البحث الثامن

اضطراب الشخصية الحدية وعلاقته بخبرات الإساءة في الطفولة والميول الانتحارية لدى المدمنين المنتكسين في ضوء بعض المتغيرات الديموجرافية

إعداد

د/ أسماء محمد السيد لطفي

مدرس علم النفس بكلية الدراسات الإنسانية – جامعة الأزهر

المستخلص:

هدف البحث الحالي إلى التعرف على مستوى اضطراب الشخصية الحدية لدى المدمنين المنتكسين، ومعرفة العلاقة بين اضطراب الشخصية الحدية وخبرات الإساءة في الطفولة والميول الانتحارية، والتحقق من إمكانية التنبؤ باضطراب الشخصية الحدية من خلال خبرات الإساءة في الطفولة والميول الانتحارية، والكشف عن الفروق في اضطراب الشخصية الحدية وفقًا للمؤهل التعليمي (متوسط- مرتفع)، والحالة الاجتماعية (متزوج- غير متزوج)، ومدة التعاطي (أقل من 3 سنوات- أكثر من 3 سنوات)، وعدد مرات الانتكاس (أقل من 3 مرات- أكثر من 3 مرات) لدى المدمنين المنتكسين. وشارك في البحث (167) مدمنًا منتكسًا، تتراوح أعمارهم ما بين (20- 47) عامًا؛ وتكونت أدوات البحث من مقياس اضطراب الشخصية الحدية (إعداد الباحثة)، ومقياس خبرات الإساءة في الطفولة (إعداد الباحثة)، ومقياس الميول الانتحارية (إعداد الباحثة). وأسفرت النتائج عن وجود مستوى متوسط دال إحصائيًا من أعراض اضطراب الشخصية الحدية لدى المدمنين المنتكسين، ووجود علاقة موجبة دالة إحصائيًا بين اضطراب الشخصية الحدية وخبرات الإساءة في الطفولة والميول الانتحارية، وإمكانية التنبؤ باضطراب الشخصية الحدية لدى المدمنين المنتكسين في ضوء بعض خبرات الإساءة (الجسدية، والنفسية) في الطفولة والميول الانتحارية، ووجود فروق دالة إحصائيًا بين متوسطي درجات المدمنين المنتكسين ذوي المؤهل التعليمي المتوسط والمرتفع على بعدي "اضطراب الهوية" "واضطراب السلوك"، والدرجة الكلية لاضطراب الشخصية الحدية في اتجاه ذوي المؤهل المتوسط؛ وعدم وجود فروق دالة إحصائيًا بين متوسطي درجات المدمنين المنتكسين ذوي المؤهل التعليمي المتوسط والمرتفع على بعد "اضطراب الوجدان"؛ ووجود فروق دالة إحصائيًا بين متوسطي درجات المدمنين المنتكسين المتزوجين وغير المتزوجين على أبعاد مقياس اضطراب الشخصية الحدية والدرجة الكلية له في اتجاه المدمنين المتزوجين؛ ووجود فروق دالة إحصائيًا بين متوسطي درجات المدمنين المنتكسين على بعدي "اضطراب الهوية" و"اضطراب السلوك"، والدرجة الكلية لاضطراب الشخصية الحدية باختلاف مدة التعاطي (أقل من 3 سنوات- أكثر من 3 سنوات) في اتجاه مدة التعاطي أكثر من 3 سنوات، وعدم وجود فروق دالة إحصائيًا بين متوسطي درجات المدمنين المنتكسين على بعد "اضطراب الوجدان" باختلاف مدة التعاطي؛ ووجود فروق دالة إحصائيًا بين متوسطي درجات المدمنين المنتكسين على بعد "اضطراب الهوية" باختلاف عدد مرات الانتكاس في اتجاه المنتكسين أكثر من 3 مرات، وعدم وجود فروق دالة إحصائيًا بين متوسطي درجات المدمنين المنتكسين على بعدي "اضطراب الوجدان" و"اضطراب السلوك" والدرجة الكلية لاضطراب الشخصية الحدية باختلاف عدد مرات الانتكاس. تمت مناقشة نتائج البحث، وتقديم بعض التوصيات والبحوث المقترحة.

الكلمات المفتاحية: اضطراب الشخصية الحدية، خبرات الإساءة في الطفولة، الميول الانتحارية، الإدمان، الانتكاسة.

Borderline personality disorder and its Correlation with childhood abuse experiences and suicidal tendencies among relapsed addicts in the light of some demographic variables

Abstract:

The current research aimed to identify the level of borderline personality disorder (BPD) among relapsed addicts, and the correlation between BPD, childhood abuse experiences and suicidal tendencies, and to verify the possibility of predicting BPD through childhood abuse experiences and suicidal tendencies, and to examine differences in BPD according to educational qualification (medium-high), marital status (married-unmarried), duration of abuse (less than 3 years-more than 3 years), and number of relapses (less than 3 times-more than 3 times) among relapsed addicts. (167) relapsed addicts, whose ages ranged between (20-47) years, participated in the research. The research tools consisted of measure of BPD, measure of childhood abuse experiences, and measure of suicidal tendencies (All prepared by the researcher).

Results revealed that there was a statistically significant average level of symptoms of BPD among relapsed addicts, and a statistically significant positive relationship between BPD and both childhood abuse experiences and suicidal tendencies, and the possibility of predicting BPD among relapsed addicts in the light of some abuse experiences (physical and psychological) in childhood and suicidal tendencies, and there were statistically significant differences between the mean scores of relapsed addicts with medium and high educational qualifications on the two dimensions of “identity disorder” and “behavior disorder”, and the total degree of BPD in the direction of those with average qualifications; And there were no statistically significant differences between the mean scores of relapsed addicts with medium and high educational qualifications on the “mood disorder” dimension; And there were statistically significant differences between the mean scores of married and unmarried relapsed addicts on the dimensions of the BPD scale and its total score towards married addicts; There were statistically significant differences between the mean scores of relapsed addicts on the dimensions of "identity disorder" and "behavior disorder", and the total degree of BPD according to the duration of abuse (less than 3 years - more than 3 years) in the direction of more than 3 years, and There were no statistically significant differences between the mean scores of relapsed addicts on the “mood disorder” dimension, according to the duration of abuse. And there were statistically significant differences between the mean scores of relapsed addicts on the "identity disorder" dimension, according to number of relapses towards the relapsed more than 3 times, and there were no statistically significant differences between the mean scores of relapsed addicts on the dimensions of "mood disorder" and "behavior disorder" and the total score. For BPD according to the number of relapses. The results of the research were discussed, and some recommendations and suggested research were presented.

Keywords: **Borderline personality disorder, Childhood abuse experiences, Suicidal tendencies, Addiction, Relapse.**

مقدمــة:

يعد إدمان المواد المخدرة من أخطر المشكلات التي تواجه المجتمعات على مستوى العالم نظرًا لتعدد أضرارها وأبعادها وانعكاس آثارها السلبية على الفرد والمجتمع شاملة النواحي الصحية والنفسية والاجتماعية والاقتصادية والسياسية والجنائية، بالإضافة إلى اتخاذها مسارًا مزمنًا يُصعب معه التصدي لها والقضاء عليها بشكل تام.

وفي هذا السياق، فقد أشار Mohammadpoorasl et al. (2012) إلى أن تعاطي المواد المخدرة يعد مرضًا مزمنًا متكرر الانتكاس، حيث تميل نسبة كبيرة من الأفراد الذين تم علاجهم من الإدمان إلى إعادة استخدام المخدرات بعد فترة وجيزة من العلاج، وتم التوصل إلى بعض العوامل مثل الإجهاد والاكتئاب والقلق والمزاج الإيجابي والضغط الاجتماعي وخبرات الإساءة وضغوط العمل والصراع الزوجي والخلل الوظيفي الأسري وانخفاض مستوى الدعم الاجتماعي، كمسببات للانتكاس.

والانتكاسة أو العودة للتعاطي –بعد مرور المدمن بخبرة علاجية– من الأمور المألوفة لدى العاملين في مجال علاج الإدمان، لذلك تسعى المؤسسات العلاجية في ميدان الإدمان إلى الاعتماد على البرامج العلاجية لمرضى الإدمان لمواجهة مشكلة العودة للتعاطي مرة أخرى بعد خروج المدمن من المصحة العلاجية (فخري، 2015: 107).

وتوصلت نتائج دراسة كرم الدين وآخرين (2018) إلى وجود علاقة ارتباطية بين سمات الشخصية وعودة المدمن للهيروين، حيث وجدت فروق دالة إحصائيًا بين المنتكسين وغير المنتكسين في سمات الشخصية، كما أشار Parmar & Kaloiya (2018) إلى أن معدل انتشار اضطرابات الشخصية يتراوح ما بين 10% إلى 14,8% لدى الأشخاص العاديين، بينما ترتفع تلك النسبة لتتراوح ما بين 34,8% إلى 73% لدى المرضى الذي عولجوا من الإدمان، كما أن اضطراب الشخصية الحدية واضطراب الشخصية المعادية للمجتمع يرتبطان بشكل خاص باضطراب تعاطي المخدرات.

واضطراب الشخصية الحدية (BPD) هو اضطراب نفسي منهك، يتميز بنمط طويل الأمد من عدم استقرار العلاقات الشخصية، وتشوه صورة الذات، والاندفاع الملحوظ، وعدم الاستقرار الانفعالي. ويعاني الأفراد المصابون باضطراب الشخصية الحدية من ضعف وظيفي ملحوظ، ومعدلات عالية من الاضطرابات النفسية المرضية، وتعاطي المخدرات، وإيذاء النفس المتعمد، والتفكير والسلوك الانتحاري (Gartlehner et al., 2021).

ويعتبر اضطراب الشخصية الحدية (BPD) أحد أكثر اضطرابات الشخصية شيوعًا بين عامة الناس، ومن بين عوامل الخطر المتعددة التي تم التوصل إليها، فإن أحد أكثر العناصر تأثيرًا هو التعرض لخبرة الإساءة في الطفولة بما في ذلك الإساءة العاطفية أو الجسدية أو الجنسية حيث تحدث سلسلة من التغيرات العصبية والتغيرات اللاجينية استجابةً لتلك الضغوط الحادثة في الطفولة، والتي قد يكون لها ارتباط قوي بتطور اضطراب الشخصية الحدية (Mainali et al., 2020).

وأوضحت نتائج العديد من الدراسات مثل دراسة Ogai et al. (2015) أن الأشخاص الذين عانوا من إساءة المعاملة في مرحلة الطفولة كانوا أكثر عرضة لخطر الإدمان على المواد المخدرة من الأشخاص الذين لم يمروا بخبرات إساءة أثناء مرحلة الطفولة.

ويُقصد بإساءة معاملة الأطفال كل سلوك صادر عن أحد الوالدين أو كليهما أو الشخص القائم برعاية الطفل سواء عن قصد أو غير قصد بهدف إيقاع ضرر جسمي أو نفسي أو جنسي أو إهمال ويمارس ضد الطفل سواء في الأسرة أو في المدرسة أو المؤسسات العامة بالمجتمع، مما يهدد السلامة الجسدية والنفسية للطفل (عبد الفتاح، 2012: 443).

هذا، ويُعد الانتحار ظاهرة عالمية ومشكلة صحية عامة كبرى، تتسبب في وفاة 800 ألف شخص كل عام، أي ما يعادل شخصًا واحدًا كل 40 ثانية. وينطوي خطر الانتحار على عوامل بيولوجية ونفسية واجتماعية وبيئية، فهناك اختلافات بين الثقافات في معدلات الانتحار بين مختلف البلدان في العالم. وتشمل العوامل البيئية والثقافية التي قد تفسر معدلات الانتحار المختلفة بين البلدان تعاطي الكحوليات والمخدرات، والمتغيرات المتعلقة بسوق العمل والاقتصاد، ووصمة العار تجاه الأشخاص الذين يعانون من مشاكل الصحة العقلية (Álvarez et al.,2022).

وقد أشارت نتائج العديد من الدراسات مثل Cederlöf, et al. (2017) و Rodríguez et al. (2018) ، و Pillon, et al. (2019)، و López, et al. (2019)، وشاهين وآخرون (2022) إلى وجود ارتباط بين إدمان المواد المخدرة والميول الانتحارية، كما أن الميول الانتحارية لدى المرضى المدمنين ترتبط بعدة عوامل من أهمها اضطراب الشخصية الحدية، وخبرات الإساءة (الجسدية والعاطفية والجنسية)، وانخفاض القدرة على التكيف مع ضغوط الحياة اليومية.

وفي ضوء ما سبق، ونظرًا للدور الذي تلعبه اضطرابات الشخصية بصفة عامة واضطراب الشخصية الحدية بصفة خاصة في الاتجاه نحو إدمان المواد المخدرة، بل وفي العود إلى الإدمان بعد تلقي العلاج والتعافي، فإن البحث الحالي يسعى إلى دراسة اضطراب الشخصية الحدية

وعلاقته بخبرات الإساءة في الطفولة والميول الانتحارية لدى المدمنين المنتكسين في ضوء بعض المتغيرات الديموجرافية.

مشكلة البحث وتساؤلاته:

بالرغم من الجهود المضنية التي تبذلها مؤسسات دول العالم في مكافحة وعلاج إدمان المواد المخدرة، والحد من آثارها الخطيرة على الفرد والمجتمع، إلا أن معدلات انتشار تلك الظاهرة مازالت في ارتفاع ملحوظ، حيث ذكر التقرير الصادر عن مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة لعام 2021م، أن حوالي (275) مليون شخص تعاطوا المخدرات في جميع أنحاء العالم، في حين عانى أكثر من 36 مليون شخص من اضطرابات تعاطي المخدرات، كما ازداد عدد الأشخاص الذين يتعاطون المخدرات بين عامي 2010–2019 بنسبة 22%، وتشير التوقعات الحالية إلى زيادة بنسبة 11% في عدد الأشخاص الذين يتعاطون المخدرات على الصعيد العالمي بحلول عام 2030، وزيادة ملحوظة بنسبة 40% في أفريقيا، بسبب النمو السريع للسكان والشباب (مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة، 2021).

وعلى صعيد الإحصائيات المحلية، فقد أفاد تقرير المسح القومي الشامل لتعاطي المواد المؤثرة في الحالة النفسية، الصادر عن صندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطي، أن نتائج الدراسة التي أجريت على 30 ألف أسرة معيشية للشريحة العمرية (12 سنة حتى 60 سنة) بكافة محافظات الجمهورية قد توصلت إلى أن نسبة المدخنين بلغت 27,9%، ونسبة التعاطي بلغت 5,9%، أما نسبة الإدمان فقد بلغت 2,3% (صندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطي، 2021).

وأشارت نتائج دراسة الغريب (2009) إلى أن اضطراب الشخصية الحدية قد جاء في المرتبة الخامسة من بين اضطرابات الشخصية الأكثر شيوعًا لدى المعتمدين على المواد النفسية المتعددة وذلك بنسبة انتشار بلغت (10,41%)؛ كما ذكر Kienast et al. (2014) أن اضطراب الشخصية الحدية يؤثر على 2,7% من البالغين وأن حوالي 78% من البالغين المصابين باضطراب الشخصية الحدية يعانون أيضًا من اضطراب إدمان المواد المخدرة في وقت ما من حياتهم، ويكونون أكثر اندفاعًا وأقل استقرارًا ويظهرون السلوك الانتحاري إلى حد كبير.

وأكد Perrotta (2020) أن اضطراب الشخصية الحدية غالبًا ما يرتبط بالأحداث المؤلمة في مرحلة الطفولة (ثم تطور إلى اضطراب ما بعد الصدمة في الطفولة)، مثل الاعتداء الجنسي أو الجسدي، أو التنشئة مع الوالدين الذين يعانون من مشاكل سلوكية أو اضطرابات عقلية (مثل الفصام، والاضطراب ثنائي القطب، أو اضطراب فصامي عاطفي).

وأوضحت نتائج دراسة Fernández-Montalvo et al. (2015) أن حوالي 46% من مدمني المواد المخدرة كانوا ضحايا لسوء المعاملة (الجسدية، والنفسية، والجنسية)، وأن هؤلاء المدمنين ممن لديهم تاريخ من الإساءة قد سجلوا معدلات أعلى في حدة الإدمان واضطرابات الشخصية وسوء التوافق مقارنة بالمدمنين الذين لم يتعرضوا للإساءة.

وفقًا لتقرير منظمة الصحة العالمية فقد احتلت مصر المرتبة الأولى عربيًا بعدد حالات الانتحار، وتشير أحدث الإحصائيات الصادرة عن مكتب النائب العام أن مصر شهدت (2584) حالة انتحار خلال العام 2021م، الفئة العمرية الأكثر إقبالاً على الانتحار في مصر هي ما بين 15 و25 عامًا، حيث تبلغ نسبتهم (66.6%) من إجمالي عدد المنتحرين في كل الفئات، وتأتي بعد ذلك نسبة المنتحرين من المرحلة العمرية ما بين 25 و40 عامًا، حيث تمثل النسبة الأكبر لانتحار الرجال، وفي المرتبة الثالثة تأتي الفئة العمرية من 7 إلى 15 عامًا، إذ بلغت 5.21% من إجمالي المنتحرين في مصر (جريدة المصري اليوم، 2022).

وتوصلت نتائج دراسة الكندري (2014) إلى أن ما يقارب 20,2% من المدمنين المنتكسين حاولوا الانتحار مرة واحدة أو أكثر، ويعتبر ذلك مؤشرًا لوجود حالة من اليأس والاكتئاب لدى هؤلاء الأفراد والرغبة في التخلص من حياتهم.

وبناءً على ما تقدم، وفي ظل محدودية الدراسات العربية والأجنبية –في حدود اطلاع الباحثة– التي اهتمت بتناول اضطراب الشخصية الحدية وعلاقته ببعض المتغيرات لدى المدمنين المنتكسين، فإن البحث الحالي يتناول اضطراب الشخصية الحدية وعلاقته بخبرات الإساءة في الطفولة والميول الانتحارية لدى المدمنين المنتكسين في ضوء بعض المتغيرات الديموجرافية.

ومن ثمّ، يمكن صياغة مشكلة البحث الحالي في التساؤلات التالية:

1- ما مستوى اضطراب الشخصية الحدية لدى المشاركين في البحث؟
2- ما العلاقة بين اضطراب الشخصية الحدية وخبرات الإساءة في الطفولة لدى المدمنين المنتكسين؟
3- ما العلاقة بين اضطراب الشخصية الحدية والميول الانتحارية لدى المدمنين المنتكسين؟
4- ما إمكانية التنبؤ باضطراب الشخصية الحدية من خلال خبرات الإساءة في الطفولة والميول الانتحارية لدى المدمنين المنتكسين؟
5- ما الفروق بين متوسطي درجات المدمنين المنتكسين على أبعاد مقياس اضطراب الشخصية الحدية والدرجة الكلية باختلاف المؤهل التعليمي (متوسط- مرتفع)؟

6- ما الفروق بين متوسطي درجات المدمنين المنتكسين على أبعاد مقياس اضطراب الشخصية الحدية والدرجة الكلية باختلاف الحالة الاجتماعية (متزوج- غير متزوج)؟

7- ما الفروق بين متوسطي درجات المدمنين المنتكسين على أبعاد مقياس اضطراب الشخصية الحدية والدرجة الكلية باختلاف مدة التعاطي (أقل من 3 سنوات- أكثر من 3 سنوات)؟

8- ما الفروق بين متوسطي درجات المدمنين المنتكسين على أبعاد مقياس اضطراب الشخصية الحدية والدرجة الكلية باختلاف عدد مرات الانتكاس (أقل من 3 مرات- أكثر من 3 مرات)؟

أهداف البحــث:

1- التعرف على مستوى اضطراب الشخصية الحدية لدى المدمنين المنتكسين.

2- معرفة العلاقة بين اضطراب الشخصية الحدية وخبرات الإساءة في الطفولة والميول الانتحارية لدى المدمنين المنتكسين.

3- التحقق من إمكانية التنبؤ باضطراب الشخصية الحدية لدى المدمنين المنتكسين من خلال خبرات الإساءة في الطفولة والميول الانتحارية.

4- الكشف عن الفروق في اضطراب الشخصية الحدية لدى المدمنين المنتكسين وفقًا للمؤهل التعليمي (متوسط- مرتفع)، والحالة الاجتماعية (متزوج- غير متزوج)، ومدة التعاطي (أقل من 3 سنوات- أكثر من 3 سنوات)، وعدد مرات الانتكاس (أقل من 3 مرات- أكثر من 3 مرات).

أهميــة البحث:

الأهمية النظرية:

- الاهتمام بفئة المدمنين المنتكسين (العائدين إلى الإدمان بعد التعافي) في ظل تزايد أعدادهم، وتعدد الأسباب التي تسهم في حدوث الانتكاسة بالإضافة إلى الآثار السلبية التي تنتج عنها والتي لا تنعكس على المدمن فحسب، بل يمتد تأثيرها إلى أفراد أسرته والمجتمع ككل.
- تناول اضطراب الشخصية الحدية لدى المدمنين المنتكسين باعتباره أحد اضطرابات الشخصية التي تسهم بشكل رئيس في معاقرة المواد المخدرة وفي العودة إليها بعد التعافي.
- تقديم تصورًا نظريًا حول علاقة اضطراب الشخصية الحدية بخبرات الإساءة في الطفولة والميول الانتحارية لدى فئة المدمنين المنتكسين وإمكانية التنبؤ بالاضطراب من خلال تلك المتغيرات.

- يقع هذا البحث في إطار البحوث التي تهتم بدراسة الميول الانتحارية لدى المدمنين المنتكسين مع ارتفاع معدلات الانتحار في الآونة الأخيرة لدى شرائح مختلفة من المجتمع بوجه عام ولدى المدمنين المنتكسين بصفة خاصة.

الأهمية التطبيقية: قد تساهم نتائج البحث الحالي فيما يلي:

- لفت انتباه العاملين في مجال الصحة النفسية وعلاج الإدمان نحو الدور الذي يلعبه اضطراب الشخصية الحدية في انتكاس المدمنين بعد خضوعهم للعلاج وتعافيهم، وأهمية التركيز على إدراج علاج هذا الاضطراب كخطوة أساسية في الخطة العلاجية لمريض الإدمان.
- تكثيف الاهتمام بالدراسات والبحوث الموجهة لتناول اضطرابات الشخصية التي تسهم في حدوث الانتكاسة، إلى جانب تسليط الضوء على المتغيرات النفسية المرتبطة بتلك الاضطرابات وذلك في سبيل العمل على خفضها وبالتالي الحد من انتكاس المتعافين.
- توجيه المختصين بالصحة النفسية وعلاج الإدمان نحو عقد ندوات تثقيفية ومحاضرات إرشادية وتوعوية تهدف إلى رفع مستوى الوعي باضطراب الشخصية الحدية وأعراضه وأسبابه والعوامل المرتبطة به وطرق تقييمه ودوره في الإدمان وحدوث الانتكاسة، بالإضافة إلى كيفية خفضه والتقليل من معاناة الأفراد المصابين به.
- تحفيز الباحثين والمعالجين النفسيين لإعداد برامج إرشادية تكاملية وعلاجية تهدف إلى خفض اضطراب الشخصية الحدية لدى المدمنين المنتكسين والتخفيف من عواقب الإساءة في الطفولة وكذلك خفض حدة الميول الانتحارية لديهم.

التحديد الإجرائي لمصطلحات البحث:

- **اضطراب الشخصية الحدية Borderline personality disorder:** تًعرفه الباحثة بأنه: "اضطراب نفسي مزمن يتسم بنمط من الأعراض المزعجة التي يعاني منها المدمن المنتكس، ويظهر في ثلاثة جوانب: اضطراب الهوية، واضطراب الوجدان، واضطراب السلوك."
- **خبرات الإساءة في الطفولة Child Abuse Experiences:** تًعرفها الباحثة بأنها: "جميع الممارسات السلبية والمؤذية (جسديًا، أو نفسيًا، أو جنسيًا) التي تعرض لها المدمن المنتكس في طفولته سواء من أحد الوالدين أو كليهما أو أحد المحيطين به (الأقارب، والجيران، والمعلمين، والأقران)، والتي تسبب اضطرابًا في شخصيته وتعيق توافقه النفسي والاجتماعي."

- **الميول الانتحارية Suicidal Tendencies:** تُعرّفها الباحثة بأنها: "رغبة المدمن المنتكس في إنهاء حياته لوضع حد لمعاناته، وذلك بالتفكير في الانتحار ووضع خطط له وكتابة الوصية واختيار الأداة والمكان والزمان المناسبين، وتغلبه على الخوف الغريزي من الموت وقيامه بمحاولات فعلية للتخلص من حياته."
- **المدمنين المنتكسين Relapsed Addicts:** ويُقصد بهم في البحث الحالي: "مجموعة من المدمنين الذكور العائدين إلى التعاطي بعد تعافيهم "بغض النظر عن نوع المخدر ومدة التعافي"، وتتراوح أعمارهم ما بين (20-47) عامًا، ويتلقون العلاج بمستشفيات الدكتور جمال ماضي أبو العزايم للطب النفسي وعلاج الإدمان".

محددات البحث:

1- **محددات موضوعية:** وتتمثل في موضوع البحث وهو "اضطراب الشخصية الحدية وعلاقته بخبرات الإساءة في الطفولة والميول الانتحارية لدى المدمنين المنتكسين في ضوء بعض المتغيرات الديموجرافية".

2- **محددات بشرية:** شارك في البحث الحالي (167) مدمنًا منتكسًا، تتراوح أعمارهم ما بين (20-47) عامًا بمتوسط عمري قدره (33,6) وانحراف معياري (13,42).

3- **محددات مكانية:** تم اختيار المشاركين في البحث الحالي عشوائيًا من المدمنين المنتكسين يتلقون العلاج بمستشفيات الدكتور جمال ماضي أبو العزايم للطب النفسي وعلاج الإدمان.

4- **محددات زمانية:** تم تطبيق أدوات البحث الحالي على المشاركين في عام 2022م.

المفاهيم النظرية للبحث:

أولًا: اضطراب الشخصية الحدية Borderline personality disorder:

يعد اضطراب الشخصية الحدية أحد اضطرابات الشخصية العنقودية "ب"، والذي يتسم بسلوكيات خاطئة وعدم استقرار انفعالي، وإيذاء الذات، ويبدأ في الظهور خلال مرحلة المراهقة في شكل غضب لا يمكن السيطرة عليه، وتشويه الذات، وتفكك الشخصية، وغيرها من السلوكيات المماثلة. ومعظم المصابين به لديهم تاريخ من الاعتداء الجنسي في الطفولة (Al-Alem & Omar, 2008).

وأوردت الجمعية الأمريكية للطب النفسي (APA) في الدليل التشخيصي الإحصائي للاضطرابات العقلية- الإصدار الخامس (DSM-5) (2013) أن اضطراب الشخصية الحدية هو: "نمط من عدم الاستقرار في العلاقات الشخصية، وصورة الذات، والتأثيرات، والاندفاعية الملحوظة، يبدأ في مرحلة البلوغ المبكرة ويظهر في مجموعة متنوعة من السياقات."

وذكر Kulacaoglu & Kose (2018) أنه: "اضطراب نفسي مزمن يتميز بعدم الاستقرار الانفعالي، واضطرابات صورة الذات، والاندفاع ، والانتحار، والعلاقات الشخصية غير المستقرة."

وأوضح Levy et al. (2018) أن اضطراب الشخصية الحدية هو "اضطراب خطير في الصحة العقلية يتميز بعد الاستقرار في العلاقات والانفعالات والهوية والسلوك."

وعرّفته محمد وآخرون (2019: 507) بأنه: "السلوك الذي يعكس عدم تحمل الفرد الفراغ الشديد والاستمرار في الجهد لتجنب الهجران، والاندفاعية التي يُحتمل فيها إيذاء الذات، وتكرار السلوك الانتحاري أو الإيماءات والتهديد به والتقلب المزاجي الدائم مع عدم الاستقرار الوجداني، ونوبات متكررة من الهياج، بالإضافة إلى اضطراب الهوية مع إحساس الذات بعدم الاستقرار بشكل واضح، وعلاقات مشوشة وأفكار عابرة بارانويدية وأفكار مرتبطة بالضغوط والشك غير المنطقي."

وذكر Kaplan et al. (2020) أنه: "اضطراب متعدد الأبعاد يتميز بنمط مزعج من عدم الاستقرار في تنظيم التأثير، وصورة الذات، والتحكم في الانفعالات، والعلاقات الشخصية، مما يؤدي إلى خلل في التنظيم الانفعالي، والعدوان الاندفاعي، وتكرار إيذاء الذات، والعجز الإدراكي الذي يصاحب في كثير من الأحيان اضطرابات نفسية أخرى."

ويرى Otto et al. (2021) أنه: "اضطراب نفسي يتسم بمخاوف شديدة من الهجر، وصعوبات في التنظيم الانفعالي، ومشاعر الفراغ، والعلاقات الشخصية غير المستقرة، والاندفاع، وسلوكيات المخاطرة المتزايدة، فضلًا عن المستويات العالية من العدوانية الشخصية."

ومما سبق يتضح أن اضطراب الشخصية الحدية هو اضطراب نفسي مزمن يظهر خلال مرحلة المراهقة، وينعكس على جوانب مختلفة من حياة الفرد مثل: صورته عن ذاته، وقدرته على التحكم بمشاعره، وعلاقاته مع الآخرين، بشكل يعوقه عن أداء مهام الحياة اليومية ويتسبب في إيذاء نفسه والآخرين.

أعراض اضطراب الشخصية الحدية:

باستقراء بعض الأطر النظرية والدراسات والبحوث التي تناولت اضطراب الشخصية الحدية مثل الدليل التشخيصي الإحصائي للاضطرابات العقلية– الإصدار الخامس DSM-5 (2013)، و(2015) NAMI، وبوكيان وآخرون (2019)، وخطاب (2020)، و Cavelti et al. (2021)، يمكن إيجاز أعراض هذا الاضطراب فيما يلي:

1- بذل جهود متلاحقة ومستمرة والقيام بمحاولات مستميتة لتجنب هجر العائلة والأصدقاء سواء أكان هذا الهجر حقيقيًا أو متخيلًا.
2- نمط من العلاقات الشخصية غير المستقرة والتي تتأرجح عادة بين أقصى درجات التقديس للآخرين، والتقليل من شأنهم.
3- اضطراب الهوية: ويتمثل في صورة غير مستقرة أو مشوهة عن الذات بشكل ملحوظ ومستمر يؤثر على الحالة المزاجية والقيم والآراء والأهداف والعلاقات.
4- السلوكيات الاندفاعية التي قد تتسبب في إيذاء الذات (على سبيل المثال: التبذير، المبالغة في ممارسة الجنس، تعاطي المخدرات، قيادة السيارات بتهور واستهتار، الإفراط في الأكل).
5- السلوك الانتحاري المتكرر أو الإيماءات أو التهديدات أو السلوك المشوه للذات.
6- عدم الاستقرار الوجداني والانفعالي الناتج عن التقلب الشديد للمزاج، (مثل: خلل النطق العرضي، وفترات من المزاج الاكتئابي الشديد، والتهيج أو القلق الذي يستمر من بضع ساعات إلى بضعة أيام).
7- الشعور المزمن بالملل أو الفراغ.
8- الغضب الشديد غير المنضبط وغير المبرر أو صعوبة السيطرة على الغضب (مثل: الغضب المستمر، والمعارك الجسدية المتكررة).
9- المشاعر الانفصالية "الانفصال عن الأفكار أو الإحساس بالهوية"، والتفكير المصحوب بجنون العظمة المرتبط بالتوتر، ويمكن أن يؤدي التعرض للضغوط أو التوتر الشديد إلى نوبات ذهانية أو أعراض فصامية شديدة.

بالنظر إلى الأعراض السابقة لاضطراب الشخصية الحدية، ترى الباحثة أنه يمكن تقسيم تلك الأعراض إلى ثلاثة أبعاد رئيسة وهي: بعد اضطراب الهوية يتمثل في معاناة المدمن المنتكس من صورة غير مستقرة للذات تتراوح ما بين تدني صورة الذات وجنون العظمة بشكل يؤثر على علاقاته مع الآخرين إما بتقديسهم أو التقليل من شأنهم، وبعد اضطراب الوجدان ويتمثل في معاناة المدمن المنتكس من مشاعر غير مستقرة كالتقلب المزاجي والفراغ المزمن والغضب الشديد والقلق، بالإضافة إلى عدم القدرة على التحكم في الانفعالات، وبعد اضطراب السلوك ويتمثل في معاناة المدمن المنتكس من القيام بسلوكيات اندفاعية مؤذية سواء تجاه نفسه أو الآخرين، بالإضافة إلى سلوكيات تجنب الهجر؛ وهذه الأبعاد هي التي تتبناها الباحثة في إعداد المقياس المستخدم في البحث الحالي.

تقييم اضطراب الشخصية الحدية:

لا يوجد اختبار طبي واحد لتشخيص اضطراب الشخصية الحدية، ولا يعتمد التشخيص على علامة أو عرض واحد، إنما يتم تشخيص اضطراب الشخصية الحدية من قبل أخصائي الصحة العقلية بعد مقابلة نفسية شاملة قد تشمل التحدث مع الأطباء السابقين، والتقييمات الطبية، والمقابلات مع الأصدقاء والعائلة. ووفقًا للدليل التشخيصي الإحصائي للاضطرابات العقلية – الإصدار الخامس (DSM–5)، يتطلب تشخيص اضطراب الشخصية الحدية خمسة أعراض على الأقل من الأعراض السابق ذكرها (NAMI, 2015).

وفي ظل قلة الأدوات النفسية التي أُعدت لتقييم اضطراب الشخصية الحدية بشكل منفصل عن بقية اضطرابات الشخصية، فقد لاحظت الباحثة أن هذه الأدوات رغم تنوع المستهدفين منها واختلاف ثقافاتهم إلا أن معظمها قد تم إعداده وفقًا للمعايير التسعة الواردة في الدليل التشخيصي الإحصائي للاضطرابات العقلية – الإصدار الخامس (DSM–5)، ومن أمثلة هذه الأدوات:

- مقياس اضطراب الشخصية الحدية: إعداد/ حسن (2015).
- قائمة اضطراب الشخصية الحدية: إعداد/ Bloo et al. (2017).
- مقياس اضطراب الشخصية الحدية لدى المراهقات: إعداد/ محمد وآخرون (2019).
- مقياس اضطراب الشخصية الحدية لدى المراهقين من طلاب المرحلة الجامعية: إعداد/ إسماعيل وآخرون (2020).

في حين تبنى بعض الباحثين أبعادًا أخرى لاضطراب الشخصية الحدية عند إعداد أدوات خاصة لقياسه، ومن أمثلة هذه الأدوات:

- قائمة الشخصية الحدية: إعداد Leichsenring (1997)، وترجمة بهنام (2009)، والتي تتكون من أربعة مقاييس فرعية وهي: ضياع الهوية، والآليات الدفاعية البدائية، وضعف اختبار الواقع، والخوف من الانصهار أو التلاشي.
- مقياس اضطراب الشخصية الحدية لدى طلاب الجامعة: إعداد/ حمد وآخرون (2020)، والذي يتكون من (5) أبعاد وهي: الإحساس غير المستقر، وسلوكيات إيذاء الذات، والسلوكيات الاندفاعية، والأعراض الاكتئابية، وخلل العلاقات الشخصية.

ومما سبق يتضح أن تنوع الأبعاد المتضمنة في أدوات قياس اضطراب الشخصية الحدية إنما يرجع إلى تباين أهداف التقييم وخصائص الفئة المستهدفة من التقييم وطبيعة المتغيرات الأخرى المرتبطة به. وبناءً على ذلك، فقد قامت الباحثة بدمج تلك المعايير التسعة الواردة في الدليل التشخيصي الإحصائي واختزالهم في ثلاثة أبعاد وذلك لجعلها أكثر ملائمة للاستخدام في البحث الحالي.

العوامل المسببة لاضطراب الشخصية الحدية:

من خلال اطلاع الباحثة على بعض الأطر النظرية والدراسات والبحوث التي تناولت اضطراب الشخصية الحدية مثل: Wygant (2012)، والدليل التشخيصي الإحصائي للاضطرابات العقلية– الإصدار الخامس DSM–5 (2013)، و(2015) NAMI، وإسماعيل وآخرون (2020)، استطاعت تلخيص أهم الأسباب المؤدية إلى اضطراب الشخصية الحدية فيما يلي:

1- **العوامل الوراثية:** في حين أنه لم يُثبت أن جينًا محددًا يسبب اضطراب الشخصية الحدية بشكل مباشر، فإن الدراسات التي أجريت على التوائم تشير إلى أن هذا الاضطراب له روابط وراثية قوية؛ ويعد اضطراب الشخصية الحدية أكثر شيوعًا بنحو خمس مرات بين الأقارب البيولوجيين من الدرجة الأولى للمصابين بهذا الاضطراب.

2- **الاضطرابات الدماغية:** غالبًا ما تختلف طريقة عمل الدماغ لدى الأشخاص المصابين باضطراب الشخصية الحدية، مما يشير إلى وجود أساس عصبي لبعض الأعراض على وجه التحديد، فقد لا تتواصل أجزاء الدماغ التي تتحكم في المشاعر واتخاذ القرار/ الحكم بشكل جيد مع بعضها البعض.

3- **العوامل البيئية:** ترتبط أعراض اضطراب الشخصية الحدية بالاستجابات السلوكية والكيميائية المكتسبة للبيئات المبكرة في الطفولة السلبية أو الرافضة أو المتناقضة، فالأشخاص الذين يتعرضون لأحداث مؤلمة في الحياة، مثل الاعتداء الجسدي أو الجنسي أثناء الطفولة أو الإهمال والانفصال عن الوالدين، يكونون أكثر عرضة للإصابة باضطراب الشخصية الحدية.

ثانيًا: خبرات الإساءة في الطفولة Child Abuse Experiences:

يقصد بسوء معاملة الأطفال جميع أشكال سوء المعاملة الجسدية، أو العاطفية، أو الاعتداء الجنسي، أو الإهمال، أو الاستغلال التجاري أو غيره من أشكال الاستغلال، مما يؤدي إلى ضرر فعلي أو محتمل لصحة الطفل أو بقائه على قيد الحياة أو نموه أو كرامته . ويعد وجود تاريخ سابق من سوء المعاملة من قبل أحد أفراد الأسرة (كمقدم الرعاية) أو من قبل شخص غريب عاملًا مهمًا في تشخيص العديد من الاضطرابات النفسية وفي كذلك في الاستجابة للعلاج منها (Pala et al., 2011)، (APA, 2013).

وقد وضع الباحثون العديد من التعريفات لخبرات الإساءة في الطفولة، ومن الأمثلة على هذه التعريفات ما ذهبت إليه خدة وبلحسيني (2018: 978) من أنها: "كل تجارب الطفولة كما يدركها المراهق والتي تتضمن الممارسات العنيفة والتعديات المؤذية (جسديًا، نفسيًا أو جنسيًا) والتي تعرض لها المراهق في طفولته سواء من قبل والديه أو أحد المحيطين به (أقران، مدرسين، جيران، أقارب) ويمكن اعتبارها تعديًا واضحًا على حقوقه كطفل."

وقامت هدية (2018: 200–201) بتعريف الإساءة بأنها: "تلك الخبرات السلبية التي تعرض لها المراهق في طفولته من أحد أو كلا والديه، والتي تلحق الضرر به سواء كان بدنيًا يتمثل في الضرب، والركل، والعض، والقرص، والصفع، والخنق، والبصق، والتقييد بالحبل، وشد الشعر والجروح. أم نفسيًا يتمثل في النقد، والسخرية، والمقارنة، والتهديد، والإهانة، والتجاهل، والسب، والتحقير، والتقليل من شأنه وتفضيل أخوته عليه".

ويعرفها Fayaz (2019) بأنها: "أي فعل أو سلوك أو إيماءات يقوم بها شخص بالغ أو طفل آخر يسبب ضررًا كبيرًا للطفل يمكن أن يكون جسديًا أو جنسيًا أو عاطفيًا، ولكن في كثير من الأحيان يكون متعلقًا بنقص المودة والرعاية والاهتمام."

وتشير أبو العلا وياسين (2020: 421) إلى أن خبرات الإساءة في الطفولة هي: "استجابة المرء لمتغيرات إلحاق الضرر الجسمي، النفسي، أو الجنسي من أحد الوالدين أو كليهما، مما يترتب على ذلك من فقد أدواره الحياتية."

في حين يرى إبراهيم وآخرون (2022: 9–10) أن إساءة المعاملة هي: "تعرض المراهق في طفولته لأي فعل (كإساءة جسدية أو إساءة بأفعال وألفاظ تسبب له أذى نفسي كإهانة أو تحقير وإساءة جنسية) من الوالدين أو غيرهم، وكذلك تعرضه في طفولته لترك أفعال كان ينبغي القيام بها من الوالدين والمسئولين عن رعايته كإهماله أو تجاهله أو تعرضه لرؤية الإساءة وتكرارها من أحد الوالدين على أسرته مما يسبب له ألمًا نفسيًا واضطرابًا يبقى أثره في مراحل عمرية تالية سواء قصدوا الإساءة أو لم يقصدوا، وسواء استمرت تلك الإساءة حتى المراهقة أو انقطعت ما دام أثرها باقيًا."

باستقراء التعريفات السابقة، يتضح أن خبرات الإساءة في الطفولة تشمل جميع الأفعال والسلوكيات المسيئة والمؤذية التي تعرض لها الفرد في طفولته سواء كانت جسدية أو نفسية أو جنسية، أو استغلاله ماديًا أو معنويًا، بحيث تتسبب تلك السلوكيات في حدوث ألمًا نفسيًا واضطرابًا في شخصيته يستمر معه طوال سنوات حياته ويعرقل نموه النفسي بشكل سليم ويؤثر على أداء مهامه الحياتية وعلاقاته الاجتماعية ويعيق من عملية تكيفه.

أنماط الإساءة في الطفولة:

باستقراء بعض الأطر النظرية والدراسات والبحوث التي تناولت أنماط الإساءة في الطفولة مثل الدليل التشخيصي الإحصائي للاضطرابات العقلية– الإصدار الخامس DSM–5 (2013)، وهدية (2018)، و(2019) Fayaz، وأبو العطا وعيد (2020)، وإبراهيم وآخرون (2022) يمكن ملاحظة تعدد تصنيفات أنماط الإساءة في الطفولة، ومن أهمها ما يلي:

1- **الإساءة الجسدية:** وهي إصابة غير عرضية موجهة للجسد تتراوح من كدمات خفيفة إلى كسور شديدة وقد تؤدي إلى الوفاة، وتحدث نتيجة اللكم أو الضرب (باليد أو بعصا أو حزام أو أي شيء آخر)، أو الركل، أو العض أو الطعن، أو القرص أو الصفع أو الخنق أو البصق، أو شد الشعر، أو الهز بعنف، أو الحرق، أو الدفع والرمي، أو التقييد بالحبال أو السلاسل، أو إلقاء أشياء على الجسد، أو الحرمان من النوم أو التغذية.

2- **الإساءة الجنسية:** وتتضمن إجبار الطفل على القيام بممارسات جنسية بطريقة مباشرة أو غير مباشرة كمداعبة الأعضاء التناسلية، والإيلاج، والاغتصاب، واللواط، والتعرض غير اللائق لأشياء ومشاهدات جنسية يقوم بها الكبار المحيطين بالطفل كالوالدين أو مقدمي الرعاية أو أحد الأقارب أو الجيران.

3- **الإساءة النفسية:** وهي أفعال لفظية أو رمزية غير عرضية تسبب ضرر نفسي كبير للطفل كالتهديد بالإيذاء/ أو الهجر، والاستخفاف والسخرية، واللوم الدائم والتوبيخ والإذلال، وإجبار الطفل على إلحاق الألم بنفسه، والإحراج، ومناداته بألفاظ أو أسماء سيئة، أو سبه ونعته بصفات كريهة، والصراخ، والتجاهل، والحرمان العاطفي (كعدم معانقة الطفل وتقبيله)، وإلقاء المسئولية عليه في أي شيء، ومقارنته بغيره، وإهانته، والتحقير من شأنه، وتفضيل إخوته عليه.

4- **الإهمال:** وهو أي فعل أو إغفال يتم فيه حرمان الطفل من احتياجاته الأساسية الغذائية أو العاطفية أو النفسية والتي تشمل كفايته من الغذاء أو الملبس أو الأمن أو الرعاية الطبية أو قضاء الحاجة أو المأوى.

ومما سبق يتضح تنوع أنماط الإساءة في الطفولة وتشمل في مجملها كل فعل أو قول أو إيماء من شأنه إحداث خبرة سلبية طويلة المدى لدى الفرد يمتد أثرها مدى الحياة، والبحث الحالي يستهدف ثلاثة أنماط من الإساءة وهي الإساءة الجسدية، والإساءة الجنسية، والإساءة النفسية بينما يندرج الإهمال تحت الإساءة النفسية في البحث الحالي.

الآثار المترتبة على خبرات الإساءة في الطفولة:

بالرجوع إلى عدد من الدراسات والبحوث التي تناولت خبرات الإساءة في الطفولة مثل: Nasrin (2015)، و Herrenkohl et al. (2017)، و Chitiyo & Pietrantoni (2019)، و Fayaz (2019)، أمكن للباحثة تلخيص أهم الآثار المترتبة على خبرات الإساءة في الطفولة فيما يلي:

1- **الآثار الجسدية:** تشمل ضعف نمو الدماغ، وخلل المسارات العصبية، واضطراب الوظائف الدماغية، والعاهات المستديمة، والسمنة، والعدوى المنقولة.

2- **الآثار النفسية:** تشمل اضطرابات القلق والأعراض الاكتئابية، وانخفاض الصحة النفسية، وتدني تقدير الذات، واضطراب ما بعد الصدمة، والشعور بالخزي والعار، واضطراب قصور الانتباه وفرط الحركة، واضطرابات الشخصية، وضعف الثقة بالنفس، واضطرابات التعلق العاطفي، واضطراب الهلع.

3- **الآثار الأكاديمية:** تشمل انخفاض القدرة المعرفية والأداء المعرفي، وضعف التحصيل الدراسي، وانخفاض معدلات الذكاء، وضعف الذاكرة، والتسرب من التعليم.

4- **الآثار السلوكية:** تشمل السلوكيات المضادة للمجتمع، والسلوك الانسحابي، وتدخين السجائر، وتعاطي الكحوليات والمخدرات، والجنوح وخرق القوانين، والعنف، وارتكاب الجرائم، واضطرابات الأكل "كالشره العصبي، وفقدان الشهية"، والسلوكيات المنحرفة أخلاقيًا، ومحاولات الانتحار، والسلوكيات المؤذية للنفس "كنتف الشعر، وتكسير العظام، وضرب الرأس"، والسلوك الجنسي المحفوف بالمخاطر.

5- **الآثار الاجتماعية:** تشمل ضعف الثقة بالآخرين، وصعوبة تكوين العلاقات الاجتماعية والحفاظ عليها، وافتقار المهارات الاجتماعية.

يتضح مما سبق أن خبرات الإساءة التي يمر بها الفرد في طفولته تترك أضرارًا طويلة المدى في شخصيته تنعكس على سلوكياته وتعاملاته مع الآخرين بشكل يضعف من توافقه النفسي والاجتماعي ويدفعه لارتكاب العديد من الأفعال المؤذية لنفسه وللآخرين.

ثالثًا: الميول الانتحارية Suicidal Tendencies:

يعد الانتحار من أهم مشاكل الصحة النفسية والسلوكيات الاجتماعية الشاذة التي تؤدي إلى خسائر شخصية وعائلية وكذلك أضرار اجتماعية، وتهدف محاولة الانتحار بوعي إلى إيذاء النفس والناتجة عن التفكير الانتحاري. وتحدث غالبًا في الأشخاص الانطوائيين والقلقين والمكتئبين والذين لا يستطيعون التواصل اجتماعيًا (Jeihooni et al., 2021).

وقد وضعت محمد (2019: 211) تعريفًا للميول الانتحارية بأنها: "استعداد الفرد لإنهاء حياته عن طريق تفكير مكثف في سلوكيات متعلقة بالانتحار والشعور بعدم قيمة الحياة وقد تتحول إلى محاولة انتحارية فعلية."

كما يُعرّفها المصري (2020: 153) بأنها: "نزعة الفرد وميوله نحو الانتحار والتي تكمن في الأفكار الانتحارية السلبية التي تراوده، والتي يمكن معرفتها من خلال الرغبة والتخطيط للانتحار، ومدى قدرته فعليًا على تنفيذ الانتحار، بسبب فقدان عزيز أو هربًا من واقع محزن أو من الضغوط النفسية، أو الأسرية أو الاجتماعية أو الاقتصادية أو بسبب انعدام القيمة والشعور بالذنب."

بينما يرى شحات وآخرون (2021: 77) أنها: "نزعة المراهق واستسلامه لمجموعة من الأفكار الانفعالية السلبية التي تدفعه للقيام بأغرب قرار يتخذه لإنهاء حياته، بسبب فقدان شخص عزيز، أو التخلص من الآلام الجسمية المبرحة، أو هربًا من الضغوط النفسية أو الأسرية أو الاجتماعية أو الاقتصادية، أو هربًا من واقع محزن، أو من الشعور بالإثم (الذنب) حقيقي أو متخيل، ومحاولة قيامه بإزهاق روحه وتحقيق الموت بشكل إرادي أو محاولته تنفيذ ذلك من خلال ارتكابه أي فعل سلبي واستخدامه أي وسيلة لتحقيق هذا الهدف."

كذلك عرّفت عرفة (2022: 72) الميول الانتحارية بأنها: "نزعة الفرد للتخلص من حياته والتي يمكن معرفتها من خلال اتجاه الفرد نحو الحياة والموت نتيجة صراع داخلي لديه وتفكيره في الألم النفسي الذي يشعر به، ويقوم بالتعبير عن رغبته في التخلص من حياته، والتغلب على حاجز الخوف الغريزي من الموت، والبدء في التخطيط واختيار الوسيلة وكل تفاصيل الانتحار."

بينما ذهب العقاد (2022: 185) إلى أن الميل للانتحار هو: "حالة وجدانية ترتبط بالأفكار، ومشاعر ترتبط بنية الفرد القيام بأفعال سلبية تجاه ذاته، وهو يعلم أن هذه الأفعال تصل إلى نتيجة الموت وإنهاء حياته."

من خلال مطالعة التعريفات السابقة يتضح أن الميول الانتحارية تبدأ بنزعة داخلية لدى الفرد لإنهاء حياته لرغبته في التخلص من المعاناة التي يعيشها بسبب ضغوط نفسية أو أسرية أو اجتماعية أو اقتصادية أو غير ذلك، بحيث تدفعه تلك الرغبة إلى التفكير في الآلية التي يمكن بها التخلص من حياته والتخطيط لذلك ثم القيام بمحاولات فعلية للتنفيذ والتي قد تنتهي بالموت.

أبعاد الميول الانتحارية:

تنوعت أبعاد الميول الانتحارية وتباينت وفقًا لتباين وجهات نظر الباحثين الذين تناولوا تلك الظاهرة، وستعرض الباحثة بعض الأبعاد التي تبناها الباحثون على النحو التالي:

قدم عبد الحفيظ (2017: 20) ستة أبعاد للميول الانتحارية وهي: الدوافع الاجتماعية للانتحار، والتفكير الانتحاري، والميل لإيذاء الذات، والرغبة في الموت، واللامبالاة والتشاؤم تجاه الحياة، والاستعداد لتنفيذ الانتحار.

بينما حدد المصري (2020: 166) ثلاثة أبعاد للميول الانتحارية وهي: التفكير وتصور الانتحار، والرغبة في الانتحار، والقدرة الفعلية على الانتحار.

واتفقت عرفة (2022: 159-160) مع المصري في هذه الأبعاد للميول الانتحارية وعرفتها كالتالي:

- **التفكير وتصور الانتحار:** يعبر عن اتجاه الفرد نحو الحياة والموت نتيجة صراع داخلي لدى الفرد والتفكير في الألم النفسي الذي يشعر به ويتصور أن التخلص من حياته هو الحل للتخلص من هذا الألم.
- **الرغبة في الانتحار:** حيث يقوم الفرد بالتعبير عن رغبته في التخلص من حياته.
- **التخطيط والقدرة الفعلية على الانتحار:** حيث يتغلب الفرد على حاجز الخوف الغريزي من الموت، والبدء في التخطيط واختيار الوسيلة وكل تفاصيل الانتحار.

أما العقاد (2022: 208) فقد حدد ثلاثة أبعاد مختلفة للميول الانتحارية وهي:

- **التمسك بالحياة:** ويقصد به غاية الحياة وأهميتها والرضا عنها مع الشعور بالأمل والتفاؤل وحسن الظن.
- **الاستعداد للانتحار:** ويقصد به الاستعداد للانتحار عند الفرد من خلال الأفكار والمعتقدات والتصورات عدمًا ووجودًا، فبقدر وجود الفكرة عند المرء أو الجهل بها، تستعد نفسه تبعًا لتصوره.

- **الاعتقاد الانتحاري المقاوم:** يحرر الشخص المستعبد أو المملوك بالفكرة من المسئولية، بل ويمنحه آليات التسامي والتصورات المحفزة والتنفيذ المحكم السديد وتوهمه بأن ما يقوم به هو الأرقى والأصدق والأصلح لذاته وموضوعه.

وتستخلص الباحثة مما سبق أن تباين أبعاد الميول الانتحارية في الدراسات والبحوث يعزى إلى اختلاف طبيعة تلك الدراسات والبحوث والهدف منها. وعلى ذلك، فقد حددت الباحثة ثلاثة أبعاد للميول الانتحارية لدى المدمنين المنتكسين وهي: (التفكير والرغبة في الانتحار، والتخطيط للانتحار، والقدرة الفعلية على الانتحار) حيث أنها الأنسب لهدف البحث الحالي والمتغيرات التي يتناولها وخصائص المشاركين فيه.

العوامل المؤدية إلى الميول الانتحارية:

باطلاع الباحثة على عدد من الأطر النظرية والدراسات والبحوث التي تناولت موضوع الانتحار بصفة عامة والميول الانتحارية بصفة خاصة مثل: مجيد (2015)، و Bilsen (2018)، و(2020) Olaosebikan، والمصري (2020)، و(2021) .Jeihooni et al، وعرفة (2022)، والعقاد (2022)، أمكنها إيجاز أهم العوامل المؤدية إلى الميول الانتحارية فيما يلي:

1- **الاضطرابات النفسية والعقلية Mental and Psychological Disorders:** تتفق معظم الدراسات على أن الميول الانتحارية ترتبط ارتباطًا وثيقًا بالاضطرابات النفسية والعقلية، وأن حوالي 90% من الأشخاص الذين ينتحرون يعانون من اضطراب عقلي واحد على الأقل كما أن الاضطرابات النفسية والعقلية تسهم في ما بين 47% إلى 74% من الميول الانتحارية. وتشمل هذه الاضطرابات: الاضطرابات الانفعالية، وتعاطي الكحوليات والمواد المخدرة، واضطرابات الشخصية (مثل اضطراب الشخصية الحدية، واضطراب الشخصية المعادية للمجتمع)، واضطرابات الأكل (لا سيما فقدان الشهية العصبي)، والفصام، واضطرابات القلق.

2- **محاولات الانتحار السابقة Previous Suicide Attempts:** توصلت العديد من الدراسات إلى أن وجود ارتباطًا قويًا بين الميول الانتحارية ومحاولات الانتحار السابقة، حيث أن حوالي 25-33% من جميع حالات الانتحار سبقتها محاولة انتحار مبكرة، وكذلك فإن الأشخاص الذين حاولوا الانتحار سابقًا لديهم زيادة بمقدار 30 ضعفًا في خطر الانتحار مقارنة بغيرهم. ويعد وجود محاولة انتحار سابقة لدى الفرد واحدة من أكثر التنبؤات الموثوقة والقوية في دعم الميول الانتحارية في المستقبل.

3- **سمات الشخصية Personality Characteristics:** ترتبط الميول الانتحارية ببعض سمات الشخصية كالاندفاعية وصعوبة إدارة المشاعر المختلفة وتقلبات الحالة المزاجية وعدم القدرة على حل المشكلات وعيوب الذاكرة وعمليات التفكير. وغالبًا ما تؤدي عدم القدرة على حل المشكلات وتنظيم الحالة المزاجية إلى انعدام الأمن وانخفاض الكفاءة الذاتية والثقة بالنفس، وقد تؤدي أيضًا إلى الغضب والسلوك العدواني والأزمة العاطفية والانتحار، خاصة مع الشخصيات المثالية.

4- **العوامل الأسرية Family Factors:** تشير التقديرات إلى أن حوالي 50% من حالات الانتحار لها علاقة بالعوامل الأسرية، ووجود تاريخ من الاضطرابات النفسية بين أفراد الأسرة، والنزاعات المباشرة مع الوالدين، وضعف أو غياب التواصل داخل الأسرة، وإهمال احتياجات الأبناء، والعنف المنزلي، وطلاق الوالدين، بالإضافة إلى الظروف الاقتصادية للأسرة.

5- **أحداث الحياة Life Events:** من أهم عوامل الخطر المرتبطة بالميول الانتحارية مباشرة أحداث وضغوط الحياة اليومية، فبعض الأحداث الحياتية اليومية المهمة قد يكون لها تأثير كبير في ظهور الميول الانتحارية وذلك كالخسائر الشخصية مثل انفصال العلاقات وموت الأصدقاء ورفض الأقران وكذلك مشاكل التعليم والضغوط الأكاديمية والتي تمثل 14% من حالات الانتحار، بالإضافة إلى البطالة والتعرض للتنمر والابتزاز الالكتروني والاعتداء العقلي والجسدي أو الجنسي وغير ذلك.

6- **التقليد أو المحاكاة Imitation:** قد ترتبط الميول الانتحارية لدى الأشخاص الأصغر سنًا بالتقليد أو التعلم عن طريق النمذجة، واكتساب السلوك الانتحاري من خلال ملاحظة سلوك النموذج (كمجوعات الأقران والأصدقاء وبيئة المدرسة، والمتشابهين في العمر أو الجنس أو الحالة المزاجية)، ويمكن أن يتخذ سلوك التقليد أبعادًا كبيرة، تعرف باسم مجموعات الانتحار، وهي سلسلة من حالات الانتحار الفعلية عادة بين المراهقين في مناطق منفصلة، وفترات زمنية منفصلة.

7- **توافر الوسائل Availability of means:** قد يكون توافر وسائل الانتحار أمرًا حاسمًا في وجود الميول الانتحارية لدى بعض الأشخاص، وأظهرت الدراسات أن تقييد التوافر المادي لوسائل الانتحار يمكن أن يكون مهمًا في استراتيجيات الوقاية. كما يمكن أن يؤدي التوافر المعرفي أيضًا دورًا مهمًا في انتحار الشباب، مثل التقارير الإعلامية أو معلومات الانترنت التفصيلية حول وسائل وطرق الانتحار.

رابعًا: الإدمان والانتكاسة Addiction and Relapse:

يُقصد بالإدمان الحالة التي يصل إليها الشخص المتعاطي للمادة المخدرة بقوة قهرية دافعية لتعاطيه، ويظهر لديه الميل إلى زيادة الجرعات لأن الكمية التي يتعاطاها لم تعد تعطيه التأثير المرغوب، وإذا انقطع عنها يصعب عليه تحمل الآلام النفسية أو الجسدية أو معًا، ويفقد نشاطاته اليومية المهنية والاجتماعية ويقوم بنشاطات اضطرارية للحصول على المادة رغم علمه بالمشاكل الصحية الناتجة عن التعاطي (رتاب، 2018 :12).

فالإدمان هو عملية مستمرة ومتطورة عبر الزمن في استخدام المخدرات وتتخللها تناقضات الشعور بالألم، والنشوة، والافتقاد إلى السيطرة، والانشغال المستمر بالمادة المخدرة على حساب جميع الاعتبارات القيمية (الحوراني، والعثمان، 2021: 32)

ويُعرّف العنزي (2020: 410) الانتكاسة بأنها: "عودة المدمن المتعافي الذي انقطع عن تعاطي المواد المخدرة لفترة من الزمن مرة ثانية بغض النظر عن نوع المخدر الذي عاد لتعاطيه."

بينما تشير جاد (2021: 51) إلى أن المنتكسين هم: "من عادوا لإدمان المواد المخدرة المؤثرة عقليًا بعد أن انقطعوا عن تعاطيها وتم شفاؤهم وعلاجهم، بغض النظر عن نوع المخدر الذي عادوا لتعاطيه".

كما وضعت داود وآخرون (2021: 178) تعريفًا للانتكاسة على أنها: "الرجوع لتعاطي المواد النفسية المخدرة مرة أخرى وهي (الحشيش والهيروين) وذلك بعد تعافيهم لمدة ثلاثة أشهر أو ستة أشهر."

كذلك ذكر Kabisa et al. (2021) أن الانتكاسة تشير إلى: "انهيار محاولات الفرد لتغيير سلوكيات تعاطي المخدرات أو العودة إلى مستويات ما قبل العلاج من الشرب أو الاستمرار في استخدام المواد بعد فترة من الانقطاع أو الانتكاس في محاولة الشخص لتغيير أو تعديل أي سلوك مستهدف."

في حين عرفت مقار وآخرون (2022: 40) المدمن المنتكس بأنه: "الشخص الذي سبق أن تعافى وخرج من مركز إعادة التأهيل، ثم انتكس مرة أخرى وعاد للإدمان ليبدأ الدورة من جديد للخضوع للعلاج، وإعادة التأهيل."

وبناءً على ما سبق، يتضح أن الانتكاسة تتمثل في عودة الفرد إلى تعاطي المواد المخدرة وذلك بعد تعافيه وتوقفه لفترة من الزمن عن تعاطيها نتيجة لخضوعه للعلاج، وتكون تلك العودة مصحوبة بسلوكيات التعاطي أو الاعتماد.

أسباب حدوث الانتكاسة:

من خلال اطلاع الباحثة على عدد من الأطر النظرية والدراسات والبحوث التي تناولت الانتكاسة ومسبباتها مثل Bhandari et al. (2015)، و Helmy et al.(2016)، وزوبع وآخرون (2017)، و Razali & Madon (2020)، وجاد (2021)، ومحمد وياسين (2021)، يمكنها تقسيم الأسباب والعوامل التي تؤدي إلى حدوث الانتكاسة إلى ما يلي:

1- **العوامل الشخصية:** وهي مجموعة العوامل التي ترجع إلى الفرد ذاته ومن أهمها: نقص مادة الدوبامين في المخ، وانخفاض الكفاءة الذاتية المدركة، والمؤهل التعليمي، والخلفية الثقافية، واضطرابات الشخصية، وسوء التوافق الشخصي والاجتماعي، وضعف الإرادة الشخصية، وضعف الوازع الديني.

2- **العوامل الأسرية والاجتماعية:** وتتمثل في ضعف الدعم الأسري والاجتماعي، ووجود تاريخ عائلي من تعاطي المخدرات وارتكاب الجرائم، وضغط الأقران، والمشكلات الأسرية، والضغوط الاجتماعية، وتوافر المواد المخدرة وسهولة الحصول عليها، عدم فاعلية البرامج العلاجية، وعدم تقبل المجتمع للمتعافي في عمل أو صداقة أو مصاهرة (الوصمة الاجتماعية).

3- **العوامل الاقتصادية:** وتتمثل في الوضع المالي للفرد المتعافي من حيث الدخل وطرق الحصول عليه، والخلفية الاقتصادية المتوسطة والمرتفعة، أو البطالة والخسائر المادية (مثل خسارة العمل والراتب والمركز الوظيفي)، وصعوبات المهنة، وضغوط العمل (مثل سوء العلاقات مع صاحب العمل أو الزملاء).

هذا، وتتنوع المداخل النظرية المفسرة لحدوث الانتكاسة تبعًا لتباين النظريات والنماذج التي تنبثق منها، وترى الباحثة أن الانتكاسة قد تحدث نتيجة لتضافر عدة عوامل تشمل انخفاض فاعلية برامج إعادة التأهيل ومحدودية اشتمالها على جلسات متابعة ودعم بعد التعافي، كذلك وجود استعداد داخلي لدى الفرد المتعافي يرجع في أساسه إلى معاناته من أحد اضطرابات الشخصية والتي يجب أن تستهدفها برامج إعادة التأهيل، بالإضافة إلى ضغوط الأقران وعدم تلقي الدعم الأسري والاجتماعي الكافي للمضي قدمًا بعد التعافي. كل هذه العوامل مجتمعة تدفع المتعافي إلى الانتكاس والعودة لتعاطي المواد المخدرة، لذلك لابد من مراعاتها أثناء تقديم البرامج العلاجية للمدمنين.

الوقاية من حدوث الانتكاسة:

باستقراء عدد من الأطر النظرية والدراسات والبحوث التي تناولت الوقاية من حدوث الانتكاسة مثل Silva et al. (2014)، ورتاب (2018)، و Menon & Kandasamy (2018)، والعنزي (2020)، قامت الباحثة بإيجاز أهم العوامل التي تسهم في منع حدوث الانتكاسة إلى ما يلي:

1- **التدين:** يعتبر التدين من أهم عوامل الوقاية من خطر الانتكاسة، وذلك لأن ممارسة شعائر الدين تساعد في تعزيز الإيمان، وتقديم الدعم اللازم للتعامل مع تجارب المحن والألم والمعاناة، إلى جانب تقديم التشجيع للاهتمام بالعادات الصحية، وتمكين التغييرات في الجوانب الأخلاقية والثقافية والسلوكية مما ينعكس على الصحة وتحسين نوعية الحياة. ولا يساعد التدين في عملية العلاج فحسب، بل إنه وسيلة للبحث عن الراحة والقوة وإضفاء معنى للحياة وزيادة التفاؤل وتحسين تقدير الذات، وتقليل القلق وإدراك المساندة الاجتماعية.

2- **مجموعات الدعم:** وتتكون من مجموعة من الأشخاص الذين مروا بنفس الخبرات التي مر بها الشخص المتعافي، وتعمل مجموعات الدعم على توفير الدعم الوجداني، بالإضافة إلى تزويد المتعافي بمعلومات وإرشادات تساعده على التعامل مع عوامل الخطر والتغلب عليها، كما تساعد في التخفيف من مشاعر الوحدة والعزلة الاجتماعية، وتمكين تبادل الأفكار والخبرات، فهي بيئة تسمح بمشاركة الخبرات والمشاعر دون خوف.

3- **الدعم الأسري:** يمكن للأسرة أن تكون مصدرًا للدعم من خلال تحفيز السلوكيات الصحية وإظهار المشاعر الإيجابية والحماية، وتعمل العلاقات الأسرية الجيدة والتواصل الجيد والدعم العاطفي على إعادة الاندماج الاجتماعي من أجل نوعية حياة أفضل، كما يمكن للأسرة المساهمة في إعادة هيكلة نمط الحياة بعد التعافي.

4- تدريب المتعافي على حل المشكلات وإكسابه المهارات اللازمة للتعامل مع أحداث الحياة الضاغطة.

5- توفير الرعاية الطبية والاجتماعية والتأهيلية اللازمة للمتعافي.

6- تحسين تقدير الذات لدى المتعافي وتشجيعه على تكوين صداقات جديدة.

وبناءً على ما سبق، ترى الباحثة أنه يمكن تقسيم عوامل منع حدوث الانتكاسة إلى عوامل داخلية تتعلق بالمتعافي نفسه كتنمية احترامه لذاته ورفع مستوى تدينه وتدريبه على مهارات حل المشكلات ومواجهة الضغوط، وعوامل خارجية تتعلق بالبيئة المحيطة بالشخص المتعافي كالدعم الأسري والاجتماعي وتوفير الخدمات الطبية والتأهيلية اللازمة له. كما ترى الباحثة ضرورة أن

تشمل برامج العلاج والتأهيل علاج اضطرابات الشخصية التي تسهم في حدوث الانتكاسة كاضطراب الشخصية الحدية موضع البحث الحالي.

دراســـات سابقـــة:

المحور الأول: دراسات تناولت اضطراب الشخصية الحدية لدى المدمنين:

هدفت دراسة Walter et al. (2009) إلى فحص ما إذا كان المرضى الذين يعانون من اضطراب الشخصية الحدية لديهم معدلات أعلى للإصابة باضطرابات تعاطي المخدرات مقارنة بالمرضى الذين يعانون من اضطرابات شخصية أخرى؛ وشارك في الدراسة (175) مريضًا مصابًا باضطراب الشخصية الحدية، و(396) مريضًا مصابًا باضطرابات شخصية أخرى بمتوسط عمري (32,5)؛ وتكونت أدوات الدراسة من المقابلات المنظمة، والدليل التشخيصي الإحصائي للاضطرابات العقلية DSM–IV؛ وكان من أهم نتائج الدراسة أن المرضى المصابين باضطراب الشخصية الحدية لديهم قابلية أعلى للإصابة باضطرابات تعاطي المواد المخدرة وذلك بنسبة 24% مقارنة بنسبة 4%–6% من مرضى اضطرابات الشخصية الأخرى.

وأعد Wapp et al. (2015) دراسة هدفت إلى تحديد عوامل خطر الإصابة باضطراب الشخصية الحدية لدى المعتمدين على المواد المخدرة؛ وشارك في الدراسة (1205) مريضًا يتلقون علاجًا لإدمان المواد المخدرة، منهم (695) مريضًا بنسبة (57,7%) كانوا يعانون من إدمان المواد المخدرة فحسب، و(338) مريضًا بنسبة (28%) يعانون من اضطراب قصور الانتباه وفرط الحركة وأمراض نفسية مصاحبة (مثل: اضطرابات المزاج، واضطراب الشخصية المعادية للمجتمع)، بالإضافة إلى (172) مريضًا بنسبة (14,3%) مصابين باضطراب الشخصية الحدية المصاحب للإدمان؛ وكان من أهم الأدوات المستخدمة في الدراسة المقابلات شبه المنظمة، ومقياس Conners للتقدير الذاتي لاضطراب قصور الانتباه وفرط الحركة لدى الراشدين، كما تم الاعتماد على معايير الدليل التشخيصي الإحصائي للاضطرابات العقلية DSM–IV لتقييم اضطراب الشخصية الحدية واضطرابات المزاج واضطراب الشخصية المعادية للمجتمع؛ وكان من أهم نتائج الدراسة أن عوامل خطر الإصابة باضطراب الشخصية الحدية لدى المعتمدين على المواد المخدرة تشمل صغر السن، والنوع (فالإناث أكثر عرضة لاضطراب الشخصية الحدية)، ووجود تاريخ عائلي للإدمان، والتعرض للإيذاء العاطفي والجسدي أو الإهمال أو العنف الأسري في مرحلة الطفولة.

كما هدفت دراسة Gaber & Abdelfatah (2016) إلى معرفة العلاقة بين اضطرابات الشخصية والانتكاسة لدى عينة من مرضى تعاطي المخدرات؛ وتكونت عينة الدراسة من (75) مريضًا متعاطيًا للمواد المخدرة ممن يخضعون للعلاج بمركز الدمرداش لعلاج الإدمان؛ واستخدمت الدراسة مقياس اضطرابات الشخصية (إعداد الباحثان)؛ وكان من أهم نتائج الدراسة وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين اضطراب الشخصية الحدية والانتكاسة لتعاطي المخدرات، كما أظهرت إمكانية التنبؤ بالانتكاسة لتعاطي المخدرات من خلال اضطراب الشخصية الحدية.

بينما قام Miglin et al. (2020) بدراسة هدفت إلى التعرف على الدوافع المحتملة لتعاطي المخدرات وعلاقتها ببعض الاضطرابات الشائعة؛ وشارك في الدراسة (175) مشاركًا ممن لديهم تاريخ لتعاطي المواد المخدرة (50,9% ذكور)، وبلغ متوسط أعمارهم (33,4) عامًا بانحراف معياري قدره (10,2)؛ واعتمدت الدراسة على الأدوات التالية: استبيان السلوك الخطير والاندفاعي والتدمير الذاتي (Sadeh & Baskin-Sommers, 2017; RISQ) ، لتقييم الدوافع لتعاطي المخدرات، الدليل التشخيصي الإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM-5) لتقييم عدد من الاضطرابات شملت (الاضطراب الاكتئابي الرئيس MDD، واضطراب تعاطي الكحول AUD، واضطرابات استخدام المواد المخدرة SUD كالحشيش والأفيون والمهدئات، واضطراب الشخصية المعادية للمجتمع APD، واضطراب الشخصية الحدية BPD، واضطراب القلق العام GAD؛ وكان من أهم نتائج الدراسة أن دوافع تعاطي المواد المخدرة ارتبطت بشكل إيجابي مع اضطراب الشخصية الحدية.

في حين أجرى كل من هاشم ونجيب (2021) دراسة كان من أهم أهدافها الكشف عن مدى انتشار اضطرابات الشخصية لدى الطلاب المحتمل تعاطيهم المخدرات- وغير المحتمل تعاطيهم المخدرات- والمدمنين؛ وأجريت الدراسة على عينة مكونة من خمس مجموعات: (70) طالبًا محتمل تعاطيهم للمخدرات ومصابين باضطرابات الشخصية، و(40) طالبًا محتمل تعاطيهم للمخدرات وغير مصابين باضطرابات الشخصية، و(24) طالبًا غير محتمل تعاطيهم للمخدرات ومصابين باضطرابات الشخصية، و(41) طالبًا كعينة ضابطة، و(30) مدمنًا للمخدرات، وتم تطبيق مقاييس الاستهداف لتعاطي المخدرات، ومقياس المخططات المعرفية اللاتكيفية واستبيان تشخيص الشخصية؛ وكان من أهم نتائج الدراسة أن أكثر اضطرابات الشخصية انتشارًا لدى المحتمل تعاطيهم المخدرات والمدمنين هي اضطراب الشخصية الحدية واضطراب الشخصية المضادة للمجتمع.

المحور الثاني: دراسات تناولت اضطراب الشخصية الحدية وخبرات الإساءة في الطفولة:

قام Kuo et al. (2015) بدراسة هدفت إلى التحقق ما إذا كانت الإساءة العاطفية في مرحلة الطفولة مرتبطة بالسمات المميزة لاضطراب الشخصية الحدية، وكذلك معرفة ما إذا كانت صعوبة التنظيم الانفعالي تفسر العلاقة بين الإساءة العاطفية في مرحلة الطفولة وشدة أعراض اضطراب الشخصية الحدية؛ وشارك في الدراسة (243) طالبًا جامعيًا؛ واستخدمت الدراسة النسخة المختصرة لاستبيان صدمات الطفولة، وقائمة أعراض اضطراب الشخصية الحدية، ومقياس التنظيم الانفعالي؛ وكان من أهم نتائج الدراسة أن تكرار الإساءة العاطفية في مرحلة الطفولة كان مرتبطًا بالسمات المميزة لاضطراب الشخصية الحدية.

وكان من أهداف دراسة Menon et al. (2016) تقييم الإساءة الجنسية في مرحلة الطفولة لدى المرضى المصابين باضطراب الشخصية الحدية؛ وشارك في الدراسة (36) مريضًا باضطراب الشخصية الحدية؛ واستخدمت الدراسة المقابلات شبه المنظمة لتأكيد تشخيص المشاركين باضطراب الشخصية الحدية بالإضافة إلى جمع بيانات حول مدى تعرضهم للإساءة الجنسية في مرحلة الطفولة؛ وكان من أهم نتائج الدراسة أن نسبة الذين تعرضوا للإساءة الجنسية في مرحلة الطفولة بلغت حوالي (44,5%) من إجمالي عدد المشاركين في الدراسة من ذوي اضطراب الشخصية الحدية.

كما أجرى Rosenstein et al. (2018) دراسة هدفت إلى التعرف على دور صعوبة التنظيم الانفعالي كوسيط بين إساءة المعاملة في الطفولة واضطراب الشخصية الحدية؛ وشارك في الدراسة (964) مشاركًا بمتوسط عمري (39,7) عامًا وانحراف معياري (14,4)، وكان (57,1%) من الإناث، كما أن (40,2%) من المشاركين أكملوا تعليمهم بعد المدرسة الثانوية، وحوالي (41%) منهم متزوجين؛ واعتمدت الدراسة في تشخيص اضطراب الشخصية الحدية على معايير الدليل التشخيصي الإحصائي للاضطرابات العقلية، واستخدمت الصورة المختصرة لاستبيان صدمة الطفولة، ومقياس صعوبات التنظيم الانفعالي؛ وكان من أهم نتائج الدراسة وجود ارتباط مباشر بين الإساءة العاطفية وخصائص اضطراب الشخصية الحدية، ووجود ارتباط غير مباشر بين الإساءة الجسدية والسمات المميزة لاضطراب الشخصية الحدية، بينما لم يكن هناك ارتباط بين الإساءة الجنسية واضطراب الشخصية الحدية.

بينما هدفت دراسة Xie et al. (2021) إلى معرفة الدور الوسيط للصلابة وتقدير الذات في العلاقة بين خبرات الإساءة في الطفولة واضطراب الشخصية الحدية؛ وشارك في الدراسة (4034) طالبًا جامعيًا في مقاطعة آنهوي، بالصين؛ وطُلب من المشاركين إكمال النسخ الصينية من الأدوات التالية: استبيان صدمة الطفولة – النسخة المختصرة (CTQ-SF)، واختبار

Mclean لاضطراب الشخصية الحدية(MSI-BPD)، ومقياس كونور ديفيدسون للصلابة (CD-RISC)، ومقياس روزنبرغ لتقدير الذات (RSES)؛ وأشارت النتائج إلى أن الصلابة وتقدير الذات يتوسطان العلاقة بين خبرات الإساءة في الطفولة بأنواعها الثلاثة (الإساءة العاطفية، والإساءة الجسدية، والإساءة الجنسية) والسمات المميزة لاضطراب الشخصية الحدية.

في حين كان الهدف من دراسة Ghomoushi et al. (2022) الإجابة عن تساؤل حول ماهية العلاقة بين الإساءة العاطفية واضطراب الشخصية الحدية وسلوك إيذاء الذات لدى المراهقات؛ وشارك في الدراسة (285) طالبة من سبع مدارس إعدادية في قزوين بإيران خلال العام الدراسي 2020/ 2021م؛ وتكونت أدوات الدراسة من استبيان صدمة الطفولة، واستبيان اضطراب الشخصية الحدية (إعداد Leichsenring)، واستبيان سلوك إيذاء الذات؛ وكان من أهم نتائج الدراسة وجود ارتباط بين اضطراب الشخصية الحدية والإساءة العاطفية لدى الإناث المراهقات.

المحور الثالث: دراسات تناولت اضطراب الشخصية الحدية والميول الانتحارية:

هدفت دراسة Aouidad et al. (2020) إلى التعرف على كيفية تفاعل كلًا من اضطراب الشخصية الحدية ومحاولات الانتحار السابقة كمؤشرات على الانتحار لدى المراهقين؛ وشارك في الدراسة (320) مراهقًا تتراوح أعمارهم ما بين 11 إلى 17 عامًا (83% منهم إناث، و17% ذكور) ممن سبق لهم محاولة الانتحار ويخضعون للمتابعة في أقسام الطب النفسي للأطفال بفرنسا؛ واستخدمت الدراسة المقابلات الشخصية لجمع البيانات الأولية، ومقياس كولومبيا لتقييم خطر الانتحار (C-SSRS)، وتقريرًا ذاتيًا لتقييم الشخصية الحدية وهو (Ab-DIB) المشتق من المقابلة التشخيصية المختصرة للشخصية الحدية؛ وكان من أهم نتائج الدراسة أن المشاركين من ذوي اضطراب الشخصية الحدية هم الأكثر عرضة لخطر الانتحار.

وأجرى Söderholm et al. (2020) دراسة هدفت إلى التحقق من عوامل الخطر المتعلقة بالتفكير والسلوك الانتحاري لدى مرضى الاكتئاب المصابين باضطراب اكتئابي أساسي (MDD)، أو نوبة اكتئاب كبرى (MDE) في الاضطراب ثنائي القطب (BD) أو اضطراب الشخصية الحدية المصاحب (MDE/BPD)؛ وشارك في الدراسة (1655) مريضًا تم تقسيمهم إلى ثلاث مجموعات فرعية -كما سبق (MDD وBD وMDE/BPD)- باستخدام المقابلات المنظمة؛ وتمثلت أهم أدوات الدراسة في مقياس كولومبيا لتقييم خطر الانتحار (C-SSRS)، ومؤشر خطورة اضطراب الشخصية الحدية (BPDSI)؛ وكان من أهم نتائج الدراسة أن وجود اضطراب الشخصية الحدية يشير إلى مخاطر مرتفعة بشكل ملحوظ لمحاولات الانتحار.

وقام Greenfield et al. (2021) بدراسة طولية هدفت إلى تحديد العوامل الأساسية التي يمكن أن تفيد في تقليل احتمالية الانتحار لدى مجموعة من المراهقين ذوي الميول الانتحارية والعديد منهم يعانون من اضطراب الشخصية الحدية؛ وشارك في الدراسة (286) مراهقًا ممن سبق لهم محاولة الانتحار ويخضعون للمتابعة في المستشفى ومعظمهم يعانون من اضطراب الشخصية الحدية؛ وكام من أهم نتائج الدراسة أن اضطراب الشخصية الحدية كان الأكثر تنبؤًا باستمرار محاولات الانتحار لا سيما لدى الإناث.

وأعد Mirkovic et al. (2021) دراسة هدفت إلى معرفة الدور الوسيط لخلل التنظيم الانفعالي في العلاقة بين اضطراب الشخصية الحدية ومحاولات الانتحار؛ وشارك في الدراسة (85) مراهقًا تتراوح أعمارهم ما بين 15 إلى 19 عامًا ويعانون من اضطراب الشخصية الحدية؛ واستخدمت الدراسة عدة استبيانات لقياس خلل التنظيم الانفعالي، ومقياس السلوك الانتحاري، ومقياس أنماط التعلق، وكذلك تم تقييم اضطرابات الاكتئاب المزمن؛ وكان من أهم نتائج الدراسة إمكانية التنبؤ بالسلوك الانتحاري لدى المراهقين ذوي اضطراب الشخصية الحدية من خلال صعوبات التنظيم الانفعالي.

كما هدفت دراسة Yen et al. (2021) طولية على مدى 10 سنوات هدفت إلى التعرف على العوامل المرتبطة بمحاولات الانتحار المتوقعة مستقبلًا لدى الأشخاص ذوي اضطرابات الشخصية؛ وتكونت عينة الدراسة من (733) مشاركًا من الأشخاص البالغين الذين يعانون من (4) اضطرابات في الشخصية؛ واستخدمت الدراسة المقابلات التشخيصية شبه المنظمة ومجموعة متنوعة من التقارير الذاتية لمدة تصل إلى 10 سنوات؛ وكان من أهم نتائج الدراسة أنه من بين جميع الاضطرابات، كان اضطراب الشخصية الحدية (بأبعاده المتمثلة في اضطراب الهوية، والشعور المزمن بالفراغ، والجهود المبذولة لتجنب الهجر) هو العامل الأقوى ارتباطًا بمحاولات الانتحار.

بينما اهتمت دراسة العقاد (2022) بفحص العلاقة بين اضطراب الشخصية الحدية والميل للانتحار لدى طلاب المرحلة الثانوية بمدينة جدة، وتكونت عينة الدراسة من (160) طالباً بواقع (96) طالباً في المدارس الحكومية، و(64) طالباً من طلاب المرحلة الثانوية بالمدارس (الحكومية/ الأهلية) بمدينة جدة، وتمثلت أدوات الدراسة في قائمة اضطراب الشخصية الحدية النسخة المختصرة (إعداد وولف وآخرين(Wolf et.al, 2009 ، ومقياس الميل للانتحار (إعداد الباحث2020)، وأظهرت النتائج وجود علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين اضطراب الشخصية الحدية وأبعاد الميل للانتحار، وقد كانت العلاقة عكسية بين كل من بعدي التمسك بالحياة والمعتقدات المقاومة لفكرة الانتحار، بمعنى أنه كلما زادت أعراض اضطراب الشخصية الحدية لدى الطالب كلما قل تمسكه بالحياة وقلت معتقداته المقاومة لفكرة الانتحار.

تعقيب على الدراسات السابقة:

بالنظر إلى الدراسات السابقة التي تم عرضها يتضح ما يلي:

- محدودية الدراسات العربية وقلة الدراسات الأجنبية –في حدود اطلاع الباحثة– التي تناولت اضطراب الشخصية الحدية لدى فئة المدمنين المنتكسين.
- هدفت بعض الدراسات في المحور الأول إلى معرفة معدلات الإصابة باضطراب الشخصية الحدية لدى مرضى اضطرابات تعاطي المواد المخدرة، كما هدفت دراسات أخرى إلى التعرف على عوامل خطر الإصابة باضطراب الشخصية الحدية لدى المدمنين وكذلك دوافع تعاطي المخدرات وعلاقتها باضطراب الشخصية الحدية بالإضافة إلى علاقة هذا الاضطراب بالانتكاسة لدى متعاطي المواد المخدرة.
- هدفت بعض دراسات المحور الثاني إلى تناول العلاقة بين السمات المميزة لاضطراب الشخصية الحدية وخبرات الإساءة (العاطفية– الجنسية) في مرحلة الطفولة، بينما هدفت دراسات أخرى إلى التعرف على الدور الوسيط لبعض المتغيرات (كصعوبة التنظيم الانفعالي، والصلابة، وتقدير الذات) في العلاقة بين خبرات الإساءة في الطفولة واضطراب الشخصية الحدية.
- هدفت بعض الدراسات إلى التنبؤ بمحاولات الانتحار من خلال اضطراب الشخصية الحدية وكذلك تحديد العوامل التي تسهم في التقليل احتمالية الانتحار، بينما هدفت دراسة Mirkovic et al. (2021) إلى معرفة الدور الوسيط لخلل التنظيم الانفعالي في العلاقة بين اضطراب الشخصية الحدية ومحاولات الانتحار، في حين هدفت دراسة العقاد (2022) إلى فحص العلاقة بين اضطراب الشخصية الحدية والميل للانتحار.
- تراوحت أعداد المشاركين في الدراسات التي تم عرضها ما بين (36–4034) مشاركًا، وتباينت الفئات العمرية التي تناولتها هذه الدراسات، ففي حين استهدفت دراسات المحور الأول على فئة المعتمدين على المواد المخدرة والمعرضين لخطر الإدمان، إلا أن دراسات المحورين الثاني والثالث قد استهدفت فئات مختلفة ما بين طلاب المراحل المختلفة (الإعدادية والثانوية والجامعية)، والمراهقين، وذوي اضطرابات الشخصية.
- تنوع الأدوات والمقاييس المستخدمة لقياس اضطراب الشخصية الحدية لدى فئة المدمنين، فقد اعتمدت العديد من الدراسات على الدليل التشخيصي الإحصائي للاضطرابات العقلية DSM–5 لتشخيص الاضطراب، في حين اعتمدت دراسات أخرى على مقاييس من إعداد الباحثين مثل دراسة Gaber & Abdelfatah (2016).

- استخدمت جميع الدراسات التي تم عرضها على المنهج الوصفي.
- تضارب نتائج الدراسات السابقة من حيث وجود علاقة بين اضطراب الشخصية الحدية والإساءة الجنسية في الطفولة، ففي حين أكدت نتائج بعض الدراسات وجود ارتباط بينهما مثل دراسة Menon et al. (2016)، ودراسة Xie et al. (2021)، إلا أن هناك دراسات أشارت إلى عدم ارتباط اضطراب الشخصية الحدية بالإساءة الجنسية في مرحلة الطفولة مثل دراسة Rosenstein et al. (2018).
- عدم وجود دراسة واحدة –في حدود اطلاع الباحثة– تناولت العلاقة بين اضطراب الشخصية الحدية وكل من خبرات الإساءة في الطفولة والميول الانتحارية لدى المدمنين المنتكسين، وكذلك الفروق في اضطراب الشخصية الحدية لدى المدمنين المنتكسين باختلاف المؤهل التعليمي (متوسط– مرتفع)، والحالة الاجتماعية (متزوج– غير متزوج)، ومدة التعاطي (أقل من 3 سنوات– أكثر من 3 سنوات)، وعدد مرات الانتكاس (أقل من 3 مرات– أكثر من 3 مرات).

وقد استفادت الباحثة من الدراسات والبحوث السابقة في تحديد متغيرات البحث الحالي، وكذلك تحديد منهج البحث ومواصفات المشاركين به، والأدوات المستخدمة فيه، بالإضافة إلى الاستفادة من نتائج الدراسات السابقة في تفسير نتائج البحث الحالي.

فروض البحث:

1- يوجد مستوى متوسط دال إحصائيًا لاضطراب الشخصية الحدية لدى المشاركين في البحث.
2- توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين اضطراب الشخصية الحدية وخبرات الإساءة في الطفولة لدى المدمنين المنتكسين.
3- توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين اضطراب الشخصية الحدية والميول الانتحارية لدى المدمنين المنتكسين.
4- يمكن التنبؤ باضطراب الشخصية الحدية من خلال خبرات الإساءة في الطفولة والميول الانتحارية لدى المدمنين المنتكسين.
5- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات المدمنين المنتكسين على أبعاد مقياس اضطراب الشخصية الحدية والدرجة الكلية باختلاف المؤهل التعليمي (متوسط– مرتفع).
6- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات المدمنين المنتكسين على أبعاد مقياس اضطراب الشخصية الحدية والدرجة الكلية باختلاف الحالة الاجتماعية (متزوج– غير متزوج).

7- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات المدمنين المنتكسين على أبعاد مقياس اضطراب الشخصية الحدية والدرجة الكلية باختلاف مدة التعاطي (أقل من 3 سنوات- أكثر من 3 سنوات).

8- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات المدمنين المنتكسين على أبعاد مقياس اضطراب الشخصية الحدية والدرجة الكلية باختلاف عدد مرات الانتكاس (أقل من 3 مرات- أكثر من 3 مرات).

إجراءات البحث:

أولًا: منهج البحث:

اعتمد البحث الحالي على المنهج الوصفي الارتباطي المقارن وذلك لأنه أنسب منهج لتحقيق أهداف البحث.

ثانيًا: المشاركون في البحث:

[أ] **المشاركون في البحث الاستطلاعي:** شارك في البحث الاستطلاعي (80) مدمنًا منتكسًا تتراوح أعمارهم ما بين (20-47) عامًا، وذلك بهدف الوقوف على ملائمة أدوات البحث، إلى جانب التحقق من الخصائص السيكومترية لها.

[ب] **المشاركون في البحث الأساسي:** شارك في البحث الأساسي (167) مدمنًا منتكسًا، تتراوح أعمارهم ما بين (20-47) عامًا بمتوسط عمري قدره (33,6) وانحراف معياري قدره (13,42)، تم اختيارهم عشوائيًا من المرضى الذين يتلقون العلاج بمستشفيات الدكتور جمال ماضي أبو العزايم للطب النفسي وعلاج الإدمان. ويوضح جدول (1) توزيع المشاركين في البحث الأساسي وفقًا للمؤهل التعليمي، والحالة الاجتماعية، ومدة التعاطي، وعدد مرات الانتكاس.

جدول (1)

توزيع المشاركين في البحث الأساسي وفقًا للمؤهل التعليمي، والحالة الاجتماعية، ومدة التعاطي، وعدد مرات الانتكاس

المتغير	المؤهل التعليمي		الحالة الاجتماعية		مدة التعاطي		عدد مرات الانتكاس	
	متوسط	مرتفع	متزوج	غير متزوج	أقل من 3 سنوات	أكثر من 3 سنوات	أقل من 3 مرات	أكثر من 3 مرات
العدد	92	75	89	78	78	89	70	97

ثالثًا: أدوات البحث:

(1) مقياس اضطراب الشخصية الحدية "لدى المدمنين المنتكسين" (إعداد الباحثة):

قامت الباحثة بإعداد مقياس اضطراب الشخصية الحدية لدى المدمنين المنتكسين نظرًا لمحدودية وجود مقاييس في البيئة العربية لقياس اضطراب الشخصية الحدية لدى المدمنين المنتكسين–في حدود اطلاع الباحثة–، وحتى يتناسب مع طبيعة البحث الحالي والهدف منه وخصائص المشاركين فيه. وقد مر إعداد المقياس بالخطوات التالية:

- **تحديد الهدف من المقياس:** وهو قياس أبعاد اضطراب الشخصية الحدية لدى المدمنين المنتكسين (متمثلة في اضطراب الهوية، واضطراب الوجدان، واضطراب السلوك).
- **الاطلاع على بعض الأطر النظرية والتراث السيكولوجي والبحوث السابقة** –المتاحة– التي تناولت اضطرابات الشخصية بصفة عامة، واضطراب الشخصية الحدية بصفة خاصة، والرجوع إلى الدليل التشخيصي الإحصائي للاضطرابات العقلية– الإصدار الخامس، وبعض المقاييس العربية والأجنبية التي أُعدت لقياس اضطرابات الشخصية واضطراب الشخصية الحدية، وذلك للاستفادة منها في بناء المقياس الحالي وتحديد أبعاده وصياغة عباراته، ومنها مقياس Bloo et al. (2017)، ومقياس محمد وآخرون (2019)، ومقياس إسماعيل وآخرون (2020)، ومقياس حمد وآخرون (2020).
- **صياغة عبارات المقياس:** تكون المقياس في صورته الأولية من (36) عبارة موزعة على ثلاثة أبعاد بالتساوي بمعدل (12) عبارة لكل بعد، وتشير الدرجة المرتفعة إلى معاناة المدمن المنتكس من اضطراب الشخصية الحدية، وفيما يلي تعريف أبعاد المقياس:

- **البعد الأول: اضطراب الهوية:** يتمثل في معاناة المدمن المنتكس من صورة غير مستقرة للذات تتراوح ما بين تدني صورة الذات وجنون العظمة بشكل يؤثر على علاقاته مع الآخرين إما بتقديسهم أو التقليل من شأنهم.
- **البعد الثاني: اضطراب الوجدان:** يتمثل في معاناة المدمن المنتكس من مشاعر غير مستقرة كالتقلب المزاجي والفراغ المزمن والغضب الشديد والقلق، بالإضافة إلى عدم القدرة على التحكم في الانفعالات.
- **البعد الثالث: اضطراب السلوك:** ويتمثل في معاناة المدمن المنتكس من القيام بسلوكيات اندفاعية مؤذية سواء تجاه نفسه أو الآخرين، بالإضافة إلى سلوكيات تجنب الهجر.

- **تحديد أسلوب الاستجابة على المقياس:** فقد تم وضع ثلاثة بدائل للإجابة على العبارات وهي (نعم- إلى حد ما- لا).
- **إعداد مفتاح لتصحيح المقياس:** حيث يحصل المدمن المنتكس على (ثلاث درجات) للاستجابة (نعم)، و(درجتين) للاستجابة (إلى حد ما)، و(درجة واحدة) للاستجابة (لا) وذلك بالنسبة للعبارات الموجبة، وتُعكس تلك الدرجات بالنسبة للعبارات السالبة وهي أرقام (4، 5، 16، 21، 22، 24، 32) من الصورة الأولية للمقياس.

الخصائص السيكومترية للمقياس:

أولًا: الصدق:

صدق المحكمين:

قامت الباحثة بعرض المقياس في صورته الأولية على عدد من المتخصصين في علم النفس وذلك للحكم على صلاحية عبارات المقياس ومدى ملائمتها لما وضعت لقياسه من خلال إبداء آرائهم في دقة وسلامة صياغة فقرات المقياس مع حذف أو إضافة ما يرونه مناسبًا من فقرات، وقد تم الإبقاء على العبارات التي اتفق عليها المحكمون بنسبة تراوحت ما بين (80-100%)، كما تم إجراء التعديلات المقترحة.

الصدق التمييزي:

قامت الباحثة بحساب الصدق التمييزي لمقياس اضطراب الشخصية الحدية من خلال حساب دلالة الفروق بين متوسطي درجات المرتفعين والمنخفضين على كل بعد من أبعاد المقياس والدرجة الكلية باستخدام اختبار "مان ويتني لعينتين مستقلتين Mann Whitney Test"، وذلك كما هو موضح في جدول (2).

جدول (2) قيمة (Z) ودلالتها الإحصائية للفروق بين متوسطي درجات المرتفعين والمنخفضين على أبعاد مقياس اضطراب الشخصية الحدية والدرجة الكلية (ن=80)

الأبعاد	المشاركين	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	مستوى الدلالة
اضطراب الهوية	المرتفعين	20	25,75	2,074	30,50	610	-5,654	0,01
	المنخفضين	20	14,85	0,366	10,50	210		
اضطراب الوجدان	المرتفعين	20	31,10	1,619	30,50	610	-5,442	0,01
	المنخفضين	20	18,05	2,038	10,50	210		
اضطراب السلوك	المرتفعين	20	30,45	2,373	30,50	610	-5,546	0,01
	المنخفضين	20	16,30	0,470	10,50	210		
الدرجة الكلية	المرتفعين	20	86,65	3,20	30,50	610	-5,454	0,01
	المنخفضين	20	51,40	1,695	10,50	210		

يتضح من جدول (2) وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0,01) بين متوسطي درجات المرتفعين والمنخفضين على أبعاد مقياس اضطراب الشخصية الحدية والدرجة الكلية مما يدل على أن للمقياس قدرة تمييزية بين مرتفعي ومنخفضي الدرجات وهو ما يشير إلى الصدق التمييزي للمقياس.

ثانيًا: الثبات:

تم حساب ثبات المقياس عن طريق معامل ثبات ألفا كرونباخ، وطريقة التجزئة النصفية باستخدام كل من معادلة سبيرمان- براون، ومعادلة جتمان لكل بعد من أبعاد المقياس والدرجة الكلية للمقياس. والنتائج كما هي موضحة في جدول (3).

جدول (3)

معاملات الثبات للأبعاد الفرعية والدرجة الكلية لمقياس اضطراب الشخصية الحدية لدى المدمنين المنتكسين (ن= 80)

م	الأبعاد	معامل ثبات ألفا كرونباخ	معامل الثبات عن طريق التجزئة النصفية	
			سبيرمان– براون	جتمان
1	اضطراب الهوية	0,844	0,861	0,840
2	اضطراب الوجدان	0,811	0,795	0,882
3	اضطراب السلوك	0,798	0,970	0,908
–	الدرجة الكلية	0,884	0,985	0,967

يتضح من الجدول السابق أن معاملات ثبات الأبعاد الفرعية والدرجة الكلية لمقياس اضطراب الشخصية الحدية لدى المدمنين المنتكسين تراوحت ما بين (0,795) و(0,985)، وجميعها معاملات ثبات مرتفعة وتشير إلى ثبات المقياس وصلاحيته للاستخدام في البحث الحالي.

ثالثًا: الاتساق الداخلي:

أ- **الاتساق الداخلي للعبارات:** تم حساب الاتساق الداخلي لعبارات المقياس بحساب معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة والدرجة الكلية للبعد بمقياس اضطراب الشخصية الحدية لدى المدمنين المنتكسين (ن= 80)، والنتائج كما جاءت في الجدول التالي:

جدول (4)

معاملات الارتباط بين كل عبارة والدرجة الكلية للبعد بمقياس اضطراب الشخصية الحدية لدى المدمنين المنتكسين (ن=80)

اضطراب الهوية		اضطراب الوجدان		اضطراب السلوك	
م	معامل الارتباط	م	معامل الارتباط	م	معامل الارتباط
1	0,788**	**2**	0,648**	**3**	0,659**
4	0,408**	**5**	0,318**	**6**	0,642**
7	0,715**	**8**	0,612**	**9**	0,806**
10	0,737**	**11**	0,864**	**12**	0,654**
13	0,786**	**14**	0,618**	**15**	0,394**
16	0,453**	**17**	0,687**	**18**	0,506**
19	0,544**	**20**	0,775**	**21**	0,186
22	0,675**	**23**	0,343**	**24**	0,677**
25	0,115	**26**	0,465**	**27**	0,634**
28	0,532**	**29**	0,757**	**30**	0,770**
31	0,846**	**32**	0,393**	**33**	0,629**
34	0,661**	**35**	0,809**	**36**	0,379**

** دال عند مستوى (0,01)= 0,286 * دال عند مستوى (0,05)= 0,220

يتضح من جدول (4) أن قيم معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة والدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه قيم دالة إحصائيًا عند مستوى دلالة (0,01) فيما عدا عبارة رقم (21) في البعد

الثالث، وعبارة رقم (25) في البعد الأول غير دالين إحصائيًا وتم حذفهما، وهو ما يدل على الاتساق الداخلي لعبارت المقياس.

ب-الاتساق الداخلي للأبعاد: تم حساب معاملات الارتباط بين الأبعاد الفرعية للمقياس مع بعضها البعض ومع الدرجة الكلية لمقياس اضطراب الشخصية الحدية لدى المدمنين المنتكسين (ن=80)، والنتائج كما هي موضحة في جدول (5).

جدول (5)

معاملات الارتباط بين الأبعاد مع بعضها البعض ومع الدرجة الكلية لمقياس اضطراب الشخصية الحدية لدى المدمنين المنتكسين (ن=80)

الأبعاد	اضطراب الهوية	اضطراب الوجدان	اضطراب السلوك	الدرجة الكلية
اضطراب الهوية	-			
اضطراب الوجدان	0,672**	-		
اضطراب السلوك	0,729**	0,771**	-	
الدرجة الكلية	0,870**	0,909**	0,930**	-

يتضح من جدول (5) أن قيم معاملات الارتباط بين الأبعاد مع بعضها البعض ومع الدرجة الكلية لمقياس اضطراب الشخصية الحدية لدى المدمنين المنتكسين تراوحت ما بين (0,672) و(0,930)، وهي قيم دالة إحصائيًا عند مستوى دلالة (0,01)، مما يشير إلى الاتساق الداخلي لأبعاد المقياس.

- **الصورة النهائية للمقياس:** تكون المقياس في صورته النهائية من (34) عبارة، وذلك بعد حساب الخصائص السيكومترية وحذف العبارات التي كانت معاملات ارتباطها غير دالة إحصائيًا، ويوضح جدول (6) توزيع العبارات على أبعاد مقياس اضطراب الشخصية الحدية (الصورة النهائية).

جدول (6)

توزيع العبارات على أبعاد مقياس اضطراب الشخصية الحدية (الصورة النهائية)

م	الأبعاد	أرقام العبارات	المجموع
1	اضطراب الهوية	1، 4، 7، 10، 13، 16، 19، 21، 26، 29، 32	11
2	اضطراب الوجدان	2، 5، 8، 11، 14، 17، 20، 22، 24، 27، 30، 33	12
3	اضطراب السلوك	3، 6، 9، 12، 15، 18، 23، 25، 28، 31، 34	11

يُلاحظ في الجدول السابق وجود خط تحت بعض العبارات، وهي تلك العبارات السالبة التي يتم تصحيحها بطريقة عكسية بحيث تُعطى (درجة واحدة) للاستجابة (نعم)، و(ثلاث درجات) للاستجابة (لا)، وبذلك تكون أعلى درجة على المقياس (102)، وأقل درجة (34).

(2)مقياس خبرات الإساءة في الطفولة "لدى المدمنين المنتكسين" (إعداد الباحثة):

قامت الباحثة بإعداد مقياس خبرات الإساءة في الطفولة لدى المدمنين المنتكسين نظرًا لمحدودية وجود مقاييس في البيئة العربية لقياس خبرات الإساءة في الطفولة لدى المدمنين المنتكسين–في حدود اطلاع الباحثة–، وحتى يتناسب مع طبيعة البحث الحالي والهدف منه وخصائص المشاركين فيه. وقد مر إعداد المقياس بالخطوات التالية:

- **تحديد الهدف من المقياس:** وهو قياس خبرات الإساءة في الطفولة لدى المدمنين المنتكسين (متمثلة في الإساءة الجسدية، والإساءة النفسية، والإساءة الجنسية).
- **الاطلاع على بعض الأطر النظرية والتراث السيكولوجي والبحوث السابقة** –المتاحة– التي تناولت خبرات الإساءة في الطفولة، والرجوع إلى الدليل التشخيصي الإحصائي للاضطرابات العقلية– الإصدار الخامس، وبعض المقاييس العربية والأجنبية التي أُعدت لقياس خبرات الإساءة في الطفولة، وذلك للاستفادة منها في بناء المقياس الحالي وتحديد أبعاده وصياغة عباراته، ومنها مقياس عبد العليم (2018)، ومقياس Ahad & Shah (2019)، ومقياس البلوشية وآخرون (2019).

- **صياغة عبارات المقياس:** تكون المقياس في صورته الأولية من (45) عبارة موزعة على ثلاثة أبعاد بالتساوي بمعدل (15) عبارة لكل بعد، وتشير الدرجة المرتفعة إلى معاناة المدمن المنتكس من خبرات الإساءة في الطفولة، وفيما يلي تعريف أبعاد المقياس:

- **البعد الأول: الإساءة الجسدية:** تتمثل في كل ممارسة جسدية تعرض لها المدمن المنتكس في طفولته من أحد المحيطين به وتسببت في إلحاق الضرر به كالصفع والضرب والقذف بأداة حادة والحرق والكي والدفع والبصق والخنق والقرص وشد الشعر والتقييد والركل والحرمان من النوم أو الأكل أو الشرب أو غير ذلك.
- **البعد الثاني: الإساءة النفسية:** تتمثل في كل ممارسة لفظية أو فعل رمزي تعرض لها المدمن المنتكس في طفولته من أحد المحيطين به وتسبب في إحداث ألم نفسي كبير كالتهديد والتجاهل والنبذ والإهانة والحبس والحرمان العاطفي والسخرية والإذلال.
- **البعد الثالث: الإساءة الجنسية:** تتمثل في كل ممارسة تتعلق بالأمور الجنسية تعرض لها المدمن المنتكس في طفولته من أحد المحيطين به كالتعرض لمشاهدة أو سماع أمور جنسية أو الإجبار على ممارسات جنسية بطريقة مباشرة أو غير مباشرة.

- **تحديد أسلوب الاستجابة على المقياس:** فقد تم وضع ثلاثة بدائل للإجابة على العبارات وهي (كثيرًا– أحيانًا– أبدًا).
- **إعداد مفتاح لتصحيح المقياس:** حيث يحصل المدمن المنتكس على (ثلاث درجات) للاستجابة (كثيرًا)، و(درجتين) للاستجابة (أحيانًا)، و(درجة واحدة) للاستجابة (أبدًا)، وذلك على كل عبارات المقياس حيث أن جميعها عبارات موجبة.

الخصائص السيكومترية للمقياس:

أولًا: الصدق:

صدق المحكمين:

قامت الباحثة بعرض المقياس في صورته الأولية على عدد من المتخصصين في علم النفس وذلك للحكم على صلاحية عبارات المقياس ومدى ملائمتها لما وضعت لقياسه من خلال إبداء آرائهم في دقة وسلامة صياغة فقرات المقياس مع حذف أو إضافة ما يرونه مناسبًا من فقرات، وقد تم الإبقاء على العبارات التي اتفق عليها المحكمون بنسبة تراوحت ما بين (80–100%)، كما تم إجراء التعديلات المقترحة.

الصدق التمييزي:

قامت الباحثة بحساب الصدق التمييزي لمقياس خبرات الإساءة في الطفولة من خلال حساب دلالة الفروق بين متوسطي درجات المرتفعين والمنخفضين على كل بعد من أبعاد المقياس والدرجة الكلية باستخدام اختبار "مان ويتني لعينتين مستقلتين Mann Whitney Test"، وذلك كما هو موضح في جدول (7).

جدول (7) قيمة (Z) ودلالتها الإحصائية للفروق بين متوسطي درجات المرتفعين والمنخفضين على أبعاد مقياس خبرات الإساءة في الطفولة والدرجة الكلية (ن=80)

الأبعاد	المشاركين	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	مستوى الدلالة
الإساءة الجسدية	المرتفعين	20	26,80	1,399	30,50	610	-5,454	0,01
	المنخفضين	20	18,45	1,146	10,50	210		
الإساءة النفسية	المرتفعين	20	31,35	2,777	30,50	610	-5,456	0,01
	المنخفضين	20	19,45	1,356	10,50	210		
الإساءة الجنسية	المرتفعين	20	23,95	1,791	30,50	610	-5,548	0,01
	المنخفضين	20	15,40	0,598	10,50	210		
الدرجة الكلية	المرتفعين	20	78,15	4,913	30,50	610	-5,443	0,01
	المنخفضين	20	55,10	2,827	10,50	210		

يتضح من جدول (7) وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0,01) بين متوسطي درجات المرتفعين والمنخفضين على أبعاد مقياس خبرات الإساءة في الطفولة والدرجة الكلية مما يدل على أن للمقياس قدرة تمييزية بين مرتفعي ومنخفضي الدرجات وهو ما يشير إلى الصدق التمييزي للمقياس.

ثانيًا: الثبات:

تم حساب ثبات المقياس عن طريق معامل ثبات ألفا كرونباخ، وطريقة التجزئة النصفية باستخدام كل من معادلة سبيرمان- براون، ومعادلة جتمان لكل بعد من أبعاد المقياس والدرجة الكلية للمقياس. والنتائج كما هي موضحة في جدول (8).

جدول (8)

معاملات الثبات للأبعاد الفرعية والدرجة الكلية لمقياس خبرات الإساءة في الطفولة لدى المدمنين المنتكسين (ن= 80)

م	الأبعاد	معامل ثبات ألفا كرونباخ	معامل الثبات عن طريق التجزئة النصفية	
			سبيرمان- براون	جتمان
1	الإساءة الجسدية	0,772	0,759	0,808
2	الإساءة النفسية	0,701	0,796	0,912
3	الإساءة الجنسية	0,841	0,867	0,825
-	الدرجة الكلية	0,658	0,934	0,947

يتضح من الجدول السابق أن معاملات ثبات الأبعاد الفرعية والدرجة الكلية لمقياس خبرات الإساءة في الطفولة لدى المدمنين المنتكسين تراوحت ما بين (0,701) و(0,947)، وجميعها معاملات ثبات مرتفعة وتشير إلى ثبات المقياس وصلاحيته للاستخدام في البحث الحالي.

ثالثًا: الاتساق الداخلي:

أ- **الاتساق الداخلي للعبارات:** تم حساب الاتساق الداخلي لعبارات المقياس بحساب معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة والدرجة الكلية للبعد بمقياس خبرات الإساءة في الطفولة لدى المدمنين المنتكسين (ن= 80)، والنتائج كما جاءت في الجدول التالي:

جدول (9) معاملات الارتباط بين كل عبارة والدرجة الكلية للبعد بمقياس خبرات الإساءة في الطفولة لدى المدمنين المنتكسين (ن=80)

الإساءة الجسدية		الإساءة النفسية		الإساءة الجنسية	
م	معامل الارتباط	م	معامل الارتباط	م	معامل الارتباط
1	**0,424	2	**0,645	3	**0,801
4	**0,587	5	**0,640	6	**0,748
7	**0,372	8	**0,446	9	*0,253
10	**0,632	11	0,154	12	0,165
13	**0,492	14	**0,508	15	**0,760
16	**0,509	17	**0,576	18	**0,792
19	0,176	20	**0,504	21	0,178
22	**0,535	23	**0,372	24	**0,367
25	**0,328	26	**0,703	27	**0,792
28	**0,655	29	**0,376	30	**0,626
31	**0,664	32	**0,541	33	**0,734
34	**0,502	35	**0,662	36	0,178
37	**0,457	38	**0,686	39	**0,344
40	0,035	41	**0,298	42	**0,309
43	*0,281	44	*0,270	45	**0,460

** دال عند مستوى (0,01)= 0,286 * دال عند مستوى (0,05)= 0,220

يتضح من جدول (9) أن قيم معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة والدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه قيم دالة إحصائيًا عند مستوى دلالة (0,01) فيما عدا العبارات رقم (9) في البعد الثالث ورقم (43) في البعد الأول ورقم (44) في البعد الثاني حيث كانوا دالين عند مستوى دلالة (0,05)، في حين كانت العبارات أرقام (19، 40) في البعد الأول، ورقم (11) في البعد الثاني، وأرقام (12، 21، 36) في البعد الثالث غير دالة إحصائيًا وتم حذفهم، وهو ما يدل على الاتساق الداخلي لعبارات المقياس.

ب-الاتساق الداخلي للأبعاد: تم حساب معاملات الارتباط بين الأبعاد الفرعية للمقياس مع بعضها البعض ومع الدرجة الكلية للمقياس، ويوضح جدول (10) معاملات الارتباط بين الأبعاد الفرعية للمقياس مع بعضها البعض ومع الدرجة الكلية لمقياس خبرات الإساءة في الطفولة لدى المدمنين المنتكسين (ن=80).

جدول (10) معاملات الارتباط بين الأبعاد مع بعضها البعض ومع الدرجة الكلية لمقياس خبرات الإساءة في الطفولة لدى المدمنين المنتكسين (ن=80)

الأبعاد	الإساءة الجسدية	الإساءة النفسية	الإساءة الجنسية	الدرجة الكلية
الإساءة الجسدية	-			
الإساءة النفسية	0,679**	-		
الإساءة الجنسية	0,282*	0,734**	-	
الدرجة الكلية	0,810**	0,887**	0,606**	-

يتضح من جدول (10) أن قيم معاملات الارتباط بين الأبعاد مع بعضها البعض ومع الدرجة الكلية لمقياس خبرات الإساءة في الطفولة لدى المدمنين المنتكسين تراوحت ما بين (0,282) و(0,887)، وهي قيم دالة إحصائيًا إما عند مستوى دلالة (0,05) أو (0,01)، مما يشير إلى الاتساق الداخلي لأبعاد المقياس.

- **الصورة النهائية للمقياس:** تكون المقياس في صورته النهائية من (39) عبارة، وذلك بعد حساب الخصائص السيكومترية وحذف العبارات التي كانت معاملات ارتباطها غير دالة إحصائيًا، ويوضح جدول (11) توزيع العبارات على أبعاد مقياس خبرات الإساءة في الطفولة (الصورة النهائية).

جدول (11) توزيع العبارات على أبعاد مقياس خبرات الإساءة في الطفولة (الصورة النهائية)

م	الأبعاد	أرقام العبارات	المجموع
1	الإساءة الجسدية	1، 4، 7، 10، 11، 14، 18، 21، 24، 27، 30، 32، 37	13
2	الإساءة النفسية	2، 5، 8، 12، 15، 17، 19، 22، 25، 28، 31، 33، 35، 38	14
3	الإساءة الجنسية	3، 6، 9، 13، 16، 20، 23، 26، 29، 34، 36، 39	12

ونظرًا لأن جميع العبارات في الاتجاه الموجب فإن الاستجابة (كثيرًا) تُعطى (ثلاث درجات)، بينما تُعطى (درجة واحدة) للاستجابة (أبدًا)، وبذلك تكون أعلى درجة على المقياس (117)، وأقل درجة (39).

(3) مقياس الميول الانتحارية "لدى المدمنين المنتكسين" (إعداد الباحثة):

قامت الباحثة بإعداد مقياس الميول الانتحارية لدى المدمنين المنتكسين نظرًا لمحدودية وجود مقاييس في البيئة العربية لقياس الميول الانتحارية لدى المدمنين المنتكسين–في حدود اطلاع الباحثة–، وحتى يتناسب مع طبيعة البحث الحالي والهدف منه وخصائص المشاركين فيه. وقد مر إعداد المقياس بالخطوات التالية:

- **تحديد الهدف من المقياس:** وهو قياس الميول الانتحارية لدى المدمنين المنتكسين (متمثلة في التفكير والرغبة في الانتحار، والتخطيط للانتحار، والقدرة الفعلية على الانتحار).
- **الاطلاع على بعض الأطر النظرية والتراث السيكولوجي والبحوث السابقة** –المتاحة– التي تناولت الميول الانتحارية، والرجوع إلى بعض المقاييس العربية والأجنبية التي أُعدت لقياس الميول الانتحارية، وذلك للاستفادة منها في بناء المقياس الحالي وتحديد أبعاده وصياغة عباراته، ومنها مقياس عبد الحفيظ (2017)، ومقياس المصري (2020)، ومقياس شحات وآخرون (2021)، ومقياس عرفة (2022).
- **صياغة عبارات المقياس:** تكون المقياس في صورته الأولية من (30) عبارة موزعة على ثلاثة أبعاد بالتساوي بمعدل (10) عبارات لكل بعد، وتشير الدرجة المرتفعة إلى معاناة المدمن المنتكس من ميول انتحارية، وفيما يلي تعريف أبعاد المقياس:

- **البعد الأول: التفكير والرغبة في الانتحار:** يتمثل في مجموعة الأفكار التي تراود المدمن المنتكس حول إنهاء حياته لوضع حد لمعاناته أو عقابًا لأفراد أسرته، وعدم رغبته في مواصلة الحياة.
- **البعد الثاني: التخطيط للانتحار:** يتمثل في قيام المدمن المنتكس بوضع خطط للانتحار وكتابة الوصية واختيار الأداة والمكان والزمان المناسبين.
- **البعد الثالث: القدرة الفعلية على الانتحار:** تتمثل في مدى قدرة المدمن المنتكس على القيام بمحاولات فعلية للتخلص من حياته وتغلبه على الخوف الغريزي من الموت، وذلك بجرح نفسه أو تناول جرعات زائدة من المخدرات أو إلقاء نفسه من مكان مرتفع أو غير ذلك.

- **تحديد أسلوب الاستجابة على المقياس:** فقد تم وضع ثلاثة بدائل للإجابة على العبارات وهي (تنطبق تمامًا- تنطبق إلى حد ما- لا تنطبق).
- **إعداد مفتاح لتصحيح المقياس:** حيث يحصل المدمن المنتكس على (ثلاث درجات) للاستجابة (تنطبق تمامًا)، و(درجتين) للاستجابة (تنطبق إلى حد ما)، و(درجة واحدة) للاستجابة (لا تنطبق) وذلك بالنسبة للعبارات الموجبة، وتُعكس تلك الدرجات بالنسبة للعبارات السالبة وهي عبارة واحدة رقم (13).

الخصائص السيكومترية للمقياس:

أولًا: الصدق:

صدق المحكمين:

قامت الباحثة بعرض المقياس في صورته الأولية على عدد من المتخصصين في علم النفس وذلك للحكم على صلاحية عبارات المقياس ومدى ملائمتها لما وضعت لقياسه من خلال إبداء آرائهم في دقة وسلامة صياغة فقرات المقياس مع حذف أو إضافة ما يرونه مناسبًا من فقرات، وقد تم الإبقاء على العبارات التي اتفق عليها المحكمون بنسبة تراوحت ما بين (80-100%)، كما تم إجراء التعديلات المقترحة.

الصدق التمييزي:

قامت الباحثة بحساب الصدق التمييزي لمقياس الميول الانتحارية من خلال حساب دلالة الفروق بين متوسطي درجات المرتفعين والمنخفضين على كل بعد من أبعاد المقياس والدرجة الكلية باستخدام اختبار "مان ويتني لعينتين مستقلتين Mann Whitney Test"، وذلك كما هو موضح في جدول (12).

جدول (12) قيمة (Z) ودلالتها الإحصائية للفروق بين متوسطي درجات المرتفعين والمنخفضين على أبعاد مقياس الميول الانتحارية والدرجة الكلية (ن=80)

الأبعاد	المشاركين	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	مستوى الدلالة
التفكير والرغبة في الانتحار	المرتفعين	20	19,80	1,824	30,50	610	-5,490	0,01
	المنخفضين	20	10,70	0,801	10,50	210		
التخطيط للانتحار	المرتفعين	20	12,50	2,856	30,50	610	-5,612	0,01
	المنخفضين	20	10	0,00	10,50	210		
القدرة الفعلية على الانتحار	المرتفعين	20	14,60	1,095	30,50	610	-5,572	0,01
	المنخفضين	20	11	0,858	10,50	210		
الدرجة الكلية	المرتفعين	20	45,70	3,114	30,50	610	-5,476	0,01
	المنخفضين	20	33	1,170	10,50	210		

يتضح من جدول (12) وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0,01) بين متوسطي درجات المرتفعين والمنخفضين على أبعاد مقياس الميول الانتحارية والدرجة الكلية مما يدل على أن للمقياس قدرة تمييزية بين مرتفعي ومنخفضي الدرجات وهو ما يشير إلى الصدق التمييزي للمقياس.

ثانيًا: الثبات:

تم حساب ثبات المقياس عن طريق معامل ثبات ألفا كرونباخ، وطريقة التجزئة النصفية باستخدام كل من معادلة سبيرمان- براون، ومعادلة جتمان لكل بعد من أبعاد المقياس والدرجة الكلية للمقياس. والنتائج كما هي موضحة في جدول (13).

جدول (13)

معاملات الثبات للأبعاد الفرعية والدرجة الكلية لمقياس الميول الانتحارية لدى المدمنين المنتكسين (ن= 80)

م	الأبعاد	معامل ثبات ألفا كرونباخ	معامل الثبات عن طريق التجزئة النصفية	
			سبيرمان– براون	جتمان
1	التفكير والرغبة في الانتحار	0,756	0,724	0,606
2	التخطيط للانتحار	0,790	0,639	0,632
3	القدرة الفعلية على الانتحار	0,779	0,880	0,794
–	الدرجة الكلية	0,766	0,936	0,895

يتضح من الجدول السابق أن معاملات ثبات الأبعاد الفرعية والدرجة الكلية لمقياس الميول الانتحارية لدى المدمنين المنتكسين تراوحت ما بين (0,606) و(0,936)، وجميعها معاملات ثبات مرتفعة وتشير إلى ثبات المقياس وصلاحيته للاستخدام في البحث الحالي.

ثالثًا: الاتساق الداخلي:

أ- **الاتساق الداخلي للعبارات:** تم حساب الاتساق الداخلي لعبارات المقياس بحساب معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة والدرجة الكلية للبعد بمقياس الميول الانتحارية لدى المدمنين المنتكسين (ن= 80)، والنتائج كما جاءت في الجدول التالي:

جدول (14)

معاملات الارتباط بين كل عبارة والدرجة الكلية للبعد بمقياس الميول الانتحارية (ن=80)

التفكير والرغبة في الانتحار		التخطيط للانتحار		القدرة الفعلية على الانتحار	
م	معامل الارتباط	م	معامل الارتباط	م	معامل الارتباط
1	0,649**	2	0,787**	3	0,296**
4	0,389**	5	0,273*	6	0,434**
7	0,711**	8	0,878**	9	0,255*
10	0,242*	11	0,937**	12	0,636**
13	0,135	14	0,632**	15	0,339**
16	0,612**	17	0,254*	18	0,424**
19	0,819**	20	0,937**	21	0,552**
22	0,665**	23	0,937**	24	0,316**
25	0,322**	26	0,916**	27	0,296**
28	0,673**	29	0,787**	30	0,241*

** دال عند مستوى (0,01)= 0,286 * دال عند مستوى (0,05)= 0,220

يتضح من جدول (14) أن قيم معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة والدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه قيم دالة إحصائيًا عند مستوى دلالة (0,01) فيما عدا العبارات رقم (5) في البعد الثاني ورقم (10) في البعد الأول ورقمي (9، 30) في البعد الثالث حيث كانوا دالين عند مستوى دلالة (0,05)، في حين كانت العبارة أرقام (13) في البعد الأول غير دالة إحصائيًا وتم حذفها، وهو ما يدل على الاتساق الداخلي لعبارات المقياس.

ب-الاتساق الداخلي للأبعاد: تم حساب معاملات الارتباط بين الأبعاد الفرعية للمقياس مع بعضها البعض ومع الدرجة الكلية للمقياس، ويوضح جدول (15) معاملات الارتباط بين الأبعاد الفرعية للمقياس مع بعضها البعض ومع الدرجة الكلية لمقياس الميول الانتحارية لدى المدمنين المنتكسين (ن=80).

جدول (15)

معاملات الارتباط بين الأبعاد مع بعضها البعض ومع الدرجة الكلية لمقياس الميول الانتحارية لدى المدمنين المنتكسين (ن=80)

الأبعاد	التفكير والرغبة في الانتحار	التخطيط للانتحار	القدرة الفعلية على الانتحار	الدرجة الكلية
التفكير والرغبة في الانتحار	-			
التخطيط للانتحار	0,626**	-		
القدرة الفعلية على الانتحار	0,421**	0,769**	-	
الدرجة الكلية	0,890**	0,468**	0,636**	-

يتضح من جدول (15) أن قيم معاملات الارتباط بين الأبعاد مع بعضها البعض ومع الدرجة الكلية لمقياس الميول الانتحارية لدى المدمنين المنتكسين تراوحت ما بين (0,421) و(0,890)، وهي قيم دالة إحصائيًا عند مستوى دلالة (0,01)، مما يشير إلى الاتساق الداخلي لأبعاد المقياس.

- **الصورة النهائية للمقياس:** تكون المقياس في صورته النهائية من (29) عبارة، وذلك بعد حساب الخصائص السيكومترية وحذف العبارات التي كانت معاملات ارتباطها غير دالة إحصائيًا، ويوضح جدول (16) توزيع العبارات على أبعاد مقياس الميول الانتحارية (الصورة النهائية).

جدول (16) توزيع العبارات على أبعاد مقياس الميول الانتحارية (الصورة النهائية)

م	الأبعاد	أرقام العبارات	المجموع
1	التفكير والرغبة في الانتحار	1، 4، 7، 10، 15، 18، 21، 24، 27	9
2	التخطيط للانتحار	2، 5، 8، 11، 13، 16، 19، 22، 25، 28	10
3	القدرة الفعلية على الانتحار	3، 6، 9، 12، 14، 17، 20، 23، 26، 29	10

بعد حذف العبارة الوحيدة السالبة أصبحت جميع العبارات في الاتجاه الموجب حيث تُعطى (ثلاث درجات) للاستجابة (تنطبق تمامًا)، بينما تُعطى (درجة واحدة) للاستجابة (لا تنطبق)، وبذلك تكون أعلى درجة على المقياس (87)، وأقل درجة (29).

نتائج البحث ومناقشتها وتفسيرها:

نتائج الفرض الأول:

ينص الفرض الأول على أنه "**يوجد مستوى متوسط دال إحصائيًا لاضطراب الشخصية الحدية لدى المشاركين في البحث**".

وللتحقق من صحة هذا الفرض قامت الباحثة بحساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والأوزان النسبية لكل بعد من أبعاد مقياس اضطراب الشخصية الحدية وكذلك الدرجة الكلية، والنتائج كما هي موضحة في الجدول التالي:

جدول (17)

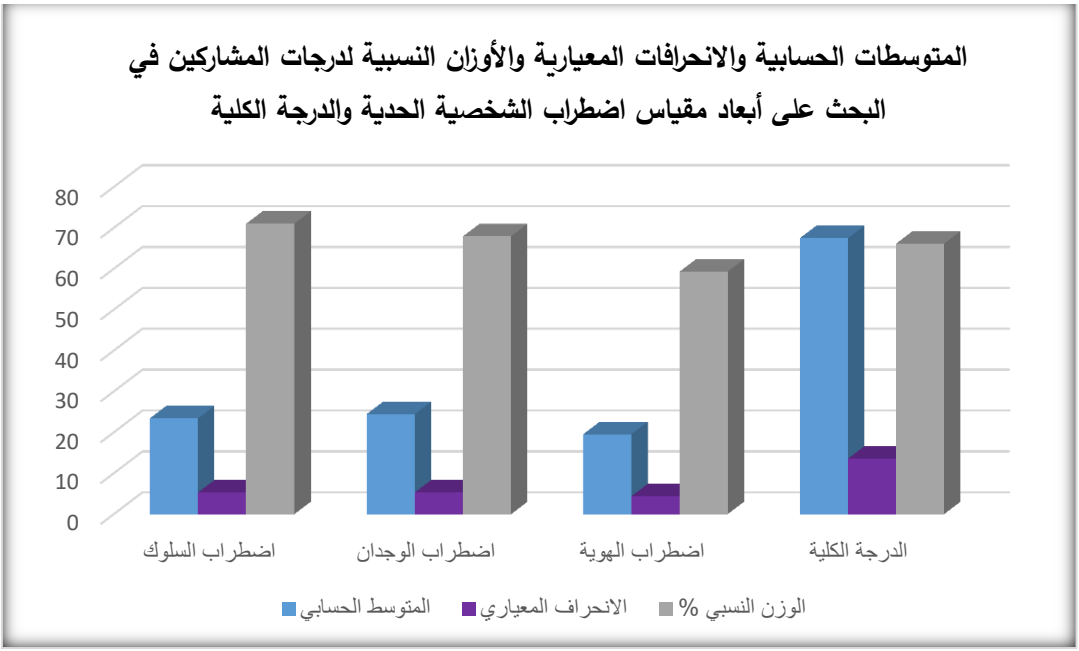
المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والأوزان النسبية لدرجات المشاركين في البحث على أبعاد مقياس اضطراب الشخصية الحدية والدرجة الكلية (ن= 167)

البعد	عدد العبارات	الدرجة العليا	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوزن النسبي %	الترتيب
اضطراب السلوك	11	33	23,44	5,308	71,03	1
اضطراب الوجدان	12	36	24,46	5,224	67,94	2
اضطراب الهوية	11	33	19,57	4,399	59,30	3
الدرجة الكلية	34	102	67,47	13,549	66,14	-

يتضح من الجدول السابق ما يلي:

- أن متوسط الدرجة الكلية لاضطراب الشخصية الحدية لدى المشاركين في البحث من المدمنين المنتكسين قد بلغ (67,47) بانحراف معياري قدره (13,549) وبوزن نسبي قدره (66,14%)، مما يدل على أن مستوى اضطراب الشخصية الحدية لدى المشاركين في البحث متوسط.
- أن بعد اضطراب السلوك جاء في المرتبة الأولى بوزن نسبي قدره (71,03%)، يليه بعد اضطراب الوجدان في المرتبة الثانية بوزن نسبي قدره (67,94%)، ثم في المرتبة الثالثة والأخيرة بعد اضطراب الهوية بوزن نسبي قدره (59,30%)0

وتؤكد النتيجة السابقة تحقق الفرض الأول بوجود مستوى متوسط دال إحصائيًا لاضطراب الشخصية الحدية لدى المشاركين في البحث، والشكل التالي يوضح ذلك:



شكل (1) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والأوزان النسبية لدرجات المشاركين في البحث على أبعاد مقياس اضطراب الشخصية الحدية والدرجة الكلية

مناقشة نتائج الفرض الأول وتفسيرها:

تتفق نتائج الفرض الأول مع نتائج دراسة Walter et al. (2009)، ودراسة Wapp et al. (2015)، ودراسة Gaber & Abdelfatah (2016)، ودراسة Miglin et al. (2020)، ودراسة هاشم ونجيب (2021) حيث أشارت نتائج تلك الدراسات إلى وجود مستويات دالة إحصائيًا من أعراض اضطراب الشخصية الحدية لدى المعتمدين على المواد المخدرة، وأن وجود هذا الاضطراب يتسبب في حدوث الانتكاسة بل ويتنبأ بإمكانية حدوثها أيضًا.

وتعزي الباحثة ما أسفرت عنه نتائج الفرض الأول من وجود مستوى متوسط دال إحصائيًا لأعراض اضطراب الشخصية الحدية لدى المشاركين في البحث من المدمنين المنتكسين إلى كون اضطرابات الشخصية بصفة عامة واضطراب الشخصية الحدية بصفة خاصة إحدى أهم العوامل التي تدفع الأفراد إلى معاقرة المواد المخدرة كما أنها إحدى المسببات الرئيسة للانتكاسة والعودة إلى التعاطي بعد المرور برحلة العلاج وصولًا إلى التعافي، فما يعانيه ذوي اضطراب الشخصية الحدية من تذبذب صورة الذات ما بين التدني والعظمة، وعدم استقرار الحالة المزاجية وفقدان السيطرة على الانفعالات، غالبًا ما يدفعهم للقيام بسلوكيات اندفاعية متهورة كتعاطي المواد المخدرة، وعلى الرغم من أن تلك السلوكيات قد تكون مجرد استجابة وقتية للتقلب المزاجي الذي يعاني منه الشخص المضطرب إلا أن تكرار التعاطي والوصول إلى مرحلة الإدمان يزيد

من ترسيخ هذا السلوك التعويضي ويجعل من الصعب على المدمن الإقلاع عنه وبالتالي يدخل في حلقة مفرغة من التعافي والانتكاس.

كما تُرجع الباحثة وجود "اضطراب السلوك" في المرتبة الأولى لدى المشاركين في البحث من المدمنين المنتكسين إلى ارتباط إدمان المواد المخدرة –باعتباره أحد الاضطرابات السلوكية– بالكثير من السلوكيات غير المنضبطة كخرق القوانين والأعراف، والسلوكيات المؤذية للذات أو للآخرين، بالإضافة إلى سلوكيات التعلق وتجنب الهجر وغيرها من السلوكيات المضطربة.

وفي هذا السياق، أكد Ongeri (2011) أن حوالي (57%) من مدمني المواد المخدرة يعانون من اضطراب واحد في الشخصية على الأقل، كما وجد أن (16,9%) منهم يعانون من أكثر من اضطراب في الشخصية، كما بلغت نسبة انتشار اضطراب الشخصية الحدية (6,3%) لدى هؤلاء المرضى.

كما أظهرت نتائج دراسة Pereiro et al. (2013) أن (56,3%) من المرضى الذين يعانون من تعاطي المخدرات والاعتماد عليها يعانون أيضًا من بعض الاضطرابات النفسية الأخرى، وأن اضطرابات المزاج والقلق واضطراب الشخصية الحدية هي الاضطرابات الأكثر شيوعًا لدى تلك الفئة.

وذكر Casadio et al. (2014) أن نسبة انتشار اضطرابات الشخصية تبلغ 62,2% لدى المرضى ذوي اضطرابات تعاطي المواد المخدرة، وأن أكثر الاضطرابات شيوعًا هي الشخصية الحدية (بنسبة 15%)، والشخصية المعادية للمجتمع (بنسبة 13,8%)، والشخصية الانطوائية (بنسبة 7,8%)، والشخصية السلبية العدوانية (بنسبة 4,7%)، والشخصية الوسواسية القهرية (بنسبة 4,7%)، والشخصية البارانوية (بنسبة 4,4%)0

وأكدت نتائج دراسة هاشم ونجيب (2021: 24، 44) أن اضطراب الشخصية الحدية كان أكثر الاضطرابات انتشارًا لدى المدمنين حيث بلغت نسبة انتشاره لديهم 80%، وقد اعتبرا أن تعاطي المخدرات قد يكون إحدى الآليات التي يحاول الأفراد من خلالها تجنب المعتقدات والمشاعر السلبية التي قد تزيد مع استمرار الإدمان.

وأشارت صادقي (2014: 201) إلى أن اضطرابات الشخصية المصنفة قد ترتبط باستعمال المخدر، وتؤخذ كأسباب أولية أو ثانوية لتعاطي المخدرات أو تكون عامل خطر أو عواقب للإدمان، كما أنه عند الأغلبية فإن تعاطي المخدرات يمثل محاولة علاج ذاتي لاضطرابات نفسية سابقة كاضطرابات القلق، الذهان، الاكتئاب، الاضطرابات الهوسية الدورية؛ كما وجد في الحالات الشديدة أن الإدمان يكون ناتجًا عن اضطراب مزمن في الشخصية.

وأوضح Feske et al. (2006) أن اضطراب الشخصية الحدية يختلف عن معظم حالات اضطرابات الشخصية الأخرى بحكم ارتباطه بمستويات عالية من الضيق الذاتي، بما في ذلك الاكتئاب، واليأس، والقلق، والملل، والفراغ، والحالات الجسدية الحرجة التي يمكن أن تخدم الإقدام على تعاطي المخدرات في الأفراد غير المحصنين نفسيًا.

نتائج الفرض الثاني:

ينص الفرض الثاني على أنه "**توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين اضطراب الشخصية الحدية وخبرات الإساءة في الطفولة لدى المدمنين المنتكسين**".

وللتحقق من صحة هذا الفرض قامت الباحثة بحساب معاملات الارتباط بين درجات المشاركين في البحث على أبعاد مقياس اضطراب الشخصية الحدية والدرجة الكلية ودرجاتهم على أبعاد مقياس خبرات الإساءة في الطفولة والدرجة الكلية، والنتائج كما هي موضحة في الجدول التالي:

جدول (18)

معاملات الارتباط بين أبعاد مقياس اضطراب الشخصية الحدية والدرجة الكلية وأبعاد مقياس خبرات الإساءة في الطفولة والدرجة الكلية (ن= 167)

أبعاد مقياس اضطراب الشخصية الحدية	أبعاد مقياس خبرات الإساءة في الطفولة			
	الإساءة الجسدية	الإساءة النفسية	الإساءة الجنسية	الدرجة الكلية
اضطراب الهوية	0,626**	0,380**	0,30	0,449**
اضطراب الوجدان	0,542**	0,377**	0,116	0,448**
اضطراب السلوك	0,630**	0,468**	0,026-	0,474**
الدرجة الكلية	0,659**	0,452**	0,44	0,504**

** دال عند مستوى (0,01)= 0,210 * دال عند مستوى (0,05)= 0,161

يتضح من الجدول السابق وجود علاقة موجبة دالة إحصائيًا عند مستوى دلالة (0,01) بين أبعاد مقياس اضطراب الشخصية الحدية (اضطراب الهوية، واضطراب الوجدان، واضطراب السلوك) والدرجة الكلية له، وبعدي (الإساءة الجسدية، والإساءة النفسية) والدرجة الكلية لمقياس خبرات الإساءة في الطفولة، بينما لم توجد علاقة دالة إحصائيًا بين أبعاد مقياس اضطراب الشخصية الحدية (اضطراب الهوية، واضطراب الوجدان، واضطراب السلوك) والدرجة الكلية له، وبعد الإساءة الجنسية من مقياس خبرات الإساءة في الطفولة.

وتؤكد النتيجة السابقة تحقق الفرض الثاني جزئيًا بوجود علاقة دالة إحصائيًا بين اضطراب الشخصية الحدية وخبرات الإساءة (الجسدية، والنفسية) في الطفولة لدى المدمنين المنتكسين، بينما لم توجد علاقة دالة إحصائيًا بين اضطراب الشخصية الحدية والإساءة الجنسية في الطفولة.

مناقشة نتائج الفرض الثاني وتفسيرها:

تتفق نتائج الفرض الثاني مع نتائج دراسة Kuo et al. (2015) التي أشارت إلى أن تكرار الإساءة العاطفية في مرحلة الطفولة يرتبط بالسمات المميزة لاضطراب الشخصية الحدية؛ ودراسة Rosenstein et al. (2018) التي توصلت إلى وجود ارتباط مباشر بين الإساءة العاطفية وخصائص اضطراب الشخصية الحدية، ووجود ارتباط غير مباشر بين الإساءة الجسدية والسمات المميزة لاضطراب الشخصية الحدية، وعدم وجود ارتباط بين الإساءة الجنسية واضطراب الشخصية الحدية؛ ودراسة Ghomoushi et al. (2022) التي أظهرت وجود ارتباط بين اضطراب الشخصية الحدية والإساءة العاطفية.

بينما اختلفت نتائج الفرض الثاني مع نتائج دراسة Menon et al. (2016) التي أكدت أن نسبة الذين تعرضوا للإساءة الجنسية في مرحلة الطفولة بلغت حوالي (44,5%) من إجمالي عدد المشاركين في الدراسة من ذوي اضطراب الشخصية الحدية.

وتُفسر الباحثة هذه النتائج في ضوء الإطار النظري للبحث الحالي والذي أوضح أن العوامل البيئية تُعد من أهم العوامل المسببة لاضطراب الشخصية الحدية حيث يرتبط هذا الاضطراب بالاستجابات السلوكية المبكرة المكتسبة في مرحلة الطفولة، وأن الأشخاص الذين يتعرضون لأحداث مؤلمة في الحياة مثل الاعتداء الجسدي أو الإساءة النفسية يكونون أكثر عرضة للإصابة باضطراب الشخصية الحدية. كما تبين من الإطار النظري أيضًا أن اضطرابات الشخصية وسلوكيات تعاطي المخدرات من الآثار المترتبة على خبرات الإساءة في الطفولة.

وتضيف الباحثة أن جميع الممارسات السلبية المسيئة والمؤذية (جسديًا أو نفسيًا) التي تعرض لها المدمن المنتكس في طفولته كاستغلاله ماديًا أو معنويًا وضربه وتعنيفه وتعرضه للرفض والنبذ والتوبيخ والإهانة والحرمان العاطفي، سواء من أحد الوالدين أو كليهما أو أحد المحيطين به (كالأقارب والجيران والمعلمين والأقران)؛ كل ذلك من شأنه أن يؤدي إلى حدوث أضرارًا بالغة في كيانه النفسي ويجعله عرضة للإصابة بالاضطرابات المزمنة في الشخصية بدءًا من اضطراب هويته وتدني صورة الذات لديه مرورًا بالاضطرابات المزاجية وفقدان السيطرة على الانفعالات وصولًا إلى القيام بسلوكيات متهورة غير مدروسة العواقب والتي قد تتسبب في إلحاق الضرر به أو بالآخرين.

كما ترى الباحثة أن تلك الخبرات السيئة التي حدثت في طفولة المدمن المنتكس تظل عالقة في ذهنه مهما تقدم به العمر، ويبقى أثرها يلاحقه طوال حياته وقد يكون ذلك أحد الأسباب الرئيسة التي تدفع بالمدمن إلى الانتكاس بعد خضوعه للعلاج وتعافيه، خاصة إذا تم تجاهل مثل تلك الخبرات واضطرابات الشخصية الناتجة عنها في برامج العلاج وإعادة التأهيل.

وفي هذا الصدد، فقد أشارت حورية (2008: 119) إلى وجود علاقة ارتباطية موجبة ذات دلالة إحصائية بين خبرات الإساءة الجسمية والنفسية في الطفولة ومظاهر اضطراب الشخصية الحدية المتمثلة في: تجنب الهجر، عدم استقرار العلاقات البينشخصية، اضطراب الهوية، الاندفاعية، إيذاء الذات، عدم استقرار الوجدان، الخواء أو الملل، صعوبة التحكم في الغضب، والأفكار البارانويدية.

وذكر Porter et al. (2020) أن حوالي 71,1% من الأفراد المصابين باضطراب الشخصية الحدية قد أبلغوا عن تعرضهم للإساءة في الطفولة، وجاء في المرتبة الأولى الإهمال الجسدي بنسبة (48,9%)، يليه الإساءة العاطفية بنسبة (42,2%)، يليها الإساءة الجسدية بنسبة (36,4%)، ثم الإساءة الجنسية بنسبة (32,1%) وأخيرًا الإهمال العاطفي بنسبة 0(%25,3)

ويرى Bozzatello et al. (2021) أن اضطراب الشخصية الحدية غالبًا ما يحدث كنتيجة لصدمات الطفولة (الإساءة الجسدية والجنسية والإهمال العاطفي)، ويظهر في العديد من الأمراض المصاحبة (مثل المزاج، والقلق، والوسواس القهري، والأكل، والانفصام، والإدمان، والذهان، واضطرابات الشكل الجسدي).

وتُرجع الباحثة عدم وجود علاقة دالة إحصائيًا بين اضطراب الشخصية الحدية والإساءة الجنسية لدى المشاركين في البحث من المدمنين المنتكسين إلى كونهم جميعًا من الذكور، وهم أقل عرضة للإساءة الجنسية في الطفولة مقارنة بالإناث، وهو ما أكدته نتائج العديد من الدراسات مثل دراسة دلال ورزق (2020)؛ بالإضافة إلى كون الذكور أقل قدرة على الإفصاح عن المرور بخبرة الإساءة الجنسية في الطفولة، وهو ما أكدته أيضًا نتائج العديد من الدراسات مثل دراسة Jonge (2013)؛ مما أدى إلى عدم ظهور علاقة دالة إحصائيًا بين اضطراب الشخصية الحدية والإساءة الجنسية لدى المشاركين في البحث.

وأوضح Garland & Miller (2020) أنه على الرغم من أن تاريخ الاعتداء شائعًا لدى الأشخاص المصابين باضطراب الشخصية الحدية، فإن الاعتداء الجنسي على الأطفال ليس ضروريًا ولا يكفي لتطوير اضطراب الشخصية الحدية، وتجارب الطفولة الأخرى، لا سيما الإهمال من قبل مقدمي الرعاية، تمثل عوامل خطر كبيرة.

نتائج الفرض الثالث:

ينص الفرض الثالث على أنه "**توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين اضطراب الشخصية الحدية والميول الانتحارية لدى المدمنين المنتكسين**".

وللتحقق من صحة هذا الفرض قامت الباحثة بحساب معاملات الارتباط بين درجات المشاركين في البحث على أبعاد مقياس اضطراب الشخصية الحدية والدرجة الكلية ودرجاتهم على أبعاد مقياس الميول الانتحارية والدرجة الكلية، والنتائج كما هي موضحة في الجدول التالي:

جدول (19)

معاملات الارتباط بين أبعاد مقياس اضطراب الشخصية الحدية والدرجة الكلية وأبعاد مقياس الميول الانتحارية والدرجة الكلية (ن= 167)

أبعاد مقياس اضطراب الشخصية الحدية	أبعاد مقياس الميول الانتحارية			
	التفكير والرغبة في الانتحار	التخطيط للانتحار	القدرة الفعلية على الانتحار	الدرجة الكلية
اضطراب الهوية	0,178*	0,260**	0,370**	0,566**
اضطراب الوجدان	0,291**	0,495**	0,198*	0,284**
اضطراب السلوك	0,163*	0,251**	0,849**	0,251**
الدرجة الكلية	0,218**	0,220**	0,432**	0,172*

** دال عند مستوى (0,01)= 0,210 * دال عند مستوى (0,05)= 0,161

تشير النتائج الموضحة في الجدول السابق إلى ما يلي:

- **بعد اضطراب الهوية:** اتضح وجود علاقة موجبة دالة إحصائيًا عند مستوى دلالة (0,01) بين اضطراب الهوية وبعدي (التخطيط للانتحار، والقدرة الفعلية على الانتحار) والدرجة الكلية لمقياس الميول الانتحارية، ووجود علاقة موجبة دالة إحصائيًا عند مستوى دلالة (0,05) بين اضطراب الهوية والتفكير والرغبة في الانتحار.
- **بعد اضطراب الوجدان:** اتضح وجود علاقة موجبة دالة إحصائيًا عند مستوى دلالة (0,01) بين اضطراب الوجدان وبعدي (التفكير والرغبة في الانتحار، والتخطيط للانتحار) والدرجة الكلية لمقياس الميول الانتحارية، ووجود علاقة موجبة دالة إحصائيًا عند مستوى دلالة (0,05) بين اضطراب الوجدان والقدرة الفعلية على الانتحار.
- **بعد اضطراب السلوك:** اتضح وجود علاقة موجبة دالة إحصائيًا عند مستوى دلالة (0,01) بين اضطراب السلوك وبعدي (التخطيط للانتحار، والقدرة الفعلية على الانتحار) والدرجة الكلية لمقياس الميول الانتحارية، ووجود علاقة موجبة دالة إحصائيًا عند مستوى دلالة (0,05) بين اضطراب السلوك والتفكير والرغبة في الانتحار.

- **الدرجة الكلية:** اتضح وجود علاقة موجبة دالة إحصائيًا عند مستوى دلالة (0,01) بين الدرجة الكلية لمقياس اضطراب الشخصية الحدية وجميع أبعاد مقياس الميول الانتحارية، ووجود علاقة موجبة دالة إحصائيًا عند مستوى دلالة (0,05) بين الدرجة الكلية لمقياس اضطراب الشخصية الحدية والدرجة الكلية لمقياس الميول الانتحارية.

وتؤكد النتائج السابقة تحقق الفرض الثالث بوجود علاقة دالة إحصائيًا بين اضطراب الشخصية الحدية والميول الانتحارية لدى المدمنين المنتكسين.

مناقشة نتائج الفرض الثالث وتفسيرها:

تتفق نتائج الفرض الثالث مع ما توصلت إليه دراسة Aouidad et al. (2020) من أن ذوي اضطراب الشخصية الحدية هم الأكثر عرضة لخطر الانتحار؛ ودراسة Söderholm et al. (2020) التي أوضحت أن وجود اضطراب الشخصية الحدية يشير إلى مخاطر مرتفعة بشكل ملحوظ لمحاولات الانتحار؛ ودراسة Yen et al. (2021) التي أشارت إلى أنه من بين جميع الاضطرابات، كان اضطراب الشخصية الحدية (بأبعاده المتمثلة في اضطراب الهوية، والشعور المزمن بالفراغ، والجهود المبذولة لتجنب الهجر) هو العامل الأقوى ارتباطًا بمحاولات الانتحار؛ ودراسة العقاد (2022) التي أظهرت وجود علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين اضطراب الشخصية الحدية وأبعاد الميل للانتحار.

وتُفسر الباحثة هذه النتائج بأن المدمنين المنتكسين الذين يعانون من أعراض اضطراب الشخصية الحدية متمثلة في اضطراب الهوية وعدم استقرار صورة الذات والتقلب المزاجي وتذبذب الحالة الانفعالية وفقدان القدرة على ضبط الغضب والتحكم فيه بالإضافة إلى الاندفاعية والتهور وسلوكيات التعاطي والمرور بخبرة التعافي ثم الانتكاس، كل ذلك يخلق لديهم صراعًا داخليًا ينعكس سلبًا على تمسكهم بالحياة ويزيد من رغبتهم في عدم المواصلة، ويدفعهم للتفكير في وضع حد لمعاناتهم وذلك بالتخطيط الفعلي للانتحار ومن ثمّ الشروع في تنفيذ تلك الخطط في سبيل التحرر من الصراعات الداخلية والضغوط النفسية التي يعانون منها.

وتضيف الباحثة أن اجتماع اضطراب الشخصية الحدية مع اضطرابات تعاطي المخدرات والتعرض للانتكاسة يزيد من خطر الإقدام على الانتحار كنتيجة لتصدع الشخصية وفقدان معنى الحياة الذي تسببه تلك الاضطرابات، فترتفع حدة السلوكيات الاندفاعية بما فيها سلوكيات الانتحار وإنهاء الحياة دون اعتبار للعواقب. ويؤكد ذلك ما ورد في الدليل التشخيصي الإحصائي للاضطرابات العقلية- الإصدار الخامس (DSM-5) (2013: 665) من أن الموت المبكر بسبب الانتحار قد يحدث لدى الأفراد ذوي اضطراب الشخصية الحدية خاصة لدى أولئك الذين يعانون من اضطرابات الاكتئاب أو اضطرابات تعاطي المواد المخدرة.

كما يُدعم ذلك ما ورد في الإطار النظري للبحث الحالي من أن اضطراب الشخصية الحدية باعتباره أحد الاضطرابات النفسية والعقلية يرتبط ارتباطًا وثيقًا بالميول الانتحارية، وأن حوالي 90% من الأشخاص الذين ينتحرون يعانون من اضطراب عقلي واحد على الأقل، وأن الاضطرابات النفسية والعقلية تسهم في حوالي (47–74%) من الميول الانتحارية.

وفي هذا السياق، فقد أوضح Weinberg & Maltsberger (2012) أن ذوي اضطراب الشخصية الحدية يشكلون نسبة كبيرة تصل إلى (30%) من المنتحرين، وذلك نظرًا لما يعانونه من الألم النفسي، واليأس، والمشاعر الانفصالية، والتجارب المشوهة، وعدم الاستقرار الانفعالي، والاندفاع، والتفكك الذاتي.

كما أشار Yuodelis–Flores & Rirs (2015) إلى أن السلوك الانتحاري يرتبط بالاكتئاب الشديد والاضطراب ثنائي القطب واضطراب الشخصية الحدية واضطراب ما بعد الصدمة بشكل خاص لدى الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات الإدمان.

وأكد Rodríguez–Cintas et al. (2018) أن أكثر العوامل المرتبطة بمحاولات الانتحار لدى المرضى المدمنين هي: اضطراب الشخصية الحدية، وسوء المعاملة مدى الحياة (سواء كانت عاطفية أو جسدية أو جنسية)، والاضطرابات الذهانية المتزامنة، وتعاطي العقاقير المتعددة، واضطرابات القلق والأعراض الاكتئابية.

وذكر أحمد (2020: 57–58) أن السلوكيات الانتحارية والانتحار الكامل شائعة جدًا لدى الأشخاص الذين يعانون من اضطراب الشخصية الحدية (BPD). حيث أظهرت الأبحاث أن حوالي 75% من الأشخاص المصابين باضطراب الشخصية الحدية سيجرون محاولة انتحار واحدة على الأقل في حياتهم، وسيجري الكثيرون محاولات انتحار متعددة، ومن المرجح أن يكمل الأشخاص المصابون باضطراب الشخصية الحدية الانتحار أكثر من الأفراد الذين يعانون من أي اضطرابات نفسية أخرى، وتشير التقديرات إلى أن ما بين 3% إلى 10% من الأشخاص الذين يعانون من اضطراب الشخصية الحدية ينتحرون بالكامل، وهو ما يزيد عن 50 مرة من معدل الانتحار في عموم السكان.

نتائج الفرض الرابع:

ينص الفرض الرابع على أنه "**يمكن التنبؤ باضطراب الشخصية الحدية من خلال خبرات الإساءة في الطفولة والميول الانتحارية لدى المدمنين المنتكسين**".

وللتحقق من صحة هذا الفرض قامت الباحثة بحساب معامل الانحدار المتعدد للتنبؤ باضطراب الشخصية الحدية من خلال خبرات الإساءة في الطفولة والميول الانتحارية لدى المدمنين المنتكسين، ويوضح جدول (20) معامل الانحدار للتنبؤ باضطراب الشخصية الحدية من خلال خبرات الإساءة في الطفولة والميول الانتحارية لدى المدمنين المنتكسين (ن= 167).

جدول (20)

معامل الانحدار للتنبؤ باضطراب الشخصية الحدية من خلال خبرات الإساءة في الطفولة والميول الانتحارية لدى المدمنين المنتكسين (ن= 167)

المتغيرات المنبئة	الارتباط المتعدد R	قيمة المشاركة R2	قيمة F	قيمة B	قيمة Beta	قيمة T	الدلالة
خبرات الإساءة في الطفولة	0,504	0,254	28,377	0,737	0,491	7,498	0,01
الميول الانتحارية	0,172	0,030		0,155	0,056	2,249	0,05

(ت) عند مستوى دلالة (0,01)= 2,60 (ت) عند مستوى دلالة (0,05)= 1,97

يتضح من الجدول السابق أن نتائج تحليل الانحدار المتعدد أسفرت عن إسهام خبرات الإساءة في الطفولة والميول الانتحارية إسهامًا دالًا إحصائيًا في التنبؤ باضطراب الشخصية الحدية، وذلك على النحو التالي:

- **خبرات الإساءة في الطفولة:** فقد بلغت قيمة R2 (0,254) وتعني أن خبرات الإساءة في الطفولة تفسر 25,4% من التباين في اضطراب الشخصية الحدية، وبلغت قيمة T (7,498) وهي قيمة دالة إحصائيًا عند مستوى دلالة (0,01).
- **الميول الانتحارية:** فقد بلغت قيمة R2 (0,030) وتعني أن الميول الانتحارية تفسر 3% من التباين في اضطراب الشخصية الحدية، وبلغت قيمة T (2,249) وهي قيمة دالة إحصائيًا عند مستوى دلالة (0,05).

وفي ضوء ما سبق، يمكن صياغة معادلة الانحدار على النحو التالي:

اضطراب الشخصية الحدية= القيمة الثابتة 13,528 − (0,737 × خبرات الإساءة في الطفولة) + (0,155 × الميول الانتحارية)

وتشير هذه النتائج إلى أن أكثر المتغيرات إسهامًا في التنبؤ باضطراب الشخصية الحدية لدى المدمنين المنتكسين هو خبرات الإساءة في الطفولة، يليه الميول الانتحارية؛ وهو ما يؤكد تحقق الفرض الرابع حيث يمكن التنبؤ باضطراب الشخصية الحدية من خلال خبرات الإساءة في الطفولة والميول الانتحارية.

مناقشة نتائج الفرض الرابع وتفسيرها:

تتفق نتائج الفرض الرابع إلى حد ما مع نتائج دراسة Greenfield et al. (2021) التي أشارت إلى أن اضطراب الشخصية الحدية كان الأكثر تنبؤًا باستمرار محاولات الانتحار، ودراسة Mirkovic et al. (2021) التي توصلت إلى إمكانية التنبؤ بالسلوك الانتحاري لدى المراهقين ذوي اضطراب الشخصية الحدية من خلال صعوبات التنظيم الانفعالي.

وتعزي الباحثة تلك النتائج إلى أن معاناة المدمن المنتكس من اضطراب صورة الذات وتأرجحها ما بين المثالية المفرطة إلى التدني وكذلك اضطراب نظرته للآخرين ما بين التقديس والتحقير ومعاناته من المشاعر الاكتئابية والقلق والشعور بالخواء والملل واندفاعه وتهوره وقيامه بسلوكيات مؤذية لذاته أو لغيره؛ كل ذلك ما هو إلا نتاج للأساليب والممارسات الخاطئة التي تعرض لها في طفولته من قِبَل أحد والديه أو كليهما أو من أحد المحيطين به وتسببت في إلحاق الضرر به وإحداث ألم نفسي مستمر الأثر (سواء كانت ممارسات جسدية كالضرب أو نفسية كالتهديد والإهانة والسخرية)، فيصعب عليه مقاومة التفكير في إنهاء حياته والتخلص من المعاناة فيتغلب على الخوف الغريزي من الموت ويقوم بوضع خطط للانتحار والإعداد وقد يهدد بالانتحار أو يتخذ خطوات فعلية بجرح نفسه أو تناول جرعات زائدة من المخدرات أو غير ذلك من سبل الانتحار.

وتُفسر الباحثة ذلك بوجود علاقة وتأثير متبادل بين اضطراب الشخصية الحدية، وخبرات الإساءة في الطفولة، والميول الانتحارية لدى المدمنين المنتكسين، وهو ما أكدته نتائج الفرضين الثاني والثالث من نتائج البحث الحالي؛ حيث تؤدي خبرات الإساءة في الطفولة بأنواعها (الجسدية والنفسية) التي مر بها المدمن المنتكس إلى معاناته من اضطراب الشخصية الحدية وكذلك تعتبر الميول الانتحارية لديه مؤشرًا لوجود ذلك الاضطراب، كما أكده العديد من الباحثين مثل Kuo et al. (2015)، و Rosenstein et al. (2018)، و Aouidad et al. (2020)، و Söderholm et al. (2020) ، و Yen et al. (2021)، و Ghomoushi et al. (2022)، والعقاد (2022).

وذكر Trentacosti (2021) أن إساءة معاملة الأطفال وإهمالهم مرتبطان بالعديد من الصعوبات التي تظهر لدى البالغين بما في ذلك اضطراب الشخصية الحدية والتعلق غير الآمن والعلاقات الفاشلة وتعاطي المخدرات وغيرها من الاضطرابات التي تقلل من الصحة العقلية على المدى الطويل.

كما أوضح أحمد (2020: 59) أنه غالبًا ما يرتبط اضطراب الشخصية الحدية مع تعاطي المخدرات واستخدام الكحوليات وهو وحده عامل خطر للانتحار، وعندما يتم الجمع بين مشاكل تعاطي المخدرات مع اضطراب الشخصية الحدية، قد يكون هذا مزيجًا مميتًا بشكل خاص لأن تعاطي المخدرات يمكن أن يؤدي إلى اندفاع أكبر والأشخاص الذين يستخدمون المواد لديهم وسيلة للوصول إلى جرعة زائدة.

نتائج الفرض الخامس:

ينص الفرض الخامس على أنه "**توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات المدمنين المنتكسين على أبعاد مقياس اضطراب الشخصية الحدية والدرجة الكلية باختلاف المؤهل التعليمي (متوسط- مرتفع)**".

وللتحقق من صحة هذا الفرض قامت الباحثة بحساب الفروق في أبعاد اضطراب الشخصية الحدية والدرجة الكلية لدى المدمنين المنتكسين باختلاف المؤهل التعليمي (متوسط- مرتفع) وذلك من خلال حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية واختبار "ت" لعينتين مستقلتين، ويوضح جدول (21) الفروق في أبعاد اضطراب الشخصية الحدية والدرجة الكلية لدى المدمنين المنتكسين باختلاف المؤهل التعليمي (متوسط- مرتفع) (ن=167).

جدول (21)

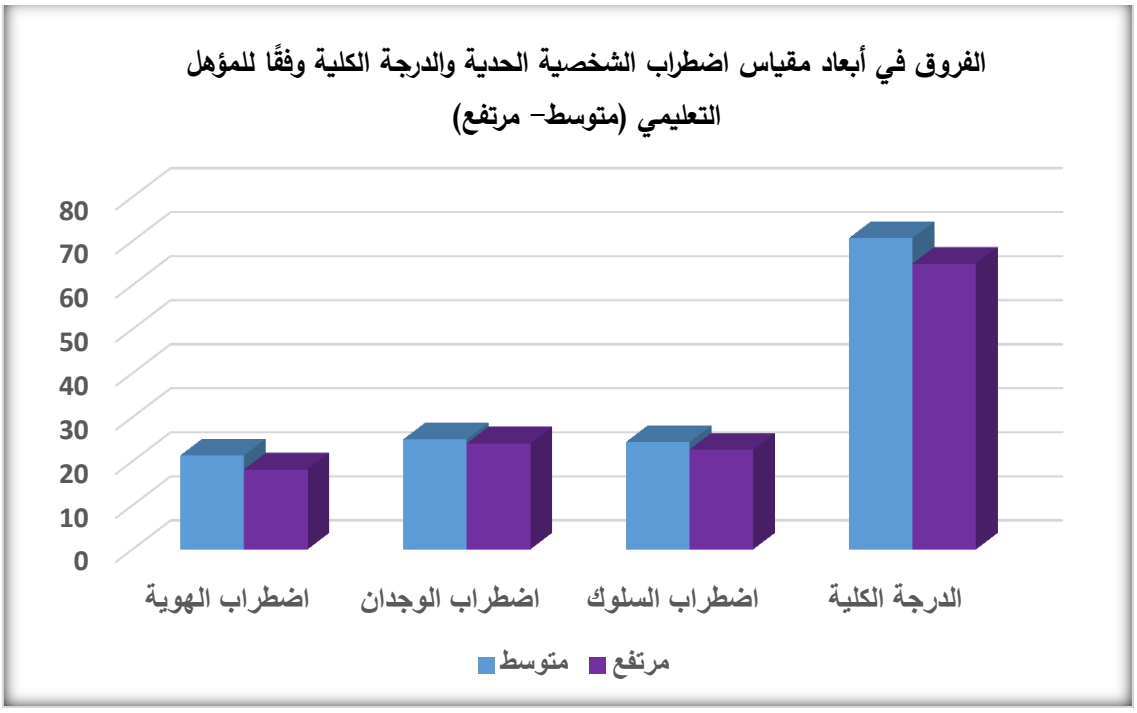
الفروق في أبعاد اضطراب الشخصية الحدية والدرجة الكلية لدى المدمنين المنتكسين باختلاف المؤهل التعليمي (متوسط- مرتفع) (ن= 167)

أبعاد اضطراب الشخصية الحدية	المؤهل التعليمي	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة (ت)	مستوى الدلالة
اضطراب الهوية	متوسط	92	21,33	4,443	4,931	0,01
	مرتفع	75	18,13	3,821		
اضطراب الوجدان	متوسط	92	24,95	6,339	1,053	غ.د
	مرتفع	75	24,05	4,091		
اضطراب السلوك	متوسط	92	24,37	5,675	2,034	0,05
	مرتفع	75	22,68	4,890		
الدرجة الكلية	متوسط	92	70,65	15,131	2,725	0,01
	مرتفع	75	64,87	11,555		

(ت) عند مستوى دلالة (0,01)= 2,60 (ت) عند مستوى دلالة (0,05)= 1,97

يتضح من الجدول السابق وجود فروق دالة إحصائيًا عند مستوى دلالة (0,01) بين متوسطي درجات المدمنين المنتكسين ذوي المؤهل التعليمي المتوسط والمرتفع على بعد "اضطراب الهوية" والدرجة الكلية لاضطراب الشخصية الحدية في اتجاه ذوي المؤهل المتوسط؛ ووجود فروق دالة إحصائيًا عند مستوى دلالة (0,05) بين متوسطي درجات المدمنين المنتكسين ذوي المؤهل التعليمي المتوسط والمرتفع على بعد "اضطراب السلوك" في اتجاه ذوي المؤهل المتوسط؛ وعدم وجود فروق دالة إحصائيًا بين متوسطي درجات المدمنين المنتكسين ذوي المؤهل التعليمي المتوسط والمرتفع على بعد "اضطراب الوجدان".

وتؤكد النتائج السابقة تحقق الفرض الخامس جزئيًا بوجود فروق دالة إحصائيًا بين متوسطي درجات المدمنين المنتكسين على بعدي (اضطراب الهوية، واضطراب السلوك) والدرجة الكلية لمقياس اضطراب الشخصية الحدية، وعدم وجود فروق دالة إحصائيًا بين متوسطي درجات المدمنين المنتكسين على بعد اضطراب الوجدان باختلاف المؤهل التعليمي (متوسط- مرتفع). ويوضح شكل (2) الفروق في اضطراب الشخصية الحدية وأبعاده وفقًا للمؤهل التعليمي (متوسط- مرتفع).



شكل (2) الفروق في اضطراب الشخصية الحدية وأبعاده وفقًا للمؤهل التعليمي (متوسط- مرتفع)

مناقشة نتائج الفرض الخامس وتفسيرها:

تتفق نتائج الفرض الخامس مع نتائج دراسة خوج (2014)، ودراسة عبده (2020) اللتين أشارتا إلى وجود فروق في اضطراب الشخصية الحدية باختلاف المستوى التعليمي.

وتُفسر الباحثة وجود فروق دالة إحصائيًا في بعدي "اضطراب الهوية" و"اضطراب السلوك" والدرجة الكلية لاضطراب الشخصية الحدية لدى المدمنين المنتكسين في اتجاه ذوي المؤهل المتوسط، بأنه كلما زاد نصيب الفرد من التعليم والثقافة كلما ارتفع تقديره لذاته وساهم في تكوين صورة ذات إيجابية مستقرة نسبيًا، فالتعليم يساعد الفرد على تبني معتقداته الخاصة وتشكيل قيمه وبناء شخصيته وآرائه وتحديد اتجاهاته وأدواره في الحياة مما ينتج عنه هوية مستقرة غير مضطربة؛ كما أن التعليم يزيد من قدرة الفرد على ضبط سلوكه وتجنب السلوكيات الاندفاعية المتهورة وذلك بالتفكير الجيد في العواقب المحتملة قبل الإتيان بمثل تلك السلوكيات.

وتُضيف الباحثة أن اجتماع سلوكيات تعاطي المخدرات والانتكاس مع انخفاض المؤهل التعليمي والثقافي لدى المدمن المنتكس يجعله أكثر عرضة لظهور أعراض الاضطرابات المزمنة في الشخصية وخاصة اضطراب الشخصية الحدية، بل إن الظهور المبكر لأعراض الاضطراب في مرحلة المراهقة قد يدفع الفرد إلى ترك التعليم وعدم استكمال مسيرته الدراسية، ويؤكد ذلك ما

ورد في في الدليل التشخيصي الإحصائي للاضطرابات العقلية- الإصدار الخامس (DSM-5) (2013: 665) من أن الأفراد المصابين باضطراب الشخصية الحدية لديهم نمط من تقويض أنفسهم في اللحظة التي يكون فيها الهدف على وشك التحقق كالتسرب من التعليم قبل التخرج مباشرة، فمن الشائع لدى هؤلاء الأشخاص ترك التعليم وفقدان الوظائف وكثرة الانفصال.

ويُدعم ذلك التفسير ما ورد في الإطار النظري للبحث الحالي من كون المؤهل التعليمي والخلفية الثقافية من أهم العوامل الشخصية التي تؤدي إلى حدوث الانتكاسة.

وأكدت عبده (2020: 414) أن التعليم يمد الفرد بالخبرات التي تجعله قادرًا على تنظيم انفعالاته والتعبير عنها بصورة متوازنة بدلًا من اللجوء إلى الحيل الدفاعية التي تقوم على الاندفاعية والعدوان وإيذاء الذات، كما تنمي لديه المرونة في التفكير والتي تمكنه من مواجهة المشكلات والضغوط التي يواجهها، مما يقلل من تعرضه للصدمات والخبرات السلبية التي تؤدي للإصابة بالشخصية الحدية.

كما تعزي الباحثة عدم وجود فروق دالة إحصائيًا بين متوسطي درجات المدمنين المنتكسين على بعد اضطراب الوجدان باختلاف المؤهل التعليمي (متوسط- مرتفع) إلى تجانس المشاركين في البحث الحالي -على اختلاف مؤهلاتهم التعليمية- من حيث مرورهم جميعًا بخبرة تعاطي المواد المخدرة وخوض رحلة العلاج والتعافي ثم الانتكاس وما يصاحب سلوكيات التعاطي من اضطراب في الحالة الوجدانية وتقلبات مزاجية شديدة وتغيرات مفاجئة في المشاعر والتعرض لنوبات الغضب والاكتئاب والقلق؛ بالإضافة إلى تعرضهم جميعًا إلى نفس الظروف المعيشية التي من شأنها أن تزيد من أعراض اضطراب الوجدان لديهم.

ويشير Hull (2022) إلى أنه عند اضطراب الوجدان قبل تعاطي المخدرات، فمن المحتمل أن يتأثر الاضطراب بتعاطي العقاقير والمواد المخدرة، حيث قد تتفاقم الأعراض اعتمادًا على المدة المستخدمة في التعاطي؛ كما يوضح Revadigar & Gupta (2022) أن من اضطرابات الوجدان متمثلة في الاكتئاب والاضطراب ثنائي القطب تُعد واحدة من أهم الاضطرابات الناجمة عن تعاطي المواد المخدرة.

نتائج الفرض السادس:

ينص الفرض السادس على أنه "**توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات المدمنين المنتكسين على أبعاد مقياس اضطراب الشخصية الحدية والدرجة الكلية باختلاف الحالة الاجتماعية (متزوج- غير متزوج)**".

وللتحقق من صحة هذا الفرض قامت الباحثة بحساب الفروق في أبعاد اضطراب الشخصية الحدية والدرجة الكلية لدى المدمنين المنتكسين باختلاف الحالة الاجتماعية (متزوج- غير متزوج) وذلك من خلال حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية واختبار "ت" لعينتين مستقلتين، ويوضح جدول (22) الفروق في أبعاد اضطراب الشخصية الحدية والدرجة الكلية لدى المدمنين المنتكسين باختلاف الحالة الاجتماعية (متزوج- غير متزوج).

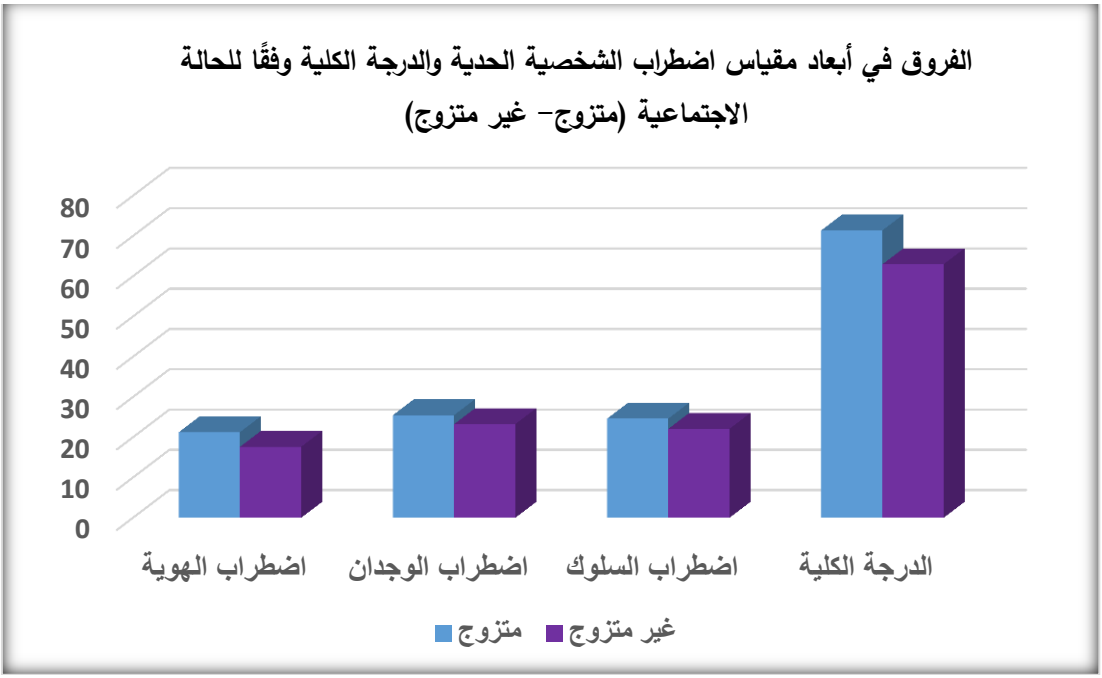
جدول (22)

الفروق في أبعاد اضطراب الشخصية الحدية والدرجة الكلية لدى المدمنين المنتكسين باختلاف الحالة الاجتماعية (متزوج- غير متزوج) (ن=167)

أبعاد اضطراب الشخصية الحدية	الحالة الاجتماعية	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة (ت)	مستوى الدلالة
اضطراب الهوية	متزوج	89	21,27	4,852	6,046	0,01
	غير متزوج	78	17,63	2,769		
اضطراب الوجدان	متزوج	89	25,51	5,687	2,883	0,01
	غير متزوج	78	23,26	4,374		
اضطراب السلوك	متزوج	89	24,63	5,100	3,161	0,01
	غير متزوج	78	22,09	5,248		
الدرجة الكلية	متزوج	89	71,40	14,735	4,302	0,01
	غير متزوج	78	62,97	10,455		

(ت) عند مستوى دلالة (0,01)= 2,60 (ت) عند مستوى دلالة (0,05)= 1,97

يتضح من الجدول السابق وجود فروق دالة إحصائيًا عند مستوى دلالة (0,01) بين متوسطي درجات المدمنين المنتكسين المتزوجين وغير المتزوجين على أبعاد مقياس اضطراب الشخصية الحدية (اضطراب الهوية، واضطراب الوجدان، واضطراب السلوك) والدرجة الكلية له في اتجاه المدمنين المتزوجين. وتؤكد هذه النتائج تحقق الفرض السادس، والشكل التالي يوضح ذلك:



شكل (3) الفروق في اضطراب الشخصية الحدية وأبعاده وفقًا للحالة الاجتماعية (متزوج- غير متزوج)

مناقشة نتائج الفرض السادس وتفسيرها:

تتفق نتائج الفرض السادس مع نتائج دراسة Gómez et al. (2020) التي توصلت إلى أن الأشخاص المصابين باضطراب الشخصية الحدية ومرتبطين بعلاقات عاطفية قد سجلوا أعراض ذات مستوى أعلى مقارنة بذوي اضطراب الشخصية الحدية غير المنخرطين في علاقات عاطفية، بينما تختلف نتائج الفرض السادس مع نتائج دراسة سيرجيه (2018) التي أشارت إلى عدم وجود فروق دالة إحصائيًا في الشخصية الحدية تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية.

وتُرجع الباحثة وجود فروق دالة إحصائيًا بين متوسطي درجات المدمنين المنتكسين على أبعاد مقياس اضطراب الشخصية الحدية والدرجة الكلية باختلاف الحالة الاجتماعية في اتجاه المتزوجين، إلى طبيعة الحياة الزوجية وما تفرضه من مسئوليات والتزامات تجاه الشريك والكيان الأسري والتي ترفع مستوى الضغوط والأعباء المدركة لدى المدمن المنتكس وتزيد من وطأة نمط

العلاقات غير المستقرة التي يتسم بها اضطراب الشخصية الحدية؛ فالأفراد ذوي اضطراب الشخصية الحدية يواجهون صعوبات في الحفاظ على علاقاتهم الاجتماعية والاستمرار فيها ويزداد الأمر سوءًا بقيام الشخص المضطرب بسلوكيات معاقرة المواد المخدرة مع ما تخلفه من أضرار بالغة بالشريك والأسرة، وربما تسبب ذلك في العودة إلى التعاطي والانتكاس بعد فترة من التعافي؛ مما يؤكد على دور الأسرة –لا سيما الشريك– في علاج اضطراب الشخصية الحدية والحد من الانتكاسة لدى مدمني المواد المخدرة.

ويؤيد ذلك التفسير ما ذُكر في المفاهيم النظرية للبحث الحالي من أن المشكلات الأسرية والضغوط الاجتماعية تعتبر من أهم العوامل الأسرية والاجتماعية التي تُسهم في حدوث الانتكاسة.

وذكرت التركيت (2013: 146) أن البيئة الأسرية عامل هام يساهم في عودة المعتمد للأنماط السابقة من الإسراف في الاعتماد على المواد المؤثرة نفسيًا. لذلك فإنه من المهم جدًا أن يكون المعتمد قادرًا على أن يدرك العلاقات غير الفعالة في أسرته الأصلية، وأن يتعامل كيف يتعامل معها في نفس الوقت فإن العلاج الأسري للأسرة الأصلية للمعتمد ربما يعمل على تغيير العلاقات غير الفعالة التي تعمل كتهديد لسلوك الإقلاع عن المواد المؤثرة نفسيًا؛ على العكس من ذلك فإن العلاقة القوية للمعتمد بالأسرة الأصلية للزوجة تعمل كعامل حماية ضد الانتكاسة، ومن ثم فإن المعالجين ربما يساعدهم في منع الانتكاسة وإطالة مدة الامتناع عن المواد المؤثرة نفسيًا التركيز الأكبر على تقوية علاقة المعتمد بالأسرة الأصلية للزوجة.

وأشار Helmy et al. (2016) إلى أن أكثر عوامل الخطر شيوعًا للإدمان هي المشكلات النفسية، وقوة الإرادة الضعيفة، والأصدقاء السيئين، والمشاكل العائلية، والضغط في العمل، والمشاكل الجسدية، وتدخين السجائر على التوالي.

وأكدت الأبحاث أن الأشخاص المصابين باضطراب الشخصية الحدية يميلون إلى أن تكون لديهم علاقات رومانسية عاصفة للغاية تتميز بقدر كبير من الاضطراب والخلل؛ وأن أعراض اضطراب الشخصية الحدية ترتبط بعدد أكبر من العلاقات الرومانسية بمرور الوقت، وهذا يشير إلى أن العلاقات الرومانسية مع الأشخاص المصابين باضطراب الشخصية الحدية من المرجح أن تنتهي بانفصال (أحمد، 2020: 33).

كما أوضحت جاد (2021: 95) أن عودة المدمن للتعاطي بعد العلاج يرجع لضعف الرابطة ما بين المتعاطي وأسرته. ومن أشكال هذا الضعف: قلة الارتباط بالأسرة والتفكك الأسري، والمعاملة السيئة، والنظرة الدونية له مما يعزز شعوره بأنه شخص غير مهم.

نتائج الفرض السابع:

ينص الفرض السابع على أنه "**توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات المدمنين المنتكسين على أبعاد مقياس اضطراب الشخصية الحدية والدرجة الكلية باختلاف مدة التعاطي (أقل من 3 سنوات– أكثر من 3 سنوات)**".

وللتحقق من صحة هذا الفرض قامت الباحثة بحساب الفروق في أبعاد اضطراب الشخصية الحدية والدرجة الكلية لدى المدمنين المنتكسين باختلاف مدة التعاطي (أقل من 3 سنوات– أكثر من 3 سنوات) وذلك من خلال حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية واختبار "ت" لعينتين مستقلتين، والنتائج كما هي موضحة في جدول (23).

جدول (23)

الفروق في أبعاد اضطراب الشخصية الحدية والدرجة الكلية لدى المدمنين المنتكسين باختلاف مدة التعاطي (أقل من 3 سنوات– أكثر من 3 سنوات) (ن=167)

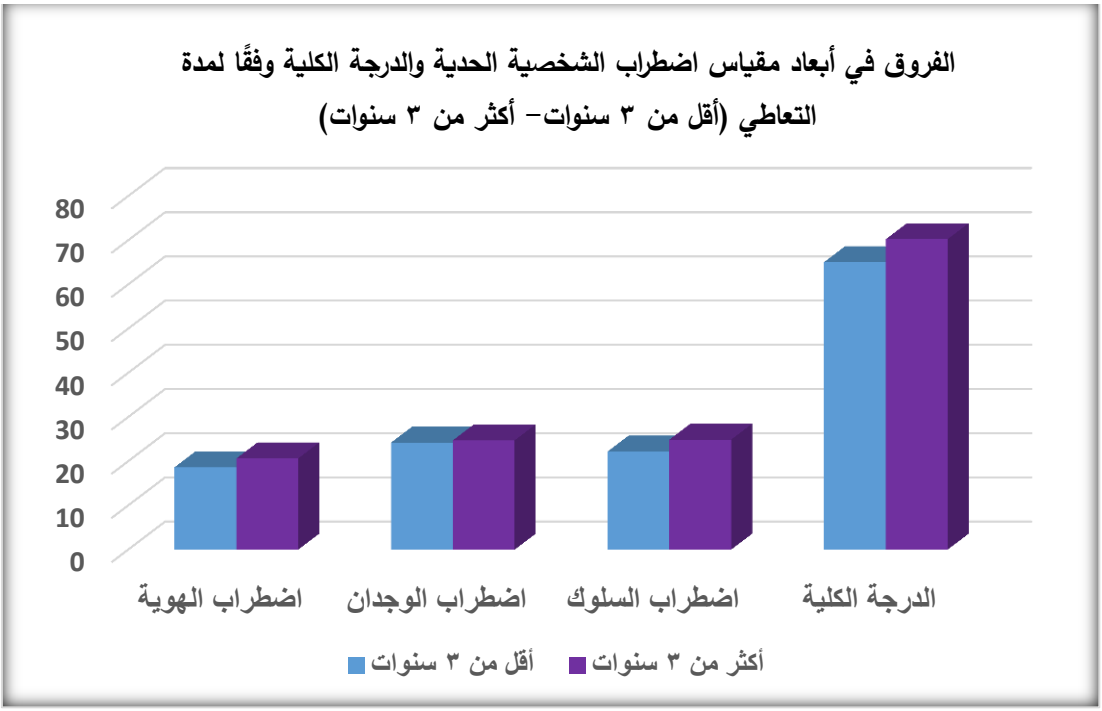
أبعاد اضطراب الشخصية الحدية	مدة التعاطي	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة (ت)	مستوى الدلالة
اضطراب الهوية	أقل من 3 سنوات	78	18,64	4,427	2,981	0,01
	أكثر من 3 سنوات	89	20,63	4,147		
اضطراب الوجدان	أقل من 3 سنوات	78	24,21	4,877	0,637	غ.د
	أكثر من 3 سنوات	89	24,73	5,612		
اضطراب السلوك	أقل من 3 سنوات	78	22,18	5,134	3,387	0,01
	أكثر من 3 سنوات	89	24,88	5,165		
الدرجة الكلية	أقل من 3 سنوات	78	65,03	13,205	2,519	0,05
	أكثر من 3 سنوات	89	70,24	13,485		

(ت) عند مستوى دلالة (0,01)= 2,60 (ت) عند مستوى دلالة (0,05)= 1,97

يتضح من الجدول السابق وجود فروق دالة إحصائيًا عند مستوى دلالة (0,01) بين متوسطي درجات المدمنين المنتكسين على بعدي "اضطراب الهوية" و"اضطراب السلوك" باختلاف مدة التعاطي (أقل من 3 سنوات– أكثر من 3 سنوات) في اتجاه مدة التعاطي أكثر من 3 سنوات، ووجود فروق دالة إحصائيًا عند مستوى دلالة (0,05) بين متوسطي درجات المدمنين

المنتكسين على الدرجة الكلية لمقياس اضطراب الشخصية الحدية باختلاف مدة التعاطي (أقل من 3 سنوات– أكثر من 3 سنوات) في اتجاه مدة التعاطي أكثر من 3 سنوات؛ وعدم وجود فروق دالة إحصائيًا بين متوسطي درجات المدمنين المنتكسين على بعد "اضطراب الوجدان".

وتؤكد النتائج السابقة تحقق الفرض السابع جزئيًا بوجود فروق دالة إحصائيًا بين متوسطي درجات المدمنين المنتكسين على بعدي (اضطراب الهوية، واضطراب السلوك) والدرجة الكلية لمقياس اضطراب الشخصية الحدية، وعدم وجود فروق دالة إحصائيًا بين متوسطي درجات المدمنين المنتكسين على بعد اضطراب الوجدان باختلاف مدة التعاطي (أقل من 3 سنوات– أكثر من 3 سنوات)، والشكل التالي يوضح ذلك:



شكل (4) الفروق في اضطراب الشخصية الحدية وأبعاده وفقًا لمدة التعاطي (أقل من 3 سنوات– أكثر من 3 سنوات)

مناقشة نتائج الفرض السابع وتفسيرها:

تتفق نتائج الفرض السابع إلى حد ما مع نتائج دراسة مهدي (2015) التي أشارت إلى وجود فروق دالة إحصائيًا في الاضطرابات النفسية لدى متعاطي مادة الترامادول باختلاف مدة التعاطي.

ويمكن للباحثة أن تُفسر وجود فروق دالة إحصائيًا في بعدي "اضطراب الهوية" و"اضطراب السلوك" والدرجة الكلية لاضطراب الشخصية الحدية لدى المدمنين المنتكسين في اتجاه المدمنين الذين تجاوزت مدة تعاطيهم المخدرات 3 سنوات، في ضوء الآثار النفسية طويلة المدى لتعاطي المخدرات وما يسببه من تصدع في الشخصية وتفككها وتدني تقدير الذات وفقدان الاتصال بالواقع والقيام بسلوكيات عنيفة لا توافقية مؤذية للذات وللغير، وكلما زادت مدة تعاطي المدمن للمخدرات كلما أدى ذلك إلى ترسيخ تلك الآثار النفسية السيئة الناتجة عن التعاطي لدى المدمن، فيزداد تشويه صورة الذات والشعور بالدونية وعدم الثقة بالنفس وتذبذب العلاقات مع الآخرين وعدم استقرارها والإفراط في التدخين والتعاطي وخرق القواعد والقوانين وسلوكيات المخاطرة، ومن ثمّ تزداد حدة اضطراب الشخصية الحدية.

وتُضيف الباحثة أن طول مدة التعاطي قد يؤثر على العديد من المواد الكيميائية التي يفرزها المخ (كالدوبامين والسيروتنين) والتي تكون مسئولة عادة عن الكثير من اضطرابات الشخصية ومنها اضطراب الشخصية الحدية، ويؤكد ذلك ما ذكره أحمد (2020: 79-80) أن الاختلاف في الجين الذي يتحكم في طريقة استخدام الدماغ السيروتونين (مادة كيميائية طبيعية في الدماغ) قد يكون مرتبطًا باضطراب الشخصية الحدية، ويبدو أن الأفراد الذين لديهم هذا الاختلاف المحدد في جين السيروتنين قد يكونون أكثر عرضة للإصابة باضطراب الشخصية الحدية إذا تعرضوا لأحداث الطفولة الصعبة.

كما تعزي الباحثة عدم وجود فروق دالة إحصائيًا بين متوسطي درجات المدمنين المنتكسين على بعد اضطراب الوجدان باختلاف مدة التعاطي (أقل من 3 سنوات- أكثر من 3 سنوات) إلى معاناة جميع المدمنين المنتكسين المشاركين في البحث -على اختلاف مدة تعاطيهم للمخدرات- من أعراض اضطراب الوجدان فهم يتجهون إلى تعاطي المخدرات، لأنهم ربما يجدون في ذلك وسيلة للتأقلم مع المشاعر المؤلمة وغير المستقرة كالاكتئاب والقلق والغضب الشديد، وعلى الرغم من السعادة المؤقتة والشعور بالنشوة الذي قد يسببه التعاطي، لكن التمادي في سلوكيات التعاطي يؤدي إلى تفاقم المشكلات ويزيد من أعراض الاضطراب.

وأشارت بن سالم (2015: 207) إلى أن تعاطي المخدرات يُحدث اضطرابًا في الوجدان، حيث ينقلب المتعاطي عن حالة المرح والنشوة والشعور بالرضى والراحة ويتبع ذلك ضعف في المستوى الذهني وذلك لتضارب الأفكار لديه، فهو بعد التعاطي يشعر بالسعادة والنشوة والعيش في جو خيالي وغياب عن الوجود وزيادة النشاط والحيوية، ولكن سرعان ما يتغير الشعور بالسعادة إلى ندم وواقع مؤلم وفتور وإرهاق مصحوبان بخمول واكتئاب.

نتائج الفرض الثامن:

ينص الفرض الثامن على أنه "**توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات المدمنين المنتكسين على أبعاد مقياس اضطراب الشخصية الحدية والدرجة الكلية باختلاف عدد مرات الانتكاس (أقل من 3 مرات– أكثر من 3 مرات)**".

وللتحقق من صحة هذا الفرض قامت الباحثة بحساب الفروق في أبعاد اضطراب الشخصية الحدية والدرجة الكلية لدى المدمنين المنتكسين باختلاف عدد مرات الانتكاس (أقل من 3 مرات– أكثر من 3 مرات) وذلك من خلال حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية واختبار "ت" لعينتين مستقلتين، ويوضح جدول (24) الفروق في أبعاد اضطراب الشخصية الحدية والدرجة الكلية لدى المدمنين المنتكسين باختلاف عدد مرات الانتكاس (أقل من 3 مرات– أكثر من 3 مرات).

جدول (24)

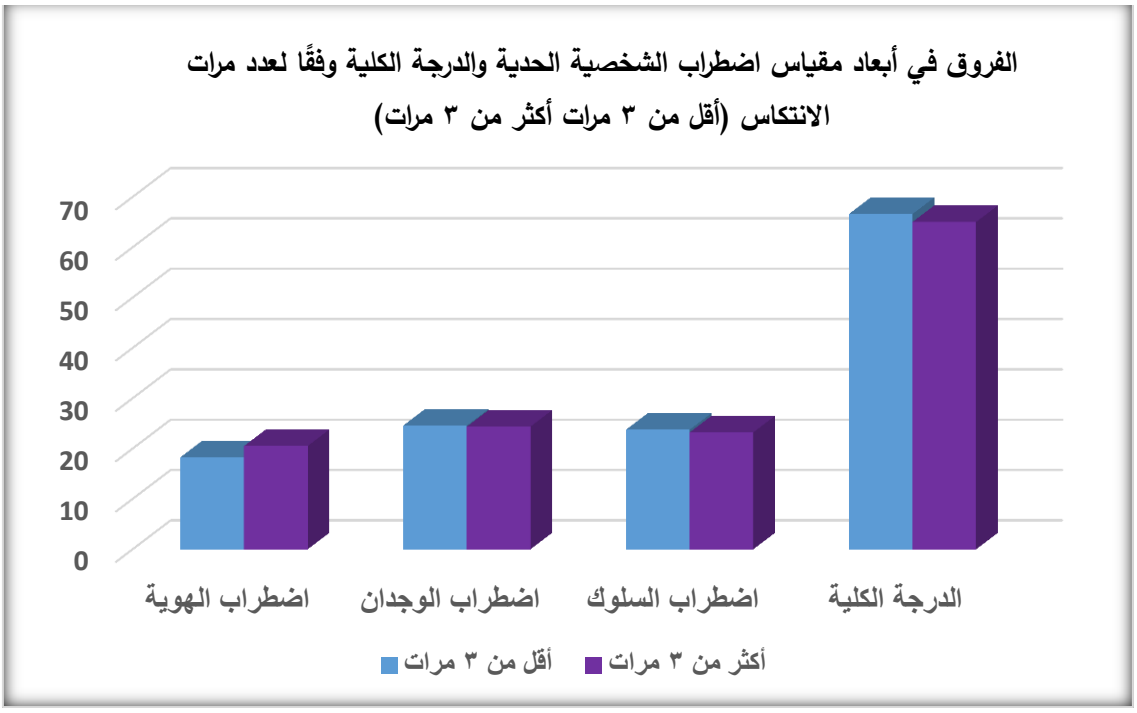
الفروق في أبعاد اضطراب الشخصية الحدية والدرجة الكلية لدى المدمنين المنتكسين باختلاف عدد مرات الانتكاس (أقل من 3 مرات– أكثر من 3 مرات) (ن=167)

أبعاد اضطراب الشخصية الحدية	عدد مرات الانتكاس	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة (ت)	مستوى الدلالة
اضطراب الهوية	أقل من 3 مرات	70	18,27	3,176	3,565	0,01
	أكثر من 3 مرات	97	20,51	4,910		
اضطراب الوجدان	أقل من 3 مرات	70	24,57	3,929	0,244	غ.د
	أكثر من 3 مرات	97	24,37	6,006		
اضطراب السلوك	أقل من 3 مرات	70	23,76	3,205	0,648	غ.د
	أكثر من 3 مرات	97	23,22	6,420		
الدرجة الكلية	أقل من 3 مرات	70	66,60	8,294	0,701	غ.د
	أكثر من 3 مرات	97	68,09	16,342		

(ت) عند مستوى دلالة (0,01)= 2,60 (ت) عند مستوى دلالة (0,05)= 1,97

يتضح من الجدول السابق وجود فروق دالة إحصائيًا عند مستوى دلالة (0,01) بين متوسطي درجات المدمنين المنتكسين على بعد "اضطراب الهوية" باختلاف عدد مرات الانتكاس في اتجاه المنتكسين أكثر من 3 مرات، وعدم وجود فروق دالة إحصائيًا بين متوسطي درجات المدمنين المنتكسين على بعدي "اضطراب الوجدان" و"اضطراب السلوك" والدرجة الكلية لمقياس اضطراب الشخصية الحدية باختلاف عدد مرات الانتكاس (أقل من 3 مرات– أكثر من 3 مرات).

وتؤكد النتائج السابقة تحقق الفرض الثامن جزئيًا بوجود فروق دالة إحصائيًا بين متوسطي درجات المدمنين المنتكسين على بعدي (اضطراب الهوية)، وعدم وجود فروق دالة إحصائيًا بين متوسطي درجات المدمنين المنتكسين على بعدي (اضطراب الوجدان، واضطراب السلوك) والدرجة الكلية لمقياس اضطراب الشخصية الحدية باختلاف عدد مرات الانتكاس (أقل من 3 مرات– أكثر من 3 مرات)، والشكل التالي يوضح ذلك:



شكل (5) الفروق في اضطراب الشخصية الحدية وأبعاده وفقًا لعدد مرات الانتكاس (أقل من 3 مرات– أكثر من 3 مرات)

مناقشة نتائج الفرض الثامن وتفسيرها:

تتفق نتائج الفرض الثامن إلى حد ما مع نتائج دراسة Gaber & Abdelfatah (2016) التي أشارت إلى إمكانية التنبؤ بالانتكاسة لتعاطي المخدرات من خلال اضطراب الشخصية الحدية.

وتُرجع الباحثة وجود فروق دالة إحصائيًا بين متوسطي درجات المدمنين المنتكسين على بعد "اضطراب الهوية" باختلاف عدد مرات الانتكاس في اتجاه المنتكسين أكثر من 3 مرات، إلى الدور الذي تلعبه الانتكاسة في خفض الإحساس بالهوية لدى المدمن فتضطرب صورته عن ذاته خاصة في ظل ضعف إرادته الذي أدى به إلى العودة للإدمان مرة أخرى بعد خضوعه للعلاج وتعافيه، وكلما زاد عدد مرات الانتكاسة كلما قل تقدير المدمن المنتكس لذاته وانخفض شعوره بالكفاءة الذاتية وإدراكه لمعتقداته وقدراته ومواقفه وقراراته التي يستطيع اتخاذها والثبات عليها مما يؤدي إلى حدوث تصدع في هويته.

ويتفق ذلك مع ما ورد في التراث النظري للبحث الحالي من أن تحسين تقدير الذات لدى المدمن المتعافي يعد من أهم العوامل التي تُسهم في منع حدوث الانتكاسة.

ويُدعم ذلك التفسير ما أكدته نتائج دراسة Abdollahi et al. (2014) من وجود علاقة بين الكفاءة الذاتية والانتكاس لتعاطي المخدرات، وأن هذه العلاقة تتأثر بعدة عوامل مثل العمر الذي بدأ فيه تعاطي المخدرات، والجرعة المعتادة للمدمن، والمماطلة في طلب العلاج، والزواج، والحالة الوظيفية.

كما تعزي الباحثة عدم وجود فروق دالة إحصائيًا بين متوسطي درجات المدمنين المنتكسين أقل من 3 مرات وأكثر من 3 مرات على بعدي "اضطراب الوجدان"، و"اضطراب السلوك" والدرجة الكلية لمقياس اضطراب الشخصية الحدية، إلى تكافؤ جميع المدمنين المنتكسين المشاركين في البحث –على اختلاف عدد مرات الانتكاس لديهم– من حيث أعراض اضطراب الشخصية الحدية متمثلة في عدم استقرار المشاعر وتقلب المزاج والشعور بالغضب والحزن والاكتئاب والقلق وعدم القدرة على التحكم في الانفعالات والإتيان بسلوكيات مندفعة متهورة قد لا تتناسب مع حجم الموقف والعواقب المحتملة.

وهو ما أكدته نتائج الفرض الأول من البحث الحالي من وجود مستوى متوسط دال إحصائيًا لاضطراب الشخصية الحدية لدى المدمنين المنتكسين المشاركين في البحث.

واقترح Gorski & Miller نمطًا معروفًا وشائعًا للانتكاسة يتضمن خوفًا داخليًا وشعورًا بعدم الثقة وشعور عدم التأكد من مواصلة الامتناع مع وجود انكار وإحباط وعزلة وضغوط ومشكلات واكتئاب وصداع وتوتر وغضب وأرق ثم في النهارية الاعتقاد بأنه لا مفر من أحد الثلاثة: التعاطي، الانتحار، أو الجنون (رتاب، 2018: 121–122).

توصيات البحث:

1- ضرورة أن تعمل مؤسسات علاج الإدمان على إدراج علاج اضطراب الشخصية الحدية والتخفيف من العواقب الناجمة عن الإساءة في الطفولة ضمن البرامج العلاجية وبرامج إعادة التأهيل للمدمنين المنتكسين باعتباره من أهم العوامل المسهمة في حدوث الانتكاسة.

2- تصميم برامج إرشادية وعلاجية لخفض حدة الميول الانتحارية لدى المدمنين المنتكسين بالتزامن مع علاج اضطرابات الشخصية لديهم مما ينعكس على خفض معدلات الانتحار لدى تلك الفئة.

3- نشر التوعية بين أولياء الأمور والمقبلين على الزواج والإنجاب بمخاطر الإساءة بأنواعها (الجسدية والنفسية والجنسية) التي يتعرض لها الفرد في طفولته وما ينتج عنها من اضطرابات مزمنة في الشخصية والتي قد تدفع به لمعاقرة المواد المخدرة.

4- تفعيل دور مراكز الإرشاد النفسي بالجامعات في خدمة المجتمع بتقديم برامج إرشادية ووقائية تهدف إلى خفض حدة الميول الانتحارية ونشر الوعي بالعوامل المؤدية إلى الانتحار وكيفية التغلب عليها وعلاجها لدى جميع فئات المجتمع.

5- العمل على تحسين الجوانب الدينية والأخلاقية لدى المدمنين المنتكسين بما يعزز الإيمان ويقوي الكيان النفسي لديهم، فالدين هو الركن الحصين الذي سيمكنهم من الثبات بعد تعافيهم ويقيهم من الوقوع فريسة للتغيرات والعوامل البيئية التي تؤدي إلى حدوث الانتكاسة.

6- أهمية توفير مجموعات دعم للمتعافين من الإدمان تضم عدد من الأفراد المشتركين في الخبرات بالشكل الذي يسمح لهم بتبادل الأفكار والمشاعر دون خوف ويمثل نوع من المساندة الوجدانية لهم تساعدهم في التغلب على الرغبة في العودة إلى التعاطي والانتكاس.

7- رفع الوعي بأهمية التعليم والمستوى الثقافي والدور الذي يلعبه في خفض اضطرابات الشخصية بصفة عامة واضطراب الشخصية الحدية بصفة خاصة، وكذلك في خفض اضطرابات تعاطي المخدرات والوقاية من الانتكاسة.

8- الاهتمام بالدعم الأسري –خاصة الزواجي– للمتعافين من الإدمان من خلال إعداد برامج للإرشاد الأسري والتوعية الأسرية بأهمية المساندة للشخص المتعافي حتى لا يقع تحت وطأة الضغوط التي تنتهي به نحو العودة إلى الإدمان.

9- تدريب المدمنين الخاضعين للعلاج على استراتيجيات حل المشكلات وإكسابهم المهارات اللازمة للتعامل مع أحداث الحياة الضاغطة، وتشجيعهم على تكوين صداقات جديدة بعد التعافي للوقاية من حدوث الانتكاس.

بحوث مقترحة:

1- البروفيل النفسي للمدمنين المنتكسين ذوي خبرات الإساءة في الطفولة.

2- البنية العاملية لاضطراب الشخصية الحدية لدى المدمنين المنتكسين.

3- فاعلية برنامج إرشادي لخفض اضطراب الشخصية الحدية لدى المدمنين المنتكسين ذوي خبرات الإساءة في الطفولة.

4- فاعلية برنامج إرشادي لخفض الميول الانتحارية لدى المدمنين المنتكسين ذوي اضطراب الشخصية الحدية.

5- فاعلية برنامج علاجي معرفي سلوكي لتحسين تقدير الذات والوقاية من الانتكاسة لدى المدمنين.

6- فاعلية التدريب على حل المشكلات في خفض حدة الشعور بأحداث الحياة الضاغطة لدى المدمنين المنتكسين.

7- فاعية برنامج إرشادي قائم على بعض أساليب مواجهة الضغوط في خفض حدة الميول الانتحارية لدى المدمنين المنتكسين.

8- البناء النفسي للمدمنين المنتكسين ذوي الميول الانتحارية (دراسة كلينيكية).

المراجـــــــع

أولًا: المراجع العربية:

إبراهيم، أحمد مصطفى الشحات، وصوان، نجوى شعبان محمد، وعبد الرحمن، محمد السيد، وإبراهيم، أسامة رفعت (2022). خبرات الإساءة في الطفولة وعلاقتها باضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى طلاب المرحلة الثانوية، *المجلة العربية للعلوم التربوية والنفسية*، المؤسسة العربية للتربية والعلوم والآداب، ع(25)، 1-48.

أبو العطا، محمد أحمد حسنين، و عيد، محمد نجيب (2020). أنماط إساءة المعاملة أثناء الطفولة كعوامل خطورة منبئة باضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة في البلوغ: دراسة مبنية على استدعاء خبرات الطفولة. *مجلة دراسات عربية*، مج(19)، ع(2)، 435-477.

أبو العلا، شيماء، وياسين، حمدي محمد (2020). خبرات الإساءة في الطفولة كمتغيرات منبئة بالاكتئاب لدى المراهقين، *مجلة البحث العلمي في الآداب*، ع(21)، ج(6)، 418-445.

أحمد، محمود يونس (2020). *اضطراب الشخصية الحدية (الشبح القاتل)*. القاهرة: كنوز للنشر والتوزيع.

إسماعيل، هالة خير سناري، وخلف، هدى أحمد، وعلي، هبة سليم أحمد (2020). الخصائص السيكومترية لمقياس اضطراب الشخصية الحدية للمراهقين، *مجلة شباب الباحثين في العلوم التربوية*، كلية التربية، جامعة سوهاج، ع(4)، 453-485.

البلوشية، خولة بنت سعيد بن حسن، والزبيدى، عبد القوى سالم، وكاظم، علي مهدي (2019). معدلات انتشار خبرات الإساءة في الطفولة وقدرتها التنبؤية بمفهوم الذات لدى طلبة الصف الحادي عشر في سلطنة عمان، *مجلة العلوم التربوية والنفسية*، مج(20)، ع(3)، 273-302.

بن سالم، خديجة (2015). السلوك الإدماني وسلوك الخطر (الآثار النفسية للإدمان على المخدرات)، *مجلة رفوف*، مخبر المخطوطات الجزائرية في إفريقيا، جامعة أدرار، العدد الثامن، 184- 2017.

بهنام، شوقي يوسف (2009). قياس الشخصية الحدية لدى عينة من طلبة جامعة الموصل، *مجلة أبحاث كلية التربية الأساسية*، جامعة الموصل، مج(8)، ع(2)، 21-43.

بوكيان، نيل، وسميث، جوليا، وجونجسما، آرثر (2019). *اضطرابات الشخصية "دليل المعالجين"*، (ترجمة: إبراهيم، زيزي السيد، وموسى، أحمد، ويوسف، وائل، ووهبة، نور الدين). القاهرة: روابط للنشر وتقنية المعلومات.

التركيت، فوزية عبد الله (2013). المساندة الأسرية وعلاقتها بتفادي الانتكاسة لدى عينة كويتية من متعاطي المخدرات في مركز علاج الإدمان التابع لمركز الكويت للصحة النفسية، *المجلة المصرية للدراسات النفسية*، الجمعية المصرية للدراسات النفسية، مج(23)، ع(81)، 103-167.

جاد، الشيماء بدر عامر (2021). وجهة الضبط والمساندة النفسية كمتغيرات منبئة بعمليات تحمل الضغوط لدى معتمدي المواد المخدرة من المتعافين مقارنة بالمتعافين المنتكسين، المجلة المصرية للدراسات النفسية، الجمعية المصرية للدراسات النفسية، مج(31)، ع(113)، 43-106.

حسن، هبة محمد علي (2015). المخططات المعرفية اللاتوافقية المنبئة باضطراب الشخصية الحدية لدى عينة من الشباب الجامعي، *مجلة كلية الآداب*، جامعة بنها، ع(41)، ج(1)، 367-387.

حمد، أسماء أبو سيف مهيدي، والسرسي، أسماء محمود، وأحمد، جمال شفيق (2020). فاعلية برنامج إرشادي لتنمية الاتزان الانفعالي لدى أصحاب الشخصية الحدية من المراهقين، *مجلة دراسات الطفولة*، مج(23)، ع(88)، 19-29.

الحوراني، محمد عبد الكريم، والعثمان، حسين محمد (2021). الخبرات المعاشة لمدمني المخدرات في المجتمع الأردني، الكشف عن مسار حياة الإدمان باستخدام منهجية النظرية المتجذرة في البيانات، *مجلة جامعة الشارقة للعلوم الانسانية والاجتماعية*، مج(17)، ع(2)، 29-67.

حورية، ولديحي (2008). خبرات الإساءة في مرحلة الطفولة وعلاقتها باضطراب الشخصية الحدية لدى عينة من طلاب الجامعة: دراسة ميدانية على عينة غير إكلينيكية. *مجلة كلية التربية*، جامعة بنها، مج (18)، ع(67)، 86-124.

خدة، فطيمة الزهرة، وبلحسيني، وردة رشيد (2018). بناء مقياس خبرات الإساءة في الطفولة وتقدير خصائصه السيكومترية على عينة من المراهقين المعرضين للخطر، *مجلة الباحث في العلوم الإنسانية والاجتماعية*، ع(11)، 975-982.

خطاب، محمد أحمد محمود (2020). ديناميات اضطراب الشخصية الحدية لدى عينة من المراهقين: دراسة إكلينيكية متعمقة، *مجلة الإرشاد النفسي*، مركز الإرشاد النفسي، جامعة عين شمس، ع(62)، 1- 453.

خوج، حنان بنت أسعد محمد (2014). اضطراب الشخصية الحدية: دراسة مقارنة بين طالبات المرحلة الثانوية وطالبات الجامعة بالتخصصات العلمية والأدبية بالمملكة العربية السعودية، *المجلة التربوية*، مجلس النشر العربي، مج(25)، ع(111)، 107-144.

داود، هبة شفيق عبد الجواد، وإبراهيم، أسماء عبد المنعم، والموشي، شيماء عرفة عبد الجواد (2021). العلاقة بين الفاعلية الذاتية في التعامل مع المواقف عالية الخطورة واستراتيجيات المواجهة لدى عينة من المدمنين المنتكسين، *مجلة بحوث*، كلية البنات للآداب والعلوم والتربية، جامعة عين شمس، ج (1)، ع(8)، 173-221.

دلال، دلال عمر، رزق، أمينة (2020). الإساءة الجنسية في مرحلة الطفولة وعلاقتها بكل من مفهوم الذات والتوافق الجنسي بين الزوجين في المراحل العمرية اللاحقة. *مجلة العلوم الاجتماعية*، مج(48)، ع(1)، 51-90.

رتاب، وسيلة (2018). فاعلية برنامج علاجي جماعي للتخفيف من أعراض الإنتكاسة لدى المدمنين على المخدرات، *رسالة دكتوراه*، قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطوفونيا، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة الدكتور محمد لمين دباغين سطيف 2، الجزائر.

زوبع، رشا عبد العزيز الصادق، وعزب، حسام الدين محمود، وعبيد، معتز محمد (2017). العلاج من الإدمان والوقاية من الانتكاسة، *مجلة كلية التربية في العلوم النفسية*، كلية التربية، جامعة عين شمس، مج(41)، ع(2)، 48-123.

سيرجيه، نور محمد وليد (2018). الشخصية الحدية لدى المرأة العاملة وعلاقتها بشبكة العلاقات الأسرية، *رسالة ماجستير*، قسم الإرشاد النفسي، كلية التربية، جامعة حلب، سوريا.

شاهين، بسمة عمر الدسوقي، وربيع، هبة بهي الدين، وخاطر، شيماء شكري (2022). الأعراض الذهانية والميول الانتحارية لدى عينة من المراهقين مدمني المخدرات التخليقية، *المجلة العلمية بكلية الآداب*، ع(47)، 558-582.

شحات، ناصر محمود جابر، وسليمان، منتصر صلاح عمر، وعبد الرحيم، أحمد رشدي (2021). الخصائص السيكومترية لمقياس الميول الانتحارية لدى طلاب المرحلة الثانوية العامة، *المجلة العلمية لكلية التربية*، جامعة الوادي الجديد، ع(37)، 73-90.

صادقي، فاطمة (2014). الآثار النفسية للإدمان على المخدرات، *دراسات نفسية وتربوية*، مخبر تطوير الممارسات النفسية والتربوية، ع(12)، 199-202.

عبد الحفيظ، معوشة (2017). تصميم مقياس الميول الانتحارية، *مجلة أبحاث نفسية وتربوية*، مج(ب)، ع(10)، 7- 46.

عبد العليم، أحمد مجاور عبد الفهيم (2018). خبرات الإساءة في مرحلة الطفولة وعلاقتها بتشكيل هوية الأنا لدى المراهقين، *مجلة كلية التربية*، جامعة بني سويف، مج(15)، ع(81)، 1-55.

عبد الفتاح، سارة محمد (2012). الخصائص السيكومترية لمقياس خبرات الإساءة في الطفولة، *مجلة الإرشاد النفسي*، مركز الإرشاد النفسي، جامعة عين شمس، ع(31)، 441-455.

عبده، مي حسن علي (2020). الشخصية الحدية وعلاقتها بالضغوط النفسية لمتأخري الإنجاب، *مجلة الإرشاد النفسي*، مركز الإرشاد النفسي، جامعة عين شمس، ع(63)، 373-435.

عرفة، نورا محمد (2022). نموذج بنائى مقترح للعلاقة السببية بين أنماط التعلق واجترار الذات على التشوهات المعرفية والميول الانتحارية لدى عينة من طلاب الجامعة بكلية التربية، *مجلة كلية التربية في العلوم النفسية*، مج(46)، ع(1)، 59-208.

العقاد، عصام عبد اللطيف عبد الهادي (2022). اضطراب الشخصية الحدية وعلاقته بالميل للانتحار لدى عينة من طلاب المرحلة الثانوية بمدينة جدة، *مجلة كلية الآداب*، جامعة الفيوم، مج(14)، ع(1) (الإنسانيات والعلوم الاجتماعية)، 177-235.

العنزي، مناور عبيد (2020). العوامل الاجتماعية والاقتصادية المؤدية لانتكاسة مدمني المخدرات "دراسة ميدانية على الأخصائيين العاملين بمجمع الأمل الطبي بمدينة الرياض"، *مجلة كلية الآداب*، جامعة بورسعيد، المجلد الخامس عشر، 403-443.

العنزي، مناور عبيد (2020). العوامل الاجتماعية والاقتصادية المؤدية لانتكاسة مدمني المخدرات دراسة ميدانية على الإخصائيين العاملين بمجمع الأمل الطبي بمدينة الرياض، *مجلة كلية الآداب*، جامعة بور سعيد، العدد الخامس عشر، 403- 443.

الغريب، أسامة محمد (2009). اضطرابات الشخصية بين المعتمدين على المواد النفسية المتعددة، المجلة القومية لدراسات التعاطي والإدمان، المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية، مج(6)، ع(2)، 33-72.

فخري، أحمد (2015). العلامات المنذرة بالانتكاسة، *المجلة القومية لدراسات التعاطي والإدمان*، المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية، مج(12)، ع(2)، 107-140.

كرم الدين، ليلى أحمد، وشومان، أحمد عصمت، وأحمد، أبو الحمد محمود (2018). العوامل البيئية وسمات الشخصية وعلاقتهما بعودة المدمن للتعاطي "دراسة على عينة من مدمني الهيروين"، مجلة العلوم البيئية، معهد الدراسات والبحوث البيئية- جامعة عين شمس، مج(42)، الجزء الأول، 195-222.

الكندري، هيفاء يوسف (2014). العوامل التي تساعد على الانتكاسة لدى مدمني المخدرات من المتعافين المنتكسين مقارنة بالمتعافين في المجتمع الكويتي، *مجلة العلوم الاجتماعية*، جامعة الكويت- مجلس النشر العلمي، مج(42)، ع(2)، 11-47.

مجيد، سوسن شاكر (2015). *اضطرابات الشخصية "أنماطها، قياسها"*، الطبعة الثانية. عمان: دار صفاء للنشر والتوزيع.

محمد، رشا ناجي (2019). التنبؤ باضطراب التحدي المعارض بمرجعية الاكتئاب والميول الانتحارية لدى عينة من المراهقين مدمني الألعاب الالكترونية العنيفة، *المجلة المصرية للدراسات النفسية*، مج(29)، ع(104)، 201- 240.

محمد، فاطمة عبد النبي عيد، المنسي، محمود عبد الحليم، والدسوقي، سلمى محمد محمود (2019). المؤشرات السيكومترية لمقياس اضطراب الشخصية الحدية لدى المراهقات، مجلة البحث العلمي في الآداب، ع(20)، ج(10)، 503-530.

محمد، كريمة مختار، وياسين، حمدي محمد (2021). فاعلية الذات والتنبؤ بتوقع الانتكاسة لدى المتعافين من الاعتماد على المواد المؤثرة نفسيًا، *مجلة بحوث*، كلية الآداب والعلوم والتربية، جامعة عين شمس، ع(3)، ج(1)، 271-318.

المصري، محمد ربحي عبد الفتاح (2020). الكفاءة السيكومترية لمقياس الميول الانتحارية لدى عينة من طلبة الجامعات الفلسطينية، *مجلة كلية التربية*، جامعة عين شمس، مج(44)، ع(2)، 149-178.

مقار، نانسي إدوارد جبره، وخليل، أسماء عبد المنعم إبراهيم، وإدريس، صفاء عبد الستار فرج (2022). عوامل الشخصية لدى المدمنين المتعافين الجدد والعائدين في مراكز إعادة التأهيل (دراسة مقارنة)، *مجلة بحوث*، كلية الآداب والعلوم والتربية، جامعة عين شمس، ع(2)، ج(1)، 36-73.

مهدي، كريمة عبد المنعم (2015). بعض الاضطرابات النفسية المرتبطة بإدمان الترامادول لدى الشباب الجامعي (دراسة مقارنة)، *مجلة كلية الدراسات الإنسانية*، العدد الخامس عشر، 191-296.

هاشم، دعاء فاروق، ونجيب، سارة حمدي (2021). المخططات المعرفية اللاتكيفية واضطرابات الشخصية المنبئة باحتمالية تعاطي المخدرات والإدمان لدى عينة من طلاب الجامعة والمدمنين، *مجلة دراسات في مجال الإرشاد النفسي والتربوي*، كلية التربية، جامعة أسيوط، مج(4)، ع(4)، 1-55.

هدية، رشا رفاعي عباس (2018). خبرات الإساءة الوالدية في الطفولة وعلاقتها بالأمن النفسي لدى المراهقين، *مجلة كلية الآداب*، ع(46)، ج(2)، 197-236.

ثانياً: المراجع الأجنبية:

Abdollahi, Z.; Taghizadeh, F.; Hamzehgardeshi, Z. & Bahramzad, O. (2014). Relationship between addiction relapse and self-efficacy rates in injection drug users referred to Maintenance Therapy Center of Sari, 1391. *Glob Journal of Health Sciences*, 28;6(3):138-44.

Al-Alem, L. & Omar, H. (2008). Borderline personality disorder: An overview of history, diagnosis and treatment in adolescents. *International Journal of Adolescent Medicine Health*; 20(3):395-404.

Álvarez, A.; Guàrdia, A.; González-Rodríguez, A.; Betriu, M.; Palao, D.; Monreal, J.; Soria, V. & Labad, J. (2022). A systematic review and meta-analysis of suicidality in psychotic disorders: Stratified analyses by psychotic subtypes, clinical setting and geographical region. *Neurosci Biobehav Rev;* 143:104964.

American Psychiatric Association (APA) (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders "DSM-5". Washington DC: American Psychiatric Publishing.

Aouidad, A.; Cohen, D.; Mirkovic, B.; Hugues Pellerin, H.; Garny de La Rivière, S.; Consoli1, A.; Gérardin, P. & Guilé, J. (2020). Borderline personality disorder and prior suicide attempts define a severity gradient among hospitalized adolescent suicide attempters. *BMC Psychiatry*, volume 20, Article number: 525.

Bhandari, S.; Dahal, M. & Neupane, G. (2015). Factors associated with drug abuse relapse: A study on the clients of rehabilitation centers. *Al Ameen Journal of Medical Sciences*; 8(4): 293-298.

Bilsen, J. (2018) Suicide and Youth: Risk Factors. *Front. Psychiatry*, 9:540. doi: 10.3389/fpsyt.2018.00540.

Bloo, J.; Arntz, A. & Schouten, E. (2017). The Borderline Personality Disorder Checklist: Psychometric evaluation and factorial structure in clinical and nonclinical samples. *Roczniki psychologiczne/Annals of psychology*, 2, 311-336.

Bozzatello, P.; Rocca, P.; Baldassarri, L.; Bosia, M. & Bellino, S. (2021). The Role of Trauma in Early Onset Borderline Personality Disorder: A Biopsychosocial Perspective. *Frontiers in Psychiatry*, 12:721361.

Casadio, P.; Olivoni, D.; Ferrari, B.; Pintori, C.; Speranza, E.; Bosi, M.; Belli, V.; Baruzzi, L.; Pantieri, P.; Ragazzini, G.; Filippo Rivola, F. & Rita Atti, A. (2014). Personality Disorders in Addiction Outpatients: Prevalence and Effects on Psychosocial Functioning. *Substance Abuse.,* 8: 17–24.

Cavelti, M.; Lerch, S.; Ghinea, D.; Fischer-Waldschmidt, G.; Resch, F. Koenig, J. & Kaess, M. (2021). Heterogeneity of borderline personality disorder symptoms in help-seeking adolescents. *Borderline Personal Disorder Emotional Dysregulation,* 26;8(1):9.

Cederlöf, M.; Kuja-Halkola, R.; Larsson, H.; Sjölander, A.; Östberg, P.; Lundström, S.; Kelleher, L. & Lichtenstein, P. (2017). A longitudinal study of adolescent psychotic experiences and later development of substance use disorder and suicidal behavior. *Schizophrenia Research,* 181, 13-16.

Chitiyo, J. & Pietrantoni, Z. (2019). The Impact of Child Maltreatment on the Educational and Psychological Well-Being of Students. *Journal of School Counseling*, V. 17, N. 18, PP. 1-19.

Fayaz, I. (2019). Child Abuse: Effects and Preventive Measures. *The International Journal of Indian Psychology*, Volume 7, Issue 2, pp. 871-884.

Fernández-Montalvo, J.; López-Goñi, J. & Arteaga, A. (2015). Psychological, Physical, and Sexual Abuse in Addicted Patients Who Undergo Treatment. *Journal of Interpersonal Violence, 30,* 1279-1298.

Feske, U.; Tarter, R.; Kirisci, L. & Pilkonis, P. (2006). Borderline Personality and Substance Use in Women. *The American Journal on Addictions,* 15: 131–137.

Gaber, H. & Abelfatah, M. (2016). Relationship between Personality Disorders and Relapses among Sample of Substance Abuse Patients. *Journal of Psychology and Clinical Psychiatry*, 6(6): 00381.

Garland, J. & Miller, S. (2020). Borderline personality disorder: part 1–assessment and diagnosis. *BJPsych Advances,* vol. 26, 159–172

Gartlehner, G.; Crotty, K.; Kennedy, S.; Edlund, M.; Ali, R.; Siddiqui, M.; Fortman, R.; Wines, R.; Persad, E. & Viswanathan, M. (2021). Pharmacological Treatments for Borderline Personality Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis. *CNS Drugs*, 35(10):1053-1067.

Ghomoushi F, Sobhi A, Kiani Q, Ahmadi MS. The Relationship of Emotional Child Abuse, Borderline Personality, and Self-harm Behavior with the Mediating Role of Object Relation in Female Adolescents. *Int. J. School. Health.*;9(1):26-35.

Gómez, S.; Frías Ibáñez, A. & Palma, C. (2020). Clinical Differences Between People with Borderline Personality Disorder with and without Romantic Relationships. *Journal of Psychopathology;* 26:225-33.

Greenfield, B.; Jolicoeur-Martineau, A.; Brown, M.; Kandiyoti, A.; Henry, M.; Sasson, T.; Ahmadi, S.; Vivani, T.; Harnden, B.; de Castro, F.; Tran, B.; Boodaghians, L.; Weiss, M.; Atsaidis, Z. & Wazana, A. (2021). Frequent follow-up of suicidal youth assessed in the emergency room: Long-term trajectory and predictors of suicidality. *Preventive Medicine*, Volume 152, Part 1, 106737.

Helmy, T.; El Malk, M. & Salem, G. (2016). The Risk Factors That Lead to Addiction and Relapse among Addicted Patients. *Menoufia Nursing Journal*, Vol. 1, No. 2, PP: 9-23.

Herrenkohl, T.; Jung, H.; Lee, J. & Kim, M. (2017). Effects of Child Maltreatment, Cumulative Victimization Experiences, and Proximal Life Stress on Adult Crime and Antisocial Behavior. *Department of Justice*, The Office of Justice Programs' National Criminal Justice Reference Service.

Hull, M. (2022). Mood Disorders and Substance Abuse. *The Recovery Village*. https://cutt.us/wEhCB.

Jeihooni, A.; Amirkhani, M.; Rakhshani, T.; Hasirini, P. & Jormand, H. (2021). Factors associated with suicidal ideation in drug addicts based on the theory of planned behavior. *BMC Psychiatry*, volume 21, Article number: 372.

Jonge, R. (2013). Gender Differences in Disclosing Child Sexual Abuse. *M.A.* Tilburg University.

Kabisa, E.; Biracyaza, E.; Habagusenga, J. & Umubyey, A. (2021). Determinants and prevalence of relapse among patients with substance use disorders: case of Icyizere Psychotherapeutic Centre. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, **16**, Article number: 13, pp. 1-12.

Kaplan, B.; Yazici Gulec, M.; Gica, S. & Gulec, H. (2020). The association between neurocognitive functioning and clinical features of borderline personality disorder. *Brazilian Journal of Psychiatry*; 42 (5): 503-509.

Kienast, T.; Stoffers, J.; Bermpohl, F. & Lieb, K. (2014). Borderline Personality Disorder and Comorbid Addiction "Epidemiology and Treatment". *Deutsches Arztebl International.*; 111(16): 280–286.

Kulacaoglu, F. & Kose, S. (2018). Borderline Personality Disorder (BPD): In the Midst of Vulnerability, Chaos, and Awe. *Brain Sciences*, 8, 201.

Kuo, J.; Khoury, J.; Metcalfe, R.; Fitzpatrick, S. & Goodwill, A. (2015). An examination of the relationship between childhood emotional abuse and borderline personality disorder features: The role of difficulties with emotion regulation. *Child Abuse & Neglect*, 39, 147–155.

Levy, K.; McMain, S.; Bateman, A. & Clouthier, T. (2018). Treatment of Borderline Personality Disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 41, 711-728.

Lopez-Goni, J.; Fernandez-Montalvo, J.; Arteaga, A. & Haro, B. (2019). Suicidal attempts among patients with substance use disorders who present with suicidal ideation. *Addictive behaviors*, 89, 5-9.

Mainali, P.; Rai, T. & Rutkofsky, I. (2020). From Child Abuse to Developing Borderline Personality Disorder Into Adulthood: Exploring the Neuromorphological and Epigenetic Pathway. *Cureus*, 12(7): e9474.

Menon, J. & Kandasamy, A. (2018). Relapse prevention. *Indian J Psychiatry*; 60: 473-8.

Menon, P.; Chaudhari, B.; Saldanha, D. & Devabhakyun, S. (2016). Childhood sexual abuse in adult patients with borderline personality disorder. *Industrial Psychiatry Journal*, 25(1):101.

Miglin, R.; Bounoua, N.; Spielberg, J. & Sadeh, N. (2020). A transdiagnostic examination of affective motivations for drug use. *Addictive Behaviors Reports*, 100279.

Mirkovic, B.; Delvenne, V.; Robin, M.; Pham-Scottez, A.; Corcos, M. & Speranza, M. (2021). Borderline personality disorder and adolescent suicide attempt: the mediating role of emotional dysregulation. *BMC Psychiatry*, 21:393.

Mohammadpoorasl, A.; Fakhari, A.; Akbari, H.; Karimi, F.; Arshadi Bostanabad, M, Rostami, F. & Hajizadeh, M. (2012). Addiction Relapse and Its Predictors: A Prospective Study. *Journal of Addiction Research & Therapy* 3:122.

Nasrin, S. (2015). Causes and Effects of Child Abuse: An Analysis. *Institute of Social welfare and Research,* University of Dhaka.

National Alliance on Mental Illness (NAMI) (2015). Borderline Personality Disorder. https://www.nami.org/About-Mental-Illness/Mental-Health-Conditions/Borderline-Personality-Disorder.

Ogai, Y.; Senoo, E.; Gardner, F.; Haraguchi, A.; Saito, T.; Morita, N. & Ikeda, K. (2015). Association between Experience of Child Abuse and Severity of Drug Addiction Measured by the Addiction Severity Index among Japanese Drug-Dependent Patients. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 12, PP. 2781-2792.

Olaosebikan, A. (2020). Causes of suicide among the youths. *Project: WHY DO YOUTHS COMMIT SUICIDE?,* pp. 1-16.

Ongeri, L. (2011). Prevalence of personality disorders among substance abusers in drug rehabilitation centres in Kenya. *Master Thesis*, University of Nairobi.

Otto, B; Kokkelink, L. & Brüne, M. (2021). Borderline Personality Disorder in a "Life History Theory" Perspective: Evidence for a Fast "Pace-of-Life-Syndrome". *Frontiers in Psychiatry,* Volume, 12, Article, 715153.

Pala, B; Ünalacak, M. & Ünlüoğlu, İ. (2011). Child maltreatment: Abuse and neglect. *Dicle Tıp Dergisi / Dicle Medical Journal*, 38 (1): 121-127.

Parmar, A. & Kaloiya, G. (2018). Comorbidity of personality disorder among substance use disorder patients: A narrative review. *Indian Journal of Psychology Medicine;* 40:517-27.

Pereiro, C.; Pino, C.; Flórez, G.; Arrojo, M.; Becoña, E. & COPSIAD Group (2013). Psychiatric Comorbidity in Patients from the Addictive Disorders Assistance Units of Galicia: The COPSIAD Study. *PLoS ONE,* 8(6): e66451.

Perrotta, G. (2020). Borderline personality disorder: Definition, differential diagnosis, clinical contexts, and therapeutic approaches. *Ann Psychiatry Treatment*, 4(1): 043-056.

Pillon, S.; Vedana, K.; Teixeira, J.; Dos Santos, L.; De Souza, R.; Diehl, A.; Rassool, G. & Miasso, I. (2019). Depressive symptoms and factors associated with depression and suicidal behavior in substances user in treatment: Focus on suicidal behavior and psychological problems. *Archives of psychiatric nursing*, 33(1), 70-76.

Porter, C.; Palmier-Claus, J.; Branitsky, A.; Mansell, W.; Warwick, H. & Varese, F. (2020). Childhood adversity and borderline personality disorder: a meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand;*141(1):6-20.

Razali, A., & Madon, Z. (2020). Predictor Factor on Relapse among Former Addicts. *International Journal Academic Research in Business and Social Sciences*, *10*(16), 278–288.

Revadigar, N. & Gupta, V. (2022). Substance Induced Mood Disorders. *StatPearls.* https://cutt.us/327CL.

Rodríguez-Cintas, L.; Daigre, C.; Braquehais, M.; Palma-Alvarez , R.; Grau-López, L.; Ros-Cucurull , E.; Rodríguez-Martos, L.; Abad, A. & Roncero, C. (2018). Factors associated with lifetime suicidal ideation and suicide attempts in outpatients with substance use disorders. *Psychiatry Res;* 262:440-445.

Rodríguez-Cintas, L.; Daigre, C.; Braquehais, M.; Palma-Alvarez, R.; Grau-López, L.; Ros-Cucurull, E.; Rodríguez-Martos, L.; Carlos Abad, A. & Roncero, C. (2018). Factors associated with lifetime suicidal ideation and suicide attempts in outpatients with substance use disorders. *Psychiatry Res;* 262:440-445.

Rosenstein, L.; Ellison, W.; Walsh, E.; Chelminski, I.; Dalrymple, K. & Zimmerman, M. (2018). The role of emotion regulation difficulties in the connection between childhood emotional abuse and borderline personality features. *Personal Disord,* 9(6): 590-594.

Silva, M.; Guimarães, C. & Salles, D. (2014). Risk and protective factors to prevent relapses of psychoactive substances users. *Rev Rene*; 15 (6): 1007-15.

Söderholm, J.; Socada, J.; Rosenström, T.; Ekelund, J. & Isometsä, E. (2020). Borderline Personality Disorder With Depression Confers Significant Risk of Suicidal Behavior in Mood Disorder Patients- A Comparative Study. *Frontiers in Psychiatry,* Volume, 11, Article, 290.

Trentacosti, L. (2021). Importance of Childhood Maltreatment on Borderline Personality in Adults: Meta-analysis. *Ph.D.* Walden University, Minnesota, U.S.A.

Walter, M.; Gunderson, J.; Zanarini, M.; Sanislow, C.; Grilo, C.; McGlashan, T.; Morey, L.; Yen, S.; Stout, R. & Skodol, A. (2009). New Onsets of Substance Use Disorders in Borderline Personality Disorder Over Seven Years of Follow-ups: Findings from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study. *Addiction*; 104 (1): 97–103.

Wapp, M.; Glind, G.; Oortmerssen, K.; Dom, G.; Verspreet, S.; Carpentier, P.; Ramos-Quiroga, J.; Skutle, A.; Bu, E.; Franck, J.; Konstenius, M.; Kaye, S.; Demetrovics, Z.; Csaba Barta, C.; Fatséas, M.; Auriacombe, M.; Johnson, B.; Faraone, S.; Levin, F.; Allsop, S… & Moggi, F. (2015). Risk Factors for Borderline Personality Disorder in Treatment Seeking Patients with a Substance Use Disorder: An International Multicenter Study. *Eur Addict Res*; 21(4): 188-94.

Weinberg, I. & Maltsberger, J. (2012). Suicidal behaviors in borderline personality disorder. *In: Suicide in Psychiatric Disorders*, 1-38.

Wygant, S. (2012). The Etiology, Causative Factors, Diagnosis, & Treatment of Borderline Personality Disorder. *PSY381 Abnormal Psychology*, Argosy University.

Xie, G.; Chang, J.; Yuan, M.; Wang, G; He, Y.; Chen, S. & Su, P. (2021). Childhood abuse and borderline personality disorder features in Chinese undergraduates: the role of self-esteem and resilience. *BMC Psychiatry*, 21:326.

Yen, S.; Peters, J.; Nishar, S.; Grilo, C.; Sanislow, C.; Shea, M.; Zanarini, M.; McGlashan, T.; Morey, L. & Skodol, A. (2021). Association of Borderline Personality Disorder Criteria with Suicide Attempts Findings from the Collaborative Longitudinal Study of Personality Disorders Over 10 Years of Follow-up. *JAMA Psychiatry*, Volume 78, Number 2, PP. 187-194.

Yuodelis-Flores, C. & Rirs, R. (2015). Addiction and suicide: A review The *American Journal on Addictions*, 24: 98–104.

ثالثاً: المواقع الالكترونية:

موقع الأمم المتحدة "مصر" (https://egypt.un.org/ar).

موقع جريدة المصري اليوم (https://www.almasryalyoum.com).

موقع صندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطي (http://drugcontrol.org.eg).