥٨٧	٥	٠,٧٢٧	٢
٠,٦٨٨	١١	٠,٣١٨	٧	٠,٧٠٠	٨
٠,٦٨٩	١٣	٠,٣٣٩	١٠	٠,٦٨٤	٩
٠,٦٥٩	١٦	٠,٣٤٨	١٥	٠,٦٩٠	١٢
٠,٦٩٢	٢١	٠,٣١٩	١٩	٠,٧١٨	١٤
٠,٧١٧	٢٢			٠,٦٨٩	١٧
				٠,٧١٢	١٨

			٠,٧١٢	٢٠
	٠,٧٢٤	٠,٤٠٢	٠,٧٣١	
معامل ألفا لمقياس (AnTI) = ٠,٧٩٢				

ومن جدول (١٢) يتضح أن المفردة رقم (٥) تمثل عباً على المقياس وب حذفها يُصبح ثبات بُعد القلق على الصحة (٠,٥٨٧)، كما يصبح ثبات المقياس ككل (٠,٨٤٢) بطريقة ألفا كرونباخ. وبذلك فقد تم التحقق من صدق اختبار الأفكار المقلقة (AnTI) وثباته واتساقه الداخلي، مما يدل على أنه يتمتع بخصائص سيكومترية جيدة، لذا تم الاعتماد عليه بالبحث الحالي.

(٤) استبيان الميئاقلق (MWQ) Meta-Worry Questionnaire إعداد (Wells,) (2009)، تعريب الباحثة

إذ صممه واليس كوسيلة لتقييم جانب الخطر من الميئاقلق، وتقييم وتيرته ومستواه، ولقد تم بناءه في سياق DSM-IV لاضطرابات القلق العام، وتكون مقياس الميئاقلق من سبعة بنود، وتم التحقق من الخصائص السيكومترية له فكان معامل الثبات بطريقة ألفا كرونباخ بين (٠,٨٨) إلى (٠,٩٥)، كما ارتبط بمقياس العوامل الميئاقلفية، خاصة المعتقدات الإيجابية والسلبية عن القلق، كما تم حساب الصدق التمييزي للمقياس بين مجموعات من المرضى والعاديين (Wells, 2009).

(أ) الصدق البنائي لاستبيان الميئاقلق (MWQ):

باستخدام التحليل العاملي التوكيدي بطريقة اقصى احتمال Maximum Likelihood (ML) وذلك لدراسة مدى تشبع مفردات استبيان الميئاقلق (MWQ) على أبعاد المقياس، وفيما يلي مؤشرات المطابقة للنموذج كما بجدول (١٣):

جدول (١٣) مؤشرات المطابقة للنموذج لاستبيان الميئاقلق (MWQ)

المؤشر	RMSEA	X ² /df	NNFI	GFI
القيمة	٠,٠٨٣	٢,٣	٠,٩٣	٠,٩٦

ومن جدول (١٣) قد توصلت النتائج إلى مؤشرات حسنة وفيما يلي تشبعات المفردات على العامل العام وقيم الخطأ المعياري وقيمة ت المقابلة كما بجدول (١٤):

جدول (١٤) تشبعت المفردات والخطأ المعياري وقيمة اختبارات المناظر لكل مفردة لاستبيان الميثلقلق (MWQ)

م	التشبع	الخطأ المعياري	قيمة ت
١	٠,٥٦٤	٠,٠٧١	٧,٩٩
٢	٠,٥٦٤	٠,٠٧٠	٧,٩٩
٣	٠,٧٢٠	٠,٦٧	١٠,٨٣
٤	٠,٦٠٤	٨,٦٧	٨,٦٧
٥	٠,٧٢٢	٠,٠٦٧	١٠,٨٧
٦	٠,٥٢٩	٠,٠٧٢	٧,٤١
٧	٠,٦٢٠	٠,٠٦٩	٨,٩٥

ومن جدول (١٤) فقد كانت جميع التشبعت دالة عند مستوى دلالة ٠,٠١، وبذلك فإن استبيان الميثلقلق يتمتع بالصدق البنائي.

ب) الاتساق الداخلي: تم حساب الاتساق الداخلي لاستبيان الميثلقلق (MWQ) بتقدير معاملات الارتباط بين درجات الطالبات على كل مفردة والدرجة الكلية للاستبيان، فكانت كما بجدول (١٥)

جدول (١٥) الاتساق الداخلي لاستبيان الميثلقلق (MWQ)

استبيان الميثلقلق (MWQ)							
المفردة	١	٢	٣	٤	٥	٦	٧
ر بالدرجة الكلية	*٠,٦٥٤	**٠,٦٤٧	**٠,٧٤٨	**٠,٦٨٣	**٠,٧٤٩	**٠,٦٣٨	**٠,٦٨٠

** دالة عند ٠,٠١ * دالة عند ٠,٠٥

ومن جدول (١٥) يتضح أن استبيان الميثلقلق (MWQ) يتمتع بدرجة عالية من الاتساق الداخلي.

الثبات: لقد تم حساب معاملات الثبات لاستبيان الميثلقلق (MWQ) بطريقة ألفا كرونباخ فكانت كما بجدول (١٦)

جدول (١٦) لحساب معامل الثبات لاستبيان الميثلقلق (MWQ) بطريقة ألفا كرونباخ

MWQ							
المفردة	١	٢	٣	٤	٥	٦	٧
الثبات بعد حذف المفردة	٠,٧٩٢	٠,٧٩٣	٠,٧٧٢	٠,٧٨٩	٠,٧٧٢	٠,٧٩٨	٠,٧٩٠
معامل ألفا كرونباخ لاستبيان الميثلقلق (MWQ) = ٠,٨١٢							

ومن جدول (١٦) يتضح أن استبيان الميتاقلق (MWQ) يتمتع بدرجة عالية من الثبات بطريقة ألفا كرونباخ.

وبذلك فقد تم التحقق من الخصائص السيكومترية لاستبيان الميتاقلق (MWQ)، إذ أتضح أنه يتمتع بدرجة عالية من الصدق والثبات والاتساق الداخلي ، لذا تم الاعتماد عليه بالبحث الحالي لقياس الميتاقلق .

الصدق التلازمي لمقاييس البحث الحالي :

قامت الباحثة بحساب الصدق التلازمي لمقاييس البحث الحالي من خلال حساب مصفوفة الارتباط بينها ، كما هو موضح بجدول (١٧).

جدول (١٧) مصفوفة الارتباط بين درجات الطالبات على مقاييس البحث

الميتاقلق بمقياس MWQ	الميتاقلق بمقياس AnTI	القلق على الصحة	الجانب الاجتماعي للقلق	الدرجة الكلية لمقياس القلق AnTI	متلازمة الانتباه المعرفي	المتغير
**٠,٣٦٦	**٠,٤٢٨	**٠,٤١٥	**٠,٣٩٣	**٠,٥١٠	**٠,٦٩٤	القلق العام
**٠,٣٣٢	**٠,٤٤٠	**٠,٣٣٠	**٠,٤١٥	**٠,٤٨٤		متلازمة الانتباه المعرفي
**٠,٥٧٥	**٠,٨٠٧	**٠,٧٢٧	**٠,٨٤٨			الدرجة الكلية لمقياس القلق AnTI
**٠,٤٦٠	**٠,٦٠٤	**٠,٤٦٥				الجانب الاجتماعي للقلق
**٠,٤٢٦	**٠,٤٦٨					القلق على الصحة
**٠,٥٤١						الميتاقلق بمقياس AnTI

** دالة عند ٠,٠١ * دالة عند ٠,٠٥

ومن الجدول (١٧) يتضح أن معاملات الارتباط جميعها دالة عند مستوى دلالة (٠,٠١) مما يُثبت الصدق التلازمي لأدوات الدراسة.

(٥) البرنامج الإرشادي القائم على نظرية العلاج الميتامعرفي (إعداد /الباحثة) في

ضوء نظرية العلاج الميتامعرفي لواليس:-

الهدف العام للبرنامج :

يهدف البرنامج الإرشادي بالبحث الحالي والقائم في ضوء نظرية العلاج الميتامعرفي لتعديل متلازمة الانتباه المعرفي وخفض حدة القلق العام لدى عينة من طالبات كلية التربية بجامعة قناة السويس.

الأهداف الإجرائية للبرنامج :

يهدف البرنامج الإرشادي القائم على نظرية العلاج الميتامعرفي بالبحث الحالي إلى:-

- ١- تعديل الاضطرابات النفسية يكون بتعديل طريقة التفكير وليس بتعديل محتوى الأفكار.
 - ٢- تنمية وعي الطالبات بأن القلق يمكن التحكم فيه والسيطرة عليه.
 - ٣- تنمية وعي الطالبات بدور النموذج الوظيفي التنظيمي في نشأة اضطراب القلق لديهن.
 - ٤- تدريب الطالبات على اكتشاف متلازمة الانتباه المعرفي ودورها في استمرار عمل سلسلة القلق.
 - ٥- إكساب الطالبات مهارات تحدي المعتقدات الميتامعرفية المتعلقة بعدم القدرة على التحكم في القلق.
 - ٦- تدريب الطالبات على فنية تدريب الانتباه التي تمكنهن من التحكم في الانتباه وتوجيهه.
 - ٧- إكساب الطالبات مهارات تحدي المعتقدات الميتامعرفية المتعلقة بالخطر المُصاحب للقلق.
 - ٨- تدريب الطالبات على فنية التيقظ المنفصل التي تمكنهن من التعامل مع الأفكار الدخيلة بكونها منفصلة عن الذات.
 - ٩- تدريب الطالبات على تحدي المعتقدات الميتامعرفية الإيجابية التي تمثل أولى حلقات سلسلة القلق.
 - ١٠- تدريب الطالبات على مهارات إعادة العزو اللفظي التي تمكنهن من تعزيز التنافر واكتشاف
- التناقضات والتحقق من الآلية والأدلة الداعمة للإيقاف عمل متلازمة الانتباه الميتامعرفي لديهن.

١١- مساعدة الطالبات على تعديل استراتيجيات المواجهة غير التوافقية التي تسهم بدورها

بالاحتفاظ

باضطراب القلق.

أهمية البرنامج :

- ترسيخ دور مؤسسات التعليم العالي بتعزيز الصحة النفسية لدى طلاب الجامعة بتدريبهم على التحكم في طريقة تفكيرهم، حتى يتمكنوا من تحدى الاضطرابات النفسية وآثارها السلبية على الذات وعلى المجتمع، ويساعد في تفعيل قدراتهم وإمكانياتهم وتوظيفها بالشكل الأمثل الذي يسهم في إرتقاء الأمة وتقدمها.

- مساعدة طلاب الجامعة على تفعيل الثقة المعرفية والوعي الذاتي المعرفي لديهم بتنمية الوعي بالتفكير، والتفكير في التفكير.

- تمكين طالبات الجامعة بتنمية وعيهن بقدرتهن على السيطرة والتحكم في القلق وفي مجريات حياتهن، بتنمية وعيهن بأن القلق اختيار وليس قدر حتمي لا مفر منه.

- يمكن للمرشدين النفسيين والأخصائيين النفسيين توظيف البرنامج الإرشادي بالبحث الحالي كخطوة وقائية تحول دون انخراط الشباب في المستويات الحادة من اضطرابات القلق ؛ لما لها من آثار سلبية على الشباب وعلى المجتمع ككل.

- صقل شخصية طالبات كلية التربية، بتنمية الوعي لديهن بقدرتهن على تحقيق المرونة الانفعالية ومرونة التفكير وتوجيه الانتباه والثقة المعرفية ، مما يجعلهن قذوة لتلاميذهن وطلابهن.

- تعديل الأنماط الميتمعرفية للتفكير متضمناً عمليات (التفسير -المراقبة -التحكم) في الإدراك لدى طلاب الجامعة.

أسس بناء البرنامج :

تم الاطلاع على كتابات واليس مؤسس نظرية العلاج الميتمعرفي، وأبحاثه المشتركة مع بعض الباحثين في مجال العلاج الميتمعرفي(Wells, 2007) & (Wells, 2009);

(McNicol, 2014); ،والاطلاع على الدراسات السابقة التي كان الهدف منها تعديل متلازمة الانتباه المعرفي (Nordah & Wells, 2018); (Hjemdal,et al.,2013)، وخفض حدة القلق العام ; (Karegarzadeh & Daneshvar, 2015);(Hasani, et al., 2014) ;

(McEvoy, et al., 2015); (Nordah & Wells, 2018); (Sadeghi,R , et al., 2015); (Sudhir, et al., 2017); (Van-der-Heiden, et al., 2012)

مراحل تطبيق البرنامج :

تتمثل مراحل العلاج الميتامعرفي للقلق العام كما أوضحها (Wells, 2007) (Wells, 2009) (Wells & McNicol, 2014); (Nordah);(Hjemdal; Hagen & Nordahl,2013); (& Wells, 2018); بأن عملية العلاج الميتامعرفي للقلق تتضمن عدة مراحل رئيسية تتمثل في:

- ١- صياغة الحالة Case Conceptualization .
- ٢- التهيئة الاجتماعية Socialization .
- ٣- استنتاج النموذج الميتامعرفي Inducing The Metacognitive Model .
- ٤- تحدي المعتقدات الميتامعرفية عن عدم القدرة على التحكم والسيطرة .
- ٥- تحدي المعتقدات الميتامعرفية عن خطر القلق .
- ٦- تحدي المعتقدات الميتامعرفية الإيجابية عن القلق .
- ٧- دعم وتعزيز خطط جديدة لمعالجة القلق .
- ٨- الوقاية من الانتكاسة .

واسترشاداً بهذه المحاور قامت الباحثة بإعداد للبرنامج الإرشادي القائم في ضوء نظرية العلاج الميتامعرفي لتعديل متلازمة الانتباه المعرفي وخفض حدة القلق العام المستخدم بالبحث الحالي ، ويمكن تلخيص خطة العمل بالبرنامج الإرشادي بالبحث الحالي كما بالجدول (١٨) .

جدول (١٨) تلخيص خطة العمل للبرنامج الإرشادي القائم في ضوء نظرية العلاج الميتامعرفي لتعديل متلازمة الانتباه المعرفي وخفض حدة القلق العام المستخدم بالبحث الحالي

الجلسة	أهدافها	محتواها	الفنيات	النوع	الزمن
الأولى	صياغة الحالة	- التعارف . -مد جسور الثقة بين الباحثة والطالبات . - مناقشة الطالبات في الهدف من البرنامج الإرشادي، والقواعد العامة أثناء تطبيقه. ثم تم الرجوع إلى GAD-R لعمل تصور عام حول الحالة	المحاضرة المناقشة الحوار السقراطي	جماعية	ساعة

			<p>من حيث :</p> <ul style="list-style-type: none"> - طبيعة القلق . - أساليب المواجهة غير التوافقية. - أساليب تجنب التفكير. -المعتقدات الميتماعرفية الإيجابية والسلبية. - تنمية وعي الطالبات بال نموذج الوظيفي التنفيذي لتنظيم الذات ، ودوره في تفسير الاضطرابات النفسية. - شرح نموذج A- M-C ودور المعتقدات الميتماعرفية في اضطراب القلق. الواجب المنزلي: طبقي نموذج A- M-C خلال الأسبوع المقبل، محللة عناصره. 		
ساعة ونصف	فردية	الكشف عن متلازمة الانتباه المعرفي الحوار السقراطي	<p>الافتتاح : ومناقشة الواجب المنزلي.</p> <p>المتن:- تطبيق استمارة مقابلة تشكيل الحالة (ملحق ١) على كل طالبة بشكل فردي.</p> <p>- تدريب الطالبة على المشاركة في رسم صورة مبدئية تصف النموذج الميتماعرفي للقلق لديها وبذلك بقيام الطالبة بملأ النموذج المرسوم لمتلازمة الانتباه المعرفي CAS الخاص بها (ملحق ٢).</p> <p>- تنمية وعي كل طالبة بالآتي :</p> <p>(١) محفزات القلق لديها:</p>	<p>التهيئة الاجتماعية واستنتاج النموذج الميتماعرفي</p>	الثانية

			<p>بالإجابة على أسئلة (ماذا وكيف ومتى وأين ، وما الذي ترتب على ذلك ، وماذا لو؟؟؟؟). وتأثيرات هذه المحفزات على (الانفعالات والأفكار والمشاعر والاحاسيس الجسدية) لدى الطالبة.</p> <p>(ب) المعتقدات الميتماعرفية الإيجابية والسلبية، ومعتقدات الخطر لديها.</p> <p>(ج) نوعي القلق (قلق النوع الأول - وقلق النوع الثاني)، والعوامل الميتماعرفية المرتبطة بكل منهما.</p> <p>(د) الاستجابات السلوكية غير التكيفية لدى الطالبة والتي تسهم في استمرار حلقة القلق.</p> <p>(هـ) دور اجترار الأفكار والتركيز على التفاصيل وتحليلها والشك وعدم التسامح وتسكين الهموم ودراسة انطباعات الآخرين بأثر رجعي في دعم متلازمة الانتباه المعرفي CAS بما تتضمنه من تفكير لفظي مستمر.</p> <p>الواجب المنزلي: اذكرى الفكار الإيجابية والسلبية التي تمر بذهنك حول القلق خلال الأسبوع المقبل.</p>		
ساعة	جماعية	فنية تدريب الانتباه	<p>الافتتاح : ومناقشة الواجب المنزلي.</p> <p>المتن:تدريب الطالبات على التحكم في تكرار الأفكار المتطفلة والدخيلة والعمل على</p>	تدريب فنية الانتباه	الثالثة

			<p>تنمية مرونة الانتباه، بهدف تعديل التحكم الميتمعرفي وتعزيز المرونة الذاتية، اعتماداً على التنقل بين المثيرات السمعية (٦ : ٨) مثيرات، لمدة ١٢ دقيقة تقريباً، وتم فيها توجيه الطالبات لتركيز انتباههن على الأصوات المختارة (الانتباه الانتقائي) من الجهات المكانية، ثم تبديل الانتباه بين الأصوات (بتبديل الانتباه والمواقع)، ثم العمل على الانتباه لكل الأصوات في آن واحد (مشاركة الانتباه)، (Wells, 2009) ، واجب منزلي: تطبيق فنية تدريب الانتباه، ورصد ملاحظات حولها.</p>		
ساعة	جماعية	فنية التيقظ المنفصل	<p>الافتتاح : ومناقشة الواجب المنزلي. المتن:تدريب الطالبات على التعامل مع الأفكار الدخيلة والمتطفلة من خلال فنية التنبيه المتيقظ ، وذلك بفصل هذه الأفكار عن الذات والسماح لها بالذهاب والغياب كالممد والجزر دون الاستجابة لها أو الانخراط فيها . وتم التدريب عليها من خلال : - استعارة السحب. - استعارة عربة القطار . -نموذج النمر المتحرك. واجب منزلي : تطبيق فنية</p>	التدريب على فنية التيقظ المنفصل	الرابعة

			التيقظ المنفصل ، ورصد ملاحظات حولها.		
ساعة ونصف	فردية	-التدريب على تأجيل خبرة القلق -الحوار السقراطي -التيقظ المنفصل -إعادة العزو اللفظي(بالتنافر بين عقليين)	الافتتاح : ومناقشة الواجب المنزلي. المتن:- س: هل يمكنك التحكم في قلقك؟ - تدريب الطالبات على التمييز بين القمع والتأجيل. - تدريب الطالبات على تأجيل خبرة القلق لديهن بهدف قطع استدامة القلق وقطع متلازمة الانتباه المعرفي. توعية الطالبات بخطورة القمع من خلال (طلب أن لا تفكر بشكل قصدي وعمدي في: الأرناب الزرقاء - الزرافة البيضاء) لمدة خمسة دقائق. - تفعيل فنية تدريب الانتباه، والتعامل مع الأفكار الدخيلة بكونها ضوضاء . - الحوار السقراطي لتنمية وعي الطالبات بأن القلق اختيار وليس قدر حتمي لامفر منه. - إعادة العزو اللفظي (ومواجهة الطالبة بأنها بين عقليين بينهما تناقض) إذ أنها تعبر أن القلق يسبب بالنسبة لها مشكلة تؤثر تأثير سلبي على حياتها، وفي نفس الوقت فإنها مازالت تفكر في ضرورة أن تحتفظ بقدر من القلق الذي يساعدها على المواجهة والتأهب والاستعداد للمواقف ؛	تحدي المعتقدات الميتامعرفية الخاصة بعدم التحكم والسيطرة على القلق	الخامسة

			<p>مما يجعلها تضع نفسها بين عقليين متنافرين أحدهما يرفض القلق والآخر يتمسك به.</p> <p>- استنتاج أن القلق يمكن التحكم فيه والسيطرة عليه.</p> <p>واجب منزلي : التدريب على تأجيل القلق.</p>		
ساعة ونصف	جماعية	<p>-إعادة العزو اللفظي</p> <p>-تعزيز التنافر.</p> <p>-التشكيك في الأدلة</p> <p>-التشكيك في الآلية</p> <p>-الأساليب السلوكية:</p> <p>- مسح صغير</p> <p>- تقييم آثار القلق على الجسم.</p>	<p>الافتتاح : ومناقشة الواجب المنزلي.</p> <p>المتن:سؤال موجه للطالبات عن مساويء القلق والمخاطر المصاحبة له؟</p> <p>(س)هل صحيح أن القلق يكون سيء وجيد في نفس الوقت؟</p> <p>-التمييز بين الضغوط والقلق والتوتر..فالقلق استجابة للضغوط.</p> <p>- ما يصاحب القلق من ارتفاع ضغط الدم ،ودور الأدرينالين في إنقاذ الحياة.</p> <p>- التدريب على اليقظة المنفصلة.</p> <p>- إجراء مسح على عينة صغيرة بالطلب من الطالبة أن تسأل أربعة ممن حولها ممن لم يظهر عليهم أعراض القلق (س: هل سبق وأن تعرضوا لخبرة القلق من ذي قبل؟ وهل وقتها كان لديهم أفكار حول عدم القدرة على التحكم في القلق وعدم القدرة على السيطرة عليه؟)، لتكتشف الطالبة أن</p>	تحدي المعتقدات الميتمعرفية المتعلقة بمخاطر القلق.	السادسة

			<p>خبرة القلق خبرة طبيعية ومن الطبيعي أن يمر بها الإنسان دون أن تتسبب له في أمراض كالأزمات القلبية أو الجنون أو ما شابه ذلك.</p> <p>- تدريب : تقييم آثار القلق على الجسم :ومقارنة معدلات ضربات القلب في المواقف الآتية :-</p> <p>١- الجلوس على كرسي والتفكير في أفكار محايدة.</p> <p>٢-الجلوس على كرسي والتفكير في أفكار مثيرة للقلق.</p> <p>٣- ممارسة تمارين خفيفة " في المكان".</p> <p>الواجب المنزلي: التدريب على الأساليب السلوكية التي تم تعلمها، ورصد ملاحظات عنها.</p>		
ساعة ونصف	فردية	<p>-إعادة العزو اللفظي بالتناظر بين عقليين.</p> <p>- إبراز التناقضات.</p> <p>-الحوار السقراطي</p> <p>-استراتيجية عدم تطابق القلق.</p>	<p>الافتتاح : ومناقشة الواجب المنزلي.</p> <p>المتن:-سؤال الطالبات عن مزايا وإيجابيات القلق؟</p> <p>- التشكيك في الأدلة الداعمة لإيجابيات القلق.</p> <p>- سؤال الباحثة للطالبات عن مواقف سابقة للنجاح تخلو من القلق .</p> <p>- س: هل الشخص المتأهب لمواقف الحياة بدرجة من القلق هو الشخص السعيد؟</p> <p>- س:ما دور القلق في شعور الفرد بالتشاؤم؟</p>	تحدي المعتقدات الميتامعرفية الإيجابية عن القلق	السابعة

		<p>-إضعاف المعتقدات الميتمعرفية الإيجابية.</p>	<p>- س: ما هي انعكاسات القلق "البسيط" عليكي أنت شخصياً في مواقف السعادة والفرح من حيث انعكاساته على " سلوكياتك - أفكارك - انفعالاتك- مدى استمتاعك بالخبرة السارة"؟</p> <p>-عمل سيناريوهات متوقعة ومقارنتها بالسيناريوهات الفعلية.</p> <p>- رصد التناقض وعدم التطابق بين السيناريو المتوقع والسيناريو الفعلي.</p> <p>استنتاج أن القلق لم يُحسن من الأداء.</p> <p>الواجب المنزلي :س:كون سيناريو متوقع عن حدث ما ، ثم تتبع الحدث بالفعل وارصد السيناريو الواقعي ، وقارن بينهما، وارصد المتناقضات؟</p>		
ساعة ونصف	جماعية	إعادة العزو اللفظي	<p>الافتتاح : ومناقشة الواجب المنزلي.</p> <p>المتن:- استكشاف استراتيجيات المواجهة غير التكيفية المتمثلة في (البحث عن الطمأنة - البحث عن معلومات على الانترنت - محاولة إيجاد سبب حقيقي للقلق - التجنب) ، والوعي بدورها في استمرار القلق وتدعيم متلازمة الانتباه المعرفي CAS.</p> <p>الواجب المنزلي:ارصد أساليب</p>	تعديل استراتيجيات المواجهة غير التكيفية للقلق	الثامنة

			المواجهة التي تتبعها في التعامل مع المواقف المختلفة ، ثم دلل على مدى صحتها وجدواها؟		
ساعة ونصف	جماعية	التيقظ المنفصل تدريب الانتباه	<p>الافتتاح : ومناقشة الواجب المنزلي.</p> <p>المتن:- تشجيع الطالبات على تصميم خطط ميثامعرفية جديدة وبديلة تساعدن على التحكم في الأفكار الدخيلة في المستقبل، وتساعدن على تفعيل ما اكتسبنه من البرنامج الإرشادي في حياتهن بشكل عملي.</p> <p>وكذلك تصميم خطط مستقبلية تمكنهن من عدم اللجوء لاستعمال استراتيجيات مواجهة غير تكيفية .</p> <p>والمواظبة على (كسر الروتين - الاحجام عن طلب الطمأنينة - تخيل الأشياء الإيجابية - السماح للأفكار أن تزيد وتنقص كالمذ والجزر دون إصدار أحكام عليها أو تقديم استجابة أو رد فعل لها)بتطبيق فنية التيقظ المنفصل وفنية تدريب الانتباه .</p> <p>الواجب المنزلي : عمل ملخص لما اكتسبنه خلال البرنامج الإرشادي الميثامعرفي.</p>	عمل خطة بديلة للمواجهة المستقبلية	التاسعة
ساعة ونصف	جماعية	الحوار والمناقشة - العصف الذهني	<p>الافتتاح : ومناقشة الواجب المنزلي.</p> <p>المتن: قيام الطالبات بعمل ملخص لما اكتسبنه وتدرين</p>	خطوات للوقاية من الانتكاسة.	العاشرة

			<p>وختام البرنامج الإرشادي.</p> <p>عليه من خلال البرنامج حول :</p> <ul style="list-style-type: none"> - متلازمة الانتباه المعرفي. - المعتقدات الميتمعرفية الإيجابية والسلبية ومعتقدات الخطر. - أساليب المواجهة غير التكيفية. - فنية تدريب الانتباه. - فنية التيقظ المنفصل. - أساليب إعادة العزو اللفظي. - المقارنة بين السيناريوهات المتوقعة واسيناريوهات الفعلية. - التدريبات السلوكية المضحدة للمعتقدات الميتمعرفية. ووضع تصور حول كيفية تفعيل ذلك بالمستقبل كأداة وقاية ضد التعرض لانتكاسة قلق مرة أخرى. - تطبيق المقاييس البعدية. - الاتفاق على موعد القياس البعدي بعد شهرين من انتهاء البرنامج. 	
--	--	--	---	--

تطبيق البرنامج: تم تطبيق البرنامج الإرشادي بالبحث الحالي والقائم في ضوء نظرية العلاج الميتمعرفي لتعديل متلازمة الانتباه المعرفي وخفض حدة القلق العام على طالبات المجموعة التجريبية في الفصل الدراسي الثاني للعام الجامعي (٢٠١٧ - ٢٠١٨)، وامتد لمدة عشرة جلسات بمعدل جلسة أسبوعياً، على مدار شهرين ونصف، وكان زمن الجلسة يتراوح بين (ساعة إلى ساعة ونصف)، ثم تم القياس التتبعي بعد شهرين من انتهاء البرنامج الإرشادي.

(ب) الأساليب الإحصائية: تبعاً لطبيعة الدراسة ومنهج الدراسة والمتغيرات المستخدمة وحجم العينة فقد تم استخدام الأساليب الإحصائية المتمثلة في (اختبار ويلكوكسون Wilcoxon ، واختبار " مان ويتني "Man-Whitney".

نتائج البحث وتفسيرها:

نتائج الفرض الأول وتفسيرها :

ينص الفرض الأول على أنه " توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياسي (متلازمة الانتباه المعرفي- القلق العام) لصالح القياس البعدي.

وللتحقق من هذا الفرض تم استخدام اختبار ويلكوكسون Wilcoxon، وذلك للمقارنة بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياسي (متلازمة الانتباه المعرفي- القلق العام) لتحديد مدى تباين درجات الطالبات في متلازمة الانتباه المعرفي- القلق العام والتي ترجع

إلى تأثير البرنامج ، والجدول (١٩) يوضح ذلك

جدول (١٩) يوضح قيمة (Z) للفروق بين رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي لمقياسي (متلازمة الانتباه المعرفي والقلق العام) ، (ن=١٠)

المتغير	اتجاه الرتب	(ن=١٠)	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z
CAS متلازمة الانتباه المعرفي	سلبى	٨	٥,٨٨	٤٧	*١,٩٨٨-
	إيجابى	٢	٤	٨	
	محايد	-			
GADالقلق العام	سلبى	٩	٥,٨٩	٥٣	**٢,٦٠١-
	إيجابى	١	٢	٢	
	محايد	-			
AnTI الدرجة الكلية للقلق المركب	سلبى	٩	٥,٩٤	٥٣,٥	**٢,٦٥٤-
	إيجابى	١	١,٥	١,٥	
	محايد	-			
الجانب الاجتماعي للقلق	سلبى	٨	٥,٣٨	٤٣	*٢,٤٣١-
	إيجابى	١	٢	٢	
	محايد	١			
القلق على الصحة	سلبى	٩	٥,٦١	٥٠,٥	*٢,٣٥٤-
	إيجابى	١	٤,٥٠	٤,٥	
	محايد	-			
الميتاقلق بمقياس AnTI	سلبى	٨	٥,١٩	٤١,٥	*٢,٢٥٥-
	إيجابى	١	٣,٥	٣,٥	
	محايد	١			
MWQ أستبيان الميتاقلق	سلبى	٩	٥,٨٩	٥٣	**٢,٦٠٣-
	إيجابى	١	٢	٢	
	محايد	-			

*دال عند ٠,٠٥ **دال عند ٠,٠١

ومن جدول (١٩) يتضح أنه :

١- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس (متلازمة الانتباه المعرفي) قبل وبعد تطبيق البرنامج لصالح القياس

- البعدي، وذلك عند مستوى دلالة (٠,٠٥)، مما يشير إلى تحسن أفراد المجموعة التجريبية بانخفاض مستوى متلازمة الانتباه المعرفي لديهم بعد تطبيق البرنامج.
- ٢- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس القلق العام قبل وبعد تطبيق البرنامج لصالح القياس البعدي ، وذلك عند مستوى دلالة (٠,٠١) ، مما يشير إلى تحسن أفراد المجموعة التجريبية بانخفاض مستوى القلق العام لديهم بعد تطبيق البرنامج.
- ٣- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس القلق المركب قبل وبعد تطبيق البرنامج لصالح القياس البعدي ، وذلك عند مستوى دلالة (٠,٠١)، مما يشير إلى تحسن أفراد المجموعة التجريبية بانخفاض مستوى القلق المركب لديهم بعد تطبيق البرنامج.
- ٤- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس أبعاد القلق المركب المتمثلة في (القلق من النوع الأول متمثل في "الجانب الاجتماعي للقلق والقلق على الصحة" ، والنوع الثاني من القلق متمثلاً في الميثاقلق) قبل وبعد تطبيق البرنامج لصالح القياس البعدي، وذلك عند مستوى دلالة (٠,٠٥) ، مما يشير إلى تحسن أفراد المجموعة التجريبية بانخفاض مستوى الجانب الاجتماعي للقلق، والقلق على الصحة والميثاقلق لديهم بعد تطبيق البرنامج.
- ٥- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس الميثاقلق قبل وبعد تطبيق البرنامج لصالح القياس البعدي، وذلك عند مستوى دلالة (٠,٠١)، مما يشير إلى تحسن أفراد المجموعة التجريبية بانخفاض مستوى الميثاقلق لديهم بعد تطبيق البرنامج.

نتائج الفرض الثاني وتفسيرها:

- ١- ينص الفرض الثاني توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي لمقاييس (متلازمة الانتباه المعرفي- القلق العام) لصالح المجموعة التجريبية.
- وللتحقق من صحة الفرض الثاني تم استخدام اختبار " مان ويتني "Man-Whitney" وللمجموعات الصغيرة المستقلة للكشف عن دلالة الفروق بين المجموعتين ، كما بجدول (٢٠) .

جدول (٢٠) يوضح قيمة (U) ودلالاتها الإحصائية للفروق بين رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في القياس البعدي لمقاييس

قيمة U	القياس البعدي للمجموعة الضابطة (ن=١٠)		القياس البعدي للمجموعة التجريبية (ن=١٠)		المتغيرات
	مجموع الرتب	متوسط الرتب	مجموع الرتب	متوسط الرتب	
**١٢,٥	١٤٢,٥	١٤,٢٥	٦٧,٥	٦,٧٥	GAD القلق العام
*٢٣	١٣٢	١٣,٢	٧٨	٧,٨	CAS متلازمة الانتباه المعرفي
*٢٢	١٣٣	١٣,٣	٧٧	٧,٧	الجانب الاجتماعي للقلق
*١٩,٥	١٣٥,٥	١٣,٥٥	٧٤,٥	٧,٤٥	القلق على الصحة
**١٤,٥	١٤٠,٥	١٤,٠٥	٦٩,٥	٦,٩٥	الميتاقلق بمقياس AnTI
**١٤	١٤١	١٤,١	٦٩	٦,٩	القلق المركب بمقياس AnTI
**١٥	١٤٠	١٤	٧٠	٧	الميتاقلق بمقياس MWQ

*دال عند ٠,٠٥ **دال عند ٠,٠١

ويتضح من جدول (٢٠) وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في القياس البعدي على مقياسي (متلازمة الانتباه المعرفي - القلق العام) لصالح المجموعة التجريبية.

ومن جدول (٢٠) يتضح أنه :

١-توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على مقياس (القلق العام) بعد تطبيق البرنامج لصالح المجموعة التجريبية، وذلك عند مستوى دلالة (٠,٠١)، مما يشير إلى تحسن أفراد المجموعة التجريبية بانخفاض مستوى القلق العام لديهم بعد تطبيق البرنامج.

٢-توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على مقياس (متلازمة الانتباه المعرفي) بعد تطبيق البرنامج لصالح المجموعة التجريبية، وذلك عند مستوى دلالة (٠,٠٥)، مما يشير إلى تحسن أفراد المجموعة التجريبية بانخفاض مستوى متلازمة الانتباه المعرفي لديهم بعد تطبيق البرنامج.

٣-توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على بُعدي اختبار القلق المركب AnTI (الجانب الاجتماعي للقلق والقلق على الصحة اللذان يمثلان القلق من النوع الأول) بعد تطبيق البرنامج لصالح المجموعة التجريبية، وذلك عند مستوى دلالة (٠,٠٥)، مما يشير إلى تحسن أفراد المجموعة التجريبية

بانخفاض مستوى القلق من النوع الأول والمتمثل في (القلق على الصحة والجانب الاجتماعي للقلق) لديهن بعد تطبيق البرنامج.

٤- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على الدرجة الكلية لاختبار القلق المركب AnTI ، ولميتا قلق ممثلاً للقلق من النوع الثاني مقاساً باختبار القلق المركب AnTI ومقياس الميلاق MWQ بعد تطبيق البرنامج لصالح المجموعة التجريبية، وذلك عند مستوى دلالة (٠,٠١)، مما يشير إلى تحسن أفراد المجموعة التجريبية بانخفاض مستوى الأفكار المقلقة والميلاق لديهن بعد تطبيق البرنامج. ويمكن إجمال تفسير نتائج الفرض الأول والثاني كالتالي:

حيث يمكن تفسير نتائج البحث في ضوء ما قدمه البرنامج الإرشادي لتعديل متلازمة الانتباه المعرفي في ضوء نظرية العلاج الميتامعرفي لواليس بفنياته المتنوعة بالبحث الحالي كالتالي:

- ساعدت مشاركة الطالبات في صياغة الحالة والتهيئة الاجتماعية في جعل كل طالبة تضع تصور لمشكلة القلق لديها من وجهة نظرها مما ساعدها على الوعي بتسلسل القلق لديها وميكانيزمات عمله، وما العوامل المسهمة في تطوره.

- كما ساهمت الفنيات السلوكية وفنيات إعادة العزو اللفظي في مساعدة الطالبات على تحدي المعتقدات الميتامعرفية الخاصة بالخطر لديهن إذ جعلتهن يكتشفن أن القلق ليس هو السبب وراء حدوث الأزمات القلبية والأمراض الذهانية ، وأنه لا يؤدي إلى أن يفقدن عقلهن أو أن يُصبن بالأزمات القلبية، مما ساهم في خفض القلق من النوع الثاني لديهن (المتمثل في الميلاق، وكذلك ساهم في خفض المعتقدات الخاصة بصحة الشخص وحالته الجسدية مما قلل لديهن أفكار القلق المتعلقة بالقلق على الصحة)، ويتفق ذلك مع (Wells, 2007)؛ (Wells, 2009); (Sharma & Mehta, 2018); (Sedgh, et al, 2016) (Wells & king, 2006)

- كما ساهم تدريبهن على فنية " تدريب الانتباه" في تنمية وعيهن بالقدرة على السيطرة على انتباههن ، والتحكم فيه، ما يمكنهن من التعامل مع الأفكار الدخيلة بكونها " ضوضاء يمكن إغفالها وعدم الانتباه لها" مما يوقف عملها كمحفزات للقلق"، مما ساعد الطالبات على تحدي المعتقدات الميتامعرفية المتعلقة بعدم القدرة على التحكم والسيطرة على القلق، وذلك بدوره ساهم في خفض حدة القلق العام لدى الطالبات، وتتفق هذه النتيجة مع (Nassif & Wells, 2014) بأن فنية تدريب الانتباه تساعد على خفض حدة القلق وضغوط أحداث الحياة اليومية، ومع

(Wells, 2009)، (Normann, et al., 2014) بأن تفعيل فنية تدريب الانتباه يساعد على قطع متلازمة الانتباه المعرفي.

- كما تضمن البرنامج الإرشادي تدريب الطالبات على فنية التيقظ المنفصل الذي جعلهن يتمكن من فصل الفكرة أو المعتقد عن الذات، والتعامل معها دون الانخراط فيها بملاحظتها دون إصدار أحكام عليها، مما مكنهن من الوعي بأن الفرد هو المتحكم في أفكاره وانتباهه ، وأن الاندماج في اجترار الأفكار وفحصها وترقبها هو سبب من جعل القلق محور إهتمامهن ثم محور معاناتهن، مما ساعد في تحدي المعتقدات الميتامعرفية الإيجابية للقلق، وخفض القلق من النوع الأول المتمثل في القلق على الصحة والقلق الاجتماعي، مما يتفق مع (Normann, et al.,2014); (Hjemdal, et al., 2013); (Wells, 2006)

- كما ساعدت المناقشة مع الطالبات بتفعيل الحوار السقراطي الذي من خلاله تمكنت الباحثة من مساعدة الطالبات على إدراك أن القلق اختيار، وذلك بتفعيل استراتيجيات "التناقض بين عقليين" ،و"المقارنة بين السيناريوهات المقترحة والسيناريوهات الفعلية". مما ساعد على خفض المعتقدات الميتامعرفية الإيجابية لديهن، وكان له دور في تعديل متلازمة الانتباه المعرفي وخفض القلق من النوع الأول المتمثل في " القلق الاجتماعي والقلق على الصحة، كما أن تحدي المعتقدات الميتامعرفية الإيجابية المرتبطة بالقلق يُخلص العميل من الاندماج في خبرة القلق وتجعله يدرك أن القلق لم يكن أن يكون له عواقب إيجابية، ويتفق ذلك مع (Hjemdal, et al.,2013); (Wells & king, 2006);(Wells, 2009); (Wells, 2007) ، ((Wells, 2007);(Nordah & Wells, 2006); (Normann, et al., 2014); (McEvoy , et al., 2015) 2018); وكذلك نمى لديهن الوعي بقدرتهن على التحكم في الأفكار المقلقة والسيطرة عليها مما كان سبب في خفض القلق العام لديهن، وتتفق هذه النتيجة مع ما أوضحه (Wells, (Wells, 2007) (Wells & McNicol, 2014); (Hjemdal; Hagen & Nordahl,2013); (Wells & McNicol, 2014); (Hjemdal; Hagen & Nordahl,2013); (Wells & McNicol, 2014); (Nordah & Wells, 2018);(

- كما أن تدريب الطالبات على تأجيل القلق ساعدهن بالاعتناع بخاطر قمع الفكرة لأنه يساعدها على أن تكون فكرة ملحة تستثير القلق من وقت لآخر، وتكون مصدر تهديد، لذا فخبرة تأجيل القلق تمكن الطالبات من مقاومة الاجترار والفحص المبالغ فيه للأفكار المثيرة للقلق، وترقب الخطر والتهديد مما يساعدهن على تحدي المعتقدات الإيجابية والسلبية نحو القلق، فيؤدي لخفض متلازمة الانتباه المعرفي، ويؤدي لخفض مستوى القلق العام لديهن بما يتفق مع (Hjemdal, et al.,2013).

كما تضمن البرنامج تدريب الطالبات على خبرات سلوكية مثل (أن تسأل الأخريات من غير القلقات: هل سبق أن مرت بقلق كانت تتوقع أنها لا تستطيع السيطرة عليه أو إيقافه؟) مما مكنهن من التغلب على استراتيجيات المواجهة غير التوافقية، وساعدهن على إدراك أن القلق خبرة تمر بجميع البشر إلا أن الكثير منهم يتعامل معها بكونها خبرة لحظية تنتهي فتقضي وقتاً وترحل، وهؤلاء لا يعانون القلق واضطراباته، أما الأشخاص الذين يركزون انتباههم على تفحص القلق ومصادره هم الذين يكونوا أكثر عرضة من غيرهم لاضطرابات القلق العام.

- كما أن الحوار السقراطي يساعدهن على تحديد استراتيجيات المواجهة غير الفعالة (كالتدقيق المفرط - الطمأنينة . التسوية - البحث في الانترنت للحصول على المعلومة ، ويدريهن على التعامل معها " من منطلق التيقظ المنفصل دون الانخراط ف الفكرة. (Hjemdal, et al.,2013 (Wells, 2009);).

نتائج الفرض الثالث وتفسيرها:

١- ينص الفرض الثالث على أنه " لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي مقاييس (متلازمة الانتباه المعرفي- القلق العام)."

وللتحقق من هذا الفرض تم استخدام اختبار ويلكوكسون Wilcoxon ، وذلك للمقارنة بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي لمقاييس، كما هو موضح بالجدول (.)

جدول (٢١) يوضح قيمة (Z) للفروق بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على مقاييس (ن=١٠)

المتغير	اتجاه فروق الرتب	ن	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z
GAD القلق العام	سلبية	١	٢,٥	٢,٥	١,٠٠-
	إيجابي	٣	٢,٥	٧,٥	
	محايد	٦			
CAS متلازمة الانتباه المعرفي	سلبية	٥	٥,٨	٢٩	٠,٧٧١-
	إيجابي	٤	٤	١٦	
	محايد	١			
الجانب الاجتماعي للقلق	سلبية	٤	٤,٨٨	١٩,٥	٠,٨٢٠-
	إيجابي	٦	٥,٩٢	٣٥,٥	
	محايد	-			
القلق على الصحة	سلبية	٢	٤,٧٥	٩,٥	١,١٩٢-
	إيجابي	٦	٤,٤٢	٢٦,٥	
	محايد	٢			

١,١٧٨-	١٦	٤	٤	سلبى	الميتاقلق بمقياس AnTI
	٣٩	٦,٥	٦	إيجابي	
			-	محايد	
١,٢٧٥-	١٥	٥	٣	سلبى	اختبار الأفكار المقلقة AnTI
	٤٠	٥,٧١	٧	إيجابي	
			-	محايد	
٠,٤١٦-	١٩	٤,٧٥	٤	سلبى	MWQ
	٢٦	٥,٢٠	٥	إيجابي	
			١	محايد	

ويتضح من جدول (٢١) قبول الفرض حيث لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية بين القياسين البعدي والتتبعي على مقياس (متلازمة الانتباه والقلق العام) ، حيث لم تصل قيمة (Z) إلى مستوى الدلالة، مما يشير إلى استمرارية تأثير البرنامج الإرشادي لتعديل متلازمة الانتباه المعرفي في ضوء نظرية العلاج الميتامعرفي لواليس في خفض حدة القلق العام لدى طالبات الجامعة بعد فترة المتابعة والتي بلغت شهرين ، وهذا يعني استمرارية تأثير البرنامج الإرشادي، وامتداد أثره ، وهذا يعني استمرارية تفعيل طالبات المجموعة التجريبية للفتيات الإرشادية التي تعلمنها بالبرنامج والمتمثلة في (تدريب الانتباه والتمعن المنفصل والحوار السقراطي والاستراتيجيات اللفظية لإعادة العزو المعرفي والتشكيك في الأدلة المؤيدة للمعتقدات الميتامعرفية السلبية والإيجابية، وإثارة التنافر المعرفي بين المعتقدات الميتامعرفية الإيجابية والسلبية، وإجراءات تأجيل القلق، بما يتفق مع نتائج الدراسات التتبعية للعلاج الميتامعرفي للقلق لدى طلاب الجامعة ومنهم (Van-der-Heiden, et al., 2012).

(Ashoori, 2015)(Valizade, et al., 2013); (Zemestani, et al., 2016)

التوصيات التربوية :

- تفعيل المتخصصين بمجال الإرشاد النفسي والصحة النفسية بالجامعات والمدارس للبرامج الإرشادية القائمة في ضوء نظرية العلاج الميتامعرفي لتفسير الاضطرابات النفسية، مما يساعد على رفع مستوى الصحة النفسية لدى الشباب.
- عقد ندوات بالجامعة تهدف لتوعية الطلاب بالنظرية الميتامعرفية لتفسير الاضطرابات النفسية ؛ مما يمثل خطوة وقائية لتوعية الشباب كي لا ينخرطوا بالقلق ويعانوا عواقبه.
- تضمين مجال علم النفس الإرشادي كمقررات تتعلق بالعلوم الإنسانية يتم تدريسها لطلاب الجامعة بمختلف تخصصاتهم وكلياتهم ، بهدف تنمية الوعي بالتفكير، وإعمال العمليات

الميتامعرفية لدى طلاب الجامعة ، مما يمثل بالنسبة لهم برامج وقائية تحصنهم ضد خطر الانخراط في الاضطرابات الانفعالية والسلوكية.

البحوث المقترحة :

- ١- التحقق من النظرية الميتامعرفية لتفسير الاضطراب النفسي لواليس.
- ٢- فاعلية العلاج الميتامعرفي في خفض الأعراض الاكتئابية لدى طلاب الجامعة.
- ٣- نموذج سببي لتفسير العلاقة بين متلازمة الانتباه المعرفي واضطرابات القلق.
- ٤- فاعلية العلاج الميتامعرفي في خفض حدة الكمالية العصابية لدى الشباب.

المراجع

- أحمد الزيداني (٢٠١٢). عوامل ما وراء المعرفة وعلاقتها بالاضطرابات الانفعالية والعصابية: دراسة في التركيب العاملي والصدق التكويني لمقياس ما وراء المعرفة -30 . مجلة جامعة أم القرى للعلوم التربوية والنفسية، السعودية، ٤(٢)، ٣١٣-٣٦٤
- أحمد الزيداني (٢٠١١). دور عوامل ما وراء المعرفة في العلاقة بين الضغوط النفسية المدركة والاضطراب النفسي. دراسات نفسية، ٢١(٤)، ٥١٩-٥٤٣
- محمد عبد الرحمن (٢٠١٤). *العلاج المعرفي والميتا معرفي*. القاهرة، مكتبة زهراء الشرق.
- Afridi, H., Ahmad, R., Sethi, M. R., & Irfan, M. (2017). Is there a relationship between irritable bowel syndrome and generalized anxiety disored? *Journal of Postgraduate Medical Institute (Peshawar-Pakistan)*, 31(3), 271-276
- Amouzadeh, M.H.; Chesly, R. & Amouzadeh, M.H. (2014). The Relationship of the Meta-Cognitive Beliefs with Social Anxiety. *Clinical Population Autumn & Winter*,
- Archuleta, K. L., Dale, A., & Spann, S. M. (2013). College Students and Financial Distress: Exploring Debt, Financial Satisfaction, and Financial Anxiety. *Journal of Financial Counseling and Planning*, 24(2), 50-62.
- 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. *Arak Medical University Journal*, 18(2), 50-61.
- Bahadori, M. H., Kalantari, M., Molavi, H., Jahanbakhsh, M., & Azar, J. (2011). The Effect of Metacognitive Therapy on Symptoms of Fear of Negative Evaluation in Patients Afflicted with Social Phobia. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences (JMUMS)*, 21(84), 122-129
- Barić, H., & Trkulja, V. (2012). Declining health anxiety throughout medical studies: It is mainly about a more relaxed perception of the health-related concerns. *Medical teacher*, 34(12), 1056-1063.
- Besharat, M. A., Mirjalili, R. S., & Ehsan, H. B. (2015). The mediating role of meta-cognitive beliefs and cognitive emotion regulation deficit on the relationship between cognitive perfectionism and worry in generalized anxiety disorder. *Journal of Fundamentals of Mental Health*, 17(3), 115-122.

-
- Dimaggio, G. & Attin, G. (2012). Metacognitive Interpersonal Therapy for Narcissistic Personality Disorder and Associated Perfectionism. *Journal of clinical psychology*, 68(8), 922–934
 - DSM-5 American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. *Arlington: American Psychiatric Publishing*.
 - Eisenberg, D.; Gollust, S.E.; Golberstein, E. & Hefner, J.L. (2007). Prevalence and Correlates of Depression, Anxiety, and Suicidality among University Students. *American Journal of Orthopsychiatry*, 77, (4), 534–542
 - Ellis, D.M. & Hudson, J.L. (2010). The Metacognitive Model of Generalized Anxiety Disorder in Children and Adolescents. *Clinical Children Family Psychology Review*, 13, 151–163
 - Farrer, L.; Gulliver, A.; Bennett, K.; Fassnacht, D. & Griffiths, K. (2016). Demographic and psychosocial predictors of major depression and generalized anxiety disorder in Australian university students. *BMC Psychiatry*, 16,241-250
 - Grøtte, T. ; Solem, S.; Patrick A. Voge,P.A. ; Gu"zey, I.C.; Bjarne Hansen, B. & Myers,S.G.(2015). Metacognition, Responsibility, and Perfectionism in Obsessive–Compulsive Disorder, *Ognizal Therapy Researche*, 39:41–50
 - Hasani, S.B.; Khani, M. & Karami, G. (2014). The efficacy of metacognitive therapy on metacognitive beliefs, metaworry and the signs and symptoms of patients with generalized anxiety disorder. *Journal of Kashan University of Medical Sciences*, 18(5), 428-439
 - Hassanvand, A. M., & Roshan, C. R. The Relationship of the Meta-Cognitive Beliefs with Social Anxiety (Avoidance, fear and physiological arousal) in non clinical population, 3 (2), 5
 - Hjemdal, O.; Hagen, R.; & Nordahl, H. (2013). Metacognitive Therapy for Generalized Anxiety Disorder: Nature, Evidence and an Individual Case Illustration. *Cognitive and Behavioral Practice*, 20, 301–313
 - Hjemdal, O.; Hagen, R.; Solem, S.; Nordahl, H., Kennair, O.; Ryum, T. & Nordahl, H. (2017). Metacognitive Therapy in Major Depression: An Open Trial of Comorbid Cases. *Cognitive and Behavioral Practice*, 24, 312-318
 - Hunt, S.; Simon, S. & Wisocki, P. (2001). An Examination of Physical Health and Coping Styles Associated with Symptoms of Generalized Anxiety. *Psychology Journal*, 4(1), 15-27

- Iunes, D. H., Moura, C. C., Carvalho, L. C., Nogueira, D. A., & Silva, A. M. (2017). Predictors of Anxiety in College Students. *Nurse Care Open Acces J*, 3(6), 00089.
- Johnsona, S.U.; Hoffarta, A.; Nordahlc, H. & Wampolda, B. (2017). Metacognitive therapy versus disorder-specific CBT for comorbid anxiety disorders: A randomized controlled trial. *Journal of Anxiety Disorders*, 50, 103–112
- Karegarzadeh, M. & Daneshvar, Z. (2015). Meta-cognitive therapy and Brief Behavioral Activation Treatment to alleviate the symptoms of generalized anxiety disorder. *Journal of Novel Applied Sciences*, 4 (8), 890-894
- Khawaja, N. & McMahon, J. (2011). With Pathological Worry, Anxiety, and Depression. *Behaviour Change*. 28 (4), 165–180
- Kumaraswamy, N, (2013). Academic Stress, Anxiety and Depression among College Students- A Brief Review, *International Review of Social Sciences and Humanities*, 5, (1), 135-143
- Kumari, A. & Jain, J. (2014). Examination stress and anxiety: A study of college students. *Global Journal of Multidisciplinary Studies*, 4, (1), 31-40
- Lakshmi, J.; Sudhir, P.M.; Sharma, M.P. & Math, S.B. (2016). Effectiveness of Metacognitive Therapy in Patients with Social Anxiety Disorder. *Indian Journal of Psychological Medecine*, 38:466-471
- MacDonald, E.; Pawluk, E.; Koerner, N. & Goodwill, A. (2015). An Examination of Distress Intolerance in Undergraduate Students High in Symptoms of Generalized Anxiety Disorder. *Cognitive Behaviour Therapy*, 44, (1), 74–84
- Matthews, G, Hillyard, E, & Campbell, S.E. (1999). Metacognition and Maladaptive Coping as Components of Test Anxiety, *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 6, 111-125
- Mahoney, A.; Hobbs, M.; Williams, A.; Andrews, G. & Newby, J. (2018). Factors, and Generalised Anxiety Disorder Symptoms. *Behaviour Change*, 35(2), 123–138
- McEvoy, P.; Erceg-Hurn, D.; Campbell, B. Saulsman, L.; summers, M. & Nathan, P. (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
- McIntosh, C. & Crino, R. (2013). Towards a Unified Worry Exposure Protocol for Generalised Anxiety Disorder: A Pilot Study, *Behaviour Change*, 30(3), 210–225

-
- Miranda, R. & Mennin, D. (2007). Depression, Generalized Anxiety Disorder, and Certainty in Pessimistic Predictions about the Future. *Cognitive Therapy Researche*, 31, 71–82
- Morán, V.; Olaz, F.; Pérez, E. & Prette, Z. (2018). Emotional-Evolutional Model of Social Anxiety in University Students. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 18, (3), 315-330
- Moreno, A.; Gomes, W.; De-Souza, L. & Gauer, G. (2014). Validation of the “Anxious Thoughts Inventory” for use in Brazili. *Arquivos Brasileiros de Psicologia; Rio de Janeiro*, 66 (3), 20-30
- 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
- Nordah, H. & Wells, W. (2018). Metacognitive Therapy for Social Anxiety Disorder: An A–B Replication Series across Social Anxiety Subtype. *Frontiers in Psychology*, 9, 540-547
- Normann, N.; Emmerik, A. V. & Morina, N. (2014). The efficacy of metacognitive therapy for anxiety and depression: A meta-analytic review, *Depression and anxiety* 31,402–411
- Papageorgiou, C. (2015). Metacognitive Theory, Therapy and Techniques: Introduction to the Special Issue. *Cognitive Therapy Research*, 39, 1–3
- Patel, T.; Mansell, W. & Veale, D. (2014). The Cognitive Behavioural Processes Questionnaire: A Preliminary Analysis within Student, Mixed Clinical and Community Samples and the Identification of a Core Transdiagnostic Process. *Cognitive Therapy Researcher, Springer Science Business Media New York*, 1-13
- Richards, D.; Timulak, L.; Doherty, G.; Sharry, J.; McLoughlin, O.; Rashleigh, C. & Colla, A. (2014). Low-intensity internet delivered treatment for generalized anxiety symptoms in routine care: protocol for a randomized controlled trial. *BioMed Central publishes*, 2014, 1-24
- 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*, 901 -909
- Sedgh, A.K.; Madahi, M.E.; Abadi, H. & Mirzaee, H.R. (2016). The effect of meta-cognitive therapy on meta worry and satisfaction with life in female breast cancer patients. *International journal of advanced biotechnology and research*, 7, (2), 679-688.

- Sennath, S, & Arul, J. (2016). Personality Dimensions in Generalized Anxiety Disorder. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 10(4), 5-9
- Singh, G.; Hankins, M. & Weinman, J. (2004). Does medical school cause health anxiety and worry in medical students? *Blackwell Publishing Ltd Medical Education*, 38, 479-481
- Sharma, P. & Kirmani, M. (2013). Exploring Depression & Anxiety among College Going Students. *International Journal of Science and Research*, 528-532
- Sharma, V. & Mehta, M. (2018). Meta-Cognitive Therapy for Depression with Anxiety Features: A Case Study. *Developments in Clinical & Medical Pathology*, 1(5), 1-6
- Shear, M.K.; Cloitre, M.; Pine, D. & Ross, J. (2005). Anxiety Disorders in Women. Anxiety Disorders Association of America, United States of America
- Sudhir, P.M.; Rukmini, S.; Sharma, M.P. (2017). Combining Metacognitive Strategies with Traditional Cognitive Behavior Therapy in Generalized Anxiety Disorder: A Case Illustration, *Indian Journal of Psychological Medecin*, 39, 152-158
- 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, 100-109
- Valizade, M.; Hasanvandi, S.; Mehrabizade, M. & Afkar, A. (2013). Effectiveness of group metacognitive therapy for metacognitive beliefs and anxiety. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 84, 1555 – 1558
- Wells, A. (2000). *Emotional disorder and metacognition*, John Wile & Sons. LTd
- Wells, A. (2005). The Metacognitive Model of GAD: Assessment of Meta-Worry and Relationship with *DSM-IV* Generalized Anxiety Disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 29. (1), 107-121
- Wells, A. (2006). Detached mindfulness in cognitive therapy: a metacognitive analysis and techniques. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 23(4), 337
- Wells, A. (2007). Cognition about cognition: Metacognitive therapy and change in generalized anxiety disorder and social phobia. *Cognitive and Behavioral practical*, 14, 18-25.
- Wells, A. (2009). *Metacognitive therapy for anxiety and depression*, The Guilford press, New York

-
- Wells, A. (2011). Metacognitive Therapy. In Herbert, J. D., & Forman, E. M. (Eds.). (2011). *Acceptance and mindfulness in cognitive behavior therapy: Understanding and applying the new therapies*. John Wiley & Sons. (84-108).
- Wells, A. & Carter, K. (1999) Preliminary tests of a cognitive model of generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 585-594
- Wells, A. & king, P (2006). Metacognitive therapy for generalized anxiety disorder: An open trial, *journal of Behavior and experimental psychiatry*, 37, 206-212
- Wells, a. & Matthews, G. (1994). *Attention and emotion: Aclinical perspective*, Hove, UK: Erlbaum.
- Wells, a. & McNicol, k. (2014). Metacognitive Therapy. In Emmelkamp, P. & Ehring, T. (Eds.), *The Wiley Handbook of Anxiety Disorders*, First Edition. (pp 776 -786). John Wiley & Sons
- Wells, A.; Welford, M.; King, P.; Papageorgiou, C.; Wisely, J. & Mendel, E. (2010). A pilot randomized trial of metacognitive therapy vs applied relaxation in the treatment of adults with generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 429-434
- Yılmaz, A.E.; Gençöz, T. & Wells, A. (2008). Assessment Psychometric Characteristics of the Penn State Worry Questionnaire and Metacognitions Questionnaire-30 and Metacognitive Predictors of Worry and Obsessive- Compulsive Symptoms in a Turkish Sample. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 15, 424-439
- Zemestani, M.; Davoodi, I.; Honarmand, M.; Zargar, Y. & Ottaviani, C. (2016). Comparative effects of group metacognitive therapy versus behavioural activation in moderately depressed students. *Journal of Mental Health*, 25(6), 479-485

ملخص البحث :

هدف البحث الحالي إلى التعرف على فعالية البرنامج الإرشادي لتعديل متلازمة الانتباه المعرفي في ضوء نظرية العلاج الميتامعرفي لواليس في خفض حدة القلق العام لدى طالبات الجامعة، وبلغت عينة الدراسة الأساسية (٢٠٤) طالبة جامعية، بأعمار تراوحت بين (١٨ : ٢٢) سنة، بمتوسط عمر (٢٠,٦) سنة، ولقد تم تطبيق مقاييس (اضطراب القلق العام النسخة المنقحة - متلازمة الانتباه المعرفي CAS- الأفكار المقلقة AnTI بأبعاده- الميتاقلق MWQ) عليهن، وجميعها من إعداد واليس، وقامت الباحثة بتعريبها والتحقق من خصائصها السيكومترية بالبحث الحالي ، ثم اختيرت منهن عينة الدراسة التجريبية والتي تمثلت في (٢٠) طالبة من مرتفعي القلق العام ، وتم تقسيمهن إلى مجموعتين، إذ تمثلت المجموعة التجريبية في (١٠) طالبات، وكذلك المجموعة الضابطة (١٠) طالبات، وتم تطبيق البرنامج الإرشادي الهادف لتعديل متلازمة الانتباه المعرفي في ضوء نظرية العلاج الميتامعرفي لواليس (إعداد الباحثة) على طالبات المجموعة التجريبية ، والذي تمثل في عشرة جلسات بمعدل جلسة واحدة إسبوعياً ، ثم كانت الدراسة التتبعية بعد شهرين من انتهاء تطبيق البرنامج ، وأثبتت نتائج البحث التالي:

- أن البرنامج الإرشادي الهادف لتعديل متلازمة الانتباه المعرفي في ضوء نظرية العلاج الميتامعرفي لواليس فعال في خفض حدة القلق العام لدى طالبات الجامعة.

- إمتداد أثر البرنامج الإرشادي لمدة شهرين بعد انتهاء تطبيق البرنامج .