النموذج البنائي للعلاقات بين خبرات الطفولة السلبية والمخططات المعرفية اللاتكيفية المبكرة والألم النفسي وتصور الانتحار لدى طلاب الجامعة

د/ أحمد محمد جاد الرب أبو زيد

أستاذ مساعد الصحة النفسية

كلية الشرق العربي للدراسات العليا سابقًا – الرياض

الملخص عربي: هدف البحث الحالي إلى التعرف على النموذج البنائي للعلاقات بين خبرات الطفولة السلبية والمخططات المعرفية اللاتكيفية المبكرة والألم النفسي وتصور الانتحار لدى طلاب الجامعة، وتكونت العينة من ٣٣١ طالبًا جامعيًا، وتم استخدام مقياس خبرات الطفولة السلبية (Bernstein et al., 2003) ترجمة الباحث، ومقياس الألم النفسي إعداد الباحث، ومقياس المخططات المعرفية اللاتكيفية المبكرة (Young,1999) ترجمة عبد الرحمن وسعفان (٢٠١٥)، ومقياس تصور الانتحار (Beck & Steer, 1991) ترجمة الباحث. وأشارت نتائج البحث إلى أن خبرات الطفولة السلبية أسهمت في التنبؤ بتصور الانتحار، حيث فسرت ٢٧,٦% من التباين في تصور الانتحار، كما أسهمت المخططات المعرفية اللاتكيفية المبكرة في التنبؤ بتصور الانتحار، كما أسهم الألم النفسي في التنبؤ بتصور الانتحار، حيث فسر ٢٥% من التباين في تصور الانتحار ، كما وجد نموذج بنائي يفسر العلاقة بين خبرات الطفولة السلبية وتصور الانتحار في وجود المخططات المعرفية اللاتكيفية المبكرة كعامل وسيط جزئي لدى طلاب الجامعة، وبلغ إجمالي نسبة التأثيرات الدالة إحصائيًا لخبرات الطفولة السلبية على تصور الانتحار ٥٨,٤%، ونسبة التأثير المباشر للمخططات المعرفية اللاتكيفية المبكرة على تصور الانتحار ٣٣,١%. وتم التوصل إلى وجود نموذج بنائي يفسر العلاقة بين خبرات الطفولة السلبية وتصور الانتحار في وجود الألم النفسي كعامل وسيط كلي لدى طلاب الجامعة، حيث بلغت نسبة تأثير الألم النفسي على تصور الانتحار ٥٣,٧%، وبلغ إجمالي نسبة التأثيرات الدالة إحصائيًا لخبرات الطفولة السلبية على تصور الانتحار ٥٨,٨%.

الكلمات المفتاحية: خبرات الطفولة الســـلبية– المخططات المعرفية اللاتكيفية المبكرة– الألم النفسي– تصور الانتحار– طلاب الجامعة– النموذج البنائي.

النموذج البنائي للعلاقات بين خبرات الطفولة السلبية والمخططات المعرفية اللاتكيفية المبكرة والألم النفسي وتصور الانتحار لدى طلاب الجامعة

د/ أحمد محمد جاد الرب أبو زيد
أستاذ مساعد الصحة النفسية
كلية الشرق العربي للدراسات العليا سابقًا

مقدمة:

يمر الطفل خلال دورة حياته ومراحل نموه بفترات زمنية حرجة أو حساسة للنمو، فتعرض الطفل للمحن والأحداث والخبرات الصادمة التي يؤدي إلى العديد من التغيرات التي لا رجعه فيها خلال هذه الفترة والتي يمكن أن تؤثر على صحته في المستقبل، فالأطفال الذين يواجهون المحن والشدائد والأحداث السلبية في الطفولة معرضون بشكل متزايد لخطر الإصابة بمجموعة متنوعة من نتائج الصحة النفسية السلبية في المستقبل.

وتمثل خبرات الطفولة السلبية الأحداث السلبية أو المحن والضغوطات التي يتعرض لها الطفل بشكل متكرر أثناء طفولته مثل سوء المعاملة والإهمال ومشاهدة العنف المنزلي وأشكال أخرى من الخلل الوظيفي المنزلي (Dong et al, 2004; Felitti et al., 1998). كما تتضمن خبرات الطفولة السلبية الإساءة الجسدية والنفسية واللفظية، وسجن أفراد الأسرة، والأمراض النفسية وتعاطي المخدرات لأفراد الأسرة، والانفصال الأبوي أو الطلاق، ومشاهدة العنف المنزلي. (Anda et al.,2010).

وتؤدي خبرات الطفولة السلبية إلى مجموعة متنوعة من النتائج والسلوكيات الصحية السلبية كما تترك العديد من الآثار طويلة المدى على الفرد، مثل تعاطي المخدرات وإساءة استخدامها، والاضطرابات النفسية، والمشكلات الصحية والاجتماعية والسلوك الانتحاري والاضطرابات الاكتئابية (Dube et al.,2005,2003). كما أن التعرض لأشكال متعددة من سوء المعاملة أثناء الطفولة يزيد من مخاطر ضعف الأداء النفسي في مرحلة البلوغ مقارنةً بالتعرض لنوع واحد فقط من الإساءة. (Briere et al., 2008; Clemmons et al., 2007)

ووفقًا للعلاج بالمخططات Schema Therapy تعد خبرات الطفولة السلبية من عوامل الخطر التي تؤدي إلى تطور المخططات المعرفية اللاتكيفية المبكرة والتي تنشأ من عدم تلبية الاحتياجات النفسية الأساسية مثل: حرية التعبير عن الاحتياجات والانفعالات، والاستقلالية، والتعلق الأمن. (Dozois et al., 2009) .

ويري آرون بيك (١٩٦٧) أن المخطط عبارة عن هيكل لفحص وترميز وتقييم المحفزات الواردة في بيئة الفرد، وهي ليست فطرية ولكنها تتطور بمرور الوقت من خبرات الطفولة التي يتعرض لها الطفل، وتبدأ المخططات في التطور في وقت مبكر من حياة الطفل، وتكون ثابتة نسبيًا، ويتم إنشاؤها بشكل عام دون وعي داخل الفرد من خلال تجميع الخبرات المتشابهة التي علمته شيئًا عن طريقة "أعمال" الآخرين" أو "أعمال" العالم، ومن خلال تجميع التجارب المتشابهة معًا، ويكون الفرد قادرًا على تبسيط وتنظيم حياته المعقدة في رسم معنى من مجموعة متنوعة من الخبرات التي يواجهها، ووصف المخططات بأنها توفر خريطة طريق لتفسير المنبهات الواردة وسلوكها اللاحق. (Patterson, 2015).

وعلى الرغم من أن Beck قدم مساهمات كبيرة في مجال المخططات، إلا أن Young (1990) هو مطور المخططات المعرفية اللاتكيفية المبكرة، ويرى أنها أنماط معرفية منتشرة وواسعة ودائمة تشكل جوهر مفهوم الذات، ناتجة عن الاحتياجات العاطفية التي لم تتم تلبيتها في مرحلة الطفولة. مثل: ١) التعلق الآمن بالآخرين بما في ذلك السلامة والاستقرار والرعاية والقبول؛ ٢) الاستقلالية والكفاءة والشعور بالهوية؛ ٣) حرية التعبير عن الاحتياجات والعواطف الصحيحة؛ ٤) العفوية واللعب؛ ٥) حدود واقعية وضبط النفس. (Young et al.,2003). وتسهم المخططات المعرفية اللاتكيفية المبكرة في تطوير وإدامة المشكلات النفسية المختلفة، بما في ذلك الاكتئاب (Nicol et al., 2020; Shah & Waller, 2000) واضطرابات الشخصية (Thimm, 2010) وصعوبات التعلق (Blissett et al., 2006; Cecero et al., 2004)، وتصور الانتحار (Pilkington et al., 2020).

ويشير تصور الانتحار إلى الأفكار أو أنماط التفكير التي تتعلق بكون الحياة غير مُرضية أو لا تستحق العيش، وينتج عنها الانشغال بتدمير الذات، وما إذا كان يجب التصرف بناءً على هذه الأفكار (Ford and Gómez,2015). ويمكن أن يتراوح التفكير في شدته من الرغبة السلبية للموت إلى الأفكار النشطة التي تتضمن خطة لإنهاء حياة

المرء. (Turecki et al.,2019). ويعد الانتحار هو السبب الرئيس الثاني للوفاة بين الفتيات اللائي تتراوح أعمارهن بين ١٥ إلى ١٩ عامًا، والسبب الرئيس الثالث للوفاة بين الأولاد (WHO, 2019). وهو سبب رئيس لوفاة طلاب الجامعات في الولايات المتحدة، ففي عام ٢٠١٢ أبلغ ما يقرب من ٧% من طلاب الجامعات عن تصور الانتحار. (Suicide Prevention Resource Center, 2014).

وتتعدد عوامل الخطر الكامنة وراء تصور الانتحار ضمن طلاب الجامعات والتي منها تاريخ الاضطرابات النفسية ونقص التنظيم الانفعالي والاكتئاب والوضع الاجتماعي والاقتصادي وإيذاء الطفولة. (Eisenberg et al., 2007; Wilcox et al., 2010).

ويعد الألم النفسي من المؤشرات الدالة على تصور الانتحار حيث إنه هو عملية معاناة نفسية يمكن أن تنتج عن الخسائر والصدمات والمواقف السلبية غير المتوقعة والاحتياجات الأساسية غير الملباة. (Demirkol et al., 2019). فبدون ألم نفسي لا يوجد انتحار، فقد تؤدي الضغوط الاجتماعية والصدمات والخسائر (الشخصية والمهنية والمالية) إلى تفاقم الألم النفسي والذي يؤدي بدوره إلى زيادة خطر الانتحار (Arciniegas & Anderso2002)، مما يشير إلى أن خطر الانتحار أعلي بكثير عندما يصل الألم النفسي والانفعالي العام إلى حد لا يحتمل. (Berlim et al., 2003). وأشارت نتائج العديد من البحوث على وجود علاقة بين الألم النفسي وتصور الانتحار، حيث إن زيادة الألم النفسي تزيد من تصور الانتحار، كما أن الألم النفسي الذي لا يطاق هو السبب الرئيس للسلوك الانتحاري. (Conejero et al., 2018; Li et al., 2014;Yang et al., 2020).

ويتضح مما سبق أن تعرض الفرد في طفولته إلى العديد من الشدائد والخبرات السلبية مثل الإساءة الجسمية والانفعالية والجنسية والإهمال الجسدي والانفعالي وانفصال الأبوين، موت عزيز يؤثر سلبًا على جوانب نموه المختلفة المعرفية والانفعالية والوجدانية مما يؤدي إلى تكوين المخططات المعرفية اللاتكيفية المبكرة، فضلًا عن الشعور بالألم النفسي والذي بدوره يؤثر سلبياً على صحته النفسية وعلى نموه في مراحل النمو اللاحقة ويجعله عرضه لخطر الانتحار.

لذا اهتم البحث الحالي بدراسة النموذج البنائي للعلاقات بين خبرات الطفولة السلبية والمخططات المعرفية اللاتكيفية المبكرة والألم النفسي وتصور الانتحار لدى طلاب الجامعة.

مشكلة البحث:

يعتبر الانتحار مصـدر قلق كبير للصـحة العامة في جميع أنحاء العالم، حيث أصـبح الانتحار السـبب الرئيس للوفاة بين الشـباب (الذين تتراوح أعمارهم بين ١٥ إلى ٣٤ عامًا)، ومتوسط معدل الانتحار سنويًا يبلغ حوالي ٢٣ لكل ١٠٠٠٠٠ شخص، فهو أكبر مرتين إلى ثلاث مرات من المتوسط العالمي. (Phillips et al., 2002).

وينتشـر تصـور الانتحار لدى طلاب الجامعة بنسـبة من ٣٢% إلى ٧٠ % (Gutierrez, et al., 2000)، كما أشارت نتائج بحث Brener et al. (1999) إلى أن ٥٠% من طلاب الجامعات لديهم تصـور الانتحار، كما أن ٦% من طلاب السـنة الأولى في الجامعة يعانون من تصور الانتحار(Arria et al ., 2009). بالإضـافة إلى ذلك، يعد تصـور الانتحار أحد أهم أسـباب الوفاة بين الأفراد في الفئة العمرية من ١٥ إلى ٢٤ عامًا، والذين غالبًا ما يرتبطون أيضًـا بالحياة المدرسـية والجامعية. (Eaton et al., 2008; Suicide Prevention Resource Center, 2014).

وأشـارت نتائج بحث Li et al., (2021a) إلى أن معدل انتشـار التفكير في الانتحار والتخطيط والمحاولة لدى المراهقين في ٤٦ دولة منخفضـة ومتوسـطة الدخل كان ١٤,٥%، و٤,٦%، و١٢,٧% على التوالي، وكانت معدلات الانتشـار في افريقيا أعلي من جنوب آسيا، حيث كانت أعلى معدلات انتشـار الأفكار والتخطيط والمحاولات الانتحارية في إفريقيا (١٦,٧٪ و ١٩,٣٪ و ١٧,٠٪)، وكان أدنى انتشار في جنوب شرق آسيا (٨,٢٪ و ١٠,٥٪ و ٧,٤٪). وتتعدد عوامل الخطر الكامنة وراء تصـور الانتحار إلى عوامل اجتماعية وثقافية وبيولوجية وبيئية، وتؤدي صدمات الطفولة –مثل الإساءة الانفعالية الجسدية والجنسية عوامل خطر ثابتة، ولا يمكن تعديلها بشـكل مباشـر– إلى تصـور الانتحار في الحياة اللاحقة. (Roy, 2011; Thompson et al., 2019).

كما أن تجارب الطفولة من الإهمال والإسـاءة والفقدان التي تحدث نتيجة عدم تلبية الحاجة إلى الأمان والحماية والرعاية والحب ترتبط ارتباطًا وثيقًا بسلوكيات إيذاء الذات، حيث وجد أن الأطفال والمراهقين الذين تعرضـوا للإسـاءة أو الإهمال لديهم زيادة بمقدار ثمانية أضـعاف في محاولات الانتحار (Zoroglu et al., 2003)، ووجد أن خطر محاولة الانتحار قد زاد مرتين إلى خمس مرات لدى الأفراد الذين لديهم أي تجربة طفولة سـلبية.

(Dube et al. ,2001). وتوصل كل من Teicher and Samson (2013) إلى أن صدمات الطفولة أيضًا أحد عوامل الخطر الرئيسة لمحاولات الانتحار، كما أن سوء المعاملة خلال المراحل المبكرة من نمو الشخص تزيد من تصور الانتحار ومخاطر السلوك الانتحاري بمقدار مرتين إلى خمس مرات خلال حياته. (Ludwig et al,2017).

كما وُجدت علاقة بين الخبرات الانفعالية الصادمة وتصور الانتحار لدى طلاب الجامعة. (Byun et al., 2020)، و أشارت نتائج بحث Saraçlı et al. (2016) إلى أن معدل انتشار تصور الانتحار ١٨,٣٪ بين أولئك الذين عانوا من نوع واحد على الأقل من خبرات الطفولة السلبية، وكان ٩,٦٪ بين أولئك الذين ليس لديهم تاريخ من خبرات الطفولة السلبية في مرحلة الطفولة.

وارتبطت تجارب الطفولة السلبية بالعديد من الأمراض المزمنة والاضطرابات، حيث وُجد ارتباط بين تجارب الطفولة السلبية والألم النفسي (Nelson et al., 2018). والمخططات المعرفية اللاتكيفية (Baugh et al., 2019)، وتعد المخططات المعرفية اللاتكيفية والألم النفسي من عوامل الخطر المعرفية والنفسية الديناميكية لتصور الانتحار القابلة للتغير والتي يمكن استهدافها من خلال التدخلات العلاجية لذا أصبحت مصدر اهتمام للبحث والدراسة من قبل العديد من الباحثين.

وفي ضوء ذلك وجدت علاقة بين المخططات المعرفية اللاتكيفية المبكرة وتصور الانتحار (Fialko et al., 2006)، كما أشارت نتائج بحث Valikhani et al. (2017) إلى أن المخططات المعرفية اللاتكيفية المبكرة تتنبأ بتصور الانتحار لدى المراهقين، وأوصت بأن العلاج بمخططات التفكير يمكن أن يعالج المخططات المعرفية اللاتكيفية المبكرة (الانفصال والرفض) للوقاية من تصور الانتحار وعلاج التفكير الانتحاري لدى المراهقين. كما أشارت نتائج بحث Cui et al. (2019) إلى أن المخططات المعرفية اللاتكيفية تتوسط العلاقة بين صدمات الطفولة وتصور الانتحار، كما توصلت نتائج بحث Pilkington et al. (2020) –من خلال مراجعته ١٧ دراسة وبحث– إلى أن تصور الانتحار يرتبط بالمخططات المعرفية اللاتكيفية المبكرة (العزلة الاجتماعية والعيب/ العار، والفشل، الاعتماد، والكبت العاطفي، والخضوع أو الإذعان).

ويعد الألم النفسي الدافع الرئيس للانتحار (Li et al., 2014)، كما أنه من المنبئات بالقابلية للانتحار (العمري، ٢٠٢٠)، كما يعد تجنب الألم من أبعاد الألم النفسي الأكثر تنبؤ بتصور الانتحار لدى طلاب الجامعة. (Li et al.,2017) ، كما أن الألم النفسي مقارنة بالاكتئاب له تأثير تنبؤي أكثر دلالة من الناحية الإحصائية على التفكير في الانتحار ومحاولات الانتحار بين طلاب الجامعات (Troister & Holden, 2010)، وترتبط الأفكار الانتحارية ومحاولات الانتحار ارتباطًا وثيقًا بمستويات أعلى من الألم النفسي (Levi et al., 2008; van Heeringen et al., 2010). كما أن الألم النفسي هو الوسيط في تأثير الاكتئاب على الانتحار (Holden et al., 2001)، كما أن الألم النفسي له دور في التنبؤ بمخاطر الانتحار بدقة مقارنة بالاكتئاب. (Troister et al., 2015).

و أشارت نتائج بعض البحوث السابقة إلى أن الألم النفسي متغير وسيط بين الانتحار وغيره من المتغيرات، حيث وجد الألم النفسي كوسيط في العلاقة بين الكمالية والانتحار (Flamenbaum & Holden, 2007)؛ وبين اليأس والاكتئاب والاستعداد للانتحار (Patterson & Holden, 2012)؛ وبين الضائقة العامة والتفكير الانتحاري (Campos, et al., 2017) ؛ وبين الخسائر مدى الحياة والميل إلى الانتحار (Nahaliel et al., 2014).

لذلك اهتم البحث الحالي بالتعرف على الدور الوسيط للمخططات المعرفية اللاتكيفية المبكرة والألم النفسي بما يتضمنه من تأثيرات مباشرة وغير مباشرة في العلاقة بين خبرات الطفولة السلبية وتصور الانتحار لدى طلاب الجامعة والشكل التالي يوضح النموذج المقترح:

شكل ١ *النموذج المقترح للعلاقة بين متغيرات البحث*

يفترض هذا النموذج وجود تأثيرات مباشرة بين خبرات الطفولة السلبية وتصور الانتحار، ووجود تأثيرات غير مباشـــرة بينهما في وجود المخططات المعرفية اللاتكيفية المبكرة والألم النفســي كمتغيرات وســيطة، ومن ثم تتحدد مشـكلة البحث في السـؤال التالي: **ما النموذج البنائي للعلاقات بين خبرات الطفولة السلبية والمخططات المعرفية اللاتكيفية المبكرة والألم النفسي وتصور الانتحار لدى طلاب الجامعة؟**

أسئلة البحث: يسعي البحث الحالي إلى الإجابة عن التساؤلات التالية:

١. هل تسهم خبرات الطفولة السلبية في التنبؤ بتصور الانتحار لدى أفراد عينة البحث من طلاب الجامعة؟
٢. هل تسـهم المخططات المعرفية اللاتكيفية المبكرة في التنبؤ بتصـور الانتحار لدى أفراد عينة البحث من طلاب الجامعة؟
٣. هل يسـهم الألم النفسـي في التنبؤ بتصـور الانتحار لدى أفراد عينة البحث من طلاب الجامعة؟
٤. هل يوجد تأثير غير مباشـر لخبرات الطفولة السـلبية على تصـور الانتحار في وجود المخططات المعرفية اللاتكيفية المبكرة والألم النفســي كعوامل وســيطة لدى أفراد عينة البحث من طلاب الجامعة بما يشكل نموذجًا بنائيًا للعلاقات بين هذه المتغيرات؟

أهداف البحث: يهدف البحث الحالي إلى التعرف على:

١. إسـهام خبرات الطفولة السـلبية في التنبؤ بتصـور الانتحار لدى أفراد عينة البحث من طلاب الجامعة.
٢. إسهام المخططات المعرفية اللاتكيفية المبكرة في التنبؤ بتصور الانتحار لدى أفراد عينة البحث من طلاب الجامعة.
٣. إســهام الألم النفســي في التنبؤ بتصــور الانتحار لدى أفراد عينة البحث من طلاب الجامعة.
٤. التأثيرات غير مباشـــر لخبرات الطفولة الســـلبية على تصـــور الانتحار في وجود المخططات المعرفية اللاتكيفية المبكرة والألم النفســي كعوامل وســيطة لدى أفراد عينة البحث من طلاب الجامعة بما يشكل نموذجًا بنائيًا للعلاقات بين هذه المتغيرات.

أهمية البحث: نبعت أهمية البحث على المستويين النظري والتطبيقي على النحو التالي:

المستوي النظري: نبعت أهمية البحث من أهمية متغيراته خاصة: **خبرات الطفولة السلبية** وما لها من تأثير سلبي على نمو الطفل في جميع مجالات حياته الاجتماعية والنفسية والانفعالية والتعليمية، **والمخططات المعرفية اللاتكيفية المبكرة** والتي تعد من العوامل المعرفية التي تسهم بدور كبير في تحديد كيفية استجابة الفرد للمواقف الضاغطة التي يتعرض لها مما يؤدي إلى العديد من مشكلات الصحة النفسية مثل تصور الانتحار، **الألم النفسي:** وهو حالة انفعالية نفسية يشعر بها الفرد على المدى الطويل ناتج عن تعرضه لخبرات سلبية في حياته خاصة الفترات الأولي من العمر ومحاولته الهروب منه يؤدي إلى تفاقم مشكلات الصحة النفسية، **تصور الانتحار:** وهو من أخطر مشكلات الصحة النفسية التي يتعرض لها المراهق ، الأمر الذي يجعل له أهمية لدراسته لدى طلاب الجامعة وهم شباب المستقبل وبناه المجتمع.

المستوي التطبيقي: نبعت أهمية البحث على المستوي التطبيقي من خلال:

١. تزويد المرشدين والأخصائيين بتصورات قد تساعدهم في تصميم البرامج الإرشادية لمساعدة الشباب على خفض حدة المخططات المعرفية اللاتكيفية المبكرة والألم النفسي لما لهم من آثار على الشباب في زيادة الاضطرابات النفسية والشخصية خاصة مخاطر الانتحار.

٢. تزويد المرشدين وأولياء الأمور والقائمين على تربية الشباب بصورة أعمق بتأثير خبرات الطفولة السلبية التي يتعرض لها الطفل في تكوين المخططات المعرفية اللاتكيفية المبكرة التي والتي تنشط في المراهقة وتؤدي إلى العديد من مشكلات الصحة النفسية واضطراباتها، بالإضافة إلى الشعور بالألم النفسي الناتج عن عدم إشباع الحاجات الأساسية مثل الحاجة للانتماء والح والحنان من الرعاية الأبوية في الطفولة، مما يفاقهم حدة المشكلات النفسية والسلوكية لدى المراهق، حتى يمكنهم من استخدام أساليب إيجابية تسهم في تكوين مخططات معرفية إيجابية لدى أبنائهم وتدعم قدرتهم على مواجهة متطلبات الحياة والتمتع بالمشاعر الإيجابية مما يدعم الصحة النفسية لديهم.

٣. تم توفير مقياس الألم النفسي وتصور الانتحار كأدوات لموضوعات بحثية ونفسية مهمة خاصة في ظل العصر الحالي وما يتسم به من ضغوط وتحديات مما قد يفيد الباحثين في توظيفهما في بحوث أخري.

مصطلحات البحث:

خبرات الطفولة السلبية Adverse childhood experiences (ACEs): وهي خبرات مؤلمة يشعر بها الفرد نتيجة تعرضه إلى مدي واسع من الإساءة الجسدية والانفعالية، وأنماط الإهمال الجسدي والانفعالي في البيئية التي يعيش فيها في مرحلة طفولته والتي تترك عليه العديد من الآثار السلبية من مراحل العمر اللاحقة. وتقاس إجرائياً بالدرجة التي يحصل عليها الفرد على مقياس خبرات الطفولة السلبية المستخدم في البحث الحالي.

المخططات المعرفية اللاتكيفية المبكرة Early Maladaptive Cognitive Schemas: عرّف Young (1999,9) المخططات المعرفية اللاتكيفية المبكرة بأنها "أنماط معرفية ثابتة للغاية ودائمة تتطور أثناء الطفولة تتكون من الذكريات والإدراكات التي اكتسبها الطفل، وتستمر طوال حياة الفرد، وهي مختلة إلى حد كبير"، وتقاس إجرائياً بالدرجة التي يحصل عليها الفرد على مقياس المخططات المعرفية اللاتكيفية المستخدم في البحث الحالي.

الألم النفسي Psychological Pain: المعاناة النفسية التي يشعر بها الفرد نتيجة تعرضه لخبرات الطفولة السلبية وعدم تلبية متطلبات حياته الأساسية، مما يؤدي إلى مشاعر القلق والخوف والخزي والحسرة. ويقاس إجرائياً بالدرجة التي يحصل عليها الفرد على مقياس الألم النفسي المستخدم في البحث الحالي.

تصور الانتحار Suicidal Ideation: ويعرّف بأنه: أفكار الفرد حول الموت، والتي تتخطي حيز التفكير إلى وجود نية للانتحار؛ بل وضع خطة للانتحار محاولًا التخلص من الألم النفسي الذي يشعر به نتيجة خبرات الطفولة السلبية، اعتقادًا منه بأن الحياة لا تستحق العيش. ويقاس إجرائياً بالدرجة التي يحصل عليها الفرد على مقياس تصور الانتحار المستخدم في البحث الحالي.

حدود البحث: **تم البحث الحالي وفق الحدود التالية: ١) الحدود الموضوعية:** اقتصر البحث الحالي على تناول متغيرات: خبرات الطفولة السلبية، والمخططات المعرفية اللاتكيفية المبكرة، والألم النفسي، وتصور الانتحار. ٢) **الحدود البشرية:** تم تطبيق أدوات البحث على عينة من طلاب جامعة سوهاج كلية التربية، ٣) **الحدود المكانية:** تم التطبيق في كلية التربية بجامعة سوهاج، ٤) **الحدود الزمنية:** تم تطبيق البحث في الفصل الدراسي الأول للعام الدراسي ٢٠٢٢/٢٠٢٣م.

الإطار النظري والبحوث السابقة

خبرات الطفولة السلبية

تعد خبرات الطفولة السلبية من أكثر مصادر التوتر كثافة وتكرارًا، والتي قد يعاني منها الأطفال في وقت مبكر من الحياة، وتعرّف خبرات الطفولة السلبية بأنها إساءة معاملة الطفل مثل: الإساءة الجسدية والانفعالية والخلل الوظيفي منزلي، مثل: تعاطي المخدرات والنشاط الإجرامي من قبل الوالدين والعنف المنزلي. (Felitti et al., 1998). ويشير مصطلح خبرات الطفولة السلبية إلى الاعتداء الجنسي على الأطفال، والاعتداء الجسدي، والاعتداء العاطفي، والإهمال الجسدي، والإهمال العاطفي، والخلل المنزلي. وينطبق مصطلح الخلل الوظيفي المنزلي على البيئات التي يعيش فيها الطفل الذي يقل عمره عن ١٨ عامًا مع أحد الوالدين أو لا يعيش معهم أو الذي يتلقى معاملة عنيفة من والديه، أو يكون أحد والديه (أو كلاهما) متعاطيًا للمواد أو الكحول، أو يعاني من مرض نفسي، أو الذي لا يشارك في نظام العدالة الجنائية. (Chapman et al., 2004). وتعرَّف خبرات الطفولة السلبية بأنها خبرات مؤلمة خلال طفولة الشخص أو المراهقة نتيجة تعرض الشخص إلى مجموعة واسعة من الأحداث المؤلمة والصادمة بما في ذلك سوء معاملة الأطفال، والعنف المنزلي، والزواج القسري، والشاهد على حوادث العنف المجتمعية أو الفردية، والعنف العاطفي أو الجسدي للأخوة، وعنف الأقران أو التعرض للتنمر (Brown, et al., 2010).

وتُعرَّف خبرات الطفولة السلبية بأنها خبرات الطفولة الضارة التي تعرض لها الطفل قبل سن ١٨ عامًا، وتتضمن الإساءة الجنسية، الإساءة الجسدية، الإساءة العاطفية، الإساءة

اللفظية، انفصال الوالدين إضفاء الطابع المؤسسي على الوالدين، حبس الوالدين، العنف في المنزل، استخدام المخدرات في المنزل، والمرض النفسي أو الانتحار. (Hunter, 2015).

وتعرف بأنها خبرات متعددة من الإساءة؛ قد تشمل الإهمال؛ العنف بين الوالدين أو مقدمي الرعاية؛ أنواع أخرى من الخلل الوظيفي الخطير في المنزل مثل تعاطي الكحول والمخدرات وسوء استخدام المادة؛ والعنف الجماعي والعنف بين الأصدقاء، وتعد من أكثر مصادر الضغوط كثافة وتكرارًا، والتي قد يعاني منها الأطفال في وقت مبكر من الحياة، وهي شائعة بشكل كبير، وتحدث حتى في "أفضل العائلات" ولها عواقب وخيمة طويلة الأجل. (Kazeem, 2015) ، وتُعرَّف خبرات الطفولة السلبية على أنها ضغوط نفسية – اجتماعية تنتج الصدمات أثناء الطفولة ولها تأثير كبير على الصحة والرفاهية في وقت لاحق. (Lê–Scherban, et al., 2018).

ويمكن النظر إلى الإطار المفاهيمي لخبرات الطفولة السلبية على أنه تمثيل مرئي لمبنى هرمي من تجارب الطفولة السلبية، وتعطيل النمو العصبي، وضعف في المجالات الاجتماعية والعاطفية والمعرفية والعلائقية، والسلوكيات الصحية عالية الخطورة، والمرض والإعاقة، وفي النهاية الموت المبكر. (Jones, et al., 2018).

وفي ضوء ما سبق يعرّف الباحث خبرات الطفولة السلبية بأنها خبرات مؤلمة يشعر بها الفرد نتيجة تعرضه إلى مدى واسع من الإساءة الجسدية والانفعالية، وأنماط الإهمال الجسدي والانفعالي في البيئية التي يعيش فيها في مرحلة طفولته والتي تترك عليه العديد من الآثار السلبية من مراحل العمر اللاحقة.

كما بدأت الدراسة الأصلية التي حددت ما يشار إليه الآن بخبرات الطفولة السلبية لأول مرة بسبب ظاهرة لوحظت في العملاء الذين كانوا في برنامج إنقاص الوزن على المدى الطويل، حيث تم اكتشاف أن المرضى الذين يعانون من السمنة المفرطة لديهم معدلات أعلى بكثير من خبرات الطفولة السلبية. (Felitti, 1993).

وتتعدد خبرات الطفولة السلبية حيث تشير إلى أحداث الطفولة الضارة وخبرات مؤلمة محتملة تحدث في الطفولة، بما في ذلك الأشكال العلنية من الإساءة (مثل الصدمة الجنسية)، بالإضافة إلى أشكال أكثر سرية ومزمنة من الشدائد (مثل الإهمال العاطفي). كما يصنف نموذج مخطط الشباب خبرات الطفولة السلبية إلى أربعة أنواع: (أ) الإحباط السام

للاحتياجات، (ب) الصـــدمة والإيذاء، (ج) الإفراط أو الحماية الزائدة و (د) الاســـتيعاب أو التحديد الانتقائي. (Pilkington et al.,2021b).

وتشمل هذه الخبرات أنواعًا متعددة من الإساءة، الإهمال، والعنف بين الوالدين أو مقدمي الرعاية، وأنواع أخرى من الخلل المنزلي الخطير مثل تعاطي الكحول والمخدرات، والطلاق / انفصـال الوالدين، ومشـاهدة العنف المنزلي، والمشـكلات المالية للأسـرة (World Health Organization, 2018)، وتشـمل خبرات الطفولة السـلبية الإسـاءة بما في ذلك الإسـاءة العاطفية أو الجسدية أو الجنسية، والإهمال، والتحديات المنزلية. (Slack et al., 2017).

وترتبط خبرات الطفولة الســلبية ارتباطًا وثيقًا بالصــحة العامة والاضــطرابات النفســية والنفسية والصـحة البدنية والصـحة الجنسية والإنجابية والجريمة المستقبلية وإساءة استخدام العقاقير واختلال العلاقات. (Slack, et al., 2017).

وأشــارت نتائج العديد من الدراســات إلى انتشــار خبرات الطفولة الســلبية بين طلاب الجامعات (Bernat et al., 1998; Vrana & Lauterbach, 1994)، تدعم نتائج دراسة Smyth et al. (2008) انتشار خبرات الطفولة السلبية بين طلاب الجامعة، حيث إن أكثر من ٥٠% من طلاب الجامعات أفادوا بأنهم تعرضــوا لخبرات طفولة ســلبية، ٣٧٪ واجهوا خبرة طفولة سـلبية واحد، ٣٣,٦٪ واجهوا إثنين من خبرات الطفولة السـلبية، ١٨,٨٪ واجهوا ثلاثة من خبرات الطفولة الســلبية، ١٠,٦٪ واجهوا أربعة أو أكثر من خبرات الطفولة السلبية.

وتتعدد الأسـباب المؤدية إلى خبرات الطفولة السـلبية منها عوامل بيئية مثل الأسـرة التي يعيش فيها الطفل والمراهق وما يستخدمه من أساليب تنشئة اجتماعية تسهم بدور فعال في شعور الطفل بالخبرات السلبية مثل الإهمال والإساءة والعنف، والتفرقة في المعاملة، والتذبذب في المعاملة، وما ترتبط به من أنماط التعلق الوجداني مثل تجنب التعلق، بالإضـــافة إلى المدرسة وما بها من علاقات مع المعلمين ورفاق السوء وما يتعرض له من صدمات وأزمات وعنف وتنمر داخل المدرسة.

كما أن هناك عوامل شــخصــية قد تســهم بدور كبير في شــعور الفرد بخبرات الطفولة الســـلبية مثل: اليقظة المفرطة والخزي، حيث إن فرط اليقظة هو التكيف الشـــائع للأحداث الصـــادمة في البيئية التي يعيش فيها الفرد، وغالبًا ما يظهر الإفراط في اليقظة كحالة من

السرعة الزائدة المستمرة، حيث يقوم الأشخاص بفحص بيئاتهم باستمرار بحثًا عن التهديدات. وغالبًا ما تصـــاحب الاســـتجابة المفرطة والتهيج المفرط واليقظة المفرطة، فتســـاعد اليقظة المفرطة في الحفاظ على مســـتويات التأهب العالية اللازمة لتقييم التهديدات البيئية المحتملة. ومع ذلك، بســـبب اليقظة المفرطة، غالبًا ما يعاني الأشـــخاص الذين يعانون من تاريخ الأحداث الصدمة في البيئية من العزلة الاجتماعية. (Heffernan et al., 2000).

ويشـــار إلى **الخزي** بأنه انفعال يشـــعر به الفرد بعد التعرض لأحداث الحياة المؤلمة في البيئية التي يعيش فيها، وقد ينتج من فقدان الجاذبية الاجتماعية المدركة حيث يحدث بعد الرفض من أشخاص في البيئية التي يعيش فيها الفرد، فالخزي شعور مؤلم أو تجربة للاعتقاد بأننا معيبون ولا نســتحق القبول أو الانتماء، ويعد علامة تحذيرية على وجود تهديد في البيئة التي يعيش فيها الفرد مما يشـــير إلى الحاجة إلى إصـــلاح أســـاليب التعلق بالوالدين. (Brown, 2006;Van Vliet, 2008).

وارتبطت خبرات الطفولة الســـلبية بتغيرات بيولوجية عصـــبية كبيرة لها العديد من الآثار الضارة طويلة المدى، بما في ذلك زيادة خطر الإصابة بالاضطرابات النفسية مثل: اضطراب ما بعد الصدمة والاكتئاب واضطرابات القلق، واضطراب التوافق واضطراب الأكل واضطراب قلق الانفصال، وإساءة استخدام المواد، واضطراب الوسواس القهري (Briggs-Gowan et al.,2010; Carr et al., 2013; Caspi et al., 2008, Kilic et al.,2020; Nemeroff, 2004).

وتؤثر خبرات الطفولة السلبية تأثيرات صحية خطيرة على سلوك المراهقين والبالغين حيث أشـارت نتائج العديد من الدراسـات إلى وجود ارتباط بين خبرات الطفولة السـلبية ومحاولات الانتحار وتصـــور الانتحار. (Corcoran et al., 2006; Friestad et al., 2014)، وفي ضوء ذلك أشارت نتائج دراسة Wang et al., (2019) إلى أن الإهمال الانفعالي من المتنبئات بتصور الانتحار لدى طلاب الجامعة الصينين، وأشار المركز الوطني للوقاية من الإصـــابات ومكافحتها (٢٠١٩) إلى أن خبرات الطفولة الســـلبية تؤثر على العديد من نتائج الصـــحة النفســـية والصـــحة الجســـدية كالانتحار الذي يعد من النتائج الســـلبية المحتملة (National Center for Injury Prevention and Control – CDC, 2022)

وأشـــارت العديد من نتائج البحوث والدراســـات إلى أن إســـاءة معاملة الأطفال وإهمالهم يزيدان من مخاطر الســلوك الانتحاري (Norman et al., 2012). كما أن البالغين الذين قاموا بمحاولة انتحار واحدة على الأقل كانت لديهم معدلات أعلى من الاعتداء الجنســـي والجسدي على الأطفال مقارنة بمن لم يحاولوا الانتحار(Briere et al. ,2016) . وخلصت مراجعة منهجية إلى أن هناك دليلًا قويًا على أن سوء معاملة الأطفال يرتبط بزيادة احتمالات السـلوكيات الانتحارية لدى البالغين (Angelakis et al., 2019). كما ارتبطت عدد أكبر من خبرات الطفولة الســـلبية بمحاولات الانتحار في الأعمار الأصـــغر وأعداد أكبر من محاولات الانتحار. (Choi et al ., 2017).

وبالنسـبة للبحوث والدراسـات السـابقة التي تناولت خبرات الطفولة السـلبية اهتم البحث الحالي بعرض البحوث التي تناولت خبرات الطفولة السلبية وعلاقتها بمتغيرات البحث، حيث هدف بحث Li et al .,(2021b) إلى التعرف على مدى إسهام خبرات الطفولة السلبية في زيادة السـلوكيات الانتحارية لدى المراهقين في الصـين، وتكونت العينة من ١٤٥٠٠ مراهقًا، تراوحت أعمارهم بين ١٠-٢٠ عامًا، وتم اســـتخدام مقياس خبرات الطفولة الســـلبية (Bernstein et al.,2003)، ومقياس تصـــور الانتحار (Centers for Disease control, 2015)، وأشارت نتائج الدراسة إلى ارتفاع خبرات الطفولة السلبية لدى المراهقين (٦,٣٪) ، وإساءة المعاملة والإهمال (٢١,٤٪) ، والإهمال الشديد (٤٥,٥٪) وكما أسهمت خبرات الطفولة السلبية في زيادة السلوكيات الانتحارية لدى المراهقين.

وهدفت دراســة Pilkington et al. (2021b) إلى مراجعة ٣٣ دراســة تناولت العلاقة بين خبرات الطفولة الســـلبية والمخططات المعرفية اللاتكيفية المبكرة عبر قواعد البيانات الإلكترونية PsycInfo, PubMed and CINAHL حتي الفترة ٢٠٢٠، وأشـــارت نتائج الدراســـة إلى ارتباط المخططات المعرفية اللاتكيفية المبكرة بخبرات الطفولة الســـلبية تاريخ إســـاءة معاملة الأطفال وإهمالهم. وهدف بحث Park et al.(2021) إلى التعرف على العلاقة بين خبرات الطفولة السلبية والسلوك الانتحار لدى عموم السكان في كوريا الجنوبية، وتكونت العينة من ١٤٩٠ مواطنًا يعيش في كوريا الجنوبية، تم اســـتخدام مقياس خبرات الطفولة الســـلبية (Kim et al., 2013)، وتضـــمن التنمر والإيذاء الجســـدي والجنســـي والعاطفي، ومقياس السلوك الانتحار تضمن تصور الانتحار والتخطيط للانتحار ومحاولات

الانتحار، ومقياس المرونة النفسية ومقياس الضغوط المدركة، ومقياس القلق والاكتئاب، ومقياس تقدير الذات، وأشارت نتائج البحث إلى وجود علاقة بين خبرات الطفولة السلبية بكل أنواعها والسلوك الانتحاري.

وهدف بحث (Thornton, (2020 إلى التعرف على تأثير خبرات الطفولة السلبية على تصور الانتحار لدى المراهقين الأمريكيين والنشاط الديني كمتغير وسيط في تطور تصور الانتحار، وتكونت العينة من ٧٠٥ من المراهقين، وتراوحت أعمارهم بين ١٤-١٨ عامًا، وتم استخدام مقياس خبرات الطفولة السلبية إعداد الباحث مكون من ٨ عبارات، ومقياس النشاط الديني، ومقياس السلوك الانتحاري الذي يقيس تصور الانتحار ومحاولات الانتحار، وأشارت نتائج البحث إلى أن خبرات الطفولة السلبية لها تأثير على السلوك الانتحاري، كما تؤكد نتائج البحث على صحة نظرية الخطوات الثلاثة في تفسير تصور الانتحار، الذي تؤكد على دور خبرات الطفولة السلبية في الشعور بالألم أو اليأس مما يؤدي بدوره إلى تصور الانتحار ويتطور إلى محاولات الانتحار.

وهدف بحث (2019) .Wang et al إلى التعرف على العلاقة بين تصور الانتحار وخبرات الطفولة السلبية لدى طلاب الجامعة في الصين، وتكونت العينة من ٩٨٩ طالبًا وطالبة، وتم استخدام مقياس خبرات الطفولة السلبية يتكون من ١٤ خبرة (Finkelhor et al., 2015)، والمقابلة التشخصية للانتحار (Kessler& Ustun, 2004)، لتقييم الأفكار الانتحارية وخطط الانتحار ومحاولات الانتحار، وأشارت نتائج البحث إلى أن معدلات التفكير والخطط والمحاولات الانتحارية بين طلاب الجامعة ١١,٩٪ و ٣,٧٪ و ١,٦٪ على التوالي، كما أن ٤٣,٩٪ عانوا من خبرات طفولة سلبية واحد على الأقل، وكان أقوى مؤشر على تصور الانتحار في مرحلة البلوغ هو عزل / رفض الأقران، يليه الإهمال العاطفي، ثم الحالة الاجتماعية والاقتصادية المنخفضة. كان هناك تأثير تراكمي لخبرات الطفولة السلبية على تصور الانتحار، حيث كلما زاد عدد خبرات الطفولة السلبية، زاد احتمال وجود تصور الانتحار.

وهدف بحث (2018) .Nelson et al إلى التعرف على العلاقة بين خبرات الطفولة السلبية والألم النفسي لدى عينة من الشباب ذوي الألم المزمن، وتكونت العينة من ١٤١ مراهقًا، وتراوحت أعمارهم بين ٩-١٩ تم استخدام مقياس خبرات الطفولة السلبية والألم

النفسي، وأشارت نتائج الدراسة إلى وجود علاقة بين خبرات الطفولة السلبية والقلق والاكتئاب والخوف من الألم.

وهدف بحث Hunter (2015) إلى التعرف على العلاقة بين خبرات الطفولة السلبية و اضطراب تعاطي الكحول والأعراض الاكتئابية لدى طلاب جامعة انديانا، وتكونت العينة من ١٤٩٨ طالبًا وطالبة، وتم استخدام مقياس خبرات الطفولة السلبية (Felitti et al., 1998)، ومقياس اضطراب تعاطي الكحول، ومقياس الاكتئاب، ومقياس المرونة، وأشارت النتائج إلى انتشار خبرات الطفولة السلبية لدى طلاب الجامعة حيث أفاد ١٢ ٪ أنهم تعرضوا للإساءة الجسدية، ١٩,٦٪ تعرضوا للإساءة العاطفية، ٨,٥٪ تعرضوا للإساءة الجنسية، ١٤,١٪ تعرضوا للإهمال العاطفي ، ٦,١٪ تعرضوا للإهمال الجسدي، ٢٠,٦٪ أبلغوا عن وجود مدمن للكحول أو المخدرات في أسرتهم، ٩,٥٪ أفادوا بأن لديهم فردًا مسجونًا، وأبلغ ١٨,٩٪ عن أن أحد أفراد الأسرة يعاني من مرض نفسي، وأفاد ٩,٤٪ بأنهم كانوا يعيشون في منزل به عنف منزلي، ٣٣,٣٪ أبلغوا بأن والديهم مطلقون. وأبلغ ٥٥,٨% عن تعرضهم لخبرة سلبية واحدة على الأقل. كما وجدت علاقة بين خبرات الطفولة السلبية والأعراض الاكتئابية واضطراب تعاطي الكحول، كما أن المرونة لعبت دور المتغير المعدل في العلاقة بين خبرات الطفولة السلبية والأعراض الاكتئابية واضطراب تعاطي الكحول.

وهدف بحث Kim et al.(2013) إلى التعرف على تأثير خبرات الطفولة السلبية على المخططات المعرفية اللاتكيفية المبكرة لدى طلاب الجامعة في كوريا، وتكونت العينة من ٣٠٥ طالباً، وتم استخدام مقياس المخططات المعرفية اللاتكيفية المبكرة النسخة المختصرة ليونج ومقياس خبرات الطفولة السلبية النسخة الكورية ومقياس بيك للاكتئاب، وأشارت نتائج البحث إلى أن أربعة من مجالات المخططات المعرفية اللاتكيفية المبكرة يتم تفسيرها من خلال خبرات الطفولة السلبية، كما أن خبرات الطفولة السلبية من اهم المؤشرات على مخطط الانفصال والرفض، وهو ما يمثل ١٥% من التباين الكلي في هذا المجال، كما أن الإهمال العاطفي له تأثيرات عامة كبيرة على جميع مجالات المخططات ماعدا ضعف الحدود، وأكدت نتائج البحث على التأثير المباشر لخبرات الطفولة السلبية على المخططات المعرفية اللاتكيفية المبكرة.

المخططات المعرفية اللاتكيفية المبكرة

يعد المخطط نمطًا للعناصر المميزة لموضوع أو حدث، يؤثر على كيفية تنظيم المعلومات الواردة وإدراكها ويرتبط مفهوم المخططات بشكل شائع بنظرية بياجيه (١٩٣٦) للتطور المعرفي، التي تصف كيفية تطوير الأطفال لنماذج معرفية لتفسير بيئتهم وخبراتهم. في علم النفس الإكلينيكي، اقترح بيك (١٩٦٧) مفهوم المخططات اللاتكيفية. وتشير نظرية بيك (١٩٩١) المعرفية إلى المخططات على أنها نقاط ضعف معرفية تتشكل استجابة لمحنة الطفولة وترتبط بعلم النفس المرضي في مرحلة البلوغ. (Pilkington et al., 2021).

ووسع Young (1999); Young, et al. (2003) أفكار بيك وطوروا مخططًا للتأكيد على أهمية التجارب السلبية المبكرة في تطوير المعتقدات والإدراك والمواقف اللاتكيفية. وتتضمن نظرية المخطط ليونج أربعة مفاهيم رئيسية هي: الاحتياجات العاطفية الأساسية، وأنماط المواجهة اللاتكيفية، وأنماط المخطط، والمخططات المعرفية اللاتكيفية المبكرة، وفقًا لنظرية المخطط، فإن الحرمان من الاحتياجات العاطفية الأساسية والتجارب السلبية مع أنماط التعلق في الطفولة والمراهقة يؤدي إلى تكوين المخططات المعرفية اللاتكيفية المبكرة (Young et al., 2003). وافترض يونج أن الاحتياجات العاطفية الأساسية core emotional needs هي أساس تطوير المخططات، فيحاول الأفراد تلبية هذه الاحتياجات من خلال التكيف مع بيئتهم، وهناك عدد قليل من الاحتياجات العاطفية الأساسية التي تعتبر عامة، وهي تشمل الارتباط الآمن والاستقلالية والكفاءة والهوية والتعبير عن الاحتياجات والعواطف والعفوية واللعب والحدود الواقعية وضبط النفس. (Halstead, 2015) عندما لا يتم تلبية هذه الاحتياجات العاطفية، يمكن أن يؤدي ذلك إلى تطوير المخططات المعرفية اللاتكيفية المبكرة. (Woodell, 2020).

ووصف يونج أساليب المواجهة coping styles على أنها محاولة فردية معقولة للبقاء على قيد الحياة في بيئة مليئة بالتحديات، حيث يتم الاحتفاظ بأساليب المواجهة هذه طوال الحياة، وافترض أن هناك ثلاث طرق يمكن للفرد من خلالها المواجهة، والتي تشمل الاستسلام surrender والتجنب avoidance والتعويض المفرط Overcompensation. والاستسلام يعني أن الفرد يستسلم لمخططاته ويكررها مرارًا وتكرارًا، مثال على ذلك الشخص الذي يعتقد أنه غير محبوب يدخل في نزاع شخصي مع شخص ما ويستسلم لفكرة أن الصراع

هو لأنه غير محبوب. ويعني التجنب أن يجد الفرد طريقة لتجنب أو حجب مخططاته مثال على ذلك هو الشـــخص الذي يعتقد أنه غير محبوب ومن ثم يتجنب كل العلاقات الحميمة. ويعني التعويض المفرط أن الفرد يفعل عكس ما يجعله مخططه يشـــعر به. مثال على ذلك هو الشـــخص الذي يعتقد أنه غير محبوب ثم يذهب بعيدًا في المحاولة أثناء العلاقات الحميمة. (Young et al., 2003; Woodell, 2020).

وأنماط المخطط Schema modes هي الحالات العاطفية واســـتجابات المواجهة النشـــطة للفرد، وتؤدي مواقف الحياة إلى ظهورها وتنشـــيطها عندما ينفجر مخطط معين أو استجابة المواجهة في عواطف قوية تتحكم في أداء الفرد (Young et al.,2003).

والمخططات المعرفية اللاتكيفية المبكرة Early maladaptive schemas هي نمط غير فعال من التفكير يســـتخدمه الفرد لتفســـير العالم من حوله، تمامًا كما هو الحال مع المخططات التكيفية، يتم تطويرها أثناء الطفولة وتوضـــيحها طوال الحياة (Schema Therapy Institute,2022)، لكي يتم تحديد المخطط على أنه مخطط لا تكيفي، يجب أن يكون معطلًا dysfunctional إلى حد كبير، مما يعني أنه يضـــعف الأداء الصـــحي. (Woodell, 2020). وحدد Young et al. (2003) ١٨ مخططًا معرفيًا لاتكيفيًا مبكرًا تتعلق بالمعتقدات الســـلبية حول الذات الفردية وعلاقات الفرد مع الآخرين، وتشـــتمل على عناصر معرفية وانفعالية وجسدية، وقائمة على الذاكرة ويُفترض أن تتطور المخططات عندما لا يتم تلبية الاحتياجات العاطفية الأســاســية في الطفولة أو المراهقة بســبب ســوء المعاملة العلني (الإســـاءة العاطفية)، أو عدم وجود رعاية ورعاية كافية (الإهمال العاطفي)، أو سلوكيات الأبوة الأكثر شدة (القلق المفرط للأبوة والأمومة) (Pilkington et al.,2020).

وعرف Young et al. (2003,7) المخططات المعرفية اللاتكيفية المبكرة بأنها أنماط عاطفية ومعرفية واســـعة الانتشـــار تتطور في وقت مبكر وتتكرر طوال الحياة، وتتألف من الذكريات والعواطف والإدراك والأحاسيس الجسدية، تتعلق بالذات وعلاقات الفرد مع الآخرين، والتي تؤدي إلى اختلال وظيفي إلى حد كبير فعندما تنشـــيط المخططات تؤدي إلى تشـــويه معالجة الأحداث والتجارب الحالية التي يمر بها الفرد.

والمخططـات المعرفيـة اللاتكيفيـة المبكرة هي نوع من المخططـات التي تعد نمط غير فعال من التفكير يستخدمه الفرد لتفسير العالم من حوله. يتم تطويرها أثناء الطفولة وتفضل

طوال الحياة (Schema Therapy Institute, 2022). وتبدأ المخططات في التطور عند الولادة، لكنها يمكن أن تتغير بمرور الوقت حيث تتطور المخططات من خلال القراءة أو الاستماع إلى الموقف الذي يتعلق بالمخطط. على سبيل المثال، يطور الفرد مخططًا متعلقًا بالمدرسة، قبل وقت طويل من دخوله إلى المدرسة، من خلال سماعه من الآخرين. بعد ذلك، بمجرد أن يختبر الفرد المدرسة، يقوم الفرد بتعديل مخططه المتعلق بتجربة مدرسته الخاصة، والتي قد تختلف أو لا تختلف عما سمعه سابقًا. يُعرف التغيير الذي يحدث في المخطط باسم التكيف ويحدث بسبب التفاعل المباشر مع البيئة. يحدث هذا التكيف إما من خلال الاستيعاب assimilation أو الإقامة accommodation. والاستيعاب هو عندما يدمج الفرد معلومات جديدة في مخطط موجود بالفعل، وتتم إضافة هذه التجارب الجديدة إلى المخطط الحالي بالفعل وتعزيزه. والإقامة هي عندما تنشئ التجارب مخططات جديدة، أو تتكيف المخططات القديمة بعد ملاحظة أن طريقة التفكير الحالية لا تشمل البيئة الكاملة (Berk,2012)، وهناك طريقة أخري تسمي التنظيم organization والتي تشير إلى أنه عملية داخلية يتم من خلالها إعادة ترتيب المخططات والربط مع المخططات الأخرى لبناء علاقة بين المخططات (Berk,2012). ويمكن لهذه العلاقات الجديدة بين المخططات أن تقوي المخططات الحالية من خلال توفير المزيد من المعلومات المتعلقة بالمخطط. يبني هذا التنظيم أيضًا شبكة من المخططات التي تساعد الفرد على معالجة المعلومات التي يرونها بمعدل أسرع.

ولأن المخططات تتطور في وقت مبكر من الحياة، فإنها تصبح مألوفة ومريحة. وبالتالي، فإن الأفراد عرضة لتشويه رؤيتهم للأحداث لتلائم تلك المخططات من أجل الحفاظ على صحتها (Schema Therapy Institute, 2022). لهذا السبب، قد يكون من الصعب على الفرد تغيير المخطط على الرغم من وجود قدر هائل من الأدلة على أن المخطط غير دقيق.

وتنتج المخططات المعرفية اللاتكيفية المبكرة غالبًا عن خبرات الطفولة السلبية والتي تتمثل في سوء المعاملة العاطفية. فغالبًا ما تؤدي سوء المعاملة العاطفية للأطفال إلى الاعتقاد بأنهم غير محبوبين أو لا قيمة لهم أو معيبون أو غير مرغوب فيهم (Glaser, 2002). وتصبح هذه المعتقدات مخططات معرفية لاتكيفية عندما يتم قبولها كحقائق عن

الذات، على سبيل المثال، "أنا بلا قيمة"، "العالم غير آمن" (Rezaei & Ghazanfari, 2016).

وتلعب خبرات الطفولة السلبية دورًا كبير في اكساب الأطفال معتقدات سلبية هازمة للذات، فالآباء ليسوا فقط مقدمي رعاية، ولكن لديهم أيضًا دورًا مهمًا في نمو أطفالهم الاجتماعي والعاطفي والمعرفي والجسدي. في المراحل الأولى من الحياة، يحاول الأطفال فهم العالم من حولهم بمساعدة والديهم. من خلال هذه الخبرات المبكرة مع الوالدين، يبدأ الأطفال أيضًا في تطوير بعض المعتقدات والمفاهيم المتعلقة بأنفسهم وبآخرين وأشياء أخرى في الحياة، وتشكل هذه المعتقدات والمفاهيم هياكل معرفية تنظم أفكارنا وتصوراتنا، ويشار إليها باسم المخططات. ويمكن أن تكون بعض هذه المخططات لاتكيفية، وتشمل المعتقدات غير الفعالة، والإدراك، والمواقف تجاه الذات أو الآخرين.(Zeynel, & Uzer, 2020) .

كما توسطت المخططات المعرفية اللاتكيفية المبكرة في العلاقة بين خبرات الطفولة السلبية وعلم النفس المرضي في المراحل اللاحقة (Lumley & Harkness, 2007;Wright, et al., 2009) ، وأشارت العديد من نتائج الدراسات إلى تأثير خبرات الطفولة السلبية على اكتساب المخططات المعرفية اللاتكيفية المبكرة (McLean, et al., 2014; Roemmele & Messman-Moore, 2011; Simard, et al., 2011)، حيث أظهرت الدراسات السابقة وجود علاقة بين المخططات المعرفية اللاتكيفية المبكرة وخبرات الطفولة السلبية حيث ارتبطت الإساءة العاطفية بمخططات العيب / العار والحرمان العاطفي ومخططات عدم الثقة / الإساءة ، وكان الإهمال العاطفي مرتبطًا بشكل كبير بمخططات العيب/ الخجل والحرمان العاطفي (Wright et al., 2009; Cecero, et al., 2004a; Cecero, et al., 2004b). كما وجد كل من Lumley and Harkness (2007) أن الإساءة الجسدية تنبأت بشكل كبير بمخطط الحرمان العاطفي.

ويمكن تفسير كيفية تأثير خبرات الطفولة السلبية على اكتساب المخططات المعرفية اللاتكيفية المبكرة من خلال نظرية التعلق (Bowlby, 1969, 1973). وفقًا لـ Bowlby (1973)، فإن الشخص الأساسي الذي يلبي احتياجات الطفل ويعتني به هو عادةً الأم، أو مقدم الرعاية الأساسي. يطور الطفل تمثيلات عقلية للذات وللآخرين اعتمادًا على جودة الارتباط بالأم أو بمقدم الرعاية الأساسي. وقد تواجه الأم التي لديها العديد من مخططات

الانفصـــال والرفض صـــعوبة في تلبية احتياجات طفلها العاطفية وتفشـــل في توفير الأبوة والأمومة الحســاســة والمتجاوبة للطفل. وعندما لا يتم تلبية الاحتياجات العاطفية والجســدية الأساسية للرضيع بشكل مرض وكاف، يصبح الرضيع مرتبطًا بشكل غير آمن بأمه، وبهذه الطريقة يكتســب الطفل المخططات المعرفية اللاتكيفية المبكرة. تمشــيا مع نظرية التعلق. (Zeynel & Uzer, 2020).

ويؤكد ذلك نتائج البحوث التي أشــارت إلى أن الأفراد المرتبطين بشــكل غير آمن كانوا أكثر عرضـــة من الأفراد المرتبطين بشـــكل آمن لتطوير المخططات المعرفية اللاتكيفية المبكرة، خاصــة تلك المتعلقة بالفصــل والرفض (McLean et al., 2014; Simard et al., 2011)، كما أشــارت نتائج بحث إلى أن المخططات المعرفية اللاتكيفية المبكرة تنتقل من الآباء والامهات إلى الأطفال من خلال خبرات الطفولة الســلبية خاصـــة عندما لا يقدم الآباء الدعم الكافي في تربية الأطفال. (Zeynel & Uzer, 2020).

كما تفســر نظرية المخطط Young et al. (2003) اكتســاب المراهقين والشــباب المخططات المعرفية اللاتكيفية المبكرة من خلال خبرات الطفولة السلبية التي يتعرضـون لها في البيئيـة الفقيرة التي ينشـــؤون فيهـا؛ فمثـل هـذه البيئـة الفقيرة تقود الطفـل إلى تطوير المخططات المعرفية اللاتكيفية المبكرة. حيث تتشـكل اسـتجابة للخبرات السـلبية والصـادمة المتكررة التي يتعرض لها في الطفولة والتي لا تلبي احتياجاته العاطفية والأســاســية، أي أن المخططات ترتبط ارتباطًا وثيقًا بالاحتياجات العاطفية الأساسية غير الملباة والخبرات المؤلمة في الطفولة. وأشـــارت نتائج الأبحاث إلى أن الأفراد الذين لديهم المخططات كانوا أكثر عرضــة للانتماء إلى بيئة أسـرية تتميز بأنها منفصـلة، ومحتجزة، وباردة، ورافضــة، وعنيفة، ومتفجرة، وغير متوقعة، ومسيئة من أولئك الذين لم يمتلكوا هذه المخططات. (Rafaeli et al., 2011; Young et al., 2003).

وتتعلق المخططات في مجال الانفصـــال والرفض بالاحتياجات غير الملباة للســـلامة والانتماء والرعاية العاطفية. يشـمل مجال ضـعف الاسـتقلالية والأداء المخططات المرتبطة بالاحتياجات غير المحققة للاســـتقلالية والكفاءة والحرية في التعبير عن احتياجات المرء ومشـاعره. تتشـكل مخططات مجال ضـعف القيود أو الحدود اسـتجابةً لنقص الحدود الكافية

والمعاملة بالمثل والحدود. تتعلق مخططات المسؤولية والمعايير المفرطة بالاحتياجات غير الملباة للتوقعات والقواعد الواقعية. (Bach et al., 2018).

نظرًا لأن المخططات المعرفية اللاتكيفية المبكرة تمثل فهم الفرد للعالم من حوله، فإن كل شيء في حياة الإنسان يتأثر بها، ولهذا السبب من المهم فهم كيف يمكن أن تؤثر المخططات المعرفية اللاتكيفية المبكرة على شخص ما، حيث أشارت نتائج الأبحاث أن تطوير مخططات المعرفية اللاتكيفية المبكرة يجعل الطفل/ المراهق عرضة للإصابة بالاضطرابات النفسية في كل من الطفولة والبلوغ، مثل اضطرابات الشخصية والاكتئاب واضطرابات الهضم واضطراب الضغط اللاحق للحدث post-event stress disorder والرهاب. (Narimani et al., 2012).

كما أظهرت نتائج بعض البحوث أن المخططات المعرفية اللاتكيفية المبكرة ارتبطت بالتفكير الانتحاري والسلوك الانتحاري المتكرر، حيث أشار بحث Dale et al. (2010) إلى أن مخططات العزلة الاجتماعية والعيوب defectiveness والقابلية للأذى والقهر والحرمان العاطفي والاستحقاق وعدم كفاية ضبط النفس ارتبطت بتكرار السلوكيات الانتحارية في محاولة الانتحار، كما توصلت نتائج بحث Castille et al. (2007) أن الأفراد الذين قاموا بتشويه الذات لديهم درجات أعلى في الحرمان العاطفي، وانعدام الثقة / سوء المعاملة، والعزلة الاجتماعية، بالإضافة إلى مخططات ضبط النفس مقارنة بالأفراد الذين لم يشوهوا أنفسهم، وخلص بحث Sajadi et al. (2015) إلى أن المخططات المبكرة لسوء التكيف ارتبطت بالتفكير الانتحاري لدى الأفراد ذوي السمات الشخصية الحدية.

واهتم البحث الحالي بعرض البحوث والدراسات السابقة التي تناولت المخططات المعرفية اللاتكيفية المبكرة وعلاقتها بمتغيرات البحث، حيث هدف بحث كل Zeynel and Uzer(2020) إلى التعرف على الدور الوسيط لخبرات الطفولة السلبية في العلاقة بين المخططات المعرفية اللاتكيفية المبكرة للأم وطفلها، ودور مشاركة الأب كمتغير معدل في العلاقة بين خبرات الطفولة السلبية والمخططات المعرفية اللاتكيفية المبكرة، وتكونت العينة من ١٧٩ من الأمهات، ١٧٩ من الأبناء في مرحلة المراهقة من طلاب الجامعة والمرحلة الثانوية بواقع ١٥٨ من طلاب الجامعة، ١٨ من طلاب المرحلة الثانوية، و٣ خريجين بمتوسط عمري ٢٠ عامًا، وتم استخدام مقياس المخططات المعرفية اللاتكيفية المبكرة

النسـخة المختصـرة (2003) .Young et al and Young (1999)، ومقياس خبرات الطفولة السلبية (1994) .Bernstein et al، ومقياس مشاركة الأب (Finley, 1998)، ومقياس المرونة (Wagnild & Young, 1993)، وأشارت نتائج الدراسة إلى الدور الوسيط لتجارب الطفولة السلبية في العلاقة بين المخططات المعرفية اللاتكيفية المبكرة للأم وطفلها، كما وجدت علاقة إيجابية بين خبرات الطفولة السلبية والمخططات المعرفية اللاتكيفية المبكرة لدى الأبناء، كما وجد تأثير مباشـر لخبرات الطفولة السـلبية على المخططات المعرفية اللاتكيفية المبكرة لدى الأبناء.

وهدف بحث (2019) .Baugh et al إلى التعرف على الدور الوسـيط للمخططات المعرفية اللاتكيفية المبكرة والمرونة النفسـية بين سـوء معاملة الانفعالية للأطفال وثقة الشـريك، وتكونت العينة من ٢٣١ من البالغين، وتم اسـتخدام مقياس سـوء معاملة الأطفال وهو المقياس الفرعي من مقياس صـدمات الطفولة (Bernstein et al., 2003)، ومقياس الثقة في العلاقات الحميمة (Rempel et al. 1985)، ومقياس المخططات المعرفية اللاتكيفية (Chadwick et al., 1999)، ومقياس المرونة النفسـية، وأشـارت نتائج البحث إلى أن المخططات المعرفية اللاتكيفية المبكرة متغير وسيط قوي بين سوء المعاملة العاطفية للأطفال وثقة الشـريك. وهدف بحث (2016) .Rezaei, et al إلى التعرف على الدور الوسـيط للمخططات المعرفية اللاتكيفية المبكرة والتجنب التجريبي والمخططات الانفعالية السلبية في العلاقة بين صـدمات الطفولة والاكتئاب لدى طلاب الجامعة، وتكونت العينة من (٤٣٩) طالبة جامعية، وتم اسـتخدام مقياس المخططات المعرفية اللاتكيفية المبكرة (Young, & Brown, 1994) ومقياس صـدمات الطفولة (Bernstein et al., 2003) ومقياس بيك للاكتئاب ومقياس القبول والعمل، وأشـارت نتائج البحث إلى أن مخططات الانفصال والرفض تتوسط العلاقة بين صدمات الطفولة والاكتئاب.

وهدف بحث (2015) .Farazmand et al إلى التعرف على الدور الوسيط لمخططات المعرفية اللاتكيفية في العلاقة بين سـوء المعاملة الانفعالية في الطفولة والضـغوط النفسـية لدى طلاب الجامعة، وتكونت العينة من ٣١٥ طالبًا من جامعات طهران، وتم اسـتخدام مقياس المخططات المعرفية اللاتكيفية المبكرة ليونج ، وقائمة أعراض الصـدمات، واسـتبيان خبرات الحياة، وأشـارت نتائج البحث إلى أن سـوء المعاملة الانفعالية في الطفولة ارتبط

بالضـــغوط النفســـية في المراحل اللاحقة من خلال توســـط المخططات المعرفية اللاتكيفية المبكرة مثل مخطط العيب/ الخجل، و التعرض للأذى والتضـــحية بالنفس والاســـتحقاق، مما يعني أن خبرات الطفولة المبكرة السـلبية تسـاهم في حدوث ضـغوط نفسـية لاحقة من خلال تطوير الضـــعف المعرفي للأطفـال من خلال مخططـات معرفيـة لاتكيفيـة مبكرة، هـذه المخططات عبارة عن هياكل معرفية صـــارمة ومتطرفة تعمل على تصـــفية المعلومات المعرفية والانفعالية وتحيزها بشكل سلبي.

الألـــــم النـــفســـي

يُطلق على الألم النفسي Psychological pain مصطلحات أخري مثل psychache أو mental pain هو وظيفة نفسية مهمة من الناحية التطورية، ويعاني الناس من ألم نفسي عدة مرات في حياتهم بدرجات متفاوتة، وعلى الأخص في المواقف الاجتماعية مثل انفصـال العلاقة أو الفصـل من العمل أو فقدان أحد الأحباء، ويصـاحب الألم النفسـي مشـاعر معقدة مثل القلق والحزن والإذلال والعار والذنب والوحدة والغيرة وغيرها، ويعد الألم النفســـي نظام إنذار للانفصال الاجتماعي، كما ينطوي على مخاطر عميقة على الصحة والبقاء لدى البشر (Eisenberger, 2015; Eisenberger, 2012; Holt-Lunstad et al., 2010).

وعرّف الألم النفسي بأنه: جرح أو كرب أو وجع يترسخ في العقل نفسي في جوهره – ألم الإحســاس المفرط بالخزي، والشــعور بالذنب، والخوف، والقلق، والوحدة، والقلق، والرهبة من التقدم في السن أو الموت بشكل سيء (Shneidman, 1996) والألم النفسـي هو التجربة الاسـتبطانية للمشـاعر السـلبية، مثل الخزي والشـعور بالذنب والفزع واليأس والحزن والخزي والشعور بالذنب والحب المحبط الوحدة والخسارة، الناتج عن الاحتياجات النفسية غير الملباة، مثـل الحـاجـة إلـى الحـب والانتمـاء والإنجـاز وتجنـب الأذى أو الخـجـل. (Shneidman,1998, 1999). ويعرّف بأنه: خبرة ذاتية يشـــعر بها الفرد نتيجة لمحفزات نفســـية ويتم تميزها عن الألم الجســـدي الذي غالبًا ما يكون موضـــوعيًا ومرتبطًا بمحفزات جسدية ضـارة، وينظر إلى الألم النفسـي كاسـتجابة داخلية لمحفزات نفسـية ضـارة وقد يعمل الألم النفسـي على سـلسـلة متواصـلة من الشـدة إلى خفيفة إلى شـديدة أو قد يكون ألم مرتبط بمرض ضـــار والتحفيز النفســـي، مثل: وفاة طفل أو عزيز عليه (Mee et al., 2006). ويعرف الألم النفسـي بأنه شـعور دائم وغير سـار وغير مسـتدام يتميز بإدراك عدم القدرة أو

قصـور الذات (Meerwijk & Weiss, 2013). ويعرف الألم النفسـي بأنه عملية المعاناة النفسـية التي يمكن أن تنتج عن حالات مثل الفقد والتعرض للأحداث الصـادمة وخيبة الأمل والمواقف السلبية غير المتوقعة والفشل في تلبية الاحتياجات الأساسية. (Demirkol, et al., 2019). ويمكن النظر إلى الألم النفسـي مفهوم متعدد الأبعاد يتكون من خمس أبعاد هي الشـعور بالخسـارة والشـعور بالظلم، والكآبة، الحالة الصـحية، والشـعور بالذنب (Shneidman, 1993)، وكما يري Mee et al. (2011) أن الألم النفسي مفهوم أحادي البعد، وتوصـل Li, et al. (2017) إلى نموج ثلاثي الأبعاد للألم النفسـي الذي يقسـم الألم النفسـي إلى إثارة الألم والمشـاعر المؤلمة وتجنب الألم. والبحث الحالي اعتمد على هذا النموذج في إعداد المقياس المسـتخدم في البحث الحالي لما لها من دور كبير في تصـور الانتحار.

وفي السـنوات الأخيرة، تزايدت القيمة التنبؤية للألم النفسـي على الانتحار، حيث أشـارت نتائج بعض البحوث إلى أن الألم النفسـي وخاصـة تجنب الألم النشـط، هو أحد أكثر المتغيرات الواعدة في التنبؤ بالانتحار (Li et al., 2014, 2017; Troister & Holden, 2010, 2012; Xie et al., 2014). وقـد تم ربط الألم النفسـي بخطر الانتحـار (Conejero et al., 2018). كما يري Mee et al. (2006) أن الألم النفسي هو مؤشرًا مهمًا على السـلوك الانتحاري. ويؤكد ذلك العبارات الأكثر شـيوعًا الموجودة في مذكرات الانتحـار مثل" لم يعد بإمكـاني تحمل الألم" (Institute of Medicine, 2002)؛ فبعد مراجعة عدد كبير من مذكرات الانتحار وجد أنه بدون ألم نفسـي لا يوجد انتحار، فقد تؤدي الضـغوطات الاجتماعية مثل: الخسـائر الشـخصـية والمهنية والمالية إلى تفاقم الألم النفسـي الـذي قـد يؤدي بـدوره إلى زيـادة خطر الانتحـار (Arciniegas & Anderson,2002; Orbach et al., 2003). مما يشير إلى أن عذاب الألم النفسي شديدًا لدرجة أن الانتحار يبدو أنه الوسيلة الوحيدة للهروب (Li, et al., 2014؛ Cáceda et al., 2014) .

وبالبحث عن مسـببات الانتحار من خلال دراسـة دوافع محاولات الانتحار وتحليل ملاحظات الانتحار، والتي وجدت أن الهروب من الألم النفسـي الذي لا يطاق يكون السـبب الرئيسي للانتحار ومحاولات الانتحار (Chávez-Hernández & Leenaars, 2009; May & Klonsky, 2013). وأفادت دراسـة أجريت على عينة سـكانية يونانية عامة أن

تحمل الألم النفسي كان مرتبطًا عكسياً بمخاطر الانتحار (Soumani et al., 2011). كما أن الألم النفسي يتنبأ بشكل كبير بالتفكير في الانتحار ومحاولات الانتحار لدى المرضى النفسيين (Cáceda et al., 2014; Li et al., 2014)، والمجموعات اللإكلينيكية، مثل طلاب الجامعات (Campos & Holden, 2015; Troister & Holden, 2012; Troister, et al., 2013)، وفي ضوء ذلك تشير نتائج دراسة Berlim et al. (2003) عن الانتحار في ٦٠ مريضًا خارجيًا إلى أن الاكتئاب واليأس غير كافيين في التنبؤ بالسلوك الانتحاري. حيث يكون خطر الانتحار أعلى بكثير عندما يصل الألم النفسي والعاطفي العام إلى شدة لا تطاق.

وبالنسبة للبحوث السابقة التي تناولت الألم النفسي أهتم البحث الحالي بعرض البحوث التي تناولت العلاقة بين الألم النفسي ومتغيرات البحث الحالي، حيث هدف بحث كل من Uğur and Polat (2021) إلى تحديد العلاقة بين اجترار الغضب والألم النفسي وتصور الانتحار لدى ذوي اضطراب الاكتئاب الشديد، وتكونت العينة من ١٥٦ ذوي اضطراب الاكتئاب الشديد، وتم استخدام مقياس الغضب ومقياس الألم النفسي (Mee et al.,2011) ومقياس بيك للاكتئاب، وأشارت نتائج إلى أن الألم النفسي يسهم في زيادة التفكير الانتحاري لدى ذوي اضطراب الاكتئاب. وهدف بحث Demirkol, et al., (2020) إلى التعرف على الأدوار الوسيط للألم النفسي والانفصال dissociation في العلاقة بين صدمات الطفولة ومحاولات الانتحار، وتكونت العينة من ١٩٨ مريضًا مصابًا باضطراب اكتئابي، تراوحت أعمارهم بين١٨– ٧٠، وتم تصنيف المرضى على أنهم من حاولوا الانتحار (٩٧ مريضاً) أو لم يحاولوا الانتحار (١٠١ مريضاً)، وتم استخدام مقياس صدمات الطفولة (Bernstein et al., 2003) ، مقياس الألم النفسي (Holden et al., 2001) وأشارت النتائج إلى أن متوسط الاكتئاب، ومتوسط الألم النفسي ومتوسط صدمات الطفولة في المجموعة الانتحارية أعلى من تلك الموجودة في المجموعة غير الانتحارية، وكان الألم النفسي والانفصال وسطاء كاملين في العلاقة بين صدمات الطفولة ومحاولات الانتحار. صدمات الطفولة هو مؤشر قوي على محاولات الانتحار.

وهدف بحث Bao et al. (2020) إلى التعرف على الألم النفسي كمتغير وسيط في العلاقة بين التنمر وتصور الانتحار لدى المراهقين الصينين، وتكونت العينة من ٢٣٦٠

مراهقًا، منهم ٤٨ ضـــحايا التنمر من طلاب المدارس الإعدادية والثانوية، وأشـــارت نتائج الدراســة إلى أن الألم النفســي يتوســط كامل في العلاقة بين التنمر وتصــور الانتحار لدى طلاب المدارس الإعدادية وتوسط جزئيًا في العلاقة بين التنمر وتصور الانتحار لدى طلاب المدارس الثانوية.

وهدف بحث كل من Meerwijk and Weiss (2018) إلى التعرف على العلاقة بين التسـامح مع الألم النفسـي والقدرة على الانتحار، وتصـور الانتحار والسـلوك الانتحاري، و تكونت العينة من ٢١٩ مشاركًا أعمارهم أكبر من ١٨ عامًا، وتم استخدام مقياس تحمل الألم النفســي، ومقياس القدرة على الانتحار (Ribeiro et al., 2014)، ومقياس الألم النفســي (Holden et al., 2001) وأشـارت نتائج البحث إلى أن التسـامح مع الألم النفسـي أعلي بالنسـبة للمشـاركين الذين لم يحاولوا الانتحار، كما أن الإيمان بالقدرة على التعامل مع الألم النفســي أقل لدى المشـــاركين الذين لديهم محاولات الانتحار مقارنة بالمشـــاركين الذين لم يحاولوا الانتحار مطلقًا.

وهدف بحث Li, et al. (2017) إلى تقييم دور الألم النفســي والاكتئاب كعوامل خطر في التنبؤ بتصـــور الانتحار لدى طلاب الجامعة، وتكونت العينة من ١٠٦١ طالبًا وطالبة، وتم استخدام مقياس بيك للاكتئاب ومقياس بيك واستير لتصور الانتحار (Beck & steer, 1991) ومقياس الألم النفسي ثلاثي الأبعاد يتكون من إثارة الألم، والمشاعر المؤلمة وتجنب الألم (Li et al 2014)، ومقياس الألم النفسي (Holden et al., 2001)، وأشارت نتائج الدراســة إلى أن تجنب الألم النفســي والاكتئاب من المنبئات بتصــور الانتحار لدى طلاب الجامعة.

وهدف بحث كل من Campos and Holden (2015) إلى التعرف على النموذج البنائي بين إدراك رفض الوالدين والاكتئاب والاحتياجات الشـــخصـــية (العبء الملحوظ والانتماء المحبط)، والألم النفسي لدى عينة لإكلينيكية، وتكونت العينة من ٢٠٣ من البالغين البرتغـاليين، وتراوحـت أعمـارهم بين ١٨– ٦٥ عـام بواقع ١٠٠ ذكور، ١٠٣ إنـاث. وتم اسـتخدام مقياس ادراك الرفض الوالدي، ومقياس الاكتئاب، ومقياس الاحتياجات الشـخصـية، ومقياس الألم النفسـي (Holden et al. 2001)، ومقياس السـلوك الانتحاري (Osman et al., 2001)، وأشـارت النتائج إلى أن الرفض الأبوي المدرك مرتبط بشـكل مباشـر

بخطر الانتحار وبشكل غير مباشر عن طريق الاكتئاب والاحتياجات الشخصية. يرتبط الاكتئاب بشكل غير مباشر بمخاطر الانتحار من خلال الاحتياجات الشخصية والألم النفسي. وترتبط الاحتياجات الشخصية بشكل مباشر بمخاطر الانتحار وبشكل غير مباشر عن طريق الألم النفسي، والذي يرتبط مباشرة بمخاطر الانتحار.

وهدف بحث Troister et al., (2013) إلى التعرف على العلاقة بين الألم النفسي وتصور الانتحار لدى طلاب الجامعة، وتكونت العينة من ٦٨٣ طالبًا جامعيًا تراوحت أعمارهم من ١٧ إلى ٨٩ عام، ومجموعة معرضين للخطر مكونة من ٢٦٢ فردًا تراوحت أعمارهم بين ١٧-٣٤ عام، وتم استخدام مقياس الألم النفسي (Holden et al., 2001)، ومقياس بيك للاكتئاب، ومقياس بيك لليأس ومقياس تصور الانتحار بيك واستير (١٩٩٣)، وأشارت نتائج البحث إلى أن الألم النفسي يرتبط بتصور الانتحار والدافعية للانتحار والتخطيط للانتحار.

تصور الانتحارSuicidal Ideation

تشير التقديرات إلى أنه يتم تسجيل ١,٠٠٠,٠٠٠ حالة انتحار كل عام، يحدث الانتحار كل عشرين ثانية بينما يقدر أن محاولات الانتحار تزيد بحوالي عشرين مرة عن حالات الانتحار (محاولة واحدة كل ثانية)، وقد زادت حالات الانتحار خلال الخمسين عامًا الماضية بنسبة ٦٠٪ في جميع أنحاء العالم (WHO,1998, 2011). وتظهر السلوكيات الانتحارية المبكرة في العقد الثاني من الحياة، والمراهقون الذين لديهم أفكار انتحارية (مقابل المراهقين الذين ليس لديهم أفكار انتحارية) هم أكثر عرضة ١٢ مرة لمحاولة الانتحار في سن الثلاثين (Cha et al., 2018). وحاول ٤٪ من المراهقين الإسبان الانتحار، ٦,٩٪ أظهروا مستوى عالٍ من التفكير الانتحاري، ويرتفع هذا الرقم إلى ٣١٪ إذا أخذنا في الاعتبار أولئك الذين عبروا عن أفكار انتحارية سلبية (Fonseca-Pedrero et al., 2018). كما وجد التحليل البعدي لمعدلات انتشار إيذاء الذات غير الانتحاري أن ١٧٪ من المراهقين و١٣٪ من الشباب و٦٪ من البالغين يشاركون في تشويه الذات (Swannell, et al., 2014). وكان معدل الانتشار بين عينة من الطلاب الجامعيين ١٥٪ (Gratz, 2001).

ويرتبط التفكير الانتحاري في هذه الفئة العمرية بتعاطي المخدرات، ووجود أعراض الاكتئاب، وصراع الأقران، وانخفاض الرفاهية العاطفية والرضا عن الحياة (Bousoño et

al., 2017; Fonseca-Pedrero et al., 2018). ويرتبط السلوك الانتحاري بالعديد من الخصائص مثل الافتقار إلى العلاقات الاجتماعية، والاكتئاب، والصورة الذاتية السلبية، وتدني تقدير الذات، وانخفاض القدرة على حل المشكلات الحالية، حيث تزداد الأفكار الانتحارية وتصور الانتحار لدى الأفراد الذين لديهم أفكار مشوهة ومعتقدات عن أنفسهم وحياتهم سلبية وتتميز بالتشاؤم العميق والسلبية (Amalia et al.,2017)، ويعرف تصور الانتحار بأنه أفكار لإيذاء النفس أو قتلها (Institute of Medicine, 2002). ويعرف تصور الانتحار بأنه الفكر أو الرغبة في الموت أو إنهاء الحياة (Posner et al., 2007). وتصور الانتحار يسبق السلوكيات الانتحارية وهو أكثر شيوعًا من محاولات الانتحار والوفيات الانتحارية. (Jobes & Joiner, 2019; Nock et al., 2008).

ويعرف تصور الانتحار بأنه الأفكار الخيالية للموت لكنها تتخطي الخيال إلى صياغة خطة مثل التفكير في الخطط والاستعداد لإيذاء الذات أي أنه ربط حاسم بين الفكر والعمل (Potard et al., 2014). ويشير تصور الانتحار إلى الأفكار أو أنماط التفكير التي تتعلق بكون الحياة غير مرضية أو لا تستحق العيش (Ford & Gomez, 2015)، وهو مصطلح متعلق بوجود أفكار حول الانتحار، يمكن أن تختلف هذه الأفكار في شدتها وقد تتضمن أو لا تتضمن التفكير في خطة فعلية للانتحار (Patterson, 2015). ويري Reynolds (1989) أن تصور الانتحار أبعد من مجرد "فكرة موت المرء"، بل يتضمن خططًا وسلوكيات ونتائج محاولة انتحار محتملة (مثل ردود الفعل تجاه الآخرين – الآباء). (Potard et al. 2014).

وتتعدد العوامل المسببة لتصور الانتحار، حيث تعد خبرات الطفولة السلبية أحد عوامل الخطر الرئيسية لتصور الانتحار، حيث يؤدي سوء معاملة الأطفال خلال مراحل النمو المبكرة من نمو الشخص إلى زيادة مخاطر التفكير الانتحاري والسلوك الانتحاري (Kilic et al.,2020; Ludwig et al.,2017). ويمكن تفسير تصور الانتحار من خلال التركيز على عوامل الخطر الفردية مثل الهروب أو الألم النفسي والعوامل المعرفية مثل المخططات المعرفية اللاتكيفية المبكرة، وفقًا لنظرية الألم النفسي للانتحار (Shneidman, 1993)، يشعر الفرد بالألم النفسي وبمجرد أن يصبح الألم النفسي غير مقبول وغير محتمل، سوف يُنظر إلى الانتحار على أنه السبيل الوحيد للهروب من عذاب الألم النفسي. ويُفسر تصور

الانتحار من خلال نظرية الهروبEscape Theory لـ Baumeister (1990; 1991)، فيوضـــح بالتفصـــيل أن الانتحار هو هروب من حالة الوعي الذاتي المؤلم، حيث يقيم الفرد ذاته بشكل سلبي فينتج لديه وجدان سلبي مرتفع، والرغبة في الهروب من الوجدان السلبي. وعلى وجه التحديد، تتم محاولات الانتحار عندما: (١) تحدث تجربة لا تفي بمعايير الفرد أو توقعاته؛ (٢) تم إجراء الإســناد الداخلي لهذه التجربة؛ (٣) هذا يخلق حالة عالية من الوعي الذاتي فيما يتعلق بعدم الكفاءة أو أوجه القصور؛ (٤) الوجدان السلبي المؤلم ينشأ بسبب هذا الوعي بالجوانب السلبية للذات (يسمى الوعي الذاتي السلبي)؛ (٥) جرت محاولة للهروب من التفكير الهادف/ الوعي الذاتي العالي من خلال التشــوية المعرفي – تضــييق عقلي تتجنب فكرة جديدة أو ذات مغزى؛ (٦) يتم تقليل الموانع، وبالتالي زيادة إمكانية محاولة الانتحار كوسيلة للهروب، وفي النهاية يسعى إلى الانتحار كوقف نهائي للألم.

وتشير نظرية الخطوات الثلاثة3ST—the three-step theory إلى دور الألم النفسي في تطور تصـــور الانتحار حيث تفســـر تطور تصـــور الانتحار من التصـــور إلى الفعـل ideation-to-action في ثلاث خطوات أو مراحـل تفســـير تصـــور الانتحار(Klonsky & May, 2015). وتصـــف الخطوتان الأولى والثانية تطور تصـــور الانتحار. فوفقًا لهذه النظرية، عن طريق الألم فهو العنصـــر الأســـاســـي في تطوير تصـــور الانتحار. لا تحدد هذه النظرية طبيعة الألم، على الرغم من أنها تشير عادةً إلى الألم النفسي (أي، الألم الاســتبطاني الشــديد المرتبط بالعواطف الســلبية مثل الشــعور بالذنب، والكرب، والخوف، والذعر، والوحدة، و/ أو العجز نتيجة إحباط مجموعة من الاحتياجات النفســـية) (Shneidman, 1993) باعتباره أكثر أنواع الألم شـــيوعًا في تطوير تصـــور الانتحار. وعندما يجتمع الألم النفســي والشــعور باليأس يحدث وينشــط تصــور الانتحار وهو الخطوة الثالثة للنظرية التي تؤكد على أن اجتماع اليأس والألم النفسي يطور وينشط تصور الانتحار لـدى الفرد. (Klonsky et al., 2016). ويؤكـد ذلـك نتـائج بحـث Dhingra et al. (2019) التي أشـــارت إلى أن التفاعل بين اليأس والألم النفســـي يفســـر حوالي ٥٦% من التباين في الرغبة في الانتحار لدى طلاب الجامعة. كما تؤكد نتائج بحث Ordóñez-Carrasco et al. (2021) إلى دور الألم النفسي والهزيمة في تصور الانتحار.

كما تفسر **نظرية الاستعداد للضغوط The Stress–Diathesis Theory (SDTS)** منظورًا مهمًا في فهم الآلية المحتملة الكامنة وراء بداية تصور الانتحار. تصنف هذه النظرية عوامل الانتحار النسبية إلى ثلاثة أنواع من المكونات القريبة والبعيدة: مكون الضغوط، ومكوّن الاستعداد أو الضعف، وعوامل الحماية. تفترض النظرية أنه عندما يتجاوز الجمع بين الاستعداد والتوتر عتبة التكيف لشخص معين، خاصةً شخص يفتقر إلى عوامل الحماية الكافية، يؤدي إلى تصور الانتحار، وبالتالي تحدث محاولة انتحار (Tillman et al., 2018; Van Heeringen, 2012). وفي ضوء نظرية SDTS، تبحث الدراسة الحالية في العلاقة بين صدمة الطفولة (مكون الضغوط) والتفكير الانتحاري مع الأدوار الوسيطة للألم النفسي والمخططات المعرفية اللاتكيفية المبكرة مكون الاستعداد، مع الافتقار إلى عوامل الحماية.

كما تفترض النظرية الشخصية للانتحار The Interpersonal Theory of Suicide إلى أن تصور الانتحار يتأثر بعاملين هما الانتماء المحبط (أي تجربة الشعور بالانفصال عن الأصدقاء أو العائلة أو الأوساط الاجتماعية الأخرى ذات القيمة) والأعباء المدركة (أي الشعور بأنه عبء على الذات أو الأصدقاء والعائلة و / أو الجماعة). على الرغم من أن كلا العاملين يؤثران على الرغبة في الموت، فإن الانتقال من التفكير السلبي (أي الرغبة في عدم البقاء على قيد الحياة) إلى تصور الانتحار (أي الرغبة في الانتحار) يحدث عندما يحدث العبء المدرك والانتماء المحبط في نفس الوقت وهما يُنظر إليها على أنها مستقرة ولا تتغير (Ma, et al., 2016; Van Orden et al., 2010) ودعماً للنظرية الشخصية للانتحار، توضح الأدبيات التجريبية أن العزلة الاجتماعية هي واحدة من أقوى وأكثر العوامل التي يمكن الاعتماد عليها للتنبؤ بتصور الانتحار ومحاولات الانتحار والسلوك الانتحاري (Chu et al ., 2017).

واقترح دوركهايم (١٩٥١) في Le Suicide أن الانتحار يحدث نتيجة لمجموعة متنوعة من العوامل المجتمعية المختلفة، حيث افترض أربعة أنواع مختلفة من الانتحار: ١) الإيثار Altruistic (يضحي الشخص بحياته لصالح الآخرين)؛ ٢) غيري أو اللامعياري Anomic (تتعطل المعايير والقيم بسبب التغيير الاجتماعي السريع الذي يؤدي إلى عدم اليقين بشأن السلوك المناسب)؛ ٣) قدري Fatalistic (المجتمع يقيد الفرد أكثر من اللازم)؛ ٤) أنانية

Egoistic (تكامل غير كافٍ في المجتمع)، وفي المجتمع الحديث، يفسر الانتحار الأناني معظم حالات الانتحار. (Patterson, 2015). وعلى عكس دوركهايم، الذي وضع مسؤولية الانتحار على المجتمع، وضع فرويد مركز الضبط في العقل اللاواعي للبشر، فاعتقد فرويد أن هناك قوتين رئيسيتين في الشخص، إيروسEros (غريزة الحياة life instinct) وثانتوسThantos (غريزة الموتdeath instinct) وبين الأفراد الأصحاء، يمكن السيطرة على ثانتوس، أو الدافع الفطري للعودة إلى حالة غير عضوية، وتوجيهه إلى الخارج؛ ومع ذلك، عندما يشعر الفرد بالركود أو الاكتئاب أو اليأس، قد يغلب ثانتوس إيروس ويتحول العداء إلى الداخل، مما قد يؤدي إلى انتحار الفرد لحياته. (Patterson, 2015)

وتشير نظرية الألم النفسي **للانتحار إلى أن الألم النفسي** مفهوم طوره Shneidman (1993) للتنبؤ بالانتحار، ولقد عرّف الألم النفسي بأنه: الألم، في النفس، إنه نفسي في جوهره – ألم الإحساس المفرط بالخزي، أو الذنب، أو الإذلال، أو الوحدة، أو الخوف، أو القلق، أو الرهبة من التقدم في السن أو الموت بشدة، وأكد أن الألم النفسي هو مؤشر على الانتحار أكثر أهمية من الاكتئاب وأن الاكتئاب له علاقة فقط بالانتحار من حيث علاقته بالألم النفسي.

واقترح Shneidman (2001) أن الانتحار يحدث عندما يصل الألم النفسي للفرد إلى نقطة لا يطاق ويؤمن الفرد أنه لم يعد قادرًا على التأقلم. يعتقد أن الانتحار وسيلة لوقف المعاناة. كما أن الألم النفسي ناتج عن عدم تلبية الاحتياجات النفسية التي يعتبرها الفرد مهمة. كما حدد سبع احتياجات نفسية مرتبطة بشكل متكرر بالانتحار: (١) الإنجاز: الحاجة إلى إنجاز شيء صعب أو صعب، (٢) الانتماء: الحاجة إلى أن تكون قريبًا أو تنضم إلى صديق أو شخص محبوب، (٣) الاستقلالية: الحاجة إلى أن تكون مستقلاً وخاليًا من ضبط النفس، (٤) رد الفعل المضاد: الحاجة لتعويض الفشل من خلال الراحة، (٥) الإهمال: الحاجة إلى تجنب الإذلال أو الإحراج، (٦) النظام: الحاجة إلى وضع الأشياء أو الأفكار بالترتيب، أو لتحقيق التوازن والدقة، و (٧) الدعم: الحاجة إلى الدعم، والحب، والاهتمام. وتأكيدًا لنظرية الألم النفسي في الانتحار، وجد كل من DeLisle and Holden (2009) أنه كلما ارتفع مستوى الألم النفسي، زاد خطر الانتحار مثل محاولات الانتحار السابقة وتصور الانتحار لدى طلاب الجامعة.

وبالنسبة للبحوث السابقة التي تناولت تصور الانتحار اهتم البحث الحالي بعرض البحوث ذات العلاقة بمتغيرات البحث، حيث هدف بحث Wang et al. (2023) إلى التعرف على التأثير الوسيط للضغوط بين الأنشطة اللامنهجية والتفكير الانتحاري لدى طلاب الجامعات الصينية، وتكونت العينة من ٦٤٤٦ طالبًا جامعيًا، وتم استخدام استبيان السلوكيات الانتحارية (SBQ-R)، ومقاييس الضغط والقلق للاكتئاب (DASS- 21). وأشارت النتائج إلى أن الجنس والمعدل التحصيلي ودخل الأسرة عوامل مؤثرة في التفكير الانتحاري والضغوط والأنشطة اللامنهجية، وارتبطت الأنشطة اللامنهجية سلبًا بالضغوط والتفكير الانتحاري، ولم يكن للأنشطة اللامنهجية تأثير تنبؤي مباشر على التفكير الانتحاري لطلاب الجامعات، بينما كان للضغوط تأثير وسيط بين الأنشطة اللامنهجية والتفكير الانتحاري، كما أن الأنشطة اللامنهجية تتنبأ بشكل غير مباشر بالأفكار الانتحارية لطلاب الجامعات من خلال الضغوط.

وهدف بحث Milesi et al. (2023) إلى التعرف على العلاقة بين السلوك الانتحاري والمخططات المعرفية اللاتكيفية المبكرة لدى عينة غير كلينيكية من البرازيل، وتكونت العينة من ١٩٠٦٠ فردًا، وتم استخدام مقياس السلوك الانتحاري، ومقياس يونج للمخططات المعرفية اللاتكيفية المبكرة، وأظهرت النتائج أنه عند مقارنة المشاركين الذين ليس لديهم أفكار مع أولئك الذين لديهم محاولات انتحار خطيرة ، وجدنا فروق ذات دلالة إحصائية في جميع المخططات المعرفية اللاتكيفية المبكرة ، مع درجات أعلى في أولئك الذين لديهم محاولات انتحار خطيرة. كما أن الاحتياجات العاطفية المحددة التي لم تتم تلبيتها أثناء الطفولة يمكن أن تؤثر على الصحة النفسية وتؤدي إلى محاولات انتحار خطيرة في مرحلة البلوغ.

وهدف بحث Zhou et al.,(2022b) إلى التعرف على تصور الانتحار لدى طلاب الجامعة ذوي اضطراب الاكتئاب الرئيسي ، ودور صدمات الطفولة وسمات الشخصية والاتجاهات المختلة، وتكونت العينة من ٥٦٥طالبًا جامعيًا، بواقع ٣٧٣ لديهم تصور انتحار، و١٩٢ ليس لديهم تصور الانتحار، وتم استخدام مقياس صدمات الطفولة إعداد (Bernstein et al.,1998)، ومقياس الشخصية، ومقياس الاتجاهات المختلة، ومقيسا هاملتون للاكتئاب، وتم قياس تصور الانتحار من خلال ثلاث عبارات من مقياس الانتحار

في مقياس (Hamilton, 1960)، وأشارت نتائج البحث أن ٦٦% من طلاب الجامعة ذوي اضـطرا الاكتئاب الرئيس لديهم تصـور الانتحار، وأظهر أولئك الذين يعانون من بتصـور الانتحار اختلافات كبيرة في الاعتداء الجسدي ، والإساءة العاطفية ، والإهمال الجسدي ، والإهمال العاطفي ، والذهان ، والعصـابية ، والانبسـاط ، والمواقف المختلة والأعراض الاكتئابية مقارنة مع أولئك الذين ليس لديهم تصـور الانتحار. وهدف بحث .Wang et al (2022) إلى التعرف على النموذج البنائي للعلاقات بين صدمات الطفولة وتصور الانتحار والشعور بالوحدة واللامبالاة indifference والتطابق مع الإنسانية identification with all humanity لدى طلاب الجامعة، وتكونت العينة من طالبًا، وتم اسـتخدام مقياس صدمات الطفولة، وتصور الانتحار، والوحدة النفسية، مقياس الإنسانية، وارتبطت صدمات الطفولة بشـكل إيجابي مع اللامبالاة والوحدة النفسـية والتفكير الانتحاري ، وارتبطت سـلبًا بالتوافق مع البشرية، ارتبط تصور الانتحار بشكل إيجابي مع اللامبالاة والوحدة النفسية ، ويرتبط سلبًا بالتوافق، وأشارت النتائج إلى أن صدمة الطفولة تؤدي إلى اللامبالاة مما يزيد الشعور بالوحدة وينتج عنه تصور الانتحار.

وهدف بحث Zhou et al. (2022a) إلى التعرف على السـلوك الانتحاري والاكتئاب والوحدة النفسية بين طلاب الجامعة ودور الانتماء المدرسي كمتغير وسيط، وتكونت العينة من ٣٩٣ طالبًا جامعيًا، أشارت النتائج إلى أن الانتماء المدرسي يخفف الآثار السلبية للوحدة على السلوك الانتحاري والاكتئاب. كما أن الانتماء للمدرسة كمؤشر على كل من السلوك الانتحاري والاكتئاب. تظهر النتائج الحالية أن الانتماء إلى المدرسة يمثل موردًا نفسيًا إيجابيًا يجب مراعاته في فهم مخاطر الانتحار بين طلاب الجامعات في الصين. يجب إيلاء المزيد من الاهتمام لتحسين الانتماء المدرسي لطلاب الكلية.

وهدف بحث Zhu et al. (2022) إلى التعرف على العلاقة بين العزلة الوجودية Existential isolation وتصـور الانتحار والدور الوسـيط لأزمة المعني لدى طلاب الجامعة، وتكونت العينة من ٤٨٠ طالبًا، وتم اسـتخدام مقياس العزلة الوجودية ومقياس تصور الانتحار، ومقياس أزمة المعني، وأشارت النتائج إلى أن العزلة الوجودية تتنبأ بتصور الانتحار، بشكل مباشر وغير مباشر، من خلال أزمة المعنى. كما أن تقدير الذات والمساندة الاجتماعية المدركة يمكن أن تخفف من التأثير السلبي للعزلة الوجودية.

وهدف بحث(2022) .Mao et al إلى التعرف على الدور الوسيط للوحدة النفسية والمساندة الاجتماعية، في العلاقة بين التمييز المدرك وتصور الانتحار لدى طلاب الجامعة في الصين، وتكونت العينة من ٩٦٤طالبًا، وتم استخدام استبيان التمييز المدرك، ومقياس المساندة الاجتماعية، ومقياس الوحدة النفسية، ومقياس بيك لتصور الانتحار. وأشارت النتائج إلى وجود ارتباط إيجابي بين التمييز المدرك والوحدة النفسية وتصور الانتحار. كما أن التمييز المدرك له تأثير إيجابي مباشر على تصور الانتحار؛ كما أن الوحدة النفسية متغير وسيط جزئي بين التمييز المدرك وتصور الانتحار.

وهدف بحث (2021) .Pilkington et al إلى التعرف على العلاقة بين تصور الانتحار والمخططات المعرفية اللاتكيفية المبكرة وإيذاء الذات، حيث تم مراجعة ١٧ بحث على مواقع PubMed, PsycInfo, and CINAHL ، وأشارت نتائج البحوث إلى وجود علاقة بين المخططات المعرفية اللاتكيفية المبكرة وتصور الانتحار، حيث ارتبط تصور الانتحار بمخططات العيب/ الخجل، والعزلة الاجتماعية والحرمان العاطفي والاعتمادية/ العجز، فاعتقاد المرء بأنه معزول أو غير محبوب أو غير قادر يؤدي إلى زيادة الأفكار الانتحارية وتتوافق نتائج مع عوامل الخطر التي حددتها النظرية الشخصية للانتحار : الانتماء المحبط والعبء.

وهدف بحث (2021) Chompoosri إلى التعرف على تصور الانتحار لدى طلاب جامعة تايلاند، وتكونت العينة من ٣٩ طالبًا لديهم تاريخ في تصور الانتحار، وتم استخدام مقياس ذاتي لتصور الانتحار يتكون من البيانات الديموغرافية وتاريخ الأفكار أو المحاولات الانتحارية السابقة والمخاطر الانتحارية الحالية عبر استبيانات وأساليب الانتحار المعروفة وتاريخ محاولة الانتحار أو التخطيط ومعلومات عن مصادر طريقة الانتحار إعداد الباحث، وأشارت النتائج إلى أن من بين ٣٩ طالبًا ، أفاد ٢٥ طالبًا بالبحث عن معلومات عن طرق الانتحار عن قصد بينما أبلغ ٣١ طالبًا عن الحصول على معلومات عن طرق الانتحار عن غير قصد، أفاد ١٩ طالبًا أنهم يبحثون عن المعلومات عن قصد ويحصلون عليها عن غير قصد.

وهدف بحث (2020) .Wang et al إلى التعرف على تأثير أحداث الحياة السلبية على تصور الانتحار لدى طلاب الجامعات ودور الاجترار كمتغير وسيط. تكونت العينة من

٨٩٤ طالبًا، وتم استخدام مقياس أحداث حياة السلبية (liu et al., 1997) ، ومقياس الاستجابة الاجترارية (Nolen-Hoeksema, 1991) ومقياس تصور الانتحار (Xia, et al., 2002). وأشارت نتائج البحث إلى وجود ارتباط إيجابي بين أحداث الحياة السلبية، واجترار الأفكار، وتصور الانتحار. كما أن الاجترار لعب دور الوسيط الكامل في تأثير أحداث الحياة السلبية على تصور الانتحار. كما كان لأحداث الحياة السلبية تأثير إيجابي كبير على تصور الانتحار لدى طلاب الجامعات.

وهدف بحث Biswas et al. (2020) إلى التعرف على التبيان العالمي لتصور الانتحار والقلق وعلاقتهما بمساندة الأصدقاء، والعلاقة بين المراهقين والآباء، وضحايا الأقران، والوحدة، والعزلة، لدى عينة من المراهقين في ٨٢ دولة، وتكونت العينة من ٢٧٥٠٥٧ مراهقًا في سن ١٢-١٧ عامًا، وتم استخدام المسح العالمي لصحة الطلاب يحتوي على أسئلة تدور حول الانتحار والقلق خلال ١٢ شهرًا، وأشارت نتائج البحث إلى أن معدل الانتشار لتصور الانتحار والقلق خلال ١٢ شهرًا بلغ ١٤%، و٩% على التوالي، كما لوحظ أن أعلي معدل لانتشار تصور الانتحار في أفريقيا بمعدل ٢٠% وكان أدني معدل في آسيا، وأعلي معدل انتشار في إقليم شرق البحر المتوسط بنسبة ١٧%، والأدنى في المنطقة الأوربية بمعدل ٥%، كما ارتبط عدم وجود أصدقاء بخطر تصور الانتحار والقلق، ارتبطت مستويات عالية من الرقابة الأبوية بشكل إيجابي مع مستوي أكبر من تصور الانتحار والقلق، وأشارت نتائج البحث إلى أن دعم الوالدين والأقران من العوامل الوقائية ضد تصور الانتحار. كما أوصي البحث إلى أن التدخلات القائمة على الأقران لتعزيز الترابط الاجتماعي، ومهارات التدريب الوالدي لتحسين العلاقات بين الوالدين والطفل تقلل من تصور الانتحار والقلق.

وهدف بحث Huang et al. (2019) إلى التعرف على نسبة تصور الانتحار بين طلاب الجامعات الصينية واستكشاف عوامل الخطر لتصور الانتحار وعلاقته بسمات الشخصية الخمسة الكبري، تكونت العينة من ٦٩٧٩٠ طالبًا، من ١٣ كلية، وتم استخدام مقياس تصور الانتحار إعداد مركز بكين لأبحاث الأزمات النفسية والتدخل، وأشارت النتائج إلى أن ١٣% من طلاب الجامعات كانت لديهم أفكار انتحارية، كما أن الإناث أعلي من

الذكور في تصـــور الانتحار، كما أن العصـــابية والذهانية والاندفاع والعدوانية عوامل خطر لتصور الانتحار، كما أن الانبساطية لها تأثير وقائي على تصور الانتحار.

وهدف بحث Valikhani et al. (2017) إلى التعرف على العلاقة بين المخططات المعرفية اللاتكيفية المبكرة وسمات الشخصية الكبري الخمسة وتصور الانتحار لدى المراهقين الإيرانيين في مرحلة المراهقة المتأخرة، وتكونت العينة من ٣١٥ مراهقًا، بواقع ١٦٠ إناث، و١٥٥ ذكور في الصـــف الثالث الثانوي، تم اســـتخدام مقياس بيك لتصـــور الانتحار إعداد(1991) Beck and Steer، ومقياس المخططات المعرفية اللاتكيفية المبكرة إعداد Young et al. (1999)، ومقياس سمات الشخصية الكبرى، وأشارت النتائج إلى وجود علاقة إيجابية بين تصـــور الانتحار والدرجة الكلية للمخططات المعرفية اللاتكيفية المبكرة، كما وجدت علاقة إيجابية بين تصور الانتحار وسمات الشخصية العصابية ، وعلاقة سلبية بين تصور الانتحار والقبول ويقظة الضمير والانبساطية.

وهدف بحث Lamis et al. (2014) إلى التعرف على تصور الانتحار والوحدة النفسية وفي وجود تعاطي المخدرات كمتغير وســـيط لدى طلاب الجامعة، وتكونت العينة من ٢٠٧ طالبًا، تراوحت أعمارهم بين ١٨- ٢٦ عامًا، وتم استخدام مقياس تصور الانتحار Miotto & Preti, (2008) ومقياس الحساسية للقلق، ومقياس المرغوبية الاجتماعية ومقياس الوحدة النفسية، وأشارت نتائج البحث إلى وجود ارتباط إيجابي بين تصور الانتحار والوحدة النفسية لدى طلاب الجامعة. كما وجد تأثير مباشـــر دال إحصـــائيًا للوحدة النفســـية على تصـــور الانتحار لدى طلاب الجامعة.

وهدف بحث Thompson et al.,(2012) إلى التعرف على العلاقة بين تجارب الطفولة الســـلبية وتصـــور الانتحار ودور الضـــيق النفســـي كمتغير وســـيط لدى المراهقين، وتكونت العينة من ٧٤٠ مراهق، وتم اســـتخدام مقياس تجارب الحياة (Sarason et al.,1978) ومقياس الضيق النفسي (Briere, 1996)، التي أشارت النتائج إلى أن ٨,٩% من المراهقين لديهم تصـور انتحار، كما أشـارت النتائج إلى وجود علاقة بين خبرات الحياة السلبية وتصور الانتحار كما أن الضيق النفسي متغير وسيط في هذه العلاقة لدى المراهقين.

وتعقيبًا على الدراسات والبحوث السابقة التي تم عرضها في الإطار النظري، ركز الباحث على البحوث المتعلقة بمتغيرات البحث، ويمكن توضـــيح أوجه الشـــبة والاختلاف للبحث

الحالي مع البحوث السابقة في أن البحث الحالي يتشابه مع البحوث السابقة في تناول العينة وهي طلاب الجامعة، بينما يختلف البحث مع العديد من البحوث في أدوات البحث وهي مقياس الألم النفسي إعداد الباحث، ومقياس تصور الانتحار إعداد Beck and Steer, (1991) ترجمة الباحث.

كما يختلف البحث الحالي مع معظم البحوث السابقة من حيث الهدف حيث يتناول البحث الحالي العلاقة بين متغيرات البحث في ضوء نموذج بنائي للتعرف على الدور الوسيط للمخططات المعرفية اللاتكيفية المبكرة والألم النفسي في العلاقة بين خبرات الطفولة السلبية وتصور الانتحار، من خلال الكشف عن التأثيرات المباشرة والغير مباشرة للألم النفسي والمخططات المعرفية اللاتكيفية المبكرة في العلاقة بين خبرات الطفولة السلبية تصور الانتحار، مما يمثل إثراء للمكتبة العربية.

فروض البحث:

١. تسهم خبرات الطفولة السلبية في التنبؤ بتصور الانتحار لدى أفراد عينة البحث من طلاب الجامعة.
٢. تسهم المخططات المعرفية اللاتكيفية المبكرة في التنبؤ بتصور الانتحار لدى أفراد عينة البحث من طلاب الجامعة.
٣. يسهم الألم النفسي في التنبؤ بتصور الانتحار لدى أفراد عينة البحث من طلاب الجامعة.
٤. يوجد نموذج بنائي يفسر العلاقة بين خبرات الطفولة السلبية وتصور الانتحار في وجود المخططات المعرفية اللاتكيفية المبكرة كعامل وسيط لدى أفراد عينة البحث من طلاب الجامعة.
٥. يوجد نموذج بنائي يفسر العلاقة بين خبرات الطفولة السلبية وتصور الانتحار في وجود الألم النفسي كعامل وسيط لدى أفراد عينة البحث من طلاب الجامعة.

إجراءات ومنهجية البحث:

منهج البحث: تم في البحث الحالي استخدام المنهج الوصفي (ارتباطي تنبؤي) لتحقيق أهداف البحث للكشف عن النموذج البنائي للعلاقات بين خبرات الطفولة السلبية والمخططات المعرفية اللاتكيفية المبكرة والألم النفسي وتصور الانتحار.

عينة البحث: تكونت عينة البحث من عينتين هما: **عينة استطلاعية:** تكونت عينة البحث الاستطلاعية من ٢٥١ طالبًا من طلاب كلية التربية بواقع ٥٧ ذكور، و١٩٤ إناث، بمتوسط عمري قدره ١٩,٩٢٢ وانحراف معياري قدره ٠,٨٤٥، وذلك لحساب الخصائص السيكومترية لأدوات البحث. و**عينة أساسية:** تكونت عينة البحث الأساسية من ٣٣١ طالباً وطالبة من طلاب كلية التربية بواقع ٨٥ ذكور، و٢٤٦ إناث، بمتوسط عمري قدره ١٩,٩٣٦ وانحراف معياري قدره ٠,٨٦٦.

أدوات البحث:

١-مقياس خبرات الطفولة السلبية إعداد Bernstein et al. (2003) **ترجمة الباحث**

أُعد المقياس للكشف عن خبرات **الطفولة** السلبية التي يتعرض لها الطفل في مرحلة الطفولة، ويتكون من ٢٥ عبارة موزعة على خمسة أبعاد هي: الإساءة الانفعالية، والإساءة الجسدية، والإساءة الجنسية، والإهمال الانفعالي، والإهمال الجسدي، وتم حساب ثبات المقياس من خلال معامل الفاكرونباخ والتي تجاوزت ٠,٧٨ مما يشير إلى تمتع المقياس بثبات جيد، كما تم حساب الصدق من خلال الصدق العاملي التوكيدي والذي أثبت تمتع المقياس بصدق جيد.

وتم في البحث الحالي الاقتصار على ٤ أبعاد من المقياس، وهي: الإساءة الانفعالية، والإساءة الجسدية، والإهمال الانفعالي، والإهمال الجسدي، والتي تتكون من ٢٠ عبارة يتم تصحيحها بشكل خماسي (دائمًا-غالبًا-أحيانًا-نادرًا-أبدًا)، وتشير الدرجة المرتفعة إلى ارتفاع خبرات الطفولة السلبية. وتمت ترجمة المقياس إلى اللغة العربية، وتم عرضه على المختصين (في اللغة الإنجليزية والصحة النفسية- المحكمين)، وبعد تعديل ما يلزم أصبحت النسخة جاهزة للتحقق من الخواص السيكومترية، وبعد تطبيق المقياس على العينة الاستطلاعية تم اتباع طرق الصدق والثبات التالية:

- **التحليل العاملي الاستكشافي:** تم حساب الصدق عن طريق التحليل العاملي الاستكشافي لعبارات المقياس بطريقة المكونات الأساسية principal components،

وتم تدوير المحاور تدويراً مائلًا بطريقة " البروماكس" Promax ل كايزر Kaiser واعتبر التشبع الملائم الذي يبلغ (٠,٣) فأكثر وفقاً لمحك جيلفورد"، وكانت نسبة التباين الإجمالية٧٤,٨٢٢% والجدول ١ يوضح نسب تشبع العبارات على العوامل والتباين والجذر الكامن الخاص بكل عامل:

جدول ١ *نسب التشبع والشيوع لعبارات مقياس خبرات الطفولة السلبية(ن=٢٥١)*

العبارة	العامل الأول	العامل الثاني	العامل الثالث	العامل الرابع	الشيوع
١				٠,٥٦٨	٠,٦١٤
٢				٠,٨٢٩	٠,٧٦٧
٣				٠,٩١٣	٠,٧٩٤
٤				٠,٥٩٢	٠,٦٨٥
٥				٠,٨٩٦	٠,٨٠٢
٦			٠,٦٣٩		٠,٦٥٥
٧			٠,٧٦٦		٠,٧٤٧
٨			٠,٨٨٦		٠,٨٣٧
٩			٠,٩٢٨		٠,٧٨٨
١٠			٠,٨٤٤		٠,٦٧١
١١	٠,٦٨٢				٠,٦٦٧
١٢	٠,٩٤١				٠,٧٤٥
١٣	٠,٧٤٥				٠,٧١٦
١٤	٠,٩٥٨				٠,٩١٠
١٥	٠,٩٤٥				٠,٨٧٩
١٦		٠,٧٣٠			٠,٤٥٠
١٧		٠,٨١٢			٠,٧٥٠
١٨		٠,٩١٢			٠,٨٦٢
١٩		٠,٨٧٧			٠,٨٣٤
٢٠		٠,٨٥٥			٠,٧٩١
	الجذر الكامن=٦,٣٨١	الجذر الكامن=٤,٨٠٧	الجذر الكامن=٧,٥٦٢	الجذر الكامن =٧,٣٥٦	التباين الكلي
	التباين=٤٦,٤٦٤	التباين=١٦,٢٩٦	التباين=٧,٩٩٦%	التباين=٤,٠٦٥%	٧٤,٨٢٢ %
قياس الملائمةKMO = ٠,٨٩٣					
اختبار Bartlett = ٤٥٦٤,٦٠٧			Sig=0.000		

يتضح من نتائج التحليل العاملي الاستكشافي في الجدول ١ توزيع عبارات المقياس على أربع أبعاد حيث تشبعت العبارات من ١-٥ على العامل الرابع وتم تسميته الإساءة الجسدية، وتشبعت العبارات من ٦-١٠ على عامل الثالث وتم تسميته الإساءة الانفعالية، وتشبعت العبارات من ١١- ١٥ على العامل الأول وتم تسميته الإهمال الجسدي، وتشبعت العبارات من ١٦-٢٠ على العامل الثاني وتم تسميته الإهمال الانفعالي.

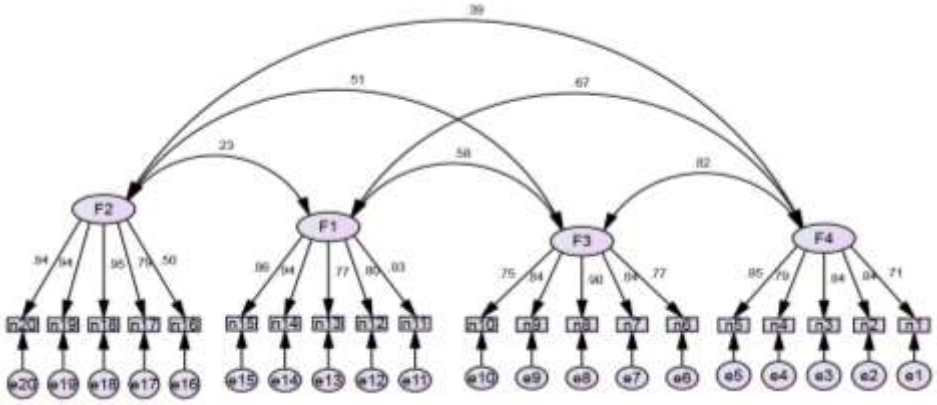
- **التحليل العاملي التوكيدي:** تم حساب التحليل العاملي التوكيدي للمقياس على عينة من طلاب الجامعة مكونة من (٢٥١) طالباً وطالبة، من خلال استخدام برنامج Amos(22) باستخدام طريقة Maximum Likelihood وقد حقق النموذج أفضل جودة مطابقة للبيانات، ويوضح ذلك جدول ٢.

جدول ٢ *مؤشرات حسن المطابقة للنموذج المفترض لمقياس خبرات الطفولة السلبية (ن=٢٥١)*

مؤشرات حسن المطابقة	قيمة المؤشر	المدي المثالي للمؤشر
النسبة بين مربع كاي ودرجة الحرية (χ2 / df)	١,٩١٠	تتراوح بين (٠ – ٣)
جذر متوسط مربعات الخطأ التقريبي RMSEA	٠,٠٦٠	أقل من ٠,٠٨
مؤشر المطابقة التزايدي IFI	٠,٩٦٨	من ٠,٩٠-١
مؤشر المطابقة المقارن CFI	٠,٩٦٨	من ٠,٩٠-١
مؤشر توكر لويس TLI	٠,٩٦٠	من ٠,٩٠-١
مؤشر المطابقة المعياري NFI	٠,٩٣٥	من ٠,٩٠-١
مؤشر المطابقة النسبي RFI	٠,٩٢٠	من ٠,٩٠-١
مؤشر محك المعلومات للنموذج الحالي (AIC)	٤٠٦,٢١٥	تكون قيمته للنموذج الحالي أقل من قيمته للنموذج المشبع
مؤشر محك المعلومات للنموذج المشبع (AIC)	٤٢٠,٠٠٠	

يتضح من خلال نتائج التحليل العاملي التوكيدي في الجدول ٢ أن النموذج قد حظي بجودة مطابقة مقبولة حيث وقعت معظم المؤشرات في المدي المثالي. والشكل ٢ يوضح نموج التحليل العاملي التوكيدي لمقياس خبرات الطفولة السلبية.

شكل ٢ *نموذج التحليل العاملي التوكيدي لمقياس خبرات الطفولة السلبية*



- **الثبات:** تم حساب الثبات من خلال معاملات ثبات الفاكرونباخ وأوميجا وجتمان وأكبر حد أدني وجدول ٣ يوضح نتائج الثبات:

جدول٣ *معاملات الثبات لمقياس خبرات الطفولة السلبية(ن=٢٥١)*

المتغيرات	اوميجاω	الفاα	جتمانλ2	جتمانλ6	أكبر حد أدنيglb
الإهمال الجسدي	٠,٩١٤	٠,٩١٧	٠,٩١٩	٠,٩٥٤	٠,٩٧١
الإهمال الانفعالي	٠,٨٩٥	٠,٨٩٥	٠,٨٩٧	٠,٩٠٢	٠,٩١٤
الإساءة الانفعالية	٠,٩٠٧	٠,٩٠٥	٠,٩٠٦	٠,٨٩٣	٠,٩١٧
الإساءة الجسدية	٠,٩٠٧	٠,٨٩٧	٠,٩٠٤	٠,٨٨٦	٠,٩٢٦
المقياس ككل	٠,٩٣٣	٠,٩٣١	٠,٩٣٨	٠,٩٦٨	٠,٩٧٧

يتضح من نتائج جدول ٣ تمتع أبعاد المقياس بمعاملات ثبات عالية في البيئية العربية

- **الصورة النهائية للمقياس:** تكون المقياس في صورته النهائية من ٢٠ عبارة موزعة على أربع أبعاد هي الإساءة الجسدية والإساءة الانفعالية **والإهمال** الجسدي والإهمال الانفعالي، وتتم الاستجابة عليه من خلال مقياس ليكرت الخماسي الإجابة عنها تبعاً للاستجابات التالية: (دائمًا– غالبًا– أحياناً– نادراً– أبدًا)، وتراوحت الدرجة عليه من ٢٠ – ١٠٠، وتشير الدرجة المرتفعة إلى ارتفاع خبرات الطفولة السلبية، كما أن العبارات ١٤–١٥ –١٦–١٧–١٨–١٩–٢ ٠ عبارات عكسية يتم تصحيحها بتدرج (١–٥).

٢-مقياس الألم النفسي إعداد الباحث

تم بناء مقياس الألم النفسي لحاجة البحث الحالي، لذلك تم الرجوع إلى عدة مصادر منها: الاطلاع على بعض مقاييس الألم النفسي (Holden et al., 2001;Li et al.,2017;Mee et al.,2011)، بالإضافة إلى الاطلاع على الأطر النظرية والدراسات السابقة ذات الصلة بالألم النفسي (Conejero (et al ., 2018; Demirkol et al.,2019; Meerwijk & Weiss, 2013 وتم صياغة ١٩ عبارة تقيس الألم النفسي موزعة على ٣ أبعاد هي إثارة الألم، وتجنب الألم و المشاعر المؤلمة، وتم عرض المقياس على ٧ من أعضاء هيئة التدريس في مجال الصحة النفسية لأبداء آرائهم حول مناسبة العبارات وتم تعديل ما أقره المحكمين، ثم تم تطبيق المقياس لحساب **الخصائص السيكومترية** للمقياس في البحث الحالي والتي كانت على النحو التالي:

- **التحليل العاملي الاستكشافي:** تم حساب الصدق عن طريق التحليل العاملي الاستكشافي لعبارات المقياس بطريقة المكونات الأساسية principal components، وتم تدوير المحاور تدويراً مائلًا بطريقة " البروماكس" Promax ل كايزر Kaiser واعتبر التشبع الملائم الذي يبلغ (٠,٣) فأكثر وفقاً لمحك جيلفورد"، وكانت نسبة التباين الإجمالية٧٤,٦٧٠% والجدول٤ يوضح العوامل والتباين والجذر الكامن الخاص بكل عامل، ونسبة التشبع والشيوع لكل عبارة على العامل.

جدول ٤ *نسب التشبع والشيوع لعبارات مقياس الألم النفسي(ن=٢٥١)*

العبارة	العامل الأول	العامل الثاني	العامل الثالث	الشيوع
١	٠,٩٢٤			٠,٧٢٥
٢	٠,٨٦٧			٠,٧٤٧
٣	٠,٨١٧			٠,٧٢٥
٤	١,٠١٤			٠,٧٩٦
٥	٠,٧٦٦			٠,٧٣٨
٦	٠,٨٤١			٠,٧٠٤
٧	٠,٨٩١			٠,٨١٩
٨	٠,٩٠٠			٠,٨٤٤
٩	٠,٧٠١			٠,٧٦٦
١٦	٠,٥٦٣			٠,٦٧٣
١٠			٠,٨٠٣	٠,٦٢٩
١١			٠,٨٢٧	٠,٧٥٠
١٥			٠,٨١٠	٠,٦٥٦
١٢		٠,٤٧٤		٠,٦٩٩
١٣		٠,٩٧١		٠,٨٤٩
١٤		٠,٩١٤		٠,٨٢٦
الجذر الكامن =٩,٠٠٨		الجذر الكامن=٤,٦٧٨	الجذر الكامن=٥,٨٧٤	التباين الكلي=
التباين=٥٨,٦٣٥%		التباين= ٩,٤٧٥%	التباين=٦,٥٥٩%	٧٤,٦٧٠%
قياس الملائمة KMO= ٠,٩٤٣				
اختبار Bartlett = ٣٣٩٣,٤٦٨			الدلالة=٠,٠٠٠	

يتضح من خلال الجدول ٤ بأن عبارات المقياس تشبعت على ثلاث عوامل فسرت مجتمعة حوالي ٧٤,٦٧٠% من التباين الكلي بعد حذف ثلاث عبارات هي ١٠، ١١، ١٩ لتشبعهم على أكثر من عامل، وأصبح المقياس يتكون من ١٦ عبارة موزعة على ثلاث عوامل. وتم تسمية العامل الأول **إثارة الألم** ويتكون من ١٠ عبارات هي العبارات ١-٢-٣-٤-٥-٦-٧-٨-٩-١٦، والعامل الثاني تم تسميته **تجنب الألم** يتكون ٣ عبارات هي العبارات ١٢-١٣-١٤، والعامل الثالث تم تسميته **المشاعر المؤلمة** ويتكون من ثلاث عبارات هي العبارات من ١٠-١١-١٥، وتم تصحيحه بتدرج خماسي من (٥-١) وتتم

الإجابة عليه تبعاً للاســتجابات التالية: (دائماً– غالباً– أحياناً– نادراً– ابداً)، تراوحت الدرجة من (١٦ – ٨٠) وتشير الدرجة المرتفعة إلى ارتفاع الألم النفسي.

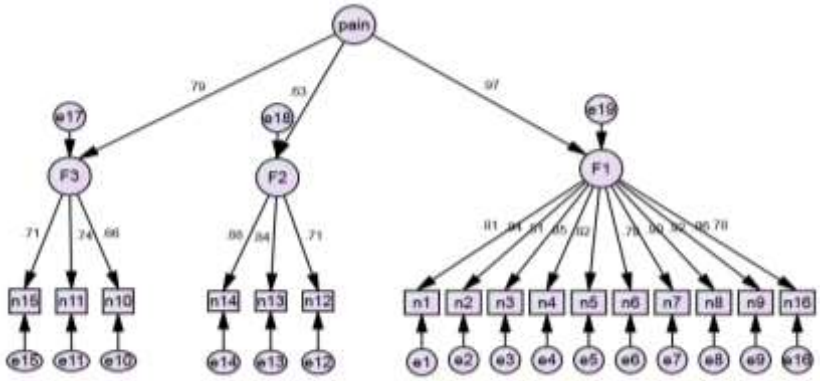
- **صــدق التحليل العاملي التوكيدي:** تم حســاب التحليل العاملي التوكيدي للمقياس على عينة من طلاب الجامعة مكونة من (٢٥١) طالباً وطالبة، من خلال اســتخدام برنامج Amos (24) باســتخدام طريقة Maximum Likelihood وقد حقق النموذج أفضــل جودة مطابقة للبيانات ويوضح ذلك جدول ٥.

جدول ٥ *مؤشرات حسن المطابقة للنموذج المفترض لمقياس الألم النفسي(ن=٢٥١)*

مؤشرات حسن المطابقة	قيمة المؤشر	المدي المثالي للمؤشر
النسبة بين مربع كاي ودرجة الحرية (χ2 / df)	١,٧٢٤	تتراوح بين (٠ – ٣)
جـذر متوســط مربعـات الخطـأ التقريبي RMSEA	٠,٠٥٤	أقل من ٠,٠٨
مؤشر حسن المطابقة GFI	٠,٩٢٨	
مؤشر المطابقة التزايدي IFI	٠,٩٨١	من ٠,٩٠-١
مؤشر المطابقة المقارن CFI	٠,٩٨١	من ٠,٩٠-١
مؤشر توكر لويس TLI	٠,٩٧٤	من ٠,٩٠-١
مؤشر المطابقة المعياري NFI	٠,٩٥٦	من ٠,٩٠-١
مؤشر المطابقة النسبي RFI	٠,٩٤١	من ٠,٩٠-١
مؤشــر محك المعلومات للنموذج الحالي (AIC)	٢٤٧,٦٩٩	تكون قيمته للنموذج الحالي أقل من قيمته للنموذج المشبع
مؤشـر محك المعلومات للنموذج المشـبع (AIC)	٢٧٢,٠٠٠	

يتضـــح من خلال نتائج التحليل العاملي التوكيدي أن النموذج قد حظي بجودة مطابقة مقبولة، حيث وقعت معظم المؤشرات في المدي المثالي، والشكل ٣ يوضح النموذج المقترح للمقياس:

شكل ٣ *نموذج التحليل العاملي التوكيدي لمقياس الألم النفسي*



- **الثبات المركب والصدق التقاربي والتمايزي:** يوضح جدول ٦ الثبات المركب والصدقة التقاربي والتمايزي لمقياس الألم النفسي:

جدول ٦ *الثبات المركب والصدقة التقاربي والتمايزي لمقياس الألم النفسي (ن=٢٥١)*

الأبعاد	الثبات المركبCR	AVE الصدق التقاربي	MSV	MaxR(H)	إثارة الألم	تجنب الألم	المشاعر المؤلمة
إثارة الألم	٠,٩٦٠	٠,٧٠٦	٠,٥٨٣	٠,٩٦٤	٠,٨٤٠		
تجنب الألم	٠,٨٥١	٠,٦٥٨	٠,٣٦٧	٠,٨٧٠	**٠,٦٠٦	٠,٨١١	
المشاعر المؤلمة	٠,٧٤٦	٠,٥٠٠	٠,٥٨٣	٠,٧٥٠	**٠,٧٦٤	**٠,٤٩٦	٠,٧٠٣

يتضح من نتائج جدول ٦ ارتفاع قيم الثبات المركب لأبعاد المقياس فكانت جميع القيم أكبر من ٠,٧، كما كانت قيم الصدق التقاربي أكبر من ٠,٥، وكانت قيم الصدق التمايزي لكل بعد أكبر من ارتباطه بالأبعاد الأخرى مما يشير إلى تمتع المقياس بصدق وثبات جيدين.

- **الثبات:** تم حساب الثبات من خلال معاملات ثبات الفاكرونباخ وأوميجا وجتمان وأكبر حد أدني(glb) وجدول ٧ يوضح نتائج الثبات:

جدول٧ *معاملات الثبات لمقياس الألم النفسي (ن=٢٥١)*

المتغيرات	اوميجا**ω**	الفا**α**	جتمان**λ2**	جتمان**λ6**	أكبر حد أدنيglb
إثارة الألم	٠,٩٦٠	٠,٩٥٩	٠,٩٦٠	٠,٩٦٢	٠,٩٧٦
تجنب الالم	٠,٨٤٨	٠,٨٣٩	٠,٨٤٢	٠,٧٩٥	٠,٨٤٨
المشاعر المؤلمة	٠,٧٤١	٠,٧٤١	٠,٧٤١	٠,٦٦١	٠,٧٤١
المقياس ككل	٠,٩٥٣	٠,٩٥١	٠,٩٥٤	٠,٩٦٤	٠,٩٧٩

يتضح من نتائج الجدول ٧ ارتفاع معاملات ثبات أبعاد مقياس الألم النفسي والمقياس ككل حيث جاءت جميع القيم أعلي من ٠,٧ مما يشير إلى تمتع المقياس بثبات جيد في البحث الحالي.

- **الصورة النهائية للمقياس:** تكون المقياس في صورته النهائية من ١٦ عبارة موزعة على ٣ أبعاد، ويتم التصحيح وفقا لتدرج خماسي من (١-٥)، وتشير الدرجة المرتفعة إلى ارتفاع الألم النفسي.

٣-مقياس المخططات المعرفية اللاتكيفية المبكرة ترجمة عبد الرحمن وسعفان (٢٠١٥)

أعد هذا المقياس (Young, 1999) ويتكون المقياس من ٧٥ عبارة موزعة على ١٥ مخطط، بواقع ٥ عبارات لكل مخطط، هي (الحرمان العاطفي، الهجران/ عدم الاستقرار، التشكيك/ الإساءة، العزلة الاجتماعية/ الوحدة، العيب/ العار، الفشل، الاتكالية/الاعتماد، توهم الأذى أو المرض، التعلق/ هدم الذات، الإذعان/ الانقياد، التضحية بالذات، الكبت العاطفي، المعايير الصارمة/النفاق، الاستحقاق/هوس العظمة، العجز عن ضبط الذات/ضبط الذات)، ويتم توزيعهم على ٥ مجالات ، ويتم الإجابة عنها في صورة خماسية(تنطبق على تماماً- تنطبق على بدرجة مرتفعة – تنطبق على بدرجة متوسطة- لا تنطبق على إلى حد ما – لا تنطبق على إطلاقاً) وتم التحقق من الخصائص السيكومترية للمقياس من خلال الاتساق الداخلي للمقياس وتم حساب الصدق من خلال (الصدق الظاهري- الصدق التمييزي- الصدق العاملي)، وتم حساب الثبات باستخدام الفاكرونباخ، حيث تراوحت ثبات الأبعاد بين (٠,٦٠- ٠,٨١) مما يدل على تمتع المقياس بدرجة جيدة من الصدق والثبات.

وتم حساب الخصائص السيكومترية للمقياس في البحث الحالي من خلال:

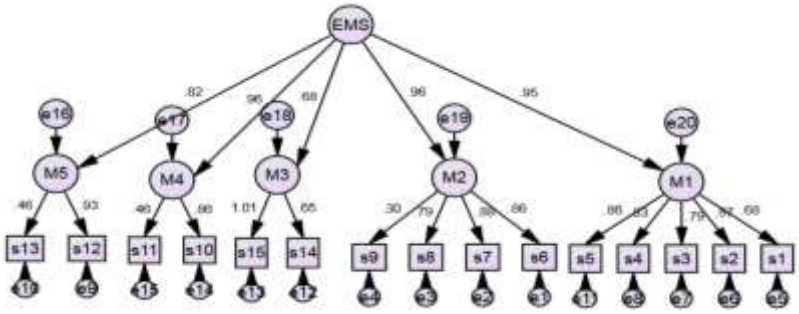
- **صــدق التحليل العاملي التوكيدي:** تم حســاب التحليل العاملي التوكيدي للمقياس على عينة من طلاب الجامعة مكونة من (٢٥١) طالباً وطالبة، من خلال اســتخدام برنامج Amos(24) باســتخدام طريقة Maximum Likelihood وقد حقق النموذج أفضــل جودة مطابقة للبيانات ويوضح ذلك جدول ٨.

جدول ٨ *مؤشرات حسن المطابقة للنموذج المفترض لمقياس المخططات المعرفية اللاتكيفية المبكرة(ن=٢٥١)*

مؤشرات حسن المطابقة	قيمة المؤشر	المدي المثالي للمؤشر
النســبة بين مربع كاي ودرجة الحرية (χ2 / df)	١,٨٣٣	تتراوح بين (٠ – ٣)
جذر متوســط مربعات الخطأ التقريبي RMSEA	٠,٠٥٨	أقل من ٠,٠٨
مؤشر حسن المطابقة GFI	٠,٩٤٧	
مؤشر المطابقة التزايدي IFI	٠,٩٨١	من ٠,٩٠-١
مؤشر المطابقة المقارن CFI	٠,٩٨٠	من ٠,٩٠-١
مؤشر توكر لويس TLI	٠,٩٦٥	من ٠,٩٠-١
مؤشر المطابقة المعياري NFI	٠,٩٥٨	من ٠,٩٠-١
مؤشر المطابقة النسبي RFI	٠,٩٢٦	من ٠,٩٠-١
مؤشــر محك المعلومات للنموذج الحالي (AIC)	٢٣٠	تكون قيمته للنموذج الحالي أقل من قيمته للنموذج المشبع
مؤشــر محـك المعلومـات للنموذج المشبع(AIC)	٢٤٠	

يتضــح من خلال نتائج التحليل العاملي التوكيدي أن النموذج قد حظي بجودة مطابقة مقبولة حيث وقعت معظم المؤشـرات في المدي المثالي. والشـكل ٤ يوضـح النموذج المقترح للمقياس:

شكل ٤ *نموذج التحليل العاملي التوكيدي لمقياس المخططات المعرفية اللاتكيفية المبكرة*



- **الثبات:** تم حســاب الثبات من خلال معاملات ثبات الفاكرونباخ وأوميجا وجتمان وأكبر حد أدني(glb)، وجدول ٩ يوضح نتائج الثبات:

جدول٩ *معاملات الثبات لمقياس المخططات المعرفية اللاتكيفية المبكرة(ن=٢٥١)*

المتغيرات	أوميجا ω	الفا α	جتمان λ2	جتمان6λ	أكبر حد أدنيglb
الحرمان العاطفي	٠,٩١٧	٠,٩١٦	٠,٩١٧	٠,٩٠٥	٠,٩٣٤
الهجران/عدم الاستقرار	٠,٨٩١	٠,٨٨٢	٠,٨٨٩	٠,٨٨١	٠,٩١٨
التشكيك/الإساءة	٠,٨٥٥	٠,٨٥٤	٠,٨٥٦	٠,٨٣٤	٠,٨٨٣
العزلة الاجتماعية/الوحدة	٠,٨٩٩	٠,٨٩٦	٠,٨٩٨	٠,٨٨٤	٠,٩١٨
العيب/الخجل	٠,٨٩٨	٠,٨٩٢	٠,٨٩٧	٠,٨٨٧	٠,٩٢٩
الفشل	٠,٩١٩	٠,٩١٩	٠,٩٢١	٠,٩١٣	٠,٩٤٢
الاتكالية/الاعتماد	٠,٨٨٣	٠,٨٨١	٠,٨٨٣	٠,٨٦٢	٠,٩٠٠
توهم الأذى أو المرض	٠,٨٧٤	٠,٨٧٤	٠,٨٧٦	٠,٨٦٢	٠,٩٠٤
التعلق/هدم الذات	٠,٧٩٣	٠,٧٩١	٠,٨٠١	٠,٨٠٣	٠,٨٦٣
الإذعان أو الانقياد	٠,٨٣١	٠,٨٢٩	٠,٨٣٠	٠,٨٠٢	٠,٨٤٩
التضحية بالذات	٠,٨٧٠	٠,٨٦٧	٠,٨٦٩	٠,٨٤٧	٠,٨٨٧
الكبت العاطفي	٠,٨١٤	٠,٨٠٨	٠,٨١٢	٠,٧٨٣	٠,٨٤١
المعايير الصارمة/الحساسية للنقد	٠,٧٧٣	٠,٧٦٤	٠,٧٧٩	٠,٧٧٧	٠,٨٥٢
الاستحقاق/هوس العظمة	٠,٧٩٨	٠,٧٨٩	٠,٧٩٧	٠,٧٧٣	٠,٨٢٥
العجز عن ضبط الذات/ ضبط الذات	٠,٨١٣	٠,٨١٢	٠,٨١٣	٠,٧٨١	٠,٨٣١
المقياس ككل	٠,٩٧٠	٠,٩٧٠	٠,٩٧٢	٠,٩٨٨	٠,٩٩٥

يتضـــح من نتائج جدول ٩ ارتفاع معاملات ثبات الإبعاد لمقياس المخططات المعرفية اللاتكيفية المبكرة عن ٠,٧، مما يشير إلى تمتع المقياس بثبات جيد في البحث الحالي.

٤-مقياس بيك لتصور الانتحار إعداد Beck and Steer (1991) ترجمة الباحث

تكون من ١٩ عبـارة موزعـة على ثلاث ابعـاد هي: تصـــور الانتحـار Suicidal ideation، والنية للانتحار Suicidal intent، ومحاولات الانتحار Suicide attempt، ويتم

تصحيحه بتدرج ثلاثي ٠-١-٢، وتتراوح الدرجات من ٠- ٣٨، والدرجة المرتفعة تشير إلى ارتفاع التفكير في الانتحار. وتم حساب صدقه وثباته والذي حيث تراوح معامل الفا لعبارات المقياس من٠,٢٢- ٠,٧٢ وتم حساب الصدق من خلال صدق المحك بين المقياس ومقياس بيك للاكتئاب، ومقياس اليأس وكانت معاملات الارتباط دالة إحصائيًا (٠,٤٧- ٠,٣٢). وتم حساب الصدق من خلال التحليل العاملي الاستكشافي الذي أشار إلى توزيع عبارات المقياس على ٣ أبعاد بنسبة تباين ٥٦%.

وتم حساب الخصائص السيكومترية لمقياس تصور الانتحار في البحث الحالي من خلال:

- **التحليل العاملي الاستكشافي:** تم حساب الصدق عن طريق التحليل العاملي الاستكشافي لعبارات المقياس بطريقة المكونات الأساسية principal components، وتم تدوير المحاور تدويراً مائلًا بطريقة " البروماكس" Promax ل كايزر Kaiser واعتبر التشبع الملائم الذي يبلغ (٠,٣) فأكثر وفقاً لمحك جيلفورد"، وكانت نسبة التباين الإجمالية ٦٤,١٤٣%والجدول ١١ يوضح العوامل والتباين والجذر الكامن الخاص بكل عامل، ونسبة التشبع والشيوع لكل عبارة على العامل.

جدول ١٠ *نسب التشبع والشيوع لعبارات مقياس تصور الانتحار (ن=٢٥١)*

العبارة	العامل الأول	العامل الثاني	العامل الثالث	الشيوع
١		٠,٨٢٢		٠,٤٩٧
٢			٠,٦٥٤	٠,٦٨٨
٣			٠,٥٣٥	٠,٦١٨
٤	٠,٦٩٨			٠,٦٨٦
٥			٠,٧٤٨	٠,٥٤٨
٦	٠,٦٤٤			٠,٧٢٦
٧	٠,٨٥٧			٠,٧٧٣
٨	٠,٨٢١			٠,٧٤٨
٩	٠,٥٧٠			٠,٥٠٤
١٠	٠,٩٣٠			٠,٥١٥
١١			٠,٧٥٥	٠,٥٠٣
١٢		٠,٤٥٨		٠,٦٩١
١٣	٠,٦٠٦			٠,٦٦٧
١٤		٠,٦٠٥		٠,٥١٩
١٥		٠,٨٣٣		٠,٨٢٣
١٦		٠,٨٣٢		٠,٧٥٢
١٧		٠,٦٩٧		٠,٦٠٢
١٨		٠,٧٧٣		٠,٧٥٢
١٩	٠,٦٣٤			٠,٥٧٦
الجذر الكامن =٨,٠٨٠		الجذر الكامن=٧,٠٨٧	الجذر الكامن=٤,٦٨٦	التباين الكلي
التباين=٤٨,٥٨١%		التباين=٩,٧٢١%	التباين=٥,٨٤١%	٦٤,١٦٣%
قياس الملائمة KOM=٠,٩٢٣				
اختبار Bartlett = ٣٢١٣,٦٤٠			الدلالة٠,٠٠٠	

يتضح من خلال الجدول ١٠ أن عبارات المقياس تشبعت على ثلاث عوامل فسرت مجتمعة حوالي (٦٤,١٤٣%) من التباين الكلي، وأصبح المقياس يتكون من ١٩ عبارة موزعة على ثلاث عوامل. تم تسمية العامل الأول النية للانتحار ويتكون من ٨ عبارات هي العبارات ٤- ٦- ٧- ٨- ٩- ١٠- ١٣- ١٩، والعامل الثاني تم تسميته تصور الانتحار يتكون ٧ عبارات هي العبارات ١- ١٢- ١٤- ١٥- ١٦- ١٧- ١٨، والعامل الثالث تم تسميته محاولات الانتحار ويتكون من أربع عبارات هي العبارات من ٢- ٣- ٥- ١١.

- **صدق التحليل العاملي التوكيدي:** تم حساب التحليل العاملي التوكيدي للمقياس على عينة من طلاب الجامعة مكونة من (٢٥١) طالباً وطالبة، من خلال استخدام برنامج

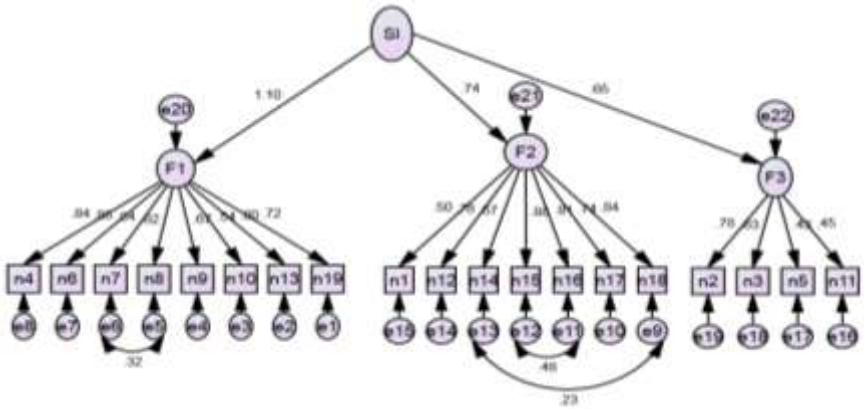
(24) Amos باستخدام طريقة Maximum Likelihood وقد حقق النموذج الموضح بالشكل التالي أفضل جودة مطابقة للبيانات وجدول ١١ يوضح ذلك:

جدول ١١ *مؤشرات حسن المطابقة للنموذج المفترض لمقياس تصور الانتحار (ن=٢٥١)*

مؤشرات حسن المطابقة	قيمة المؤشر	المدي المثالي للمؤشر
النسبة بين مربع كاي ودرجة الحرية (χ2 / df)	١,٨٩٩	تتراوح بين (٠ – ٣)
جذر متوسط مربعات الخطأ التقريبي RMSEA	٠,٠٦٠	أقل من ٠,٠٨
جذر متوسط مربع البواقي RMR	٠,٠١٧	أقل من ٠,٠٨
مؤشر المطابقة التزايدي IFI	٠,٩٦١	من ٠,٩٠-١
مؤشر المطابقة المقارن CFI	٠,٩٦٠	من ٠,٩٠-١
مؤشر توكر لويس TLI	٠,٩٥١	من ٠,٩٠-١
مؤشر المطابقة المعياري NFI	٠,٩٢١	من ٠,٩٠-١
مؤشر المطابقة النسبي RFI	٠,٩٠٢	من ٠,٩٠-١
مؤشر محك المعلومات للنموذج الحالي (AIC)	٣٦٦,٠٥١	تكون قيمته للنموذج الحالي أقل من قيمته للنموذج المشبع
مؤشر محك المعلومات للنموذج المشبع (AIC)	٣٨٠,٠٠٠	

يتضح من خلال نتائج التحليل العاملي التوكيدي أن النموذج قد حظي بجودة مطابقة مقبولة حيث وقعت معظم المؤشرات في المدي المثالي. والشكل ٥ يوضح النموذج المقترح للمقياس:

شكل ٥ *نموذج التحليل العاملي التوكيدي لمقياس تصور الانتحار*



- **الثبات:** تم حســـاب الثبات من خلال معاملات الفاكرونباخ وأوميجا وجتمان وأكبر حد أدني(glb) والجدول التالي يوضح نتائج الثبات لمقياس تصور الانتحار:

جدول ١٢ *معاملات ثبات مقياس تصور الانتحار(ن=٢٥١)*

المتغيرات	أوميجا ω	الفا α	جتمانλ2	جتمـان λ6	أكبـر حـد أدنيglb
النية للانتحار	٠,٩١٩	٠,٩١٧	٠,٩١٩	٠,٩٢٠	٠,٩٥١
تصور الانتحار	٠,٨٩٠	٠,٨٨٨	٠,٨٩٤	٠,٩٠٣	٠,٩١٩
محاولات الانتحار	٠,٧١٠	٠,٧٠٣	٠,٧١١	٠,٧٠٠	٠,٧٥٥
المقياس ككل	٠,٩٢٣	٠,٩٢١	٠,٩٢٧	٠,٩٥٤	٠,٩٦٣

يتضـح من نتائج جدول ١٢ ارتفاع معاملات ثبات مقياس تصـور الانتحار حيث جاءت أكبر من ٠,٧ مما يشير إلى تمتع المقياس بثبات جيد في البيئية العربية وفي البحث الحالي.

الأســاليب الإحصــائية: تم معالجة المعلومات معالجة كمية باســتخدام برنامج SPSS22، وبرنامج Amos-25، وتم التحليل الكمي في هذه البحث باستخدام تحليل الانحدار البسيط، وتحليل الانحدار المتعدد، وتحليل المسار.

نتائج البحث ومناقشتها:

الفرض الأول: والذي ينص على أنه "تسهم خبرات الطفولة السلبية في التنبؤ بتصور الانتحار لدى أفراد عينة البحث من طلاب الجامعة". وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام معادلة تحليل الانحدار البسيط باستخدام طريقة Enter، وجدول ١٣ يوضح ذلك:

جدول ١٣ *تحليل الانحدار البسيط للتنبؤ بتصور الانتحار من خلال خبرات الطفولة السلبية (ن= ٣٣١)*

المتغيرات	معامل الارتباط	معامل التحديد	ف	مستوي الدلالة	الثابت	معامل الانحدار	معامل الانحدار المعياري	قيمة ت	مستوي الدلالة
خبرات الطفولة السلبية	٠,٥٢٥	٠,٢٧٦	١٢٥,٢٣٤	٠,٠٠٠	- ٤,٩٨١	٠,٢٤٢	٠,٥٢٥	١١,١٩١	.٠٠٠

يتضح من الجدول ١٣ أن خبرات الطفولة السلبية تفسر (٢٧,٦%) من التباين في تصور الانتحار لدى طلاب الجامعة مما يعني صحة هذا الفرض. ويمكن صياغة معادلة الانحدار على النحو التالي: **تصور الانتحار= ٠,٢٤٢ خبرات الطفولة السلبية- ٤,٩٨١**

الفرض الثاني: والذي ينص على أنه "تسهم المخططات المعرفية اللاتكيفية المبكرة في التنبؤ بتصور الانتحار لدى أفراد عينة البحث من طلاب الجامعة". وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام معادلة تحليل الانحدار المتعدد باستخدام طريقة الاختيار التدريجي Stepwise والتي تقوم على إضافة المتغيرات المستقلة إلى النموذج واحدًا تلو الأخر لبناء نموذج كامل للمتغيرات المستقلة وحذف المتغيرات ذات المساهمة غير المعنوية، وتمت معالجة هذا الفرض في ستة مراحل وهي كالتالي:

أ-**مخططات المجال الأول (الانفصال والرفض)**: أشارت النتائج إلى الحصول على أفضل نموذج والذي أبقي على مخطط الحرمان العاطفي، ومخطط التشكيك /الإساءة، ومخطط العيب /الخجل، وحذف ومخطط العزلة الاجتماعية/ الوحدة، ومخطط الهجران/ وعدم الاستقرار، ويعرض جدول ١٤ النتائج:

جدول ١٤ *نتائج تحليل التباين وتحليل الانحدار لمخططات المجال الأول في التنبؤ بتصور الانتحار (ن= ٣٣١)*

النموذج	المخطط	ف	مستوي الدلالة	معامل الارتباط المتعدد	معامل التحديد	معامل الانحدار	الثابت	معامل الانحدار المعياري	قيمة ت	مستوي الدلالة
الأول	العيب/ الخجل	١٤٤,٠٠٥	٠,٠٠٠	٠,٥٥٢	٠,٣٠٤	٠,٧٠٣	-٢,٥١٧	٠,٥٥٢	١٢	٠,٠٠٠
الثاني	العيب / الخجل	٧٩,٦٢١	٠,٠٠٠	٠,٥٧٢	٠,٣٢٧	٠,٥٤٢	-٤,٠٨١	٠,٤٢٥	٧,١٥٥	٠,٠٠٠
	التشكيك/الإساءة					٠,٢٣١		٠,١٩٦	٣,٣٠٢	٠,٠٠١
الثالث	العيب / الخجل	٥٥,٤١٣	٠,٠٠٠	٠,٥٨١	٠,٣٣٧	٠,٤٦٩	-٤,٣٦٥	٠,٣٦٨	٥,٧١٧	٠,٠٠٠
	التشكيك/الإساءة					٠,١٧٩		٠,١٥٢	٢,٤٤٤	٠,٠٢
	الحرمان العاطفي					٠,١٤٤		٠,١٣٧	٢,٢٤٤	٠,٠٣

يتضح من جدول ١٤ أن مخطط العيب/ الخجل، ومخطط التشكيك / الإساءة ومخطط الحرمان العاطفي يسهم في التنبؤ بتصور الانتحار لدى طلاب الجامعة، حيث إن قيم ف دالة عند مستوي (٠,٠١)، كما يتضح أن مخطط العيب/ الخجل يفسر حوالي ٣٠,٤% من التباين في تصور الانتحار لدى أفراد عينة البحث، كما أن مخطط العيب/ الخجل، ومخطط التشكيك / الإساءة يفسر حوالي ٣٢,٧% من التباين في تصور الانتحار، ويفسر مخطط العيب / الخجل، ومخطط التشكيك والإساءة، ومخطط الحرمان العاطفي ٣٣,٧% من التباين في تصور الانتحار لدى طلاب الجامعة.

ويعني ذلك أن مخطط العيب/ الخجل من أقوي مخططات المجال الأول في التنبؤ بتصور الانتحار حيث يفسر حوالي٣٠,٤% من التباين في تصور الانتحار، ويليه مخطط التشكيك والإساءة حيث يفسر ٢,٣% من التباين في تصور الانتحار، ويليه مخطط الحرمان العاطفي حيث يفسر حوالي ١% من التباين في تصور الانتحار لدى أفراد عينة البحث من طلاب الجامعة.

ب-مخططات المجال الثاني (قصور الاستقلال الذاتي وضعف الأداء): أشارت النتائج إلى الحصول على أفضل نموذج والذي أبقي على مخطط القابلية للأذى أو المرض، وخطط

الفشـل، ومخطط التعلق /هدم الذات، وحذف مخطط الاتكالية/الاعتمادية ويعرض جدول ١٥ نتائج ذلك:

جدول ١٥ *نتائج تحليل التباين وتحليل الانحدار لمخططات المجال الثاني في التنبؤ بتصور الانتحار (ن=٣٣١)*

النموذج	المخطط	ف	مستوي الدلالة	معامل الارتباط المتعدد	معامل التحديد	معامل الانحدار	الثابت	معامل الانحدار المعياري	قيمة ت	مستوي الدلالة
الأول	القابلية للأذى أو المرض	٩٧,٥٠١	٠,٠٠٠	٠,٤٧٨	٠,٢٢٩	٠,٥٥١	-٢,٧٤١	٠,٤٧٨	٩,٨٧٤	٠,٠٠٠
الثاني	القابلية للأذى أو المرض	٦٢,٨٩٦	٠,٠٠٠	٠,٥٢٦	٠,٢٧٧	٠,٣٥٤	-٣,٨٥٥	٠,٣٠٧	٥,١٨٠	٠,٠٠٠
	الفشل					٠,٣٣٦		٠,٢٧٩	٤,٦٩٦	٠,٠٠٠
الثالث	القابلية للأذى أو المرض	٥٠,٢١٨	٠,٠٠٠	٠,٥٦٢	٠,٣١٥	٠,٤٣٣		٠,٣٧٨	٦,٢٦١	٠,٠٠٠
	الفشل					٠,٣٤١		٠,٢٨٢	٤,٨٨٢	٠,٠٠٠
	التعلق/هدم الذات					٠,٢٥٦		٠,٢٠٨	٤,٢٧٢	٠,٠٠٠

يتضـــح من نتائج جدول ١٥ أن مخطط القابلية للأذى أو المرض، ومخطط الفشـــل، ومخطط التعلق/ هدم الذات يسهم في التنبؤ بتصور الانتحار لدى طلاب الجامعة، حيث إن قيم ف دالة عند مستوي (٠,٠١)، كما يتضح أن المخطط القابلية للأذى أو المرض يفسر حوالي ٢٢,٩% من التباين في تصـــور الانتحار لدى طلاب الجامعة، كما يفســـر مخطط القابلية للأذى أو المرض، ومخطط الفشـــل ٢٧,٧% من التباين في تصـــور الانتحار، كما يفســـر مخطط القابلية للأذى أو المرض، ومخطط الفشـــل، ومخطط التعلق/ هدم الذات ٣١,٥% من التباين في تصور الانتحار لدى طلاب الجامعة.

وتعني هذه النتيجة أن مخطط القابلية للأذى أو المرض من أقوي مخططات المجال الثاني في التنبؤ بتصور الانتحار حيث يفسر حوالي ٢٢,٩% من التباين في تصور الانتحار لدى طلاب الجامعة، ويليه مخطط الفشل حيث يفسر حوالي ٤,٨% من التباين في تصور

الانتحار، ويليه مخطط التعلق/هدم الذات يفسر ٣,٨% من التباين في تصور الانتحار لدى طلاب الجامعة.

ج-مخططات المجال الثالث (ضعف القيود أو الحدود): أشارت النتائج إلى الحصول على أفضل نموذج والذي أبقي على مخطط العجز عن ضبط الذات، وحذف مخطط العظمة/ الاستحقاق، ويعرض جدول ١٦يوضح النتائج:

جدول ١٦ *نتائج تحليل التباين وتحليل الانحدار لمخططات المجال الثالث في التنبؤ بتصور الانتحار(ن=٣٣١)*

النموذج	المخطط	ف	مستوي الدلالة	معامل الارتباط المتعدد	معامل التحديد	معامل الانحدار	الثابت	معامل الانحدار المعياري	قيمة ت	مستوي الدلالة
الأول	العجز عن ضبط الذات	٤٦,٨٢٨	٠,٠٠٠	٠,٣٥٣	٠,١٢٥	٠,٤٤٩	-٢,٢٥٧	٠,٣٥٣	٦,٨٤٣	٠,٠٠٠

يتضح من نتائج جدول ١٦ أن مخطط العجز عن ضبط الذات يسهم في التنبؤ بتصور الانتحار لدى طلاب الجامعة حيث إن قيم ف دالة عند مستوي (٠,٠١)، حيث يفسر حوالي ١٢,٥% من التباين في تصور الانتحار لدى طلاب الجامعة.

د-مخططات المجال الرابع (التوجه نحو الآخرين): أشارت النتائج إلى الحصول على أفضل نموذج والذي أبقي على مخطط الإذعان وحذف مخطط التضحية بالذات، ويعرض جدول ١٧ النتائج:

جدول ١٧ *نتائج تحليل التباين وتحليل الانحدار لمخططات المجال الرابع في التنبؤ بتصور الانتحار(ن=٣٣١)*

النموذج	المخطط	ف	مستوي الدلالة	معامل الارتباط المتعدد	معامل التحديد	معامل الانحدار	الثابت	معامل الانحدار المعياري	قيمة ت	مستوي الدلالة
الأول	الإذعان	٩١,٥٨٨	٠,٠٠٠	٠,٤٦٧	٠,٢١٨	٠,٦٠١	-٢,٣٩٦	٠,٤٦٧	٩,٥٧٠	٠,٠٠٠

يتضح من نتائج جدول ١٧ أن مخطط الإذعان يسهم في التنبؤ بتصور الانتحار لدى طلاب الجامعة حيث إن قيم ف دالة عند مستوي (٠,٠١)، كما يفسر حوالي ٢١,٨% من التباين في تصور الانتحار لدى طلاب الجامعة.

هـ-مخططات المجال الخامس (الحذر الزائد والكبت): أشـــارت النتائج إلى الحصـــول على أفضـــــل نموذج والـذي أبقي على مخطط الكبـت العـاطفي وحـذف مخطط المعـايير الصارمة/الحساسية للنقد، ويعرض جدول ١٨ النتائج:

جدول ١٨ *نتـائج تحليل التباين وتحليل الانحـدار لمخططـات المجـال الخـامس فـي التنبؤ بتصور الانتحار (ن=٣٣١)*

النموذج	المخطط	ف	مستوي الدلالة	معامل الارتباط المتعدد	معامل التحديد	معامل الانحدار	الثابت	معامل الانحدار المعياري	قيمة ت	مستوي الدلالة
الأول	الـكـبـت العاطفي	٤٩,٦٥٠	٠,٠٠٠	٠,٣٦٢	٠,١٣١	٠,٤٣١	-١,٥٤٤	٠,٣٦٢	٧,٠٤٦	٠,٠٠٠

يتضح من نتائج جدول ١٨ أن مخطط الكبت العاطفي يسهم في التنبؤ بتصور الانتحار لدى طلاب الجامعة حيث أن قيمة ف دالة عند مســتوي (٠,٠١)، كما يتضـــح أن مخطط الكبت العاطفي يفسر حوالي ١٣,١% من التباين في تصور الانتحار لدى طلاب الجامعة.

الفرض الثالث: والذي ينص على أنه "يسهم الألم النفسي في التنبؤ بتصور الانتحار لدى أفراد عينة البحث من طلاب الجامعة". وللتحقق من صـحة هذا الفرض تم اسـتخدام معادلة تحليل الانحدار البسيط باستخدام طريقة Enter، وجدول ١٩ يوضح ذلك

جدول ١٩ *تحليل الانحدار البسـيط للتنبؤ بتصـور الانتحار من خلال الألم النفسـي (ن= ٣٣١)*

المتغيرات	معامل الارتباط	معامل التحديد	ف	مستوي الدلالة	الثابت	معامل الانحدار	معامل الانحدار المعياري	قيمة ت	مستوي الدلالة
الألم النفسي	٠,٥٠٠	٠,٢٥٠	١٠٩,٨٤٧	٠,٠٠٠	-٥,٢٤٢	٠,١٩٢	٠,٥٠٠	١٠,٤٨١	.٠٠٠

يتضح من الجدول ١٩ أن الألم النفسي يفسر (٢٥%) من التباين تصور الانتحار لدى طلاب الجامعة مما يعني صـحة هذا الفرض. ويمكن صـياغة معادلة الانحدار على النحو التالي: **تصور الانتحار= ٠,١٩٢ الألم النفسي- ٥,٢٤٢**

الفرض الرابع: والذي ينص على أنه" يوجد نموذج بنائي يفسر العلاقة بين خبرات الطفولة السلبية وتصور الانتحار في وجود المخططات المعرفية اللاتكيفية المبكرة كعامل وسيط لدى أفراد عينة البحث من طلاب الجامعة". ولاختبار صحة هذا الفرض، تم استخدام برنامج Amos24 لتحليل مسار العلاقة بين متغيرات البحث، باعتبار أن المخططات المعرفية اللاتكيفية المبكرة متغير يتوسط العلاقة بين كل من خبرات الطفولة السلبية (المتغير المستقل) وبين تصور الانتحار(المتغير التابع)، وللتحقق من صحة النموذج تم إجراء الخطوات التالية:

١) حساب مؤشرات المطابقة للنموذج المقترح (ن= ٣٣١).

تم مراجعة البارامترات المقترحة لتحقيق مطابقة النموذج المقترح؛ بحيث لا تتعارض هذه البارامترات مع فروض النموذج، كما يجب أن تكون منطقية ولا تتعارض مع الإطار النظري ونتائج الدراسات والبحوث السابقة، ويمكن توضيح مؤشرات المطابقة للنموذج المقترح باستخدام العينة الكلية للبحث الحالي (ن= ٣٣١) باستخدام طريقة الأرجحية العظمى Maximum Likelihood فجاءت النتائج كما في الجدول ٢٠ على النحو التالي:

جدول ٢٠ *قيم مؤشرات المطابقة للنموذج المقترح*

مؤشر الملاءمة	قيمة المؤشر	المدى المثالي
النسبة بين مربع كاي ودرجة الحرية (χ2 / df)	٢,٥٠	(٠ – ٣)
جذر متوسط مربعات الخطأ التقريبي RMSEA	٠,٠٦٨	أقل من ٠,٠٨
مؤشر المطابقة التزايدي IFI	٠,٩٤٤	من ٠,٩٠-١
مؤشر المطابقة المقارن CFI	٠,٩٤٣	من ٠,٩٠-١
مؤشر المطابقة المعياري NFI	٠,٩١٠	من ٠,٩٠-١
مؤشر المطابقة النسبي RFI	٠,٨٨٣	من ٠,٩٠-١
مؤشر حسن المطابقة GFI	٠,٨٨٦	من ٠,٩٠-١
مؤشر توكر لويس TLI	٠,٩٢٦	من ٠,٩٠-١

٢)حساب الوزن الانحداري وأخطاء القياس والنسبة الحرجة ومستوي الدلالة لمتغيرات النموذج

جدول ٢١ *الوزن الانحداري وأخطاء القياس والنسبة الحرجة لمتغيرات النموذج*

مسار التأثير		الوزن الانحداري		الخطأ المعياري S.E.	النسبة الحرجة C.R.	مستوي الدلالة
من	إلى	المعياري	غير المعياري			
خبرات الطفولة السلبية	المخططات المعرفية اللاتكيفية المبكرة	٠,٦٢٦	٠,٧٥٨	٠,٠٨٠	٩,٤٦١	٠,٠٠٠
المخططات المعرفية اللاتكيفية المبكرة	تصور الانتحار	٠,٣٣١	٠,٢٣٩	٠,٠٥٠	٤,٧٧٧	٠,٠٠٠
خبرات الطفولة السلبية	تصور الانتحار	٠,٣٧٧	٠,٣٢٩	٠,٠٦٠	٥,٣٣٢	٠,٠٠٠

يتضـــح من خلال الجدول ٢١ أن النســـبة الحرجة تزيد عن ١,٩٦ مما يشـــير إلى قبول النموذج.

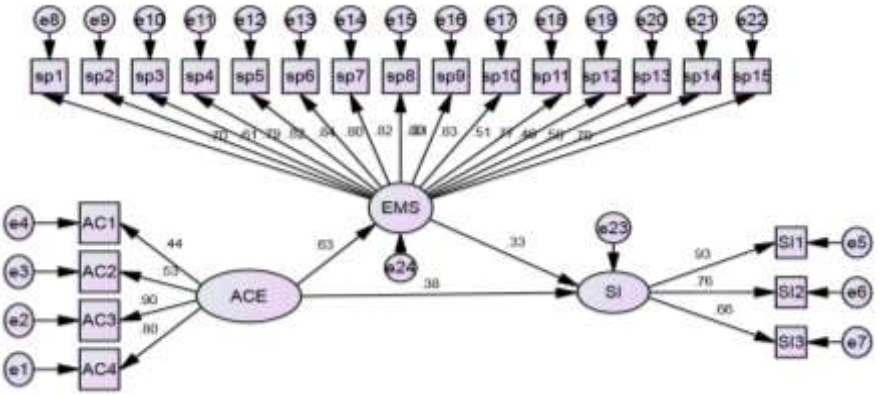
٣) حساب التأثيرات المباشرة وغير المباشرة لمتغيرات النموذج.

جدول ٢٢ *التأثيرات المباشرة وغير المباشرة لمتغيرات النموذج*

المتغيرات	التأثير	خبرات الطفولة السلبية	مستوي الدلالة	المخططات المعرفية اللاتكيفية المبكرة	مستوي الدلالة
المخططات المعرفية اللاتكيفية المبكرة	مباشر	٠,٦٢٦	٠,٠٠٠		
	غير مباشر				
	المجموع	٠,٦٢٦	٠,٠٠٠		
تصور الانتحار	مباشر	٠,٣٧٧	٠,٠٠٠	٠,٣٣١	٠,٠٠٠
	غير مباشر	٠,٢٠٧	٠,٠٠٠		
	المجموع	٠,٥٨٤	٠,٠٠٠	٠,٣٣١	٠,٠٠٠

يتضح من الجدول ٢٢ وجود تأثيرات مباشرة دالة إحصائيًا للعلاقة بين متغيرات البحث المستقلة والمتغير التابع، حيث بلغت نسبة تأثير خبرات الطفولة السلبية على تصور الانتحار ٣٧,٧%، بينما بلغت نسبة تأثير المخططات المعرفية اللاتكيفية المبكرة على تصور الانتحار ٣٣,١%، كما وجدت تأثيرات غير مباشرة دالة إحصائيًا لخبرات الطفولة السلبية على تصور الانتحار عبر المخططات المعرفية اللاتكيفية المبكرة بنسبة ٢٠,٧%، وبذلك يكون إجمالي نسبة التأثيرات الدالة إحصائيًا لخبرات الطفولة السلبية على تصور الانتحار ٥٨,٤%، مما يعني أن ٥٨,٤% من العوامل المساهمة في تصور الانتحار لدى طلاب الجامعة ترجع إلى خبرات الطفولة السلبية، كما أن المخططات المعرفية اللاتكيفية المبكرة تزيد قوة هذا الإسهام بنسبة ٢٠,٧%، ويمكن توضيح النموذج من خلال الشكل ٦:

شكل ٦ *النموذج البنائي للعلاقات بين خبرات الطفولة السلبية والمخططات المعرفية اللاتكيفية المبكرة وتصور الانتحار لدى طلاب الجامعة*



الفرض الخامس: والذي ينص على أنه" يوجد نموذج بنائي يفسر العلاقة بين خبرات الطفولة السلبية وتصور الانتحار في وجود الألم النفسي كعامل وسيط لدى أفراد عينة البحث من طلاب الجامعة". وللتحقق من صحة هذا الفرض، تم استخدام برنامج Amos24 لتحليل مسار العلاقة بين متغيرات البحث، باعتبار أن الألم النفسي متغير يتوسط العلاقة بين كل من خبرات الطفولة السلبية (المتغير المستقل) وبين تصور الانتحار(المتغير التابع)، وللتحقق من صحة النموذج تم إجراء الخطوات التالية:

١) حساب مؤشرات المطابقة للنموذج المقترح (ن= ٣٣١).

تم مراجعة البارامترات المقترحة لتحقيق مطابقة النموذج المقترح؛ بحيث لا تتعارض هذه البارامترات مع فروض النموذج، كما يجب أن تكون منطقية ولا تتعارض مع الإطار النظري ونتائج الدراسات والبحوث السابقة، ويمكن توضيح مؤشرات المطابقة للنموذج المقترح باستخدام العينة الكلية للبحث الحالي (ن= ٣٣١) باستخدام طريقة الأرجحية العظمى Maximum Likelihoodفجاءت النتائج كما في الجدول ٢٣ على النحو التالي:

جدول ٢٣: قيم *مؤشرات المطابقة للنموذج المقترح*

مؤشر الملاءمة	قيمة المؤشر	المدى المثالي
النسبة بين مربع كاي ودرجة الحرية (χ2 / df)	٢,٣٩١	(٠ – ٣)
جذر متوسط مربعات الخطأ التقريبي RMSEA	٠,٠٦٥	أقل من ٠,٠٨
مؤشر المطابقة التزايدي IFI	٠,٩٨٣	من ٠,٩٠-١
مؤشر المطابقة المقارن CFI	٠,٩٨٢	من ٠,٩٠-١
مؤشر المطابقة المعياري NFI	٠,٩٧١	من ٠,٩٠-١
مؤشر المطابقة النسبي RFI	٠,٩٣٧	من ٠,٩٠-١
مؤشر حسن المطابقة GFI	٠,٩٧٢	من ٠,٩٠-١
مؤشر حسن المطابقة المصححAGFI	٠,٩٢٧	من ٠,٩٠-١
مؤشر توكر لويس TLI	٠,٩٢٦	من ٠,٩٠-١

٢)حساب الوزن الانحداري وأخطاء القياس والنسبة الحرجة ومستوي الدلالة لمتغيرات النموذج

جدول ٢٤ *الوزن الانحداري وأخطاء القياس والنسبة الحرجة لمتغيرات النموذج*

مسار التأثير		الوزن الانحداري		الخطأ المعياري S.E.	النسبة الحرجة C.R.	مستوي الدلالة
من	إلى	المعياري	غير المعياري			
خبرات الطفولة السلبية	الألم النفسي	٠,٧٢٩	١,٩١٦	٠,١٧٧	١٠,٨١٩	٠,٠٠٠
خبرات الطفولة السلبية	تصور الانتحار	٠,١٩٧	٠,١٧٠	٠,٠٧٥	٢,٢٧٧	٠,٠٢٣
الألم النفسي	تصور الانتحار	٠,٥٣٧	٠,١٧٧	٠,٠٣٠	٥,٨٦٠	٠,٠٠٠

يتضح من خلال الجدول ٢٤ أن النسبة الحرجة تزيد عن ١,٩٦ مما يشير إلى قبول النموذج.

٣) حساب التأثيرات المباشرة وغير المباشرة لمتغيرات النموذج.

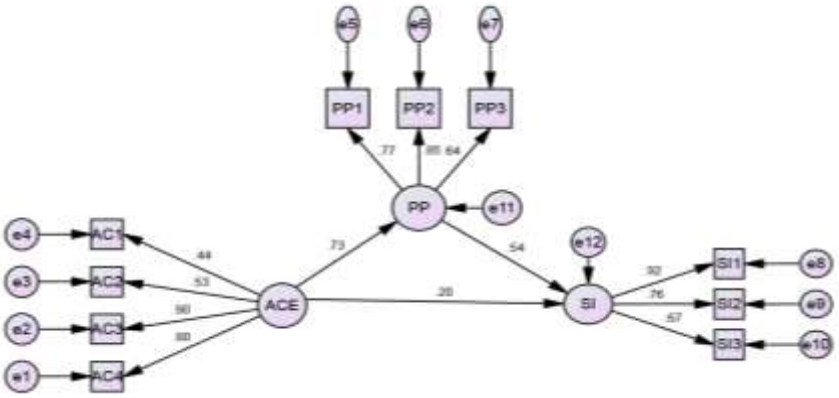
جدول ٢٥ *التأثيرات المباشرة وغير المباشرة لمتغيرات النموذج*

المتغيرات	التأثير	خبرات الطفولة السلبية	مستوي الدلالة	الألم النفسي	مستوي الدلالة
الألم النفسي	مباشر	٠,٧٢٩	٠,٠٠٠		
	غير مباشر				
	المجموع	٠,٧٢٩	٠,٠٠٠		
تصور الانتحار	مباشر	٠,١٩٧	٠,١٤٦	٠,٥٣٧	٠,٠٠٠
	غير مباشر	٠,٣٩١	٠,٠١		
	المجموع	٠,٥٨٨	٠,٠٠٠	٠,٥٣٧	٠,٠١

يتضح من الجدول ٢٥ وجود تأثيرات مباشرة وغير مباشرة دالة إحصائيًا للعلاقة بين متغيرات البحث المستقلة والمتغير التابع، حيث وجد تأثير مباشر غير دال إحصائياً لخبرات الطفولة السلبية على تصور الانتحار ١٩,٧%، بينما بلغت نسبة التأثير المباشر للألم النفسي على تصور الانتحار ٥٣,٧%، كما وجدت تأثيرات غير مباشرة دالة إحصائيًا لخبرات الطفولة السلبية على تصور الانتحار عبر الألم النفسي بنسبة ٣٩,١%، وبذلك يكون إجمالي نسبة التأثيرات الدالة إحصائيًا لخبرات الطفولة السلبية على تصور الانتحار ٥٨,٨%، مما يعني أن ٥٨,٨% من العوامل المساهمة في تصور الانتحار لدى طلاب

الجامعة ترجع إلى خبرات الطفولة السلبية، كما أن الألم النفسي يزيد قوة هذا الإسهام بنسبة ٣٩,١%، وهذا يشير إلى أن الألم النفسي وسيط كلي في العلاقة بين خبرات الطفولة السلبية وتصور الانتحار. ويمكن توضيح النموذج من خلال الشكل ٧:

شكل ٧ *النموذج البنائي للعلاقات بين خبرات الطفولة السلبية والألم النفسي وتصور الانتحار لدى طلاب الجامعة.*



تفسير نتائج البحث:

أشـارت نتائج **الفرض الأول** إلى أن خبرات الطفولة السـلبية تسـهم في التنبؤ بتصـور الانتحار لدى طلاب الجامعة حيث تفسـر ٢٧,٦% من التباين في تصـور الانتحار. وتتفق نتائج هذا الفرض مع نتائج البحوث التي أشـارت إلى دور خبرات الطفولة المبكرة في التنبؤ بتصـور الانتحار، حيث أشـارت نتائج بحث Li et al. (2021) إلى أن خبرات الطفولة السلبية تسهم في زيادة السلوكيات الانتحارية، وأشارت نتائج بحث Park et al.(2021) إلى وجود علاقة بين خبرات الطفولة السلبية والسلوك الانتحار.

يمكن تفسير نتيجة هذا الفرض في ضوء العوامل الشخصية التي يتصف بها الفرد مثل اليقظة المفرطة التي تدفع الفرد إلى فحص البيئية بشكل مستمر باحثًا عن التهديدات، وتأهب الفرد لتقييم التهديدات البيئية بطريقة سـلبية، مما تؤدي إلى مزيد من التأثيرات طويلة المدي وتزيد من خطر الإصابة بالاضطرابات النفسية ومن ثم تصور الانتحار. ويمكن تفسير نتيجة هذا الفرض في ضوء نظرية الاستعداد للضغوط التي تشير إلى أن خبرات الطفولة السلبية

التي يتعرض لها الفرد خلال طفولته تمثل مكون الاستعداد أو الضعف التي تهيئ الفرد إلى تصور الانتحار خاصة عندما يفتقر إلى عوامل الحماية والدعم والوقاية.

كما يمكن تفسير نتيجة هذا الفرض في ضوء النظرية الشخصية للانتحار التي أشارت إلى أن شعور الفرد باليأس والرغبة في الموت تنتج عن عدم إشباع الحاجات الأساسية مثل الحاجة إلى الانتماء والشعور بالارتباط بالآخرين، حيث تؤدي خبرات الطفولة السلبية التي يمر بها الفرد في حياته الأسرية والاجتماعية إلى عدم إشباع الحاجات الأساسية والثانوية مثل الحاجة إلى الانتماء، والارتباط بالآخرين مما يؤدي بهم إلى تصور الانتحار.

وأشارت نتائج **الفرض الثاني** إلى أن المخططات المعرفية اللاتكيفية المبكرة تسهم في التنبؤ بتصور الانتحار لدى طلاب الجامعة، وجاء في المرتبة الأولي مخطط العيب/ الخجل حيث فسر ٣٠,٤% من التباين في تصور الانتحار، ويليه مخطط القابلية للأذى أو المرض حيث فسر ٢٢,٩% من التباين في تصور الانتحار، ويليه مخطط الإذعان حيث فسر ٢١,٨% من التباين في تصور الانتحار. ويليه مخطط الكبت العاطفي فسر ١٣,١% من التباين في تصور الانتحار. ويليه مخطط العجز عن ضبط الذات فسر ١٢,٥% من التباين في تصور الانتحار. ويليه مخطط الفشل حيث فسر ٤,٨% من التباين في تصور الانتحار، ويليه مخطط التعلق/هدم الذات فسر ٣,٨% من التباين في تصور الانتحار. ويليه مخطط التشكيك والإساءة حيث فسر ٢,٣% من التباين في تصور الانتحار، ويليه مخطط الحرمان العاطفي حيث فسر ١% من التباين في تصور الانتحار لدى أفراد عينة البحث من طلاب الجامعة.

وتتفق نتائج هذا الفرض مع نتائج البحوث والدراسات السابقة التي أشارت إلى أن المخططات المعرفية اللاتكيفية المبكرة ارتبطت بالتفكير الانتحاري والسلوك الانتحاري المتكرر (Dale et al.,2010; Castille et al., 2007; Sajadi et al.,2015). كما تتفق مع نتائج بحث(2020) .Pilkington et al التي وأشارت إلى أن تصور الانتحار يرتبط بالمخططات المعرفية اللاتكيفية المبكرة (العزلة الاجتماعية والعيب/ العار، والفشل، الاعتماد، والكبت العاطفي، والخضوع أو الإذعان).

كما تتفق نتيجة هذا الفرض مع النظريات والنماذج التي سعت إلى التعرف على الأسباب الكامنة وراء تصور الانتحار ودور عوامل الخطر المعرفية كمسببات لتصور الانتحار مثل

النظرية الشخصية للانتحار، والنموذج التحفيزي–الإداري المتكامل، ونموذج التقييم التخطيطي للانتحار، التي تحدد جميعها دور العوامل المعرفية المرتبطة بالمخاطر الانتحارية والتي تتداخل وتتشابه مفاهيمية مع العديد من المخططات المعرفية اللاتكيفية المبكرة.

كما يمكن تفسير نتيجة هذا الفرض في ضوء نظرية **الاستعداد للضغوط** التي تشير إلى أن تصور الانتحار ناتج من وجود عوامل الضغوط، وعوامل الاستعداد، وغياب عوامل الحماية والوقاية، وتمثل المخططات المعرفية اللاتكيفية هنا عوامل الاستعداد التي تهيئ الفرد إلى تصور الانتحار خاصة في ظل وجود تقييم سلبي هازم للذات مما يضعف الأداء الصحي للفرد ويجعله عرضه للانتحار. كما يمكن تفسير نتيجة ها الفرض في ضوء أساليب مواجهة المخططات المعرفية اللاتكيفية والتي تركز على ثلاثة أساليب هي الاستسلام للمخطط، وتجنب المخطط، والتعويض المفرط للمخطط، حيث يشير الاستسلام إلى تكرار المخطط مرارًا وتكرارًا مما يزيد من حدة المخطط لديه، بينما يشير تجنب المخطط إلى هو حجب المخطط مما يجعل الفرد فريسة للعزلة الاجتماعية والوحدة النفسية، مما يجعل الفرد أكثر عرضه لتصور الانتحار.

وأشارت **نتائج الفرض الثالث** إلى أن الألم النفسي يفسر ٢٥% من التباين تصور الانتحار لدى طلاب الجامعة، وتتفق نتيجة هذا الفرض مع نتائج البحوث والدراسات التي أشارت إلى الألم النفسي هو مؤشرًا هامًا على السلوك الانتحاري والتفكير الانتحاري (Campos & Holden, 2015; Troister & Holden, 2012; Troister, et al., 2013; Uğur, & Polat, 2021).

ويفسر الباحث نتيجة هذا الفرض في ضوء أدبيات البحث والإطار النظري التي تشير إلى أن الشعور بالألم النفسي هو إنذار للانفصال الاجتماعي والعزلة الاجتماعية التي قد تؤدي إلى تفاقم الشعور بالألم النفسي والذي يؤدي بدوره إلى الانتحار، كما يمكن النظر إلى تصور الانتحار من خلال الأبعاد المكونة للألم النفسي والذي يتكون من إثاره الألم، وتجنب الألم، والمشاعر المؤلمة، حيث يتعرض الفرد للعديد من الضغوطات والإحباطات والخسائر المادية والمعنوية والاجتماعية التي تثير لديه مشاعر الحزن وخيبة الأمل والخزي والشعور بالذنب والوحدة والخسارة، مما يجعله يتجنب الألم ويحاول التخلص منه مما يزيد لديه

المشـــاعر المؤلمة ويشـــعر أنه يدور في دائرة مغلقة مما قد يؤدي به إلى تصـــور الانتحار محاولًا الهروب من الألم النفســـي. ويمكن تفســـير نتيجة هذا الفرض في ضـــوء نظرية الألم النفســـي التي تؤكد على دور الألم النفســـي في التنبؤ بتصـــور الانتحار، فالفرد يلجأ إلى الانتحار نتيجة عدم قدرته على تحمل الألم النفســـي حيث يبدأ التفكير في الانتحار في محاولة للهروب والتخلص من الألم النفسي.

وأشـــارت **نتائج الفرض الرابع** إلى وجود نموذج بنائي يفســـر العلاقة بين خبرات الطفولة السلبية وتصور الانتحار في وجود المخططات المعرفية اللاتكيفية المبكرة كعامل وسيط لدى أفراد عينة البحث من طلاب الجامعة، حيث وجد تأثير مباشر دال إحصـائيًا لخبرات الطفولة السلبية على تصور الانتحار بنسبة ٣٧,٧%، ووجد تأثير مباشر دال إحصـائيًا للمخططات المعرفية اللاتكيفية المبكرة على تصـــور الانتحار بنســـبة ٣٣,١%، كما وجدت تأثيرات غير مباشرة دالة إحصائيًا لخبرات الطفولة السلبية على تصور الانتحار عبر المخططات المعرفية اللاتكيفية المبكرة بنســـبة ٢٠,٧%، وبذلك يكون إجمالي نســـبة التأثيرات الدالة إحصـــائيًا لخبرات الطفولة الســـلبية على تصـــور الانتحار ٥٨,٤%، في وجود المخططات المعرفية اللاتكيفية المبكرة كمتغير وســـيط. وتتفق نتائج هذا الفرض مع نتائج بحث Thornton (2020) التي أشارت إلى تأثير خبرات الطفولة السلبية على تصور الانتحار، ونتائج بحث Wang et al. (2019) التي أشارت إلى وجود تأثير تراكمي لـخبرات الطفولة السلبية على تصـــور الانتحار، حيث كلما زاد عدد خبرات الطفولة الســـلبية، زاد احتمال وجود تصـــور الانتحار. ونتائج بحث Cui et al. (2019) التي أشـــارت إلى أن المخططات المعرفية اللاتكيفية تتوسط العلاقة بين صدمات الطفولة وتصور الانتحار.

ويمكن تفســـير نتيجة هذا الفرض في ضـــوء **نظرية التعلق** التي أشـــارت إلى أن تعرض الطفل إلى خبرات الطفولة الســـلبية في المراحل المبكرة من عمره تؤدي إلى صـــعوبة تلبية الاحتياجات الأســـاســـية والاحتياجات العاطفية كالحب والحنان والانتماء نتيجة التعلق الغير آمن مع الآباء مما يؤدي به إلى تكوين تمثيلات عقلية للذات وللآخرين لاتكيفية تؤدي إلى الإصابة بالاضطرابات النفسية في مراحل اللاحقة من العمر ومن ثم تسهم بتصور الانتحار.

ويمكن تفســـير نتيجة هذا الفرض في **ضـــوء نظرية الاســـتعداد للضـــغوط** التي تصـــف الانتحار على أنه ناتج عن مكون الضـــغوط ومكون الاســـتعداد وغياب مكون الحماية، حيث

إن تعرض الفرد خلال طفولته للتجارب السلبية مثل الإهمال الانفعالية والجسدية والنفسية والإساءة الانفعالية والجسدية والعنف ينمي لديه معتقدات ومخططات معرفية عن نفسه وعن البيئية التي يعيش فيها لا تكيفيه مهددة لذاته وللمجتمع الذي يعيش فيه والتي تعد بمثابة مكون الاستعداد الذي يهيئ الفرد إلى تقييم ذات سلبي والشعور باليأس والتفكير في الانتحار خاصة في غياب عوامل الحماية التي تمكنه من مواجهة الصدمات والمحن والعوامل المحبطة التي يعيش فيها.

كما يمكن تفسير نتيجة هذا الفرض في ضوء **الأطر النظرية وأدبيات البحث** التي تشير إلى أن المخططات المعرفية اللاتكيفية المبكرة بمثابة عوامل خطر معرفية تؤدي إلى تصور الانتحار، ويؤكد ذلك نظرية النمو المعرفي لبياجيه التي تصف كيفية تطوير الأطفال لنماذج معرفية لتفسير تجاربهم البيئية المبكرة، كما تؤكد ذلك نظرية بيك المعرفية التي ترى المخططات المعرفية اللاتكيفية المبكرة بمثابة نقاط الضعف المعرفية التي تتشكل استجابة لمحن الطفولة وخبراتها السلبية الصادمة، والتي ترتبط بعلم النفس المرضي والاضطرابات النفسية والشخصية في مرحلة البلوغ والذي يعد تصور الانتحار من أخطر متغيرات علم النفس المرضي.

ويمكن تفسير نتيجة هذا الفرض في ضوء نظرية الهروب، التي تفسر الانتحار كوسيلة للهروب، حيث يمر الفرد خلال حياته بخبرات صادمة خاصة في الطفولة التي من شأنها ألا تفي بمعايير الفرد وحاجاته الأساسية، كما أن الإسناد الداخلي للفرد لهذه الخبرات والتجارب السلبية يخلق لديه حالة من التقييم السلبي للذات تؤدي إلى شعوره بعدم الكفاءة، يؤدي إلى تشويه معرفي لتجنب أي فكرة تسهم في تقييم الفرد لذاته بشكل إيجابي، متمثلة في مخططات معرفية لا تكيفيه تدفع الفرد إلى تصور الانتحار.

وأشارت نتائج **الفرض الخامس** إلى وجود نموذج بنائي يفسر العلاقة بين خبرات الطفولة السلبية وتصور الانتحار في وجود الألم النفسي كعامل وسيط لدى أفراد عينة البحث من طلاب الجامعة، حيث بلغت إجمالي نسبة التأثيرات الدالة إحصائيًا لخبرات الطفولة السلبية على تصور الانتحار ٥٨,٨%، كما أن الألم النفسي يزيد قوة هذا الإسهام بنسبة ٣٩,١%، وهذا يشير إلى أن الألم النفسي وسيط كلي في العلاقة بين خبرات الطفولة السلبية وتصور الانتحار.

وتتفق نتيجة هذا الفرض مع نتيجة بحث Thompson et al. (2012) التي أشـارت إلى أن وجود علاقة بين خبرات الحياة السـلبية وتصـور الانتحار كما أن الضـيق النفسـي متغير وسيط في هذه العلاقة لدى المراهقين.

كما يري الباحث أن نتيجة هذا الفرض تأتي مؤكدة إلى **نظرية الألم النفسـي للانتحار** التي تشير في مجملها إلى أن تصور الانتحار يحدث عندما يتفاقم شعور الفرد بالألم النفسي أي يصـل إلى مرحلة لا يمكن تحملها لا يطاق ويصـبح الفرد غير قادر على التأقلم مع الألم النفسي مما يجد في تصور الانتحار مجالًا للهروب من الألم النفسي.

ويفسر الباحث نتيجة هذا الفرض في ضوء أن تعرض الفرد إلى خبرات الطفولة السلبية في مراحل نموهم المبكرة عادة ما يكون لديهم تحمل أقل للضـغط في وقت لاحق من الحياة، ويتم إثارة الألم النفسي لديهم استجابة للتكيف مع خبرات الطفولة السلبية المتكررة في مرحلة الطفولة مثل الإهمال الجسـدي والعاطفي، والإسـاءة الجسـدية والانفعالية والعنف وغيرها من الأشكال المتعددة للألم النفسي، والتي قد تزيد من ميلهم إلى تصور الانتحار في وقت لاحق من الحياة، وبالإضـافة إلى ذلك فإن تعرض الفرد في مراحل الطفولة المبكرة إلى خبرات الطفولة السـلبية تجعله اقل اختلاط اجتماعي وأكثر انعزلًا عن الآخرين، حيث يشـعر أنه عبء عليهم مما يضـعف شـبكة الدعم الاجتماعي من حوله ويسـاهم في ظهور الأفكار الانتحارية في وقت لاحق من الحياة.

كما يمكن تفسـير تصـور الانتحار في ضـوء **نظرية الثلاث خطوات** من خلال خبرات الطفولة السلبية، حيث تؤدي جميع أشكال خبرات الطفولة السلبية إلى الشعور باليأس والألم النفسـي مما يؤدي إلى المعاناة المعرفية والانفعالية والجسـدية وعدم القدرة على تكوين العلاقات الصـحية والمشـاركة في الأنشـطة العادية أو الإيجابية، مما يؤدي إلى تصـور الانتحار.

كما يمكن تفسير نتيجة هذا الفرض في ضـوء **نظرية تقرير المصير** التي تشـير إلى أن هناك حاجات أسـاسـية يسـعي الفرد إلى إشـباعها مثل الحاجة إلى الاسـتقلالية والحاجة إلى الانتماء، والارتباط مع الآخرين، فعدم إشـباع الطالب هذه الحاجات تؤدي إلى مزيد من الشعور بالإحباطات وإثارة الألم النفسي والمشاعر السلبية المؤلمة فيحاول التخلص من الألم

من خلال الشعور بالرغبة في الهروب وتجنب هذه الإحباطات والمشاعر المؤلمة مما يولد لديه النية للانتحار وتصور الانتحار.

ويمكن تفسير نتيجة هذا الفرض في ضوء **النظرية الشخصية للانتحار**، التي تشير إلى أن الأفراد يشعرون باليأس والرغبة في الموت نتيجة شعورهم بالعزلة الاجتماعية الناتجة عن شعورهم بعدم القدرة على تغير بنيتين هما الانتماء المحبط والأعباء المدركة، فالأفراد لديهم حاجة فطرية لإشباع الحاجة إلى الانتماء والشعور بالاتصال الاجتماعي والارتباط بالآخرين ولكن خبرات الطفولة السلبية التي يتعرض لها الفرد تؤدي إلى العزلة الاجتماعية وعدم الشعور بالانتماء واعتقاد الفرد بأنه عبء يثقل كاهل الآخرين، مما ينمي لديه تصور الانتحار، فقد يدرك ان الأسرة تكون أفضل بدونه مما يشعره بالرغبة في الموت والتخلص من نفسه.

ويمكن تفسير نتيجة هذا الفرض في ضوء **نظرية الهروب** التي تفسر الانتحار كوسيلة للهروب نتيجة تعرض الفرد لخبرات الطفولة السلبية التي تثير لديه المشاعر المؤلمة والألم النفسي ووجدان سلبي، ومحاولته لتجنب هذا الألم والمشاعر السلبية مما يؤدي به للهروب من الألم إلى تصور الانتحار.

استنتاجات البحث:

١. تسهم خبرات الطفولة السلبية في التنبؤ بتصور الانتحار لدى طلاب الجامعة حيث تفسر (٢٧,٦%) من التباين في تصور الانتحار.
٢. تسهم المخططات المعرفية اللاتكيفية المبكرة في التنبؤ بتصور الانتحار لدى طلاب الجامعة حيث فسر مخطط العيب/ الخجل حيث ٣٠,٤% من التباين في تصور الانتحار، وفسر مخطط القابلية للأذى أو المرض ٢٢,٩% من التباين في تصور الانتحار، وفسر مخطط الإذعان ٢١,٨% من التباين في تصور الانتحار. وفسر مخطط الكبت العاطفي ١٣,١% من التباين في تصور الانتحار، وفسر مخطط العجز عن ضبط الذات ١٢,٥% من التباين في تصور الانتحار، وفسر مخطط الفشل ٤,٨% من التباين في تصور الانتحار، وفسر مخطط التعلق/هدم الذات ٣,٨% من التباين في تصور الانتحار، وفسر مخطط التشكيك والإساءة ٢,٣% من التباين في تصور الانتحار، وفسر مخطط الحرمان العاطفي ١% من التباين في تصور الانتحار لدى أفراد عينة البحث من طلاب الجامعة..

٣. يسهم الألم النفسي في التنبؤ بتصور الانتحار حيث يفسر ٢٥% من التباين في تصور الانتحار.

٤. وجود نموذج بنائي يفسر العلاقة بين خبرات الطفولة السلبية وتصور الانتحار في وجود المخططات المعرفية اللاتكيفية المبكرة كعامل وسيط جزئي لدى أفراد عينة البحث من طلاب الجامعة.

٥. وجود نموذج بنائي يفسر العلاقة بين خبرات الطفولة السلبية وتصور الانتحار في وجود الألم النفسي كعامل وسيط كلي لدى أفراد عينة البحث من طلاب الجامعة.

توصيات البحث:

١. تقديم ورش عمل للآباء والمعلمين والمربين لتوعيتهم بأهمية المراحل الأولي في عمر الطفل وأساليب المعاملة التربوية وتأثيرها على نفوس الأبناء، وخطورة تجارب الحياة السلبية التي يتعرضون لها خاصة في المراحل الأولي من العمر في الطفولة والمراهقة وما لها من تأثير على تصور الانتحار لديهم.

٢. تقديم البرامج العلاجية والإرشادية التي تهدف إلى خفض الألم النفسي لدى طلاب الجامعة لما لها من دور فعال في خفض تصور الانتحار.

٣. الاهتمام بمهارات التدريب الوالدي لتعزيز العلاقات بين الوالدين والمراهقين والأطفال، وتنمية الترابط الاجتماعي وإشباع الحاجة إلى الانتماء والترابط مع الآخرين، والشعور بالمشاعر السارة والاستمتاع مع الآخرين والاندماج معهم.

٤. تقديم برامج تنموية وإرشادية لتنمية بعض المتغيرات الإيجابية لدى طلاب الجامعة مثل التسامح، الأمل، الصمود النفسي، ورأس المال النفسي لما لها من دور فعال في تنمية موارد المواجهة للتعامل مع ضغوط الحياة وأزماتها والمحن التي يمر بها الطالب لتعد بذلك عوامل حماية ضد تصور الانتحار.

البحوث المقترحة:

١. تصور الانتحار وعلاقته بالدوجماتية لدى طلاب الجامعة.
٢. القدرة على تحمل الألم النفسي وعلاقته بالتسامح لدى طلاب الجامعة.
٣. النموذج البنائي للعلاقات بين الألم النفسي والمخططات الانفعالية وتصور الانتحار لدى طلاب الجامعة.

المـراجـع:

العمري، على ســعد (٢٠٢٠). قدرة أبعاد الألم النفســي على التنبؤ بالقابلية للانتحار لدى نزلاء دار الملاحظة الاجتماعية من الأحداث الجانحين بمدينة أبها بمنطقة عســير. *مجلة البحوث الأمنية*. ٣٠، (٧٧)، ١٨٩- ٢٤١.

Amalia, V., George, A., Constantinos, T., & Ifigenia, S. (2017). A Psychosocial understanding of suicidal behavior: The contribution of distorted thoughts. *e-Journal of Science & Technology ,13-21*

Anda, R., Tietjen, G., Schulman, E., Felitti, V., & Croft, J. (2010). Adverse childhood experiences and frequent headaches in adults. Headache, 50(9), 1473–1481. doi:10.1111/j.1526-4610.2010.01756.x

Angelakis, I., Gillespie, E.L., Panagioti, M., (2019). Childhood maltreatment and adult suicidality: a comprehensive systematic review with meta-analysis. *Psychol Med*, 49 (7), 1057–1078. https://doi.org/10.1017/S0033291718003823.

Arciniegas, D. B., & Anderson, C. A. (2002). Suicide in neurologic illness. *Current treatment options in neurology*, *4*(6), 457-468.

Arria, A. M., O'Grady, K. E., Caldeira, K. M., Vincent, K. B., Wilcox, H. C., & Wish, E. D. (2009). Suicide ideation among college students: A multivariate analysis. *Archives of suicide research*, *13*(3), 230-246.

Bach, B., Lockwood, G., & Young, J. E. (2018). A new look at the schema therapy model: Organization and role of early maladaptive schemas. *Cognitive Behavior Therapy*, 47(4), 328–349. https://doi.org/10.1080/16506073.2017.1410566

Bao, J., Li, H., Song, W., & Jiang, S. (2020). Being bullied, psychological pain and suicidal ideation among Chinese adolescents: A moderated mediation model. *Children and youth services review*, *109*, 104744,1-11.

Baugh, L. M., Cox, D. W., Young, R. A., & Kealy, D. (2019). Partner trust and childhood emotional maltreatment: The mediating and moderating roles of maladaptive schemas and psychological flexibility. *Journal of Contextual Behavioral Science*, *12*, 66-73.

Beck, A. T., & Steer, R. A. (1991). *Manual for the Beck scale for suicide ideation*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.

Beratis, S. (1991). Suicide among adolescents in Greece. *Br J Psychiatry*, 159:515-9.

Berk, L. E. (2012*). Infants, children, and adolescents* (7th ed.). Boston, MA: Pearson Education.

Berlim, M. T., Mattevi, B. S., Pavanello, D. P., Caldieraro, M. A., Fleck, M. P., Wingate, L. R., & Joiner Jr, T. E. (2003). Psychache and suicidality in adult mood disordered outpatients in Brazil. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *33*(3), 242- 48.

Bernat, J.A., Ronfeldt, H.M., Calhoun, K.S., & Arias, I. (1998). Prevalence of traumatic events and peritraumatic predictors of posttraumatic stress symptoms in a nonclinical sample of college students. *Journal of Traumatic Stress, 11*, 645-664.

Biswas, T., Scott, J. G., Munir, K., Renzaho, A. M., Rawal, L. B., Baxter, J., & Mamun, A. A. (2020). Global variation in the prevalence of suicidal ideation, anxiety and their correlates among adolescents: a populatio based study of 82 countries. *EClinicalMedicine*, *24*.100395.

Blissett, J., Walsh, J., Harris, G., Jones, C., Leung, N., & Meyer, C. (2006). Different core beliefs predict paternal and maternal attachment representations in young women. Clinical Psychology & Psychotherapy, 13(3), 163–171. https://doi.org/10.1002/cpp.482

Bousoño,M. S., Al-Halabí, S., Burón, P., Garrido,M., Díaz-Mesa, E.M., Galván, G., García-Álvarez, L., Carli, V., Hoven, C., Sarchiapone, M., Wasserman, D., Bousoño, M., García-Portilla, M. P., Iglesias, C., Sáiz, P. A., & Bobes, J. (2017). Substance use or abuse, internet use, psychopathology and suicidal ideation in adolescents. *Adicciones*, 29(2), 97–104. https://doi.org/10.20882/adicciones. 811.

Brener, N. D., Hassan, S. S., & Barrios,. (1999). Suicidal ideation among college students in the U.S. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *67*, 1004–1008

Briere, J., & Jordan, C. E. (2009). Childhood maltreatment, intervening variables, and adult psychological difficulties in women: An overview. *Trauma, Violence, and Abuse*, *10*(4), 375–388. https://doi.org/10.1177/1524838009339757.

Briere, J., Kaltman, S., & Green, B. (2008). Accumulated childhood trauma and symptom complexity. *American Journal of Psychiatry*, *21*, 223-226.

Briere, J., Madni, L. A., & Godbout, N. (2016). Recent suicidality in the general population: multivariate association with childhood maltreatment and adult victimization. *Journal of interpersonal violence*, *31*(18), 3063-3079.

Briggs-Gowan, M. J., Carter, A. S., Clark, R., Augustyn, M., McCarthy, K. J., & Ford, J. D. (2010). Exposure to potentially traumatic events in early childhood: differential links to emergent psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *51*(10), 1132-1140.

Brown, B. (2006). Shame resilience theory: A grounded theory study on women and shame. *Families in Society: The Journal of Contemporary Social Services*, *87*(1), 43–52.

Brown, D. W., Anda, R. F., Felitti, V. J., Edwards, V. J., Malarcher, A. M., Croft, J. B., & Giles, W. H. (2010). Adverse childhood experiences are associated with the risk of lung cancer: a prospective cohort study. *BMC public health*, *10*(1), 20.

Byun, E. K., Kim, M. Y., & Kang, E. H. (2020). Factors Influencing Suicide ideation in College Students. *Journal of the Korea Academia-Industrial cooperation Society*, *21*(8), 315-324.

Cáceda, R., Durand, D., Cortes, E., Prendes-Alvarez, S., Moskovciak, T., Harvey, P. D., & Nemeroff, C. B. (2014). Impulsive choice and psychological pain in acutely suicidal depressed patients. *Psychosomatic Medicine*, *76*(6), 445-451

Calvete, E. (2014). Emotional abuse as a predictor of early maladaptive schemas in adolescents: Contributions to the development of depressive and social anxiety symptoms. *Child abuse & neglect*, *38*(4), 735-746.

Campos, R. C., & Holden, R. R. (2015). Testing models relating rejection, depression, interpersonal needs, and psychache to suicide risk in nonclinical individuals. *Journal of Clinical Psychology*, *71*(10), 994-1003.

Campos, R. C., Gomes, M., Holden, R. R., Piteira, M., & Rainha, A. (2017). Does psychache mediate the relationship between general distress and suicide ideation?. *Death Studies*, 41(4), 241–245.

Carr, C. P., Martins, C. M. S., Stingel, A. M., Lemgruber, V. B., & Juruena, M. F. (2013). The role of early life stress in adult psychiatric disorders: a systematic review according to childhood trauma subtypes. *The Journal of nervous and mental disease*, *201*(12), 1007-1020.

Caspi, A., Vishne, T., Sasson, Y., Gross, R., Livne, A., & Zohar, J. (2008). Relationship between childhood sexual abuse and obsessive-compulsive disorder: case control study. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, *45*(3), 177.

Castille, K., Prout, M., Marczyk, G., & Shmidheiser, M. (2007). The early maladaptive schemas of self-mutilators: Implications for therapy. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, *21*(1), 58-71.

Cecero, J. J., Marmon, T. S., Beitel, M., Hutz, A., & Jones, C. (2004a). Images of mother, self, and God as predictors of dysphoria in non-clinical samples. *Personality and Individual Differences*, 36(7), 1669–1680.

Cecero, J. J., Nelson, J. D., & Gillie, J. M. (2004b). Tools and tenets of schema therapy: toward the construct validity of the early maladaptive schema questionnaire– research version (EMSQ-R). *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*, 11(5), 344–357.

Cha, B. C., Franz, P. J., Guzman, E.M., Glenn, C. R., Kleiman, E.M., & Nock,M. K. (2018). Annual research review: Suicide among youth – epidemiology, (potential) etiology, and treatment. *The Journal of Child Psychology and Phychiatry*, 59(4), 460– 82. https://doi.org/ 10.1111/jcpp.12831.

Chapman, D. P., Whitfield, C. L., Felitti, V. J., Dube, S. R., Edwards, V. J., & Anda, R. F. (2004). Adverse childhood experiences and the risk of depressive disorders in adulthood. *Journal of Affective Disorders, 82*(2), 217–225. doi:10.1016/j.jad.2003.12.013

Chávez-Hernández, A. M., Leenaars, A. A., Chávez-de Sánchez, M. I., & Leenaars, L. (2009). Suicide notes from Mexico and the United States: a thematic analysis. *salud pública de méxico*, *51*, 314-320.

Choi, N. n., DiNitto, D. M., Marti, C. N., & Segal, S. P. (2017). Adverse childhood experiences and suicide attempts among those with mental and substance use disorders. *Child Abuse & Neglect, 69*, 252-262

Chompoosri, P. (2021). Sources of suicide methods: a survey in undergraduate students of a Northern Thai university with history of suicidal thoughts. *Asian journal of psychiatry*, *55*, 102502.

Chu, C., Buchman-Schmitt, J. M., Stanley, I. H., Hom, M. A., Tucker, R. P., Hagan, C. R., Rogers, M.L. , Podlogar, M.C. , Chiurliza, B. , Ringer, F.B & Joiner Jr, T. E. (2017). The interpersonal theory of suicide: A systematic review and meta-analysis of a decade of cross-national research. *Psychological bulletin*, *143*(12), 1313.

Clemmons, J. C., DiLillo, D., Martinez, I. G., DeGue, S., & Jeffcott, M. (2003). Co-occurring forms of child maltreatment and adult adjustment reported by Latina college students. *Child Abuse & Neglect, 27*(7), 751-767.

Clemmons, J., Walsh, K., DiLillo, D., & Messman-Moore, T. (2007). Unique and combined contributions of multiple child abuse types and abuse severity to adult trauma symptomatology. *Child Maltreatment, 12*, 172-181.

Condrau, G.(1998). *Martin Heidegger's Impact on Psychotherapy*. Dublin, New York, Vienna: Edition Mosaic.

Conejero, I., Olié, E., Calati, R., Ducasse, D., & Courtet, P. (2018). Psychological pain, depression, and suicide: recent evidences and future directions. *Current psychiatry reports*, *20*, 1-9.

Corcoran, P., Gallagher, J., Keeley, H. S., Arensman, E., & Perry, I. J. (2006). Adverse childhood experiences and lifetime suicide ideation: A cross-sectional study in a non-psychiatric hospital setting. *Irish Medical Journal*, 99(2), 42–45.

Cui, Y., Kim, S. W., Lee, B. J., Kim, J. J., Yu, J. C., Lee, K. Y., & Chung, Y. C. (2019). Negative schema and rumination as mediators of the relationship between childhood trauma and recent suicidal ideation in patients with early psychosis. *The Journal of clinical psychiatry*, *80*(3), 0-0.

Dale, R., Power, K., Kane, S., Stewart, A. M., & Murray, L. (2010). The role of parental bonding and early maladaptive schemas in the risk of suicidal behavior repetition. *Archives of Suicide Research*, *14*(4), 311-328.

DeLisle, M. M., & Holden, R. R. (2009). Differentiating between depression, hopelessness, and psychache in university undergraduates. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development, 42, 46-63.* doi: 10.1177/0748175609333562

Demirkol, M. E., Namlı, Z., & Tamam, L. (2019). Psychological Pain. *Current Approaches in Psychiatry/Psikiyatride Guncel Yaklasimlar*, *11*(2).205-213

Demirkol, M. E., Uğur, K., & Tamam, L. (2020). The mediating effects of psychache and dissociation in the relationship between childhood trauma and suicide attempts. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, *21*(5), 453-460.

Dhingra, K., Klonsky, E. D., & Tapola, V. (2019). An empirical test of the three-step theory of suicide in U.K. university students. *Suicide and Life-threatening Behavior*, 49(2), 478–487. https://doi.org/10.1111/sltb.12437.

Dong, M., Anda, R. F., Felitti, V. J., Dube, S. R., Williamson, D. F., Thompson, T. J., Loo, C. M.,& Giles, W. H. (2004). The interrelatedness of multiple forms of childhood abuse, neglect, and household dysfunction. *Child abuse & neglect*, *28*(7), 771-784. DOI:10.1016/j.chiabu.2004.01.008

Dozois, D. J., Martin, R. A., & Bieling, P. J. (2009). Early maladaptive schemas and adaptive/maladaptive styles of humor. *Cognitive therapy and research*, *33*, 585-596.

Dube, S. R., Anda, R. F., Felitti, V. J., Chapman, D. P., Williamson, D. F., & Giles, W. H. (2001). Childhood abuse, household dysfunction, and the risk of attempted suicide throughout the life span: findings from the Adverse Childhood Experiences Study. *Jama*, *286*(24), 3089-3096.

Dube, S. R., Anda, R. F., Whitfield, C. L., Brown, D. W., Felitti, V. J., Dong, M., & Giles, W. H. (2005). Long-term consequences of childhood sexual abuse by gender of victim. American Journal of Preventive Medicine, 28 (5), 430–438. doi:10.1016/j.amepre.2005.01.015

Dube, S. R., Felitti, V. J., Dong, M., Chapman, D. P., Giles, W. H., & Anda, R. F. (2003). Childhood abuse, neglect, and household dysfunction and the risk of illicit drug use: The adverse childhood experiences study. Pediatrics, 111(3), 564–572.

Eisenberg, D., Gollust, S. E., Golberstein, E., & Hefner, J. L. (2007). Prevalence and correlates of depression, anxiety, and suicidality among university students. *American journal of orthopsychiatry*, *77*(4), 534-542.

Eisenberger, N. I. (2012). The pain of social disconnection: examining the shared neural underpinnings of physical and social pain. *Nature reviews neuroscience*, *13*(6), 421-434.

Eisenberger, N. I. (2015). Social pain and the brain: Controversies, questions, and where to go from here. *Annual review of psychology*, 66, 601-629.

Farazmand, S., Mohammadkhani, P., Pourshahbaz, A., & Dolatshahi, B. (2015). Mediating Role of Maladaptive Schemas between Childhood Emotional Maltreatment and Psychological Distress among College Students. *Practice in clinical psychology*, 3(3),203- 211.

Felitti, V. J. (1993). Childhood sexual abuse, depression, and family dysfunction in adult obese patients: a case control study. *Southern Medical Journal*, *86*(7), 732–736.

Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D.,Williamson, D. F., Spitz, A.M., Edwards, V., et al. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The adverse childhood experiences (ACE) study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245–258. https://doi.org/10. 1016/S0749-3797(98)00017-8.

Fialko, L., Freeman, D., Bebbington, P. E., Kuipers, E., Garety, P. A., Dunn, G., et al. (2006). Understanding suicidal ideation in psychosis: findings from

the Psychological Prevention of Relapse in Psychosis (PRP) trial. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 114*(3), 177-86. doi: 10.1111/j.1600-0447.2006.00849.x

Flamenbaum, R., & Holden, R. R. (2007). Psychache as a mediator in the relationship between perfectionism and suicidality. *Journal of Counseling Psychology*, 54(1), 51– 61.

Fonseca-Pedrero, E., Inchausti, F., Pérez-Gutiérrez, L., Aritio Solana, R., Ortuño-Sierra, J., Sánchez-García, M., Lucas-Molina, B., Domínguez, C., Foncea, D., Espinosa, V., Gorría, A., Urbiola- Merina, E., Fernández, M., Merina Díaz, C., Gutiérrez, C., Aures, M., Campos, M. S., Domínguez-Garrido, E., & Pérez de Albéniz Iturriaga, A. (2018). Suicidal ideation in a community-derived sample of Spanish adolescents. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 11(2), 76–85. https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2017.07.004

Ford, J.D. , Gómez, J.M. , (2015). Self-injury and Suicidality: The impact of Trauma and Dissociation. Taylor & Francis .

Friestad, C., Ase-Bente, R., & Kjelsberg, E. (2014). Adverse childhood experiences among women prisoners: Relationships to suicide attempts and drug abuse. *The International Journal of Social Psychiatry*, 60(1), 40–46. doi:10.1177/0020764012461235

Glaser, D. (2002). Emotional abuse and neglect (psychological maltreatment): A conceptual framework. *Child Abuse and Neglect, 26*, 697–714. https://doi.org/10.1016/ S0145-2134(02)00342-3.

Gratz, K. L. (2001). Measurement of deliberate self-harm: Preliminary data on the Deliberate Self-Harm Inventory. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 23(4)*, 253-263. doi: 10.1023/A:1012779403943

Gutierrez, P. M., Osman, A., Kopper,B. A., Barrios, F. X., & Bagge, C. L. (2000). suicide risk assessment in a college student population. *Journal of Counseling Psychology*, *47*, 403–413

Halstead, R. (2015). *Assessment of client core issues*. Hoboken, NJ: Wiley & Sons

Heffernan, K., Cloitre, M., Tardiff, K., Marzuk, P. M., Portera, L., & Leon, A. C. (2000). Childhood trauma as a correlate of lifetime opiate use in psychiatric patients. *Addictive Behaviors*, *25*(5), 797–803.

Holden, R. R., Mehta, K., Cunningham, E. J., & McLeod, L. D. (2001). Development and preliminary validation of a scale of psychache. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*, *33*(4), 224.

Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., & Layton, J. B. (2010). Social relationships and mortality risk: a meta-analytic review. *PLoS medicine*, *7*(7), e1000316.

Huang, Y., Kuang, L., Wang, W., Cao, J., & Xu, L. (2019). Association between personality traits and risk of suicidal ideation in Chinese university students: Analysis of the correlation among five personalities. *Psychiatry research*, *272*, 93-99.

Hunter, T. (2015). *Assessing the impact of adverse childhood experiences on health behaviors in college students*. (the degree Doctor of Philosophy, Indiana University).

Institute of Medicine. (2002). *Reducing suicide: A national imperative*. Washington, DC: The National Academies Press.

Iskric, A., Ceniti, A. K., Bergmans, Y., McInerney, S., & Rizvi, S. J. (2020). Alexithymia and self-harm: A review of nonsuicidal self-injury, suicidal ideation, and suicide attempts. *Psychiatry research*, *288*, 112920.

Jalali, M. R., Zargar, M., Salavati, M., & Kakavand, A. R. (2011). Comparison of early maladaptive schemas and parenting origins in patients with opioid abuse and non-abusers. *Iranian Journal of Psychiatry*, 6(2), 54–60.

Jobes, D. A., & Joiner, T. E. (2019). Reflections on Suicidal Ideation. *Crisis*, 40(4), 227–230. https://doi.org/10.1027/0227-5910/ a000615.

Joiner, T. E. (2005).*Why people die by suicide.* Cambridge, MA: Harvard University Press.

Jones, T., Nurius, P., Song, C., & Fleming, C. (2018). Modeling life course pathways from adverse childhood experiences to adult mental health. *Child Abuse & Neglect*, *80*, 32-40.

Kazeem, O. T. (2015). A validation of the adverse childhood experiences scale in Nigeria. *Research on Humanities and Social Sciences*, *5*(11), 18-23.

Khajouei Nia, M. K., Sovani, A., & Forooshani, G. R. S. (2014). Exploring correlation between perceived parenting styles, early maladaptive schemas, and depression among women with depressive symptoms in Iran and India-Role of early maladaptive schemas as mediators and moderatos. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 16(12)

Kilic, F., Karakoc, A. A. U., Isik, U., Donmez, F., & Demirdas, A. (2020). Childhood traumas and suicide probability in obsessive-compulsive disorder patients with and without suicide attempts. *Dusunen Adam*, *33*(4), 402-409.

Kim, J. H., Kim, J. E., Won, S. H., Rim, H. D., Kim, B. S., & Lee, S. J. (2013). The role of childhood trauma on early maladaptive schema

domain. *Journal of Korean Neuropsychiatric Association*, *52*(5), 334-341.

Kjøller, M., & Helweg-Larsen, M. (2000). Suicidal ideation and suicide attempts among adult Danes. *Scandinavian Journal of Public Health, 28*(1), 54-61.

Klonsky, E. D., & May, A. M. (2015). The three-step theory (3ST): A new theory of suicide rooted in the "ideation-to-action" framework. *International Journal of Cognitive Therapy*, 8(2), 114–129. https://doi.org/10.1521/ijct.2015.8.2.114.

Klonsky, E. D., May, A. M., & Saffer, B. Y. (2016). Suicide, suicide attempts, and suicidal ideation. *Annual Review of Clinical Psychology*, 12(1), 307–330. https://doi.org/10.1146/annurevclinpsy- 021815-093204

Konick, L. C., & Gutierrez, P. M. (2005). Testing a model of suicide ideation in college students. *Suicide and life-threatening behavior*, *35*(2), 181-192.

Lamis, D. A., Ballard, E. D., & Patel, A. B. (2014). Loneliness and suicidal ideation in drug-using college students. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *44*(6), 629-640.

Lê-Scherban, F., Wang, X., Boyle-Steed, K. H., & Pachter, L. M. (2018). Intergenerational associations of parent adverse childhood experiences and child health outcomes. *Pediatrics*, *141*(6), e20174274 DOI: https://doi.org/10.1542/peds.2017-4274

Levi, Y., Horesh, N., Fischel, T., Treves, I., Or, E., & Apter, A. (2008). Mental pain and its communication in medically serious suicide attempts: An "impossible situation". *Journal of affective disorders*, *111*(2-3), 244-250.

Li, H., Fu, R., Zou, Y., & Cui, Y. (2017). Predictive roles of three-dimensional psychological pain, psychache, and depression in suicidal ideation among Chinese college students. *Frontiers in Psychology*, 8, 1550.

Li, H., Xie, W., Luo, X., Fu, R., Shi, C., Ying, X., Wang, N.; Yin, Q & Wang, X. (2014). Clarifying the role of psychological pain in the risks of suicidal ideation and suicidal acts among patients with major depressive episodes. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *44*(1), 78-88.

Li, L., You, D., Ruan, T., Xu, S., Mi, D., Cai, T., & Han, L. (2021a). The prevalence of suicidal behaviors and their mental risk factors among young adolescents in 46 low-and middle-income countries. *Journal of Affective Disorders*, *281*, 847-855.

Li, S., Wang, S., Gao, X., Jiang, Z., Xu, H., Zhang, S., ... & Wan, Y. (2021b). Patterns of adverse childhood experiences and suicidal behaviors in

adolescents: a four-province study in China. *Journal of affective disorders*, *285*, 69-76.

Ludwig, B., Roy, B., Wang, Q., Birur, B., & Dwivedi, Y. (2017). The life span model of suicide and its neurobiological foundation. *Frontiers in neuroscience*, *11*, 74.

Lumley, M. N., & Harkness, K. L. (2007). Specificity in the relations among childhood adversity, early maladaptive schemas, and symptom profiles in adolescent depression. *Cognitive Therapy and Research*, 31(5), 639–657.

Ma, J., Batterham, P. J., Calear, A. L., & Han, J. (2016). A systematic review of the predictions of the Interpersonal–Psychological Theory of Suicidal Behavior. *Clinical psychology review*, *46*, 34-45.

Mao, Y., Liu, L., Lu, Z. A., & Wang, W. (2022). Relationships between perceived discrimination and suicidal ideation among impoverished Chinese college students: the mediating roles of social support and loneliness. *International journal of environmental research and public health*, *19*(12), 7290.

May, A. M., & Klonsky, E. D. (2013). Assessing motivations for suicide attempts: development and psychometric properties of the inventory of motivations for suicide attempts. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *43*(5), 532-546.

McLean, H. R., Bailey, H. N., & Lumley, M. N. (2014). The secure base script: Associated with early maladaptive schemas related to attachment. *Psychology and Psychotherapy Theory Research and Practice*, 87(4), 425–446.

Mee, S., Bunney, B. G., Reist, C., Potkin, S. G., & Bunney, W. E. (2006). Psychological pain: a review of evidence. *Journal of Psychiatric Research*, *40*(8), 680-690.

Mee, S., Bunney, B. G., Bunney, W. E., Hetrick, W., Potkin, S. G., & Reist, C. (2011). Assessment of psychological pain in major depressive episodes. *Journal of Psychiatric Research*, *45*(11), 1504-1510.

Meerwijk, E. L., & Weiss, S. J. (2013). Toward a unifying definition: response to 'the concept of mental pain'. *Psychotherapy and psychosomatics*, *83*(1), 62-63.

Meerwijk, E. L., & Weiss, S. J. (2018). Tolerance for psychological pain and capability for suicide: Contributions to suicidal ideation and behavior. *Psychiatry research*, *262*, 203-208.

Milesi, I. P., de Araújo, R. M. F., & Bücker, J. (2023). Suicidal behavior and early maladaptive schemas and schema domains. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *211*(7), 514-518.

Mishara, BL. (1999). Conceptions of death and suicide in children ages 6-12 and their implications for suicide prevention. *Suicide and Life- Threatening Behavior*, l29(2):105-18.

Muris, P. (2006). Maladaptive schemas in non-clinical adolescents: Relations to perceived parental rearing behaviours, big five personality factors and psychopathological symptoms. Clinical Psychology & Psychotherapy: *An International Journal of Theory & Practice*, 13(6), 405–413.

Nahaliel, S., Sommerfeld, E., Orbach, I., Weller, A., Apter, A., & Zalsman, G. (2014). Mental pain as a mediator of suicidal tendency: A path analysis. *Comprehensive Psychiatry*, 55(4), 944–951.

Narimani, M., Mahmoodi-Aghdam, M., & Abolghasemi, A. (2012). The role of child abuse and neglect in predicting the early maladaptive schemas domain. *Zahedan Journal of Research in Medical Sciences, 14*(10), 28-32.

National Center for Injury Prevention and Control - CDC. (2022, December ١٥). Adverse Childhood Experiences (ACEs). Retrieved from https://www.cdc.gov/violenceprevention/childabuseandneglect/acestudy/index.html.

Nelson, S., Simons, L. E., & Logan, D. (2018). The incidence of adverse childhood experiences (ACEs) and their association with pain-related and psychosocial impairment in youth with chronic pain. *The Clinical journal of pain*, *34*(5), 402-408.

Nemeroff, C. B. (2004). Neurobiological consequences of childhood trauma. *Journal of Clinical Psychiatry*, *65*, 18-28.

Nicol, A., Mak, A. S., Murray, K., Walker, I., & Buckmaster, D. (2020). The relationships between early maladaptive schemas and youth mental health: A systematic review. Cognitive Therapy and Research, 44(4), 715-751.

Nock, M. K., Borges, G., Bromet, E. J., Alonso, J., Angermeyer, M., Beautrais, A., Bruffaerts, R., Chiu, W. T., de Girolamo, G., Gluzman, S., de Graaf, R., Gureje, O., Haro, J. M., Huang, Y., Karam, E., Kessler, R. C., Lepine, J. P., Levinson, D., Medina- Mora, M. E., Ono, Y., Posada-Villa, J., & Williams, D. (2008). Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. *The British Journal of Psychiatry*, 192(2), 98– 105. https://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.040113.

Norman, R.E., Byambaa, M., De, R., Butchart, A., Scott, J., Vos, T., (2012). The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis. *PLoS Med* ,9, e1001349. https://doi.org/ 10.1371/journal.pmed.1001349.

Orbach, I., Mikulincer, M., Gilboa-Schechtman, E., & Sirota, P. (2003). Mental pain and its relationship to suicidality and life meaning. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *33*(3), 231-241.

Ordóñez-Carrasco, J. L., Sayans-Jiménez, P., & Rojas-Tejada, A. J. (2021). Ideation-to-action framework variables involved in the development of suicidal ideation: A network analysis. *Current Psychology*, 1-12.

Park, C., Park, I. H., Yoo, T., Kim, H., Ryu, S., Lee, J. Y., ... & Kim, S. W. (2021). Association between childhood trauma and suicidal behavior in the general population. *Chonnam medical journal*, *57*(2), 126.

Patterson, A. (2015). *The Role of Unmet Needs in Self-Harming Behaviours* (Doctoral dissertation).

Patterson, A. A., & Holden, R. R. (2012). Psychache and suicide ideation among men who are homeless: A test of shneidman's model. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 42(2), 147–156.

Phillips, M. R., Li, X. Y., and Zhang, Y. P. (2002). Suicide rates in China, 1995-99. Lancet 359, 835–840. doi: 10.1016/S0140-6736(02)07954-0

Pilkington, P. D., Bishop, A., & Younan, R. (2021b). Adverse childhood experiences and early maladaptive schemas in adulthood: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *28*(3), 569-584.

Pilkington, P., Younan, R., & Bishop, A. (2020). Early maladaptive schemas, suicidal ideation, and self-harm: a meta-analytic review. *Journal of affective disorders reports*, 100051.

Pilkington, P., Younan, R., & Bishop, A. (2021a). Early maladaptive schemas, suicidal ideation, and self-harm: a meta-analytic review. *Journal of affective disorders reports*, *3*, 100051, 1-9.

Platt, S. (2012). Understanding suicide: a sociological autopsy. *Sociology of health and illness*, 24: 1122-1123.

Posner, K., Oquendo, M. A., Gould, M., Stanley, B., & Davies, M. (2007). Columbia classification algorithm of suicide assessment (C-CASA): Classification of suicidal events in the FDA's pediatric suicidal risk analysis of antidepressants. American *Journal of Psychiatry*, 164(7), 1035–1043. https://doi.org/10.1176/ajp.2007. 164.7.1035.

Potard, C., Kubiszewski, V., Gimenes, G., & Courtois, R. (2014). Validation of the French version of the Suicidal Ideation Questionnaire among adolescents. *Psychiatry research*, *215*(2), 471-476.

Quirk, S. W., Wier, D., Martin, S. M., & Christian, A. (2015). The influence of parental rejection on the development of maladaptive schemas, rumination, and motivations for self-injury. *Journal of psychopathology and Behavioral Assessment*, *37*, 283-295.

Rafaeli, E., Bernstein, D. P., & Young, J. (2011). *Schema therapy: The CBT distinctive features series*. London and New York: Routledge.

Rezaei, M., & Ghazanfari, F. (2016). The role of childhood trauma, early maladaptive schemas, emotional schemas and experimental avoidance on depression: A structural equation modeling. *Psychiatry research*, *246*, 407-414.

Roemmele, M., & Messman-Moore, T. L. (2011). Child abuse, early maladaptive schemas, and risky sexual behavior in college women. *Journal of Child Sexual Abuse*, 20(3), 264–283.

Roy, A. (2011). Combination of family history of suicidal behavior and childhood trauma may represent correlate of increased suicide risk. *Journal of Affective Disorders*, *130*(1-2), 205-208.

Sajadi, S. F., Arshadi, N., Zargar, Y., Honarmand, M. M., & Hajjari, Z. (2015). Borderline personality features in students: the predicting role of schema, emotion regulation, dissociative experience and suicidal ideation. *International journal of high-risk behaviors & addiction*, *4*(2). e20021.

Saraçlı, Ö., Atasoy, N., Şenormancı, Ö., Atik, L., Açıkgöz, H. O., Doğan, V., ... & Örsel, S. (2016). Childhood trauma and suicide risk in the population living in Z onguldak P rovince. *Asia-Pacific Psychiatry*, *8*(2), 136-144.

Schema Therapy Institute. (20٢2). *Early Maladaptive Schemas*. Retrieved December 23, from http://www.schematherapy.com/id63.htm

Shah, R., Waller, G., (2000). Parental style and vulnerability to depression: the role of core beliefs. J. Nerv. Ment. Dis. 188 (1), 19–25. http://dx.doi.org/10.1097/00005053- 200001000-00004.

Shneidman, E. S. (1993). Commentary: Suicide as psychache. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 181(3), 145–147.

Shneidman, E. S. (1996). *The suicidal mind*. New York.

Shneidman, E. S. (1999). The Psychological Pain Assessment Scale. *Suicide and Life- Threatening Behavior*, *29*, 287-294. doi: 10.1111/j.1943-278X.1999.tb00524.x

Simard, V., Moss, E., & Pascuzzo, K. (2011). Early maladaptive schemas and child and adult attachment: A 15-year longitudinal study. *Psychology and Psychotherapy Theory Research and Practice*, 84(4), 349–366.

Slack, K. S., Font, S. A., & Jones, J. (2017). The complex interplay of adverse childhood experiences, race, and income. *Health & Social Work, 42*(1), 24-31. doi:10.1093/hsw/hlw059

Smyth, J.M., Hockemeyer, J.R., Heron, K.E., Wonderlich, S.A., & Pennebaker, J.W. (2008). Prevalence, type, disclosure, and severity of adverse life events in college students. *Journal of American College Health, 57*(1), 69-76.

Soumani, A., Damigos, D., Oulis, P., Masdrakis, V., Ploumpidis, D., Mavreas, V., & Konstantakopoulos, G. (2011). Mental pain and suicide risk: application of the Greek version of the Mental Pain and the Tolerance of Mental Pain scale. *Psychiatrike= Psychiatriki*, *22*(4), 330-340.

Stone, G.(2001). *Suicide and attempted suicide*. PGW, New York.

Suicide Prevention Resource Center.(2014) *Suicide Among College and University Students in the United States*. Waltham, MA: Education Development Center, Inc.

Swannell, S. V., Martin, G. E., Page, A., Hasking, P., & St John, N. J. (2014). Prevalence of nonsuicidal self-injury in nonclinical samples: Systematic review, meta-analysis and meta-regression. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 44(3),* 273-303. doi: 10.1111/sltb.12070

Teicher, M. H., & Samson, J. A. (2013). Childhood maltreatment and psychopathology: A case for ecophenotypic variants as clinically and neurobiologically distinct subtypes. *American journal of psychiatry*, *170*(10), 1114-1133.

Thimm, J.C., (2010). Mediation of early maladaptive schemas between perceptions of parental rearing style and personality disorder symptoms. J. Behav. Ther. Exp. Psychiatry 41 (1), 52–59. http://dx.doi.org/10.1016/j.jbtep.2009.10.001.

Thompson, M.P. , Kingree, J. , Lamis, D. , (2019). Associations of adverse childhood experi- ences and suicidal behaviors in adulthood in a US nationally representative sample. Child. Care. Health. Dev. 45, 121–128.

Thompson, R., Proctor, L. J., English, D. J., Dubowitz, H., Narasimhan, S., & Everson, M. D. (2012). Suicidal ideation in adolescence: Examining the role of recent adverse experiences. *Journal of adolescence*, *35*(1), 175-186.

Thornton, V. J. (2020). *The Impact of Adverse Childhood Experiences on Suicidal Ideation and Attempts in African American Adolescents: Examining the Moderation Effect of Religious Activity on the Progression of Suicide* (Doctoral dissertation, The University of North Carolina at Greensboro).

Tillman, J. G., Weinberg, E., & Elmendorf, D. (2018). Integrative psychodynamic model for understanding and assessing the suicidal patient. *Psychoanalytic Psychology*, 35(4), 424–432.

Troister, T., & Holden, R. R. (2010). Comparing psychache, depression, and hopelessness in their associations with suicidality: A test of Shneidman's theory of suicide. *Personality and Individual Differences*, *49*(7), 689-693.

Troister, T., & Holden, R. R. (2012). A two-year prospective study of psychache and its relationship to suicidality among high-risk undergraduates. *Journal of clinical psychology*, *68*(9), 1019-1027.

Troister, T., D'Agata, M. T., & Holden, R. R. (2015). Suicide risk screening: Comparing the Beck Depression Inventory-II, Beck Hopelessness Scale, and Psychache Scale in undergraduates. *Psychological assessment*, *27*(4), 1500-1506.

Troister, T., Davis, M. P., Lowndes, A., & Holden, R. R. (2013). A five-month longitudinal study of psychache and suicide ideation: Replication in general and high-risk university students. Suicide and life-threatening behavior, 43(6), 611-620.

Turecki, G., Brent, D. A., Gunnell, D., O'Connor, R. C., Oquendo, M. A., Pirkis, J., & Stanley, B. H. (2019). Suicide and suicide risk. *Nature reviews Disease primers*, *5*(1), 74.

Uğur, K., & Polat, H. (2021). The relationship of suicidal ideation with psychological pain and anger rumination in patients with major depressive disorder. *Archives of psychiatric nursing*, *35*(5), 479-485.

Valikhani, A., Aflakseir, A., Hashemi, R., Fathi, M., Momeni, H., & Abbasi, Z. (2017). The relationship between personality characteristics and early maladaptive schema with suicide ideation in Iranian late adolescents. *Practice in Clinical Psychology*, *5*(4), 271-280

Van Heeringen, K. (2012). Stress-diathesis model of suicidal behavior. *The neurobiological basis of suicide*, *51*, 113.

Van Heeringen, K., Van den Abbeele, D., Vervaet, M., Soenen, L., & Audenaert, K. (2010). The functional neuroanatomy of mental pain in depression. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, *181*(2), 141-144.

Van Orden, K. A., Witte, T. K., Cukrowicz, K. C., Braithwaite, S. R., Selby, E. A., & Joiner, T. E. (2010). The interpersonal theory of suicide. *Psychological Review*, 117(2), 575–600. https://doi.org/10. 1037/a0018697.

Van Orden, K., Cukrowicz, K., Witte, T., & Joiner, T. (2012). Thwarted belongingness and perceived burdensomeness: Construct validity and psychometric properties of the interpersonal needs questionnaire. *Psychological Assessment*, 24(1), 197–215. https://doi.org/ 10.1037/a0025358

Van Vliet, K. J. (2008). Shame and resilience in adulthood: A grounded theory study. *Journal of Counseling Psychology*, *55*(2), 233.

Vrana, S., & Lauterbach, D. (1994). Prevalence of traumatic events and post-traumatic psychological symptoms in a nonclinical sample of college students. *Journal of Traumatic Stress, 7*, 289-302.

Wan, Y., Chen, R., Ma, S., McFeeters, D., Sun, Y., Hao, J., Tao, F.,(2019). Associations of adverse childhood experiences and social support with self-injurious behaviour and suicidality in adolescents. *The British Journal of Psychiatry* 214, 146–152. https:// doi.org/10.1192/bjp.2018.263.

Wang, S., Jing, H., Chen, L., & Li, Y. (2020). The influence of negative life events on suicidal ideation in college students: the role of rumination. *International journal of environmental research and public health*, *17*(8), 2646.

Wang, T., Yao, Z., Liu, Q., Zhao, J., Wang, X., Wong, J. P. H., ... & Jia, C. (2023). The Mediating Effect of Stress between Extracurricular Activities and Suicidal Ideation in Chinese College Students. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *20*(4), 3105.1-11.

Wang, Y.R., Sun, J.W., Lin, P.Z., Zhang, H.H., Mu, G.X., Cao, F.L., (2019). Suicidality among young adults: unique and cumulative roles of 14 different adverse childhood experiences. *Child Abuse Negl*, 98, 104183. https://doi.org/10.1016/j. chiabu.2019.104183.

Wang, Y., Warmenhoven, H., Feng, Y., Wilson, A., Guo, D., & Chen, R. (2022). The relationship between childhood trauma and suicidal ideation, the mediating role of identification of all humanity, indifference and loneliness. *Journal of affective disorders*, *299*, 658-665.

Wilcox, H. C., Arria, A. M., Caldeira, K. M., Vincent, K. B., Pinchevsky, G. M., & O'Grady, K. E. (2010). Prevalence and predictors of persistent suicide

ideation, plans, and attempts during college. *Journal of affective disorders*, *127*(1-3), 287-294.

Woodell, J. M. (2020). *The Effects of Childhood and Adolescent Abuse on Early Maladaptive Schemas* (Doctoral dissertation, Fielding Graduate University).

World Health Organization. (2018). Adverse childhood experiences international questionnaire. *Adverse childhood experiences international questionnaire (ACE-IQ)*, 245-258.

Wright, M. O. D., Crawford, E., & Del Castillo, D. (2009). Childhood emotional maltreatment and later psychological distress among college students: The mediating role of maladaptive schemas. *Child Abuse & Neglect*, 33(1), 59–68.

Xie, W., Li, H., Luo, X., Fu, R., Ying, X., Wang, N., Shi, C. (2014). Anhedonia and pain avoidance in the suicidal mind: Behavioral evidence for motivational manifestations of suicidal ideation in patients with major depressive disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 70(7), 681–692.

Yang, Y., Wang, S., Hu, B., Hao, J., Hu, R., Zhou, Y., & Mao, Z. (2020). Do older adults with parent (s) alive experience higher psychological pain and suicidal ideation? A cross-sectional study in China. *International journal of environmental research and public health*, *17*(17), 6399.

Young, J. E. (1999). Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach (rev. ed.). *Sarasota*, FL: Professional Resources Press.

Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. New York: Guilford Press.

Young, J. E., Rygh, J. L., Weinberger, A. D., & Beck, A. T. (2008). Cognitive therapy for depression. In D. H. Barlow (Ed.). *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual* (pp. 250–305). New York: Guilford Press.

Zeynel, Z., & Uzer, T. (2020). Adverse childhood experiences lead to trans-generational transmission of early maladaptive schemas. *Child abuse & neglect*, *99*, 104235.

Zhou, C., Gao, M., Shi, X., & Zhang, Z. (2022a). Suicidal behavior, depression and loneliness among college students: the role of school belonging. *Psychology, Health & Medicine*, 1-7.

Zhou, S. C., Luo, D., Wang, X. Q., Zhu, J., Wu, S., Sun, T., ... & Liu, Z. (2022b). Suicidal ideation in college students having major depressive disorder: Role of childhood trauma, personality and dysfunctional attitudes. *Journal of affective disorders*, *311*, 311-318.

Zhu, C., Su, R., Huang, F., & Liu, Y. (2022). Existential isolation and suicide ideation among Chinese college students: a moderated mediation model. *Journal of humanistic psychology*, 00221678221106916.

Zoroglu, S. S., Tuzun, U., Sar, V., Tutkun, H., Savaçs, H. A., Ozturk, M., ... Kora, M. E. (2003). Suicide attempt and self-mutilation among Turkish high school students in relation with abuse, neglect and dissociation. *sychiatry and Clinical Neurosciences*, *57*(1), 119–126. doi: 10.1046/j.1440-1819.2003.01088.x

Structural Model of the relationships between Adverse Childhood Experiences, Early Maladaptive Cognitive Schemas, Psychological Pain, and Suicidal Ideation among University Students.

Dr. Ahmed Mohamed Gadalrab Abouzaid
Assistant Professor of Mental Health, Arab East College for Graduate Studies, Previously- Riyadh

Abstract: The research aimed to identify the structural model of the relationships between Adverse childhood experiences, early maladaptive cognitive schemas, psychological pain, and Suicidal Ideation among university students. The sample consisted of 331 university students, and the Adverse childhood experiences scale was used, prepared by Bernstein et al. (2003) translated by the researcher, and the psychological pain scale prepared by the researcher, and the early maladaptive cognitive schemes scale prepared by (Young, 1999) translated by Abd al-Rahman and Saafan (2015), and beck Suicidal Ideation scale prepared by (Beck and Steer, 1991) translated by the researcher. The results of the research indicated that Adverse childhood experiences contribute to predicting Suicidal Ideation, as it explains 27.6% of the variance in Suicidal Ideation, Early maladaptive cognitive schemas also contribute to predicting Suicidal Ideation, Psychological pain also contributed to predicting Suicidal Ideation, as it explained 25% of the variance in Suicidal Ideation. A Structural model was found that explains the relationship between Adverse childhood experiences and Suicidal Ideation in the presence of early maladaptive cognitive schemas as a partial mediating factor among university students. The total statistically significant effect of Adverse childhood experiences on Suicidal Ideation was 58.4%, and the direct effect of early maladaptive cognitive schemes on Suicidal Ideation was 33.1%. A Structural model was found that explains the relationship between Adverse childhood experiences and Suicidal Ideation in the presence of psychological pain as a total mediating factor among university students. The percentage of the effect of psychological pain on Suicidal Ideation was 53.7%, and the total percentage of the statistically significant effects of Adverse childhood experiences on Suicidal Ideation was 58.8%.

Key Words: Adverse Childhood Experiences- Early Maladaptive Cognitive Schemes- Psychological Pain- Suicidal Ideation- University Students- Structural Model.