

مجلة علم النفس التطبيقي
قسم علم النفس - كلية الآداب، جامعة المنوفية

تقييم كفاءة العلاج بالمخططات في إعادة بناء صورة الذات
وتخفيف حدة السمات الحدية والمخططات اللاتكيفية
لدى مريضات اضطراب الشخصية الحدية

إعداد

د/ عبدالمحسن إبراهيم ديعم

استاذ علم النفس الاكلينيكي - قسم علم النفس - كلية الآداب - جامعة المنيا

المجلد (3) العدد (5) يوليو 2025 م

تقييم كفاءة العلاج بالمخططات في إعادة بناء صورة الذات وتخفيف حدة السمات الحدية والمخططات اللاتكيفية لدى مريضات اضطراب الشخصية الحدية

د/ عبدالمحسن ابراهيم ديعم

استاذ علم النفس الاكلينيكي - قسم علم النفس - كلية الآداب - جامعة المنيا

مستخلص الدراسة

هدفت الدراسة الحالية إلى تقييم كفاءة العلاج بالمخططات في خفض شدة أعراض اضطراب الشخصية الحدية، وتعديل المخططات المعرفية اللاتكيفية، وتحسين صورة الذات لدى عينة من المريضات المصابات بهذا الاضطراب. اعتمدت الدراسة التصميم شبه التجريبي بمجموعتين: تجريبية وضابطة؛ إذ خضعت المجموعة التجريبية لبرنامج علاجي قائم على مبادئ العلاج بالمخططات امتد عبر عدد محدد من الجلسات، بينما لم تتلق المجموعة الضابطة أي تدخل علاجي خلال فترة البحث.

استخدمت الدراسة مجموعة من الأدوات المقننة لقياس متغيرات البحث، شملت مقاييس لأعراض اضطراب الشخصية الحدية، والمخططات المعرفية اللاتكيفية، وتشوهات صورة الذات، وذلك في مراحل القياس القبلي والبعدي، إضافةً إلى متابعة لاحقة بعد انتهاء البرنامج العلاجي لتقدير استمرارية الأثر.

أظهرت النتائج وجود فروق دالة إحصائية بين المجموعتين في القياس البعدي لصالح المجموعة التجريبية على جميع المتغيرات المدروسة، كما بيّنت نتائج المتابعة استمرارية التحسن لدى أفراد المجموعة التجريبية. وتشير هذه النتائج إلى فعالية العلاج بالمخططات في خفض حدة الأعراض، وإحداث تغييرات إيجابية في البنى المعرفية العميقة، وتعزيز تمثيل الذات لدى المريضات.

خلصت الدراسة إلى أهمية إدماج العلاج بالمخططات ضمن بروتوكولات العلاج النفسي الموجهة لاضطراب الشخصية الحدية، وأوصت بتكثيف جهود تدريب المعالجين النفسيين

على تطبيق تقنياته بفعالية، وإجراء دراسات طويلة مستقبلية للتحقق من استدامة الأثر العلاجي على المدى البعيد، فضلاً عن تطوير أدوات قياس تراعي الخصوصية الثقافية في تقييم المخططات وتشوهات صورة الذات.

كلمات مفتاحية: اضطراب الشخصية الحدية -المخططات اللاتكيفية المبكرة- العلاج بالمخططات اللاتكيفية - تشوة صورة الذات

Evaluating the Effectiveness of Schema Therapy in Reconstructing Self-Image and Reducing Borderline Traits and Early Maladaptive Schemas among Female Patients with Borderline Personality Disorder

Abstract

The present study aimed to examine the efficacy of Schema Therapy in reducing the severity of Borderline Personality Disorder (BPD) symptoms, modifying early maladaptive schemas, and improving self-image distortions among a clinical sample of female BPD patients. A quasi-experimental design with two groups (experimental and control) was employed. The experimental group received a structured Schema Therapy program over a series of sessions, while the control group did not receive any intervention during the study period. Standardized measures were administered to assess BPD symptoms, schema severity, and self-image distortions at pre-test, post-test, and follow-up phases.

Findings revealed statistically significant differences between the experimental and control groups in the post-test scores in favor of the experimental group across all study variables. Furthermore, the improvements were maintained at follow-up, indicating that Schema Therapy produces not only immediate symptom reduction but also sustainable cognitive and emotional restructuring.

The study concluded that Schema Therapy is an effective treatment modality for BPD patients, producing enduring changes in maladaptive schemas and self-image. It is recommended that Schema Therapy be integrated into mental health treatment protocols, that clinicians receive specialized training in its techniques, and that future longitudinal studies explore its long-term effectiveness and culturally adapt assessment tools for schemas and self-image distortions

Keywords: Borderline Personality Disorder- Early Maladaptive Schemas - Schema Therapy -Self-Image Distortion

مدخل الدراسة:

اضطراب الشخصية الحدية⁽¹⁾ هو حالة نفسية شديدة الخطورة تتميز بنمط متواصل من عدم الاستقرار في المزاج والعلاقات الشخصية وصورة الذات والسلوك. يقدر انتشار هذه الاضطراب بين 1:2% من السكان عموماً، ويصل إلى 10:20% بين المرضى الذين يتلقون العلاج في العيادات النفسية الخارجية والداخلية (American Psychiatric Association, 2005).

أظهرت أنواع مختلفة من العلاج كفاءة في تخفيف أعراض اضطراب الشخصية الحدية من خلال تجارب مقننة مثل العلاج الجدلي السلوكي⁽²⁾ (Linehan, et al., 2001). والعلاج المعرفي (Davidson et al., 2006). وفي العقد الأخير تم اختيار علاجات أكثر شمولية تهدف إلى تحقيق التعافي الكامل، ويبدو أن العديد منها واعد، من بين هذه العلاجات العلاج بالمخططات، في تجارب علاجية متعددة قارنت بعض المراكز البحثية بين العلاج بالمخططات والعديد من العلاجات النفسية، وتبين أن العلاج بالمخططات كان أكثر نجاحاً في الحفاظ على استمرارية التحسن لمرضى اضطراب الشخصية الحدية. (Arntz&Genderen,2009).العلاج بالمخططات⁽³⁾ هو امتداد للعلاج السلوكي المعرفي الذي تم تطويره لعلاج اضطرابات الشخصية والاضطرابات النفسية المزمنة الأخرى (Jacob & Arntz, 2014). قام ., Young et al. (2003) بتحديد وتصنيف المعتقدات الأساسية لدى المرضى الذين يعانون من اضطرابات الشخصية وأطلقوا عليها اسم المخططات اللاتكيفية المبكرة، عرف ., Young et al. (2003) المخطط اللاتكيفي المبكر بأنه نمط واسع وشامل من الذكريات والعواطف والأحاسيس الجسدية المتعلقة بالذات والعلاقات مع الآخرين، التي تتطور خلال مرحلتي الطفولة والمراهقة ويتم تعميمها طوال حياة المريض

1- Borderline Personality disorder (BPO)

2-Dialectical behavior Therapy

3- Schema Therapy

وتكون غير تكيفية بدرجة كبيرة. والعلاج بالمخططات نموذج تكاملي أكثر تشابهاً مع منهج كل من Ellis (2003) و Beck (2002) في مساعدة المرضى على إدراك محفزات مشاعرهم السلبية بشكل أكثر دقة ورؤية العالم بشكل أكثر واقعية. حيث شدد كل من Ellis في العلاج السلوكي الانفعالي العقلاني و Beck في العلاج المعرفي على اكتشاف معتقدات المريض حول الذات والعالم والآخرين (Beck, 2002; Ellis, 2003).

تم تطوير العلاج بالمخططات للمرضى الذين يعانون من اضطرابات الشخصية ، وهم يشتركون عادة في التجنب المعرفي والعاطفي والسلوكي، وقد يكونون لذلك غير مستعدين أو غير قادرين على ملاحظة أفكارهم التلقائية ومعتقداتهم غير العقلانية وتحديدها (Dobson,2009). في السنوات الأخيرة تم تطوير علاج المخططات واعتماده كعلاج متكامل للعديد من المشكلات المزمنة والمنتشرة من أهمها اضطراب الشخصية الحدية. وأظهرت الدراسات أدلة تجريبية على فاعلية علاج المخططات في معالجة اضطراب الشخصية الحدية وخفض العديد من مظاهر الاضطراب مثل الاندفاع وإيذاء الذات والأفكار الانتحارية (Taylor, Beek & Haddock, 2017; Jacob & Arntz, 2013). ومع ذلك، على الرغم من الأدلة المتزايدة الداعمة لفاعلية هذا العلاج لاضطراب الشخصية الحدية، إلا أن التناقضات المذكورة في الأدبيات لا تسمح بنموذج موحد لأليات العلاج (Taylor, et al, 2017).

مشكلة الدراسة

على الرغم من أن العقود الأخيرة أظهرت انخفاضاً في التشاؤم بشأن إمكانية علاج اضطراب الشخصية الحدية، إلا أن هذا الاضطراب من أكثر الاضطرابات النفسية تحدياً، وغالباً ما يتطلب علاجاً متخصصاً طويل الأمد، يعتمد العلاج بالمخططات على مفهوم معرفي تكاملي لاضطرابات الشخصية، ويستخدم نهجاً أوسع وأكثر انتقائية من النهج المعتاد في العلاج المعرفي، من خلال دمج صيغ نظرية متعددة، حيث يركز على بناء علاقة علاجية فعالة من خلال إعادة توجيهه لتجارب الطفولة السلبية، وقد شهد علاج المخططات تطوراً سريعاً

ليصبح علاجاً يحظى باهتمام واسع، لاسيما في المملكة المتحدة والدول الاسكندنافية وهولندا. ومع ذلك، فإن علاج المخطط ليس بعد علاجاً شاملاً ومثبتاً بشكل كامل لعلم أمراض الشخصية بشكل عام و اضطراب الشخصية الحدية بشكل خاص.

لم تُطور بعد المفاهيم المستخدمة في علاج المخطط، مثل المخططات اللاتكيفية المبكرة أو نموذج المخطط لتتوافق مباشرة مع أي اضطراب شخصية محدد. بل تهدف إلى التركيز على الهياكل الأساسية لعلم أمراض الشخصية (Young & Gluhost, 1966). وقد تم نشر دراسات متعددة للتحقق من كفاءة العلاج بالمخططات ونموذج المخطط في خفض اضطرابات الشخصية المختلفة. (Bateman& Fonagy,2010; Bateman& Fonagy,2009; Nadort, et al,2009; Arntz& van Genderen,2009; Lobbestael, Arntz & Sieserda, 2005).

في حدود علم الباحث هناك ندرة شديدة في الدراسات العربية وأيضاً الاجنبية في تقييم كفاءة العلاج بالمخططات للشخصية الحدية خاصاً ولاضطرابات الشخصية عاماً. ونظراً للجهود الكبيرة اللازمة لاختبار صحة وكفاءة علاج المخططات لاضطراب الشخصية الحدية في تجربة علمية مقننة ، كانت الخطوة الطبيعية الأولى هي إجراء دراسة أولية لتقييم علاج المخططات لاضطراب الشخصية الحدية باستخدام حالات فردية، وبالتالي. كان هدف الدراسة الحالية هو تقييم نتائج العلاج بالمخططات الذي طوره "يونج" مع عدد محدد من مريضات اللواتي لديهن في الأساس تشخيص اضطراب الشخصية الحدية.

وللتحقق من ذلك، كان هدف الدراسة الحالية تقييم مستويات الأعراض في البداية، ثم تقييم مستويات التغيرات الاكلينيكية في معايير اضطراب الشخصية الحدية وصورة الذات والمعاناة العامة من الأعراض والمشاكل الشخصية في مراحل ما قبل العلاج وبعد العلاج والمتابعة.

ومما سبق يمكن صياغة مشكلة الدراسة في التساؤل الأساسي ومنه ينبثق تساؤلات فرعية إلى أي مدى يمكن ان يكون علاج المخططات فعالاً في تحسين الاعراض النفسية

للمريضات اللواتي تم تشخيصهن باضطراب الشخصية الحدية؟ ومن السؤال الرئيس يأتي مجموعة من التساؤلات الفرعية:

- 1- هل تعاني المريضات باضطراب الشخصية الحدية من تشوهات في صورة الذات مقارنة بالعينة الضابطة؟
- 2- هل تعاني المريضات باضطراب الشخصية الحدية من مخططات لا تكيفية مبكره وذلك بمقارنتهن بالعينة الضابطة؟
- 3- هل هناك ارتباط بين المخططات اللاتكيفية المبكرة وأعراض اضطراب الشخصية الحدية
- 4- ماهي طبيعة وأنواع المخططات اللاتكيفية التي تعاني منها مريضة الشخصية الحدية ؟
- 5- هل العلاج بالمخططات يمكن أن يساهم في تعديل السمات الأساسية لمريضات الشخصية الحدية والتي تقاس من خلال المقياس المستخدم في الدراسة الحالية، والذي يقيس مجموعة من سمات للشخصية الحدية "عدم الاستقرار والخوف من الهجر واضطراب الهوية والاندفاعية والميول الانتحارية وعدم الاستقرار الوجداني والملل والخواء وجذب الانتباه وبعض الاعراض الفصامية".؟
- 6- هل يساهم العلاج بالمخططات في تعديل تشوه صورة الذات لدى مريضات الشخصية الحدية.؟
- 7- هل يُظهر القياس البعدي ثباتاً في التحسن الذي طرأ على السمات المُعدّلة والمُخفّضة لدى المريضات باضطراب الشخصية الحدية؟

تقييم تحديات الدراسة الحالية

- 1- التحدي الأساسي هو التعامل مع هؤلاء الأشخاص الذين يتسمون بالفوضى الشديدة والعاطفة الشديدة حيث يتحول العلاج في العيادات الخارجية لمريضات الشخصية الحدية الى سلسلة لا نهاية لها من إدارة الأزمات.

2- يتعين على المعالج أن يضع حدود المشكلة والاضطراب لكل مريضة. لكن بالنسبة لمريضات الشخصية الحدية، المخاطر تكون حادة نتيجة رفضهن لطبيعة السمات المرضية، وأحياناً اعتراضهن على التشخيص، خصوصاً عند توضيح الخصائص السلوكية للاضطراب مثل جذب الانتباه أو السلوك الاندفاعي في العلاقات العاطفية أو أساليب التفسير والتأويل الخاص بهم.

3- إن التحدي الذي يواجه مريضة الشخصية الحدية يكمن في الاعتماد على شخص ما، مع كل ما يترتب على ذلك من قلق وغضب وانعدام ثقة أحياناً، وهذا الشخص يكون المعالج الذي يقوم بدوره في العملية العلاجية بشكل كالراقص على الحبال حتى يحقق معادلة صعبة وهو كسب ثقة المريضة وفي نفس الوقت عدم الاعتماد على المعالج أو التعلق به نفسياً أو عاطفياً.

4- قدرة المعالج على تحديد المخططات اللاتكيفية مع المريضة واعترافها بالأفكار الخاطئة حول مشاكل الطفولة والاساءة التي تعرضت لها، وفي نفس الوقت رفض المريضة أن يكون لها دوراً كبيراً في اضطرابها، مما يؤدي - في غالب الأمر - إلى بعض المشاعر العدوانية تجاه المعالج وتوجيه بعض الاهتمامات له بعدم فهم مشكلاتها.

5- عدم الاستقرار الانفعالي لمريضات الشخصية الحدية مما يؤدي - أحياناً - إلى تصاعد نوبات الغضب والاستياء تجاه المعالج.

6- العديد من المريضات يعانين من خوف شديد من الهجر، مما يدفعهن إلى سلوكيات مثل التعلق الزائد أو الاختبار المستمر للالتزام المعالج.

7- السلوك الاندفاعي والمخوف بالمخاطر مثل إيذاء الذات ومحاولات الانتحار أو تعاطي المخدرات مما يزيد العبء العلاجي والمسئولية القانونية والأخلاقية على المعالج.

8- مريضات الشخصية الحدية قد يواجهن صعوبة في الالتزام بخطط العلاج بسبب التقلبات المزاجية واختلاف الدوافع أو الشعور بالإحباط من تقدم العلاج.

9- مريضات الشخصية الحدية قد يسقطن مشاعرهن أو تجاربهن السابقة - وبالتحديد الخاصة بالإيذاء النفسي أو الجنسي - على المعالج مما يضع ضغطاً إضافياً على المعالج، وقد يتطلب ذلك من المعالج وعياً ذاتياً عالياً لتجنب ردود الأفعال غير المهنية.

10- الحفاظ على الحدود المهنية، قد تحاول المريضات تجاوز الحدود المهنية للعلاقة العلاجية من خلال التعلق العاطفي المفرط أو الاعتماد الزائد على المعالج مما يتطلب وعياً وإدارة واضحة للحدود.

مفاهيم الدراسة

أولاً : الشخصية الحدية

اضطراب الشخصية الحدية هو أحد أكثر الاضطرابات النفسية شيوعاً، ويعد من أكثرها خطورة وتحدياً لكل من المرضى والمعالجين. تتمثل السمات الأساسية لاضطراب الشخصية الحدية في الاندفاعية، والمزاج السلبي، والعلاقات المضطربة، وعدم القدرة على التحكم في المشاعر المتقلبة والشديدة، وانعدام الشعور بالهوية الذاتية، مما يسبب عجزاً نفسياً اجتماعياً كبيراً. تنقسم أعراض اضطراب الشخصية الحدية إلى مجموعتين: الأعراض الحادة وتشمل الاندفاعية والسلوكيات المؤذية للذات والانتحارية؛ أعراض الطبع وتشمل ضعف تقدير الذات والخوف من الهجر وانعدام الثقة والغضب (Zanarini et al., 2007).

غالباً ما يعاني المرضى المصابون باضطراب الشخصية الحدية من نوبات تنسم بالاكتئاب والقلق والسلوك الانتحاري أو المؤذي للذات، والتي قد تؤدي أحياناً إلى الإيذاء في مصحة للأمراض النفسية (Van Asselt, Dirksen, Arntz, & Severens, 2007). وتشمل السمات الأخرى البارزة مثل إساءة استخدام المواد المخدرة وأنواعاً أخرى من السلوكيات المدمرة للذات، مثل الجنوح الجنائي والعلاقات الجنسية غير الآمنة، والقيادة المتهورية. (Trull et al., 2000).

وقد أظهرت فعالية العلاج الدوائي لعلاج اضطراب الشخصية الحدية أنها محدودة. يبدو أن مضادات الاكتئاب ومضادات الذهان من الجيل الأول تحقق بعض التقدم في علاج بعض الاعراض المصاحبة لاضطراب الشخصية الحدية. في حين أن مضادات الذهان من الجيل الثاني ومثبتات المزاج تسهم في تقليل أعراض اضطراب التنظيم العاطفي، وأحماض أوميغا3 الدهنية تسهم في تقليل السلوك الانتحاري. ومع ذلك، لم يظهر أي من الأدوية تأثيراً على خفض شدة أعراض اضطراب الشخصية الحدية بشكل عام ولا على الأعراض الأساسية، مثل اضطراب الهوية أو الشعور بالخواء والملل. (Lieb et al., 2010; Stoffers et al., 2010). لهذا السبب، لا يزال العلاج النفسي هو النهج العلاجي المفضل، على الرغم من وجود تحديات كبيرة. على سبيل المثال، يميل المرضى المصابون باضطراب الشخصية الحدية إلى إثارة ردود فعل مضادة من قبل المعالجين أثناء الجلسات وغالبًا ما يظهرون تراجعًا في العلاج، وتكون نسبة الانسحاب من العلاج مرتفعة. علاوة على ذلك، فإن الدراسات التي تفحص فعالية العلاج النفسي لاضطراب الشخصية الحدية لا تزال قليلة بما يكفي لتقديم استنتاجات قوية (Stoffers et al., 2012).

يُعد العلاج السلوكي الجدلي حاليًا النهج الأكثر دراسة واستخدامًا لعلاج اضطراب الشخصية الحدية (Linehan, 1993; Linehan, Cochran, & Kehrer, 2001; Zanarini, 2009; Heard&Linehan, 2015).

يعزز هذا النوع من العلاج السلوكي المعرفي المهارات التكوينية للتعامل مع المشاعر والضغوط والصعوبات في العلاقات (Linehan, 1993). وقد أظهر العلاج السلوكي الجدلي فعالية في التجارب العلاجية (Lynch et al., 2007). وقد ثبتت فائدته في تحسين السيطرة على الغضب، والصحة النفسية العامة (Stoffers et al., 2012)، وكذلك تقليل السلوكيات الانتحارية والمدمرة للذات. (Linehan et al., 1991; Linehan, Heard, & Armstrong, 1993; Harned, Banawan, & Lynch, 2006).

ثانياً : صورة الذات

تعد صورة الذات أحد المكونات الأساسية في بناء الشخصية والتكيف النفسي، إذ تمثل الكيفية التي يدرك بها الفرد ذاته من حيث السمات الجسدية، والنفسية، والاجتماعية. هذه الصورة لا تقتصر على الانعكاس الواقعي للذات، بل تشمل أيضاً التصورات المثالية والكيفية التي يعتقد الفرد أن الآخرين يرونه بها. تؤثر صورة الذات بشكل مباشر في السلوك، والانفعالات، ونمط العلاقات الاجتماعية، مما يجعلها محوراً مهماً في فهم الاضطرابات النفسية.

صورة الذات هي بناء معقد يشمل مجموعة من الأبعاد، ويشار إلى هذه الأبعاد أحياناً بالمظاهر أو المكونات ويبدو أنها مشتقة من العمليات الإدراكية والعاطفية/المعرفية (Read & Morris, 2008). وفقاً للأبحاث الحالية، تُعتبر صورة الذات السلبية مؤشراً محتملاً على حدوث اضطرابات نفسية مستقبلية (Greenberg et al., 2010). يُفترض في النظريات النمائية للذات أن الإحساس الإيجابي بالذات يرتبط بزيادة المرونة التكيفية، وتحسين التوافق النفسي، وتنظيم السلوكيات المدفوعة بالعواطف. في حين يُعتقد أن الضغط الاجتماعي-العاطفي يزيد من خطر سوء التكيف لدى الفرد، فإن صورة الذات الإيجابية يمكن أن تؤدي وظيفة وقائية من خلال تقليل التأثير السلبي للضغط على دافعية مريض الشخصية الحدية لمتابعة الأنشطة التي تعزز التكيف (Rosenberg, 2013). اضطراب الشخصية الحدية يُعد من الاضطرابات المعقدة التي تتميز بعدم استقرار ملحوظ في الهوية والانفعالات والعلاقات. من أبرز السمات التي تظهر لدى المصابين بهذا الاضطراب هي اضطراب صورة الذات، إذ يعاني الأفراد من تقلبات حادة في تقييم الذات بين المثالية والتدني الشديد، الأمر الذي ينعكس على استجاباتهم الانفعالية وسلوكياتهم اليومية. تشير الدراسات إلى أن اضطراب صورة الذات لدى مرضى الشخصية الحدية يرتبط بمستويات عالية من الاندفاعية، والسلوكيات المتهورة، وصعوبة تنظيم الانفعالات، إضافة إلى تأثيره في ظهور سلوكيات إيذاء الذات والشعور المستمر بالفراغ. لذلك، يمثل فهم العلاقة بين صورة الذات

واضطراب الشخصية الحدية خطوة جوهرية لتفسير الآليات النفسية الكامنة خلف هذا الاضطراب وتطوير استراتيجيات علاجية فعالة. (Sieswerda, Arntz & Kindt, 2007). تشير الدراسات إلى أن المريضات باضطراب الشخصية الحدية اللواتي تعكس تصوراتهن للذات خبرات انفعالية سلبية، يملن إلى إظهار أنماط سلوك خارجي كالسلوك العدوانى والتصرفات المتهورة، إلى جانب أنماط سلوك داخلي ضارة مثل الاكتئاب المرتبط بالنقد الذاتى والقلق.. (Spinhoven et al., 2008).

التراكم المعرفى حول صورة الذات لدى مرضى اضطراب الشخصية الحدية لا يزال محدوداً. وقد تكون هذه العلاقة ذات أهمية اكلينكية بطرق مختلفة. على سبيل المثال، هل يمكن أن يكون لصورة الذات السلبية تأثيرات وسيطة على سلوك إيذاء الذات؟ وبالمثل، هل توجد علاقات محتملة بين صورة الذات السلبية والاعراض شبه الذهانية؟. الدراسات التجريبية حول العلاقة بين صورة الذات واضطراب الشخصية الحدية نادرة. باستثناء الدراسات التي تناولت عينات من المصابات باضطرابات الأكل لتحديد العلاقة بين تشوه صورة الجسم واعراض اضطراب الشخصية الحدية، لم تتمكن سوى من تحديد ثلاث دراسات فقط. في دراسة اعدّها Sansone et al., (2010) علي عينة مكونة من 48 امرأة في عيادة نفسية للبالغين، وجد الباحثون علاقة عكسية بين تقييم الذات للجاذبية الجسدية والجاذبية الوجهية وتجنب المواقف الاجتماعية بسبب القلق من صورة الجسد، وبين الدرجات على مقياس لاضطراب الشخصية الحدية. في دراسة اخري فحص كل من Haff et al., (2012) 47 امرأة مصابة باضطراب الشخصية الحدية، وأخريات مصابات بالشره العصبي، ومجموعة من الأصحاء، ووجدوا فروقاً كبيرة في درجات صورة الجسد بين المجموعات الثلاث. ومع ذلك، ولم توضح الدراسة ملخص العوامل الخاصة بصورة الجسد التي فرّقت بين المصابات باضطراب الشخصية الحدية والمجموعتين الأخريين. في دراسة ثالثة، فحص كل من Kazuko&Inoue (2019) 32 مريضة مصابة باضطراب الشخصية الحدية وقارنهن بمرضى نفسيين آخرين و216 طالبة جامعية كمجموعة ضابطة. وُجد أن تشوه صورة الذات كان واحدًا من عاملين قادرين علي التمييز بين مجموعة اضطراب الشخصية الحدية والمجموعتين الأخريين.

ثالثاً : علاج المخططات اللاتكيفية المبكرة:

في السنوات الأخيرة، تم تطوير العلاج بالمخططات والتحقق من فعاليته كعلاج متكامل للمشاكل المزمنة والمنتشرة مثل اضطرابات الشخصية. قدمت دراسات حديثة أدلة تجريبية على فعالية العلاج بالمخططات عبر مجموعة متنوعة من الاضطرابات (Jacob & Arntz, 2023). ومع ذلك، على الرغم من تزايد الأدلة التي تدعم فعالية العلاج بالمخططات، فإن التباينات الواضحة في الدراسات لا تسمح بنموذج متكامل لآليات التغيير التي يحدثها (Taylor, Bee, & Haddock, 2017). وصف Young وزملاؤه (2003) مفهوم المخططات اللاتكيفية المبكرة بأنها أنماط مؤذية للذات من المشاعر والإدراكات التي تتطور في وقت مبكر من الحياة وتكرر نفسها على مر الزمن. يُعتقد أنها تنشأ نتيجة التعرض للصدمات أو الإساءات المزمنة منخفضة المستوى أو التجارب السامة داخل الأسرة أو بين الأقران أو في المجتمع أو الثقافة المحيطة. وعلى الرغم من طبيعتها غير التكيفية، إلا أن هذه المخططات تستمر لأنها توفر درجة من الألفة والحفاظ على رؤية متسقة للذات وللآخرين وللعالم. تُعتبر المخططات حقيقية ويتم التعامل معها كعدسات يتم من خلالها رؤية المعلومات ومعالجتها. وبينما تكون المخططات غالباً مستندة من التجارب المبكرة، فإن التفسيرات المتعلقة بسبب المعاملة التي تلقاها الفرد تكون غالباً مشوهة. يصبح هذا واضحاً في وقت لاحق من الحياة عندما تستمر المخططات في التأثير على الأداء اليومي (Young, Klosko & Weishaar, 2003).

المخططات ذات طبيعة بُعدية، حيث يمكن أن تختلف في شدتها ومدى تكرارها. غالباً ما يحدد مدى وشدة التجارب السامة خلال الطفولة مدى انتشار المخطط وشدته. ونتيجة لذلك، قد تنشط بعض المخططات في عدد أكبر من المواقف، وترتبط بمشاعر سلبية قوية، وتستمر لفترات أطول. يُفترض أن المخططات المبكرة غير التكيفية هي السبب الجذري لاضطرابات الشخصية، وهي المسؤولة عن استمرارية الألم العاطفي والاختلال الوظيفي. (Farrell & Shaw, 2012).

الاحتياجات العاطفية الأساسية والتجارب المبكرة في الحياة كأسلوب لبناء المخططات اللاتكيفية :

يُفترض أن المخططات اللاتكيفية المبكرة تتطور نتيجة لعدم تلبية الاحتياجات العاطفية الأساسية أثناء الطفولة، والتي يُعتقد أنها احتياجات عالمية، وتشمل قائمة الاحتياجات العاطفية الأساسية ما يلي:

- 1- الارتباط الآمن بالآخرين، بما في ذلك الشعور بالأمان و الاستقرار و القبول والرعاية.
- 2- الاستقلالية والكفاءة والإحساس بالهوية.
- 3- الحرية في التعبير عن الاحتياجات والمشاعر المشروعة.
- 4- العفوية واللعب.
- 5- الحدود الواقعية وضبط النفس. (Young, Klosko & Weishaar, 2003).

في علاج المخططات تُعتبر المخططات اللاتكيفية المبكرة العنصر الأساسي والهدف الرئيس في علاج اضطرابات الشخصية والمشكلات المزمنة ذات الطابع الشخصي (Thimm, 2010). تشير الأنماط اللاتكيفية المبكرة إلى معتقدات سلبية عميقة الجذور عن الذات والآخرين والعالم، قد تتشكل خلال السنوات الأولى من الحياة ، وقد افترض Young (1990) أن الطفل يحتاج إلى تحقيق خمسة أهداف رئيسية للنمو الصحي: الارتباط، والاستقلالية، والشعور بالقيمة، والتوقعات المعقولة، والحدود الواقعية. وعندما يعيق مقدمو الرعاية تحقيق واحد أو أكثر من هذه الأهداف، يشير "يونج" الي ان المخططات اللاتكيفية المبكرة ستتطور (Young, 1990).

يوجد 18 نوعًا مختلفًا من المخططات اللاتكيفية المبكرة، تُقسم إلى 5 مجالات رئيسية للأنماط. وتمثل كل منهم مخططًا مبكرًا غير تكيفي يتم تنظيمها ضمن خمسة مجالات للمخططات، وكل منها يرتبط بخمسة احتياجات عاطفية أساسية غير ملبأة، تمثل هذه المجالات:

1. مجال الانفصال / الرفض⁽¹⁾ ويشمل هذا المجال مخططات الحرمان العاطفي وعدم الثقة والإساءة والعزلة الاجتماعية والاعترا ب والضعف والسلبية .
 2. مجال الخلل في الاستقلال والأداء⁽²⁾ ويشمل مخططات الاعتماد وعدم الكفاءة والتعرض للأذى والذات غير المتطورة والفشل .
 3. مجال الحدود المختلفة⁽³⁾ ويشمل مخططات عدم القدرة على الضبط الذاتي والاستحقاق والعظمة .
 4. مجال التوجه من الآخرين⁽⁴⁾ ويشمل مخططات الخضوع و التضحية بالذات و الموافقة/الاعتراف .
 5. مجال اليقظة والكبت ويشمل مخططات السلبية والتشاؤم والكبت العاطفي والغلو في المعايير والعقاب .
- توجد أربعة أنواع من التجارب المبكرة في الحياة التي تعيق تلبية الاحتياجات العاطفية الأساسية وتساهم في تطوير المخططات اللاتكيفية المبكرة وهم :
- 1- الإحباط السام للاحتياجات: أي أن الطفل يحصل على القليل جدًا من الأمور الجيدة، مثل الثبات، والتعاطف، والحب.
 - 2- التعرض للصدمات : حيث يتعرض الطفل للأذى أو المعاملة السيئة بشكل صريح.
 - 3- الإفراط في الأمور الجيدة: حيث يحصل الطفل على الكثير الأشياء التي قد تكون مفيدة إذا قُدمت باعتدال. على سبيل المثال، التدليل المفرط أو الإفراط في الإرضاء أو الحماية الزائدة أو منح حرية زائدة دون حدود.

1-Disconnection / Rejection
2-Impaired Autonomy &Performance
3-Impaired Limits Domain
4-Other Directness Domain

4- الاستيعاب الانتقائي⁽¹⁾ أو التماهي⁽²⁾ مع الأشخاص المهمين، يشير النوع الرابع الي ان الطفل يتبنى بعض القيم والمعتقدات من البيئة او الثقافة ويتجاهل او يرفض معتقدات اخري، والتماهي مع الأشخاص المهمين في حياة الطفل، مثل الوالدين أو شخصيات أخرى ذات تأثير كبير خلال مرحلة الطفولة. (Young, Klosko & Weishaar, 2003) . .

عمليات المخططات

تجسد استمرارية المخططات كل ما يفعله المريض للحفاظ على المخططات، هناك ثلاث طرق رئيسية يتم من خلالها الحفاظ على المخططات.

1- من خلال التشوّهات الإدراكية: حيث يسيء الفرد بشكل غير واعي إدراك المواقف بطرق تتناسب مع مخططاته. يشمل ذلك في الغالب تشويه المعلومات التي لا تتماشى مع المخطط الخاص بالفرد لجعلها تتناسب معه، ورفض المعلومات التي تتعارض مع المخطط.

2- من خلال إيجاد طرق لتقييد الوصول إلى المعتقدات والعواطف: حيث يبقى الأفراد غير مدركين لمخططاتهم، وبالتالي، تظل هذه المخططات ذات طبيعة ثابتة وتساعد على التشوّهات المعرفية.

3- من خلال الانخراط في أنماط حياة مؤذية للذات: حيث يختار الفرد ويظل في مواقف وعلاقات تثير ردود فعل سلبية من الآخرين. (Arntz & van Genderen 2009).

شفاء المخططات هو الهدف العام لعلاج المخططات ويتضمن تقليل تأثير بعض الذكريات وتقليل شدة العواطف، والتفاعلات الجسدية، والأفكار غير التكيفية، والسلوكيات غير التكيفية المرتبطة بمخططاته. بينما تُلاحظ المخططات اللاتكيفية المبكرة بأنها تسبب الكثير من الألم للأفراد، فإن شفاء المخططات غالبًا ما يكون عملية صعبة، حيث تشكل المخططات جزءًا كبيرًا من هوية الشخص. عادةً ما تكون عملية طويلة، خاصة مع الذكريات وتكرار الأفكار

1-selective internalization

2- identification

التي استمرت لفترة طويلة عبر حياة الشخص. لذلك، يجب أن يُنظر إلى شفاء المخططات كهدف نحو جعل المخططات أقل عرضة للتفعيل، وأقل إزعاجًا عندما يتم تفعيلها، وقادرة على الشفاء بمعدلات أسرع. (Taylor, Bee, & Haddock, 2017).

انماط المخططات لدى مضطربي الشخصية الحدية

شكّل سوء معاملة الطفولة عامل خطر واسع الانتشار يؤثر سلبًا على الأداء الجسدي والرفاه النفسي في مرحلة البلوغ (Felitti et al., 2019). كما ارتبط سوء معاملة الطفولة بشكل متكرر بتطور اضطرابات الشخصية وخاصة اضطراب الشخصية الحدية (Verdolini et al., 2015). أظهرت نتائج دراسة الاضطرابات الشخصية أن الأفراد الذين تم تشخيصهم باضطراب الشخصية الحدية أبلغوا عن معدلات مرتفعة من سوء معاملة الطفولة (82% أبلغوا عن إهمال، و73% أبلغوا عن إساءة) مقارنةً بالأفراد المصابين باضطراب شخصية أخرى (Battle et al., 2004). كما أشير إلى أن مرضى اضطرابات الشخصية الحدية تعرضوا لعدد أكبر وشدة أعلى من الأحداث الصادمة في حياتهم مقارنةً بالمجموعات الضابطة غير الإكلينيكية. (Skodol et al., 2005). ورغم تزايد الأدلة على وجود ارتباطات بين أنواع سوء المعاملة واضطراب الشخصية الحدية، ما يزال من غير المؤكد عن ما هي الآليات الكامنة وراء ذلك. وبعبارة أخرى: ما هي الآليات التي تؤثر في تطور اضطرابات الشخصية الحدية من سوء المعاملة المبكر إلى مرحلة البلوغ؟ لقد طُرحت عدة مسارات تفسيرية تشمل استراتيجيات التعلق غير التكيفي (Crow & Levy, 2019). وعجز تنظيم الانفعال (Carpenter & Trull, 2013). وأساليب المواجهة. (Bijttebier & Vertommen, 1999) وهناك آلية أخرى محتملة تتوسط العلاقة بين سوء المعاملة واضطرابات الشخصية الحدية هي أنماط المخطط (Young, Klosko & Weishaar, 2003). وهي مكوّن أساسي في نظرية المخطط التي وضعها Young (2003) وتعكس مزيجًا من حالات نفسية متعددة تشمل تمثيلات التعلق المبكر واستراتيجيات المواجهة الفعالة، وآليات تنظيم الانفعال التي تُثار في المواقف البين-شخصية الضاغطة (Lobbestael, Van Vreeswijk, & Arntz, 2008). ورغم أن كل فرد يمتلك عدة أنماط من المخطط،

يُفترض أن الأفراد الذين يعانون من اضطرابات الشخصية الحدية يظهرون شدة وتكراراً أكبر لأنماط المخطط غير التكيفية. (Jacob & Arntz, 2023).

يشير Young وزملاؤه (2003) إلى أن الأفراد الذين يعانون من اضطراب الشخصية الحدية غالباً ما يتمتعون بطابع عاطفي شديد وغير مستقر، وهو ما يشكل استعداداً وراثياً لهذا الاضطراب. يُعتقد أن هؤلاء الأفراد ينشأون غالباً في بيئات أسرية غير آمنة وغير مستقرة، تتسم بالحرمان والعقاب القاسي والرفض والخضوع. ونتيجة لذلك، يطورون وضعاً بارزاً يُعرف بـ "وضع الطفل المهجور".

من خلال العملية العلاجية، يحاول المعالج توفير ما كان يحتاجه هذا الوضع، وهو علاقة آمنة، ومليئة بالرعاية، تُشجع الطفل على التعبير عن نفسه. غالباً ما يُلاحظ أيضاً وضع "الطفل الغاضب"، والذي يمكن اعتباره الطفل الداخلي للمريض الذي يشعر بالغضب بسبب عدم تلبية احتياجاته. من خلال وضع حدود للتعبير عن الغضب، وتأكيد مشروعية هذا الغضب، ومساعدتهم على تعلم وسائل أكثر فعالية لتحمل الغضب، يمكن تعليمهم كيفية تلبية احتياجاتهم بطريقة مناسبة. يُلاحظ أيضاً وجود وضع "الوالد المعاقب"، وهو يُمثل الوالد الداخلي الذي عاملهم بقسوة خلال طفولتهم ويعاقبهم على كونهم "سيئين" أو لتعبيرهم عن احتياجاتهم ومشاعرهم (Young, Klosko & Weishaar, 2003). يقوم المعالج بتعليم المريض كيفية مواجهة هذا الوالد المعاقب مع العمل على استيعاب المعالج كـ "وضع بالغ صحي" خاص بهم.

غالباً ما يظهر أيضاً وضع "المدافع المنفصل"، وهو وضع تكيفي سلبي يُستخدم لتجنب تجربة المشاعر والاحتياجات كوسيلة لحماية أنفسهم من الألم ولإرضاء الآخرين خوفاً من أن يكونوا ضعفاء. عندما يكون المريض في هذا الوضع، فإنه غالباً ما يظهر "بشكل مرضي للآخرين" ويبدو فارغاً أو كأنه يعمل بشكل آلي. يُعتقد أن هذا الوضع قد تطور لحماية وضع الطفل المهجور عندما كانوا أصغر سناً.

أثناء العلاج، يعمل المعالج والمريض معًا للتعاطف مع وضع الطفل المهجور وحمانيته، ولمساعدته على تبادل الحب مع الآخرين، وضع حدود للطفل الغاضب وتعليمه كيفية التعبير عن المشاعر والاحتياجات بشكل منطقي. كما يتم العمل على استبعاد وضع الوالد المعاقب وطمأنة المريض، واستبدال وضع المدافع المنفصل تدريجيًا بـ "الوضع البالغ الصحي" الخاص بالمريض.

أثناء التقييم السريري، يولي معالجو المخطط أهمية كبيرة للتجارب المبكرة في الطفولة داخل الأسرة، والبيئة التي نشأ فيها الطفل، ومجموعة الأقران، مع التركيز بشكل خاص على الإساءة، وانعدام الأمان، والهجر، والحرمان العاطفي، وكبت الاحتياجات والمشاعر، والرفض، والعقاب (Young & Gluhoski, 1996).

على المعالج شرح أوضاع المخطط للمريض بطريقة شخصية وسهلة الفهم. مع بداية العلاج، يجب أن يكون لدى المعالج القدرة على تتبع انتقالات أوضاع المريض واستخدام الاستراتيجيات المناسبة التي تتوافق مع الوضع الحالي.

من خلال الاستخدام المنهجي لعلاقة المعالج-المريض جنبًا إلى جنب مع التدخلات التجريبية، والمعرفية، والسلوكية، يمكن للأفراد الذين يعانون من اضطراب الشخصية الحدية أن يحققوا تغييرًا جذريًا في شخصياتهم. بالنسبة لاضطراب الشخصية الحدية، هناك خمسة أنماط تخطيطية مختلفة رئيسية:

1- نمط الطفل المهجور والمساء إليه⁽¹⁾: عند تفعيله، يتم تنشيط الذكريات والمشاعر المرتبطة بالإساءات السابقة أو الاحتياجات غير الملباة. هذا هو الوضع المركزي والمؤلم لمرضى اضطراب الشخصية الحدية، حيث يشعرون بأنهم بلا قيمة وعاجزين، وقد يتصرفون بشدة بحثًا عن شخص لا يتخلى عنهم، بينما في نفس الوقت يخشون الاقتراب من الآخرين.

¹- Vulnerable Child Mode

2- نمط الطفل الغاضب⁽¹⁾ : يهيمن هذا النمط عندما يشعر المريض بالغضب أو يتصرف باندفاع، لأن احتياجاته العاطفية الأساسية لا يتم تلبيتها. قد يتم تحفيز نفس المخططات كما في نمط الطفل المهجور، لكن العاطفة المسيطرة تكون غالباً الغضب.

3- نمط المدافع المنفصل.(2) يقوم المريض في هذا النمط بإيقاف جميع مشاعره والانفصال عن الآخرين، عادة يستخدم هذا النمط كآلية دفاع للهروب من الألم العاطفي.

4- نمط الطفل المنذفع(3) يتصرف باندفاع لتلبية احتياجاته والتي غالباً ما تكون غير مشروعة .

4- نمط الوالد العقابي(4) يتميز بنبرة قاسية، وناقدة، وغير متسامحة .

الخطة العلاجية لعلاج المخططات تهدف الي الوصول الي نمط البالغ الصحي، وهو نمط تكيفي، يكون ضعيف الحضور لدى مرضى اضطراب الشخصية الحدية. ووفقاً للنموذج التخطيطي، فإن الاضطرابات المزاجية المرتبطة باضطراب الشخصية الحدية ستقل عندما يتم إصلاح الأنماط التخطيطية المختلفة. و أنماط النماذج التخطيطية التي تم اكتسابها خلال الطفولة أو المراهقة تُستبدل بأنماط أكثر تكيفاً. (Zanarini, 2009). يستخدم المعالج تقنيات معرفية وسلوكية بالإضافة إلى تقنيات تجريبية وبين شخصية . علاوة على ذلك، يتم استخدام العلاقة العلاجية في علاج المخططات كأداة قوية لاختبار وتغيير الطابع المختل للنماذج التخطيطية ولتلبية احتياجات المريض بشكل محدود.

(McGinn & Young, 1996; Young, Klosko & Weishaar,2003; Kellog & Young, 2006).

مراحل العلاج : على غرار العملية الطبيعية التي تحدث أثناء الطفولة، يتبع علاج المخطط نهجاً يتكون من اربعة مراحل المرحلة الاولي : مرحلة الترابط وتنظيم العواطف و يركز فيها

1-Angry Child

2 - Detached Protector Mode

3- Impulsive Child

4-Punitive Parent Mode

المعالج على بناء علاقة قوية مع العميل، ويتجاوز وضع المدافع المنفصل (وضع التكيف السلبي)، ويشجع المعالج المريض على التعبير عن مشاعره واحتياجاته خلال الجلسات، ويعلمه تقنيات للتعامل مع عواطفه والتوتر المرتبط بالهجر، يعمل المعالج والمريض على وضع حدود العلاج بناءً على شدة الأعراض التي يظهرها المريض، وحقوق المعالج الشخصية، إلى جانب وضع خطة لإدارة الأزمات التي يمر بها المريض ووضع حدود بشأن سلوكياته المدمرة للذات.

المرحلة الثانية: تغيير أوضاع المخطط: تتضمن هذه المرحلة استمرار العمل العلاجي على أوضاع المخطط التي يعاني منها المريض.

المرحلة الثالثة : تعديل اساليب المواجهة غير التكيفية

المرحلة الرابعة: الاستقلالية وفي هذه المرحلة، يقدم المعالج الإرشاد للمريض حول اختيار شريك حياة مناسب، ويساعده على تعميم ما يتعلمه خلال الجلسات في جميع العلاقات الاجتماعية والعاطفية. يساعد المعالج المريض على اكتشاف اولوياته وهوياته وكيفية اتباعها في حياته اليومية. تدريجيًا، يبدأ المعالج في تقليل اعتماد المريض على العلاج، ويتم تقليل عدد الجلسات بشكل مشترك بينهما.

اولا : التدخل العلاجي لتعديل الاوضاع المختلفة اللاتكيفية (1)

1- التدخلات العلاجية لوضع الطفل المهجور:

الطفل المهجور هو النسخة الأكثر شيوعاً من الطفل الضعيف لدى مرضى اضطراب الشخصية الحدية ، ويتميز في هذه الحالة بتركيز المريض على فكرة الهجر أو التخلي. في نمط الطفل المهجور، يظهر المرضى بمظهر هشّ وطفولي. يبديون حزينين، ومذعورين، ومرتبكين، وغير محبوبين، وتأنهين. يشعرون بالعجز والوحدة التامة، وينشغلون بشكل مفرط

1- هذا الجزء من الدراسة الذي يحدد الأسلوب العلاجي لا ينتمي الي مرجع بعينه ولكن من خلال العديد من المراجع التي اطلع عليها الباحث وكذلك من خلال الممارسة الاكلينيكية والعلاجية لمريضات الشخصية الحدية التي قام بها المعالج على مدار 15 سنة تقريبا .

بالبحث عن شخصية أبوية أو راعية تعتني بهم. في هذا النمط، يشبه المريض طفلاً صغيراً جداً، بريئاً ومعتماً بشكل كامل على الآخرين. يقوم بتمجيد الأشخاص الذين يقدمون الرعاية، ويكون خيالات حول إنقاذهم له. كما ينخرط في محاولات يائسة لمنع مقدمي الرعاية من التخلي عنه، وفي بعض الأحيان تصل إدراكاته لفكرة الهجر إلى حد يشبه الأوهام المرضية. العمر الصغير جداً الذي يعمل فيه نمط الطفل الضعيف لدى المريض يفسر الكثير عن أنماطهم المعرفية. في نمط الطفل المهجور، يفترق مرضى اضطراب الشخصية الحدية غالباً إلى استمرار العلاقة، أي أنهم لا يستطيعون استحضار صورة ذهنية مهدئة لمقدم الرعاية ما لم يكن حاضراً فعلياً. يعيش الطفل المهجور في حاضر أبدي، دون مفاهيم واضحة عن الماضي أو المستقبل، مما يزيد إحساس المريض بالإلحاح والاندفاعية. ما يحدث الآن هو كل ما كان وكل ما سيكون. استخدام العلاقة العلاجية كعامل للتغيير، خاصة من خلال موقف "إعادة التربية المحدودة"، يُعد أساساً لعلاج وضع الطفل المهجور. خلال هذه المرحلة من العلاج، يكون المعالج قاعدة ثابتة ومتعاطفة مع المريض. يشجع المعالج المريض على البقاء في وضع الطفل المهجور خلال الجلسات، حتى يتمكن من تزويده بالتعاطف والرعاية، في محاولة لتلبية احتياجاته التي لم تُلب في الطفولة، مثل الأمان، والرعاية، والاستقلالية، والتعبير عن الذات، ووضع حدود مناسبة. وهذا يُعد الهدف الأساسي لعلاج المخطط. يحقق المعالج هذا الهدف من خلال تقديم مدح صادق ومباشر للصفات الإيجابية التي يلاحظها على المريض. وينخرط في تفاعلات متبادلة مع المريض، ويُظهر سلوكيات اجتماعية إيجابية كنموذج للعلاقات الصحية مع الآخرين. ويُظهر للمريض أن المشاعر الإيجابية ومشاركتها مع الآخرين أمر مقبول ولا يقلق من هذا الإفصاح.

العمل التجريبي: من خلال استخدام تقنيات التصور الموجه للأحداث السلبية التي حدثت له وهو وضع الطفل المهجور، يبدأ المعالج بالدخول إلى صورة الأحداث المزعجة التي وقعت في الطفولة كوسيلة لإعادة التربية لوضع الطفل المهجور. مع مرور الوقت وتطور المهارات، يتم التعامل مع هذه الصور المرتبطة بالذكريات المؤلمة من الطفولة. لاحقاً، يتعلم المريض دخول التصور لإعادة تربية نفسه، مما يعزز وضع البالغ الصحي لديه مع معالجة

وضع الطفل المهجور. يمكن استخدام هذه التقنيات التصويرية نفسها للتعامل مع المخاوف الحالية، مما يتيح فرصًا لتطبيق تمثيلات الأدوار وخلق حوار منطقي لتحقيق التغيير.

العمل المعرفي: يشكل العمل المعرفي جزءًا كبيرًا من العلاج، حيث يقوم المعالج بتعليم المريض علي الاحتياجات التطورية الأساسية، وهي معرفة غالبًا ما تكون مشوهة نتيجة تنشئتهم. تُعتبر بطاقات المخطط⁽¹⁾ من أكثر استراتيجيات التكيف فائدة للأفراد الذين يعانون من اضطراب الشخصية الحدية. البطاقة هي عبارات يكتبها المعالج والمريض معًا، ويمكن للمريض استخدامها في المواقف المحفزة كوسيلة للتكيف. بطاقات المخطط هي أداة علاجية تُستخدم في العلاج بالمخططات لمساعدة المرضى على التعامل مع المشاعر السلبية والاستجابات غير التكيفية التي تنشأ في المواقف المحفزة أو الضاغطة. وتُعد هذه البطاقات وسيلة عملية وفورية لتذكير العميل بالاستراتيجيات الإيجابية والمفاهيم التي تمت مناقشتها أثناء العلاج، مما يساعدهم على تحسين استجاباتهم للمواقف الصعبة.

كيفية إعداد واستخدام بطاقات المخطط

يتم إعداد البطاقات بشكل مشترك بين المريض والمعالج لتكون موجهة خصيصًا لاحتياجات المريض ومشاكله. تُكتب البطاقات بلغة بسيطة ومباشرة لتسهيل الفهم والاستخدام. وتكون عبارة عن تأكيدات إيجابية: تتضمن عبارات إيجابية تدعم "وضع البالغ الصحي" الخاص بالعميل. مثال: (أنا أستحق أن أحب وأن أُحترم). (احتياجاتي العاطفية مهمة ويحق لي أن أطلب المساعدة). (من الطبيعي أن أشعر بالحزن، لكنني لست وحدي). (أنا أتحكم في ردود أفعالي ويمكنني أن أختار كيفية التصرف).

كما تهتم البطاقات بإعادة صياغة الأفكار المشوهة وتحتوي على ردود عقلانية لتحدي الأفكار السلبية والمعتقدات غير التكيفية. مثال: إذا شعر المريض بأنه "غير كفء"، قد تحتوي البطاقة على عبارة: (أنا أتعلم وأتطور، ولا بأس أن أرتكب الأخطاء). يُشجع العميل على الاحتفاظ بالبطاقات في مكان يسهل الوصول إليه. ويمكن استخدامها خلال المواقف

1- Schema flashcards

المحفزة أو عند مواجهة مشاعر قوية للمساعدة في تهدئة النفس واستعادة التوازن. وتساعد البطاقات على الابتعاد عن أوضاع المخططات السلبية، مثل "وضع الطفل المهجور" أو "وضع المدافع المنفصل"، وتوجيههم نحو استجابات صحية وإيجابية. كما توفر أداة ملموسة وعملية تساعد المريض في مواقف الحياة اليومية وتعزز الوعي الذاتي وتعيد التذكير بالمفاهيم العلاجية بين الجلسات. وتدعم بناء "وضع البالغ الصحي" وتشجع على اتباع استراتيجيات التكيف الإيجابية. بطاقات المخطط هي أداة فعالة لتحفيز المرضى على تطبيق ما يتعلمونه أثناء العلاج في حياتهم اليومية وتحقيق تقدم ملحوظ في استجاباتهم ومهاراتهم التكيفية. يمكن استخدام بطاقة يوميات المخطط كأداة تساعد العميل على تطوير استجابات تكيفية أكثر ملاءمة.

العمل السلوكي : يجب على وضع الطفل المهجور أن يتعلم كيفية أن يكون حازماً، ويتم ذلك من خلال تمثيل الأدوار والواجبات المنزلية والتدريب خلال الجلسات . يُنفذ هذا النهج كوسيلة للتخفيف من الفوضى التي غالباً ما تهيمن على حياة المرضى الذين يعانون من اضطراب الشخصية الحدية.

يُستخدم تدريب الحزم طوال فترة العلاج لمساعدة المريض على تعلم وسائل أكثر قبولاً للتعبير عن مشاعرهم وتلبية احتياجاتهم. يساعد التدريب على تعزيز مهارات التفاعل الصحي مع الآخرين، مما يقلل من الصراعات ويعزز العلاقات الإيجابية . كما يتم تشجيع المرضى على الانخراط في أنشطة ممتعة ومغذية نفسياً لدعم وضع الطفل المهجور.

تساهم هذه الأنشطة في تحقيق التوازن العاطفي وتعزيز الشعور بالراحة والرعاية الذاتية. يهدف هذا العمل السلوكي إلى تعليم المرضى كيفية تلبية احتياجاتهم بطريقة صحية وتعزيز مهاراتهم في التكيف مع التحديات الحياتية اليومية.

المخاطر المحتملة عند العمل مع أوضاع الطفل المهجور

يجب أن يكون المعالج على وعي شديد بقدرة مريض الشخصية الحدية علي الانفتاح العاطفي. كما يجب على المعالج أن يكون حذر من أن سلوكه قد يؤثر على المريض مما

يدفعه إلى التحول إلى وضع المدافع المنفصل إذا حاول المعالج حل المشكلات بسرعة كبيرة. بينما يعتبر حل المشكلات أمراً ضرورياً في العلاج، يجب أن يكون هناك توازن بين ذلك وبين قبول التجارب والمشاعر العاطفية والتعبير عنها . كما يجب على المعالج أن يكون واعي بردود أفعال المريض تجاه وضع الطفل المهجور . أي سلوك يظهر الغضب أو الإحباط من المعالج للمريض قد يدفعه إلى التحول إلى وضع الوالد العقابي الذي يتعارض مع العلاج .

2-التدخلات العلاجية لوضع الطفل الغاضب

هذا هو النمط الذي غالباً ما يربطه المعالجون بمرضي اضطراب الشخصية الحدية ، معظم مرضى اضطراب الشخصية الحدية الذين تتم رؤيتهم في العيادات الخارجية يقضون غالبية وقتهم في نمط الطفل الغاضب، وهو بمثابة "الوضع الافتراضي" لديهم. وكثيراً ما ينتقلون فجأة إلى نمط الوالد العقابي أو نمط الطفل المهجور .أما بشكل أقل شيوعاً، فعندما لا يستطيعون تنظيم انفعالهم، ينتقلون إلى نمط الطفل الغاضب، حيث يفرغون الغضب الذي كانوا يكتبونه ويتصرفون بشكل مندفع من أجل تلبية احتياجاته ، مما يحجب فعلياً احتياجات ومشاعر الطفل المهجور .ومع مرور الوقت، تتراكم هذه الاحتياجات والمشاعر، فيشعر المريض بزيادة الإحساس بالضغط الداخلي. قد يقول المريض شيئاً مثل: "أشعر أن شيئاً ما يتراكم بداخلي." (وقد يبدأ المريض في الاحلام الكارثية). يزداد الضغط تدريجياً، فينتقل المريض إلى نمط الطفل الغاضب فجأة ويشعر بغضب شديد.

يحتاج المعالج إلى القدرة على وضع حدود مناسبة مع وضع الطفل الغاضب عندما يكون سلوك المريض مسيئاً تجاه المعالج. بينما يعد التعبير عن الغضب شعوراً طبيعياً ويشجع عليه المعالج، إلا أن الأفعال الظاهرة للإساءة تجاه الآخرين ليست صحية ولا مناسبة. وبالتالي، يجب على المعالج ألا يتحمل أن يتم الصراخ عليه من قبل المريض. يتبع معالجو المخططات عدة خطوات في تعليم المرضى التعبير عن غضبهم ضمن حدود مناسبة. اولها أن يسمح المعالج للمريض بالتنفيس، مما يمنح المريض إذناً للتعبير الكامل عن غضبهم.

يسأل المعالج بنغمة هادئة ومحايدة عن اسباب غضبه، ويستمر في فعل ذلك ردًا على حالة الغضب حتى يهدأ. طالما أن المريض يشعر بالغضب. بمجرد أن يصبح أكثر تقبلاً للاستماع إلى وسائل أخرى لإدارة غضبه، يجب على المعالج أن يتعاطف مع المخططات الأساسية للمريض، حيث يُعتقد أن غضبهم ينشأ من شعورهم بأن المعالج لا يلبي احتياجاتهم وفي استجابة لمشاعرهم بالضعف. بعبارة أخرى، لا يتم التركيز المباشر على الغضب نفسه، ولكن على وضع الطفل الضعيف الذي يكمن بداخله. الخطوة التالية هي اختبار الواقع لتقييم ما إذا كان مصدر وشدة غضبهم متناسبة أو مبررة. بطريقة حكيمة، يسعى المعالج إلى العثور على جوهر مسببات الغضب كما يدركها المريض. ثم يستمر المعالج في مواجهة جوانب رد فعل المريض التي كانت مبالغًا فيها أو مشوهة أو غير متناسبة .

العمل التجريبي : تتضمن التقنيات التجريبية مع نمط الطفل الغاضب التعبير عن الغضب تجاه الأشخاص الذين أسأؤوا له في حياته. وبما أن ذلك يتم عبر التخيل، يمكن للمريض أن يقاوم أو يدافع أو حتى يهاجم الأفراد الذين أسأؤوا إليه. يتيح هذا للمريض الشعور بالقوة وتحرير الغضب الداخلي العميق. يُستخدم أيضًا كتابة الرسائل وتقنيات أخرى صحية للتعبير عن الغضب أثناء التخيل، أو التمارين التمثيلية، أو العمل على الأنماط بين البالغ السليم والطفل الغاضب، مما يساعد المريض على التعبير عن غضبه واحتياجاته بطريقة مقبولة.

العمل المعرفي : يتعلم المريض أن هناك طريقًا وسطًا بين السلبية التي يتبعها نمط المدافع المنفصل والعدوانية التي يتبعها الطفل الغاضب، وذلك باستخدام مهارات التوكيد. تهتم هذه المرحلة بتعليم المريض على زيادة الوعي بالأخطاء الفكرية مثل التفكير "بالكل أو لا شيء". ويمكن استخدام بطاقات التذكير، وبطاقات يوميات المخطط، والتأمل كوسائل لإبطاء التفكير لدى المريض. يعمل هذا التباطؤ على مساعدة المريض في رؤية تفسيرات بديلة لسلوكيات الآخرين واتخاذ ردود فعل أقل اندفاعًا.

العمل السلوكي : تركز الاستراتيجيات السلوكية لنمط الطفل الغاضب على تعليم المريض كيفية إدارة غضبه والتعبير عن نفسه بطريقة مناسبة من خلال التخيل، والتمثيل التفاعلي، ومحاولة تنفيذ الاساليب في المواقف الواقعية.

تحديات العمل مع أنماط الطفل الغاضب

يتطلب وعي المعالج بتفعيل المخططات الخاصة بالمريض أهمية كبيرة للنجاح في العلاج مع الأفراد الذين يعانون من اضطراب الشخصية الحدية، والدخول في نمط الطفل الغاضب أثناء الجلسة. غالباً ما يكون بسبب عدم الاعتراف بمعاناة المريض ، أو مهاجمة المريض، أو الانسحاب العاطفي، وكلها سلوكيات مضادة للعلاج. من المهم أيضاً عدم السماح للمريض بالمضي قدماً بعيداً في التعبير عن غضبه، لأن ذلك يمنعه من رؤية ما إذا كانت ردود أفعاله مبررة أو متناسبة. قد يتحول المرضي أيضاً إلى نمط الوالد العقابي بسبب غضبهم من المعالج. لذلك، يجب أن يتأكد المعالج من عدم تعزيز فكرة أن المريض سيء بسبب غضبه، وتشجيعه على عدم فعل الشيء نفسه. وأخيراً، لا يمكن المبالغة في السماح للمريض بالتنفيس عن غضبه ويكون ضمن حدود مناسبة.

3-التدخلات العلاجية لوضع المدافع المنفصل

باستثناء الحالات الشديدة، يقضي مرضى اضطراب الشخصية الحدية غالبية وقتهم في نمط وظيفة هذا النمط هي قطع الاحتياجات العاطفية، والانفصال عن . المدافع المنفصل عندما يكون مرضى اضطراب . الآخرين، والتصرف بخضوع من أجل تجنب العقاب الشخصية الحدية في نمط المدافع المنفصل، غالباً ما يبدو طبيعيين. إنهم "مرضى جيدون". يفعلون كل ما يُفترض بهم فعله ويتصرفون بشكل لائق. لا يتصرفون بعدوانية ولا يفقدون السيطرة على عواطفهم. في الواقع، كثير من المعالجين يخطئون في تعزيز هذا النمط المشكلة هي أنه عندما يكون المرضي في هذا النمط ، يكونون منفصلين عن احتياجاتهم ومشاعرهم الحقيقية. فهم لا يتصرفون بما يتماشى مع ذواتهم الحقيقية، بل يبنون هويتهم يقومون بما يريده المعالج منهم، لكنهم لا يتواصلون فعلياً . على الحصول على رضا المعالج

معه على المستوى العاطفي. أحياناً يقضي المعالجون جلسات علاجية كاملة مع المريض دون أن يدركوا أن المريض كان في نمط المدافع المنفصل طوال الجلسة تقريباً. لا يحقق المعالج تقدماً ملموساً، بل يمر من جلسة إلى أخرى دون تغيير حقيقي.

العلامات والأعراض المرتبطة بنمط المدافع المنفصل تشمل: اختلال الإحساس بالهوية والشعور بالفراغ والملل وتعاطي المخدرات أو الكحول ونوبات الأكل الشره وإيذاء النفس. والشكاوى النفس جسمية والشعور بالخواء أو الفراغ الذهني. غالباً ما ينتقل المرضى إلى نمط المدافع المنفصل عندما تثار مشاعرهم خلال الجلسات، فيلجؤون إلى قطع هذه المشاعر ومنعها من الظهور. عندما يكون المريض في هذا النمط يجب مساعدته على اختبار المشاعر عند ظهورها دون كبتها، وتعلم الاتصال بالآخرين، والتعبير عن احتياجاته بشكل صحي. من المهم إدراك أن النمط الواحد قد يفعل نمطاً آخر. على سبيل المثال، قد يعبر المريض عن احتياج وهو في نمط الطفل المهجور، ثم ينتقل إلى نمط الوالد العقابي ليعاقب نفسه على التعبير عن هذا الاحتياج، ثم ينتقل إلى نمط المدافع المنفصل للهروب من ألم العقاب. كثيراً ما يقع مرضى اضطراب الشخصية الحدية في دوامات متكررة من هذا النوع، حيث يفعل نمط واحد نمطاً آخر بشكل مستمر.

يمكن استخدام العلاقة العلاجية لتوفير الطمأنينة لوضع المدافع المنفصل، مما يساعده على الشعور بالأمان في تجربة الضعف العاطفي. يصبح المعالج مسؤولاً عن حماية الطفل الضعيف داخل المريض. يتم تحقيق ذلك من خلال تشجيع المريض على تجربة المشاعر والتعبير عنها دون الخوف من العقاب. يمكن للمعالج أيضاً تحقيق ذلك عن طريق زيادة وتيرة التواصل مع المريض حسب الحاجة.

العمل المعرفي: يتم مناقشة التعليم النفسي المتعلق بوضع المدافع المنفصل وفوائد تجربة التعبير عن المشاعر والتدريب على التفكير المنطقي والتفكير العقلاني بدلاً من العاطفي. ولذلك يتم إعطاء أهمية أقل للتقنيات المعرفية عند معالجة وضع المدافع المنفصل.

العمل السلوكي: يتم تدريب المريض على ممارسة الانفتاح العاطفي مع الآخرين. يجب أن يكون ذلك تدريجياً ومنهجياً. يمكن ممارسة التصور وتمثيل الأدوار بشأن التعبير عن مشاعرهم للأصدقاء في الجلسات أو في الحياة الواقعية مع الأصدقاء كواجب منزلي.

المخاطر المحتملة عند العمل مع وضع المدافع المنفصل

قد يبدو الطاعة التي يظهرها المريض كتصرفات صحية للبالغين، لكنها قد تمثل في الواقع وضع المدافع المنفصل. يمكن للمعالج أن يسأل المريض عن مشاعره أو ما الذي يرغب في فعله في تلك اللحظة. إذا أشار المريض إلى شعوره بالخدر أو صعوبة في التعبير عن رغباته، فمن المحتمل أنهم في وضع المدافع المنفصل. قد يكون التدريب علي حل المشكلات مهم عندما يكون المريض في هذا الوضع، وقد يحتاج المريض فعلاً إلى الرعاية والحماية. أخيراً، وضع المدافع المنفصل يمنع التعبير العاطفي لوضع الطفل الغاضب، مما يمنع المعالج من معرفة متى يكون المريض غاضباً. هذا لا يسمح بحدوث شفاء لوضع الطفل الغاضب، وقد يؤدي إلى سلوكيات متمردة.

4- التدخلات العلاجية لوضع الوالد العقابي

وظيفة هذا النمط هي معاقبة المريض على قيامه بشيء يُنظر إليه على أنه "خطأ"، مثل التعبير عن الاحتياجات أو المشاعر. هذا النمط يمثل نموذج لغضب أو كراهية أو ازدراء أو إساءة أحد الوالدين أو كليهما للمريض في طفولته.

العلامات والأعراض تشمل: كراهية الذات وانتقاد الذات وإنكار الذات وإيذاء النفس وأفكار انتحارية وسلوكيات مدمرة للذات. في هذا النمط، يصبح المريض والده العقابي الراض. يغضب من نفسه بسبب امتلاكه أو إظهاره لاحتياجات طبيعية لم يسمح له والداه بالتعبير عنها. يقوم بمعاقبة نفسه-على سبيل المثال- عن طريق إيذاء نفسه بالقطع أو الامتناع عن الطعام، ويتحدث عن نفسه بلهجة قاسية، قائلاً أشياء مثل: أنا شرير، أو أنا سيئ، أو أنا قذر. عندما يكون المريض في نمط الوالد العقابي يجب مساعدته على رفض الرسائل العقابية الأبوية وبناء احترام الذات. يقوم المعالج بدعم احتياجات وحقوق الطفل المهجور

ويحاول الإطاحة بنمط الوالد العقابي واستبداله. من خلال إظهار القبول والمغفرة للمريض ، ويظهر المعالج للمريض أن لديه الحق في أن يكون بشراً، وأنهم سيخطئون في بعض الأحيان. من خلال إضفاء الطابع الخارجي على الوالد العقابي عن طريق تسميته ووصفه، وأن هذا السلوك غير متوافق مع الذات، ويسمح للمريض بمساعدة المعالج بمواجهة الوالد العقابي معاً.

العمل التجريبي: يقوم المعالج بنمذجة وضع الحدود على الوالد العقابي من الطفولة، مما يمنع الوالد العقابي من انتقاد المريض. يمكن أن يكون العمل باستخدام الكرسي للتعامل مع وضع الوالد العقابي. ويمثل المريض في هذا الموقف التجريبي دور البالغ الصحي، ويقوم المعالج بتوجيه العميل خلال التمرين، مُرشداً إياه لتبديل الكرسي مع تغيير الأوضاع. كما يمكن أن يكون كتابة رسائل لشخص مسيء له من الماضي بشأن مشاعرهم و تأكيد احتياجاتهم غير المُلباة مفيداً أيضاً.

العمل المعرفي: يتم تسليط الضوء على التعليم المستمر بشأن التعبير عن الاحتياجات الإنسانية الأساسية والمشاعر، ووجود أدلة في الأدبيات العلمية تشير إلى أن العقاب لا يعزز التحسن الذاتي. يتم تعليم المريض استبدال هذا الأسلوب المعرفي الخاص باللوم الدائم للذات بردود فعل تجسد الرحمة والتسامح. سيساعد ذلك في تحليل ما قد يكونون قد فعلوه بشكل خاطئ، وتجربة الندم، وتصحيح أخطائهم، واكتشاف تقنيات أكثر تكيفاً للتعامل في المستقبل. قد يتطلب مساعدة المريض في التغلب على وضع الوالد العقابي.

العمل السلوكي: تعد التجارب السلوكية المتعلقة بمخاوف المريض من الرفض عندما يتم التعبير عن الاحتياجات العاطفية من الأساسيات في التدخلات السلوكية لوضع الوالد العقابي. يمكن ممارسة تمثيل الأدوار حول كيفية تعبير المريض عن مشاعره واحتياجاته خلال الجلسات. يمكن تعميم هذا السلوك خارج غرفة العلاج إذا كان المريض والمعالج قد عملا بشكل مناسب للتفاعل مع الآخرين خارج الجلسات.

المخاطر عند العمل مع وضع الوالد العقابي

قد يقاوم وضع الوالد العقابي، حيث أنه جزء داخلي متجذر وعميق من الذات. وبالتالي، دون وجود وضع بالغ صحي قوي بما يكفي، قد ينخرطون في سلوكيات مؤذية للذات. يجب على المعالج أن يركز على مراقبة المرضى عندما يشتهون في حدوث ذلك، مع تشجيعهم وتعليمهم استراتيجيات بديلة كوسيلة للتكيف. قد تكون قراءة بطاقات الذاكرة والتأمل اليقظ أيضًا فعّالة. يمكن أن تكون التمارين التجريبية مع وضع الوالد العقابي غير مريحة للغاية، وقد لا يدرك المعالج إلى أي مدى يجب عليه حماية المريض بشكل فعال والوقوف ضد الوالد العقابي. بينما يجب أن يتخذ المعالج دورًا قويًا جدًا في هذه المواجهات، مع مرور الوقت، يجب تعليم العميل القيام بذلك بشكل أكثر استقلالية. وأخيرًا، قد يشعر المريض بالذنب عند انتقاد والديه. في حين يجب على المعالج تأكيد مشاعر المريض، يجب أن يركز المعالج أكثر على مساعدة المريض في رؤية أن والديه قد لا يكونان سيئين بشكل عام، ولكن كان لديهما قصور في تلبية احتياجاتهم.

جدول (1) يوضح معايير التشخيص في الدليل التشخيصي والاحصائي الخامس لاضطراب الشخصية الحدية وأنماط المخطط ذات الصلة

معايير التشخيص DSM-5	أنماط المخطط ذات الصلة
1- جهود مستمرة لتجنب الهجر الحقيقي أو المتخيل.	نمط الطفل المهجور.
2- نمط من العلاقات الشخصية غير المستقرة والشديدة يتميز بالتأرجح بين طرفي المثالية والتقييم السلبي.	جميع الأنماط. (التقلب السريع بين الأنماط هو ما يخلق عدم الاستقرار والشدة. على سبيل المثال، الطفل المهجور يميل إلى مثالية الآخرين، والطفل الغاضب يميل إلى التقليل منهم وتوبيخهم.
3- اضطراب الهوية: صورة ذاتية أو إحساس بالذات غير مستقر بشكل ملحوظ ومزمن.	أ- نمط المدافع المنفصل. (لأن هؤلاء المرضى يجب أن يرضوا الآخرين ولا يُسمح لهم بأن يكونوا أنفسهم، فهم لا يستطيعون تطوير هوية آمنة .

أنماط المخطط ذات الصلة	معايير التشخيص DSM-5
ب- التبديل المستمر من نمط غير متكامل إلى آخر، حيث لكل نمط رؤيته الخاصة للذات، مما يؤدي إلى صورة ذاتية غير مستقرة.	
أ- نمط الطفل الغاضب والاندفاعي (للتعبير عن الغضب أو لتلبية الاحتياجات). ب- نمط المدافع المنفصل (لتهديئة الذات أو لاختراق حالة الملل والخواء).	4- الاندفاعية مثل: إنفاق المال و الجنس المتهور وتعاطي المخدرات و الأكل بنهم.
جميع الأنماط الأربعة.	5- السلوك الانتحاري المتكرر، أو الإيذاء، أو التهديدات، أو سلوك إيذاء النفس.
أ- افتراض وجود طبع بيولوجي شديد ومتقلب. ب- التبديل السريع بين الأنماط، ولكل نمط وجدانه وطبيعته المميزة.	6- عدم استقرار وجداني نتيجة لتفاعل شديد للمزاج (مثل: عسر مزاجي شديد ونوبات قلق)
نمط المدافع المنفصل. (قطع المشاعر والانفصال عن الآخرين يؤدي إلى مشاعر الفراغ).	7- شعور مزمن بالفراغ والملل والخواء.
نمط الطفل الغاضب.	8- غضب غير مناسب أو شديد
أي من الأنماط الأربعة (عندما تصبح المشاعر غير محتملة أو طاغية).	9- أفكار ارتياحية عابرة مرتبطة بالضغط النفسي أو أعراض ذهانية مؤقتة .

الجزء السابق من وصف العلاج بالمخططات لا يرجع الى مرجع واحد ولكن من خلال الاطلاع الى مراجع متنوعة ومن خلال الممارسة العلاجية للمعالج الراهن ،علي سبيل المثال (Jacob & Arntz,2023; Taylor, Bee & Haddock,2 2017;

Young, Klosko & Weishaar, 2003; Young & Gluhoski, 1996; Young, 1990)

ثانياً : التدخلات العلاجية لتعديل انماط المواجهة غير التكيفية

تهتم هذه المرحلة بتعديل المواجهة غير التكيفية لدى مريض الشخصية الحدية والتي يمكن ايجازها في التالي : الاستسلام المتوافق(1): يعبر عن مشاعر وتصرفات خاضعة، تنتقص من الذات، مع سماح سلبي للآخرين بإساءة معاملته من أجل التكيف مع الإحباط.

ووضع المدافع الحامي: يعبر عن انسحاب نفسي، وشعور بالفراغ وتبدل عاطفي من أجل التكيف مع الألم الناتج عن الضعف أو الهشاشة العاطفية. المنفصل المهدي للذات(2): يشير الي الانخراط القهري في أنشطة تمنحه شعوراً بالراحة أو الإلهاء عن المشاعر المؤلمة. المتعاطم (3): يعبر عن سلوكيات تنافسية، متعجرفة، واستغلالية لتلبية رغباته واحتياجاته، مع انخفاض مستوى التعاطف، ورغبة قوية في الإعجاب من الآخرين. المتنمر والمهاجم(4) : يعبر عن سلوكيات تلاعبية وسادية للمبالغة في التعويض عن احتمالية التعرض للإساءة، وتصرفات مؤذية تجاه الآخرين. (Taylor, Bee & Haddock, 2017).

ثالثاً: التدخلات العلاجية لتعديل انماط الوالد

تهتم هذه المرحلة بتعديل الأصوات الداخلية المأخوذة عن الوالدين، والتي غالباً ما تكون نقدية أو صارمة:

ينتقد ويعاقب الذات بقسوة.

1- الوالد العقابي ينتقد الذات ويعاقبها بقسوة .

2- الوالد المفرط في المطالب : يفرض معايير صارمة وتوقعات عالية.

رابعاً: مرحلة الاستقلالية وانهاء العلاج :

- 1- Compliant Surrender
- 2 Detached Self-Soother
- 3- Self-Aggrandizer
- 4- Bully and Attack

- 1- الإعداد التدريجي(1) : يبدأ المعالج بإعداد المريض مبكرًا لفكرة انتهاء العلاج، عادة قبل عدة جلسات، وتوضيح ان الهدف هو الاستقلالية وليس الاعتماد على المعالج .
 - 2- مراجعة الإنجازات: إعادة استعراض الأهداف التي تم تحقيقها والخطوات التي ساعدت المريض على التغيير، وتعزيز الاحساس بالكفاءة الذاتية .
 - 3- إعادة تأكيد العلاقة(2) (توضيح أن نهاية الجلسات لا تعني التخلي الانساني والاستمرار في التواصل الإنساني الدافئ لتقليل مخطط الهجر .
 - 4- إعداد خطة للتعامل مع الانتكاسة(3) وضع خطة مكتوبة لإدارة التحديات المستقبلية. و تحديد استراتيجيات المواجهة عند عودة المخططات السلبية .
 - 5- تقليل التكرار التدريجي للجلسات : تقليل عدد الجلسات تدريجيًا (مثلاً من أسبوعية إلى شهرية)
 - 6- التأكيد على دور البالغ السليم: تدريب المريض على تنشيط وضع البالغ السليم عند الشعور بالضعف و التذكير بأنه يمكنه رعاية الطفل الداخلي بنفسه .
 - 7- التوديع الرمزي : يمكن أن يشمل علي رسالة وداع علاجية يكتبها المريض أو المعالج .
والتحدث عن مشاعر الحزن أو الغضب المرتبطة بالعلاقة العلاجية، وطمأنة المريض أن هذه المشاعر طبيعية.
- دور المخططات غير التكيفية لمرضى الشخصية الحدية في الاديبيات السابقة**
- أظهرت الدراسات التي تناولت العلاقة بين إساءة معاملة الأطفال واضطراب الشخصية الحدية، أن أشكالاً مختلفة من سوء المعاملة في الطفولة ترتبط بهذا الاضطراب، مثل الإهمال الجسيم و الإساءة العاطفية و الجسدية أو الجنسية. (Lobbestael, Arntz, & Sieswerda, 2005; Allen, 2008; Sansone, Wiederman Monteith, 2010).

¹ - Gradual Preparation

² - Reaffirmation

³ - Relapse Prevention Plan

ووجدت هذه الدراسات أن مرضى اضطراب الشخصية الحدية يظهرون انتشارًا أعلى بكثير لجميع أنواع الإساءة في الطفولة مقارنةً بعينات غير سريرية وأخرى سريرية. علاوةً على ذلك، أظهرت دراسة تتبعية استمرت 10 سنوات أجراها Zanarini et al., (2006) على 290 مريضًا داخليًا باضطراب الشخصية الحدية (80.3% منهم نساء) أن عدم التعرض للإساءة الجنسية في الطفولة، إلى جانب عوامل أخرى مثل عدم وجود سجل لإدمان المواد المخدرة في الأسرة أو انخفاض مستوى العصابية، كان مؤشرًا على وقت أسرع للتعافي من اضطراب الشخصية الحدية. أما بالنسبة لتجارب الطفولة السلبية الأخرى، مثل التتمر، فلم يتم دراستها بقدر كبير مثل إساءة معاملة الأطفال. ومع ذلك، وجد كل من Sansone, Lam & Wiederman (2010) ارتباطات إيجابية ذات دلالة إحصائية بين التقارير الذاتية عن التعرض للتتمر في الطفولة وقياسين ذاتيين لاضطراب الشخصية الحدية في مرحلة البلوغ.

تشير هذه النتائج إلى أهمية تاريخ الإساءة في الطفولة، بما في ذلك الإساءة الجنسية، ليس فقط في نشأة اضطراب الشخصية الحدية ولكن أيضًا في مساره السريري. كما يبدو أن التجارب السلبية الأخرى، مثل التعرض للتتمر، ذات صلة كبيرة أيضًا بنشأة هذا الاضطراب. عند فحص نموذج "يونج" بشكل أكثر وضوحًا فيما يتعلق بالروابط بين تجارب الإساءة في الطفولة و المخططات المبكرة اللاتكيفية وأعراض اضطراب الشخصية الحدية وجد Arntz et al., (1999) أن النساء المصابات باضطراب الشخصية الحدية كنَّ ضحايا للإساءة الجنسية والجسدية والعاطفية أو الإهمال بنسبة (87%) بشكل أكبر مقارنةً بمجموعات الضابطة. ومع ذلك، كان تأثير الإساءة في الطفولة (خصوصًا الإساءة الجسدية، العاطفية، والجنسية) على نفسية مريضات اضطراب الشخصية الحدية يتوسطه الافتراضات المتعلقة بالاضطراب. كما ساهم الإهمال الوالدي بشكل مباشر في ظهور أعراض اضطراب الشخصية الحدية.

وجد كل من Specht, Chapman & Cellucci (2009) أن هناك علاقة وسيطة بين مجالات المخططات اللاتكيفية المتعلقة بالحرمان العاطفي والرفض وبين سوء المعاملة العامة في الطفولة (الإساءة الجسدية والعاطفية، ونقص الدعم العاطفي) وشدة اضطراب الشخصية الحدية لدى النساء السجينات.

كرّر كل من Carr & Francis (2009) نتائج دراسة Arntz et al., (1999) باستخدام عينة غير سريرية من طلاب الجامعات، مما اختبر "فرضية العلاقة الوسيطة" لدور المخططات اللاتكيفية واضطراب الشخصية الحدية. دعمت نتائج النموذج الذي يربط بين التجارب المُبلّغ عنها بأثر رجعي عن سوء المعاملة في الطفولة وبيئة الأسرة غير الفاعلة من جهة، وأعراض اضطراب الشخصية الحدية من جهة أخرى، من خلال معتقدات الشخصية واضطراباتها. قيست هذه المعتقدات باستخدام المقياس الفرعي لاضطراب الشخصية الحدية ضمن استبيانات متخصصة، والتي اعتبرت مؤشرات على المعتقدات والافتراضات الجوهرية غير الفاعلة المميزة لمرضى اضطراب الشخصية الحدية. وجد المؤلفون بشكل خاص أن الإساءة العاطفية في الطفولة كانت تنبئ بشكل فريد بأعراض اضطراب الشخصية الحدية عند التحكم في أشكال أخرى من سوء المعاملة في الطفولة وعوامل بيئة الأسرة.

تتوفر دراسة أخرى قام بها Kremers et al., (2007) دليلاً غير مباشر على أهمية العلاقة الوسيطة بين سوء المعاملة في الطفولة واضطراب الشخصية الحدية. قيّموا الصدمات الطفولية المُبلّغ عنها ذاتياً قبل وبعد 27 شهراً من العلاج المكثف باستخدام العلاج بالمخططات. وجدوا استقراراً كبيراً (ولكن ليس كاملاً) في عدد وطبيعة الأحداث المُبلّغ عنها.

تشير النتائج سالفة الذكر إلى أن المخططات اللاتكيفية المبكرة خصوصاً بسبب الإساءة في الطفولة تبدو شائعة جداً في عينات اضطراب الشخصية الحدية. بالإضافة إلى ذلك، كما ان العديد من المخططات المبكرة اللاتكيفية تتوسط العلاقة بين هذه التجارب وأعراض اضطراب الشخصية الحدية. يدعم ذلك أفكار "يونج" التي تشير إلى أن الاحتياجات غير الملباة في

مراحل الحياة المبكرة تؤدي إلى تطوير الافتراضات والمخططات السلبية اللاتكيفية والتي تساهم في ظهور واستمرار أعراض اضطراب الشخصية الحدية. ومع ذلك، وُجدت بعض التناقضات فيما يتعلق بنوع الإساءة المرتبطة باضطراب الشخصية الحدية. ارتبطت الإساءة العاطفية دائماً بأعراض الاضطراب، في حين لم تكن الإساءة الجنسية مرتبطة دائماً. وهذا يشير الاستغراب بالنظر إلى النتائج القوية للدراسة التتبعية التي أجراها Zanarini et al., (2006) والتي أظهرت علاقة قوية بين الإساءة الجنسية والنفسية المرتبطة باضطراب الشخصية الحدية، مما يتطلب المزيد من البحث حول العلاقة بين هذا النوع من الإساءة والمخططات اللاتكيفية المبكرة .

كفاءة العلاج بالمخططات لاضطراب الشخصية الحدية في الدراسات السابقة

تم تقييم فعالية العلاج بالمخططات لعلاج اضطراب الشخصية الحدية في أربع دراسات مهمة . تضمنت اثنتان من هذه الدراسات حالات فردية (Nordahl & Morrison, 2000 ; Nysaeter, 2005). ولذلك تُعد أضعف منهجياً. والدراسة الثالثة عبارة عن دراسة عشوائية مضبوطة تقييم تأثير ثمانية أشهر من العلاج بالمخططات إلى العلاج الجماعي المعتاد. (Farrell, Shaw & Webber, 2009). أما الدراسة الرابعة (Giesen-Bloo et al., 2016) فهي دراسة تصميم مجموعتين عشوائيتين تقارن بين العلاج بالمخططات والعلاج السلوكي المعرفي، والذي يهدف أيضاً إلى المساهمة في علاج اضطراب الشخصية الحدية. أعدت Morrison (2000) دراستها على عينة فردية اهتمت بالعلاج المعرفي قياسياً إلى جانب العلاج بالمخططات لحالة امرأة تبلغ من العمر 29 عاماً. لم يُستخدم الدراسة أي أداة تشخيصية ، مما أدى إلى غياب بيانات عن شدة أعراض الشخصية الحدية في البداية. وُصفت المريضة عند البداية بأنها تعاني من اكتئاب شديد وقلق ونوبات هلع وتدني تقدير الذات ودرجات عالية في 12 من أنماط المخططات الأولية ، باستثناء مخطط "الاستحقاق"⁽¹⁾. استمر العلاج على مدار 73 جلسة خلال 42 شهراً، مع ست جلسات متابعة

¹ - Entitlement

دورية كل أربعة أشهر، وانتهت الدراسة بنتائج اهمها انخفاض درجات القلق والاكتئاب بشكل كبير بحلول نهاية العلاج. في منتصف العلاج، انخفضت تكرارية وشدة الأفكار السلبية والخوف من الأماكن المفتوحة بنسبة 50%، ولكن النتائج النهائية لهذه الجوانب لم تُقاس. تم تقليل أنماط المخططات الأولية بشكل كبير في منتصف العلاج ونهايته وفي جلسات المتابعة، باستثناء مخطط الحرمان العاطفي¹ (ولم تُجر أي تحليلات إحصائية رسمية. استخدمت المريضة أدوية نفسية خلال أول 25 شهرًا، ولم يتم التحكم في تأثير الأدوية على التحسن. مع عدم وجود تحليلات رسمية أو ضوابط واضحة يجعل الأدلة المستخلصة من هذه الدراسة ضعيفة.

كانت دراسة كل من Nyaeter&Nordahl (2005) ذات التصميم القبلي والبعدى وتقييم المتابعة أقوى منهجياً من الدراسة السابقة، على الرغم من صغر حجم العينة وارتفاع معدل التعايش مع اضطرابات أخرى (مثل الاكتئاب، واضطراب الأكل، واضطراب الشخصية التجنبية) شملت الدراسة علي 6 مريضات يعانين من اضطراب الشخصية الحدية، استمر تقييم القلق والاكتئاب لمدة 10 أشهر قبل العلاج. تم قياس الضيق النفسي المدرك والعلاقات الشخصية والاجتماعية والاكتئاب والقلق. تم قياس هذه المتغيرات قبل العلاج، في الجلسة 20 والجلسة 40 وبعد العلاج، وبعد 12 شهرًا من المتابعة. قام معالج واحد فقط بإجراء العلاج والتقييمات، مما قد يؤدي إلى تحيز في النتائج. تضمن العلاج جلسات أسبوعية من العلاج بالمخططات كما وصفها Young et al., (2003) استمرت فترة العلاج بمتوسط 22 شهرًا (تراوح بين 18 إلى 36 شهرًا). لم يُسمح باستخدام الأدوية النفسية خلال فترة العلاج. عند المتابعة، أظهرت جميع المريضات تحسناً في المتغيرات الستة. كان حجم التأثير كبيراً لخمس مريضات وصغيراً لمريضة واحدة فقط، وهي الوحيدة التي انتكست خلال فترة المتابعة، بينما حافظت المريضات الأخريات على التحسن. ثلاث مريضات لم يعدن يستوفين جميع معايير DSM-IV لتشخيص اضطراب الشخصية الحدية. على الرغم من

¹ - Emotional Deprivation

التحسن، استمرت جميع المريضات في إظهار درجة معينة من الاضطراب العام وبعض أعراض الشخصية الحدية عند المتابعة.

قدم دراسة Giesen-Bloo et al., (2016) حتى الآن أقوى دليل على فعالية العلاج بالمخططات لعلاج اضطراب الشخصية الحدية. تألفت العينة من 86 مريضاً خارجياً مصاباً باضطراب الشخصية الحدية من أربعة مراكز صحية. كانت نسبة السيدات 90%. تم تقييم شدة أعراض الشخصية الحدية قبل بداية العلاج وكل ثلاثة أشهر بعد ذلك. تم قياس جودة الحياة و شدة الأمراض النفسية العامة. وجاء وصف

النتائج بعد ثلاث سنوات من العلاج بالمخططات أن العينة اظهرت تحسن كبير في جودة الحياة وانخفاضاً في أعراض الشخصية الحدية والامراض النفسية العامة التي تم قياسها مثل الاكتئاب والقلق. كما اظهرت النتائج فروقا واضحة في انخفاض الاندفاعية وتحسين الهوية واضطراباتها و تقليل الخوف من الهجر. وفروق في التفكير أو السلوك الانتحاري (الحقيقي أو المحتمل) وتحسين جودة العلاقات.

بالإضافة إلى ذلك، وجد كل من Sieswerda, Arntz & Kindt (2017) أن مستوى اليقظة المفرطة تجاه المؤثرات العاطفية السلبية انخفضت عند المرضى الذين تعافوا بعد ثلاث سنوات، في حين أن المرضى الذين استمرت لديهم مستويات مرتفعة من سمات اضطراب الشخصية الحدية أظهروا يقظة مفرطة عالية بعد ثلاث سنوات. تشير هذه النتيجة إلى تغييرات جوهرية في العمليات المعرفية ، مما قد يضمن تأثيرات علاجية طويلة الأمد. كما أجرى Nadort et al., (2019) تجربة عشوائية مضبوطة للعلاج بالمخططات لاضطراب الشخصية الحدية، حيث تم تقسيم المشاركين إلى مجموعتين: مجموعة واحدة تتيح الوصول إلى المعالج عبر المكالمات الهاتفية خارج الجلسات، والأخرى لم يتم منحها هذا الوصول. تم تعيين 62 مشاركاً بشكل عشوائي لكل مجموعة، وتم توفير العلاج لمدة 18 شهراً، بواقع جلستين أسبوعياً خلال السنة الأولى، وجلسة واحدة أسبوعياً خلال الستة أشهر الأخيرة من العلاج. تم استبعاد المشاركين الذين يعانون من اضطراب ثنائي القطب واضطراب

الشخصية المعادي للمجتمع والاضطرابات الذهانية واضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط والإعاقة العقلية وأي اضطراب نفسي آخر ناتج عن حالة طبية. بقي 79% من المشاركين في العلاج حتى نهاية المدة المحددة، ونجح مشارك واحد في إنهاء العلاج بنجاح خلال 12 شهرًا من بدء العلاج. لم يتم ملاحظة فروق كبيرة بين المجموعتين من حيث النتائج. أظهرت فعالية العلاج بالمخططات نتائج مشابهة لتلك التي وردت في دراسة Giesen-Bloo, (2016).

بينما اهتم كل من (Shaw & Farrell (2012 بتوثيق طريقة علاج جماعي بالمخططات لاضطراب الشخصية الحدية وأجريا أول تجربة عشوائية مضبوطة للعلاج الجماعي بالمخططات. شملت الدراسة 32 امرأة تم تشخيصهن باضطراب الشخصية الحدية تتراوح أعمارهن بين 18 و65 عامًا، مع تاريخ من محاولات الانتحار والسلوكيات المؤذية للذات خلال عامين قبل التقييم. استمر العلاج الجماعي لمدة 30 جلسة أسبوعية مدة كل منها 90 دقيقة على مدار ثمانية أشهر، مع متابعة بعد العلاج لمدة ستة أشهر. تم استبعاد المشاركات اللواتي لديهن معدل ذكاء أقل من المتوسط أو اضطراب ذهاني. أظهرت النتائج في المجموعة التجريبية انخفاضات ذات دلالة إحصائية مقارنة بالخط الأساسي في غضون شهرين إلى ثلاثة أشهر من العلاج على مقاييس الكراهية الذاتية والوحدة والفراغ والاندفاع والإيذاء الذاتي. المجموعة التجريبية أظهرت انخفاضًا كبيرًا في أعراض اضطراب الشخصية الحدية وشدتها. بعد العلاج ، أكد الباحثان أن العلاج بالمخططات يمكن أن يؤدي إلى تحسينات ذات دلالة إحصائية في الجوانب العاطفية والمعرفية والاندفاعية والتفاعلية لاضطراب الشخصية الحدية، حتى بعد انتهاء العلاج.

الخلاصة

أظهر العلاج بالمخططات لاضطراب الشخصية الحدية معدلات احتفاظ عالية ونجاحًا في تقليل "الخلل النفسي العام" مع انخفاض ملحوظ في جميع أعراض اضطراب الشخصية

الحدية والسمات المرتبطة به. والأهم من ذلك، أدى العلاج بالمخططات إلى تحسين جودة الحياة للمرضى بعد العلاج، وأثبتت فعاليته في العلاج الفردي والجماعي على حدٍ سواء.

فروض الدراسة:

- 1- يوجد ارتباط بين المخططات اللاتكيفية المبكرة و اعراض اضطراب الشخصية الحدية.
- 2- يوجد فروق دالة بين اداء عينة مريضات الشخصية الحدية واداء العينة الضابطة في كل من مقياس صورة الذات ومقياس المخططات اللاتكيفية المبكرة ومقياس اضطراب الشخصية الحدية .
- 3- يوجد فروق بين اداء عينة مريضات الشخصية الحدية قبل البرنامج العلاجي وبعد البرنامج في كل من مقياس المخططات اللاتكيفية المبكرة ومقياس صورة الذات ومقياس اضطراب الشخصية الحدية.
- 4- لا توجد فروق بين التطبيق البعدي والتطبيق في فترة المتابعة (بعد شهر ونصف من انتهاء العلاج) في كل من مقياس المخططات اللاتكيفية المبكرة ومقياس صورة الذات ومقياس اضطراب الشخصية الحدية .

التصميم البحثي للدراسة :

اولاً : منهج الدراسة: تتبع الدراسة الحالية المنهج شبه التجريبي، ويمثل العلاج بالمخططات المتغير المستقل، أما المتغير التابع هو التحسن الناتج عن البرنامج العلاجي، والمتمثل في صورة الذات والمخططات اللاتكيفية المبكرة وسمات الشخصية الحدية.

ثانياً : عينة الدراسة : اجريت التجربة في الدراسة الراهنة على عينة تم تقسيمهم كالتالي:

أ- مجموعة الدراسة الاستطلاعية : تم تطبيق المقاييس المستخدمة في الدراسة الحالية للتأكد من الكفاءة السيكومترية علي عينة قومها(30). العينة من الإناث المصابات باضطراب الشخصية الحدية، بمتوسط عمري بلغ 23.6 سنة، وجميعهن إما من خريجات الجامعات أو ما زلن في مرحلة التعليم الجامعي."

ب- المجموعة التجريبية وقوامها (6) مريضات باضطراب الشخصية الحدية تليقن برنامجاً علاجياً باستخدام العلاج بالمخططات .

ج- العينة الضابطة وقومها (6) ولم يخضعن للعلاج .

محكات اختيار العينة : تم تحديد عدد من المحكات، وذلك لإحداث أكبر قدر ممكن من الضبط التجريبي، ولتجنب تأثير المتغيرات الدخيلة والتي يمكن ان تؤثر علي نتائج التجربة، او تتداخل مع مؤشرات التحسن وهي كالتالي :

1- العمر: يتراوح متوسط العينة الكلية 24.34 وكان المدى العمري من 22: 26

2- مستوى التعليم : العينة جميعها من المؤهلات العليا وبعضهن في مرحلة التعليم الجامعي .

3- المستوى الاقتصادي والاجتماعي: روعي قدر الامكان تكون العينة من المستوي المتوسط، وأن يكن من سكان الحضر .

4- التشخيص : تم تشخيص العينة من خلال تشخيص بعض الاطباء النفسيين - اثناء علاجهم قبل بداية البرنامج - ومن خلال المقابلة الاكلينية المعالج الراهن وذلك في الجلسة التشخيصية الاولى، وايضا من خلال مقياس الشخصية الحدية المستخدم في الدراسة الراهنة.

ثالثاً : وصف ادوات الدراسة :

1- مقياس الشخصية الحدية

خطوات بناء مقياس اضطراب الشخصية الحدية

1- تحديد الإطار النظري للمقياس من خلال مراجعة الأدبيات السابقة حول اضطراب الشخصية الحدية والاعتماد علي المعايير التشخيصية للدليل التشخيصي والاحصائي للاضطرابات النفسية الاصدار الخامس، لتحديد الأبعاد الأساسية للاضطراب مثل: عدم استقرار العلاقات واضطراب صورة الذات والاندفاعية وتقلب المزاج و السلوك

الانتحاري والاحساس بالفراغ الداخلي وسرعة الغضب واعراض شبه ذهانية عابرة.

2- أهداف بناء المقياس : يهدف هذا المقياس إلى:

أ- تطوير أداة سيكومترية لقياس اضطراب الشخصية الحدية تعتمد على الأسس النظرية والمعايير التشخيصية الحديثة. (DSM-5-ICB-11)

ب- تشخيص وتحديد شدة الأعراض المرتبطة باضطراب الشخصية الحدية لدى الأفراد في البيئة العربية.

ج- الكشف المبكر عن الأعراض المرتبطة بالاضطراب، بما يساعد في التدخل العلاجي والوقاية من المضاعفات السلوكية والانفعالية.

د- توفير أداة قياس معيارية يمكن الاعتماد عليها في الدراسات النفسية والإكلينيكية.

هـ- تحديد العلاقة بين صورة الذات واضطراب الشخصية الحدية بشكل كمي ومنهجي.

و- متابعة التغيرات العلاجية وتقدير فاعلية البرامج العلاجية مثل العلاج بالمخططات .
إعداد البنود الأولية:

تم صياغة البنود (90) بندا مع مراعاة أن تكون البنود واضحة ومباشرة ومناسبة لمستوى العينة، وتغطي جميع الاعراض التي ذُكرت في الادبيات السابقة، وقد تم الاعتماد علي "مقياس ليكرت" الخماسي في تصحيح البنود.

الكفاءة السيكومترية للمقياس

أ- حساب التجانس

تم قياس التجانس كخطوه مهمه لحساب مدى تماسك بنود المقياس والسمات الفرعية، وجاءت نتيجة القياس بطرية حساب الارتباط المستقيم لبيرسون بين الدرجة الكلية والسمات الفرعية كالتالي :

جدول رقم (2) يوضح معاملات الارتباط المستقيم بين السمات الفرعية والدرجة الكلية للمقياس على مريضات الشخصية الحدية (ن=30)

اعراض فصامية عابرة	جذب الانتباه	مشاعر مزمنة من الملل	عدم الاستقرار الوجداني	الانتحار وتشوه الذات	الاندفاعية	اضطراب الهوية	الخوف من الهجر	عدم الاستقرار في العلاقات	المجموع الكلي
219	**0.619	0*410	*.426	**0.598	**0.601	*0.501	*0.412	**0.591	

أشار الجدول السابق الي ان جميع معاملات الارتباط بين الدرجة الكلية للمقياس والمقاييس الفرعية دالة فيما عدا مقياس الاعراض الفصامية العابرة .

ب- الثبات : تم حساب الثبات للمقياس بطريقتي اعادة الاختبار بفاصل زمني 3 اسابيع وطريقة "الفا كرونباخ" وجاءت المعاملات كالتالي :

جدول رقم (3) يوضح معاملات الثبات بطريقتي اعادة الاختبار واسلوب الفا كرونباخ علي عينة مريضات الشخصية الحدية (ن = 30)

سمات الشخصية الحدية	طريقة اعادة الاختبار	اسلوب الفا كرونباخ
1- عدم الاستقرار في العلاقات الشخصية	0.634	0.701
2- الخوف من الهجر	0.529	0.569
3- اضطراب الهوية وعدم الاستقرار في صورة الجسم	0.601	0.564
4-الاندفاعية	0.546	0.649
5- الانتحار وتشوه الذات	0.721	0.711
6- عدم الاستقرار الوجداني	0.549	0.512

والانفعالي

0.610	0.638	7- مشاعر مزمنة من الملل والخواء
0.547	0.612	8- جذب الانتباه
0.624	0.501	9- اعراض فصامية عابرة
0.549	0.634	المجموع الكلي

أوضح الجدول السابق معاملات ثبات مقبولة لجميع سمات الشخصية الحدية، غير أن بعض المعاملات جاءت منخفضة لبعض السمات مثل الخوف من الهجر وعدم الاستقرار الوجداني وربما تكون نتيجة منطقية نظرا لان هذه السمات بطبيعتها غير مستقرة لدى مريضات الشخصية الحدية.

ج- حساب الصدق

الصدق التلازمي : اعتمد الباحث في حسابه علي التعلق بمحك خارجي من خلال حساب الارتباط بين المقياس الحالي ومقياس كل من هالة خير سنارى وهدى احمد خلف وهبه سليم احمد (2020) والمقياس مكون من 97 عبارة وقد اعتمد لأنه يتمتع بمستويات عالية من الثبات والصدق.(هالة خير وهدى احمد و هبه سليم، 2020). وجاءت نتائج الارتباط المستقيم بين الدرجة الكلية للمقياسين 0.726 وهي درجة مقبولة تطمئن الباحث من صدق المقياس الحالي .

2- مقياس المخططات اللاتكيفية المبكرة

قام الباحث بإعداد قائمة المخططات المبكرة اللاتكيفية طبقاً على ما أشار إليه " يونج " حول نوعية وطبيعة المخططات ، حيث أشار " يونج " على أنها عملية تفكير آلية وتلقائية يفكر بها الفرد ويتصرف من خلال الجوانب المتعددة التي شكلت المخطط، وهي

عبارة عن التنشئة الوالدية والأعراف الاجتماعية ، وهذه المخططات تعبر عن شكل من أشكال اللاتكيف وعدم التوافق ، وتم بناء القائمة على خمس مجالات أساسية ويندرج تحتها 18 مخطط فرعي. تتكون القائمة من 94 بنداً تم تقسيمهم على المجالات الخمسة للمخططات اللاتكيفية كالتالي:

جدول (4) يوضح تقسيم بنود القائمة على المجالات الخمسة

المجموع	مجال اليقظة والكبت	مجال توجيه الآخرين	مجال النطاق المعطة	مجال الاستقلال والحكم الذاتي	مجال الانفصال والرفض
94	20	16	10	21	27

الكفاءة السيكومترية للمقياس:

1- ثبات المقياس

أ- التحقق من تجانس المقياس :

تم التأكد من تجانس القائمة كخطوة أولية لحساب الكفاءة السيكومترية للقائمة من خلال قياس الارتباط الخطي المستقيم " لبيرسون " بين الدرجة الكلية للقائمة ودرجة كل مجال وذلك على عينة من مريضات الشخصية الحدية قوما (30) وكان الارتباط كالتالي :

جدول رقم (5) يوضح نتائج الارتباط المستقيم لبيرسون بين الدرجة الكلية للقائمة والمجالات الخمسة علي عينة من مريضات الشخصية الحدية (ن = 30)

مجال الانفصال والرفض	مجال الاستقلال والحكم الذاتي	مجال الحدود المختلفة	مجال توجيه الآخرين	مجال اليقظة والكبت
-------------------------	---------------------------------	-------------------------	-----------------------	-----------------------

تقييم كفاءة العلاج بالمخططات في إعادة بناء صورة الذات وتخفيف حدة السمات الحدية والمخططات اللاتكيفية

الدرجة الكلية للمخططات *0.704 ** 0.602 ** 0.682 * 0.410 * 0.483

** دال احصائياً عند مستوي 0.01 * دال احصائياً عند مستوي 0.05

ب- الثبات : تم حساب الثبات بطريقة الفاكرونباخ ، وفيما يلي درجات الثبات للقائمة .

جدول رقم (6) يوضح معاملات الثبات بطريقتي الفاكرونباخ والتجزئة النصفية لمقياس المخططات اللاتكيفية علي عينة من مريضات الشخصية الحدية (ن = 30)

المخططات الفرعية والمجالات الخمسة	1- مجال الانفصال / الرفض	مخطط التخلي وعدم الاستقرار	مخطط عدم الثقة وسوء المعاملة	مخطط الحرمان العاطفي	مخطط العيب/ عار	مخطط العزلة الاجتماعية / الاغتراب	2- مجال الاستقلال والحكم الذاتي	مخطط التبعية وعدم الكفاءة	مخطط التعرض للأذى/ المرض المتطورة	مخطط الذات غير المتطورة	مخطط الفشل
الفا كرونباخ	0.564	0.604	0.549	0.611	0.634	0.611	0.586	0.609	0.611	0.598	0.615
3- مجال الحدود المختلفة	مخطط الاستحقاق / العظمة	مخطط عدم كفاية ضبط النفس	4 مجال توجيه الآخرين	مخطط الخضوع بالذات	مخطط التضحية بالذات	مخطط الموافقة / الاعتراف	5- مجال اليقظة / الكبت / التشاؤم	مخطط الكبت العاطفي	مخطط الغلو في المعايير	مخطط العقاب	0.557
	0.518	0.601	0.565	0.533	0.512	0.578	0.611	0.543	0.588	0.598	0.645

تشير جميع معاملات الثبات إلى أن القائمة تعبر عن معاملات ثبات مناسبة ويمكن الاعتماد عليها .

ج- معاملات الصدق لمقياس المخططات اللاتكيفية المبكرة:

صدق التعلق بمحك خارجي :

وتم قياس هذا النوع من الصدق من خلال حساب الارتباط بين القائمة الحالية والنسخة المختصرة لقائمة " يونج " ، والتي تحتوي على (18) مخططاً لا تكيفياً ، صنفت تحت خمس مجالات طبقاً للحاجات التي لم يتم إشباعها أثناء مرحلة الطفولة ، وكانت النسخة الأصلية التي وضعها Young (1990) تتكون من 205 مفردة تقيس 18

مخططاً ، ثم اختصرت لتظهر الصورة المختصرة من المقياس⁽¹⁾ وتتكون من خمس وسبعون مفردة ، وتقيس خمسة عشر مخططاً بواقع خمس مفردات لكل مخطط ، وقد تم الاعتماد على هذه النسخة في حساب صدق التعلق بمحك خارجي ، تم ترجمة النسخة الأجنبية من خلال محمد عبد الرحمن ومحمد سعفان 2014 وتم حساب الخصائص السيكومترية على عينات إكلينيكية وغير إكلينيكية ، وكانت معامل ثبات الفا كرونباخ 0.60 ، كما تحقق الباحثان من الصدق عن طريق الصدق العاملي . (ايمان عطية جريش ، 2017).

واستخدمت النسخة المختصرة في الدراسة الحالية كمحك لصدق القائمة التي استخدمت في الدراسة وكانت معاملات الارتباط كالتالي:

جدول رقم (7) يوضح معاملات الارتباط بين النسخة المختصرة لمقياس " يونج " والمقياس المستخدم في الدراسة علي عينة من مريضات الشخصية الحدية باستخدام الارتباط المستقيم لبيرسون (ن=30)

المخطط الفرعي	معامل الارتباط	المخطط الفرعي	معامل الارتباط
مخطط التغلي وعدم الاستقرار (AI)	*0.498	مخطط الاستحقاق والعظمة (EG)	*0.477
مخطط عدم الثقة وسوء المعاملة (MA)	*0.436	مخطط ضبط بالنفس (ISC)	*0.491
مخطط الحرمان العاطفي (ED)	*0.488	مخطط الخضوع (S)	*0.438
مخطط العيب/العار (DS)	**0.598	مخطط التضحية بالذات (SS)	*0.483
مخطط العزلة الاجتماعية/ الاغتراب (SA)	**0.612	مخطط الموافقة/ الاعتراف (AR)	**0.581
مخطط التبعية وعدم الكفاءة (DA)	*0.476	مخطط السلبية/التشاؤم (NP)	*0.469
مخطط التعرض للأذى والمرض)	*0.416	مخطط الكبت العاطفي (EI)	*0.458

1-The Early Maladaptive Questionnaire – Short Form (EMSQ – SE)

تقييم كفاءة العلاج بالمخططات في إعادة بناء صورة الذات وتخفيف حدة السمات الحدية والمخططات اللاتكيفية

المخطط الفرعي	معامل الارتباط	المخطط الفرعي	معامل الارتباط
(VHI)			
مخطط الذات غير المتطورة (US)	*0.439	مخطط الغلوف في المعايير (US)	**0.612
مخطط الفشل (F)	*0.487	مخطط العقاب (P)	*0.501

يشير الجدول إلى معاملات ارتباط مناسبة بين النسخة المختصرة " يونج " وبين المقياس المستخدم في الدراسة الحالية.

2- مقياس صورة الذات :

تم تقسيم المقياس إلى أربعة مقاييس فرعية: صورة الذات الجسمية تتكون من 10 بنود وصورة الذات الانفعالية تتكون من 10 بنود وصورة الذات الاجتماعية تتكون من 10 بنود وصورة الذات العقلية تتكون من 10 بنود .

الكفاءة السيكومترية للمقياس :

أ- حساب الثبات : تم حساب الثبات بطريقة " الفاكرونباخ " وطريقة التجزئة التصفية وكانت معاملات الثبات مرضية ومناسبة وكانت كالتالي :

جدول رقم (8) يوضح معاملات الثبات لمقياس صورة الذات باستخدام معامل الفاكرونباخ ومعامل التجزئة النصفية علي عينة من مريضات الشخصية الحدية (ن = 30)

المقاييس الفرعية	الفاكرونباخ	التجزئة التصفية
صورة الذات الجسمية	0.575	0.589
صورة الذات الانفعالية	0.498	0.502
صورة الذات الاجتماعية	0.561	0.578
صورة الذات العقلية	0.525	0.541
الدرجة الكلية للمقياس	0.543	0.559

تشير كل معاملات ثبات المقياس إلى مستويات مقبولة ويمكن الاعتماد عليه .

ب- حساب صدق المقياس :

حساب صدق التعلق بمحك خارجي : تم حساب الارتباط المستقيم بين مقياس صورة الجسم لمقياس (ناصر محمد نوفل 2016). تم انتقاء هذا المقياس بعد الاطلاع على العديد من المقاييس المستخدمة لنفس الغرض ، وذلك لمدى توافقه مع التصور النظري للمقياس المستخدم في الدراسة الحالية ، حيث أن المقياس المستخدم لقياس التعلق بمحك خارجي مستخدم على المعاقين بصرياً وتعتبر هذه العينة من أهم العينات التي تعاني من التشوه لصورة الذات ، وقد أعد صاحب المقياس " ناصر محمد نوفل " كل أساليب التحقق من الكفاءة السيكومترية للمقياس .

ويوضح الجدول التالي معاملات الارتباط المستقيم بين مقياس صورة الجسم المستخدم في الدراسة ومقياس صورة الجسم لناصر محمد نوفل 2016 .

جدول رقم (9) يوضح معاملات الارتباط بين مقياسي صورة الذات المستخدم في الدراسة الحالية ومقياس صورة الجسم باستخدام الارتباط المستقيم لبيرسون علي عينة من مريضات الشخصية الحدية (ن = 30)

المقاييس الفرعية	معاملات الارتباط
صورة الذات الجسمية	**0.606
صورة الذات الانفعالية	*0.401
صورة الذات الاجتماعية	**0.633
صورة الذات العقلية	*0.439
المقياس الكلي	**0.528

تشير معاملات الارتباط إلى أن جميع الارتباطات دالة مما يؤكد امكانية الاعتماد على المقياس .

رابعاً: ملخص للخطوات العلاجية والأهداف العلاجية للبرنامج :

جدول رقم (10) يلخص الخطوات العلاجية للبرنامج

المرحلة	الوصف
1- التقييم والتثقيف النفسي	التعرف على المخططات المبكرة اللاتكيفية وأنماط المواجهة، وأنماط الشخصية اللحظية. وتوعية المريضة بكيفية تأثير هذه الأنماط على حياتها الحالية.
2- بناء التحالف العلاجي	إنشاء علاقة علاجية آمنة توفر تجربة تصحيحية، تشجع المريضة على الانفتاح واستكشاف مشاعرها.
3- العمل العاطفي والتصحيحي	استخدام تقنيات مثل التخيل الموجه ⁽¹⁾ ولعب الأدوار لتصحيح الخبرات المبكرة المؤلمة وإشباع الاحتياجات الانفعالية غير الملباة.
4- إعادة الهيكلة المعرفية	تحدي الأفكار غير المنطقية المرتبطة بالمخططات وتطوير استجابات معرفية أكثر تكيفًا.
5- تعزيز نمط البالغ السليم	تقوية البالغ السليم ليقود السلوك والتفكير ويوفر الحماية للطفل الداخلي .
6- تعميم المهارات وثبات التغيير	مساعدة المريضة على تطبيق المهارات المكتسبة في حياتها اليومية والحفاظ على الاستقرار بعد انتهاء العلاج.

جدول رقم (11) يلخص أهم الأهداف العلاجية للبرنامج

الهدف	الوصف
تعديل المخططات المبكرة اللاتكيفية	تقليل قوة المخططات وتأثيرها السلبي على التفكير والمشاعر والسلوك.
تعزيز نمط البالغ السليم	تمكين المريضة من الاعتماد على ذاتها السليمة لتوجيه قراراتها وبناء حدود صحية.
تحسين تنظيم الانفعالات	تخفيض الاندفاعية، والسيطرة على نوبات الغضب، وتقليل

¹Imagery Rescripting

تقلبات المزاج.	
تعليم استراتيجيات تكيفية مثل التواصل الفعال، وطلب الدعم، وحل المشكلات.	استبدال أنماط المواجهة غير الصحية
زيادة الشعور بالقيمة الذاتية والقدرة على بناء علاقات متوازنة ومستقرة.	تحسين صورة الذات
خفض السلوكيات الانتحارية، الإيذاء الذاتي، والتصرفات المهورة.	تقليل الأعراض السلوكية المؤذية

خامساً : الحدود الزمانية والمكانية للبرنامج :

الحدود الزمانية

تم تطبيق البرنامج العلاجي خلال فترة زمنية استمرت حوالي 3 سنوات تقريباً، وقد استخدم العلاج بالمخططات على 14 مريضة من مريضات اضطراب الشخصية الحدية ، ونتيجة التسرب في اول الجلسات او منتصف الجلسة انتهى تطبيق البرنامج على 6 مريضات فقط . وكانت الجلسات بواقع جلسة علاجية أسبوعياً لكل مريضة. بدأت الجلسات في شهر (مايو 2022) وانتهت في شهر (ابريل 2025)، مما أتاح فترة كافية لمتابعة التحسن في السمات المستهدفة وملاحظة مدى ثبات التغيرات السلوكية والانفعالية على المدى المتوسط .

ب- الحدود المكانية

أجري البرنامج العلاجي في (المركز الخاص بالباحث الراهن حيث توفرت بيئة علاجية آمنة وملائمة لتطبيق جلسات العلاج بالمخططات الفردية، وضمان الخصوصية والدعم النفسي للمشاركات).

عرض النتائج:

1- ينص الفرض الاول على : يوجد ارتباط ايجابي دال بين المخططات اللاتكيفية المبكرة ومقياس صورة الذات مع اعراض اضطراب الشخصية الحدية.

جدول رقم (12) يوضح مستوى الارتباط بين المخططات اللاتكيفية المبكرة ومقاييس اضطرابات الشخصية الحدية باستخدام معامل الارتباط المستقيم لبيرسون على مريضات الشخصية الحدية (ن = 30)

سمات الشخصية الكدية	مجال	الانفصال والرفض	مجال	الاستقلالية	مجال	النطاق المعطلة	مجال	توجيه الآخرين	مجال	اليقظة والكبت	المجموع الكلي
عدم الاستقرار	الخوف من الهجر	اضطراب الهوية	الاندفاعية	الانتحار وتشوه صورة الذات	عدم الاستقرار الوجداني	الملل والخواء	جذب الانتباه	اعراض فصامية	المجموع الكلي		
**601	**702	210	103	166	**644	**705	*388	*356	**658		
154	*487	125	*487	*455	**645	**687	*320	125	**549		
**640	**793	**651	**633	**711	**576	*401	*389	*410	*411		
121	*412	**588	**691	**587	**510	**548	*371	*311	*391		
*410	*378	**610	*412	*402	*389	201	*342	**624	*367		
*433	**501	**582	*511	*411	**544	*581	*388	*422	*375		

أشار الجدول السابق الى ان معظم مجالات المخططات اللاتكيفية المبكرة لها ارتباط دال مع معظم سمات الشخصية الحدية والتي تقاس من خلال مقياس الشخصية الحدية المستخدم في الدراسة، فيما عدا بعض الارتباطات على سبيل المثال عدم وجود ارتباط بين مجال الانفصال والرفض مع بعض سمات الشخصية الحدية مثل اضطراب الهوية والاندفاعية والانتحار وتشوه صورة الذات ، وايضا لا يوجد ارتباط بين مجال الاستقلالية واضطراب الهوية. ولا يوجد ارتباط بين مجال توجيه الآخرين وسمة عدم الاستقرار .

جدول رقم (13) يوضح معاملات الارتباط المستقيم لبيرسون بين مقياس صورة الذات ومقياس اضطراب الشخصية الحدية علي مريضات الشخصية الحدية (ن=30)

سمات الشخصية الحدية	عدم الاستقرار	الخوف من الهجر	اضطراب الهوية	الاندفاعية	الانتحار وتشوه صورة الذات	عدم الاستقرار الوجداني	الملل والخواء	جذب الانتباه	اعراض فصامية	المجموع الكلي
صورة الذات الجسمية	**587	**559	348*	**612	**579	**534	210	*340	189	**598
صورة الذات الانفعالية	**610	*387	*387	*598	*395	*398	**549	201	*321	*449
صورة الذات العقلية	*423	210	*401	**519	*498	*423	*431	*328	*448	*411
المجموع الكلي	*431	*376	*382	*432	*416	**532	*421	*380	*419	*401

أشار الجدول السابق الي أن هناك ارتباط دال بين معظم سمات مقياس تشوهات صورة الذات وسمات الشخصية الحدية

2- ينص الفرض الثاني على : يوجد فروق دالة بين اداء عينة مريضات الشخصية الحدية واداء العينة الضابطة علي مقياس صورة الذات ومقياس المخططات اللاتكيفية المبكرة ومقياس اضطراب الشخصية الحدية .

جدول رقم (14) يوضح الفروق بين مريضات الشخصية الحدية والعينة الضابطة علي

مقياس صورة الذات باستخدام اختبار "مان - ويتنى" (ن = 12)

مستوى الدلالة	قيمة z	العينة الضابطة		العينة التجريبية		المقاييس الفرعية لمقياس صورة الذات
		المتوسط	الانحراف	المتوسط	الانحراف	
0.01	2.98-	2.60	24.33	5.29	41.00	صورة الذات الجسمية
0.01	2.51-	2.31	27.23	10.91	43.17	صورة الذات الانفعالية
0.05	3.01-	3.46	24.500	4.01	38.21	صدرة الذات الاجتماعية
غيردال	1.01-	4.60	31.01	5.00	36.66	صورة الذات العقلية
0.05	2.93-	4.91	118.66	15.00	160.16	مجموع المقياس

يوضح الجدول السابق أن هناك فروق دالة عند مستوى 0.05 لمقياس صورة الذات بين العينة الضابطة وعينة مريضات الشخصية الحدية، والفرق جميعها لصالح مريضات الشخصية الحدية فيما عدا مقياس صورة الذات العقلية.

جدول رقم (15) يوضح الفروق بين مريضات الشخصية الحدية والعينة الضابطة على قائمة المخططات اللاتكيفية المبكرة باستخدام اختبار "مان - ويتنى" (ن = 12)

مستوى الدلالة	قيمة z	العينة الضابطة		العينة التجريبية		المخططات اللاتكيفية
		الانحراف	المتوسط	الانحراف	المتوسط	
0.01	2.903-	1.50	11.50	3.27	26.33	التخلي وعدم الاستقرار
0.01	2.913-	0.983	8.00	3.03	16.83	عدم الثقة وسوء المعاملة
غير دال	1.457-	2.06	19.06	6.72	24.00	الحرمان العاطفي
0.05	2.173-	1.64	15.73	5.11	23.500	عيب - العار
0.05	2.731-	2.07	11.66	3.92	18.500	العزلة الاجتماعية
0.01	2.817-	1.36	13.50	3.39	22.33	التبعية وعدم الكفاءة
0.05	2.772-	2.09	12.66	2.16	18.50	التعرض للأذى / المرضي
غير دال	1.737-	1.26	10.66	5.57	12.05	الذات غير المتطورة
0.01	2.851-	2.16	12.51	5.32	24.66	الفشل
غير دال	1.501-	1.26	13.33	4.36	12.00	الاستحقاق والعظمة
0.05	2.321-	4.94	10.50	4.59	18.16	عدم كفاية ضبط النفس
غير دال	1.031-	0.801	11.16	1.32	13.66	الخنوع
غير دال	1.117-	1.21	12.33	4.32	14.50	التضحية بالذات
غير دال	1.012-	1.50	12.60	3.21	14.51	الموافقة / الاعتراف
0.01	2.853	1.41	10.01	1.160	22.16	السلبية والتشاؤم
غير دال	1.131-	0.816	12.66	2.09	14.01	الكبت العاطفي
0.01	2.912	1.41	13.00	1.48	23.35	الغلو في المعايير

العقاب	13.66	3.66	13.16	1.06	1.015	غير دال
--------	-------	------	-------	------	-------	---------

أشار الجدول السابق الى الفروق بين العينة التجريبية والعينة الضابطة على مقياس المخططات اللاتكيفية المبكرة ، وأشارت النتائج لاختبار "مان ويتني" لدلالة الفروق ان هناك فروقاً دالة بين العينتين في معظم المخططات فيما عدا مخطط الحرمان العاطفي ومخطط الذات غير المتطورة ومخطط الاستحقاق والعظمة و مخطط السلبية والتشاؤم ومخطط الغول في المعايير .

جدول رقم (16) يوضح الفروق بين العينة الضابطة والعينة التجريبية في مجالات المخططات اللاتكيفية باستخدام اختبار "مان - ويتني" (ن = 12)

مستوى الدلالة	قيمة z	العينة الضابطة		العينة التجريبية		مجالات المخططات
		المتوسط	الانحراف	المتوسط	الانحراف	
0.01	2.791-	2.50	74.01	12.82	113.33	مجال الانفصال والرفض
0.01	2.882-	4.89	50.32	9.45	89.00	مجال الاستقلالية
غير دال	1.613-	5.91	23.83	6.85	30.12	مجال النطاق المعطلة
0.01	2.908-	4.35	36.16	1.16	53.16	مجال توجيه الآخرين
غير دال	1.457-	3.66	58.83	1.60	61.66	مجال اليقظة والكبت
0.01	2.887-	8.47	241.66	15.98	347.33	المجموع الكلي

أشار الجدول الى وجود فروق بين دالة بين مريضات الشخصية الحدية والعينة الضابطة في جميع مجالات المخططات اللاتكيفية فيما عدا مجال النطاق المعطلة ومجال اليقظة والكبت .

جدول رقم (17) يوضح الفروق بين العينة الضابطة وعينة مريضات الشخصية الحدية في مقياس الشخصية الحدية باستخدام اختبار "مان - ويتني" (ن = 12)

مستوى الدلالة	قيمة z	العينة الضابطة		العينة التجريبية		المقاييس الفرعية
		الانحراف	المتوسط	الانحراف	المتوسط	
0.01	2.822-	3.72	16.32	3.57	26.23	عدم الاستقرار
0.01	2.898-	2.78	14.16	2.75	27.00	الخوف من الهجر
0.01	2.665-	5.25	16.83	1.36	33.66	اضطراب الهوية
0.05	1.921-	2.66	15.50	2.33	28.33	الاندفاعية
0.01	2.803-	3.14	11.33	6.16	27.66	الانتحار وتشوه الذات
0.01	2.701-	3.61	10.50	3.16	26.00	عدم الاستقرار الوجداني
0.01	2.113-	5.03	15.16	3.28	28.01	الملل والخواء
0.1	2.500-	0.84	9.01	1.87	24.50	جذب الانتباه
0.01	2.501-	8.75	32.83	3.61	72.51	أعراض فصامية
0.01	292-	13.45	139.83	17.70	294.66	المجموع الكلي

أشار الجدول السابق الي الفروق بين العينة التجريبية والعينة الضابطة باستخدام اختبار " مان - ويتني " في سمات الشخصية الحدية والمجموع الكلي للمقاس ، وأشارت النتائج الي وجود فروق دالة بين العينتين في جميع سمات الشخصية الحدية والمجموع الكلي للمقياس .

3- ينص الفرض الثالث علي: يوجد فروق بين اداء عينة مريضات الشخصية الحدية قبل البرنامج العلاجي وبعد البرنامج في كل من مقياس صورة الذات ومقياس المخططات اللاتكيفية المبكرة ومقياس اضطراب الشخصية الحدية.

جدول رقم (18) يوضح الفروق بين التطبيق القبلي والتطبيق البعدي لمقياس صورة الذات باستخدام اختبار "ويلكوكسن (ن = 12)

مستوى الدلالة	قيمة z	التطبيق بعد البرنامج		التطبيق قبل البرنامج		المقاييس الفرعية لمقياس صورة الذات
		الانحراف	المتوسط	الانحراف	المتوسط	
0.05	2.207-	5.27	24.33	5.2	41.00	صورة الذات الجسمية
0.05	2.201-	8.32	27.30	10.91	43.17	صورة الذات الانفعالية
0.05	2.180-	4.08	14.50	4.01	38.21	صدرة الذات الاجتماعية
غيردال	1.256-	5.01	31.66	5.00	36.66	صورة الذات العقلية
0.05	2.222-	8.01	127.03	15.00	160.16	المقاييس الكلي

أشار الجدول السابق الي وجود الفروق في العينة التجريبية بين القياس القبلي والقياس بعد تطبيق البرنامج العلاجي باستخدام اختبار " ويلكوكسن " في مقياس صورة الذات، وقد أظهرت النتائج وجود فروق في جميع المقاييس الفرعية فيما عدا مقياس صورة الذات العقلية

جدول رقم (19) يوضح الفروق بين التطبيق قبل البرنامج والتطبيق بعد البرنامج العلاجي في مقياس المخططات اللاتكيفية المبكرة باستخدام اختبار "ويلكوكسن (ن = 12)

مستوى الدلالة	قيمة z	التطبيق بعد البرنامج		التطبيق قبل البرنامج		المقاييس الفرعية
		الانحراف	المتوسط	الانحراف	المتوسط	
0.05	2.214-	1.47	18.83	3.27	26.33	التخلي وعدم الاستقرار
0.05	2.410-	0.983	8.183	3.03	16.83	عدم الثقة والسوء المعاملة
غيردال	1.510-	2.63	21.66	6.72	24.00	الحرمان العاطفي
0.05	2.217-	2.06	18.66	5.11	23.500	عيب العار
0.05	2.170-	1.87	9.50	3.92	18.500	العزلة الاجتماعية
0.05	2.201-	1.86	9.33	3.39	22.33	التبعية وعدم الكفاءة
غيردال	0.414-	1.94	19.16	2.16	18.50	التعرض للأذى / المرضي
0.05	2.113-	2.42	8.51	5.57	12.05	الذات غيرالمتطورة

تقييم كفاءة العلاج بالمخططات في إعادة بناء صورة الذات وتخفيف حدة السمات الحدية والمخططات اللاتكيفية

0.05	2.214-	2.07	14.66	5.32	24.66	الفشل
غيردال	1.289-	1.21	10.66	4.36	12.00	الاستحقاق والعظمة
0.05	2.201-	1.75	6.43	4.59	18.16	عدم كفاية ضبط النفس
0.05	2.232-	0.816	8.43	1.32	13.66	الخضوع
0.05	2.264-	1.02	7.34	4.32	14.50	التضحية بالذات
غيردال	1.761-	1.048	11.55	3.21	14.51	الموافقة / الاعتراف
غيردال	1.903-	1.47	20.16	1.160	22.16	السلبية والتشاؤم
0.05	2.264-	1.60	6.83	2.09	14.01	الكبت العاطفي
0.01	2.932-	1.61	5.84	1.48	23.35	الغلو في المعايير
غيردال	0.516	4.80	13.33	3.66	13.66	العقاب

أظهرت نتائج الجدول السابق نتائج قياس الفروق باستخدام اختبار "ويلكوكسن" بين التطبيق قبل البرنامج والتطبيق بعد البرنامج لمقياس المخططات اللاتكيفية المبكرة ، وقد أظهرت النتائج وجود فروق في القياس في جميع المخططات فيما عدا كل من مخطط الحرمان العاطفي ومخطط التعرض للأذى والمرض ومخطط الاستحقاق والعظمة ومخطط الموافقة / الاعتراف ومخطط السلبية والتشاؤم ومخطط العقاب .

جدول رقم (20) يوضح الفروق بين التطبيق قبل البرنامج العلاجي والتطبيق بعد البرنامج العلاجي في مجالات المخططات اللاتكيفية باستخدام اختبار "ويلكوكسن (ن = 12)

مستوى الدلالة	قيمة z	التطبيق بعد البرنامج		التطبيق قبل البرنامج		مجالات المخططات
		الانحراف المتوسط	الانحراف	الانحراف المتوسط	الانحراف	
0.05	2.201-	3.30	79.33	12.82	113.33	مجال الانفصال والرفض
0.05	2.207-	3.50	51.66	9.45	89.00	مجال الاستقلالية
0.05	2.27-	2.16	17.33	6.85	30.12	مجال النطاق المعطلة

0.05	2.13-	1.47	29.16	1.16	53.16	مجال توجيه الآخرين
0.05	2.201-	7.70	47.15	1.60	61.66	مجال اليقظة والكبت
0.05	2.223-	8.04	224.17	15.98	347.33	المجموع الكلي

أشار الجدول السابق الي الفروق بين التطبيق القبلي والتطبيق البعدي لمجالات المخططات اللاتكيفية المبكرة باستخدام اختبار " ويلكوكسن " واطهرت النتائج وجود فروق بين التطبيق القبلي والبعدي لجميع المجالات وايضاً المجموع الكلي .

جدول رقم (21) يوضح الفروق بين العينة التجريبية قبل تطبيق البرنامج العلاجي والتطبيق بعد البرنامج العلاجي في مقياس الشخصية الحدية باستخدام مقياس "ويلكوكسن" (ن = 12)

مستوى الدلالة	قيمة z	التطبيق بعد البرنامج		التطبيق قبل البرنامج		المقاييس
		المتوسط	الانحراف	المتوسط	الانحراف	
غير دال	1.23-	2.92	23.16	3.57	26.23	عدم الاستقرار
0.05	2.35-	2.75	18.33	2.75	27.00	الخوف من الهجر
0.05	2.207-	1.36	23.16	1.36	33.66	اضطراب الهوية
0.05	2.21-	2.33	18.66	2.33	28.33	الاندفاعية
غير دال	1.84-	6.16	21.83	6.16	27.66	الانتحار وتشوه الذات
غير دال	1.045-	2.16	24.66	3.16	26.00	عدم الاستقرار الوجداني
0.05	2.21-	2.13	18.83	3.28	28.01	الملل والخواء
غير دال	1.76-	1.87	19.62	1.87	24.50	جذب الانتباه
0.05	2.07-	3.61	39.33	3.61	72.51	أعراض فصامية
0.05	2.201-	13.73	207.83	17.70	294.66	المجموع الكلي

اظهرت نتائج الجدول السابق الفروق بين التطبيق القبلي والتطبيق البعدي في مقياس الشخصية الحدية باستخدام اختبار ويلكوكسن ، وقد كانت نتائج الفروق دالة في جميع

المقاييس الفرعية للمقياس فيما عدا مقياس عدم الاستقرار ومقياس الانتحار ونشوه صورة الذات ومقياس عدم الاستقرار الوجداني ومقياس جذب الانتباه .

4- ينص الفرض الرابع علي : لا توجد فروق بين التطبيق البعدي والتطبيق في فترة

المتابعة (بعد شهر ونصف من انتهاء العلاج ، مع العلم ان المفروض يكون بعد ثلاث شهور او ضعف فترة العلاج ولكن كان هناك صعوبة بالغة من الوصول الي العينة جميعها بعد فترة ثلاث شهور ، لهذا اكتفي الباحث بفترة متابعة شهر ونصف) على كل من مقياس صورة الذات ومقياس المخططات اللاتكيفية المبكرة ومقياس اضطراب الشخصية الحدية .

جدول رقم (22) يوضح الفروق بين التطبيق بعد البرنامج والتطبيق في فترة المتابعة لمقياس صورة الذات باستخدام اختبار "ويلكوكسن (ن = 6)

مستوى الدلالة	قيمة z	التطبيق في فترة المتابعة		التطبيق بعد البرنامج		المقاييس الفرعية لمقياس صورة الذات
		المتوسط	الانحراف	المتوسط	الانحراف	
غيردال	1.207-	5.41	26.85	5.27	24.33	صورة الذات الجسمية
0.05	2.321-	6.92	36.43	8.32	27.30	صورة الذات الانفعالية
غيردال	1.320-	5.68	15.43	4.08	14.50	صورة الذات الاجتماعية
غيردال	1.326-	4.54	33.12	5.01	31.66	صورة الذات العقلية
غيردال	1.245-	10.34	134.23	8.01	127.03	المقاييس الكلي

أشار الجدول السابق الى عدم وجود فروق بين التطبيق البعدي والتطبيق في فترة المتابعة لمقياس صورة الذات فيما عدا مقياس صورة الذات الانفعالية ، ويبدو انها غير مستقرة لدى مريضات الشخصية الحدية.

جدول رقم (23) يوضح الفروق بين التطبيق بعد البرنامج والتطبيق في فترة المتابعة لمقياس المخططات اللاتكيفية المبكرة باستخدام اختبار "ويلكوكسن (ن = 6)

مستوى الدلالة	قيمة z	التطبيق في فترة المتابعة		التطبيق بعد البرنامج		المقاييس الفرعية
		المتوسط	الانحراف	المتوسط	الانحراف	
غير دال	-.989	19.88	2.67	18.83	1.47	التخلي وعدم الاستقرار
غير دال	-1.410	9.86	1.56	8.183	0.983	عدم الثقة والسوء المعاملة
0.05	-2.673	28.78	4.77	21.66	2.63	الحرمان العاطفي
0.05	-2.667	24.65	5.89	18.66	2.06	عيب العار
غير دال	-1.170	8.89	2.64	9.50	1.87	العزلة الاجتماعية
0.05	-2.201	15.65	2.45	9.33	1.86	التبعية وعدم الكفاءة
غير دال	-0.414	18.45	2.14	19.16	1.94	التعرض للأذى / المرضي
غير دال	-1.513	7.86	3.49	8.51	2.42	الذات غير المتطورة
غير دال	-1.234	16.43	2.26	14.66	2.07	ال فشل
غير دال	-1.779	9.73	1.94	10.66	1.21	الاستحقاق والعظمة
0.05	-2.671	11.89	3.86	6.43	1.75	عدم كفاية ضبط النفس
غير دال	-.904	7.98	1.126	8.43	0.816	الخضوع
غير دال	-1.758	6.98	2.02	7.34	1.02	التضحية بالذات
غير دال	-1.761	12.98	2.948	11.55	1.048	الموافقة / الاعتراف
غير دال	-1.823	21.56	2.87	20.16	1.47	السلبية والتشاؤم
0.05	-2.264	11.45	3.62	6.83	1.60	الكبت العاطفي
0.01	-2.989	11.45	3.67	5.84	1.61	الغلو في المعايير
غير دال	0.516	12.98	3.83	13.33	4.80	العقاب

أشار الجدول السابق الي عدم وجود فروق بين التطبيق البعدي والتطبيق في فترة المتابعة لمعظم المخططات اللاتكيفية فيما عدا مخططات الحرمان العاطفي و العيب / العار والتبعية وعدم الكفاءة وعدم كفاية ضبط النفس و الموافقة / الاعتراف و السلبية والتشاؤم والعقاب ، وجميع المخططات التي اظهرت عدم ثبات في التطبيق البعدي تبدا انها مخططات تتأثر بالحالة المزاجية لمريضات الشخصية الحدية لهذا اظهرت النتائج عدم ثبات في التعديل لهذه المخططات وسوف يتم مناقشة هذه النتيجة في الجزء الخاص بمناقشة النتائج.

جدول رقم (24) يوضح الفروق بين التطبيق بعد البرنامج والتطبيق في فترة المتابعة لمجالات المخططات اللاتكيفية المبكرة باستخدام اختبار "ويلكوكسن (ن = 6)

مستوى الدلالة	قيمة z	التطبيق في فترة المتابعة		التطبيق بعد البرنامج		مجالات المخططات
		المتوسط	الانحراف	المتوسط	الانحراف	
غيردال	1.211-	5.87	82.45	3.30	79.33	مجال الانفصال والرفض
غيردال	1.207-	7.98	55.76	3.50	51.66	مجال الاستقلالية
0.05	2.342-	6.65	28.57	2.16	17.33	مجال النطاق المعطلة
0.05	2.253-	7.56	43.65	1.47	29.16	مجال توجيه الآخرين
غيردال	.945-	6.23	51.32	7.70	47.15	مجال اليقظة والكبت
غيردال	1.103-	14.76	239.56	8.04	224.17	المجموع الكلي

أظهرت نتائج الجدول السابق نتائج الفروق بين التطبيق البعدي والتطبيق في فترة المتابعة لمجالات المخططات اللاتكيفية ، وأشارت النتائج الى وجود ثبات في مجال الانفصال والرفض ومجال الاستقلالية ومجال اليقظة والكبت والمجموع الكلي . بينما اظهرت النتائج عدم وجود ثبات لمجال النطاق المعطلة ومجال توجيه الآخرين .

جدول رقم (25) يوضح الفروق بين التطبيق بعد البرنامج والتطبيق في فترة المتابعة لمقياس الشخصية الحدية باستخدام اختبار "ويلكوكسن (ن = 6)

المقاييس	التطبيق بعد البرنامج		التطبيق في فترة المتابعة		قيمة z	مستوى الدلالة
	المتوسط	الانحراف	المتوسط	الانحراف		
عدم الاستقرار	23.16	2.92	26.34	4.92	1.83-	غيردال
الخوف من الهجر	18.33	2.75	19.45	4.21	1.35-	غيردال
اضطراب الهوية	23.16	1.36	33.32	8.36	2.288-	0.05
الاندفاعية	18.66	2.33	20.33	5.43	1.21-	غيردال
الانتحار وتشوه الذات	21.83	6.16	29.44	4.33	2.04-	0.05
عدم الاستقرار الوجداني	24.66	2.16	26.43	3.47	1.55-	غيردال
الملل والخواء	18.83	2.13	26.11	2.45	2.60-	0.05
جذب الانتباه	19.62	1.87	22.23	3.48	1.96-	غيردال
أعراض فصامية	39.33	3.61	47.99	7.34	2.18-	0.05
المجموع الكلي	207.83	13.73	219	11.89	1.89-	غيردال

أظهر نتائج الجدول السابق وجود ثبات لمعظم سمات اضطراب الشخصية الحدية اثناء القياس في فترة المتابعة، بينما اظهرت النتائج عدم وجود ثبات في سمات اضطراب الهوية والتفكير الانتحاري والملل والخواء وكذلك الاعراض الفصامية .

مناقشة النتائج

تهدف مناقشة النتائج إلى تفسير ما توصلت إليه الدراسة من نتائج في ضوء الإطار النظري والدراسات السابقة ذات الصلة، وتحليل مدى اتساق هذه النتائج مع ما تم افتراضه في فروض البحث. وقد سعت الدراسة الحالية إلى اختبار كفاءة العلاج بالمخططات في تعديل السمات الحدية، وتصحيح تشوهات صورة الذات، وتخفيف حدة المخططات المعرفية اللاكيفية لدى عينة من مريضات اضطراب الشخصية الحدية.

تم تحديد مجموعة أهداف للدراسة في التالي :

أولاً: فحص مستوى الارتباط بين اعراض الشخصية الحدية ونوع وشدة المخططات اللاتكيفية

ثانياً: التأكد نظرياً وإحصائياً من الفروق بين العينة الضابطة وعينة مريضات الشخصية الحدية في نوع وشدة المخططات اللاتكيفية ومستوى ونوع تشوهات صورة الذات .

ثالثاً: التحقق مما إذا كان العلاج بالمخططات، وخصوصاً لمريضات اضطراب الشخصية الحدية، يمكن أن يستند إلى أدلة تجريبية قوية . وتقييم كفاءة هذا العلاج وإمكانية تطبيقه لعلاج اضطراب الشخصية الحدية، وفحص مستوي التعديل في تشوهات صورة الذات وتغيير شكل ونوع المخططات اللاتكيفية.

رابعاً: التأكد من استمرار التحسن الذي أحدثه البرنامج العلاجي بالمخططات على السمات الحدية وتشوه صورة الذات وشدة المخططات المعرفية اللاتكيفية في القياس التتبعي مقارنة بالقياس القبلي.

فيما يتعلق بالهدف الأول:

أشارت نتائج الدراسة الحالية إلى وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين المخططات المعرفية اللاتكيفية وسمات الشخصية الحدية في جميع مجالات المخططات المبكرة. وتتفق هذه النتيجة مع الأطر النظرية التي طرحها يونغ وزملاؤه، والتي ترى أن المخططات تمثل أنساقاً معرفية وعاطفية عميقة تتشكل في المراحل الأولى من النمو النفسي، وتستمر في توجيه إدراك الفرد لذاته وللآخرين، وفي تشكيل استجاباته السلوكية والانفعالية عبر الزمن.

أوضحت النتائج أن مجال الانفصال والرفض، وبخاصة مخطط الهجر/انعدام الاستقرار، كان الأكثر ارتباطاً بسمات الخوف من الهجر والعلاقات غير المستقرة. كما ارتبط مخطط الحرمان العاطفي بمشاعر الخواء والملل، في حين كان مخطط انعدام الثقة/الإساءة مرتبطاً بتشوهات صورة الذات وعدم الاستقرار الانفعالي، مما يؤدي إلى ظهور أنماط دفاعية أو سلوكيات عدوانية. أما مخطط النقص/العار فقد ارتبط باضطراب الهوية، والحساسية المفرطة

للنقد، والشعور المزمّن بعدم الاستحقاق، وهي سمات تُعد من المكونات الجوهرية للشخصية الحديّة.

تُعزّز هذه النتائج التوجهات النظرية التي تفترض أن اضطراب الشخصية الحديّة ينشأ من تفاعل معقد بين خبرات الطفولة المبكرة غير المشبعة للاحتياجات الأساسية (مثل الأمان والقبول والتعلق)، وتطور أنماط معرفية-انفعالية ثابتة تؤدي إلى تحيزات في المعالجة المعرفية واستجابات انفعالية غير متكيفة. وتؤكد النماذج الحديثة أن المخططات لا تبقى مجرد بنى معرفية كامنة، بل تنشط في صورة أنماط وجدانية وسلوكية لحظية مثل "الطفل الغاضب" أو "الطفل الاندفاعي" أو "المدافع المنفصل"، وهي ما ينعكس في تقلب المزاج والسلوك الاندفاعي والعلاقات المتوترة التي تميز اضطراب الشخصية الحديّة.

أما فيما يتعلق بتشوّهات صورة الذات، فقد أظهرت النتائج ارتباطاً دالاً إحصائياً بين سمات الشخصية الحديّة وجميع الأبعاد الفرعية والدرجة الكلية لمقياس صورة الذات، بحيث كلما ازدادت شدة السمات الحديّة ارتفعت مستويات تشوّه صورة الذات، ولا سيما في بُعد صورة الذات الجسمية. وتتسق هذه النتيجة مع ما ورد في الأدبيات التي تُشير إلى أن اضطراب صورة الذات يُعد من الركائز الأساسية في اضطراب الشخصية الحديّة، وأن اضطراب الهوية يمثل أحد المعايير التشخيصية الرئيسة وفق الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية. (DSM-5)

من الناحية النظرية، يمكن تفسير هذه النتيجة في ضوء النموذج المعرفي-الانفعالي الذي يفترض أن تمثيلات الذات لدى مرضى الشخصية الحديّة غير مستقرة وتميل إلى التقلب بين تقييمات مثالية وأخرى سلبية مفرطة، فيما يُعرف بآلية "الانقسام". ويؤدي ذلك إلى تكوين صورة ذات هشة ومجزأة. وقد أكدت دراسات سابقة أن هؤلاء الأفراد يواجهون صعوبة في دمج الخبرات المتناقضة عن الذات والآخرين ضمن تمثيل متماسك، مما ينعكس في تغيرات سريعة في الهوية وصورة الذات (Wilkinson-Ryan & Westen, 2000; Bender & Skodol, 2007).

كما تدعم الأدلة العصبية هذا الارتباط، حيث بينت دراسات التصوير العصبي أن الأفراد المصابين باضطراب الشخصية الحدية يُظهرون نشاطاً مفرطاً في اللوزة الدماغية، مع انخفاض في تفعيل القشرة أمام الجبهية البطنية أثناء معالجة المعلومات المتعلقة بالذات، وهو ما يعكس استجابات انفعالية شديدة وصعوبة في تنظيمها (Schmitgen et al., 2019). وتشير هذه النتائج إلى أن تشوهات صورة الذات ليست مجرد عرض ثانوي، بل تمثل آلية أساسية تسهم في عدم الاستقرار الانفعالي والعلاقات المتقلبة لدى هؤلاء المرضى. على الصعيد الإكلينيكي، تفسر هذه النتائج أهمية التركيز على صورة الذات كأحد الأهداف العلاجية المركزية في التدخلات النفسية الموجهة لاضطراب الشخصية الحدية، مثل العلاج بالمخططات والعلاج السلوكي الجدلي، إذ تسعى هذه الأساليب إلى بناء تمثيل أكثر تكاملاً للذات، وتعزيز الإحساس بالاتساق الداخلي والقبول الذاتي، مما يسهم في الحد من الاندفاعية وتحسين جودة العلاقات الشخصية. وتشير الدراسة الحالية إلى ضرورة تضمين معالجة تشوهات صورة الذات ضمن الخطة العلاجية الشاملة للمريضات المصابات باضطراب الشخصية الحدية، بهدف تعزيز الاستقرار النفسي وتقليل احتمالات الانتكاس على المدى الطويل.

وفيما يتعلق بالهدف الثاني :

أظهرت نتائج الدراسة أن عينة مريضات اضطراب الشخصية الحدية حصلن على درجات مرتفعة دالة إحصائياً في معظم المخططات اللاتكيفية مقارنة بالعينة الضابطة، خاصة في مجالات الانفصال/الرفض (مثل الهجر وعدم الاستقرار، الحرمان العاطفي، انعدام الثقة/الإساءة)، ومجال ضعف الاستقلالية (مثل الاعتمادية وانعدام ضبط الذات)، وهو ما يتفق مع الأدبيات السابقة التي تؤكد أن هذه المخططات تمثل النواة المعرفية لأنماط التفكير والسلوك المميزة للشخصية الحدية. هذه النتائج تشير إلى أن مريضات الشخصية الحدية يملن إلى تبني معتقدات جوهرية سلبية متعلقة بالذات والآخرين، مما يجعل إدراكهن للعلاقات الاجتماعية يتسم بعدم الأمان وسوء التوقع المستمر للهجر أو الإساءة. (Jovev &

(Jackson, 2004) ويرى يونج وزملاؤه أن هذه المخططات تنشأ في سياقات أسرية مضطربة تتسم بعدم الاتساق في تلبية الاحتياجات العاطفية الأساسية للطفل، أو نتيجة تعرضه لصدمات نفسية متكررة أو إساءات مزمنة، ما يؤدي إلى ترسيخ أنماط معرفية-وجدانية يصعب تعديلها في مراحل لاحقة. (Young et al., 2003) وتشير الدراسات المقارنة إلى أن مخطط التخلي وعدم الاستقرار يعد من أكثر المخططات تمييزاً لمريضات الشخصية الحدية، إذ يفسر بشكل مباشر الحساسية المفرطة تجاه إشارات الرفض والخوف الشديد من فقدان العلاقات المهمة كما، ارتبطت المخططات المرتفعة بزيادة شدة الأعراض مثل الاندفاعية والتقلب الانفعالي، ما يعزز فكرة أن المخططات تعمل كمتغير وسيط بين خبرات الطفولة المبكرة وتعبير الأعراض الحدية.

هذه النتائج لها انعكاسات علاجية واضحة. إذ تبرز أهمية التقييم الشامل للمخططات عند تصميم التدخلات العلاجية لمريضات الشخصية الحدية، والعمل على استهداف المخططات الأشد تأثيراً مثل الهجر وانعدام الثقة عبر تقنيات إعادة الهيكلة المعرفية والتجارب العلاجية التصحيحية (Arntz & van Genderen, 2009; Arntz et al., 2015).

وفيما يتعلق بمقياس صورة الذات فقد أظهرت النتائج أن مريضات الشخصية الحدية أحرزن درجات أعلى بكثير في مؤشرات تشوه صورة الذات مقارنة بالعينة الضابطة، وهو ما يعكس صورة ذات سلبية وغير مستقرة تتسم بالشعور بالنقص، العار، وعدم الاستحقاق. وتتفق هذه النتيجة مع ما ورد في الأدبيات التي تصف اضطراب الهوية وتشوه صورة الذات كأحد المعايير التشخيصية الجوهرية في الشخصية الحدية. إذ تشير الأبحاث إلى أن اضطراب الهوية يشمل صعوبة الحفاظ على تصور متماسك للذات، وتذبذب التقييم الذاتي بين المثالية والتقييم السلبي المفرط. (Bender & Skodol, 2007).

تظهر الدراسات العصبية أن هذه التشوهات في صورة الذات قد تكون مرتبطة بخلل في مناطق الدماغ المسؤولة عن معالجة التقييم الذاتي والتنظيم الانفعالي، مثل القشرة الجبهية واللوزة الدماغية، ما يجعل إدراك الذات لدى هؤلاء المريضات أكثر هشاشة وانفعالية. كما

تشير الأدبيات الإكلينيكية إلى أن تشوه صورة الذات يزيد من احتمالية الانخراط في سلوكيات إيذاء الذات، والاندفاعية، وصعوبات تكوين علاقات مستقرة، ما يجعلها هدفاً رئيسياً في التدخل العلاجي.

عند الجمع بين النتائج المتعلقة بالمخططات وتشوهات صورة الذات، يتضح أن العلاقة بينهما وثيقة. فالمخططات المرتبطة بالهجر وانعدام الثقة والحرمان العاطفي تؤسس لتصور سلبي عن الذات، ما يؤدي إلى اضطراب الهوية والشعور بعدم الاستحقاق، ويغذي بالتالي حلقة مفرغة من التقلب الانفعالي والعلاقات غير المستقرة. هذه النتائج تبرز الحاجة إلى تدخلات علاجية متكاملة مثل العلاج بالمخططات، الذي يجمع بين إعادة الهيكلة المعرفية والتقنيات التجريبية العاطفية بهدف تعديل المعتقدات الجوهرية السلبية عن الذات وبناء تمثيل ذاتي أكثر استقراراً.

وتوصي الدراسة بضرورة دمج التقييم الشامل للمخططات وصورة الذات في الفحص النفسي الأولي، وتخصيص خطة علاجية تستهدف المخططات الأكثر تأثيراً على صورة الذات والهوية.

فيما يتعلق بالهدف الثالث: حول كفاءة العلاج بالمخططات في خفض سمات الشخصية الحدية وتشوهات صورة الذات ونوع وشدة المخططات اللاتكيفية تظهر الأدلة الحالية أن العلاج بالمخططات يمثل أحد أهم الأطر العلاجية الموثقة لاضطراب الشخصية الحدية. وله تأثيره يتجاوز مجرد تخفيف الأعراض الظاهرية ليشمل تعديلاً ملحوظاً في البنى المعرفية-العاطفية الأساسية. حيث أظهرت نتائج اختبار "ويلكوكسن" في الجدول رقم(18) والذي أشار الي حجم التغيير في تشوهات صورة الذات لدى مريضات الشخصية الحدية بعد البرنامج العلاجي أن هناك فروقا داله بين التطبيق القلبي والبعدي في صورة الذات، أظهرت نتائج الدراسة أن العلاج بالمخططات كان فعالاً في خفض تشوهات صورة الذات لدى مريضات اضطراب الشخصية الحدية، حيث لوحظ تحسن ملحوظ في جوانب تقييم الذات خصوصاً في صورة الذات الجسمية والانفعالية. تتسق هذه النتيجة مع التصور النظري

الذي يرى أن اضطراب صورة الذات يُعدّ أحد الأعراض المركزية في اضطراب الشخصية الحدية، وينشأ في الأساس عن مخططات معرفية مبكرة سلبية مثل العيب/العار، الهجران، والاعتمادية.

تشير الأدبيات إلى أن العلاج بالمخططات يعمل على استهداف المخططات والافكار السلبية عن الذات ويشكل مباشر من خلال إعادة هيكلة المعتقدات الجوهرية ومعالجة الخبرات الانفعالية الطفولية المؤلمة، ما يؤدي إلى بناء تصور أكثر واقعية وتكيفاً عن الذات. في دراسة Giesen-Bloo et al., (2006) ارتبط الانخفاض في شدة المخططات بتحسّن في استقرار الهوية والشعور بقيمة الذات، وهو ما يدعم نتائج هذه الدراسة. إن التحسن في صورة الذات له أهمية سريرية كبيرة، إذ يعد مؤشراً على التغير البنوي العميق وليس مجرد تحسن عرضي أو قصير المدى. كلما أصبحت صورة الذات أكثر إيجابية وتكاملاً، انخفضت حدة أعراض أخرى مثل الشعور بالفراغ المزمن، الاندفاعية، واضطراب العلاقات، مما ينعكس إيجاباً على الأداء الاجتماعي والانفعالي. (Bamelis et al., 2014).

ومع ذلك، يجب الإشارة إلى أن هذه النتائج تعتمد على عينة محدودة، ما يستدعي إجراء دراسات مستقبلية باستخدام عينات أكبر وتصميمات طولية لفحص استدامة التحسن في صورة الذات على المدى البعيد، وكذلك دراسة الآليات الوسيطة التي تفسر العلاقة بين خفض المخططات وتحسن صورة الذات.

أما فيما يتعلق بالتغيرات في نوع وشدة المخططات اللاتكيفية المبكرة بعد البرنامج العلاجي، فقد أشار الجدول رقم (19) أن هناك دلالة للفروق بين التطبيق البعدي والقبلي للبرنامج العلاجي في جميع مجالات المخططات وفي معظم المخططات. تشير نتائج الدراسة الحالية إلى أن تطبيق برنامج العلاج بالمخططات أسهم في خفض ملحوظ في شدة وتكرار المخططات المعرفية اللاتكيفية المبكرة لدى مريضات اضطراب الشخصية الحدية، بل وأدى في بعض الحالات إلى تغيير في نوع المخططات الأكثر بروزاً، حيث لوحظ تراجع المخططات المرتبطة بالهجران، العيب/العار، والاعتمادية، وبروز أنماط أكثر تكيفاً تعكس

صورة ذات أكثر اتزاناً. تتسق هذه النتيجة مع التصور النظري الذي يضع المخططات المبكرة في قلب اضطراب الشخصية الحدية، ويعتبرها البنية التحتية التي تفسر أنماط التفكير والانفعال والعلاقات المتقلبة التي تميز هذا الاضطراب (Young, Klosko, & Weishaar, 2003).

الدليل التجريبي المتاح يدعم هذه النتيجة، حيث بينت دراسات عشوائية محكمة أن العلاج بالمخططات قادر على خفض شدة المخططات اللاتكيفية، وأن انخفاض هذه المخططات يوازي تراجعاً في الأعراض السريرية لاضطراب الشخصية الحدية. على سبيل المثال، في دراسة Giesen-Bloo et al., (2006)، كان التحسن في المخططات أحد المؤشرات التي تنبأت بالتعافي على المدى الطويل.

يمكن تفسير هذه النتيجة أيضاً من خلال تركيز العلاج بالمخططات على تقنيات معالجة الذاكرة الانفعالية مثل إعادة صياغة الصور الذهنية، والتي تمكن المريضات من إعادة اختبار المواقف المؤلمة في بيئة علاجية آمنة، ما يؤدي إلى إضعاف الارتباط الانفعالي السلبي بالمخطط. إضافة إلى ذلك، يوفر مفهوم التعامل مع الوالد العقابي يعتبر خبرة علائقية تصحيحية تساعد على بناء مخططات أكثر أماناً وثباتاً، خصوصاً تلك المرتبطة بالتعلق. ويُضاف إلى ذلك العمل المعرفي على إعادة الهيكلة والتحدي التدريجي للاعتقادات الجوهرية السلبية.

وتتضح أهمية هذه النتيجة سريرياً في أنها تعكس تحولاً بنويماً في النظام المعرفي الانفعالي للمريضات، وليس مجرد خفض عابر للأعراض. إذ كلما انخفضت شدة المخططات وقل تفعيلها في الحياة اليومية، زادت قدرة المريضة على ضبط انفعالاتها، وتكوين علاقات أكثر استقراراً، واتخاذ قرارات أقل اندفاعاً — وهي جميعها أهداف محورية في علاج الشخصية الحدية. (Arntz & van Genderen, 2009)

ومع ذلك، يجب النظر إلى هذه النتائج في ضوء بعض الحدود، مثل صغر حجم العينة، أو الحاجة إلى متابعة طويلة المدى للتأكد من استدامة التغيرات

على مستوى المخططات، إضافة إلى الحاجة لدراسات وساطة تجريبية تثبت السببية بين خفض المخططات وتحسن الأعراض.

ومن منظور تقييم الفاعلية، وبما أن العلاج بالمخططات صُمم ليكون نسخة محسنة من العلاج المعرفي لاضطرابات الشخصية، فإنه ينبغي أن يؤدي إلى نتائج أفضل كي يُعتبر علاجاً ذا قيمة إضافية. وبالتالي، واستناداً إلى أوجه القصور في العلاج المعرفي التقليدي، يفترض أن يكون العلاج بالمخططات قادراً على: توضيح المشكلات الغامضة لمرضى اضطراب الشخصية الحدية والمواقف التي تثير ضيقهم، وكسر أنظمة المعتقدات الجامدة والسلوكيات غير التكيفية لديهم، وتعليمهم تقبل مشاعرهم وأفكارهم بدلاً من تجنبها وقد تم اختيار أساليب واستراتيجيات العلاج بالمخططات وتنظيمها بطريقة يمكنها نظرياً تحقيق جميع هذه الأهداف، غير أن الإثبات التجريبي لهذه الفرضية لا يزال غائباً.

فيما يخص الهدف الرابع: تشير نتائج الدراسة إلى أن التحسن الذي حققته المريضات في أعراض الشخصية الحدية، وشدة المخططات المعرفية اللاتكيفية، وتشوهات صورة الذات ظل ثابتاً بدرجة ملحوظة خلال فترة المتابعة، مما يدل على أن العلاج بالمخططات لا يقتصر تأثيره على خفض الأعراض بشكل مؤقت، بل يحدث تغييرات بنيوية مستدامة على المستويين المعرفي والانفعالي. إن ثبات التحسن على المدى اللاحق للعلاج يعدّ مؤشراً رئيسياً على فعالية البرنامج العلاجي وقوته العلاجية، حيث يشير إلى أن التغييرات لم تكن سطحية أو مرتبطة فقط بالدعم المباشر من المعالج، وإنما ترتبط بإعادة بناء عميقة للمخططات والتمثيلات الداخلية للذات والآخرين .

وتتسق هذه النتيجة مع ما توصلت إليه الدراسات الطولية السابقة مثل دراسة Giesen- (2006) Bloo et al., التي أظهرت أن معدلات الشفاء استمرت بالارتفاع حتى فترة المتابعة الممتدة لثلاث سنوات بعد العلاج بالمخططات، مع استمرار انخفاض الأعراض الحدية وتحسن الأداء الاجتماعي. كما تدعمها نتائج دراسة Bamelis et al. (2014).

التي بيّنت أن نسبة الانتكاس بعد العلاج بالمخططات أقل بكثير مقارنة بالعلاجات التقليدية مثل العلاج الداعم أو العلاج النفسي الديناميكي قصير الأمد.

يمكن تفسير ثبات التحسن من خلال الخصائص الفريدة للعلاج بالمخططات، إذ أنه لا يكتفي بتعليم استراتيجيات مواجهة مؤقتة، بل يركز على تعديل الجذور المعرفية والانفعالية للمشكلة، من خلال العمل على الذاكرة الانفعالية وإعادة بناء المخططات الجوهرية. هذه العمليات العلاجية تؤدي إلى ترسيخ مخططات جديدة أكثر تكيفاً تعزز صورة ذات أكثر استقراراً وتساعد المريضة على مواجهة الضغوط الحياتية بطريقة أكثر نضجاً، مما يقلل من احتمالية عودة الأعراض.

من الناحية السريرية، تمثل هذه النتائج دليلاً على أن الاستثمار في برامج علاجية طويلة المدى ومكثفة مثل العلاج بالمخططات يحقق فوائد مستدامة . ومع ذلك، يجب التأكيد على أهمية المتابعة الدورية والتدخل المبكر في حال ظهور علامات انتكاس، خصوصاً أن بعض المخططات قد تنشط مجدداً تحت ضغوط حياتية شديدة.

توصيات الدراسة

1- تعميم تطبيق العلاج بالمخططات في الممارسة الإكلينيكية:

توصي الدراسة بدمج العلاج بالمخططات ضمن البرامج العلاجية المقدمة في مراكز الصحة النفسية والعيادات الجامعية، نظراً لفعاليتها المثبتة في خفض أعراض اضطراب الشخصية الحدية، وتحسين صورة الذات، وتعديل المخططات المعرفية اللاتكيفية بشكل مستدام.

2- تصميم برامج علاجية متخصصة للفئات الأكثر عرضة:

تقترح الدراسة تصميم برامج موجهة خصيصاً للنساء المصابات باضطراب الشخصية الحدية، تراعي طبيعة الصدمات المبكرة المرتبطة باضطراب صورة الذات، مع التركيز على بناء مهارات الاستقرار الانفعالي وتعزيز التمثيل الإيجابي للذات.

3- الاهتمام بفترات المتابعة طويلة المدى:

توصي الدراسة بمتابعة المريضات على فترات زمنية ممتدة بعد انتهاء العلاج لضمان استدامة التحسن وتقديم تدخلات داعمة عند الحاجة، خصوصاً في الفترات التي تتسم بضغوط حياتية عالية أو احتمالية انتكاس.

4- التوسع في تدريب الأخصائيين النفسيين على العلاج بالمخططات:

تشدد الدراسة على أهمية إعداد برامج تدريبية متقدمة للأخصائيين والمعالجين النفسيين في تقنيات العلاج بالمخططات (مثل إعادة صياغة الصور الذهنية، والوالدية المحدودة)، لضمان جودة التطبيق وتحقيق أفضل النتائج العلاجية.

5- إجراء المزيد من الدراسات الطولية والمقارنة:

توصي الدراسة بإجراء أبحاث مستقبلية تستخدم عينات أكبر وتصميمات تجريبية مع مجموعات ضابطة، ومتابعة أطول زمنياً، للتحقق من استدامة التغيرات على مستوى الأعراض والمخططات وصورة الذات، ودراسة العوامل الوسيطة التي تفسر التغير العلاجي.

6- تطوير مقاييس تقييم محلية:

توصي الدراسة بتعريب وتطوير أدوات قياس المخططات وتشوهات صورة الذات لتكون ملائمة ثقافياً للمجتمع العربي، مما يزيد من دقة التشخيص وفاعلية التدخل العلاجي.

المراجع

ايمان عطية حسين منصور جريش (2017). الأعراض الاكتئابية وعلاقتها بالألكسيثيميا والمخططات المعرفية اللاتكيفية لدى طالبات الجامعة. دراسات تربوية ونفسية، كلية التربية، جامعة الزقازيق، (96)، 141-229.

ناصر محمد نوفل (2016) . صورة الجسم والاعتراب النفسي وعلاقتها بالقلق والاكتئاب لدى المعاقين بصرياً (رسالة ماجستير غير منشورة). كلية التربية، الجامعة الإسلامية.

هاله خير سنارى ، هدي احمد خلف ، هبه سليم احمد (2020). الخصائص السيكومترية لمقياس الشخصية الحدية للمراهقين. مجلة شباب الباحثين في العلوم التربوية، كلية التربية، جامعة سوهاج، (4)، 453-485.

American Psychiatric Association. (2005). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). Washington, DC American Psychiatric Association.

Allen, B. (2008). An analysis of the impact of diverse forms of childhood psychological maltreatment on emotional adjustment in early adulthood. *Child Maltreatment*, 13(3), 307-312.

Arntz, A., Klokman, J., & Sieswerda, S. (2005). An experimental test of the schema mode model of borderline personality disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 36(3), 226-239.

Arntz, A., & van Genderen, H. (2009). *Schema therapy for borderline personality disorder*. Chichester: Wiley.

Arntz, A., Klokman, J., & Sieswerda, S. (2015). An experimental test of schema mode model of borderline personality disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 46, 10-16.

Bamber, M. (2004). The good, the bad and defenseless Jimmy: A single case study of schema mode therapy. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 11(6), 425-438.

Bamelis, L. L. M., Evers, S. M. A. A., Spinhoven, P., & Arntz, A. (2014). Results of a multicenter randomized controlled trial of schema therapy for personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 171(3), 305-322.

Bateman, A., & Fonagy, P. (2009). Randomized controlled trial of outpatient mentalization-based treatment versus structured clinical management for borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 166, 1355–1364.

Bateman, A., & Fonagy, P. (2010). *Mentalization-based treatment for borderline personality disorder*. *World Psychiatry*, 9(1), 11–15.

Battle, C. L., Shea, M. T., Johnson, D. M., Yen, S., Zlotnick, C., Zanarini, M. C., ... McGlashan, T. H. (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. T. (2002). Prisoners of hate. *Behaviour Research and Therapy*, 40(3), 209–216.

Bender, D. S., & Skodol, A. E. (2007). Borderline personality as a self-other representational disturbance. *Journal of Personality Disorders*, 21(5), 500–517

Bijttebier, P., & Vertommen, H. (1999). Coping strategies in relation to personality disorders. *Personality and Individual Differences*, 26(5), 847–856.

Carpenter, R. W., & Trull, T. J. (2013). Components of emotion dysregulation in borderline personality disorder: A review. *Current Psychiatry Reports*, 15(1), 335.

Carr, S., & Francis, A. (2009). Childhood familial environment, maltreatment and borderline personality disorder symptoms in a non-clinical sample: A cognitive behavioural perspective. *Clinical Psychologist*, 13(1), 28–37.

Crow, T. M., & Levy, K. N. (2019). Adult attachment anxiety moderates the relation between self-reported childhood maltreatment and borderline personality disorder features. *Personality and Mental Health*, 4(13), 239–249.

Dobson, K. S. (2009). *Handbook of cognitive-behavioral therapies*. New York: Guilford Press.

Ellis, A. (2003). *Anger: How to live with and without it*. New York: Citadel Press.

Farrell, J. M., & Shaw, I. A. (2012). *Group schema therapy for borderline personality disorder: A step-by-step treatment manual with patient workbook*. Chichester: Wiley-Blackwell.

Farrell, J. M., Shaw, I. A., & Webber, M. A. (2009). A schema-focused approach to group psychotherapy for outpatients with borderline personality disorder: A randomized controlled trial. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 40(2), 317–328.

Fassbinder, E., Schuetze, M., Kranich, A., Sipos, V., & Schweiger, U. (2016). Feasibility of group schema therapy for outpatients with severe borderline

personality disorder in Germany: A pilot study with three-year follow up. *Frontiers in Psychology*, 7, 18–51.

Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., ... Marks, J. S. (2019). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 56(6), 774–786.

Flanagan, C. M. (2010). The case for needs in psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 20, 1–3.

Giesen-Bloo, J., van Dyck, R., Spinhoven, P., van Tilburg, W., Dirksen, C., van Asselt, T., ... Arntz, A. (2006). Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: Randomized trial of schema-focused therapy vs. transference-focused psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 63(6), 649–659.

Greenberg, J., Delinsky, S., Reese, H., & Buhlmann, U. (2010). Body image. In J. E. Grant & M. N. Potenza (Eds.), *Young adult mental health*. New York: Oxford University Press.

Haaf, B., Pohl, U., Deusinger, I. M., & Bohus, M. (2012). Examination of body concept in female patients with borderline personality disorder. *Psychother Psychosom Med Psychol*, 51, 246–254.

Jacob, G. A., & Arntz, A. (2023). Schema therapy for personality disorders—a review. *International Journal of Cognitive Therapy*, 6(2), 171–185.

Jacob, G., & Arntz, A. (2014). Schema therapy. In R. L. Cautin & S. O. Lilienfeld (Eds.), *The encyclopedia of clinical psychology*.

Johnston, C., Dorahy, M. J., Courtney, D., Bayles, T., & O'Kane, M. (2009). Dysfunctional schema modes, childhood trauma and dissociation in borderline personality disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 40(2), 248–255.

Jovev, M., & Jackson, H. J. (2004). Early maladaptive schemas and personality disorder traits in a community sample. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 11(5), 299–313.

Kazuko, T., & Inoue, K. (2019). Discriminative features of borderline personality disorder. *Shinrigaku Kenkyu*, 79, 506–513.

Kassinove, H., & Tafrate, R. C. (2002). *Anger management: The complete treatment guidebook for practitioners*. Atascadero, CA: Impact Publishers.

Kremers, I. P., Van Giezen, A. E., Van der Does, A. J. W., Van Dyck, R., & Spinhoven, P. (2007). Memory of childhood trauma before and after long-term

psychological treatment of borderline personality disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 38(1), 1–10.

Lieb, K., Völlm, B., Rücker, G., Timmer, A., & Stoffers, J. M. (2010). Pharmacotherapy for borderline personality disorder: Cochrane systematic review of randomized trials. *British Journal of Psychiatry*, 196, 4–12.

Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.

Linehan, M. M., Cochran, B. N., & Kehrer, C. A. (2001). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. In D. H. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders* (3rd ed., pp. 470–522). New York: Guilford Press.

Lobbestael, J., Arntz, A., & Sieswerda, S. (2005). Schema modes and childhood abuse in borderline and antisocial patients. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 36(3), 240–253.

Lobbestael, J., Van Vreeswijk, M., & Arntz, A. (2008). An empirical test of schema mode conceptualizations in personality disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 46(7), 854–860.

Lobbestael, J., van Vreeswijk, M. F., & Arntz, A. (2007). Shedding light on schema modes: A clarification on the mode concept and its current research status. *Netherlands Journal of Psychology*, 63(3), 76–85.

Lynch, T. R., Trost, W. T., Salsman, N., & Linehan, M. M. (2007). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3(1), 181–205.

Morrison, N. (2000). Schema-focused cognitive therapy for complex long-standing problems: A single case study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 28(3), 269–283.

Nadort, M., Arntz, A., Smit, J. H., Giesen-Bloo, J., Eikelenboom, M., Spinhoven & Dyck, R. (2009). Implementation of outpatient schema therapy for borderline personality disorder with versus without crisis support by the therapist outside office hours: A randomized trial. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 961–973.

Nordahl, H. M., & Nysaeter, T. O. (2005). Schema therapy for patients with borderline personality disorder: A single case series. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 36(3), 254–264.

Read, G., & Morris, J. (2008). Body image disturbance in eating disorders. In J. Morris (Ed.), *ABC eating disorders*. Williston, VT: Wiley.

- Rosenberg, M. (2013). *Society and the adolescent self-image*. Middletown, CT: Wesleyan University Press.
- Sansone, R. A., Wiederman, M. W., & Monteith, D. (2010). Obesity, borderline personality symptomatology, and body image among women in a psychiatric outpatient setting. *International Journal of Eating Disorders*, 29, (4),320-341
- Schmitgen, M. M., Niedtfeld, I., Kluetsch, R. C., Domsalla, M., Schmahl, C., & Herpertz, S. C. (2019). Neural correlates of self-reflection in women with borderline personality disorder. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 6(3),438-443.
- Sieswerda, S., Arntz, A., & Kindt, M. (2007). Successful psychotherapy reduces hypervigilance in borderline personality disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 35(4), 387–402.
- Skodol, A. E., Gunderson, J. G., Shea, M. T., McGlashan, T. H., Morey, L. C., Sanislow, C. A., ... Pagano, M. E. (2005). The collaborative longitudinal personality disorders study (CLPS): Overview and implications. *Journal of Personality Disorders*, 19(5), 487–504.
- Specht, M. W., Chapman, A., & Cellucci, T. (2009). Schemas and borderline personality disorder symptoms in incarcerated women. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 40(2), 256–264.
- Stoffers, J. M., Völlm, B. A., Rücker, G., Timmer, A., Huband, N., & Lieb, K. (2012). Pharmacological interventions for borderline personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (6), 1–166.
- Taylor, C. D. J., Bee, P., & Haddock, G. (2017). Does schema therapy change schemas and symptoms? A systematic review across mental health disorders. *Psychology and Psychotherapy*, 90(3), 456–479.
- Thimm, J. C. (2010). Relationships between early maladaptive schemas and psychosocial developmental task resolution. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 17(3), 219–230.
- Trull, T. J., Sher, K. J., Minks-Brown, C., Durbin, J., & Burr, R. (2000). Borderline personality disorder and substance use disorders: A review and integration. *Clinical Psychology Review*, 20(2), 235–253.
- Van Asselt, A. D. I., Dirksen, C. D., Arntz, A., & Severens, J. L. (2007). The cost of borderline personality disorder: Societal cost of illness in BPD patients. *European Psychiatry*, 22(6), 354–361.

- Verdolini, N., Attademo, L., Agius, M., Ferranti, L., Moretti, P., & Quartesan, R. (2015). Traumatic events in childhood and their association with psychiatric illness in adulthood. *Psychiatria Danubina*, 27(Suppl. 1), 60–70.
- Wilkinson-Ryan, T., & Westen, D. (2000). Identity disturbance in borderline personality disorder: An empirical investigation. *American Journal of Psychiatry*, 157(4), 528–541.
- Young, J. E. (1990). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*. Sarasota, FL: Professional Resource Exchange.
- Young, J. E., & Gluhoski, V. L. (1996). Schema-focused diagnosis for personality disorders. In F. Kaslow (Ed.), *Handbook of relational diagnosis and dysfunctional family patterns* (pp. 300–321). New York: Wiley.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. New York: Guilford Press.
- Zanarini, M. C. (2009). Clinical overview: Psychotherapy of borderline personality disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 120(5), 373–377.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Reich, D. B., Silk, K. R., Hudson, J. I., & McSweeney, L. B. (2007). The subsyndromal phenomenology of borderline personality disorder: A 10-year follow-up study. *American Journal of Psychiatry*, 164(6), 929–935.