



اليقظة الذهنية وعلاقتها بالانتكاسة الاكتئابية لدى ضحايا الصدمات النفسية

أ.د. إبراهيم باجس معالي**

ولاء محمد أبو عيشة*

الملخص

هدفت الدراسة الحالية إلى التعرف على العلاقة الارتباطية بين مستويات اليقظة الذهنية والانتكاسة الاكتئابية لدى عينة من ضحايا الصدمات النفسية في الأردن، ولتحقيق أهداف الدراسة، تم استخدام المنهج الوصفي الارتباطي، حيث تكونت عينة الدراسة من (246) فرداً من ضحايا الصدمات، تم اختيارهم باستخدام أسلوب المعاينة الغرضية (Purposive Sampling) لضمان تمثيل الفئة الأكثر تأثراً بالخبرات الصدمية، وقد جرى تطبيق مقياس اليقظة الذهنية ومقياس الانتكاسة الاكتئابية بعد التحقق من خصائصهما السيكمترية من صدق وثبات بما يتلاءم مع البيئة المحلية.

أظهرت نتائج الدراسة أن مستوى كل من اليقظة الذهنية والانتكاسة الاكتئابية لدى أفراد العينة جاء بمستوى متوسط. كما كشفت النتائج عن وجود علاقة ارتباطية عكسية ذات دلالة إحصائية بين اليقظة الذهنية والانتكاسة الاكتئابية؛ مما يشير إلى أن تدني مهارات الوعي التام يرتبط بزيادة احتمالات النكوص الاكتئابي بعد الصدمة. وأوصت الدراسة بضرورة توفير مراكز رعاية نفسية متخصصة تقدم برامج إرشادية قائمة على فنيات اليقظة الذهنية لمساعدة الضحايا على التكيف النفسي والاجتماعي.

الكلمات المفتاحية: اليقظة الذهنية، الانتكاسة الاكتئابية، الصدمة النفسية.

* طالبة دكتوراة، جامعة العلوم الإسلامية العالمية. www.1989410@gmail.com

** كلية العلوم التربوية، جامعة العلوم الإسلامية العالمية.

1-المقدمة:

تُعدّ الصدمات النفسية من الخبرات الإنسانية العميقة التي قد تُخلّف آثارًا نفسية وانفعالية ممتدة تتجاوز زمن الحدث الصّادم ذاته، لتنعكس على طريقة تفكير الفرد، وتنظيمه لانفعالاته، وعلاقته بذاته وبالعالم المحيط به، فالصدمة لا تُحدث اضطرابًا عابرًا فحسب، بل قد تُعيد تشكيل البنية الداخلية للفرد، وتؤثر في قدرته على الإحساس بالأمان والاستمرارية النفسية، وفي هذا الإطار برزت خلال العقود الأخيرة مفاهيم نفسية تسعى إلى فهم الكيفية التي يتعامل بها الإنسان مع خبراته الداخلية بعد التعرّض للصدمة، ويأتي في مقدمتها مفهوم اليقظة الذهنية بوصفه نمطًا من الوعي الإنساني القائم على الحضور الواعي للحظة الراهنة دون انجراف خلف الأحكام أو التقييمات المسبقة، وتنبع أهمية تناول العلاقة بين اليقظة الذهنية والانتكاسة الاكتئابية لدى ضحايا الصدمات النفسية من كونها تفتح المجال لفهم الأسباب، التي تجعل بعض الأفراد أكثر عرضة لعودة الأعراض الاكتئابية رغم مرور الوقت، في حين يتمكن آخرون من الحفاظ على مستوى أعلى من التكيف النفسي والاستقرار الانفعالي، الأمر الذي يمنح هذا البحث بعدًا تفسيريًا وإنسانيًا في آنٍ واحد (Hölzel et al, 2011).

ويُقصد بضحايا الصدمات النفسية أولئك الأفراد الذين تعرضوا لأحداث تفوق طاقتهم النفسية على الاستيعاب الفوري، كالحروب، وأعمال العنف، والكوارث الطبيعية، أو الاعتداءات الجسدية والنفسية، وتشير الأدبيات النفسية إلى أن مثل هذه الخبرات قد تُحدث خللاً في آليات معالجة المعلومات والانتباه، وتجعل الفرد أكثر ميلًا للاستجابات التلقائية المرتبطة بالخوف والاجترار الذهني والتجنب الانفعالي، كما توضح الدراسات أن آثار الصدمة لا تظل حبيسة الذاكرة الواعية، بل تمتد لتشمل الإحساس بالجسد، وصورة الذات، وأنماط الإدراك العميقة، وهو ما يفسر هشاشة ضحايا الصدمات أمام الاضطرابات الانفعالية المزمنة، وعلى رأسها الاكتئاب (McFarlane, 2010).

وقد بيّنت دراسات حديثة أن الاكتئاب المرتبط بالصدمة يتسم غالبًا بحدة أكبر واستمرارية أطول مقارنة بالاكتئاب غير المرتبط بخبرات صدمية، نتيجة التفاعل المعقد بين الذكريات المؤلمة والأنماط المعرفية والانفعالية السلبية (Wang et al, 2023).

ويُعد الاكتئاب من الاضطرابات النفسية الأكثر شيوعاً لدى ضحايا الصدمات النفسية، إذ تشير نتائج العديد من الدراسات إلى ارتفاع معدلات الترافق بين الاكتئاب واضطراب ما بعد الصدمة، ولا تقتصر الخطورة هنا على حدوث الاكتئاب بحد ذاته، بل تمتد إلى ظاهرة الانتكاسة الاكتئابية، التي تتمثل في عودة الأعراض بعد فترة من التحسن أو الاستقرار النسبي، وتفسر النماذج النفسية المعاصرة هذه الانتكاسة من خلال أنماط ذهنية متكررة، مثل الاجترار الذهني والانغماس غير الواعي في الأفكار السلبية والانفصال عن الخبرة الراهنة، وهي أنماط تظهر بشكل أوضح لدى الأفراد الذين يحملون تاريخاً من التعرض للصدمة (Monroe & Harkness, 2005). كما تشير الأدلة البحثية إلى أن الصدمة النفسية قد تُضعف قدرة الفرد على البقاء في الحاضر، مما يجعله أسيراً لاستدعاء الماضي المؤلم أو القلق المستمر بشأن المستقبل، وهو ما يُهيئ لعودة النوبات الاكتئابية حتى في غياب مثيرات ضاغطة جديدة (Nolen-Hoeksema et al, 2008).

وفي هذا السياق، تبرز اليقظة الذهنية كمفهوم نفسي يعكس قدرة الفرد على توجيه انتباهه بوعي نحو الخبرة الآنية، مع تبني موقف من القبول والانفتاح وعدم التقييم، وقد عرّفها (1994) Kabat-Zinn بأنها الوعي الناتج عن الانتباه المتعمّد للحظة الراهنة دون إصدار أحكام، وهو تعريف أسهم في ترسيخ هذا المفهوم ضمن الأدبيات النفسية المعاصرة، وتُظهر الأبحاث أن اليقظة الذهنية لا تقتصر على كونها مهارة انتباهية، بل تمثل نمطاً أعمق من الوعي يُعيد تشكيل علاقة الفرد بأفكاره ومشاعره، بحيث يصبح قادراً على ملاحظتها دون الانخراط التلقائي فيها (Bishop et al, 2004).

كما تشير نتائج دراسات علم النفس المعرفي والانفعالي إلى أن الأفراد الذين يتمتعون بمستويات أعلى من اليقظة الذهنية يظهرون قدرة أفضل على تنظيم الانفعال، وانخفاضاً في الاجترار الذهني، ومرونة نفسية أكبر في مواجهة الضغوط الحياتية (Brown & Rya, 2003). وتوضح أهمية اليقظة الذهنية بشكل خاص عند تناولها في سياق الصدمة النفسية والانتكاسة الاكتئابية، إذ تشير الأدلة العصبية- النفسية إلى ارتباطها بتغيرات في المناطق الدماغية المسؤولة عن الانتباه والتنظيم الانفعالي والوعي بالجسد، وهي مناطق غالباً ما تتأثر سلباً بفعل الصدمة والاكتئاب (Hölzel et al, 2011).

كما توضح الدراسات الطولية أن الحضور الواعي للحظة الراهنة قد يعمل كآلية وقائية تقلل من الانغماس في الذكريات الصدمية أو الأفكار الاكتئابية المتكررة، مما يحد من احتمالية عودة الأعراض الاكتئابية لدى الأفراد المعرضين للانتكاس، وانطلاقاً من ذلك، فإن دراسة العلاقة بين

اليقظة الذهنية والانتكاسة الاكتئابية لدى ضحايا الصدمات النفسية تمثل إضافة علمية مهمة، لما توفره من فهم أعمق لمسارات التعافي النفسي والاستقرار الانفعالي بعد الصدمة.

2- مشكلة الدراسة:

جاءت مشكلة الدراسة من خلال الملاحظة الدقيقة للباحثة في البيئات العيادية ومراكز الدعم النفسي حيث تمت ملاحظة العديد من حالات ضحايا الصدمات النفسية يمرون بفترات تحسن مؤقتة حيث يتبعها بعد ذلك حالة انتكاس حاد، حيث يصبح لديهم نقص في قدراتهم على التنظيم المعرفي والانفعالي، حيث يظهر أن ضحايا الصدمات النفسية ينقصهم مهارات الحضور الذهني، وتبقى عالقة عقولهم في اجترار ذكريات الماضي الصادمة وهذا ما يؤثر عملية التعافي لديهم.

وتتجسد أهمية هذه المشكلة أيضاً في الإحصائيات العالمية، حيث تشير منظمة الصحة العالمية (WHO) (2023) إلى أن الاكتئاب يشكل السبب الرئيس للعجز على المستوى العالمي، مع ارتفاع نسبة خطر الانتكاس لدى ضحايا الصدمات بمعدل ثلاثة أضعاف مقارنة بالآخرين، وعلى المستوى الوطن العربي وبخاصة في الأماكن المتأثرة بالأزمات، تشير البيانات إلى أن معدلات الانتكاس الناتجة عن الصدمات تتجاوز (35%)، بينما على المستوى المحلي في الأردن، أظهرت دراسة (Al-Modallal et al (2017 أن النساء اللواتي تعرضن لصدمات ناتجة عن العنف يعانين من أعراض اكتئابية نشطة، تفتقر إلى آليات التكيف الصحية، مما يرفع هذا نسبة الانتكاس المحلي إلى نحو (30%) بين مراجعي مراكز الصحة النفسية والدعم وفق تقديرات وزارة الصحة.

إن فهم الانتكاسة الاكتئابية لدى ضحايا الصدمات يستند إلى نموذج التفاعل المعرفي (Cognitive Reactivity Model)، الذي يرى (Teasdale et al (2000 أن الانتكاسة ليست فقط نتيجة حدث ضاغط جديد، بل تنتج أيضاً عن إعادة تنشيط شبكة من الأفكار السلبية التي تكونت ورسخت أثناء الصدمة، فحتى انخفاض بسيط في المزاج قد يؤدي هذا أيضاً إلى استدعاء كامل المنظومة التشاؤمية الصدمية بشكل تلقائي، وهنا تظهر أهمية اليقظة الذهنية في تعليم الفرد كيفية ملاحظة هذه الأفكار دون الانغماس فيها، ما يمنع تحول "مزاج عابر" إلى نوبة اكتئابية كاملة (Teasdale et al (2000).

ويعزز هذا الطرح أيضاً "نظرية المعالجة المعلوماتية للاضطرابات الوجدانية (Information Processing Theory)"، التي تشير إلى أن ضحايا الصدمات غالباً ما يعانون من "تحيز انتباه"

للمثيرات المؤلمة، مما يقلل مرونتهم النفسية ويزيد من احتمال الانتكاس (Segal & Walsh (2020) وتعمل اليقظة الذهنية ضمن هذا الإطار على إعادة توجيه الانتباه وتوسيع الوعي باللحظة الحالية، وهو ما يتوافق مع فرضية "توسيع وبناء المشاعر الإيجابية"، إذ يساهم الوعي المنفتح في بناء موارد نفسية تساعد على الوقاية من التدهور المزاجي الناتج عن آثار الصدمة (Segal & Walsh (2020).

وبناءً على ذلك، جاءت مشكلة الدراسة للإجابة عن السؤال الرئيسي التالي:
ما طبيعة العلاقة بين اليقظة الذهنية والانتكاسة الاكتئابية لدى ضحايا الصدمات النفسية في الأردن؟

3- أسئلة الدراسة:

ويتفرع من السؤال الرئيس الأسئلة الفرعية الآتية:

1. ما مستوى اليقظة الذهنية لدى ضحايا الصدمات النفسية في الأردن؟
2. ما مستوى الانتكاسة الاكتئابية لدى ضحايا الصدمات النفسية في الأردن؟
3. هل توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha=0.05$) بين اليقظة الذهنية والانتكاسة الاكتئابية لدى ضحايا الصدمات النفسية في الأردن؟

4- أهداف الدراسة:

تهدف الدراسة الحالية إلى ما يأتي:

- التعرف إلى مستوى اليقظة الذهنية لدى ضحايا الصدمات النفسية في الأردن.
- التعرف إلى مستوى الانتكاسة الاكتئابية لدى ضحايا الصدمات النفسية في الأردن.
- الكشف عن طبيعة العلاقة الارتباطية بين اليقظة الذهنية والانتكاسة الاكتئابية لدى ضحايا الصدمات النفسية في الأردن.

5- أهمية الدراسة:

أولاً: الأهمية النظرية

تنبع القيمة النظرية لهذه الدراسة من قدرتها على إثراء المعرفة في مجال علم النفس المرتبط بضحايا الصدمات النفسية، من خلال التركيز على مفهوم اليقظة الذهنية كمتغير معرفي-انفعالي يؤثر في كيفية تعامل الفرد مع خبراته الداخلية بعد التعرض للصدمة. كما تسعى الدراسة إلى توضيح طبيعة الانتكاسة الاكتئابية لدى هذه الفئة، واستكشاف العلاقة بين اليقظة الذهنية والانتكاسة الاكتئابية ضمن إطار علمي ومنهجي، بما يساهم في تعميق الفهم

النظري للآليات النفسية التي تفسر استمرار الأعراض الاكتئابية بعد تحسن نسي. وتتميز هذه الدراسة عن غيرها، خاصة في السياق العربي، بكونها واحدة من القلائل التي تتناول الربط بين اليقظة الذهنية والانتكاسة الاكتئابية لدى ضحايا الصدمات، مما يمنحها قيمة علمية إضافية ويثري الأدبيات النفسية المعاصرة.

ثانيًا: الأهمية التطبيقية:

تتمثل الأهمية العملية لهذه الدراسة في إمكانية الاستفادة من نتائجها لتصميم برامج إرشادية ونفسية تهدف إلى تعزيز الوعي النفسي والمرونة الانفعالية لدى ضحايا الصدمات النفسية، بما يقلل من فرص الانتكاسة الاكتئابية لديهم، كما تساعد النتائج الأخصائيين النفسيين والمرشدين في فهم العوامل النفسية التي تؤدي لاستمرار الأعراض الاكتئابية بعد الصدمة، واختيار التدخلات والأساليب المهنية الأنسب لدعم هذه الفئة. إضافة إلى ذلك، توفر الدراسة قاعدة علمية يمكن الاعتماد عليها لتطوير أدوات قياس نفسية متعلقة باليقظة الذهنية والانتكاسة الاكتئابية، ما يخدم البحث العلمي ويسهم في تحسين الممارسات المهنية في مجال الصحة النفسية.

التعريفات المفاهيمية والإجرائية:

تتمثل مصطلحات الدراسة الحالية وتعريفاتها الإجرائية فيما يأتي:

أولاً: اليقظة الذهنية (Mindfulness)

"الوعي الذي ينشأ من خلال توجيه الانتباه بطريقة مقصودة، في اللحظة الحالية، وبدون إصدار أحكام على تجربة بزوغ الأشياء لحظة بلحظة، وهو وعي يتميز بالانفتاح والقبول التام لكل ما يظهر في حيز الإدراك" (Kabat-Zinn, 2013, p. 27).

ويعرف إجرائيًا: بالدرجة التي يحصل عليها المستجيب على مقياس اليقظة الذهنية

ثانيًا: الانتكاسة الاكتئابية ((Depressive Relapse)

"عودة ظهور أعراض النوبة الاكتئابية الكاملة وفق معايير (DSM) بعد فترة من التحسن السريري أو الهجوع الجزئي تستمر لمدة تقل عن ستة أشهر، وتحدث نتيجة إعادة تنشيط الأنماط المعرفية السلبية (الاجترار) التي ارتبطت تاريخياً بالنوبات السابقة (Segal et al, 2013, p. 54).

ويعرف إجرائياً: هي الحالة التي يشير فيها الضحية إلى عودة تدهور حالته المزاجية وفقدان الاهتمام (Anhedonia) بعد فترة استقرار، ويتم رصدها إجرائياً من خلال تجاوز الدرجة القطعية على "مقياس بيك للاكتئاب" (BDI-II)

ثالثاً: ضحايا الصدمات النفسية ((Trauma Victims

"الفرد الذي واجه بشكل مباشر أو غير مباشر حدثاً ينطوي على الموت الفعلي أو التهديد به، أو إصابة خطيرة، أو عنف جسدي أو جنسي، مما أدى إلى اضطراب جوهري في الوظائف النفسية والاجتماعية، يتسم بظهور أعراض اقترامية (ذكريات استرجاعية) وتجنب مستمر للمثيرات المرتبطة بالحدث" (p. 271, American Psychiatric Association, 2013).

التعريف الإجرائي:

هم الأفراد الذين سجلوا درجات مرتفعة على "مقياس أحداث الحياة الصدمية" (Life Events Checklist)، والذين أكدوا تعرضهم لحدث صدمي واحد على الأقل قبل بدء الدراسة، ويراجعون عيادات الطب النفسي في المملكة الأردنية الهاشمية.

حدود الدراسة ومحدداتها:

تتمثل في الحدود الزمنية والمكانية والبشرية على النحو الآتي:

الحدود البشرية: تضمنت الدراسة عينه من ضحايا الصدمات النفسية في الأردن

الحدود المكانية: تم تطبيق الدراسة في عيادات الطب النفسي في الأردن

الحدود الزمانية: تم تطبيق الدراسات على الفصل الدراسي الأول للعام الدراسي 2025/2026

محددات الدراسة: تتحدد الدراسة الحالية بكفاءة وجديه أفراد الدراسة والإجابة على مقاييس الدراسة

الإطار النظري والدراسات السابقة

الصدمات النفسية ((Psychological Trauma

تُعرف الصدمة النفسية بأنها استجابة تنشأ نتيجة عاطفية شديدة عندما يواجه الفرد أحداث تهدد حياته، أو سلامته الجسدية أو النفسية بشكل مباشر أو شبه مباشر، مما يؤدي ذلك إلى تعطيل قدراته على التكيف وصعوبة دمج التجربة الصّادمة ضمن نظام معرفي متماسك (APA, 2013). وتشير التقارير الحديثة إلى أن تأثير أحداث الصدمة يتجاوز مجرد وقوع الحدث المؤلم، حيث تشمل الاستجابات النفسية والانفعالية التي تتجاوز حدود قدرة الفرد على المعالجة الذاتية، مما يجعل تجربة أحداث الصدمة ذات تأثير طويل الأمد على الصحة النفسية لدى

الضحايا، بينما تتميز الصدمة بتهديد مباشر، أو شبه مباشر للفرد، أو لعلاقاته أو سلامته، مما يولد لديه استجابات نفسية معقدة (APA, 2013).

حيث يتم تصنيف الصدمات حسب شدتها وطبيعتها حدوثها إلى ثلاثة مستويات رئيسية:

- الصدمة الحادة (Acute Trauma): ناتجة عن حدث واحد محدود زمنياً، مثل حادث سير.

- الصدمة المزمنة (Chronic Trauma): تحدث نتيجة التعرض المتكرر لأحداث ضاغطة، مثل العنف المنزلي المستمر.

- الصدمة المركبة (Complex Trauma): تنتج عن تعرض الفرد لعدة أحداث صدمية متراكمة غالباً ما تكون شخصية أو غازية، مثل الحروب المتكررة أو فقدان أحبائه بشكل متتابع، وقد يؤدي هذا إلى اختلال عميق في الهوية لدى الفرد والتنظيم الانفعالي لديه، وتؤكد Herman (2023) على أن الصدمة المركبة تحتاج إلى مقاربة علاجية وذلك لتأثيرها الشمولي على شخصية الفرد. (Herman, 2023, p. 115).

تؤدي الصدمة إلى تغييرات عصبية مهمة، حيث يوضح Van der Kolk (2014) أن الصدمة تؤدي إلى فرط نشاط في اللوزة الدماغية (Amygdala) المسؤولة عن الاستجابة للخوف، مع تعطيل جزئي في قشرة الفص الجبهي (Prefrontal Cortex) المرتبطة بالمنطق واتخاذ القرارات، ما يجعل الفرد في حالة استثارة دائمة (Hyperarousal) حتى بعد مرور سنوات على الحدث الصادم (Van der Kolk, 2014, p. 62).

تختلف ردود فعل ضحايا الصدمات تجاه الصدمة بين ظهور أعراض اقتحامية مثل الذكريات المفاجئة (Flashbacks) وفقدان الشعور بالمعنى، من الناحية المعرفية تسبب الصدمة ما يُعرف بـ "تحطم الافتراضات الأساسية" (Shattered Assumptions)، حيث يفقد الضحية لاعتقاده بأن العالم مكان آمن أو وجود معنى للحياة، مما يمهد هذا الطريق لظهور الأنماط الاكتئابية (Janoff-Bulman, 2010, p. 45).

كما يظهر على ضحايا الصدمات حساسية مفرطة تجاه المؤثرات البيئية وصعوبة في بناء الثقة بالآخرين، إضافة إلى الميل نحو العزلة الاجتماعية، حيث تشير الدراسات الحديثة المتعلقة بالضحايا إلى أنهم غالباً ما يلجأون إلى "الانفصال النفسي" (Dissociation) كآلية دفاعية ليتجنبوا الألم النفسي، وهو ما قد يعيق عملية التعافي الطبيعي لديهم (Lanius et al, 2020).

وتعد الصدمات غير المعالجة مركزاً استنزاف للطاقة النفسية، حيث تشير دراسة (2017) Shalev et al إلى أن التعرض للصدمة النفسية يمثل أحد أقوى المتنبئات بحدوث الاكتئاب السريري والانتكاس في المستقبل، حيث تصبح المسارات العصبية المرتبطة بالحزن أكثر سهولة في الاستثارة عند مواجهة أي ضغط حياتي بسيط (Shalev et al, 2017).

الانتكاسة الاكتئابية The Depressive Cycle:

يُعرف الاكتئاب بأنه اضطراب نفسي سريري يتميز بمزيج من الحزن العميق المستمر، وفقدان الاهتمام أو المتعة، تغيرات في الشهية والنوم، انخفاض الطاقة لدى الفرد، وصعوبة في التركيز لديه أو اتخاذ القرارات، وقد يرافقه شعور بالذنب أو اليأس، حيث تستمر هذه الأعراض لفترة زمنية محددة وفق معايير التشخيص مثل DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013). وتم التأكيد في التعريف العلمي أن الاكتئاب ليس مجرد شعور بالحزن العابر لدى الفرد، بل هو حالة له أبعاد متعددة تؤثر على التفكير، المشاعر، السلوك، والعلاقات الاجتماعية للفرد (Fava & Tomba, 2020).

أما الانتكاسة الاكتئابية هذه تشير إلى عودة أعراض الاكتئاب بشكل كامل بعد فترة من التحسن أو الهدوء النسبي (remission) لدى الفرد، قبل وصوله إلى مرحلة التعافي الكامل (recovery)، ويُتمثل هذا تكراراً لمسار المرض بعد توقف مؤقت للأعراض (Frank et al 1991) وحيث الانتكاسات حدث يعد طبيعي في مسار الاضطراب الاكتئابي، وقد تتكرر مرات عديدة وعلى فترات لدى بعض الأفراد، مما يستدعي ويجعل فهمها من المحاور المهمة في الدراسات النفسية (Burcusa & Iacono, 2007).

إذ يختلف الاكتئاب المرتبط بالصدمة عن الاكتئاب الأحادي القطب العادي، إذ يتميز بكونه مصحوباً باستثارة (Agitated Depression) بدلاً من الخمول فقط، و حيث تشير بعض الدراسات إلى أن ضحايا الصدمات يظهر لديهم تداخل بين الأعراض التجنبية والانفعالات السلبية، حيث يمتزج لديهم شعور الذنب الصدمي (Survivor Guilt) مع فقدان القدرة على المتعة أو التلذذ (Anhedonia)، ويرتبط هذا النوع من الاكتئاب بانهيار "النظام المكافئ" في الدماغ وذلك يكون نتيجة استنزاف عصبي ناتجة عن حالة التأهب المستمرة التي تفرضها الصدمة النفسية على الفرد، ما يؤدي هذا إلى بطء في الاستجابات للعلاجات التقليدية مقارنة مع الاكتئاب الذي لا يسبقه حدث صادم (Lanius et al., 2020, p. 112).

إذ تعتبر الانتكاسة الاكتئابية أيضًا ظاهرة معرفية قبل أن تكون مرتبطة بالمزاج، إذ يرتبط "التفاعل المعرفي" بمدى تأثر قدرة التقلبات الطفيفة في المزاج على أماكن تنشيط أنماط تفكير سلبية ومؤلمة.

وأشار Kuyken et al (2016) إلى أن ضحايا الصدمات لديهم "عتبة تفاعل منخفضة"، أي أن أي شعور بسيط بالحزن يعمل مباشرة كمفتاح يفعل شبكة كبيرة وواسعة من الأفكار السوداوية، ولذلك لا يُنظر إلى الحزن شعور طبيعي وعابر، بل ينظر إليه كإشارة لعودة الفرد إلى انهيار وجداني كامل، هذا ما يفسر سرعة الانتكاسة الاكتئابية لدى هذه الفئة.

كما قد يوضح نموذج "الارتباط التفريقي" (Differential Allocation Model) كيف ترتبط المشاعر السلبية البسيطة بشبكات ذكريات الصادمة، حيث تترك التجارب الصدمية ما يسمى "ندوبًا معرفية" (Cognitive Scars) كامنة وساكنة في الذاكرة، وعند مواجهة تجربة سلبية جديدة، حيث تنشط هذه الندوب عبر "الارتباطات الكامنة"، مما يؤدي إلى استرجاع وتدفق ذكريات السلبية من الفشل والعجز والخوف المرتبطة بالصدمة القديمة إلى الحاضر، ويُعرف هذا التفاعل المرتبط بين الحزن الحالي والرعب السابق بـ "الدوامة التنزلية" (Downward Spiral)، والتي يصعب على الضحية الخروج من نوبة الانتكاسة الاكتئابية هذه دون تدخلات فعالة مثل تدريب اليقظة الذهنية (Sgal & Wls, 2020, p.9).

اليقظة الذهنية: The Mindfulness Intervention

ترتبط جذور بداية اليقظة الذهنية بالتقاليد التأملية البوذية قديمًا التي تطورت على مدار آلاف السنين، حيث أن الهدف الأساسي كان هو تعزيز الوعي الكامل للحظة الراهنة وقبولها دون أي تقييم أو أي حكم عليها، ويُقصد بهذا النمط من الوعي يعتبر بأنه انتباه واعٍ للحاضر مع تبني موقف من القبول للتجربة الحالية دون إصدار أي من الأحكام عليها (Kabat-Zinn, 1994). في العقود الأخيرة، أصبح مفهوم اليقظة الذهنية جزءًا من النموذج العلاجي السريري، حيث أصبح يُستخدم لفهم وعلاج مجموعات متنوعة من الاضطرابات النفسية مثل القلق والاكتئاب، وقد شارك هذا التحول في تقديم اليقظة كأداة علمية قائمة على الانتباه والقبول، تستند إلى أدلة بحثية توضح تأثيرها الإيجابي النفسي على الوظائف النفسية والعصبية.

حيث أشارت الأدبيات الحديثة النفسية إلى وجود خمسة أبعاد أساسية لليقظة الذهنية، والتي تم تقييمها باستخدام أدوات مثل استبيان ((Five Facet Mindfulness (FFMQ) Questionnaire)، وهي كما يلي:

1. الملاحظة (Observing): وهي تتعلق بالوعي الدقيق للحواس والأفكار والانفعالات أثناء ظهورها لدى الفرد، دون محاولة التخلص منها بعيداً، وهذا ما يعزز لدى الفرد القدرة على الشعور بالخبرة اللحظية بدلاً من التشتت.

2. الوصف (Describing): وهو ما يمكن الشخص من تسمية خبراته الداخلية بمفردات واقعية موضوعية، ويساهم لدى الفرد في تنظيم الانفعال وتقليل الارتباك المعرفي لديه.

3. العمل بوعي (Acting with Awareness): هو ما يعني أداء السلوكيات بنية وتركيز كاملين، بدلاً من الانخراط التلقائي أو التشتت بين الأفكار غير الواعية.

4. عدم الحكم (Non-Judging): وهو يتعلق بعدم إصدار أحكام على التجارب الداخلية لدى الفرد، وهو عامل مهم لديه لتخفيف الأحداث الانفعالية الشديدة ومنح المشاعر السلبية المؤثرة مقدراً أقل.

5. عدم التفاعل (Non-Reactivity): وهو يعكس قدرة الفرد على أن يسمح للأفكار والمشاعر المرتبطة بالعاطفة بالمرور دون الاستجابة لها وبدون ردود فعل انفعالية قوية.

حيث أن ارتفاع وتحسن في مستويات هذه الأبعاد يرتبط بتحسين الصحة النفسية، مثل انخفاض مستويات الاكتئاب والقلق، وتحسن التنظيم الانفعالي لدى الأفراد، بينما يؤدي انخفاضها إلى زيادة إفراط في الاستجابة الانفعالية والاجترار الذهني (Baer et al., 2006; Gu et al., 2016).

آليات عمل اليقظة الذهنية

1. التغيرات العصبية (Neuroplasticity): حيث أظهرت الدراسات الحديثة أن ممارسة اليقظة الذهنية بانتظام تؤدي إلى تغييرات إيجابية في الدماغ، وبذلك هي تشمل تعزيز في الاتصالات العصبية في أماكن المرتبطة بالانتباه والتنظيم الانفعالي للفرد والتفكير التنفيذي لديه مثل القشرة الجبهية الأمامية، مع انخفاض النشاط في مناطق مرتبطة بالعواطف الشديدة مثل اللوزة الدماغية، مما يعكس مرونة عصبية متنامية نتيجة الممارسة الواعية للحظة الحالية (Hölzel et al., 2011).

2. تغيير طريقة التفاعل مع الأفكار: تعمل اليقظة الذهنية على تمكين الفرد من مراقبة الأفكار دون الانغماس فيها، وتقليل الاستجابة التلقائية للمحفزات السلبية، ما يقلل من تأثير الاجترار الذهني على المزاج والسلوك (Keng et al, 2011).

3. فك الارتباط (Decentering): يشير هذا المفهوم إلى قدرة الفرد على رؤية أفكاره ومشاعره كأحداث ذهنية عابرة، وليس كحقائق مطلقة أو انعكاسات مباشرة عن الذات، ما يوفر مسافة معرفية بين الشخص والمحتوى الذهني، ويقلل الاستجابة الانفعالية اللاواعية، ويساعد على تنظيم أفضل للانفعالات والأفكار دون الغوص والدخول الكامل فيها (Fresco et al, 2007).

4. كسر حلقة التفكير المتكرر في الماضي الصدمي: وهي تعتبر قدرة الفرد على توقيف آلية التفكير المتكرر (rumination) وهي أحد أهم فوائد اليقظة الذهنية، حيث تعمل على التقليل من الرجوع المستمر إلى التجارب الصادمة، وتضع حداً لتكرارات الاستجابات الانفعالية المرتبطة بها، مما يجعل احتمال الانتكاس الاكتئابي أقل ويعزز التركيز على الخبرة الحالية لدى الفرد (2008, Nolen-Hoeksema et al).

5. اليقظة كمنظم انفعالي: وذلك من خلال تعزيز الوعي اللحظي للأفراد والعمل على تقليل التفاعل التلقائي لديهم مع الأفكار السلبية، حيث تساعدهم اليقظة على ضبط الانفعالات لديهم وتعمل على تقليل الاستثارة الفسيولوجية الناتجة عن تذكر الصدمة، وهذا مما يجعل قدرة الفرد تزيد على التحمل العاطفي ويقلل لديه احتمالية الدخول والتعرض في حالات الاكتئاب الحادة أو الانتكاسات المتكررة للأفراد (2017, Guendelman et a).

من خلال استعراض الأطر النظرية المتعلقة بمتغيرات الدراسة، ترى الباحثة أن العلاقة بين اليقظة الذهنية والوقاية من الانتكاسة الاكتئابية لدى ضحايا الصدمات النفسية ليست علاقة ارتباطية فحسب، بل هي علاقة وقائية ديناميكية، فضحايا الصدمات غالباً ما يقعون في فخ استعادة أحداث الماضي المؤلمة بحدة شعورية عالية، مما يجعلهم عرضة للدخول في نوبات اكتئابية متكررة.

وهنا ترى الباحثة أن اليقظة الذهنية تعمل بمثابة 'جهاز تنظيم انفعالي'؛ فهي لا تمحو ذكريات الصدمة، بل تغير طريقة تعامل الضحية مع تلك الذكريات عبر فصل 'الذات' عن 'الفكرة المؤلمة'، إن تبني الباحثة لهذا التوجه ينبع من أن تمكين المصاب من العودة إلى اللحظة

الآنية (Present Moment) يقلل من حدة استجابة الجهاز العصبي للمثيرات الصدمية، مما يمنع انزلاق الحالة من الحزن العابر إلى الانتكاسة الاكتئابية العميقة. وتؤكد الباحثة في هذا السياق على ضرورة دمج فنيات اليقظة الذهنية في البرامج العلاجية الموجهة لمصابي الصدمات في البيئة المحلية، نظراً لقدرتها على رفع مستوى الوعي بالمنبهات المنذرة بالانتكاسة قبل وقوعها، مما يعزز من المرونة النفسية لدى الفرد.

6-الدراسات السابقة:

الدراسات التي تناولت فاعلية اليقظة الذهنية:

أجرى King وزملاؤه (2013) دراسة للكشف عن تأثير العلاج المعرفي الجماعي القائم على اليقظة الذهنية (MBCT) ليكون كعلاج مكمل لدى المحاربين القدامى الذين يعانون من اضطراب ما بعد الصدمة وذلك نتيجة التعرض لصدمات متعددة قتالية، حيث ركزت الدراسة على قبول البرنامج وفعاليته في تقليل شدة أعراض PTSD لدى هذه الفئة، حيث شملت الدراسة (37) مشاركاً من المحاربين القدامى الذين يتلقون العلاج في مراكز متابعة اضطراب PTSD بإدارة شؤون المحاربين القدامى في ميشيغان، الولايات المتحدة، وقد استمر البرنامج لمدة ثمانية أسابيع، حيث تم تعليم وتدريب المشاركين مهارات اليقظة الذهنية التي تتعلق بالانتباه للجسم والتنفس والمشاعر، والحركة اليقظة، وإدارة الأفكار المتطفلة، وذلك لتقييم شدة الأعراض قبل البرنامج وبعده، وقد استخدم الباحثون مقياس مثل (Clinician-Administered PTSD Scale (CAPS)) و PTSD Diagnostic Scale (PDS)، حيث أظهرت النتائج تحسناً ملحوظاً في أعراض PTSD لدى المشاركين في مجموعة MBCT وذلك مقارنة بالمجموعة الأخرى التي تلقت العلاج المعتاد فقط، وقد برز التحسن خاصة في تقليل أعراض التجنب والخمول الذهني، وهذا مما قد يشير إلى فعالية البرنامج المستخدم وقبوله من قبل الضحايا.

وفي دراسة أخرى قام Müller-Engelmann وزملاؤه (2017) للكشف عن فعالية برنامج تقليل التوتر القائم على اليقظة الذهنية (MBSR) كعلاج مستقل لدى الأفراد الذين يعانون من PTSD بعد صدمات متنوعة متعددة، وقد هدفت الدراسة إلى كشف قدرة البرنامج على تخفيف أعراض PTSD وتحسين صحة الفرد النفسية دون أي تدخلات نفسية أخرى، حيث شملت الدراسة (14) مشاركاً يعانون من PTSD لفترات زمنية طويلة، وخضعوا لبرنامج MBSR لمدة ثمانية أسابيع بإشراف أخصائيين، حيث تم قياس شدة الأعراض قبل البرنامج وبعده باستخدام CAPS و Davidson Trauma Scale، مع متابعة بعد أربعة أسابيع من انتهاء التدخل، وقد

أظهرت النتائج وجود انخفاضاً ملحوظاً في درجة الأعراض لدى المشاركين الذين أنهوا البرنامج، مع تأثيرات كبيرة حسب مقياس ()، (Cohen's d ≈ 1.2) CAPS وهذا مما يؤكد على إمكانية استخدام MBSR كاختيار علاجي فعال لضحايا الصدمات النفسية.

أما دراسة Sun وزملاؤه (2024)، فقد أجرت تجربة عشوائية محكمة لتقييم فعالية تأثير MBSR على أعراض PTSD لدى ممرضات الطوارئ اللواتي تعرضن لضغوط شديدة متعددة في العمل، خاصة خلال جائحة كوفيد-19، شاركت في البرنامج (74) ممرضة من مستشفيات، وتم تقسيمهن عشوائياً إلى مجموعة (n = 38) MBSR وأخرى تلقت الرعاية الاعتيادية (n = 36). تلقت مجموعة MBSR برنامجاً كانت مدته ثمانية أسابيع، حيث شمل تمارين وتقنيات التنفس الواعي، المراقبة غير الحكمية للحاضر، وتمارين الجسم واليقظة، بينما بقيت مجموعة المقارنة الأخرى في الرعاية المعتادة، حيث أظهرت التقييمات قبل التدخل وبعده، وبعد شهر من المتابعة أن مجموعة MBSR شهدت تحسناً واضحاً وملحوظاً في خفض أعراض PTSD والإرهاق العاطفي، وقد استمر تأثير فعالية البرنامج بعد المتابعة، وهذا يدل على أن اليقظة الذهنية تساهم في خفض الآثار النفسية للصدمات حتى في بيئات العمل المكثفة والصعبة.

الدراسات السابقة التي تناولت الانتكاسة الاكتئابية:

تناولت دراسة Paridaen وزملاؤه (2023) طريق التغير والانتكاس في الأعراض الاكتئابية لدى الأفراد المصابين باضطراب ما بعد الصدمة وذلك بعد تطبيق برنامج علاجي موجّه للصدمة النفسية، وقد ركزت هذه الدراسة على قياس مدى استمرارية التحسن في أعراض الاكتئاب وهل هناك احتمالية حدوث الانتكاس خلال فترة المتابعة، وقد شملت العينة في الدراسة (334) بالغاً تم تشخيصهم باضطراب ما بعد الصدمة، وكان بينهم (189) مريضاً يعانون أيضاً من اكتئاب جسيم في بداية الدراسة، حيث تلقى المشاركون برنامجاً علاجياً قصير المدى حيث إنه شمل العلاج بالتعرض المطول، وإعادة المعالجة بحركات العين (EMDR)، وكان ذلك بجانب أنشطة داعمة مثل التوعية النفسية والأنشطة البدنية، وقد أظهرت النتائج أن هناك تحسناً واضحاً في الأعراض الاكتئابية بعد انتهاء العلاج، حيث إن المتابعة بعد مدة ستة أشهر أظهرت عن عودة جزئية للأعراض لدى بعض المشاركين، وكان ذلك خصوصاً من الأفراد يعانون اضطراب ما بعد الصدمة المعقد، مما يشير هذا إلى أن الصدمات النفسية المعقدة، تبقى عامل خطر للانتكاس الاكتئابي وذلك رغم التحسن الأولي.

في دراسة أخرى، قام Steenkamp وزملاؤه (2019) بتفسير المسارات الزمنية المشتركة بين أعراض اضطراب ما بعد الصدمة والاكتئاب، مع التركيز على فترات الانتكاس عبر السنوات، حيث شملت العينة (1704) من العسكريين الحاليين والسابقين الموجودين في الولايات المتحدة، وتمت المتابعة لهم لنحو خمسة عشر عامًا، تم الاستخدام في الدراسة مقاييس موثقة لتقييم الأعراض في فترات زمنية متعددة، وقد أظهرت النتائج بوجود أربعة مسارات رئيسية تؤدي لتطور الأعراض، من بين هذه المسارات مسار يتسم بتحسُّن مؤقت يتبعه انتكاس في الأعراض الاكتئابية واضطراب ما بعد الصدمة، كما ظهر في الدراسة أن الانتكاس كان أكثر انتشارًا لدى الأفراد الذين تعرّضوا لصدمات متكررة وكان الدعم الاجتماعي لديهم منخفضًا، حيث يؤكد أن الانتكاس الاكتئابي يعتبر مسارًا أكثر شيوعًا في الصدمات الطويلة الأمد.

وركزت دراسة Hall وزملاؤه (2025) على التطور الديناميكي للانتكاس الاكتئابي لدى المراجعين الذين تعرضوا لحوادث عرضية متعددة، شملت العينة (382) مريضًا في عدة مستشفيات كبرى، وقد تم تقييم الأعراض على عدة مراحل زمنية مختلفة لمدة ستة أشهر بعد الحادث العارض، وقد استخدم الباحثون نماذج تحليل طولية لكشف عن العلاقة بين الأعراض عبر الزمن، وأظهرت النتائج أنه رغم انخفاض الأعراض بشكل عام مع مرور الوقت، وقد أظهرت نسبة من المشاركين عودة أو تفاقمًا في الأعراض الاكتئابية وذلك أثناء فترة المتابعة، وذلك إشارة إلى الانتكاس الاكتئابي بعد التحسن الأولي، وأكدت الدراسة أيضًا أن وجود أعراض اكتئابية مبكرة بعد الصدمة يعد مؤشرًا تنبؤيًا قويًا لاحتمالية الانتكاس في المستقبل.

الدراسات السابقة التي تناولت العلاقة بين اليقظة الذهنية والانتكاسة الاكتئابية:

أجرت دراسة سيغال وويليامز وتيسديل (Segal, Williams & Teasdale, 2000) حول فعالية العلاج المعرفي القائم على اليقظة الذهنية (MBCT) في تخفيض احتمالية الانتكاس الاكتئابي لدى الأفراد الذين سبق لهم التعافي من نوبات اكتئابية، حيث شملت الدراسة (145) مريضًا تعافوا من نوبات اكتئابية متكررة، وكان معظمهم (77%) قد مروا سابقًا بثلاث نوبات اكتئابية أو أكثر، حيث تم تقسيم المشاركين بشكل عشوائي إلى مجموعتين، حيث تلقت المجموعة الأولى برنامج MBCT بالإضافة إلى العلاج المعتاد، بينما استمرت المجموعة الثانية على العلاج المعتاد فقط دون تدخل قائم على اليقظة، وقد تمت متابعة المشاركين لمدة (60) أسبوعيًا وذلك بعد انتهاء البرنامج لكشف حدوث الانتكاس أو عودة الأعراض الاكتئابية، حيث أظهرت النتائج أن المجموعة التي تلقت MBCT ظهرت انخفاضًا ملحوظًا في احتمالية حصول الانتكاس مقارنة

بالمجموعة الضابطة، وذلك خاصة لدى الأفراد ذوي التاريخ الاكتئابي المتكرر، وهذا مما يؤكد فعالية اليقظة الذهنية كآلية وقائية.

في تجربة أخرى عشوائية محكمة، قارن Kuyken وزملاؤه (2007) بين تأثير MBCT والعلاج الدوائي المستمر باستخدام مضادات الاكتئاب (m-ADM) للحد من الانتكاس الاكتئابي لدى مرضى الاكتئاب المتكرر، وقد شملت الدراسة (123) مشاركاً تم توزيعهم على مجموعتين، تلقت الأولى برنامج MBCT مع دعم في خفض تدريجي للتوقف عن الأدوية، في حين استمرت المجموعة الثانية فقط على العلاج الدوائي، حيث استمرت المتابعة للمجموعة لمدة (15) شهراً باستخدام أدوات تشخيصية معيارية لرصد الانتكاسات، حيث أظهرت النتائج انخفاض معدل الانتكاس الاكتئابي إلى (47%) في مجموعة MBCT مقابل (60%) في المجموعة التي تلقت العلاج الدوائي فقط، كما أنها تحسنت نوعية الحياة لدى المشاركين في برنامج اليقظة الذهنية وانخفضت الأعراض الاكتئابية المتبقية، وهذا مما يشير إلى أن MBCT قد يمكن أن يكون بديلاً أو يكون مكملاً فعالاً للعلاج الدوائي في الوقاية والحماية من الانتكاس الاكتئابي.

وفي دراسة قد أجريت في مدينتي ملبورن وجيلونغ بأستراليا، لقد قيّم Sondermann وزملاؤه (2014) مدى فعالية MBCT في الوقاية طويلة المدى من الانتكاس الاكتئابي، حيث شملت العينة (203) مشاركاً ليس لديهم معاناة من الاكتئاب أثناء الدراسة، لكن لديهم تاريخاً يتضمن ثلاث نوبات اكتئابية سابقة أو أكثر، قُسم المشاركون إلى مجموعتين، تلقت الأولى برنامج MBCT إلى جانب المتابعة الروتينية الدورية، بينما تلقت الثانية فقط متابعة روتينية دورية، حيث استخدم الباحثون مقابلات تشخيصية معيارية مثل (Composite International Diagnostic Interview) لقيم الانتكاس على مدار سنتين، حيث أظهرت النتائج أن المشاركين في مجموعة MBCT حصلوا على أياماً أقل كانت مصحوبة بأعراض اكتئابية ومعدلات انتكاس أقل مقارنة بالمجموعة الضابطة، وهذا مما يعزز دور اليقظة الذهنية كاستراتيجية واداة مستدامة للحد من الانتكاس الاكتئابي على المدى الطويل.

تعقيب على الدراسات السابقة:

من خلال مراجعة الباحثة للدراسات السابقة التي تم عرضها المتعلقة بموضوع اليقظة الذهنية وعلاقتها بالانتكاس الاكتئابي، يتضح لدينا أن أغلب الدراسات تم تركيزها على تقييم فعالية برامج اليقظة الذهنية مثل MBCT وMBSR في الحد من الانتكاسات الاكتئابية وتحسين

الأعراض التي ترتبط بالصدمات النفسية، وقد أظهرت هذه الدراسات أن التدخلات القائمة على اليقظة الذهنية تعمل على خفض من شدة الأعراض الاكتئابية وتساعد المشاركين على ضبط الانفعالات وتحسين المرونة النفسية لديهم، في حال كانوا قد أصيبوا بالاكتئاب المتكرر أو اضطراب ما بعد الصدمة، ومع هذا، كانت توجد فروق واضحة وملاحظة بين هذه الدراسات من حيث خصائص العينات، وحجمها، وبيئة التطبيق، وطبيعة الفئة المستهدفة، وأيضاً أهداف البحث، حيث أن بعض الدراسات ركزت على فئة المحاربين القدامى، وأيضاً شملت دراسة أخرى الممرضين أو العاملين في المستشفيات، وقد كانت بعض العينات محدودة في العدد، في حين أن أخرى متعددة الأماكن والمواقع، كما أن طرق التقييم والمتابعة الزمنية قد اختلفت بين دراسة وأخرى.

وتتميز الدراسة الحالية عن هذه الدراسات السابقة في كونها على مستوى البيئة الأردنية التي تبحث العلاقة بين اليقظة الذهنية والانتكاس الاكتئابي لدى ضحايا الصدمات النفسية، وذلك مع التركيز على عينة محددة تتأثر بالصدمات المختلفة، وتستهدف أيضاً دراسة العلاقة بين المتغيرين بصورة مباشرة وواضحة وفي سياق محلي محدد، هذا يجعل لهذه الدراسة أهمية خاصة، إذ حيث توفر بيانات محلية يمكن الاستفادة منها في حال تصميم برامج وقائية وعلاجية قائمة على اليقظة الذهنية، وهذا ما لم تتناوله الدراسات السابقة في بيئة مشابهة، كما قد يعزز من فهم العلاقة بين مهارات اليقظة الذهنية والقدرة على الحد من الانتكاسات الاكتئابية لدى هذه الفئة.

7- الطريقة والإجراءات:

منهجية الدراسة:

اتبعت هذه الدراسة المنهج الوصفي الارتباطي، حيث يعتبر الأنسب لتحقيق أهداف الدراسة المتمثلة في تحديد العلاقة بين اليقظة الذهنية والانتكاسة الاكتئابية لدى ضحايا الصدمات النفسية

مجتمع الدراسة:

تكون مجتمع الدراسة من جميع الشباب الأردني الذين تتراوح أعمارهم بين 20 و40 سنة، والذين راجعوا مراكز الصحة النفسية العامة والخاصة في المملكة الأردنية الهاشمية خلال العامين الأخيرين (2024-2025)، وعانوا من تجارب صدمة نفسية تسببت في ظهور أعراض اكتئابية أو

انتكاس اكتئابي بعد التحسن الأولي، وبلغ عددهم الإجمالي وفق البيانات الوطنية والدولية حوالي 3,000–3,500 شخص (Tayseer, Ozdemir, 2025; 2023).

عينة الدراسة:

تم اعتماد منهجية المعاينة الغرضية (Purposive Sampling) لاختيار أفراد الدراسة، ويأتي هذا التوجه المنهجي مبرراً بطبيعة أهداف البحث الحالية التي تسعى لتقصي ظواهر نفسية إكلينيكية دقيقة (كاليقظة الذهنية والانتكاسة الاكتئابية) لدى فئة محددة للغاية؛ وهم الشباب الذين تعرضوا لصدمات نفسية مسبقة. ونظراً لخصوصية هذه الفئة وصعوبة حصرها أو الوصول إليها عبر المعاينة العشوائية البسيطة في المجتمع العام، فقد كان الاختيار الغرضي هو الأنسب لضمان شمول المشاركين الذين تتوافر لديهم الخصائص التشخيصية المطلوبة، ولا سيما أولئك الذين أظهروا انتكاسات اكتئابية بعد فترة من التحسن المؤقت.

وقد انحصر المدى العمري للمشاركين في الفئة ما بين (20-40) عاماً؛ لضمان تجانس العينة من الناحية النمائية والمعرفية، حيث تمثل هذه المرحلة (الرشد المبكر والمتوسط) الفترة التي تتبلور فيها المسؤوليات الاجتماعية والمهنية وتزداد فيها ضغوط الحياة، مما يجعل آثار الصدمات أكثر تأثيراً على جودة الحياة، بالإضافة إلى امتلاك هذه الفئة الوعي الكافي لممارسة تقنيات اليقظة الذهنية والاستجابة لأدوات القياس بدقة.

ورغم أن طبيعة المعاينة الغرضية قد تحدّ نسبياً من القدرة على التعميم المطلق للنتائج على مجتمع الشباب ككل، إلا أن الباحث سعى لتعزيز الصدق الخارجي (External Validity) واستقرار النتائج من خلال الوصول إلى حجم عينة كافٍ بلغ (246) فرداً. وقد تم التحقق من كفاية هذا العدد إحصائياً باستخدام صيغة Cochran لضمان تمثيل رياضي مناسب للفئة المستهدفة ضمن هامش خطأ (5%) ومستوى ثقة 95%، مع إضافة نسبة (10%) لتلافي الفقد في الاستجابات. كما حرص الباحث على توزيع العينة جغرافياً لتشمل مختلف المراكز النفسية في محافظات المملكة، مما يضمن تنوعاً في البيئات الاجتماعية والسياقات العلاجية للمشاركين، ويمنح النتائج المستخلصة عمقاً وتوازناً يقلل من أثر التحيز المكاني.

أدوات الدراسة:

لتحقيق أهداف الدراسة تم استخدام الأدوات التالية:

أولاً: مقياس بيك للاكتئاب (BDI-II)

تم استخدام مقياس بيك للاكتئاب (الإصدار الثاني) للكشف عن أعراض الانتكاسة الاكتئابية، وللتحقق من كفاءته السيكمومترية تم اتباع الآتي:

1. صدق المقياس:

صدق المحتوى: تم التحقق من صدق المحتوى من خلال عرض المقياس على مجموعة من المحكمين ذوي الاختصاص عددهم (10)، لبيان مدى ملائمة الفقرات لضحايا الصدمات النفسية، وتم اعتماد الفقرات التي حققت نسبة اتفاق (80% فأكثر).

صدق البناء: للتحقق من صدق المقياس تم حساب معامل ارتباط كل فقرة مع الدرجة الكلية للمقياس، من خلال تطبيقه على، (30) فرداً من خارج عينه الدراسة وداخل المجتمع

جدول (1): معامل ارتباط الفقرة بالدرجة الكلية لمقياس الاكتئاب ((N=30)

رقم الفقرة	معامل ارتباط الفقرة مع الدرجة الكلية	رقم الفقرة	معامل ارتباط الفقرة مع الدرجة الكلية	رقم الفقرة	معامل ارتباط الفقرة مع الدرجة الكلية
1	.642**	8	.588**	15	.701**
2	.595**	9	.610**	16	.544**
3	.712**	10	.537**	17	.623**
4	.680**	11	.706**	18	.590**
5	.558**	12	.495**	19	.677**
6	.480**	13	.514**	20	.612**
7	.730**	14	.655**	21	.589**

يتبين من الجدول (1) أن معاملات الارتباط تراوحت بين (0.480 – 0.730)، وهي معاملات مرتفعة ودالة إحصائياً عند مستوى (0.01)، مما يشير إلى تمتع المقياس بصدق بناء جيد.

ثبات المقياس:

للتحقق من ثبات المقياس تم حساب معامل ثبات ألفا كرونباخ من خلال تطبيق المقياس على (30) فرداً من خارج عينه دراسة وداخل المجتمع، وأظهرت النتائج أن معامل الثبات العام للمقياس بلغ (0.895)، وهو أعلى من (0.70) مما يدل على تمتع المقياس بثبات جيد.

تصحيح المقياس:

تم اعتماد تدريج ليكرت خماسي، بحيث تُعطى الدرجة 5 إذا كانت الإجابة "موافق بدرجة كبيرة"، و4 إذا كانت "موافق"، و3 للإجابة "محايد"، و2 للإجابة "غير موافق"، و1 للإجابة "غير موافق بدرجة كبيرة". ولغايات الدراسة الحالية تم تقسيم الدرجات إلى مستويات حسب الآتي:

من 21 إلى 49 تمثل مستوى منخفض

من 50 إلى 77 تمثل مستوى متوسط،

من 78 إلى 105 تمثل مستوى مرتفع.

ثانياً: مقياس اليقظة الذهنية Mindfulness Scale :

تم استخدام مقياس اليقظة الذهنية المكون من (39) فقرة، والموزع على (5) أبعاد أساسية، وهي كالآتي:

- بعد الملاحظة (Observe): وتقيسه الفقرات (1، 6، 11، 15، 20، 26، 31، 36).
- بعد الوصف (Describe): وتقيسه الفقرات (2، 7، 12، 16، 22، 27، 32، 37).
- بعد العمل بوعي (Act with Awareness): وتقيسه الفقرات (3، 8، 13، 17، 23، 28، 33، 38).
- بعد عدم الحكم (Non-judging): وتقيسه الفقرات (4، 9، 14، 18، 24، 29، 34، 39).
- بعد عدم التفاعل (Non-reactivity): وتقيسه الفقرات (5، 10، 19، 21، 25، 30، 35).

صدق المقياس:

تم التحقق من صدق المقياس بطريقتين:

صدق المحتوى:

تم التحقق من صدق المحتوى من خلال عرضه على (10) محكمين من ذوي الاختصاص والخبرة في مجال الإرشاد النفسي والتربوي لبيان ملاحظاتهم والتحقق من سلامة الصياغة ومناسبتها لأهداف الدراسة ثم تم اعتماد الفقرات التي حققت نسبة اتفاق (80%) من المحكمين وتم إجراء التعديلات على بعض الفقرات وفقا لملاحظاتهم.

صدق البناء:

للتحقق من صدق المقياس تم حساب معامل ارتباط كل فقرة مع البعد والدرجة الكلية للمقياس من خلال تطبيق المقياس على (30) فردا من خارج عينه الدراسة وداخل المجتمع والجدول (2) يبين النتائج:

الجدول (2): معامل ارتباط الفقرة مع البعد والدرجة الكلية لمقياس اليقظة الذهنية.

الملاحظة			عدم التحكم			الوصف		
رقم الفقرة	معامل الارتباط مع البعد	معامل الارتباط مع المقياس ككل	رقم الفقرة	معامل الارتباط مع البعد	معامل الارتباط مع المقياس ككل	رقم الفقرة	معامل الارتباط مع البعد	معامل الارتباط مع المقياس ككل
1	** .512	** .462	4	** .521	** .587	2	** .389	** .588
6	** .471	** .495	9	** .612	** .610	7	** .603	** .595
11	** .792	** .706	14	** .554	** .480	12	** .840	** .558
15	** .767	** .514	18	** .601	** .495	16	** .733	** .587
20	** .801	** .462	24	** .635	** .538	22	** .621	** .682
26	** .804	** .762	29	** .709	** .706	27	** .785	** .610
31	** .847	** .514	34	** .788	** .495	32	** .573	** .587
36	** .764	** .610	39	** .561	** .558	37	** .650	** .537

الملاحظة			عدم التحكم			الوصف		
رقم الفقرة	معامل الارتباط مع البعد	معامل الارتباط مع المقياس ككل	رقم الفقرة	معامل الارتباط مع البعد	معامل الارتباط مع المقياس ككل	رقم الفقرة	معامل الارتباط مع البعد	معامل الارتباط مع المقياس ككل
5	**530	**538	3	**488	**682	معامل ارتباط البعد الملاحظة بالدرجة الكلية **.924		
10	**520	**537	8	**708	**762			
19	**738	**595	13	**667	**595	معامل ارتباط البعد عدم التحكم بالدرجة الكلية **.920		
21	**661	**588	17	**709	**538			
25	**767	**495	23	**788	**587	معامل ارتباط البعد الوصف بالدرجة الكلية **.915		
30	**701	**558	28	**561	**537			
35	**830	**595	33	**625	**538	معامل ارتباط البعد عدم التفاعل بالدرجة الكلية **.918		
			38	**712	**706			
						معامل ارتباط البعد العمل بوعي بالدرجة الكلية **.928		

يبين الجدول أن معاملات ارتباط الفقرة بالبُعد الذي تنتمي إليه تراوحت ما بين (0.389 – 0.847)، بينما تراوحت معاملات ارتباط الفقرة بالدرجة الكلية للمقياس ما بين (0.462 – 0.762)، وتراوحت معاملات ارتباط الأبعاد بالدرجة الكلية للمقياس ما بين (0.915 – 0.928). وهي جميعها قيم دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ($\alpha=0.01$)، مما يشير إلى تمتع المقياس بصدق بناء مرتفع واتساق داخلي قوي بين فقراته وأبعاده والدرجة الكلية

ثبات الاتساق الداخلي:

للتحقق من ثبات مقياس اليقظة الذهنية، تم حساب معامل ثبات "ألفا كرونباخ" (Cronbach's Alpha) للأبعاد الخمسة وللدرجة الكلية للمقياس من خلال تطبيقه على العينة الاستطلاعية البالغة (30) فرداً، والجدول (3) يوضح ذلك:

الجدول (3): معاملات ثبات الأبعاد والدرجة الكلية لمقياس اليقظة الذهنية بطريقة "ألفا

كرونباخ" (N=30)

البعد	عدد الفقرات	معامل ثبات كرونباخ ألفا
1. الملاحظة (Observe)	8	0.824
2. الوصف (Describe)	8	0.810
3. العمل بوعي (Act with Awareness)	8	0.845
4. عدم الحكم (Non-judging)	8	0.790
5. عدم التفاعل (Non-reactivity)	7	0.812
الدرجة الكلية لليقظة الذهنية	39	0.872

يبين الجدول (3) أن معاملات ثبات أبعاد مقياس اليقظة الذهنية تراوحت ما بين (0.790 – 0.845)، في حين بلغ معامل الثبات للدرجة الكلية للمقياس (0.872). وتُعد هذه القيم مناسبة لأغراض الدراسة الحالية، حيث أنها تتجاوز الحد الأدنى المقبول إحصائياً (0.70)، مما يشير إلى أن المقياس يتمتع بدرجة جيدة من الاستقرار والثبات في قياس مستوى اليقظة الذهنية لدى عينة الدراسة.

تصحيح المقياس

تم اعتماد تدريج ليكرت الخماسي (5-point Likert Scale) لجميع فقرات المقياس، وتُعطى الأوزان كما في النموذج المرفق:

- موافق بدرجة كبيرة جداً: (5) درجات.
 - موافق بدرجة كبيرة: (4) درجات.
 - موافق (محايد): (3) درجات.
 - موافق بدرجة قليلة: (2) درجتان.
 - موافق بدرجة قليلة جداً: (1) درجة واحدة.
- ولغايات الدراسة الحالية تم تقسيم الدرجات إلى مستويات حسب الأتي:
- المستوى المنخفض: من 1.00 إلى 2.33.
 - المستوى المتوسط: من 2.34 إلى 3.66.
 - المستوى المرتفع: من 3.67 إلى 5.00.

إجراءات الدراسة:

قامت الباحثة بما يلي:

- الاطلاع على الأدب النظري والدراسات السابقة ذات العلاقة بمتغيرات الدراسة.
- تطوير أدوات الدراسة، مقياس اليقظة الذهنية ومقياس الاكتئاب، ثم التحقق من خصائصهم السيكومترية.
- اختيار أفراد العينة بالطريقة المعاينة الغرضية، لمن ترغب بالمشاركة بالدراسة.
- تطبيق أدوات الدراسة على أفراد العينة.
- جمع البيانات وتدقيقها وإدخالها على جهاز الكمبيوتر، واستخدام برنامج المعالجة الإحصائية SPSS لتحليل ومناقشة النتائج، وكتابة التوصيات في ضوء نتائج الدراسة.

نتائج الدراسة ومناقشتها

النتائج المتعلقة بالسؤال الأول: ما مستوى اليقظة الذهنية لدى ضحايا الصدمات النفسية؟

للإجابة عن هذا السؤال، تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للدرجة الكلية والأبعاد لمستوى اليقظة الذهنية لدى ضحايا الصدمات النفسية وبين الجدول (4) هذه النتائج:

الجدول (4): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمستوى اليقظة الذهنية لدى ضحايا الصدمات النفسية

الأبعاد	الرتبة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المستوى
العمل بوعي (Act with Awareness)	1	3.521	0.725	متوسط
الملاحظة (Observe)	2	3.484	0.812	متوسط
الوصف (Describe)	3	3.414	0.790	متوسط
عدم التفاعل (Non-reactivity)	4	3.346	0.845	متوسط
عدم الحكم (Non-judging)	5	3.275	0.861	متوسط
الدرجة الكلية لليقظة الذهنية		3.408	0.762	متوسط

يبين الجدول (4) أن المتوسطات الحسابية لمستوى أبعاد اليقظة الذهنية لدى ضحايا الصدمات النفسية تراوحت بين (3.275 – 3.521)، حيث جاء بُعد (العمل بوعي) في المرتبة الأولى بأعلى متوسط حسابي بلغ (3.521) وبمستوى "متوسط"، وجاء بُعد (الملاحظة) في المرتبة الثانية بمتوسط حسابي (3.475) وبمستوى "متوسط"، بينما جاء بُعد (عدم الحكم) في المرتبة الأخيرة بمتوسط حسابي (3.275) وبمستوى "متوسط"، في حين بلغ المتوسط الحسابي للدرجة الكلية لمستوى اليقظة الذهنية (3.408) وانحراف معياري (0.762) وبمستوى "متوسط".

تشير النتائج إلى أن ضحايا الصدمات النفسية يتمتعون بمستوى متوسط من اليقظة الذهنية، وهو ما يعكس درجة من الصمود النفسي والقدرة المقبولة على الانتباه للحظة الراهنة

والتعامل مع الخبرة الحالية، إلا أن هذا المستوى لا يزال غير كافٍ للتحرر الكامل من الأثر النفسي العميق للصدمة. ويُفسَّر هذا المستوى المتوسط بسيطرة الاجترار الذهني المرتبط بالحدث الصدمي، والذي يحدّ من فاعلية بعض أبعاد اليقظة الذهنية، لا سيما عدم الحكم وعدم التفاعل مع الأفكار والمشاعر السلبية.

ويشير وقوع بُعد عدم الحكم في المرتبة الأخيرة إلى استمرار في مشاعر لوم الذات ونقد الخبرات الداخلية الذاتية المؤلمة لدى الضحايا، وهو ما يتوافق مع نتائج بُعد نقد الذات في مقياس الاكتئاب، وهذا يعكس أن وجود تداخلاً وظيفياً يكون بين انخفاض تقبل الذات وارتفاع القابلية للاكتئاب. وقد يُعزى استقرار اليقظة الذهنية عند المستوى المتوسط وذلك يكون إلى اعتماد الأفراد على طرق تكيف نسبية، مثل الدعم الاجتماعي والاسري أو الوازع الديني، والتي تسهم وتساعد في تخفيف حدة الأعراض لكن دون معالجتها بصورة جذرية نهائية.

ويُظهر نتيجة هذا أن الضحايا يقفون في منطقة وسطية بين التعافي والانتكاسة، مع وجود لديهم مهارات أولية للوعي والانتباه، لكن تبقى محدودة الأثر والتأثير في مواجهة تلك الضغوط والانفعالات المرتبطة بالصدمة، وتتفق النتيجة هذه مع ما توصلت إليه دراسة (King et al, 2013) التي أشارت إلى أن امتلاك الأفراد المصابين باضطراب ما بعد الصدمة الضحايا لديهم قدرات أساسية في اليقظة الذهنية، لكن تبقى غير مكتملة وتامة، خاصة في بعدي عدم الحكم وعدم التفاعل، وذلك مما يؤكد الحاجة والضرورة إلى تدخل إرشادي متخصص يستهدف ويعمل على رفع وتحسين مستوى اليقظة الذهنية إلى المستوى المرتفع وذلك بصفتها أداة وقائية فاعلة للحد من الانتكاسة الاكتئابية.

وتتفق هذه النتيجة الإحصائية التي تشير إلى مستوى متوسط من اليقظة الذهنية لدى الضحايا مع النموذج المعرفي لليقظة الذهنية (Shapiro et al., 2006)، الذي يرى أن اليقظة تتطلب قدرات عالية من (إعادة الإدراك - Reperceiving). وبما أن عينة الدراسة تعرضت لصدمات نفسية، فإن استجاباتها الإحصائية المتوسطة تعكس صراعاً بين آليات الدفاع النفسي وبين محاولات الوعي بالحاضر، وهو ما يفسر عدم وصول المتوسط الحسابي لمستويات مرتفعة، حيث تعمل آثار الصدمة كمعيق للتركيز الكامل والانتباه غير المتحيز.

النتائج المتعلقة بالسؤال الثاني: ما مستوى الانتكاسة الاكتئابية لدى ضحايا الصدمات النفسية؟

للإجابة عن هذا السؤال، تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد عينة الدراسة على كل فقرة من فقرات مقياس الانتكاسة الاكتئابية (بيك)، وبين الجدول (5) هذه النتائج:

الجدول (5): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لفقرات مقياس الانتكاسة الاكتئابية (بيك) مرتبة تنازلياً حسب المتوسط الحسابي

الرقم	الفقرة	الرتبة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المستوى
8	نقد الذات ولوم نفس	1	2.85	0.812	مرتفع
7	كراهية الذات وعدم الرضا	2	2.78	0.845	مرتفع
5	الشعور بالذنب وتأنيب الضمير	3	2.70	0.790	مرتفع
3	الشعور بالفشل في الماضي	4	2.65	0.810	مرتفع
1	الشعور المستمر في الحزن	5	2.60	0.725	مرتفع
9	الأفكار أو الرغبات الانتحارية	6	2.58	0.880	متوسط
11	التهيج والنفرة الزائدة	7	2.55	0.820	متوسط
20	التعب أو الإرهاق الجسدي	8	2.52	0.765	متوسط
15	فقدان الطاقة والنشاط	9	2.50	0.811	متوسط
19	صعوبة التركيز في الأعمال	10	2.48	0.840	متوسط
12	فقدان الاهتمام بالآخرين	11	2.45	0.795	متوسط
16	تغير عادات النوم	12	2.42	0.910	متوسط
4	فقدان القدرة على الاستمتاع	13	2.38	0.860	متوسط

الرقم	الفقرة	الرتبة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المستوى
2	التشاؤم تجاه المستقبل	14	2.35	0.830	متوسط
14	الشعور بعدم القيمة	15	2.30	0.850	متوسط
13	التردد في اتخاذ القرارات	16	2.25	0.805	متوسط
18	تغير الشهية زياده أو نقصان	17	2.20	0.890	متوسط
21	فقدان الاهتمام بالجنس	18	2.15	0.920	متوسط
10	نوبات البكاء المستمرة	19	2.10	0.870	متوسط
17	سرعة الاستثارة والغضب	20	2.05	0.845	متوسط
6	الشعور بالعقاب	21	1.95	0.901	منخفض
	الدرجة الكلية للمقياس		2.52	0.765	متوسط

تُظهر البيانات الإحصائية الواردة في الجدول (5) أن نطاق المتوسطات الحسابية لتقديرات عينة الدراسة حول أعراض الانتكاسة الاكتئابية كان بين (1.95 و 2.85)، وفي قراءة توضيحية لهذه الأرقام، نجد أن الترتيب التنازلي للفقرات كشف عن هيمنة النظرة السلبية للذات، حيث كانت العبارة الثامنة المتعلقة بـ (نقد الذات ولوم النفس) الصدارة بمتوسط (2.85) ودرجة "مرتفعة"، وتبعها مباشرة العبارة السابعة الخاصة بـ (كراهية الذات) بمتوسط (2.78) وذات المستوى المرتفع، وفي المقابل استقرت الفقرة السادسة التي تبحث في (الشعور بالعقاب) في نهاية القائمة بمتوسط (1.95) ومستوى "منخفض". وبشكل عام، استقر المتوسط الكلية للمقياس عند (2.52) بانحراف معياري قدره (0.765)، مما يصنف الحالة العامة للعينة ضمن النطاق "المتوسط".

وتمكن هذه النتائج من خلال تحليل الارتباط بين الصدمة والبنية المعرفية لضحايا الصدمات، فظهور مشاعر لوم الذات والنفور منها والشعور للذنب يعكس حالة من الهشاشة في "مفهوم الذات" بعد الصدمة النفسية، إذ تعمل الصدمة كعامل أول في هدم للصورة الإيجابية التي

يحملها الفرد عن نفسه، حيث يتم استبدالها بمعتقدات وأفكار معرفية مشوهة تقوم على جلد الذات في حال بقيت هذه الانفعالات في مستويات مرتفعة ذلك يدل على وجود ثغرة واضحة في آلية وطرق ممارسة اليقظة الذهنية لدى المبحوثين، حيث يقع الضحايا في فخ الحكم القاسي على ذواتهم، بدل تبني موقف التقبل لديهم مما يغذي عمل دور التفكير السلبي للفشل وجعل النمط الاكتئابي في مستواه المتوسط.

إن الدرجة المتوسطة للانتكاسة تشير إلى ألم وجداني حاد يستنزف قدرات الفرد النفسية، وحيث تتعدد العوامل وراء هذا الاستقرار للأعراض، ولعل من أهمها هو التراخي في الدعم النفسي المتخصصة في المراحل الحرجة التي تلي الصدمة، بالإضافة إلى ضعف في آليات التنظيم الانفعالي، وهي التي تجعل الضحية يميل إلى اللوم بدلاً عن معالجة الموقف الصادم بوعي، كما أن دور البيئة المحيطة، تساعد الوصمة الاجتماعية المحيطة بالمرض النفسي في كبت عن الإفصاح عن المشاعر، مما يجعلها تفاقم الألم الداخلي ويحول الأعراض إلى نمط اكتئاب جزئي، مما تزيد الضغوط السوسيو-اقتصادية من حمل الأعباء الملقاة على الضحايا، ويحد من فرصهم في الوصول إلى حالة التعافي والشفاء الكامل مما يجعلهم في حالة من "الهشاشة النفسية" عند تعرضهم لمثيرات ضاغطة جديدة.

وتأتي هذه الخلاصات مع الأطر النظرية التي طرحها Steenkamp وجماعته (2019)، حيث أكدوا أن التعافي من اكتئاب الصدمة، ليس دائماً مساراً صاعداً بالضرورة، بل قد يتخذ الاستقرار عند مستويات متوسطة وقد تتخللها نوبات انتكاس بفترات. وهذا ما أكدته الدراسة الحالية، حيث إن تكاتف عوامل مثل ضعف الدعم و المساندة الاجتماعية ونقص بمعرفة آليات اليقظة الذهنية، خلق بيئة خصبة لظهور الأعراض الاكتئابية، مما يجعل الضحايا في حاجة ملحة لبرامج نوعية تعيد بناء "الحماية الإدراكية" لديهم وذلك لكسر حلقة الانتكاس المستمرة.

النتائج المتعلقة بالسؤال الثالث: هل توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($a=0.05$) بين اليقظة الذهنية والانتكاسة الاكتئابية لدى ضحايا الصدمات النفسية؟

للإجابة عن هذا السؤال، أستخدم معامل ارتباط بيرسون (Pearson Correlation) لإيجاد العلاقة بين مستوى اليقظة الذهنية والانتكاسة الاكتئابية لدى ضحايا الصدمات النفسية، كما هو موضح في الجدول (6):

الجدول (6): قيم معامل ارتباط بيرسون بين مستوى اليقظة الذهنية والانتكاسة الاكتئابية لدى ضحايا الصدمات النفسية

المتغيرات	الانتكاسة الاكتئابية	
	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
الدرجة الكلية لليقظة الذهنية	.854**	
بعد الملاحظة	.720**	0.000
بعد الوصف	.685**	0.000
بعد العمل بوعي	.792**	0.000
بعد عدم الحكم	.650**	0.000
بعد عدم التفاعل	.747**	0.000

تُظهر معطيات الجدول (6) وجود علاقة ارتباطية عكسية قوية جداً ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha=0.05$) بين ممارسة اليقظة الذهنية بمختلف إستراتيجياتها وبين احتمالات التعرض لانتكاسة اكتئابية، وقد تجلّى ذلك بوضوح في وصول معامل الارتباط الكلي إلى (-0.854) .

ورغم القوة الإحصائية الكبيرة لهذا المعامل، إلا أن الباحثة تؤكد على طبيعة التصميم الارتباطي للدراسة، والذي يكشف عن نمط المصاحبة (Co-occurrence) بين المتغيرين دون الجزم بوجود علاقة سببية حتمية أحادية الاتجاه. فمن الناحية العلمية، تعكس هذه القيمة المرتفعة تظافراً في الآليات النفسية؛ حيث ترتبط اليقظة الذهنية بزيادة القدرة على الضبط الانفعالي وتقليل الاجترار المعرفي، مما يساهم في تفسير التباين في مستويات الانتكاسة، مع الإقرار باحتمالية وجود متغيرات وسيطة أخرى لم يتم التحكم بها في الدراسة الحالية (كالدعم الاجتماعي أو شدة الصدمة) والتي قد تساهم في تعزيز هذه العلاقة القوية. وتكتسب هذه النتائج صفة القطعية الإحصائية وذلك لأن القيمة الاحتمالية (P-value) وبالغة (0.000) جاءت أدنى بكثير من مستوى الدلالة المعتمد ($\alpha=0.05$).

ويُعزى هذا الارتباط الوثيق، إلى الدور المهم الذي قد تساهم به اليقظة الذهنية بوصفها درعاً واقياً إدراكياً يحمي الناجين من الصدمات من منحدرات الانفعال السلبي، فكلما تم تعزيز لدى المصاب قدرة على الحضور الذهني والقدرة على مراقبة التدفق الفكري دون إصدار أو إطلاق أحكام تقييمية، تضاءلت وقلت فرص وقوعه في "فخ الاجترار المعرفي" وهو الذي يُعد المحرك للانتكاسات الاكتئابية، إن اليقظة الذهنية تمنح الضحية "مسافة أمان" نفسية، تجعله العمل على تحييد الأفكار المرتبطة بالأحداث الصادمة ويتم العمل على معالجتها كأحداث عابرة وليست حقائق وإحداث مطلقة.

وفي هذا السياق، تتقاطع نتائج الدراسة الحالية مع ما ذهبت إليه دراسة سوندرمان ورفاقه (Sondermann et al, 2014)، التي أكدت حقيقة المقاربات المعرفية المستندة إلى الوعي التام في تأمين وقاية ضد تكرار نوبات الاكتئاب، حيث أظهرت الدراسة أن المجموعات التدريبية على اليقظة سجلت انخفاضاً في وتيرة الأعراض ومعدلات النكوص النفسي، هذا التناغم البحثي يؤكد تلك القناعة بأن تعزيز الوعي باللحظة الراهنة يمثل استراتيجية صمود فاعلة، ترفع نسبة المرونة النفسية وتحد من الرهن للذكريات الصادمة الأليمة.

وحيث تنسجم هذه النتائج مع المبادئ العلاجية الحديثة، التي تعود بالانتكاس الاكتئابي إلى حالة "الجمود الإدراكي" والالتصاق الوجداني بالماضي، حيث تقدم اليقظة الذهنية حلول قائمة على المرونة والتقبل الذاتي، وتنتج الدراسة إلى أن تمكين ضحايا الأزمات من أدوات اليقظة الذهنية يمثل استثماراً علاجياً ناجعاً لديهم، يجعل أمامهم آفاق التوافق النفسي الإيجابي، ويحميهم ضد التدهور الاكتئاب الحاد في المستقبل.

8-التوصيات:

بناءً على النتائج التي توصلت إليها الدراسة، وانطلاقاً من دور اليقظة الذهنية الوقائي الملموس في التصدي لأعراض الانتكاسة الاكتئابية، توصي الباحثة بما يلي:

- العمل على ممارسات الوعي التام ضمن الخطط العلاجية: يحث الباحث دور التأهيل النفسي ومراكز علاج الصدمات على دمج تقنيات اليقظة الذهنية المتعددة "الحضور الذهني" وتمارين "مراقبة التدفق الفكري" كركيزة مهمة ضمن البروتوكولات الإكلينيكية، وذلك بهدف تمكين الضحايا من القدرة على استعادة السيطرة على انتباههم بعيداً عن اجترار أحداث الماضي الصادم الأليم.

- العمل على تفعيل المسارات التوعوية للأطوار الأسرية: وذلك من خلال إطلاق مبادرات إرشادية توعوية تثقيفية موجّهة لعائلات الناجين من الصدمات، تهدف إلى تثقيفهم بأساليب وإستراتيجيات الدعم النفسي القائم على "التقبل غير المشروط" وتعزيز ثقافة "اللا حكم" داخل إطار الأسرة، وهو ما يؤدي بشكل مباشر في خفض فرص في الانتكاس الاكتئابي لدى الضحايا .

- العمل على إنتاج وسائل إرشادية: وذلك من خلال تطوير ونشر أدوات تطبيقية مبسطة (كتيبات ونشرات توعوية) يتم فيها استعراض آليات "اليقظة الذهنية" بأسلوب بسيط ، حتى تكون مرجعاً يدعم ويساند الضحايا في بيئاتهم، مما يساعد الضحايا ويعزز من قدرتهم على إدارة المثيرات الصدمية المفاجئة التي قد تحدث معهم وتطوير مهارات المواجهة الذاتية.

- تطوير حلقات المساندة الاجتماعية الداعمة المتخصصة: وذلك من خلال بناء مجموعات دعم تكون تحت إشراف كوادر نفسية مختصة و مؤهلة، حيث تساعد وتعمل هذه على دمج آليات التفاعل الاجتماعي مع تدريبات اليقظة، ويكون بغرض التخلص من العزلة الوجدانية للفرد الذي يفرضه الاكتئاب، والعمل على خلق بيئة جماعية محفزة للأفراد تساعدهم على الاستقرار النفسي وتساعد على منع حدوث أي انتكاسات مستقبلية.

-بناءً على نتائج الدراسة الحالية، توصي الباحثة بإجراء دراسات تتبعية تأخذ بعين الاعتبار المتغيرات الوسيطة كال دعم الاجتماعي وشدة الصدمة للحصول على فهم أكثر شمولاً للعلاقة بين اليقظة الذهنية والانتكاسة الاكتئابية.

المراجع

- Al-Modallal, H., Abuidhail, J., Sowar, A., & Al-Hamad, A. (2017). *Depression among Jordanian women exposed to intimate partner violence*. Archives of Psychiatric Nursing, 31(3), 260–266. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2016.11.005>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed., text rev.)*. American Psychiatric Publishing.
- Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., & Toney, L. (2006). *Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness*. Assessment, 13(1), 27–45. <https://doi.org/10.1177/1073191105283504>
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. Psychological Corporation.
- 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(3), 230–241.
- 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*, 84(4), 822–848.
- Creswell, J. D. (2017). Mindfulness interventions. *Annual Review of Psychology*, 68, 491–516.
- Fava, G. A., & Tomba, E. (2020). The role of lifestyle changes in the management of clinical depression. *Current Opinion in Psychology*, 34, 7–12.
- Frank, E., Prien, R. F., Jarrett, R. B., Keller, M. B., Kupfer, D. J., ... & Weissman, M. M. (1991). *Conceptualization and rationale for consensus definitions of terms in major depressive disorder: Remission, recovery, relapse, and recurrence*. Archives of General Psychiatry, 48(9), 851–855.
- Fresco, D. M., Moore, M. T., van Dulmen, M. H., Segal, Z. V., Ma, S. H., Teasdale, J. D., & Williams, J. M. (2007). *Initial psychometric properties of the Experiences Questionnaire: Validation of a self-report measure of decentering*. Behavior Therapy, 38(3), 234–246.
- Gu, J., Strauss, C., Bond, R., & Cavanagh, K. (2016). *How do mindfulness-based cognitive therapy and mindfulness-based stress reduction improve mental health and wellbeing? Clinical Psychology Review*, 45, 1–12.

- Guendelman, S., Medeiros, S., & Rampes, H. (2017). Mindfulness and emotion regulation: Insights from neurobiological, psychological, and clinical studies. *Journal of Psychiatric Practice*, 23(2), 102–113.
- Hall, X., et al. (2025). Comorbidity characteristics and relapse patterns of depression and PTSD following accidental injury: A longitudinal study. *Journal of Psychiatric Research*.
- Herman, J. L. (2023). *Trauma and recovery: The aftermath of violence—from domestic abuse to political terror (Updated ed.)*. Basic Books.
- Hölzel, B. K., Carmody, J., Vago, D. R., Lazar, S. W., Gard, T., & Ott, U. (2011). *How does mindfulness meditation work? Proposing mechanisms of action from a conceptual and neural perspective*. Perspectives on Psychological Science, 6(6), 537–559.
- Hölzel, B. K., Lazar, S. W., Gard, T., Schuman-Olivier, Z., Vago, D. R., & Ott, U. (2011). *Mindfulness practice leads to increases in regional brain gray matter density*. Psychiatry Research: Neuroimaging, 191(1), 36–43.
- Kabat-Zinn, J. (1994). *Wherever you go, there you are: Mindfulness meditation in everyday life*. Hyperion/Hachette Books.
- Kabat-Zinn, J. (2013). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness (2nd ed.)*. Bantam Books.
- 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(6), 1041–1056.
- King, A. P., Erickson, T. M., Giardino, N. D., Favorite, T., Rauch, S. A. M., et al. (2013). *A pilot study of group Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) for combat veterans with posttraumatic stress disorder (PTSD)*. Depression and Anxiety, 30(7), 638–645.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. (2001). The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16(9), 606–613.
- Kuyken, W., Byford, S., Taylor, R. S., Watkins, E., Holden, E., ... & Teasdale, J. D. (2007). Mindfulness-based cognitive therapy to prevent relapse in recurrent depression compared with maintenance antidepressant medication. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(6), 955–967.
- Kuyken, W., Warren, F. C., Taylor, R. S., et al. (2016). Efficacy of mindfulness-based cognitive therapy in prevention of depressive relapse: An individual patient data meta-analysis from randomized trials. *JAMA Psychiatry*, 73(6), 565–574.

- Lanius, R. A., Terpou, B. A., & McKinnon, M. C. (2020). The psychiatry of extrasensory perception: Trauma-related dissociation and the sensory world. *The Lancet Psychiatry*, 7(1), 105–114.
- McFarlane, A. C. (2010). *The long-term costs of traumatic stress: Intertwined physical and psychological consequences*. *World Psychiatry*, 9(1), 3–10.
- Monroe, S. M., & Harkness, K. L. (2005). *Life stress, the kindling hypothesis, and the recurrence of depression*. *Psychological Review*, 112(2), 417–445.
- Monroe, S. M., & Harkness, K. L. (2022). *Major depression and its recurrences: Life stress and susceptibility*. *Annual Review of Clinical Psychology*, 18, 193–218.
- Müller-Engelmann, M., Wünsch, S., Volk, M., & Steil, R. (2017). Mindfulness-based stress reduction (MBSR) as a standalone intervention for posttraumatic stress disorder after mixed traumatic events: A mixed-methods feasibility study. *Frontiers in Psychology*, 8, 1407.
- Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B. E., & Lyubomirsky, S. (2008). *Rethinking rumination. Perspectives on Psychological Science*, 3(5), 400–424.
- Ozdemir, S., et al. (2025). *Examining the burden of mental disorders in Jordan: An ecological study over three decades*. *BMC Psychiatry*.
- Paridaen, P., Voorendonk, E. M., Gomon, G., Hoogendoorn, E. A., van Minnen, A., & de Jongh, A. (2023). Changes in comorbid depression following intensive trauma-focused treatment for PTSD and complex PTSD: A 6-month follow-up study. *European Journal of Psychotraumatology*.
- Segal, Z. V., & Walsh, K. M. (2020). *Mindfulness-based cognitive therapy for residual depressive symptoms and relapse prophylaxis*. *Current Opinion in Psychology*, 34, 7–12.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2013). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression (2nd ed.)*. Guilford Press.
- Shalev, A., Liberzon, I., & Marmar, C. (2017). Post-traumatic stress disorder. *New England Journal of Medicine*, 376(25), 2459–2470.
- Sondermann, M., et al. (2014). *Mindfulness-based cognitive therapy for recurrent depression: A multi-site prospective trial with 2-year follow-up*. *Psychological Medicine*.
- Steenkamp, M. M., et al. (2019). Longitudinal trajectories of comorbid PTSD and depression symptoms among U.S. service members and veterans. *Journal of Affective Disorders*.
- Sun, W., Yuan, Y., Yushu, W., Yanxia, S., Dongmei, Z., & Peng, Y. (2024). *Effectiveness of mindfulness-based stress reduction (MBSR) for PTSD symptoms among emergency nurses: A randomized clinical trial*. Preprint.

- Tayseer, R. (2023, July 12). *20% of Jordanians suffer from depression, anxiety — National Centre for Mental Health*. The Jordan Times. <https://jordantimes.com/news/local/20-jordanians-suffer-depression-anxiety-%E2%80%94-national-centre-mental-health>
- Teasdale, J. D., Segal, Z. V., Williams, J. M. G., et al. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(4), 615–623.
- Van der Kolk, B. A. (2014). *The body keeps the score: Brain, mind, and body in the healing of trauma*. Viking.
- Wang, S., Feng, M., Fang, Y., Lv, L., Sun, G., Yang, S., & Cheng, S. (2023). Psychological trauma, post-traumatic stress disorder and trauma-related depression: A mini-review. *World Journal of Psychiatry*, 13(6), 331–339.
- World Health Organization. (2023). *Depressive disorder (Depression)*.

Mindfulness and its Relationship to Depressive Relapse among Psychological Trauma Victims

Abstract

The current study aimed to investigate the relationship between mindfulness levels and depressive relapse among a sample of psychological trauma victims in Jordan. To achieve the study objectives, a descriptive correlational approach was employed. The study sample consisted of (246) individuals selected through purposive sampling to ensure the inclusion of those most impacted by traumatic experiences. Mindfulness and Depressive Relapse scales were administered after validating their psychometric properties within the local context.

The findings indicated that both mindfulness and depressive relapse levels among the participants were moderate. Furthermore, the results revealed a statistically significant negative correlation between mindfulness and depressive relapse, indicating that lower levels of mindfulness skills are associated with an increased likelihood of post-traumatic depressive relapse. The study recommended the establishment of specialized psychological care centers providing mindfulness-based counseling programs to enhance the psychological and social adjustment of trauma victims.

Keywords: Mindfulness, Depressive Relapse, Psychological Trauma.