

فعالية العلاج المعرفي السلوكي في تحسين أعراض اضطراب الشخصية الحدية: دراسة حالة

زيزى السيد إبراهيم (٥)

الملخص:

يهتم البحث الراهن بفحص أثر العلاج المعرفي السلوكي في التخفيف من أعراض اضطراب الشخصية الحدية. تضمنت عينة البحث عددًا من الحالات (ن = ١٤) بمتوسط عمر (٢٤,١٤) وانحراف معياري قدره (٤,٦٤) تقدمت طلبًا للعلاج.

قدم العلاج النفسي للمرضى بصورة فردية على مدار عدد من الجلسات تراوح بين ٣ إلى ٢٠ جلسة. واستهدف العلاج الأعراض المرضية التي تسبب الضيق للشخص، كالغضب والانفجار الانفعالي والانذفاعية السلوكية، وتطوير طرق للمواجهة تساعد الفرد على تحسين مهارات التنظيم الانفعالي والمواجهة المستمدة من مهارات العقل الحكيم وإعادة البناء المعرفي، وقد تلقى الأفراد الجلسات العلاجية الفردية التي تهدف إلى التغلب على أعراض اضطراب الشخصية الحدية والمشكلات النفسية المرتبطة به بواسطة معالج نفسي حاصل على ترخيص مزاوله المهنة، ولديه خبرة في ممارسة العلاج المعرفي السلوكي.

أجريت الجلسات في عدد من العيادات التي تقدم العلاج النفسي، وتراوح زمن الجلسة بين ٤٠ إلى ٥٠ دقيقة. وفي بداية العلاج قدمت الجلسات أسبوعيًا، ثم في فترة تالية من العلاج تباعدت الفترة الفاصلة بين الجلسات لتصبح أسبوعين أو ثلاثة أسابيع مع التقدم في العلاج، وتم تقييم الأعراض بعدة أدوات منها المقابلة الإكلينيكية وقائمة المسح الشامل للأعراض (شلبي وآخرون ٢٠١٥)، ومقياس اضطراب الشخصية الحدية من إعداد يونس وإبراهيم تقنين فرج وآخرين (٢٠٢٣)، قبل بدء العلاج وبعده وبعد فترة متابعة.

وكذلك تم التقييم للجلسات في نهاية كل جلسة علاجية للحصول على عائد حول مدى رضا الشخص والفائدة التي استطاع أن يحققها داخل الجلسة. وأجريت التقييمات البعدية للأعراض المرضية، وتم عمل متابعة لمدة تتراوح بين ٦ أشهر إلى سنة بعد انتهاء الجلسات. توضح النتائج حدوث تحسن كبير في الأعراض المرضية لدى ١١ حالة واستمرار التحسن لفترات تصل إلى سنة أو أكثر بعد انتهاء العلاج. وهناك حالتان لم تكملا العلاج وحالة ما زالت تتلقى العلاج، ونوقشت النتائج في ضوء تحقق الفروض ونتائج البحوث.

الكلمات المفتاحية: اضطراب الشخصية الحدية، العلاج المعرفي السلوكي، منهج دراسة الحالة، المنحى الكيفي في البحوث الإكلينيكية.

(□) أستاذ علم النفس المساعد، قسم علم النفس، كلية الآداب، جامعة الفيوم للمراسلات إيميل:

zss11@fayoum.edu.eg

Efficacy of Cognitive Behavior Therapy in Alleviating the Symptoms Of Borderline Personality Disorder: Case Study

Zizi Al Sayed Ibrahim^(*)

Abstract:

Current research examines the impact of CBT in alleviating the symptoms of borderline personality disorder. The research sample included several cases (n=14), age range from 19 to 37 years (mean= 24.14 and Std= 4.64). Psychotherapy was provided to patients individually over several sessions ranging from 3 to 20 sessions. The treatment targeted symptoms that cause distress to the person, such as anger, emotional explosion and behavioral impulsivity, treatment also aimed to develop coping strategies that help the individual improve emotional regulation and coping skills, wise mind skills and cognitive reconstruction. Individuals have received individual therapy sessions aimed at overcoming the symptoms of borderline personality disorder and associated psychological problems by a licensed psychotherapist with experience in practicing CBT. The sessions were conducted in a few clinical settings that offer psychotherapy. The session time ranges from 40 to 50 minutes. At the beginning of treatment. The symptoms were evaluated with several tools, including a clinical interview, a comprehensive symptom survey list (Shalabi et al. 2015), and the Borderline Personality Disorder Scale before, middle of and after treatment with a follow-up period. The sessions were also evaluated at the end of each treatment session to obtain feedback on the extent of the person's satisfaction and the benefit he was able to achieve within the session. Post-symptom evaluations were conducted, and follow-up was carried out for a period ranging from 6 months to a year after the end of the sessions. The results show a significant improvement in the symptoms in 11 cases and continued improvement for periods of up to a year after the end of treatment. Two cases have not completed treatment and one is still receiving treatment.

Keywords: borderline personality disorder, cognitive-behavioral therapy, case study approach, qualitative approach in clinical research.

^(*)Assistant Professor of Psychology, Department of Psychology, Faculty of Arts, Fayoum University

مقدمة:

ترتبط الخبرات المبكرة في حياة الفرد باحتمالية ظهور اضطرابات الشخصية^(١) في المرحلة التالية من حياته، (Battle et al., 2004; Spila et al., 2008; Huang et al., 2012; Hengartner, et al., 2013; de Aquino Ferreira et al., 2018) ومن العوامل التي تتعلق بتطوير اضطرابات الشخصية في سن الرشد خبرات قد تتضمن شكلاً من أشكال الإساءة^(٢) (فرج، ٢٠٢١؛ حنور، ٢٠١٢؛ والبشر ٢٠٠٥، مثل الإساءات الجسدية أو الإساءات الانفعالية والوجدانية وكذلك أيضاً الإساءات الاجتماعية (إسماعيل وآخرون، ٢٠١٨ وأبو العطا ٢٠١٩).

ومن الجدير بالذكر أن اضطرابات الشخصية يمكن تفسيرها من خلال النموذج الحيوي النفسي الاجتماعي^(٣) الذي يؤكد دور العوامل البيولوجية جنباً إلى جنب مع العوامل النفسية والاجتماعية في ظهور الاضطراب في حياة الفرد (عرعار، ٢٠١٥؛ الصبوة، ٢٠٠٠؛ بغول، دعيش، ٢٠١٤؛ بخوش، احمان، ٢٠٢١).

إن الشخصية المضطربة تجد صعوبة في التعايش والتوافق مع الآخرين، سواء في التفكير أو في الإحساس أو في السلوك، وهي شخصية تتصف بالجمود وعدم المرونة، وغير قادرة على إعطاء استجابات مناسبة لمتطلبات الحياة المتغيرة (صالح، ٢٠٠٨).

الشخصية المضطربة تفتقر إلى التكيف الصحي مع التحديات والضغوط (Maj, et al., 2005)، ووضع الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس^(٤) شروطاً لتشخيص اضطرابات الشخصية تؤكد أنه لكي يُشخص اضطراب الشخصية لا بد أن يظهر الاضطراب في أكثر من مجال من مجالات السلوك، وهي اضطراب

1- Personality disorders

2- abuse

3- Biopsychosocial

4- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)

المعارف والإدراك؛ حيث يلاحظ على الفرد الارتباك والاضطراب في كيفية فهمه للأمور وتفسيره للمواقف والأحداث، أو في كيفية تفكيره عن ذاته وعن الآخرين، وتتميز وجهة نظره بالغرابة.

وكذلك يتسم باضطرابات في السلوك؛ حيث ردود أفعال الشخص واستجاباته تكون مضطربة وغير مناسبة، فهو إما مندفعاً في انفعالاته وإما سلبياً لا يبدي أي استجابة أو رد فعل للمواقف أو الأحداث. وتظهر أيضاً اضطرابات التحكم في الدوافع والاندفاعات وكيفية إشباع الحاجات، بالإضافة إلى اضطرابات في العلاقة مع الآخرين وفي كيفية معالجة المواقف التي يختلف فيها معهم.

وتتسم الشخصية الحدية بعدم ثبات العلاقات الشخصية، واضطراب الهوية، والسلوك، والمزاج، وكذلك الانغلاق على النفس وصعوبة استمرار العلاقة العاطفية، وإذا تزوج شخص بهذه الصفات فمن الصعوبة بمكان أن يكون زواجه ناجحاً، لأن ذوي الشخصية الحدية يتسمون بالتطرف الشديد في التفكير والمفاهيم؛ حيث المثالية الشديدة ثم الخروج من القيم ثم العودة ثانية إلى المثاليات، وهو متطرف في علاقاته مع القلب خلال ساعات أو أيام بين الحب المفرط والبغض المفرط لذاته والآخر، ولديه اضطراب في تصور الذات، كما أنه فجائي في تصرفاته، ويتسم بعدم الاستقرار في المشاعر والانفعالات، ويشعر بفراغ الذات وعدم وضوح الهدف ونقص في القدرة على ضبط نوبات الغضب، وهذا يؤثر بشكل كبير على تكيفهم النفسي وشعورهم بالارتياح كمظهر مهم من مظاهر الصحة النفسية.

ويهتم البحث الزاهن بفحص كفاءة العلاج المعرفي السلوكي باعتباره أحد العلاجات مثبتة الكفاءة في تخفيف أعراض اضطراب الشخصية الحدية، وفيما يلي توضيح لمشكلة البحث.

مشكلة الدراسة:

يحاول البحث الراهن الإجابة عن التساؤلات التالية:

- هل توجد فروق في درجات اضطراب الشخصية الحدية بين القياسين القبلي والبعدي لدى عينة الدراسة؟
- هل توجد فروق في درجات اضطراب الشخصية الحدية بين القياسين البعدي والتتبعي الأول؟
- هل توجد فروق في درجات اضطراب الشخصية الحدية بين القياسين البعدي والتتبعي الثاني لدى عينة الدراسة؟
- هل توجد فروق في درجات اضطراب الشخصية الحدية بين القياسين التتبعي الأول والثاني لدى عينة الدراسة؟

أهمية الدراسة:

يعد اضطراب الشخصية الحدية من الاضطرابات النفسية المزمنة والمعقدة التي تؤثر بشكل كبير في حياة الأفراد المصابين بها، وتتسم بتقلبات مزاجية حادة، وصعوبات في العلاقات الشخصية، وسلوكيات اندفاعية يمكن أن تؤدي إلى مخاطر جسيمة، ورغم توافر العديد من العلاجات النفسية، فإن فعالية كل منها قد تختلف بناءً على الخصائص الفردية للمرضى وظروفهم المحيطة.

وتأتي أهمية هذه الدراسة من عدة جوانب:

١. الأهمية العلمية: تسعى الدراسة إلى تقديم دليل علمي مبني على منهجية دراسة الحالة حول فعالية العلاج المعرفي السلوكي في تحسين أعراض اضطراب الشخصية الحدية. ومن خلال تقديم بيانات نوعية وكمية، يمكن أن تسهم هذه الدراسة في سد الفجوة المعرفية المتعلقة بفعالية هذا النوع من العلاج، وتوفر أساساً للبحوث المستقبلية التي قد تسعى لتطوير استراتيجيات علاجية أكثر تخصيصاً.

٢. الأهمية العملية: يمكن أن تساعد نتائج هذه الدراسة الممارسين النفسيين في

تحسين خطط العلاج وتقديم رعاية أفضل للمرضى. وفهم كيفية تأثير العلاج المعرفي السلوكي على الأعراض المتنوعة لاضطراب الشخصية الحدية يمكن أن يساعد في توجيه العلاج وتعديله بناءً على استجابة المرضى، مما يزيد من احتمالية تحقيق نتائج إيجابية مستدامة.

٣. تحسين جودة الحياة: من خلال التحقق من فعالية العلاج المعرفي السلوكي، يمكن أن تساهم هذه الدراسة في تحسين جودة الحياة للمرضى المصابين باضطراب الشخصية الحدية. وتحسين الأعراض مثل التقلبات المزاجية، والانفعالات الشديدة، والسلوكيات الاندفاعية يمكن أن يؤدي إلى تحسين العلاقات الشخصية، والقدرة على العمل، والرفاه العام.

٤. المساهمة في الأدبيات النفسية: تضاف هذه الدراسة إلى الجسم المعرفي المتعلق باضطرابات الشخصية والعلاج النفسي، وتوفر بيانات قيمة يمكن أن تستخدم في تطوير برامج تدريبية للمختصين في العلاج النفسي، وتعزيز الفهم العام لاضطراب الشخصية الحدية وطرق التعامل معه.

٥. توجيه السياسات الصحية: يمكن أن تسهم النتائج في توجيه السياسات الصحية المتعلقة برعاية الصحة النفسية، من خلال تقديم دليل على فعالية نهج علاجي محدد، مما قد يؤدي إلى تحسين تخصيص الموارد وتطوير البرامج العلاجية الوطنية والمحلية.

بناءً على هذه الجوانب، تعتبر هذه الدراسة إضافة قيمة للمجال العلمي والعملية للعلاج النفسي، وتقدم إسهاماً مهماً نحو تحسين الرعاية الصحية للأفراد المصابين باضطراب الشخصية الحدية.

أهداف الدراسة:

- فهم فعالية العلاج المعرفي السلوكي: تهدف الدراسة إلى فهم مدى فعالية العلاج المعرفي السلوكي في تحسين أعراض اضطراب الشخصية الحدية من خلال تقييم التغيرات في الأعراض قبل وبعد العلاج.

- تفسير استدامة التحسن: تحليل مدى استمرارية التحسن في الأعراض بعد انتهاء فترة العلاج لفترات متابعة تصل إلى عام، وذلك لتفسير العوامل التي تساهم في استدامة الفوائد العلاجية.
- التنبؤ بالعوامل المؤثرة في نجاح العلاج: تهدف الدراسة إلى تحديد العوامل النفسية والاجتماعية التي تساهم في نجاح العلاج المعرفي السلوكي في تحسين أعراض اضطراب الشخصية الحدية، مما يساعد على التنبؤ بالنتائج المحتملة للمرضى المستقبليين.
- التنبؤ بمدى رضا المرضى: تقييم رضا المرضى عن العلاج كوسيلة للتنبؤ بكيفية تأثير ذلك في نتائج العلاج واستدامة التحسن.
- تحسين الممارسة الإكلينيكية: تقديم توصيات عملية للممارسين النفسيين حول كيفية تحسين فعالية العلاج المعرفي السلوكي واستدامة نتائجه، مما يساهم في ضبط وتحسين تطبيقات العلاج في الممارسات الإكلينيكية.
- توجيه السياسات الصحية: توفير بيانات علمية تدعم تطوير سياسات صحية فعالة تتعلق برعاية المرضى المصابين باضطراب الشخصية الحدية، مما يساعد على التحكم في جودة الخدمات العلاجية المقدمة.
- تسعى الدراسة من خلال هذه الأهداف إلى تقديم فهم عميق وتفسير دقيق لفعالية العلاج المعرفي السلوكي، التنبؤ بالعوامل المؤثرة في نجاح العلاج واستدامة النتائج، وضبط وتحسين تطبيقات العلاج في الممارسات الإكلينيكية والسياسات الصحية.

مفاهيم البحث:

اضطرابات الشخصية

يتبدى اضطراب الشخصية من خلال سلوك يتسم بعدم المرونة، وعدم القدرة على التكيف، وأداء الأدوار المختلفة في الأسرة أو المهنة أو العلاقات الاجتماعية، وتصاحب سلوك الفرد توترات نفسية حادة (Zimmerman et al., 2005). وهناك

عدد من الاعتبارات المهمة عند التشخيص لحالات اضطرابات الشخصية، ومنها توافر دلائل عن وجود الاضطراب والانحراف منذ فترة طويلة تعد بالسنوات. وأن يكون قد بدأ الاضطراب في أواخر مرحلة الطفولة أو في مرحلة المراهقة، وألا يكون الانحراف والاضطراب يرجع إلى أمراض أو اضطرابات عقلية أو نفسية أخرى. وغالبًا ما قد تترتب على اضطرابات الشخصية أنماط سلوكية ومعرفية وشعورية مضطربة مثل، الإدمان على المخدرات والكحول، والميل إلى إلحاق الأذى بالنفس، والسلوك الجنسي المضطرب، والتهور، والتصادم مع قيم المجتمع، والتناقض في الانفعالات، والميل إلى السلوك غير المسئول، ويكون الفرد أكثر استعدادًا للإصابة باضطرابات نفسية، مثل الاكتئاب والقلق (فرج وآخرون، ٢٠٢٣؛ Sperry, 2006; Zimmerman & Morgan, 2013)، وتنقسم اضطرابات الشخصية وفقًا للتصنيف الإحصائي الخامس للجمعية الأمريكية للطب النفسي DSM-٥ إلى ثلاث فئات:

- الفئة الأولى: وتعرف باسم الشخصية غريبة الأطوار، وتضم ثلاثة اضطرابات للشخصية؛ وهي اضطراب الشخصية البارانويدية (الهذائية^(١)) واضطراب الشخصية الفصامية^(٢) واضطراب الشخصية فصامية النمط^(٣).
- الفئة (ب): تعرف باسم الشخصية الدراماتيكية وتتضمن: اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع^(٤) واضطرابات الشخصية الحدية^(٥) واضطراب الشخصية الهيسثيرية^(٦) واضطراب الشخصية النرجسية^(٧).
- الفئة (ج): وتعرف باسم الشخصية القلقة وتتضمن: اضطراب الشخصية

1- Paranoid personality disorder
2- Schizoid personality disorder
3- Schizotypal personality disorder
4- Antisocial personality disorder
5- Borderline personality disorder
6- Histrionic personality disorder
7- Narcissistic personality disorder

التجنبية^(١) واضطراب الشخصية الاعتمادية^(٢) واضطراب الشخصية الوسواسية القهرية^(٣)، بالإضافة إلى تصنيف اضطراب الشخصية غير المحددة والمحددة والناجمة عن حالات طبية عامة أو تأثير لمواد وعقاقير (DSM-5, 2013) (DSM-5-TR, 2022).

المعايير العامة لتشخيص اضطرابات الشخصية:

- أولاً- نمط دائم من الخبرة الداخلية والسلوك يحدد (يشذ) بدرجة كبيرة عن المعايير الاجتماعية والسلوك في ثقافة الفرد، ويتمثل هذا النمط في مجالين أو أكثر مما يأتي:
- المعرفة: وتتعلق بطرق إدراك، وفهم الذات وفهم الآخرين والأحداث.
- الوجدان: يسود الوجدان انفعالات شديدة والتأرجح وعدم التناسب مع الموقف.
- العلاقات بين الأفراد (علاقات سيئة ومضطربة مع الآخرين كالأسرة أو الأصدقاء أو الزملاء).
- عدم التحكم في الاندفاعات.
- ثانياً- نمط دائم من التصلب يشمل جميع المواقف الشخصية والاجتماعية يؤدي إلى الشعور بالكدر أو الكرب (الشعور بالضغط النفسي) واختلال في الأداء الاجتماعي أو المهني.
- ثالثاً- يتسم هذا النمط بالإزمان (عدة سنوات) والثبات، ويمكن تعقب بداية الاضطراب من الماضي بداية من مرحلة المراهقة.
- رابعاً- يتم التشخيص بداية من عمر ١٨ سنة. (شليبي وآخرون، ٢٠١٥؛ DSM-5-TR، ٢٠٢٢، فرج وآخرون، ٢٠٢٣).

1- Avoidant personality disorder
2- Dependent personality disorder
3- Obsessive-compulsive personality disorder

اضطراب الشخصية الحدية:

أكثر اضطرابات الشخصية طلباً للخدمة النفسية هو اضطراب الشخصية الحدية، يُعد من اضطرابات الشخصية المعقدة؛ حيث يكون الشخص قد تعرض لأحداث صادمة (Hamed et al., 2010) في مراحل حياته المبكرة ويليها أو يرتبط بها التعرض لإساءات بطريقة مطولة تجعل الطفل في ذلك الوقت يشعر بقلّة الحيلة، وهو عرض رئيسي في اضطراب كرب ما بعد الصدمة (Sperry, 2006; Maj et al, 2005)

ونتيجة لهذا الشعور يجد الشخص نفسه معلقاً بين حقيقة يعلمها، وهو أنه تعرض للإساءة وأنه بحاجة إلى الحماية والمعاملة بطريقة صحية للتغلب على آثار هذه الإساءة وبين عالم من الأشخاص الراشدين القائمين بالرعاية الذين يفشلون في تقديم هذا الدعم للشخص المعرض للإساءة بطريقة ملائمة وصحية وهذا بدوره يؤدي إلى شعور آخر سيئ لدى الطفل؛ هو الشعور بالتخلي من الآخرين المهمين في حياته. (Helegaland , et al., 2005)، وعندما تندمج مشاعر عدم الأمان وقلّة الحيلة مع مشاعر التخلي والخذلان التي يتعرض لها الفرد في هذه السن المبكرة يبدأ بتطوير طرق للمواجهة لتساعده على تجاوز هذا المأزق النفسي الشديد، فيبدأ باتّباع طرق قد تكون غير صحية، ولكنها تؤدي إلى تخفيف معاناته التي لم يلفت إليها العالم أو لم يعطها القدر الكافي من الاهتمام أو يساعده في التغلب عليها أو التعافي من آثارها. والطفل الذي طوّر هذه الطرق للمواجهة يبدأ في اختبارها واستخدامها، وهي قد تتراوح بين العدوانية أو التجنب والهروب أو الرغبة في معاملة العالم بنفس الطريقة التي يعامله بها، تلك الطرق التي إن كانت تحدث تخفف مؤقتاً من المشاعر السلبية إلا أنها تسبب قدرًا كبيراً من الانحراف والتحيز المعرفي والوجداني وتغييراً واضحاً في طرق المواجهة وأساليب المعاملة مع المواقف تؤدي بالفرد إلى مزيد من الاضطراب ومزيد من المعاناة (Beck, et al., 2015).

- ويتصف الشخص ذو اضطراب الشخصية الحدية بتكرار عالٍ للسلوكيات التالية:

- تغيرات دراماتيكية متكررة في المزاج والأفكار والخطط.
- عدم الاستقرار في العلاقات الاجتماعية؛ حيث يكون علاقات مع الآخرين بسرعة، ولكن يفقدها بسهولة.
- عدم الاستقرار الوجداني والتحول الانفعالي المتكرر.
- يُظهر سلوكاً اندفاعياً غير متوقع، مثل الاندفاع في صرف المال بصورة مفرطة، المعاشرة الجنسية الخطرة وغير المشروعة، المقامرة، التعاطي للمخدرات والكحول ومواد أخرى، السرقة، الإفراط في الأكل، إلحاق الأذى بالنفس.
- الشعور المتكرر بالفراغ والوحدة، والاكتئاب، والانزعاج، والقلق.
- الخوف من الوحدة على الرغم من تعمدته في إبعاد الآخرين عنه.
- صعوبة السيطرة على اندفاعاته وانفعالاته.
- شعوره المستمر بالحرمان.
- ارتباك في فهم ذاته، وتشخيص أهدافه وقيمه، واختيار الأصدقاء، واختيار المهنة.
- محاولات متكررة في إلحاق الأذى بالنفس، مثل إحداث جروح في الجسم أو محاولات الانتحار.
- قد يحصل عنده اضطراب عقلي مؤقت لفترة قصيرة، مثل الهلوسة والانفصال عن الواقع (DSM-5, 2013)
- وتأتي حالات اضطراب الشخصية الحدية عادة إلى العيادة النفسية مروراً بقسم الطوارئ بعد ارتكاب محاولات انتحار أو محاولات إيذاء الذات أو تأتي طلباً للمساعدة من مشكلات نفسية أخرى، مثل الاكتئاب أو مشكلات العلاقات (Skodol et al,1999; Livesley,2003; El-Ghonemy, 2010; Bruns &) (Disorbio, 2010).

العلاج المعرفي السلوكي:

العلاج المعرفي السلوكي من العلاجات مثبتة الكفاءة لعلاج الكثير من الاضطرابات النفسية التي يعاني منها البشر في مراحل ارتفاعية متنوعة (Dobson, 2010 ; Dozoi, 2013s)، العلاج المعرفي السلوكي مندرج ضمن قائمة العلاجات مثبتة الكفاءة (Bockian et al., 2016)، وذلك على مر السنوات السبعين الماضية منذ ظهوره في منتصف القرن العشرين (Beck, 1967; Beck, 1995; et al., 1979)، وتتوالى البحوث والمراجعات لتؤكد كفاءة العلاج المعرفي السلوكي في علاج الاضطرابات الانفعالية (Hofmann, 2012; Butler et al., 2006; Gloaguen, et al., 2005; Beck, et al., 1998) (إبراهيم، ٢٠٠٤ وإبراهيم، ٢٠٠٦ وإبراهيم، ٢٠١٨ وعلاج اضطرابات النوم المصاحبة لاضطراب كرب ما بعد الصدمة (Ho et al, 2016). وعلاج اضطرابات النوم (Perlis et al., 2006) وعلاج اضطراب القلق (Stewart & Chambless, 2010; Oltunji et al, 2009) وعلاج اضطراب الهلع (Pompoli et al., 2014) وعلاج اضطراب الألم (Taylor, 2006) وعلاج اضطرابات الشخصية (Keefe, 2006; Beck et al., 2015; Maj et al., 2005, Sperry, 2006) ومن الخصائص التي تميز العلاج المعرفي السلوكي والتي تجعله قادرًا على تحقيق نواتج علاجية مرغوبة، أنه يستخدم بشكل فريد مهارات المريض نفسه ليصنع التحسن (DeRubeis et al., 2000) فأحد الأسس التي يقوم عليها العلاج المعرفي السلوكي هو أن يجعل المريض طبيبًا لنفسه. وفي أثناء العلاج المعرفي السلوكي يهتم المعالج بتقديم المعلومات التثقيفية التي ترفع وعي المريض بالاضطراب النفسي الذي يعاني منه وكذلك ترفع وعيه بإمكانية التحسن والعمل على وضع أهداف منطقية ليتم تحقيقها من خلال الجلسات العلاجية، وفي أثناء رحلة العمل على تحقيق هذه الأهداف تزداد مهارات المريض شيئًا فشيئًا في كيفية فهم وصياغة الحالة النفسية والمواقف التي تثير الضيق في ضوء العادات المعرفية والانفعالية والسلوكية التي استخدمها الفرد مرارًا وتكرارًا في حياته اليومية، حتى

أصبحت جزءاً لا يتجزأ من شخصيته (Clark et al., 1999)، ويوضح أيضاً المعالج باستخدام طريقة الاستكشاف الموجّه^(١) الكيفية التي يمكن من خلالها إعادة فحص وتقييم تلك المواقف التي كانت سبباً في الشعور بالضيق والتصرف بطريقة غير تكيفية؛ حيث يساعد المعالج المريض من خلال إعادة الفحص والتقييم لهذه المواقف وإعادة ترتيب المكونات الفرعية فيها بطريقة تعمل على تحسين الحالة المزاجية للفرد وصولاً لتفسيرات أكثر منطقية وأكثر عقلانية تؤدي إلى وضع خطط منظمة للتعامل مع الموقف، بحيث يحصل الفرد على النواتج المرغوب فيها في الموقف المحدد وفي أثناء القيام بهذه المهمة يتخذ المعالج منهجاً يقوم على التأكيد على تقديم الرعاية والاهتمام والتعبير عنها بطرق لفظية وغير لفظية وتحقيق الإنصات النشط الذي يعطي للفرد شعوراً بالأهمية والتقدير ويؤكد التحالف بين المعالج والمريض، وكذلك أيضاً استخدام التقبل غير المشروط الذي ييسر على المريض الشعور بسهولة الإفصاح عن الذات والتطرق إلى الجوانب الضمنية من معاني المواقف المختلفة والعمل على حلها بطريقة تكافيه (DeRubeis et al, 2000)، وهو بذلك يحقق لدى العميل التشجيع وبث الأمل في إمكانية الحصول على الفهم وكذلك في إمكانية الوصول إلى إيجاد طرق للتصرف تؤدي إلى نواتج أقل سلبية وأكثر ملائمة لتحقيق رغبات الفرد واحتياجاته. ويستخدم المعالج المعرفي السلوكي باعتباره توجهاً توفيقياً^(٢) (Clark et al., 1999) عددًا كبيراً من الفنيات التي تيسر حدوث هذا التغيير العلاجي المرغوب. وهذه الفنيات التي اشتقت من توجهات علاجية متنوعة كالتوجه السلوكي والتوجه المعرفي والتوجه الجشتالطي والتوجه التحليلي ونشأ العديد منها في التوجهات العلاجية الأكثر حداثة.

يميل العلماء إلى تقسيم مراحل تطور التوجهات العلاجية إلى ثلاث موجات كبرى، الموجة الأولى تطلق على العلاج السلوكي التقليدي الذي استعان

1- guided discovery

2- Eclectic

بمفهوم إعادة التشريط والتدعيم في علاج المشكلات السلوكية بطريقة بنائية. وشكل العلاج المعرفي الموجة الثانية من العلاج، وقد استعان في فهم وحل المشكلات السلوكية بتعديل وتغيير الأفكار التي سببت تلك المشكلات وعملت على استمرارها. والموجة الثالثة من العلاج النفسي اتجهت أكثر إلى المنحى غير المباشر^(١) والمنحى الخبراتي^(٢) مستخدمين فنيات مثل التعقل^(٣) والجدل^(٤) والتقبل^(٥) والقيم^(٦) والروحانية^(٧).

ويمكن القول إن الموجة الثالثة في العلاج النفسي تنتم بدعوة الفرد للتخلي عن محاولات حل المشكلات وبدلاً من ذلك تشجعه على الرجوع خطوة للخلف وتأمل ما يشعر به المرء إذ يتأمل المشكلات بدون إبداء ردود أفعال نفسية أو سلوكية، وبديلاً عن ذلك يقوم باستحضار الوعي المتقبل بهذه المشكلة والموقف الصعب (Segal et al., 2004) تلك التوجهات التي تؤكد إحداث التغيير بطرق غير مباشرة لا تستهدف الفكرة ذاتها بشكل محدد وإنما تعمل على التغيير بطرق أكثر ارتباطاً بمواقف الحياة ذاتها. منها فنيات نشأت في توجه العلاج الجدلي السلوكي (Linehan, et al., 1999; Linehan, 1993)، والفنيات التي نشأت في ظل توجه العلاج بالمخططات^(٨) (Young, 1990; Young, et al., 2006)، أو تلك التي تستخدم في التوجه العلاجي المعروف باسم العلاج بالتقبل والالتزام^(٩) (Hayes, et al., 2006; Hayes, et al., 2012) وكذلك التوجهات العلاجية القائمة على التراحم والرفق بالذات والتواصل غير العنيف^(١٠) (Rosenberg, & Chopra, 2015). تلك الفنيات التي يستخدمها المعالج المعرفي السلوكي لتحقيق تغيير

- 1- Indirect
- 2- Experiential
- 3- Mindfulness
- 4- Dialectics
- 5- acceptance
- 6- Values
- 7- Spirituality
- 8- Schema therapy
- 9- Acceptance and commitment therapy
- 10- Nonviolent communication

علاجي في مكونات السلوك الذي يتضمن إحداث تغيير في المشاعر وإحداث تغيير في السلوك، وكذلك إحداث التغيير المعرفي في الأفكار والمعتقدات التي يتبناها الفرد حول ثلاثة موضوعات كبرى في حياته، فيما عرف بمفهوم الثالوث المعرفي (Beck, 1995)، وهي رؤية الفرد لذاته ورؤيته للعالم متمثلة في الأشخاص والخبرات والأماكن والثالث رؤية الشخص للعواقب أو النواتج التي تترتب على مواقف معينة فيما عرف باسم النظرة إلى المستقبل.

ويهدف العلاج لاضطراب الشخصية الحدية إلى تخفيف الأعراض الانفعالية الحالية التي قد تتضمن القلق أو الاكتئاب أو كليهما. ولمساعدة المريض في التعامل مع الاكتئاب أو القلق يقوم المعالج بتعليم المريض مهارات العلاج المعرفي الأساسية والتي ستكون ضرورية في العمل على علاج اضطراب الشخصية الأكثر صعوبة، وعندما ينجح المعالج في جعل المريض أقل قلقاً أو أقل اكتئاباً سيعمل ذلك على رفع اعتقاد المريض بأن العلاج ذو قيمة وأنه من المجدي الاستمرار في تلقي العلاج. ورغم التنوع بين المعالجين فإن هناك اتفاقاً عاماً على أن مراحل العلاج تتضمن شرحاً مبسطاً لطبيعة الاضطراب متبوعاً بخريطة سهلة الفهم عن كيفية سير العلاج الذي سيتضمن أربع مراحل رئيسية وهي:

- الاندماج في العلاج^(١).
 - تحليل النمط^(٢).
 - تغيير النمط^(٣).
 - إنهاء العلاج^(٤) والحفاظ على التغيير العلاجي، وهي تتضمن المتابعة والوقاية من الانتكاسات (Maj, et al., 2005).
- هناك افتراضات أساسية تقف خلف تقديم علاج فعال لاضطرابات الشخصية،

1- Treatment engagement
2- Pattern analysis
3- Pattern change
4- Treatment termination

يمكن تلخيصها فيما يلي:

- الافتراض الأول: القابلية للتغيير والجاهزية لذلك تعد أساساً لتقديم علاج فعال لاضطرابات الشخصية.
- الافتراض الثاني: دمج العلاجات والعلاج المفصل⁽¹⁾ والتكامل بين الأساليب العلاجية يعد مطلباً ضرورياً عندما تقل القابلية للعلاج لدى مريض اضطرابات الشخصية.
- الافتراض الثالث: يتم توجيه العلاج لاضطرابات الشخصية من خلال كل من الأهداف العامة والأهداف النوعية. وبصفة عامة تقسم الأهداف العامة إلى أربعة مستويات هي:
 - المستوى الأول: تخفيف الأعراض.
 - المستوى الثاني: الاهتمام بالجانب المزاجي للاضطراب.
 - المستوى الثالث: تقليل الاضطراب في الجانب الاجتماعي والمهني والعلاقات لدى الفرد.
 - المستوى الرابع: تعديل المخططات المعرفية المضطربة في الشخصية.
- الافتراض الرابع: عندما يقدم المريض أكثر من اضطراب للشخصية فإن كل اضطراب يتم علاجه منفرداً في البداية (Sperry, 2006) ، واستخدمت فنيات العلاج المعرفي السلوكي في البحث الراهن لتحسين أعراض اضطراب الشخصية الحدية لدى عينة البحث والتي تدمج النتائج الحديثة حول العلاج المعرفي السلوكي وتضمينها في الفنيات المستخدمة داخل الجلسات العلاجية وخارجها لتحقيق النواتج العلاجية المرغوبة لدى مريض اضطراب الشخصية الحدية.

الفروض:

- توجد فروق في درجات اضطراب الشخصية الحدية بين القياسين القبلي والبعدي لدى عينة الدراسة.
- توجد فروق في درجات اضطراب الشخصية الحدية بين القياسين البعدي والتتبعي الأول لدى عينة الدراسة.
- توجد فروق في درجات اضطراب الشخصية الحدية بين القياسين البعدي والتتبعي الثاني لدى عينة الدراسة.
- توجد فروق في درجات اضطراب الشخصية الحدية بين القياسين التتبعي الأول والثاني لدى عينة الدراسة.

منهج الدراسة:

اعتمد البحث الحالي على منهج دراسة الحالة، الذي يُعتبر مناسباً بشكل خاص للعينة الصغيرة المستخدمة وللطبيعة الإكلينيكية للبحث، ويوفر منهج دراسة الحالة إمكانية فحص معمق للعلاقات بين المتغيرات المختلفة في سياق واقعي. وتم اختيار هذا المنهج نظراً لقدرته على تقديم رؤى تفصيلية وشاملة حول تأثير العلاج المعرفي السلوكي في أعراض اضطراب الشخصية الحدية.

العينة:

تكونت عينة الدراسة من ١٤ مريضة ممن طلبن العلاج النفسي في العيادات المتخصصة بسبب مشكلات نفسية حالية، وجميع المشاركات في الدراسة تم تشخيصهن باضطراب الشخصية الحدية، وتتراوح أعمارهن بين ١٩ و ٣٧ عاماً، بمتوسط عمر (٢٤,١٤) وانحراف معياري قدره (٤,٦٤)، وجميعهن إما حاصلات على تعليم جامعي أو طالبات حاليات في إحدى الجامعات، وجميع المشاركات مصريات ويعشن داخل الأراضي المصرية مع أسرهن.

من بين العينة، كانت هناك ١٣ سيدة غير متزوجة، ولم يسبق لهن الزواج، بينما كانت هناك سيدة واحدة متزوجة ولديها طفلان.

الجدول (١) يوضح الخصائص الديموغرافية لعينة الدراسة بالتفصيل.

جدول (١)

الخصائص الديموجرافية لعينة البحث

ملاحظات	عدد الجلسات	مشكلات نفسية أخرى	درجة الشخصية الحدية	الحالة الزوجية	التعليم	العمر	الحالة
تم تشخيصها سابقاً بواسطة الطبيب النفسي باضطراب الشخصية الحدية	١٧	نوبات الغضب الاكتئاب	٥٠	غير متزوجة	جامعي	٢٢	١
	١٥	نوبات الغضب الاكتئاب	٥٤	غير متزوجة	فني كومبيوتر	٢١	٢
تم تشخيصها سابقاً بواسطة الطبيب النفسي باضطراب الشخصية الحدية	١٥	القلق نوبات الغضب الاكتئاب	٥٣	غير متزوجة	جامعي	٢٤	٣
تم تشخيصها سابقاً بواسطة الطبيب النفسي باضطراب الشخصية الحدية	١٢	نوبات الغضب	٥٥	متزوجة	ربة منزل	٣٧	٤
تم تشخيصها سابقاً بواسطة الطبيب النفسي باضطراب الشخصية الحدية	١٩	نوبات الغضب الاكتئاب	٥٤	غير متزوجة	جامعي	٢٤	٥
	١١	نوبات الغضب الأفكار الانتحارية	٤٨	غير متزوجة	جامعي	٢٧	٦
تم تشخيصها سابقاً بواسطة الطبيب النفسي باضطراب الشخصية الحدية	٢٠	القلق نوبات الهلع الغضب	٥٦	غير متزوجة	فني تريض	١٩	٧

دراسات نفسية (٣٤،٣٤ يوليو ٢٠٢٤ ص ٣٤٣-٣٨٨)

ملاحظات	عدد الجلسات	مشكلات نفسية أخرى	درجة الشخصية الحدية	الحالة الزوجية	التعليم	العمر	الحالة
تم تشخيصها سابقاً بواسطة الطبيب النفسي باضطراب الشخصية الحدية	١٣	مشكلات جنسية الاكتئاب الغضب التدخين	٤٩	غير متزوجة	جامعي	٢٦	٨
تم تشخيصها سابقاً بواسطة الطبيب النفسي باضطراب الشخصية الحدية واضطراب ثنائي القطب	٩	الغضب الاكتئاب واضطراب ثنائي القطب	٥٥	غير متزوجة	فني تجاري	٢٢	٩
تم تشخيصها سابقاً بواسطة الطبيب النفسي باضطراب الشخصية الحدية	١٥	الغضب الاكتئاب التدخين	٤٥	غير متزوجة	جامعي	٢٩	١٠
	٣	الغضب الاكتئاب	٤٩	غير متزوجة	جامعي	٢٣	١١
تم تشخيصها سابقاً بواسطة الطبيب النفسي باضطراب الشخصية الحدية	١٣	الغضب الاكتئاب	٥٢	غير متزوجة	جامعي	٢٢	١٢
	٥	الغضب	٥٢	غير متزوجة	جامعي	٢٣	١٣
تم تشخيصها سابقاً بواسطة الطبيب النفسي باضطراب الشخصية الحدية	٧	نوبات الغضب الاكتئاب التدخين	٥٥	غير متزوجة	الثانوية العامة	١٩	١٤

الأدوات:

تكونت قائمة أدوات التقييم من:

- المقابلة الإكلينيكية المنبثقة عن الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية الصادر عن جمعية الطب النفس الأمريكية، (شليبي وآخرون، ٢٠١٥).
 - بطارية اضطرابات الشخصية الصورة المسحية إعداد يونس وإبراهيم، تقنين (فرج وآخرون، ٢٠٢٣).
 - التقييم المختصر للحالة المزاجية.
 - نموذج تقييم جلسة علاجية.
 - تقارير الجلسات والملاحظات الكيفية للمعالج.
- وفيما يلي وصف للأدوات:

المقابلة الإكلينيكية:

تم استخدام المقابلة الإكلينيكية للتشخيص بناءً على الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للمراجع للاضطرابات النفسية الصادر عن جمعية الطب النفسي الأمريكية (شليبي وآخرون، ٢٠١٥؛ شليبي وآخرون، ٢٠٢٢).

يتمتع هذا المقياس بخصائص سيكومترية قوية، من حيث الصدق والثبات، مما يجعله أداة موثوقة لتقييم الأعراض النفسية واضطرابات الشخصية. تم استخدام الأجزاء المتعلقة بالمسح الشامل للأعراض وتشخيص اضطرابات الشخصية لضمان دقة التشخيص وتحديد الحالة النفسية للمشاركات بدقة عالية. بطارية اضطرابات الشخصية، الصورة المسحية، إعداد يونس وإبراهيم، تقنين (فرج وآخرون، ٢٠٢٣)

تم استخدام مقياس اضطرابات الشخصية (الصورة المسحية) الذي طوره يونس وإبراهيم، وقامت بتقنيته الباحثة وزملاؤها في بحث حديث (فرج وآخرون، ٢٠٢٣) لتقييم عشرة اضطرابات للشخصية. يتألف المقياس من ١٠٧

بنود، ويطبق بطريقة التقرير الذاتي؛ حيث يتم حساب الدرجة لكل اضطراب بشكل منفصل.

التعليمات:

يُطلب من المشاركين قراءة العبارات التي تعبر عن سلوكياتهم وتصرفاتهم بشكل عام على مر السنوات العديدة الماضية. يُرجى من المشاركين وضع إشارة (√) أمام كل عبارة في العمود الذي يعبر عن مدى انطباقها على سلوكهم خلال السنوات الثلاث الأخيرة، وفقاً للمقياس التالي:

١ = لا ينطبق أبداً.

٢ = ينطبق أحياناً.

٣ = ينطبق كثيراً.

٤ = ينطبق كثيراً جداً.

٥ = ينطبق تماماً.

في حال عدم تذكر السلوك بدقة، يُطلب من المشاركين الاعتماد على ما يفعلونه عادةً في حياتهم اليومية.

الخصائص السيكومترية لمقياس اضطرابات الشخصية:

تم التحقق من الكفاءة السيكومترية لمقياس اضطرابات الشخصية (الصورة المسحية) بواسطة الباحثة وزملائها في عام ٢٠٢٣. وأظهرت نتائج الدراسة جودة الخصائص السيكومترية للمقياس ككل، بالإضافة إلى المقياس الفرعي لتقدير اضطراب الشخصية الحدية بشكل خاص.

ويوضح الجدول (٢) معاملات ثبات ألفا كرونباخ للمقياس، والتي نُشرت في دراسة فرج وزملائه (٢٠٢٣) التي هدفت إلى تقنين هذا المقياس. وتؤكد هذه المعاملات موثوقية وثبات المقياس، مما يدعم استخدامه كأداة تقييم دقيقة وموثوقة لاضطرابات الشخصية في الأبحاث النفسية والإكلينيكية.

جدول (٢)

معامل ثبات ألفا كرونباخ لمقياس اضطرابات الشخصية (ن = ٢٥١)

الأبعاد	عدد العبارات	معامل ثبات ألفا كرونباخ
اضطراب الشخصية التجنبية	٧	٠,٧٦٣
اضطراب الشخصية الاعتمادية	٨	٠,٦٩٩
اضطراب الشخصية الوسواسية	٩	٠,٥٢٤
اضطراب الشخصية الاضطهادية	٨	٠,٦٤٨
اضطراب الشخصية فصامية النمط	١١	٠,٦٢١
اضطراب الشخصية شبه الفصامية	٦	٠,٣٦٢
اضطراب الشخصية الهستيرية	٧	٠,٥٨٩
اضطراب الشخصية النرجسية	١٨	٠,٧٩٨
اضطراب الشخصية الحدية	١٢	٠,٧٢٩
اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع	٢١	٠,٧٤٦
المقياس ككل	١٠٧	٠,٩٢١

يتضح من الجدول (٢) أن معاملات ثبات ألفا كرونباخ للمقاييس الفرعية وكذلك للمقياس الكلي كانت مرتفعة بشكل مقبول في جميع المقاييس الفرعية، باستثناء مقياس اضطراب الشخصية شبه الفصامية، الذي كان منخفضاً نسبياً.

ويشير الجدول أيضاً إلى أن معامل ثبات ألفا كرونباخ لمقياس اضطراب الشخصية الحدية كان مرتفعاً؛ حيث بلغ ٠,٧٢٩، مما يعكس مستوى عالياً من الموثوقية والثبات لهذا المقياس الفرعي.

جدول (٣)

ثبات إعادة الاختبار لمقياس اضطرابات الشخصية (ن=٣٠)

الاختبار	العبارات	معامل ارتباط بين التطبيقين
مقياس اضطرابات الشخصية	١٠٧	٠,٨٨٠

ويتضح من الجدول (٣) أن قيمة معامل الارتباط بيرسون للثبات بالإعادة لمقياس اضطرابات الشخصية (الدرجة الكلية للاختبار) كانت مرتفعة؛ حيث بلغت القيمة ٠,٨٨٠، مما يشير إلى ثبات جيد للمقياس ككل، ويعزز من مصداقية وموثوقية النتائج المستخلصة من استخدام هذا المقياس.

صدق الارتباط بمحك:

تم تطبيق مقياس اضطرابات الشخصية (الصورة البحثية) ومقارنته بمقياس اضطرابات الشخصية الذي أعده عبد الله عسكر (٢٠٠٤) كاختبار محك. يتمتع هذا المقياس بمعاملات صدق وثبات مقبولة، ويتكون من ١٢ اضطراباً للشخصية ويحتوي على ٩٩ عبارة. وتم تطبيق المقياسين على عينة تتألف من ٢٥١ فرداً من الذكور والإناث. وتم حساب معامل الارتباط بين درجات كلا الاختبارين، وبلغت قيمة معامل الارتباط ٠,٥٧٥، مما يشير إلى أن المقياس الجديد المستخدم في البحث الحالي يتمتع بصدق الارتباط بمحك.

الاتساق الداخلي لبنود المقياس الفرعي (اضطراب الشخصية الحدية):

أظهرت نتائج التحليل أن عبارات المقياس الفرعي لاضطراب الشخصية الحدية تتمتع بمعاملات اتساق داخلي مرتفعة. كما بينت النتائج أن معاملات الارتباط بين العبارات والدرجة الكلية لمقياس اضطرابات الشخصية تتراوح بين الجيدة والمقبولة، مما يعكس جودة الاتساق الداخلي لهذا المقياس الفرعي، كما يبين الجدول (٤).

جدول (٤)

الاتساق الداخلي لبند اضطراب الشخصية الحدية (ن=٢٥١)

العبارة	الارتباط بالدرجة الكلية للبعد	الارتباط بالدرجة الكلية للمقياس
٧٥	٠,٥٦١	٠,٥١٤
٧٦	٠,٦٥٠	٠,٥٥٥
٧٧	٠,٦٣٩	٠,٥٦١
٧٨	٠,٥٣٢	٠,٤٣٦
٧٩	٠,٥٧٠	٠,٤٠٠
٨٠	٠,٥٦٠	٠,٣٣٤
٨١	٠,٥٩٢	٠,٥٨٧
٨٢	٠,٤٥٦	٠,٣٤٨
٨٣	٠,٥٨٣	٠,٤٧٠
٨٤	٠,٥٦٥	٠,٤٣٣
٨٥	٠,٤٥٣	٠,٢٠٩
٨٦	٠,٣٩٧	٠,٣٢٣

مستوى الدلالة فيما وراء ٠,٠١

توضح النتائج في الجدول (٤) أن جميع معاملات ارتباط بيرسون بين بنود اضطراب الشخصية الحدية والدرجة الكلية للبعد دالة إحصائياً عند مستوى دلالة أقل من ٠,٠١؛ حيث تراوحت معاملات الارتباط بين ٠,٣٩٧ كحد أدنى و ٠,٦٥٠ كحد أعلى. وبالمثل، كانت جميع معاملات الارتباط بين فقرات

اضطراب الشخصية الحدية والدرجة الكلية للمقياس ككل دالة إحصائيًا عند مستوى دلالة أقل من ٠,٠١؛ حيث تراوحت معاملات الارتباط بين ٠,٢٠٩ كحد أدنى و٠,٥٨٧ كحد أعلى.

بناءً على هذه النتائج، يتضح أن جميع فقرات اضطراب الشخصية الحدية تتسم بالاتساق الداخلي مع الدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه ومع الدرجة الكلية للمقياس ككل، مما يعكس جودة الاتساق الداخلي لهذا المقياس الفرعي.

أداة التقييم المختصر للحالة المزاجية:

تُعد أداة التقييم المختصر للحالة المزاجية وسيلة للتقييم الذاتي؛ حيث يقوم الفرد بتحديد حالته المزاجية الراهنة عن طريق وضع علامة على خط يتراوح من صفر إلى ١٠٠ درجة. ويشير الصفر إلى أسوأ حالة مزاجية مر بها الشخص في حياته، بينما تشير الدرجة ١٠٠ إلى أفضل حالة مزاجية مر بها الشخص في حياته. أما الدرجة المتوسطة ٥٠، فتعبّر عن حالة مزاجية معتدلة، ليست سيئة ولا جيدة. تُستخدم هذه الأداة لتقييم الحالة المزاجية في بداية كل جلسة علاجية، مما يساعد في رصد التغيرات المزاجية على مدار فترة العلاج.

أداة نموذج تقييم جلسة علاجية:

تُعد أداة نموذج تقييم جلسة علاجية أداة موضوعية تُستخدم في نهاية كل جلسة علاجية. ويقوم المريض من خلالها بتقييم الجلسة بناءً على أهمية الموضوعات التي تمت مناقشتها، ومدى ملائمة الحلول المقترحة لمشكلاته، بالإضافة إلى قياس رضا المريض عن الجلسة ودرجة ارتياحه أثناءها. ويتكون المقياس من خمسة بنود، ويُطلب من المريض الإجابة عن التساؤلات التالية من خلال وضع نسبة مئوية تعبر عن رأيه فيما تم خلال الجلسة العلاجية الحالية:

١. إلى أي حد كانت الموضوعات التي تم مناقشتها في أثناء الجلسة ذات أهمية بالنسبة لك؟

٢. إلى أي حد كانت مناقشة هذه الموضوعات مفيدة بالنسبة لك؟

٣. إلى أي حد كانت الحلول المقترحة للتعامل مع الموضوعات مفهومة؟
 ٤. إلى أي حد كانت الحلول المقترحة للتعامل مع الموضوعات قابلة للتنفيذ؟
 ٥. إلى أي حد تشعر بالرضا عن الجلسة بصفة عامة؟
- تساعد هذه الأداة في جمع ملاحظات قيمة من المرضى لتحسين جودة الجلسات العلاجية وتكيفها بشكل أفضل لتلبية احتياجاتهم.

تقارير الجلسات والملاحظات الكيفية للمعالج:

تُعد تقارير الجلسات والملاحظات الكيفية للمعالج أداة مهمة يكتبها المعالج عقب كل جلسة علاجية. وتوضح هذه التقارير أجندة الجلسة، والموضوع الرئيسي الذي تمت مناقشته، والمهارة التي تم تعلمها في أثناء الجلسة، بالإضافة إلى الواجب المنزلي المشتق من الجلسة ومدى تقبل العميل له، كما تشمل التقارير المهارة المقترحة كطريقة لحل المشكلة التي تمت مناقشتها.

تقدم هذه التقارير معلومات مفيدة حول تقبل الفنيات العلاجية وقابلية استخدامها في مواقف الحياة اليومية، كما تعكس مدى التزام المريض بتطبيق وتجريب الحلول المقترحة في أثناء الجلسة في المواقف الحياتية التي تليها. وتساعد هذه المعلومات في تقييم فعالية الجلسات العلاجية وتكيف الاستراتيجيات العلاجية بما يتناسب مع احتياجات المريض الفردية.

الإجراءات:

إجراءات التقييم وصياغة الحالة:

- التقييم الأولي: تم إجراء عملية التقييم الأولي للحالة بهدف الفهم والتشخيص للحالة النفسية للمريض باستخدام المقابلة الإكلينيكية، وقائمة الفحص الشامل للأعراض واضطرابات الشخصية المشتقة من الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس المراجع، والتي تعد جزءاً من المقابلة الإكلينيكية للاضطرابات النفسية الصادرة عن جمعية الطب النفسي الأمريكية (شليبي وآخرون، ٢٠١٥).

- بطارية اضطرابات الشخصية: استخدمت بطارية اضطرابات الشخصية لتحديد شدة الأعراض بطريقة كمية، وكذلك لتأكيد التشخيص الأولي الذي تم من خلال الخطوة السابقة.

- تشخيص الحالات: جميع الحالات حققت معايير تشخيص اضطراب الشخصية الحدية وفقاً للدليل التشخيصي والإحصائي الخامس المراجع (-DSM-5 TR, 2022). وتضمنت الحالات المرضية المشاركة في البحث، عدد من الحالات (ن=١٠) تم تشخيصها مسبقاً من قبل الطبيب النفسي بأن الحالة المرضية هي اضطراب الشخصية الحدية.

- تحديد أهداف العلاج: أسفرت عملية التقييم وصياغة الحالة عن تحديد أهداف عامة للعلاج، تمثلت في الآتي:

١. التنقيف حول الاضطراب والأسلوب العلاجي المستخدم.
٢. التدريب على مهارات رفع الوعي والمراقبة الذاتية.
٣. التدريب على مهارات اكتشاف وتحديد ومناقشة أخطاء التفكير المتكررة.
٤. التدريب على مهارات المواجهة الصحية باستخدام فنيات علاجية ملائمة، مثل التجارب السلوكية، ولعب الدور، وجدولة الأنشطة، والتسميع المعرفي، وأساليب التمكّن والسرور، وأساليب المهام المتدرجة لتحقيق الأهداف.
٥. صقل مهارات الوعي بنوبات الغضب وتطوير مهارات التعامل الصحي معها.
٦. تطوير مهارات التعبير الصحي عن المشاعر واستخدام مهارات التواصل الفعالة.

تساهم هذه الإجراءات في توفير أساس قوي لفهم الحالة النفسية للمريض وتطوير خطة علاجية فعالة ومخصصة لتحسين الأعراض والتعامل مع التحديات النفسية المرتبطة باضطراب الشخصية الحدية.

وصف الجلسات العلاجية:

- قدمت الجلسات في عيادات الطب النفسي في أماكن متفرقة داخل القاهرة الكبرى.
- اتسم بناء الجلسات بالبناء المعياري لجلسات العلاج المعرفي السلوكي بزمان كلي للجلسة يتراوح بين ٤٠ إلى ٥٠ دقيقة مقسمة على المكونات التالية:
- تحديد الحالة المزاجية للمريض.
- وضع جدول أعمال للجلسة.
- مراجعة الأحداث بين الجلسات.
- مناقشة الموضوع الرئيسي للجلسة.
- اشتقاق المهام العلاجية خارج الجلسات.
- تقييم الجلسة العلاجية.
- استخدمت أحياناً جلسات العلاج عبر الإنترنت أو من خلال التليفون في الحالات الطارئة، وكانت تتراوح في طولها بين ١٠ إلى ٣٠ دقيقة وفقاً لحاجة المريض، وقدمت إما من خلال برنامج الزووم وإما جوجل ميتنج.
- التواصل من خلال التليفون وخاصة الرسائل النصية كان يستخدم في الحالات الضرورية باتفاق مسبق مع المريض.

الغيات العلاجية المستخدمة:

- غيات التثقيف النفسي حول:
- اضطرابات الشخصية.
- النموذج العلاجي.
- الغيات العلاجية المستخدمة بتتابع الجلسات.
- غيات تحديد مصادر الضيق في مواقف الحياة اليومية كمقدمة لتحديد الأفكار اللاتكيفية.
- غيات مناقشة الأفكار السلبية وتتضمن:

- جدول تسجيل الأفكار.
- فنية السهم الهابط.
- فنية الدليل المؤيد والدليل المعارض.
- قائمة أخطاء التفكير.
- ما التفسيرات الأخرى للموقف؟
- فنية دائرة الأهداف.
- فنية مدرج الأهداف.
- فنيات التعقل.
- فنيات الوعي بالمشاعر وتنظيمها.
- فنيات المسار الأوسط.
- فنيات التحليل التطبيقي للسلوك.
- مهارات العلاقات.
- فنية المهام المتدرجة.
- فنيات التجارب السلوكية.
- فنية جدولة المهام.
- فنيات تحديد مخططات سوء التوافق.

قياس ناتج العلاج:

- تم تقدير نواتج العلاج من خلال عدد من المؤشرات كالتالي:
- المقارنة بين التقييم القبلي والتقييم البعدي.
 - المقارنة بين التقييم البعدي وتقييم بعد فترة متابعة قدرها ٦ أشهر على الأقل.
 - تقدير الحالة المزاجية في بداية الجلسة.
 - تقييم الجلسة في نهايتها.
 - المشاركة في اشتقاق الواجب المنزلي واختيار طريقة تنفيذه.
 - تنفيذ المهام العلاجية بين الجلسات.
 - التحليل الكيفي لكل من التكرار والاستمرارية والانتشار للأفكار السلبية وآثارها

الانفعالية في حياة الفرد.

- الالتزام بحضور الجلسات وعدد جلسات العلاج.
- تقييم الرضا عن الجلسة العلاجية.

أساليب تحليل النتائج (كمياً وكيفياً)

تم استخدام الأساليب الإحصائية غير المعلمية لتحليل البيانات واختبار فرضيات البحث، نظراً لملاءمتها للعينة الصغيرة وحساسية البيانات النوعية التي تم جمعها. وساعدت هذه الأساليب في تقديم نتائج دقيقة وموثوقة، مما يدعم الفهم العميق لتأثير العلاج المعرفي السلوكي في هذا السياق الإكلينيكي المحدد.

- التحليل الكمي:

- تم إجراء اختبارات إحصائية للمقارنة بين الدرجات على اختبار الشخصية الحدية قبل العلاج وبعده باستخدام الأساليب الإحصائية اللامعلمية لاختبار الفرض الأول.

- تم إجراء اختبارات إحصائية للمقارنة بين الدرجات بعد العلاج وبعد فترة متابعة تمتد إلى 6 أشهر باستخدام الأساليب الإحصائية اللامعلمية لاختبار الفرض الثاني والثالث.

- التحليل الكيفي:

- تم تحليل الملاحظات والتقارير التي كتبها المعالج عبر الجلسات بشكل كيفي.

- تم تحليل بيانات تقييم الجلسات بشكل كيفي.

تهدف هذه الأساليب المزوجة إلى تقديم فهم شامل ومعمق لفعالية العلاج المعرفي السلوكي في تحسين أعراض اضطراب الشخصية الحدية من خلال الجمع بين البيانات الكمية والكيفية.

النتائج:

نتائج اختبار الفرض الأول:

"توجد فروق في درجات اضطراب الشخصية الحدية بين القياسين القبلي والبعدي لدى عينة الدراسة"، وللتحقق من هذا الفرض تم استخدام اختبار ويلكسون لحساب دلالة الفروق في متوسطات رتب اضطراب الشخصية الحدية بين القياسين القبلي والبعدي، ويوضح الجدول (٦) نتائج هذا الأسلوب الإحصائي.

جدول (٦)

نتائج اختبار ويلكسون لحساب دلالة الفروق في متوسطات رتب اضطراب الشخصية الحدية في القياسين القبلي والبعدي

الرتب	العدد	متوسط	مجموع	درجات	قيمة (Z)	مستوى
		الرتب	الرتب	الحرية		الدلالة
						الإحصائية
الرتب ذات الإشارة السالبة	١٤	٧,٥٠	١٠٥,٠			
الرتب ذات الإشارة الموجبة	٠	٠	١٣	٣,٢٩٨-		٠,٠١
الرتب المعادلة	٠					

يتضح من نتائج الجدول (٦) وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب اضطراب الشخصية الحدية في القياسين القبلي والبعدي، فقد كانت قيمة Z = -٣,٢٩٨ وهي دالة معنوياً عند مستوى دلالة ٠,٠٠١ وكانت الفروق تشير إلى ارتفاع الدرجات في القياس القبلي، أي أن الدرجات بعد المرور بخبرة العلاج المعرفي السلوكي قد انخفضت بمقدار جوهري على مقياس اضطراب الشخصية الحدية.

نتائج اختبار الفرض الثاني، وتم اختباره في ثلاث مراحل كما يلي:

أولاً- "توجد فروق في درجات اضطراب الشخصية الحدية بين القياسين البعدي والتتبعي لدى عينة الدراسة"، وللتحقق من هذا الفرض تم استخدام اختبار ويلكسون لحساب دلالة الفروق في متوسطات رتب اضطراب الشخصية الحدية في القياسين البعدي والتتبعي، وهناك حالتان لم يستمر في العلاج، لذا كانت المقارنة بين ١٢ زوجاً من القياسات. ويوضح الجدول (٧) نتائج هذا الأسلوب الإحصائي.

جدول (٧)

نتائج اختبار ويلكسون لحساب دلالة الفروق في متوسطات رتب اضطراب الشخصية الحدية في القياسين البعدي والتتبعي الأول لدى عينة البحث

الرتب	العدد متوسط	مجموع	درجات	قيمة (Z)	مستوى
	الرتب	الرتب	الحرية		الدلالة
					الإحصائية
الرتب ذات الإشارة السالبة	١٢	٦,٥٠	٧٨,٠٠		
الرتب ذات الإشارة الموجبة	٠	٠	٠	١١	٣,٠٧٧-
الرتب المعادلة	٠				٠,٠١

يتضح من نتائج الجدول السابق وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب اضطراب الشخصية الحدية في القياسين البعدي والتتبعي الأول، فقد كانت قيمة $Z = -3,077$ وهي دالة معنوياً عند مستوى دلالة ٠,٠١ وكانت الفروق تشير إلى انخفاض الدرجة على مقياس اضطراب الشخصية الحدية في القياس التتبعي الأول والذي تم بعد مرور ستة أشهر على انتهاء العلاج، وهذا يدل على استمرار الاستفادة من خبرة العلاج المعرفي السلوكي لدى عينة البحث. ثانياً- "توجد فروق في درجات اضطراب الشخصية الحدية بين القياسين البعدي والتتبعي الثاني لدى عينة الدراسة"

وللتحقق من هذا الفرض تم استخدام اختبار ويلكسون لحساب دلالة

الفروق في متوسطات رتب اضطراب الشخصية الحدية بين القياسين، ويوضح الجدول التالي نتائج هذا الأسلوب الإحصائي:

جدول (٨)

نتائج اختبار ويلكسون لحساب دلالة الفروق في متوسطات رتب اضطراب الشخصية الحدية بين القياسين البعدي والتتبعي الثاني

الرتب	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	درجات الحرية	قيمة (Z)	مستوى الدلالة الإحصائية
الرتب ذات الإشارة السالبة	١٠	٥,٥٠	٥٥,٠٠	٩	-٢,٨١٢	٠,٠١
الرتب ذات الإشارة الموجبة	٠	٠	٠			
الرتب المعادلة	٠					

يتضح من نتائج الجدول (٨) وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب اضطراب الشخصية الحدية في القياسين البعدي والتتبعي الثاني، فقد كانت قيمة $Z = -٢,٨١٢$ وهي دالة معنوياً عند مستوى دلالة ٠,٠١ وكانت الفروق تشير إلى انخفاض الدرجة على مقياس اضطراب الشخصية الحدية لدى عينة البحث في القياس التتبعي الثاني.

ثالثاً- "توجد فروق في درجات اضطراب الشخصية الحدية بين القياسين التتبعيين الأول والثاني لدى عينة الدراسة"

وللتحقق من هذا الفرض تم استخدام اختبار ويلكسون لحساب دلالة الفروق في متوسطات رتب اضطراب الشخصية الحدية بين القياس التتبعي الأول، والذي تم بعد ستة أشهر من انتهاء العلاج والتتبعي الثاني الذي تم بعد ١٢ شهراً على الأقل من انتهاء العلاج، ويوضح الجدول (٩) نتائج هذا الأسلوب الإحصائي.

جدول (٩)

اختبار ويلكسون لدلالة الفروق بين القياسين التبعيين لاضطراب الشخصية الحدية

الرتب	العدد متوسط	مجموع	درجات	قيمة	مستوى	الدلالة
	الرتب	الرتب	الحرية	(Z)	الإحصائية	
الرتب ذات الإشارة	٥	٢٥,٠٠	٩	-	٣٢٢	
الرتب السالبة					٩٩١	
الرتب ذات الإشارة الموجبة	٣	٣,٦٧	١١,٠٠			
الرتب المعادلة	٢	٠	٠			

يتضح من نتائج الجدول (٩) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب اضطراب الشخصية الحدية في القياس التبعي الأول والذي تم بعد ستة أشهر من انتهاء العلاج والتبعي الثاني الذي تم بعد ١٢ شهرًا على الأقل من انتهاء العلاج.

فقد كانت قيمة $Z = -٩٩١$ ، عند مستوى دلالة ٣٢٢، وهي أكبر من مستوى الدلالة المعنوية.

مناقشة النتائج كفيًا:

أظهرت النتائج انخفاضًا كبيرًا في الدرجة على مقياس اضطراب الشخصية الحدية لدى جميع أفراد العينة بعد التعرض للعلاج المعرفي السلوكي. ويتضح هذا الانخفاض من الفروق في الدرجات الخام على مقياس اضطراب الشخصية الحدية بين القياسين القبلي والبعدي، كما هو مبين في جدول (١٠)، وتم تأكيد هذه الفروق أيضًا باستخدام معادلة ويلكسون في جدول (٦).

تشير النتائج في جدول (١٠) إلى استمرار التحسن؛ حيث يلاحظ استمرار الانخفاض في الدرجات على مقياس اضطراب الشخصية الحدية في القياس

التتبعي الأول بعد ستة أشهر من انتهاء العلاج والقياس التتبعي الثاني بعد ١٢ شهراً من انتهاء العلاج (معظم الحالات).

كما أظهرت النتائج أن تقييمات المرضى الإيجابية حول الرضا عن الجلسات العلاجية ارتبطت بالاستمرارية في حضور الجلسات وكذلك التحسن في الأعراض. وهذه النتائج تؤكد دور العلاقة العلاجية في تحقيق النواتج الإيجابية المرغوبة من العلاج المعرفي السلوكي. وهذا ما أكدته البحوث السابقة حول دور كفاءة العلاج والمعالج في تحسن الأعراض المرضية في أثناء العلاج (Strunk et al., 2010)، أو عند عدم وجود دعم كافٍ في السياق لتحقيق التحسن المرغوب (Jones, 2014).

جدول (١٠)

الدرجات الخام على مقياس اضطراب الشخصية الحدية قبل العلاج
وبعده والقياسات التتبعية

الحالة	قياس قبلي	قياس بعد	القياس التتبعي الأول	القياس التتبعي الثاني	مشكلات نفسية أخرى	عدد الجلسات	متوسط تقدير الرضا عن الجلسات العلاجية
١	٥٠	٣٠	٢٥	٢٦	نوبات الغضب الاكتئاب	١٧	٩٠
٢	٥٤	٢٩	٢٢	٢٥	نوبات الغضب الاكتئاب	١٥	٩٥
٣	٥٣	٣٠	٢٤	٢٥	القلق، وبات الغضب، الاكتئاب	١٥	٩٠
٤	٥٥	٣٣	٢٧	٢٤	نوبات الغضب	١٢	٩٠
٥	٥٤	٢٥	٢٢	٢٢	نوبات الغضب الاكتئاب	١٩	٩٥
٦	٤٨	٣٠	٢٥	٢٤	نوبات الغضب الأفكار الانتحارية	١١	٨٥
٧	٥٦	٣٠	٢٧	٢٥	القلق نوبات الهلع الغضب	٢٠	٩٥
٨	٤٩	٢٧	٢٤	٢٢	مشكلات جنسية الاكتئاب الغضب التدخين	١٣	٩٠
٩	٥٥	٣٥	٢٤	٢٤	الغضب الاكتئاب واضطراب ثنائي القطب	٩	٩٠
١٠	٤٥	٢٨	٢٣	٢٠	الغضب الاكتئاب التدخين	١٥	٩٠
١١	٤٩	٤٠			الغضب الاكتئاب	١٣	٨٠
١٢	٥٢	٤٤	٤٠		الغضب الاكتئاب	٣	٨٥
١٣	٥٢	٤٤			الغضب	٥	٦٥
١٤	٥٥	٤٠	٣٥		نوبات الغضب الاكتئاب التدخين	٧	٩٥

تحليل مؤشرات نواتج العلاج:

أظهرت أربع حالات من العينة الكلية للبحث تبايناً في مؤشرات نواتج العلاج، وستتم مناقشة هذه المؤشرات بشكل كافي فيما يلي:

- عدم الاستمرارية في العلاج:
- حالتان لم تستمرا في العلاج؛ حيث حضرت كل منهما عدداً قليلاً من الجلسات (أقل من ٧ جلسات).
- اختلاف الأهداف العلاجية:
- حالة حضرت ١٣ جلسة علاجية، لكنها لم تحقق انخفاضاً كبيراً في الأعراض، ويعود ذلك إلى اختلاف واضح بين الأهداف العلاجية والأهداف الشخصية للمريضة؛ مما أدى إلى حالة من عدم الرضا عن أهداف العلاج وعدم تبنيها كطريقة لتحقيق الارتياح. وبناءً على ذلك، تم تحويلها إلى طبيب نفسي للحصول على العلاج الذي تعتقد أنه سيساعد في تسهيل عملية الشفاء. وتشير الدراسات إلى أن التعرض للأحداث العصبية في حياة الفرد يمكن أن يقلل من نواتج العلاج النفسي في بعض الحالات (Johnson, et al., 2005; Strunk, et al., 2010).
- استمرارية العلاج وتحقيق التحسن:
- حالة ما زالت تتلقى العلاج؛ حيث حضرت ٧ جلسات حتى وقت كتابة التقرير، وأظهرت الفروق بين القياس القبلي والبعدي لهذه الحالة تغييراً علاجياً إيجابياً كبيراً؛ حيث انخفضت الدرجة على مقياس اضطراب الشخصية الحدية من ٥٥ إلى ٣٥ خلال فترة علاج استمرت ثلاثة أشهر تلقت خلالها سبع جلسات علاجية، وما زالت مستمرة في العلاج.

الخلاصة والتوصيات:

أشارت نتائج التحليل الإحصائي إلى وجود انخفاض جوهري في الدرجات على مقياس اضطراب الشخصية الحدية بعد تقديم العلاج المعرفي السلوكي للمرضى، كما أوضحت مؤشرات التحليل الكيفي للنتائج أن التحسن ازداد مع زيادة عدد الجلسات العلاجية التي حضرها المريض؛ حيث ارتبط ذلك باكتساب المريض لمهارات العلاج المفيدة في تعزيز التحسن في حياة الفرد (Strunk et al, 2014).

كذلك، أظهرت النتائج أن تقييمات المرضى الإيجابية حول الرضا عن الجلسات العلاجية ارتبطت بالاستمرارية في الحضور والتحسن في الأعراض، وهذا أكد دور العلاقة العلاجية في تحقيق النتائج الإيجابية المرجوة من العلاج المعرفي السلوكي.

التوصيات:

١. بناء علاقة علاجية قوية:

- ينبغي التأكيد على أهمية بناء علاقة علاجية جيدة مع المريض وتكوين تحالف علاجي قوي، هذا التحالف يساعد في تعزيز الثقة والالتزام بالعلاج، مما يسهم في تحقيق نتائج إيجابية.

٢. زيادة عدد الجلسات العلاجية:

- زيادة عدد جلسات العلاج المعرفي السلوكي ارتبطت بحدوث مزيد من التحسن لدى مرضى اضطراب الشخصية الحدية. لذلك، يجب تشجيع المرضى على الاستمرار في حضور الجلسات العلاجية لزيادة فرص التحسن.

٣. المتابعة بعد انتهاء العلاج:

- ينبغي توفير برامج متابعة بعد انتهاء العلاج لتيسير استمرار التغيير وتقديم الإرشاد النفسي الملائم. هذا يساعد في دعم المريض في الحفاظ على التغييرات الإيجابية ومنع الانتكاسة.

٤. الجاهزية للتغيير:

- الجاهزية للتغيير أدت دورًا مهمًا في بدء واستمرار عملية التغيير العلاجي لدى المرضى. لذلك، كان من الضروري تقييم جاهزية المريض للتغيير وتعزيزها خلال الجلسات العلاجية.

٥. إزالة الوصمة:

- إزالة الوصمة المتعلقة باضطراب الشخصية الحدية ساعدت العميل على التقبل الذاتي والعمل على الاندماج في العلاج، ومن المهم توعية المجتمع والمريض بأهمية الدعم النفسي وتجنب الأحكام المسبقة التي قد تعيق عملية العلاج.

أوضحت نتائج الدراسة الحالية أن العلاج المعرفي السلوكي يعد فعالاً في تقليل أعراض اضطراب الشخصية الحدية، خاصةً عند زيادة عدد الجلسات وتعزيز العلاقة العلاجية، بالإضافة إلى ذلك، فإن المتابعة المستمرة والجاهزية للتغيير وإزالة الوصمة تؤدي دورًا حاسمًا في تحقيق النتائج الإيجابية المرجوة. لذلك، تُوصى الدراسة بتبني هذه الاستراتيجيات لتحسين فعالية العلاج وتحقيق نتائج مستدامة.

المراجع:

- إبراهيم، زيزي. (٢٠٠٤). تقييم نتائج برنامج للعلاج المعرفي السلوكي على عينة من المرضى المصابين بالاكتئاب، رسالة دكتوراه غير منشورة. كلية الآداب جامعة المنيا.
- إبراهيم، زيزي. (٢٠٠٦). العلاج المعرفي للاكتئاب: أسسه النظرية وتطبيقاته العملية، دار غريب للطباعة والنشر، القاهرة.
- إبراهيم، زيزي. (٢٠١٨). مهارات العلاج المعرفي السلوكي في سياق الممارسة العلاجية والحياة اليومية، دراسات نفسية، ٢٨ (١)، ٢٥-٩٣.
- أبو العطا، محمد؛ عيد، محمد. (٢٠١٩). أنماط الإساءة الوالدية في الطفولة كعوامل خطورة منبئة باضطرابات الشخصية في مرحلة المراهقة وفقاً للنموذج البديل. مجلة الدراسات الإنسانية والأدبية، ١٩ (١)، ١١٨-١٤٧.
- إسماعيل، سمر؛ حنور، قطب؛ العطار، محمود. (٢٠١٨). خبرات إساءة المعاملة الوالدية في الطفولة وعلاقتها باضطرابي الشخصية (السادية والمضادة للمجتمع) لدى جناح الأحداث. مجلة كلية التربية، ١٨ (١)، ٣١٣-٣٣٦.
- بخوش، سارة؛ أحمان، لبنى. (٢٠٢١). النموذج البيو نفسي اجتماعي للألم المرتبط بالسرطان - من أسبابه إلى إدارته-. مجلة العلوم الانسانية لجامعة أم البواقي، ٨ (٢)، ٦٠٣-٦١٩.
- البشر، سعاد. (٢٠٠٥). مظاهر اضطراب الشخصية الحدية وعلاقتها ببعض المتغيرات النفسية الاجتماعية، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية الآداب، جامعة القاهرة.
- بغول، زهير؛ دعيش، محمد. (٢٠١٤). براديغم نسقي في علم النفس الصحة "تمهيد بنيوي للنموذج البيونفسي اجتماعي". مجلة العلوم الإنسانية ٢٥ (١)، ١٣٧-١٥١.

حنور، قطب. (٢٠١٢). خبرات إساءة المعاملة الوالدية في الطفولة وعلاقتها باضطرابات الشخصية لدى المراهقين. *مجلة الدراسات التربوية والإنسانية*، ٤ (١).

شلبي، محمد؛ بدسوقي، محمد؛ إبراهيم، زيزي. (٢٠١٥). *تشخيص الأمراض النفسية للراشدين*. مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.

شلبي، محمد؛ بدسوقي، محمد؛ إبراهيم، زيزي. (٢٠١٦). *تشخيص الأمراض النفسية للراشدين مستمدة من DSM-IV و DSM-5 نظرة نقدية*. مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.

صالح، مأمون. (٢٠٠٨). *الشخصية "بناؤها، تكوينها، أنماطها، اضطراباتها"*. دار أسامة للنشر والتوزيع، عمان.

الصبوة، محمد نجيب. (٢٠٠٠). *النموذج الحيوي النفسي الاجتماعي وكل من السلوك المنحرف والسلوك الطبيعي: محكاته وعوامل. دراسات نفسية في علم النفس*، ١٠ (٣)، ٢٩٢-٣٤٤.

عرعار، سامية. (٢٠١٥). *النموذج البيونفس اجتماعي لتفسير الصدمة النفسية*. *مجلة أنسنة للبحوث والدراسات*، ٦ (٢)، ٩٣-١٠٥.

عسكر، عبد الله. (٢٠٠٥). *استبيان اضطرابات الشخصية*. دار الأنجلو المصرية، القاهرة.

فرج، محمد. (٢٠٢٢). *خبرات الإساءة في الطفولة كمنبئ باضطرابات الشخصية لدى المقيمين وغير المقيمين بمؤسسات الرعاية، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الآداب، جامعة الفيوم*.

فرج، محمد؛ إبراهيم، زيزي؛ عبد الوهاب، طارق. (٢٠٢٣). *الكفاءة السيكومترية لمقياس اضطرابات الشخصية (الصورة البحثية) وفقاً للدليل التشخيصي والإحصائي الخامس DSM-5، مجلة علم النفس*، ٣٦ (١٣٦)، ١٨٩-٢٢١.

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.
- Battle, C., Shea, M., Johnson, D., Yen, S., Zlotnick, C., Zanarini, M. C., & Morey, L. (2004). Childhood maltreatment associated with adult personality disorders: findings from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study. *Journal of personality Disorders, 18*(2), 193-211.
- Beck, A. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. University of Pennsylvania Press.
- Beck, A. (1993). Cognitive therapy: past, present, and future. *Journal of consulting and clinical psychology, 61*(2), 194.
- Beck, A. (1997). The past and future of cognitive therapy. *The Journal of psychotherapy practice and research, 6*(4), 276.
- Beck, A. (2005). The current state of cognitive therapy: a 40-year retrospective. *Archives of General Psychiatry, 62*(9), 953-959.
- Beck, A. (1991). Cognitive therapy : A 30 – year Retrospective. *American Psychologist, 46* (4), 368 – 375.
- Beck, A., Davis, D., & Freeman, A. (Eds.). (2015). *Cognitive therapy of personality disorders*. Guilford Publications.
- Beck, A., (1976). *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. A meridian book, New York.
- Beck, A, Rush, A., Shaw, F., Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. new york. Guilford Press.
- Beck, J. (1995). *Cognitive therapy: Basics and beyond*. Guilford Press, New York.
- Blackledge, J., & Hayes, S. (2001). Emotion regulation in acceptance and commitment therapy. *Journal of Clinical Psychology, 57*(2), 243–255.
- Bockian, N., Smith, J., & Jongsma Jr. (2016). *The Personality Disorders Treatment Planner: Includes DSM-5 Updates*. John Wiley & Sons.
- Bruns, D., & Disorbio, J. (2010). Borderline personality disorder features and pain: the mediating role of negative affect in a pain patient sample. *The Clinical Journal of Pain, 26*(4), 348-353.

- Butler, A., Chapman, J., Forman, E., & Beck, A. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: a review of meta-analyses. *Clinical psychology review*, 26(1), 17-31.
- Clark, D., Beck A., & Alford, B. (1999) *Scientific Foundations of Cognitive Theory and Therapy*. John Wiley & Sons, New York.
- De Aquino Ferreira, L., Pereira, F., Benevides, A., & Melo, M. (2018). Borderline personality disorder and sexual abuse: a systematic review. *Psychiatry research*, 262, 70-77.
- DeRubeis, R., Tang, T., & Beck, A. (2000) cognitive therapy, In: K.S. Dobson (Eds), *Handbook of Cognitive-Behavioral Therapies (2nd ed)*, 349-392. Guilford press, New York.
- Dobson, K. [Ed]. (2010). Historical and Philosophical Bases (3rd ed.). *Handbook of Cognitive Behavioral Therapies (3rd Ed)*. 3-37. Guilford Press.
- Dozois, D. (2013). Psychological Treatments: Putting Evidence Into Practice and Practice Into Evidence. *Canadian Psychology*, 54(1), 1-11.
- El-Ghonemy, S. (2010). Quality of Life in Substance Abusers; Impact of Personality Disorders. *The Arab Journal of Psychiatry*, 21(2), 164-176.
- Gloaguen, V., Cottraux, J., Cucherat, M., & Blackburn, I. (1998). A Meta-Analysis Of The Effects Of Cognitive Therapy In Depressed Patients. *Journal of affective disorders*, 49(1), 59-72.
- Harned, M., Rizvi, S., & Linehan, M. (2010). Impact Of Co-Occurring Posttraumatic Stress Disorder On Suicidal Women With Borderline Personality Disorder. *American Journal of psychiatry*, 167(10), 1210-1217.
- Hayes, S., Luoma, J., Bond, F., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), 1-25.
- Hayes, S., Pistorello, J., & Levin, M. (2012). Acceptance and commitment therapy as a unified model of behavior change. *The Counseling Psychologist*, 40(7), 976-1002.
- Helgeland, M., Kjelsberg, E., & Torgersen, S. (2005). Continuities between emotional and disruptive behavior disorders in adolescence and personality disorders in adulthood. *American*

- Journal of Psychiatry*, 162(10), 1941-1947
- Hengartner, M., Ajdacic-Gross, V., Rodgers, S., Müller, M., & Rössler, W. (2013). Childhood adversity in association with personality disorder dimensions: new findings in an old debate. *European Psychiatry*, 28(8), 476-482.
- Ho, F., Chan, C., & Tang, K. (2016). Cognitive . Behavioral Therapy For Sleep Disturbances In Treating Posttraumatic Stress Disorder Symptoms: A Meta . Analysis Of Randomized Controlled Trials. *Clinical Psychology Review*, 43(October), 90–102.
- Hofmann, S., Asnaani, A., Vonk, I., Sawyer, A., & Fang, A. (2012). The Efficacy Of Cognitive Behavioral Therapy: A Review Of Meta-Analyses. *Cognitive therapy and research*, 36(5), 427-440.
- Huang, J., Yang, Y., Wu, J., Napolitano, L., Xi, Y., & Cui, Y. (2012). Childhood Abuse In Chinese Patients With Borderline Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders*, 26(2), 238-254.
- Johnson, J., First, M., Cohen, P., Skodol, A., Kasen, S., & Brook, J. (2005). Adverse Outcomes Associated With Personality Disorder Not Otherwise Specified In A Community Sample. *American Journal of Psychiatry*, 162(10), 1926-1932.
- Jones, R. (2014). *Borderline Personality Disorder Features and Pain: The Mediating Role of Anxiety Sensitivity among a College Student Sample*. Department of Psychology, Washington State University, Electronic Thesis or Dissertation.
- Keefe, J., Webb, C., & DeRubeis, R. (2016). In Cognitive Therapy For Depression, Early Focus On Maladaptive Beliefs May Be Especially Efficacious For Patients With Personality Disorders. *Journal of consulting and clinical psychology*, 84(4), 353.
- Linehan, M. (1993). *Cognitive-Behavioral treatment of Borderline personality Disorder*. Guilford Press.
- Linehan, M., Schmidt, H., Dimeff, L., Craft, J., Kanter, J., Comtois, K. Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug-dependence. *American Journal on Addictions*. 8(4), 292-297.
- Livesley, W. (2003). *Practical management of personality disorder*. Guilford Press.

- Lynch, T., Trost, W., Salsman, N., & Linehan, M. (2007). Dialectical Behavior Therapy for Borderline Personality Disorder. *Annual Review of Clinical Psychology, 3(1)*, 181–205.
- Maj, M., Akiskal, H., & Mezzich, J. (Eds.). (2005). *Personality disorders (Vol. 8)*. John Wiley & Sons.
- Marlow, E., Nyamathi, A., Grajeda, W., Bailey, N., Weber, A., & Younger, J. (2012). Nonviolent communication training and empathy in male parolees. *Journal of Correctional Health Care, 18(1)*, 8–19.
- Olatunji, B., Cisler, J., & Deacon, B. (2010). Efficacy of cognitive behavioral therapy for anxiety disorders: A Review Of Meta-Analytic Findings. *Psychiatric Clinics of North America, 33(3)*, 557–577.
- Perlis, M., Jungquist, C., Smith, M., & Posner, D. (2006). *Cognitive Behavioral Treatment Of Insomnia: A Session-By-Session Guide (Vol. 1)*. Springer Science & Business Media.
- Pompoli, A., Furukawa, A., Imai, H., Tajika, A., Efthimiou, O., & Salanti, G. (2014). Psychological Therapies For Panic Disorder With Or Without Agoraphobia In Adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews, (2)*, 1–17.
- Rosenberg, M., & Chopra, D. (2015). *Nonviolent Communication: A Language Of Life: Life-Changing Tools For Healthy Relationships*. PuddleDancer Press.
- Segal, Z., Teasdale, J., & Williams, J. (2004). Mindfulness-Based Cognitive Therapy: Theoretical Rationale and Empirical Status. In Hayes, Follette, & Linehan (Eds.), *Mindfulness and Acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition*, 45–65. The Guilford Press.
- Skodol, A., Stout, R., McGlashan, T., Grilo, C., Gunderson, J., Shea, M., & Oldham, J. (1999). Co-Occurrence Of Mood And Personality Disorders: A Report From The Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study (CLPS). *Depression and Anxiety, 10(4)*, 175-182.
- Sperry, L. (2006). *Cognitive behavior therapy of DSM-IV-TR personality disorders: Highly effective interventions for the most common personality disorders (2nd ed.)*. Routledge/Taylor & Francis Group
- Tragesser, S. L., Spila, B., Makara, M., Kozak, G., & Urbanska, A. (2008) Abuse in

- Childhood and Mental Disorder in Adult Life , *Child Abuse Review*, 17(2), 133-138.
- Stewart, R., & Chambless, D. (2009). Cognitive Behavioral Therapy For Adult Anxiety Disorders In Clinical Practice: A Meta Analysis Of Effectiveness Studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(4), 595–606.
- Strunk, D., Brotman, M., DeRubeis, R., & Hollon, S. (2010). Therapist Competence In Cognitive Therapy For Depression: Predicting Subsequent Symptom Change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(3), 429–437.
- Strunk, D., Brotman, M., & DeRubeis, R. (2010). The Process Of Change In Cognitive Therapy For Depression: Predictors Of Early Inter . Session Symptom Gains. *Behaviour Research and Therapy*, 48(7), 599–606.
- Strunk, D., Hollars, S., Adler, A., Goldstein, L., & Braun, J. (2014). Assessing Patients' Cognitive Therapy Skills: Initial Evaluation Of The Competencies Of Cognitive Therapy Scale. *Cognitive therapy and research*, 38(5), 559-569.
- Taylor, R. (2006). *Cognitive Behavioral Therapy For Chronic Illness And Disability*. Springer Science & Business Media.
- Thoma, N., Pilecki, B., & Mckay, D. (2015). Contemporary Cognitive Behavior Therapy: A Review of Theory, History, and Evidence. *Psychodynamic Psychiatry*, 43(3), 423–461.
- Young, J. (1990). *Cognitive Therapy for Personality Disorders: A Schema-Focused Approach*.
- Young, J., Klosko, J., & Weishaar, M. (2006). *Schema therapy: A Practitioner's Guide*. Guilford Press.
- Zimmerman, M., & Morgan, T. (2013). Problematic Boundaries In The Diagnosis Of Bipolar Disorder: The Interface With Borderline Personality Disorder. *Current Psychiatry Reports*, 15(12), 1-10.
- Zimmerman, M., Rothschild, L., & Chelminski, I. (2005). The Prevalence Of DSM-IV Personality Disorders In Psychiatric Outpatients. *American Journal of Psychiatry*, 162(10), 1911-1918.