



جامعة المنصورة
كلية التربية



**فاعلية العلاج المعرفي القائم على اليقظة الذهنية
في علاج اضطراب القلق الاجتماعي
لدى عينة من المراهقين**

إعداد

د/ أحمد مجاور عبد العليم
أستاذ الصحة النفسية المشارك بقسم علم النفس
كلية التربية جامعة القصيم

مجلة كلية التربية – جامعة المنصورة

العدد ١٢٠ – أكتوبر ٢٠٢٢

فاعلية العلاج المعرفي القائم على اليقظة الذهنية في علاج اضطراب القلق الاجتماعي لدى عينة من المراهقين

د / أحمد مجاور عبدالعليم

أستاذ الصحة النفسية المشارك بقسم علم النفس

كلية التربية - جامعة القصيم

الملخص:

هدفت الدراسة إلى التحقق من فاعلية العلاج المعرفي القائم على اليقظة الذهنية في علاج اضطراب القلق الاجتماعي وتنمية مهارات اليقظة الذهنية لدى عينة من المراهقين. واعتمدت الدراسة على المنهج شبه التجريبي ذو المجموعة التجريبية الواحدة. وتكونت عينة الدراسة التجريبية من (١٣) مراهقاً من الذكور، من المترددين على مركز إدراك الطبي النفسي بالقصيم، وقد تراوحت أعمارهم بين ١٦,٢٥ - ١٩ سنة بمتوسط عمر ١٧,٣ سنة، وانحراف معياري ٠,٩٢، وكانت شروط الاختيار؛ عدم تعرضهم سابقاً لأي تدخل من العلاجات النفسية، والموافقة الخطية للانضمام للبرنامج العلاجي والالتزام بالحضور خلال الجلسات، بالإضافة إلى حصولهم على درجات مرتفعة على المقياس ثلاثي الأبعاد للقلق الاجتماعي (الرويتع، ٢٠٠٤)، ودرجات منخفضة على مقياس فلادلفيا لليقظة الذهنية (ترجمة: البحيري وآخرون، ٢٠١٤)، المستخدمين بالدراسة، وقد طبقت عليهم المقاييس السابقة مع البرنامج العلاجي. وتوصلت نتائج الدراسة إلى وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠,٠٥) بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية في القياسات المتكررة خلال فترات التطبيقات (القبلي-البعدي-التبعي) في متغيرات الدراسة وأبعادها، اضطراب القلق الاجتماعي (البُعد المعرفي، البُعد الاجتماعي، البُعد الجسمي-الدرجة الكلية)، واليقظة الذهنية (بُعد الوعي-بُعد القبول-الدرجة الكلية) لصالح التطبيق البعدي عند المقارنة بين القياسين القبلي والبعدي، ولصالح التطبيق التبعي؛ عند المقارنة بين القياسين القبلي والتبعي والبعدي والتبعي؛ مما يشير إلى فاعلية البرنامج العلاجي في خفض أعراض اضطراب القلق الاجتماعي وتحسين مهارات اليقظة الذهنية، بعد الانتهاء من جلسات البرنامج، وبعد فترة زمنية من المتابعة، وبحجم تأثير عالٍ جدًا للتدخل العلاجي.

كلمات مفتاحية: العلاج المعرفي القائم على اليقظة الذهنية، اضطراب القلق الاجتماعي، اليقظة الذهنية.

Abstract:

The study aimed to examine effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy in treating social anxiety disorder and developing of mindfulness skills among a sample of adolescents. The study method is quasi-experimental, with one experimental group. The sample of the study consisted of (13) male adolescents who attended the Edraak Psychiatric Center in Al-Qassim, and their ages ranged from 16.25-19 years, with a mean age of 17.3 years, and a standard deviation of 0.92. The study tools included the scale of three-dimensional for social fear, the Philadelphia Mindfulness Scale, and the treatment program. The results of the study indicated that there were statistically significant differences at the level of significance (0.05) between the mean scores of the experimental group in repeated measurements during the application periods (pre-post-follow-up) in the variables and dimensions of the study; Social anxiety disorder (cognitive dimension, social dimension, physical dimension - total score) and mindfulness (awareness dimension - acceptance dimension - total score) in favor of the post measurement when comparing the pre and post measurements and in favor of follow-up measurement; When comparing the pre and follow-up and post and follow-up measurements. This indicates the effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy in in treating social anxiety disorder and developing mindfulness skills, after completing the program sessions, and after a period of follow-up, with a very high effect size of the therapeutic intervention.

Keywords: Mindfulness-based cognitive therapy, Social anxiety disorder, Mindfulness.

مقدمة:

تُعتبر مرحلة المراهقة من أخطر المراحل العمرية التي يمر بها الفرد عبر مساره النمائي، نظراً لما تتسم به هذه المرحلة من تغيرات نمائية مختلفة؛ في النواحي الجسمية والسيولوجية والعقلية والنفسية والاجتماعية، ونظراً لما تتمتع به هذه المرحلة من خصوصية كبيرة وسمات نمائية معينة، وهي مرحلة انتقالية من الطفولة إلى الرشد، لها أهميتها النمائية في بناء شخصية الفرد، وتطوير مستوى تفكيره وثقافته، كما أنها مرحلة يحتاج فيها الفرد إلى التنفيس عن مشاعره وأفكاره وآرائه من خلال عملية التواصل والتفاعل مع الآخرين في المواقف الاجتماعية المختلفة، وقد تتضمن هذه المرحلة تغييرات وصعوبات تعيق تفاعل المراهق وتكيفه مع الآخرين، وفيها يتعرض المراهق إلى مشكلات متعددة داخلية وخارجية، منها ما يرجع إلى

طبيعة المرحلة ذاتها، وما استحدثته في نفوس المراهقين من تغيرات يشعرون بها ولا يجدون منفذاً لإشباعها أو تحقيقها، أو إلى ما يلقونه من المجتمع من عدم فهم وتقدير وتفاعل إيجابي، حيث يكون المراهق في هذه المرحلة حريصاً على ظهور اجتماعي ملائم أثناء التفاعلات الاجتماعية المختلفة، يمكنه من تقديم انطباع إيجابي عن ذاته للآخرين، الأمر الذي يجعل المراهق عرضة لمشكلات التواصل والتفاعل الاجتماعي مع الآخرين في المواقف الاجتماعية المختلفة وتعرضه للإصابة بأعراض القلق الاجتماعي Social Anxiety (غزو وسمور، ٢٠١٦؛ حجازي، ٢٠١٣؛ Ahghar, 2014). حيث تعتبر عملية التواصل والتفاعل الاجتماعي جوهر الحياة الاجتماعية للمراهق، فمن خلالها يكتشف نفسه ويفهمها، ويكتشف الآخرين ويفهمهم (حامد زهران، ٢٠٠٥).

وقد أكدت العديد من الدراسات والبحوث السيكولوجية على أن القلق الاجتماعي قد يرجع إلى خبرات وذكريات الطفولة المؤلمة المرتبطة بالمواقف الاجتماعية الضاغطة التي تعرض لها الفرد في مرحلة طفولته، سببت له الخوف من مواجهة الآخرين والتفاعل معهم في المواقف الاجتماعية، والتي يظل تأثيرها ظاهراً في بقية مراحل حياته، مسببة له مشكلات واضطرابات نفسية شتى، تجعله يسلك سلوكاً تجنبياً في مواجهة المواقف الاجتماعية (عبدالمجيد، ٢٠٠٤؛ حسنين، ٢٠٠٤؛ الشيخ، ٢٠١٢؛ حجازي، ٢٠١٣؛ Neal, 2001؛ Cody & Teachman, 2011).

ويمثل القلق الاجتماعي أحد أنماط القلق التي ترتبط بالعديد من متغيرات الشخصية كإنخفاض تقدير الذات، والأفكار السلبية عن الذات والآخرين والمجتمع، واضطراب الأداء، وسلوك التجنب، وتشويه الجوانب المعرفية، وإنخفاض التوكيدية، وإنخفاض الثقة بالنفس (AL-Naggar, et al., 2013) وهو يعبر عن استجابة معرفية، وسلوكية، وانهالية لمواقف اجتماعية معينة لدى الفرد، ويتضمن مشاعر الضيق الاجتماعي، والتجنب الاجتماعي، والخوف من التقييم السلبي له من قبل الآخرين، وتجاهل مواطن القوة لديه، وظهور أعراض فسيولوجية مثل: احمرار الوجه، وسرعة ضربات القلب، والدوخة، والعرق الغزير، وارتجاف اليدين والقدمين، والشعور بالغثيان (Ahghar, 2014).

كما تناوله عكاشة وعكاشة (٢٠١٠) بأنه "الخوف من الوقوع محل ملاحظة من الآخرين؛ مما يؤدي إلى تجنب المواقف الاجتماعية، وعادة ما يصاحب ذلك تقييم ذاتي منخفض وخوف من

نقد الآخرين، ويظهر في عدة أعراض مثل: احتقان الوجه أو رعشة باليد، أو غثيان أو رغبة شديدة في التبول" (ص ١٦٤).

وهو يعبر أيضا عن "خوف مرضي مُبالغ فيه وغير معقول، يظهر لدى الأفراد في مواقف التفاعل الاجتماعي والأداء العام، مما يتولد لدى الفرد المُصاب بهذا الاضطراب واعي مُفرط بالذات، وانشغال زائد بتقييمات الآخرين، مع توقع يغلبُ عليه الطابع السلبي، يُصاحبه تغيرات فسيولوجية تُشير إلى النشاط الزائد للجهاز العصبي اللاإرادي، وهو ما يؤدي بدوره إلى سلوكيات التجنب للمواقف المثيرة للرهاب الاجتماعي" (تلاحمة، ٢٠١٧، ص ٢٨).

وقد عرفه الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية DSM-5 والصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي American Psychiatric Association (2013) (APA) بأنه: أحد اضطرابات القلق الذي يتسم بمشاعر الخوف المفرط والقلق الملحوظ والدائم، ومشاعر القلق والخوف أثناء التفاعل مع الآخرين بالمواقف الاجتماعية التي يتعرض لها الفرد، خشية من ملاحظات الآخرين له، مما يؤدي إلى ضعف المهارات الاجتماعية للفرد.

وقد احتل اضطراب القلق الاجتماعي موقعا هاما في التصنيف الدولي الحادي عشر للاضطرابات النفسية (ICD-11) الصادر عن منظمة الصحة العالمية WHO، حيث يضع الاضطراب ضمن فئة "اضطرابات القلق الرهابي"، ويتحدد بأنه اضطراب يبدأ غالبا في مرحلة المراهقة، ويتمركز حول الخوف من نظرة الآخرين، ويؤدي إلى تجنب المواقف الاجتماعية، وغالبا ما يرتبط بانخفاض مستوى تقدير الذات والخوف من النقد (منظمة الصحة العالمية، ٢٠٢٢).

ويتبين من ذلك أن القلق الاجتماعي هو خوف غير منطقي يظهر لدى الفرد في مواقف التفاعل الاجتماعي، ويصاحبه تدني للذات وسوء التوافق النفسي والاجتماعي، مما يؤدي إلى ظهور أعراض جسمية واضحة في تلك المواقف مثل: احمرار الوجه وارتعاش اليدين والعرق وزيادة سرعة ضربات القلب وضيق التنفس، ويترتب على ذلك الانسحاب من المواقف الاجتماعية أو تجنبها.

وتتحدد مظاهر وأعراض القلق الاجتماعي في العديد من السمات والمظاهر، منها: المظاهر المعرفية؛ وتتضح في مجموعة الأفكار والمعتقدات المغلوطة عن الذات، والتقييم السلبي من الآخرين، وتوقع الإهانة والسخرية منهم بالمواقف الاجتماعية، وضعف الثقة بالنفس، وتقييم الذات المنخفض، وانخفاض الكفاءة الاجتماعية للفرد (عكاشة وعكاشة، ٢٠١٠؛ Stein, et al.2001)،

والمظاهر الفسيولوجية؛ وتتضح في احتقان الوجه واحمراره، ورعشة اليد، وسرعة ضربات القلب، وزيادة ضغط الدم، والارتجاف، والعرق، وسرعة التنفس وغيرها من الأعراض التي تظهر نتيجة استثارة الجهاز العصبي (Crozier & Alden, 2005; Norton & Abbott, 2016)، والمظاهر الانفعالية؛ وتظهر في مشاعر الخوف الشديد، والتوتر، والقلق وعدم الشعور بالأمن، والاستثارة العصبية أثناء تفاعل الفرد بالمواقف الاجتماعية، والشعور بالدونية والفشل، وينتج عن ذلك مجموعة من التغيرات الفسيولوجية الجسمية الناتجة عن استثارة الجهاز العصبي (القيطي، ٢٠٠٣؛ Alhgar, 2014)، والمظاهر السلوكية؛ وتظهر في الهروب والانسحاب من المواقف الاجتماعية التي تستثير القلق لدى الفرد، وتجنب المواقف والمناسبات الاجتماعية، وضعف المهارات الاجتماعية والصمت الطويل أثناء المحادثات، وصعوبة المناقشة مع الآخرين، وانخفاض الصوت والتحديث ونقص عام في الاستجابة للآخرين (الخولي، ٢٠١٢؛ Chavira & Stein, 2005).

ويعتبر اضطراب القلق الاجتماعي أحد مشاكل القلق الأكثر شيوعاً وانتشاراً بين البالغين من الشباب والمراهقين، مع معدلات انتشار واسعة بالولايات المتحدة وأوروبا تقدر ما بين ٥-١٢٪ (Bijl, Ravelli, & van Zessen, 1998; Kessler et al., 2005). ويعدّ هذا الاضطراب من أكثر الاضطرابات النفسية تأثيراً على علاقة الفرد بالجماعة، حيث يمثل حوالي (٣٠-٤٠%) من الاضطرابات العصابية وأكثرها شيوعاً في مراحل نموّ الإنسان المختلفة (رضوان، ٢٠٠١)، بالإضافة إلى أن نسبة انتشاره بين المراهقين تصل إلى (١٣,٢٥%) (تلاحمة، ٢٠١٧)، وقد تتراوح نسب انتشاره بين (٧-١٤%) داخل المجتمعات بصورة عامة، كما أنه يمثل (١٣%) من المراجعين بالعيادات والمراكز النفسية بالمجتمعات العربية، وينتشر بصورة أكبر في الفترة العمرية من ١٥-٣٠ عاماً (ابريعم، ٢٠١٦).

وقد شجع ذلك الانتشار المرتفع للقلق الاجتماعي على البحث عن الأسباب المحتملة للقلق الاجتماعي وتطوير تدخلات علاجية نفسية تم التحقق منها علمياً؛ ومن أشهر التدخلات العلاجية العلاج المعرفي السلوكي CBT، وهو من العلاجات الأكثر فعالية لدرجة كبيرة في الحد من أعراض القلق الاجتماعي، مع تحسن بدرجة متوسطة إلى كبيرة في الأعراض المرضية للاضطراب (Rodebaugh et al., 2004). وعلى الرغم من هذه النتائج الجيدة لفاعلية هذا الأسلوب العلاجي، إلا أن هناك عددًا كبيراً من الأشخاص الذين يعانون من اضطراب القلق

الاجتماعي، قد يُظهرون تحسناً محدوداً أو معدوماً بعد التعرض للعلاج المعرفي السلوكي (Rodebaugh et al., 2004; Hofmann & Bögels, 2006).

لذلك؛ فمن الضروري مواصلة تطوير التدخلات العلاجات الحالية، والتحقق من فاعلية التدخلات العلاجية الجديدة التي لديها القدرة على أن تكون أكثر فاعلية لمساعدة الأشخاص الذين يظهرون تحسناً محدوداً أو معدوماً بعيداً عن أسلوب العلاج المعرفي السلوكي. وتؤكد النماذج والنظريات المعرفية للقلق الاجتماعي على أهمية العمليات المعرفية في تطور واستمرارية الاضطراب، حيث نجد أن الأشخاص الذين يعانون من اضطراب القلق الاجتماعي يضعون معايير وأهدافاً غير واقعية عندما يتواجدون في مواقف اجتماعية، مع احتمالية تقييم أدائهم على أنه ضعيف، والمبالغة في تقدير النتائج السلبية للأحداث والمواقف الاجتماعية (Hofmann, 2007; Voncken, et al., 2003, 2010).

وتعتبر عمليات الانتباه غير التكيفية جوهر الإدراك السلبي للمواقف الاجتماعية، فالأفراد القلقين اجتماعياً والذين ينخرطون في المواقف الاجتماعية يواجهون انتباههم إلى أنفسهم، دون التركيز على أداء المهمة المطلوبة، حيث تتضمن عملية الانتباه الموجه للذات: المراقبة والملاحظة للذات، مما يؤدي إلى زيادة وعي الفرد بمشاعره وسلوكه واستجاباته الفسيولوجية أثناء المواقف الاجتماعية، ما يدفع الفرد القلق اجتماعياً لتبني تصوراً داخلياً سلبياً عن كيفية رؤية الآخرين له في الموقف الاجتماعي، مما يزيد من حالة التوتر والقلق لديه، ويعيق أداءه الاجتماعي (Bögels & Mansell, 2004; Schultz & Heimberg, 2008). ومن ثم، فإن التركيز الزائد على الذات أثناء المواقف الاجتماعي، يؤدي إلى زيادة أعراض القلق الاجتماعي، مع وجود مستويات مرتفعة من القلق وسوء الأداء في المهام الاجتماعية (Bögels & Lamers, 2002; Zhou, et al., 2007).

ويهتم الأفراد القلقون اجتماعياً بإشارات التهديد الاجتماعي الخارجية أكثر من الأفراد غير القلقين، ويتوقعون الرفض والسخرية وعدم الموافقة أثناء التعامل والتفاعل مع الآخرين (Bar-Haim, et al., 2007; Rapee and Heimberg, 1997). في حين أن الانتباه الانتقائي نحو المنبهات الإيجابية يساعد الأفراد على زيادة المشاركة الاجتماعية، وزيادة السلوك الاجتماعي الإيجابي، وتقليل الاضطرابات الخارجية، وانخفاض المشاعر السلبية (الخولي، ٢٠١٢؛ Mogg, et al., 2004).

وبالرجوع إلى الدراسات التجريبية والأطر النظرية؛ تبين أن عمليات الانتباه غير التكيفية من أسباب تعرض الفرد لاضطراب القلق الاجتماعي، وبالتالي فإن تغيير عمليات الانتباه غير التكيفية يساعد على التقليل من أعراض القلق الاجتماعي، ويتم ذلك من خلال التدريب على تعديل التحيز المعرفي السلبي لدى الأفراد في المواقف الاجتماعية إلى التحيز المعرفي الإيجابي (Amir, et al., 2008, 2009; Schmidt, et al., 2009)، مما يؤكد على الحاجة إلى إجراء بحوث إضافية حول الدور السببي المحتمل للتحيز المتعمد في القلق الاجتماعي، وفعالية برامج تعديل التحيز المتعمد كتدخلات ناجحة في علاج القلق الاجتماعي (Clarke, et al., 2014).

ومن التدخلات العلاجية التي تركز على عمليات الانتباه غير التكيفية، التدريب على اليقظة الذهنية أو التأمل، وهو أسلوب يعتمد على الانتباه غير المتسرع في الحكم على الخبرات والتجارب الحالية (Kabat-Zinn, 1990). أو الانتباه للخبرة الحالية وتقبلها دون إصدار أحكام، سواء أكانت سارة أو غير سارة، صحية أو مرضية، وتقبل جميع التجارب والخبرات الشخصية كالأفكار والمشاعر والأحداث تماما كما هي في اللحظة الراهنة (Mariatie, & Kristeller, 1999). وتُعرف اليقظة العقلية بأنها المراقبة المستمرة للخبرات والتجارب، والتركيز على الخبرات الحالية أكثر من الانشغال بالخبرات الماضية أو الأحداث المستقبلية، مع تقبل الخبرات والتسامح معها، ومواجهة الأحداث كما هي بالواقع دون إصدار أحكام (وات، ٢٠٢١؛ Cardactiotto, 2008).

وحدد لانجر Langer عام ١٩٨٩م أربع مكونات لليقظة العقلية، هي: البحث عما هو جديد Novelty Seeking، والارتباط والمشاركة Engagement، ويشير إلى توجه الفرد نحو بيئته، بالإضافة إلى تقديم الجديد Novelty Producing، والمرونة Flexibility، ويحددان كيفية تعامل الفرد مع بيئته (Haigh, et al., 2011). بينما أقتراح باير (Baer, 2003) مكونين لليقظة العقلية، هما: التنظيم الذاتي للانتباه؛ ويتضمن عدداً من الصفات، كالاتمام المستمر، والقدرة على الاحتفاظ بالانتباه على موضوع لفترة طويلة من الزمن، والتحول والأفعال، والمرونة العقلية التي تسمح للشخص بتوجيه التركيز من موضوع لآخر، والوعي، والمراقبة، بالإضافة إلى مكون التوجه نحو التجربة والخبرة؛ ويتضمن الالتزام بالفضول نحو الأنشطة العقلية، والقبول بحرية اللحظة تلو اللحظة. ووفقاً لبيشوب وآخرون (Bishop et al., 2004) فإن المكونين الرئيسيين لليقظة الذهنية هما: تحسين التنظيم الذاتي للانتباه، والذي يتضمن الحفاظ على الانتباه وتعديله، بالإضافة إلى مكون الانفتاح وقبول أي تجربة حالية.

وقد زاد الاهتمام بالتدريب على اليقظة الذهنية خلال السنوات السابقة، حيث أُدخلت في العديد من البرامج العلاجية النفسية المتعددة، وتُعدّ العلاج باليقظة الذهنية الموجة الثالثة للعلاج السلوكي، وقد تمثلت الموجة الأولى في العلاج السلوكي الإجرائي عند سكينر، والعلاج السلوكي الكلاسيكي عند بافلوف، بينما تمثلت الموجة الثانية في العلاج المعرفي الذي يركز على المحتوى المعرفي Cognitive Content عند إليس وبيك Ellis & Beck ، وأضافت الموجة الثالثة منظور ما وراء المعرفة والانتباه بشكل مختلط، والذي يركز على عمليات التفكير أكثر من المحتوى، وتعديل الانفعالات، من خلال النظرة للذات كسياق، وإعادة البنية المعرفية للمعتقدات التي تتوسط الانفعالات، والتدريب على اليقظة الذهنية والتأمل وقبول الخبرات الكامنة وراء السلوك غير المرغوب فيه، والالتزام بالسلوك الذي يساعد على التخلص من التوتر والصراع الداخلي للفرد (الضبع وطالب، ٢٠١٣؛ Hayes؛ ٢٠١٣؛ Walsh, 2005; Hathaway & Tan, 2009; et al., 2004).

وقد أثبت العديد من الدراسات أن أسلوب التدريب على اليقظة أو التأمل مرتبط بالتحكم الذاتي في الانتباه المفرط، مثل دراسة والش وآخرين (Walsh et al. (2009) ودراسة جها وآخرين (Jha et al. (2007)، كما وجدت بعض الدراسات أن التدريب على اليقظة الذهنية يؤدي إلى تحسين مهارات الانتباه والتأمل الذاتي واكتشاف التحفيز الخارجي أو التنبيه لدى الفرد (Chambers, et al., 2008; Moore et al., 2012).

كما أشارت العديد من البحوث التجريبية إلى فاعلية البرامج العلاجية القائمة على اليقظة الذهنية في علاج العديد من الاضطرابات النفسية، كالقلق والاكتئاب والضغط النفسية والأفكار والمشاعر السلبية وصعوبات التنظيم الانفعالي (جاد الرب، ٢٠١٧؛ التهامي ومحمد، ٢٠١٨؛ عبدالرحمن ومحمود، ٢٠١٣؛ الختاتنة، ٢٠١٩)، بالإضافة إلى فاعليتها في تحسين الانتباه وزيادة تقدير الذات وزيادة الشفقة بالذات والرضا بالحياة والرفاهية النفسية والمرونة وفاعلية الذات والتفاعل مع الآخرين وتحسين الوجدان الإيجابي (عبدالرحمن، ٢٠١٦؛ Ivtzan, 2015; Chen, 2015; et al., 2016; Mardon, et al., 2016).

وفي دراسة تحليلية لهوفمان وآخرين (Hofmann, et al. (2010) لعدد (٣٩) دراسة تناولت التدخلات العلاجية القائمة على اليقظة الذهنية، تبين أن برامج العلاج المعرفي القائم على اليقظة وبرامج تقليل التوتر القائم على اليقظة الذهنية ذات فاعلية في علاج اضطرابات القلق والمزاج بشكل عام.

وتعتبر دراسة بوجليس وآخرين (Bögels, et al. (2006) من أوائل الدراسات التي تناولت تأثير التدريب على ممارسات اليقظة العقلية في علاج اضطراب القلق الاجتماعي، من خلال تقليل التركيز على الذات، وخفض مستويات القلق الاجتماعي والخوف من التقييم السلبي من الآخرين. وهو ما أكدته دراسة تجريبية أخرى لأوسمان وآخرون (Ossman, et al. (2006) بأن تقنيات اليقظة الذهنية القائمة على القبول والالتزام، قد خفضت من أعراض القلق الاجتماعي. كما أكدت العديد من الدراسات الأخرى أن التدريب على ممارسات اليقظة الذهنية ذو فاعلية في خفض أعراض القلق الاجتماعي وتقليل مستويات القلق (Jazaieri, et al., 2012; Kocovski, et al., 2009)، بالإضافة إلى تأثيرها الإيجابي على تأدية مهارات التأمل الاجتماعي (Cassin, et al., 2009)، والتقليل من التفكير الاجتراري عند التعرض للضغوط الاجتماعية (Rector, 2011)، وانخفاضًا كبيرًا في أعراض القلق الاجتماعي، وزيادة كبيرة في احترام الذات (Kemeny et al., 2012)، وتشير هذه النتيجة الأخيرة إلى أن اليقظة الذهنية تعمل بالفعل على تحسين التحكم في الانتباه، مما يؤدي بدوره إلى تحسين تنظيم العاطفة والتقليل من أعراض القلق.

وقد أكدت العديد من الدراسات على أن سمة اليقظة الذهنية مرتبطة بشكل سلبي بالقلق الاجتماعي، مما يشير إلى أن المستويات الأعلى من اليقظة الذهنية يرتبط بمستويات منخفضة من القلق الاجتماعي، ما يعني أن تقنيات اليقظة الذهنية تؤثر في عمليات الانتباه نفسها، وتساعد بشكل واضح في الحد من أعراض القلق الاجتماعي (Rasmussen & Pidgeon, 2011; Brown & Ryan, 2003).

وتتضمن اليقظة الذهنية العديد من الممارسات؛ كالتنفس Breathing والتأمل Mediation والاستجابة للضغوط النفسية والتمتع بالمزاج الإيجابي وتنظيم العواطف، بالإضافة إلى ممارسات اليقظة الذهنية بالجسد Mindfulness Body؛ كالتفكير بالجسد والتنفس وفهم الأحاسيس وفهم وضعية الجسم، وهناك اليقظة الذهنية بالمشاعر Mindfulness Feeling؛ كالوعي بالمشاعر وفهمها وإدارتها، وأيضًا هناك اليقظة الذهنية بالعقل Mindfulness Mind؛ وتتضمن مراقبة التفكير والانتباه (ألدينا، ٢٠١٩؛ إسماعيل، ٢٠١٧؛ عبدالرحمن، ٢٠١٦، الضبع محمود، ٢٠١٣).

ووفقًا لفان بوكستال وبوجيلز (Van-Bockstaele and Bögels (2014) وبوجيلز وآخرين (Bögels et al. (2006) فإن اليقظة الذهنية تتضمن ثلاثة ممارسات أو تدخلات علاجية

لاضطراب القلق الاجتماعي وهي: الممارسة العلاجية والتي تتضمن تعديل التحيز المعرفي أو الانتباه الانتقائي من خلال التدريب على تعديل التحيز المتعمد نحو الخبرات والمواقف، أما الممارسة العلاجية الثانية فتشير إلى تغيير عمليات الانتباه، من خلال تدريب الانتباه أو تدريب التركيز على المهمة؛ حيث يتم تعليم الأفراد تركيز انتباههم على المهمة التي يقومون بها وعلى البيئة، وبالتالي تقليل التركيز على الذات، بالإضافة إلى الممارسة العلاجية الثالثة وهي التأمل اليقظ، والذي يستهدف عمليات الانتباه غير التكيفية.

وفى ضوء ما سبق تسعى الدراسة الحالية إلى التحقق من فاعلية التدخلات العلاجية التي تستهدف بشكل صريح عمليات الانتباه وبالتحديد التدريب على اليقظة الذهنية Mindfulness (Kabat-Zinn, 1990)، ومدى فاعليته في الحد من أعراض اضطراب القلق الاجتماعي في البيئة العربية، رغم أهميته تأكيد العديد من الدراسات الأجنبية على فاعليته.

مشكلة الدراسة:

يعد اضطراب القلق الاجتماعي من أكثر الاضطرابات النفسية تأثيراً على علاقات الفرد الاجتماعية، وهو أحد أنواع المخاوف المرضية وأحد الاضطرابات التي تشكل خطراً على التفاعل الاجتماعي للمراهقين في بداية حياتهم، كما أنه يرتبط بالعديد من متغيرات الشخصية مثل، انخفاض تقدير الذات، وانخفاض الثقة بالنفس وتقدير الذات، والأفكار السلبية، وتشويه الجوانب المعرفية، والأفكار اللاعقلانية، وانخفاض التوكيدية، واضطرابات الشخصية، وسلوكيات التجنب (حجازي، ٢٠١٣؛ دبابيش، ٢٠١١؛ عثمان، ٢٠١٤؛ البنا وآخرون، ٢٠٠٦؛ الرمادي، ٢٠١٢)؛ وسوء توافق الفرد النفسي والاجتماعي والأكاديمي (حسين، ٢٠٠٩)، وتتمثل سماته الأساسية في الخوف المستمر والتجنب للمواقف التي قد يتعرض فيها الفرد للفحص والتدقيق من قبل الآخرين أثناء التفاعل الاجتماعي (الخولي، ٢٠١٢؛ Ammari, 2005).

ويمثل اضطراب القلق الاجتماعي حوالي (٣٠-٤٠%) من الاضطرابات العصبية وأكثرها شيوعاً في مراحل نمو الإنسان المختلفة وخاصة مرحلة المراهقة (رضوان، ٢٠٠١)، وقد تراوحت نسبة انتشاره بين المراهقين (١٣,٢٥%) كما أشارت بذلك دراسة تلاحة (٢٠١٧)، في حين تتراوح نسب انتشاره داخل المجتمعات بصورة عامة بين (٧-١٤%)، وقد يمثل (١٣%) من المراجعين بالعيادات والمراكز النفسية بالمجتمعات العربية، وينتشر بصورة أكبر في الفترة العمرية من ١٥-٣٠ عام، وهو ما أكدته دراسة ابرييم (٢٠١٦).

ويعاني الأفراد المصابين بأعراض القلق الاجتماعي من التشويه الإدراكي للواقع، والتوقعات السلبية والتمركز حول الذات والتفكير الذاتي الموجه، وتوقع السخرية والتهكم من الآخرين أثناء المواقف الاجتماعية، مما يؤدي إلى التجنب السلوكي للآخرين، وعدم الاندماج معهم والانعزالية والانسحاب من العلاقات الاجتماعية (حجازي، ٢٠١٣؛ الرويتع، ٢٠٠٤). وقد يؤثر بشكل سلبي على النواحي الجسمية للأفراد، ويتمثل ذلك بالشعور بالإرهاق واضطرابات الجهاز التنفسي، وزيادة أو فقدان الوزن، وآلام في المعدة، وآلام في الظهر، إضافة إلى تأثيره على النواحي المعرفية والاجتماعية لهم (Desilva, 2005).

بالإضافة إلى ذلك فإن الأفراد الذي يعانون من أعراض القلق الاجتماعي، يتسمون بعمليات الانتباه غير التكيفية، من خلال توجيه انتباههم إلى أنفسهم، ومراقبة وملاحظة للذات أثناء التفاعلات الاجتماعية، دون التركيز على الأداء الاجتماعي، مما يؤدي إلى تركيز الفرد علي استجاباته الفسيولوجية والانفعالية والسلوكية أثناء المواقف الاجتماعية، ما يدفع الفرد إلى تكوين تصورًا داخليًا سلبيًا عن كيفية رؤية الآخرين له في الموقف الاجتماعي، مما يزيد من حالة التوتر والقلق لديهم، ويعيق أداءهم الاجتماعي (Schultz & Heimberg, 2008; Spurr & Stopa, 2002).

وبالتالي فإن تغيير عمليات الانتباه غير التكيفية يساعد على التقليل من أعراض القلق الاجتماعي، ويتم ذلك بالتدريب على تعديل التحيز المعرفي السلبي لدى الأفراد في المواقف الاجتماعية إلى التحيز المعرفي الإيجابي (Amir et al., 2009; Schmidt, et al., 2009)، من خلال التدخلات العلاجية القائمة على اليقظة الذهنية أو التأمل، وهو أسلوب يعتمد على الانتباه للخبرة الحالية وتقبلها دون إصدار أحكام مسبقة، مع تقبل جميع التجارب والخبرات الشخصية كالأفكار والمشاعر والأحداث تماما كما هي في اللحظة الراهنة (Mariatie, & Kristeller, 1999).

وقد أكدت العديد من الدراسات التجريبية فاعلية هذا الأسلوب في التخفيف من أعراض اضطراب القلق الاجتماعي، كدراسة أوسمان وآخرون (Ossman et al. 2006)، ودراسة جولدين وجروس (Goldin and Gross 2010)، ودراسة كاسين وريكثور (Cassin and Rector 2011) ودراسة كيميبي وآخرون (Kemeny et al. 2012)، ودراسة كوكفيسكي وآخرون (Kocovski, et al. 2009)، ودراسة جازيري وآخرون (Jazaieri et al. 2012). والتي أشارت جميعها إلى الأثر الأكبر للتدريب على مهارات اليقظة الذهنية في التقليل من

مستويات القلق الاجتماعي لدى الأفراد، وأن اليقظة الذهنية تؤدي بالفعل على تحسين التحكم في الانتباه، مما يؤدي بدوره إلى تحسين تنظيم العاطفة والتقليل من مشاعر القلق.

وتبقى الدراسات التي تناولت أسلوب العلاج القائم على اليقظة الذهنية في علاج أعراض القلق الاجتماعي، محدودة ونادرة على مستوى البيئة العربية، رغم أهميته ورغم تأكيد العديد من الدراسات الأجنبية على فعاليته، وكان هذا دافعاً للباحث لإجراء الدراسة الحالية، في محاولة جادة من الباحث لاستيضاح أثر هذا العلاج في تخفيف أعراض القلق الاجتماعي لدى المراهقين، وذلك من خلال تحسين عمليات الانتباه لديهم من خلال التدريب على مهارات اليقظة العقلية، مما يساعدهم على زيادة وعيهم بالواقع الذي يعيشونه، وتنمية الفاعلية الاجتماعية لديهم في المواقف والمناسبات الاجتماعية المختلفة، وزيادة قدرتهم على إنجاز الأهداف والمهام والشعور بالراحة والطمأنينة، مما يؤدي إلى خفض أعراض القلق الاجتماعي لديهم. وفي ضوء ذلك ويمكن بلورة مشكلة الدراسة في التساؤل الرئيس الآتي:

- ما أثر العلاج المعرفي القائم على اليقظة الذهنية في خفض أعراض القلق الاجتماعي لدى عينة من المراهقين؟

ويتفرع من هذا السؤال الأسئلة الفرعية الآتية:

١. هل توجد علاقة ارتباطية بين اليقظة الذهنية وأعراض اضطراب القلق الاجتماعي لدى عينة المراهقين؟

٢. هل العلاج المعرفي القائم على اليقظة الذهنية فعال في خفض أعراض القلق الاجتماعي لدى أفراد المجموعة التجريبية من المراهقين بعد تطبيق جلسات البرنامج العلاجي مباشرة، وبعد انتهاء الجلسات بفترة زمنية محددة (سنة أسابيع) "فترة المتابعة"؟

٣. هل يوجد تأثير للبرنامج العلاجي في تنمية مهارات اليقظة العقلية لدى أفراد المجموعة التجريبية من المراهقين بعد تطبيق جلسات البرنامج العلاجي مباشرة، وبعد انتهاء الجلسات بفترة زمنية محددة (سنة أسابيع) "فترة المتابعة"؟

ولإجابة على أسئلة الدراسة تم صياغة الفرضيات الآتية:

١- توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين اليقظة الذهنية وأعراض اضطراب القلق الاجتماعي لدى عينة المراهقين.

٢- توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية في القياسات المتكررة (القبلي- البعدي- التتبعي) على المقياس ثلاثي الأبعاد للخوف الاجتماعي (الأبعاد والدرجة الكلية)، لصالح القياس البعدي والتتبعي.

٣- توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية في القياسات المتكررة (القبلي- البعدي- التتبعي) على مقياس اليقظة الذهنية (الأبعاد والدرجة الكلية)، لصالح القياس البعدي والتتبعي.

أهداف الدراسة:

تهدف الدراسة الحالية إلى:

١- التحقق من العلاقة بين اليقظة الذهنية وأعراض اضطراب القلق الاجتماعي لدى المراهقين.

٢- الكشف عن مدى فعالية العلاج القائم على اليقظة الذهنية في التخفيف من أعراض القلق الاجتماعي لدى المراهقين.

٣- التعرف على تأثير البرنامج العلاجي في تحسين مهارات اليقظة الذهنية لدى المراهقين بعد تطبيق البرنامج.

٤- التحقق من امتداد أثر جلسات البرنامج العلاجي القائم على اليقظة الذهنية في علاج أعراض القلق الاجتماعي لدى عينة المراهقين إلى ما بعد انتهاء البرنامج العلاجي بفترة زمنية محددة " فترة المتابعة".

أهمية الدراسة:

تبرز أهمية الدراسة الحالية فيما يلي:

أولاً: من الناحية النظرية:

١- تتبع أهمية الدراسة الحالية من خلال إلقاء الضوء على أحد الاضطرابات النفسية الشائعة بين المراهقين، وهو اضطراب القلق الاجتماعي، والذي يُعدّ من المشكلات الخطيرة ذات التأثير السلبي على حياة المراهقين، وتوافقهم النفسي والاجتماعي والتحصيلي.

٢- كما تتبع أهمية الدراسة من خلال التعرض لمرحلة عمرية هامة في حياة الفرد وهي مرحلة المراهقة، وما يعترضها من تغيرات وأزمات فسيولوجية ونفسية واجتماعية، الأمر الذي يستدعي رعاية وعناية من قبل الباحثين والأخصائيين، لدراسة مشكلاتهم وأساليب علاجها، فيساعدهم ذلك على تحقيق مستويات أفضل اجتماعياً وفعالياً وأكاديمياً.

٣- في حدود علم وإطلاع الباحث فإن هناك ندرةً في الدراسات العربية التي تناولت العلاج القائم على اليقظة الذهنية في التخفيف من أعراض اضطراب القلق الاجتماعي لدى المراهقين؛ مما يؤكد أهمية الدراسة من الناحية النظرية.

ثانياً: من الناحية التطبيقية:

- ١- إعداد برنامج علاجي قائم على اليقظة الذهنية في علاج أعراض القلق الاجتماعي لدى المراهقين، بما يتناسب ويتلاءم للتطبيق في البيئة العربية، مما يسهم بدرجة كبيرة في تحقيق التوافق النفسي، والتوافق الاجتماعي، والتوافق الأكاديمي لديهم.
- ٢- الاستفادة من نتائج البحث في توجيه أنظار العاملين في الحقل التربوي والسيكولوجي إلى الاهتمام بالمراهقين الذين يعانون من اضطراب القلق الاجتماعي والسعي نحو تقديم خدمات إرشادية وعلاجية لهذه الفئة، من أجل مساعدتهم في التخلص من أعراض هذا الاضطراب.

مصطلحات الدراسة:

أ-القلق الاجتماعي Social Anxiety:

عرفه الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية DSM-5 والصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي (2013) APA بأنه "نوع من اضطرابات القلق الذي يتميز بالخوف المفرط والقلق الملحوظ والمستمر، وعدم الراحة أثناء التفاعل مع الآخرين في المواقف الاجتماعية التي يتعرض لها الفرد لاحتمالات ملاحظته من قبل الآخرين له وإمعانهم النظر فيه، مما يتسبب ذلك القلق الشديد في ضعف الأداء الاجتماعي للفرد وعلاقاته، كما لا تتناسب أعراض الخوف والقلق مع التهديد الفعلي الذي يمثله الموقف الاجتماعي " (p.203).

كما أشار دليل الاضطرابات العقلية والسلوكية في التصنيف الدولي للأمراض-المراجعة الحادية عشر ICD-11 والصادر عن منظمة الصحة العالمية WHO (تحت المراجعة¹، ٢٠٢٢) بأن اضطراب القلق الاجتماعي يتسم بالخوف أو القلق الملحوظ والمفرط الذي يحدث باستمرار في موقف أو أكثر من المواقف الاجتماعية مثل التفاعلات الاجتماعية (على سبيل المثال، إجراء محادثة)، أو أن يكون تحت الملاحظة (مثل الأكل أو الشرب)، أو الأداء أمام الآخرين (على سبيل المثال، إلقاء خطاب). ويشعر الفرد بالقلق من أنه سيتصرف بطريقة ما سيظهر عليه أعراض

¹<https://icd.who.int/browse11/l-m/ar#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f2062286624>

القلق، والتي سيتم تقييمها بشكل سلبي من قبل الآخرين، ويتم تجنب المواقف الاجتماعية باستمرار أو تحملها مع الخوف أو القلق الشديد، وتستمر الأعراض لعدة أشهر على الأقل وتكون شديدة بدرجة كافية لتؤدي إلى ضائقة كبيرة أو ضعف كبير في المجالات الشخصية أو العائلية أو الاجتماعية أو التعليمية أو المهنية أو غيرها من مجالات الأداء المهمة.

ويعرف الباحث اضطراب القلق الاجتماعي إجرائياً بأنه: شعور زائد بالقلق والخوف من الحكم أو التقييم السلبي أو الرفض من الآخرين خلال المواقف الاجتماعية، خشية التعرض للإحراج أو النظرات الدونية أو ارتكاب الأخطاء خلال هذه المواقف، مما يؤدي إلى الارتباك والتلعثم والتعرق واحمرار الوجه أو الانسحاب من هذه المواقف، ويحدد بالدرجة التي يحصل عليها الفرد على المقياس ثلاثي أبعاد للقلق الاجتماعي المستخدم بالدراسة الحالية.

أبعاد اضطراب القلق الاجتماعي:

تتحدد أبعاد اضطراب القلق الاجتماعي كما أشار إليها الروينغ (٢٠٠٤، ص ١١) في

ثلاثة أبعاد كما يلي:

أولاً: البعد المعرفي: وتتضح في الأفكار المسيطرة على الفرد، مثل: توقع الإحراج أو الإهانة

أو أنه مراقب أو لأن الآخرين يرون ارتبائه وقلقه، أو أنهم يعتبرونه "غيباً" أو "ضعيفاً".

ثانياً: البعد الاجتماعي: ويتضح في التجنب والانسحاب؛ حيث يتجنب الفرد المواقف الاجتماعية

التي تثير مثل تلك المخاوف، سواء أكان الخوف أو القلق الاجتماعي عاماً في كل المواقف

الاجتماعية، أم محددًا بمواقف معينة.

ثالثاً: البعد الجسدي: وهو من الأبعاد التي تعكس بشكل قوي مظاهر القلق في المواقف

الاجتماعية، ويظهر في أشكال عديدة منها: احمرار الوجه، والتعرق، وبرودة اليدين،

واحتباس الصوت وسرعة نبضات القلب وغيرها من المظاهر الجسمية.

ب- اليقظة الذهنية:

استمد مفهوم اليقظة الذهنية جذوره المفاهيمية من الحركات والديانات الشرقية الروحية

وفلسفتها، من خلال الانخراط في ممارسات التأمل والتركيز على العلاقة بين العقل والجسد، وبين

الأفكار والمشاعر، وهو ما يصف اليقظة الذهنية بشكل عام، حيث يستطيع الفرد إدراك وتفسير

العالم المحيط وما به ظواهر ومواقف متعددة، من خلال التأمل والوعي القائم على العمليات

المعرفية والإدراكية للعقل (نوري، ٢٠١٢). واليقظة الذهنية هي ترجمة للكلمة الهندية Sati

والتي تعني الوعي والانتباه والتذكر، للدلالة على عملية السعي لبلوغ حالة من الصفاء الذهني،

ويعد ريس دافيدز Rhys Davids عام ١٨٨١م أول من استخدم مصطلح اليقظة الذهنية Mindfulness كترجمة إنجليزية لهذا المفهوم (Sun, 2014).

وقد تعددت تعريفات اليقظة الذهنية وتطور مفهومها عبر البحوث والدراسات السابقة، منها تعريف كابات-زين (2003) Kabat-Zinn لليقظة الذهنية بأنها: حالة الوعي التي تنشأ من تركيز الانتباه الإرادي على هدف محدد، في الوقت الحاضر لحظة بلحظة، دون توجه نقدي أو إصدار أحكام تقييمية للخبرات والأحداث الحياتية، بل تقبلها والتصالح معها دون التعلق بخبرات الماضي، أو التوجه نحو المستقبل.

كما عرفها نايل (2006) Neale بأنها: البقاء عن قصد في الوقت الحاضر، وتتضمن مفهومين هما: الوعي والانتباه، حيث يمدنا الوعي بالمسح العام والرصد المستمر للخبرة، ويزيد الانتباه من الإحساس بالخبرة وتعميق التركيز عليها. وأكد براوش (2011) Brausch على أن اليقظة الذهنية تعني تركيز الانتباه بشكل مقصود لخبرات اللحظة الحالية أو الراهنة، وتجنب إصدار الأحكام المسبقة، وخلق حالة من الإحساس بالاتزان داخل الفرد. بينما يري كبي وبيدجون (2013) Keye and Pidgein أن اليقظة الذهنية مهارة تعزز المواجهة المتكيفة للأحداث والخبرات الضاغطة، عن طريق التنظيم الذاتي للانتباه تجاه الخبرات الحالية، والانفتاح عليها، وتقبل التوجه نحو الخبرة الحالية أو الراهنة.

كما عرفتها لينهان (٢٠٢٠) بأنها:

عبارة عن فعل واعى يتم من خلال تركيز الذهن والعقل على اللحظة الحالية، والابتعاد عن إصدار الأحكام أو الرفض للحظة الحالية أو التقييد بوقت محدد؛ أي ممارسة نوعية من الوعي الذي يجعل من الشخص مدركاً لما يجري حوله... أما مهارات اليقظة الذهنية فهي "مجموعة من السلوكيات المحددة التي تتم ممارستها والتدريب عليها جميعاً للوصول إلى الوعي واليقظة الذهنية، وتتضمن: الملاحظة الهادفة وتوجيه الانتباه، والوصف والمشاركة في الحياة الواقعية دون إصدار أحكام، والبقاء في اللحظة الحالية مع فاعلية عالية (ص ص ٦٤، ٧١).

ويعرف كارداشيتو وآخرون (2008) Cardaciotto, et al. اليقظة الذهنية بأنها التركيز على الخبرات الحاضرة أكثر من الانشغال بالخبرات الماضية أو الأحداث المستقبلية، والمراقبة المستمرة للخبرات، مع تقبل تلك الخبرات والتسامح معها، ومواجهة كافة الأحداث كما هي في الواقع، وبدون إصدار أحكام تقييمية عليها. وهو التعريف الذي يتبناه الباحث بالدراسة الحالية والذي بني عليها مقياس فلادلفيا لليقظة الذهنية Philadelphia Mindfulness Scale، حيث

تحدد اليقظة الذهنية إجرائياً بالدرجة التي يحصل عليها الفرد على المقياس المستخدم في الدراسة الحالية.

أبعاد اليقظة الذهنية:

تحدد أبعاد اليقظة الذهنية وفقاً إلى كارداشيتو وآخرون (2008) Cardaciotto, et al. إلى بعدين هما:

البعد الأول: الوعي Awareness: أو التصرف الواعي باللحظة الحالية، ويشير إلى الوعي بالسلوك والمشاعر والأحداث والخبرات الآتية الداخلية والخارجية المحيطة بالفرد. البعد الثاني التقبل Acceptance: ويشير إلى تقبل الخبرات والتجارب والتسامح معها دون إصدار أحكام، ومواجهة الأحداث بالكامل كما هي في اللحظة الراهنة.

أسس ممارسات اليقظة الذهنية:

أشار كابات-زين (2003) Kabat-Zinn إلى أن هناك عدد من الأسس في ممارسات اليقظة الذهنية تتمثل في:

- ١- عدم إصدار الحكم Non-Judging: وتعني معايشة الخبرة كما هي في اللحظة الراهنة، بحيادية دون إصدار أحكام تقييمية عليها.
- ٢- الصبر Patience: ويشير إلى الفهم للخبرات والمثيرات في وقتها المحدد، وأن نسمح للأشياء بأن تمضي في مسارها ووقتها ومسارها الطبيعي.
- ٣- عقل المبتدئ Beginner's Mind: من خلال رؤية الخبرات كأنها تحدث لأول مرة.
- ٤- الثقة Trust: وتشير إلى الثقة في اللحظة الراهنة لاستجابتنا لأحداث الحياة، وتركيز قدرتنا فيما نفعله الآن في اللحظة الحالية بالذات بعيداً عن التفكير فيما يجب أن نفعله في زمان ومكان آخرين.
- ٥- عدم السعي Non Striving: ويشير إلى عدم السعي نحو تغيير ما لا يمكن تغييره في الواقع، من خلال ممارسة التحرير الواعي لأنفسنا من القلق حول الأحداث والمواقف التي لا نستطيع تغييرها، أو السعي للوصول إلى نهاية.
- ٦- التقبل Acceptance: ويدل على قبول رؤية الخبرات كما هي في الواقع في اللحظة الراهنة، واستيعاب الأشياء كما هي.

٧- دعها تذهب Letting Go: ويشير إلى ترك الأفكار والمشاعر والمواقف والخبرات تذهب بعيداً عنك، دع الأمور كما هي الآن أمامك، ولا تقف كثيراً عند أفكار أو مشاعر أو خبرات معينة.

العلاج المعرفي القائم على اليقظة الذهنية Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT):

يعد العلاج المعرفي القائم على اليقظة الذهنية (MBCT) من أحدث المداخل العلاجية القائمة على اليقظة الذهنية، وقد تم تطويره من قبل سيجال وويليامز وتيسدال Segal, Williams and Teasdale من (١٩٩٤-٢٠٠٢)، وهو تدخل علاجي قصير الأمد تم تصميمه في الأساس لخفض أعراض الاكتئاب والوقاية من الانتكاسة الاكتئابية، وهو يدمج بين أساليب العلاج المعرفي وممارسات التأمل القائمة على اليقظة الذهنية، بهدف مساعدة الأفراد على تنظيم أفكارهم ومشاعرهم وانفعالاتهم للوصول إلى فهم أفضل لها وخفض مشاعر القلق والتوتر والانفعالات السلبية لديهم، كما يهدف إلى محاولة السيطرة على عملية اجترار الأفكار والتدريب على التركيز والانتباه للمثيرات المختلفة باللحظة الراهنة، مع ملاحظة الأفكار والمشاعر وعدم الاستجابة لها، بل العمل على تقبلها وتجنب إصدار أحكام تقييمية لها، وبركز هذا التدخل العلاجي على عدة فنيات وممارسات كتقبل التجارب والانفعالات الداخلية دون إصدار أحكام، وممارسة الوعي بالجسم، والاتصال بالواقع والأحداث والخبرات الراهنة، وممارسة تدريبات الجلوس والحركة والتنفس والمشي والاسترخاء (Feder, et al., 2012; Segal, et al., 2002-). (2013).

وقام كلاً من فان-بوكستاييل وبوجيلز (Van-Bockstaele and Bögels (2014) بتطوير برنامج العلاج المعرفي القائم على اليقظة (MBCT) والذي يستهدف تخفيف حدة أعراض الاكتئاب ومنع الانتكاسة، من خلال إعادة صياغة الجلسات لعلاج أعراض اضطراب القلق الاجتماعي، مع إضافة ممارسات التدريب على "التركيز على المهام" في إطار التدريب على ممارسات اليقظة، والذي يتبع التدخل العلاجي للقلق الاجتماعي لبوجيلز (Bögels (2006). ويتضمن التدخل العلاجي التدريب على التأمل والتركيز في اللحظة الراهنة، ومساعدة المشاركين على مراقبة أفكارهم ومشاعرهم للتعامل معها بشكل مختلف، والتحكم فيها وتقبلها دون إصدار أحكام تقييمية عليها، بالإضافة إلى التدريب على الانتباه نحو المهام الاجتماعية للفرد خلال المواقف الاجتماعية.

وعليه يتحدد برنامج العلاج المعرفي القائم على اليقظة الذهنية بالدراسة الحالية بأنه:
برنامج مصمم يتضمن مجموعة من الخطوات المنهجية والمنظمة التي يتبعها الباحث في علاج
أعراض اضطراب القلق الاجتماعي، من خلال التدريب على التدخلات العلاجية لليقظة العقلية
والتي تتمثل في التدريب على الانتباه والتركيز على المهمة والتأمل، ومساعدة المشاركين على
مراقبة أفكارهم ومشاعرهم للتعامل معها بشكل مختلف، والتحكم فيها وتقبلها دون إصدار أحكام
تقييمية عليها، بالإضافة إلى التدريب على الانتباه نحو المهام الاجتماعية للفرد خلال المواقف
الاجتماعية، وذلك لمدة ثمانية أسابيع وفق البروتوكول العلاجي المتبع في علاج اضطراب القلق
الاجتماعي.

فنيات واستراتيجيات العلاج المعرفي القائم على اليقظة الذهنية:

يعتمد العلاج المعرفي القائم على اليقظة على مبادئ العلاج المعرفي باستخدام تقنيات مثل
التأمل اليقظ لتدريب الأفراد على الاهتمام والوعي بأفكارهم وتقليل تكرار الأفكار الاجترارية
السلبية، وتحسين قدرة الفرد على الانتباه والوعي بالمشاعر والانفعالات دون إصدار أي أحكام
عليها (Stankovic, 2015; Sipe & Eisendrath, 2012). وتتمثل فنيات التدخل العلاجي
القائم على اليقظة الذهنية فيما يلي (-Crane, 2017; Huxter, 2007; Segal, et al., 2002):
(2013):

- التأمل Meditation: وفيه يمارس الأفراد التأمل الموجه أو الذاتي، من خلال الجلوس
الهادئ وملاحظة ورصد أي شيء يدخل مجال الإدراك مثل: الأفكار والمشاعر والأحاسيس
والتنفس، ما يساعدهم على اكتساب وعي أكبر بجسدهم وأفكارهم وتنفسهم وخبراتهم.
- تمرين مسح الجسم (فحص الجسم) Body scan exercise: أو الوعي بالجسد
Awareness of Body، ويتضمن الاستلقاء أو الاضطجاع، وجذب الوعي والانتباه إلى
أجزاء مختلفة من الجسم، وصولاً للإدراك الكامل للجسم، بدءاً من أصابع القدم والتحرك
لأعلى عبر الجسم وصولاً إلى قمة الرأس، ويتضمن العديد من الأبعاد الفرعية كالتنفس
ووضعية الجسد والفهم الواضح للأفعال والأحاسيس الجسمية خلال التمرين.
- ممارسات اليقظة Mindfulness practices: وتعني ممارسة اليقظة الذهنية بأن تكون أكثر
وعياً باللحظة الحالية، وهو شيء يمكن ممارسته أثناء عملية التأمل، ويمكن أيضاً للأفراد
دمج هذه الأنشطة في الأشياء التي يقومون بها كل يوم، والتي تتضمن الاستماع اليقظ

-
- للكلمات والعبارات والانتباه لها، والتحدث اليقظ والإدراك الواعي لمعاني العبارات، والمشى اليقظ والوعي بحركة القدمين وكافة أجزاء الجسم وغيرها.
- اليقظة الممتدة Mindfulness stretching: وتتضمن التمدد الذهني والعقلي للمساعدة في جلب الوعي لكل من الجسم والعقل.
- اليوجا Yoga: وتشجع هذا التدخل العلاجي الأشخاص على ممارسة أوضاع اليوجا المختلفة، التي تساعد في التدريب على اليقظة العقلية الجسدية الممتدة، من خلال الاعتماد على الممارسة المتكررة والمنتظمة لتمارين التنفس والاسترخاء الجسدي، مع التأمل أثناء وضعيات الجسم المختلفة.
- تنظيم الانتباه Attention Regulation: ويشير إلى تركيز الانتباه على موضوع محدد، وفي حالة حدوث تشتت الانتباه يمكن العودة مرة أخرى إلى حالة التركيز من خلال مرونة الانتباه.
- اليقظة الذهنية بالمشاعر Mindfulness of Feelings: وتشير إلى الوعي باللغة والكلمات الفعالة من الخبرة، وليست المشاعر كما هي لغتنا اليومية.
- اليقظة الذهنية بالعقل Mindfulness of Mind: وتتضمن المشاعر السارة وغير السارة وأنماط التفكير وحالات العقل الذهنية باللحظة الراهنة.
- إلى جانب ممارسة "مساحة التنفس لمدة ثلاث دقائق" والتي تعتمد على التنفس اليقظ، وترتكز على ثلاث خطوات، مدة كل منها دقيقة واحدة (King, et al., 2013):
- ١- مراقبة خبرتك الحالية (كيف حالك الآن؟)
 - ٢- التركيز على أنفاسك
 - ٣- الانتباه والاهتمام بجسمك وأحاسيسك الجسدية.
- بالإضافة إلى ذلك تشمل تقنيات اليقظة الذهنية على العديد من الممارسات، كتأمل الحركة (المشي وحركات الجسم)، وتأمل الجلوس والوعي بـ (التنفس، والأحاسيس الجسدية، والأفكار والأصوات، والمشاعر.. إلخ)، والنشاط اليقظ في أنشطة الحياة (الأكل، القيادة، والتنظيف.. إلخ) والممارسات المنظمة (المراقبة الذاتية، وحل المشكلات.. إلخ)، والقراءة اليقظة (الشعر والقصة مثلا)، والتأملات القصيرة (مساحة تنفس لمدة ثلاثة دقائق في الفراغ) (Mace, 2008).

وهناك أيضاً فنية إدراك الحواس، والتي تتضمن الانتباه بوعي لجميع الحواس، وإدراك الفرد لما يراه، ويسمعه، ويتذوقه، ويستشقه، ويتحدث به، ويشعر به، وذلك أثناء ممارسة أنشطة الحياة اليومية ومنها المشي والحركة؛ حيث يعتبر إدراك الحواس أثناء المشي والحركة من ممارسات اليقظة الذهنية، ويتضمن المشي في مكان فسيح ومتسع، وأثناء المشي يتم التركيز على الإحساس بحركة القدم على الأرض، والتنفس أثناء المشي، وملاحظة الفرد لما حوله من الأشياء والأشخاص، مع البقاء في اللحظة الراهنة، وترك الأفكار المشتتة للفرد وعدم التفكير فيها، مع التأمل في السماء وحركة الرياح ودرجة الحرارة على البشرة، والاستمتاع باللحظة الحالية، مع الانتباه للأحاسيس المختلفة في أجزاء الجسم أثناء المشي والحركة (حميدة، ٢٠١٩).

بالإضافة إلى ممارسات اليقظة الذهنية السابقة، هناك فنية " تدريب التركيز على المهام " Task concentration training (TCT)، والتي تهدف إلى إعادة توجيه انتباه الأفراد إلى الخارج (إلى المهمة والبيئة) بعيداً عن التركيز عن الأعراض الجسدية (احمرار الوجه أو الارتعاش أو التعرق أو التجمد) المصاحبة للمواقف الاجتماعية المؤلمة- والتي تعزز مشاعر القلق والأفكار الذاتية السلبية والتركيز على السلوك غير الصحيح- مما يساعدهم على الخروج من الحلقة المفرغة والمستمرة، والتعامل الصحيح مع الموقف الاجتماعي والأعراض الجسمية المصاحبة له، وذلك من خلال الاهتمام بالأشخاص الآخرين (ذوي الصلة) في تلك الموقف، والتركيز على البيئة بجوانبها غير الضرورية لأداء المهمة (Bögels, et al., 2006).

حدود الدراسة:

- ١- الحدود البشرية: وقد تمثلت في عينة الدراسة المتاحة من المراهقين الذكور المترددين على مركز إدراك الطبي النفسي بالقصيم، وعددهم (١٣) حالة من المراهقين، ممن حصلوا على درجات مرتفعة على مقياس ثلاثي الأبعاد للقلق الاجتماعي، ودرجة منخفضة على اليقظة الذهنية، المستخدمين في الدراسة الحالية.
- ٢- الحدود المكانية: تم تطبيق البرنامج العلاجي بمركز إدراك الطبي النفسي بالقصيم.
- ٣- الحدود الزمانية: تم تطبيق إجراءات الدراسة وجلسات البرنامج في الفترة من شهر سبتمبر إلى شهر ديسمبر ٢٠٢٢م.
- ٤- الحدود الموضوعية: اقتصرت الدراسة على معرفة مدى فاعلية برنامج علاجي معرفي قائم على ممارسات اليقظة الذهنية في التخفيف من أعراض اضطراب القلق الاجتماعي لدى المراهقين.

المنهجية والإجراءات:

أولاً: منهج الدراسة:

تم استخدام المنهج شبه التجريبي بالدراسة الحالية، للإجابة عن تساؤلات الدراسة واختبار فروضها، باعتبارها المنهج المناسب للدراسة الحالية، وقد استخدم الباحث التصميم التجريبي ذو المجموعة الواحدة والذي يتضمن التطبيقات الثلاثة (التطبيق القبلي والتطبيق البعدي والتطبيق التتبعي) للمقياس ثلاثي الأبعاد للخوف الاجتماعي ومقياس اليقظة الذهنية على عينة الدراسة من المراهقين، للتحقق من فاعلية البرنامج العلاجي في خفض أعراض اضطراب القلق الاجتماعي وتمتية مهارات اليقظة الذهنية لدى عينة الدراسة.

ثانياً: عينة الدراسة:

تكونت عينة الدراسة الأساسية من (١٣) مراهقاً من الذكور، من المترددين على مركز إدراك الطبي النفسي بالقصيم، وهي عينة متاحة تم اشتقاقها من عينة أولية قوامها (٢١) مراهقاً، تم تشخيصهم خلال الفحص الأولي بالمركز بمعاناتهم من أعراض اضطراب القلق الاجتماعي- وقد تم استبعاد ثمانية مراهقين لعدم انطباق شروط الاختيار عليهم- وقد تراوحت أعمار العينة الأساسية ما بين ١٦,٢٥-١٩ سنة بمتوسط عمر ١٧,٣ سنة، وانحراف معياري ٠,٩٢، وكانت شروط الاختيار؛ عدم تعرضهم سابقاً لأي تدخل من العلاجات النفسية أو الدوائية لعلاج الاضطراب، والموافقة الخطية للانضمام للبرنامج العلاجي والالتزام بالحضور خلال الجلسات، بالإضافة إلى حصولهم على درجات مرتفعة على المقياس ثلاثي الأبعاد للخوف الاجتماعي، ودرجات منخفضة على مقياس فلاديفيا لليقظة الذهنية، المستخدمين في الدراسة الحالية.

ثالثاً: أدوات الدراسة:

١- مقياس ثلاثي الأبعاد للخوف الاجتماعي (الرويتع، ٢٠٠٤):

يهدف المقياس إلى تشخيص أعراض الخوف والقلق الاجتماعي ممثلاً للأبعاد الثلاثة: الجوانب المعرفية والاجتماعية والجسمية، استناداً على معايير الدليل التشخيصي والتصنيفي الرابع-المعدل للاضطرابات النفسية DSM-IV-R. ويتكون من (٤٤) مفردة؛ (١٢) مفردة في البعد المعرفي وتدور حول أغلب الأفكار المتعلقة بالخوف والقلق الاجتماعي، و(١٣) مفردة في البعد الاجتماعي وترتكز على المواقف المحددة والعامّة التي تظهر فيها سلوكيات التجنب وعدم توكيد الذات، و(١٩) مفردة في البعد الجسمي أو المظاهر الجسمية المصاحبة للخوف والقلق الاجتماعي. وتتم الإجابة على المقياس بطريقة التقرير الذاتي، حسب تدرج الاستجابات التالية (لا

تتطبق أبدأ، وتطبق قليلاً، وتطبق أحياناً وتطبق كثيراً، وتطبق دائماً)، مع وضع درجة لكل استجابة (٠، ١، ٢، ٣، ٤) على التوالي. ويتم الحصول على أربع درجات؛ درجة لكل بُعد منفرداً، وأخيراً الدرجة الكلية للمقياس، وتشير الدرجة المرتفعة إلى اضطراب القلق الاجتماعي. وقام المؤلف بالتحقق من الخصائص السيكومترية للمقياس بالتطبيق على طلاب جامعة الملك سعود، وكلية إعداد المعلمين بالرياض. وتم حساب ثبات المقياس بطريقتي معاملات الاتساق الداخلي (ألفا) وقد تراوحت بين (٠,٧٩ - ٠,٩٣)، ومعاملات ثبات الإعادة (إعادة التطبيق) وقد تراوحت بين (٠,٥٧ - ٠,٧٧)، على جميع الأبعاد والدرجة الكلية للمقياس، ما عدا البعد المعرفي في إعادة التطبيق بقيمة (٠,٥٧) وهي قيمة مقبولة، توضح الحاجة إلى الاستبصار والاستبطان بهذا الجانب والذي قد تشتتته المظاهر الجسمية والاجتماعية للخوف والقلق الاجتماعي (الرويتع، ٢٠٠٤، ص ١٨).

كما تم التحقق من صدق المقياس من خلال الصدق التقاربي والتمييزي، وذلك بحساب معاملات الارتباط بين المقياس الثلاثي ومجموعة من المقاييس الفرعية بقائمة مراجعة الأعراض (Symptoms check List (SCL-90)، وقد تراوحت معاملات الارتباط بين (٠,٤٢ - ٠,٦٩) وجميعها دالة إحصائياً مستوى (٠,٠١)، وكانت معاملات الارتباط مرتفعة مع المقاييس الفرعية للقلق والوسواس القهري مقارنة بمقاييس الاكتئاب وقلق الخوف بشكل عام، مما تدل على قدرة تمييزية جيدة للمقياس. بالإضافة إلى ذلك تم التحقق من الصدق التلازمي بإيجاد دلالة معاملات الارتباط بين المقياس الثلاثي ومقياس الانضغاط والتجنب الاجتماعي، وقد تبين أن معاملات الارتباط تراوحت ما بين (٠,٣٣ - ٠,٥٣) وتقع في الفئة المتوسطة، لكنها دالة إحصائياً عن مستوى (٠,٠١)، مما يدل على أن المقياس الثلاثي يتميز بدرجة صدق جيدة. ومن حيث صدق الاتساق الداخلي، فقد تبين أن جميع معاملات الارتباط بين فقرات كل بعد والدرجة الكلية للبعد، وبين الأبعاد الفرعية وبالدرجة الكلية، قد تراوحت بين (٠,٤٨ - ٠,٩١) وجميعها دالة إحصائياً، مما يشير إلى أن الأبعاد تقيس مفهوماً أو ظاهرة واحدة. بالإضافة إلى ذلك تم القيام بالتحقق من الصدق من خلال صدق التحليل العاملي لبنود المقياس للكشف عن توزيع التباين المشترك بين بنود المقياس من حيث انتظامها في أبعاد أو عوامل، وقد تم التحليل بطريقة المكونات الرئيسية Principal Components وفق محك كايزر-جتمان Kaiser-Guttman، وبتطبيق اختبار التراكم Scree Test لكاتل، يمكن الاحتفاظ بثلاثة عوامل فقط، والتي تستوعب (٣٧,٠٩٤) من التباين الكلي وهي نسبة جيدة جداً، وقد تم تدوير العوامل تدويراً مائلاً (باعتبار أن العوامل

مرتبطة)، وقد تبين مقدار تشبعات الفقرات على العوامل الثلاثة والتي تعدت قيمة (٠,٣) على كل عامل، مما يشير إلى أن نتائج التحليل العاملي تتفق بشكل واضح مع الافتراضات التي بني على أساسها المقياس مما يصب أخيراً في الصدق التكويني للمقياس.

٢- مقياس فلادلفيا لليقظة الذهنية Philadelphia Mindfulness Scale (ترجمة: البحيري وآخرون، ٢٠١٤):

تم إعداد المقياس من قبل كارداشيتو وآخرين Cardaciotto et al. عام ٢٠٠٨م، ويتكون المقياس من (٢٠) مفردة على بعدين، بواقع (١٠) مفردات لكل بعد الأول: بُعد الوعي أو التصرف الواعي، والبعد الثاني التقبل. وجميع العبارات موجبة، وتتم الإجابة على المقياس بطريقة التقرير الذاتي، حسب تدرج الاستجابات الخماسي (تنطبق تماماً، تنطبق غالباً، تنطبق أحياناً، تنطبق قليلاً، لا تنطبق تماماً)، مع وضع درجة لكل استجابة (٥، ٤، ٣، ٢، ١) على الترتيب. وتتراوح الدرجات للمقياس على الأبعاد بين (١٠-٥٠) والدرجة الكلية للمقياس ككل بين (٢٠-١٠٠) درجة، وتشير الدرجة المرتفعة إلى اليقظة الذهنية.

وقاما المترجمان بالتحقق من الخصائص السيكومترية للمقياس في البيئة السعودية بالتطبيق على طلاب الجامعة، وقد تم التحقق من صدق المقياس باستخدام التحليل العاملي التوكيدي، والتأكد من تشبع الفقرات على عاملي الوعي والتقبل، باستخدام طريقة المكونات الأساسية، وتدوير المحاور تدويراً متعامداً بطريقة الفارماكس، وطبقاً لمحك كايرز، وقد تبين أن كل المفردات تشعبت على أحد العاملين أو كليهما، ولا توجد فقرة واحدة ليس لها تشعب عليهما، وأن قيمة الجذر الكامن للعامل الأول (الوعي) (٤,٠٣٧) ويفسر (٢٠,١٨٦) من التباين الارتباطي، بينما بلغ الجذر الكامن للعامل الثاني (التقبل) (٢,٠٦١) ويفسر (١٠,٣٠٤) من التباين الارتباطي. كما تراوحت معاملات الارتباط بين درجة كل مفردة والدرجة الكلية للبعد المنتمية له، عند التحقق من الاتساق الداخلي للمقياس بين (٠,٣٨٧-٠,٦٥٢) لبعد الوعي، وبين (٠,٣٠٧-٠,٦٥٧) لبعد التقبل، كما بلغ معاملي الارتباط بين درجة كل بعد والدرجة الكلية للمقياس، (٠,٨٠٣) لبعد الوعي، (٠,٨٣٨) لبعد التقبل وجميعها دالة إحصائياً عند مستوى (٠,٠١)، مما يدل على تمتع مفردات المقياس وأبعاده بدرجة مرتفعة من الاتساق الداخلي. كما تم التحقق من ثبات المقياس عن طريق معامل ألفا كرونباخ، وقد بلغت قيمته لبعد الوعي (٠,٧٢٥) وللتقبل (٠,٧١١)، وللدرجة الكلية للمقياس (٠,٧٣٥)، مما يشير إلى تمتع المقياس بدرجة مرتفعة من الثبات.

٣- البرنامج العلاجي القائم على اليقظة الذهنية:

مصادر بناء البرنامج:

اعتمد الباحث في الدراسة الحالية على البرنامج العلاجي الذي طوره فان-بوكستايل وبوجيلز (2014) Van-Bockstaele and Bögels والقائم على ممارسات وفنيات اليقظة الذهنية في علاج أعراض اضطراب القلق الاجتماعي، وهو تدخل علاجي مطور للبرنامج العلاج المعرفي القائم على اليقظة الذهنية (Mind Based Cognitive Therapy (MBCT لسيجال وآخرين (2002, 2013) Segal, et al. والذي يستهدف في الأساس تخفيف حدة أعراض الاكتئاب، حيث تم إعادة صياغة الجلسات لعلاج أعراض اضطراب القلق الاجتماعي، مع إضافة ممارسات التدريب على "التركيز على المهام" في إطار التدريب على ممارسات اليقظة، والذي يتبع التدخل العلاجي للقلق الاجتماعي لبوجيلز (2006) Bögels. ويتضمن التدخل العلاجي التدريب على التأمل والتركيز في اللحظة الراهنة، ومساعدة المشاركين على مراقبة أفكارهم ومشاعرهم للتعامل معها بشكل مختلف، والتحكم فيها وتقبلها دون إصدار أحكام تقييمية عليها، بالإضافة إلى التدريب على الانتباه نحو المهام الاجتماعية للفرد خلال المواقف الاجتماعية.

أهداف البرنامج:

الهدف العام للبرنامج:

يهدف البرنامج إلى التخفيف من أعراض اضطراب القلق الاجتماعي لدى عينة من المراهقين من خلال التدريب على فنيات وممارسات اليقظة الذهنية والتركيز على المهام.

الأهداف الإجرائية، وتشمل على:

• زيادة وعي المشاركين بالأفكار والمشاعر والأحاسيس التي تطلقها مشاعر القلق، ومواجهة الممارسة التلقائية نحو اجترار الأفكار والخبرات السلبية ذات العلاقة بالاستجابة للمواقف الاجتماعية.

• تدريب المشاركين على ممارسات اليقظة العقلية من خلال:

- التركيز على أجزاء الجسم وتأثير ذلك على زيادة الوعي بأجزاء جسمهم.
- التركيز على التنفس اليقظ والأحاسيس الجسدية الواعية، وتنمية الانتباه باللحظة الراهنة "هنا والآن".
- التركيز والوعي بالأحداث والخبرات السلبية المصاحبة للمواقف الاجتماعية المسببة للتوتر والقلق الاجتماعي.

-
- كيفية التعامل والتقبل للتجارب والمواقف الاجتماعية المؤلمة، والوعي والإدراك الكامل بكل ما يحدث في هذه المواقف لحظة بلحظة.
- كيفية تركيز الانتباه على المهمة والأداء أثناء الخبرات والمواقف الاجتماعية المؤلمة، والوعي والعمل عليها بشكل واعي وجيد.
- كيفية ممارسة مرونة تركيز الانتباه (الانتباه المرن) على المهمة والأداء أثناء الخبرات والمواقف الاجتماعية المؤلمة، والتحول الواعي بين مهمتين مختلفتين أثناء الأداء.
- وضع خطة عمل ملموسة للوقاية من الانتكاسة نحو أعراض القلق الاجتماعي مرة أخرى.
- تدريب المشاركين على ممارسات وفتيات العلاج المعرفي القائم على اليقظة الذهنية مثل: التحدث والاستماع اليقظ، عقل المبتدئين، فحص الجسم، والتأمل اليقظ بالأفكار والمشاعر، والتنفس اليقظ أو الوعي بالتنفس، والوعي بالأحاسيس الجسمية (الحركة اليقظة للجسم)، والوعي اليقظ للأصوات والأفكار والعواطف (المراقبة المفتوحة)، والمشي اليقظ، وزيادة الانتباه، والتركيز على المهمة، ومرونة الانتباه.

الفئة المستهدفة من البرنامج:

تم تطبيق البرنامج العلاجي على عينة مكونة من (١٣) مراهقاً من المترددين على مركز إدراك الطبي النفسي بالقصيم، ممن يعانون من أعراض اضطراب القلق الاجتماعي المرتفعة وانخفاض مستوى اليقظة العقلية لديهم، وقد طبق عليهم مقاييس الدراسة الحالية: المقياس ثلاثي الأبعاد للقلق الاجتماعي (الرويتع، ٢٠٠٤)، ومقياس فيلادلفيا لليقظة العقلية (ترجمة: البحيري وآخرون، ٢٠١٤).

مكان تطبيق البرنامج:

تم تنفيذ الجلسات بإحدى قاعات المركز، وذلك كونها مجهزة بشكل مناسب لتنفيذ الجلسات وبما يحقق الأهداف.

أسس ومبادئ البرنامج العلاجي:

- أعتمد البرنامج العلاجي على عدد من الأسس والمبادئ، وهي:
- تطبيق البرنامج من خلال جلسات الإرشاد الجماعي، مع التركيز على المشاركة في أزواج ثنائية، باعتبارها من الممارسات الهامة في التدريب على اليقظة الذهنية لمرضى اضطرابات القلق الاجتماعي، وقد تؤدي المشاركة في المجموعة بأكملها إلى إثارة القلق

-
- لديهم، بالإضافة إلى الممارسات الفردية للمشاركين والتي تم فيها التدريب على مهارات اليقظة الذهنية كمسح الجسم والتأمل وغيرها من الممارسات.
 - الاعتماد في تنفيذ البرنامج على الممارسة التدريبية لفنيات اليقظة الذهنية مع الحوار والمناقشة والتفسير بعدها.
 - الاعتماد على فنية التكاليفات المنزلية، بحيث تنتهي بها كل جلسة ويتم مراجعتها في الجلسة التالية، وعادة ما يتم تنفيذها في الجلسات الأولى في أزواج ثنائية، ثم مناقشتها مع أفراد المجموعة، وبعدها قد تتم الواجبات في شكل جماعي إذا رغب المشاركون في ذلك.
 - صياغة الجلسات العلاجية للبرنامج وفقاً لنموذج التدريب على ممارسات وفنيات العلاج باليقظة الذهنية.
 - تقديم كل مهارة وممارسة من خلال مجموعة من الأنشطة النظرية والعملية لكل مهارة.
 - الممارسة اليومية لممارسات وفنيات اليقظة الذهنية في أنشطة الفرد اليومية في المشي والحركة والأكل والقيادة وغيرها من الأنشطة.
 - اعتمدت جلسات البرنامج العلاجي لاضطراب القلق الاجتماعي على علاجات اليقظة الذهنية كما يلي:

- أسس العلاج المعرفي القائم على اليقظة Mind Based Cognitive Therapy (MBCT) في علاج الضغوط الاكتئاب (Segal, et al., 2002, 2013).
- ممارسات التدريب على "التركيز على المهام" (Bögels, 2006).

بنية البرنامج العلاجي:

يتكون البرنامج العلاجي من ثماني جلسات جماعية؛ حيث تتبع الجلسات الخمس الأولى والجلسة الثامنة البرنامج العلاجي القائم على اليقظة Mind Based Cognitive Therapy (MBCT) لسيجال وآخرين (Segal, et al. (2002, 2013)، بينما تتبع الجلستين السادسة والسابعة- والتي تتناول ممارسات التدريب على "التركيز على المهام"- التدخل العلاجي للقلق الاجتماعي لبوجلز (Bögels (2006)، ومدة الجلسة الواحدة ساعتين أسبوعياً، وساعتان لجلسة المتابعة بعد ستة أسابيع، مع تلقي المشاركين في نهاية كل جلسة وصفاً للواجب المنزلي أو الممارسات المنزلية المطلوب التدريب عليها، ومذكرات لتسجيل تجاربهم وخبراتهم أثناء أداء الممارسات المنزلية.

تحكيم البرنامج:

قام الباحث بعرض جلسات البرنامج بعد إعداده على ستة من المختصين في مجال الإرشاد النفسي والعلاج النفسي، لإبداء ملاحظاتهم حول مناسبة جلسات ومحتوى البرنامج العلاجي في ضوء أهدافه وفنياته وممارسات اليقظة الذهنية المستخدمة في الدراسة الحالية وفق الاستمارة المعدة لتحكيم جلسات البرنامج، والتي احتوت على (١٤) بنداً، تم تقييم (١٠) بنود منها بناءً على تدرج مقياس ليكرت السباعي كما يلي: [١=منخفض جداً، ٢=منخفض، ٣=أقل من المتوسط، ٤=متوسط، ٥=أعلى من المتوسط، ٦=مرتفع، ٧=مرتفع جداً]، بينما طلب من المحكمين الإجابة عن الأربعة أسئلة الباقية بعبارات وجمل مختصرة وهي [ما هي الصعوبات التي قد يواجهها المراهقين في هذا البرنامج؟، هل هناك نقاط معينة للبرنامج بحاجة للتغيير أو التعديل؟، ما هي نقاط القوة في البرنامج؟، أي ملاحظات أخرى؟]؛ وقد تم اقتراح بعض التعديلات في صياغة بعض الإجراءات بالجلسات وبعض الفنيات المناسبة لأهداف الجلسات العلاجية، وقد تم مراعاتها والأخذ بها وتعديلها، كي يصبح البرنامج جاهزاً للتطبيق على عينة الدراسة. وقد استخدم الباحث المتوسطات والانحرافات المعيارية لحساب تقديرات المحكمين على استمارة تقييم جلسات البرنامج، كما يتضح بالجدول التالي:

جدول (١): المتوسطات والانحرافات المعيارية لتقديرات المحكمين

على استمارة تقييم جلسات البرنامج

م	البنود	المتوسط المرجح	الانحراف المعياري	م	البنود	المتوسط المرجح	الانحراف المعياري
١	ملائم للتطبيق في البيئة العربية	٤,٦٧	١,٠٣	٦	القدرة على علاج القلق الاجتماعي	٥,٠٠	٠,٦٣
٢	ملائم للتطبيق على المراهقين	٥,١٧	٠,٧٥	٧	تعليم ممارسات اليقظة الذهنية	٥,١٧	٠,٧٥
٣	التنظيم العام للبرنامج	٥,٠٠	٠,٨٩	٨	ممارسة اليقظة الذهنية في الأنشطة اليومية	٤,٥٠	٠,٥٥
٤	شمولية البرنامج	٥,١٧	٠,٨٩	٩	استمرارية أثر البرنامج بعد فترة متابعة	٤,٥٠	٠,٥٥
٥	وضوح الأنشطة والتدريبات	٥,٠٠	٠,٦٣	١٠	الالتزام بالممارسات التي تم التدريب عليها	٤,١٧	١,١٧
	الإجمالي				المتوسط المرجح (٤,٨٣) - الاتجاه العام: أعلى من المتوسط		

وقد تراوح متوسطات تقدير المحكمين على البنود من ٤,١٧ إلى ٥,١٧، بمتوسط إجمالي بلغ ٤,٨٣ - وهي قيمة أعلى من المتوسط، كما تراوحت الانحرافات المعيارية من ٠,٥٥ إلى ١,١٧، وانحراف معياري إجمالي ٠,٤٢، مما يشير إلى ملائمة البرنامج للتطبيق بالبيئة العربية وعلى فئة المراهقين وتميزه بالتنظيم والشمولية والوضوح وكفاءته في علاج اضطراب القلق الاجتماعي وتعليم ممارسات اليقظة الذهنية.

وبالنسبة للأسئلة المقالية في استمارة تقييم البرنامج، فقد أشار المحكمين إلى بعض الصعوبات التي قد يواجهها المراهقين في البرنامج، منها فهم اليقظة الذهنية كمفهوم وكتدخل علاجي ما يحتاج إلى زيادة عدد الجلسات، إلا أن الباحث التزم ببروتوكول البرنامج العلاجي ومراعاة هذه الصعوبة أثناء تنفيذ الجلسات، بالإضافة إلى حاجة المراهقين إلى اتقان ممارسات اليقظة الذهنية قبل تكليفهم بالواجب المنزلي، وقد تم مراعاة ذلك، كما اقترح عدد من المحكمين تقليل مقدار ممارسات الواجب المنزلي، كونها صعبة على المراهقين. أما النقاط التي تحتاج إلى تعديل بالبرنامج، فقد اقترح بعض المحكمين تقليل مدة الجلسة وزيادة عدد الجلسات، ف حين اقترح البعض زيادة عدد الجلسات فقط للتدريب على الممارسات بشكل أفضل، وقد تم مراعاة ذلك خلال الجلسات- حيث أن مدة الجلسة ساعتين، وهي كافية لتدريب المشاركين على هذه الممارسات، مع الالتزام بالبروتوكول العلاجي للبرنامج، كما أشار البعض إلى مراعاة تناول تدريبات اليقظة والتأمل وفقاً للتقاليد الدينية والاجتماعية للمجتمع العربي وخاصة السعودي، مع الاستعانة بأفلام تعليمية عن التأمل كوسيلة مساعدة للباحث والمشاركين، وقد أخذ بهذه التوصية، بالإضافة إلى التعديل في بعض إجراءات الجلسات. كما تميز البرنامج باستخدام فنيات وممارسات تدريبية ملائمة ومناسبة وشاملة لليقظة العقلية والتنظيم، ومناسبة أيضاً لفئة المراهقين، بالإضافة إلى مناسبة الواجبات المنزلية لمضمون وموضوع الجلسات، كما أن الأهداف الاجرائية الخاصة بكل جلسة والفنيات كانت محددة تحديداً دقيقاً ومناسبة، كما أن أشاد أحد المحكمين بتمارين فحص الجسم والمشي والتأمل والتنفس الواعي وغيرها من ممارسات اليقظة الذهنية. وبشكل عام اتفق المحكمين على مناسبة وملائمة البرنامج لتطبيقات اليقظة الذهنية على المراهقين القلقين اجتماعياً بالمجتمعات العربية وخاصة المجتمع السعودي.

الفنيات والأساليب العلاجية:

اعتمد البرنامج على العديد من فنيات ممارسات اليقظة الذهنية وهي: التدريب على التأمل، ومساحة التنفس القصيرة، والتحدث والاستماع اليقظ، وعقل المبتدئين، التنفس اليقظ أو الوعي

بالتنفس، الوعي بالأحاسيس الجسمية (الحركة اليقظة للجسم)، والوعي اليقظ للأصوات والأفكار والعواطف (المراقبة الذاتية الممتدة)، والمشي اليقظ، وتدريب التركيز على المهام، وتنظيم الانتباه (مرونة الانتباه).

كما اعتمد البرنامج على بعض من الفنيات الأخرى ذات الصلة بالمنحى العلاجي المعرفي، وهي: المحاضرة "التثقيف النفسي"، والحوار والمناقشة، ولعب الدور الثنائي، والواجب المنزلي "الممارسات المنزلية".

تقويم أثر البرنامج العلاجي:

١- **قبل تطبيق البرنامج:** للوقوف على المستوى القاعدي لأعراض اضطراب القلق الاجتماعي لدى المراهقين عينة الدراسة التجريبية، قام الباحث بتطبيق مقاييس الدراسة بهدف قياس أعراض اضطراب القلق الاجتماعي ومهارات اليقظة العقلية.

٢- **بعد تطبيق البرنامج:** من خلال تطبيق مقاييس الدراسة مرة أخرى بعد الانتهاء من جلسات البرنامج العلاجي، للوقوف على فاعلية البرنامج العلاجي في خفض أعراض اضطراب القلق الاجتماعي لدى عينة المجموعة التجريبية من المراهقين.

٣- **بعد فترة المتابعة للبرنامج:** من خلال تطبيق مقاييس الدراسة مرة أخرى التي تم تطبيقها في القياسين القبلي والتتبعي بعد الانتهاء من جلسات البرنامج العلاجي بفترة زمنية حوالي ستة أسابيع في جلسة المتابعة، للتحقق من استمرارية فاعلية البرنامج العلاجي في خفض أعراض اضطراب القلق الاجتماعي لدى عينة المجموعة التجريبية من المراهقين.

(ط) - مخطط جلسات البرنامج العلاجي:

جدول (٢): مخطط جلسات برنامج العلاج المعرفي القائم على اليقظة الذهنية لخفض أعراض اضطراب القلق الاجتماعي

رقم الجلسة	عنوان الجلسة	أهداف الجلسة	الفنيات والاستراتيجيات المستخدمة	أنشطة الجلسة	زمن الجلسة
جلسة تهيئة	الإعداد والتهيئة للبرنامج العلاجي	- التعرف وبناء العلاقة بين الباحث والمشاركين بالبرنامج. - التعرف على ما يمتلكه المشاركون بالمجموعة العلاجية من معلومات وخبرات حول التأمل. - تعريف المشاركين بممارسات اليقظة الذهنية والتركيز على المهام. - تعريف المشاركين بالبرنامج العلاجي، وأهدافه، وعدد جلساته، وأهميته في التخفيف من أعراض اضطراب القلق الاجتماعي وتنمية مستوى اليقظة الذهنية. - تعريف المشاركين بفلسفة البرنامج، وماهية اليقظة الذهنية - التدريب على تمرين جلوس قصير والتركيز على التنفس.	الحوار والمناقشة، والمحاضرة، والتدريب على التنفس.	- التعرف - عرض ملخص جلسات البرنامج. - تمرين جلوس قصير والتركيز على التنفس.	ساعتان
١	الوعي والممارسة التلقائية	- تعريف المشاركين بمفهوم اليقظة الذهنية وأهم الممارسات الخاصة بها. - تدريب المشاركين على ممارسة التحدث والاستماع اليقظ. - تدريب المشاركين على ممارسة عقل المبتدئين وفنية الإفصاح عن الذات والتعبير بوعي عن المشاعر والأحاسيس.	الحوار والمناقشة، التحدث والاستماع اليقظ، عقل المبتدئين، فحص الجسم، الواجب المنزلي.	- لماذا أنا هنا؟ - التحدث والاستماع اليقظ. - تدريب تناول الزبيب بوعي تام وانتباه". - تدريب فحص الجسم. - مساحة تنفس قصيرة.	ساعتان

رقم الجلسة	عنوان الجلسة	أهداف الجلسة	الفنيات والاستراتيجيات المستخدمة	أنشطة الجلسة	زمن الجلسة
٢	الوعي بالجسد	تدريب المشاركين على: - كيفية التعرف على أهم العقبات التي تواجههم أثناء ممارسة فحص الجسم. - مهارة الانتباه للأحاسيس الجسدية وتركيز الانتباه على أجزاء مختلفة من الجسم. - كيفية مواجهة العقبات وتشتت الذهن أثناء ممارسة فحص الجسم.	الحوار والمناقشة، فنية مسح الجسم، التأمل، الواجب المنزلي.	- تدريب فحص الجسم. - تدريب الانتباه للأحاسيس الجسدية. - ممارسة التأمل لمواجهة الأفكار بالتحدث إلى الذات.	ساعتان
٣	الوعي بالتنفس والأحاسيس الجسمية	تدريب المشاركين على: - كيفية العيش في اللحظة الراهنة والحاضر (الحضور اليقظ). - ممارسة التنفس اليقظ أثناء حركة الجسم والسكون. - كيفية مواجهة تشتت الذهن أثناء ممارسة التأمل والتنفس الواعي.	الحوار والمناقشة، جلسة تأمل، التنفس اليقظ أو الوعي بالتنفس، الوعي بالأحاسيس الجسمية (الحركة اليقظة للجسم)، الواجب المنزلي.	- ممارسة جلسة تأمل لأحد المناظر. - ممارسة التنفس الواعي اليقظ. - مساحة التنفس لمدة ثلاث دقائق.	ساعتان
٤	البقاء في اللحظة الحالية رغم صعوبة ذلك	تدريب المشاركين بالبرنامج على: - الوعي اليقظ بالخبرات والمشاعر غير السارة المرتبطة بالمواقف الاجتماعية (التجنب، والنفور، والكراهية، والخوف، والغضب والأعراض الجسدية المختلفة والأفكار السلبية وغير ذلك). - مواجهة الخبرات السلبية بالتقبل والالتزام، وإدراك أن اضطراب القلق الاجتماعي يمكن فهمه من خلال مجموعة الأعراض التي	جلسة تأمل عن طريقة استخدام حاسة السمع، التنفس الواعي بالأحاسيس الجسمية، الوعي اليقظ للأصوات والعواطف (المراقبة الذاتية	- ممارسة جلسة تأمل طويلة (التنفس والأحاسيس الجسمية، الأصوات، الأفكار). - ممارسة "المشي اليقظ". - عرض ماهية أعراض اضطراب القلق الاجتماعي. - البقاء في اللحظة	ساعتان

رقم الجلسة	عنوان الجلسة	أهداف الجلسة	الفنيات والاستراتيجيات المستخدمة	أنشطة الجلسة	زمن الجلسة
		يمكن معرفتها بالكامل. -كيفية البقاء في اللحظة الراهنة، وتفسير المعاناة الناتجة عن الأعراض المصاحبة للمواقف الاجتماعية، ورؤيتها كمرقب بدلاً من ارتباطها بالشعور بالذات.	الممتدة)، المشي اليقظ، الواجب المنزلي.	الحالية رغم صعوبة ذلك.	
٥	التقبل للمواقف الاجتماعية المؤلمة وكيفية التعامل معها	تدريب المشاركين على: -كيفية تقبل الخبرات غير المرغوب فيها في المواقف الاجتماعية المؤلمة، وإدراكها بشكل مختلف رغم صعوبتها. - تقبل المشاعر والأفكار غير السارة والخبرات المؤلمة المرتبطة بالمواقف الاجتماعية، والاستجابة لها بشكل واعي. -مواجهة هذه الخبرات السلبية بالتقبل والفهم والمشاركة من خلال ممارسات اليقظة الذهنية، والتحرر من الممارسات القديمة واجترار الأفكار نحو هذه التجارب.	ممارسة تأمل، التنفس اليقظ، الوعي بالأحاسيس الجسمية، الوعي اليقظ للمشاعر والأفكار، مساحة التنفس، الواجب المنزلي.	- ممارسة جلسة تأمل. - ممارسة الوعي بالتنفس اليقظ والأحاسيس الجسدية والأفكار والمشاعر مع الخبرات السلبية -الحوار والمناقشة حول أهمية ممارسة التنفس اليقظ في المواقف الاجتماعية المؤلمة.	ساعتان
٦	من الوعي اليقظ والقبول الي التركيز على المهمة	-تعريف المشاركين بمبادئ "التركيز على المهمة" وإعادة تركيز الانتباه على الأداء بالمواقف الاجتماعية. -تدريب المشاركين على ممارسة التركيز على المهمة، والانتقال من تركيز الانتباه على الجوانب السلبية نحو أنفسنا إلى تركيز الانتباه نحو المواقف الاجتماعية	الحوار والمناقشة، ولعب الدور الثنائي، جلسة تأمل، التنفس اليقظ، الوعي بالأحاسيس الجسمية، تدريب	-تدريب التركيز على المهام. -لعب الدور الثنائي وعكس الدور. - ممارسة جلسة تأمل، والتخيل. -التركيز على المهام مع الوعي بالجسم	ساعتان

رقم الجلسة	عنوان الجلسة	أهداف الجلسة	الفنيات والاستراتيجيات المستخدمة	أنشطة الجلسة	زمن الجلسة
		(المهمة- الآخر-البيئة) وكيفية التعامل معها. -تدريب المشاركين على كيفية التعامل مع المواقف الاجتماعية المهددة لهم، والبعد عن الأفكار والمشاعر غير السارة المصاحبة، وتركيز انتباههم على كيفية أداء المهمة من خلال عمليات الاستماع والتحدث، والتركيز على الآخر (الأخرون)، والبيئة المحيطة.	التركيز على المهام، الواجب المنزلي.	والتنفس.	
٧	مرونة الانتباه	تدريب المشاركين على: -ممارسة التركيز على المهمة والآخرين والبيئة، وكيفية التحول الواعي بينهما في المواقف الاجتماعية الصعبة. -ممارسة مرونة الانتباه (الانتباه المرن) من خلال التركيز الواعي على مهام متعددة في آن واحد أثناء المواقف الاجتماعية الصعبة، والانتقال الواعي من مهمة إلى أخرى.	لعب الدور جلسة التأمل، التنفس الواعي بالاحاسيس الجسمية، التركيز على المهمة، تنظيم الانتباه، الواجب المنزلي.	-ممارسة جلسة تأمل (التنفس والاحاسيس الجسدية والأفكار والأصوات) -ممارسة مساحة تنفس قصيرة. -ممارسة التركيز على المهمة والآخرين والبيئة في الموقف الاجتماعي. -تدريب التخلص من مشاعر القلق والتوتر بالتنفس السيقظ والوعي بالاحاسيس الجسدية.	ساعتان
٨	تهيئة أعضاء المجموعة للانتهاء من البرنامج وتوظيف ما تم تعلمه	-مراجعة ممارسات اليقظة الذهنية السابقة (التنفس السيقظ، وفحص الجسم والاحساسات الجسدية، والانتباه الواعي ومرونة الانتباه وغيرها). -تشجيع المشاركين على الرعاية الذاتية والمرونة وتعزيز الثقة	جلسة تأمل، التنفس الواعي بالاحاسيس الجسمية، التفكير والوعي	-ممارسة فحص الجسم، والاحساسات الجسدية. -مساحة تنفس قصيرة. -تدريب التركيز على المهام.	ساعتان

رقم الجلسة	عنوان الجلسة	أهداف الجلسة	الفنيات والاستراتيجيات المستخدمة	أنشطة الجلسة	زمن الجلسة
	للتعامل مع المواقف الصعبة في المستقبل	بالنفس، من خلال وضع خطة محددة للاستمرارية في ممارسات اليقظة الذهنية خلال الأسابيع القادمة. مراجعة توقعات المشاركين لاحتمالية الانتكاسة لأعراض القلق الاجتماعي. تقييم فاعلية البرنامج العلاجي وممارسات اليقظة الذهنية في الحد من أعراض اضطراب القلق الاجتماعي، من خلال القياس البعدي لأدوات الدراسة.	بالمشاعر، تدريب التركيز على المهام، والحوار والمناقشة، الواجب المنزلي.	-وضع خطة للممارسة المستمرة لتدريبات اليقظة الذهنية يوميا. - تأمل الأفكار وتأمل المشاعر. - إنهاء الجلسة.	
جلسة المتابعة	استمرارية فاعلية البرنامج العلاجي: بداية جديدة في كل مرة	-التعرف إلى مدى استمرارية فاعلية البرنامج العلاجي من وجهة نظر أعضاء المجموعة. مراجعة ممارسات اليقظة الذهنية، التي تم التدريب عليها خلال جلسات البرنامج العلاجي سابقاً. إجراء القياس التتبعي لتقييم مدى استمرارية فاعلية البرنامج العلاجي على المشاركين.	الحوار والمناقشة، جلسة تأمل، مساحة للتنفس	-ممارسة جلسة تأمل قصيرة. -الحوار والمناقشة حول ممارسة تدريبات اليقظة الذهنية خلال الأسابيع الماضية. -صياغة خطط طويلة الأجل للممارسة المستمرة لتدريبات اليقظة - مساحة تنفس قصيرة. - إنهاء الجلسة.	ساعتان

الأساليب الإحصائية

تم استخدام المتوسطات والانحرافات المعيارية لوصف نتائج عينة الدراسة في التطبيقات الثلاثة (القبلي والبعدي والتتبعي)، كما تم التحقق من فرضية اعتدالية التوزيع الطبيعي للدرجات

قبل إجراء تحليل التباين أحادي الاتجاه للقياسات المتكررة من خلال اختبار كولمجروف-سمرنوف Kolmogorov-Smirnov-test (اختبار K-S) للاعتدالية، كما تم استخدام اختبار موكلي للدائرية أو الكروية Mauchly's Test of Sphericity للتحقق من تجانس التباين بين أزواج القياسات المتكررة؛ أو تباين الفروق بين التطبيقات الثلاثة (القبلي-البعدي-المتبعي) لمتغيرات الدراسة، بالإضافة إلى ذلك تم استخدام معامل إتفاق كندال Kendall Coefficient of Concordance للتحقق من درجة إتفاق المحكمين على بنية جلسات البرنامج، ومعامل ارتباط فروق الرتب لسبيرمان Spearman's Rank Differences Correlation، وأسلوب تحليل التباين أحادي الاتجاه للقياسات المتكررة One-Way ANOVA for Repeated Measures للتحقق من الفروض، وقد تم إجراء جميع العمليات الإحصائية من خلال استخدام برنامج SPSS-25.

نتائج الدراسة:

قام الباحث برصد الدرجات الخام لمقاييس الدراسة وتبويب النتائج باستخدام برنامج SPSS تمهيداً لعمل المعالجات الإحصائية المناسبة، وقد تم حساب الإحصاءات الوصفية (المتوسطات، والانحرافات المعيارية) لمتغيرات الدراسة في التطبيقات الثلاثة بالبرنامج (التطبيق القبلي والبعدي والنتبعي) كما تتضح في جدول (٢)، بالإضافة إلى ذلك تم التحقق من اعتدالية توزيع الدرجات في التطبيقات الثلاثة على متغيرات الدراسة وأبعادها الفرعية، من خلال اختبار كولمجروف - سمرنوف Kolmogorov-Smirnov-test وهذا ما يوضحه جدول (٣)، كما تم حساب تجانس التباين عن طريق اختبار موكلي للدائرية أو الكروية Mauchly's Test of Sphericity للتحقق من تساوي التباين بين أزواج القياسات المتكررة، كما يظهر بجدول (٤)، وهما من شروط استخدام تحليل التباين أحادي الاتجاه للقياسات المتكررة One-Way ANOVA for Repeated Measures.

أ- الإحصاءات الوصفية لمتغيرات الدراسة في التطبيقات الثلاثة (التطبيق القبلي والبعدي والنتبعي):

جدول (٢): المتوسطات والانحرافات المعيارية لمتغيرات الدراسة

في التطبيقات الثلاثة (القبلي-البعدي-التتبعي) (ن=١٣)

التطبيق التتبعي		التطبيق البعدي		التطبيق القبلي		متغيرات الدراسة/ الأبعاد
الانحراف المعياري	المتوسط	الانحراف المعياري	المتوسط	الانحراف المعياري	المتوسط	
٢,٥٢	٢٤,٠٠	١,٨٨	٢٩,٧٧	٢,٤٠	٣٦,٣٨	القلق الاجتماعي:
١,٣٣	٢٩,٤٦	٢,٠٦	٣٢,٩٢	٢,٧٣	٤١,٨٤	البعد المعرفي
١,٧١	٣٠,٣٨	٢,٦٦	٣٤,٠٨	٤,٢١	٦١,٣٠	البعد الاجتماعي
٣,٦٣	٨٣,٨٥	٣,٩٨	٩٦,٧٧	٦,٢٧	١٣٩,٥٣	البعد الجسدي
						الدرجة الكلية
٣,٧٥	٤٦,٢٣	٢,٤٦	٤٠,٣١	٣,٧٩	٢٧,٣٨	اليقظة الذهنية:
٢,٧٤	٤٥,٠٠	٣,٥٩	٤٠,٣١	٣,٠٦	٢٨,٢٣	الوعي
٣,٢٧	٩١,٢٣	٤,٠٩	٨٠,٦٢	٤,٦٨	٥٥,٦٢	القبول
						الدرجة الكلية

يتضح من نتائج الجدول السابق انخفاض متوسطات درجات عينة البرنامج من المراهقين على أبعاد مقياس الخوق الاجتماعي والدرجة الكلية للمقياس بعد انتهاء جلسات البرنامج مباشرة في التطبيق البعدي، وبعد فترة زمنية من المتابعة (سنة أسابيع) في التطبيق التتبعي، بالإضافة إلى ارتفاع درجات عينة البرنامج من المراهقين على أبعاد اليقظة الذهنية والدرجة الكلية في التطبيقين البعدي والتتبعي للبرنامج، ما يشير إلى فعالية برنامج العلاج المعرفي القائم على اليقظة الذهنية MBCT في خفض أعراض اضطراب القلق الاجتماعي وتنمية مهارات اليقظة الذهنية لدى عينة البرنامج من المشاركين، وسوف يقوم الباحث بالتحقق من الفروق بين التطبيقات الثلاثة (القبلي والبعدي والتتبعي) إحصائياً باستخدام تحليل التباين أحادي الاتجاه للقياسات المتكررة، والذي يشترط التحقق من اعتدالية توزيع الدرجات، وتجانس التباين للدائرية أو الكروية.

ب- اختبار كولمجروف - سمرنوف للاعتدالية Kolmogorov-Smirnov-test:

تم استخدام اختبار كولمجروف-سمرنوف للاعتدالية لاختبار فرضية أن البيانات تتوزع توزيعاً اعتدالياً، كما يتضح في الجدول التالي:

جدول (٣): جدول اختبار كولمجروف - سمرنوف لاعتدالية توزيع درجات اضطراب القلق الاجتماعي واليقظة الذهنية (ن=١٣)

اختبار كولمجروف - سمرنوف Kolmogorov-Smirnov-test (درجات الحرية = ١٣)						متغيرات الدراسة/ الأبعاد
التطبيق التتبعي		التطبيق البعدي		التطبيق القبلي		
الدلالة	القيمة	الدلالة	القيمة	الدلالة	القيمة	
						القلق الاجتماعي:
٠,٢٠٠	٠,١١٦	٠,٢٠٠	٠,١٦٥	٠,٢٠٠	٠,١٤٨	البعد المعرفي
٠,١١٩	٠,٢١٠	٠,١٣١	٠,٢٠٧	٠,٢٠٠	٠,١٧٠	البعد الاجتماعي
٠,٢٠٠	٠,١٧٩	٠,١٢٤	٠,٢٠١	٠,٠٩٦	٠,٢١٧	البعد الجسدي
٠,٠٢٣	٠,٢٥٢	٠,٢٠٠	٠,١٤٥	٠,٢٠٠	٠,١٥٩	الدرجة الكلية
						اليقظة الذهنية:
٠,٢٠٠	٠,١٨٦	٠,٢٠٠	٠,١٣٣	٠,١٧٥	٠,١٩٧	الوعي
٠,٢٠٠	٠,١٨١	٠,٢٠٠	٠,١٥٨	٠,٢٠٠	٠,١٨٣	القبول
٠,٢٠٠	٠,١٠٩	٠,٢٠٠	٠,١١٢	٠,١٦٢	٠,٢٠٠	الدرجة الكلية

ويتضح من الجدول السابق أن قيم اختبار كولمجروف - سمرنوف Kolmogorov-Smirnov-test للاعتدالية كانت غير دالة في معظم التطبيقات الثلاثة (القبلي-البعدي-التتبعي) على متغيرات الدراسة اضطراب القلق الاجتماعي واليقظة الذهنية في الأبعاد والدرجة الكلية، وكانت دلالتها الإحصائية أكبر من (٠,٠٥)، وهو ما يؤكد اعتدالية توزيع الدرجات، وهذا يعني أن البيانات تتبع التوزيع الطبيعي، وعليه تم استخدام الإحصاء البارامترية في معالجة فروض الدراسة (Orcan, 2020).

ج- اختبار موكلي للدائرية أو الكروية Mauchly's Test of Sphericity:

وهو من الاختبارات الإحصائية التي تستخدم للتحقق من تجانس التباين بين أزواج القياسات المتكررة؛ حيث يتم التحقق من أن تباين الفروق بين التطبيقات الثلاثة (القبلي-البعدي-التتبعي) لمتغيرات الدراسة متساوية وغير دالة، ويوضح جدول (٤) نتيجة اختبار موكلي للدائرية أو الكروية:

جدول (٤): نتيجة اختبار موكلي لفرض الكروية أو الدائرية للقياسات المتكررة لمتغيرات الدراسة (اضطراب القلق الاجتماعي-اليقظة الذهنية) وأبعادها في ضوء التطبيقات الثلاثة (القبلي-البعدي-التتبعي):

معامل تصحيح درجة الحرية إبسلون Epsilon			قيمة الدلالة	درجات الحرية	كا ^٢	قيمة موكلي	المتغيرات/الأبعاد
معامل التصحيح Lower-bound	معامل التصحيح Huynh-Feldt	معامل التصحيح Greenhouse-Geisser					
٠,٥٠٠	٠,٥٩٤	٠,٥٧٣	٠,٠٠١	٢	١٥,٠٢	٠,٢٥٥	اضطراب القلق الاجتماعي
٠,٥٠٠	٠,٩٢٨	٠,٨١٧	٠,٢٤٨	٢	٢,٧٩	٠,٧٧٦	البعد المعرفي
٠,٥٠٠	٠,٨١٥	٠,٧٣٧	٠,٠٨٨	٢	٤,٨٦	٠,٦٤٣	البعد الاجتماعي
٠,٥٠٠	٠,٧٠٥	٠,٦٥٧	٠,٠١٧	٢	٨,١٤	٠,٤٧٧	البعد الجسدي
							الدرجة الكلية
							اليقظة الذهنية
٠,٥٠٠	٠,٧٣٩	٠,٦٨٢	٠,٠٣٢	٢	٦,٩١	٠,٥٣٤	بعد الوعي
٠,٥٠٠	٠,٧٤٢	٠,٦٨٤	٠,٠٣٣	٢	٦,٨٤	٠,٥٣٧	بعد القبول
٠,٥٠٠	٠,٧١٤	٠,٦٦٣	٠,٠٢٠	٢	٧,٨٠	٠,٤٩٢	الدرجة الكلية

ينتضح من الجدول السابق أن قيم (كا^٢) لأبعاد اضطراب القلق الاجتماعي (البعد الاجتماعي-البعد الجسدي) غير دالة إحصائياً؛ ما يشير إلى تحقق شرط الكروية وتجانس التباين، في حين تبين أن قيمة (كا^٢) للبعد المعرفي والدرجة الكلية لاضطراب القلق الاجتماعي وبعدي اليقظة الذهنية (الوعي-القبول) والدرجة الكلية للمقياس دالة إحصائياً؛ مما يعني عدم تجانس التباين وانتهاك شرط الكروية أو الدائرية على هذا البعد، مما يتطلب تعديل في درجات الحرية من خلال معامل تصحيح درجة الحرية لإبسلون Epsilon؛ حيث أن انتهاك شرط الكروية قد يؤدي إلى تحيز شديد في نتيجة الاختبار الأحادي غير المصحح Sphericity Assumed، وهو ما يتطلب عدم الاعتماد على هذه النتيجة، واستخدام اختباراً مصححاً بدلاً من هذا الاختبار ومنها معامل التصحيح Greenhouse-Geisser أو معامل التصحيح Huynh-Feldt، أو معامل التصحيح Lower-bound (أبو علام، ٢٠٠٦، ص ص١٩٨، ٢٠٤). وقد تم تعديل درجات الحرية باستخدام معامل تصحيح درجة الحرية إبسلون Epsilon عن طريق معامل التصحيح Greenhouse-Geisser، حيث أن قيمته أقل من ٠,٧٥، وهذه القيمة هي شرط اعتماد معامل التصحيح في تجانس التباين (Kim, 2015).

د-نتائج الفروض:

(١) الفرض الأول: وينص على أنه "توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين اليقظة الذهنية وأعراض اضطراب القلق الاجتماعي لدى عينة المراهقين".

وللتحقق من هذا الفرض قام الباحث بحساب معاملات ارتباط فروق الرتب لسبيرمان وللتحقق من هذا الفرض قام الباحث بحساب معاملات ارتباط فروق الرتب لسبيرمان Spearman's Rank Differences Correlation بين درجات أفراد العينة الأساسية على المقياس ثلاثي الأبعاد للقلق الاجتماعي (الأبعاد والدرجة الكلية) وبين درجاتهم على مقياس اليقظة الذهنية (الأبعاد والدرجة الكلية)، ويوضح جدول (٥) نتائج ذلك:

جدول (٥): معاملات ارتباط سبيرمان للرتب بين اليقظة الذهنية واضطراب القلق الاجتماعي (ن=١٣)

اليقظة الذهنية			المتغيرات	
الدرجة الكلية	القبول	الوعي		
*٠,٥٩٩-	*٠,٦٨٤-	**٠,٧٨٨-	الجانب المعرفي	اضطراب القلق الاجتماعي
*٠,٥٥٠-	*٠,٤٧٥-	*٠,٥٨٠-	الجانب الاجتماعي	
*٠,٤٨٥-	*٠,٧٠١-	**٠,٧٨٢-	الجانب الجسدي	
*٠,٤٠٧-	*٠,٥١٠-	*٠,٦١٤-	الدرجة الكلية	
** دالة عند مستوى (٠,٠١)			* دالة عند مستوى (٠,٠٥)	

يتضح من الجدول السابق، أن قيم معاملات ارتباط سبيرمان للرتب تشير إلى وجود ارتباطات سالبة ودالة إحصائية عند مستوى (٠,٠١) بين بعدي الجانب المعرفي والجسدي باضطراب القلق الاجتماعي وبعد الوعي باليقظة الذهنية، ودالة إحصائية عند مستوى (٠,٠٥) بين باقي الأبعاد للمتغيرين والدرجة الكلية لهما. مما يشير إلى أن انخفاض مستوى اليقظة الذهنية لدى الأفراد يقابله ارتفاع في الأعراض المرضية لاضطراب القلق الاجتماعي، وكلما ارتفع مستوى اليقظة الذهنية انخفض أعراض اضطراب القلق الاجتماعي، مما يدل على وجود علاقة ارتباطية عكسية بينهما، وبالتالي تحقق الفرض الإحصائي الأول.

(٢) الفرض الثاني: وينص على أنه "توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية في القياسات المتكررة (القبلي- البعدي- التتبعي) على المقياس ثلاثي الأبعاد للقلق الاجتماعي (الأبعاد والدرجة الكلية)، لصالح القياس البعدي والتتبعي".

وللتحقق من هذا الفرض قام الباحث باستخدام تحليل التباين أحادي الاتجاه للقياسات المتكررة وحساب قيمة (ف) ودلالة الفروق بين متوسطات درجات التطبيقات القبلي والبعدى والتبعي (فترات التطبيق الثلاثة) لدى المجموعة التجريبية على مقياس الخوف الاجتماعي وأبعاده، ويوضح جدول (٦) نتائج تحليل التباين أحادي الاتجاه للقياسات المتكررة بعد تعديل درجات الحرية:

جدول (٦): نتائج تحليل التباين أحادي الاتجاه للقياسات المتكررة على مقياس الخوف الاجتماعي وأبعاده المختلفة للمجموعة التجريبية في التطبيقات الثلاثة (القبلي-البعدى-التبعي) (ن=١٣):

المتغير/الأبعاد	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة	حجم التأثير Eta
البعد المعرفي	بين القياسات المتكررة	٩٩٨,٥١٣	١,١٤٦	٨٧١,٠٦٤	١٤٧,٠٤٣	٠,٠٠٠	٠,٩٢٥
	الخطأ	٨١,٤٨٧	١٣,٧٥٦	٥,٩٢٤			
البعد الاجتماعي	بين القياسات المتكررة	١٠٦١,٥٩٠	٢	٥٣٠,٧٩٥	١٦٥,٢٧٧	٠,٠٠٠	٠,٩٣٢
	الخطأ	٧٧,٠٧٧	٢٤	٣,٢١٢			
البعد الجسمي	بين القياسات المتكررة	٧٤١٦,٠٠٠	٢	٣٧٠٨,٠٠٠	٤٥٥,٥٩٠	٠,٠٠٠	٠,٩٧٤
	الخطأ	١٩٥,٣٣٣	٢٤	٨,١٣٩			
الدرجة الكلية للمقياس	بين القياسات المتكررة	٢٢٠٩٠,٦٦٧	١,٣١٣	١٦٨٢٠,٧٣٨	٥٦٤,٨١٨	٠,٠٠٠	٠,٩٧٩
	الخطأ	٤٦٩,٣٣٣	١٥,٧٦٠	٢٩,٧٨١			

يتضح من الجدول السابق وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية في القياسات المتكررة خلال فترات التطبيق (القبلي-البعدى-التبعي) على أبعاد اضطراب الاجتماعي (المعرفي، الاجتماعي، الجسمي) والدرجة الكلية للمقياس، وبحجم تأثير عال جداً، وقد تراوحت قيم معامل حجم التأثير (Eta) بين (٠,٩٢٥ - ٠,٩٧٩)، وهي قيم عالية وكبيرة عن القيمة (٠,٨٤) حسب محك Cohen (الدردير، ٢٠٠٦، ص ٨٠)؛ مما يشير إلى تحقق الفرض الإحصائي، مع وجود تأثير عال للبرنامج المعرفي القائم على اليقظة الذهنية في خفض

أعراض الخوف الاجتماعي لدى المراهقين المشاركين بالبرنامج. ولتحديد اتجاه الأثر في القياسات الثلاثة تم استخدام طريقة بونفيروني Bonferroni، كما يتضح بالجدول التالي:

جدول (٧): اختبار بونفيروني للمقارنات المتعددة للفروق بين متوسطات درجات العينة التجريبية على اضطراب القلق الاجتماعي وأبعاده في القياسات المتكررة (ن=١٣)

اضطراب القلق الاجتماعي (الأبعاد والدرجة الكلية)												
الدرجة الكلية			البعد الجسمي			البعد الاجتماعي			البعد المعرفي			القياسات المتوسطة
المتبعي	البعدي	القبلي	المتبعي	البعدي	القبلي	المتبعي	البعدي	القبلي	المتبعي	البعدي	القبلي	
٨٣,٨٥	٩٦,٧٧	١٣٩,٥٣	٣٠,٣٨	٣٤,٠٨	٦١,٣٠	٢٩,٤٦	٣٢,٩٢	٤١,٨٤	٢٤,٠٠	٢٩,٧٧	٣٦,٣٨	
(٣,٦٣)	(٣,٩٨)	(٦,٢٧)	(١,٧١)	(٢,٦٦)	(٤,٢١)	(١,٣٣)	(٢,٠٦)	(٢,٧٣)	(٢,٥٢)	(١,٨٨)	(٢,٤٠)	
٥٥,٧٠*	٤٢,٧٧*	-	٣٠,٩٢*	٢٧,٢٣*	-	١٢,٣٦*	٨,٩٢*	-	١٢,٣٩*	٦,٦٢*	-	
١٢,٩٢*	-	-	٣,٦٩*	-	-	٣,٤٦*	-	-	٥,٧٧*	-	-	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	

* الفرق بين المتوسطين دال عند (٠,٠٥)

ويتضح من الجدول السابق لمصفوفة المقارنات المتعددة للفروق بين متوسطات درجات العينة التجريبية في القياسات المتكررة على مقياس الخوف الاجتماعي وأبعاده، أنه توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠,٠٥) بين القياسين القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي ذو المتوسط الأقل، وبين القياسين القبلي والنتبعي لصالح القياس المتبعي ذو المتوسط الأقل، مما يشير إلى فاعلية البرنامج العلاجي في خفض أعراض اضطراب القلق الاجتماعي لدى المشاركين بالبرنامج بعد الانتهاء من جلساته العلاجية، كما توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠,٠٥) بين القياسين البعدي والنتبعي لصالح القياس المتبعي ذو المتوسط الأقل، مما يدل على استمرارية فاعلية البرنامج العلاجي بشكل قوي بعد فترة زمنية من المتابعة (ستة أسابيع) بعد الانتهاء من جلسات البرنامج العلاجي.

الفرض الثالث: وينص على أنه "توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية في القياسات المتكررة (القبلي - البعدي - المتبعي) على مقياس اليقظة الذهنية (الأبعاد والدرجة الكلية)، لصالح القياس البعدي والنتبعي".

وللتحقق من هذا الفرض استخدم الباحث أسلوب تحليل التباين أحادي الاتجاه للقياسات المتكررة وحساب قيمة (ف) ودلالة الفروق بين متوسطات درجات التطبيقات القبلي والبعدي والنتبعي (فترات التطبيق الثلاثة) لدى المجموعة التجريبية على مقياس اليقظة الذهنية وأبعاده، ويوضح جدول (٨) نتائج تحليل التباين أحادي الاتجاه للقياسات المتكررة:

جدول (٨): نتائج تحليل التباين أحادي الاتجاه للقياسات المتكررة على مقياس اليقظة الذهنية وأبعاده المختلفة للمجموعة التجريبية في التطبيقات الثلاثة (القبلي-البعدي-التتبعي) (ن=١٣):

المتغير/الأبعاد	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة	حجم التأثير Eta
بعد الوعي	بين القياسات المتكررة	٢٤١٤,٨٢	١,٣٦٤	١٧٧٠,٦٦	١٧٤,٧٣	٠,٠٠٠	٠,٩٣٦
	الخطأ	١٦٥,٨٥	١٦,٣٦٦	١٠,١٣٤			
بعد القبول	بين القياسات المتكررة	١٩٤٦,٠٠	١,٣٦٧	١٤٢٣,٣٦١	١٧٣,٤١	٠,٠٠٠	٠,٩٣٥
	الخطأ	١٣٤,٦٧	١٦,٤٠٦	٨,٢٠٨			
الدرجة الكلية للمقياس	بين القياسات المتكررة	٨٦٩٣,٢٨	١,٣٢٦	٦٥٥٤,٩٧٨	٧٩٤,٠٠	٠,٠٠٠	٠,٩٨٥
	الخطأ	١٣١,٣٩	١٥,٩١٥	٨,٢٥٦			

يتضح من الجدول السابق أنه توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية في القياسات المتكررة خلال فترات التطبيق (القبلي-البعدي-التتبعي) على مقياس اليقظة الذهنية، سواء على الأبعاد (الوعي-القبول) أو الدرجة الكلية للمقياس، وبحجم تأثير عال جدًا، حيث كانت قيم معامل حجم التأثير (Eta) (٠,٩٣٦-٠,٩٣٥-٠,٩٨٥) على بعد الوعي وبعد القبول والدرجة الكلية لليقظة الذهنية على التوالي، وهي قيم عالية وكبيرة عن القيمة (٠,٨٤) حسب محك Cohen (الدريد، ٢٠٠٦، ص ٨٠)؛ مما يدل على تحقق الفرض الإحصائي، مع وجود تأثير عال للبرنامج المعرفي القائم على اليقظة الذهنية في تنمية مهارات اليقظة الذهنية لدى المراهقين المشاركين بالبرنامج. ولتحديد اتجاه الأثر في القياسات الثلاثة تم استخدام طريقة بونفيروني Bonferroni، كما يتضح بالجدول التالي:

جدول (٨): اختبار بونفيروني للمقارنات المتعددة للفروق بين متوسطات درجات العينة التجريبية على مقياس اليقظة الذهنية وأبعاده في القياسات المتكررة (ن=١٣)

اليقظة الذهنية (الأبعاد والدرجة الكلية)									القياسات المتوسط الانحراف (المعياري)
الدرجة الكلية			بعد القبول			بعد الوعي			
التتبعي	البعدي	القبلي	التتبعي	البعدي	القبلي	التتبعي	البعدي	القبلي	
٩١,٢٣ (٣,٢٧)	٨٠,٦٢ (٤,٠٩)	٥٥,٦٢ (٤,٦٨)	٤٥,٠٠ (٢,٧٤)	٤٠,٣١ (٣,٥٩)	٢٨,٢٣ (٣,٠٦)	٤٦,٢٣ (٣,٧٥)	٤٠,٣١ (٢,٤٦)	٢٧,٣٨ (٣,٧٩)	
٣٥,٦٢*	٢٥,٠٠*	-	١٦,٧٧*	١٢,٠٨*	-	١٨,٨٥*	١٢,٩٢*	-	
١٠,٦٢*	-	-	٤,٧٠*	-	-	٥,٩٢*	-	-	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	

* الفرق بين المتوسطين دال عند (٠,٠٥)

يتبين من الجدول السابق لمصفوفة المقارنات المتعددة للفروق بين متوسطات درجات العينة التجريبية في القياسات المتكررة على مقياس اليقظة الذهنية وأبعاده، أنه توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠,٠٥) بين القياسين القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي ذو المتوسط الأعلى، وبين القياسين القبلي والتتبعي لصالح القياس التتبعي ذو المتوسط الأعلى، مما يشير إلى فاعلية البرنامج العلاجي في تنمية مهارات اليقظة الذهنية لدى أفراد المجموعة التجريبية بعد الانتهاء من جلسات البرنامج، كما توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠,٠٥) بين القياسين البعدي والتتبعي لصالح القياس التتبعي ذو المتوسط الأعلى، مما يدل على استمرارية فاعلية البرنامج العلاجي بشكل جيد بعد فترة زمنية من المتابعة (سنة أسابيع) بعد الانتهاء من جلسات البرنامج العلاجي.

مناقشة النتائج وتفسيرها:

سعت الدراسة الحالية إلى التحقق من فاعلية العلاج المعرفي القائم على اليقظة الذهنية في خفض أعراض اضطراب القلق الاجتماعي وتنمية مهارات اليقظة الذهنية لدى عينة الدراسة من المراهقين، حيث أظهرت نتائج الفرض الأول إلى وجود علاقة ارتباطية سلبية بين اضطراب القلق الاجتماعي واليقظة الذهنية، وهو ما يؤكد على أن الاهتمام المتزايد بالتركيز والوعي على الذات يلعب دورًا مهمًا في الحفاظ على اضطراب القلق الاجتماعي، خاصة التركيز على الأعراض الجسدية البارزة (Bögels & Mansell, 2004)، وهو ما أكدته نتيجة الفرض بوجود علاقة ارتباطية قوية وعكسية بين الوعي مكون باليقظة الذهنية والأعراض الجسدية لاضطراب القلق الاجتماعي.

كما أن المستويات الأعلى من اليقظة الذهنية ترتبط بمستويات منخفضة من القلق الاجتماعي، وهو أكدته العديد من الدراسات السابقة (حسانين، ٢٠١٧؛ Rasmussen & Pidgeon, 2011; Brown & Ryan, 2003; Schmertz et al., 2012)، كما أن هناك علاقة ارتباطية سلبية بين اليقظة الذهنية وأعراض القلق العام (الحارثي، ٢٠١٩). وعلاقة ارتباطية إيجابية مع تحسين التوافق النفسي والصحة النفسية للأفراد (Koszycki, et al. 2016; Keng et al. 2011). في حين أن اليقظة الذهنية ذات علاقة ارتباطية موجبة بالمهارات الاجتماعية (أنديجاني، ٢٠٢٢). مما يشير إلى أن امتلاك الفرد لمستويات مرتفعة من الوعي واليقظة الذهنية والبعد عن الأحكام والتقييمات الراهنة للأحداث الاجتماعية، يدفعه إلى التحكم الذاتي في إدارة المواقف الضاغطة والتعايش معها دون توتر وقلق، وتؤكد هذه النتيجة على

فاعلية التدريب على ممارسات اليقظة الذهنية في زيادة مستوى الوعي والقبول لدى المضطربين اجتماعياً، والتي أدت إلى خفض أعراض اضطراب القلق الاجتماعي لديهم، كما يتضح في نتائج الفروض التالية.

كما أظهرت نتائج الفرض الثاني وجود فروق دالة إحصائياً بين القياسات المتكررة لاضطراب القلق الاجتماعي في التطبيقات الثلاثة (القبلي-البعدي-التتبعي)؛ حيث تبين وجود فروق بين القياسين القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي ذو المتوسط الأقل، وبين القياسين القبلي والتتبعي لصالح القياس التتبعي ذو المتوسط الأقل، مما يشير إلى فاعلية البرنامج العلاجي في خفض أعراض القلق الاجتماعي لدى المشاركين بالبرنامج بعد الانتهاء من جلساته العلاجية، ما يشير إلى أن التدريب على ممارسات اليقظة الذهنية كان فعالاً في الحد من أعراض اضطراب القلق الاجتماعي وأبعاده المعرفية والاجتماعية والجسمية، وقد اتضح ذلك في حجم التأثير المرتفع للبرنامج في اضطراب القلق الاجتماعي وخاصة الأعراض الجسمية، وتتوافق نتائج هذه الدراسة مع نتائج الدراسات التي تؤكد كفاءة وفعالية هذا النهج العلاجي مع الأفراد الذين تم تشخيصهم باضطراب القلق الاجتماعي (Kocovski , et al., 2009; Goldin & Gross, 2010)، بالإضافة إلى فعاليته في التقليل من الأعراض النفسية المحددة للقلق الاجتماعي مثل: الاجترار العقلي، وقلة التركيز والانتباه (Zeidan, et al., 2010)، والصحة النفسية العامة (Brown, & Kasser, 2005).

ويرجع ذلك إلى أن الجمع بين فنيات وأساليب العلاج المعرفي القائم على اليقظة الذهنية والتدريب على تركيز المهام قد ساعد على التقليل من أعراض القلق الاجتماعي، والحد منها، ويتفق ذلك مع نتائج العديد من الدراسات السابقة (Bögels, et al., 2006; Boettcher. et al., 2010; Piet, et al., 2012)، والتي أجريت على عينات تجريبية صغيرة، لتقييم الجمع بين تلك الممارسات والفنيات العلاجية، والتي ركزت على تغيير عمليات الانتباه غير التكيفية، من خلال التدريب على الانتباه اليقظ والوعي بالأعراض الجسمية المصاحبة لاضطراب القلق الاجتماعي، وتقبل الخبرات والمشاعر والأفكار في اللحظة الراهنة للمواقف الاجتماعية الضاغطة، دون إصدار الأحكام، مع التدريب على تركيز المهام؛ أي تعليم الأفراد كيفية إعادة توجيه الانتباه بعيداً عن الأفكار والمشاعر الداخلية بل توجيه الانتباه نحو المهمة المطروحة، وبالتالي تقليل التركيز على الذات، مما يؤدي إلي التغيير في التحيز الانتباهي في المواقف الضاغطة، والذي يساعد في خفض أعراض القلق الاجتماعي، وهو ما توصلت إليه نتائج الدراسة الحالية، والتي تتفق ونتائج

دراسات سابقة في نفس المجال (Amir et al., 2009; Hofmann, 2004; Schmidt, et al., 2009).

كما أن التدريب على ممارسات اليقظة بشكل عام، ساعد المراهقين على تنشيط وتحفيز الانتباه والوعي لديهم، ما يجعلهم في حالة ذهنية تتسم بالمرونة وعدم الجمود والانفتاح على كل ما هو جديد؛ أي أن مهارات اليقظة الذهنية تساعد على زيادة الوعي الانتباه لدى الأفراد المضطربين اجتماعيًا (Haigh, et al., 2011; Jakymin & Harris, 2012).

كما أن ممارسات اليقظة الذهنية التي تم تدريب عليها بالبرنامج كالتأمل والتنظيم الذاتي والمرونة الانفعالية والمعرفية والسلوكية، قد أحدثت تغييرًا في نمط الحياة العامة للأفراد بالمجموعة التجريبية؛ مثل الاهتمام والاعتناء بالنفس والجسد - وهو ما يطلق عليه "الشفاء من الداخل" -، والسعي نحو تقبل المشاعر والأفكار والأحاسيس المصاحبة للمواقف الضاغطة بدلاً من قمعها، والتي تساعدهم على فهم الانفعالات الإيجابية والسلبية في المواقف الضاغطة (Kabat-Zinn, 2003)، كما أن التدريب على ممارسة التركيز على المهمة من خلال التحكم في الانتباه وتوجيهه نحو الأداء، والانتقال من التركيز على الذات إلى التركيز على البيئة المحيطة، أدى إلى إحداث تغييرات في عمليات الإدراك (Hofman, 2007; Julian et al., 2012)، وتحسين تنظيم العاطفة والمشاعر (Wadlinger & Isaacowitz, 2011) في المواقف الاجتماعية الضاغطة، ما يساعد على خفض أعراض اضطراب القلق الاجتماعي.

بالإضافة إلى أن تدريب المشاركين بالبرنامج على مهارات التعامل مع المشاعر والأفكار والأحاسيس الراهنة في المواقف الضاغطة اجتماعيًا، من خلال تقبلها دون الحكم عليها، يؤدي إلى تعلم التعاطف مع الذات، والقدرة على تهدئة النفس في مواجهة التوتر والمعاناة (Germer & Neff, 2013; Neff & Germer, 2013). إلى جانب أن تدريب المشاركين بالبرنامج العلاجي على الانتقال من الاهتمام المتزايد من الفرد بالتركيز الذاتي على الأعراض الجسدية - مما يساعد على استمرارية أعراض الاضطراب في دائرة مرة مغلقة - إلى التركيز على البيئة المحيطة بالفرد في المواقف الضاغطة، وهو ما يتفق مع نتائج الدراسات السابقة التي تشير إلى أن التدخلات القائمة على اليقظة الذهنية فعالة بشكل خاص مع الأشخاص الذين يعانون من الخوف من ظهور الأعراض الجسدية في المواقف الاجتماعية الضاغطة (مثل: الاحمرار والارتجاف والتعرق)، باعتباره شكل مميز من أشكال اضطراب القلق الاجتماعي (Bögels & Reith, 1999; Bögels et al., 2010).

كما أن تدريب المشاركين بالبرنامج على دمج تمارين اليقظة الذهنية في أنشطة الحياة اليومية؛ قد خلق لديهم أنماطاً جديدة من التنظيم الذاتي، وتقبل المشاعر النفسية - وخاصة السلبية منها- وزيادة الوعي بها دون إصدار أحكام في المواقف الضاغطة التي يتعرضون لها، كما أنها ساعدتهم على رؤية وتأمل الأعراض الجسدية بوضوح عند حدوثها، كما أن ممارسة تمارين اليقظة الذهنية بشكل مستمر وفي أي مكان وفي أي وقت، يؤدي إلى زيادة انتباه الأشخاص القلقين إلى أجسادهم وعواطفهم وأفكارهم وتقبلها دون توتر وضغوطات، مما ساعدهم على الحد من أعراض القلق الاجتماعي كالأعراض الفسيولوجية الجسمية والخوف والتجنب، وهو ما أكد عليه دراسة راي وآخرين (Rae, et al. (2022)، في أن التدريب على تمارين اليقظة الذهنية بشكل مستمر، تؤثر بشكل فعال في التقليل من أعراض القلق الاجتماعي، مثل: سلوك التجنب، وتحيز الانتباه، والخوف من التقييم السلبي من قبل الآخرين نتيجة الإدراك السلبي للموقف الضاغط اجتماعياً، وهو ما يفسر استمرارية أثر البرنامج العلاجي خلال فترة المتابعة بعد الانتهاء من جلسات البرنامج، والذي يتفق والنتائج التي تم التوصل إليها في الدراسة الحالية، بأنه توجد فروق دالة إحصائية بين القياسين البعدي والتتبعي لاضطراب القلق الاجتماعي لصالح القياس التتبعي خلال فترة المتابعة.

وبناء ما سبق من النتائج، تبين أن العلاج المعرفي القائم على اليقظة الذهنية يقلل من أعراض القلق الاجتماعي؛ بما في ذلك الأعراض الفسيولوجية والخوف والتجنب، حيث يعتمد هذا التدخل العلاجي على أسلوب أساسي في العملية العلاجية، الذي يختلف عن التدخلات العلاجية الأخرى، وهو التدريب على الوعي والتأمل، الذي يؤدي إلى استجابات بديلة للخوف والقلق في العقل والجسم، والتحكم في ردود الفعل العاطفية وضبط الانفعالات، من خلال التدريب على الانتباه، والوعي، والميل إلى التأطيف بالذات، والفضول، والرأفة بالذات (Kabat-Zinn, 2005). كما يقلل العلاج المعرفي القائم على اليقظة الذهنية من الحساسية الشخصية بشكل كبير (Mohammadpour, et al., 2020). كما أن ممارسات اليقظة الذهنية المستمرة، تساعد الأفراد في أن يكون لديهم رؤية أكثر موضوعية تجاه خبرات الفشل، عند التعامل مع الناس واجترار الأفكار وتولد المشاعر السلبية تجاه الذات، والحصول على مستوى من الوعي العقلي اللازم لفهم مثل هذه التجارب بشكل أفضل (Neff, et al., 2007).

وتتفق نتائج هذه الدراسة مع العديد من الدراسات السابقة التي تؤكد فاعلية هذا التدخل العلاجي في علاج أعراض القلق الاجتماعي والحد منها، وأن له تأثيرات إيجابية كبيرة في علاج

الكثير من اضطرابات المزاج والقلق المختلفة (Vollestad, et al., 2011) ، واضطراب القلق الاجتماعي بشكل خاص (Jazaieri, et al., 2006; Bögels, et al., 2006; Kocovski et al., 2009).

كما أشارت نتائج الفرض الثالث إلى وجود فروق دالة إحصائية بين القياسات المتكررة على اليقظة الذهنية في التطبيقات الثلاثة (القبلي-البعدي-التتبعي)، والتي تدل على تحسن مهارات اليقظة الذهنية لدى المشاركين في البرنامج العلاجي في التطبيق البعدي واستمرارية التأثير للبرنامج العلاجي في التطبيق التتبعي بعد فترة المتابعة، وتؤكد هذه النتيجة انخفاض أعراض القلق الاجتماعي لدى المشاركين بالبرنامج، مما يدل على وجود علاقة عكسية بين اليقظة الذهنية والقلق الاجتماعي، وهو ما أكدته نتائج دراسة راسموسن وبيدجون (Rasmussen and Pidgeon (2011) أن اليقظة الذهنية كانت مرتبطة بشكل سلبي مع القلق الاجتماعي. كما أن المستويات الأعلى من اليقظة الذهنية ذات علاقة بالمستويات المنخفضة من القلق الاجتماعي (Brown & Ryan, 2003; Schmertz, et al., 2012). كما ساعدتهم ممارستهم اليقظة الذهنية على كيفية الانتقال من التركيز على الذات والأعراض الجسمية والأفكار والمشاعر السلبية أثناء المواقف الاجتماعية الضاغطة، إلى التركيز على البيئة والأشياء المحيطة بهم كما أكدت على هذه النتيجة عدة دراسات (Mulkens, et al., 2001; Neubauer, et al., 2013; Hofmann, 2004)

وبناء على ما سبق مع نتائج فإن تدريب المشاركين على العديد من ممارسات اليقظة الذهنية بجلسات البرنامج العلاجي، كالتدريب على التأمل، والتنفس الواعي، والتحدث والاستماع اليقظ، والوعي بالأحاسيس الجسمية، والوعي اليقظ للأصوات والأفكار والعواطف (المراقبة الذاتية)، وغيرها من الممارسات، ساعدت على خفض أعراض القلق الاجتماعي، ما يعني أن المستويات الأعلى من اليقظة الذهنية مرتبطة بمستويات أقل من القلق الاجتماعي.

توصيات وبحوث مقترحة:

في ضوء نتائج الدراسة الحالية وتفسيرها، يوجد العديد من التوصيات والبحوث من المقترحات كما يلي:

- الحاجة إلى مزيد من البحوث للمقارنة بين آثار التدريب على اليقظة الذهنية والتدخلات العلاجية الأخرى في علاج أعراض القلق الاجتماعي؛ حيث تبين أن أغلب الدراسات التي تتعلق بعلاج اضطراب القلق الاجتماعي كانت تعتمد على اليقظة الذهنية مقترنة بالتدخلات

العلاجية الأخرى كالعلاج المعرفي السلوكي، والعلاج المعرفي، والعلاج بالتقبل والالتزام، وتدريب التركيز على المهام، وغيرها من التدخلات.

- على الرغم من وجود بعض الأدلة في البحوث على أن اليقظة الذهنية تؤدي إلى تغيير في عمليات الانتباه والتحكم الانتباهي، إلا أنها تحتاج إلى مزيد من البحوث للتحقق ما إذا كان خفض أعراض اضطراب القلق الاجتماعي بعد التدريب على اليقظة الذهنية، يرجع إلى التحكم في الانتباه، أم عن طريق الانفتاح العام وتقبل التجارب الحالية في المواقف الاجتماعية الضاغطة.

- دراسة مدى تأثير أسلوب التعاطف مع الذات خلال العلاج المعرفي القائم على اليقظة الذهنية (MBCT) في علاج أعراض القلق الاجتماعي والاضطرابات الانفعالية الأخرى.

- مزيد من الأبحاث المستقبلية حول فعالية ممارسات اليقظة الذهنية في خفض أعراض اضطراب القلق الاجتماعي لدى المراهقين والأطفال.

- دراسة أثر ممارسات اليقظة الذهنية في خفض أعراض اضطراب القلق الاجتماعي لدى المراهقين الإناث، نظرًا للاختلافات العديدة بين الذكور والإناث في الطبيعة الفسيولوجية والنفسية والاجتماعية.

- فحص فعالية العلاج المعرفي القائم على اليقظة على المراهقين الذين يعانون من الاضطرابات النفسية الأخرى.

مراجع الدراسة:

أولاً: المراجع العربية:

ابريعم، سامية. (٢٠١٦). مستوى الرهاب الاجتماعي لدى المراهقين في مدارس مدينة تبسة- الجزائر. مجلة جامعة الاستقلال للأبحاث، الجزائر، ١(٢)، ١-١٣.

أبو علام، رجاء محمود. (٢٠٠٩). التحليل الإحصائي للبيانات باستخدام برنامج SPSS (ط٣). دار النشر للجامعات.

أبو عيطة، سهام درويش؛ ومحمود، أحمد عطا. (٢٠٠٥). فاعلية برنامج إرشادي جمعي لتحسين التوافق النفسي ومفهوم الذات لدى الأطفال المساء إليهم. مجلة العلوم النفسية والتربوية، ٦، (٣)، ١-٢٤.

إسماعيل، هالة خير سناري. (٢٠١٧). المرونة النفسية وعلاقتها باليقظة العقلية لدى طلاب كلية التربية (دراسة تنبؤية). مجلة الإرشاد النفسي، ٥٠ (١)، ٢٨٧-٣٣٥.

أليدينا، شمس. (٢٠١٩). اليقظة الذهنية. القاهرة: دار الفاروق للاستثمارات الثقافية.
أنديجاني، عبد الوهاب بن مشرب. (٥١٤٤٣). اليقظة العقلية وعلاقتها بالمهارات الاجتماعية وفق
بعض المتغيرات الديموغرافية لدى طلبة كلية التربية جامعة الباحة. مجلة الجامعة
الإسلامية للعلوم التربوية والاجتماعية، (٩-١)، ٩٠-١٤١.

البحيري، عبدالرقيب أحمد؛ والضبع، فتحي عبدالرحمن؛ محمود، أحمد علي؛ والعوامل، عائدة
أحمد. (٢٠١٤). الصورة العربية لمقياس العوامل الخمسة لليقظة العقلية: دراسة ميدانية
على عينة طلاب الجامعة في ضوء أثر متغيري الثقافة والنوع. مجلة الإرشاد النفسي،
٣٩، ١١٩-١٦١.

البناء، حياة؛ عبد الخالق، أحمد؛ مراد، صلاح. (٢٠٠٦). القلق الاجتماعي وعلاقته بالتفكير السلبي
التلقائي لدى الطلاب من جامعة الكويت. دراسات نفسية، رابطة الأخصائيين النفسيين
المصرية، ١٦ (٤)، ٢٩١-٣١٢.

تلاحمة، اجبارة عبد اجبارة. (٢٠١٧). فاعلية برنامجين إرشاديين في خفض درجة الرهاب
الاجتماعي لدى عينة من طلبة المرحلة الأساسية العليا في مدارس دُورا [رسالة ماجستير
غير منشورة]. جامعة الخليل، فلسطين.

التهامي، السيد يس؛ ومحمد، رضا إبراهيم. (٢٠١٨). فاعلية برنامج قائم على اليقظة الذهنية
العقلية في خفض الضغوط وتحسين الرفاهية لدى معلمي الأطفال ذوي الاضطرابات طيف
التوحد. مجلة التربية الخاصة، جامعة الزقازيق، ٢٤، ١-٨١.

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

الحارثي، سعد محمد. (٢٠١٩). اليقظة الذهنية وعلاقتها بأعراض القلق لدى طلاب الكلية التقنية
بمحافظة بيشة. المجلة التربوية، كلية التربية-جامعة سوهاج، ٥٧، ١٢٩-١٥٧.
حجازي، علاء علي (٢٠١٣): القلق الاجتماعي وعلاقته بالأفكار اللاعقلانية لدى طلبة المرحلة
الإعدادية بالمدارس الحكومية في محافظات غزة [رسالة ماجستير، الجامعة الإسلامية
بغزة]. قاعدة دار المنظومة للرسائل الجامعية.

<https://search.mandumah.com/Record/695418>

حسانين، أحمد عبدالجواد. (٢٠١٧). اليقظة العقلية وعلاقتها بالمرونة النفسية والقلق الاجتماعي لدى طلاب جامعة عنيزة. مجلة كلية الآداب، جامعة بنها-مصر، (٤٨-٤)، ١٥٢-٨٩.

حسين، عائدة عبدالهادي. (٢٠٠٤). الخيرات الصادمة والمساندة الأسرية وعلاقتها بالصحة النفسية للطفل [رسالة ماجستير غير منشورة]. كلية التربية، الجامعة الإسلامية بغزة.

حسين، طه عبدالعظيم. (٢٠٠٩). استراتيجيات إدارة الخجل والقلق الاجتماعي. دار الفكر للنشر.

حميدة، محمد إسماعيل سيد. (٢٠١٩). فعالية برنامج قائم على اليقظة الذهنية في تنمية التدفق النفسي وأثره على السعادة النفسية لدى طلاب المرحلة الثانوية: دراسة تنبؤية - تجريبية. مجلة الإرشاد النفسي، (٦٠)، ٣٣٩-٢٤٦.

الخاتنة، سامي. (٢٠١٩). فعالية برنامج للتدريب على اليقظة العقلية في خفض الضغط النفسي وتحسين نمط الحياة لدى طلبة جامعة حكومية في الأردن. مجلة دراسات، في العلوم التربوية، الجامعة الأردنية، ٤٦ (١)، ٦١-٧٨.

الخولي، عبدالله محمد عبد الظاهر. (٢٠١٢). كيف تتحدث بثقة أمام الناس. مركز التفكير الحر بجدة.

دبابيش، علي موسى. (٢٠١١). فعالية برنامج إرشادي مقترح للتخفيف من القلق الاجتماعي لدى طلبة المرحلة الثانوية وأثره على تقدير الذات [رسالة ماجستير، جامعة الأزهر بغزة].

قاعدة دار المنظومة للرسائل الجامعية.

<https://search.mandumah.com/Record/542269>

الدردير، عبدالمنعم أحمد. (٢٠٠٦). الإحصاء البارامترية واللابارامترية في اختبار فروض البحوث النفسية والتربوية والاجتماعية. عالم الكتب.

رضوان، سامر رضوان (٢٠٠١). القلق الاجتماعي: دراسة ميدانية لتقنين مقياس القلق الاجتماعي على عينات سورية. مجلة مركز البحوث التربوية-سوريا، ١٩، ٤٧-٧٧.

الرمادي، نور أحمد. (٢٠١٢). القلق الاجتماعي وعلاقته ببعض اضطرابات الشخصية لدى طلبة جامعة الفيوم. مجلة كلية التربية، جامعة دمنهور-مصر، ١٢ (٤)، ٢٣-١.

الرويتع، عبدالله بن صالح بن عبدالعزيز. (٢٠٠٤). مقياس ثلاثي الأبعاد للقلق الاجتماعي. رسالة التربية وعلم النفس، جامعة الملك سعود، ٢٤، ٩-٤٣.

زهران، حامد عبدالسلام. (٢٠٠٥). الصحة النفسية والعلاج النفسي (ط٤). القاهرة: عالم الكتب.

- الشيخ، منال. (٢٠١٢). فاعلية برنامج إرشادي فردي في التخفيف من أعراض الصدمة النفسية الناتجة عن إساءة المعاملة الجنسية لدى الأطفال من خلال دراسة حالة. مجلة جامعة دمشق، ٢٨، (٣)، ٤٧٧-٥١٨.
- الصبوة، محمد نجيب. (٢٠٠٢). الخوف والقلق الاجتماعي، في ديفيد ه. بارلو (تحرير صفوت فرج)، مرجع إكلينيكي في الاضطرابات النفسية: دليل علاجي تفصيلي. (ص ص ٢٢٩-٣٣١). مكتبة الأنجلو المصرية.
- الضبع، فتحي عبدالرحمن؛ وطالب، أحمد علي. (٢٠١٣). فاعلية اليقظة العقلية في خفض أعراض الاكتئاب النفسي لدى عينة من طلاب الجامعة. مجلة الإرشاد النفسي، جامعة عين شمس، ٣٤، ١-٧٥.
- عبدالرحمن، نائل محمد. (٢٠١٦). أثر برنامج اليقظة الذهنية في خفض أعراض الوهن النفسي لدى عينة من طلاب جامعة الجوف. المجلة الدولية للبحوث في علم النفس، ٤ (٢)، ٣٨٤-٤١٦.
- عبدالمجيد، السيد محمد. (٢٠٠٤). إساءة المعاملة والأمن النفسي لدى عينة من تلاميذ المرحلة الابتدائية. مجلة دراسات نفسية، ١٤، (٣)، ٢٣٧-٢٧٤.
- عثمان، زينب. (٢٠١٤). القلق الاجتماعي وعلاقته بقوة الانا وتقدير الذات والسلوك التوكيدي والسماح السوية وغير السوية لدى عينة من المراهقين المكفوفين بصريا. مجلة كلية الآداب-جامعة سوهاج، ٣٧، ١٣٥-٢٠٠.
- عدوي، طه ربيع. (٢٠١١). النماذج والنظريات المفسرة للرهاب الاجتماعي. مجلة الإرشاد النفسي، جامعة عين شمس، ٢٩، ٤٨٩-٥١٣.
- عكاشة، أحمد؛ عكاشة، طارق. (٢٠١٠). الطب النفسي المعاصر (ط ١٠). مكتبة الانجلو المصرية.
- غزو، أحمد؛ وسمور، قاسم. (٢٠١٦). فاعلية برنامجين إرشاديين في خفض اضطراب الرهاب الاجتماعي لدى عينة من طلبة السنة الأولى في جامعة اليرموك. المجلة الأردنية في العلوم التربوية، ١٢ (١)، ٥٩-٦٩.
- الفتي، إسماعيل، والبقي، أمنية (٢٠١٧). النماذج والنظريات المفسرة للتحيزات المعرفية في القلق الاجتماعي: دراسة نظرية. مجلة كلية التربية، جامعة طنطا، ٦٨ (٤-١)، ٢٤٢-٢٦٨.

القريطي، عبدالمطلب. (٢٠٠٣). *في الصحة النفسية*. دار الفكر العربي للطباعة والنشر.
لينهان، مارشا م. (٢٠٢٠). التدريب على مهارات العلاج الجدلي السلوكي DBT: الأدلة
وأوراق العمل (ترجمة سامي العرجان، تيسير شواش). دار الفكر للنشر.
منظمة الصحة العالمية (٢٠٢٢، فبراير). التصنيف الدولي للأمراض-المراجعة الحادية عشر
(ICD-11): باب الاضطرابات النفسية والسلوكية واضطرابات النماء العصبي "اضطراب
القلق الاجتماعي". [https://icd.who.int/browse11/l-](https://icd.who.int/browse11/l-m/a/ar#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f2062286624)
[m/ar#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f2062286624](https://icd.who.int/browse11/l-m/a/ar#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f2062286624)
وات، نيسا. (٢٠٢١). *اليقظة الذهنية: دليلك خطوة-خطوة نحو حياة أكثر سعادة* (ترجمة سامي
العرجان، وفاطمة الشخي). دار الفكر للنشر.

ثانياً: المراجع الأجنبية:

- Ahghar, G. (2014). Effects of teaching problem solving skills on students' social anxiety. *International Journal of Education and Applied Sciences, 1* (2), 108-112.
- AL-Naggar, R., Bobryshev, Y., & AL Absi, M. (2013). Perfectionism and Social Anxiety among University Students in Malaysia. *Journal of Psychiatry, 14*(1), 1-8.
- American Psychiatric Association. (2013) *Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders*. Fifth edition. (DSM-5).
- Amir, N., Beard, C., Taylor, C. T., Klumpp, H., Elias, J., Burns, M., & Chen, X. (2009). Attention training in individuals with generalized social phobia: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77*, 961-973.
- Amir, N., Weber, G., Beard, C., Bomyea, J., & Taylor, C. T. (2008). The effect of a single-session attention modification program on response to a public-speaking challenge in socially anxious individuals. *Journal of Abnormal Psychology, 117*, 860-868.
- Ammari, E. (2005). Glossophobia: Variables that Empower and/or Impede Effective Delivery and Articulation in the Art of Public Speaking. *Journal of Human and social Science, 32* (3), 623-636.
- Baer, R. A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice, 10*, 125-143. doi:10.1093/clipsy.bpg015
- Bar-Haim, Y., Lamy, D., Pergamin, L., Bakermans-Kranenburg, M. J., & van IJendoorn, M. H. (2007). Threat-related attentional bias in

-
- anxious and nonanxious individuals: A meta-analytic study. *Psychological Bulletin*, *133*, 1–24.
- Baridelow, B., & Stein, D. (2005). *Social anxiety disorder*. Taylor & Francis Library.
- Bijl, R. V., Ravelli, A., & van Zessen, G. (1998). Prevalence of psychiatric disorder in the general population: Results of the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *33*, 587–595.
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., & Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *11*, 230–241.
- Boettcher, J., Berger, T., & Renneberg, B. (2012). Internet-based attention training for social anxiety: A randomized controlled trial. *Cognitive Therapy and Research*, *36*, 522–536.
- Bögels, S. M. (2006). Task concentration training versus applied relaxation, in combination with cognitive therapy, for social phobia patients with fear of blushing, trembling, and sweating. *Behaviour Research and Therapy*, *44*, 1199–1210.
- Bögels, S. M., & Lamers, C. T. J. (2002). The causal role of self-awareness in blushing-anxious, socially-anxious and social phobics individuals. *Behaviour Research and Therapy*, *40*, 1367–1384.
- Bögels, S. M., & Mansell, W. (2004). Attention processes in the maintenance and treatment of social phobia: Hypervigilance, avoidance and self-focused attention. *Clinical Psychology Review*, *24*, 827–856.
- Bögels, S. M., & Reith, W. (1999). Validity of two questionnaires to assess social fears: The Dutch Social Phobia and Anxiety Inventory and the Blushing, Trembling and Sweating Questionnaire. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *21*, 51–66.
- Bögels, S. M., & Voncken, M.J. (in prep.). An RCT of mindfulness training versus cognitive therapy for social anxiety disorder. In Justin W. Weeks (Ed.), *Handbook of Social Anxiety Disorder* (pp. 588-601). John Wiley & Sons, Ltd.
- Bögels, S. M., Mulken, S., & de Jong, P. J. (1997). Task concentration training and fear of blushing. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, *4*, 251–258.
- Bögels, S. M., Rijseumus, W., & De Jong, P. J. (2002). Self-focused attention and social anxiety: the effects of experimentally heightened self-
-

-
- awareness on fear, blushing, cognitions, and social skills. *Cognitive Therapy and Research*, 26, 461–472.
- Bögels, S. M., Sijbers, G. F. V. M., & Voncken, M. J. (2006). Mindfulness and task concentration training for social phobia: A pilot study. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 20, 33–44.
- Brausch, B. D. (2011). *The role of mindfulness in academic stress, self-efficacy, and achievement in college students* [Unpublished Master's thesis]. Eastern Illinois University Charleston, IL.
- Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 4, 822–848.
- Brown, K. W., Weinstein, N., & Creswell, J. D. (2012). Trait mindfulness modulates neuroendocrine and affective responses to social evaluative threat. *Psychoneuroendocrinology*, 37, 2037–2041.
- Brown, K.W., Kasser, T. (2005). Are psychological and ecological well-being compatible The role of values, mindfulness, and lifestyle. *Social Ind Res.*;74(2):349–68. doi: 10.1007/s11205-004-8207-8.
- Cardaciotto, L., Herbert, T., Forman, E., Moitra, E. & Farrow, V. (2008). The assessment of present- moment awareness and acceptance: the Philadelphia mindfulness scale. *Assessment*, 15(2), 204-223. DOI: 10.1177/1073191107311467
- Cassin, S. E., & Rector, N. A. (2011). Mindfulness and the attenuation of post-event processing in social phobia: An experimental investigation. *Cognitive Behaviour Therapy*, 40, 267–278.
- Chambers, R., Lo, B. C. Y., & Allen, N. B. (2008). The impact of intensive mindfulness training on attentional control, cognitive style, and affect. *Cognitive Therapy Research*, 32, 303–322.
- Chavira, D. A., & Stein, M. B. (2005). Childhood social anxiety disorder: From understanding to treatment. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 14, 797–818.
- Clarke, P. J. F., Notebaert, L., & MacLeod, C. (2014). Absence of evidence or evidence of absence: Reflecting on therapeutic implementations of attentional bias modification. *BMC Psychiatry*, 14, 8.
- Cody, M., & Teachman, B. (2011). Global and Local Evaluations of Public Speaking Performance in Social Anxiety. *Journal of Behavior Therapy*, (42), 601- 610.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112, 155–159.
- Crane R. (2017). *Mindfulness-Based Cognitive Therapy*. New York: Routledge. doi:10.4324/9781315627229
-

-
- Crozier, W., & Alden, L. (2005). Constructs of social anxiety, In, W., Crozier & L., Alden (Eds), *The essential handbook of social anxiety for clinicians*, (pp. 1-23). John Wiley.
- Desilva, D., (2005). *Understanding and Managing Anxiety*. <https://www.counselling-directory.org.uk/memberarticles/understanding-managing-anxiety>
- Dimidjian, S., Hollon, S. D., Dobson, K. S., Schmaling, K. B., Kohlenberg, R. J., Addis, M. E., . . . Jacobson, N. S. (2006). Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the acute treatment of adults with major depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*(4), 658–670.
- Feder, J., Dimidjian, S. & Segal, Z. (2012). Mindfulness-Based Cognitive Therapy. *Journal of clinical Psychology, 68* (2), 179-186.
- Germer, C. K., & Neff, K. D. (2013). Self-compassion in clinical practice. *Journal of Clinical Psychology, 69*, 856–867.
- Goldin, PR, & Gross JJ. (2010). Effects of mindfulness-based stress reduction (MBSR) on emotion regulation in social anxiety disorder. *Emotional, 10*(1):83–91. doi: 10.1037/a0018441. [PubMed: 20141305].
- Haigh, E.A., Moore, M.T., Kashdan, T.B., & Fresco, D.M. (2011). Examination of the Factor Structure and Concurrent Validity of the Langer Mindfulness/Mindlessness Scale. *Assessment, 18*(1), 11-26.
- Hathaway, W. & Tan, E. (2009). religiously oriented mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of Clinical Psychology, 65*(2), 158-171.
- Hayes, A. M., Feldman, G. C, Beevers, C. G., Laurenceau, J. P., Caradciotto, L., & Lewis-Smith, J. (2007). Discontinuities and cognitive changes in an exposure-based cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting & Clinical Psychology, 75*, 409-421.
- Hofmann, S. G. (2004). Cognitive mediation of treatment change in social phobia. *Journal of Clinical and Consulting Psychology, 72*(3), 393–399.
- Hofmann, S. G. (2007). Cognitive factors that maintain social anxiety disorder: A comprehensive model and its treatment implications. *Cognitive Behaviour Therapy, 36*, 193–209.
- Hofmann, S. G., & Bögels, S. M. (2006). Recent advances in the treatment of social phobia: introduction to the special issue. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 20*, 3–5.
-

-
- Hofmann, S. G., Sawyer, A. T., Witt, 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*, 169–183.
- Huxter, M. J. (2007). Mindfulness as therapy from a buddhist perspective. In D. A. Einstein (Ed.), *Innovations and advances in cognitive behavioural Therapy* (pp. 4353), Australian Academic Press.
- Ivtzan, I., Niemiec, R., & Briscoe, C. (2016). A study investigating the effects of mindfulness-based strengths practice (MBSP) on wellbeing. *International Journal of Wellbeing, 6*(2), 1-15.
- Jakymin, A. K., & Harris, L. M. (2012). Self-focused attention and social anxiety. *Australian Journal of Psychology, 64*, 61–67.
- Jazaieri, H., Goldin, P. R., Werner, K., Ziv, M., & Gross, J. J. (2012). A randomized trial of MBSR versus aerobic exercise for social anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychology, 68*(7), 715–731. doi:10.1002/jclp.21863
- Jha, A. P., Krompinger, J., & Baime, M. J. (2007). Mindfulness training modifies subsystems of attention. *Cognitive, Affective, & Behavioral Neuroscience, 7*, 109–119.
- Julian, K., Beard, C., Schmidt, N. B., Powers, M. B., & Smits, J. A. J. (2012). Attention training to reduce attention bias and social anxiety stressor reactivity: An attempt to replicate and extend previous findings. *Behaviour Research and Therapy, 50*, 350–358.
- Kabat-Zinn J. (2005). *Coming to our senses: Healing ourselves and the world through mindfulness*. Dell Publishing
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full Catastrophe Living: Using the Wisdom of your Body and Mind to Face Stress, Pain, and Illness*. Delacorte Press.
- Kemeny, M. E., Foltz, C., Cavanagh, J. F., Cullen, M., Giese-Davis, J., Jennings, P., & Ekman, P. (2012). Contemplative/emotion training reduces negative emotional behaviour and promotes prosocial responses. *Emotion, 12*, 338–350.
- Keng, S.-L., Smoski, M. J., & Robins, C. J. (2011). Effects of mindfulness on psychological health: a review of empirical studies. *Clinical Psychology Review, 31*, 1041–1056. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.04.006>
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of *DSM-IV* disorders in the national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry, 62*, 593–602.
-

-
- Keye, M. & Pidgeon, A. (2013). An investigation of relationship between resilience, mindfulness and academic self-efficacy. *Open Journal of Social Sciences, 1* (6), 1-4
- Kim, H. (2015). 'Statistical Notes for Clinical Researchers: A One-Way Repeated Measures ANOVA for Data with Repeated Observations'. *Restorative Dentistry & Endodontics, 40* (1): 91–95.
- King AP, Erickson TM, Giardino ND, et al. (2013). A pilot study of group mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) for combat veterans with posttraumatic stress disorder (PTSD). *Depress Anxiety, 30*(7), 638-45. doi:10.1002/da.22104
- Kocovski, N. L., Fleming, J. E., & Rector, N. A. (2009). Mindfulness and acceptance-based group therapy for social anxiety disorder: An open trial. *Cognitive and Behavioral Practice, 16*, 276–289.
- Koszycki, D., Thake, J., Mavounza, C., Daoust, J.-P., Taljaard, M., & Bradwejn, J. (2016). Preliminary investigation of a mindfulness-based intervention for social anxiety disorder that integrates compassion meditation and mindful exposure. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine, 22*, 363–374. <https://doi.org/10.1089/acm.2015.0108>
- Mace, C. (2008). *Mindfulness and mental health: Therapy, theory and science*. Routledge Taylor & Francis Group.
- Mardon, N., Richards, H., & Martindale, A. (2016). The effect of mindfulness training on attention and performance in national-level swimmers: An exploratory investigation. *The Sport Psychologist, 30* (2), 131-140.
- Mariatie, G. A & Kristeller, J. L. (1999). Mindfulness and meditation, In VV. R. Miller (Ed.), *Integrating Spirituality into Treatment* (pp. 67-84). American Psychological Association.
- Mogg, K., Philippot, P., & Bradley, B. P. (2004). Selective attention to angry faces in clinical social phobia. *Journal of Abnormal Psychology, 113*, 160–165.
- Mohammadpour, M., Amiri, S., Farnoodi, R., Bahari, A., Goodarzi, G., & Foroughi, A. (2020). The Effectiveness of Mindfulness-based Cognitive Therapy on the Psychological Symptoms of Students with Social Anxiety Disorder: A Randomized Clinical Trial. *International Journal of Behavioral Sciences, 14*(1), 6-12. doi: 10.30491/IJBS.2020.201358.1133
- Moore, A., Gruber, T., Derose, J., & Malinowski, P. (2012). Regular, brief mindfulness meditation practice improves electrophysiological
-

-
- markers of attentional control. *Frontiers in Human Neuroscience*, 6 (18), 5-15.
- Mulkens, S., Bögels, S. M., de Jong, P. J., & Louwers, J. (2001). Fear of blushing: Effects of task concentration training versus exposure in vivo on fear and physiology. *Journal of Anxiety Disorders*, 15, 413–432.
- Neale, M. I. (2006). *Mindfulness meditation: an integration of perspective from Buddhism, science and clinical psychology* [Unpublished doctoral dissertation]. California Institute of Integral Studies, San Francisco.
- Neff, K. D., & Germer, C. K. (2013). A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program. *Journal of Clinical Psychology*, 69, 28–44.
- Neff, K. D., Rude, S. S., & Kirkpatrick, K. L. (2007). An examination of self-compassion in relation to positive psychological functioning and personality traits. *Journal of research in personality*, 41(4):908-16.
- Neubauer, K., Von Auer, M., Murray, E., Petermann, F., Helbig-Lang, S., & Gerlach, A. L. (2013). Internet-delivered attention modification training as a treatment for social phobia: A randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 51, 87–97.
- Norton, A., & Abbott, M. (2016). Self-focused cognition in social anxiety: A review of the theoretical and empirical literature. *Journal of Behavior Change*, 33 (1), 44-64.
- Orcan, F. (2020). Parametric or Non-parametric: Skewness to Test Normality for Mean Comparison. *International Journal of Assessment Tools in Education*, 7(2), 255–265. <https://doi.org/10.21449/ijate.656077>
- Ossman, W. A., Wilson, K. G., Storaasli, R. D., & McNeill, J. W. (2006). A preliminary investigation of the use of acceptance and commitment therapy in group treatment for social phobia. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 6, 397–416.
- Piet, J., Hougaard, E., Hecksher, M. S., & Rosenberg, N. K. (2010). A randomized pilot study of mindfulness-based cognitive therapy and group cognitive-behavioral therapy for young adults with social phobia. *Scandinavian Journal of Psychology*, 51, 403–410.
- Raee, M., Fatahi, N., Homayoun, M., Ezatabadipor, H., & Shams, M. (2022). The effect of Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) on self-esteem, self-concept, and social anxiety of people with social anxiety disorder. *ASEAN Journal of Psychiatry*, 23(5), 1-7.
-

-
- Rapee, R. M., & Heimberg, R. G. (1997). A cognitive-behavioral model of anxiety in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 35(8), 741–756.
- Rasmussen, M. K., & Pidgeon, A. M. (2011). The direct and indirect benefits of dispositional mindfulness on self-esteem and social anxiety. *Anxiety, Stress, and Coping*, 24, 227–233.
- Rodebaugh, T. L., Holaway, R. M., & Heimberg, R. G. (2004). The treatment of social anxiety disorder. *Clinical Psychology Review*, 24, 883–908.
- Schmertz, S. K., Masuda, A., & Anderson, P. L. (2012). Cognitive processes mediate the relation between mindfulness and social anxiety within a clinical sample. *Journal of Clinical Psychology*, 68, 362–371.
- Schmidt, N. B., Richey, J. A., Buckner, J. D., & Timpano, K. R. (2009). Attention training for generalized social anxiety disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 118, 5–14.
- Schultz, L. T., & Heimberg, R. G. (2008). Attentional focus in social anxiety disorder: Potential for interactive processes. *Clinical Psychology Review*, 28, 1206–1221.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002, 2013). *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression*. New York: Guilford Press.
- Sipe, WE., Eisendrath, SJ. (2012). Mindfulness-based cognitive therapy: Theory and practice. *Can Journal Psychiatry*, 57(2), 63-9. doi:10.1177/070674371205700202
- Spurr, J. M., & Stopa, L. (2002). Self-focused attention in social anxiety and social phobia. *Clinical Psychology Review*, 22, 947–975.
- Stankovic, D. (2015). *Mindfulness mediation training for tennis players* [Unpublished doctoral dissertation]. Boston University.
- Stein, M. B., Fuetsch, M., Müller, N., Höfler, M., Lieb, R., & Wittchen, H. U. (2001). Social anxiety disorder and the risk for depression. *Archives of General Psychiatry*, 58, 251–265.
- Sun, J. (2014). Mindfulness in context: A historical discourse analysis. *Buddhism*, 15(2), 294-415.
- Van-Bockstaele, Bram & Bögels, Susan M. (2011). Mindfulness-Based Therapy for Social Anxiety Disorder, In Stefan G. Hofmann and Patricia M. DiBartolo (Eds), *Social Anxiety: Clinical, Developmental, and Social Perspectives* (pp. 729- 751). Academic Press is an imprint of Elsevier.

-
- Van-Bockstaele, Bram-Van & Bögels, Susan M. (2014). Mindfulness-Based Therapy for Social Anxiety Disorder, In Stefan G. Hofmann and Patricia M. DiBartolo (Eds.), *Social Anxiety Clinical, Developmental, and Social Perspectives* (3th ed.), pp. 720-751. Elsevier.
- Voncken, M. J., Bögels, S. M., & de Vries, K. (2003). Interpretation and judgmental biases in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, *41*, 1481–1488.
- Voncken, M. J., Dijk, C., de Jong, P. J., & Roelofs, J. (2010). Not self-focused attention but negative beliefs affect poor social performance in social anxiety: An investigation of pathways in the social anxiety-social rejection relationship. *Behaviour Research and Therapy*, *48*, 984–991.
- Wadlinger, H. A., & Isaacowitz, D. M. (2011). Fixing our focus: Training attention to regulate emotion. *Personality and Social Psychology Review*, *15*, 75–102.
- Walsh, J. J., Balint, M. G., Smolira, D. R., Fredericksen, L. K., & Madsen, S. (2009). Predicting individual differences in mindfulness: The role of trait anxiety, attachment anxiety and attentional control. *Personality and Individual Differences*, *46*, 94–99.
- Zeidan F, Johnson SK, Diamond BJ, David Z, Goolkasian P. (2010). Mindfulness meditation improves cognition: Evidence of brief mental training. *Conscious Cogn.*;19(2):597–605.
- Zhou, J. B., Hudson, J. L., & Rapee, R. M. (2007). The effect of attentional focus on social anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, *45*, 2326–2333.