جامعة دمشق
كلية التربية
قسم الإرشاد النفسي

التشوّهات المعرفية وعلاقتها باضطراب الشخصية الحدية

دراسة ميدانية لدى مرضى عيادات الهلال الأحمر

رسالة مقدمة لنيل درجة الماجستير في الإرشاد النفسي

إعداد الطالبة

رفاه محمد أديب داده

إشراف الدكتورة

كارولين المحسن

المدرسة في قسم الإرشاد النفسي

2017/2018م

1438/1439هـ

الإهداء

إلى أجمل عطايا الله لي ..

إلى من وجودهم يُكسب حياتي لونا" ومعنى..

إلى من علّمني بأن العلم هو الوجود وهو الحياة وهو من يجعلنا آدميين..

إلى من كان لهم الفضل الأول والأخير في وصولي إلى هنا..

إلى مصادر أماني ودفئي في الحياة ....

عائلتي الحبيبة (أبي، أمي، أختي، أخي).

شكر و تقدير

كل الشكر والتقدير إلى من تفضّلت بالموافقة على الإشراف على بحثي ووجّهتني وأرشدتني و دعمتني و وقفت بجانبي طوال الوقت ومنحتني علمها ووقتها وجوّدت عملي بتوجيهاتها...

إلى الدكتورة كارولين المحسن لكِ كل الاحترام والامتنان

كما أقدم شكري و تقديري إلى الأساتذة الأفاضل أعضاء لجنة الحكم... الذين ستكون لملاحظاتهم العلمية القيّمة الدور الأبرز في إثراء هذا البحث والرفع من سويّته العلمية..

والشكر إلى الدكتور ياسر جاموس المحترم لما قدّمه لي من عون وتوجيه كان الركيزة التي استندت إليها في إتمام هذا العمل..

والشكر إلى كل من قدّم لي يد العون من أساتذة و أطباء واختصاصيين نفسيين وزملاء في الاختصاص .....

الباحثة

فهرس المحتويات

الموضوع	الصفحة
إهداء	أ
شكر وتقدير	ب
فهرس المحتويات	ج
فهرس الجداول	و
فهرس الأشكال	ز
الفصل الأول **مدخل إلى الدراسة**	١
مقدّمة الدّراسة	٢
١-١- مشكلة الدّراسة	٢
١-٢- أهميّة الدّراسة	٤
١-٣- أهداف الدّراسة	٤
١-٤- منهج الدرسة	٥
١-٥- أسئلة وفرضيّات الدّراسة	٥
١-٦- حدود الدّراسة	٦
١-٧- مصطلحات الدّراسة	٦
الفصل الثاني **الإطار النظري**	٨
١-القسم الاول: التشوهات المعرفية	٩
تمهيد	١٠
١-١- تعريف التشوّهات المعرفيّة	١٠
١-٢- النموذج المعرفي عند بيك	١١
١-٣- أنواع التشوّهات المعرفيّة	١٢
١-٤- نماذج العمليات المعرفيّة في التشوّهات المعرفيّة	١٥
١-٥- نماذج تشكُّل التشوّهات المعرفيّة	١٧

١-٦- النظريات التطوّريّة للمعارف والتشوّهات المعرفيّة	١٨
١-٧- التشوّهات المعرفيّة في الاضطرابات النفسية	٢٠
١-٨- الآليّات النفسيّة العصبيّة لتشكُّل التشوّهات المعرفيّة (كيف يُشكّل الدّماغ التشوّهات المعرفيّة)	٢٢
١-٩- العوامل في التشوّهات المعرفيّة	٢٨
١-١٠- التشوّهات المعرفيّة لدى المصابين باضطراب الشخصيّة الحدّيّة	٢٨
٢-القسم الثاني: اضطراب الشخصية الحدية	٣١
تمهيد	٣٢
٢-١- تعريف اضطراب الشخصيّة الحدّيّة	٣٢
٢-٢- نسبة انتشار اضطراب الشخصيّة الحدّيّة	٣٢
٢-٣- مآل اضطراب الشخصيّة الحدّيّة	٣٣
٢-٤- العوامل في اضطراب الشخصيّة الحدّيّة	٣٤
٢-٥- تشخيص اضطراب الشخصيّة الحدّيّة	٣٧
٢-٦-أعراض اضطراب الشخصية الحدية	٣٨
٢-٧- الاضطرابات والأمراض النفسيّة المشتركة مع اضطراب الشخصيّة الحدّيّة	٤٢
٢-٨-التشخيص التفريقي لاضطراب الشخصية الحدية	٤٢
٢-٩- دور العائلة والأصدقاء في دعم مرضى اضطراب الشخصيّة الحدّيّة	٤٣
الفصل الثالث **الدراسات السابقة**	٤٥
٣-١- الدراسات العربيّة	٤٦
٣-٢- الدراسات الأجنبيّة	٤٨
٣-٣- تعقيب على الدراسات السابقة	٥١
الفصل الرابع **الإجراءات المنهجية للدراسة**	٥٣
٤-١- المجتمع الأصلي للدّراسة	٥٤
٤-٢- عيّنة الدّراسة	٥٤
٤-٣- أدوات الدّراسة	٥٦

الفصل الخامس **نتائج الدراسة وتفسيرها**	٦٥
٥-١-التوزع الاعتدالي للبيانات	٦٦
٥-٢- نتائج أسئلة الدّراسة	٦٧
٥-٣- نتائج فرضيّات الدّراسة	٨٣
٥-٤- مقترحات الدّراسة	٩٤
ملخص الدراسة باللغة العربية	٩٥
مراجع الدّراسة	٩٦
الملاحق	i
ملخّص الدراسة باللّغة الإنكليزية	I

فهرس الجداول

الجدول	الموضوع	الصفحة
١	محكّات وأبعاد اضطراب الشخصيّة الحدّيّة وفق المجالات الأربعة	٣٨
٢	توزّع العيّنة على العيادات	٥٥
٣	توزّع أفراد عيّنة الدراسة حسب المُتغيّرات المدروسة	٥٥
٤	تصنيف مدى متوسطات درجات أفراد العينة للتشوّهات المعرفيّة	٥٧
٥	معاملات الاتّساق الدّاخلي لمقياس التشوّهات المعرفية	٦٠
٦	اختبار مان–ويتني للصدق الطرفي بين الثلثين الأعلى والأدنى لمقياس التشوّهات المعرفيّة	٦١
٧	معاملات الثبات لمقياس التشوّهات المعرفيّة	٦١
٨	تصنيف مدى متوسطات درجات أفراد العينة لاضطراب الشخصية الحدية	٦٢
٩	معاملات الاتّساق الدّاخلي لمقياس الشخصيّة الحدّيّة	٦٣
١٠	اختبار مان–ويتني للصدق الطرفي بين الثلثين الأعلى والأدنى لمقياس الشخصيّة الحدّيّة	٦٤
١١	معاملات الثبات لمقياس الشخصيّة الحدّيّة	٦٤
١٢	طبيعة توزّع عيّنة الدّراسة	٦٦
١٣	الوزن النسبي للتشوّهات المعرفيّة وترتيبها	٦٧
١٤	نسب التشوّهات المعرفية المنتشرة لدى أفراد عيّنة الدراسة وفق المستويات الثلاث	٦٩
١٥	نسبة انتشار التشوّهات المعرفيّة بمستوياتها الثلاث لدى أفراد عينة الدراسة وفق مُتغيّر الجنس	٧٢
١٦	نسبة انتشار التشوّهات المعرفيّة بمستوياتها الثلاث لدى أفراد عيّنة الدّراسة وفق متغير المرحلة العمرية	٧٧
١٧	نتائج تحليل الانحدار لدراسة أثر التشوّهات المعرفيّة في الشخصيّة الحدّيّة لدى أفراد عينة الدراسة	٨٢
١٨	نتائج معاملات ارتباط بيرسون بين التشوّهات المعرفيّة بأبعادها المختلفة والشخصيّة الحدّيّة	٨٣

١٩	الفروق بين متوسط درجات أفراد عيّنة الدراسة على مقياس التشوّهات المعرفيّة استناداً لمتغيّر الجنس	٦٨
٢٠	الفروق بين متوسط درجات أفراد عيّنة الدراسة على مقياس التشوّهات المعرفيّة استناداً لمُتغيّر المرحلة العمريّة	٨٨
٢١	الفروق بين متوسط درجات أفراد عيّنة الدراسة على مقياس الشخصيّة الحدّيّة استناداً لمُتغيّر الجنس	٩٠
٢٢	الفروق بين متوسط درجات أفراد عيّنة الدّراسة على مقياس الشخصيّة الحدّيّة استناداً لمُتغيّر المرحلة العُمريّة	٩٢

فهرس الأشكال

الشكل		الصفحة
١	الفصوص الدماغية ودور أجزاء الدماغ	٢٤
٢	الفصوص الدماغية	٢٤
٣	توزّع أفراد عيّنة البحث حسب المُتغيّرات المدروسة	٥٦
٤	طبيعة توزّع عيّنة الدراسة	٦٦
٥	الوزن النسبي للتشوّهات المعرفيّة	٦٨
٦	متوسط درجات أفراد العينة على مقياس التشوّهات المعرفيّة استناداً لمُتغيّر الجنس	٨٧
٧	متوسط درجات أفراد العينة على مقياس التشوّهات المعرفيّة استناداً لمُتغيّر المرحلة العمريّة	٨٩
٨	متوسط درجات أفراد عينة الدراسة على مقياس الشخصيّة الحدّيّة استناداً لمُتغيّر الجنس	٩١
٩	الفروق بين أفراد عينة الدراسة على مقياس الشخصيّة الحدّيّة استناداً لمُتغيّر المرحلة العُمريّة	٩٣

الفصل الأول

مدخل إلى الدراسة

مقدمة الدراسة

مشكلة الدراسة

أهمية الدراسة

أهداف الدراسة

أسئلة وفرضيات الدراسة

حدود الدراسة

مصطلحات الدراسة

مقدمة الدراسة:

لقد أصبح علم النفس المعاصر أكثر اهتماما" بدراسة الظروف البيئية والثقافية والعوامل المعرفية ودورها في تشكيل وصياغة الشخصية الإنسانية، إذ تتكون الشخصيّة الإنسانيّة من مجموعةٍ من الصّفات والخصائص التي تميّز كل إنسانٍ عن غيره، وتكون مكتسبةً من التربية، أو متوارثة، ويُشار إلى أن شخصيّة الإنسان خلال مراحل نموّه المختلفة قد تُصاب بشكلٍ من أشكال الاضطرابات، والتي تظهر بشكلٍ واضح خلال السياقات التفاعلية والحياتيّة المختلفة، وقد ينتج عنها بعض السلوكيّات غير السويّة والتي تجنح بعيدا" عن السلوكيّات المقبولة من ثقافة المجتمع، وتلعب العوامل المعرفية دورا" مؤثرا" في ذلك، فتفكير الإنسان وطريقة إدراكه للمواقف المختلفة هو الذي يحدد طريقة استجابته لها بناء على خبراته ومعارفه السابقة عنها، فإما أن يكون إدراكه للمواقف منطقيا" فتكون لديه استجابات منطقية، وإما أن يكون لديه تشوها" معرفيا" يؤدي إلى استجابات غير منطقية، وهو ما نجده في اضطرابات الشخصيّة(Personality Disorders)، ومن هذه الاضطرابات اضطراب الشخصيّة الحدّيّة (Borderline Personality Disorder) (Anderson,1994,1)، أو اضطراب الشخصيّة غير المُستقرّة عاطفيًا (Emotionally Unstable Personality Disorder) كما حدّدها الدليل التشخيصيّ العاشر لمنظمة الصحة العالمية.

١-١- مشكلة الدراسة:

انطلقت مشكلة الدراسة من خلال إطلاع الباحثة على ملاحظات العاملين في العيادات النفسيّة(اختصاصيين وأطباء نفسّيين) حول وجود بعض المرضى الذين يُظهرون نماذج تفكير غير فعّالة ولاعقلانية وأعراضا" خاصة باضطراب الشخصيّة الحدّيّة، مما دفع بالباحثة للاطلاع على أغلب الأدبيات النظرية وعلى عدد من الأبحاث والدراسات حول التشوّهات المعرفيّة واضطراب الشخصيّة الحدّيّة لدى عينات من المرضى المترددين على العيادات النفسية، وبالتالي نبع الإحساس بمشكلة الدراسة، مما ولّد ميلا" عند الباحثة لدراسة التشوهات المعرفية واضطراب الشخصية الحدية لدى عيّنة من المرضى المصابين باضطراب الشخصيّة الحدّيّة المُراجعين لعيادات الدعم النفسي التابعة للهلال الأحمر في مُحافظة دمشق.

فقد برز في السنوات الأخيرة التوجّه للتركيز على أهمية الجانب المعرفيّ من شخصية الأفراد في التأثير على انفعالاتهم وتكيفهم وتوافقهم النفسي والاجتماعي، وأن هناك علاقة وثيقة بين الأفكار والانفعال والسلوك، وبالتالي فالاضطراب الانفعالي لدى الفرد يكون نتيجة لطريقة تفكيره وإدراكه وتفسيراته الخاطئة للأحداث والمواقف التي يتعرض لها في حياته (حسين، 2007: 84).

ويتفق كل من بيك وأليس (Beck , Ellis) على أن المعارف المشوّهة هي التي تُسبب وتُطوّر الاضطرابات الانفعالية والسلوكية، على ضوء ذلك صاغ بيك (Beck) نظريته المعرفية التي ترى بأن كل نمط من أنماط اضطرابات الشخصيّة له سمات تقبع خلفها مجموعة من التشوّهات والمعتقدات اللاعقلانية، والتي تكون قد لعبت دورا" في تطوّر و ازدياد شدّة اضطراب الشخصيّة في المراحل العمرية اللاحقة(Butler et al., 2002 & Bhar et al., 2008).

ويعدّ اضطراب الشخصيّة الحدّيّة من بين اضطرابات الشخصيّة التي استقطبت اهتمام المتخصصين خلال الآونة الأخيرة، بوصفه أحد أكثر اضطرابات الشخصيّة انتشاراً (Anderson,1994:1)، حيث توضّح الدّراسات الوبائيّة أن معدلات انتشاره هي (1,6%) وقد تصل إلى (5,9%)، كما تقدّر نسبة المصابين بهذا الاضطراب بحوالي(60-30%) من المرضى الإكلينيكيين المصابين باضطرابات الشخصيّة بصورة عامة (DSM IV, 2000:708)، ويمثّل تشخيص اضطراب الشخصيّة الحدّيّة نحو (20%) من المرضى النفسيين المقيمين في المشافي (DSM-5,2013,665)، و(9,3%) من المرضى النفسيين المراجعين للعيادات النفسية ، ولا توجد حتى الوقت الحالي الكثير من الإحصائيّات العربيّة والمحلية لمن يُعانون من هذا الاضطراب، باستثناء دراسة إماراتية أوردت وجود (3,8 %) ممن يترددون على مراكز الرعاية الصحيّة يّعانون من الشخصيّة الحدّيّة (عبد الكريم، 2015: 1). ويظهر اضطراب الشخصية الحدّيّة عادةً في وقت مُبكر من مرحلة الرشد حيث يكون في ذروته، ويثبت في فترة العشرينيات (DSM IV,2000) لتتراجع حدّة أعراضه مع التقدّم في العمر، خاصةً في حال التشخيص والتدخل المُبكّر وهو ما أوضحته دراسة شارب وروميرو (Sharp & Romero, 2007:105)، و يشيع حدوثه لدى الإناث أكثر من الذكور وذلك بنسبة (75%)(Leichsenring et al.,2011:75)، كما أنه يحدث حوالي (خمس) مرات أكثر لدى الأقارب من الدرجة الأولى الذين يعانون من هذا الاضطراب، ويتميز بنسبة وفيات مرتفعة بسبب الانتحار لتصل إلى (10%) من الأشخاص المصابين باضطراب الشخصيّة الحدّيّة (Skodol et al., 2002:276)، ومن هنا تبرز الحاجة إلى المزيد من البحث والدراسة لنوع و دور التشوّهات المعرفيّة في اضطراب الشخصيّة الحدّيّة، فقد بيّنت الكثير من الدّراسات أن اضطراب الشخصيّة الحدّيّة غالباً ما يكون له تأثيرات كبيرة على النواحي المعرفيّة والانفعاليّة والجسديّة والاجتماعيّة لدى الفرد والعكس صحيح، الأمر الذي قد يُسهم وبشكل كبير في مساعدة الباحثين والمتخصصين في هذا المجال في فهم التشوّهات المعرفية التي قد تُطوّر اضطراب الشخصيّة الحدّيّة وبالتالي اختيار طرائق العلاج المتناسبة معها.

استنادا" إلى كل ما سبق برزت فكرة الدراسة الحالية في ضرورة إلقاء الضوء على طبيعة التشوّهات المعرفية وعلاقتها باضطراب الشخصيّة الحدّيّة والتي لم تحظَ بدراسات عربية وأجنبية كافية حتى الآن ضمن حدود علم الباحثة. وقد مثّلت هذه المُبررات جميعها دافعاً لدراسة العلاقة بين كلٍ من الشخصيّة الحدّيّة والتشوّهات المعرفيّة. وبناءً على ذلك يمكن أن نحدّد مشكلة الدّراسة في التساؤل التالي:

هل هناك علاقة بين التشوّهات المعرفيّة واضطراب الشخصيّة الحدّيّة لدى عينة من المرضى المشخّصين باضطراب الشخصيّة الحدّيّة المراجعين لعيادات الدّعم النفسيّ بمحافظة دمشق؟

١-٢- أهمية الدراسة على الصعيدين النظري والتطبيقي:

١. توفّر الدراسة الحاليّة إطارا" معرفيّا" ونظريا" غنيّ حول مُتغيّرات الدراسة الحاليّة و هي اضطراب الشخصيّة الحدّيّة والتشوّهات المعرفيّة.

٢. جدّة الدراسة لا سيما على المستوى المحلي، فهي تطرح مفهوما" هاما" وجديدا" نسبيا" لم يخضع للدراسة العمليّة محليّا" وعربيّا"(وذلك ضمن حدود علم الباحثة) وهو مفهوم العلاقة بين التشوّهات المعرفيّة واضطراب الشخصيّة الحدّيّة، وبالتالي ستمهد الدراسة الحاليّة لغيرها من الدّراسات في هذا المجال .

٣. إلقاء الضوء على العيّنة التي تستهدفها الدراسة من المرضى المصابين باضطراب الشخصيّة الحدّيّة، وهي من فئات المجتمع التي لا تحظى باهتمامٍ كبير نظراً لصعوبة تشخيصها من قبل العاملين في ميدان الخدمة الإنسانية على الرغم من حاجة هؤلاء المرضى وعائلاتهم للدعم والمساعدة.

٤. إمكانية التنبؤ بأثر التشوّهات المعرفيّة في اضطراب الشخصيّة الحدّيّة، وأكثر التشوهات المعرفية تاثيرا" بها.

٥. يمكن البناء على نتائج هذا البحث لتطوير برامج إرشاديّة وعلاجيّة قائمة على العلاج الاستعرافي للتشوهات المعرفية عند مرضى اضطراب الشخصية من خلال تصويب التشوّهات المعرفيّة الموجودة لديهم.

٦. تستخدم الدراسة الحاليّة أدوات بحثٍ حديثة تخص المجتمع المحلي وهو ما سيُسهم في إثراء المكتبة بأدوات قيّاس نفسيّة لكلٍ من التشوّهات المعرفيّة واضطراب الشخصيّة الحدّيّة.

١-٣- أهداف الدراسة:

تهدف الدراسة الحاليّة إلى الآتي:

أ. التعرّف إلى التشوّهات المعرفيّة الأكثر شيوعا" لدى مرضى اضطراب الشخصيّة الحدّيّة في عينة الدراسة الحاليّة.

ب. التعرف إلى نسب انتشار التشوهات المعرفية وفق مستويات الشدة الثلاث لدى أفراد عينة الدراسة من مرضى اضطراب الشخصية الحدية.

ج. التعرّف إلى نسب انتشار التشوّهات المعرفيّة وفق مستويات الشدة الثلاث لدى أفراد عينة الدراسة استنادا" إلى متغيرات (الجنس ، المرحلة العمرية).

د. التعرف إلى أثر التشوّهات المعرفيّة في اضطراب الشخصية الحدّيّة لدى عينة الدراسة.

هـ. التعرّف إلى العلاقة بين اضطراب الشخصيّة الحدّيّة والتشوّهات المعرفيّة لدى عيّنة الدراسة.

و. التعرّف إلى الفروق بين أفراد عيّنة الدراسة في كلٍ من اضطراب الشخصيّة الحدّيّة والتشوّهات المعرفيّة استناداً إلى مُتغيّرات (الجنس، المرحلة العُمريّة).

١-٤-منهج الدراسة:

تمّ استخدام المنهج الوصفي، كون الأسلوب الوصفي هو الأكثر استخداما" في دراسة الموضوعات المتعلّقة بالمجالات الإنسانيّة ونظرا" لأن هذه الدراسة ذات طابع نفسي اجتماعي. ويُعرّف المنهج الوصفيّ أنّه: "دراسة الواقع أو الظاهرة كما توجد في الواقع ويهتمّ بوصفها وصفاً دقيقاً ويعبر عنها تعبيراً كميا""، فالتعبير الكيفي يصف لنا الظاهرة ويوضّح خصائصها أما التعبير الكميّ فيُعطيها وصفاً رقمياً يوضّح مقدار هذه الظاهرة وحجمها ودرجات ارتباطها مع الظواهر المختلفة الأخرى(أنجرس، ٢٠٠٦: ٩٩). حيث يتمّ تحليل النّتائج باستخدام الأساليب الإحصائيّة الوصفيّة والاستدلاليّة بحيث يتم مقارنة المتوسطات الحسابيّة باستخدام اختبار (ت). ويمكن القول إن الدراسة الحالية اعتمدت على المنهج الوصفي لاختبار صحة الفرضيّات المطروحة.

١-٥- الأسئلة و الفرضيات

١-٥-١- أسئلة الدراسة:

١- ما أكثر التشوّهات المعرفيّة شيوعا" لدى أفراد عينة الدراسة(مرضى اضطراب الشخصيّة الحدّيّة)؟

٢- ما نسب التشوّهات المعرفيّة المنتشرة لدى أفراد عينة الدراسة(مرضى اضطراب الشخصية الحدّيّة) وفق مستوياتها الثلاث؟

٣- ما نسبة انتشار التشوّهات المعرفيّة بمستوياتها الثلاث لدى أفراد عينة الدراسة(مرضى اضطراب الشخصية الحدّيّة) وفقا" لمتغيرات الدراسة؟

٤- هل هناك أثر للتشوّهات المعرفيّة في الشخصيّة الحدّيّة لدى أفراد عينة الدراسة(مرضى اضطراب الشخصية الحدّيّة)؟

١-٥-٢- فرضيات الدراسة:

١. لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين كلٍ من التشوّهات المعرفيّة والشخصيّة الحدّيّة لدى أفراد عيّنة الدراسة.
٢. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد عيّنة الدراسة على مقياس التشوّهات المعرفيّة تُعزى إلى مُتغير الجنس.
٣. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد عيّنة الدراسة على مقياس التشوّهات المعرفيّة تُعزى إلى مُتغير المرحلة العمريّة (مراهقين – راشدين).
٤. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد عيّنة الدراسة على مقياس الشخصيّة الحدّيّة تُعزى الى مُتغير الجنس.
٥. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد عيّنة الدراسة على مقياس الشخصيّة الحدّيّة تُعزى الى مُتغير المرحلة العمريّة (مراهقين – راشدين).

١-٦- حدود الدراسة:

١-٦-١- حدود موضوعية: تناولت الدراسة الحالية دراسة طبيعة العلاقة بين التشوّهات المعرفية واضطراب الشخصيّة الحدّيّة لدى عينة من المرضى المشخّصين باضطراب الشخصيّة الحدّيّة المراجعين لعيادات الدعم النفسي التابعة للهلال الأحمر في محافظة دمشق، بالإضافة إلى إمكانية التنبؤ بالتشوّهات المعرفيّة المؤثرة في اضطراب الشخصيّة الحدّيّة، باستخدام الأدوات المُعتمدة في الدراسة والأساليب الإحصائية الملائمة، وإمكانية تعميم النتائج على أفراد عينة الدراسة ومن هم في حكمهم.

١-٦-٢- حدود زمانية: تم تطبيق أدوات البحث في محافظة دمشق في الفترة الزمنية الممتدة بين 2017/1/15 وحتى 2017/9/20. وقد استغرق تطبيق الدراسة كل هذه الفترة الزمنية بسبب طبيعة عينة الدراسة التي لا تتردد بشكل منتظم إلى العيادات.

١-٦-٣- حدود بشرية: تم تطبيق هذا البحث على عينة من مرضى اضطراب الشخصيّة الحدّيّة في محافظة دمشق، بلغ عددهم (٥٠) مريضاً ومريضة.

١-٦-٤- حدود مكانية: تم تطبيق الدراسة الحالية في عيادات الدعم النفسي التابعة للهلال الأحمر في محافظة دمشق (الزاهرة، المزة، الميسات).

١-٧- التعريفات النظرية والإجرائية لمصطلحات الدراسة:

١-٧-١-. التشوّهات المعرفيّة (Cognitive Distortions):

يعرّفها بيك وآخرون (Beck) بأنّها "أخطاء ثابتة في التفكير تنتج عن تحيُّز مُمنهج في معالجة المعلومات تتسبّب للأفراد بأن ينظروا للواقع بشكل غير دقيق، وتقودهم إلى استنتاجات خاطئة، وهذه النماذج في التفكير تُعزِّز غالبا" الأفكار والمشاعر السلبية، وتلعب دوراً في ظهور بعض الاضطرابات النفسية، ويُشار إليها بعدة مسميات مثل "أخطاء التفكير" أو "الأفخاخ الذهنية"

(Beck et al., 1990; Adams, 2015)

و تعرّف الباحثة التشوّهات المعرفيّة إجرائيا"" بأنها الدّرجة التي يحصل عليها المفحوص نتيجة إجابته على مقياس التشوّهات المعرفيّة، والذي يتضمن اثني عشر بُعداً تم توضيحها ضمن الفصل الرابع بشكل مفصل.

١-٧-٢-. اضطراب الشخصية الحدّية (Borderline Personality Disorder):

نمط دائم من عدم الاستقرار في المشاعر، والعلاقات الشخصية المتبادلة، وصورة الذات، ويتميّز المُصابون به بالسلوك الاندفاعي وتكرار المحاولات الانتحارية أو التهديد بإيذاء الذات وعدم القدرة على تحمل الشعور المُزمن بالفراغ والغضب والوحدة، ويقع هذا الاضطراب على الحدود بين عدد كبير من اضطرابات الشخصية والعُصاب والذُهان (DSM-5,2013:663).

و تعرّف الباحثة اضطراب الشخصيّة الحدّيّة إجرائيا"" بأنها الدرجة التي يحصل عليها المفحوص نتيجة إجابته على مقياس الشخصيّة الحدّيّة.

الفصل الثاني

الإطار النظري

القسم الأول: التشوّهات المعرفيّة

القسم الثاني: اضطراب الشخصيّة الحدّيّة

١- القسم الأول

التشوهات المعرفيّة

تمهيد

١-١- تعريف التشوّهات المعرفيّة

١-٢- النموذج المعرفي عند بيك

١-٣- أنواع التشوّهات المعرفيّة

١-٤- نماذج العمليات المعرفيّة في التشوّهات المعرفيّة

١-٥- نماذج تشكُّل التشوّهات المعرفيّة

١-٦- النظريات التطوريّة للمعارف و التشوّهات المعرفيّة

١-٧- التشوّهات المعرفيّة في الاضطرابات النفسية

١-٨- الآليات النفسيّة العصبية لتشكُّل التشوّهات المعرفيّة (كيف يُشكّل الدماغ التشوّهات المعرفيّة)

١-٩- العوامل في التشوّهات المعرفيّة

١-١٠-التشوّهات المعرفيّة لدى المصابين باضطراب الشخصيّة الحدّيّة

تمهيد

وضع بيك(Beck) أساس النظريّة المعرفيّة التي ترى بأنّ شعور الفرد وسلوكه يتأثران بشكل قوي بمعارفه، بما في ذلك ماضيه وحاضره وتفسيراته المستقبلية عن ذاته ومستقبله والعالم.

يُعتقد بأنّ المفاهيم والخبرات عمليات فعّالة تعتمد على تفسير المثيرات الداخلية والخارجية ويقال بأنّ الأفراد يُجسدون مظاهر معرفيّة ذات سمات معينة تجعلهم عُرضة للضغط العاطفي، هذه المعارف لا تؤدي بالضرورة إلى الواقع ولكنها تعتمد على ما يُدعى المخطوطة المعرفية (Schema) وهي عبارة عن مواقف أو افتراضات ناجمة عن خبرات سابقة (Beck,1996:6).

تعمل المخطوطة المعرفيّة وفق ألفورد وبيك (Beck & Alford)(1997) على توجيه معالجة المعلومات بطريقة تُنتج التشوّهات المعرفيّة، والتي يُنظر لها على أنها نقص في الفهم العقلاني لموقف أو حدث ما وإعطاء الحقائق المجردة أهميّة لا مُبرر لها، وعندما تحدث هذه التأثيرات تتشوّه عملية صنع القرار وفهم الواقع، ومع الوقت يصبح الأفراد سريعيّ التأثّر بنماذج معيّنة من التشوّهات المعرفيّة والتي بدورها تجعلهم عُرضة لاضطرابات انفعاليّة (عاطفية) معيّنة، وتكمن المخططات المعرفيّة على مستوى غير واعٍ مما يجعل تعريفها وتقييمها وقياسها صعبا" (Baranoff et al., 2006:134).

ودرس بيك (Beck) مع زملائه خلال العقود الخمسة الماضية وطوّروا النظرية المعرفيّة وتقييم وعلاج التشوّهات المعرفيّة، وكان أحد الإسهامات الأساسية للنظرية المعرفيّة هو تأكيدها على تأثير محتوى الأفكار المفرطة الحساسية والتي تشير إلى المفاهيم المشوّهة أو الغير واقعية في الخلل الوظيفيّ النفسيّ (Beck,1963) ، وبالمُجمل قد تنجم المعارف عن الخبرات السابقة أكثر من الواقع ولذلك قد تُشوّه.

١-١- تعريف التشوّهات المعرفيّة:

يُشار إلى التشوّهات المعرفيّة (Cognitive Distortions) بعدة مسميات "أخطاء التفكير" أو "التفكير الخاطئ" أو "الأفخاخ الذهنية"، وتشير إلى الطّريقة التي يُشوّه بها دماغنا المعلومات ليُعطينا نظرة غير دقيقة عن العالم، مثال: (الأشياء تسير بشكل خاطئ بالنسبة لي دائما)، (أنا فاشل تماما في كل شيء)، (لا أستطيع أن أثق بأي كان) (Adams ,2015).

وقد وضع الطبيب النفسي آرون بيك(A.Beck) (1967) العمل الأساسي لدراسة التشوّهات المعرفيّة وعرّفها كأخطاء محدّدة ومتّسقة في التفكير تنبثق من التحيُّز المُنتظم في معالجة المعلومات بشكل خاطئ، وتابع طالبه ديفيد بيرن (D. Burn) البحث فيها وقدّم ضمن كتابه الشعور بخير (Feeling good) معلومات حول مظاهر التفكير هذه مع كيفية التخلص منها (Haynes et al., 2007:14).

ويعتقد المُعالجون المعرفيّون بأنّ التشوّهات المعرفيّة هي الأفكار التي تتسبّب للأفراد بأنّ ينظروا للواقع بشكل غير دقيق، وهذه النماذج في التفكير تُعزِّز غالبا" الأفكار والمشاعر السلبيّة، إذ تميل التشوّهات المعرفيّة للتدخل في الطريقة التي ينظر فيها الفرد إلى الحدث، وبما أن طريقة تفكير الفرد تتدخل في

الطريقة التي يشعر بها الفرد، فإن هذه الأفكار المشوّهة قد تُغذي المشاعر السلبية، وتقود الفرد للتأثر بالتشوّهات المعرفيّة باتجاه نظرة سلبية شاملة عن العالم وبالتالي تؤدي به إلى حالة عقلية قلقة أو اكتئابيه أو مضطربة عموما" (Kessels&Malinow,2009:344)، وعلى الرغم من أنه قد تمّ تعريف التشوّهات المعرفيّة في العلاج المعرفيّ السلوكيّ إلا أنه يميل إلى تصنيف التشوّهات فقط ومن ثم يواجه الأفكار السلبية الناتجة عنها دون التركيز على التشوّهات المعرفيّة نفسها، كذلك عرّف هاغا وآخرون (1991) التشوّه المعرفيّ على أنه حكم أو نتيجة لا تتوافق مع مقياس ما مقبول عموما" للواقع الموضوعي(Haaga et al., 1991:219).

وبشكل مماثل عرّف مؤلفون آخرون التشوّهات المعرفيّة كطرق غير صحيحة في التفكير تُعنى بالخبرات وتمنحها معنى(Barriga et al., 2000:37)، أما فريمان وأوستر (1999) فقد عرّفا التشوّهات المعرفيّة كأخطاء في المنطق تؤدي إلى استنتاجات خاطئة (Freeman &Oster, 1999:111).

١-٢-النموذج المعرفي عند بيك:

وضع بيك (Beck) النظرية المعرفية القائمة على أن مشاعر الفرد وسلوكه يتأثران بمعارفه متضمنة تفسيراته الماضية والحاضرة والمستقبلية عن ذاته ومستقبله والعالم من حوله.

يرى بيك (Beck) بأن المفاهيم والخبرات هي عمليات فعالة تعتمد على آلية تفسير المثير الداخلي والخارجي، ويجسد الأفراد مظاهر معرفية تجعلهم معرضين للضغط العاطفي، ولا تُماثل هذه المعارف بالضرورة الواقع ولكنها تعتمد على مواقف أو افتراضات ناجمة عن خبرات سابقة(Beck, 1979:3).

و بالتالي فقد تنجم المعارف عن خبرات سابقة أكثر من كونها ناجمة عن واقع حالي مما يجعلها أكثر عرضة للتشوّه.

ويعد نموذج بيك (Beck)من النماذج النفسية المهمة ، حيث يفترض أن الاضطرابات النفسية تنشأ على أساس الاضطرابات المعرفية، إذ تتصف البنى المعرفية بالتشوه بدرجات مختلفة، فالتشوهات المعرفية شكل من أشكال التمثيل غير الملائم للمعلومات، إذ يرى بيك(Beck) أن الناس يستجيبون للأحداث انطلاقا من المعاني التي يعطونها لها، وهذه الاستجابات اتجاه الأحداث تؤدي إلى ردود فعل انفعالية متباينة للموقف الواحد باختلاف الأشخاص، بل ومن الشخص الواحد في أوقات مختلفة. ومن الأفكار الأساسية في النموذج المعرفي للانفعالات أو الاضطرابات الانفعالية والتي حددها بيك في ثالوثه المعرفي لحدوث الاضطرابات النفسية ، الفكرة التي تنادي بأن المعنى الخاص لحادث ما هو الذي يحدد الاستجابة الانفعالية تجاهه، وبذلك فإن طبيعة الاستجابة الانفعالية أو الاضطراب الانفعالي لدى شخص ما تتوقف على ما إذا كان هذا الشخص يدرك الأحداث على أنها إضافة أو حدث أو تهديد أو اصطدام بالنسبة لمجاله الشخصي الذي يتألف من جملة الأشياء التي يعطيها أهمية خاصة، ومن بينها مفهومه عن ذاته ومستقبله والعالم من حوله (Beck, 1979: 5).

١-٣- أنواع التشـوّهات المعرفيـّة:

ظهر مصطلح التشوّهات المعرفيّة في كتابات بيك (Beck,1963)، حيث لاحظ بأنّ المرضى أظهروا مظاهر عمليات معرفيّة مُنظّمة ولكنها خاطئة، ولاحظ بأنّ معالجة المعلومات الخاطئة بشكل تنبؤي أدّى إلى مشاعر وسلوكيات لا تكيفية، وحدّد التشوّهات المعرفيّة الستة الأساسية التاليـة:

١- القفز إلى النتائج (Arbitrary Inference):

يُشار إليه أيضا" بالاستدلال الاعتباطي وهو تفسير المواقف والأحداث أو الخبرات دون دعمها بدليل أو بمواجهة دليل غير مؤكد (Beck, 1963:340).

٢- التجريد الانتقائي:(Selective Abstraction)

يُشار إليه أيضا" بالفلترة العقلية وهو تركيز المصادر على تفصيل واحد لحالة ما في حين يتم تجاهل تفسيرات وتفاصيل أخرى أكثر ظهوراً (Burns,1999:8 & Freeman et al., 2004:5)

٣- فرط التعميم (Overgeneralization):

حيث يُنظر إلى الأحداث السلبية كتعميمات شاملة أكثر من كونها معزولة أو محددة أو قليلة الحدوث (Freeman et al., 2004: 5).

٤- التهويل والتهوين (Minimization & Magnification):

يُشار إليه أيضاً بالتفكير الكارثيّ ويُقصد به الأخطاء الكبرى في التقييم والتي ينظر فيها الفرد إلى الأحداث السلبية وكأنها كارثيّة ولا يمكن تحمّلها أو أن تُعامَل الأحداث الإيجابية على أنّها حقيقية ولكنّها غير هامة (Freeman, 2004:5 & Beck, 1963:341).

٥- الشـخصنة (Personalization):

وهي افتراض أن شـخصا" ما هو سبب حدث خارجي معيّن عندما تكون عوامل أخرى هي المسؤولة (Freeman, 2004:5).

٦- التفكير المطلق والتفكير الثنائيّ (Absolutistic Thinking):

يُشار إليه أيضاً بتفكير الكل أو اللا شيء، يُنظر إلى الأفكار في هذا التشوّه كفئات حصرية متبادلة دون أن يكون بينها ظلال رمادية (Freeman,2004:5).

ومنذ أن عرّف بيك التشوّهات المعرفيّة المذكورة سابقا" عرّف العلماء تشوّهات معرفيّة أخرى وفيما يلي قائمة للتشوّهات المعرفيّة الأخرى التي تمت ملاحظتها:

٧- اللوازم أو الينبغيات (Should statements):

استخدام عبارات (يجب وينبغي / عليك أن) لتقديم دافع للتحكّم بالسلوك (Freeman, 2004:5).

٨- الوصم (Labeling):

يتم وصم الذّات بشكل شامل أكثر من مواقف محددة أو سلوكيات فالفشل في مهمة يؤدي إلى وصمه لذاته بأنّه فاشل.

٩-الاستدلال العاطفي (Emotional Reasoning):

يعتمد صنع القرار على ردّ الفعل العاطفي أكثر من اعتماده على المنطق، فكون الشخص يشعر بطريقة معينة فذلك لأن شعوره يعكس الطبيعة الحقيقية للموقف (Freeman, 2004:5).

١٠- التنبؤ بالمستقبل(Fortune-Telling):

و يُقصد به التوقّعات السلبيّة عن أحداث المستقبل والتي لم تحدث وتعتبر كحقائق عند الفرد.

١١- قراءة الأفكار(Mind-Reading):

وهو الافتراض بأن الآخرين يفكرون أو يتصرفون بشكل سلبي دون وجود دليل داعم يؤكّد صحة هذا الافتراض.

١٢- تكريس قيمة الذات(Externalization of self-worth):

هذا التشوّه يعتمد على عوامل خارجية أكثر من اعتماده على عوامل داخلية، عوامل كما يفكر به الآخرون عني (Freeman & DeWolf, 1992:7).

١٣-المقارنة (Comparison):

مقارنة الفرد سلبيا" بالآخرين بطريقة تؤدي إلى استنتاج أن الفرد أدنى من الآخرين (Freeman & Oster, 1999:111).

١٤-الكماليّة أو المثاليّة (Perfectionism):

و يُقصد بها أن الفرد عليه أن يكتسب معايير من الكمال غير قابلة للتحقيق دون الرجوع إلى دليل على عقلانية هذه المعايير. (Freeman & DeWolf 1992:8 & Freeman & Oster, 1999:112).

١٥- اللوم (Blaming):

الاعتقاد بأنّ الآخرين مسؤولون عن مشاكل الفرد، يمنع هذا التشوّه الفرد من ملاحظة دوره في مشاكله (Burns, 1999:11).

كما اقترح فريمان وغيلسون (1999) لاحقا" بأنّه إضافة إلى معالجة التشوّهات المعرفيّة ينخرط الأفراد غالبا" بالتفكير المُغالط أو المزيّف مثل:

١- التغيير المزيّف(Fallacy of change):

و هو الاعتقاد بأنّ الفرد يستطيع أن يغيّر تفكير الآخرين أو كيفية تصرفهم، غالباً سعادة الفرد مشروطة بتفكير الآخرين (Gilson & Freeman, 1999:13).

٢- الإنصاف المزيّف:(Fallacy of fairness)

و هو الاعتقاد بأنّ العالم يجب أن يكون مكانا" عادلا" (Gilson & Freeman, 1999:13).

٣- التجاهل المزيّف (Fallacy of ignoring):

وهو الاعتقاد بأنّ تجاهل أو تجنّب المشكلات سيجعلها تختفي(Gilson & Freeman, 1999:13).

٤- الفكرة الخاطئة بأنك محقٌ على الدوام (Fallacy of being right):

وهو الاعتقاد بأن يكون الفرد مخطئا" هو أمر كارثيّ ويجب على الفرد أن يبرهن باستمرار بأن أفكاره وتصرفاته صحيحة (Gilson & Freeman, 1999:14).

٥- الارتباط المزيّف(Fallacy of attachment):

اعتقاد الفرد كونه في علاقة حميمة سيحلّ مشاكل أخرى لا علاقة لها بها(Freeman, 1999:14).

٦- التحكُّم المزيّف (Fallacy of control):

اعتقاد الفرد بأنّه محكوم بعوامل خارجية أو داخلية، يؤدي التحكم الخارجي إلى الاعتقاد بأن الفرد غير قادر على التحكم بأفكاره ومشاعره وسلوكياته، في حين يولّد التحكّم الداخلي المعتقدات عن المسؤولية غير الواقعية للأحداث الخارجية (Gilson & Freeman, 1999:15).

٧- الثواب المزيّف (Heaven`s reward fallacy):

اعتقاد الفرد بأنّه إن كان يؤدي كل شيء بشكل كامل سيُكافأ، وفي حال لم تأتِ المكافأة سينجم الغضب وخيبة الأمل لديه (Gilson & Freeman, 1999:15).

٨- القلق المزيّف(Fallacy of worrying):

الاعتقاد بأنّ للقلق ميّزة سحريّة تمنع الظروف السلبية (Gilson & Freeman, 1999:15).

واقترح باحثون آخرون تشوّهات معرفيّة تتجسد في اضطرابات خاصة ومحددة، فعلى سبيل المثال ظهرت تشوّهات لوم الذات والانشغال بالخطر لدى المرضى الذين يعانون من اضطراب الشدة ما بعد الصدمة، في حين ظهرت تشوهات التقليل من قيمة الذات لدى المراهقين السجناء (Barriga,2000:43).

أما ناجافيتس وابستين (Najavits&Epstein) اقترحا سلسلة من التشوّهات المعرفيّة المرتبطة باضطراب إساءة استخدام العقاقير والمواد وتضمنت(Najavits et al., 2004:162):

١- **الهروب (Escape):** يمثّل عدم القدرة على تحمل المشاعر أو حل المشكلات، حيث يبدو الحل الوحيد هنا هو: المخدرات – إيذاء الذات – النوم – الطعام .... الخ.

٢- **الإذن الخطِر (Dangerous Permission):** في هذا التشوّه يُعطي المرضى الإذن لأنفسهم بسلوك تدمير الذات.

٣- **الضلال الزمني (Time Warp):** في هذا التشوّه يشعر الفرد وكأن المشاعر السلبية ستستمر إلى الأبد.

٤- **التفكير قصير الأمد (Short term Thinking)**: في هذا التشوّه يتم التركيز هنا على كيفية شعور الفرد لدقائق قليلة على الأمد القصير فقط.

٥- **المُتعة الماضية (The good old days)**: يتذكر الفرد هنا المتعة القصوى الناجمة عن المخدر أو العلاقة المؤذية جسديا" فقط.

تحدّد هذه القائمة من التشوّهات المعرفيّة على الرغم من عدم شموليتها كثيراً من الأخطاء الشائعة في التفكير والتي قد تؤثر فعليا على كل مظهر من حياة الفرد، ويذكر روزنفيلد "على الرغم من أن درجة معينة من التشوّهات المعرفيّة طبيعية عند الكائنات البشرية ولكن يُظهر الأفراد الذين يعانون من الاضطرابات الانفعالية درجة أكبر من التشوّه الفكري والذي يكون أكثر شيوعاً لديهم".

.(Rosenfield, 2004:187)

١-٤-نماذج العمليات المعرفيّة في التشوّهات المعرفيّة:

تمتّع مفهوم التشوّهات المعرفيّة بقبول واسع الانتشار في الممارسة العياديّة وأثبت صلاحيته في البحث التجريبي (Najavits et al., 2004:168) ، وينظر بعض الباحثون إلى التشوّهات المعرفيّة على أنّها ظاهرة معقدة تحدث خارج الإدراك الواعي، وترتبط بمجموعة من الاضطرابات النفسية والشخصيّة والسلوك الغير فعّال والمشاكل العاطفية.

اقترح كيلي (Kelly) في نظريته عن البناء الشخصيّ، بأن الأشخاص يطوّرون مواقف معرفيّة تنبؤيه بالاستناد إلى الخبرات السابقة، حيث يُنشئ جزء من هذا التنظيم المعرفيّ مخطوطات معرفيّة تقريبيّة(Schema)_ وهي عبارة عن تنظيمات عقليّة للمعلومات ناجمة عن خبرات سابقة تستخدم لتميّيز الأحداث الجديدة _ تسهّل هذه المخطوطات ترميز الأحداث الجديدة، وتوجيه الأفراد إليها، واقتراح طرقا" للبحث عن معلومات أكثر، وتقديم معلومات مفقودة لملء الثغرات في المفهوم والتفسير، وبالتالي فإنّ هذه البُنى المعرفيّة توجّه وتصفّي وترمّز وتقيّم الخبرة الجديدة.

إضافة إلى ذلك تؤثّر المخطوطات المعرفيّة في كلٍ من الذاكرة الآنية والذاكرة الارتجاعية، فعلى سبيل المثال: في معتقدات :(لا يمكن الوثوق بالآخرين)، والتصنيف الخاص للأحداث، قد يؤدي إلى توقعات وسوء تفسير للأحداث بطريقة تتماشى مع ذلك المعتقد (Anderson,1994:53)، وكما يرى بيك فإن أحد التأثيرات السلبيّة للتصنيف الغير دقيق للأحداث هو مساهمته في تشوّيه الواقع الموضوعي

.(Beck,1963)

هناك عدد من نماذج المعالجة المعرفية التي تحاول أن تفسّر كيفية معالجة الأفراد للمعلومات و أداء مهمّات معرفيّة تؤثّر بدورها في كل مظاهر السلوك والمشاعر.

* فمن جهة حاول كيندال (Kendal,1992:3) أن يوجز العمليّة المعرفيّة كما تحدث عند الكائنات البشرية، واقترح بأنّ معالجة المعارف الإنسانيّة يتضمن أربعة عناصر أساسيّة مميزة وهي:

١- المحتوى المعرفيّ

٢- العمليّة المعرفيّة

٣- البنية المعرفيّة

٤- الناتج المعرفيّ

حيث عرّف كيندال المحتوى المعرفي على أنّه حديث ذاتيّ داخلي للفرد يتضمن الأفكار، المعتقدات، والصور، مُخزن ومُنظم في الذاكرة (Kendal,1992:3).

في حين تُشير العملية المعرفيّة إلى النظام الفعّال الذي يسمح للعملية المعرفيّة بالحدوث، على سبيل المثال: تتضمن معالجة المادة المعرفيّة: وظائف الذاكرة، الانتباه، الترميز، الاسترجاع.

أما البنية المعرفية فيقصد بها مخطّطات أو قوالب تُنظم من خلالها المعلومات وتُخزن في الذاكرة الطّويلة الأمد، ترتبط بمحفّزات معينة.

وأخيرا يُشار إلى المنتجات المعرفيّة على أنّها نتيجة للعمل المُتبادل بين المحتوى والعمليّة و البنية.

ويرى كيندال بأنّ الطّريقة التي تُنتقى فيها المعلومات وتُنظم في هذه التركيبات تولّد عناصر أخرى من المعرفة، كالتفكير المشوّه والذي يكمن بشكل أكبر داخل الوعي، وبالتالي صنّف العملية المعرفية الخاطئة كتشوّه معرفي فعّال أكثر من كونه عجزاً معرفياً ناجماً عن عجز في الوظيفة المعرفيّة (Kendal,1992:4).

وحسب كيندال فإنّ المعارف غير الفعّالة هي ناتج ثانوي للمعالجة المعرفية اللا تكيفية، والمُعرّفة على أنها تشوّهات معرفيّة، وتُشارك هذه المعارف المشوّهة في تحفّيز مشاعر وسلوكيّات متنوعة، وغالباً ما يكون تحديد وتحدي هذه المعارف في وعي الفرد هو هدف العلاج المعرفيّ.

* من جهة ثانية ترى يوريكا (Yurica) بأنّ الفشل في التفكير بشكل فعّال قد يشوّه تجارب وخبرات الفرد (Yurica,2002:118).

* و لاحظ العلماء المعرفيّون والاجتماعيّون بأنّ "المعرفة تحدث على مستويين: الأول: عميق ويحتاج لجهد، والآخر: تلقائي وسطحي" (Chaiken&Trope, 1999:420).

فعندما ينخرط الأفراد في التفكير السطحي، يميلون إلى ارتكاب الأخطاء في الحكم (اتخاذ القرار)، معتمدين بذلك على المشاعر أو على عنصر ملحوظ من المواقف قد لا يكون بالضرورة عنصرا" هاما" في الموقف.

و بناءً على ما سبق وانسجاما" مع هذه النظرية فإن لدى الفرد طريقتين مستقلتين على الأقل للمعالجة المعرفيّة والوصول إلى قرارات تتعلّق بالأحداث الهامة (والتي غالبا ما تكون اجتماعيّة)، تستخدم **الطريقة**

الأولى النّظام التجريبي الذي يستخدم المُوجّهات، ويأخذ فواصل ذهنية ليصل إلى الأحكام بسرعة، ويلجأ بشكل آلي إلى الاستدلال العاطفي الذي يعتمد على الإشراط، ويتماشى مع مخططات الطفولة المبكرة المعرفيّة(Early Childhood Schema)(Gilbert,1998:448)، أما **الطريقة الثانية** في المعالجة المعرفيّة فتستخدم نظاما" إراديا" عقلانيا"، والذي يعمل ببطء أكثر عندما يرتبط مع المعلومات المخزنة في الذاكرة والمعارف، ولدى هذا النظام القدرة على المشاركة في أشكال مجرّدة استنتاجيّة منطقيّة للتفكير بطريقة واعية ودون تأثير للإشراط والتجارب السابقة

.(Power & Brewin, 1991; Gilbert, 1998:448)

وبالمجمل فإن الخبرات والتجارب الشخصية تدعم المعالجة المعرفية والبنى المعرفية والناتج المعرفي لتؤكد على احتمالية كون توقعات الفرد عقلانية أو مشوّهة (Beck et al., 1979:187).

١-٥- نماذج تشكُّل التشوّهات المعرفيّة:

* طرح جلبرت (Gilbert,1998) تفسيراً تطورياً للتشوّهات المعرفيّة، إذ نظر إلى التشوّهات المعرفيّة كاستجابة تكيفيّة أساسية لإدراك التهديد أكثر من كونها مجرد تفكير غير تكيفيّ، وذكر بأن التفكير المشوّه هو عملية مُكتسبة أكثر من كونها فشل في معالجة المعلومات لدى الفرد، وهي نتيجة ملايين السنين من عملية صنع القرار السريع في الحالات المهددة.

ووضح جلبرت بأنّ الكائنات البشرية نشأت لتفكر بشكل تكيفيّ، وأضاف بأن التفكير السلبيّ حتى عندما يكون عقلانياً قد يكون غير وظيفيّ أحياناً، فعلى سبيل المثال: عندما تزوّد البيئة الأشخاص بالكثير من المعلومات التي يكون من المستحيل إدراكها وتحليلها وتفسيرها واستخلاص نتائج حول كل جزء من المحفّزات، ولا يكون هناك وقتٌ كافٍ للتفكير، يُجبرون على اتخاذ قرارات توجيهيّة حول العديد من الأحداث خاصة عند مواجهة الحالات الطارئة أو حتى الإدراك المجرد للتهديد، وتظهر هنا استجابة: أهجم أو أهرب، في هذه الحالة قد يبرهن التفكير المشوّه الذي يأخذ شكل الانحياز للتهديد على أنه تكيفيّ ويساعد على التصرف بسرعةٍ في حالة التّهديد.

وبالتالي رأى بأنّ التشوّه المعرفيّ يحدث بشكل طبيعي عندما يتخذ الفرد قرارات ذات دلالة وتكون جزءاً من التكوين الطبيعيّ للدماغ البشري، على سبيل المثال اقترح جلبرت بأنّ التفكير الثنائي المطلق ساعد في هدف تخفيف زمن ردّ الفعل والذي خفّف بدوره المدّة الزمنيّة التي يبقى فيها الفرد بحالة تهديد، كذلك قد يخدُم الاستدلال العاطفي والقفز إلى النتائج وظائف مشابهة تحمي الأفراد من التعرض للتهديد من خلال تسهيل عملية صنع القرار(Gilbert,1998:453).

* أما ميلون فاقترح بأنّه يمكن أن توضَّح الشخصيّة واضطرابات الشخصيّة كمحاولات للتبنّي ونتيجة لتطوّر الأفراد، فالشخصيّة هي عبارة عن محاولة الفرد لتبنّي بيئة مُفترضة واضطرابات الشخصيّة هي نتيجة للعجز الوظيفي اللا تكيفيّ مع هذه البيئة، هذا العجز الذي يحدث بسبب التشوّه المعرفيّ وقيود الحماية (كالكبح والتجنب)، اللذان يحدّدان التوقّعات من أجل التعلّم الجديد والأحداث المُساء فهمها وردود الفعل الغير مرغوبة والمُثارة من الآخرين، حيث تعزّز هذه المشكلات حلقة هدم الذّات المفرغة للمشكلات الشخصيّة والأزمات الشخصيّة الجديدة التي تضخّم الكرب وتدفع الأشخاص بعيدا" عن التقيّيم الحيادي للواقع مما ينعكس على كل المجالات في حياة الفرد (Milon,1996:15).

١-٦-النظريات التطوريّة للمعارف و التشوّهات المعرفيّة:

هناك عدد من النظريات التي تحدّد تطوّر التشوّهات المعرفيّة والتي تتماشى مع النظريات المعرفيّة للاضطرابات الانفعالية (Alford&Beck, 1997:90).

اشتركت ليدن و نيومن و فريمن وموريس (1993) في عمل مشترك لدراسة تطور اضطراب الشخصيّة الحدّيّة، واستخدمت المراحل التطوّرية الاجتماعيّة النفسيّة لإريكسون و بياجيه كطريقة لتفسير كيفية تطوّر المخططات المعرفيّة والتشوّهات المعرفيّة عند المصابين باضطراب الشخصيّة الحدّيّة، واقترحت بأنّ المراحل الاجتماعيّة والنفسيّة لإريكسون و بياجيه قد تخدم كعلامات تطوّرية للمخطّطات المعرفيّة (الثقة مقابل عدم الثقة، الاستقلالية مقابل الخجل والشك، المبادرة مقابل الذنب، المثابرة مقابل الدونية) ورأت بأنّ الفشل في هذه المراحل يعرّض الأفراد إلى اكتساب مخططات معرفيّة لا تكيفيّة، والنجاح أو الفشل في كل من هذه المراحل يؤدّي إلى النتائج التالية:

- المرحلة الأولى: العمر من الولادة إلى (١٨ شهر)

تتطوّر في هذه المرحلة مخططات عدم الثقة والإهمال استجابة للفشل في تطوير علاقات ثقة ومحبة.

- المرحلة الثانية: العمر من (١٨ شهر إلى ٣ سنوات)

الفشل في تطوير تحكّم جسديّ: في المشي، الإمساك بالأشياء، ضبط المصرّات قد يؤدي إلى مخططات معرفيّة تتعلق بالكفاءة المرتبطة بالعار والشك.

- المرحلة الثالثة: العمر من (٣ إلى ٦ سنوات)

الفشل في اتخاذ المبادرات قد يؤدّي إلى مخططات معرفيّة مرتبطة بالاعتماديّة والحرمان العاطفي.

- المرحلة الرابعة: العمر من (٦ إلى ١٢ سنة)

عدم القدرة على التعامل مع المتطلبات المتزايدة المرتبطة بالمهارات الجديدة قد تؤدي إلى مخططات معرفيّة عن عدم الكفاءة.

و لا بدّ من التنويه إلى أنّ مخططات معرفيّة سلبيّة إضافية للعجز غير المرغوب به قد تحدث وتتطوّر في أيّ مرحلة (Layden et al., 1993:126).

وعلى الرغم من أنّ الأطفال يبدؤون بمهارات معالجة معرفية ضئيلة فإنّ هذه القدرات المترافقة مع التبرير ومهارات حلّ المشكلات تتطوّر عندما يتفاعل الأطفال مع بيئتهم الفيزيائيّة والاجتماعيّة، ومع تطوّر مهارات الطفل في مراحل معينة من التطور، تتطوّر كذلك مظاهر التفكير الغير دقيق أو التشوّهات المعرفيّة (129:مرجع سابق , Layden).

كما ذكرت ليدن بأنّ التشوّهات المعرفيّة قد تتطوّر أيضاً في مراحل منفصلة من التطوّر المعرفيّ الذي اقترحه بياجيه وذلك على الشكل التالي (Piaget,1952):

- المرحلة الأولى: (من الولادة إلى عامين)

تقترح ليدن بما يتماشى مع مفهوم بياجيه عن التمحور حول الذّات في هذه المرحلة، بأن التشوّهات المعرفيّة المرتبطة بقراءة الأفكار إضافة إلى نقص التعاطف، تتطور لدى المصابين باضطراب الشخصيّة الحدّيّة في هذه المرحلة (Piaget,1952:123).

- المرحلة الثانية: (من ٢ إلى ٧ سنوات)

يفكّر الأطفال خلال هذه المرحلة بشكل مجرّد، ولا يكونوا قادرين على المشاركة في المنطق المجرّد، في هذه المرحلة قد تتطوّر العديد من التشوّهات المعرفيّة على سبيل المثال:

ترى ليدن بأن التشوّهات المعرفيّة المرتبطة بفرط التعميم قد تتشكّل عندما لا تتطوّر القدرة لدى الفرد على رؤية علاقة الكل بالأجزاء بشكل مناسب، في هذه المرحلة ويحدث ذلك عندما يصنّف الفرد الموضوعات المتشابهة على أساس واحد فقط من الخصائص الغير هامة، كما تتطوّر التشوّهات المعرفيّة المرتبطة بالاستدلال العاطفي والتفكير الثنائيّ والتفكير الكارثيّ والكماليّة خلال هذه المرحلة.

- المرحلة الثالثة: (من ٧ إلى ١١ سنة)

مع تراكم التجارب الجسديّة يبدأ الأطفال بوضع مفاهيم وخلق بُنى منطقية لتفسير التجارب الفيزيائيّة وهذا يزرع بذور المنطق المجرد لديهم (Piaget, 1952:145).

- المرحلة الرابعة: (من ١١ إلى ١٥ سنة)

يصبح الأطفال في هذه المرحلة قادرين على تجريد الأفكار وتشكيل المعارف، مما يسمح لهم برؤية التنوّع الواسع في الحلول الممكنة للمشكلات المعقدة بشكل متزايد (Piaget, 1952:210).

ترى ليدن بأن الأفراد الذين يعانون من اضطراب الشخصيّة الحدّيّة يُظهرون نقصا" في التطوّر المعرفيّ في المرحلتين الثالثة والرابعة، وهذا يؤدي إلى عجز في تشكيل المعارف والبناء النظري وإيجاد البدائل واختبار الفرضيّات التصوّرية إضافة إلى النقص في مهارات المنطق الاستنتاجيّ والاستدلاليّ، والتي بدورها تشوّه الواقع وتمنع الوظيفة التكيفيّة وتؤدي إلى صعوبات شخصيّة كبيرة لديهم. وهكذا فإن تركيب

النموذج المعرفيّ في نظريات إريكسون و بياجيه يقدم تفسيرا" مقنعا" لتشكيل مخططات لا تكيفيّة وتشوّهات معرفيّة .

وعلى العموم ترى هذه النظريات بأن الأفراد ذوي الشخصيات السويّة يطوّرون مخططات تتلاءم مع التطوّر الايجابي للثقة عند الآخرين (أي الثقة) والتحكّم بظروف الفرد بثقة (أي الاستقلالية) وهويّة الفرد (أي المبادرة) والشعور بقيمة الذّات من خلال مهارات الفرد (أي المثابرة)، في حين يطوّر الأفراد الذين يعانون من سوء المعاملة والشدة وعدم الثقة، مخططات غير تكيفيّة حيث تدفع هذه المخططات الغير تكيفيّة بالطفل ليطوّر تشوّهات مختلفة في مراحل مختلفة عندما يتفاعل مع البيئة.

من جهة ثانية تعطي مكونات النظريات المعرفيّة والتطوريّة التفسير لتشكيل الخبرات المبكرة مع مقدّمي الرعاية، لمعتقدات الطفل الأساسية عن نفسه وعن الآخرين وعن العالم من حوله والتي تتفاعل بدورها مع العمليات المعرفيّة المؤدّية إلى التفكير المشوّه، فعلى سبيل المثال قد تؤدي المعاملة السيئة المُبكرة وعدم التماسك الأسريّ والتعرّض للشدّة إلى تشكيل مخطط لاتكيفيّ يتلاءم مع فقدان الثقة بالآخرين (Milligan, 2013:32).

وتحدّد المخططات المعرفيّة غير التكيفيّة مرحلةً يطوّر فيها الطفل مجموعة من الصفات النفسيّة السلبيّة بما في ذلك النقص في ديمومة الهدف، وافترض ليدن وآخرون(Layden) بأن التشوّه المعرفيّ (قراءة الأفكار) والافتراض بأن الآخرين يتصرفون ويفكرون بشكل سلبيّ دون وجود دليل داعم ليبرر ذلك، يتطوّر خلال هذه الفترة، وقد يفسّر هذا التشوّه ميل المريض باضطراب الشخصيّة الحدّيّة لإساءة فهم تصرفات الآخرين على أنها سلبيّة (Layden et al., 1993:132).

في حين درست يوركا و توماسو (2002) أثناء تطويرهما لقائمة التشوّهات المعرفيّة عددا" من النظريات التطوريّة للتشوّه المعرفيّ والتي تعتمد نظريات طويلة الأمد للتطوّر، حيث يُنظر فيها إلى التطوّر المعرفيّ الصحيّ على أنه إنجاز ناجح للمعالم النفسيّة والانفعاليّة والجسديّة من الولادة إلى الموت (Yurica , 2002:117).

١-٧- التشوّهات المعرفيّة في الاضطرابات النفسية:

في إطار البحث في الدور الهام الذي تلعبه المعارف المشوّهة في الاضطرابات الانفعاليّة، تم دراسة التشوّهات المعرفيّة لدى عدد من الأفراد بما فيهم: البالغون المُعتدون جنسيا" والأطفال والمُراهقون والمُدمنون، إضافة إلى ذلك فقد حددت التشوّهات المعرفيّة في الاضطرابات الداخليّة الأثر كالاكتئاب والقلق والاضطرابات الخارجيّة الأثر كاضطراب المسلك.

وفيما يلي سيتمّ توضيح عدد من الدّراسات التي تناولت ودعمت هذه الفكرة:

حدّد بيك (Beck1963) المحتوى الموضوعي في معارف المريض المكتئب والتي كانت متناسبة مع الفشل العاطفي وخاصة المعارف المتعلقة بالعجز الشخصي كتقدير الذّات المتدنيّ ولوم الذّات وهي أكثر ما يميّز الأشخاص الذين يُعانون من الاكتئاب.

إذ يميل الأشخاص المُكتئبون لأن يكون ردّ فعلهم على المواقف الخارجية غير ملائم ولا علاقة له بالموقف وأظهروا تقيّيمات سلبيّة متكررة حتى عند تقدّيمها مع دليل ينقض ذلك(Beck, 1963:338).
وبشكل مماثل يمكن تميّيز المرضى القلقين من المرضى الاكتئابين من خلال مطابقة المعارف المتعلّقة بالخطر أو بالتهديد الشخصي.
أما روزنفيلد (Rosenfield,2004) فقد أوضح بأنّ الأفراد الذين أظهروا اضطرابا" على المحور الأول أو الثاني على مقياس ميلون (MCMI) ، كان لديهم تكراراً أكبر للتشوّهات المعرفيّة من الأشخاص المصابين بالاضطرابات الانفعالية، ولذلك كلما ازداد عدد المحكّات التشخيصيّة كلما ازدادت درجة التفكير المشوّه التي يُظهرها الفرد، ووجود التشوّهات المعرفيّة يُنبئ بشدة اضطرابات المحور الأول والثاني بنجاح ، أي كلما حُدّدت التشوّهات المعرفيّة بشكل أكبر كانت شدّة المرض أكبر.
كما فحص آيبل وآخرون (Abel) المعتقدات المشوّهة عند المعتدين جنسيا" باستخدام المقياس المعرفيّ (مقياس ال ٢٩ بندا") والذي يقيس المعتقدات المشوّهة الشائعة بين المعتدين على الأطفال، وافترض وجود علاقة إيجابية بين عدد التشوّهات المعرفيّة ومدة ديمومة السلوك المنحرف، افترضت هذه العلاقة بأن المعتدين على الأطفال لديهم عدد من المعتقدات المشوّهة التي تساعد في تبرير وعقلنة هذا السلوك الجنسيّ المنحرف، وبناء عليه اقترح الباحثون بأنّ العلاج الناجح للمعتدين جنسيا" يجب أن يتضمن إعادة بناء البنية المعرفيّة (Abel,1989:150).
ووجد مؤلفون آخرون نتائج مشابهة، إذ فحص بومبي (Bumby) التشوّهات المعرفيّة عند (تسعةٍ وثمانين) رجلا" مسجون وزّعوا على ثلاث مجموعات علاجيّة والتي كانت:
المجموعة الأولى: المعتدون جنسياً على الأطفال.
المجموعة الثانية: المغتصبون للنساء.
المجموعة الثالثة: السجناء بمخالفات أخرى غير جنسية.
و أظهرت النتائج بأن الأفراد في مجموعة المعتدين على الأطفال يحملون معتقدات مشوّهة أكثر وبشكل ملحوظ عن السلوك الجنسي، واعتبر الباحثون بأنّ علاج التشوّهات المعرفيّة هو شرط أساسي في تأهيل وعلاج المعتدين جنسياً.(Bumby, 1996:51)
يدعم ما كُتب حول الاعتداءات الجنسية دور المعارف المشوّهة في تبرير وتخطيط وتنفيذ وتمييز وإدامة السلوك الجنسيّ المنحرف.

أما موبيني وبيرس وآخرون (2006) فافترضوا بأنّ التشوّهات المعرفيّة تلعب دوراً في الضبط السلوكيّ وعدم التنظيم العاطفي والقدرة المعرفية الإجرائيّة وهو ما أشاروا إليه على أنها فعالية سلوكية عصبية، وفحصوا العلاقة المذكورة سابقا" بما أنها تتعلق بإساءة استخدام العقاقير عند المراهقين والبالغين، وقيّموا تنظيم التأثير والضبط السلوكيّ والفعاليّة المعرفيّة الإجرائيّة والتفكير المشوّه واستخدام الكحول والمخدرات عند عيّنات من فئات عمريّة (من الطفولة إلى المراهقة)، وعند الآباء كذلك فيما يتعلق بسلوكهم الغير اجتماعيّ واستخدام المخدرات.(Mobini et al., 2006:125)

دلّت النتائج على أن التشوّهات المعرفيّة لعبت دوراً في الفعالية السلوكية العصبية في الطفولة المتأخرة إضافة إلى تكرار استخدام المخدرات في المراهقة المتوسطة، وتنبأ التفكير المشوّه بسلوكيّات شرطية لاضطراب استخدام العقاقير(كالاندفاعية)، وتنسجم هذه النتائج مع مفهوم ألفورد وبيك (١٩٩٧) الذي يرى بأنّ معالجة المعلومات تتفاعل مع المعارف لتؤثر بأنظمة السلوك والمشاعر، والانتباه والذاكرة (Alford & Beck , 1997)، الأمر الذي قد يعطينا تصوّرا" أوضح عن الدور الذي تلعبه التشوّهات المعرفيّة في بعض الأعراض التي يتميّز بها المصابون باضطراب الشخصيّة الحدّيّة (كالاندفاعية واستخدام الكحول والمخدرات).

وقد وجد مؤلفون آخرون نتائج مماثلة مع مجموعة المراهقين، فحص باريغا (Barriga) العلاقة بين التشوّهات المعرفيّة والمشاكل السلوكيّة عند المراهقين، ووجد الباحثون بأن ستة وتسعين من السجناء اليافعين من (١٣-١٩ سنة)- تكوّنت العينة من ستة و أربعين ذكرا" وخمسين أنثى – سجلوا ارتفاعاً في التشوّهات المعرفيّة والتي صُنّفت على أنّها تحط من قيمة الذّات (التفكير الكارثيّ – فرط التعميم – الشخصنة – التجريد الانتقائي) أو تخدم الذّات (التركيز على الذّات – لوم الآخرين – التهوين – توقُّع الأسوأ) أكثر من مجموعة أخرى من طلاب مراهقين في مدرسة عامة يبلغ عددهم (ستة وستين طالبا") من غير المسجونين، وكانت تشوّهات تدنّي تقدير الذّات مرتبطة بالسلوك الداخلي الباطني بشكل ملحوظ في حين ارتبطت تشوّهات خدمة الذّات بالسلوك الخارجي واقترح البحث اختلافات محتملة في معالجة المعلومات (Barriga et al., 2000:52).

١-٨- الآليات النفسيّة العصبيّة لتشكُّل التشوّهات المعرفيّة (كيف يُشكّل الدماغ التشوّهات المعرفيّة):

تدعم الآليات العصبيّة لتشكُّل التشوّهات المعرفيّة نظرية المُعطيات الإنسانية (Human Givens) التي ترى بأن سبب التشوّهات هو الإثارة العاطفية. ويُعرف الكثير عن الرابط بين وظائف الأعضاء وأعراض الإثارة العاطفية على الجسد ولكن لا يُعرف سوى القليل عن الرابط بين وظائف الأعضاء والتأثيرات المعرفيّة للإثارة العاطفية.

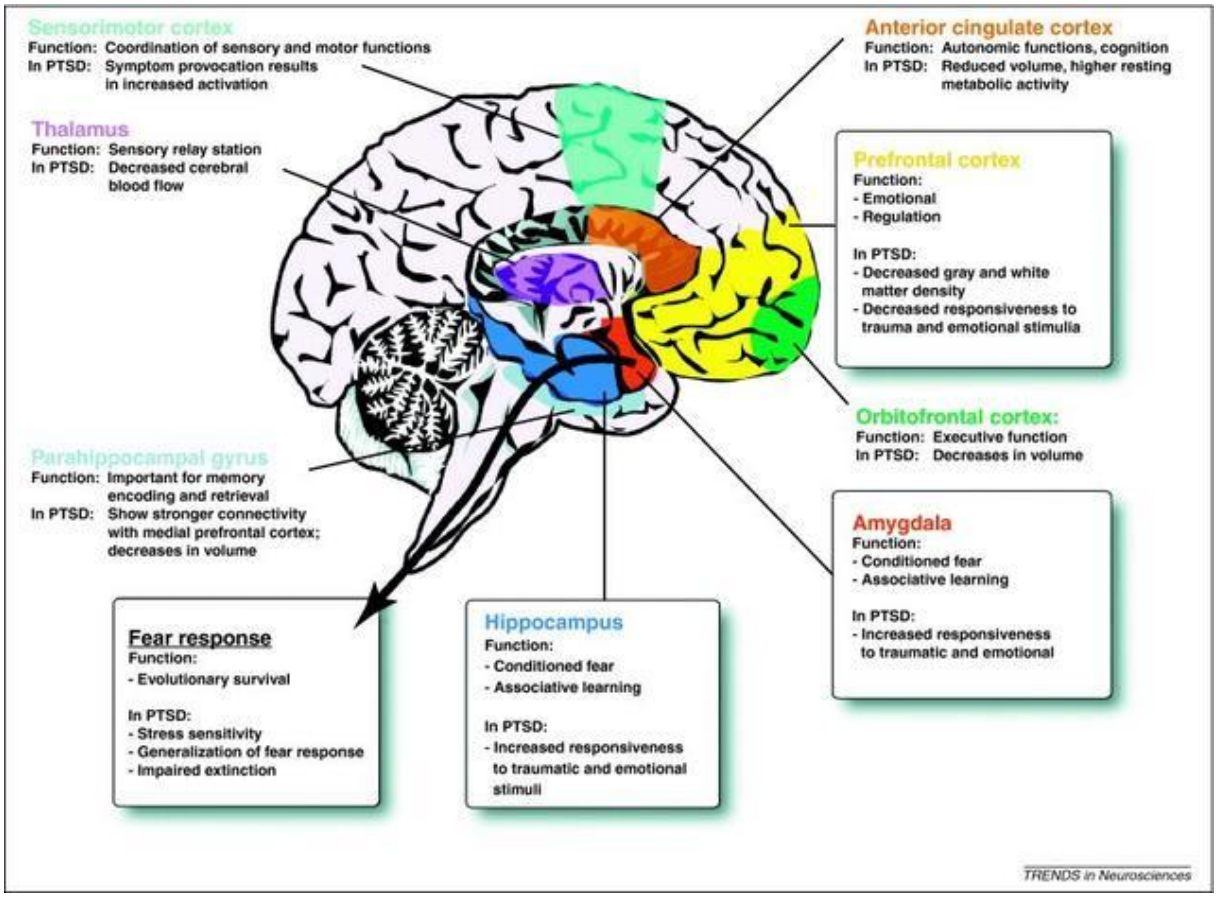
لفهم تأثير الإثارة العاطفية يحتاج الفرد لأن ينظر إلى كل الارتباطات البنيوية في الدماغ ووظائفها إضافة إلى التأثير على المستوى المشبكي أو الخَلَوي، فعند استقبال أي تهديد محتمل تفعّل اللّوزة استجابة (أهجم أو أهرب) والتي تجعل الجسد جاهزا" عضوياً لمواجهة الخطر، كذلك تحفّز اللّوزة الغدة الكظرية لتُنتج هرمون التوتر والذي يُسمى الكورتيزول و الذي يُنظّم فيما بعد طرح الأدرينالين، كما يحدث تغييرات في المناطق الهامة للذاكرة مثل الحصين [1]واللّوزة[2] والقشرة ما قبل الجبهية ليسهّل التعلّم وتخزين المعلومات المرتبطة به ويعزّز التغيير السلوكيّ استجابة للتهديد (Krugers , Hoogen & Groc, 2010:677),
وما يثير الاهتمام بأنّ التغييرات التي يسببها الكورتيزول حقيقية لكلا الخبرتين الواقعية والتصوريّة
. (Kessels & Malinow, 2009:347)

من ناحية ثانية يمكن أن توقف التغييرات التي تسهّل التعلّم الجديد، النشاطات في الحصين والقشرة ما قبل الجبهية ولذلك قد تُنتج اللّوزة هرمون التوتر المسمى الكورتيزول لمساعدة الفرد في الاستجابة للخطر ولكن لهذا الهرمون تأثير كذلك في صنع الجزء العقلاني لدماغنا (القشرة ما قبل الجبهية) وفي الجزء المُشارك في تشكيل الذاكرة ووضع الأشياء في محتوى(الحصين) والذي لا يعمل بشكل فعّال ويُقترح بأنه يُسبب التشوّهات (LeDoux ,2003:48).

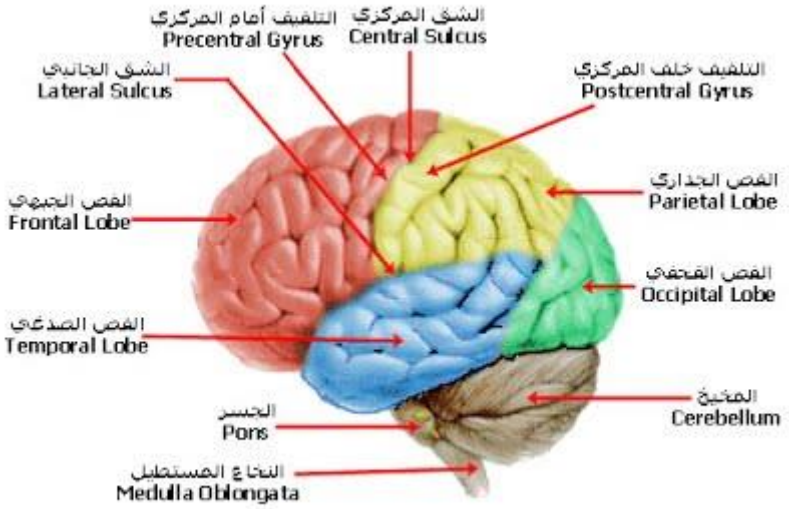
ويوضح الشكلين التاليين الفصوص الدماغية وأجزاء الدماغ :

[1] -الحصين(Hippocampus):ارتفاع مطول دائري يظهر في القرن الصدغي للبطين الوحشي للدماغ، له روابط كثيفة غير مباشرة مع اجزاء متعددة من القشرة المخية والبنى القاعدية للجهاز الحوفي واللوزة، يعد كاللوزة فهو يشكل نافذة حيث يتم من خلاله ترجمة الاشارات الحسية الى استجابات سلوكية مختلفة على كل موقف ،ويلعب دورا في عملية التعلم وتثبيت المعلومات في مخازن الذاكرة (Amaral, 2007).

[2] -اللوزة(Amygdala): جزء من الدماغ تقع داخل الفص الصدغي أمام الحصين، تعد جزء من الجهاز الحوفي، وتشارك في إدراك وتقييم العواطف والاستجابات السلوكية المرتبطة بالخوف والقلق وتعد كنظام إنذار واستشعار للمتعة(LeDoux,2008).



الشكل رقم (١)



الشكل رقم (٢)

١-٨-١- التحيُّزات السلبيّة وتقليل المرجعيّات (Negative bias, minimizing resources):

توجّه المعلومات القادمة من المهاد(Thalamus) الاهتمام نحو التهديد، تُرسل جذور القشرة البصرية(Visual Cortical) رسائل من النّواة الوسادية للمهاد إلى القشرة الدماغية العلوية(Higher Cortex)(الجدارية Parietal – الأمامية Frontal – الحزامية Cingulate – القشرة الجبهية Orbitofrontal Cortex – المهاد الجَزَري Insular– مجموعة من الخلايا والنسج)، إضافة إلى اللّوزة(amygdala) والتي تُرسل بدورها رسائل إلى نفس المناطق القشرية العليا (Pessoa & Adolph , 2010:773).

يعدّ الفص الجداري(Parietal Lobe) والتلافيف الدماغية المطوّقة هما المنطقتان المسؤولتان عن الانتباه، تُشارك المنطقة الجدارية وخاصة الفصّ الجداري الأعلى(Superior pariental lobe) والفصّ الجداري الصدغي(Temporal pariental lobe)الانتباه الانتقائيّ، أيّ أنّها تنقل الانتباه إلى محفّز جديد أو غير متوقع، يُرسل المُرسل العصبيّ البينيفيرين(pinepherine) من وسط الدماغ إشارات تحذيريّة وتنبيهيّة ، والاستيل كولين من قاعدة الدماغ الأمامي(Basal forebrain) والذي يعد هاما" في التوجيه، وبهذا يساعد المهاد واللّوزة في توجيه الانتباه للتهديد المحتمل.

تشارك التلافيف الدماغية المحيطة وما قبل الجبهية الجانبية كذاكرة عاملة لتمكن هذه الوظائف من الحدوث ويعمل الطوق الأمامي(Anterior cingulated) كوسيط بين اللّوزة والقشرة الدماغية ما قبل الجبهية(Prefrontal Cortex)، المرسل العصبي المشارك في هذه العملية في كلا المنطقتين يربط الدوبامين من منطقة الغشاء البطني(Ventral Tegmental)مع مستقبلات الدوبامين الموجودة في الطبقة الخامسة من الطوق، وهذه الخلايا الفريدة في الطبقة الخامسة من الحزام الأمامي والجَزَري(Insula) موجودة فقط لدى الكائنات البشرية والقردة ،هذه المجموعة من الخلايا والنسج لها تأثير صاعد وهابط في إرسال رسائل إلى اللّوزة.

ويقترح البعض بأنّه إن كانت المنطقة ما قبل الجبهية الجانبية لا تعمل بشكل كافٍ بسبب المستويات المرتفعة من الكورتيزول، فحينها لن يكون عقلنا قادرا" على أن يُصحّح الأخطاء عند استجابته للتهديد ولذلك لا نهتمّ للإيجابيّات بما في ذلك وسائلنا للتعامل مع ذلك التهديد(LeDoux, 2003:52).

عندما تبحث اللّوزة عن التهديد فهي لا تؤثر فقط في العمليات المذكورة سابقا" لتكون مفرطة التيقّظ وتساعد في توجيه الانتباه إلى التهديد، بل لديها رسائل كذلك إلى الذاكرة العاملة في الحصين المتيقّظ لتدفعه للانتباه إلى التهديد، وبذلك توجّه أفكارنا وأفعالنا، كما توجّه نماذج الذواكر العاملة في الحصين(Hippocampus)(LeDoux, 2002:38).

١-٨-٢- التعميم الزائد (Over-generalize):

يصف لادوكس (**LeDoux**) الممر العلوي في الممرات القشرية(Cortical Pathways) والتي تكون مفصّلة ولكن بطيئة والممر السفلي في الممرات القشرية الفرعية والتي تكون أبسط ولكنها أسرع بكثير.
كذلك برهن أدولف (Pessoa & Adolf,2010:774) بأنّ نموذج الطرق المتعددة قد يكون أكثر دقة، ويقترح بأنه إن ثُبّطت القشرة ما قبل الجبهية بواسطة الكورتيزول حالما يتم تفعيل اللّوزة التي قد لا تُرسل التفاصيل الأدق عندما تتشكل استجابة الخوف المشروطة والتي تُفسر كيفية حدوث فرط التعميم، إضافة إلى ذلك يحفّز الحصين القشرة على التعلم وتذكّر الأشياء، فإذا كان الحصين غير فعّال بسبب فرط الكورتيزول لن نحصل عندها على قشرة متماسكة مما يجعلنا أكثر عرضة لفرط التعميم(Ledoux,2003).

١-٨-٣-التفكير الأبيض والأسود و الكمالية (Black and White Thinking, Perfectionism):

عند التوتر يتمّ تثبيط القشرة ما قبل الجبهية(Prefrontal Cortex) التي تعدّ جزءا" من القشرة الدماغية العلوية عندها يكون من الصّعب ضبط المساحة الرمادية بدقة وبشكل منطقيّ وعندها يرى الفرد الأشياء والمواقف على أنها أبيض أو أسود (Pessoa & Adolf ,2010:774).

يقترح لادوكس (LeDoux,2003) بأنّه عند التعرض لمثير ما (محفّز) سيُقرر دماغنا إن كنا في خطر أم لا، وبالتالي إنتاج استجابة أو رد فعل تبعا" لذلك، إلا أنه بسبب الكورتيزول لن يُسمح لنا بالمرور إلى تفاصيل أدق من القشرة العلوية التي تساعدنا في تحديد المساحات الرمادية. وتعد الكمالية والتقليل من قدرتنا في التغلّب على المشكلات هما شكل من أشكال التفكير الأبيض والأسود، فإمّا أن تكون الأشياء كاملة أو أنها عديمة الفائدة، إمّا أن نتغلّب على كل المشكلات أو أننا لا نستطيع التغلّب على شيء

.(LeDoux,2003:53)

١-٨-٤-التفكير الكارثيّ والتنبؤ بالمستقبل أو التنجيم (Catastrophizing, Predicting the future):

وجد براون (**Brown**) في بحثٍ حول الوعي بأنّ الحزام القشري المتوسط(Midcingulate Cortex) يُبقي انتباهنا مركّزاً على الحاضر أكثر من تنبؤ الأحداث المستقبلية، وثانيةً إذا كان هذا الجزء من دماغنا مُثبّطاً سنكون نوعاً ما أكثر توقعاً لأحداث المستقبل أو تنبؤاً بها، واقترح ليدوكس(LeDoux) بأنّ القشرة ما قبل الجبهية تُشارك أيضاً مع اللّوزة في التهديد الفعليّ في حين أنّ نواة الخط النهائيّ تُشارك في تنبؤ التهديد ولها رسائل مُشابهة كاللّوزة في تحفيز استجابة الجسد للخطر، فإذا كانت القشرة ما قبل الجبهية مثبّطة فلن نستطيع تصحيح الأخطاء وقد يصبح من الصّعب التفريق بين ما هو ممكن وما هو محتمل عند التنبؤ بالمستقبل. إضافة إلى ذلك إذا كان لدينا الميل لرؤية الأشياء في سياق الأبيض والأسود بسبب

الإثارة العالية فحينها سيكون لدينا ميل أكبر للتفكير الكارثي أو توقع الأسوأ عند التنبؤ بالمستقبل (Ledoux,2003:54).

١-٨-٥-الشخصنة وقراءة الأفكار (Personalize and Mind Reading):

فيما يتعلق بالشخصنة تشارك اللّوزة في الأحكام الذّاتية مع القشرة ما قبل الجبهية البطنية الوسطى(Ventromedial Prefrontal Cortex) والتي تحمل تأثيراً تثبيطياً على المرجعيّة الذاتيّة السردية، وبالتالي عندما يتمّ تثبيط القشرة ما قبل الجبهيّة بواسطة الكورتيزول لن يكون ميلنا الطبيعي للمرجعية الذاتية مثبطاً، الأمر الذي يجعلنا عرضة أكثر للشخصنة.

أما الآليّة الأخرى المُحتملة لقراءة الأفكار أو التنبؤ بأننا نعرف ما يفكّر به الآخرون أو يفعلونه، فهي تأتي من مرآة العصبون (MirrorNeurons)(هي عبارة عن دارة مرآة القشرة الأمامية الجدارية(Parieto-Frontal Mirror) التي تُفهم فيها التصرفات من منظورنا الخاص أو من الداخل كمحرك نظري أكثر من كونه مشهداً مدروساً، وهذا يعني بأنه أثناء دراسة شخص ما لتصرفات شخص آخر تعمل مرآة العصبون وكأننا نقوم بعمل يساعدنا على فهم تصرفاته، فعلى سبيل المثال عندما نرى بأن لدى الآخرين مشاعر مُشابهة لمشاعرنا، تحفَّز مرآة عصبون الفص الصدغي مما يساعدنا على التعاطف مع الآخرين، وبشكل مُشابه تساعدنا مرآة عصبون القشرة الجدارية المذكورة سابقاً على فهم وتنبؤ تصرفات وأفعال الآخرين، وهكذا تساعدنا مرآة العصبون في الدخول إلى عقل الآخر ، وبدون منطق القشرة الجدارية- الذي يُذكّرنا بأنه ليس علينا أن نعرف نوايا الآخرين دون دليل على الحاجة لذلك – نكون عرضة للاعتقاد بأننا نعرف ما يفكّر به الآخرون (Rezzolatti and Sinigaglia, 2010:270).

١-٨-٦-الاستدلال العاطفي (Emotional Reasoning):

ذكر هاينز وساكاي وآخرون (Haynes) بأنّ النشاط في المناطق الجانبيّة الوسطى في القشرة ما قبل الجبهية هي المسؤولة عن مُعالجة السلوكيّات قبل أن نُدرك بشكل واع بأننا اتّخذنا هذه القرارات، يُظهر البحث بأنّنا في الواقع نتخذ قراراً ولدينا آخر قبل أن ندرك بأنّنا اتخذناه، تُعطينا القشرة ما قبل الجبهية الظهرية والجانبية الخبرة الموضوعية عن متى نتصرف، ولكن في الواقع فإن القشرة الجدارية الخلفية هي المسؤولة عن العزم على التصرف (Haynes et al., 2007:23).

ويتمثّل دور القشرة ما قبل الجبهية في تثبيط الاستجابات الغير مناسبة أكثر من دورها في البدء في الاستجابات المناسبة ، فإن كانت القشرة ما قبل الجبهية مثبّطة فإن قراراتنا ستُتّخذ دون خيار أو استدلال من التقييمات القشرية العليا وبالتالي ستحدث الاستجابات الأتوماتيكية والاستدلال العاطفيّ

(LeDoux ,2003:54).

١-٩- العوامل في التشوّهات المعرفيّة:

هناك عدة عوامل تساهم في تشكّل التشوّهات المعرفية، فعندما تلعب خبراتنا الموضوعية دوراً في التفسيرات المعرفيّة لحدثٍ ما وترتبط هذه التفسيرات أحياناً بشكل وهميّ بمقابل مُحتمل في ذلك الحدث، حينها يتمّ امتصاصها في عملية التفكير وهذا يؤدي إلى سوء التفسير المعرفيّ وهو أمر طبيعي فهو يحدث لدى جميع البشر.

تبدأ المشكلة عندما تُخبرنا الدلائل في موقفنا الراهن بأنّ تلك التفسيرات لا تتطلّب أي مقابل حتى إن أدّت إلى خسائر محتملة، وفي هذا السيّاق تسمح عدم قدرة الفرد على إعادة تفسير وتحليل وتنظيم سلوكه (تحليل المكاسب – المخاطر – العواقب) على استمرار الواقع المشوّه مما يسهّل لحالة التشوّه المؤقت بأن تؤثر على آليّات صُنع القرار لدينا، يؤدّي استمرار آليّات صُنع القرار الخاطئ إلى سوء تفسير حدوث الكثير من الأحداث المشابهة، تراكم هذه الأحداث يعمل كمحفّز يُعزّز بدوره حالة التشوّه المؤقت ليصبح أكثر قوة وترسخا" ويجعل النظام المعرفيّ غير مرن مع المتطلبات الاجتماعية، ومع الوقت يستقبل هذا النظام المشوّه (المطوّر جيدا" والمرسّخ) ويعالج المعلومة ويبني واقعه الخاص المشوّه من الواقع الحقيقي.

*** من الأسباب العضويّة الأخرى هي:**

- نقص المصادر المعرفيّة الملائمة لاستقبال الواقع.
- النظام المعرفيّ غير المطوّر.
- التخصص الوظيفيّ غير المُنظّم لدماغ الفرد.
- ألّا تكون شبكة النظام المعرفيّ لدى الفرد مُشكّلة بشكل جيد، لتوضيح ذلك يمكن أن نبوّب المراكز العصبيّة الكامنة وراء كل وظيفة معرفيّة، كاللّوزة التي ترتبط غالباً مع مجال المشاعر، في حين يرتبط الفص الجبهي غالباً بصنع القرار، تماسك وتجانس المناطق الدماغية المختلفة مع اللوزة والفصّ الجبهي يشكّل شبكات فعّالة، وجود خلل أو عدم تجانس في تلك الشبكات سيُعيق التحكّم المعرفيّ

.(Jaganathan ,2016:2)

١-١٠- التشوّهات المعرفيّة لدى المصابين باضطراب الشخصيّة الحدّيّة

يرى أصحاب النظريات المعرفيّة بأنّ التشوّهات المعرفيّة أساسيّة في اضطراب الشخصيّة الحدّيّة، لتأثيرها على كيفية رؤية الأشخاص المصابين بالاضطراب لأنفسهم والعالم، مولّدة مشاعر سلبية حادة لديهم .(Beck et al.,2004:25)

وقد اقُترحت نماذج عديدة من المعتقدات المشوّهة عند الشخصيّة الحدّيّة، إذ اقترح بيك وفريمان (1990) بأنّ الأشخاص المصابين باضطراب الشخصيّة الحدّيّة هم نوعا" ما يحملون معتقدات

تتعلّق بكونهم سيئين وضعيفين بلا قوة ومُعرضين للهجوم، وبأنّ العالم خطير، وبشكل مشابه اقترح بريتزر (1990) ثلاث معتقداتٍ أساسيّة تؤكّد على الاضطراب الحدّيّ:

١- أنّ العالم والآخرون خطيرون وحاقدون.

٢- أنّ الذّات ضعيفة وبلا قوة ومعرّضة للهجوم.

٣- أن الذات غير مقبولة وتستحق العقاب.

وعلى الرغم من أنّ الأشخاص المصابين باضطراب الشخصيّة الحدّيّة، يُقرّون بمدى واسع من المعتقدات السلبيّة، إلا أن هناك معتقدات محددة تبدو شائعة بشكل خاص عند المصابين باضطراب الشخصيّة الحدّيّة وتميّزهم عن المصابين باضطرابات الشخصيّة الأخرى

(Arntz et al., 1999:545).

تركّز هذه المعتقدات على : عدم الثقة بالآخرين – الرفض من قبل الآخرين – الاعتماديّة – الشعور بالعجز والفراغ والوحدة وأنه غير محبوب – الشعور بالذات وكأنها تستحق العقاب

(Bhar et al., 2008; Butler et al., 2002)

<u>ومن التشوّهات المعرفيّة الشائعة في اضطراب الشخصيّة الحدّيّة:</u>

- التفكير الحدّيّ (الأبيض – الأسود):

فالأشياء هنا تكون كل أو لا شيء /أبيض أو أسود/ الجميع جيدون أو الجميع سيئون. هذه الطريقة في النظر إلى العالم قد تخلق الكثير من المعاناة العاطفية والتي تتجسّد بشكل خاص في العلاقات، حيث يُنظر هنا إلى الآخرين على أنهم جميعاً إما جيدون ومحبون بشكل كامل ومتواجدون لتلبية حاجاتهم في كل الأوقات، أو أنهم جميعاً سيئون وكريهون دون أن يكون هناك حدّ وسطيّ رماديّ فيما بينهما.

قد تتغير نظرة المصابون باضطراب الشخصية الحدّيّة للشخص الآخر خلال ثوانٍ قليلة من ذلك الشخص الذي يكون رائعاً بشكل مطلق إلى ذلك الشخص المريع، مثال ذلك: المرأة التي تعتقد بأنّ شريكها هو الأكثر اهتماماً بها وحباً لها في العالم – وهو أمر بالطبع لا يمكن أن يحققه أي فرد بشكل مطلق وطوال الوقت – ولذلك عندما يتصرف شريكها بأي شكل من أشكال عدم الحب أو الاهتمام كنسيان يوم زفافهما سيدفعها ذلك للاستنتاج مباشرة بأنه لا يحبها وبخيلٌ ومرعب، وأحياناً لا تتوقف الأمور عند هذا الحدّ لأنّه إن كان لا يحبها فلا بد أنه يكرهها.

و من السّهل أن نفهم بأن هذا المظهر لفهم العلاقات يخلق توترا" كبيرا" وسيثير رداً انفعالياً شديدا" عند الأشخاص الذين يُفكّرون بهذه الطريقة وبالتالي فإن شركاءهم يتوترون من هذه الأساليب المتطرفة في التفكير وفي تلك الحالة يكون النزاع متكرراً.

ومن المهم ملاحظة بأنه حتى الاشخاص الأسوياء والذين لا يُعانون من اضطراب الشخصيّة قد يتعرضون لبعض التشوّه الفكريّ الذي تمت الإشارة له، فالتشوّه الفكريّ كسمة من سمات اضطرابات الشخصيّة يكون شائعا" عندما يشعر الأشخاص بالتوتر أو الاكتئاب أو القلق، ولابد من التنويه ثانيةً بأن اضطرابات الشخصيّة شكلٌ متباينٌ من الشخصيّة الطبيعيّة الصحيّة ويكمن الاختلاف في التكرار والشدّة والديمومة(Hoermann , 2013:3-6).

١- القسم الثاني

اضطراب الشخصية الحديّة

تمهيد

٢-١-تعريف اضطراب الشخصيّة الحدّيّة

٢-٢- نسبة انتشار اضطراب الشخصيّة الحدّيّة

٢-٣- مآل اضطراب الشخصيّة الحدّيّة

٢-٤- العوامل في اضطراب الشخصيّة الحدّيّة

٢-٥- تشخيص اضطراب الشخصيّة الحدّيّة

٢-٦- أعراض اضطراب الشخصية الحدّيّة

٢-٧- الاضطرابات والأمراض النفسية المشتركة مع اضطراب الشخصية الحديّة

٢-٨- التشخيص التفريقي لاضطراب الشخصية الحدية

٢-٩- دور العائلة والأصدقاء في دعم مرضى اضطراب الشخصية الحدية

تمهيد

استحق اضطراب الشخصيّة الحدّيّة الكثير من البحث والاهتمام لعدة عقود من أجل فهمه والإحاطة به، فالاسم الحدّي يعود إلى المفهوم الأساسي الذي يكمن على حدود الاضطرابات العقلية العصبية والنفسية (MIFA, 2008:1)، وكان يُعتقد قديمًا أن هذا الاضطراب ما هو إلا نوع من أنواع الفصام ولكنّ التصنيفات الحديثة أشارت إلى أنه نوع مستقل تماماً ولذلك تمّ إدراجه تحت اضطرابات الشخصية.

٢-١- تعريف اضطراب الشخصيّة الحدّيّة:

عرّف الدليل التشخيصيّ الخامس (DSM-5) اضطراب الشخصيّة الحدّيّة على أنه "نمط عام من عدم الاستقرار في العلاقات الشخصية، وصورة الذات، والمشاعر، إضافة إلى الاندفاعية الواضحة، ويبدأ في مرحلة البلوغ المبكر ويظهر في سياقات متنوعة" (DSM-5 ,2013:663).

كما عرّف كايلهول وآخرون (Cailhol et al.,2015:2) اضطراب الشخصيّة الحدّيّة بأنّه اضطراب عقليّ خطير ومعقّد، يتميّز بانمُوذج دائم من عدم الاستقرار في: التنظيم الانفعالي والسيطرة على الاندفاعات والعلاقات الشخصية وصورة الذات، وضعف حاد في الجانب النفسي الاجتماعي، كما يتميز بنسبة وفيات مرتفعة بسبب الانتحار، لتصل إلى (١٠%) من الأشخاص المصابين باضطراب الشخصيّة الحدّيّة (Skodol et al.,2002:276)، والذين غالبا" يُعانون من اضطرابات شخصيّة واضطرابات نفسيّة أخرى، بالإضافة إلى سوء استخدام العقاقير والكحول (MIFA,2008:1) وهي نسبة أعلى بخمسين مرة من نسبة حدوث الانتحار في عدد السكان العام (APA,2001:2) .

ولابد من الإشارة إلى إن مصطلح اضطراب الشخصيّة الحدّيّة يستخدم بشكل متكرر في العيادات التي تتعامل مع المراهقين، وعلى الرغم من اختلاف آراء الباحثين حول استخدامه في المراحل المبكرة إلا أن نتائج هذه الجدلية جعلته مشروعا" في هذه الفئة العمرية (Miller et al., 2008:971).

٢-٢- نسـبة انتشـار اضطراب الشخصيّة الحدّيّة:

أظهرت الدراسات الوبائيّة بأنّ نسبة انتشار اضطراب الشخصيّة الحدّيّة هي (1,6%) وقد تصل إلى (5,9%)، كما تقدّر نسبة المصابين بهذا الاضطراب بحوالي(60-30%) من المرضى الإكلينيكيين المصابين باضطرابات الشخصيّة بصورة عامة (DSM IV, 2000:708)، ويمثّل تشخيص اضطراب الشخصيّة الحدّيّة نحو (20%) من المرضى النفسيين المقيمين في المشافي (APA,2013,665)، و(9,3%) من المرضى النفسيين المراجعين للعيادات النفسية ، ولا توجد حتى الوقت الحالي الكثير من الإحصائيّات العربيّة والمحلية لمن يُعانون من هذا الاضطراب، باستثناء دراسة إماراتية أوردت أوردت وجود (3,8 %) ممن يتردّدون على مراكز الرعاية الصحية الأولية يعانون من اضطراب الشخصية الحدية (عبد الكريم، 2015: ١).

وعلى الرغم من أنّ العوامل المسببة لاضطراب الشخصيّة الحدّيّة تتشابه لدى كل من الذكور والإناث، إلا أن نسبة انتشاره أعلى لدى الإناث، حيث تمثل الإناث (٧٥ %) من مجموع من يعانون من اضطراب الشخصيّة الحدّيّة المراجعين للعيادات النفسية في الولايات المتحدة الأمريكية (Leichsenring et al., 2011:75)، ويفترض بعض الخبراء بأنّ هذا قد يكون ناجماً عن صعوبة طلب الذكور للرعاية الطبية عموما" وللعلاج النفسي خصوصا" (Goodman et al.,2010:159)، وهذه مشكلة ليست خاصة باضطراب الشخصيّة الحدّيّة وإنّما موجودة باضطرابات نفسيّة أخرى أيضاً (O`Loughlin et al.,2011:742).

ووجدت دراسة أخرى تتضمن حوالي (٣٥ ألف) مشاركا" انتشارا" لاضطراب الشخصيّة الحدّيّة بنسبة (5,9%) خلال خط حياتهم واعتمدت هذه الدراسة على نسخة الدليل التشخيصيّ الرابع للاضطرابات النفسية (Grant et al., 1995:40).

كذلك وجدت دراسة فرنسية انتشارا" كبيرا" لاضطراب الشخصيّة الحدّيّة عند المراهقين (10% عند الذكور و 18% عند الإناث) عند استخدام نموذج المقابلة التشخيصيّة للشخصيّة الحدّيّة التي تمّ اعتمادها للمراهقين (Chabrol et al., 2001b:124).

وتظهر بيانات مراجعي العيادات في الولايات المتحدة نسبة انتشار لاضطراب الشخصيّة الحدّيّة بمعدل (6,4%) في العينات الطبية العامة، ولدى (10–23%) من المرضى الذين يعانون من مشاكل الصحة العقلية ،وعند (20%) من المرضى النفسيين المقيمين في المشافي النفسية

(Korzekwa et al., 2008:384; Swartz, 1990:268).

٢-٣- مآل اضطراب الشخصيّة الحدّيّة :

تظهر ذروة أعراض اضطراب الشخصيّة الحدّيّة في عمر الرابع عشر(Chabrol, 2001, 848)، وعلى الرغم من تراجع حدّة المرض بمعدل مرتفع في حال تمّ التشخيص في سن المراهقة، إلا أن التشخيص لا يُلغي خطر العواقب السلبيّة(Biskin, 2011:171)، حيث تؤكد بعض الأبحاث بأن (80%) من المراهقين المصابين باضطراب الشخصيّة الحدّيّة سيعانون من اضطراب في الشخصيّة في مرحلة الرشد (Deschamps & Vreugdenhil, 2008: 37) .

تظهر الدراسات التتبعية والتي بحثت مدى إزمان واستمرار هذه الحالة بأن حدّة المرض تخف عموماً، وأن (74%) تتراجع أعراضهم بعد ست سنوات، و(88 %) تتراجع أعراضهم بعد عشر سنوات (Zanarini et al., 2006: 829)، كما أن عودة الأعراض الكاملة بعد التعافي نادر جداً، و (6 %) فقط من المتعافين من اضطراب الشخصيّة الحدّيّة يمكن أن يعانوا من عودة المرض بعد التعافي (طلعت،2017: 1) ، وبشكل خاص أعراض الاضطراب التي تتضمن الغضب والشعور بالهجران والتي تتميز بكونها ثابتة أو دائمة ، ولابد من التوضيح بأنّه في معظم الحالات تراجع حدّة الأعراض يعني

انخفاض عدد الأعراض إلى ما دون الحدّ التشخيصيّ وليس بالضرورة انخفاض وتراجع كل مظاهر الاضطراب (Shea et al., 2002:38) .

أما فيما يتعلق بالانتحار فيقدّر خطر الموت بالانتحار عند مرضى اضطراب الشخصيّة الحدّيّة ما بين (4–10%) وهو واحد من أعلى الاضطرابات النفسية في هذا الجانب.

ويكون خطر الانتحار أعلى لدى المصابين باضطراب الشخصيّة الحدّيّة في حال تداخل اضطراب المزاج أو سوء استخدام العقاقير مع عدد محاولات الانتحار المتزايدة لديهم، علما" بأنّ الانتحار يحدث في وقت متأخر من مسار الاضطراب في عمر (30–37 سنة) ونادراً ما يحدث خلال فترة العلاج.

. (Paris, 2002:739)

يتراجع ويضعف أداء المصابين باضطراب الشخصيّة الحدّيّة بشكل أكبر من اضطرابات الشخصيّة الأخرى ومن الاكتئاب، نظرا لفقدانهم المتكرر للعمل وعدم الثبات في العلاقات، خاصة في حال وجود تاريخ سابق من الاعتداء. (Skodol et al., 2002; Zanarini et al., 2005) .

٢–٤– العوامل في اضطراب الشخصيّة الحدّيّة:

إن الأسباب الكامنة وراء اضطراب الشخصيّة الحدّيّة معقدة وغير محددة بدقة، على الرغم من وجود نظريات تفسيريّة عديدة في المنشورات الطبية، سواء التي تعتمد على التحليل النفسي، أو النظرية العلائقية التي تبنّاها أوتوكيرنبرغ (Autokernberg)، أو نظرية الربط لبولبي(Bowlby) التي قدّمت رؤية عميقة عن الآليات المحتملة لاضطراب الشخصيّة الحدّيّة (Bateman& Fonagy ,2004).

و أخيراً النظريات المعرفيّة التي تلقي الضوء على دور نماذج التفكير غير الفعّالة التي تمّ تعلّمها في الطفولة واستمرت في الرشد على ظهور الاضطراب (Young, 2005:292) .

وبشكل عام يتّفق العلماء بأنّ هذا الاضطراب هو نتيجة تفاعل عدة عوامل بطرق متنوعة مع بعضها البعض وهي:

٢–٤–١–العوامل الوراثية :

لم يظهر أيّ الجينات هو المسبّب المباشر لاضطراب الشخصيّة الحدّيّة ولكن أظهرت دراسات للتوائم تعتمد محكّات الدليل التشخيصيّ الرابع بأنّ هذا الاضطراب له روابط وراثية قوية، بمعدل (35 %) في التوائم الحقيقية و (7 %) في التوائم غير الحقيقيّة بما يوضّح تأثيرا" وراثيا" قويا" في تطوّر الاضطراب، بحيث كان اضطراب الشخصيّة الحدّيّة أكثر شيوعا" بمعدل خمسة أضعاف بين الأشخاص الذين لديهم أقارب من الدرجة الأولى مصابون باضطراب الشخصيّة الحدّيّة (Skodol et al., 2002:281) ، ويقدّر دور العامل الوراثي في اضطراب الشخصيّة الحدّيّة ب (47%) (Livesley, 1998: 45) .

كما حدّدت تحليلات جينيّة متعددة المتغيّرات لاضطراب الشخصيّة الحدّيّة أربعة عوامل في هذا الاضطراب (Skodol et al., 2002:40)، وصُنّف العامل الأساسي على أنّه عدم التنظيم العاطفي والذي يصف تأثيرات قابلة للتغيير ووظيفة معرفيّة غير مستقرة وإحساس غير مستقر بالذات وعلاقات بينيّة شخصيّة غير مستقرة، حيث مثّل هذا العامل الأساسي اضطراب الشخصيّة الحدّيّة بمظاهر متعددة.

٢-٤-٢-العوامل البيئية:

سجل العديد من المرضى المصابين باضطراب الشخصيّة الحدّيّة نماذج متنوعة من الشدّات والأحداث الحرجة في الطفولة بما في ذلك خبرات الاستغلال الجنسي والانفصال المُبكر عن الأم والإهمال الوالديّ (Paris et al., 1994:303 & Herman et al., 1989)، وكان أكثرها تكرارا" هو الاستغلال الجنسي للأطفال والذي سجله من (40 -71%) من المرضى المصابين باضطراب الشخصيّة الحدّيّة، وكانت شدّة المرض الحدّيّ ترتبط بشدة الاستغلال الجنسي في الطفولة، ورغم ذلك لم يتوافر دليل كافٍ يدلّ على أنّ الاستغلال الجنسي في الطفولة هو شرط لازم أو كافي لتطوّر اضطراب الشخصيّة الحدّيّة. (Zanarini et al., 2002 & Silk et al., 1995)

ومن ناحية ثانية فإن هذه الشدّات لا يمكن أن تُفسر على أنّها أسباب مباشرة لاضطراب الشخصيّة الحدّيّة، فعلى الرغم من أن نسبة الشدّات الطفولية مرتفعة بين هؤلاء فهي ليست موجودة في كل الحالات وعندما تتواجد فهي ليست دائما" أسبابا" لاضطراب الشخصيّة الحدّيّة حتى عندما أُعطيت أهمية كبرى لدور عوامل أخرى في الطفولة في تطوّر الاضطراب كالصعوبات المتعلقة بتحقيق روابط مستقرة (Paris et al., 1994:378)، والتي بحثتها إحدى الدراسات التي تناولت أساليب التعلّق لدى المرضى المصابين باضطراب الشخصيّة الحدّيّة وأظهرت بأن هؤلاء الأشخاص سجلوا قلقا" متزايدا" عند خسارة انمُوذج الارتباط الأولي وخاصة الأم، وسواء" كانت صعوبات الارتباط سببا" أو نتيجة" لاضطراب عاطفيّ واندفاعيّة، إلا أنّه لم يكن واضحا" بأنها ترتبط باضطراب الشخصيّة الحدّيّة (West et al., 1993:19).

٢-٤-٣-العوامل البيولوجيّة العصبيّة:

من النادر فهم العوامل العصبيّة العضويّة لاضطراب الشخصيّة الحدّيّة، فبافتراض وجود أساس عصبيّ لبعض الأعراض وخاصة أجزاء الدماغ التي تتحكم بالعواطف واتخاذ القرارات والمحاكمة والتي لا تتواصل جيدا" مع بعضها البعض، فإنّ الطريقة التي يعمل بها الدماغ عند الأشخاص المصابين باضطراب الشخصيّة الحدّيّة مختلفة.

ويلعب الجنس دوراً هاماً في الجانب العصبي العضوي لهذا الاضطراب، فقد لوحظ وجود اختلافات بين الذكور والإناث في وظيفة السيروتونين.

كما كشف التصوير العصبيّ البنيويّ والوظيفيّ وجود شبكة غير فعّالة لمواقع الدماغ التي يبدو أنها مسؤولة عن مظاهر هامة لأعراض اضطراب الشخصيّة الحدّيّة. تتألف هذه الشبكة من القشرة الدماغيّة الحزاميّة الأماميّة والقشرة الجبهيّة وقشرة الفص الجبهيّ الظهرانيّ الوحشيّ والحُصين واللوزة.
(De la Fuente et al., 1997: 536).

أظهرت دراسات التصوير الطبقيّ لإطلاق البوزيترون فلوريد الغلوكوز المحتوي على الأكسجين خطا" متبدلاً في منطقة الفص الجبهيّ (Juengling et al., 2003:13).

ويبدو أن لهذه المناطق الدماغيّة دورا" في عدم فاعليّة الناقل العصبيّ السيروتوني والذي كان مترافقا" مع عدم تثبيط الاندفاعيّة العدوانيّة لدى المرضى المصابين باضطراب الشخصيّة الحدّيّة، إضافة إلى ذلك تمّ ملاحظة انخفاض في حجم الفص الحجاجي الأمامي والفص الجبهي والناقل أستيل أسبارتات وهو علامة على التماسك العصبي(Lyoo et al., 1998: 240 & Tebartz et al., 2003:168).

كما أظهرت الدراسات التي تناولت المحفّزات المجهدة والعاطفية فشلا" في تفعيل الدماغ الأمامي عند المرضى المصابين باضطراب الشخصيّة الحدّيّة، وبما أن الدماغ الأمامي يمكن أن يُنظر إليه على أنه منطقة دماغيّة تتوسط التحكّم العاطفي فإن عدم فاعليّة هذه المنطقة قد تكون مرتبطة بعدم الانتظام العاطفيّ الذي يميّز الاضطراب
(Schmahl et al., 2003:147 & Schmahl et al., 2004:763).

وبرهن العمل على الحيوانات بأنّ اللّوزة لها دور أساسي في التنظيم العاطفي، إذ لاحظ دونغن وزملاؤه تفعيلا" متزايدا" للوزة اليسارية استجابة للتعبير الوجهي ذو المشاعر السلبية(Fanselow, 2003:130).

وتدلّ نتائج دراسات التصوير البنيويّ على وجود اللّوزة والحصين بأحجام صغيرة عند المرضى المصابين باضطراب الشخصيّة الحدّيّة ، وتتفق هذه النتيجة التي أكدت على الحجم المنخفض للحصين مع دراسات عديدة عن اضطراب الشدّة ما بعد الصدمة، إلا أن نقص حجم اللوزة يفصل اضطراب الشخصيّة الحدّيّة بعيدا" عن اضطراب الشدّة ما بعد الصدمة الذي تبدو فيه اللوزة بحجمها الطبيعي وغير متأثرة بنيويا"
(Schmahl et al., 2003:148).

كما لاحظ راين ومساعديه فرط استجابة في محور ما تحت المهاد والغدة النخاميّة والكظرية عند المرضى المصابين باضطراب الشخصيّة الحدّيّة ولديهم تاريخ سابق ومؤكّد بالتعرض للاستغلال في الطفولة وهذا يدعم العلاقة المفترضة بين التعرض المبكر للشدة وعمل محور ما تحت المهاد والغدة النخامية والكظرية في سن الرشد. وتشير نتائج الصور العصبية إلى ضعف التحكّم الكابح في المحور ما قبل الجبهي والذي قد يساهم في فرط نشاط اللوزة وهو ما يفترض ارتباط هذه الاضطرابات العصبية ما قبل الجبهية والحوفية بعَرَض عدم التحكم بفرط الاستثارة والمشاهد لدى المرضى المصابين باضطراب الشخصيّة الحدّيّة(Rinne et al., 2002:108).

على الرغم مما سبق لم يعرف تماما" إذا كانت الاختلالات الوظيفية الملحوظة في العضوية العصبية موجودة لسبب وراثيّ أو لعوامل ولاديّة أو لأحداث راضّة خلال الطفولة أو نتيجة للاضطراب نفسه.

٢-٥- تشخيص اضطراب الشخصيّة الحدّيّة:

يوصي الدليل التشخيصيّ الخامس (DSM-5) بأنّ تشخيص اضطراب الشخصيّة الحدّيّة يجب ألّا يتمّ قبل سن الثامنة عشرة، ويتم التشخيص عمليا" بسن أصغر في حال كانت الأعراض واضحة ومستمرة.

لتشخيص اضطراب الشخصية الحدية لابد من توافر خمسة على الاقل من المحكات التالية:

١-جهود حثيثة لتجنب الهجر الحقيقي أو المتوهم (ملاحظة: لا تتضمن الانتحار أو سلوك إيذاء الذات المُشار إليه في البند الخامس).

٢-نمط شديد وغير مستقر من العلاقات الشخصية التي تتميز بتطرف العلاقة إما في إعطاء المثالية القصوى أو بتخفيض قيمتها إلى أدنى حد.

٣-اضطراب الهوية: وتكون صورة الذات أو الإحساس بالذات غير مستقر بشكل ملحوظ (ملاحظة: لا يتضمن هذا المعيار فترة المراهقة العادية من حيث عدم التأكد واليقين .

٤-التهور والاندفاعية في مجالين على الأقل على سبيل المثال: التهور في إنفاق المال، ممارسة الجنس، التهور في القيادة، الإفراط في الأكل..(ملاحظة: لا يتضمن أي سلوك انتحاري أو إيذاء للذات والمُشار إليه في البند الخامس).

٥-السلوك الانتحاري المتكرر أو المحاولات أو التهديد بذلك ، أو سلوك إيذاء الذات .

٦-عدم الاستقرار الانفعالي بسبب تقلب المزاج على سبيل المثال: الانفعالات الشديدة والقلق ، وعادة ما تستمر لساعات قليلة ونادرا" لعدة أيام فقط .

٧-مشاعر مزمنة بالفراغ و الوحدة .

٨-الغضب الشديد وغير الملائم ، أو صعوبة السيطرة على الغضب على سبيل المثال: الغضب الحاد بشكل مستمر لأضعف المثيرات ، الشجارات الجسدية..

٩-الضغوط المرتبطة بجنون العمة أو أعراض الفصام الشديد العَرَضية .

ويوضّح الجدول التالي محكّات وأبعاد اضطراب الشخصيّة الحدّيّة وفق المجالات الأربع:

(Cailhol, 2015:6)

الجدول (١) محكّات وأبعاد اضطراب الشخصيّة الحدّيّة وفق المجالات الأربعة

	البُعد	المحكّات التشـخيصيّة
١	الانفعالي	عدم استقرار مؤثّر بسبب رد فعل مزاجي ملحوظ (مثال: قلق عرضي شديد – هياج – قلق يدوم عادة لعدة ساعات ونادرا" يدوم لأكثر من بضعة أيام فقط)
٢		شـعور مزمن بالفراغ – الوحدة
٣		غضب شديد غير ملائم أو صعوبة في التحكّم بالغضب (مثال: أعراض مزاجية متكررة – غضب دائم – شجارات جسدية متكررة)
٤	المعرفي	اضطراب هوية: عدم استقرار الشعور بالذّات أو صورة ذات غير مستقرة بشكل دائم وملحوظ
٥		أفكار اضطهاديّه متعلقة بالتوتر عابرة أو أعراض انفصالية شديدة
٦	الاندفاعيـة	اندفاعية في موقعين على الأقل قد يكونان مدمرين للذات (مثال: الانفاق – الجنس – سوء استخدام العقاقير – القيادة المتهورة – الأكل المفرط)
٧		سلوك انتحاريّ متكرر أو تلميحات أو تهديدات به / سلوك تشويه الذات
٨	العلاقات البينشخصية	جهود حثيثة لتجنب الهجر المتوهم أو الحقيقي
٩		مظهر علاقات شخصيّة بينيّة غير ثابتة وتتميّز بالتأرجح بين المثالية المطلقة وعدم القيمة المطلقة

٢-٦-أعراض اضطراب الشخصية الحدية:

وسيتم عرض المحكّات التشخيصيّة لاضطراب الشخصيّة الحدّيّة في هذا البحث كأعراضٍ عياديّة وأعراضٍ كما يذكرها المريض.

٢-٦-١- الأعراض العياديّة:

قدّم الدليل التشخيصيّ والإحصائيّ الثالث للأمراض النفسية DSM-III (الجمعية الأمريكية لعلم النفس APA) نظاما" متعدد المحاور واضعا" اضطراب الشخصيّة الحدّيّة على محور منفصل وهو المحور الثاني (Axis II) الى جانب الاضطرابات العقلية ووصف اضطراب الشخصيّة الحدّيّة كتشخيص مستقل، على عكس الدليل التشخيصيّ الاحصائيّ الخامس(DSM-5) الذي استبعد الطريقة المتعددة المحاور في التشخيص واعتبر المعايير الأساسية لاضطراب الشخصيّة الحدّيّة هي: عدم الاستقرار والاندفاعيّة ليجعل تشخيص اضطراب الشخصيّة الحدّيّة يتطلب توافر خمسة أو أكثر من الأعراض التي سيتمّ ذكرها لاحقاً.(DSM-5, 2013:663).

في حين يضع التصنيف الدوليّ للأمراض النفسية بنسخته العاشرة (ICD-10) اضطراب الشخصيّة الحدّيّة ضمن الشخصيّة غير المستقرّة انفعاليا" ويتضمن نمطا" فرعيا" اندفاعيا"، ونمطا" حديا" (World Health Organization, 2000).

وعلى العموم يتطلب كلا التصنيفين أن يكون المظهر السلوكي للاضطراب مستمراً، ثابتا"، معمما" على مدى واسع من المواقف الاجتماعية والشخصية، ويبدأ في المراهقة أو في الرشد المبكر ويسبب تأذيا" أو كربا" واضحا" في الوظائفيّة(World Health Organization, 2000).

وقد **تمّ تنظيم أعراض اضطراب الشخصيّة الحدّيّة وفق أربعة مجالات** في الاضطراب النفسي، لأنّ الأشخاص الذين يُظهرون الأعراض في المجالات الأربع في الوقت نفسه يمكن أن يُميّزوا بنجاح عن هؤلاء المصابين بأشكال أخرى من اضطرابات الشخصيّة(Cailhol et al., 2015:7).

❖ **المجال الأول: الاضطراب العاطفي:**

يبدي الأشخاص المصابون باضطرابات الشخصيّة مظاهر استجابة انفعالية إشكالية، ولكل اضطراب من اضطرابات الشخصيّة أنموذج استجابة انفعاليّة ترتبط مع ذلك الاضطراب، هذا النموذج الغير مرن من الاستجابة الانفعاليّة يولّد صعوبة. تتميز بعض اضطرابات الشخصيّة بالحساسيّة الانفعاليّة وبالميل لاختبار المشاعر بشكل شديد، في حين تتميز اضطرابات الشخصيّة الأخرى باستجابة عاطفية ضئيلة أو معدومة بغض النظر عن الظروف أو المواقف، في حين تتميّز مجموعة أخرى من الاضطرابات بالتأرجح بين هذين الحدّين من سيطرة المشاعر الشديدة للحظة إلى اللامبالاة وعدم الارتباط في لحظة أخرى(Robins et al., 2001:441).

يفهم بعض العلماء هذا الجانب من اضطرابات الشخصيّة على أنّه مشكلة في التنظيم العاطفي، وتتميّز بعض اضطرابات الشخصية بالميل إلى عدم تنظيم المشاعر، في حين أنّ الاضطرابات الأخرى تميل إلى التطرّف في تنظيم المشاعر، وهذا يختلف عن الشخصيّة السويّة حيث نتوقع مجالاً كاملاً يمتد من السيطرة على المشاعر الشديدة إلى التعبير الواضح عنها، وهذا المدى تحدّده المواقف والظروف، وبالطبع سيتحكّم الأشخاص ذوو الشخصيّات السويّة بمشاعرهم أو قد يشعرون بالاستقلال العاطفي في بعض الأوقات، المشكلة عند الأشخاص المصابين باضطرابات الشخصيّة هي الدرجة القصوى لتأثير عدم التنظيم وديمومته.

كذلك يميل الأشخاص الأسوياء لأن يفهموا متى يكون التعبير عن مشاعر معينة مفيداً ومتى يُحجمون عن ذلك، إذ تعلّم الأشخاص الأسوياء بأن هناك أوقاتا" يكون فيها من الحكمة أن يُعبروا عن مشاعر معينة بوضوح وبأوقاتٍ أخرى من الأفضل أن يُنظموا التعبير عنها أو يحدّوا من شدّتها. و كما ذُكر سابقا" المظهر الأساسي للشخصيّة السويّة هو المرونة، ويوجد لدى الشخصيّات السويّة مجالا" مرنا" من الاستجابات الفعّالة التي تأخذ الزمان والمكان والظروف بعين الاعتبار.

لا يُظهر الاشخاص المصابون باضطرابات الشخصيّة نفس المرونة وبالاعتماد على أُنموذج اضطرابات الشخصيّة، تتراوح المظاهر الانفعالية من كونها محددة جداً، لا مبالية، باردة، فقد متعة في الحياة، إلى كونها مشاعر متغيرة سريعاً ومتقلّبة بشكل واسع يُعبر عنها عادة بنزعة شديدة ومثيرة، هذا النقص في المرونة عند بعض اضطرابات الشخصيّة التي تشمل التعبير العاطفي يؤدّي إلى مشاكل الغضب المزمن والهياجيّ، مشاكل قلق شديد أو نقص كامل في التعاطف.

من أمثلة اضطرابات الشخصيّة ذات الاستجابة الانفعاليّة الإشكاليّة اضطراب الشخصيّة الحدّيّة الذي يقدم مثالا" عن المظهر الفعّال لممارسة الحدّين الانفعاليين من المشاعر الشديدة المرتفعة والغير منظّمة إلى المشاعر المناقضة تماما" من اللامبالاة وعدم الارتباط.

يميل الأشخاص المصابون باضطراب الشخصيّة الحدّيّة لأن يكونوا مفرطي الحساسية ويستجيبون بشدة انفعالية كبيرة ولديهم مشاعر قويّة في سياق العلاقات الشخصية (البينيّة) وخصوصاً عندما تؤدي بهم الصعوبات والصراعات إلى الشعور بالقلق الشديد والغضب أو الاحباط، وتسيطر عليهم بسهولة خلال النزاعات البينية (الشخصية) المشاعر الشديدة حينما يغضبون وقد يواجهون وقتا" صعبا" ليهدؤوا.

قد ينتقل الأشخاص المصابون باضطراب الشخصيّة الحدّيّة بسرعة إلى القطب المعاكس ويُصبحون فجأة منفصلين بشكل كامل، لا مبالين، فارغين، ومنعزلين، لينتهي العديد من هؤلاء الأشخاص الذين يعانون من اضطراب الشخصيّة الحدّيّة إلى جرح أو إيذاء أنفسهم استجابة لفراغهم ولمشاعر اللامبالاة المُرافقة لذلك (Hoermann,2013:4).

في حين يستجيب أشخاص آخرون بخوف أو غضب لحالات تقلّب المشاعر السريعة ولسلوك إيذاء الذات، الأمر الذي يصعّد الصراع الشخصي، ولذلك تكون الصراعات والصعوبات في العلاقات الشخصيّة لدى هؤلاء نتيجة شائعة للشدّة والمشاعر المتقلبة بسرعة والمرتبطة بهذا الاضطراب.

إنّ المرضى المصابين باضطراب الشخصيّة الحدّيّة لديهم مدى من تأثيرات القلق الشديد ويظهر أحيانا" على أنّه توتر مكروه ويتضمن (الغضب – الحزن – الخجل – الرعب – الخوف – الوحدة ومشاعر مزمنة بالفراغ)(Zanarini et al., 1998 & Stiglmayr et al., 2001).

جانب آخر من الاضطراب العاطفي لدى مرضى اضطراب الشخصيّة الحدّيّة هو ردّة الفعل المزاجية الهائلة، إذ ينتقل المرضى غالباً من حالة مزاجية إلى أخرى بسرعة وسهولة كبيرة مارّين بحالات قلق متعددة وفترات من تقلبات المزاج على مدار اليوم (Konigsberg et al., 2002:786.)

❖ **المجال الثاني في التشخيص:**

المعارف المشوّهة أو التفكير المشوّه (Cognitive Distortions/ Distorted Thinking):

يميل الأشخاص المصابون باضطرابات الشخصيّة عموما" لأن يُظهروا تشوّهات بطريقة تفسيرهم وتفكيرهم بالعالم وبأنفسهم، ويُفكّر الأشخاص المصابون باضطرابات الشخصيّة بالأشياء بشكل مختلف عن

الاشخاص ذوي الشخصيّات السويّة، إذ تكون لديهم مظاهر فكريّة متطرفة ونوعا" ما مشوّهة وغير وظيفيّة بوضوح وخاصة عندما يُحاول الفرد أن يفهم تفاعله مع الآخرين (من هذه المظاهر: التفكير الحديّ أبيض/أسود – الكمالية والمثالية من ثم التقليل من قيمة الآخر أو من أنفسهم – الشك وعدم الثقة – معتقدات غريبة أو مناقضة للسياق الثقافي..(Robins, Ivanoff & Linehan, 2001:440).

ويظهر المرضى باضطراب الشخصيّة الحدّيّة ثلاثة مستويات من الأعراض المعرفيّة:

١-أعراض مُقلقة ولكنها ليست ذُهانيه مثال: التفكير المفرط بكونه سيئا" – تجارب الانفصال فيما يتعلق بتفكُك الشخصيّة والانفصال عن الواقع وشكوك غير توهميّه وأفكار المرجعية.

٢- أعراض شبه ذُهانيه: مثال: أهلاسات وأوهام مؤقتة ومحددة وتعتمد نوعاً ما على الواقع.

٣-أعراض ذُهانيه: أوهام و أهلاسات حقيقية وأساسية تحدث غالباً في سياق الاكتئاب.

(Zanarini et al., 1990:163).

❖ **المجال الثالث في التشخيص: الاندفاعية (Impulsivity):**

يقع مرضى اضطراب الشخصيّة الحدّيّة ضمن نمطين من الاندفاعيّة:

١-النمط الأول من الاندفاعيّة: تدمير الذات الجسديّ المُتعمّد بأشكالٍ عامّة أكثر من الاندفاعيّة (الانتحار المُبلّغ عنه و محاولات الانتحار).

٢-النمط الثاني من الاندفاعية: أشكال عامة من سوء استخدام العقاقير و الكحول-الأكل المفرط -الإنفاق -انفجارات كلامية – قيادة متهورة (Cailhol et al., 2007:52).

❖ **المجال الرابع: العلاقات البين شخصيّة غير المستقرة الشديدة:**

يتميز الأشخاص المصابون باضطراب الشخصيّة الحدّيّة بنمطين منفصلين من الاضطراب في العلاقات ولكن متداخلين: (Cailhol et al., 2007:53)

النمط الأول من علاقات المرضى: خوف شديد من الهجران والذي يظهر بوضوح من خلال الجهود الحثيثة لتجنب تركه وحيداً مثال: الاتصال بشكل متكرر بالأشخاص على الهاتف أو التعلق الجسدي بهم.

أما **النمط الثاني:** الميل أو النزعة إلى إحداث الفتن في العلاقات القريبة والتي تتميّز بجدالات متكررة وانقطاعات متكررة واعتماد على سلسلة من الاستراتيجيات الغير تكيفيّة والتي يمكن أن تُغضب وتُخيف الآخرين مثال: عواطف جياشة أو استجابات غير متوقعة.

٢-٦-٢- الأعراض التشخيصيّة كما يذكرها المريض:

من النّادر أن يذهب المصابون باضطراب الشخصيّة الحدّيّة لرؤية طبيبهم والشكوى من اضطراب الشخصيّة الحدّيّة، إذ تترافق شكوى المريض من سوء استخدام العقاقير أو تأرجح المزاج أو القلق المفرط أو نوبات الغضب وعدم القدرة على التحكّم بالانفعالات بشكاوى أخرى كالأكل المفرط غير الطبيعي أو

إيـــــذاء الـــــذات المتكـــــرر أو الشـــــكوى مـــــن مشـــــاكل فـــــي العلاقـــــات (Skodol et al., 2002 & Zimmerman, 1994).

ويعدّ التشخيص العياديّ الدقيق لاضطراب الشخصيّة الحدّيّة والحالات المرضية المشتركة المحتملة معه هاما" عند البدء بعلاج المريض.

٢-٧- الاضطرابات والأمراض النفسية المشتركة مع اضطراب الشخصيّة الحدّيّة:

- (٥٠%) من المرضى المصابين باضطراب الشخصيّة الحدّيّة يعانون أيضاً من الاكتئاب.

كذلك من الاضطرابات المشتركة مع الشخصيّة الحدّيّة (DSM –5,2013:666):

- إساءة استخدام المواد و العقاقير (Substance Related Disorders).
- اضطرابات الأكل (خاصة النهم العصبي) (Eating Disorders).
- اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه (Attention Deficit Hyperactivity Disorder).
- اضطرابات الشدّة ما بعد الصدمة (Post Traumatic Stress Disorder).
- اضطرابات الشخصيّة الأخرى.

٢-٨- التشخيص التفريقي لاضطراب الشخصية الحدية:

٢-٨-١- الاكتئاب والاضطراب ثنائي القطب: يترافق اضطراب الشخصية الحدية غالبا" مع الاكتئاب أو الاضطراب الثنائي القطب، وعندما تجتمع المحكات التشخيصية لكليهما يمكن تشخيصهما، لأن تقاطع أعراض اضطراب الشخصية الحدية قد يُشابه الظهور العَرَضي للاكتئاب أو لاضطراب ثنائي القطب ، ويجب على العياديين تجنب إعطاء أي تشخيص إضافي لاضطراب الشخصية الحدية باعتمادهم على تقاطع الأعراض دون وجود دليل مثبت على ظهوره المبكر وديمومته الطويلة .

٢-٨-٢-اضطرابات الشخصية الأخرى: قد تختلط اضطرابات الشخصية الأخرى مع اضطراب الشخصية الحدية لوجود أعراض مشتركة بينهما، ولذلك من المهم التمييز بين هذه الاضطرابات بالاعتماد على اختلاف الملامح التشخيصية.

من جهة ثانية إذا كان لدى الفرد ملامح وأعراض تجتمع مع معيار واحدة أو أكثر من اضطرابات الشخصية إلى جانب اضطراب الشخصية الحدية فإنه يمكن تشخيصها جميعا".

-على الرغم من أن اضطراب الشخصية الهستريائية يمكن أن يتميز بالبحث عن الانتباه والسلوك المتلاعب وتغير المشاعر السريع، فإن اضطراب الشخصية الحدية يمكن تمييزه من خلال سلوك إيذاء الذات ، قطع العلاقات الحميمية والشعور بالفراغ الشديد والوحدة.

-قد تظهر الأفكار الزورية والأوهام في كل من اضطراب الشخصية الحدية واضطراب الشخصية الفصامية ، إلا أن هذه الأعراض تتواجد بشكل عابر في التفاعلات الشخصية لدى اضطراب الشخصية الحدية .

-يتميز كل من اضطراب الشخصية الزورية واضطراب الشخصية النرجسية بردود الفعل الغاضبة اتجاه المثيرات الضعيفة وبصورة الذات الثابتة، وما يميز هذه الاضطرابات في الشخصية عن اضطراب الشخصية الحدية هو غياب سلوك إيذاء الذات والاندفاعية والخوف من الهجر الحقيقي أو المتخيل.

-كما يتميز كل من اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع واضطراب الشخصية الحدية بالسلوك المتلاعب، إلا أن الفرق بينهما هو أن الأفراد المصابون باضطراب الشخصية المعادية للمجتمع يتلاعبون للحصول على منفعة أو سلطة أو مكاسب مادية أخرى، في حين يكون الهدف من التلاعب لدى المصابين باضطراب الشخصية الحدية موجه لكسب مقدمي الرعاية.

-يتميز كل من اضطراب الشخصية الاعتمادية والشخصية الحدية بالخوف من الهجر، إلا أن الفرد المُصاب باضطراب الشخصية الحدية يتفاعل مع الهجر بمشاعر الفراغ العاطفي والغضب، في حين يتفاعل الفرد المصاب باضطراب الشخصية الاعتمادية بدرجة أعلى من الطاعة والإرضاء والبحث العاجل عن علاقات بديلة ليحصل على الرعاية والدعم.

ويتميز اضطراب الشخصية الحدية عن اضطراب الشخصية الاعتمادية بالعلاقات الحميمية الغير ثابتة.

٢-٨-٣- **تغير الشخصية الناجم عن حالة طبية أخرى:** يجب أن يتم تمييز اضطراب الشخصية الحدية عن تغير الشخصية الناجم عن حالة طبية من خلال كون السمات التي تهر تتعلق بتأثيرات الحالة الطبية في الجهاز العصبي المركزي.

-اضطرابات استخدام العقاقير: يجب أن يتم تمييز اضطراب الشخصية الحدية عنها من خلال الأعراض التي يمكن أن تتطور بالترافق مع الاستخدام الدائم للعقاقير.

٢-٨-٤-**مشكلات الهوية:** يجب أن يتم تمييز اضطراب الشخصية الحدية عن مشكلات الهوية التي ترتبط بشؤون الهوية المرتبطة بالمرحلة التطورية (مثال: مرحلة المراهقة) ولا تصنف كاضطراب عقلي.

٢-٩- دور العائلة والأصدقاء في دعم مرضى اضطراب الشخصيّة الحدّيّة:

إضافة إلى العلاجات السابقة هناك أشياء كثيرة تستطيع الأسرة والأصدقاء القيام بها للمساعدة. علينا بدايةً أن نتذكّر بأن اضطراب الشخصيّة الحدّيّة هو حالة طبية تتطلب علاجاً نفسيا" ودعما" إذ لا نستطيع إيقاف اضطراب الشخصيّة الحدّيّة دون تدخّل وعلاج خاصةً وأنّ العلاج فعّال مع الزمن (National Institute of Mental Health, 2016:4) .

١)- التثقيف النفسيّ للمريض والعائلة عن الاضطراب.

المعرفة قوة وتعطي فرصة أكبر لتطّوير استراتيجيات جيّدة للتغلّب على الاضطراب، وإنّ إشراك الأسرة بعلاج مختلف الاضطرابات النفسية التي يُصاب بها أفراد آخرين في الأسرة يُساعد كلا" من المريض والأسرة نفسها، وظهرت أدلة فعّالة مثبتة علميا" تدعم نماذج متنوعة من إشراك الأسرة في علاج اضطراب الشخصيّة الحدّيّة.

٢)- زيادة وعي المريض بالمشكلة.

يُعاني الأشخاص المصابون باضطراب الشخصيّة الحدّيّة من حاجتهم إلى نظرة عميقة لمرضهم وهذا ليس سهلا" دائما" ويستغرق وقتاً.

٣)- التعرُّف على الخدمات الصحية والمجتمعية المُتاحة لدعم المصابين باضطراب الشخصيّة الحدّيّة.

و هذا يتطلب أن تكون العائلة مستعدّة للبحث الجادّ عن العناية المناسبة، والارتباط بالمنظمات المجتمعية التي تقدّم الدعم والخدمات التي تكمل نظام الخدمات الصحيّة العقلية وتقدّم برامج تثقيفيّة حول الاضطراب وتتضمن مجموعات دعم استشارية.

٤)- تقديم الدعم اللازم لعائلة المريض.

ينبغي عدم التقليل من أهمية تأثير المرض على المحيطين بالمريض، فاضطراب الشخصيّة الحدّيّة يتضمن غالبا" شدّة وحزن وله تأثير على الأسرة ككل، لذا لا بد وأن تكون مستعدة للبحث عن دعم لتطور استراتيجيات تبقيها بخير.

وأخيراً فإن الدعم والاستراتيجيات السلوكيّة هي حجر الزاوية في علاج الأشخاص المصابين باضطراب الشخصيّة الحدّيّة نفسياً والذي قد يكون فعالاً مع الزمن على خلاف الاضطرابات النفسيّة الأخرى التي تعتمد بشكل أساسي على العلاج الدوائي في علاجها (Dunn,2015:18) .

الفصل الثالث

الدراسات السابقة

أولاً- الدراسات العربية

ثانياً- الدراسات الأجنبية

ثالثا"- تعقيب على الدراسات السابقة

تمهيد:

يتضمن هذا الفصل عدد من الدراسات السابقة التي تمكنت الباحثة من الوصول إليها، والتي تتناول متغيرات البحث وهي التشوّهات المعرفيّة واضطراب الشخصيّة الحدّيّة.

و لا بد للباحثة من الإشارة إلى أنها لم تتمكن من العثور على دراسة عربية واحدة تناولت بالبحث والدراسة العلاقة بين متغيرَيّ الدراسة.

٣ – ١ – الدراسات العربية:

١ – دراسة ابراهيم (2017) ، الجزائر.

عنوان الدراسة: علاقة المخططات المبكرة غير المتكيفة بالتشويهات المعرفية لدى تلاميذ التعليم الثانوي

هدف الدراسة: هدفت الدراسة إلى:

١ – التعرف إلى العلاقة بين المخططات المبكرة غير المتكيفة والتشويهات المعرفية عند تلاميذ التعليم الثانوي.

٢–الكشف عن تأثير متغير الجنس على كل من المخططات غير التكيفيّة والتشوهات المعرفية.

عينة الدراسة: أجريت الدراسة على عينة مكونة من (مئة وخمسين) تلميذ (تسعة وسبعون ذكرا" و وواحد وسبعون أنثى) من المرحلة الثانوية، تم اختيارهم بطريقة عشوائية بسيطة.

أدوات الدراسة:

١–استبانة المخططات غير المتكيفة ليونج (Young`s Schema Questionnaire).

٢–استبيان التشوهات المعرفية لدي أليفيرا (De-Oliveira`s Cognitive Distortion Questionnaire).

نتائج الدراسة: أسفرت نتائج الدراسة عن التالي:

١–وجود علاقة ارتباطية إيجابية ذات دلالة إحصائية بين المخططات المبكرة غير المتكيفة والتشوهات المعرفية عند تلاميذ التعليم الثانوي.

٢–عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في المخططات المبكرة غير المتكيفة والتشوهات المعرفية حسب متغير الجنس.

٢ – دراسة العصّار(2015) ، غزة .

عنوان الدراسة: التشوّهات المعرفيّة وعلاقتها بمعنى الحياة لدى المراهقين في قطاع غزة

هدف الدراسة: هدفت الدراسة إلى:

١ – التعرف إلى مستوى التشوّهات المعرفيّة ومعنى الحياة لدى المراهقين في قطاع غزة.

٢ – دراسة العلاقة بين التشوّهات المعرفيّة ومعنى الحياة لديهم.

٣ – الكشف عن الفروق في معنى الحياة والتشوّهات المعرفيّة تبعا" لمتغيري الجنس ومرحلة المراهقة.

عينة الدراسة: أجريت الدراسة على عينة مكونة من (ستمئة واثني وستين) طالبا" وطالبة من المرحلة الثانوية والجامعية، وتراوحت أعمارهم ما بين (22-15سنة).

أدوات الدراسة:

استبانة التشوهات المعرفية بأبعادها التسعة: التفكير الثنائي، الاستنتاج الاعتباطي، المبالغة والتقليل، المنطق العاطفي، لوم الذات والآخرين، التفكير المثالي، المقارنات المجحفة، الإفراط في التعميم والإيجابية، "ماذا لو" (من إعداد الباحثة)، واستبانة معنى الحياة وتتكون من خمسة أبعاد وهي: الرضا الوجودي، الثراء الوجودي، أهداف الحياة، القلق الوجودي، والمعاناة والألم (من إعداد الباحثة).

نتائج الدراسة: أسفرت نتائج الدراسة عن التالي:

١-مستوى التشوّهات المعرفيّة مُنخفض بشكل عام، ومستوى معنى الحياة مرتفع بشكل عام.

٢-وجود علاقة عكسيّة ذات دلالة إحصائية بين التشوّهات المعرفيّة ومعنى الحياة لدى المراهقين في قطاع غزة.

٣-عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائيّة في التشوّهات المعرفيّة لدى المراهقين في قطاع غزة تعزى إلى الجنس، ومرحلة المراهقة.

٤-لاتوجد فروق ذات دلالة إحصائيّة في معنى الحياة لدى المراهقين في قطاع غزة تُعزى إلى الجنس، ومرحلة المراهقة.

٣- دراسة ابراهيم (2013)، مصر.

عنوان الدراسة: علاقة التشوّه المعرفيّ بقلق الكلام لدى تلاميذ المرحلة الإعدادية

هدف الدراسة: هدفت الدراسة إلى:

١- التعرّف إلى العلاقة بين التشوّه المعرفيّ وقلق الكلام.

٢- بناء برامج إرشاديّة مستقبلا" لتجنب التشوّهات المعرفيّة ومن ثم تخفيف قلق الكلام.

عينة الدراسة: أجريت الدراسة على عينة مكونة من (ستة وتسعين) تلميذا" وتلميذة من الصفين الأول والثالث الإعدادي.

أدوات الدراسة: ١- مقياس التشوّه المعرفيّ (من إعداد الباحثة) ٢-فنيّة قلق الكلام (إعداد الباحثة).

نتائج الدراسة: أسفرت نتائج الدراسة عن التالي:

١- هناك علاقة ارتباطية موجبة بين التشوّه المعرفيّ وقلق الكلام لدى تلاميذ المرحلة الإعداديّة.

٢- وجود فروق بين كل من أبعاد التشوّه المعرفيّ وأبعاد قلق الكلام لدى تلاميذ المرحلة الإعداديّة.

٣- هناك فروق تعود لمتغيّر العمر على مقياس قلق الكلام لصالح الصف الأول الإعدادي.

٤- هناك فروق تعود لمتغيّر العمر على مقياس التشوّه المعرفيّ لصالح الصف الأول الإعدادي.

٥–هناك فروق دالّة إحصائيا" بين متوسطات درجات التلاميذ ومتوسطات درجات التلميذات على مقياس التشوّه المعرفيّ لصالح التلاميذ، حيث زاد التشوّه المعرفيّ لدى الذكور.

٦– هناك فروق دالة إحصائيا" بين متوسطات منخفضي التحصيل الدراسي ومتوسطات ذوي مرتفعي التحصيل الدراسي على مقياس التشوّه المعرفيّ لصالح منخفضي التحصيل الدراسي.

٧–هناك فروق دالة إحصائيا" بين متوسطات درجات التلاميذ ومتوسطات درجات التلميذات على مقياس قلق الكلام وفق متغيّر التحصيل الدراسي لصالح التلاميذ.

٤– دراسة سيد (2012)، القاهرة .

عنوان الدراسة: كفاءة بعض الوظائف المعرفية لدى مرتفعي ومنخفضي مظاهر اضطراب الشخصيّة الحدّيّة في ضوء النموذج الارتقائي العصبي

هدف الدراسة: دراسة الفروق بين مُرتفعي ومُنخفضي مظاهر اضطراب الشخصيّة الحدّيّة لدى عيّنة غير إكلينيكيّة من الجنسين في بعض الوظائف المعرفيّة وهي الذاكرة العاملة، كفُّ الاستجابة، حلّ المشكلات، تنظيم الانفعال، اختبار النموذج الارتقائيّ العصبيّ لاضطراب الشخصيّة الحدّيّة.

نتائج الدراسة:

١– وجود فروق دالّة إحصائياً بين مُرتفعي ومُنخفضي مظاهر اضطراب الشخصيّة الحدّيّة في الوظائف المعرفيّة الأربعة.

٢– إسهام مظاهر اضطراب الشخصيّة الحدّيّة إسهاماً دالّاً في التنبؤ بالوظائف المعرفيّة التي تناولتها الدراسة.

٣–٢– الدراسات الأجنبية:

١–دراسة هاربيك وزاهن وآخرون (Harbeck , Zahn .et al., 2017)

عنوان الدراسة: التشوّهات المعرفيّة لدى المُصابين بالقَمَه العصبيّ واضطراب الشخصيّة الحدّيّة Cognitive Distortions in Anorexia Nervosa and Borderline Personality Disorder

هدف الدراسة:

هدفت الدراسة إلى فحص تشوّه شكل التفكير لدى مرضى اضطراب القَمَه العصبي وتشوّه فكرة الهجر عند مرضى اضطراب الشخصيّة الحدّيّة.

عينة الدراسة:

تكونت العينة من (ثلاثة وستين) مريضا" من المشخّصين باضطراب الشخصيّة الحدّيّة والقمه العصبي.

أدوات الدراسة:

استخدمت الدراسة استبيانا" لرصد كلٍ من تشوّه شكل التفكير وتشوّه فكرة الهجر إضافة إلى الاضطرابات النفسية التي تتناولها الدراسة.

نتائج الدراسة: كانت النتائج على الشكل التالي :

١-أظهر المرضى المصابون باضطراب القَمَه العصبيّ درجات أعلى في الإصابة بتشوّه شكل التفكير من أولئك المصابين باضطراب الشخصيّة الحدّيّة.

٢-حقق المرضى المصابون باضطراب الشخصيّة الحدّيّة المترافق مع اضطراب القَمَه العصبي أعلى درجات عند قياس تشوّه فكرة الهجر لديهم.

٣-أظهرت الدراسة أن تشوّه فكرة الهجر ليس خاصا" باضطراب الشخصيّة الحدّيّة فقط، وقد يلعب دورا" أيضا" في اضطراب القَمَه العصبيّ.

٤-يلعب كلا التشوّهَين دورا" في استمراريّة كلٍ من اضطراب القَمَه العصبيّ واضطراب الشخصيّة الحدّيّة.

٢- دراسة باير وغيغر وآخرون (Baer, Geiger et al.,2014)

عنوان الدراسة: استخدام مقياس التشوّه المعرفيّ لفحص العلاقة بين الكبت الفكري وسمات الشخصيّة الحدّيّة: بحث متعدد الطرق

Using a measure of cognitive distortion to examine the relationship between thought suppression and borderline personality features: A multi-method investigation

هدف الدراسة:

هدفت الدراسة إلى دراسة العلاقة بين كبت المعارف المشوّهة وحدة سمات اضطراب الشخصيّة الحدّيّة.

عينة الدراسة:

تكونت العينة من (مئة وواحد وثمانين) طالبا" من الطلاب غير المتخرجين ممن لديهم مستويات عالية من سمات اضطراب الشخصيّة الحدّيّة.

أدوات الدراسة: استخدمت الدراسة اختبار الجُمل المُبعثرة المعدّل لدراسة التشوّهات المعرفيّة.

نتائج الدراسة: أظهرت النتائج علاقة ارتباطية هامة بين شدة سمات الشخصيّة الحدّيّة والميل إلى تركيب جمل من مفردات تتناسب مع سمات شخصيّته الحدّيّة وبالتالي كانت نتائج الاختبار لدى المصابين باضطراب الشخصيّة الحدّيّة تتناسب مع شدة أعراض الاضطراب، هذه النتائج أعطت دليلا" متعدد الطرق للميل إلى كبت المعارف المشوّهة والغير مرغوب بها في اضطراب الشخصيّة الحدّيّة.

٣- دراسة باير وبيترز وآخرون (Baer,Peters et al., 2012):

عنوان الدراسة: العمليات المعرفية المرتبطة بالمشاعر في اضطراب الشخصيّة الحدّيّة

Emotion-related cognitive processes in borderline personality disorder

هدف البحث:

١- التعرّف إلى العمليّات المعرفيّة اللاتكيفيّة بما فيها الانتباه الانتقائي، والذاكرة، والمعتقدات المشوّهة، والتفسيرات وعمليات التفكير مثل: الكبت الفكري والتأمّل المرتبطة بالعديد من الاضطرابات الانفعالية.

٢-التعرف إلى سمات العجز العاطفي لدى المصابين باضطراب الشخصيّة الحدّيّة.

نتائج البحث: أظهرت النتائج بأن المصابين باضطراب الشخصيّة الحدّيّة يميلون عادة إلى المثيرات السلبيّة ويكون لديهم وصول غير متناسب إلى الذكريات السلبيّة، والتي تضم مجالاً من المعتقدات السلبيّة الثابتة لديهم عن أنفسهم والعالم والآخرين، ويضعون تفسيرات متحيّزة سلبا" وتقييمات للمثيرات المجردة الغامضة، وينشغلون بالكبت الفكري والتأمل، وترتبط هذه النزعات بشكلٍ ملحوظ بشدّة أعراض اضطراب الشخصيّة الحدّيّة، ولم يتّضح في هذه الدراسة ما إذا كانت عمليات عدم التكيّف المعرفيّ تلعب دوراً مسبباً في تطوّر واستمرار اضطراب الشخصيّة الحدّيّة أو إن كانت مرتبطة أو نتيجة لوجوده.

٤- دراسة روزنفيلد (Rosenfield , 2004):

عنوان الدراسة: العلاقة بين التشوّهات المعرفيّة والاضطرابات النفسيّة على المحاور التشخيصيّة

Relationship Between Cognitive Distortions and Psychological Disorder Across Diagnostic Axes

هدف الدراسة: هدفت هذه الدراسة إلى:

١- تحديد إمكانيّة ارتباط التشوّهات المعرفيّة مع عدد وشدّة الاضطرابات النفسية على المحاور التشخيصية.

٢- تقييم صدق وثبات مقياس التقرير الشخصي الجديد (ICD) من خلال ربط هذا المقياس مع التشخيصات العيادية المحددة من قبل استبيان ميلون العيادي متعدد المحاور(MCMI-III) .

عينة الدراسة:

تم اختيار العينة من مجموعة متغايرة من المرضى الخارجيّين البالغين ممن حققوا المعيار للتقييم أو العلاج النفسي، واستُبعد المشاركون الذين لديهم مستوى تعليمي أقل من الصف الثامن أو الذين خضعوا للمعيار التشخيصيّ لعدد من الاضطرابات العصبيّة.

نتائج الدراسة:

دعمت النتائج صدق وثبات مقياس (ICD) كأداة تقييميّة لقياس التشوّهات المعرفيّة، لأن ال(ICD) هي التي حدّدت

نصف التنوع تقريباً في كلٍ من عدد وشدّة العجز النفسي على المحورين الأول والثاني والذي أُخذ بالاعتبار من خلال تكرار التشوّهات المعرفيّة.

٥- دراسة ماكلاشن وغوندرسون وآخرون (McGlashan, Gunderson, et al., 1992)

عنوان الدراسة: التشوّهات المعرفيّة والإدراكيّة في اضطراب الشخصيّة الحدّيّة واضطراب الشخصيّة من النمط الفصامي لدى عينة وصفية.

Cognitive and perceptual distortions in borderline personality disorder and schizotypal personality disorder in a vignette sample

هدف الدراسة:

هدفت الدراسة إلى تقييم التشوّهات الإدراكيّة والمعرفيّة لدى مجموعتين من الأشخاص المصابين باضطراب الشخصيّة الحدّيّة ومن المصابين باضطراب الشخصيّة من النمط الفُصامي وقورنت الاختلافات في التشوّهات في كل مجموعة.

نتائج الدراسة:

أظهرت النتائج وجود تشوّهات إدراكيّة معرفيّة عند المصابين باضطراب الشخصيّة من النمط الفصامي أكثر من تلك الموجودة عند المصابين باضطراب الشخصيّة الحدّيّة.

كما أظهرت النتائج بأن التشوّهات الإدراكيّة والمعرفيّة مرتبطة أكثر بالموضوع لدى المصابين باضطراب الشخصية الحدّيّة من تلك التي لدى مجموعة المصابين باضطراب الشخصيّة من النمط الفصامي.

٣-٣-تعقيب على الدراسات السابقة:

*من خلال العودة إلى الدراسات السابقة التي تمكنت الباحثة من الحصول عليها لم يتم العثور على أية دراسة عربية أو أجنبية تناولت العلاقة بين التشوهات المعرفية واضطراب الشخصية الحدية في آن معا".

*من خلال الدراسات والبحوث السابقة تمكَّنت الباحثة من الاطلاع على النقاط التي تمّ التركيز عليها في هذه الدراسات والمتغيرات التي تمت دراستها، بالإضافة إلى الأدوات التي استخدمتها، الأمر الذي ساعد على تكوين فكرة عن كيفية اختيار عينة البحث واختيار وتطبيق الأدوات على العينة؛ كما تم الاطّلاع على المناهج التي اعتمدتها هذه الدراسات، والفرضيات المستخدمة وطرائق استخلاص النتائج، والأساليب الإحصائيّة المُستخدمة في هذه الدراسات، ومن خلال استعراض النتائج ومناقشتها وتفسيرها في هذه الدراسات؛ تمت الاستفادة منها في مناقشة نتائج الدراسة الحالية وتفسيرها.

ملخص الفصل:

اتفقت هذه الدراسة مع الدراسات السابقة في طبيعة العينة الاكلينيكية المستهدفة، حيث استهدفت الدراسة الحالية مرضى اضطراب الشخصية الحدية واتفقت بذلك مع كل من دراسة (هاربيك وزاهن 2017، انديون وفيرير و بارال 2011، زاناريني وآخرون 1998)، كما اتفقت الدراسة الحالية مع بعض الدراسات السابقة في الأداة المستخدمة لقياس أعراض اضطراب الشخصية الحدية، حيث اعتمدت الدراسة الحالية على نموذج المقابلة الاكلينيكية(SCID–II) وتتفق بذلك مع دراسة(رينيبرغ وآخرون2005)، ومع دراسة (روزنفيلد 2004) في الأداة المستخدمة لقياس التشوهات المعرفية (ICD).

في حين اختلفت الدراسة الحالية مع بعض الدراسات السابقة في الأداة المستخدمة لقياس التشوهات المعرفية، حيث اعتمدت الدراسة الحالية على مقياس (ICD) لقياس التشوهات المعرفية في حين اعتمدت بعض الدراسات السابقة على اختبار دي–اوليفيرا للتشوهات المعرفية كدراسة (ابراهيم 2017)، ودراسة (العصار 2015) التي استخدمت استبانة التشوهات المعرفية، كما اختلفت الدراسة الحالية مع بعض الدراسات السابقة في طبيعة العينة المستهدفة، حيث استهدفت الدراسة الحالية عينة اكلينيكية من مرضى اضطراب الشخصية الحدية، في حين استهدفت بعض الدراسات السابقة عينة من التلاميذ في المراحل الدراسية المختلفة ممن لديهم مظاهر اضطراب الشخصية الحدية مثل دراسة كل من (ابراهيم 2017، العصار 2015، ابراهيم 2013، محمود سيد 2012).

الفصل الرابع

الإجراءات المنهجيّة للدراسة

٤-١- المجتمع الأصلي للدراسة

٤-٢- عينة الدراسة

٤-٣- أدوات الدراسة

تمهيد

بعد العرض في الجانب النّظري والدراسات السّابقة لأهم ما يتعلق بمتغيّرات الدراسة الحاليّة، تم تخصّيص الجانب التطبيقي لتوضيح الإجراءات المنهجية للدراسة وبذلك يتحدد الموضوع بدقة، ومن أجل ذلك تم اتّباع مجموعة من الخطوات الخاصة بإجراءات الدراسة الميدانية وتمثّلت في اختيار منهج مناسب لطبيعة الدراسة وهو المنهج الوصفي الارتباطي والمقارن، وأجريت الدراسة على عينة تمّ اختيارها بطريقة قصدية وفقاً لمجموعة من الخصائص والشّروط وطُبقت أدوات القياس من أجل جمع البيانات والمعلومات، وعُولجت البيانات الكميّة عن طريق أساليب إحصائيّة مناسبة، وسيتم في هذا الفصل عرض مجتمع الدراسة وكيفية سحب العينة من المجتمع الأصلي وتوزّعها حسب متغيرات الدراسة، من خلال ما يلي:

٤-١- مجتمع الدراسة:

يتكوّن مجتمع الدراسة من مرضى اضطراب الشخصيّة الحدّيّة وجميعهم من المراجعين لعيادات الدعم النفسي التابعة للهلال الأحمر في محافظة دمشق، وقد تم الرجوع إلى السجلات الإحصائيّة بعيادات الدعم النفسيّ التابعة للهلال الأحمر بدمشق لمعرفة مجموع مرضى اضطراب الشخصيّة الحدّيّة والذي يبلغ بحدود (مئة وخمسين) مراجعاً ومراجعةً سنوياً.

٤-٢-عينة الدراسة:

اشتملت هذه الدراسة على عينتين هما عينة الدراسة الأساسية، وعينة الدراسة الاستطلاعية.

٤-٢-١-عينة الدراسة الأساسية:

تكونت عينة الدراسة الحالية من خمسين مريضاً من مرضى اضطراب الشخصيّة الحدّيّة تتراوح أعمارهم ما بين (ثمانية عشر وخمسة وثلاثين) عاماً، حيث تمّ سحب أفراد عيّنة الدراسة الحاليّة بالطريقة القصديّة وذلك من خلال الاعتماد على تشخيص الأطباء والمعالجين النفسيّين للمراجعين، وتمّ انتقاء الأفراد الذين يُعانون من اضطراب الشخصيّة الحدّيّة (والمشخّصين طبياً ونفسياً من أطباء نفسيّين قاموا باستخدام الاختبارات والتحاليل الدموية والصور الشعاعيّة للتحقّق من عدم وجود خلل عضويّ تُعزى له الشكوى المرضية)، وتمّ توزّع أفراد عيّنة الدراسة وفق المتغيرين: الجنس، والمرحلة العمرية،)، والجدول رقم (٢) يوضّح توزع افراد العينة على العيادات:

الجدول (٢) توزّع العينة على العيادات

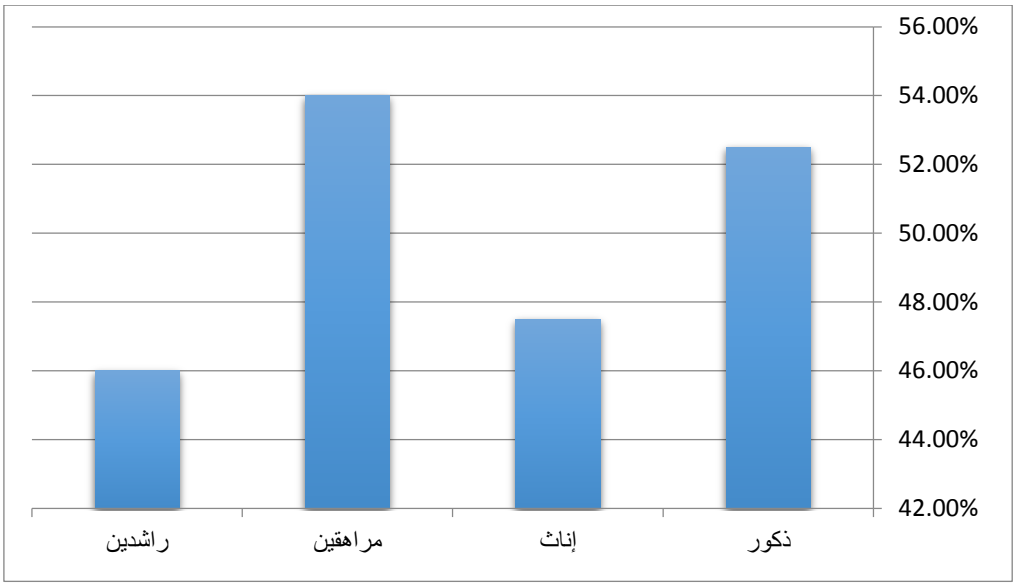
العيادة	الجنس	العدد
عيادة الزاهرة	إناث	5
	ذكور	4
عيادة الأكرم (المزة)	إناث	4
	ذكور	3
عيادة الميسات	إناث	15
	ذكور	19
المجموع	50	50

العيادة	المرحلة العمرية	العدد
عيادة الزاهرة	مراهقين(18-21)	6
	راشدين(22-35)	3
عيادة الأكرم (المزة)	مراهقين (18-21)	5
	راشدين(22-35)	2
عيادة الميسات	مراهقين (18-21)	16
	راشدين (22-35)	18
المجموع	٥٠	

والجدول (٣) يبيّن توزّع أفراد عيّنة الدراسة تبعاً للمتغيرين:

الجدول (٣) توزع أفراد عينة الدراسة حسب المتغيرات المدروسة

المتغير المدروس		العدد	النسبة المئوية
الجنس	ذكور	26	% 52.5
	إناث	24	% 47.5
المجموع		50	% 100
المرحلة العمرية	مراهقين(18-21)	27	% 54
	راشدين(22-35)	23	% 46
المجموع		50	% 100



الشكل (٣) توزّع أفراد عيّنة البحث حسب المتغيّرات المدروسة

٤-٢-٢-عينة الدراسة الاستطلاعية:

إلى جانب عينة البحث الأساسية قامت الباحثة بسحب عينة مكونة من (20) مريض ومريضة من مرضى اضطراب الشخصية الحدية من أفراد المجتمع الأصلي وقد اختيرت هذه العينة بطريقة قصدية قبل القيام بالتطبيق الميداني لأدوات البحث وذلك لتحقيق الأهداف التالية:

١-التأكد من وضوح تعليمات أدوات البحث وفقراته وسهولة فهمها من قبل المفحوصين.

٢-الوقوف عند أهم الصعوبات التي يمكن أن تنشأ أثناء التطبيق الأساسي ومحاولة تلافيها.

٣-حساب الخصائص السيكومترية للأدوات المستخدمة في الدراسة.

٤-٣- أدوات الدراسة: استُخدمت في الدّراسة الحاليّة أداتين من أجل جمع البيانات، وهما:

٤-٣-١- مقياس التشوّهات المعرفيّة:

أعدّ المقيّاس يوريكا (Yurica, 2002)، وصُمّم للاستخدام مع المراهقين والكبار، ويشمل (خمسة وستين) بنداً، موزّعين على (اثني عشر) بُعدا"، تُصحّح وفقاً لمقياس ليكرت الخماسي، وتتراوح درجة المفحوص على هذه القائمة بين (65) درجة بحدّها الأدنى و(325) درجة بحدّها الأعلى، وكلما ازدادت الدرجة فهي مؤشر على ارتفاع التشوّهات المعرفيّة. وقد قامت الباحثة بترجمته إلى اللغة العربية من خلال الاستعانة ببعض الأطباء والاختصاصيّين النفسيّين في هذا المجال.

كما قامت الباحثة بتحديد نظام تقدير درجات مقياس التشوهات المعرفية، إذ تتم الإجابة عن المقياس وفق تدرج خماسي لتصنيف التشوهات المعرفية (أبدا"–نادرا"– أحيانا"–غالبا"– دائما")، وفق الدرجات (1,2,3,4,5)، وتم تحديد طول الفئة باعتماد المعادلة الآتية:

$$\frac{\text{الحد الأعلى للبديل–الحد الأدنى للبديل}}{\text{عدد البدائل}} = \frac{5-1}{5} = ٠,٨٠$$ وهو طول الفئة.

و بذلك تكون درجة تصنيف أفراد العينة للتشوهات المعرفية وفق ما هو موضح في الجدول الآتي:

الجدول (٤) تصنيف مدى متوسطات درجات أفراد العينة للتشوهات المعرفية

المتوسط	الدرجة المقابلة	التقدير
من 1 إلى 2.60	من 65 – 169	منخفض
من 2.61 إلى 3.40	من 170 – 221	متوسط
من 3.41 إلى 5	من 222 – 325	مرتفع

٤–٣–١–١– أبعاد مقياس التشوّهات المعرفيّة:

٤–٣–١–١–١– البُعد الأول: الشخصنة(Personalization) ويتضمن (خمسة عشر) بنداً وهي: (61– 60– 59– 55– 50– 49– 34– 28– 21– 20 – 18– 17– 10– 4 – 3)، ويصف هذا البُعد كل من استبعاد الجوانب الإيجابية للذات، واللوم الذاتي السلبي لأحداث الحياة، وتقيس هذه البنود عادة الدّرجة التي يرفض فيها الأفراد خبراتهم الإيجابية من خلال الإصرار على أنها ليست ذات معنى.

٤–٣–١–١–٢– البُعد الثاني: التهويل (Magnification)، ويتألف من تسعة بنود هي: (65– 46– 42– 31– 29– 24– 23– 14– 8)، ويعبّر هذا البُعد عن المُبالغة أو تهويّل النتائج سواءً كانت سلبيّة أم إيجابيّة لبعض سمات الشّخصيّة أو الأحداث أو المواقف.

٤–٣–١–١–٣– البُعد الثالث: التنبؤ(Fortune–Telling)، ويشمل ستة بنود هي (26– 13– 9– 2) :(52– 35–و يقيس ميل الفرد إلى توقُّع بعض النتائج السلبيّة، ومن ثم إقناع نفسه أنّ التوقّع هو حقيقة ثابتة أو غير قابل للتغيير. والتنبؤ هو اعتقاد الشخص حقاً بأن الأحداث السلبيّة سوف تجري له أو لها وهذا التوقّع هو مُطلَق.

٤–٣–١–١–٤– البُعد الرابع: تكريس قيمة الذّات (Externalization of self–Worth)، ويتألف من خمسة بنود هي: (45– 40– 15– 7– 1) ، ويشير إلى أنّ النظرة الذاتيّة للفرد بحاجة للتأكيد من قبل

الآخرين من أجل الحفاظ على تقدير الذّات. ويظهر تكريس قيمة الذّات من خلال تطوير وتقدير الذّات على أساس كيف ينظر الفرد لنفسه من خلال البيئة الخارجية.

٤-٣-١-١-٥- البُعد الخامس، المثالية/الكمالية(Perfectionism)، ويتألف من ثلاثة بنود هي: (54- 38- 25)ويحدث هذا التشوّه المعرفيّ عندما يسعى الشخص باستمرار ليرتقي داخلياً وخارجياً للكمال. ويميل هؤلاء الأفراد لتبنيّ معايير عالية لأنفسهم من أجل أن تكون مثاليّة، دون النظر إلى موضوعية هذه المعايير.

٤-٣-١-١-٦- البُعد السادس، التفكير الحدّي أو المطلق(Absolutistic or Dichotomous Thinking)، ويشمل تسعة بنود هي:(63 – 48- 47- 43- 41 – 36-33-22-5)، ويُشير هذا البُعد إلى ميل الأفراد إلى تصنيف كلّ الخبرات والأحداث في واحد من اثنين(على سبيل المثال إيجابية أو سلبية). والأفراد الذين يحصلون على درجة عالية من هذا التشوّه المعرفيّ يميلون إلى رؤية الأشياء فقط "أسود أو أبيض "مع عدم وجود منطقة رماديّة .وفي كثير من الأحيان يحدث هذا التشوّه المعرفيّ إذا كان أداء الفرد بانخفاض، أو أنه ينظر لنفسه باعتباره فاشلاً، بدلاً من تحديد ميزات جيّدة حول الأداء.

٤-٣-١-١-٧- البُعد السابع، الاستدلال الانفعالي(Emotional Reasoning)، ويتألف من ثلاثة بنود هي: (57 -53 -39) ، والأفراد الذين يحصلون على درجة عالية في هذا البُعد يميلون إلى افتراض أنّ عواطفهم تعكس الأمور كما هي حقاً. وبعبارة أخرى، إذا أحسّ شيئاً، فإنه يجب أن يكون صحيحاً، مما يسمح له بتوليد استنتاجات عن نفسه على أساس عاطفي، وعن الآخرين، أو عن أحداث الحياة.

٤-٣-١-١-٨- البُعد الثامن التهوين(Minimization)، ويشمل ثلاثة بنود هي: (64- 44- 6)، ويُشير هذا البُعد إلى استخفاف الفرد بأدائه إلى أدنى درجة أو التقلّيل من أهمية الأشياء حتى تظهر ضئيلة. و الأفراد الذين يحصلون على درجة عاليّة من هذا التشوّه المعرفيّ يميلون إلى التقليل من أهمية بعض السّمات الشخصيّة لديهم أو أحداث الحياة.

٤-٣-١-١-٩- البُعد التاسع، المقارنة مع الآخرين(Comparison With Others): ويشمل بندين هما:

(30- 19) ، وتُشير المقارنة مع الآخرين إلى ميل الفرد لمقارنة نفسه مع الآخرين بوصفه ضعيفاً أمامهم، مما يؤدي إلى الشعور بأنه أسوأ أو أقل من الآخرين. و الأفراد الذين يحصلون على درجة عالية من هذا البُعد يميلون إلى أن يقارنوا أنفسهم مع الآخرين، وغالباً ما يصلون إلى استنتاجات سلبية عن أنفسهم.

٤-٣-١-١-١٠- البُعد العاشر، استخدام عبارات" يجب"(Should Statements)، ويتألف من أربعة بنود هي: (51- 27- 16- 11) ويشير إلى المطالبة الفرديّة الداخليّة للفرد أو التوقّعات المبالَغ فيها بإمكاناته، والذين يحصلون على درجات مرتفعة في هذا البُعد يميلون إلى وضع ضغطٍ هائلٍ على أنفسهم في

تحديد الكيفيّة التي" يجب "أن يكون أداؤهم لها دون التفكير في مدى موضوعيّة هذه التوقّعات، اعتماداً على قدراتهم. وغالباً ما يؤدي هذا التشوّه المعرفيّ لمشاعر الندم والشعور بالذنب، والغضب، والإحباط.

٤-٣-١-١-١١- البُعد الحادي عشر الكارثية (Catastrophizing)، ويتألف من أربعة بنود هي: (58-56- 37- 32)، هذا البُعد يُشير إلى عملية تقيّيم الموقف في الماضي أو الحاضر ويُقارن بينهما بحيث يعتقد أن أسوأ نتيجة ممكنة سوف تحدث. والأفراد الذين يحصلون على درجة عالية في هذا التشوّه يميلون إلى تفسير الأوضاع الحالية أو الماضية بأنها كارثيّة، معتبرين أنّ هذه الحالات حتماً ستكون الأسوأ.

٤-٣-١-١-١٢- البُعد الثاني عشر، الاستدلال الانفعالي واتخاذ القرارات(Emotional Reasoning and Decision Making)، ويتضمن بندين هما:**(62- 12)**، والأفراد الذين يحصلون على درجة عالية على هذا التشوّه يميلون إلى الاعتماد على عواطفهم لاتخاذ القرارات. ومعظم الناس يعرّفونه باسم "الاعتماد على الشعور الغريزي بهم."

وقد تمّ عرض الأداة في صورتها الأولية على السيدة المشرفة أولا" ثم على مجموعة من المحكمين بكلية التربية وتم الأخذ بملاحظاتهم. والملحق رقم (3) يبيّن أسماء السادة المحكّمين.

وللتأكد من صلاحية أداة الدراسة تمّ إجراء الدراسة السيكومترية للأداة من خلال تطبيقها على العينة الاستطلاعية وقوامها (عشرون) مريضا" من مرضى اضطراب الشخصيّة الحدّيّة، من خارج عينة الدراسة الأساسيّة، من أجل التحقق من صدقها وثّباتها وتطبيقها في الدراسة الحاليّة، ولأجل ذلك تم أولا" ترجمة أداة الدراسة من ثم إجراء الآتي:

٤-٣-١-٢-الصدق:

٤-٣-١-٢-١-صدق المحكّمين: تمّ عرض أداة الدراسة على مجموعة من الأساتذة المختصيّن في علم النفس والإرشاد النفسيّ نظرا" لطبيعة الموضوع، والمتمثّل في اضطراب الشخصيّة الحدّيّة والتشوّهات المعرفيّة، ثم تمّ إعادة ترجمتها من العربيّة للإنكليزيّة وعرضها على المختصين في مجال اللّغة الإنكليزيّة وتمّ الأخذ ببعض التعديلات المقترحة الموضحة في الملحق (2).

٤-٣-١-٢-٢-صدق الاتّساق الدّاخلي: تمّ تطبيق المقياس على عيّنة استطلاعية بلغت(20) من مرضى اضطراب الشخصيّة الحدّيّة، من خارج عينة الدراسة الأساسيّة للتحقق من الاتّساق الداخلي لمقياس التشوّهات المعرفيّة، ولذلك تمّ العمل على إيجاد معاملات ارتباط كل بند مع المجال الذي ينتمي إليه.

الجدول (٥) معاملات الاتساق الداخلي لمقياس التشوهات المعرفية

الشخصنة		التهويل		التنبؤ		القيمة		المثالية		تفكير حدي		استدلال	
البند	قيمةr	البند	قيمةr	البند	قيمةr	البند	قيمةr	البند	قيمةr	البند	قيمةr	البند	قيمةr
١	.776**	١٦	.514*	٢٥	.687**	٣١	.975**	٣٦	.901**	٣٩	.833**	٤٨	.88**
٢	.472*	١٧	.648**	٢٦	.766**	٣٢	.829**	٣٧	.732**	٤٠	.694**	٤٩	.91**
٣	.811**	١٨	.687**	٢٧	.957**	٣٣	.986**	٣٨	.912**	٤١	.717**	٥٠	.93**
٤	.924**	١٩	.813**	٢٨	.910**	٣٤	.924**			٤٢	.868**		
٥	.909**	٢٠	.865**	٢٩	.767**	٣٥	.740**			٤٣	.698**		
٦	.832**	٢١	.788**	٣٠	.730**					٤٤	.487*		
٧	.857**	٢٢	.501*							٤٥	.716**		
٨	.868**	٢٣	.644**							٤٦	.687**		
٩	.869**	٢٤	.646**							٤٧	.620**		
١٠	.816**												
١١	.697**												
١٢	.808**												
١٣	.844**												
١٤	.758**												
١٥	.820**												
التهوين		**المقارنة**		**يجب**		**القفز**		**القرارات**					
البند	قيمةr	البند	قيمةr	البند	قيمةr	البند	قيمةr	البند	قيمةr				
٥١	.93**	٥٤	1.00**	٥٦	.96**	٦٠	.87**	٦٤	.91**				
٥٢	.96**	٥٥	1.00**	٥٧	.96**	٦١	.96**	٦٥	.51*				
٥٣	.94**			٥٨	.96**	٦٢	.93**						
				٥٩	.92**	٦٣	.86**						

من خلال نتائج الجدول نستنتج أنّ معاملات الارتباط بين البنود والأبعاد التي تنتمي إليها في مقياس التشوّهات المعرفيّة كانت مرتفعة ودالّه عند مستوى دلالة (0.05).

٤-٣-١-٢-٣- **صدق المُقارنات الطرفية:** تقوم هذه الطّريقة على أحد مفاهيم الصدق، وهو قدرة المقياس على التمييز بين طرفي الخاصيّة التي يقيسها، فقد تمّ ترتيب درجات المفحوصين بعد الإجابة عن أسئلة أداة الدراسة تصاعديّاً، ثمّ سحب المفحوصين من طرفيّ التوزيع فصارت لدينا مجموعتان متطرفتان تساوي كل منهما (6) أفراد، وطبق على النتائج معادلة اختباري كولموجروف-سميرنوف لمعرفة طبيعة توزّع الإجابات على مقياس التشوّهات

المعرفيّة فبلغت القيمة (z=1.73) عند مستوى الدلالة (0.05)، وهذا يعني ان التوزع ليس اعتداليا"، وحين يكون التوزّع غير اعتدالي لا تطبق على المعطيات اختبارات معلمية، وإنما اختبارات لامعلمية، ولهذا طُبق على المعطيات اختبار مان – ويتني اللامعلمي لحساب الصدق الطرفيّ، وكانت النتائج كما هو مبيّن في الجدول الآتي:

الجدول (٦) اختبار مان–ويتني للصدق الطرفي بين الثلثين الأعلى والأدنى لمقياس التشوّهات المعرفية

الثلث	العدد	مجموع الرتب	متوسط الرتب	Z المحسوبة	مستوى الدلالة	الدلالة الإحصائية
الأعلى	6	57	9.50	2,89	0.004	دال
الأدنى	6	21	3.50			

يتبيّن من الجدول السابق أن قيمة مستوى الدلالة بلغت (0.004) ، وهي دالّة إحصائيا" لأنها أصغر من (0.05). و هذا يشير إلى وجود فروق بين الثلثين الأعلى والأدنى، مما يعني أن مقياس التشوّهات المعرفيّة يتمتع بصدق المقارنات الطرفية.

و بالتالي نجد مما سبق أن معاملات صدق الاتساق الداخلي والمحكّمين والمقارنات الطرفية لمقياس التشوّهات المعرفيّة تعدّ معاملات صدق جيدة ومرتفعة، ما يشير إلى صدق المقياس.

٤–٣–١–٣–الثّبات:

و نعني بالثّبات مدى الاتّساق والاستقرار في نتائج الأداة فيما لو طُبقت مرّتين فأكثر على العينة نفسها. وهناك عدّة طرائق للتأكد من ثبات درجات الاختبار، منها **التّطبيق وإعادة التّطبيق** على العينة نفسها، وفي الدّراسة الحاليّة تمّ تطبيق أداة الدّراسة مرتين على العينة الاستطلاعية والمكوّنة من (عشرين) فرداً بفاصل (15 يوما") بين المرة الأولى والثانية، كما تمّ **حساب معامل ألفا كرونباخ**، وكانت النتائج كما هو مبيّن في الجدول الآتي:

الجدول (٧) معاملات الثبات لمقياس التشوّهات المعرفيّة

	معاملات الثبات لمقياس التشوّهات المعرفيّة	
البعد	ألفا كرونباخ	الثبات بالإعادة
١– الشخصنة	**0.96**	**0.89**
٢– التهويل	**0.85**	**0.78**
٣– التنبؤ	**0.88**	**0.88**
٤– تكريس قيمة الذات	**0.92**	**0.72**
٥– المثالية	**0.78**	**0.78**
٦– التفكير الحدّي	**0.87**	**0.84**

٧- الاستدلال الانفعالي	**0.89**	**0.84**
٨- التهوين	**0.93**	**0.67**
٩- المقارنة مع الآخرين	**0.97**	**0.77**
١٠- استخدام عبارات "يجب"	**0.96**	**0.91**
١١- القفز إلى النتائج	**0.92**	**0.84**
١٢- الاستدلال الانفعالي في اتخاذ القرارات	**0.71**	**0.72**
عام	**0.69**	**0.81**

يتبيّن من الجدول أعلاه أن معاملات الثبات بالإعادة وألفا كرونباخ لمقياس التشوّهات المعرفيّة تُعدّ معاملات ثبات مرتفعة وجيدة، ما يشير إلى ثبات المقياس.

٤-٣-٢- مقياس الشخصيّة الحدّيّة:

أعدّ المقياس فيرست ومايكل وآخرون (First et al., 1996)، وقد صُمم للاستخدام مع المُراهقين والكبار، يشمل (تسعة) بنود، تُصحح وفقاً لخيارات رباعية، وتتراوح درجة المفحوص على هذا المقياس بين (0) درجة بحدّها الأدنى و(27) درجة بحدّها الأعلى، وكلما ازدادت الدّرجة فهي مؤشّر على وجود الشخصيّة الحدّيّة، وقامت الباحثة بترجمته إلى اللغة العربية من خلال الاستعانة ببعض الأطباء والمعالجين النفسيين في هذا المجال.

كما قامت الباحثة بتحديد نظام تقدير درجات مقياس الشخصية الحدّيّة، إذ تتم الإجابة عن المقياس وفق تدرج رباعي وفق الدرجات (0,1,2,3)، وتم تحديد طول الفئة باعتماد المعادلة الآتية:

$$\frac{\text{الحد الأعلى للبديل} - \text{الحد الأدنى للبديل}}{\text{عدد البدائل}} = \frac{0-3}{4} = 0.75$$ وهو طول الفئة.

و بذلك تكون درجة تصنيف أفراد العينة لاضطراب الشخصيّة الحدّيّة كما هو موضّح في الجدول الآتي:

الجدول (٨) تصنيف مدى متوسطات درجات أفراد العينة لاضطراب الشخصيّة الحدّيّة

الدرجة	المتوسط	التقدير
0 – 6.75	من 0 إلى 0.75	منخفض
6.76 – 20.25	من 0.76 إلى 2.25	متوسط
20.26 – 27	2.26 إلى 3	مرتفع

و قد تمّ عرض الأداة في صورتها الأوليّة على السيّدة المشرفة أولا" ثمّ على السادة الأساتذة المحكّمين.

وللتأكد من صلاحية أداة الدراسة تمّ إجراء الدراسة السيكومترية للأداة من خلال تطبيقها على العينة الاستطلاعية وقوامها (عشرون) مريضا" من مرضى اضطراب الشخصيّة الحدّيّة، من خارج عينة الدراسة الأساسيّة، من أجل التعرف على مدى الصدق والثبات المناسب لتطبيقها في الدراسة الحاليّة، ولأجل ذلك قامت الباحثة أولا" بترجمة أداة الدراسة من ثم إجراء الآتي:

٤-٣-٢-١- الصدق:

٤-٣-٢-١-١- صدق المحكّمين: بعد ترجمة الأداة إلى اللّغة العربيّة تمّ عرض أداة الدّراسة على مجموعة من الأساتذة المختصّين في علم النفس والإرشاد النفسيّ نظراً لطبيعة الموضوع، والمتمثّل في اضطراب الشخصيّة الحدّيّة والتشوّهات المعرفيّة وهو من مواضيع علم النفس والإرشاد النفسيّ، ثم تمّ العمل على إعادة ترجمة الأداة من اللّغة العربيّة إلى اللّغة الإنكليزيّة، للتأكّد من وضوح العبارات وتغطيتها للغرض المطلوب، ثم تمّ عرضها على محكّمين في مجال اللغة الإنكليزيّة، ببيوالملحق رقم (٣) يبيّن أسماء السادة المحكّمين.

٤-٣-٢-١-٢- صدق الاتّساق الدّاخلي: تمّ تطبيق المقياس على عينة استطلاعية بلغت(عشرين) مريضا" من مرضى اضطراب الشخصيّة الحدّيّة، من خارج عيّنة الدّراسة الأساسيّة للتحقّق من الاتّساق الدّاخلي لمقياس الشخصيّة الحدّيّة، ولذلك تمّ العمل على إيجاد معاملات ارتباط درجة كل بند مع الدّرجة الكليّة للمقياس، كما هو موضّح في الجدول الآتي:

الجدول (٩) معاملات الاتّساق الدّاخلي لمقياس الشخصية الحدية

البند	قيمة R	مستوى الدلالة
1	0,75(**)	0.01
2	0,74(**)	0.01
3	0,44(*)	0.05
4	0,73(**)	0.01
5	0,80(**)	0.01
6	0,67(**)	0.01
7	0,56(**)	0.01
8	0,45(*)	0.05

من خلال نتائج الجدول يتبيّن أنّ درجات التّرابط بين البنود والدّرجة الكليّة لمقياس الشخصيّة الحدّيّة كانت دالّة عند مستوى دلاله (0.05 و 0.01).

٤-٣-٢-١-٣- صدق المُقارنات الطرفية: تقوم هذه الطريقة على أحد مفاهيم الصدق، وهو قدرة المقياس على التمييز بين طرفي الخاصيّة التي يقيسها، فقد تمّ ترتيب درجات المفحوصين بعد الإجابة على أسئلة أداة الدّراسة تصاعديا"، ثمّ سحب المفحوصين من طرفيّ التوزيع فصار لدينا مجموعتان متطرفتان تساوي كل منهما (6) أفراد، وطبق على النتائج معادلة اختباري كولموجروف-سميرنوف لمعرفة طبيعة توزع الإجابات على مقياس الشخصيّة الحدّيّة فبلغت القيمة (z=1.73) عند مستوى الدلالة (0.05)، وهذا يعني أن التوزع ليس اعتدالياً. وحين يكون التوزع غير اعتدالي لا تطبق على المعطيات اختبارات معلمية، وإنما اختبارات لا معلمية، ولهذا طبق على المعطيات اختبار مان- ويتني اللامعلمي لحساب الصدق الطَّرَفيّ، وكانت النتائج كما هو مبيّن في الجدول الآتي:

الجدول (١٠) نتائج اختبار مان-ويتني للصدق الطرفي بين الثلثين الأعلى والأدنى لمقياس الشخصيّة الحدّيّة

الثلث	العدد	مجموع الرتب	متوسط الرتب	Z المحسوبة	مستوى الدلالة	الدلالة الإحصائية
الأعلى	6	57	9.50	2.95	0.003	دال
الأدنى	6	21	3.50			

يبين الجدول السابق أن قيمة مستوى الدلالة بلغت(0.003)، وهي دالة إحصائيًا لأنها أصغر من (0.05)، و هذا يشير إلى وجود فروق بين الثلثين الأعلى والأدنى، مما يعني أن مقياس الشخصيّة الحدّيّة يتمتع بصدق المقارنات الطرفية.

و بالتالي نجد مما سبق بأن معاملات صدق الاتساق الداخلي والمحكّمين والمقارنات الطرفية لمقياس الشخصية الحدّيّة تعدّ معاملات صدق جيدة، مما يشير إلى صدق المقياس.

٤-٣-٢-٢-الثبات: تم التحقق من ثبات درجات مقياس الشخصيّة الحدّيّة بحساب الثبات بالإعادة حيث تمّ تطبيق المقياس مرتين على العيّنة الاستطلاعية والمكوّنة من (عشرين) فرداً من خارج عينة الدراسة الأساسية بفاصل (١٥ يوما") بين المرة الأولى والثانية، كما تمّ **حساب معامل ألفا كرونباخ**، وكانت النتائج كما هو موضّح في الجدول الآتي:

الجدول (١١) معاملات الثّبات لمقياس الشخصيّة الحدّيّة

الطريقة	معامل الثبات
الثبات بالإعادة	**0.88**
ألفا كرونباخ	**0,81**

يتبيّن من الجدول أعلاه أن معاملات الثبات بالإعادة وألفا كرونباخ لمقياس الشخصيّة الحدّيّة تُعد مُعاملات ثبات مرتفعة وجيدة.

الفصل الخامس

نتائج الدراسة وتفسيرها

٥-١-التوزع الاعتدالي للبيانات:

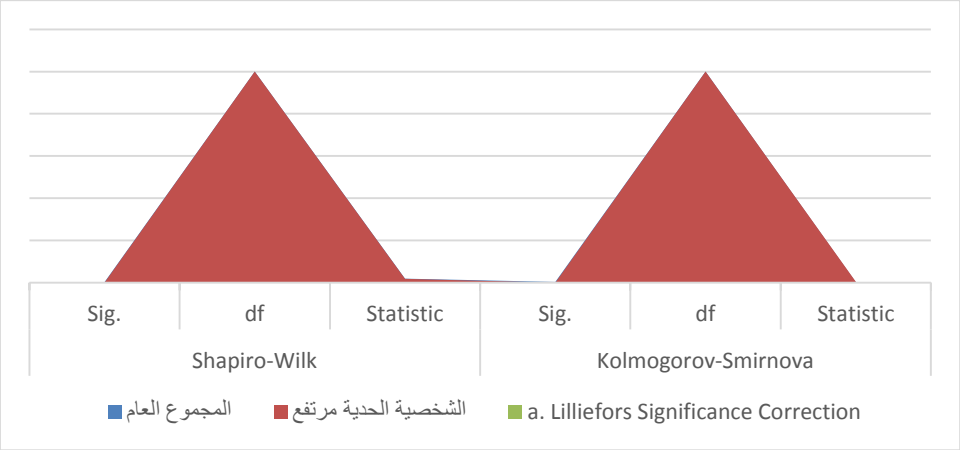
بعد التأكد من صلاحية أداتيّ الدراسة، تم إجراء الدراسة على عينة قوامها خمسون مريضا" من مرضى اضطراب الشخصيّة الحديّة المُراجعين لعيادات الدعم النفسي التابعة للهلال الأحمر السوري والمشخّصين من قبل أطباء ومعالجين نفسيين، بداية" تمّ التّعرف على طبيعة التّوزع الذي تخضع له البيانات التي تمّ جمعها من عينة الدّراسة باستخدام الأدوات التي تمّ ذكرها سابقاَ، وذلك من خلال استخدام اختباري كولموجروف-سميرنوف(Smirnov) وشابيرو-ويلك (Wilkkson) والجدول الآتي يبين ذلك:

الجدول (12) طبيعة توزّع عينة الدراسة

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov[a]			Shapiro-Wilk		
	Statistic	درجات الحرية	القيمة المحسوبة	Statistic	درجات الحرية	القيمة المحسوبة
التشوهات المعرفية الشخصية الحدية مرتفع	.109	50	.194	.965	50	.141
	.075	50	.200	.974	50	.347

a. Lilliefors Significance Correction



شكل (٤) طبيعة توزّع عيّنة الدّراسة

من خلال الاطلاع على الجدول (١٢) نُلاحظ أنّ قيمة (سمير نوف، وشابيروويلك) المحسوبة هي أكبر من القيمة المعنويّة (0.05) وبالتالي يكون توزّع عيّنة الدّراسة طبيعيا"، وبناءً على ذلك تمّ استخدام القوانين والاختبارات الإحصائيّة الحسابيّة المعلميّة (Parametric Tests) للإجابة عن أسئلة الدراسة والتحقق من فرضياتها.

٥-٢- أسئلة الدراسة:

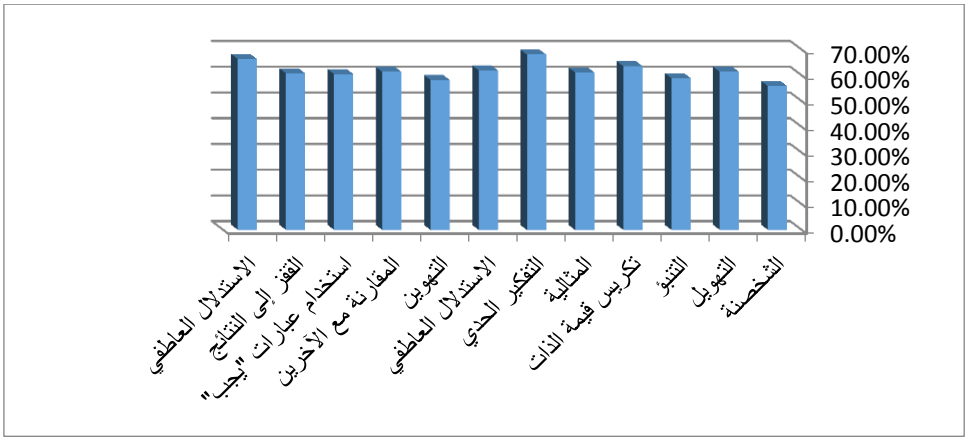
٥-٢- أسئلة الدراسة:

❖ **السؤال الأول: ما أكثر التشوّهات المعرفيّة شيوعا" لدى أفراد عينة الدراسة؟**

للإجابة عن السؤال الأول تم حساب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والوزن النسبي لكل بُعد من أبعاد التشوّهات المعرفيّة، ويمثّل الوزن النسبي: المتوسط الحسابي ÷ (عدد الخيارات × عدد البنود)، والجدول (١٣) والشكل (٣) الآتيان يوضّحان ذلك:

الجدول (١٣) الوزن النسبي للتشوّهات المعرفيّة وترتيبها

البعد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوزن النسبي	الترتيب
الشخصنة	41.88	12.90	% 55.84	12
التهويل	27.64	7.37	% 61.42	5
التنبؤ	17.68	4.90	% 58.93	10
تكريس قيمة الذات	15.90	4.49	% 63.60	3
المثالية	9.18	2.33	% 61.20	7
التفكير الحدي	30.66	7.68	% 68.13	1
الاستدلال الانفعالي	9.30	2.23	% 62.00	4
التهوين	8.74	2.33	% 58.27	11
المقارنة مع الآخرين	6.14	1.63	% 61.40	6
استخدام عبارات "يجب"	12.10	3.18	% 60.50	9
الكارثية	12.16	2.89	% 60.80	8
الاستدلال الانفعالي و اتخاذ القرار	6.64	1.69	% 66.40	2



الشكل (٥) الوزن النسبي للتشوهات المعرفية

يتبين من الجدول السابق أنّ **التفكير الحدّي أو المطلق** كان أكثر التشوّهات المعرفيّة شيوعا" لدى أفراد عيّنة الدّراسة ككل وبوزن نسبي مقداره (68.13 %) ، يليه **الاستدلال الانفعالي و اتخاذ القرارات** و وزنه النسبي (66.40 %)، يليّه **تكريس قيمة الذات** ووزنه النسبي (63.60 %).

ويتفق شيوع تشوّه التفكير الحدّي أو المطلق مع أحد الأعراض الرئيسة المميزة للمصابين باضطراب الشخصية الحدية وهي الانتقال الدائم والسريع بين طرفي النقيض من المثالية إلى اللا قيمة ومن الحب إلى الكراهية ومن الاهتمام والتعلق المفرط إلى اللامبالاة المفرطة.

في حين يتفق تشوّه الاستدلال الانفعالي في اتخاذ القرار وتكريس قيمة الذات مع ميل المصابين باضطراب الشخصية الحدية لتوقع النتائج السلبية ولإدراك المواقف والأحداث المحيطة بشكل كارثي ومبالغ فيه وهو ما يدفع بهم إلى بذل الجهود المضنية والحثيثة لتجنب فكرة الهجر المُتعمّد أو المتخيّل في علاقاتهم الأمر الذي يؤدي بدوره إلى عدم استقرار انفعالاتهم وعلاقاتهم وصورتهم الذاتية .

❖ **السؤال الثاني: ما نسب التشوّهات المعرفية المنتشرة لدى أفراد عينة الدراسة (مرضى اضطراب الشخصيّة الحديّة) وفق مستوياتها الثلاث؟**

للإجابة عن هذا السؤال تم حساب التكرارات والنسبة المئوية لكل من درجات أفراد عينة الدراسة على مقياس التشوّهات المعرفية بمستوياتها الثلاث كما هو موضّح في الجدول (١٤) الآتي:

الجدول (١٤) نسب التشوّهات المعرفية المنتشرة لدى أفراد عيّنة الدراسة وفق المستويات الثلاث

البُعد	المستوى	التكرار	النسبة المئوية
الشخصنة	منخفض	21	42.0
	متوسط	16	32.0
	مرتفع	13	26.0
	المجموع	50	100.0
التهويل	منخفض	18	36.0
	متوسط	7	14.0
	مرتفع	25	50.0
	المجموع	50	100.0
التنبؤ	منخفض	19	38.0
	متوسط	7	14.0
	مرتفع	24	48.0
	المجموع	50	100.0
تكريس قيمة الذات	منخفض	19	38.0
	متوسط	9	18.0
	مرتفع	22	44.0
	المجموع	50	100.0
المثالية	منخفض	15	30.0
	متوسط	17	34.0
	مرتفع	18	36.0
	المجموع	50	100.0

التفكير الحدّي	منخفض	9	18.0
	متوسط	8	16.0
	مرتفع	33	66.0
	المجموع	50	100.0
الاستدلال الانفعالي	منخفض	10	20.0
	متوسط	23	46.0
	مرتفع	17	34.0
	المجموع	50	100.0
التهوين	منخفض	13	26.0
	متوسط	23	46.0
	مرتفع	14	28.0
	المجموع	50	100.0
المقارنة مع الآخرين	منخفض	20	40.0
	متوسط	9	18.0
	مرتفع	21	42.0
	المجموع	50	100.0
استخدام عبارات "يجب"	منخفض	15	30.0
	متوسط	19	38.0
	مرتفع	16	32.0
	المجموع	50	100.0
الكارثية	منخفض	14	28.0
	متوسط	23	46.0

	مرتفع	13	26.0
	المجموع	50	100.0
الاستدلال الانفعالي واتخاذ القرار	منخفض	12	24.0
	متوسط	13	26.0
	مرتفع	25	50.0
	المجموع	50	100.0
المجموع	منخفض	8	16.0
	متوسط	35	70.0
	مرتفع	7	14.0
	المجموع	50	100.0

يتبين من الجدول السابق أن نسب التشوّهات المعرفية لدى أفراد عينة الدراسة حسب توزعهم على المستويات الثلاث كانت على الشكل الآتي:

لوحظ بأن توزع أفراد العينة على المستويات الثلاث كان متساويا" تقريبا" في كل من **أبعاد الشخصنة والمثالية و الاستخدام الدائم لعبارات ال "يجب" وتكريس قيمة الذات والمقارنة مع الآخرين** ، في حين تجمع عدد كبير من أفراد العينة في المستوى الثالث المرتفع الشدة في كل من أبعاد **التفكير الحدّي** (33 مريضا") بنسبة (٦٦%) **والتهويل والاستدلال الانفعالي في اتخاذ القرار**(25 مريضا") بنسبة (٥٠%) **والتنبؤ** (24 مريضا") بنسبة (٤٨%)، أما في **التهوين والاستدلال الانفعالي والكارثية** فقد تجمع عدد كبير من أفراد العينة في المستوى الثاني المتوسط الشدة (23مريضا") بنسبة (٤٦%).

وهو إن دلّ على شيء فإنما يدلّ على وجود التشوّهات المعرفية بأبعادها المختلفة لدى مرضى اضطراب الشخصية الحدّيّة وإن كان بمستويات مختلفة من الشدة .

❖ **السؤال الثالث: ما نسبة انتشار التشوّهات المعرفيّة بمستوياتها الثلاث لدى أفراد عيّنة الدّراسة وفقاً لمتغيّرات الدّراسة؟**

بعد توزيع أفراد عينة الدراسة إلى ثلاث فئات (منخفضة – متوسطة – مرتفعة) تم حساب التكرارات والنسبة المئوية لكل من درجات أفراد عينة الدراسة على مقياس التشوّهات المعرفية بمستوياته الثلاث وفق متغيرات الدراسة كما هو موضّح في الجدولين (15, 16):

الجدول (15) نسبة انتشار التشوّهات المعرفيّة بمستوياتها الثلاث لدى أفراد عيّنة الدّراسة وفق متغير الجنس

البُعد	المستوى	الجنس	التكرار	النسبة المئوية
الشخصنة	منخفض	ذكر	12	46.2
		أنثى	9	37.5
	متوسط	ذكر	6	23.1
		أنثى	10	41.7
	مرتفع	ذكر	8	30.8
		أنثى	5	20.8
	المجموع		50	100.0
التهويل	منخفض	ذكر	2	7.7
		أنثى	16	66.7
	متوسط	ذكر	5	19.2
		أنثى	2	8.3
التهويل	مرتفع	ذكر	19	73.1
		أنثى	6	25.0
	المجموع		50	100.0

التنبؤ	منخفض	ذكر	6	23.1
		أنثى	13	54.2
	متوسط	ذكر	3	11.5
		أنثى	4	16.7
	مرتفع	ذكر	17	65.4
		أنثى	7	29.2
	المجموع		50	100.0
تكريس قيمة الذات	منخفض	ذكر	1	3.8
		أنثى	18	75.0
	متوسط	ذكر	8	30.8
		أنثى	1	4.2
	مرتفع	ذكر	17	65.4
		أنثى	5	20.8
	المجموع		50	100.0
المثالية	منخفض	ذكر	10	38.5
		أنثى	5	20.8
	متوسط	ذكر	5	19.2
		أنثى	12	50.0
	مرتفع	ذكر	11	42.3
		أنثى	7	29.2
	المجموع		50	100.0

التفكير الحدّي	منخفض	ذكر	–	–
		أنثى	9	37.5
	متوسط	ذكر	3	11.5
		أنثى	5	20.8
	مرتفع	ذكر	23	88.5
		أنثى	10	41.7
	المجموع		50	100.0
الاستدلال الانفعالي	منخفض	ذكر	–	
		أنثى	10	41.7
	متوسط	ذكر	11	42.3
		أنثى	12	50.0
	مرتفع	ذكر	15	57.7
		أنثى	2	8.3
	المجموع		50	100.0
التهوين	منخفض	ذكر	5	19.2
		أنثى	8	33.3
	متوسط	ذكر	16	61.5
		أنثى	7	29.2
	مرتفع	ذكر	5	19.2

		أنثى	9	37.5
	المجموع		50	100.0
المقارنة مع الآخرين	منخفض	ذكر	8	30.8
		أنثى	12	50.0
	متوسط	ذكر	7	26.9
		أنثى	2	8.3
	مرتفع	ذكر	11	42.3
		أنثى	10	41.7
	المجموع		50	100.0
استخدام عبارات "يجب"	منخفض	ذكر	–	–
		أنثى	15	62.5
	متوسط	ذكر	10	38.5
		أنثى	9	37.5
	مرتفع	ذكر	16	61.5
		أنثى	–	–
	المجموع		50	100.0
الكارثية	منخفض	ذكر	4	15.4
		أنثى	10	41.7
	متوسط	ذكر	13	50.0
		أنثى	10	41.7
	مرتفع	ذكر	9	34.6
		أنثى	4	16.7

	المجموع		50	100.0
الاستدلال الانفعالي واتخاذ القرار	منخفض	ذكر	6	23.1
		أنثى	6	25.0
	متوسط	ذكر	10	38.5
		أنثى	3	12.5
	مرتفع	ذكر	10	38.5
		أنثى	15	62.5
	المجموع		50	100.0
المجموع	منخفض	ذكر	–	–
		أنثى	8	33.3
	متوسط	ذكر	19	73.1
		أنثى	16	66.7
	مرتفع	ذكر	7	26.9
		أنثى	–	–
	المجموع		50	100.0

الجدول (16) نسبة انتشار التشوّهات المعرفيّة بمستوياتها الثلاث لدى أفراد عيّنة الدّراسة وفق متغير المرحلة العمرية

البُعد	المستوى	المرحلة العمرية	التكرار	النسبة المئوية
الشخصنة	منخفض	مراهق	9	33.3
		راشد	12	52.2
	متوسط	مراهق	12	44.4
		راشد	4	17.4
	مرتفع	مراهق	6	22.2
		راشد	7	30.4
	المجموع		50	100.0
التهويل	منخفض	مراهق	17	63.0
		راشد	1	4.3
	متوسط	مراهق	4	14.8
		راشد	3	13.0
	مرتفع	مراهق	6	22.2
		راشد	19	82.6
	المجموع		50	100.0
التنبؤ	منخفض	مراهق	16	59.3
		راشد	3	13.0
	متوسط	مراهق	4	14.8
		راشد	3	13.0
	مرتفع	مراهق	7	25.9

		راشد	17	73.9
	المجموع		50	100.0
تكريس قيمة الذات	منخفض	مراهق	18	66.7
		راشد	1	4.3
	متوسط	مراهق	4	14.8
		راشد	5	21.7
	مرتفع	مراهق	5	18.5
		راشد	17	73.9
	المجموع		50	100.0
المثالية	منخفض	مراهق	6	22.2
		راشد	9	39.1
	متوسط	مراهق	12	44.4
		راشد	5	21.7
	مرتفع	مراهق	9	33.3
		راشد	9	39.1
	المجموع		50	100.0
التفكير الحدّي	منخفض	مراهق	9	33.3
		راشد	–	–
	متوسط	مراهق	5	18.5
		راشد	3	13.0
	مرتفع	مراهق	13	48.1
		راشد	20	87.0

	المجموع		50	100.0
الاستدلال الانفعالي	منخفض	مراهق	10	37.0
		راشد	–	–
	متوسط	مراهق	15	55.6
		راشد	8	34.8
	مرتفع	مراهق	2	7.4
		راشد	15	65.2
	المجموع		50	100.0
التهوين	منخفض	مراهق	8	29.6
		راشد	5	21.7
	متوسط	مراهق	7	25.9
		راشد	16	69.6
	مرتفع	مراهق	12	52.17
		راشد	2	8.7
	المجموع		50	100.0
المقارنة مع الآخرين	منخفض	مراهق	12	44.4
		راشد	8	34.8
	متوسط	مراهق	2	7.4
		راشد	7	30.4
	مرتفع	مراهق	13	48.1
		راشد	8	34.8
	المجموع		50	100.0

استخدام عبارات "يجب"	منخفض	مراهق	15	55.6
		راشد	–	–
	متوسط	مراهق	11	40.7
		راشد	8	34.8
	مرتفع	مراهق	1	3.7
		راشد	15	65.2
	المجموع		50	100.0
الكارثية	منخفض	مراهق	11	40.7
		راشد	3	13.0
	متوسط	مراهق	12	44.4
		راشد	11	47.8
	مرتفع	مراهق	4	14.8
		راشد	9	39.1
	المجموع		50	100.0
الاستدلال الانفعالي في اتخاذ القرار	منخفض	مراهق	6	22.2
		راشد	6	26.1
	متوسط	مراهق	6	22.2
		راشد	7	30.4
	مرتفع	مراهق	15	55.6
		راشد	10	43.5
	المجموع		50	100.0

المجموع	منخفض	مراهق	8	29.6
		راشد	–	–
	متوسط	مراهق	19	70.4
		راشد	16	69.6
	مرتفع	مراهق	–	–
		راشد	7	30.4
	المجموع		50	100.0

يتبيّن من الجدولين السابقين ما يلي:

كانت أكثر التشوّهات المعرفية انتشارا" في المستوى الثالث (المرتفع) لدى الذكور هي **التفكير الحدي أو الثنائي أو المطلق** بنسبة انتشار (88.5 %) ، يليه **التهويل** بنسبة انتشار (73.1 %)، يليه كل من **التنبؤ وتكريس قيمة الذات** بنسبة انتشار (65.4 %)، في حين كانت أقل التشوّهات انتشارا" في المستوى المرتفع لدى الذكور من أفراد العينة هي **الشخصنة** بنسبة انتشار (30.8 %) و **التهوين** بنسبة انتشار (19.2 %).

في حين كانت أكثر التشوّهات المعرفيّة انتشارا" في المستوى الثالث المرتفع لدى الإناث هي **الاستدلال الانفعالي في اتخاذ القرار** بنسبة انتشار (62.5 %)، يليه كل من **التفكير الحدّي/الثنائي والمقارنة مع الآخرين** بنسبة انتشار (41.7 %)، يليه **التهوين** بنسبة انتشار (37.5 %)، أما أقل التشوّهات انتشارا" في المستوى المرتفع لدى الإناث من أفراد العينة فكان **الاستدلال الانفعالي** بنسبة انتشار (8.3%) **و الكارثية** بنسبة انتشار (16.7 %).

كما كانت أكثر التشوّهات المعرفيّة انتشارا" في المستوى الثالث المرتفع لدى المراهقين هي **الاستدلال الانفعالي في اتخاذ القرارات** بنسبة انتشار (55.6 %)، يليه **التهوين أو الاستخفاف** بنسبة انتشار (52.17 %) يليه **التفكير الحدّي أو المطلق والمقارنة مع الآخرين** بنسبة انتشار (% 48.1)، أما بُعدي **اللوازم والاستدلال الانفعالي** فكانا من أقل التشوهات المعرفية انتشارا" لدى المراهقين من أفراد عينة الدراسة بنسبة انتشار (7.4 % وَ 3.7 %).

بينما كانت أكثر التشوّهات المعرفيّة انتشارا" في المستوى الثالث المرتفع لدى الراشدين هي **التفكير الحدّي أو المطلق** بنسبة انتشار (87.0 %)، يليه **التهويل** بنسبة انتشار (% 82.6)، يليه **التنبؤ وتكريس قيمة الذات** بنسبة انتشار (73.9%)، وكان تشوّه **التهوين** من أقل التشوهات انتشارا" لدى الراشدين من أفراد عينة الدراسة بنسبة انتشار (8.7 %).

وبالتالي على الرغم من تنوع التشوّهات المعرفية لدى المرضى المصابين باضطراب الشخصيّة الحدّيّة من أفراد عينة الدراسة سواء من حيث التكرار أو الشدة إلا أنها كانت عنصرا مشتركا" لدى المرضى الحدّيين.

❖السؤال الرابع: هل هناك أثر للتشوّهات المعرفيّة في الشخصية الحدّيّة لدى أفراد عينة الدراسة؟

للتعرف على أثر التشوّهات المعرفيّة في الشخصيّة الحدّيّة جرى استخدام تحليل الانحدار المتعدد (Multiple Regression) والجدول (١٧) يوضّح نتائج التحليل:

الجدول (١٧) نتائج تحليل الانحدار لدراسة أثر التشوهات المعرفية في الشخصية الحدية لدى أفراد عينة الدراسة

Coefficients[a]											
Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	T	Sig.	95.0% Confidence Interval for B		Correlations		
		B	Std. Error	Beta			Lower Bound	Upper Bound	Zero-order	Partial	Part
1	(Constant)	23.156	.421		55.056	.000	22.304	24.008			
	التهويل	-.024-	.096	-.174-	-.246-	.807	-.218-	.170	.710	-.040-	-.014-
	التنبؤ	.113	.085	.557	1.325	.193	-.060-	.286	.687	.213	.077
	تكريس قيمة.الذات	.278	.102	1.253	2.714	.010	.070	.485	.719	.407	.158
	المثالية	-.065-	.204	-.152-	-.318-	.752	-.478-	.349	.710	-.052-	-.018-
	تفكير.حدي	.204	.048	1.575	4.240	.000	.107	.302	.829	.572	.246
	استدلال.انفعالي	-.045-	.179	-.102-	-.253-	.802	-.408-	.318	.767	-.042-	-.015-
	تهوين.اواستخفاف	.304	.126	.769	2.414	.021	.049	.558	.814	.369	.140
	مقارنة.مع.الاخرين	-.358-	.255	-.586-	-1.405-	.168	-.875-	.158	.661	-.225-	-.082-
	استخدام.يجب	.137	.181	.439	.758	.453	-.229-	.503	.731	.124	.044
	الكارثية	.382	.149	1.110	2.564	.015	.080	.684	.696	.388	.149
	استدلال انفعالي في اتخاذ القرار	-.402-	.229	-.681-	-1.753-	.088	-.866-	.063	.681	-.277-	-.102-
	مج.تشوهات	-.059-	.035	-3.127-	-1.690-	.099	-.130-	.012	.727	-.268-	-.098-

a. Dependent Variable: حدية.مج

يتبيّن من الجدول السابق أن تشوّه **التفكير الحدّي** هو الأكثر تأثيرا" في الشخصيّة الحدّية يليه **تكريس قيمة الذات فالكارثية فالتهوين** وكان إسهام التشوّهات السابقة ذا دلالة إحصائية في التأثير بدرجات الشخصية الحدّيّة، وأما باقي الأبعاد فلم يكن لها تأثير ذو دلالة إحصائية، وقد فسّر التفكير الحدّي (6.05) بالمائة من التباين في درجات الشخصية الحدية وفسّر تكريس قيمة الذات (2.50) بالمائة من التباين في درجات الشخصية الحدية في حين فسّرت الكارثية (2.22) بالمائة من التباين في درجات الشخصية الحدية، أما التهوين فقد فسّر (1.96) بالمائة من التباين في درجات الشخصيّة الحدّيّة.

وقد يعود ذلك إلى طبيعة اضطراب الشخصيّة الحدّيّة نفسه والتي تتضمن "خللا واضحاً في الجوانب الأساسية للشخصية يتمثّل في التّعامل بتطرف مع أمور الحياة المختلفة، فالأشخاص الذين يتمّ تشخيصهم باضطراب الشخصيّة الحدّيّة عادةً ما يُظهرون:

١–التطرّف الشديد في التفكير والمفاهيم حيث المثاليّة الشديدة ثمّ الخروج من القيم ثمّ العودة ثانية إلى المثاليات.
٢–التطرّف في العلاقات والمشاعر مع التقلّب في المزاج خلال ساعاتٍ أو أيّام بين الحب المُفرط والبُغض المُفرط لذات الآخر.
٣–الاضطراب في صورة الذّات، إذ يُعانون من صعوبات في إدراك ذاتهم والآخرين والعالم من حولهم.
٤–صعوبة السّيطرة على الدّوافع، فهم فجائيّين في تصرفاتهم ويتّسمون بعدم الاستقرار في المشاعر والانفعالات التي تسبق عادة أفكارهم و سلوكياتهم.
٥–الشعور المزمن بفراغ الذّات وعدم وضوح الهدف وضعف في القدرة على التحكم بالانفعالات وهو مانوّه إليه ساب**(Sab,2001)** في كتاباته عن اضطراب الشخصية الحدّيّة.

ووفقا" لما أوضحته الجمعية الأمريكية لعلم النفس أن هذا التطرف يظهر في التفكير المشوّه وعدم الثبات الوجداني مما يؤدي الى التهور وعدم التروي عند القيام بأي سلوك، الامر الذي يُوقع هؤلاء المصابين بالشخصية الحدية في العديد من المشكلات سواء مع الذات أو مع الآخرين(APA, 2013)، الأمر الذي يعزّز بدوره الانفعالات السلبية لدى الشخص والتي تعزز بدورها المعارف المشوّهة لديه والمشكّلة في الأساس خلال خبراته الحياتية المبكرة وساعدت في إدراكه للواقع بشكل مشوّه وغير واقعي أساسا"، ولعبت دورا" في تعزيز مفهوم الذات السلبي والشعور المزمن بالحزن والفراغ والخوف من الهجران والتقلبات المزاجية وسلوكيات الانتحار وتدمير الذات والتي تعد من أهم الأعراض والملامح المميزة للمرضى المصابين باضطراب الشخصية الحدية، وبناء على ما سبق يظهر تداخل متغيريّ الدراسة الأساسيين ببعضهما البعض والتأثير الهام للتشوّهات المعرفيّة في الشخصية الحدية، مما دفع بالباحثة لتقصّي طبيعة هذا التداخل والتأثير من خلال فرضيات الدراسة .

٥–٣– فرضيّات الدّراسة:

❖ الفرضية الأولى: لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائيّة بين التشوّهات المعرفيّة والشخصيّة الحدّيّة لدى أفراد عيّنة الدراسة.

للتحقق من الفرضية الأولى تم حساب معاملات ارتباط بيرسون بين أبعاد التشوّهات المعرفيّة والشخصيّة الحدّيّة، والجدول الآتي يوضّح ذلك:

الجدول (١٨) نتائج معاملات ارتباط بيرسون بين التشوّهات المعرفيّة بأبعادها المختلفة والشخصيّة الحدّيّة

أبعاد التشوّهات المعرفيّة	الشخصية الحدية		
	N	Sig. (2-tailed)	Pearson Correlation
الشخصنة	50	.000	.618**
التهويل	50	.000	.710**

التنبؤ	50	.000	.687**
تكريس.الذات	50	.000	.719**
المثالية	50	.000	.710**
تفكير.حدي	50	.000	.829**
استدلال. انفعالي	50	.000	.767**
تهوين.اواستخفاف	50	.000	.814**
مقارنة.مع.الاخرين	50	.000	.661**
استخدام .يجب	50	.000	.731**
الكارثية	50	.000	696**
الاستدلال الانفعالي واتخاذ القرار	50	.000	.681**
مج.تشوهات	50	.000	727**
مج.حدية	50		1

يتبيّن من الجدول السابق أن قيم معاملات الارتباط بين أبعاد التشوهات المعرفية والشخصية الحدية تراوحت بين (0.61** وَ 0.82**) وهي قيم مرتفعة ودالّة إحصائياً، كما بلغت قيمة معامل الارتباط بين مقياس التشوّهات المعرفيّة ككل ومقياس الشخصيّة الحدّيّة (0.72**) وهي قيمة مرتفعة ودالة عند مستوى دلالة (0.01)، وبالتالي

يمكننا القول أن هناك علاقة ارتباطية إيجابية بين التشوهات المعرفية والشخصية الحدية. وتتفق هذه النتيجة مع كل من دراسة (Harbeck,2017) ودراسة (Ziech,2008) والتي وجدت أن هناك أثراً للتشوّهات المعرفية على الشخصية الحدّيّة، وهو ما يتفق مع ما أكدّته النظريّات المعرفيّة أن التشوّهات المعرفيّة التي تم تشكيلها في الطفولة واستمرت في الرشد تلعب دوراً في ظهور اضطراب الشخصيّة الحدّيّة.

ويمكن تفسير هذه النتيجة من خلال أن الأشخاص الذين يتم تشخيصهم باضطراب الشخصية الحدية عادةً ما يُعانون من صعوبات في إدراك ذاتهم والآخرين والعالم من حولهم بشكل منطقي وواقعي وهو ما ينعكس بدوره على أفكارهم ومعتقداتهم المشوّهة أساسا" و مشاعرهم وردود أفعالهم واستجاباتهم في المواقف الحياتية التفاعلية المختلفة، ليجد المريض الحدّي نفسه غارقا" في فخ من دائرة الاستدامة التي تزيد من شدة الصعوبات التي يواجهها في السيطرة على الدوافع و الانفعالات وما يرافقها من اندفاعية وتهور وسلوكيات مدمرة للذات .

وهو ما أوضحته مارشا لينيهان (Linehan) حول تميّز اضطرابات الشخصية عادة" والحديّة بشكل خاص بمجموعة من الأنماط السلوكية الدائمة والتي يصاحبها عادة قدر من الصعوبات على المستوى الشخصي والاجتماعي وحتى المهني، وتتخلل هذه الأنماط السلوكية وجود العديد من التشوّهات في جوانب الحياة، ويرجع ذلك إلى حد كبير إلى حقيقة أن مثل هذه السلوكيات قد تكون مقبولة من الذات أي أنها تتفق مع سلامة الأنا للفرد (ego–syntonic)ومع آلية إدراكه لذاته وللآخرين وللعالم من حوله، وبالتالي يعدّها الشخص المصاب سلوكيات مناسبة، لينشأ عن هذه السلوكيات مهارات تكيف غير سويّة وغير قابلة للتأقلم مع الوسط المحيط، الأمر الذي يتسبب في النهاية إلى زيادة كبيرة في الضغط النفسي والكرب لدى المريض الحدّي، ليؤثر هذا التناقض في المعارف والمشاعر على النواحي المعرفيّة لدى الشخص ليؤدي بالنهاية إلى تشويه خبراته وبالتالي إلى تشكيل معارف مشوّهة(Linehan,1993:33).

وهو ما يؤكده المعالجون المعرفيون بأن التشوّهات المعرفيّة هي عبارة عن الأفكار التي تتسبب للأفراد بأن ينظروا للواقع بشكل غير دقيق، وهذه النماذج في التفكير تُعزّز غالبا" الأفكار والمشاعر السلبية، إذ تميل التشوّهات المعرفيّة للتدخل في الطريقة التي ينظر فيها الفرد إلى الحدث، وبما أن طريقة تفكير الفرد تتدخل في الطريقة التي يشعر بها، فإن هذه الأفكار المشوّهة قد تغذي المشاعر السلبية، وتقود الفرد للتأثر بها ليُكوّن نظرة سلبية شاملة عن العالم وبالتالي تؤدي به إلى حالة عقلية مضطربة عموماً وهو ما نجده لدى المصابين باضطراب الشخصية الحديّة(مرجع سابق،Kessels)، وبالتالي مما سبق نجد أنه من الطبيعي أن تكون هناك علاقة ارتباط إيجابية قوية بين الشخصية الحديّة والتشوّهات المعرفية.

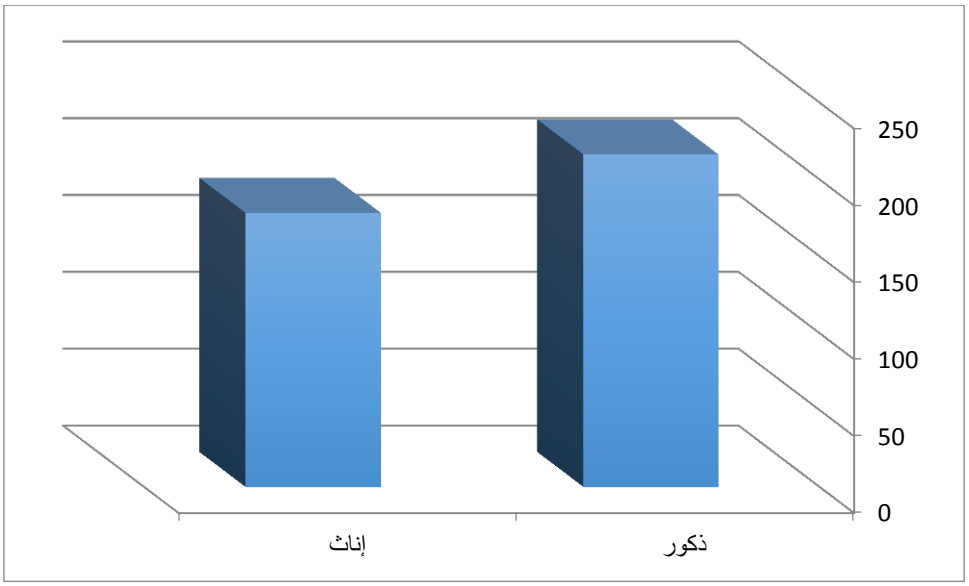
❖ **الفرضية الثانية: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائيّة بين متوسطات درجات أفراد عينة الدراسة على مقياس التشوّهات المعرفيّة تُعزى لمتغيّر الجنس.**

للتحقق من الفرضية الثانية تم استخدام اختبار (ت ستودنت) للعينات المستقلة لدراسة الفروق بين متوسط درجات كل من الذكور والإناث على مقياس التشوهات المعرفية، والجدول الآتي يوضّح ذلك:

الجدول (١٩) الفروق بين متوسط درجات أفراد عيّنة الدراسة على مقياس التشوّهات المعرفيّة استناداً لمتغيّر الجنس

التشوهات المعرفية	الجنس	ن	المتوسط	الانحراف المعياري	د.ح	ت	مستوى الدلالة	اتجاه الفرق
الشخصنة	ذكور	26	42.15	15.246	48	.155	.878	غير دال
	إناث	24	41.58	10.091				
التهويل	ذكور	26	31.69	4.781	48	4.911	.000	دال لصالح الذكور
	إناث	24	23.25	7.219				
التنبؤ	ذكور	26	19.46	4.169	48	2,868	.006	دال لصالح الذكور
	إناث	24	15.75	4.972				
تكريس قيمة الذات	ذكور	26	18.73	2.987	48	6.130	.000	دال لصالح الذكور
	إناث	24	12.83	3.795				
المثالية	ذكور	26	9.12	2.673	48	-.202-	.841	غير دال
	إناث	24	9.25	1.939				
التفكير الحدي أو المطلق	ذكور	26	35.23	3.881	48	5.559	.000	دال لصالح الذكور
	إناث	24	25.71	7.749				
الاستدلال الانفعالي	ذكور	26	10.77	1.306	48	6.633	.000	دال لصالح الذكور
	إناث	24	7.71	1.922				
التهوين	ذكور	26	8.96	1.732	48	.694	.491	غير دال
	إناث	24	8.50	2.874				
المقارنة مع الآخرين	ذكور	26	6.31	1.490	48	.754	.454	غير دال
	إناث	24	5.96	1.781				
استخدام عبارات "يجب "/ اللوازم	ذكور	26	14.42	1.858	48	8.290	.000	دال لصالح الذكور
	إناث	24	9.58	2.263				
الكارثية	ذكور	26	13.19	2.623	48	2.810	.007	دال لصالح الذكور
	إناث	24	11.04	2.789				
الاستدلال الانفعالي و اتخاذ القرار	ذكور	26	6.23	1.032	48	-1.827-	.074	غير دال
	إناث	24	7.08	2.125				
المجموع العام	ذكور	26	216.27	17.791	48	6.681	.000	دال لصالح الذكور
	إناث	24	178.25	22.346				

ويوضّح الشكل الآتي متوسط درجات كل من الذكور والإناث على مقياس التشوّهات المعرفيّة:



الشكل (٦) متوسط درجات أفراد العينة على مقياس التشوّهات المعرفيّة استناداً لمُتغيّر الجنس

يتبيّن مما سبق وجود فروق دالّة إحصائيّاً بين أفراد عيّنة الدّراسة على مقياس التشوّهات المعرفيّة وكانت الفروق لصالح الذكور، وتتفق هذه النتيجة مع كل من دراسة (Roberts, 2015) و(Coban, 2013) والتي أظهرت فروق دالة في التشوهات المعرفية تبعا" لمتغير الجنس، ودراسة (إبراهيم، ٢٠١٣) ودراسة (أحمد، ٢٠١٤)، والتي توصّلت إلى وجود فروق بين الذكور والإناث في التشوّهات المعرفيّة وكانت الفروق لصالح الذكور، في حين لا تتفق هذه النتيجة مع كل من دراسة (Maurya, 2016) والتي أشارت إلى وجود فروق بين الذكور والإناث في التشوهات المعرفية وكانت الفروق لصالح الإناث، ودراسة كل من(ابراهيم، 2017) و (O`Brien, 2016) ودراسة (Nyarko & Amissah, 2014) والتي لم تُظهر أي فروق في التشوهات المعرفية تُعزى لمتغير الجنس.

ويمكن تفسير هذه النتيجة من خلال أنّ الفروق بين الجنسين تعود لاختلافات في الخصائص النفسيّة والمعرفيّة والسلوكيّة بين الجنسين، وهي نتيجة لتفاعل معقّد من العوامل البيولوجيّة والتنمويّة والثقافيّة، وتظهر هذه الاختلافات في مجموعةٍ متنوعةٍ من المجالات بين الذكور والإناث وغالباً ما يكون من الصعب جداً التمييز بينها، وهناك العديد من البحوث الحديثة التي تناولت هذه الاختلافات، فبعضها وجد بأن هذا الاختلاف هو نتيجة التفاعل بين الطبيعة البيولوجية والتنشئة الاجتماعية (Lippa,2009,45)، والبعض الاخر أشار إلى وجود عدد من العوامل تتضافر لتؤثّر على تطوّر الفروق بين الجنسين، بما في ذلك الوراثة(Becker,2007:113)، والاختلافات في آليّة إدراك الدماغ و تفسيره ومعالجته للمعلومات إضافة إلى اختلاف الهرمونات و اختلاف الخصائص النفسية مثل العاطفة، والدوافع (Helmuth,1994:127)، مع الإشارة إلى الاختلافات في التنشئة الاجتماعية للذكور والإناث خاصة في مجتمعاتنا العربية والتي تُركّز على إعطاء الذكر دور القائد والمسؤول والممثّل لمكانة العائلة في المحيط، والثقافة التي تُعطي الدور المركزي في الحياة الاجتماعيّة والمهنيّة والأسريّة للذكر فهو المسؤول عن حماية الأسرة واتخاذ القرارات المتعلّقة بها وباستقرارها والحرص على فرض القوانين النّاظمة لها في حين تعطي الدّور السلبيّ أو الثانوي للمرأة التي لا يُطلب منها نفس المستوى من المسؤوليّة، وأحيانا" قد لا تُشجَّع للتعبير عن رأيها أو توكيد ذاتها

مما ينعكس بدوره على قدرتها على التعبير عن أفكارها وآرائها واختبارها وتقييمها، وبالتالي على طبيعة المعارف والخبرات التي تكتسبها، هذا الدور المركزيّ قد يزيد من شدة الخبرات والتجارب الحياتية التي يمر بها الذكور وهو ما سيؤثر على مستوى الضّغوط لدى الذكور بشكل أكبر والتي تزداد معها نسبة المشاكل التي يتعرضون لها، الأمر الذي قد يُساعد على تعزيز وتطوير عدد من الأفكار والمعارف المشوّهة لاسيما إن كان يُعاني من اضطرابٍ نفسيٍ ما (Frodl,2012)، وعليه؛ فليس من المستغرب أن يزداد لدى الذكور ممن يعانون من اضطراب الشخصيّة الحدّيّة في هذه الحالة الإحساس بقلّة الحيلة والتعب والإرهاق والتوتّر النفسيّ المستمر الذي يعمل على تغذية المشاعر السلبيّة ويدفع بالفرد لاإرادياً إلى التركيز على النواحي السلبيّة لديه واستبعاد الإيجابيات وتهويل المواقف والأحداث و شخصنتها والميل لإطلاق الأحكام المسبقة وغيرها من التشوّهات المعرفيّة الناجمة عن خبرات الفرد في المجالات الحياتيّة المختلفة، كلها عوامل تُسهم في ظهور التشوّهات المعرفيّة لدى الذكور أكثر من الاناث.

❖ **الفرضية الثالثة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد عينة الدراسة على مقياس التشوّهات المعرفيّة تُعزى لمُتغيّر المرحلة العمرية.**

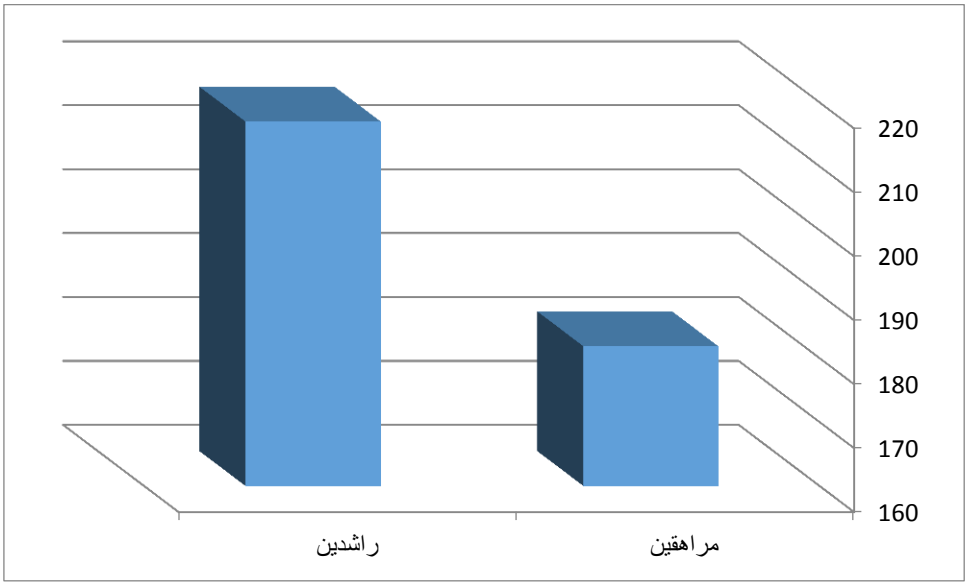
للتحقق من الفرضية الثالثة تم استخدام اختبار (ت ستودنت) للعينات المستقلة لدراسة الفروق بين متوسط درجات كل من المراهقين والراشدين على مقياس التشوهات المعرفية، والجدول الآتي يوضّح ذلك:

الجدول (٢٠) الفروق بين متوسط درجات أفراد عيّنة الدراسة على مقياس التشوّهات المعرفيّة استناداً لمُتغيّر المرحلة العمريّة

	المرحلة العمرية	ن	المتوسط	الانحراف المعياري	د.ح	ت	مستوى الدلالة	اتجاه الفرق
الشخصنة	مراهقين	27	42.22	9.905	48	.201	.841	غير دال
	راشدين	23	41.48	15.954				
التهويل	مراهقين	27	23.37	6.806	48	-5.684-	.000	دال لصالح الراشدين
	راشدين	23	32.65	4.184				
التنبؤ	مراهقين	27	15.48	4.742	48	-3.909-	.000	دال لصالح الراشدين
	راشدين	23	20.26	3.732				
النظرة الذاتية	مراهقين	27	13.26	3.778	48	-5.824-	.000	دال لصالح الراشدين
	راشدين	23	19.00	3.075				
المثالية	مراهقين	27	9.33	1.981	48	.501	.619	غير دال
	راشدين	23	9.00	2.714				
التفكير المطلق	مراهقين	27	27.26	8.596	48	-3.839-	.000	دال لصالح الراشدين
	راشدين	23	34.65	3 .626				
الاستدلال	مراهقين	27	7.96	1.951	48	-6.007-	.000	دال لصالح

الانفعالي	راشدين	23	10.87	1.359				الراشدين
التهوين	مراهقين	27	8.85	2.892	48	.363	.718	غير دال
	راشدين	23	8.61	1.500				
المقارنة مع الآخرين	مراهقين	27	6.15	1.769	48	.038	.970	غير دال
	راشدين	23	6.13	1.486				
استخدام عبارات يجب	مراهقين	27	9.96	2.410	48	-7.505-	.000	دال لصالح الراشدين
	راشدين	23	14.61	1.877				
الكارثية	مراهقين	27	11.04	2.667	48	-3.258-	.002	دال لصالح الراشدين
	راشدين	23	13.48	2.609				
الاستدلال الانفعالي و اتخاذ القرار	مراهقين	27	6.96	2.028	48	1.484	.144	غير دال
	راشدين	23	6.26	1.096				
المجموع العام	مراهقين	27	181.85	23.618	48	-5.774-	.000	دال لصالح الراشدين
	راشدين	23	217.00	18.574				

ويوضّح الشكل الآتي متوسط درجات كل من المراهقين والراشدين على مقياس التشوّهات المعرفيّة:



الشكل (٧) متوسط درجات أفراد العينة على مقياس التشوّهات المعرفيّة استناداً لمُتغيّر المرحلة العمريّة

يتبيّن مما سبق وجود فروق دالّة إحصائياً بين أفراد عيّنة الدراسة على مقياس التشوّهات المعرفيّة تبعاً لمُتغيّر المرحلة العمريّة وكانت الفروق لصالح الراشدين.

ويمكن عزو ذلك إلى طبيعة المرحلة العمريّة التي يمر بها المراهق، فهي مرحلة مضطّربة لم يصل فيها الفرد إلى درجة كاملة من النّضح الفكريّ والانفعاليّ والجسميّ وهي من إحدى مؤشّرات مرحلة المراهقة التي يتميّز فيها الفرد بالعناد والعصبية وحدّة التعامل والتمرُّد وفرديّة الرأي حتى يُحقق ما يريد وعدم الاكتراث بمشاعر الآخرين أو بطريقة تحقيق مطالبه واثبات ذاته وهذا ما أشارت إليه (العصار، ٢٠١٥: ٨١– ٨٥)، فعلى سبيل المثال التفكير المطُلَق أو الحدّي الذي قد نراه لدى المُراهق قد يعود إلى طريقة تعامل المراهق مع الأحداث أو الناس من حوله لتحقيق رغباته ومطالبه في هذه المرحلة العمرية فيرضى عندما يحصل على كل شيء واذا لم يحدث ذلك يتنازل عنها، فالتجارب التي يمر بها المراهق نتيجة تفاعله مع الآخرين واكتسابه للعديد من القيم والمعتقدات والاتجاهات من المحيطين خاصة الوالدين والأقران والمعلمين، وأساليب المعاملة الوالدية وتجاهل حاجات المراهق، وتأكيد الأسرة المبالَغ فيه على تعلُّم القواعد الصارمة (العادات والتقاليد) والأصول الاجتماعيّة السائدة التي تزيد من حدة الصراع الذي يعيشه المراهق، كلّ هذا يقود إلى عدم الاستقرار لديه، الأمر الذي قد يلعب دورا" في وجود قاعدة خصّبة للتشوّهات المعرفيّة لدى المراهق ، والتي تبدو معالمها واضحةً في مرحلة الرشد التي تكثر فيها الخبرات والمواقف التي يمرّ بها الفرد وبالتالي تتضح عدم قدرته على الموازنة الداخليّة والخارجيّة، ليقوده ذلك إلى أفكار مشوّهة وخاطئة ولوم للذات فينتهي الأمر إلى معارف سلبية مشوّهة هذا من جانب، من جانب آخر فإن ما يدفع المصابين باضطراب الشخصيّة الحدّيّة والمُحيطين بهم لطلب العون النفسي والعلاج هو الضّعف والتّراجع المستمر في أدائهم نظراً لفقدانهم المتكرر للعمل وعدم الثبات في العلاقات وهو ما تزداد آثاره وضوحاً في مرحلة الرشد نظرا" لازدياد المسؤوليات والتوقّعات من هؤلاء الأشخاص في المجالات الحياتية المختلفة أكثر مما هو عليه الحال في المراحل العمرية السّابقة.

بناء على ما سبق نجد من الطبيعي أن تكون الفروق في التشوّهات المعرفيّة لصالح الراشدين أكثر من المراهقين، وإن تعارضت هذه النتيجة مع دراسة (صابر، ٢٠٠٩) ودراسة (إبراهيم، ٢٠١٣)، ودراسة (أحمد، ٢٠١٤) والتي توصلت إلى أنّ الأفراد في مرحلة المراهقة أكثر معاناةً من التشوّهات المعرفيّة مقارنةً بالمراحل العمريّة اللاّحقة.

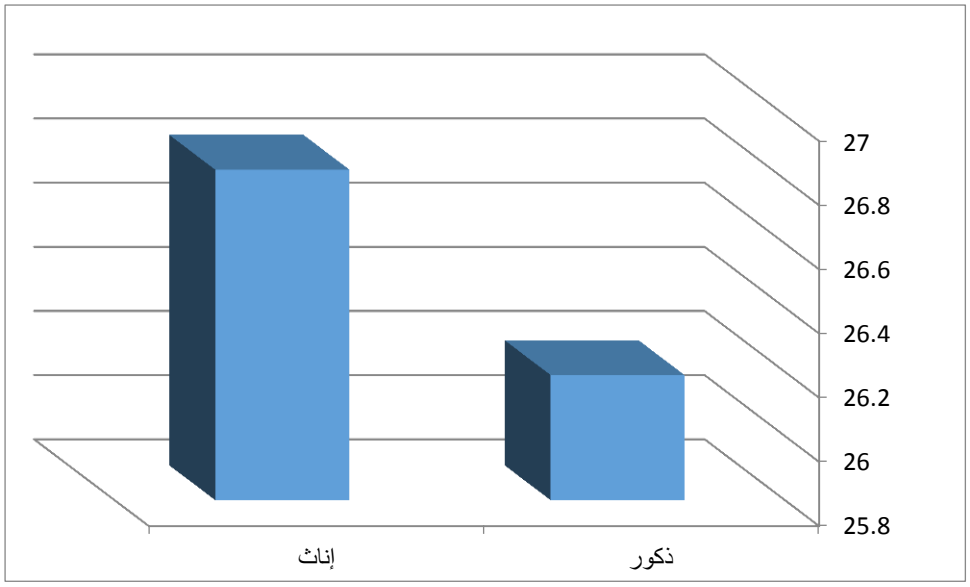
❖ الفرضية الرابعة: لا توجد فروق ذات دلاله إحصائية بين متوسطات درجات أفراد عيّنة الدراسة على مقياس الشخصيّة الحدّيّة تُعزى لمُتغيّر الجنس.

للتحقق من الفرضية الرابعة تم استخدام اختبار (ت ستودنت) للعينات المستقلة لدراسة الفروق بين متوسط درجات كل من الذكور والإناث على مقياس الشخصية الحدية، والجدول الآتي يوضح ذلك:

الجدول (٢١) الفروق بين متوسط درجات أفراد عيّنة الدراسة على مقياس الشخصيّة الحدّيّة استناداً لمُتغيّر الجنس

المتغير	الأشخاص	ن	المتوسط	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة (ت)	الدلالة	اتجاه الفرق
الشخصية الحدية	ذكور	26	26.19	1.266	48	-2.382-	.021	دالة لصالح الإناث
	إناث	24	26.83	.381				

والشكل الآتي يوضّح متوسط درجات كل من الذكور والإناث على مقياس الشخصيّة الحدّيّة:



الشكل (٨) متوسط درجات أفراد عينة الدراسة على مقياس الشخصيّة الحدّيّة استناداً لمُتغيّر الجنس

يتّضح مما سبق وجود فروق دالّة إحصائياً بين أفراد عيّنة الدراسة على مقياس الشخصيّة الحدّيّة تبعاً لمُتغيّر الجنس وكانت الفروق لصالح الإناث، وتتفق هذه النتيجة مع ما توصلت إليه دراسة كل من (Ruiz,2008) وَ (Skodol & Bender, 2003) ، والتي توصلت إلى أن الشخصيّة الحدّيّة تنتشر لدى الإناث أكثر منها لدى الذكور.

ويمكن تفسير هذه النتيجة بأن هذا قد يكون ناجماً عن صعوبة طلب الذكور للرعاية الطبية عموما وللعلاج النفسي خصوصاً، وميل الثقافة المجتمعية إلى تبرير عدد من الأعراض الحدّيّة التي قد يظهرها المريض الحدّي الذكر كالانفعالات المُبالغ فيها وتعدد العلاقات وبعض السلوكيات الاندفاعية كالقيادة المتهورة وإنفاق المال المفرط وغيرها من السلوكيات التي قد يُنظر لها من قبل الآخرين في مجتمعاتنا كسلوك مقبول نوعا" ما لدى الذكور أكثر منه لدى الإناث، وبالتالي عدم التفكير بطلب المساعدة لهؤلاء إلى حين ازدياد شدة الكرب والتأذي في حياة المريض في مختلف المجالات الحياتية، في حين غالبا" ما يكون الميل لطلب المساعدة النفسية المتخصصة للإناث الحدّيّات عند حدوث التأذي في بعض النواحي الحياتية وخاصة في نوبات الغضب الشديدة وتعدد العلاقات، كما يمكن تفسيرها من خلال ما وجدته الدّراسات من دورٍ للعوامل الحيويّة وخصوصاً الأستروجين في ذلك، حيث وجدت الدّراسات أن الاختلافات الفرديّة في دورات الأستروجين يُمكن أن ترتبط بظهور أعراض اضطراب الشخصيّة الحدّيّة عند النسوة المُصابات بهذا الاضطراب، وهو ما أظهرته دراسة أجريت عام (٢٠٠٣) أنّ أعراض اضطراب الشخصيّة الحدّيّة عند النساء يُمكن لها أن ترتبط بتغيّرات في مستويات الأستروجين في الدورة الشهريّة، وهو أثر بقي مهمّاً عند التحقّق من النّتائج عند وجود زيادة في المشاعر السلبيّة (DeSoto,2007)، كذلك من الممكن أن تلعب التجارب السيّئة في مرحلة الطفولة دورا" في تطوير أعراض الشخصية الحدّيّة، حيث أشار العديد من الباحثين إلى أن هناك ارتباطا" وثيقا" بين حدوث تجارب سيّئة في مرحلة

الطفولة، وخاصّة إن كان هناك إساءة جنسيّة، وتطوّر أعراض اضطراب الشخصيّة الحدّيّة(Quadrio,2005). حيث صرّح العديد من الأفراد المصابين باضطراب الشخصيّة الحدّيّة بأنّهم مرّوا بتاريخ سيّء أثناء طفولتهم من حيث الانتهاك والإساءة والإهمال، كما بيّن بعضهم أنّهم تعرّضوا لفقدان الرعاية أثناء مرحلة الطفولة المُبكّرة (وهو ما أشارت إليه أيضاً نسبةٌ كبيرةٌ من الإناث المشاركات في دراستنا الحاليّة بتعرضهن لأحد أشكال الإساءة الجنسيّة في مراحل عُمريّة مُبكّرة) . كما أظهرت الدراسات على المصابين باضطراب الشخصيّة الحدّيّة أنّ والديهم، من كلا الجنسين، كانا قد انسحبا عاطفياً من حياة الطفل، وأنّه قد تمّ معاملتهم بشكل متفاوت ومتضارب (Biparental,2000 ; Zanarini & Frankenburg , 1997). وأكدّت العديد من الدّراسات أن الإناث أكثر عرضةً للإساءة من الذكور، وهو ما أكدته منظمة الصحة العالمية(WHO) في تقريرها الصادر في كانون الأول من عام (٢٠١٤) أن امرأة واحدة من كلّ (خمس) نساء، ورجل واحد من كلّ (ثلاثة عشر) رجلاً يُعبّرون عن تعرّضهم لسوء مُعاملة في مرحلة الطفولة وينتج عن ذلك العديد من المشكلات النفسيّة والسلوكيّة التي تتراوح في شدّتها (Www.Who.int). وعلى العموم فإنّ الأطفال الذين يُعانون من معاملة سيّئة في مرحلة مبكّرة من الطفولة، من المُحتمل أن تتطوّر لديهم أعراض اضطراب الشخصيّة الحدّيّة، ويؤكّد ذلك ما وجده (Freyd,2005) أنّ من أهم الآثار النّاتجة عن التعرّض للإساءة والإهمال في مرحلة الطفولة هي: مشاكل في التعبير والافصاح عن المشاعر، إضافةً إلى القلق والاكتئاب والخوف والغضب والعُزلة والخجل، وصعوبات التفاعل مع الآخرين وإقامة علاقات ناجحة وثابتة ومُستقرّة مترافقة مع سلوكيات إيذاء وتدمير الذّات وهي إحدى السمات المميّزة لاضطراب الشخصيّة الحدّيّة. وبالتالي مما سبق نجد من الطبيعي أن تكون الفروق في الشخصيّة الحدّيّة لصالح الإناث في هذه الدراسة.

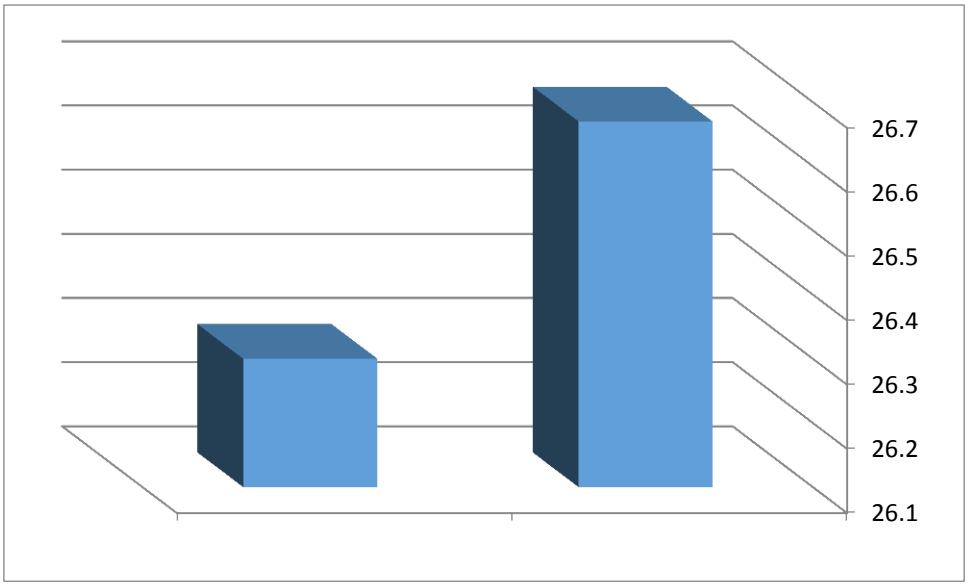
❖ **الفرضية الخامسة: لا توجد فروق ذات دلاله إحصائيّة بين متوسطات درجات أفراد عيّنة الدراسة على مقياس الشخصيّة الحدّيّة تُعزى لمُتغيّر المرحلة العُمريّة.**

للتحقق من الفرضية الخامسة تم استخدام اختبار (ت ستودنت) للعينات المستقلة لدراسة الفروق بين متوسط درجات كل من المراهقين والراشدين على مقياس الشخصية الحدية، والجدول الآتي يوضح ذلك:

الجدول (٢٢) الفروق بين متوسط درجات أفراد عيّنة الدّراسة على مقياس الشخصيّة الحدّيّة استناداً لمُتغيّر المرحلة العُمريّة

المتغير	الأشخاص	ن	المتوسط	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة (ت)	الدلالة	اتجاه الفرق
الشخصية الحدية	مراهقين	27	26.67	1.000	48	1.292	.202	غير دال
	راشدين	23	26.30	.974				

ويوضّح الشكل الآتي متوسط درجات كل من المراهقين والراشدين على مقياس الشخصيّة الحدّيّة:



الشكل (٩) الفروق بين أفراد عينة الدراسة على مقياس الشخصيّة الحدّيّة استناداً لمُتغيّر المرحلة العُمريّة

يتبيّن مما سبق عدم وجود فروق دالّة إحصائياً بين أفراد عيّنة الدّراسة على مقياس الشخصيّة الحدّيّة تبعاً لمُتغيّر المرحلة العُمريّة، وتتفق هذه النتيجة مع ما أشار إليه (المحارب، ٢٠٠٩) والذي وجد بأنه لا توجد فروق دالة في اضطراب الشخصية الحدية تبعا" لمتغير المرحلة العمرية، وتختلف هذه النتيجة مع ما أشار إليه باتمان(2010) والذي وجد أن الشخصيّة الحدّيّة تنتشر في مرحلة الرشد.

ويمكن تفسير هذه النتيجة من خلال كون عوامل الخطورة المهيئة للإصابة باضطراب الشخصيّة الحدّيّة هي ذاتها في كل من المراهقة والرشد، وعلى الرغم من تأكيد عدد من الدراسات ومنها دراسة(Chanen , 2008) على ازدياد نسب الشفاء وعدم الانتكاس من اضطراب الشخصية الحدية في حال تم التشخيص المبكر والتدخل والعلاج في المراهقة، إلا أن هذه الدراسات ذاتها لم تؤكد على وجود فروق في نسب انتشار الشخصية الحدية بين المراهقين و الراشدين.

ويمكن تفسير النتيجة أيضا" من خلال طبيعة عينة الدراسة المقصودة وهي المرضى المراجعين لعيادات الدعم النفسي والذين اتخذوا قرار مراجعة الطبيب النفسي في الأساس نظرا لازدياد شدة الأعراض لدى المريض الحدّي وتراجع فعاليته وأدائه في المجالات الحياتية المختلفة سواء كان مراهقا أم راشدا، خاصة وأن اضطراب الشخصية الحدّيّة له آثار نفسية و فكرية وجسدية واجتماعية ومهنية مختلفة على الفرد تنعكس سلبا" على حياة الفرد في مختلف المراحل العمرية ولا يقتصر هذا التأذي على مرحلة عمرية دون اخرى.

وبناءً على ما سبق نجد من المقبول ألا تكون هناك فروق دالة في الشخصيّة الحدّيّة تبعا" لمتغير المرحلة العمرية.

٥ – ٤ –المقترحات:

١–التشجّيع على إجراء المزيد من الدراسات والبحوث حول اضطراب الشخصيّة الحدّيّة ونِسَب انتشاره خاصةً في مجتمعنا السُّوريّ.

٢–العمل على زيّادة الوعي المُجتمعيّ بالاضّطرابات النفسيّة عموما" وباضّطرابات الشخصيّة خصوصا" وخاصة الشخصيّة الحدّيّة لدور ذلك في دعم الأشخاص الذين يعانون منها ومساعدتهم على التحسّن والشّفاء .

٣–العمل على إعداد البرامج والأدلّة الإرشاديّة حول آليّة التعامل مع الأشخاص المصابين باضطراب الشخصيّة الحدّيّة.

٤– العمل على إنشاء مراكز رعاية نفسيّة مزوّدة بكوادر علميّة مؤهّلة، قادرة على تقديم العلاج النفسيّ التخصصيّ اللازم للأشخاص المصابين باضطراب الشخصيّة الحدّيّة.

ملخص الدراسة باللغة العربية:

عنوان الدراسة:

التشوهات المعرفية وعلاقتها باضطراب الشخصية الحديّة لدى عينة من مرضى عيادات الدعم النفسي في الهلال الأحمر

هدف الدراسة: هدفت الدراسة للتعرف إلى التشوّهات المعرفيّة الأكثر شيوعا" لدى مرضى اضطراب الشخصيّة الحدّيّة في عينة الدراسة الحاليّة، وعلى نسب انتشار التشوهات المعرفية وفق مستويات الشدة الثلاث لدى أفراد عينة الدراسة من مرضى اضطراب الشخصية الحدية، ونسب انتشار التشوّهات المعرفيّة وفق مستويات الشدة الثلاث استنادا" إلى متغيرات (الجنس ، المرحلة العمرية)، وأثر التشوّهات المعرفيّة في اضطراب الشخصية الحدّيّة، كما هدفت إلى التعرّف على العلاقة بين اضطراب الشخصيّة الحدّيّة والتشوّهات المعرفيّة ، والفروق بين أفراد عيّنة الدراسة في كلٍ من اضطراب الشخصيّة الحدّيّة والتشوّهات المعرفيّة استناداً إلى مُتغيّرات (الجنس، المرحلة العُمريّة).

عينة الدراسة: تكونت من خمسين مريضاً من مرضى اضطراب الشخصيّة الحدّيّة تتراوح أعمارهم ما بين ثمانية عشر وخمسة وثلاثين عاماً.

أدوات الدراسة: ١- مقياس التشوّهات المعرفيّة ٢- مقياس الشخصيّة الحدّيّة

وتم التوصل إلى النتائج الآتية:

كان التفكير الحدّي، والاستدلال العاطفي في اتخاذ القرارات، وتكريس قيمة الذات أكثر التشوّهات المعرفيّة شيوعا" لدى مرضى اضطراب الشخصية الحدّيّة ككل الذين تناولتهم الدراسة، وكان توزّع أفراد العينة على المستويات الثلاث متساويا" تقريبا" في كل من أبعاد الشخصنة والمثالية و الاستخدام الدائم لعبارات ال "يجب" وتكريس قيمة الذات والمقارنة مع الآخرين.

كان التفكير الحدّي والتهويل والتنبؤ وتكريس قيمة الذات، أكثر التشوّهات المعرفية انتشارا" في المستوى الثالث (المرتفع) لدى كل من الذكور والراشدين، وكان الاستدلال الانفعالي في اتخاذ القرار والتفكير الحدّي والمقارنة مع الآخرين، والتهوين أكثر التشوّهات المعرفيّة انتشارا" في المستوى الثالث المرتفع لدى كل من الإناث والمراهقين، كما بيّنت النتائج بأن تشوّه التفكير الحدّي و تكريس قيمة الذات والكارثية والتهوين هو الأكثر تأثيرا" في اضطراب الشخصيّة الحدّية ، وارتباط التشوّهات المعرفية باضطراب الشخصية الحدية ، وكانت الفروق على مقياس التشوّهات المعرفيّة لصالح كل من الذكور والراشدين، في حين كانت الفروق على مقياس الشخصيّة الحدّيّة لصالح الإناث، ولم تظهر أي فروق بين المراهقين والراشدين على مقياس الشخصيّة الحدّيّة.

-قائمة المراجع-

أولاً: المراجع العربيّة:

- أبو علام، رجاء محمود.(2003).**التحليل الإحصائي للبيانات باستخدام برنامج (SPSS)**. الطبعة الأولى، القاهرة: دار النشر للجامعات.
- إبراهيم، ابتسام. (2013). **علاقة التشوّه المعرفيّ بقلق الكلام لدى تلاميذ المرحلة الإعداديّة**،(رسالة ماجستير غير منشورة)، جامعة المنوفية، مصر.
- إبراهيم، عيسى تواتي.(2017).علاقة المخططات المبكرة غير المتكيفة بالتشوهات المعرفية لدى تلاميذ التعليم الثانوي. **مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية** ، الجزائر، جامعة قاصدي مرباح ورقلة،(العدد (٣٠) سبتمبر):-307 318.
- أحمد، لمياء. (2014). **التشوّهات المعرفيّة وعلاقتها بقلق المستقبل وبعض الأعراض الاكتئابيّة لدى عيّنة من الشباب الجامعي من الجنسين**،(رسالة ماجستير غير منشورة)، جامعة عين شمس، القاهرة.
- أنجرس، موريس. (2006). **منهجيّة البحث العلمي في العلوم الإنسانية**. (ترجمة: مصطفى ماضي)، الطبعة الثانية، الجزائر: دار القصبة.
- حسين، طه عبد العظيم.(2007). **العلاج النفسي المعرفي: مفاهيم و تطبيقات**.الطبعة الأولى، الإسكندرية: دار الوفاء للنشر.
- حمصي، انطون. (1991). **أصول البحث في علم النفس**. جامعة دمشق، مديرية الكتب الجامعية.
- الخطيب، جمال.(٢٠٠٦). **إعداد الرسالة الجامعية و كتابتها**. الطبعة الأولى، عمان: دار الفكر.
- الشريف، بسمة عبد خليل. (2006). **أثر برنامج توجيه جمعيّ لتعديل التشوّهات المعرفيّة في خفض الاكتئاب وتحسين مستوى التكيّف لدى طالبات المرحلتين الأساسيّة والثانويّة**، (أُطروحة دكتوراه غير منشورة)، الجامعة الأردنية، المملكة الهاشميّة الأردنيّة، عمّان.
- صابر، محمود. (2009). **الأفكار اللاعقلانية كإحدى مؤشرات الأمن الفكريّ المؤشِّرة باضطراب الشخصيّة**، بحث مقدم إلى المؤتمر الوطني للأمن الفكري، المملكة العربية السعودية: جامعة الملك سعود.

- العصار، إسلام أسامة محمود. (2015). **التشوّهات المعرفيّة وعلاقتها بمعنى الحياة لدى المراهقين في قطاع غزة، (رسالة ماجستير غير منشورة)**، الجامعة الإسلاميّة: غزة.
- محمود سيد ، شيرين.(2012). **كفاءة بعض الوظائف المعرفية لدى مرتفعي ومنخفضي مظاهر اضطراب الشخصية الحدية في ضوء النموذج الارتقائي العصبي**، (أُطروحة دكتوراه غير منشورة)، جامعة القاهرة– علم النفس، مصر.

ثانياً: المراجع الأجنبيّة:

- Abel, G. G., Gore, D. K., Holland, C. L., Camp, N., Becker, J. V., & Rather, J. (1989). **The measurement of the cognitive distortions of child molesters**. Annals of Sex Research, (2): 135-153.
- Alford, B. A., & Beck, A. T. (1997). **The integrative power of cognitive therapy.** New York, NY: Guilford Press, pp:331-339.
- Amaral, D. Lavenex, P.(2007).**Hippocampal Neuroanatomy.** New York: Oxford University Press, pp:37.
- American Psychiatric Association (2000). **Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th Ed.)**[Text Revision, DSM-IV-TR], Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (2001). Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder-introduction. **American Journal of Psychiatry**; 158(2): 1-52.
- American Psychiatric Association (2013). **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th)**. American psychiatric, pp:665-667.
- Andersson, T. (1994). **Conceptual Polemics- Dialectic Studies of concept Formation**. (Ph.D. Thesis), Cognitive Science Dept. Lund: Lund University.
- Arntz, A. Dietzel, R. & Driessen, L. (1999). **Assumptions in borderline personality disorder: Specificity, stability, and relationship with etiological factors**. Behavior Research and Therapy, 37(6):545-557.
- Baer, R. A. Peters, J. R. Eisenlohr-Moul, T. A. Geiger, P. J. & Sauer, S. E.(2012). **Emotion-related cognitive processes in borderline personality disorder**: A review of the empirical literature. Clinical Psychology Review, University of Kentucky, United States, 32(5): 359–369.
- Baer, R. Peters, J. Geiger, P.J. (2014). **Using a measure of cognitive Distortion to examine the relationship between thought suppression and borderline personality features**: A multi-method investigation, University of Kentucky, United States, 59(5):54-59.
- Baranoff, J. Oei, T. P. S. Cho, S. H. Kwon, S. (2006). Factor structure and internal consistency of the Young Schema Questionnaire (Short Form) in Korean and Australian samples. **Journal of Affective Disorders**, 93(1):133-140.
- Barriga, A. Q. Landau, J. R. Stinson, B. L. Liau, A. K. & Gibbs, J. C. (2000). **Cognitive distortion and problem behaviors in adolescents**. Criminal Justice and Behavior, 27 (1):36-56.

- Bateman, A. Fonagy, P.(2004). **Psychotherapy for Borderline Personality Disorder**. New York, NY: Oxford University Press, p:4-21.
- Bateman, A., Burbeck, R., & Kendall, T. (Feb, 2010). Pharmacotherapy for Borderline Personality Disorder: NICE Guideline. **British Journal of Psychiatry,** Royal College of Psychiatrists, 196(2).
- Beck, A. T. (1963). Thinking and depression. I. Idiosyncratic content and cognitive distortions. **Archives of General Psychiatry**, (9):324-333.
- Beck, J. S. (1995). **Cognitive therapy: Basics and beyond**. New York, NY: Guilford Press, 229-261.
- Beck, A. T. (1996). **Beyond belief: *A* theory of modes, personality, and psychopathology**. In P. M. Salkovskis (Ed.), Frontiers of cognitive therapy. New York: Guilford Press, pp:1-25.
- Beck, A. T. Rush, A. J. Shaw, B. F. & Emery, G. (1979). **Cognitive therapy of depression**. New York: Guilford Press, pp: 3-8.
- Beck, A. T. Freeman, A. & Davis, D. D. (2004). **Cognitive therapy of personality disorders (2nd Ed).** New York: Guilford Press.
- Becker, J.B. Berkley, K. J. Geary, N. & Hampson, E. (2007). **Sex Differences in the Brain: From Genes to Behavior**, NY: Oxford University Press, pp: 109-113.
- Bhar, S. S. Brown, G. K. & Beck, A. T. (2008). Dysfunctional beliefs and psychopathology in borderline personality disorder. **Journal of Personality Disorders**, 22(2):165-177.
- Biparental, Frankenburg, FR., & Reich, DB.,(2000). failure in the childhood experiences of borderline patients, **Journal of Personality Disorder**, 14(3):264-273.
- Biskin, R. Paris, J. & Renaud, J. (2011). Outcomes in women diagnosed with borderline personality disorder in adolescence. **Journal of Canadian Academic Child Adolescent Psychiatry**,(20):168-174.
- Bumby, K. M. (1996). Assessing the cognitive distortions of child molesters and rapists: Development and validation of the molest and rape scales. Sexual Abuse: **A Journal of Research and Treatment**, *8*(1):37-54.
- Burns, D. D. (1999). **Feeling good**: The new mood therapy. New York: Avon Books,.
- Burns, D. D. (1999). **The feeling good handbook**. New York, NY: Plume.
- Butler, A. C. Brown, G. K. Beck, A. T. & Grisham, J. R. (2002). **Assessment of dysfunctional beliefs in borderline personality disorder**. Behavior Research and Therapy, 40(10):1231-1240.

- Cailhol, L., Damsa, C., Adam, E., De Gregorio, F., Lejeune, J., Lazignac, C., Allen, M.H. (Jan, 2007). Intramuscular Olanzapine in Patients with Borderline Personality Disorder: an observational study in an emergency room. **General Hospital Psychiatry,** 29(1).
- Cailhol, L. Gicquel, L. & Raynaud, J.P. (2015). **Borderline Personality Disorder in Adolescents**, Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions, pp:2-17.
- Chabrol, H. Chouicha, K. & Montovany, A. (2001a).**Symptoms of DSM IV borderline personality disorder in a nonclinical population of adolescents**: study of a series of 35 patients, Encephale,*(*27):120-127.
- Chabrol, H. Montovany, A. & Chouicha, K. (2001b). Frequency of borderline personality disorder in a sample of French high school students. **Canadian Journal of Psychiatry**,*(*46):847-849.
- Chaiken, S. Trope, Y. (Eds.), (1999). **Dual-process theories in social psychology**. New York: Guilford
- Coban, A.E.(2013). Interpersonal Cognitive Distortions and Stress Coping Strategies of Late Adolescent. **Eurasian Journal of Educational Research,** (51):65-83**.**
- De la Fuente, J.M. Goldman, S. Stanus, E. (1997). Brain glucose metabolism in borderline personality disorder, **Journal of Psychiatric**,*(***31)**:531-541.
- Deschamps, PK. Vreugdenhil, C. (2008). **Stability of borderline personality disorder from childhood to adulthood**: a literature review. Tijdschrift voor Psychiatrie, (50):33-41.
- De Soto, M. Catherine. (2007). **Borderline Personality Disorder, Gender and Serotonin: Does Estrogen Play a Role?** In Czerbska, Martina T, Psycho neuroendocrinology Research Trends, Nova Biomedical, Nova Science Publishers, pp: 6-149.
- Driessen, L. Arntz, A. (1998). Short-term test±retest inter rater reliability of the structured clinical interview for DSM-III-R personality disorders (SCID-II) in outpatients, **Journal of Personality Disorders,** (12):138-148.
- Dunn, Katherine.(2015).**Understanding Borderline Personality Disorder**, London: National Association for Mental Health (MIND), pp:15-18.
- Fanselow, MS. Gale, GD.(2003).**The Amygdala, fear, and Memory**. New York Academy for Science , 985:125-134.
- First, Michael. B. Spitzer, Robert. L. Gibbon, Miriam. &Williams, Janet. B.W. (2002). Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR Axis I

Disorders, Research Version, Patient Edition. (SCID-I/P), New York, Biometrics Research, New York State: Psychiatric Institute.

- Freeman, A. DeWolf, R. (1992). **The 10 dumbest mistakes smart people make and how to avoid them**. New York, NY, Harper Collins.
- Freeman, A. Oster, C. (1999). **Cognitive behavior therapy**. In M. Herson & A. S.Bellack (Eds.). Handbook of interventions for adult disorders, 2nd edition, New York: Wiley and sons: 108-138.
- Freeman, A. Pretzer, J. Fleming, B. & Simon, K. M. (2004). **Clinical applications of cognitive therapy** (2nd Ed.), New York, NY: Kluwer Academic/Plenum.
- Freyd, J.J., Frank, W.P., Lyon, T.D., Cheit, R.E., Siegel, N.B., Pezdek, K.(April,2005).The Science of Child Sexual Abuse , **Journal of Science**, University of North Carolina ,308(5721).
- Frodl, T. O`Neill, A. (2012). Brain structure and function in borderline personality disorder, **Neuroscience Journal**, (429).
- Gilbert, P. (1998). The evolved basis and adaptive functions for cognitive distortions, **British Journal of Medical Psychology**,(12):447-463.
- Gilson, M. Freeman, A. (1999). **A cognitive therapy approach for taming the depression beast: Client workbook**, San Antonio: Psychological Corporation.
- Goodman, M. Patil, U. Steffel, L. (2010). Treatment utilization by gender in patients with borderline personality disorder. **Journal of Psychiatric Practice,** (16):155-163.
- Grant, B. Harford, T. Dawson, D. (1995). **The Alcohol Use Disorder and Associated Disabilities Interview Schedule (AUDADIS):** reliability of alcohol and drug modules in a general population sample. Drug and Alcohol Dependence, (39):37-44.
- Haaga, D. A. Ernst, D. Dyck, M. J. (1991). **Empirical status of cognitive theory of depression**. Psychological Bulletin, 110(2):215-236.
- Haynes, J.D. Sakai, K. Rees, G. Gilbert, S. Fritch, C. Passingham, R.E. (2007). **Reading hidden intentions in the human brain**, Current Biology, 17(4):323-328.
- Helmuth, N. (1994). Hormones, Sex, and Society, NY.
- Herman, J. L. Perry, J. C. & van der Kolk, B. A. (1989). Childhood trauma in borderline personality disorder. **American Journal of Psychiatry**,146: 490-495.
- Infurna, M.R., Brunner, R., Holz, B., Parzer, P., Giannone, F., Reichl, C., Fischer, G., Resch, F., & Kaess, M.(2016) The Specific Role of Childhood Abuse, Parental Bonding, and Family Functioning in Female Adolescents With Borderline Personality Disorder. Journal of Personality Disorders, 30(2): 177-192.

- Juengling, F.D. Schmahl, C. & Hesslinger, B. (2003). Positron emission tomography in female patients with borderline personality disorder. **J. Psychiatry**, (37):9-15.
- Kendall, P.C. (1992). Healthy thinking, Behavior Therapy, **Journal of Consulting and clinical Psychology**, (23):1-11, from Psych INFO database.
- Kessels, H.W. Malinow, R. (2009). **Synaptic AMPA receptor plasticity and behavior**, Neuron, (61):340-350.
- Konigsberg, H.W. Harvey, P.D. & Mitropoulos, V. (2002). Characterizing affective instability in borderline personality disorder. **American Journal Psychiatry**,*(*159):784-788.
- Korzekwa, M.I. Dell, P.F. & Links, P.S.(2008). **Estimating the prevalence of borderline personality disorder in psychiatric outpatients** using a two-phase procedure. Comprehensive Psychiatry, (49):380-386.
- Krugers, H. J. Hoogenraad, C.C. & Groc, L. (Oct, 2010). **Stress hormones and AMP receptor trafficking in synaptic plasticity and memory**, Nature Reviews Neuroscience, (11):675-681.
- Layden, M. A. Newman, C. F. Freeman, A. & Byers Morse, S. (1993). **Cognitive therapy of borderline personality disorders**. Boston, MA: Allyn & Bacon.
- LeDoux, J. (2002). Synaptic self: **How our brains become who we are**, New York: Penguin Books.
- LeDoux, J. (2003). **The Emotional Brain**, London: Orion Books Ltd.
- LeDoux, J.(2008).**Amygdala**, NewYork: Center for Neural Science,3(4):2698
- Leischsenring, F. Leibing, E. & Kruse, J. (2011). **Borderline personality Disorder**. Lancet, (377):74-84.
- Linehan, M.M.(1993c). **Dialectical behavior therapy for treatment of Borderline personality disorder**: Implications for the treatment of Substance abuse. In Blaine, &J.Boren (Eds.), Behavioral treatments for Drug abuse and dependence (NIDA Monograph No.137), Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.
- Linehan, M.M. Armstrong, H.E. Suarez, A. Allmon, D. & Heard, H.L.(1991).**Cognitive-behavioral treatment of chronically Para suicidal borderline patients**. Archives of General Psychiatry, *(48*):1060-1064.
- Linehan, M.M. Rizvi, S.L. Welch, S.S. Page B. (2000). **Psychiatric aspects of suicidal behavior: personality disorders**. In Hawton K, Van Heeringen K, eds. International handbook of suicide and attempted suicide, Sussex: John Wiley & Sons: 147-178.

- Lippa, R. A. (2009). **Gender, Nature, and Nurture**, NY: LEA.
- Livesley, W.J. Jang, K.L. & Vernon, P.A. (1998). **Phenotypic and genetic structure of traits delineating personality disorder**. Arch Gen Psychiatry, (55):941-948.
- Lyoo, I.K. Han, M.H. & Cho, DY. (1998). A brain MRI study in subjects with borderline personality disorder. **Journal of Affect Disorder,** (50):235-243.
- Maurya, A.K., Sharma, P., & Asthana, H. (Mar, 2016). **Role of Gender in Cognitive Distortions and Depression among Adolescents**, presented research in International Conference on Psychosocial Perspectives on Health and Wellbeing , Millia Islamia University, New Delhi.
- McGlashan, T., Sternbach, S.E., Gunderson, J.G., & Judd, P.H.(1992). Cognitive and Perceptual Distortions in Borderline Personality Disorder and Schizotypal Personality Disorder in a Vignette Sample, Compr Psychiatry, **Journal of Psychopathology**, 33(3).
- Miller, A.L. Muehlenkamp, J.J. & Jacobson, C.M. (2008). Fact or fiction: **Diagnosing borderline personality disorder in adolescents**. Clinical Psychology Review, (28):969-981.
- Milligan, K. (2013). **Cognitive Distortions as a Mediator between Early Maladaptive Schema and Hopelessness**. Philadelphia*:* College of Osteopathic Medicine, pp:30-34.
- Millon, TH.(1996). Disorders of Personality: DSM-IV-TM and Beyond. New York, John Wiley & Sons.
- Mobini, S. Pearce, M. Grant, A. Mills, J. & Yeomans, M. R. (2006). **The relationship between cognitive distortions, impulsivity, and sensation seeking in a non-clinical population sample**. Personality and Individual Differences, (40).
- Najavits, L. M. Gotthardt, S. Weiss, R. D. & Epstein, M. (2004). **Cognitive distortions in the diagnosis of PTSD and substance use disorder**. Cognitive Therapy and Research, 28(2):159-172.
- Nyarko, k., Amissah, CH.(2014).**Cognitive Distortions and Depression among Undergraduate Students.** Research on Humanities and Social Sciences, University of Ghana,4(4).
- O`Brien, J., Yeager, D.S., Romero, C., Paunesku, D., Hulleman, CH.S., Schneider, B., Hinojosa, C., Lee, H.Y., Flint, K., Roberts, A., Trott, J., Greene, D., Walton, G.M., Dweck, C.S.(April, 2016). Using Design Thinking to Improve Psychological Interventions: The Case of the growth mindset during the transition to high school. **Journal of Educational Psychology**, 108(3): 374-391.

- O'Loughlin, R.E. Duberstein, P.R. Veazie, P.J.(2011). **Role of the gender-linked norm of toughness in the decision to engage in treatment for depression**. Psychiatric Services, (62):740-746.
- Paris, J. (2002).**Chronic suicidality among patients with borderline personality disorder**. Psychiatric Services, *(53*):738-742.
- Paris, J. Zweig-Frank, H. Guzder, J. (1994). **Psychological risk factors for borderline personality disorder in female patients**. Comprehensive Psychiatry, *(*35):301-305.
- Paris, J. Zweig-Frank, H. Guzder, J. (1994).**Risk factors for borderline personality in male outpatients**. J of Nerve Ment Dis, (182):375-380.
- Pessoa, L. Adolph, R. (2010). **Emotional processing and the amygdale: from a "low road" to "many roads" of evaluating biological significance**. Nature Reviews Neuroscience, (11):773.
- Piaget, J. P. (1952). **The origins of intelligence in children**. New York: International Universities Press, pp:123-210.
- Poletti, S., Colombo, C., & Benedetti, F. (Nov, 2014). **Adverse Childhood Experiences Worsen Cognitive Distortion during Adult Bipolar Depression**. Comprehensive Psychiatry, Scientific Institute and University Vita-Salute Raffaele, Milan, Italy, 55(8).
- Power, M. Brewin, C. R. (1991). From Freud to cognitive science: A contemporary account of the unconscious. **British Journal of Clinical Psychology**, (30):289-310.
- Quadrio, C. (December (2005). Axis One/Axis Two: A disordered borderline, **Australian and New Zealand Journal of Psychiatry**, (**39)**:107.
- Rinne, T. de Kloet, E.R. Wouters, L. Goekoop, J.G. DeRijk, R.H. van den Brink, W. (2002). **Hyper responsiveness of hypothalamic-pituitary adrenal axis to combined dexamethasone/corticotrophin-releasing hormone challenge in female borderline personality disorder subjects with a history of sustained childhood abuse**. Biol Psychiatry, (52):1102-1012.
- Rizzolatti, G. Sinigaglia, C.(2010). **The functional role of the parieto-frontal mirror circuit: interpretations and misinterpretations**. Nature Reviews Neuroscience, Parma, Italy: University of Parma, (11):264-274.
- Roberts, R.M., Davies, M., Bartsch, D.R., Proeve, M.(2015). The Impact of Parental Diagnosis of Borderline Personality Disorder on offspring: Learning from Clinical Practice. **Journal of Personality and Mental Health**,9(1).
- Robins, C. J. Ivanoff, A. M. & Linehan, M. M. (2001). **Dialectical behavior therapy**. In W. John Livesley (Ed.). Handbook of personality

disorders: Theory, research, and treatment. New York: The Guilford Press, pp:437-459.

- Rosenfield, B. M. (2004). **The relationship between cognitive distortions and psychological disorders across diagnostic axes**. (Unpublished doctoral dissertation), United States, Philadelphia: Philadelphia College of Osteopathic Medicine.
- Ruiz, MA. Marcus, DK., Edens, JF.(Aug,2008). Taxometric analyses of Borderline Personality Features in a Large-scale male and female offender sample. **Journal of Abnormal Psychology**, 117(3):705-711.
- Sab, H. (2001).**Personality Disorders**, in Smelser, N. J. & Baltes, P. B. (Eds.), Amsterdam: International encyclopedia of the social & behavioral sciences, pp: 301-308.
- Schmahl, C.G. Vermetten, E. Elzinga, B.M. & Douglas, B.J. (2003).**Magnetic resonance imaging of hippocampal and amygdala volume in women with childhood abuse and borderline personality disorder**. Psychiatry Research, (122):193-198.
- Schmahl, C.G. Vermetten, E. Elzinga, B.M. Bremner, J.D. (2004). **A positron emission tomography study of memories of childhood abuse in borderline personality disorder**. Bio Psychiatry, (55):759-765.
- Sharp, C. Romero, C. (2007). **Borderline Personality Disorder: A comparison between children and adults**. Houston, Texas: Bull Menninger Clinics, Department of Psychiatry, 71(2):85-114.
- Shea, MT. Stout, R. Gunderson, J. (2002). Short-term diagnostic stability of schizotypal, borderline, avoidant, and obsessive-compulsive personality disorders. **American Journal of Psychiatry,** (159):36-41.
- Silk, KR. Lee, S. Hill, EM. Lohr, NE. (1995).**Borderline personality disorder symptoms and severity of sexual abuse**. J Psychiatry, (152):59-64.
- Skodol, A.E. Gunderson, J.G. McGlashan, T.H. (2002). Functional impairment in patients with schizotypal, borderline, avoidant, or obsessive-compulsive personality disorder. **American Journal of Psychiatry**, (159): 276-283.
- Skodol, A.E. Gunderson, J.G. Widiger, T.A. Livesley, W.J. Siever, L.J. (2002). **The borderline diagnosis I: psychopathology, comorbidity, and personality structure**. Biol Psychiatry, (51):936-950.
- Skodol, A.E. Siever, L.J. Livesley, W.J. Gunderson, J.G. Widiger, T.A. (2002). **The borderline diagnosis II: biology, genetics, and clinical course**. Biol Psychiatry, (51):951-963.
- Skodol, A., Gunderson, J. G., McGlashan, T. H., Dyck, I. (January 2002). Functional impairment in patients with schizotypal, borderline, avoidant,

or obsessive-compulsive personality disorder. **American Journal of Psychiatry**, (2):276-283, ProQuest databases.

- Skodol, A., Bender, D., (Dec, 2003).Why Are Women Diagnosed Borderline more than Men?. J Psychiatry Quarterly, 74(4):349-360.
- Stiglmayr, C.E. Shapiro, D.A. Stieglitz, R.D. Limberger, M.F. Bohus, M. (2001). **Experience of aversive tension and dissociation in female patients with borderline personality disorder**: a controlled study. J Psychiatry, (35):111-118.
- Swartz, M.B. George, L. Winfield, I. (1990). Estimating the prevalence of borderline personality disorder in the community. **Journal of Personality Disorders**, (4):257-272.
- Tebartz van EST, L. Hesslinger, B. & Thiel, T. (2003). **Front limbic brain abnormalities in patients with borderline personality disorder**: a volumetric magnetic resonance imaging study. Biol Psychiatry, (54):163-171.
- Torgersen, S. Kringlen, E. & Cramer, V. (2001). **The prevalence of personality disorders in a community sample**, Archives of General Psychiatry, (58):590-596.
- West, M. Keller, A. Links, P. & Patrick, J. (1993). **Borderline disorder and attachment pathology**. Can J Psychiatry, (38):16-22.
- Young, J. Klosko, J. (2005). **Schema Therapy**, in The American Psychiatric Publishing Textbook of Personality Disorders, In Oldham, JM. Skodol, AE. Bender, DS. (Ed.), Washington, DC: American Psychiatric Publishing, pp: 289-306**.**
- Yurica, C. (2002). **Inventory of Cognitive Distortions: Development and validation of a psychometric test for the measurement of cognitive distortions**. (Unpublished doctoral dissertation), United States: Philadelphia College of Osteopathic Medicine, pp:117-122.
- Zanarini, MC. Gunderson, JG. Frankenburg, FR. (1990). Cognitive features of borderline personality disorder. **American Journal of Psychiatry**, (147):57-63.
- Zanarini, MC. Frankenburg, F.R. (1997). Pathways to the development of borderline personality disorder. **Journal of Personality Disorders, (11)**:93-104.
- Zanarini, MC. Frankenburg, FR. DeLuca, CJ. Hennen, J. Khera, GS. & Gunderson, JG. (1998). **The pain of being borderline**: dysphoric states specific to borderline personality disorder. Harvard Review Psychiatry (**6)**:201-207.
- Zanarini, M.C., Frances, R., Frankenburg, M.D., Elyse, D., Dubo, M.D., Amy, E., Sickel, M.A., Anjana, T., Alexandra, L., & Victoria,

R.(Dec,1998).Axis I Comorbidity of Borderline Personality Disorder , Am Journal of Psychiatry , 155(12):1733-1739.

- Zanarini, MC. Yong, L. & Frankenburg, FR. (2002). Severity of reported childhood sexual abuse and its relationship to severity of borderline psychopathology and psychosocial impairment among borderline inpatients. **Journal of Nerve Mental Disorder**, (190):381-387.
- Zanarini, MC. Frankenburg, FR. & Hennen, J. (2005). Psychosocial functioning of borderline patients and axis II comparison subjects followed prospectively for six years. **Journal of Personality Disorders,** (19):19-29.
- Zanarini, MC. Frankenburg, FR. Hennen, J. (2006). Prediction of the 10-year course of borderline personality disorder. **American Journal of Psychiatry**, (163):827-832.
- Ziech, Anouk. (2008). **Cognitive functioning deficits in borderline personality disorder**. Master Neuropsychology, Utrecht University.
- Zimmerman, M. (1994). **Diagnosing personality disorders: a review of issues and research models**. Arch Gen Psychiatry, (51):225-245.

ثالثا"– المواقع الالكترونية:

- عبد الكريم، أحمد.(14,Oct,2015). اضطراب الشخصيّة الحدّيّة– نظرة من الواقع العربيّ: استُرجع من:https://www.Sehatok.com/psychology
- طلعت، سحر.(15,May,2017) .اضطراب الشخصيّة الحدّيّة: استُرجع من: https://www.sehatok.com/psychology

- Adams, shona. (2015), HG_Theory_of_Cognitive_Distortions , inprogress : Retrieved from: http://wayback.archive.org/web/20151010114238/http://www.hgi.org.uk/downloads/HG_Theory_of_Cognitive_Distortions_by_Shona_Adams.pdf

- World Health Organization (DEC,2014). World Health Statistics: Available on: www.who.int.

- Harbeck, Zahn, Kroger & Del Pozo .(2017, Nov). Cognitive Distortions in Anorexia Nervosa and Borderline Personality Disorder: Retrieved from: https://www.researchgate.net/publication/321201663 Cognitive Distortions in Anorexia Nervosa and Borderline Personality Disorder.

- Hoermann. Simone, Zupanick. Corinne , Dombeck. Mark,.(DEC 5, 2013). Examples of Personality Disorders with Distorted Thinking Patterns Retrieved from: https://www.mentalhelp.net/articles/examples-of personality-disorders-with-distorted-thinking-patterns/.

- Jagnathan, R.(2016). The underlying cause of cognitive distortions, Retrieved from: https://www.quora.com/What-is-the-underlying-cause-of-cognitive-distortions

- Mental Illness Fellowship of Australia-MIFA-(2008) :Understanding Borderline Personality Disorder: Retrieved from: www.mifa.org.au

- National Alliance of the Mentally Ill (NAMI).(n.d),USA: Retrieved from: www.nami.org

- National Institute of Mental Health (NIMH) (2016). Borderline Personality Disorder: Retrieved from:

https://www.nimh.nih.gov/health/topics/borderline-personality-disorder/index.shtml

- Northup, Will. (2016).The difference between cognitive bias and cognitive distortion:
Retrieved from:
https://www.quora.com/What-is-the-underlying-cause-of-cognitive-distortions

Oldham, John .M. (July 2004). "Borderline Personality Disorder: An Overview". Psychiatric times:
Retrieved from: www.psyhciatrictimes.com

- Thomas Frodl.(2012). "Brain structure and function in borderline personality disorder" . Brain Structure and function. Doi:

Retrieved from:

Http://dx.doi.org/10.1007/s00429-012-0379-4.

الملاحق

الملحق (١)

قائمة التشوّهات المعرفيّة قبل التعديل

م	العبارات	أبداً	نادراً	أحياناً	غالباً	دائماً
١	أنا بحاجة للاعتماد على الآخرين حتى أشعر بأنني أستحق شيئاً ما.	١	٢	٣	٤	٥
٢	أشعر وكأنني أتنبأ بالأحداث السيئة التي سوف تحصل لي.					
٣	أعتقد أن الآخرين يفكرون بي بطريقة سيئة.					
٤	أميل إلى استبعاد الأمور الجيدة الخاصة بي.					
٥	إما أن أحب شخصاً ما أو لا؛ لا يوجد وسط بالنسبة لي.					
٦	أقلل من أهمية المواقف حتى الحرجة منها.					
٧	أقارن نفسي مع الآخرين طوال الوقت.					
٨	أبالغ في تضخيم أهمية الأشياء في الحياة.					
٩	أتصرف كما لو أنني أمتلك كرة سحرية في توقع الأحداث السيئة في حياتي.					
١٠	نظرة الأشخاص لي أهم من نظرتي لذاتي.					
١١	أشعر بالندم في حياتي الخاصة على الأشياء التي كان ينبغي أن أفعلها ولم أفعلها.					
١٢	أتخذ القرارات بالاعتماد على إحساسي.					
١٣	أستخلص النتائج دون الالتفات للتفاصيل الضرورية.					
١٤	إذا تطورت مشكلة ما في حياتي يمكنني الاعتماد على أسلوبي في حلها.					
١٥	أنا بحاجة لتقدير الأخرين لي كي أشعر أنني بحالة جيدة.					
١٦	أشجع نفسي من خلال ما يجب أن أكون عليه.					
١٧	أميل إلى لوم نفسي على الأشياء السيئة.					
١٨	مما لا شك فيه أعتقد أن الآخرين يروني بصورة سلبية.					
١٩	أفضل فعل بعض الأمور عن أمور أخرى.					
٢٠	أحمل نفسي المسؤولية عن الأمور التي تحدث من دون إرادتي.					
٢١	أميل إلى استبعاد الصفات الإيجابية لدي.					
٢٢	تبدو الأمور في حياتي وكأنها تسير كلها إما بشكل جيد أو كلها بشكل سيء.					
٢٣	أميل إلى انتقاء التفاصيل السلبية في موقف ما وأركز عليها.					
٢٤	أميل إلى المبالغة في إعطاء أهمية للأمور البسيطة.					
٢٥	أسعى إلى تحقيق الكمال في كافة مجالات حياتي.					
٢٦	عادةً ما أتنبأ بأن الأمور ستسوء في أي موقف معين.					
٢٧	استخدم الكثير من عبارات "ينبغي ولازم ويجب" في حياتي.					
٢٨	أقلل من أهمية إنجازاتي الخاصة.					
٢٩	أنا معروف أنني أصنع من الحبة قبة.					

٣٠	معظم الناس هم أفضل مني.					
٣١	أميل إلى المبالغة حتى في الأحداث الصغيرة.					
٣٢	عندما يصدر قرار جديد في العمل أو المنزل أو المدرسة فأعتقد أنني قمت بعمل ما كان سبباً في إصداره.					
٣٣	عندما أواجه العديد من الاحتمالات فإنني أميل للاعتقاد بأن أسوأها سيحدث.					
٣٤	أجد نفسي أنني أقل عند مقارنتي بأشخاص مثلي.					
٣٥	أعتقد أن توقعاتي السلبية لمستقبلي سوف تتحقق.					
٣٦	يجب أن تحدث الأمور ضمن سياق محدد.					
٣٧	عادةً ما أتخيل نتائج وخيمة لأخطائي.					
٣٨	عندما أفكر في شيء ما فأنا أكون مثالياً إلى حد بعيد.					
٣٩	إذا أحسست بطريقة معينة حول أمر ما، عادة أكون محقا.					
٤٠	أحتاج إلى الكثير من مديح الآخرين لي حتى أشعر بالرضا عن ذاتي.					
٤١	أرى بأن الأمور إما سوداء أو بيضاء ولا يوجد مناطق رمادية.					
٤٢	عادةً أصدر أحكاماً مسبقةً قبل التحقق من جميع الأمور.					
٤٣	الناس يقولون فقط الأمور الجيدة فيَّ لأنهم إما يريدون شيئاً مني أو يحاولون التزلف لي.					
٤٤	أجد أن لدي الميل للتقليل من أهمية عواقب أفعالي، خاصة إذا كانت نتائجها سلبية.					
٤٥	أجد في كثير من الأحيان أنني بحاجة لردود فعل إيجابية من الآخرين حتى أشعر بالراحة.					
٤٦	أستنتج سريعاً دون الأخذ بوجهات النظر البديلة.					
٤٧	إنني أرى الأمور إما رائعة أو مريعة بقدر تجاربي في الحياة.					
٤٨	أصف نفسي بالعبارات السلبية.					
٤٩	أجد نفسي متحملاً لمسؤولية اللوم اتجاه الأمور.					
٥٠	فقط الأمور الإيجابية في حياتي لا قيمة لها على الإطلاق.					
٥١	يجب أن يكون لدي رؤية بعيدة في حياتي.					
٥٢	عادةً ما تصدق توقعاتي السلبية.					
٥٣	مشاعري تعبر عن واقع الحال كما هو.					
٥٤	من المهم أن اسعى لتحقيق الكمال بكل شيء أقوم به.					
٥٥	أميل إلى التقليل من شأن المجاملات.					
٥٦	عندما يحدث أمر سلبي فإنه حتماً شيء فظيع.					
٥٧	مشاعري هي تعبير دقيق عن واقع الحال كما هو في الحقيقة.					
٥٨	حتى الأحداث الصغيرة يمكن أن تؤدي إلى نتائج كارثية.					
٥٩	أجد نفسي غير كفء عندما أقارن نفسي مع الآخرين.					
٦٠	أنا أقلل من قيمة ذاتي.					

٦١	أميل للتركيز على الأشياء التي لا أحبها في نفسي.					
٦٢	أمشي مع إحساسي الداخلي عند اتخاذي قرارا" ما.					
٦٣	إذا تجاهلني الآخرون فأعتقد أن لديهم أفكار سلبية عني.					
٦٤	أقلل من خطورة المواقف.					
٦٥	أقلل من قيمة الأشياء أكثر مما يجب.					

الملحق (٢)

عبارات قائمة التشوهات المعرفية قبل تعديلات السادة المحكمين وبعدها

البند	العبارة قبل التعديل	العبارة بعد التعديل
١	أنا بحاجة للاعتماد على الاخرين كي أشعر بأنني أستحق شيئا" ما	أنا بحاجة للآخرين كي أشعر بأن لي قيمة
٣	أعتقد أن الآخرين يفكرون بي بطريقة سيئة	أعتقد أن الآخرين يفكرون بي بطريقة سلبية
٥	إما أن أشبه شخصا" ما أو لا ، لا يوجد فرق بالنسبة لي	إما أن أحب شخصا" ما أو لا ، لا يوجد حل وسط بالنسبة لي
٦	أقلل من أهمية المواقف الخطيرة	أقلل من أهمية المواقف حتى الخطيرة منها
١١	أشعر بالندم في حياتي الخاصة على الأشياء التي ينبغي أن تحدث ولم تحدث	أشعر بالندم في حياتي الخاصة على الأشياء التي كان ينبغي أن أفعلها ولم أقم بذلك
١٢	أتخذ القرارات بالاعتماد على إحساسي	أتخذ القرارات بالاعتماد على مشاعري
١٩	أفضل فعل بعض الأمور عن أمور أخرى	أقوم ببعض الأمور كما يقوم بها الآخرون
٢١	أميل إلى استبعاد الصفات الإيجابية لدي	أميل إلى التقليل من أهمية الصفات الإيجابية لدي
٣١	اميل إلى المبالغة حتى في الأحداث الصغيرة	أميل إلى المبالغة في إعطاء أهمية حتى للأحداث الصغيرة
٤٣	الناس يقولون فقط الأمور الجيدة فيّ لأنهم إما يريدون شيئا" مني أو يحاولون التزلف لي	الناس يقولون لي الأمور الجيدة فقط إما لأنهم يريدون شيئا" مني أو يحاولون التملق لي
٤٦	أستنتج سريعا دون الأخذ بوجهات النظر البديلة	أقفز للنتائج بسرعة
٤٧	إنني أرى الأمور إما رائعة أو مريعة بقدر تجاربي في الحياة	إنني أرى الأمور إما رائعة أو مريعة على مدى حياتي
٥٠	فقط الأمور الإيجابية في حياتي لا قيمة لها على الإطلاق	الأمور الإيجابية في حياتي لا قيمة لها على الإطلاق
٥٣	مشاعري تعبر عن واقع الحال	تعبر مشاعري عن واقع الحال

٥٦	عندما يحدث أمرا" سلبيا" فإنه حتما" شيء فظيع	عندما يحدث أمر سلبي فإنه حتما" شيء فظيع
٥٩	أجد نفسي غير كفؤ ، عندما أقارن نفسي مع الآخرين	عندما أقارن نفسي مع الآخرين أجد نفسي غير كفؤ
٦٠	إنني أقلل من قيمتي	إنني أقلل من قيمة نفسي
٦٢	أمشي مع شعوري الداخلي عند اتخاذ قرار ما	أمشي مع إحساسي الداخلي عند إقرار شيئا" ما
٦٣	إذا تجاهلوني الآخرين فأعتقد أن لديهم أفكار سلبية عني	إذا تجاهلني الآخرون فأعتقد أن لديهم أفكارا" سلبية عني
٦٤	أقلل من خطورة المواقف	أقلل من جدية المواقف

الملحق (٣)

مقياس اضطراب الشخصية الحدية

Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders
SCID
Patient Edition (February 1996 FINAL)
SCID-I/P (Version 2.0)

ظهور خمسة أو أكثر من الأعراض التالية:

الأعراض	السؤال	الدرجة	ملاحظات
١- محاولات تتسم بـ(العصبية والتوسل) لتجنب فكرة الهجران سواء كانت حقيقية أم متوهمة.	هل غالباً ما تصبح عُصابياً عندما تعتقد أن شخصاً تهتم به حقاً على وشك التخلي عنك؟ ماذا تفعل؟ هل تهدده أم تتوسل له؟	٠-١-٢-٣ في حال الحصول على الدرجة "٣" يعطي المفحوص مجموعة من الأمثلة.	لا يتضمن هذا المعيار أي سلوك انتحاري أو إيذاء الذات فهو مشمول بالمعيار الخامس.
٢- العلاقات الشخصية غير المستقرة والانفعالية والتي تتسم بتطرف العلاقة إما في إعطاء صفة المثالية القصوى أو بتخفيض قيمتها إلى أدنى حد	هل علاقاتك بالأشخاص الذين تهتم بهم حقاً تتصف بالارتفاع والانخفاض؟ تكلم عنهم. هل هناك أوقات كنت تعتقد أن هؤلاء الأشخاص كانوا كل ما تريده، وفي وقت آخر تشعر اتجاههم بالبغض؟ (كم عدد العلاقات التي تكون كذلك؟)	٠-١-٢-٣ يُعطى الدرجة "٣" عندما تتصف علاقة واحدة بطولها أو عدة علاقات قصيرة في حال حدوثها مرتين على الأقل.	
٣- اضطراب الهوية: وتكون صورة الذات أو الإحساس بالذات غير مستقرة بشكل ملحوظ.	هل يتغير فجأة إحساسك بنفسك على نحو: من أنا وأين أتجه؟ أعطني بعض الأمثلة عن ذلك. هل غالباً ما يتغير إحساسك بنفسك بشكل جذري؟ أخبرني عن ذلك. هل حدث الكثير من التغيرات المفاجئة في حياتك كالأهداف والخطط المهنية والمعتقدات الدينية؟ وهلم جرى...	٠-١-٢-٣ يُعطى الدرجة "٣" في حال كانت سمة ثابتة فيه بشكل متكرر.	لا يتضمن هذا المعيار فترة المراهقة العادية من حيث عدم التأكد واليقين.
٤- التهور في مجالين على الأقل مما يسبب ضرراً ذاتياً عليه، على سبيل المثال: (انفاق المال، ممارسة الجنس، التهور في القيادة، الإفراط في الأكل...).	هل كثيراً ما فعلت أموراً بتهور؟ ما نوعية تلك الأمور؟ - هل تشتري أشياء لا تستطيع شراءها؟ - هل مارست الجنس مع شخص بالكاد تعرفه، أو ممارسة غير أمنة.؟ - هل تشرب الكثير من الكحوليات أو تتعاطى المخدرات؟ - هل تقود السيارة بتهور؟ هل لا تستطيع التحكم بأكلك؟ إذا كان الجواب نعم على أي من أعلاه: أخبرني عن ذلك. كم عدد	٠-١-٢-٣ يُعطى الدرجة "٣" في حال ذكر عدة أمثلة تشير إلى سلوك متهور أو مندفع (ليست أمثلة عرضية)، وهذه السلوكيات ليست بسبب الهوس أو الهوس الخفيف أو اضطراب عرضي.	لا يتضمن هذا المعيار أي سلوك انتحاري أو إيذاء الذات فهو مشمول بالمعيار الخامس.

الأعراض	السؤال	الدرجة	ملاحظات
	المرات التي تحدث؟ وما هي المشكلات التي تتسبب في تلك الأفعال؟		
٥- السلوك الانتحاري المتكرر أو المحاولات أو التهديد بذلك، أو سلوك إيذاء الذات.	هل جربت أن تجرح أو أن تقتل نفسك أو هددت بالقيام بذلك؟ هل سبق أن قطعت أو أحرقت أو خدشت نفسك بطريقة مقصودة؟ أخبرني عن ذلك.	٠-١-٢-٣ يُعطى الدرجة "٣" في حال فعل مرتين أو أكثر (وليس بسبب حالة اكتئاب)	
٦- عدم الاستقرار العاطفي بسبب تقلب المزاج. (على سبيل المثال" اضطراب الهوية، والانفعالات الشديدة، والقلق، وعادة ما تستمر لساعات قليلة أو نادراً لعدة أيام فقط)	هل أنت شخص متغير المزاج؟ أخبرني أكثر عن ذلك. كم الفترة التي يدوم فيها مزاجك السيء؟ كيف غالباً ما تحدث تلك التغيرات؟ كيف فجأة يتغير مزاجك؟	٠-١-٢-٣ يُعطى الدرجة "٣" في حال كانت سمة ثابتة فيه بشكل متكرر.	
٧- مشاعر مزمنة بالفراغ	هل غالباً ما تشعر بفراغ داخلي؟ أخبرني أكثر عن ذلك.	٠-١-٢-٣ يُعطى الدرجة "٣" في حال كانت سمة ثابتة فيه بشكل متكرر.	
٨- الغضب الشديد وغير الملائم، أو صعوبة السيطرة على الغضب: (على سبيل المثال: الغضب الحاد بشكل مستمر، الشجارات الجسدية)	هل غالباً ما تشعر بنوبات غضب أو تفقد السيطرة أثناء غضبك؟ أخبرني عن ذلك. هل ضربت أحداً أو رميت عليه شيئاً أثناء غضبك؟ أخبرني عن ذلك وهل يحدث ذلك بشكل متكرر؟ هل حتى الأمور الصغيرة تجعلك غاضباً جداً. أعطني بعض الأمثلة وهل يحدث ذلك بشكل متكرر؟	٠-١-٢-٣ يُعطى الدرجة "٣" في حال كانت سمة ثابتة فيه بشكل متكرر.	
٩- الضغوط المرتبطة بجنون العظمة أو أعراض الفصام الشديد العرضية (الزورية).	هل تصبح شخصاً كثير الشك بالآخرين أو تشعر أنك بعيد عنهم عندما تكون تحت تأثير العديد من الضغوط؟	٠-١-٢-٣ يُعطى الدرجة "٣" في حال أعطى العديد من الأمثلة التي لا تنم عن اكتئاب شديد أو أعراضه.	

الملحق (٤)

أسماء السادة المحكّمين لأداتيّ الدراسة	
١-أ.د. رياض العاسمي	قسم الإرشاد النفسي/ كلية التربية
٢-أ.د. غسان منصور	قسم علم النفس/ كلية التربية
٣-أ.د. أمينة رزق	قسم علم النفس/ كلية التربية
٤-أ.د. علي سعود حسن	الأدب الانكليزي/ كلية التربية
٥-د. صباح السقا	قسم الإرشاد النفسي/ كلية التربية
٦-د. ياسر جاموس	قسم التقويم والقياس/ كلية التربية
٧-د. رنا قوشحة	قسم التقويم والقياس/ كلية التربية
٨-د. ثائر حيدر	قسم الطب النفسي/ كلية الطب
٩-د. مازن خليل	قسم الطب النفسي/ كلية الطب
١٠-د. نبيلة العالم	الأدب الانكليزي/ كلية العلوم السياسية

Summary

Cognitive Distortions in Borderline Personality Disorder.

This study aims to investigate:

1-The most common Cognitive Distortions in Borderline personality disorder patients in this study, and The prevalence of Cognitive Distortions among the sample of patients in this study through the three levels of cognitive distortions, in addition to the prevalence of Cognitive Distortions among the sample of patients according to variables of age and sex, and the effect of the cognitive distortions in Borderline Personality Disorder, it also aimed to recognize the relationship between Cognitive Distortions and Borderline Personality Disorder , and the differences among individuals of the sample in Cognitive Distortions ,Borderline Personality Disorder according to variables of age and sex .

The sample was composed of (50) patients with borderline personality disorder in Red Crescent Clinics in Damascus (aged between 18 -35).

The following tools were used to answer the hypothesis and the questions of the study: 1- Cognitive Distortions standard.

2- The standard of Borderline Personality Disorder.

The results were: Cognitive Distortions which were more common in the sample: Absolutistic thinking, Emotional Reasoning and decision making and Externalization of Self-Worth, and the division of the sample was equal on the three levels in each of Personalization , Perfectionism, Should Statements, Externalization of Self-Worth, and Comparison with Others.

Absolutistic thinking ,Magnification, Externalization of Self-Worth ,were more common among adults and males , meanwhile Emotional Reasoning and Decision Making , Absolutistic thinking, Comparison with Others and minimization were more common among females and adolescents . The results also demonstrated that Absolutistic thinking , Externalization of Self-Worth, Catastrophizing and minimization were the most effective in Borderline Personality Disorder , and a positive correlation between cognitive distortions

and borderline personality disorder was recognized , and the differences depending on the sex variable at cognitive distortion standard, were to the side of males and adults, on the other hand the differences depending on the sex variable at Borderline Personality Disorder standard, were to the side of females, but no differences depending on age variable at Borderline Personality Disorder standard appeared.

Damascus University
Faculty of Education
Department of Psychological Counseling

The Relation between Borderline Personality Disorder and Cognitive Distortions

Field Study in Red Crescent Clinics Patients

A dissertation submitted in partial fulfillment for the requirements of master degree in psychological counseling

Prepared by

Rafah Dadah

Supervised by

Caroline Al- Mohsen

An Assistant professor in the department of Psychological Counseling

2017-2018

1438-1439