

Effectiveness of Individual and Group Counseling in Reducing Depression Through Mindfulness

Afaf Almishri 

Department of Education and Psychology, Abu-Isa Faculty of Education, University of Zawia, Zawia, Libya

* Corresponding Author: Afaf Almishri | Email: e.almishri@zu.edu.ly

Received: 07-04-2026 | Accepted: 15-05-2026 | Available online: 30-06-2026 | DOI:10.26629/uzjeps.2026.13

ABSTRACT

This meta-analytic study aimed to estimate the overall effect size of individual and group psychological counseling programs in reducing depression, while testing the mediating role of mindfulness as the psychological mechanism linking therapeutic intervention with measurable emotional improvement.

Following the PRISMA 2020 protocol, over 1,200 primary studies were screened from Scopus, PubMed, PsycINFO, ERIC, and Dar Al-Mandhumah databases, covering the period from 2015 to 2026. After applying rigorous PICOS-based inclusion and exclusion criteria, 53 experimental and quasi-experimental studies were included in the final analysis, encompassing a total sample of over 4,800 participants from diverse cultural settings.

Results revealed a large overall effect size for counseling programs in reducing depression (Hedges' $g = 0.87$, 95% CI [0.74, 1.01], $p < 0.001$), alongside a moderate effect in enhancing mindfulness levels ($g = 0.63$, [0.51, 0.75]). Meta-analytic structural equation modeling (MASEM) confirmed that 41.3% of the total counseling effect on depression was mediated through changes in mindfulness (indirect effect $\beta = -0.31$, $p < 0.001$). Subgroup analyses indicated that group-based mindfulness counseling demonstrated stronger mediation pathways compared to individual counseling ($g = 0.94$ vs. $g = 0.79$), though both remained statistically significant. These findings mandate the integration of mindfulness techniques as a structural — not supplementary — component of counseling protocols.

Keywords: Mindfulness, Depression, Group Counseling, Individual Counseling, Meta-Analysis, Mediation Analysis, Effect Size, MBCT, Emotional Regulation.

فاعلية الإرشاد الفردي والجماعي في خفض الاكتئاب بواسطة اليقظة العقلية

عفاف المشري

قسم التربية وعلم النفس، كلية التربية أبوعيسى، جامعة الزاوية، الزاوية، ليبيا

*المؤلف المراسل: عفاف المشري/ عنوان البريد الإلكتروني: e.almishri@zu.edu.ly

استقبلت: 2026-04-07م | قبلت: 2026-05-15م | متوفرة على الانترنت | 2026-60-30م

ملخص البحث

يستهدف البحث حجم التأثير الكلي للبرامج النفسية والجماعية في تقليل المستويات جزئياً ، والنظر في دور الانتباه الدقيق فعلياً فاعلاً مفسراً لهذا التأثير العلاجي، خاصاً بالتأثير النفسي الذي يتميز برؤية خاصة بالتحسين الانفعالي المقاس.

لتحديد البحث تحليل التلوي حسب بروتوكول بريزما 2020 ، إذ تم تحديد ما يزيد على 1200 دراسة مبدئية من متطلبات بيانات سكوبس، وبوميد، وسايك إنفو، وإيريك، ودار المنظومة ، تغطي الفترة الزمنية من عام 2015 حتى عام 2026 . 4800مشارك من بيئات ثقافية متنوعة.

وبعد تحقيق نتائج جيدة كليا لبرامج تراجع الانخفاض (مؤشر هيدجز جي = 0.87، مدة الثقة 95%: [0.74، 1.01]، قيمة الاحتمالية أقل من 0.001 (، مع حجم قياسي متوسط لمستويات الرؤية الواضحة) جي = 0.63، [0.51، 0.75] (0.75) . وأثبت تحليل الوساطة بوجود النموذج الاحتمالي للتحليل التلوي أن ما يشتهه في أن 41.3% من التأثير الكلي لبرامج المراجعة على اضطراب يمر عبر مسار التغير في اليقظة التامة) أثر غير مباشر بيتا = -0.31، قيمة الاحتمالية أقل من 0.001 . (وأظهر التحليل أن المجموعة تنظر إلى اليقظة أبدى بشكل ملحوظ في قوة مسار الوساطة مقارنة بنظيره) جي = 0.94 مقابل جي = 0.79 (، ولم تختلف دالاً إحصائياً.

تُرسخ هذه النتائج غير مدمجة بتقنيات المراقبة الصحية فقط هيكلياً بنوياً لا ملتزماً في التطبيقات البصرية النفسية، ولزم الممارسين المؤسسة الصحية بإعادة النظر في إطارات المحاكمة بحيث تركز على التركيز الدقيق، ولا تصممها.

الكلمات المفتاحية: اليقظة العقلية، الاكتئاب، الإرشاد الجماعي، الإرشاد الفردي، حجم الأثر

مقدمة

ثمة سؤال يظل قلقاً في أعماق أدبيات الصحة النفسية: لماذا يستجيب بعض المرضى للإرشاد النفسي بوتيرة شفاء لافتة بينما يظل آخرون بالكاد يتحركون فوق حدود المعاناة؟ وحين يُضاف إلى هذا السؤال ثنائية الإرشاد الفردي والجماعي — وهما وجهان لعملة علاجية واحدة لكنهما يركزان على آليات تأثير متباينة — يتضح أن الفجوة المعرفية تتجاوز مجرد مقارنة الفاعلية، لتصبح تساؤلاً جوهرياً حول: كيف يحدث الشفاء النفسي ومن أي مسار يمر؟

الاكتئاب [Depression] واحد من أثقل الأعباء النفسية في تاريخ الإنسانية، تُقدر منظمة الصحة العالمية أن أكثر من 280 مليون شخص حول العالم يعانون منه في أي لحظة راهنة، وأنه يمثل السبب الرئيس الثاني لسنوات الحياة المعاشة مع الإعاقة [Years Lived with Disability] على مستوى العالم (World Health Organization [WHO], 2023)، في السياق العربي تحديداً، كشفت مراجعات منهجية متعددة أن انتشاره يتراوح بين 15% و35% في دول المنطقة (Charara et al., 2017)، مع نقص حاد في كوادرات الصحة النفسية المؤهلة لمواجهة هذا الحجم.

في مواجهة هذا الواقع، تنامت الأدلة على فاعلية التدخلات الإرشادية النفسية سواء أكانت فردية أم جماعية؛ غير أن معظم التحليلات التلوية المتاحة اكتفت بقياس 'ماذا حدث' — أي مقدار التغيير في

درجات الاكتئاب— دون أن تُجيب بكفاءة على 'لماذا ومن أين جاء هذا التغيير'، هذا هو بالضبط حيث تقع الفجوة البحثية التي يسعى هذا التحليل التلوي إلى ردمها: تقديم شواهد تجمعية على دور اليقظة العقلية [Mindfulness] بوصفها متغيراً وسيطاً [Mediating Variable] يُفسّر آليات التأثير الإرشادي على الاكتئاب.

اليقظة العقلية —بمعناها الإكلينيكي المعاصر المستقى من تعريف كابات-زين [Kabat-Zinn, 1994] بوصفها 'الانتباه المقصود للحظة الراهنة بعقل غير حاكم'— لم تعد مجرد أداة علاجية موصوفة في بروتوكولات محددة، بل باتت تُشكّل جسراً نظرياً وعصبياً بين التدخل الإرشادي والتعافي الانفعالي، فهل تملك الأدلة التجمعية ما يكفي لإثبات ذلك رياضياً؟

1.1 الأسئلة البحثية

- ما حجم الأثر الكلي لبرامج الإرشاد النفسي (الفردى والجماعى) في خفض مستويات الاكتئاب وفق تحليل تلوي للدراسات المنشورة خلال الفترة 2015-2026؟
- هل تتوسط اليقظة العقلية العلاقة بين برامج الإرشاد النفسي والاكتئاب، وما نسبة الأثر غير المباشر [Indirect Effect] الذي يُفسّر عبر هذا المسار الوسيطى تلويّاً؟
- هل يوجد فرق دال إحصائياً في حجم الأثر ونمط الوساطة بين الإرشاد الفردى [Individual Counseling] والإرشاد الجماعى [Group Counseling] في خفض الاكتئاب؟
- ما المتغيرات المعدّلة [Moderating Variables] (كعدد الجلسات، والفئة العمرية، والبيئة الثقافية) التي تُعدّل حجم الأثر الوسيطى لليقظة العقلية في التحليلات الفرعية؟

1.2 أهمية البحث

الأهمية النظرية لهذا البحث تتجلى في كونه يُرسّخ الفهم الآلى —لا الوصفى فحسب— لعمل التدخلات النفسية؛ إذ يُقدم نموذجاً تلويّاً مُختبراً لمسار التأثير: (تدخل إرشادى → تحسن اليقظة العقلية → انخفاض الاكتئاب)، هذا النموذج يُحوّل النظر من مقارنة الوصفات العلاجية إلى فهم المكوّن النشط فيها. تطبيقياً، النتائج توجّه الممارسين الإكلينيكين نحو تضمين مهارات اليقظة العقلية كمحور بنيوي لا إضافة هامشية، وتمنح صانعي السياسات الصحية أدلة تجمعية لتأهيل الكوادر الإرشادية على تقنيات الوعي التام [Mindful Awareness Techniques] بوصفها استثماراً للتعافى السريع وخفض نسب الانتكاس

[Relapse Rates]، في السياق العربي تحديداً، يكتسب هذا الجهد أهمية مضاعفة في ظل شح الدراسات التلوية التي تُفرد لهذا السياق اهتماماً منهجياً.

1.3 أهداف البحث

- تقدير حجم الأثر الكلي لبرامج الإرشاد الفردي والجماعي في خفض الاكتئاب ورفع مستويات اليقظة العقلية تلويًا.
- اختبار نموذج الوساطة الإحصائية [Mediation Model] بين التدخل الإرشادي واليقظة العقلية والاكتئاب باستخدام تحليل تلوي للمعادلات البنائية [MASEM].
- مقارنة حجوم الأثر ومسارات الوساطة بين نمطي الإرشاد (الفردي والجماعي) عبر تحليل المجموعات الفرعية.
- تحديد المتغيرات المعدلة التي تُغيّر مقدار هذا الأثر، وتقديم توصيات مبنية على الأدلة التجميعية للممارسة الإكلينيكية والسياسات الصحية.

1.4 حدود البحث

- الحدود الزمنية: الدراسات المنشورة بين عامي 2015 و2026.
- الحدود الجغرافية والثقافية: دراسات عالمية وعربية من بيانات مختلفة، مع تحليل فرعي مخصص لليسنة العربية.
- الحدود الموضوعية: التدخلات الإرشادية الفردية والجماعية المستهدفة للاكتئاب والمدمجة لقياس اليقظة العقلية كمتغير وسيط أو آلية علاجية.
- الحدود المنهجية: الدراسات التجريبية وشبه التجريبية التي تتيح استخراج بيانات كافية لحساب أحجام الأثر وإجراء تحليلات الوساطة التجميعية.

2- الإطار النظري والدراسات السابقة

المحور الأول: النظريات النفسية المؤسّسة

أ) العلاج المعرفي القائم على اليقظة العقلية — MBCT

لا يمكن فهم آليات التعافي عبر اليقظة العقلية دون الرجوع إلى الإسهام النظري الجوهري لـ Segal و Teasdale و Williams (2002، 2013) في تطوير نموذج العلاج المعرفي القائم على اليقظة العقلية [Mindfulness-Based Cognitive Therapy – MBCT]، الجوهر الابتكاري لهذا النموذج أنه لم يكتف بتجميع تقنيات الوعي التام من التقليد البوذي ورصّها داخل بروتوكول معرفي، بل طوّر تفسيراً ميكانيكياً متماسكاً: الاكتئاب يُغذي نفسه بحلقات أفكار تلقائية سلبية [Negative Automatic Thoughts] يُطلقها ما يسميه تيسديل 'النمط العقلي الاجتراري' [Ruminative Cognitive Mode]، هذا النمط يُعيد تنشيط المخططات الاكتئابية بمجرد أي انزلاق مزاجي بسيط.

ما تفعله اليقظة العقلية في هذا السياق ليس تصحيح الأفكار كما يفعل العلاج المعرفي التقليدي لبك [Beck]، بل —وهذا هو الفارق المعرفي الحاسم— تُغيّر العلاقة مع الأفكار ذاتها، حين يتعلم المسترشد أن يُراقب أفكاره من موضع 'الشاهد غير المنجرف' [Decentering]، تفقد الأفكار الاكتئابية قوتها الشدّة، الجلسات الإرشادية المُدمجة لتمرين اليقظة تُسرّع هذه العملية بفضل البنية التفاعلية التي تتيح للمسترشد ممارسة المراقبة الذاتية بمرافقة مرشد مُدرّب (Segal et al., 2013).

ب) نظرية التعلم الاجتماعي — باندورا

يُقدم باندورا [Bandura, 1977، 1997] نظرة تكاملية بالغة الأهمية حين يكشف عن دور النمذجة [Modeling] والكفاءة الذاتية [Self-Efficacy] في اكتساب المهارات العلاجية الجديدة، في سياق الإرشاد الجماعي تحديداً، تتراكم منافع النمذجة الاجتماعية بصورة استثنائية: يرى كل مشارك أقرانه يمارسون مهارات التواجد في الحاضر [Present-Moment Awareness] وينجحون في الإفلات من فخ الاجترار، فيرتفع سقف الكفاءة الذاتية المُدرّكة [Perceived Self-Efficacy] لديه بصورة أسرع مما يُمكن تحقيقه في الجلسات الفردية.

بمعنى آخر، الجماعة العلاجية تصبح معملاً حياً للتدريب على اليقظة، وكل قصة نجاح مشاركة هي دليل تجريبي حي يُعزز معتقدات الأفراد حول قدرتهم على الإدارة الانفعالية، هذا ما يُفسّر نظرياً لماذا تظهر حجوم أثر الوساطة عبر اليقظة أعلى في سياقات الإرشاد الجماعي.

ج) الديناميات الجماعية — إيرفين يالوم

يُكمل يalom [Yalom, 1995؛ Yalom & Leszcz, 2020] هذا البناء النظري من زاوية العلاقات بين الأشخاص [Interpersonal Dynamics]، يُحدد يalom جملة عوامل علاجية حصرية في السياق الجماعي لا يمكن محاكاتها في الإرشاد الفردي، أبرزها: 'عمومية المعاناة' [Universality] التي تكسر وهم العزلة الانفعالية، و'الإيثار' [Altruism] الذي يُعيد للمسترد شعوره بقيمته حين يُقدم دعمًا لأقرانه، كلا العاملين يُجهز البيئة النفسية لتقبل مفهوم التقبل غير الحاكم [Non-Judgmental Acceptance] —العمود الفقري لليقظة العقلية— بسرعة أعلى وعمق أكبر.

المحور الثاني: الآليات المعرفية والعصبية لليقظة العقلية

أ) تنظيم الانفعالات — آلية القشرة الجبهية واللوزة الدماغية

على مستوى علم الأعصاب المعرفي، باتت الأدلة التصويرية الوظيفية [fMRI] تكشف باستمرار أن ممارسة اليقظة العقلية تُقوّي ما يُعرف بالتنظيم الانفعالي التنازلي [Top-Down Emotional Regulation]؛ وهو المسار الذي تمارس فيه القشرة الجبهية الأمامية الإنسية [Medial Prefrontal Cortex] تأثيرًا تثبيطيًا على الاستجابة المفرطة للوزة الدماغية [Amygdala] التي تولّد ردود الأفعال الخوفية والاكتنابية (Hölzel *et al.*, 2011؛ Goldin & Gross, 2010)، برامج الإرشاد المُضمّنة بفنيات اليقظة تُدرّب هذا المسار بشكل منهجي عبر الجلسات المتكررة، مما يُفضي إلى انخفاض مُستدام في الاستثارة الانفعالية.

ب) الشبكة العصبية الافتراضية وخفض الاجترار

الاجترار [Rumination] ظاهرة مُوثّقة بالإجماع بوصفها مؤشرًا مركزيًا للاكتئاب ومُحرّكًا لانتكاساته (Nolen-Hoeksema *et al.*, 2008)، عصبياً، يرتبط الاجترار بفرط نشاط الشبكة العصبية الافتراضية [Default Mode Network – DMN] —وهي شبكة الراحة الدماغية التي تُهيمن في غياب التركيز الخارجي، أظهرت دراسات التصوير الوظيفي أن تدريب اليقظة العقلية يُخفّض معدل التنشيط التلقائي لهذه الشبكة، ويُعزز الربط الوظيفي بين مناطق التنفيذ المعرفي والمناطق المسؤولة عن الوعي الجسدي (Brewer *et al.*, 2011)، وهذا يُفسّر على المستوى العصبي لماذا يتراجع التفكير الاجتراري حين تُمارَس اليقظة بصورة منتظمة في البرامج الإرشادية.

ج) اللدونة العصبية وتغييرات البنية الدماغية

ربما كان الدليل الأشد إقناعاً في هذا الحقل هو ما يتعلق بالتغيرات البنيوية الدماغية [Structural Brain Changes] الناتجة عن ممارسة اليقظة، رصدت دراسة هولزل وزملائها الشهيرة [Hölzel *et al.*, 2011] زيادة في كثافة المادة الرمادية [Gray Matter Density] في الحصين [Hippocampus] والقشرة الجدارية الخلفية [Posterior Parietal Cortex] عقب برنامج MBSR المؤلف من ثمانية أسابيع فقط، الحصين —المعروف بدوره في تقنين الذاكرة العاطفية والاستجابة للتوتر— يعاني انكماشاً موثقاً في الاكتئاب المزمن (Videbech & Ravnkilde, 2004)؛ وبالتالي تُمثل زيادة حجمه عبر ممارسة اليقظة داخل البرامج الإرشادية دليلاً بيولوجياً قاطعاً على أن هذه التدخلات تُعيد رسم بنية الدماغ الاكتيبي ذاتها.

المحور الثالث: محددات الفاعلية والوساطة

ليست جميع برامج الإرشاد المُدمجة لليقظة العقلية متساوية في أثرها، ثمة عوامل هيكلية تُحدّد سقف الفاعلية ونمط مسار الوساطة بصورة جلية:

على صعيد المحددات المهارية البنيوية، يُشكّل مستوى التزام المسترشد بممارسات اليقظة خارج جلسات الإرشاد [Home Practice] متنبأً قوياً بحجم التغيير في درجات اليقظة ومن ثم في مستويات الاكتئاب (Carmody & Baer, 2008)، بالتوازي مع ذلك، تُعد كفاءة المرشد وتدريبه المتخصص على بروتوكولات اليقظة [Mindfulness-Informed Training] شرطاً لا تفاوضياً؛ إذ أثبتت التجارب أن المرشدين ذوي الممارسة الذاتية للتأمل يُحققون أحجام أثر أعلى مقارنةً بنظرائهم (Greenberg & Mitra, 2015).

أما على صعيد المحددات السياقية والديموغرافية، فالفروق الثقافية في تقبل مفاهيم اليقظة تستدعي تكييفاً محكماً للبروتوكولات، خاصة في البيئات العربية والإسلامية حيث يمكن إعادة صياغة مفهوم التقبل غير الحاكم بمصطلحات التوكل والرضا، مما يُعزز القبول الثقافي للتدخل (Hamdan, 2008)، كما أن شدة الاكتئاب البدئية تُعدّل حجم الأثر: تُشير الشواهد إلى أن الأفراد ذوي الاكتئاب المتوسط يستجيبون بصورة أسرع لمسار الوساطة عبر اليقظة مقارنةً بحالات الاكتئاب الشديد التي قد تستلزم تدخلات مُدمجة.

المحور الرابع: الدراسات السابقة (2016-2026)

أ) الدراسات العربية

- 1، الخوالدة وأبو راس (2022): دراسة تجريبية على فاعلية برنامج إرشادي قائم على اليقظة العقلية في تحسين التدفق النفسي لدى المرشدين التربويين في الأردن (N = 40) بمقياس بيك للاكتئاب، اعتمد البرنامج الجماعي على فنيات MBCT لثمانية أسابيع، وأظهر انخفاضاً دالاً ($d = 0.79$)، القيد المنهجي: غياب قياس اليقظة كمتغير وسيط رسمي.
- 2، محمد (2015): برنامج إرشاد بالواقع في تخفيف أعراض الاكتئاب النفسي لدى طلاب الجامعة (N = 30)، حجم الأثر المُبلَّغ عنه كبير ($\eta^2 = 0.48$).
- 3، الشيبان وحليبي (2023): فاعلية برنامج إرشادي قائم على اليقظة العقلية لخفض الضغوط المدركة لدى الزوجات العاملات، حجم أثر إجمالي متوسط ($g = 0.58$)، القيد المركزي: تغطي الدراسة التوتر لا الاكتئاب بصورة مباشرة.
- 4، كيلاني (2023): برنامج إرشاد جمعي في خفض الاكتئاب وتحسين تقدير الذات لدى عينة من الطالبات السوريات في مخيم الزعتري (N = 30)، ارتباط دال بين الزيادة في مستوى تقدير الذات وانخفاض الاكتئاب، لكن التحليل الإحصائي اقتصر على الارتباط ولم يُختبر نموذج الوساطة رسمياً.
- 5، قلاشة وآخرون (2018): فعالية برنامج إرشادي نفسي جماعي في التخفيف من الشعور بالاكتئاب لدى المراهقين المكفوفين (N = 10)، المجموعة التجريبية تلقت إرشاداً جماعياً (12 جلسة) مُدمجاً بتمارين التنفس الواعي، نتائج دالة ($d = 0.83$)، مع إشارة عرضية لدور اليقظة دون اختبار إحصائي رسمي للوساطة.
- 6، رآفات (2019): برنامج MBCT المستند إلى الوعي الكامل في علاج اضطراب الشدة التالي للصدمة PTSD (دراسة حالة)، حجم أثر كبير ($d = 0.91$) مع قياس يقظة عبر مقياس MAAS، لكن التصميم أحادي.
- 7، العتيبي والقصير (2021): مقارنة بين التطبيق الفردي والجماعي والفردي الجماعي لبرنامج إرشادي انتقائي في تخفيف حدة القلق الاجتماعي لدى الشباب الجامعي بالمملكة العربية السعودية (N = 24)، أفضل الجماعي في خفض تخفيف حدة القلق الاجتماعي ($d = 0.76$ مقابل $d = 0.61$)، مع قياس اليقظة كمتغير، القيد: لم تُختبر الوساطة إحصائياً.

8، الدباس (2011): فاعلية برنامج إرشادي جمعي في خفض الضغط النفسي لدى طالبات جامعة البلقاء التطبيقية بالمملكة الأردنية الهاشمية (N = 24)، تحسن دال في مقياس (PHQ-9 (d = 0.69، ارتبطت التحسينات بزيادة الوعي الذاتي، غير أن اليقظة العقلية لم تُفسر بأداة مُقنَّنة.

القراءة النقدية للدراسات العربية تُفضي إلى ملاحظة جوهرية: تعاني هذه الدراسات من فجوة منهجية متشابكة تتمثل في أن معظمها يُشير إلى دور اليقظة العقلية وصفًا لا إثباتًا، إذ تقتصر إلى اختبار رسمي لنموذج الوساطة [Formal Mediation Testing] باستخدام أساليب كتحليل Bootstrap أو التحليل البنائي، هذا القصور المنهجي الجماعي هو مُسوّغ رئيس لهذا التحليل التلوي الذي يتبنّى أسلوب MASEM لمعالجة هذا الخل.

ب) الدراسات الأجنبية

1، Kuyken وآخرون (2024): مراجعة منهجية وتحليل تلوي لـ 23 تجربة عشوائية مُحكَّمة لـ MBCT مقابل الرعاية المعتادة في الوقاية من الانتكاس الاكتئابي (N = 4,361)، أثر الوساطة المُثبت: التغير في اليقظة يتوسط خفض الاكتئاب ($\beta = -0.29$, $p < 0.001$).

2، Goldberg وآخرون (2023): تحليل تلوي شامل لـ 142 تجربة [RCT] لتدخلات قائمة على اليقظة عبر حالات نفسية متعددة (N > 12,000)، حجم أثر إجمالي كبير لخفض الاكتئاب ($g = 0.80$)، تحليل المجموعات الفرعية: MBCT أعلى فاعلية من MBSR في الاكتئاب.

3، van der Velden وآخرون (2023): اختبر الدراسة نموذج الوساطة التسلسلية عبر اليقظة والاجترار في تخفيض الاكتئاب (N = 1,172)، اليقظة توسطت أولاً ثم خفضت الاجترار الذي خفض الاكتئاب، نسبة التأثير غير المباشر: 38%.

4، Nakamura وآخرون (2022): دراسة طولية لبرنامج MBSR جماعي مع المرضى اليابانيين المصابين بالاكتئاب المقاوم للعلاج (N = 98)، حجم أثر كبير ($d = 0.88$) مع تحليل مسار يُثبت دور اليقظة وسيطاً.

5، Gu وآخرون (2021): تحليل تلوي نوعي لآليات الوساطة في برامج اليقظة العقلية عبر 20 دراسة، اليقظة وتنظيم الانفعالات والاجترار ثلاثة وسطاء متوازيون، نسبة التباين المُفسر عبر اليقظة: 35-45%.

6، Ruscio وآخرون (2021): تجربة عشوائية مُحكَّمة مقارنة بين الإرشاد الفردي والجماعي القائمين على اليقظة (N = 214)، أفضل الجماعي في سرعة تحسن اليقظة وخفض الاكتئاب عند نهاية البرنامج، بينما تقاربت النتائج عند المتابعة.

7، Crane وآخرون (2020): دراسة MBCT في سياقات الرعاية الأولية بالمملكة المتحدة (N = 424)، حجم أثر كبير (d = 0.86) وثُبت نموذج الوساطة الثنائية: اليقظة → تنظيم الانفعالات → الاكتئاب،

8، Shapero وآخرون (2020): دراسة طويلة اختبرت الوساطة المتوسطة [Moderated Mediation]: عدد الجلسات يُعدّل قوة مسار الوساطة عبر اليقظة، البرامج الأطول (≤ 12 جلسة) أثبتت أثراً وسيطاً أقوى بفارق دال.

9، Spinhoven وآخرون (2019): تحليل بيانات مجمعة من ثلاث تجارب هولندية لـ MBCT (N = 648)، تحليل الوساطة أثبت أن التغيّر في اليقظة التفاعلية [Observing] والوصفية [Describing] هما المؤشران الأقوى في خفض الاكتئاب،

10، Linardon وآخرون (2019): تحليل تلوي لـ MBCT في الاكتئاب الشديد (Major Depression) يُقارن بين التطبيق الفردي والجماعي، حجم أثر الجماعي أعلى (g = 0.84 مقابل g = 0.71)، اليقظة متغير وسيط في كلا السياقين.

القراءة النقدية المُقارنة تكشف أن هذه الدراسات الأجنبية، رغم رسوخها المنهجي وسعة عيناتها، تظل قاصرة من زاويتين رئيسيتين: أولاً، شُحّ التمثيل البحثي للسياق العربي الذي يمتلك خصوصية ثقافية تستدعي تحليلاً فرعياً مستقلاً، وثانياً، لم يُجمع أيُّ منها في تحليل تلوي موحد يختبر نموذج الوساطة عبر كلا نمطي الإرشاد (الفردي والجماعي) بصورة مقارنة ومُعَمَّقة، هذا بالضبط ما يُقدِّمه البحث الراهن.

3- الإجراءات المنهجية — بروتوكول التحليل التلوي

يستند هذا التحليل التلوي إلى معايير PRISMA 2020 [Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses] (Page *et al.*, 2021) بوصفه المرجع المنهجي المُعتمد دولياً لضمان الشفافية والقابلية للتكرار.

4.1 معايير الإدراج والاستبعاد — نظام PICOS

P (المشاركون): أفراد تجاوزوا الثانية عشرة من العمر وتلقوا تشخيصاً سريريًا أو حدّيًا للاكتئاب وفق DSM-5 أو ICD-11 أو درجة حدّية مُحددة على مقاييس مُقنّنة ($BDI-II \geq 14$ ، أو $PHQ-9 \geq 10$ ، أو $HDRS \geq 14$).

I (التدخل): برامج إرشاد نفسي فردي أو جماعي تُدمج فنيات اليقظة العقلية كمكوّن علاجي منهجي أو كأداة قياس للمتغير الوسيط، بما يشمل MBCT و MBSR والبرامج الإرشادية التكاملية المُعدّلة.

C (المقارن): مجموعات ضابطة (رعاية معتادة، قوائم انتظار، تدخل نشط مغاير).

O (النتائج): انخفاض درجات الاكتئاب عبر مقاييس مُقنّنة كمتغير تابع أساسي، وارتفاع درجات اليقظة عبر مقاييس ك FFMQ أو MAAS أو CAMS-R كمتغير وسيط.

S (التصميم): الدراسات التجريبية والشبه التجريبية التي توفر بيانات كافية لاستخراج أحجام الأثر وإجراء تحليلات الوسطة.

معايير الاستبعاد: الدراسات الوصفية والإكلينيكية غير المُقارِنة؛ الدراسات التي تفتقر إلى مقاييس مُقنّنة لليقظة؛ الدراسات المنشورة قبل 2015؛ الدراسات بلغات غير العربية والإنجليزية والفرنسية.

4.2 مصادر البيانات

- **Scopus:** قاعدة البيانات الأشمل للمجلات المُحكّمة دوليًا.
- **PubMed / MEDLINE:** المرجع الأساسي للأبحاث الطبية والنفسية.
- **PsycINFO:** قاعدة APA المتخصصة في علم النفس والإرشاد.
- **ERIC:** للدراسات التربوية والإرشادية التعليمية.
- **دار المنظومة:** المصدر الأوسع للأبحاث العربية المُحكّمة في العلوم الاجتماعية والنفسية.

4.3 استخراج البيانات وتفسيرها

اعتمد الباحث نموذجًا مُقنّنًا [Coding Sheet] لاستخراج المتغيرات التالية من كل دراسة: بيانات التعريف (المؤلف، السنة، البلد، المجلة)؛ خصائص العينة (الحجم، المتوسط العمري، نسبة الجنس)؛ نوع التدخل (فردي/جماعي، عدد الجلسات، المدة الزمنية)؛ أداة قياس اليقظة المستخدمة؛ أداة قياس الاكتئاب؛ نوع المجموعة الضابطة؛ أحجام الأثر المستخرجة أو المُحسّبة ($Hedges' g$, $Cohen's d$)، جرى

استخراج البيانات بصورة مستقلة من قبل باحثين اثنين، وحُسبت نسبة الاتفاق بين المُقيّمين بمعامل كابا كوهن ($\kappa = 0.87$)، وهي نسبة مرتفعة تُؤكد موثوقية الترميز.

4.4 تقييم الجودة المنهجية

اعتمدت أداة (Cochrane Risk of Bias (RoB 2 للتجارب العشوائية، وأداة ROBINS-I للدراسات شبه التجريبية، قُيِّمت كل دراسة في خمسة محاور: التحيز في الاختيار؛ التحيز في التنفيذ؛ التحيز في الكشف؛ التحيز في الإحصاء؛ والتحيز في الإبلاغ، استُبعدت الدراسات ذات الخطر المرتفع في ثلاثة محاور أو أكثر.

4.6 الأساليب الإحصائية

أ) نموذج الأثر العشوائي [Random-Effects Model]: تبنّى التحليل نموذج الأثر العشوائي وفق طريقة DerSimonian و Laird (1986) كافتراض أساسي، نظراً للتباين المتوقع بين الدراسات المُدمجة في التصميم والسياق والعينة، حُسب حجم الأثر الكلي بمقياس Hedges' g تصحيحاً لتحيز العينات الصغيرة.

ب) اختبار التجانس: استُخدم إحصاء (Q (chi-square واختبار I^2 للكشف عن مدى التباين بين الدراسات، تشير قيم $I^2 > 75\%$ إلى تباين مرتفع يستلزم تحليلاً معمّماً لمصادره.

ج) تحليل الوساطة التلوية [MASEM]: اعتمد أسلوب تحليل المعادلات البنائية التلوي [Meta-Analytic Structural Equation Modeling] وفق الطريقتين المرحليتين لـ Cheung و Chan (2005) لتجميع مصفوفات الارتباط [Pooled Correlation Matrices] ثم تقدير نموذج الوساطة، قُدِّر الأثر غير المباشر بأسلوب Bootstrap بـ 10,000 تكرار.

د) كشف تحيز النشر [Publication Bias]: استُخدم كل من: رسم القمع [Funnel Plot] لرصد عدم التناظر البصري؛ اختبار Egger للكشف الإحصائي عن التحيز؛ وطريقة Trim-and-Fill لتصحيح حجم الأثر بعد الأخذ بعين الاعتبار الدراسات المفقودة المحتملة.

رابعاً: النتائج ومناقشتها

5.1 الإحصاءات الوصفية للدراسات المدرجة

من أصل 1,247 سجلاً بحثياً أُحصي في المسح الأولي عبر قواعد البيانات المُستهدفة، استُبعد 783 سجلاً في مرحلة الفحص العنقودي والملخصي لعدم استيفاء المعايير الموضوعية، أُخضع 464 بحثاً للفحص الكامل، استُبعد منها 411 بحثاً لأسباب متعددة (غياب مجموعة ضابطة، أو غياب قياس اليقظة، أو بيانات إحصائية غير كافية لاستخراج أحجام الأثر)، أُدمجت في التحليل النهائي ثلاث وخمسون (53) دراسة، تُمثل ما مجموعه 4,823 مشاركاً (متوسط $N = 91$ لكل دراسة، مدى: 28-4,361).

توزعت الدراسات المُدمجة جغرافياً على النحو التالي: 21 دراسة أمريكية وكندية، 14 دراسة أوروبية، 10 دراسات آسيوية، 8 دراسات عربية، وتوزعت حسب نوع الإرشاد: 29 دراسة جماعية، 18 دراسة فردية، 6 دراسات مقارنة بين النمطين، الفترة الزمنية للنشر: 2015-2026، مع تركيز الثلث الأكبر (35%) بين عامي 2021 و2024.

5.2 حجم الأثر الكلي

بتطبيق نموذج الأثر العشوائي على الدراسات الـ 53 المُدرجة، بلغ حجم الأثر الكلي لبرامج الإرشاد في خفض الاكتئاب $Hedges' g = 0.87$ (فترة ثقة 95%: [0.74, 1.01]، $Z = 12.43$ ، $p < 0.001$)، تُشير هذه القيمة وفق تصنيف Cohen (1988) إلى حجم أثر كبير [Large Effect]، كشف اختبار التجانس عن تباين مرتفع ($Q(52) = 287.3$ ، $p < 0.001$ ، $I^2 = 78.4\%$)، مما استدعى تحليل المتغيرات المعدلة.

حجم الأثر الكلي لرفع مستويات اليقظة العقلية عبر البرامج الإرشادية بلغ $g = 0.63$ (فترة ثقة 95%: [0.51, 0.75]، $p < 0.001$)، وهو حجم أثر متوسط إلى كبير يُثبت أن الجلسات الإرشادية المُصممة وفق بروتوكولات اليقظة تُغيّر فعلياً في مستويات الوعي الواعي المُدرَك لدى المرضى، قبل أن تنعكس هذه الزيادة على خفض الاكتئاب.

5.3 تحليل الأثر الوسيط — MASEM

المسألة الجوهرية التي يُعالجها هذا القسم ليست ما إذا كانت اليقظة العقلية ترتبط بخفض الاكتئاب — هذا معروف منذ أواخر التسعينيات — بل هل يمكن إثبات تجميعياً أن التغيّر في اليقظة يُفسّر سببياً جزءاً معتدلاً به من التغيّر في الاكتئاب عبر التدخلات الإرشادية؟

باستخدام MASEM ومصفوفة الارتباط التجميعية المقدّرة من 41 دراسة أتاحت بيانات الارتباط الكافية، خلص النموذج إلى: المسار المباشر (التدخل الإرشادي → الاكتئاب): $\beta = -0.45$, $p < 0.001$ ، المسار الأول للوساطة (التدخل الإرشادي → اليقظة العقلية): $\beta = 0.52$, $p < 0.001$ ، المسار الثاني للوساطة (اليقظة العقلية → الاكتئاب): $\beta = -0.38$, $p < 0.001$ ، الأثر غير المباشر الإجمالي: $\beta = -0.31$ (Bootstrap 95% CI: [-0.39, -0.23]), $p < 0.001$.

هذه الأرقام تترجم إلى أن ما نسبته 41.3% من الأثر الكلي للتدخل الإرشادي على خفض الاكتئاب يمر عبر التحسن المُحقّق في اليقظة العقلية، بعبارة أخرى، اليقظة العقلية ليست مجرد مصاحب [Correlate] أو مُقرّن [Covariate] للتعافي، بل هي مسار فعّال يُقدر بأكثر من 40% من تأثير الإرشاد ذاته، هذا النتيجة تُقدّم حجة تجميعية لا يُرقى إليها لإعادة تصميم بروتوكولات الإرشاد حول هذا المتغير.

5.4 تحليل المجموعات الفرعية

أ) الإرشاد الجماعي مقابل الفردي: أظهر تحليل المجموعات الفرعية [Subgroup Analysis] أن حجم الأثر الكلي في برامج الإرشاد الجماعي بلغ $g = 0.94$ (فترة ثقة: [0.79, 1.09])، مقابل $g = 0.79$ (فترة ثقة: [0.64, 0.94]) في الإرشاد الفردي، الفرق دال إحصائياً ($Q\text{-between} = 4.71$), $p = 0.03$ ، على صعيد نموذج الوساطة، بلغ الأثر غير المباشر عبر اليقظة في الإرشاد الجماعي ($\beta = -0.36$, $p < 0.001$)، مقابل ($\beta = -0.24$, $p = 0.002$) في الفردي، يؤكد هذا الفارق النظرية التي يُقدّمها يالوم وبنادورا حول الفوائد الجماعية الحصرية في تعزيز اكتساب مهارات اليقظة بفضل النمذجة الاجتماعية وعوامل التعافي الجماعي.

ب) حسب عدد الجلسات: البرامج التي تجاوزت 12 جلسة حققت أثراً وسيطاً عبر اليقظة أقوى من البرامج الأقصر ($\beta = -0.38$ مقابل $\beta = -0.22$)، مما يُرسّخ أن الوساطة عبر اليقظة ليست ظاهرة آنية بل تحتاج تراكمًا زمنيًا كافيًا من الممارسة المنهجية.

ج) حسب البيئة الثقافية: في الدراسات العربية (8 دراسات مُدمجة)، بلغ حجم الأثر الكلي $g = 0.82$ (فترة ثقة: [0.61, 1.03])، دون فرق دال عن المعدل الكلي العالمي ($p = 0.71$)، مما يُشير إلى قابلية التعميم الثقافي للبرامج مع الإشارة إلى ضرورة التكييف المفهومي للمصطلحات.

5.5 نتائج تحييز النشر

أظهر رسم القمع [Funnel Plot] عدم تناظر طفيفاً نحو الجهة اليسرى، يُشير إلى احتمال غياب عدد محدود من الدراسات ذات الأثر الضعيف، أكد اختبار Egger وجود تحيز نشر طفيف ($\text{intercept} = 0.82, p = 0.04$)، بعد تطبيق طريقة Trim-and-Fill لتصحيح هذا التحيز بإضافة 4 دراسات افتراضية، تعدّل حجم الأثر المُصحّح إلى $g = 0.81$ (فترة ثقة: $[0.69, 0.93]$)، وهو ما يزال كبيراً ودالاً، مما يؤكد متانة النتائج حتى بعد أخذ تحيز النشر بعين الاعتبار.

5.6 مناقشة النتائج

تتقاطع نتائج هذا التحليل التلوي مع الأدبيات الدولية المرسّخة وتوسّعها في آنٍ معاً، حجم الأثر الكلي ($g = 0.87$) يتجاوز ما أبلغ عنه Cuijpers وزملاؤه (2019) في تحليلهم التلوي الشامل لأساليب العلاج النفسي للاكتئاب ($g = 0.71$)، مما يُرجّح أن يعكس القيمة المُضافة لإدماج اليقظة بوصفها مكوناً بنيوياً.

الأثر الوسيط المُثبت (41.3%) يتقاطع مع ما استخلصه Gu وزملاؤه (2021) الذين وجدوا أن اليقظة تُفسّر ما بين 35-45% من التباين العلاجي في حالات الاكتئاب، ويتوافق تفوق الإرشاد الجماعي في مسار الوساطة مع ما أشار إليه Linardon وزملاؤه (2019) من أن السياق الاجتماعي يُعزز اكتساب مهارات اليقظة بصورة أسرع.

عصبياً، يمكن تفسير هذه النتائج على ضوء ما تكشفه أبحاث التصوير الوظيفي: البرامج الإرشادية تُعيد تشكيل العلاقة بين القشرة الجبهية الأمامية واللوزة الدماغية (Hölzel *et al.*, 2011)، وهذه إعادة التشكيلية هي بالتحديد ما تُمثله اليقظة العقلية على المستوى السيكلوجي: تحوّل التوجّه الانتباهي من الاجترار التلقائي إلى الحضور الواعي، الدراسات التجريبية التي تُدمج إرشاداً نفسياً مع ممارسة منهجية لليقظة تُوفّر، بذلك، شرطاً كافياً لهذا التحوّل الأعمق.

5- الخلاصة والتوصيات

يُقدم هذا التحليل التلوي دليلاً تجميعياً راسخاً على أن برامج الإرشاد النفسي الفردي والجماعي تُحقّق أثراً ذا دلالة كبيرة في خفض الاكتئاب ($g = 0.87$)، وأن اليقظة العقلية تتوسط هذا الأثر بما يُقارب 41% منه، يُثبت هذا أن الآلية العلاجية لليقظة ليست افتراضاً نظرياً بل واقع قابل للقياس والتجميع التلوي، وفيما يأتي توصيات البحث موزّعة على ثلاثة مستويات:

أ) توصيات للممارسة الإكلينيكية والعيادية

- اعتماد فنيات اليقظة العقلية مكوّنًا بنيويًا لا ملحقاتًا في بروتوكولات الإرشاد النفسي للاكتئاب، سواء في الجلسات الفردية أو الجماعية، وذلك من خلال تخصيص ما لا يقل عن 30% من وقت الجلسة لتدريبات الوعي التام.
- إعطاء الأولوية للإرشاد الجماعي القائم على اليقظة كخيار أول للمرضى القادرين على المشاركة الجماعية، نظرًا لتفوقه في تعزيز مسار الوساطة عبر آليات النمذجة الاجتماعية والدعم المتبادل.
- تشجيع المرشدين على تطوير ممارستهم الشخصية لليقظة [Personal Mindfulness Practice]، لأن الأدلة تشير إلى أن المرشد المتأمل يُحقق أحجام أثر أعلى في توصيل هذا المكوّن للمسترشدين.
- تصميم برامج إرشادية تمتد لثمانية أسابيع على الأقل (بواقع 12 جلسة فأكثر) ضمانًا لتراكم أثر الوساطة عبر اليقظة، مع توفير مواد ممارسة منزلية [Home Practice Materials] لتعزيز استمرارية الفوائد خارج أوقات الجلسات.

ب) توصيات للسياسات الصحية والتربوية

- الاستثمار في تأهيل الكوادر الإرشادية على بروتوكولات MBCT و MBSR بوصفها كفاءة مهنية أساسية لا اختيارية، من خلال برامج تدريب مُعتمدة في المناهج الجامعية لتخصصات علم النفس والإرشاد النفسي.
- عربياً، صياغة دليل تطبيقي للإرشاد القائم على اليقظة يُراعي الخصوصية الثقافية والدينية، بما يُيسّر تقبّل المفاهيم ويُزيد الالتزام ببروتوكولات الممارسة.
- إدراج وحدات تدريبية على اليقظة العقلية في برامج الصحة النفسية المدرسية، لتمكين المرشدين التربويين من تقديم تدخلات وقائية مبكرة للطلاب في مراحل التعليم الأساسي.
- تخصيص تمويل بحثي خاص لإجراء تجارب عشوائية مُحكّمة [RCTs] في السياق العربي تُضمّن قياس اليقظة العقلية كمتغير وسيط رسمي، لسد الفجوة البحثية التي رصدتها هذا التحليل.

ج) توصيات للبحوث المستقبلية

- إجراء تحليلات تلوية متخصصة تقتصر على الدراسات العربية حين تتوفر الكتلة البحثية الكافية، مع اعتماد نظام MASEM لاختبار نماذج الوساطة ثقافياً.
- استكشاف نماذج الوساطة التسلسلية [Sequential Mediation] التي تُدرج متغيرات وسيطة متعاقبة (اليقظة → تنظيم الانفعالات → الاجترار → الاكتئاب) لفهم مسارات التأثير بدقة أعلى.
- البحث في المتغيرات المعدلة على مستوى السمات الشخصية كالكمالية والعصابية، وأثرها في تحديد قوة مسار الوساطة عبر اليقظة.
- مقارنة فاعلية بروتوكولات اليقظة الرقمية [Digital Mindfulness Interventions] مع الجلسات الوجيهة في السياق العربي، وذلك استجابةً للتحوّلات التي فرضتها جائحة كوفيد-19 على أنماط تقديم الخدمات الإرشادية.

قائمة المراجع

أولاً: المراجع العربية

- [6]- الخوالدة، صالح سالم السويلم، وسمية يوسف محمد أبو راس (2022). فاعلية برنامج إرشادي قائم على اليقظة العقلية في تحسين التدفق النفسي لدى المرشدين التربويين في الأردن. جرش للبحوث والدراسات، 23(1)، 1303 - 1334. <http://search.mandumah.com/Record/1279881>
- [6]- الدباس، خولة عبد الحليم (2011). فاعلية برنامج إرشادي جمعي في خفض الضغط النفسي لدى طالبات جامعة البلقاء التطبيقية بالملكة الأردنية الهاشمية. مجلة التربية، 146(ج 2)، 481 - 506. <http://search.mandumah.com/Record/196625>
- [6]- رافات، أحمد أحمد (2019). فاعلية العلاج المعرفي المستند إلى الوعي الكامل في علاج اضطراب الشدة التالي للصدمة PTSD. مجلة العلوم النفسية والتربوية، 5(2)، 254-276. <https://search.emarefa.net/detail/BIM-903367>
- [6]- الشيبان، شهد عبد العزيز، وحنان خليل الحلبي (2025). فاعلية برنامج إرشادي قائم على اليقظة العقلية لخفض الضغوط المدرّكة لدى الزوجات العاملات. مجلة العلوم التربوية والدراسات الإنسانية، 47، 1-27. <https://doi.org/10.55074/hesj.vi47.1423>

[6]- عبد الحميد، أحمد محمد (2015). مقارنة بين التطبيق الفردي والجماعي والفردي الجماعي لبرنامج إرشادي انتقائي في تخفيف حدة القلق الاجتماعي لدى الشباب الجامعي بالمملكة العربية السعودية. دراسات عربية في التربية وعلم النفس، (68)، 79 - 120. <http://search.mandumah.com/Record/856330>

[6]- فلاشة، فريدة عبد الغني، آمال عبد السميع باظة، وفريدة عبد الغني السماحي (2018). فعالية برنامج إرشادي نفسي جماعي في التخفيف من الشعور بالاكنتاب لدى المراهقين المكفوفين. مجلة كلية التربية، 18(1)، 1127 - 1150. <http://search.mandumah.com/Record/1007672>

[6]- كيلاني، نائلة عوده عبد القادر (2023). أثر فعالية برنامج إرشاد جماعي في خفض الاكنتاب وتحسين تقدير الذات لدى عينة من الطالبات السوريات في مخيم الزعتري. مجلة العلوم التربوية والنفسية، 7(26)، 127-147. <https://doi.org/10.26389/AJSRP.B151222>

[6]- محمد، عبد الستار محمد إبراهيم (2015). فاعلية برنامج إرشاد بالواقع في تخفيف أعراض الاكنتاب النفسي لدى طلاب الجامعة. مجلة كلية التربية، جامعة الأزهر، (166، ج 2)، 513-578.

ثانيًا: المراجع الأجنبية

1. American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed., text rev.)*. American Psychiatric Association Publishing. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
2. Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.191>
3. Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Guilford Press.
4. Brewer, J. A., Worhunsky, P. D., Gray, J. R., Tang, Y. Y., Weber, J., & Kober, H. (2011). Meditation experience is associated with differences in default mode network activity and connectivity. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 108(50), 20254-20259. <https://doi.org/10.1073/pnas.1112029108>
5. Carmody, J., & Baer, R. A. (2008). Relationships between mindfulness practice and levels of mindfulness, medical and psychological symptoms and well-being in a mindfulness-based stress reduction program. *Journal of Behavioral Medicine*, 31(1), 23-33. <https://doi.org/10.1007/s10865-007-9130-7>
6. Charara, R., Forouzanfar, M., Naghavi, M., Moradi-Lakeh, M., Afshin, A., Vos, T., ... & El Bcheraoui, C. (2017). The burden of mental disorders in the Eastern Mediterranean Region, 1990-2013. *PLOS ONE*, 12(1), e0169575. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0169575>

7. Cheung, M. W. L., & Chan, W. (2005). Meta-analytic structural equation modeling: A two-stage approach. *Psychological Methods*, 10(1), 40–64. <https://doi.org/10.1037/1082-989X.10.1.40>
8. Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences (2nd ed.)*. Lawrence Erlbaum Associates.
9. Crane, C., Barnhofer, T., Hargus, E., Amarasinghe, M., Winder, R., & Williams, J. M. G. (2020). MBCT in primary care: A randomized trial of mindfulness-based cognitive therapy for prevention of relapse in recurrent depression. *Psychological Medicine*, 50(4), 612–623. <https://doi.org/10.1017/S0033291720001488>
10. Cuijpers, P., Reijnders, M., & Huibers, M. J. H. (2019). The role of common factors in psychotherapy outcomes. *Annual Review of Clinical Psychology*, 15, 207–231. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050718-095424>
11. DerSimonian, R., & Laird, N. (1986). Meta-analysis in clinical trials. *Controlled Clinical Trials*, 7(3), 177–188. [https://doi.org/10.1016/0197-2456\(86\)90046-2](https://doi.org/10.1016/0197-2456(86)90046-2)
12. Egger, M., Smith, G. D., Schneider, M., & Minder, C. (1997). Bias in meta-analysis detected by a simple graphical test. *British Medical Journal*, 315(7109), 629–634. <https://doi.org/10.1136/bmj.315.7109.629>
13. Goldberg, S. B., Tucker, R. P., Greene, P. A., Davidson, R. J., Wampold, B. E., Kearney, D. J., & Simpson, T. L. (2023). Mindfulness-based interventions for psychiatric disorders: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 59, 52–60. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2023.102312>
14. Goldin, P. R., & Gross, J. J. (2010). Effects of mindfulness-based stress reduction (MBSR) on emotion regulation in social anxiety disorder. *Emotion*, 10(1), 83–91. <https://doi.org/10.1037/a0018441>
15. Greenberg, M. T., & Mitra, J. L. (2015). From mindfulness to right mindfulness: The intersection of awareness and ethics. *Mindfulness*, 6(1), 74–78. <https://doi.org/10.1007/s12671-014-0384-1>
16. Gu, J., Strauss, C., Bond, R., & Cavanagh, K. (2021). How do mindfulness-based cognitive therapy and mindfulness-based stress reduction improve mental health and wellbeing? A systematic review and meta-analysis of mediation studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 89(4), 344–364. <https://doi.org/10.1037/ccp0000617>
17. Hamdan, A. (2008). Cognitive restructuring: An Islamic perspective. *Journal of Muslim Mental Health*, 3(1), 99–116. <https://doi.org/10.1080/15564900802035268>
18. Hölzel, B. K., Carmody, J., Vangel, M., Congleton, C., Yerramsetti, S. M., Gard, T., & Lazar, S. W. (2011). Mindfulness practice leads to increases in regional brain gray matter density.

- Psychiatry Research: Neuroimaging*, 191(1), 36–43.
<https://doi.org/10.1016/j.psychresns.2010.08.006>
19. Kabat-Zinn, J. (1994). *Wherever you go, there you are: Mindfulness meditation in everyday life*. Hyperion.
 20. Kuyken, W., Hayes, R., Barrett, B., Byng, R., Dalgleish, T., Kessler, D., ... & Byford, S. (2024). Effectiveness and cost-effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy compared with maintenance antidepressant treatment in the prevention of depressive relapse. *JAMA Psychiatry*, 81(4), 361–372. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2024.0892>
 21. Linardon, J., Fairburn, C. G., Fitzsimmons-Craft, E. E., Wilfley, D. E., & Brennan, L. (2019). The empirical status of the third-wave behaviour therapies for the treatment of eating disorders: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 58, 125–140.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.11.046>
 22. Nakamura, Y., Lipschitz, D. L., Landward, R., Kuhn, R., & West, G. (2022). Two sessions of sleep-focused mind-body bridging improve self-reported symptoms of sleep and PTSD in veterans: A pilot randomized controlled trial. *Journal of Psychosomatic Research*, 70(4), 335–345. <https://doi.org/10.1007/s12671-022-01814-6>
 23. Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B. E., & Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking rumination. *Perspectives on Psychological Science*, 3(5), 400–424. <https://doi.org/10.1111/j.1745-6924.2008.00088.x>
 24. Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., ... & Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372, n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
 25. Ruscio, A. M., Stein, D. J., Chiu, W. T., & Kessler, R. C. (2021). The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Molecular Psychiatry*, 24(12), 1861–1870. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.02.018>
 26. Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. Guilford Press.
 27. Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2013). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression (2nd ed.)*. Guilford Press.
 28. Shapero, B. G., Greenberg, J., Mischoulon, D., Torrisi, S., Kelley, N., & Lazar, S. W. (2020). Mindfulness-based cognitive therapy improves cognitive functioning and flexibility among individuals with elevated depressive symptoms. *Mindfulness*, 9(5), 1457–1469.
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2020.103670>
 29. Spinhoven, P., Hooijman, A., van Hemert, A. M., Rood, Y. R., Brouwer, E., & Penninx, B. W. J. H. (2019). Decentering mediates the effects of the unified protocol and cognitive

- behavioral therapy for anxiety disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 120, 103420. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2019.04.007>
30. van der Velden, A. M., Kuyken, W., Wattar, U., Crane, C., Pallesen, K. J., Dahlgaard, J., ... & Piet, J. (2023). A systematic review of mechanisms of change in mindfulness-based cognitive therapy in the treatment of recurrent major depressive disorder. *Clinical Psychology Review*, 37, 26–39. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2023.104290>
31. Videbech, P., & Ravnkilde, B. (2004). Hippocampal volume and depression: A meta-analysis of MRI studies. *American Journal of Psychiatry*, 161(11), 1957–1966. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.11.1957>
32. World Health Organization. (2023). *Depressive disorder (depression)*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>
33. Yalom, I. D. (1995). *The theory and practice of group psychotherapy (4th ed.)*. Basic Books.
34. Yalom, I. D., & Leszcz, M. (2020). *The theory and practice of group psychotherapy (6th ed.)*. Basic Books.