



كلية التربية

المجلة التربوية



جامعة سوهاج

فعالية كل من العلاج الجدلي السلوكي والعلاج المرتكز على التحويل في خفض الثالث المظلم في الشخصية لدى طلبة الجامعة مرتفعي هوس التصوير الذاتي (السيلفي)

إعداد

د/ محمد شعبان أحمد محمد

أستاذ الصحة النفسية المساعد

كلية التربية – جامعة الفيوم

د/ أحمد سيد عبدالفتاح عبدالجواد

أستاذ الصحة النفسية المساعد

كلية التربية – جامعة الفيوم

تاريخ استلام البحث : ١١ أغسطس ٢٠٢٥ م – تاريخ قبول النشر: ٢٨ أغسطس ٢٠٢٥ م

المستخلص:

هدفت الدراسة التحقق من فعالية كل من العلاج الجدلي السلوكي والعلاج المرتكز على التحويل في خفض الثالوث المظلم في الشخصية لدى طلبة الجامعة مرتفعي هوس التصوير الذاتي (السيلفي)، ولتحقيق هذا الهدف اعتمدت الدراسة على استخدام المنهج التجريبي القائم على تصميم المجموعتين التجريبية والضابطة. وبلغ عدد أفراد المشاركين في المجموعات التجريبية (٤٨) طالباً وطالبة، بمتوسط عمري (٢٠،٣٨) سنة وانحراف معياري (١،٠٢) سنة. وتم توزيع أفراد عينة الدراسة التجريبية بطريقة عشوائية إلى مجموعتين إحداهما تجريبية (ذكور - إناث) والأخرى ضابطة (ذكور - إناث) لكل برنامج علاجي، قوام كل مجموعة منهما (٦) طلاب يصبح عدد المجموعات (٤) مجموعات تجريبية (٢) مجموعة تجريبية (ذكور)، و(٢) مجموعة تجريبية (إناث)، وكذلك (٤) مجموعات ضابطة (٢) مجموعة تجريبية (ذكور)، و(٢) مجموعة ضابطة (إناث). وتمثلت أدوات الدراسة في: النسخة المختصرة من استبيان الثالوث المظلم The Short Dark Triad Questionnaire (Jones & Paulhus, 2014) (تعريب: الباحثين)، ومقياس هوس التصوير الذاتي (السيلفي) (إعداد: الباحثان)، ومقياس المستوى الاجتماعي والاقتصادي للأسرة (إعداد: عبد العزيز الشخص، ٢٠١٣)، وبرنامج العلاج الجدلي السلوكي لخفض الثالوث المظلم (إعداد: الباحثين)، وبرنامج العلاج المرتكز على التحويل لخفض الثالوث المظلم (إعداد: الباحثين). وأظهرت النتائج فاعلية كل من برنامج العلاج المرتكز على التحويل وبرنامج العلاج الجدلي السلوكي في خفض مستويات الثالوث المظلم في الشخصية لدى الذكور والإناث، حيث وجدت فروق دالة إحصائية بين القياسين القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي في المجموعتين التجريبيتين. كما تبين تفوق المجموعات التجريبية في كلا البرنامجين على المجموعات الضابطة في القياس البعدي على استبيان الثالوث المظلم، مما يؤكد الأثر الإيجابي للتدخلات العلاجية مقارنة بعدم التدخل. واحتفظت المجموعتان التجريبيتان في كل من البرنامجين بالمكاسب العلاجية التي تحققت في القياس البعدي، حيث لم تظهر فروق دالة بين القياسين البعدي والتبقي، مما يعكس استمرارية الأثر العلاجي على المدى القصير بعد انتهاء البرنامج. ولم تظهر فروق دالة إحصائية بين فاعلية البرنامجين (العلاج المرتكز على التحويل والعلاج الجدلي السلوكي) في خفض الثالوث المظلم في الشخصية في القياس البعدي، مما يشير إلى أن كليهما حقق نتائج متقاربة من حيث الكفاءة.

الكلمات المفتاحية: العلاج الجدلي السلوكي؛ العلاج المرتكز على التحويل؛ الثالوث المظلم في الشخصية؛ هوس التصوير الذاتي (السيلفي)؛ طلبة الجامعة.

The Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy (DBT) and Transference-Focused Psychotherapy (TFP) in Reducing Dark Triad Personality Traits among University Students with High Levels of Self-Photography Obsession (Selfie)

By

**Dr. Mohamed Shabaan Ahmed
Mohamed**

*Associate professor of mental health
Faculty of education- Fayoum
University*

**Dr. Ahmed Sayed Abdel Fattah
Abdel Gawad**

*Associate professor of mental
health
Faculty of education- Fayoum
University*

Abstract:

The study aimed to examine the effectiveness of both Dialectical Behavior Therapy (DBT) and Transference-Focused Psychotherapy (TFP) in reducing the Dark Triad personality traits among university students with high levels of selfie addiction. To achieve this objective, the study adopted the experimental method based on the experimental and control group design. The total number of participants in the experimental groups was 48 male and female students, with a mean age of 20.38 years and a standard deviation of 1.02 years. Participants in the experimental sample were randomly assigned to two main programs: one experimental group (males – females) and one control group (males – females) for each therapeutic program, with each group consisting of six students. This resulted in a total of eight groups: four experimental groups (two male experimental groups and two female experimental groups) and four control groups (two male control groups and two female control groups). The study tools consisted of: the Short Dark Triad Questionnaire (Jones & Paulhus, 2014) (Arabic adaptation: the researchers), the Selfie Addiction Scale (developed by the researchers), the Family Socioeconomic Status Scale (developed by Abdul Aziz Al-Shakhsh, 2013), the DBT program for reducing the Dark Triad (developed by the researchers), and the TFP program for reducing the Dark Triad (developed by the researchers). The results revealed the effectiveness of both the TFP program and the DBT program in reducing Dark Triad personality traits among male and female students, as there were statistically significant differences between the pre- and post-measurements in favor of

the post-measurement in both experimental groups. Furthermore, the experimental groups in both programs outperformed the control groups in the post-measurement on the Dark Triad Questionnaire, confirming the positive impact of therapeutic interventions compared to no intervention. Both experimental groups in each program maintained the therapeutic gains achieved in the post-measurement, as no significant differences were found between the post- and follow-up measurements, indicating the short-term sustainability of the therapeutic effects after the program's completion. No statistically significant differences were found between the effectiveness of the two programs (TFP and DBT) in reducing Dark Triad traits in the post-measurement, suggesting that both achieved comparable results in terms of efficiency.

Keywords: Dialectical Behavior Therapy; Transference-Focused Psychotherapy; Dark Triad Personality Traits; Self-Photography Obsession (Selfie); University Students.

أولاً: مقدمة الدراسة :

تُعد فئة طلبة الجامعة من أهم شرائح المجتمع، نظرًا لما تمثله من طاقات شابة تحمل ملامح المستقبل، وهي الفئة التي يُعَوَّل عليها في البناء والتنمية والابتكار. ونظرًا لطبيعة المرحلة العمرية التي يمرون بها، فإنهم يكونون أكثر حساسية تجاه التغيرات النفسية والاجتماعية، كما أنهم أكثر تفاعلاً مع ما يستجد في عالم التكنولوجيا والاتصال. ومن هذا المنطلق، فإن الاهتمام بصحتهم النفسية وسلوكهم الاجتماعي يُعد ضرورة ملحة، لا سيما في ظل التحولات المتسارعة التي يشهدها العصر الحديث، والتي تؤثر بشكل مباشر أو غير مباشر في إدراكهم لذواتهم وتكوين شخصياتهم.

وفي ظل الثورة الرقمية المتسارعة التي نعيشها حالياً، أصبحت الهواتف المحمولة عنصراً لا يمكن الاستغناء عنه في الحياة اليومية، لما تقدمه من خدمات فورية وتواصل دائم مع المستجدات حول العالم. ولقد أدى هذا التقدم التكنولوجي إلى تحولات جوهرية في أنماط الحياة، خاصة لدى فئة الشباب والمراهقين - ومنهم طلبة الجامعة - الذين يُشكّلون الشريحة الأكثر استخداماً لتلك الوسائل (Lin, 2023). ومع ازدياد الاعتماد على الهواتف الذكية ومنصات التواصل الاجتماعي، باتت هذه الأجهزة ملازمة للأفراد طوال يومهم، وامتد تأثيرها ليشمل الجوانب النفسية والاجتماعية، فصار كثير من الشباب يقيسون ذواتهم ومكانتهم الاجتماعية من خلال التفاعل الرقمي الذي يحظون به على هذه المنصات (Kaur & Vig, 2023).

وقد ساهم هذا التداخل العميق بين التكنولوجيا وحاجات الإنسان النفسية، مثل الرغبة في القبول والانتماء والشعور بالقيمة، في بروز أنماط سلوكية جديدة، لعل من أبرزها هوس التصوير الذاتي (السيلفي) (Arpaci et al., 2023). فقد تحوّلت صورة السيلفي من مجرد وسيلة للتوثيق إلى وسيلة للتعبير عن الذات وطلب الاهتمام، وأحياناً إلى سلوك قهري يعكس حالة من التعلق المفرط بالصورة والانطباع الرقمي. هذا السلوك، وإن بدا ظاهرياً بسيطاً أو عابراً، قد يُخفي وراءه اضطرابات أعمق في بناء الشخصية، وهو ما يدعو إلى دراسته وفهم أبعاده النفسية لدى فئة الشباب الجامعي على وجه الخصوص.

ومن الناحية النفسية، يُنظر إلى هوس السيلفي على أنه سلوك تعويضي يرتبط في كثير من الأحيان بالحاجة إلى القبول الاجتماعي أو الشعور بقلّة التقدير الذاتي؛ فالأفراد الذين يفتقرون إلى الثقة بالنفس أو يعانون من ضعف في تصورهم لذواتهم، قد يجدون في صور السيلفي وسيلة لإثبات الذات أو جذب الانتباه (عزة حسن محمد، ٢٠٢٣). وتتعرّز هذه الحالة عندما ترتبط الصورة بعدد الإعجابات والتعليقات، مما يجعل الشخص يشعر بقبول الآخرين له. وقد يتحول هذا السلوك تدريجيًا إلى نمط إدماني مزمن، يتمثل في التكرار القهري للتصوير ومشاركة الصور بشكل مفرط، في محاولة مستمرة لتأكيد الذات والحصول على شعور مؤقت بالقيمة والأهمية (سامية محمد صابر عبدالنبي ونهلة فرج الشافعي، ٢٠٢٤).

وصور السيلفي لا تعكس فقط مظهر الفرد، بل تعد أيضًا مظهرًا لصورة الذات وصدى الثقة بالنفس. إذ يراها البعض وسيلة للتعبير عن الذات أو تعزيزها، حيث يسعى الأفراد إلى استخدام هذه الصور لإثبات وجودهم وتأكيد هويتهم من خلال تفاعل الآخرين مع صورهم، سواء من خلال الإعجابات أو التعليقات (Anitha et al., 2023). فعملية حب الذات غالبًا ما تكون انعكاسية تتشكل من آراء الآخرين، إذ يعتمد تكوين الهوية والشعور بالذات على ردود الفعل والتصورات التي يكوّنها الآخرون حولهم. لذا، يعتبر هوس السيلفي أحد الوسائل التي يستخدمها الأفراد في عصرنا الحالي لتشكيل هويتهم الشخصية والنفسية، حيث يتأثر تقديرهم لذاتهم بعدد الإعجابات والتعليقات التي يحصلون عليها على صورهم (Lin, 2023).

كما أن الأفراد المهووسين بنشر صور السيلفي على مواقع التواصل الاجتماعي يشعرون بفرح وسعادة كبيرة عندما تتجاوز صورهم عددًا كبيرًا من الإعجابات، مما يعزز شعورهم بالإنجاز الشخصي. وكذلك فإن هؤلاء الأفراد يتنافسون في الحصول على أكبر عدد من الإعجابات والتعليقات على صورهم، بل قد يتفاخرون بذلك علنًا. هذا التنافس يعكس رغبتهم المستمرة في الحصول على اعتراف اجتماعي وتأكيد لوجودهم من خلال تفاعل الآخرين مع صورهم (Kaur & Vig, 2023).

ويُظهر هوس التصوير الذاتي (السيلفي) تأثيرًا قويًا على صورة الذات، حيث تعكس صور السيلفي انطباعات محددة عن الأفراد بناءً على مظهرهم الجسدي وأساليب

التصوير التي يتبعونها. وبناءً على ذلك فإن بعض الأفراد يقضون وقتًا وجهدًا كبيرين في تعديل وتحسين صور السيلفي التي يلتقطونها، بهدف الظهور بشكل مثير للإعجاب قبل نشرها على منصات التواصل الاجتماعي. وعلى الرغم من أن السيلفي يُمكن أن يكون وسيلة لتعزيز كشف الذات، إلا أنه يؤثر بعض الانتقادات المرتبطة بالسمات الشخصية غير الصحية، حيث يعكس هذا السلوك أحيانًا اتجاهات سلبية أو غير متوازنة في التعامل مع صورة الذات، مما يؤدي إلى تعزيز الشعور بالتحقق الخارجي بدلاً من القبول الداخلي.

وفي الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية الخامس (DSM-5) صنفت الجمعية الأمريكية للطب النفسي هوس التصوير الذاتي (السيلفي) كاضطراب نفسي مشابه للوسواس القهري. يُعتبر هذا السلوك نتيجة لرغبة ملحة في التقاط ونشر الصور الذاتية على مواقع التواصل الاجتماعي، حيث يُستخدم كوسيلة تعويضية للأفراد الذين يعانون من نقص في تقدير الذات أو شعور بالفراغ الداخلي. ويُعتقد أن هوس السيلفي قد يدفع الأفراد إلى التقاط صور لأنفسهم في أماكن بعيدة وغريبة، مما يعكس تصرفات مفرطة تهدف إلى جذب الانتباه أو الحصول على القبول الاجتماعي (American Psychiatric Association, 2013).

ومن خلال ما تقدم يمكن القول بأنه في ظل الانتشار الواسع لثقافة التصوير الذاتي أو "السيلفي"، أصبح من المهم فهم الدوافع النفسية التي تكمن وراء هذا السلوك، خاصة في ظل تأثيرات وسائل التواصل الاجتماعي التي تعزز من الرغبة في الحصول على التقدير والقبول الاجتماعي؛ حيث يعد هوس التصوير الذاتي سلوكًا معقدًا يعكس أبعادًا نفسية عميقة تتعلق بالصورة الذاتية والتفاعل مع الآخرين. وفي هذا السياق، فقد أظهرت نتائج دراسة دينا علي السعيد (٢٠٢٤) وجود علاقة ارتباطية موجبة بين سلوك نشر صور السيلفي على مواقع التواصل الاجتماعي وبين سمات الثلاث المظلم في الشخصية، التي تشمل النرجسية، المكافلية، والسايكوباتية.

ويتضمن الثلاث المظلم سمات النرجسية، المكافلية، والسايكوباتية، وهي سمات قد تدفع الأفراد إلى استخدام صور السيلفي كأداة لتعزيز الصورة الذاتية، والتفوق الاجتماعي، والسعي وراء الاهتمام والاعتراف من الآخرين. فالأفراد الذين يمتلكون سمات الثلاث المظلم يميلون بشكل أكبر إلى التقاط صور السيلفي ونشرها، حيث يسعى

هؤلاء الأشخاص إلى تعزيز صورة الذات وإثبات تفوقهم الاجتماعي من خلال التفاعل على منصات التواصل. وهذه السمة من السمات النفسية تساهم في دفع الأفراد نحو السعي وراء الإعجابات والتعليقات على صورهم، مما يزيد من رغبتهم في الحصول على التقدير الاجتماعي والاعتراف من الآخرين.

ويُعد الثالوث المظلم في الشخصية (Dark Triad) من المفاهيم الحديثة نسبيًا في علم النفس، وقد طرحه Paulhus & Williams عام ٢٠٠٢ لوصف تفاعل ثلاث سمات شخصية سلبية هي: النرجسية (Narcissism)، والمكيايلية (Machiavellianism)، والسيكوباتية (Psychopathy). ورغم أن هذه السمات يمكن أن تُدرس بشكل منفصل، فإن أهميتها تكمن في تداخلها واشتراكها في جوهر مشترك يتمثل في التلاعب القاسي بالآخرين والسعي لتحقيق مصالح ذاتية على حساب القيم والمعايير الاجتماعية (Paulhus & Williams, 2002; Jones & Paulhus, 2013). وقد اكتسب هذا المفهوم اهتمامًا بحثيًا واسعًا نظرًا لارتباطه بسلوكيات معادية للمجتمع، والهيمنة الاجتماعية، وضعف التعاطف، مما يجعله أداة تفسيرية هامة لفهم أنماط الشخصية غير التوافقية.

وتوصف النرجسية، بوصفها البعد الأول في الثالوث المظلم، بالشعور المبالغ فيه بالعظمة، والحاجة المستمرة للإعجاب، والتمركز حول الذات، وغالبًا ما يسعى الأفراد النرجسيون إلى إثبات تفوقهم عبر المظاهر الخارجية والعلاقات التي تعزز صورتهم الذاتية (Furnham et al., 2013; Roeser et al., 2016). أما المكيايلية فهي بعد استراتيجي يقوم على الخداع والتلاعب والتخطيط طويل المدى لتحقيق الأهداف الشخصية، حتى لو تعارض ذلك مع القيم الأخلاقية أو مصالح الآخرين (Veselka et al., 2012; Koehn et al., 2019). في حين تمثل السيكوباتية البعد الأكثر حدة، حيث تتصف بالاندفاعية، وغياب الضمير، والسلوكيات المعادية للمجتمع، وضعف التعاطف (APA, 2013; Malar & Giuffredi-Kahr, 2024).

وتشير الأبحاث إلى أن هذه السمات، رغم تباينها، تشترك في خصائص نفسية وسلوكية مثل السعي إلى السيطرة، وانخفاض التعاطف، والقدرة على التلاعب بالعلاقات الاجتماعية لتحقيق مكاسب شخصية. كما ترتبط بسمات سلبية أخرى مثل العدوانية،

والاندفاع، وعدم الاستقرار العاطفي، وانتهاك المعايير الاجتماعية (Lyons et al., 2019; Vize et al., 2020). ويرى Hudson (2023) و Pelster & Schaltegger (2022) أن الأفراد ذوي المستويات المرتفعة في الثالوث المظلم غالبًا ما يوظفون مهاراتهم الاجتماعية الظاهرية لتحقيق أهدافهم، مع إخفاء نواياهم الحقيقية، مما يجعل التعرف عليهم صعبًا في البيئات الاجتماعية والمهنية.

وقد وجدت دراسات حديثة أن الثالوث المظلم يرتبط بسلوكيات العصر الرقمي مثل الإفراط في استخدام وسائل التواصل الاجتماعي، والسعي وراء التقدير الافتراضي، والممارسات الاستعراضية، ومنها نشر الصور الذاتية (السيلفي) بهدف جذب الانتباه أو تعزيز الهيمنة الاجتماعية (Appel et al., 2019; Ucar et al., 2023). ويرتبط ذلك بحاجات نرجسية للتقدير، أو استراتيجيات مكافئية للتأثير في الآخرين، أو دوافع سيكوباتية لخرق المعايير وإثارة الجدل. هذا الارتباط يفتح المجال أمام مزيد من البحوث لفهم كيفية تأثير سمات الثالوث المظلم في أنماط التفاعل الاجتماعي الرقمي، خاصة لدى الفئات الشابة التي تشكل النسبة الأكبر من مستخدمي هذه المنصات.

وبالنظر إلى التأثيرات السلبية التي قد ينطوي عليها الثالوث المظلم في الشخصية لدى طلبة الجامعة، وخاصة أولئك الذين يظهر لديهم مستويات مرتفعة من هوس التصوير الذاتي (السيلفي)، تبرز الحاجة الملحة إلى البحث عن أساليب علاجية فعالة يمكن أن تسهم في خفض حدة هذه السمات وتقليل انعكاساتها السلوكية والاجتماعية. فالتداخل بين السمات النرجسية والمكافئية والسيكوباتية من جهة، والسلوكيات الاستعراضية المرتبطة بهوس السيلفي من جهة أخرى، قد يزيد من الميل إلى التلاعب بالآخرين، والاندفاعية، وضعف التعاطف، مما يتطلب تدخلات نفسية قائمة على أسس علمية. وفي هذا السياق، يبرز العلاج الجدلي السلوكي (Dialectical Behavior Therapy - DBT) كأحد الأساليب الفعالة في تعديل السلوكيات الاندفاعية وتعزيز مهارات التنظيم الانفعالي، إلى جانب العلاج المرتكز على التحويل (Transference-Focused Therapy - TFP) الذي يركز على إعادة بناء أنماط العلاقات وفهم الديناميات العاطفية العميقة، مما يجعله مناسبًا لمعالجة الجذور الشخصية المرتبطة بالثالوث المظلم.

ويُعدّ العلاج الجدلي السلوكي (Dialectical Behavior Therapy) أحد الأساليب العلاجية الحديثة التي طوّرتها مارشا لينهان في ثمانينيات القرن العشرين بهدف مساعدة الأفراد الذين يعانون من سلوكيات إيذاء الذات المتكررة، وخاصة المصابين باضطراب الشخصية الحدية، بعد أن فشلت التدخلات التقليدية في الحد من هذه السلوكيات (Linehan, 1993; Swales, 2018). يقوم DBT على الدمج بين تقنيات العلاج السلوكي وفلسفة الجدل التي تؤكد على التوازن بين التقبل غير المشروط للعمليات والسعي نحو التغيير الإيجابي، وهو ما يمنحه مرونة في التعامل مع الأفراد ذوي الاضطرابات المعقدة والمستويات المرتفعة من الكرب النفسي (Stoffers et al., 2012). ويستند هذا العلاج إلى مبدأ أن الحقيقة متعددة الأبعاد، وأن القبول والتغيير عمليتان متكاملتان وليستا متناقضتين، مما يساعد العميل على مواجهة معاناته، وتخفيف الإحباط، والاستمرار في العملية العلاجية (Moukhtarian et al., 2018).

ويرتكز العلاج الجدلي السلوكي على ثلاث ركائز فلسفية أساسية: الترابط، والتناقض، والتغيير. فالترابط يشير إلى أن جميع العناصر داخل الفرد (مثل الجهاز العصبي والمشاعر ومعالجة المعلومات) وخارجه (مثل البيئة الاجتماعية والثقافة) مترابطة، وأي خلل أو تعديل في إحداها ينعكس على الأخرى (Van Dijk, 2012). أما التناقض فيعكس الطبيعة المركبة للواقع، حيث يرى العلاج الجدلي السلوكي أن القبول الجذري للواقع جزء من عملية التغيير نفسها. وأما التغيير فيُعد ثابتاً حتمياً يحدث من خلال حل التناقضات الداخلية في الأفكار والمشاعر، وتعميم هذا التغيير على الحياة اليومية. ويدمج العلاج الجدلي السلوكي بين القبول والوعي الذهني من جهة، والأساليب السلوكية من جهة أخرى، مثل حل المشكلات والتعرض التدريجي والتعديل المعرفي، بهدف استبدال السلوكيات غير التكيفية بسلوكيات أكثر فاعلية.

ورغم أن العلاج الجدلي السلوكي طُوّر أساساً لعلاج اضطراب الشخصية الحدية المرتبط بخلل التنظيم الانفعالي، فقد أثبتت الأبحاث فعاليته مع طيف واسع من الاضطرابات النفسية والعصبية والنمائية. فقد أشارت الدراسات إلى أن خلل التنظيم الانفعالي يمثل آلية مرضية مشتركة في العديد من الاضطرابات، مثل الاكتئاب (Lynch et al., 2003)، واضطرابات القلق (Bedics et al., 2012)، والاضطراب ثنائي

القطب (Goldstein et al., 2015; Van Dijk et al., 2013)، واضطراب كرب ما بعد الصدمة (Bohus et al., 2013)، واضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه (Cole et al., 2016)، وكذلك في الحالات التي تتداخل فيها اضطرابات الأكل مع تعاطي المواد المخدرة (Courbasson et al., 2012). هذا الانتشار الواسع لاستخدامه يعكس مرونته وقدرته على التكيف مع احتياجات فئات متنوعة، مما جعله نموذجًا رائدًا في التدخلات العلاجية المعاصرة (Bemmouna & Weiner, 2023; Reeves et al., 2010).

ومن جانب آخر يُعد العلاج المرتكز على التحويل (TFP) أحد النماذج العلاجية النفسية الحديثة نسبيًا، والذي تطور استنادًا إلى أسس التحليل النفسي الكلاسيكي مع التركيز على مفهوم التحويل بوصفه أداة رئيسة في العملية العلاجية. وقد أسسه أوتو كيرنبرغ وزملاؤه بهدف التعامل مع البنى النفسية غير الناضجة لدى الأفراد الذين يعانون من اضطرابات الشخصية، لاسيما اضطراب الشخصية الحدية واضطراب الشخصية النرجسية (Kernberg, 1980; Clarkin et al., 2018). يقوم هذا النموذج على فكرة أن الخبرات المبكرة مع القائمين بالرعاية تترك بصمات في تمثيلات الذات والآخر، وأن هذه التمثيلات قد تكون منقسمة أو مشوهة، مما ينعكس على العلاقات اللاحقة. ويتيح إطار TFP إعادة تفعيل هذه التمثيلات في العلاقة العلاجية، مما يمنح المعالج فرصة لتفسيرها وتعديلها (Diamond et al., 2013).

ويتميز العلاج المرتكز على التحويل بكونه علاجًا مكثفًا قائمًا على الأدلة، يتطلب التزامًا من العميل والمعالج معًا بعقد علاجي واضح يحدد أهداف العلاج وحدوده (Yeomans et al., 2002). ويركز على استكشاف المشاعر والانفعالات التي تنشأ في سياق العلاقة بين العميل والمعالج، وفهم كيفية ارتباطها بالصراعات الطفولية المبكرة. ويمثل التحويل - أي إعادة إنتاج أنماط العلاقات القديمة مع المعالج في "هنا والآن" - محور العملية العلاجية، حيث يُنظر إليه كوسيلة لكشف آليات الدفاع الأولية، مثل الانسقاط والإسقاط، والعمل على استبدالها بآليات أكثر نضجًا (Kernberg & Caligor, 2005).

وقد أثبتت الدراسات فعالية العلاج المرتكز على التحويل في تحسين تكامل الهوية وتنظيم الانفعالات لدى الأفراد ذوي اضطرابات الشخصية، والحد من السلوكيات الاندفاعية والمدمرة للذات (Doering et al., 2010; Levy et al., 2022). كما أظهرت الأبحاث أنه يساعد على دمج تمثيلات الذات والآخر المتناقضة، مما ينعكس إيجاباً على استقرار الهوية وتحسين جودة العلاقات البينشخصية (Clarkin et al., 2007). ويُعد هذا الدمج أحد الأهداف الجوهرية في TFP، إذ يُمكن العميل من تبني رؤية أكثر واقعية وتوازناً لذاته وللآخرين، والحد من التقلبات الحادة في المواقف والانفعالات.

كما أن أهمية العلاج المرتكز على التحويل لا تقتصر على علاج الاضطرابات المزمنة والمعقدة فحسب، بل تمتد لتشمل فئات غير إكلينيكية تعاني من سمات شخصية مضطربة، مثل سمات الثالث المظلم المتمثلة في النرجسية والمكيايلية والسيكوباتية، والتي كثيراً ما ترتبط بأنماط تعلق غير آمنة وتجارب طفولية سلبية (Moscara & Bergonzini, 2021). ومن ثم، فإن دمج TFP في برامج التدخل النفسي الموجهة لهذه الفئة - مثل طلبة الجامعة ذوي هوس التصوير الذاتي المرتبط بسمات الثالث المظلم - يمكن أن يشكل مساراً واعداً للحد من هذه السمات عبر تعديل البنى النفسية الكامنة وتحسين مهارات التنظيم الانفعالي والعلاقات الاجتماعية.

وفي ضوء ما سبق، تتضح الحاجة الماسة إلى تبني تدخلات علاجية قائمة على أسس علمية، قادرة على التعامل مع التداخل المعقد بين هوس التصوير الذاتي (السيلفي) وسمات الثالث المظلم في الشخصية لدى طلبة الجامعة. ويبرز كل من العلاج الجدلي السلوكي والعلاج المرتكز على التحويل كنموذجين واعدتين في هذا المجال؛ فالأول يركز على تطوير مهارات التكيف وتنظيم الانفعالات وتقليل السلوكيات الاندفاعية، بينما الثاني يعالج الجذور العميقة لأنماط العلاقات والتمثيلات الذاتية والآخرية غير الناضجة. وانطلاقاً من ذلك، تهدف هذه الدراسة إلى اختبار فعالية هذين الأسلوبين العلاجيين في خفض سمات الثالث المظلم لدى طلبة الجامعة مرتفعي هوس التصوير الذاتي، بما يساهم في تحسين توافقهم النفسي والاجتماعي، وتعزيز قدرتهم على بناء علاقات صحية ومتوازنة في ظل التحديات المتزايدة التي يفرضها العالم الرقمي المعاصر.

ثانياً: مشكلة الدراسة وتساؤلاتها:

نبعت مشكلة الدراسة الحالية من خلال ما لاحظته الباحثان أثناء عملهما في الجامعة، سواء من خلال التدريس أو التفاعل المتكرر مع الطلاب في مواقف الإرشاد الأكاديمي والنفسي، أو أثناء الحوارات الفردية والجماعية التي تدور داخل قاعات المحاضرات وخارجها. فقد لمس الباحثان ازدياداً واضحاً في انشغال بعض الطلبة المفرط بالتصوير الذاتي (السيلفي)، سواء أثناء الأنشطة الجامعية أو في سياقات الحياة اليومية، الأمر الذي لفت انتباههما إلى أن هذا السلوك قد لا يكون مجرد ممارسة وقتية أو هواية شائعة، بل يحمل دلالات نفسية أعمق تستدعي الدراسة والتأمل، خاصة عندما يقترن بمظاهر مبالغ فيها من حب الظهور والاهتمام المفرط بالمظهر الخارجي والانشغال بعدد الإعجابات والتعليقات.

وفي ظل التوسع الهائل في استخدام التكنولوجيا الحديثة، وخصوصاً الهواتف الذكية ومواقع التواصل الاجتماعي، ظهرت سلوكيات رقمية معاصرة غيرت أنماط الحياة والتفاعل الاجتماعي، من أبرزها التصوير الذاتي (السيلفي). هذا السلوك الذي كان في بداياته وسيلة للتوثيق، تحول لدى كثير من الشباب، خاصة طلاب الجامعات، إلى أداة لصياغة الصورة الذهنية عن الذات أمام الآخرين، بل وأحياناً إلى وسيلة لتعزيز الشعور بالقيمة الشخصية. إلا أن الاستخدام المتكرر والمفرط لهذا السلوك بدأ يكشف عن ملامح نفسية مقلقة، ترتبط في كثير من الحالات بمظاهر نرجسية واضحة، وحاجة مفرطة للقبول والاهتمام، وسلوكيات استعراضية متكررة، قد تشير إلى اضطراب في أساليب التكيف مع الذات والمجتمع.

ويُعد هوس التصوير الذاتي أو "السيلفي" من الظواهر التي تحمل آثاراً سلبية واضحة على الأفراد، خاصة في أوساط الشباب. فقد أظهرت الدراسات أن التقاط السيلفي يرتبط بعدد من المشكلات النفسية والاجتماعية والجسدية. من أبرز هذه الآثار السلبية هو التأثير على الثقة بالنفس، حيث يُظهر الأفراد الذين يلتقطون صور السيلفي بشكل مفرط انخفاضاً في تقدير الذات، ويعانون من شعور بالفراغ الداخلي. كما يرتبط هذا السلوك بالنرجسية، حيث يصبح الشخص مهووساً بتصوير نفسه وإظهار صورة مثالية، ما

يعيق تفاعله الاجتماعي الطبيعي. علاوة على ذلك، السيلفي قد يؤدي إلى مشاعر العزلة الاجتماعية، حيث يصبح الشخص أقل انفتاحًا على التجارب الجديدة وأقل قدرة على بناء علاقات عميقة. إضافة إلى ذلك، لا يمكن إغفال الخطر الجسدي الذي يشكله السيلفي، حيث تسببت هذه الظاهرة في العديد من الحوادث المميتة. هذا فضلاً عن أن السيلفي يتسبب في إضاعة الوقت والجهد، حيث يقضي الأفراد وقتًا طويلاً في تعديل صورهم قبل نشرها، مما يساهم في تقليل الإنتاجية والراحة النفسية (Danasegaran et al., 2023; Lin, 2023).

وإن هذا التزايد في هوس التصوير الذاتي بين طلاب الجامعة يثير تساؤلات عميقة حول العلاقة بين هذا السلوك الرقمي الظاهري وبعض سمات اضطرابات الشخصية، ولا سيما ما يُعرف في علم النفس بـ الثالث المظلم، الذي يتكوّن من ثلاث سمات شخصية غير سوية: النرجسية، والمكيا فيلية، والسيكوباتية. فالمبالغة في تصوير الذات قد لا تكون مجرد مظهر اجتماعي سطحي، بل قد تكون انعكاسًا لحاجات نفسية غير مشبعة، وتكوينات شخصية مضطربة تسعى للتعويض من خلال الصورة الرقمية.

واستنادًا إلى ما تقدم، فإن الثالث المظلم في الشخصية، والذي يضم سمات النرجسية والمكيا فيلية والسيكوباتية، يمثل إطارًا نفسيًا يمكن من خلاله فهم بعض أبعاد هوس التصوير الذاتي لدى طلبة الجامعة. إذ تشير الأدبيات إلى أن الأفراد ذوي المستويات المرتفعة في هذه السمات يميلون إلى إظهار التمرکز حول الذات، والسعي وراء الاعتراف الاجتماعي، والتلاعب بالآخرين، وانخفاض مستوى التعاطف (Jones & Paulhus, 2013; Lyons et al., 2019). وقد بينت دراسات عربية وأجنبية أن النرجسية على سبيل المثال ترتبط مباشرة بالسلوكيات الاستعراضية وحب الظهور على منصات التواصل الاجتماعي، بينما تميل المكيا فيلية إلى توظيف هذه المنصات كأداة لتحقيق مكاسب شخصية من خلال التأثير على الآخرين أو تشكيل الانطباعات، في حين تتجلى السيكوباتية في الاندفاعية والسلوكيات المثيرة للانتباه حتى وإن كانت تنطوي على مخاطر (Veselka et al., 2012; ضياء أبو عاصي، ٢٠٢٢).

وتدعم نتائج عدد من الدراسات هذه العلاقة بين الثالث المظلم وهوس السيلفي، حيث أظهرت دراسة دينا علي السعيد (٢٠٢٤) وجود ارتباط موجب بين سلوك نشر صور

السيلفي وسمات التالوث المظلم، فيما أوضحت دراسة Malar & Giuffredi-Kahr (٢٠٢٤) أن الأفراد ذوي السمات النرجسية المرتفعة يخرطون في نشر صور ذاتية بمعدل أكبر بغرض تعزيز مكانتهم الرقمية. كما كشفت دراسة Baughman et al (٢٠١٢) أن ارتفاع سمات الميكافيلية والسيكوباتية يرتبط باستخدام استراتيجيات تواصل رقمية قائمة على الاستعراض والتأثير النفسي في الجمهور المستهدف. وبناءً عليه، فإن فهم العلاقة بين هوس التصوير الذاتي وهذه السمات المظلمة ليس مجرد جانب نظري، بل يمثل خطوة أساسية نحو تصميم تدخلات علاجية وإرشادية قادرة على الحد من الآثار النفسية والسلوكية المترتبة على هذا النمط من الشخصية بين الشباب الجامعي.

ويُعَدّ العلاج الجدلي السلوكي (DBT) من الأساليب العلاجية التي لاقت اهتماماً واسعاً في العقود الأخيرة نظراً لفاعليته في التعامل مع الاضطرابات التي تتسم بخلل شديد في التنظيم الانفعالي والسلوكيات المندفعة أو المؤذية للذات. وقد نشأ هذا النموذج استجابةً لفشل العديد من التدخلات التقليدية في الحد من سلوكيات إيذاء الذات والانتحار لدى بعض الفئات، خاصة المصابين باضطراب الشخصية الحدية. يقوم العلاج الجدلي السلوكي على الدمج بين استراتيجيات العلاج السلوكي وفلسفة الجدال التي توازن بين التقبّل الجذري للواقع والسعي لإحداث تغيير إيجابي، مما يوفر بيئة علاجية تساعد العميل على مواجهة معاناته بوعي ومرونة، ويعزز قدرته على تطوير مهارات تكيفية تقلل من السلوكيات الضارة.

وتبرز أهمية العلاج الجدلي السلوكي في كونه لا يقتصر على علاج اضطراب بعينه، بل يمتد ليشمل طيفاً واسعاً من الاضطرابات النفسية التي يشكّل خلل التنظيم الانفعالي جزءاً من بنيتها المرضية، مثل الاكتئاب، واضطرابات القلق، واضطراب كرب ما بعد الصدمة، واضطرابات الأكل، وحتى بعض السلوكيات الإدمانية. هذه المرونة في التطبيق تجعل من العلاج الجدلي السلوكي خياراً واعداً للتعامل مع فئات محددة، مثل طلبة الجامعات الذين قد يعانون من أنماط سلوكية وانفعالية مضطربة، خاصة في ظل التحديات النفسية والاجتماعية المرتبطة بمرحلة الشباب والتأثيرات المتزايدة للأنشطة الرقمية، ومنها هوس التصوير الذاتي (السيلفي)، مما يفتح المجال أمام بحث فاعلية هذا العلاج في خفض السمات الشخصية السلبية وتعزيز التكيف النفسي لدى هذه الفئة.

وكذلك يُعد العلاج المرتكز على العميل (Client-Centered Therapy) أحد النماذج العلاجية الإنسانية التي طوّرها كارل روجرز في منتصف القرن العشرين، ويستند إلى فلسفة أساسية ترى أن الفرد يمتلك في داخله القدرة على الفهم والتغيير الإيجابي إذا توفر له مناخ نفسي داعم يتسم بالتقبل غير المشروط، والتعاطف، والصدق (Rogers, 1951). غير أن الواقع العلاجي في كثير من البيئات العربية يُظهر أن هذه المقومات ليست دائماً متاحة بالشكل الأمثل، مما قد يحد من فاعلية العلاج في خفض الاضطرابات النفسية المعقدة، خاصة تلك التي تتسم بعمق في البنى الشخصية أو تتأثر بخبرات الطفولة المبكرة السلبية (Cain, 2010). ومع تزايد مظاهر القلق، والاكتئاب، واضطرابات التكيف لدى طلبة الجامعات، تبرز الحاجة إلى اختبار جدوى هذا النموذج العلاجي في بيئات ثقافية متنوعة لقياس مدى فعاليته في تعزيز التوافق النفسي والاجتماعي.

وفي ضوء ما تقدم يمكن تلخيص مشكلة الدراسة الحالية في السؤال الرئيسي التالي: ما فاعلية كل من العلاج الجدلي السلوكي والعلاج المرتكز على العميل في خفض الثالث المظلم في الشخصية لدى طلبة الجامعة مرتفعي هوس التصوير الذاتي (السيلفي)؟

ويتفرع من هذا السؤال بعض الأسئلة الفرعية وهي:

١. هل توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعتين التجريبيتين (مجموعة الذكور - مجموعة الإناث) في المجموعة الأولى (العلاج المرتكز على التحويل) من عينة الدراسة بين القياسين القبلي والبعدي على استبيان الثالث المظلم في الشخصية في اتجاه القياس البعدي؟
٢. هل توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعتين التجريبيتين (مجموعة الذكور - مجموعة الإناث) في المجموعة الثانية (العلاج الجدلي السلوكي) من عينة الدراسة بين القياسين القبلي والبعدي على استبيان الثالث المظلم في الشخصية في اتجاه القياس البعدي؟
٣. هل توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعتين التجريبيتين (العلاج المرتكز على التحويل) ومتوسطي رتب درجات المجموعتين الضابطتين

- (العلاج المرتكز على التحويل) في القياس البعدي على استبيان الثالث المظلم في الشخصية لصالح المجموعتين التجريبيتين؟
٤. هل توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعتين التجريبيتين (العلاج الجدلي السلوكي) ومتوسطي رتب درجات المجموعتين الضابطين (العلاج الجدلي السلوكي) في القياس البعدي على استبيان الثالث المظلم في الشخصية لصالح المجموعتين التجريبيتين؟
٥. هل توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية (ذكور - العلاج المرتكز على التحويل) ومتوسط رتب درجات المجموعة التجريبية (إناث - العلاج المرتكز على التحويل) من عينة الدراسة في القياس البعدي على استبيان الثالث المظلم في الشخصية؟
٦. هل توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية (ذكور - العلاج الجدلي السلوكي) ومتوسط رتب درجات المجموعة التجريبية (إناث - العلاج الجدلي السلوكي) من عينة الدراسة في القياس البعدي على استبيان الثالث المظلم في الشخصية؟
٧. هل توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعتين التجريبيتين (العلاج المرتكز على التحويل) من عينة الدراسة بين القياسين البعدي والتتبعي على استبيان الثالث المظلم في الشخصية؟
٨. هل توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعتين التجريبيتين (العلاج الجدلي السلوكي) من عينة الدراسة بين القياسين البعدي والتتبعي على استبيان الثالث المظلم في الشخصية؟
٩. هل توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعتين التجريبيتين (العلاج المرتكز على التحويل) ومتوسطي رتب درجات المجموعتين التجريبيتين (العلاج الجدلي السلوكي) من عينة الدراسة في القياس البعدي على مقياس الثالث المظلم في الشخصية؟

ثالثاً: أهداف الدراسة:

سعت الدراسة الحالية إلى تحقيق الهدف الرئيسي التالي: التحقق من فاعلية كل من العلاج الجدلي السلوكي والعلاج المرتكز على التحويل في خفض الثالث المظلم في الشخصية لدى طلبة الجامعة مرتفعي هوس التصوير الذاتي (السيلفي).
وانبثق من هذا الهدف الرئيسي الأهداف الفرعية الآتية:

١. التحقق من وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعتين التجريبيتين (مجموعة الذكور - مجموعة الإناث) في المجموعة الأولى (العلاج المرتكز على التحويل) بين القياسين القبلي والبعدي على استبيان الثالث المظلم في الشخصية في اتجاه القياس البعدي.
٢. التحقق من وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعتين التجريبيتين (مجموعة الذكور - مجموعة الإناث) في المجموعة الثانية (العلاج الجدلي السلوكي) بين القياسين القبلي والبعدي على استبيان الثالث المظلم في الشخصية في اتجاه القياس البعدي.
٣. التحقق من وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعتين التجريبيتين (العلاج المرتكز على التحويل) ومتوسطي رتب درجات المجموعتين الضابطين (العلاج المرتكز على التحويل) في القياس البعدي على استبيان الثالث المظلم في الشخصية لصالح المجموعتين التجريبيتين.
٤. التحقق من وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعتين التجريبيتين (العلاج الجدلي السلوكي) ومتوسطي رتب درجات المجموعتين الضابطين (العلاج الجدلي السلوكي) في القياس البعدي على استبيان الثالث المظلم في الشخصية لصالح المجموعتين التجريبيتين.
٥. التحقق من وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية (ذكور - العلاج المرتكز على التحويل) ومتوسط رتب درجات المجموعة التجريبية (إناث - العلاج المرتكز على التحويل) في القياس البعدي على استبيان الثالث المظلم في الشخصية.

٦. التحقق من وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية (ذكور - العلاج الجدلي السلوكي) ومتوسط رتب درجات المجموعة التجريبية (إناث - العلاج الجدلي السلوكي) في القياس البعدي على استبيان الثالث المظلم في الشخصية.
٧. التحقق من وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعتين التجريبيتين (العلاج المرتكز على التحويل) بين القياسين البعدي والتتبعي على استبيان الثالث المظلم في الشخصية.
٨. التحقق من وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعتين التجريبيتين (العلاج الجدلي السلوكي) بين القياسين البعدي والتتبعي على استبيان الثالث المظلم في الشخصية.
٩. التحقق من وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعتين التجريبيتين (العلاج المرتكز على التحويل) ومتوسطي رتب درجات المجموعتين التجريبيتين (العلاج الجدلي السلوكي) في القياس البعدي على مقياس الثالث المظلم في الشخصية.

رابعاً: أهمية الدراسة:

تتمثل أهمية الدراسة الحالية من الناحيتين النظرية والتطبيقية في الآتي:

(أ) الأهمية النظرية:

١. تسهم الدراسة في إثراء الإطار النظري المرتبط بفهم العلاقة بين هوس التصوير الذاتي (السيلفي) وسمات الثالث المظلم في الشخصية لدى طلبة الجامعة، وهي علاقة لم تحظَ بالقدر الكافي من البحث في البيئة العربية، مما يضيف بعداً جديداً في دراسة السلوكيات الرقمية المعاصرة.
٢. تقدم الدراسة نموذجاً تفسيريًا يجمع بين أبعاد الثالث المظلم (النرجسية، المكيفيلية، السيكوباتية) والسلوكيات الاستعراضية المرتبطة بالسيلفي، بما يعزز الربط بين بنية الشخصية والتأثيرات النفسية والاجتماعية للتكنولوجيا الحديثة.

٣. تسهم الدراسة في تطوير المعرفة النظرية حول فاعلية الأساليب العلاجية القائمة على الأدلة، مثل العلاج الجدلي السلوكي والعلاج المرتكز على التحويل، في خفض السمات غير التكيفية في الشخصية، مما يفتح المجال أمام مزيد من الدراسات العلاجية المقارنة.

(ب) الأهمية التطبيقية:

١. توفر الدراسة برامج علاجية قائمة على العلاج الجدلي السلوكي والعلاج المرتكز على التحويل، بهدف خفض سمات الثلاث المظلم في الشخصية لدى الطلبة مرتفعي هوس التصوير الذاتي، وتعزيز توافقهم النفسي والاجتماعي.

٢. تتيح الدراسة إمكانية تطبيق أساليب علاجية فعالة على فئة غير إكلينيكية من طلبة الجامعة، بما يساهم في تحسين مهارات التنظيم الانفعالي، وتعديل السلوكيات الاندفاعية والاستعراضية المرتبطة بالسيلفي.

٣. تساعد نتائج الدراسة المؤسسات التعليمية وضمان القرار على تصميم برامج وقائية وتوعوية تستهدف الحد من السلوكيات الرقمية المفرطة، وتدعيم مهارات العلاقات الينشخصية، بما يساهم في الحد من التأثيرات السلبية لسمات الثلاث المظلم على البيئة الجامعية.

خامساً: تحديد مصطلحات الدراسة إجرائياً:

تتضمن الدراسة الحالية بعض المصطلحات التي قام الباحثان بتحديد وتعريفها بشكل إجرائي، وهذه المصطلحات هي:

أ- العلاج الجدلي السلوكي: Dialectical Behavior Therapy

أسلوب علاج نفسي طورته مارشا لينهان في أواخر الثمانينيات، يدمج بين تقنيات العلاج السلوكي المعرفي وفلسفة الجدل التي تؤكد على التوازن بين القبول والتغيير. يهدف إلى مساعدة الأفراد، خاصة من يعانون من خلل في التنظيم الانفعالي أو سلوكيات اندفاعية، على اكتساب مهارات التكيف مثل اليقظة العقلية، وتنظيم المشاعر، وتحمل الضغوط، والفاعلية الينشخصية.

ب- العلاج المرتكز على التحويل: Transference-Focused Psychotherapy

نموذج علاج نفسي تحليلي طوره أوتو كيرنبرغ وزملاؤه، يركز على فهم وتعديل أنماط العلاقات غير الناضجة التي تتجلى في العلاقة العلاجية (التحويل). يعتمد على استكشاف التمثيلات الداخلية للذات والآخر، وتفسير الانقسامات والصراعات الانفعالية، بهدف تحسين تكامل الهوية وتنظيم الانفعالات.

ج- الثالث المظلم في الشخصية: Dark Triad Personality Traits

مفهوم يصف ثلاث سمات شخصية مترابطة ذات طبيعة اجتماعية سلبية، وهي النرجسية (الإعجاب المفرط بالذات)، والمكيايلية (التلاعب والاستغلال لتحقيق مكاسب شخصية)، والسيكوباتية (الاندفاعية وغياب التعاطف). تُستخدم هذه السمات لفهم السلوكيات المعادية للمجتمع أو غير الأخلاقية.

د- هوس التصوير الذاتي (السيلفي): Self-Photography Obsession(Selfie)

سلوك قهري يتمثل في الانشغال المفرط بالتقاط الصور الذاتية ونشرها، ويتجلى في أربعة أبعاد: الإعجاب النرجسي بصورة الذات، والبحث عن القبول الاجتماعي، والانشغال بالمظهر وتحسين الصورة الذاتية، والاستخدام التعويضي والمخاطرة لجذب الانتباه وتعويض النقص في التفاعل الاجتماعي.

سادساً: محددات الدراسة:

تحدد الدراسة الحالية ببعض المحددات تتمثل في الآتي:

أ- المحددات البشرية: تتمثل في طلبة جامعة الفيوم مرتفعي هوس التصوير الذاتي (السيلفي)، ممن تم اختيارهم وفقاً لمعايير محددة، وهي الحصول على نسبة ٨٥٪ فأكثر من الدرجات الكلية على مقياس الثالث المظلم في الشخصية، ومقياس هوس التصوير الذاتي (السيلفي)، وأن تتراوح أعمارهم ما بين (١٨-٢١) سنة، وألا يكونوا قد خضعوا لأي علاج نفسي أو عضوي سابق.

ب- المحددات الزمنية: تم تطبيق الدراسة خلال العام الجامعي ٢٠٢٤/٢٠٢٥م، وذلك في الفصل الدراسي الأول بالنسبة لإجراءات اختيار العينة، وخلال الفصلين الأول والثاني بالنسبة لتطبيق البرنامجين العلابيين وقياسات ما بعد التطبيق والقياسات التتبعية.

ج- المحددات المكانية: أُجريت الدراسة على عينة من طلبة بعض كليات جامعة الفيوم (الحقوق، التربية العام والأساسي، الزراعة، العلوم، الهندسة، الخدمة الاجتماعية، دار العلوم، طب الأسنان).

د- المحددات الموضوعية: وتتمثل في متغيرات الدراسة الحالية وهي: المتغيرين المستقلين: البرنامج العلاجي (العلاج الجدلي السلوكي، والعلاج المرتكز على التحويل).

المتغير التابع: سمات الثلاث المظلم في الشخصية.

المتغير المصاحب: هوس التصوير الذاتي (السيلفي).

هـ- المحددات المنهجية: وتتضمن:

١- المنهج المستخدم: المنهج التجريبي القائم على تصميم المجموعتين التجريبية والضابطة.

٢- أدوات الدراسة : وتتضمن:

• النسخة المختصرة من استبيان الثلاث المظلم The Short Dark Triad Questionnaire (Jones & Paulhus, 2014) (تعريب: الباحثين).

• مقياس هوس التصوير الذاتي (السيلفي) (إعداد: الباحثان).

• مقياس المستوى الاجتماعي والاقتصادي للأسرة (إعداد: عبد العزيز الشخص، ٢٠١٣).

• برنامج العلاج الجدلي السلوكي لخفض الثلاث المظلم (إعداد: الباحثان).

• برنامج العلاج المرتكز على التحويل لخفض الثلاث المظلم (إعداد: الباحثان).

٣- الأساليب الإحصائية: تمت التحليلات الإحصائية باستخدام برنامج SPSS-25 وبرنامج AMOS-25، وقد تم استخدام الأساليب الإحصائية التالية:

• التحليل العاملي الاستكشافي.

• التحليل العاملي التوكيدي.

• معامل الارتباط الخطي لبرسون.

• معامل ألفا كرونباخ.

• اختبار (ت) للعينات المستقلة.

- اختبار (مان-ويتني).
- اختبار (ويلكوكسون).

سابعاً: الإطار المفاهيمي لمتغيرات الدراسة:

تم تناول الإطار المفاهيمي لمتغيرات الدراسة في أربعة محاور أساسية، يتضمن كل محور الدراسات السابقة التي تناولت هذا المتغير من متغيرات الدراسة؛ وفيما يلي نتناول كل محور من هذه المحاور على حدة:

المحور الأول: العلاج الجدلي السلوكي:

تم تطوير العلاج الجدلي السلوكي (Dialectical Behavior Therapy) في ثمانينيات القرن العشرين على يد مارشا لينهان بهدف مساعدة الأفراد الذين يعانون من سلوكيات إيذاء الذات المتكررة، والذين غالباً ما يستوفون معايير تشخيص اضطراب الشخصية الحدية (Swales, 2018).

وقد نشأ هذا النموذج استجابةً لفشل التدخلات السابقة في الحد من سلوكيات إيذاء الذات والانتحار لدى بعض المرضى، حيث جمع بين استراتيجيات العلاج السلوكي وفلسفة الجدل، التي تقوم على التوازن بين القبول غير المشروط للفرد والرغبة في إحداث تغيير إيجابي في حياته (Linehan, 1993; Swales, 2018). وهذا المزج الفريد جعل DBT قادراً على العمل مع المرضى الذين يعانون من مستويات مرتفعة من الكرب النفسي وصعوبات في تنظيم الانفعالات (Bedics et al., 2012).

وسُمي هذا العلاج بـ"الجدلي السلوكي" لأنه يوظف مبدأ الجدل (Dialectics) بوصفه إطاراً فلسفياً للتفكير والإقناع، حيث ينطلق من افتراض أن الحقيقة ليست مطلقة وإنما متعددة الأوجه، وأن التغيير والقبول عمليتان متكاملتان وليستا متعارضتين. يقوم المعالج في DBT بمساعدة العميل على تقبل واقعه الحالي وظروفه الصعبة، وفي الوقت نفسه تدريبه على مهارات التغيير التي تمكنه من تحسين حياته. هذا التوازن بين التقبل والتغيير يخفف من مشاعر الإحباط واليأس التي قد تدفع المريض للانسحاب من العملية العلاجية، ويعزز من قدرته على الاستمرار في مواجهة تحدياته (Stoffers et al., 2012).

وجاءت أهمية العلاج الجدلي السلوكي أيضًا من تركيزه على معالجة القصور في النماذج المعرفية التقليدية التي كانت أقل فاعلية في التصدي للمشكلات ذات الطابع الانفعالي الشديد. فهو لا يكتفي بتغيير الأفكار والسلوكيات غير التكيفية، بل يتعامل مع الأحداث المؤلمة من خلال تقبلها وإيجاد معنى لها، وتعليم مهارات تحمل الضيق والانضباط الانفعالي. هذا النهج يتيح للعميل أن يعيش حياة "تستحق أن تُعاش"، بدلًا من أن يبقى أسير دوامة الألم والصراع الداخلي (Bemmouna & Weiner, 2023).

وقد امتد استخدام العلاج الجدلي السلوكي من نطاق اضطراب الشخصية الحدية إلى طيف واسع من الاضطرابات النفسية الأخرى، مثل الاكتئاب المزمن، واضطرابات الأكل، والإدمان، وحتى بعض السلوكيات القهرية المرتبطة بالوسواس أو الإدمان الرقمي. ويرجع ذلك إلى بنيته المرنة التي تمزج بين القبول والدعم، والتغيير الموجه نحو أهداف واضحة، ما يجعله تدخلًا قابلاً للتكيف مع احتياجات مجموعات مختلفة من الأفراد (Linehan, 1993; Swales, 2018). هذه القدرة على التكيف جعلت DBT يحظى باهتمام بحثي متزايد، وأثبتت الدراسات فعاليتها في تحسين جودة الحياة وخفض السلوكيات المدمرة للذات (Van Dijk et al., 2013).

كما أثبت هذا النموذج العلاجي فعاليته بوصفه التدخل الأول القادر على إحداث تحسن لدى مرضى الشخصية الحدية الذين فشلت معهم المحاولات العلاجية السابقة (Linehan, 1993). ويتميز العلاج الجدلي السلوكي بجمعه بين مبدأي التقبل غير المشروط للمريض والالتزام بدعمه، وبين أساليب التغيير الإيجابي المستندة إلى النظرية السلوكية، وهو ما يجعله نموذجًا متفردًا في مجال التدخلات العلاجية النفسية (Stoffers et al., 2012).

ويستند العلاج الجدلي السلوكي إلى فلسفة جدلية ترى أن الواقع متعدد الأبعاد، وأن الحقيقة ليست مطلقة بل نسبية وتتغير وفقًا للسياق ووجهات النظر (Linehan & Wilks, 2015). وقد عالجت الفلسفة الجدلية التحدي الذي واجهته لينهان عند محاولة دمج أسلوبَي التقبل والتغيير، حيث رأت أن كلا المكونين ضروريان لتحقيق التوازن النفسي. فالتقبل يمكّن المريض من الاعتراف بمعاناته والتخفيف من حدة الضيق النفسي، بينما يعمل التغيير على تعديل أنماط التفكير والسلوك غير التكيفية (Swenson,

(2016). وهذا التكامل يجعل DBT أكثر مرونة في التعامل مع الاضطرابات المعقدة التي تتسم بشدة الانفعالات وضعف مهارات التنظيم الذاتي.

وعلى الرغم من أن الدليل العلاجي الأول للعلاج الجدلي السلوكي حمل عنوان "العلاج المعرفي السلوكي لاضطراب الشخصية الحدية" (Linehan, 1993)، فإن هذا النموذج ركز بشكل أكبر على المكون السلوكي مقارنة بالمكون المعرفي. كما دمجت لينهان مهارة "التعقل" (Mindfulness) المستمدة من تقاليد الزن البوذي والتأمل الصوفي في الثقافة الغربية، وحولتها إلى مهارات عملية قابلة للتعليم والتطبيق في السياق العلاجي (Linehan & Sargent, 2017; Kabat-Zinn, 1996). وقد ساهم إدخال هذه المهارة في تمكين المرضى من زيادة وعيهم بانفعالاتهم وتجاربهم، مما يدعم قدرتهم على التقبل وتجنب ردود الفعل الاندفاعية (Segal et al., 2002).

ويرتكز العلاج الجدلي السلوكي على ثلاث ركائز أساسية مستمدة من الفلسفة الجدلية، وهي الترابط، والتناقض، والتغيير. فالترابط يشير إلى أن جميع عناصر النظام، سواء داخل الفرد أو في بيئته الخارجية، مترابطة بشكل يؤثر كل منها في الآخر. على المستوى الداخلي، تتفاعل الأجهزة البيولوجية، والمشاعر، ونظام معالجة المعلومات بحيث يؤدي أي خلل أو تحسين في أحدها إلى انعكاس على باقي العناصر. أما على المستوى الخارجي، فإن الروابط بين الفرد والمجتمع، والأسرة، والأصدقاء، والثقافة تلعب دورًا حاسمًا في تشكيل سلوكياته واستجاباته. ويستلزم هذا من المعالج أن يكون على وعي بهذه التأثيرات المتبادلة حتى يتمكن من فهم سلوك العميل بشكل شامل (Bemmouna & Weiner, 2023).

أما التناقض، فيعكس الطبيعة المركبة للواقع الذي يتكون من أطياف متعددة، وليس من الأبيض والأسود فقط، بل يشمل درجات الرمادي أيضًا. في هذا السياق، يدمج العلاج الجدلي السلوكي بين القبول والتغيير بوصفهما عنصرين متكاملين، حيث يُعد القبول جزءًا من عملية التغيير نفسها. ويختلف هذا التوجه عن المدارس العلاجية الأخرى، مثل العلاج السلوكي المعرفي، الذي ينطلق مباشرة من محاولة تعديل المشاعر والأفكار والسلوكيات. بينما يرى العلاج الجدلي السلوكي أن التغيير المستدام يتحقق من

خلال التقبل الجذري للواقع أولاً، ثم العمل على تغييره تدريجياً (Moukhtarian et al., 2018).

والتغيير، في فلسفة العلاج الجدلي السلوكي، حقيقة ثابتة وحتمية، ويحدث عندما يتمكن الفرد من حل التناقضات الداخلية في أفكاره ومشاعره، ومن ثم تعميم هذا التغيير إلى خارج البيئة العلاجية. هنا، لا يسعى المعالج إلى فرض التغيير عمداً، بل يعمل على خلق بيئة علاجية تساعد العميل على تحقيقه من خلال التوازن بين استراتيجيات التقبل واستراتيجيات التغيير. حتى على مستوى المجموعات العلاجية، يُنظر إلى التغييرات الطبيعية مثل غياب أو حضور الأعضاء كجزء من العملية العلاجية التي تتطلب التكيف المستمر (Van Dijk et al., 2013).

ويستند العلاج الجدلي السلوكي أيضاً إلى النظرية الحيوية الاجتماعية في تفسير الاضطرابات النفسية، والتي ترى أن العوامل البيولوجية (مثل فرط الحساسية الانفعالية وصعوبة استعادة التوازن العاطفي) تتفاعل مع بيانات مثبتة أو غير داعمة، ما يؤدي إلى تفاقم المشكلات النفسية. ويُعد اضطراب الشخصية الحدية من أبرز الاضطرابات التي استهدفها العلاج الجدلي السلوكي بفعالية، حيث يعاني المصابون به من استجابات انفعالية مفرطة وغير متناسبة مع الموقف، إضافة إلى بيانات نشأتهم التي قد تقلل من قيمة مشاعرهم الإيجابية وتمنع التعبير عن السلبية، أو قد تتضمن تعرضهم لإيذاء بدني أو جنسي (Kring & Sloan, 2010).

ووفقاً لما أشار إليه العديد من الباحثين، مثل: Goldstein et al., 2015; Van Dijk et al., 2013; Wright et al., 2021 يقوم العلاج الجدلي السلوكي على مجموعة من الأسس التي تشكل جوهر فلسفته العلاجية وتوجهاته التطبيقية، وهي:

- مبدأ الجدلية: الجدلية في العلاج الجدلي السلوكي تمثل رؤية متكاملة للواقع، تقوم على الاعتراف بأن كل موقف أو فكرة تحمل في طياتها نقيضها، وأن التغيير الحقيقي يحدث من خلال دمج هذه الأقطاب المتعارضة في صيغة أكثر توازناً.
- على سبيل المثال، قد يرغب الشخص في العيش وفي الوقت ذاته يتمنى الموت، وهنا يأتي دور المعالج في مساعدته على إدراك أن رغبته في حياة أفضل يمكن أن تكون أقوى من رغبته في إنهائها، والعمل على بناء حياة تستحق أن تُعاش.

الجدلية بهذا المعنى تتيح للعميل التعايش بين القبول والتغيير، وتمنحه القدرة على النظر للمشكلات من زوايا متعددة، مما يوسع خياراته ويعزز قدرته على التكيف.

- التكامل بين القبول والتغيير: يركز العلاج الجدلي السلوكي على الجمع بين خطط وأساليب القبول غير المشروط للذات، وخطط وأساليب التغيير الإيجابي للسلوكيات غير الملائمة. فالتقبل لا يعني الرضا عن الأخطاء أو السلوكيات الضارة، بل هو خطوة أساسية لفهم الذات كما هي، ومن ثم العمل على تعديل ما يحتاج إلى تغيير. دور المعالج هنا يتمثل في الموازنة بين تشجيع العميل على قبول ذاته وبين دعمه في إجراء التغييرات التي تحسن من حياته، مع إدراك أن كلا المسارين متلازمان ولا يمكن الاستغناء عن أحدهما.

- ممارسة الوعي الذهني: الوعي الذهني يعد من المكونات الجوهرية في العلاج الجدلي السلوكي، ويقصد به الانتباه الواعي للحظة الحاضرة دون إصدار أحكام، مع تقبل المشاعر والأفكار كما هي. هذه الممارسة تساعد العميل على الحد من ردود الفعل الاندفاعية، وتحسين قدرته على تنظيم انفعالاته، والنظر بوضوح أكبر إلى المواقف. وقد استلهم هذا المبدأ من التقاليد الشرقية والغربية في التأمل، ليصبح أداة عملية تعزز القدرة على التوازن النفسي والتعامل الواعي مع الضغوط.

- الأساليب السلوكية لتغيير السلوك: إلى جانب القبول والوعي الذهني، يعتمد العلاج الجدلي السلوكي على تقنيات سلوكية فعالة تهدف إلى استبدال السلوكيات غير التكيفية بسلوكيات أكثر ملاءمة. تشمل هذه الأساليب حل المشكلات، والتعرض التدريجي للمثيرات، والتعديل المعرفي، وتعلم مهارات جديدة للتعامل مع المواقف الصعبة. هذه التقنيات تُمكن العميل من بناء استجابات أكثر صحة وفعالية، وتعزز قدرته على الحفاظ على التغييرات الإيجابية على المدى الطويل.

ويركز العلاج الجدلي السلوكي على تزويد العميل بأربع مجموعات أساسية من المهارات، تهدف جميعها إلى تعزيز القدرة على التكيف، وتحقيق التوازن النفسي، والحد من السلوكيات المؤذية للذات. هذه المهارات تُدرّس وتُدرَّب ضمن برنامج منظم يشمل

جلسات علاج فردية، وتدريبًا جماعيًا على المهارات، ودعمًا بين الجلسات عبر الاتصالات الهاتفية، ما يساعد على تعميم الممارسات العلاجية على مواقف الحياة اليومية. ويُعد هذا التكامل بين التدريب والدعم الفوري أحد أسباب فعالية العلاج الجدلي السلوكي في إحداث تغييرات سلوكية وانفعالية.

ووفقاً لما أشار إليه العديد من الباحثين مثل: McLaughlin et al., 2011;

Paulus et al., 2021; Sloan et al., 2017 فإن هذه المهارات تتضمن:

- مهارة اليقظة العقلية (Mindfulness Skill): تُعد اليقظة العقلية حجر الزاوية في برنامج العلاج الجدلي السلوكي، وتهدف إلى تدريب الفرد على الحضور الكامل في اللحظة الحالية بقبول ووعي، دون إصدار أحكام على التجربة التي يعيشها. ورغم أن مفهوم اليقظة العقلية نشأ في الممارسات الروحية والبوذية، فإن العلاج الجدلي السلوكي يقدمه في إطار علمي غير مرتبط بأي معتقد ديني، مما يجعله متاحاً لجميع الأفراد. تساعد هذه المهارة على تحرير الشخص من هيمنة الذكريات المؤلمة أو الترقب المقلق للمستقبل، وتُعزز القدرة على مراقبة الأفكار والمشاعر من منظور متزن، مما يحد من ردود الفعل الاندفاعية ويزيد من الوعي الذاتي.
- مهارة تنظيم المشاعر (Emotion Regulation Skill): تستهدف هذه المهارة تمكين الفرد من التعرف على مشاعره الأولية والثانوية، وفهم طبيعته استجاباته الانفعالية، والتعامل معها بطرق صحية دون الانخراط في سلوكيات مدمرة. فالمشاعر الأولية تنشأ استجابة مباشرة للموقف، بينما المشاعر الثانوية تمثل ردود فعلنا تجاه مشاعرنا الأولية (مثل الشعور بالذنب بسبب الغضب). يساعد التدريب على هذه المهارة في تقليل المشاعر الثانوية غير المفيدة، وتبني استراتيجيات مثل التعرض للمشاعر دون تجنبها، وزيادة المشاعر الإيجابية، وتقليل أثر التفكير العاطفي على القرارات والسلوكيات.
- مهارة تحمل الضغوط (Distress Tolerance Skill): تُعنى هذه المهارة بتزويد الفرد بالأدوات اللازمة للتعامل مع المواقف الصعبة أو الأزمات الفجائية دون اللجوء إلى السلوكيات المؤذية أو الاندفاعية، مثل إيذاء الذات أو إساءة

استخدام المواد. تركز استراتيجيات تحمل الضغوط على القبول الجذري للواقع، واستخدام أساليب قصيرة المدى لتجاوز الأزمات، مثل التشبث الإيجابي، أو الاسترخاء الموجه، أو استحضار المكان الآمن، بالإضافة إلى أساليب بعيدة المدى تُعزز القدرة على التكيف المستقبلي، مثل تحديد القيم الشخصية والعمل لتحقيقها.

- مهارة الفاعلية بين الشخصية (Interpersonal Effectiveness Skill): تهدف هذه المهارة إلى تعزيز قدرة الفرد على بناء علاقات صحية والحفاظ عليها، والتعبير عن احتياجاته ومعتقداته وآرائه بوضوح واحترام، مع مراعاة حقوقه وحقوق الآخرين. يشمل ذلك التدريب على مهارات التوكيدية، ووضع الحدود، والتفاوض، وحل النزاعات بطرق بناءة. كما تساعد هذه المهارة على الموازنة بين تحقيق الأهداف الشخصية والحفاظ على جودة العلاقات، مع صون احترام الذات في جميع المواقف الاجتماعية.

ويمر العلاج الجدلي السلوكي بعدة مراحل متتابعة، ولكل مرحلة أهداف علاجية محددة تساعد العميل على الانتقال التدريجي نحو حياة أكثر توازنًا واستقرارًا، ووفقًا لما حدده كل من Goldstein et al., 2015; Van Dijk et al., 2013; Wright et al., 2021 فإن هذه المراحل هي:

- المرحلة الأولى تُعرف بمرحلة ما قبل العلاج أو المرحلة التمهيدية، وتهدف إلى تهيئة العميل للعملية العلاجية وضبط السلوكيات المندفعة أو المدمرة التي تهدد حياته أو تعيق سير العلاج. في هذه المرحلة، يعمل المعالج على مناقشة توقعات العميل وأفكاره عن العلاج، وتوضيح طبيعة برنامج العلاج الجدلي السلوكي، ووضع خطة واضحة للمهارات التي سيتم التدريب عليها. كما يتم التعامل مع السلوكيات التي تعيق الالتزام بالعلاج مثل الغياب عن الجلسات أو التواصل في أوقات غير مناسبة، لضمان استقرار العميل واستعداده للمراحل التالية.

- المرحلة الثانية تركز على مساعدة العميل في التحكم في سلوكياته أثناء مواجهة المشاعر المؤلمة الناتجة عن تجارب سابقة أو أحداث صادمة. يتم في هذه المرحلة تقليل الأعراض المرتبطة بالصدمة، وتعزيز مهارات تأكيد الذات، واتخاذ

قرارات واقعية، والنظر إلى المواقف من منظور أكثر توازنًا. كما يتم العمل على زيادة القدرة على التنظيم العاطفي وحل المشكلات بطرق فعالة، مما يساعد العميل على مواجهة التحديات اليومية بثبات أكبر.

- المرحلة الثالثة تهدف إلى معالجة المشكلات السلوكية والأعراض التي تؤثر على جودة الحياة العامة، بما في ذلك أنماط السلوك غير الصحية أو الاضطرابات المصاحبة، وفقًا لما هو محدد في التصنيفات التشخيصية. يركز العمل هنا على تحسين نوعية الحياة، وتعزيز الأداء الاجتماعي والمهني، ودعم الشعور بالرضا الشخصي.

- المرحلة الرابعة تتعلق بمعالجة مشاعر الوحدة والفرغ الداخلي، والعمل على إزالة السلوكيات أو الأفكار التي تعيق الشعور بالفرح والحرية. في هذه المرحلة، يكون الهدف هو مساعدة العميل على بناء حياة ذات معنى، والشعور بالانتماء، والاستمتاع باللحظات الإيجابية، وتحقيق مستوى أعلى من النمو الشخصي والاتزان النفسي.

ويُعَدّ العلاج الجدلي السلوكي أحد الأساليب العلاجية التي أثبتت فعاليتها في التعامل مع طيف واسع من الاضطرابات النفسية، فعلى الرغم من أنه طُوّر في الأساس لعلاج الأفراد الذين يعانون من خلل شديد في التنظيم الانفعالي، والذي غالبًا ما يرتبط بتشخيص اضطراب الشخصية البينية (Linehan et al., 1991)، فقد أشارت العديد من الدراسات إلى أن خلل التنظيم الانفعالي يمثل آلية مرضية مشتركة في عدة اضطرابات نفسية (McLaughlin et al., 2011; Paulus et al., 2021; Sloan et al., 2017). ووفقًا لنموذج لينهان فإن العلاج الجدلي السلوكي أظهر نتائج إيجابية في علاج طيف متنوع من الاضطرابات النفسية والعصبية والنمائية (Bemmouna & Weiner, 2010; Reeves et al., 2023). كما بيّنت أبحاث متعددة فاعليته في الحد من مشكلات التنظيم الانفعالي في اضطرابات أخرى غير اضطراب الشخصية البينية (Kring, 2018; Sloan, 2010; Moukhtarian et al., 2018)، ومنها اضطراب الاكتئاب (Lynch et al., 2003)، واضطرابات القلق (Bedics et al., 2012)، والاضطراب ثنائي القطب (Goldstein et al., 2015; Van Dijk et al., 2013; Wright et al., 2015).

(al., 2021)، واضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه (Cole et al., 2016)، واضطراب كرب ما بعد الصدمة (Bohus et al., 2013)، وحتى في الحالات التي تتداخل فيها اضطرابات الأكل مع تعاطي المواد المخدرة (Courbasson et al., 2012).

المحور الثاني: العلاج المرتكز على التحويل:

تعود جذور العلاج النفسي المرتكز على التحويل (TFP- Transference-Focused Psychotherapy) إلى إسهامات مدرسة التحليل النفسي في العلاجي النفسي، والتي تعد إحدى أقوى المدارس العلاجية التي أسهمت في كشف حقيقة الاضطرابات النفسية المرتبطة بصدمات الماضي ووضع بروتوكول علاجي لشفاء تلك الاضطرابات النفسية (Bradley et al, 2005).

إلا أن هذه المدرسة العلاجية لاقت العديد من الانتقادات من قبل تلاميذها ومؤسسيها لاسيما ما نهجه أوتو كيرنبورغ وزملائه عام (1980) Otto Kernberg والذي ألقى أهتمام كبير جداً لتكنيك التحويل Transference والتي تؤدي بالفرد إلى تطوير علاقة وجدانية مع المعالج والتي يرجعها فرويد إلى الوضعية التي يعيد الفرد معاش العلاقة الوالدية مثلاً كان طفلاً؛ ويعد هذا الأساس الذي يقوم عليه نموذج العلاج المرتكز على التحويل (Clarkin et al, 2018 & Diamond et al, 2013).

ولكن بدأ التدريب على نموذج العلاج النفسي المرتكز على التحويل عام (١٩٩٦م) بالتعاون بين كلية علم النفس بجامعة لافال ومعهد اضطرابات الشخصية في نيويورك بقيادة الأخصائية النفسية Lina Normandin تحت إشراف كل من لينا نورماندين Otto Paulina Kernberg، و فرانك يومانز Frank Yeoman's، و جون كلاركين John Clarkin، ولكن مع بداية عام ٢٠١١م تأسست الجمعية الدولية للعلاج النفسي المرتكز على التحويل لتطوير ونشر البحوث الميدانية المتعلقة خصوصاً بهذا العلاج النفسي بعدما أجريت العديد من الدراسات البحثية والعلاجية بالتعاون مع جمعية نيويورك حول طبيعة علم امراض الشخصية (Diamond et al, 2013 & Moscara & Bergonzini, 2021).

هذا ويشير عمارة ليندة & عمار جية نصر الدين (٢٠١٨) أن سبب تسمية هذا النموذج العلاجي بالعلاج المرتكز على التحويل يعود إلى سبب مركزية استكشاف تجربة العميل مع ذاته ومع الآخرين من خلال مراقبة المعالج له، والتركيز على صعوبات علاقته خارج الجلسات العلاجية.

ولذلك أصبح ينظر للتحويل كونه تكتيك قد تنتقد فيه الممارسات العلاجية التابعة لمدرسة التحليل النفسي إلى تكتيك علاجي يمكن استخدامه في التخلص من العديد من المشكلات والاضطرابات لدى العميل ومن هنا أصبح مسمي العلاج النفسي المرتكز على التحويل واحد من النماذج العلاجية المعترف بها في المحافل العلمية والمتناولة والمستخدمة في العديد من المؤسسات العلاجية وذلك منذ ١٩٩٦م واعتبار أن الميلاد الحقيقي لهذا النموذج العلاجي عام ٢٠١١م.

أما عن تعريف العلاج النفسي المرتكز على التحويل فنجد أن أغلب الدراسات التي تناولته بالبحث والدراسة للكشف عن فعاليته مع بعض الاضطرابات تعتمد في تناولها لتعريف على تعريف Otto Kernberg مؤسس هذا النموذج العلاجي؛ والذي يعرفه بأنه أسلوب علاجي نفسي يركز على طبيعة العلاقة بين العميل والمعالج، حيث يتم استكشاف المشاعر والانفعالات التي تنشأ بينهما وفهم كيفية تأثيرها على سلوك العميل وعلاقاته مع الآخرين، لذا يسعى العلاج النفسي المرتكز على التحويل على تغيير طريقة تفكير العميل بأنفسهم ضمن علاقاتهم (Kernberg & Caligor, 2005 & Clarkin et al, 2005 & Levy et al, 2006 & Abel et al, 2025).

هذا ويتفق كل من (Doering et al (2012)، (Diamond et al (2013)، (Chambers (2015)، (Bernstein et al (2015)، (Normandin et al (2014)، (Moscarra & Carsky (2020)، (Radcliffe & Yeomans (2019)، (Clarkin et al (2022)، (Normandin et al (2021)، (Bergonzini (2021)، (Levy, Dulz et al (2025)، (Clarkin et al (2025)، (Carreno et al (2025)، (Ripoll et al (2025)، (Rassip et al (2025)، (Spina (2025) أن العلاج المرتكز على التحويل هو نهج علاجي نتج من المقاربة العلاجية بين نماذج التحليل النفسي مولياً الأهتمام لميكانيزم التحويل في ضوء نظرية العلاقة بالموضوع لـ Otto Kernberg والتي طرح خلالها Kernberg مفهوم الذات والآخر خلال طرحه لنموذج

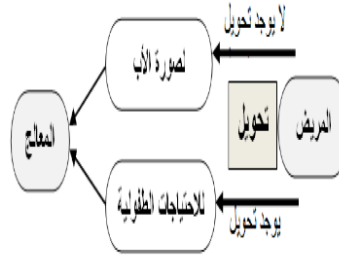
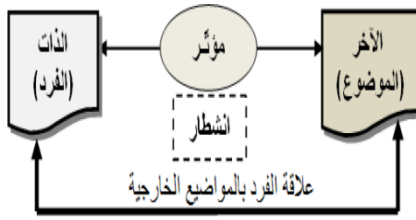
تفسيرى لاضطراب الشخصية الحدية، حيث قدم Kernberg هذا النموذج التفسير القائم على مبدأ الموقعية والدينامية والاقتصادية كمبادئ أساسية في النموذج العلاجي للتحليل النفسي إلى مبدأ التفكير التحليلي لتحليل مجموعة العوامل التي تحكم علاقة الذات بالآخر أو علاقة العميل بالموضوع متمثلاً في علاقته بالقائمين بالرعاية في السنوات المبكرة له؛ لهذا طرح (Kernberg 1976) ذلك النموذج العلاجي لتطوير بنية الشخصية من خلال تحليل مستمر للتجارب العلائقية المعاشة مع المعالج خلال سيره بخطة العلاج.

ويشير (Kernberg 2021 & 2022) أن التركيز على التحويل Transfer هو جوهر العملية العلاجية لهذا النموذج، لذلك من المفاهيم الأساسية لهذا النموذج العلاجي مفهوم التعبير التحويلي؛ حيث يشير مفهوم التعبير التحويلي إلى مساعدة العميل في استرجاع مجموعة الصراعات والصدمات الطفولية والتي أدت إلى سلوكيات وانفعالات غير مناسبة لخبرات الحياة وكيف ظهرت تلك الصراعات بطريقة إسقاطية في الكثير من العلاقات التي يكونها العميل مع الآخرين خلال مواقف الحياة المختلفة Buchheim et al, 2017 & Sedyi Asl et al, 2024). لذا يهدف هذا العلاج إلى مساعدة العميل على تطوير أنماط تفكير وسلوك أكثر صحة وإيجابية، من خلال رفع وعي العميل بإسقاطاته التي يمارسها خلال تكوينه للعلاقات مع الآخرين (Kernberg, 2022).

أما عن الفلسفة العلاجية لنموذج العلاج النفسي المرتكز على التحويل؛ فتمثل في مجموعة المبادئ والأسس التي يقوم عليها التحليل النفسي لفرويد وخاصة مبدأ التحويل Transference والذي يعرف بنزعة المفحوص لجعل معالجه النفسي محور استجابته الإنفعالية، إذ أن المشاعر التي يحسها نحو معالجه هي أصل نشوء الاضطراب النفسي (Yeomans et al, 2002). كما يشير التحويل إلى انتقال المشاعر والأحاسيس التي يشعر بها العميل تجاه المعالج، وقد تكون هذه المشاعر إيجابية أو سلبية أو متناقضة بما يتيح استكشاف هذه المشاعر في سياق العلاقة العلاجية للمعالج فرصة لفهم كيفية تأثيرها على حياة المريض وعلاقاته خارج العلاج (Yeomans, 2007). لذلك يشتمل التحويل في إطار العلاقة العلاجية على جوانب عقلانية توافمية كما تشمل تشوهات لا عقلانية تنشأ عن إرهابات لا شعورية ويعبر المفحوص بمشاعر قوية نحو معالجه قد تكون إيجابية أو سلبية، ومن ثم يعكس التحويل بوصف ظاهرة سيكولوجية

داخلية تحدث كلية داخل العقل قبل أن يتم طرحه بشكل سلوكي (لويس كامل مليكه ، ١٩٩٦ ، ٥١).

هذا ويشير Kernberg (2016 & 2022) أن التحويل Transference كتكنيك علاجي ومبدأ أساسي في هذا النموذج العلاجي يمكن أيضاً فلسفة التغيير العلاجي في ضوء مجموعة من التطورات التي تتم خلال عملية التحويل Transference أثناء الممارسة العلاجية خلال خطوات العملية العلاجية وفق التكامل بين تحقيق الاحتياجات الطفولية (وفق مفهوم الاقتصادية^١ في التحليل النفسي) وتقمص الصورة الوالدية (وفق مفهوم الواقعية^٢ في التحليل النفسي) وهذا يجعل التحويل كتكنيك علاجي له المقدرة على التغيير في خبرات العميل التي لها رواسب وبصمات في بناء الشخصية ، والشكل التالي وضح صورتين للتحويل Transference خلال العملية العلاجية:



شكل (١) (عجارة ليندة & عمار جية نصر الدين ، ٢٠١٨ ، ٥)

شكل (٢)

يشير شكل (١) إلى نمط تحويل العلاقة المضطربة (ذات الصراع النفسي) بالموضوع ففي هذا الشكل من أشكال التحويل يسعى العميل إلى تحرير الصراعات والخبرات المحبطة المرتبطة بالعلاقة مع الوالدين ويستخدم المواضيع التي ترضيه من

(١) يشير مفهوم الاقتصادية في التحليل النفسي إلى التعامل مع الخبرات وفق العمليات العقلية التي تتضمن توزيع الطاقة النفسية (الليبيدو) بين مختلف العمليات والأنشطة حيث يسعى الفرد لتحقيق الإشباع وتقليل التوتر تحقيق التوازن ، تقليل التوتر من خلال الإشباع - استخدام الأنا لآليات دفاعية لإدارة الطاقة النفسية).

(٢) يشير مفهوم الواقعية في التحليل النفسي إلى قدرة الفرد على إدراك الواقع الخارجي والتعامل معه بناء عليه بدلاً من الاستسلام لدوافع الغريزة والرغبة وهذا يساهم في تطوير الأنا وتحقيق مبدأ التكيف مع الواقع.

العالم الخارجي ليستخدّم العميل التحويل في تلبية الاحتياجات الطفولية فيكون بعض الروابط البديلة مع المعالج وهنا يستطيع المعالج استخدام التحويل في تغيير الرواسب الطفولية المحبطة واستبدالها بخبرات بديلة وتكوين روابط جديدة تتمتع بالأمن النفسي وهنا يتحقق مبدأ التعامل مع الواقع للتكيف مع الخبرات المؤلمة في الماضي واستبدالها بخبرات جديدة أكثر تكيفاً لأننا. وفي هذا الشكل من التحويل يشير Kernberg (2021a) أن وحدات البنية النفسية (الأنا البدائي+ تقمص المواضيع) للشخص الذي يعاني من اضطرابات في الشخصية تعكس مدئ التأثير الذي يربط الشخص بخبرات الموضوع (الخبرات غير الأمانة مع الوالدين). وهذا الذي يؤكد أن المظهر الثاني للتحويل والذي يتمثل في الشكل رقم (٢).

حيث يعكس شكل (٢) مظهر أكثر دقة في عملية التحويل والذي يعرف يتحويل التعلق غير الأمن وهنا يجب على المعالج أن يكون حذر لأن العميل يستدرك المعالج في علاقة بديلة للوالدين لتحقيق ما يعرف بالوالدية الأمانة وهنا يبدأ العميل في اعطاء الطرح البديل للمشاعر وبناء روابط عاطفية وتعلق عاطفي بديل لما كان يشعر به في الماضي. لذلك أكد Kernberg (2021a) أنه رغم أن التحول العلاجي أو الحركة التحويلية في نموذج العلاج النفسي المرتكو على التحويل هي بمثابة استدراك وجداني من جانب العميل للمعالج والعكس لتحقيق مبدأ البوالدية البديلة.

لذا يقتضي العلاج النفسي المرتكز على التحويل الانتباه إلى ما يعرف بالعلاقة العلاجية التفاعلية التي تربط العميل والمعالج في سياق العملية العلاجية، وخاصة أن العميل يجد في المعالج من خلال تحويل الطرح العلاجي البديل الأمثل لنقل كل المشاعر السلبية التي نتجت عن العلاقات المقلقة والتي تسببت له في الاضطراب نتيجة الخبرات الصادمة ذات الرواسب الطفولية واضطراب العلاقة مع الموضوع (Yeomans, 2004 & Levy et al, 2019).

ومن ثم تتلخص الفلسفة العلاجية لهذا النموذج العلاجي في استخدام ميكانيزم التحويل كتقنية علاجية أثناء العلاقة التفاعلية (المعالج/العميل) والتي تمكن المعالج من الوصول إلى أعرق مشاعر العميل واكتشاف نقاط القوة والضعف في بناءات الشخصية وخبراته الصادمة التي مر بها بما يسمح للمعالج بالتدخل العلاجي الفعال لرفع استبصار

العميل بمشكلاته وكذلك التعاون في حلها سويًا. لذلك يتفق كل من Normandin et al (2021)، (Hersh et al (2024)، مع (van Asselt et al (2008) على أن فلسفه التغيير العلاجي في نموذج العلاج القائم على التحويل في علاج بعض اضطرابات الشخصية أكثر فعالية مقارنة ببعض النماذج العلاجية الأخرى كنموذج العلاج القائم على المخططات سواء المخططات الانفعالية أو المخططات المعرفية، حيث توجه فلسفه هذا النموذج العلاجي نحو الأسباب ذات الرواسب الطفولية وخاصة الأسباب المرتبطة باضطراب العلاقة بين العميل والقائم على الرعاية في المراحل المبكرة من الطفولة.

لذا يؤكد Kernberg et al (2008) أن العلاج النفسي المرتكز على التحويل يسعى لتحقيق مجموعة من الأهداف العلاجي تتمثل في؛ مساعدة العميل تعلم التفكير للحالات الوجدانية التي لم تكن مفهومة من قبل من خلال التحويل العلاجي، وتعديل صورة الذات لخفض التفكير في تدمير الذات من خلال التمسك برواسب طفولية ذات أنماط صراعية مدمرة للذات. والعمل على تحسين العلاقات البينشخصية والحد من الصراع النفسي الذي كان يظهر في صورة اضطرابات سيكوسوماتية. ومساعدة العميل على تحقيق هوية متكاملة من خلال تحسين مهارات العميل ومخططات المعرفية.

ويضيف Stern & Yeomans (2018) أن جوهر الأهداف العلاجية لنموذج العلاج المرتكز على التحويل يتمثل في مساعدة العميل على التسامح الواعي مع العلاقة مع الموضوع ذات التأثيرات والصراعات في بنيات شخصيته، فمساعدة العميل على إخراج هذه العلاقات الداخلية المكبوتة من مستوى اللاشعور إلى حيز الشعور يؤدي بالعمل إلى إدراك أفضل للصراعات النفسية والدفاعات القائمة على الانشطار خلال حدوث عملية التحويل العلاجي.

هذا ويتفق Torres & Valenciano (2025) مع Spinhoven et al (2007) على أن العملية العلاجية بنموذج العلاج المرتكز على التحويل يبدأ بإنشاء العقد العلاجي والذي يتكون من إرشادات عامة تنطبق على جميع العملاء وعناصر محددة تحدها المشكلة الخاصة بالعمل والتي يمكن أن تتداخل مع تقدم العلاج، كما يتضمن العقد مسؤوليات المعالج؛ لذا يجب أن يوافق العميل والمعالج على محتوى عقد العلاج قبل بدئه، ثم تلي المرحلة التالية وهي جوهر هذا النموذج العلاجي وتتمثل في مساعدة العميل

من خلال تكتيك التحويل العلاجي على إدراك التصورات ذات التأثير المعرفي والانفعالي كمشاعر الخوف والشعور بالحب والكراهية التي تعتبر الأكثر إثارة للقلق وعند وصول العميل لهذه المرحلة يصل لمرحلة إدراك لوصف العلاقة بين العميل والموضوع.

هذا ويذكر (Kernberg et al (2008 أن الخطوة المهمة بنموذج العلاج المرتكز على التحويل تتمثل في استكشاف الصراعات النفسية ومجموعة الدفاعات القائمة على الانشطار بين العميل والمعالج، وهذا يؤدي إلى قدرة أفضل على إدراك التأثيرات للوصول لتكامل الهوية التي تسببت فيها صراعات الطفولة، ومن ثم يسعى المعالج خلال نموذج العلاج المرتكز على التحويل (TFP) إلى مساعدة العميل على فهم انفعالاته محاولاً بعدها تطبيق كل ما تعلمه واكتسبه من مهارات في علاقاته مع الآخرين وذلك تطوير العلاقة التفاعلية بين المعالج والمريض.

هذا ويتفق كل من Lee & Van den Bosch ، Lackinger (2025) و (2025)، (2024) Hersh (2022) Kernberg ، على أن أهداف العلاج المرتكز على التحويل متعددة فليست تقتصر فقط على خفض المظاهر التي يظهرها العميل نتيجة معاناته للاضطراب النفسي بل يسعى إلى إحداث تغييرات علاجية ذات تأثير في بنى شخصيته، لذا تتمثل أهداف العلاج المرتكز على التحويل في الآتي:

- مساعدة العميل على تكامل الهوية : حيث يشاهد المعالج العميل على دمج تمثيلات الذات والآخر المنقسمة لديه في رؤية أكثر تماسكاً وواقعية، والتي من نتائجها شعور العميل بحالة من التكامل بين صور الذات المشتتة لديه مما يؤدي إلى شعور أكثر استقراراً بالهوية الذاتية، وتقليل التنافر الذي كان يشعر به حول الذات ويفهم سبب هذا التنافر والتعامل معه بفعالية وهذا يساهم في تحسين القدرة على الحفاظ على صورة ذاتية مستقرة حتى في مواجهة التحديات والصعوبات المستقبلية.

- تدريب العميل على تنظيم المشاعر في المواقف الحياتية المختلفة: حيث يؤكد (Kernberg & Caligor (2005 على أن التدريب على تنظيم المشاعر يساعد ذوي اضطرابات الشخصية وخاصة ذوي اضطرابات الشخصية الحدية على دمج التمثيلات المنقسمة، وتقليل حدة التقلبات العاطفية الشديدة التي تميز ذوي

اضطراب الشخصية، فمن خلال التدريب على تنظيم المشاعر يتعلم العميل كيفية تحمل المشاعر المتناقضة (مثل الحب والكره تجاه نفس الشخص) دون اللجوء إلى الانشقاق أو السلوكيات الاندفاعية.

- مساعدة العميل على تعديل ميكانيزمات الدفاع الأولية: حيث يشير Kernberg (2021a & 2021b) أن العلاج المرتكز على التحويل يعمل على تدريب العميل على تقليل الاعتماد على ميكانيزمات الدفاع الأولية (الكبت، والتقمص، الإسقاطي) واستبدالها بميكانيزمات دفاع أكثر نضجاً وتكيفاً كالاعلاء هذا يسمح للعميل بالتعامل مع الصراعات الداخلية والخارجية بطرق أكثر فعالية ويجعله أكثر مقدرة على التعايش مع الضغوط الحياتية.

- مساعدة العميل على تحسين العلاقات بين الأشخاص : حيث يساعد المعالج العميل على تطوير بعض أنماط العلاقات البين شخصية، فعندما يصل العميل إلى رؤية أكثر نضجاً وتكاملاً لنفسه وللآخرين، فيصبح قادراً على إقامة علاقات أكثر استقراراً، وعمقاً، وإرضاءً، ومن ثم تقل الصراعات البين شخصية والتقلبات الحادة في العلاقات مما يسهم أن يكون العميل أكثر توافقاً على المستوي الشخصي والمستوي الاجتماعي (Kernberg, 2016).

- تدريب العميل لتقليل السلوكيات الاندفاعية والمدمرة للذات: يتفق كل من Levy (2022) et al ، و Preti et al (2024) أنه من خلال معالجة البنية النفسية الكامنة للعميل يقل الميل إلى السلوكيات الاندفاعية المدمرة للذات وكذلك سلوكيات إيذاء الذات التي منها (محاولات الانتحار أو تعاطي المخدرات، أو الممارسات الجنسية غير السوية)، التي غالباً ما تكون استجابة للمشاعر الشديدة أو الصراعات الداخلية، لذا يعمل هذا النموذج العلاجي على مساعدة العميل على التخلص من مجموعة المخططات التي ترتبط بتجارب وخبرات طفولية للتخلص من هذا السلوكيات.

أما عن الفنيات العلاجية المستخدمة بنموذج العلاج النفسي المرتكز على التحويل؛ فيتفق كل من (Foelsch et al (20088) ، و Goodman (2013) ، و (Hersh (2015) ، و (Hersh (2021) ، و (Kernberg (2021) ، و Kernberg

(2022) ، Fertuck et al (2023) ، و Yeomans et al (2023) و Bird & Temmingh et al (2024) ، Seyed Asl et al (2024) ، و Caligor (2024) على أن لنموذج العلاج النفسي المرتكز على التحويل مجموعة من الفنيات الأساسية تتمثل في الآتي:

- ١- فنية تحليل التحويل Transference Analysis: تعد هذه الفنية من الفنيات الأساسية لنموذج العلاج النفسي المرتكز على التحويل (TFP)، وخاصة أنه من خلال هذه الفنية يتم فهم وتفسير دينامية العلاقة العلاجية بين المعالج والعميل، كما تساعد هذه الفنية في فهم التمثيلات الداخلية المشوهة للذات والآخرين في العلاقة مع المعالج، ليصبح من الممكن تحليلها وتفسيرها بشكل مباشر حتي يستطيع المعالج التركيز على فهم كيفية تجسيد هذه الأنماط العلائقية القديمة في التفاعل الحالي بين العميل والمعالج، وهذا يعد بمثابة نافذة يستطيع المعالج من خلالها التعرف على العالم الداخلي للعميل.
- ٢- فنية (CCI): ويشير الاختصار (CCI) إلى المراحل الثلاث التي يتم من خلالها تنفيذ هذه الفنية وهم:

- التوضيح (Clarification): يقوم المعالج خلال هذه الاستراتيجية بمساعدة العميل على التعبير عن تجاربه الداخلية ومشاعره وأفكاره بشكل أكثر وضوحًا ودقة، بهدف جعل العميل أكثر وعيًا بما يحدث داخله وفي العلاقة العلاجية. كما يقوم المعالج بالاستفسار عن أي نقاط غير واضحة أثناء المقابلة العلاجية مع العميل أو أثناء حديث العميل عن ممارساته السلوكية وجمع معلومات إضافية حول تجاربه الشخصية وخاصة المتعلقة بعلاقة مع القائمين بالرعاية.
- المواجهة (Confrontation): يُشير المعالج بلطف إلى التناقضات أو التباينات في أقوال العميل أو سلوكياته أو مشاعره، ومن أمثلة هذه التناقضات (التناقض بين ما يقوله العميل وما يظهره من تعابير جسدية، أو بين رؤيتين متناقضتين لنفس الشخص أو لسلوكياته أو لطباعه الشخصية). وجدير بالذكر أنه ليس الهدف من المواجهة الهجوم أو النقد بل مساعدة العميل على إدراك وفهم هذه التناقضات والعمل عليها من أجل تصحيح الرؤية الذاتية، لذا تُستخدم المواجهة

لكف ميكانيزمات الدفاع التي يستخدمها العميل أثناء إظهار المقاومة عند الدخول في العملية العلاجية (مثل ميكانزم الإنكار) بهدف لفت انتباه العميل إلى الانشغاقات الموجودة في تمثيلات الذات والآخر وتأثيرها على ادراكه للهوية الذاتية وأن هذا التناقض هو السبب الرئيس في اضطراب هويته ووصوله لحالة الاضطراب الذي يعاني منها (Kernberg et al, 2008).

- التفسير (Interpretation): وخلال هذه الفنية يُقدم المعالج فرضية حول الدوافع اللاواعية وراء سلوكيات العميل ومشاعره وربطها بأنماط العلاقات الداخلية وتجارب الماضي، كما يقوم المعالج خلا تنفيذ هذه الاستراتيجية بربط ما يحدث في العلاقة العلاجية (التحويل) بأنماط الداخلية لعلاقات العميل الماضية والحالية. هذا ويُعد التفسير هو الأداة الرئيسية لدمج التمثيلات المنقسمة، حيث يساعد العميل على فهم كيف أن رؤيته للمعالج في لحظة ما كشخص "جيد تمامًا" وفي لحظة أخرى كشخص "سيء تمامًا" يعكس صراعاته الداخلية حول الذات والآخرين، ويتم تقديم التفسيرات عندما يكون المريض مستعدًا لتقبلها، وبشكل تدريجي، كما يهدف التفسير إلى إحداث بصيرة وتغيير في البنية النفسية للعميل من خلال ربط التجارب الحالية بالصراعات الداخلية الكامنة.

ويشير كل من (Zerbo et al (2013 ، و (Yeomans et al (2017 أن الاستراتيجيات الثلاثة السابقة تُستخدم بشكل متكامل ضمن العلاقة التحويلية المتطورة بين العميل والمعالج، حيث تُطبق هذه الاستراتيجيات بشكل منهجي، مع ضرورة الاهتمام بتطبيق التوضيح والمواجهة بدقة والحصول على معلومات كثيرة عن العميل قبل الانتقال إلى التفسير والحصول إلى تفسيرات عميقة عن العميل.

٣- فنية التعاقد العلاجي Treatment Contract : يتفق كل من Yeomans et al

(2007) ، (Yeomans & Delaney (2008 ، Stern et al (2017

، (Levy et al (2022 على أن العقد العلاجي فنية أساسية من فنيات

نموذج العلاج النفسي المرتكز على التحويل (TFP) حيث يتم صياغته في

بداية الالتحاق بالعملية العلاجية، ويتم خلاله تحديد مجموعة من المبادئ

التوجيهية العامة للعميل وبنودًا محددة للمشكلات التي قد تهدد تقدم العلاج

لدى العميل الفردي بالإضافة إلى تحديد كل من أدوار العميل والمعالج خلال رحلة العلاج وجلسات البرنامج المختلفة. كما يتضمن العقد العلاجي مجموعة من التوقعات الواضحة بشأن بدء وإنهاء الجلسات في الوقت المحدد، وإدارة ومعالجة المشاعر الإنهزامية بين الجلسات، حدود الاتصال بين العميل والمعالج بين الجلسات، باستثناء الظروف المحددة والمتفق عليها مسبقاً، متطلبات تنفيذ الأنشطة أثناء الجلسات، مدة الممارسات الهادفة أو العمل التطوعي أو التثقيف العلاجي (لمدة لا تقل عن 20 ساعة في الأسبوع) لتشجيع المريض على الانخراط في العالم الحقيقي. وجدير بالذكر أن شروط العلاج التي يحددها العقد العلاجي تسهل إعادة تنشيط علاقات الموضوع الداخلية في هنا والآن، مما يساعد على تحويل الصراعات المزمنة إلى عملية علاجية.

٤ - فنية وضع الحدود : Boundary Setting: يؤكد (Yeomans & Levy (2013

أن وضع الحدود الثابتة/المعلنة تكنيك علاجي يميز نموذج العلاج النفسي المرتكز على التحويل وخاصة أن ذوي اضطراب الشخصية يجد صعوبة بالغة في الحفاظ على الحدود وخاصة ذوي اضطراب الشخصية الحدية وذوي اضطراب الشخصية السيكوباتية. حيث يتفق (Grimmer et al (2025 مع (Kleindienst et al (2014 على أن وضع الحدود الثابتة كفنية من الفنيات الأساسية لنموذج (TFP) توفر إطار آمن ومستقر للبروتوكول العلاجي لكل من المعالج والعميل، كما تعمل على حماية العلاقة العلاجية من بعض السلوكيات المدمرة للعلاقة العلاجية كالطرح الوجداني المضاد من قبل العميل أو التعلق الوجداني بالمعالج. هذا ويشمل وضع الحدود جوانب متعددة مثل وقت الجلسة، ومكانها، وقواعد الاتصال خارج الجلسات حتي وأن كان العميل في حالة يحتاج فيها المعالج، والتعامل مع السلوكيات الاندفاعية أو العدوانية أو الوجدانية التي تظهر أثناء الجلسات.

لذلك يشير (Lackinger (2025 أن تكنيك وضع الحدود بمثابة اختبار لتمثيلات العميل الداخلية، حيث قد يتم توجيه الأجزاء العدوانية والشهوانية داخل العميل

نحو هذه الحدود في محاولة لتحويل المعالج عن موقفه الفني أثناء إجراء الجلسة العلاجية مثلما يحدث مع ذوي اضطراب الشخصية الحديثة من إغواء أثناء تنفيذ الجلسات العلاجية وتحول جزء من الطرح العلاجي إلى إقامة علاقة ربما تصل إلى إقامة علاقة جنسية بين العميل والمعالج. لذا يتم وضع الحدود في ضوء الأهداف العلاجية وفي حالة تخطي تلك الحدود لابد من لفت انتباه العميل بذلك.

هذا وقد يري البعض أن هناك تداخل بين فنية التعاقد العلاجي وفنية وضع الحدود أو يتبادر إلى أذهان البعض منا أن وضع الحدود جزء متضمن داخل التعاقد العلاجي، وفي هذه الجزئية يشير كل من (Lee et al (2025، Lee & Hersh (2019)، (Levy et al (2012 أن التعاقد العلاجي كفنية مستقلة تركز على مجموعة المبادئ التوجيهية العامة للعميل لفكرة العملية العلاجية ومن حق العميل قبول أو رفض أي بند من بنود التعاقد العلاجي ما لم يتم تنفيذ الجلسات العلاجية، في حين تركز فنية وضع الحدود على إطار العملية العلاجية باعتبارها عملية مهنية لا يحق للعميل أو المعالج الطرح أو الطرح المضاد الذي قد يتطور إلى ارتباط وجداني بين العميل والمعالج.

٥- فنية تكامل تمثيلات الذات والموضوع Integration of Self and Object

Representations : وفي هذه الفنية يحاول المعالج مساعدة العميل

على دمج الجوانب المنفصلة والمتناقضة لتمثيلات الذات والآخرين، حيث تُعد تمثيلات الذات والموضوع بمثابة اللبنة الأساسية للشخصية وكذلك المعتقدات المعرفية التي تعكس خبرات الفرد، ويؤدي دمجها إلى تحقيق تدريجي لإحساس متكامل بالذات (Kernberg, 2016 & Kernberg, 2021a).

هذا ويشير (Stoffers et al (2012 أن فلسفة التغيير العلاجي من خلال استخدام فنية تكامل أو دمج تمثيلات الذات والموضوع وخاصة مع ذوي اضطرابات الشخصية فغالبًا ما تكون هذه التمثيلات مجزأة ومنفصلة (بمعنى متناثرة أو منشطرة)، مما يؤدي إلى تشتت الهوية وصعوبات في تكوين العلاقات الاجتماعية مع الآخرين لذا يجب على المعالج أن يساعد العميل على تحديد ومعالجة هذه التمثيلات المشوهة وغير المتكيفة للذات والآخرين، بهدف دمجها في رؤية أكثر تماسكًا وواقعية للذات والآخرين؛

ومن ثم يمكن للعمل تحقيق تكامل أكبر في هويتهم، وتكوين علاقات متوازنة وثابتة بمرور الوقت، وتقليل السلوكيات المدمرة للذات، وتحسن أداء عملياته المعرفية في معالجة الخبرات التي يمر بها وكذلك الخبرات ذات الرواسب الطفولية.

هذا ويشير كل من عمارة ليندة & عمار جية نصر الدين (٢٠١٨) أن سيكولوجية الإطار العلاجي لتطبيق فنيات نموذج العلاج النفسي المرتكز على التحويل تتم وفق المخطط التالي:



شكل (٣)

مخطط تطبيق فنيات نموذج العلاج النفسي المرتكز على التحويل

فجوهر العملية العلاجية وفق هذا النموذج العلاجي يتمثل في إنشاء علاقة تتعلق ويحدث ذلك عندما يكتشف العميل تجاربه وخبراته الذاتية الداخلية المتعلقة بعلاقته مع الآخرين، ويترتب على تكوين تلك العلاقة الأمانة تحسن في مستوى التفكير العقلاني ومن ثم تتحسن الوظائف السيكولوجية كالدوافع ومستوى الطاقة ويحدث له تكامل في الهوية والشعور بالاتزان بين الذات والآخر.

وجدير بالذكر أن الباحثان يريا أن هذا التدخل العلاجي وفق التكنيك العلاجي لهذا النموذج مناسب جداً مع ذوي اضطراب الثالوث المظلم في الشخصية؛ وخاصة أن وصول الفرد لهذا المثلث المرضي يكمن في العديد من اساليب التنشئة الاجتماعية الخاطئة والتجارب الطفولية غير الأمانة.

فعالية العلاج النفسي المرتكز على التحويل في خفض الثالوث المظلم في الشخصية أو اضطرابات الشخصية الأخرى:

يُعد العلاج المرتكز على التحويل نهج علاجي مكثف ومُعَدَّل قائم على الأدلة Evidence-Based Treatments يتبع مدرسة التحليل النفسي في العلاج النفسي؛ تم تطويره لمعالجة اضطرابات الشخصية وخاصة اضطراب الشخصية الحدية Borderline Personality Disorder، واضطراب الشخصية النرجسية Narcissistic Personality Disorder. وتكمن الفلسفة العلاجية لهذا النموذج العلاجي في اضطرابات الشخصية منح العميل كيفية السيطرة والقدرة على تعديل وتغيير مخططاته المشوهة من داخله ومع الآخر، حيث يقدم خلال البرتكول العلاجي إطارًا منظمًا وفعالًا للتعامل مع البنى النفسية المعقدة وغير المستقرة التي تميز ذوي اضطرابات الشخصية (Diamond et al, 2021, 52).

لذا حظي التراث البحثي في مجال العلاج النفسي المرتكز على التحويل على العديد من الدراسات التجريبية التي أثبتت فعالية العلاج المرتكز على التحويل في علاج اضطراب الشخصية، إلا أن هذه الدراسات لم تقدم استنتاجات ثابتة حول المكاسب العلاجية الدائمة لهذا النموذج العلاجي. حيث يشير (Clarkin et al (2001 ، (Clarkin et al (2005 ، (Clarkin et al (2006 ، (Clarkin et al (2007 إلى فعالية تطوير نموذج العلاج المرتكز على التحويل في خفض أعراض اضطراب الشخصية الحدية. هذا وتتفق نتائج دراسة (Abel et al (2025 ونتائج دراسة (Buchheim et al (2017 ونتائج دراسة (Arntz et al (2015 على فعالية العلاج المرتكز على التحويل اضطراب الشخصية الحدية من خلال التركيز على تعديل أنماط التعلق المقلقة والسلوكيات المدمرة للذات والتي تنعكس على تفاعلات ذوي اضطراب الشخصية الحدية أثناء تكوين علاقاتهم الاجتماعية وصعوبات العلاقات الشخصية.

أما عن فعالية العلاج المرتكز على التحويل في خفض أعراض اضطراب الشخصية النرجسية فتتفق نتائج دراسة كل من (Diamond et al (2013a ، (Diamond et al (2013b ، (Stern et al (2017 ، (Hernandez (2016 ، (Stern et al (2018 ، (Caligor et al (2019 ، (Radcliffe & (2020 ، (Diamond & Hersh (2020 ، (Yeomans (2019 ، (Diamond et al (2021 ، (Cohen & Hulsey (2022 ، (Fertuck (2023 ، (Diamond et al (2023 ، (Doering (2023 ، (Hersh (2024 ، (Bird & Caligor (2024 ، (Levy &

Spina (2025) على فعالية العلاج المرتكز على التحويل في خفض اضطراب الشخصية النرجسية لدى عينات غير كلينكية، حيث ظهرت فعالية العلاج المرتكز على التحويل في التعامل ميكانزمات الدفاع اللاتكيفية التي يستخدمها الفرد النرجسي وتسبب له صعوبة في الشعور بهوية جسدية مستقرة مما يؤثر على تفاعلاته الاجتماعية ومشاعره ومعارفه وسلوكياته المختلفة.

وجدير بالذكر أن هناك بعض الدراسات حاولت المقارنة بين نموذج العلاج المرتكز على التحويل وبعض النماذج العلاجية الأخرى؛ حيث تتفق نتائج دراسة Yeomans (2017) مع دراسة Giesen-Bloo et al (2006) والتي هدفت المقارنة بين فعالية العلاج المرتكز على التحويل والعلاج بالمخططات؛ حيث خلصت نتائج تلك الدراسة إلى عدم وجود فروق بين النموذجين في التحسن العلاجي وخاصة لدى ذوي اضطراب الشخصية الحدية. أما دراسة Doering et al (2010) فقد كشفت نتائجها تفوق نموذج العلاج المرتكز على التحويل في خفض اضطراب الشخصية الحدية مقارنة نموذج العلاج النفسي المجتمعي Community Psychopaths.

المحور الثالث: الثالوث المظلم في الشخصية :

تعود بدايات التناول الحقيقي لمفهوم الثالوث المظلم في الشخصية Dark Triad in Personality في الميدان البحثي إلى جهود الباحثان بولوس وويليامز Paulhus & Williams عام ٢٠٠٢ م وذلك كنتيجة لبعض البحوث التي أجريها على عينة من الأفراد التي لوحظ لديهم زملة من السمات المتداخلة والتي بدأت وتطورت لديهم خلال مرحلة الطفولة المتأخرة، حيث لوحظ أن لديهم سمات تعكس اضطراب سيكوباتي وكذلك بعض الصور غير الكليينكية للميكافلية والنرجسية لديهم. لذا يُعد الثالوث المظلم في الشخصية (Dark Triad) مفهوماً حديثاً نسبياً في علم نفس الشخصية، ويشير إلى زملة من ثلاث سمات شخصية سلبية ولكنها متداخلة: النرجسية Narcissism، والميكافيلية Machiavellianism والسيكوباتية/ الاعتلال النفسي Psychopathy، حيث اكتسب هذا المفهوم إهتماماً بحثياً واسعاً منذ أن قدمه بولوس وويليامز Paulhus & Williams عام (٢٠٠٢ م) مؤكدين على تأثيره الكبير في فهم السلوك

البشري في سياقات مختلفة كالعلاقات الشخصية، والبيئات الأكاديمية، ومكان العمل، وحتى في فهم ديناميات ممارسة السلوك الإجرامي.

هذا ويُعد الثالوث المظلم للشخصية إحدى المتغيرات البحثية التي ساعدت في فهم بعض سمات الشخصية التي تعكس بعض السمات المرضي المرتبط بطبيعة بعض الأفراد غير القادرين على التوافق، ويتبنون بعض الأفكار والاتجاهات الهدامة، بل قد يسعون لممارسة العدوان نحو ذواتهم أو المجتمع. وعلى الرغم من أن هذه السمات تُعتبر “مظلمة Dark ” نظرًا لارتباطها بالسلوكيات المعادية للمجتمع، والتلاعب، ونقص التعاطف؛ إلا أنها تظهر غالبًا في الأفراد الذين يعملون بكفاءة في المجتمع، بل وقد ينجحون في بعض المجالات التي تتطلب التعامل بجرئه، والقدرة على اللباقة والمناورة، والتركيز على المصلحة الذاتية. لذلك أسهم الثالوث المظلم للشخصية كإحدى المتغيرات البحثية في فهم بعض سمات الشخصية التي تعكس بعض السمات المرضي المرتبط بطبيعة بعض الأفراد غير القادرين على التوافق، ويتبنون بعض الأفكار والاتجاهات الهدامة، بل قد يسعون لممارسة العدوان نحو ذواتهم أو المجتمع. حيث يتفق Jones & Paulhus (2013) و Paulhus & Williams (2002) على أن الثالوث المظلم في الشخصية هو نسق مختل مكون من ثلاث سمات مؤذية في الشخصية وهي (الميكافيلية-النرجسية-السيكوباتية)، حيث تعتبر تلك السمات المؤذية ترتبط بسلوكيات غير مقبولة اجتماعياً تظهر في مرحلة الطفولة المتأخرة لدى بعض الأشخاص، وتجعلهم يعانون مشكلات نفسية واجتماعية عدة. هذا وقد تبني أحمد محمد عزت وآخرون (٢٠٢٤) تعريف Paulhus & Williams للثالوث المظلم والذي يركز فيه على أن الأفراد ذوي الثالوث المظلم يشتركون في جوهر مشترك وهو التلاعب القاسي وتتكون هذه السمات من : النرجسية، والميكافيلية، والسيكوباتية.

أما عن التعريفات التي تناولت الثالوث المظلم للشخصية فنجد أن هناك العديد من التعريفات التي تناولت هذا المفهوم لاسيما من حيث كونه مفهوم مركب من ثلاث أشكال من اضطرابات الشخصية (النرجسية- الميكافيلية- السيكوباتية) أو من حيث كونه مفهوم يعكس مجموعة من السمات المضطربة للشخصية دون تنفيذ تلك السمات.

حيث يعرف (Jones & Paulhus (2013) الثالث المظلم للشخصية بأنه زملة من سمات الشخصية تشير إلى أكثر ثلاث سمات مضطربة في الشخصية وهي الميكافلية وتعكس الخداع والتلاعب بالآخرين والسعي نحو تحقيق الأهداف بأي طريقة ممكنة، النرجسية وتعبر عن نزعة الفرد للشعور بالعظمة والسعي للسيطرة والتفوق على الآخرين، والسيكوباتية وتشير إلى المستوى المرتفع من الاندفاعية والسعي نحو الإثارة وانخفاض مستوى القلق وانعدام التعاطف مع الآخرين.

كما يعرف (Lyons; et al (2019) الثالث المظلم للشخصية بأنه مجموعة من سمات الشخصية التي تتمثل في التمرکز حول الذات والتلاعب بالآخرين واستغلالهم وخداعهم، فقدان القدرة على التعاطف والشعور بالآخرين. كما يعرف ضياء أبو عاصي فيصل (٢٠٢٢) الثالث المظلم في الشخصية بأنه تفاعل لثلاث سمات شخصية سلبية أو مظلمة تهدد الأمن النفسي للفرد تتحد في بنية واحدة بحيث تبدو شخصية الفرد متعالية خداعة أنانية مضادة للمتعم وتشمل (النرجسية - الميكافلية - السيكوباتية).

في حين يعرف (Blasco-Belled (2024) الثالث المظلم في الشخصية بأنه نموذج ثلاثي يتكون من ثلاثة سمات شخصية فرعية ترتبط وتتفاعل وتتداخل فيما بينها من الناحية التجريبية لتكون طيف سلوكي يتمثل في ظهور سلوك اجتماعي مقبول تارة وسلوك مضاد للمجتمع تارة أخرى، السعي نحو استغلال العلاقات وانخفاض التعاطف والضمير والقيم الأخلاقية وتتجمع تلك الصفات في ثلاث مكونات أساسية هي النرجسية، الميكافلية، والسيكوباتية. هذا وقد تبني محمد إبراهيم محمد (٢٠٢١) التعريف التالي للثالث المظلم للشخصية بأنه نموذج ثلاث الأبعاد يتكون من ثلاث اضطرابات في الشخصية (النرجسية - الميكافلية - السيكوباتية) متفاعله فيما بينها وتؤثر في الفرد وتجعله مضطرباً.

ويتفق (Ucar et al (2023 و (Hudson (2023 مع (Appel et al (2019 على أن المكونات الثلاثة للثالث المظلم في الشخصية والتي تتمثل في:

- النرجسية Narcissism: يتفق كل من (Basharpoor et al (2025 و (Ozsoy et al (2024 مع (Furnham et al (2013 على أن النرجسية تتمثل في مشاعر العظمة المبالغ فيها والغرور والأنانية المفرطة والإحساس

بالاستحقاق. والتفكير المفرط على الذات والشعور المبالغ فيه بالتفوق والحاجة إلى الإعجاب. هذا ويشير كل من (Jonason et al 2015) و (Furnham et al 2014) أن الأفراد ذوي النرجسية المرتفعة يتميزون بارتفاع مستوى الثقة بالنفس والطموح المرتفع والاستقرار العاطفي الحساسية المفرطة، والتفاخر، والغرور، والميل للسيطرة على الآخرين، المشاعر السلبية وانعدام الثقة بالنفس وحب الذات، والحاجة الماسة إلى الاهتمام والتقدير، هذا ويتفق ضياء أبو عاصي فيصل (٢٠٢٢) مع أمال عبد القادر (٢٠١٢) على أن النرجسيون يشعرون بالافتتان بذاتهم ويتصفون بالعدوانية عندما يشعرون بتهديد الأنا ويفتقرون إلى التعاطف ولديهم تطلع دائم إلى السلطة والتعالي على الآخرين وهذا يجعلهم يشعرون بجنون العظمة والتمركز حول الذات ومن ثم يتصرف الشخص النرجسي بطريقة استغلالية. ويتفق كل من (Roeser et al 2016) و (Preotiuc- Pietro et al 2016) و (Jones, & Paulhus 2014) أن النرجسية كبعد أساسي في المقياس المكون للثالث المظلم في الشخصية يتمثل مظاهرها في؛ الميل إلى الاستعراضية والسعي لاستغلال الآخرين لتحقيق المصالح الشخصية والتعالي عليهم، والاحساس بأنهم فوق الأعراف وتقاليد المجتمع.

- الميكافيلية Machiavellianism: وتعرف بأنها استراتيجية اجتماعية قائمة على التلاعب وخداع الآخرين من أجل تحقيق مكاسب شخصية وكثيراً ما يكون ذلك ضد مصلحة الآخرين (Veselka et al, 2012). هذا ويتفق كل من (Koehn et al 2019) و (Bertl et al 2017) و (Pailing et al 2014)، (Stead et al 2012) على أن الأفراد الميكافيليون يميلون إلى استخدام استراتيجيات التلاعب والخداع في تحقيق ما يرغبون في تحقيقه، كما يميلون إلى التوجه للهيمنة الاجتماعية والتسلطية وممارسة النفاق الاجتماعي والسلوكيات المضادة للمجتمع وسلوكيات المخاطرة. لذا يشير (Stiff & Reeves 2024) أن الأفراد ذوي الميكافيلية يميلون إلى استعمال الخداع واكذب والاستغلال في سبيل تحقيق الأهداف الذاتية، ويضيف (Petrica, & Panisoara 2024) الأفراد الذي يعانون من الميكافيلية ينقصهم المقدرة على المشاركة الوجدانية،

كما يميلون إلى التمرکز حول الذات كما يميلون إلى تجنب الصراع مع الآخرين وتحقيق اهدافهم بأي وسيلة ممكنة. كما يري (Koay & Lok (2024 أن الأفراد الميكيافيون يعلنون ايمانهم بفاعلية أساليب التلاعب في التعامل مع الآخرين، علاوة على النظرة السلبية للطبيعة البشرية، والنظرة اللااخلاقية في التعامل مع الآخرين.

- السيکوباتية Psychopathy،: يشير جابر عبد الحميد وعلاء الدين كفاقي (١٩٩٣، ١٢٢) أن مصطلح السيکوباتية يطلق على الاضطراب النفسي غير المحدد المظاهر. وقد ورد في دليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية DSM-5 أن الأفراد ذوي السيکوباتية يميلون إلى عدم الامتثال للسلوك القانوني والأخلاقي ولیدهم قسوة قلب وقلة الاهتمام بالآخرين مصحوب بالخداع وعدم تحمل المسؤولية والتلاعب والمخاطرة (APA, 2013, 763). وجدير بالذكر أن الأفراد الذين يعانون من السيکوباتية يتوفر لديهم بعض السمات تتمثل في الأنذفاعية، السعي إلى التشويق، والسلوكيات غير المسؤلة، والخداع، والتلاعب بالآخرين، والقسوة، وعدم التأثر علاوة على بعض مظاهر السلوكيات المعادية للمجتمع (محمد إبراهيم محمد، ٢٠٢١).

هذا ويتفق كل من (Malar& Giuffredi-Kahr (2024 و Hampejs et al (2025 مع Youli & Chao (2015 على أن السيکوباتين يميلون إلى التلاعب والاستغلال في التعامل مع الآخرين، كما أنهم يميلون إلى الاندفاع والمغامرة وسلوكيات البحث عن الإثارة. فهم يميلون إلى الأنانية وضحالة العواطف وعدم المشاركة الوجدانية والميل إلى انتهاك الأعراف الاجتماعية، لذا يشعرون بحالة من البرود والفراغ العاطفي والنزعة الداخلية المعادية للمجتمع وانخفاض الشعور بالندم والاحساس بالخطأ وقصور الأداء الانفعالي واضطرابات العلاقات البينشخصية (ضياء أبو عاصي فيصل، ٢٠٢٢). ويشير Kryeziu ET AL (2024 أن نموذج Williams للثالوث المظلم حدد بعض الخصائص لسمة السيکوباتية تتمثل في: السعي للتلاعب بالعلاقات البينشخصية والشعور بالعظمة والكذب والتلاعب بحسن المظهر ونقص التعاطف ونقص تأنيب الضمير والانذفاعية والميول الإجرامية. وتشير ميسرة حمدي شاکر (٢٠٢٥) أن

المكون الثالث في الثالوث المظلم وهو السيكوباتية يعد الاعتلال النفسي الأكثر خطورة في هذا الثلاثي وخاصة أن من سمات هؤلاء الأفراد عدم تحمل المسؤولية، الاندفاعية، استغلال الآخرين للتلاعب بالآخرين، استغلال العلاقات في تحقيق المصالح الشخصية علاوة على التهور في اتخاذ القرارات.

ونخلص مما سبق أن الثالوث المظلم في الشخصية يشخص كونه زملة معقدة من سمات الشخصية المرضية تجمع ما بين الاعتلال النفسي متمثل في السيكوباتية والسعي نحو تطبيق مبدأ النفعية متمثل في سمة الميكافيلية ، والنظرة المتعالية للذات بل الافتتان متمثلة في النرجسية؛ حيث يجعل هذا النموذج الثلاثي في اضطراب الشخصية الفرد الذي يعاني من هذا الثالوث شخص لديه ميول عدائية عدوانية تحقيق المصلحة بأي طريقة مشروعة أو غير مشروعة مع نظرة مترفعة لذاته تبرر له أن تلك الممارسات السلوكية غير السوية حق أصيل له كدفاع عن جرح ذاته النرجسي.

أما عن مجموعة الأسباب التي تسهم في ظهور الثالوث المظلم لدي طلبة الجامعة على وجه التحديد فنجد هناك اتفاق بين كل من (Zeigler-Hill et al 2016)، و (Muris et al 2013) أن أساليب التنشئة الاجتماعية تسهم في ظهور الثالوث المظلم في الشخصية وخاصة الميكافيلية ؛ وخاصة أن الشخص الميكافيلي يسعى إلى تحقيق أهدافه في كل مراحله العمرية. ويؤكد هشام عبدالرحمن الخولي (٢٠٠٥) أن ظهور السلوك الميكافيلي وتعزيزه وإطفاءه يعود إلى أساليب التنشئة الاجتماعية، فالشخص الميكافيلي يسعى إلى تحقيق أهدافه في كل مراحله العمرية ولكنه لا يعرف استخدام الأسلوب الصحيح في المواقف المناسب الذي يحقق له إشباع حاجاته في مرحلة الطفولة؛ فالشخص الميكافيلي لا يعرف كيف يستخدم الأسلوب الصحيح في الموقف المناسب كيحقق إشباع حاجاته الخاصة لذلك تكن أهدافه دائماً بعيدة المدة.

هذا وبضيف كل من (Szabo & Jones 2019)، (Kraus et al 2018)، (Austin et al 2014)، (Muris et al 2013) أن الأفراد ذوي الثالوث المظلم في الشخصية؛ تتركز أهتماماتهم على تحقيق الأهداف قصيرة المدى ويعود السبب في ذلك إلى أنماط تنشئة الاجتماعية التي تربى عليها وترسخ لديه العديد من الأسباب في تحقيق الاحتياجات النفسية في المراحل الطفولية المبكرة . لذلك نجد الشخص النرجسي الذي

يسود لديه السيكوباتية والميكافيلية يمارس أنماط العدائية والعدوانية بطريقة مباشرة وغير مباشرة كرد فعل لأنماط التنشئة الاجتماعية التي تنشئ بها (Barlett, 2016). هذا ويضيف كل من (Jauk & Dieterich (2019)، (Schreiber & Marcus (2020)، و (Dębska et al (2021) أن الميكافيلية تعود لمجموعة من الأسباب كالتنشئة الاجتماعية والتقليد الثقافي لبعض الثقافات الغربية ، والبعد عن ممارسة العقائد الدينية والأخلاقية علاوة على التذبذب في أساليب العاملة الوالدية وكذلك الأوضاع الاقتصادية والاجتماعية للأسرة. وتشير نيلي حسين كامل (٢٠٢٣) نقص الأمن النفسي والدفع البين شخصي أثناء مراحل النمو المختلفة يسهم في ظهور الثالث المظلم في الشخصية وخاصة في مرحلة المراهقة المتأخرة.

وجدير بالذكر أن الأفراد ذوي الثالث المظلم بالشخصية يسود لديهم بعض الخصائص النفسية والسلوكية التي تتمثل في؛ الشعور بالعدائية والعدوانية الاجتماعية (Sanecka, 2017)، ويتفق كل من (Boey & Baughman et al (2012)، (Prusik & Szulawski & Malesza et al (2019) & Vantilborgh (2016) (Shih et al & Vize et al (2020) & Lyons et al (2019) & (2019)؛ أن الأفراد ذوي الثالث المظلم في الشخصية يشتركون في عدد من الخصائص تتمثل في: اسلوب الحياة غير المنتظم، علاقات اجتماعية وعاطفية غير منتظمة، السلوكيات المضادة للمجتمع، ضعف الرفاهية النفسية، بعض المشكلات الأخلاقية، والمشكلات البين شخصية كالشعور بالاستحقاق وتضخم الذات، وبعض المشكلات الجنسية كالرغبة في التحرش أو الأوهام الجنسية، علاوة على الشعور بالتعصب، وانخفاض الضمير والانانية والقسوة والشعور بالرفض الاجتماعي. كما حدد Crysel et al (2013) مجموعة من السمات التي يتميز بها الأفراد ذوي الثالث المظلم تتمثل في خداع الآخرين، وتحقيق أهداف الشخصية بأي طريقة ممكنة، الأحساس بتضخم الذات، إنعدام الشعور بالتأنيب الضمير. ويتفق كل من (Szabo & Jones (2019) مع (Barlett (2016) أن الأفراد ذوي الثالث المظلم يكون مجموعة من الأهداف بعيدة المدى، علاوة على ارتفاع مستوى العدوان المباشر وغير المباشر لديهم.

في حين يتفق كل من (Van Geel et al (2017) & Horan et al (2015) و (Hudson (2023) على أن الثالث المظلم في الشخصية يرتبط بالعديد من السمات السلبية كالاندفاعية وضعف التعاطف، والسعي نحو التلاعب والخداع وضعف المقدرة على تكوين العلاقات الاجتماعية والسعي نحو الانجاز، وتكوين علاقات قائمة على المصلحة، والتركيز على المكاسب قصيرة المدى. ويشير إبراهيم الشافعي إبراهيم (٢٠٢١) أن هناك خصائص مشتركة بين الأفراد ذوي الثالث المظلم وتتمثل تلك الخصائص في؛ ميول ودوافع للصعود على أكتاف الغير، ازدواجية المعايير تجاه نفسه وله معياره الخاص في الحكم على الأشياء وأما ما يتعلق بالآخرين فليس كذلك، العواطف والمشاعر والتعاطف مع الآخرين لا مجال لها ولا تأثير لها على المواقف لاسيما العدوانية.

في حين يتفق كل من (Amos et al و Pelster & Schaltegger (2022) و (Djakovic & Rowlands (2024) أن الأفراد ذوي الثالث المظلم يسود لديهم ميول الهدم والشعور بالعظمة والتلاعب بالآخرين والميل إلى العدوانية، كما يسود لديهم الاندفاعية والتعامل مع مشكلات الحياة بمبدأ الغاية تبرر الوسيلة، كما لوحظ أنهم يعانون من البرود والعجز العاطفي. في حين كشف بعض نتائج دراسة نيلحس العمروسي، وعبير صالح الشهري (٢٠٢٤) أن الثالث المظلم للشخصية لا يوجد فروق بهذا المتغير وفق المعدل التراكمي أو التخصص الأكاديمي لدى طلبة الجامعة. أما دراسة منال عبد النعيم محمد (٢٠٢٢) فقد كشفت أن طلبة الجامعة ذوي الثالث المظلم في الشخصية يعانون من صعوبات في التنظيم الانفعالي ويرتفع لديهم مستوى الانفصال الأخلاقي.

أما عن بعض التدخلات الإرشادية والعلاجية للثالث المظلم في الشخصية وخاصة لدى طلاب الجامعة؛ فنجد الدراسات التدخلية تكاد أن تكون قليلة جداً وخاصة بالبيئة العربية ويعود ذلك لصعوبة انتقاء العينة وتشخيصها كونها تقع ضمن زملة الثالث المظلم وليس اضطراب شخصية نرجسية أو اضطراب شخصية ميكيافيلية أو اضطراب شخصية سيكوباتية، فعلى صعيد الدراسات العربية يوجد العديد من الدراسات الوصفية التي قدمت توصيات بإجراء دراسات تدخلية، ولعل من هذه الدراسات دراسة عبد الستار محمد إبراهيم (٢٠١٦) والتي كان أحد الدراسات والبحوث المقترحة لها في ضوء نتائجها

استخدام العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي في الحد من مكونات الثالوث المظلم لدى الشباب الجامعي، في حين خلصت نتائج دراسة ضياء أبو عاصي (٢٠٢٢) إلى فعالية التدريب على استراتيجيات التنظيم الانفعالي في خفض مستوى الثالوث المظلم للشخصية لدى طلاب الجامعة. فيحين أوصت دراسة نيلي حسين كامل (٢٠٢٣) بضرورة تقديم برامج إرشادية للمساعدة الكليينكية لطلاب الجامعة ذوي الثالوث المظلم حتي لا يتطور مآل هذا الثالوث والوصول بهم إلى حالة من اضطرابات الشخصية .

المحور الرابع: هوس التصوير الذاتي (السيلفي):

يُعد هوس التصوير الذاتي (السيلفي) ظاهرة سلوكية معاصرة برزت مع الانتشار الواسع للهواتف الذكية وشبكات التواصل الاجتماعي، حيث يُقبل الأفراد على التقاط صور لأنفسهم بشكل متكرر ومشاركتها عبر المنصات الرقمية بهدف التوثيق أو التعبير عن الذات أو جذب الانتباه. وقد تعددت تعريفات الباحثين لهوس التصوير الذاتي (السيلفي)، وفيما يلي يتم إلقاء الضوء على بعض هذه التعريفات:

سلوك يتمثل في التقاط عدد كبير من الصور الذاتية باستخدام الهاتف المحمول، غالبًا بهدف مشاركتها عبر مواقع التواصل الاجتماعي (عزة حسن محمد، ٢٠٢٣).

انشغال مفرط ومتكرر بالتقاط الصور الذاتية ونشرها، يعكس تعلقًا مبالغًا بصورة الذات وسعيًا دائمًا لجذب الانتباه (Arpaci et al., 2023).

وسيلة تواصل مرئي يستخدمها الأفراد للتعبير عن تجاربهم اليومية وتكوين صورة عن الذات، من خلال نشر صور شخصية تتلقى تفاعلًا رقميًا يعزز من الشعور بالقبول والتقدير (Anitha et al., 2023).

رغبة قهرية في التقاط صور للذات ونشرها بشكل متكرر، غالبًا بهدف تعويض نقص في تقدير الذات أو إشباع حاجات عاطفية غير مشبعة (Danasegaran et al., 2023).

سلوك يتمثل في التقاط الفرد صورًا لنفسه باستخدام الهاتف الذكي أو الكاميرا الرقمية، غالبًا بطريقة عفوية، ومن ثم نشرها عبر شبكات التواصل الاجتماعي لأغراض متعددة مثل التعبير عن الذات، أو تسجيل موقف، أو جذب الانتباه، أو تعزيز الصورة الشخصية أمام الآخرين (Kaur & Vig, 2023).

وانطلاقاً من التعريفات السابقة، يتضح أن هوس التصوير الذاتي (السيلفي) لا يقتصر على كونه سلوكاً بسيطاً لالتقاط الصور، بل يمثل ظاهرة نفسية واجتماعية مركبة تتداخل فيها الدوافع الذاتية مع المؤثرات البيئية والثقافية. فهو يعكس، في أحد أبعاده، حاجة الفرد إلى إبراز ذاته والحصول على التقدير الاجتماعي، وفي بعد آخر قد يشكل وسيلة لتعويض نقص داخلي في الثقة أو الإشباع العاطفي. كما أن هذا السلوك قد يتراوح بين الاستخدام المعتدل بوصفه أداة للتواصل والتوثيق، والاستخدام المفرط الذي يصل إلى حد السلوك القهري المؤثر في جوانب الحياة المختلفة. ومن هنا، تبرز أهمية دراسة هذه الظاهرة في السياقات المعاصرة، خاصة بين فئات الشباب وطلبة الجامعات، لفهم أبعادها وآثارها النفسية والاجتماعية ووضع استراتيجيات للحد من مظاهرها السلبية.

وتمثل أعراض هوس التصوير الذاتي (السيلفي) انعكاساً واضحاً للطبيعة المركبة لهذه الظاهرة، إذ لا تقتصر على مجرد تكرار سلوك التقاط الصور، بل تمتد لتشمل أبعاداً نفسية واجتماعية وسلوكية متعددة. فالشخص المصاب بهذا الهوس غالباً ما ينخرط في أنماط سلوكية قهرية، مدفوعة برغبة قوية في لفت الانتباه أو الحصول على التقدير الاجتماعي، الأمر الذي قد يؤثر على صحته النفسية وطريقة تفاعله مع بيئته. وتحدد أهم أعراض هوس التصوير الذاتي (السيلفي) فيما يلي:

- الاستخدام المفرط والمتكرر للسيلفي: يميل الشخص المصاب بهوس السيلفي إلى التقاط صور ذاتية بشكل متكرر على مدار اليوم، سواء تم نشرها أو لا، وقد يتدرج ذلك من الاستخدام العادي إلى الحاد، ثم المزمن، بحيث يصبح التقاط الصور سلوكاً قهرياً لا يمكن السيطرة عليه (Zeng et al., 2023).
- البحث المستمر عن التفاعل الرقمي: يُظهر المصاب بهذا الهوس رغبة شديدة في نشر الصور من أجل الحصول على إعجابات وتعليقات، والتي تمثل بالنسبة له مصدراً للتقدير الذاتي والانتماء، خاصة في ظل غياب الدعم أو التفاعل الواقعي في محيطه الاجتماعي (Singh, 2023).
- تعويض النقص في مهارات التواصل الواقعي: يعتمد بعض الأفراد على صور السيلفي كوسيلة بديلة للتواصل مع الآخرين، خاصة من يفتقرون إلى المهارات

- الاجتماعية أو يجدون صعوبة في تكوين علاقات واقعية، مما يجعلهم يعوضون هذا النقص من خلال التواصل الافتراضي بالصورة (Kaur& Vig, 2023).
- المخاطرة والاندفاع لالتقاط صور ملفتة: قد يتجه بعض الأشخاص إلى التقاط صور سيلفي في أوضاع خطيرة أو غير مألوفة فقط من أجل جذب الانتباه والتميز، مثل الوقوف في أماكن مرتفعة أو قريبة من مصادر الخطر، ما يُعرض حياتهم وسلامتهم للخطر (Lin, 2023).
 - تشويه صورة الذات والانسياق وراء المثالية: يُظهر المصاب بهوس السيلفي ميلاً لتعديل صورهم رقمياً باستخدام أدوات التجميل أو الفلاتر لإخفاء العيوب، سعياً وراء الكمال أو تقليد صور المشاهير، مما يؤدي إلى تقديم صورة غير واقعية عن الذات، ويفاقم الشعور بعدم الرضا الحقيقي (Anitha et al., 2023).
 - التأثير بتقييم الآخرين وتذبذب تقدير الذات: يتأثر الفرد المصاب بهوس السيلفي بشدة بردود فعل الآخرين على صورهم، وقد يتعرض لتقلبات في تقديره لذاته بناءً على التعليقات أو عدد الإعجابات، مما يجعله عرضة للقلق، أو الإحباط، أو حتى الاكتئاب في حال لم يتلقَ التفاعل المتوقع (سامية محمد صابر عبدالنبي ونهلة فرج الشافعي، ٢٠٢٤).
- وبناءً على ما تقدم يمكن القول إن أعراض هوس التصوير الذاتي تتداخل في ما بينها لتشكل نمطاً سلوكياً قد يتحول من ممارسة اعتيادية إلى مشكلة نفسية واجتماعية ذات آثار سلبية على الفرد والمجتمع. وهذا يبرز الحاجة إلى فهم أعمق لهذه الأعراض ضمن إطار بحثي يهدف إلى تحديد مستوياتها ودوافعها، والعمل على وضع برامج وقائية وعلاجية تحد من انتشارها، خاصة بين فئة الشباب الأكثر تعرضاً لتأثيرات الإعلام الرقمي وشبكات التواصل الاجتماعي.
- ومن ناحية أخرى تتعدد الأسباب المؤدية إلى هوس التصوير الذاتي (السيلفي)، ومن أبرزها ما يلي:
- الرغبة في التواصل الاجتماعي: يُعد التصوير الذاتي وسيلة يستخدمها الكثيرون للبقاء على تواصل مع الآخرين، حيث تمنحهم صور السيلفي فرصة لمشاركة لحظاتهم اليومية بطريقة مرئية وشخصية (Arpaci et al., 2023). وقد

أصبحت هذه الصور جسراً للتفاعل الاجتماعي، تُمكن الأفراد من التعبير عن وجودهم ومشاركة تفاصيل حياتهم، مما يخلق شعوراً بالترباط والانتماء الرقمي (Danasegaran et al., 2023).

- التعبير عن الذات وإبراز الجمال: يرى كثير من مستخدمي السيلفي أن النقاط الصور الذاتية ونشرها يمثل وسيلة لإبراز الجمال أو نمط الحياة، فهي تعكس الشكل والمظهر والشخصية في إطار يختاره الفرد بنفسه. هذا الاستخدام يُمكن الأشخاص من تقديم أنفسهم كما يرغبون أن يُنظر إليهم، مما يعزز لديهم الشعور بالتميز أو الجاذبية (Singh, 2023).

- تعويض مشاعر العزلة أو الإهمال: تلعب صور السيلفي دوراً في التخفيف من مشاعر الإهمال أو العزلة الاجتماعية، خاصة لدى من يشعرون بأنهم غير مرئيين أو مختلفين (Balakrishnan & Griffiths, 2018). فمشاركة الصور والتفاعل الذي يتلقونه عبر مواقع التواصل قد يخلق لديهم شعوراً بالقبول، ويساعدهم على كسر الحواجز النفسية المرتبطة بالرفض أو التهميش (Zeng et al., 2023).

- نقص الثقة بالنفس والحاجة إلى التقدير: يشير بعض الباحثين إلى أن الدافع خلف التقاط ونشر صور السيلفي قد يكون نفسياً في جوهره، إذ يسعى بعض الأفراد لتعويض ضعف الثقة بالنفس أو الشعور بعدم الرضا عن الذات من خلال لفت أنظار الآخرين. فكل إعجاب أو تعليق إيجابي يمثل لديهم تعزيزاً داخلياً يساعدهم على سد فجوة الشعور بالنقص أو عدم التقدير (Kaur & Vig, 2023).

وبذلك، يتضح أن هوس التصوير الذاتي (السيلفي) ينتج عن تفاعل معقد بين دوافع اجتماعية ونفسية وشخصية، حيث يسعى الأفراد من خلاله إلى إشباع حاجاتهم للتواصل، والتقدير، وإبراز الذات، والتغلب على مشاعر العزلة أو النقص. إلا أن هذه الدوافع، على الرغم من كونها طبيعية في حدودها المعتدلة، قد تتحول مع الاستخدام المفرط إلى محفزات لسلوك قهري يؤثر سلباً في الصحة النفسية والعلاقات الاجتماعية،

مما يستدعي الانتباه إلى ضبط هذا السلوك وتعزيز بدائل صحية أكثر توازنًا للتواصل والتعبير عن الذات.

وبالنسبة للآثار السلبية لهوس التصوير الذاتي (السيلفي) فلا يقتصر هوس التصوير الذاتي (السيلفي) على كونه سلوكًا فرديًا بسيطًا، بل أصبح يحمل في طياته العديد من الآثار السلبية النفسية والاجتماعية، التي قد تكون عميقة الأثر على الأفراد والمجتمع (Lin, 2023). إذ يسعى بعض الأشخاص إلى التقاط صور في أوضاع غاية في الخطورة، كالوقوف على المرتفعات أو الاقتراب من الأمواج العاتية أو مجاري الأنهار، رغبة في جذب الانتباه والحصول على التفاعل الرقمي، وهو ما يعرض حياتهم للخطر المباشر (Danasegaran et al., 2023).

وإلى جانب ذلك، يُسهم هذا السلوك في تكريس الفوارق الطبقية والاجتماعية، حيث قد يشعر أفراد من الطبقات الأقل حظًا بالإحباط أو تدني الذات عند مقارنة أنفسهم بالصور التي يعرضها آخرون ممن يتمتعون بأسلوب حياة مترف أو إمكانيات مادية مرتفعة. كما يتضمن هذا السلوك في كثير من الأحيان محاكاة غير واعية للمشاهير والنجوم، مما يؤدي إلى ترويج لصورة مزيفة أو مثالية عن الذات، بعيدة عن الواقع الحقيقي للفرد. والأسوأ من ذلك، أن هذا النوع من الصور قد يُعرض الفرد لتعليقات سلبية أو تقييمات خارجية جارحة، تؤثر بشكل مباشر على ثقته بنفسه، وتشوه صورته الذهنية عن ذاته (محمد عبدالحليم هاشم وآخرين، ٢٠٢٣).

وقد أشار (Arpaci et al. (2023); Danasegaran et al. (2023) إلى أن هوس التصوير الذاتي قد يؤدي إلى سلوكيات خطيرة لدى بعض الأفراد، حيث قد يدفعهم هذا الهوس إلى التقاط صور سيلفي في أماكن غريبة أو خطيرة. ففي سعيهم للحصول على إعجاب الآخرين على وسائل التواصل الاجتماعي، يعرض بعض الأفراد حياتهم للخطر، مثل تصوير أنفسهم بالقرب من حيوانات مفترسة أو على حواف ناطحات السحاب. هذا السلوك المتهور يمكن أن يؤدي إلى حوادث مميتة، حيث فقد العديد من الأشخاص حياتهم أثناء محاولتهم التقاط صور سيلفي في ظروف خطيرة، مما يبرز الآثار السلبية لهذه الظاهرة على الصحة الجسدية والنفسية للأفراد.

ومع انتشار استخدام الفلاتر وأدوات تحرير الصور، أصبح هوس التصوير الذاتي (السيلفي) ظاهرة شائعة في المجتمع الحديث. وتستخدم هذه الأدوات بشكل أساسي لتعديل ملامح الوجه والجسم، مما يعزز معايير الجمال غير الواقعية (Zeng et al., 2023). وقد ارتبط هذا السلوك بزيادة عدم الرضا عن الصورة الذاتية، حيث يُظهر الأفراد الذين يستخدمون هذه الأدوات تقليلًا في تقديرهم لأنفسهم، خاصة عندما يقارنون صورههم المعدلة مع الواقع. الدراسات تشير إلى أن استخدام الفلاتر قد يكون له تأثيرات نفسية سلبية، مثل اضطرابات الأكل والتشوهات في الصورة الذاتية (Singh, 2023).

بالإضافة إلى ذلك، فإن الاعتماد المفرط على هذه الأدوات يؤدي إلى تعزيز معايير الجمال الزائفة، مما يجعل الأفراد يشعرون بأنهم لا ينتمون إلى هذا العالم أو أنهم غير مقبولين كما هم. هذه الممارسات تُخفي الجمال الطبيعي للأفراد وتخلق لديهم شعورًا بالانفصال عن هويتهم الحقيقية، مما يدفعهم للعيش في عالم خيالي بعيد عن الواقع. (سامية محمد صابر عبدالنبي ونهلة فرج الشافعي، ٢٠٢٤).

وبناءً على ما تقدم فإن الآثار السلبية لهوس التصوير الذاتي (السيلفي) تتجاوز كونها مجرد انعكاسات سطحية على الصورة أو المظهر، لتصبح قضية تمس الصحة النفسية والجسدية والاجتماعية للفرد. فهذا السلوك، عندما يبلغ حد الإفراط، قد يقود إلى مخاطر حقيقية على الحياة، ويعزز شعور المقارنة السلبية، ويكرس صورًا وهمية عن الذات بعيدة عن الواقع، كما يسهم في خلق فجوة بين الهوية الحقيقية والصورة المعروضة للآخرين. ومن هنا تبرز الحاجة الماسة إلى الوعي المجتمعي والتثقيف الرقمي، مع تبني استراتيجيات وقائية وعلاجية تحد من هذه الممارسات، بما يحقق التوازن بين استخدام التكنولوجيا كوسيلة للتواصل، والحفاظ على سلامة الفرد وصحته النفسية.

ويمكن تفسير هوس التصوير الذاتي (السيلفي) في ضوء بعض النظريات النفسية، ومن أهمها ما يلي:

- نظرية التحليل النفسي:

يمكن تفسير هوس التصوير الذاتي (السيلفي) من خلال نظرية التحليل النفسي، والتي تسلط الضوء على الدوافع اللاشعورية وراء السلوك الإنساني. ووفقًا لهذه النظرية، قد يكون سلوك التقاط الصور الذاتية المتكررة تعبيرًا غير مباشر عن حاجة دفينية للاعتراف بالذات وإثباتها أمام الآخرين، ناتجة عن صراعات نفسية داخلية تتعلق بتقدير الذات أو نقص في الإشباع العاطفي (Balakrishnan & Griffiths, 2018). ويُنظر إلى الإفراط في عرض الذات، من خلال الصور المعدلة بعناية، كامتداد لحالة "الإشباع البديل"، التي تسعى النفس من خلالها إلى تعويض النقص أو الألم النفسي عبر ممارسات ظاهرها طبيعي، لكن دافعها لاشعوري (Danasegaran et al., 2023).

كما أنه من منظور التحليل النفسي، يمكن أن يكون هوس السيلفي بمثابة محاولة مستمرة لإثبات "الأنا" في ظل بيئة رقمية تغذي المقارنات وتفرض معايير مثالية. فالفرد الذي يلتقط وينشر صورًا ذاتية بانتظام قد يفعل ذلك بدافع لا وعٍ للسيطرة على صورته أمام الآخرين، وكسب إعجابهم لتعزيز صورته الداخلية المهتزة. وبما أن التحليل النفسي يربط بعض الأعراض العصبية بالحاجة الشديدة إلى الاهتمام، فإن الانشغال القهري بالتصوير ونشر الصور قد يُعد سلوكًا تعويضيًا مشابهًا لما لاحظته فرويد لدى مرضاه الذين استخدموا أعراضًا جسدية كوسيلة للفت الانتباه. وبذلك، فإن هوس السيلفي قد لا يكون مجرد سلوك ترفيهي، بل تعبيرًا معاصرًا عن صراعات نفسية دفينية، يُستخدم فيها الجسد والصورة كأدوات للتعبير والتمويه في آنٍ واحد (عزة حسن محمد، ٢٠٢٣).

- النظرية السلوكية:

تُعد النظرية السلوكية من أبرز الإطارات النظرية التي تفسر السلوك الإنساني بوصفه نتاجًا للتعلم من البيئة المحيطة. ومن هذا المنطلق، يُمكن تفسير هوس التصوير الذاتي (السيلفي) باعتباره سلوكًا مكتسبًا يتعزز من خلال التعزيز الإيجابي، كما أشار ثورندايك في قانون الأثر، والذي ينص على أن السلوكيات التي يتبعها ثواب تميل إلى التكرار، في حين أن تلك التي يتبعها عقاب تميل إلى الانطفاء أو التلاشي. ففي بيئة مواقع التواصل الاجتماعي، يشكّل التفاعل الإيجابي من إعجابات وتعليقات وتعزيز اجتماعي بمختلف أشكاله مثيرًا مشجعًا يربط بين سلوك التقاط الصور الذاتية والرغبة في

الحصول على التقدير والانتباه، مما يؤدي إلى تكرار هذا السلوك بصورة تلقائية (Anitha et al., 2023).

ومع استمرار حصول الفرد على التعزيزات الاجتماعية، يزداد ترسيخ هذا السلوك في بنيته النفسية، حتى يتحول إلى عادة شبه قهرية يصعب التحكم فيها. بل إن غياب التعزيز في بعض الأحيان لا يؤدي بالضرورة إلى انطفاء السلوك، إذ يكون قد أصبح جزءاً من نمط استجابي معتاد في الحياة اليومية. كما يرى السلوكيون أن التكرار المستمر لهذا النوع من السلوك يؤدي إلى تقوية المسارات العصبية المرتبطة به، مما يعزز دافعية الفرد لمواصلة هذا السلوك حتى دون وعي كامل بدوافعه. وبذلك يُمكن القول إن هوس السيلفي هو نتيجة مباشرة لتكرار سلوك يُقابل بمكافأة اجتماعية، مما يجعله سلوكاً متعلماً يخدم حاجات نفسية واجتماعية، ويصعب التخلص منه دون تدخل سلوكي موجه (دينا علي السعيد عيسى، ٢٠٢٤).

- نظرية التعلم الاجتماعي:

تُعد نظرية التعلم الاجتماعي من الإطارات التفسيرية المهمة لفهم السلوك الإنساني، خاصة السلوكيات المكتسبة من البيئة المحيطة. ووفقاً لهذه النظرية، فإن هوس التصوير الذاتي (السيلفي) لا يُنظر إليه كسلوك فطري، بل كسلوك مكتسب يتطور من خلال التجربة والتفاعل مع البيئة الاجتماعية (Kaur & Vig, 2023). إذ يتعلم الفرد أنماطاً معينة من السلوك من خلال ما يتلقاه من تعزيزات أو نتائج إيجابية في مواقف سابقة، فيتوقع أن تكرر هذه السلوكيات سيؤدي إلى نفس النتائج المرجوة (Zeng et al., 2023). وفيما يخص السيلفي، يتوقع الفرد أن نشر صورهِ الذاتية على مواقع التواصل الاجتماعي سيجذب الانتباه، ويمنحه القبول أو الإعجاب من الآخرين، وهو ما يُشكل نوعاً من التعزيز النفسي والاجتماعي (Lin, 2023).

ويُفسّر استمرار هذا السلوك وتكراره المتزايد بناءً على التوقعات المتولدة لدى الفرد من تفاعله مع بيئته الرقمية، خاصة إذا ارتبطت هذه التوقعات بإشباع حاجات داخلية مثل الشعور بالانتماء أو رفع تقدير الذات. كما أن الفروق الفردية تلعب دوراً في مدى انخراط الأشخاص في هذا السلوك، تبعاً لما يمنحونه من قيمة للتعزيزات المختلفة التي يحصلون عليها. وبذلك، يُمكن اعتبار هوس السيلفي نتاجاً لعملية تعلم اجتماعي قائمة على

الملاحظة والتجربة والتفاعل، تتشكل فيها الاستجابات السلوكية بناءً على ما يتعلمه الفرد من بيئته، وما يتوقعه منها، مما يفسر تحوله التدريجي إلى سلوك شبه إدماني.

وقد أظهرت الدراسات العربية والأجنبية اهتمامًا متزايدًا بسلوك هوس التصوير الذاتي (السيلفي) ودوافعه وعلاقته بسمات الشخصية المختلفة. فقد تناولت دراسة أميرة محمد بدر (٢٠٢٠) العلاقة بين الدوافع النفسية للسيلفي والعوامل الستة للشخصية وفق نموذج هيكساكو وتقدير الذات لدى طلاب كلية التربية بجامعة الزقازيق. وأشارت النتائج إلى وجود فروق بين الجنسين، حيث تفوق الذكور في دافع جذب الانتباه، بينما برز لدى الإناث دافع التسلية والمتعة، كما ظهرت مسارات ارتباطية واضحة بين دوافع السيلفي والعوامل الشخصية وتقدير الذات. وفي السياق العلاجي، درست أسماء عز الدين حسنين وآخرون (٢٠٢١) فاعلية برنامج معرفي سلوكي في تقليل إدمان السيلفي لدى طلاب الجامعة المصابين باضطراب الشخصية النرجسية، وأظهرت النتائج انخفاضًا ملحوظًا في الإدمان لدى المجموعة التجريبية مقارنة بالضابطة، مع تفوق الذكور في بُعدي تعديل المزاج وجذب الانتباه. وعلى الصعيد الدولي، هدفت دراسة Arpaci et al (٢٠٢٣) إلى تحليل العلاقة بين الاحتياجات النفسية (الاستقلالية، الكفاءة، الارتباط) وسلوك نشر السيلفي عبر وسائل التواصل، وكشفت أن هذه الاحتياجات تتنبأ بقوة بالسلوك، مع دور معدل لمستوى الاستثارة في زيادة النشر بغرض إشباع احتياجات الكفاءة والارتباط. وفي الإطار العلاجي القائم على المخططات المعرفية، تناولت دراسة محمد عبدالحليم هاشم وآخرون (٢٠٢٣) فاعلية برنامج معرفي سلوكي قائم على المخططات في خفض إدمان السيلفي لدى طلاب الجامعة، وأثبتت النتائج فعاليته، إذ انخفضت مستويات الإدمان بشكل دال بعد التطبيق، مع استقرار النتائج في القياس التتبعي. تعكس هذه الدراسات تنوع المقاربات البحثية في تناول ظاهرة السيلفي، من تحليل دوافعها النفسية والاجتماعية، إلى ربطها بالسمات الشخصية، وصولًا إلى اختبار البرامج العلاجية للحد منها. كما اهتمت دراسات أخرى بربط هوس السيلفي بسمات الشخصية المظلمة والأنماط الانفعالية. فبحثت دينا علي السعيد (٢٠٢٤) العلاقة بين سلوك نشر السيلفي وكل من الثالوث المظلم وأنماط التعلق لدى طلاب الجامعة، وخلصت إلى وجود ارتباط إيجابي بينهما، مع إمكانية

التنبؤ بالسلوك من خلال سمات الشخصية وأنماط التعلق، دون فروق جوهرية بين الجنسين.

تاسعاً: فروض الدراسة:

في ضوء الإطار المفاهيمي والدراسات السابقة لمتغيرات الدراسة تم صياغة الفروض التالية:

(١) توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعتين التجريبيتين (مجموعة الذكور - مجموعة الإناث) الأولي (العلاج المرتكز على التحويل) من عينة الدراسة في القياسين القبلي والبعدي على استبيان الثالث المظلم في الشخصية في اتجاه القياس البعدي.

(٢) توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعتين التجريبيتين (مجموعة الذكور - مجموعة الإناث) الثانية (العلاج الجدلي السلوكي) من عينة الدراسة في القياسين القبلي والبعدي على استبيان الثالث المظلم في الشخصية في اتجاه القياس البعدي.

(٣) توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعتين التجريبيتين (مجموعتي العلاج المرتكز على التحويل) من عينة الدراسة ومتوسطي رتب درجات المجموعتين الضابطتين (مجموعتي العلاج المرتكز على التحويل) في القياس البعدي على استبيان الثالث المظلم في الشخصية لصالح المجموعتين التجريبيتين (مجموعتي العلاج المرتكز على التحويل).

(٤) توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعتين التجريبيتين (مجموعتي العلاج الجدلي السلوكي) من عينة الدراسة ومتوسطي رتب درجات المجموعتين الضابطتين (مجموعتي العلاج الجدلي السلوكي) في القياس البعدي على استبيان الثالث المظلم في الشخصية لصالح المجموعتين التجريبيتين (مجموعتي العلاج الجدلي السلوكي).

(٥) توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية (ذكور - مجموعة العلاج المرتكز على التحويل) ومتوسط رتب درجات المجموعة التجريبية

- (إناث- مجموعة العلاج المرتكز على التحويل) من عينة الدراسة في القياس البعدي على استبيان الثالث المظلم في الشخصية.
- ٦) توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية (ذكور- مجموعة العلاج الجدلي السلوكي) ومتوسط رتب درجات المجموعة التجريبية (إناث- مجموعة العلاج الجدلي السلوكي) من عينة الدراسة في القياس البعدي على استبيان الثالث المظلم في الشخصية.
- ٧) لا يوجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطي رتب درجات المجموعتين التجريبتين (مجموعتي العلاج المرتكز على التحويل) من عينة الدراسة في القياسين البعدي والتتبعي على استبيان الثالث المظلم في الشخصية.
- ٨) لا يوجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطي رتب درجات المجموعتين التجريبتين (مجموعتي العلاج الجدلي السلوكي) من عينة الدراسة في القياسين البعدي والتتبعي على استبيان الثالث المظلم في الشخصية.
- ٩) لا يوجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية والمجموعتين التجريبتين (مجموعتي العلاج المرتكز على التحويل) من عينة الدراسة ومتوسط رتب درجات المجموعتين التجريبتين (مجموعتي العلاج الجدلي السلوكي) من عينة الدراسة في القياس البعدي على مقياس الثالث المظلم في الشخصية.

عاشراً: إجراءات الدراسة:

- أ- منهج الدراسة: تم استخدام المنهج التجريبي القائم على تصميم المجموعتين التجريبية والضابطة، وذلك لدراسة تأثير المتغير المستقل (البرنامج العلاجي) على المتغير التابع (الثالث المظلم) لدى أفراد عينة الدراسة.
- ب- مجتمع الدراسة: يتمثل مجتمع الدراسة الحالية في طلبة جامعة الفيوم مرتفعي هوس التصوير الذاتي (السيلفي) خلال العام الجامعي ٢٠٢٤م/٢٠٢٥م.

ج- عينة الدراسة:

١- عينة الدراسة الاستطلاعية: بلغ عدد أفراد عينة الدراسة الاستطلاعية (٩٢٥) طالباً وطالبة ببعض كليات جامعة الفيوم، تم انتقاء عينة الدراسة من مرتفعي هوس التصوير الذاتي وبلغ عددهم (٣٢٦) من بينهم (١٣٢) طالباً، و(١٩٤) طالبة، بمتوسط عمري (١٩،١٢) سنة وانحراف معياري (١،٠٨) سنة، وذلك بغرض التحقق من الكفاءة السيكمومترية للمقياس المستخدم في الدراسة الحالية.

٢- عينة الدراسة الأساسية: تم تطبيق عينة الدراسة بعد التحقق من خصائصها السيكمومترية على عينة قوامها (١١٣٣) طالب وطالبة ببعض كليات جامعة الفيوم (حقوق- تربية عام وأساسي- زراعة- علوم- هندسة - خدمة اجتماعية - دار علوم- طب أسنان)، وقد تم الحصول على عينة مرتفعي هوس التصوير الذاتي من بينهم وبلغت (٤٤٥) طالب وطالبة، من بينهم (١٨٢) طالباً، و(٢٦٣) طالبة تراوحت أعمارهم ما بين (١٨-٢١) سنة، بمتوسط عمري قدره (٢٠،٠٥) سنة وانحراف معياري قدره (١،١٩) سنة، وذلك بغرض انتقاء العينة التجريبية (التي سيتم اشتراكهم في التصميم التجريبي للبحث)، وتم انتقاء العينة بالطريقة العمدية اعتماداً على محك ليكرت الحصول ٨٥٪ من درجات مقياس الثالث المظلم وكذلك مقياس هوس التصوير الذاتي (السيلفي)، وبلغ عددهم (١٤٧) طالب وطالبة تم انتقاء أفراد المجموعات التجريبية.

٣- عينة الدراسة التجريبية: بلغ عدد أفراد المشاركين في المجموعات التجريبية (٤٨) طالباً وطالبة، بمتوسط عمري (٢٠،٣٨) سنة وانحراف معياري (١،٠٢) سنة. وتم توزيع أفراد عينة الدراسة التجريبية بطريقة عشوائياً إلى مجموعتين إحداهما تجريبية (ذكور- إناث) والأخرى ضابطة (ذكور- إناث) لكل برنامج علاجي، قوام كل مجموعة منهما (٦) طلاب يصبح عدد المجموعات (٤) مجموعات تجريبية (٢) مجموعة تجريبية (ذكور)، و(٢) مجموعة تجريبية (إناث)، وكذلك (٤) مجموعات ضابطة (٢) مجموعة تجريبية (ذكور)، و(٢) مجموعة ضابطة (إناث) بمتوسط عمري قدره (٢٠،٠٥) سنة وانحراف معياري قدره (١،١٩) سنة حيث تم تطبيق البرنامج على المجموعات التجريبية خلال العام الجامعي ٢٠٢٤م/٢٠٢٥م.

- تم تطبيق مقياس هوس التصوير الذاتي (السيلفي) على عينة بلغت (٧٢٥) طالباً وطالبة من طلبة كليات جامعة الفيوم، تراوحت أعمارهم ما بين (١٨-٢١) سنة، وذلك في الفصل الدراسي الأول للعام الجامعي ٢٠٢٤م/٢٠٢٥م. وقد تم تحديد أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة في ضوء مجموعة من الشروط وهي: أن يكون لديهم الاستعداد للتعاون والالتزام بحضور الجلسات والتفاعل في كل خطوات البرنامج؛ حيث يتطلب نجاح البرنامج مشاركة العميل الكاملة في كل خطواته، وألا يكون أي فرد منهم قد تعرض لأي نوع من العلاج العضوي أو النفسي قبل ذلك؛ حيث يتطلب ذلك برنامجاً خاصاً يراعي هذه الظروف.
- تم عمل تكافؤ إحصائي بين أفراد المجموعات التجريبية والضابطة في كل من العمر، والمستوي الاجتماعي والاقتصادي، والذكاء، وكذلك الدرجة الكلية لمقياس الثالوث المظلم في الشخصية قبل البدء في تطبيق البرنامجين. ويوضح الجدول التالي نتائج التكافؤ بين المجموعات التجريبية والضابطة:

جدول (١)
نتائج اختبار كروسكال ويلس للتكافؤ بين أفراد المجموعات التجريبية
والضابطة في بعض المتغيرات

المتغير	المجموعة	العدد	متوسط الرتب	قيمة هـ	مستوى الدلالة
العمر الزمني	التجريبية ذكور (١)	٦	٢٤	٥,١١٧	غير دالة
	التجريبية ذكور (٢)	٦	٢٤		
	التجريبية إناث (١)	٦	٢٠,٥		
	التجريبية إناث (٢)	٦	٢٨,٨٣		
	الضابطة ذكور (١)	٦	٢٤,٦٧		
	الضابطة ذكور (٢)	٦	٢٤,٦٧		
	الضابطة إناث (١)	٦	٢٠,٥		
	الضابطة إناث (٢)	٦	٢٨,٨٣		
نسبة الذكاء	التجريبية ذكور (١)	٦	٢٥	٧	غير دالة
	التجريبية ذكور (٢)	٦	٢٥		
	التجريبية إناث (١)	٦	٢٥		
	التجريبية إناث (٢)	٦	٢٥		
	الضابطة ذكور (١)	٦	٢٥		
	الضابطة ذكور (٢)	٦	٢١		
	الضابطة إناث (١)	٦	٢٥		
	الضابطة إناث (٢)	٦	٢٥		
المستوى الاجتماعي الاقتصادي والثقافي	التجريبية ذكور (١)	٦	٢٤,٦٧	٥,٠٨٤	غير دالة
	التجريبية ذكور (٢)	٦	٢٠,١٧		
	التجريبية إناث (١)	٦	٢٨,٥		
	التجريبية إناث (٢)	٦	٢٤,٦٧		
	الضابطة ذكور (١)	٦	٢٤,٦٧		
	الضابطة ذكور (٢)	٦	٢٤,٦٧		
	الضابطة إناث (١)	٦	٢٠,١٨		
	الضابطة إناث (٢)	٦	٢٨,٥		
الدرجة الكلية على استبيان الثالث المظلم في الشخصية	التجريبية ذكور (١)	٦	٣١,٥	٧,٦٩٩	غير دالة
	التجريبية ذكور (٢)	٦	٢٧,٧٥		
	التجريبية إناث (١)	٦	٢٤		
	التجريبية إناث (٢)	٦	٢٤		
	الضابطة ذكور (١)	٦	٢٠,٤٢		
	الضابطة ذكور (٢)	٦	٢٠,٣٣		
	الضابطة إناث (١)	٦	٢٤		
	الضابطة إناث (٢)	٦	٢٤		

يتضح من الجدول السابق عدم وجود فروق دالة إحصائية بين أفراد المجموعات التجريبية والمجموعات الضابطة في كل من (العمر الزمني، ونسبة الذكاء، والمستوى الاجتماعي والاقتصادي، الدرجة الكلية على مقياس الثالوث المظلم في الشخصية).

ج- الأدوات المستخدمة بالدراسة:

١-النسخة المختصرة من استبيان الثالوث المظلم The Short Dark Triad Questionnaire (إعداد: Jones & Paulhus, 2014) (تعريب: الباحثان)

أ- وصف الاستبيان: يتكون الاستبيان من (٢٧) عبارة جميعها تقيس السمات الثلاث المظلمة في الشخصية وهم (النرجسية-الميكافيلية-السيكوباتية) بواقع (٩) عبارات متتالية لكل سمة فرعية من السمات الثلاثة. حيث يتم الاستجابة على وفق مقياس ليكرت الخماسي (أوافق بشدة= (٥) درجات، أوافق = (٤) درجات، أحياناً = (٣) درجات، لا أوافق = درجتين، لا أوافق بشدة = درجة واحدة). ومن ثم تتراوح النهاية العظمى للاستبيان = (١٣٥) درجة، والنهاية الصغرى = (٢٧) درجة، ويشير ارتفاع الدرجة على الاستبيان بأن الفرد المستجيب على الاستبيان يعاني من الثالوث المظلم.

ب- طريق تقدير الاستجابة على الاستبيان: يتم تقدير الاستجابة على عبارات الاستبيان وفق تقدير ليكرت الرباعي (١-٥) حيث تكون النهاية العظمى للاستبيان (١٣٥) درجة، والنهاية الصغرى للاستبيان (٢٧) درجة، ويتم وصف المستجيب على الاستبيان بأنه يعاني من الثالوث المظلم كلما اقتربت درجة المشارك من (١٣٥) درجة، في حين يوصف بأنه لا يعاني من الثالوث المظلم كلما اقتربت الدرجة من (٢٧).

ج- خطوات ترجمة الاستبيان: مرت ترجمة الاستبيان بالخطوات التالية:

١- قام الباحثان بترجمة عبارات الاستبيان وتعليمات الاستجابة وتقدير الاستجابة كل على الاستبيان.

٢- تم عرض الاستبيان بنسخته الاجنبية على بعض المتخصصين في علم النفس والصحة النفسية من أعضاء هيئة التدريس من ذوي الخبرة ترجمة في مجال علم النفس والصحة النفسية.

٣- التحقق من التقارب بين ترجمة الباحثان وترجمة الزملاء المتخصصين في الخطوة السابقة، كما تم عرض ترجمة عبارات الاستبيان على اثنين من المتخصصين في اللغة الانجليزية لإجراء الترجمة العكسية من اللغة العربية إلى اللغة الانجليزية، وجاءت هذه الخطوة تعكس مقبولية الترجمة إلى حد كبير.

٤- تم تطبيق النسخة المترجمة من الاستبيان على (١٠) من المشاركين من عينة الدراسة بهدف التعرف على متوسط الفترة الزمنية للاستجابة على بنود الاستبيان والذي يبلغ (٥-١٧) دقيقة.

٥- تم تطبيق الاستبيان على عينة الدراسة الاستطلاعية بهدف التحقق من الخصائص السيكمترية للاستبيان.

د- الخصائص السيكمترية للاستبيان: تم التحقق من الخصائص السيكمترية وفق الخطوات التالية :

١- صدق استبيان الثالوث المظلم: يعتبر هذا الاستبيان من أكثر أدوات تشخيص وقياس الثالوث المظلم أنتشارًا بين الدراسات الاجنبية، فقد تم ترجمته للعديد من اللغات.

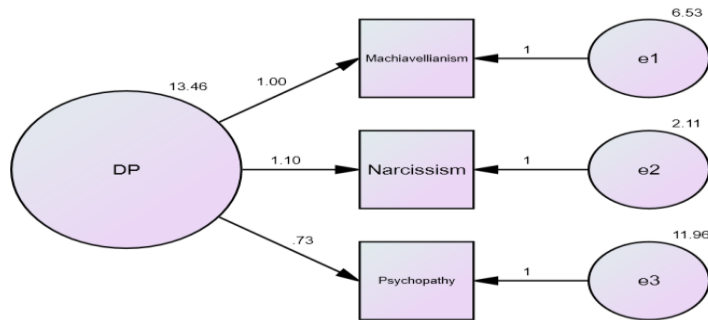
أ- الصدق العاملي التوكيدي: تم استخدام الباحث التحليل العاملي التوكيدي للتأكد من مؤشرات الصدق للاستبيان وذلك من خلال التحقق من ملائمة ومطابقة نموذج البيانات على عينة الدراسة، وتم ذلك من خلال إجراء التحليل العاملي التوكيدي من الدرجة الثانية بطريقة أقصى احتمال بواسطة برنامج (Amos V) (25). والجدول التالي يوضح أدلة الملائمة النموذج المفترض للبيانات بالدراسة الحالية:

جدول (٢)

أدلة الملائمة والمطابقة للنموذج المقترح لاستبيان الثالث المظلم

RMSEA	GFI	CFI	TLI	IFI	CMIN/df	عدد العوامل	النموذج المفترض
							ثلاث أبعاد
٠,٠٠٦	٠,٩٦٦	٠,٩٧٢	٠,٩٦٨	٠,٩٧٨	١,١٤٥	٣	

يتضح من الجدول السابق أن أدلة الملائمة والمطابقة للنموذج المقترح لاستبيان الثالث المظلم حقق مؤشرات جودة حسن المطابقة حيث كانت قيم مؤشرات النموذج المقترح تعكس المطابقة التامة للنموذج المفترض للبيانات، فقد بلغت قيمة مؤشر (X^2) $CMIN/df = 1,145$ وهي قيمة أقل من (٢) وتعني مطابقة تامة، والشكل التالي يوضح الشكل التخطيطي للنموذج المقترح للاستبيان.



شكل (٤) الشكل التخطيطي لنموذج بيانات استبيان الثالث

ب-صدق المقارنة الطرفية: تم استخدام اختبار (ت) لتحديد قيمة ودلالة الفروق بين متوسطات درجات الإرباعي الأعلى (٨٩) والإرباعي الأدنى (٧٢) والمقارنة بين نتائج المجموعتين بهدف التحقق من القدرة التمييزية للاستبيان كمؤشر للصدق له، الجدول التالي يوضح نتائج المقارنة الطرفية بين مرتفعي ومنخفضي الثالث المظلم:

جدول (٣)

صدق المقارنة الطرفية لمقياس الثالوث المظلم

البيانات المجموعة	العدد (ن)	المتوسط الحسابي (م)	الانحراف المعيار ي (ع)	قيمة (ت)	درجة الحرية	مستوى الدلالة
مرتفعي الثالوث المظلم	١١٦	٩٥,٣٨٨	٦,٤٥	٣٨,٧٦	٢١٧	٠,٠٠١
منخفضي الثالوث المظلم	١٠٣	٦٦,٠١٩	٤,٨٢			

يتضح من الجدول السابق أن الاستبيان يتمتع بقوة تمييزية بين مرتفعي الثالوث المظلم ومنخفضي الثالوث المظلم عند مستوى دلالة ٠,٠٠١، مما يشير إلى أن الاستبيان يتمتع بصدق تمييزي مرضي.

ب- ثبات الاستبيان: تم التحقق من ثبات الاستبيان من خلال:

١- الثبات بألفا كرونباخ: تم حساب ثبات الاستبيان باستخدام معادلة ألفا كرونباخ، وقد تبين أن قيمة معامل الثبات بلغت (٠,٨٩٤) وهي قيمة مرضية. علاوة على أنه تم مراجعة نتائج قيمة ألفا بعد حذف كل مفردة من مفردات الاستبيان على حدة وقد تبين أن جميعها كانت ضعيفة مقارنة بقيمة ألفا الكلية مما يشير إلى ثبات مفردات الاستبيان.

٢- الثبات بالتجزئة النصفية: تم حساب معامل الارتباط بين جزئي المقياس ككل (أحد الجزئين تضمن المفردات ذات الأرقام الفردية، والأخر ذات الأرقام الزوجية)، وكان معامل الارتباط بين جزئي المقياس قبل التصحيح (٠,٦٣٤)، وبعد التصحيح بمعادلة سبيرمان Speirman كانت قيمة معامل الثبات في حالة عدم تساوي الجزئين (٠,٧٧٦) وهو دال عند مستوى ٠,٠١، ومعامل التصحيح باستخدام معادلة جتمان Getman في حالة عدم التساوي (٠,٧٧٣)، وجميعها تشير إلى معامل ثبات مرضي.

٢- مقياس هوس التصوير الذاتي (السيلفي) (إعداد: الباحثان):

أ- الهدف من إعداد المقياس: تم إعداد المقياس لتقدير درجة هوس التصوير الذاتي (السيلفي) لدى طلبة الجامعة، وذلك في ضوء التعريف المستخلص من الإطار

النظري لمتغير هوس التصوير الذاتي (السيلفي) ومكوناته وخاصة لدى عينة الدراسة.

ب- مبررات إعداد المقياس: هناك بعض المبررات دفعت الباحثان لإعداد هذا المقياس ندرة المقياس التي تناولت قياس هوس التصوير الذاتي (السيلفي) لدى عينة الدراسة، حيث لاحظ الباحثان أن اغلب المقاييس التي تناولت قياس جودة الصداقة إما مقاييس مترجمة وهي لا تتناسب مع الثقافة المصرية، أو تتناول المظاهر السلبية للسلفي أو تتناول بعض المكونات التي تعد متغيرات في شخصية الفرد كتقدير الذات أو مفهوم الذات أو صورة الذات أو صورة الجسد.

ج- خطوات إعداد المقياس: مر إعداد المقياس بالخطوات التالية :

١- الإطلاع على بعض الأطر النظرية التي تناولت هوس التصوير الذاتي (السيلفي) من حيث التأصيل النظري وتحديد مكوناته وخاصة لدى عينة الدراسة الحالية.

٢- الاستفادة من المقاييس التي تم الإطلاع عليها وتناولت ظاهرة السيلفي بالدراسات والبحوث السابقة من حيث معرفة جوانب القصور في تلك المقاييس، المكونات التي تناولتها لهذا المفهوم.

٣- تم عمل استبيان مفتوح يتضمن بعض الأسئلة حول ماذا تعرف عن ظاهرة السيلفي؟، وماذا تعرف عن دوافع الفرد لتصوير الفرد لذاته بطريقة مسرفة؟ من وجهة نظر عينة الدراسة، وتم تطبيقه على عينة قوامها (٥٦) طالب وطالبة من بين افراد عينة الدراسة للتحقق من معرفتهم حول هذا المفهوم، وفي ضوء هذه الخطوة تم تحليل مضمون استجابات هؤلاء الطلاب والخروج ببعض المكونات حول ظاهرة هوس التصوير الذاتي (السيلفي) وكذلك صياغة بعض عبارات المقياس التي تعكس مكونات هذه الظاهرة.

٤- في ضوء ما سبق تم صياغة مجموعة من العبارات حول (٤) مكونات أساسية لهذا المفهوم، وكان عدد تلك العبارات (٤٠) عبارة مكونة للصورة الأولية للمقياس قبل التحكيم.

٥- تم عرض المقياس في صورته الأولية على عدد (١٠) من أساتذة علم النفس والصحة النفسية، وبناء على تلك الخطوة تم حذف عدد (٤) عبارات تم الاتفاق على حذفها وتم تعديل صياغة بعض العبارات لتكون أكثر وضوحاً وإدراكية في القياس. وبناء على تلك

الخطوة يصبح المقياس مكون من (٣٦) عبارة يتم الاستجابة عليهم وفق مقياس ليكرت الخماسي (١=غير موافق بشدة، ٢=غير موافق، ٣=أحياناً، ٤=موافق، ٥=موافق بشدة)؛ لتدل الدرجة العالية على ارتفاع درجة هوس التصوير الذاتي، والدرجة المنخفضة تدل على انخفاض هوس التصوير الذاتي.

٦- تم تطبيق المقياس بعد تحكيمه على عينة الدراسة الاستطلاعية بهدف التحقق من الخصائص السيكومترية للمقياس وذلك على النحو التالي:

٧- الخصائص السيكومترية للمقياس:

أ- الاتساق الداخلي للمقياس (تم إجرائه قبل التحليل العاملي الاستكشافي): تم إجراء الاتساق الداخلي للمقياس بهدف التحقق من تجانس عبارات المقياس ومعرفة هل كافة العبارات تتكامل سويًا لبناء ظاهرة واحدة وهي جودة الصداقة، وكانت نتائج الاتساق الداخلي كما هي بالجدول التالي:

جدول (٤)

الاتساق الداخلي لعبارات مقياس هوس التصوير الذاتي (السلبي)

رقم العبارة	قيمة معامل الارتباط	رقم العبارة	قيمة معامل الارتباط	رقم العبارة	قيمة معامل الارتباط	رقم العبارة	قيمة معامل الارتباط
١	٠,٥٣٢	١٠	٠,٦٤٥	١٩	٠,٦٢٥	٢٨	٠,٥٤٧
٢	٠,٦٣٥	١١	٠,٦٣٢	٢٠	٠,٥٨٧	٢٩	٠,٦٥٨
٣	٠,٤٩٦	١٢	٠,٥٨٣	٢١	٠,١٥١	٣٠	٠,٠٠٢
٤	٠,٣٩٦	١٣	٠,٠٠٤	٢٢	٠,٥٣٦	٣١	٠,٤٩٢
٥	٠,٧٠١	١٤	٠,٤٩٥	٢٣	٠,٤٧٨	٣٢	٠,٤٣٦
٦	٠,٥١٢	١٥	٠,٤١٢	٢٤	٠,٠٥٩	٣٣	٠,٤٧٨
٧	٠,١٣١	١٦	٠,١٤٧	٢٥	٠,٠٨٩	٣٤	٠,٠٣١
٨	٠,٠٣٥	١٧	٠,٣٩٨	٢٦	٠,٥٤٨	٣٥	٠,٦٣٢
٩	٠,٦٣٤	١٨	٠,٥٨٣	٢٧	٠,٦١٢	٣٦	٠,٦٥٨

** معاملات الارتباط دالة عند ٠,٠١.

* معاملات الارتباط دالة عند ٠,٠٥.

يتضح من الجدول السابق أن أغلب معاملات الارتباط دالة عند ٠,٠١، فيما عدى بعض العبارات معاملات الارتباط دالة عند ٠,٠٥، في حين لم تصل قيمة معاملات الارتباط لبعض العبارات إلى مستوى الدلالة وهذه العبارات هي (٨، ١٣، ٢٤، ٢٥، ٣٠، ٣٤) ومن ثم تم حذف تلك العبارات، ليصبح المقياس بعد هذه الخطوة مكون من (٣٠) عبارة.

٢- صدق المقياس: تم التحقق من صدق المقياس بالطرق التالية:

أ- الصدق الظاهري (صدق المحكمين): تم عرض المقياس على (١٥) من المحكمين المتخصصين في علم النفس والصحة النفسية بكليات التربية، وتم حذف العبارات التي تم الاتفاق على حذفها وتعديل العبارات التي تم الاتفاق على تعديلها للوصول للصورة التي تم تطبيقها على عينة الدراسة الاستطلاعية والتي يتم حساب معايير الصدق والثبات لها.

ب- الصدق العاملي الاستكشافي: تم إجراء التحليل العاملي لبنود المقياس وعددها (٣٠) بنداً، وذلك باستخدام طريقة المكونات الأساسية، والتدوير المتعامد بطريقة الفاريماكس باستخدام برنامج SPSS-V25 وتم إتباع الخطوات التالية لاستخلاص عوامل المقياس:

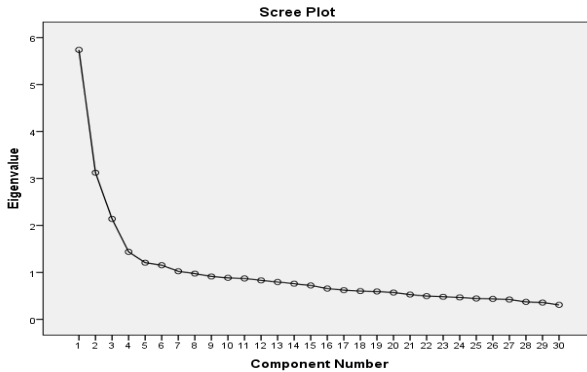
- تم التحقق من اختبار مدى كفاية العينة لإجراءات عملية التحليل العاملي والمعروف Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy وكانت قيمته (٠,٨٣٨) دالة عند ٠,٠٠١، بينما كانت قيمة معامل اختبار النطاق (٣٤٦٢,٢)، وهي قيمة دالة عند مستوى دلالة ٠,٠٠١، وهذا يشير إلى كفاية العينة لإجراء التحليل العاملي.

- تم مراجعة قيم معاملات الشيوع لكل بند من بنود المقياس والتأكد أن كافة قيم معاملات الشيوع تتجاوز ٠,٥. وكانت كافة قيم معاملات الشيوع أعلى من أو تساوي ٠,٥، ليصبح المقياس مكون من (٣٠) عبارة صالحة للتحليل العاملي.

- تم مراجعة قيم الخلايا القطرية خلال مصفوفة Anti-image Correlation والتأكد أن كافة قيم هذه الخلايا تتجاوز ٠,٥، وبالفعل كانت كافة قيم هذه الخلايا تتجاوز ٠,٥. بل تتراوح من ٧,٠ إلى ٩٣,٠.

- تم مراجعة مصفوفة العوامل قبل التدوير، وتبين أن عوامل المقياس قبل التدوير بلغت (٧) عوامل فسرت ٥٢,٧٩٠٪ من قيم التباين بين درجات عينة التحليل.

- تم مراجعة منحنى التشبعات لعوامل المقياس Scree Plot وتحديد (٤) عوامل أظهرها هذا المنحنى وذلك كما هو موضح بالشكل التالي:



شكل (٢) Scree Plot لعوامل هوس التصوير الذاتي (السيلفي)

- تم استخدام محك كايزر Kaiser Normalization ، والذي وضعه جوتمان Guttman، والذي يتطلب مراجعة الجذر الكامن للعوامل الناتجة علي أن تقبل العوامل التي يزيد جذرها الكامن عن الواحد الصحيح حيث تعد عوامل عامة؛ ومن ثم تقبل العوامل التي يتشبع عليها (٣) عبارات على الأقل بحيث لا يقل تشبع البند بالعامل عن (٠,٣٥)، وبناءً على ذلك فقد تم تدوير المحاور بطريقة الفاريمكس Varimax (على أربع عوامل وفق ما أظهره منحنى التشبعات بالخطوة السابقة) واختيرت نسبة (٠,٣٥) كحد أدنى لدلالة المتغيرات علي العوامل أو العبارات وذلك علي المعايير التحكيمية التالية: محك التشبع الجوهرى للبند بالعامل ≥ 0.3 ، أن محك جوهرية العامل ≥ 3 تشبعات جوهرية للبند.

- تم مراجعة مصفوفة العوامل بعد التدوير للتأكد من أن عبارات المقياس متشعبة على عامل من عوامل المقياس وبمراجعة تلك الخطوة تبين أن هناك بعض العبارات لم تتشبع على أي عامل من العوامل الأربعة. ومن ثم يصبح عدد بنود المقياس (٣٠) عبارة متشبعين على أربع عوامل فسروا (٤١,٤٨٩) من قيمة التباين الكلي العامل الأول مكون من (٩) بنود، والعامل الثاني (٨) بنود أما العامل الثالث فمكون من (٧) بنود، بينما العامل الرابع مكون من (٦) بنود. وقد استطاع الأربع عوامل تفسير (٤١,٤٨٩) من نسبة التباين المشترك بين درجات أفراد العينة، وهذا يشير إلى معامل صدق مرضي. والعوامل موضحة في جدول التالي:

جدول (٥)

عوامل مقياس هوس التصوير الذاتي (السيلفي) بعد التدوير

العامل	نسبة التباين	الجذر الكامن	عدد المفردات
الأول	١٢,٦٢٦	٣,٧٨٨	٩
الثاني	١٠,٧٣١	٣,٢١٩	٨
الثالث	٩,١٦٦	٢,٧٥٠	٧
الرابع	٨,٩٦٥	٢,٦٩٠	٦
مجموع التباين للعوامل الأربعة	٤١,٤٨٩	٣٠ عبارة	

وفيما يلي توضيح لهذه العوامل:

العامل الأول: الإعجاب النرجسي بصورة الذات.

تشبع على هذا العامل (٩) عبارات حققت جميعها محك كايذر للتشبع على العامل، وبفحص مضمون هذه العبارات اتضح للباحان أن جميع العبارات التي تشبع بها هذا العامل تعبر عن الإعجاب بصورة الذات بشكل يكاد أن يكون مرضي، لذلك يمكن تسمية هذا العامل الإعجاب النرجسي بصورة الذات.

جدول (٦)

التشبعات العاملية لمفردات العامل الأول لمقياس هوس التصوير الذاتي (السيلفي)

رقم المفردة	مضمون المفردة	التشبعات
a28	أشعر بالفخر والاعتزاز عندما أرى صور السيلفي التي ألتقطها لنفسي	0.741
a27	التقاط صور السيلفي يمنحني إحساساً بالتميز والتفرد عن الآخرين	0.717
a30	تساعدني تقنية السيلفي على اكتشاف جوانب جمالية في شخصيتي لم ألاحظها من قبل	0.672
a29	أشعر بالرضا عن نفسي بعد التقاط صور السيلفي	0.661
a24	ألاحظ من خلال صور السيلفي بعض الجوانب التي أفضل إخفاءها عن الآخرين	0.621
a25	أشعر بسعادة غامرة عند تصوير نفسي	0.599
a26	ألتقط صور السيلفي في أوضاع مختلفة أمام المرأة لإبراز ملامح وجهي وجسدي	0.579
a23	أرى أن صور السيلفي التي ألتقطها تُظهر أجمل ما لدي	0.490
a22	أتضايق من الأشخاص الذين لا يتفاعلون مع صوري المنشورة على مواقع التواصل الاجتماعي	0.415

تعكس العبارات المتضمنة بالجدول السابق أن هذا العامل عامل نقي حيث أن كافة مفردات هذا العامل ذات تشبعات موجبة عليه وقد تراوحت قيم التشبعات للمفردات ما بين (٠,٤١٥ إلى ٠,٧٤١) ، وقد استطاع هذا العامل تفسير نسبة (١٢,٦٢٦٪) من التباين المشترك لدرجات العينة وحصل على جذر كامن مقداره (٣,٧٨٨) وهي معايير مرضية لقبول العامل.

العامل الثاني: البحث عن القبول الاجتماعي والتفاعل مع الآخرين:

تشبع هذا العامل بـ (٨) مفردات تعكس أغلبها اعتماد الفرد على نشر صور السيلفي كوسيلة للحصول على القبول الاجتماعي، وجذب انتباه الآخرين، وتحقيق التفاعل الرقمي المتمثل في الإعجابات والتعليقات، بما يعزز الشعور بالانتماء والرضا عن الذات. و جدير بالذكر أن هذا العامل استطاع تفسير نسبة (١٠,٧٣١٪) من التباين المشترك لدرجات العينة، وحصل على جذر كامن مقداره (٣,٢١٩). كما يتضح من الجدول أن هذا العامل يعد عاملاً نقياً، حيث تشبعت عليه جميع العبارات تشبعاً موجباً، وحقت جميعها محك كايزر لتشبع المفردة على العامل.

جدول (٧)

التشبعات العاملية لمفردات العامل الثاني لمقياس هوس التصوير الذاتي (السيلفي)

رقم المفردة	مضمون المفردة	التشبعات
a2	أنشر صور السيلفي بهدف الحصول على إعجاب الآخرين	0.668
a3	أشعر بالسعادة عند تلقي الكثير من التعليقات على صوري	0.663
a4	يهمني رأي الآخرين في الصور التي أنشرها لنفسي	0.645
a5	أقوم بنشر صور السيلفي بانتظام حتى أظل حاضراً في أذهان الآخرين	0.567
a1	أتحقق أكثر من مرة من التعليقات والإعجابات على صوري	0.531
a15	أهتم بزيادة عدد متابعي من خلال نشر صور السيلفي	0.494
a14	أتوقع من أصدقائي أن يتفاعلوا مع صوري عند نشرها	0.484
a10	أشارك صوري على مواقع التواصل للحفاظ على التواصل مع الآخرين	0.445

العامل الثالث: الانشغال بالمظهر وتحسين الصورة الذاتية

تشبع هذا العامل بـ (٧) عبارات جميعها تعكس اهتمام الفرد بمظهره الخارجي أثناء التقاط صور السيلفي، والسعي لإبراز أفضل صورة ممكنة عن ذاته من خلال اختيار الزوايا المناسبة، وتعديل الصور، والحرص على أن تعكس الصور انطباعاً إيجابياً لدى الآخرين. كما أن هذا العامل استطاع تفسير نسبة (٩,١٦٦٪) من التباين المشترك في درجات العينة، وحصل على جذر كامن مقداره (٢,٧٥٠). ويُعد هذا العامل عاملاً نقياً، حيث تشبعت عليه جميع العبارات تشبعاً موجباً، وحققت جميعها محك كايزر لتشبع المفردة على العامل.

جدول (٨)

التشبعات العاملية لمفردات العامل الثالث لمقياس هوس التصوير الذاتي (السيلفي)

رقم المفردة	مضمون المفردة	التشبعات
a7	أحرص على أن أظهر في صورة مثالية عند التقاط السيلفي	0.691
a9	أختار بعناية الزوايا التي تظهرني بأفضل شكل في صور السيلفي	0.677
a11	ألتقط عدة صور سيلفي لأختار أجملها للنشر	0.655
a6	أعدل وضعيتي أو ملامح وجهي قبل التقاط السيلفي	0.559
a12	أستخدم الفلاتر أو برامج تعديل الصور لتحسين مظهري	0.506
a8	أركز على إخفاء العيوب الجسدية عند التقاط صور السيلفي	0.480
a13	أستبدل صور السيلفي القديمة بأخرى جديدة إذا شعرت أن مظهري تغير للأفضل	0.372

العامل الرابع: الاستخدام التعويضي والمخاطرة

تشبع هذا العامل بـ (٦) مفردات جميعها توضح اعتماد الفرد على السيلفي كوسيلة لتعويض نقص في التفاعل الاجتماعي الواقعي، أو كطريقة للشعور بالانتماء والأهمية، إضافة إلى الاستعداد لالتقاط الصور في أماكن أو أوضاع قد تتسم بالمخاطرة لجذب الانتباه. وقد استطاع هذا العامل تفسير نسبة (٨,٩٦٥٪) من التباين المشترك في درجات العينة، وحصل على جذر كامن مقداره (٢,٦٩٠). ويُعد هذا العامل عاملاً نقياً، حيث تشبعت عليه جميع العبارات تشبعاً موجباً، وحققت جميعها محك كايزر لتشبع المفردة على العامل.

جدول (٩)

التشبعات العاملية لمفردات العامل الرابع لمقياس
هوس التصوير الذاتي (السيلفي)

رقم المفردة	مضمون المفردة	التشبعات
a20	ألتقط صور سيلفي عندما أشعر بالوحدة أو العزلة لأشعر بالارتباط بالآخرين	0.725
a18	يمنحني التقاط السيلفي شعورًا بالانتماء حتى إذا لم أكن أشارك في نشاط اجتماعي	0.648
a17	أستخدم السيلفي كطريقة للتعبير عن نفسي بدل الحديث المباشر مع الآخرين	0.619
a19	ألتقط أحيانًا صور سيلفي في أماكن أو أوضاع قد تكون خطيرة لجذب الانتباه	0.546
a21	أشعر أن نشر صوري يساعدني على لفت انتباه الآخرين لي	0.458
a16	أفضل مشاركة صور السيلفي على مواقع التواصل بدل مقابلة الآخرين وجهًا لوجه	0.431

٣- الصدق البنائي للمقياس (التحليل العاملي التوكيدي). (CFA)

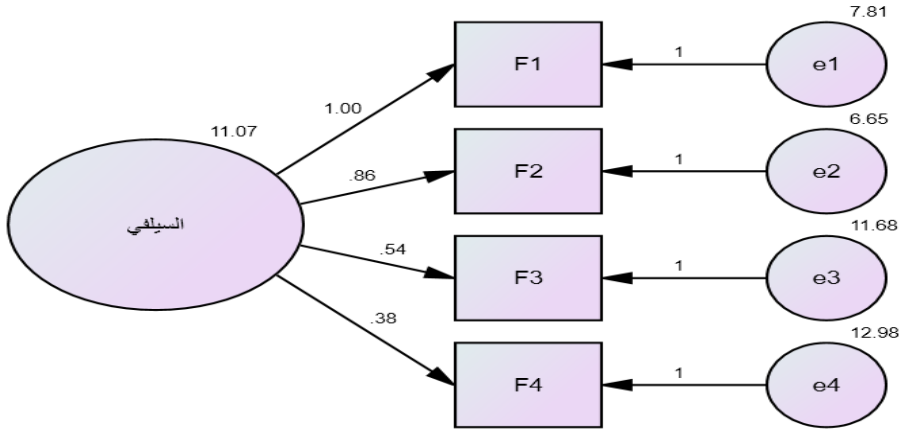
استخدم الباحثان التحليل العاملي التوكيدي للتأكد من مؤشرات الصدق للمقياس والبنية العاملية له وذلك من خلال التحقق من ملائمة ومطابقة نموذج البيانات على عينة الدراسة للنموذج المفترض التي حصل عليها الباحث من إجراء التحليل العاملي الاستكشافي، وهل متغيرات النموذج تحقق جودة حسن المطابقة أم لا، هذا وقد تم ذلك من خلال إجراء التحليل العاملي التوكيدي من الدرجة الثانية بطريقة أقصى احتمال بواسطة برنامج (Amos (V-25. والجدول التالي يوضح أدلة الملائمة للنموذج المفترض للبيانات بالدراسة الحالية:

جدول (١٠)

أدلة الملائمة والمطابقة للنموذج المقترح لمقياس هوس التصوير الذاتي (السيلفي)

أدلة الملائمة						عدد العوامل	النموذج المفترض
RMSEA	GFI	CFI	TLI	IFI	CMIN/df		
٠,٠٠٦	٠,٩٥٨	٠,٩٦١	٠,٩٥١	٠,٩٦٦	١,٧٨٥	٤	رباعي العوامل

يتضح من الجدول السابق أن أدلة الملائمة والمطابقة للنموذج المقترح لاستبيان الجلوتوفوبيا حقق مؤشرات جودة حسن المطابقة حيث كانت قيم مؤشرات النموذج المقترح تعكس المطابقة التامة للنموذج المفترض للبيانات، فقد بلغت قيمة مؤشر (X^2) $CMIN/df = 1,785$ وهي قيمة أقل من (٢) وتعني مطابقة تامة، والشكل التالي يوضح الشكل التخطيطي للنموذج المقترح للاستبيان.



شكل (٣) النموذج المفترض لمقياس هوس التصوير الذاتي (السيلفي)

يتضح من الشكل السابق أن أبعاد المقياس ترتبط جميعها بعامل كامن واحد حيث تتراوح الأوزان الانحدارية المعيارية لها ما بين (٠,٣٨ - ١) وهذا يشير إلى درجة مقبولة من الصدق لنموذج المقياس المفترض، ووجود مطابقة تامة لنموذج للبيانات المفترض.

٣- صدق المقارنة الطرفية (الصدق التمييزي):

تم حساب معامل الصدق باستخدام اختبار (ت) لاختبار دلالة الفروق بين متوسطات درجات الإرباعي الأعلى (١٠٤) والإرباعي الأدنى (٨٩) والمقارنة بين نتائج المجموعتين، ويوضح الجدول الآتي نتائج هذه المقارنة:

جدول (١١)

صدق المقارنة الطرفية لمقياس هوس التصوير الذاتي (السيلفي)

البيانات المجموعة	العدد (ن)	المتوسط الحسابي (م)	الانحراف المعياري (ع)	قيمة (ت)	درجة الحرية	مستوى الدلالة
مرتفعي هوس التصوير الذاتي (السيلفي)	١٢٧	١٠٩,١٩	٤,٣٥	٣٥,٧٨٥-	٢٤١	٠,٠٠١
منخفضي هوس التصوير الذاتي (السيلفي)	١١٦	٨١,٥٩	٧,٤١			

يتضح من النتائج الموضحة بالجدول السابق أن للمقياس قوة تمييزية بين مرتفعي جودة الصداقة ومنخفضي جودة الصداقة عند مستوى دلالة ٠,٠٠١، مما يشير إلى أن المقياس يتمتع بمعامل صدق مرضي.

ب- ثبات المقياس:

١- الثبات بمعامل ألفا كرونباخ:

تم حساب الثبات بمعادلة كرونباخ والتي نطلق عليها أسم معامل ألفا كرونباخ Alpha، وقد تبين أن معامل ثبات ألفا للمقياس ككل (٠,٨٤٣) وهو معامل ثبات مرتفع. علاوة على أنه قد تم مراجعة نتائج قيمة ألفا بعد حذف العبارات كما هي موضحة بالجدول التالي وقد تبين أن جميعها كانت ضعيفة مقارنة بقيمة ألفا الكلية مما يشير إلى ثبات مفردات المقياس، فحين تراوحت قيم معاملات ثبات الابعاد الفرعية ما بين (٠,٦٩٦ إلى ٠,٧٨٨).

٢- الثبات بالتجزئة النصفية:

تم حساب معامل الارتباط بين جزئي المقياس ككل (أحد الجزئين تضمن المفردات ذات الارقام الفردية، والأخر ذات الارقام الزوجية)، وكان معامل الارتباط بين جزئي المقياس قبل التصحيح (٠,٧٦٩)، وبعد التصحيح بمعادلة سبيرمان Speirman كانت قيمة معامل الثبات في حالة عدم تساوي الجزئين (٠,٨٨٥) وهو دال عند مستوى ٠,٠٠١، ومعامل التصحيح باستخدام معادلة جتمان Getman في حالة عدم التساوي (٠,٨٨٥)، وجميعها تشير إلى معامل ثبات مرتفع.

ج- وصف المقياس في الشكل النهائي: يتكون المقياس في شكله النهائي من (٣٠) مفردة يتم الاستجابة عليها ووفق مقياس ليكرت الخماسي ليصبح النهاية الصغرى للمقياس تقابل (٣٠) درجة خام، والنهاية الكبرى (١٥٠) درجة خام، ومحك انضمام المشارك والحكم عليه أنها مرتفع هوس التصوير الذاتي (السيلفي) حصوله على ٨٥٪ من درجات المقياس فما أعلي بمعنى (١٢٧-١٢٨) فما أعلي.

٣- مقياس المستوي الاجتماعي الاقتصادي للأسرة (إعداد: عبد العزيز الشخص، ٢٠١٣).

يهدف المقياس إلى تحديد المستوي الاجتماعي والاقتصادي للأسرة التي ينتمي لها المشارك بالدراسة، فالمستوي الاجتماعي الاقتصادي للأسرة يمثل إحدى العوامل البيئية ذات التأثير المهم في حياة الفرد؛ حيثُ يمتد تأثيرها في جميع جوانب شخصية الفرد؛ الجسمية، والعقلية، والانفعالية، والاجتماعية. بل يؤثر المستوي الاجتماعي والاقتصادي على ما تقدمه الأسرة من خدمات والارتقاء بمهارات الفرد (عبد العزيز الشخص، ٢٠١٣). هذا ويعد مقياس المستوي الاجتماعي والاقتصادي للأسرة واحد من المقاييس التي استخدمت في العديد من البحوث والدراسات العربية، حيث يتكون المقياس من ثلاث أبعاد وهم:

١- بعد الوظيفية أو المهنية (للجنسين): ويتضمن (تسعة مستويات).

٢- بعد مستوي التعليم (للجنسين): ويتضمن (ثمانية مستويات).

٣- بعد متوسط دخل الفرد في الشهر: ويتضمن سبع فئات (مستويات).

وقد تم استخدام المعادلة التنبؤية التالية في حساب المستوي الاجتماعي والاقتصادي:

$$(ص) = أ + ب١س١ + ب٢س٢ + ب٣س٣ + ب٤س٤ + ب٥س٥$$

حيث تشير (ص) إلى المستوي الاجتماعي والاقتصادي للأسرة، و(أ) إلى القيمة الثابت العام والذي يبلغ ٠,٠٧٣، بينما تمثل (ب) قيم معاملات الانحدار وهي على التوالي (٠,٢٦٤، ٠,٢٨٤، ٠,١٠٢، ٠,١٦٠، ٠,١٢٥) وتمثل (س) متوسط دخل الفرد في الشهر، و(س٢) درجة وظيفة رب الأسرة، (س٣) مستوي تعليم رب الأسرة (الأب)، (س٤) درجة وظيفة ربة الأسرة، (س٥) مستوي تعليم ربة الأسرة (الأم)، وبتطبيق المعادلة يمكن

الحصول على سبع مستويات وهم: منخفض جداً، منخفض، دون المتوسط، متوسط، فوق المتوسط، مرتفع، مرتفع جداً.

٤ - برنامج العلاج الجدلي السلوكي لخفض الثالثوث المظلم :

تم إعداد هذا البرنامج العلاجي بهدف وضع بروتوكول علاجي قائم على نموذج العلاج السلوكي الجدلي (Dialectical Behavior Therapy - DBT) باعتباره أحد النماذج العلاجية الحديثة المنبثقة من المدرسة السلوكية المعرفية، والمطور خصيصاً لمساعدة الأفراد على تنظيم انفعالاتهم والتعامل مع الضغوط النفسية والسلوكيات الاندفاعية. وقد تم توظيف هذا النموذج في الدراسة الحالية بهدف خفض السمات المرتبطة بالثالثوث المظلم لدى طلاب الجامعة مرتفعي هوس التصوير الذاتي (السيلفي)، من خلال تدريبهم على مجموعة من المهارات الجدلية التي تدمج بين استراتيجيات القبول والتغيير، بما يساهم في تعديل أنماط التفكير والسلوك غير التكيفي، وتنمية القدرة على التعامل الفعال مع المواقف الضاغطة، وتحسين التفاعل الاجتماعي، وذلك وفقاً لما يلي:

أ- الفئة المستهدفة من البرنامج: يقدم هذا البرنامج لفئة طلبة الجامعة مرتفعي هوس التصوير الذاتي (السيلفي) الذين يعانون من درجة مرتفعة من اضطراب الثالثوث المظلم في الشخصية.

ب- أهداف البرنامج:

يتمثل الهدف العام للبرنامج في خفض السمات المرتبطة بالثالثوث المظلم لدى أفراد المجموعة التجريبية من مرتفعي هوس التصوير الذاتي (السيلفي)، وذلك من خلال تدريبهم على استراتيجيات وفنيات العلاج السلوكي الجدلي التي تجمع بين القبول والتغيير، بهدف تنظيم الانفعالات، وتحسين مهارات التعامل مع الضغوط، وتعديل أنماط التفكير والسلوك غير التكيفي. ويسعى البرنامج إلى تزويد المشاركين بمهارات عملية للتعامل مع المواقف الضاغطة والانفعالات السلبية، بما يساهم في تحسين التفاعل الاجتماعي، وزيادة الوعي بالذات، وتنمية القدرة على ضبط الدوافع.

وينبثق من هذا الهدف العام مجموعة من الأهداف الفرعية، من أبرزها: مساعدة المشارك على إدراك وفهم انفعالاته اللحظية دون إصدار أحكام عليها، من خلال مهارات اليقظة العقلية، وتمكين المشارك من تحمل الضغوط الانفعالية والمواقف الصعبة دون

اللجوء إلى سلوكيات اندفاعية أو ضارة، وتدريب المشارك على إعادة تقييم المواقف المثيرة للانفعال، وصياغتها بشكل يقلل من حدتها السلبية، وتنمية مهارات الفاعلية البينشخصية لتعزيز القدرة على بناء علاقات اجتماعية صحية ومتوازنة، وتشجيع المشارك على دمج المهارات المكتسبة في حياته اليومية من خلال الواجبات المنزلية وتطبيقات الحياة الواقعية.

ج- مصادر بناء البرنامج:

تم بناء البرنامج في ضوء الاطلاع على الأطر النظرية العربية والأجنبية المتعلقة بالعلاج السلوكي الجدلي (Dialectical Behavior Therapy) وفنياته واستراتيجياته، وكذلك الدراسات التي تناولت فعاليته في خفض الاضطرابات النفسية وتحسين التنظيم الانفعالي، باعتباره أحد النماذج العلاجية القائمة على الأدلة التي طُوّرت في الأساس لعلاج الأفراد الذين يعانون من خلل شديد في التنظيم الانفعالي، والذي غالبًا ما يرتبط باضطراب الشخصية البينية (Linehan et al., 1991). وقد أشارت الدراسات إلى أن خلل التنظيم الانفعالي يُعدّ آلية مرضية مشتركة في عدة اضطرابات نفسية (McLaughlin et al., 2011; Paulus et al., 2021; Sloan et al., 2017)، وأن العلاج السلوكي الجدلي أثبت فاعليته في التعامل مع طيف واسع من الاضطرابات النفسية والعصبية والنمائية (Bemmouna & Weiner, 2023; Reeves et al., 2010)، بما في ذلك اضطرابات الاكتئاب (Lynch et al., 2003)، واضطرابات القلق (Bedics et al., 2012)، والاضطراب ثنائي القطب (Goldstein et al., 2015; Van Dijk et al., 2013; Wright et al., 2021)، واضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه (Cole et al., 2016)، واضطراب كرب ما بعد الصدمة (Bohus et al., 2013)، وكذلك الحالات التي تتداخل فيها اضطرابات الأكل مع تعاطي المواد المخدرة (Courbasson et al., 2012). وقد استند الباحثان أيضًا إلى الأدبيات التي عرضت المبادئ الأساسية للعلاج الجدلي السلوكي، والتي تجمع بين استراتيجيات القبول والتغيير، واستخدام فنيات اليقظة العقلية، وتنظيم الانفعالات، وتحمل الضغوط، والفاعلية البينشخصية، من أجل إكساب المشاركين مهارات تكيفية فعالة للتعامل مع المواقف الضاغطة وتحسين جودة حياتهم.

د- الأسس التي يقوم عليها البرنامج:

يُعَدّ برنامج العلاج السلوكي الجدلي أحد العلاجات القائمة على الأدلة (Evidence-Based Treatments) التي أثبتت فعاليتها في تحسين مهارات التنظيم الانفعالي، وتقليل السلوكيات غير التكيفية، وتعزيز جودة الحياة لدى الأفراد الذين يعانون من اضطرابات انفعالية وسلوكية. يقوم هذا العلاج على دمج استراتيجيات القبول والتغيير في إطار جدلي متوازن، ويعتمد على التدريب المنهجي لمجموعة من المهارات الأساسية، وهي: اليقظة العقلية، وتحمل الضغوط، وتنظيم الانفعالات، والفاعلية البيئشخصية (Linehan, 1993; Linehan et al., 1991). ويستند البرنامج إلى مجموعة من الأسس، تتمثل في:

- يقوم نموذج العلاج السلوكي الجدلي على مبدأ التوازن بين القبول غير المشروط لحالة العميل الحالية، والعمل في الوقت نفسه على إحداث التغيير السلوكي والمعرفي، حيث يُشجّع العميل على تقبل المواقف الضاغطة والانفعالات المصاحبة لها، مع تعديل أنماط التفكير والسلوك التي تؤدي إلى زيادة المعاناة (Linehan, 2015).
- يعتمد العلاج السلوكي الجدلي على التدريب الجماعي على المهارات، باعتباره وسيلة فعالة لتعليم وممارسة المهارات في بيئة داعمة، مما يساهم في تعميم استخدامها في المواقف الحياتية الفعلية (Miller et al., 2007).
- يُدمج البرنامج بين الفنيات السلوكية والمعرفية، مثل إعادة التقييم المعرفي، وحل المشكلات، والتعرض التدريجي للمواقف المثيرة للقلق، والتصرف المعاكس، والتعديل المعرفي، بما يدعم قدرة المشاركين على مواجهة التحديات الانفعالية بطريقة فعالة.
- أما الأسس النفسية والاجتماعية والتربوية والفلسفية للبرنامج فتتمثل في الآتي:
- الأسس النفسية: تمثلت في خفض حدة الاضطرابات الانفعالية لدى المشاركين بالمجموعة التجريبية، وتنمية مهارات تنظيم الانفعالات، وتعزيز الوعي بالذات، مع مراعاة الفروق الفردية بينهم، والاعتراف بأن السلوك الإنساني قابل للتغيير عبر استبدال الأفكار والسلوكيات السلبية بأخرى أكثر تكييفًا.

- الأسس الاجتماعية: ركزت على تنمية القدرة على تكوين علاقات اجتماعية إيجابية، وتحسين مهارات التواصل، وتشجيع الاندماج في الأنشطة الاجتماعية، بما يسهم في تبني سلوكيات بديلة تقلل من العزلة والصراعات بين الأفراد.
- الأسس التربوية: تضمنت التدريب على سلوكيات وأساليب تفكير تتماشى مع ثقافة المجتمع، وتشجيع التعبير عن الرأي واحترام الاختلاف، وغرس قيم التقبل المتبادل، وتنمية مهارات التفكير المرن، بما يساعد المشاركين على تحديد أهدافهم الحياتية والتخطيط لتحقيقها.
- الأسس الفلسفية: انطلقت من النظرة إلى الإنسان باعتباره كائنًا اجتماعيًا يسعى بطبيعته إلى تحقيق التوازن بين التقبل والتغيير، ويتأثر في سلوكه بمزيج من العوامل البيولوجية والانفعالية والاجتماعية، مما يجعل تعديل أنماط التفكير والسلوك ضرورة لتحقيق التكيف النفسي والاجتماعي على المدى البعيد.
- هـ- الفنيات المستخدمة في البرنامج:
- يعتمد نموذج العلاج السلوكي الجدلي على مجموعة من الفنيات الأساسية التي تُستخدم بشكل منهجي ومتسلسل خلال جلسات البرنامج، بهدف تنمية مهارات المشاركين وتحقيق التوازن بين القبول والتغيير، وهذه الفنيات هي:
- اليقظة العقلية (Mindfulness): تركز على تدريب العميل على الحضور الذهني الكامل في اللحظة الراهنة، والانتباه إلى الأفكار والمشاعر والإحساسات الجسدية دون إصدار أحكام، وذلك بهدف تعزيز الوعي بالذات وتنظيم الاستجابات الانفعالية.
- تحمل الضغوط (Distress Tolerance): تهدف إلى تدريب المشاركين على استخدام استراتيجيات تكيف فعالة في مواجهة المواقف الضاغطة أو المؤلمة، بدلاً من اللجوء إلى سلوكيات غير تكيفية، وتشمل أساليب مثل التشتت المعرفي، والقبول الراديكالي، وتغيير الانفعالات بالمواقف المعاكسة.
- تنظيم الانفعالات (Emotion Regulation): تُستخدم لمساعدة العميل على فهم طبيعة انفعالاته، والتعرف على العوامل التي تؤدي إلى تصاعدها، واستخدام

- استراتيجيات معرفية وسلوكية للحد من شدتها أو تعديلها، مثل إعادة التقييم المعرفي والتصرف المعاكس.
- الفاعلية البينشخصية (Interpersonal Effectiveness): تهدف إلى تعزيز مهارات التواصل الفعال، والحفاظ على العلاقات الاجتماعية الإيجابية، وحماية احترام الذات، مع تدريب المشاركين على مهارات مثل الحزم، والتفاوض، والتعبير عن الاحتياجات بوضوح دون عدوانية أو انسحاب.
- حل المشكلات (Problem Solving): تتضمن مساعدة العميل على تحديد المشكلة بوضوح، ووضع أهداف محددة لمعالجتها، وتوليد بدائل للحلول، وتقييمها، واختيار الأنسب منها، بما يحقق التوازن بين القبول والتغيير.
- المراقبة الذاتية (Self-Monitoring): تعتمد على تسجيل العميل لسلوكياته وأفكاره وانفعالاته المرتبطة بالمواقف الضاغطة، بهدف زيادة الوعي بالأنماط السلوكية والانفعالية، وتحديد نقاط القوة ومواطن الخلل للعمل على تعديلها.
- إعادة التقييم (Reappraisal): تهدف إلى إعادة صياغة الموقف المثير للانفعال بشكل معرفي، لتقليل أثره السلبي على الحالة الانفعالية، وتعزيز القدرة على التفكير المرن.
- التعرض (Exposure): تتضمن مواجهة المواقف أو المحفزات التي تثير الانفعال أو القلق بشكل تدريجي ومخطط، بهدف تقليل الاستجابة الانفعالية السلبية وتعزيز القدرة على التكيف.
- الاسترخاء (Relaxation): تشمل تدريب المشاركين على تقنيات استرخاء عضلي وتنفس عميق لتقليل التوتر الجسدي والانفعالي، وتوظيف هذه المهارة في المواقف الضاغطة.

و- مراحل التغيير العلاجي بنموذج العلاج النفسي المرتكز على التحويل:

يشير كل من (Swales & Heard، 1993)، و (Neacsiu، ٢٠١٦)، و (et al، ٢٠١٢) إلى أن العملية العلاجية في إطار العلاج السلوكي الجدلي تمر بعدة مراحل متتابعة، تهدف إلى الانتقال بالمشارك من حالة الاضطراب والانفعالات السلبية الشديدة إلى حالة من التوازن والفاعلية في الحياة اليومية، وهذه المراحل هي:

المرحلة الأولى: تحقيق الاستقرار والتحكم في السلوكيات الخطيرة: وفيها يتم:

- التركيز على مساعدة العميل في السيطرة على السلوكيات الانتحارية أو المهددة للحياة، والسلوكيات التي تعيق العلاج، والسلوكيات المدمرة للجودة العامة للحياة.

تدريب العميل على مهارات تحمل الضغوط واليقظة العقلية كمدخل للسيطرة على الأزمات الفورية.

- العمل على تقليل شدة الاندفاعية والانفعالات غير المضبوطة التي قد تؤدي إلى أذى ذاتي أو مشكلات اجتماعية حادة.

المرحلة الثانية: معالجة الخبرات الانفعالية المؤلمة: وفيها يتم:

- الانتقال إلى التعامل مع الخبرات الصادمة والانفعالات المكبوتة التي تمثل جذور المشكلات الحالية.

- تدريب العميل على تنظيم الانفعالات والتصرف المعاكس لتقليل المشاعر السلبية.
- تعزيز القدرة على إعادة تقييم المواقف الحياتية المسببة للانفعال بشكل أكثر توازنًا.

٣- المرحلة الثالثة: تنمية مهارات الفاعلية الشخصية والاجتماعية: وفيها يتم:

- التركيز على تحسين جودة العلاقات الاجتماعية من خلال مهارات الفاعلية البيئية والتواصل الحازم.

- مساعدة العميل في تحقيق أهدافه الشخصية والاجتماعية من خلال وضع خطط واقعية، وتوظيف استراتيجيات حل المشكلات.

- دعم العميل في الحفاظ على احترام الذات أثناء التفاعلات الاجتماعية الصعبة.

٤- المرحلة الرابعة: تعزيز النمو الشخصي وبناء المعنى للحياة: وفيها يتم:

- دعم العميل في بناء حياة ذات معنى، وتطوير شعور بالرضا والاستقرار النفسي.
- تشجيع ممارسات اليقظة العقلية كأسلوب حياة، وليس فقط كأداة علاجية.
- تعزيز التوازن بين القبول والتغيير لضمان استدامة النتائج الإيجابية بعد انتهاء البرنامج.

ز- العملية العلاجية بالعلاج المرتكز على التحويل ومراحل التغيير العلاجي:

يتميز العلاج السلوكي الجدلي بكونه نهجاً علاجياً منظماً قائماً على مهارات محددة، يسير وفق بروتوكول علاجي واضح، ويستهدف تحقيق التوازن بين استراتيجيات القبول والتغيير من خلال دمج الفنيات السلوكية والمعرفية مع ممارسات اليقظة العقلية (Linehan, 1993).

ويؤكد كل من Swales & Heard (٢٠١٦)، و Neacsiu et al (٢٠١٢)

أن بروتوكول العلاج السلوكي الجدلي يتم تنفيذه عبر ثلاث ركائز أساسية:

- العقد العلاجي: يبدأ البرنامج بوضع عقد علاجي واضح ومكتوب بين المعالج والعميل، يتضمن تحديد أهداف البرنامج، عدد الجلسات (غالباً من جلستين إلى ثلاث أسبوعياً في المراحل الأولى)، مدة كل جلسة، القواعد المنظمة للتفاعل داخل الجلسة، وسياسة التعامل مع السلوكيات التي قد تعيق التقدم العلاجي، مثل السلوكيات الانتحارية أو الغياب المتكرر. ويُعد العقد أداة أساسية لبناء إطار آمن وداعم، وتعزيز الالتزام والمسؤولية لدى العميل.
- موقف المعالج: يتبنى المعالج في العلاج السلوكي الجدلي موقفاً دافئاً وداعماً، لكنه في الوقت نفسه مباشر وواقعي، حيث يقوم بموازنة التعاطف مع العميل مع توجيهه نحو التغيير السلوكي والمعرفي. ويستخدم المعالج لغة تشجيعية، ويشارك العميل في وضع الأهداف وخطط العمل، مع الحفاظ على وضوح الحدود وضبط إطار الجلسة.
- التسلسل الهرمي للتدخلات: أشارت Linehan (١٩٩٣) إلى أن التدخلات العلاجية في DBT تتبع تسلسلاً هرمياً للأولويات:
 - السلوكيات التي تهدد الحياة: مثل التفكير الانتحاري أو إيذاء الذات، حيث يتم التدخل الفوري لحماية حياة العميل.
 - السلوكيات التي تعيق العملية العلاجية: مثل التغيب عن الجلسات أو السلوكيات العدوانية أو عدم الالتزام بالواجبات المنزلية.
 - السلوكيات التي تقلل من جودة الحياة: مثل السلوكيات المندفعة، أو الصراعات الحادة في العلاقات، أو سوء إدارة الانفعالات.

- تعلم المهارات الجديدة وتعميمها: وهي المرحلة التي يتم فيها التركيز على إكساب العميل مهارات تحمل الضغوط، وتنظيم الانفعالات، والفاعلية البيئشخصية، واليقظة العقلية، ثم نقل هذه المهارات إلى المواقف الحياتية اليومية.

ح- تطبيق البرنامج: تم تطبيق برنامج العلاج السلوكي الجدلي، حيث اشتمل على (٢٢) جلسة علاجية جماعية، بواقع ثلاث جلسات أسبوعياً، استمرت مدة كل جلسة ما بين (٦٠) إلى (٩٠) دقيقة، واستغرق تنفيذ البرنامج ما يقارب شهرين ونصف. وقد تم المزج بين الجلسات الجماعية لتعليم المهارات الأساسية الأربع (اليقظة العقلية، تحمل الضغوط، تنظيم الانفعالات، والفاعلية البيئشخصية). كما تم تكليف المشاركين بواجبات منزلية وأوراق متابعة ذاتية (Self-Monitoring Sheets) لتشجيعهم على تعميم المهارات المكتسبة في حياتهم اليومية، وتدعيم عملية التغيير السلوكي والمعرفي خارج إطار الجلسة العلاجية.

ط- تقويم البرنامج: تم تقويم البرنامج من خلال المراحل التالية:

١) المرحلة الأولى (التقويم البنائي): ويتمثل في التقويم المصاحب لعملية تطبيق البرنامج، والذي يهدف إلى ضمان تقدم البرنامج نحو تحقيق أهدافه خلال الجلسات. وقد شمل ذلك التقويم الذي يتم عقب كل جلسة علاجية، بالإضافة إلى متابعة التزام أعضاء المجموعة التجريبية بتنفيذ الواجبات المنزلية التي يتم تكليفهم بها في نهاية كل جلسة، وملاحظة مدى التقدم الإيجابي لديهم أثناء الجلسات، من حيث المشاركة الفعالة، وتطبيق مهارات العلاج السلوكي الجدلي (اليقظة العقلية، تحمل الضغوط، تنظيم الانفعالات، الفاعلية البيئشخصية) في المواقف الحياتية، مع تعزيز التغذية الراجعة الإيجابية.

٢) المرحلة الثانية (التقويم النهائي): ويتمثل في تقويم فعالية البرنامج بعد الانتهاء من تطبيقه، وذلك من خلال مقارنة درجات أعضاء المجموعة التجريبية على مقياسي الثالث المظلم وهوس التصوير الذاتي (السيلفي) في القياسين القبلي والبعدي، للتأكد من مدى خفض حدة السمات المرتبطة بالثالث المظلم وتقليل مستويات هوس التصوير الذاتي لديهم.

٣) المرحلة الثالثة (التقويم التتبعي): ويتمثل في تطبيق مقياسي الدراسة على أعضاء المجموعة التجريبية بعد فترة متابعة قدرها شهر من انتهاء البرنامج، وذلك للتعرف على مدى استمرارية تأثير البرنامج في خفض السمات السلبية المرتبطة بالثالوث المظلم وهوس التصوير الذاتي، والحفاظ على المهارات المكتسبة من خلال البرنامج.

ك- محتوى جلسات البرنامج:

يوضح الجدول التالي ملخصاً لمحتوى جلسات البرنامج العلاجي المستخدم في الدراسة الحالية:

جدول (١٢)

ملخص محتوى جلسات بروتكول برنامج العلاج الجدلي السلوكي (إعداد: الباحثين)

المرحلة العلاجية	رقم الجلسة	عنوان الجلسة	مدة الجلسة	أهداف الجلسة	الاستراتيجيات والفنيات المستخدمة في الجلسة	نوع الجلسة	الواجب المنزلي
المرحلة الأولى : التهيئة والتقييم وبناء العقد العلاجي	1	التعارف والتهيئة	60دقيقة	-التعارف بين المعالج والمشاركين. -تقديم أهداف البرنامج وقواعده. -شرح أسلوب العمل في DBT.	المقابلة التشخيصية -بناء التحالف العلاجي - الحوار والمناقشة	جماعية	كتابة تعريف شخصي مختصر يتضمن نقاط القوة والضعف
	2	العقد العلاجي والتقييم القبلي	60دقيقة	-توقيع العقد العلاجي. -تحديد توقعات الجلسات. -تطبيق المقاييس القبلية.	فنية التعاقد العلاجي -المقابلة المنظمة	جماعية	مراجعة قواعد الجلسات ومناقشتها مع أحد المشاركين
المرحلة الثانية : تحقيق الاستقرار والتحكم في السلوكيات الخطيرة	3	التعرف على مفهوم اليقظة العقلية	90دقيقة	-تعريف مهارة الملاحظة الواعية. -إدراك الأفكار والمشاعر دون إصدار أحكام.	اليقظة العقلية (الملاحظة - (الانتباه اليقظ	جماعية	ممارسة تمرين ملاحظة التنفس يوميًا
	4	مهارة الوصف والمشاركة	90 دقيقة	-وصف الخبرات الداخلية بموضوعية.	اليقظة العقلية (الوصف والمشاركة)	جماعية	تسجيل 3 مواقف يومية مع وصف الشعور بدقة

المرحلة العلاجية	رقم الجلسة	عنوان الجلسة	مدة الجلسة	أهداف الجلسة	الاستراتيجيات والفنيات المستخدمة في الجلسة	نوع الجلسة	الواجب المنزلي
				- مشاركة الخبرات دون انفعال زائد.			
	5	تحمل الضغوط : التشتيت	90 دقيقة	- تعلم استراتيجيات التشتيت الإيجابي. - تطبيقها في مواقف ضاغطة.	تحمل الضغوط - التشتيت المعرفي - القبول الراديكالي	جماعية	تجربة استراتيجية تشتيت وكتابة أثرها
	6	تحمل الضغوط : تهدة الذات	90 دقيقة	- استخدام الحواس في تهدئة الانفعالات. - بناء روتين شخصي للتهدئة.	تحمل الضغوط - الاسترخاء - التنفس اليقظ	جماعية	إعداد قائمة شخصية لطرق تهدة الذات
المرحلة الثالثة : معالجة الخبرات الانفعالية المؤلمة	7	تنظيم الانفعالات : التعرف على المشاعر	90 دقيقة	- تحديد المشاعر الأساسية والثانوية. - ربط المشاعر بالمواقف المثيرة لها.	المراقبة الذاتية - إعادة التقييم	جماعية	تسجيل المشاعر على مدار أسبوع
	8	تنظيم الانفعالات : التصرف المعاكس	90 دقيقة	- تعلم مواجهة الانفعالات بالسلوك المضاد. - كسر دائرة الاستجابة التلقائية.	التصرف المعاكس - إعادة التقييم	جماعية	تطبيق التصرف المعاكس في موقف واحد

المرحلة العلاجية	رقم الجلسة	عنوان الجلسة	مدة الجلسة	أهداف الجلسة	الاستراتيجيات والفنيات المستخدمة في الجلسة	نوع الجلسة	الواجب المنزلي
	9	تقبل الانفعالات المؤلمة	90 دقيقة	-استخدام القبول لتخفيف المعاناة. -تقليل المقاومة الداخلية.	القبول الراديكالي - التعرض التدريجي	جماعية	كتابة موقف تم قبوله دون مقاومة
	10	إعادة التقييم المعرفي	90 دقيقة	-تعديل طريقة التفكير بالمواقف الضاغطة. -زيادة المرونة المعرفية.	إعادة التقييم - الحوار الجدلي	جماعية	إعادة صياغة 3 أفكار سلبية
المرحلة الرابعة : تنمية مهارات الفاعلية الشخصية والاجتماعية	11	مهارات فاعلية العلاقات	90 دقيقة	-تعلم التواصل الحازم واحترام الآخر. -بناء علاقات داعمة.	الفاعلية البينشخصية -لعب الأدوار	جماعية	تجربة مهارة "GIVE" في موقف اجتماعي
	12	احترام الذات	90 دقيقة	-تحديد سلوكيات تدعم احترام الذات. -تطبيق مهارة FAST.	الفاعلية البينشخصية -التعزيز	جماعية	تقييم ذاتي لمستوى احترام الذات
	13	مهارات فاعلية الأهداف	90 دقيقة	-تحديد الأهداف الواقعية. -مهارة "DEAR MAN".	الفاعلية البينشخصية -التخطيط	جماعية	صياغة هدف شخصي باستخدام DEAR MAN
المرحلة الخامسة :تعزيز	14	خلق المعنى الإيجابي	90 دقيقة	-إيجاد معنى شخصي في المواقف الحياتية.	إعادة التقييم - الحوار المعرفي	جماعية	كتابة فقرة عن معنى الحياة الشخصي

المرحلة العلاجية	رقم الجلسة	عنوان الجلسة	مدة الجلسة	أهداف الجلسة	الاستراتيجيات والفنيات المستخدمة في الجلسة	نوع الجلسة	الواجب المنزلي
النمو الشخصي وبناء المعنى للحياة				-ربط المعنى بالأهداف طويلة المدى.			
	15	تعزيز الانفعالات الإيجابية	90 دقيقة	-زيادة الأنشطة المبهجة. -الحفاظ على التوازن الانفعالي.	التعزيز الإيجابي - جدول الأنشطة	جماعية	تجربة نشاط جديد مبهج
	16	تخفيف القابلية للانفعال السلبي	90 دقيقة	-ممارسة العادات الصحية (PLEASE MASTER). -تقليل الاستعداد للمزاج السلبي.	المراقبة الذاتية - العادات الصحية	جماعية	متابعة العادات اليومية لمدة أسبوع
	17	مواجهة الانفعالات الشديدة	90 دقيقة	-تطبيق مهارة STOPP لوقف الانفعال المندفع.	اليقظة العقلية - التعرض	جماعية	تطبيق STOPP في موقف انفعالي
المرحلة السادسة: الدمج وإنهاء البرنامج	18	مراجعة المهارات	90 دقيقة	-مراجعة جميع المهارات المكتسبة. -دمج المهارات في خطة حياة.	الحوار والمناقشة - العصف الذهني	جماعية	إعداد خطة دمج المهارات

المرحلة العلاجية	رقم الجلسة	عنوان الجلسة	مدة الجلسة	أهداف الجلسة	الاستراتيجيات والفنيات المستخدمة في الجلسة	نوع الجلسة	الواجب المنزلي
	19	التطبيق العملي للمهارات	90 دقيقة	- محاكاة مواقف حياتية. - دمج أكثر من مهارة في الموقف.	لعب الأدوار - حل المشكلات	جماعية	تجربة موقف مع دمج مهارتين
	20	خطة الحفاظ على التغيير	90 دقيقة	- وضع خطة للمتابعة الذاتية. - تحديد مصادر الدعم.	التخطيط الشخصي - المراقبة الذاتية	جماعية	صياغة خطة مكتوبة للحفاظ على التغيير
	21	إنهاء البرنامج	60 دقيقة	- مراجعة النجاحات. - توديع المشاركين.	التعزيز - التقدير	جماعية	كتابة رسالة شكر للذات
	22	المتابعة العلاجية	40 دقيقة	- تقييم المكاسب بعد شهر. - حل أي مشكلات ظهرت.	الحوار المفتوح - المراجعة	جماعية	متابعة تنفيذ الخطة السابقة

٥- برنامج العلاج النفسي المرتكز على التحويل لخفض الثالث المظلم:

تم إعداد هذا البرنامج العلاجي بهدف وضع برتقول علاجي قائم على نموذج العلاج النفسي القائم على التحويل باعتباره واحد من النماذج العلاجية التي تنتمي إلى مدرسة التحليل النفسي، وذلك وفقاً لما يلي:

أ- الفئة المستهدفة من البرنامج: يقدم هذا البرنامج لفئة طلبة الجامعة مرتفعي هوس التصوير الذاتي (السيلفي) الذين يعانون من درجة مرتفعة من اضطراب الثالث المظلم في الشخصية.

ب- أهداف البرنامج:

يتمثل الهدف العام للبرنامج في خفض الثالث المظلم لدى أفراد المجموعة التجريبية من خلال تدريبهم على مجموعة من الاستراتيجيات والفنيات والأساليب والمهارات التي تساعدهم على التخلص من الصدمات والرواسب الطفولية التي أدت إلى تمسكهم ببعض الأساليب التكيفية في مواقف الحياة المختلفة، كما يتم من خلال جلسات البرنامج وإكسابهم بعض السلوكيات التكيفية الجديدة التي تساهم في تعديل بعض الأفكار والمعارف الجديدة. وينبثق من هذا الهدف العام مجموعة من الأهداف الفرعية التي ركزت على مساعدة المشارك بالبرنامج على فهم انفعالاته محاولاً بعدها تطبيق كل ما تعلمه واكتسبه من مهارات في علاقاته مع الآخرين وذلك تطوير العلاقة التفاعلية بين المعالج والمريض.

كما أعتمد الباحثان في بناء جلسات البرنامج على افتراضات نظرية علاقات الموضوع Object Relations Theory والتي تركز على أهمية دور العلاقات المبكرة مع الآخرين (الأشخاص المهمين في حياة الفرد، أو الأشياء) في تشكيل البنية النفسية للفرد، كما تفترض هذه النظرية أن التجارب المبكرة مع مقدمي الرعاية، وخاصة الأم، حيث يتم استيعابها داخلياً لتشكيل "تمثيلات داخلية" للذات والآخرين، والتي بدورها تؤثر على كيفية إدراك الفرد لنفسه وللعالم من حوله، وكيفية تفاعله في العلاقات المستقبلية (Hersh et al, 2016 & Levy & Kivity, 2020).

لذا يفترض Otto Kernberg أن جوهر التغيير العلاج وفق هذا النموذج هو محاولة إعادة تنظيم تكامل هوية العميل واستخدام ميكانيزمات الدفاع التي كان يستخدمها في الهروب من الواقع واستبدالها بميكانيزمات دفاعية تساعده على الحفاظ على اختبار الواقع، ومن ثم تساعد جلسات البرنامج العلاجي القائم على التحويل المشارك على فهم أنماط سلوكه

وعلاقاته غير الصحية، وتطوير أنماط جديدة أكثر صحة، وذلك من خلال تحليل وفهم التحويل والمفاهيم المرتبطة به داخل العلاقة العلاجية (Kernberg, 1976 & Kernberg, 2016). (& Levy et al, 2019).

كما تسهم جلسات البرنامج في تنمية مهارات التحكم الذاتي بإثارة الدوافع الإيجابية للتخلص من المظاهر المتعلقة بالثالث المظلم للشخصية، وتوضيح أهمية الحديث الذاتي ومدى ارتباطه بالتفكير والشعور والسلوك في المواقف المختلفة، واكتساب وممارسة مهارات التكيف المعرفية، والتدريب على إعادة البناء المعرفي، ومواجهة الآثار السلبية المتعلقة بالثالث المظلم للشخصية على أداء الأدوار والأنشطة الاجتماعية، وتنمية مهارات التحكم الذاتي في مواجهة أعراض الانتكاسة من خلال التدريب على التحصين ضد التوتر.

ج- مصادر بناء البرنامج:

تم بناء البرنامج في ضوء الاطلاع على الأطر النظرية العربية والأجنبية المتعلقة بالثالث المظلم وكذلك منطقية العلاقة بين الثالث المظلم وهوس التصوير الذاتي (السيلفي)، وكذلك البرامج الإرشادية والعلاجية التي تناولت الثالث المظلم أو مكوناته (الميكافيلية- السيكيوباتية- النرجسية) سواء بالأدبيات البحثية بالبيئة العربية أو البيئة الأجنبية، بالإضافة إلى الأدبيات المتعلقة بمبادئ وأسس هذا النموذج العلاج وكذلك الكتابات التي تناولت العلاجات القائمة على نماذج التحليل النفسي ولعل من أبرز الدراسات التي أستعان بها الباحثان حول نموذج العلاج النفسي القائم على التحويل دراسة (Bradley et al, 2005)، ودراسة (Giesen-Bloo et al, 2006)، ودراسة (Levy, et al, 2006)، ودراسة (Kernberg, 2008)، ودراسة (Doering et al, 2010)، ودراسة (Levy & Scala, 2012)، ودراسة (Yeomans, 2013)، ودراسة (Yeomans et al, 2015)، ودراسة (Diamond & Hersh, 2020)، ودراسة (Clarkin et al, 2023)، ودراسة (Diamond et al, 2023)، ودراسة (Fertuck et al, 2023)، ودراسة (Diamond et al, 2021)، ودراسة (Yeomans et al, 2023)، ودراسة (Preti et al, 2024)، ودراسة (Seyedi Asl et al, 2024)، ودراسة (Temmingh et al, 2024)، ودراسة (Grimmer et al, 2025) حيث كشفت نتائج هذه الدراسات عن فعالية هذا النموذج العلاج في خفض الكثير من اضطرابات الشخصية كاضطراب الشخصية النرجسية، واضطراب

الشخصية الحدية بالإضافة إلى تعديل سلوك المشارك في البرنامج بعض الاستراتيجيات المتمثلة كالتعليم الذاتي، والحديث الذاتي، ومراقبة الذات والسيكودراما، والنمذجة.

د- الأسس التي يقوم عليها البرنامج:

يعد برنامج العلاج النفسي المرتكز على التحويل أحد العلاجات القائمة على الأدلة (Evidence-Based Treatments) التي أظهرت فعاليتها في تحسين النتائج السريرية وتقليل السلوكيات الخطيرة لدى المرضى. حيث يقوم هذا العلاج على مجموعة من الأسس تتمثل في:

١- يعتمد نموذج العلاج النفسي المرتكز على التحويل (TFP) على أساس أن ميكانيزم التحويل كتقنية علاجية وله أهمية كبير أثناء العلاقة التفاعلية (المعالج/العميل) في حالة حدوثه فهو دليل على قدرة المعالج على الوصول إلى أعماق مشاعر المريض، هذا ويشير التحويل إلى انتقال المشاعر والأحاسيس التي يشعر بها المريض تجاه المعالج، وقد تكون هذه المشاعر إيجابية أو سلبية أو متناقضة، يتيح استكشاف هذه المشاعر في سياق العلاقة العلاجية للمعالج فرصة لفهم كيفية تأثيرها على حياة المريض وعلاقاته خارج العلاج (Diamond et al, 2021).

٢- يعتمد نموذج العلاج النفسي المرتكز على التحويل (TFP) بالتحويل المضاد وهو استجابة المعالج لتلك المشاعر التي ينقلها المريض، وقد تكون هذه الاستجابة واعية أو غير واعية. يهدف تحليل التحويل المضاد إلى فهم كيف يمكن لردود فعل المعالج أن تؤثر على العلاقة العلاجية وعلى عملية العلاج بشكل عام (Fischer-Kern et al, 2015 & Draijer & Van Zon, 2016).

٣- يركز العلاج النفسي المرتكز على التحويل (TFP) على العلاقات الانتقالية للعميل مع معالجه ففي المقام الأول يهتم هذا النموذج العلاج بالصحة العقلية والعاطفية تأثير إيجابي على الصحة البدنية للفرد، لذا تعتبر اضطرابات الشخصية تحديًا كبيرًا في الممارسة العلاجية نظرًا لشدة الأعراض، وتقلب المزاج، وصعوبات العلاقات الشخصية، والسلوكيات المدمرة للذات التي غالبًا ما تصاحبها (Hernandez, 2016 & Hersh, 2018). أما الأسس النفسية والاجتماعية والتربوية والفلسفية للبرنامج فتتمثل في الآتي:

- الأسس النفسية: وتمثلت في خفض التأثيرات السلبية للثالث المظلم في الشخصية على المشاركين في المجموعة التجريبية، وتدعيم النظرية الإيجابية لمفهومهم عن ذاتهم،

وكذلك خفض المظاهر السلبية في الشخصية لديهم، ومراعاة الفروق الفردية بينهم، وأن معظم المشكلات التي يعاني منها الفرد سببها طريقته في التفكير، وأنه يجب أن يكون مدركاً تماماً لما يفعله، ويعي تماماً لنتائج سلوكه، وأن سلوك الفرد يمكن تعديله وتغييره إلى الأفضل من خلال تغيير الأفكار السلبية لديه المرتبطة باضطراب الهوية وكذلك الأفكار المرتبطة باضطراب العلاقة مع القائمين بالرعاية.

- الأسس الاجتماعية: وتمثلت في تنمية القدرة على تكوين العلاقات الاجتماعية لدى المشاركين بالمجموعة التجريبية، وتطوير مهارات التواصل مع الآخرين لديهم، وتحقيق الاندماج في العلاقات الاجتماعية لديهم، من أجل تبني سلوكيات وأنشطة اجتماعية بديلة وخاصة فيما يتعلق بالقدرة على الاندماج الاجتماعي والسمات المرضية المرتبطة بالثالث المظلم للشخصية.

- الأسس التربوية: وتمثلت في التأكيد على التدريب على مجموعة من السلوكيات البديلة التي تسهم استبدال السلوكيات اللاتكيفية المرتبطة بمكونات السمات النرجسية، وغرس القيم التي تتفق مع ثقافة المجتمع وكذلك دحض الأفكار الميكافيلية والأفكار السيكوباتية التي تسعى للتدمير، والتعبير عن وجهة النظر بحرية أثناء المناقشات الجماعية، وتشجيع المشاركة في الأنشطة المختلفة، وأن الوعي بالذات يجعل الفرد أكثر فهماً لذاته، وأقل تأنيباً لها، وأن كل فرد بحاجة إلى تحديد أهدافه في الحياة، بالإضافة إلى ضرورة وعي الفرد بمشكلاته، وحرصه على العمل على مواجهتها.

- الأسس الفلسفية: وتمثلت في النظرة إلى الإنسان كونه كائن حي اجتماعي بطبعه يتفاعل ويقيم علاقات تفاعلية مع البيئة الاجتماعية المحيطة ويتأثر هذا التفاعل بالتحويل أو الطرح والطرح المضاد وهذا التأثير يتوقف على مجموعة من العوامل من بينها الرواسب الطفولية مع القائمين بالرعاية وكذلك البيئة الاجتماعية المحيطة به، ومن تتكون الأفكار والسلوكيات من خلال الارتباط والتأثير والتأثر بالتعامل مع الآخر، لذا يجب تعديل مجموعة المعارف والأفكار السلبية التي تسهم في ظهور بعض المبادئ والقيم المضطربة من خلال فيك طبيعة الارتباط غير الأمن وكذلك التخلص من الرواسب الطفولية المضطربة التي أسهمت في تبني أفكار ميكافيلية أو سيكوباتية أو نرجسية للتفاعل وتظهر في شكل الثالث المظلم للشخصية.

ي- الفنيات المستخدمة في البرنامج:

يعتمد نموذج العلاج النفسي القائم على التحويل على بعض تكنيكات/فنيات أساسية تعد بمثابة مراحل علاجية لابد من إتباعها بالترتيب وهذه الفنيات هي:

١- فنية تحليل التحويل Transference Analysis يتم من خلال هذه الفنية فهم وتفسير دينامية العلاقة العلاجية بين المعالج والعميل، وفهم التمثيلات الداخلية المشوهة للذات والآخرين في العلاقة مع المعالج .

٢- فنية (CCI): ويشير الاختصار (CCI) إلى المراحل الثلاث التي يتم من خلالها تنفيذ هذه الفنية وهم: (التوضيح Clarification - المواجهة Confrontation - التفسير Interpretation) وتستخدم الاستراتيجيات الثلاثة السابقة بشكل متكامل ضمن العلاقة التحويلية المتطورة بين العميل والمعالج، حيث تُطبق هذه الاستراتيجيات بشكل منهجي، مع ضرورة الأهتمام بتطبيق التوضيح والمواجهة بدقة والحصول على معلومات كثيرة عن العميل قبل الانتقال إلى التفسير والوصول إلى تفسيرات عميقة عن العميل.

٣- فنية التعاقد العلاجي Treatment Contract : ويتم خلال هذه الفنية تحديد المبادئ التوجيهية العامة للعميل وتحديد المشكلات التي قد تهدد تقدم العلاج لدى العميل الفردي، تحديد كل من أدوار العميل والمعالج خلال رحلة العلاج وجلسات البرنامج المختلفة. كما يتضمن العقد العلاجي التوقعات الواضحة بشأن بدء وإنهاء الجلسات في الوقت المحدد، وإدارة ومعالجة المشاعر الإنهزامية بين الجلسات، حدود الاتصال بالمعالج بين الجلسات، باستثناء الظروف المحددة والمتفق عليها مسبقاً، متطلبات تنفيذ الأنشطة أثناء الجلسات.

٤- فنية وضع الحدود Boundary Setting: وتهدف هذه الفنية إلى توفير إطار آمن ومستقر للبروتوكول العلاجي، وحماية العلاقة العلاجية من السلوكيات التخريبية

٥- فنية تكامل تمثيلات الذات والموضوع Integration of Self and Object Representations: في هذه الفنية يحاول المعالج مساعدة العميل على دمج الجوانب المنفصلة والمتناقضة لتمثيلات الذات والآخرين، حيث تُعد تمثيلات الذات والموضوع بمثابة اللبنة الأساسية للشخصية وكذلك المعتقدات المعرفية التي تعكس خبرات الفرد، ويؤدي دمجها إلى تحقيق تدريجي لإحساس متكامل بالذات.

أ- مراحل التغيير العلاجي بنموذج العلاج النفسي المرتكز على التحويل: يشير كل من Torres & Valenciano ،Tmej et al (2021) ،Normandin et al (2021) أن العملية العلاجية خلال نموذج العلاج المرتكز على التحويل تمر بالخطوات التالية:

- ١- المرحلة الأولى: ويتم فيها وضع الإطار العلاجي ويتم ذلك عن طريق :
 - التعرف على العلاقة بالموضوع محور العملية العلاجية.
 - مراقبة وتفسير الأدوار المنعكسة بين العميل والمعالج.
 - الانتباه إلى ردود فعل العميل أثناء عرض الروابط والعلاقات مع الموضوع.
 - تفسير الروابط بين الذات والآخر.
 - دمج التمثيلات المنشطة للذات والآخر.
 - استكشاف قدرة العميل على تجربة علاقة التحويل.
- ٢- المرحلة الثانية: الدخول في عملية التحويل: وتعكس هذه المرحلة التفاعل الذي يتم خلاله تنشيطه في إطار علاقة المعالج بالعميل وفي هذه المرحلة يركز المعالج على تدريب العميل مبدأ هنا والآن. وخلال هذا التدريب يكتشف العميل خبراته اللاعقلانية، ويمارس المعالج مع العميل خلال هذه المرحلة مجموعة من التكنيكات تتمثل في الآتي:
 - مساعدة العميل على توضيح مشاعر وعواطف العميل وتحسين خطابه لتفادي التناقضات بين ما يقول وبين ما يشعر.
 - الوصول بالعميل للاعتراف بأن الصدمة الحقيقية هي صدمات الطفولة.
 - الوصول بالعميل إلى تصور مشترك حول الواقع .
 - مشاركة العميل في الوصول لتفسير للتحويل الإيجابي والسلبي وميكانيزمات الدفاع المستخدمة خلال ممارسة عملية التحويل، وخاصة خلال العميلة التأويلية.
 - تنشيط التصورات والأفكار غير المتكاملة والفوضوية والمتعارضة مع ذاته ومع الآخرين.
- ٣- المرحلة الثالثة : مرحلة التقييم: ويتم خلالها :
 - التحليل المستمر لمواقف التحويل والوصول لتفسيرات لمجموعة الصدمات التي مر بها العميل.
 - استخدام التحويل المضاد من قبل المعالج لانهاء العملية العلاجية.

- مراقبة التغيرات التي وصل لها العميل في ذاته وعلاقته مع الآخرين.

ز- العملية العلاجية بالعلاج المرتكز على التحويل ومراحل التغير العلاجي:

يتميز العلاج المرتكز على التحويل كونه نهج علاجي منظم له أهدافه المميزة يسير وفق برتوكول علاجي سرير يحفظ خصوصية كل حالة من الحالات الخاضعة للبرنامج العلاجي بما يجعل العملية العلاجية تركز بشكل مكثف على عملية العلاقة التحويلية بين المعالج والعميل (Kernberg & Caligor, 2005).

هذا ويتفق كل من (Normandin et al (2021) ، و (Levy et al (2022 مع (Hoglend et al (2008 على أن برتوكول العلاج المرتكز على التحويل يتم تنفيذه وفق ثلاث خطوات أساسية وهم:

- العقد العلاجي: يبدأ مخطط العلاج المرتكز على التحويل بوضع العقد العلاجي على أن يكون هذا العقد واضح ومفصل بين العميل والمعالج، حيث يحدد هذا العقد الإطار العام لخطة العلاج، بما في ذلك عدد الجلسات (عادة جلستين في الأسبوع)، مدة الجلسة، رسوم الجلسة العلاجية، سياسة التوقف عن استكمال البرنامج العلاجي، والتعامل مع السلوكيات التي قد تعوق سير الجلسة العلاجية (إيذاء الذات أو التهديد بالانتحار). ومن ثم يُعد العقد العلاجي أداة مهمة لترسيخ الحدود، وتعزيز المسؤولية، وبناء إطار آمن ومستقر للعلاج، وهو أمر بالغ الأهمية للمرضى الذين يعانون من اضطرابات الشخصية الحادة .

- موقف كل من العميل والمعالج: لا يبعد دور المعالج في نموذج العلاج المرتكز على التحويل بعيداً عن موقف المعالج في العديد من النماذج العلاجية؛ حيث يتبنى المعالج موقفاً محايداً، ومستمرّاً، وموجهاً. فعلى الرغم من أن المعالج لا يقدم نصائح مباشرة أو يتدخل في حياة العميل خارج الجلسة؛ إلا أنه نشط في ملاحظة وتفسير التفاعلات التحويلية أثناء مواقف التحويل المختلفة وخصّة عندما نبدأ عملية التحويل العلاجي. لذا يُحافظ المعالج على مسافة علاجية تسمح للعميل بإسقاط تمثيلات علاقات الموضوع (علاقته مع القائمين بالرعاية في المرحلة الطفولية المبكرة) الخاصة به دون أن يتورط المعالج في هذه الديناميكيات أو تكوين علاقات تتمتع بالطرح العاطفي أو التعلق العاطفي.

- التسلسل الهرمي للتدخلات: يؤكد (Kernberg (2022, 36 أن المعالج الممارس للعلاج القائم على التحويل يتبع تسلسلاً هرمياً محدداً للتدخلات خلال جلسات العلاج المختلفة،

حيث تُعطى الأولوية القصوى للسلوكيات التي تهدد حياة العميل أو استمرارية العملية العلاجية، يشمل هذا التسلسل:

١- السلوكيات الانتحارية وإيذاء الذات: حيث تُعد هذه السلوكيات الأولوية القصوى، ويجب على المعالج التدخل الفوري لمعالجتها وضمان سلامة العميل حتي يضمن المعالج سلامة العميل خلال رحلة العلاج.

٢- السلوكيات التي تهدد العملية العلاجية: مثل التغيب عن الجلسات أو عدم الانتظام في الجلسات أو التفاعل بجدية أثناء تنفيذ الانشطة، أو عدم المقدرة على دفع الرسوم العلاجية، أو السلوكيات العدوانية تجاه المعالج كتحويل مضاد سلبي.

٣- التهديدات الخارجية: وتشير إلى مجموعة السلوكيات التي قد تُعرض العميل أو الآخرين للخطر خارج الجلسة كممارسة العنف الموجه نحو الآخر أو ارتكاب بعض الجرائم المنظمة أو الموجهة نحو الآخر.

٤- تفسير التحويل: وتشير إلى تفسير عملية التحويل الإيجابي أو العلاجي التي تجعل العميل يتبنى مجموعة من الأفكار الجديدة ويتم ذلك بعد معالجة السلوكيات الخطيرة التي قد تهدد العملية العلاجية، لذا يُصبح تفسير التحويل هو محور العملية العلاجية (Diamond et al, 2022, 21).

خ- تطبيق البرنامج: تم تطبيق أسلوب العلاج المرتكز على التحويل المختصر؛ لذا تضمن البرنامج على (٢٠) جلسة علاجية تم تطبيق أغلبها بشكل فردي، بواقع جلستين أسبوعياً، وتتراوح مدة تنفيذ كل جلسة ما بين (٦٠) إلى (١٢٠) دقيقة، واستغرق تنفيذ البرنامج مدة شهرين وخاصة أن أغلب جلسات البرنامج تم تطبيقها بشكل فردي في الكثير من أنشطتها نظراً لاستشعار المشاركين في المجموعة التجريبية ببعض الصعوبات في الحديث عن بعض الرواسب الطفولية والخاصة بالعلاقة بين المشارك والقائمين بالرعاية سواء كانت الأم أو الأب أو غيرهم.

ط- تقويم البرنامج: تم تقويم البرنامج من خلال المراحل التالية:

٤) المرحلة الأولى (التقويم البنائي): ويتمثل في التقويم المصاحب لعملية تطبيق البرنامج والذي يضمن نمو البرنامج وتقدمه في تحقيق أهدافه خلال الجلسات وذلك من خلال التقويم الذي يعقب كل جلسة، بالإضافة إلى متابعة تنفيذ أعضاء المجموعة التجريبية للواجبات المنزلية التي يتم تكليفهم بها في نهاية كل جلسة، وملاحظة مدى التقويم

الإيجابي لأفراد المجموعة التجريبية لأنفسهم أثناء الجلسات، والمشاركة الإيجابية من جانبهم في تنفيذ أنشطة البرنامج.

٥) المرحلة الثانية (التقويم النهائي): ويتمثل في تقويم البرنامج المستخدم في الدراسة بعد الانتهاء من تطبيقه للتعرف على فعاليته في خفض أعراض اضطراب النوموفوبيا لدى أعضاء المجموعة التجريبية، وذلك من خلال مقارنة درجاتهم على مقياس النوموفوبيا في القياسين القبلي والبعدي.

٦) المرحلة الثالثة (التقويم التتبعي): ويتمثل في تطبيق مقياس النوموفوبيا على أعضاء المجموعة التجريبية بعد فترة المتابعة وقدرها شهر من انتهاء البرنامج للتعرف على مدى استمرارية فعالية البرنامج.

ل- محتوى جلسات البرنامج:

يوضح الجدول التالي ملخصاً لمحتوى جلسات البرنامج العلاجي المستخدم في الدراسة الحالية:

جدول (١٣)

ملخص محتوى جلسات بروتكول برنامج العلاج المرتكز على التحويل (إعداد: الباحثين)

المرحلة العلاجية	رقم الجلسة	عنوان الجلسة	مدة الجلسة	أهداف الجلسة	الاستراتيجيات والفنيات المستخدمة في الجلسة	نوع الجلسة	الواجب المنزلي
المرحلة الأولى التقييم وبناء العقد العلاجي	١، ٢	التهيئة لتنفيذ لجلسات البرنامج العلاجي	٥٥ - ٦٠ دقيقة	(١) يتحقق قدر مناسب من التعارف بين الباحث والعميل. (٢) يتحقق قدر من الثقة والتقارب بين الباحث والعميل. (٣) يعرف الباحث بعض المعلومات عن العميل (هواياته، اهتماماته، و.....) (٤) يعرف العميل سبب تواجده بالبرنامج. (٥) تطبيق الأدوات التشخيصية تطبيق قبلي ومناقشة العميل في نتائجها. (٦) مناقشة البروتكول العلاجي مع الحالة.	- المقابلة - التشخيصية - التعاقد العلاجي	فردية	الإطلاع على بعض المعلومات حول اضطرابات الشخصية عبر مواقع الانترنت
	٣	المقابلة التحفيزية والاستبصار بالاضطراب	١٢٠	(١) مناقشة الواجب المنزلي. (٢) تقييم ابنية الشخصية لدى العميل. (٣) تبصير العميل بماهية الثالوث المظلم. (٤) صياغة وتوقيع العقد العلاجي من قبل العميل في حالة الموافق على المشاركة بالبرنامج.	فنية العقد العلاجي استراتيجية: شرح إطار العمل العلاجي	جماعية	كتابة خطاب موجه نحو الذات يحمل عنوان طفولتي كيف كانت

المرحلة العلاجية	رقم الجلسة	عنوان الجلسة	مدة الجلسة	أهداف الجلسة	الاستراتيجيات والفنيات المستخدمة في الجلسة	نوع الجلسة	الواجب المنزلي
المرحلة الثانية تحديد وتفسير العلاقات الداخلية السائدة	٥ ، ٤	تفسير اختلال أبنية الشخصية المرتبط بالنرجسية	٦٠ دقيقة لكل جلسة	(١) مناقشة الواجب العلاجي. (٢) تبصير العميل بماهية النرجسية ومخاطرها. (٣) مناقشة العميل في أسباب النرجسية لديه.	استراتيجية التركيز على اللحظة الحالية. فنية: التوضيح، المواجهة	فردية	تناول خبرة طفولية لديك تعتقد أنها عززت فكرة النرجسية لديك
	٦ ، ٧	تفسير اختلال أبنية الشخصية المرتبط بالميكافيلية	٦٠ دقيقة لكل جلسة	(١) مناقشة الواجب العلاجي. (٢) تبصير العميل بماهية الميكافيلية ومخاطرها ومظاهرها. (٣) مناقشة العميل في أسباب الميكافيلية لديه	استراتيجية التركيز على اللحظة الحالية. فنية: التوضيح، المواجهة	فردية	حدد بعض الخبرات والمواقف مرحلة الطفولة والمراهقة دفعتك لممارسة استراتيجيات الميكافيلية في حياتك
	٨ ، ٩ ، ١٠	تفسير اختلال أبنية الشخصية المرتبط بالسيكوباتية	٦٠ دقيقة لكل جلسة	(١) مناقشة الواجب العلاجي. (٢) تبصير العميل بماهية السيكوباتية ومخاطرها ومظاهرها. (٣) مناقشة العميل في أسباب السيكوباتية لديه	استراتيجية التركيز على اللحظة الحالية. فنية: التوضيح، المواجهة	فردية	في ضوء بعض المواقف والخبرات التي عشتها في مرحلة الطفولة والمراهقة حدد بعض الدوافع التي جعلتك تمارس بعض التصرفات التي تعكس السيكوباتية

المرحلة العلاجية	رقم الجلسة	عنوان الجلسة	مدة الجلسة	أهداف الجلسة	الاستراتيجيات والفنيات المستخدمة في الجلسة	نوع الجلسة	الواجب المنزلي
	١٠	تفسير كيف يتم التحويل العلاجي	١٢٠	(١) مناقشة الواجب المنزلي. (٢) مناقشة العميل بخبرات الطفولة التي أدت إلى اضطرابه النفسي. (٣) مساعدة العميل على التحول العلاجي الايجابي .	فنية التحويل	فردية	اعرض لبعض التجارب الحالية التي تشعر فيها بحالة من الألم النفسي نتيجة ممارسة بعض السلوكيات المؤذية للآخرين.
	١١ ، ١٢	كشف الذات الحقيقية	٦٠ - ٩٠ دقيقة لكل جلسة	(١) مناقشة الواجب المنزلي. (٢) إعداد قائمة بسميزات وعيوب الانا الواقعية لدى العميل. (٣) مناقشة العميل في مكونات الذات الحقيقية لديه.	استراتيجية ربط المشاعر المتناقضة	فردية	- تكرار تدريب قطار المميزات والعيوب
المرحلة الثالثة دمج التصورات المنقسمة	١٣ ، ١٤ ، ١٥	الانتقال من اللاشعور إلى مجال الشعور (الذات الواقعية)	٦٠ - ٩٠ دقيقة لكل جلسة	(١) مناقشة الواجب المنزلي . (٢) تدريب العميل على نقل المكبوتات من اللاشعور إلى حيز الشعور. (٣) مساعدة العميل على الاعتراف ببعض المكبوتات الخاطئة ومواجهتها. (٤) مساعدة العميل على عمل تطابق بين البيئة الخارجية والبيئة	فنية وضع الحدود	فردية	حدد إلى أي مدى تشعر بوجود شوشرة داخلية ولماذا؟ تخيل نفسك من الداخل ، قم برسم بينتك الداخلية ثم ارسم نفسك الآن مناقشة العميل في مدى

المرحلة العلاجية	رقم الجلسة	عنوان الجلسة	مدة الجلسة	أهداف الجلسة	الاستراتيجيات والفنيات المستخدمة في الجلسة	نوع الجلسة	الواجب المنزلي
				الداخلية له.			التطابق بين البيئة الداخلية والتصورات الخارجية عن ذاته
	١٦ ، ١٧ ، ١٨	تحديد ميكانزمات الدفاع	٦٠ - ٩٠ دقيقة لكل جلسة	(١) مناقشة الواجب المنزلي لكل جلسة. (٢) تبصير العميل بماهية ميكانزمات الدفاع السوية وغير السوية. (٣) مساعدة العميل على تحديد ميكانزمات الدفاع التي يستخدمها في مواجهة ابنية الشخصية المختلفة لديه (النرجسية- الميكافيلية- السيكوباتية)	استراتيجية التدريب على التفسير لربط الماضي بالحاضر فنية وضع الحدود	فردية	تكرار التدريبات التي تتم في الجلسة بهدف إنهاء الأنا والأنا الأعلى لأستخراج المكبوتات التي أسهمت في اضطراب الثالث المظلم.
المرحلة الرابعة ترسيخ الهوية المتكاملة والتحضير لانتهاء البرنامج العلاجي	١٩	مساعدة العميل على استكشاف وترسيخ هويته الجديدة	٦٠ - ٩٠ دقيقة لكل جلسة	١- مناقشة العميل في الواجب المنزلي.	فنية تكامل تمثيلات الذات والموضوع	فردية	- حدد كيف أثرت خبرات الماضي على بعض خبراتك الحالية . - في ضوء مكتسبات الجديد خلال الجلسة توضع
	٢٠			٢- المراجعة مع العميل كيف حدث التكامل بين أزمته النفسية وكيف تمت مواجهتها.			
	٢١			٣- مناقشة العميل في الإحساس الجديد والأكثر			

المرحلة العلاجية	رقم الجلسة	عنوان الجلسة	مدة الجلسة	أهداف الجلسة	الاستراتيجيات والفنيات المستخدمة في الجلسة	نوع الجلسة	الواجب المنزلي
				استقراراً بهويته الذاتية. ٤- مناقشة العميل في مشاعر القلق المرتبطة بانتهاء العلاج. ٥- مساعدة العميل على وضع خطة لمواجهة التحديات المستقبلية.			خطة مستقبلية لمواجهة مشكلات الحياة.
الانتهاء والمتابعة	٢٢	انتهاء البرنامج	١٢٠ دقيقة	مناقشة المكاسب العلاجية مع العميل . التأكد من استمرارية التحول الإيجابي في المواقف الحياتية المختلفة.	استراتيجية المكتسبة في الحياة اليومية	جماعي	
	٢٣	المتابعة العلاجية	٤٠ دقيقة	التأكد من استمرارية فعالية المكاسب العلاجية في المواقف الحياتية المختلفة.	استراتيجية المكتسبة في الحياة اليومية	فردى	

خطوات السير في الدراسة : أتبع الدراسة الحالية الخطوات التالية :

- الشعور بالمشكلة من الواقع العملي للباحث.
- الإطلاع على الدراسات والبحوث السابقة المرتبطة بمشكلة الدراسة التي تمكن الباحث من مطالعتها.
- بلورة مشكلة الدراسة وصياغة عنوان الدراسة في الشكل النهائي.
- إعداد الإطار المفاهيمي لمتغيرات الدراسة وصياغة فروض الدراسة في ضوء نتائج الدراسات السابقة التي تمكن الباحث من الحصول عليها لمتغيرات الدراسة.

- تجهيز المقاييس المستخدمة بالدراسة التحقق من الخصائص السيكومترية لها وإعداد البرنامج العلاجي المقترح وتحكيمة.
- تطبيق الأدوات المستخدمة بالدراسة وإنتقاء عينة الدراسة التجريبية ومقابلتهم تمهيداً للمشاركة في البرنامج العلاجي المقترح.
- تطبيق البرنامج العلاجي على المجموعة التجريبية الأول (مجموعة العلاج المرتكز على التحويل).
- تطبيق البرنامج العلاجي على المجموعة التجريبية الثانية (مجموعة العلاج الجدلي السلوكي).
- التطبيق البعدي لمقاييس الدراسة على العينة التجريبية بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج العلاجي.
- معالجة البيانات أحصائياً والتحقق من فروض الدراسة باستخدام الاختبارات الاحصائية المناسبة. حيث تم استخدام الاختبارات الاحصائية التالية في الدراسة الحالية:
 - النسب المئوية والمتوسطات والانحرافات المعيارية لوصف عينة الدراسة.
 - معامل الارتباط الخطي لبيرسون للتحقق من الاتساق الداخلي لأداة الدراسة.
 - التحليل العاملي الاستكشافي والتحليل العاملي التوكيدي للتحقق من صدق أداة الدراسة.
- اختبار "ت" للمجموعات المستقلة للتحقق من صدق أداة الدراسة بطريقة صدق المقارنة الطرفية.
- معامل ثبات ألفا كرونباخ (واستخدام معادلة جتمان ومعادلة سبيرمان في تصحيح قيم معاملات الثبات) لحساب ثبات أداة الدراسة.
- اختبار أختبار كروسكال ولس للعينات المستقلة لمجانسة أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة في المتغيرات (المستوي الاجتماعي والاقتصادي، العمر الزمني، درجة الذكاء، الثالوث المظلم) قبل تطبيق البرنامجين العلاجين.
- اختبار مان ويتني Man-Whitney للمجموعات المستقلة للتحقق من دلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية والضابطة المناظرة لها في التطبيق البعدي في (الثالوث المظلم).

- اختبار ويلكوكسن Wilcoxon للمجموعات المرتبطة للتحقق من دلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات القياسين القبلي والبعدى والقياسين البعدى والتتبعي للمجموعة التجريبية في (الثالوث المظلم).

وجدير بالذكر أنه تم استخدام برنامج SPSS-25 وبرنامج AMOS-25 في التحليلات الإحصائية.

- تم مناقشة نتائج فروض الدراسة وتفسير في ضوء الإطار المفاهيمي لمتغيرات الدراسة.
- تم صياغة التوصيات والبحوث المقترحة في ضوء ما أسفرت عنه نتائج الدراسة.
- إخراج الدراسة في شكلها النهائي وإرسالها للمجلة تمهيداً للنشر.

نتائج الدراسة ومناقشتها وتفسيرها :

فيما يلي عرض النتائج التي تم التوصل إليها في الدراسة الحالية من خلال عرض فروض الدراسة والأساليب الإحصائية المستخدمة للتحقق من هذه الفروض:

أ- نتائج فعالية العلاج المرتكز على التحويل والعلاج الجدلي السلوكي في خفض الثالوث المظلم لدى عينة الدراسة:

- نتائج الفرض الأول وينص أنه "توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعتين التجريبيتين (مجموعة الذكور - مجموعة الإناث) الأولى (العلاج المرتكز على التحويل) من عينة الدراسة في القياسين القبلي والبعدى على استبيان الثالوث المظلم في الشخصية في اتجاه القياس البعدى.

وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام اختبار ويلكوكسن Wilcoxon Signed Ranks Test للمجموعات المرتبطة للمقارنة بين متوسطات رتب درجات المجموعتين التجريبيتين (مجموعة الذكور - مجموعة الإناث) الأولى (العلاج المرتكز على التحويل) في القياسين القبلي والبعدى على استبيان الثالوث المظلم في الشخصية. وكانت النتائج كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول (١٤)

نتائج اختبار ويلكوكسن للمقارنة بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعتين التجريبتين (مجموعة الذكور-مجموعة الإناث) الأولي (العلاج المرتكز على التحويل) في القياسين القبلي والبعدي على استبيان الثالوث المظلم في الشخصية

المتغيرات	المجموع التجريبية	القياس	الرتب	ن	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	مستوى الدلالة
السيكوباتية	ذكور	البعدي-القبلي	الموجبة	٠	٠	٠	٢,٢٧-	٠,٠٥
			السالبة	٦	٣,٥	٢١		
			المتعادلة	٠				
	إناث	البعدي-القبلي	الموجبة	٠	٠	٠	٢,٣٣-	٠,٠٥
			السالبة	٦	٣,٥	٢١		
			المتعادلة	٠				
الانرجسية	ذكور	البعدي-القبلي	الموجبة	٠	٠	٠	٢,٢٦-	٠,٠٥
			السالبة	٦	٣,٥	٢١		
			المتعادلة	٠				
	إناث	البعدي-القبلي	الموجبة	٠	٠	٠	٢,٢١	٠,٠٥
			السالبة	٦	٣,٥	٢١		
			المتعادلة	٠				
الميكافيلية	ذكور	البعدي-القبلي	الموجبة	٠	٠	٠	٢,٢٧	٠,٠٥
			السالبة	٦	٣,٥	٢١		
			المتعادلة	٠				
	إناث	البعدي-القبلي	الموجبة	٠	٠	٠	٢,٢٣-	٠,٠٥
			السالبة	٦	٣,٥	٢١		
			المتعادلة	٠				
الدرجة الكلية على استبيان الثالوث المظلم في الشخصية	ذكور	البعدي-القبلي	الموجبة	٠	٠	٠	٢,٢٣-	٠,٠٥
			السالبة	٦	٣,٥	٢١		
			المتعادلة	٠				
	إناث	البعدي-القبلي	الموجبة	٠	٠	٠	٢,٢١-	٠,٠٥
			السالبة	٦	٣,٥	٢١		
			المتعادلة	٠				

يتضح من الجدول (١٤) أن جميع قيم "Z" لدلالة الفروق بين متوسطات رتب أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على استبيان الثالوث المظلم في الشخصية وأبعاده الفرعية قيم دالة إحصائياً، مما يشير إلى وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المشاركين بالمجموعة التجريبية (ذكور - إناث) في القياسين القبلي والبعدي على

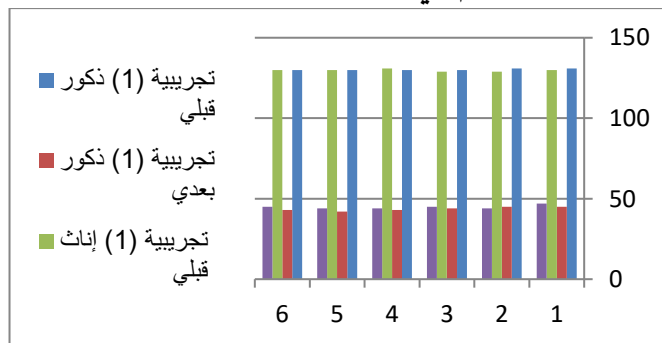
استبيان الثالث المظلم في الشخصية لصالح القياس البعدي، وهذا يعني تحقق الفرض الأول للدراسة.

ومن أجل حساب حجم التأثير الذي أحدثه المتغير المستقل المتغير المستقل (برنامج العلاج المرتكز على التحويل) على المتغير التابع (الثالث المظلم في الشخصية) لدى أفراد المجموعة التجريبية تم حساب حجم التأثير باستخدام معامل الارتباط الثنائي لترتيب الأزواج المرتبطة من خلال المعادلة التالية:

$$r = (4(T1)/ n (n+1)) - 1$$

ووفقاً لهذه المعادلة فإن قيمة (r) تتراوح بين (+1)، (-1) وتساوي إحدى هاتين القيمتين عندما تكون جميع الفروق في الدرجات متفقة في الإشارة (عزت عبد الحميد، ٢٠١١، ٢٧٩).

وبالتعويض في المعادلة السابقة يتضح أن قيمة (r) تساوي (-1) لكل من الدرجة الكلية للنوموفوبيا وأبعادها الفرعية، وتدل الإشارة السالبة على أن الفروق في الدرجات كانت ذات إشارة سالبة؛ حيث إن جميع درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياس القبلي للثالث المظلم في الشخصية وأبعادها الفرعية كانت مرتفعة ثم انخفضت هذه الدرجات في القياس البعدي انخفاضاً ملحوظاً. ويوضح الشكل التالي تمثيلاً بيانياً لدرجات أفراد المجموعة التجريبية (مجموعة الذكور - مجموعة الإناث) (العلاج المرتكز على التحويل) في القياسين القبلي والبعدي على استبيان الثالث المظلم في الشخصية:



شكل (٤)

رسم بياني يوضح الفروق بين القياسين القبلي والبعدي للمجموعتين التجريبتين (مجموعة الذكور - مجموعة الإناث) (العلاج المرتكز على التحويل) على استبيان الثالث المظلم في الشخصية

نتائج الفرض الثاني وينص أنه " يوجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعتين التجريبيتين (مجموعة الذكور-مجموعة الإناث) الثانية (العلاج الجدلي السلوكي) من عينة الدراسة في القياسين القبلي والبعدي على استبيان الثالث المظلم في الشخصية في إتجاه القياس البعدي.

وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام اختبار ويلكوكسن Wilcoxon Signed Ranks Test للمجموعات المرتبطة للمقارنة بين متوسطات رتب درجات المجموعتين التجريبيتين (مجموعة الذكور - مجموعة الإناث) (مجموعتين العلاج الجدلي السلوكي) في القياسين القبلي والبعدي على استبيان الثالث المظلم في الشخصية. وكانت النتائج كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول (١٥)

نتائج اختبار ويلكوكسن للمقارنة بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعتين التجريبيتين (مجموعة الذكور-مجموعة الإناث) الثانية (مجموعة العلاج الجدلي السلوكي) في القياسين القبلي والبعدي على استبيان الثالث المظلم في الشخصية

المتغيرات	المجموع التجريبية	القياس	الرتب	ن	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	مستوى الدلالة
السيكوباتية	ذكور	البعدي-القبلي	الموجبة	٠	٠	٠	٢,٢٢-	٠,٠٥
			السالبة	٦	٣,٥	٢١		
			المتعادلة	٠				
	إناث	البعدي-القبلي	الموجبة	٠	٠	٠	٢,٢٦-	٠,٠٥
			السالبة	٦	٣,٥	٢١		
			المتعادلة	٠				
الترجسية	ذكور	البعدي-القبلي	الموجبة	٠	٠	٠	٢,٢٧-	٠,٠٥
			السالبة	٦	٣,٥	٢١		
			المتعادلة	٠				
	إناث	البعدي-القبلي	الموجبة	٠	٠	٠	٢,٢٧-	٠,٠٥
			السالبة	٦	٣,٥	٢١		
			المتعادلة	٠				
الميكافيلية	ذكور	البعدي-القبلي	الموجبة	٠	٠	٠	٢,٢٢٠-	٠,٠٥
			السالبة	٦	٣,٥	٢١		
			المتعادلة	٠				
	إناث	البعدي-القبلي	الموجبة	٠	٠	٠	٢,٢٣٢-	٠,٠٥
			السالبة	٦	٣,٥	٢١		
			المتعادلة	٠				

٠,٠٥	٢,٢٢٦	٠	٠	٠	الموجبة	البعدي- القبلي	ذكور	الدرجة الكلية على استبيان الثالث المظلم في الشخصية
		٢١	٣,٥	٦	السالبة			
				٠	المتعادلة			
٠,٠٥	٢,٢٠٧	٠	٠	٠	الموجبة	البعدي- القبلي	إناث	
		٢١	٣,٥	٦	السالبة			
				٠	المتعادلة			

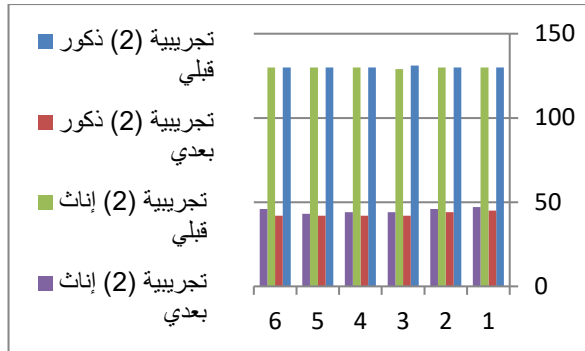
يتضح من الجدول (١٥) أن جميع قيم "Z" لدلالة الفروق بين متوسطات رتب أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على استبيان الثالث المظلم في الشخصية وأبعادها الفرعية قيم دالة إحصائية، مما يشير إلى وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المشاركين بالمجموعة التجريبية (ذكور - إناث) في القياسين القبلي والبعدي على استبيان الثالث المظلم في الشخصية لصالح القياس البعدي، وهذا يعني تحقق الفرض الثاني للدراسة.

ومن أجل حساب حجم التأثير الذي أحدثه المتغير المستقل المتغير المستقل (برنامج العلاج الجدلي السلوكي) على المتغير التابع (الثالث المظلم في الشخصية) لدى أفراد المجموعة التجريبية تم حساب حجم التأثير باستخدام معامل الارتباط الثنائي لرتب الأزواج المرتبطة من خلال المعادلة التالية:

$$r = (4(T1)/ n (n+1)) - 1$$

ووفقاً لهذه المعادلة فإن قيمة (r) تتراوح بين (١+)، (١-) وتساوي إحدى هاتين القيمتين عندما تكون جميع الفروق في الدرجات متفقة في الإشارة (عزت عبدالحميد، ٢٠١١، ٢٧٩).

وبالتعويض في المعادلة السابقة يتضح أن قيمة (r) تساوي (١-) لكل من الدرجة الكلية على استبيان الثالث المظلم وأبعادها الفرعية، وتدل الإشارة السالبة على أن الفروق في الدرجات كانت ذات إشارة سالبة؛ حيث إن جميع درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياس القبلي للثالث المظلم في الشخصية وأبعادها الفرعية كانت مرتفعة ثم انخفضت هذه الدرجات في القياس البعدي انخفاضاً ملحوظاً. ويوضح الشكل التالي تمثيلاً بيانياً لدرجات أفراد المجموعة التجريبية (مجموعة الذكور - مجموعة الإناث) (العلاج الجدلي السلوكي) في القياسين القبلي والبعدي على استبيان الثالث المظلم في الشخصية:



شكل (٥)

رسم بياني يوضح الفروق بين القياسين القبلي والبعدي للمجموعتين التجريبتين (مجموعة الذكور - مجموعة الإناث) (مجموعة العلاج الجدلي السلوكي) على استبيان الثالث المظلم في الشخصية نتائج الفرض الثالث وينص أنه "توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعتين التجريبتين (مجموعتي العلاج المرتكز على التحويل) من عينة الدراسة ومتوسطي رتب درجات المجموعتين الضابقتين (مجموعتي العلاج المرتكز على التحويل) في القياس البعدي على استبيان الثالث المظلم في الشخصية لصالح المجموعتين التجريبتين (مجموعتي العلاج المرتكز على التحويل).

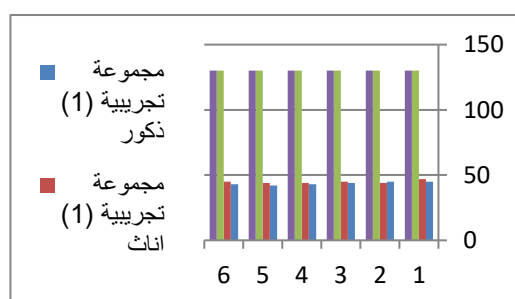
وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام اختبار مان ويتني Mann-Whitney Test للمجموعات المستقلة للمقارنة بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية (ذكور)، والمجموعة التجريبية (إناث) والمجموعة الضابطة (ذكور)، والمجموعة الضابطة (إناث) في القياس البعدي على استبيان الثالث المظلم للشخصية. وكانت النتائج كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول (١٦)

نتائج اختبار مان ويتني للمقارنة بين متوسطات رتب درجات المجموعتين التجريبتين (الأولي)
(مجموعة الذكور - مجموعة الإناث) والمجموعتين الضابطتين (مجموعة الذكور - مجموعة الإناث) في
القياس البعدي استبيان الثالث المظلم في الشخصية

المتغيرات	المجموعة	ن	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة (U)	قيمة (W)	قيمة Z	مستوى الدلالة
السيكوباتية	تجريبية (ذكور)	٦	٣,٥	٢١	٠	٢١	٣,١٣-	٠,٠٠١
	ضابطة (ذكور)	٦	٩,٥	٥٧				
	تجريبية (إناث)	٦	٣,٥	٢١	٠	٢١	٢,٩٨-	٠,٠٠٥
	ضابطة (إناث)	٦	٩,٥	٥٧				
الانرجسية	تجريبية (ذكور)	٦	٣,٥	٢١	٠	٢١	٣,١٥-	٠,٠٠١
	ضابطة (ذكور)	٦	٩,٥	٥٧				
	تجريبية (إناث)	٦	٣,٥	٢١	٠	٢١	٢,٩٥-	٠,٠٠٥
	ضابطة (إناث)	٦	٩,٥	٥٧				
الميكافيلية	تجريبية (ذكور)	٦	٣,٥	٢١	٠	٢١	٣,٢١-	٠,٠٠١
	ضابطة (ذكور)	٦	٩,٥	٥٧				
	تجريبية (إناث)	٦	٣,٥	٢١	٠	٢١	٣,٠٢-	٠,٠٠١
	ضابطة (إناث)	٦	٩,٥	٥٧				
الدرجة الكلية على استبيان	تجريبية (ذكور)	٦	٣,٥	٢١	٠	٢١	٣,٠٩-	٠,٠٠١

				٥٧	٩,٥	٦	ضابطة (ذكور)	الثالث المظلم في الشخصية
				٢١	٣,٥	٦	تجريبية (إناث)	
				٥٧	٩,٥	٦	ضابطة (إناث)	
٠,٠٠١	٣,١١-	٢١	٠					



شكل (٦)

رسم بياني يوضح الفروق بين متوسطات رتب درجات المجموعتين التجريبتين (الأولي) (مجموعة الذكور - مجموعة الإناث) والمجموعتين الضابطتين (مجموعة الذكور - مجموعة الإناث) في القياس البعدي استبيان الثالث المظلم في الشخصية

نتائج الفرض الرابع وينص أنه " توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعتين التجريبتين (مجموعتي العلاج الجدلي السلوكي) من عينة الدراسة ومتوسطي رتب درجات المجموعتين الضابطتين (مجموعتي العلاج الجدلي السلوكي) في القياس البعدي على استبيان الثالث المظلم في الشخصية لصالح المجموعتين التجريبتين (مجموعتي العلاج الجدلي السلوكي).

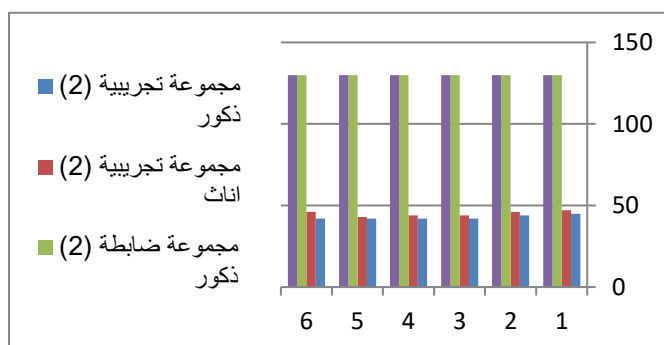
وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام اختبار مان ويتني Mann-Whitney Test للمجموعات المستقلة للمقارنة بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية (ذكور)، والمجموعة التجريبية (إناث) والمجموعة الضابطة (ذكور)، والمجموعة الضابطة (إناث) في القياس البعدي على استبيان الثالث المظلم للشخصية. وكانت النتائج كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول (١٧)

نتائج اختبار مان ويتني للمقارنة بين متوسطات رتب درجات المجموعتين التجريبتين (الثانية) (مجموعة الذكور - مجموعة الإناث) والمجموعتين الضابطتين (مجموعة الذكور - مجموعة الإناث) في القياس البعدي استبيان الثالث المظلم في الشخصية

المتغيرات	المجموعة	ن	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة (U)	قيمة (W)	قيمة Z	مستوى الدلالة
السيكوباتية	تجريبية (ذكور)	٦	٣,٥	٢١	٠	٢١	٢,٩٦-	٠,٠٠١
	ضابطة (ذكور)	٦	٩,٥	٥٧				
	تجريبية (إناث)	٦	٣,٥	٢١	٠	٢١	٣,١١-	٠,٠٠١
	ضابطة (إناث)	٦	٩,٥	٥٧				
الانرجسية	تجريبية (ذكور)	٦	٣,٥	٢١	٠	٢١	٣,٠٥-	٠,٠٠١
	ضابطة (ذكور)	٦	٩,٥	٥٧				
	تجريبية (إناث)	٦	٣,٥	٢١	٠	٢١	٣,١٥-	٠,٠٠١
	ضابطة (إناث)	٦	٩,٥	٥٧				
الميكافيلية	تجريبية (ذكور)	٦	٣,٥	٢١	٠	٢١	٣,٠٢-	٠,٠٠١
	ضابطة (ذكور)	٦	٩,٥	٥٧				
	تجريبية (إناث)	٦	٣,٥	٢١	٠	٢١	٣,٠٢-	٠,٠٠١
	ضابطة (إناث)	٦	٩,٥	٥٧				
الدرجة الكلية على استبيان	تجريبية (ذكور)	٦	٣,٥	٢١	٠	٢١	٣,١٤-	٠,٠٠١

				٥٧	٩,٥	٦	ضابطة (ذكور)	الثالث المظلم في الشخصية
				٢١	٣,٥	٦	تجريبية (إناث)	
				٥٧	٩,٥	٦	ضابطة (إناث)	
٠,٠٠١	٣,٠٩-	٢١	٠					



شكل (٧)

رسم بياني يوضح الفروق بين متوسطات رتب درجات المجموعتين التجريبتين (الثانية) (مجموعة الذكور- مجموعة الإناث) والمجموعتين الضابطتين (مجموعة الذكور- مجموعة الإناث) في القياس البعدي استبيان الثالث المظلم في الشخصية

نتائج الفرض الخامس وينص أنه " توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية (ذكور- مجموعة العلاج القائم على التحويل) ومتوسط رتب درجات المجموعة التجريبية (إناث- مجموعة العلاج القائم على التحويل) من عينة الدراسة في القياس البعدي على استبيان الثالث المظلم في الشخصية.

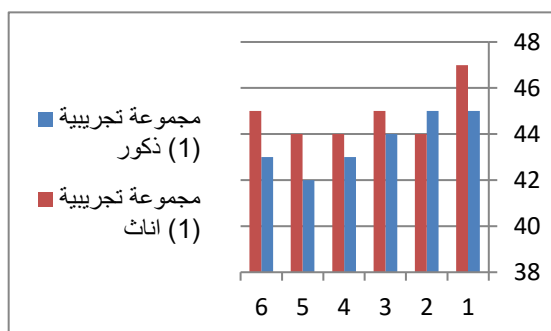
وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام اختبار مان ويتني Mann-Whitney Test للمقارنة بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية (ذكور)، والمجموعة التجريبية (إناث) على استبيان الثالث المظلم في الشخصية، وكانت نتائج الاختبار كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول (١٨)

نتائج اختبار مان ويتني للمقارنة بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية (ذكور- مجموعة العلاج القائم على التحويل)، والمجموعة التجريبية (إناث- مجموعة العلاج القائم على التحويل) على استبيان التلوث المظلم في الشخصية في القياس البعدي

المتغيرات	المجموعة	ن	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة (U)	قيمة (W)	قيمة Z	مستوى الدلالة
السيكوباتية	تجريبية (١) (ذكور)	٦	٤,٢٥	٢٥,٥	٤,٥	٢٥,٥	-٢,٣٤٥	٠,٠١
	تجريبية (١) (إناث)	٦	٨,٧٥	٥٢,٥				
الفرجسية	تجريبية (١) (ذكور)	٦	٨	٤٨	٩	٣٠	-١,٥٥٤	غير دال
	تجريبية (١) (إناث)	٦	٥	٣٠				
الميكافيلية	تجريبية (١) (ذكور)	٦	٣,٩٢	٢٣,٥	٢,٥	٢٣,٥	-٢,٧٦	٠,٠٠١
	تجريبية (١) (إناث)	٦	٩,٠٨	٥٤,٥				
الدرجة الكلية على استبيان التلوث المظلم في الشخصية	تجريبية (١) (ذكور)	٦	٥,٠٨	٣٠,٥	٩,٥	٣٠,٥	-١,٤٤	غير دال
	تجريبية (١) (إناث)	٦	٧,٩٢	٤٧,٥				

يتضح من الجدول السابق أنه لا يوجد فروق داله إحصائياً بين متوسطي درجات أفراد المجموعة التجريبية (ذكور) والمجموعة التجريبية (إناث) بالمجموعة التجريبية الأول (مجموعة العلاج المرتكز على التحويل).



شكل (٨)

رسم بياني يوضح الفروق بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية (ذكور- مجموعة العلاج القائم على التحويل)، والمجموعة التجريبية (إناث- مجموعة العلاج القائم على التحويل) على استبيان الثالث المظلم في الشخصية في القياس البعدي

نتائج الفرض السادس وينص أنه " توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية (ذكور- مجموعة العلاج الجدلي السلوكي) ومتوسط رتب درجات المجموعة التجريبية (إناث- مجموعة العلاج الجدلي السلوكي) من عينة الدراسة في القياس البعدي على استبيان الثالث المظلم في الشخصية.

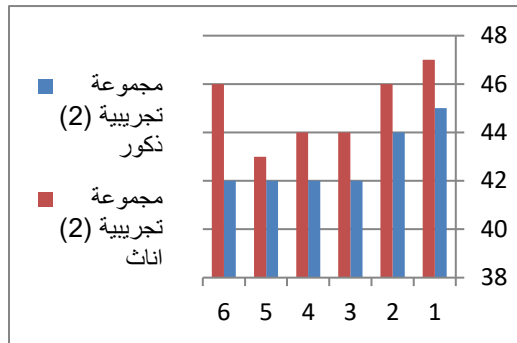
وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام اختبار مان ويتني Mann-Whitney Test للمجموعات المستقلة للمقارنة بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية (ذكور)، والمجموعة التجريبية (إناث) على استبيان الثالث المظلم في الشخصية، وكانت النتائج كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول (١٩)

نتائج اختبار مان ويتني للمقارنة بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية (ذكور- مجموعة العلاج الجدلي السلوكي)، والمجموعة التجريبية (إناث- مجموعة الجدلي السلوكي) على استبيان الثالوث المظلم في الشخصية في القياس البعدي

المتغيرات	المجموعة	ن	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة (U)	قيمة (W)	قيمة Z	مستوى الدلالة
السيكوباتية	تجريبية (٢) (ذكور)	٦	٥,٤٢	٣٢,٥	١١,٥	٣٢,٥	١,٢٥ ⁻	غير دال
	تجريبية (٢) (إناث)	٦	٧,٥٨	٤٥,٥				
الانرجسية	تجريبية (٢) (ذكور)	٦	٣,٥	٢١	٠	٢١	٣ ⁻	٠,٠٠١
	تجريبية (٢) (إناث)	٦	٩,٥	٥٧				
الميكافيلية	تجريبية (٢) (ذكور)	٦	٧,١٧	٤٣	١٤	٣٥	٠,٦٧ ⁻ ٧	غير دال
	تجريبية (٢) (إناث)	٦	٥,٨٣	٣٥				
الدرجة الكلية على استبيان الثالوث المظلم في الشخصية	تجريبية (٢) (ذكور)	٦	٤,٣٣	٢٦	٥	٢٦	٢,١٤ ⁻	٠,٠٠٥
	تجريبية (٢) (إناث)	٦	٨,٦٧	٥٢				

يتضح من الجدول السابق أنه يوجد فروق داله إحصائياً بين متوسطي درجات أفراد المجموعة التجريبية (ذكور) والمجموعة التجريبية (إناث) لصالح عينة الإناث.



شكل (٩)

رسم بياني يوضح الفروق بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية (ذكور- مجموعة العلاج الجدلي السلوكي)، والمجموعة التجريبية (إناث- مجموعة العلاج الجدلي السلوكي) على استبيان الثالث المظلم في الشخصية في القياس البعدي

نتائج استمرارية فعالية العلاج المرتكز على التحويل والعلاج الجدلي السلوكي فيخفض الثالث المظلم:

نتائج الفرض السابع وينص أنه " لا يوجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعتين التجريبتين (مجموعتي العلاج المرتكز على التحويل) من عينة الدراسة في القياسين البعدي والتتبعي على استبيان الثالث المظلم في الشخصية".

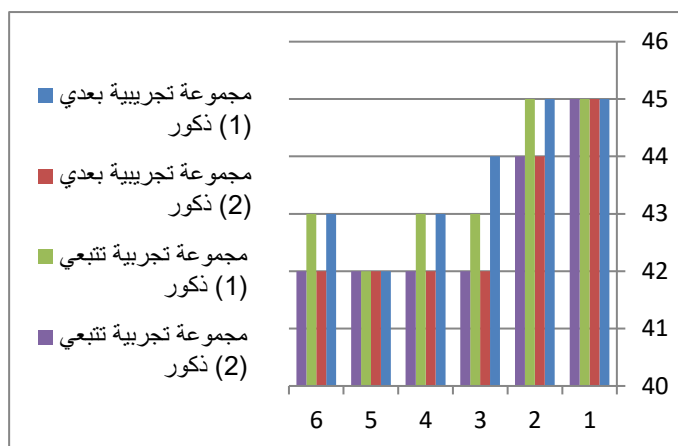
وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام اختبار ويلكوكسن Wilcoxon Signed Ranks Test للمجموعات المرتبطة للمقارنة بين متوسطات رتب درجات المجموعتين التجريبتين (مجموعة الذكور-مجموعة الإناث) الأولي (العلاج المرتكز على التحويل) في القياسين البعدي والتتبعي على استبيان الثالث المظلم في الشخصية. وكانت النتائج كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول (٢٠)

نتائج اختبار ويلكوكسن للمقارنة بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعتين التجريبيتين (مجموعة الذكور-مجموعة الإناث) الأولي (العلاج المرتكز على التحويل) في القياسين البعدي والتتبعي على استبيان الثالوث المظلم في الشخصية

المتغيرات	المجموع التجريبية	القياس	الرتب	ن	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	مستوى الدلالة
السيكوباتية	ذكور	البعدي- التتبعي	الموجبة	٠	٠	٠	١-	غير دالة
			السالبة	١	١	١		
			المتعادلة	٥				
	إناث	البعدي- التتبعي	الموجبة	٠	٠	٠	١-	غير دالة
			السالبة	١	١	١		
			المتعادلة	٥				
الانرجسية	ذكور	البعدي- التتبعي	الموجبة	٠	٠	٠	٠	غير دالة
			السالبة	٠	٠	٠		
			المتعادلة	٦				
	إناث	البعدي- التتبعي	الموجبة	٠	٠	٠	١,٤١-	غير دالة
			السالبة	٢	١,٥	٣		
			المتعادلة	٤				
الميكافيلية	ذكور	البعدي- التتبعي	الموجبة	٠	٠	٠	٠	غير دالة
			السالبة	٠	٠	٠		
			المتعادلة	٦				
	إناث	البعدي- التتبعي	الموجبة	٠	٠	٠	٠	غير دالة
			السالبة	٠	٠	٠		
			المتعادلة	٦				
الدرجة الكلية على استبيان الثالوث المظلم في الشخصية	ذكور	البعدي- التتبعي	الموجبة	٠	٠	٠	١-	غير دالة
			السالبة	١	١	١		
			المتعادلة	٥				
	إناث	البعدي- التتبعي	الموجبة	٠	٠	٠	١,٦٣-	غير دالة
			السالبة	٣	٢	٦		
			المتعادلة	٣				

يتضح من الجدول (٢٠) أن جميع قيم "Z" لدلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات المجموعتين التجريبيتين (مجموعة الذكور-مجموعة الإناث) الأولي (العلاج المرتكز على التحويل) في القياسين البعدي والتتبعي على استبيان الثالوث المظلم في الشخصية غير دالة إحصائياً.



شكل (١٠)

رسم بياني يوضح الفروق بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعتين التجريبيتين (مجموعة الذكور-مجموعة الإناث) الأولى (العلاج المرتكز على التحويل) في القياسين البعدي والتتبعي على استبيان الثالوث المظلم في الشخصية

نتائج الفرض الثامن وينص أنه "لا يوجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعتين التجريبتين (مجموعتي العلاج الجدلي السلوكي) من عينة الدراسة في القياسين البعدي والتتبعي على استبيان الثالوث المظلم في الشخصية.

جدول (٢١)

نتائج اختبار ويلكوكسن للمقارنة بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعتين التجريبيتين (مجموعة الذكور-مجموعة الإناث) الثانية (العلاج الجدلي السلوكي) في القياسين البعدي والتتبعي على استبيان الثالوث المظلم في الشخصية

المتغيرات	المجموع التجريبية	القياس	الرتب	ن	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	مستوى الدلالة
السيكوباتية	ذكور	البعدي- التتبعي	الموجبة	٠	٠	٠	٠	غير دالة
			السالبة	٠	٠	٠		
			المتعادلة	٦				
	إناث	البعدي- التتبعي	الموجبة	٠	٠	٠	١,٤١-	غير دالة
			السالبة	٢	١,٥	٣		
			المتعادلة	٤				
الفرجسية	ذكور	البعدي- التتبعي	الموجبة	٠	٠	٠	٠	غير دالة
			السالبة	٠	٠	٠		
			المتعادلة	٦				
	إناث	البعدي- التتبعي	الموجبة	٠	٠	٠	١	غير دالة
			السالبة	١	١	١		
			المتعادلة	٥				
الميكافيلية	ذكور	البعدي- التتبعي	الموجبة	٠	٠	٠	٠	غير دالة
			السالبة	٠	٠	٠		
			المتعادلة	٦				
	إناث	البعدي- التتبعي	الموجبة	٠	٠	٠	٠	غير دالة
			السالبة	٠	٠	٠		
			المتعادلة	٦				
الدرجة الكلية على استبيان الثالوث المظلم في الشخصية	ذكور	البعدي- التتبعي	الموجبة	٠	٠	٠	٠	غير دالة
			السالبة	٠	٠	٠		
			المتعادلة	٦				
	إناث	البعدي- التتبعي	الموجبة	٠	٠	٠	١,٣٤-	غير دالة
			السالبة	٢	١,٥	٣		
			المتعادلة	٤				

يتضح من الجدول (٢١) أن جميع قيم "Z" لدلالة الفروق بين متوسطات رتب



شكل (١١)

رسم بياني يوضح الفروق بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعتين التجريبتين (مجموعة الذكور-مجموعة الإناث) الثانية (العلاج الجدلي السلوكي) في القياسين البعدي والتتبعي على استبيان الثالوث المظلم في الشخصية

نتائج الفرض التاسع وينص أنه "لا يوجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعتين التجريبتين (مجموعتي العلاج المرتكز على التحويل) من عينة الدراسة ومتوسط رتب درجات المجموعتين التجريبتين (مجموعتي العلاج الجدلي السلوكي) من عينة الدراسة في القياس البعدي على مقياس الثالوث المظلم في الشخصية".

وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام اختبار مان ويتني Mann-Whitney Test للمجموعات المستقلة للمقارنة بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية (ذكور)، والمجموعة التجريبية (إناث) على استبيان الثالوث المظلم في الشخصية، وكانت النتائج كما هو موضح في الجدول التالي:

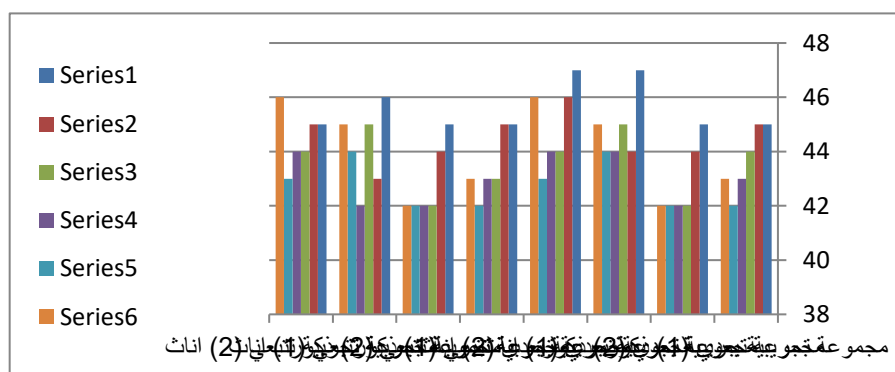
جدول (٢٢)

نتائج اختبار مان ويتني للمقارنة بين متوسطات رتب درجات المجموعتين التجريبتين (مجموعتي العلاج المرتكز على التحويل)، والمجموعتين التجريبتين (مجموعتي العلاج الجدلي السلوكي) على استبيان الثالوث المظلم في الشخصية في القياس البعدي

المتغيرات	المجموعة	ن	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة (U)	قيمة (W)	قيمة Z	مستوى الدلالة
السيكوباتية	تجريبية (١) (ذكور)	٦	٤,٧٥	٢٨,٥	٧,٥	٢٨,٥	١,٧٩-	غير دالة
	تجريبية (٢) (ذكور)	٦	٨,٢٥	٤٩,٥				
	تجريبية (١) (إناث)	٦	٥,٥	٣٣	١٢	٣٣	١,١٧-	غير دالة
	تجريبية (٢) (إناث)	٦	٧,٥	٤٥				
الترجسية	تجريبية (١) (ذكور)	٦	٩,٥	٥٧	٠	٢١	٣-	٠,٠٠٥
	تجريبية (٢) (ذكور)	٦	٣,٥	٢١				
	تجريبية (١) (إناث)	٦	٥	٣٠	٩	٣٠	١,٥٥-	غير دالة
	تجريبية (٢) (إناث)	٦	٨	٤٨				
الميكافيلية	تجريبية (١) (ذكور)	٦	٥,٦٧	٣٤	١٣	٣٤	٠,٩٥ ٧	غير دالة
	تجريبية (٢) (ذكور)	٦	٧,٣٣	٤٤				
	تجريبية (١) (إناث)	٦	٨,٢٥	٤٩,٥	٧,٥	٢٨,٥	١,٨٩ ٦	٠,٠٥
	تجريبية (٢) (إناث)	٦	٤,٧٥	٢٨,٥				
الدرجة الكلية على استبيان الثالوث المظلم في	تجريبية (١) (ذكور)	٦	٧,٧٥	٤٦,٥	١٠,٥	٣١,٥	١,٢٦-	غير دالة

الشخصية	تجريبية (٢) (ذكور)					
	تجريبية (١) (إناث)					
	تجريبية (٢) (إناث)					
غير دالة	٠,٠٨ ٣	٣٨,٥	١٧,٥	٣١,٥	٥,٢٥	٦
				٣٨,٥	٦,٤٢	٦
				٣٩,٥	٦,٥٨	٦

يتضح من الجدول السابق أنه يوجد فروق داله إحصائياً بين متوسطي درجات أفراد المجموعة التجريبية (ذكور) والمجموعة التجريبية (إناث) لصالح عينة الإناث.



شكل (١٢)

رسم بياني يوضح الفروق بين متوسطات رتب درجات المجموعتين التجريبتين (مجموعتي العلاج المرتكز على التحويل)، والمجموعتين التجريبتين (مجموعتي العلاج الجدلي السلوكي) على استبيان الثالث المظلم في الشخصية في القياس البعدي

مناقشة النتائج وتفسيرها:

أظهرت النتائج فاعلية كل من برنامج العلاج المرتكز على التحويل وبرنامج العلاج الجدلي السلوكي في خفض مستويات الثالث المظلم في الشخصية لدى الذكور والإناث، حيث وجدت فروق دالة إحصائياً بين القياسين القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي في المجموعتين التجريبتين. كما تبين تفوق المجموعات التجريبية في كلا البرنامجين على المجموعات الضابطة في القياس البعدي على استبيان الثالث المظلم، مما يؤكد الأثر الإيجابي للتدخلات العلاجية مقارنة بعدم التدخل. واحتفظت المجموعتان التجريبتان في كل من البرنامجين بالمكاسب العلاجية التي تحققت في القياس البعدي، حيث لم تظهر فروق دالة بين القياسين

البعدي والتتبعي، مما يعكس استمرارية الأثر العلاجي على المدى القصير بعد انتهاء البرنامج. ولم تظهر فروق دالة إحصائية بين فاعلية البرنامجين (العلاج المرتكز على التحويل والعلاج الجدلي السلوكي) في خفض الثالث المظلم في الشخصية في القياس البعدي، مما يشير إلى أن كليهما حقق نتائج متقاربة من حيث الكفاءة.

ويمكن تفسير فعالية العلاج الجدلي السلوكي في خفض الثالث المظلم في الشخصية لدى طلبة الجامعة مرتفعي هوس التصوير الذاتي (السيلفي) في ضوء تركيزه على مهارات اليقظة العقلية (Mindfulness)، والتي تمثل جوهر البرنامج. فالأشخاص مرتفعو هوس التصوير الذاتي غالباً ما ينخرطون في سلوكيات نرجسية أو بحث مفرط عن الإعجاب، وهي من سمات الثالث المظلم، دون وعي كامل بدوافعهم أو تأثير هذه السلوكيات على الآخرين. تدريب المشاركين على الحضور الذهني وملاحظة أفكارهم ومشاعرهم دون إصدار أحكام، كما أشارت Linehan (١٩٩٣) و Swales & Heard (٢٠١٦)، يساعد على زيادة الوعي الذاتي والحد من السلوكيات الاندفاعية التي تغذي النرجسية والميكيا فيلية والسيكوباتية.

كما تظهر فاعلية العلاج الجدلي السلوكي أيضاً في مكوّنه الخاص بـ تحمل الضغوط (Distress Tolerance)، والذي يزود المشاركين باستراتيجيات بديلة للتعامل مع القلق أو الانزعاج النفسي بدل اللجوء إلى سلوكيات تعويضية مثل الإفراط في النقاط ونشر الصور الذاتية بغرض الحصول على التقدير الاجتماعي. وكما بيّن Neacsiu et al (٢٠١٢)، فإن تعلم استراتيجيات مثل "القبول الراديكالي" و"التشتيت المعرفي" يخفّف الحاجة إلى تعزيز الأنا عبر مظاهر سطحية، وهو ما يضعف الأساس السلوكي والمعرفي للسمات النرجسية والميكيا فيلية.

ومن جانب آخر، يسهم تدريب المشاركين على تنظيم الانفعالات (Emotion Regulation) في الحد من السمات المكوّنة للثالث المظلم. فالأبحاث، مثل Kring & Sloan (٢٠١٠) و Lynch et al (٢٠٠٣)، تؤكد أن ضعف القدرة على تنظيم الانفعال يرتبط بزيادة السلوكيات العدوانية والانتهازية، وهي مكونات أساسية في السيكوباتية والميكيا فيلية. عبر تقنيات إعادة التقييم المعرفي والتصرف المعاكس، تمكن المشاركون من السيطرة على الانفعالات السلبية مثل الغضب أو الإحباط، مما قلل من النزوع نحو استغلال الآخرين أو التلاعب بهم.

كما أن مهارات الفاعلية البينشخصية (Interpersonal Effectiveness)، التي تشكل أحد أعمدة العلاج الجدلي السلوكي، تساعد على تعديل أنماط العلاقات المشوهة التي تغذي الثالوث المظلم. وفقاً لـ Bedics et al (٢٠١٢) و Goldstein et al (٢٠١٥)، فإن تعزيز القدرة على التعبير عن الاحتياجات بوضوح، والحفاظ على الاحترام المتبادل، والتفاوض بشكل حازم، يقلل من استخدام الأساليب العدوانية أو الخداعية لتحقيق الأهداف، مما يضعف من السمات الميكيافيلية والسيكوباتية لدى المشاركين.

وكذلك، فإن الطبيعة المنظمة للعلاج الجدلي السلوكي، بما يتضمنه من واجبات منزلية وتدريب مكثف وجلسات تفاعلية، ساهمت في ترسيخ المهارات الجديدة في الحياة اليومية للمشاركين. وقد أشارت Paulus et al (٢٠٢١) و Sloan et al (٢٠١٧) إلى أن الدمج بين التعلم التجريبي والتطبيق العملي يعزز استدامة التغيير السلوكي والمعرفي، مما يفسر استمرار الانخفاض في درجات الثالوث المظلم حتى في القياس التتبعي. بالنسبة لطلبة الجامعة مرتفعي هوس السيلفي، فإن هذا الدمج منحهم بدائل أكثر صحة لإشباع حاجاتهم النفسية والاجتماعية بعيداً عن الممارسات المرتبطة بالسمات المظلمة.

وبالنسبة لاستمرارية المكاسب العلاجية التي تم تحقيقها من خلال العلاج الجدلي السلوكي في خفض خفض الثالوث المظلم في الشخصية لدى طلبة الجامعة مرتفعي هوس التصوير الذاتي (السيلفي) فيمكن تفسيرها في ضوء ما أشار إليه Linehan (١٩٩٣) و Swales & Heard (٢٠١٦) حول أن DBT لا يقتصر على تعديل السلوك أثناء الجلسات فقط، بل يزود المشاركين بمجموعة مهارات عملية قابلة للتطبيق في الحياة اليومية، مثل اليقظة العقلية وتنظيم الانفعالات وحل المشكلات. هذه المهارات، بمجرد أن تصبح جزءاً من الممارسة اليومية، تعمل كآلية وقائية تمنع العودة إلى أنماط التفكير والسلوك السابقة، مما يفسر عدم ظهور فروق دالة بين القياس البعدي والتتبعي. كما يمكن تفسير الاستمرارية أيضاً من خلال الطابع التراكمي للتدريب في العلاج الجدلي السلوكي، والذي يعتمد على الممارسة المتكررة والواجبات المنزلية التي تحفز الدمج بين المعرفة النظرية والتجربة الواقعية، كما أوضح Neacsiu et al (٢٠١٢). هذا النمط من التدريب يعزز من ترسيخ التغييرات المعرفية والانفعالية على المدى الطويل، ويعيد تشكيل أنماط الاستجابة التلقائية للمثيرات الاجتماعية والانفعالية، بحيث تصبح أكثر توافقاً مع القيم والأهداف الشخصية، وأقل ارتباطاً بالسمات النرجسية أو الميكيافيلية أو السيكوباتية.

وبالنسبة لفعالية العلاج المرتكز على التحويل في خفض الثلاث المظلم في الشخصية لدى طلبة الجامعة مرتفعي هوس التصوير الذاتي (السيلفي) فيمكن عزوها إلى إلى عدة عوامل مترابطة. أولاً، يشير Kernberg & Caligor (٢٠٠٥) إلى أن العلاج المرتكز على التحويل يستهدف مباشرة البنى العميقة للشخصية من خلال تحليل العلاقة التحويلية بين العميل والمعالج، وهو ما يسمح بكشف أنماط التمثيلات الداخلية المشوهة للذات والآخرين، والتي غالباً ما ترتبط بالسمات النرجسية والميكيا فيلية والسيكوباتية. هذا الفحص العميق يُمكن العميل من إدراك الجذور الانفعالية والمعرفية لهذه السمات، مما يسهل إعادة تنظيمها على نحو أكثر تكيفاً.

كما يوفر العلاج المرتكز على التحويل بيئة علاجية منظمة ذات حدود واضحة من خلال العقد العلاجي، وهو ما وصفه Kernberg (٢٠٢٢) بأنه شرط أساسي لضبط السلوكيات الاندفاعية أو التخريبية التي قد تعيق التغيير. بالنسبة للأفراد مرتفعي هوس التصوير الذاتي، يمثل هذا الإطار العلاجي المستقر وسيلة لتقليل الاعتماد على التعزيز الخارجي (مثل الإعجابات على وسائل التواصل) وتحويل الانتباه إلى مصادر أكثر عمقاً وثباتاً لتقدير الذات.

وكذلك تعتمد فعالية العلاج المرتكز على التحويل على التفسير المنهجي لميكانيزمات الدفاع، وهو ما أشار إليه Hoglend et al (٢٠٠٨) كآلية أساسية لتعديل التفاعلات بين الذات والآخرين. من خلال تفسير التحويل السلبي والإيجابي، يصبح العميل أكثر وعياً بآليات الإسقاط والتبرير والتقليل من شأن الآخرين، وهي آليات شائعة في بنية الثلاث المظلم، مما يساعد على استبدالها باستجابات أكثر واقعية وتوافقية. هذا فضلاً عن أن العلاج المرتكز على التحويل يُعزز التكامل بين تمثيلات الذات والموضوع، وهو ما أشار إليه Clarkin et al (٢٠٠٧) بأنه خطوة محورية لتقليل الانقسامات الحادة بين "الذات المثالية" و"الذات المعيبة" التي تُوَجَّج النزعات النرجسية أو العدوانية. هذا التكامل يقلل من الحاجة المفرطة لإبراز صورة مثالية عن الذات، كما هو الحال في هوس التصوير الذاتي، ويزيد من القدرة على قبول الذات بواقعية.

كما يوفر العلاج المرتكز على التحويل مساحة آمنة لاستكشاف خبرات الطفولة المبكرة وعلاقتها بأنماط التعلق، وهو ما يدعمه Diamond et al (٢٠٢٢) من خلال توضيح أن السمات المكونة للثلاث المظلم غالباً ما تنشأ عن تجارب مبكرة من الإهمال أو النقد أو الصدمات العاطفية. ومواجهة هذه الخبرات في سياق علاجي داعم يساعد العميل على إعادة

صياغة تصوراته عن ذاته وعن الآخرين، مما يقلل من الحاجة لاستخدام استراتيجيات تلاعبية أو عدوانية في العلاقات.

وكذلك يُشجع العلاج المرتكز على التحويل على بناء إدراك نقدي لأنماط العلاقات المتكررة، بحيث يتمكن العميل من التعرف على الكيفية التي يعيد بها إنتاج نفس الصراعات في مواقف مختلفة، وهو ما أوضحه Normandin et al (٢٠٢١) بأنه مفتاح لتفكيك الأنماط غير التكيفية. بالنسبة لمرتفعي هوس التصوير الذاتي، يمكن لهذا الوعي أن يقلل من التورط في علاقات سطحية قائمة على المظهر والصورة العامة، ويعزز السعي نحو علاقات أعمق وأكثر استقرارًا.

وبالنسبة لاستمرارية المكاسب العلاجية التي تم تحقيقها من خلال العلاج المرتكز على التحويل في خفض خفض الثالث المظلم في الشخصية لدى طلبة الجامعة مرتفعي هوس التصوير الذاتي (السيلفي) فيمكن تفسيرها في ضوء أن العلاج المرتكز على التحويل لا يكتفي بتعديل السلوكيات السطحية، بل يعمل على إعادة هيكلة البنى العميقة للشخصية. وكما أشار Kernberg (٢٠٢٢)، فإن التكامل بين تمثيلات الذات والآخرين الناتج عن العملية العلاجية يخلق نمطاً أكثر استقراراً في إدراك الذات وفي تنظيم الانفعالات، وهو ما يقلل من احتمالية العودة إلى أنماط الشخصية المتمركزة حول الذات أو العدوانية بعد انتهاء البرنامج. كما يمكن عزو الاستمرارية إلى أن العلاج المرتكز على التحويل يوفر للعميل أدوات داخلية مستدامة للتعامل مع الضغوط والعلاقات، مثل القدرة على رصد ميكانزمات الدفاع السلبية والتعامل معها بوعي، وهو ما أشار إليه Clarkin et al (٢٠٠٧) كعامل أساسي في منع الانتكاس. هذه القدرة الذاتية على المراقبة والتصحيح تقلل من الاعتماد على الإشراف المباشر من المعالج، مما يسمح باستمرار التحسن حتى بعد توقف الجلسات. وكذلك فإن العمل العميق على جذور الاضطراب المرتبطة بخبرات الطفولة، كما أوضح Diamond et al (٢٠٢٢)، يؤدي إلى تعديل تصورات العميل عن ذاته وعن الآخرين على نحو دائم نسبياً. هذا التغيير الجوهرى في البنية المعرفية والانفعالية يجعل السمات النرجسية أو الميكيفيلية أو السيكوباتية أقل رسوخاً، ويقلل من الحاجة إلى التعويض عنها من خلال السلوكيات الاستعراضية مثل الإفراط في التصوير الذاتي، مما يفسر بقاء الأثر العلاجي على المدى القصير بعد انتهاء التدخل.

ويمكن عزو عدم وجود فروق في فعالية كلٍّ من العلاج الجدلي السلوكي (DBT) والعلاج المرتكز على التحويل (TFP) في خفض الثالث المظلم لدى طلبة الجامعة مرتفعي هوس

التصوير الذاتي إلى عدة عوامل متداخلة. أولاً، كلا النموذجين يقدمان بروتوكولات علاجية منظمة تستهدف بعمق الجوانب المعرفية والانفعالية والسلوكية المرتبطة بسمات الثالوث المظلم، كما أشار Linehan (١٩٩٣) في إطار DBT و Kernberg & Caligor (٢٠٠٥) في إطار TFP، مما يجعل كلاهما قادرًا على إحداث تغيير ملحوظ في أنماط الشخصية المتمركزة حول الذات أو العدوانية.

كما يتشابه النموذجان في التركيز على العلاقة العلاجية كعامل أساسي للتغيير؛ ففي حين يستخدم TFP العلاقة التحويلية كمرآة لاستكشاف الذات، يعتمد DBT على التحالف العلاجي الداعم والمبني على القبول غير المشروط والتوجيه نحو التغيير، وهو ما يتوافق مع ما أوضحه Swales & Heard (٢٠١٦) حول دور العلاقة في تعزيز الدافعية وتقليل المقاومة. هذا التشابه في البنية العلاجية يفسر تقارب الأثر العلاجي في كلا البرنامجين.

ومن ناحية أخرى فإن الفئة المستهدفة (طلبة الجامعة مرتفعي هوس التصوير الذاتي) قد استجابت بفعالية لكلا النوعين من التدخل لأن كليهما يوفر أدوات مباشرة لإدارة الانفعالات وتنظيم السلوكيات وتحسين العلاقات، وهي المجالات التي تتقاطع مع المشكلات الجوهرية في هذه الفئة. وكما أظهرت دراسات Neacsiu et al (٢٠١٢) و Clarkin et al (٢٠٠٧)، فإن تحسين مهارات التنظيم الانفعالي والتواصل الفعال يرتبط ارتباطاً وثيقاً بانخفاض السمات النرجسية والسيكوباتية، بغض النظر عن النموذج المستخدم لتحقيق ذلك.

توصيات الدراسة:

- في ضوء ما أسفرت عنه الدراسة الحالية من نتائج تمت صياغة التوصيات الآتية:
- ١- تضمين برامج العلاج الجدلي السلوكي والعلاج المرتكز على التحويل ضمن الخطط الإرشادية في مراكز الإرشاد النفسي بالجامعات، نظرًا لفاعليتهما في خفض سمات الثالوث المظلم في الشخصية لدى الطلبة.
- ٢- تدريب الأخصائيين النفسيين والإكلينكيين على مهارات وفنيات كلا النموذجين، بما يضمن تطبيقاً صحيحاً ومتقناً للبروتوكولات العلاجية المعتمدة.
- ٣- تصميم برامج وقائية مبكرة تستهدف الطلبة في المراحل الجامعية الأولى للحد من تطور السمات النرجسية والسيكوباتية والميكافيلية، وخاصة لدى مرتفعي هوس التصوير الذاتي (السيلفي).

- ٤- إجراء ورش عمل ودورات تدريبية للطلبة حول مهارات اليقظة العقلية، وتنظيم الانفعالات، والفاعلية البيئشخصية، لما لهذه المهارات من أثر في تعديل أنماط الشخصية السلبية.
- ٥- تشجيع البحوث التطبيقية التي تقارن بين فاعلية نماذج علاجية مختلفة في التعامل مع سمات الثالث المظلم، بما يعزز قاعدة الأدلة العلمية في المجال.
- ٦- دمج موضوعات الثالث المظلم وهوس التصوير الذاتي ضمن المقررات الأكاديمية ذات الصلة بعلم النفس والصحة النفسية لرفع وعي الطلبة.
- ٧- توفير بيئة جامعية داعمة تشجع على التعبير الصحي عن الذات وتقلل من مظاهر السلوكيات المرتبطة بالسيطرة، أو الاستغلال، أو السعي المفرط وراء الإعجاب.
- ٨- تخصيص حملات توعوية تستهدف وسائل التواصل الاجتماعي لتثقيف الشباب حول مخاطر الإفراط في التصوير الذاتي على الصحة النفسية وأنماط الشخصية.

بحوث مقترحة:

- ١- مقارنة فاعلية العلاج الجدلي السلوكي والعلاج المعرفي السلوكي في خفض السمات النرجسية لدى المراهقين.
- ٢- فاعلية برنامج علاج جماعي قائم على مهارات اليقظة العقلية في خفض السيكوباتية لدى الشباب الجامعي.
- ٣- أثر برنامج علاجي قائم على إعادة التقييم المعرفي في الحد من الميكافيلية لدى مرتفعي هوس التصوير الذاتي.
- ٤- فاعلية العلاج الجدلي السلوكي في تحسين الفاعلية البيئشخصية وخفض السلوكيات النرجسية لدى طلاب الجامعات.
- ٥- فاعلية برنامج علاج نفسي قصير المدى قائم على تقنيات التعرض في خفض الاندفاعية المرتبطة بالسيكوباتية.
- ٦- فاعلية العلاج المرتكز على التحويل في تحسين تكامل الهوية وخفض النزعات النرجسية لدى الشباب الجامعي.
- ٧- فاعلية العلاج المرتكز على التحويل في خفض السمات السيكوباتية وتحسين التعاطف لدى المراهقين.

- ٨- مقارنة فاعلية العلاج المرتكز على التحويل والعلاج المعرفي السلوكي في خفض الميكافيلية لدى الشباب.
- ٩- أثر تطبيق برنامج قصير المدى من العلاج المرتكز على التحويل في تحسين العلاقات البينشخصية لدى طلبة الجامعة.

المراجع

- آمال عبد القادر جودة (٢٠١٢). النرجسية وعلاقتها بالعصابية لدى عينة من كلية جامعة الأقصي. *مجلة الجامعة الإسلامية للدراسات التربوية والنفسية*، (٢)، ٥٤٩-٥٨٠.
- إبراهيم الشافعي إبراهيم (٢٠٢١). الشخصية المظلمة الأبعاد تنظيراً وقياساً وتفسيراً. الاسكندرية: دار الوفاء لدنيا للطباعة والنشر.
- أحمد محمد عزت عبدالواحد، إبراهيم الشافعي إبراهيم & سارة أحمد فؤاد (٢٠٢٤). الثلاثي المظلم في الشخصية وعلاقته بالإليكسيثيميا لطلاب المرحلة الثانوية وطلاب الجامعة. *مجلة العلوم المتقدمة للصحة النفسية والتربية الخاصة، كلية التربية - جامعة طنطا*، (١)٣، ٣٠-١.
- أسماء عز الدين حسنين وحسام إسماعيل هيبية، ومحمود إبراهيم عبدالعزيز (٢٠٢١). برنامج معرفي سلوكي لخفض إيمان تصوير الذات (السيلفي) لدى عينة من طلاب الجامعة من ذوي اضطراب الشخصية النرجسية. *المجلة العلمية لكلية التربية، جامعة الوادي الجديد - كلية التربية*، ٣٧، ٤٩-٧٢.
- أميرة محمد بدر (٢٠٢٠). الدوافع النفسية لسلوك السيلفي وعلاقتها بكل من العوامل الستة للشخصية نموذج هيكساكو وتقدير الذات لدى طلاب كلية التربية جامعة الزقازيق. *دراسات تربوية ونفسية، جامعة الزقازيق - كلية التربية*، ١٠٦، ٧٣-٢١٨.
- جابر عبد الحميد & علاء الدين كفاي (١٩٩٣). *معجم علم النفس والطب النفسي*. ج(٦)، القاهرة: دار النفهضة العربية.
- دينا علي السعيد (٢٠٢٤). الإسهام النسبي للثالث المظلم وأنماط التعلق في التنبؤ بسلوك نشر صور السيلفي على مواقع التواصل الاجتماعي بين طلاب الجامعة. *مجلة كلية التربية في العلوم النفسية، جامعة عين شمس - كلية التربية*، ٤٨، (٣)، ١٥٧-٢٣٨.
- سامية محمد صابر عبدالنبي، ونهلة فرج الشافعي (٢٠٢٤). ظاهرة التصوير الذاتي "السيلفي" من منظور نفسي. *مجلة إبداعات تربوية، رابطة التربويين العرب*، ٢٩، ١٣٨-١٢٩.
- ضياء أبو عاصي فيصل (٢٠٢٢). فعالية برنامج تدريبي على استراتيجيات التنظيم الانفعالي في خفض مستوى الثالث المظلم للشخصية لدى طلاب الجامعة. *مجلة التربية في القرن ٢١ للدراسات التربوية والنفسية، كلية التربية-جامعة مدينة السادات*، ٢٣، ٤٥-٨٤.
- عبدالستار محمد إبراهيم (٢٠١٦). الثالث المظلم في الشخصية عند بولهوس كمتغير وسيط بين الاتجاه نحو التطرف والسلوك السادي لدى طلاب الجامعة. *المجلة المصرية للدراسات النفسية*، ٩٣(٢٦)، ١١٥-١٧١.

عزة حسن محمد (٢٠٢٣). النموذج البنائي للعلاقات السببية بين اضطراب النوموفوبيا وهوس السيلفي والشعور بالوحدة النفسية لدى طلاب التعليم الفني. *مجلة كلية التربية، جامعة بنها - كلية التربية، ٣٤ (١٣٣)، ٢٢٥-٣٣٤*.

محمد إبراهيم محمد عطاالله. (٢٠٢١). الثالث المظلم في الشخصية وعلاقته بخداع الذات والميل إلى الانتحار لدى طلبة الجامعة. *مجلة الإرشاد النفسي، جامعة عين شمس، ٦٨، ٢٨٥-٣٣٨*.

محمد عبدالحليم هاشم ونبيه إبراهيم إسماعيل وعبدالعال حامد عجوة ، وعبير حمدي حسنين (٢٠٢٣). فعالية برنامج معرفي سلوكي قائم على المخططات في خفض إدمان السيلفي لدى طلبة الجامعة. *مجلة كلية التربية، جامعة المنوفية - كلية التربية، ٣٨ (عدد خاص)، ٣٦١-٤١٨*.
 منال عبدالنعم محمد. (٢٠٢٢). الإسهام النسبي لصعوبات تنظيم الانفعال والانفصال الأخلاقي في التنبؤ بالثالث المظلم للشخصية "الانرجسية والميكافيلية والسيكوباتية" لدى طلاب الجامعة. *المجلة المصرية للدراسات النفسية، ١١٦ (٣٢)، ٢١١-٢٧٦*.

ميسرة حمدي شاكر (٢٠٢٥). الثالث المظلم في الشخصية "الانرجسية والميكافيلية والسيكوباتية" وعلاقتها بالمتانة العقلية لدى طلاب كلية التربية في ضوء بعض المتغيرات الديموجرافية. *مجلة الإرشاد النفسي، جامعة عين شمس، ٨١ (٢)، ٥٦٤-٤٩٣*.

نبيلي حسين العمروسي & عبير صالح الشهري. (٢٠٢٥). الثالث المظلم للشخصية كمنبئ بالأبعاد النفسية والأكاديمية والاجتماعية للثلاث المظلم في السيرة السيرة لذي عينة من طالبات جامعة الملك خالد بالسعودية. *مجلة العلوم التربوية والدراسات الانسانية، ٤٤، ٦١٢-٦٤١*.

نبيلي حسين كامل (٢٠٢٣). الاسهام النسبي لسمات الثالث المظلم للشخصية في التنبؤ بالامن النفسي لعينة من طالبات جامعة الملك خالد بالسعودية. *مجلة التربية، كلية التربية - جامعة الأزهر، ٥٢٧-٥٦٣*.

هالة أحمد عبدالحليم متولي. (٢٠٢١). الثالث المظلم في الشخصية وعلاقته بالانتماء التقليدي والالكتروني لدى طلاب المدارس الثانوية. *المجلة المصرية للدراسات النفسية، ١١٠ (٣١)، ٤٤٠-٤٤١*.

Abel, T., Happel, M., Daerr, F., Spitzer, C., Benecke, C., & Dulz, B. (2025). Transference-focused psychotherapy in an inpatient setting for borderline personality disorders: changes in symptomatology. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process, and Outcome*, 28(1), 810-818.

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

- Amos, B., Longpré, N., & Roos, M. D. (2024). The dark triad of personality: Attitudes and beliefs towards white-collar crime. *Journal of White Collar and Corporate Crime*, 5(1), 58-73.
- Anitha, M. R., Tarakeshwari, R., Manjushree, R., & Vijayanath, V. (2023). A study of selfie-taking in professional college students. *Indian Journal of Clinical Anatomy and Physiology*, 8(3), 170-174.
- Appel, M., Slater, M. D., & Oliver, M. B. (2019). Repelled by virtue? The dark triad and eudaimonic narratives. *Media Psychology*, 22(5), 769-794.
- Arpaci, I., Tak, P., & Shekhawat, H. (2023). The moderating role of exhibitionism in the relationship between psychological needs and selfie-posting behavior. *Current Psychology*, 42(5), 3610-3616.
- Arntz, A., Stupar-Rutenfrans, S., Bloo, J., van Dyck, R., & Spinhoven, P. (2015). Prediction of treatment discontinuation and recovery from borderline personality disorder: results from an RCT comparing schema therapy and transference focused psychotherapy. *Behaviour research and therapy*, 74, 60-71.
- Austin, E. J., Saklofske, D. H., Smith, M., & Tohver, G. (2014). Associations of the managing the emotions of others (MEOS) scale with personality, the Dark Triad and trait EI. *Personality and Individual Differences*, 65, 8-13.
- Balakrishnan, J., & Griffiths, M. D. (2018). An exploratory study of "selfitis" and the development of the Selfitis Behavior Scale. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 16, 722-736.
- Barlett, C. (2016). Exploring the correlations between emerging adulthood, Dark Triad traits, and aggressive behavior. *Personality and Individual Differences*, 101, 293-298.
- Basharpoor, S., Noori, S., Daneshvar, S., & Jobson, L. (2025). Dark triad personality traits and cyberbullying: The mediating role of emotional empathy. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 28(3), 187-195.
- Baughman, H. M., Dearing, S., Giammarco, E., & Vernon, P. A. (2012). Relationships between bullying behaviours and the Dark Triad: A study with adults. *Personality and Individual Differences*, 52(5), 571-575.
- Bedics, J. D., Atkins, D. C., Comtois, K. A., & Linehan, M. M. (2012). Treatment differences in the therapeutic relationship and introject during a 2-year randomized controlled trial of dialectical behavior therapy versus nonbehavioral psychotherapy experts for borderline personality disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(1), 66-77.
- Bemmouna, D., & Weiner, L. (2023). Linehan's biosocial model applied to emotion dysregulation in autism: A narrative review of the literature

- and an illustrative case conceptualization. *Frontiers in Psychiatry*, 14.
- Bertl, B., Pietschnig, J., Tran, U. S., Stieger, S., & Voracek, M. (2017). More or less than the sum of its parts? Mapping the Dark Triad of personality onto a single Dark Core. *Personality and individual differences*, 114, 140-144.
- Bernstein, J., Zimmerman, M., & Auchincloss, E. L. (2015). Transference-focused psychotherapy training during residency: an aide to learning psychodynamic psychotherapy. *Psychodynamic Psychiatry*, 43(2), 201-221.
- Bird, J., & Caligor, E. (2024). A case report of the treatment of narcissistic personality disorder with transference focused psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 80(5), 1177-1191.
- Bradley, R., Heim, A. K., & Westen, D. (2005). Transference patterns in the psychotherapy of personality disorders: Empirical investigation. *British Journal of Psychiatry*, 186, 342-349.
- Buchheim, A., Horz-Sagstetter, S., Doering, S., Rentrop, M., Schuster, P., Buchheim, P., ... & Fischer-Kern, M. (2017). Change of unresolved attachment in borderline personality disorder: RCT study of transference-focused psychotherapy. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 86(5), 314-316.
- Boey, L., & Vantilborgh, T. (2016). A theoretical model relating the dark triad of personality to the content of employees' psychological contracts. *New Zealand Journal of Employment Relations*, 40(3), 44-66.
- Caligor, E., Clarkin, J. F., & Yeomans, F. E. (2019). Transference-focused psychotherapy for borderline and narcissistic personality disorders. In *Contemporary Psychodynamic Psychotherapy* (pp. 149-161). Academic Press.
- Carreno, T. D., Hersh, R. G., & Levy, K. N. (2025). Clinical pearls: good psychiatric management for borderline personality disorder and transference-focused psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 78(1), 70-75.
- Carsky, M. (2020). How treatment arrangements enhance transference analysis in transference-focused psychotherapy. *Psychoanalytic Psychology*, 37(4), 335-341.
- Chambers, J. E. (2015). Discussion of transference-focused psychotherapy training during residency: an aide to learning psychodynamic psychotherapy. *Psychodynamic Psychiatry*, 43(2), 223-228.
- Clarkin, J. F., Cain, N. M., & Lenzenweger, M. F. (2018). Advances in transference-focused psychotherapy derived from the study of borderline personality disorder: Clinical insights with a focus on mechanism. *Current Opinion in Psychology*, 21, 80-85.

- Clarkin, J. F., Caligor, E., & Sowislo, J. F. (2022). Transference-focused psychotherapy for levels of personality pathology severity. *Gabbard's textbook of psychotherapeutic treatments*.
- Clarkin, J. F., Caligor, E., Sowislo, J., Diamond, D., & Yeomans, F. (2025). Development and Evolution of Transference-Focused Psychotherapy (TFP): A Foundation for Expanding Treatment Applications. In *Implementing Transference-Focused Psychotherapy Principles: General Psychiatric Care for Personality Disorders* (pp. 27-48). Cham: Springer Nature Switzerland.
- Clarkin, J. F., Foelsch, P. A., Levy, K. N., Hull, J. W., Delany, J. C., Kernberg, O. F. (2001). The development of a psychodynamic treatment for patients with borderline personality disorder: A preliminary study of behavioral change. *Journal of Personality Disorders*, 15, 487-495.
- Clarkin, J. F., Levy, K. N., & Schiavi, J. M. (2005). Transference focused psychotherapy: Development of a psychodynamic treatment for severe personality disorders. *Clinical Neuroscience Research*, 4(5-6), 379-386.
- Clarkin, J. F., Levy, K. N., Lenzenweger, M. F., & Kernberg, O. F. (2007). A multiwave RCT evaluating three treatments for borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 164, 922-928.
- Clarkin, J. F., Meehan, K. B., De Panfilis, C., & Doering, S. (2023). Empirical developments in transference-focused psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 76(1), 39-45.
- Clarkin, J. F., Yeomans, F., Kernberg, O. F. (2006). Psychotherapy for borderline personality: Focusing on object relations. New York: Wiley.
- Clarkin, J., Levy, K., & Schiavi, J. (2005). Transference focused psychotherapy: Development of a psychodynamic treatment for severe personality disorders. *Clinical Neuroscience Research*, 4, 379-386.
- Cole, P., Weibel, S., Nicastro, R., Hasler, R., Dayer, A., Aubry, J.-M., Prada, P., & Perroud, N. (2016). CBT/DBT skills training for adults with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Psychiatria Danubina*, 28(Suppl-1), 103-107.
- Cohen, C. T., & Hulsey, T. L. (2022). Object relations-focused psychoanalytic psychotherapy in the treatment of narcissistic personality disorder. *Clinical Case Studies*, 21(5), 474-491.
- Courbasson, C., Nishikawa, Y., & Dixon, L. (2012). Outcome of dialectical behaviour therapy for concurrent eating and substance use disorders. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 19(5), 434-449.
- Danasegaran, M., Sivaraj, M., & Thirumaran, M. (2023). Navigating professional boundaries: A study of selfie taking behavior among medical graduates. *Journal of Cardiovascular Disease Research*, 14(7), 66-71.

- Dębska, M., Dębski, P., Polechoński, J., Rozpara, M., & Tomik, R. (2021). The dark triad of personality in the context of health behaviors: ally or enemy?. *International journal of environmental research and public health*, 18(8), 4113.
- Djakovic, N., & Rowlands, M. T. (2024). Differential association theory, the Dark Triad of personality and the prediction of antisocial behaviour. *Psychiatry, Psychology and Law*, 1-17.
- Diamond, D., & Hersh, R. G. (2020). Transference-Focused Psychotherapy for Narcissistic Personality Disorder: An Object Relations Approach. *Journal of personality disorders*, 34(Supplement-Special Issue), 159-176.
- Diamond, D., Clarkin, J. F., Levy, K. N., Meehan, K. B., Cain, N. M., Yeomans, F. E., & Kernberg, O. F. (2014). Change in attachment and reflective function in borderline patients with and without comorbid narcissistic personality disorder in transference focused psychotherapy. *Contemporary Psychoanalysis*, 50(1-2), 175-210.
- Diamond, D., Keefe, J. R., Horz-Sagstetter, S., Fischer-Kern, M., Doering, S., & Buchheim, A. (2023). Changes in attachment representation and personality organization in transference-focused psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 76(1), 31-38.
- Diamond, D., Yeomans, F. E., Stern, B. L., & Kernberg, O. F. (2021). *Treating pathological narcissism with transference-focused psychotherapy*. Guilford Publications.
- Diamond, D., Yeomans, F. E., Stern, B., Levy, K. N., Horz, S., Doering, S., ... & Clarkin, J. F. (2013a). Transference focused psychotherapy for patients with comorbid narcissistic and borderline personality disorder. *Psychoanalytic inquiry*, 33(6), 527-551.
- Diamond, D., Yeomans, F., & Keefe, J. R. (2021). Transference-focused psychotherapy for pathological narcissism and narcissistic personality disorder (TFP-N). *Psychodynamic psychiatry*, 49(2), 244-272.
- Diamond, D., Yeomans, F., Stern, B., Levy, K., Fischer-Kern, M., Doering, S., . Clarkin, J. (2013b). Transference focused psychotherapy for patients with comorbid narcissistic and borderline personality disorder. *Psychoanalytic Inquiry*, 33, 1-26.
- Doering, S. (2023). Hatred, Emptiness, and Hope: Transference-Focused Psychotherapy in Personality Disorders. *American Journal of Psychotherapy*, 76(1), 51-51.
- Doering, S., Horz, S., Rentrop, M., Fischer-Kern, M., Schuster, P., Benecke, C., Buchheim, A., Martius, P., Buchheim, P. (2010). Transference-Focused Psychotherapy vs. treatment by community psychotherapists for borderline personality disorder: A randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 196, 389-395.

- Draijer, N., & Van Zon, P. (2016). Transference-focused psychotherapy with former child soldiers: Meeting the murderous self. In *Global Perspectives on Dissociative Disorders* (pp. 119-132). Routledge.
- Dulz, B., Grimmer, B., Lohmer, M., Wlodarczyk, O., & Dammann, G. (2025). Using Transference-Focused Psychotherapy (TFP) Principles in Short-Term and Extended Inpatient Psychotherapy Settings. In *Implementing Transference-Focused Psychotherapy Principles: General Psychiatric Care for Personality Disorders* (pp. 167-196). Cham: Springer Nature Switzerland.
- Fertuck, E. A., Preti, E., & Clarkin, J. F. (2023). Transference-focused psychotherapy and trust processing in BPD: Exploring possible mechanisms of change. *Journal of Personality Disorders*, 37(5), 620-632.
- Fischer-Kern, M., Doering, S., Taubner, S., Horz, S., Zimmermann, J., Rentrop, M., ... & Buchheim, A. (2015). Transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder: Change in reflective function. *The British Journal of Psychiatry*, 207(2), 173-174.
- Foelsch, P. A., & Kernberg, O. F. (1998). Transference-focused psychotherapy for borderline personality disorders. In *Session: Psychotherapy in Practice: Psychotherapy in Practice*, 4(2), 67-90.
- Foelsch, P. A., Odom, A. E., & Kernberg, O. F. (2008). Treatment of adolescents with identity diffusion: a modification of transference focused psychotherapy. *Santé mentale au Québec*, 33(1), 37-60.
- Furnham, A., Richards, S. C., & Paulhus, D. L. (2013). The Dark Triad of personality: A 10 year review. *Social and personality psychology compass*, 7(3), 199-216.
- Furnham, A., Richards, S., Rangel, L., & Jones, D. N. (2014). Measuring malevolence: Quantitative issues surrounding the Dark Triad of personality. *Personality and individual differences*, 67, 114-121.
- 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), 649-658.
- Goldstein, T. R., Fersch-Podrat, R. K., Rivera, M., Axelson, D. A., Merranko, J., Yu, H., Brent, D. A., & Birmaher, B. (2015). Dialectical behavior therapy for adolescents with bipolar disorder: Results from a pilot randomized trial. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 25(2), 140-149.
- Goodman, G. (2013). Is Mentalization a common process factor in transference-focused psychotherapy and dialectical behavior therapy sessions?. *Journal of Psychotherapy Integration*, 23(2), 179.

- Grimmer, B., Kraus, B., Krischer, M., Rösch, C., & Vohl, S. (2025). Transference-Focused Psychotherapy (TFP) Based Group Therapy. In *Implementing Transference-Focused Psychotherapy Principles: General Psychiatric Care for Personality Disorders* (pp. 239-261). Cham: Springer Nature Switzerland.
- Hampejs, V., Zwickl, A. A., Tran, U. S., & Voracek, M. (2025). The Dark Triad of personality and criminal and delinquent behavior: Preregistered systematic review and three-level meta-analysis. *Personality and Individual Differences*, 246, 113308.
- Hernandez, C. A. S. (2016). Transference-focused psychotherapy for adult borderline personality disorder. *Case studies within psychotherapy trials: Integrating qualitative and quantitative methods*, 190-201.
- Hersh, R. G. (2015). Using transference-focused psychotherapy principles in the pharmacotherapy of patients with severe personality disorders. *Psychodynamic Psychiatry*, 43(2), 181-199.
- Hersh, R. G. (2018). Integration with transference-focused psychotherapy. *Applications of good psychiatric management for borderline personality disorder: A practical guide*, 327-351.
- Hersh, R. G. (2021). Applied Transference-focused Psychotherapy: An overview and update. *Psychodynamic Psychiatry*, 49(2), 273-295.
- Hersh, R. G. (2024). Treating Narcissistic Disorders in General Psychiatry: Practical Application of Transference-Focused Psychotherapy Principles. *Psychodynamic Psychiatry*, 52(2), 150-172.
- Hersh, R. G., Caligor, E., & Yeomans, F. E. (2016). Fundamentals of Transference-Focused Psychotherapy. *Cham, Switzerland: Springer*.
- Hoglund, P., Bøgwald, K. P., Amlo, S., Marble, A., Ulberg, R., Sjaastad, M. C., ... & Johansson, P. (2008). Transference interpretations in dynamic psychotherapy: do they really yield sustained effects?. *American Journal of Psychiatry*, 165(6), 763-771.
- Horan, S. M., Guinn, T. D., & Banghart, S. (2015). Understanding relationships among the dark triad personality profile and romantic partners' conflict communication. *Communication Quarterly*, 63(2), 156-170.
- Hudson, N. W. (2023). Lighten the darkness: Personality interventions targeting agreeableness also reduce participants' levels of the dark triad. *Journal of Personality*, 91(4), 901-916.
- Jauk, E., & Dieterich, R. (2019). Addiction and the dark triad of personality. *Frontiers in psychiatry*, 10, 662-672.
- Jonason, P. K., Duineveld, J. J., & Middleton, J. P. (2015). Pathology, pseudopathology, and the Dark Triad of personality. *Personality and Individual Differences*, 78, 43-47.
- Jones, D. N., & Paulhus, D. L. (2014). Introducing the short dark triad (SD3) a brief measure of dark personality traits. *Assessment*, 21(1), 28-41.

- Kabat-Zinn, J. (1996). Full catastrophe living; using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness. Piatkus.
- Kaur, S., & Vig, D. (2023). Gender differentials in self-esteem of adolescents with selfie addiction. *International Journal of Bio-resource and Stress Management*, 14(3), 479-484.
- Koay, K. Y., & Lok, Y. Y. (2024). The role of Dark Triad personality traits in consumers' counterfeit luxury consumption: a moderated mediation model. *Asia-Pacific Journal of Business Administration*.
- Koehn, M. A., Okan, C., & Jonason, P. K. (2019). A primer on the Dark Triad traits. *Australian Journal of Psychology*, 71(1), 7-15.
- Kraus, S., Berchtold, J., Palmer, C., & Filser, M. (2018). Entrepreneurial orientation: the dark triad of executive personality. *Journal of Promotion Management*, 24(5), 715-735.
- Kryeziu, L., Bağış, M., Kurutkan, M. N., & Ateş, Ç. (2024). Dark triad personality, motivational dynamics and nascent entrepreneurs entrepreneurial intentions: Cross-country comparison. *International Entrepreneurship and Management Journal*, 20(4), 2669-2702.
- Kernberg, O. F. (1976). *Object-relations theory and clinical psychoanalysis*. Jason Aronson.
- Kernberg, O. F. (2016). New developments in transference focused psychotherapy. *The International Journal of Psychoanalysis*, 97(2), 385-407.
- Kernberg, O. F. (2021a). Extensions of psychoanalytic technique: The mutual influences of standard psychoanalysis and transference-focused psychotherapy. *Psychodynamic Psychiatry*, 49(4), 506-531.
- Kernberg, O. F. (2021b). Thoughts on transference analysis in transference-focused psychotherapy. *Psychodynamic psychiatry*, 49(2), 178-187.
- Kernberg, O. F. (2022). *Hatred, emptiness, and hope: Transference-focused psychotherapy in personality disorders*. American Psychiatric Pub.
- Kernberg, O. F., Yeomans, F. E., Clarkin, J. F., & Levy, K. N. (2008). Transference focused psychotherapy: Overview and update. *The International Journal of Psychoanalysis*, 89(3), 601-620.
- Kernberg, O.F., & Caligor, E. (2005). A psychoanalytic theory of personality disorders . In Major Theories of Personality Disorder, ed. M.F. Lenzenweger & J.F. Clarkin. 2nd ed. New York : Guilford Press, pp. 114-156.
- Kleindienst, N., Krumm, B., & Bohus, M. (2011). Is transference-focused psychotherapy really efficacious for borderline personality disorder?. *The British Journal of Psychiatry*, 198(2), 156-157.
- Kring, A. M., & Sloan, D. M. (2010). Emotion regulation and psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment (pp. xv, 461). The Guilford Press.

- Lin, X. (2023). Capturing selfies: Motivations and its impacts among university students. *Jurnal Sinestesia*, 13(1), 290-303.
- Lyons, M., Khan, S., Sandman, N., & Valli, K. (2019). Dark dreams are made of this: Aggressive and sexual dream content and the Dark Triad of Personality. *Imagination, Cognition and Personality*, 39(1), 88-96.
- Lackinger, F. (2025). Using Transference-Focused Psychotherapy (TFP) Principles in the Treatment of Forensic Patients. In *Implementing Transference-Focused Psychotherapy Principles: General Psychiatric Care for Personality Disorders* (pp. 265-307). Cham: Springer Nature Switzerland.
- Lee, T., & Hersh, R. G. (2019). Managing the clinical encounter with patients with borderline personality disorder in a general psychiatry setting: key contributions from transference-focused psychotherapy. *BJPsych Advances*, 25(4), 229-236.
- Lee, T., & Levy, K. N. (2023). Treating Narcissistic Personality Disorders: a case illustration of key clinical contributions from Transference Focused Psychotherapy for psychoanalytic practitioners. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 37(2), 179-192.
- Lee, T., & Van den Bosch, J. A. (2025). Using Transference-Focused Psychotherapy (TFP) Principles in the National Health Service (NHS) in the United Kingdom (UK). In *Implementing Transference-Focused Psychotherapy Principles: General Psychiatric Care for Personality Disorders* (pp. 111-133). Cham: Springer Nature Switzerland.
- Levy, K. N., & Kivity, Y. (2020). Transference-focused psychotherapy. In *Encyclopedia of personality and individual differences* (pp. 5568-5572). Cham: Springer International Publishing.
- Levy, K. N., & Scala, J. (2012). Transference, transference interpretations, and transference-focused psychotherapies. *Psychotherapy*, 49(3), 391.
- Levy, K. N., & Spina, D. S. (2025). Transference-focused psychotherapy for treatment-resistant depression and comorbid personality disorders. *Psychoanalytic Psychology*, 42(1), 9-14.
- Levy, K. N., Clarkin, J. F., Yeomans, F. E., Scott, L. N., Wasserman, R. H., & Kernberg, O. F. (2006). The mechanisms of change in the treatment of borderline personality disorder with transference focused psychotherapy. *Journal of clinical psychology*, 62(4), 481-501.
- Levy, K. N., Draijer, N., Kivity, Y., Yeomans, F. E., & Rosenstein, L. K. (2019). Transference-focused psychotherapy (TFP). *Current treatment options in psychiatry*, 6, 312-324.
- Levy, K. N., Meehan, K. B., & Yeomans, F. E. (2012). An update and overview of the empirical evidence for transference-focused psychotherapy and other psychotherapies for borderline personality disorder. *Psychodynamic psychotherapy research: Evidence-based practice and practice-based evidence*, 139-167.

- Levy, K. N., Yeomans, F. E., & Spina, D. S. (2022). Transference-focused psychotherapy. In S. K. Huprich (Ed.), *Personality disorders and pathology: Integrating clinical assessment and practice in the DSM-5 and ICD-11 era* (pp. 211–235). American Psychological Association.
- Levy, K.N., Meehan, K.B., Kelly, K.M., Reynoso, J.S., Weber, M., Clarkin, J.F., & Kernberg, O.F. (2006). Change in attachment patterns and reflective function in a randomized control trial of Transference Focused Psychotherapy for borderline personality disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 1027-1040.
- Linehan, M. M., Armstrong, H. E., Suarez, A., Allmon, D., & Heard, H. L. (1991). Cognitive-Behavioral Treatment of Chronically Parasuicidal Borderline Patients. *Archives of General Psychiatry*, 48(12), 1060–1064.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. The Guilford Press.
- Linehan, M., & Sargent, K. (2017). Brief Thoughts on Zen and Behavior Therapy. In A. Masuda & W. T. O'Donohue (Eds.), *Handbook of Zen, Mindfulness, and Behavioral Health* (pp. 251–254). Springer International Publishing.
- Linehan, M. M., & Wilks, C. R. (2015). The Course and Evolution of Dialectical Behavior Therapy. *American Journal of Psychotherapy*, 69(2), 97–110.
- Lynch, T. R., Morse, J. Q., Mendelson, T., & Robins, C. J. (2003). Dialectical behavior therapy for depressed older adults: A randomized pilot study. *The American Journal of Geriatric Psychiatry: Official Journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*, 11(1), 33–45.
- Malar, L., & Giuffredi-Kahr, A. (2024). The Dark Triad of brand personality: Scale development and validation. *Psychology & Marketing*, 41(11), 2728-2740.
- Malesza, M., Ostaszewski, P., Büchner, S., & Kaczmarek, M. C. (2019). The adaptation of the Short Dark Triad personality measure—psychometric properties of a German sample. *Current Psychology*, 38(3), 855-864.
- McLaughlin, K. A., Hatzenbuehler, M. L., Mennin, D. S., & Nolen-Hoeksema, S. (2011). Emotion dysregulation and adolescent psychopathology: A prospective study. *Behaviour Research and Therapy*, 49(9), 544–554.
- Muris, P., Meesters, C., & Timmermans, A. (2013). Some youths have a gloomy side: Correlates of the dark triad personality traits in non-clinical adolescents. *Child Psychiatry & Human Development*, 44(5), 658-665.
- Moscara, M., & Bergonzini, E. (2021). Integrating the principles of transference-focused psychotherapy with psychiatric consultation for

- patients admitted to a general hospital: A clinical application of a psychotherapeutic tool. *International Journal of Applied Psychoanalytic Studies*, 18(1), 18-29.
- Moukhtarian, T. R., Mintah, R. S., Moran, P., & Asherson, P. (2018). Emotion dysregulation in attention-deficit/hyperactivity disorder and borderline personality disorder. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 5, 9.
- Normandin, L., Ensink, K., & Kernberg, O. F. (2015). Transference-focused psychotherapy for borderline adolescents: a neurobiologically informed psychodynamic psychotherapy. *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy*, 14(1), 98-110.
- Normandin, L., Ensink, K., Weiner, A., & Kernberg, O. F. (2021). *Transference-focused psychotherapy for adolescents with severe personality disorders*. American Psychiatric Pub.
- Normandin, L., Ensink, K., Yeomans, F. E., & Kernberg, O. F. (2014). Transference-focused psychotherapy for personality disorders in adolescence. In *Handbook of borderline personality disorder in children and adolescents* (pp. 333-359). New York, NY: Springer New York.
- Normandin, L., Weiner, A., & Ensink, K. (2021). Transference-focused psychotherapy for adolescents with personality disorders. *Psychodynamic Psychiatry*, 49(2), 215-243.
- Ozsoy, E., Griffiths, M. D., & Ak Şahinoglu, Z. (2024). The Big Five and dark triad personality traits as predictors of emotional labour. *Australian Journal of Psychology*, 76(1), 2389842.
- Pailing, A., Boon, J., & Egan, V. (2014). Personality, the Dark Triad and violence. *Personality and Individual Differences*, 67, 81-86.
- Paulus, F. W., Ohmann, S., Möhler, E., Plener, P., & Popow, C. (2021). Emotional Dysregulation in Children and Adolescents With Psychiatric Disorders. A Narrative Review. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 628252.
- Pelster, M., & Schaltegger, S. (2022). The dark triad and corporate sustainability: An empirical analysis of personality traits of sustainability managers. *Business Ethics, the Environment & Responsibility*, 31(1), 80-99.
- Petrica, E., & Panisoara, G. (2024). The influence of dark triad-specific personality traits (Machiavellianism, narcissism, psychopathy) on parenting styles, and parental competence in raising and educating children. *Global Journal of Social Sciences Studies*, 10(2), 68-75.
- Preti, E., Casini, E., Bazan, M., Blüml, V., Gonzalez Torres, M. A., Lendvay, J., ... & Clarkin, J. (2024). Transition to online transference-focused psychotherapy during the COVID-19 pandemic. *Psychoanalytic Psychology*.

- Preotiuc-Pietro, D., Carpenter, J., Giorgi, S., & Ungar, L. (2016, October). Studying the Dark Triad of personality through Twitter behavior. In *Proceedings of the 25th ACM international on conference on information and knowledge management* (pp. 761-770).
- Prusik, M., & Szulawski, M. (2019). The relationship between the Dark Triad personality traits, motivation at work, and burnout among HR recruitment workers. *Frontiers in psychology*, 10, 1290.
- Radcliffe, J., & Yeomans, F. (2019). Transference-focused psychotherapy for patients with personality disorders: Overview and case example with a focus on the use of contracting. *British Journal of Psychotherapy*, 35(1), 4-23.
- Roeser, K., McGregor, V. E., Stegmaier, S., Mathew, J., Kübler, A., & Meule, A. (2016). The Dark Triad of personality and unethical behavior at different times of day. *Personality and Individual Differences*, 88, 73-77.
- Radcliffe, J., & Yeomans, F. (2019). Transference-focused psychotherapy for patients with personality disorders: Overview and case example with a focus on the use of contracting. *British Journal of Psychotherapy*, 35(1), 4-23.
- Rassip, M. N. A. A., Mohamed, S., Razali, S., Rasidi, D., & Lee, T. (2025). The Effectiveness of Teaching Applied Transference Focused Psychotherapy on the Attitudes and Technical Confidence of Psychiatry Trainees in Malaysia, on the Management of Patients with Personality Disorder. *BJPsych Open*, 11(S1), S78-S78.
- Reeves, M., James, L. M., Pizzarello, S. M., & Taylor, J. E. (2010). Support for Linehan's biosocial theory from a nonclinical sample. *Journal of Personality Disorders*, 24(3), 312-326.
- Ripoll, E., Krischer, M., & Grilló, J. V. (2025). Using Transference-Focused Psychotherapy (TFP) Principles in Adult and Adolescent Day Hospital Settings. In *Implementing Transference-Focused Psychotherapy Principles: General Psychiatric Care for Personality Disorders* (pp. 135-165). Cham: Springer Nature Switzerland.
- Sloan, E., Hall, K., Moulding, R., Bryce, S., Mildred, H., & Staiger, P. K. (2017). Emotion regulation as a transdiagnostic treatment construct across anxiety, depression, substance, eating and borderline personality disorders: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 57, 141-163.
- Sanecka, E. (2017). The dark side of social media: Associations between the Dark Triad of personality, self-disclosure online and selfie-related behaviours. *The Journal of Education, Culture, and Society*, 8(2), 71-88.

- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002). Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse (pp. xiv, 351). Guilford Press.
- Swales, M. A. (2018). *The Oxford Handbook of Dialectical Behaviour Therapy*. Oxford University Press.
- Schreiber, A., & Marcus, B. (2020). The place of the “Dark Triad” in general models of personality: Some meta-analytic clarification. *Psychological Bulletin*, 146(11), 1021.
- Shih, S. I., Chi, N. W., Wu, C. C., & Wang, S. Y. (2021). When dark meets blue: the relations between dark triad personality and depression symptoms. *Current Psychology*, 40(12), 6110-6117.
- Singh, S. (2023). A study of selfie phenomenon: Its worldwide impact. *Madhav Research and Review*, 5(1), 11-16.
- Stead, R., Fekken, G. C., Kay, A., & McDermott, K. (2012). Conceptualizing the dark triad of personality: Links to social symptomatology. *Personality and Individual Differences*, 53(8), 1023-1028.
- Stiff, C., & Reeves, M. (2024). Careful when you click? How the dark triad of personality can influence the likelihood of online crime victimization. *The Journal of Psychology*, 158(3), 238-256.
- Szabo, E. & Jonesb, D. (2019). Gender differences moderate Machiavellianism and impulsivity: Implications for Dark Triad research. *Personality and Individual Differences*, 141, 160-165.
- Serna-Galindo, J. E. (2024). The sadomasochistic character and borderline personality organization: Working through the underlying conflicts and defenses using transference-focused psychotherapy. *Psychoanalytic Psychology*, 41(4), 153.
- Seyedi Asl, S. T., SabzehAra Langaroudi, M., Khosravi, M., Khayatan, T., Maleki Pirbazari, M., Moharami, J., & Alizadeh, H. (2024). Effectiveness of transference-focused psychotherapy in treating patients with borderline personality disorder: A rapid review. *Professional Psychology: Research and Practice*, 55(4), 354.
- Seyedi Asl, S. T., SabzehAra Langaroudi, M., Khosravi, M., Khayatan, T., Maleki Pirbazari, M., Moharami, J., & Alizadeh, H. (2024). Effectiveness of transference-focused psychotherapy in treating patients with borderline personality disorder: A rapid review. *Professional Psychology: Research and Practice*, 55(4), 354.
- Stern, B. L., & Yeomans, F. (2018). The psychodynamic treatment of borderline personality disorder: an introduction to transference-focused psychotherapy. *Psychiatric Clinics*, 41(2), 207-223.
- Stern, B. L., & Yeomans, F. (2018). The psychodynamic treatment of borderline personality disorder: an introduction to transference-focused psychotherapy. *Psychiatric Clinics*, 41(2), 207-223.

- Stern, B. L., Diamond, D., & Yeomans, F. (2018). Position Paper—Transference-Focused Psychotherapy (TFP) for Narcissistic Personality. *Current Treatment Options in Psychiatry*, 5, 275-289.
- Stern, B. L., Diamond, D., & Yeomans, F. E. (2017). Transference-focused psychotherapy (TFP) for narcissistic personality: Engaging patients in the early treatment process. *Psychoanalytic Psychology*, 34(4), 381.
- Stoffers, J.M., Vollm, B.A., Rucker, G., Timmer, A., Huband, N., & Lieb K. (2012). Psychological therapies for people with borderline personality disorder. The Cochrane Collaboration. Published online: 15 Aug 2012
- Swenson, C. R. (2016). *DBT principles in action: Acceptance, change, and dialectics*. The Guilford Press.
- Temmingh, H. S., Fanidi, I., Bracken, C., & Lee, T. (2024). Teaching transference focused psychotherapy to South African mental health practitioners. *South African Journal of Psychiatry*, 30, 2315.
- Tmej, A., Fischer-Kern, M., Doering, S., Horz-Sagstetter, S., Rentrop, M., & Buchheim, A. (2021). Borderline patients before and after one year of transference-focused psychotherapy (TFP): A detailed analysis of change of attachment representations. *Psychoanalytic Psychology*, 38(1), 12.
- Torres, M. A. G., & Valenciano, L. (2025). Transference-Focused Psychotherapy (TFP) Principles for Mental Health Professionals in Higher-Acuity Settings. In *Implementing Transference-Focused Psychotherapy Principles: General Psychiatric Care for Personality Disorders* (pp. 197-215). Cham: Springer Nature Switzerland.
- Ucar, G. K., Malatyali, M. K., Planalı, G. O., & Kanik, B. (2023). Personality and pro-environmental engagements: The role of the Dark Triad, the Light Triad, and value orientations. *Personality and Individual Differences*, 203, 112036.
- van Asselt, A. D., Dirksen, C. D., Arntz, A., Giesen-Bloo, J. H., van Dyck, R., Spinhoven, P., ... & Severens, J. L. (2008). Out-patient psychotherapy for borderline personality disorder: cost-effectiveness of schema-focused therapy v. transference-focused psychotherapy. *The British Journal of Psychiatry*, 192(6), 450-457.
- Van Dijk, S., Jeffrey, J., & Katz, M. R. (2013). A randomized, controlled, pilot study of dialectical behavior therapy skills in a psychoeducational group for individuals with bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 145(3), 386-393.
- Van Geel, M., Goemans, A., Toprak, F., & Vedder, P. (2017). Which personality traits are related to traditional bullying and cyberbullying? A study with the Big Five, Dark Triad and sadism. *Personality and individual differences*, 106, 231-235.

- Veselka, L., Schermer, J. A., & Vernon, P. A. (2012). The Dark Triad and an expanded framework of personality. *Personality and Individual Differences*, 53(4), 417-425.
- Vize, C. E., Collison, K. L., Miller, J. D., & Lynam, D. R. (2020). The “core” of the dark triad: A test of competing hypotheses. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 11(2), 91.
- Wright, K., Dodd, A. L., Warren, F. C., Medina-Lara, A., Dunn, B., Harvey, J., Javaid, M., Jones, S. H., Owens, C., Taylor, R. S., Duncan, D., Newbold, A., Norman, S., Warner, F., & Lynch, T. R. (2021). Psychological therapy for mood instability within bipolar spectrum disorder: A randomised, controlled feasibility trial of a dialectical behaviour therapy-informed approach (the ThrIVE-B programme). *International Journal of Bipolar Disorders*, 9, 20.
- Yeomans, F. (2017). Questions concerning the randomized trial of schema-focused therapy vs transference-focused psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 64(5), 609-610.
- Yeomans, F. E. (2004). Transference-focused psychotherapy in borderline personality disorder. *Psychiatric Annals*, 34(6), 449-454.
- Yeomans, F. E., Clarkin, J. F., & Kernberg, O. F. (2002). *A primer of transference-focused psychotherapy for the borderline patient*. Jason Aronson, Incorporated.
- Yeomans, F. E., Clarkin, J. F., & Kernberg, O. F. (2015). *Transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder: A clinical guide*. American Psychiatric Pub.
- Zeigler-Hill, V., Besser, A., Morag, J., & Campbell, W. K. (2016). The Dark Triad and sexual harassment proclivity. *Personality and Individual Differences*, 89, 47-54..
- Zeng, W., Luo, Y. J., & Chen, H. (2023). Does thin-ideal internalization increase adolescent girls’ problematic social media use? The role of selfie-related behaviors and friendship quality. *Youth & Society*. Advance online publication.