مجلة علوم
ذوى الاحتياجات الخاصة

فعالية التدريب على مهارات العلاج الجدلي السلوكي في خفض التحيزات المعرفية لدى المراهقين المكفوفين ذوي اضطراب القلق الاجتماعي

إعداد

أ. م.د/ مصطفى خليل محمود عطا الله

أستاذ الصحة النفسية المساعد

كلية التربية ـــ جامعة المنيا

المستخلص:

هدفت الدراسة إلى فحص العلاقة الارتباطية بين التحيزات المعرفية والقلق الاجتماعي لدى عينة الدراسة الأساسية من المراهقين المكفوفين، وفعالية التدريب على مهارات العلاج الجدلي السلوكي في خفض التحيزات المعرفية لدى المراهقين المكفوفين ذوي اضطراب القلق الاجتماعي. وتكونت العينة من (١٤) طالبًا وطالبة من المراهقين المكفوفين في المدى العمري (١٤-١٩) سنة، تم توزيعهم على مجموعة تجريبية قوامها (٧) طلاب من المراهقين المكفوفين ذوي اضطراب القلق الاجتماعي، ومجموعة ضابطة قوامها(٧) طلاب من المراهقين المكفوفين ذوي اضطراب القلق الاجتماعي، وتم التحقق من التكافؤ بين المجموعتين في التحيزات المعرفية والقلق الاجتماعي والعمر الزمني، وتم استخدام مقياس التحيزات المعرفية (إعداد: الباحث)، ومقياس القلق الاجتماعي (إعداد: عثمان،٢٠١٤)، وبرنامج تدريبي قائم على مهارات العلاج الجدلي السلوكي (إعداد: الباحث)، وتكون البرنامج من (٢٠) جلسة، ودلت النتائج على وجود ارتباط دال إحصائيًّا بين درجات عينة الدراسة الأساسية من المراهقين المكفوفين على مقياس التحيزات المعرفية ودرجاتهم على مقياس القلق الاجتماعي، وبعد تطبيق البرنامج كشف التحليل الإحصائي عن انخفاض درجات طلاب المجموعة التجريبية على مقياس التحيزات المعرفية، وتؤكد هذه النتيجة فعالية البرنامج التدريبي القائم على مهارات العلاج الجدلي السلوكي في خفض التحيزات المعرفية لدى عينة الدراسة من المراهقين المكفوفين ذوي اضطراب القلق الاجتماعي، كما استمرت فعالية البرنامج أثناء فترة المتابعة.

الكلمات المفتاحية: مهارات العلاج الجدلي السلوكي، التحيزات المعرفية، اضطراب القلق الاجتماعي، المراهقون المكفوفون ذوو اضطراب القلق الاجتماعي.

مقدمة :

تؤثر الإعاقة البصرية في الكفاءة المعرفية للفرد الكفيف؛ حيث تصبح قدرته على معالجة المعلومات ناقصة لما يتعلق بحاسة البصر، كما تنحرف هذه المعالجة كثيرًا في تقييم المعلومات المعرفية لدى الفرد الكفيف (الروسان،٢٠١٩، ص.١٨)[*]، فلا يستطيع المعاق بصريًّا أن يصدر الأحكام حول المثيرات الذي قد تقوده إلى تشوه الإدراك، والتفسيرات المعرفية غير المنطقية، ولذلك تزيد الأخطاء التي يقع فيها الفرد الكفيف نتيجة للممارسة غير الصحيحة لعمليات الاستدلال العقلي من جهة، وتؤدي إلى بعض مظاهر القصور الاجتماعي من جهة أخرى لدى المكفوفين(Comfort,2013؛ شاهين،٢٠١٧)، وخاصة أن معظم الدراسات التي تناولت الخصائص المعرفية لدى المكفوفين مثل دراسة كل من: (Hadidi, & Al Khateeb, 2014؛ شاهين، ٢٠١٧؛ عبد الباسط،٢٠١٩؛ De Caroli, Sagone, Falanga, & Orazio, 2020) استنتجت أنهم يعانون من مشكلات معرفية ونفسية واجتماعية عديدة تتمثل في: عدم الثبات الانفعالي، وضعف مفهوم الذات، والحساسية الانفعالية السلبية، والاكتئاب، وقصور أو ضعف في المهارات الاجتماعية، أو عدم القدرة على التفاعلات الاجتماعية المختلفة، والقلق الاجتماعي، وعدم القدرة على الاستبصار المعرفي، وجمود المعتقدات، وبعض المشكلات المعرفية الذاتية والاجتماعية.

ولهذا جاء الاهتمام بالتحيزات المعرفية لدى المكفوفين، حيث ترتبط التحيزات المعرفية لدى الفرد الكفيف بالدافعية أو بالطابع المعرفي، بحيث يلجأ الفرد إلى استخدام بعض طرق التفكير غير العقلاني في تفسير الأحداث والتنبؤ بها(Rozenman, Vreeland, , & Piacentini,2017؛ Reynolds, Smith, Whalley, & Chana, 2018)، كما تكون لدى الفرد الكفيف نزعة لتشكيل وتبني بعض المعتقدات التي تخدم حاجاته ورغباته دون النظر إلى الآخرين؛ ولذلك تستمد التحيزات المعرفية أهميتها من تأثيرها المتعاظم على مجمل حياة الفرد الكفيف(Joormann, Waugh, & Gotlib,2015)، فالتحيزات المعرفية ذات تأثيرات متباينة ومتعددة على مختلف جوانب شخصية الفرد من حيث توافقه النفسي والاجتماعي (Blaut, Orchard, & Reynolds, 2018؛Paulewicz, Szastok, Prochwicz & Koster, 2013).

وطبقًا للنموذج المعرفي، فإن القلق الاجتماعي الذي ينشأ عن سلسلة من الأحكام المتزامنة تدور حول خطورة الموقف أو حدث ما، وظهور بعض الأفكار الآلية السلبية التي تجعل الفرد يشعر بالخوف والتهديد الشديد؛ الأمر الذي ينتج عنه وصول الفرد إلى بعض الاستنتاجات والإجراءات الخاطئة، وتتبلور هذه الأفكار لأقل الأحداث أو المواقف التي يراها الفرد أنها مهددة؛ ويترتب على ذلك قيامه بوضع تنبؤات وألوان من

[*] تم الالتزام بنظام قواعد التوثيق العلمي للإصدار السابع (7th) APA Style.

الإزعاجات غير المبررة تدور حول كثير من الحوارات والتحيزات الداخلية المعرفية، الأمر الذي يقض مضجعه ويجعل نومه مضطربًا وفكره مشوشًا(Wong, & Rapee, 2016؛ Orchard, Apetroaia, Clarke, & Creswell, 2017؛ Stevens, Behar, & Jendrusina, 2018؛ Eric, & Louise, 2019).

وانطلاقًا مما سبق، يمكن النظر إلى التحيزات المعرفية لدى الفرد الكفيف على أنها وصف الأداء العقلي الخاطئ في عملية التفكير أو التذكر والتقييم ومعالجة وتغيير المعلومات، حيث يدرك ويفهم آثارها السلبية عندما تثور داخله، وتجعل تفكيره مشتتًا ومضطربًا؛ بحيث يبالغ في تقدير حجم التهديد أو تدني قدرته على التصدي لمصادر التهديد والسيطرة عليها والتصدي لها؛ مما يؤدي إلى آثار واضحة، منها: اتخاذ قرارات غير دقيقة، وتشويه المدركات وتفسيرات غير منطقية وغير واقعية، والتي تسبب تشوش الوعي المعرفي والانزعاج والقلق والشعور بالتهديد لأقل الأسباب(Schoth, Parry & Liossi, 2018)، وقد كشفت نتائج العديد من البحوث والدراسات أن التحيزات المعرفية تؤدي دورًا بارزًا في ظهور بعض أعراض الاضطرابات النفسية المختلفة، مثل: الاكتئاب والقلق الاجتماعي، وقلق ما بعد الصدمة، والوسواس القهري(Reuland, & Behar, ؛Joormann, et al., 2015؛Rozenman, Amir, & Weersing, 2014؛Teachman, 2014 ؛& Jendrusina, 2018 ؛Eric& Louise, 2019).

وظهرت العديد من المداخل العلاجية والتجريبية التي أشارت إلى أن الاستهداف للتحريف والمبالغة والتضخيم ليست قابلة للتغير التبادلي البسيط مع التقديرات المعرفية الأخرى المألوفة لخطوة التحيزات من قبيل درجة الاحتمالية، وتوقع الخطر وعدم قابلية الأحداث والمواقف السيطرة عليها، وعدم قابليتها للتنبؤ بحدوثها(Hullu, Sportel, Nauta, & Jong, 2017 ؛Telman, Holmes, & Lau, 2013؛ عبد الباسط، ٢٠١٩؛., David, Furukawa, 2020,Fodor, Georgescu, Cuijpers, Szamoskozi, S)، ولذلك تعتمد الدراسة الحالية على تعلم الفرد الكفيف بعض مهارات العلاج الجدلي السلوكي التي تهدف إلى تعلم كيفية تغير الأفكار والمشاعر والسلوكيات غير المرغوبة، وأيضًا التعامل مع الأحداث التي تسبب له الشعور بالتعاسة والتوتر، ومحاولة العيش ضمن اللحظة الحالية وقبول ما يحدث، حيث إن هناك العديد من البحوث التي أظهرت فاعلية مهارات التدريب على العلاج الجدلي السلوكي مع المراهقين الذين يفكرون بعض الاضطرابات النفسية المختلفة، وأيضًا من البالغين الذين يعانون من اضطراب الشخصية الحدية (Borderline Personality Disorder)، واضطرابات الأكل، والاكتئاب المقاوم للعلاج، والإدمان على المخدرات، والعديد من الاضطرابات النفسية الأخرى(Van Dijk, Jeffrey, & Katz, 2013؛ Linehan, & Wilks, 2015؛ أبو زيد،٢٠١٧؛ العريان، ٢٠١٨؛ Kells, Joyce, Flynn, Spillane, & Hayes, 2020).

قد تم الاعتماد على العديد من المهارات المبنية على الأدلة العلمية ومراجعة التدخلات العلاجية السلوكية، وقد قام الباحث باستخدام بعض المهام وأوراق عمل وكتيب في بناء وإعداد البرنامج العلاجي التدريبي المستخدم في هذه الدراسة، حيث أشارت لينهان (٢٠٢٠) إلى أن مهارات العلاج الجدلي السلوكي قد تم اقتباسها من العديد من المصادر المختلفة، فإن مهارات العلاج الجدلي السلوكي هي كل ما يقوله المعالج السلوكي للمراجعين لممارسة فعالة للعلاجات النفسية، وبعض المهارات أعيد توظيفيها وصياغتها على هيئة سلسلة من الخطوات، كما تم اقتباس بعض المهارات الأخرى من بحوث علم النفس المعرفي الاجتماعي، وبعضها الآخر من بعض الزملاء الذين أسهموا في تطوير مهارات العلاج الجدلي السلوكي الجديد للمجتمعات المتحضرة(ص.٢٤).

وانطلاقًا من أن ظروف الإعاقة تفرض على المراهقين المكفوفين ذوي اضطراب القلق الاجتماعي بعض السمات المعرفية والاجتماعية خاصة بهم؛ ولأهمية التحيزات المعرفية بالنسبة للإنسان بصفة عامة وللكفيف بصفة خاصة؛ اعتمدت هذه الدراسة على استخدم استراتيجيات وبعض الأدلة وأوراق العمل للتدريب على مهارات العلاج الجدلي السلوكي ـ التي تتمثل في: مهارات اليقظة العقلية، ومهارات البين شخصية، ومهارات تنظيم المشاعر، ومهارات تحمل الضغط ـ في خفض التحيزات المعرفية لدى المراهقين المكفوفين ذوي اضطراب القلق الاجتماعي.

مشكلة الدراسة:

ظهرت مشكلة الدراسة أثناء مشاركة الباحث في الإشراف على مجموعات التربية العملية في مدرسة النور للمكفوفين بالمنيا، حيث لاحظ على المكفوفين عدم المرونة في التفكير، والتشكك في بعض المعلومات، والتشبث بالآراء، والاعتماد على المعلومات الأولية والانطباعات وعدم التكيف، وعند سؤالهم عن أسباب هذه السلوكيات كانت الإجابة تشير إلى أن القلق الاجتماعي هو أحد الأسباب وراء ذلك، وخاصة في ظل الأحداث أو المواقف التي تقع لهم في حياتهم اليومية التي تتمثل في صعوبة أو ضعف التركيز، وشدة التقلب المزاجي.

وللوقوف على حجم المشكلة، وإبراز أهمية تناولها بالبحث والدراسة، قام الباحث بمقابلة (١٠) طلاب من المراهقين المكفوفين، طبق عليهم استبانة مفتوحة تتضمن بعض الأسئلة التي تتعلق بالتحيزات المعرفية والقلق الاجتماعي، وهي: "ماذا تفعل عندما تتفاعل مع الآخرين في الأنشطة الاجتماعية؟ وما شعورك عندما تضطرب أثناء تعاملك مع الآخرين؟ وما الأخطاء التي يقع فيها الفرد نتيجة للممارسته غير الصحيحة في المواقف المختلفة؟". وتمحورت استجابات المراهقين المكفوفين حول أن تحيزهم ناتج عن إدراكهم الناقص وأفكارهم المضطربة عند التعامل مع الآخرين، حيث عبر أحد المراهقين المكفوفين عن رأيه قائلًا: "أحنا كمكفوفين بنتضايق من سلوك الناس التانية، وبنسأل المكفوفين لي زينا في مشاكلنا، وبنعمل زي ما بيعملوا"،

ويدل ذلك على أن المكفوفين بيتأثروا بأفكار الآخرين وسلوكياتهم، ويستخدموا أراهم كمصدر معلومات لتكوين الحكم علي موضوع ما، كما تمحورت استجابتهم حول عدم القدرة على فهم دوافع الآخرين وأفكارهم ومشاعرهم، وفقدان الفرد للتركيز عند القيام ببعض الأمور المتعلقة به، وكذلك ممارسة سلوكيات التجنب والابتعاد عن أي مخاطر.

وقد اتسقت نتائج ملاحظة الباحث السابقة وأسئلته مع أدبيات البحث حول طبيعة التحيزات المعرفية والقلق الاجتماعي لدى المراهقين المكفوفين، حيث إن المراهقين المكفوفين يعانون من الميول والتحيزات الذاتية بغض النظر عن إيجابية هذه التحيزات أو سلبيتها، حيث يظهرون أهتمامًا بالتركيز والانتباه لموقف معين(Orchard & Reynolds, 2018)، كما أنهم يعتمدون على الاستراتيجيات السلبية، مثل: العزلة والخجل والقلق (Adak, Yurtay & Yurtay, 2015؛ Bora & Berk, 2016؛ De Caroli, et al., 2020).

كما أبرزت نتائج الدراسات أن لاضطراب القلق الاجتماعي آثاره السلبية على حياة المراهقين المكفوفين الذين يعانون منه، فهم يشعرون بارتباك في بعض المواقف الاجتماعية(Hadidi & Al Khateeb, 2014)، ولديهم عجز في إدراك الذات وضعف الثقة بالنفس (Doğangün, Yavuz, Demir, & Kayaalp, Bolat , 2011)، كما أنهم يميلون إلى التصرف بسلبية في المواقف الاجتماعية المختلفة(Orchard & Reynolds, 2018)، وبالتالي يؤثر ذلك على نمو الشخصية لدى المراهق الكفيف وعلى أدائه، ويصبح في صراع ما بين الواقع الداخلي والخارجي الذي ينتج عنه توقعاته الدائمة لاحتمال وجود السخرية والانتقاد والرفض من قبل الآخرين(Wong & Rapee, 2016).

ويعد العلاج الجدلي السلوكي من المداخل الحديثة والمهمة في مجال الصحة النفسية، والذي أكد كثير من الباحثين فاعليته في علاج بعض الاضطرابات النفسية المتعددة مقارنة بالمداخل العلاجية المعرفية السلوكية الأخرى، والمداخل العلاجية النفسية والطبية (Valentine, Bankoff, Reidler &Pantalone,2015؛ أبو عيطة، والشمايلة، ٢٠١٧). وفي حدود اطلاع الباحث، ومن خلال البحث في الدوريات والبحوث العربية لا توجد دراسة عربية تحققت من فاعلية مهارات العلاج الجدلي السلوكي المستخدمة في هذه الدراسة للمساعدة الذاتية أو كفاءتها بوصفها دليلًا في المعالجة الشخصية في خفض التحيزات المعرفية لدى المراهقين المكفوفين ذوي اضطراب القلق الاجتماعي. وفي ضوء العرض والتحليل السابق يمكن تحديد مشكلة الدراسة في السؤال التالي:

- ما فعالية البرنامج التدريبي القائم على مهارات العلاج الجدلي السلوكي في خفض التحيزات المعرفية لدى المراهقين المكفوفين ذوي اضطراب القلق الاجتماعي؟

أهداف الدراسة:

تهدف هذه الدراسة إلى خفض التحيزات المعرفية لدى المراهقين المكفوفين ذوي اضطراب القلق الاجتماعي من خلال التدريب على مهارات العلاج الجدلي السلوكي، ويتم التحقق من هذا الهدف من خلال الأهداف الفرعية التالية:

أ- فحص العلاقة الارتباطية بين التحيزات المعرفية واضطراب القلق الاجتماعي لدى المراهقين المكفوفين.

ب-إعداد برنامج تدريبي قائم على مهارات العلاج الجدلي السلوكي لدى المراهقين المكفوفين ذوي اضطراب القلق الاجتماعي.

ج- تعرف فعالية البرنامج في خفض التحيزات المعرفية لدى المراهقين المكفوفين ذوي اضطراب القلق الاجتماعي.

د- استمرارية فعالية البرنامج التدريبي في خفض التحيزات المعرفية لدى المراهقين المكفوفين ذوي اضطراب القلق الاجتماعي عينة الدراسة بعد انتهاء تطبيق البرنامج وأثناء فترة المتابعة.

أهمية الدراسة:

تستمد الدراسة أهميتها من خلال:

أ- الأهمية النظرية:

١- تهتم هذه الدراسة بشريحة مهمة من شرائح المجتمع من ذوي الإعاقة وهم المكفوفون، والتي تحتاج إلى المزيد من الاهتمام والرعاية؛ خاصة أنه قد تزايدت أعدادهم، وهم قوة بشرية مهمة يمكن الاستفادة من قدراتهم وإمكاناتهم في تنمية المجتمع، بالإضافة إلى أهمية مرحلة المراهقة بما تتضمنه من انشغال التفكير في التحيزات المعرفية المباشرة وغير المباشرة، ولأهمية هذه المرحلة في بلورة شخصية المراهق الكفيف؛ مما يبرز الحاجة إلى إجراء عديد من البحوث والدراسات حول التحيزات المعرفية التي تؤدي دورًا برزًا في ظهور أعراض كثير من الاضطرابات النفسية، مثل: القلق، والاكتئاب لدى المراهقين المكفوفين.

٢- تلقي هذه الدراسة الضوء في البيئة العربية على مدخل علاجي جديد" العلاج الجدلي السلوكي" والذي تكاد الدراسات العربية فيه تكون نادرة جدًّا في مجال التربية الخاصة؛ مما يزود المعالجين والباحثين بمدخل جديد في التعامل مع المشكلات التي يعاني منها الأفراد ذوي الإعاقة.

٣- إن هذه الدراسة تتخطى طبيعة الدراسات الوصفية الارتباطية، وتتجاوزها إلى الدراسات شبة التجريبية وتستخدم العلاج الجدلي السلوكي ومهاراته، والذي يركز على استبدال التفكير الجامد(أبيض/أسود) الذي يسبب الصراعات والضغوط النفسية في العلاقات الاجتماعية، ويؤدي أيضًا إلى معتقدات تمنع العميل من الاستجابة بشكل فعال في مواقف الصراع، وتدريب العميل على مهارات حل المشكلات وحل الصراع من خلال النظر إلى طبيعة هذه المعتقدات، وهو ما يغفل عنه المرشدون النفسيون.

ب- الأهمية التطبيقية:

١- توفر هذه الدراسة عدة أدوات تم اقتناؤها من التراث الأجنبي، وتم استخدامها مع العلاج الجدلي السلوكي، وهي: أوراق العمل الخاصة بمهارات العلاج الجدلي السلوكي، ومقياس التحيزات المعرفية، وتم التحقق من صدقها وثباتها في البيئة العربية، والتي يمكن الاستفادة منها في الكشف عن التحيزات المعرفية الذي أثبتت دراسات عدة أثرها في كثير من الاضطرابات النفسية، وكذلك قابليتها للتعديل من خلال برامج قائمة على مهارات العلاج الجدلي السلوكي.

٢- توفر هذه الدراسة برنامجًا مستندًا إلى مهارات العلاج الجدلي السلوكي يتضمن التدريب على: مهارات اليقظة العقلية، ومهارات الفاعلية (البين الشخصية) الفعالة، ومهارات تنظيم المشاعر، ومهارات تحمل الضغط، والتي يمكن الاستفادة منه مباشرة من خلال التطبيق على عينات ذوي اضطراب القلق الاجتماعي، واضطرابات أخرى.

٣- يتوقع أن تفتح هذه الدراسة آفاقًا جديدة أمام المتخصصين والباحثين في مجال التربية الخاصة لاختبار علاقة التحيزات المعرفية بالاضطرابات النفسية المتنوعة لدى عينات مختلفة من ذوي الإعاقة، مما يعد إضافة جديدة في ميدان التربية الخاصة.

مصطلحات الدراسة:

أ- المراهقون المكفوفون ذوي اضطراب القلق الاجتماعي:

يعرف الفرد الكفيف في (المعجم الموسوعي في علم النفس) بأنه: "شخص حدة بصره أدنى من ٢٠/١ بالنسبة لأفضل عين"(سيلامي،٢٠٠١، ص.٢٦٦)، كما يعرف الأفراد المكفوفون في "(موسوعة علم النفس التأهيلي) بأنهم: أفراد يستطيعون إدراك الضوء، وتقل حدة إبصارهم عن ٢٠٠/٢٠ قدم (أي ٦٠/٦مترًا) أو أقل، إلا أنهم لا يمكنهم رؤية أي مثير بصري ثابت أو متحرك على بُعد ثلاثة أقدام من أعينهم" (كفافي، وعلاء الدين،٢٠٠٦، ص. ٩٥).

ويعرف اضطراب القلق الاجتماعي (social anxiety Disorder) بإنه: "خوف غير واقعي شديد ومتواصل، خوف من المواقف الاجتماعية التي يمكن أن يجد الفرد نفسه فيها أمام أفراد غرباء يتفحصونه، ويبدأ عادة اضطراب القلق الاجتماعي في بداية المراهقة، عندما تبدأ التفاعلات الاجتماعية ذات أهمية" (جونسون، كرنك، نيل، ودافيسون،٢٠١٥، ص.٣٥١،٣٥٢).

ويُقصد بالمكفوفين ذوي اضطراب القلق الاجتماعي في هذه الدراسة أنهم: الطلاب فقدوا القدرة على الرؤية قبل الولادة أو بعدها قبل وصولهم إلى سنِّ خمس سنوات، وتصل حدة الإبصار لديهم إلى (٢٠٠/٢٠ قدم)؛ مما يؤدي إلى عدم إفادتهم من حاسة الإبصار للقيام بالأنشطة والمهارات الحياتية المختلفة، كما أنهم

يتجنبون المواقف الاجتماعية، ويشعرون بعدم الراحة من الاختلاط بالمجتمع، وتجعلهم لا يستطيعون السيطرة على انفعالاتهم وتصرفاتهم، وتتعدد أسبابها وتؤدي إلى سوء توافقهم مع الآخرين.

ب- **التحيزات المعرفية: *Cognitive Biases***

تعد التحيزات المعرفية شكلًا من أشكال التفكير التي تؤثر في قدرة الفرد في التقييم، وتزيد من الأحكام الخاطئة كدليل على وجود ضعف في التفكير، والتعامل مع الآخرين في مواقف التفاعل الاجتماعي المختلفة (Rozenman, et al., 2017). وتعرف التحيزات المعرفية بأنها: الأخطاء الإدراكية التي يقع فيها الفرد نتيجة لممارسات غير صحيحة لعمليات الاستدلال العقلي؛ مما يؤدي إلى إصدار أحكام وقرارات خاطئة، وتحدث التحيزات المعرفية بسبب القيود في القدرة الإدراكية البشرية على استيعاب جميع المعلومات المتاحة بشكل صحيح ومعالجتها؛ مما يؤدي بالفرد إلى إصدار قرارات متحيزة؛ نتيجة لعوامل إدراك فردية أو عوامل خارجية (van der Gaag Joormann, et al., ؛ Schütz, Ten Napel, & Landa, 2013, 2015).

إن المستقرئ لما سبق يتضح له أن شعور الكفيف بالتفضيلات المعرفية لديه ناتج عن أنماط تفكير أو تشوهات تمت بها معالجة المعلومات، وتؤدي إلى قرارات خطأ، وتظهر لديه الثقة الزائدة في الأحكام الخاطئة، كما أنها تؤدي إلى تشويه في طريقة تفكيره عندما ينظر إلى الواقع بطرق غير عقلانية.

تعرف التحيزات المعرفية إجرائيًّا بأنها: الاستجابات اللفظية لعينة الدراسة من المراهقين المكفوفين المضطربين اجتماعيًّا التي تعكس قدراتهم على القفز إلى الاستنتاجات، وجمود المعتقدات، والانتباه للمهددات، والعزو الخارجي، والمشكلات المعرفية الاجتماعية، والمشكلات المعرفية الذاتية، والسلوكيات الآمنة، وتعبر عنها درجاتهم على مقياس التحيزات المعرفية بمجالاتها المختلفة (إعداد: الباحث).

ج- **مهارات العلاج الجدلي السلوكي: *DBT Skills Training***

يعرف العلاج الجدلي السلوكي(DBT) بأنه: مدخل علاجي وضعته مارشا م. لينهان " Marsha, M. Linehan" يستند إلى مبادئ النظرية المعرفية السلوكية في الجدل والتفكير الجدلي لحل المشكلات النفسية، ومبادئ النظرية الجدلية الحديثة، ويهدف إلى تدريب الفرد على مهارات تساعده على زيادة القدرة على المرونة الذهنية، وبناء حياة ذات قيمة، والتعامل مع انفعالاته الحادة ومشكلاته المعرفية والاجتماعية التي تسبب له الشعور بالتعاسة والتوتر، ومحاولة العيش ضمن اللحظة الحالية وقبول ما يحدث له، وتنظيم استجابته الانفعالية، وتحسين العلاقات الاجتماعية(راجا،٢٠١٩، ص.٢٦؛ Budak &Kocabaş, 2019 ؛ لينهان،٢٠٢٠، ص.٢٧)، ويتم هذا من خلال المهارات والاستراتيجيات التي يتضمنها العلاج الجدلي السلوكي، ومنها: مهارات

اليقظة العقلية، ومهارات فعالية العلاقات بين الشخصية، ومهارات تنظيم المشاعر، ومهارات تحمل الضغوط والكرب النفسي.

ويعرف البرنامج القائم على مهارات العلاج الجدلي السلوكي إجرائيًّا بأنه: برنامج تدريبي مصمم ومخطط في ضوء مهارات العلاج الجدلي السلوكي، والبرنامج يتضمن مجموعة من الجلسات تهدف إلى تدريب المراهقين المكفوفين المضطربين اجتماعيًّا على التركيز على نمو الوعي بما يحدث داخله وحوله، وكيفية التعامل مع المشكلات المعرفية الذاتية والاجتماعية، والتغلب على جمود المعتقدات والانتباه للمهددات والعزو الخارجي، كما وصفت في مدخل العلاج الجدلي السلوكي، والتي يتم تنفيذها من خلال بعض الأدلة وأوراق العمل المتضمنة في جلسات البرنامج التدريبي في هذه الدراسة.

محددات الدراسة:

تحددت هذه الدراسة موضوعيًّا بدراسة فعالية التدريب على مهارات العلاج الجدلي السلوكي في خفض التحيزات المعرفية لدى المراهقين المكفوفين ذوي اضطراب القلق الاجتماعي، ومكانيًّا: مدرسة النور للمكفوفين بالمنيا، وزمانيًّا بالفصل الدراسي الأول من العام الدراسي ٢٠٢٠/٢٠٢١م، وبأدواتها: مقياس التحيزات المعرفية للمراهقين المكفوفين، ومقياس اضطراب القلق الاجتماعي للمراهقين المكفوفين، والبرنامج التدريبي القائم على مهارات العلاج الجدلي السلوكي لخفض التحيزات المعرفية للمراهقين المكفوفين، وبمنهجها التجريبي.

الإطار النظري:

أ- التحيزات المعرفية:

١- تعريف التحيزات المعرفية:

تعد التحيزات المعرفية من المفاهيم المعرفية الإدراكية الحديثة نسبيًّا، التي تعتمد على وصف الأداء العقلي الخاطئ في عملية التفكير أو معالجة المعلومات أو التذكر وتغييرها، فقد كان من الطبيعي أن يهتم العديد من الباحثين النفسيين بتحديد هذا المفهوم، والذين لم يختلفوا كثيرًا حول الأصول في ذلك، بل كانت غالبية اختلافاتهم حول الفروع أو جوانب الاهتمام، فركز بعض الباحثين في تحديدهم للتحيزات المعرفية على اعتبارها خطأً منهجيًّا في الحكم، ويمكن أن تكون بسبب القيود المعرفية، والعوامل المحفزة، وكيفية التكييف مع البيئة من حولنا وصنع القرار، وهذا ما يشير إليه كل من: (Joormann, et al., 2015؛ الحموري،٢٠١٧؛ Schoth, et al., 2018) في تعريفهم للتحيزات المعرفية بأنها: "خطأ منهجي في التفكير يلجأ إليه الأفراد في الحكم واتخاذ القرارات، ويحدث بسبب محدودية الإدراك المعرفي وعوامل الدافعية والتكييف في البيئات الطبيعية وأخطاء الذاكرة والحسابات الخاطئة؛ مما يؤدي إلى السرعة في اتخاذ القرارات وضعف إصدار الأحكام وقرارات خاطئة".

في حين ركز باحثون آخرون في تحديدهم للتحيزات المعرفية على اعتبارها الأخطاء الإدراكية التي يقع فيها الفرد نتيجة لممارسات غير صحيحة لعمليات الاستدلال العقلي، وهذا ما يشير إليه كل من:(White, Eric, &Louise, 2019, ؛Suway, Pine, & Fox,2016) في تعريفهم للتحيزات المعرفية بأنها:" شكل من أشكال التفكير التي تؤثر في قدرة الفرد في التقييم، وتؤدي إلى انحرافات منهجية في مستوى العقلانية أو الحكم الجيد، كما تزيد من الأحكام الخاطئة كدليل على وجود ضعف في التفكير، والتعامل مع الآخرين في مواقف التفاعل الاجتماعي المختلفة".

ويربط بعض الباحثين التحيزات المعرفية بميول التفكير في بعض الطرق التي يمكن أن تؤدي إلى انحرافات منهجية في مستوى العقلانية أو الحكم الجيد، وهذا ما وصفه كل من: (Sharpe, Johnson, & Naim, Kivity, Bar-Haim & Huppert, 2018؛Dear, 2015) في تعريفهم للتحيزات المعرفية بأنها: تنتج من خلال وجود فكرتين أو أكثر متناقضتين أو متنافرتين، فتولد لدى الفرد رغبة قوية في تقليل هذا التنافر أو الانزعاج النفسي بين فكرتين، ومن أجل الابتعاد عن الضيق والتوتر والوصول إلى الراحة النفسية، وبذلك نجد أن العقل الإنساني يميل إلى التحيز، بمعنى أنه ينجذب ويميل إلى الأشياء التي تؤيد معتقداته.

كما يراها البعض الآخر أنها تجميع لثلاث عمليات استدالية تنتج من خلال الممارسة غير الصحيحة لعمليات الاستدلال العقلي التي تمنع الفرد من التفكير بالطريقة السليمة، وهذا ما يشير إليه كل من: (Franz, et al., 2008 ؛Julie, et al., 2006؛Zlotnick, et al., 2001) في أن التحيزات المعرفية ما هي إلا نتاج سلبي لثلاث عمليات، هي: التمثيل الذي يصد به نزعة الفرد إلى تخيل أن ما يراه هو ما يمكن أن يحدث. التوافر الذي يقصد به أن الفرد عندما يتخيل ما سيحدث، فإنه يقوم بتذكر مواقف وأحداث سابقة. التكيف الذي يقصد به قيام الفرد بتحديد نقطة انطلاق مبدئية غير مؤكدة، ومن ثم تعديل موقفه بناءً على ذلك.

إن المستقرئ لما سبق يتضح له أن للتحيزات المعرفية دورًا محوريًّا في ظهور أعراض كثيرة من الاضطرابات النفسية على الفرد بصفة عامة والمعوق بصريًّا بصفة خاصة؛ وذلك لما تسببه التحيزات المعرفية من زيادة تكرار الأفكار السلبية، وشدتها، ونوعيتها، الذي بدوره يؤثر سلبيًا على الكفيف في انفعالاته والأعراض المصاحبة لبعض الاضطرابات النفسية، كما تحدث التحيزات المعرفية لدى الكفيف بسبب القيود في القدرة الإدراكية على استيعاب جمع المعلومات المتاحة بشكل صحيح ومعالجتها؛ مما يؤدي بالكفيف إلى إصدار قرارات متحيزة؛ نتيجة لعوامل إدراك فردية أو عوامل خارجية.

٢- أنواع التحيزات المعرفية:

تعددت وجهات نظر الباحثين الذين تناولوا مكونات التحيزات المعرفية وفقًا لتوجهاتهم النظرية؛ فقد ذكر Van der Gaage, et al. (2013) سبعة مكونات مترابطة للتحيزات المعرفية، هي: القفز إلى

الاستنتاجات، وجمود المعتقدات، والانتباه للمهددات، والعزو الخارجي، والمشكلات المعرفية الاجتماعية، والمشكلات المعرفية الذاتية، والسلوكيات الآمنة.

وقام Goldstein(2015) بتصميم نموذج للتحيزات المعرفية مرتكزًا على ثماني عمليات، هي: التوافر، والارتباط الوهمي، والتمثيل، والمعدل القاعدي، وقاعدة الاقتران، وقانون الأعداد الكبيرة، والتحيز التأكيدي، والتحيز الجانبي، وهذه العمليات ليست منفصلة بعضها عن بعض، وإنما هي متشابكة في عملية واحدة، حيث إن التوافر يجعل الفرد في بعض المواقف يستدعي بعض الأحداث بسهولة، أما الارتباط الوهمي فيجعل الفرد يوجد علاقة وهمية بين الأحداث، وبينما يجعل التمثيل الفرد يربط بين حدثين، ويشير المعدل القاعدي إلى تفسير الحدث بناءً على ما لدى الفرد من معلومات وليس بناءً على انتشار الحدث في المجتمع، وقاعدة الاقتران تجعل الفرد يدرك أنه بمجرد وجود حدث ما فإنه سوف يؤدي لحدوث الآخر، وقانون الأعداد الكبيرة يجعل الفرد يفسر الأحداث بناءً على حدوثها مع عدد كبير من الناس، والتحيز التأكيدي يجعل الفرد يركز على بعض المعلومات في المواقف دون غيرها بناءً على فرضيته، والتحيز الجانبي يجعل الفرد يقدم أدلة تتفق مع ميوله واتجاهه الشخصي.

وحدَد كل من:Dobson-Keeffe & Coaker(2015) مكونين للتحيزات المعرفية، تمثل المكون الأول في تحيز التوافر، ويحدث عندما يتخيل الفرد للمواقف والأحداث السابقة في ذاكرته لتخيل ما سيحدث، وتحدث المشكلة عندما يتم ربط المعلومات مع هذه الأحداث التي يسهل الوصول إليها دون أدلة موثوقة لدعمها. بينما تمثل المكون الثاني في تحيز التأكيدي، وهو الميل إلى البحث عن أو تقييم المعلومات التي تعتبر جزءًا من المعتقدات والتوقعات الحالية.

يتضح مما سبق أن كل هذه التحيزات المعرفية ليست بالضرورة منفصلة، ولكنها من المحتمل أن تكون متداخلة في التعريف والتأثير، ويستنتج الباحث أن جميع أنواع التحيزات المعرفية السابقة تتمركز حول أن الفرد بصفة عامة والكفيف بصفة خاصة يقوم بالاعتماد على ما لديه من معلومات وترسيخ تلك المعلومات وعدم الاهتمام بالمعلومات المتوفرة لديه حاليًا، كما يميل إلى تقييم المعلومات التي تعتبر جزءًا من التوقعات والمعتقدات الحالية، بالإضافة إلى ربط الفرد الموقف الحالي بالمواقف السابقة المتشابهة له، ومن ثم يميل الفرد إلى البحث فقط عن المعلومات التي تتفق مع وجهات نظره، ومعتقداته، وتوقعاته المسبقة، أو النتائج المرجوة، ورفض المعلومات التي تتعارض مع معتقداته وتوقعاته.

٣- النظريات المفسرة للتحيزات المعرفية:

نتيجة للاهتمام المتزايد بمفهوم التحيزات المعرفية ظهرت العديد من النظريات التي تتباين في تفسيرها ورؤيتها لهذا المفهوم ومسبباته، وفي ضوء تلك النظريات ظهرت العديد من الأدوات لقياس التحيزات المعرفية، وأظهرت نتائج العديد من الدراسات والبحوث في هذا المجال أن ما يقاس بواسطة بعض هذه الأدوات يتداخل مع ما يقاس بمقاييس سمات الشخصية(MacLeod & Grafton, 2016؛ Smith, et al., 2018؛ Naim, et al.,2018؛ Eric & Louise, 2019؛ Fischhoff & Broomell, 2020)، كما يصعب تمييزه عن ما يقاس بمقاييس الشخصية، ولحل هذه المشكلة بدأت الدراسات والبحوث في هذا المجال تميز بين التحيزات المعرفية بوصفها سمة من سمات الشخصية وبين التحيزات المعرفية بوصفها حالة عارضة تنتاب الفرد نتيجة مروره ببعض الخبرات المؤلمة .

لذلك نجد العديد من النظريات التي فسرت التحيزات المعرفية ومسبباتها، منها : نظرية التوقع، ونظرية المقارنة الاجتماعية، ونظرية الاختيار العقلاني، ونظرية فان دير جاج وآخرين، وتتمايز كل نظرية عن الأخرى في الدرجة التي تركز فيها بصورة شاملة على تفسير ومسببات التحيزات المعرفية.

يتضح مما سبق أن هناك تباينًا بين تلك النظريات حول تفسير التحيزات المعرفية والعوامل المسببة لها، حيث تُرجع نظرية التوقع التحيزات المعرفية إلى أن الفرد يختار السلوك الذي يتوقع أن يجلب له أكثر الفوائد ويجنبه أكثر الصعوبات(MacLeod & Grafton, 2016,)؛ مما أدي إلى وجود معيار معين أو نقطة مرجعية يمكن من خلالها تحديد الفوائد والصعوبات، والأفراد تبعًا لتلك النقطة ينحازون إلى السلوكيات التي تجلب لهم المكاسب(Sharpe, et al., 2015)، بينما ترجع نظرية المقارنة الاجتماعية التحيزات المعرفية إلى وجود مجموعتين مختلفين: إحداهما داخلية (الواقع الموضوعي قيام الفرد بمقارنة أفكاره وآراءه من خلال معايير موضوعية) والأخرى خارجية (الواقع الاجتماعي هو هو قيام الفرد بمقارنة أفكاره وآرائه بأفكار وآراء الآخرين في الموضوع نفسه) (الحموري،٢٠١٧)؛ يلجأ لهما الفرد لتقييم أفكاره وقدراته، وأن الفرد أثناء تقييمه لهاتين المجموعتين سوف ينحاز إلى المجموعة الداخلية، والتي يعتبر هو جزءًا منها حتى وإن كانت المجموعة الخارجية أفضل(MacLeod & Grafton, 2016).

في حين أكدت نظرية الاختيار العقلاني أنه يمكن أن يقع الأفراد في التحيز المعرفي نتيجة لإدراكاتهم الخاطئة للمنافع التي يقومون باختيارها أو نتيجة للتشويه الذي يحدث لديهم عند تحديد تلك المنافع؛ كما تشير النظرية إلى قيام الفرد بترتيب البدائل المتاحة تبعًا للعوائد التي تجلبها له، أي أن هناك جانبًا واضحًا في نظرية الاختيار العقلاني، ويحدث التحيز المعرفي وفق هذه النظرية نتيجة التحديد الخاطئ للمنافع التي يقوم الفرد باختيارها(Stevens, et al., 2018 ؛, & Broomell, 2020Fischhoff)، وعندما يكون الفرد بصدد اتخاذ

قرار معين فإنه لا يستوعب كل المعلومات ذات صلة بالمشكلة؛ نظرًا لأن ذاكرة الفرد محدودة، وبالتالي يكون الفرد مضطرًا إلى التركيز على مجموعة معينة من المعلومات، ونجاهل البعض الآخر، وبذلك يلجأ إلى ما يعرف بالعقلانية المحدودة التي تتصف بالكيفية التي يمكن أن ينحاز بها تفكير الفرد من خلال المعلومات المحددة التي يملكها، وكذلك خلال ما يمتلكه من معتقدات قوية (Reuland & Teachman, 2014؛ Rozenman, et al., 2017).

وتتبنى الدراسة الراهنة نظرية "فان دير جاج وآخرين"" ، والتي قدمت مفهومًا للتحيزات المعرفية مبنيًّا على فهم مشاعرنا ومشاعر الآخرين، وعلاقاتنا مع الآخرين بشكل فعال . كما عبر عنه Van der Gaage, et al(2013) ثلاثة مجالات رئيسة(التحيزات المعرفية، والمحددات المعرفية، والسلوكيات الآمنة) يتفرع منها سبع أبعاد أساسية، هي: القفز إلى الاستنتاجات، وجمود المعتقدات، والانتباه للمهددات، والعزو الخارجي، والمشكلات المعرفية الاجتماعية، والمشكلات المعرفية الذاتية، والسلوكيات الآمنة، ووفقًا لهذه النظرية تعد التحيزات المعرفية مفهوم له قابلية للتخفيف والتعديل، وهو ما يكسبه مرونة تجعله أكثر قابلية للتناول، من خلال العمل على تحسين قدرة الفرد على وصف المشاعر نحو الآخرين، والقدرة على فهم الذات، وضبط الذات، والتعبير عن المشاعر، وتنمية القدرة على توظيف العمليات المعرفية لتعرف المشاعر الداخلية للفرد، والتمييز بينها وبين الأحاسيس الجسمانية الناتجة عن تلك المشاعر، والاعتماد على الخبرة الذاتية أكثر من الاعتماد على خبرات الآخرين.

٤- تأثير التحيزات المعرفية على المراهقين المكفوفين:

تؤثر التحيزات المعرفية تأثيرًا سلبيًّا على حياة الكفيف الشخصية والانفعالية والاجتماعية، حيث تؤثر في التفكير وصنع القرار اليومي، فيفعل الكفيف شيئًا ما بسبب ثقافته أو شخصيته دون وجود سبب محدد وواضح لحدوث هذا الفعل(Orchard, & Reynolds,2018؛Smith, et al.,2018)، فالشخص الكفيف يعاني من صعوبات في تقرير مصيره Self-Determinations من حيث قدرته على تحديد اختياراته واتخاذ القرار المناسب، فيلجأ إلى مجموعة من الأحكام غير المنطقية التي تستند إلى تصورات غير موضوعية وتوقعات ذاتية دون الالتفات إلى التغيرات المناسبة، وينتج عنه تشويهًا في اتخاذ القرارات التي تخدم منفعته الشخصية(Bruce, Zatta, Gavin, Stelzer, 2016 ؛Ivy, Lather, Hatton, & Wehby,2016؛ Cmar & Markoski, 2019؛ الشافعي،٢٠٢٠).

ويحتاج المراهقون المكفوفون إلى حاجات نفسية ومعرفية لا تختلف عن الفرد العادي تساعدهم على اتخاذ قرارات عقلانية وإصدار أحكام مبررة تقودهم إلى استنتاجات واستخلاصات منطقية، بالإضافة إلى تنمية

بعض الطرق العقلانية لديهم في تفسير الأحداث والتنبؤ بها، وتوجيه انتباههم نحو بعض أنواع المعلومات والفرضيات، والتقليل من أهمية بعض الفرضيات والمعلومات الأخرى أو تجاهلها، وفي هذا الصدد توصي بعض الدراسات إلى تعديل التحيز المعرفي لدى الشخص الكفيف، وذلك بتعديل أنماط التفكير لديه، والعمل على تقييمه للأدلة التي تستند إليها أفكاره ومعتقداته بدلًا من الاقتصار على محاولة تأكيد عدم صحة هذه المعتقدات والأنماط، وكذلك بناء علاقات اجتماعية مع الآخرين، وإشباع تلك الحاجات يحدد ويقلل من التحيزات المعرفية السلبية لديهم(Pinquart & Pfeiffer,2014؛ Chan, Lau, & Reynolds, 2015).

ب- اضطراب القلق الاجتماعي لدى المراهقين المكفوفين:

يعد اضطراب القلق الاجتماعي *Social Anxiety Disorder* واحدًا من الاضطرابات التي يمكن أن تؤثر على الأداء المعرفي والوظيفي والاجتماعي للفرد، وتدفع الشخص إلى المشاركة الفعالة في المجالات المتعددة للحياة؛ نظرًا لما ينشأ عنه من عزلة ووحدة؛ ومن ثم انخفاض أدوار الفرد الاجتماعية والوظيفية(Binder, Wrzesińska, & Kocur, 2020)، فضلًا عن أن القلق في المواقف الاجتماعية يمثل ضغطًا شديدًا على الفرد، حيث يشتت انتباهه ويمنعه من التفاعل الاجتماعي الناجح. ويعرف اضطراب القلق الاجتماعي بأنه: الخوف من الوقوع محل ملاحظة الآخرين، ونقدهم؛ مما يؤدي إلى تجنب المواقف الاجتماعية(عكاشة، وعكاشة، ٢٠٠٣، ص.١٩٦).

أما الدليل الإحصائي والتصنيفي الخامس للاضطرابات النفسية الصادر عن رابطة الطب النفسي الأمريكية، فقد وضع المحكات التشخيصية الآتية لتشخيص اضطراب القلق الاجتماعي: "خوف واضح من موقف أو أكثر من المواقف الاجتماعية أو المواقف التي تتضمن الأداء أو الإنجاز التي يتعرض فيها الشخص لأناس غرباء أو لاحتمال تفحص الآخرين له، ويخاف الشخص من أنه سيتصرف بطريقة ستكون مذلة أو محرجة، واستمرار المعاناة من الاضطراب لمدة ستة شهور"(APA, 2013,P.672-673).

كما يعرف القلق الاجتماعي لدى المراهقين المكفوفين بأنه: "تجنب المراهق الكفيف للمواقف الاجتماعية، والإخفاق في الاشتراك في المواجهات الاجتماعية، والشعور بعدم الارتياح خلال التواصل مع الآخرين، مع ظهور ردود فعل مختلفة تتضمن استجابات فسيولوجية وسلوكية ومعرفية وانفعالية"(البيلاوي،٢٠٠١). ويتفق هذا مع ما ذهب إليه كل من:(2014)Pinquart & Pfeiffer أن الإعاقة البصرية تؤثر بشكل كبير على مدى مشاركة الكفيف في المواقف الاجتماعية المختلفة، كما يصاحب اضطرابات القلق الاجتماعي بعض الاضطرابات النفسية الأخرى لدى المراهقين المكفوفين، مثل: الاكتئاب والتحيزات المعرفية والحساسية الانفعالية، ونقص إدراك الذات، وفقدان معنى الحياة، والشك في الذات، وغموض الهوية،

واضطرابات القلق الأخرى(Comfort, 2013؛ Brunes, Flanders, & Augestad,2015؛ Bora, & Berk, 2016، ؛ Orchard & Reynolds, 2018؛ De Caroli, et al., 2020).

كما أن الافتراض الشائع الذي يرشد كل النماذج النظرية في فهم وتفسير اضطراب القلق الاجتماعي، ومؤداه أن اضطراب القلق الاجتماعي نوع من المخاوف الاجتماعية أو العجز الاجتماعي الوظيفي الذي يعاني منه الفرد ذو القلق الاجتماعي، وتفترض النماذج المعرفية السلوكية أن القلق الاجتماعي ينشأ عن سلسلة من الأحكام المتزامنة تدور حول خطورة موقف أو حدث ما، وظهور مجموعة من الأفكار الآلية السلبية التي تجعل الشخص يشعر بالخوف والتهديد الشديد(ليهي،٢٠٠٦، ص.١٧٩)، ويحيل النموذج الجدلي السلوكي القلق الاجتماعي إلى وجود بعض الأفكار والمشاعر والسلوكيات غير المرغوبة، والتعامل بطريقة سلبية مع الأحداث التي تسبب الشعور بالتعاسة والتوتر والقلق؛ مما يؤدي إلى العيش ضمن اللحظات الماضية وعدم قبول ما يحدث، وتجنب المواقف الاجتماعية التي يتعرض فيها الفرد للتدقيق المحتمل من قبل الآخرين(Chapman & Tull, 2011, P.25).

ج- العلاج الجدلي السلوكي:

تعد المدرسة الجدلية السلوكية من أحدث المدارس في علم النفس بصفة عامة وفي مجال العلاج النفسي بصفة خاصة، ويرتبط البناء النظري لهذا العلاج الجدلي السلوكي على مبادئ النظرية المعرفية السلوكية في الجدل والتفكير الجدلي لحل المشكلات والقضايا المتناقضة، فالعلاج الجدلي السلوكي *Dialectical Behavior Therapy* يستخدم استراتيجيات تكاملية من العلاجات المعرفية السلوكية، وتدريبات وممارسات، ويعتمد على مبادئ الفلسفة الجدلية الحديثة ونظريات الترابط والتكامل داخل السياق(الداخلي المعرفي الانفعالي والخارجي الاجتماعي)، ويعمل على توظيفها لدمج هذين التوجهين المتعارضين في إطار علاجي متسق ومتناغم(راجا،٢٠١٩، ص.٢٨).

وتم تطوير العلاج الجدلي السلوكي نتيجة أعمال لينهان(M.Linehan(1993، حيث استخدمت هذا العلاج في علاج الأفراد الذين يعانون من اضطراب الشخصية الحدية، والذين يتسمون بالأعراض التالية: اضطراب العلاقة مع النفس والآخرين(اضطراب الهوية الذاتية وشعور مزمن بالفراغ الداخلي وتفكير ارتيابي عابر مرتبط بالإجهاد)، وخلل التنظيم السلوكي (التهور والاندفاعية وإيذاء الذات ومحاولات الانتحار)، وخلل التنظيم العاطفي(تقلبات مزاجية، ونوبات غضب شديد وتجنب الهجر)(Linehan, 2013, 2015a, 2019).

١- فلسفة العلاج الجدلي السلوكي:

العلاج الجدلي السلوكي هو طريقة حديثة من طرق العلاج النفسي، وتقترن نظرية العلاج الجدلي السلوكي باسم مارشا لينهان "Marsha, M. Linehan" التي صاغت أسس ومبادئ واستراتيجيات تلك النظرية في أكثر من مؤلفاتها بناءً على خبراتها الإكلينيكية مع النساء المشخصات باضطراب الشخصية الحدية (Linehan, 1993a, 1999, 2015b).

كما ينتمي هذا العلاج النفسي الجدلي السلوكي إلى علاجات الموجة الثالثة التي تسود الآن في برامج التدخل بجميع أنماطه التي تتمثل في: تعديل الأفكار والمعتقدات المعرفية السلبية والسلوك، وتنمية جوانب الضعف في شخصية المريض، وعلاج المعاناة من الآلام الناتجة عن الأحداث الصدمية، والتأهيل المعرفي والوجداني، والوقاية من الانتكاسة (Smith, & Allen,2004, P.126-127Baer ؛ نينا ودرايدن،٢٠١٨، ص.٢٤٣)، ويتميز هذا العلاج بكفاءته في مساعدة الأفراد في إدارة انفعالاتهم وبناء علاقات اجتماعية سوية (Swales, 2009)، كما يركز العلاج الجدلي السلوكي على كيفية التعامل مع الانفعالات المؤلمة والأفكار التي تؤدي إلى إيذاء الذات، فإذا كان لدى الفرد انفعالات صعبة تتداخل مع علاقاته في الحياة مع الآخرين، فالعلاج الجدلي السلوكي سوف يساعدهم في التغلب عليها(Comtois, Elwood, Holdcraft, & Simpson, 2007).

ويعمل العلاج الجدلي السلوكي على تنظيم الاستجابات الانفعالية، وتحسين العلاقات الاجتماعية للأفراد، ويمتاز هذا الأسلوب العلاجي بأنه يمزج بين جوانب في التحليل النفسي والعلاج المتمركز حول العميل والعلاج السلوكي والمعرفي لمواجهة الأزمات في إطار متكامل ومتلاحم منطقيًا، وكذلك تعزيز مهارات الوعي الذاتي، وفنيات المعالجة الأساسية كحل المشكلات، والتدريب على مهارات التعرض، كما ينطوي العلاج الجدلي السلوكي على مهارات أساسية متنوعة، مثل: مهارات اليقظة العقلية، وفعالية العلاقات بين الشخصية، وتنظيم الانفعالات، وتحمل الضغوط، والكرب النفسي(Linehan, 2015b, P.25).

والعنصر الجوهري في العلاج الجدلي السلوكي هو أن عملية العلاج يتم التركيز من خلالها على نمو الوعي لدى العميل بما يحدث داخله وحوله، والتدريب على كيفية تكوين صداقات جديدة وعلاقات اجتماعية بناءة مع الآخرين، بالإضافة إلى تحسين القدرة على إدارة الانفعالات؛ مما يؤدي إلى استبدال التفكير الجامد(أبيض/أسود) الذي يسبب الصراعات والضغوط النفسية في العلاقات الاجتماعية، ويؤدي أيضًا إلى معتقدات تمنع العميل من الاستجابة بشكل فعال في مواقف الصراع، وتدريب العميل على مهارات حل المشكلات وحل الصراع من خلال النظر إلى طبيعة هذه المعتقدات(Linehan & Wilks,2015؛ Fassbinder, Schweiger, Martius, Brand-de Wilde, & Arntz, 2016).

وينبغي للمعالج الكفء خلال العملية العلاجية "أن يوازن بين استخدام استراتيجيات التقبل والتغيير أثناء كل تفاعل علاجي، وذلك من خلال إيجاد توازن جيد بين قبول العميل لنفسه كما هو، ثم إجراء تغييرات إيجابية في حياته، وقد يشعر في النهاية أن هذه الأهداف ليست متضاربة كما تبدو في البداية، وهذا التأرجح بين التغيير والتقبل مطلوب للحفاظ على التحرك للأمام في مواجهة العميل الذي يتذبذب من حين لآخر بين الأزمات والاستجابات الانسحابية أو الانفصالية والرفض الجامد للتعاون، والهجوم والإثارة الانفعالية السريعة والجهد الدال على التعاون التام"(راجا، ٢٠١٩، ص.٧٧).

باستقراء ما سبق يتضح أن العلاج الجدلي السلوكي هو مجموعة من الأساليب العلاجية المعرفية التي تنطلق من مبادئ النظرية المعرفية السلوكية، ويتميز بكفاءته في مساعدة الأفراد في كيفية التغلب والتعامل مع الانفعالات والمشاعر المؤلمة والأفكار السلبية، وذلك من خلال بعض المهارات الأساسية التي يقوم المعالج بتدريب الأفراد عليها خلال بعض الجلسات العلاجية، وهي: مهارات اليقظة العقلية، ومهارات الفاعلية البينشخصية، ومهارات تنظيم الانفعالات، ومهارات تحمل الضغوط، وقد اعتمد الباحث الحالي على أسس هذه المهارات في بناء البرنامج العلاجي المستخدم في هذه الدراسة لتخفيف التحيزات المعرفية لدى المراهقين المكفوفين.

٢- أهداف العلاج الجدلي السلوكي:

إن الهدف الأساسي للعلاج الجدلي السلوكي هو التدريب على مهارات تساعد على زيادة القدرة على المرونة الذهنية، وبناء حياة خاصة ذات قيمة، كما تهدف مهارات العلاج الجدلي السلوكي إلى تعلم كيفية تغيير الأفكار والمشاعر والسلوكيات غير المرغوبة، وأيضًا التعامل مع الأحداث التي تسبب الشعور بالتعاسة والتوتر، ومحاولة العيش ضمن اللحظة الحالية وقبول ما يحدث. وهناك طرائق مختلفة من مهارات العلاج الجدلي السلوكي يتم التدريب عليها وفق برنامج تدريب شامل يتضمن كل الأدلة وأوراق العمل، وعلى المعالج الشخصي أن يساعد في اختيار الطرائق وأوراق العمل المناسبة ضمن برنامج محددة (لينهان،٢٠٢٠، ص.٢٧).

وقد حاول الباحث اشتقاق أهداف البرنامج التدريبي على مهارات العلاج الجدلي السلوكي في خفض التحيزات المعرفية لدى المراهقين المكفوفين موضع هذه الدراسة في ضوء الأهداف السابقة للعلاج الجدلي السلوكي، حيث تم التركيز على: تعلم كيفية تفسير السلوك والمشاعر والأفكار التي ترتبط بالتحيزات المعرفية، وتتضمن :القفز إلى الاستنتاجات، وجمود المعتقدات، والانتباه للمهدات، والعزو الخارجي، والمشكلات المعرفية الاجتماعية، والمشكلات المعرفية الذاتية، والتي تسبب التوتر والاستياء لدى المراهقين المكفوفين، وذلك من خلال سلوكيات يجب أن تتناقص(الغفلة والفراغ وغياب التواصل مع النفس والآخرين وسرعة الأحكام،

والمشكلات البين– شخصية، والشعور بالضغط والشعور بالوحدة، وفقدان المرونة، وعدم القدرة على إحداث التغيير، والمشاعر المتأرجحة والشديدة، وصعوبة التحكم بالمشاعر، والسلوكيات الاندفاعية، والتصرف بدون تفكير، وعدم القدرة على تقبل الواقع كما هو، والعناد ، والاعتماد)، ومهارات يجب أن تزيد (مهارات اليقظة العقلية، ومهارات التواصل البين شخصي الفعال، ومهارات ضبط المشاعر، ومهارات تحمل الضغط).

٣- أشكال العلاج السلوكي الجدلي:

يحصل العملاء في العلاج السلوكي الجدلي على ثلاثة أنماط رئيسية من العلاج: العلاج الفردي، ومجموعة المهارات، والتواصل عبر الهاتف، ففي الجلسات الفردية يتم من خلالها التركيز على تحسين الدافعية، وخفض السلوكيات السلبية الناتجة عن الانفعالات والعواطف المتطرفة أو الزائدة عن الحد. أما الجلسات الجماعية فيتم التأكيد فيها على التواصل البينشخصي للأفكار الواعية والمشاعر الواعية والسلوك الواعي داخل إطار زمني معين، والتدريب على المهارات وتبادل الخبرات، كما تميل الجلسات الجماعية إلى أن تكون موجهة بالتطور في أنها تؤكد اكتشاف المصادر الداخلية للقوة، ويتم تقديم الدعم الضروري لخلق مناخ من الثقة يؤدي إلى تنمية مهاراتهم الموجودة في التعامل مع المشكلات البينشخصية بحيث يستطيع العملاء التعامل مع المشكلات المستقبلية ذات الطبيعة المتشابهة. كما تمنح برامج العلاج الجدلي السلوكي العملاء فرصة الاتصال تليفونيًا بالمعالج النفسي الفردي لتقديم تدخلات مختصرة بين جلسات العلاج النفسي الفردي. وخلال التواصل عبر الهاتف، يقدم المعالج تدريبًا على المهارات، واختيار وممارسة المهارات الملائمة المطلوبة لحل أكثر المشكلات الراهنة، ولا يقوم مدرب المهارات بتحليل المشكلات طويلة المدى مع العميل، ولا يناقشها(Swales, & Heard,2007 ؛ سوالز، وهيرد، ٢٠١٦، ص.٦١؛ كوري، ٢٠١٧، ص.٣٠).

٤- المبادئ الأساسية للعلاج الجدلي السلوكي:

يؤكد العلاج الجدلي السلوكي عددًا من العموميات، ويؤكد المعالجون في هذا النمط من العلاج بصفة عامة على صعوبة تعرف الانفعالات التي تم إهمالها من جانب الآخرين القائمين على رعايتهم من مرحلة الطفولة، كما يعصب تحديدها، وتصنيفها، والتعامل معها في مرحلة الرشد، وتبرز صعوبة إدارة الانفعالات في العلاقات مع الآخرين، وغالبًا ما يرتفع مستوى الضغوط لدى الأفراد عند التفكير فيما حدث وما سيحدث في المستقبل، كما أن هناك خيطًا رفيعًا بين محاولة تغيير الانفعالات السلبية وقبول الانفعالات التي لا يمكن تغييرها، حيث يمكنكم تنمية مهاراتكم من أجل المساعدة في تعرف ملاءمة أي العلاجات لكل موقف(راجا، ٢٠١٩، ص.٧٨؛ Budak & Kocabaş, 2019, P.194).

ويؤدى العلاج الجدلي السلوكي الوظائف التالية: تعزيز وتقوية الإمكانيات والطاقة السلوكية لدى الأفراد، وتحسين الدافعية للتغير، وبناء بيئة العلاج بالطرق الضرورية لدعم قدرات العميل من ناحية ومساندة

المعالج من ناحية أخرى، وتعميم القدرات الجديدة لدى العميل في البيئة الطبيعية، وتعزيز قدرات ودافعية المعالج لعلاج المرضى بفاعلية(Marco, García-Palacios, & Botella,2013،).

ومن أهم الملامح العملية المميزة للعلاج الجدلي السلوكي تطوير طرائق لتقديم وظائف خاصة، والتدريب على الهاتف، الاستشارة من خلال الفريق، ومعالجة النظام، وبناء مراحل العلاج، وتقوية الالتزام قبل العلاج، واستهداف السلوكيات تبعًا لترتيب الأهمية، والتحقق من السياق الراهن أو إمكانيات العميل الداخلية، وتحليل السلوك من منظور أو اثنين، وتكامل إجراءات متعددة من العلاج المعرفي السلوكي في تحليل الحل، واستخدام المعاني الماهرة، والتعرض لمختلف الحالات الوجدانية، وإدارة التوقعات في السياق العلاجي، وتغيير السلوكيات المعرفية، واستخدام إفشاء الذات، وتقديم الاستشارة للعميل، وعلاج سلوك العميل المتداخل مع العلاج، وعلاج المعالجين، ودليل الكفاءة والفاعلية.

٥- استراتيجيات العلاج الجدلي السلوكي وفنياته:

ويعد العلاج الجدلي السلوكي شكلًا متعدد النماذج للعلاج، حيث إنه يحبذ استخدام مبادئ النظرية المعرفية في الجدل والتفكير الجدلي لحل المشكلات، ومبادئ الفلسفة الجدلية الحديثة ونظريات الترابط والتكامل داخل السياق الخارجي والداخلي، فهو يعمل على تنظيم الاستجابات الانفعالية، وتحسين العلاقات الاجتماعية للأفراد من خلال مجموعة من الاستراتيجيات والإجراءات العلمية والمنهجية المنظمة المضبوطة ذات الطبيعة التطبيقية المختصرة، ويلاحظ أن جميع الاستراتيجيات تستند إلى عناصر معرفية وسلوكية وعاطفية، ولا توجد فنيات خالصة تمامًا، وإنما تتأثر جميعها بعضها ببعض (Zalewski, et al., 2018 ؛ Robinson , Lang, Hernandez, Holz, Cameron & Brannon, 2018). وقد حددت لينهان الاستراتيجيات الخمس لتحقيق الأهداف السلوكية فيما يلي: الاستراتيجيات الجدلية، والاستراتيجيات المحورية، والاستراتيجيات الأسلوبية، والاستراتيجيات التي تتعامل مع الحالة، والاستراتيجيات المتكاملة (Linehan, & Wilks, 2015).

ويتضمن العلاج الجدلي السلوكي بالضرورة فنيات سلوكية، مثل: اليقظة العقلية، وتنظيم الانفعالات، وتحمل الضغوط، والعلاقات البين شخصية، وحل المشكلات، وتجاوز المحنة، وإدارة الذات(Comtois, et al.,2007؛ Valentine, et al., 2015؛ Kells, et al., 2020)، وكذلك بعض الفنيات الجدلية والمعرفية، مثل: الإقناع المنطقي، واقتحام التناقضات الظاهرية واستخدامها، واستخدام المجاز، التقبل والالتزام والتغيير، والحوار الجدلي، ولعب دور، والتوسع أو الامتداد، وتنشيط العقلانية، والسماح بالتغيير الطبيعي (وعدم الاتساق حتى خلال البيئة العلاجية)، والتقييم الجدلي من خلال الاستمرار في التساؤل: ما الذي تبقى لدينا هنا

بعد ذلك؟(Swales, 2009؛ Van Dijk, et al., 2013؛Chapman, & Tull, 2011 ؛Fassbinder, et al., 2016؛ Mshlum, 2021).

٦- مهارات العلاج الجدلي السلوكي:

من المهارات العامة التي يقوم عليها العلاج الجدلي السلوكي: مهارة الوعي(*Orientation Skill*) وتجري عادة خلال الجلسة الأولى من مجموع المهارات الجديدة، وتشمل: الأهداف من التدريب على المهارات، والخيارات لحل أية مشكلة، والقواعد التجريبية للتدريب على المهارات، وافتراضيات التدريب على المهارات، والنظرية الحيوية- الاجتماعية، ومهارة تحليل السلوك (*Analyzing Behavior Skill*) وتشمل: تحليل التسلسل وتحليل الحلقات المفقودة، وكلاهما مهارات يتم تعليمها فرديًّا خلال العلاج الجدلي السلوكي، وتستخدم في أية مرحلة من مراحل التدريب على المهارات(لينهان،٢٠٢٠، ص.٣٢).

ويساعد العلاج الجدلي السلوكي الأفراد على اكتساب أربع مهارات أساسية في نطاق العملية العلاجية الخاصة بالعلاج الجدلي السلوكي، والتي يمكن أن تساعدهم في الحفاظ على التوازن الخاص بهم، وإن كل مهارة من المهارات لها طريقة عمل متماثلة وإرشادات لتسهيل ممارستها، فاستخدام مهارات العلاج الجدلي يساعد على تحديد الانفعالات الأساسية، وعدم إضافة أي مشاعر أخرى من المعاناة مثل: الشعور بالخجل، فقبولها لمشاعر الحزن يساعد في العلاج، كما يساعد ذلك في التواصل مع الآخرين في لحظات الإحساس بالوحدة (Budak & Kocabaş,2019, p.196).

ومن مهارات العلاج الجدلي السلوكي: مهارات اليقظة العقلية *Mindfulness Skills*، ومهارات الفاعلية البين الشخصية الفعالة *Interpersonal Effective Skills*، ومهارات تنظيم المشاعر *Emotional Regulation Skills*، ومهارات تحمل الضغط *Distress Tolerance Skills*، وفيما يلي العرض التفصيلي لكل مهارة:

(أ) مهارات اليقظة العقلية: *Mindfulness Skills*

اليقظة العقلية عبارة عن فعل واع يتم من خلال تركيز الذهن والعقل على اللحظة الحالية، مع الابتعاد عن إصدار الأحكام أو التقييد بوقت محدد، وتساعد مهارات اليقظة العقلية في بناء الوعي باللحظة الحالية، والتركيز على الانفعالات والأفكار، والإحساس الفسيولوجي، وتتطلب اليقظة العقلية بالمشاهدة، والوصف، والتركيز على ما يحدث في اللحظة الحالية، وما يمر به الفرد من خبرات دون عمل أي تقييمات، ويكون الفرد اليقظ عقليًّا واعيًا في الحاضر فقط(Valentine, et al., 2015؛ لينهان،٢٠٢٠، ص.٦٤) ، كما تساعد مهارات اليقظة العقلية في التعامل مع الذكريات والانفعالات السلبية، فمن خلال التركيز على عيش الحاضر سوف يتمكن العميل من التعامل الفعال مع الاضطرابات النفسية(ليهي،٢٠٢٠، ص.٢٤).

وتتكون اليقظة العقلية من مجموعة من المهارات، فهي عملية من الملاحظة الهادفة، والوصف والمشاركة في الحياة الواقعية دون إصدار للأحكام، والبقاء في اللحظة الحالية مع فاعلية عالية، وعلى العكس تمامًا، فإن صلابة التمسك باللحظة الحالية يكون نقيضًا لليقظة العقلية، كما لو كان متمسكًا بها بشدة ولا يريد أن يغيرها أبدًا (راجا،٢٠١٩، ص.٧٨)، ومن بين المهارات الفرعية لمهارة اليقظة العقلية كل من: مهارة اليقظة العقلية الجوهرية، ومهارة العقل الحكيم، ومهارات الاحتفاظ بالتفكير (أفكار للممارسة الملاحظة، وأفكار عن ممارسة الوصف، وأفكار عن ممارسة المشاركة)، ومهارة السيطرة علي الذهن(أفكار عن ممارسة اللاحكم، وأفكار عند الاحتفاظ الذهني، وأفكار عند ممارسة التأثير(لينهان،٢٠٢٠، ص.٦٥؛Kells, et al., 2020)، حيث استخدم الباحث هذه المهارات في جلسات البرنامج التدريبي المُعد في هذه الدراسة من خلال بعض الأدلة وأوراق العمل التي تناسب طبيعة وخصائص المراهقين المكفوفين كما سيتم توضيح ذلك في إجراءات تنفيذ وتطبيق البرنامج التدريبي المستخدم في هذه الدراسة.

(ب) مهارات الفاعلية البين الشخصية الفعالة: *Interpersonal Effective*

تساعد مهارات التأثير (بين الشخصي) على تحديد الأولويات وملاحظة تغييرها عند التفاعل مع الآخرين، فعندما يقوم الفرد بتحديد هدف من بناء العلاقات، فعليه استخدام أي أسلوب من أساليب العلاج الجدلي للحصول على هذا الهدف، حيث يمكن استخدام مهارات التواصل التوكيدي من أجل عمل توازن في المناقشة مع الآخرين، كما يمكن استخدام مهارات التواصل لحل الصراعات بطريقة تعاطفية، مع ضرورة الاهتمام باحترام الذات وتذكر القيم في بناء العلاقات (راجا،٢٠١٩، ص.٧٩). وتبرز ممارسة فعالية العلاقات بين الشخصية عند بناء العلاقات الجديدة وتقوية الموجودة والتعامل الأفضل مع المواقف الاجتماعية الصعبة، كما تساعد في البحث عما ينبغي فعله أو الإجابة بـ "لا" للأشياء والمطالب التي لا يستطيع القيام بها (لينهان،٢٠٢٠، ص.١٤٠).

وقد استخدم الباحث هذه المهارات في جلسات البرنامج التدريبي المستخدم في هذه الدراسة من خلال ثلاث مجموعات رئيسة من مهارات الفاعلية البين شخصية التي يتضمنها العلاج الجدلي السلوكي، حيث تم التركيز في المجموعة الأولى على كيفية الحصول على الأهداف بمهارة، والتي تعني الطريقة المناسبة لنيل ما تريد من الآخرين مع المحافظة على العلاقة معهم والاحترام الذاتي ثابتًا لا يتغير، والمجموعة الثانية تناولت طرائق بناء العلاقات والتخلص من الضار منها مع التركيز على كيفية إيجاد الأصدقاء والحفاظ على استمرار العلاقات، بالإضافة إلى التدريب على كيفية إنهاء العلاقات الضارة أو المدمرة، بينما تناولت المجموعة الثالثة

مهارات السير منتصف الطريق، والتي تحتوي على نموذج لكيفية العمل المتوازن بين القبول والنفور في العلاقات الاجتماعية.

(ج) مهارات تنظيم المشاعر: *Emotional Regulation Skills*

تؤثر الانفعالات على سلوكيات الفرد، فغالبًا ما يجد الفرد نفسه على مستوى عدم التحكم بسبب مشاعر القلق، والخوف، والغضب، أو الحزن، ويشعر ـ في كثير من الأحيان ـ بالحساسية تجاه الانفعالات بسبب مواقف الحياة، ويتعين استخدام أساليب منتظمة من أجل السيطرة على الانفعالات والقدرة على إدارتها، مع ضرورة تعلم كيفية تقييم الانفعالات من حيث كونها مبررة أم كونها انفعالات تتم خارج إطار المواقف التي يمر بها الفرد(راجا، ٢٠١٩، ص.٨٠؛ ليهي ،٢٠٢٠، ص.٥٥٩)، فهذا التقييم يساعد في تعرف أي المهارات التي يمكن استخدامها لمواجهة المواقف وحل المشكلات؛ ومن ثم قبول الانفعالات ومهارات تحمل الضغط.

كما تساعد مهارات تنظيم المشاعر في تغيير العواطف التي يرغب الفرد في تعديلها أو التقليل من شدتها، وهي عبارة عن مجموعة من الوسائل التي يستطيع من خلالها الفرد التخفيف من التأثر بالمشاعر المؤلمة أو المزعجة، وتزيد هذه المهارات من قدرة الفرد على المرونة العاطفية(Emotional Resilience)(مارتن،٢٠٢٠، ص.٢٩٣)، كما تتطلب مهارات تنظيم المشاعر استخدام مهارات اليقظة العقلية، وبخاصة مهارة وصف المشاعر الحالية والملاحظة الحالية من إصدار الأحكام، بحيث تتمكن من تعرف نوع العاطفة، وما تفعله بالفرد قبل أن تبدأ في تنظيمها أو السيطرة عليها.

وهناك أربع مهارات أساسية لتنظيم المشاعر، هي: تسمية وفهم المشاعر، وتغيير الاستجابات العاطفية، التقليل من تأثير التفكير العاطفي، والتحكم الفعلي بالمشاعر الصعبة (لينهان، ٢٠٢٠، ص.٢٤٢)، وقد استخدام الباحث هذه المهارات في جلسات البرنامج التدريبي المُعد في هذه الدراسة من خلال بعض الأدلة وأوراق العمل التي تناسب طبيعة وخصائص المراهقين المكفوفين، كما سيتم توضيح ذلك في إجراءات تنفيذ وتطبيق البرنامج التدريبي المستخدم في هذه الدراسة.

(د) مهارات تحمل الضغط: *Distress Tolerance Skills*

يعرف تحمل الضغط بأنه: القدرة على التغلب والتخلص من الأزمات دون أن يحدث ما هو أسوأ. وتحمل الضغط هو جزء مهم من أية محاولة نحو تغيير الذات، ولذلك، فإن إنكار الألم، وعدم التعامل مع الضغط لن يسهم في إنجاح محاولات التغيير التي يعمل من أجلها، كما تساعد مهارات تحمل الكرب النفسي على إدارة لحظات الانفعالات الحادة، ويمكن صرف الانتباه عن الآلام والانفعالات والاستمتاع بمواقف الحياة، كما يمكن القيام بتهدئة الانفعالات عن طريق مقارنة الفرد بالآخرين الذين لديهم مستوى ضئيل من الانفعالات(لينهان،٢٠٢٠،ص.٣٨٢)، ويتضمن صرف الانتباه القيام بالتخيل، والاسترخاء، وتدريب التنفس، كما

يمكن استخدام الحوار الذاتي الإيجابي(راجا، ٢٠١٩، ص.٨٠)، وفي حالة عدم القدرة على التهدئة الذاتية عن طريق صرف الانتباه، فإنه يمكن ممارسة القبول أي قبول المواقف الحياتية بما تنطوي عليه من الانفعالات التي لا يمكن تغييرها.

وهناك مهارتان أساستيان تحمل الضغط، هما: مهارات النجاة من الأزمة، ومهارات تقبل الواقع، حيث تهدف مهارات تحمل الضغط إلى النجاة من المواقف المتأزمة دون أن تحدث الأشياء السيئة، مهارات تقبل الواقع كما هو الآن في هذه اللحظة، والحصول على الحرية الشخصية (لينهان، ٢٠٢٠، ص.٣٨٢)، وقد استخدم الباحث هذه المهارات في جلسات البرنامج التدريبي المُعد في هذه الدراسة من خلال بعض الأدلة وأوراق العمل التي تناسب طبيعة وخصائص المراهقين المكفوفين، كما سيتم توضيح ذلك في إجراءات تنفيذ وتطبيق البرنامج التدريبي المستخدم في هذه الدراسة.

فروض الدراسة:

في ضوء ما سبق عرضه من الإطار النظري، وما أسفرت عنه نتائج الدراسات السابقة يمكن صياغة الفروض كالآتي:

أ- توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائيًا بين التحيزات المعرفية والقلق الاجتماعي لدى عينة الدراسة من المراهقين المكفوفين.

ب- توجد فروق دالة إحصائيًا بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية ومتوسطات رتب درجات المجموعة الضابطة في القياس البعدي على مقياس التحيزات المعرفية لصالح المجموعة التجريبية.

ج- توجد فروق دالة إحصائيًا بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين: القبلي والبعدي على مقياس التحيزات المعرفية لصالح متوسطات رتب درجاتهم في القياس البعدي.

د- لا توجد فروق دالة إحصائيًا بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين: البعدي والتتبعي على مقياس التحيزات المعرفية.

إجراءات الدراسة:

أ - منهج الدراسة :

اعتمدت هذه الدراسة على المنهج التجريبي بهدف اختبار فعالية التدريب على مهارات العلاج الجدلي السلوكي (المتغير المستقل) في خفض التحيزات المعرفية (المتغير التابع) لدى المراهقين المكفوفين ذوي اضطراب القلق الاجتماعي، وقد اعتمد الباحث على التصميم التجريبي ذي المجموعتين: التجريبية والضابطة بقياس قبلي وبعدي وتتبعي.

ب- مبررات اختيار متغيرات الدراسة:

اختيرت متغيرات الدراسة لدى المراهقين المكفوفين بناء على الآتي:

تحليل ما ورد في أدبيات البحث الخاص بالتحيزات المعرفية؛ وذلك لمعرفة المشكلات التي ترتبط بالاستراتيجيات التكيفية التي يعمل من خلالها الفرد على تنظيم استجاباته المعرفية والسلوكية والانفعالية والفسيولوجية في التعامل مع الأحداث اليومية، وكذلك فيما يتعلق بحياتهم النفسية؛ بالإضافة إلى معرفة المتغيرات التي ارتبطت بها لتحديد الأكثر شيوعًا بينها، وتحليل وتفنيد بنود المقاييس التي أعدت من قبل لقياس التحيزات المعرفية، والخروج منها ببعض المتغيرات التي تؤثر فيها. وبناءً على ذلك تم تطبيق استبانة مفتوحة(ملحق١) على عينة من الخبراء والمحكمين في الصحة النفسية والتربية الخاصة[١]، حُدد فيها تعريف التحيزات المعرفية؛ تلى ذلك ثلاث أسئلة مفتوحة هدفت إلى تعرف سمات وخصائص الشخص الذي ترتفع لدية التحيزات المعرفية، والمتغيرات النفسية والديموجرافية التي قد ترتبط بها، ثم تطبيق استبانه مفتوحة على عينة من الخبراء في التعامل مع المراهقين المكفوفين(محلق٢) في مدرسة النور للمكفوفين بالمنيا[٢]، احتوت على تعريف إجرائي للتحيزات المعرفية للهدف نفسه.

وبعد تحليل نتائج المصادر السابقة تم التوصل إلى: أن التحيزات المعرفية السلبية أو النزعة لمعالجة المعلومات السلبية القادمة من البيئة ـ بيئة المراهقين المكفوفين ـ تؤدي دورًا بارزًا في ظهور أعراض كثير من الاضطرابات النفسية كالقلق والاكتئاب، واستمرارية هذه الأعراض، وخاصة ما يتعلق بمظاهر القلق الاجتماعي، حيث أكدت بعض الدراسات أن الأشخاص الذين يعانون من هذه الأعراض ينتبهون بشكل تلقائي إلى الجوانب السلبية المتعلقة بالمظهر والسلوك، والتلميحات المرتبطة بالتهديد الاجتماعي، بالإضافة إلى تقييم الذات السلبي(Comfort, 2013؛ Sharpe, et al., 2015؛ شاهين،٢٠١٧؛ عبد الباسط،٢٠١٩).

كما استند الباحث إلى بعض الدراسات التي تناولت العلاج الجدلي السلوكي وخفض السلوك السلبي المرتبط بالانفعالات، والأفكار والسلوك، وذلك من خلال بعض الاستراتيجيات والمهارات والفنيات التي يعتمد عليها(Chugani, Ghali & Brunner, 2013؛ Dowling, 2013 ,)، والتي استطاع الباحث توظيفها على شكل برنامج تدريبي علاجي يسهم في خفض التحيزات المعرفية لدى المراهقين المكفوفين ذوي اضطراب القلق الاجتماعي، وبناء على ذلك حُددت هذه المتغيرات لخفض التحيزات المعرفية لدى المراهقين المكفوفين ذوي اضطراب القلق الاجتماعي من خلال المهارات التي يعتمد عليها العلاج الجدلي السلوكي في هذه الدراسة.

---

[١] تكونت العينة من عدد (٥) من الخبراء والمحكمين في التربية الخاصة(ملحق ١).

[٢] تكونت العينة من عدد (٤) من الاختصاصيين النفسيين والاختصاصيين الاجتماعيين(ملحق ٢).

ج- عينة الدراسة:

اشتملت عينة الدراسة على (ن=٥٠) مراهقًا من المكفوفين ذوي اضطراب القلق الاجتماعي والتحيزات المعرفية السلبية منهم (١٨ ذكرًا و٢٢ أنثى) تراوحت أعمارهم ما بين (١٥-١٩) عامًا بمتوسط عمري قدره (١٧.٥٢) وانحراف معياري قدره(٠.٦٩٢)؛ وتم اختيارهم بطريقة قصدية وفقًا للآتي:

١- طُلب من الإخصائي النفسي والاجتماعي والمعلمين بمدرسة النور للمكفوفين بالمنيا تحديد المكفوفين ذوي اضطراب القلق الاجتماعي ـ بعد تعريفهم باضطراب القلق الاجتماعي خاصة أن لكل طالب ملفًا لدى كل من: الاختصاصي النفسي والاجتماعي ـ من طلاب المرحلة الإعدادية والثانوية الذين تراوحت أعمارهم ما بين (١٩-١٥) عامًا، وأمضوا في المدرسة عامًا على الأقل؛ مما يتيح للإخصائي النفسي والاجتماعي والمعلم فرصة أكبر لتحديدهم، كما أنهم في مرحلة المراهقة التي تنتشر فيها بعض الاضطرابات النفسية كالقلق والاكتئاب، وبناءً على هذه الخطوة تم تحديد (٦٠) مراهقًا من المكفوفين.

٢-أُختير المراهقون ذوو فقد البصر الكلي أو الذين تقل حدة إبصارهم عن(٦٠/٦) بالعينين معًا أو بالعين الأقوى بعد التصحيح ـ حتى يتفق مع التعريف الإجرائي لهذه الدراسة ـ وذلك من واقع تقاريرهم المدرجة في ملفاتهم بالمدرسة، واستبعد غير ذلك ، وبناءً على هذه الخطوة تم استبعاد ثلاث مراهقين من المكفوفين، ليصبح عدد المراهقين المكفوفين (٥٧) مراهقًا.

٣- طُبق مقياس القلق الاجتماعي للمكفوفين على الذين أُبقي عليهم، وعددهم (٥٧) مراهقًا من المكفوفين، وبناء على هذه الخطوة تم استبعاد عدد سبع من المراهقين المكفوفين ـ لحصولهم على درجات منخفضة في مقياس القلق الاجتماعي ـ ليصبح عدد المراهقين وفقًا لهذه الخطوة (٥٠) مراهقًا من المكفوفين يعانون من اضطراب القلق الاجتماعي. وبالتالي أصبح عدد أفراد العينة الأساسية (ن=٥٠) من المراهقين المكفوفين يعانون من اضطراب القلق الاجتماعي، وتم استخدم هذه العينة من المراهقين المكفوفين في التحقق من الخصائص السيكومترية للمقاييس المستخدمة في هذه الدراسة.

٤- طُبق مقياس التحيزات المعرفية على هؤلاء المراهقين المكفوفين ذوي اضطراب القلق الاجتماعي، وذلك لتحقق من الخصائص السيكومترية للمقياس.

٥- بناءً على الخطوة السابقة، تم ترتيب درجات أفراد العينة الأساسية على مقياسي القلق الاجتماعي والتحيزات المعرفية تنازليًا، وبالتالي تم اختيار(١٤) من المراهقين مرتفعي القلق الاجتماعي والتحيزات المعرفية، تم تقسيمهم إلى مجموعة تجريبية قدرها(٧) مراهقين، بمتوسط عمري قدره(١٧.٢٨٥) وانحراف معياري قدره(٠.٧٤٤)، ومجموعة ضابطة قدرها (٧) مراهقين، بمتوسط عمري قدره(١٧.٤٢٨) وانحراف معياري قدره(٠.٧٨٦). وتم

تطبيق البرنامج التدريبي القائم على مهارات العلاج الجدلي السلوكي على أفراد المجموعة التجريبية في حين لم تخضع المجموعة الضابطة لأي إجراء تجريبي، وتمت المجانسة بين مجموعتي الدراسة في المتغيرات التالية: العمر الزمني، والقلق الاجتماعي، والتحيزات المعرفية، وجاءت الفروق بينهما غير دالة، بما يدل على التكافؤ بين المجموعتين في المتغيرات السابقة، ويوضح جدول(١) نتائج الفروق بين متوسطات درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في المتغيرات الخاصة بالمجانسة:

جدول(١)

نتائج اختبار مان ويتني للتكافؤ بين مجموعتي الدراسة في العمر الزمني والقلق الاجتماعي والتحيزات المعرفية

المتغير	المجموعة التجريبية (ن=٧)		المجموعة الضابطة (ن=٧)		قيمة "U"	قيمة "W"	قيمة "Z"	الدلالة
	متوسط الرتب	مجموع الرتب	متوسط الرتب	مجموع الرتب				
العمر الزمني	٧.٠٧	٤٩.٥٠	٧.٩٣	٥٥.٥٠	٢١.٥٠	٤٩.٥٠	٠.٤٢١	٠.٧١٠ غير دالة
القلق الاجتماعي	٧.٦٤	٥٣.٥٠	٧.٣٦	٥١.٥٠	٢٣.٥	٤٩.٤	٠.١٢٩	٠.٩٠٢ غير دالة
التحيزات المعرفية	٨.٦٤	٦٠.٥٠	٦.٣٦	٤٤.٥٠	١٦.٥	٤٤.٥	١.٠٢٤	٠.٣١٨ غير دالة

مستوى الدلالة "U" عند (ن١=ن٢=٧) عند (٠.٠٥)= ١٥

د- أدوات الدراسة:

تضمنت الدراسة الأدوات التالية:

١- مقياس التحيزات المعرفية للمراهقين المكفوفين: (إعداد: الباحث)

تم الاعتماد على مقياس داكوبز Davos Assessment of Cognitive Biases (Dacobs Scale) للتحيزات المعرفية الذي قام ببنائه (فان دير) ورفاقه عام (٢٠١٣) (Van der Gaag, et al., 2013)، ويتكون المقياس من(٤٢) فقرة ذات تدرج سباعي على معدلات ليكرت(موافق بشدة، موافق، موافق نوعًا ما، محايد، غير موافق نوعًا ما ، غير موافق، غير موافق بشدة)، وقام الباحث بتعديل بعض العبارات والبنود في هذا المقياس؛ لتتناسب مع خصائص وسمات المراهقين المكفوفين الذين تتراوح أعمارهم ما بين(١٩-١٥) عامًا، ولا سيما أن التراث السيكومتري لم يكشف عن وجود أداة مماثلة لهذه الفئة، ويمكن إيضاح مراحل تعريب وتعديل المقياس في الخطوات التالية:

(أ) تم استقراء الأدبيات التي تناولت التحيزات المعرفية بصفة عامة، وعمل مسح للمقاييس والأدوات التي أعدت من قبل لقياسه، وقد تبين أن هذه المقاييس صممت من أجل قياس التحيزات المعرفية للأفراد العاديين، وتعرف التحيزات لدى الفرد التي تتميز بطرق لا عقلانية في تفسير الأحداث والتنبؤ بها، وعمل على توجيه انتباهه نحو

أنواع المعلومات والفرضيات والتقليل من أهميتها أو تجاهلها مع أنها قد تكون أساسية في تفسير الموقف والتنبؤ به، ومن أشهر المقاييس التي استخدمت في العديد من البحوث والدراسات السابقة، مقياس التحيزات المعرفية فان دير جاج(Van der Gaag, et al ,2013)، وتم التحقق من صدقه وثباته على عينات أخرى(Joormann, et al., 2015؛ بني فياض،٢٠١٧؛ الحموري،٢٠١٧؛ العادلي،٢٠١٧؛ سليمان، ٢٠١٨؛ العلواني،٢٠١٩؛ علي، وعبده،٢٠١٩؛ المعايطة،٢٠١٩؛ عبد المطلب، وأحمد،٢٠١٩؛ الحربي،٢٠١٩؛ Behimehr, & Jamali, 2020).

(ب) أما مكونات المقياس، فقد حُددت عن طريق تعريب أبعاد المقياس وعباراته ـ عدد العبارات (٤٢) عبارة ــ من جانب الباحث الحالي، ثم تم عرضه على عينة من الخبراء والمحكمين في اللغة الإنجليزية[١] (ملحق ١–ب)؛ للتأكد من دقة وترجمة كل بُعد من أبعاد المقياس وعباراته، وتحديد مدى تكافؤ المعنى في اللغتين، وبالتالي تبين أن التحيزات المعرفية يتم قياسها لدى الأفراد ضمن ثلاثة مجالات أساسية وفقًا لمقياس التحيزات المعرفية فان دير جاج، وهي: التحيزات المعرفية، وتتضمن أربعة مجالات فرعية:(القفز إلى الاستنتاجات، وجمود المعتقدات، والانتباه للمهددات، والعزو الخارجي). والمحددات المعرفية، وتتضمن مجالين فرعيين: (المشكلات المعرفية الاجتماعية، والمشكلات المعرفية الذاتية)، والسلوكيات الآمنة.

(ج) وبناءً على ما سبق، بلغ عدد عبارات المقياس في الصورة الأولية (٣٦) بندًا بعد حذف عدد (٦) عبارات لا تناسب المراهقين المكفوفين.

(د) وقد حُددت بدائل الاستجابة على المقياس من خلال دراسة استطلاعية على عينة قوامها(١٠) مراهقين من المكفوفين؛ لتعرف مدى تفاعلهم مع المقياس وبدائل الاستجابة، وقد أسفرت نتائج التطبيق عن فهمهم عبارات المقياس وبدائل الاستجابة ذات التدرج الخماسي(دائمًا، غالبًا، أحيانًا، نادرًا، أبدًا)، بنسبة (٧٣%)؛ لأنه أكثر البدائل مرونة، وتعطي هذه الاستجابة درجات على النحو التالي(٥، ٤، ٣، ٢، ١)؛ وبالنسبة لتعليمات المقياس روعي فيها الوضوح والإيجاز، والنواحي النفسية لتناسب خصائص المراهقين المكفوفين عينة الدراسة.

(هـ) تم تحكيم المقياس بعرضه على عينة من الخبراء في مجال التربية الخاصة؛ لبيان مدى مناسبة التعليمات، وطول المقياس والعبارات في قياس المكون، وبيان مدى وضوح العبارات؛ وقد أسفر التحكيم عن الإبقاء على العبارات التي حصلت على نسبة (٨٠%) من اتفاق المحكمين، وبناء عليه حُذفت (٤) عبارات، وعُدلت العبارات التي حصلت على نسبة اتفاق محكمين(٢٠%) فأكثر، كما عُدلت أيضا تعليمات المقياس وفقًا لذلك.

[١] تكونت العينة من عدد (٢) من الخبراء في اللغة الإنجليزية.

(و) جُرب المقياس على عينة من المراهقين المكفوفين قوامها (٢٠) مراهقًا، وقد أشار(٣٥%) منهم إلى عدم فهم (٤) عبارات؛ وحذف (٤) عبارات غامضة بالنسبة لهم، وبناء على ذلك أصبح المقياس في صورته النهائية مكونًا من (٢٨) عبارة تمثل سبعة أبعاد فرعية، وتشير الدرجة المرتفعة على المقياس إلى ارتفاع التحيزات المعرفية لدى المراهقين المكفوفين، وبحساب متوسط زمن تطبيق المقياس تبين أن قدره(١٨) دقيقة.

(ز) تم إجراء الاتساق الداخلي للمقياس من خلال حساب معامل الارتباط بين درجة كل مفردة والدرجة الكلية للبُعْد، وبين درجة كل بُعْد والدرجة الكلية لمقياس التحيزات المعرفية، توضح جداول (٢، ٣، ٤، ٥، ٦، ٧، ٨، ٩) معاملات الاتساق ودلالتها الإحصائية:

البُعْد الأول – القفز إلى الاستنتاجات:

جدول(٢) معامل ارتباط عبارات القفز إلى الاستنتاجات بالدرجة الكلية للبُعْد

م	العبارة	الارتباط	مستوى الدلالة
١	أحتاج إلى وقت طويل للوصول إلى أي استنتاج.	٠.٨٧	٠.٠١
٢	أجد الأدلة التي تدعم معتقداتي بشكل سريع.	٠.٨٦	٠.٠١
٣	أتخذ القرارات أسرع من الناس.	٠.٩٠	٠.٠١
٤	يخطر الاستنتاج الصحيح في ذهني فجأة.	٠.٧٨	٠.٠١

يتضح من جدول (٢) أن معامل ارتباط كل عبارة بالدرجة الكلية لبُعْد (القفز إلى الاستنتاجات) جميعها دالة عند مستوى (٠.٠١).

البُعْد الثاني– جمود المعتقدات:

جدول(٣) معامل ارتباط عبارات جمود المعتقدات بالدرجة الكلية للبُعْد

م	العبارة	الارتباط	مستوى الدلالة
١	آخذ جميع البدائل بالاعتبار عند اتخاذ قراري.	٠.٧٧	٠.٠١
٢	عندما يكون لدي هدف لا أعرف كيف أحققه.	٠.٩٠	٠.٠١
٣	أحتاج للبحث عن معلومات إضافية لاتخاذ قراراتي.	٠.٨٩	٠.٠١
٤	أتجنب الاهتمام بالمعلومات التي قد تعيق معتقداتي.	٠.٧٥	٠.٠١

يتضح من جدول (٣) أن معامل ارتباط كل عبارة بالدرجة الكلية لبُعْد (جمود المعتقدات) جميعها دالة عند مستوى (٠.٠١).

البعد الثالث– الانتباه للمهدات:

جدول(٤) معامل ارتباط عبارات الانتباه للمهدات بالدرجة الكلية للبُعْد

م	العبارة	الارتباط	ى الدلالة
١	عندما تسوء الأمور، فإن أحدا ما يكون السبب.	٠.٧٨	٠.٠١
٢	يمكن الوثوق بالآخرين.	٠.٧٣	٠.٠١
٣	أنتبه للتفاصيل بدلا من الصورة الكلية.	٠.٨١	٠.٠١
٤	أبقى متيقظا لحماية نفسي من المخاطر.	٠.٦٩	٠.٠١

يتضح من جدول (٤) أن معامل ارتباط كل عبارة بالدرجة الكلية لبُعْد (الانتباه للمهدات) جميعها دالة عند مستوى (٠.٠١).

البعد الرابع- العزو الخارجي:

جدول(٥) معامل ارتباط عبارات العزو الخارجي بالدرجة الكلية للبُعْد

م	العبارة	الارتباط	مستوى الدلالة
١	يعاملني الناس معاملة سيئة بلا سبب واضح.	٠.٦٢	٠.٠١
٢	أغير طريقة تفكيري بناءً على أراء الآخرين.	٠.٧١	٠.٠١
٣	تسوء أمور حياتي بسبب الآخرين.	٠.٨٥	٠.٠١
٤	يجعل الناس حياتي تعيسة.	٠.٧٤	٠.٠١

يتضح من جدول (٥) أن معامل ارتباط كل عبارة بالدرجة الكلية لبُعْد (العزو الخارجي) جميعها دالة عند مستوى (٠.٠١).

البعد الخامس- المشكلات المعرفية الاجتماعية:

جدول(٦) معامل ارتباط عبارات المشكلات المعرفية الاجتماعية بالدرجة الكلية للبُعْد

م	العبارة	لارتباط	مستوى الدلالة
١	لست متأكدًا مما يعنيه الآخرون.	٠.٦٦	
٢	يفاجئني الآخرون بردود أفعالهم.	٠.٧٩	
٣	يصعب عليَّ فهم ردود أفعال الآخرين.	٠.٧٨	
٤	عندما أسمع الناس يضحكون أتوقع أنهم يضحكون مني.	٠.٨٩	

يتضح من جدول (٦) أن معامل ارتباط كل عبارة بالدرجة الكلية لبُعْد (المشكلات المعرفية الاجتماعية) جميعها دالة عند مستوى (٠.٠١).

البعد السادس- المشكلات المعرفية الذاتية:

جدول(٧) معامل ارتباط عبارات المشكلات المعرفية الذاتية بالدرجة الكلية للبُعْد

م	العبارة	الارتباط	مستوى الدلالة
١	عندما أحاول التركيز على شيء لا أستطيع إهمال الأمور الأخرى.	٠.٧٣	٠.٠١
٢	أواجه صعوبة في إدراك ترابط الأشياء بعضها البعض.	٠.٧٢	٠.٠١
٣	يتشتت تركيزي عند أداء مهمة معينة.	٠.٧٨	٠.٠١
٤	تتناثر الأفكار في ذهني.	٠.٧٦	٠.٠١

يتضح من جدول (٧) أن معامل ارتباط كل عبارة بالدرجة الكلية لبُعْد (المشكلات المعرفية الذاتية) جميعها دالة عند مستوى (٠.٠١).

البعد السابع- السلوكيات الآمنة:

جدول(٨) معامل ارتباط عبارات السلوكيات الآمنة بالدرجة الكلية للبُعْد

م	العبارة	الارتباط	مستوى الدلالة
١	الأشخاص الذين لا أعرفهم هم أشخاص خطيرون.	٠.٦٧	٠.٠١
٢	أجلس بجانب مخارج الطوارئ لكي أكون بأمان.	٠.٦٨	٠.٠١
٣	أتجنب الرد على المكالمات الهاتفية حتى أعرف هوية المتصل.	٠.٨١	٠.٠١
٤	أخرج من المنزل بعد حلول الليل.	٠.٧٣	٠.٠١

يتضح من جدول (٨) أن معامل ارتباط كل عبارة بالدرجة الكلية لبُعْد (السلوكيات الآمنة) جميعها دالة عند مستوى (٠.٠١).

كما تم حساب معاملات ارتباط درجات أبعاد مقياس التحيزات المعرفية بالدرجة الكلية للمقياس كما هو موضح بجدول (٩):

جدول(٩) معاملات ارتباط درجة الأبعاد بالدرجة الكلية لمقياس التحيزات المعرفية

الأبعاد	الارتباط	مستوى الدلالة	الأبعاد	الارتباط	ستوى الدلالة
البُعْد الأول	٠.٧٢	٠.٠١	البُعْد الخامس	٠.٧٤	٠.٠١
البُعْد الثاني	٠.٧٧	٠.٠١	البُعْد السادس	٠.٦٩	٠.٠١
البُعْد الثالث	٠.٨٣	٠.٠١	البُعْد السابع	٠.٧٤	٠.٠١
البُعْد الرابع	٠.٧٦	٠.٠١			

يتضح من جدول (٩) أن معاملات اتساق درجات الأبعاد بالدرجة الكلية لمقياس التحيزات المعرفية عند مستوى (٠.٠١).

(ح) بالنسبة للكفاءة السيكومترية لمقياس التحيزات المعرفية للمراهقين المكفوفين في هذه الدراسة: أما الثبات فقد حُسب باستخدام طريقتي إعادة التطبيق بعد (١٥) يومًا بين التطبيقين الأول والثاني وكان معامل الثبات(٠.٨٢٥)، والتجزئة النصفية باستخدام معادلة سبيرمان–براون(٠.٨١١)، أما الصدق فقد تم حسابه باستحدام الصدق المرتبط بالمحك بحساب معامل الارتباط بين درجات عينة المراهقين المكفوفين (ن=٣٠) على المقياس، ودرجاتهم على مقياس الأفكار الآلية السلبية الذى عربه الدحادحة(٢٠١٢)، وكانت قيمته (٠.٨٣) الدالة عند (٠.٠١)، وتعد معاملات الثبات والصدق المستخرجة معاملات مقبولة تبرر استخدام مقياس التحيزات المعرفية لدى المراهقين المكفوفين في هذه الدراسة.

(ط) الصورة النهائية للمقياس وطريقة تصحيحه: اشتمل مقياس التحيزات المعرفية لدى المراهقين المكفوفين بصورته النهائية على (٢٨) عبارة موزعة على سبعة أبعاد فرعية، يجاب عنها بتدرج خماسي (دائمًا=٥، غالبًا=٤، أحيانًا=٣، نادرًا=٢، أبدًا=١)، وهذه الدرجات تنطبق على جميع عبارات المقياس لكونها مصوغة باتجاه موجب، وبذلك تتراوح درجات المقياس ككل من (١٤٠–٢٨) درجة، كما قام الباحث بحساب درجة القطع بعد تطبيق المقياس على عينة من المكفوفين، ثم تم حساب الانحراف المعياري للدرجات، ثم تم انتقاء العينة التي ستشمل بجلسات البرنامج من خلال الركون إلى درجة القطع، وبالتالي للحكم على مستويات مقياس التحيزات المعرفية تم حساب المدى الافتراضي للمقياس ككل (٢٨–١٤٠=١١٢) وكذلك للمجالات(٤–٢٨=٢٤)، وبعدها تم تقسيم المستويات إلى ثلاث فئات متساوية كما هو مبين في الجدول(١٠).

جدول(١٠) درجات القطع لمقياس التحيزات المعرفية

المستوى	درجة القطع	
	للمجالات	للمقياس ككل
متدن	٤-١٢	٢٨-٦٥
متوسط	١٣-٢١	٦٦-١٠٣
مرتفع	٢٢-٤٠	١٠٤-١٤٠

٢- مقياس اضطراب القلق الاجتماعي للمراهقين المكفوفين:

أعد هذا المقياس عثمان(٢٠١٤) تحت مسمى مقياس القلق الاجتماعي للطلاب المعاقين بصريًا؛ لقياس القلق الاجتماعي والذي يعد مقياسًا للتقرير الذاتي؛ لقياس الواقع الاجتماعي وأهم مظاهره الفسيولوجية والنفسية والسلوكية والمعرفية التي ترتبط بخبرة الشعور بالقلق الاجتماعي لدى المراهقين المكفوفين(ص.١٥١)، وتم بناء عباراته في ضوء الأعراض الواردة في الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية(DSM-5, 2003). ليتكون المقياس من (٥٦) عبارة تقيم سماتها الجوهرية، وهي: البُعْد الفسيولوجي، والبُعْد النفسي، والبُعْد السلوكي، والبُعْد المعرفي. ويُصحح المقياس بطريقة ليكرت رباعي الاستجابة (دائمًا=٤، وأحيانًا=٣، ونادرًا=٢، وأبدًا=١)، وتشير الدرجة المرتفعة على المقياس إلى ارتفاع نسبة القلق الاجتماعي، بينما تشير الدرجة المنخفضة إلى انخفاض نسبة القلق الاجتماعي، وقد تم تحديد درجة القطع بـ (م+٥،ع).

قام مُعد ومقنن المقياس بحساب صدقه بعدة طرق، منها: صدق المحكمين، وصدق المحتوى. واتضح أن المقياس يتمتع بقدر عالٍ من الصدق، وقد قام الباحث في الدراسة الحالية بحساب صدق المقياس بحساب الصدق التلازمي للمقياس مع مقياس (بيك Beck) للاكتئاب إعداد غريب(٢٠٠٣)، وذلك على أفراد العينة الخاصة بحساب الخصائص السيكومترية (ن=٤٠) عن طريق إيجاد معامل الارتباط بين درجاتهم على المقياسين. وقد بلغ معامل الارتباط بين مقياس القلق الاجتماعي ومقياس الاكتئاب (٠.٤٩) وهي دالة عند مستوى(٠.٠١).

كما قام مُعد ومقنن المقياس بحساب ثباته بطريقة إعادة التطبيق، واتضح أن المقياس يتمتع بقدر عالٍ من الثبات. وقد قام الباحث في الدراسة الحالية بحساب ثبات المقياس بطريقة ألفا كرونباخ ، وبلغت قيمة معامل ألفا كرونباخ لثبات المقياس (٠.٧١) وهي دالة عند مستوى (٠.٠١)، وهي قيمة عالية تشير إلى ثبات المقياس.

٣- البرنامج التدريبي القائم على مهارات العلاج الجدلي السلوكي: (إعداد: الباحث)

(أ) الهدف العام للبرنامج:

يهدف البرنامج إلى خفض التحيزات المعرفية لدى المراهقين المكفوفين بالاعتماد على العلاج الجدلي السلوكي ومهاراته واستراتيجياته العلاجية.

(ب) أهداف البرنامج:

(١)**هدف وقائي:** يتمثل في تدريب أفراد المجموعة التجريبية من المراهقين المكفوفين ذوي اضطراب القلق الاجتماعي على مهارات العلاج الجدلي السلوكي؛ لمواجهة بعض المشكلات النفسية التي تواجههم، وتحقيق التوافق النفسي بوجه عام.

(٢) **هدف علاجي:** يتمثل في خفض مستويات التحيزات المعرفية لدى عينة الدراسة المستهدفة ممن حصلوا على درجات مرتفعة في مقياس التحيزات المعرفية ومقياس القلق الاجتماعي.

(٣) **الأهداف الإجرائية:** تتمثل في الأهداف الخاصة التي تتحقق من خلال الجلسات، وتطبيق الفنيات المختلفة للعلاج الجدلي السوكي، ومن هذه الأهداف ما يلي:

- تعرف المراهقين المكفوفين على فلسفة العلاج الجدلي السلوكي ومهاراته المتنوعة.
- تعرف طبيعة التحيزات المعرفية، وتأثيراتها السلبية على بعض الجوانب الشخصية والانفعالية والاجتماعية لدى الفرد الكفيف.
- تنمية مهارة الوعي، ومهارة تحليل السلوك لدى المراهق الكفيف.
- تنمية مهارة اليقظة العقلية لدى المراهقين المكفوفين، من خلال تقبل الخبرات السلبية والنظر إليها بموضوعية دون إصدار أحكام عليها.
- تنمية مهارات الفاعلية البين الشخصية الفعالة، من خلال تحديد الأولويات وملاحظة تغييرها عند التفاعل مع الآخرين، بالإضافة إلى مساعدة الكفيف في البحث عما ينبغي فعله أو الإجابة بـ "لا" للأشياء والمطالب التي لا يستطيع القيام بها.
- تنمية مهارات تنظيم المشاعر في تغيير العواطف التي يرغب الفرد في تعديلها أو التقليل من شدتها.
- تنمية مهارات تحمل الكرب النفسي على إدارة لحظات الانفعالات الحادة.

(ج) الفنيات المستخدمة في البرنامج: استخدمت في الجلسات التدريبية الفنيات والأساليب التالية: المناقشة والحوار، والواجب المنزلي، واليقظة العقلية، وتنظيم الانفعالات، وتحمل الضغوط، والعلاقات البين شخصية، وحل المشكلات، وتجاوز المحنة، وإدارة الذات، والإقناع المنطقي، واقتحام التناقضات الظاهرية واستخدامها، واستخدام المجاز، والتقبل والالتزام والتغيير، والحوار الجدلي، والتوسع أو الامتداد، وتنشيط العقلانية.

(د) مصادر بناء البرنامج: تم الاعتماد على المصادر التالية:

- الاطلاع على بعض الكتابات والبحوث المختصة في رعاية المكفوفين، مثل:(Hadidi & Al Khateeb, 2014؛ Ivy, et al., 2016؛ Bruce, et al., 2016؛ الخطيب، والحديدي،٢٠١٧؛ الحديدي، ٢٠١٧؛

الريحاني، الزريقات، وطنوس، ٢٠١٨؛ الروسان، ٢٠١٩؛ Cmar & Markoski, 2019؛ De Caroli, et al., 2020؛ Binder, et al., 2020 ؛ الخطيب، والحديدي،٢٠٢١).

- البحوث والدرسات التي استخدمت واهتمت بمهارات العلاج الجدلي السلوكي في خفض بعض الاضطرابات النفسية، مثل:(Chapman & Tull, 2011؛Woodberry & Popenoe, 2008؛Comtois, et al., 2007 Valentine, et al., 2015؛ Van Dijk, et al., 2013؛Chugani, et al., 2013؛ Dowling, 2013؛ Üstündağ-Budak & Özeke-Kocabaş 2017؛ أبو زيد، ٢٠١٧؛ الشافعي، ٢٠١٨ ؛ العريان، ٢٠١٨؛ Zalewski, et al., 2018؛ Valdés-Sánchez, 2020؛ Kells, et al., 2020؛ Cavicchioli, Ramella, Vassena, Giulia Simone, Prudenziati & Sirtori, 2020,).
- المؤلفات والأطر النظرية التي تناولت العلاج الجدلي السلوكي من حيث: المنهج والممارسة والتطبيق، مثل:(Hayes, Follette & Linehan, 2004؛ Dimeff, &؛ Miller, Rathus, & Linehan, 2007؛ Linehan, & Wilks, 2015؛ Linehan, 2015a, ؛ Linehan, 2015b؛ كوري،٢٠١٧؛ سليمان، ٢٠١٠؛ سنكلير، وهولينجسورث، ٢٠١٩؛ عبد الله، والشركسي، ٢٠١٩؛ راجا،٢٠١٩؛ لينهان، ٢٠٢٠؛ Mshlum, 2021).
- البحوث والمؤلفات والأطر النظرية التي اهتمت بالتحيزات المعرفية وأشكالها وخصائصها بشكل عام، مثل:(Cristea, Kok & Cuijpers, 2015؛ Lau, 2015؛ Orchard, Pass, & Reynolds, 2016a ؛ Orchard, Pass, & Reynolds, 2016b؛ بني فياض، ٢٠١٧؛ الفقي، والبقمي، ٢٠١٧؛ الحموري، ٢٠١٧؛ العادلي، ٢٠١٧؛ الحربي، ٢٠١٩؛ Eric & Louise, 2019 ؛ العلواني، ٢٠١٩؛ العلواني، والعتوم، ٢٠١٩؛ علي، وعبده ، ٢٠١٩؛ المعايطة، ٢٠١٩؛ عبد المطلب، وأحمد، ٢٠١٩؛ Yeung & Sharpe, 2019؛ Behimehr, & Jamali, 2020؛ Fodor, et al., 2020، Binder, et al., 2020؛).

(هـ) أسس ومبادئ البرنامج وقواعده: اعتمد بناء البرنامج وتنفيذه على ما يلي:

- تم الاعتماد على بعض الأسس العامة في التوجية والعلاج النفسي والإرشادي، والتي تتمثل في: الثبات النسبي للسلوك الإنساني، وإمكانية التنبؤ به، ومرونته، واستعداد الفرد وحقه في التوجيه والإرشاد النفسي، واستمرارية عملية العلاج.
- تم الاعتماد على الأسس الفلسفية، والتي تتمثل في: مراعاة طبيعة الفرد، والاهتمام بكينونته، والاهتمام بأخلاقيات العلاج النفسي، بالإضافة إلى اعتماد البرنامج على الأسس النفسية، والمتمثلة في: مراعاة الفروق الفردية، ومطالب النمو.

- تم التركيز من جانب الباحث على الأسس الثلاثة للعلاج الجدلي السلوكي، وهي: العلاج المعرفي السلوكي ومبادئه، والتبرير والتقبل، والجدل.
- تم بناء برنامج التدريب على مهارات العلاج الجدلي السلوكي بناءً على استراتيجيات ومبادئ العلاج الجدلي السلوكي.
- تمت الاستعانة ببعض الأنشطة النظرية والعملية لكل مهارة من المهارات الأربع الخاصة بالعلاج الجدلي السلوكي، والتي أوصت بها صاحبة النظرية "مارشا لينهان"، والمتوفرة في كتابها" التدريب على مهارات العلاج الجدلي السلوكي، الأدلة وأوراق العمل".
- تمت صياغة الجلسات الإجرائية للبرنامج وفقًا لنموذج التدريب على مهارات العلاج الجدلي السلوكي.
- تم الاعتماد على الحوار والمناقشة في تنفيذ البرنامج، وكذلك تم الاعتماد على فنية الواجب المنزلي بحيث تنتهي كل جلسة به، وتتم مراجعته في الجلسة التالية.
- تم تطبيق البرنامج من خلال جلسات العلاج الجماعي وبعض جلسات العلاج الفردي.

(و) محتوى ومكونات البرنامج وجلساته:

يوضح جدول (١١) وصفًا لجلسات البرنامج التدريبي وموضوعاتها والفنيات والأساليب المستخدمة، والأنشطة المتضمنة في كل جلسة:

جدول (١١)

المخطط التفصيلي لبرنامج التدريب على مهارات العلاج الجدلي السلوكي

المرحلة العلاجية	رقم الجلسة ومدتها	موضوع الجلسة وأهدافها الإجرائية	الفنيات والأساليب المستخدمة	الأنشطة وأوراق العمل(*)
مرحلة البدء	الأولى (٦٠ دقيقة)	- التعارف بين الباحث والعملاء. - تعرف الأفراد المشاركين بالبرنامج العلاجي. - التعريف بتعليمات وأهداف البرنامج - وضع بعض الضوابط والقواعد بالجلسات - العلاجية والاتفاق على الخطوات الأساسية للجلسات.	الحوار والمناقشة	-
مرحلة الانتقال	الثانية (٦٠ دقيقة)	- تعرف طبيعة التحيزات المعرفية، وتأثيراتها السلبية - على بعض الجوانب الشخصية والانفعالية والاجتماعية لدى الفرد الكفيف.	المحاضرة – الحوار والمناقشة.	-
	الثالثة (٤٥ دقيقة)	- تعرف المراهقين المكفوفين على فلسفة العلاج الجدلي السلوكي ومهاراته المتنوعة. - أن يتعرف أفراد المجموعة مبادئ وافتراضات وفنيات العلاج الجدلي السلوكي.	المحاضرة – الحوار والمناقشة – الإقناع المنطقي	-

(*) اعتمد الباحث على الأدلة وأوراق العمل والأنشطة الموجودة في كتاب: التدريب على مهارات العلاج الجدلي السوكي، الأدلة وأوراق العمل(إعداد: مارشا لينهان، ترجمة: سامي بن صالح العرجان وتيسير الياس شواش، ٢٠٢٠) بما يتناسب مع خصائص المراهقين المكفوفين .

المرحلة العلاجية	رقم الجلسة ومدتها	موضوع الجلسة وأهدافها الإجرائية	الفنيات والأساليب المستخدمة	الأنشطة وأوراق العمل(*)
			الواجب المنزلي.	
مرحلة البناء	الرابعة (٥٥ دقيقة)	- التدريب على مهارة الوعي. - تعرف الأهداف من التدرب على مهارات العلاج الجدلي السلوكي وممارسته. - تعرف مبادئ توجيهية للتدريب على المهارات.	الإقناع المنطقي، و التقبل والالتزام والتغيير، والحوار الجدلي- الواجب المنزلي.	النشاط : ورقة العمل إيجابيات وسلبيات استخدام المهارات.
	الخامسة (٥٥ دقيقة)	- التدريب على مهارة تحليل السلوك، وتحليل التسلسل. - التدريب على تحليل الحلقات المفقودة.	الإقناع المنطقي، و التقبل والالتزام والتغيير، والحوار الجدلي- الواجب المنزلي.	النشاط: ورقة العمل تحليل تسلسل السلوك الخاطئ.
	السادسة (٤٥ دقيقة)	- التدريب على مهارة اليقظة العقلية. - تعرف تعريفات اليقظة العقلية، وأهداف ممارستها. - تعرف إيجابيات وسلبيات ممارسة اليقظة العقلية.	اليقظة العقلية التقبل والالتزام والتغيير، ولعب دور- الواجب المنزلي.	النشاط: أدلة ممارسة اليقظة العقلية الأهداف والتعريفات
	السابعة (٥٥ دقيقة)	- التدريب على مهارات الاحتفاظ بالتفكير: مهارات "ماذا؟(الملاحظة والوصف والمشاركة) للحد من العزو الخارجي في التحيزات المعرفية.	الإقناع المنطقي، اليقظة العقلية، التقبل والالتزام والتغيير ، ولعب دور- الواجب المنزلي.	النشاط: أدلة مهارات اليقظة العقلية الجوهرية. النشاط: أوراق عمل ممارسة العقل الحكيم. النشاط: مهارات "ماذا" في اليقظة العقلية: الملاحظة، الوصف، المشاركة.
	الثامنة (٧٥ دقيقة)	- التدريب على مهارة السيطرة على الذهن: مهارات "كيف"(اللاحكم، والانتباه الأوحد، والفاعلية) للحد من جمود المعتقدات، والانتباه للمهددات في التحيزات المعرفية.	والمناقشة- الإقناع المنطقي - الواجب المنزلي.	النشاط: مهارات "كيف" في اليقظة العقلية: اللاحكم، الانتباه الأوحد، التأثر.
	التاسعة (٦٠ دقيقة)	-التدريب على تصورات أخرى من اليقظة العقلية (ممارسة اليقظة العقلية، وعوامل الاتقان، والعقل الحكيم) لتقليل القفز إلى الاستنتاجات، وجمود المعتقدات في التحيزات المعرفية.	والمناقشة- الإقناع المنطقي – الواجب المنزلي.	النشاط: ورقة العمل التوازن بين العقل العملي والعقل الوجودي. النشاط: السير في منتصف العقل الحكيم.
	العاشرة	- التدريب على مهارة الفاعلية البين الشخصية الفعالة.	الحوار والمناقشة،	النشاط: إيجابيات وسلبيات

المرحلة العلاجية	رقم الجلسة ومدتها	موضوع الجلسة وأهدافها الإجرائية	الفنيات والأساليب المستخدمة	الأنشطة وأوراق العمل(*)
	(٥٥ دقيقة)	- تعرف الأهداف من الفاعلية البين شخصية. -	والتوسع أو الامتداد، وتنشيط العقلانية، والسماح بالتغيير الطبيعي – الواجب المنزلي.	استخدام مهارات الفاعلية البين شخصية. النشاط: تحدي الخرافات التي تقف في طريق تحقيق الأهداف.
	الحادية عشر (٧٥ دقيقة)	-التدريب على طرائق بناء العلاقات والتخلص من الضار منها. - التركيز على كيفية إيجاد الأصدقاء وتبادل المودة والحفاظ على استمرار العلاقات(والمشكلات المعرفية الذاتية في التحيزات المعرفية). -التدرب على كيفية إنهاء العلاقات الضارة والمدمرة (المشكلات المعرفية الاجتماعية في التحيزات المعرفية).	الإقناع المنطقي والتوسع أو الامتداد، وتنشيط العقلانية – الواجب المنزلي.	النشاط: تحديد الأولويات في المواقف البين شخصية. النشاط: كتابة نصوص عن الفاعلية البين شخصية. النشاط: مهارات اكتشاف المشكلة في العلاقات البين شخصية وإصلاحها.
	الثانية عشر (٦٠ دقيقة)	-التدريب على مهارات السير منتصف الطريق . -التدريب على نموذج كيفية العمل المتوازن بين القبول والنفور في العلاقات الاجتماعية.	الإقناع المنطقي، والتقييم الجدلي ، الواجب المنزلي.	النشاط: ممارسة الجدالات. النشاط: الانتباه عندما لا تكون جدليًا.
	الثالثة عشر (٥٠ دقيقة)	- التدريب على مهارات تنظيم وفهم المشاعر. - التدريب على نموذج وصف المشاعر - تعرف	الإقناع المنطقي، والتقييم الجدلي ، الواجب المنزلي.	النشاط: تحديد ما الذي تفعله المشاعر لي. النشاط: استمارة تسجيل المشاعر. النشاط: خرافات حول المشاعر. النشاط: ملاحظة ووصف المشاعر.
	الرابعة عشر (٦٠ دقيقة)	-التدريب على تغيير الاستجابات العاطفية -التدريب على المهارات الأساسية في تغيير المشاعر: اكتشاف الحقائق ، والفعل المعاكس، وحل المشكلة.	الإقناع المنطقي، واقتحام التناقضات الظاهرية واستخدام المجاز، التقبل والالتزام والتغيير، ، الواجب المنزلي.	النشاط : أمثلة على المشاعر التي تتلاءم مع الحقائق. النشاط: الفعل المعاكس. النشاط: حل المشكلة.
	الخامسة عشر (٤٥ دقيقة)	-التدريب على التقليل من تأثير التفكير العاطفي. - التدريب على قائمة الأحداث الممتعة.	الإقناع المنطقي، واستخدام المجاز، التقبل والالتزام والتغيير، والحوار الجدلي، ولعب دور،	النشاط: خطوات للتقليل من تأثير التفكير العاطفي. النشاط: قائمة الأحداث الممتعة.

المرحلة العلاجية	رقم الجلسة ومدتها	موضوع الجلسة وأهدافها الإجرائية	الفنيات والأساليب المستخدمة	الأنشطة وأوراق العمل(*)
			وتنشيط العقلانية ، الواجب المنزلي.	
	السادسة عشر (٥٥ دقيقة)	- التدريب على التحكم الفعلي بالمشاعر الصعبة. - التدريب على اليقظة العقلية بالمشاعر الحالية والتخلص من الألم العاطفي. -التدريب على مهارات اكتشاف الأخطاء في تنظيم المشاعر وإصلاحها.	استخدام المجاز، التقبل والالتزام والتغيير، والحوار الجدلي، ولعب دور، والتوسع أو الامتداد، الواجب المنزلي.	النشاط: اليقظة العقلية بالمشاعر الحالية النشاط: مهارات اكتشاف الأخطاء في تنظيم المشاعر وإصلاحها.
	السابعة عشر (٦٠ دقيقة)	- التدريب على مهارة تحمل الضغط والأزمات. - التدريب على مهارات النجاة من الأزمة. - التدريب على مهارة STOP . - التدريب على مهارات تهدئة الذات.	الحوار والمناقشة – الإقناع – مهارات STOP – إيجابيات وسلبيات، الواجب المنزلي.	النشاط: مهارات النجاة من الأزمة. النشاط: ممارسة مهارة (STOP). النشاط: تهدئة الذات.
	الثامنة عشر (٧٥ دقيقة)	- التدريب على مهارات تقبل الواقع. - التدريب على مهارارات التحول الذهني الاستعداد والتعمد. - التدريب على ممهارسة مهارة نصف الابتسامة والأيادي الهادئة. - التدريب على مهارة اليقظة العقلية بالأفكار الحالية.	– الإقناع – التشتيت الذهني– تهدئة الذات – تحسين اللحظة الحالية ، الواجب المنزلي.	النشاط: ممارسة التقبل المطلق. النشاط: نصف الابتسامة والأيادي الهادئة. النشاط: اليقظة العقلية بالأفكار الحالية.
مرحلة الانتهاء	التاسعة عشر (٦٠ دقيقة)	- التدريب على مهارات التعامل مع الإدمان والاعتماد. - تعرف الامتناع الجدلي مقابل الحد من الضرر. - تعرف التفكير الصافي والتفكير الإدماني والتفكير الخالي. - التدريب على التوازن في التفكير(الجدل)	الحوار والمناقشة – الإقناع – الامتناع الجدلي، التفكير الصافي، التعزيز المجتمعي، الواجب المنزلي.	النشاط: مهارات حينما تكون الأزمة إدمانًا. النشاط:التخطيط للامتناع الجدلي. النشاط: من التفكير الخالي إلى التفكير الصافي.
	العشرون (٥٥ دقيقة)	- التحقق من فعالية البرنامج العلاجي . - تطبيق مقياس التحيزات المعرفية.	الحوار والمناقشة	النشاط الأول: مراجعة النشاط الثاني : تقييم.

(ز) **التوزيع الزمني الثالثة عشر للبرنامج:** تم تطبيق البرنامج في الفصل الدراسي الأول من العام الدراسي ٢٠٢٠-٢٠٢١م، وكانت بداية التطبيق يوم الأحد ٢٠٢٠/١٠/١٨م، واستمر حتى يوم الأحد ٢٠٢٠/١١/٢٩م،

حيث استغرق تطبيق البرنامج (٧) أسابيع، أي ما يعادل شهرًا ونصف، وتكون البرنامج من (٢٠) جلسة بواقع ثلاث جلسات في الأسبوع، وبعد مرور شهر ونصف من توقف تطبيق البرنامج تم تطبيق المتابعة لأدوات الدراسة من خلال التواصل عبر الهاتف لأفراد المجموعة التجريبية خلال الأسبوع الثاني من شهر يناير ٢٠٢١م بطريقة فردية ـ وهذا يعتبر شكلًا من الأشكال التي يعتمد عليها العلاج الجدلي السوكي ـ وذلك نظرًا لتوقف الدراسة بسبب جائحة فيروس كورونا المستجد، وكان ذلك من خلال قراءة عبارات المقياس من جانب الباحث لأفراد المجموعة التجريبية، والتحدث مع الحالات في الأمور النفسية خلال هذه الفترة.

(ح) **أسلوب تطبيق البرنامج:** تم تطبيق البرنامج بطريقة جماعية على أفراد المجموعة التجريبية؛ وذلك للتقليل من حدة القلق الاجتماعي لدى أفراد المجموعة التجريبية، وقد اشتملت الجلسات الجماعية على بعض اللقاءات الفردية ـ وهذا أيضا يعد شكلًا من الأشكال التي يعتمد عليها العلاج الجدلي السلوكي ـ لكل أفراد المجموعة التجريبية حتى تكون هناك فرصة للتعبير بحرية عن الانفعالات والضغوط النفيسية والأحاسيس التي قد يخجل الكفيف من التحدث عنها وسط الجماعة.

(ط) **مكان تطبيق البرنامج:** تم تنفيذ جلسات البرنامج بإحدى قاعات التدريس في المدرسة، كما تم تنفيذ بعض الجلسات في مكتب الإخصائي النفسي والاجتماعي بالمدرسة.

(ي) **تقويم ومتابعة البرنامج:** تم تقويم البرنامج بالطرق الآتية:

- المقارنة بين المجموعتين الضابطة والتجريبية من خلال القياسين القبلي والبعدي.
- التحقق من فاعلية البرنامج بعد شهر ونصف من توقف تطبيق البرنامج، حيث كانت نفس فترة تطبيق البرنامج، وذلك عن طريق إجراء قياس تتبعي لأفراد المجموعة التجريبية.

نتائج الدراسة ومناقشتها:

أ- **نتائج الفرض الأول :**

ينص هذا الفرض على أنه: "توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائيًا بين التحيزات المعرفية والقلق الاجتماعي لدى عينة الدراسة من المراهقين المكفوفين". وللتحقق من صحة هذا الفرض قام الباحث بحساب معاملات الارتباط بين درجات أفراد العينة الأساسية على مقياس التحيزات المعرفية وبين درجاتهم على مقياس القلق الاجتماعي. ويوضح جدول(١٢) نتائج ذلك:

جدول(١٢)

معاملات الارتباط بين التحيزات المعرفية والقلق الاجتماعي

لدى عينة الدراسة (ن=٥٠)

المتغيرات	مقياس القلق الاجتماعي للمراهقين المكفوفين
مقياس التحيزات المعرفية للمراهقين المكفوفين	٠.٧٩٤**

(**) دال إحصائيًا عند مستوى(٠.٠١)

يتضح من جدول (١٢) وجود ارتباط موجب ودال إحصائيًّا عند مستوى(٠,٠١) بين التحيزات المعرفية والقلق الاجتماعي لدى أفراد العينة الأساسية، وهذا يعني أنه كلما ارتفع مستوى التحيزات المعرفية لدى المراهق الكفيف؛ ارتفع تبعًا لذلك القلق الاجتماعي لديه، والعكس صحيح، وبالتالي تتحقق صحة الفرض الأول.

تفسير نتائج الفرض الأول:

تتسق نتائج هذا الفرض مع نتائج عدد من الدراسات ذات الصلة، التي توصلت إلى وجود علاقة ارتباطية موجبة دالة إحصائيًّا بين التحيزات المعرفية والقلق الاجتماعي (Gaag van der ,.al et , 2013؛ MacLeod & Grafton, 2016؛ الفقي، والبقمي، ٢٠١٧؛ Smith, et al., 2018؛ Orchard, & Stevens, et al., 2018, ؛ علي، وعبده، ٢٠١٩؛Yeung & Sharpe, 2019؛ De Reynolds, 2018؛ Caroli, et al., 2020؛ Binder, et al ., 2020).

وتتماشى العلاقة الارتباطية الموجبة بين التحيزات المعرفية والقلق الاجتماعي مع ما أسفرت عنه أدبيات البحث ونتائج العديد من الدراسات ذات الصلة، مثل: دراسة (Smith, et al.,2018) والتي أوضحت أن الأفراد ذوي القلق الاجتماعي يميلون للانحياز السلبي في تفسير المعلومات الاجتماعية في المواقف الاجتماعية، كما أنهم يعانون من تحيز في معالجة المعلومات؛ وبالتالي فهم يميلون إلى إدراك مؤشرات التقييم السلبي، وما أسفرت عنه نتائج دراسة (Dobson-Keeffe & Coaker, 2015) بأن هناك تحيزات معرفية في معالجة الذات ومعالجة استجابات الآخرين مسئولة أيضا عن إدامة القلق الاجتماعي، منها: الانشغال بالاستجابات الجسدية والتقييم السلبي، وتقليل الوعي بالمعلومات الموضوعية في الموقف، وافتراض أن الآخرين يرونه على الصورة التي يتخيلها هو لنفسه وهي صورة مشوهة للذات.

كما يمكن تفسير هذه العلاقة الموجبة لدى المراهقين المكفوفين استنادًا إلى أن المراهقين المكفوفين الذين يعانون من القلق الاجتماعي لديهم صورة ذاتية سلبية عن ذواتهم خلال مواقف الأداء والتفاعل الاجتماعي، كما أنهم يظهرون تفسيرات متحيزة أقل إيجابية للمصادر الخارجية للمعلومات الاجتماعية، والتفسير السلبي للمواقف الاجتماعية الغامضة هو أكثر عرضة لتكوين الصورة الذاتية السلبية، ولتوقع الخطر الاجتماعي

والصور الحية من سوء الأداء، هذا بالإضافة إلى الدور المتعاظم لنظام التقييم لدى المراهقين المكفوفين ذوي اضطراب القلق الاجتماعي، حيث يرتبط التقييم بنظامين أحدهما بمشاعر الانفعال والآخر بمشاعر التهديد والخوف؛ وبالتالي تزيد التحيزات المعرفية من تكرار المعارف والأفكار السلبية، وبالتالي تؤثر سلبًا في الأعراض المصاحبة لاضطراب القلق الاجتماعي لدى المراهقين المكفوفين.

ب- نتائج الفرض الثاني:

ينص هذا الفرض على أنه: "توجد فروق دالة إحصائيًا بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية ومتوسطات ورتب درجات المجموعة الضابطة في القياس البعدي على مقياس التحيزات المعرفية لصالح المجموعة التجريبية". وللتحقق من صحة هذا الفرض قام الباحث بحساب اختبار مان- وتني، وتتضح نتائج هذا الفرض في جدول(١٣):

جدول(١٣)

نتائج اختبار مان- وتني لدلالة الفرق بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية ورتب درجات المجموعة الضابطة في القياس البعدي لمقياس التحيزات المعرفية

الأبعاد	نوع المجموعة	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	U	W	Z	مستوى الدلالة
القفز إلى الاستنتاجات	تجريبية	٧	٤	٢٨	٠.٠٠٠	٢٨	٣.١٤٤	دالة عند ٠.٠٠١
	ضابطة	٧	١١	٧٧				
جمود المعتقدات	تجريبية	٧	٤.٢٠	٣٠	٢.٠٠٠	٣٠	٢.٩٠٧	دالة عند ٠.٠٠١
	ضابطة	٧	١٠.٧١	٧٥				
الانتباه إلى المهددات	تجريبية	٧	٤	٢٨	٠.٠٠٠	٢٨	٣.١٩٤	دالة عند ٠.٠٠١
	ضابطة	٧	١١	٧٧				
لعزو الخارجي	تجريبية	٧	٤	٢٨	٠.٠٠٠	٢٨	٣.١٥٥	دالة عند ٠.٠٠١
	ضابطة	٧	١١	٧٧				
المشكلات المعرفية الاجتماعية	تجريبية	٧	٤	٢٨	٠.٠٠٠	٢٨	٣.١٤٨	دالة عند ٠.٠٠١
	ضابطة	٧	١١	٧٧				
المشكلات المعرفية الذاتية	تجريبية	٧	٤	٢٨	٠.٠٠٠	٢٨	٣.١٨٣	دالة عند ٠.٠٠١
	ضابطة	٧	١١	٧٧				
السلوكيات الأمنة	تجريبية	٧	٤	٢٨	٠.٠٠٠	٢٨	٣.١٥٨	دالة عند ٠.٠٠١
	ضابطة	٧	١١	٧٧				
الدرجة الكلية	تجريبية	٧	٤	٢٨	٠.٠٠٠	٢٨	٣.١٣٠	دالة عند ٠.٠٠١
	ضابطة	٧	١١	٧٧				

يتضح من الجدول(١٣) أن قيمة U المحسوبة أقل من قيمة U الجدولية، وهذا يعني أن هناك فروقًا دالة إحصائيًا عند (٠.٠١) لصالح أفراد المجموعة التجريبية على مقياس التحيزات المعرفية بعد تطبيق برنامج

العلاج الجدلي السلوكي، وهذا يدل على فاعلية البرنامج التدريبي القائم على مهارات العلاج الجدلي السلوكي في خفض التحيزات المعرفية لدى أفراد المجموعة التجريبية عينة الدراسة من المراهقين المكفوفين بعد تطبيق برنامج العلاج الجدلي السلوكي ، وهذا يعني صحة الفرض الثاني.

ج-نتائج الفرض الثالث:

ينص هذا الفرض على أنه: "توجد فروق دالة إحصائيًّا بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس التحيزات المعرفية لصالح متوسطات رتب درجاتهم في القياس البعدي". وللتحقق من صحة هذا الفرض إحصائيًّا تم استخدام اختبار ويلكوكسون Wilcoxon Test، وجدول (١٤) يوضح دلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس التحيزات المعرفية.

جدول (١٤)

نتائج اختبار ويلكوكسون لدلالة الفرق بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس التحيزات المعرفية (ن=٧)

الأبعاد	توزيع الرتب	ن	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة (Z)	مستوى الدلالة
القفز إلى الاستنتاجات	الرتب السالبة	٧	٤	٢٨	٢.٤١٤	٠.٠١٦ دالة
	الرتب الموجبة	٠	٠	٠		
	الرتب المتساوية	٠	٠	٠		
جمود المعتقدات	الرتب السالبة	٧	٤	٢٨	٢.٣٧١	٠.٠١٨ دالة
	الرتب الموجبة	٠	٠	٠		
	الرتب المتساوية	٠	٠	٠		
الانتباه إلى المهددات	الرتب السالبة	٧	٤	٢٨	٢.٣٧٥	٠.٠١٨ دالة
	الرتب الموجبة	٠	٠	٠		
	الرتب المتساوية	٠	٠	٠		
العزو الخارجي	الرتب السالبة	٧	٤	٢٨	٢.٣٧٥	٠.٠١٨ دالة
	الرتب الموجبة	٠	٠	٠		
	الرتب المتساوية	٠	٠	٠		
المشكلات المعرفية الاجتماعية	الرتب السالبة	٧	٤	٢٨	٢.٣١٧	٠.٠١٦ دالة
	الرتب الموجبة	٠	٠	٠		
	الرتب المتساوية	٠	٠	٠		
المشكلات المعرفية الذاتية	الرتب السالبة	٧	٤	٢٨	٢.٣١٧	٠.٠١٦ دالة
	الرتب الموجبة	٠	٠	٠		
	الرتب المتساوية	٠	٠	٠		
السلوكيات الأمنة	الرتب السالبة	٧	٤	٢٨	٢.٣١٧	٠.٠١٦ دالة
	الرتب الموجبة	٠	٠	٠		
	الرتب المتساوية	٠	٠	٠		

الأبعاد	توزيع الرتب	ن	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة (Z)	مستوى الدلالة
الدرجة الكلية	الرتب السالبة	٧	٤	٢٨	٢.٣١٧	٠.٠١٦ دالة
	الرتب الموجبة	.	٠	٠		
	الرتب المتساوية	.	٠	٠		

يتضح من جدول (١٤) وجود فروق دالة إحصائيًّا عند مستوى(٠.٠١) بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في التحيزات المعرفية قبل وبعد تطبيق البرنامج القائم على مهارات العلاج الجدلي السلوكي، حيث كانت الفروق لصالح القياس البعدي في الوضع الأفضل، وبالنظر إلى نتيجة الفرض الثالث إجمالاً نجد أن هناك فروقًا دالة إحصائيًّا بين القياسين القبلي والبعدي على مقياس التحيزات المعرفية وأبعاده المختلفة لأفراد المجموعة التجريبية لصالح القياس البعدي، وهذا يعني أن أولئك الأفراد انخفض مستوى التحيزات المعرفية لديهم بعد تطبيق البرنامج مقارنة بمستوى التحيزات المعرفية لديهم قبل تطبيق البرنامج؛ مما يؤكد فعالية العلاج الجدلي السلوكي في خفض التحيزات المعرفية لدى المكفوفين، وبهذه النتيجة يتم قبول الفرض الثالث.

تفسير نتائج الفرضين الثاني والثالث:

كشفت نتائج الفرض الثاني والثالث بعد تطبيق البرنامج التدريبي على أفراد المجموعة التجريبية عن فاعليته في خفض التحيزات المعرفية لديهم، والتي أشارت إلى انخفاض درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياس البعدي على مقياس التحيزات المعرفية مقارنة بدرجاتهم على القياس القبلي، وبالمقارنة بدرجات أفراد المجموعة الضابطة في القياس البعدي، وبهذه النتيجة تتحقق صحة الفرضين: الثاني والثالث. وجملة هذه النتائج تؤكد أن التدخل السيكولوجي المتمثل في البرنامج التدريبي القائم على مهارات العلاج الجدلي السلوكي كان فعالًا في خفض التحيزات المعرفية لدى أفراد المجموعة التجريبية من المراهقين المكفوفين ذوي اضطراب القلق الاجتماعي، **ويُرجِع الباحث هذه الفاعلية إلى الجوانب التالية:**

١- إن جلسات البرنامج تضمنت التدريب على مهارات واستراتيجيات العلاج الجدلي السلوكي منها: مهارات اليقظة العقلية، ومهارات فعالية العلاقات بين الشخصية، ومهارات تنظيم المشاعر، ومهارات تحمل الضغوط والكرب النفسي؛ وقد أدى ذلك ـ بشكل عام ـ إلى تنمية قدرة أفراد المجموعة التجريبية على تعلم الجمع بين إمكانية التغيير وتقبل الأشياء، وتنمية قدراتهم على تعلم كيفية تغيير الأفكار والمشاعر والسلوكيات غير المرغوبة التي يقع فيها الفرد نتيجة للممارسة غير الصحيحة لعمليات الاستدلال العقلي.

٢- تضمنت جلسات البرنامج التدريب على مهارة اليقظة العقلية؛ وقد أدى ذلك إلى تعامل أفراد المجموعة التجريبية بطريقة إيجابية مع الأحداث التي تسبب الشعور بالتوتر والقلق الاجتماعي، ومحاولة العيش ضمن اللحظة الحالية وقبول ما يحدث، حيث تم استخدام بعض الأنشطة وأوراق العمل، منها: ممارسة مهارات جوهر اليقظة

العقلية، وممارسة العقل الحكيم، وأوراق عمل مهارات "ماذا" في اليقظة العقلية: الملاحظة، والوصف، والمشاركة، وأوراق عمل مهارات "كيف" في اليقظة العقلية:اللاحكم، والانتباه الأوحد، والتأثر، واستمارة اليقظة العقلية بالأحداث الممتعة والأحداث السلبية، وورقة عمل السير في منتصف العقل الحكيم.

٣- تضمن البرنامج التدريب على مهارات الفاعلية البين شخصية، والتي تم التركيز على ثلاث مجموعات رئيسة في هذه المهارات باستخدام أوراق العمل، وهي: كيفية الحصول على الأهداف بمهارة، وطرائق بناء العلاقات، والتخلص من الضار منها مع التركيز على كيفية إيجاد الأصدقاء وتبادل المودة معهم، ومهارات السير منتصف الطريق، وقد أدى التدريب على هذه المهارات إلى مساعدة أفراد المجموعة التجريبية على بناء العلاقات الجديدة، والتعامل الأفضل مع المواقف الاجتماعية الصعبة، وتقليل المشكلات المعرفية الاجتماعية من التحيزات المعرفية وتنمية السلوكيات الآمنة، وكذلك تغيير السلوك من خلال استخدام أوراق العمل الخاصة بمهارة السير في منتصف الطريق، منها: ممارسة الجدالات وقائمة الجدالات، ورقة العمل الانتباه عندما لا تكون جدليًا، والثقة بالذات واحترام النفس.

٤- ساعد تدريب أفراد المجموعة التجريبية على مهارة تنظيم مشاعر على التخلص من الألم النفسي، وتغيير العواطف التي ترغب في تعديلها أو التقليل من شدتها، حيث تم استخدام بعض الأنشطة وأوراق العمل، منها: تسمية وفهم المشاعر، وتغيير الاستجابات العاطفية، والتقليل من تأثير التفكير العاطفي، والتحكم الفعلي بالمشاعر الصعبة.

٥- تضمنت جلسات البرنامج التدريب على مهارات تحمل الضغط؛ وقد أدى ذلك إلى تنمية قدرة أفراد المجموعة التجريبية على التغلب والتخلص من الأزمات دون أن يحدث ما هو أسوأ، ولذلك تم التدريب على مهارات النجاة من الأزمة، ومهارات تقبل الواقع، حيث تم استخدام بعض الأنشطة وأوراق العمل، منها: مهارات النجاة من الأزمة، وممارسة مهارة "STOP"، والإيجابيات والسلبيات من التعامل مع الدوافع، وورقة العمل الخاصة بتهدئة الذات، ومهارات تقبل الواقعة، وورقة عمل اليقظة العقلية بالأفكار الحالية.

٦- استخدم الباحث بعض الفنيات التي تعتبر من الركائز الأساسية للعلاج الجدلي السلوكي، منها: فنية الإقناع المنطقي، وفنية الحوار الجدلي، وفنية الدحض والتفنيد، والتي كان لهم دور مهم في إقناع أفراد المجموعة التجريبية على التقليل من القفز إلى الاستنتاجات وجمود المعتقدات، وكذلك لإقناع أفراد المجموعة التجريبية بتغيير مشاعرهم وافعالهم والتقليل من عزو أفكارهم وحالتهم الانفعالية إلى مصادر خارجية.

٧- ولصقل التغير الإيجابي ونقله من حيز العمل التدريبي إلى الحياة الواقعية، تم استخدام بعض الفنيات العلاجية، والتي اعتمد البرنامج التدريبي عليها في إيصال محتواه لأفراد المجموعة التجريبية، مثل: تبادل الحوار

والمناقشة، والتعليم النفسي، والتغذية الراجعة، والواجب المنزلي، حيث تتسم هذه الفنيات بسهولة فهمها واستيعابها من ناحية، إلى جانب ملاءمتها لطبيعة هؤلاء الأفراد من المكفوفين من ناحية أخرى، والذين يحتاجون لأساليب وطرق خاصة للتعامل معهم، كما تم تزويد أفراد المجموعة التجريبية بكثير من المعلومات عن مهارات العلاج الجدلي السلوكي والتحيزات المعرفية والقلق الاجتماعي، والتي قد لا يعرفها البعض، وتوفير الفرصة للمناقشة والاستفسار عن المشكلة وطرق التعامل معها، وساعد تقديم التغذية الراجعة من قبل الباحث على تعزيز الاستجابات الصحيحة، وإعادة مناقشة الاستجابات الخاطئة؛ مما أدى إلى إحداث نتائج جيدة.

٨- أتاحت جلسات البرنامج التفاعل بين أفراد المجموعة التجريبية سواء في الاشتراك في أداء بعض التدريبيات والأنشطة، ومناقشة بعض الموضوعات الخاصة بهم، فقد أسهم ذلك في بث روح المثابرة والمبادرة والإيجابية لديهم، والابتعاد بهم عن السلبية والخمول، حيث وجد الباحث أثناء الجلسات أن أفراد المجموعة التجريبية كان لديهم اهتمام وتركيز في متابعة جميع الجلسات والمشاركة فيها.

٩- العلاقة بين الباحث وأفراد المجموعة التجريبية القائمة على المعاملة الودية، وحثهم على التعبير عن أفكارهم ومشاعرهم دون خوف، والتقبل غير المشروط للفرد ومشاعره، كل ذلك كان عاملًا أساسيًّا في نجاح البرنامج.

١٠- اعتماد البرنامج على كل أساليب التواصل الممكنة مع أفراد المجموعة التجريبية، واتخاذ من لغة برايل طريقًا سهلًا ومباشرًا وواضح المعالم بالنسبة لكتابة بعض التدريبات والأنشطة المستخدمة في البرنامج التدريبي؛ مما أدى إلى تشجيع أفراد المجموعة التجريبية، وحثهم على تحقيق أكبر قدر ممكن من الاستفادة من جلسات البرنامج، والخبرات المتضمنة به.

١١- هناك عوامل شخصية أخرى أدّت دورًا مؤثرًا في ظهور فعالية البرنامج التدريبي لدى المجموعة التجريبية؛ فقد كان لتزامن تطبيق البرنامج مع تواجد الطلاب في المدرسة، أثر في رفع دافعية أفراد المجموعة التجريبية للاستفادة من مكونات البرنامج.

١٢- كما أن أنشطة البرنامج المختلفة تطلبت منهم مداومة التركيز والانتباه، ودعمت لديهم مهارة التعاون والتفاعل الإيجابي مع الآخرين مع مراعاة واحترام مشاعرهم إلى جانب الالتزام ببعض السلوكيات الاجتماعية، وبالتالي، فإنه من المتوقع أن امتلاك أفراد المجموعة التجريبية لهذه المهارات، وتمكنهم منها – ولو بنسبة معينة – قد أسهم في كسر حاجز العزلة التي فرضتها عليهم إعاقتهم، وبالتالي تدعيم فكرة الاندماج في البيئة المحيطة بإيجابية؛ ومن ثم تنمية القدرة على التواصل بين أفراد المجموعة التجريبية، وتخفيف مستوى التحيزات المعرفية التي ترتبط بالقلق الاجتماعي، وهو ما أكده القياس البعدي لمتغير التحيزات المعرفية.

ولعل كل ما سبق كان سببًا في وجود فرق دال إحصائيًّا بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على أبعاد مقياس التحيزات المعرفية لصالح القياس البعدي، وبذلك يتم قبول الفرضين الثاني والثالث.

د- نتائج الفرض الرابع:

ينص هذا الفرض على أنه:"لا توجد فروق دال إحصائيًّا بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على مقياس التحيزات المعرفية". وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدم اختبار ويلكوكسون لحساب الفرق بين متوسطى رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي لمقياس التحيزات المعرفية، ويوضح جدول (١٥) نتائج هذا الفرض:

جدول (١٥)

نتائج اختبار ويلكوكسون لدلالة الفرق بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين: البعدي والتتبعي لمقياس التحيزات المعرفية

الأبعاد	توزيع الرتب	ن	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة (Z)	مستوى الدلالة
القفز إلى الاستنتاجات	الرتب السالبة	٥	٣.٧٠	١٨.٥٠	٠.٧٦٨	٠.٤٤٣ غير دالة
	الرتب الموجبة	٢	٤.٧٥	٩.٥٠		
	الرتب المتساوية	٠	٠	٠		
جمود المعتقدات	الرتب السالبة	٣	٣.٦٧	١١	٠.١٠٥	٠.٩١٦ غير دالة
	الرتب الموجبة	٣	٣.٣٣	١٠		
	الرتب المتساوية	١	٠	٠		
الانتباه إلى المهددات	الرتب السالبة	٣	٣.١٧	٩.٥٠	٠.٥٥٢	٠.٥٨١ غير دالة
	الرتب الموجبة	٢	٢.٧٥	٥.٥٠		
	الرتب المتساوية	٢	٠	٠		
العزو الخارجي	الرتب السالبة	٣	٢.٥٠	٧.٥٠	٠.٦٣٢	٠.٥٢٧ غير دالة
	الرتب الموجبة	٣	٤.٥٠	١٣.٥٠		
	الرتب المتساوية	١	٠	٠		
المشكلات المعرفية الاجتماعية	الرتب السالبة	٢	٣.٠٠	٦.٠٠	٠.٩٥٤	٠.٣٤٠ غير دالة
	الرتب الموجبة	٤	٣.٧٥	١٥.٠٠		
	الرتب المتساوية	١	٠	٠		

الأبعاد	توزيع الرتب	ن	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة (Z)	مستوى الدلالة
المشكلات المعرفية الذاتية	الرتب السالبة	٣	٢.١٧	٦.٥٠	٠.٨٤٣	٠.٣٩٩ غير دالة
	الرتب الموجبة	٣	٤.٨٣	١٤.٥٠		
	الرتب المتساوية	١	٠	٠		
السلوكيات الآمنة	الرتب السالبة	٣	٢.٠٠	٦.٠٠	٠.٤١٢	٠.٦٨٠ غير دالة
	الرتب الموجبة	٢	٤.٥٠	٩.٠٠		
	الرتب المتساوية	١	٠	٠		
الدرجة الكلية	الرتب السالبة	٣	٣.١٧	٩.٥٠	٠.٧٦٢	٠.٤٤٦ غير دالة
	الرتب الموجبة	٤	٤.٦٢	١٨.٥٠		
	الرتب المتساوية	٠	٠	٠		

تكشف المعالجة الإحصائية في جدول (١٥) عن عدم وجود فرق دال إحصائيًّا بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي لمقياس التحيزات المعرفية، حيث تشير هذه النتيجة إلى أن البرنامج العلاجي قد استمرت فاعليته خلال فترة المتابعة، وهى فترة شهر منذ انتهاء جلساته.

تفسير نتائج الفرض الرابع:

بالنظر إلى نتيجة الفرض الرابع نجد أن التحيزات المعرفية لدى أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي لم تختلف، وبذلك يمكن قبول الفرض الرابع، وتوكد نتيجة هذا الفرض أن المهارات والأنشطة والتدريبات المتعلمة خلال جلسات البرنامج المختلفة قد اكتسبت صفة الاستمرارية، وأن مثل هذه المهارات من الصعب نسيانها؛ حيث إنها مهارات حياتية يمارسها الفرد في حياته اليومية، وبالتالي فإن الفرد في حاجة إلى استخدام مثل هذه المهارات بصورة دائمة، كما يمكن تفسير هذه النتيجة في إطار ما تشير إليه الأدبيات من أن التدريبات وأوراق العمل الخاصة بمهارات العلاج الجدلي السلوكي تدور حول تعلم كيفية تغيير الأفكار والمشاعر والسلوكيات غير المرغوبة، كما أن العلاج الجدلي السلوكي يتميز بكفاءته في مساعدة الأفراد على إدارة انفعالاتهم وبناء علاقات اجتماعية من خلال استراتيجيات المواجهة المعرفية والسلوكية وإعادة تدريب الفرد عليها من جديد، إذ إن القيام بذلك يفيد في منع حدوث انتكاسة بعد انتهاء البرنامج العلاجي وخلال فترة المتابعة(Chapman, & Tull,2011؛ Chugani, et al., 2013).

كما يمكن تفسير النتيجة التي تم الحصول عليها في ضوء ما تضمنه البرنامج من مهام الواجبات المنزلية المتعددة وأنشطة وتدريبات من واقع بيئة أفراد المجموعة التجريبية، وهذا يتفق مع البحوث والدراسات التي اعتمدت على فنية الواجب المنزلي في جلسات العلاج الجدلي السلوكي، مثل: دراسة Kells, et al.,

(2020)، وفي كتيب التدريبات والأنشطة الذي أعدته Linehan (2015a, 2015b) للتدريب على مهارات العلاج الجدلي السلوكي، وبالتالي فإنه من المتوقع انتقال أثر التدريب على مثل هذه الأنشطة والتدريبات إلى مواقف أخرى حياتية، حيث زود البرنامج أفراد المجموعة التجريبية بكيفية التعامل بمنطقية مع زيادة تكرار الأفكار السلبية، وشدتها، ونوعيتها، حيث تفرض هذه الأفكار على الكفيف بعض القيود في القدرة الإدراكية على استيعاب جميع المعلومات المتاحة بشكل صحيح ومعالجتها؛ مما يؤدي إلى إصدار قرارات متحيزة لدى الكفيف؛ نتيجة لعوامل إدراك فردية أو عوامل خارجة، وهذا من شأنه تزويد أفراد المجموعة التجريبية بدفعة قوية للمشاركة الإيجابية في المواقف الاجتماعية وتكوين علاقات اجتماعية لها صفة الدوام؛ مما ينعكس على استمرارية التحسن الذي حدث في تخفيف التحيزات المعرفية لدى أفراد المجموعة التجريبية، إضافة إلى ذلك التدريب الذي تلقاه أفراد المجموعة التجريبية أثناء جلسات البرنامج على كيفية الاحتفاظ بالمهارات المكتسبة، واستخدامها في المواقف الحقيقية؛ ومن ثم فإن استخدام الفرد المتكرر للمهارات والأساليب التي تعلمها خلال جلسات البرنامج يدعم ويقوي تلك المهارات لديه، وهو ما يفسر استمرار امتلاك أفراد المجموعة التجريبية للمهارات والأساليب المختلفة للتغلب على التحيزات المعرفية حتى بعد فترة من انتهاء جلسات البرنامج .

كما يرجع الباحث هذا الاستمرار إلى العديد من العوامل والأسباب، هي:

- الاعتماد في بناء البرنامج على المقومات الأساسية لتخفيف التحيزات المعرفية.
- مساعدة الطلاب المكفوفين على التعامل مع الذكريات والانفعالات السلبية من خلال التدريب على مهارة اليقظة العقلية والتركيز على عيش الحاضر وما يحدث في اللحظة الحالية، وما يمرون به من خبرات، سوف يمكنهم من تدريب أنفسهم على التعامل الفعال مع التحيزات المعرفية وأعراض القلق الاجتماعي.
- تعديل المعارف والأفكار التي يعتنقوها والخاصة باتجاهاتهم نحو مستقبلهم العلمي والمهني، حيث اتضح من خلال المناقشات الجماعية أن مكفوفي البصر يسيطر عليهم فكرة أنه لا أمل في التعليم والتفوق، كما أن فرص العمل أمامهم محدودة.
- تضمنت جلسات البرنامج ضرورة اتخاذ بعض الأهداف التي يسعى الإنسان لتحقيقها خلال فترات حياته المختلفة، جعلت أفراد المجموعة التجريبية يفكرون في اتخاذ بعض هذه الأهداف، ويفكرون في تحقيقها بدلا من التفكير في قصورهم وعجزهم، والذي قد يسلمهم إلى الفشل والخيبة .

ونظرًا لما أسفرت عنه نتائج الفرض الرابع من عدم وجود فرق دال إحصائيًا بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي لمقياس التحيزات المعرفية؛ لذا يتم قبول الفرض الرابع.

توصيات الدراسة:

بناء على ما أسفرت الدراسة عنه من نتائج، تمت صياغة التوصيات التالية:

أ- في ضوء ما أسفرت عنه نتائج الدراسة الحالية من معاناة المراهقين المكفوفين من التحيزات المعرفية؛ يمكن التوصية ببناء وتصميم البرامج العلاجية لتحسين مهارات الاستدلال المنطقي والاستراتيجيات الفعالة في تحقيق التكيف النفسي لدى المكفوفين، وكذلك دراسة التحيزات المباشرة وغير المباشرة بعدد من الخصائص والسمات النفسية، كمفهوم الذات، أو مهارات ما وراء المعرفة لدى المراهقين المكفوفين.

ب- في ضوء ما أسفرت عنه نتائج الدراسة الحالية من معاناة المراهقين المكفوفين من اضطراب القلق الاجتماعي؛ يمكن التوصية ببناء وتصميم البرامج العلاجية لتحسين التفاعلات الاجتماعية.

ج- في إطار ما أشارت إليه نتائج الفرضين الثالث والرابع عن أثر واستمرارية ذلك الأثر لبرنامج التدريبي القائم على مهارات العلاج الجدلي السلوكي في تخفيف التحيزات المعرفية لدى المراهقين المكفوفين ذوي اضطراب القلق الاجتماعي واستمرارية ذلك الأثر أثناء فترة المتابعة؛ يمكن التوصية بالتوسع في بناء وتصميم البرامج العلاجية باستخدام مهارات العلاج الجدلي السلوكي في علاج العديد من الاضطرابات النفسية لدى المكفوفين.

البحوث المقترحة:

يمكن في ضوء نتائج هذه الدراسة اقتراح البحوث والدراسات التالية:

أ- فعالية التدريب على مهارات العلاج الجدلي السلوكي في خفض اضطراب القلق الاجتماعي لدى المراهقين المكفوفين المضطربين سلوكيًا.

ب- العوامل المنبئة بمستويات التحيزات المعرفية لدى المراهقين المكفوفين.

ج- فعالية التدريب على مهارات تنظيم المشاعر كمدخل جدلي سلوكي في خفض الوهن النفسي لدى المراهقين المكفوفين ذوي اضطراب الشخصية التجنبية.

د- النموذج البنائي لعلاقة التحيزات المعرفية ومهارات تقرير المصير ووصمة الذات لدى المكفوفين ذوي اضطراب القلق الاجتماعي.

هـ- مراجعة منهجية وتحليل بعدي لنتائج بعض البحوث التي تناولت فاعلية مهارات العلاج الجدلي السلوكي لـ Linehan مع عينات كلينيكية وغير كلينيكية.

و- مقارنة البناء العاملي لبعض أبعاد التحيزات المعرفية وسمات الشخصية بين عينة من المراهقين المكفوفين والمبصرين.

ز- مقارنة بين العلاج الجدلي السلوكي والعلاج بالقبول والالتزام في خفض اضطراب القلق الاجتماعي لدى المراهقين المكفوفين.

المراجع

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

أبو عيطة، سهام؛ والشمايلة، آلاء. (٢٠١٧). فاعلية الإرشاد الجمعي المستند إلى العلاج الجدلي السلوكي في خفض الاندفاعية والسلوك التخريبي لدى طالبات الصف العاشر. *المجلة الإردنية للعلوم التربوية*. ١٣ (٤)،٤٣٣-٤٤٨.

البيلاوي، إيهاب عبد العزيز.(٢٠٠١) . *قلق الكفيف "تشخيصه وعلاجه" سلسلة التربية الخاصة (٢)*. مكتبة زهراء الشرق .

بني فياض، نور محمد.(٢٠١٧). فاعلية العلاج بالقراءة في تحسين صورة الجسد وخفض التحيزات المعرفية لدى عينة من المراهقات. *رسالة ماجستير*، كلية التربية، جامعة اليرموك.

جونسون، شيري؛ كرنك، آن؛ نيل، جوهن؛ ودافيسون، جيرالد. (٢٠١٥). *علم النفس المرضي الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية. الإصدار الخامس – الطبعة الثانية عشر* (أمثال هادي الحويلة، فاطمة سلامة عياد، هناء؛ الرشيد شويخ، نادية الحمدان، مترجمون). مكتبة الأنجلو المصرية.

الحديدي، منى صبحي.(٢٠١٧). *مقدمة في الإعاقة البصرية*. دار الفكر.

الحربي، نجود ملفي معيض. (٢٠١٩). اليقظة العقلية وعلاقتها بأبعاد التحيز المعرفي لدى المرشدات الطلابيات بمدينة جدة بالمملكة العربية السعودية. *دراسات في مجال الإرشاد النفسي والتربوي، تصدر عن مركز الإرشاد والتربوي، كلية التربية جامعة أسيوط*، ٦، ٤٣-٧٩.

الحموري، فراس.(٢٠١٧) التحيزات المعرفية لدى طلبة جامعة اليرموك وعلاقتها بالجنس والتحصيل الأكاديمي. *المجلة الأردنية في العلوم التربوية*. ١٣ (١)، ١-١٤.

الخطيب، جمال محمد؛ والحديدي، منى صبحي.(٢٠١٧). *المدخل الى التربية الخاصة*. دار الفكر.

الخطيب، جمال محمد؛ والحديدي، منى صبحي.(٢٠٢١). *مناهج وأساليب التدريس في التربية الخاصة*. دار الفكر.

الدحادحة، باسم محمد علي.(٢٠١٢). الأفكار السلبية الآلية وعلاقتها بالاستجابات العصابية لدى طلبة جامعة نزوى في ضوء بعض المتغيرات. *مجلة دراسات الخليج والجزيرة العربية*، ٣٨ (١٤٥)، ٢١١-٢٥٨.

راجا، شيلا. (٢٠١٩). *دليل علمي تكاملي لعلاج الصدمة النفسية واضطراب كرب ما بعد الصدمة؛ العلاج المعرفي السلوكي والجدلي السلوكي والتقبل والالتزام والعلاج بمعالجة المعلومات الصدمية والعلاج النفسي السلوكي* (محمد نجيب أحمد الصبوة، مترجم). مكتبة الأنجلو المصرية. (العمل الأصلي نشر في ٢٠١٢).

الروسان، فاروق فارع. (٢٠١٩). *سيكولوجية الاطفال غير العاديين مقدمة في التربية الخاصة*. (ط.١٣). دار الفكر.

الريحاني، سليمان؛ الزريقات، إبراهيم؛ وطنوس، عادل.(٢٠١٨). *إرشاد ذوي الحاجات الخاصة وأسرهم*. دار الفكر

سليمان، شيماء سيد.(٢٠١٨). نمذجة التأثيرات السببية بين التحيزات المعرفية والتوجهات القيمية والتداخل الدافعي والتوافق الأكاديمي لدى طلاب كلية التربية بقنا. *مجلة العلوم التربوية، جامعة جنوب الوادي – كلية التربية بقنا*،٨٧، ٣٨٤

سليمان، عبد الرحمن سيد. (٢٠١٠). العلاج السلوكي الجدلي (الدياليكتيكي) كعلاج لسلوك تدمير الذات: إطار نظري. *مجلة علم النفس، تصدر عن الهيئة المصرية العامة للكتاب، السنة ٢٣* ، (٨٤-٨٧)،٦-٢٧.

سنكلير، مايكل؛ وهولينجسورث، بلنيدا. (٢٠١٩). *مختصر العلاج المعرفي السلوكي* (سامي صالح العرجان، مترجم). دار الفكر. (العمل الأصلي نشر في ٢٠١٢).

سوالز، ميشيلا؛ وهيرد، هايدي.(٢٠١٦). *العلاج الجدلي السلوكي الفلسفة والأساليب*(محمود عيد مصطفى، مترجم). إيتراك للطباعة والنشر والتوزيع.

سيلامي، توربير. (٢٠٠١). *المعجم الموسوعي في علم النفس الجزء الأول حرفا الألف والباء* (وجيه أسعد، مترجم). منشورات وزارة الثقافة.

الشافعي، نهلة فرج على. (٢٠٢٠). فعالية الإرشاد المختصر المتمركز حول الحل في تنمية بعض مهارات تقرير المصير لدى المراهقين المكفوفين. *المجلة التربوية، كلية التربية جامعة سوهاج*،٧٦، ٢٢٨٣-٢٣٦٢.

الشافعي، نهلة فرج علي. (٢٠١٨). فعالية الإرشاد السلوكي الجدلي في خفض الحساسية الانفعالية السلبية لدى طلاب الجامعة. *دراسات عربية في التربية وعلم النفس، ١٠٤* ، ١٦٧-٢١٠.

شاهين، هيام صابر صادق. (٢٠١٧). اليقظة العقلية كمتغير معدل للعلاقة بين القلق الاجتماعي وجودة الحياة المدركة لدى المراهقين المكفوفين. *دراسات نفسية، ٢٧* (٤)، ٥٠٧-٥٦٢

العادلي، عذراء خالد عبدالامير.(٢٠١٧). الانحياز المعرفي وعلاقته بالأسلوب المعرفي (العياني – التجريدي) لدى طلبة الجامعة. *رسالة ماجستير، كلية التربية*، جامعة القادسية.

عبد الباسط، دينا محمد نجيب. (٢٠١٩). فاعلية برنامج إرشادي في تنمية بعض المهارات الاجتماعية لدى عينة من المراهقين المكفوفين. *مجلة كلية التربية جامعة بنها*،٣٠ (١١٩)، ٢٦٣-٢٩٦.

عبد الله، أحمد عمرو؛ والشركسي، أحمد صابر. (٢٠١٩). العلاج الجدلي السلوكي (بين النظرية والتطبيق). *مجلة جامعة القدس المفتوحة للأبحاث والدراسات التربوية والنفسية*، ١١(٢٩)، ١١٤-١٢٦.

عبد المطلب، السيد الفضالي؛ وأحمد، ميمي السيد.(٢٠١٩).الدور الوسيط لقلق المستقبل في العلاقة بين التحكم الانتباهي والتحيزات المعرفية لدى طلبة الصف الأول الثانوي العام. *مجلة كلية التربية ، جامعة الأزهر، ١٨٤* (٢)،١٣٩-١٨٩.

عثمان، زينب سيد عبد الحميد.(٢٠١٤). القلق الاجتماعي وعلاقته بقوة الأنا وتقدير الذات والسلوك التوكيدي والسمات السوية واللاسوية لدى عينة من المراهقين المعاقين بصريًا. *مجلة كلية الأداب جامعة بسوهاج*، ٣٧، ١٣٥-٢٠٠.

العريان، أشرف محمود صالح. (٢٠١٨). فاعلية برنامج سلوكي جدلي لعلاج أعراض الإندفاعية المؤدية لاحتمالات إيذاء الذات لدى عينة من مضطربي الشخصية الحدية: دراسة سيكومترية – كلينيكيه. *رسالة دكتوراه*، كلية الآداب، جامعة المنصورة.

عكاشة، أحمد؛ وعكاشة، طارق.(٢٠٠٣). *الطب النفسي المعاصر* (ط.١٧). مكتبة الأنجلو المصرية.

العلواني، وفاء علي ؛ العتوم، عدنان يوسف. (٢٠١٩). أثر برنامج تدريبي قائم على مهارات التفكير فيما وراء المعرفة في خفض التحيزات المعرفية لدى الطلبة المستقويين في ليبيا. مجلة جامعة الشارقة للعلوم الإنسانية والاجتماعية، ١٦(٢)، ٣٧- ٧١.

العلواني، وفاء علي.(٢٠١٩). أثر برنامج تدريبي مستند إلى مهارات التفكير ما وراء المعرفي في خفض التحيزات المعرفية لدى عينة من الطلبة المستقويين. *رسالة دكتوراه*، كلية التربية، جحامعة اليرموك.

علي، ولاء ربيع مصطفى؛ وعبده، نرمين محمود. (٢٠١٩). إسهام بعض أبعاد التحيز المعرفي في التنبؤ بالقلق الإجتماعي لدى المراهقين. *مجلة جامعة الفيوم للعلوم التربوية والنفسية، كلية التربية، جامعة الفيوم*،١٢ (١)، ٤٥٣- ٥٢٠.

الفقي، إسماعيل محمد؛ والبقمي، أمنية تركي. (٢٠١٧). النماذج والنظريات المفسرة للتحيزات المعرفية في القلق الاجتماعي: دراسة نظرية. *مجلة كلية التربية، جامعة طنطا – كلية التربية*، ٦٨(٤)، ٢٤٢- ٢٦٧.

كفافي، علاء الدين؛ وعلاء الدين، جهاد. (٢٠٠٦). *موسوعة علم النفس التأهيلي المجلد الثاني "الإعاقات". سلسلة المراجع في التربية وعلم النفس الكتاب (٢/٣٤)* . دار الفكر العربي .

كوري، جيرولد. (٢٠١٧). *النظرية والتطبيق في الإرشاد الجمعي* (سهام درويش أبو عيطة، مراد علي عيسى، مترجمون). دار الفكر.

لينهان، مارشا. (٢٠٢٠). *التدريب على مهارات العلاج الجدلي السلوكي، الأدلة وأوراق العمل* (سامي بن صالح العرجان، تيسير الياس شواش، مترجمون). دار الفكر. (العمل الأصلي نشر في ٢٠١٤).

ليهي، روبرت. (٢٠٠٦). *دليل عملي تفصيلي لممارسة العلاج النفسي المعرفي في الاضطرابات النفسية* (جمعة سيد يوسف، ومحمد نجيب أحمد الصبوة، مترجمون). دار إيتراك للطباعة والنشر والتوزيع. (العمل الأصلي نشر في ١٩٩٧).

ليهي، روبرت. (٢٠٢٠). *فنيات العلاج المعرفي، دليل الممارسين* (تيسير الياس شواش، أحمد إسماعيل هاشم، وسامي بن صالح العرجان، مترجمون). دار الفكر. (العمل الأصلي نشر في ٢٠١٧).

مارتن، ديفيد.(٢٠٢٠). *مهارات الإرشاد والعلاج النفسي* (عادل طنوس، مترجم). دار الفكر.

المعايطة، عبد الحميد عبد المجيد قاسم.(٢٠١٩). التحيزات المعرفية لدى طلبة جامعة مؤتة وعلاقتها بالتفكير الحدسي. *رسالة ماجستير*، كلية الدراسات العليا، جامعة مؤتة.

نينا، مايكل؛ ودرايدن، يندي. (٢٠١٩). *العلاج المعرفي السلوكي ١٠٠ نقطة أساسية وتكنيك* (عبد الجواد خليفة أبو زيد، مترجم). مكتبة الأنجلو المصرية. (العمل الأصلي نشر في ٢٠٠٤).

Adak, F. Yurtay, N., & Yurtay, Y. (2015). An education portal for visually impaired. *Procedia–Social and Behavioral Sciences, 171*(1), 1097–1105. doi.org/10.1016/j.sbspro.2015.01.271

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Association.

Baer, R., Smith, G. & Allen, K.(2004). Assessment of mindfulness by self-report: the Kentucky inventory of mindfulness skills. *Assessment,11*(3),191-206. doi: 10.1177/1073191104268029.

Behimehr, S., & Jamali, H. (2020). Relations between Cognitive Biases and Some Concepts of Information Behavior. *Data and Information Management,* 4(2), 109–118. https://doi.org/10.2478/dim-2020-0007

Binder, K., Wrzesińska, M., & Kocur, J. (2020). Anxiety in persons with visual impairment. *Psychiatric Polska,54*(2), 279-288.https://doi: 10.12740/PP/OnlineFirst/85408

Blaut, A., Paulewicz, B., Szastok, M., Prochwicz, K., & Koster, E. (2013). Are attentional bias and memory bias for negative words causally related? *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 44*(3), 293–299. https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2013.01.002

Bolat, N., Dogangun, B. Yavuz, M. Demir, T., & Kayaalp, L. (2011). Depression and anxiety levels and self-concept characteristics of adolescents with congenital complete visual impairment. *Turkish Journal of Psychiatry*, *22*(2), 77–82.

Bora, E., & Berk, M. (2016). Theory of mind in major depressive disorders: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, *191*(2), 49-55.doi: 10.1016/j.jad.2015.11.023

Bruce, S., Zatta, M., Gavin, M., Stelzer, S. (2016). Socialization and self-determination in different-age dyads of students who are deafblind. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, *110*, 149–161. https://doi.org/10.1177/0145482X1611000302

Brunes, A. Flanders, W., & Augestad, L. (2015). The effect of physical activity on mental health among adolescents with and without self-reported visual impairment: The Young-HUNT study. *British Journal of Visual Impairment, 33*(3), 189–199. doi:10.1177/0264619615602298

Budak, M. & Kocabaş, E. (2019). Dialectical Behavior Therapy and Skill Training: Areas of Use and Importance in Preventive Mental Health. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*, 11(2),192-204. doi:10.18863/pgy.411209

Cavicchioli, M., Ramella, P., Vassena, G., Giulia Simone, G., Prudenziati, F & Sirtori, F. (2020). Dialectical behaviour therapy skills training for the treatment of addictive behaviours among individuals with alcohol use disorder: the effect of emotion regulation and experiential avoidance. The American Journal of Drug and Alcohol Abuse,46, 368-384. doi.org/10.1080/00952990.2020.1712411

Chan, S., Lau, J., & Reynolds, S. (2015). Is cognitive bias modification training truly beneficial for adolescents? *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines, 56,* 1239–1248. https://doi.org/10.1111/jcpp.12368

Chapman, A., & Tull, M. (2011). The Dialectical Behavior Therapy Skills Workbook for Anxiety: Breaking Free from Worry, Panic, PTSD and Other Anxiety Symptoms (A New Harbinger Self-Help Workbook).

Chugani, C., Ghali, M., & Brunner, J. (2013). Effectiveness of short-term dialectical behavior therapy skills training in college students with cluster B personality disorders. *Journal of College Student Psychotherapy, 27*(4), 323–336. https://doi.org/10.1080/87568225.2013.824337

Cmar, J. & Markoski, K. (2019). Promoting Self-Determination for Students with Visual Impairments: A Review of the Literature. *Journal of Visual Impairment & Blindness,* 13(2), 100-113. https://doi.org/10.1177/0145482X19839796

Comfort, A. (2013). Counselling Blind-Impaired Adolescents in Their Self-Perception of Social Relationship. *Research on Humanities and Social Sciences*,*3* (17),8-17.

Comtois, K., Elwood, L., Holdcraft, L., Smith, W. & Simpson, T. (2007). Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy in a Community Mental Health Centre. Cognitive and Behavioral Practice, 14 (4), 406–414. doi: 10.1016/j.cbpra.2006.04.023

Cristea, I., Kok, R., & Cuijpers, P. (2015). Efficacy of cognitive bias modification interventions in anxiety and depression: Meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, *206*, 7–16. https://doi.org/10.1192/ bjp.bp.114.146761

De Caroli, M., Sagone, E., Falanga, R. & Orazio, L. (2020) Creativity and Logical-Spatial Skills in Blind and Visual Impaired Adolescents. First Results of the FIRD Project. *Psychology*, **11**, 404-418. https://doi.10.4236/psych.2020.113026.

Dimeff, L.A. & Koerner, K. (2007). *Dialectical Behavior Therapy in Clinical Practice: Applications across Disorders and Settings*. New York: Guildford Press.

Dowling, M. (2013). Dialectical behaviour therapy (DBT) in the treatment of borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 21*(6), 1-19. https://doi.org/10.1111/jpm.12116

Eric, Y., & Louise, S. (2019). Cognitive Bias Modification for Social Anxiety: The Differential Impact of Modifying Attentional and/or Interpretation Bias. *Journal of Cognitive Therapy and Research,4*(43),781-791. https://doi.org/10.1007/s10608-019-10012-3

Fassbinder, E., Schweiger, U., Martius, D., Brand-de Wilde, O. & Arntz, A. (2016) Emotion Regulation in Schema Therapy and Dialectical Behavior Therapy. Front. Psychol, 7,1373-. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01373

Fischhoff, B., & Broomell, S.(2020). Judgment and Decision Making. *Annual Review of Psychology. 4*(71), 331-355. https://doi: 10.1146/annurev-psych-010419-050747

Fodor, L., Georgescu, R., Cuijpers, P., Szamoskozi, S., David, D., & Furukawa, T. (2020). Efficacy of cognitive bias modification interventions in anxiety and depressive

disorders: a systematic review and network meta-analysis. *The Lancet Psychiatry 7*(6), 506-514.doi:10.1016/S2215-0366(20)30130-9

Hadidi, M., & Al Khateeb, J. (2014). A Comparison of Social Support among Adolescents with and Without Visual Impairments in Jordan: A Case Study from the Arab Region. *Journal of Visual Impairment & Blindness, 108*(5), 414-427. https://doi.org/10.1177/0145482X1410800506

Hayes, S.C., Follette, V.M. & Linehan, M.M. (2004). *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition*. New York: Guildford Press.

Hullu, E., Sportel, B., Nauta, M., & Jong, P. (2017). Cognitive bias modification and CBT as early interventions for adolescent social and test anxiety: Two-year follow-up of a randomized controlled trial. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 55*, 81-89. http://dx.doi.org/10.1016/j.jbtep.2016.11.011

Ivy, S. Lather, A. Hatton, D. &Wehby, J. (2016). Toward the development of a self-management intervention to promote pro-social behaviors for students with visual impairment. *The Journal of Special Education, 50*, 141–150. https://doi.org/10.1177/0022466916630961

Joormann, J., Waugh, C., & Gotlib, I. (2015). Cognitive bias modification for interpretation in major depression: Effects on memory and stress reactivity. *Clinical Psychological Scie*nce, 3(1), 126-139. doi.org/10.1177/2167702614560748

Kells, M., Joyce, M., Flynn, D., Spillane, A., & Hayes, A. (2020). Dialectical behaviour therapy skills reconsidered: applying skills training to emotionally dysregulated individuals who do not engage in suicidal and self-harming behaviours. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation ,7*(3), 1-8. https://doi.org/10.1186/s40479-020-0119-y

Lau, J. (2015). Commentary: A glass half full or half empty? Cognitive bias modification for mental health problems in children and adolescents—Reflections on the meta-analysis by Cristea, Mogoase et al. (2015). *Journal of Child Psychology and Psychiatry,56*(7),735-737.https://doi: 10.1111/jcpp.12436

Linehan, M. M. (1993a). *Cognitive-behavioral treatment of Borderline Personality Disorder*. New York, NY: The Guilford Press.

Linehan, M. M. (2015a). *DBT Skills Handouts and Worksheets*, 2nd Edn. New York, NY: The Guilford Press.

Linehan, M. M. (2015b). *DBT Skills Training Manual*. 2nd Edn. New York, NY: The Guilford Press.

Linehan, M., & Wilks, C. (2015). The course and evolution of dialectical behavior therapy. American *Journal of Psychotherapy, 69*(2), 97-110. https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.2015.69.2.97

Linehan, M.M. (1999). *Development, evaluation, and dissemination of effective psychosocial treatments: Stages of disorder, levels of care and, stages of treatment research*. In M.G.

MacLeod, C., & Grafton, B. (2016). Anxiety-linked attentional bias and its modification: Illustrating the importance of distinguishing processes and procedures in experimental psychopathology research. *Behaviour Research and Therapy*, *86*, 68–86. https://doi.org/10.1016/j.brat.2016.07.005

Marco, J., García-Palacios, A. & Botella, C. (2013). Dialectical behavioural therapy for oppositional defiant disorder in adolescents: A case series. *Psicothema, 25*(2), 158-163. doi: 10.7334/psicothema2012.119.

Miller, A.L., Rathus, J.H. & Linehan, M.M. (2007). Dialectical Behavior Therapy with suicidal adolescents. New York: Guildford Press.

Mshlum, L. (2021). Mechanisms of change in dialectical behaviour therapy for people with borderline personality disorder. Current Opinion in Psychology,37, 89-93. https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2020.08.017

Naim, R., Kivity, Y., Bar-Haim, Y., & Huppert, J. (2018). Attention and interpretation bias modification treatment for social anxiety disorder: A randomized clinical trial of efficacy and synergy. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 59*, 19–30. https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2017.10.006

Orchard, F., & Reynolds, S. (2018). The combined influence of cognitions in adolescent depression: Biases of interpretation, self-evaluation, and memory. *British Journal of Clinical Psychology*, *57*, 420–435. https://doi: 10.1111/bjc.12184

Orchard, F., Apetroaia, A., Clarke, K., & Creswell, C. (2017). Cognitive bias modification of interpretation in children with social anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders, 45*, 1– 8. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.10.012

Orchard, F., Pass, L., & Reynolds, S. (2016a). Associations between interpretation bias and depression in adolescents. *Cognitive Therapy and Research*, *40*, 577–583.https://doi.org/10.1007/s10608-016-9760-6

Orchard, F., Pass, L., & Reynolds, S. (2016b). 'It Was All My Fault'; Negative interpretation bias in depressed adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *44*(5), 991–998.https://doi: 10.1007/s10802-015-0092-x.

Pinquart, M., & Pfeiffer, J. (2014). Change in psychological problems of adolescents with and without visual impairment. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *23*, 571–578.https://doi: 10.1007/s00787-013-0482-y

Reuland, M., & Teachman, B. (2014). Interpretation bias modification for youth and their parents: A novel treatment for early adolescent social anxiety. *Journal of Anxiety Disorders*, *28*, 851–864. https://doi: 10.1016/j.janxdis.2014.09.011

Robinson, S., Lang, J., Hernandez, A., Holz, T., Cameron, M.,& Brannon, B(2018). Outcomes of dialectical behavior therapy administered by an interdisciplinary team. *Archives of Psychiatric Nursing*,*32*(4),512-516. doi: 10.1016/j.apnu.2018.02.009. Epub 2018 Feb 16.

Rozenman, M., Amir, N., & Weersing, V. R. (2014). Performance-based interpretation bias in clinically anxious youths: Relationships with attention, anxiety, and negative

cognition. Behavior Therapy, 45(5),594–605. https://doi.org/10.1016/j.beth.2014.03.009

Rozenman, M., Vreeland, A., & Piacentini, J. (2017). Thinking anxious, feeling anxious, or both? Cognitive bias moderates the relationship between anxiety disorder status and sympathetic arousal in youth. *Journal of Anxiety Disorders*, *45*, 34–42. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.11.004

Schoth, D. E., Parry, L., & Liossi, C. (2018). Combined cognitive biases for pain and disability information in individuals with chronic headache: A preliminary investigation. *Journal of Health Psychology*, *23*(12), 1610–1621. https://doi.org/10.1177/1359105316664136

Sharpe, L., Johnson, A., & Dear, B. F. (2015). Attention bias modification and its impact on experimental pain outcomes: Comparison of training with words versus faces in pain. *European Journal of Pain (London, England)*, *19*(9), 1248–1257. https://doi.org/10.1002/ejp.648

Smith, E., Reynolds ,S Orchard, F., Whalley, H., & Chana, S.(2018). Cognitive biases predict symptoms of depression, anxiety and wellbeing above and beyond neuroticism in adolescence. *Journal of Affective Disorders ,241*, 446-453. https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.08.051

Stevens, E., Behar, E., & Jendrusina, A. (2018). Enhancing the efficacy of cognitive bias modification for social anxiety. *Behavior Therapy*, *49*(6), 995–1007. https://doi.org/10.1016/j.beth.2018.02.004

Swales, M. (2009). Dialectical Behaviour Therapy: Description, research and future directions. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, *5*(2), 164-177. https://doi.org/10.1037/h0100878

Swales, M., & Heard, H. (2007). The therapy relationship in dialectical behaviour therapy. In P. Gilbert & R. L. Leahy (Eds.), The therapeutic relationship in the cognitive behavioral psychotherapies (p. 185–204). Routledge/Taylor & Francis Group.

Telman, M., Holmes, E., & Lau, J. (2013). Modifying adolescent interpretation biases through cognitive training: Effects on negative affect and stress appraisals. *Child Psychiatry & Human* Development,44(5), 602–611. https://doi.org/10.1007/s10578-013-0386-6

Üstündağ-Budak, A.& Özeke-Kocabaş E. (2017). A prevention application: Dialectical Behavior Therapy skills training for university students. 47. Avrupa Davranışçı ve Bilişsel Terapiler Birliği Kongresi (EABCT'17), 13-16 Eylül 2017 Ljubljana, Slovenya. Kongre Özet Kitabı sayfa: 248.

Valdés-Sánchez, N. (2020). Developing Illness Awareness and Self-Agency of Addicted Patients to Predict Risk Situations and Reduce Relapse. *HSOA Journal of Addiction & Addictive Disorders*, 7(1), 1-7. DOI: 10.24966/AAD-7276/100037

Valentine, S., Bankoff, S., Poulin, R., Reidler, E., & Pantalone, D. (2015). The use of dialectical behavior therapy skills training as stand-alone treatment: A systematic review of the treatment outcome literature. Journal of Clinical Psychology, 71(1), 1–20. https://doi.org/10.1002/jclp.22114

van der Gaag, M., Schütz, C., Ten Napel, A., & Landa, Y.(2013). Development of the Davos Assessment of Cognitive Biases Scale (DACOBS). *Schizophrenia Research, 144*(1-3), 63-71.doi: 10.1016/j.schres.2012.12.010

Van Dijk, S., Jeffrey, J. & Katz, M. (2013) A randomised controlled pilot study of DBT skills in a psychoeducational group for individuals with bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders 145*(3), 386–393. doi: 10.1016/j.jad.2012.05.054.

White, L., Suway, J., Pine, D., & Fox, N. (2016). The cognitive and emotional effects of cognitive bias modification in interpretations in behaviorally inhibited youth. *Journal of Experimental Psychopathology,70*,449–510. https://doi.org/10.5127/jep.053615

Wong, Q., & Rapee, R. (2016). The aetiology and maintenance of social anxiety disorder: A synthesis of complementary theoretical models and formulation of a new integrated model. *Journal of Affective Disorders, 203*, 84–100. https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.05.069

Woodberry, K., & Popenoe, E. (2008). Implementing dialectical behavior therapy with adolescents and their families in a community outpatient clinic. *Cognitive and Behavioral Practice, 15*(3), 277-286. https://doi.10.1016/j.cbpra.2007.08.004

Yavuzer, H., Demir, İ., Meşeci, F., & Sertelin, Ç. (2005). Günümüz gençliğinin gelecek beklentileri. *İstanbul Üniversitesi Hasan Ali Yücel Eğitim Fakültesi Dergisi, 2*(2), 93-103.

Yeung, E., & Sharpe, L. (2019). Cognitive Bias Modification for Social Anxiety: The Differential Impact of Modifying Attentional and/or Interpretation Bias. *Cognitive Therapy and Research , 43*,781–791.https://doi.org/10.1007/s10608-019-10012-3

Zalewski, M., Lewis, K., & Martin, C. (2018). Identifying novel applications of dialectical behavior therapy: considering emotion regulation and parenting. *Current Opinion in Psychology. 21*,122-126. doi: 10.1016/j.copsyc.2018.02.013.

Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy Skills training in reducing cognitive biases on blind adolescents with social anxiety disorder

By

Prof- Mustafa Khalil Mahmoud Attallah

Assistant professor of mental health

faculty of Education – Minia University

Abstract:

This study aims at investigating: the correlational relationship between the cognitive biases and social anxiety on the main sample of the study (blind adolescents), the Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy Skills training in reducing cognitive biases on blind adolescents with social anxiety disorder. The sample of the study was (14) blind adolescent's students, aged from (14-19) years, and divided into two groups both involving blind adolescents with social anxiety disorder (an experimental group consisted of 7 students – a control group consisted of 7 students. Consistency between the two groups was ensured according to cognitive biases, social anxiety and age range. The tools of the study involved: cognitive biases scale (by the researcher), social anxiety scale (by Othman, 2014), the program of Dialectical Behavior Therapy Skills training (by: the researcher). There were (20) sessions in the program. The study results revealed a statistical correlation between the grades of the main sample of blind adolescents on the cognitive biases scale and their grades on the social anxiety scale, also the grades of the sample on the scale of cognitive biases were reduced after applying the program, thus reveals the Effectiveness of the Dialectical Behavior Therapy Skills training in reducing cognitive biases on blind adolescents with social anxiety disorder. Also, the effectiveness of the program continued during the follow-up period.

Key words:

Dialectical Behavior Therapy Skills Training, Cognitive Biases, Social Anxiety Disorder, Blind adolescents.