

## فاعلية العلاج المعرفي القائم على اليقظة العقلية في خفض الإجهاد الفكري لدى المراهقين ذوي المشكلات الانفعالية

إعداد

أ.م. د/ مصطفى خليل محمود عطا الله

أستاذ الصحة النفسية المساعد

كلية التربية - جامعة المنيا

### الملخص:

هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن فاعلية العلاج المعرفي القائم على اليقظة العقلية في خفض الإجهاد الفكري لدى طلاب الجامعة ذوي المشكلات الانفعالية، وتكونت العينة من (١٦) طالبًا وطالبة من طلاب الجامعة ذوي المشكلات الانفعالية، تم توزيعهم على مجموعة تجريبية قوامها (٨) طلاب، ومجموعة ضابطة عددهم (٨) طلاب، وتم التحقق من التكافؤ بين المجموعتين في الإجهاد الفكري واليقظة العقلية والمشكلات الانفعالية والعمر الزمني، وتم استخدام مقياس اليقظة العقلية (تعريب: الضبع، ومحمود، ٢٠١٣)، ومقياس الإجهاد الفكري (إعداد: الباحث)، ومقياس المشكلات الانفعالية (إعداد: البحيري، ٢٠١٧)، والبرنامج العلاجي المعرفي القائم على اليقظة العقلية (إعداد: الباحث)، ودلت النتائج على فاعلية البرنامج العلاجي المعرفي القائم على اليقظة العقلية في خفض درجات طلاب المجموعة التجريبية على مقياس الإجهاد الفكري، وانخفاض درجاتهم في المشكلات الانفعالية، وارتفاع درجاتهم في مقياس اليقظة العقلية، وكان حجم تأثير البرنامج كبيرًا، كما استمرت فاعلية البرنامج أثناء فترة المتابعة، وفي ضوء هذه النتائج تمت صياغة مجموعة من التوصيات التربوية والبحوث المقترحة.

**الكلمات المفتاحية:** العلاج المعرفي القائم على اليقظة العقلية، الإجهاد الفكري، اليقظة العقلية، المشكلات الانفعالية، المراهقون ذوو المشكلات الانفعالية.

## مقدمة:

تعد المرحلة الجامعية من أصعب المراحل النمو الانتقالية التي يمر بها الطلاب بما تفرض عليهم من تحديات من شأنها تولد لديهم العديد من الصراعات والضغوط النفسية؛ وبالتالي تؤدي إلى المشكلات الصحية والاضطرابات الانفعالية، وعدم القدرة على التركيز والتفاعل مع الآخرين بإيجابية، فقد يثور الطالب لانتقاده أو حرمانه من بعض الامتيازات، أو التدخل في أموره الشخصية، وقد تظهر بعض أعراض سوء التوافق نتيجة لذلك. كما يواجه الطالب الجامعي في حياته عديدًا من المواقف الضاغطة الناتجة عن الضغوطات المختلفة سواء أكانت أكاديمية كالقلق من المستقبل والخوف من الفشل، أم أسرية كالصدام والنقاش الحاد مع الوالدين، أم مادية كالوضع الاقتصادي المتدني، وتؤدي إلى حالة من التفكير بطريقة سلبية وعدم الاستقرار والتوتر والقلق والوهن النفسي لديه.

خاصة أن معظم الدراسات التي تناولت الاضطرابات النفسية التي يتعرض لها الطالب الجامعي وتؤثر عليه وعلى مستوى فاعليته، وترجع إلى الأفكار المقتحمة والصور الذهنية والبواعث الملحة، وهي ملامح رئيسة لمجموعة مختلفة من الاضطرابات النفسية والانفعالية، ومنها: اضطراب القلق العام، واضطراب الوسواس القهري، واضطراب القلق الاجتماعي، واضطراب الهلع، والفصام، واضطراب تشوه الجسد، واضطراب كرب ما بعد الصدمة، وصعوبة التنظيم الانفعالي، والخوف من الفشل، وتدني نظرة الذات، وأنماط الخوف من التعاطف، والشعور باليأس (الدحادحة، ٢٠١٢؛ Schmertz, Masuda, & Anderson, 2012؛ الضبيح، محمود، ٢٠١٣؛ أخرس، ٢٠١٥؛ Desormeau, 2016؛ أبو زيد، ٢٠١٧) (\*)، وقد تؤثر هذه الاضطرابات المختلفة على شخصية الطالب الجامعي وعلى مستوى تفكيره، وبالتالي تقود الطالب الجامعي إلى الكآبة والقلق المزمن، وهي أفكار أو صور

(\*) تم الالتزام بنظام قواعد التوثيق العلمي للإصدار السابع (7<sup>th</sup>) APA Style.

ذهنية تحدث بشكل عفوي تلقائي، وتملك بعض العقلانية من منظور الفرد ويتم الشعور بها كشيء غير مرغوب فيه.

وفي ظل تلك الأفكار المقتحمة والصور الذهنية مع تظافر العوامل الداخلية والخارجية التي تؤدي إلى ظهور بوادر نقص متزايدة في الأداء وشعور الذاتي بالضيق والألم لدى الطالب الجامعي، بالإضافة إلى شعوره بالعجز مع استنفاد الجهد إلى حالة من الإنهاك والاستنزاف الانفعالي، والذي يمكن تعريفه بالإجهاد الفكري (Intellectual stress) (محمد، ٢٠١٥)، وبناءً على هذه المعطيات السابقة يُمثل الإجهاد الفكري عجزاً أساسياً لدى الطالب الجامعي، ويُعد من أبرز المشكلات الرئيسية التي يعاني منها طلاب الجامعة ( Sundquist, Palmér, Memon, Tyrer, Reed, & Crawford, Wang, Johansson, & Sundquist, 2019)، حيث يتسق ذلك مع ما أوضحه كل من عبد المجيد والموسوي (٢٠١٣) بأن الإجهاد الفكري يؤثر على إنتاجية الطالب من الجانبين الأكاديمي والعملية وعلى مستوى علاقته مع الآخرين، إضافة إلى أن الإجهاد السلبي يؤدي إلى الفشل في تحقيق إنجاز ما؛ فإنه يصيبه بالإحباط والكآبة واليأس وعدم الأمان.

وقد يعود السبب في ذلك إلى التفكير الدائم بشأن بعض الأحداث اليومية التي تؤدي إلى شعور الطالب بالصور الذهنية والأفكار والأحاسيس المقتحمة المؤلمة، خاصة التي تسبب بعض الإجهاد الفكري والوهن النفسي لديه، ومع ذلك فمن المحتمل أن تتغير تلك الذكريات عبر الزمن في اتجاه دعم الذات (Baer, Crane, Montero-Marin, Phillips, Taylor, Tickell, & Kuyken, 2021)؛ بالرغم من أنه ليس من الضروري أن يكون واضحاً أي الذكريات تغيرت وأيهما لم يتغير، ونحن بحاجة فقط لأن يتذكر الأفراد الذين تضعهم ذكرياتهم الموقدة عن الإجهاد الفكري مع مرور السنوات، وبشكل متزايد في قلب الحدث، فقد يمثل هذا الأمر تحدياً في بدايته إلا أنه مع التدريب على

أساليب المواقف العلاجية والإرشادية سوف يتمكن الفرد من التغلب على هذه الخبرات وتكرارها، كما تساعد هذه الأساليب العلاجية في تهدئة الذات لتحسين القدرة الذهنية على معالجة المواقف، ويمكن الاختيار من بينها بما يتلاءم مع شخصية الفرد، ومن ثم زيادة الوعي بالمواقف التي تمثل التحديات والقدرة على إدارتها بخطط مواجهة ناجحة (Tickell, Ball, Bernard, Kuyken, Marx, Pack, Strauss, 2020؛ Sweeney, & Crane, 2020؛ Baer, et al., 2021).

وانطلاقاً مما سبق، يمكن النظر إلى الإجهاد الفكري على أنه إحساس مستمر بالتعب النفسي والإرهاق والإعياء التام العقلي والجسمي ناتج عن المواقف التي يكون فيها الطالب الجامعي واقع تحت إجهاد انفعالي أو نفسي أو جسمي؛ مما يؤدي إلى آثار واضحة، منها: اتخاذ قرارات غير دقيقة، وتشويه المدركات وتفسيرات غير منطقية وغير واقعية، والتي تسبب تشوش الوعي المعرفي والانزعاج والقلق والشعور بالتهديد لأقل الأسباب (Schoth, Parry & Lioosi, 2018)، وقد كشفت نتائج العديد من البحوث والدراسات أن الإجهاد الفكري يؤدي دوراً بارزاً في ظهور بعض أعراض الاضطرابات النفسية والانفعالية المختلفة، مثل: الاكتئاب والقلق الاجتماعي، وقلق ما بعد الصدمة، والوسواس القهري (النفيعي، ٢٠٢٠؛ الموسوي، ٢٠١٢؛ Darabi, Macaskill, & Reidy, 2017؛ Saunders & Kober, 2020؛ Zhang, Wang, Bai, Zhao, Wu, Jiang, Fan, & Qiu, 2021).

وطبقاً للنموذج المعرفي، فإن الصور الذهنية والأفكار والأحاسيس المقتحمة تمارس تأثيراً مباشراً على المزاج وتفكير الفرد نفسه، من لحظة لأخرى، وربما تكون موجزة ومتكررة، بشكل لا يجعلها مسموعة، فهي جزء من بيئتنا العقلية، والتي إذا لم نركز عليها، ربما لا نلاحظها أكثر من ملاحظتنا للتنفس في معظم الأوقات (Gárriz, Elices, Peretó, Martín-López, Justicia, & Pérez, 2020)؛ الأمر الذي استنتجه الباحث من خلال نتائج بعض الدراسات والبحوث

السابقة أن الاهتمام بالعلاج النفسي المعرفي وحدة فقد لا يكفي لمساعدة الأفراد على التوقف عن تقبل أفكارهم السلبية بهذه الطريقة، بحيث يمكن العودة إلى الوراء والتفكير في دقتها، بل يجب كذلك الوعي الذي يظهر من خلال الانتباه عن قصد، في الوقت الحاضر، والتركيز على تغيير الوعي والعلاقة بالأفكار والمشاعر والأحاسيس الجسدية (McCartney, Nevitt, Lloyd, Hill, White, Duarte, 2021)؛ (Khorrami, Atashpour, & Arefi, 2020 ؛ Kuyken, et al., 2015 ؛ Kaviani, Hatami, & Javaheri, 2017).

وبالتالي، تم تطوير ودمج مجموعة متنوعة من التدخلات القائمة على اليقظة العقلية بشكل متزايد في العلاجات النفسية لمجموعة متنوعة من مشاكل وضغوط الصحة العقلية مع نتائج إيجابية في الحد من الضائقة العاطفية وتعزيز الرفاهية النفسية (Keune, Piet & Hougaard, 2011 ؛ Sipe, & Eisendrath, 2012)؛ Hofmann, Sawyer, ؛ Bostanov, Hautzinger, Kotchoubey, 2011 Belliveau, Nagy, Escobar, Mechawar, ؛ Witt, & Oh, 2010 (Turecki, Rej, & Torres-Platas, 2021)، ويتم استخدام اليقظة العقلية في السياق العلاجي من خلال البرنامج الأكثر انتشاراً القائم على اليقظة العقلية، هما: برنامج الحد من الإجهاد القائم على اليقظة العقلية (mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR); Kabat-Zinn, 1990) والعلاج المعرفي القائم على اليقظة العقلية (Mindfulness-Based Cognitive Therapy MBCT)؛ (Segal, Williams, & Teasdale, 2002)، في حين أن فهم كيف أن برامج اليقظة العقلية تؤدي إلى انخفاض في الضيق النفسي في الاضطرابات العاطفية في مهده، فقد تم طرح عدد من الآليات النفسية للتغيير، وباختصار تم اقتراح أن ممارسة اليقظة العقلية يمكنها: تعزيز التغيير المعرفي (Teasdale, 1999)؛ وتعزيز استجابات الاسترخاء للإجهاد الفكري (Borkovec & Sharpless, 2004)؛ وتؤدي إلى معالجة معتقدات الميتمعرفية أكثر تكيفاً (Wells, 2002)، وتقلل من هيمنة

القواعد اللفظية الصارمة التي تحكم السلوك (Hayes, 2002)؛ وزيادة الكفاءة الذاتية والتكيف (Craske & Hazlett-Stevens, 2002)؛ وتقليل التجنب التجريبي وتعميق المعالجة العاطفية (Roemer & Orsillo, 2002)؛ وتحسين تنظيم العواطف، والوعي العاطفي، وفهم العاطفة (Mennin, Heimberg, Turk, & Dimidjan & Linehan, 2003). بالإضافة إلى ذلك، اقترح (Fresco, 2002). أن ممارسة اليقظة العقلية قد تؤدي إلى مزيد من البصيرة والتعاطف والحكمة وتقرير المصير.

ويعتمد العلاج المعرفي القائم على اليقظة العقلية (MBCT) على الحد من الإجهاد القائم على اليقظة (MBSR)، وعناصر العلاج المعرفي السلوكي التقليدي (CBT)، ويتضمن أيضًا اليقظة العقلية (Mindfulness)، بما في ذلك الوعي وفهم الأفكار السلبية التلقائية، والعلاقة بين الأفكار والعواطف والأفعال، بدلاً من فحص الأدلة المؤيدة والمعارضة لمثل هذه الأفكار كما هو الحال في العلاج المعرفي السلوكي (ليهى، ٢٠٠٦، ص ١٢؛ هوفمان، ٢٠١٢، ص ٢٥)، كما يدعم العلاج المعرفي القائم على اليقظة العقلية الوعي ما وراء المعرفي للأفكار، وينظر إليها على أنها أحداث عابرة (Segal, Williams, & Teasdale, 2013)؛ وذلك لتزويد الأفراد الذين لديهم تاريخ من الضغوط النفسية بالمهارات اللازمة للكشف عن العلامات المبكرة لتدهور الحالة المزاجية والاستجابة لها بكفاءة، وتم تطويره كوقاية من الانتكاس للأشخاص الذين يعانون من الضغوط النفسية المتنوعة، مثل: الاكتئاب المتكرر، وقد وجد أنه يقلل من خطر انتكاس الاكتئاب بمقدار النصف تقريباً (Teasdale, Segal, Williams, Ridgeway, Souls, & Lau., 2000) كما ثبت أنه فعال للأشخاص الذين يتعاملون مع القلق والتوتر والتهيج والإرهاق والإجهاد الفكري (Khoury, Lecomte, Fortin, Masse, Therien, Bouchard, Chapleau, Paquin, & Hofmann, 2013).

وبالتالي أشار Baer (2003) إلى أن العلاج المعرفي القائم على اليقظة العقلية يمكن اعتباره تدخلاً واسعاً متعدد المكونات؛ ولكنه يختلف عن نهج العلاج المعرفي التقليدي لدرجة أنه ليس موجهاً نحو الهدف من حيث تغيير التأثير السلبي أو محتوى الأفكار السلبية العميقة، كما يعتقد أن عدداً من آليات التغيير المفترضة أعلاه مدعومة جزئياً على الأقل بزيادة الوعي الانتباه اليقظ اليومي. وعلى سبيل المثال، يقترح كل من Teasdale, Moore, Hayhurst, Pope, Williams, & (2002) Segal, أن التدريب الذهني قد يعزز التعرف على العلامات المبكرة للمشكلة والاستجابة لها؛ ولذلك من المتوقع أن يؤدي التدريب على اليقظة العقلية إلى زيادة وعي الانتباه اليقظ، وأن مستوى هذا الوعي اليقظ سيكون مرتبطاً بشدة الأعراض.

وانطلاقاً من ظروف الحياة الجامعية التي تفرض على المراهقين بعضاً من الضغوط والإجهاد الفكري المتمثلة في: الشعور بالإعياء والتعب الذهني، والشعور بالنقص وعدم الكفاءة، بالنسبة المراهقين بصفة عامة والمراهقين ذوي المشكلات الانفعالية بصفة خاصة؛ اعتمدت هذه الدراسة على الكشف عن فاعلية العلاج المعرفي القائم على اليقظة العقلية في خفض الإجهاد الفكري لدى المراهقين من طلاب الجامعة ذوي المشكلات الانفعالية.

#### مشكلة الدراسة:

ظهرت مشكلة الدراسة مما لاحظها الباحث من منطلق تخصصه وتعامله مع الطلاب، ومن خلال تدريسه لمقرر الصحة النفسية والإرشاد النفسي لطلاب الفرقة الرابعة بالكلية، وظهور مشكلات نفسية متعددة لدى هؤلاء الطلاب؛ لعل من أهمها الأفكار وحديث النفس للنفس، والتعليمات الذاتية السلبية، وعند سؤالهم عن الأسباب الحقيقية لذلك كانت الإجابة تشير إلى أن الأفكار تؤخذ على أنها حقيقة خصوصاً عندما تكون الانفعالات قوية، وإنهم يفترضون أن حالتهم النفسية السيئة ترتبط بمجموعة من المعارف السلبية المتعلقة بالقدرات، والكفاءة الذاتية أو السلوك، وهذه

المعارف قد تكون حاضرة دائماً لكنها تنشط تحت وطأة المواقف المولدة للمشقة، والتي تفرضها عليهم تحديات من شأنها أن تولد لديهم عديد من الضغوط النفسية والصراعات في التفكير، مما أثار لدى الباحث عددًا من التساؤلات حول طبيعة هذه الأفكار وما يترتب عليها، وكيف يمكن تخفيف هذا الإجهاد في التفكير لدى الطلاب المضطربين نفسيًا.

وللوقوف على حجم المشكلة، وإبراز أهمية تناولها بالبحث والدراسة، تمت مقابلة (٢٠) طالبًا جامعيًا، طبق عليهم استبانة مسببات الإجهاد الفكري لطلاب الجامعة إعداد الباحث، وتمحورت استجابات الطلاب حول: "الافتقار للقدره على التخطيط للمستقبل الدراسي، والصعوبة في التعبير عن أفكارهم بوضوح، والمعاناة من تشتت التفكير داخل القاعة الدراسية، كما أن الحياة مليئة بخبرات المعاناة، ومعاناتهم من الأرق المستمر بسبب كثرة الدراسة، والإفراط في الأفكار السلبية نحو حياتهم لا تساعدهم على تحديد مستقبلهم".

ومن المسوغات التي دفعت بالباحث لإجراء الدراسة الحالية، وما أشارت إليه نتائج الدراسات والبحوث العربية والأجنبية ذات الصلة والأطر النظرية عن وصف سيل من الأفكار التي يعاني منها المراهقون، والذي يمكن لمعظمنا ملاحظتها لو حاولنا الانتباه لها؛ فهي تفسيرات سلبية للمعاني التي نأخذها مما يحدث حولنا أو بداخلنا، كما أنها تكون موجزة ومتكررة، بشكل لا يجعلها مسموعة؛ فهي جزء من بيئتنا العقلية والتي إذا لم نركز عليها (الدحادحة، ٢٠١٢؛ أخرس، ٢٠١٥؛ زكي، وحلمي، ٢٠١٩؛ النجار، ٢٠١٩؛ Desormeau, 2016؛ GU, Strauss, Bond, & Cavanagh, 2016).

ويتسق ذلك مع ما أوضحه كل من (Alsubaie, Abbott, (2017), Dunn, Dickens, Keil, Henley, & Kuyken إلى أن التفكير السلبي الآلي يؤدي دورًا حاسمًا في تطوير الاضطرابات النفسية، والأفكار السلبية الآلية تسهل فهم



عمليات التفكير السلبي، وما أكدته (Gu, et al., 2015) من أن العديد من الأفكار السلبية الآلية لدى المراهقين تعكس معني وتفسير الموضوع الذي يفكرون به، وهي من ثم مرتبطة بعمق الاستجابات الانفعالية والسلوكية للأحداث، ومن ثم تؤدي إلى طائفة من الضغوط النفسية لا حصر لها يشعر معها الفرد بالعجز والنقص والخوف، ومن ثم تدني مفهومه وفقدان الحماسة والإصرار، فكل هذه الضغوط تدفعهم إلى الشعور بالإجهاد الفكري والعبء النفسي والمعرفي، كما يميلون إلى كبت الخبرات الحالية، وعدم القدرة على الحكم على الخبرة التي يمرون بها، وبذلك يكونون أقل قدرة على اليقظة العقلية (Schmertz, et al., 2012؛ Noordali, Cumming & Chen, Yang, Lin, Li, Liu,؛ Chu & Mak, 2020؛ Thompson, 2017؛ Fu & Chen, 2021؛ Baer, et al., 2021).

لذا فإن هناك ضرورة إلى تنشيط التدخل التجريبي حول مدى فعالية بعض التدخلات العلاجية في تخفيف الإجهاد الفكري لدى طلاب الجامعة المضطربين انفعاليًا من خلال مساعدتهم على تنمية الوعي والانتباه وزيادة قدراتهم على الإدارة الفعالة لتعقيدات الحياة، والتركيز في اللحظة الحاضرة، وتقبل الخبرات الحياتية بدون إصدار أحكام تقييمية عليها، وهذا ما تنادي به بعض الدراسات والبحوث من ضرورة إجراء دراسات تنحو المنحى العلاجي في تخفيف الإجهاد الفكري لدى طلاب الجامعة (عبد المجيد، والموسوي، ٢٠١٣؛ أخرس، ٢٠١٥؛ محمد، ٢٠١٥؛ الدحادحة، ٢٠١٦؛ رياض، ٢٠١٨؛ Carmody, Baer, Lykins, & Olendzki, 2009؛ Alsubaie et al., 2017).

ويعد العلاج المعرفي القائم على اليقظة العقلية من المداخل المهمة والفعالة في علاج المشكلات الانفعالية، وذلك من خلال زيادة الوعي والانتباه لدى هؤلاء الأفراد (Kristeller, 2021, p.413). فتشير البحوث والدراسات إلى أن اليقظة العقلية تؤثر بشكل مباشر وفعال على ردود الفعل الانفعالية (Teasdale et al., )

Kuyken et ؛McCartney et al., 2021 ؛Teasdale et al., 2002 ؛2000  
 (al., 2015). حيث لا يركز العلاج المعرفي القائم على اليقظة على تغيير محتويات  
 الفكر أو تحديد المخطط أو المعتقدات الأساسية المتعلقة بالاضطرابات الانفعالية، بل  
 أنه ينصب تركيزه على تنمية الوعي بالأفكار والمشاعر، وذلك من خلال تدريب  
 الأفراد على تنمية اليقظة العقلية وتدريب على فنية إعادة البناء المعرفي وفتيات  
 معرفية أخرى، وكذلك استخدام تقنيات التأمل وتمارين الوعي الذاتي؛ مما يحد من  
 الأفكار والإجهاد لدى الأفراد ( Cullen, Eichel, Lindahl, Rahrig, Kini, )  
 Crane, C., Winder, R., Hargus, E., ؛Flahive, & Britton, 2021  
 .(Amarasinghe, M., & Barnhofer,2012

بناءً على ما سبق عرضه في المقدمة من أطر نظرية ودراسات سابقة، وفي  
 ضوء عدم وجود دراسات عربية - في حدود علم الباحث - اهتمت ببحث فعالية  
 العلاج المعرفي القائم على اليقظة الذهنية في خفض الإجهاد الفكري لدى المراهقين  
 ذوي المشكلات الانفعالية، وهذا ما دفع الباحث إلى دراسة الإجهاد الفكري وعلاقته  
 باليقظة العقلية في محاولة بحثية لاستكشاف ودراسة الإجهاد الفكري لدى طلاب  
 الجامعة، مستخدماً المنهج الوصفي في محاولة لوصف الظاهرة من خلال فهمها  
 وتفسير العلاقات المسببة لها بدقة، ومن ثم التنبؤ بالتغيرات الحادثة في بعض  
 المتغيرات التابعة في ضوء متغيرات أخرى مستقلة، واستخدام المنهج التجريبي في  
 تخفيف الإجهاد الفكري من خلال العلاج المعرفي القائم على اليقظة العقلية، وفي  
 ضوء العرض والتحليل السابق يمكن تحديد مشكلة الدراسة في الأسئلة التالية:

- أ- ما شدة العلاقة واتجاهها بين كل من اليقظة العقلية والإجهاد الفكري لدى  
 طلاب الجامعة ذوي المشكلات الانفعالية؟  
 ب- ما فاعلية العلاج المعرفي القائم على اليقظة العقلية في خفض الإجهاد  
 الفكري لدى طلاب الجامعة ذوي المشكلات الانفعالية؟

ج- هل تستمر فاعلية العلاج المعرفي القائم على اليقظة العقلية في خفض الإجهاد الفكري المرتبط لدى طلاب الجامعة ذوي المشكلات الانفعالية بعد فترة المتابعة؟

#### أهداف الدراسة:

تهدف هذه الدراسة إلى خفض الإجهاد الفكري لدى طلاب الجامعة ذوي المشكلات الانفعالية من خلال العلاج المعرفي القائم على اليقظة العقلية، ويتم التحقق من هذا الهدف من خلال الأهداف الفرعية التالية:

أ- تعرف شدة العلاقة واتجاهها بين كل من اليقظة العقلية والإجهاد الفكري لدى طلاب الجامعة ذوي المشكلات الانفعالية.

ب- تعرف فاعلية العلاج المعرفي القائم على اليقظة العقلية في خفض الإجهاد الفكري لدى طلاب الجامعة ذوي المشكلات الانفعالية.

ج- تعرف فاعلية العلاج المعرفي القائم على اليقظة العقلية في تحسين اليقظة العقلية لدى طلاب الجامعة ذوي المشكلات الانفعالية.

د- تعرف فاعلية العلاج المعرفي القائم على اليقظة العقلية في خفض المشكلات الانفعالية لدى طلاب الجامعة ذوي المشكلات الانفعالية.

هـ- مدى استمرارية فاعلية البرنامج العلاجي المعرفي القائم على اليقظة العقلية في خفض الإجهاد الفكري والمشكلات الانفعالية وتحسين اليقظة العقلية لدى طلاب الجامعة ذوي المشكلات الانفعالية بعد تطبيقه بفترة زمنية (شهر ونصف).

#### أهمية الدراسة:

تتمثل أهمية الدراسة في:

أ- الأهمية النظرية:

١- تهتم هذه الدراسة بطلاب الجامعة وهي شريحة مهمة من شرائح المجتمع، حيث تشير بعض الدراسات والبحوث أن الطلاب في هذه المرحلة العمرية أكثر عرضه إلى الصراعات الداخلية والخارجية التي تنتج عن مثيرات فكرية تعجز قدرات طلاب الجامعة على التصدي لها، تفرض على الطلاب تغييرات متعددة في الجانب المعرفي والنفسي، مما تؤدي إلى بعض التأثيرات السلبية للنكبات والشدائد والقدرة على تخطيها أو تجاوزها بشكل إيجابي ومواصلة الحياة بفاعلية واقتدار.

٢- تهتم هذه الدراسة بموضوع الإجهاد الفكري ذوي المشكلات الانفعالية، والذي يترتب عليه فقدان القدرة على التركيز وضعف تذكر المعلومات السابقة، إذ يؤثر في أداء الطالب عملياً وتحصيلياً؛ مما يسهم بالشعور بالعجز عن تقديم أعلى أداء في المهام المكلف بها، وتقديم المستوى الذي يطلبه الآخرون.

٣- تلقي هذه الدراسة الضوء على مدخل علاجي جديد "العلاج المعرفي القائم على اليقظة العقلية" والذي تكاد تكون الدراسات العربية فيه قليلة، مما يزود المعالجين والباحثين بمدخل علاجي جديد في التعامل مع الاضطرابات النفسية التي يعاني منها بعض أفراد المجتمع.

٤- توفير هذه الدراسة عدة أدوات مهمة في هذا المجال، وهي: مقياس الإجهاد الفكري، ومقياس المشكلات الانفعالية، ومقياس اليقظة العقلية، والتي تم استخدامها مع العلاج المعرفي القائم على اليقظة العقلية، وتم التحقق من صدقها وثباتها، والتي يمكن الاستفادة منها في مجال العلاج والتشخيص.

## ب- الأهمية التطبيقية:

١- توفر هذه الدراسة برنامجاً علاجياً مستنداً على مبادئ واستراتيجيات وفنيات العلاج المعرفي القائم على اليقظة العقلية - في حال ثبوت فاعليته - سيؤدي إلى

تتمية المراقبة المستمرة للخبرات، وتركيز الانتباه عن قصد في اللحظة الحاضرة أكثر من الانشغال بالخبرات الماضية أو الأحداث المستقبلية، وبالتالي خفض الإجهاد الفكري ومواجهة الأحداث بالكامل كما هي في الواقع ودون إصدار أحكام على الخبرات أو الانفعالات أو الأفكار، ويدفع الطريق نحو تعميم هذا البرنامج على عينات أخرى من طلاب الجامعة.

٢- تلقي هذه الدراسة الضوء على مدى التغيير الذي يمكن أن يطرأ على الإجهاد الفكري لطلاب الجامعة نتيجة تعرضهم وتفاعلهم مع البرنامج العلاجي القائم على اليقظة العقلية، ويمكن للباحثين والمختصين الاستفادة منه في تصميم البرامج الإرشادية لطلاب الجامعة الذين يعانون من خفض في اليقظة العقلية.

#### المفاهيم الإجرائية للدراسة:

#### أ- الإجهاد الفكري لدى المراهقين ذوي المشكلات الانفعالية:

نظرًا لعدم وجود تعريف مباشر للإجهاد الفكري لدى المراهقين ذوي المشكلات الانفعالية؛ سيتم تعريف الإجهاد الفكري ثم المشكلات الانفعالية، وننتهي بالتعريف الإجرائي في هذه الدراسة، وذلك على النحو التالي:

يُعرف الإجهاد الفكري في "موسوعة الطب النفسي المعاصر" بأنه: "قلة وعدم الترابط بين الأفكار، بحيث لا يستطيع الفرد الاستمرار في موضوع واحد لفترة طويلة، مع تطاير أفكاره وعدم القدرة على الانتهاء مما بدأه، أو ربط الأفكار بعضها ببعض، وامتزاج الواقع مع الخيال، واختلاط الأحداث اليومية الحقيقية باضطراب تفكيره" (عكاشة وعكاشة، ٢٠١٧، ص. ٣٢٤)،

كما عرفه كل من عبد المجيد والموسوي (٢٠١٣) الإجهاد الفكري على أنه: "حالة من الإعياء والتعب الذهني الناتج عن بعض المواقف وأحداث الحياة التي يواجه فيها الفرد بتلميحات، وعلامات تؤدي إلي الرجوع لا إرادياً إلى أحداث الماضي

والخبرات السابقة، واستعادة أعراضها المرضية، واسترداد تجربته المؤلمة معها بين حين وآخر، مع عدم القدرة على الملاحظة والانتباه للحقيقة الخارجية".

أما المشكلات الانفعالية تعرف بإنها حالة انفعالية غير سارة يعاني منها المراهق؛ وذلك بسبب أي تهديد لسلامة الفرد على الجانب النفسي أو البدني أو الاجتماعي، كما تتمثل في شعور المراهق باليأس والقنوط والهرب من الحياة والانعزال عن الآخرين، ويظهر في صورة أعراض جسمية متعددة تؤثر في سلوك المراهق، وتتضمن أيضًا رد فعل عاطفي حاد يسببه العديد من المحفزات بما في ذلك حالات التهديد والعدوان اللفظي وغير اللفظي أو حتى الشعور بالخيبة والإحباط (البحيري، ٢٠١٧).

ويقصد بالإجهاد الفكري لدى المراهقين ذوي المشكلات الانفعالية في هذه الدراسة، بأنه: حالة من الإحساس المستمر والدائم بالضعف النفسي العام والإرهاق الناتج عن مثيرات فكرية سلبية تعجز قدرات الفرد عن التصدي لها، مما يؤدي إلى ضغوط نفسية وإعياء وتعب جسدي، يجعل الفرد المضطرب انفعاليًا في حالة من الخمول والكسل والتعب المستمر لأقل مجهود يقوم به، ويقاس الإجهاد الفكري لدى المضطربين انفعاليًا من خلال الدرجة التي يحصل الطلاب عليها على مقياس الإجهاد الفكري المستخدمة في هذه الدراسة.

#### ب-العلاج المعرفي القائم على اليقظة العقلية:

أحد أساليب العلاج المعرفي السلوكي الموجة الثالثة، وضعه وأسسها كلاً من: (Segal, Williams & Teasdale, 2002)، ولا يفترض تقييم للأفكار وإنما يتم محاولة تعلم كيفية ملاحظة الأفكار والوعي بها، ويهدف إلى تقبل الأفكار والمشاعر دون إصدار حكم عليها، والتشجيع على التركيز في اللحظة الحاضرة، وتقبل الواقع أكثر من التركيز على تغييره، ويتم هذا من خلال الاستراتيجيات والفنيات التي يضمنها العلاج ومنها: التأمل/ واليقظة بالجسد، واليقظة العقلية بالمشاعر،

وإعادة البناء المعرفي، وبعض الممارسات الرسمية وغير الرسمية (Ferguson, & Dinh-Williams, & Segal, 2021, p.560).

يعرف البرنامج العلاجي المعرفي القائم على اليقظة العقلية إجرائيًا في هذه الدراسة بأنه: برنامج مصمم ومخطط في ضوء كل من العلاج المعرفي والتدريب على مهارات اليقظة العقلية، وتم تطبيقه على الطلاب ذوي المشكلات الانفعالية الذين يعانون من ارتفاع في الإجهاد الفكري وانخفاض في اليقظة العقلية، ويتكون البرنامج من (٢٠) جلسة زمن كل جلسة من (٤٥) دقيقة إلى (٥٠) دقيقة، وهي جلسات علاجية جماعية يتم تطبيقها خلال ثمانية أسابيع، وتهدف هذه الجلسات إلى تنمية قدرات أفراد المجموعة التجريبية على التحكم في عمليات التفكير، وتنمية قدرتهم على الحد من الأفكار السلبية التي ترتبط بالإجهاد الفكري، وقبول الخبرات الحياتية السلبية منها والإيجابية دون إصدار الحكم عليها.

#### حدود الدراسة:

تمثلت الحدود الموضوعية في المنهج المستخدم في هذه الدراسة وهو المنهج الوصفي والتجريبي، كما تمثلت في المفاهيم والمصطلحات المستخدمة في هذه الدراسة، محددة في التعريفات الإجرائية؛ وبالتالي فإن إمكانية تعميم النتائج تتحدد في ضوء هذه التعريفات، كما اقتصر عينة الدراسة على عينة من طلاب جامعة المنيا بالطريقة العشوائية العنقودية حيث جرى التعامل مع الكليات المختلفة باعتبارها عناقد فرعية من أجل ضمان الحصول على عينة غير متجانسة؛ بحيث تتضمن طلبة من مختلف المستويات، وبالتالي فإن إمكانية تعميم النتائج تتحدد بمدى تمثيل هذه العينة لطلبة جامعة المنيا، وبينما تمثلت الحدود المكانية في بعض الكليات (كلية التربية، كلية العلوم، كلية الآداب، كلية التربية النوعية) بجامعة المنيا، والتي تم تطبيق أدوات الدراسة فيها، وتمثلت الحدود الزمنية في الفترة الزمنية التي تم تطبيق الدراسة خلالها،

فقد تم تطبيق أدوات الدراسة في الفصل الدراسي الثاني للعام الدراسي ٢٠٢٢/٢٠٢٣ م.

الإطار النظري ودراسات سابقة:

أ- الإجهاد الفكري:

١- تعريف الإجهاد الفكري:

يرتبط مصطلح الإجهاد الفكري تاريخياً في المقام الأول بأعمال كل من لازاروس وفولكمان (1983) Lazarus & Folkman الذي أطلقوا عليه حالة من الضعف في التركيز وصعوبات في استرجاع المعلومات، وكانوا يقصدوا بذلك ضعف تدريجي في الطاقة والإحساس المستمر والدائم بالضعف النفسي العام والإرهاق والإعياء التام العقلي والجسمي، مما يجعل الشخص في حالة من التعب الذهني الناتج عن مثيرات فكرية إيجابية أو سلبية تعجز قدرات الفرد عن التصدي لها، ومن خلال ذلك أهتم العديد من الباحثين النفسيين بتحديد هذا المفهوم، والذين لم يختلفوا كثيراً حول الأصول في ذلك، بل كانت غالبية اختلافاتهم حول الفروع أو جوانب الاهتمام.

فركز بعض الباحثين في تعريفهم للإجهاد الفكري على الدور الذي يلعبه في الأحاسيس الجسمية المزعجة لدى الفرد، وهذا ما يشير إليه كل من (2017) Yaribeygi, Panahi, Sahraei, Johnston, & Sahebkar في تعريفهم للإجهاد الفكري بأنه: إحساس مستمر ودائم بالضعف النفسي العام والإرهاق والإعياء التام العقلي والجسمي، يصاحبه أحاسيس جسمية مزعجة مثل: أوجاع أو الآم عقلية وعدم القدرة على الاسترخاء، كما ينشأ من القيام بأعمال يتوقف أدائها في المقام الأول على النشاط العقلي، وتظهر آثاره في الإدراك الحسي والانتباه والتذكر والأداء، مما يجعل الفرد في حالة من الخمول والتعب المستمر.



في حين ركز باحثون آخرون في تحديدهم لمصطلح الإجهاد الفكري على اعتباره أنه: حالة من الضعف قد يكون عقلياً أو انفعالياً أو عصبياً، وهذا ما يشير إليه كل من (Wang, Yu, Ding, & Qi(2023) في تعريفهم للإجهاد الفكري بأنه: حالة تصف تلك الصعوبة التي يعاني منها الفرد في القدرة على الأداء العقلي العائد إلى ممارسة أو تدريب النشاط الذهني أو الجسمي، فيعاب على الفرد بضعف في وظائفه العقلية، وانخفاض مستواه الوظيفي نتيجة لشدة الضغوط والصراعات، كما تتميز هذه الحالة بضعف القدرة على تذكر الخبرات السابقة أو العجز الوظيفي، وعدم القدرة على الملاحظة والانتباه للحقيقة الخارجية.

وقد يربط بعض الباحثين الإجهاد الفكري ببعض المفاهيم النفسية الأخرى - الأفكار السلبية والوهن النفسي والمشقة النفسية - لذلك قمنا بتوضيح الفرق بين المصطلحات النفسية السابقة، حيث يمكن التعبير عن الأفكار السلبية الآلية بالتخييلات والمعارف والأفكار التي تظهر في موضوع معين، وهي معنى وتفسير الموضوع الذي نفكر به، وهي من ثم مرتبطة بعمق الاستجابات الانفعالية والسلوكية للأحداث، بينما يعرف الوهن النفسي بأنه ضعف الطاقة النفسية أو نقصها للإبقاء على الاتزان العادي، كما يطلق على الأمراض النفسية الوسواس والأفعال القسرية والمخاوف المرضية اسم الوهن النفسي، لذلك نجد في المصطلحات السابقة أن الوهن والمشقة تحدث نتيجة تعرض الفرد إلى الضغوط النفسية (أخرس، ٢٠١٥؛ عبد المجيد والموسوي، ٢٠١٣؛ محمد، ٢٠١٥).

## ٢- نظرية ريتشارد لازاروس للإجهاد الفكري:

نتيجة للاهتمام المتزايد بمفهوم الإجهاد الفكري ظهرت العديد من النظريات التي تتباين في تفسيرها ورؤيتها لهذا المفهوم ومسبباته، وفي ضوء تلك النظريات ظهرت العديد من الأدوات لقياس الإجهاد النفسي والإجهاد العقلي والإجهاد المصاحب للتفكير والوهن النفسي، لذلك نجد العديد من النظريات التي فسرت الإجهاد

الفكري ومسبباته ومنها: نظرية البيولوجية أو متلازمة التكيف العام لهانس سيللي، ونظرية ريتشارد لازاروس وفولكمان للتفاعل الفرد مع البيئة المادية والاجتماعية، وتتمايز كل نظرية عن الأخرى في الدرجة التي تركز فيها بصورة شاملة على تفسير ومسببات الإجهاد (Roston, & Sanatani, 2019).

وتتبنى هذه الدراسة نظرية "ريتشارد لازاروس وفولكمان" ( Lazarus & DeLongis, 1983)، والتي قدمت مفهومًا للإجهاد الفكري مبنياً على أن هناك أعراضاً عقلية وانفعالية وسلوكية يعاني منها الفرد ناتجة عن الإعياء والتعب الذهني، ويشمل المفهوم، كما عبر عنه " ريتشارد لازاروس وفولكمان". ثلاث أبعاد أساسية تتمثل في المكون المعرفي والمكون الانفعالي والمكون السلوكي، حيث تقوم هذه النظرية على أن الإجهاد يحدث عندما لا يستطيع الفرد التكيف مع متطلباته حياته الاجتماعية والمادية، ويظهر هذا الإجهاد عندما يدرك الفرد الموقف على أنه مهدد ومتحد لقدراته وقابلياته وآلياته التفاعلية المعتمدة مع هذه المتطلبات.

وبالتالي فإن شدة أي جهد ستعتمد على شعور الفرد، وكيفية التعامل مع الموقف الذي يدركه وسيؤدي إلى استثارة انفعالية، كما ترى هذه النظرية أن الأفراد يستعملون استراتيجيات التكيف مع البيئة التي يعيشون فيها في ضوء تقييمهم للحدث الذي قد يمثل تهديداً أو تحدياً أو أذى؛ فإنه يتطلب بعض الأساليب والاستراتيجيات في التعامل تختلف من فرد إلى آخر، وهذا ما يطلق عليه في هذه النظرية "التعايش المرتكز على الانفعال"، والتي يمكن تفسيره من خلال استعمال الفرد لاستراتيجيات التكيف لأحداث الحياة الضاغطة يكون بهدف الوصول إلى نتيجة الحدث، فإذا كانت نتيجة إيجابية فإنها تؤدي إلى انفعال إيجابي وإنهاء فعالية الاستراتيجية التي يستعملها، وإذا كانت النتيجة سلبية فإنها تؤدي إلى الضيق والإعياء الذهني والتعامل مع بعض الاستراتيجيات الجديدة والملائمة.

٣- خصائص الأفراد ذوي الإجهاد الفكري:

تتنوع خصائص أو سمات الأفراد ذوي الإجهاد الفكري بين السمات الأساسية والسمات النفسية والسلوكية الفرعية، والتي يمكن أن يلاحظها الفرد عندما يشعر بالإجهاد الفكري، وتختلف السمات والخصائص من شخص لآخر، فبعض الأفراد يتأثرون بشكل معتدل، ويظهرون بعض السمات، بينما يعاني الآخرون ردود أفعال قاسية وشديدة، كما يلي:

(أ) السمات والخصائص الأساسية للأفراد ذوي الإجهاد الفكري: وتشمل على بعض السمات التي اعتبرها بعض الباحثين من المكونات الأساسية للإجهاد الفكري، وهي: الشعور بالإعياء والتعب الذهني وتظهر من خلال: نقص متزايد في الأداء والشعور الذاتي بالضيق والألم، والتعب الذهني الناتج عن مثيرات فكرية إيجابية أو سلبية تعجز قدرة الفرد عن التصدي لها، وتشتت الانتباه والتفكير، وتقلب المزاج بدون وجود أي سبب واضح. والشعور بالعجز وعدم الكفاءة، ويشمل: الصعوبة في التعبير عن الأفكار بوضوح، والتدني في القدرات التحصيلية والفكرية، وفقدان القدرة على التركيز وضعف تذكر المعلومات السابقة، والشعور بالتهديد من شيء ما أثناء الأوقات المختلفة، وشعور الفرد بأن مصادر الخطر ومواقف التهديد أقوى من قدراته الضعيفة، ومن ثم فإنه لن يتمكن من مقاومة قلقه ولا السيطرة عليه، وفقدان الحماس والإصرار (عبد المجيد والموسوي، ٢٠١٣؛ محمد، ٢٠١٥).

(ب) السمات السلوكية والانفعالية الفرعية للأفراد ذوي الإجهاد الفكري: وتتمثل هذه السمات الفرعية فيما يلي: الشعور بأحاسيس جسدية مزعجة التي تتمثل في الإرهاق والإعياء التام العقلي والجسمي، مما يجعل الفرد في حالة من الكسل والتعب المستمر والخمول لأقل مجهود بنهض به، ونقص الثقة بالنفس، وانخفاض في تقدير الذات، وعدم الرغبة في الحياة والرضا عنها، وصعوبة في استخدام الأساليب الانفعالية في مواجهة الضغوط، وسرعة الغضب وردود أفعال عنيفة، والميول إلى العدوانية وحدة الطبع، وارتفاع مستوى الاكتئاب والقلق العام والقلق الاجتماعي، والضعف والتركيز

وصعوبات في استرجاع المعلومات، وضعف القدرة على تذكر الخبرات السابقة، مع عدم القدرة على الانتباه والملاحظة، وينسحبون من العلاقات الاجتماعية، لأنهم غير قادرين على التحديد الدقيق لمشاعرهم الذاتية، والتعبير الفعال عنها (Turner, et al, 2020).

### ب- اليقظة العقلية كمدخل علاجي:

أصبح مفهوم اليقظة العقلية Mindfulness منتشرة على نطاق واسع في علم النفس والعلاج النفسي، فقد أشارت معظم الدراسات إلى أن اليقظة العقلية تمثل تقنية جديدة من تقنيات الموجة الثالثة في العلاج المعرفي السلوكي Cognitive-Behavioral Therapy؛ وذلك لمعالجة الفجوة المدركة في العلاجات السلوكية (الموجة الأولى) والموجة الثانية للعلاج المعرفي السلوكي (Keng, Smoski, , Robins, Ekblad, & Brantley, 2012؛ Fournier, 2015؛ Chu, & Mak, 2020)، حيث تركز على القبول والبصيرة الشخصية للأهداف الموجه وتعديل السلوك، والحد من الأعراض من خلال تركيزها على السلوك، ومع ذلك فاليقظة العقلية ليست فكرة العلاج المعرفي السلوكي بشكل خاص، بل مفهومة معقدة يمكن تعريفه وتطبيقه بطرق مختلفة.

وقد استمد مصطلح اليقظة العقلية من الممارسة البوذية (ساتي Sati) الذي انتشر بسرعة في العالم الغربي على مدى العقود الماضية، ولها جذورها في التقاليد الشرقية التأملية، وكثيرًا ما ترتبط بالممارسات القديمة للتأمل، وليس على سبيل الحصر في التقاليد البوذية فقط (Segal, Williams & Teasdale, 2013, p.4). وفقًا لكابات زين (Kabat-Zinn, 1990, 1994, 2003, 2005) يمكن تعريف اليقظة العقلية على أنها حالة عقلية، تعمل على التخلص من الضغوط وتحقيق التكيف بأسلوب صحي، لذلك، فالبرهنة على أن اليقظة العقلية تحدث الانتباه، وهي

جودة الإنسان الكامنة، وليس بالضرورة هي شكل من تعاليم البوذية (Kabat-Zinn, & Santorelli, 2005, p.22).

ومما ينبغي الإشارة إلى أنه ليس هناك بالضرورة توافق في الآراء بشأن تعريف اليقظة العقلية في علم النفس العلاجي، ويمكن تعريف اليقظة العقلية على أنها التركيز عن قصد في اللحظة الحاضرة، وتتضمن الوعي والانتباه والتركيز على الأحداث الإيجابية أو السلبية في اللحظة الحالية دون إصدار أحكام تقييمية، وتقبل كل خبرات الحياة الإيجابية والسلبية (Surya, Wibowo & Mulawarman, 2020؛ Gu, et al., 2016). كما يشير التراث السيكولوجي أن اليقظة العقلية أحد العلاجات التي تبنتها الموجة الثالثة من العلاج النفسي، حيث حدد Baer (2004, p.126-127) أنواع التدخلات العلاجية القائمة على اليقظة العقلية فيما يلي: خفض الضغوط القائمة على اليقظة العقلية Mindfulness - Based Stress Reduction (MBSR) والتي وضعها كابات -زين (Kabat-Zinn, 1982)، والعلاج الجدلي السلوكي (Dialectical Behavior Therapy (DBT)، وينسب إلى لينهان (Linehan, 1993)، والعلاج بالتقبل والالتزام (Acceptance and Commitment Therapy (ACT) وينسب إلى هايز وستروساهل وويلسون (Hayes, Strosahl, and Wilson, 1999)، والعلاج المعرفي القائم على اليقظة العقلية (Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) وطور تسدال وسيجال ووليامز (Teasdale, Segal, and Williams, 1995).

وبذلك تتداخل الأساليب المعرفية مع ممارسة اليقظة العقلية في مجالات أكثر تحديداً تتضمن ممارسة فعلية في إعادة تنظيم البنية المعرفية، وتصحيح أخطاء المفاهيم، وممارسة تدريبات ومهارات جديدة لتقبل الواقع الحاضر أكثر من التركيز على محاولة تغييره (Carmody, et al., 2009)، وتشجيع الفرد على تطوير منظور عدم التمرکز حول الفكرة واعتبرها ليست حقائق (McClintock, et al., 2019)،

بمعنى آخر، أن إسهام اليقظة العقلية في العلاج المعرفي يعمل على الوعي بالأفكار التي يرغب الفرد الاندماج أو عدم الاندماج فيها، وهذا الوعي بالأفكار والدوافع فور حدوثها بالإضافة إلى عدم الحكم أو التفاعل معها يعطى مجالاً لاستبعاد أنماط السلوك الراسخة لدى الفرد، وخلق الفرص لضبط وتعديل السلوك من خلال تبني استراتيجيات ومهارات جديدة (Hayes, Follette, & Linehan, 2004, p.66؛ Arch & Landy, 2015, p.210).

وبالتالي يمكن القول أن العلاج المعرفي السلوكي التقليدي يقوم بفحص المحتوى العلمي للأفكار والمعتقدات بهدف تغييره، فإن تقنيات اليقظة العقلية العلاجية تعلم المرضى أن يلاحظوا أفكارهم ومشاعرهم وأعراضهم الجسمية في اللحظة الراهنة، دون الحكم عليها أو محاولة تغييرها، بغض النظر عن شدتها، وبالتالي تعمل اليقظة العقلية على تعلم المرضى أن يغيروا علاقتهم بهذه الأفكار وليس تغيير هذه الأفكار في حد ذاتها، ويمكن أن تبدو الأفكار المقلقة أقوى مما هي عليه في الواقع، وذلك لأننا نواصل الجدل والمناقشة معها، ولأننا منشغلون بمحاولة قمعها أو السيطرة عليها، فتصبح محاولات الاسترخاء في وجودها، أو حث أنفسنا على التفكير الإيجابي عديمة الجدوى، ونصبح أسرى لتفكيرنا السلبي (نينيا، دريدان، ٢٠١٨، ص.٢٤٣)، ومن خلال استعراض الباحث لنتائج بعض الدراسات السابقة وجد أن اليقظة العقلية تستخدم كعامل وقائي ضد المرض، وتسهم في علاج العديد من الأمراض والاضطرابات النفسية المختلفة، حيث أشارت نتائج بعض الدراسات السابقة إلى فاعلية اليقظة العقلية كمدخل علاجي في علاج الاكتئاب النفسي (McCartney, et al., 2021)، وعلاج القلق واضطرابات الإجهاد النفسي (Sundquist, Sa Lilja, Palmé, Memon, Wang, Johansson, & Sundquist, 2015)، وتحسين التعاطف مع الذات (Bluth, & Blanton, 2013)، وتنظيم الذات (Keng, et al., 2012)، وتدريب على ممارسة التأمل واليقظة العقلية لخفض المشاكل السلوكية

والأداء الانتباه لدى المراهقين الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه ADHD ( Zylowska, Ackerman, Yang, Futrell, Horton, Hale & Smalley, )  
van de Weijer-Bergsma, Formsma, de Bruin, & 2008؛  
( Bögelsv,2012).

### ج-العلاج المعرفي القائم على اليقظة العقلية:

#### ١-فلسفة العلاج المعرفي القائم على اليقظة العقلية وتعريفه:

يعد العلاج المعرفي القائم على اليقظة العقلية (MBCT) من أحدث  
التدخلات العلاجية التي نمت وتطورت من خلال البحوث العلمية، ويعود الفضل لكل  
من تسدال وسيجال ووليامز (2013) Segal, Williams & Teasdale في تطوير  
العلاج المعرفي القائم على اليقظة العقلية، والذي بني اعتماداً على مفهوم اليقظة  
العقلية، والذي يمكن اعتباره تدخلاً علاجياً يعتمد على تدريب الأفراد على المهارات  
القائمة على مجموعة مصممة من التقنيات تمكن المسترشدين من تعلم المهارات التي  
تمنع النكوص وتكرار القلق والاكتئاب، وقد طور العلاج المعرفي القائم على اليقظة  
العقلية بصورة أولية كمنظور لمنع الانتكاس في الاكتئاب المتكرر ( Segal, et al.,2002, p.15).

ويعتمد العلاج المعرفي القائم على اليقظة العقلية على التدخل القائم على  
الوعي الذاتي الأكثر شهرة هو الحد من الإجهاد القائم على اليقظة العقلية (MBSR)  
Mindfulness-Based Stress Reduction الذي طوره كابات زين (Kabat-  
Zinn, 2003)، وممارسة التأمل (Practice Meditation)، وعناصر العلاج  
المعرفي السلوكي (Cognitive Based Therapy (CBT)، حيث يتم تقديمه في  
شكل جلسات علاجية للمجموعة التجريبية عادة ما تصل إلى (١٢- ١٥) فرداً  
يخضعون لممارسة مهارات اليقظة العقلية والتأمل لمدة ثمانية أسابيع، وتتراوح الجلسة  
بين ساعتين وساعتين ونصف، وكذلك تدريب الأفراد على ممارسة التأمل من خلال

الواجب المنزلي في البرنامج العلاجي لمدة تتراوح ما بين (٣٥ - ٤٥) دقيقة يوميًا، ويعتمد على تمكن الفرد من فصل نفسه عن أفكاره وأحاسيسه الجسمية، ويتم النظر إلى الأفكار على أنها عابرة وليست سمات شخصية (Crane, et al., 2012).

وعليه يرى الكثير من الباحثين أن العلاج المعرفي القائم على اليقظة العقلية يركز على التدريب المستمر على الانتباه، ويعتقدون أنه إذا كان هناك شخص ما قادرًا على التحكم في حالته الداخلية، فيمكنه الفهم والوعي بالأعراض، والسلوكيات الكامنة وراء الاضطرابات النفسية، والعمل على الحد منها أو التكيف معها (Kosugi, Ninomiya, Nagaoka, Hashimoto, Sawada, Park, Fujisawa, Juul, et al., 2018؛ Khorrami, et al., 2020؛ Mimura, & Sado, 2021؛ Fisher, Wen Li, & Malabu, 2023؛ Gárriz, et al., 2020).

باستقراء ما سبق، يتضح أن العلاج المعرفي القائم على اليقظة العقلية هو مجموعة من المهارات والأساليب العلاجية المعرفية التي تنطلق من التدريب على التأمل والتعليم النفسي، ويتميز بالتدريب المستمر على الانتباه، وتمكن الفرد من الفهم والوعي الانتباهي بالأعراض والسلوكيات الكامنة وراء المشكلات والاضطرابات النفسية، والعمل على التكيف والتوافق معها والحد منها، ويتم استخدام اليقظة العقلية في العلاج المعرفي القائم على اليقظة العقلية لمساعدة الأفراد على الانسحاب من أفكارهم الاجترارية، وتعزيز الانفصال، والابتعاد عن الأفكار والمشاعر المتعلقة بالاكنتاب؛ وبالتالي فالعنصر الجوهري في نظرية العلاج المعرفي القائم على اليقظة العقلية هو عدم التركيز على تقييم الأفكار وإنما يتم فيه محاولة تعلم كيفية ملاحظة الأفكار والوعي بها، فالعلاج المعرفي القائم على اليقظة العقلية لا يسعى إلى تحقيق هدف محدد، بل يكون الهدف ملاحظة ما يحدث كل لحظة دون إصدار حكم، وتقبل الواقع أكثر من التركيز على تغييره.

٢- أهداف العلاج المعرفي القائم على اليقظة العقلية:



يهدف العلاج المعرفي القائم على اليقظة العقلية إلى مساعدة الأفراد على اعتبار الأفكار والتعامل معها كأحداث عقلية بدلاً من النظر إليها كحقائق ومسلّمات، كما يساعد الأفراد على زيادة الوعي الانتباهي، والتركيز في اللحظة الحاضرة، وتقبل الخبرات الحياتية بدون إصدار أحكام تقييمية عليها، وذلك في ضوء الأسس النظرية، والأساليب الفنية التي قدمها (Segal, Williams & Teasdale, 2013)، كما يسعى العلاج المعرفي القائم على اليقظة العقلية إلى تحقيق هدفين هما: تقبل الأفكار والمشاعر دون إصدار حكم عليه، والتشجيع على تركيز الانتباه عن قصد في اللحظة الحاضرة أكثر من الانشغال بالخبرات الماضية أو الأحداث المستقبلية (Querstret, Morison, Dickinson, Cropley, & John, 2020)، وللتعرف على دور الأفكار الآلية السلبية في إبقاء الأعراض الاكتئابية، وفصل حدوث الأفكار السلبية عن آثارها النفسية السلبية أي فك الارتباط بين وقوع الأفكار السلبية والآثار النفسية السلبية (Piet, Würtzen, & Zachariae, 2012).

كما يركز الموقف العلاجي للعلاج المعرفي القائم على اليقظة العقلية على تشجيع العملاء على تبني طريقة جديدة للوجود والمتعلقة بأفكارهم ومشاعرهم، مع التركيز قليلاً على تغيير أو تحدي الإدراك المحدد، كما يعمل على تحسين التنظيم العاطفي والتحكم في الانتباه (Sipe & Eisendrath, 2014, p.63). بينما حدد (Segal, Williams & Teasdale, 2002, p.35) الهدف العلاجي من وراء العلاج المعرفي القائم على اليقظة العقلية وهو تحسين المرونة المعرفية من خلال تعليم العملاء كيفية دفع الانتباه إلى الأشياء في العالم الخارجي والداخلي، كما هي لحظة بلحظة، والانتباه يكون لردود الفعل للأشياء نفسها بحيث تظهر ردود الفعل الإيجابية وتختفي السلبية وتكون المحايدة أقل ظهوراً.

### ٣-المبادئ الأساسية في العلاج المعرفي القائم على اليقظة العقلية:

يستند العلاج المعرفي القائم على اليقظة العقلية إلى مجموعة من المبادئ والمسلمات التي تحكم نظريته للإنسان وإلى نشأة الاضطراب النفسي وإلى العلاقة الإرشادية، ونظراً للتطورات السريعة التي تحدث في العلوم المعرفية بصورة عامة، وفي النظرية المعرفية السلوكية واليقظة العقلية كمدخل علاجي تدريبي بصورة خاصة، فقد تم وضع مبادئ ومسلمات تتسجم مع هذه التطورات وتستشرف ما قد يحدث مستقبلاً:

(أ) الأساس النظري للممارسات في العلاج المعرفي القائم على اليقظة العقلية: يقوم على التركيز المستمر على التدريب على الانتباه، ويعتقد أنه إذا كان هناك شخص ما قادراً على التحكم في حالته الداخلية، فيمكنه الفهم والوعي بالأعراض والسلوكيات الكامنة وراء المشكلات والاضطرابات النفسية، والعمل على الحد منها، أو التكيف معها (Cullen, et al., 2021).

(ب) المبرر الجوهرى الأساسى الذى يستند إليه العلاج المعرفى القائم على اليقظة العقلية: هو أن الأفكار السلبية التي ترافق المشاعر السلبية تصبح منشطة مرتبطة بالحالة المكتنبة للفرد، وبالتالي يسعى العلاج بشكل دقيق إلى فك الارتباط بين التفكير السلبي الآلى ومشاعر الكدر والاستياء (Lu, 2015).

(ج) المصادر الأساسية للأداء أو التكيف النفسى فى نظرية العلاج المعرفى القائم على اليقظة العقلية: هي تنمية بعض المهارات التي يتم من خلالها تنمية قدرات الأفراد على التحكم في عمليات التفكير، وتنمية قدراتهم على إيقاف الأفكار السلبية، وقبول الخبرات الحياتية المتعددة السلبية منها والإيجابية دون إصدار الحكم عليها، ومن هذه المهارات: مهارة التأمل، حيث تتضمن مهارات التأمل اليقظ ذهنياً، وجلسة تأمل مع الانتباه للإحساس النفسى، وخلالها يكون الأفراد قد تلقوا تعليمات بملاحظة الخبرات الداخلية دون الاستغراق بمحتوياتها (Baer, 2003). ومهارة الوعي والمرونة، حيث تتضمن هذه المهارة زيادة الوضوح العقلي، وحرية الإرادة، وتقليل التوتر

الجسمي (Hayes, 2002). ومهارات اليقظة العقلية، حيث تتضمن فصل وجهة نظر أفكار الفرد وانفعالاته وإحساسه الجسمي (مثلاً: أنا منفصل عن أفكارى)، والعمل على زيادة الوعي بالخبرة لحظة بلحظة، وجلب الانتباه إلى الحاضر فضلاً عن تغيير محتوى الأفكار، كما تهدف إلى تغيير الوعي المرتبط بالأفكار، والاتجاه نحو عدم إطلاق الأحكام والأحداث العقلية (van de Weijer-Bergsma, et al., 2012).

(د) المنهج الأساسي الذي يعتمد عليه العلاج المعرفي القائم على اليقظة العقلية: هو الحد من الإجهاد القائم على اليقظة العقلية (MBSR) والذي ينشأ من تعاليم اليقظة العقلية في الممارسات الروحية الشرقية البوذية، أيضاً يستوحى العلاج المعرفي القائم على اليقظة العقلية على بعض أساليب العلاج المعرفي السلوكي، حيث يتضمن مزيج من أفكار العلاج المعرفي مع ممارسة التأمل وتنمية الوعي (Surya, et al., 2020, p.465).

(هـ) الأسس النظرية للعلاج المعرفي القائم على اليقظة العقلية: يعتمد العلاج على بعض من الأسس، ومنها: عدم الحكم، والصبر، وعقل المبتدئ، والثقة، وعدم السعي، والتقبل، ودعها تذهب (Kosugi, Ninomiya, Nagaoka, Hashimoto, Sawada, Park, Fujisawa, Mimura, & Sado, 2021).

(و) النظرة إلى الاضطراب النفسي وفقاً للعلاج المعرفي القائم على اليقظة العقلية: هي أن الأشخاص في كثير من الأحيان يعانون من الاضطراب النفسي ينظرون إلى خسائرهم الماضية، وتكون تقديراتهم غير واقعية، بحيث تهدد حياتهم، وبالتالي يشدد العلاج المعرفي القائم على اليقظة العقلية على الباقي في حالة "هنا والآن" لجلب انتباههم إلى الرعاية الذاتية، واستخدام الوعي الذاتي واستبدال أنماط التفاعل والتكيف غير الفعال (Segal, et al., 2013, p.38)، والعمل على تحسين قدرة الفرد على الفهم، واستقبال المعلومات الجديدة من مصادر متعددة؛ مما يجعل هناك تنوع في طرائق حل المشكلات، ويساهم في تطوير رؤية الفرد لظروف الحياة والنظر إلى

المستقبل؛ الأمر الذي يسهم في تخفيف الأعراض الاضطرابات النفسية (Ravari, Mousavi & Babak, 2020). كما يفترض العلاج المعرفي القائم على اليقظة العقلية أن الاضطرابات النفسية ارتبطت بمجموعة من المعارف السلبية المتعلقة بالقدرات، والكفاءة الذاتية أو السلوك، هذه المعارف قد تكون حاضرة دائماً لكنها تنشط تحت وطأة المواقف المولدة للمشقة النفسية (Sundquist, et al., 2015)، وبالتالي فاليقظة العقلية تساعد الأفراد على مراقبة هذه المشاعر والمعارف والانفعالات في اللحظة الحالية، وأن بقاء الذهن منشغلاً بالتركيز في اللحظة الحالية يؤدي إلى خفض الاضطرابات النفسية، والوقاية من الانتكاسة (Zhang, et al., 2021).

(ز) الفنيات المستخدمة في العلاج المعرفي القائم على اليقظة العقلية: تنقسم الفنيات إلى ممارسات رسمية وممارسات غير رسمية، ومنها: التأمل، وإعادة الإدراك، والتنظيم الذاتي، وتوضيح القيم، والتعريض، واليقظة العقلية بالجسد، واليقظة العقلية بالمشاعر، واليقظة العقلية بالعقل (Segal, & Ferguson, 2018, p.165). وبالرغم من وجود هذه الممارسات المعرفية، إلا أن الشكل الأساسي للجلسات الأولى كان استكشافياً ويتم فيه التركيز على التدريب على التأمل والتعليم النفسي، لمساعدة الأفراد على زيادة الوعي الانتباهي والتركيز على اللحظة الحاضرة، وتقبل الخبرات الحياتية دون إصدار أحكام تقييمية عليها (Shallcross, & Visvanathan, 2016, p.25)، والنموذج المعرفي القائم على اليقظة العقلية يركز على التثقيف النفسي (Psychoeducation) للعميل، فيما يتعلق مسلماته الأساسية، والمدخل الذي سيتم استخدامه في العلاج، وبناء على ذلك، ربما يشير المعالج للعميل في الجلسة الأولى من العلاج، إلى أنهما سيقومان بالتركيز على ما يفكر فيه العميل بشكل واع ويفعله في الوقت الحالي، وكيف يمكنه أن ينظر إلى الأمور بشكل مختلف ويتصرف بشكل مختلف، وكيف أن الواجب المنزلي بمساعدة الذات بين الجلسات سيسمح بعمل تعميم للمكاسب التي يتم تحقيقها في الجلسة (Day, 2017, p.63).

(ح) العلاقة العلاجية في العلاج المعرفي القائم على اليقظة العقلية: يتطلب العلاج المعرفي القائم على اليقظة العقلية وجود علاقة علاجية جيدة بين المعالج والعميل تجعل العميل يثق في المعالج، ويتطلب ذلك الاحترام الصادق وحسن الاستماع من جانب المعالج للعميل، بالإضافة إلى كفاءة المعالج التي تظهر من خلال أن يكون المعالج صريحاً مع العميل ويناقش معه وجهة نظره حول المشكلة وإعادته صياغتها، ومساعدته على اعتبار الأفكار والتعامل معها كأحداث عقلية بدلاً من النظر إليها كحقائق ومسلمات، وعدم القيام بذلك يتعارض مع الطبيعة التعاونية بين المعالج والعميل التي يركز عليها العلاج المعرفي القائم على اليقظة العقلية (بالكين، وجانكي، ٢٠١٦، ص ٣٥).

(ط) مدة العلاج في البرنامج المعرفي القائم على اليقظة العقلية: تم تصميم العلاج المعرفي القائم على اليقظة العقلية كعلاج جماعي لمدة (٨) أسابيع لتعليم العملاء كيفية التعرف على نمط الانتكاس، وتعليمهم مجموعة متنوعة من المهارات التأملية؛ ليتم تطبيقها في حياتهم اليومية. في بداية العلاج يبدأ العميل مع وضعيات اليوجا، وفحص الجسم، وهي ممارسة لجذب الانتباه إلى الجسم الأحاسيس. الانتقال إلى تأملات جالسة تركز على تصورات ناشئة مختلفة، مثل: أفكار أو مشاعر وتنتهي أخيراً بتعلم مساحة التنفس لمدة ثلاث دقائق (Kristeller, 2021).

(ي) محتويات الجلسات في العلاج المعرفي القائم على اليقظة العقلية: يستغرق برامج العلاج المعرفي القائم على اليقظة العقلية بشكل عام ثمانية أسابيع، وعادة ما تتبع المخطط التفصيلي التالي: يتكون الأسبوع الأول من مقدمة إلى اليقظة الذهنية، وشرح لأسس الممارسة، يعلم الأسبوع الثاني العملاء كيفية تنمية الصبر، وزيادة وعيهم بالتصورات باستخدام مهارات الملاحظة والوصف، عادة ما يتضمن الأسبوع الثالث تعلم التحول من وضع الفعل إلى وضع الوجود بالتوقف عن الكفاح ضد الحالات العاطفية. ويتعلم الممارسون في هذا الأسبوع تقليل سلوك الإبطال. عادةً ما

يتم تدريس مهارات التأمل الواعي الأساسية في هذا الوقت أيضًا، ويساعد الأسبوع الرابع العملاء على تعلم التمييز بين الاستجابة والتفاعل من خلال تقديم فكرة عرض تصوراتهم دون إصدار أحكام، ويشتمل الأسبوع الخامس عادةً على تأملات جماعية حول كيف أدت ممارسة اليقظة إلى إحداث تغيير في حياتهم، ويتضمن الأسبوع السادس تأمل المشي اليقظ، ودرسًا حول التواصل الذهني من خلال التواجد، وتقليل الميل إلى تجنب مواضيع المحادثة الصعبة، ويركز الأسبوع السابع على بناء الثقة والاعتماد على الذات، وينتهي الأسبوع الثامن السلسلة بتشجيع العملاء على مواصلة التعلم (McCartney, et al., 2020؛ Ravari, et al., 2020؛ McClintock, et al., 2019؛ al., 2021؛ Kaviani, et al., 2017؛ Khorrami, et al., 2020).

#### د- دور العلاج المعرفي القائم على اليقظة العقلية في خفض الإجهاد الفكري:

يعد العلاج المعرفي القائم على اليقظة العقلية من أكثر أنماط العلاجية النفسية شيوعًا في الوقت الراهن في تناول مختلف الاضطرابات النفسية حيث تطرق هذا الأسلوب العلاجي إلى عديد من الاضطرابات النفسية، ويعتبر تناوله للبعض منها من التطورات الحديثة التي شهدها هذا الاتجاه العلاجي، وبناء على ذلك تطورت النظرية والتطبيق معًا في العلاج المعرفي القائم على اليقظة العقلية، وقد أكدت نتائج دراسات عديدة أن العلاج المعرفي القائم على اليقظة العقلية يعد من الأكثر فاعلية قياسًا بالإرشادات الأخرى النفسية، وذلك في علاج عديد من المشكلات الاضطرابات النفسية من قبيل: الاكتئاب، والقلق، والغضب، وإيذاء الذات، والسلوك المرضي الشاذ، والميول والأفكار الانتحارية، والنرجسية، واضطرابات الأكل، والمخاوف، واضطرابات الشخصية الحدية (Ninomiya, et al., 2019؛ Kosugi, et al., 2021؛ Elices, Pérez-Sola, Pérez-Aranda, Colom, Khorrami, et al., 2020؛ Polo, Martín-López, & Gárriz., 2022).

كما تم تصميم العلاج المعرفي القائم على اليقظة لمعالجة الضعف الكامن في الاكتئاب (Segal, Williams, & Teasdale, 2002). فهو يجمع بين التدريب في التأمل الذهن والتدخلات من العلاج المعرفي للاكتئاب الحاد. ويعتمد الأساس المنطقي للعلاج على نتائج البحث المعرفي حول الضعف الذي ربط الانتكاس بإعادة تنشيط أنماط التفكير السلبي المتعلقة بالمزاج (Schmertz, et al., 2012) وطرق غير قادرة على التكيف للاستجابة للإدراك والعواطف السلبية مثل الاجترار (Watkins, 2008)، ووقم الفكر (Piet, & Hougaard, 2011) والتجنب التجريبي، أي عدم الرغبة في البقاء على اتصال بتجارب الفرد الخاصة، مما يؤدي إلى محاولات تغيير التجربة بحيث تكون أقل ضغطاً (Hayes et al., 2004) ومن خلال استخدام التأمل اليقظ، يتم تعليم المشاركين تطوير قدرتهم على التعرف على الأشكال غير القادرة على التكيف من التفكير التلقائي والمتكرر السلبي والانفصال عنها.

يعدنا النموذج المعرفي لتفسير نشأة أو منشأ الإجهاد الفكري بإطار علمي واضح للعلاج النفسي المعرفي القائم على اليقظة العقلية، حيث يكمن الهدف العلاجي العام للعلاج المعرفي القائم على اليقظة العقلية في تعليم الفرد كيفية ملاحظة الأفكار والوعي بها، وملاحظة ما يحدث كل لحظة دون إصدار حكم عليها (Segal, Williams, & Teasdale, 2013)، كما تدفع اليقظة العقلية انتباه الفرد للتفكير باللحظة الحاضرة وعدم إصدار الأحكام بطريقة مقصودة، وتقبل الواقع أكثر من التركيز على تغييره (Elices, et al., 2022)، ويستلزم هذا الأمر تعليم الفرد وتدريبه على كيفية دفع الانتباه إلى الأشياء في العالم الداخلي والخارجي كما هي لحظة بلحظة، كما يقتضي أيضاً الانتباه ليس فقط إلى الأشياء نفسها ولكن لردود الفعل لها التي ترتبط بردود الفعل أكانت إيجابية أم سلبية أم محايدة (Lau, Segal, & Williams, 2004; Scher, Ingram, & Segal, 2005).

ويتضمن النظام المقنن أو برنامج العلاج المعرفي القائم على اليقظة العقلية الأساسي استخدام مجموعة من المهارات التي تتمثل في مهارة التأمل، ومهارة الوعي والمرونة، مهارات اليقظة العقلية، ومن المفيد في هذا الإطار كذلك استخدام التمرينات الخاصة بالتعرض التخيلي لإعادة بناء المبالغة في تقدير الانزعاج الناجم عن مصادر التهديد، أو في ضعف أو تدني تقدير الفرد لمهاراته وإمكاناته وقدراته التي تتصل بالتصدي للاضطراب ومقاومة آثاره (Kosugi, et al., 2020؛ Tickell, et al., 2021؛ Belliveau, et al., 2021؛ Gu, Strauss, Bond, & Cavanagh, 2015؛ al., 2021)، أما المكون الثاني للعلاج المعرفي القائم على اليقظة العقلية فيشير إلى مساعدة الفرد في تطوير مجموعته الفريدة من مهارات التحكم الانتباهي الواعي، التي تمكن الفرد ذوي الإجهاد الفكري من البقاء في اللحظة الحاضرة والوعي الحسي بدون أن ينتشت انتباهه فيتم إعادة التركيز مرة أخرى على الموضوع المركزي كي يروض عقله المشتت جداً (Elices, et al., 2022).

وفي ظل تلك المؤشرات، فإن الإجهاد الفكري يمكن أن يتم الحكم المبدئي الأولى أو التقييم الأولي يحدد الموقف أو الحدث على أنه موقف أو حدث مهدد، ويقدر الاحتمالية، ودرجة الضرر النفسي أو الأذى المحتمل، أما الحكم التالي أو التقييم الثانوي فما هو إلا تقدير للقدرة على مواجهة الضرر النفسي الذهني والتصدي له أو تحييده أو التوافق معه (الموسوي، ٢٠١٢، أخرس، ٢٠١٥)، وبالتالي فإن أشد درجات الإجهاد الفكري تنشأ لدى الفرد بسبب استنتاجه بأن مصادر الخطر ومواقف التهديد أقوى من قدراته الضعيفة، ومن ثم فإنه لن يتمكن من مقاومته ولا من السيطرة عليه، وبالتالي يجعل الفرد في حالة من الضيق والإعياء الذهني (Baer, et al., 2021؛ Saunders, & Kober, 2020).

وخلاصة الأمر إن أغلب النتائج والدراسات العلاجية عن العلاج المعرفي القائم على اليقظة العقلية تشير إلى فائدته في علاج الاضطرابات والمتغيرات النفسية



والانفعالية لدى هؤلاء الأفراد المضطربين، وأن هذه الفائدة تتعاضد مع مرور الوقت، ومع تطوير هذا النموذج والأساليب العلاجية التي تنبثق عنه، إنه نموذج صادق صدقاً داخلياً وخارجياً، وهو جدير بالممارسة وإجراء مزيد من الدراسات لتطويره وتوسيع حدوده، بحيث يصبح أكثر كفاءة للتدخل العلاجي، وهذا ما تحاول الدراسة الحالية عمله وفحصه في خفض الإجهاد الفكري، حيث يمثل تطبيق العلاج المعرفي القائم على اليقظة العقلية في تخفيف الإجهاد الفكري لدى المراهقين ذوي المشكلات الانفعالية مجالاً جديداً من المجالات التطبيقية لهذا الأسلوب العلاجي الحديث على الاضطرابات المختلفة، حيث لم يتم العثور على دراسات استخدمت العلاج المعرفي القائم على اليقظة العقلية لدى المراهقين ذوي المشكلات الانفعالية خاصة فيما يتعلق بالإجهاد الذهني.

#### فروض الدراسة:

في ضوء ما سبق عرضه من الإطار النظري، وما أسفرت عنه نتائج الدراسات السابقة يمكن صياغة الفروض كالاتي:

أ- توجد علاقة ارتباطية سالبة دالة إحصائية بين اليقظة العقلية والإجهاد الفكري لدى عينة من طلاب الجامعة.

ب- توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية رتب درجات المجموعة الضابطة في القياس البعدي على مقياس الإجهاد الفكري لصالح المجموعة التجريبية.

ج- توجد فروق دال إحصائية بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس الإجهاد الفكري بعد تطبيق البرنامج المعرفي القائم على اليقظة العقلية، لصالح متوسطات رتب درجاتهم في القياس البعدي.

د- توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية رتب درجات المجموعة الضابطة في القياس البعدي على مقياس اليقظة العقلية لصالح المجموعة التجريبية.

هـ- توجد فروق دال إحصائياً بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس اليقظة العقلية بعد تطبيق البرنامج المعرفي القائم على اليقظة العقلية، لصالح متوسطات رتب درجاتهم في القياس البعدي.

و- توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية رتب درجات المجموعة الضابطة في القياس البعدي على مقياس المشكلات الانفعالية لصالح المجموعة التجريبية.

ز- توجد فروق دال إحصائياً بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس المشكلات الانفعالية بعد تطبيق البرنامج المعرفي القائم على اليقظة العقلية، لصالح متوسطات رتب درجاتهم في القياس البعدي.

ح- لا توجد فروق دال إحصائياً بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على مقياس اليقظة العقلية ومقياس الإجهاد الفكري ومقياس المشكلات الانفعالية بعد توقف البرنامج المعرفي القائم على اليقظة العقلية بشهرين.

**إجراءات الدراسة:**

**أ-منهج الدراسة:**

استخدم الباحث في هذه الدراسة المنهج التجريبي ليلائم متغيرات الدراسة متمثلة المتغير التجريبي وهو البرنامج المعرفي القائم على اليقظة العقلية بفيئاته المختلفة، أو المتغير التابع وهو الإجهاد الفكري، بالإضافة إلى المنهج الوصفي،

واستخدم الباحث اثنين من التصميمات التجريبية، بهدف الجمع بين مزايا كل منهج وتفادي عيوبه، وهما:

١- التصميم التجريبي ذو المجموعتين (مجموعة ضابطة – مجموعة تجريبية)، وقد تمت المكافئة بينهما، ثم المقارنة بين متوسطي درجات أفراد المجموعتين الضابطة والتجريبية في القياس البعدي، لمعرفة تأثير البرنامج المعرفي القائم على اليقظة العقلية في خفض الإجهاد الفكري.

٢- التصميم التجريبي ذو المجموعة الواحدة (مجموعة تمر بحالتين تضبط إحداها (الأخرى)، وقد تمت المقارنة بين متوسطي درجات أفراد التجريبية في القياسين القبلي والبعدي والتتبعي، لمعرفة تأثير البرنامج المعرفي القائم على اليقظة العقلية في خفض الإجهاد الفكري.

إن المنهج التجريبي يُعد من أكثر المناهج مناسبة لهذه الدراسة، حيث يتساوى تقريباً أفراد المجموعتين (أو المجموعة الواحدة) في كل الخصائص (الإجهاد الفكري واليقظة العقلية والمشكلات الانفعالية والعمر الزمني) ماعدا المتغير التجريبي الذي يتم إدخاله على المجموعة التجريبية (البرنامج العلاجي)، وبالتالي تكون الفروق بين المجموعتين في القياس البعدي ترجع إلى فاعلية البرنامج المعرفي القائم على اليقظة العقلية المستخدم، كما أن الفروق بين المجموعة التجريبية قبل وبعد البرنامج ترجع إلى فاعلية البرنامج المعرفي القائم على اليقظة العقلية المستخدم.

ب- عينة الدراسة:

تكونت عينة الدراسة من عينة استطلاعية، وعينة أساسية، وعينة تجريبية، وفيما يلي وصفاً لخصائص كل عينة:

١- عينة الدراسة الاستطلاعية:

بعد إعداد أدوات الدراسة، تتطلب الأمر إلى إجراء دراسة استطلاعية هدفت إلى التحقق من الخصائص السيكومترية لأدوات الدراسة؛ ولتتحقق من ذلك تم تطبيق

أدوات الدراسة على عينة استطلاعية قوامها (١٥٠) طالبًا وطالبة من طلاب الجامعة، وقد تراوحت أعمار العينة الاستطلاعية بين (١٨-٢٣) سنة، وبمتوسط عمري (١٩.٥٥) سنة، وانحراف معياري قدره (٠.٦٥)، وقد تم اختيارهم بطريقة عشوائية من كليات: التربية والتربية النوعية والتربية الفنية بجامعة المنيا، في الفصل الدراسي الأول من العام الدراسي ٢٠٢٢/٢٠٢٣ م.

## ٢- عينة الدراسة الأساسية:

لغرض اختيار عينة الدراسة التجريبية والضابطة، واختبار الفرض السيكومتري المتعلق بالتحقق من العلاقة بين اليقظة العقلية والإجهاد الفكري، قام الباحث في الفصل الدراسي الثاني ٢٠٢٢/٢٠٢٣ م، بتطبيق أدوات الدراسة السيكومترية المتمثلة في: مقياس اليقظة العقلية ومقياس الإجهاد الفكري ومقياس المشكلات الانفعالية على عينة بلغ قوامها (٢٤٥) طالبًا وطالبة من طلاب كلية التربية تم اختيارهم من طلاب الفرقة الأولى والثانية والثالثة بجامعة المنيا، وذلك بعد استبعاد الإجابات غير المكتملة وغير الجادة، وقد بلغ متوسط أعمار أفراد العينة (١٩,٧) عامًا بانحراف معياري قدره (٠,٦).

## ٣- عينة الدراسة التجريبية:

من أجل اختبار مدى فاعلية البرنامج العلاجي المعرفي القائم على اليقظة العقلية والتحقق من فروض الدراسة، قام الباحث باختيار عينة الدراسة التجريبية والضابطة، والتي تكونت من (٣٢) طالبًا وطالبة تم اختيارهم من بين أفراد العينة الأساسية، وقد تم الاختيار في ضوء تطبيق المعايير الآتية:

- الحصول على درجة مرتفعة (أعلى من درجة القطع) على مقياس الإجهاد الفكري.
- الحصول على درجة منخفضة (أقل من درجة القطع) على مقياس اليقظة العقلية.
- الحصول على درجة مرتفعة (أعلى من درجة القطع) على مقياس المشكلات الانفعالية.
- الخلو من أي مشكلات صحية (تم التأكد من أن أفراد العينة لا يتعاطون أدوية لأي مرض من الأمراض المزمنة).

- الموافقة على الاشتراك في البرنامج المعرفي القائم على اليقظة العقلية.  
وبناءً على ذلك تكونت عينة الدراسة التجريبية من (١٦) طالبًا وطالبة، تم  
توزيعهم إلى مجموعتين: مجموعة تجريبية (٨)، ومجموعة ضابطة (٨)، وتم التحقق  
من التكافؤ بين المجموعة التجريبية والضابطة في: الإجهاد الفكري واليقظة العقلية  
ومقياس المشكلات الانفعالية والعمر الزمني، ويوضح جدول (١) التكافؤ بين  
المجموعة التجريبية والضابطة في متغيرات الدراسة:

### جدول (١)

قيم  $U, W, Z$  لدلالة الفروق بين مجموعتي الدراسة: التجريبية والضابطة  
في المتغيرات الخاصة بالمجانسة (ن=١=٢=٨)

المتغيرات	نوع المجموعة	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة U	قيمة W	قيمة Z	الدلالة
الإجهاد الفكري	تجريبية	٨	٨,١٣	٦٥	٢٩	٦٥	٠,٣١٧-	غير دالة
	ضابطة	٨	٨,٨٨	٧١				
اليقظة العقلية	تجريبية	٨	٩,٤٤	٧٥,٥	٢٤,٥	٦٠,٥	٠,٧٨٨-	غير دالة
	ضابطة	٨	٧,٥٦	٦٠,٥				
المشكلات الانفعالية	تجريبية	٨	٩,٨١	٧٨,٥	٢١,٥	٥٧,٥	١,١٠٧-	غير دالة
	ضابطة	٨	٧,١٩	٥٧,٥				
العمر الزمني	تجريبية	٨	١٠,٤٤	٨٣,٥	١٦,٥	٥٢,٥	١,٦٤٦-	غير دالة
	ضابطة	٨	٦,٥٦	٥٢,٥				

تشير النتائج في جدول (١) إلى عدم دلالة الفروق بين متوسطات رتب  
درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في المتغيرات الخاصة بالمجانسة (اليقظة  
العقلية، والإجهاد الفكري، والمشكلات الانفعالية، والعمر الزمني)، وهو الأمر الذي  
يدل على أن هاتين المجموعتين متجانستان.

### ج- أدوات الدراسة:

تتنوع الأدوات المستخدمة في هذه الدراسة بين أدوات ضبط (مقياس اليقظة  
العقلية، ومقياس المشكلات الانفعالية)، وأدوات قياس (مقياس الإجهاد الفكري) إلى

جانب البرنامج العلاجي المعرفي القائم على اليقظة العقلية، ويمكن وصف هذه الأدوات كما يلي:

### ١- مقياس اليقظة العقلية (تعريب: الضبع، ومحمود، ٢٠١٣):

أعدّه هذا المقياس (Cardaciotto, et al(2008) وقام بتعريبه وتقنينه كل من الضبع، ومحمود (٢٠١٣)، ويتكون المقياس من بعدين، هما البعد الأول: الوعي Awareness ويتكون من (١٠) عبارات، وتعكس هذه العبارات المراقبة المستمرة للخبرات، مع التركيز على الخبرات الحاضرة أكثر من الانشغال بالخبرات الماضية، أو الأحداث المستقبلية، لبعد الثاني: النقبل Acceptance ويتضمن (١٠) عبارات وتعكس قبول الخبرات والتسامح نحوها، ومواجهة الأحداث المختلفة كما هي، ويتم تصحيح المقياس بتدرج خماسي، وتشير الدرجة المرتفعة إلى اليقظة العقلية. وتحقق الباحثان من الاتساق الداخلي للمقياس، حيث تم حساب معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة والدرجة الكلية للبعد المنتمية إليه، وقد تراوحت معاملات الارتباط بين (٠,٣٨٧؛ ٠,٦٥٢) لبعد الوعي، وبين (٠,٣٠٧؛ ٠,٦٥٧) لبعد النقبل، وقد بلغ معامل الارتباط بين الدرجة الكلية وبعد الوعي (٠,٨٠٣) ولبعد النقبل (٠,٨٣٨)، وجميعها دالة إحصائياً عند مستوى (٠,٠١)، كما تم استخدام معامل ألفا للدرجة الكلية للمقياس (٠,٧٧٦) لحساب ثبات المقياس، كما تم استخدام طريقة التجزئة النصفية للمقياس ككل وبلغ معامل الثبات (٠,٧٩٨) وجميعها دالة عند مستوى (٠,٠١) مما يشير تمتع المقياس بدرجة مرتفعة من الثبات.

### الخصائص السيكومترية للمقياس في هذه الدراسة:

(أ) ثبات المقياس: قام الباحث في هذه الدراسة بحساب ثبات المقياس بالطريقتين أنفسهما، وأشارت النتائج إلى أن معاملات ثبات ألفا كرونباخ للعاملين والمقياس ككل تراوحت بين (٠,٥٩٨، ٠,٨٢٩)، وهي جميعها ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠,٠١)؛ مما يشير إلى اتساق عالي للعاملين والمقياس ككل لدى طلاب

الجامعة، كما تم حساب معاملات الثبات بطريقة التجزئة النصفية لسبيرمان برواون للعوامل والمقياس ككل، وأشارت النتائج إلى أن معاملات الثبات بطريقة التجزئة النصفية لسبيرمان برواون للعاملين والمقياس ككل تراوحت بين (٠,٦١٢، ٠,٧٧٧)، وهي جميعها ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠,٠١)؛ مما يشير إلى ثبات عالي لمقياس اليقظة العقلية ككل لدى طلاب الجامعة.

(ب) صدق المقياس: قام الباحث في هذه الدراسة باستخدام الصدق التلازمي للمقياس مع مقياس المرونة النفسية إعداد عثمان (٢٠١٠)، وذلك على أفراد العينة الاستطلاعية (ن = ٦٠) عن طريق إيجاد معامل الارتباط بين درجاتهم على المقياسين، وقد تم اختيار مقياس المرونة النفسية كمحك؛ للارتباط المرونة باليقظة العقلية كما أشارت إليها دراسة إسماعيل (٢٠١٧)، ودراسة (Pidgeon & Keye، 2014)، وقد بلغ معامل الارتباط بين المقياسين (٠,٨٢) وهي دالة عند مستوى (٠,٠١).

## ٢- مقياس الإجهاد الفكري (إعداد: الباحث، ٢٠٢٣):

نظرًا لعدم توافر مقاييس للإجهاد الفكري لدى طلاب الجامعة في البيئة المصرية - في حدود اطلاعات الباحث - لذلك تم إعداد مقياس الإجهاد الفكري والذي يهدف إلى قياس الإجهاد الفكري لدى طلاب الجامعة ذوي المشكلات الانفعالية.

### (أ) خطوات إعداد المقياس:

- قام الباحث بمراجعة الإطار النظري والأدبيات والدراسات السابقة المتعلقة بالإجهاد الفكري في دراسة عبد المجيد، والموسوي (٢٠١٣) والمطبقة على عينة من طلبة الدراسات العليا وكان المقياس يحتوي على (٣٢) مفردة، والموزعة على بعدين ومتضمنة خمس بدائل للتصحيح، ودراسة الزبيدي (٢٠١٥) والمطبقة على طلبة المرحلة الإعدادية والمكون من (٣٢) مفردة، والتي يحتوي مفتاح تصحيحها على ثلاث بدائل للتصحيح، ودراسة رياض (٢٠١٨) والمطبقة على طلاب

المرحلة الثانوية المتفوقين عقليًا والمقياس مكون من ثلاث أبعاد والمكون من (٤٣) مفردة.

- قام الباحث بتوزيع استبيان مفتوح على عينة بلغ قوامها (٥٠) من طلاب الجامعة من التخصصات المختلفة، وتضمن الاستبيان المفتوح الأسئلة الآتية: أذكر أهم مظاهر الإجهاد الفكري التي تشعر بها في حياتك العامة والشخصية والعملية؟ أذكر مكونات شعورك بالإجهاد الفكري من وجهة نظرك؟ وقد أسفرت نتائج الاستبيان والمراجعة النظرية السابقة عن حصول الباحث على عدد من العبارات تم صياغتها في صورة واضحة ومبسطة.

- مما سبق تم تحديد بعدان أساسيان للإجهاد الفكري في ضوء نظرية (1983) Lazarus, & DeLongis, للإجهاد الفكري وهما: الشعور بالإعياء والتعب الذهني، والشعور بالنقص وعدم الكفاءة.

- قام الباحث بإعداد الصورة الأولية لمقياس الإجهاد الفكري في ضوء العبارات التي تم الحصول عليها، حيث قام الباحث بحذف العبارات المكررة في المعنى والصياغة، وقد بلغ عدد العبارات (٦٠) عبارة، ثم تم عرض المقياس على مجموعة من المحكمين وعددهم (٥) محكمين من أساتذة علم النفس والصحة النفسية بكلية التربية جامعة المنيا؛ وذلك للاستفادة من آرائهم وخبراتهم في تحكيم المقياس من حيث وضوح العبارات المفردات وانتمائها للمقياس، وتم تعديل صياغة ما اتفق أغلب المحكمين على إعادة صياغته، وحذف بعض العبارات، وتم إجراء التعديلات التي أجمع عليها المحكمون، وبذلك أصبح المقياس مكون من (٤٠) عبارة، حيث تم حذف (٢٠) عبارة نتيجة آراء المحكمين، والملحق رقم (٣) يوضح بيانات المحكمين.



- تم وضع خمس استجابات للمقياس، هي: دائماً (٥)، غالباً (٤)، دائماً (٣)، نادراً (٢)، لا (١)، وذلك بالنسبة للعبارات الموجبة، أما العبارات السالبة تأخذ عكس هذه الدرجات.

- قام الباحث بتطبيق المقياس على العينة الاستطلاعية وعددهم (١٥٠) طالب من طلاب الجامعة، وذلك لحساب الخصائص السيكومترية للمقياس.

- قام الباحث بحساب الاتساق الداخلي للمقياس من خلال إيجاد الارتباط بين درجة كل عبارة والدرجة الكلية للبعد المنتمية إليه، وقد تراوحت معاملات الارتباط بين (٠,٣٢٤، ٠,٦١٢) لبعد الشعور بالإعياء والتعب الذهني، وبين (٠,٣١٤، ٠,٦٤٢) لبعد الشعور بالنقص وعدم الكفاءة، كما تم حساب معاملات الارتباط بين درجة كل بعد والدرجة الكلية للمقياس ككل، وقد بلغت معاملات الارتباط لبعد الشعور بالإعياء والتعب الذهني (٠,٨١٢) ولبعد الشعور بالنقص وعدم الكفاءة (٠,٨٠١) وجميعها دالة إحصائياً عند مستوى (٠,٠١)؛ مما يدل على تمتع عبارات المقياس وأبعاده بدرجة مرتفعة من الاتساق الداخلي.

#### (ب) إجراءات الصدق والثبات لمقياس الإجهاد الفكري:

##### (١) صدق المقياس:

اعتمد الباحث في حساب صدق المقياس على ما يلي:

##### - صدق المحكمين:

تم عرض المقياس الإجهاد الفكري (٦٠) عبارة على خمسة محكمين من المتخصصين في علم النفس والصحة النفسية، وطلب منهم لإبداء الرأي حول ملائمة العبارات، وتحديد انتماء كل عبارة للبعد التي تتدرج تحته، وكذلك صياغة العبارات، وقد تم الإبقاء على العبارات التي حصلت على نسبة اتفاق أكثر من (٨٠٪) وتعديل صياغة بعض العبارات؛ وبذلك أصبح المقياس مكوناً من (٤٠) عبارة، حيث تم حذف (٢٠) عبارة لآراء المحكمين.

## - الصدق المرتبط بالمدك:

قام الباحث بحساب معامل صدق المقياس، وذلك عن طريق حساب معاملات الارتباط بين درجات أفراد العينة الاستطلاعية (ن=١٠٠) على مقياس الإجهاد الفكري (إعداد: الباحث) مع درجاتهم على حيث تم حساب المقاييس: مقياس الاكتئاب والقلق والإجهاد (DASS-21) (تعريب: الأنصاري، ٢٠٢١)، واستخبار الأفكار الآلية (ATQ- 30) (إعداد: الدحادحة، ٢٠١٢)، ويوضح جدول (٢) معاملات الارتباط بين مقياس الإجهاد الفكري والمقاييس المستخدمة في صدق المدك.

## جدول (٢)

مصنوفة معاملات الارتباط بين مقياس الإجهاد الفكري والمقاييس الأخرى

الأبعاد	مقياس الاكتئاب والقلق والإجهاد (DASS-21)	استخبار الأفكار الآلية (ATQ- 30)
الشعور بالإعياء والتعب الذهني	**٠,٦٢	**٠,٥٦
الشعور بالنقص وعدم الكفاءة	**٠,٥٨	**٠,٦٧
الدرجة الكلية	**٠,٧٨	**٠,٧٥

(\*\*) دال إحصائياً عند مستوى (٠,٠١)

تم الاعتماد على كل من: مقياس الاكتئاب والقلق والإجهاد (DASS-21)؛ واستخبار الأفكار الآلية (ATQ- 30) للتحقق من الصدق التلازمي لمقياس الإجهاد الفكري، وقد تم حساب معامل الارتباط بين درجات عينة الدراسة الثانية على المقاييس. وتراوحت قيم معاملات الارتباط بين الإجهاد الفكري ومقياس الاكتئاب والقلق والإجهاد (٠,٥٨، ٠,٧٨)، بينما تراوحت قيم معاملات الارتباط بين الإجهاد الفكري واستخبار الأفكار الآلية (٠,٥٦، ٠,٧٥)، وجميعها دالة إحصائياً عند مستوى (٠,٠١)؛ مما يدل على صدق مقياس الإجهاد الفكري.

## (٢) ثبات المقياس:

للتواصل إلى دلالات ثبات مقياس الإجهاد الفكري، حُسب معامل الاتساق الداخلي له باستخدام معادلة كرونباخ ألفا (Cronbach's alpha) بالاعتماد على بيانات التطبيق للعيينة الاستطلاعية، كما حُسب ثبات إعادة له باستخدام معامل ارتباط بيرسون بين التطبيقين الأول والثاني لأفراد العينة الاستطلاعية، وذلك بعد مرور (٢١) يومًا من التطبيق الأول، وذلك كما هو مُبين في الجدول التالي:

## جدول (٣)

معاملات ثبات الاتساق الداخلي وإعادة التطبيق لمقياس الإجهاد الفكري

الأبعاد	عدد الفقرات	ثبات ألفا كرونباخ	ثبات إعادة التطبيق
الشعور بالإعياء والتعب الذهني	١٥	٠,٧١	**٠,٦٦
الشعور بالنقص وعدم الكفاءة	١٥	٠,٨٥	**٠,٧٦
المقياس ككل	٣٠	٠,٧٦	**٠,٨١

(\*\*) دال إحصائيًا عند مستوى (٠,٠١)

يتضح من جدول (٣) أن قيم معاملات ثبات الاتساق الداخلي (ألفا كرونباخ) للبعدين الأساسيين للإجهاد الفكري قد تراوحت من (٠,٧١ حتى ٠,٨٥)، كما يتضح أن قيم معاملات ثبات إعادة التطبيق لمقياس الإجهاد الفكري قد تراوحت من (٠,٦٦ حتى ٠,٨١)، وهي جميعها ذات دلالة إحصائية، ويُشير ذلك إلى ثبات المقياس، وهي قيم تعبر عن تمتع مقياس الإجهاد الفكري بالثبات؛ مما يُعطي موثوقية عالية في إمكانية استخدام هذا المقياس في البيئة المصرية، كما يمكن استخدامه في المجالات الإرشادية والإكلينيكية.

## (ج) طريقة تصحيح وتقدير الدرجات والصورة النهائية للمقياس:

يتم تصحيح عبارات المقياس وفقًا لنوع العبارة (إيجابية وسلبية) وعلى تدرج "ليكرت" الخماسي، وهي: دائما (٥)، كثيرًا (٤)، أحيانًا (٣)، نادرًا (٢)، أبدًا (١)،

وذلك بالنسبة للعبارات الموجبة، أما العبارات السالبة تأخذ عكس هذه الدرجات. وكلما ارتفعت الدرجة كان ذلك مؤشراً على انخفاض كفاءة الفرد، مما يعني ارتفاع مستوى الإجهاد الفكري عنده، أما في حالة انخفاض الدرجة، فهذا مؤشر على ارتفاع كفاءة الفرد في الراحة النفسية المعرفية، وبعد التأكد من صدق وثبات المقياس، فإن توزيع العبارات على الأبعاد يصبح كالتالي:

#### جدول (٤)

توزيع العبارات على بعدين مقياس الإجهاد الفكري في صورته النهائية

العدد	أرقام العبارات	تسمية البعد	البعد
١٥	١، ٣، ٥، ٧، ٩، ١١، ١٣، ١٥، ١٧، ١٩، ٢١، ٢٣، ٢٥، ٢٧، ٢٩.	الشعور بالإعياء والتعب الذهني	١
١٥	٢، ٤، ٦، ٨، ١٠، ١٢، ١٤، ١٦، ١٨، ٢٠، ٢٢، ٢٤، ٢٦، ٢٨، ٣٠.	الشعور بالنقص وعدم الكفاءة	٢
٣٠	المجموع		

#### ٣- مقياس المشكلات الانفعالية للمراهقين (إعداد: البحيري، ٢٠١٧):

أعد هذا المقياس البحيري (٢٠١٧) لقياس تقدير المشكلات الانفعالية لدى المراهقين، والذي يعد مقياساً للتقرير الذاتي؛ لقياس القلق والاكتئاب والغضب، وقد قام مُعد المقياس بتقادي المرغوبية الاجتماعية بالتوزيع الدائري لمفردات المقياس بما لا يوحي للمفحوص بالاتجاه نحو شكل معين من الاستجابة، ويتكون المقياس من (٢١) بنداً. ويُصحح المقياس بطريقة ليكرت ثلاثي الاستجابة (أوافق=٣، وأحياناً=٢، لا أوافق=١)، وذلك حسب اتجاه صياغة البند سلباً أو إيجاباً، وتشير الدرجة المرتفعة على المقياس إلى ارتفاع المشكلات الانفعالية لدى المراهق، بينما تشير الدرجة المنخفضة إلى انخفاض المشكلات الانفعالية.

وقد تم استخدام هذا المقياس في الدراسة الحالية للمبررات التالية: أن المقياس يعتمد على أسلوب التقرير الذاتي الذي يتميز بالسهولة والبساطة في التطبيق والتصحيح، أن المقياس يتناسب مع المرحلة العمرية لأفراد عينة الدراسة الحالية،

حيث أوضح مُعد المقياس أنه يصلح تطبيقه على أفراد تتراوح أعمارهم ما بين (١٦-٢٨) سنة، وتقع عينة الدراسة الحالية ضمن هذه الفترة، كما يتفق مصطلح المشكلات الانفعالية في هذا المقياس مع ما تم وضعه في الدراسة الحالية من حيث إن المشكلات الانفعالية هي التي تعبر عن انفعال غير مرغوب فيه والتي تتجلى لدى المراهقين في القلق، والاكتئاب، والغضب، وغيرها.

قام مُعد ومقنن المقياس بحساب صدقه بعدة طرق، منها: صدق المحكمين، وصدق المحتوى. واتضح أن المقياس يتمتع بقدر عالٍ من الصدق، وقد قام الباحث في الدراسة الحالية بحساب صدق المقياس بحساب الصدق التلازمي للمقياس مع مقياس الاكتئاب والقلق والاجهاد (DASS-21): (تعريب وتقنين: الأنصاري، ٢٠٢١)، وذلك على أفراد العينة الخاصة بحساب الخصائص السيكومترية (ن=١٠٠) عن طريق إيجاد معامل الارتباط بين درجاتهم على المقياسين. وقد بلغ معامل الارتباط بين مقياس المشكلات الانفعالية ومقياس الاكتئاب والقلق والاجهاد (٠,٧٨) وهي دالة عند مستوى (٠,٠١). كما قام مُعد ومقنن المقياس بحساب ثباته بطريقة إعادة التطبيق، واتضح أن المقياس يتمتع بقدر عالٍ من الثبات. وقد قام الباحث في الدراسة الحالية بحساب ثبات المقياس بطريقة ألفا كرونباخ، وبلغت قيمة معامل ألفا كرونباخ لثبات المقياس (٠,٧٢) وهي دالة عند مستوى (٠,٠١)، وهي قيمة عالية تشير إلى ثبات المقياس.

#### ٤- البرنامج العلاجي المعرفي القائم على اليقظة العقلية (إعداد: الباحث):

##### (أ) أهداف البرنامج:

يهدف البرنامج العلاجي المعرفي القائم على اليقظة العقلية إلى تحقيق عدد من الأهداف العلاجية والوقائية والإجرائية، ويمكن تلخيصها فيما يلي:

(١) **الهدف الوقائي:** يتمثل في تدريب أفراد المجموعة التجريبية على التأمل واليقظة العقلية من أجل مواجهة الأفكار السلبية المرتبطة بالإجهاد الفكري التي تواجههم في حياتهم.

(٢) **الهدف العلاجي:** يتمثل في خفض الإجهاد الفكري لدى أفراد المجموعة التجريبية، والحفاظ على المهارات المكتسبة وتعميمها في المواقف المختلفة، الارتقاء بالصحة النفسية لديهم وتعريفهم كيفية الحفاظ عليها.

(٣) **الهدف الإجرائي:** تتمثل في بعض الأهداف الخاصة التي تم تحقيقها في جلسات البرنامج، ومن هذه الأهداف ما يلي:

- زيادة الوعي لدى أفراد المجموعة التجريبية بالإجهاد الفكري والتعريف بخطورته على الفرد وصحته النفسية.
- إكساب أفراد المجموعة التجريبية مهارة اليقظة العقلية التي تتمثل في: تعلم كيفية تغيير الأفكار والمشاعر والسلوكيات غير المرغوبة، والتقليل من المعاناة، وزيادة مشاعر السعادة ومحاولة التحكم بالعقل.
- تعلم بعض الطرق الجديدة للبعد عن الأفكار السلبية الذي تسبب الإجهاد الفكري.
- التعامل أفراد المجموعة التجريبية مع الأحداث التي تسبب الشعور بالتعاسة والتوتر.
- تدريب أفراد المجموعة التجريبية على محاولة العيش ضمن اللحظة الحالية وقبول ما يحدث.
- تدريب أفراد المجموعة التجريبية على مهارات الوعي لتوجيه الانتباه بطريقة مقصودة نحو اللحظة الحالية والابتعاد عن الحكم أو التمسك بها.
- تدريب أفراد المجموعة التجريبية على ممارسة التأمل خلال فترات الجلوس والقيام بهدوء في فترة زمنية محددة، والتركيز في تلك الفترة على أحاسيس الجسم، أو المشاعر، أو الأفكار، أو التنفس.

### (ب) الأساس النظري للبرنامج:

- يعتمد البرنامج على الأسس النظرية للعلاج المعرفي القائم على اليقظة العقلية والاتجاه الإنساني في علم النفس، والتي تتمثل في:
- تم بناء البرنامج على أسس وقواعد ومبادئ العلاج المعرفي القائم على اليقظة العقلية.
  - تم تطبيق البرنامج من خلال جلسات الإرشاد الجماعي.
  - تم الاعتماد على فنية الواجب المنزلي بحيث تنتهي كل جلسة ويتم مراجعتها في الجلسة القادمة.
  - تقديم بعض المهارات في البرنامج من خلال مجموعة متنوعة من الأنشطة النظرية والعملية.
  - تدريب أفراد المجموعة التجريبية على مهارات اليقظة العقلية (الملاحظة، والوصف، والتصرف الواعي، وعدم الحكم، وعدم رد الفعل).
  - تدريب وتعلم أفراد المجموعة التجريبية كيفية تفسير سلوكياتهم ومشاعرهم وأفكارهم التي ترتبط بالمشكلات الانفعالية الحياتية وتسبب لهم التوتر والقلق.
  - ومن أهم المبادئ التي يعتمد عليها البرنامج: مهارة العقل الحكيم التي تشير إلى الحكمة الداخلية التي يتم بها كل فرد منا، وحينما يستطيع الدخول إلى تلك الحكمة سنصل إلى حالة العقل الحكيم، وبذلك نكون قادرين على إحداث الاندماج بين الأضداد والانفتاح علي العيش في اللحظة الحالية كما هي.

### (ج) مصادر إعداد البرنامج:

- تم الاعتماد على أهم المصادر الأساسية في العلاج المعرفي القائم على اليقظة العقلية التالية:
- الرجوع إلى الكتب والمؤلفات والأطر النظرية الخاصة بالعلاج المعرفي القائم على اليقظة العقلية من حيث الإطار النظري الأساسي للعلاج، وفنياته وقواعده)

Segal, Williams & Segal, Williams & Teasdale, 2013  
 Segal & Segal, Teasdale & Williams, 2004؛ Teasdale, 2002  
 Kabat-Zinn & Santorelli، ؛Kristeller, 2021؛ Ferguson, 2018  
 Day، ؛Hayes, 2002؛ Hayes, Follette & Linehan, 2004؛ 2005  
 .(Borkovec & Sharpless, 2004؛ 2017).

- الاطلاع على البحوث والدراسات السابقة التي تناولت فاعلية كل من اليقظة العقلية والعلاج المعرفي القائم على اليقظة العقلية في علاج بعض الاضطرابات النفسية المختلفة (Kosugi, et al., 2021؛ Weintraub, et al., 2023)؛  
 Kaviani, et al., ؛Keune, et al., 2011؛ Khorrami, et al., 2020  
 Gárriz, et al., ؛Geller, et al., 2023؛ Harp, et al., 2022؛ 2012  
 ؛Fisher, et al., 2023؛ Frostadottir & Dorjee, 2019؛ 2020  
 ؛Crane, et al., 2012؛ Desormeau, 2016؛ Elices, et al., 2022  
 .(Belliveau, et al., 2021؛ Chen, et al., 2021).

- الرجوع إلى المبادئ الأساسية في العلاج المعرفي القائم على اليقظة العقلية كما تناولها الباحث في الإطار النظري لهذه الدراسة.  
 - البحوث والمؤلفات والأطر النظرية التي اهتمت بالإجهاد الفكر والمشكلات الانفعالية لدى المراهقين (أخرس، ٢٠١٥؛ عبد المجيد والموسوي، ٢٠١٣؛ محمد، ٢٠١٥؛ Wang, et a., 2023؛ Yaribeygi, et al., 2017).

#### (د) الفنيات المستخدمة في البرنامج:

استخدم الباحث خلال جلسات البرنامج بعض الفنيات التي يمكن أن تقيد في تحقيق الهدف العام للبرنامج، وهي كما يلي: فنية اليقظة العقلية (بالجسد، والمشاعر)، وفنية المناقشة والحوار، وفنية التدريب على التأمل، وفنية التصور الخيالي الإيجابي، وفنية صرف الانتباه، وفنية تقليص الفكرة، وفنية تركيز الانتباه، وفنية الواجب المنزلي، وفنية التعليمات الذاتية، وفنية تحديد الأفكار التلقائية، وفنية التنفس العميق،



وفنية الاسترخاء العضلي، وفنية النمذجة، وفنية التأمل المعرفي، وفنية التجنب المعرفي، وفنية التعليم والتثقيف النفسي.

#### (هـ) محتوى البرنامج وجلساته:

تكون البرنامج من أربع مراحل أساسية تضم كل مرحلة عددًا من الجلسات التي تعمل على تحقيق أهداف معينة تتجمع بعضها مع بعض لتحقيق الهدف النهائي للبرنامج، لذلك استغرق تطبيق البرنامج (١٠) أسابيع، وتكون البرنامج من (١٨) جلسة، وتراوحت مدة كل منها حوالي ساعة ونصف، بواقع ثلاث جلسات أسبوعيًا، وبعد مرور شهرين تم تطبيق جلسة المتابعة على أفراد المجموعة التجريبية؛ وذلك التطبيق القياس التبعي لأدوات الدراسة، ومراجعة مدى استمرارية فاعلية البرنامج العلاجي، ويوضح جدول (٥) المخطط التفصيلي للبرنامج:

#### جدول (٥)

#### المخطط التفصيلي لجلسات البرنامج العلاجي المعرفي القائم على اليقظة العقلية لخفض الإجهاد الفكري

مرحل التدريب	رقم الجلسة	موضوع الجلسة وأهدافها	الغيات والأساليب المستخدمة
الأولى	١	التفهم الأولي للحالات والجماعة التجريبية، والاتفاق على الخطوات الأساسية للجلسات، وحصص المشكلات والأعراض والشكاوي، وتصور البروفيل المعرفي للحالات	المحاضرة والمناقشة والواجب المنزلي
	٢	تعريف الإجهاد الفكري ومكوناته، والاتجاهات العلاجية في علاج الأفكار السلبية التلقائية المسببة له.	المحاضرة والمناقشة والواجب المنزلي
	٣	التوعية المعرفية بالعلاج وطبيعته، وشرح المهام والأدوار والواجبات المنزلية، تصحيح مفاهيم خاطئة	المحاضرة، والحوار ، والواجب المنزلي
	٤	مهارات اليقظة العقلية (العقل الحكيم، وما هي، وكيف يتم ممارسة تلك المهارات ، والانتباه الكامل والفعالية)	المحاضرة والمناقشة والواجب المنزلي
الثانية	٥-٧	حصص الأفكار والمشاعر السلبية: تحديد الأفكار السلبية التي تظراً على عقول أفراد المجموعة التجريبية، وتحديد أنماط التفكير الخاطي، تحديد العلاقة بين الأفكار والمشاعر، وتحديد الأفكار السلبية وتتبعها وإحلال الأفكار الإيجابية	المناقشة والحوار ، وتحديد الأفكار التلقائية والتجنب المعرفي، والواجب المنزلي

مرحل التدريب	رقم الجلسة	موضوع الجلسة وأهدافها	الفنيات والأساليب المستخدمة
		الواقعية محلها، والتعامل مع الأفكار المعرفية السلبية وتصحيحها وتغييرها المتعلقة بالإجهاد الفكري.	
	١٠-٨	التدريب على الاسترخاء العضلي: تدريب أفراد المجموعة التجريبية على التنفس العميق. و القيام باسترخاء اليدين والكتفين ، والقيام باسترخاء لمنطقة الرأس والرقبة، والقيام باسترخاء لمنطقة الظهر، والبطن، والساقين، والقدمين .	المحاضرة والمناقشة والواجب المنزلي، التنفس العميق، والاسترخاء العضلي، والنمذجة.
الثالثة	١٤-١١	التدريب على مهارات اليقظة العقلية، ويتضمن: - ممارسة مهارة العقل الحكيم والتي تتضمن: قطعة حجر علي البحيرة، النزول على السلم الحلزوني، والتنفس، أسأل العقل الحكيم سؤالاً، توسيع مجال الوعي. -مهارات الاحتفاظ بالتفكير: مهارات "ماذا؟" تتضمن: الملاحظة والوصف والمشاركة. -مهارة السيطرة على الذهن مهارات "كيف"، وتتضمن: اللاحكم، والانتباه الاوحد، الفاعلية	اليقظة العقلية (بالجسد، والمشاعر)، وصرف الانتباه، تركيز الانتباه، وفنية الواجب المنزلي، وفنية التأمل المعرفي، وفنية النمذجة.
	١٧-١٥	التدريب على مهارات التأمل، ويتضمن: ممارسة التلطف والخشوع عن طريق سرد مجموعة من العبارات والكلمات الإيجابية لاستنارت الشغف ومشاعر المحبة المضادة للسلبية، وممارسة التركيز الذهني ، وممارسة التنفس العميق، وممارسة ممارسة الأنشطة العادية: التنزه والمشي.	المناقشة والحوار، التدريب على التأمل، وفنية التصور الخيالي الإيجابي، وصرف الانتباه، وتركيز الانتباه، والواجب المنزلي، والتأمل المعرفي.
الرابعة	١٨	التقويم البعدي، وتطبيق أدوات الدراسة، وإغلاق جلسات البرنامج والاتفاق على الجلسة المتابعة.	المحاضرة والحوار والمناقشة

(و) مكان تطبيق البرنامج: تم تنفيذ جلسات البرنامج في المكتب الخاص بالباحث

بقسم الصحة النفسية بكلية التربية جامعة المنيا.

(ز) تقويم البرنامج:

تم تقويم البرنامج بالطرق الآتية:

(١) التقويم الأولي: تم عرض البرنامج على مجموعة من المتخصصين في الصحة

النفسية والإرشاد النفسي، وتم تعديل ما اقترحه المتخصصون، ومن هذه المقترحات:

- زيادة مساحة التدريب على مهارات اليقظة العقلية ومهارة التأمل والوعي،  
واستخدام الأمثلة الملموسة الواضحة.

- أن يتضمن البرنامج مراحل تقييمية تشمل عملية تقييم في نهاية كل جلسة من  
جلسات البرنامج، وأخيراً جلسة تقييمية في نهاية البرنامج.

(٢) التقييم البنائي: يكون هذا التقييم مصاحباً لعملية تطبيق البرنامج والتغذية الراجعة  
في كل جلسة، وأيضاً التقييم الذي يعقب كل جلسة، والمتمثل في الواجب المنزلي.

(٣) التقييم البعدي والتتبعي: تم تقييم البرنامج من خلال تطبيق أدوات القياس تطبيقاً  
قبلياً، ثم تم تطبيق البرنامج العلاجي المعرفي القائم على اليقظة العقلية على أفراد  
المجموعة التجريبية فقط، ثم تم تطبيق أدوات القياس تطبيقاً بعدياً، كما تم التحقق من  
فاعلية البرنامج بعد مرور شهرين من توقف تطبيق البرنامج.

#### د-خطوات الدراسة:

اتبع الباحث هذه الخطوات في سبيل القيام بهذه الدراسة وتنفيذها:

- ١- تحديد مشكلة الدراسة، ومتغيراتها، والمجتمع الأصلي، وعينتها.
- ٢- إعداد الأدوات اللازمة للدراسة والتحقق من صلاحيتها، والتي تمثلت في: مقياس  
الإجهاد الفكري، ومقياس اليقظة العقلية، ومقياس المشكلات الانفعالية.
- ٣- إجراء الدراسة الاستطلاعية على عينة بلغت (١٥٠) طالباً وطالبة من طلاب  
الجامعة؛ بهدف التأكد من الخصائص السيكومترية لأدوات الدراسة من ثباتها  
وصدقها.
- ٤- تطبيق أدوات الدراسة على العينة الأساسية، وبلغت (٢٤٥) طالباً وطالبة من  
طلاب كلية التربية تم اختيارهم من طلاب الفرقة الأولى والثانية والثالثة بجامعة  
المنيا.
- ٥- إعداد البرنامج العلاجي المعرفي القائم على اليقظة العقلية المستخدم لأعضاء  
المجموعة التجريبية، والتأكد من صلاحيته.

٦- اختيار عينة الدراسة التجريبية من العينة الأساسية، وقد بلغت (١٦) طالبًا وطالبة، تم تقسيمهم عشوائيًا إلى مجموعتين: تجريبية وضابطة، ثم التحقق من تجانس العينة موضع الدراسة قبل تطبيق البرنامج العلاجي المعرفي القائم على اليقظة العقلية، وذلك من حيث: الإجهاد الفكري، واليقظة العقلية، والمشكلات الانفعالية، والعمر الزمني.

٧- إجراء القياس القبلي لمستوى الإجهاد الفكري واليقظة العقلية والمشكلات الانفعالية لأفراد المجموعتين: التجريبية والضابطة قبل البدء في تطبيق البرنامج.

٨- تطبيق جلسات البرنامج العلاجي المعرفي القائم على اليقظة العقلية للحد من الإجهاد الفكري بصورة جماعية على أفراد المجموعة التجريبية من الأحد ٢٠٢٣/٢/١٩م وحتى الخميس ٢٠٢٣/٣/٣٠م، وبواقع ثلاث جلسات أسبوعيًا تقريبًا، واستغرق تطبيق البرنامج إلى ستة أسابيع، كما تراوحت زمن الجلسة من (٤٥) دقيقة إلى (٦٠) دقيقة.

٩- إجراء القياس البعدي لمستوى الإجهاد الفكري واليقظة العقلية لأفراد المجموعتين: التجريبية والضابطة بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج.

١٠- إجراء القياس التتبعي لمستوى الإجهاد الفكري واليقظة العقلية لأعضاء المجموعة التجريبية بعد مرور شهرين على انتهاء البرنامج كفترة متابعة - كزمن استغراق جلسات البرنامج العلاجي - للتحقق من استمرار فاعلية البرنامج العلاجي المستخدم في هذه الدراسة.

١١- إعطاء درجة للاستجابات، وجدولة الدرجات، وإجراء العمليات الإحصائية المناسبة، وقد تمثلت الأساليب الإحصائية التي لجأ إليها الباحث إليها في سبيل استخلاص نتائج هذه الدراسة في الأساليب التالية: اختبار

ويلكوكسون (Wilcoxon(W)، واختبار مان ويتني (Mann-Whitney(U)، وقيمة (Z).

١٢- استخلاص النتائج وتفسيرها، وصياغة بعض التوصيات والبحوث المقترحة التي نبعت مما أسفرت عنه الدراسة الراهنة من نتائج.  
نتائج الدراسة:

#### أ- نتيجة الفرض الأول:

ينص هذا الفرض على أنه: "توجد علاقة ارتباطية سالبة دالة إحصائياً بين اليقظة العقلية والإجهاد الفكري لدى عينة من طلاب الجامعة". وللتحقق من صحة هذا الفرض قام الباحث بحساب معاملات الارتباط بين درجات أفراد العينة الأساسية على مقياس اليقظة العقلية وبين درجاتهم على مقياس الإجهاد الفكري، ويوضح جدول (٦) نتائج ذلك:

#### جدول (٦)

معاملات الارتباط بين اليقظة العقلية والإجهاد الفكري لدى عينة الدراسة (ن=٢٤٥)

المتغيرات	الشعور بالإعياء والتعب الذهني	الشعور بالنقص وعدم الكفاءة	الدرجة الكلية للإجهاد الفكري
الوعي	**٠,٦٢١-	**٠,٥٩١-	**٠,٧٥٨-
التقبل	**٠,٧١١-	**٠,٦٩١-	**٠,٦٢٠-
الدرجة الكلية لليقظة العقلية	**٠,٧٢٣-	**٠,٧٢٢-	**٠,٨٣٥-

(\*\*) دال إحصائياً عن مستوى (٠,٠١)

يتضح من جدول (٦) وجود ارتباط سالب ودال إحصائياً عند مستوى (٠,٠١) بين اليقظة العقلية بأبعادها والإجهاد الفكري لدى أفراد العينة الأساسية، وهذا يعني أنه كلما ارتفع مستوى اليقظة العقلية لدى الفرد انخفض تبعاً لذلك الإجهاد الفكري لديه، والعكس صحيح، وبالتالي تتحقق صحة الفرض الأول.

## تفسير نتائج الفرض الأول:

يمكن تفسير هذا الارتباط في إطار الدراسات السابقة والإطار النظري، حيث إن العلاقة بين اليقظة العقلية والإجهاد الفكري علاقة عكسية، ويعني هذا أنه كلما كانت الدرجة مرتفعة على مقياس الإجهاد الفكري، تقل الدرجة على مقياس اليقظة العقلية، وبالتالي تقل كفاءة الفرد في مواجهة الإجهاد الفكري لديه، وهذا ما يزيد من معاناة الفرد من المشكلات النفسية الناتجة عن الأفكار السلبية، وهذه المشكلات المرتبطة بالتفكير السلبي قد تكون صحية أو اجتماعية أو أسرية أو أكاديمية، حيث تسمح اليقظة العقلية بمواجهة الأفكار السلبية والانفعالات التي تبعث لدى الفرد الكآبة، وتقلل من الانفعال السلبي وتُحسن المزاج والصحة النفسية (Geller & Greenberg, 2023, p.213).

كما يؤكد هذا الارتباط السلبي لدى عينة الدراسة الأساسية على العلاقة العكسية الصريحة، بين أساليب الوعي والانتباه التي تجعل الفرد أكثر وعياً بكل جوانب الذكريات الشخصية، كما تتيح اليقظة العقلية الفرصة أمام الفرد لإخراج كل ما هو غير شعوري إلى الشعور، وتقليل من الضغوط النفسية المتمثلة في الأفكار السلبية والإجهاد الفكري، واليقظة العقلية هي إحدى الأساليب التكيفية التي أشارت دراسات مختلفة إلى فائدتها في تصحيح كثير من الاستجابات السلبية التي يواجه بها الفرد المواقف المقلقة والأفكار السلبية التي تنتج الإجهاد الفكري لديه، والتي تقلل من كفاءة الفرد العامة على التصدي للصعوبات المختلفة التي تواجهه في حياته (Gawande, Smith, Comeau, Creedon, Wilson, Griswold, Turcotte, Lakatos, & Cook, Loucks, & Schuman-Olivier, 2023؛ Oddson, 2023)، وبالتالي فإن الفرد الذي يعاني من ضعف في مهارة اليقظة العقلية من الطبيعي أن يعاني من الإجهاد الفكري.

## ب- نتيجة الفرض الثاني:

ينص هذا الفرض على أنه: "توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية رتب درجات المجموعة الضابطة في القياس البعدي على مقياس الإجهاد الفكري لصالح المجموعة التجريبية". وللتحقق من صحة هذا الفرض قام الباحث بحساب اختبار مان-وتني، وتوضح نتائج هذا الفرض في جدول (٧):

### جدول (٧)

نتائج اختبار مان-وتني لدلالة الفرق بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية ورتب درجات المجموعة الضابطة في القياس البعدي لمقياس الإجهاد الفكري

الأبعاد	نوع المجموعة	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	U	W	Z	مستوى الدلالة	اتجاه الدلالة
الشعور بالإعياء والتعب الذهني	تجريبية	٨	٤,٥٦	٣٦,٥٠	٠,٥٠	٣٦,٥	٣,٣١٥	عند ٠,٠٠١	المجموعة الضابطة
	ضابطة	٨	١٢,٤٤	٩٩,٥٠					
الشعور بالنقص وعدم الكفاءة	تجريبية	٨	٤,٥٠	٣٦	٠,٠٠	٣٦	٣,٣٧١	عند ٠,٠٠١	المجموعة الضابطة
	ضابطة	٨	١٢,٥٠	١٠٠					
الدرجة الكلية	تجريبية	٨	٤,٥٠	٣٦	٠,٠٠	٣٦	٣,٣٧٦	عند ٠,٠٠١	المجموعة الضابطة
	ضابطة	٨	١٢,٥٠	١٠٠					

يتضح من الجدول (٧) أن قيمة U المحسوبة أقل من قيمة U الجدولية (قيمة U الجدولية = ١٥ عند مستوى دلالة ٠,٠١)، وهذا يشير إلى أن هناك فروقاً دالة إحصائية عند (٠,٠١) لصالح أفراد المجموعة التجريبية على مقياس الإجهاد الفكري بعد تطبيق برنامج العلاج المعرفي القائم على اليقظة العقلية في الوضع الأفضل، وهذا يدل على فاعلية البرنامج العلاجي المعرفي القائم على اليقظة العقلية في خفض

الإجهاد الفكري لدى أفراد المجموعة التجريبية عينة الدراسة من طلاب الجامعة بعد تطبيق برنامج العلاج المعرفي القائم على اليقظة العقلية، وهذا يعني صحة الفرض الأول.

### ج-نتيجة الفرض الثالث:

ينص هذا الفرض على أنه: "توجد فروق دال إحصائياً بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس الإجهاد الفكري بعد تطبيق البرنامج المعرفي القائم على اليقظة العقلية، لصالح متوسطات رتب درجاتهم في القياس البعدي"، وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام اختبار ويلكوكسون Wilcoxon Test، ويوضح جدول (٨) النتائج التي تم الحصول عليها عند معالجة الفرض الثاني إحصائياً:

### جدول (٨)

نتائج اختبار ويلكوكسون لدلالة الفرق بين متوسطي رتب درجات

أفراد المجموعة التجريبية في القياسين : القبلي والبعدي لمقياس الإجهاد الفكري الدرجة الكلية (ن=٨)

الأبعاد	توزيع الرتب	ن	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة (Z)	مستوى الدلالة	اتجاه الدلالة
الشعور بالإعياء والتعب الذهني	الرتب السالبة	٠	٠	٠	٢,٣٧٥	٠,٠١ دالة	القياس القبلي
	الرتب الموجبة	٧	٤	٢٨			
	الرتب المتساوية	١	٠	٠			
الشعور بالنقص وعدم الكفاءة	الرتب السالبة	٠	٠	٠	٢,٥٢١	٠,٠١ دالة	القياس القبلي
	الرتب الموجبة	٨	٤,٥	٣٦			
	الرتب المتساوية	٠	٠	٠			
الدرجة الكلية	الرتب السالبة	٠	٠	٠	٢,٥٢٤	٠,٠١ دالة	القياس القبلي
	الرتب الموجبة	٨	٤,٥	٣٦			
	الرتب المتساوية	٠	٠	٠			



يتضح من جدول (٨): وجود فروق دالة إحصائياً عند مستوى (٠,٠١) بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في الإجهاد الفكري قبل وبعد تطبيق البرنامج العلاجي المعرفي القائم على اليقظة العقلية، حيث كانت الفروق لصالح القياس البعدي في الوضع الأفضل، وهذا يشير إلى صحة الفرض الثاني. وللتأكد من الدلالة العملية للنتائج التي تم الحصول عليها من معالجة الفرض الثاني والثالث إحصائياً، تم حساب حجم تأثير البرنامج العلاجي المعرفي القائم على اليقظة العقلية (المتغير المستقل) في خفض الإجهاد الفكري (المتغير التابع) باستخدام معادلة قوة العلاقة بين المتغيرين المستقل والتابع باستخدام معامل الارتباط الثنائي لرتب الأزواج المرتبطة (الدردير، ٢٠٠٦، ص. ١٥٤؛ حسن، ٢٠١٠، ص. ٢٨٣). يوضحها جدول (٩)، والذي يتم حسابه من المعادلة التالية:

$$r = \frac{4(T_1)}{n(n-1)} - 1$$

حيث  $r$  = قوة العلاقة (معامل الارتباط الثنائي لرتب الأزواج المرتبطة)  $(T_1^*)$  = مجموع رتب ذات الإشارة الموجبة،  $n$  = عدد الأزواج الدرجات .

#### جدول (٩)

قيمة حجم التأثير للبرنامج العلاجي لخفض الإجهاد الفكري

نوعية التأثير	قيمة قوة العلاقة rprb	قيمة T الموجبة	n	المتغير
كبير	١,٥٧	٣٦	٨	الدرجة الكلية

ومن خلال جدول (٩) جاءت قيمة قوة العلاقة (معامل الارتباط الثنائي لرتب الأزواج المرتبطة) أكبر من (٠,٩)؛ فيدل ذلك على علاقة قوية جداً وحجم تأثير قوي جداً،

(\*) ويتم تفسير (r) كما يلي: إذا كان (r) > ٠,٤، فيدل على علاقة ضعيفة وحجم تأثير ضعيف؛ إذا كان (r) > ٠,٧، فيدل على علاقة متوسطة وحجم تأثير متوسط؛ إذا كان (r) > ٠,٩، فيدل على علاقة قوية وحجم تأثير قوي؛ إذا كان (r) > ٠,٩، فيدل على علاقة قوية جداً وحجم تأثير قوي جداً (حسن، ٢٠١٠، ص. ٢٨٣).

ومن هنا يتأكد لنا تمتع البرنامج المستخدم المتغير المستقل بدرجة عالية من التأثير في المتغير التابع (الإجهاد الفكري).

### تفسير نتائج الفرض الثاني والثالث:

تشير نتائج الفرض الثاني والثالث إلى فاعلية العلاج المعرفي القائم على اليقظة العقلية في خفض الإجهاد الفكري لدى طلاب الجامعة ذوي المشكلات الانفعالية، وتتفق هذه النتيجة مع نتائج بعض البحوث والدراسات التي توصلت إلى فاعلية العلاج المعرفي القائم على اليقظة العقلية في خفض الإجهاد الفكري، حيث تشير بعض الدراسات إلى أن اليقظة العقلية تساعد الأشخاص ذوي المشكلات الانفعالية على تحديد المواقف التي تؤدي إلى الاكتئاب والتوتر والقلق، بالتالي الحد من الإجهاد الفكري، والتعرف على أنفسهم بشكل أفضل، وتحديد نقاط قوتهم وضعفهم، ثم التعامل معهم باستخدام استراتيجيات المواجهة. ونتيجة لذلك، يجدون القوة للسيطرة على قلقهم وأفكارهم المقلقة، وبالتالي، يتم تقليل مستويات الاكتئاب والتوتر والقلق باستمرار (Sharifi-Shaki et al, 2015).

وتتماشي نتائج هذه الدراسة مع نتائج دراسات كل من: ( Elices, et al., 2022؛ Chen, et al., 2021؛ Baer, et al., 2021) التي أكدت جميعها على فعالية هذا العلاج المعرفي القائم على اليقظة العقلية في خفض الاكتئاب واضطرابات القلق، حيث تم ملاحظة انخفاض في أعراض الاكتئاب، وانخفاض بعض المشكلات الانفعالية التي تتعلق بأعراض القلق والتوتر لدى الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات في التفكير، كما أظهرت فاعلية العلاج القائم على اليقظة في تقليل القلق المرتبط بالألم. من أجل تفسير تلك النتائج، من خلال تغييرات في مواقف الأفراد وأفكارهم بمرور الوقت بسبب قيوده الجسدية والنفسية والاجتماعية.

يقدم العلاج المعرفي القائم على اليقظة طريقة مميزة للتعامل مع الإثارة والضيق، والتخلي عن الأفكار السلبية وعدم الانخراط فيها يمنع الشخص من الاجترار

العقلي، وفي تمارين اليقظة يدرك الأفراد العلاقة بين الأفكار والعواطف والأحاسيس الجسدية في كل لحظة، ونتيجة لهذا الوعي، يتم تحديد الأفكار والحالات الاكتئابية وتقليلها تدريجياً من خلال ممارسة التخلي عن هذه الأفكار وقبولها (Weintraub, Denenny, Ichinose, Zinberg, Done, Brown, Bearden, & Miklowitz, 2023)، كما أن اليقظة تقلل الأفكار السلبية لدى مرضى الاكتئاب من خلال التنظيم العاطفي (Moore, Lau, Haigh, E. Willett, Bosma, & Fresco, 2022).

نظراً للتمارين الواعية والوعي بالحواس الجسدية، يركز المرضى مزيداً من الاهتمام على الجسم، مما يزيد بدوره من وعي الجسم ومشاعره وأفكاره المتعلقة بالقلق، مما يحسن شعور الشخص بالسيطرة على الأعراض ويؤدي إلى تقليل القلق، التوتر والقلق من العوامل النشطة في خلق وزيادة الأفكار والمخاوف المختلفة (Geller & Greenberg, 2023). نعتقد أن العلاج المعرفي القائم على اليقظة هو عنصر أساسي في رفع الوعي الذاتي اللازم للتمكين والاستجابات المثلى في المواقف الحرجة لمنع تجربة القلق ويعمل كمحفز وقائي قوي (Ferguson, Dinh-Williams & Segal, 2021, p.620). وفقاً لنتائج هذه الدراسة والأبحاث المذكورة أعلاه، يمكن الاستنتاج أن العلاج المعرفي القائم على اليقظة يمكن أن يكون فعالاً في تقليل الأعراض النفسية للمرضى، وتحقيق السعادة والفرح في أنشطتهم اليومية من خلال التغييرات في المحتوى المعرفي للمرضى، وتوفير استراتيجيات للتعامل مع المشاكل المتعلقة بالاضطرابات النفسية.

#### د-نتيجة الفرض الرابع:

ينص هذا الفرض على أنه: "توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية رتب درجات المجموعة الضابطة في القياس البعدي على

مقياس اليقظة العقلية لصالح المجموعة التجريبية". وللتحقق من صحة هذا الفرض قام الباحث بحساب اختبار مان-وتني، وتوضح نتائج هذا الفرض في جدول (١٠):

#### جدول (١٠)

نتائج اختبار مان-وتني لدلالة الفرق بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية رتب درجات المجموعة الضابطة في القياس البعدي لمقياس اليقظة العقلية

الأبعاد	نوع المجموعة	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	U	W	Z	مستوى الدلالة	اتجاه الدلالة
الوعي	تجريبية	٨	١٢,٥٠	١٠٠	٠,٠٠	٣٦	٣,٣٦٦	٠,٠٠١	دالة عند التجريبية
	ضابطة	٨	٤,٥٠	٣٦					
التقبل	تجريبية	٨	١٢,٥٠	٣٦	٠,٠٠	٣٦	٣,٣٦٨	٠,٠٠١	دالة عند التجريبية
	ضابطة	٨	٤,٥٠	١٠٠					
الدرجة الكلية	تجريبية	٨	١٢,٥٠	٣٦	٠,٠٠	٣٦	٣,٣٦٧	٠,٠٠١	دالة عند التجريبية
	ضابطة	٨	٤,٥٠	١٠٠					

يتضح من الجدول (١٠) أن قيمة U المحسوبة أقل من قيمة U الجدولية، وهذا يعني أن هناك فروقاً دالة إحصائياً عند (٠,٠١) لصالح أفراد المجموعة التجريبية على مقياس اليقظة العقلية بعد تطبيق برنامج العلاج المعرفي القائم على اليقظة العقلية، وهذا يدل على فاعلية البرنامج العلاجي المعرفي القائم على اليقظة العقلية في تحسين اليقظة العقلية لدى أفراد المجموعة التجريبية عينة الدراسة من طلاب الجامعة بعد تطبيق برنامج العلاج المعرفي القائم على اليقظة العقلية في الوضع الأفضل، وهذا يعني صحة الفرض الرابع.

#### ه-نتيجة الفرض الخامس:

ينص هذا الفرض على أنه: "توجد فروق دال إحصائياً بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس اليقظة العقلية

بعد تطبيق البرنامج المعرفي القائم على اليقظة العقلية، لصالح متوسطات رتب درجاتهم في القياس البعدي". وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام اختبار ويلكوكسون Wilcoxon Test، ويوضح جدول (١١) النتائج التي تم الحصول عليها عند معالجة الفرض الخامس إحصائياً:

### جدول (١١)

نتائج اختبار ويلكوكسون لدلالة الفرق بين متوسطي رتب درجات

أفراد المجموعة التجريبية في القياسين : القبلي والبعدي لمقياس الإجهاد الفكري الدرجة الكلية (ن=٨)

الأبعاد	توزيع الرتب	ن	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة (Z)	مستوى الدلالة	اتجاه الدلالة
الوعي	الرتب السالبة	٠	٠	٠	- ٢,٥٢٧	٠,٠٠١	القياس البعدي
	الرتب الموجبة	٨	٤,٥	٣٦			
	الرتب المتساوية	٠	٠	٠			
التقبل	الرتب السالبة	٠	٠	٠	٢,٥٣٠-	٠,٠٠١	القياس البعدي
	الرتب الموجبة	٨	٤,٥	٣٦			
	الرتب المتساوية	٠	٠	٠			
الدرجة الكلية	الرتب السالبة	٠	٠	٠	٢,٥٢٧-	٠,٠٠١	القياس البعدي
	الرتب الموجبة	٨	٤,٥	٣٦			
	الرتب المتساوية	٠	٠	٠			

يتضح من جدول (١١): وجود فروق دالة إحصائياً عند مستوى (٠,٠٠١) بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في اليقظة العقلية قبل وبعد تطبيق البرنامج العلاجي المعرفي القائم على اليقظة العقلية، حيث كانت الفروق لصالح القياس البعدي في الوضع الأفضل، وهذا يشير إلى صحة الفرض الخامس.

**تفسير الفرض الرابع والخامس:**

تشير نتائج الفرض الثالث والرابع إلى فاعلية العلاج المعرفي القائم على اليقظة العقلية في تحسين اليقظة العقلية لدى أفراد المجموعة التجريبية، ويرجع هذا

إلى أن البرنامج المستخدم في هذه الدراسة يعتمد بصفة أساسية على اليقظة العقلية، حيث اعتمد الباحث أثناء إجراء جلسات البرنامج على تدريب أفراد المجموعة التجريبية على الممارسة النوعية من الوعي الذي يجعل من الفرد مدركًا لكل ما يجري حوله، كما حرص الباحث على تدريب أفراد المجموعة التجريبية على المهارات التي تتكون منها اليقظة العقلية، مثل: الملاحظة الهادفة، والوصف والمشاركة في الحياة الواقعية دون لإصدار للأحكام، والبقاء في اللحظة الحالية مع فاعلية عالية، ومن ثم تشجيع أفراد المجموعة التجريبية على ممارسة هذه المهارات في أنشطة الحياة اليومية من خلال استمارات الواجب المنزلي، حيث قام الباحث في بداية كل جلسة بمراجعة الواجب المنزلي؛ مما يجعل درجة إتقان أفراد المجموعة التجريبية لهذه المهارات عالية نظرًا لتكررها بشكل كافي وفي مواقف ومتعددة.

كما تضمنت جلسات البرنامج العديد من الأنشطة والتدريبات داخلها أو خارجها من خلال استمارات الواجب المنزلي لتنمية اليقظة العقلية لدى أفراد المجموعة التجريبية، ومنها : مهارة العقل الحكيم الذي تشير إلى الحكمة الداخلية التي يتمتع بها كل فرد منا، وحينما نستطيع الدخول إلى تلك الحكمة سنصل إلى حالة العقل الحكيم، وبذلك نكون قادرين على إحداث الاندماج بين الأضداد - التي تتضمن حالات العقل العاطفية والمنطقية - والانفتاح علي العيش في اللحظة الحالية كما هي (Saunders & Kober, 2020).

حيث قام الباحث خلال جلسات البرنامج بتدريب أفراد المجموعة التجريبية على مهارات "ما هي" وهي عبارة عن ماذا عليك أن تفعل حينما تمارس اليقظة العقلية وتلاحظ وتصف وتشارك، وعليكم فعل واحدة فقط من هذه النشاطات أثناء الممارسة، ففي "الملاحظة" عليك تركيز انتباهك على هدف واحد خلال اللحظة الحالية، أما "الوصف" فهو أن تتحدث بكلمات حول ما تلاحظ حولك، و"المشاركة" هي أن تتدمج مع النشاط الذي تقوم به بجميع الإحساسات وبعمق كبير.

لتوضيح ذلك قام الباحث خلال جلسات البرنامج بتدريب أفراد المجموعة التجريبية على ممارسة اليقظة العقلية التي تتضمن: مهارات الوعي، ومهارة التأمل، وهذا يتفق مع كل من (Segal, Williams & Teasdale, 2013) الذي يشير إلى أن مهارة الوعي يمكن ممارستها في أي وقت ومكان، وأنها توجيه الانتباه بطريقة مقصودة نحو اللحظة الحالية والابتعاد عن الحكم أو التماسك بها، بينما يوضح (Alberts & Hulsheger, 2015, p.120) أن مهارة التأمل وهي ممارسة اليقظة العقلية خلال فترات الجلوس والقيام بهدوء في فترة زمنية محددة سلفاً، وهذا يتفق مع (Gu, et al, 2016) الذي يوضح أن في حالة تأمل فإن عقولنا تركز على أحاسيس الجسم، أو المشاعر، أو الأفكار أو التنفس.

#### و-نتيجة الفرض السادس:

ينص هذا الفرض على أنه: "توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية رتب درجات المجموعة الضابطة في القياس البعدي على مقياس المشكلات الانفعالية لصالح المجموعة التجريبية". وللتحقق من صحة هذا الفرض قام الباحث بحساب اختبار مان-وتني، وتوضح نتائج هذا الفرض في جدول (١٢):

#### جدول (١٢)

نتائج اختبار مان-وتني لدلالة الفرق بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية ورتب درجات المجموعة الضابطة في القياس البعدي لمقياس المشكلات الانفعالية

الأبعاد	نوع المجموعة	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	U	W	Z	مستوى الدلالة	اتجاه الدلالة
الدرجة الكلية	تجريبية	٨	٤,٥٠	٣٦	٠,٠٠٠	٣٦	٣,٣٦١	دالة عند ٠,٠١	المجموعة الضابطة
	ضابطة	٨	١٢,٥٠	١٠٠					

يتضح من الجدول (١٢) أن قيمة U المحسوبة أقل من قيمة U الجدولية، وهذا يشير إلى أن هناك فروقاً دالة إحصائية عند (٠,٠١) لصالح أفراد المجموعة

التجريبية على مقياس المشكلات الانفعالية بعد تطبيق برنامج العلاج المعرفي القائم على اليقظة العقلية في الوضع الأفضل، وهذا يدل على فاعلية البرنامج العلاجي المعرفي القائم على اليقظة العقلية في خفض المشكلات الانفعالية لدى أفراد المجموعة التجريبية عينة الدراسة من طلاب الجامعة بعد تطبيق برنامج العلاج المعرفي القائم على اليقظة العقلية، وهذا يعني صحة الفرض الخامس.

### ز-نتيجة الفرض السابع:

ينص هذا الفرض على أنه: "توجد فروق دال إحصائياً بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس المشكلات الانفعالية بعد تطبيق البرنامج المعرفي القائم على اليقظة العقلية، لصالح متوسطات رتب درجاتهم في القياس البعدي". وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام اختبار ويلكوكسون Wilcoxon Test، ويوضح جدول (١٣) النتائج التي تم الحصول عليها عند معالجة الفرض السابع إحصائياً:

### جدول (١٣)

نتائج اختبار ويلكوكسون لدلالة الفرق بين متوسطي رتب درجات

أفراد المجموعة التجريبية في القياسين: القبلي والبعدي لمقياس المشكلات الانفعالية

الدرجة الكلية (ن=٨)

الأبعاد	توزيع الرتب	ن	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة (Z)	مستوى الدلالة	اتجاه الدلالة
الدرجة الكلية	الرتب السالبة	٨	٤,٥	٣٦	٢,٥٣٣	٠,٠١	القياس القبلي
	الرتب الموجبة	٠	٠	٠			
	الرتب المتساوية	٠	٠	٠			

يتضح من جدول (١٣): أن قيمة (Z) دالة عند مستوى (٠,٠١)، وهذا يشير إلى وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس المشكلات الانفعالية بين القياسين: القبلي والبعدي، وذلك لصالح القياس



البعدي في الوضع الأفضل، وتشير هذه النتيجة إلى تأثير البرنامج الذي طُبّق على المجموعة التجريبية في خفض المشكلات الانفعالية لديهم، وهذا يشير إلى صحة الفرض السابع.

### تفسير الفرض السادس والسابع:

تشير نتائج الفرض السادس والسابع إلى فاعلية البرنامج المعرفي القائم على اليقظة العقلية في خفض المشكلات الانفعالية لدى المراهقين ذوي المشكلات الانفعالية، وتتفق هذه النتيجة مع نتائج البحوث والدراسات التي توصلت إلى فاعلية العلاج المعرفي القائم على اليقظة العقلية في خفض المشكلات الانفعالية، مثل: القلق والاكتئاب والغضب، حيث توصلت دراسة الضبع وطلب (٢٠١٣) إلى فاعلية اليقظة العقلية في خفض أعراض الاكتئاب النفسي لدى طلاب الجامعة، كما أكدت نتائج الدراسة على الاهتمام بالاعتقادات الخاطئة نحو الذات والعالم والمستقبل، والتدريب على التأمل والتفكير والتدبر واليقظة العقلية كمدخل في علاج الاكتئاب، ودراسة Ninomiya, Sado, Park, Fujisawa, Kosugi (2019) التي توصلت إلى فاعلية العلاج المعرفي القائم على اليقظة في خفض أعراض اضطراب القلق في أماكن الرعاية الثانوية، ودراسة Elices, et al (2022) التي توصلت إلى فاعلية العلاج المعرفي القائم على اليقظة العقلية في منع انتكاس الاكتئاب وتقليل أعراض الاكتئاب خلال المرحلة الحادة، وكان للبرنامج تأثير فعال في إدارة الغضب.

الجدير بالذكر أن هناك بعض الدراسات تدعم هذه النتائج من خلال التأكيد على العلاقة بين اليقظة العقلية والمشكلات الانفعالية (Tickell, et al., 2020)؛ Belliveau, et al.,؛ Gu, et al., 2015؛ Harp, Freeman, & Neta, 2022 (2021)، وكذلك أشارت بعض الدراسات إلى أن القصور في اليقظة العقلية مرتبط بالمشكلات الانفعالية وخاصة القلق والاكتئاب؛ حيث توصلت نتائج هذه الدراسات إلى وجود علاقة عكسية بين اليقظة العقلية وأعراض الاكتئاب والقلق وتنظيم

الانفعالات (Petrocchi & Ottaviani, 2016؛ Surya, et al., 2020)؛  
(Querstret, et al., 2020؛ Ninomiya, et al. 2019).

وفي ظل تلك المؤشرات، ترجع فاعلية البرنامج العلاجي المعرفي القائم على اليقظة العقلية في خفض المشكلات الانفعالية إلى قيام الباحث بإعداد البرنامج بناءً على توصيات وخطوات البرامج السابقة القائمة على اليقظة العقلية، حيث استفاد الباحث من برنامج (Shallcross, Gross, Visvanathan, Kumar, (2015) الذي تم أعداده للوقاية من الانتكاس في الاضطرابات الاكتئابية الكبرى باستخدام العلاج المعرفي القائم على اليقظة وتحسين الرضا عن الحياة، وبرنامج (Frostadottir & Dorjee(2019) الذي هدف إلى قياس فاعلية العلاج المعرفي القائم على اليقظة العقلية والعلاج المتمركز حول التعاطف في تغير الأعراض واليقظة العقلية والتعاطف مع الذات والاجترار لدى العملاء المصابين بالاكتئاب والقلق والتوتر، وتكون البرنامج من (١٠) جلسات لكل نوع من العلاج، وتم تطبيق البرنامج بطريقة جماعية، وأشارت النتائج إلى تحسين اليقظة العقلية والتعاطف مع الذات، وتخفيف أعراض القلق والاكتئاب والتوتر.

### ح- نتيجة الفرض الثامن:

ينص هذا الفرض على أنه: "لا توجد فروق دال إحصائياً بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على مقياس اليقظة العقلية ومقياس الإجهاد الفكري ومقياس المشكلات الانفعالية بعد توقف البرنامج المعرفي القائم على اليقظة العقلية بشهرين".

وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام اختبار ويلكوكسون لحساب الفرق بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي لمقياس كل من: الإجهاد الفكري اليقظة العقلية والمشكلات الانفعالية، ويوضح جدول (١٤) نتائج هذا الفرض:

جدول (١٤)

نتائج اختبار ويلكوكسون لدلالة الفرق بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في  
المقياسين: البعدي والتتبعي لمقياس كل من: الإجهاد الفكري اليقظة العقلية والمشكلات الانفعالية

المقياس	الأبعاد	توزيع الرتب	ن	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة (Z)	مستوى الدلالة
مقياس الإجهاد الفكري	الشعور بالإعياء والتعب الذهني	الرتب السالبة	٢	٣,٧٥	٧,٥٠	١,١٠١	غير دالة لا يوجد فروق
		الرتب الموجبة	٥	٤,١٠	٢٠,٥٠		
		الرتب المتساوية	١	٠	٠		
مقياس الإجهاد الفكري	الشعور بالنقص وعدم الكفاءة	الرتب السالبة	٢	٤,٥٠	٩	١,٢٦٠	غير دالة لا يوجد فروق
		الرتب الموجبة	٦	٤,٥٠	٢٧		
		الرتب المتساوية	٠	٠	٠		
مقياس الإجهاد الفكري	الدرجة الكلية	الرتب السالبة	٢	٣,٢٥	٦,٥٠	١,٦١٤	غير دالة لا يوجد فروق
		الرتب الموجبة	٦	٤,٩٢	٢٩,٥٠		
		الرتب المتساوية	٠	٠	٠		
مقياس اليقظة العقلية	الوعي	الرتب السالبة	٣	٢,٥٠	٧,٥٠	٠,٦٣٢	غير دالة لا يوجد فروق
		الرتب الموجبة	٣	٤,٥٠	١٣,٥٠		
		الرتب المتساوية	١	٠	٠		
مقياس اليقظة العقلية	التقبل	الرتب السالبة	٢	٣,٠٠	٦,٠٠	٠,٩٥٤	غير دالة لا يوجد فروق
		الرتب الموجبة	٤	٣,٧٥	١٥,٠٠		
		الرتب المتساوية	١	٠	٠		
مقياس اليقظة العقلية	الدرجة الكلية	الرتب السالبة	٣	٢,١٧	٦,٥٠	٠,٨٤٣	غير دالة لا يوجد فروق
		الرتب الموجبة	٣	٤,٨٣	١٤,٥٠		
		الرتب المتساوية	١	٠	٠		
مقياس	الدرجة	الرتب السالبة	٤	٥,٣٨	٢١,٥٠	٠,٤٩٢	٠,٦٢٣

المقياس	الأبعاد	توزيع الرتب	ن	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة (Z)	مستوى الدلالة
المشكلات الانفعالية	الكلية	الرتب الموجبة	٤	٣,٦٣	١٤,٥٠		غير دالة لا يوجد فروق
		الرتب المتساوية	٠	٠	٠		

تكشف المعالجة الإحصائية في جدول (١٤) عن عدم وجود فرق دالة إحصائياً بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي لمقياس كل من: الإجهاد الفكري اليقظة العقلية والمشكلات الانفعالية، حيث تشير هذه النتيجة إلى أن البرنامج العلاجي قد استمرت فاعليته خلال فترة المتابعة، وهي فترة شهر منذ انتهاء جلساته.

#### تفسير نتائج الفرض الثامن:

وبالنظر إلى نتيجة الفرض السابع نجد أن كل من: الإجهاد الفكري واليقظة العقلية والمشكلات الانفعالية لدى أفراد المجموعة الإرشادية في القياسين البعدي والتتبعي لم تختلف، وبذلك يمكن قبول الفرض السابع، وتؤكد نتيجة هذا الفرض أن المهارات والأنشطة والتمرينات المتعلمة خلال جلسات البرنامج المختلفة قد اكتسبت صفة الاستمرارية، وأن مثل هذه المهارات من الصعب نسيانها؛ حيث إنها مهارات حياتية يمارسها الفرد في حياته اليومية، وبالتالي فإن الفرد في حاجة إلى استخدام مثل هذه المهارات بصورة دائمة، ويمكن تفسير هذه النتيجة في إطار ما تشير إليه الأدبيات من أن العلاج المعرفي القائم على اليقظة العقلية ينصب التركيز فيه على تغيير الوعي والعلاقة بالأفكار والمشاعر والأحاسيس الجسدية، وإن جوانب العلاج السلوكي المعرفي المدرجة في العلاج القائم على اليقظة العقلية هي في المقام الأول تلك المصممة لتسهيل وجهات النظر "اللامركزية"، مثل: "الأفكار ليست حقائق" (Kabat-Zinn, & Santorelli, 2005, p.35)، كما يساعد العلاج المعرفي القائم على اليقظة العقلية على تعلم بعض المهارات التي تسمح للأفراد

بالتخلي عن الروتين المعرفي المعتاد ("التلقائي") المختل ، ولا سيما أنماط التفكير  
الاجتراري المرتبطة بالاكنتاب، كطريقة لتقليل مخاطر الانتكاس وتكرار الاكنتاب في  
المستقبل، إذ أن القيام بذلك يفيد في منع حدوث انتكاسة بعد انتهاء البرنامج العلاجية  
وخلال فترة المتابعة (Hayes, Follette, & Linehan, 2004, p. 26).

كما يدمج العلاج المعرفي القائم على اليقظة (MBCT) كل من: العلاج  
المعرفي السلوكي التقليدي (CBT) مع اليقظة العقلية (Mindfulness) لتزويد  
الأفراد الذين لديهم تاريخ من الاكنتاب بالمهارات اللازمة للكشف عن العلامات  
المبكرة لتدهور الحالة المزاجية والاستجابة لها بكفاءة. أثبتت العديد من الدراسات  
والبحوث التجريبية المضبوطة فعالية العلاج المعرفي القائم على اليقظة (MBCT)  
لمنع انتكاس الاكنتاب الناتج عن التفكير السلبي (Kuyken et al., 2015؛  
Teasdale et al., 2002؛ McCartney et al., 2021).

كما يمكن تفسير النتيجة التي تم الحصول عليها في ضوء ما تضمنه  
البرنامج من مهام الواجبات المنزلية المتعددة وأنشطة وتدريبات من واقع بيئة أفراد  
المجموعة التجريبية، وبالتالي فإنه من المتوقع انتقال أثر التدريب على مثل هذه  
الأنشطة والتدريبات إلى مواقف أخرى حياتية، حيث اعتمد البرنامج في هذه الدراسة  
على الواجب المنزلي الذي يساعد على تعميم الخبرات التي تعلمها أفراد المجموعة  
التجريبية في جلسات البرنامج المختلفة، هذا ما جعل أفراد المجموعة التجريبية  
يستمررون في استخدام تمرينات اليقظة العقلية في حياتهم اليومية، والذي أثر بالتالي  
على متغيرات هذه الدراسة - مثل: الإجهاد الفكري والمشكلات الانفعالية - في صالح  
استمرار التحسن، كذلك يؤكد كل من: بالكين & جانكي (٢٠١٦) على أن الواجب  
المنزلي يساعد الأفراد على التعديلات الإيجابية التي أنجزها الفرد في جلسات البرنامج  
الإرشادي إلى المواقف الواقعية.

كما تضمنت جلسات البرنامج التدريب أفراد المجموعة التجريبية على التمرينات اليقظة العقلية، حيث قام الباحث بمراجعة هذه التمرينات في بداية كل جلسة، وكان من الملاحظ أن أفراد المجموعة التجريبية ربطوا بين ممارسة تمرينات اليقظة العقلية وخبرات اليومية، وهذا يتفق مع البحوث والدراسات التي اعتمدت على فنية وتدرجات وتمرينات اليقظة العقلية في جلسات العلاج المعرفي القائم على اليقظة العقلية (Ninomiya, ؛Surya, et al., 2020 ؛ Weintraub, et al, 2023 ؛ Elices, ؛Sado, M., Park, Fujisawa, Kosugi, Nakagawa, et al, 2019 et al, 2022)، ونظرًا لما أسفرت عنه نتائج الفرض الثامن من عدم وجود فرق دالة إحصائيًا بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على مقياس كل من: الإجهاد الفكري واليقظة العقلية والمشكلات الانفعالية، فبذلك يتم قبول الفرض الثامن.

#### توصيات الدراسة:

- في ضوء النتائج التي تم التوصل إليها، فإن الباحث يُوصي بما يلي:
- أ- عقد دورات وورش عمل لتنمية مهارات الاستدلال المنطقي والاستراتيجيات الفعالة في تحقيق التكيف النفسي لدى المراهقين، وكذلك دراسة الأفكار السلبية الناتجة عن الإجهاد الفكري بعدد من الخصائص والسمات النفسية، كمفهوم الذات، أو مهارات ما وراء المعرفة لدى المراهقين.
  - ب- تقديم خدمات الإرشاد النفسي في الجامعات من خلال مراكز التوجيه والإرشاد النفسي التي تساعد الطلاب على كيفية التعامل مع الإخفاق والخوف والفشل التي يتعرضون له في حياتهم؛ مما يسبب الإجهاد الفكري لديهم، ومساعدتهم على كيفية حل المشكلات بطريقة علمية ووضع أهداف والتخطيط لتحقيقها.
  - ج- الاستفادة من البرنامج العلاجي المعرفي القائم على اليقظة العقلية المقدم في هذه الدراسة للتوسع في بناء وتصميم البرامج العلاجية باستخدام العلاج المعرفي القائم

على اليقظة العقلية في علاج العديد من الاضطرابات الشخصية: الحدية والتجنبية والاعتمادية لدى طلاب الجامعة.

### البحوث المقترحة:

في ضوء نتائج التي تم التوصل إليها، والتوصيات السابق بيانها، يُقترح إجراء البحوث والدراسات التالية:

- أ- فاعلية العلاج المعرفي القائم على اليقظة العقلية في خفض اضطراب القلق الاجتماعي لدى طلاب الجامعة ذوي المشكلات الانفعالية.
- ب- النموذج البنائي لعلاقة الاجهاد الفكري والتنافر المعرفي والوهن النفسي لدى طلاب الجامعة ذوي اضطراب القلق الاجتماعي.
- ج- مراجعة منهجية وتحليل بعدي لنتائج بعض البحوث التي تناولت فاعلية العلاج المعرفي القائم على اليقظة العقلية مع عينات كLINIكية وغير كLINIكية.
- د- مقارنة بين العلاج المعرفي القائم على اليقظة العقلية والعلاج القائم على التعاطف مع الذات في خفض الاكتئاب والشفقة بالذات لتحسين اليقظة العقلية لدى طلاب الجامعة المضطربين سلوكياً.

## المراجع :

أبو زيد، أحمد محمد جاد الرب ( ٢٠١٧). فاعلية التدريب على اليقظة العقلية كمدخل سلوكي جدلي في خفض صعوبة التنظيم الانفعالي لدى الطالبات ذوات اضطراب الشخصية الحدية وأثره على أعراض هذا الاضطراب. مجلة الإرشاد النفسي- كلية التربية جامعة عين شمس، ٥١، ١-٦٨.

أخرس، نائل محمد عبد الرحمن.(٢٠١٥). أثر برنامج اليقظة الذهنية في خفض أعراض الوهن النفسي لدى عينة من طلاب جامعة الجوف. المجلة الدولية للبحث في التربية وعلم النفس، ٤(٢)، ٣٨٤-٤١٦.

الأنصاري، بدر محمد.(٢٠٢١). الخصائص السيكومترية والصورة المختصرة للصورة الأصلية لمقاييس الاكتئاب والقلق والإجهاد لدى طلاب الجامعة. مجلة المجتمع والثقافة والسلوك البشري، ٢(٢)، ١-١٨.

بالكين، ريتشارد & جانكي، جيرالد. (٢٠١٦). النظرية والتطبيق للتقييم في الإرشاد النفسي. ترجمة: سهام درويش أبو عيطة، وهند عبد المجيد الحموري، عمان: دار الفكر.

الدحادحة، باسم محمد علي.(٢٠١٢). الأفكار السلبية الآلية وعلاقتها بالاستجابات العصابية لدى طلبة جامعة نزوى في ضوء بعض المتغيرات. مجلة دراسات الخليج والجزيرة العربية، جامعة الكويت - مجلس النشر العلمي، ٣٨(١٤٥)، ٢١١-٢٥٨.

الدحادحة، باسم محمد علي.(٢٠١٦). فاعلية التدريب على برنامج التأمل التجاوزي في تحسين مستوى يقظة العقل لدى طالبات جامعة نزوى. مجلة دراسات العلوم التربوية، ٤٣، ٦١٧-٦٣١.



- رياض، سارة عاصم.(٢٠١٨). الإجهاد الفكري في ضوء بعض المتغيرات الديموجرافية لدى طلاب المرحلة الثانوية المتفوقين عقليا. دراسات نفسية، رابطة الاخصائيين النفسيين المصرية، ٢٨(٤)، ٧٨٣-٨٣١.
- زكي، هناء محمد؛ حلمي، أمنية حسن محمد.(٢٠١٩). فعالية برنامج تدريبي قائم علي اليقظة العقلية في تحسين الصمود الأكاديمي لدي طلاب الجامعة. المجلة المصرية للدراسات النفسية، تصدر عن الجمعية المصرية للدراسات النفسية، ٢٩(١٠٤)، ٤٠٩-٤٦٨.
- الضبع، فتحي عبد الرحمن؛ محمود، أحمد علي طلب.(٢٠١٣). فاعلية اليقظة العقلية في خفض أعراض الاكتئاب النفسي لدى عينة من طلاب الجامعة. مجلة الإرشاد النفسي، مركز الإرشاد النفسي، ٣٤، ١-٧٤.
- عبد المجيد، نبيل عبد الغفور؛ الموسوي، قيس فاضل عباس.(٢٠١٣). قياس الإجهاد الفكري لدى طلبة الدراسات العليا. مجلة العلوم التربوية والنفسية، الجمعية العراقية للعلوم التربوية والنفسية، ١٩١، ١٠٠-٢٤١.
- عكاشة، أحمد؛ عكاشة، طارق.(٢٠١٧). الطب النفسي المعاصر. الطبعة السابعة عشرة(مزيدة ومنقحة)، مكتبة الأنجلو المصرية.
- ليهى، روبرت. دليل عملي تفصيلي لممارسة العلاج النفسي المعرفي في الاضطرابات النفسية. ترجمة، يوسف، جمعة سيد، والصبوة، محمد نجيب أحمد.(٢٠٠٦). القاهرة : دار إيتراك للطباعة والنشر والتوزيع.
- محمد، هبة مؤيد.(٢٠١٥). الاجهاد الذهني وعلاقته بالذاكرة قصيرة المدى لدى طلبة الجامعة. مجلة البحوث التربوية والنفسية، ٤٦، ٣٦٠-٣٩٣.
- النجار، هالة عمر.(٢٠١٩). فعالية برنامج إرشادي معرفي سلوكي قائم على اليقظة العقلية في تنمية المرونة النفسية لدى طلاب الجامعة. رسالة الماجستير، كلية التربية جامعة قناة السويس.

النفيعي، سلطانه.(٢٠٢٠). الإجهاد الفكري وعلاقته بالعوامل الخمسة الكبرى للشخصية لدى معلمي الطلبة والمهوبين في مدينة جدة. *المجلة العلمية لإدارة البحوث والنشر العلمي*، ٣٦(١٠)، ٢٤٥-٢٦٣.

نيناء، مايكل؛ ودرابدين، يندي. (٢٠١٩). *العلاج المعرفي السلوكي ١٠٠ نقطة أساسية وتكنيك*. (عبد الجواد خليفة أبو زيد، مترجم). مكتبة الأنجلو المصرية. (العمل الأصلي نشر في ٢٠٠٤).

هوفمان، س جي.(٢٠١٢). *العلاج المعرفي السلوكي المعاصر "الحلول النفسية لمشكلات الصحة العقلية"*. (ترجمة: ، مراد علي عيسى ، مترجم) . دار الفجر للنشر والتوزيع.

Alberts, H. J. E. M., & Hulsheger, U. R. (2015). Applying mindfulness in the context of work: Mindfulness-based interventions. In J. Reb & P. W. B. Atkins (Eds.), *Mindfulness in organizations: Foundations, research, and applications* (pp. 100–132). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107587793.007>

Alsubaie M, Abbott R, Dunn B, Dickens C, Keil TF, Henley W, & Kuyken, W. (2017) Mechanisms of action in mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) and mindfulness-based stress reduction (MBSR) in people with physical and/or psychological conditions: a systematic review. *Clin Psychol Rev*, 55,74–91. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.04.008>

Apoorvagiri, Nagananda M.S. (2013). Mental stress and its implications on reaction time. *International. Journal of Computer Trends and Technology*, 4 (5), 1426-1430.

Arch, J. J., & Landy, L. N. (2015). Emotional benefits of mindfulness. In K. W. Brown, J. D. Creswell, & R. M. Ryan (Eds.), *Handbook of mindfulness: Theory, research, and practice* (pp. 208–224). The Guilford Press.

Baer, R. A. (2003) ``Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review'', *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 125-143.

- Baer, R. A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 125–143. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bpg015>
- Baer, R., Crane, C., Montero-Marín, J., Phillips, A., Taylor, L., Tickell, A., & Kuyken, W. (2021). Frequency of self-reported unpleasant events and harm in a mindfulness-based program in two general population samples. *Mindfulness*, 12, 763–774. <https://doi.org/10.1007/s12671-020-01547-8/Published>
- Belliveau, C., Nagy, C., Escobar, S., Mechawar, N., Turecki, G., Rej, S., & Torres-Platas, S. (2021) Effects of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Peripheral Markers of Stress and Inflammation in Older-Adults with Depression and Anxiety: A Parallel Analysis of a Randomized Controlled Trial. *Front. Psychiatry* 12, 1-10. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.804269>
- Biehler, K., & Naragon-Gainey, K. (2022). Clarifying the relationship between self-compassion and mindfulness: An ecological momentary assessment study. *Mindfulness*, 13, 843–854. <https://doi.org/10.1007/s12671-022-01865-z>
- Bluth, K., & Blanton, P. (2013). Mindfulness and Self-Compassion: Exploring Pathways to Adolescent Emotional Well-Being. *Journal of Child and Family Studies*, 22(7), 881-1024. <https://doi.org/10.1007/s10826-013-9830-2>
- Borkovec, T. D., & Sharpless, B. (2004). Generalized Anxiety Disorder: Bringing Cognitive-Behavioral Therapy into the Valued Present. In S. C. Hayes, V. M. Follette, & M. M. Linehan (Eds.), *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition* (pp. 209–242). The Guilford Press.
- Carmody, J., Baer, R., Lykins, E. & Olendzki, N. (2009). An Empirical Study of the Mechanisms of Mindfulness in a Mindfulness-Based Stress Reduction Program. *Journal of Clinical Psychology*, 65(6), 613-626. <https://doi.org/10.1002/jclp.20579>

- Chen, Q., Yang, G., Lin, S., Li, M., Liu, Z., Fu, Y., & Chen, Y. (2021). The effects of mindfulness-based stress reduction therapy combined with intensive education on the effectiveness of the care and the awareness rate in patients with arthritis and diabetes. *American Journal of Translational Research*, 14(4), 3190– 3197.
- Chu, S. & Mak, W. (2020). How mindfulness enhances meaning in life: a meta-analysis of correlational studies and randomized controlled trials. *Mindfulness*, 11, 177–193. <https://doi.org/10.1007/s12671-019-01258-9>
- Crane, C., Winder, R., Hargus, E., Amarasinghe, M., & Barnhofer, T. (2012). Effects of mindfulness-based cognitive therapy on specificity of life goals. *Cognitive Therapy and Research*, 36(3), 182–189. <https://doi.org/10.1007/s10608-010-9349-4>
- Craske, M. G., & Hazlett-Stevens, H. (2002). Facilitating symptom reduction and behavior change in GAD: The issue of control. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(1), 69–75. <https://doi.org/10.1093/clipsy.9.1.69>
- Cullen, B., Eichel, K., Lindahl, J. R., Rahrig, H., Kini, N., Flahive, J., & Britton, W. B. (2021). The contributions of focused attention and open monitoring in mindfulness-based cognitive therapy for affective disturbances: A 3-armed randomized dismantling trial. *PLoS ONE*, 16(1), Article e0244838. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0244838>
- Darabi, M., Macaskill, A., & Reidy, L. (2017). Stress among UK academics: Identifying who copes best. *Journal of further and Higher Education*, 41(3), 393-412. <https://doi.org/10.1080/0309877X.2015.1117598>
- Day, M. (2017). *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Chronic Pain: A Clinical Manual and Guide*. New York: Guilford Press.
- Desormeau, P. (2016). The Impact of Mindfulness-based Cognitive Therapy on Neural Processing of Sadness Provocation and Depressive Relapse in a High-Risk Sample. *Master of Arts Graduate Department of Psychological Clinical Science*, University of Toronto. <https://hdl.handle.net/1807/74650>

- Dimidjian, S., & Linehan, M. M. (2003). Defining an agenda for future research on the clinical application of mindfulness practice. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 166–171. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bpg019>
- Elices, M., Pérez-Sola, V., Pérez-Aranda, A., Colom, F., Polo, M., Martín-López, L. M., & Gárriz, M. (2022). The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy in primary care and the role of depression severity and treatment attendance. *Mindfulness*, 13(2), 362–372. <https://doi.org/10.1007/s12671-021-01794-3>
- Ferguson, A., Dinh-Williams, L.-A., & Segal, Z. (2021). Mindfulness-based cognitive therapy. In A. Wenzel (Ed.), *Handbook of cognitive behavioral therapy: Overview and approaches* (pp. 595–615). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000218-020>
- Fisher, V., Wen Li, W., & Malabu, U. (2023). The effectiveness of mindfulness-based stress reduction (MBSR) on mental health, HbA1C, and mindfulness of diabetes patients: A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 1-17. <https://doi.org/10.1111/aphw.12441>
- Frostadottir, A. D., & Dorjee, D. (2019). Effects of Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT) and Compassion Focused Therapy (CFT) on symptom change, mindfulness, self-compassion, and rumination in clients with depression, anxiety, and stress. *Frontiers in Psychology*, 10, Article 1099. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01099>
- Gárriz, M., Elices, M., Peretó, M., Martín-López, L. M., Justicia, A., & Pérez, V. (2020). Mindfulness-based cognitive therapy delivered in primary care: A naturalistic, mixed-methods study of participant characteristics and experiences. *Mindfulness*, 11(2), 291–302. <https://doi.org/10.1007/s12671-019-01166-y>
- Gawande, R., Smith, L., Comeau, A., Creedon, T. B., Wilson, C. L., Griswold, T., Cook, B. L., Loucks, E. B., & Schuman-Olivier, Z. (2023). Impact of warm mindfulness on emotion

- regulation: A randomized controlled effectiveness trial. *Health Psychology*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1037/hea0001303>
- Geller, S. M., & Greenberg, L. S. (2023). Mindfulness and self-compassion: Ways to enhance therapeutic presence. In S. M. Geller & L. S. Greenberg, *Therapeutic presence: A mindful approach to effective therapeutic relationships* (pp. 213–235). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000315-012>
- Gu, J., Strauss, C., Bond, R., & Cavanagh, K. (2016). How do mindfulness-based cognitive therapy and mindfulness-based stress reduction improve mental health and wellbeing? A systematic review and meta-analysis of mediation studies. *Clinical Psychology Review*, 37, 1–12. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.01.006>.
- Harp, N. R., Freeman, J. B., & Neta, M. (2022). Mindfulness-based stress reduction triggers a long-term shift toward more positive appraisals of emotional ambiguity. *Journal of Experimental Psychology: General*, 151(9), 2160–2172. <https://doi.org/10.1037/xge0001173>
- Hayes, S. C. (2002). Acceptance, mindfulness, and science. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(1), 101-106.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and Commitment Therapy and the New Behavior Therapies: Mindfulness, Acceptance, and Relationship. In S. C. Hayes, V. M. Follette, & M. M. Linehan (Eds.), *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition* (pp. 1–29). The Guilford Press.
- Hofmann, S. G., Sawyer, A. T., Witt, A. A., & Oh, D. (2010). The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(2), 169–183. <https://doi.org/10.1037/a0018555>
- Juul, L., Pallesen, K. J., Piet, J., Parsons, C., & Fjorback, L. O. (2018). Effectiveness of mindfulness-based stress reduction in a self-selecting and self-paying community

setting. *Mindfulness*, 9(4), 1288–1298. <https://doi.org/10.1007/s12671-017-0873-0>

- Kabat-Zinn J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. Dell Publishing; New York.
- Kabat-Zinn, J. & Santorelli, S. (2005) *Mindfulness-Based Stress Reduction Professional Training Manual*. Worcester, MA: Center for Mindfulness, UMass.
- Kaviani, H., Hatami, N., & Javaheri, F. (2012). The impact of mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) on mental health and quality of life in a sub-clinically depressed population. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 14(1), 21–28.
- Keng, S.-L., Smoski, M. J., Robins, C. J., Ekblad, A. G., & Brantley, J. G. (2012). Mechanisms of change in mindfulness-based stress reduction: Self-compassion and mindfulness as mediators of intervention outcomes. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 26(3), 270–280. <https://doi.org/10.1891/0889-8391.26.3.270>
- Keune, P.M., Bostanov, V., Hautzinger, M., Kotchoubey, B. (2011). Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT), cognitive style, and the temporal dynamics of frontal EEG alpha asymmetry in recurrently depressed patients. *Biological Psychology*, 88(2-3), 243-252. <https://doi.org/10.1016/j.biopsycho.2011.08.008>
- Khorrami, M., Atashpour, S., & Arefi, M. (2020). Comparison of the Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy and Metacognitive Therapy on Psychological Well-Being, Mental Vitality and Resilience of Mothers of Children. *Journal of North Khorasan Medical Sciences*, 12(1), 63-72. <https://doi.org/10.29252/nkjms-12019>
- Khoury, B., Sharma, M., Rush, S. E., and Fournier, C. (2015). Mindfulness-based stress reduction for healthy individuals: a meta-analysis. *Journal of psychosomatic research*, 78(6), 519–528. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2015.03.009>



- Khoury, B., Lecomte, T., Fortin, G., Masse, M., Therien, P., Bouchard, V., Chapleau, M.-A., Paquin, K., & Hofmann, S. G. (2013). Mindfulness-based therapy: A comprehensive meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 33, 763–771. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.05.005>
- Kosugi, T., Ninomiya, A., Nagaoka, M., Hashimoto, Z., Sawada, K., Park, S., Fujisawa, D., Mimura, M., & Sado, M. (2021). Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Improving Subjective and Eudaimonic Well-Being in Healthy Individuals: A Randomized Controlled Trial. *Front. Psychol.* 12:700916. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.700916>
- Kristeller, J. L. (2021). Mindfulness meditation for stress management. In P. M. Lehrer & R. L. Woolfolk (Eds.), *Principles and practice of stress management* (pp. 412–449). The Guilford Press.
- Kuyken, W., Hayes, R., Barrett, B., Byng, R., Dalgleish, T., Kessler, D., Lewis, G., Watkins, E., Brejcha, C., Cardy, J., Causley, A., Cowderoy, S., Evans, A., Gradinger, F., Kaur, S., Lanham, P., Morant, N., Richards, J., Shah, P., Byford, S. (2015). Effectiveness and cost-effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy compared with maintenance antidepressant treatment in the prevention of depressive relapse or recurrence (PREVENT): A randomised controlled trial. *The Lancet*, 386(9988), 63–73. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)62222-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)62222-4)
- Lazarus, R. S., & DeLongis, A. (1983). Psychological stress and coping in aging. *American Psychologist*, 38(3), 245–254. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.38.3.245>
- Lazarus, R.S. & Launier, R. (1978) Stress-Related Transactions between Person and Environment. In: Pervin, L.A. and Lewis, M., Eds., *Perspectives in Interactional Psychology*, Plenum, New York, 287-327. [http://dx.doi.org/10.1007/978-1-4613-3997-7\\_12](http://dx.doi.org/10.1007/978-1-4613-3997-7_12)



- Lu, S. (2015). Mindfulness holds promise for treating depression. *Monitor on Psychology*, 46(3), 50. <https://www.apa.org/monitor/2015/03/cover-mindfulness>
- McCartney, M., Nevitt, S., Lloyd, A., Hill, R., White, R., & Duarte, R. (2021). Mindfulness-based cognitive therapy for prevention and time to depressive relapse: Systematic review and network meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 143, 6–21. <https://doi.org/10.1111/acps.13242>
- McClintock, A. S., Rodriguez, M. A., & Zerubavel, N. (2019). The effects of mindfulness retreats on the psychological health of nonclinical adults: a meta-analysis. *Mindfulness*, 10(8), 1443–1454. <https://doi.org/10.1007/s12671-019-01123-9>
- Mennin, D. S., Heimberg, R. G., Turk, C. L., & Fresco, D. M. (2002). Applying an emotion regulation framework to integrative approaches to generalized anxiety disorder. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(1), 85–90. <https://doi.org/10.1093/clipsy.9.1.85>
- Moore, M. T., Lau, M. A., Haigh, E. A. P., Willett, B. R., Bosma, C. M., & Fresco, D. M. (2022). Association between decentering and reductions in relapse/recurrence in mindfulness-based cognitive therapy for depression in adults: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 90(2), 137–147. <https://doi.org/10.1037/ccp0000718>
- Ninomiya, A., Sado, M., Park, S., Fujisawa, D., Kosugi, T., Nakagawa, A., et al. (2019). Effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy in patients with anxiety disorders in secondary-care settings: a randomized controlled trial. *Psychiatry Clin. Neurosci.* 74, 132–139. <https://doi.org/10.1111/pcn.12960>
- Noordali, F., Cumming, J., & Thompson, J. L. (2017). Effectiveness of mindfulness-based interventions on physiological and psychological complications in adults with diabetes: A systematic review. *Journal of Health Psychology*, 22(8), 965–983. <https://doi.org/10.1177/1359105315620293>

- Petrocchi, N., & Ottaviani, C. (2016). Mindfulness facets distinctively predict depressive symptoms after two years: The mediating role of rumination. *Personality and Individual Differences*, 93, 92–96. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2015.08.017>
- Piet, J., & Hougaard, E. (2011). The effect of mindfulness-based cognitive therapy for prevention of relapse in recurrent major depressive disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 31(6), 1032–1040. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.05.002>
- Piet, J., Würtzen, H., & Zachariae, R. (2012). The effect of mindfulness-based therapy on symptoms of anxiety and depression in adult cancer patients and survivors: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(6), 1007–1020. <https://doi.org/10.1037/a0028329>
- Querstret, D., Morison, L., Dickinson, S., Cropley, M., & John, M. (2020). Mindfulness-based stress reduction and mindfulness-based cognitive therapy for psychological health and well-being in nonclinical samples: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Stress Management*, 27(4), 394–411. <https://doi.org/10.1037/str0000165>
- Ravari, O. N., Mousavi, S. Z., & Babak, A. (2020). Evaluation of the effects of 12 weeks mindfulness-based stress reduction on glycemic control and mental health indices in women with diabetes mellitus type 2. *Advanced Biomedical Research*, 9, 61. [https://doi.org/10.4103/abr.abr\\_133\\_20](https://doi.org/10.4103/abr.abr_133_20)
- Roemer, L., & Orsillo, S. M. (2002). Expanding our conceptualization of and treatment for generalized anxiety disorder: Integrating mindfulness/acceptance-based approaches with existing cognitive-behavioral models. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(1), 54–68. <https://doi.org/10.1093/clipsy.9.1.54>

- Roston, T., & Sanatani, S. (2019). Beyond the exercise stress test: Does the cardiac ryanodine receptor affect intellectual function? *Heart Rhythm*, 16(2), 229-235.  
<https://doi.org/10.1016/j.hrthm.2018.09.003>
- Saunders, D., & Kober, H. (2020). Mindfulness-based intervention development for children and adolescents. *Mindfulness*, 11(8), 1868–1883. <https://doi.org/10.1007/s12671-020-01360-3>
- Schmertz, S., Masuda, A. & Anderson, P. (2012). Cognitive processes mediate the relation between mindfulness and social anxiety within a clinical sample. *Journal of Clinical Psychology*, 68(3), 371 -362. <https://doi.org/10.1002/jclp.20861>
- Schoth, D., Parry, L., & Lioffi, C. (2016). Combined cognitive biases for pain and disability information in individuals with chronic headache: A preliminary investigation. *Journal of Health Psychology*, 23(12), 1610-1621.  
<https://doi.org/10.1177/135910531666413>
- Segal, Z. V., & Ferguson, A. M. (2018). Mindfulness-based cognitive therapy: Treatment development from a common cognitive therapy core. In R. L. Leahy (Ed.), *Science and practice in cognitive therapy: Foundations, mechanisms, and applications* (pp. 159–174). Guilford Press.
- Segal, Z. V., Teasdale, J. D., & Williams, J. M. G. (2004). Mindfulness-Based Cognitive Therapy: Theoretical Rationale and Empirical Status. In S. C. Hayes, V. M. Follette, & M. M. Linehan (Eds.), *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition* (pp. 45–65). The Guilford Press.
- Segal, Z., Williams, J. M., & Teasdale, J. (2002). *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression. A New Approach to Preventing Relapse*. New York, NY: Guilford Publications.
- Segal, Z.V., Williams, J.M.G., & Teasdale, J.D. (2013). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Shallcross, A. J., Gross, J. J., Visvanathan, P. D., Kumar, N., Palfrey, A., Ford, B. Q., et al. (2015). Relapse prevention in major

- depressive disorder: Mindfulness-based cognitive therapy versus an active control condition. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83(5), 964–975. <https://doi.org/10.1037/ccp0000050>.
- Sharifi- Shaki S, Aakhte M, Alipor A, Fahimi-Far A, Taghadosi M, Karimi R et al. (2015). The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy in reducing anxiety and meta-worry in women with recurrent miscarriages. *Feyz*, 19 (4) :334-340. <http://feyz.kaums.ac.ir/article-1-2790-en.html>
- Sipe, W. & Eisendrath, S. (2012). Mindfulness-Based Cognitive Therapy: Theory and Practice. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 57(2), 63-69. <https://doi.org/10.1177/070674371205700202>
- Sipe, W. E.B., & Eisendrath, S. J. (2014). Mindfulness-based cognitive therapy for treatment-resistant depression. In R. A. Baer (Ed.), *Mindfulness-based treatment approaches: Clinician's guide to evidence base and applications* (pp. 61–76). Elsevier Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-416031-6.00003-7>
- Sundquist, J., Palmér, K., Memon, A. A., Wang, X., Johansson, L. M., & Sundquist, K. (2019). Long-term improvements after mindfulness-based group therapy of depression, anxiety and stress and adjustment disorders: A randomized controlled trial. *Early Intervention in Psychiatry*, 13(4), 943–952. <https://doi.org/10.1111/eip.12715>
- Sundquist, J., Sa Lilja, Å., Palmé, K., Memon, A. A., Wang, X., Johansson, L. M., & Sundquist, K. (2015). Mindfulness group therapy in primary care patients with depression, anxiety and stress and adjustment disorders: Randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 206(2), 128–135. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.150243>
- Surya, J., Wibowo, M., & Mulawarman. (2020). Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) Approach in Counseling Practice. *Advances in Social Science, Education and Humanities Research*, Proceedings of the 6th International Conference on Science, Education and Technology (ISET

- 2020), 574,463-466.  
<https://doi.org/10.2991/assehr.k.211125.086>
- Teasdale, J. D., Moore, R. G., Hayhurst, H., Pope, M., Williams, S., & Segal, Z. V. (2002). Metacognitive awareness and prevention of relapse in depression: Empirical evidence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(2), 275–287. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.70.2.275>
- Teasdale, J. D., Segal, Z. V., Williams, J. M. G., Ridgeway, V. A., Soulsby, J. M., & Lau, M. A. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(4), 615–623. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.68.4.615>
- Teasdale, J.D. (1999) Metacognition, Mindfulness and the Modification of Mood Disorders. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 6, 146-155.  
[http://dx.doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-0879\(199905\)6:2<146:AID-CPP195>3.0.CO;2-E](http://dx.doi.org/10.1002/(SICI)1099-0879(199905)6:2<146:AID-CPP195>3.0.CO;2-E)
- Tickell, A., Ball, S., Bernard, P., Kuyken, W., Marx, R., Pack, S., Strauss, C., Sweeney, T. & Crane, C.(2020). The Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) in Real-World Healthcare Services. *Mindfulness*, 11(2), 279–290. <https://doi.org/10.1007/s12671-018-10879>
- Turcotte, J., Lakatos, L., & Oddson, B. (2023). Self-regulation of attention may unify theories of mindfulness. *Psychology of Consciousness: Theory, Research, and Practice*, 10(2), 103–114. <https://doi.org/10.1037/cns0000310>
- Turner, A., Smyth, N., Hall, s., Torres, S., Hussein, M., Jayasinghe, Ball, K., Clow, A.(2020). Psychological stress reactivity and future health and disease outcomes: A systematic review of prospective evidence. *Comprehensive psych neuroendocrinology*, 114:104599.  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.psyneuen.2020.104599>.
- Tyrer, P., Reed, G. M., & Crawford, M. J. (2015). Classification, assessment, prevalence, and effect of personality disorder.

- The Lancet, 385(9969), 717–726.  
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61995-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61995-4)
- van de Weijer-Bergsma, E., Formsma, A. R., de Bruin, E. I., & Bögels, S. M. (2012). The effectiveness of mindfulness training on behavioral problems and attentional functioning in adolescents with add. *Journal of Child and Family Studies*, 21(5), 775–787. <https://doi.org/10.1007/s10826-011-9531-7>.
- Wang, J.; Yu, L.; Ding, F.; Qi, C. Effect of Acute Psychological Stress on Speed Perception: An Event-Related Potential Study. *Brain Sci.* 2023, 13, 423. <https://doi.org/10.3390/brainsci13030423>
- Watkins, E. R. (2008). Constructive and unconstructive repetitive thought. *Psychological Bulletin*, 134(2), 163–206. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.134.2.163>
- Weintraub, M. J., Denenny, D., Ichinose, M. C., Zinberg, J., Morgan-Fleming, G., Done, M., Brown, R. D., Bearden, C. E., & Miklowitz, D. J. (2023). A randomized trial of telehealth mindfulness-based cognitive therapy and cognitive behavioral therapy groups for adolescents with mood or attenuated psychosis symptoms. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 91(4), 234–241. <https://doi.org/10.1037/ccp0000782>
- Wells, A. (2002). GAD, metacognition, and mindfulness: An information processing analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(1), 95–100. <https://doi.org/10.1093/clipsy.9.1.95>
- Yaribeygi, H., Panahi, Y., Sahraei, H., Johnston, T., & Sahebkar, A. (2017). The impact of stress on body function: A review. *Experimental and clinical sciences journal*, 16, 1057-1072. <https://doi.org/10.17179/excli2017-480>.
- Zhang, T., Wang, L., Bai, Y., Zhao, W., Wu, Y., Jiang, W., Fan Q & Qiu, J. (2021). Mindfulness-Based Cognitive Therapy in Major Depressive Disorder: A Study Protocol of a Randomized Control Trial and a Case-Control Study with Electroencephalogram. *Front. Psychiatry* 12, 499633. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.499633>

Zylowska, L., Ackerman, D., Yang, M. H., Futrell, J., Horton, N., Hale, T., Smalley, S. (2008). Mindfulness meditation training in adults and adolescents with add: a feasibility study. *Journal of Attention Disorders*, 11(6), 737–746. <https://doi.org/10.1177/1087054707308502>

# The effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy in reducing intellectual stress among adolescents with emotional problems

By

**Dr. Mostafa Khalil Mahmoud Attallah**

*Assistant professor of mental health*

*Faculty of education- Minia University*

## **Abstract:**

This study aims to reveal the effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy in reducing intellectual stress among adolescents with emotional problems. The study sample (N=16) were university students with emotional problems, classified on two groups, the first was the experimental group of (8) students, the second was the main group of (8) students. Equivalent rates between the two groups were ensured for both the two groups for all the variables of the study. The study used Mental Mindfulness scale (Arabized by Aldaba & Mahmoud, 2017), the Mental Stress Scale (prepared by the researcher), the Emotional problems Scale (Al-Buhairi, 2017), and the therapeutic program (prepared by: the researcher). The results revealed the effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy in reducing the degrees of the experimental group students on intellectual stress, emotional problems and increasing their degrees in mental mindfulness. The effectiveness rate was high, and the program effectiveness continued along the following period after the application of the program, thus, some recommendations and related studies were suggested.

**Key words:** *Mindfulness-Based Cognitive Therapy, Intellectual Stress, Mindfulness, Emotional Problems, Adolescents with emotional problems.*