

فعالية برنامج قائم على العلاج بالقبول والالتزام فى خفض
الألكسيثيميا وأثره فى تحسين صورة الجسم لدى المراهقين
المكفوفين

إعداد

د. عزة حسن محمد رزق
مدرس الصحة النفسية
كلية التربية - جامعة العريش

مستخلص البحث:

يهدف البحث الحالي إلى التحقق من فعالية برنامج قائم على العلاج بالقبول والالتزام في خفض الألكسيثيميا لدى المراهقين المكفوفين وأثره في تحسين صورة الجسم لديهم، وتكونت عينة البحث الأساسية من (٩) طلاب، (٥) ذكور و(٤) إناث من المراهقين المكفوفين بمرحلتى الإعدادية والثانوية، تتراوح أعمارهم بين (١٣-١٧ عاماً) بمدرسة النور للمكفوفين بمدينة (العريش)، واستخدم البحث الحالي مقياس الألكسيثيميا للمراهقين المكفوفين (إعداد الباحثة)، ومقياس صورة الجسم للمراهقين المكفوفين (إعداد الباحثة)، والبرنامج العلاجي (إعداد الباحثة)، وتوصلت نتائج البحث إلى وجود علاقة ارتباطية سالبة دالة إحصائياً بين الألكسيثيميا وصورة الجسم، ووجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطي رتب درجات أفراد العينة العلاجية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس الألكسيثيميا وأبعاده لدى المراهقين المكفوفين لصالح القياس البعدي، ووجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطي رتب درجات أفراد العينة العلاجية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس صورة الجسم لدى المراهقين المكفوفين لصالح القياس البعدي، ووجود فروق غير دالة إحصائياً بين متوسطي رتب درجات الذكور والإناث من أفراد العينة العلاجية في القياس البعدي على مقياس الألكسيثيميا وأبعاده لدى المراهقين المكفوفين، ووجود فروق غير دالة إحصائياً بين متوسطي رتب درجات الذكور والإناث من أفراد العينة العلاجية في القياس البعدي على مقياس صورة الجسم لدى المراهقين المكفوفين، ووجود فروق غير دالة إحصائياً بين متوسطي رتب درجات أفراد العينة العلاجية في القياسين البعدي والتبعي على مقياس الألكسيثيميا وأبعاده لدى المراهقين المكفوفين، ووجود فروق غير دالة إحصائياً بين متوسطي رتب درجات أفراد العينة العلاجية في القياسين البعدي والتبعي على مقياس صورة الجسم لدى المراهقين المكفوفين، وهكذا تحققت استمرارية التحسن وبقاء أثر البرنامج. وقد تم تفسير نتائج البحث في ضوء الإطار النظري والدراسات السابقة، كما قدمت الباحثة في ضوء نتائج البحث عدداً من التوصيات والمقترحات البحثية.

الكلمات المفتاحية: برنامج العلاج بالقبول والالتزام - الألكسيثيميا - صورة الجسم - المراهقون المكفوفون.

The Effectiveness of A program Based on Acceptance and Commitment Therapy in Reducing Alexithymia and it's Effect on Improving the Body Image of Blind Adolescents

Abstract:

The current research aims to investigate the effectiveness of a program based on acceptance and commitment therapy in reducing alexithymia in blind adolescents and its impact on improving their body image. The basic research sample consisted of (9) students (5) males, and (4) female blind adolescents in the preparatory and secondary stages, ranging in age from (13-17 years), at Al-Noor School for the Blind in (Al-Arish). The current research used the alexithymia scale for blind adolescents (prepared by the researcher), the body image scale for blind adolescents (prepared by the researcher), the therapeutic program (prepared by the researcher), the results of the research concluded that there is a statistically significant negative correlation between alexithymia and body image, there is a statistically significant difference between the average ranks of the members of the therapeutic sample in the on the pre-test and post-test on the alexithymia scale and its dimensions for blind adolescents in the direction of the tribal measurement, there were a statistically significant difference between the mean ranks of the members of the treatment sample in the Post-test and remote measurements. on the body image scale of blind adolescents in the direction of the post-measurement, there is no statistically significant difference between the mean scores of males and females of the treatment sample in the post-measurement on the alexithymia scale and its dimensions for blind adolescents, there was no statistically significant difference between the mean ranks of scores of males and females of the members of the treatment sample in the post-measurement on the body image scale for blind adolescents, there was no statistically significant difference between the mean ranks of the members of the treatment sample in the post and follow-up measurements on the alexithymia scale and its dimensions for blind adolescents, there were no statistically significant differences between the mean ranks of the members of the sample Therapeutic measures in the post and follow-up measurements on the body image scale for blind adolescents, and thus the continuity of improvement and the survival of the impact of the program were achieved. The results of the research were interpreted in the light of the theoretical framework and previous studies. In light of the research results, the researcher presented a number of recommendations and research proposals.

Key words: Acceptance and Commitment Therapy program - Alexithymia - Body image - Blind adolescents.

أولاً - مقدمة البحث:

تمثل مرحلة المراهقة إحدى المراحل الأساسية في حياة الفرد إذ تحدث فيها تغيرات مؤثرة في كافة الجوانب الجسمية والعقلية والنفسية والانفعالية والاجتماعية، وتتكون لدى المراهق مفاهيم عن القيم الاجتماعية التي تتفق مع مجتمعه؛ ومن ثم فقد أصبحت عناية أي مجتمع بهذه الفئة من أفرادها أحد المعايير التي يمكن الحكم من خلالها على مدى تقدم المجتمع وكذلك حماية المجتمع لنظامه وأهدافه.

ويرى عبد الرقيب البحيري ومصطفى الحديبي (٢٠١٥) أن المراهقة هي مرحلة أزمة حتمية تولد فيها شخصية الفرد من جديد ويعاني المراهق خلالها من صراع وقلق وتوتر وكثير من المشكلات النفسية والاجتماعية بشكل نسبي ومختلف من محيط اجتماعي وثقافي إلى آخر.

ولعل التطرق إلى موضوع الإعاقة البصرية في مرحلة المراهقة ذو أهمية بالغة لاسيما مشكلات المراهق الكفيف التي ترجع إلى عدم إشباع حاجات نفسية واجتماعية وتربوية وغيرها؛ فهذه المشكلات تسبب له معاناة بالغة وتهدد سلامته، وقد تكون عُثرة في طريق تأهيله وتنميته الشاملة ما لم تقدم له الرعاية المتكاملة والتدريب والتوجيه والإرشاد المناسب لإعاقة.

كما يشير أشرف عبد القادر (٢٠١٨، ٤٩٨) إلى أن مرحلة المراهقة تتميز عن غيرها من المراحل النمائية الأخرى بالكثير من التذبذب والتوتر الانفعالي، إذ يظهر من خلالها الشعور بعدم الأهمية والتقليل من قيمة الذات ويشيع فيها القلق وخاصة القلق الاجتماعي؛ نظراً لشدة إحساس المراهق بذاته وزيادة حساسيته لنواحي قصوره من ناحية المظهر الجسمي، إذ يولي المراهق الكفيف أهمية كبيرة لجسمه النامي وتزداد أهمية مفهوم الجسم أو الذات الجسمية لديه، فتزداد حساسية المراهق الكفيف للنقد فيما يتعلق بالتغيرات الجسمية المتلاحقة معقدة الجوانب، ويكون المراهق صورة ذهنية تتغير بطبيعة الحال وفقاً للمتغيرات التي طرأت على الجسم وتتطلب نوعاً من التوافق وتكوين مفهوم إيجابي عن الجسم النامي، كما يسهم الآخرون في نمو الجسم عند المراهق، وهكذا تنعكس أهمية إدراك صورة الجسم في الوظيفة الاجتماعية والتفاعل الاجتماعي للمراهق.

والكفيف قد لا يستطيع ملاحظة ذاته بموضوعية، وليست لديه القدرة على تكون رؤية أو تصوراً سليماً واضحاً لصورة جسمه وهو ما ينعكس سلباً على طموحاته وتقديره لإمكاناته، حيث أن صورة الجسم وصفاته العضوية تؤدي دوراً مهماً في تشكيل مفهوم الفرد لذاته، وتُدعم بشكل مباشر تطوع المراهق الكفيف نحو التعايش الإيجابي مع إعاقته من أجل النجاح في حياته وتحقيق الأفضل، والمراهق الكفيف خاصة يواجه في حياته اليومية ضغوطاً كثيرة نتيجة لفقدانه حاسة البصر مما يجعله يشعر بالتهديد الدائم والعجز عن السيطرة على المواقف والتحكم بها، وأن فقدانه لبصره من أشد الصدمات كارثية التي يمكن أن تصيب الإنسان وما قد يترتب عليها من تبعات مثل القلق والتوتر وفقدان الثقة بالنفس وضعف أو فقدان القدرة على التعبير عن المشاعر (أحمد أحمد، ٢٠١٩، ٦).

وتعد صورة الجسم أحد أهم مكونات البناء النفسي للفرد، وعاملاً أساسياً في تحقيق الذات والوصول إلى التوافق النفسي الاجتماعي، فهي تشمل مكونات سلوكية وانفعالية ومعرفية وهي عنصر مهم من عناصر قبول الذات خاصة في مرحلة المراهقة حيث يتم إجراء المقارنات مع الأقران (poorna & vijaybadu, 2019, 5).

وتمثل صورة الجسم لدى المراهق الكفيف أهمية بالغة حيث يحقق الأفراد ذوي التقييم الإيجابي لصورة الجسم درجات أعلى من التوافق النفسي أكثر من أقرانهم ذوي التقييم السلبي لصورة الجسم، كما أن نمو صورة الجسم يرتبط إيجابياً بنمو الشخصية الناضجة، فالأفراد الذين يحبون أنفسهم يكونون على الأرجح أكثر صحة، وعلى النقيض فالأفراد ذوي الصورة السلبية لأجسامهم يعانون من تقدير ذات منخفض ومن مشكلات نفسية كثيرة أبرزها القلق والاكتئاب (محمد عبد الرزاق، ٢٠١٩، ٣٦٨).

فعلى أساس صورة الجسم يكون المراهق الكفيف فكرته عن ذاته، ويكون سلوكه وانفعالاته واستجاباته متأثراً بها، وأن تلك الصورة التي يجدها الكفيف في ذهنه عن كيف يبدو جسده وما هو حجم أجزائه، إضافة إلى مشاعره الذاتية تجاه هذه الصورة، إذ يُعد التعبير السوي عنها أحد أهم دلالات الصحة النفسية، إلا أن هناك بعض المراهقين المكفوفين يفتقرون إلى هذه القدرة على تمييز الانفعالات والمشاعر وتفسيرها ووصفها والتعبير عنها والتمييز بينها وبين الأحاسيس الجسمية المصاحبة وأطلق على هؤلاء الأفراد اسم (المصابين بالألكسيميا).

فالألكتسيثيميا أصبحت مشكلة عصرية، حيث تُعدُّ أحد الاضطرابات المصاحبة للعديد من الأمراض العصرية العضوية منها والنفسية كضغط الدم والقلق والاكتئاب والتهاب القولون والبدانة والشره العصبي وغيرها، كما قد تؤدي الألكتسيثيميا إلى العديد من الأمراض، وقد تكون حالة ظاهرة عارضة نتيجة لمرض ما، أو ربما تكون عاكسة لتغير نفسي يحدث ردًا على تغيرات فسيولوجية طبيعية (أحمد أبو بكر، ٢٠١٩، ٤).

ويُعدُّ نقص التعبير عن المشاعر الألكتسيثيميا (Alexithymia) من الاضطرابات النفسية التي تم تناولها بالبحث والدراسة حديثًا، إذ ترجع بدايات ظهور هذا المصطلح إلى جهود العالم الأمريكي سفينوس (Sefenios 1972) وكان هذا المصطلح يُطلق على المرضى الذين لديهم أعراض نفسجسمية (سيكوسوماتية) ويعانون من ضعف في القدرة على وصف انفعالاتهم تجاه المواقف التي تحتاج للتعبير عن العواطف والمشاعر، ثم أُطلق المصطلح على هؤلاء الأفراد فقط دون الرجوع لظهور أمراض سيكوسوماتية (Mueller et al., 2020, 493).

كما أن المراهقين المكفوفين قد يظهر لديهم مشكلات اجتماعية تميزهم عن غيرهم من أهم هذه المشكلات الشعور بالارتباك كرد فعل لانفعالات الآخرين، مع وجود صعوبة في القدرة على التحدث عن مشاعرهم الخاصة وقد يصاحب ذلك الانسحاب الاجتماعي، ويظهر القصور في المهارات الاجتماعية لدى المراهقين المكفوفين من خلال سلوكياتهم، ويسبب القصور المستمر في المهارات الاجتماعية والتوتر والقلق وفقدان الدافعية (Taylor, 2020, 63).

وهو ما يتفق مع الخصائص العامة للألكتسيثيميا والتي تشمل الصعوبة في تحديد المشاعر والتمييز بين المشاعر والاحاسيس الجسمية وصعوبة وصف المشاعر للآخرين وعمليات تخيل محدودة وهذا ما أكدته دراسة (Morie et al., 2019, 247) حيث أوضحت أن الألكتسيثيميا مفهوم سيكولوجي متعدد الأبعاد ويشمل: صعوبة التعرف على المشاعر، صعوبة التعبير عن المشاعر لفظيًا، صعوبة وصف وفهم مشاعر وأحاسيس الآخرين، ندرة الخيال وضيق الأفق، وصعوبة التفكير ذو الوجة الخارجية.

كما قد يعاني المراهق الكفيف حالة من القلق جراء حالة العجز البصري التي يعيشها فيجد نفسه وقد أصابه قدرًا من التوتر النفسي والضيق، حيث يفقد القدرة على الاتصال بالعالم الخارجي المحيط بما يحتوي من متغيرات نفسية واجتماعية وانفعالية متعددة، بالإضافة إلى عدم قدرته على الاندماج مع أقرانه العاديين؛ لشعوره بأنه أقل منهم في أشياء كثيرة، فيجد صعوبة في وصف مشاعره تجاه نفسه وتجاه الآخرين؛ لأن الإعاقة تخلق شعورًا لدى المراهق الكفيف بعدم الثقة بالنفس، وذلك بالإضافة إلى أن كف البصر يخلق داخل الكفيف حالة من العزلة الاجتماعية، فلا يستطيع التفاعل مع المحيطين به ولا مع البيئة الخارجية بكل متغيراتها. (Di trani et al., 2019, 233)

فالمراهق الكفيف الذي يعاني من ضعف القدرة على التعبير عن المشاعر (الألكسيثيميا) يعاني كذلك من صعوبات ذاتية واجتماعية، قد تؤثر على قدراته في التعامل مع مواقف الحياة اليومية وقدرته على التواصل الفعّال، حيث أن عدم القدرة على التعبير عن المشاعر أو كبتها، أو الصراع حول التعبير عنها يرتبط بعدد من المشكلات النفسية وله آثاره المرضية على الصحة النفسية والجسمية (أحمد جنيدي، ٢٠٢٠، ٩٣).

ومما سبق يمكننا القول بأن اضطراب الألكسيثيميا يرتبط بقصور في مظاهر التوافق النفسي والاجتماعي للفرد ويترك آثاره السلبية على صورة الجسم عليه، وهو ما دفع الباحثة للتحقق من فاعلية بعض الفنيات والاستراتيجيات التي تمكن المراهق الكفيف من تحقيق مزيد من الاتصال الفعّال والناجح بالآخرين، بل والاندماج معهم والتخلي بالإيجابية والواقعية في التعامل معهم.

ويُعد العلاج القائم على القبول والالتزام أحد أحدث وأهم النماذج العلاجية التي يمكن الاعتماد عليها في مواجهة الاضطرابات النفسية بوجه عام، واضطراب الألكسيثيميا بشكل خاص، وأشار (Julie, 2021, 15) إلى أن العلاج القائم على القبول والالتزام يمكن استخدامه مع مجموعة واسعة من الحالات المرضية والمشكلات الحياتية كمشكلات التواصل وغيرها. بالإضافة إلى معالجة العديد من الاستجابات الانفعالية، ومن جهة أخرى يمكننا الإشارة إلى أن العلاج بالقبول والالتزام موجه أساسًا لزيادة جودة الحياة وتحسين المرونة النفسية، حيث يتم

توجيه العملاء إلى اختبار اتجاهاتهم القيمة الخاصة بهم في الحياة، لتنمية وعيهم بأن التجنب أو الهروب يعيقهم عن العيش بالطريقة التي يرغبونها، وأن تحسين نوعية الحياة يرتبط بقبول تغيير السلوكيات والالتزام بذلك.

وأضاف (Jacqueline & Krychiw, 2021, 14) أن العلاج القائم على القبول والالتزام يُعد تدخلاً سلوكياً، صُمم لاستهداف والحد من التجنب التجريبي والتشابك المعرفي لتشجيع العميل على إجراء تغييرات سلوكية معززة للحياة تتوافق مع قيمه الشخصية.

وهو ما دفع الباحثة لاستخدام النموذج العلاجي القائم على القبول والالتزام في إعداد برنامج يهدف إلى خفض الألكسيثيميا لدى المراهقين المكفوفين والتعرف على أثر هذا البرنامج على صورة الجسم لدى عينة البحث.

ثانياً - مشكلة البحث:

يواجه الطالب الكفيف في مرحلة المراهقة العديد من المشكلات النفسية والاجتماعية، إضافة للمشكلات الناجمة فعلياً عن الإعاقة البصرية والتي تشكل خصائصه مثل: الشعور بالدونية وانخفاض تقدير الذات واختلال صورة الجسم، هذا بالإضافة إلى أنه أكثر استخداماً للحيل الدفاعية (ميكانيزمات الدفاع النفسي) كالانسحاب والكبت والتعويض والنكوص، كما أنه أكثر عُرضة للإصابة بالاضطرابات النفسية أكثر من أقرانه العاديين، حيث يشعر المراهقون المكفوفون في هذه المرحلة بمدى قسوة الإعاقة البصرية، ويبدأ هنا إدراكهم لطبيعة العجز الذي يصيبهم، ويزداد وعيهم بالقيود التي تفرضها الإعاقة عليهم، وهذا من شأنه أن يجعلهم عُرضة للعديد من الضغوط التي تؤثر عليهم سلباً، فيبدأ المراهق الكفيف في الشعور بالعزلة عن الآخرين، والافتقار للمهارات الاجتماعية الوجدانية في العلاقة بالآخرين (محمد عبد الرازق، ٢٠١٩، ٣٩٦).

وتشير نتائج الدراسات إلى معاناة المراهقين المكفوفين من مشكلات عديدة ومنها الألكسيثيميا كدراسة (Jackson & Tisak, 2021) التي أسفرت نتائجها عن وجود علاقة بين الألكسيثيميا والقلق الاجتماعي لدى المراهقين المكفوفين؛ ودراسة (Evans et al., 2021) والتي توصلت لوجود علاقة ارتباطية بين الاكتئاب والألكسيثيميا لدى الطلاب المعاقين بصرياً؛ ودراسة (Larsson & Frandin, 2020)

والتي أشارت نتائجها عن معاناة المكفوفين من الألكسيثيميا بدرجة أكبر من أقرانهم المبصرين؛ ودراسة (Bennet et al., 2020) والتي توصلت نتائجها عن وجود علاقة ارتباطية بين الألكسيثيميا والعدوان لدى المعاقين بصرياً بدرجة أكبر من أقرانهم العاديين؛ ودراسة (Di Trani et al., 2019) والتي أشارت نتائجها إلى وجود علاقة ارتباطية بين الألكسيثيميا ومفهوم الذات لدى المكفوفين؛ ، وعلى صعيد الدراسات العربية لم يتسنى للباحثة العثور على دراسات تناولت الألكسيثيميا لدى المكفوفين إلا دراسة (أحمد جنيدي، ٢٠٢٠) والتي توصلت إلى وجود علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين الألكسيثيميا والقلق لدى الأطفال المعاقين بصرياً بالمرحلة الابتدائية.

ومن جانب آخر نجد أن المكفوفين يعانون من اضطراب في صورة الجسم حيث يشير (Vieno et al (2020) إلى أن كف البصر يؤدي إلى تقدير ذات سلبي، ويعود ذلك إلى حالات الضرر الجسدي الذي يصيبهم نتيجة التشوه بالعيون والجلسات غير السليمة، وأيضاً نتيجة لعدم قدرتهم على رؤية وقراءة وفهم تعبيرات الوجه ولغة الجسد.

وقد أثرت الباحثة تناول صورة الجسم كونها مصدراً للهوية لغالبية الأفراد المكفوفين إذ أنهم يعانون من تشويش صورة الجسم عندما لا يتوافق شكل الجسم مع الصورة المثالية التي يقرأها ويحددها المجتمع (ناصر أبو حماد، ٢٠١٧٤، ٧٦).

ومن الدراسات التي تناولت صورة الجسم لدى المراهقين المكفوفين تأتي دراسة (Mei-Chi, 2021) والتي توصلت إلى وجود علاقة دالة إحصائية بين صورة الجسم وقلق المستقبل ومفهوم الذات؛ ودراسة (Pinquart & Pfeiffer, 2021) والتي أسفرت أهم نتائجها إلى أن المكفوفين أقل رضاً عن صورة أجسامهم من أقرانهم المبصرين؛ ودراسة (أحمد أحمد، ٢٠١٩) والتي أشارت نتائجها لوجود علاقة ارتباطية موجبة دالة إحصائية بين صورة الجسم وكل من الشفقة بالذات وتحمل الغموض لدى المراهقين المكفوفين؛ ودراسة (سعاد قرني، ٢٠١٩) والتي أسفرت نتائجها عن وجود علاقة ارتباطية موجبة دالة إحصائية بين صورة الجسم وفرط الحساسية الانفعالية لدى المراهقين المكفوفين.

ونظراً لكون الجسم بناءً متعدد الأبعاد، يتضمن اتجاهات وتصورات وانفعالات مرتبطة بصورة الجسم إلا أن الدراسات اهتمت بشكل أكبر بالبناءات المرتبطة بالوزن والتمثلة في اضطرابات الأكل مثل فقدان الشهية العصبي أو الشره العصبي (البوليميا)، وهناك ندرة في الدراسات التي اهتمت بالجوانب الانفعالية والمعرفية المرتبطة بصورة الجسم (محمد عبد الرازق، ٢٠١٩، ٣٧٠).

وباستعراض التراث السيكولوجي فقد وجدت الباحثة أن هناك علاقة ارتباطية بين الألكسيثيميا وصورة الجسم ومنها دراسة (Phillips & crino, 2021) التي أسفرت نتائجها عن وجود علاقة ارتباطية موجبة بين الألكسيثيميا وصورة الجسم السالبة؛ ودراسة (Young & Weishaar, 2021) والتي أشارت نتائجها إلى وجود علاقة ارتباطية موجبة بين صورة الجسم وصعوبة التعبير عن المشاعر؛ كما توصلت دراسة (Michael, 2020) إلى وجود علاقة ارتباطية ذات دلالة بين صورة الجسم والألكسيثيميا؛ ودراسة (أحمد جندي، ٢٠٢٠) والتي أشارت نتائجها لوجود علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين الألكسيثيميا وإدراك صورة الجسم لدى عينة من الأطفال ذوي الإعاقة البصرية بالمرحلة الابتدائية، وعلى النقيض فقد توصلت دراسة (Huang et al., 2020) إلى عدم وجود علاقة ارتباطية بين الألكسيثيميا وصورة الجسم.

وإدراكاً من الباحثة بأهمية التدخل العلاجي لخفض الألكسيثيميا، وكذلك لتحسين صورة الجسم لدى المراهقين المكفوفين، فقد توافرت في التراث النفسي العديد من الدراسات التي تعاملت مع هذه المشكلات عبر تدخلات إرشادية وعلاجية تنتمي إلى مدارس مختلفة، مستندة إلى المنطلقات النظرية لكل مدرسة وعبر تطبيق فنياتها المختلفة ومنها التحليل النفسي، والعلاج المعرفي السلوكي وغيره من العلاجات النفسية. ويأتي التدخل عن طريق العلاج بالقبول والالتزام كأحد النماذج والمداخل الحديثة نسبياً، والتي تم تطبيقه مع عدد من المشكلات والاضطرابات على فئات مختلفة.

فقد ظهر العلاج بالقبول والالتزام على يد ستيفن هايز Steven Hayes في عام (١٩٩٩)، ويجمع هذا الطراز العلاجي فيما بين القبول Acceptance واليقظة العقلية Mindfulness وعمليات تغيير السلوك والالتزام من

أجل تحسين التدخلات السلوكية؛ فعلى العكس من العلاج المعرفي السلوكي (CBT) Cognitive Behavioral والذي انصب اهتمامه على محتوى الأفكار اللاعقلانية ذات الخلل الوظيفي وما ينجم عنها من انفعالات ومشاعر سلبية، نجد أن العلاج بالقبول والالتزام قد ركز على تعديل علاقة الفرد بأفكاره وقبولها بدلا من تجنبها، وقد أشار رائد هذا العلاج هايز إلى ضرورة نطق كلمة (ACT) وهي اختصار تسمية العلاج بالقبول والالتزام Acceptance and Commitment Therapy بكلمة واحدة وليست ثلاثة أحرف منفصلة، وذلك لأن العلاج قائم على الفعل أي القيام بفعل ما (Hayes et al., 2011).

كما ترى نظرية العلاج بالقبول والالتزام أن القدرات اللفظية البشرية سلاح ذو حدين ففي الوقت الذي تسمح لنا بحل مشكلاتنا اليومية وخلق عالما مريحا مع السماح لنا باستحضار خبرات الماضي الأليمة في الحاضر وأن نرى التاريخ الانفعالي كمشكلة تحتاج أن تحل، وأن نقارن أنفسنا بالمثالية غير الواقعية وأن نستحضر المخاوف المتعلقة بالمستقبل، كما يعتمد العلاج بالقبول والالتزام على استخدام الأمثلة لتغيير العلاقات بين الانفعال والمعرفة والسلوك. ومن وجهة نظر العلاج بالقبول والالتزام فإن المعارف والانفعالات والعواطف تعمل كعوائق أمام الحياة وذلك عندما نعاملها كموضوعات تحتاج لأن يتم تجنبها أو الامتثال والاستسلام لها (Annabelle, 2020, 12).

ومن جانب آخر فإن العلاج بالقبول والالتزام أثبت فعاليته في خفض بعض الاضطرابات والمشكلات النفسية كاضطرابات القلق كما في دراسة (Tracy, 2021)؛ واضطرابات المزاج كما في دراسة (Thompson et al., 2021)؛ واضطراب الشخصية التجنبية كما في دراسة (أحمد أحمد، ٢٠٢٠)؛ والوسواس القهري كما في دراسة (إيمان بوقفة، ٢٠٢٠)، وأعراض التنمر الوظيفي كما جاء في دراسة (بشرى أرنوط، ٢٠١٩)؛ وقلق المستقبل المهني كما في دراسة (سعاد قرني، ٢٠١٩)؛ وأعراض الاكتئاب كما في دراسة (تركي الشريفي، ٢٠٢٠)، واضطراب ما بعد الصدمة كما جاء في دراسة (Kirsch, 2020)؛ وخفض سلوك الجناح كما في دراسة (Vitale, 2021).

كما ثبت فعالية العلاج بالقبول والالتزام في تنمية وتحسين بعض المتغيرات النفسية مثل السكينة النفسية كما في دراسة (صالح الشعراوي، ٢٠٢١)؛ والصمود النفسي

كما في دراسة (أسماء لطفي، ٢٠٢٠)؛ والشفقة بالذات كما في (Mullen et al., 2020)؛ ومفهوم الذات كما في دراسة (رأفات أحمد، ٢٠٢٠)؛ والأمن النفسي كما في دراسة (أسماء الزهيري، ٢٠١٩)؛ والمرونة النفسية كما في دراسة (آية محمد، ٢٠٢٠).

إلا أن الباحثة لم تتمكن من الوصول لبعض الدراسات التي تناولت خفض الألكسيثيميا وتحسين صورة الجسم لدى عينة البحث من المراهقين المكفوفين. إذ أن هذا النموذج العلاجي لديه من الأسس النظرية والتجريبية ما يجعله متكيف بشكل كبير مع أعراض الألكسيثيميا، حيث يركز في جوهره على معالجة تجنب الخبرة الذي يلجأ إليه عميل الألكسيثيميا لتجنب المواقف والتفاعلات التي تزعجه، ورفض الاندماج المعرفي (الأفكار التي يعتقد أنها عميل الألكسيثيميا على سلوكياته وردود أفعاله والتي تقيد تصرفاته، وتعزيز المرونة النفسية) وهذا هدف علاجي مهم لعميل الألكسيثيميا حيث يتعرض لكثير من المواقف الضاغطة وغير الضاغطة التي تتطلب منه قدرًا من المرونة لمواجهة قبل أن تتطور وتندمج في أعراض الألكسيثيميا (Evans et al., 2021, 8).

وبالتالي فإن إعداد برنامج يستهدف خفض الألكسيثيميا لدى المراهقين المكفوفين قد يلقي بآثاره الإيجابية على صورة أجسامهم وهو ما يحاول البحث الحالي التصدي له، ونظرًا لندرة الدراسات - في حدود علم وإطلاع الباحثة - التي اهتمت بإعداد برامج إرشادية قائمة على القبول والالتزام لخفض الألكسيثيميا لدى المراهقين المكفوفين، فثمة هناك مبرر لإجراء هذه الدراسة في محاولة للإجابة عن الأسئلة الآتية:

١. هل توجد علاقة بين الألكسيثيميا وصورة الجسم لدى المراهقين المكفوفين؟
٢. هل هناك فعالية للعلاج بالقبول والالتزام في خفض الألكسيثيميا لدى المراهقين المكفوفين؟
٣. هل تختلف درجات القياسين القبلي والبعدي لأفراد العينة العلاجية من المراهقين المكفوفين في صورة الجسم؟
٤. هل تختلف فعالية العلاج بالقبول والالتزام في خفض الألكسيثيميا لدى المراهقين المكفوفين باختلاف الجنس؟
٥. هل تختلف درجات الذكور والإناث من أفراد العينة العلاجية على مقياس صورة الجسم في القياس البعدي؟

٦. هل تستمر فعالية العلاج بالقبول والالتزام في خفض الألكسيثيميا لدى المراهقين المكفوفين في القياس التتبعي بعد مرور (شهر ونصف)؟
٧. هل تختلف درجات أفراد العينة العلاجية على مقياس صورة الجسم في القياسين البعدي والتتبعي؟

ثالثاً - أهداف البحث:

يهدف البحث الحالي إلى ما يأتي:

١. تصميم برنامج قائم على العلاج بالقبول والالتزام.
٢. التحقق من فعالية برنامج القبول والالتزام في خفض الألكسيثيميا.
٣. التحقق من أثر البرنامج على صورة الجسم لدى عينة البحث من المراهقين المكفوفين.
٤. التعرف على طبيعة الاختلافات بين الذكور والإناث من عينة البحث في فعالية البرنامج.
٥. التعرف على مدى استمرارية فعالية البرنامج المستخدم في خفض الألكسيثيميا في القياس التتبعي (بعد مرور شهر ونصف) على انتهاء تطبيق البرنامج.

رابعاً - أهمية البحث:

يستمد البحث الحالي أهميته من خلال ما يأتي:

(أ) الأهمية النظرية:

- انبثقت أهمية البحث من خصوصية العينة، والتي تمثلت في المراهقين المكفوفين، إذ في مرحلة المراهقة عموماً تكثر الصراعات والتوترات النفسية التي حتماً تؤثر سلباً على شخصية المراهق كأزمة الهوية، والرغبة في الاستقلال والضغط النفسي والعناد والعدوان والاعتراب النفسي وغيرها من الاضطرابات النفسية والانفعالية. وتزداد حدة هذه الانفعالات السلبية عند وجود إعاقات وخاصة الإعاقة البصرية؛ إذ تؤدي إلى صعوبة التواصل غير اللفظي مع الآخرين وصعوبة في فهم مشاعرهم وانفعالاتهم وزيادة الشعور بعدم القدرة على التعبير عن المشاعر والانفعالات ووصفها وتحديدها.
- يهتم البحث الحالي بتناول مفهوم حديث نسبياً وهو الألكسيثيميا (أي صعوبة تعرف المشاعر والانفعالات) لدى المراهقين المكفوفين، وما يترتب عليها من أعراض مثل الانسحاب والعزلة وفقدان مهارات التواصل والمهارات الاجتماعية

عامة والذي يعيق تكيف وتوافق المراهق الكفيف، والعمل على خفض أعراضه يمثل أهمية في تقدم المراهق الكفيف سواء في حياته الشخصية أو التعليمية، كما أن دراسة هذا المتغير وما يقف خلفه من عوامل توفر فهماً أفضل للتعامل مع هؤلاء المراهقين: وقايةً وتشخيصاً وعلاجاً.

- يوجه البحث الحالي الاهتمام بأهمية التدخل والبرامج العلاجية في خفض الألكسيثيميا في مرحلة المراهقة وقبل أن تتفاقم المشكلة في مرحلة الرشد.
- اكتسبت هذه الدراسة أهميتها من استخدام العلاج بالقبول والالتزام وهو أحد النماذج العلاجية الحديثة التابعة للموجة الثالثة للعلاج المعرفي السلوكي، والذي أثبتت العديد من الدراسات فعاليتها في علاج الاضطرابات والمشكلات النفسية بمختلف أنواعها.
- البحث الحالي يتناول الذكور والإناث المراهقين المكفوفين وذلك لأن صعوبة وصف المشاعر (الألكسيثيميا) وصورة الجسم متغيرات هامة لدى الجنسين وليست قاصرة على جنسٍ بعينه.
- يساهم هذا البحث في فتح المجال لإجراء مزيد من الدراسات التي تتناول الألكسيثيميا مع فئات أخرى بخلاف عينة البحث الحالي، أو من خلال تناول متغيرات نفسية أخرى قد تساهم في الحد من الألكسيثيميا.
- كما تتضح أهمية البحث في أنه دراسة تجريبية على المراهقين المكفوفين الذين يعانون من الألكسيثيميا ومن ثم توجيه أنظار المرشدين والمعالجين النفسيين والإخصائيين في المؤسسات إلى تفعيل برامج علاجية لهم سواء في البيئة المدرسية أو الأسرية.
- ندرة الدراسات التي تناولت بالبحث والدراسة متغير الألكسيثيميا وخاصة مع عينة البحث الحالي، مما يساهم في فتح آفاق بحثية مستقبلية في هذا الموضوع سواء كانت وصفية أو تجريبية.
- إمداد المكتبة النفسية بدراسة حول فعالية العلاج بالقبول والالتزام في خفض الألكسيثيميا - حيث أنه في حدود علم واطلاع الباحثة- لا توجد دراسة استخدمت نموذج العلاج بالقبول والالتزام في خفض الألكسيثيميا لدى المراهقين المكفوفين.

(ب) الأهمية التطبيقية :

- قد يسهم البرنامج المقدم في الدراسة الحالية في التخفيف من الآثار السلبية للألكسيثيميا وتحسين صورة الجسم لدى المراهقين المكفوفين، وهو بمثابة خطوة على طريق التوافق النفسي والاجتماعي السليم لهم، وتدعيم لقدراتهم على مواجهة المواقف الحياتية الضاغطة وصعوباتها.
- في ضوء نتائج البحث الحالي يمكن تقديم عدد من التوصيات يمكن الاستفادة منها في تخطيط برامج إرشادية وعلاجية في البيئة المدرسية والأسرية لخفض المشكلات النفسية التي يعاني منها الطلاب المراهقون المكفوفون.
- إعداد برنامج قائم على العلاج بالقبول والالتزام لخفض الألكسيثيميا لدى المراهقين المكفوفين.
- إعداد مقياس الألكسيثيميا لدى المراهقين المكفوفين.
- إعداد مقياس صورة الجسم لدى المراهقين المكفوفين.
- قد تسهم نتائج البحث الحالي في جذب انتباه القائمين على رعاية المراهقين بالمرحلتين الإعدادية والثانوية إلى الآثار السلبية للألكسيثيميا على شخصية الطالب المراهق في هذه المرحلة الدراسية؛ ومن ثم محاولة التصدي لها والتخفيف من تلك الآثار.
- الاستفادة من النظريات والمفاهيم العلمية في بناء مقياس الألكسيثيميا ومقياس صورة الجسم للطلاب المراهقين المكفوفين وتقنينها على المجتمع المصري.
- يمكن من خلال نتائج البحث وتوصياته ومقترحاته التقدم نحو توصية الوالدين والمعلمين والمتخصصين في مجال التربية الخاصة في وضع البرامج والخطط والخدمات النفسية التي تساعد في توجيه وإرشاد وعلاج مشكلات ضعف التواصل والتعبير عن المشاعر والحاجات لدى المراهقين المكفوفين؛ مما يؤدي إلى زيادة ثقتهم بأنفسهم وبالآخرين.

خامساً - محددات البحث :

تحدد البحث الحالي بموضوعه الذي يتمثل في "فعالية العلاج القائم على القبول والالتزام في خفض الألكسيثيميا وتحسين صورة الجسم لدى المراهقين المكفوفين بالمرحلتين الإعدادية والثانوية"، وبمكانه في مدارس النور والأمل بمدينة العريش

بمحافظة شمال سيناء، وبزمانه في الفصل الدراسي الأول من العام الدراسي ٢٠٢١/٢٠٢٢ م، وبأدواته المتمثلة في مقياس الألكسيثيميا (إعداد الباحثة)، ومقياس صورة الجسم (إعداد الباحثة)، والبرنامج العلاجي (إعداد الباحثة)، كما يتحدد منهج البحث الحالي في المنهج التجريبي.

سادساً - مصطلحات البحث:

أ- العلاج بالقبول والالتزام: Acceptance and Commitment Therapy
يُعرف (Hayes, 2011, 13) مؤسس العلاج بالقبول والالتزام بأنه يُرمز له اختصاراً بـ ACT وهو منهج علاجي يُصنف ضمن الموجة الثالثة للعلاج المعرفي السلوكي، فبينما يهدف العلاج المعرفي السلوكي إلى التعامل مع الأفكار، ومحاولة تغييرها وإعادة هيكلتها، تهدف علاجات الموجة الثالثة إلى إعادة تشكيل علاقة الشخص بتجاربه (أفكاره، مشاعره، وأحاسيسه)، وذلك من خلال ست عمليات رئيسة بهدف زيادة المرونة النفسية وتشمل هذه العمليات كل من: (القبول والاستعداد- فك الاندماج- الوعي بالحاضر- الذات كسياق- القيم- التصرف الاهتمامي الالتزامي). ويُحدد إجرائياً بأنه: تطبيق لفتيات واستراتيجيات العلاج بالقبول والالتزام في خفض الألكسيثيميا وتحسين صورة الجسم وفق خطة منظمة ومحددة زمنياً بجلسات وأنشطة يقوم بها المشاركون من خلال جلسات البرنامج.

ب- الألكسيثيميا: Alexithymia

يُعرفها (Jackson & Tisak, 2021, 351) بأنها قصور في القدرة على التعبير عن المشاعر، والذي يتبدى في: صعوبة التعرف على المشاعر ووصفها، وصعوبة التمييز بين المشاعر والأحاسيس الجسمية، والتفكير الموجه للخارج، وندرة الخيال. وتُحدد إجرائياً بالدرجة التي يحصل عليها المراهق الكفيف على مقياس الألكسيثيميا (إعداد الباحثة).

ج- صورة الجسم: Body Image

يُعرفها (Phillips & crino, 2021, 117) بالصورة التي يكونها الشخص في عقله عن جسمه، وتكون موجبة أو سالبة، حقيقية أو غير حقيقية، وهي تتأثر بالعوامل النفسية والثقافية والاجتماعية. وتُحدد إجرائياً بالدرجة التي يحصل عليها المراهق الكفيف على مقياس صورة الجسم (إعداد الباحثة).

د- المراهقون المكفوفون : Blind Teens

يُعرف عادل العدل (٢٠١٦، ١٤) المكفوفون بأنهم الأفراد الذين لديهم فقدان بصري يزيد عن ٦٠ / ٦ في العين الأفضل بعد التصحيح؛ مما يجعلهم غير قادرين على توظيف حاسة البصر للقيام بالمهارات والأنشطة الحياتية؛ ومن ثم يعتمدون على الحواس الأخرى. ويحدد المراهق الكفيف إجرائياً بأنه: الطالب الذي وُلد مصحوباً بكف البصر أو فقد بصره منذ سنوات عمره الأولى، بحيث أنه لم يمر بخبرة الإبصار من قبل، ويتراوح عمره بين (١٣-١٧ عاماً).

سابعاً- الإطار النظري ودراسات سابقة؛

يتناول الإطار النظري لمتغيرات الدراسة أربعة محاور أساسية، يندرج تحت كل محور بعض الكتابات والدراسات التي حاولت تأصيل هذه المتغيرات من الناحية المفاهيمية وكذلك النماذج والنظريات التي حاولت تناول هذه المتغيرات، وفيما يلي عرض لكل محور من تلك المحاور على حدة:

أ- الإطار النظري؛

المحور الأول- العلاج بالقبول والالتزام : Acceptance and Commitment Therapy ظهر في الآونة الأخيرة ما يُسمى بالموجة الثالثة للعلاج المعرفي السلوكي، إذ قامت بربط تقنيات منبثقة من تقاليد العلاج المعرفي السلوكي مع مشاكل التقبل والوعي الكامل، وبينما يحاول العلاج المعرفي السلوكي التعامل مع الأفكار من خلال المناقشة والتغيير وإعادة هيكلة محتواها، اتبعت الاتجاهات العلاجية الحديثة مقاربة مختلفة تركز على علاقة الفرد بأفكاره ومشاعره (Bendig et al., 2021, 5).

١- نشأة وفلسفة العلاج بالقبول والالتزام :

وقد نشأ العلاج بالقبول والالتزام (ACT) على يد ستيفن هايز Steven Hayes في أواخر الثمانينات من القرن العشرين وقد استمد مبادئه من الأساليب السلوكية للعلاج، إذ يصور العلاج في ثلاث فئات أو أجيال هي: العلاج السلوكي، العلاج السلوكي المعرفي، والموجة الثالثة للعلاج السلوكي مثل: (العلاج بالقبول والالتزام، العلاج السلوكي الجدلي)، ويهدف هذا العلاج القائم على القبول والالتزام إلى تشجيع الأشخاص على الاستجابة للمواقف البناءة وقبول الأحداث المعرفية

الصعبة وما يقابلها من مشاعر بدلاً من استبدالها (Idoia et al., 2021, 6).
والعلاج بالقبول والالتزام نشأ وتطور عبر ثلاث مراحل كما يأتي
(Kohlenberg & Callaghan, 2019, 34):

(أ) **المرحلة الأولى:** مرحلة التشكيل (١٩٧٠) عندما طُبقت المداخل السلوكية.

(ب) **المرحلة الثانية:** مرحلة التحول (١٩٨٠) عندما وضعت نظرية الإطار السياقي
حول اللغة.

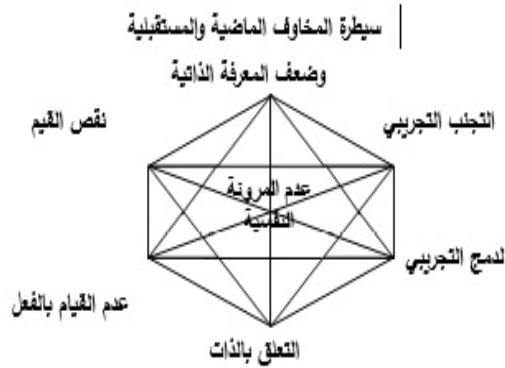
(ج) **المرحلة الثالثة:** وبدأت في نهاية العقد الماضي ووصف فيها العلاج بأنه مدخل
وظيفي متكامل للعلاج المرتكز على نظرية الاطار السياقي.

وترى الباحثة أن معظم العلاجات النفسية التقليدية تشترك في الافتراض
المنطقي القائل بأن التقليل أو الإزالة أو التجنب للانفعالات غير السارة والأفكار
السلبية أو غير التوافقية هو ذاته الطريق للجودة النفسية، بينما أشار هايز
وآخرون أن أحد الأسباب الرئيسة لفشل هذه العلاجات في تحقيق النجاح يكمن
في هذا الافتراض، فقد شككوا فيما إذا كان التقليل أو التجنب للأفكار والانفعالات
السلبية ضروري لتحقيق الصحة النفسية؛ إذ يفترض العلاج بالقبول والالتزام أن
هذا التقليل والتجنب ليس ضرورياً، وأن الصحة النفسية يمكن تصورها على أنها
القدرة المتزايدة لتحقيق القيم والأهداف الشخصية بصورة فعالة، سواء أكانت أو
لم تكن هناك أفكاراً وانفعالات سلبية متداخلة، ويُعد العلاج بالقبول والالتزام أحد
التدخلات العلاجية النفسية التي تقوم على أسس علم النفس السلوكي الحديث
الذي يستخدم عمليات القبول والالتزام وتغيير السلوك وذلك من أجل تحقيق
المرونة النفسية.

ويرى (Mawdsley, 2020, 6) أن العلاج بالقبول والالتزام عبارة عن علاج
سلوكي يركز على الالتزام بالقيم، أي على ما هو مهم في حياة الانسان ويتأتى ذلك
من خلال التركيز على ست عمليات رئيسة بهدف زيادة المرونة النفسية وتشمل
هذه العمليات كل من (القبول والاستعداد- فك الاندماج- الوعي بالحاضر- الذات
كسياق- القيم- التصرف الاهتمامي الالزامي).

٢- تفسير نشأة الاضطرابات النفسية من وجهة نظر العلاج بالقبول والالتزام :

- يمكن القول بأن هناك عدة أسباب تؤدي لحدوث المشكلات النفسية وفقاً للعلاج بالقبول والالتزام، وذلك كما يأتي (Kirsch, 2020, 53):
- ١- رفض العميل الإفصاح عن أعراض القلق الطبيعي أو خبراته الخاصة التي أدت إلى حدوث القلق الطبيعي.
 - ٢- أن العميل يرى أن الأحداث المرتبطة بالقلق الطبيعي مصدراً يهدد الصحة ويجب إزالتها أو التحكم به.
 - ٣- قد تزداد حدة القلق إلى مستويات غير مقبولة نتيجة محاولة العميل التحكم في الأحداث المرتبطة بالقلق.
 - ٤- تكرار اللجوء إلى التجنب والهروب الانفعالي للحصول على راحة قصيرة الأمد من القلق، وهذا قد يؤدي إلى ضيق نفسي سلوكي شديد وفقدان جودة الحياة.



شكل (١)

النموذج المرضي في ضوء العلاج بالقبول والالتزام

(Hayes et al., 2006, 24)

ويشير هاييز وآخرون (Hayes et al (2006, 14) إلى أن الهدف الرئيس للعلاج بالقبول والالتزام هو زيادة المرونة النفسية للفرد، وتحسين قدرته على التواصل مع اللحظة الراهنة.

كما يوضح Xu et al (2020, 136-137) أن المشكلات النفسية من وجهة نظر العلاج بالقبول والالتزام تحدث لعدة أسباب هي:

١. عندما يصبح العميل غير راغب في الإفصاح عن أعراض القلق العادي أو الخبرات الخاصة التي تُحدث القلق العادي.
٢. ينظر العميل إلى الأحداث المرتبطة بالقلق العادي على أنها تهديداً أولاً للصحة يجب التحكم فيه أو إزالته.
٣. المحاولات التي تهدف للتحكم في الأحداث المرتبطة بالقلق تزيد بصورة مباشرة وحقيقية من حدة القلق إلى المستويات غير المقبولة.
٤. يبدأ العميل باستخدام استراتيجيات التجنب والهروب الانفعالي للطبيعة النفسية أو السلوكية.
٥. يتم تطبيق استراتيجيات التجنب والهروب الانفعالي بصورة أكثر تكراراً كي يبقى الشخص في حالة جيدة مع رجوع التأثير ويتم تعزيزه عن طريق راحة قصيرة المدى من القلق.
٦. الامتداد المستمر لنموذج استجابات الهروب والتجنب الانفعالي يقود إلى ضيق نفسي واضطراب سلوكي شديد في مناطق أساسية من الوظيفية وفقدان جودة الحياة.

الذات كسياق ومفهوم وعملية :

يرى العلاج بالقبول والالتزام الذات من ثلاثة أبعاد (Mawdsley, 2020, 10):

الذات كسياق: وهي عبارة عن إطار علائقي لـأنا مقابل أنت، الآن مقابل بعد ذلك، أنا مقابل هم.

الذات كمفهوم: له إطار وجودي ومعتقدات عميقة الجذور حول من أنا، ما أفكر به، ما أشعر به.

الذات كعملية: لها إطار زمني وتتضمن أفكاراً حول الحاضر والماضي والمستقبل.

وقد اقترح منظور العلاج بالقبول والالتزام أن إنشاء توازن دقيق بين جميع جوانب الذات يمكن أن يكون حلاً سريعاً للعديد من مشكلات الصحة العقلية مثل اضطراب ما بعد الصدمة والاكتئاب والرهاب عندما تكون على دراية بتجاربنا ويمكننا النظر إليها من وجهة نظر موضوعية، ويمكننا التعامل مع تدفق العواطف بمزيد من الفعالية.

وتشير (Kara, 2020, 43) إلى أن العلاج بالقبول والالتزام (ACT) يعتمد على الموجهين الأولى والثانية من العلاج السلوكي، ولكنه يقدم وجهة نظر سياقية وظيفية تركز على اللغة والإدراك، ويركز بشكل أساسي على تأثير اللغة على علاقتنا بالكلمات كبشر، ونقوم تلقائياً بتنظيم أفكارنا وخبراتنا من خلال إنشاء روابط ذات مغزى بين الكلمات والأفكار.

٣- تعريفات العلاج بالقبول والالتزام :

تتنوع التعريفات التي تناولت نموذج العلاج بالقبول والالتزام، إلا أن أغلب هذه التعريفات مستمدة ومشتقة من تعريف هايز الذي أسس هذا النموذج العلاجي، إذ عرف ستيفن هايز (Hayes, 2011, 24) العلاج بالقبول والالتزام بأنه مدخل للعلاج الوظيفي السياقي، إذ تُعد مشكلات الإنسان ناتجة عن عدم المرونة النفسية، التي تسببها التبعئة المعرفية، وتجنب الخبرات، فالهدف الرئيسي للعقل هو زيادة المرونة النفسية، وقدرة الفرد على التواصل مع اللحظة الراهنة بشكل واع، وأن تستمر على السلوك أو تغييره إذا كان ذلك يحقق أهدافك كفرد.

في حين تعرف آمال الفقي (٢٠١٦، ١٠٧) العلاج بالقبول والالتزام بأنه علاج إجرائي يقوم على استخدام الأمثلة والخبرات الراهنة للحالات، ويعتمد على تفعيل أساليب المواجهة والتقبل للخبرات والأفكار والاعتقادات الخاطئة، والتصرف الالتزامي بما تم إنجازه في المراحل العلاجية السابقة في ضوء قيمه واهتماماته.

كما يعرفه (Twohig et al, 2018, 756) بأنه نموذج من التدخل العلاجي النفسي، والذي يتأصل من الناحية الفلسفية في السياقية الوظيفية، ويتأصل من الناحية النظرية في نظرية الإطار السياقي، ويُنظر إلى العلاج بالقبول والالتزام على أنه علاج لاضطراب التجنب الخبراتي، والذي يُعد نموذجاً وظيفياً للمرض النفسي.

ويُعرف (Yadavaia et al, 2019, 14) العلاج بالقبول والالتزام بأنه عملية الاتصال باللحظة الراهنة بشكل كلي وتجريبي؛ فهو عملية تُستخدم لمساعدة الأفراد تبدأ من أين هم للحصول على اهتمامهم للتركيز علناً على ما يدور حولهم في هنا والآن، وغالباً ما يحدث ذلك من خلال استخدام العديد من تقنيات العقل، وذلك يتم دون تقييم أو حكم، كما يتيح للفرد الانفصال عن تجاربه.

كما يعرفه (Wahyuni et al (2019, 92) بأنه مُدخل ونهج سياقي وظيفي يستند على نظرية الإطار السياقي التي ترى المعاناة الإنسانية ناشئة عن عدم المرونة النفسية "الجمود النفسي" والتي تعززها عمليات الدمج المعرفي والتجنب الخبراتي في سياق العلاقة العلاجية، ويسعى هذا المدخل العلاجي إلى زيادة المرونة النفسية من خلال العمليات الست الآتية: القبول، الفصل المعرفي، التواصل مع اللحظة الحالية، الذات كسياق، القيم، وبناء وتوسيع أنماط من العمل الملتزم الذي يخدم تلك القيم.

وتعرف الباحثة العلاج بالقبول والالتزام إجرائياً بأنه "أسلوب ونموذج علاجي مستند على نظرية فلسفية تعزز السياق العلائقي للفرد بخبرة المعاناة وضرورة تقبلها والتعامل مع الأفكار والمعتقدات والمشاعر والأحاسيس الجسدية المرتبطة بالخبرة المُعاشة، وذلك من خلال تطبيق العمليات الأساسية لهذا الأسلوب العلاجي كمهارات القبول والتعامل مع الذات كسياق والتعامل مع الفرد كحاضر والفصل المعرفي وإزالة التجنب الخبراتي؛ ومن ثمّ يستطيع الفرد أن يعيش أحداث حياته بفاعلية ومرونة سلوكية".

٤- العمليات (الفيئات) الأساسية للعلاج بالقبول والالتزام:

إن العلاج بالقبول والالتزام يهدف أساساً إلى زيادة المرونة النفسية وتحسين قدرة العميل على التواصل مع اللحظة الراهنة بشكل تام وواع، ويتم تحقيق المرونة النفسية باستخدام ست عمليات/ فيئات أساسية هي كالتالي، (Mawdsley, 2020, 19) و (Karen et al., 2020, 7) :

١- القبول: Acceptance

يُعد القبول بديلاً لتجنب الخبرات، ويشمل التقبل النشط والواعي للأحداث الخاصة بحياة الشخص والتي قد ترتبط بماضيه دون بذل محاولات لتغييرها؛ أي أن القبول ليس هو الغاية وإنما هو وسيلة لتحفيز الأفعال المرتبطة بقيم العميل، كما يُقصد بالقبول أن يحدد المرء الأشياء الخارجة عن سيطرته والتي لا يستطيع تغييرها، ويتقبلها كما هي، وذلك لأن محاولات تغيير ما هو خارج عن السيطرة سيتسبب في إحباط الفرد من جراء فشله، وتتكون انفعالات سلبية تؤثر على حياته بشكل عام.

٢- الفصل المعرفي Cognitive Defusion

وهذه الفنية تهدف في الأساس إلى تغيير وظائف الأفكار الخاصة بحدث ما بدلاً من تغيير شكل ذلك الحدث أو عدد مرات حدوثه أو الحساسية الموقفية لهذا الحدث، كما يمكن تكرار الكلمة حتى تفقد محتواها الانفعالي أو يتم التعامل معها وكأنك ملاحظ خارجي أو أنها لا تخصك، وينتج عن الفصل المعرفي تقليل المصدقية لفكرة ما، أو التعلق بها.

٣- عيش الحاضر: Being present

تهدف هذه الفنية إلى أن يحيا الفرد الحاضر دون إطلاق الأحكام، وأن تكون سلوكياته أكثر مرونة، وأن تكون أفعاله متسقة مع الأقوال والقيم التي يتبناها الشخص.

٤- الذات كسياق: Self as context

إن استخدام أشكال من التعبير مثل: "أنا- أنت"، "الآن- آنذاك"، و"هنا- هناك" وغيرها هو الذي يؤدي لتفسيرات متعددة ومختلفة لنفس الموقف، وقد نشأت عن هذه الفكرة مفاهيم عديدة كنظرية العقل، التعاطف، والإحساس بالذات وغيرها.

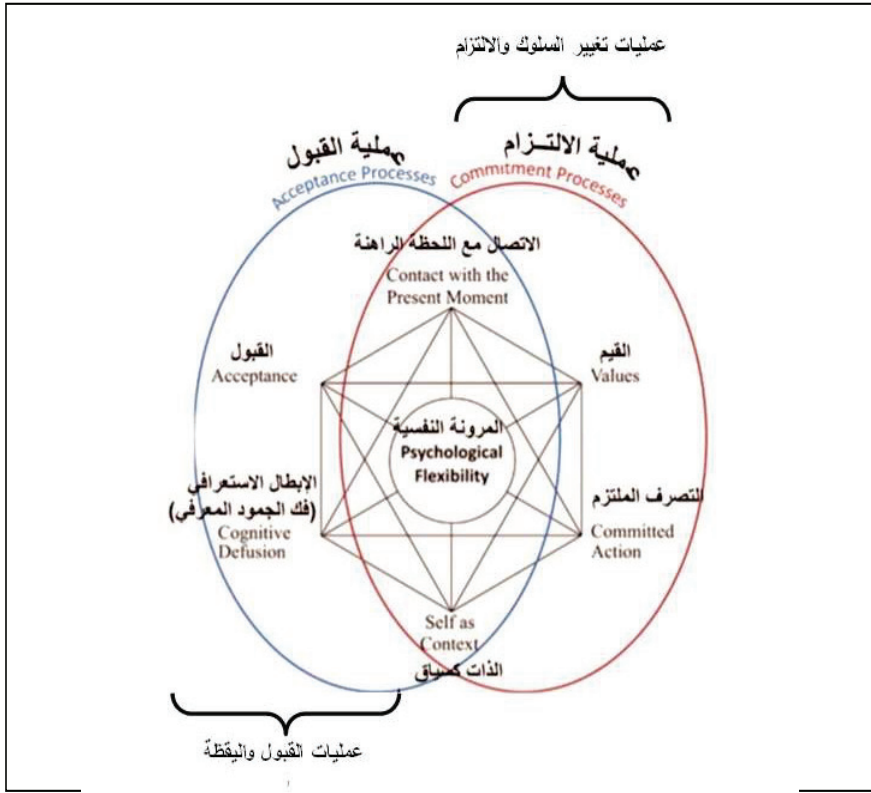
٥- القيم: Values

تُعرف القيم بأنها صفات مختارة لأفعال هادفة لا يمكن الحصول عليها كشيء مادي، ولكن يمكن إنشاء مثل لها لحظة بلحظة، أي يبني المرء اختياراته على أساس قيمه ذاته وليس قيم الآخرين، وذلك حتى يكون ملتزماً بتحقيقها.

٦- الالتزام: Commitment

يشجع بدوره على تنمية أنماط من السلوكيات الفعالة المرتبطة بالقيم المختارة للشخص، مع استخدامه لفنيات مثل (العلاج بالتعرض، اكتساب المهارة، طرق التشكيل، وضع الأهداف، والواجب المنزلي الخاص بأهداف طويلة ومتوسطة وقصيرة المدى).

والالتزام ينطوي على اختيار أنماط من السلوكيات الفعالة والمرتبطة بالقيم المختارة للشخص وهو هنا يشبه العلاج السلوكي التقليدي، وهكذا يتم دمج إجراءات تغيير السلوك التقليدية مثل وضع الأهداف في العلاج والخواطري في شكل أفكار صعبة، وردود الأفعال العاطفية وغيرها من الصعوبات.



شكل (٢)

المكونات الأساسية للعلاج بالقبول والالتزام (ACT) (Hayes et al., 2006, 25)

٥- مراحل العلاج بالقبول والالتزام :

يذكر Larmar et al (2019, 217) أن العلاج بالقبول والالتزام يمر بثلاث مراحل أساسية في العملية العلاجية الخاصة به، ولا بد من مراعاة هذه المراحل عند إعداد البرنامج العلاجي الخاص بالعميل، فيبدأ البرنامج العلاجي بجلسات تمهيدية يتم من خلالها إرساء مبادئ إقامة علاقة تعاونية بين المعالج والعميل تقوم على القبول والود والاحترام، ثم تأتي مرحلة لمس الصراعات والتعرف على المشكلات التي يعاني منها العميل وفيها يتم إلقاء الضوء على المشكلة الرئيسية الخاصة به، ثم تأتي مرحلة إكسابه مجموعة من الأساليب والقيم التي تمكنهم من التخلص من معاناته ومشكلاته من خلال الالتزام بهذه القيم لكي تخدم

أهدافهم، وهذه المراحل الثلاث هي كالتالي (حسام زكي وآخرون، ٢٠١٩، ٢١)، و (Orsillo & Batten, 2020, 11):

١- المرحلة الأولى:

وفي هذه المرحلة من مراحل العلاج يبدأ المعالج العملية العلاجية بعد معرفة ثلاثة أمور متعلقة بالعميل وذلك من خلال حوار يركز على الأسئلة الآتية:

(أ) ماذا يريد العميل؟

(ب) ما الذي قام به العميل لكي يتخلص من معاناته قبل التماسه العلاج؟

(ج) ما نتيجة ما قام به؟

ثم يبدأ المعالج في التركيز على النقاط الآتية:

- أن العميل قد قام بكل شيء للتخلص من مشكلاته ولكنها لا زالت قائمة.
- أن المشكلة التي يعاني منها العميل لا تشبه بقية جوانب حياته.
- ربما يكون الحل جزء من المشكلة.
- يحتاج العميل إلى الاستجابة للخبرة المباشرة ولا يحتاج لمنطق حل المشكلة.
- لا يلام العميل على وجود المشكلة، وإنما يدعم المعالج فكرة أن العميل قادر على التغيير.

وتتمثل الأهداف العامة للمرحلة الأولى من العلاج بالقبول والالتزام فيما يأتي:

(أ) أن تكون العلاقة بين المعالج والعميل قائمة على التعاون والألفة.

(ب) التعرف على التاريخ الشخصي للعميل.

(ج) أن يبدي العميل أو ولي أمره الموافقة على بدء العلاج.

(د) الموافقة على الأهداف العلاجية الابتدائية.

(هـ) تحديد عدد الجلسات العلاجية.

(و) التأكيد على مبدأ القبول من قبل المعالج تجاه معاناة العميل، والذي يستمر المعالج في التأكيد عليه خلال كافة الجلسات العلاجية.

ويعمل المعالج عبر هذه المرحلة من مراحل العلاج على بلورة مفهوم اليأس الإبداعي Creative Hopelessness، والذي يُقصد به إعادة تمثيل الموقف الذي فشل العميل خلاله في تغيير خبراته التي مر بها. لأنه في خلال تلك المرحلة قد يلتمس العميل العلاج في ظل شعوره باليأس والإحباط بسبب محاولاته الفاشلة

لحل المشكلات التي يعاني منها، فيتعرف المعالج في هذا الوقت إلى تلك المحاولات من أجل تحديد الاستراتيجيات التي لم توظف بفعالية من قبل العميل ويعيد توضيحها مرة أخرى له بطريقة جديدة تساعده في إقصاء مشكلاته وإنهاء معاناته.

(٢) المرحلة الثانية:

يعمل المعالج في هذه المرحلة على مساعدة العميل في محاولة ضبط الأحداث المؤلمة التي يعاني منها مما يزيد من تعزيز العمليات التي تخفض وتقلل الشعور بالألم والمعاناة، ويبدأ في توضيح فكرة أن أفكار العميل منفصلة عن ذاته، وأنها ليست واقعاً مفروضاً عليه، وكذلك ينصب اهتمام هذه المرحلة على تعرف القيم الهادفة التي يختارها العميل بنفسه، وتعليمه المهارات والأساليب التي يستطيع من خلالها العميل أن يصبح أكثر مرونة في التعامل مع مشكلاته.

(٣) المرحلة الثالثة:

وتمثل المرحلة الأخيرة من مراحل العلاج بالقبول والالتزام، وفيها ينصب تركيز المعالج على مساعدة العميل في القيام بأفعال تخدم أهدافه التي ينشد تحقيقها، وقيمه التي اختارها بنفسه في المرحلة السابقة، والتخلص من معاناته والالتزام بهذه الأفعال وممارستها سواء في داخل الجلسات العلاجية أو خارجها في بيئته الطبيعية، وعلى المعالج أن يوضح للعميل ويؤكد على ضرورة التزامه بتوجيهات المعالج حتى يتحقق له التعافي.

٦- الأسس النظرية في الممارسات العلاجية للقبول والالتزام:

يستند العلاج بالقبول والالتزام ACT على عدد من الأسس النظرية في الممارسات العلاجية، منها ما يأتي:

أ- نظرية الأطر الاتصالية العلائقية (RFT):

تعتمد نظرية الأطر الاتصالية العلائقية على اللغة والمعرفة الانسانية، والتي تقدم بدورها أدلة على أنه حتى يمكننا فهم اللغة والمعرفة يجب علينا أولاً الانتباه للعلاقة بين اللغة ووظيفتها والأحداث اللفظية في ضوء السياق العام الذي يقع فيه الحدث ومن خلالها يمكن توضيح الطريقة التي يمكن للأشخاص الاستجابة بها للإشارات السياقية أيضاً، وتفترض نظرية الأطر الاتصالية العلائقية أن العلاقات بين المثيرات والأحداث ناتجة عن التعلم غير المباشر، وتشمل نظرية

الأطر الاتصالية العلائقية ثلاث خصائص تتم جميعها في وقت متزامن حتى يُطلق عليها علائقية وهي: **ثنائية الاتجاه**: أي العلاقة التي تم تعلمها في اتجاه واحد تنطوي في الاتجاه المعاكس. **الالتزام التوافقي**: أي أنه إذا علم الشخص ما إنه يرتبط بطريقة معينة مع من يرتبط فإن الشخص يدرك أن يرتبط كذلك بطريقة معينة. **النقل**: ويُقصد به نقل وظيفة أحد المتغيرات إلى متغيرات أخرى ذات علاقة (Hayes et al., 2011, 26).

وينظر كل من العلاج بالقبول والالتزام ونظرية الأطر الاتصالية العلائقية إلى المشكلات النفسية على أنها تتجلى من الغياب العام للقدرات الاتصالية، وتكون بذلك المصدر الأول للمرض/ الاضطراب النفسي وهذا الأسلوب تتفاعل به اللغة والمعرفة مع احتمالية وقوع الأحداث الطارئة بصورة مباشرة، كما ينتج عنه عدم التصميم أو التغيير من أجل خدمة النهايات القيمة على المدى البعيد وهذا النوع من المرونة النفسية ينجم عن التحكم السياقي الضعيف وغير المجدي (Larmar et al., 2019, 221).

ب- السياقية الوظيفية Functional contextualism

السياق الوظيفي يُقصد به التعلق بالهدف والسعي إلى التنبؤ والتأثير بشكل دقيق وعميق، حيث يهتم العلاج بالقبول والالتزام بالأحداث النفسية التي تشمل الإدراك والاستجابات الوجدانية والسلوكية، ويرى أنها عبارة عن مجموعة من الأفعال الدائمة للشخص التي تتأثر بالسياقات التي يمر بها، وتتجلى المكونات الأساسية للسياق الوظيفي في: التركيز على الحدث بكامله، الحساسية لدور السياق في فهم طبيعة ووظيفة الحدث، التركيز على معيار الحقيقة العملي، والأهداف العملية المحددة التي يمكننا من خلالها تطبيق معيار الحقيقة وفي سياق آخر أو أن السياق الوظيفي يتضمن تأثيرات سلبية كالتى تتمسك بالمعنى الحرفي للكلمة، ومعاملة الرموز واضفاء أسباب محددة خاصة بالسلوك خاصة عندما تشير هذه العمليات إلى الأسباب غير المتعامل معها كالأحداث الخاصة الشرطية والضبط الانفعالي (Hayes et al., 2006, 18) ، (Jacqueline et al., 2020, 11).

ج- القبول Acceptance

يهتم العلاج بالقبول والالتزام بالتمييز بين الألم والمعاناة، بسبب طبيعة اللغة البشرية، ويستند القبول في هذا النموذج العلاجي على فكرة أن محاولة التخلص من الألم فقط يهوله ويجعله متشابك أكثر ويحوّله إلى شيء مؤلم، وفي الوقت ذاته تم دفع حياتك إلى الجانب البديل ألا وهو قبوله، والقبول يقوم هنا على التعريض بشكل كامل في الوقت الراهن، ويعني عدم إصدار أحكام مسبقة على الأحداث التي تضمن الموضوعية للانفعالات، وعند ممارسة القبول ينبغي مراعاة عدة نقاط منها: إدراك الأنماط التي يستخدمها العقل أثناء تقبله الحدث، الوعي بما يدور على المستوى الفسيولوجي، تنمية الإحساس بالشفقة بالذات والتعاطف تجاه ما يدور حول الشخص من تفاصيل، وتوافر خبرات سابقة لدى الشخص حتى يستطيع تحويل مواقف التجنب لمواقف موجهة (Davis, 2021, 36).

د- التجنب التجريبي Experiential Avoidance

يوضح (Jacqueline et al (2020, 12) أن التجنب التجريبي هو محاولة لتجنب أو تغيير شكل ذو حساسية ظرفية من الأحداث الداخلية غير المرغوب فيها حتى عند القيام بذلك فهو يتعارض مع واحدة على الأقل من القيم، وهذا قد يؤدي بدوره إلى الضغوط النفسية التي لا يملك البشر القدرة على تجنب هذه الضغوط والآلام النفسية لأن أي مكروه يمكن أن يحدث عن طريق العمليات العلائقية داخل هذا الإطار كما هو الحال في الاندماج المعرفي، فإن العلاقة الطبيعية بين اللغة والمعرفة الإنسانية ليست مشكلة بل يُعد محاولة تكرار تجنب بعض الأحداث والسياقات الداخلية التي تعزز وتحافظ على الضغوط، كما أن ليس كل أشكال التجنب التجريبي غير صحية، بل كثير منها يتكيف بشكل إيجابي والبعض الآخر لا يُحدث على المدى البعيد فرقاً يُذكر في نوعية الحياة.

ويضيف (Davis (2021, 37) أن التجنب التجريبي ليس شيئاً سيئاً بالضرورة، لكنه يُعد مشكلة من وجهة نظر العلاج بالقبول والالتزام عندما يتعارض مع تحقيق القيم والأهداف التي يحتفظ بها الشخص أو عندما يتضمن السلوك السيء مثل: تعاطي المخدرات- إدمان الخمر- أو السلوكيات الأخرى عالية الخطورة، إضافة إلى إيذاء الفرد بصورة مباشرة وتخفيض جودة الحياة عن طريق منع تحقيق القيم، ومن ثم فإن التجنب التجريبي من الممكن أن يُزيد من حدة الانفعالات والخبرات المؤلمة.

٧- أهداف العلاج بالقبول والالتزام :

تتمثل أهداف العلاج بالقبول والالتزام في تخفيف حدة الانفعالات وتكرارها وخفض مستوى الأفكار السلبية، وتنمية الفعالية السلوكية بصرف النظر عن وجود الأفكار والانفعالات المحزنة والمتدرجة من حيث الحدة، وإظهار القيم التي يؤمن بها العميل ويتمسك بها وكذلك الأهداف التي يحاول تحقيقها بشكل شخصي مع زيادة فعاليته في التحرك تجاه هذه القيم وتلك الأهداف. كما يهدف العلاج بالقبول والالتزام إلى تغيير وظائف الخبرات الخاصة وذلك من خلال تغيير السياق الاجتماعي واللفظي ومساعدة الشخص على استيضاح قيمه الشخصية ودورها وأهميتها في توجيه الخبرات وانعكاس ذلك على سلوكياته الحالية واللاحقة، وكذلك التعامل بصورة أكثر شعورية مع السياق، ومعالجة الأحداث وأيضاً الاهتمام بالجانب المعرفي والانفعالي والسلوكي للعميل (Jacqueline & Krychiw, 2020, 33).

كما أشار كل من (Semra et al (2021, 8) و (Gloster et al (2020, 186) إلى أن العلاج بالقبول والالتزام يهدف إلى استبدال حروف كلمة (FEAR) بحروف كلمة (ACT)، إذ تشير كلمة FEAR إلى الاختصارات الآتية:

F وتعني اندماج الأفكار، E وتعني تقييم الخبرة، A تعني تجنب الخبرة، R وتشير إلى أسباب السلوك، في حين تشير كلمة (ACT) إلى الاختصارات الآتية: (A) تعني قبول الأفكار والمشاعر كوسيلة للقضاء على التحديات والعقبات المرتبطة بتقليل أو تعديل أو رفض التأثيرات المعرفية أو العاطفية، أما (C) تعني اختيار الاتجاهات المستقبلية التي تتماشى مع أهداف العميل وقيمه الرئيسية، أما (T) فتعني الالتزام باتخاذ الإجراءات والأفعال التي تخدم القيم، ومن ثم يمكن القول بأن العلاج بالقبول والالتزام يهدف إلى قبول الأفكار والمشاعر والعواطف والاندماج المعرفي الذي ينطوي على تنمية الوعي الدقيق للعواطف، والوعي باللحظة الراهنة من خلال الاتصال بالحاضر ومراقبة الذات.

كما يهدف العلاج بالقبول والالتزام إلى ما يأتي (Karishma, 2020, 63):

- يهدف إلى تشجيع العميل على الاستجابة للمواقف البناءة وقبول الأحداث المعرفية ذات الصعوبة وما يقابلها من المشاعر بدلاً من استبدالها.

- يهدف للعمل على تنمية المرونة النفسية حيث يُعد أحد الأهداف الأساسية والرئيسة للعلاج بالقبول والالتزام مع التأكيد على أهمية تنميتها في مواجهة المواقف الضاغطة في الحياة.
- التعامل مع قيم العميل ومنظومة قيمه بمثابة موجهًا لسلوكياته بل المحرك الأساسي لإحساسه بذاته والشعور بالتوافق مع البيئة المحيطة.
- العمل على تعزيز الأفكار والمشاعر غير المرغوبة وقبولها والتي بإمكان العميل ضبطها.
- تدريب العميل خلال البرنامج العلاجي على قدرة اتخاذ القرار وذلك في ضوء منظومة القيم التي يمتلكها الفرد.
- تبصير العميل بمعايشة اللحظة الراهنة وتعامله معها بفعالية، مع التأكيد بضرورة تجنب الأفكار والمعتقدات التي تفسد عليه معايشة تلك اللحظة.

٨- أسس ومبادئ العلاج بالقبول والالتزام :

- يقوم العلاج بالقبول والالتزام على عدد من المبادئ التي يجب على المعالج في هذا البرنامج القائم على القبول والالتزام مراعاتها والالتزام بها وهي كالاتي (Julie, 2021, 23) & (Thomas, 2021, 38):
١. إذا كان العلاج بالقبول والالتزام له ست عمليات رئيسة فإنه ليس بالضرورة ممارسة تلك العمليات بالترتيب.
 ٢. إذا كان العلاج بالقبول والالتزام له ست عمليات رئيسة فليس جميع العملاء بحاجة إلى جميع العمليات الست العلاجية.
 ٣. تحتاج ممارسة فنيات/ عمليات العلاج بالقبول والالتزام إلى بعض من المهارات المهنية.
 ٤. يجوز ممارسة أو استخدام العديد من الأساليب والاستراتيجيات أثناء التدخل المهني كي يتم بنجاح ممارسة عملية واحدة من العمليات الست الأساسية للعلاج.
 ٥. تتطلب الممارسة المهنية للعلاج بالقبول والالتزام ممارسة المعالج لعدد من الأنشطة التي تساعد في تحليل الموقف الإشكالي للعميل منها: (تحليل طبيعة مشكلة العميل- تقييم العوامل المؤثرة على مستوى الدافع للتغيير لدى

العميل- تحليل العوامل التي قد تؤدي إلى تناقص المرونة النفسية للعميل-
تقييم العوامل التي تزيد المرونة النفسية- والتوصل إلى هدف علاجي مع
تحديد الفنيات اللازمة للتدخل العلاجي).

٩- دور المعالج النفسي والعميل في العلاج بالقبول والالتزام:

(أ) دور المعالج النفسي:

يتمثل دور المعالج النفسي هنا في إطار العلاقة التشاركية التي يُستهدف منها تحقيق الهدف الرئيس للعلاج بالقبول والالتزام، وذلك من خلال مجموعة من العمليات التي من شأنها تقليل شعور العميل بالعجز، إذ في البداية يساعد المعالج العميل على إبراز وتوضيح التحديات في عالم العميل التي يمكن التغلب عليها وأيضاً تلك التي يحتاج قبولها كجزء مستمر من تجربتهم الحية، ومن ثم تكمن مسؤولية المعالج في مساعدة عملائه على إدراك أنفسهم باعتبارهم سياق خاص بالتجارب والخبرات المستمرة التي تتضمن كل الأشياء التي تحدث داخل الفرد بما في ذلك انفعالاته وأفكاره وأحاسيسه وذكرياته ومشاعره ويصبح الهدف النهائي هو تجنب الخبرات السلبية والتوجه قدماً نحو المسارات الحياتية ذات الهدف، ومساعدة العملاء الذين تتصف أفكارهم بالجمود ليصبحوا أكثر مرونة من الناحية النفسية والسلوكية (Hayes, 2004, 642).

كما أن المعالج في نظرية العلاج بالقبول والالتزام نشط وموجه نحو الهدف، بمعنى ألا يفرض المعالج النفسي الجدل على العميل، أو أن ينفرد أو يقنع العميل بأي شيء، فإذا وجدت نفسك تحاول تغيير عقلية العميل فتوقف إذ أنك لا تمارس العلاج بالقبول والالتزام، فالمعالج لا يفسر معاني المفارقات والاستعارات، المعالج يتجنب استخدام التدخلات ذات المردود السيء على العميل، المعالج يختص بتدخلات تتناسب مع لغة العميل وتجربة حياته مباشرة (Annabelle, 2020, 14).

(ب) دور العميل في نظرية العلاج بالقبول والالتزام:

يقوم العميل بتطوير المرونة النفسية من خلال ستة مبادئ رئيسية: الاندماج المعرفي أي إدراك الأفكار والعواطف والمشاعر والخبرات والذكريات كما هي بدلاً من محاولة التغيير في شكلها، القبول أي السماح لها بأن تأتي وتذهب دون كفاح، الاتصال مع اللحظة الحالية أي الوعي والتقبل هنا والآن، الذات كسياق أي

الإحساس بالذات كمركز أو إطار تصوري، القيم الشخصية أي اكتشاف ما هو أكثر أهمية للذات الحقيقية، والتصرف الإلزامي أي تحديد الأهداف وفقاً للقيم مع تنفيذها بمسئولية (Karishma, 2020, 51).

تعقيب على دور العميل والمعالج في العلاج بالقبول والالتزام:

وفي هذا السياق نخلص أن العلاقة العلاجية بين المعالج والعميل في ضوء بروتوكول العلاج بالقبول والالتزام علاقة تقوم على تحفيز دافعية العميل للتقدم في العلاج، ودعم منظومة القيم الايجابية لديه كقيم الاحترام والقبول والرعاية والصراحة والعطف، كما يعمل المعالج وفقاً له على دعم الثقة المتبادلة بينه وبين العميل ومساعدته على مواجهة العقبات والتحديات والمواقف الضاغطة التي يعانيتها، وسرد الأسباب التي تقف خلف ذلك مع التأكيد على سرية المعلومات والأحداث التي تدور بينهما.

المحور الثاني - الألكسيثيميا: Alexithymia

يُعد سيفنيوس (Sifneos) أول من استخدم مصطلح الألكسيثيميا (Alexithymia) عام (١٩٧٣) والتي يُقصد بها حرفياً "عدم وجود كلمات تصف المشاعر" وهي مأخوذة من كلمة لاتينية الأصل حيث (A) تعني عدم وجود، و (lexi) تعني كلمات، و (thymia) تعني مشاعر، وذلك كان من خلال الملاحظات الكلينيكية لمرضى الاضطرابات النفسية الجسمية الذين لم يظهروا تحسناً نتيجة العلاج المبني على الاستبصار، والتحليل النفسي (Pellerone et al., 2017, 3).

١ - تعريفات الألكسيثيميا:

يُعرف قاموس الطب الأمريكي الألكسيثيميا (Pellerone et al (2017, 1) بأنها اضطراب في الوظائف الوجدانية والمعرفية تظهر في شكل صعوبة وضعف المرء لمشاعره الذاتية وصعوبة تعريفها ومحدودية في الحياة التخيلية. ويعرفها (Goetz et al (2019)، ٤؛ بأنها مكون شخصي يعكس اضطراباً دالاً في تنظيم الانفعالات ويشير مفهوم تنظيم الانفعالات إلى مجموعة واسعة من العمليات التي تفيد في تهويل أو تخفيف ردود الأفعال الانفعالية وتتضمن الألكسيثيميا التفاعلات المتبادلة بين المجالات المعرفية والحركية-التعبيرية، والفسولوجية-العصبية لمنظومة الاستجابة الانفعالية.

كما يعرفها (Michelle, 2019, 7) بأنها سمة وجدانية ومعرفية يعاني منها أصحاب الشخصية التي تفتقر إلى الوعي بالانفعالات وتتمتع بقدرة الشخص على تحديد الانفعالات والمشاعر ووصفها والتعبير عنها بشكل لفظي من لديه أو لدى الآخرين، وصعوبة التمييز بين الانفعالات والأحاسيس الجسدية، إضافة إلى ندرة الأحلام والتخيل، وتركيز نمط التفكير ذو التوجه الخارجي حيث يكون التركيز على تفاصيل الأحداث الخارجية أكثر من التركيز على الخبرات الداخلية للفرد. كما يعرف (Martino et al.2021) الألكسيثيميا بأنها عجز الفرد عن إدراك وتعريف انفعالاته ومشاعره والتعبير عنها أو وصفها لفظياً.

ويعرف قاموس علم النفس العصبي كما ذكر (Roseriet et al (2021, 4) الألكسيثيميا بأنها تفكك في العمليات العقلية والوجدانية والمعرفية، وهي تُعد مجموعة من السمات أكثر من كونها عرضاً نفسياً ويُقصد بها عدم قدرة الفرد على التعبير عن مشاعره في الوقت الذي يعيش به هذه المشاعر.

كما يعرف (Graeme & Bagby (2021, 4) الألكسيثيميا أو قصور التعبير العاطفي بأنه: عدم قدرة الفرد على معالجة وإدراك وفهم المشاعر وإيصالها للآخرين بمعنى عدم قدرته على التعبير عن الذات وانفعالاتها.

ويعرف (Thomas & Anette (2021, 2) الألكسيثيميا بأنها مركب شخصي متعدد الأبعاد وسمة شخصية، وهذه الأبعاد متشابكة رغم إمكانية التمييز بينها، فقصور القدرة على تحديد وفهم ووصف الانفعالات للآخرين يعكس قصوراً في قدرة الفرد على التمييز بين الانفعالات والاحساسات الجسمية الناتجة عن الإثارة الانفعالية والأسلوب المعرفي الموجه خارجياً يعكس غياباً للأفكار الداخلية والخيال.

كما تُعرف الألكسيثيميا في معجم علم النفس والتحليل النفسي بأنها نقص أو فتور المشاعر والأحاسيس عند بعض الأفراد بحيث تكون الاستجابة غير متناسبة مع الموقف بحكم الواقع الاجتماعي أو بطبيعة المثير وهذه الحالة تصاحب بعض الأمراض الوظيفية، وخاصة في بعض حالات القلق والاكتئاب والأمراض الذهانية (Suslow et al., 2021, 17).

كما يعرفها (Sutherland (2021, 5) بأنها عدم القدرة على التعرف على المشاعر أو التمييز بينها والاستجابة لها بالطريقة المناسبة؛ مما

يؤثر على جودة العلاقات البينشخصية وكيفية استخدامها في اتخاذ القرارات المختلفة في الحياة بالإضافة إلى محدودية الخيال وندرة التخيل، ونمط معرفي يتميز بالتركيز على التفاصيل الخارجية للأحداث أكثر من التركيز على المشاعر الأخرى المتعلقة بالخبرة الذاتية للفرد. وتعرف الباحثة الألكسيثيميا إجرائياً بأنها سمة وجدانية تصيب الفرد تسبب خللاً في عملياته المعرفية والوعي الانفعالي، تظهر على شكل صعوبة في قدرته على وصف المشاعر أو تحديدها وصعوبة في التمييز بين المشاعر الشخصية ومشاعر الآخرين وكذلك صعوبة في أحلام اليقظة والتخيل والتفكير الموجه نحو الخارج ناتجة عن عدم وعي الفرد بمشاعره.

٢- نسبة انتشار الألكسيثيميا:

أما عن نسبة انتشار الألكسيثيميا فقد كانت موضع اهتمام العديد من الباحثين حيث أكد Mei-Chi & Wen-Chen (2021,4) على أن معدلات انتشار الألكسيثيميا يختلف من مجتمع لآخر نتيجة لاختلاف العوامل الثقافية بين المجتمعات، وكذلك أشار Berbette (2019, 24) إلى أن نسبة انتشار الألكسيثيميا قد تصل إلى (١٠%) بين البشر بصفة عامة، أما عن انتشار الألكسيثيميا بين المراهقين فقد قام Gil et al (2020) بدراسة هدفت إلى تحديد الفروق في معدل الألكسيثيميا بين طلاب مرحلة المراهقة (الإعدادية والثانوية) بالولايات المتحدة الأمريكية، وقد تمت تلك الدراسة على (٣١١) طالباً بالمرحلة الإعدادية والثانوية منهم ١٧٦ طالب و١٣٥ طالبة وكان من نتائجها أن نسبة انتشار الألكسيثيميا بين طلاب المدارس المختلفة كانت (٥,٩%) موزعة كالتالي (٤,٧% من الطلاب و٢,٥% من الطالبات)، وكانت نسبة انتشار الألكسيثيميا بين طلاب المدارس المختلفة (١١,٢% بين طلاب المدارس الإعدادية، و٥,٣% لطلاب المدارس الثانوية). كما أشارت دراسة Roseriet et al (2021, 9) إلى أن (١٠%) من الإناث، و (٧%) من الذكور يعانون من الألكسيثيميا.

٣- أنواع الألكسيثيميا:

يقسم Arroyo et al (2021, 12) أنواع الألكسيثيميا إلى نوعين: الألكسيثيميا الأولية وتشير إلى أنها ثابتة نسبياً ومستمرة وتعود إلى عوامل بيولوجية جينية

وعصبية مصدرها يكون وراثياً، والألكسيثيميا الثانوية فهي ناتجة عن صدمات وجدانية لتبدو كدفاع مؤقت ضد الصدمات المستقبلية وهذه تعد حالة مؤقتة وتختفي عند انتهاء الموقف الضاغط على الشخص ومن ثم فإن إمكانية العلاج تكون أفضل من الألكسيثيميا الأولية، أما (5, 2021) Bloch et al فيقسم الألكسيثيميا إلى نوعين: الأول هو الكلاسيكي الذي يشير إلى الفرد قليل العاطفة ولا يمكنه التعرف على مشاعره ويرتبط تفكيره بالعالم الخارجي، أما النوع الثاني: فيتضمن مستويات مختلفة من المشاعر السلبية ويفضل أصحاب هذا النوع التركيز على أنفسهم.

ومن ناحية أخرى صنف (3, 2021) Roseriet et al الألكسيثيميا في عدة تصنيفات هي: الألكسيثيميا بيولوجية المنشأ وهذا النوع يظهر مع الولادة من خلال نقص في كمية الأكسجين أثناء عملية الولادة وقد يكون نتيجة لعوامل جينية أو قد يكون نتيجة التعرض لمواد سامة خطيرة وقد يحدث نتيجة لتغيرات في بيئة الدماغ، أو لعدم نموه بصورة سليمة خاصة أثناء مرحلة الطفولة، أو نفسية المنشأ وهذا النوع تزداد احتمالية حدوثه كرد فعل للشعور بالتهديد أو الخطر أو الفزع، أو قد ينتج لأمراض مزمنة كأمراض القلب والسكر والسرطان، وقد يكون مرافقاً لأحد الاضطرابات النفسية كالإكتئاب، أو قد ينتج لأحداث صادمة كالضغط النفسي والاعتداء الجنسي والعنف والآلام الجسدية والإهمال.

٤- أسباب الألكسيثيميا:

تتعدد الأسباب المؤدية للألكسيثيميا فمنها كما يذكر (9-7, 2020) Zaidi & Malik: الافتقار إلى القدرة على التأمل، القلق الشديد، مشكلات التوافق النفسي والاجتماعي، الاضطرابات الانفعالية، ارتفاع مستوى الضغوط البيئية، عدم القدرة على حل المشكلات، ضعف القدرة على اتخاذ القرار، ضعف الصمود النفسي، الخوف من إقامة علاقات اجتماعية مع الآخرين، الانفصال عن الأسرة، القيود الأسرية والمجتمعية على حرية العمل وحرية الاختيار، ضعف الاستقلالية، وقصور فيما يتلقاه الفرد من مساندة اجتماعية. كما يضيف (25-23, 2020) Chen et al عدداً من الأسباب منها: (ميكانيزمات الدفاع السلبية- أنماط التعلق غير الآمن- أساليب المعاملة الوالدية غير السوية- ضعف المهارات اللغوية والكفاح في المواقف الاجتماعية في مرحلة الطفولة مما يجعل هؤلاء الأشخاص يواجهون خطر

التعرض للألكسيثيميا في مرحلة المراهقة- اضطرابات الأكل- انخفاض القدرة على التنظيم الانفعالي).

٥- أبعاد الألكسيثيميا:

تحدد الألكسيثيميا في ثلاثة أبعاد رئيسة هي كالآتي:

١- صعوبة تحديد المشاعر: Difficulty describing feelings

من أعراض هذا البعد والتي تظهر على الأشخاص المصابين بالألكسيثيميا صعوبة في التعبير اللفظي عن المشاعر، ومن ثم فإنهم يتهربون من الإجابة عندما يتم سؤالهم عن مشاعرهم أو يلجأون لمحاولة تغيير الموضوع الراهن، وبالتالي يستخدمون عبارات شائعة استعاروها من المحيطين بهم للتعبير عن فهمهم لمشاعرهم، ويحاولون إخفاء المشكلة التي يعانون منها من خلال استخدام عبارات شائعة الاستخدام تعبر عن فهمهم لمشاعرهم، وربما تكون هذه العبارات تعلموها من الأفراد المحيطين بهم عندما يجدون أنفسهم في موضع المراقبة من قبل الآخرين، وعند سؤال الفرد المصاب بالألكسيثيميا (بماذا تشعر؟) فإنه يعجز عن إعطاء الإجابة، ومن ثم فإنه يعطي جواباً عشوائياً لعجزه عن الإحساس بشعور معين ولا يستطيع تخيل ذلك الشعور (7, Remus, 2020).

٢- صعوبة وصف المشاعر: Difficulty Identifying feelings

وتظهر أعراض هذا البعد على الأشخاص المصابين بالألكسيثيميا على شكل صعوبات تحديد المشاعر وتعريفها وتمييزها والتعبير عنها بشكل لفظي، وذلك لعدم وجود تصور واضح لمشاعرهم ويُستدل على ذلك من خلال ظهور بعض الأعراض مثل: التوتر أو القلق أو الاكتئاب مع عدم إدراك الشخص المصاب بالألكسيثيميا لتلك الأعراض حتى يحدث تنبيهه من شخص آخر، كقوله له: (بيدو أنك قلق أو متوتر من أمر ما) وعندها يدرك الفرد أنه في مزاج لم يشعر به، ولكنه لا يستطيع معرفة سبب ظهور هذه المشاعر، ويصاحب ذلك عدم المقدرة على استشعار الأعراض الجسمية الفسيولوجية المصاحبة للحالات الانفعالية التي يمر بها مثل: احمرار الخدين وتقلصات بالمعدة وزيادة معدل ضربات القلب (3, Graeme & Bagby, 2021).

٣- التفكير المرتبط بالعالم الخارجي Thinking style bound to the external world

وتظهر أعراض هذا البعد على الأفراد الذين يعانون من الألكسثيميا من خلال القدرة التي يظهروها على التكيف مع العالم المادي بما فيه من أجسام مادية، وحقائق تجريبية وأيضاً مادية، ومن ثم أحياناً يتم وصفهم أشبه بالرجل الآلي لأنهم يقومون بتوجيه قواهم المعرفية نحو الاتجاه المادي، كذلك فهم يفضلون أن يوجهوا من قبل العادات الاجتماعية، ومن القوانين الصارمة وأحياناً يظهرون بأنهم تحت سيطرة الرتابة، وبأنهم سجناء للقواعد المجتمعية، أي أنهم مسايرون وتقليديون في تفكيرهم ويظهرون اهتماماً أكبر بالتفكير في الأحداث الخارجية بدلاً من التفكير بالأحداث والأحاسيس الداخلية (Okan & Ardahanl, 2021, 5).

٦- أعراض الألكسثيميا:

- تظهر العديد من الأعراض على المصابين بالألكسثيميا منها ما يأتي (Mei-Chi & Wen-Chen, 2021, 11., Thomas & Anette, 2021, 2):
- يعانون من صعوبة في تحديد مشاعرهم، وتعريفها وتمييزها والتعبير عنها لفظياً.
 - الافتقار إلى الأحلام والتخيلات إذ يعانون من عجز في المخيلة الوجدانية ذات العلاقة بالذكريات والصور.
 - يعانون من صعوبة في التمييز بين الانفعالات والإحساسات البدنية.
 - يعانون من صعوبة في التعبير اللفظي عن مشاعرهم فعندما يتم سؤالهم عن المشاعر الخاصة بهم فيتهربون من الإجابة، أو قد يدلون بجواب مخادع، أو يلجأون لمحاولة تغيير الموضوع؛ لذا فهم يحاولون إخفاء مشكلتهم باستخدام عبارات شائعة تعبر عن فهمهم لمشاعرهم وهذه العبارات قد تعلموها من الأفراد المحيطين بهم كاستخدامهم لعبارات مثل (هذا رائع، هذا جيد، يا إلهي... إلخ)، وذلك عندما يجدون أنفسهم تحت مراقبة من قبل الآخرين.
 - يجدون صعوبة فغي فهم ردود الفعل العاطفية للآخرين، والتي غالباً ما تثير صعوبات عدة في التفاعل التواصلي، لذلك بالتدرج يجدون رغبة في الشعور بالوحدة.

- يخلطون عادة بين القلق العاطفي والأحاسيس الجسدية، ونتيجة لذلك عند السؤال عن مشاعرهم فإنهم يكونوا أكثر عرضة لوصف الأحاسيس الجسدية، على سبيل المثال قولهم: مؤلمة وضيقة وجيدة.
- غير قادرين عملياً على تجربة التعاطف، ومن الصعب عليهم إبداء التعاطف مع الآخرين.

٧- خصائص الأفراد ذوي الأليكسيثيميا :

يتميز الأفراد الذين يعانون من الأليكسيثيميا بعدة خصائص هي كما يأتي (Mikolajczak & Wang et al., 2021, 4)، (Elke et al., 2021, 7)، (Luminet, 2019)، (Takahashi et al., 2020)

(أ) **الخصائص السلوكية:** وتتمثل في ضعف تعبيرات الوجه أي أنها لا تعبر عن مشاعرهم الداخلية، وعدم الرغبة في التواصل مع الآخرين، وفقدان للقدرة على تقديم وصف للواقع بشكل متواصل، والميل أكثر للاختصار وعدم التعمق بالتفاصيل، كما لديهم قصور في توظيف الكلمات التي تصف مشاعرهم، وتعد شكاوهم الجسدية تعبيراً صادقاً عن حالتهم الانفعالية، إذ يُعد المرض الجسدي معبراً عن المرض النفسي، كما أنهم يستطيعون وصف حالتهم الجسدية بسهولة ولكنهم يواجهون صعوبة في شرح أسباب ما يقلقهم أو يحزنهم أو يخيفهم أو يؤلمهم وهذا بسبب نقص القدرة في التعبير عن المشاعر وليس لغياب المشاعر بحد ذاتها.

(ب) **الخصائص الجسمية:** ترتبط الأليكسيثيميا بعدة أمراض جسمية منها: ارتفاع ضغط الدم والصداع العصبي واضطرابات في الجهاز الهضمي واضطراب القولون العصبي (IBS) والإجهاد الشديد وبعض الأمراض الجلدية والحساسية مع احتمالية تعرضهم للإصابة بالأمراض السيكوسوماتية واضطرابات المزاج بسبب فقدان قدرتهم على تنظيم مشاعرهم.

(ج) **الخصائص الاجتماعية:** وتشمل فقدان قدرتهم على التواصل مع الآخرين وانخفاض مستوى المهارات الاجتماعية والحياتية، وصعوبة في التعرف على مشاعرهم ومشاعر الآخرين، مما يعيق عملية إقامة علاقات اجتماعية سليمة مما ينعكس سلباً على مستوى الصحة النفسية والتوافق الاجتماعي، والانطواء ويسبب الضغوط النفسية مع سوء في تنظيم العلاقات الاجتماعية مع الآخرين بالإضافة إلى العلاقات الفوضوية مع الآخرين.

(د) **الخصائص الوجدانية:** تتمركز هذه الخصائص في شكل الميل إلى الكآبة وقصور في القدرة التخيلية مما يفقد أحلامهم مضمونها الوجداني كونهم ليس لديهم حياة وجدانية يتحدثون عنها، فهم كثيراً ما يقمعون عواطفهم وأحاسيسهم، وتظهر طاقتهم الوجدانية بشكل بدني، كما لا يستطيعون وصف ما يجول في وجدانهم بطريقة لفظية أو رمزية، فتظهر بصورة جسدية، كما لديهم رغبة في كسب الدعم الاجتماعي من الآخرين المحيطين بهم، بالإضافة إلى أنهم أكثر ميلاً للاكتئاب والقلق وأكثر تعرضاً للمشكلات المزاجية.

(هـ) **الخصائص المعرفية:** وتتمثل في صعوبة الإدراك والوعي، والتعرف على الدوافع الداخلية، ونقص في القدرة على مناقشة المواقف والمشكلات، مع عدم القدرة على معالجة الخبرات الانفعالية التي يمر بها بشكل معرّف مع الافتقار للوعي الانفعالي الذي يسبب للفرد تشوه معرّف، وبسبب قلة الاستجابات الانفعالية يصعب على المُصاب بالألكسيثيميا توظيف انفعالاته، أو معالجة خبراته الانفعالية بشكل معرّف، وهذا يجعله يمثل مشاعره الخاصة على شكل أحاسيس جسمية مع عدد قليل من الكلمات أو العبارات اللفظية.

٨- النظريات المفسرة للألكسيثيميا:

هناك العديد من النظريات التي تناولت مفهوم الألكسيثيميا نتناول منها ما يأتي:

(أ) نظرية علم الأعصاب (النوروبيولوجية): Neurobiology

يشير (سفينيوس) إلى وجود انفصال بين الجهاز الطرفي الحوفي للمخ والقشرة الجذبية وخاصة مراكزها الخاصة بالكلام والتي تتفق تماماً مع ما تعلمه حول "المخ الانفعالي"، فالمرضى الذين أصيبوا بحالات مرضية شديدة، وأجروا جراحات أدت إلى قطع هذا الاتصال بين الجهاز الطرفي للمخ والقشرة الجذبية بهدف تخفيف هذه الأعراض المرضية أصبحوا كما لاحظ سفينيوس بعد إجراء الجراحة مصابين ببرود عاطفي مثلهم مثل مرضى العجز عن التعبير عن المشاعر لا يستطيعون التعبير عن مشاعرهم بالكلمات (Rajesh et al., 2021, 8).

(ب) النظرية المعرفية: The cognitive Theory

تؤكد النظرية المعرفية على وجود علاقة بين ما ن فكر به وما نشعره، إذ أن انفعالاتنا تتأثر عادة بتفكيرنا، كما أن الانفعالات والمشاعر تعتمد على عنصرين هما: الإثارة

الجسمية والتصنيف المعرفي لمواقف الخبرة الانفعالية بمراكز المعالجة المعرفية بالمخ، فالألكسيثيميا وفق هذه النظرية حالة وجدانية تعكس عجز الشخص عن إدراك وتفسير الموقف المثير للانفعال مما يؤدي إلى حدوث استجابة انفعالية مشوشة يعجز الشخص خلالها عن التفرقة بين مشاعره وما يرافقها من الاستجابات الفسيولوجية لموقف الانفعال أو موقف الخبرة الانفعالية. (Elke et al., 2021, 20).

(ج) النظرية السلوكية: Behavioral Theory

ترى هذه النظرية أن الأشخاص الذين يتعرضون لبعض الصدمات المؤلمة وخاصة صدمات في مرحلة الطفولة تصيبهم حالة من النكوص الوجداني لمواقف الصدمة، وما يرتبط بها من مشاعر وانفعالات، ويتكرر تلك المواقف الصادمة يكتسب الفرد المتعرض لهذه المواقف حالة من جهل المشاعر الناتجة عن قمع تلك الخبرات بشكل مستمر تجنباً للشعور بالألم المصاحب لتذكر تلك المواقف، ومن ثم فإن الألكسيثيميا وفقاً للنظرية السلوكية تنشأ نتيجة مجموعة العادات والتقاليد التي يكتسبها الشخص نتيجة تعرضه لبعض أساليب التنشئة الاجتماعية الخاطئة، أو نتيجة تعرضه لبعض الصدمات، ويسعى لعدم تذكرها تجنباً للشعور بالألم وعدم الارتياح؛ لذا فإن الألكسيثيميا ترتبط بمثير يؤدي إلى هذه الاستجابة وحدث تدعيم للارتباط بينهما مثل التعرض للصدمات المؤلمة كما في حالات اضطرابات ضغوط ما بعد الصدمات ورغبة من تعرض للصدمة في إبعاد كل مشاعر الألم من حيز الشعور، مما يؤدي إلى شعوره بصعوبة في القدرة على تحديد ووصف هذه المشاعر (Rigby et al., 2020, 4).

(د) نظرية الصدمة: Trauma Theory

وتشير هذه النظرية إلى أن الألكسيثيميا تُعد طريقة للتعايش مع الصدمة، إذ يختارها الفرد كوسيلة للدفاع أو الهروب من التعامل مع الضغوط النفسية والانفعالات السلبية، وتقوم هذه النظرية على فكرة أن الأزمات تجعل ما هو مستحيل حدوثه أمراً لا مفر منه أو قابلاً للتحقيق في ظل أزمة عاطفية. وقد تكون هذه الصدمة عبارة عن فشل عاطفي أو صدمة عنيفة أو التعرض لحدث أو لإصابة أو جرح مشاعر وتنمر، يلجأ الفرد للهروب منها ومن المشاعر المرافقة لها (Lumley, 2020, 12).

(٥) نظرية الوعي الانفعالي : Emotional Awareness Theory

تشير نظرية الوعي الانفعالي إلى أن نمو الوعي الانفعالي يرتبط أساساً بالنمو المعرفي للفرد لأنه يستخدم اللغة لكي يحدد مشاعره ويتعرف عليها ويعبر عنها، ولكي يعبر الشخص عن الحالات الانفعالية ينبغي أن تكون لديه حصيلة كلمات متنوعة للتعبير عن المشاعر المختلفة، وأن يصل إليها بسهولة، كما أن الأفراد الذين يعانون الألكسيميا يواجهون نقصاً في القدرات المعرفية التي تسمح بترجمة الأحاسيس العصبية الفسيولوجية إلى كلمات؛ لذا فهم يمتلكون كلمات محدودة لوصف انفعالاتهم ويستغرقون وقتاً طويلاً للوصول إلى تلك الكلمات. كما يعانون من الكبت ويلجأون إلى استخدام ميكانيزمات الدفاع (إسباغ العقل والمنطق- عزل التأثير والإنكار) في محاولاتهم لإخراج المشاعر السلبية من نطاق وعيهم بحيث تنقصهم القدرة على تمييز ما تعنيه المثيرات الانفعالية اللفظية منها وغير اللفظية، فعند محاولتهم لمطابقة المثيرات الانفعالية والاستجابات اللفظية وغير اللفظية (تعبيرات الوجه) فشلوا في القيام بذلك بدقة (4- 2, 2020, Remus).

(٥) نظرية التعلم الاجتماعي : Social Learning Theory

تؤكد هذه النظرية على أن الأفراد الذين يعانون من الألكسيميا لديهم صعوبات في التعبير عن المشاعر وتنظيم الانفعالات وصعوبات في فهم وتفسير مشاعر وانفعالات الآخرين، لذا يمكن القول بأن عدم قدرة الوالدين على تنظيم مشاعرهم وانفعالاتهم بالإضافة إلى فقدان التلقائية والعفوية في التعبير عن المشاعر لديهم وخاصة الأم سيجعلهم غير قادرين على تفسير انفعالات أطفالهم أو تعليمهم آلية تنظيم انفعالاتهم أو التحكم في مشاعرهم وترجمتها بالشكل المناسب والبلوغ بها (8, 2021, Wang et al.).

المحور الثالث- صورة الجسم : Body Image

١- تعريفات صورة الجسم :

تعددت وتباينت التعريفات التي تناولت مفهوم صورة الجسم فيما بينها نظراً لتعدد أبعاد المفهوم وتنوعها، فالبعض يشير لأبعاد فسيولوجية وهناك من يتحدث عن أبعاد نفسية وهناك من يتناول أبعاداً اجتماعية، وقد يخطئ من يعتقد أن هذا المصطلح يقتصر على التكوين البدني فقط إذ يشير (72, 2019, Pruzinsky) إلى أن صورة الجسم ليست مجرد المظهر الخارجي للفرد بل هي أعمق من ذلك إذ تتضمن

صورة الجسم جوانب إدراكية وسلوكية، وهي ليست ثابتة، فصورة الجسم تتغير نتيجة لعوامل متعددة شخصية واجتماعية وثقافية عبر المراحل العمرية المختلفة.

فمثلاً يعرفها (Yager et al (2020, 24 بأنها مكون هام للذات تؤثر على الطريقة التي يدرك بها الفرد العالم من حوله، وصورة الجسم تصف التمثيل والتصوير الداخلي للهيئة الخارجية للفرد، وبنية صورة الجسم متعددة الأبعاد وترتبط بالمشاعر والأفكار التي تؤثر على السلوك، والأساس في صورة الجسم هو الإدراكات الذاتية لدى الفرد والخبرات والتجارب، وهي تتضمن كلاً من المكونات الإدراكية (الحجم والوزن والطول) والمكونات الذاتية (الاتجاهات نحو حجم الجسم والوزن وأجزاء الجسم الأخرى أو الهيئة الجسمية ككل).

كما يعرفها (Robert (2020, 14 بأنها مفهوم يتضمن إدراك الفرد وتخيله وانفعالاته وأحاسيسه المادية عما بجسمه، وهو مفهوم غير ثابت، يتغير بأي وقت؛ كونه حساس للتغيرات المزاجية والبيئية والتجربة المادية.

ويعرفها (Rinaldo, 2020, 2) بأنها مكون هام للذات يؤثر على الطريقة التي يدرك بها الفرد العالم؛ فهي تصف التمثيل والتصوير الداخلي للهيئة الخارجية للفرد، وبنية صورة الجسم متعددة الأبعاد وذات ارتباط بالمشاعر والأفكار التي تؤثر على السلوك، كما أن الأساس في صورة الجسم هو الإدراكات الذاتية والخبرات والتجارب.

في حين يعرفها (Pinquart & Pfeiffer (2021, 125 بأنها عبارة عن تصور عقلي أو صورة ذهنية يكونها الفرد، وتسهم في تكوينها خبرات الفرد وذلك من خلال ما يتعرض له من أحداث ومواقف، كما أن صورة الجسم تؤثر تأثيراً بالغاً في نمو الشخصية وتطورها، وما قد يكونه الفرد نحو جسمه، وهذه الاتجاهات سواء كانت إيجابية أو سلبية قد تكون ميسرة أو معوقة لتفاعلات الفرد مع ذاته ومع الآخرين.

كما يعرفها (Mattias et al (2021, 2 بأنها تلك التصورات الذهنية التي يضعها المراهق عن جسده وخبراته وأحاسيسه ومشاعره واتجاهاته عنها، والتي تتطور بتقدم العمر الزمني ويتفاعل الفرد مع الآخرين والبيئة المحيطة به.

ويعرفها (Gibson et al (2021, 10 بأنها الخبرة النفسية التي يبلورها الفرد ويكونها خلال حياته تجاه جسمه والتي تركز على مشاعره واتجاهاته.

كما يعرفها (Louise et al., 2021, 225) بأنها الصورة التي لدينا في أذهاننا عن حجم وشكل أجسامنا ومشاعرنا بشأن هذه الخصائص وأجزاء الجسم المكونة لنا، وبالتالي فإن صورة الجسم تحتوي على مكونين هما: مكون إدراكي (كيف ننظر إلى أجسامنا)، ومكون الموقف (كيف نقيم أجسامنا).

وتعرف الباحثة صورة الجسم إجرائياً بأنها الصورة الذهنية التي يتبناها الفرد عن شكل جسمه ويعتقد فيها ويسلك وفقاً لها، وهي التي يصابها مشاعر وانفعالات تؤثر في سلوكه وتوجهه سواءً نحو ذاته أو الآخرين، وهي الدرجة الكلية التي سيحصل عليها المراهقون المكفوفون على مقياس صورة الجسم (إعداد الباحثة).

٢- أهمية صورة الجسم:

يرى (Stoddard (2021, 92) أن هناك ارتباطاً بين صورة الجسم الموجبة وتقدير الذات، فالفرد الذي يتمتع بصورة جسم إيجابية فإنه يحيا بشكل سوي، تتمتع حياته بصحة نفسية إيجابية بينما ترتبط الصورة السلبية للجسم بتقدير الذات المنخفض والاضطرابات النفسية والانفعالية.

ويشير (Stefanova et al (2020, 14) إلى أن للمظهر الجسمي أهمية حيث يحقق الأفراد ذوي التقييمات الايجابية بصورة أجسامهم درجات أعلى من التوافق النفسي أكثر من أقرانهم ذوي التقييمات السلبية لصورة أجسامهم. كما تُعد صورة الجسم من العوامل المهمة في تشكيل مفهوم الذات إذ أنها تؤدي دوراً رئيساً في تقبل الفرد لذاته، حيث ينظر إلى الصورة السلبية للجسم كمسبب للاضطرابات النفسية والجسمية وذلك لأنها تُعد مكوناً أساسياً من مكونات بناء الهوية الانفعالية.

ويذكر (Di Corrado et al (2021, 8) عدداً من أهمية صورة الجسم:

- صورة الجسم تؤثر معرفياً وانفعالياً على معظم تفاعلات الفرد الاجتماعية، ذلك أنها تؤثر بشكل فعال على الأنماط السلوكية التي يتبعها الفرد في المواقف الحياتية المختلفة.
- إن نمو وتطور صورة إيجابية عن صورة الجسم تساعد الأفراد في رؤية أنفسهم جذابين ومقبولين لدى الآخرين، كما تساعد في اتخاذ القرارات المهمة في حياة الأفراد.

- يقارن الفرد أحياناً بين جسمه وجسم الآخرين، وحينما يحدث الخلل بين الصورة الواقعية ونظيرتها المثالية للجسم فإن ذلك يؤدي إلى تولد الاضطرابات الشخصية.
- يتمتع الأفراد ذوي التفكير بأنفسهم على نحو إيجابي بصحة أكبر من ذوي التفكير بأنفسهم على نحو سلبي، فذلك قد يؤثر على حياتهم وعلى تقديرهم لذواتهم كما يحاولون الابتعاد عن الآخرين.

٣- أشكال صورة الجسم:

يشير كل من (Mattias., et al, 2021, 25)، و (Michael, 2020, 3) إلى شكلين لصورة الجسم:

(أ) **صورة الجسم الموجبة**: يتمتع الشخص بصورة جسم موجبة عندما يكون لديه الوعي بشكل جسمه على نحو واضح وواقعي وحقيقي، وعندما يرى الأجزاء الأخرى المختلفة للجسم كما هي في الحقيقة، وعندما يتقبل الفرد جسمه ويعلم بأن الأجسام تظهر في عدة أحجام وأشكال، وعندما يدرك بأن الهيئة الجسمية تُقدر بالقليل عن الشخصية وعن قيمة الشخص كإنسان، كذلك ترتبط صورة الجسم الموجبة بتقدير الفرد لذاته المرتفع وتعزز الثقة بالنفس.

(ب) **صورة الجسم السالبة**: وهي تتكون عندما يدرك الشخص شكل وحجم جسمه على نحو منحرف بخلاف ما هو في الواقع الحقيقي، وعندما يشعر الفرد بالقلق والخزي والخلج تجاه إدراكه لجسمه، وعندما يشعر الشخص بأن شكل وحجم الجسم يترتب عليهما صفة الاحترام من عدمه، وصورة الجسم السالبة ترتبط بتقدير الفرد لذاته المتدني والاكتئاب واضطرابات الطعام.

وترى الباحثة أن صورة الجسم تتأثر بكلا الشكلين سواءً الإيجابي أو السلبي والذي يتخذ الفرد عن نفسه؛ بحيث إذا كوّن الصورة الإيجابية يكون متفائل منطلق للحياة ويشعر بالراحة النفسية ويحافظ على جمال صورة جسمه داخلياً وخارجياً ويكون متقبلاً لذاته وللآخرين، أما إذا كان العكس فيدخل في مرحلة من عدم الرضا عن نفسه والسخط على نصائح الآخرين ويميل إلى العزلة والاكتئاب، لذلك كلما كانت صورة الجسم إيجابية كلما تمتع الفرد بصحة نفسية وجسمية أفضل.

٤- عوامل تشكيل صورة الجسم وتطورها :

هناك مجموعة من العوامل التي تحدد وتؤثر وتلعب دوراً هاماً في نوعية الصورة التي يبورها الفرد عن جسمه ومن أهمها (Bozsik, 2020, 57., Hysten, 2020, 21., Mattias et al., 2021, 13):

(أ) **العوامل البيولوجية:** تتحدد معالم الجسم بشكل كبير بكل من العوامل البيولوجية والوراثية، كما أن بعض الاضطرابات العصبية يمكنها التأثير على طريقة إدراك الفرد لجسمه مثل الطول والوزن وصفات الجلد ولون البشرة وحجم بعض الأعضاء وشكل الوجه والرأس.

(ب) **العوامل الأسرية:** فهي البيئة الاجتماعية الأولى التي ينشأ فيها الطفل، إذ يؤثر الآباء في طريقة إدراك أبنائهم لصورة أجسامهم، كما أن لهم دوراً حيوياً سواءً بشكل مباشر أو غير مباشر في إرسال الرسائل إلى أطفالهم للتوافق مع المعيار المثالي في المجتمع، وأن الأم لها دوراً بالغ الأهمية في إدراك صورة الجسم لدى أبنائها، كما أن رسائل النقد التي قد يتلقاها الأبناء من الآباء والأمهات قد تؤثر سلباً على مستوى الرضا عن صورة الجسم لديهم.

(ج) **العوامل الاجتماعية:** إن للأقران والأقارب والمعلمون دوراً مهماً ورئيساً في بناء الفرد لصورة جسمه خاصة أثناء فترة المراهقة وتبعاتها حيث أن لهم دوراً إيجابياً من حيث تفهم المعلمين لاحتياجات المتعلم وكيفية إشباعها، كما أن الرفاق من العوامل المؤثرة في تشكيل صورة الجسم لدى الأفراد إذ يختار الطفل والمراهق الأقران الذين يتوافقون مع صورة الجسم المثالية، كما أن ضغط الأقران يؤثر بلا شك في صورة الجسم، كما أن المعلمون والأقران يزودون الفرد بالأمان العاطفي والتغذية الراجعة حول مظهره الشخصي ويمدونه بالنصح حول صورة جسمه.

(د) **العوامل النفسية:** إن إحساس الفرد تجاه نفسه ومستوى التقدير الكلي لذاته، وأيضاً ما يتعرض له من عنف وضرر مادي أو معنوي، وكذلك خبرات الطفولة المبكرة وسوء المعاملة وفقدان الدعم من الأسرة أثناء مرحلتي الطفولة والمراهقة كلها عوامل تسهم في تطور التشوهات المتعلقة بصورة الجسم، إذ تسهم في تطور موقف الفرد نحو جسمه، كذلك أيضاً أحداث الحياة كالرفض والمضايقة وسوء المعاملة إضافة إلى سمات الشخصية والقيم.

(٥) وسائل الإعلام: تلعب وسائل الإعلام دوراً مهماً في تكوين صورة الجسم المثالية لدى الأفراد إذ الرسائل اليومية التي يصدرها الإعلام ويتلقاها الفرد والتي تدور حول صورة الجسم تحمل إيحاءً للمتلقى مفاده أن المظهر مهماً جداً للنجاح في هذه الحياة، كما أن الإعلام يؤثر في إدراك الأفراد لأجسامهم ويثير القلق لديهم فهو يجعل الجسم معياراً للقيمة الشخصية ذلك فضلاً أن تلك الوسائل لها دوراً فعالاً في إدراك الفرد لذاته.

٥- المحكات التشخيصية لاضطراب صورة الجسم وفقاً لـ (DSM-5) كما ذكرها (Nagl., et al, 2019, 32):

١. انشغال الفرد بواحد أو أكثر بعيوب ونواقص مُدرّكة في شكل الجسم لا يلاحظها الآخرون.
٢. يسبب هذا الانشغال كرب أو عجز جوهري في حياة الشخص الاجتماعية والمهنية.
٣. هذا الانشغال لا يرجع للسمنة المفرطة الواضحة أو النحافة المرضية ” الشرة العصبي “.
٤. كما يجب تحديد ما إذا كان هناك تشوه عقلي: حيث يشغل الفرد تفكيره بأنه صغير الحجم للغاية أو أن العضلات بها نقص، هذا التحديد يتم حتى في حالة وجود أشكال تشوهات أخرى لدى الفرد.
٥. تحديد ما إذا كان هناك وجود درجة من الاستبصار خاص بمعتقدات التشوه الجسمي مثل: أنه قبيح أو أنه مشوهاً أو مسخاً.
٦. في حالة وجود استبصار جيد بأن أفكاره غير حقيقية.
٧. أو في حالة وجود استبصار ضعيف باعتقاد الفرد أن أفكاره محتملة أن تكون حقيقية.

٦- سمات صورة الجسم:

هي خاصية تتسم بالاستمرارية وتلازم الفرد طوال مراحل عمره المختلفة، فهي مرحلة يدركها الفرد منذ فترة الطفولة وحتى الرشد، وهي تكون شائعة لدى الذكور والإناث وإن كانت الإناث أكثر حساسية وتمحيصاً لصورة أجسامهن عن نظرائهن من الذكور (Rinaldo, 2020, 11).

٧- أبعاد/ مكونات صورة الجسم :

يشير Gibson et al (2021, 16) إلى أن صورة الجسم تشتمل على مكونين رئيسيين: أولهما المثال الجسمي (Body Ideal) الذي يُعد جذاباً ومناسباً من حيث العمر ومن حيث وجهة نظر الثقافة، وثانيهما: مفهوم الجسم (Body Concept) ويتضمن هذا المفهوم الأفكار والمعتقدات والحدود التي تتعلق بالجسم، هذا فضلاً عن الصورة الإدراكية التي يكونها الفرد حول جسمه.

ويرى Bozsik (2020, 63) أن لصورة الجسم بعدين هما الأول: بُعد معرفي يتضمن المعتقدات والتصريحات الذاتية عن الجسم، والثاني: بُعد انفعالي ويتكون من تجارب المظهر الخارجي سواءً كانت التجارب مريحة أو العكس وإذا كان هناك رضا أو عدم رضا عن الجسم.

في حين يشير Rinaldo (2020, 5) أن صورة الجسم يمكن تقسيم أبعادها إلى ثلاثة هي: صورة الجسم المدركة: وهي كل ما يتعلق بتصور ومعرفة الشخص عن شكل ووزن وحجم جسمه ومظهره وأجزاء جسمه، وصورة الجسم الانفعالية: وتشمل مشاعر وأحاسيس واتجاهات ومعتقدات الشخص نحو صورة جسمه المدرك من حيث الرضا وعدم الرضا، وصورة الجسم الاجتماعية: وتعني مدى القبول الاجتماعي لخصائص الشخص الجسمية (شكل ووزن وحجم ومظهر وأجزاء وحركة جسمه) ووجهة نظر الآخرين وتصوراتهم ومدى تقبلهم له.

كما يشير Mattias et al (2021, 9) إلى وجود ثلاثة أبعاد يدور حولها مفهوم صورة الجسم وهي أولاً: الأساس الفسيولوجي وهي ذلك الإحساس الصاعد إلى المخ عن وضع الجسم وأجزائه وشكله والتناسق العضلي بين أجزائه، وثانياً: البناء الجنسي ويتضمن موضوعات الافتتان بالنفس والجاذبية الجنسية والاهتمام الجمالي بالجسم من خلال الملابس وأنماط الزينة الأخرى، وثالثاً: الأساس الاجتماعي ويشتمل على الموضوعات الاجتماعية المرتبطة بالجسم كالخوف والخل من صورة الجسم ومقارنتها بالآخرين، أو وجود قصور في الحركات الجسمية مقارنة بالآخرين.

كما يشير Nagl et al (2019, 11) إلى أن لصورة الجسم عدة أبعاد تشمل: الإدراك، الاتجاهات، المعرفة، السلوك، الفعالية، الخوف من السمنة، تشوه الجسم، عدم الرضا عن صورة الجسم، توظيف السلوكي الإدراكي، التقييم وتفضيل النحافة، والأكل المقيد (الرجيم).

ويذكر (Rodrigues et al, 2021, 4) أن صورة الجسم تتكون من مكون انفعالي وهو يشير إلى الشعور السار وغير السار، ومكون معرفي يشير إلى الرضا عن الحياة. كما يقسم (Chapman, 2019, 23) المظهر الجسمي إلى ثلاثة مكونات هي كالتالي: المكون الإدراكي: ويشير إلى دقة إدراك الفرد لحجم جسمه، المكون الذاتي: ويعني الرضا والانشغال أو الاهتمام والقلق بصورة الجسم، والمكون السلوكي: ويؤكد على تجنب المواقف التي تسبب للفرد عدم الراحة أو التعب أو المضايقة التي ترتبط بالمظهر الجسمي.

ويشير (Louise et al, 2021, 16) إلى وجود ثلاثة مكونات لصورة الجسم أولاً: المكون المعرفي ويشمل الخصائص والصفات التي يدرکها الشخص ويعتبرها خصائصه البدنية، ثانياً: المكون الوجداني ويتضمن مشاعر الشخص واتجاهاته النفسية حيال جسمه سواءً بالقبول أو الاستحسان أو الرفض وعدم الرضا، ثالثاً: المكون التقييمي وهذا يتعلق بالأحكام الصادرة من الفرد نحو جسمه وخصائصه البدنية سواءً كان هذا التقييم ذاتياً أو تقييماً يرجع للآخرين.

٨- النظريات المفسرة لصورة الجسم :

تنوعت النظريات التي تناولت مفهوم صورة الجسم ومنها ما يأتي:

(أ) النموذج المعرفي لصورة الجسم :

يرى النموذج المعرفي أن عدم استقرار بنية صورة الجسم، بحيث يمكن أن يعود تقييم حجم الجسم الحالي إلى الانفعال السالب أو إلى الضغوط الحياتية، إذ أن المزاج السالب يرفع نسبة تقييم حجم الجسم للأفراد الذين يعانون من البوليميا (شره الإفراط بالطعام) فيجعل صورة الجسم أسوأ وأقبح.

كما ترى نظرية (بيك) المعرفية التي تحدثت عن الاكتئاب أن صورة الجسم المنحرفة المشوهة تكون عرضاً معرفياً من أعراض الاكتئاب (Yager et al., 2020, 19).

(ب) النظريات النمائية والاجتماعية والثقافية لصورة الجسم :

تعد النظريات النمائية والاجتماعية والثقافية من ضمن النظريات المفسرة بالشرح والتوضيح لصورة الجسم وكيفية نموها وتطورها. وأن الفهم لتلك النظريات يساعد على فهم سبب تكرار الصورة السالبة للجسم لدى الأفراد ذوي العيوب الجسمية. ولقد أوضحت النظريات النمائية أهمية مرحلة الطفولة،

ومرحلة المراهقة كمراحل مهمة في حياة الفرد، وما ينتج خلال هذه المرحلة من نمو لصورة الجسم، وأن هناك عوامل عدة مثل: ” وقت البلوغ“ الذي يساعد في نمو وتطور صورة الجسم. كما هدفت النظريات الثقافية والاجتماعية إلى ربط المقارنة الاجتماعية والوسائل والمقومات الثقافية الاجتماعية المقبولة بخصوص الشكل والهيئة والمظهر الخارجي والجمال والرشاقة والنحافة كعوامل مهمة في نمو وتطور صورة الجسم لدى فئات المجتمع كافة بهدف الحصول على الرضا عن صورة الجسم التي تزيد من نسبة السعادة وتقبل الفرد لنفسه وتقبل الآخرين له (Huang et al., 2020, 248).

٩- العلاقة بين الألكسيثيميا وصورة الجسم :

من بين أكثر المشكلات التي تظهر في مرحلة المراهقة هي صعوبة التعرف على الانفعالات والمشاعر وما يرتبط بها من مشكلات عدة نفسية وسلوكية حيث القدرة على تحديد ووصف وفهم المشاعر تسهم إلى حد كبير في تيسير التفاعل الاجتماعي والتواصل (اللفظي وغير اللفظي)، وتبادل الأفكار مع الآخرين، وعلى النقيض من ذلك فإن الافتقار لهذه القدرة تحد بدرجة كبيرة من التفاعل الاجتماعي وفهم المشاعر والانفعالات مما يجعل الفرد حاد الطباع مع الآخرين والاحتكاك معهم أيضًا يصبح حادًا وجافًا لا يتضمن أي جانب من التعاطف ولكنه مُحمل بالإيذاء بل وقد يعتمد إيذاء الآخرين دون وجود سبب واضح لهذا الإيذاء (Waller & Hodgson, 2020, 217).

ونظرًا لأن صورة الجسم هي مصدر الهوية ومفهوم الذات لأكثر المراهقين فإن صورة الجسم السلبية يمكنها أن تؤثر على حياة الفرد؛ وقد أشار Michael (9, 2020) إلى أن صورة الجسم ترتبط بانفعالات مختلفة مثل القلق والخجل والارتباك في المواقف المختلفة وعدم القدرة على وصف المشاعر والانفعالات.

ويرى (Young & Weishaar, 2021, 186) أن الأفراد الذين يعانون اضطرابًا في ”صورة الجسم“ يميلون إلى أن يكونوا أكثر انطوائية وعزلة ويتميز سلوكهم بالخجل والتوتر وعدم القدرة على وصف مشاعرهم والتعبير عنها.

وقد توصلت دراسة (Sohn, 2020) ودراسة (Vieno et al, 2020) إلى وجود علاقة ارتباطية سالبة بين صعوبة تعرف المشاعر (الألكسيثيميا) والرضا عن صورة

الجسم. في حين توصلت دراسة Tremblay & Limbos (2021) إلى وجود علاقة ارتباطية موجبة بين صعوبة التعرف على المشاعر (الألكسيثيميا) والرضا عن صورة الجسم.

المحور الرابع - المراهقون المكفوفين :

١ - تعريفات المكفوفين :

التعريف الطبي تذكره زينب شقير (٢٠١٠، ٢٣): بأن كف البصر من المنظور الطبي هو بمثابة ضعف في أحد الوظائف الخمس للعين وهي (البصر المركزي، البصر المحيطي، التكيف البصري، البصر الثنائي، ورؤية العين)، ومن ثم تعجز العين عن القيام بوظيفتها المطلوبة، إذ يضعف البصر على إثر ذلك إلى الدرجة التي تعجز فيها عن القيام بأي عمل يحتاج أساساً إلى الرؤية.

أما التعريف الاجتماعي يذكره عبد الرقيب البحيري، ومصطفى الحديبي (٢٠١٥، ١١): بأن الكفيف طبقاً للمنظور الاجتماعي هو الشخص الذي لا يستطيع أن يصل طريقه دون قيادة أو مساعدة في البيئة غير المعروفة لديه.

ويعرف معجم علم النفس والطب النفسي وفقاً لعبد المطلب القريطي (٢٠١٧، ٢٦) الكفيف بأنه: ذلك الشخص غير القادر على الرؤية أو استقبال المثيرات البصرية، ويحدد كف البصر لديه بأن تكون قوة الإبصار مساوية ٢٠/٢٠٠ في العين الأفضل مع الوسائل المصححة للإبصار.

أما التعريف التربوي فيذكر (Yssedlyke & Algozzine, 2018, 11): بأن الفرد ذو الإعاقة البصرية من الواجهة التربوية بأنه ”الفرد الذي يتعارض ضعف بصره مع قيامه بالتعلم والتحصيل بشكل جيد، أو تحقيقه لإنجاز أكاديمي بشكل مثالي“.

كما تعرف منظمة الصحة العالمية (Afroz & Mittra, 2019, 13) الكفيف من هذا المنظور بأنه: ”مَنْ تقل حدة إبصاره عن ٦/٣“، وهذا يعني أن هذا الشخص لا يستطيع رؤية ما يراه الإنسان سليم البصر من مسافة (٦٠) متراً، إلا إذا قُرب له إلى مسافة ثلاثة أمتار.

أما التعريف في التربية الخاصة: فيرى (7, 2020) Bowen أن كف البصر هو نقص واضح في القدرة على الاستجابة للمثيرات البصرية، والعمى قد يكون كلياً أو جزئياً وقد يكون نتيجة جرح أو إصابة الجهاز البصري أو إصابة في الشبكية وملحقاتها أو في العصب البصري أو في مراكز الإبصار في المخ.

وتحدد الباحثة المراهقين المكفوفين في هذا البحث بأنهم طلاب مرحلتي الإعدادية والثانوية فاقد البصر كلية سواءً منذ الولادة أو قبل سن الخامسة، وتقل حدة الإبصار لديهم عن ٢٠/٢٠٠ قدماً (أي ٦/٦٠ متراً) أو أقل في كلتا العينان أو في العين الأقوى بعد التصحيح بالنظارات الطبية، ويتعين عليهم الاعتماد على باقي حواسهم الأخرى في الحياة اليومية وتعلمهم.

٢- نسبة الانتشار:

لا يكاد يوجد مجتمع يخلو من المعاقين بصرياً ضمن شرائحه وفئاته، إذ تمثل الإعاقة البصرية الترتيب الثاني إحصائياً بين مختلف أنواع الإعاقات ويشير (Fricke et al (2020, 13) إلى أنه يوجد على الصعيد العالمي ٢,٢ مليار شخص على الأقل من المصابين بضعف البصر عن قرب أو عن بعد، ويُلاحظ فيما لا يقل عن مليار حالة - أو نصفها تقريباً - أنه كان من الممكن تجنب الإصابة بضعف البصر، أو أن ضعف البصر غير مُعالج بعد.

ويشمل هؤلاء الأشخاص البالغ عددهم مليار شخص، الأشخاص المصابين بضعف البصر عن بُعد بدرجة معتدلة أو وخيمة أو العمى بسبب خطأ انكساري غير مُصحح (٨٨,٤ مليون شخص)، والساد (إعتام عدسة العين) (٩٤ مليون شخص)، والزرق (٧,٧ مليون شخص)، وعتامة القرنية (٤,٢ مليون شخص)، واعتلال الشبكية السكري (٣,٩ مليون شخص)، والتراكوما (مليوناً شخص)، وكذلك ضعف البصر عن قرب الناجم عن قصور البصر الشيخوخي غير المُعالج (٨٢٦ مليون شخص).

كما تشير التقديرات وفقاً لـ (6, 2020) Hetland إلى أن كف البصر موجود بمقدار العُشر لدى أطفال المدارس، والغالبية العظمى من هؤلاء الأفراد هم فوق سن ٦٥ عام، وحوالي ٤٪ من كافة المكفوفين هم من بين الأطفال، ونسبة انتشار الإعاقة البصرية بين الأطفال هي أصغر منها بين عامة الناس، وحوالي ٤٪ لكل ١٠,٠٠٠ طفل في سن المدرسة لديه إعاقات بصرية ويتلقى خدمات التربية الخاصة.

كما أن نسبة كف البصر لدى أطفال المدارس قد تصل إلى ١٠٪ من حالات كف البصر لدى الراشدين، وتشير التقديرات إلى أن نسبة الإعاقة البصرية تتراوح ما بين ٠,٥٪-١,٥٪ بين الأفراد العاديين، وتزداد هذه النسبة مع التقدم في العمر، كما تشير تقارير منظمة الصحة العالمية إلى أن نسبة انتشار كف البصر تختلف من دولة إلى أخرى حيث أن حوالى ٨٠٪ من المكفوفين موجودين في دول العالم الثالث، وتزداد في الدول التي تفتقد الرعاية الصحية المناسبة.

٣- أسباب كف البصر:

تنقسم أسباب كف البصر إلى ما يأتي (عادل العدل، ٢٠١٦، ١٣):

(أ) أسباب ما قبل الولادة: وهي ترتبط بالجينات الوراثية أو نتيجة إصابة الأم الحامل بأمراض مثل: الحصبة الألمانية أو مرض الزهري أو تناول أدوية وعقاقير ضارة في الشهور الثلاثة الأولى للحمل أو التعرض لأشعة أكس.

(ب) أسباب أثناء الولادة: ومنها نقص الأكسجين والولادة المبكرة.

(ج) أسباب ما بعد الولادة: وهي تكون أسباب مكتسبة وغير وراثية مثل (انفصال الشبكية- الماء الأسود (الجلوكوما)- الماء الأبيض- ضمور العصب البصري- التليف خلف العدسة)، إضافة إلى سوء التغذية والحوادث.

٤- خصائص المكفوفين:

هناك العديد من الخصائص التي يتميز بها المكفوفين ومنها ما يأتي (مصطفى عطا الله، ٢٠١٧، ٣٣)، (هيام شاهين، ٢٠١٧، ٢٦)، و(نهلة فرج، ٢٠٢٠، ٤١):

١- الخصائص الحركية: يواجه الأفراد المكفوفين صعوبة في القدرة على الحركة بأمان من مكان لآخر وذلك لعدم معرفتهم بالبيئة التي يتنقلون فيها بين الحين والآخر، كما يُظهر المكفوفون مظاهر جسمية نمطية مثل (تحريك اليدين، هز الرأس، أو الدوران حول المكان، أو شد الشعر).

٢- الخصائص اللغوية: تتطور المظاهر النمائية اللغوية لدى المكفوفين تطوراً طبيعياً إذا لم يكن لديهم إعاقات مصاحبة أخرى، ولكن نمط النمو اللغوي المبكر لديهم يختلف عن تلك التي تظهر لدى المبصرين وذلك بسبب الافتقار للمدخلات والمثيرات البصرية والتنقل، وبسبب اختلاف الخبرات المبكرة التي يمرون بها، ومن

أهم اضطرابات اللغة والكلام التي يعانيتها بعض المكفوفين (الاستبدال- التشويه أو التحريف- عدم تغيير طبقة الصوت- العلو- قصور في الاتصال بالعين مع المتحدث- اللفظية- والقصور في التعبير واستخدام الإيماءات).

٣- الخصائص الاجتماعية والانفعالية: الإعاقة البصرية ليس لها تأثيراً مباشراً على النمو الاجتماعي وإنما تأثيرها قد تتركه على ديناميكية النمو الاجتماعي إذ تعد عملية النمو عملية تفاعلية يشارك فيها الأفراد بفاعلية، ومن ثم فإن ردود فعل المبصرين للفرد الكفيف لها دوراً كبيراً في نموه الاجتماعي، إذ أن البصر له دوراً بالغ الأهمية في تطور المهارات الاجتماعية إذ أشارت الكثير من الدراسات إلى أن درجات القلق لدى المكفوفين أعلى من المبصرين، كما يعانون من سوء توافق انفعالي وشعور بالضغط والتوتر والارتياح وعدم الشعور بالأمن وضعف الثقة بالنفس، كما يعانون من اللامبالاة وعدم الاهتمام بالأنشطة الجماعية، ومن مشكلات التكيف الاجتماعي وميل عام نحو السلبية.

٤- الخصائص النفسية: يعاني المكفوفين من عدة قيود نفسية مثل: شعور الكفيف بأنه مُراقب من المبصرين، والحد من قدرته على إدراك أشياء معينة، تدني مفهوم الذات، شعورهم بالدونية والنقص، فقدان الاستقلالية، الاعتماد الكلي والدائم على الآخرين، معاناته من بعض الأفكار الاجتماعية التقليدية، كثرة القلق، عدم الاتزان الانفعالي، الشعور بالاعترا ب وقلق المستقبل وقلق الموت، الحزن، الغضب وخاصة الموجه نحو الذات، والسلوك العدواني الناتج عن الاحساس بالنقص، ومن ثم يكون الكفيف أقل توافقاً من الناحية النفسية والاجتماعية، كما تنتشر العديد من الأمراض العصبية بين المكفوفين وذلك أكثر من العاديين ومن بينها: الاكتئاب، الوسواس القهري، الرهاب والخاوف المرضية، والأفكار غير العقلانية.

٥- الخصائص العقلية: الإعاقة البصرية يمكنها أن تؤثر على نمو الذكاء لدى المكفوفين، وذلك لارتباط الإعاقة البصرية بجوانب القصور في: نقص معدل نمو الخبرات وتنوع مصادرها، ونقص القدرة على الحركة والتنقل بحرية وفاعلية وضعف علاقة الكفيف ببيئته وقدرته على التحكم فيها والسيطرة عليها بينما أشارت بعض الدراسات إلى عدم وجود فروق كبيرة بين ذكاء الأفراد العاديين والمكفوفين على مقياس وكسلر للذكاء في الجانب اللفظي، وكذلك بالنسبة لمقياس ستانفورد بينيه.

٥- أساليب الدعم النفسي للمراقبين المكفوفين :

يحتاج المراهق الكفيف إلى مختلف أشكال الدعم النفسي والتي مُتاح تقديمها لهم ومنها ما يأتي (أشرف عبد القادر، ٢٠١٨، ٤١٤)، (محمد البحيري، ٢٠١٥، ٤٤٩) :

١- **الدعم الفردي**: وينشأ هذا الدعم الفردي من خلال العلاقة الناشئة بين المرشد والكفيف والتي يجب أن يسودها الاحترام المتبادل والفهم والتعاطف والمرونة والدقة والوضوح، بوصفها جوانب وعناصر أساسية في تقديم أشكال المساعدة، ولربما أهم عنصر وأداة في الدعم الفردي هو عنصر المقابلة فمن خلالها يتعرف المرشد على اتجاهات وميول الكفيف ومشكلاته وظروفه الشخصية والنفسية والاجتماعية والاقتصادية، وكذلك من خلالها يمكن تبصيره بمشكلاته وأسبابها الكامنة مع توجيهه وإرشاده لمواجهة وإيجاد الحلول المناسبة لها.

٢- **الدعم الجمعي**: وهو الذي يعتمد على ما يقدمه المرشد أو الأخصائي لتقديم التوجيهات والإرشادات في محاولة منه لتغيير وتحويل سلوك ما من وضع معين إلى وضع آخر، ويواكبه أداء منظم وتخطيط سليم، ويتجلى أهمية الدعم الجمعي كتقنية من تقنيات البرامج الإرشادية التي قد تساعد على تنمية قدرات المكفوف فيما يأتي:

- يمكن لهذا الأسلوب تغيير المعايير الخاطئة والتي قد تنتشر بين الأفراد المكفوفين كالميل للتهجم والنقد غير المبرر أو اللامبالاة.
- يتيح الفرصة للكفيف للتعلم من خلال الجماعة عن طريق كيفية تبادل الآراء وكيفية توظيف ما تعلمه سابقاً إلى جانب ما سيتعلمه لاحقاً وهذا من شأنه أن يجعله يحقق التواصل بينه وبين الأفراد الآخرين .
- يتعلم الكفيف من خلال تفاعله مع جماعته أن يضع لنفسه محكات من خلالها يعرف مدى تقدمه بالنسبة للأقران ومن ثم يصبح قادراً على تصحيح بعض تصرفاته الخاطئة.
- من الوارد خلال هذا الأسلوب أن نستخدم أسلوب لعب الدور، كوسيلة تنفيسية من وسائل كشف المشكلات الشخصية.

ب - دراسات سابقة:

بالرجوع إلى عددٍ من الدراسات والبحوث السابقة فقد تم الاكتفاء ببعض البحوث السابقة ذات العلاقة القريبة بمتغيرات البحث الحالي، وتم عرضهم في ثلاثة محاور وذلك كما يأتي:

المحور الأول- دراسات تناولت العلاج بالقبول والالتزام في علاج الاضطرابات النفسية:

هدفت دراسة (Zettle 2021) إلى التعرف على فعالية العلاج بالقبول والالتزام في التحسين المنهجي من قلق الرياضيات، وتكونت عينة الدراسة من (٢٤) طالباً بالمرحلة الجامعية، وتمثلت أدوات الدراسة في مقياس التقرير الذاتي للرياضيات، مقياس القلق، وبرنامج العلاج بالقبول والالتزام، تم تطبيق جلسات البرنامج بشكل فردي لمدة (٦) أسابيع، وقد أظهرت النتائج تحسُّن في المهارات الرياضية مما يدل على فعالية العلاج بالقبول والالتزام في التحسين المنهجي من قلق الرياضيات في القياس البعدي وبقاء أثر البرنامج في القياس التتبعي.

وتناولت دراسة Tracy (2021) مدى فعالية العلاج بالقبول والالتزام في علاج بعض الأمراض المزمنة لدى الأطفال (كالقلق والاكتئاب) وأثر ذلك في عودتهم للمدرسة، وتكونت عينة الدراسة من (٨) أطفال تتراوح أعمارهم بين (٩-١٢ عاماً) ممن تعرضوا لأمراض عضوية أدت إلى إصابتهم بأمراض نفسية مزمنة وأشارت نتائج هذه الدراسة إلى أن العلاج بالقبول والالتزام تم التحقق من صحته للاستخدام مع الأمراض المزمنة، وأنه يوفر بديلاً آمناً للنهج الدوائي لتحسين نوعية الأطفال، كما كان للبرنامج العلاجي أثراً في زيادة رغبة الأطفال المصابين بالأمراض المزمنة للعودة إلى المدارس.

وتصدت دراسة Julie (2021) لتقصي فعالية برنامج للعلاج بالقبول والالتزام في خفض اضطراب القلق لدى المراهقين بالمدارس، وبلغت عينة الدراسة (٢٦٠) مراهقاً ومراهقة ممن يعانون من القلق المتزايد في المدرسة وتم استخدام استبيانات للقلق والاكتئاب والمرونة النفسية والرفاهية والصحة العقلية الايجابية والغياب عن الصف مع تصميم برنامج قائم على العلاج بالقبول والالتزام، وتوصلت هذه الدراسة إلى فعالية العلاج بالقبول والالتزام (ACT) في علاج القلق لدى المراهقين.

في حين هدفت دراسة صالح الشعراوي (٢٠٢١) إلى التعرف على مدى فاعلية برنامج قائم على العلاج بالقبول والالتزام في تنمية السكينة النفسية لدى طلاب جامعة الملك خالد ومدى استمرار فاعليته في القياسين البعدي والتتبعي، وبلغت عينة الدراسة (٢٠) طالباً، وتم استخدام مقياس السكينة النفسية (إعداد الباحث)، والبرنامج العلاجي (إعداد الباحث)، وأظهرت النتائج فعالية البرنامج العلاجي القائم على العلاج بالقبول والالتزام في تنمية السكينة النفسية لدى طلاب الجامعة في القياسين البعدي والتتبعي، وكذلك وجود حجم أثر قوي للبرنامج العلاجي.

وعمدت دراسة (Khoramnia et al (2020) إلى التحقق من فعالية علاج القبول والالتزام للأعراض النفسية لدى الطلاب الذين يعانون من اضطراب القلق الاجتماعي بما في ذلك (صعوبة تنظيم الانفعالات، المرونة النفسية القائمة على التجنب التجريبي، الرحمة الذاتية)، وبلغت العينة (٢٤) طالباً تم تقسيمهم إلى مجموعتين، وتم استخدام استبيانات التعاطف مع الذات، وصعوبة تنظيم الانفعالات والقلق الاجتماعي والقبول والعمل لتقييم الطلاب، وأسفرت النتائج عن ثبوت فعالية علاج القبول والالتزام في التطبيق البعدي والتتبعي في الحد من الشعور بالخجل الخارجي والقلق الاجتماعي وصعوبة تنظيم الانفعالات.

وأجرت (Karen et al (2020) دراسة للتعرف على فعالية العلاج بالقبول والالتزام في الحد من أعراض الاكتئاب والتوتر لدى المراهقين، وتكونت عينة الدراسة من (٦٦) تلميذاً، وتم فحصهم ويعانون من مشاكل نفسية واجتماعية، وتكونت جلسات البرنامج من (١٨) جلسة تمت بشكل جماعي، وأظهرت نتائج الدراسة انخفاضاً ملحوظاً في الأعراض الاكتئابية، كما أظهرت أيضاً انخفاضاً كبيراً في عدم المرونة النفسية، ومستويات أقل بكثير من الإجهاد.

وبحثت دراسة (Mullen et al (2020) مدى فاعلية العلاج بالقبول والالتزام في تنمية الشفقة بالذات لدى طلاب الجامعة، إذ بلغت العينة (٧٣) طالباً وطالبة، وتم استخدام مقياس الشفقة بالذات، واستبيان القبول والأفعال والبرنامج الإرشادي القائم على نظرية العلاج بالقبول والالتزام، وتوصلت الدراسة إلى نتائج أهمها فعالية البرنامج المستخدم في تنمية الشفقة بالذات لدى عينة الدراسة.

وحاولت دراسة آية محمد (٢٠٢٠) التعرف على مدى فاعلية العلاج بالقبول والالتزام واستمرار هذه الفاعلية في تنمية المرونة النفسية لدى ذوي الشعور بالوحدة النفسية من المعاقين بصرياً، وتكونت عينة الدراسة من (٢٠) معاقاً بصرياً تم تقسيمهم إلى مجموعتين بالتساوي تتراوح أعمارهم بين (١٣- ١٨ عاماً) واستُخدم مقياس المرونة النفسية وبرنامج العلاج بالقبول والالتزام لتنمية المرونة النفسية لدى ذوي الشعور بالوحدة النفسية من المعاقين بصرياً وتوصلت نتائج الدراسة إلى فاعلية البرنامج العلاجي في تنمية المرونة النفسية لدى ذوي الشعور بالوحدة النفسية من المعاقين بصرياً.

واهتمت دراسة أسماء لطفي (٢٠٢٠) بالتحقق من فاعلية برنامج للعلاج بالقبول والالتزام في تحسين الصمود النفسي لدى الطلاب المعاقين جسمياً في مرحلة التعليم الأساسي بمحافظة المنيا، وبلغت العينة (٣١) طالباً وطالبة تتراوح أعمارهم بين (١٣- ١٤ عاماً) وتم استخدام مقياس الصمود النفسي وبرنامج العلاج بالقبول والالتزام، وأسفرت الدراسة عن وجود فاعلية للبرنامج المستخدم حيث وجدت فروق ذات دلالة إحصائية بين التطبيق القبلي والتطبيق البعدي للمجموعة الإرشادية عينة البحث لصالح التطبيق البعدي، ووجدت فروق غير دالة إحصائياً بين متوسطي رتب الذكور والإناث من أفراد المجموعة الإرشادية في القياس البعدي على مقياس الصمود النفسي.

بينما حاولت دراسة عماد حسن، محمد أحمد، وعضاف جعيس (٢٠١٩) التعرف على فاعلية برنامج علاجي قائم على العلاج بالقبول والالتزام في خفض اضطراب كرب ما بعد الصدمة لدى المراهقين المعاقين بصرياً وكانت العينة مكونة من (٥) طلاب (٣) ذكور، و(٢) إناث من المراهقين المكفوفين كلياً، واستخدمت الدراسة مقياس اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، وبرنامج العلاج بالقبول والالتزام (إعداد الباحثون)، وتوصلت الدراسة إلى فاعلية البرنامج القائم على العلاج بالقبول والالتزام في خفض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى عينة البحث.

المحور الثاني - دراسات تناولت خفض الألكسيثيميا :

هدفت دراسة Williams & Gothman (2021) لتقصي فعالية برنامج للعلاج الديناميكي في زيادة الوعي لأفكار وسلوكيات اللاوعي وأثره في خفض مستوى الألكسيثيميا لدى المراهقين بالولايات المتحدة الأمريكية، وتكونت عينة الدراسة من (٤٦) مراهقاً ومراهقة تم تقسيمهم إلى مجموعتين تجريبيية وضابطة وتم استخدام برنامجاً للعلاج الديناميكي النفسي ومقياس تورنتو للألكسيثيميا، وأظهرت النتائج فعالية البرنامج المستخدم في الدراسة في خفض مستوى الألكسيثيميا لدى المراهقين الأمريكيين، كما أشارت الدراسة إلى عدم وجود فروق بين الجنسين في الألكسيثيميا.

وسعت دراسة Bankier et al (2021) إلى خفض مستوى الألكسيثيميا ومستوى كل من القلق والاكتئاب باستخدام برنامج إرشادي قائم على نظرية تعديل المعلومات لدى عينة من المراهقين بلغت (٢٥) مراهقاً ومراهقة بالمرحلة الثانوية، وتم جمع البيانات عن طريق مقياس القلق ومقياس الاكتئاب لآرون بيك وبرنامج إرشادي (إعداد الباحثون)، ومقياس تورنتو للألكسيثيميا، وتوصلت الدراسة إلى وجود ارتباط بين كل من القلق والاكتئاب واضطراب الألكسيثيميا لدى المراهقين حيث المستويات المتزايدة من القلق والاكتئاب ترتبط إيجابياً مع ارتفاع الألكسيثيميا، كما أشارت إلى فعالية البرنامج المستخدم في خفض مستوى الألكسيثيميا لدى عينة الدراسة من المراهقين، كما أشارت إلى انتشار الألكسيثيميا لدى الإناث أكثر من الذكور.

أما دراسة Aljoscha & Matthias (2020) فهدف الكشف عن أثر برنامج قائم على نظرية العلاج المعرف السلوكي (CBT) في تغيير المعتقدات والسلوكيات غير الصحية والسلبية واستبدالها بأخرى صحية وإيجابية وأثره في خفض الألكسيثيميا لدى عينة مكونة من (١٨) طالباً بالجامعة باليابان، وأظهرت النتائج تحسناً ملحوظاً وإيجابياً في تغيير المعتقدات والسلوكيات السلبية للطلاب مما دلل على فعالية البرنامج المستخدم بالدراسة وأيضاً ظهر انخفاضاً واضحاً في مستوى الألكسيثيميا لدى عينة البحث من طلاب الجامعة.

بينما حاولت دراسة Lumley (2020) الكشف عن فعالية برنامج إرشادي في خفض مستوى الألكسيثيميا والضغوط النفسية وأثره على مفهوم الذات لدى عينة من التلاميذ بلغت (٢٢) تلميذاً وتلميذة تراوحت أعمارهم بين

(١٢-٩ عاماً) وتوصلت النتائج إلى فعالية البرنامج الإرشادي المستخدم في خفض مستوى الألكسيثيميا ومستوى الضغوط النفسية وكذلك لوحظ تحسناً في مفهوم الذات، كما أشارت إلى أن الإناث يعانون أكثر من الذكور في الألكسيثيميا.

في حين هدفت دراسة أحمد جنيدي (٢٠٢٠) إلى التعرف على الألكسيثيميا وعلاقتها بالقلق وإدراك صورة الجسم لدى عينة من أطفال ذوي الإعاقة البصرية بالمرحلة الابتدائية، بلغت عينة الدراسة (٣٦) طفل من ذوي الإعاقة البصرية، واستخدم الباحث مقياس الألكسيثيميا (من إعداد الباحث)، ومقياس إدراك صورة الجسم لذوي الإعاقة البصرية (إعداد الباحث)، وتوصلت الدراسة إلى وجود علاقة بين الألكسيثيميا وإدراك صورة الجسم لدى عينة الدراسة، ووجود علاقة دالة إحصائياً بين الألكسيثيميا والقلق لدى عينة الدراسة، كما يمكن التنبؤ بالألكسيثيميا لدى عينة الدراسة من خلال دراسة إدراك صورة الجسم لديهم.

واهتمت دراسة أمل جمعة (٢٠١٩) بالكشف عن طبيعة العلاقة بين الصمود النفسي والألكسيثيميا وأيضاً اختبار فاعلية برنامج معرفي سلوكي لتنمية مستوى الصمود النفسي وخفض مستوى الألكسيثيميا لدى طالبات الجامعة بالسعودية، وأسفرت النتائج عن وجود علاقة ارتباطية سالبة بين الألكسيثيميا والدرجة الكلية للصمود النفسي، وكذلك وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطات رتب درجات أفراد العينة العلاجية على متغير الألكسيثيميا بين التطبيقين القبلي والبعدي لصالح التطبيق البعدي مما يدل على فعالية البرنامج الإرشادي مع عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات العينة العلاجية في القياسين البعدي والتبعي على مقياسي الألكسيثيميا والصمود النفسي.

وعمدت دراسة أنور الدهمسي (٢٠١٩) إلى الكشف عن فعالية طريقتي العلاج المرتكز على الانفعالات والعلاج الأدلري في خفض مستوى الألكسيثيميا لدى اللاجئات السوريات على عينة قوامها (٤٥) لاجئة سورية بالأردن، تم تقسيمهم إلى ثلاث مجموعات إحداها تعرضت للبرنامج المرتكز على الانفعالات، وخضعت الثانية للعلاج الأدلري، ومجموعة ضابطة واحدة لم تخضع لأية معالجة، وتم استخدام مقياس تورنتو للألكسيثيميا، وأسفرت النتائج عن فعالية البرنامجين المستخدميين في خفض مستوى الألكسيثيميا، إذ وجدت فروق ذات دلالة إحصائية تُعزى للبرنامج.

المحور الثالث - دراسات تناولت صورة الجسم لدى المكفوفين :

هدفت دراسة (Pinquart & Pfeiffer (2021) إلى تقييم صورة الجسم لدى المراهقين المعاقين بصرياً والمبصرين، وبلغت عينة الدراسة (٧٠٥) مراهقاً ومراهقة منهم (١٧٢) مكفوفين، وتوصلت أهم النتائج إلى أن المكفوفين بصرياً أقل رضا عن صورة أجسامهم من أقرانهم المبصرين، وأيضاً إلى عدم وجود فروق بين الجنسين في صورة الجسم.

وأجرى Louise et al (2021) دراسة بعنوان المعالجة المعرفية السلوكية لعدم الرضا عن صورة الجسم لدى فاقد البصر، وكانت العينة من (٣١) مراهقاً كفيفاً تم تقسيمهم إلى مجموعتين تجريبية وضابطة، وقد أسفرت النتائج عن أن أفراد العينة العلاجية اللذين تعرضوا للعلاج المعرفي السلوكي قد تحسنوا بدرجة دالة وأكثر على مقاييس صورة الجسم العاطفي وإدراكات صورة الجسم سيئة التوافق وتقدير الذات الاجتماعي لدى عينة الدراسة من المراهقين المكفوفين، كما أشارت النتائج إلى عدم وجود فروق بين الجنسين في صورة الجسم.

واهتمت دراسة Mei-Chi (2021) ببحث العلاقة بين قلق المستقبل وصورة الجسم ومفهوم الذات لدى طلاب الجامعة المكفوفين، وبلغت العينة (٢٦) طالباً واستخدم الباحث مقياس صورة الجسم ومقياس قلق المستقبل ومقياس مفهوم الذات، وتوصلت النتائج إلى وجود علاقة دالة إحصائياً بين متغيرات الدراسة (قلق المستقبل- صورة الجسم- مفهوم الذات)، كما أشارت إلى أن الذكور أكثر إدراكاً لصورة الجسم الإيجابية.

وتصدت دراسة Rigby et al (2020) لتقصي فاعلية برنامج إرشادي جمعي في تحسين إدراك صورة الجسم لدى الطلاب المعاقين بصرياً وأثره في خفض الإلكتسيثيميا، وتكونت عينة الدراسة من (٣٤) طالباً معاق بصرياً، وقُسمت العينة إلى مجموعتين، مجموعة تجريبية من (١٦) طالباً ومجموعة ضابطة من (١٧) طالباً، طُبّق عليهم مقياساً لصورة الجسم، ومقياس الألكسيثيميا، وبرنامجاً إرشادياً جمعياً (كلها من إعداد الباحث)، وتوصلت الدراسة إلى فاعلية البرنامج المستخدم في تحسين إدراك صورة الجسم، وخفض الألكسيثيميا لدى عينة الدراسة من الطلاب المعاقين بصرياً واستمرار هذه الفاعلية حتى بعد القياس التتبعي، كما أسفرت النتائج عن أن الإناث أكثر إدراكاً لصورة الجسم.

وحاولت دراسة أحمد أحمد (٢٠١٩) الكشف عن مدى إسهام الشفقة بالذات وتحمل الغموض في التنبؤ بصورة الجسم ومدى الاختلاف في البناء النفسي وديناميات الشخصية من خلال منظور المنهج الكلينيكي وذلك لدى عينة من المراهقين المكفوفين، تكونت العينة من (٦٧) مراهقاً كفيفاً، واستخدم مقياس الشفقة بالذات للمراهقين، مقياس تحمل الغموض للمراهقين المكفوفين وكلاهما من (إعداد الباحث)، مقياس صورة الجسم لدى المعاقين بصرياً (إعداد الكاشف والأشرم، ٢٠١٠)، وقد أسفرت النتائج عن وجود علاقة ارتباطية موجبة دالة إحصائياً بين صورة الجسم وكل من الشفقة بالذات وتحمل الغموض لدى المراهقين المكفوفين.

وبحثت دراسة سعاد قرني (٢٠١٩) طبيعة العلاقة بين اضطراب صورة الجسم وكل من (فرط الحساسية الانفعالية، والوجدانات السالبة) لدى المراهقين المكفوفين، وكذلك إمكانية التنبؤ بالحساسية الانفعالية والوجدانات السالبة من خلال اضطراب صورة الجسم، والتعرف أيضاً على الفروق بين الجنسين من المراهقين المكفوفين في اضطراب صورة الجسم، وبلغت العينة (٢٨) طالباً وطالبة، تراوحت أعمارهم بين (١٣ - ١٩ عاماً) وتم استخدام مقياس اضطراب صورة الجسم للمراهقين المعاقين بصرياً (إعداد البحيري والحديبي، ٢٠١٥)، ومقياس فرط الحساسية الانفعالية (إعداد الباحثة) ومقياس الوجدانات السالبة (إعداد أباطة، ٢٠٠٧)، وتوصلت النتائج إلى وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات الذكور والإناث من المراهقين المكفوفين في اضطراب صورة الجسم لحساب الإناث، وجود علاقة ارتباطية موجبة دالة إحصائياً بين درجات اضطراب صورة الجسم ودرجات فرط الحساسية الانفعالية لدى المراهقين المكفوفين، وكذلك وجود علاقة ارتباطية موجبة دالة إحصائياً بين درجات اضطراب صورة الجسم ودرجة الوجدانات السالبة لدى المراهقين المكفوفين.

في حين هدفت دراسة محمد عبدالرازق (٢٠١٩) إلى التعرف على فعالية برنامج إرشادي معرفي قائم على اليقظة العقلية في خفض مشكلات التنظيم الانفعالي، وتحسين صورة الجسم لدى المكفوفين من طلاب الجامعة، وبلغت العينة (١١) طالباً من المعاقين بصرياً بالسعودية، وتم تقسيمهم إلى مجموعتين تجريبية من (٦) طلاب، وضابطة من (٥) طلاب، وتم استخدام مقياساً لليقظة العقلية ومقياس صورة الجسم، البرنامج التدريبي (كلهم من إعداد الباحث)، وأظهرت النتائج

فعالية البرنامج التدريبي المستخدم في تنمية اليقظة العقلية لدى عينة البحث من طلاب الجامعة المكفوفين، مما كان له أثراً واضحاً في تحسين كل من التنظيم الانفعالي وصورة الجسم لديهم، كما أشارت إلى أن الذكور أكثر إدراكاً لصورة الجسم الإيجابية.

تعقيب على الدراسات السابقة:

يتضح لنا من خلال عرض الدراسات السابقة خلال المحاور الثلاثة تباين الدراسات التي تم تناولها خلال كل محور من حيث الهدف والعينة، فبالنظر إلى الدراسات السابقة في محور العلاج بالقبول والالتزام في علاج الاضطرابات النفسية يلاحظ وجود تشابهها في أهدافها إلى حد كبير، إذ تناولت فعالية العلاج بالقبول والالتزام في خفض بعض المشكلات والاضطرابات مثل القلق والاكتئاب كما في دراسات كل من Tracy, (2021)، Julie (2021)، Khoramnia et al (2020)، وخفض أعراض الشخصية التجنبية كما في دراسة أحمد جاد الرب، وهبة جابر (٢٠٢٠)، وخفض اضطراب كرب ما بعد الصدمة كما في دراسة عماد حسن وآخرين (٢٠١٩)، Kirsch (2020)، كما أسهم العلاج بالقبول والالتزام في تنمية وتحسين بعض الجوانب الإيجابية في الشخصية مثل: المرونة النفسية كما في دراسة آية محمد (٢٠٢٠)، والسكينة النفسية كما جاء في دراسة صالح الشعراوي (٢٠٢١)، والصمود النفسي كما جاء في دراسة أسماء لطفي (٢٠٢٠)، وتنمية الشفقة بالذات كما في دراسة Mullen et al (2020).

في حين قد تتفق بعض دراسات المحور الثاني في جزء من أهدافها وأدواتها التي تعتمد عليها في قياس الألكسيثيميا، فنجد أن أغلب الدراسات التي تناولت الألكسيثيميا استخدمت مقياس تورنتو (TAS-20) لقياس الألكسيثيميا، حيث رجحت أغلب تلك الدراسات التعامل مع مقياس تورنتو كامل العبارات، في حين تناولت بعض من تلك الدراسات النسخة المختصرة المكونة من (٢٠) عبارة، أما عن محور دراسات صورة الجسم فنجد أن هناك شبه اتفاق بين دراسات ذلك المحور على أن عينة المراهقين المكفوفين يشعرون باضطراب في صورة الجسم.

كما يلاحظ أيضاً تباين العينات المستخدمة في الدراسات السابقة حيث تناولت بعض الدراسات طلاب الجامعة كدراسات: Mullen et al (2020)، و Aljoscha (2020)، & Matthias (2020)، كما اهتمت بعض الدراسات بأن تكون العينة من الأطفال كدراسة Tracy (2021).

أما عن أوجه استفادة الدراسة الحالية من الدراسات السابقة :

فقد استفادت الباحثة من تناولها للدراسات السابقة في الدراسة الحالية عند تحديد مشكلة البحث، واختيار العينة حيث جاءت من الطلاب المراهقين المكفوفين، كما ظهرت أوجه الاستفادة عند صياغة الباحثة للمفاهيم الإجرائية، وإثراء الإطار النظري للبحث، وأيضاً عند صياغة الفروض في ضوء ما أسفرت عنه الدراسات السابقة من نتائج، وكذلك في إعداد أدوات البحث وعند تصميم البرنامج العلاجي، فضلاً عما يمكن استخلاصه من تعزيزات للنتائج عند مناقشتها لاحقاً، وأيضاً في طرح التوصيات والمقترحات.

أما عن أوجه الشبه والاختلاف بين الدراسات السابقة والدراسة الحالية :

نجد أن الدراسة الحالية تتفق مع بعض الدراسات السابقة التي تؤكد العلاقة بين الألكسيثيميا وصورة الجسم، في حين تختلف الدراسة الحالية مع واقع الدراسات السابقة التي تم عرضها في تناولها واقع تجريبي حول بناء برنامج علاجي قائم على القبول والالتزام لخفض الألكسيثيميا وتحسين صورة الجسم لدى المراهقين المكفوفين، فضلاً عن ذلك فإن الدراسة الحالية تناولت عينة تكاد تتفق مع واقع الدراسات السابقة من حيث العمر وبعض الخصائص الديموغرافية التي روعيت عند تكافؤ أفراد العينة العلاجية والمجموعة الضابطة.

أما عن الجديد الذي تضيفه الدراسة الحالية فتتمثل في :

أ- من حيث الموضوع: عدم وجود دراسات عربية تناولت الألكسيثيميا كمفهوم نفسي وعلاقته الارتباطية بصورة الجسم لدى المراهقين المكفوفين، علاوة على ذلك اختبار فعالية برنامج قائم على العلاج بالقبول والالتزام في خفض الألكسيثيميا وتحسين صورة الجسم لدى المراهقين المكفوفين، وهو ما ستضيفه الدراسة الحالية للتراث السيكلوجي.

ب- من حيث العينة: عدم وجود دراسة عربية - في حدود علم واطلاع الباحثة- اهتمت بفعالية العلاج بالقبول والالتزام في خفض الألكسيثيميا لدى المراهقين المكفوفين وأثره في تحسين صورة الجسم لديهم.

ج- من حيث الأدوات: في البحث الحالي تم إعداد مقاييس لتقدير كل من الألكسيثيميا وصورة الجسم بما يتفق وخصائص عينة البحث، هذا فضلاً عن تصميم برنامج قائم على العلاج بالقبول والالتزام لخفض الألكسيثيميا لدى المراهقين المكفوفين وأثره في تحسين صورة الجسم لديهم.

ثامناً - فروض البحث:

في ضوء ما تم عرضه بالإطار النظري والدراسات السابقة، وما أسفرت عنه الدراسات السابقة من نتائج؛ تم صياغة فروض البحث الحالي على النحو الآتي:

- ١- توجد علاقة ارتباطية سالبة دالة إحصائياً بين درجات الطلاب المراهقين المكفوفين على مقياس الألكسيثيميا ودرجاتهم على مقياس صورة الجسم.
- ٢- توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطي رتب درجات أفراد العينة العلاجية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس الألكسيثيميا لدى الطلاب المراهقين المكفوفين لصالح القياس البعدي (في الاتجاه الأفضل).
- ٣- توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطي رتب درجات أفراد العينة العلاجية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس صورة الجسم لدى الطلاب المراهقين المكفوفين لصالح القياس البعدي.
- ٤- لا توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطي رتب درجات الذكور والإناث من أفراد العينة العلاجية في القياس البعدي على مقياس الألكسيثيميا لدى الطلاب المراهقين المكفوفين.
- ٥- لا توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطي رتب درجات الذكور والإناث من أفراد العينة العلاجية في القياس البعدي على مقياس صورة الجسم لدى الطلاب المراهقين المكفوفين.
- ٦- لا توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطي رتب درجات أفراد العينة العلاجية في القياسين البعدي والتتبعي على مقياس الألكسيثيميا الطلاب المراهقين المكفوفين.
- ٧- لا توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطي رتب درجات أفراد العينة العلاجية في القياسين البعدي والتتبعي على مقياس صورة الجسم لدى الطلاب المراهقين المكفوفين.

إجراءات البحث وخطواته :

أولاً - منهج البحث :

تتطلب طبيعة البحث الحالي وتحقيق أهدافه استخدام المنهج التجريبي باستخدام تصميم المجموعة الواحدة بتطبيق قبلي وبعدي؛ وذلك لتلافي إشكالية عدم التجانس، ويهدف اختبار مدى فعالية برنامج قائم على العلاج بالقبول والالتزام في خفض الألكسيميا وتحسين صورة الجسم لدى عينة الدراسة من المراهقين المكفوفين، وتمثل المتغير المستقل في (البرنامج العلاجي القائم على القبول والالتزام)، وتمثلت المتغيرات التابعة في كل من (الألكسيميا وصورة الجسم).

ثانياً - مجتمع وعينة البحث :

(أ) عينة البحث السيكومترية :

تكونت عينة البحث الاستطلاعية من (٤٦) طالباً وطالبة من الطلاب المكفوفين في المرحلتين الإعدادية والثانوية بمحافظة شمال سيناء خلال العام الدراسي (٢٠٢١-٢٠٢٢) تراوحت أعمارهم بين (١٣-١٧) عاماً، بمتوسط عمري قدره (١٤,٥) وانحراف معياري قدره (١,٦٣)، وذلك للتحقق من الخصائص السيكومترية لأدوات البحث.

(ب) عينة البحث الأساسية :

تكونت عينة البحث الأساسية من (٩) طلاب من مدرسة النور للمكفوفين بالعريش، منهم (٥) ذكور و (٤) إناث، بمتوسط عمري (١٤,٦) عاماً، وانحراف معياري قدره (١,٣٢)؛ والجدول الآتي يوضح توزيع عينة البحث الأساسية وفقاً لمتغيري الجنس والمرحلة الدراسية:

جدول (١)

توزيع عينة البحث الأساسية وفقاً للمرحلة الدراسية والجنس

المرحلة	الإعدادية	الثانوية	الإجمالي	الجنس
ذكور	٣	٢	٥	
إناث	٢	٢	٤	
إجمالي	٥	٤	٩	

ثالثاً - أدوات البحث :**أ - مقياس الألكسيثيميا للمراهقين المكفوفين (إعداد الباحثة)**

تضمن إعداد المقياس الخطوات الآتية:

١ - الهدف من المقياس :

يهدف المقياس الحالي إلى قياس مستوى الألكسيثيميا لدى الطلاب المراهقين المكفوفين، وتوفير أداة سيكومترية مقننة ومناسبة للبيئة المصرية وأهداف البحث وعينته، إلى جانب ندرة المقاييس العربية - في حدود علم واطلاع الباحثة - التي تناولت الألكسيثيميا لدى المراهقين المكفوفين.

٢ - مصادر إعداد المقياس :

(أ) قامت الباحثة بمراجعة محتوى الدراسات والبحوث السابقة والأطر النظرية (عربياً وأجنبياً) والتي تناولت مفهوم الألكسيثيميا ومنها (Bloch, et al., 2021) ، (Wang, et al., 2021) ، (Rajesh, et al., 2021) ، (Suslow, et al., 2021) ، (Graeme & Bagby, 2021) ، (Bacerra, et al., 2020) ، (Michelle, W., 2019) ، (Goetz, et al., 2019) ، (آمال الفقي وآخرون، ٢٠١٩)، (أحمد أبوبكر، ٢٠١٩)، (Pellerone, et al., 2017).

(ب) تم الاطلاع على مجموعة من المقاييس والاختبارات التي تقيس الألكسيثيميا ومنها: مقياس (Validity and reliability of the Bermond- Vorst Alexithymia questionnaire (Williams, & Gotham, 2021) ، (Aljoscha & Matthias, 2021) ، (Vorst & Bobermond, 2001) ، (٢٠٢٠)، ومقياس الألكسيثيميا إعداد محمد مصطفى (٢٠٢٠)، ومقياس الألكسيثيميا إعداد عبد الله الزهراني (٢٠١٩)، ومقياس الألكسيثيميا إعداد نهاد محمود (٢٠١٧)، ومقياس الألكسيثيميا إعداد وفاء محمود (٢٠١٧)، ومقياس الألكسيثيميا إعداد نبيل الفضل (٢٠١٦)، ومقياس (Toronto Alexithymia Scale (TAS- 20) إعداد (Graeme & Bagby (2021).

٣- وصف المقياس :

تم وضع الصورة المبدئية للمقياس والذي تكون من ثلاثة أبعاد هي (صعوبة تحديد المشاعر والانفعالات- صعوبة وصف المشاعر والانفعالات- صعوبة التفكير المتوجه خارجياً) بمجموع (٥٥) عبارة، يتم الإجابة عنها باختيار إجابة واحدة من خمس إجابات هي (دائماً- غالباً- أحياناً- نادراً- أبداً)، ويتم تطبيق المقياس على المراهقين المكفوفين من (١٣-١٧ عاماً)، وليس هناك زمن مُحدد للإجابة.

٤- الخصائص السيكومترية لمقياس الألكسيثيميا :

قامت الباحثة بحساب صدق وثبات مقياس الألكسيثيميا من خلال تطبيقه على عينة التقنين وقوامها (٤٦) طالباً وطالبة من المراهقين المكفوفين بالمرحلتين الإعدادية والثانوية ممن تتراوح أعمارهم بين (١٣-١٧) عاماً، وتم استبعاد هذه العينة من العينة الكلية التي أُختيرت منها عينة البحث الأساسية وفيما يأتي عرض لنتائج التقنين:

أ) **صدق المقياس :** تم حساب صدق المقياس بالطرق الآتية:

صدق المحكمين :

قامت الباحثة بعرض المقياس في صورته الأولية المكونة من (٥٥) عبارة على (٩) محكمين من أساتذة الصحة النفسية وعلم النفس والتربية الخاصة للحكم على المقياس، ومدى مناسبه لعينة البحث من المراهقين المكفوفين، ومدى صلاحية العبارات ودقة صياغتها، ومدى انتماء كل عبارة إلى البعد الخاص بها، واقتراح التعديلات المناسبة، وقد تضمن المقياس التعريفات الإجرائية لكل بعد من أبعاده على حدة.

وفي ضوء توجيهات السادة المحكمين ؛ قامت الباحثة بما يأتي :

- إعادة صياغة بعض عبارات المقياس.
- حذف بعض العبارات التي لم تصل نسبة الاتفاق عليها ٩٠% من إجمالي المحكمين وعددها (١٠) عبارات، ومن ثم أصبح عدد العبارات في المقياس (٤٥) عبارة بدلاً من (٥٥) عبارة.
- نقل بعض العبارات من بعد لآخر أكثر مناسبة لها.
- رتبت الباحثة عبارات المقياس بعد إجراء جميع التعديلات، وكل عبارة لها اختيار من خمسة هي (دائماً- غالباً- أحياناً- نادراً- أبداً)، لكل منها درجة معينة (١-٢-٣-٤-٥) وذلك بناءً على مفتاح التصحيح.

الصدق البنائي:

يُعد الصدق البنائي أحد مقاييس صدق الأداة الذي يقيس مدى تحقق الأهداف التي تريد الأداة الوصول إليها، ويبين مدى ارتباط كل بُعد من أبعاد المقياس بالدرجة الكلية لفقرات المقياس، وللتحقق من الصدق البنائي تم حساب معاملات الارتباط بين درجة كل بُعد من أبعاد المقياس والدرجة الكلية للمقياس، كما يوضح ذلك الجدول الآتي:

جدول (٢)

معامل الارتباط بين درجة كل بُعد من أبعاد مقياس الألكسيثيميا والدرجة الكلية للمقياس

م	البُعد	معامل الارتباط
١	صعوبة تحديد المشاعر والانفعالات	٠,٧٦**
٢	صعوبة وصف المشاعر والانفعالات	٠,٨٨**
٣	صعوبة التفكير المتوجه خارجيًا	٠,٨٥**

يتضح من جدول (٢) أن جميع معاملات الارتباط في جميع مجالات مقياس الألكسيثيميا للمراهقين المكفوفين دالة إحصائياً وبدرجة قوية عند مستوى ٠,٠١، وبذلك تُعد جميع أبعاد المقياس صالحة لقياس ما وضعت لقياسه.

الصدق التلازمي (المحك):

قامت الباحثة بحساب صدق المقياس بطريقة الصدق التلازمي (المحك)، وذلك بتطبيق مقياس الألكسيثيميا إعداد (أحمد جنيدي، ٢٠٢٠) على عينة التقنين، وتم حساب معاملات الارتباط بين درجات الطلاب على مقياس الألكسيثيميا (إعداد الباحثة) ومقياس الألكسيثيميا إعداد (إعداد أحمد جنيدي، ٢٠٢٠)، وبعد رصد النتائج وتحليلها باستخدام معامل ارتباط بيرسون عن طريق برنامج (SPSS18) توصلت الباحثة إلى النتائج الآتية:

جدول (٣)

العلاقة الارتباطية بين مقياس الألكسيثيميا وأبعاده (إعداد الباحثة) ومقياس الألكسيثيميا (إعداد أحمد جنيدي، ٢٠٢٠) وأبعاده

مقياس المحك	مقياس الدراسة	صعوبة تحديد المشاعر والانفعالات	صعوبة وصف المشاعر والانفعالات	صعوبة التفكير المتوجه خارجيًا	إجمالي المقياس
صعوبة وصف وتمييز المشاعر	٠,٨٧٢**	٠,٧٥٦**	٠,٦٨٧**	٠,٨١٣**	
صعوبة التواصل مع الآخرين	٠,٨٤١**	٠,٧٤٥**	٠,٧١٢**	٠,٨٤٥**	
التفكير الموجه خارجيًا	٠,٨٣٢**	٠,٧٤٨**	٠,٧١٩**	٠,٨٠٨**	
إجمالي المقياس	٠,٨١١**	٠,٧٥٠**	٠,٧٢٥**	٠,٨٨٣**	

** دالة عند مستوى (٠,٠١)

يتضح من جدول (٣) وجود علاقة ارتباطية موجبة بين إجمالي مقياس الألكسيثيميا (إعداد الباحثة)، وإجمالي مقياس الألكسيثيميا (إعداد: أحمد جنيدي، ٢٠٢٠)، حيث جاء معامل الارتباط مساويًا (٠,٨٨٣) عند مستوى دلالة (٠,٠١)، إضافة إلى وجود علاقة ارتباطية موجبة عند مستوى دلالة (٠,٠١) بين جميع أبعاد مقياس الألكسيثيميا (إعداد الباحثة)، وإجمالي أبعاد مقياس الألكسيثيميا (إعداد أحمد جنيدي، ٢٠٢٠)؛ مما يعني صدق الأداة الحالية لقياس ما هو مطلوب لقياسه.

صدق الاتساق الداخلي:

تم حساب صدق الاتساق الداخلي عن طريق حساب معامل الارتباط بين درجات كل عبارة من عبارات المقياس والدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليها، والجدول الآتي يوضح ذلك:

جدول (٤)

معاملات الارتباط بين كل مفردة من مفردات مقياس الألكسيثيميا والدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي له

مفردات صعوبة تخديد المشاعر والانفعالات		مفردات صعوبة وصف المشاعر والانفعالات		مفردات صعوبة التفكير المتوجه خارجيًا	
م	معامل ارتباط المفردة بالبعد	م	معامل ارتباط المفردة بالبعد	م	معامل ارتباط المفردة بالبعد
١	٠,١٤٤**	١	٠,١٣١**	١	٠,١٨٣**
٢	٠,٧٨٥**	٢	٠,١٧١**	٢	٠,١٢٢**
٣	٠,١٣١**	٣	٠,١١٠**	٣	٠,٤٥٧**
٤	٠,١٣١**	٤	٠,١٠٩**	٤	٠,٥١٧**
٥	٠,١٢٨**	٥	٠,١٧١**	٥	٠,٥٨٨**
٦	٠,٥٦٣**	٦	٠,١٥٦**	٦	٠,٤٧٤**
٧	٠,٥٧٨**	٧	٠,١٤٣**	٧	٠,١٠٩**
٨	٠,٨٤٢**	٨	٠,٥١٣**	٨	٠,٤٤١**
٩	٠,١٣٠**	٩	٠,١٢٢**	٩	٠,١٨٣**
١٠	٠,٨٤٢**	١٠	٠,١٧١**	١٠	٠,١٣٦**
١١	٠,٥٦٢**	١١	٠,٥١٠**	١١	٠,٧٣٧**
١٢	٠,٨٨١**	١٢	٠,١٠٥**	١٢	٠,٥٧٧**
١٣	٠,٨٨١**	١٣	٠,٥٠٩**	١٣	٠,١٣٠**
١٤	٠,١٣٢**	١٤	٠,١٨٧**	١٤	٠,١٥٥**
١٥	٠,٥٨٦**			١٥	٠,٥٧٧**
				١٦	٠,٥٦٣**

** معامل الارتباط دال إحصائياً عند مستوى (٠,٠١)

ويتضح من جدول (٤) أن جميع معاملات الارتباط بين درجة كل مفردة والدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه دالة إحصائياً عند مستوى (٠,٠١).

(ب) ثبات المقياس:

لحساب ثبات المقياس تم حساب معامل (ألفا كرونباخ) لمفردات كل بعد على حدة وللمقياس ككل، كما استخدمت الباحثة طريقة إعادة تطبيق الاختبار لحساب ثبات المقياس بعد تطبيقه على أفراد العينة الاستطلاعية (ن=٤٦) بفاصل زمني مقداره أسبوعين بين التطبيق الأول والتطبيق الثاني للمقياس. وتم حساب معامل الارتباط بين درجات أفراد العينة الاستطلاعية في التطبيق الأول ودرجاتهم في التطبيق الثاني على المقياس ككل. ويوضح الجدول الآتي قيم معاملات الثبات بكلتا الطريقتين:

جدول (٥)

قيم معاملات الثبات بطريقة (ألفا كرونباخ) وطريقة إعادة التطبيق لمقياس الألكسيثيميا

م	الأبعاد	ألفا كرونباخ	إعادة التطبيق
١	صعوبة تحديد المشاعر والانفعالات	٠,٨٣	٠,٧١
٢	صعوبة وصف المشاعر والانفعالات	٠,٧١	٠,٧٠
٣	صعوبة التفكير المتوجه خارجياً	٠,٧٨	٠,٧٥
	المقياس ككل	٠,٨٤	٠,٨٢

يتضح من الجدول (٥) أن جميع قيم معاملات الثبات دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (٠,٠١)؛ مما يجعل الباحثة تثق في ثبات المقياس.

الصورة النهائية لمقياس الألكسيثيميا لدى المراهقين المكفوفين :

يتكون المقياس في صورته النهائية من (٤٥) مفردة، ووضِع أمام كل مفردة خمسة بدائل للإجابة يختار المراهق الكفيف فيما بينها وهي: (دائماً- غالباً- أحياناً- نادراً- أبداً)، وعند التصحيح تُعطى خمس درجات للإجابة دائماً، وأربع درجات للإجابة بـ غالباً، وثلاث درجات للإجابة بـ أحياناً، ودرجتان للإجابة بـ نادراً، ودرجة واحدة للإجابة بـ أبداً وذلك بالنسبة للعبارات الموجبة (التي تعكس ارتفاع مستوى الألكسيثيميا)، والعبارات السلبية (التي تعكس انخفاض مستوى الألكسيثيميا) تُعكس فيها طريقة التصحيح، ومن ثم تتراوح الدرجة الكلية للمقياس بين (٤٥: ٢٢٥) درجة، ويمكن معرفة مستوى الألكسيثيميا الدنيا والعليا عن طريق جمع درجات المقياس لتعطي الدرجة الكلية للألكسيثيميا؛ فالدرجة العليا تعني ارتفاع مستوى الألكسيثيميا والدرجة الدنيا تعني انخفاض مستوى الألكسيثيميا، وليس هناك وقت مُحدد للإجابة، والجدول الآتي يوضح توزيع عبارات المقياس وفقاً لأبعاده:

جدول (٦)

توزيع عبارات مقياس الألكسيثيميا لدى المراهقين المكفوفين وفقاً لأبعاده

م	الأبعاد	أرقام العبارات	عدد العبارات
١	صعوبة تحديد المشاعر والانفعالات	(١، ٢، ٧، ٨، ١٣، ١٤، ١٩، ٢٠، ٢٥، ٣١، ٣٢، ٣٧، ٣٨، *٤٣)	١٤
٢	صعوبة وصف المشاعر والانفعالات	(٣، *٤، *٩، ١٠، ١٥، ١٦، ٢١، *٢٢، ٢٦، ٢٧، ٢٨، ٣٣، ٣٤، ٣٩، *٤٠، *٤٤، *٤٥)	١٧
٣	صعوبة التفكير المتوجه خارجياً	(٥، *٦، *١١، *١٢، *١٧، ١٨، ٢٣، ٢٤، ٢٩، ٣٠، ٣٥، ٣٦، *٤١، ٤٢)	١٤
٤٥	إجمالي عدد عبارات المقياس		

• الأرقام التي أعلاها علامة * هي العبارات العكسية.

ب- مقياس صورة الجسم للمراهقين المكفوفين (إعداد الباحثة)

١- الهدف من المقياس:

قامت الباحثة بإعداد هذا المقياس بهدف قياس مدى الرضا عن صورة الجسم لدى المراهقين المكفوفين بمدارس التربية الخاصة بمحافظة شمال سيناء، ولتتناسب مع أهداف وخصائص العينة التي يُجرى عليها البحث الحالي.

٢- مصادر إعداد المقياس:

استقراء ومطالعة المقاييس المختلفة التي تناولت موضوع صورة الجسم ومنها: (Gibson et al 2021)، (Mattias et al 2021)، (Louise et al, 2021)، (Yager et al 2020)، (Toselli et al 2020)، (Rinaldo, 2020)، (Hysten 2020)، و (أحمد أحمد، ٢٠١٩)، (سعاد كامل، ٢٠١٩). كما استعانت الباحثة بالدليل التشخيصي الخامس للاضطرابات النفسية (DSM-5) للتعرف على مظاهر التشوه الجسمي والتي تُعد من مظاهر اضطراب صورة الجسم.

قامت الباحثة بالاطلاع على الدراسات والأطر النظرية السابقة ذات العلاقة؛ والتي لها صلة وثيقة بصورة الجسم مثل دراسات كل من: (Young & Phillips & crino, 2021)، (Weishaar, 2021)، (أحمد جنيدى، ٢٠٢٠)، (أحمد أحمد، ٢٠١٩)، و (سعاد قرني، ٢٠١٩)، و (Schattie, 2018).

٣- وصف المقياس :

يتكون مقياس صورة الجسم للمراهقين المكفوفين في صورته الأولية من (٤٥) مفردة، موزعة على ثلاثة أبعاد رئيسية هي: (صورة الجسم المدركة، صورة الجسم الاجتماعية، وصورة الجسم الانفعالية)، ويعتمد المقياس على طريقة التقرير الذاتي، إذ يتم الإجابة عنها باختيار إجابة واحدة من خمس إجابات هي (دائمًا- غالبًا- أحيانًا- نادرًا- أبدًا)، ويتم التطبيق على المراهقين المكفوفين من سن (١٣-١٧) عامًا، وليس هناك زمن محدد للإجابة.

٤- الخصائص السيكومترية لمقياس صورة الجسم :

للتحقق من الخصائص السيكومترية طبقت الباحثة المقياس على العينة الاستطلاعية البالغ قوامها (٤٦) طالبًا وطالبة من الطلاب المقيدين بكل من المرحلة الإعدادية والثانوية من المكفوفين، ولحساب الخصائص السيكومترية للمقياس اتبعت الباحثة الخطوات الآتية:

(أ) **صدق المقياس :** تم حساب صدق المقياس الحالي بالطرق الآتية:

صدق المحكمين :

عرض المقياس في صورته الأولية على مجموعة من الأساتذة المتخصصين في علم النفس والصحة النفسية والتربية الخاصة بلغ عددهم (٩) محكمين، وقد اشتمل المقياس على التعريف الإجرائي لكل بعد على حدة، وطلب من سيادتهم الحكم على المقياس من حيث بيان مدى مناسبة مفردات المقياس لعينة التطبيق، وتحديد مدى انتماء كل فقرة من فقرات المقياس إلى البعد الخاص بها وفقًا للتعريف الإجرائي، وتحديد مدى مناسبة الفقرات للصياغة اللغوية، وإضافة أية ملاحظات أو مقترحات أخرى يرونها، ونتيجة لذلك تم الإبقاء على المفردات التي حصلت على نسبة (٩٠٪) من اتفاق السادة المحكمين، حيث تم الإبقاء على مفردات المقياس مع حذف (٨) مفردات.

الصدق البنائي :

يُعد الصدق البنائي أحد مقاييس صدق الأداة الذي يقيس مدى تحقق الأهداف التي تريد الأداة الوصول إليها، ويبين مدى ارتباط كل بُعد من أبعاد المقياس بالدرجة الكلية لفقرات المقياس، وللتحقق من الصدق البنائي تم حساب معاملات الارتباط بين درجة كل بُعد من أبعاد المقياس والدرجة الكلية للمقياس، كما يوضح ذلك الجدول الآتي:

جدول (٨)

معامل الارتباط بين درجة كل بُعد من أبعاد مقياس صورة الجسم والدرجة الكلية للمقياس

م	البُعد	معامل الارتباط
١	صورة الجسم المدركة	٠,٨٢**
٢	صورة الجسم الاجتماعية	٠,٨٥**
٣	صورة الجسم الانفعالية	٠,٧٨**

** الارتباط دال إحصائياً عند مستوى دلالة (٠,٠١)

يتضح من جدول (٨) أن جميع معاملات الارتباط في جميع مجالات مقياس صورة الجسم للمراهقين المكفوفين دالة إحصائياً وبدرجة قوية عند مستوى ٠,٠١، وبذلك تُعد جميع أبعاد المقياس صالحة لقياس ما وضعت لقياسه.

الصدق التلازمي (المحك):

قامت الباحثة بحساب معامل الصدق التلازمي (المحك) للمقياس وذلك عن طريق حساب معامل الارتباط بين درجات أفراد العينة الاستطلاعية على مقياس صورة الجسم وأبعاده (إعداد الباحثة) ومقياس صورة الجسم (إعداد: عبد الرقيب البحيري ومصطفى الحديبي، ٢٠١٥)، وبعد رصد النتائج وتحليلها باستخدام معامل ارتباط بيرسون عن طريق برنامج (SPSS18) توصلت الباحثة إلى النتائج الآتية:

جدول (٧)

العلاقة الارتباطية بين مقياس صورة الجسم وأبعاده (إعداد الباحثة) ومقياس صورة الجسم (إعداد: عبد الرقيب البحيري ومصطفى الحديبي، ٢٠١٥) وأبعاده

مقياس الدراسة				مقياس المحك
صورة الجسم المدركة	صورة الجسم الاجتماعية	صورة الجسم الانفعالية	إجمالي المقياس	
٠,٧٥٩**	٠,٨٣٦**	٠,٧٧١**	٠,٨١٥**	التقدير السلبي للذات الجسمية
٠,٨٦٠**	٠,٨٤٢**	٠,٨١٩**	٠,٧٤٩**	الشعور بالرضا عن أجزاء الجسم والمظهر الجسمي
٠,٧٤٥**	٠,٨٣٩**	٠,٧٣٧**	٠,٨١١**	السلوك التجنبي للمواقف الاجتماعية
٠,٨٠٩**	٠,٧٨١**	٠,٨٢٨**	٠,٨٧٤**	إجمالي المقياس

** دالة عند مستوى (٠,٠١)

يتضح من جدول (٧) وجود علاقة ارتباطية موجبة بين إجمالي مقياس صورة الجسم (إعداد الباحث)، وإجمالي مقياس صورة الجسم (إعداد: عبد الرقيب البحيري ومصطفى الحديبي، ٢٠١٥)، حيث جاء معامل الارتباط مساوياً (٠,٨٧٤) عند مستوى دلالة (٠,٠١)، إضافة إلى وجود علاقة ارتباطية موجبة عند مستوى دلالة (٠,٠١) بين جميع أبعاد مقياس صورة الجسم (إعداد الباحث)، وإجمالي أبعاد مقياس الألكسيميا إعداد (إعداد: عبد الرقيب البحيري ومصطفى الحديبي، ٢٠١٥)؛ مما يعني صدق الأداة الحالية لقياس ما هو مطلوب لقياسه.

صدق الاتساق الداخلي:

قامت الباحثة بحساب صدق الاتساق الداخلي وذلك بحساب معامل الارتباط بين درجة كل مفردة بالدرجة الكلية للمقياس ويوضح الجدول الآتي نتائج الاتساق الداخلي:

جدول (٩)

معاملات الارتباط بين كل مفردة من مفردات مقياس صورة الجسم والدرجة الكلية للمقياس

مفردات صورة الجسم المنفصلة		مفردات صورة الجسم الاجتماعية		مفردات صورة الجسم المتحركة	
م	معامل ارتباط المفردة بالبعد	م	معامل ارتباط المفردة بالبعد	م	معامل ارتباط المفردة بالبعد
١	٠,٧٥٨**	١	٠,٢٣٢	١	٠,٦٤٢**
٢	٠,٧١٤**	٢	٠,٥١٧**	٢	٠,٥٤٢**
٣	٠,٧٠٨**	٣	٠,٩٣٦**	٣	٠,٤٦٢**
٤	٠,١٤٠	٤	٠,٠٦٠	٤	٠,١١٣
٥	٠,٥٧٩**	٥	٠,٦٤١**	٥	٠,٥٤٢**
٦	٠,٩٣٠**	٦	٠,٩١٤**	٦	٠,٩٢١**
٧	٠,٧٤٧**	٧	٠,٨٤٥**	٧	٠,٥٢٣**
٨	٠,١٢٤	٨	٠,٧٧٣**	٨	٠,٥٧٨**
٩	٠,٧٤٤**	٩	٠,٦٦٨**	٩	٠,٨٧٨**
١٠	٠,٤٩٦**	١٠	٠,٥٢٩**	١٠	٠,٠٨١
١١	٠,٦٤٥**	١١	٠,٦٩١**	١١	٠,٨٣١**
١٢	٠,٥٤٢**	١٢	٠,٨٢٤**	١٢	٠,٧٨٩**
١٣	٠,١٦٣				

** معامل الارتباط دال إحصائياً عند مستوى (٠,٠١)

يتضح من نتائج جدول (٩) أن جميع معاملات الارتباط الخاصة بالمقياس دالة عند مستوى (٠,٠١)، بينما حُذفت (٨) مفردات غير دالة إحصائياً وبذلك بلغت مفردات المقياس (٣٧) مفردة، مما يبرهن على تمتع المقياس بدرجة مرتفعة من الاتساق الداخلي.

(ب) ثبات المقياس :

تم حساب ثبات المقياس باستخدام معامل (ألفا كرونباخ)، وطريقة إعادة تطبيق المقياس بفواصل زمنية قدره أسبوعين بين التطبيقين الأول والثاني والجدول الآتي يوضح ذلك:

جدول (١٠)

قيم معاملات الثبات بطريقة (ألفا كرونباخ) وطريقة إعادة التطبيق لمقياس صورة الجسم

م	الأبعاد	ألفا كرونباخ	إعادة التطبيق
١	صورة الجسم المدركة	٠,٨٧	٠,٨١
٢	صورة الجسم الاجتماعية	٠,٧٩	٠,٧٧
٣	صورة الجسم الانفعالية	٠,٨٦	٠,٨٨
	المقياس ككل	٠,٩٠	٠,٨٩

يتضح من الجدول (١٠) أن جميع قيم معاملات الثبات دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (٠,٠١)؛ مما يشير إلى درجة عالية من الثبات للمقياس ككل وأبعاده.

الصورة النهائية لمقياس صورة الجسم للمراهقين المكفوفين :

يتكون المقياس في صورته النهائية من (٣٧) مفردة، ووضِع أمام كل مفردة خمسة بدائل للإجابة يختار المراهق الكفيف فيما بينها وهي: (دائماً - غالباً - أحياناً - نادراً - أبداً)، وعند التصحيح تُعطى خمس درجات للإجابة دائماً، وأربع درجات للإجابة بـ غالباً، وثلاث درجات للإجابة بـ أحياناً، ودرجتان للإجابة بـ نادراً، ودرجة واحدة للإجابة بـ أبداً وذلك بالنسبة للعبارات السالبة (التي تعكس صورة جسم سلبية) أما المفردات الموجبة (التي تعكس صورة جسم إيجابية) تُعكس فيها طريقة التصحيح، ومن ثم تتراوح الدرجة الكلية للمقياس بين (٣٧ : ١٨٥) درجة، ويمكن معرفة مستوى رضا المراهق الكفيف عن صورة جسمه من عدده بجمع درجات

المقياس لتعطي الدرجة الكلية لصورة الجسم؛ فالدرجة الدنيا على المقياس تعني صورة سلبية للجسم، والدرجة العليا على المقياس تعني صورة إيجابية للجسم، وليس هناك زمن مُحدد للإجابة؛ وجدول (١١) يوضح توزيع عبارات مقياس صورة الجسم وفقاً لأبعاده:

جدول (١١)

توزيع عبارات مقياس صورة الجسم وفقاً لأبعاده

م	الأبعاد	أرقام العبارات	عدد العبارات
١	صورة الجسم المُدرّكة	(١، ٢، ٥، ١٢، ١٦، ٢١، *٢٢، ٢٩، ٣٠، *٣١، ٣٢)	١١
٢	صورة الجسم الاجتماعية	(٣، ٦، ٧، ١٣، ١٧، *١٨، ٢٣، ٢٤، ٢٥، ٢٦، ٣٣، *٣٤)	١٢
٣	صورة الجسم الانفعالية	(٤، ٨، ٩، *١٠، ١١، *١٤، ١٥، *١٩، ٢٠، ٢٧، ٢٨، ٣٥، ٣٦، ٣٧)	١٤
٣٧	إجمالي عدد عبارات المقياس		٣٧

• الأرقام التي أعلاها علامة * هي العبارات العكسية.

ج- برنامج العلاج بالقبول والالتزام (إعداد الباحثة)

أولاً- أهداف البرنامج:

أ- الهدف العام للبرنامج:

يهدف البرنامج في البحث الحالي إلى توظيف فنيات وعمليات واستراتيجيات العلاج بالقبول والالتزام في خفض الألكسثيميا لدى المراهقين المكفوفين.

ب- الأهداف الإجرائية للبرنامج:

- أن يعرف أفراد العينة العلاجية "المراهقين المكفوفين" سبب اختيارهم ووجودهم بالبرنامج.
- أن يتعرف أفراد العينة العلاجية "المراهقين المكفوفين" على مفهوم العلاج بالقبول والالتزام مع ذكر أهميته وأهدافه وأساسه ومكوناته وكذلك سبب اختياره.
- أن يتعرف أفراد العينة العلاجية "المراهقين المكفوفين" على طبيعة وفهم معنى الألكسثيميا وأبعادها، مع بيان أسبابها والآثار النفسية الناتجة عنها.

- أن يتعرف أفراد العينة العلاجية "المراهقين المكفوفين" على طبيعة وفهم معنى صورة الجسم وأهميتها وأشكالها وأبعادها، وعوامل تشكيلها وتطورها.
- أن يتمكن أفراد العينة العلاجية "المراهقين المكفوفين" من استخدام أساليب علاجية لخفض مستوى الألكسيثيميا باستخدام فنيات العلاج بالقبول والالتزام.
- أن تزداد لدى أفراد العينة العلاجية "المراهقين المكفوفين" المرونة النفسية من خلال استخدام فنيات العلاج بالقبول والالتزام.
- أن يتعرف أفراد العينة العلاجية "المراهقين المكفوفين" على كيفية الملاحظة الذاتية للأفكار والمشاعر.
- أن يستطيع أفراد العينة العلاجية "المراهقين المكفوفين" التعبير عما يمتلكونه من مشاعر "إيجابية - سلبية".
- أن يلتزم أفراد العينة العلاجية "المراهقين المكفوفين" بأداء الواجبات المنزلية خلال كل جلسة.
- أن يتعرف أفراد العينة العلاجية "المراهقين المكفوفين" على التقبل اللا مشروط للذات مع تنمية القدرة على توظيفه في مواقف الحياة المختلفة.
- أن يتمكن أفراد العينة العلاجية "المراهقين المكفوفين" من إعداد جدول للمراقبة الذاتية في مواقف الحياة وتوظيفه جيداً.
- أن يتبنى أفراد العينة العلاجية "المراهقين المكفوفين" قيماً في حياتهم، على أن تكون أفعالهم متفقة مع هذه القيم.
- أن يحدد أفراد العينة العلاجية "المراهقين المكفوفين" أهدافهم بالحياة.
- أن يتمكن أفراد العينة العلاجية "المراهقين المكفوفين" من تعلم الوعي باللحظة الحالية كبديل لفقدان الاتصال بهنا والآن.
- أن يتعرف أفراد العينة العلاجية "المراهقين المكفوفين" على الفصل المعرفي كبديل للاندماج المعرفي.
- أن يتعرف أفراد العينة العلاجية "المراهقين المكفوفين" على القبول كبديل لتجنب الخبرة.
- أن يتعرف أفراد العينة العلاجية "المراهقين المكفوفين" أن الذات كسياق هي بديل للتعلق بالذات المفاهيمية أو الجامدة.

- أن يتعرف أفراد العينة العلاجية ”المراهقين المكفوفين“ على كيفية تنفيذ ”تدريب المتناقضات في مواجهة مشاعر الألكسيثيميا“ خلال الحياة اليومية.
- أن ينمو لدى أفراد العينة العلاجية ”المراهقين المكفوفين“ الثقة بالنفس.
- أن يتعرف أفراد العينة العلاجية ”المراهقين المكفوفين“ على بعض استراتيجيات الالتزام السلوكي في مواقف الشعور بالألكسيثيميا.
- أن يتعرف أفراد العينة العلاجية ”المراهقين المكفوفين“ على كيفية زيادة المرونة النفسية لمواجهة الألكسيثيميا في المحيط الأسري وخارجه.
- أن يتعرف أفراد العينة العلاجية ”المراهقين المكفوفين“ على كيفية إدراك ذواتهم كسياق منفصل عن الشعور والتفكير بالألكسيثيميا.
- أن يتم مناقشة أفراد العينة العلاجية ”المراهقين المكفوفين“ في الآثار السلبية للألكسيثيميا.
- أن يتعرف أفراد العينة العلاجية ”المراهقين المكفوفين“ على كيفية مراجعة وتقييم أفكارهم.
- أن يحدث لأفراد العينة العلاجية ”المراهقين المكفوفين“ استبصاراً بمشاعر الوضوح لمواقف الألكسيثيميا لديهم.
- أن يتم تعزيز أفراد العينة العلاجية ”المراهقين المكفوفين“ في كل مرة بالأسلوب المناسب عند الالتزام وتنفيذ التدريبات.
- أن يتمكن أفراد العينة العلاجية ”المراهقين المكفوفين“ من اختيار الاستراتيجية المناسبة لمواجهة الألكسيثيميا لديهم.

ثانياً- الأسس التي يقوم عليها البرنامج :

يقوم البرنامج العلاجي في هذا البحث على مجموعة من الأسس والمفاهيم والمنطلقات النظرية المرتبطة بخصائص المراهقين المكفوفين، وهي كما يأتي:

أ- الأسس العامة :

وتشمل عدة مبادئ مثل: قابلية السلوك الانساني للتعديل، وذلك عن طريق تغيير العوامل المؤثرة فيه أو تنميتها وتعزيزها، كما يكتسب السلوك الانساني صفة الثبات النسبي وإمكانية التنبؤ به، وأيضاً مرونة السلوك الإنساني فردي- جماعي، وكذلك استعداد وقابلية الفرد للتوجيه والإرشاد وحقه فيهما، وحقه في تقرير مصيره، وأيضاً

من الأسس العامة التي تقوم عليها البرامج العلاجية النفسية مبدأ تقبل العميل، ومبدأ استمرار عملية الإرشاد مع ضرورة مراعاة شخصية العميل ومعايير الجماعة والاتجاهات والقيم السائدة أثناء تعديل السلوك أو تنميته (حامد زهران، ٢٠٠٥، ٦٤).

ب- الأسس الفلسفية :

وتتمثل في مراعاة الطبيعة الإنسانية وأخلاقيات الإرشاد النفسي بالإضافة إلى الأسس الفلسفية الأخرى كالكينونة والضرورة والمنطق والجماليات؛ لذا فالبرنامج الإرشادي العلاجي لا بد أن يراعي طبيعة النسق الفلسفي الخاص بالمرحلة التي يمر بها الأفراد المشاركون به، إذ يجب أن يحرص على عدم حدوث أي تناقض بين أهداف البرنامج وفتياته وبين خصائص الأفراد المستفيدين من البرنامج، وكذا أهدافهم في الحياة التي تتمثل في رغبتهم أو رغبة المحيطين بهم للتغلب على مشكلاتهم وذلك من أجل الوصول إلى أفضل الوسائل التي تناسب قدراتهم وإمكانياتهم (رياض العاسمي، ٢٠٠٩، ٩٣).

ج- الأسس النفسية والتربوية :

تتضمن مراعاة برامج الإرشاد والعلاج النفسي لشخصية العميل ولل فروق الفردية، والفروق الفردية بين الجنسين، وخصائص ومطالب النمو عند تخطيط وتحديد أهدافها واختيار الأسلوب والفنيات الإرشادية والأنشطة التي تتضمنها البرامج، كما يجب أن تتفق البرامج الإرشادية العلاجية مع الفلسفة التربوية للمؤسسة التعليمية، وأن يشكل الإرشاد جزءاً لا يتجزأ من العملية التعليمية ومكملاً ومدعماً لها، مع الحرص على ضرورة أن تكون المهام المكلف بها كل فرد موازية لمستوى قدراته دون أن يكلف بما لا يستطيعه (أسماء لطفي، ٢٠٢٠، ٣٢).

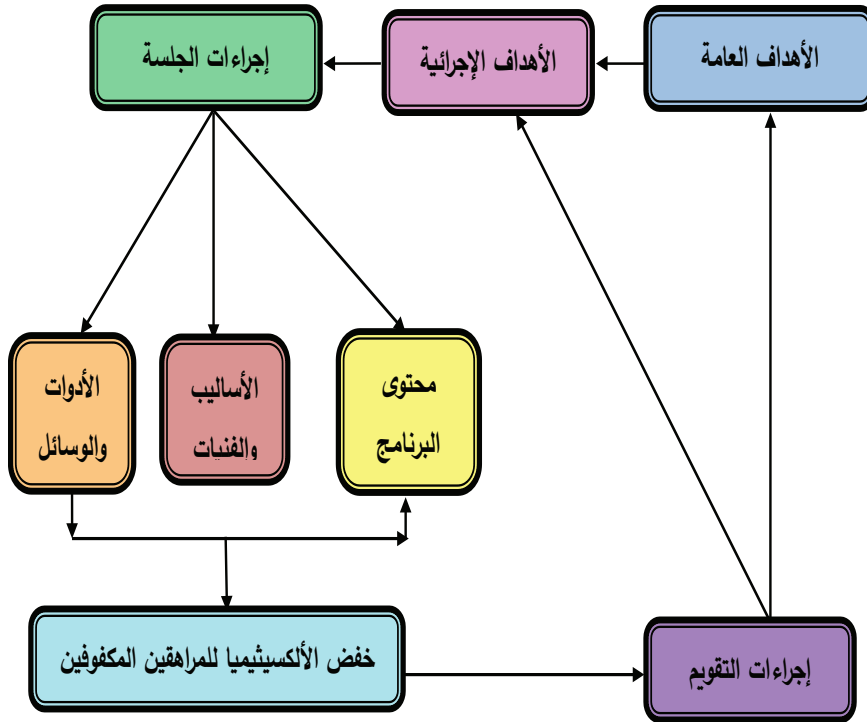
د- الأسس الاجتماعية :

وتشير هذه الأسس إلى ضرورة الاهتمام بالفرد كونه عضواً في جماعة، وأيضاً الاستفادة من كل مصادر المجتمع، فالإنسان كائن اجتماعي بطبعه ويعيش واقعاً اجتماعياً له معاييره وقيمه، ويتأثر بالكيان الاجتماعي الذي يعيش فيه، وكذلك يجب الاستفادة من كل مصادر المجتمع في الإرشاد النفسي، إذ أن وسائل الإعلام والتثقيف والتوجيه في المجتمع تسهم في تشكيل وصياغة شخصية الفرد، ومن ثم لا يمكن النظر للفرد بحد ذاته دون أن يؤخذ في الحسبان الجماعة التي ينتمي إليها (Orsillo & Batten, 2020, 97).

٥- الأساس الفسيولوجية :

وتشير إلى تأثير الحالة النفسية على الحالة الجسمية والعكس، وأيضاً تأثير الجهاز العصبي على كافة أجهزة الجسم والسلوك، مع التأكيد على وحدة النفس والجسم والجهاز العصبي، ويجب على المرشد أن يأخذ بالحسبان عندما يتعامل مع المسترشد تلك العلاقة الوثيقة بين النفس والجسد وكذلك أن يدرك العلاقة الوثيقة بين الانفعالات المزمدة التي يتعرض لها وبين كافة أشكال الاضطرابات السلوكية (Hayes et al., 2011, 5).

والشكل الآتي يوضح التصور المقترح للتخطيط العام لبرنامج العلاج القائم على القبول والالتزام ACT لخفض الألكسيثيميا للمراهقين المكفوفين:



شكل (٣)

تصور مقترح للتخطيط العام لبرنامج العلاج القائم على القبول والالتزام ACT لخفض الألكسيثيميا للمراهقين المكفوفين

ثالثاً- مصادر بناء البرنامج :

- اعتمدت الباحثة في بناء برنامج البحث الحالي على عدة مصادر، وهي كما يأتي:
- اعتمدت الباحثة في بنائها للبرنامج واختيار فنياته وأساليبه على ما جاءت به نظرية العلاج بالقبول والالتزام ACT والتي تهدف إلى زيادة المرونة النفسية وتدعيم القدرة على التواصل مع اللحظة الراهنة بشكل كلي وواع، مع المداومة على السلوك أو تغييره إذا كان ذلك يحقق أهداف العمل، ولتحقيق المرونة النفسية يستخدم البرنامج ست عمليات أساسية هي: (القبول، الفصل المعرفي، اللحظة الراهنة، الذات كسياق، القيم، الالتزام).
 - الاعتماد على الإطار النظري للدراسة الحالية والذي تناول الألكسيثيميا من حيث المفهوم والأعراض والأبعاد والتصنيف والتشخيص والمكونات وخصائص الأفراد المصابين بالألكسيثيميا، والعلميات الست الأساسية للعلاج بالقبول والالتزام، وكذلك صورة الجسم من حيث المفهوم والمكونات والأهمية وعوامل التشكيل والتطور.
 - الاعتماد على الأطر النظرية والدراسات السابقة التي تناولت الألكسيثيميا ووضع أدوات للقياس، ودراسة علاقتها بالعديد من المتغيرات النفسية الأخرى أو من حيث إعداد برامج إرشادية أو تدريبية لخفض الألكسيثيميا مثل دراسات: (Bankier et al (2021)، Williams & Gothman (2021)، فاتن السيوف (٢٠٢٠)، Lumley (2020)، أمل أحمد (٢٠١٩)، أنور الدهمسي (٢٠١٩)، كذلك الدراسات التي تصدت لإعداد برامج قائمة على نظرية العلاج بالقبول والالتزام مثل: صالح الشعراوي (٢٠٢١)، Thompason et al (2021)، Julie (2021)، Tracy (2021)، أحمد جاد الرب، وهبة عبد الحميد (٢٠٢٠)، آية إسماعيل (٢٠٢٠)، أسماء لطفي (٢٠٢٠)، Kirsch (2020)، Mullen et al (2020)، Khoramnia et al (2020)، Jacqueline (2020)، أسماء الزهيري (٢٠١٩)، Vitale (2019)، وكذلك الدراسات التي تناولت صورة الجسم مثل دراسات: Pinquart & Pfeiffer (2020)، Yager et al (2021)، Mattias et al (2021)، أحمد جنيدي (٢٠٢٠)، أحمد أحمد (٢٠١٩)، سعاد قرني (٢٠١٩)، محمد عبد الرازق (٢٠١٩).

- الاستعانة بالكتب والدراسات والأطر النظرية الخاصة بعينة الدراسة من المراهقين المكفوفين من حيث خصائصهم (المعرفية- الانفعالية- الاجتماعية- اللغوية- النفسية) وحاجاتهم، والبرامج الإرشادية والعلاجية المقدمة لهم.

رابعاً- أهمية البرنامج والحاجة إليه :

- تتضح أهمية البرنامج بالدراسة الحالية والحاجة إليه من خلال النقاط الآتية:
- 1- ضرورة الاهتمام بالطلاب في مرحلة المراهقة، فقد اهتم بهذه المرحلة العديد من العلماء والباحثين وعلى رأسهم (آرنولد جازل)، فقد نظر إلى مرحلة المراهقة على أنها (مولد جديد للفرد)، فهي فترة عواطف وتوتر وشدّة، لذا سُميت فترة المراهقة (بالعاصفة) أو (الأزمة) فهي تتضمن تغييرات هائلة في الحياة، فهي نوع جديد من الميلاد مصحوب بتوترات ومشكلات، كما لا يمكن تجنب أزماتها، وضغوطها النفسية والاجتماعية التي تحيط بالمراهق (آية محمد، ٢٠٢٠، ٤٢).
 - ٢- يسهم البرنامج في تدعيم ثقة المراهقين المكفوفين بأنفسهم، وهو ما يؤهلهم للتعامل والتأقلم مع ما يتعرضون له من مواقف مؤلمة وأزمات نفسية.
 - ٣- كشفت نتائج بعض الدراسات عن معاناة الطلاب المراهقين المكفوفين من الأكتيبيما، وهو اضطراب يؤثر على الصحة النفسية للفرد كما يقلل من قدرتهم على التوافق الاجتماعي والأكاديمي بل والمهني، كما يرتبط بالعديد من المشكلات النفسية كالقلق والاندفاعية والأسى النفسي والعدوان والاكنتاب ووصمة الذات والضغوط النفسية واضطراب الشخصية التجنبية واضطرابات الجسم؛ مما يستدعي ضرورة التدخل العلاجي للحد من تلك الآثار السلبية لدى الطلاب المراهقين المكفوفين.
 - ٤- يعمل البرنامج على تقديم خدمات علاجية تساعد الطلاب المراهقين المكفوفين على مواجهة الأكتيبيما والتغلب عليها.
 - ٥- يسهم البرنامج في لفت النظر لأهمية العلاج بالقبول والالتزام كبرنامج؛ تستخدمه المدارس في الإعداد النفسي للطلاب المراهقين المكفوفين.

خامساً- المبادئ والضوابط التي يجب مراعاتها عند بناء وتنفيذ البرنامج :

- وضوح ومباشرة تعليمات البرنامج.
- أن تُقدم جلسات البرنامج بأسلوب يتناسب وطبيعة عينة الدراسة من المراهقين المكفوفين.
- أن تكون جلسات البرنامج مُحكمة البنية والتنظيم، وذلك من خلال التناسق بين أهداف البرنامج ومحتواه بحيث تساعد جلساته وما تحتويه في تحقيق الأهداف المرجوة والتي سبق تحديدها سلفاً.
- أن يُراعى التسلسل المنطقي للجلسات، مع التأكد من استيعاب أفراد العينة للأُنشطة المُقدمة لهم.
- مراعاة الأُنشطة والتدريبات المُقدمة بجلسات البرنامج للواقع ومنتاسبة وطبيعة وثقافة المجتمع.
- إقامة المناقشات المفتوحة مع المشاركين بالبرنامج وخاصة أثناء الجلسات الأولى للتشخيص التكاملي للمشكلة والمساهمة في تحديد الأهداف.
- التغذية الراجعة من خلال مراجعة ما تم بالجلسة السابقة واستعراض الواجبات المنزلية.
- تعليم المشاركين الفنية الجديدة والتدريب عليها وشرحها ليتم استيعابها مع مراعاة التدرج في التدريب حتى لا يُصاب المشارك باليأس والملل والإحباط.
- ربط الجلسة السابقة بالجلسة الحالية من أجل تحقيق التكامل بين جلسات البرنامج.
- استعراض ملخصاً لكل ما جاء بالجلسة وما تم فيها.
- أن يتضمن البرنامج مراحل تقييمية تشمل: عملية تقييم بنهاية كل جلسة من جلسات البرنامج ثم جلسة تقييمية بنهاية كل محور من محاور البرنامج، وأخيراً جلسة تقييمية في نهاية البرنامج؛ للتأكد من تحقيق البرنامج للأهداف المرجوة منه.

سادساً- الفئة المستهدفة من البرنامج :

يستهدف البرنامج الطلاب المراهقين المكفوفين ممن يعانون من الألكسيثيميا وحصلوا على درجات عالية على مقياس الألكسيثيميا، ودرجات منخفضة على مقياس صورة الجسم.

سابعاً - صدق البرنامج العلاجي :

بعد تحديد موضوعات جلسات البرنامج، قامت الباحثة بتصميم البرنامج القائم على العلاج بالقبول والالتزام بالصيغة الأوليّة، ثم قامت بعرضه على مجموعة من الخبراء المتخصصين في مجال الصحة النفسية والارشاد النفسي والتربية الخاصة وعددهم (٩) محكمين، وذلك للحكم على ملائمة التصميم للبرنامج، ولعرفة مناسبة عنوانه وأهدافه وفنياته ومدته ومراحله، وكذلك للحكم على محتوى البرنامج ومناسبة موضوع وفنيات وأهداف كل جلسة منفردة وكذلك مدة الجلسة، وقد حصل البرنامج على نسبة اتساق مرتفعة من آراء المحكمين إذ بلغت نسبة الاتساق ٩٠٪ سواءً من حيث التصميم أو من حيث المحتوى مع إجراء بعض التعديلات البسيطة للوصول بجودة البرنامج لأفضل درجة ممكنة.

ثامناً - الفنيات والأساليب المستخدمة في جلسات البرنامج :

اعتمدت الباحثة في تنفيذ جلسات البرنامج على مجموعة من الفنيات والأساليب الأساسية والمساعدة، وذلك كان من خلال ثلاثة جوانب رئيسة تم مراعاتها أثناء تنفيذ البرنامج لتحقيق أهدافه وهي الاهتمام بالجانب المعرفي، والمهاري، والوجداني لدى أفراد العينة العلاجية، وهي تشمل:

١ - **الفنيات الأساسية:** وهي الفنيات المستمدة من نظرية العلاج بالقبول والالتزام وتشمل ما يأتي:

• **القبول:**

وهي فنية تعني عملية تعلم الضرد تقبل الأفكار والمشاعر والأحاسيس والأفكار المؤلمة وغير المقبولة بدلاً من تجنبها وذلك دون مقاومة حتى ينخفض مستوى الاندماج المعرفي وصولاً إلى سلوك ينطلق من القيم والأولويات الشخصية، ويتم ذلك باستخدام عدد من التدريبات منها: النمر الجائع، اليأس الابداعي، لعبة اللوم، متناقضة السيطرة، تمرين شد الحبل.

• **الفصل المعرفي:**

وتعد إحدى الفنيات الأساسية في العلاج بالقبول والالتزام، إذ تسعى هذه الفنية إلى مساعدة العميل على الفصل بين الأفكار السلبية وكل الأحداث الشخصية ومن ثم تنمو وتزداد المرونة لديه، كما تسهم هذه الفنية في تعديل الوظائف المعرفية

للأحداث التي يتعرض لها الفرد، ومن ثم فهذه الفنية تكمن فلسفتها في حصر الأفكار السلبية النابعة من خبرات الفرد السابقة، وبالتالي فإن دحض الفكرة السلبية يؤدي إلى تعديل السلوك، ومن ثم فإن استبدال الفكرة السلبية بفكرة إيجابية يؤدي بالضرورة إلى وجود سلوكيات إيجابية، ومن أبرز تدريبات تنفيذ فنية الفصل المعرفي ما يُسمى بالتكرار المعرفي، تدريب عقلك صديقك وليس عدوك، طرقي النقيض، اشكر عقلك، الغرفة المليئة بالشريط اللاصق، تمرين ضيف يقف على الباب.

• التواصل مع اللحظة الراهنة:

تهدف هذه الفنية إلى التواصل مع الحاضر بخبراته الحالية، ومن ثم تكون سلوكيات الفرد أكثر مرونة، إذ تم تدريب أفراد عينة البرنامج من خلال هذه الفنية على كيفية التعامل مع الأحداث الراهنة والمواقف دون إصدار أحكام من قبلهم، وذلك بهدف زيادة المشاركة الايجابية في الحياة، ومن ثم مواجهة الألكسيثيميا والتغلب عليها والتصرف على أساس السياق الوظيفي، ويتم تنفيذ هذه الفنية بالبرنامج من خلال: الوعي واليقظة، البحث عن التجربة، التسجيل لرد الفعل المستمر، الوعي التام، تأمل النفس، وتأمل المسح الجسدي.

• الذات كسياق:

تهدف هذه الفنية إلى استثارة وعي أفراد عينة البرنامج بالذات والخبرات دون التعلق بأية أفكار؛ لذا تسهم هذه الفنية في تدريب أفراد عينة البرنامج على كيفية التغلب على التصورات الذاتية الخاطئة والمعتقدات السلبية الخاصة وللسياق الذي تحدث فيه تلك التجارب ومن ثم هذه الفنية تساعد على تنمية الوعي بالذات والخبرات دون التعلق بالأفكار مع التواصل بفاعلية مع الذات من خلال تدريب المشاركين على استعارة لعبة الشطرنج، وتدريب إذا لم أكن ذلك، تمرين مذياع الكوارث، تمرين ملاحظة الأفكار والمشاعر.

• اختيار القيم:

وهي المطالب الضرورية والأولويات والغايات التي يسعى الفرد لبلوغها وتحقيقها، للاستمتاع بحياته في أحد مجالات الحياة سواء (الأُسرة- الدراسة- العمل)، وعند التزام الفرد بها تزداد مرونته النفسية، وذلك يتحقق من خلال عدة تدريبات مثل: إيضاح القيم، الثقة بالنفس، ماذا لو لم يعرف أحد، حل المشكلات، اتخاذ القرار، تمرين استعارة البائع.

• التصرف الملتزم:

وهي تعني التزام الفرد بأداء ما يتناسب مع قيمه التي اختارها وذلك من خلال أساليب تعديل السلوك مثل: التدريب على اكتساب المهارات، ربط القيم بالأهداف، تجاوز العوائق، وتشكيل السلوك.

• اليأس الابداعي:

وهي فنية تهدف في الأساس إلى إعادة تمثيل للموقف الذي فشل فيه العميل خلال تغيير خبراته التي مر بها لأنه في خلال تلك المرحلة قد يلتمس العميل العلاج أثناء شعوره باليأس والإحباط بسبب محاولات غير الناجحة لحل مشكلاته التي تواجهه في حياته، فيعترف المعالج خلال هذا الوقت أن تلك المحاولات من أجل تحديد الاستراتيجيات التي لم توظف بفاعلية من قبل العميل ويُعاد له توضيحها مرة أخرى بطريقة جديدة تساعده في إقصاء مشكلاته وإنهاء معاناته (حسام ذكي وآخرون، ٢٠١٩، ٢٠٨).

• التقبل غير المشروط:

تُعد هذه الفنية أحد فنيات العلاج المعرفي السلوكي، وهي من الفنيات التي تؤكد بعض الكتابات الخاصة بهذا المنحى العلاجي على ضرورة أن يتم توظيف هذه الفنية في بداية الجلسات العلاجية؛ إذ أن إظهار التقبل غير المشروط للعميل يسهم بدوره في إقامة علاقة علاجية فعّالة يكون لها بالغ الأثر في تحسن حالة العميل، وبالتالي التقدم في العملية العلاجية.

٢- الفنيات والأساليب المساعدة:

وهي فنيات تم استخدامها جنباً إلى جنب مع فنيات العلاج بالقبول والالتزام لتحقيق أهداف البرنامج، ومنها: (المحاضرة، المناقشة والحوار، التعزيز، التغذية الراجعة، النمذجة، الواجب المنزلي) وذلك في إطار إلقاء عدد من المحاضرات العلمية المختصرة للتعريف بالعلاج بالقبول والالتزام والألكسثيميا وصورة الجسم وبعض المفاهيم المتعلقة بفنيات وتدريبات البرنامج، مع طرح بعض القضايا للنقاش ونمذجة بعض السلوكيات فضلاً عما يُكلف به المشاركون من أداء بعض المهام المنزلية وذلك لضمان استمرارية العملية العلاجية من خلال نقل الخبرات التي تعلموها داخل الجلسة إلى خارجها بحياتهم العامة وأخذت هذه المهام أشكالاً عدة: كالقراءة والتفكير وأنشطة متنوعة، والتغذية الراجعة بهدف تعديل استجابات المشاركين

بالبرنامج بصورة مباشرة وذلك عن طريق كفا الاستجابات غير المرغوب فيها وتدعيم الاستجابات المرغوبة، والتعزيز والذي يعني التقوية والتدعيم والتثبيت بالإثابة، ومن المعروف أن السلوك مُتعلّم ويُقوى ويُدعم ويُثبت إذا تم تعزيزه وهو قد يكون إثابة أولية كإشباع دافع فسيولوجي أو قد يكون إثابة ثانوية كزوال الخوف، ويؤدي التعزيز بالإثابة إلى تدعيم السلوك وإلى النزعة لتكرار السلوك المعزز فالمدح وإظهار الاهتمام والثناء على العميل مع الإثابة المادية أو المعنوية (بالشكر مثلاً) عند القيام بسلوك إيجابي تُعد جميعها أمثلة للتعزيز إذا ما تلتها زيادة في السلوك الإيجابي.

تاسعاً - الأدوات المستخدمة في البرنامج :

تم استخدام عدد من الأدوات المتنوعة خلال تنفيذ جلسات البرنامج مثل: (استمارة تقييم الجلسة للمشاركين- استمارة تقييم الجلسة للباحثة- استمارة تقييم البرنامج ككل- مقياس الألكسيثيميا- مقياس صورة الجسم- استمارات الواجب المنزلي- التعاقد العلاجي)، فضلاً عن استخدام بعض الأدوات الكتابية والبطاقات والمطويات خلال الجلسات.

عاشراً - مراحل تطبيق البرنامج :

١ - مرحلة التمهييد للبدء في البرنامج :

وتضمنت هذه المرحلة مقابلة الطلاب الذين وقع عليهم الاختيار للاشتراك في البرنامج ممن حصلوا على درجات عالية على مقياس الألكسيثيميا ودرجات منخفضة على مقياس صورة الجسم، حيث عرضت عليهم الباحثة المنافع والفوائد التي تعود عليهم من الاشتراك بالبرنامج، هذا فضلاً عن إعداد الجدول الزمني لجلسات البرنامج، وتحديد مدى رغبتهم في التحدث أمام الآخرين أم لا.

٢ - مرحلة بناء العلاقة العلاجية والتعرف بالمشكلة :

وتضمنت هذه المرحلة توطيد العلاقة بين الباحثة والطلاب المشاركين وبعضهم البعض إضافة لرفع وعيهم بمشكلاتهم وضورة التدخل لخفض تلك المشكلة.

٣ - مرحلة التدخل العلاجي :

وتضمنت هذه المرحلة تطبيق الفنيات العلاجية الخاصة بالتعامل مع مشكلة المشاركين، وبالتالي تدريبهم على التدريبات المتضمنة بالجلسات.

٤- مرحلة الإنهاء والمتابعة :

وتضمن هذه المرحلة إنهاء جلسات البرنامج وتقييمه، والتطبيق البعدي وأيضاً المتابعة العلاجية بعد مدة متابعة شهر ونصف.

أحد عشر- تقييم البرنامج :**١- التقييم التكويني :**

ويُقصد به التقييم الذي تقوم به الباحثة أثناء تنفيذ جلسات البرنامج، وذلك من خلال ”استمارة تقييم كل جلسة“، والتي توزع في نهاية كل جلسة من جلسات البرنامج للتعرف على مدى استفادة المشاركين من الجلسة، وكذلك تطبيقها لاستمارة خاصة بها لتقييم كل جلسة، وعمل تغذية راجعة لما تم خلال كل جلسة، وكذلك معرفة مدى التقدم في تحقيق الأهداف المرجوة ومن ثم الاستمرار في تطبيق الجلسات أو تعديل المسار.

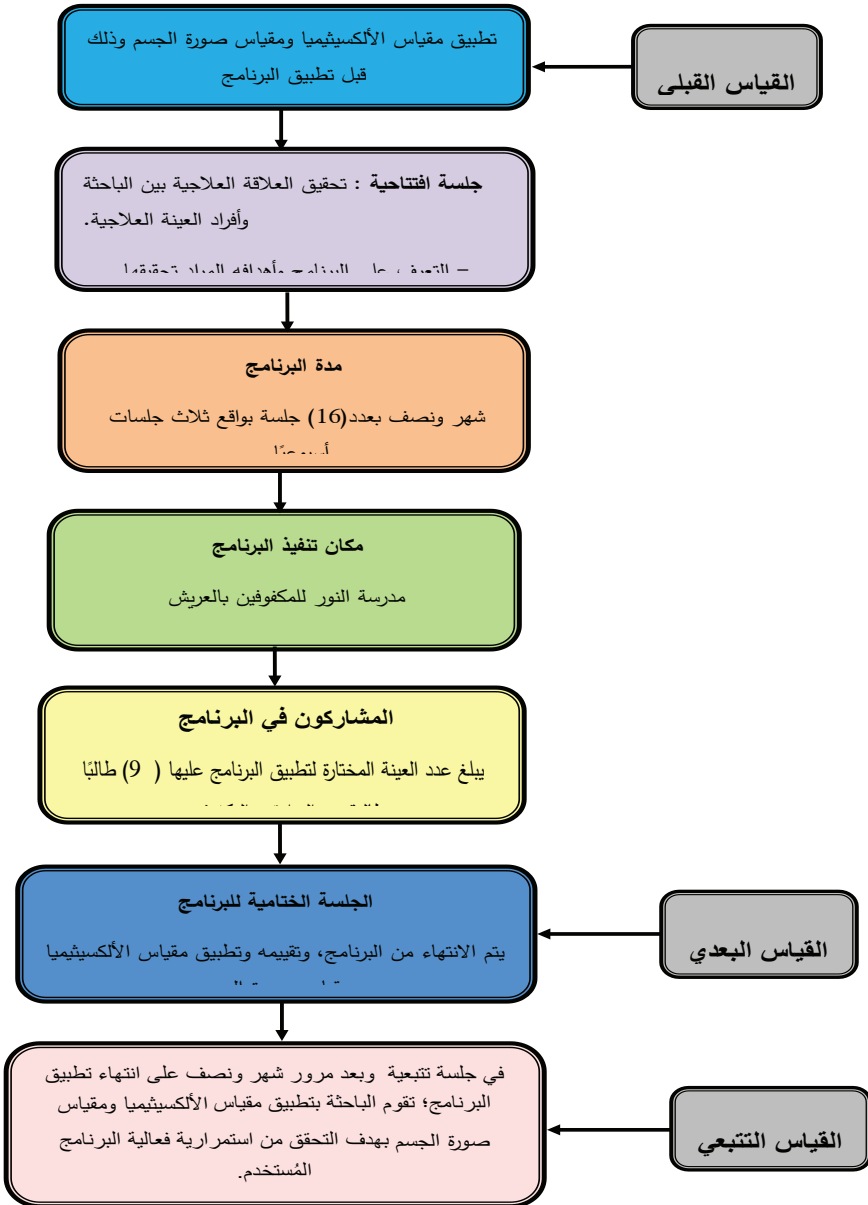
٢- التقييم البعدي :

ويُقصد به التقييم الذي يحدث من خلال تطبيق مقياس الألكسيثيميا ومقياس صورة الجسم مرة ثانية للتعرف على أثر وفعالية البرنامج العلاجي في خفض مستوى الألكسيثيميا لدى عينة الدراسة من المراهقين المكفوفين، وكذلك أثره على صورة الجسم، كما تم التقييم أيضاً من خلال ”استمارة تقييم البرنامج ككل“ تم توزيعها على أفراد العينة العلاجية.

٣- التقييم التبعي :

ويتم من خلال إعادة تطبيق مقياس الألكسيثيميا وصورة الجسم على أفراد العينة العلاجية بعد انتهاء جلسات البرنامج بشهر ونصف (فترة متابعة) ومعالجتها إحصائياً، والتأكد من استمرار تحقيق البرنامج لأهدافه العامة والإجرائية، وذلك بهدف التعرف على مدى استمرارية فاعلية البرنامج المُستخدم وبيان أثره حتى بعد توقف جلسات البرنامج.

والشكل الآتي يوضح الخطوات التنفيذية لبرنامج العلاج القائم على القبول والالتزام:



شكل (٤)

الخطوات التنفيذية لبرنامج العلاج القائم على القبول والالتزام

اثني عشر- مخطط جلسات البرنامج

اشتمل البرنامج العلاجي بالقبول والالتزام للمراهقين المكثوفين لخفض الألكسيثيميا على (١٦) جلسة، بمدة زمنية شهر ونصف، تم تطبيقها بصورة جماعية، واستغرقت كل جلسة زمن يتراوح قدره بين (٦٠-٩٠ دقيقة) تخللها فترات استراحة، يبدأ فيها أفراد العينة العلاجية تنفيذ بعض الأنشطة الخاصة بالجلسة مثل التفكير في أساليب إبداعية للتغلب على مشاعر الألكسيثيميا، أو أساليب إبداعية لتنفيذ بعض أنشطة الجلسة قبل العودة مرة أخرى إلى إجراءات الجلسة بواقع ثلاث جلسات أسبوعياً، ويوضح جدول (١٢) ملخص جلسات برنامج العلاج بالقبول والالتزام، عنوان الجلسة، أهدافها، فنياتها، وزمنها:

جدول (١٢)

ملخص جلسات برنامج العلاج بالقبول والالتزام

رقم الجلسة	عنوان الجلسة	أهداف الجلسة	فنيات الجلسة	زمن الجلسة
الأولى	التعارف والتمهيد	<ul style="list-style-type: none"> التعارف بين الباحثه وطلاب العينة العلاجية المشاركين بالبرنامج وإقامة علاقة طيبة معهم. تعريف المشاركين أسباب وجودهم بالبرنامج. تعريف المشاركين بالإطار العام للبرنامج من حيث (أهدافه - مدته - مواعيد الجلسات - قوانين الجلسات وأخلاقياتها). التعريف على توقعات أفراد العينة العلاجية من البرنامج. تطبيق مقياس الألكسيثيميا. ومقياس صورة الجسم (المقياس القبلي). 	<ul style="list-style-type: none"> المحاضرة والحوار طرح الأسئلة المنافشة الواجب المنزلي 	١٠ دقيقة
الثانية	التعريف على ماهية الألكسيثيميا و صورة الجسم	<ul style="list-style-type: none"> تعريف أفراد العينة العلاجية على مفهوم الألكسيثيميا. تعريف أفراد العينة العلاجية على أسباب الألكسيثيميا. تعريف أفراد العينة العلاجية على مكونات الألكسيثيميا. تعريف أفراد العينة العلاجية على أعراض الألكسيثيميا. تعريف أفراد العينة العلاجية على أنواع الألكسيثيميا. تعريف أفراد العينة العلاجية على أبعاد الألكسيثيميا. تعريف أفراد العينة العلاجية على مفهوم صورة الجسم. تعريف أفراد العينة العلاجية على أهمية صورة الجسم. تعريف أفراد العينة العلاجية على مكونات صورة الجسم. تعريف أفراد العينة العلاجية على أبعاد صورة الجسم. تعريف أفراد العينة العلاجية على عوامل تشكيل صورة الجسم وتطورها. 	<ul style="list-style-type: none"> المحاضرة الحوار المنافشة التغذية الراجعة التعزيز الواجب المنزلي 	٩٠ دقيقة

رقم الجلسة	عنوان الجلسة	أهداف الجلسة	فنيات الجلسة	زمن الجلسة
الثالثة	التعرف على العلاج بالقبول والالتزام	<ul style="list-style-type: none"> تعرف أفراد العينة العلاجية على مفهوم العلاج بالقبول والالتزام. تعرف أفراد العينة العلاجية على أهداف العلاج بالقبول والالتزام وأهميته. تعرف أفراد العينة العلاجية تفسير نشأة الاضطرابات النفسية في ضوء العلاج بالقبول والالتزام. تعرف أفراد العينة العلاجية على العمليات الأساسية للعلاج بالقبول والالتزام. تعرف أفراد العينة العلاجية على الفنيات المستخدمة في البرنامج. التوضيح لأفراد العينة العلاجية دور وأهمية العلاج بالقبول والالتزام في خفض الألكسيثيميا. 	<ul style="list-style-type: none"> المحاضرة الحوار والمناقشة التعزيز التغذية الراجعة الواجب المنزلي 	٦٠ دقيقة
الرابعة	التدريب على مراقبة أفكارك	<ul style="list-style-type: none"> الاستماع إلى الأفكار والمشاعر الخاصة لدى الطلاب المشاركين بالبرنامج. مساعدة الطلاب المشاركين بالبرنامج على رؤية التجربة الشعورية كنجربة منفصلة عن ذاته. التخلص من سيطرة الوظائف اللفظية على الوظائف النفسية سواء بطريقة مباشرة أو غير مباشرة. تنمية الرغبة في التوسع المعرفي. 	<ul style="list-style-type: none"> المحاضرة. المناقشة والحوار. التغذية الراجعة. فنية إزالة الاندماج المعرفي. فنية حمل البطاقة. فنية طرفي النقبض. فنية شد الخيل 	٦٠ دقيقة
الخامسة - السادسة	التدريب على القبول كبدل للتجنب الخبراتي	<ul style="list-style-type: none"> تعرف أفراد العينة العلاجية على مفهوم القبول. تغيير صلة أفراد العينة العلاجية بالخبرات النفسية التي تم معايشتها سابقاً. تعرف أفراد العينة العلاجية على مفهوم التجنب الخبراتي. ممارسة أفراد العينة العلاجية لتدريب لعبة "اللوم". تدريب أفراد العينة العلاجية لتقبل الخبرات النفسية التي عاشوها بدلاً من محاولة تجنبها أو الاندماج بالأفكار. ممارسة أفراد العينة العلاجية لتمارين "النمر الجائع". تدريب أفراد العينة العلاجية على التمييز بين الاستعداد والرغبة. 	<ul style="list-style-type: none"> فنية القبول فنية الاستعداد الحوار المحاضرة والمناقشة التغذية الراجعة استعارة ضيف يقف على الباب تمرين النمر الجائع فنية متناقضة السيطرة التعزيز تمرين لعبة اللوم التعزيز الواجب المنزلي 	٩٠ دقيقة

رقم الجلسة	عنوان الجلسة	أهداف الجلسة	فنيات الجلسة	زمن الجلسة
السابعة - الثامنة	كن هنا والآن	<ul style="list-style-type: none"> ■ تعرّف أفراد العينة العلاجية على عملية التواصل مع اللحظة الحالية. ■ تدريب أفراد العينة العلاجية على الاتصال باللحظة الحالية وقبول الأحداث التي تقع لهم. ■ الاتصال المستمر بالأحداث النفسية في تتابعها كما حدث في الواقع بصورة حكّمية. ■ الاهتمام بالأفكار والمشاعر مع عدم الالتزام بمحتواها وتلقي ردود الأفعال. ■ تدريب أفراد العينة العلاجية على تمرين تأمل التنفس. ■ مارسة أفراد العينة العلاجية لتدريب الوعي التام. ■ تدريب أفراد العينة العلاجية على تمرين تعزيز الثقة بالنفس. 	<ul style="list-style-type: none"> - الحوار والمناقشة - التغذية الراجعة - التكرار المعرفي - الفصل المعرفي - النمذجة - الواجب المنزلي 	٩٠ دقيقة
التاسعة - العاشرة	كن أكثر مرونة	<ul style="list-style-type: none"> ■ تعرّف أفراد العينة العلاجية على مفهوم الذات كسياق. ■ التغلب على تصورات الذات الخاطئة والسياق الذي حدث فيه هذه التصورات. ■ تدريب أفراد العينة العلاجية على إقامة اتصال مع الذات والتمييز بين الذات ومحتوى النفس وذلك عن طريق استعارة لوح الشطرنج. ■ تدريب أفراد العينة العلاجية على الوعي بالخبرات المتدفقة وعدم التحكم فيها. ■ تدريب أفراد العينة العلاجية على الاحساس بالذات بمعزل عن الأفكار والمشاعر والأحداث. ■ تدريب أفراد العينة العلاجية على اكتشاف نقاط القوة والضعف في شخصيتهم. ■ تدريب أفراد العينة العلاجية على كيفية تحديد ماذا يريدون تغييره في شخصيتهم. ■ تنمية الوعي بالذات كسياق للأفكار والخبرات. دون التعلق بالأفكار كمحتوى. ■ أن يتدرب أفراد العينة العلاجية على التقبل غير المشروط للذات. ■ أن يوظف أفراد العينة العلاجية التقبل غير المشروط للذات في مواجهة الخبرات السلبية. ■ أن يستطيع أفراد العينة العلاجية إعداد جدول المراقبة الذاتية في مواقف الحياة. 	<ul style="list-style-type: none"> - فنية إذا لم أكن ذلك. - فنية الذات كسياق. - استعارة لوحة الشطرنج. - فنية التأمل الايجابي - الحوار والمناقشة - التغذية الراجعة - الواجب المنزلي 	٩٠ دقيقة

رقم الجلسة	عنوان الجلسة	أهداف الجلسة	فنيات الجلسة	زمن الجلسة
الحادية عشر - الثانية عشر	الاستبصار بالقيم والالتزام بها	<ul style="list-style-type: none"> تعريف أفراد العينة العلاجية بمهية القيم وأهميتها. أن يقارن أفراد العينة العلاجية بين القيم الشخصية والأهداف. تعرف أفراد العينة العلاجية على مفهوم السلوك الالتزامي. خدي عمل ملتزم يستند إلى قيم. تدريب أفراد العينة العلاجية على ربط القيم بالأهداف. خدي الحواجز التي تمنع الأفراد من تحقيق القيم. تدريب أفراد العينة العلاجية على تمرين جاوز العوائق. الالتزام بالتغيير. الثقة بالذات. 	<ul style="list-style-type: none"> السلوك - الالتزامي. استعارة البائع - الاسترخاء. التغذية الراجعة. الحوار - المناقشة. المحاضرة - التعزيز. 	٩٠ دقيقة
الثالثة عشر - الرابعة عشر	التدريب على الاستبصار بالقيم والالتزام بها	<ul style="list-style-type: none"> تدريب أفراد العينة العلاجية على اختيار وتبني القيم المسهمة في - الالتزام. خفض الألكسيثيميا. أن يتعرف أفراد العينة العلاجية على مفهوم المرونة النفسية. تدريب أفراد العينة العلاجية على الالتزام بقيم المرونة النفسية من - ربط القيم خلال ممارستهم لتدريب "مذباغ الكوارث". التدريب على الالتزام بالسلوك الذي يتوافق مع قيم الفرد وأهدافه والإصرار عليه من خلال ممارستهم لتدريب "جأوز العوائق". أن يوظف أفراد العينة العلاجية القيم في مواجهة الخبرات السلبية. أن يناقش أفراد العينة العلاجية بعضهم البعض في تأثير القيم على سلوكيات الفرد. تعرف أفراد العينة العلاجية على مفهوم حل المشكلات. تعرف أفراد العينة العلاجية على خطوات حل المشكلات. التدريب على الالتزام بمهارات حل المشكلات. 	<ul style="list-style-type: none"> الالتزام. فنية ابضاح القيم. ربط القيم بالأهداف. جأوز العوائق - مذباغ الكوارث. المحاضرة - الحوار والمناقشة. التغذية الراجعة - النمذجة. التعزيز. 	٩٠ دقيقة
الخامسة عشر	إنهاء وتقييم البرنامج	<ul style="list-style-type: none"> عرض ملخص لجلسات البرنامج مع الإجابة على استفسارات المشاركين. تقييم أفراد العينة العلاجية للبرنامج العلاجي المطبق عليهم. من - خلال استمارة التقييم المعدة لذلك. تطبيق مقياس الألكسيثيميا على أفراد العينة العلاجية (المقياس البعدي). تطبيق مقياس صورة الجسم على أفراد العينة العلاجية (المقياس البعدي). خدي موعد جلسة (التطبيق التبعي) مع أفراد العينة العلاجية. 	<ul style="list-style-type: none"> المحاضرة - المناقشة - والحوار. التعزيز 	٩٠ دقيقة
السادسة عشر	متابعة وإغلاق الجلسات	<ul style="list-style-type: none"> استرجاع النقاط والملاحظات المهمة في جلسات البرنامج السابقة. جمع آراء المشاركين حول مدى استفادتهم من البرنامج: وإغلاق الجلسات. التطبيق التبعي لمقاييس الدراسة (الألكسيثيميا، وصورة الجسم). 	<ul style="list-style-type: none"> المحاضرة - المناقشة الحرة. التغذية الراجعة. العصف الذهني - التعزيز. 	٩٠ دقيقة

نتائج البحث ومناقشتها وتفسيرها :

نتائج الفرض الأول: الذي ينص على أنه «توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين درجات الطلاب المراهقين المكفوفين على مقياس الألكسيثيميا ودرجاتهم على مقياس صورة الجسم».

وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام معامل ارتباط بيرسون للتعرف على طبيعة العلاقة بين الألكسيثيميا وصورة الجسم كما بالجدول الآتي:

جدول (١٣)

معامل الارتباط بين الألكسيثيميا وصورة الجسم

صورة الجسم		المتغيرات
مستوى الدلالة	معامل الارتباط	
٠,٠١	٠,٧٣١ -	الألكسيثيميا

يتضح من جدول (١٣) وجود علاقة ارتباطية سالبة دالة إحصائياً بين الألكسيثيميا وصورة الجسم عند مستوى دلالة (٠,٠١). وهو ما يحقق صحة هذا الفرض، ويمكن تفسير ذلك في ضوء الآثار السلبية للألكسيثيميا على جميع جوانب شخصية المراهق الكفيف، حيث أوضح (Elke et al., 2021, 7)؛ و (Wang et al., 2021) (4) أن من يعانون من الألكسيثيميا يعجزون عن التعبير عن مشاعرهم الداخلية وعدم الرغبة في التواصل مع الآخرين، وفقدان القدرة على تقديم وصف لواقعهم بشكل متواصل، كما يميلون أكثر للاختصار وعدم التعمق بالتفاصيل، ولديهم أيضاً قصوراً في توظيف الكلمات التي تصف مشاعرهم كما أشار (Mikolajczak & Luminet, 2019, 13) إلى أنهم يواجهون صعوبة في شرح أسباب ما يقلقهم أو يحزنهم أو يخيفهم أو يؤلمهم وهذا بسبب نقص القدرة في التعبير عن مشاعرهم وليس لغياب المشاعر بحد ذاتها، كما يعانون من فقدان القدرة على التواصل مع الآخرين وانخفاض مستوى المهارات الحياتية والاجتماعية، وصعوبة في التعرف على المشاعر الذاتية وكذلك مشاعر الآخرين؛ مما يقف حائلاً دون إقامة علاقات اجتماعية سليمة ويعكس سلباً على مستوى صحتهم النفسية وتوافقهم الاجتماعي.

كما أضاف (Takahashi et al., 2020, 131) أن من يعانون من الألكسيثيميا يتسمون بالميل إلى الكآبة وبقصور في القدرة التخيلية مما يفقد أحلامهم مضمونها الوجداني لعدم وجود حياة وجدانية لديهم يتحدثون عنها، كما يعجزون عن وصف ما يجول في وجدانهم بطريقة لفظية أو رمزية، فتظهر بصورة جسدية. كما أنهم أكثر قلقاً وأكثر تعرضاً للمشكلات المزاجية، كما أنهم يجدون صعوبة في الإدراك والوعي والتعرف على الدوافع الداخلية ونقص القدرة على مناقشة المواقف الحياتية والمشكلات اليومية، وبسبب قلة الاستجابات الانفعالية يصعب عليهم توظيف انفعالاتهم أو معالجة خبراتهم الانفعالية بشكل معرّف، وهذا ما يجعلهم يمثلون مشاعرهم الخاصة على شكل أحاسيس جسمية روتينية مع عدد قليل من الكلمات أو العبارات اللفظية.

كما أوضح (Mattias et al., 2021, 23) أن صورة الجسم بما تتضمنه من تصورات ذهنية يضعها المراهق عن جسده وخبراته ومشاعره وأحاسيسه واتجاهاته عنها تتطور بتقدم العمر الزمني ويتفاعل الفرد مع الآخرين ومع البيئة المحيطة به، كما أن صورة الجسم تتضمن الخبرة النفسية التي يبورها الشخص ويكونها خلال حياته تجاه جسده وهذه الخبرة النفسية تركز في الأساس على مشاعره واتجاهاته. كما أشار (Stefanova et al., 2021, 8) أن صورة الجسم تؤثر انفعالياً ومعرفياً على معظم تفاعلات الفرد الاجتماعية، إذ أنها تؤثر بشكل فعال على الأنماط السلوكية التي يتبعها الفرد في المواقف الحياتية المختلفة، كما أنه عندما يقارن الفرد أحياناً بين جسمه وجسم الآخرين، وربما يحدث خلل بين الصورة الواقعية ونظيرتها المثالية للجسم؛ فإن ذلك يؤدي إلى تولد الاضطرابات الشخصية.

وكذلك أوضح (Yager et al., 2020, 19) أن عدم استقرار بنية صورة الجسم بحيث قد يعود بتقييم حجم وشكل الجسم الحالي للانفعال السالب أو إلى الضغوط الحياتية، كما ترى نظرية (بيك) المعرفية أن صورة الجسم المنحرفة والمشوهة تكون عرضاً معرفياً من أعراض الاكتئاب. وهو يعني أن صورة جسم الفرد قد تتأثر سلباً بالألكسيثيميا وما تتركه من آثار عدة على شتى جوانب الشخصية.

وبالتالي يمكننا القول بأن الألكسيثيميا وما تتركه من آثار سلبية على شخصية المراهق تتمثل في: صعوبة التمييز بين الانفعالات والاحساسات البدنية والافتقار

إلى الأحلام والتخيلات، الخلط بين القلق العاطفي والأحاسيس الجسدية، صعوبة التعبير اللفظي عن مشاعرهم، عدم إبداء التعاطف مع الآخرين، فقدان الثقة بالنفس وانخفاض مفهوم الذات وتقديرها، الإحساس بالعجز والضعف، وفقدان التوافق النفسي والاجتماعي؛ كل ذلك يجعل المراهق يقع تحت وطأة النظرة السلبية لصورة الجسم وإعطاء تقييم سلبي لحجم وشكل الجسم.

نتائج الفرض الثاني: والذي ينص على أنه¹¹ توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطي رتب درجات أفراد العينة العلاجية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس الألكسيثيميا لدى الطلاب المراهقين المكفوفين لصالح القياس القبلي (في الاتجاه الأفضل)¹². ولتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام اختبار ويلكوسون لحساب دلالة الفروق بين العينات المرتبطة، وذلك كما يوضحه الجدول الآتي:

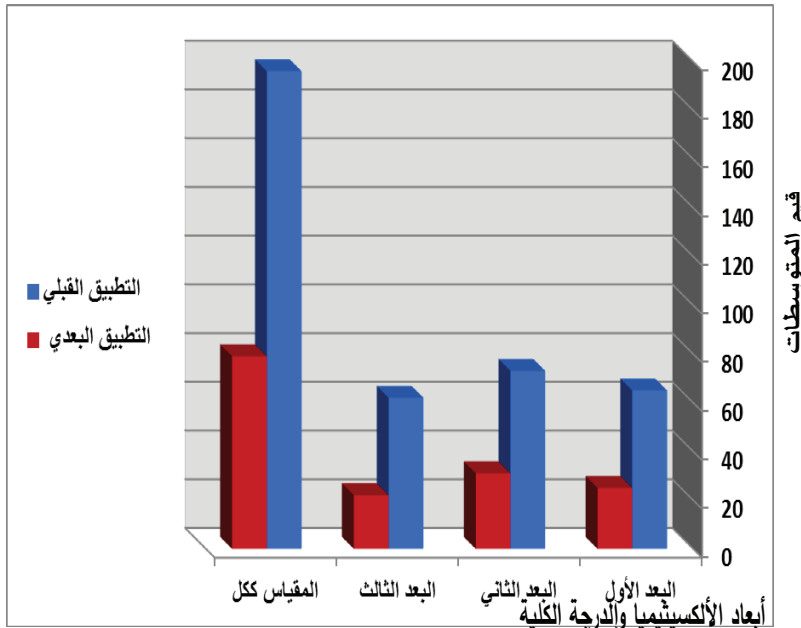
جدول (١٤)

قيمة (Z) ودلالاتها للفروق بين متوسطي رتب أفراد العينة العلاجية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس الألكسيثيميا وأبعاده

الأبعاد	نوع القياس	توزيع الرتب	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	(Z) قيمة	الدلالة
صعوبة خديد المشاعر والانفعالات	قبلي	الرتب السالبة	٩	٥	٤٥	- ٢,٦٧٧	دالة عند ٠,٠١
		الرتب الموجبة	٠	٠	٠		
	الرتب المتساوية	٠					
	المجموع	٩					
صعوبة وصف المشاعر والانفعالات	قبلي	الرتب السالبة	٩	٥	٤٥	- ٢,٦٦٢	دالة عند ٠,٠١
		الرتب الموجبة	٠	٠	٠		
	الرتب المتساوية	٠					
	المجموع	٩					
صعوبة التفكير المتوجه خارجيًا	قبلي	الرتب السالبة	٩	٥	٤٥	- ٢,٦٥٦	دالة عند ٠,٠١
		الرتب الموجبة	٠	٠	٠		
	الرتب المتساوية	٠					
	المجموع	٩					
المقياس ككل	قبلي	الرتب السالبة	٩	٥	٤٥	- ٢,٦٩٣	دالة عند ٠,٠١
		الرتب الموجبة	٠	٠	٠		
	الرتب المتساوية	٠					
	المجموع	٩					

يتضح من جدول (١٤) وجود فرق دال إحصائياً بين متوسطي رتب درجات أفراد العينة العلاجية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس الألكسيثيميا وأبعاده لدى الطلاب المراهقين المكفوفين في اتجاه القياس القبلي؛ أي حدث انخفاض دال إحصائياً للألكسيثيميا بعد تطبيق البرنامج العلاجي القائم على القبول والالتزام؛ ويظهر ذلك في الرسم البياني الآتي:

الفروق بين القياسين القبلي والبعدي



شكل (٥)

التمثيل البياني للفروق بين متوسطي درجات أفراد العينة العلاجية في القياسين القبلي والبعدي على أبعاد مقياس الألكسيثيميا والدرجة الكلية

ويمكن تفسير ذلك بأن استخدام فنيات العلاج بالقبول والالتزام أسهم في زيادة المرونة النفسية لأفراد العينة العلاجية، ويظهر ذلك من خلال:

- عند تدريب أفراد العينة العلاجية على القبول: فإن ذلك قد أسهم في تقبلهم للمشاعر والأحاسيس والأفكار غير المقبولة المرتبطة بالألكسيثيميا وصورة الجسم بدلاً من تجنبها.

- عند تدريب أفراد العينة العلاجية على الفصل المعرفي: فإن ذلك ساهم في تقليل التعلق بالأفكار والمشاعر المؤلمة، وأصبح أفراد العينة العلاجية أكثر مرونة في التعامل مع المحتوى الانفعالي لتلك المشاعر والأفكار.
- عند تدريب أفراد العينة العلاجية على التواصل مع اللحظة الراهنة: فتدريبات تأمل النفس، الوعي واليقظة، تأمل المسح الجسدي، الوعي التام، البحث عن التجربة، التسجيل لرد الفعل المستمر. ساعدت على أن يكون أفراد العينة العلاجية أكثر مرونة واسترخاء عند التعامل مع الأفكار السلبية.
- عند تدريب أفراد العينة العلاجية على الذات كسياق: فإن البرنامج ومن خلال هذه الفنية التي تهدف لاستثارة وعي أفراد العينة العلاجية بالذات والخبرات دون التعلق بأية أفكار سلبية، تساعد على التواصل بفاعلية مع الذات وذلك من خلال تدريب العينة العلاجية على استعارة لعبة الشطرنج، وتدريب إذا لم أكن ذلك، وتمارين ملاحظة الأفكار والمشاعر.
- عند تدريب أفراد العينة العلاجية على اختيار القيم والتصرف الملتزم: فقدم تم اختيار القيم التي تتماشى مع الأسباب والمشكلات التي أقرها الطلاب المراهقين المكسوفين، وكانت سبباً لارتفاع الألكسيثيميا لديهم. ومن التدريبات التي تم تطبيقها: (إيضاح القيم - الثقة بالنفس - اتخاذ القرار - ماذا لو لم يعرف أحد - حل المشكلات) ومن ثم يمكن القول بأنها ساعدت على زيادة المرونة النفسية عند التزامهم بها.

كما أن مشاركة أفراد العينة العلاجية في جلسات البرنامج قد أسهم في بث روح المبادرة والمثابرة واليجابية لديهم وحدا بهم بعيداً عن الخمول والسلبية واللامبالاة. إضافة إلى أن محتوى البرنامج المقدم لهم قد تطلب مزيداً من التركيز واستمرارية الانتباه، كما أهتم بصقل مهارات التعاون والتفاعل الإيجابي الفعّال مع الآخرين مع مراعاة واحترام مشاعرهم إضافة للالتزام ببعض السلوكيات الاجتماعية سواءً التي تتطلبها أنشطة البرنامج أو تلك التي حثهم على الالتزام بها بعض جلساته، ومن ثم فإنه من المتوقع امتلاك أفراد العينة العلاجية لهذه المهارات وتمكنهم منها ولو بنسبة ما قد أسهم في كسر حاجز العزلة والتجنب الاجتماعي الذي فرضه عليهم ما يعانونه من الإصابة بالألكسيثيميا، ودعم لديهم فكرة التعامل بإيجابية مع الآخرين والبيئة المحيطة بل والاندماج معها.

كما يمكننا تفسير فعالية العلاج القائم على القبول والالتزام في خفض الألكسيثيميا في ضوء ما أسفرت عنه نتائج العديد من الدراسات- والتي تتفق جزئياً مع نتائج البحث الحالي- والتي أوضحت فعالية العلاج بالقبول والالتزام في خفض بعض الاضطرابات والمشكلات النفسية مثل: اضطرابات القلق كما في (Tracy, 2021)، اضطرابات المزاج كما في دراسة (Thompason et al., 2021) ، واضطراب ما بعد الصدمة كما في دراسة (Kirsch, 2020)، خفض سلوك الجُناح ، كما في دراسة (Vitale, 2021)، واضطراب الشخصية التجنبية كما في دراسة (أحمد أحمد، ٢٠٢٠)، والوسواس القهري كما في دراسة (إيمان بوقفة، ٢٠٢٠)، قلق المستقبل المهني كما في دراسة (سعاد قرني، ٢٠١٩)، وأعراض الاكتئاب كما في دراسة (تركي الشريف، ٢٠٢٠). كما استخدمت عدة دراسات العلاج بالقبول والالتزام في تنمية وتحسين بعض الجوانب الايجابية في الشخصية مثل: السكينة النفسية كما في دراسة (صالح الشعراوي، ٢٠٢١)، الصمود النفسي كما في دراسة (أسماء لطفي، ٢٠٢٠٩)، الشفقة بالذات كما في (Mullen et al., 2020)، الأمن النفسي كما في دراسة (أسماء الزهيري، ٢٠١٩)، المرونة النفسية كما في (آية محمد، ٢٠٢٠)، ومفهوم الذات كما جاء في دراسة (رأفات أحمد، ٢٠٢٠).

ولحساب حجم التأثير الذي أحدثه البرنامج القائم على القبول والالتزام والمستخدم في البحث الحالي (المتغير المستقل) على خفض الألكسيثيميا (المتغير التابع)، تم استخدام معامل الارتباط الثنائي لرتب الأزواج المرتبطة من خلال المعادلة الآتية:

$$r = [4(T_1) / n(n+1)] - 1$$

حيث تشير (T_1) إلى مجموع الرتب ذات الإشارات الموجبة، كما تشير (N) إلى عدد أفراد العينة، فإذا كانت $(r) \leq (0,9)$ دلت على أن حجم التأثير قوي جداً (عزت عبد الحميد، ٢٠١١، ٢٧٩ - ٢٨٠).

وبالتعويض في المعادلة وفقاً لكل أبعاد المقياس، والدرجة الكلية للمقياس نجد أن قيمة (r) تساوي (١)، وهي قيمة أكبر من (٠,٩) وهو ما يشير إلى تمتع البرنامج المُستخدم بالبحث الحالي بحجم تأثير قوي جداً.

نتائج الفرض الثالث: الذي ينص على أنه ” توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أفراد العينة العلاجية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس صورة الجسم لدى الطلاب المراهقين المكفوفين لصالح القياس البعدي “. وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام اختبار ويلكوكسون، لحساب دلالة الفروق بين العينات المرتبطة، وذلك كما يوضحه الجدول الآتي:

جدول (١٥)

قيمة (Z) ودالتها للفروق بين متوسطي رتب أفراد العينة العلاجية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس صورة الجسم

المتغير	نوع القياس	توزيع الرتب	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	(Z) قيمة الدلالة
		الرتب السالبة	٠	٠	٠	
صورة الجسم	قبلي	الرتب الموجبة	٩	٥	٤٥	٢,١٧٠
	بعدي	الرتب المتساوية	٠			٠,٠١
		المجموع	٩			

يتضح من جدول (١٥) وجود فرق دال إحصائياً بين متوسطي رتب درجات أفراد العينة العلاجية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس صورة الجسم لدى الطلاب المراهقين المكفوفين لصالح القياس البعدي، أي حدث ارتفاع دال إحصائياً لصورة الجسم بعد تطبيق البرنامج العلاجي القائم على القبول والالتزام.

ويمكن تفسير ذلك في ضوء ما تصدى له البرنامج المستخدم في البحث الحالي من خفض للألكسيثيميا، وانعكاس أثر ذلك على صورة جسم الفرد، حيث أشار (Stoddard, 2021, 92) أن صورة الجسم الموجبة ترتبط بتقدير الذات فالشخص الذي يتمتع بصورة جسم إيجابية فإنه يمكنه أن يحيا بشكل سوي تتمتع حياته بصحة نفسية إيجابية، كما أنه عندما يتمتع الفرد بصورة جسم موجبة فإنه يكون لديه الوعي بشكل جسمه على نحو واضح واقعي وحقيقي، وكذلك عندما يرى الفرد الأجزاء الأخرى المختلفة في الجسم كما هي في الحقيقة، وعندما يتقبل الفرد جسمه ويعلم بأن الأجسام عموماً تظهر في عدة أحجام وأشكال، وأن قيمة الشخص تكمن في كونه إنساناً بغض النظر عن الهيئة الجسمية، وأيضاً ترتبط صورة الجسم الموجبة بتقدير ذات مرتفع وتعزيز الثقة بالنفس.

كما أوضح (Bozsik, 2020, 63) أن صورة الجسم تشتمل على مكونين رئيسيين هما المثال الجسمي Body Ideal الذي يُعد جذاباً ومناسباً من حيث العمر ومن حيث وجهة نظر الثقافة، ومفهوم الجسم Body concept ويتضمن هذا المفهوم الأفكار والمعتقدات والحدود التي تتعلق بالجسم، هذا فضلاً عن الصورة الإدراكية التي يكونها الفرد حول جسمه كما ذكر (Vieno et al., 2020) أن النظريات النمائية قد أوضحت أهمية مرحلة الطفولة ومرحلة المراهقة خاصة من نمو لصورة الجسم وأن هناك عوامل عدة مثل: وقت البلوغ الذي يساعد في نمو وتطور صورة الجسم، كما أن ربط المقارنة الاجتماعية والوسائل والمقومات الثقافية الاجتماعية المقبولة بخصوص الشكل والهيئة، والمظهر الخارجي والجمال والرشاقة والنحافة كمعامل مهمة في نمو وتطور صورة الجسم لدى فئات المجتمع كافة، بهدف الحصول على الرضا عن صورة الجسم التي تزيد من نسبة السعادة وتقبل الفرد لنفسه وتقبل الآخرين.

وبالتالي يمكننا القول بأن انخفاض الألكسيثيميا لدى أفراد العينة العلاجية، وتحسن مهارات التواصل الاجتماعي لديهم، مع زيادة ثققتهم بأنفسهم وإدراكهم لذواتهم بشكل مختلف عن ذي قبل؛ قد انعكس إيجابياً على إدراكهم لصورة أجسامهم، حيث أن إدراك الفرد لمشاعره ومعرفته كيفية التعبير عنها ووصفها، وأيضاً تحديدها بالشكل الصحيح وامتلاك رؤية واقعية وواضحة للمشاعر والانفعالات والأحاسيس كل ذلك من شأنه أن يجعل الفرد أكثر إدراكاً وتقبلاً لصورة جسمه كما هي بالواقع.

ونخلص مما سبق أن العلاج بالقبول والالتزام أسهم بفعالية في تنمية صورة الجسم الإيجابية من خلال تنمية مكوناته الأساسية كمشاعر الوضوح والمرونة والإدارة الفاعلة للآزمات النفسية وكذلك إدراك فلسفة المعنى؛ إذ تم توظيف العديد من فنيات العلاج بالقبول والالتزام مع عينة المراهقين المكفوفين لتنمية قدراتهم على مواجهة الخبرات السلبية وأيضاً النواحي النفسية المختلفة كتسمية الثقة بالنفس، وكذلك القدرة على التعبير عما يمتلكون من مشاعر وانفعالات سلبية، وكذا اختيار الاستراتيجية المناسبة لمواجهة بعض المواقف الضاغطة، هذا فضلاً عن تدريبهم على بعض التدريبات الفعالة كتدريب اليأس الإبداعي، وفلسفة المتناقضات، تدريب التكرار المعرفي؛ حيث تعلم أفراد عينة البحث من خلالها كيف يواجهون أفكارهم

ومشاعرهم وانفعالاتهم السلبية، وكذلك الخبرات المؤلمة بل ويدركوا قيم خاصة من وراء معنى المعاناة.

وتتفق هذه النتائج مع ما توصلت إليه عدد من الدراسات مثل: دراسة (أحمد جنيدي، ٢٠٢٠)، ودراسة (سعاد قرني، ٢٠١٩)، ودراسة (Louise et al., 2021)، ودراسة (Rigby et al., 2020).

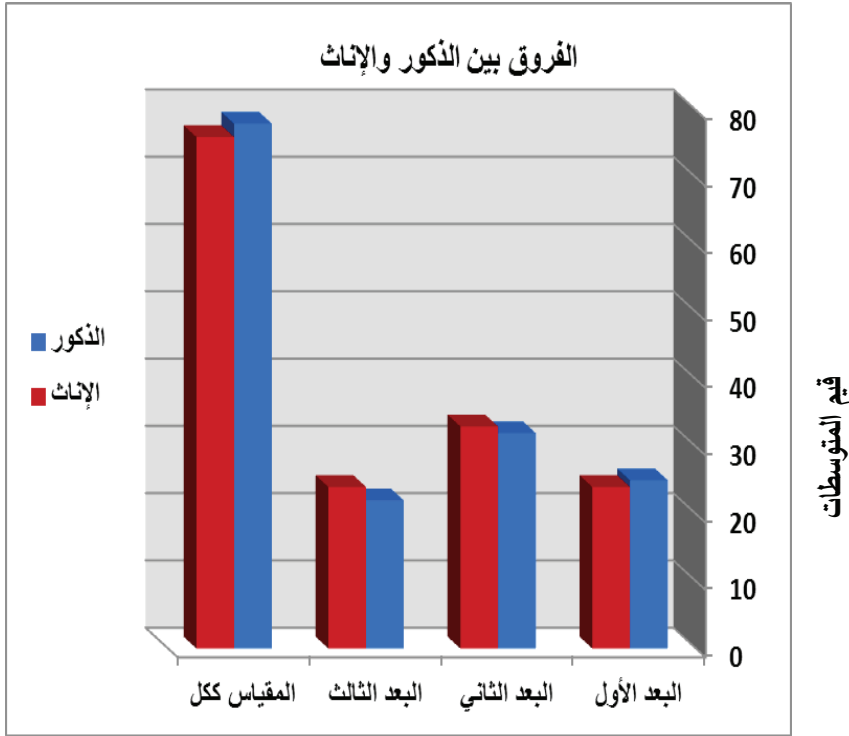
نتائج الفرض الرابع: الذي ينص على أنه: "لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات الذكور والإناث من أفراد العينة العلاجية في القياس البعدي على مقياس الألكسيثيميا لدى الطلاب المراهقين المكفوفين". وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام اختبار مان-ويتني لحساب الفروق بين العينات المستقلة، وذلك كما موضح بالجدول الآتي:

جدول (١٦)

قيمة (Z) ودالتها للفروق بين متوسطي رتب درجات الذكور والإناث من أفراد العينة العلاجية في القياس البعدي على مقياس الألكسيثيميا وأبعاده

أبعاد المقياس	الذكور (ن=٥)		الإناث (ن=٤)		قيمة Z	الدلالة
	متوسط الرتب	مجموع الرتب	متوسط الرتب	مجموع الرتب		
صعوبة تحديد المشاعر والانفعالات	٤,٣٠	٢١,٥٠	٥,٨٨	٢٣,٥٠	٠,٨٦١	غير دالة
صعوبة وصف المشاعر والانفعالات	٤,٨٠	٢٤	٥,٢٥	٢١	٠,٢٥١	غير دالة
صعوبة التفكير المتوجه خارجيًا	٤,٣٠	٢١,٥٠	٥,٨٨	٢٣,٥٠	٠,٨٦١	غير دالة
المقياس ككل	٤,١٠	٢٠,٥٠	٦,١٢	٢٤,٥٠	١,١١٢	غير دالة

يتضح من جدول (١٦) عدم وجود فرق دال إحصائياً بين متوسطي رتب درجات الذكور والإناث من أفراد العينة العلاجية في القياس البعدي على مقياس الألكسيثيميا وأبعاده لدى الطلاب المراهقين المكفوفين. والرسم البياني الآتي يوضح ذلك:



أبعاد مقياس الألكسيثيميا والدرجة الكلية

شكل (٦)

التمثيل البياني للفروق بين متوسطي درجات الذكور والإناث من أفراد العينة العلاجية في القياس البعدي على أبعاد مقياس الألكسيثيميا والمقياس ككل

نتائج الفرض الخامس: الذي ينص على أنه ”لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات الذكور والإناث من أفراد العينة العلاجية في القياس البعدي على مقياس صورة الجسم لدى الطلاب المراهقين المكفوفين“. وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام اختبار مان-ويتني لحساب الفروق بين العينات المستقلة، وذلك كما يتضح من الجدول الآتي:

جدول (١٧)

قيمة (Z) ودلالاتها للفروق بين متوسطي رتب درجات الذكور والإناث من أفراد العينة العلاجية في القياس البعدي على مقياس صورة الجسم

المتغير	(الذكور (ن=٥)		(الإناث (ن=٤)		Z قيمة	الدلالة
	متوسط الرتب	مجموع الرتب	متوسط الرتب	مجموع الرتب		
صورة الجسم	٥,١٠	٢٥,٥٠	٤,٨٨	١٩,٥٠	- ٠,١٢٥	غير دالة

يتضح من الجدول (١٧) عدم وجود فرق دال إحصائياً بين متوسطي رتب درجات الذكور والإناث من أفراد العينة العلاجية في القياس البعدي على مقياس صورة الجسم لدى الطلاب المراهقين المكفوفين.

مناقشة نتائج الفرضين الرابع والخامس: يمكن تفسير نتائج الفرضين الرابع والخامس في ضوء تكافؤ الخدمات المقدمة للجنسين من أفراد العينة العلاجية من قبل البرنامج المستخدم في البحث الحالي، مع خضوع جميع أفراد العينة العلاجية للإجراءات ذاتها، وتوزيع الاهتمام بهم والانتباه إليهم خلال جلسات البرنامج دون تفرقة، كما أن حرص أفراد العينة العلاجية سواء الذكور أو الإناث - وهذا ما لاحظته الباحثة - على المشاركة والاستفادة من محتوى البرنامج المقدم لهم؛ قد ساعد على عدم وجود فروق دالة بينهم في القياس البعدي.

كما يمكن تفسير ذلك في ضوء تكافؤ فرص النمو المتاحة أمام الجنسين (ذكور وإناث) على حد سواء، سواء من حيث خصائص النمو المشترك بينهم في مرحلة المراهقة أو من حيث أساليب التنشئة الاجتماعية التي ستكون خاصة ومتفردة بهم وهدم نظراً لإعاقاتهم، وحرص الآباء على عدم التمييز بين أبنائهم المكفوفين والمبصرين، بل وبناء علاقات متبادلة معهم في إطار بيئة نفسية انفعالية اجتماعية معتدلة تحكمها عادات وتقاليد المجتمع.

إضافة لذلك فإن المكفوفين يشتركون في مشكلات عدة لعل أهمها مشكلة التكيف والتي يتدخل فيها مجموعة من العوامل، فقد تأتي من جانب المبصرين كما تأتي من جانب المكفوفين؛ مما قد يجعل من الصعب أن يتقبل كل منهما الآخر وأن يتفاهم فقد يجد الكفيف نفسه أمام كثير من المواقف يغلب عليها سمات الشفقة والرأفة

وتلبية الحاجات له، وقد يجد هذه المواقف في بيته وبين أسرته وقد يجد نقيض هذه المواقف خارج بيته؛ مما يدفعه إلى الانطواء والانزواء في بيته، فيدخل في صراع بين الدافع إلى الاستقلال والدافع إلى الرعاية، فينتهي الصراع بين الدافعين، إما تغلب الدافع إلى الاستقلال فينمو باتجاه الشخصية القسرية التي تسيطر عليها المواقف العدوانية، أو يتغلب الدافع إلى الأمن فينمو باتجاه الشخصية الانسحابية. وتنتاب المكفوفين نتيجة هذه الصراعات ونتيجة المواقف التي يقررها أنواع من القلق تؤثر في كيان شخصيته؛ فهو يخشى أن يُرفض بسبب عجزه أو تُستهجن أفعاله.

وتتفق نتائج الفرضين الرابع والخامس جزئياً مع ما أشارت إليه نتائج دراسات كل من: (Williams & Gothman, 2021) والتي أشارت إلى عدم وجود فروق بين الجنسين في الألكسيثيميا، كذلك دراسة (Louise et al., 2020)، ودراسة (Pinquart & Pfeiffer, 2021) والتي أشارت إلى عدم وجود فروق بين الجنسين في صورة الجسم، في حين تختلف نتائج الدراسة الحالية مع نتائج دراسة كل من (Bankier et al, 2021)، ودراسة (Lumley, 2020) والتي أشارت إلى انتشار الألكسيثيميا لدى الإناث أكثر من الذكور، وأيضاً دراسات كل من (محمد عبد الرازق، ٢٠١٩)، (Mei-Chi, 2021) والتي أشارت إلى أن الذكور أكثر إدراكاً لصورة الجسم الإيجابية أما دراسة (Rigby et al., 2020) فأشارت إلى أن الإناث أكثر إدراكاً لصورة الجسم الإيجابية.

نتائج الفرض السادس: الذي ينص على أنه ”لا توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطي رتب درجات أفراد العينة العلاجية في القياسين البعدي والتتبعي على مقياس الألكسيثيميا لدى الطلاب المراهقين المكفوفين“. وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام اختبار ويلكوكسون لحساب دلالة الفروق بين العينات المرتبطة وذلك كما موضح بالجدول الآتي:

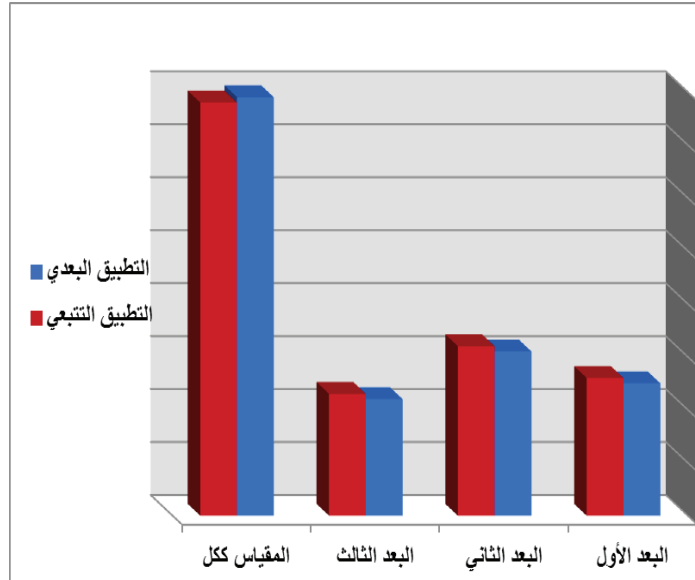
جدول (١٨)

قيمة (Z) ودالاتها للفرق بين متوسطي رتب أفراد العينة العلاجية في القياسين البعدي والتتبعي على مقياس الألكسيثيميا وأبعاده

الأبعاد	نوع القياس	توزيع الرتب	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	(Z) قيمة	الدلالة
صعوبة خديد المشاعر والانفعالات	بعدي -	الرتب السالبة	١	٢,٥٠	٢,٥٠	١,٠٠٠ -	غير دالة
		الرتب الموجبة	٣	٢,٥٠	٧,٥٠		
	الرتب المتساوية	٥					
	المجموع	٩					
صعوبة وصف المشاعر والانفعالات	بعدي -	الرتب السالبة	١	٢	٢	٠,٥٧٧ -	غير دالة
		الرتب الموجبة	٢	٢	٤		
	الرتب المتساوية	٦					
	المجموع	٩					
صعوبة التفكير المتوجه خارجيًا	بعدي -	الرتب السالبة	٤	٣,٥٠	١٤	٠,٨١٨ -	غير دالة
		الرتب الموجبة	٢	٣,٥٠	٧		
	الرتب المتساوية	٣					
	المجموع	٩					
المقياس ككل	بعدي -	الرتب السالبة	٢	٤,٥٠	٩	٠,٣٢٣ -	غير دالة
		الرتب الموجبة	٤	٣	١٢		
	الرتب المتساوية	٣					
	المجموع	٩					

يتضح من جدول (١٨) عدم وجود فرق دال إحصائياً بين متوسطي رتب درجات أفراد العينة العلاجية في القياسين البعدي والتتبعي على مقياس الألكسيثيميا وأبعاده لدى الطلاب المراهقين المكفوفين. ويظهر ذلك في الرسم البياني الآتي:

الفروق بين القياسين البعدي والتتبعي



أبعاد مقياس الألكسيثيميا والدرجة الكلية

شكل (٧)

التمثيل البياني للفروق بين متوسطي درجات أفراد العينة العلاجية في القياسين البعدي والتتبعي على أبعاد مقياس الألكسيثيميا والدرجة الكلية

نتائج الفرض السابع: الذي ينص على أنه "لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أفراد العينة العلاجية في القياسين البعدي والتتبعي على مقياس صورة الجسم لدى الطلاب المراهقين المكفوفين". وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام اختبار ويلكوكسون لحساب دلالة الفروق بين العينات المرتبطة، وذلك كما موضح بالجدول الآتي:

جدول (١٩)

قيمة (Z) ودلالاتها للفرق بين متوسطي رتب درجات أفراد العينة العلاجية في القياسين البعدي والتتبعي على مقياس صورة الجسم

المتغير	نوع القياس	توزيع الرتب	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	(Z) قيمة	الدلالة
صورة الجسم	بعدي - تتبعي	الرتب الموجبة	٣	٣	٩	- ٠,٤٤٧	غير دالة
		الرتب السالبة	٢	٣	٦		
		الرتب المتساوية	٤				
		المجموع	٩				

يتضح من جدول (١٩) عدم وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أفراد العينة العلاجية في القياسين البعدي والتتبعي على مقياس صورة الجسم لدى الطلاب المراهقين المكفوفين.

مناقشة نتائج الفرضين السادس والسابع: عدم وجود فروق دالة إحصائية بين القياسين البعدي والتتبعي على مقياسي الألكسيثيميا وصورة الجسم، يشير إلى استمرارية فعالية البرنامج المستخدم في البحث الحالي، وبقاء أثره على أفراد العينة العلاجية، ويمكن تفسير ذلك بأن التدريبات المقدمة من خلال جلسات البرنامج العلاجي قد ساهمت في منع حدوث انتكاسة بعد انتهاء تطبيق البرنامج، واستمرار أثره خلال فترة المتابعة. فتمنح العلاج بالقبول والالتزام الهدف الأساسي له هو زيادة المرونة النفسية وجودة الحياة؛ مما يعمل على زيادة تقبل أفراد العينة العلاجية للأفكار السلبية والمشاعر والانفعالات المؤلمة وغير السارة المرتبطة بحدوث الألكسيثيميا. كما تساعد زيادة المرونة النفسية على التغلب على مشاعر العجز والنقص وعدم التوافق، وتنمية مفهوم الذات وتقديرها والثقة بالنفس، وتنمية مهارات التواصل واتخاذ القرارات وتنمية القدرة على حل المشكلات ومواجهة الصعاب بطريقة موضوعية وواقعية. وقد توفر ذلك من خلال التدريبات التي تضمنها البرنامج العلاجي مثل تدريبات: الثقة بالنفس، اتخاذ القرارات- حل المشكلات- التخطيط للمستقبل؛ فهذه تدريبات من شأنها المساعدة بشكل كبير على زيادة القدرة على التواصل مع الآخرين وزيادة القدرة على التعبير عن المشاعر

ووصفها والقدرة على تحديدها بشكل واضح وزيادة قدرتهم على التكيف مع العالم المادي بما فيه من أجسام مادية وحقائق تجريبية، كما تزداد قدرة الأفراد على مساندة المجتمع وإظهار احترام أكبر بالتفكير بالأحداث والأحاسيس الداخلية، كما يساعدهم على التخلي عن سيطرة الرتابة على سلوكياتهم؛ مما ساهم في خفض الألكسيثيميا لدى عينة البرنامج العلاجي.

كما ساعد العلاج بالقبول والالتزام أفراد العينة العلاجية على تقبل الأفكار السلبية التي تعترضهم أحياناً والمتعلقة بالكف والتجنب الاجتماعي كما هي دون الهروب منها مع التعامل بالمرونة اللازمة مع المحتوى الانفعالي لها، بالإضافة إلى أن توظيف فنيات البرنامج الأساسية والفرعية والتي تم الاعتماد عليها في البرنامج قد وجد قبولاً جيداً لدى أفراد العينة العلاجية؛ مما ساعد في إحداث تغييرات سلوكية قد اكتسبت صفة الاستمرارية.

كما حدثت بعض التغييرات الكيفية التي طرأت على عينة البحث والتي ترجع من وجهة نظر الباحثة إلى عدة عوامل منها:

- رغبة أفراد العينة العلاجية من المراهقين المكفوفين في مواجهة الوضع الحالي للتحفيز من مشاعر الألكسيثيميا لديهم، ومعرفة أن ما يقومون به يحوّل حياتهم إلى الأسوأ على المدى البعيد وتبقيه عالقاً في دائرة الأفكار والمشاعر والانفعالات السلبية، وتضييع وقتهم وتستنزف طاقاتهم، وتؤثر سلباً على صحتهم النفسية والجسمية، وتعيق دراستهم؛ مما يعمل على زيادة المشاكل التي يعانون منها.
- ساهمت الجلسات الجماعية في خلق تأثير إيجابي أثناء التعارف، وساعدت على خلق روح من التواد والألفة والتعاون بين أفراد العينة العلاجية.
- كان لاستخدام فنية القبول الأثر الفعال: في تركيز المراهقين المكفوفين على قبول أفكارهم ومشاعرهم الكامنة وراء إعاقاتهم ومعاناتهم من الألكسيثيميا. وتعريفهم بأن القبول يتضمن نوع من المواجهة والتقبل الواعي. كما ساعد القبول على الكشف عن الجمود الداخلي وتنظيم الانفعالات بشكل أكبر وذو فاعلية، وبشكل يسمح بالتحفيز من مشاعر الألكسيثيميا وخلق مزيداً من المرونة النفسية واستطاعوا التعديل من سلوكهم تجاه مشكلاتهم، التي كانت مصدراً لشعورهم بالإلكسيثيميا.

- ساهمت فنية الذات كسياق لدى أفراد العينة العلاجية: في تنمية الوعي بالذات والخبرات دون التعلق بالأفكار، وخلق نوع من إعادة الثقة بالنفس وتقبل إعاقتهم.
- استخدمت الباحثة فنية التواصل مع اللحظة الراهنة: وكان لاستخدام هذه الفنية التأثير في الاعتراف بأن ما يعانيه المراهق الكفيف من مشاعر مؤلمة يكون نتيجة طبيعية لما تفرضه الإعاقة عليه، وأن على الطلاب المراهقين المكفوفين قبول هذه المشاعر وعدم السعي لتغييرها؛ لأن محاولة التخلص منها يزيد من حدتها.
- كما أن اعتماد الباحثة على فنية القيم: وإيضاحها واتفاقها مع أولويات كل فرد من أفراد العينة العلاجية، قد ساعد على أن يدركوا أن هناك فرقاً بين هدف لا يمكن تحقيقه بأن يكونوا أفراداً أسوياء وبين أولويات تجربهم أن يكونوا هنا والآن يتعاملوا معها وقادرين على القيام بها في (الحاضر والمستقبل)، كما أن مساعدتهم على ترتيب وتوضيح قيمهم كان لها التأثير الإيجابي في خلق نوع من المرونة والتخلص من الجمود الداخلي والتفاعل مع الآخرين.
- كما كان لاستخدام فنية التصرف الملتزم: عظيم الأثر في مساعدتهم على التزام الأفراد بتحديد القيم المناسبة لتخفيف شعورهم بالوحدة النفسية وأداء ما يتناسب مع تلك القيم.

كما ترجع استمرارية فعالية البرنامج القائم على القبول والالتزام إلى زيادة اقتناع أفراد العينة العلاجية بالآثار السلبية للألكسيميا على الفرد وذلك من خلال ما تم طرحه خلال جلسات البرنامج، وتفاعل أفراد العينة العلاجية مع أنشطة وتدريبات وفعاليات البرنامج المقدم لهم، ذلك بالإضافة إلى المقالات والتي تمت قراءتها عليهم ومناقشتها، هذا بالإضافة إلى الواجبات المنزلية والتي كان لها عظيم الأثر في استمرارية وبقاء تأثير البرنامج، ومن ثم ساعد ذلك في زيادة تمسك أفراد العينة العلاجية بمكتسبات البرنامج، وحرصهم على استمرارية التغييرات السلوكية والمعرفية بما يخدم قناعاتهم وتوجهاتهم القيمية الجديدة؛ وقد ساهم كل ذلك في منع حدوث انتكاسة بعد انتهاء البرنامج، واستمرار أثره خلال فترة المتابعة.

كما يرجع الأثر القوي للبرنامج العلاجي إلى أن البرنامج كان يركز على تعديل علاقة الفرد بأفكاره أي بتعديل أفكاره بدلاً من تجنبها، وتحسين الاتصال بالذات وتعزيز الوعي.

كما استطاع البرنامج الحالي التخفيف من الشعور بالأللكسيثيميا لدى المراهقين المكفوفين من خلال مجموعة من الاجراءات هي:

- مساعدة أفراد العينة العلاجية أن يتعرفوا خبراتهم الخاصة التي تُحدث الإلكسيثيميا.
- مساعدة أفراد العينة العلاجية على عدم رؤية الأحداث المرتبطة بالشعور بالألكسيثيميا على أنها تهديداً أولياً للفرد يجب التحكم فيه.
- مساعدة أفراد العينة العلاجية على فهم أن محاولات التحكم في الأحداث المرتبطة بشعورهم بالألكسيثيميا تزيد من حدة الشعور بها.
- مساعدة أفراد العينة العلاجية على عدم استخدام استراتيجيات التجنب والهروب الانفعالي.

بالإضافة إلى بطاقات تقييم الأهداف جلسات البرنامج، طبقت الباحثة على المشاركين بالبرنامج استمارة تقويم العلاج بالقبول والالتزام "إعداد الباحثة" بطاقة تقويم البرنامج لتحديد مدى رضا الأفراد المشاركين من خلال استجاباتهم عليها من حيث: أهداف البرنامج، محتوى البرنامج، مميزات البرنامج، أوجه القصور، ملخص مقترحات آراء العينة العلاجية، ويوضح جدول (٢٠) ملخص لاستجابات المشاركين ببرنامج العلاج بالقبول والالتزام على تلك الاستمارة بعد تحليل استجاباتهم.

جدول (٢٠)

ملخص لاستجابات أفراد برنامج العلاج بالقبول والالتزام على استمارة التقييم (ن=٩)

ملخص مقترحات آراء العينة العلاجية	درجة الموافقة (النسبة المئوية)		عناصر التقييم
	النسبة المئوية %	العدد	
	١٠٠٪	٩	أهداف البرنامج
	١٠٠٪	٨	محتوى البرنامج
استمرار البرنامج لمدة أطول.	١٠٠٪	٩	مميزات البرنامج
أن يحتوى البرنامج على جلسات فردية.	٨٠٪	٧	أوجه القصور
ملخص مقترحات آراء العينة العلاجية	٢٠٪	٢	موافق تمامًا
محتوى البرنامج			التعرف على العلاج بالقبول والالتزام وبعض فنياته. ومناقشة موضوعات عديدة ساعد على التعرض لخبرات سابقة تسبب الضيق بشكل قاسى.
مميزات البرنامج			ساعد البرنامج في تعلم أفراد العينة العلاجية أساليب لخفض الشعور بالألكسيثيميا. والمساهمة في حل المشكلات.
أوجه القصور			زيادة وقت كل جلسة من الجلسات. كثافة الموضوعات أحيانًا.

يتضح من جدول (٢٠) فعالية العلاج بالقبول والالتزام في خفض الشعور بالألكسيثيميا وتحسين صورة الجسم، وهذا ما يتفق مع نتائج الدراسات المتعلقة بفعالية العلاج بالقبول والالتزام وفنياته.

ومما يدعم التفسيرات السابقة وجود بعض الدراسات التي توصلت إلى استمرار فعالية العلاج بالقبول والالتزام خلال فترة المتابعة ومنها دراسات كل من: (Vitale, 2019)، (Jacqueline et al., 2021)، (Karishma, 2020)، (Julie, 2021)، (Tracy, 2021)، (Khoramnia et al., 2020)، (Mullen et al, 2020)، (Zettle, 2021)، (Karen et al., 2020)، (صالح الشعراوي، ٢٠٢١)، (أسماء لطفي، ٢٠٢٠)، (آية محمد، ٢٠٢٠)، (أحمد جاد الرب، وهبة عبد الحميد، ٢٠٢٠)، و(أسماء الزهيري، ٢٠١٩).

توصيات البحث:

- من خلال النتائج التي توصل إليها البحث الحالي، يمكن التوصية بما يأتي:
- ١- توظيف المداخل الحديثة القائمة على الموجة الثالثة للعلاج السلوكي وخاصة العلاج بالقبول والالتزام في خفض الألكسيثيميا وتحسين صورة الجسم لدى فئات أخرى من ذوي الاحتياجات الخاصة.
 - ٢- الاستفادة من البرنامج الحالي في عدد من المؤسسات العلاجية والتربوية، وذلك للتعامل مع عينات أخرى سواءً كإكلينيكية أو غير إكلينيكية وذلك للحد من الاضطرابات النفسية التي تواجههم.
 - ٣- تكرار هذه الدراسة مع فئات أخرى من ذوي الاحتياجات الأخرى تعاني من مشكلات واضطرابات نفسية؛ للتأكد من فعالية البرنامج.
 - ٤- إجراء المزيد من الدراسات الارتباطية التي تتناول الألكسيثيميا والاضطرابات النفسجسمية لدى فئات أخرى كالأيتام والمدمنين والمرضى النفسيين مع الأخذ بالاعتبار متغيري الجنس والعمر.
 - ٥- الاهتمام بتوفير التوعية المجتمعية اللازمة حول بعض الأفكار والمعتقدات الخاطئة والسلبية حول صورة الجسم وتقبلها، ومعتقدات الآخرين عن الفرد المختلف عنهم لا سيما الكفيف.
 - ٦- توجيه المعلمين بالأثار النفسية والجسمية والاجتماعية للألكسيثيميا في المدارس، وذلك من خلال إعداد البرامج الإرشادية الوقائية.
 - ٧- توظيف نتائج هذه الدراسة والاستفادة منها في الوصول إلى فهم أدق لمفهوم الإلكسيثيميا.
 - ٨- الاهتمام بتوعية الأسر - لاسيما أسر المكفوفين - بأهمية استخدام أساليب سوية إيجابية في البيئة الأسرية الاجتماعية؛ لما في ذلك من تأثير كبير على تفكير ومشاعر الأبناء.
 - ٩- ضرورة اهتمام الأسر والمؤسسات التعليمية والدينية بفتة المراهقين وتوعيتهم بأهمية وخطورة مرحلة المراهقة والتغييرات التي تتبعها وتسبب في اضطراب صورة الجسم لديهم.

- ١٠- توجيه الوالدين بطرق رعاية ابنهم المراهق الكفيف، وتقبل إعاقته بل ومساعدته على أن يعبر عما يشعر به من أحاسيس وما يملأ صدره من انفعالات وما يجول بعقله من أفكار.
- ١١- ضرورة وجود إخصائي نفسي مُدرب ومتخصص؛ لمساعدة ذوي الإعاقة البصرية على حل ما يواجههم من مشكلات نفسية وسلوكية.
- ١٢- استخدام مقياس الألكسيثيميا لتحديد الطلاب المراهقين المعرضين لاضطراب الألكسيثيميا وتهيئتهم للتغلب على أسبابها وآثارها السلبية وممارسة حياتهم بشكل أفضل من خلال الأنشطة المتنوعة المتضمنة ببرنامج الدراسة الحالية.
- ١٣- التوعية من خلال وسائل الإعلام المختلفة على أهمية تقبل صورة الجسم وعدم تحديد شخصية الفرد بناءً على مظهره الجسدي فقط، وتبسيط الضوء على الآثار السلبية لاضطراب صورة الجسم لدى ذوي الاحتياجات الخاصة عامة، والمكفوفين خاصة.

البحوث المقترحة:

- ١- دراسة العلاقة بين الألكسيثيميا والضغط النفسية لدى أمهات المكفوفين.
- ٢- دراسة العلاقة بين الألكسيثيميا والسكينة النفسية لدى الأطفال.
- ٣- دراسة العلاقة بين الألكسيثيميا والصمود النفسي لدى المراهقين المكفوفين.
- ٤- دراسة العلاقة بين صورة الجسم وقلق المستقبل المهني لدى طلاب الجامعة المكفوفين.
- ٥- دراسة العلاقة بين الألكسيثيميا وتقدير الذات ونمط الشخصية.
- ٦- فعالية برنامج قائم على العلاج بالقبول والالتزام في خفض الاكتئاب لدى معلمي ذوي الاحتياجات الخاصة.
- ٧- إجراء دراسات مقارنة بين تطبيق البرنامج العلاجي القائم على أسس العلاج بالقبول والالتزام ومقارنته ببرامج تركز على أسس علاجية أخرى كالعلاج المعرفي السلوكي والعلاج بالتعرض ومنع الاستجابة وغيرها.

المراجع

- أحمد سمير أبو بكر (٢٠١٩). نمذجة العلاقات السببية بين صورة الجسم والألكسيثيميا واضطرابات الأكل لدى المراهقات. مركز الإرشاد النفسي. جامعة عين شمس، (٥٨)، ٦١-١٢٢.
- أحمد عبد الملك أحمد (٢٠١٩). الشفقة بالذات وتحمل الغموض كمنبئين بصورة الجسم لدى المراهقين المكفوفين: دراسة سيكومترية- إكلينيكية. مجلة التربية الخاصة، كلية علوم الإعاقة والتأهيل، جامعة الزقازيق، (٢٦)، ١-٦٩.
- أحمد فوزي جنيدى (٢٠٢٠). الإلكسيثيميا وعلاقتها بالقلق وإدراك صورة الجسم لدى عينة من الأطفال ذوي الإعاقة البصرية بالمرحلة الابتدائية، مجلة العلوم التربوية، جامعة الأمير سطاتم بن عبد العزيز، ٥ (٢)، ٨٩-١٢٥.
- أحمد محمد جاد الرب، وهبة جابر عبد الحميد (٢٠٢٠). فاعلية العلاج بالقبول والالتزام في خفض أعراض اضطراب الشخصية التجنبية لدى عينة من طالبات الجامعة. مجلة كلية التربية، جامعة الفيوم، ١٤ (١٠)، ٥٢٥-٦٠٥.
- أسماء عبدالرؤف محمد الزهيري (٢٠١٩). فاعلية العلاج بالقبول والالتزام في تنمية الأمن النفسي لدى المراهقين مجهولي النسب. مركز البحوث والدراسات الإندونيسية، جامعة قناة السويس، (١٨)، ٢٦١-٣٠١.
- أسماء فتحي لطفي (٢٠٢٠). فاعلية العلاج بالقبول والالتزام في تحسين الصمود النفسي لدى الطلاب ذوي الإعاقة الجسمية والصحية (الإصابة بمرض السكري) في مرحلة التعليم الأساسي. المجلة التربوية، كلية التربية، جامعة سوهاج، (٧٤)، ١٠-٤٠.
- أشرف أحمد عبد القادر (٢٠١٨). مظاهر جودة الحياة لدى عينة من المراهقين المكفوفين. مجلة كلية التربية جامعة بنها، ٢٩ (١١٦)، ٤٩٥-٥٢٠.
- آمال إبراهيم الفقي (٢٠١٦). فاعلية العلاج بالتقبل والالتزام في تنمية المرونة النفسية لدى أمهات أطفال الأوتيزم. مجلة الارشاد النفسي، مركز الإرشاد النفسي- جامعة عين شمس، (٤٧)، ٩٣-١٣٦.
- أمل أحمد جمعة (٢٠١٩). فاعلية برنامج إرشادي معرفي سلوكي لتنمية الصمود النفسي وخفض الإلكسيثيميا لدى طالبات المرحلة الجامعية. دراسات عربية في التربية وعلم النفس، رابطة التربويين العرب، (١٠٦)، ٢٧٠-٣٠٠.

- أنور السموحي الدهمسي (٢٠١٩). فعالية العلاج المرتكز على الانفعالات والعلاج الأدلري في خفض مستوى الإلكسيميا لدى اللاجئات السوريات، مجلة دراسات العلوم التربوية، الجامعة الأردنية، ٤٦ (٣)، ٤٢٦-٤٤٣.
- آية إسماعيل محمد (٢٠٢٠). فعالية العلاج بالقبول والالتزام في تخفيف الشعور بالوحدة النفسية لدى المراهقين المعاقين بصرياً. كلية الآداب، جامعة أسيوط، رسالة ماجستير غير منشورة.
- إيمان بوقفة (٢٠٢٠). فعالية العلاج بالقبول والالتزام في التخفيف من أعراض الوسواس القهري. كلية العلوم الانسانية والاجتماعية. جامعة باتنه: الجزائر، رسالة دكتوراه غير منشورة.
- بشرى إسماعيل أرنوط (٢٠١٩). فعالية برنامج قائم على العلاج بالقبول والالتزام عبر الانترنت في خفض أعراض التمر الوظيفي لدى عينة من أعضاء هيئة التدريس. مجلة الإرشاد النفسي. مركز الإرشاد النفسي جامعة عين شمس. (٥٧)، ٣٩-.
- جمال الخطيب، منى الحديدي (٢٠٠٩). «التدخل المبكر التربوية الخاصة في الطفولة المبكرة» (ط٢). عمان: دار الفكر.
- حسام محمود زكي، نهلة فرج الشافعي، مصطفى خليل محمود، أحمد جمال الشريف، وأحمد سمير صديق (٢٠١٩). المرجع الحديث في الإرشاد والعلاج النفسي. الإسكندرية: دار التعليم الجامعي.
- رأفات أحمد أحمد (٢٠٢٠). فعالية العلاج المعرف بالقبول والالتزام في تحسين مفهوم الذات وخفض أعراض اضطراب الوسواس القهري دراسة إكلينيكية في مشفى المواساة بدمشق. مجلة جامعة حماة. (١٧)، ١٢٧-١٤٣.
- رياض نايل العاسمي (٢٠٠٩). الشعور بالوحدة النفسية وعلاقته بالاكتئاب والمساندة والعزلة الاجتماعية دراسة تشخيصية على عينة من طلبة دمشق. مجلة اتحاد الجامعات العربية للتربية وعلم النفس، ٧ (٢)، ٢٠٨-٢٥١.
- زينب محمود شقير (٢٠١٠). «سيكولوجية الفئات الخاصة والمعوقين». القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.
- سعاد كامل قرني (٢٠١٩). اضطراب صورة الجسم كمنبئ بفرط الحساسية الانفعالية والوجدانات السالبة لدى المراهقين المكفوفين، المجلة التربوية،

- كلية التربية. جامعة سوهاج، (٦٥)، ٤٩٩-٥٥٢.
- صالح فؤاد الشعراوي (٢٠٢١). فعالية العلاج بالقبول والالتزام في تحسين السكينة النفسية لدى طلاب جامعة الملك خالد. دراسات عربية في التربية وعلم النفس، رابطة التربويين العرب، (١٣٧)، ٥١-٨٠.
- عادل العدل (٢٠١٦). مُدخل إلى التربية الخاصة. القاهرة: دار الكتاب الحديث.
- عبد الرقيب أحمد البحيري، ومصطفى عبد المحسن الحديبي (٢٠١٨). اضطراب صورة الجسم وعلاقته بتقدير الذات وأعراض الشخصية التجنبية لدى المراهقين الموقنين بصرياً. مجلة العلوم التربوية والنفسية- جامعة البحرين، ١٥ (٢)، ٤٧٧-٥١٩.
- عبد الله بن أحمد الزهراني (٢٠١٩). الخصائص السيكومترية لمقياس تورنتو للألكسيثيميا لدى عينة من طلاب جامعة الملك سعود. الجمعية السعودية للعلوم التربوية والنفسية، جامعة الملك سعود، (٦٣)، ١١٣-١٢٩.
- عبد المطلب القريطي (٢٠١٧). سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة وتربيتهم (مقدمة في التربية الخاصة) ط٤، القاهرة، دار الفكر العربي.
- عماد أحمد حسن، محمد عبد العظيم أحمد، عفاف محمد جعيص (٢٠١٩). أثر برنامج علاجي في خفض كرب ما بعد الصدمة لدى المراهقين المعاقين بصرياً بمدينة أسيوط. مجلة كلية التربية، جامعة أسيوط، ٣٥ (٢)، ١-٢٢.
- فاتن عيسى السيوف (٢٠٢٠). فعالية العلاج بالرسم في خفض الإلكسيثيميا لدى اللاجنات السوريات، مجلة العلوم النفسية والتربوية، ٦ (٣)، ٢٦٥-٢٨٩.
- محمد رزق البحيري (٢٠١٥). التفكير الايجابي وعلاقته بالاغتراب لدى عينة من المراهقين المكفوفين المضطربين سلوكياً. المجلة المصرية للدراسات النفسية، ٢٥ (٨٧)، ٤٣٩-٣٨٣.
- محمد مصطفى عبد الرازق (٢٠١٩). فعالية برنامج إرشادي معرفي قائم على اليقظة العقلية في خفض مشكلات التنظيم الانفعالي وتحسين صورة الجسم لدى عينة من طلاب الجامعة المكفوفين. المجلة التربوية، كلية التربية: جامعة سوهاج، (٦٢)، ٣٦٣-٤٦٤.
- مصطفى خليل عطا الله (٢٠١٧). الأفكار اللاعقلانية وأعراض الشخصية التجنبية كمنبئ بالحساسية الانفعالية لدى المراهقين المكفوفين: دراسة سيكومترية إكلينيكية. دراسات عربية في التربية وعلم النفس، رابطة التربويين

العرب، (٨٣)، ٤٥٩-٤٩٠.

نبيل محمد الفحل (٢٠١٦). مقياس الكسيثيميا للمراهقين المكفوفين. القاهرة:

دار العلوم للنشر والتوزيع.

نهاد عبد الوهاب محمود (٢٠١٧). الذكاء الوجداني كمتغير معدل للعلاقة بين

الأليستيميا والاستخدام المشكل للإنترنت لدى المراهقين والمراهقات.

رابطة الاخصائيين النفسيين المصرية، ١(١٦)، ١٠٧-١٧٦.

نهلة فرج الشافعي (٢٠٢٠). فعالية العلاج المختصر المتمركز حول الحل في تنمية

بعض مهارات تقرير المصير لدى المراهقين المكفوفين. المجلة التربوية،

كلية التربية، جامعة سوهاج.

هيام صابر شاهين (٢٠١٧). اليقظة العقلية كمتغير معدل للعلاقة بين القلق

الاجتماعي وجودة الحياة المدركة لدى المراهقين المكفوفين. رابطة

الاخصائيين النفسيين المصرية (رانم). ٢٧(٤)، ٥٦٢-٥٠٧.

Afroz, N & Mittra, R. (2019). Does Being Handicapped Affect Self- Actualisation of Blind School Children?. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology*, 31 (1-2), 12-17.

Aljoscha, K & Matthias, B. (2020). A program based on the theory of cognitive-behavioral therapy in changing negative beliefs and behaviors and its impact on reducing alexithymia among university students. *Health Psychology Research*; 8:8894. 88-101.

Annabelle, C. (2020). Acceptance and Commitment Therapy: Combining the Science and Soul of Psychotherapy. *Master degree*, Pacifica Graduate Institute.

Arroyo-Anlló, E, Corinne, S., Pierre, I., Jorge, C., Sánchez, A & Melero V.(2021). Alexithymia in Alzheimer's Disease. 10, 44 . <https://www.mdpi.com/journal/jcm>.

Bendig, E., Natalie, B., Andreas, S., Patrick, A & Harald, B. (2021). ACTonDiabetes—a guided psychological internet intervention based on Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for adults living with type 1 or 2 diabetes: results of a randomised controlled feasibility trial. *BMJ Open* ;,11:e049238. doi:10.1136/ bmjopen-2021-049238.

- Bennett, D., Ambrosini, P., Kudes, D., & Metz, C. (2020). Differences between alexithymia and aggression among a sample of the visually impaired and their sighted peers. *Journal of Affective Disorders*, 89(1), 35-44.
- Benvenga & Roberto Vita (2021). Alexithymia, Emotional Distress, and Perceived Quality of Life in Patients With Hashimoto's Thyroiditis. *National Institute of education*, 41- 46.
- Berbette, B. (2019). Emotion regulation as a possible mediate or between alexithymia and eating disorders. *Unpublished master thesis*, Saint Louis University.
- Bloch, C., Lana, B., Fritz-Georg, L., Kai, V & Christine, F (2021). Alexithymia traits outweigh autism traits in the explanation of depression in adults with autism. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-81696-5>, 1-8.
- Bowen, J. (2020). Visual impairment and its impact on self-esteem. *The British Journal of visual Impairment* .Vol. 28, No.1, pp. 47-56.
- Chapman, H. (2019). body positive media exposure and college-aged women: impacts on body image, self-worth, and body dissatisfaction. *degree of Master of Arts*.
- Chen, J., Xu, T., Jing, J., & Chan, R. (2020). Alexithymia and emotional regulation: *A cluster analytical approach*. *BMC Psychiatry*, 11, 11 – 33.
- Davis, H.(2021).bibliotherapy for depression: evaluating cognitive behavioral therapy and acceptance and commitment therapy approaches and examining the role of client choice. *MASTER OF Science in Psychology*, Utah State University. Logan, Utah.
- Di Corrado, D., Marinella, C., Maria, G & Nelson, M (2021). The Influence of Self-Efficacy and Locus of Control on Body Image: A Path-Analysis in Aspiring Fashion Models, Athletes and Students . *International Journal of Environmental Research and Public Health*.
- Di Trani, M., Mariani, R., Renzi, A., Greenman, P. S., & Solano, L. (2019). Alexithymia and self- concept according to Bucci's multiple code theory: A preliminary investigation with healthy

- and hypertensive individuals. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 91(2), 232-247.
- Elke, V., Dimitri, M., Van, R., & De Paepel (2021). What do alexithymia items measure? A discriminant content validity study of the Toronto-alexithymia-scale-20. *DOI 10.7717/peerj.11639. 1-21.*
- Evans, J., Fletcher, A & Wormald, R (2021). Depression and alexithymia in visually impaired students, *Journal of Visual Impairment and Blindness*, vol.114,N(2),PP(283-288).
- Fricke, T., Tahhan, N., Resnikoff, S., Papas, E., & Naidoo, K (2020). Global Prevalence of Presbyopia and Vision Impairment from Uncorrected Presbyopia: Systematic Review, Meta-analysis, and Modelling, *Ophthalmology. Journal of the Indian Academy of Applied Psychology*, Vol. 34, No.1-2, 19-29.
- Gibson, C., Moira, O., Rohen, W., Melanie, J & Siddhartha, B. (2021). 'I Didn't Even Recognise Myself': Survivors' Experiences of Altered Appearance and Body Image Distress during and after Treatment for Head and Neck Cancer. *Cancers*, 13, 3893.
- Gil, F., Ridout, N., Kessler, H., Neuffer, M., Schoechlin, C., Traue, H., & Nickel, M. (2020). Facial emotion recognition and alexithymia in adults with somatoform disorders. *Depression & Anxiety*, 25(11), 26 – 33.
- Gloster, T., Walder, N., Levin, M., Twohig, P., & Karekla, M. (2020). The empirical status of acceptance and commitment therapy: *a review of metaanalyses. J. Contextual Behav. Sci.* 18, 181–192. doi: 10.1016/j.jcbs.2020.09.009
- Goetz, D., Erica, C., Johnson, A., Naugle, L & Borges, M. (2019). Alexithymia, state-emotion dysregulation, and eating disorder symptoms: A mediation model. *DOI: 10.1111/ep.12210* , 166- 176.
- Graeme J. & Bagby, R. (2021). Examining Proposed Changes to the Conceptualization of the Alexithymia Construct: The Way Forward Tilts to the Past. *Psychother Psychosom.* 2021;90:145–155 DOI: 10.1159/000511988

- Hayes, S., Strosahl, K., & Wilson, K. (2011). Acceptance and commitment therapy: *The process and practice of mindful change*. Guilford Press.
- Hetland, L. (2020). The effect of a training programme in creativity on developing the creative abilities among children with visual impairment.' *Early Child Development and Care*, 185(2), 317- 339.
- Huang, J., Norman, G., & Patrick, K. (2020). Body image and alexithymia among blind adolescents undergoing an intervention targeting behaviors related to nutritional and physical activity. *Jornal Aldolase Health*, 40 (3): 245-251
- Idoia, I., Eva, P., Enrique, E & Edurne, M (2021). The Effectiveness of an Acceptance and Commitment Therapy and Mindfulness Group Intervention for Enhancing the Psychological and Physical Well-Being of Adults with Overweight or Obesity Seeking Treatment: *The Mind & Life Randomized Control Trial Study Protocol*. 18, 4396. [https:// doi.org/10.3390/ijerph18094396](https://doi.org/10.3390/ijerph18094396).
- Jackson, M. & Tisak, M. (2021). A predictive study of the role of alexithymia in social anxiety in adolescents Blind. *Journal of Developmental*, 19(2), 349-367.
- Jacqueline, G., A-Tjak, N., Maurice, T & Paul, M. (2021). One year follow-up and mediation in cognitive behavioral therapy and acceptance and commitment therapy for adult depression. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-03020-1>
- Jacqueline K & Krychiw, M.A.(2020). Evaluating an Acceptance and Commitment Therapy group intervention for suicidal individuals with emotional pain. *PhD*, Hofstra University Hempstead.
- Julie, M. Petersen (2021). School-based Acceptance and Commitment Therapy for Adolescents with Anxiety. *Master of Science in Psychology*, Utah state University Logan, Utah.
- Karen, H ., Andreas, S., Rikard, K., Wicksell, T & Jens, J (2020). Feasibility of group-based acceptance and commitment therapy for adolescents (AHEAD) with multiple functional

somatic syndromes: *a pilot study*. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02862-z>.

- Karishma, K. (2020). Acceptance and Commitment therapy as a culturally competent therapy for hindus. *PhD*. Faculty of the College of Health & Human Services Widener University.
- Khoramnia, S., Amir, B., Nasrin, J & Aliakbar, P (2020). The effectiveness of acceptance and commitment therapy for social anxiety disorder: a randomized clinical trial. *a randomized clinical trial. Trends Psychiatry Psychother*. <http://dx.doi.org/10.1590/2237-6089-2019-0003>
- Kirsch, C. (2020). Comparison Study: Trauma-focused Cognitive Behavioral therapy and Acceptance and Commitment therapy for trauma. The Faculty in the Department of Psychology, *PhD*, Western Kentucky University ,Bowling Green, KY.
- Larmar, S., Wiatrowski, S., & Lewis-Driver, S. (2019). Acceptance & Commitment Therapy: An Overview of Techniques and Applications. *Journal of Service Science and Management*, 7, 216- 221. <http://dx.doi.org/10.4236/jssm.2014.73019>
- Larsson, L., & Frandin, K. (2020). A comparative study between the blind and their normal peers in alexithymia, *Visual Impairment Research*, 8 (1-2), 25-40.
- Louise, G., Linden, E., Annie-Claude, M & Regina, B (2021). Disordered eating & body image of current and former athletes in a pandemic; a convergent mixed methods study – What can we learn from COVID-19 to support athletes through transitions?, *Journal of Eating Disorders* . <https://doi.org/10.1186/s40337-021-00427-3>
- Lumley, M. A. (2020). Alexithymia, emotional disclosure, and health: A program of research. *Journal Of Personality*, 72(6), 1271-1300.
- Martino, G., Andrea, C., Carmelo, V & Ulla Feldt, R (2021). Alexithymia, Emotional Distress, and Perceived Quality of Life in Patients With Hashimoto's Thyroiditis. *Original Research*, V12, 1-11.

- Mattias, S., Peeter, F., Cecilia, B & Anton, L (2021). Body image perception, smoking, alcohol use, indoor tanning, and disordered eating in young and middle-aged adults: findings from a large population based Swedish study. Strand et al. ***BMC Public Health*** <https://doi.org/10.1186/s12889-021-10158-4>.
- Mawdsley, L (2020). Exploring Acceptance and Commitment Therapy and Psychological Processes in Carer Distress. ***PhD***, University of Liverpool.
- Mei-Chi, H & Wen-Chen, O (2021). Effects of Integrated Violence Intervention on Alexithymia, Cognitive, and Neurocognitive Features of Violence in Schizophrenia: ***A Randomized Controlled Trial***. 11, 837. <https://doi.org/10.3390/brainsci11070837>.
- Michael, T. (2020). Body image as predictors of quality of life and alexithymia in blind adolescents, mental health and academic persistence in undergraduate college students, ***Journal of American college health***, 59(1), 7-15.
- Michelle, W.(2019). Alexithymia: Emotional blindness makes it difficult for some people to know how they feel. ***Mediterranean Journal of Clinical Psychology***, 4(2), 12-28.
- Mikolajczak, M., & Luminet, O. (2019). Is alexithymia affected by situational stress or is it a stable trait related to emotion regulation?. ***Personality And Individual Differences***, 40(7), 1399-1408.
- Morie, K., Yip, S., Nich, C., Hunkele, K. & Potenza, N. (2019). Alexithymia and addiction: a review and preliminary data suggesting neurobiological links to reward/loss processing. ***Current addiction reports***, 3(2), 239-248.
- Mueller., Jochen., Alpers.,& Georg (2020). Two facets of being bothered by bodily sensations: Anxiety sensitivity and alexithymia in psychosomatic patients, ***Comprehensive psychiatry*** , 47,(6),489-495.
- Mullen, J., Hayes, S., & Andreas, R. (2020). Using acceptance and commitment therapy to increase self-compassion: A

- randomized controlled trial. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 3, 248– 257
- Nagl Michaela ., Lene Jepsen., Katja Linde & Anette Kersting (2019). Measuring body image during pregnancy: psychometric properties and validity of a German translation of the Body Image in Pregnancy Scale (BIPS-G). <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2386-4>
- Okan, A., Ergün, P & İsa, Ardahanl (2021). Investigation of the Relationship Between Biochemical Parameters, Alexithymia, and Stress Levels in Hemodialysis Patients. *DOI: 10.14744/scie.2021.24993* South. Clin. İst. Euras;32(1):13-18.
- Orsillo, S. & Batten, S. (2020). Acceptance and Commitment Therapy in the patients, *Comprehensive psychiatry* , 47,(6),489-495.
- Pellerone, M., Formica, I., Lopez, M., Migliorisi, S., Grana, R. (2017). Relationship between parenting, alexithymia and adult attachment styles: a cross-national study in Sicilian and Andalusian young adults. *Mediterranean Journal of Clinical Psychology*, 5(2), 1-24.
- Phillips, K. A. & crino, R. D. (2021). Alexithymia and its relationship to Body image disorder in visually impaired adolescents. *Journal of current opinion in psychiatry*, (14), 113-118.
- Pinquart, M., & Pfeiffer, J. (2021). Body image in adolescents with and without visual impairment. *British Journal of Visual Impairment*, 30(3), 122-131
- Poorna, S., & Vijaybanu, U (2019). Media Influence on Body Image among Young Adults. *Journal of Neurology, Neurosurgery, Psychology*, 19(2),349-367.
- Rajesh Sagar, Shivangi Talwar, Geetha Desail, Santosh K. Chaturvedi(2021). Relationship between alexithymia and depression: A narrative review. <http://www.indianjpsychiatry.org>, April 16, IP: 115.98.168.243]

- Remus Runcan (2020). Alexithymia in Adolescents: *A Review of Literature*. Treatment for Anxiety and Depression: *A Review. Psychiatr Clin N*
- Rigby ,N., Lorna S. Jakobson, Pauline M. Pearson & Brenda M. Stoesz (2020). Alexithymia and the Evaluation of Emotionally Valenced Scenes. *Original Research*. doi: 10.3389/fpsyg.2020.01820. Volume 11 | Article 1820
- Rigby, A., Lowenfeld, B ., Lunt, p., Revati, K (2020). The effectiveness of a group counseling program in improving the perception of body image among visually impaired students and its impact on reducing alexithymia. *Personal relationship in disorder, London: Academic Press*, 39-56.
- Rinaldo, Z., Natascia, L ., Barbara, B., Jessica, M & Emanuela G.(2020). Body image perception and body composition: assessment of perception inconsistency by a new index.. J Transl Med , <https://doi.org/10.1186/s12967-019-02201-1>.
- Robert, G.(2020). Body image dissatisfaction and suicidality among sexual minority men: the role of body image internalization. *Degree Master of Arts in Psychology*, Faculty of San Diego State University.
- Rosieriet, B ., Marta, M ., Yvonne van den, Berg & Hanna, K (2021). Parent–Infant Attachment Insecurity and Emotional Eating in Adolescence: Mediation through Emotion Suppression and Alexithymia. *Original Research*, V14, 5-21.
- Schattie, A.(2018). ART therapy and body image: developing positive art therapy interventions for adults with body image concerns, *degree of Master of Science*. Florida state University College of Fine arts.
- Semra, A., Aytur, K., Ray, S., Meier, J & Donald, A. (2021). Neural Mechanisms of Acceptance and Commitment Therapy for Chronic Pain: *A Network-Based fMRI Approach. Brain Sci*. 11, 10. doi: 10.3390/brainsci11010010
- Sohn, H. (2020) Body Image: Impacts of Media Channels on Men's and Women's Social Comparison Process, and Testing of Involvement Measurement, *Atlantic Journal of*

Communication,

- Štefanová, E ., Peter, B & Tibor, B (2020). Eating-Disordered Behavior in Adolescents: Associations with Body Image, Body Composition and Physical Activity. *International Journal of Environmental Research and Public Health*.
- Stoddard, T. (2021). Eating and Body Image Disorders in the Time of COVID19: An Anthropological Inquiry into the Pandemic's Effects on the Bodies. *degree of Master of Arts*, College of Arts and Sciences
- Suslow, T., Kugel, H., Rufer, M., Redlich, R., Dohm, K., Grotegerd, D., Zaremba, D., & ... Dannlowski, U. (2020). Alexithymia is associated with attenuated automatic brain response to facial emotion in clinical *depression*. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 65, 194-200.
- Suslow. T., Vivien Günther 1, Tilman Hensch2,3, Anette Kersting1 and Charlott Maria Bodenschatz (2021). Alexithymia Is Associated With Deficits in Visual Search for Emotional Faces in Clinical Depression. Volume 12. *Article* 668019. 1-14.
- Sutherland, V. (2021). The relationship among alexithymia, attachment styles, and racial identity of African American women in a residential substance abuse treatment facility. *Ph. D. Dissertation*, Texas University – Commerce.
- Takahashi, J., Hirano, T., & Gyoba, J. (2020). Effects of facial expressions on visual short-term memory in relation to alexithymia traits. *Personality and Individual Differences*, 83, 128-135.
- Taylor, J. (2020). *Alexithymia: 25 years of theory and research*. In 1. My Ricef, L. Temoshok e A. Vingerfoets (Eds.), Emotional Expression and Mealth. *The British Journal of visual Impairment* .Vol. 28, No.1, pp.
- Thomas J. Falterman (2021). Perceived Impacts of Acceptance and Commitment Therapy Training for Behavior Analysts. *Master degree*, Faculty of the University of Louisiana at Lafayette In Partial Fulfillment.

- Thomas, S & Anette, K.(2021). Beyond Face and Voice: A Review of Alexithymia and Emotion Perception in Music, ***Odor, Taste, and Touch***. Volume 12. Article 707599.
- Thompson, M., Destree, L., Albertella, L & Fontenelle, L. F. (2021). Internet-based acceptance and commitment therapy: a transdiagnostic systematic review and meta-analysis for mental health outcomes. ***Behavior Therapy***, 52(2), 492-507.
- Tracy, S (2021). Acceptance and commitment therapy for pediatric chronic pain: a contextual behavioral science approach for school psychologists. ***PhD***, Alliant International University, USA.
- Tremblay, L & Limbos, M. (2011). Body Image Disturbance and Pschopathology in Children: Research Evidence and Implication for Prevention and Treatment. ***Current Psychiatry Reviews***. Vol. 5.P.62
- Twohig, M. & Levin, M. (2018). Acceptance and Commitment Therapy as a University of South Florida
- Vieno, A., Martini, C., Santinello, M., Dallago, L., &Mirandola. M (2020). The relationship between Body image and self-esteem, a comparative study between blind and sighted persons. ***Working Paper Series***, (5), 1-17.
- Vitale, J (2021). Acceptance and Commitment Therapy for Children with Externalizing Behaviors, ***Degree, Doctor of Psychology***, Faculty of the Department of Psychology Roberts Wesleyan College, USA. vol, 17, pp. 19-35.
- Wahyuni, E., Nurihsan, J., & Yusuf, S. (2019). Effectiveness of acceptance and commitment therapy to enhance students' wellness. ***Journal of Evidence Based Psychotherapies***, 19(1), 91-113.-
- Waller, G., & Hodgson, S. (2020). Body image distortion in aorexia and bulimia nervosa: the role of perceived and actual control. ***The Journal of nervous and mental disease***, 184(4), 213-219.
- Wang, Z; Chen, M; Goerlich, S.; Aleman, A; Xu, P (2021). Deficient auditory emotion processing but intact emotional multisensory integration in alexithymia. ***DOI: 10.1111/psyp.13806*** . 1-5.

- Williams, Z & Gotham, K (2021). The effectiveness of psychodynamic therapy in increasing awareness of subconscious thoughts and behaviors and its impact on reducing alexithymia in adolescents. *Health Psychology Research*; 8:8894. 91-96.
- Xu, H., O'Brien, H., & Chen, Y. (2020). Chinese international student stress and coping: A pilot study of acceptance and commitment therapy. *Journal of Contextual Behavioral Science*, (15), 135-141.
- Yager, Z., Ivanka, P & Laura, M (2020). I have embraced: a pilot cross-sectional naturalistic evaluation of the documentary film Embrace and its potential associations with body image in adult women, *BMC Women's Health* , <https://doi.org/10.1186/s12905-019-0870-7>.
- Young, J & Weishaar, M. (2021). Difficulty expressing feelings and Body image in light of some demographic variables among a sample of the visually impaired. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 42, 184-191.
- Yssedlyke, J & Algozzine, B. (2018). *Introduction of special education*. Boston : Houghton Mifflin.
- Zaidi, S & Malik, M. (2020). Gender distinction in alexithymia among graduation students of Pakistan. *European Journal of Research in Social Sciences* 3(4),14-18.
- Zettle, R. (2021). Acceptance and commitment therapy (ACT) versus systematic desensitization in treatment of mathematics anxiety. *The Psychological Record*, 53(2), 197-215.