

فاعلية العلاج بالقبول والالتزام في خفض أعراض اضطراب الشخصية

التجنبيه لدى عينة من طالبات الجامعة

إعداد

د. هبة جابر عبد الحميد

د. أحمد محمد جاد الرب أبو زيد

أستاذ مساعد (مشارك) الصحة النفسية -

أستاذ مساعد (مشارك) الصحة

كلية التربية - جامعة سوهاج

النفسية والتربية الخاصة

ملخص البحث:

هدف الباحثان إلى التعرف على فاعلية العلاج بالقبول والالتزام في خفض أعراض الشخصية التجنبية لدى عينة من طالبات جامعة سوهاج، وتكونت العينة من ١٣ طالبة، تم توزيعهم عشوائياً إلى مجموعة تجريبية (ن=٦) وبمتوسط عمر (٢٥.٦٦) سنة، وانحراف معياري (٠.٨١٦)، ومجموعة ضابطة (ن=٧) بمتوسط عمر (٢٥.٤٢) سنة، وانحراف معياري (٠.٥٣٤)، وتم التحقق من التكافؤ بين المجموعتين في العمر وأعراض اضطراب الشخصية التجنبية والقبول والعمل واليقظة العقلية والاندماج المعرفي والحياة القيمة، وتم استخدام مقياس اضطراب الشخصية التجنبية، إعداد/ الباحثان، واستبيان القبول والعمل (النسخة الثانية) (II AAQ- II) إعداد/ Bond, Hayes, Baer, Carpenter, Guenole, Orcutt, ... and Zettle (2011) وترجمة/ الباحثان، ومقياس فيلادلفيا لليقظة العقلية Philadelphia Mindfulness Scale (PHLMS) إعداد/ Cardaciotto, Herbert, Forman, Moitra and Farrow (2008) وترجمة/ الباحثان، واستبيان الاندماج المعرفي Cognitive Fusion Questionnaire (CFQ)، إعداد/ Gillanders, Bolderston, (2014) وترجمة/ Bond, Dempster, Flaxman, Campbell, L,..... and Remington الباحثان، واستبيان الحياة القيمة (الأهمية- اتساق التصرف مع القيمة) Valued Living Questionnaire إعداد/ Wilson, Sandoz, Kitchens, and Roberts, (2010) وترجمة/ الباحثان، وبرنامج العلاج بالقبول والالتزام، إعداد/ الباحثان، وتكون البرنامج من ١٢ موضوعاً تضمنوا عمليات العلاج بالقبول والالتزام، وتم توزيعهم على ٢٢

جلسة، ومدة الجلسة تراوحت بين ٥٠ - ٦٠ دقيقة، وتم التحقق من صدق الأدوات عن طريق صدق المحتوى، والصدق التلازمي، وتم التحقق من الثبات عن طريق معامل ثبات ألفا كرونباخ، ومعامل ثبات التجزئة النصفية، وتم التوصل إلى فاعلية برنامج العلاج بالقبول والالتزام في خفض أعراض الشخصية التجنبية لدى طالبات الجامعة. وتمت التوصية بأهمية التوسع في بحوث العلاج بالقبول والالتزام على عينات متنوعة وفي بيئات متنوعة وعلى مشكلات واضطرابات متنوعة ومتعددة. وتدريب العاملين في مجال العلاج النفسي والإرشاد على قواعد وأسس وتطبيقات العلاج بالقبول والالتزام، والعمل على توفير المواد التعليمية، والبحوث والمؤلفات المتخصصة في العلاج بالقبول والالتزام، وتوفير الكثير من البدائل العلاجية المناسبة لخفض أعراض اضطراب الشخصية التجنبية، وتوفير وتخصيص المؤتمرات العملية في مجال العلاج بالقبول والالتزام لتبادل الخبرات، وإجراء المزيد من البحث والدراسة النوعية والكمية لاضطراب الشخصية التجنبية.

الكلمات المفتاحية: العلاج بالقبول والالتزام- اضطراب الشخصية التجنبية- طلاب الجامعة.

The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy in Reducing Symptoms of Avoidant Personality Disorder among a sample of University Female Students

Dr. Ahmed Mohamed Gadelrab Dr. Heba Gaber Abdelhamid

Hygiene Health and Special Hygiene Health Associate Professor,
Education Associate Professor Faculty of Education, Sohag University

Abstract:

The two researchers aimed to identify The effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy in reducing symptoms of Avoidant Personality Disorder among a sample of university female students, and the sample consisted of 13 female students, who were randomly assigned to an experimental group (n= 6) with an average age 25.666 And a standard deviation 0.816, and a control group (n=7) with a mean age 25.428, and a standard deviation 0.534. The Homogeneity between the two groups was checked in age, avoidant personality disorder symptoms, Acceptance and Action, Mindfulness, Cognitive Fusion, and Valued Living. It Was used Avoidant personality disorder (APD) scale Preparation/ Two Researchers, the Acceptance and Action Questionnaire – (II AAQ- II) by/ Bond, Hayes, Baer, Carpenter, Guenole, Orcutt, ... and Zettle (2011) Translation/ Two Researchers, Philadelphia Mindfulness Scale (PHLMS) by/ Cardaciotto, Herbert, Forman, Moitra and Farrow (2008), Translation/ Two Researchers, Cognitive Fusion Questionnaire (CFQ) by/ (2014) Gillanders, Bolderston, Bond, Dempster, Flaxman, Campbell, L,..... and Remington, Translation/ Two Researchers and Valued Living Questionnaire (Importance - consistency of action with value) by/Wilson, Sandoz, Kitchens, and Roberts, (2010), Translation/ Two Researchers. And The acceptance and commitment therapy program, prepared / the two researchers, and the program consisted of 12 topics that included acceptance and commitment therapy processes, and they were distributed into 22 sessions, and the session duration ranged between 50 - 60 minutes. The validity of the tools was verified by the content validity, and the correlative validity, and the reliability was verified by the Cronbach's alpha coefficient and Split-Half, It was reached to the effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy in reducing symptoms of

Avoidant Personality Disorder among a sample of university female students. it was recommended by the importance of expanding in Acceptance and Commitment Therapy research on a variety of samples and in a variety of environments and on various problems and disorders. And the training of workers in the field of psychotherapy and counseling on the rules, foundations and applications of acceptance and commitment therapy, and work to provide educational materials, research and literature specialized in acceptance and commitment therapy, and provide many appropriate treatment alternatives to reduce symptoms of avoidant personality disorder, and provide and allocate practical conferences in the field of Acceptance and Commitment Therapy to share experiences, and to conduct more qualitative and quantitative research and study of Avoidant Personality Disorder.

Key Words: Acceptance and Commitment Therapy- Avoidant Personality Disorder- University Students

أولاً: مقدمة البحث:

تعد اضطرابات الشخصية فئة من الاضطرابات النفسية التي تأخذ خصائص وملامح محددة تميزها عن غيرها من فئات الاضطرابات الأخرى، وقد يُظهر الأفراد في هذه مستويات عالية من الصعوبات الشخصية، وضعف مفهوم الذات، وعجز في الأداء في العديد من المجالات، وانخفاض مستوى جودة الحياة، وتشمل هذه الفئة مجموعة متميزة من الاضطرابات والتي تصف كل واحدة منها نمطاً معيناً من الاضطراب.

ويعد الأفراد في هذه الفئة من الاضطرابات أكثر مراجعة في المستشفيات وطلب العلاج الطبي مقارنة بغيرهم من ذوي الاضطرابات الأخرى (Samuels, 2011,224). وتؤثر هذه الاضطرابات على رفاة الفرد وعلى المجتمع ككل (Gordon-King, Schweitzer & Dimaggio,2019,40). ويعتبر اضطراب الشخصية التجنبيه واحد من اضطرابات الشخصية، وهو اضطراب شائع نسبياً، وغير متجانس، ويعرف في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية الخامس بأنه نمط من الكف الاجتماعي، والشعور بعدم الكفاية، وفرط الحساسية للتقييم السلبي. (American Psychiatric Association, 2013, 645).

ويوصف اضطراب الشخصية التجنبيه بأنه اضطراب منتشر مرتبط بدرجة عالية من عدم التجانس، ويترتب عليه اضطرابات نفسية واجتماعية واقتصادية كبيرة (Wilberg, Karterud, Pedersen, & Urnes, 2009,390). وقد يترتب عليه أيضاً عبء اقتصادي وصحي واجتماعي كبير (Kvarstein, Arnevik, Halsteinli, Ro, Karterud & Wilberg, 2013,303). ويعاني الأشخاص ذوي اضطراب الشخصية التجنبيه من شعور بالخلج واسع الانتشار، وعدم كفاية الشخصية، والقلق الاجتماعي. وتسهم هذه الأنماط الشخصية اللاتكيفية في سلوكيات الانسحاب والتجنب (Dimaggio, Semerari, Carcione, Nicolō & Procacci,2007,23). ويُظهر الأشخاص ذوي اضطراب الشخصية التجنبيه تجنبًا ملحوظًا من التفاعلات الاجتماعية، معتبرين أنفسهم غير مرغوب فيهم ومعزولين عن الآخرين. وترتبط هذه الأعراض بضعف واضح في

أنشطة الحياة اليومية والتكاليف المجتمعية (Weinbrecht, Schulze, Boettcher, & Renneberg, 2016,18-19).

وأوضحت نتائج البحوث أن اضطراب الشخصية التجنبية قد يؤثر على العديد من مجالات الحياة؛ ففي الجانب العقلي قد تؤدي إلى انخفاض الكفاءة الذاتية، وفي الجانب الاجتماعي قد تؤدي إلى انخفاض مستوى التعليم والدخل، وضعف القدرة على الحصول على العمل بأجر، وفي الجانب الجسدي؛ قد يعاني ذوي اضطراب الشخصية التجنبية من أمراض جسدية، وحتى عند مقارنتهم بذوي اضطرابات الشخصية الأخرى تبين أنهم يعانون من مستوى منخفض جداً في الوظيفة اليومية ., (Weinbrecht, et al 2016; Crawford, Cohen, Johnson, Kasen, First, Gordon & Brook, 2005; Olsson, & Dahl, 2012; Grant, Hasin, Stinson, Dawson, Chou, Ruan, & Pickering, 2004)

ويعتبر ذوي اضطراب الشخصية التجنبية أكثر معاناة من ذوي اضطرابات الشخصية الأخرى، وأيضاً يعد اضطراب الشخصية التجنبية أكثر انتشاراً من ذوي اضطرابات الشخصية الأخرى، إذ يُقدر متوسط معدل الانتشار مدى الحياة بحوالي ١.٧٪ في عينات المجتمع، ويقدر كاضطراب مصاحب بحوالي ١٤.٧٪ . (Torgersen, Zimmerman, Rothschild, & Chelminski, 2005,1911-12; 2009,624-625)

وعلى الرغم من الانتشار الواسع والطبيعة المجهدة لهذا الاضطراب إلا أنه غير مدروس نسبياً بشكل كاف، فركزت معظم الأبحاث المتاحة على الجوانب التشخيصية، في حين أن بحث العلاجات الدوائية غير كافي إلى حد كبير حتى الآن، وبحوث تدخلات العلاج النفسي أيضاً ما زالت قليلة مقارنة بما قدم لذوي اضطرابات الشخصية الأخرى. (Weinbrecht, et al., 2016,18-20).

ويعد العلاج السلوكي المعرفي من التدخلات العلاجية التي أثبتت فاعليتها المتوسطة والمرتفعة في خفض أعراض الشخصية التجنبية، مثل بحث Emmelkamp, Benner, Kuipers, Feiertag, Koster, and van Apeldoorn (2006) وبحث Stravynski, Belisle, Marcouiller, Lavallée, and Eue (1994).

وبحث Zimmermann, Alliger-Horn, Kowalski, Plate, Wallner, Wolff, and Ströhle, (2013).

واستخدم بعض الباحثين العلاج بالمخططات Schema therapy في خفض أعراض الشخصية التجنبية، مثل بحث Skewes, Samson, Simpson, and van Vreeswijk (2015)، وبحث Bamelis, Evers, Spinhoven, and Arntz (2014). وقد ظهر مؤخراً اهتماماً بعلاج اضطراب الشخصية التجنبية في الموجة الثالثة من العلاج النفسي، وكان للعلاج الميتامعرفي النصيب الأكبر حديثاً في علاج اضطراب الشخصية التجنبية؛ فمثل بحث Gordon-King, Schweitzer and Dimaggio (2019) حيث استخدم العلاج الميتامعرفي في خفض أعراض اضطراب الشخصية التجنبية والوسواسية القهرية "دراسة حالة"، وبحث Gordon-King, Schweitzer, and Dimaggio (2018) والذي استخدم فيه العلاج البيئشخصي الميتامعرفي Metacognitive interpersonal therapy في خفض أعراض اضطرابات الشخصية ومن بينها اضطراب الشخصية التجنبية، وبحث Dimaggio, Salvatore, MacBeth, Ottavi, Buonocore, and Popolo, (2017) والذي استخدم فيه العلاج البيئشخصي الميتامعرفي Metacognitive interpersonal therapy في خفض أعراض اضطرابات الشخصية ومن بينها اضطراب الشخصية التجنبية، وبحث Dimaggio, D'Urzo, Pasinetti, Salvatore, Lysaker, Catania, and Popolo, (2015) والذي استخدم فيه العلاج البيئشخصي الميتامعرفي Metacognitive Interpersonal Therapy في خفض اضطراب الشخصية التجنبية لدى رجل تم تشخيصه بأنه يعاني من اضطراب الشخصية الحدية ويتعاطي الهيرويين والكوكايين.

وتتمة للبحث في مجال اضطراب الشخصية التجنبية وعلاجها أو خفض أعراضها نجد أن هذه البحوث في أغلبها تعرضت لاضطراب الشخصية التجنبية كاضطراب مصاحب، كما أن العلاج بالقبول والالتزام أحد توجهات الموجة الثالثة في العلاج النفسي لم يختبر بشكل كافي في علاج أو خفض اضطراب الشخصية التجنبية.

فيعد العلاج بالقبول والالتزام واحد من العلاجات التي تنتمي إلى موجة التطور الثالثة للعلاج السلوكي، ويعمل هذا المدخل على مساعدة العميل على اختيار ما يفعل ليكون أقرب لهدفه (وخاصة عند التعامل مع الأفكار والانفعالات المضطربة) بدلاً من التعامل مع الأعراض مباشرة. (Hayes & Sirosoh, 2004). وقد حقق العلاج بالقبول والالتزام نجاحاً كبيراً في علاج الكثير من المشكلات والاضطرابات النفسية، فاستخدمه (Bai, Luo, Zhang, Wu, and Chi (2020) في خفض الاكتئاب. واستخدمه كل من (Twohig and Levin (2017) في علاج القلق والاكتئاب وكان التدخل فعالاً، واستخدمه (Hinrichs, Steadman–Wood, and Meyerson, (2020) في علاج الأفكار الانتحارية. وتم استخدام العلاج بالقبول والالتزام بمصاحبة العلاج السلوكي الجدلي في علاج أعراض اضطراب الشخصية التجنبية في بحث (Chan, Bach, and Bedwell (2015). ويبدو من مراجعة محركات البحث أن البحوث والدراسات التي اهتمت بفحص تأثير العلاج بالقبول والالتزام على أعراض اضطراب الشخصية التجنبية تكاد أن تكون نادرة، بالرغم من وجود دلائل نظرية تضع احتمالية أن يكون العلاج بالقبول والالتزام فعال في خفض أعراض الشخصية التجنبية، ومن هذه الأدلة أن العلاج بالقبول والالتزام فعال في علاج اضطرابات القلق، مثل البحث الذي أجراه (Kelson, Rollin, Ridout, and Campbell, (2019) عن استخدام العلاج بالقبول والالتزام عبر الإنترنت لعلاج القلق، وكان التدخل فعالاً، وتم استخدامه في خفض قلق الموت في البحث الذي أجراه (Davazdahemami, Bayrami, Petersen, Twohig, Bakhtiyari, Noori, and Kheradmand, (2019) وتم استخدامه في خفض القلق المعمم في البحث الذي أجراه (Ruiz, Beltrán, Cifuentes, and Falcón, (2019). وأن اضطراب الشخصية التجنبية يُوصف في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية الخامس (٢٠١٣) وصف اضطراب الشخصية التجنبية بأنه اضطراب مقلق. (APA, 2013, 246). واستخدمه (Sewart, Niles, Burklund, Khoramnia, Bavafa, Saxbe, Lieberman, and Craske, (2019) وأيضاً (Jaberghaderi, Parvizifard, Foroughi, Ahmadi, and Amiri, (2020) في

علاج اضطراب القلق الاجتماعي، ويعد هذا الاضطراب من أقرب الاضطرابات
لاضطراب الشخصية التجنبية (APA, 2013,207).

ويقع اضطراب الشخصية التجنبية ضمن فئة المجموعة C لاضطرابات الشخصية
في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية الخامس (٢٠١٣) والتي تشمل
اضطراب الشخصية الوسواسية القهرية Obsessive-Compulsive Personality
Disorder و اضطراب الشخصية الاعتمادية Dependent Personality Disorder
والتي وضعها في هذا التصنيف بناء على التقارب في الأعراض (APA, 2013,672)،
وقد أكدت البحوث فاعلية العلاج بالقبول والالتزام في خفض اضطرابات المجموعة C،
ومن هذه البحوث البحث الذي أجراه Ong, Blakey, Smith, Morrison, Bluett,
Abramowitz, and Twohig, (2020).

كما أن العميل ذو اضطراب الشخصية التجنبية لديه شعور بعدم الكفاية الشخصية،
والحساسية من التقييم السلبي والذي يجعله يسعى لتجنب التفاعلات والانسحاب، وفي أحد
أسس العلاج بالقبول والالتزام يتعلم العميل القبول كبديل لتجنب الخبرة Experiential
Avoidance، ويشمل القبول الاحتضان النشط والواعي للأحداث دون محاولات لا لزوم
لها لتغيير وتيرتها أو شكلها؛ (Weinbrecht et al.,2016; Dimaggio et al, 2007;
Hayes & Slrosah,2004)

ثانياً: مشكلة البحث:

يتجنب الأفراد المصابون باضطراب الشخصية التجنبية أنشطة العمل التي تنطوي
على اتصال شخصي كبير بسبب مخاوف من النقد أو الرفض (معياري ١). وقد يتم رفض
عروض الترقيات الوظيفية لأن المسؤوليات الجديدة قد تؤدي إلى انتقادات من زملاء
العمل. ويتجنب هؤلاء الأفراد تكوين صداقات جديدة ما لم يكونوا متأكدين من أنهم
سيحبونهم وبقبولهم دون نقد (معياري ٢)، ويُفترضون أن الأشخاص الآخرون ناقدون. ولن
ينضم الأفراد المصابون بهذا الاضطراب إلى أنشطة جماعية ما لم تكن هناك عروض
متكررة وسخية للدعم والتغذية. غالبًا ما تكون العلاقة الحميمة بين الأشخاص صعبة
بالنسبة لهؤلاء الأفراد، على الرغم من أنهم قادرون على إقامة علاقات حميمة عندما

يكون هناك ضمان بالقبول غير النقدي. فقد يتصرفون بضبط النفس، ويجدون صعوبة في التحدث عن أنفسهم، ويحجبون المشاعر الحميمة خوفاً من التعرض للسخرية أو التعرض للعار (معياري ٣)، ومنشغلون بالنقد أو الرفض في المواقف الاجتماعية (معياري ٤). خجولين، ويشعرون بعدم كفاية وتقدير الذات (معياري ٥). وتظهر لديهم الشكوك المتعلقة بالكفاءة الاجتماعية والجاذبية الشخصية بشكل خاص في الأماكن التي تنطوي على تفاعلات مع الغرباء. يعتقد هؤلاء الأفراد أنهم غير مؤهلين اجتماعياً، أو غير جاذبين شخصياً، أو أدنى من الآخرين (معياري ٦). (APA, 2013, 672-674).

وبناءً على ذلك إذا افترضنا أن الطالب الجامعي يعاني من اضطراب الشخصية التجنبية، فهو قد يتصف بتجنب أنشطة العمل بسبب مخاوف من النقد أو الرفض وتحمل المسؤوليات الجديدة، ويتجنب تكوين صداقات جديدة، ويرون أن زملائهم ومعلميهم ناقدون. ولن يشاركوا في الأنشطة الجماعية وعلاقتهم الحميمة بين الأشخاص صعبة، ويجدون صعوبة في التحدث عن أنفسهم، ويحجبون المشاعر الحميمة خوفاً من التعرض للسخرية، وتقديرهم لذواتهم وكفاءاتهم وجاذبيتهم منخفضه، وخجولين، وربما لا يتكلمون. وهذه الخصائص مما لا شك فيه تعوق تقدم الطالب الأكاديمي وتوافقه، فضلاً عما يترتب على ذلك من مشكلات شخصية ونفسية واجتماعية ومجتمعية، ويؤكد تلك المشكلات عند طالب الجامعة نتائج البحوث التي أشارت إلى وجود نسبة مرتفعة لانتشار اضطراب الشخصية التجنبية لدى طلاب الجامعة، فتوصلت نتائج بحث كل من إبراهيم ومحمد (٢٠١٩) إلى أن نسبة انتشار اضطراب الشخصية التجنبية بلغ ٣٨ % لدى طلاب الجامعة، وبلغ ١٨ % في نتائج بحث ناصر (٢٠٠٢). وهذه النسب مرتفعة مقارنة بما قدرته جمعية الطب النفسي الأمريكية للانتشار اضطراب الشخصية التجنبية لدى عامة السكان (بلغت النسبة ٢.٤ %) (APA, 2013, 674). ومعظم البحوث التي تمت على طلاب الجامعة توصلت إلى عدم وجود فروق بين الذكور والإناث في أعراض الشخصية التجنبية (ناصر، ٢٠٠٢؛ الساعدي، إبراهيم ومحمد، ٢٠١٩) وكانت الإناث أعلى من الذكور في اضطراب الشخصية التجنبية في بحث عبد العزيز (٢٠١٧).

ويعتبر اضطراب الشخصية التجنبية من الاضطرابات الخطيرة والمنهكة المرتبطة بمجموعة من المشكلات الشخصية والانفعالية الشديدة. حتى في العينات شبه الإكلينيكية قد يؤدي هذا الاضطراب إلى خطر ضعف الأداء العام، والتعرض لإدمان الكحول، والاكتئاب، والقلق، والعصابية، وسوء التكيف المهني والاجتماعي (Bagge, Nickell, Stepp, Durrett, Jackson, & Trull, 2004,115; Bowles, Armitage, Drabble, & Meyer, 2013). وعند طلاب الجامعة بالتحديد توصلت نتائج بحث عبد العزيز (٢٠١٧) إلى وجود علاقة ارتباطية موجبة دالة إحصائياً بين المخططات اللاتكيفية واضطراب الشخصية التجنبية. كما وجد أن المخططات المعرفية اللاتكيفية عملت كتمغير وسيط بين الخبرات النفسية في الطفولة واضطراب الشخصية التجنبية. وتوصلت نتائج بحث (Bowles, Armitage, Drabble, and Meyer (2013) إلى وجود علاقة سالبة دالة إحصائياً بين اضطراب الشخصية التجنبية وكل تقدير الذات/ تقدير الأخر، وعلاقة موجبة بين اضطراب الشخصية التجنبية وتعلق القلق والتجنب وأعراض الشخصية الحدية. وتوصلت نتائج بحث Cummings, Hayes, Cohen, Laurenceau, Saint, and Gricol (2013) إلى وجود علاقة موجبة بين أعراض اضطراب الشخصية التجنبية والاكتئاب والأحداث السلبية اليومية، وكان العلاقة سالبة بين أعراض الشخصية التجنبية وأبعاد الكفاء الشخصية، أن بعد ضبط الصراع المنخفض يتوسط العلاقة بين اضطراب الشخصية التجنبية والأحداث السلبية. وتوصلت نتائج بحث ناصر (٢٠٠٢) إلى وجود علاقة بين العصابية واضطراب الشخصية التجنبية لدى طلاب الجامعة.

ويبدو مما سبق أن اضطراب الشخصية التجنبية يمثل مشكلة منتشرة لدى طلاب الجامعة، وهذا ما كشفته نتائج البحوث السابقة عن نسب انتشار اضطراب الشخصية التجنبية لدى طلاب الجامعة، وأن هذه المشكلة قد تعوق توافق الطالب الأكاديمي والاجتماعي بما يفرضه عليه هذا الاضطراب من عزلة وتجنب وانسحاب (APA,2013) قد تحرمه من ممارسة الأنشطة الجامعية التي تتطلب مشاركة وتفاعل وتكوين أصدقاء وتحدث وتعبير عن النفس، وما تتطلبه شخصية الطالب من كفاءات

نفسية واجتماعية خاصة. هذا فضلاً عن أن هذا الاضطراب قد يجعل طالب الجامعة عرضة للاضطراب والمشكلات الأخرى الشخصية والنفسية والاجتماعية، وهذا ما تم الإشارة إليه في نتائج بحث عبد العزيز (٢٠١٧)، وبحث Bowles, Armitage, Cummings, Hayes, Cohen, Drabble, and Meyer (2013)، وبحث Laurenceau, Saint, and Gricol (2013)، وبحث ناصر (٢٠٠٢)، ومن هنا شعر الباحثان بحجم معاناة طلاب الجامعة، ومما تمت ملاحظته على بعض طلاب الجامعة من عزلة وتجنب وانسحاب وضعف التواصل مع أقرانهم وغيابهم المتكرر، وبرزت مشكلة البحث الحالي في محاولة خفض أعراض الشخصية التجنبية لدى طالبات الجامعة من خلال برنامج قائم على العلاج بالقبول والالتزام.

ويعد العلاج بالقبول والالتزام من المداخل العلاجية الحديثة، وظهرت فاعليته في خفض أعراض الشخصية التجنبية (Chan, et al., 2015)، كما أن هذا المدخل لديه من الأسس النظرية والتجريبية ما يجعله متكيف بشكل كبير مع أعراض الشخصية التجنبية، حيث يركز في جوهره على معالجة تجنب الخبرة (الذي يلجأ إليه عميل الشخصية التجنبية لتجنب المواقف والتفاعلات التي تزعجه) وفض الاندماج المعرفي (الأفكار التي يعتقدونها عميل الشخصية التجنبية على تصرفاته، والتي تقيد تصرفاته)، وتعزيز المرونة النفسية (وهذه هدف علاجي مهم لعميل الشخصية التجنبية، حيث يتعرض للكثير من المواقف الضاغطة وغير الضاغطة التي تتطلب قدراً من المرونة لموجهتها قبل من تتطور وتندمج في أعراض الشخصية التجنبية). ومن هذا المنطلق تظهر مشكلة البحث الحالي والتي تتلخص في السؤال التالي: ما فاعلية برنامج للعلاج بالقبول والالتزام خفض أعراض اضطراب الشخصية التجنبية لدى عينة من طالبات الجامعة، وما فاعليته بعد توقف تطبيق البرنامج بشهرين "فترة المتابعة"؟

ثالثاً: هدف البحث:

يهدف البحث الحالي إلى التعرف على فاعلية العلاج بالقبول والالتزام في خفض أعراض الشخصية التجنبية لدى عينة من طالبات الجامعة، وفاعليته بعد توقف تطبيق البرنامج بشهرين "فترة المتابعة".

رابعاً: أهمية البحث: وتتلخص في الأهمية النظرية والتطبيقية:

الأهمية النظرية:

- يهتم البحث الحالي بطلاب الجامعة، وهم فئة تمثل شريحة كبيرة من المجتمع تُلقى عليهم مسئولية بناء المجتمع وتقدمه، وهذا يتطلب جيل صحي متوافق قادر على المواجهة والتحدي، ولا يعاني من مشكلات أو اضطرابات تعوق تقدمه وخطته المستقبلية.
- يهتم البحث الحالي باضطراب الشخصية التجنسية وما يترتب عليها من أعراض مثل الانسحاب والتجنب والعزلة يعوق تكيف وتوافق طالب الجامعة، والعمل على خفض أعراضه يمثل أهمية في تقدم طالب الجامعة الأكاديمي.
- يمثل البحث الحالي إضافة إلى البحوث التي ركزت على علاج اضطراب الشخصية التجنسية، حيث إن البحوث في هذا المجال قليلة، إتفاقاً مع Simonsen, Eikenæs, Nørgaard, Normann-Eide, Juul, and Wilberg, (2019).

الأهمية التطبيقية:

- يوفر البحث الحالي مقياس لتشخيص اضطراب الشخصية التجنسية تم بناؤه بناء على معايير الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية الخامس (APA,2013)، وهذا قد يفيد الباحثين والإكلينكيين في مجال البحث والتشخيص والعلاج.
- يوفر البحث الحالي أدوات مترجمة لتقييم فاعلية وإجراءات العلاج بالقبول والالتزام يمكن الاستفادة منهم أيضاً في مجال البحث والعلاج، وهذه الأدوات هي: استبيان القبول والعمل "النسخة الثانية" (٢٠١١)، ومقياس فلاندنيا لليقظة العقلية (٢٠٠٨)، واستبيان الاندماج المعرفي (٢٠١٤)، واستبيان الحياة القيمة (٢٠١٠).
- يوفر البحث الحالي برنامجاً قائم على العلاج بالقبول والالتزام وفقاً لمبادئ العلاج وأساسه وقواعده، والذي يمكن تكيفه على الاضطرابات والمشكلات

الأخرى التي يكون القلق فيها محور أساسي، وكذلك مع الاضطرابات والمشكلات التي يكون فيها التجنب محوراً أساسياً.

خامساً: مصطلحات البحث: تم الاعتماد على المصطلحات التالية:

اضطراب الشخصية التجنبية Avoidant Personality Disorder: يعرف بأنه نمط منتشر من الكف الاجتماعي، والشعور بعدم الكفاءة، وفرط الحساسية للتقييم السلبي، بدءاً من مرحلة البلوغ المبكرة ويوجد في مجموعة متنوعة من السياقات (APA,2013,762). ويقاس إجرائياً بالدرجة التي يحصل عليها المفحوص على مقياس اضطراب الشخصية التجنبية المستخدم في البحث الحالي.

العلاج بالقبول والالتزام Acceptance and Commitment Therapy: تم تطوير علاج القبول والالتزام (ACT) ضمن إطار نظري وفلسفي متماسك ، وهو عبارة عن تدخل نفسي فريد قائم على التجربة يستخدم استراتيجيات القبول واليقظة، جنباً إلى جنب مع استراتيجيات الالتزام وتغيير السلوك، لزيادة المرونة النفسية. تعني المرونة النفسية الاتصال باللحظة الحالية بشكل كامل كإنسان واع، وبناءً على ما يوفره الموقف، وتغيير السلوك أو الاستمرار في خدمة القيم المختارة. (Association for Contextual Behavioral Science "ACBS",2020). ويعرف إجرائياً بأنه برنامج مصمم في البحث الحالي وفقاً لفنيات العلاج بالقبول والالتزام وقواعده وأساسه، وتمارينه واستعاراته، وتم تكيفه ليناسب اضطراب الشخصية التجنبية.

سادساً: حدود البحث:

تم الالتزام بالحدود التالية :

الحد الموضوعي: تم الإلتزام بالعلاج بالقبول والالتزام (متغير مستقل) واضطراب الشخصية التجنبية (متغير تابع)؛ كحدود موضوعية للبحث.

الحد الزمني: تم التطبيق في الفصل الدراسي الأول للعام الدراسي ٢٠١٩/٢٠٢٠، ثم أعيد تطبيق أدوات البحث بعد شهرين من توقف تطبيق البرنامج.

الحد المكاني: تم التطبيق بمدينة سوهاج.

سابعاً : الإطار النظري والبحوث السابقة

اضطراب الشخصية التجنبية Avoidant Personality Disorder

وصف الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (APA,2013) اضطرابات الشخصية في ثلاثة مجموعات؛ المجموعة الأولى (A) وتشمل: اضطراب الشخصية البارانونية Paranoid Personality Disorder، واضطراب الشخصية شبه الفصامية أو الانزالية Schizoid Personality Disorder، واضطراب الشخصية الفصامية Schizotypal Personality Disorder، وتشمل المجموعة الثانية (B): اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع Antisocial Personality Disorder، واضطراب الشخصية الحدية Borderline Personality Disorder، واضطراب الشخصية الهستيرية Histrionic Personality Disorder، واضطراب الشخصية النرجسية Narcissistic Personality Disorder، أما المجموعة الثالثة (C) فتشمل: اضطراب الشخصية التجنبية Avoidant Personality Disorder، واضطراب الشخصية الاعتمادية Dependent Personality Disorder، واضطراب الشخصية الوسواسية القهرية Obsessive-Compulsive Personality Disorder (APA,2013,xxxiii).

ويعرف اضطراب الشخصية التجنبية بأنه:

تجنب المواقف الاجتماعية وكف العلاقات الشخصية المتعلقة بمشاعر عدم كفاية والقصور، والانشغال بالقلق بالتقييم السلبي والرفض والمخاوف من السخرية أو الإحراج. وصعوبات شخصية تظهر في الهوية، والتوجيه الذاتي، و/ أو التعاطف، و/ أو العلاقة الحميمة، إلى جانب سمات لا تكيفية في مجال الوجدان السلبي والانفصال. وحدد دليل تشخيص الاضطرابات النفسية وإحصائها معايير تشخيص اضطراب الشخصية التجنبية في محورين؛ المحور الأول ويتضمن القصور في أداء الشخصية personality functioning، والمحور الثاني يتضمن وجود سمات مرضية pathological personality traits، ويشمل كل محور معايير محددة كما يلي:

المحور الأول: ضعف متوسط أو كبير في أداء الشخصية، يتجلى في صعوبات مميزة في مجالين أو أكثر من المجالات الأربعة التالية:

- الهوية: **Identity**: تندي تقدير الذات المرتبط بتقييم الذات باعتباره غير كفاء اجتماعياً أو غير جذاب شخصياً أو أقل شأنًا؛ مشاعر مفرطة من العار أو الخجل.
- التوجيه الذاتي **Self-direction**: معايير غير واقعية للسلوك المرتبط بالتردد في متابعة الأهداف، أو تحمل المخاطر الشخصية، أو الانخراط في أنشطة جديدة تتطوي على الاتصال بين الأشخاص.
- التعاطف: **Empathy**: الانشغال والحساسية تجاه النقد أو الرفض، المرتبط بالاستدلال المشوه لوجهات نظر الآخرين على أنها سلبية.
- الحميمة **Intimacy**: الإحجام عن الاندماج مع الناس إلا إذا تأكد من كونه محبوب: ضعف التبادل في العلاقات الحميمة بسبب الخوف من الخجل أو السخرية.

المحور الثاني: ثلاث سمات أو أكثر من السمات الشخصية المرضية الأربعة التالية، ويجب أن يكون أحدها القلق **Anxiousness**:

- القلق **Anxiousness** (جانب من الوجدان سلبي): مشاعر عصبية شديدة، التوتر، أو الهلع، غالبًا كرد فعل على المواقف الاجتماعية: قلق بشأن الآثار السلبية للتجارب الماضية غير السارة والإمكانات السلبية المستقبلية؛ الشعور بالخوف والجبن أو التهديد غير المؤكد، والخوف من الحرج.
- الانسحاب **Withdrawal** (جانب من الانفصال): التحفظ في المواقف الاجتماعية؛ تجنب الاتصالات والنشاط الاجتماعي؛ عدم بدء الاتصال الاجتماعي.
- فقدان الاستمتاع أو انعدام التلذذ **Anhedonia**: (جانب من الانفصال): عدم الاستمتاع بالتجارب الحياتية أو الانخراط فيها أو استخدامها؛ العجز في القدرة على الشعور بالسعادة أو الاهتمام بالأشياء.

- تجنب العلاقات الحميمة Intimacy avoidance (جانب من الانفصال)؛ تجنب العلاقات الوثيقة أو الرومانسية والارتباطات الشخصية والعلاقات الجنسية الحميمة (APA,2013,765-766).

وفيما يتعلق بثبات أعراض اضطرابات الشخصية كانت المشكلة أن الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية الخامس (DSM-5) قدم أدلة متراكمة على أن أعراض اضطرابات الشخصية قد لا تكون مستقرة كما كان مفترضاً سابقاً. (Weinbrecht, et al. 2016). وفيما يتعلق باضطراب الشخصية التجنبية قدمت التقارير البحثية دليلاً على استقرار معتدل إلى متوسط لأعراض اضطراب الشخصية التجنبية. وفي هذا المجال أجرى (Hallquist, and Lenzenweger (2013) بحث طولي للتعرف على مدى استقرار أعراض اضطرابات الشخصية استمر البحث ٤ سنوات، وتبين أن أعراض اضطراب الشخصية التجنبية مستقرة نسبياً بمرور الوقت. وتوصلت نتائج بحث Gjerde, Czajkowski, Røysamb, Ystrom, Tambs, Aggen, ... and Knudsen, (2015) استقرار متوسط أعراض اضطراب الشخصية التجنبية. وملخص نتائج الدراسات الطولية في هذا المجال أشارت إلى أن أعراض اضطراب الشخصية التجنبية والتي تتمثل في مشاعر النقص والخوف من التقييم السلبي، وأنماط الكف الاجتماعي المميزة لاضطراب هذه الشخصية مستقرة نسبياً بمرور الوقت.

اضطراب الشخصية التجنبية واضطراب القلق الاجتماعي

اختلف آراء الباحثين في تحديد العلاقة بين اضطراب الشخصية التجنبية واضطراب القلق الاجتماعي، فتوصلت نتائج بحث Cox, Pagura, Stein, and Sareen (2009) إلى أن الرهاب الاجتماعي العام generalized social phobia ينتشر لدى ذوي اضطراب الشخصية التجنبية بنسبة ٤٠ % ، وتوصلت نتائج بحث Friborg, Martinussen, Kaiser, Øvergård, and Rosenvinge, (2013) إلى أن اضطراب الشخصية التجنبية منتشر بنسبة ٤٦ % لدى ذوي اضطراب القلق الاجتماعي.

وتوصلت نتائج بحث Marques, Porter, Keshaviah, Pollack, Van Ameringen, Stein, and Simon (2012) إلى أن الأفراد ذوي اضطراب الشخصية التجنبية أظهروا معدلات ضعف أعلى في مجالات الأسرة والعمل والاجتماعية، وربما ارتفاع مستوى القلق الاجتماعي لدى ذوي اضطراب الشخصية التجنبية قد يفسر معدلات الضعف العالية لديهم. ويمكن الاستنتاج من نتائج هذه الدراسات أن الاختلافات في ضعف أو عبء الأعراض بين كلا من الاضطرابين هي نتيجة درجات متفاوتة من القلق الاجتماعي (Weinbrecht, et al., 2016, 18-20)

وتدعم العديد من الدراسات التي اهتمت بتحديد اضطراب الشخصية التجنبية واضطراب القلق الاجتماعي فرضية متصل الشدة؛ فكلا الاضطرابان يمثلان القلق الاجتماعي إكلينيكياً، ولكن ذوي اضطراب الشخصية التجنبية يظهرون أعراضاً وضعفاً أكثر حدة من ذوي اضطراب القلق الاجتماعي (Weinbrecht, et al., 2016; Reich, Eikenaes, Hummelen, Abrahamsen, Andrea and Wilberg, 2014). وقد أيدت فرضية الاتصال continuum hypothesis حيث توصل إلى أن أداء الأفراد ذوي اضطراب الشخصية التجنبية أكثر ضعفاً في أعراض أداء الشخصية مقارنة بذوي اضطراب القلق الاجتماعي فقط، وربما الفرق بين المجموعتين يمكن تفسيره بوجود القلق الاجتماعي لدى ذوي اضطراب الشخصية التجنبية.

وربما يكون ذلك الرأي أقرب لما خلص له Hemmati, Mirghaed, Rahmani, and Komasi (2019, 74-78) حيث رأى أنه من المحتمل أن يشير اضطراب الشخصية التجنبية واضطراب القلق الاجتماعي إلى حالتين عقليتين مميزتين يبرز فيهما القلق الواضح وعدم الاستقرار الانفعالي، ونمط شخصي من التجنب والانفصال المتحدي. وأن اضطراب الشخصية التجنبية شكل بسيط من الاضطرابات العقلية ميزته الأساسية القلق؛ وأن اضطراب القلق الاجتماعي ربما يشير إلى أمراض نفسية أكثر تعقيداً. وأكد (Sanislow, Bartolini, and Zoloth (2012, 240) أن الإحساس بالنقص والسلبية عوامل محتملة ترتبط بذوي اضطراب الشخصية التجنبية، وأن هذه العوامل أيضاً قد تؤيد فرضية الاتصال continuum hypothesis. وقد وجد Marques, et

(2012,665) al. أدلة على أن الاحتراس الانفعالي^١ Emotional Guardedness، الذي تمت الإشارة إليه في معايير تشخيص اضطراب الشخصية التجنبية في معيار العلاقات الحميمة intimate relationships، قد يكون سمة محددة لاضطراب الشخصية التجنبية، لم تلاحظ في تشخيص الرهاب الاجتماعي المعمم. وتوصل (Eikenaes, et al. (2013 إلى أن احترام الذات self-respect والشعور بالتقدير feeling recognized والألفة feeling recognized ترتبط سلبياً بأعراض الشخصية التجنبية في حين لا ترتبط بأعراض الفوبيا الاجتماعية.

كما يتضح من معايير التشخيص يبدو أن المخاوف الاجتماعية متأصلة في المفهوم الذاتي لمرضى اضطراب الشخصية التجنبية وبالتالي تتداخل مع الكثير من مجالات الحياة والقرارات مقارنة بمرضى اضطراب القلق الاجتماعي. ويمكن اعتبار الاحتراس الانفعالي المرتفع، واحترام الذات المنخفض، ومشاكل التعبير عن المشاعر في العلاقات الحميمة، والتجنب العام القوى كتعبيرات أو نتيجة لانعدام الأمن الاجتماعي والمخاوف الشديدة، والتي يُنظر إليها كمشكلات إضافية لمرضى اضطراب الشخصية التجنبية. ويعتمد قرار ما إذا كان كلا الاضطرابين تعبيراً عن نفس البناء إلى حد كبير على مدى تعريف القلق الاجتماعي وقياسه وتعريف اضطراب الشخصية التجنبية وقياسها، وتعريف ما يؤهل على أنه فرق نوعي بين الاضطرابين (Weinbrecht, et al., 2016,18-20).

اضطراب الشخصية التجنبية وعلاقته باضطرابات الشخصية الأخرى

أظهرت نتائج البحوث أن هناك تداخل في التشخيص الفئوي لاضطرابات الشخصية، وأن اضطراب الشخصية التجنبية أكثر عرضة ليكون اضطراباً مصاحباً مع اضطرابات الشخصية الأخرى، فقد توصل (Stuart, Pfohl, Battaglia, Bellodi, Grove, and Cadoret, (1998 إلى أن ٥٩ % من ذوي اضطراب الشخصية الاعتمادية PD dependent تنطبق عليهم معايير تشخيص اضطراب الشخصية التجنبية.

^١ - مصطلح يصف مدى حذرنا من الآخرين وعدم السماح لهم بروية أجزاء من أنفسنا لا نريد أن يعرفها الآخرون عنا، وهؤلاء الأفراد الأكثر حذراً هم أكثر اهتماماً بما يعتقدوه الآخرون عنا.

وتوصلت نتائج بحث (Bachrach, Croon, and Bekker (2012) إلى وجود ارتباط بين اضطراب الشخصية التجنبية واضطراب الشخصية الحدية والاعتمادية والنرجسية، وقد يرجع ذلك لوجود مشكلات شخصية داخلية وخارجية كامنّة في اضطرابات الشخصية، تجعل هناك فرصة لاضطراب الشخصية التجنبية ليكون اضطراب مصاحب في اضطرابات الشخصية الأخرى. وقد أرجع أيضا Caspi, Houts, Belsky, Goldman-Mellor, Harrington, Israel, ... and Moffitt (2014, 119-120) الاعتلال المشترك المرتفع لاضطراب الشخصية التجنبية مع اضطرابات الشخصية الأخرى بسبب عامل كامن أساسي ينعكس في المشكلات الشخصية الداخلية.

ويمكن الحل في مشكلة الاعتلال المشترك Comorbidity بين اضطرابات الشخصية في تطبيق نظام تصنيف الأبعاد، وبناءً عليه يمكن النظر إلى العوامل الكامنة والمشاركة في اضطرابات الشخصية على أنها سمات شخصية مختلفة. وقدم Wright, Pincus, and Lenzenweger, (2013) دعماً لهذه الفكرة من دراسته التي فحص فيها العلاقة بين اضطراب الشخصية التجنبية وسمات الشخصية الأساسية، وتم التوصل إلى وجود علاقة موجبة بين اضطراب الشخصية التجنبية بمعدل متغير في العصابية، وعلاقة سالبة مع العلاقات الشخصية؛ وبتكرار الدراسات في هذا المجال تبين أن العصابية تلعب دوراً حاسماً في اضطراب الشخصية التجنبية (Weinbrecht, et al. 2016).

أسباب اضطراب الشخصية التجنبية

تتعدد أسباب اضطرابات الشخصية بصفة عامة فقد تشمل الأسباب الوراثية والمزاجية والبيئية والأسباب المتعلقة بالطفولة، فقد قدرت نتائج بحث Gjerde, Czajkowski, Rysamb, rstavik, Knudsen, stby, ... and Reichborn (2012) أن ٠.٦٤ من أسباب اضطراب الشخصية التجنبية ترجع إلى الوراثة، واستناداً إلى النتائج التي توصلوا إليها، استنتج المؤلفون أن هذا التأثير الجيني يستقر في مرحلة البلوغ المبكرة.

وفيما يتعلق بعوامل الشخصية اقترحت نتائج بعض الدراسات أن مزج التجنب المؤلم، وخبرات الطفولة السلبية، وكذلك اضطرابات القلق في مرحلة الطفولة والمراهقة عوامل خطر لاضطراب الشخصية التجنبية (Joyce, McKenzie, Luty, Mulder, Carter, Sullivan, and Robert Cloninger, 2003).

علاج اضطراب الشخصية التجنبية

تبين من مراجعة الأدبيات البحثية التي اهتمت بعلاج اضطراب الشخصية التجنبية أن البحوث العلاجية قليلة جداً مقارنة بما قدم لذوي اضطرابات الشخصية الأخرى، وأن أغلب ما قدم أيضاً كان على عينات صغيرة " دراسة حالة Case Study"، ويرى (Simonsen, et al. (2019,27-28) أنه من المستغرب أن البحوث التي ركزت على علاج اضطراب الشخصية التجنبية قليلة بشكل عام، وكانت هذه الدراسات ذات عينات صغيرة، فضلاً عن كونها استخدمت مقاييس ومعايير استبعاد وفحوص متابعة متباينة. وبصفة عامة بدأ العلاج النفسي لاضطراب الشخصية التجنبية في أواخر الثمانينيات، وإن كان العلاج الناجح في هذا الوقت هو ما تم تصميمه لاضطراب القلق الاجتماعي. (Weinbrecht, et al.,2016,19). ولكن هذا لا يمنع من وجود جهود مبكرة في علاج اضطراب الشخصية التجنبية، ويعد العلاج السلوكي المعرفي من أهم المداخل العلاجية المبكرة، ومن هذه البحوث بحث (Stravynski, Lesage, Marcouiller, and Elie (1989) والذي اعتمد فيه على فنيات سلوكية معرفية منها التدريب على المهارات الاجتماعية والمناقشات الجماعية والواجب المنزلي وكان التدخل فعالاً. واستخدم (Renneberg, Goldstein, Phillips, and Chambless, (1990) العلاج السلوكي الجماعي المكثف. وتم استخدام العلاج المعرفي المختصر في بحث (Rees, and Pritchard. (2015)، وتم استخدام العلاج السيكونامي في بحث (Barber, Morse, Svartberg, Krakauer, Chittams, and Crits-Christoph (1997) وفي بحث (Stiles, and Seltzer, (2005) وكان للعلاج بالمخططات نصيباً في علاج اضطراب الشخصية التجنبية، في بحث (Skewes, Samson, Simpson, and van

Bamelis, Evers, Spinhoven, and Arntz, وفي بحث (2015) Vreeswijk, (2015) (2014).

ومؤخراً برز في مجال علاج اضطراب الشخصية علاجات الموجة الثالثة من العلاج السلوكي والتي قد تمثل علاجاً واعداً لاضطراب الشخصية التجنبية. ومن التدخلات التي ثبتت فاعليتها في علاج اضطراب الشخصية التجنبية العلاج الميتمعرفي، مثل: بحث (2019) Gordon-King, Schweitzer and Dimaggio، وبحث (2018) Dimaggio, Gordon-King, Schweitzer, and Dimaggio، وبحث (2017) Salvatore, MacBeth, Ottavi, Buonocore, and Popolo، وبحث (2015) Dimaggio, D'Urzo, Pasinetti, Salvatore, Lysaker, Catania, and Popolo،

العلاج بالقبول والالتزام

يعد العلاج بالقبول والالتزام واحد من العلاجات التي تنتمي إلى موجة التطور الثالثة للعلاج السلوكي، وهذا النوع من العلاج تم اختباره والتحقق منه في علاج عدد كبير من المشكلات والاضطرابات النفسية.

ويعرف العلاج بالقبول والالتزام باختصار بأنه مدخل علاجي يستخدم عمليات القبول واليقظة العقلية وعمليات تغيير السلوك والالتزام لإنتاج أكبر قدر من المرونة النفسية (Hayes, Strosahl, Bunting, Twohig, & Wilson, 2004, 13). وعملية التغيير تم النظر إليها على أنها عملية تطوير المهارات النفسية الإيجابية، وليس بالضرورة تقليل الأعراض، على الرغم من أن هذا منتج ثانوي شائع. ويهدف العلاج بالقبول والالتزام إلى زيادة القدرة على التواجد في الوقت الحاضر واختيار السلوك الذي يتوافق مع قيم المرء وأهدافه، والتي تعرف أيضاً باسم المرونة النفسية. (Levin, Hildebrandt, Lillis, & Hayes, 2012, 741-742). وباختصار، فإن العلاج بالقبول والالتزام هو تدخل نفسي قائم على علم نفس السلوك الحديث، يُطبق عمليات اليقظة العقلية والقبول، وعمليات الالتزام وتغيير السلوك، لخلق المرونة النفسية (Hayes, Luoma, Bond, Masuda, & Lillis, 2006, 1-2)، بدلاً من المحاولة

المباشرة لتغيير وتيرة أو شدة الأحداث النفسية غير المرغوبة والضاغطة (أي الأفكار والذكريات والمشاعر والأحاسيس الجسدية)، ويهدف نموذج المرونة النفسية الذي يستند إليه العلاج بالقبول والالتزام إلى تغيير كيفية ارتباط الأفراد بهذه الخبرات الخاصة غير المرغوب فيها، ومساعدتهم على الانخراط في سلوك يتوافق مع قيمهم وغير مرتبط بخبراتهم الداخلية المحزنة (Levin et al., 2012,741). ويستخدم هذا المدخل التمارين التجريبية والاستعارات التي تتجاوز حدود اللغة. ويتم تعليم العملاء تنمية الوعي باللحظة الحالية من خلال مواجهة الأحداث الخاصة التي تم تجنبها سابقاً في شكل أفكار ومشاعر وأحاسيس جسدية. وتستخدم اللغة لتصنيف الانفعالات والأفكار، ولكن من منظور "مراقب" منفصل عن محتوى هذا الحدث الخاص، والتي تزيد من المرونة النفسية (Fletcher & Hayes, 2005,315-316). ويتم تعزيز المرونة من خلال ستة عمليات أساسية في العلاج بالقبول والالتزام هي: (١) القبول Acceptance (٢) والفصل المعرفي Cognitive Defusion (٣) والذات كسياق Self-As-Context (٤) والاتصال باللحظة الحالية Present-Moment Awareness (٥) والقيم Chosen Values (٦) والفعل الملتزم Committed Action، وهذه العمليات قد تم وضعها في مجموعتين؛ مجموعة القبول واليقظة وتشمل أربعة عمليات هي: القبول والفصل المعرفي والذات كسياق والاتصال باللحظة الحالية، ومجموعة تغيير السلوك والالتزام وتشمل أربعة عمليات هي: الاتصال باللحظة الحالية والذات كسياق والقيم والفعل الملتزم. (Strosahl, Hayes, Wilson, & Gifford, 2004,32-50). ويمكن توضيح هذه العمليات فيما يلي:

القبول Acceptance: يتم تعليم القبول كبديل لتجنب الخبرة؛ إنها القرار الواعي لتبني المشاعر والأفكار غير المرغوب فيها بطريقة مفتوحة دون القيام بمحاولات لتغيير شكلها أو محتواها أو صيغتها، خاصة عندما يؤدي ذلك إلى ضرر نفسي. وتم وصف القبول بأنه "تجربة الأحداث بشكل كامل وبدون دفاع، كما هي" Hayes & Wilson, (1994,289). والقبول هنا ليس استسلاماً خاضعاً لآلام المرء، كما أنه لا ينبغي النظر إليه كملاذ أخير. إنها طريقة للسماح لهذه الأفكار والمشاعر "أن تكون" كما هي، بدون

دفاع، في خدمة المرونة النفسية المتزايدة التي ستؤدي في النهاية إلى حياة أكثر ثراء وذات معنى. (Fletcher & Hayes, 2005,315-316). ويرتبط قبول الخبرات الخاصة غير المرغوب فيها بعدد من النتائج النفسية والجسدية المفيدة في شكل صحة نفسية محسنة، ونوعية الحياة، والرفاهية العامة، وزيادة الحيوية والإنجاز (Ciarrochi & Robb, 2005,80-82). وتشمل التمارين اللازمة لتعلم هذه المهارة: ممارسة الجلوس مع الأفكار والمشاعر أو الميل إليها أو مراقبتها بطريقة منفتحة وغير حكمية. ملاحظة استراتيجيات تجنب الخبرة التي يمارسها العميل وممارسة التخلي عنها؛ وتشجيع الأفراد على الانخراط في أعمال مستقلة عن أفكارهم ومشاعرهم. (Hayes & Wilson, 1994,289) .

الفصل المعرفي Cognitive Defusion: يتم تعليمها للعميل كبديل للاندماج المعرفي Cognitive Fusion وتهدف هذه المهارة إلى تغيير الصفات غير المرغوب فيها للأفكار والعواطف من خلال مساعدة الفرد على رؤيتها من منظور مختلف ومنفصل. وبعبارة أخرى، يتعلم العميل في هذا المدخل التفاعل مع أفكاره أو التواصل معهم من خلال إنشاء سياقات تتضاءل فيها وظائفهم غير المفيدة. (Hayes et al., 2006,2). ويمكن تعليم العميل هذه العملية من خلال عدة استراتيجيات مثل: تكرار التفكير بصوت عالٍ حتى يبقى صوته فقط ويفقد معناه، وكتابة فكرة على قطعة من الورق وملاحظة ذلك ككيان منفصل، وقول الفكرة بصوت عالٍ ثم التصرف بطريقة مباشرة (Hayes, Wilson, Gifford, Follette, & Strosahl, 1996,40)

الوعي باللحظة الحالية Present-moment awareness: يتم تعليم هذه العملية كبديل لفقدان الاتصال بهنا والآن. وتشير إلى الممارسة المتعمدة لجذب انتباه المرء إلى التجارب لحظة بلحظة، والتي يمكن أن تشمل الأفكار والمشاعر والأحاسيس، وما إلى ذلك، بطريقة منفتحة وغير حكمية وبطريقة أخرى، فإن الوعي باللحظة الحالية، والمعروف أيضاً باليقظة العقلية، هو "الملاحظة غير التقديرية للتيار المستمر للمنبهات الداخلية والخارجية عند ظهورها". (Baer, 2003,126-127). فيدرك الأفراد أن معظم هذه العواطف والأفكار والأحاسيس الجسدية عابرة بدلاً من ثابتة. وثبت أن

تدخلات اليقظة العقلية التي تتضمن الوعي باللحظة الحالية تؤدي إلى انخفاض كبيرة في الألم والتوتر والقلق والأعراض الاكتئابية التي يُعتقد أنها ناتجة عن المرور بخبرات سلبية كما هي عليه، دون الاعتماد على سلوك الهروب أو التجنب (Teasdale, Segal, & Williams, 2003,158).

الذات كسياق Self-as-context : يتم تعليم الذات كسياق كبديل للتعلم بالذات المفاهيمية Conceptualized Self أو الجامدة. وتشمل التمارين إرشاد الأفراد للاتصال بشعور بالذات يختلف عن أفكارهم ومشاعرهم (يشار إليها غالبًا باسم "نفس المراقب")، ومساعدتهم على ملاحظة أفكارهم ككيانات منفصلة عن أنفسهم من خلال استخدام تمارين اليقظة العقلية، مثل: تمرين الذات مراقب، وتمرين^٢ اتخاذ منظور Perspective Taking، وهذا ممكن من خلال السماح بالتمييز بين الشخص الذي يراقب فكرة أو شعور والشخص الذي هو يمكن أن يلاحظ في الواقع. (Fletcher & Hayes, 2005,315-316). ويسمح منظور الذات كسياق للشخص برؤية التدفق المستمر للأفكار والمشاعر، وأن يكون قادرًا على التحول من الذات المفاهيمية ("أنا سيئ") ، إلى منظور يمكن من خلاله ملاحظة هذه الفكرة ("أنا أفكر" ، "أنا سيئ"). كما أنه يسمح للشخص بملاحظة أنه كما هو / لديه أفكار ومشاعر، فإن الآخرين أيضًا لديهم أفكارهم ومشاعرهم الخاصة (أي أخذ المنظور Perspective Taking). ويمكن لمهارات الذات كسياق أن تكون مهارة قيمة لزيادة قدرة العميل على التعاطف مع شريكه، واتخاذ منظوره ، والتفكير في مشاعر شخص آخر قبل اختيار أفعاله.

القيم Values: يتم اختيار القيم بناء على اتجاهات الحياة التي يتم اتباعها من خلال العمل المستمر الهادف على أساس لحظة بلحظة (Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999,22-228). ولا يمكن الحصول على القيم بالكامل؛ وبدلاً من ذلك، فإنها توفر اتجاهًا يمكن للعميل من خلاله التحرك باستمرار من خلال وضع أهداف ملموسة وصغيرة. ويساعد العلاج بالقبول والالتزام العميل من خلال التمارين المختلفة لتحديد

^٢ صديقك يكره "الكيك" وهو مستاءة من إعطائه " كيك" كهدية في عيد ميلاده. على الرغم من أنك ستكون سعيدًا في موقفه، لا يزال بإمكانك التواصل مع تجربته من خلال تذكرك الوقت الذي أعطيت فيه طعامًا لم يعجبك.

المجالات ذات القيمة (على سبيل المثال، الأسرة والعلاقات والصحة) مع تفويض العمليات اللفظية التي تؤدي إلى الاندماج (على سبيل المثال ، يجب أن أقيم "X" "should value X"). فنقود القيم الطريق نحو حياة أكثر حيوية وثناء وذات معنى للفرد. فيهدف العلاج بالقبول والالتزام إلى استبدال التجنب قصير المدى كمعزز سلبي بالقيم كمعزز إيجابي طويل المدى وقصير المدى للسلوكيات، يتحول السلوك في خدمة القيم من كونها تحت سيطرة مفرطة (يجب أن أقوم بذلك) إلى أن تكون تحت سيطرة مرغوبة appetitive (أريد أن أفعل ذلك) وتتضمن التمارين هنا مساعدة العميل على تحديد ما يهمه في الحياة وما يقدره. (Fletcher & Hayes, 2005,315-316).

العمل الملتزم: العمل الملتزم هو بديل للكسل والاندفاع و/ أو السلوك المتجنب. وهي تتطوي على تغييرات سلوكية تدفع العميل نحو أهداف متوافقة مع القيمة. (Fletcher & Hayes, 2005,315-316) وقد تشمل التمارين مناقشة أهداف محددة قصيرة وطويلة المدى قد تقرب الفرد من قيمه، وتوجيه المشاركين لتقديم تعهدات في خدمة هذه القيم، وبناء المهارات لتعزيز هذه الالتزامات (على سبيل المثال، مهارات الاتصال).

البحوث السابقة

تم الرجوع إلى العديد من البحوث السابقة، وتم الاكتفاء ببعض البحوث السابقة المرتبطة بمتغيرات البحث الحالي بصفة مباشرة، وتم عرضهم في محورين؛ فتضمن المحور الأول البحوث التي استخدمت العلاج بالقبول والالتزام في خفض أعراض اضطراب الشخصية التجنبية، والمحور الثاني تضمن البحوث التي استخدمت العلاج المعتاد خفض أعراض اضطراب الشخصية التجنبية، وفيما يلي توضيح ذلك:

بحوث تناولت العلاج بالقبول والالتزام في خفض أعراض اضطراب الشخصية التجنبية.

يبدو من مراجعة المتاح من قواعد المعلومات العالمية أن البحوث التي تناولت العلاج بالقبول والالتزام في خفض أعراض اضطراب الشخصية التجنبية قد تكون قليلة مقارنة بالمداخل الأخرى في موجة العلاج النفسي الثالثة ومقارنة بالعلاجات التقليدية، وربما يعود ذلك إلى حداثة مدخل العلاج بالقبول والالتزام، ومن هذه البحوث بحث Chan, Bach, and Bedwell(2015) والذي هدف إلى التعرف على فاعلية العلاج

بالقبول والالتزام والعلاج السلوكي الجدلي في خفض أعراض اضطراب الشخصية التجنيبية (دراسة حالة)، وكانت الحالة لفتاة عمرها ٢٤ عاماً غير متزوجة، قوقازية، جاءت للعلاج بمشاعر قلق واكتئاب، وذكرت أن هذه الأعراض والسلوكيات بدأت معها قبل ذلك بنحو عام عندما استعادت الاتصال بوالدها بعد ١٥ سنة من القطيعة، وتم تشخيصها باضطراب الشخصية التجنيبية باستخدام بطارية الشخصية متعددة الأوجه لمينيسوتا The Minnesota Multiphasic Personality Inventory، واستمارة مقابلة لاضطرابات القلق The Anxiety Disorders Interview Schedule، وبطارية التقدير الذاتي للراشدين لتقدير الأعراض النفسية The Adult Self-Report Inventory، وتكون العلاج من ٢٦ جلسة معتمداً على تكامل مبادئ العلاج بالقبول والالتزام والعلاج السلوكي الجدلي (التدريب على المهارات)، وتوصلت النتائج إلى فاعلية التدخل في خفض أعراض اضطراب الشخصية التجنيبية. وكذلك أجرى كل من Dalrymple and Herbert (2007) بحثاً هدف إلى التعرف على فاعلية العلاج بالقبول والالتزام في خفض اضطراب القلق الاجتماعي، وتكونت العينة من ١٩ فرداً (منهم ٥٢.٨ نساء)، بمتوسط عمر ٣١ سنة، ومنهم ٥٩.٥ % لديهم اضطراب الشخصية التجنيبية، وتم استخدام المقابلة الإكلينيكية المنهجية Structured Clinical Interview for DSM-IV Personality Disorders، وقائمة الرهاب الاجتماعي والقلق Social Phobia and Anxiety Inventory، ومقياس القلق الاجتماعي Liebowitz Social Anxiety Scale، ومقياس الخوف من التقييم السلبي Fear of Negative Evaluation Scale، وقائمة جودة الحياة، واستبيان القبول والعمل Acceptance and Action Questionnaire، وتكون البرنامج من ١٢ جلسة، وتم التوصل إلى وجود تحسن كبير في خفض أعراض القلق الاجتماعي وتحسين جودة الحياة وكان حجم الأثر كبير.

بحوث تناولت خفض أعراض اضطراب الشخصية التجنيبية:

تناول هذا المحور البحوث التي اهتمت بعلاج أو خفض أعراض اضطراب الشخصية التجنيبية، ومن هذه البحوث بحث Gordon-King, Schweitzer and

(2019) Dimaggio والذي هدف إلى التعرف على فاعلية العلاج الميتامعرفي البيينشخصي في خفض أعراض اضطراب الشخصية التجنبية والسواسية القهرية " دراسة حالة"، وكانت الحالة لشاب عمره ٢٢ سنة تم تشخيصه بالأدوات التالية: استبيان النتائج Outcome Questionnaire، ومقياس ضغوط القلق والاكتئاب، واستمارة المقابلة الإكلينيكية المنهجية Structured Clinical Interview وفقا للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية الرابع والخامس، وتم وصف الحالة بأنها تعاني من اضطراب الشخصية التجنبية والسواسية القهرية، وتم الاعتماد على العلاج الميتامعرفي، حيث تضمنت الجلسات الأسبوعية على تطوير مهارات ما وراء المعرفة، وخاصة التي تتعلق بتحديد الانفعالات وفهمها والتعبير عنها، وتم التوصل إلى فاعلية التدخل العلاجي في خفض أعراض اضطراب الشخصية التجنبية والسواسية القهرية. وتبعاً للعلاج الميتامعرفي أجرى (2018) Gordon-King, Schweitzer, and Dimaggio بحثاً هدف فيه إلى التعرف على فاعلية العلاج البيينشخصي الميتامعرفي Metacognitive interpersonal therapy في خفض أعراض اضطرابات الشخصية ومن بينها اضطراب الشخصية التجنبية ملامح التجنب والكف (دراسات حالة متعددة الأساس A Multiple Baseline Case Series)، وتكونت العينة من ٧ أفراد تم تشخيصهم بناء على استخدام المقابلة الإكلينيكية المنهجية Structured Clinical Interview for DSM-IV Personality Disorders، وخضعت العينة للعلاج الميتامعرفي لمدة ١٢ شهراً بواقع جلسة في الأسبوع، وكان القياس كل ٣ شهور، وتم التوصل إلى فاعلية التدخل في خفض أعراض اضطرابات الشخصية ومن بينها اضطراب الشخصية التجنبية ملامح التجنب والكف. وفي نفس المجال بحث Dimaggio, Salvatore, MacBeth, (2017) Ottavi, Buonocore, and Popolo، والذي هدف إلى التعرف على فاعلية العلاج البيينشخصي الميتامعرفي Metacognitive Interpersonal Therapy في خفض أعراض اضطرابات الشخصية ومن بينها اضطراب الشخصية التجنبية (دراسات حالة متعددة Case Study Series)، وتكونت العينة من ثلاثة أفراد (رجلان وامرأة) في الأعمار، ٣٣ سنة، ٤٦ سنة، ٥٦ سنة، وتم استخدام المقابلة الإكلينيكية المنهجية

وقائمة Structured Clinical Interview for DSM-IV Personality Disorders، ومراجعة الأعراض Symptom Checklist-90-R، بطارية بيك للاكتئاب Beck State-Trait Anxiety، بطارية قلق الحالة/السمة Depression Inventory، و Inventory، وتم استخدام جلسات العلاج البينشخصي الميتمعرفي إسبوعياً لمدة ٢١ إسبوعاً، وتم التوصل إلى فاعلية التدخل في خفض أعراض اضطرابات الشخصية ومن بينها اضطراب الشخصية التجنبية، وتم قياس المتابعة بعد ٣ شهور. وأيضاً؛ أجرى Dimaggio, D'Urzo, Pasinetti, Salvatore, Lysaker, Catania, and Popolo, (2015) بحثاً للتعرف على فاعلية العلاج البينشخصي الميتمعرفي Metacognitive interpersonal therapy في خفض اضطراب الشخصية التجنبية لدى رجل تم تشخيصه بأنه يعاني من اضطراب الشخصية الحدية ويتعاطي الهيرويين والكوكايين، وتم استخدام مقياس الوظيفة الشخصية Personality Functioning Scale، واستمارة المقابلة الإكلينيكية المنهجية Structured Clinical Interview قائمة معايير تشخيص اضطراب الشخصية التجنبية بناء معايير الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية الخامس (٢٠١٣)، وتم الاعتماد على العلاج بالعقاقير للتعامل مع تعاطي الهيروين، وتم استخدام جلسات العلاج البينشخصي الميتمعرفي في علاج أعراض اضطراب الشخصية التجنبية، وتم التوصل إلى فاعلية العلاج البينشخصي الميتمعرفي في خفض اضطراب الشخصية التجنبية.

وكان للعلاج بالمخططات دوراً في خفض أعراض الشخصية التجنبية؛ فهدف بحث Skewes, Samson, Simpson, and van Vreeswij (2015) إلى التعرف على فاعلية العلاج الجماعي بالمخططات (قصير المدى) Short-term group schema therapy في خفض أعراض اضطرابات الشخصية المختلطة (مع تشخيص سائد لاضطراب الشخصية التجنبية) ومستويات عالية من الاعتلال المشترك، وتكونت العينة من ٨ أفراد، وتم استخدام بطارية ميلون الإكلينيكية متعددة المحاور The Millon Clinical Multiaxial Inventory، واستفتاء مخططات الشباب The Young Schema Questionnaire، وقائمة الأعراض Symptom Checklist 90-R،

وتكون برنامج العلاج بالمخططات من ٢٠ جلسة مستخدماً فنيات سلوكية ومعرفية ومعتمداً على مبادئ العلاج بالمخططات، وتم التوصل إلى فاعلية العلاج الجماعي بالمخططات (قصير المدى) في خفض أعراض اضطرابات الشخصية المختلطة، وكان العلاج فعال حتى بعد ٦ شهور من المتابعة. وأيضاً العلاج المرتكز على الانفعال حيث أجرى (Pos (2014) بحثاً هدفاً إلى التعرف على فاعلية العلاج المرتكز على الانفعال في خفض أعراض الشخصية التجنبية (دراسة حالة)، وكانت الحالة لرجل مثلي الجنس في منتصف العمر من ألمانيا، وتم استخدام المقابلة الإكلينيكية المنهجية Structured Clinical Interview لتشخيص اضطراب الشخصية التجنبية، وتم التدخل باستخدام برنامج علاجي قائم على العلاج المرتكز على الانفعال، وتم التوصل إلى فاعلية التدخل في خفض أعراض الشخصية التجنبية. وأجرى Bamelis, Evers, Spinhoven and Arntz (2014) بحثاً هدفاً إلى المقارنة بين ثلاثة نماذج علاجية في خفض أعراض اضطرابات الشخصية (٥١% من عينة البحث من ذوي اضطراب الشخصية التجنبية)، وتكونت العينة من ٣٢٣ مشاركاً، وتم استخدام المقابلة الإكلينيكية المنهجية Structured Clinical Interview، والنماذج العلاجية هي العلاج بالمخططات schema therapy حيث تم تطبيقه على ١٤٧ فرداً من عينة الدراسة لمدة ٥٠ جلسة، والعلاج الموجه clarification- oriented therapy حيث تم تطبيقه على ٤١ فرداً لمدة ٥١ جلسة، والعلاج المعتاد treatment as usual حيث تم تطبيقه على ١٣٥ فرداً لمدة ٢٢ جلسة، وتوصلت النتائج إلى أن نسبة أكبر من المتعافين كانوا في مجموعة العلاج بالمخططات مقارنة بالنماذج الأخرى، ولا توجد فروق بين العلاج الموجه والعلاج المعتاد.

وأجرى كل من (Gilbert and Gordon (2013) بحثاً للتعرف على فاعلية العلاج النفسي البينشخصي Interpersonal Psychotherapy في خفض أعراض الشخصية التجنبية والاكئاب التابع Subsequent Depression (دراسة حالة)، وكانت الحالة لطالبة عمرها ٢٤ سنة، قوقازية لديها بصفة عامة مشاعر اكتئاب وسلبية في التعامل مع الآخرين، وتم استخدام القياسات اليومية للتعرف على مشاعرها، وبطارية الشخصية متعددة الأطوار لمينيسوتا Minnesota Multiphasic Personality

Inventory، وقائمة الأعراض Symptom Checklist-90-Revised، وخضعت الحالة للعلاج الفردي twice-monthly individual therapy لمدة ٢٤ شهراً، وعدد الجلسات الكلي كان ٤٤ جلسة، معتمداً على مبادئ العلاج النفسي البينشخصي والتدريب على المهارات التوكيدية، وتم التوصل إلى فاعلية العلاج النفسي البينشخصي Interpersonal Psychotherapy في خفض أعراض الشخصية التجنسية والاكتئاب، وتمت المتابعة اليومية لمدة ٣ أسابيع. وكان للتدريبات السلوكية دوراً في خفض أعراض الشخصية التجنسية، حيث أجرى Zimmermann, Alliger-Horn, Kowalski, Plate, Wallner, Wolff, and Ströhle, (2013) بحثاً هدفاً إلى التعرف على فاعلية التدريب على المهارات الاجتماعية في خفض سمات اضطراب الشخصية التجنسية، وتكونت العينة ١٩٢ فرداً (١٦٧ ذكور، ٢٥ إناث)، في المدى العمري من ١٨ - ٢٧ سنة، وتم إجراء الدراسة في برلين، وتم تقسيم العينة إلى مجموعة ضابطة عددها ٦٣ فرداً من الذكور والإناث، ومجموعة تجريبية عددها ١١٤ فرداً من الذكور والإناث، وتم استخدام قائمة الأعراض SCL-90-R، وبطارية معتقدات التحكم والكفاءة Inventory on Competence and Control Beliefs، وتم استخدام برنامج جماعي للتدريب على الكفاءة الاجتماعية، وتم التوصل إلى فاعلية التدخل في خفض سمات اضطراب الشخصية التجنسية.

تعليق على البحوث السابقة

هدفت بحوث المحور الأول بالبحوث التي اعتمدت على العلاج بالقبول والالتزام في خفض أعراض الشخصية التجنسية، فقد هدفت إلى التعرف على فاعلية العلاج بالقبول والالتزام في خفض أعراض الشخصية التجنسية، ومن خلال البحث في محركات البحث المتاحة تم الحصول على بحثين فقط هما: بحث Chan, et al. (2015) والذي هدف إلى التعرف على فاعلية العلاج بالقبول والالتزام والعلاج السلوكي الجدلي في خفض أعراض اضطراب الشخصية التجنسية، وبحث كل من Dalrymple and Herbert (2007) والذي هدف إلى التعرف على فاعلية العلاج بالقبول والالتزام في خفض اضطراب القلق الاجتماعي، على عينة من ١٩ فرداً منهم ٥٩.٥ % لديهم اضطراب

الشخصية التجنبية. وقد ترجع ندرة البحوث في هذا المحور ربما إلى حداثة مدخل العلاج بالقبول والالتزام كمدخل علاجي جديد في الموجة الثالثة من العلاج النفسي، وهذا قد يعطي البحث الحالي نوعاً من الأهمية في كونه واحد من البحوث النادرة.

وتناول المحور الثاني البحوث التي اهتمت بخفض أعراض الشخصية التجنبية بصفة عامة، وتبين من خلال البحث أن العلاج الميتامعرفي البيئشخصي احتل الصدارة في خفض أعراض الشخصية التجنبية باعتباره أحد مداخل الموجة الثالثة من العلاج النفسي، ومن هذه البحوث البحث الذي أجراه (Gordon-King, et al. (2019)، والذي أجراه (Gordon-King, et al. (2018)، والذي أجراه (Dimaggio, et al. (2017)، والبحث الذي أجراه (Dimaggio, et al. (2015)، هذا مع اختلاف البيئات والعينات.

وتم استخدام العلاج بالمخططات في البحث الذي أجراه (Skewes, et al. (2015)، والعلاج المرتكز على الانفعال في البحث الذي أجراه (Pos (2014)، وتم استخدام نموذجين من العلاج في البحث الذي أجراه (Bamelis, et al. (2014) حيث استخدم العلاج بالمخططات والعلاج الموجه، وتم استخدام العلاج النفسي البيئشخصي في البحث الذي أجراه كل من (Gilbert and Gordon (2013)، وتم استخدام التدريب على المهارات الاجتماعية في البحث الذي أجراه (Zimmermann, et al. (2013)، وقد يرجع التنوع في المداخل العلاجية التي استخدمت في خفض أعراض الشخصية التجنبية إلى التنوع في خصائصها وسماتها التي تؤثر سلبياً على الفرد، وعلى المجتمع من حوله، حيث قد تفرض نوعاً من العزلة بين الفرد والمجتمع.

ومن حيث العينات؛ تنوعت العينات من حيث العدد فكانت هناك البحوث على اعتمدت على الحالة الواحدة مثل بحث (Gordon-King, et al. (2019)، والبحث الذي أجراه (Dimaggio, et al. (2015)، وبحث (Pos (2014)، وبحث (Gilbert and Gordon (2013)، وبحث (Chan, et al. (2015). وحالتان في البحث الذي أجراه (Dimaggio, et al. (2017)، وسبعة حالات في البحث أجراه (Gordon-King, et al. (2018)، وثمانية حالات في البحث الذي أجراه (Skewes, et al. (2015).

وتسعة عشرة فرداً في بحث كل من (Dalrymple and Herbert (2007)، وبلغ العدد ١٩٢ فرداً في البحث الذي أجراه (Zimmermann, et al. (2013)، وبلغ العدد ٣٢٣ فرداً في البحث الذي أجراه (Bamelis, et al. (2014). ويُلاحظ أن هناك تنوع في عدد العينات التي تم التجريب عليها، وهذا قد أدى التنوع في التصميم المستخدم فكان تصميم بحث الحالة الواحدة في البعض، والتصميم شبه التجريبي في البعض الآخر، وقد يرجع ذلك إلى طبيعة كل بحث وهدفه.

ومن حيث النوع، كان من الذكور في البحث الذي أجراه (Gordon-King, et al. (2019)، والبحث الذي أجراه (Dimaggio, et al. (2015)، وبحث (Pos (2014)، وكانت طالبة في بحث (Gilbert and Gordon (2013)، وسيدة متزوجة في بحث (Chan, et al. (2015)، وذكور وإناث في البحث أجراه (Gordon-King, et al. (2018)، والذي أجراه (Dimaggio, et al. (2017)، والبحث الذي أجراه (Skewes, et al. (2015)، والبحث الذي أجراه (Bamelis, et al. (2014)، والبحث الذي أجراه (Zimmermann, et al. (2013)، وبحث كل من (Dalrymple and Herbert (2007)، وقد يرجع تنوع النوع ما بين الذكور والإناث إلى أن اضطراب الشخصية التجنبيه قد يصيب الذكور والإناث.

ومن حيث الأدوات المستخدمة في قياس اضطراب الشخصية التجنبيه فكان السائد في أغلب البحوث هو استخدام استمارة المقابلة الإكلينيكية (Structured Clinical Interview) وفقاً للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية، مع اختلاف نوع الإصدار، مثل بحث (Gordon-King, et al. (2019)، وبحث (Gordon-King, et al. (2018)، وبحث (Dimaggio, et al. (2017)، وبحث (Dimaggio, et al. (2018)، وبحث (Pos (2014)، وبحث (Bamelis, et al. (2014)، وتمت عدة محاولات للحصول على استمارة المقابلة الإكلينيكية ولم يتم التمكن من الحصول عليها لذلك ولحاجة البحث الحالي تم تصميم مقياس اضطراب الشخصية التجنبيه بناء على معايير تشخيص اضطراب الشخصية التجنبيه الواردة في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية الخامس (٢٠١٣).

وتم استخدام بطارية مليون الإكلينيكية متعددة المحاور The Millon Clinical Multiaxial Inventory، وقائمة الأعراض Symptom Checklist 90-R في البحث الذي أجراه (Skewes, et al. (2015). وبطارية الشخصية متعددة الأطوار لمينيسوتا Minnesota Multiphasic Personality Inventory، وقائمة الأعراض Symptom Checklist-90-Revised، في البحث الذي أجراه كل من دراسة (Gilbert and Gordon (2013). وتم استخدام وقائمة الأعراض SCL-90-R، وقائمة معتقدات التحكم والكفاءة Inventory on Competence and Control، في البحث الذي أجراه كل من (Zimmermann, et al. (2013). وتم استخدام بطارية الشخصية متعددة الأوجه لمينيسوتا The Minnesota Multiphasic Personality Inventory، وقائمة التقدير الذاتي للراشدين تقدير الأعراض النفسية The Adult Self-Report Inventory، في بحث (Chan, et al. (2015). وتم استخدام المقابلة الإكلينيكية المنهجية Structured Clinical Interview، ومقياس الخوف من التقييم السلبي Fear of Negative Evaluation Scale، في بحث كل من (Dalrymple and Herbert (2007).

وتم استخدام استبيان القبول والعمل Acceptance and Action Questionnaire للتحقق من فاعلية العلاج بالقبول والالتزام في بحث كل من (Dalrymple and Herbert (2007)، ويتفق البحث الحالي مع هذا البحث في استخدام استبيان القبول والعمل للتحقق من فاعلية التدخل بالإضافة إلى استخدام الأدوات الأخرى في هذا المجال التي تكشف عنها المؤلفات المختصة بالعلاج بالقبول والالتزام في الجزء الخاص بأدوات البحث.

وتراوحت فترة المتابعة من ٣ أسابيع في بحث كل من Gilbert and Gordon (2013) إلى ٦ شهور في بحث (Skewes, et al. (2015). أما عند المدة الزمنية اللازمة لبرنامج التدخل بالعلاج بالقبول والالتزام فكانت ١٢ جلسة في البحث الذي أجراه (Dalrymple and Herbert (2007)، وكان ٢٦ جلسة مضافة إليها جلسات العلاج السلوكي الجدلي في بحث (Chan, et al. (2015). وتوصلت نتائج البحوث إلى فاعلية العلاج بالقبول والالتزام في خفض أعراض الشخصية التجنبية.

ثامناً: فروض البحث:

- توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق برنامج العلاج بالقبول والالتزام على استبيان القبول والعمل، ومقياس فيلادلفيا لليقظة العقلية، واستبيان الاندماج المعرفي، واستبيان الحياة القيمة، ومقياس اضطراب الشخصية التجنبية لصالح القياس البعدي.
- توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية ومتوسطات رتب درجات المجموعة الضابطة بعد تطبيق برنامج العلاج بالقبول والالتزام على استبيان القبول والعمل، ومقياس فيلادلفيا لليقظة العقلية، واستبيان الاندماج المعرفي، واستبيان الحياة القيمة، ومقياس اضطراب الشخصية التجنبية لصالح المجموعة التجريبية.
- لا توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية في القياس البعدي والقياس التتبعي بعد توقف تطبيق برنامج العلاج بالقبول والالتزام على استبيان القبول والعمل، ومقياس فيلادلفيا لليقظة العقلية، واستبيان الاندماج المعرفي، واستبيان الحياة القيمة، ومقياس اضطراب الشخصية التجنبية لصالح القياس التتبعي"

تاسعاً: منهجية وإجراءات البحث:

منهجية البحث: تم الاعتماد في البحث الحالي على المنهج التجريبي للتعرف على أثر المتغير المستقل "العلاج بالقبول والالتزام" على المتغير التابع "اضطراب الشخصية التجنبية"، وذلك من خلال التصميم التجريبي المكونة من مجموعة تجريبية ومجموعة ضابطة.

عينة البحث الاستطلاعية: تكونت عينة البحث الاستطلاعية من ١٠٠ طالباً وطالبة من طلاب كلية التربية (بمرحلة الدراسات العليا) بجامعة سوهاج في الفصل الأول للعام الدراسي ٢٠١٩/٢٠٢٠م، وذلك للتحقق من صدق وثبات أدوات البحث.

عينة البحث الأساسية: تكونت العينة الأساسية من ١٣ طالبة، من طلاب كلية التربية (بمرحلة الدراسات العليا) من طلاب جامعة سوهاج، في المدي العمري من ٢٦ - ٢٩

سنة، وتم سحبهن من مجموعة أكبر تكونت من ٨٠ طالباً، وتم توزيعهن عشوائياً إلى مجموعة تجريبية عددها ٦ طالبات بمتوسط عمر ٢٥.٦٦٦ سنة، وانحرف معياري ٠.٨١٦، ومجموعة ضابطة ٧ طالبات، بمتوسط عمر ٢٥.٤٢٨ سنة، وانحرف معياري ٠.٥٣٤. وتم التحقق من التكافؤ بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في اضطراب الشخصية التجنبية، واستبيان القبول والعمل، ومقياس فيلادلفيا لليقظة العقلية، واستبيان الاندماج المعرفي، واستبيان الحياة القيمة، والعمر باستخدام اختبار وليكوكسون كما في الجدول (١):

جدول (١)

التكافؤ بين المجموعة التجريبية والضابطة في اضطراب الشخصية التجنبية، واستبيان القبول والعمل، ومقياس فيلادلفيا لليقظة العقلية، واستبيان الاندماج المعرفي، واستبيان الحياة القيمة، والعمر

المقاييس	نوع المجموعة	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	U	Z	الدالة
اضطراب الشخصية التجنبية	الهوية	تجريبية	٦	٧.٧٥	٤٦.٥٠	١٦.٥٠	٠.٦٥٨
	ضابطة	٧	٦.٣٦	٤٤.٥٠			
	التوجه الذاتي	تجريبية	٦	٧.٤٢	٤٤.٥٠	١٨.٥٠	٠.٣٧٧
		ضابطة	٧	٦.٦٤	٤٦.٥٠		
	التعاطف	تجريبية	٦	٨.٠٠	٤٨.٠٠	١٥.٠٠	٠.٨٧٧
		ضابطة	٧	٦.١٤	٤٣.٠٠		
	الحميمية	تجريبية	٦	٦.٤٢	٣٨.٥٠	١٧.٥٠	٠.٥١٨
		ضابطة	٧	٧.٥٠	٥٢.٥٠		
	القلق	تجريبية	٦	٧.٤٢	٤٤.٥٠	١٨.٥٠	٠.٣٨٢
		ضابطة	٧	٦.٦٤	٤٦.٥٠		
	الانسحاب	تجريبية	٦	٧.٧٥	٤٦.٥٠	١٦.٥٠	٠.٦٦٠
		ضابطة	٧	٦.٣٦	٤٤.٥٠		
	انعدام التلذذ	تجريبية	٦	٦.٨٣	٤١.٠٠	٢٠.٠٠	٠.١٥٠
		ضابطة	٧	٧.١٤	٥٠.٠٠		
تجنب الحميمية	تجريبية	٦	٦.٧٥	٤٠.٥٠	١٩.٥٠	٠.٢١٩	
	ضابطة	٧	٧.٢١	٥٠.٥٠			
الدرجة الكلية	تجريبية	٦	٧.٥٨	٤٥.٥٠	١٧.٥٠	٠.٦١٦	
	ضابطة	٧	٦.٥٠	٤٥.٥٠			

المقاييس	نوع المجموعة	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	U	Z	الدلالة
الحياة القيمة	الأهمية	٦	٦.٨٣	٤١.٠٠	٢٠.٠٠	٠.١٥٥	لا توجد فروق
	ضابطة	٧	٧.١٤	٥٠.٠٠			
التصرف	تجريبية	٦	٦.١٧	٣٧.٠٠	١٦.٠٠	٠.٧٦٢	لا توجد فروق
	ضابطة	٧	٧.٧١	٥٤.٠٠			
استبيان القبول والعمل	تجريبية	٦	٦.٦٧	٤٠.٠٠	١٩.٠٠	٠.٢٩٥	لا توجد فروق
	ضابطة	٧	٧.٢٩	٥١.٠٠			
اليقظة العقلية "فيلاذلفيا"	الوعي	٦	٨.٠٨	٤٨.٥٠	١٤.٥٠	١.٠٣٣	لا توجد فروق
	ضابطة	٧	٦.٠٧	٤٢.٥٠			
	القبول	٦	٧.٣٣	٤٤.٠٠	١٩.٠٠	٠.٣٠٢	لا توجد فروق
	ضابطة	٧	٦.٧١	٤٧.٠٠			
	الدرجة الكلية	٦	٨.١٧	٤٩.٠٠	١٤.٠٠	١.١٠٥	لا توجد فروق
	ضابطة	٧	٦.٠٠	٤٢.٠٠			
الاندماج المعرفي	تجريبية	٦	٧.٢٥	٤٣.٥٠	١٩.٥٠	٠.٢١٦	لا توجد فروق
	ضابطة	٧	٦.٧٩	٤٧.٥٠			
العمر	تجريبية	٦	٧.٥٠	٤٥.٠٠	١٨.٠٠	٠.٤٨٢	لا توجد فروق
	ضابطة	٧	٦.٥٧	٤٦.٠٠			

ويتضح من الجدول (١) عدم وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية ومتوسطات رتب درجات الضابطة على مقياس اضطراب الشخصية التجنبية، واستبيان القبول والعمل، ومقياس فيلاذلفيا لليقظة العقلية، واستبيان الاندماج المعرفي، واستبيان الحياة القيمة، والعمر. وتشير هذه النتائج إلى التكافؤ بين المجموعتين؛ التجريبية والضابطة، وصلاحيّة التصميم التجريبي للتدخل ببرنامج العلاج بالقبول والالتزام.

أدوات البحث:

مقياس اضطراب الشخصية التجنبية^٢ إعداد/ الباحثان

تم مراجعة الأدوات المستخدمة في تشخيص اضطراب الشخصية التجنبية، ولم يتم الحصول على نسخة جاهزة، حيث تمت مراسلة الباحثين في البيئة العربية والأجنبية عبر

^٢ ملحق (١) مقياس اضطراب الشخصية التجنبية

الايمل للحصول على نسخة كامل من مقياس تشخيص اضطراب الشخصية التجنبية، لذلك كانت هناك ضرورة إعداد مقياس جديد في البحث الحالي، وخاص تكون متفقة مع معايير الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية الخامس (APA,2013,xxxiii).

مصادر بناء مقياس اضطراب الشخصية التجنبية:

تم الرجوع في بناء المقياس لعدة مصادر منها: (١) معايير تشخيص اضطراب الشخصية التجنبية في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية الخامس (APA,2013,xxxiii). (٢) استبيان فحص اضطرابات الشخصية العالمي (IPDE- (SQ)(Loranger, 1999). (٣) استبيان تورونتو التعاطف (TEQ) (Spreng, (RSQ) (McKinnon, Mar, & Levine, 2009). (٤) استبيان حساسية الرفض (Downey & Feldman, 1996). (٥) مقياس الوصمة (ISS)(Cook, 1990) (٦) مقياس الحاجة إلى الانتماء (NTBS) (Leary, Kelly, Cottrell, & Schreindorfer, 2001). (٧) مقياس انعدام التلذذ الاجتماعي المنقح (R-SAS) (Meehl,1962 in (Kwapil et al., 2008).

وصف المقياس: تم بناء المقياس في صورته الأولية بناء على أبعاد معايير تشخيص اضطراب الشخصية التجنبية في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية الخامس (APA,2013,xxxiii)، وبناء عليه تمت صياغة المقياس في محورين، المحور الأول ضعف متوسط أو كبير في أداء الشخصية والذي يتضمن أربعة أبعاد هي: الهوية، والتوجيه الذاتي، والتعاطف، والحميمية. والمحور الثاني سمات الشخصية المرضية، ويتضمن القلق، والانسحاب، وفقدان الاستمتاع أو انعدام التلذذ، وتجنب العلاقات الحميمة، وتكون المقياس في صورته الأولية من ٧٠ عبارة موزعة على الأبعاد الفرعية للمقياس، وتم عرض النسخة الأولية من المقياس على مجموعة من المحكمين في الصحة النفسية وعلم النفس الإكلينيكي، وتم عمل التعديلات اللازمة.

الخصائص السيكومترية لمقياس اضطراب الشخصية التجنبية في البحث الحالي:

تم تطبيق المقياس على عينة البحث الاستطلاعية وتم التحقق من الاتساق الداخلي^٤ عن طريق حساب معامل ارتباط درجة العبارة بالدرجة الكلية للبعد بعد حذف درجة العبارة، وتراوحت قيم الارتباط بين ٠.٨٥١ - ٠.٩٠١ بالنسبة لبعد الهوية، ٠.٨٦٢ - ٠.٩١٠ لبعد التوجيه الذاتي، ٠.٧٩٥ - ٠.٩١٢ لبعد التعاطف، ٠.٧٨٦ - ٠.٩٠٣ لبعد الحميمية، ٠.٧٩٢ - ٠.٩٠١ للقلق، ٠.٧٨٩ - ٠.٩٠٤ لبعد الانسحاب، ٠.٨٢٣ - ٠.٨٧٤ لبعد انعدام التلذذ، ٠.٧٨٩ - ٠.٩١٤ لبعد تجنب الحميمة، وتم حساب معاملات ارتباط الأبعاد بالدرجة الكلية للمقياس بعد حذف درجة البعد، وتراوحت القيم بين ٠.٨٦٥ - ٠.٩٢١، وجميع القيم دالة عند مستوى ٠.٠١، وتم التحقق من صدق وثبات المقياس من خلال الطرق التالية: صدق المحتوى: وفي هذا تم بناء المقياس في ضوء معايير الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية الخامس (PA,2013,xxxiii)، وفي ضوء الأدوات السابقة المرتبطة باضطراب الشخصية التجنبية^٥، ثم تم عرض المقياس في صورته الأولية، والتي تكونت من ٧٠ عبارة على مجموعة من المحكمين (ن=٨) في الصحة النفسية وعلم النفس الأكلينيكي^٦، وتم حذف وإضافة وتعديل ما اقترحه المحكمون (ما اتفق عليه ١٠٠% من المحكمين)، ثم مراجعة النسخة النهائية وإعدادها للتطبيق على عينة البحث الاستطلاعية. وهذا اتفاقاً مع كل من Creswell and (2018). **الصدق التلازمي:** حيث تم تطبيق المقياس الحالي مع مقياس بيك للاكتئاب^٧ (غريب، ٢٠٠٠) على عينة البحث الاستطلاعية، وبحساب معامل الارتباط بلغ ٠.٨٨٩، وهي قيمة مناسبة للصدق التلازمي (Creswell and Creswell, 2018). **الثبات:** تم التحقق من الثبات عن طريق معامل ثبات ألفا كرونباخ، ومعامل ثبات التجزئة النصفية، والجدول (٢) يوضح قيم الثبات:

^٤ - ملحق (٢) جدول الاتساق الداخلي لمقياس اضطراب الشخصية التجنبية (العبارات والأبعاد)
^٥ - تم عرض ذلك في مصادر بناء مقياس اضطراب الشخصية التجنبية.

^٦ - ملحق (٣) قائمة محكمي أدوات البحث

^٧ - بعد مقياس بيك للاكتئاب من المقاييس المشهورة والمستخدمه في كثير من البحوث (محمد، ٢٠١٩؛ عبد العزيز، ٢٠١٩؛ عبد الحميد، ٢٠١٧).

جدول (٢)

معاملات ثبات مقياس اضطراب الشخصية التجنبية باستخدام
معامل ألفا كرونباخ، وثبات التجزئة النصفية.

التجزئة النصفية		ألفا كرونباخ	الأبعاد
جتمان	سبيرمان براون		
٠.٨٨٠	٠.٨٩٠	٠.٩٤٠	الهوية
٠.٨٤٩	٠.٨٦٥	٠.٨٨٧	التوجيه الذاتي
٠.٨١٢	٠.٨٢٥	٠.٨٥٣	التعاطف
٠.٨٩٣	٠.٨٢١	٠.٨٨٩	الحميمية
٠.٨١٥	٠.٨٢٥	٠.٨٤٥	القلق
٠.٨٨٥	٠.٨٩٠	٠.٩٣٠	الانسحاب
٠.٨٤١	٠.٨٤٢	٠.٨٧٤	انعدام التلذذ
٠.٨٨٤	٠.٨٨٦	٠.٨٨٥	تجنب الحميمية
٠.٨٥٣	٠.٨٨٥	٠.٨٩٢	الدرجة الكلية

ويتضح من الجدول (٢) أن قيم الثبات تراوحت بين ٠.٨١٢ - ٠.٩٤٠ وهي قيم مناسبة لمعامل ثبات ألفا كرونباخ والتجزئة النصفية (Creswell and Creswell, 2018)، ويتضح من نتائج الخصائص السيكومترية لمقياس اضطراب الشخصية التجنبية يتمتع بمستوى صدق وثبات مرتفع يجعله مناسب للاستخدام في البحث الحالي.

مقياس اضطراب الشخصية التجنبية في صورته النهائية:

تم بناء المقياس بناء على معايير تشخيص اضطراب الشخصية التجنبية في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية الخامس (٢٠١٣)، والذي تكون من محورين، هما:

المحور الأول: أداء الشخصية، ويتكون من الأبعاد الأربعة التالية:

(١) الهوية Identity: تدني تقدير الذات المرتبط بتقييم الذات باعتباره غير كفاء اجتماعياً أو غير جذاب شخصياً أو أقل شأنًا؛ مشاعر مفرطة من العار أو الخجل. ويتم التعرف عليه من خلال العبارات من ١ إلى ٨.

(٢) التوجيه الذاتي Self-direction: معايير غير واقعية للسلوك المرتبط بالتردد في متابعة الأهداف، أو تحمل المخاطر الشخصية، أو الانخراط في أنشطة جديدة تنطوي على الاتصال بين الأشخاص. ويتم التعرف عليه من خلال العبارات من ٩ إلى ١٦.

(٣) التعاطف: Empathy: الانشغال والحساسية تجاه النقد أو الرفض، المرتبط بالاستدلال المشوه لوجهات نظر الآخرين على أنها سلبية. ويتم التعرف عليه من خلال العبارات من ١٧ إلى ٢٤.

(٤) الحميمة Intimacy: الإحجام عن الاندماج مع الناس إلا إذا تأكد من كونه محبوب: ضعف التبادل في العلاقات الحميمة بسبب الخوف من الخجل أو السخرية. ويتم التعرف عليه من خلال العبارات من ٢٥ إلى ٣٢.

المحور الثاني: سمات الشخصية المرضية ويشمل الأبعاد الأربعة التالية:

(١) القلق Anxiousness (جانب من الوجدان سلبي): مشاعر عصبية شديدة، التوتر، أو الهلع، غالبًا كرد فعل على المواقف الاجتماعية: قلق بشأن الآثار السلبية للتجارب الماضية غير السارة والإمكانات السلبية المستقبلية؛ الشعور بالخوف والجبن أو التهديد غير المؤكد، والخوف من الحرج. ويتم التعرف عليه من خلال العبارات من ٣٣ إلى ٤٠.

(٢) الانسحاب Withdrawal (جانب من الانفصال): التحفظ في المواقف الاجتماعية؛ تجنب الاتصالات والنشاط الاجتماعي؛ عدم بدء الاتصال الاجتماعي. ويتم التعرف عليه من خلال العبارات من ٤١ إلى ٤٨.

(٣) فقدان الاستمتاع أو انعدام التلذذ Anhedonia: (جانب من الانفصال): عدم الاستمتاع بالتجارب الحياتية أو الانخراط فيها أو استخدامها؛ العجز في القدرة على الشعور بالسعادة أو الاهتمام بالأشياء. ويتم التعرف عليه من خلال العبارات من ٤٩ - ٥٦.

(٤) تجنب العلاقات الحميمة Intimacy avoidance (جانب من الانفصال): تجنب العلاقات الوثيقة أو الرومانسية والارتباطات الشخصية والعلاقات الجنسية الحميمة. ويتم التعرف عليه من خلال العبارات من ٥٧ إلى ٦٤. وتكون المقياس في صورته النهائية

من ٦٤ عبارة موزعة على الأبعاد كما سبق أعلاه، ويتم التصحيح وفق مقياس ليكرت الخماسي، وكل عبارات المقياس موجبة ما عدا العبارات أرقام: ٤، ٢١، ٢٣، ٢٦، ٣٢، ٥٢، ٥٤، ٥٧، ٦٢ سلبية.

استبيان القبول والعمل (النسخة الثانية) ٨ the Acceptance and Action
(Questionnaire – II AAQ- II)، ترجمة/ الباحثان

وضع هذا الاستبيان Bond, Hayes, Baer, Carpenter, Guenole, Orcutt, and Zettle (2011) ... ، ويتكون استبيان القبول والعمل (النسخة الثانية) من ٧ عبارات، وهو إحصائي البعد، ويستخدم لقياس عدم المرونة النفسية، أو الميل لتجنب الخبرات الداخلية غير المرغوب فيها، ويطلب من المشارك تقييم مدى انطباق كل عبارة عليه خلال الشهر الماضي على مقياس ليكرت السباعي a 7-point Likert scale (١ = لم يكن صحيحاً أبداً إلى ٧ = صحيح دائماً). وتشير الدرجات العالية إلى مستويات أكبر من عدم المرونة النفسية (أي تجنب الخبرة) ، وتشير الدرجات المنخفضة إلى مرونة نفسية أكبر (نطاق الدرجات المحتمل: ٧-٤٩). وتم تقنين الاستبيان على ٢٠٦ طالباً من طلاب الجامعة، بمتوسط عمر ١٩ سنة، وكشف التحليل العاملي عن عامل واحد للاستبيان تشبعت به ٧ عبارات من أصل ١٠ عبارات، وتم التحقق من صدق المحك والذي كشف عن ارتباط موجب دال إحصائياً بين استبيان القبول والعمل (النسخة الثانية) وكل من القلق والاكتئاب والضغط وقائمة مراجعة الأعراض، وحقق الاستبيان في نسخته الأصل معدل ثبات داخلي internal consistency قيمته ($\alpha=0.84$)، وعن طريق إعادة التطبيق بعد ٣ شهور حقق ثبات قيمته ٠.٨١، وبعد ١٢ شهر حقق ثبات قيمته ٠.٧٩.

^٨ ملحق (٤) استبيان القبول والعمل (النسخة الثانية)

الخصائص السيكومترية لاستبيان القبول والعمل (النسخة الثانية) في البحث الحالي:

تم تطبيق استبيان القبول والعمل (النسخة الثانية) على عينة البحث الاستطلاعية، وتم التحقق من الاتساق الداخلي^٩ للاستبيان عن طريق حساب معاملات ارتباط العبارات بالدرجة الكلية للاستبيان وترواحت القيم بين ٠.٨٧٢ - ٠.٩٣١، وجميع القيم دالة عند مستوى ٠.٠٠١، وتم التحقق من صدق المقياس عن طريق الصدق التلازمي: حيث تم تطبيق المقياس الحالي مع مقياس بيك للاكتئاب (غريب، ٢٠٠٠) على عينة البحث الاستطلاعية، وبحساب معامل الارتباط بلغ ٠.٨٨٢ وهي قيمة موجبة دالة إحصائياً، وهي قيمة مناسبة للصدق التلازمي. وتم التحقق من ثبات الاستبيان عن طريق معامل ثبات ألفا كرونباخ وبلغت قيمته ٠.٨٨٦، وعن طريق التجزئة النصفية بلغت قيمة الثبات ٠.٨٦٤ لمعامل سبيرمان بروان، وبلغ ٠.٨٤٧ لمعامل جتمان. وتشير النتائج إلى قيم صدق وثبات مناسبة.

مقياس فيلادلفيا لليقظه العقلية^{١٠} (Philadelphia Mindfulness Scale (PHLMS) ،

ترجمة/ الباحثان

أعد هذا المقياس Cardaciotto, Herbert, Forman, Moitra and

Farrow (2008) هو مقياس ثنائي الأبعاد يتكون من ٢٠ عبارة، ويقيم مفهومين رئيسيين: الوعي الحالي للحظة والقبول (القبول عبارته معكوسة). وفيه يطلب من المفحوص تقييم مدى انطباق العبارة عليه خلال الشهر الماضي على مقياس ليكرت الخماسي (١ = أبداً إلى ٥ = في كثير من الأحيان). وتشير الدرجات العالية في هذا المقياس إلى وعي في الوقت الحاضر وقبول أكبر (نطاق الدرجات المحتمل: ٢٠-١٠٠). وللتحقق من الخصائص السيكومترية للمقياس تم تطبيق المقياس على عينة إكلينكية وعينة غير إكلينكية عددها ٥٥٩ مشاركاً (٢٧٠ ذكور، ٢٨٣ إناث، ٦ غير محدد) في المدى العمري من ١٧ - ٥٣ سنة بمتوسط عمر ٢٠.١٢ سنة، وبلغ معامل ألفا كرونباخ Cronbach's alpha coefficient ٠.٨٥ للوعي باللحظة الحالية، وبلغ

^٩ - ملحق (٥) قيم الاتساق الداخلي لاستبيان استبيان الفعل والقبول (النسخة الثانية)

^{١٠} ملحق (٦) مقياس فيلادلفيا لليقظه العقلية

٠.٨٧ للقبول، وكشف التحليل العاملي عن وجود عاملين للمقياس هما الوعي باللحظة الحالية (العبارات من ١-١٠)، والقبول (العبارات من ١١-٢٠)، كما حقق المقياس صدق مناسب مع مقياس القلق والاكتئاب.

الخصائص السيكومترية لمقياس فيلادلفيا لليقظه العقلية في البحث الحالي:

تم تطبيق مقياس فيلادلفيا لليقظه العقلية على عينة البحث الاستطلاعية، وتم التحقق من الاتساق الداخلي^{١١} عن طريق حساب معامل ارتباط البعرات بالدرجة الكلية للبعد، وترواحت القيم بين ٠.٨٣٩ - ٠.٩٢١ بالنسبة لبعد الوعي باللحظة، وبالنسبة للقبول ترواحت القيم بين ٠.٨٤٢ - ٠.٩٣٥، وتم حساب معامل ارتباط الأبعاد بالدرجة الكلية، وكانت ٠.٨٥٥ لبعد الوعي باللحظة، ٠.٨٩٠ لبعد القبول، وتم التحقق من صدق المقياس عن الصدق التلازمي: حيث تم تطبيق المقياس الحالي مع مقياس بيك للاكتئاب (غريب، ٢٠٠٠) على عينة البحث الاستطلاعية، وبحساب معامل الارتباط بلغ ٠.٩٠١ - وهي قيمة سالبة دالة إحصائياً، حيث الدرجة العالية على مقياس اليقظة العقلية تشير إلى قبول ويقظة مرتفعة والدرجة العالية على مقياس الاكتئاب تشير إلى مستوى مرتفع من الاكتئاب. وتم التحقق من ثبات مقياس فيلادلفيا لليقظه العقلية عن طريق معامل ثبات ألفا كرونباخ وبلغت قيمته ٠.٩١١ للبعد الأول، وبلغت ٠.٩٣٥ للبعد الثاني، وعن طريق التجزئة النصفية بلغت قيمة الثبات ٠.٩٠٦ للبعد الأول، وبلغت ٠.٩١٨ للبعد الثاني لمعامل سبيرمان-براون، وبالنسبة لمعامل جتمان بلغ ٠.٨٩٥ للبعد الأول، وبلغت ٠.٩٠٥ للبعد الثاني، وتشير النتائج إلى قيم صدق وثبات مناسبة.

استبيان الاندماج المعرفي ١٢ (CFQ) Cognitive Fusion Questionnaire، ترجمة/ الباحثان

أعد هذا المقياس (2014) Gillanders, Bolderston, Bond, Dempster, Flaxman, Campbell,..... and Remington لقياس القدرة على خلق مسافة نفسية بين الشخص وأفكاره ومعتقداته وذاكرياته وقصصه الذاتية. وفي مصطلحات العلاج

^{١١} - ملحق (٧) قيم الاتساق الداخلي لمقياس فيلادلفيا لليقظه العقلية

^{١٢} - ملحق (٨) استبيان الاندماج المعرفي

بالقبول والالتزام يُنظر إلى مصطلح الفصل المعرفي Defusion على أنه مهارة فك الارتباط بين الذات والخبرة العقلية Mental Experience وعدم الوقوع فيها. ويتكون الاستبيان من ٧ عبارات، وفيه يطلب من المفحوص تقييم مدى انطباق العبارة عليه خلال الشهر الماضي على مقياس ليكرت السباعي، وتتراوح الدرجات من "غير صحيح على الإطلاق = ١" إلى "صحيح دائماً = ٧" (نطاق الدرجات المحتمل: ٧-٤٩). وتشير الدرجات الأعلى إلى قدرًا أكبر من الاندماج المعرفي Greater Fusion والدرجات الأقل تشير إلى قدرًا أكبر من الفصل المعرفي Greater Defusion. وللتحقق من الخصائص السيكومترية لاستبيان الاندماج المعرفي تم تطبيق المقياس على ستة عينات مختلفة في المدى العمري من ١٧ - ٥٥ سنة، وتم التحقق من صدق وثبات المقياس بعدة طرق منها التحليل العاملي الاستكشافي والذي كشف عن ٧ عبارات تمثل الاستبيان، وصدق المحك من خلال مقياس جودة الحياة والتأمل والضغط وحقق معاملات مناسبة. وحقق معامل ألفا كرونباخ قيم تراوحت من ٠.٨٨ - ٠.٩٣ وإعادة التطبيق تراوحت بين ٠.٨٠ - ٠.٨٢.

الخصائص السيكومترية لاستبيان الاندماج المعرفي في البحث الحالي:

تم تطبيق استبيان الاندماج المعرفي على عينة البحث الاستطلاعية، وتم التحقق من الاتساق الداخلي^{١٣} عن طريق حساب معامل ارتباط العبارة بالدرجة الكلية وتراوحت القيم بين ٠.٨٢٥ - ٠.٩٠٣، وهي دالة عند مستوى ٠,٠١، وتم التحقق من صدق المقياس عن طريق الصدق التلازمي: حيث تم تطبيق المقياس الحالي مع مقياس بيك للاكتئاب (غريب، ٢٠٠٠) على عينة البحث الاستطلاعية، وبحساب معامل الارتباط بلغ ٠.٨٣٢ وهي قيمة موجبة دالة إحصائياً، حيث الدرجة العالية على استبيان الاندماج المعرفي تشير إلى قدرًا أكبر من الاندماج المعرفي، والدرجة العالية على مقياس الاكتئاب تشير إلى مستوى مرتفع من الاكتئاب. وتم التحقق من ثبات الاستبيان عن طريق معامل ثبات ألفا كرونباخ وبلغت قيمته ٠.٩٤٦، وعن طريق التجزئة النصفية بلغت قيمة الثبات ٠.٨٩٤ لمعامل سبيرمان- براون، وبلغت ٠.٨٨٦ لمعامل جتمان.

^{١٣} - ملحق (٩) قيم الاتساق الداخلي لاستبيان الاندماج المعرفي

استبيان الحياة القيمة^{١٤} Valued Living Questionnaire ، ترجمة/ الباحثان

وضع استبيان الحياة القيمة (الأهمية- اتساق التصرف مع القيمة) Wilson, Sandoz, Kitchens, and Roberts, (2010)، وللتحقق من الخصائص السيكومترية للاستبيان تم تطبيق الاستبيان على ٣٣٨ طالباً من طلاب الجامعة، بمتوسط عمر ١٩.٩٤ سنة، وتم التحقق من ثبات الاستبيان عن طريق معامل ألفا كرونباخ وبلغ ٠.٧٧، وتم التحقق من صدق المحتوى وصدق البناء وصدق المحك مع عدة مقاييس منها القلق والاكتئاب والذي كشف عن علاقة سالبة دالة إحصائياً، ويتكون الاستبيان من ١٠ مجالات ذات قيمة في الحياة، ويتم التقدير فيه وفق نظامين، النظام الأول: وفقاً للأهمية من خلال تقدير من ١ - ١٠ درجات، والنظام الثاني وفقاً لاتساق التصرف مع القيمة.

الخصائص السيكومترية لاستبيان الحياة القيمة في البحث الحالي:

تم تطبيق استبيان الحياة القيمة على عينة البحث الاستطلاعية، وتم حساب الاتساق الداخلي^{١٥} عن طريق حساب معاملات ارتباط العبارات بالدرجة الكلية، وترواحت القيم بين ٠.٨٣٩ - ٠.٩٢١ للأهمية، ٠.٨٤٢ - ٠.٩٣٥ لاتساق القيمة مع التصرف، وهي قيم دالة عند مستوى ٠.٠٠١، وتم التحقق من صدق المقياس عن طريق الصدق التلازمي: حيث تم تطبيق المقياس الحالي مع مقياس بيك للاكتئاب (غريب، ٢٠٠٠) على عينة البحث الاستطلاعية، وبحساب معامل الارتباط بلغ ٠.٧٨٢ - وهي قيمة سالبة دالة إحصائياً بالنسبة لبعد الأهمية، وبلغ ٠.٨٠١ - وهي قيمة سالبة دالة إحصائياً بالنسبة لبعد اتساق التصرف مع القيمة، وتم التحقق من ثبات استبيان الحياة القيمة عن طريق معامل ثبات ألفا كرونباخ وبلغت قيمته ٠.٨٣٤ لبعد الأهمية، وبلغت ٠.٨٤٠ لبعد اتساق التصرف مع القيمة، وعن طريق التجزئة النصفية بلغت القيمة ٠.٨١٩ لبعد الأهمية، وبلغت ٠.٨٢٢ لبعد الاتساق مع التصرف بالنسبة لمعامل سبيرمان - بروان، وبلغت القيمة ٠.٨٠٨ لبعد الأهمية، وبلغت ٠.٨١٠ لبعد اتساق التصرف مع القيمة بالنسبة لمعامل جتمان.

^{١٤} ملحق (١٠) استبيان الحياة القيمة

^{١٥} - ملحق (١١) قيم الاتساق الداخلي لاستبيان الحياة القيمة

برنامج العلاج بالقبول والالتزام ١٦، إعداد/ الباحثان

الهدف العام: يهدف البرنامج الحالي إلى خفض أعراض اضطراب الشخصية التجنبية لدى طلاب الجامعة من خلال برنامج العلاج بالقبول والالتزام. وتم ذلك من خلال الأهداف الفرعية التالية:

الأهداف الخاصة:

- تعليم العميل القبول كبديل لتجنب الخبرة.
- تعليم العميل الفصل المعرفي كبديل للاندماج المعرفي.
- تعليم العميل الوعي باللحظة الحالية كبديل لفقدان الاتصال بهنا والآن.
- تعليم العميل الذات كسياق كبديل للتعلم بالذات المفاهيمية أو الجامدة.
- تعليم العميل اختيار القيم بناء على اتجاهات الحياة التي يتم اتباعها من خلال العمل المستمر الهادف على أساس لحظة بلحظة.
- تعليم العميل العمل الملتزم كبديل للكسل والاندفاع و/ أو السلوك المتجنب.
- تطوير وتنمية المرونة النفسية لدى العميل

الأهداف الإجرائية: تم وضعها في المخطط التفصيلي للبرنامج جدول (٣).

مصادر بناء البرنامج: تم الرجوع في بناء البرنامج للمصادر التالية: (١) المؤلفات والأطر النظرية في العلاج بالقبول والالتزام (Hayes, Follette, & Linehan, 2004; Hayes, Luoma, Bond, Masuda, & Lillis, 2006). (٢) البحوث والدراسات التي اهتمت بالعلاج بالقبول والالتزام في خفض أعراض الشخصية التجنبية (Chan et al., 2007; Dalrymple & Herbert, 2015; al., 2015). (٣) البحوث والدراسات التي اهتمت بخصائص اضطراب الشخصية التجنبية وأساليب علاجها (Dimaggio et al., 2017; Gordon-King, et al. 2018; Dimaggio, et al., 2015; Gordon-King, et al. 2019).

أسس وقواعد بناء البرنامج:

تم استخلاص أسس وقواعد البرنامج الحالي في ضوء توجيهات وتعليمات منظرين العلاج بالقبول والالتزام وفي ضوء خصائص اضطراب الشخصية التجنبية (Hayes, Follette, & Linehan, 2004; Hayes, Luoma, Bond, Masuda, & Lillis, 2006; Hemmati, Mirghaed, Rahmani, & Komasi, 2019) وتتضمن ما

يلي:

- مراجعة كل جلسة بعناية ودقة قبل التطبيق.
- مراجعة التمارين والاستعارات بعناية والتأكد من ارتباطها بمدخل العلاج بالقبول والالتزام، والتأكد من أنها تخدم العميل، وهدف الجلسة.
- مراجعة الجلسة في ضوء الجلسة التي تسبقها والتي تليها.
- التأكد بصفة عامة من فهم بنية الجلسة، وهذا قد ينعكس جيداً على العميل عند التطبيق.
- التحقق من تقدم العميل في العلاج على فترات منتظمة وبطرق موضوعية.
- تبدأ كل جلسة بتمرين اليقظة العقلية، مع تقديم أساس منطقي لليقظة العقلية، وقد يكون ذلك لمرة واحدة فقط، ولكن لا يتردد المعالج في إعادة عرض الأساس المنطقي عند الحاجة. على أن يكون المعالج مدركاً لأهمية ومنطق ممارسة اليقظة العقلية، والغرض من تمرين اليقظة العقلية جذب انتباه المعالج والمريض "إلى الغرفة" كتحضير للجلسة؛ ومساعدة المريض على ممارسة الوعي اليقظ كجزء من التدخل العلاجي الشامل.
- ينبغي على المعالج أثناء العلاج أن يكون مدركاً أن مرضى اضطراب الشخصية التجنبية يمكن أن يكون لديهم قلق بشأن المستقبل أو ربما يكون عالقاً بشكل مؤلم بخبرات قلق ماضية. واليقظة العقلية تساعد على ممارسة العيش بشكل كامل في هذه اللحظة، أي التواجد في هذا المكان والزمان بدلاً من الأماكن التي يمكن أن تسبب معاناة إضافية. ومن خلال هذا التمرين يحاول المعالج أن يجعل العميل يرى نفسه أكبر من أفكاره ومشاعره للحصول على الحرية منها.

- يجب أن تتم تمارين اليقظة العقلية بوتيرة ونبرة مناسبة، مع السماح للعميل بالحضور والتركيز بشكل خاص على التمرين عن طريق إضافة مسافة بين التعليقات، ويمكن أن تكون السرعة صعبة إذا كان العميل جديدًا على اليقظة، وقد يكون هناك اتجاه للتحرك من خلال التمارين بسرعة كبيرة، مع ذكر التعليمات واحدة تلو الأخرى، مع مراعات عدم وجود وقت فاصل بين استفسارات المريض والرد عليها، الممارسة البطيئة والسريعة سيؤدي إلى تمرين اليقظة بشكل أفضل، يجب أن تكون النغمة بشكل عام ناعمة، ومن المهم عدم التسرع في تمرين اليقظة العقلية، لأن الغرض من التمرين يمكن أن يضيع تحت هذه الظروف. ومن المستحسن بشدة المشاركة في ممارسة اليقظة العقلية بشكل روتيني لفهم الممارسة بشكل أفضل.
- التركيز على ما يعمل على تحقيق هدف معين بدلاً من "الحقيقة المطلقة" أو إعطاء تفسير عقلي لسلوك معين، يجب أيضًا ربط قابلية العمل بالقيم ، فقط لأن شيئًا ما يعمل، لا يعني بالضرورة أنه يجب القيام به.
- أن تتضمن كل جلسة مراجعة الواجب المنزلي وخبرات وردود فعل المريض في الجلسة السابقة في فترة قصيرة من الجلسة الحالية.
- استخدم المواد بالتتابع، ولكن لا تتردد في التوسع في الجلسات إذا لزم الأمر.
- يمكن أيضًا استخدام مكونات أساسية أخرى لم يتم تناولها في جلسة محددة بمرونة وبطريقة مناسبة لحالة المريض. على سبيل المثال ، في جلسة مصممة للتركيز على الرغبة Willingness، قد تؤدي المناقشة إلى التركيز على القيم Values أو الذات كسياق. Self-as-Context . ويُعد التحرك بمرونة بهذه الطريقة مناسبًا حتى تستفيد العميل من أقصى حد من الفرص الطبيعية لتقديم مفاهيم مترامنة مع خبرة العميل أثناء الجلسة أو فيما يتعلق بالأحداث/ الواجبات المنزلية الأخيرة.
- دمج المادة الجديدة في أمثلة من حياة المريض، الفكرة هي تطبيق المفاهيم بطريقة تكون ذات صلة بالمريض بشكل شخصي ، باستخدام المفاهيم بطريقة تتحدث عن تجربتهم الشخصية. ويمكن الاستعانة بتجربة العميل مباشرةً واستخدام التدخلات

الأساسية كوسيلة لإعلام العميل بكيفية استمرار التجربة الداخلية وتدفقها، وليست ثابتة.

- استهداف وتعطيل السلوك المحكوم بالقواعد ١٧.
- ربط التمارين بالهدف العام للعلاج: لمساعدة العملاء على قبول الخبرة الداخلية من خلال الفصل المعرفي واليقظة (مساعدتهم على رؤية أن لديهم عقلاً وليس هم عقلاً)
- مشكلات العميل الحالية Presenting Problems : تشمل تجنب الخبرة، عدم القبول، التناقس، القيم غير الواضحة، إلخ، والتي يتم تناولها باستخدام العناصر والمواد الأساسية عبر العلاج.
- وقد تشمل الأهداف العامة لكل جلسة ما يلي: (١) ربط المفاهيم الأساسية ببعضها البعض؛ (٢) ربط الاستعارات والتمارين معاً. (٣) ربط الاستعارات والتمارين بالمفاهيم الأساسية.
- العمل معاً (المعالج والعميل) لتطوير الواجبات المنزلية أو الالتزامات السلوكية والموافقة عليها.
- مراجعة الواجبات المنزلية التي سيقوم بها العميل بين الجلسات بانتظام ومناقشته فيها. ويمكن تحديد الواجبات من مصادر متعددة منها أدلة العلاج بالقبول والالتزام والكتب المتخصصة في ذلك، أو من المواد التي يمكن تطويرها بين المعالج والعميل أثناء جلسات العلاج.
- لا يجب تخطي الواجبات المنزلية: فأحد أغراض الواجبات المنزلية هو تقديم خبرات تعرض صغيرة، والوصول بالعميل إلى اتصال حالي بالخبرة مع فكرة أنه يمكنه المضي قدماً حتى مع وجود خبراته الداخلية الصعبة. فستوفر الواجبات المنزلية

١٧ - السلوك المحكوم بالقواعد Rule-governed behavior هو سلوك يخضع لسيطرة القواعد اللفظية. والقواعد مفيدة لإرشادنا اجتماعياً وتقينا من الخطر وأنواع معينة من المشاكل. ومع ذلك ، يمكن أن تكون القواعد أيضاً مشكلة بحد ذاتها عندما لا تتفاعل معها بمرونة. على سبيل المثال ، "يجب أن أتحكم في أفكاري السلبية ومشاعري للحصول على حميمية حقيقية" وهذا كقاعدة يمكن أن يؤخر الحميمية، فالشيئ المثير للاهتمام بما فيه الكفاية هو عكس الحميمية

معلومات تجريبية قيمة للعميل، وقد يكون من المفيد صياغة الواجبات المنزلية كخطوات جريئة تتخذ في خدمة الحياة ذات القيمة.

- الالتزام بقواعد كل جلسة والتعليمات العامة للتدخل في ملحق البرنامج. وصف البرنامج: تكون برنامج العلاج بالقبول والالتزام من ١٢ موضوعاً، تم توزيعهم على ٢٢ جلسة، مدة الجلسة الواحدة من ٥٠ - ٦٠ دقيقة، وتكونت كل جلسة من عنوان الجلسة والأهداف الإجرائية، والمواد المستخدمة في الجلسة، والتمارين والاستعارات، ثم أنشطة الجلسة يعقبها الواجب المنزلي والتكليفات السلوكية، والجدول التالي (٣) يوضح المخطط التفصيلي لبرنامج العلاج بالقبول والالتزام:

جدول (٣) المخطط التفصيلي لبرنامج العلاج بالقبول والالتزام

موضوع الجلسة	رقم الجلسة	الأهداف الإجرائية للجلسة	التمرينات والاستعارات	المواد	الأنشطة
قبول العلاج والتحالف العلاجي	١	١. أن يدرك العميل سبب حضوره جلسات البرنامج. ٢. بناء التحالف العلاجي. ٣. أن يقيم العميل لنفسه ٤. أن يتعرف العميل على محتوى البرنامج والالتزام السلوكي. ٥. أن يتعرف العميل على أهمية الواجب المنزلي والتكليفات السلوكية. ٦. أن يحدد المعالج مع العميل الواجبات المنزلية والتكليفات السلوكية.	١. تمارين الخياطة	١. ورقة عمل تقييم العميل لنفسه (ملحق ١) ٢. ورقة عمل تقييم القيم (ملحق ٢)	١. لماذا؟ ٢. بناء التحالف العلاجي. ٣. صياغة الحالة. محتوى البرنامج والالتزام السلوكي. ٥. الواجب المنزلي
تقييم القيم	٢-٣	١. أن يمارس العميل تمارين التنفس اليقظ. ٢. أن يراجع المعالج مع العميل الواجب المنزلي والتكليفات السلوكية. ٣. أن يقيم العميل قيمه مع المعالج. ٤. أن يحدد المعالج مع	١. تمارين التنفس اليقظ	١. ورقة عمل تقييم القيم (ملحق ٢). ٢. ورقة عمل تتبع ممارسة اليقظة العقلية (ملحق ٣). ٣. ورقة عمل معوقات معاشة	١. تمارين التنفس اليقظ. ٢. مراجعة الجلسة السابقة والواجب المنزلي. ٣. تقييم القيم. ٤. تحقيق القيم.

موضوع الجلسة	رقم الجلسة	الأهداف الإجرائية للجلسة	التمرينات والاستعارات	المواد	الأنشطة
		العميل الواجبات المنزلية والتكليفات السلوكية.		القيم (ملحق ٤). ٤. ورقة عمل نموذج صياغة الحالة (ملحق ٥).	
اليأس الإبداعي	٦-٤	١. أن يمارس العميل تمرين الأكل اليقظ. ٢. أن يراجع المعالج مع العميل الجلسة السابقة والواجب المنزلي. ٣. أن يتصل العميل بجميع الجهود التي بذلها لمحاولة القضاء على تجاربه الداخلية أو تغييرها أو إصلاحها وتوجيهه لتقييم جدوى هذه الجهود؛ أو مدى فاعليته في حل مشكلته. ٤. أن يمارس تمرين كرة في حمام السباحة، استعارة شد الحبل، الرمال المتحركة. ٥. أن يحدد المعالج مع العميل الواجبات المنزلية والتكليفات السلوكية.	١. تمرين الأكل اليقظ. ٢. تمرين كرة في حمام السباحة. ٣. استعارة شد الحبل. ٤. استعارة الرمال المتحركة.	١. ورقة عمل نموذج تتبع ممارسة تمرينات اليقظة العقلية (ملحق ٣). ٢. ورقة عمل معوقات معايشة القيم (ملحق ٤). ٣. ورقة عمل اليأس الإبداعي (ملحق ٦).	١. تمرين الأكل اليقظ. ٢. مراجعة الجلسة السابقة والواجب المنزلي. ٣. اليأس الإبداعي. ٤. استعارة كرة في حمام السباحة. ٥. استعارة الأصفاد الصينية. ٦. استعارة شد الحبل. ٧. الرمال المتحركة.
التحكم كمشكلة	٩-٧	١. أن يمارس العميل تمرين اليقظة العقلية "أوراق على تيار" ٢. أن يراجع المعالج مع العميل الجلسة السابقة والواجب المنزلي. ٣. أن يدرك العميل أن السيطرة مشكلة. ١. أن يمارس العميل تمرين قاعدة ٩٥% مقابل ٥%	١. تمرين أوراق على تيار. ٢. تمرين قاعدة ٩٥% مقابل ٥%. ١. تمرين لا تفكر في	١. ورقة عمل نموذج تتبع ممارسة تمرينات اليقظة العقلية (ملحق ٣). ٢. ورقة عمل التحكم كمشكلة (ملحق ٧). ١. ورقة عمل نموذج صياغة	١. تمرين أوراق على تيار". ٢. مراجعة الواجب المنزلي. ١. التحكم كمشكلة. ٢. اللوم والمسؤولية. ٣. التركيز على

موضوع الجلسة	رقم الجلسة	الأهداف الإجرائية للجلسة	التمرينات والاستعارات	المواد	الأنشطة
		<p>٢. أن يمارس العميل تمرين لا تفكر في جرو.</p> <p>٣. أن يمارس العميل تمرين الكشف عن القلق التام.</p> <p>٤. أن يمارس العميل تمرين "ما الأرقام؟"</p> <p>٥. أن يدرك العميل أنه الصعب إنشاء مشاعر إيجابية.</p> <p>٦. أن يمارس العميل تمرين الوقوع في الحب.</p> <p>٧. أن يمارس العميل تمرين "أشعر بالسعادة الآن".</p> <p>٨. أن يميز بين اللوم والمسؤولية.</p> <p>٩. أن يمارس العميل استعارة شخص في حفرة.</p> <p>١٠. أن يتعلم العميل التركيز على الحاضر بدلا من الماضي.</p> <p>١١. أن يمارس العميل استعارة القيادة بمرآة الرؤية الخلفية.</p> <p>١٢. أن يحدد المعالج مع العميل الواجبات المنزلية والتكليفات السلوكية.</p>	<p>جرو.</p> <p>٢. تمرين الكشف عن القلق التام.</p> <p>٣. تمرين "ما الأرقام؟"</p> <p>٤. تمرين الوقوع في الحب.</p> <p>٥. تمرين "أشعر بالسعادة الآن".</p> <p>٦. استعارة شخص في حفرة.</p> <p>٧. استعارة القيادة بمرآة الرؤية الخلفية.</p>	حالة (ملحق ٥).	الحاضر بدلا من الماضي.
الاستعداد: بناء القبول، وفصل اللغة - الجزء الأول	١٠ - ١٢	<p>١. أن يمارس العميل تمرين اليقظة العقلية "المشي اليقظ"</p> <p>٢. أن يراجع المعالج مع العميل الجلسة السابقة والواجب المنزلي.</p> <p>٣. أن يدرك العميل الفرق</p>	<p>١. تمرين المشي اليقظ.</p> <p>٢. تمرين حجم الإستهداد.</p> <p>٣. تمرين</p>	<p>١. ورقة عمل نموذج تتبع ممارسة تمرينات اليقظة العقلية (ملحق ٣).</p> <p>٢. ورقة عمل التحكم كمشكلة</p>	<p>١. تمرين اليقظة العقلية "المشي اليقظ".</p> <p>٢. مراجعة الجلسة السابقة والواجب المنزلي.</p>

موضوع الجلسة	رقم الجلسة	الأهداف الإجرائية للجلسة	التمرينات والاستعارات	المواد	الأنشطة
		<p>بين التحكم والاستعداد.</p> <p>٤. أن يمارس العميل تمرين حجم الإستعداد.</p> <p>٥. أن يكتشف العميل معوقات الاستعداد.</p> <p>٦. أن يتغلب العميل على معوقات الاستعداد.</p> <p>٧. أن يمارس العميل تمرين فصل الفكر عن المفكر، والاتفعال عن المنفعل.</p> <p>٨. أن يمارس العميل تمرين الخروج من اللواكن.</p> <p>٩. أن يمارس العميل تمرين خذ عقلك في نزهة مشي.</p> <p>١٠. أن يحدد المعالج مع العميل الواجبات المنزلية والتكليفات السلوكية.</p>	<p>فصل الفكر عن المفكر، والاتفعال عن المنفعل.</p> <p>٤. تمرين الخروج من اللواكن.</p> <p>٥. تمرين خذ عقلك في نزهة مشي</p>	<p>(ملحق ٧).</p> <p>٣. ورقة عمل تمرين فصل الفكر عن المفكر والاتفعال عن المنفعل (ملحق ٨).</p> <p>٤. ورقة عمل الاستعداد الجزء الأول (ملحق ٩).</p> <p>٥. ورقة عمل الواجب المنزلي العمل الجزء الأول (ملحق ١٠).</p> <p>٦. ورقة عمل نموذج صياغة حالة (ملحق ٥).</p>	<p>٣. التحكم والاستعداد.</p> <p>٤. معوقات الاستعداد.</p> <p>٥. التغلب على معوقات الاستعداد.</p>
<p>الاستعداد: بناء القبول، وفصل اللغة - الجزء الثاني</p>	١٣	<p>١. أن يمارس العميل تمرين اليقظة العقلية "مسح الجسد"</p> <p>٢. أن يراجع المعالج مع العميل الجلسة السابقة والواجب المنزلي.</p> <p>٣. أن يتبنى العميل الاستعداد كبديل للتحكم.</p> <p>٤. أن يمارس العميل تمرين استعارة المستنقع.</p> <p>٥. أن يمارس العميل تمرين الليمون.</p> <p>٦. أن يمارس العميل تمرين اللعب.</p> <p>٧. أن يمارس العميل تمرين إيجاد مكان للجلوس.</p>	<p>١. تمرين مسح الجسد".</p> <p>٢. استعارة المستنقع، تمرين الليمون.</p> <p>٣. تمرين اللعب.</p> <p>٤. تمرين إيجاد مكان للجلوس.</p> <p>٥. تمرين العيون في العيون.</p> <p>٦. تمرين</p>	<p>١. ورقة عمل نموذج تتبع ممارسة تمرينات اليقظة العقلية (ملحق ٣).</p> <p>٢. ورقة عمل الاستعداد الجزء الأول (ملحق ٩).</p> <p>٣. ورقة عمل الواجب المنزلي العمل الجزء الأول (ملحق ١٠).</p> <p>٤. رقة عمل الاستعداد الجزء الثاني</p>	<p>١. تمرين مسح الجسد.</p> <p>٢. مراجعة الجلسة السابقة والواجب المنزلي.</p> <p>٣. الاستعداد كبديل للتحكم.</p>

موضوع الجلسة	رقم الجلسة	الأهداف الإجرائية للجلسة	التمريينات والاستعارات	المواد	الأنشطة
		<p>٨. أن يمارس العميل تمرين العيون في العيون</p> <p>٩. أن يمارس العميل تمرين غيوم في السماء.</p> <p>١٠. أن يحدد المعالج مع العميل الواجبات المنزلية والتكليفات السلوكية.</p>	<p>غيوم في السماء.</p>	(ملحق ١١).	
الذات كسياق الجزء الأول	١٤-١٥	<p>١- أن يمارس العميل تمرين اليقظة العقلية "تمرين الهدوء"</p> <p>٢. أن يراجع المعالج مع العميل الجلسة السابقة والواجب المنزلي.</p> <p>٣. أن يتصل العميل بالذات كسياق.</p> <p>٤. أن يفهم العميل إستعارة جهاززي حاسب آلي.</p> <p>٥. أن يفهم العميل إستعارة الشطرنج.</p> <p>٦. أن يفهم العميل إستعارة الفصل الدراسي.</p> <p>٧. أن يفهم العميل إستعارة السماء والطقس.</p> <p>٨. أن يحدد المعالج مع العميل الواجبات المنزلية والتكليفات السلوكية.</p>	<p>١. تمرين الهدوء.</p> <p>٢. إستعارة جهاززي حاسب آلي.</p> <p>٣. إستعارة الشطرنج.</p> <p>٤. إستعارة الفصل الدراسي.</p> <p>٥. إستعارة السماء والطقس.</p>	<p>١. ورقة عمل نموذج تتبع ممارسة تمرينات اليقظة العقلية (ملحق ٣).</p> <p>٢. ورقة عمل الاستعداد الجزء الثاني (ملحق ١١).</p> <p>٣. ورقة عمل الواجب المنزلي العمل الجزء الأول (ملحق ١٠).</p> <p>٤. ورقة عمل الذات كسياق الجزء الأول (ملحق ١٢).</p>	<p>١. تمرين الهدوء.</p> <p>٢. مراجعة الجلسة السابقة والواجب المنزلي.</p> <p>٣. الذات كسياق.</p>
الذات كسياق الجزء الثاني	١٦	<p>١. أن يمارس العميل تمرين اليقظة العقلية "تمرين الكلمة/ العبارة"</p> <p>٢. أن يراجع المعالج مع العميل الجلسة السابقة والواجب المنزلي.</p> <p>٣. أن يتصل العميل بالذات كسياق.</p>	<p>١. تمرين الكلمة/ العبارة.</p> <p>٢. تمرين الجسد.</p> <p>٣. تمرين وحش من علبة</p>	<p>١. ورقة عمل نموذج تتبع ممارسة تمرينات اليقظة العقلية (ملحق ٣).</p> <p>٢. ورقة عمل الذات كسياق الجزء الثاني</p>	<p>١. تمرين الكلمة/ العبارة.</p> <p>٢. مراجعة الجلسة السابقة والواجب المنزلي.</p> <p>٣. الذات كسياق.</p>

موضوع الجلسة	رقم الجلسة	الأهداف الإجرائية للجلسة	التمرينات والاستعارات	المواد	الأنشطة
		٤. أن يمارس العميل تمرين الجسد. ٥. أن يمارس العميل تمرين وحش من علية قصدير. ٦. أن يتصل العميل بالذات كسياق. ٧. أن يحدد المعالج مع العميل الواجبات المنزلية والتكليفات السلوكية.	قصدير.	٣. ورقة عمل (ملحق ١٣). الواجب المنزلي العمل الجزء الأول (ملحق ١٠).	
القيم الجزء الأول	١٧	١. أن يمارس العميل تمرين اليقظة العقلية تمرين "نعم" و"لا". ٢. أن يراجع المعالج مع العميل الجلسة السابقة والواجب المنزلي. ٣. أن يطور العميل قيمه، وينشأ قيم جديد من اختياره. ٤. أن يتصل العميل بقيمه المختارة. ٥. أن يمارس العميل تمرين شاهد القبر. ٦. أن يمارس العميل تمرين عيد الميلاد الثمانون. ٧. أن يحدد المعالج مع العميل الواجبات المنزلية والتكليفات السلوكية.	١. تمرين "نعم" و"لا". ٢. تمرين شاهد القبر. ٣. تمرين عيد الميلاد الثمانون	٤. ورقة عمل نموذج تتبع ممارسة تمرينات اليقظة العقلية (ملحق ٣). ٥. ورقة عمل الذات كسياق الجزء الثاني (ملحق ١٣). ٦. ورقة عمل الواجب المنزلي العمل الجزء الأول (ملحق ١٠). ٧. ورقة عمل تقييم القيم (ملحق ٢). ٨. تمرين شاهد القبر (ملحق ١٨).	١. تمرين "نعم" و"لا". ٢. مراجعة الجلسة السابقة والواجب المنزلي. ٣. القيم.
القيم الجزء الثاني	١٨ - ١٩	١. أن يمارس العميل تمرين اليقظة العقلية "الملاحظة اليقظة". ٢. أن يراجع المعالج مع العميل الجلسة السابقة والواجب المنزلي.	١. تمرين الملاحظة اليقظة". ٢. تمرين وجهان لعملة	١. ورقة عمل نموذج تتبع ممارسة تمرينات اليقظة العقلية (ملحق ٣). ٢. ورقة عمل تقييم	١. تمرين الملاحظة اليقظة. ٢. مراجعة الجلسة السابقة والواجب

موضوع الجلسة	رقم الجلسة	الأهداف الإجرائية للجلسة	التمرينات والاستعارات	المواد	الأنشطة
		<p>٣. أن يحدد قيمه ويتصل بها.</p> <p>٤. أن يمتلك الخيار عند اختيار القيم والتصرف.</p> <p>٥. أن يمارس تمرين وجهان لعملة واحدة.</p> <p>٦. أن يدرك أن القيمة تنتج من الفعل، وأن القيمة عملية وليست نتيجة.</p> <p>٧. أن يمارس تمرين الأبطال.</p> <p>٨. أن يمارس تمرين الوصايا الخاصة.</p> <p>٩. أن يمارس تمرين العملية مقابل النتيجة.</p> <p>١٠. أن يفهم إستعارة التزلج.</p> <p>١١. أن يحدد المعالج مع العميل الواجبات المنزلية والتكليفات السلوكية.</p>	<p>واحدة.</p> <p>٣. تمرين الأبطال.</p> <p>٤. تمرين الوصايا الخاصة.</p> <p>٥. تمرين العملية مقابل النتيجة.</p> <p>٦. إستعارة التزلج.</p>	<p>القيم (ملحق ٢).</p> <p>٣. ورقة عمل وجهان لعملة واحدة (ملحق ٤).</p> <p>٤. ورقة عمل نموذج صياغة حالة (ملحق ٥)</p>	<p>المنزلي.</p> <p>٣. القيم.</p> <p>٤. القيم عملية وليست نتيجة.</p>
العمل الملتزم	٢٠-٢١	<p>١. أن يمارس العميل تمرين اليقظة العقلية "العمر اليقظ"</p> <p>٢. أن يراجع المعالج مع العميل الجلسة السابقة والواجب المنزلي.</p> <p>٣. أن يفهم العميل استعارة المسافرين في إتوبيس.</p> <p>٤. أن يتعلم العميل ما تتضمنه اختصارات F.E.A.R. and A.C.T.</p> <p>٥. أن يمارس العميل تمرين أسئلة الاستعداد.</p>	<p>١. تمرين العمر اليقظ.</p> <p>٢. استعارة المسافرين في إتوبيس.</p> <p>٣. تمرين أسئلة الاستعداد.</p> <p>٤. تمرين الطفل</p>	<p>٥. ورقة عمل (٣-)</p> <p>نموذج تتبع ممارسة تمرينات اليقظة العقلية).</p> <p>٦. ورقة عمل العمل الملتزم (ملحق ١٥)</p>	<p>١. تمرين العمر اليقظ.</p> <p>٢. مراجعة الجلسة السابقة والواجب المنزلي.</p> <p>٣. العمل الملتزم.</p> <p>٤. قبول، اختيار، اتخاذ إجراء.</p>

موضوع الجلسة	رقم الجلسة	الأهداف الإجرائية للجلسة	التمرينات والاستعارات	المواد	الأنشطة
		٦. أن يمارس العميل تمرين الطفل. ٧. أن يحدد المعالج مع العميل الواجبات المنزلية والتكليفات السلوكية.			
النهائية	٢٢	١. أن يمارس العميل تمرين التقدير اليقظ. ٢. أن يراجع المعالج مع العميل الجلسة السابقة والواجب المنزلي. ٣. أن يفهم العميل ملخص عملية العلاج. ٤. أن يدرك العميل استعارة "جو" المشاكس. ٥. أن يراجع المعالج مع العميل تمرين أسئلة الاستعداد.	١. تمرين التقدير اليقظ. ٢. استعارة "جو" المشاكس. ٣. تمرين أسئلة الاستعداد.	١. ورقة عمل نموذج تتبع ممارسة تمرينات اليقظة العقلية (ملحق ٣)	١. تمرين التقدير اليقظ. ٢. مراجعة الجلسة السابقة والواجب المنزلي. ٣. حكاية قصة. الإنهاء. ٤. مراجعة تمرين أسئلة الاستعداد. ٥. الووقوف والالتزام. ٦. التقييم النهائي

تقويم البرنامج: تم تقويم البرنامج بالطرق الآتية: (١) تم عرض البرنامج على مجموعة من المحكمين في الصحة النفسية وعلم النفس الإكلينيكي^{١٨}، وتم تعديل ما اقترحه المحكمون. (٢) التقويم القبلي والبعدى: حيث تم استخدام التقويم القبلي والبعدى للمجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج. (٣) المقارنة بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة بعد تطبيق البرنامج. (٤) تم التحقق من فاعلية البرنامج بعد شهرين من توقف تطبيق البرنامج.

الأساليب الإحصائية: تم استخدام الأساليب الإحصائية الآتية: إختبار مان وتني (ي) لعينتين مستقلتين Mann Whitney Test (U)، واختبار ويلكوكسن لعينتين غير مستقلتين Wilcoxon Test .

^{١٨} - ملحق (٣) قائمة محكمي أدوات البحث

عاشراً: نتائج البحث ومناقشتها:

نتائج الفرض الأول: ينص الفرض الأول على "توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق برنامج العلاج بالقبول والالتزام على استبيان القبول والعمل، ومقياس فيلادلفيا لليقظة العقلية، واستبيان الاندماج المعرفي، واستبيان الحياة القيمة، ومقياس اضطراب الشخصية التجنسية لصالح القياس البعدي". وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام اختبار " ويلكوكسون "، والجدول (٤) يوضح الفروق بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق برنامج العلاج بالقبول والالتزام على أدوات البحث:

جدول (٤) الفروق بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق برنامج العلاج بالقبول والالتزام على أدوات البحث.

الدالة	Z	مجموع الرتب	متوسط الرتب	ن	الرتب	أدوات البحث	
٠.٠٠١	٢.٢٠١	٢١.٠٠	٣.٥٠	٦	الرتب السالبة	استبيان القبول والعمل	
		٠.٠٠	٠.٠٠	٠	الرتب الموجبة		
				٠	الرتب المتساوية		
٠.٠٠١	٢.٢٢٦	٠.٠٠	٠.٠٠	٠	الرتب السالبة	الوعي	مقياس اليقظة العقلية " فيلادلفيا"
		٢١.٠٠	٣.٥٠	٦	الرتب الموجبة		
				٠	الرتب المتساوية		
٠.٠٠١	٢.٢١٤	٠.٠٠	٠.٠٠	٠	الرتب السالبة	القبول	
		٢١.٠٠	٣.٥٠	٦	الرتب الموجبة		
				٠	الرتب المتساوية		
٠.٠٠١	٢.٢٠٧	٠.٠٠	٠.٠٠	٠	الرتب السالبة	الدرجة الكلية	
		٢١.٠٠	٣.٥٠	٦	الرتب الموجبة		
				٠	الرتب المتساوية		
٠.٠٠١	٢.٢٠١	٢١.٠٠	٣.٥٠	٦	الرتب السالبة	استبيان الاندماج المعرفي	
		٠.٠٠	٠.٠٠	٠	الرتب الموجبة		
				٠	الرتب المتساوية		
٠.٠٠١	٢.٢٠٧	٠.٠٠	٠.٠٠	٠	الرتب السالبة	الأهمية	استبيان الحياة القيمة
		٢١.٠٠	٣.٥٠	٦	الرتب الموجبة		
				٠	الرتب المتساوية		
٠.٠٠١	٢.٢٢٦	٠.٠٠	٠.٠٠	٠	الرتب السالبة	العمل	
		٢١.٠٠	٣.٥٠	٦	الرتب الموجبة		

الدالة	Z	مجموع الرتب	متوسط الرتب	ن	الرتب	أدوات البحث	
				٠	الرتب المتساوية		
٠.٠١	٢.٢٠١	٢١.٠٠	٣.٥٠	٦	الرتب السالبة	الهوية	مقياس اضطراب الشخصية التجنبية
		٠.٠٠	٠.٠٠	٠	الرتب الموجبة		
				٠	الرتب المتساوية		
٠.٠١	٢.٢٦٤	٢١.٠٠	٣.٥٠	٦	الرتب السالبة	التوجه الذاتي	
		٠.٠٠	٠.٠٠	٠	الرتب الموجبة		
				٠	الرتب المتساوية		
٠.٠١	٢.٢٣٢	٢١.٠٠	٣.٥٠	٦	الرتب السالبة	التعاطف	
		٠.٠٠	٠.٠٠	٠	الرتب الموجبة		
				٠	الرتب المتساوية		
٠.٠١	٢.٢٣٢	٢١.٠٠	٣.٥٠	٦	الرتب السالبة	الحميمية	
		٠.٠٠	٠.٠٠	٠	الرتب الموجبة		
				٠	الرتب المتساوية		
٠.٠١	٢.٢١٤	٢١.٠٠	٣.٥٠	٦	الرتب السالبة	القلق	
		٠.٠٠	٠.٠٠	٠	الرتب الموجبة		
				٠	الرتب المتساوية		
٠.٠١	٢.٢٣٢	٢١.٠٠	٣.٥٠	٦	الرتب السالبة	الانسحاب	
		٠.٠٠	٠.٠٠	٠	الرتب الموجبة		
				٠	الرتب المتساوية		
٠.٠١	٢.٢١٤	٢١.٠٠	٣.٥٠	٦	الرتب السالبة	انعدام التلذذ	
		٠.٠٠	٠.٠٠	٠	الرتب الموجبة		
				٠	الرتب المتساوية		
٠.٠١	٢.٢٠٧	٢١.٠٠	٣.٥٠	٦	الرتب السالبة	تجنب الحميمية	
		٠.٠٠	٠.٠٠	٠	الرتب الموجبة		
				٠	الرتب المتساوية		
٠.٠١	٢.٢٠١	٢١.٠٠	٣.٥٠	٦	الرتب السالبة	الدرجة الكلية لمقياس اضطراب الشخصية التجنبية	
		٠.٠٠	٠.٠٠	٠	الرتب الموجبة		
				٠	الرتب المتساوية		

يتضح من الجدول (٤) وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى ٠.٠١ بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق برنامج العلاج بالقبول والالتزام على استبيان القبول والعمل، ومقياس فيلادلفيا لليقظة العقلية، واستبيان الاندماج المعرفي، واستبيان الحياة القيمة، ومقياس اضطراب الشخصية التجنبية لصالح القياس البعدي.

نتائج الفرض الثاني: ينص الفرض الثاني على "توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية ومتوسطات رتب درجات المجموعة الضابطة بعد تطبيق برنامج العلاج بالقبول والالتزام على استبيان القبول والعمل، ومقياس فيلادلفيا لليقظة العقلية، واستبيان الاندماج المعرفي، واستبيان الحياة القيمة، ومقياس اضطراب الشخصية التجنبية لصالح المجموعة التجريبية". ولتحقق من هذا الفرض تم استخدام اختبار "مان - وتني" والجدول (٥) يوضح الفروق بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية ومتوسطات رتب درجات المجموعة الضابطة بعد تطبيق برنامج العلاج بالقبول والالتزام على أدوات البحث:

جدول (٥) الفروق بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية ومتوسطات رتب درجات المجموعة الضابطة بعد تطبيق برنامج العلاج بالقبول والالتزام على أدوات البحث

الدالة	Z	U	مجموع الرتب	متوسط الرتب	العدد	نوع المجموعة	أدوات البحث	
٠,٠١	٣,٠٤٢	٠,٠٠٠	٢١,٠٠٠ ٧,٠٠٠	٣,٥٠ ١,٠٠٠	٦ ٧	تجريبية ضابطة	استبيان القبول والعمل	
٠,٠١	٣,٠٨٢	٠,٠٠٠	٦٣,٠٠٠ ٢٨,٠٠٠	١٠,٥٠ ٤,٠٠٠	٦ ٧	تجريبية ضابطة	الوعي	مقياس اليقظة العقلية "فيلادلفيا"
٠,٠١	٣,٠٤٢	٠,٠٠٠	٦٣,٠٠٠ ٢٨,٠٠٠	١٠,٥٠ ٤,٠٠٠	٦ ٧	تجريبية ضابطة	القبول	
٠,٠١	٣,٠٦٤	٠,٠٠٠	٦٣,٠٠٠ ٢٨,٠٠٠	١٠,٥٠ ٤,٠٠٠	٦ ٧	تجريبية ضابطة	الدرجة الكلية	
٠,٠١	٠,٠٠٠	٠,٠٠٠	٢١,٠٠٠ ٧,٠٠٠	٦ ٧	٦ ٦	تجريبية ضابطة	استبيان الاندماج المعرفي	
٠,٠١	٣,٠٣٨	٠,٠٠٠	٦٣,٠٠٠ ٢٨,٠٠٠	١٠,٥٠ ٤,٠٠٠	٦ ٧	تجريبية ضابطة	الأهمية	استبيان الحياة القيمة
٠,٠١	٣,٠٢٩	٠,٠٠٠	٦٣,٠٠٠ ٢٨,٠٠٠	١٠,٥٠ ٤,٠٠٠	٦ ٧	تجريبية ضابطة	العمل	
٠,٠١	٣,٠٥٥	٠,٠٠٠	٧,٠٠٠ ٢١,٠٠٠	١,٠٠٠ ٣,٥٠	٦ ٧	تجريبية ضابطة	الهوية	مقياس اضطراب
٠,٠٠١	٣,٠٦٤	٠,٠٠٠	٧,٠٠٠	١,٠٠٠	٦	تجريبية	التوجه	الشخصية

الدلالة	Z	U	مجموع الرتب	متوسط الرتب	العدد	نوع المجموعة	أدوات البحث	
			٢١.٠٠	٣.٥٠	٧	ضابطة	الذاتي	التجنبيه
٠,٠١	٢.٢٥٥	٠.٠٠	٦٤.٥٠	٩.٢١	٦	تجريبية	التعاطف	
			٢٦.٥٠	٤.٤٢	٧	ضابطة		
٠,٠١	٢.٢٦٥	٠.٠٠	٦٤.٥٠	٩.٢١	٦	تجريبية	الحميمية	
			٢٦.٥٠	٤.٤٢	٧	ضابطة		
٠,٠١	٣.٠٦٨	٠.٠٠	٧٠.٠٠	١٠.٠٠	٦	تجريبية	القلق	
			٢١.٠٠	٣.٥٠	٧	ضابطة		
٠,٠١	٣.٠١٧	٠.٠٠	٧٠.٠٠	١٠.٠٠	٦	تجريبية	الانسحاب	
			٢١.٠٠	٣.٥٠	٧	ضابطة		
٠,٠١	٣.٠٤٦	٠.٠٠	٧٠.٠٠	١٠.٠٠	٦	تجريبية	انعدام التلذذ	
			٢١.٠٠	٣.٥٠	٧	ضابطة		
٠,٠١	٣.٠٣٨	٠.٠٠	٧٠.٠٠	١٠.٠٠	٦	تجريبية	تجنب الحميمية	
			٢١.٠٠	٣.٥٠	٧	ضابطة		
٠,٠١	٣.٠٠٨	٠.٠٠	٦٣.٠٠	١٠.٥٠	٦	تجريبية	الدرجة الكلية لمقياس اضطراب الشخصية التجنبيه	
			٢٨.٠٠	٤.٠٠	٧	ضابطة		

يتضح من الجدول (٥) وجود فروق دالة إحصائياً عند مستوى ٠.٠١ بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية ومتوسطات رتب درجات المجموعة الضابطة بعد تطبيق برنامج العلاج بالقبول والالتزام على استبيان القبول والعمل، ومقياس فيلادلفيا لليقظة العقلية، واستبيان الاندماج المعرفي، واستبيان الحياة القيمة، ومقياس اضطراب الشخصية التجنبية لصالح المجموعة التجريبية".

نتائج الفرض الثالث: ينص الفرض الثالث على "لا توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية في القياس البعدي والقياس التتبعي بعد توقف تطبيق برنامج العلاج بالقبول والالتزام على استبيان القبول والعمل، ومقياس فيلادلفيا لليقظة العقلية، واستبيان الاندماج المعرفي، واستبيان الحياة القيمة، ومقياس اضطراب الشخصية التجنبية لصالح القياس التتبعي". وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام اختبار " ويلكوسون "، والجدول (٦) يوضح الفروق بين متوسطات رتب

درجات المجموعة التجريبية في القياس البعدي والقياس التتبعي بعد توقف تطبيق برنامج
العلاج بالقبول والالتزام على أدوات البحث:

جدول (٦) الفروق بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية في القياس البعدي والقياس
التتبعي بعد توقف تطبيق برنامج العلاج بالقبول والالتزام على أدوات البحث

الدلالة	Z	مجموع الرتب	متوسط الرتب	ن	الرتب	أدوات البحث	
لا توجد فروق	١.٤١٤	٠.٠٠	٠.٠٠	٠	الرتب السالبة	استبيان القبول والعمل	
		١.٥٠	٣.٠٠	٢	الرتب الموجبة		
				٤	الرتب المتساوية		
لا توجد فروق	١.٤١٤	٠.٠٠	٠.٠٠	٠	الرتب السالبة	الوعي	مقياس اليقظة العقلية "فيلادلفيا"
		١.٥٠	٣.٠٠	٢	الرتب الموجبة		
				٤	الرتب المتساوية		
لا توجد فروق	١.٤١٤	٣.٠٠	١.٥٠	٢	الرتب السالبة	القبول	
		٠.٠٠	٠.٠٠	٠	الرتب الموجبة		
				٤	الرتب المتساوية		
لا توجد فروق	١.٤١٤	٠.٠٠	٠.٠٠	٠	الرتب السالبة	الدرجة الكلية	
		١.٥٠	٣.٠٠	٢	الرتب الموجبة		
				٤	الرتب المتساوية		
لا توجد فروق	١.٠٠٠	١.٠٠	١.٠٠	١	الرتب السالبة	استبيان الاتدماج المعرفي	
		٠.٠٠	٠.٠٠	٠	الرتب الموجبة		
				٥	الرتب المتساوية		
لا توجد فروق	١.٠٠٠	١.٠٠	١.٠٠	١	الرتب السالبة	الأهمية	استبيان الحياة القيمة
		٠.٠٠	٠.٠٠	٠	الرتب الموجبة		
				٥	الرتب المتساوية		
لا توجد فروق	١.٤١٤	٠.٠٠	٠.٠٠	٠	الرتب السالبة	العمل	
		١.٠٠	١.٠٠	٢	الرتب الموجبة		
				٤	الرتب المتساوية		
لا توجد فروق	٠.٨١٦	٤.٥٠	٢.٢٥	٢	الرتب السالبة	الهوية	مقياس اضطراب الشخصية
		١.٥٠	١.٥٠	١	الرتب الموجبة		
				٣	الرتب المتساوية		
لا توجد	٠.٥٧٧	٢.٠٠	٢.٠٠	١	الرتب السالبة	التوجه الذاتي	التجنسية

الدلالة	Z	مجموع الرتب	متوسط الرتب	ن	الرتب	أدوات البحث
فروق		٤.٠٠	٢.٠٠	٢	الرتب الموجبة	
				٣	الرتب المتساوية	
لا توجد فروق	٠.٩٠١	١.٠٠	١.٠٠	١	الرتب السالبة	التعاطف
				٠	الرتب الموجبة	
				٥	الرتب المتساوية	
لا توجد فروق	٠.٨٩٨	١.٠٠	١.٠٠	٠	الرتب السالبة	الحميمية
				١	الرتب الموجبة	
				٥	الرتب المتساوية	
لا توجد فروق	٠.٨٧٤	١.٠٠	١.٠٠	٠	الرتب السالبة	القلق
				١	الرتب الموجبة	
				٥	الرتب المتساوية	
لا توجد فروق	٠.٩٤٥	١.٠٠	١.٠٠	٠	الرتب السالبة	الانسحاب
				١	الرتب الموجبة	
				٥	الرتب المتساوية	
لا توجد فروق	٠.٨٧٥	١.٠٠	١.٠٠	٠	الرتب السالبة	انعدام التلذذ
				١	الرتب الموجبة	
				٥	الرتب المتساوية	
لا توجد فروق	٠.٩١٢	١.٠٠	١.٠٠	٠	الرتب السالبة	تجنب الحميمية
				١	الرتب الموجبة	
				٥	الرتب المتساوية	
لا توجد فروق	٠.٥١٣	٨.٠٠	٤.٠٠	٢	الرتب السالبة	الدرجة الكلية لمقياس اضطراب الشخصية التجنبية
				٤	الرتب الموجبة	
				٠	الرتب المتساوية	

يتضح من الجدول (٦) عدم وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية في القياس البعدي والقياس التبعي بعد توقف تطبيق برنامج العلاج بالقبول والالتزام على استبيان القبول والعمل، ومقياس فيلادلفيا لليقظة العقلية، واستبيان الاندماج المعرفي، واستبيان الحياة القيمة، ومقياس اضطراب الشخصية التجنبية لصالح القياس البعدي".

مناقشة نتائج البحث:

يتضح من الجدول (٤) والجدول (٥) أن برنامج العلاج بالقبول والالتزام فعال في خفض أعراض اضطراب الشخصية التجنبية كما يتضح من خلال درجات عينة البحث على مقياس اضطراب الشخصية التجنبية، ومن خلال إستجابة العينة أيضا على أدوات الإستجابة للعلاج بالقبول والالتزام.

وتتفق نتائج البحث الحالي مع نتائج البحوث التي توصلت إلى فاعلية التدخل العلاجي النفسي في خفض أعراض الشخصية التجنبية، فتوصلت بعض نتائج البحوث إلى فاعلية العلاج الميتمعرفي في خفض أعراض الشخصية التجنبية ، ومن هذه البحوث البحث الذي أجراه Gordon-King, et al. (2019) ، والذي أجراه Gordon-King, et al. (2018) ، والذي أجراه Dimaggio, et al. (2017) ، والبحث الذي أجراه Dimaggio, et al. (2015) ، وكان العلاج بالمخططات فعال في خفض أعراض الشخصية التجنبية في البحث الذي أجراه Skewes, et al. (2015) ، والعلاج المرتكز على الانفعال كان فعال في خفض أعراض الشخصية التجنبية في البحث الذي أجراه Pos (2014) ، وتم استخدام نموذجين من العلاج في البحث الذي أجراه Bamelis, et al. (2014) حيث استخدم العلاج بالمخططات والعلاج الموجه في خفض أعراض الشخصية التجنبية ، وتم وكان العلاج النفسي البينشخصي فعال في خفض أعراض الشخصية التجنبية في البحث الذي أجراه كل من Gilbert and Gordon (2013) ، وكان التدريب على المهارات الاجتماعية فعال في خفض أعراض الشخصية التجنبية في البحث الذي أجراه Zimmermann, et al. (2013) .

وتتفق نتائج البحث الحالي مع نتائج البحوث التي توصلت إلى فاعلية العلاج بالقبول والالتزام في خفض أعراض الشخصية التجنبية، مثل البحث الذي أجراه Chan, et al. (2015) ، والبحث الذي أجراه كل من Dalrymple and Herbert (2007) .

وقد يدعم فاعلية العلاج بالقبول والالتزام في خفض أعراض الشخصية التجنبية نتائج البحوث التي توصلت إلى فاعلية العلاج بالقبول والالتزام في خفض القلق، وحيث إن القلق عرض مهم وجوهري في أعراض الشخصية التجنبية كما وصفه الدليل

التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية الخامس (٢٠١٣) حيث وصف اضطراب الشخصية التجنبية بأنه اضطراب مقلق. (APA, 2013,246)، ومن هذه البحوث البحث الذي أجراه Kelson, et al. (2019) عن استخدام العلاج القبول والالتزام عبر الإنترنت لعلاج القلق، وكان التدخل فعالاً، وتم استخدامه في خفض قلق الموت في البحث الذي أجراه Davazdahemami, et al. (2019) ، وتم استخدامه في خفض القلق المعمم في البحث الذي أجراه Ruiz, et al. (2019).

واستخدامه Khoramnia, Bavafa, ، وأيضاً ، Sewart, et al. (2019) ، ويعد هذا الاضطراب من أقرب الاضطرابات لاضطراب الشخصية التجنبية (Jaberghaderi, et al. (2020) في علاج اضطراب القلق الاجتماعي، ويقع اضطراب الشخصية التجنبية (APA, 2013,207). ومن هذه البحوث فاعلية العلاج بالقبول والالتزام في خفض اضطرابات المجموعة C، وقد أكدت البحوث فاعلية العلاج بالقبول والالتزام في خفض اضطرابات المجموعة C، ومن هذه البحوث البحث الذي أجراه Ong, et al. (2020)

وقد ترجع فاعلية العلاج بالقبول والالتزام في خفض أعراض الشخصية التجنبية إلى احتمال وجود علاقة بين أسس العلاج بالقبول والالتزام وأعراض الشخصية التجنبية؛ حيث إن العميل ذي اضطراب الشخصية التجنبية لديه شعور بعدم الكفاية الشخصية، والحساسية من التقييم السلبي والذي يجعله يسعى لتجنب التفاعلات والانغماس في الانسحاب، فالتجنب عامل أساسي في اضطراب الشخصية التجنبية، وفي أحد أسس العلاج بالقبول والالتزام يتعلم العميل القبول كبديل لتجنب الخبرة Experiential Avoidance، ويشمل القبول الاحتضان النشط والواعي للأحداث دون محاولات لا لزوم لها لتغيير وتيرتها أو شكلها (Weinbrecht, et al. 2016) (Dimaggio et al. 2007;) Hayes & Srosah,2004;

وقد تتضمن عمليات العلاج بالقبول والالتزام الستة علاقة مع أعراض الشخصية التجنبية تجعل منه مدخل علاجي فعال في خفض أعراض الشخصية التجنبية، فتعتمد

عملية القبول كما وصفها (Hayes 1994) على تعليم العميل القبول كبديل لتجنب الخبرة؛ وهنا يسعى عميل اضطراب الشخصية التجنبية بكل جهد لتجنب خبراته والتي يشعر أنها تؤلمه وتوتره مما يحرمه من الكثير من المواقف الاجتماعية المهمة، فتعليمه القبول وفقاً لهذا المدخل قد يقضي على عامل مهم - التجنب- في الشخصية التجنبية، فالتجنب يعمل لدى العميل كما ولو كان آلية دفاع لمشاعره وأفكاره وأفعاله غير المرغوب (أعراض الشخصية التجنبية)، وشرط القبول هنا كما ذكره (Hayes 1994) بأنه "تجربة الأحداث بشكل كامل وبدون دفاع، كما هي". وهذا ما تم الحرص عليه في البحث الحالي حيث تم توفير الاستعارات والتمارين التي تمكن العميل - عينة البحث- من تعلم قبول الخبرات والأحداث كما هي.

ويحدث الإدماج المعرفي لدى عميل اضطراب الشخصية التجنبية عندما تسيطر أفكاره على تصرفاته، وهذا قد يكون واضح جداً في تصرفات هذا العميل، فهو لديه أفكار تتصف بالثبات وفقاً لوجهة نظره، وبالتالي هذه الأفكار تتحكم في تصرفاته، فهو يرى نفسه أنه أقل من الآخرين فيبتعد عنهم ويتجنب أنشطتهم، ويرى نفسه غير كفاء فيتجنب المهام الجديدة، وهكذا. ووفقاً لهذا المدخل العلاجي وفي البحث الحالي تم توفير الفرص المناسبة "الاستعارات والتمارين" لتعليم العميل الفصل المعرفي Cognitive Defusion كبديل للاندماج المعرفي Cognitive Fusion وتهدف هذه المهارة إلى تغيير الصفات غير المرغوب فيها للأفكار من خلال مساعدة الفرد على رؤيتها من منظور مختلف ومنفصل، وذلك لخفض الصراع بين أفكار العميل وتصرفاته.

وقد يفقد عميل الشخصية التجنبية الاتصال بهنا والآن، فيدرك أن أفكاره وأحاسيسه الجسدية ثابتة وبناء عليها يتصرف، وقد وفر العلاج بالقبول والالتزام آلية لمعالجة هذه المشكلة والتي تم التركيز عليها في البحث الحالي والتي عززت فاعلية العلاج، حيث يتضمن العلاج بالقبول والالتزام عملية الوعي باللحظة الحالية Present-moment awareness وفيها يتم تعليم العميل هذه العملية كبديل لفقدان الاتصال بهنا والآن، فالوعي باللحظة الحالية، والمعروف أيضاً باليقظة العقلية، هو "الملاحظة غير التقديرية للتيار المستمر للمنبهات الداخلية والخارجية عند ظهورها". (Baer, 2003,126-127).

فيدرك الأفراد أن معظم هذه الأفكار والأحاسيس الجسدية عابرة بدلاً من ثابتة. وثبت أن تدخلات اليقظة العقلية التي تتضمن الوعي باللحظة الحالية تؤدي إلى انخفاضات كبيرة في الألم والتوتر والقلق والأعراض الاكتئابية (مشاعر تصاحب اضطراب الشخصية التجنبية) التي يُعتقد أنها ناتجة عن المرور بخبرات سلبية كما هي عليه، دون الاعتماد على سلوك الهروب أو التجنب (تصرف يقوم به عميل الشخصية التجنبية) (Teasdale, Segal, & Williams, 2003).

ويبدو أن عميل الشخصية التجنبية متعلق بذاته المفاهيمية أو الجامدة والتي يرى من خلالها أنه هو وأفكاره متطابقان، وكان من المهم هنا هو فصل الأفكار عن الذات وتعليمه ليكون مراقب خارجي لأفكاره ككيانات منفصلة وملاحظة كيف يمرون، وكيف أنهم مختلفين عن الواقع الفعلي. وهذا ما توفره عملية الذات كسياق Self-as-context في العلاج بالقبول والالتزام، وهذا ما تم تعليمه للعميل في البحث الحالي، والذي عزز التغيرات الإيجابية في موقف العميل من أفكاره. حيث ذكر كل من Fletcher and Hayes, (2005) أن تعليم الذات كسياق كبديل للتعلم بالذات المفاهيمية Conceptualized Self أو الجامدة يساعد على ملاحظة الأفكار ككيانات منفصلة عن الذات من خلال استخدام تمارين اليقظة العقلية، وهذا ممكن من خلال السماح بالتمييز بين الشخص الذي يراقب فكرة أو شعور والشخص الذي هو يمكن أن يلاحظ في الواقع.

ونتيجة لما يمر به عميل الشخصية التجنبية من مشاعر عدم الكفاءة كانت منظومة قيمه متهاكة فهو "لا يدخل في علاقات جديدة، ويتجنب تجربة الأشياء الجديدة، ويتردد فيما يقوم به من فعل أو سلوك"، وبالتالي كان في حاجة ملحة لبناء منظومة قيم فعلية أو مقترحة يتحرك من خلالها ليخرج من عزلته وتجنبه المفروضين عليها من خلال أفكاره، لذلك وفر العلاج بالقبول والالتزام عملية القيم حيث يرى كل من Fletcher and Hayes (2005) أن العلاج بالقبول والالتزام يساعد العميل من خلال التمارين المختلفة لتحديد المجالات ذات القيمة فنقود القيم الطريق نحو حياة أكثر حيوية وثراء وذات معنى للفرد. فيهدف العلاج بالقبول والالتزام إلى استبدال التجنب قصير المدى كمعزز سلبي

بالقيم كمعزز إيجابي طويل المدى وقصير المدى للسلوكيات. وهذا ما تم تعليمه للعميل في البحث الحالي.

ويعد القصور في أداء الشخصية جانب تشخيصي متضمن في أعراض الشخصية التجنيبية، وقد وفر نموذج العلاج بالقبول والالتزام عملية أطلق عليها العمل الملتزم كبديل للكسل و/ أو السلوك المتجنب في أداء شخصية عميل اضطراب الشخصية التجنيبية، ووفقاً (Fletcher and Hayes (2005 ينطوي العمل الملتزم على تغييرات سلوكية تدفع العميل نحو أهداف متوافقة مع القيمة. وهذا ما تم التركيز عليه في البرنامج الحالي حيث تم توفير تمارين واستعارات تشمل مناقشة أهداف محددة قصيرة وطويلة المدى قد تقرب الفرد من قيمه، وتوجيه المشاركين لتقديم تعهدات في خدمة هذه القيم، وبناء المهارات لتعزيز هذه الالتزامات.

ويبدو من هذه المناقشة أن كل عملية من عمليات العلاج بالقبول والالتزام الستة ترتبط من الناحية النظرية بأعراض الشخصية التجنيبية، ومن الناحية العملية تم في البرنامج الحالي توفير الاستعارات والتمارين المناسبة وتعليمها للعميل للسيطرة على أفكاره ومشاعره السلبية وأحداث التغييرات السلوكية المرغوبة، وإذا أضفنا تضافر هذه العمليات وعملها معاً يمكن أن تعزز نتائج البحث الحالي سواء من حيث فاعلية العلاج بالقبول والالتزام في خفض أعراض الشخصية التجنيبية أو من حيث استمرار الفاعلية بعد توقف التطبيق بشهرين.

وتخدم عمليات العلاج بالقبول والالتزام تطوير المرونة النفسية والتي استطاع العميل من خلالها مواجهة المواقف والأحداث والأفكار والمشاعر بطريقة مرنة، حيث يتعرض عميل الشخصية التجنيبية للكثير من المواقف الجديدة والمتكررة والمستمرة والتي تتحكم فيها أفكاره السلبية ومع تمتعه بالمرونة المطورة من خلال عمليات العلاج بالقبول والالتزام تمكن من مواجهة المواقف الجديدة والمستمرة والمتكررة بوجهات نظر مختلفة غير تلك التي تسيطر وتهمين على أجندة عمله، فالآن العميل يمتلك أجندة عمل ذات جدوى بدلاً من أجندة عمله السابقة " عديمة الفائدة"، وهذا ربما يفسر فاعلية العلاج بالقبول والالتزام أيضاً في خفض أعراض الشخصية التجنيبية واستمرار التحسن حتى بعد توقف البرنامج بشهرين.

التوصيات والبحوث المقترحة:

- العلاج بالقبول والالتزام علاج واعد وجديد ويحتاج إلى المزيد من البحث على عينات متنوعة وفي بيئات متنوعة وعلى مشكلات واضطرابات متنوعة ومتعددة.
- تدريب العاملين في مجال العلاج النفسي والإرشاد على قواعد وأسس وتطبيقات العلاج بالقبول والالتزام لتوفير المختص الواعي والماهر في هذه المجال، حيث يحتاج هذا التدخل إلى المزيد من الفهم النظري والممارسة العملية حتى يستطيع تحقيق النجاح في ممارسته الفعلية.
- العمل على توفير المواد التعليمية، والبحوث والمؤلفات المتخصصة في العلاج بالقبول والالتزام لتزويد المختصين بشكل مستمر بكل ما هو جديد في العلاج بالقبول والالتزام.
- اضطراب الشخصية التجنبية يتضمن محورين؛ محور السمات المرضية ومحور القصور في أداء الشخصية والذي ينعكس بشكل كبير وسلبي على توافق عميل الشخصية التجنبية، وأيضاً يتخطى ذلك إلى التأثير السلبي على الأسرة والعمل والمجتمع، لذلك ينبغي على الباحثين العمل بشكل كبير على توفير الكثير من البدائل العلاجية المناسبة.
- توفير وتخصيص المؤتمرات العملية في مجال العلاج بالقبول والالتزام لتبادل الخبرات وتشجيع الباحثين والممارسين على البحث والمتابعة في كل ما هو جديد.
- إجراء المزيد من البحث والدراسة لاضطراب الشخصية التجنبية لتوفير المزيد من البيانات النوعية والكمية حول هذا الاضطراب، حيث إن هذا الاضطراب بالرغم من تأثيراته السلبية المتعددة والمتنوعة، والعبء الاجتماعي والاقتصادي الذي يفرضه على الفرد والأسرة والمجتمع إلا أن مجال البحث فيه مازال محدوداً مقارنة بغيره من اضطرابات الشخصية.

مراجع البحث:

إبراهيم، ريزان علي، ومحمد، ليا حسن (٢٠١٩). اضطرابات الشخصية التجنبية وعلاقتها بدوافع التحصيل المدرسي لدى طلبة جامعة صلاح الدين/ أربيل. مجلة زانكو للعلوم الإنسانية، ٢٣ (٣)، ٢٨١-٣٠٤.

الساعدي، هيثم عبدالكاظم هاشم (٢٠١٩). الشخصية التجنبية وعلاقتها بالاعتزاز بالنفس لدي طلبة الجامعة. مجلة كلية التربية الأساسية، ١٠٤، ٤٦٢ - ٥٠٢

عبد العزيز، نادية محمود (٢٠١٧). المخططات المعرفية اللاتكيفية كمتغير وسيط بين الخبرات النفسية في الطفولة واضطراب الشخصية التجنبية لدى طلاب الجامعة. مجلة كلية التربية بجامعة الأزهر، ٣٦ (١٧٥)، ٢٢٩ - ٣٠٦

عبدالحميد، هدى إبراهيم (٢٠١٧). العفو كمتغير معدل للعلاقة بين الخلافات الزوجية وأعراض الإكتئاب لدى الزوجات العاملات وغير العاملات. المجلة المصرية لعلم النفس الإكلينيكي والإرشادي، ٥(٢)، ١٨١ - ٢٢٨.

عبدالعزيز، نادية محمود غنيم (٢٠١٩). نموذج بنائى للعلاقات المتبادلة بين أحداث الحياة السلبية والإستراتيجيات المعرفية لتنظيم الإنفعال وتقدير الذات والاكنتاب لدى المراهقين. مجلة الإرشاد النفسي، مركز الإرشاد النفسي، ٥٨، ١-٧٩.

غريب، عبد الفتاح غريب (٢٠٠٠). مقياس الإكتئاب (د-٢) *BDI-II*: التعليمات والدراسات: الثبات والصدق وقوائم المعايير والدرجات الفاصلة. القاهرة: الأنجلو المصرية.

محمد، رشا ناجي (٢٠١٩). التنبؤ باضطراب التحدي المعارض بمرجعية الاكنتاب والميول الانتحارية لدى عينة من المراهقين مدمني الألعاب الإلكترونية العنيفة. المجلة المصرية للدراسات النفسية، ٢٩ (١٠٤)، ٢٠١ - ٢٤٠.

ناصر، أشواق صبر (٢٠٠٢). بعد الشخصية (الانبساط - الانطواء- العصابية) وعلاقتها باضطراب الشخصية التجنبية. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة بغداد.

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5*. Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Association for Contextual Behavioral Science "ACBS"(2020). *Acceptance & Commitment Therapy (ACT)*. Available at: <https://contextualscience.org/act>. On:12/3/2020.
- Bachrach, N., Croon, M. A., & Bekker, M. H. (2012). Factor structure of self-reported clinical disorders and personality disorders: A review of the existing literature and a factor analytical study. *Journal of Clinical Psychology, 68*(6), 645-660.
- Baer, R.A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology and Practice, 10*, 125-143.
- Bagge, C., Nickell, A., Stepp, S., Durrett, C., Jackson, K., & Trull, T. J. (2004). Borderline personality disorder features predict negative outcomes 2 years later. *Journal of Abnormal Psychology, 113*, 279-288.
- Bai, Z., Luo, S., Zhang, L., Wu, S., & Chi, I. (2020). Acceptance and Commitment Therapy (ACT) to reduce depression: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders, 260*, 728-737.
- Bamelis, L. L., Evers, S. M., Spinhoven, P., & Arntz, A. (2014). Results of a multicenter randomized controlled trial of the clinical effectiveness of schema therapy for personality disorders. *American Journal of Psychiatry, 171*(3), 305-322.
- Bamelis, L. L., Evers, S. M., Spinhoven, P., & Arntz, A. (2014). Results of a multicenter randomized controlled trial of the clinical effectiveness of schema therapy for personality disorders. *American Journal of Psychiatry, 171*(3), 305-322.
- Bamelis, L. L., Evers, S. M., Spinhoven, P., & Arntz, A. (2014). Results of a multicenter randomized controlled trial of the clinical effectiveness of schema therapy for personality disorders. *American Journal of Psychiatry, 171*(3), 305-322.

- Barber, J. P., Morse, J. Q., Krakauer, I. D., Chittams, J., & Crits-Christoph, K. (1997). Change in obsessive-compulsive and avoidant personality disorders following time-limited supportive-expressive therapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 34(2), 133.
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., ... & Zettle, R. D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior therapy*, 42(4), 676-688.
- Bowles, D. P., Armitage, C. J., Drabble, J., & Meyer, B. (2013). Self-esteem and other-esteem in college students with borderline and avoidant personality disorder features: An experimental vignette study. *Personality and Mental Health*, 7(4), 307-319.
- Cardaciotto, L., Herbert, J. D., Forman, E. M., Moitra, E., & Farrow, V. (2008). The assessment of present-moment awareness and acceptance: The Philadelphia Mindfulness Scale. *Assessment*, 15(2), 204-223.
- Caspi, A., Houts, R. M., Belsky, D. W., Goldman-Mellor, S. J., Harrington, H., Israel, S., ... & Moffitt, T. E. (2014). The p factor: one general psychopathology factor in the structure of psychiatric disorders? *Clinical Psychological Science*, 2(2), 119-137.
- Chan, C. C., Bach, P. A., & Bedwell, J. S. (2015). An integrative approach using third-generation cognitive-behavioral therapies for avoidant personality disorder. *Clinical Case Studies*, 14(6), 466-481.
- Ciarrochi, J., & Robb, H. (2005). Letting a little nonverbal air into the room. Insights from Acceptance and Commitment Therapy. Part 2: Applications. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 23, 79-106.
- Cox, B. J., Pagura, J., Stein, M. B., & Sareen, J. (2009). The relationship between generalized social phobia and avoidant personality disorder in a national mental health survey. *Depression and anxiety*, 26(4), 354-362.

- Crawford, T. N., Cohen, P., Johnson, J. G., Kasen, S., First, M. B., Gordon, K., & Brook, J. S. (2005). Self-reported personality disorder in the children in the community sample: convergent and prospective validity in late adolescence and adulthood. *Journal of Personality Disorders, 19*(1), 30-52.
- Creswell J. W. & Creswell, J. D. (2018). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches (5th ed.)*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Cummings, J. A., Hayes, A. M., Cohen, L. H., Laurenceau, J. P., Saint, D. S., & Gricol, K. (2013). Interpersonal competence and daily stress generation in individuals with avoidant personality disorder symptoms. *Journal of Social and Clinical Psychology, 32*(2), 135-158.
- Dalrymple, K. L., & Herbert, J. D. (2007). Acceptance and commitment therapy for generalized social anxiety disorder: A pilot study. *Behavior modification, 31*(5), 543-568.
- Davazdahemami, M. H., Bayrami, A., Petersen, J. M., Twohig, M. P., Bakhtiyari, M., Noori, M., & Kheradmand, A. (2019). Preliminary evidence of acceptance and commitment therapy for death anxiety in Iranian clients diagnosed with OCD. *The Bulletin of the Menninger Clinic, 1*, 1-16.
- Dimaggio, G., D'Urzo, M., Pasinetti, M., Salvatore, G., Lysaker, P. H., Catania, D., & Popolo, R. (2015). Metacognitive interpersonal therapy for co-occurrent avoidant personality disorder and substance abuse. *Journal of Clinical Psychology, 71*(2), 157-166.
- Dimaggio, G., Salvatore, G., MacBeth, A., Ottavi, P., Buonocore, L., & Popolo, R. (2017). Metacognitive interpersonal therapy for personality disorders: A case study series. *Journal of Contemporary Psychotherapy, 47*(1), 11-21.

- Dimaggio, G., Semerari, A., Carcione, A., Nicolō, G., & Procacci, M. (2007). *Psychotherapy of personality disorders: Metacognition, states of mind and interpersonal cycles*. London: Routledge.
- Eikenaes, I., Hummelen, B., Abrahamsen, G., Andrea, H., & Wilberg, T. (2013). Personality functioning in patients with avoidant personality disorder and social phobia. *Journal of Personality Disorders*, 27(6),746-763.
- Emmelkamp, P. M., Benner, A., Kuipers, A., Feiertag, G. A., Koster, H. C., & van Apeldoorn, F. J. (2006). Comparison of brief dynamic and cognitive-behavioural therapies in avoidant personality disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 189(1), 60-64.
- Fletcher, L., & Hayes, S.C. (2005). Relational Frame Theory, Acceptance and Commitment Therapy, and a functional analytic definition of mindfulness. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 23, 315-336.
- Friborg, O., Martinussen, M., Kaiser, S., Øvergård, K. T., & Rosenvinge, J. H. (2013). Comorbidity of personality disorders in anxiety disorders: A meta-analysis of 30 years of research. *Journal of Affective Disorders*, 145(2), 143-155.
- Gilbert, S. E., & Gordon, K. C. (2013). Interpersonal psychotherapy informed treatment for avoidant personality disorder with subsequent depression. *Clinical Case Studies*, 12(2), 111-127.
- Gillanders, D. T., Bolderston, H., Bond, F. W., Dempster, M., Flaxman, P. E., Campbell, L., Campbell, L. Kerr, S., Tansey, L., Noel, P., Ferenbach, C., Masley, S., Roach, L., Lloyd, J. May, L., Clarke, S. Remington, B. (2014). The development and initial validation of the cognitive fusion questionnaire. *Behavior therapy*, 45(1), 83-101.
- Gjerde, L. C., Czajkowski, N., Røysamb, E., Ørstavik, R. E., Knudsen, G. P., Østby, K., ... & Reichborn-Kjennerud, T. (2012). The heritability of avoidant and dependent personality disorder assessed by personal interview and

- questionnaire. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 126(6), 448-457.
- Gjerde, L. C., Czajkowski, N., Røysamb, E., Ystrom, E., Tambs, K., Aggen, S. H., ... & Knudsen, G. P. (2015). A longitudinal, population-based twin study of avoidant and obsessive-compulsive personality disorder traits from early to middle adulthood. *Psychological medicine*, 45(16), 3539-3548.
- Gordon-King, K., Schweitzer, R. D., & Dimaggio, G. (2018). Metacognitive interpersonal therapy for personality disorders featuring emotional inhibition: A multiple baseline case series. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 206(4), 263-269.
- Gordon-King, K., Schweitzer, R. D., & Dimaggio, G. (2019). Metacognitive interpersonal therapy for personality disorders: The case of a man with obsessive-compulsive personality disorder and avoidant personality disorder. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 49(1), 39-47.
- Grant, B. F., Hasin, D. S., Stinson, F. S., Dawson, D. A., Chou, S. P., Ruan, W., & Pickering, R. P. (2004). Prevalence, correlates, and disability of personality disorders in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 65(7), 948-958.
- Hallquist, M. N., & Lenzenweger, M. F. (2013). Identifying latent trajectories of personality disorder symptom change: Growth mixture modeling in the longitudinal study of personality disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 122(1), 138.
- Hayes, S. C., & Strosahl, K. D. (Eds.). (2004). *A practical guide to Acceptance and Commitment Therapy*. New York: Springer-Verlag.
- Hayes, S. C., & Wilson, K. G. (1994). Acceptance and commitment therapy: Altering the verbal support for experiential avoidance. *The Behavior Analyst*, 17(2), 289-303.

- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., Bunting, K., Twohig, M., & Wilson, K. G. (2004). *What is acceptance and commitment therapy?*. In A practical guide to acceptance and commitment therapy (pp. 3-29). Springer, Boston, MA.
- Hayes, S.C., Follette, V.M., & Linehan, M.M. (Eds.). (2004). *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition*. New York: Guilford Press.
- Hayes, S.C., Luoma, J.B., Bond, F.W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes, and outcomes. *Behavior Research and Therapy*, 44, 1-25.
- Hayes, S.C., Strosahl, K., & Wilson, K.G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
- Hayes, S.C., Wilson, K.G., Gifford, E.V., Follette, V.M., & Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1152-1168.
- Hemmati, A., Mirghaed, S. R., Rahmani, F., & Komasi, S. (2019). The Differential Profile of Social Anxiety Disorder (SAD) and Avoidant Personality Disorder (APD) on the Basis of Criterion B of the DSM-5-AMPD in a College Sample. *The Malaysian Journal of Medical Sciences: MJMS*, 26(5), 74-87.
- Hinrichs, K. L., Steadman-Wood, P., & Meyerson, J. L. (2020). ACT now: The intersection of Acceptance and Commitment Therapy with palliative care in a veteran with chronic suicidal ideation. *Clinical gerontologist*, 43(1), 126-131.
- Joyce, P. R., McKenzie, J. M., Luty, S. E., Mulder, R. T., Carter, J. D., Sullivan, P. F., & Robert Cloninger, C. (2003). Temperament, childhood environment and psychopathology as risk factors for avoidant and borderline personality disorders. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 37(6), 756-764.

- Kelson, J., Rollin, A., Ridout, B., & Campbell, A. (2019). Internet-delivered acceptance and commitment therapy for anxiety treatment: systematic review. *Journal of Medical Internet Research*, 21(1), e12530.
- Khoramnia, S., Bavafa, A., Jaberghaderi, N., Parvizifard, A., Foroughi, A., Ahmadi, M., & Amiri, S. (2020). The effectiveness of acceptance and commitment therapy for social anxiety disorder: a randomized clinical trial. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 42(1), 30-38.
- Kvarstein, E. H., Arnevik, E., Halsteinli, V., Ro, F. G., Karterud, S., & Wilberg, T. (2013). Health service costs and clinical gains of psychotherapy for personality disorders: A randomized controlled trial of day-hospital-based step-down treatment versus outpatient treatment at a specialist practice. *BMC Psychiatry*, 13(1), 302- 315.
- Levin, M.E., Hildebrandt, M.J., Lillis, J., & Hayes, S.C. (2012). The impact of treatment components suggested by the psychological flexibility model: A meta-analysis of laboratory-based component studies. *Behavior Therapy*, 43, 741-756.
- Marques, L., Porter, E., Keshaviah, A., Pollack, M. H., Van Ameringen, M., Stein, M. B., & Simon, N. M. (2012). Avoidant personality disorder in individuals with generalized social anxiety disorder: What does it add?. *Journal of Anxiety Disorders*, 26(6), 665-672.
- Olsson, I., & Dahl, A. A. (2012). Avoidant personality problems— Their association with somatic and mental health, lifestyle, and social network. A community-based study. *Comprehensive psychiatry*, 53(6), 813-821.
- Ong, C. W., Blakey, S. M., Smith, B. M., Morrison, K. L., Bluett, E. J., Abramowitz, J. S., & Twohig, M. P. (2020). Moderators and processes of change in traditional exposure and response prevention (ERP) versus acceptance and commitment therapy-informed ERP for

- obsessive-compulsive disorder. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 24, 100499.
- Ost, L. G. (2008). Efficacy of the third wave of behavioral therapies: A systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 46(3), 296–321.
- Pos, A. E. (2014). Emotion focused therapy for avoidant personality disorder: Pragmatic considerations for working with experientially avoidant clients. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 44(2), 127-139.
- Rees, C. S., & Pritchard, R. (2015). Brief cognitive therapy for avoidant personality disorder. *Psychotherapy*, 52(1), 45.
- Reich, J. (2014). *Avoidant Personality Disorder and its Relationship to Social Anxiety Disorder*. In: Hofmann SG, DiBartolo PM, editors. *Social anxiety*. 3rd ed. San Diego: Academic, 27–44.
- Renneberg, B., Goldstein, A. J., Phillips, D., & Chambless, D. L. (1990). Intensive behavioral group treatment of avoidant personality disorder. *Behavior Therapy*, 21(3), 363-377.
- Ruiz, F., Beltrán, D. M. G., Cifuentes, A. M., & Falcón, J. C. S. (2019). Single-case experimental design evaluation of repetitive negative thinking-focused acceptance and commitment therapy in generalized anxiety disorder with couple-related worry. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 19(3), 261-276.
- Samuels, J. (2011). Personality disorders: Epidemiology and public health issues. *International Review of Psychiatry*, 23(3), 223–233. <https://doi.org/10.3109/09540261.2011.588200>
- Sanislow C. A., Bartolini E. E., & Zoloth E. C. (2012). *Avoidant personality disorder*. In: Ramachandran VS, editor. *Encyclopedia of human behavior*. 2nd ed. San Diego: Academic, 257–66.

- Sewart, A. R., Niles, A. N., Burklund, L. J., Saxbe, D. E., Lieberman, M. D., & Craske, M. G. (2019). Examining Positive and Negative Affect as Outcomes and Moderators of Cognitive-Behavioral Therapy and Acceptance and Commitment Therapy for Social Anxiety Disorder. *Behavior therapy*, 50(6), 1112-1124.
- Simonsen, S., Eikenæs, I. U. M., Nørgaard, N. L., Normann-Eide, E., Juul, S., & Wilberg, T. (2019). Specialized treatment for patients with severe avoidant personality disorder: experiences from Scandinavia. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 49(1), 27-38.
- Skewes, S. A., Samson, R. A., Simpson, S. G., & van Vreeswijk, M. (2015). Short-term group schema therapy for mixed personality disorders: a pilot study. *Frontiers in psychology*, 5, 1592.
- Skewes, S. A., Samson, R. A., Simpson, S. G., & van Vreeswijk, M. (2015). Short-term group schema therapy for mixed personality disorders: a pilot study. *Frontiers in psychology*, 5, 1592.
- Stravynski, A., Belisle, M., Marcouiller, M., Lavallée, Y. J., & Eue, R. (1994). The treatment of avoidant personality disorder by social skills training in the clinic or in real-life settings. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 39(8), 377-383.
- Stravynski, A., Lesage, A., Marcouiller, M., & Elie, R. (1989). A test of the therapeutic mechanism in social skills training with avoidant personality disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 177(12), 739-744.
- Strosahl, K. D., Hayes, S. C., Wilson, K. G., & Gifford, E. V. (2004). *An ACT primer*. In A practical guide to acceptance and commitment therapy (pp. 31-58). Springer, Boston, MA.
- Stuart, S., Pfohl, B., Battaglia, M., Bellodi, L., Grove, W., & Cadoret, R. (1998). The cooccurrence of DSM-III-R personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 12(4), 302-315.

- Svartberg, M., Stiles, T. C., & Seltzer, M. H. (2005). Randomized, controlled trial of the effectiveness of short-term dynamic psychotherapy and cognitive therapy for cluster C personality disorders. *Focus, 161*(3), 810-817.
- Teasdale, J. D., Segal, Z., & Williams, J. M. G. (2003). Mindfulness training and problem formulation. *Clinical Psychology: Science and Practice, 10*, 157–160.
- Torgersen, S. (2009). The nature (and nurture) of personality disorders. *Scandinavian Journal of Psychology, 50*(6), 624-632.
- Twohig, M. P., & Levin, M. E. (2017). Acceptance and commitment therapy as a treatment for anxiety and depression: A review. *Psychiatric Clinics, 40*(4), 751-770.
- Weinbrecht, A., Schulze, L., Boettcher, J., & Renneberg, B. (2016). Avoidant personality disorder: a current review. *Current psychiatry reports, 18*(3), 18- 29.
- Wilberg, T., Karterud, S., Pedersen, G., & Urnes, O. (2009). The impact of avoidant personality disorder on psychosocial impairment is substantial. *Nordic Journal of Psychiatry, 63*(5), 390–396.
- Wilson, K. G., Sandoz, E. K., Kitchens, J., & Roberts, M. (2010). The Valued Living Questionnaire: Defining and measuring valued action within a behavioral framework. *The Psychological Record, 60*(2), 249-272.
- Wright, A. G., Pincus, A. L., & Lenzenweger, M. F. (2013). A parallel process growth model of avoidant personality disorder symptoms and personality traits. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment, 4*(3), 230.
- Zimmerman, M., Rothschild, L., & Chelminski, I. (2005). The prevalence of DSM-IV personality disorders in psychiatric outpatients. *American Journal of Psychiatry, 162*(10), 1911-1918.
- Zimmermann, P., Alliger-Horn, C., Kowalski, J. T., Plate, S., Wallner, F., Wolff, E., & Ströhle, A. (2013). Treatment of avoidant personality traits in a German Armed Forces inpatient psychiatric setting. *Military medicine, 178*(2), 213-217.