

فاعلية العلاج الميتماعرفي في خفض توهم المرض (قلق الصحة) لدى طلاب الجامعة

د. هبة جابر عبد الحميد

مدرس بقسم الصحة النفسية

كلية التربية جامعة سوهاج

ملخص البحث:

هدف البحث الحالي إلى التعرف على فاعلية العلاج الميتماعرفي (فنية التنبه المنفصل، وفنية تدريب الانتباه) في خفض توهم المرض (قلق الصحة) لدى طلاب الجامعة، وتكونت العينة من ١٢ طالبة من طالبات كلية التربية جامعة سوهاج، وتتراوح أعمارهم من ١٩-٢١ سنة، وتم تقسيمهم عشوائياً إلى مجموعة تجريبية عددها ٦ طالبات، ومجموعة ضابطة عددها ٦ طالبات، وتم استخدام مقياس الميتماعرفة (30-MCQ) إعداد كل من Wells and Cartwright-Hatton (٢٠٠٤) ترجمة أبوزيد (٢٠١٨)، قائمة قلق الصحة (Salkovskis, Rimes, Warwick and Clark (2002) ترجمة الباحثة، والقائمة المتعددة الأبعاد لسمات توهم المرض إعداد Longley, Watson and Noyes (2005) ترجمة الباحثة، وبرنامج العلاج الميتماعرفي إعداد الباحثة، ويتكون البرنامج من ١٢ جلسة؛ جلسة تمهيدية عن توهم المرض والعلاج الميتماعرفي، ٤ جلسات عن فنية التنبه المنفصل، ٦ جلسات للتدريب على فنية تدريب الانتباه، وجلسة لإنهاء البرنامج، وأشارت نتائج الدراسة إلى فاعلية برنامج العلاج الميتماعرفي في خفض توهم المرض (قلق الصحة) لدى طالبات الجامعة. وتم التوصية بالمزيد من الدراسة والبحث في تطبيقات العلاج الميتماعرفي باعتباره اتجاه جديد في مجال الإرشاد والعلاج ويحتاج إلى المزيد من الجهد لفهم ممارسته وتطبيقاته بشكل أكبر، وإقامة ورش ودورات تدريبية لتدريب الباحثين والمعالجين على تطبيقات وممارسات فنيات العلاج الميتماعرفي حيث تحتاج إلى جهد كبير في إعداد السيناريو المناسب لجلسات العلاج.

فاعلية العلاج الميتامعرفي في خفض توهم المرض (قلق الصحة) لدى طلاب الجامعة

د. هبة جابر عبد الحميد

مدرس بقسم الصحة النفسية

كلية التربية جامعة سوهاج

مقدمة البحث:

يتميز العصر الحالي بالتقدم العلمي والتكنولوجي، والذي ترتب عليه كثيراً من المتغيرات، مثل انتشار شبكات المعلومات، ووسائل التواصل الاجتماعي، فضلاً عن القنوات الفضائية المفتوحة، وبالرغم مما توفره هذه التقنيات من تطور وتقدم ورفاهية للمجتمع إلا أن هناك جانب سلبي، فهذه التقنيات - على سبيل المثال - عملت على سرعة نشر الأخبار الخاصة بانتشار الأمراض وتطورها وأعراضها وخطورتها، والتي تلقي العدد الكبير من متابعيها، والذي ربما يسهم في زيادة انتشار اضطراب توهم المرض Hypochondriasis ، أو قلق الصحة Health Anxiety .

ويؤكد ذلك الدراسات التي أشارت إلى أن الانترنت مصدر للبحث عن الصحة والمرض خاصة للأشخاص الذين لديهم قلق على الصحة حيث إن ٥٠% من الأوروبيين يستخدمون الانترنت للبحث عن الموضوعات المرتبطة بالصحة (European Commission, 2013) ، كما أن ٧٢% من الأمريكيين يستخدمون الانترنت في معلومات متعلقة بالصحة (Singh & Brown, 2014 ; Fox, 2013) ويتصف توهم المرض أو قلق الصحة الحاد بالسلوك والمعرفة غير المناسبة والمستمرة، ويركز على الأعراض الجسمية و/أو الخوف من تطور مرض خطير؛ فيتميز نوي توهم المرض بالإفراط في التفكير في المرض مع غياب الأدلة الطبية الداعمة لتلك الأفكار (Bailey & Wells , 2014 ; Owens et al , 2004)

ويعرف توهم المرض بأنه انشغال الفرد وخوفه من أو فكرة الإصابة بمرض خطير (APA¹, 2000). فيفسر الشخص الأحاسيس والظواهر الطبيعية والعادية باعتبارها غير طبيعية ومزعجة، كما يركز الانتباه عادة على واحد أو اثنين من أعضاء الجسم، وقد يذكر المريض اسم الاضطراب الجسمي الذي يخشاه (عكاشه ، ٢٠٠٣).

ويسعي مريض توهم المرض إلى البحث المفرط عن الطمأنينة الطبية ، مثل: الاستشارة الطبية المستمرة ، والبحث المستمر عن المعلومات الطبية على شبكات النت ، وسلوكيات السلامة ، مثل الفحص الذاتي المستمر للجسد ، ومراجعة الوزن، والتي تعتبر شرطاً للمحافظة على هذا الاضطراب (Weck, 2014).

وتتراوح معدلات انتشار توهم المرض بين ٠,٨ - ٩,٥ % بناء على معايير التشخيص وضمن العينات الإكلينيكية ، وقد يؤثر توهم المرض سلبياً على أنشطة الحياة اليومية والعمل ، وعلى الوظيفية النفسية والاجتماعية ، ويرتبط هذه الاضطراب أيضاً بالاستغلال المفرط للخدمات الصحية ، وما يرتبط بها من عبء مالي (Williams, 2004; Creed & Barsky, 2004; Robbins & Kirmayer, 1996) وهذا قد يؤثر سلبياً ليس فقط على الشخص الذي يعاني من توهم المرض، ولكن على الأسرة وعلى المجتمع بما ينفقه من فحوصات ومتابعات مستمرة إرضاء لخوفه وتوقعاته غير المبررة ، وهنا يمكن النظر إلى أن اضطراب توهم المرض ليس اضطراب فرد فقط، ولكن اضطراب أسرة واضطراب مجتمع مما يترتب عليه من استنزاف طاقات ومقدرات الأسرة والمجتمع.

ويؤثر توهم المرض على حياة الفرد في مختلف المجالات، حتى المستوى الذي لا يصل إلى المستوى الإكلينيكي منه قد يؤدي إلى تقييد جودة الحياة، وزيادة استخدام الخدمات الصحية (Martin & Jacobi 2006). ويعتبر اضطراب معقد ومكلف علاجياً مما يشكل تحدي في المجال الإكلينيكي (Mier, et al., 2017).

ويري (Longley, Watson and Noyes (2005) أن توهم المرض مشكلة صحية عقلية مهمة فقد تكلف ملايين الدولارات سنوياً نتيجة نفقات الرعاية الصحية غير الضرورية.

¹ - American Psychiatric Association

فاعلية العلاج الميتامعرفي في خفض توهم المرض (قلق الصحة)

ويعتبر الأفراد ذوي توهم المرض معرضين لخطر الإصابة باضطرابات الشخصية واضطراب أعراض الجسدية somatic symptom disorder ، وقد يصاحب توهم المرض اضطرابات الاكتئاب ، واضطرابات القلق وخاصة اضطراب القلق المعمم واضطراب الهلع ، واضطراب الوسواس القهري. وقد يكون لدي ثلثي ذوي توهم المرض اضطراب واحد على الأقل من الاضطرابات العقلية (APA,2013).

ويرتبط توهم المرض أو قلق الصحة الحاد بالأفكار المختلة أو الاجترار ، حيث أشارت نتائج العديد من الدراسات إلى أن المعتقدات الميتامعرفية السلبية تلعب دوراً محورياً في بداية العديد من الاضطرابات والمشاكل الانفعالية مثل القلق المعمم (Wells, 1995) قلق الصحة (Bouman and Meijer, 1999) ، ويعتبر القلق والاجترار عاملان مهمان في نظرية الميتامعرفة وتوهم المرض كما أن الاجترار عاملاً أساسياً في توهم المرض (Fink et al. 2004).

وأشارت نتائج العديد من الدراسات إلى وجود علاقة بين الاجترار والمشغل الجسدية وتجنب التشخيص الطبي وتوهم المرض (Marcus et al. 2008; Lyubomirsky et al. 2006). وأشار نتائج دراسة كلاً من Wells and Carter(2001) إلى وجود علاقة بين اضطراب القلق والميتامعرفة، حيث إن مريض القلق لديه درجة أعلى من المعتقدات الميتامعرفة السلبية والقلق الميتامعرفي مقارنة بمريض الاكتئاب ومريض الرهاب الاجتماعي وذوي اضطراب الهلع والعاديي .

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

ويعتبر المدخل الميتمعرفي من المداخل الحديثة في مجال البحث بصفة عامة وفي مجال اضطراب توهم المرض وقلق الصحة بصفة خاصة , سواء من حيث العوامل الميتمعرفية المرتبطة بتوهم المرض / قلق الصحة, أو من حيث المداخل العلاجية القائمة على الميتمعرفة في خفض توهم المرض (قلق الصحة الشديد).

وأشارت نتائج دراسة كلاً من (Bouman and Meijer, 1999) إلى فاعلية العلاج الميتمعرفي في خفض توهم المرض, ويرجع ذلك إلى أن الميتمعرفة تلعب دوراً كبيراً في توهم المرض, كما أن المعتقدات الميتمعرفية المرتبطة بالقلق الصحة أفضل مؤشر على توهم المرض.

لذلك اهتمت الدراسة الحالية باستخدام العلاج الميتمعرفي لخفض توهم المرض / قلق الصحة لدي طالبات الجامعة.

مشكلة البحث:

أشارت نتائج دراسة (Vazquez, et al. (2011 إلى انتشار الاضطرابات النفسية بنسبة ٢٦% بين الشباب من سن ١٦-٢٤, وأشارت نتائج دراسة Blanco, et al. (2008 إلى زيادة انتشار الاضطرابات النفسية لدي طلاب الجامعة, ومن أكثرها انتشاراً القلق, حيث يصل الى ١١,٩% .

وأفادت نتائج الدراسات الحديثة أن ٤٦% من الذكور, ٦٤% من الإناث من طلاب الجامعة لديهم القلق, كما أن ١٢% من الذكور, ١٥% من الطالبات يعانين من الاكتئاب (Tol, et al., 2011).

وأشارت نتائج دراسة (Eisenberg, et al. (2009 إلى انتشار اضطرابات القلق بنسبة ١٠% بين طلاب الجامعة, وتوصلت نتائج دراسة (Said, et al. (2013 إلى أن نسبة انتشار القلق بين طلاب الجامعة ١٣%, والاكتئاب ٨% كما أن القلق أكثر انتشاراً بين الإناث عن الذكور.

كما أن حوالي ١,٣ من الطلاب كانوا عرضة للاضطرابات النفسية, وأبلغوا عن الاضطرابات الأكثر شيوعاً, ومنها مثل الاكتئاب, وتوهم المرض, والقلق (Sadeghian, et al., 2009).

فاعلية العلاج الميتماعرفى فى خفض توهم المرض (قلق الصحة)

كما أشارت نتائج دراسة (Kaur, et al. (2011) إلى زيادة انتشار توهم المرض لدى طلاب الجامعة, حيث إن ١١% من الطلاب تجاوزوا درجة القطع علي مقياس توهم المرض .

وأشارت نتائج دراسة (Bailer, et al. (2008) إلى ارتفاع معدل انتشار توهم المرض بين طلاب الجامعة يصل إلى ٤,٢% بين طلاب جامعة المانيا, وتكونت العينة من ١١٣٠ طالباً، وتزداد نسبة انتشار توهم المرض وتزداد خطورته في حالة تواجده مع الاضطرابات الأخرى المصاحبة له.

لذلك تعددت محاولات خفض أو علاج توهم المرض ، ففي دراسة أجراها Olde (2009) Hartman, et al. راجع فيها البحوث والدراسات التي تناولت علاج توهم المرض ، وتوصل إلى أن العلاج المعرفي السلوكي باعتباره أحدث النماذج العلاجية فعال في علاج توهم المرض ، وأن نسبة التشافي فيه قد تصل إلى نسبة تتراوح بين ٣٠% - ٥٠% ، وفي دراسة أجراها (Greeven, et al. (2007 أثبت فيها أن معدل تسرب حالات توهم المرض من جلسات العلاج السلوكي قد تتراوح أيضا تتراوح بين ٣٠% - ٥٠% ، وبصفة عامة تعتبر نسبة التشافي منخفض عند الحديث عن علاج الاضطرابات والأمراض النفسية ، وأيضاً نسبة التسرب من العلاج مرتفعة ، وكان من الضروري البحث عن مداخل أخرى أكثر فاعلية في علاج توهم المرض.

وقد أشارت نتائج البحوث والدراسات الحديثة إلى وجود علاقة بين الميتماعرفة وتوهم المرض، والذي أدى تطور مدخل علاجي جديد تدعمه تلك الدراسات ، وخاصة أن الأساس الذي يعمل عليه هذا المدخل هو خفض الانشغال العقلي والقلق والذي يعتبر سمة رئيسة لتفكير توهم المرض ، وهذا عكس ما يتم في العلاج السلوكي المعرفي (Bailey & Wells, 2014).

ويؤكد ذلك نتائج دراسة (Kaur, et al. (2011) التي أشارت إلى وجود علاقة بين الميتماعرفة المختلة وتحيز الانتباه لدى طلاب الجامعة الذين يعانون من توهم المرض (قلق الصحة الشديد) لذلك أوصت الدراسة عند العلاج لابد من التركيز على تحيز الانتباه والميتماعرفة بشكل خاص عند علاج توهم المرض (قلق الصحة)، كما أشارت نتائج دراسة

(1993) Pauli et al إلى وجود علاقة قوية بين تحيز الانتباه وأعراض الجسدية وقلق الصحة.

لذلك يمتلك العلاج الميتماعرفي أسس منطقية لعلاج توهم المرض، وهذا ما تحققت منه نتائج البحوث والدراسات التي استخدمت فنيات العلاج الميتماعرفي في خفض توهم المرض. مثل دراسة (Bailey and Wells (2014 , ودراسة Knowles, Foden, (2016) El-Deredy and Wells , ودراسة Weck, Neng and Stangier (2013) , ودراسة كل من (2000) Cavanagh and Franklin , ودراسة كل من (1998) Papageorgiou and Wells , وفي حدود علم الباحثة لا توجد دراسة عربية تحققت من فاعلية العلاج الميتماعرفي في خفض توهم المرض (قلق الصحة) لدى طالبات الجامعة, ومن هنا تبرز مشكلة البحث الحالي في الإجابة على السؤال التالي:
- ما فاعلية العلاج الميتماعرفي في خفض توهم المرض (قلق الصحة) لدى طالبات الجامعة؟

أهمية البحث:

تتبع أهمية البحث الحالي من الأهمية النظرية والتطبيقية للبحث والتي تتلخص فيما يلي:

يلي:

الأهمية النظرية:

- تتبع أهمية البحث الحالي من أهمية العينة, وهم طالبات الجامعة, وهن من أكثر الفئات معاناة من الاضطرابات, حيث يتعرضن للعديد من الضغوط ويمرون بالعديد من التغيرات النفسية والجسمية التي قد تجعلهم عرضة للإصابة بنوبات القلق والتوتر.
- أهمية موضوع الدراسة هو توهم المرض (قلق الصحة) , وهو من الاضطرابات المنتشرة بشكل كبير في العصر الحالي, وبالرغم من التقدم العلمي والطبي إلا أنه أصبح سمة العصر, خاصة لدى طالبات الجامعة, وبالرغم من اكتشاف العديد من المداخل العلاجية إلا أن توهم المرض مازال ينتشر لدى الإناث بشكل أكبر عن الذكور.

فاعلية العلاج الميتامعرفي في خفض توهم المرض (قلق الصحة)

- أهمية المدخل العلاجي وحدائته، وهو العلاج الميتامعرفي، والذي يعتبر من الأساليب الحديثة نسبياً، والتي تهدف إلى التفكير في التفكير، لذا فلا بد من القاء الضوء على أهم فنياته في خفض بعض المشكلات والاضطرابات الانفعالية .

الأهمية التطبيقية:

- يوفر البحث الحالي مقياس لتوهم المرض ومقياس قلق الصحة تم اقتباسه وترجمته إلى اللغة العربية للاستفادة منها في البيئة العربية، ويمكن أن يستفيد منه الباحثين والمعالجين في مجال تشخيص وعلاج توهم المرض .
- كما يقدم البحث برنامجاً قائماً على العلاج الميتامعرفي لخفض توهم المرض . يعتمد على فنية التنبيه المنفصل وفنية تدريب الانتباه، ويمكن الاستفادة منه مع فئات أخرى، ومع اضطرابات القلق الأخرى .

أهداف البحث:

يهدف البحث الحالي إلى التعرف على فاعلية العلاج الميتامعرفي في خفض توهم المرض (قلق الصحة) لدى طالبات الجامعة.

مصطلحات البحث :

تم الاعتماد على المصطلحات التالية في البحث الحالي:

توهم المرض Hypochondriasis : يعرف توهم المرض بأنه خوف متطرف وغير مناسب مرتبط بالصحة ، والقلق المرتكز على تهديد مدرك لصحة الفرد ، يظل فيه الفرد مشغولاً بفكرة احتمال إصابته بمرض خطير رغم الفحوص الطبية المستمرة التي تؤكد سلامته. ويعرف إجرائياً بالدرجة التي يحصل عليها أفراد العينة على المقياس المستخدم في البحث الحالي.

قلق الصحة Health anxiety: الميل إلى القلق بشكل مفرط حول المرض والصحة (Longiey, et al., 2005, 6). ويعرف إجرائياً بالدرجة التي يحصل عليها أفراد العينة على المقياس المستخدم في البحث الحالي.

العلاج الميتامعرفي Metacognitive Therapy: هو مدخل علاجي يعتمد على نظرية ما وراء المعرفة، ووضع أسسه Wells ، ويعتمد على استخدام مجموعة من الفنيات

الميتامعرفية لعلاج الاضطرابات النفسية والانفعالية انطلاقاً من وجود علاقة بين المعتقدات الميتامعرفية والاضطرابات النفسية من أمثلة هذه الفنيات تدريب الانتباه وفنيات التنبه المنفصل. ويقتصر البحث الحالي على فنيات تدريب الانتباه والتنبه المنفصل.

فنيات التنبه المنفصل **Detached mindfulness** :

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

تدريب الانتباه **Attention Training Technique (ATT)** :

هي فنية تتضمن تدريب الفرد على الانتباه السلمي من خلال ثلاثة إجراءات هي الانتباه الانتقائي ، والتحول الانتباهي السريع ، والانتباه الموزع ، من خلال مجموعة من الأصوات المتناسقة والمتباينة والتي تعمل معاً في وقت واحد وتهدف هذه الفنية إلى تدريب المريض على التركيز الخارجي ، مع ملاحظة أنها في نفس الوقت لا تعطل أو تكبت أو تمنع الخبرات أو الأحداث الداخلية التي قد تمر بالمريض أثناء التدريب ، وهي ليست فنية مواجهة أو تشتت. (أبو زيد ، ٢٠١٨)

حدود البحث: تم الالتزام بالحدود التالية: **الحد الموضوعي** : تم الالتزام بكل من فنية التنبه المنفصل وفنية تدريب الانتباه كفنيات علاجية ميتامعرفية (متغير مستقل) وتوهم المرض وقلق الصحة (متغير تابع)؛ كحدود موضوعية للبحث. **الحد البشري**: تم التطبيق على طالبات كلية التربية. **الحد الزمني**: تم التطبيق في الفصل الدراسي الثاني للعام الدراسي ٢٠١٦ / ٢٠١٧ ، ثم أعيد تطبيق أدوات البحث بعد شهرين من توقف تطبيق البرنامج. **الحد المكاني**: تم التطبيق بمحافظة سوهاج.

الإطار النظري والدراسات السابقة:

توهم المرض (قلق الصحة)

يعود مصطلح " توهم المرض Hypochondriasis " إلى المصطلح الإغريقي القديم "hupochondrion" ، ويقصد به " الجزء الناعم من الجسم تحت الغضروف وأسفل

فاعلية العلاج الميتمعرفى فى خفض توهم المرض (قلق الصحة)

السرة " , حيث كان يعتقد في ذلك الوقت " أن الأعضاء الجسدية هي مصدر الأمراض العقلية" ، ويعتبر أبو قراط Hippocrates الفيلسوف الإغريقي أول من وثق لهذا الاضطراب, وقدمه " بروتون (١٦٢١) على أنه متلازمة Syndrome ، ثم وصفه على أنه اضطراب جسدي يرتبط بمظاهر سلوكية ونفسي (Doherty-Torstrick, et al., 2016). ويعتبر مصطلح توهم المرض من المصطلحات الأولى في مجال علم النفس، وتم النظر إلى " توهم المرض" في الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع على أنه اضطراب سيكوسوماتي Somatoform Disorder ، وتم تصنيفه في الدليل التشخيصي الإحصائي الخامس ضمن فئة " somatic symptom and related disorders. " ، وتم اعتبار مصطلح illness anxiety disorder معادل لمصطلح hypochondriasis (DSM-5; APA, 2013, DSM-4;APA,2000)

ويرى (Mier, et al. (2017) أنه بالرغم من هذا التصنيف إلا أن الاعتبارات النظرية الأخيرة ونتائج البحوث الإمبريقية تقترح أن أفضل تسمية لهذا الاضطراب هي قلق الصحة المرضي Pathological health anxiety ، وبالرغم من هذه التوجهات أيضاً إلا أن الباحثين في هذا المجال ما زلوا يستخدمون مصطلح " توهم المرض hypochondriasis ". مثل: دراسة (Joel(2017) ، ودراسة (Week (2014). وذكر (Fink, Ornbol and Christensen (2010) أن مصطلح قلق الصحة المرضي هو تسمية جديدة لمصطلح توهم المرض. واستخدم (Mier, et al. (2017) مصطلح قلق الصحة المرضي على أنه مرادف أو تسمية جديدة لتوهم المرض. ويعتبر مصطلح توهم المرض كمرض ، وكفئة تشخيصية ، وكمتلازمة وكعضو وكاضطراب موجود منذ قرون ، ونظراً لتعدد جوانب "توهم المرض" الفسيولوجية والمعرفية والسلوكية والانفعالية فمزال البحث مستمر لفهم ذلك الاضطراب (Doherty-Torstrick et al , 2016).

ويعرف توهم المرض بأنه انشغال مع مخاوف من وجود فكرة أن الشخص قد يصاب بأحد الأمراض الخطيرة ، مبنياً على سوء تفسير المعلومات الطبية ، ويستمر هذا الانشغال بالرغم من وجود الطمأنينة الطبية المناسبة ، ويحدث لمدة ٦ أشهر على الأقل (APA,2000).

ويعتبر الخوف من مرض السرطان والقلب والأمراض النيورولوجية مثل: التصلب المتعدد من أكثر المخاوف التي يعتقد بها ذوي توهم المرض , وقد يكون من النادر أن يخاف المريض من الأمراض العقلية, وفي هذه الحالة يطلق عليه مصطلح توهم المرض العقلي Mental Hypochondriasis , وقد تكون الشيزوفرنيا من أكثر الأمراض التي يعتقد فيها ذوي توهم المرض حيث قد تكون مشابهة للأمراض الجسمية الخطيرة , مثل: السرطان, من حيث الشدة والضعف والتشخيص (Weck,2014).

ويشير مصطلح توهم المرض إلى الشكوى المستمرة من أعراض بدنية بدون أسباب عضوية حقيقية, ومن ثم فهو اضطراب نفسي المنشأ كتعبير رمزي لا شعوري عن الصراعات الداخلية والإحباطات المتكررة وفقاً لنظرية التحليل النفسي, أو كسلوك متعلم ومكتسب وخاصة من نماذج التطبيع الاجتماعية وفقاً للنظرية السلوكية, أو تفكير مستقطب وإيماءات ذاتية خاطئة وفقاً للنظرية المعرفية (Matto, 2004)

ويعرف قلق الصحة بأنه تصور إدراكي سلوكي لتوهم المرض, ويحتوى على أربع أبعاد هي القلق العاطفي بشأن الصحة، والتحيز المعرفي تجاه مرض خطير، والطمأنينة السلوكية التي تسعى إلى التهدئة، والحساسية المفرطة للأعراض الجسدية (Warwick & Salkovskis, 1990).

ويعرف قلق الصحة بأنه الخوف والقلق غير الملائم أو المفرط والذي يركز على التهديد المدرك لصحة الفرد (Abramowitz & Braddock, 2008, 16), ويمثل قلق الصحة سلسلة متصلة تتراوح بين غياب المخاوف الصحية والقلق الصحي المرضي والقلق الصحي المفرط وغير الملائم وهو توهم المرض، وفي كثير من الأحيان موجود في اضطرابات الجسدنة مثل القلق واضطرابات المزاج (Ferguson, 2009)

وسمة مجموعة من الأعراض التي تشير إلى قلق الصحة مثل أعراض الوسواس عن المرض، وواحد أو أكثر من الأعراض التالية: القلق أو الانشغال بالمخاوف من المرض، وخوف غير واقعي للتعرض للإصابة والملوثات، والاعراض المفرط للمعلومات الطبية، والخوف من تناول الدواء الموصوف، ويجب أن تكون هذه الأعراض موجودة باستمرار، ولمدة أسبوعين على الأقل (Fink, et al., 2004).

فاعلية العلاج الميتامعرفى فى خفض توهم المرض (قلق الصحة)

وتتمثل الملامح الأساسية لتوهم المرض فى الشكوى جسمية دون ظهور أي مرض عضوي، ويحدث لدى الكبار، وذلك بخلاف الاضطرابات السوماتية، ومن الملامح المصاحبة تردد المريض على الطبيب بصورة مبالغ فيها، ولا يشعر بأدني راحة رغم التأكيدات الشخصية عن خلوه من أي مرض عضوي (إبراهيم ، والنيال ، ١٩٩٣ ، ٦٦).

ويظهر توهم المرض فى أي عمر ، ولكن العمر الأكثر شيوعاً بداية مرحلة الرشد ، وقد تكون النسبة غير معروفة ، ولكن نسبة الانتشار فى الممارسة الطبية العامة قد تتراوح بين ٤ % - ٩ % ، ويتم تشخيص توهم المرض على أنه حالة طبية عامة كامنة ، وفيها قد يكون لدى الشخص مخاوف صحية، وفي غياب اضطرابات القلق الأخرى مثل : الوسواس القهري ، واضطراب القلق المعمم ، واضطراب الهلع ، واضطراب القلق الأساسي ، واضطراب قلق الانفصال ، والاضطرابات النفس جسمية الأخرى ، وقد يكون لدى الشخص أفكار تطفلية عن إصابته بالمرض ، مرتبطة بسلوكيات قهرية مثل البحث عن الإطمئنان (APA,2000)

وتم تفسير توهم المرض فى العديد من النماذج العلاجية ومنها النماذج المعرفية السلوكية التي وضعت تصور وعلاج لهذا الاضطراب ، فيرى منظري نظرية المخططات المعرفية Beck's (1976) Schema Theory عند تفسيرهم لتوهم المرض أن الفرد يميل إلى التفسير الكارثي Catastrophically Misinterpret فيما يتعلق بالأعراض الجسمية ، وينظر لها على أنها علامة لأمراض لم تعالج ، لذلك العلاج المعرفي استهدف الأفكار الكارثية المحددة كعنصر رئيس فى العلاج ، وكوسيلة لخفض أعراض قلق الصحة Health Anxious Symptoms (Barsky & Ahern, 2004; Salkovskis, 1996). فيقتراح النموذج المعرفي السلوكي الذي قدمه كلاً من Warwick and Salkovskis (1990) أن تعزيز التحيز المعرفي السلوكي تجاه التهديدات الصحية المحتملة يعتبر ميكانيزم سبب ومركزي فى تقاوم توهم المرض والاحتفاظ به ، ويفترض هذا النموذج أن الانتباه المتزايد بالتهديدات الصحية من الممكن أن يُنشط العمليات المعرفية المختلة وظيفياً ، مما يؤدي إلى حلقة مفرغة من التفسيرات الكارثية الخاطئة والمخاوف الصحية مما يعزز التحيز الانتباهي.

واقترح كلاً من Salkovskis and Rimes (1997) تفسيراً آخر للنظرية المعرفية السلوكية لتوهم المرض هو أن الشخص الذي يمر بخبرة توهم المرض قد يكون لديه

ميل لسوء تفسير المعلومات الطبية الغامضة أثناء الاستشارة الطبية أو إجراءات الفحص الطبي أو معلومات الأمراض الموصوفة في وسائل الإعلام أو شبكات النت.

وتشير نتائج البحوث والدراسات إلى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في خفض توهم المرض (Thomson and Page, 2007; Barsky and Ahern, 2004). ولكن المراجعات الحديثة أثبتت أن معدلات الشفاء لتوهم المرض باستخدام العلاج المعرفي السلوكي منخفضة مقارنة بالاضطرابات الأخرى , كما أن هناك نسبة كبيرة من المتسربين من العلاج (Bailey and Wells ,2014).

وكما ذكر (McManus, et al. (2008) أن العلاج المعرفي السلوكي قد فشل في تحقيق نفس مستويات الفاعلية التي حققها مع اضطرابات القلق الأخرى بالنسبة لتوهم المرض , وربما يكون هذا قد دفع المنظرين والباحثين إلى محاولة تحسين المدخل المعرفي السلوكي , وتم ذلك من دخل دمج فنية اليقظة العقلية , تحت مسمى العلاج المعرفي السلوكي القائم على اليقظة العقلية Mindfulness based Cognitive Therapy (MBCT) , وتم النظر إلى هذا المدخل على أنه علاج محتمل لتوهم المرض (Bailey and Wells2014 ;McManus et al. 2012). وتعمل التدخلات العلاجية المعرفية السلوكية بشكل رئيس على تعديل المعتقدات والأفكار والاتجاهات المختلفة وظيفياً تجاه الأمراض , وكذلك خفض من البحث المستمر عن الطمأنينة وسلوكيات السلامة لدى المرضى (Weck, 2014). وبصفة عامة تعمل العلاجات المرتكزة على العلاج السلوكي المعرفي على تغيير المعتقدات الميتمعرفية عند علاج توهم المرض (Buwalda, et al., 2008).

وتمت معالجة توهم المرض باستخدام العديد من المداخل العلاجية مثل: العلاج الجماعي، والعلاج المرتكز على النت Internet Based Therapy والتي كانت فعالة في الأوضاع الإكلينيكية الروتينية أيضاً (Weck,2014).

الميتمعرفة النظرية والعلاج:

يقوم النموذج الميتمعرفي على النموذج الوظيفي المنظم ذاتياً للاضطرابات الانفعالية (Self-Regulatory Executive Function Theory (S-REF) , والذي

فاعلية العلاج الميتامعرفى فى خفض توهم المرض (قلق الصحة)

يشير إلى أن الميتامعرفة هي السبب الأساسي في الاضطرابات النفسية (Wells & Matthews, 1996). والذي اقترح أن الاضطرابات الانفعالية مرتبطة بمتلازمة الانتباه المعرفي (Cognitive Attentional Syndrome (CAS) والتي تتكون من التفكير المستمر في شكل قلق واجترار، وسلوكيات مواجهة غير تكيفية (مثل الفحص..)، وتركيز الانتباه المتزايد على التهديد، واستراتيجيات السيطرة على التفكير غير منتجة (Wells, 1994, 1996; Wells & Matthews 2000).

وتقترح تلك النظرية أن متلازمة الانتباه المعرفي مدفوعة وموجهة بمعتقدات ميتامعرفية، والتي تكون إيجابية وسلبية في طبيعتها، كلاهما على حد سواء. ففي حالة توهم المرض قد يقول المريض: " يجب أن أقلق بشأن أعراض من أجل الوقاية من المرض"، وقد يعتقد أيضاً " لا أستطيع أن أوقف مخاوفي ما لم أقم بعملية فحص" (Wells, 2000). وتم صياغة وتطوير المدخل الميتامعرفي كتصور وكعلاج لاضطرابات نفسية محددة، تشمل اضطرابات القلق الاجتماعي (Lakshmi, Sudhir, Sharma & Math, 2016)، واضطراب القلق المعمم (van der Heiden, Melchior, Stigter, 2013)، واضطراب الوسواس القهري (Wells 1997)، واضطراب ضغوط ما بعد الصدمة (Wells & Sembi, 2004).

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

بينما المدخل الميتامعرفي يرى أن الاضطراب يحدث بسبب طريقة عمليات التفكير في السيطرة، والنمط الفكري الذي يتخذه المريض، ويعتبر المحتوى مهمة في العلاج الميتامعرفي ولكن يعتمد على المحتوى الميتامعرفي بدلاً من المحتوى المعرفي في المدخل السلوكي، ويركز أيضاً العلاج المعرفي السلوكي على اختبار صلاحية الأفكار أما

الميتامعرفي يركز على الطريقة التي تم بها تنظيم تلك الأفكار ومعايشتها (على سبيل المثال : ما وجهة النظر في القلق المتعلق بالحوادث؟) ، فيركز على المعتقدات الميتامعرفية (ليس لدى سيطرة كاملة على قلبي) أكثر من المعرفة العادية Ordinary Cognitions.

ويهدف العلاج الميتامعرفي إلى تعديل أسلوب أو استراتيجيات التفكير (متلازمة الانتباه المعرفي)، وتعديل المعتقدات والأفكار الميتامعرفية المعلنة أو الصريحة ، واكتساب معارف إجرائية جديدة أو خطط ضمنية لتوجيهه المعالجة والخبرة الشخصية (عبد الرحمن، ٢٠١٤، ١٧٩).

الميتامعرفة وتوهم المرض (قلق الصحة):

يشير النموذج الوظيفي المنظم ذاتياً، إلى أن الميتا معرفة هي السبب الأساسي في الاضطرابات النفسية (Wells & Matthews, 1996) ، وتُسهم الميتامعرفة المختلة في تفعيل متلازمة الانتباه المعرفي في معالجة المواقف الضاغطة، وتعرف متلازمة الانتباه المعرفي على أنها مصدر للاضطرابات تتطوي على معالجة مستمرة لتحيز الانتباه والقلق والاجترار وتركيز الانتباه على الذات، وأشكال أخرى من التكيف غير الملائم التي تمنع التعلم التصحيحي (Wells, 2008).

والافراد الذين يعانون من المعتقدات الميتامعرفية المختلة تهيمن عليهم متلازمة الانتباه المعرفي عندما تفشل استراتيجيات التكيف الأولية في تحقيق التنظيم الذاتي، فتساعد على الحفاظ على الاضطراب الانفعالي من خلال التركيز على التهديد واستنفاد قدرات المعالجة (Fisher & Wells, 2009).

وتشير نتائج دراسة (Kaur, et al., 2011) إلى دور المعتقدات الميتامعرفية في التنبؤ بالتحيز الانتباهي في سياق قلق الصحة، وتماشياً مع النموذج الوظيفي المنظم ذاتياً، فإن مستويات أعلى من الميتامعرفة المعتلة قد تتنبأ بالتحيز الانتباهي إلى الكلمات ذات الصلة بالصحة، وتتنبأ الميتامعرفة الخاصة بالصحة على نحو أفضل بالتحيز الانتباهي. ويستند النموذج الميتامعرفي لتفسير القلق على مبدأ أن قلق الصحة ناجم عن نمط من التفكير يسمى متلازمة الانتباه المعرفي، ويتكون من سلسلة من الفكر اللفظي في شكل قلق مفرط بشأن وجود المرض ونمط من تركيز الانتباه على التهديد مثل: مسح الجسم

فاعلية العلاج الميتمعرفى فى خفض توهم المرض (قلق الصحة)

لعلامات المرض , وفحص الجسم المفرط, واستراتيجيات التكيف التي لها آثار سلبية, مثل: البحث عن المرض عن طريق الانترنت, أو محاولة منع التفكير في المرض.. (Fink et al. 2004 ; Wells , 2009)

وأشارت نتائج دراسة كل من (1999) Bouman and Meijer إلى أن الميتمعرفة تلعب دوراً كبيراً في توهم المرض, حيث أن الميتمعرفة المرتبطة بالأفكار الصحية أفضل مؤشر على توهم المرض Hypochondriacal.

وتدعم نتائج البحوث والدراسات المبكرة والحديثة قابلية تطبيق تصورات هذا النموذج الميتمعرفة مع توهم المرض. فقد توصلت نتائج دراسة كل من Bouman and Meijer, (1999) ، ودراسة (2011) Kaur et al. إلى وجود علاقة موجبة بين العوامل الميتمعرفة وتوهم المرض. ودراسة كل من (2013) Bailey and Wells التي توصلت إلى أن الميتمعرفة تسهم في تضخيم الحس الجسدي لدى ذوي توهم المرض. وهذا يؤكد العلاقة بين العوامل الميتمعرفية وتوهم المرض.

وتشير نتائج دراسة (2011) Kaur et al. على وجود علاقة بين تحيز الانتباه والميتمعرفية لدى مرضى توهم المرض (قلق الصحة) لدى طلاب الجامعة, وتشير إلى أنه يجب التركيز عند دراسة العيانات الإكلينيكية على علاج العوامل الميتمعرفية وتحيز الانتباه, ويجب التركيز على العوامل الميتمعرفية بشكل كبير. وأوصت باستخدام الفنيات الميتمعرفية في علاج توهم المرض (قلق الصحة). ومن هذه الفنيات فنية تدريب الانتباه, فهي فنية ميتمعرفية تُمكن من السيطرة على الانتباه (Papageorgiou & Wells, 1998) ، وتعديل التحيز المعرفي أيضاً من الفنيات الفعالة في خفض توهم المرض (Amir, et al., 2009).

ويعتبر كل من القلق والاجترار عاملان مهمان في كل من النظرية الميتمعرفية والاحتفاظ بتوهم المرض عموماً (Fink, et al. 2004) ؛ وعلى سبيل المثال يعتبر الاجترار عرض أساسى في توهم المرض , وقد اثبتت نتائج البحوث والدراسات إلى وجود علاقة موجبة بين الاجترار والاهتمامات السيكوماتية (Rector & Somatic Concerns 1996) , ودراسة (2008) Marcus, et al. التي توصلت نتائجها إلى وجود علاقة بين الاجترار وتوهم المرض.

وتم التوصل في دراسة (Fergus 2013) إلى وجود علاقة قوية بين توهم المرض وكل من الاجترار والقلق worry, أكثر من الأفكار السلبية المتداخلة , وهذا يتفق مع مبدأ النظرية الميتمعرفية والتي ترى أن نمط التفكير المستمر أكثر إشكالية في توهم المرض من تفكير الفرد ذاته (Wells, 2009).

وتوصلت نتائج البحوث والدراسات إلى أن الانغماس في عمليات تفكير مستمرة مثل القلق والاجترار قد يؤثر بالفعل ليس على زيادة حالات الانفعال السلبي ولكن أيضاً قد يعمل على زيادة وتعزيز الأعراض السيكوماتية والاحتفاظ بها (Brosschot, et al., 2006; Brosschot and Van Der Doef 2006; 2005).

وتوصلت نتائج دراسة (Marcus et al. 2007) إلى أن التحيز الانتباهي للمثيرات المرتبطة بالصحة يحتمل أن يكون أيضاً سمة لدى ذوي اضطراب قلق الصحة. وتوصلت نتائج دراسة (Kaur et al. 2011) إلى أن التركيز المتزايد على التهديد ومراقبة التهديد مرتبط بالعوامل الميتمعرفية في توهم المرض , والذي قد يؤثر على معالجة المعلومات المتعلقة بالصحة.

وتحليلاً لنتائج تلك البحوث والدراسات وتوجهات المنظرين وجد أن هناك علاقة قوية بين العوامل الميتمعرفية وتوهم المرض , وأن القلق والاجترار عاملان مهمان في النظرية الميتمعرفية وتوهم المرض. وهذا قد يزود النظرية الميتمعرفية بأسس منطقية ونظرية وعلمية لتكون مدخلاً علاجياً فعالاً في خفض أو علاج توهم المرض.

وقد ركزت توجهات المنظرين والبحوث الحديثة إلى التحقق من فروض النظرية الميتمعرفية في خفض أو علاج توهم المرض معتمدين على فنيات ميتمعرفية أيضاً , فقد توصلت نتائج دراسة كل من (Bailey and Wells 2014) إلى فاعلية العلاج الميتمعرفي في علاج توهم المرض وتوصلت نتائج دراسة (Cook, et al. 2015) إلى فاعلية العلاج الميتمعرفي في خفض قلق الصحة الشديد.

وأشارت نتائج دراسة كل من (Bouman & Meijer 1999) إلى فاعلية العلاج الميتمعرفي في خفض توهم المرض , ويعتبر البحث الحالي واحد من البحوث المهمة بالتحقق من فاعلية العلاج الميتمعرفي في علاج توهم المرض في البيئة العربية.

فاعلية العلاج الميتامعرفي في خفض توهم المرض (قلق الصحة)

فنيات العلاج الميتامعرفي

ذكر عبد الرحمن (٢٠١٤) أن الفنيات الميتامعرفية متعددة ، ومنها فنيات تدريب الانتباه (تدريب الانتباه ، وإعادة التركيز على الانتباه الموقفي) ، وفنيات التنبه المنفصل.

فنية تدريب الانتباه:

تعتبر فنية تدريب الانتباه استراتيجية علاجية ميتامعرفية مختصرة تهدف إلى معالجة العمليات المرتكزة على الذات ، وزيادة المرونة الانتباهية في الاضطرابات النفسية، ويُمكن هذا النموذج الفرد من فك النشاط المرتبط بمتلازمة الانتباه المعرفي، وبالتالي العودة إلى المعالجة الانفعالية العادية (Knowles, et al, 2016).

وتعرف فنية تدريب الانتباه بأنها ممارسة الانتباه السمعي خارجياً، وتتكون من الانتباه الانتقائي وتحول الانتباه وتوزيع الانتباه، وهي تهدف للحد من التركيز على الذات في متلازمة الانتباه المعرفي واستعادة السيطرة على التفكير (Wells, 2008).

ووضع هذه الفنية Wells (1990) بهدف زيادة السيطرة الانتباهية المرنة، بحيث يتمكن الفرد من التخلي عن طرق المعالجة التي يسيطر عليها القلق والاجترار ومراقبة التهديد.

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

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

التنبيه المنفصل Detached Mindfulness

يهدف العلاج الميتامعرفي إلى تعزيز التنبه المنفصل، والذي يتعارض مع متلازمة الانتباه المعرفي، ويشير التنبه المنفصل إلى كيفية استجابة الفرد للأحداث الداخلية (القلق، الصور التطفلية، الأفكار السلبية، والذكريات)، وتتضمن هذه الفنية وقف أي معرفة متزايدة أو استجابة مواجهة للأفكار، والتي تتضمن عادة تعليق التفكير المستمر، واستراتيجيات المواجهة الخاصة مثل: التركيز أو تجنب أو تحويل الأفكار (Fisher & Wells, 2008). وتعرف بأنها حالة من الوعي بالأحداث الداخلية مصحوبة بالتقييم المستمر دون الاستجابة لها، حيث تركز على تطوير الوعي بالذاتي في سياق وقف أو تعطيل المعالجة الفكرية وفصل الذات عن الأحداث المعرفية (عبد الرحمن، ٢٠١٤، ٢٦١).

وتعرف فنية التنبه المنفصل بأنها نوع من الوعي الداخلي، ولكن في غياب المعالجة الكاملة للذات Effortful Processing، وهي وعي بالمد التلقائي وغير التطوعي للأحداث الداخلية وتدفعها، وفي المقام الأول الأفكار، وفي هذه الحالة يكون الشخص "محوراً إدراكياً cognitively de-centered"، وهذا يعني النظر إلى الأفكار على أنها أشياء في العقل، والتي تكون منفصلة عن الواقع. (Wells, 2006, 340)

ويعني التنبه المنفصل: الإدراك الموضوعي للأفكار والأحداث الداخلية في غياب التحليل المفاهيمي وفي غياب الاستجابات الموجهة نحو الهدف. وتتكون هذه الفنية من خمسة عناصر: الإدراك الميتامعرفي Meta-awareness (الوعي بالأفكار)، والمحور الإدراكي Cognitive de-centering (فهم الأفكار كأحداث وليست حقائق)، والانفصال الانتباهي Attentional detachment (الانتباه مرن فلا يستقر على أي حدث)، والمعالجة الانتباهية المنخفضة Low conceptual processing (المستوى المنخفض من التقييم القائم على المعنى أو التحليل، على سبيل المثال الحوار الداخلي)، انخفاض المواجهة الموجهة على الهدف Low goal directed coping (أهداف إزالة التهديد أو تجنبه ليست أساسية) (Wells, 2005, 2000). وأكد Wells (2005) أن فنية التنبه المنفصل ليست فنية للإدراك الذاتي، وليست استراتيجية مواجهة.

وذكر كل من عبد الرحمن (٢٠١٤)، Wells (2005) أن هناك ١٠ فنيات يمكن استخدامها في المدخل الميتامعرفي لتنمية التنبه المنفصل، وهي التوجيه الميتامعرفي،

فاعلية العلاج الميتماعرفى فى خفض توهم المرض (قلق الصحة)

مطلب التداعي الحر، ومطلب النمر، وتجربة الكبت - الكبت المضاد، واستعارة السحب، ومجاز الطفل المعاند، واستعارة المسافر بالقطار، والعقدة الشفهية، وفنية أحلام اليقظة.

الدراسات السابقة:

المحور الأول: دراسات تناولت الميتماعرفة وعلاقتها بتوهم المرض وقلق الصحة

هدفت دراسة (Melli, et al (2017 إلى فحص العلاقة بين المعتقدات الميتماعرفية وأعراض قلق الصحة لدى مجموعة من الأفراد تم تشخيصهم بقلق الصحة الشديد (توهم المرض)، وتكونت العينة من ٤٥٨ فرداً، وتم إجراء الدراسة عينة من طلاب الجامعة وطلاب المدارس الثانوية بإيطاليا، وتم استخدام قائمة حساسية القلق الثالثة Anxiety Sensitivity Index (ASI-3)، واستفتاء الميتماعرفة المرتبط بقلق الصحة metacognitions about Health Anxiety (MHA)، واستفتاء المعرفة الصحية Health Cognition Questionnaire (HCQ)، واستفتاء قلق الصحة Anxiety Questionnaire (HAQ)، وأشارت نتائج الدراسة إلى وجود علاقة قوية بين المعتقدات الميتماعرفية وتوهم المرض.

وهدفت دراسة (Mier, et al (2017 إلى دراسة الارتباطات العصبية للتحيز الانتباهي لمثيرات التهديد المرتبطة بالصحة لدى ذوي قلق الصحة المرضى، وتكونت العينة من ثلاثة مجموعات؛ المجموعة الأولى من ذوي قلق الصحة المرضى وتكونت من ٣٣ مشاركاً، والمجموعة الثانية من ذوي اضطراب الاكتئاب وتكونت من ٢٨ مشاركاً، والمجموعة الثالثة من الأصحاء وتكونت من ٣١ مشاركاً، وتمت المطابقة بين المشاركين في العمر والنوع، والتعليم، وتم استخدام قائمة قلق الصحة المختصر Short Health Anxiety Inventory (SHAI)، ومقياس أعراض الاكتئاب، ومقياس توهم المرض Whiteley Index (WI)، ومقياس الاكتئاب الأساسي، ومقياس القلق المعمم، وتم التوصل إلى أن ذوي قلق الصحة المرضى أظهروا تحيز انتباهي أعلى للكلمات المثيرة للتهديد أكثر من المشاركين في المجموعة الثانية ذوي اضطراب الاكتئاب والمشاركين في المجموعة الثالثة الأصحاء.

وهدفت دراسة (Melli, et al. (2016 إلى التعرف على العلاقة بين معتقدات الميتماعرفية وأعراض قلق الصحة، وتكونت عينة الدراسة من ٣٤٢ فرداً إيطالي تتراوح

أعمارهم من ١٨ - ٨٠ سنة، واستخدمت الدراسة واستفتاء قلق الصحة (HAQ)، قائمة حساسية القلق الثالثة (ASI-3)، واستفتاء المعرفة الصحية (HCQ)، واستفتاء الميتمعرفة المرتبط بقلق الصحة (MHA)، وقائمة بيك الثالثة للاكتئاب، وقائمة بيك للقلق، وأشارت نتائج الدراسة إلى وجود علاقة إيجابية قوية بين قلق الصحة والمعتقدات الميتمعرفة، وكانت المعتقدات الميتمعرفة حول عدم القدرة على السيطرة والتدخل للمرض لها ارتباط أقوى مع قلق الصحة من أي معتقدات أخرى مختلفة.

وهدفت دراسة Kim And Lee (2016) إلى التعرف على التحيز الانتباهي للمعلومات المرتبطة بالصحة لدى ذوي قلق الصحة، وتكونت العينة من ٨٤ مشاركاً، تم تقسيمهم إلى أربعة مجموعات، فمن حيث مستوى قلق الصحة (مرتفع - منخفض)، ومن حيث استراتيجيات المواجهة (مراقبة - أكثر حدة)، وتم استخدام مقياس الاتجاه نحو المرض Illness Attitudes Scale (IAA)، ومقياس قلق السمة والحالة، ومقياس استراتيجيات المواجهة، وتم التوصل إلى أن ذوي قلق الصحة المرتفع كانوا أكثر انتبهاً للمثيرات الصحية من ذوي قلق الصحة المنخفض.

وهدفت دراسة Bailey and Wells (2015) إلى التعرف على دور المعتقدات الميتمعرفة في توسط العلاقة بين التفسيرات الخاطئة وقلق الصحة، وتكونت العينة من ٣٥١ فرداً، وتم استخدام استفتاء المعرفة بالجسد والصحة the cognition about body and health questionnaire (CB&HQ)، واستفتاء الميتمعرفة Metacognitions Questionnaire (MCQ-30)، ومقياس توهم المرض (WI)، وأشارت نتائج الدراسة إلى وجود علاقة إيجابية بين المعتقدات الميتمعرفة والتفسيرات الخاطئة وقلق الصحة، وتم تفسير العلاقة بين التفسيرات الخاطئة وقلق الصحة من خلال التفاعل مع معتقدات الميتمعرفة.

وهدفت دراسة Sujin, Kiho and Jang-Han (2014) إلى فحص العلاقة بين التحيز الانتباهي وقلق الصحة، وتكونت العينة من ٦٧ مشاركاً من طلاب الجامعة ذوي قلق الصحة، وتم استخدام مقياس الاتجاه نحو المرض (IAA)، ومقياس أنماط المراقبة (التجنب المعرفي - اليقظة في الحصول على المعلومات) Monitoring-

فاعلية العلاج الميتمعرفى فى خفض توهم المرض (قلق الصحة)

Blunting Style Scale, وتم التوصل إن ذوي قلق الصحة المرتفع أظهروا تحيز انتباهي أكثر لمعلومات مثيرات التهديد أكثر من ذوي قلق الصحة المنخفض, ولا توجد فروق بين ذوي قلق الصحة المنخفض مع التجنب المعرفي وذوي قلق الصحة المرتفع مع اليقظة في الحصول على المعلومات في التحيز الانتباهي, وكان ذوي قلق الصحة المرتفع مع التجنب المعرفي أكثر في التحيز الانتباهي.

وهدفت دراسة (Fergus(2014 إلى فحص المعتقدات المختلة المرتبطة بالصحة وقلق الصحة ، وتكونت عينة الدراسة من ٤١٠ فرداً، ٥٥% منهم إناث تتراوح أعمارهم من ١٨- ٧٢ سنة بمتوسط عمري ٣٢ سنة ، وتم استخدام مقياس الإدراكات الصحية The Health Cognitions Scale والقائمة المتعددة الأبعاد لسمات توهم المرض Multidimensional Inventory of Hypochondriacal Traits (MIHT), Longley, et al. (2005) , ومقياس قلق الصحة (WI)، ومقياس قلق الصحة المختصر (SHAI) ، وقائمة حساسية القلق الثالثة (ASI-3)، ومقياس الوسواس القهري ، وأشارت نتائج الدراسة إلى وجود ارتباط قوي بين قلق الصحة والمعتقدات المختلة المرتبطة بالقلق، كما أن الحساسية للقلق ذات علاقة قوية بقلق الصحة عن الوسواس القهري .

وهدفت دراسة (Kaur, Butow and Thewes (2011 إلى دراسة الميتمعرفة المختلة وظيفياً وعلاقتها بالتحيز الانتباهي في سياق قلق الصحة، وتكونت العينة من ١٥٨ طالباً من طلاب الجامعة ، وتم استخدام مقياس القلق والاكتئاب المختصر ، ومقياس قلق الصحة (WI)، واستفتاء الميتمعرفة (MCQ-30)، واستفتاء الميتمعرفة المرتبط بقلق الصحة (MHA)، وتم التوصل إلى وجود علاقة بين الميتمعرفة والتحيز الانتباهي، وتم التوصل إلى أن الميتمعرفة منبئ بالتحيز الانتباهي في قلق الصحة لدى طلاب الجامعة.

وهدفت دراسة (Owens, et al. (2004 إلى فحص تحيز الانتباه للمعلومات المتعلقة بالمرض لدى ذوي قلق الصحة، تكونت العينة من ٢٤٠ طالباً من طلاب الجامعة بواقع (١٦١ إناث - ٨١ ذكور) بمتوسط عمري ٢٠ سنة من ذوي القلق المرتفع والمتوسط والمنخفض، تم استخدام مقياس الاتجاه نحو المرض (IAS)، وأشارت نتائج الدراسة إلى أن

طلاب الجامعة مرتفعي قلق الصحة أكثر عرضه للتحيز الانتباه للمعلومات المتعلقة بالمرض.

دراسات تناولت العلاج الميتماعرفي في خفض توهم المرض وقلق الصحة

هدفت دراسة (Knowles, et al (2016 إلى مراجعة البحوث والدراسات التي تناولت فنية تدريب الانتباه لدى عينات إكلينيكية وعينات غير اكلينيكية , في الفترة من ١٩٩٠ - ٢٠١٤ , وتم الحصول على ١٠ دراسات منشورة على مواقع البحث , وبلغ عدد العينات ٢٩٥ مشاركاً , وتم فحص معدل التحسن , وحجم التأثير , وتم التوصل إلى أن فنية تدريب الانتباه ذات تأثير مرتفع , ومعدل تحسن عالي , كما أشارت النتائج إلى انخفاض معدل التسرب من العلاج , وتم التوصل أيضاً إلى أن فنية تدريب الانتباه فعالة في خفض اضطرابات القلق والاكتئاب , وفنية مساعدة في علاج بعض أعراض الفصام , كما أكدت البحوث والدراسات فاعليتها في خفض توهم المرض وقلق الصحة , وأوصت الدراسة بأن فنية تدريب الانتباه بالرغم من الدراسات المحدودة فيها إلا أنها فنية واعدة , وقد تستفيد منها الدراسات المستقبلية كثيراً.

وهدف دراسة (Bailey and Wells (2014 إلى التعرف على فاعلية العلاج

الميتا معرفي في خفض توهم المرض , وتكونت العينة من ٤ مشاركين من ذوي توهم المرض (٣ نساء , ورجل) , بمتوسط عمري ٤٧,٦ سنة , تم تشخيصهم إكلينيكيًا بناء على معايير الدليل التشخيصي الاحصائي الرابع , ولم يتلق أفراد العينة أي تدخلات علاجية سابقة , ولم يعانون من أي اضطرابات أخرى , وتم استخدام مقياس قلق الصحة (WI) لتشخيص توهم المرض , واستفتاء الميتماعرفة المرتبط بقلق الصحة (MHA), واستفتاء الميتماعرفة (MCQ-30), وقائمة بيك للاكتئاب , وقائمة بيك للقلق , وتم استخدام التصميم التجريبي A-B , وتم استخدام النموذج العام من النموذج العلاجي الميتماعرفي الذي اقترحه Wells(2009;2000) , وهو نموذج مستخدم مع حالات توهم المرض , وتم في التدخل العلاجي اتباع عدة خطوات: صياغة الحالة , الاندماج الاجتماعي , تطوير المرونة الميتماعرفية , تحدي معتقدات عدم السيطرة على القلق والاجترار , تحدي المعتقدات الميتماعرفية الايجابية , والتخلي عن استراتيجيات التحكم في الأفكار غير المفيدة , الوقاية

فاعلية العلاج الميتماعرفي في خفض توهم المرض (قلق الصحة)

من الانتكاسة , وتم التوصل إلى أن درجات المشاركين على أدوات البحث انخفض , وهذا يشير إلى فاعلية العلاج الميتماعرفي في خفض توهم المرض.

وهدفت دراسة (Weck, et al. (2013 إلى دراسة تأثير تدريب الانتباه على الأحاسيس الجسدية لدى ذوي توهم المرض , وتكونت العينة من ٣٦ مريضاً بتوهم المرض , تم تقسيمهم إلى مجموعتين , مجموعة تجريبية أولى تلقت العلاج بفنية تدريب الانتباه , ومجموعة تجريبية ثانية تلقت برنامجاً لخفض سلوكيات الأمان بدون التعليمات الانتباهية , وتم تطبيق البرنامج بواقع خمسين دقيقة للجلسة , وتم التطبيق لمدة ثلاثة جلسات لكل برنامج. وتم استخدام القائمة المتعددة الأبعاد لسماوات توهم المرض (MIHT), وتم التوصل إلى فاعلية المدخلين في خفض توهم المرض, وكانت الأحاسيس الجسدية منخفضة فقط لدى أفراد المجموعة التجريبية الأولى.

وهدفت دراسة (Buwalda, et al. (2008 إلى فحص فاعلية دورة العلاج المعرفي السلوكي النفسي القائم على جوانب الميتماعرفة في خفض توهم المرض والميتماعرفة المرتبطة بقلق الصحة , وتكونت عينة الدراسة من ٢٦ فرداً, تم تقسيمهم إلى مجموعتين مجموعة تجريبية ١٤ ومجموعة ضابطة عددها ١٢ , وتم استخدام مقياس الاتجاه نحو المرض (IAS) يقيس أعراض توهم المرض ويركز على أربع جوانب لتوهم المرض هم (إدراك المرض - الأعراض الجسدية - القلق الصحي - فحص السلوك وتجنبه) , واستفتاء الميتماعرفة المرتبط بقلق الصحة (MHA), وقائمة بيك للاكتئاب , وقائمة سمات القلق, والدورة المعرفية السلوكية , وأشارت نتائج الدراسة إلى فاعلية والدورة المعرفية السلوكية في خفض الميتماعرفة المتعلقة بقلق الصحة وخفض أعراض توهم المرض.

وهدفت دراسة (Cavanagh and Franklin (2000 إلى التعرف على فنية تدريب الانتباه في خفض توهم المرض , وتكونت العينة من ٣٦ مشاركاً من ذوي توهم المرض , تم تقسيمهم إلى مجموعة تجريبية عددها ٢١ مشاركاً , ومجموعة ضابطة عددها ١٥ مشاركاً , وتم استخدام فنية تدريب الانتباه لمدة خمسة أسابيع بواقع جلسة في الأسبوع , وتم استخدام القائمة المتعددة الأبعاد لسماوات توهم المرض (MIHT), وتم التوصل إلى فاعلية تدريب الانتباه في خفض أعراض توهم المرض , واستمر التحسن أيضاً خلال فترة المتابعة التي استمرت ١٨ شهراً.

و هدفت دراسة (Papageorgiou and Wells (1998) إلى التعرف على فنية تدريب الانتباه في خفض قلق الصحة ، وتكونت العينة من ثلاثة مرضى توهم مرض ، من كبار السن ، وتم استخدام مقياس الانتباه المرتكز على الذات ، وتم تطبيق فنية تدريب الانتباه لمدة ٨-٩ جلسات ، مع الممارسة اليومية لهذه الفنية ، وتم استخدام التصميم A-B- A ، وتم التوصل إلى وجود انخفاض دال في قلق الصحة والمعتقدات المرضية والانتباه المرتكز على الجسد ، وكان التحسن مستمر خلال فترة المتابعة والتي استمرت ٦ شهور .
تعليق على البحوث والدراسات السابقة :

هدفت دراسات المحور الأول إلى التعرف على العلاقة بين الميتمعرفة توهم المرض أو قلق الصحة مثل: دراسة (Melli, et al. (2017، ودراسة Mier, et al. (2017) ، ودراسة (Melli et al. (2016، ودراسة (kim And Lee (2016، ودراسة كل من (Bailey and Wells (2015 ، ودراسة (Sujin, et al. (2014، ودراسة (Kaur, et al. (2011، ودراسة (Owens, et al. (2004.

وهدفت دراسات المحور الثاني إلى التعرف على فاعلية العلاج الميتمعرفي في خفض توهم المرض (قلق الصحة) مثل دراسة (Knowles, et al. (2016 ، ودراسة كل من (Bailey and Wells (2014 ، ودراسة (Weck, et al. (2013 ، ودراسة كل من (Cavanagh and Franklin (2000 ، ودراسة كل من (Papageorgiou and Wells (1998) ، وهدف البحث الحالي إلى دراسة فاعلية العلاج الميتمعرفي في خفض قلق الصحة أو توهم المرض.

وبالنسبة لعينة الدراسات السابقة: ركزت بعض الدراسات على طلاب الجامعة مثل: دراسة (Kaur, et al. (2011) ، ودراسة (Owens, et al. (2004 ، ودراسة (Sujin, et al. (2014) ، وهناك بعض الدراسات تناولت عينات في مدى عمري يتراوح من ١٨ سنة إلى ٨٠ سنة مثل: دراسة (Mier, et al. (2017) ، وركز البحث الحالي على طلبات الجامعة لخفض حدة توهم المرض لديهم.

وبالنسبة لأدوات الدراسات السابقة: تناولت الدراسات السابقة مقاييس متنوعة لتشخيص توهم المرض أو العوامل الميتمعرفية المرتبطة بتوهم المرض، وهذه الأدوات هي :

فاعلية العلاج الميتامعرفي في خفض توهم المرض (قلق الصحة)

استفتاء المعرفة الصحية (Health Cognition Questionnaire(HCQ)، واستفتاء المعرفة بالجسد والصحة the cognition about body and health questionnaire (CB&HQ)، استفتاء الميتامعرفة (MCQ- The Metacognitions Questionnaire (MHA)، واستفتاء الميتامعرفة المرتبط بقلق الصحة (30)، واستفتاء الميتامعرفة المرتبط بقلق الصحة (MHA)، واستفتاء الميتامعرفة المرتبط بقلق الصحة (MHA) metacognitions about Health Anxiety، واستفتاء قلق الصحة (HAQ) Health Anxiety Questionnaire، القائمة المتعددة الأبعاد لسمات توهم المرض Multidimensional Inventory of Hypochondriacal Traits (MIHT)، مقياس الاتجاه نحو المرض (IAA) Illness Attitudes Scale، مقياس الإدراكات الصحية The Health Cognitions Scale، مقياس توهم المرض Whiteley Index (WI).

واستخدم البحث الحالي القائمة المتعددة الأبعاد لسمات توهم المرض (MIHT)، واستفتاء الميتامعرفة (MCQ-30)، وقائمة قلق الصحة Health Anxiety Inventory (HAI)، مثل دراسة كل من (Bailey and Wells (2014) ودراسة Owens et al (2004) ودراسة (Kaur, et al (2011) التي استخدمت استفتاء الميتامعرفة (MCQ-30)، ودراسة (Fergus(2014)، ودراسة (Cavanagh and Franklin (2000)، ودراسة (Weck, et al. (2013) التي استخدمت القائمة المتعددة الأبعاد لسمات توهم المرض (MIHT).

وبالنسبة للنتائج الدراسات السابقة: أشارت نتائج دراسات المحور الأول إلى وجود علاقة بين الميتامعرفة وتوهم المرض (قلق الصحة)، كما توصلت نتائج الدراسات المحور الثاني إلى فاعلية العلاج الميتامعرفي في تعديل الميتامعرفة وخفض قلق الصحة أو توهم المرض، ويعتبر البحث الحالي واحد من البحوث التي تتحقق من فاعلية العلاج الميتامعرفي في خفض توهم المرض (قلق الصحة) في البيئة العربية.

إجراءات البحث:

منهجية البحث: تم الاعتماد على المنهج التجريبي للتعرف على أثر المتغير المستقل "العلاج الميتامعرفي" على المتغير التابع "توهم المرض (قلق الصحة)" وذلك من خلال التصميم التجريبي المكونة من مجموعة تجريبية ومجموعة ضابطة.

د. هبة جابر عبدالحميد

عينة البحث الاستطلاعية: تكونت عينة البحث الاستطلاعية من ٤٠ طالباً وطالبة من طلاب كلية التربية جامعة سوهاج، وذلك لحساب صدق وثبات أدوات البحث.
عينة البحث الأساسية:

تكونت العينة الأساسية من ١٢ طالبة، من طالبات كلية التربية جامعة سوهاج في المدى العمري من ١٩-٢١ سنة، تم اختيارهن من ١٠٠ طالبة ممن حصلن على درجات مرتفعة (الإرباعي الأعلى) على أدوات البحث، وبعد حذف الدرجات المتطرفة، وعدم رغبة البعض منهم في المشاركة في البحث، تم توزيعهم عشوائياً إلى مجموعة تجريبية عددها ٦ طالبات، ومجموعة ضابطة عددها ٦ طالبات، وتم التحقق من التكافؤ بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في استفتاء الميتم معرفة (MCQ-30)، وقائمة قلق الصحة (HAI)، والقائمة المتعددة الأبعاد لسمات توهم المرض (MIHT)، والجدول التالي يوضح التكافؤ بين المجموعة التجريبية والضابطة:

جدول (١)

التكافؤ بين المجموعة التجريبية والضابطة في استفتاء الميتم معرفة، وقائمة قلق الصحة، والقائمة المتعددة الأبعاد لسمات توهم المرض

المقياس	نوع المجموع	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	U	Z	الدلالة	
الميتم معرفة	تجريبية	٦	٥.٧٥	٣٤.٥	١٣.٥	٠.٧٢٦	غير دال	
	ضابطة	٦	٧.٢٥	٤٣.٥				
	تجريبية	٦	٦.١٧	٣٧	١٦	٠.٣٢٦	غير دال	
	ضابطة	٦	٦.٨٣	٤١				
	تجريبية	٦	٦.٦٧	٤٠	١٧	٠.١٦٠	غير دال	
	ضابطة	٦	٦.٣٣	٣٨				
	تجريبية	٦	٦.٣٣	٣٨	١٧	٠.١٦٣	غير دال	
	ضابطة	٦	٦.٦٧	٤٠				
	تجريبية	٦	٦.٦٧	٤٠	١٧	٠.١٦٤	غير دال	
	ضابطة	٦	٦.٣٣	٣٨				
	خطر وعدم التحكم	تجريبية	٦	٦.٦٧	٤٠	١٧	٠.١٦٣	غير دال
	ضابطة	٦	٦.٣٣	٣٨				
الحاجة للسيطرة على	تجريبية	٦	٦.٦٧	٤٠	١٧	٠.١٦٤	غير دال	
ضابطة	٦	٦.٣٣	٣٨					

فاعلية العلاج الميتامعرفى فى خفض توهم المرض (قلق الصحة)

المقياس	نوع المجموع	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	U	Z	الدلالة
الأفكار	الدرجة	٦	٦.١٧	٣٧	١٦	٠.٣٢١	غير دال
	الكلية	٦	٦.٨٣	٤١			
قلق الصحة	البعد الأول	٦	٥.٦٧	٣٤	١٣	٠.٨١١	غير دال
	الدرجة	٦	٧.٣٣	٤٤			
الدرجة الكلية	الدرجة	٦	٦.٢٥	٣٧	١٦.٥	٠.٢٤٩	غير دال
	الكلية	٦	٦.٧٥	٤٠			
البعد المعرفي	الدرجة	٦	٥.٩٢	٣٥	١٤.٥	٠.٥٦٩	غير دال
	الكلية	٦	٧.٠٨	٤٢			
البعد السلوكي	الدرجة	٦	٦.٢٥	٣٧.٥	١٦.٥	٠.٢٤٧	غير دال
	الكلية	٦	٦.٧٥	٤٠.٥			
البعد الادراكي	الدرجة	٦	٦.٥٨	٣٩.٥	١٧.٥	٠.٠٨٣	غير دال
	الكلية	٦	٦.٤٢	٣٨.٥			
البعد الوجداني	الدرجة	٦	٦.٨٣	٤١	١٦	٠.٣٤٣	غير دال
	الكلية	٦	٦.١٧	٣٧			
الدرجة الكلية	الدرجة	٦	٧.٠٨	٤٢.٥	١٤.٥	٠.٥٦٨	غير دال
	الكلية	٦	٥.٩٢	٣٥.٥			
الدرجة الكلية	الدرجة	٦	٦.٧٥	٤٠.٥	١٦.٥	٠.٢٤١	غير دال
	الكلية	٦	٦.٢٥	٣٧.٥			

يتضح من الجدول (١) عدم وجود فروق بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في

توهم المرض وقلق الصحة والميتا معرفة مما يشير إلى تكافؤ المجموعتين

أدوات البحث: تم استخدام الأدوات التالية :

استفتاء الميتامعرفة (MCQ-30) ترجمة أبو زيد (٢٠١٨)

أعد استفتاء الميتامعرفة (MCQ-30) Metacognitions Questionnaire،

كل من (2004) Wells and Cartwright-Hatton وترجمه إلى البيئة العربية أبو زيد

(٢٠١٨) لقياس المعتقدات الميتامعرفة والأحكام ومراقبة الميول والتي تعتبر مهمة في

د. هبة جابر عبدالحميد

النموذج الميتمعرفي للاضطرابات، ويتكون من ٣٠ عبارة، وباستخدام التحليل العاملي التوكيدي والاستكشافي تم اكتشاف خمسة أبعاد للاستفتاء هي: الثقة المعرفية، المعنقات الايجابية، الوعي الذاتي المعرفي، الخطر وعدم التحكم، الحاجة للسيطرة على الأفكار، ويتم تصحيح المقياس باستخدام " مقياس تقدير ليكرت الرباعي four-point Likert response scale " (غير موافق، موافق قليلاً، موافق بدرجة متوسطة، موافق جداً). قام المترجم بالتأكد من صدق وثبات المقاس على عينة من طلاب الجامعة، وتم التحقق من صدق المقياس عن طريق الصدق التكويني، وتراوحت القيم بين ٠,٥٤٧ - ٠,٧٩٧ بالنسبة لبعء الثقة المعرفية، وتراوحت القيم بين ٠,٤٥٥ - ٠,٧٣٠ بالنسبة لبعء المعنقات الايجابية، وتراوحت القيم بين ٠,٧٤٨ - ٠,٨٧٢ بالنسبة لبعء الوعي الذاتي المعرفي، وتراوحت القيم بين ٠,٥٤٧ - ٠,٧٩٧ بالنسبة لبعء الخطر وعدم التحكم، وتراوحت القيم بين ٠,٣٧٦ - ٠,٨٧٠ بالنسبة لبعء الحاجة للسيطرة على الأفكار، وجميع القيم دالة عند ٠,٠١ ما عدا العبارة رقم ٢٦ دالة عند مستوى ٠,٠٥، وتم حساب الثبات من خلال معامل الفاكرونباخ وكانت قيمته ٠,٨٩١ والتجزئة النصفية وكانت ٠,٨٤٦.

الخصائص السيكومترية للاستفتاء في البحث الحالي: تم تطبيق استفتاء الميتمعرفة على عينة البحث الاستطلاعية للتعرف على خواصه السيكومترية، فتم التحقق من صدق المقياس عن طريق: الصدق البنائي: فتم حساب الصدق البنائي من خلال حساب معامل ارتباط كل عبارة بالدرجة الكلية للبعء الذي تنتمي له بعد حذف درجة العبارة من البعد، والجدول التالي يوضح قيم معاملات الارتباط:

جدول (٢)

معاملات ارتباط العبارة بالدرجة الكلية للبعء لاستفتاء الميتمعرفة

العبارة	معامل الارتباط								
١	٠,٥٧	٧	٠,٦٦	١٣	٠,٦٣	١٩	٠,٥٣	٢٥	٠,٥٦
٢	٠,٥٦	٨	٠,٥٥	١٤	٠,٦٥	٢٠	٠,٦٢	٢٦	٠,٥٨
٣	٠,٥٤	٩	٠,٥٤	١٥	٠,٥٩	٢١	٠,٥٤	٢٧	٠,٦٢
٤	٠,٥٥	١٠	٠,٥٦	١٦	٠,٦٤	٢٢	٠,٤٩	٢٨	٠,٥٨

فاعلية العلاج الميتامعرفى فى خفض توهم المرض (قلق الصحة)

العبارة	معامل الارتباط								
٥	٠.٦٢	١١	٠.٥٩	١٧	٠.٥٧	٢٣	٠.٦٥	٢٩	٠.٦٦
٦	٠.٦٥	١٢	٠.٥٨	١٨	٠.٦٨	٢٤	٠.٥٩	٣٠	٠.٥٤

ويتضح من الجدول (٢) أن جميع القيم دالة عند مستوى ٠.٠١ ,

ثبات المقياس: وتم التحقق من ثبات استفتاء الميتامعرفة عن طريق التجزئة النصفية ومعامل ثبات ألفا كرونباخ , وإعادة التطبيق بعد ١٥ يوماً من التطبيق الأول , والجدول (٣) يوضح قيم الثبات باستخدام التجزئة النصفية ومعامل ثبات ألفا كرونباخ , وإعادة التطبيق :

جدول (٣)

قيم الثبات باستخدام التجزئة النصفية ومعامل ألفا كرونباخ وإعادة التطبيق

للأبعاد والدرجة الكلية لاستفتاء الميتامعرفة

إعادة التطبيق	قيم ثبات معامل إلفا كرونباخ	قيم ثبات التجزئة النصفية		أبعاد استفتاء الميتا معرفة
		جتمان	سيبرمان براون	
٠,٨٣	٠,٨٥	٠,٨٤٠	٠,٨٢٠	الثقة المعرفية
٠,٨٢	٠,٨٤٠	٠,٨٦٠	٠,٨٤٠	المعتقدات الايجابية
٠,٨١	٠,٨٢	٠,٨٢	٠,٨٣	الوعي الذاتي المعرفي
٠,٨٣	٠,٨٤	٠,٨٦	٠,٨٩	الخطر وعدم التحكم
٠,٨٤	٠,٨٦	٠,٨٤	٠,٨٨	الحاجة للسيطرة على الأفكار
٠,٨٥٥	٠,٨٦	٠,٨٩	٠,٨٧	الدرجة الكلية

ويتضح من قيم الصدق والثبات أن استفتاء الميتامعرفة يتمتع بصدق وثبات عال

في البيئة العربية وبالتحديد في مجتمع الدراسة مما يجعله مناسب للبحث الحالي.

القائمة المتعددة الأبعاد لسمات توهم المرض ترجمة وتقنين / الباحثة

أعد القائمة المتعددة لسمات توهم المرض The Multidimensional

Longley, Watson and Inventory of Hypochondriacal Traits(MIHT)

(2005) Noyes لتشخيص وتقييم توهم المرض , وتم تقنين القائمة على عدة عينات

(طلاب جامعة وعددهم ٧٥٤ طالباً - راشدين وعددهم ١٧٢ راشداً - مرضى توهم المرض

وعدهم ١٢٠ مريضاً), وتكونت القائمة من ٣١ عبارة , وتم التحقق من صدق القائمة عن

طريق صدق المحتوى وصدق المحك حيث تم حساب معامل ارتباط القائمة مع قائمة

د. هبة جابر عبدالحميد

Whitely Index لتوهم المرض ، واستفتاء قلق الصحة ومقياس الاتجاه نحو المرض وكشف معامل الارتباط عن قيم مرتفعة، وكشف التحليل العاملي عن أربعة عوامل للمقياس هي : البعد المعرفي (العبارات من ١ - ٧)، البعد السلوكي (العبارات من ٨ - ١٥)، البعد الإدراكي (العبارات من ١٦ - ٢٤)، البعد الوجداني (العبارات من ٢٥ - ٣١). ويتم تصحيح القائمة من خلال الاختيار من خمسة استجابات تبدأ من معترض بشدة (١) إلى موافق بشدة (٥)

الخصائص السيكومترية للقائمة في البحث الحالي: تم تطبيق القائمة على عينة البحث الاستطلاعية للتعرف على خواصه السيكومترية ، فتم التحقق من صدق القائمة عن طريق : الصدق البنائي: تم حساب الصدق البنائي من خلال حساب معامل ارتباط كل عبارة بالدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي له بعد حذف درجة العبارة من البعد، والجدول التالي يوضح قيم معاملات الارتباط:

جدول (٤)

معاملات ارتباط العبارة بالدرجة الكلية للبعد لقائمة توهم المرض

العبارة	معامل الارتباط								
١	٠.٥٢	٨	٠.٦٦	١٥	٠.٥٣	٢٢	٠.٦٦	٢٩	٠.٥٥
٢	٠.٦٥	٩	٠.٥٥	١٦	٠.٦٤	٢٣	٠.٥٦	٣٠	٠.٦١
٣	٠.٦٤	١٠	٠.٥٤	١٧	٠.٦٥	٢٤	٠.٥٢	٣١	٠.٥٣
٤	٠.٦٥	١١	٠.٥٦	١٨	٠.٥٨	٢٥	٠.٦٤		
٥	٠.٦٢	١٢	٠.٦١	١٩	٠.٥٩	٢٦	٠.٦٣		
٦	٠.٥٤	١٣	٠.٥٨	٢٠	٠.٦٤	٢٧	٠.٥٨		
٧	٠.٤٩	١٤	٠.٦٣	٢١	٠.٦٣	٢٨	٠.٥٩		

ويتضح من الجدول (٤) أن جميع القيم دالة عند مستوى ٠.٠٠١ .

ثبات القائمة: تم التحقق من ثبات القائمة عن طريق التجزئة النصفية ومعامل ثبات ألفا كرونباخ ، وإعادة التطبيق بعد ١٥ يوماً من التطبيق الأول، والجدول (٥) يوضح قيم الثبات باستخدام التجزئة النصفية ومعامل ثبات ألفا كرونباخ، وإعادة التطبيق :

فاعلية العلاج الميتا معرفي في خفض توهم المرض (قلق الصحة)

جدول (٥)

قيم الثبات باستخدام التجزئة النصفية ومعامل ألفا كرونباخ وإعادة التطبيق للأبعاد والدرجة الكلية لقائمة توهم المرض

إعادة التطبيق	قيم ثبات معامل ألفا كرونباخ	قيم ثبات التجزئة النصفية		أبعاد قائمة توهم المرض
		جتمان	سيبرمان براون	
٠,٨١	٠,٨٥	٠,٨٩	٠,٩٢	البعد المعرفي
٠,٨٢	٠,٨	٠,٨٥	٠,٨٩	البعد السلوكي
٠,٨٤	٠,٨٦	٠,٨٦	٠,٨٧	البعد الإدراكي
٠,٨٥	٠,٨٧	٠,٩٢	٠,٨٩	البعد الوجداني
٠,٨٢	٠,٨٦	٠,٨٨٠	٠,٨٣	الدرجة الكلية

ويتضح من قيم الصدق والثبات أن قائمة توهم المرض تتمتع بصدق وثبات عال في البيئة العربية وبالتحديد في مجتمع الدراسة مما يجعلها مناسبة للبحث الحالي.

قائمة قلق الصحة (HAI) Health Anxiety Inventory ترجمة الباحثة

أعد (2002) Salkovskis, Rimes , Warwick , Clark قائمة قلق الصحة (HAI) Health Anxiety Inventory , وتتكون القائمة من ١٨ عبارة لكل عبارة أربع اختيارات يختار منها الفرد ما ينطبق عليه، ويتم التصحيح من خلال درجات تتراوح من ٠-٣، وتتكون القائمة من عاملين العامل الأول: يقيس الخوف من أن يصبح مريضاً، والعامل الثاني: النتائج السلبية المخيفة من الإصابة بالمرض، ويتكون العامل الأول من ١٤ عبارة ، والعامل الثاني من ٤ عبارات. تم حساب صدق وثبات المقياس من خلال تطبيقه علي عينات إكلينيكية وغير إكلينيكية ، العينة الأولى عينة إكلينيكية تكونت من ١٦٢ بواقع (٣٣) من لديهم توهم المرض ، ٥٩ لديهم توهم المرض واضطراب الهلع ، ٢٦ لديهم اضطراب الهلع ، ٢٢ قلق اجتماعي ، ٢٢ مجموعة ضابطة من الأصحاء. تم حساب الصدق من خلال الاتساق الداخلي حيث كان معامل ألفا ٠,٩٥ لجميع المشاركين ٠,٨٨ لمجموعة توهم المرض، ومعامل ألفا لمجموعة توهم المرض واضطراب الهلع ٠,٨٨ ومعامل ألفا لمجموعة القلق الاجتماعي ٠,٧٢ ، ٠,٧١ لمجموعة الضابطة، وتم حساب الثبات من خلال إعادة تطبيق الاختبار وكان ٩٠,٠٠

د. شيه جابر عبدالحميد

وتم حساب الصدق والثبات من خلال تطبيق المقياس على عينة أخرى تتكون من ٢٤ مريض توهم المرض ، ١٩ مريض قلق (٥ الرهاب الاجتماعي - ١٤ اضطراب الهلع) ، ٦٦ طالب جامعة ، ١٥٩ عينة غير إكلينيكية ، ١٠٧ نساء يحضرون عيادة ممارس عام ، ٢٦٧ يحضرون عيادة الجهاز الهضمي، ١٠٩ عينة عادية لا تعاني من القلق ، وتم حساب معامل الفا للعينة الكلية ٠,٩٥ ، وإعادة تطبيق الاختبار كانت ٠,٧٥ .

الخصائص السيكومترية لقائمة قلق الصحة في البحث الحالي: تم تطبيق قائمة قلق الصحة على عينة البحث الاستطلاعية للتعرف على خواصها السيكومترية، فتم التحقق من صدق المقياس عن طريق:

الصدق البنائي: تم حساب الصدق البنائي من خلال حساب معامل ارتباط كل عبارة بالدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي له بعد حذف درجة العبارة من البعد ، والجدول التالي يوضح قيم معاملات الارتباط :

جدول (٦)

معاملات ارتباط العبارة بالدرجة الكلية للبعد لقائمة قلق الصحة

العبارة	معامل الارتباط								
١	٠.٥٢	٥	٠.٦٦	٩	٠.٥٣	١٣		١٧	٠.٥٨
٢	٠.٦٥	٦	٠.٥٥	١٠	٠.٦٢	١٤		١٨	٠.٥٨
٣	٠.٦٤	٧	٠.٥٤	١١	٠.٥٤	١٥			
٤	٠.٦٥	٨	٠.٥٦	١٢	٠.٤٩	١٦			

ويتضح من الجدول (٦) أن جميع القيم دالة عند مستوي ٠.٠٠١ .

ثبات قائمة قلق الصحة: تم التحقق من ثبات قائمة قلق الصحة عن طريق التجزئة النصفية ومعامل ثبات ألفا كرونباخ ، وإعادة التطبيق بعد ١٥ يوماً من التطبيق الأول ، والجدول (٧) يوضح قيم الثبات باستخدام التجزئة النصفية ومعامل ثبات ألفا كرونباخ ، وإعادة التطبيق:

فاعلية العلاج الميتماعرفي في خفض توهم المرض (قلق الصحة)

جدول (٧)

قيم الثبات باستخدام التجزئة النصفية ومعامل ألفا كرونباخ وإعادة التطبيق
للأبعاد والدرجة الكلية قائمة قلق الصحة

إعادة التطبيق	قيم ثبات معامل ألفا كرونباخ	قيم ثبات التجزئة النصفية		أبعاد مقياس قلق الصحة
		جتمان	سيرمان براون	
٠,٨٣	٠,٨٤	٠,٨٩	٠,٨٥	البعد الأول
٠,٨٢	٠,٨٤	٠,٨٥	٠,٨٩	البعد الثاني
٠,٨٤	٠,٨٦	٠,٨٨	٠,٨٧	الدرجة الكلية

ويتضح من قيم الصدق والثبات أن قائمة قلق الصحة يتمتع بصدق وثبات عال

في البيئة العربية وبالتحديد في مجتمع الدراسة مما يجعله مناسب للبحث الحالي.

برنامج العلاج الميتماعرفي إعداد / الباحثة

الهدف العام: التعرف على فاعلية العلاج الميتماعرفي في خفض توهم المرض (قلق الصحة) لدى طالبات الجامعة.

الأهداف الإجرائية: متضمنة في المخطط التفصيلي للبرنامج في الجدول (٨).

الغنيات المستخدمة في البرنامج:

تم الاعتماد في البرنامج الحالي على فنيات تدريب الانتباه وفنية التنبيه المنفصل.

مصادر بناء البرنامج: تم الاعتماد على المصادر التالية :

- البحوث والدراسات التي استخدمت العلاج الميتماعرفي - خاصة فنيات تدريب الانتباه وفنية التنبيه المنفصل - في خفض اضطرابات القلق العام وتوهم المرض (قلق الصحة) مثل دراسة كل من (Bailey and Wells, 2013) , ودراسة كل من (Bailey and Wells 2014) , ودراسة كل من (Weck, et al. 2015) دراسة , (Knowles, et al. 2016) , دراسة (Weck, et al. 2013)

- المؤلفات والأطر النظرية التي تناولت العلاج الميتماعرفي من حيث النظرية والممارسة (Wells, 2005; Wells, 2009) , عبد الرحمن , (٢٠١٤).

أسس وقواعد إعداد وتنفيذ البرنامج :

- التدريب على فنية التنبيه المنفصل ٤ جلسات .

د. هبة جابر عبدالحميد

- التدريب على فنية التدريب الانتباه يتكون من ٦ جلسات.
- التدريب على انتقاء وتحويل وتوزيع الانتباه على الأصوات المفردة يتم من خلال الجلسات الثلاثة الأولى من جلسات التدريب على فنية التدريب الانتباه.
- التدريب على انتقاء وتحويل وتوزيع الانتباه على الأصوات المفردة والأصوات المتعددة في جهات معينة يتم من خلال الجلسات الثلاثة التالية.
- التدريب على تحويل الانتباه في الجلسات الثلاثة الأولى بفاصل زمني قدره ١٠ ثواني في الجلسات الثلاثة الأولى.
- التدريب على تحويل الانتباه في الجلسات الثلاثة التالية بفاصل زمني قدره ٥ ثواني في الجلسات الثلاثة التالية.
- مدة التدريب على الانتباه الانتقائي خمسة دقائق , ومدة التدريب على التحول الانتباهي السريع خمسة دقائق , ومدة التدريب على الانتباه الموزع أو المقسم دقيقتين.
- يتضمن التدريب إعداد مسبق للأصوات من خلال التسجيل على شريط كاست , على أن تكون الأصوات مدمجة معاً , أي تعمل في وقت واحد.
- تتكون الأصوات المدمجة من عدد من الأصوات تتراوح ما بين ٦ - ٨ أصوات على الأقل.
- تعبر الأصوات عن أصوات فعلية متناسقة في مواقع مختلفة تم تسجيلها على CD.
- تسأل الباحثة الطالبات في نهاية جلسة تدريب الانتباه عن خبراتها العامة التي من المحتمل أن تكون اكتسبتها نتيجة تدريب الانتباه مثل الحساسية المعتدلة أو المتزايدة للمثيرات الخارجية وخبرت ما وراء المعرفة مثل خبرات الهدوء أو الاستقرار النفسي المؤقت التي ينبغي أن تصبح أمراً طبيعياً ومعتاداً للعميل.
- توضح الباحثة للطالبات أن هذه الفنية تحتاج إلى ممارسة وتكرار .
- تلاحظ الباحثة الافتراضات أو العبارات غير المفيدة عن استخدام فنية تدريب الانتباه , مثل عدم قدرة الطالبات على ممارسة هذه الفنية بفاعلية , أو أن أفكاراً أو

فاعلية العلاج الميتماعرفي في خفض توهم المرض (قلق الصحة)

- مشاعراً لدى الطالبة فرضت نفسها أثناء التدريب ، وهذا يتطلب من الباحثة توجيه الطالبات إلى الأساس المنطقي لفنية تدريب الانتباه.
- تعتبر فنية تدريب الانتباه وسيلة للتدريب العام على اللياقة العقلية ، وليست أسلوب للمواجهة أو الإلهاء أو الكبت.
 - الاعتماد على التطبيق الموجه من قبل الباحثة لفنية تدريب الانتباه.

محتوى ومكونات البرنامج:

يتكون البرنامج من ١٢ جلسة (جلسة تمهيدية عن توهم المرض والعلاج الميتماعرفي، بواقع ٤ جلسات عن فنية التنبه المنفصل، أيضاً ٦ جلسات للتدريب على فنية تدريب الانتباه، وجلسة لانهاء البرنامج)، والجدول التالي يوضح المخطط التفصيلي لبرنامج العلاج الميتماعرفي:

جدول (٨)

المخطط التفصيلي لبرنامج العلاج الميتماعرفي لخفض توهم المرض/ قلق الصحة لدى طالبات الجامعة

الجلسة وعنوانها	الأهداف	النشاط
الجلسة الأولى العلاج الميتماعرفي وتوهم المرض	- أن يتعرف أفراد العينة على مشكلته بالتحديد. - أن يتعرف أفراد العينة على توهم المرض. - أن يتعرف أفراد العينة على طبيعة مشكلته وعلاقتها بمتلازمة الانتباه المعرفي. - أن يتعرف أفراد العينة على العلاج الميتماعرفي.	النشاط الأول: طبيعة مشكلة العميل. النشاط الثاني: توهم المرض النشاط الثالث: توهم المرض وامتلازمة الانتباه المعرفي. النشاط الرابع: العلاج الميتماعرفي
الجلسة الثانية فنية التنبه المنفصل	- أن يتعرف أفراد العينة على فنيات التنبه المنفصل وعلاقتها بمشكلته	النشاط الأول: التعريف بفنية التنبه المنفصل النشاط الثاني: قواعد وتعليمات فنية التنبه المنفصل النشاط الثالث: فحص المصادقية النشاط الرابع: التعرض للقلق النشاط الخامس: تكرار النشاط السادس: تقييم التنبه المنفصل الواجب المنزلي
الجلسة الثالثة والرابعة والخامسة	- تدريب أفراد العينة على فنية التنبه المنفصل (التوجيه الميتماعرفي). - تدريب أفراد العينة على فنية التنبه المنفصل (مطلب التداعي الحر).	النشاط الأول: مراجعة الواجب المنزلي النشاط الثاني: التعرض للقلق النشاط الثالث: تكرار النشاط الرابع: تقييم الانتباه الذاتي

د. هبة جابر عبدالحميد

الجلسة وعنوانها	الأهداف	النشاط
	- تدريب أفراد العينة على فنية التتبع المنفصل (مطلب النمر).	النشاط الخامس: تقييم النشاط السادس: الواجب المنزلي النشاط السابع: التغذية الراجعة
الجلسة السادسة التدريب على فنية تدريب الانتباه	- أن يتعرف أفراد العينة كل منهم على مشكلته بالتحديد. - أن يتعرف أفراد العينة على فنية تدريب الانتباه وعلاقتها بمشكلته. - أن يتعرف أفراد العينة على الأساس المنطقي لفنية تدريب الانتباه. - أن يتدرب أفراد العينة على فنية تدريب الانتباه من خلال الإجراءات اللازمة لذلك.	النشاط الأول: طبيعة مشكلة العميل. النشاط الثاني: فنية تدريب الانتباه ومشكلة العميل النشاط الثالث: الأساس المنطقي لفنية تدريب الانتباه النشاط الرابع: فحص المصادقية. النشاط الخامس: الواجب المنزلي. لخص جلسة اليوم.
الجلسة السابعة والثامنة والتاسعة والعاشر والحادية عشر	- تدريب أفراد العينة على انتقاء (أو الاستماع إلى) صوت مفرد من عدة أصوات حوله (من ٦ أصوات). - تدريب أفراد العينة على تحويل انتباهه من صوت إلى آخر لمدة خمسة دقائق (١٠ ثواني بين كل صوت والأخر). - تدريب أفراد العينة على أن يوسع من طول وعمق انتباهه (توزع انتباهه إلى عدة أصوات) من خلال التعامل مع أصوات متعددة مفردة في وقت واحد.	النشاط الأول: مراجعة الواجب المنزلي: النشاط الثاني: تقييم الانتباه الذاتي النشاط الثالث: الانتباه الانتقائي (٥ دقائق) النشاط الرابع: التحول الانتباهي السريع بين الأصوات (٥ دقائق). النشاط الخامس: الانتباه الموزع أو المقسم (دقيقتين). النشاط السادس: تقييم الانتباه الذاتي النشاط السابع: تغذية راجعه النشاط الثامن: الواجب المنزلي
الجلسة الثانية عشر نهايات وبدايات	- التأكيد على الاستخدام الجيد لفنية التتبع المنفصل. - التأكيد على الاستخدام الجيد لفنية إعادة تدريب الانتباه.	النشاط الأول: مراجعة الواجب المنزلي النشاط الثاني: فنية التتبع المنفصل وتعليماتها النشاط الثالث: فنية تدريب الانتباه واساسها المنطقي النشاط الرابع: تقييم الانتباه الذاتي النشاط الخامس: تقييم اضطرابات القلق الصحة (توهم المرض).

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

فاعلية العلاج الميتماعرفى فى خفض توهم المرض (قلق الصحة)

نتائج البحث ومناقشتها:

نتائج الفرض الأول: ينص الفرض الأول على أنه " توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسط رتب درجات المجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق البرنامج الميتماعرفى على استفتاء الميتماعرفة فى اتجاه القياس البعدي". وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام اختبار " ويلكوكسون " , والجدول (٩) يوضح الفروق بين متوسط رتب درجات المجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق البرنامج الميتماعرفى على استفتاء الميتماعرفة :

جدول (٩)

الفروق بين متوسط رتب درجات المجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق البرنامج الميتماعرفى على استفتاء الميتماعرفة

الأبعاد والدرجة الكلية	الرتب	ن	متوسط الرتب	مجموع الرتب	Z	الدالة
الثقة المعرفية	الرتب السالبة	٦	٣.٥	٢١	٢.٢٦	٠.٠١
	الرتب الموجبة	٠	٠.٠٠	٠.٠٠		
	الرتب المتساوية	٦				
المعتقدات الإيجابية	الرتب السالبة	٦	٣.٥	٢١	٢.٣٣	٠.٠١
	الرتب الموجبة	٠	٠.٠٠	٠.٠٠		
	الرتب المتساوية	٦				
الوعي الذاتي المعرفي	الرتب السالبة	٦	٣.٥	٢١	٢.٢٢	٠.٠١
	الرتب الموجبة	٠	٠.٠٠	٠.٠٠		
	الرتب المتساوية	٦				
الخطر وعدم التحكم	الرتب السالبة	٦	٣.٥	٢١	٢.٢٧	٠.٠١
	الرتب الموجبة	٠	٠.٠٠	٠.٠٠		
	الرتب المتساوية	٦				
الحاجة للسيطرة على الأفكار	الرتب السالبة	٦	٣.٥	٢١	٢.٣٣	٠.٠١
	الرتب الموجبة	٠	٠.٠٠	٠.٠٠		
	الرتب المتساوية	٦				
الدرجة الكلية	الرتب السالبة	٦	٣.٥	٢١	٢.٢٠	٠.٠١
	الرتب الموجبة	٠	٠.٠٠	٠.٠٠		
	الرتب المتساوية	٦				

د. هبة جابر عبدالحميد

يتضح من الجدول (٩) وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسط رتب درجات المجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق البرنامج الميتمعرفي على استفتاء الميتمعرفة في اتجاه القياس البعدي". وتشير هذه النتيجة إلى صحة الفرض الأول

نتائج الفرض الثاني: ينص الفرض الثاني على أنه "توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسط رتب درجات المجموعة التجريبية ومتوسط رتب درجات المجموعة الضابطة بعد تطبيق البرنامج الميتمعرفي على استفتاء الميتمعرفة في اتجاه المجموعة التجريبية". وللتحقق من هذا الفرض تم استخدام اختبار "مان - وتني" والجدول (١٠) يوضح الفروق بين رتب درجات المجموعة التجريبية ورتب درجات المجموعة الضابطة بعد تطبيق البرنامج الميتمعرفي على استفتاء الميتمعرفة في اتجاه المجموعة التجريبية :

جدول (١٠)

الفروق بين متوسط رتب درجات المجموعة التجريبية ومتوسط رتب درجات المجموعة الضابطة بعد تطبيق البرنامج الميتمعرفي على استفتاء الميتمعرفة

الأبعاد والدرجة الكلية	نوع المجموعة	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	U	z	الدلالة
الثقة المعرفية	تجريبية	٦	٣.٧٥	٢٢.٥	١.٥	٢.٦٦	٠.٠١
	ضابطة	٦	٩.٢٥	٥٥.٥			
المعتقدات الإيجابية	تجريبية	٦	٣.٥	٢١	٠.٠٠٠	٢.٨٩	٠.٠١
	ضابطة	٦	٩.٥	٥٧			
الوعي الذاتي المعرفي	تجريبية	٦	٣.٥	٢١	٠.٠٠٠	٢.٩	٠.٠١
	ضابطة	٦	٩.٥	٥٧			
الخطر وعدم التحكم	تجريبية	٦	٣.٥	٢١	٠.٠٠٠	٢.٩	٠.٠١
	ضابطة	٦	٩.٥	٥٧			
الحاجة للسيطرة على الأفكار	تجريبية	٦	٣.٦٧	٢٢	١	٢.٧٥	٠.٠١
	ضابطة	٦	٩.٣٣	٥٦			
الدرجة الكلية	تجريبية	٦	٣.٥	٢١	٠.٠٠٠	٢.٨٨	٠.٠١
	ضابطة	٦	٩.٥	٥٧			

يتضح من الجدول (١٠) وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسط رتب درجات المجموعة التجريبية ومتوسط رتب درجات المجموعة الضابطة بعد تطبيق البرنامج

فاعلية العلاج الميتماعرفى فى خفض توهم المرض (قلق الصحة)

الميتماعرفى على استفتاء الميتماعرفة لصالح المجموعة التجريبية". وتشير هذه النتيجة إلى صحة الفرض الثاني.

مناقشة نتائج الفرض الأول والثاني :

يتضح من الجدول (٩) والجدول (١٠) أن البرنامج الميتماعرفى كان فعال في تعديل المعتقدات الميتماعرفية. وتتفق هذه النتائج مع نتائج البحوث والدراسات التي توصلت إلى فاعلية العلاج الميتماعرفى في تعديل المعتقدات الميتماعرفية مثل : دراسة كل من Bailey and Wells (2014) , ودراسة (Van der Heiden, et al. (2013

وترجع فاعلية العلاج الميتماعرفى في تعديل المعتقدات الميتماعرفية لدى ذوي اضطراب توهم المرض (قلق الصحة) إلى الفنيات التي اعتمد عليها البرنامج حيث ارتكز البرنامج على فنية تدريب الانتباه وفنية التنبيه المنفصل

فقد تضمن البرنامج التدريب على فنية تدريب الانتباه والتي كانت ذات تأثير مباشر في تعديل المعتقدات الميتماعرفية , وهذا يتفق مع نتائج البحوث والدراسات التي توصلت إلى أن فنية تدريب الانتباه كمدخل ميتماعرفى فعالة في تغيير المعتقدات الميتماعرفية لمدى كبير من الاضطرابات الانفعالية مثل : توهم المرض Hypochondriasis، قلق الصحة Health Anxiety ، اضطراب الهلع Panic Disorder ، القلق الاجتماعي ، اضطراب القلق العام ، والهلاوس السمعية Auditory Hallucinations ، والأوهام والهلاوس Hallucinations And Delusions ، والحزن لفترة طويلة Prolonged Grief Disorder (أبو زيد ، ٢٠١٨ ؛ Solanto, et al., 2016; Schwind, et al., 2010; Andouz, et al., 2012 ;Wenn, 2015 ; Hutton, et al., 2014;Van der Heiden, et al., 2013).

وعملت فنية التنبيه المنفصل على تعليم الافراد التمييز بين الأفكار السلبية الأولية حول قلق الصحة والقلق غير التكيفي والاستجابة اليقظة، حيث تمكن الفرد من تطوير طرق جديدة للرد على الأفكار حول قلق الصحة مع التركيز على التهديد وتحليل الأسباب.

نتائج الفرض الثالث : ينص الفرض الثالث على أنه " توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسط رتب درجات المجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق البرنامج الميتماعرفى على قائمة قلق الصحة والقائمة المتعددة لسماوات توهم المرض في اتجاه القياس البعدي". وللتحقق

د. هبة جابر عبدالحميد

من صحة هذا الفرض تم استخدام اختبار " ويلكوكسون ", والجدول (١١) يوضح الفروق بين متوسط رتب درجات المجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق البرنامج الميتماعرفي على قائمة قلق الصحة والقائمة المتعددة لسمات توهم المرض:

جدول (١١)

الفروق بين متوسط رتب درجات المجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق البرنامج الميتماعرفي على قائمة قلق الصحة والقائمة المتعددة لسمات توهم المرض.

الدلالة	Z	مجموع الرتب	متوسط الرتب	ن	الرتب	المقاييس والأبعاد والدرجة الكلية	
٠.٠١	٢.٢٢	٢١	٣.٥	٦	الرتب السالبة	البعد الأول	قائمة قلق الصحة
		٠.٠٠	٠.٠٠	٠	الرتب الموجبة		
				٠	الرتب المتساوية		
٠.٠١	٢.٢٦	٢١	٣.٥	٦	الرتب السالبة	البعد الثاني	
		٠.٠٠	٠.٠٠	٠	الرتب الموجبة		
				٠	الرتب المتساوية		
٠.٠١	٢.٢١	٢١	٣.٥	٦	الرتب السالبة	الدرجة الكلية	
		٠.٠٠	٠.٠٠	٠	الرتب الموجبة		
				٠	الرتب المتساوية		
٠.٠١	٢.٢٣	٢١	٣.٥	٦	الرتب السالبة	البعد المعرفي	
		٠.٠٠	٠.٠٠	٠	الرتب الموجبة		
				٠	الرتب المتساوية		
٠.٠١	٢.٢٦	٢١	٣.٥	٦	الرتب السالبة	البعد السلوكي	
		٠.٠٠	٠.٠٠	٠	الرتب الموجبة		
				٠	الرتب المتساوية		
٠.٠١	٢.٢١	٢١	٣.٥	٦	الرتب السالبة	البعد الإدراكي	
		٠.٠٠	٠.٠٠	٠	الرتب الموجبة		
				٠	الرتب المتساوية		
٠.٠١	٢.٢٦	٢١	٣.٥	٦	الرتب السالبة	البعد الوجداني	
		٠.٠٠	٠.٠٠	٠	الرتب الموجبة		
				٠	الرتب المتساوية		
٠.٠١	٢.٢١	٢١	٣.٥	٦	الرتب السالبة	الدرجة الكلية	
		٠.٠٠	٠.٠٠	٠	الرتب الموجبة		
				٠	الرتب المتساوية		

فاعلية العلاج الميتماعرفي في خفض توهم المرض (قلق الصحة)

يتضح من الجدول (١١) وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسط رتب درجات المجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق البرنامج الميتماعرفي على قائمة قلق الصحة والقائمة المتعددة لسمات توهم المرض في اتجاه القياس البعدي". وتشير هذه النتيجة إلى صحة الفرض الثالث.

نتائج الفرض الرابع : ينص الفرض الرابع على أنه " توجد فروق دالة إحصائياً بين رتب درجات المجموعة التجريبية ورتب درجات المجموعة الضابطة بعد تطبيق البرنامج الميتماعرفي على قائمة قلق الصحة والقائمة المتعددة لسمات توهم المرض في اتجاه المجموعة التجريبية". ولتحقق من هذا الفرض تم استخدام اختبار " مان - وتي " والجدول (١٢) يوضح الفروق بين متوسط رتب درجات المجموعة التجريبية ومتوسط رتب درجات المجموعة الضابطة بعد تطبيق البرنامج الميتماعرفي على قائمة قلق الصحة والقائمة المتعددة لسمات توهم المرض:

جدول (١٢)

الفروق بين متوسط رتب درجات المجموعة التجريبية ومتوسط رتب درجات المجموعة الضابطة بعد تطبيق البرنامج الميتماعرفي على قائمة قلق الصحة والقائمة المتعددة لسمات توهم المرض.

الدلالة	Z	U	مجموع الرتب	متوسط الرتب	العدد	نوع المجموعة	المقاييس والأبعاد والدرجة الكلية	
٠.٠١	٢.٨٩	٠.٠٠٠	٢١	٣.٥	٦	تجريبية	البعد الأول	قائمة قلق الصحة
			٥٧	٩.٥	٦	ضابطة		
٠.٠١	٢.٩	٠.٠٠٠	٢١	٣.٥	٦	تجريبية	البعد الثاني	
			٥٧	٩.٥	٦	ضابطة		
٠.٠١	٢.٨٩	٠.٠٠٠	٢١	٣.٥	٦	تجريبية	الدرجة الكلية	
			٥٧	٩.٥	٦	ضابطة		
٠.٠١	٢.٩١	٠.٠٠٠	٢١	٣.٥	٦	تجريبية	البعد المعرفي	القائمة المتعددة لسمات توهم المرض
			٥٧	٩.٥	٦	ضابطة		
٠.٠١	٢.٩٢	٠.٠٠٠	٢١	٣.٥	٦	تجريبية	البعد السلوكي	
			٥٧	٩.٥	٦	ضابطة		
٠.٠١	٣	٠.٠٠٠	٢١	٣.٥	٦	تجريبية	البعد الإدراكي	
			٥٧	٩.٥	٦	ضابطة		

د. شهبه جابر عبدالحميد

المقاييس والأبعاد والدرجة الكلية	نوع المجموعة	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	U	Z	الدلالة
البعد الوجداني	تجريبية	٦	٣.٥	٢١	٠.٠٠٠	٢.٩	٠.٠٠١
	ضابطة	٦	٩.٥	٥٧			
الدرجة الكلية	تجريبية	٦	٣.٥	٢١	٠.٠٠٠	٢.٨٨	٠.٠٠١
	ضابطة	٦	٩.٥	٥٧			

يتضح من الجدول (١٢) وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسط رتب درجات المجموعة التجريبية ومتوسط رتب درجات المجموعة الضابطة بعد تطبيق البرنامج الميتماعرفي على قائمة قلق الصحة والقائمة المتعددة لسمات توهم المرض في اتجاه المجموعة التجريبية. وتشير هذه النتيجة إلى صحة الفرض الرابع.

مناقشة نتائج الفرض الثالث والرابع:

يتضح من الجدول (١١) والجدول (١٢) أن العلاج الميتماعرفي (فنية التنبه المنفصل، والتدريب على فنية الانتباه) فعال في خفض توهم المرض (قلق الصحة).

وتتفق هذه النتائج مع نتائج البحوث والدراسات التي توصلت إلى فاعلية العلاج الميتماعرفي في خفض اضطرابات قلق الصحة وتوهم المرض مثل دراسة كل من Cavanagh and Franklin(2000) ، ودراسة كل من Bailey and Wells(2014)

، ودراسة Cook, et al. (2015) ، ودراسة Schwind, et al. (2016)

وتتفق نتائج هذا البحث مع نتائج البحوث والدراسات التي توصلت إلى وجود علاقة بين الميتماعرفة واضطرابات القلق بصفة عامة وقلق الصحة وتوهم المرض بصفة خاصة ، مثل: ودراسة (Wells (1995) ، ودراسة كل من Bouman and Meijer(1999) ، ودراسة كل من Bailey& Wells(2016)

وترجع فاعلية البرنامج الميتماعرفي إلى الفنيات المستخدمة في البرنامج (فنيات التنبه المنفصل - فنية تدريب الانتباه) والتزام الباحثة بقواعد وتعليمات العلاج الميتماعرفي ، والذي يفضل الدمج بين الفنيات وعدم الاعتماد على فنية واحدة ، كما يري أن فنية التنبه المنفصل مكون أساسياً من مكونات العلاج الميتماعرفي، ويفضل استخدامها في الجلسات الأولى ، ثم تطبيق فنية تدريب الانتباه والتي تعتبر وسيلة أكثر تنظيماً وتكثيفاً لتحقيق

فاعلية العلاج الميتامعرفى فى خفض توهم المرض (قلق الصحة)

السيطرة التنفيذية واستكمال ملامح فنيه التنبه المنفصل (عبد الرحمن ، ٢٠١٤ ، ٢٨٢-٢٨٣). وهذا ما اعتمدت عليه الباحثة فى إعداد وتنفيذ البرنامج حيث عملت على دمج فنية التنبه المنفصل مع فنية تدريب الانتباه معاً، كما بدأت بفنية التنبه المنفصل قبل فنية تدريب الانتباه.

وأشارت نتائج الدراسات إلى فاعلية فنيات التنبه المنفصل فى خفض القلق والاكثاب بصفة عامة مثل: دراسة (Ahmadpanah, et al. (2017)، وخفض توهم المرض وقلق الصحة بصفة خاصة مثل: دراسة (Bailey and wells (2014). وأشارت نتائج البحوث التجريبية والدراسات النظرية إلى أن فنيات تدريب الانتباه ذات أساس منطقي يدعم استخدامها وفعاليتها فى خفض اضطرابات القلق بصفة عامة وقلق الصحة وتوهم المرض بصفة خاصة، مثل: دراسة (Van der Heiden, et al. (2013)، ودراسة (Lakshmi, et al. (2016)، ودراسة (Vogel, et al. (2016)، ودراسة (Nordahl, et al. (2016)، ودراسة (Fergus, et al. (2014)، ودراسة كل من Cavanagh and Franklin(2000)

وترجع فاعلية البرنامج إلى التوظيف الجيد لفنية تدريب الانتباه حيث كان لها دور فعال فى خفض القلق لدى أفراد العينة، حيث تم تهيئة الأفراد للتدريب على هذه الفنية فتم فى الجلسة الأولى للتدريب على هذه الفنية - فنية تدريب الانتباه - التعريف بها ، وكيفية ممارستها ، والأساس المنطقي لاستخدامها ، والتعليمات والأسس اللازمة للاستخدام الجيد ، والذي ترتب عليه مستوى مصداقية وقناعة عالية للاستفادة من هذه الفنية، فمصدقية وقناعة العميل له دور فى تحقيق هدف هذه الفنية والاستفادة منها، وهذا يراه المنظرون فى هذا المجال (عبد الرحمن ، ٢٠١٤ ، Wells, 2009).

وكان الإعداد الجيد لجلسات تدريب الانتباه دور فى تحقيق أقصى استفادة من هذه الفنية ، فتم تحديد الأصوات المستخدمة فى التدريب بعناية فائقة، من حيث كانت الأصوات مميزة ومتناسقة ، ومحددة سلفاً، ومتنوعة، ومدمجة معاً، ومن الناحية الفنية تم الاعتماد على فني تكنولوجيا لإعدادها على شريط " كاسيت " وتمت مراجعتها أكثر من مرة حتى تكون عادية ومتسقة مع الواقع. وتم التنوع فى الأصوات ما بين المفردة والأصوات المتعددة التي يمكن أن تصدر من جهة كاملة مثل يمين المريض أو يساره، وتم الاستعاضة عن تلك الجهات التي

د. هبة جابر عبدالحميد

يتعذر أيجادها في بيئة التدريب بالأصوات المتعددة التي قد تصدر عن أماكن كاملة مثل الأصوات التي تصدر عن المطارات ومحطات القطار.

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

نتائج الفرض الخامس : ينص الفرض الخامس على " لا توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسط رتب درجات المجموعة التجريبية في القياس البعدي والقياس التتبعي بعد توقف تطبيق البرنامج الميتماعرفي بشهرين على استفتاء الميتماعرفة وقائمة قلق الصحة والقائمة المتعددة لسمات توهم المرض ". وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام اختبار " ويلكوكسون " , والجدول (١٣) يوضح الفروق بين القياس التتبعي والقياس البعدي على استفتاء الميتماعرفة وقائمة قلق الصحة والقائمة المتعددة لسمات توهم المرض :

جدول (١٣)

الفروق بين القياس البعدي والقياس التتبعي على استفتاء الميتماعرفة وقائمة قلق الصحة

والقائمة المتعددة لسمات توهم المرض

المقاييس (الأبعاد والدرجة الكلية	الرتب	ن	متوسط الرتب	مجموع الرتب	Z	الدلالة
الثقة المعرفية	الرتب السالبة	١	١	١	١	غير دال
	الرتب الموجبة	٠	٠.٠٠٠	٠.٠٠٠		
	الرتب المتساوية	٥				
المعتقدات الإيجابية	الرتب السالبة	١	١	١	١	غير دال
	الرتب الموجبة	٠	٠.٠٠٠	٠.٠٠٠		
	الرتب المتساوية	٥				
السوعي الذاتي	الرتب السالبة	١	١	١	١	غير دال

فاعلية العلاج الميتامعرفى فى خفض توهم المرض (قلق الصحة)

المقاييس (الأبعاد والدرجة الكلية	الرتب	ن	متوسط الرتب	مجموع الرتب	Z	الدلالة
المعرفي	الرتب الموجبة	٥	٠.٠٠٠	٠.٠٠٠	٠.٥٧٧	غير دال
	الرتب المتساوية	٠				
	الرتب السالبة	١	٢	٢		
	الرتب الموجبة	٢	٢	٤		
	الرتب المتساوية	٣				
	الرتب السالبة	٠	٠.٠٠٠	٠.٠٠٠		
الخطر وعدم التحكم	الرتب السالبة	١	١	١	١	غير دال
	الرتب الموجبة	١	١	١		
	الرتب المتساوية	٥				
الحاجة للسيطرة على الأفكار	الرتب السالبة	٤	٣.٧٥	١٥	١	غير دال
	الرتب الموجبة	٢	٣	٦		
	الرتب المتساوية	٠				
الدرجة الكلية	الرتب السالبة	١	٣	٣	١.٣٤	غير دال
	الرتب الموجبة	٤	٣	١٢		
	الرتب المتساوية	١				
البعد الأول	الرتب السالبة	٢	٢	٤	٠.٣٧٨	غير دال
	الرتب الموجبة	٢	٣	٦		
	الرتب المتساوية	٢				
البعد الثاني	الرتب السالبة	١	٤	٤	٠.٩٦	غير دال
	الرتب الموجبة	٤	٢.٧٥	١١		
	الرتب المتساوية	١				
الدرجة الكلية	الرتب السالبة	٢	٢.٥	٥	١.٠٨	غير دال
	الرتب الموجبة	١	١	١		
	الرتب المتساوية	٣				
البعد المعرفي	الرتب السالبة	٢	١.٧٥	٣.٥	٠.٢٧	غير دال
	الرتب الموجبة	١	٢.٥	٢.٥		
	الرتب المتساوية	٣				
البعد السلوكي	الرتب السالبة	٢	٤.٥	٩	٠.٤١	غير دال
	الرتب الموجبة	٣	٢	٦		
	الرتب المتساوية	٣				
البعد الإدراكي	الرتب السالبة	٣				
	الرتب الموجبة	٣				
	الرتب المتساوية	٣				

قائمة قلق الصحة

القائمة المتعددة لسمات لتوهم المرض

د. هبة جابر عبدالحميد

المقاييس (الأبعاد والدرجة الكلية	الرتب	ن	متوسط الرتب	مجموع الرتب	Z	الدلالة
البعد الوجداني	الرتب المتساوية	١			٠.٧٠	غير دال
	الرتب السالبة	٢	٢.٥	٥		
	الرتب الموجبة	٣	٣.٣٣	١٠		
الدرجة الكلية	الرتب المتساوية	١			٠.٦٨	غير دال
	الرتب السالبة	٣	٣.٣٣	١٠		
	الرتب الموجبة	٢	٢.٥	٥		
	الرتب المتساوية	١				

يتضح من الجدول (١٣) عدم وجود فروق دالة إحصائية بين متوسط رتب درجات المجموعة التجريبية في القياس البعدي والقياس التتبعي بعد توقف تطبيق البرنامج الميتمعرفي بشهرين على استفتاء الميتمعرفة وقائمة قلق الصحة والقائمة المتعددة لسمات توهم المرض " وتشير هذه النتيجة إلى صحة الفرض الخامس.

مناقشة نتائج الفرض الخامس

يتضح من الجدول (١٣) عدم وجود فروق دالة إحصائية بين القياس البعدي والقياس التتبعي على استفتاء الميتمعرفة وقائمة قلق الصحة والقائمة المتعددة لسمات توهم المرض بعد توقف تطبيق البرنامج بشهرين.

وتتفق نتائج هذا الفرض مع نتائج البحوث والدراسات التي توصلت إلى استمرار فاعلية برنامج العلاج الميتمعرفي في خفض اضطراب القلق العام مثل: دراسة Van der Heiden, et al. (2013), وخفض قلق الصحة وتوهم المرض خلال فترة المتابعة, وبعد توقف تطبيق البرنامج. مثل: دراسة كل من (Cavanagh and Franklin, 2000), ودراسة كل من (Papageorgiou and Wells, 1998), ودراسة كل من (Bailey and Wells, 2014).

وترجع فاعلية البرنامج الميتمعرفي الحالي في خفض توهم المرض (قلق الصحة) خلال فترة المتابعة إلى الفنيات المستخدمة في البرنامج وهي: التنبه المنفصل وتدريب الانتباه، حيث هناك دراسات استخدمت كل فنية على حدى، وهذا البرنامج يعتبر برنامجاً

فاعلية العلاج الميتماعرفى فى خفض توهم المرض (قلق الصحة)

مكثفاً , حيث تم الاعتماد فيه على الفئتين معاً، فالجمع بين الفئتين قد زاد من قوة برنامج العلاج الميتماعرفى, كما يعد الإعداد الجيد لجلسات البرنامج واتباع لقواعد وأسس العلاج الميتماعرفى كان له دوراً في ممارسة أفراد العينة لفنيات البرنامج في مواقف الحياة اليومية. بالإضافة إلى استخدام التغذية الراجعة في البرنامج كان له دور فعال في تغيير أفكار أفراد العينة وتصحيح معتقداتهم، كما أن استخدام فنية الواجب المنزلي كان لها أثر كبير في تطبيق أفراد العينة ما تعلموه واكتسبوه في مواقف الحياة اليومية مما ساهم في تعميم خبراتهم خارج جلسات البرنامج.

توصيات البحث:

- الاهتمام بالمزيد من الدراسة والبحث في تطبيقات العلاج الميتماعرفى باعتباره اتجاه جديد في مجال الإرشاد والعلاج ويحتاج إلى المزيد من الجهد لفهم ممارسته وتطبيقاته بشكل أكبر.
- إقامة ندوات أو ورش لتعريف الطلاب والطالبات بتوهم المرض وقلق الصحة باعتباره من الاضطرابات التي تؤثر على الصحة النفسية ومن ثم تحصيلهم الدراسي.
- استخدام العلاج الميتماعرفى في خفض العديد من الاضطرابات لدى طلاب الجامعة باعتبارها فئة هامة من فئات المجتمع وهم شباب المستقبل ورجال الغد.
- إقامة ورش ودورات تدريبية لتدريب الباحثين والمعالجين على تطبيقات وممارسات فنيات العلاج الميتماعرفى حيث تحتاج إلى جهد كبير في إعداد السيناريو المناسب لجلسات العلاج.

المراجع:

- إبراهيم، إبراهيم على، والنيال، مايسة أحمد (١٩٩٣). توهم المرض وعلاقته ببعض الميكانزمات الدفاعية دراسة عاملية مقارنة لدي عينة من طلاب وطالبات جامعة قطر. *دراسات نفسية*. ٣، ١، ٦٣-٩٥.
- أبو زيد، أحمد محمد جاد الرب (٢٠١٨). فاعلية العلاج الميتامعرفي في خفض اضطرابات القلق الاجتماعي لدى طلاب الجامعة. *مجلة مركز الإرشاد النفسي*. مقبول للنشر.
- عبد الرحمن، محمد السيد (٢٠١٤). *العلاج المعرفي والميتامعرفي*. القاهرة: مكتبة زهراء الشرق للنشر والتوزيع.
- عكاشة، أحمد (٢٠٠٣). *الطب النفسي المعاصر*. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- Abramowitz, J. & Braddock, A. (2008). *Psychological Treatment of Health Anxiety and Hypochondriasis: A Biopsychosocial Approach*. Hogrefe. Gottingen.
- Ahmadpanah, M., Akbari, T., Akhondi, A., Haghghi, M., Jahangard, L., Bahmani, D., Bajoghli, H., Holsboer-Trachsler, E., Brand, S. (2017). *Detached mindfulness reduced both depression and anxiety in elderly women with major depressive disorders*. *Psychiatry research*, 257, 87-94.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Amir, N., Beard, C., Burns, M., & Bomyea, J. (2009). Attention modification program in individuals with generalized anxiety disorder [special section]. *Journal of Abnormal Psychology*, 118(1), 28-33.
- Andouz, Z., Dolatshahi, B., Moshtagh, N. & Dadkhah, A. (2012). The Efficacy of Metacognitive Therapy on Patients Suffering from Pure Obsession. *Iran journal of psychiatry*, 7, 11-21.
- Bailer, J, Schwarz, D, Witthöft, M, Stübinger C, Rist, F. (2008). *Prevalence of mental disorders among college students at a*

- German university*, Psychotherapy Psychosomatic Medical Psychology, 58(11), 423-432.
- Bailey, R., & Wells, A. (2015). Metacognitive beliefs moderate the relationship between catastrophic misinterpretation and health anxiety. *Journal Anxiety Disorder*, 34 , 8-14.
- Bailey, R. & Wells, A. (2014). *Metacognitive Therapy in the Treatment of Hypochondriasis: A Systematic Case Series*. Cognitive Therapy and Research. 38,541–550. DOI 10.1007/s10608-014-9615-y.
- Bailey, R. & Wells, A. (2016). *The contribution of metacognitive beliefs and dysfunctional illness beliefs in predicting health anxiety: An evaluation of the metacognitive versus the cognitive models*. clinical Psychologist, 20, (3), 129-137.
- Bailey, R., & Wells, A. (2013). Does metacognition make a unique contribution to health anxiety in addition to neuroticism, illness cognition and somatosensory amplification? *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 27, 327–337.
- Barsky, A. J., & Ahern, D. K. (2004). Cognitive behaviour therapy for hypochondriasis: A randomized controlled trial. *The Journal of the American Medical Association*, 291, 1464–1470.
- Blanco, C., Okuda , M ., Wright, C ., Hasin, D ., Grant, B ., Liu, S & Olfson, M. (2008). *Mental health of college students and their non-college-attending peers: Results from the National Epidemiologic Study on Alcohol and Related Conditions*. Archives of General Psychiatry, 65(12),1429–37.
- Bouman, T. K., & Meijer, K. J. (1999). *A preliminary study of worry and metacognitions in hypochondriasis*. Clinical Psychology and Psychotherapy, 6, 96–101.
- Brosschot, J. F., & Van Der Doef, M. P. (2006). *Daily worrying increases somatic complaints; a simple worry reduction intervention helps*. Psychology and Health, 21, 19–31.
- Brosschot, J. F., Gerin, W., & Thayer, J. F. (2006). Worry and health: The perseverative cognition hypothesis. *Journal of Psychosomatic Research*, 60, 113–124.
- Brosschot, J. F., Pieper, S., & Thayer, J. F. (2005). *Expanding stress theory: Prolonged activation and perseverative cognition*. Psych neuroendocrinology, 30, 1043–1049.

- Buwalda , F ., Bouman , T., Van Duijn , M .(2008). *The Effect of a Psychoeducational Course on Hypochondriacal Metacognition*. Cognitive Therapy and Research., 32,689–701.
- Buwalda, F. M., Bouman, T. K., & Van Duijn, M. A. J. (2008). *The effect of a psychoeducational course on hypochondriacal metacognition*. Cognitive Research and Therapy, 32, 689–701.
- Cavanagh, M. J. & Franklin, J. (2000). *Attention Training and Hypochondriasis*: preliminary results of a controlled treatment trial. Paper presented at the World Congress of Behavioral and Cognitive Therapies, Vancouver, Canada.
- Cook, S. A., Salmon, P., Dunn, G., Holcombe, C., Cornford, P., & Fisher, P. (2015). *A prospective study of the association of metacognitive beliefs and processes with persistent emotional distress after diagnosis of cancer*. Cognitive Therapy and Research, 39(1), 51-60. doi:10.1007/s10608-014-9640-x
- Creed, F., & Barsky, A. (2004). A systematic review of the epidemiology of somatisation disorder and hypochondriasis. *Journal of Psychosomatic Research*, 56, 391–408.
- Doherty-Torstrick. E, Walton, K, Barsky, A, Fallon, B.(2016). Avoidance in hypochondriasis. *Journal of Psychosomatic Research*. 89, 46-52. doi: 10.1016/j.jpsychores.2016.07.010.
- Eisenberg, D, Downs, M. F, Golberstein, E, Zivin, K. (2009) *Stigma and help seeking for mental health among college students*. Medical Care Research and Review, 66(5), 522–541.
- European Commission. (2013). *Managing health data*. Retrieved from <http://ec.europa.eu/digitalagenda/en/managing-health-data>
- Fergus, T. (2014). Health-Related Dysfunctional Beliefs and Health Anxiety: Further Evidence of Cognitive Specificity. *Journal of Clinical Psychology*, 70 (3), 248- 259.
- Fergus, T. A. (2013). Repetitive thought and health anxiety: Tests of specificity. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. Retrieved from <http://link.springer.com/journal/volume/sAndIssues/10862>.
- Ferguson, E. (2009). *A taxometric analysis of health anxiety*. Psychosomatic Medicine, 39 (2), 277- 285.

- Fink, P, Ornbol, E, Christensen, K. S. (2010). *The outcome of health anxiety in primary care*. A two-year follow-up study on health care costs and self-rated health. *PLoS One*;5:e9873.
- Fink, P., Ornbol, E., Toft, T., Sparle, K. C., Frostholm, L., & Olesen, F. (2004). A new empirically established hypochondriasis diagnosis. *American Journal of Psychiatry*, 161, 1680–1691.
- Fisher, P. L. & Wells, A. (2008). Metacognitive therapy for obsessive-compulsive disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 39, 117–132.
- Fox, S. (2013). *Pew Internet: Health*. Retrieved from <http://www.pewInternet.org/Commentary/2011/November/Pew-Internet-Health.aspx>.
- Gerdes, T. T., Noyes, R., Kathol, R. G., Phillips, B. M., Fisher, M. M., Morcuende, M. A., Yagla, S. J. (1996). *Physician recognition of hypochondriacal patients*. *General Hospital Psychiatry*, 18(2), 106–112.
- Greeven, A., van Balkom, A. J., Visser, S., Merkelbach, J. W., vanRood, Y. R., van Dyck, R., Spinhoven, P. (2007). Cognitive behaviour therapy and paroxetine in the treatment of hypochondriasis: *A randomized controlled trial*. *American Journal of Psychiatry*, 164, 91–99.
- Hutton, P., Morrison, A. P. & Wardle, M. (2014). *Metacognitive Therapy in Treatment-Resistant Psychosis: A Multiple-Baseline Study*. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 42, 166–185.
- Joel, Y. (2017). Treating Hypochondriasis: A Head-to-Head Comparison. *NEJM Journal Watch. Psychiatry*; Waltham (Jul 10, 2017).
- Kaur, A., Butow, P., & Thewes, B. (2011). *Do metacognitions predict attentional bias in health anxiety?*. *Cognitive Therapy and Research*, 35, 575–580.
- Kim, S. & Lee, J. (2016). Time course of attentional bias for health-related information in individuals with health anxiety. *Journal of health psychology*, 21 (8), 1527-1535.
- Knowles, M. M., Foden, P., El-Deredy, W. & Wells, A. (2016). A Systematic Review of Efficacy of the Attention Training Technique in Clinical and Nonclinical Samples. *Journal of*

- Clinical Psychology*, 72(10),999-1025. doi: 10.1002/jclp.22312. Epub 2016 Apr 29.
- Laara, F. A., Speckens, A. E., & van Weela, C. (2009). Medically unexplained symptoms, somatisation disorder and hypochondriasis: Course and prognosis. A systematic review. *Journal of Psychosomatic Research*, 66, 363–377.
- Lakshmi, J., Sudhir, P. M., Sharma, M. P. & Math, S. B. (2016). Effectiveness of Metacognitive Therapy in Patients with Social Anxiety Disorder: A Pilot Investigation. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 38 (5), 466-471.
- Longley, S.,L., Watson, D. & Noyes, R. (2005). *Assessment of the Hypochondriasis Domain: The Multidimensional Inventory of Hypochondriacal Traits (MIHT)*. *Psychological Assessment*, 17 (1), 3-14. DOI: 10.1037/1040-3590.17.1.3.
- Lyubomirsky, S., Kasri, F., Chang, O., & Chung, I. (2006). Ruminative response styles and delay of seeking diagnosis for breast cancer symptoms. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 25, 276–304
- Marcus, D. K., Gurley, J. R., Marchi, M. M., & Bauer, C. (2007). *Cognitive and perceptual variables in hypochondriasis and health anxiety: A systematic review*. *Clinical Psychology Review*, 27(2), 127–139. doi:10.1016/j.cpr.2006.09.003.
- Marcus, D. K., Hughes, K. T., & Arnau, R. C. (2008). Health anxiety, rumination, and negative affect: A mediational analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 64, 495–501.
- Martin , a & Jacobi , f (2006). *Features of Hypochondriasis and Illness Worry in the General Population in Germany* . *Psychosomatic Medicine* 68:770 –777.
- Matto, H (2004). Applying an Ecological Framework to Understanding Drug Addiction and Recovery, *Journal of Social Work Practice in the Addictions*. 4, 5- 22.
- McEvoy, P. M., & Perini, S. J. (2009). Cognitive behavioral group therapy for social phobia with or without attention training: A controlled trial. *Journal of Anxiety Disorders*, 23(4), 519–528. doi:10.1016/j.janxdis.2008.10.008

- McManus, F., Grey, N., & Shafran, R. (2008). *Cognitive therapy for anxiety disorders: Current status and future directions*. Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 36, 695–704.
- McManus, F., Surawy, C., Muse, K., Vazquez-Montes, M., & Williams, J. M. (2012). A randomized clinical trial of mindfulness-based cognitive therapy versus unrestricted services for health anxiety (hypochondriasis). *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80, 817–828.
- Melli, G ; Bailey, R ; Carraresi, C & Poli, A (2017). *Metacognitive beliefs as a predictor of health anxiety in a self-reporting Italian clinical sample*, Clinical Psychology & Psychotherapy, 1-9.
- Melli, G ; Carraresi, C ; Poli, A & Bailey, R (2016). *The role of metacognitive beliefs in health anxiety*, Personality and Individual Differences, 89, 80 – 85 .
- Mier, D., Bailer, J., Ofer, J., Kerstner, T., Zamoscik, V., Michael Witthft, M. & Diener, C. (2017). *Neural correlates of an attentional bias to health-threatening stimuli in individuals with pathological health anxiety*. J. Psychiatry Neurosci, 42 (3), 2000-2013.
- Nordahl, H. M, Vogel, PA., Morken, G., Stiles, T., Sandvik, P., & Wells, A. (2016). *Paroxetine, Cognitive therapy or their combination in the treatment of Social Anxiety Disorder with and without avoidant personality disorder: A randomized clinical trial*. Psychotherapy and Psychosomatics, 85, 346-356.
- Olde Hartman, T. C., Borghuis, M. S., Lucassena, P. L. B. J., van de Laara, F. A., Speckens, A. E., & van Weela, C. (2009). Medically unexplained symptoms, somatisation disorder and hypochondriasis: Course and prognosis. A systematic review. *Journal of Psychosomatic Research*, 66, 363–377.
- Owens, K., Asmundson, G., Hadjistavropoulos, T., & Owens, t (2004). *Attentional Bias Toward Illness Threat in Individuals With Elevated Health Anxiety*. Cognitive Therapy and Research, Vol. 28, No. 1, pp. 57–66.
- Papageorgiou, C., & Wells, A. (1998). *Effects of attention training on hypochondriasis: A brief case series*. Psychological Medicine, 28(1), 193–200. doi:10.1017/S0033291797005825.

- Pauli, P., Schwenzer, M., Brody, S., Rau, H., & Birbaumer, N. (1993). Hypochondriacal attitudes, pain sensitivity, and attentional bias. *Journal of Psychosomatic Research*, 37, 745–752.
- Rector, N. A., & Roger, D. (1996). *Cognitive style and well-being: A prospective examination*. *Personality and Individual Differences*, 21, 663–667.
- Robbins, J. M., & Kirmayer, L. J. (1996). *Transient and persistent hypochondriacal worry in primary care*. *Psychological Medicine*, 26, 575–589.
- Sadeghian E, Farhadin Wasab A, Falahian, Gh.(2009). The study of Mental Health status in students of Hamadan University of Medical Science in 2006. *Journal of faculty of Nursing and Midwifery*, Tehran university of Medical Sciences , 1, 44-53.
- Said , d ., kypri , k & bowman , j (2013) . *Risk factors for mental disorder among university students in Australia: findings from a web-based cross-sectional survey* . *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* , 48,935–944 DOI 10.1007/s00127-012-0574-x
- Salkovskis, P. M. & Rimes, K. A. (1997). Predictive genetic testing : psychological factors. *Journal of Psychosomatic Research* 44, 477-487.
- salkovskis, P. M. (1996). The cognitive approach to anxiety: Threat beliefs, safety-seeking behavior, and the special case of health anxiety and obsessions. In P. M. Salkovskis (Ed.), *Frontiers of cognitive therapy* (pp. 48-74). New York: Guilford Press
- Salkovskis, P. M., Rimes, K. A., Warwick, H. M., & Clark, D. M. (2002). *The Health Anxiety Inventory: Development and validation of scales for the measurement of health anxiety and hypochondriasis*. *Psychological Medicine*, 32, 843–853. doi:10.1017/S0033291702005822
- Schwind , j ., Gropalis , m ., Wittho , m & weck , f .(2016). *The Effects of Attention Training on Health Anxiety: An Experimental Investigation* . *Cognitive Therapy and Research* , 40 , 245–255 DOI 10.1007/s10608-015-9745-x
- Siegle, G. J., Ghinassi, F. and Thase, M. E. (2007). *Neurobehavioral therapies in the 21st century: summary of an emerging field*

- and an extended example of cognitive control training for depression. *Cognitive Therapy and Research*, 31, 235–262.
- Singh, K & Brown , R.(2014). *Health-related Internet habits and health anxiety in university students Singh*. *Anxiety, Stress, & Coping*, 27 (5), 542–554,
- Solanto, M. V., Marks, D. J., Wasserstein, J., Mitchell, K., Abikoff. H., Alvir, J. M., & Kofman, M. D. (2010). Efficacy of meta-cognitive therapy for adult ADHD. *American Journal of Psychiatry*, 167(8), 958-68. doi: 10.1176/ appi. ajp.2009. 09081123. Epub 2010 Mar 15.
- Sørensen P, Birket-Smith M, Wattar U, Buemann I, Salkovskis P(2011). *A randomized clinical trial of cognitive behavioural therapy versus short-term psychodynamic psychotherapy versus no intervention for patients with hypochondriasis*. *Psychological Medicine*, 41, 431–441.
- Sujin, K., Kiho, K., Jang-Han, L. (2014). *effects of dispositional coping strategy and level of health anxiety on attentional bias*. *Social Behavior and Personality*, 42(7) , 1183-1190.
- Thomson, A. B., & Page, L. A. (2007). *Psychotherapies for hypochondriasis*. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4, 1–43.
- Tol A, Tavassoli E, Sharifrad GH, Shojaezadeh D.(2011). The Relation Between Health_ Promoting Lifestyle and Quality of Life in Undergraduate of Students at School of Health, Isfahan University of Medical Sciences. *Health System Journal*, 7, 442-448.
- Valmaggia, L. R., Bouman, T. K., & Schuurman, L. (2007). *Attention training with auditory hallucinations: A case study*. *Cognitive and Behavioral Practice*, 14(2), 127–133. doi:10.1016/j.cbpra..01.009
- Van der Heiden , c ., Melchior , k ., de stigter , e (2013). The Effectiveness of Group Metacognitive Therapy for Generalised Anxiety Disorder: A Pilot Study. *Journal of Contemporary Psychotherapy* , 43, 151–157.
- Vazquez F, Torres A, Otero P, Diaz O (2011) Prevalence, comorbidity, and correlates of DSM-IV axis 1 mental disorders

- among female university students. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 199(6), 379–383.
- Vogel, P. A., Hagen, R., Hjemdal, O., Solem, S., Smeby, S. C., Strand, E. R., Fisherb, P., Nordahl, H., M. & Wells, A. (2016). Metacognitive Therapy Applications in Social Anxiety Disorder: An Exploratory Study of the Individual and Combined Effects of the Attention Training Technique and Situational Attentional Refocusing. *Journal of Experimental Psychopathology*, 7(4), 608-618 ISSN 2043-8087 / DOI:10.5127/jep.054716
- Warwick, H. M. C., & Salkovskis, P. M. (1990). *Hypochondriasis. Behaviour Research and Therapy*, 28, 105–117.
- Weck, F. (2014). *Treatment of Mental Hypochondriasis: A Case Report. The Psychiatric Quarterly*, 85, 57–64. DOI 10.1007/s11126-013-9270-6.
- Weck, F., Neng, J. M. B., & Stangier, U. (2013). *The effects of attention training on the perception of bodily sensations in patients with hypochondriasis: A randomized controlled pilot. trial. Cognitive Therapy and Research*, 37(3), 514–520. doi:10.1007/s10608-012-9482-3.
- Wells , A (2005). Detached Mindfulness In Cognitive Therapy: A Metacognitive Analysis And Ten Techniques. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 23, 4,337-335 .
- Wells , A(2008). *Metacognitive Therapy: Cognition Applied To Regulating Cognition . Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 36, 651–658.
- Wells, A & Carter, K.(2001). *Further tests of a cognitive model of generalized anxiety disorder: Metacognitions and worry in GAD, panic disorder, social phobia, depression, and nonpatients. Behavior therapy*, 32(1), 85 -102.
- Wells, A. (1995). Meta-cognition and worry: *A cognitive model of generalized anxiety disorder. Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23, 301–320.
- Wells, A. (2000). *Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy. Chichester: Wiley.*

- Wells, A. (2008). *Metacognitive Therapy: Cognition Applied To Regulating Cognition*. Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 2008, 36, 651–658. doi:10.1017/S1352465808004803.
- Wells, A. (2009). *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. New York: Guilford Press.
- Wells, A., & Cartwright-Hatton, S. (2004). *A short form of the Metacognitions Questionnaire: Properties of the MCQ-30*. Behavior Research and Therapy, 42, 385-396.
- Wells, A., & Matthews, G. (1994). *Attention and emotion: A clinical perspective*. Hove: Erlbaum.
- Wells, A., & Matthews, G. (1996). *Modelling cognition in emotional disorder: The S-REF model*. Behaviour Research and Therapy, 34, 881–888.
- Wells, A., & Sembi, S. (2004). Metacognitive therapy for PTSD: A preliminary investigation of a new brief treatment. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 35, 307–318.
- Wenn, J., O'Connor, M., Breen, L. J., Kane, R. T. & Rees, C. S. (2015). *Efficacy of metacognitive therapy for prolonged grief disorder: protocol for a randomised controlled trial*. BMJ open, 5(12), DOI: 10.1136/bmjopen-2014-007221
- Williams, P. G. (2004). *The psychopathology of self-assessed health: A cognitive approach to health anxiety and hypochondriasis* [Special Issue: Cognition, Emotion, & Illness]. Cognitive Therapy and Research, 28, 629–644.

The effectiveness of metacognitive therapy in reducing Hypochondriasis (Health anxiety) among university students.

Dr. Heba Gaber Abdelhamid

Lecture - Mental hygiene department

Faculty of Education - Sohag University

Abstract: The current research aimed to identify the effectiveness of metacognitive therapy (Detached mindfulness (DM), Attention Training Technique (ATT) in reducing Hypochondriasis (Health anxiety) among university students, The sample consisted of 12 female students of the Faculty of Education, Sohag University, ranging in age from 19-21 years, they were randomly assigned to a experimental group of 6 female students, a control group of 6 female students, It Was used Metacognitions Questionnaire (MCQ-30) prepared by both Cartwright-Hatton (2004), Translation by/ Abouzaid (2018), Health Anxiety Inventory (HAI), prepared by Salkovskis, Rimes , Warwick , Clark (2002) Translation of the researcher, The Multidimensional Inventory of Hypochondriacal Traits(MIHT), prepared by Longley, Watson and Noyes (2005), Translation of the researcher and metacognitive therapy program prepared by the researcher; The program consisted of 12 sessions, (A preliminary sessions , 4 sessions for Detached mindfulness (DM), 6 sessions for Attention Training Technique, a review session), the results of the study indicated the effectiveness of metacognitive therapy (Detached mindfulness (DM), Attention Training Technique (ATT) in reducing Hypochondriasis (Health anxiety) among university students, It has been recommended with more study and research in the applications of metacognitive therapy as a new direction in the field of counseling and treatment and the establishment of workshops and training courses to train researchers and therapists on the applications and practices of metacognitive therapy techniques where a great effort is needed in preparing the appropriate scenario for treatment sessions.