



كلية الآداب



جامعة بنها

# مجلة كلية الآداب

## مجلة دورية علمية محكمة

الفروق بين التدريب القائم على اليقظة العقلية كمدخل سلوكي  
جدلي والعلاج المعرفي القائم على التعقل في خفض صعوبات التنظيم  
الانفعالي لدى طالبات الجامعة ذوات اضطراب الشخصية الحدية  
وأثرهما على أعراض هذا الاضطراب

إعداد /

محمد فتحى على سليمان

استاذ علم النفس الاكلينيكي - كلية الآداب - جامعة الفيوم

اكتوبر ٢٠٢٣

المجلد ٦٠

[/https://jfab.journals.ekb.eg](https://jfab.journals.ekb.eg)

**الملخص :**

هدف البحث الحالي إلى التعرف على الفروق بين العلاج القائم على التعقل والتدريب القائم على اليقظة العقلية كمدخل علاجي سلوكي جدلي في تخفيف بعض أعراض اضطراب الشخصية الحدية وصعوبات التنظيم الانفعالي لدى عينة من طالبات كلية الآداب جامعة الفيوم، وكذلك التعرف على مدى استمرار فعالية العلاج بعد فترة المتابعة التي وصلت إلى شهرين لدى المجموعتين التجريبيتين (مجموعة العلاج الجدلي القائم على اليقظة العقلية)، و(مجموعة العلاج بالتعقل)، والمجموعة الضابطة. وتكونت العينة الاستطلاعية من (١٨٠) طالبة، تراوحت أعمارهم الزمنية بين (١٩- ٢٣) سنة، بمتوسط عمري (٢٠,١٦٣٦) سنة وانحراف معياري (١,٦٣٩)، وتكونت عينة الدراسة: من (١٨) طالبة، تراوحت أعمارهم بين (٢٠- ٢٣) سنة بمتوسط عمري (٢١,٣٣) سنة وانحراف معياري (١,٧٨٢)، وتم تقسيم العينة الأساسية بطريقة عشوائية إلى مجموعتين تجريبيتين، المجموعة التجريبية الأولى (٦) طالبات، بمتوسط عمري (٢١,٦٦) سنة وانحراف معياري (١,١٨٣)، طُبّق عليهم برنامج العلاج القائم على التعقل، المجموعة التجريبية الثانية (٦) طالبات، بمتوسط عمري (٢١,٥٠) سنة وانحراف معياري (١,٩٧٤)، طُبّق عليهم برنامج التدريب القائم على اليقظة العقلية كمدخل سلوكي جدلي، بالإضافة للمجموعة الضابطة قوامها أيضًا (٦) طالبات بمتوسط عمري (٢١,٣٣) سنة وانحراف معياري (١,٨٦١)، ممن يُعانون من اضطراب الشخصية الحدية. وتمثلت أدوات الدراسة في: مقياس اضطراب الشخصية الحدية، ومقياس صعوبات التنظيم الانفعالي، ومقياس اليقظة العقلية ومقياس التعقل. وأسفرت نتائج الدراسة عن: عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب

درجات المجموعتين التجريبيتين والمجموعة الضابطة قبل تطبيق البرامج العلاجية، ووجود فروق ذات دلالة إحصائية بينهما بعد تطبيق البرامج العلاجية، ووجود فروق دالة إحصائية في متوسطي أداء المجموعتين التجريبيتين بين القياسين القبلي والبعدي، والقياسين القبلي والتتبعي على كل من (اضطراب الشخصية الحدية- صعوبات التنظيم الانفعالي- اليقظة العقلية-التعقل)، وعدم وجود فروق بين القياس البعدي والتتبعي، عدم وجود فروق ذات دلالة بين متوسطات درجات المجموعة الضابطة في القياسات (القبلي- البعدي- التتبعي) على كل من مقياس (اضطراب الشخصية الحدية- صعوبات التنظيم الانفعالي - اليقظة العقلية- التعقل).

**الكلمات المفتاحية:** العلاج الجدلي السلوكي- العلاج القائم على التعقل - اضطراب الشخصية الحدية- التنظيم الانفعالي

## مقدمة:

تُعد الشخصية الإنسانية إطارًا تتجمع فيه الخصائص الجسمية والنفسية والانفعالية والاجتماعية، ويتشكل ذلك كله في صورة سلوكيات يتعامل بها الفرد مع العالم الخارجي والبيئة والمجتمع.

حيثُ يعاني الطالب الجامعي من مشكلات في التفكير في نسق شخصيته، ولذا بات اضطراب الشخصية يؤثر بشكل سلبي على كيفية مواجهة الطلاب الجامعيين للمواقف بين الشخصية والاجتماعية والتربوية والتعليمية، حيثُ قد يؤدي إلى حدوث خللٍ ملحوظ في أدائهم الوظيفي، وما يترتب على ذلك من شعورٍ بالضيق والتعاسة وسوء التكيف (Sharma & Fowler, 2018; Laverdière, et. al, 2019). وكل إنسان يُشكل عالمة النفس حوله من سمات شخصيته (أمين، ٢٠١٧، ١٣٩). ولهذا تهدف هذه الدراسة لعلاج بعض مضطربات الشخصية الحدية. ونري أن مدي انتشار هذا الاضطراب في مرحلة المراهقة وخاصة المراهقة المتأخرة وفقًا لدراسة حورية (٢٠٠٨)، ودراسة يوسف (٢٠٠٨)، ودراسة (Pizzarello & Taylor (2011)، ودراسة (Dalbuduk, et. al, (2014)، ونظرًا لأن مرحلة المراهقة المتأخرة تقابل المرحلة الجامعية، لذلك قام الباحث بعمل تلك الدراسة على طلاب الجامعة. وقد أشار حمودة (٢٠٠٧، ٧٢٣-٧٢٤)، إلى أن اضطراب الشخصية الحدية ينتشر أكثر بين النساء أكثر من الرجال. لذلك تم اختيار عينة الدراسة من الطالبات.

ويُعد اضطراب الشخصية الحدية أحد الاضطرابات الخطيرة في الشخصية، والتي انتشرت بشكل ملفتٍ للنظر بين طلاب الجامعة عن ذي قبل (Choudhary &

،Thapa, 2014, 2; Brickell, 2018; Laverdière, et. al, 2019؛ خطاب،  
 ٢٠٢٠، ١) ، كما ومن المحتمل أن يكون اضطراب الشخصية الحدية أكثر انتشاراً  
 مما كان في السابق (Florance & Herpertz, 2019). ويحدث هذا الاضطراب  
 في حوالي ١-٤% من عامة السكان (Choudhary & Thapa, 2014, 2). ومن  
 ثم فقد اهتم العلماء والباحثون بدراسته في عينات مختلفة للتعرف على أهم المتغيرات  
 التي قد تُساعد في تفسير صلابته ومقاومته التغيير (خطاب، ٢٠٢٠، ١). وهو من  
 أسوأ وأشد أنواع الاضطرابات الشخصية لأنه غالباً ما يربك ويُحير المعالج النفسي  
 والمريض، خاصة وأنه يتضمن عدداً ضخماً ومتداخلاً من الأعراض المثيرة للمشكلات  
 (خطاب، ٢٠٢٠، ٤؛ أبو زيد، ٢٠٢١، ٩).

ويُعد المصابون باضطراب الشخصية الحدية Borderline Personality  
 Disorder (BPD) على الحافة بين العُصاب والذهان (أحمد، وآخرون، ٢٠١٨،  
 ٣٦٧؛ علي، ٢٠١٠، ٣٤٧؛ عكاشة وعكاشة، ٢٠١٠، ٧٠١-٧٠٢؛ حمودة،  
 ٢٠٠٧، ٧١٩؛ Paris, 2007, 1-5؛ عبد الرحيم، ٢٠٠١). وربما يرجع هذا إلى أن  
 سمات الشخصية المضطربة تصبح غير مرنة ومَرَضِيَّة، وتُسبب ضغوطاً شخصية  
 دالة إكلينيكيًا وإعاقة في الوظائف الاجتماعية لذوي اضطراب الشخصية (Segal,  
 et. al, 2015).

وهو من أكثر الاضطرابات التي تؤثر سلبياً على البناء النفسي للفرد، التي يغلب  
 عليها قصور أو عدم تنظيم الانفعال واضطراب الهوية والمشكلات في العلاقات بين  
 الشخصية (حمودة، ٢٠٠٧، ٧١٩؛ Einy, et. al, 2019). وعدم التحديد في

نواحي الحياة المختلفة، مثل صورة الشخص عن ذاته، وعدم الثبات لصورة الذات كإحساس مزمن بالفراغ (حمودة، ٢٠٠٧، ٧١٩).

كما يتسم أصحاب الشخصية الحدية بصعوبة التأقلم مع الذات ومع الآخرين، وسوء التوافق، وقد تتفاقم تلك المشكلة لديهم لدرجة أن يقدموا على إيذاء الذات والانتحار (أحمد، وآخرون، ٢٠١٨، ٣٦٥). فقد أشارت العديد من الدراسات إلى أن الطلاب ذوو الشخصية الحدية يقومون بالعديد من سلوكيات إيذاء الذات (Edel, et. al, 2017; Juurlink, et. al, 2019; Tunce& Eren, 2019). حيث إن حوالي (٧٠%-٧٥%) من المرضى المصابين باضطراب الشخصية الحدية لديهم تاريخ لإيذاء النفس على الأقل مرة واحدة، ومن يكملون الانتحار حوالي (٩%) مقارنة بواحد في المائة من عامة الناس (حمودة، ٢٠٠٧، ٧٢٤). كما اتفق كل من (حقي، ١٩٩٥، ٤٠٥؛ عبد الرحيم، ٢٠٠١؛ Malony, 2009؛ عكاشة وعكاشة، ٢٠١٠، ٧٠١-٧٠٢؛ وكموران، وهوارد، ٢٠١٢، ٥٠٤)، على تكرار السلوك الانتحاري ومحاولات الانتحار لدي الطلاب ذوو الشخصية الحدية.

وقد يتحول اضطراب الشخصية الحدية إلى نوبات اكتئاب عظيمي، وأحياناً يتحول إلى تفاعل ذهاني قصير المدى (حمودة، ٢٠٠٧، ٧٢٣). ولهذا فإن علاج اضطراب الشخصية الحدية تحددت له العديد من العلاجات النفسية (أحمد، وآخرون، ٢٠١٨، ٣٦٥).

ويُعد العلاج القائم على التعقل Mentalization based therapy، أحد العلاجات التي طورت لعلاج الشخصية الحدية وخفض أعراضها المرضية، التي تتمحور حول الاندفاعية وسوء تنظيم الانفعال وإيذاء وعدم ثبات العلاقات (Möller, et. al, 2017; Swenson& Choi-Kain, 2015). وتُشير الدلائل العلمية إلى فعالية العلاج القائم على التعقل في خفض أعراض الشخصية الحدية؛ حيثُ أن صعوبات التعقل تُعد محورًا في اضطراب الشخصية الحدية (Dimitrijević, et. al, 2018; Juul, et. al, 2019). ولقد حقق العلاج القائم على التعقل نتائج إيجابية في علاج بعض أعراض اضطراب الشخصية الحدية المرضية لدى العديد من فئات المجتمع الكلينيكي وغير الكلينيكي سواء استخدم مستقلاً أو بالتكامل مع مداخل علاجية أخرى (Einy,et.al,2019;Juul,et.al,2019;Sharma&Fowler,2018;Griffiths,et ..al,2019;Edel,et.al,2017)

من ناحية أخرى، أثبتت الدراسات التي أجراها لينهان وزملائها Linehan, et. al (1991,1993)، أن العلاج السلوكي الجدلي فعال أكثر من المداخل العلاجية المعتادة في خفض الكثير من الأعراض لدى ذوي اضطراب الشخصية الحدية ومنها أعراض إيذاء الذات، والغضب، وتحسين التوافق الاجتماعي. واستمرت دراسات وبحوث "لينهان" في التحقق من فاعلية العلاج السلوكي الجدلي مع اضطراب الشخصية الحدية، فأكد (Linehan, et. al (2006) في دراسة أخرى أن هذا المدخل العلاجي أكثر فعالية من المداخل الأخرى المعتاد. وقد أشار Creswell, et. al (2007)، إلى أن اليقظة العقلية Mindfulness training- أحد استراتيجيات

العلاج السلوكي الجدلي- وهي تقع ضمن مجموعة التدريب المهاري Skills training في العلاج السلوكي الجدلي، تؤثر بشكل دال على ردود الفعل الانفعالية. وتوصل (Wupperman, et. al (2009) إلى أن اليقظة العقلية تؤثر بشكل كبير على خصائص الشخصية الحدية. كما أشارت دراسات كل من (Feliu-Soler, et. al, 2014; Soler, et. al, 2016) ، إلى أن اليقظة العقلية ترتبط سلباً بصعوبات التنظيم الانفعالية، وإلى فاعلية العلاج الجدلي القائم على (التدريب على اليقظة العقلية) في تحسين التنظيم الانفعالي لدى ذوي أعراض الشخصية الحدية.

حيث تُعد صعوبات تنظيم الانفعال من أبرز الظواهر المرضية لدى الطلاب ذوي الشخصية الحدية (بشري، وآخرون، ٢٠١٧، أبو زيد، ٢٠١٧؛ Barnow, et. al (2009). واضطراب الشخصية الحدية هو في المقام الأول اضطراب في النظام الانفعالي (Barnow, et. al, 2012). فضلاً على أن مراكز الإرشاد بالجامعة لا تقوم بالدور اللازم في مواجهة اضطراب الشخصية الحدية، بقدر ما تركز على المشاكل الفردية للطالب (Brickell, 2018)، وبالتالي فإن التدخل العلاجي المبكر يُعد مفيداً في علاج اضطراب الشخصية الحدية، بل إنه يصبح أكثر ضرورةً لتقليل المعاناة الشخصية لدى الطلاب (Chanen& Thompson, 2018)

وفي ضوء الأدلة العلمية التي تؤكد على فعالية مدخل العلاج القائم على التعقل في خفض الأعراض المصاحبة لاضطراب الشخصية الحدية لدى العديد من العينات الإكلينيكية وغير الإكلينيكية؛ تأتي الدراسة الحالية لتحديد فعالية مدخل العلاج بالتعقل في خفض أعراض اضطراب الشخصية الحدية. كما تعتمد الدراسة الحالية على

استخدام استراتيجيات التدريب على اليقظة العقلية باعتبارها أحد استراتيجيات العلاج السلوكي الجدلي- في علاج صعوبات التنظيم الانفعالي لدي ذوي اضطراب الشخصية الحدية.

### مشكلة الدراسة:

لقد أشار كل من (Trull, 2001; Widiger, 2005, 55; Bateman& Fonagy, 2010)، إلى أن اضطراب الشخصية الحدية يشمل حوالي ٢% إلى ٣% من عموم السكان، ويُقدر انتشاره بين المرضى المقيمين بالمؤسسات النفسية بحوالي ١٠% إلى ٢٠%، وحوالي ١٠% خارج المستشفيات النفسية، وحوالي ٢% من إجمالي المجتمع العام، وحوالي ٦% من عموم المرضى النفسيين، ويصل إلى ٤% إلى ٦% بين الراشدين من بين مجموع المرضى النفسيين، وحوالي ١١% من المراهقين في العيادات الخارجية، و٤٩% من المراهقين داخل المؤسسات النفسية. وتوصلت دراسة جرانت وآخرون (Grant, et. al (2008) إلى أن نسبة انتشار اضطراب الشخصية الحدية بلغت (٥,٩%) لدي الراشدين. وبلغت نسبة انتشار اضطراب الشخصية الحدية في دراسة (Zimmerman, et. al (2005 حوالي (٩,٣%) ، ووصلت إلى (٢٢,٦%) في دراسة (Korzekwa, et. al (2008. وتُشير رابطة الطب النفسي الأمريكية إلى أن نسبة انتشار اضطراب الشخصية الحدية تبلغ (١,٦%) ولكن قد ترتفع لتصل (٥,٩%) (APA, 2013). كما أشارت لينهان (٢٠١٤، ١٩) إلى أن اضطراب الشخصية الحدية يشمل حوالي (١١%) من المرضى النفسيين الذين يتعالجون في العيادات الخارجية، وحوالي (١٩%) من

المرضي النفسيين الذين يتعالجون بالمستشفيات، ووجود قصور في البرامج الإرشادية والأساليب العلاجية المتوافرة لمرضي اضطراب الشخصية الحدية.

وأشارت العديد من البحوث والدراسات إلى أن النساء أكثر من الرجال فيما يتعلق بصعوبات التنظيم الانفعالي كعرض من أعراض الشخصية الحدية (Aggen, et. al, 2009; Tadić, et. al, 2009; Tunc& Eren ,2019; Barnicot& McCormick, et. al 2020). كما توصل Crawford, 2018; Ooi, et. al, 2020) (2007) إلى أن النساء ذوات اضطراب الشخصية الحدية كان لديهم معدلات عالية من عدم الاستقرار الوجداني. كما أشارت العديد من الدراسات إلى انتشار صعوبات التنظيم الانفعالي لدي ذوي اضطراب الشخصية الحدية بشكل كبير، كدراسة كل من (Martin, 2005, 4; Gratz, et. al, 2009; Barnow, et. al, 2012; Salsman& Linehan, 2012; Gratz, et. al, 2013; Herr, et. al, 2013)

ومن ناحية أخرى، توصلت دراسة (Perroud, et. al (2012) ، إلى أن بُعد القبول بدون حكم (من أبعاد اليقظة العقلية) ، كان بمثابة ميكانيزم ممكن للتغير الموجب، وكانت الزيادة في هذا البعد مرتبطة بالتحسن في خصائص الشخصية الحدية. كما توصلت دراسة (Rivera (2013، إلى أن القصور في مهارات اليقظة العقلية كان مرتبطاً بأعراض الشخصية الحدية. كما توصلت دراسة Wupperman, (2009) et. al ، إلى وجود علاقة عكسية بين اليقظة العقلية وملامح اضطراب الشخصية الحدية وصعوبات التنظيم الانفعالي والعُصابية. بالإضافة إلى ما سبق،

أشارت دراسة (Wupperman& Neumann (2006)، إلى وجود علاقة سالبة بين أعراض الشخصية الحدية ومهارات اليقظة العقلية، وكانت العلاقة سالبة أيضاً بين صعوبات التنظيم الانفعالي ومهارات اليقظة العقلية. وهناك أيضاً العديد من الدراسات أشارت إلى أن التدخل التجريبي بالبرامج العلاجية النفسية، سواء القائمة على اليقظة العقلية، أو القائمة على التعقل، لهم دور فعال في التخفيف من درجة اضطراب الشخصية الحدية ومنها دراسات كل من: (Wuperman&Neumann,2006;Wupperman,et.al,2009;Soler,,et.al, 2009;Himmelstein,et.al,2011;Perroud,et.al,2012;Soler,et.al,2012;F eliuSoler,et.al,2014;Ribeiro,2015; Elices, et. al, 2016; Soler, et. al, 2016) ، والذين توصلوا إلى فاعلية التدريب على اليقظة العقلية كمدخل سلوكي جدلي في خفض صعوبات التنظيم الانفعالي لدي ذوي اضطراب الشخصية الحدية. وكذلك دراسات كل من (Bateman& Fonagy, 2008; 2010; Bales, et .al, 2012; Brüne,et.al,2013;Laurensen,et.al,2014;Edel,et.al,2017;Sharma &Fowler,2018;Juul,et.al,2019;Einy,et.al,2019;Griffiths,et.al,1019) ، والتي أشاروا إلى فاعلية برنامج العلاج القائم على التعقل في التخفيف من بعض أعراض اضطراب الشخصية الحدية لدى عينة من طلاب الجامعة.

ومن خلال ما سبق؛ يتضح لنا مدى خطورة تطور أعراض ذلك الاضطراب على اختلافها وتنوعها من أعراض جسدية ونفسية وسلوكية، نتيجة الافتقار إلى مهارات

التنظيم الانفعالي؛ ظهرت الحاجة إلى التدخل التجريبي بتصميم برامج علاجية لتخفيف أعراض اضطراب الشخصية الحدية وصعوبات التنظيم الانفعالي الناتجة عنه لدى طالبات الجامعة من خلال محاولة للكشف عن مدى فعالية كل من التدريب القائم على اليقظة العقلية كمدخل سلوكي جدلي والعلاج المعرفي القائم على التعقل في مقارنة علاجية في كفاءتهما في تخفيف بعض أعراض اضطراب الشخصية الحدية، ومحاولة التغيير أو التخفيف من الشعور بصعوبات التنظيم الانفعالي لدى عينة من مضطربات الشخصية الحدية من طالبات الجامعة.

وفي ضوء ما سبق يمكن صياغة مشكلة الدراسة في السؤال الرئيسي التالي:

- إلى أي مدى يختلف العلاج القائم على التعقل والتدريب القائم على اليقظة العقلية كمدخل سلوكي جدلي في خفض صعوبات التنظيم الانفعالي لدى طالبات الجامعة ذوات اضطراب الشخصية الحدية وأثرهما على أعراض هذا الاضطراب؟ ويتفرع منه الأسئلة التالية:

١. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب درجات مجموعة العلاج القائم على التعقل (التجريبية الأولى)، ومجموعة التدريب القائم على اليقظة العقلية (التجريبية الثانية)، والمجموعة الضابطة على كل من مقياس (اضطراب الشخصية الحدية-صعوبات التنظيم الانفعالي- اليقظة العقلية- التعقل) قبل تطبيق البرامج العلاجية؟

٢. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب درجات مجموعة العلاج القائم على التعقل (التجريبية الأولى)، ومجموعة التدريب القائم على اليقظة العقلية

(التجريبية الثانية)، والمجموعة الضابطة على كل من مقياس (اضطراب الشخصية الحدية-صعوبات التنظيم الانفعالي- اليقظة العقلية- التعقل) بعد تطبيق البرامج العلاجية؟

٣. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات عينة الدراسة في المجموعتين التجريبيتين في القياسات (القبلي- البعدي- التتبعي) على كل من مقياس (اضطراب الشخصية الحدية-صعوبات التنظيم الانفعالي- اليقظة العقلية- التعقل)؟

٤. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات عينة الدراسة في المجموعة الضابطة في القياسات (القبلي- البعدي- التتبعي) على كل من مقياس (اضطراب الشخصية الحدية-صعوبات التنظيم الانفعالي- اليقظة العقلية- التعقل)؟

#### أهداف الدراسة:

١. التعرف على مستوى اضطراب الشخصية الحدية ودرجة الشعور بالتنظيم الانفعالي لدى طالبات الجامعة أفراد عينة الدراسة.

٢. المقارنة بين كلاً من العلاج القائم على التعقل (التجريبية الأولى)، ومجموعة التدريب القائم على اليقظة العقلية (التجريبية الثانية)، في تخفيف أعراض اضطراب الشخصية الحدية وخفض صعوبات التنظيم الانفعالي الناتج عنه لدى أفراد عينة الدراسة، وتحسين مستوي اليقظة العقلية والتعقل بعد تطبيق البرنامج، وبعد فترة المتابعة التي تصل إلى شهر.

## أهمية الدراسة:

## الأهمية النظرية:

١. الاهتمام بفئة من أهم فئات المجتمع وهم طلاب الجامعة، فهم نواة الباحثين والعلماء والمهنيين، ويعتمد عليهم في تقدم وتطور المجتمع، وذلك من خلال تخفيف حدة اضطراب الشخصية الحدية والذي يُعد أكثر الاضطرابات النفسية تأثيراً على حياة الفرد، وكذلك الشعور بصعوبة التنظيم الانفعالي الناتج عنه.

٢. أهمية عينة الدراسة وهن الطالبات والمجال التعليمي الذي تم أخذ العينة منه والذي يُعد أحد المجالات الأساسية التي تؤدي فيه المرأة دوراً واضحاً وملموساً باعتباره من أهم العوامل الأساسية للنهوض بالمجتمعات الإنسانية وتقدمها، لأنه يرفع من مكانة الإنسان في البناء الاجتماعي، ويرقى بدوره الوظيفي داخل المجتمع (عناقرة، والخوالدة، ٢٠٠٧، ٣١٢)

## الأهمية التطبيقية:

١. خفض حدة اضطراب الشخصية الحدية وصعوبات التنظيم الانفعالي الناتجة عنه لدى طالبات الجامعة من خلال برنامج العلاج القائم على التعقل والتدريب القائم على اليقظة العقلية كمدخل سلوكي جدلي مما يكون له أثر إيجابي على تحسين حياة الطالبات الدراسي والاجتماعية والنفسية الناتجة عن تخفيف هذا الاضطراب.

٢. التحقق من كفاءة وفعالية العلاج القائم على التعقل والتدريب القائم على اليقظة العقلية كمدخل سلوكي جدلي من خلال المقارنة بينهم في خفض مستوى اضطراب

الشخصية الحدية والشعور بصعوبات التنظيم الانفعالي الناتجة عنه لدى طالبات الجامعات.

٣. إلقاء الضوء على مزيد من فنيات ومهارات العلاج القائم على التعقل والتدريب القائم على اليقظة العقلية كمدخل سلوكي جدلي التي يمكن توظيفها في برامج علاجية مشابهة قد تسهم في خفض كثير من المشكلات والاضطرابات النفسية.

٤. ترجع أهمية الدراسة إلى أهمية التدخل المبكر لعلاج اضطراب الشخصية لدي طلاب الجامعات، مع أهمية تثقيف الطلاب حول طبيعة الاضطراب وتشخيصه وعلاجه، وأنه بسيط ومهم علاجه في نفس الوقت؛ حيثُ يمكن علاج الشخصية الحدية من خلال التدخلات المختلفة القصيرة والطويلة (Brickell, 2018).

#### حدود الدراسة:

١. الحدود الموضوعية الأكاديمية: تحددت الدراسة موضوعياً بدراسة فعالية كل من برنامج علاجي قائم على التعقل، وبرنامج علاجي قائم على التدريب على اليقظة العقلية كمدخل سلوكي جدلي في خفض أعراض صعوبات التنظيم الانفعالي، لدى عينة من طالبات الجامعة مضطربات الشخصية الحدية. حيثُ تم تطبيق استمارة المقابلة الشخصية، وقائمة المعايير التشخيصية لاضطراب الشخصية الحدية في الدليل التشخيصي الإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية (DSM-5)، والبرنامج العلاجي القائم على التعقل، والبرنامج العلاجي القائم على التدريب على اليقظة العقلية كمدخل سلوكي جدلي، وكل من مقياس (اضطراب الشخصية الحدية، والتعقل، واليقظة العقلية، وصعوبات التنظيم الانفعالي)، ومقياس المستوى الاجتماعي الاقتصادي للأسرة المصرية (إعداد/ عبد العزيز الشخص، ٢٠٠٦).

٢. الحدود الإحصائية: اقتصرَت الدراسة على استخدام الأساليب الإحصائية التي تمثلت في (المتوسط والانحراف المعياري، اختبار كروسكال واليس، اختبار فريدمان للقياسات المتكررة).

٣. الحدود المنهجية: اعتمد الباحث في الدراسة الحالية في ضوء أهدافها على المنهج التجريبي بطريقة القياس (القبلي-البعدي-التتبعي) لمتغيرات الدراسة، والذي يعتمد على ثلاث مجموعات، مجموعتين تجريبيتين هما: مجموعة العلاج القائم على التعقل (التجريبية الأولى)، ومجموعة التدريب القائم على اليقظة العقلية كمدخل سلوكي جدلي (التجريبية الثانية)، بالإضافة إلى المجموعة الضابطة.

٤. الحدود البشرية والمكانية: اقتصرَت الدراسة على عينة استطلاعية قوامها (١٨٠) طالبة جامعية تراوحت أعمارهم الزمنية بين (١٩-٢٣) سنة، بمتوسط عمري (٢٠,١٦٣٦) سنة وانحراف معياري قدره (١,٦٣٩)، تم اختيارهم من كلية: الآداب بجامعة الفيوم. وتكونت عينة الدراسة الأساسية من (١٨) طالبة، من طلاب كلية الآداب، تم اختيارهم بطريقة قصدية من طلاب وطالبات السنة الأولى والثانية والثالثة والرابعة مريضات الشخصية الحدية، بناءً على التشخيص الكلينيكي ونتائج المقابلة التشخيصية مع الباحث. وقد راعى الباحث التجانس في العمر بين أفراد عينة الدراسة في المجموعات الثلاث، فقد تراوحت أعمارهم الزمنية بين (١٩-٢٣) سنة، وبمتوسط عمري (٢١,٣٣٣) سنة وانحراف معياري قدره (١,٧٨٢). وتم تقسيم العينة الأساسية بطريقة عشوائية إلى مجموعتين تجريبيتين، المجموعة التجريبية الأولى تكونت من (٦) طالبات طُبّق عليهم برنامج العلاج القائم على التعقل بمتوسط عمري (٢١,٥٠) سنة وانحراف معياري (١,٩٧٤)، و(٦) طالبات طُبّق عليهم برنامج التدريب القائم

على اليقظة العقلية كمدخل سلوكي جدلي بمتوسط عمري (٢١,٥٠) سنة وانحراف معياري (١,٩٧٤)، بالإضافة إلى مجموعة ضابطة تكونت من (٦) طالبات بمتوسط عمري (٢١,٣٣٣) سنة وانحراف معياري (١,٨٦١). وقد تم التكافؤ بين أفراد المجموعتين التجريبيتين والمجموعة الضابطة من حيثُ المستوى الاجتماعي والاقتصادي (إعداد/عبد العزيز الشخص، ٢٠٠٦)، وتم استبعاد الحالات الطرفية (ذوي المستوى الاجتماعي والاقتصادي المرتفع والمنخفض)، واقتصرت الدراسة على العينة ذوي المستوى الاجتماعي والاقتصادي المتوسط.

١. الحدود الزمنية: تم إجراء الدراسة في الفترة الزمنية من العام الدراسي ٢٠٢٣.

الإطار النظري والدراسات السابقة:

**أولاً: اضطراب الشخصية الحدية: Borderline Personality Disorder**

كان أول من استخدم مصطلح الحدية هو (Adolph Stern, 1983) لوصف مجموعة من مرضي العيادات الخارجية الذين يمكنهم الاستفادة من التحليل النفسي الكلاسيكي، والذين لم يبدو أنهم يتناسبون مع فئات الأمراض العصبية النفسية (لينهان، ٢٠١٤، ٢٢). وقد أُطلقت عليه عدة أسماء مثل (الفصام المتغير)، و(الفصام العصابي الكاذب)، و(الشخصية ذهانية السمات)، و(الشخصية غير المستقرة عاطفياً)، (حمودة، ٢٠٠٧، ٧١٩).

والشخصية الحدية هي: تلك الشخصية التي تقف على الحدود التي تفصل بين الصحة والمرض، بحيث إذا وقف الإنسان على هذا الخط الفاصل فهو ليس مريضاً وهو أيضاً ليس سويًا، أو هو مريض أحياناً وسوي أحياناً أخرى (علي، ٢٠١٠،

(٣٤٧). وعرفت أحمد وآخرون (٢٠١٨، ٣٦٧) اضطراب الشخصية الحدية بأنه: الاضطراب الذي يقع بين الذهان والعصاب ويتسم بخلل في الأنا في الإدراك، وعدم التكيف مع الواقع والإحساس المتزايد بالوحدة والفراغ مع حدوث نوبات من الغضب الشديد والأعراض الاكتئابية واضطراب في المزاج، وأزمة في الشعور بالهوية، وخلل في العلاقات البين شخصية، وبصاحبها سلوكيات غير مقبولة اجتماعيًا كسلوكيات إيذاء الذات ومحاولات الانتحار، والاندفاعية المتمثلة في التهور في قيادة السيارات، والإفراط في تناول الطعام، وفي الجنس، وكذلك سوء استعمال المواد المخدرة أو العقاقير. ومن جانب آخر أشار البحيري (٢٠٠٧، ١٩٥)، إلى أن الشخصية الحدية هي: خلل في وظيفة الأنا وخاصة في الإدراك وعدم التكيف مع الواقع وفقدان تنظيم التفكير واللغة، والإحساس المتكرر باليأس، والاستغراق في الخوف من الإلغاء، مما يؤدي إلى نوبات من الغضب التي لا يمكن التحكم فيها. وفي نفس السياق أشارت دراسة كل من (Soloff, et. al, 2014; Bøen, et. al, 2015; Law & Chapman, 2015) ، إلى أن اضطراب الشخصية الحدية اضطراب أدرج في المجموعة B لاضطرابات الشخصية ويتصف أفرادها بحدوث نوبات من الذهان وطغيان مشاعر الغضب، بحيث يصعب التنبؤ بردود أفعالهم، ودائمًا ما يلقون اللوم على الآخرين وعلاقاتهم بهم تتسم بالتعقيد. كما أوضح كلا من (Chanen, et. al 2007) ، أن اضطراب الشخصية الحدية هو اضطراب عقلي حاد يرتبط بوجود خلل نفسي واجتماعي، وارتفاع معدلات الانتحار لدى الأفراد المصابين به. كذلك عرّف كلا من (Aragonès, et. al (2013) اضطراب الشخصية الحدية بأنه اضطراب

نفسى مزمن يتميز بعدم الاستقرار في العلاقات الشخصية، وصعوبة التحكم في الاندفاع.

وهو يصف حالة نفسية يغلب عليها عدم استقرار عاطفي واندفاعية وسلوك متهور، مع مخاوف من تخلي الآخرين، ومزاج مكتئب، وميل لإيذاء الذات، أو نية انتحار، وهو اضطراب نفسي شديد يتسم بأنه نمط دائم ومستمر من عدم استقرار العلاقات الشخصية والاندفاعية (Edel, et. al, 2017; Juurlink, et. al, 2019).

ويتبنى الباحث في هذه الدراسة التعريف الوارد في الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للأمراض النفسية والعقلية (DSM-5,2013) كتعريف إجرائي للبحث؛ وذلك لكون الباحث يستند إلى المحكات (المعايير) التشخيصية الواردة في (DSM-5,2013) في اختيار عينة الدراسة. ويُقاس اضطراب الشخصية الحدية إجرائياً بالدرجة التي تحصل عليها الطالبة على مقياس اضطراب الشخصية الحدية المستخدم في الدراسة الحالية.

#### المعايير التشخيصية الخاصة باضطراب الشخصية الحدية:

لقد استند الباحث إلى المحكات (المعايير) التشخيصية لاضطراب الشخصية الحدية الواردة في الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للأمراض النفسية والعقلية الخامس (DSM-5,2013)، هي:

١. جهود ثائرة لتجنب الهجر الحقيقي أو الخيالي. (ملحوظة: لا يتضمن السلوك الانتحاري أو تشويه للذات الوارد بالمحك الخامس).
٢. نموذج غير مستقر من العلاقات الشخصية التي تتميز بالتعاقب بين التطرف في المثالية وعدم الاستقرار.
٣. اضطراب الهوية التي تتميز بشكل غير مستقر لصورة الذات والإحساس بها.
٤. الاندفاعية في مجالين على الأقل من المجالات التي تحمل إمكانية إلحاق الأذى بالذات (مثل: الجنس، وتعاطي المخدرات، وإساءة استعمال الثروة، والقيادة المتهورة والأكل الزائد). (ملحوظة: لا يتضمن السلوك الانتحاري أو تشويه للذات الوارد بالمحك الخامس).
٥. سلوك انتحاري متكرر، أو إيماءات، أو تهديدات، أو تشويه الذات.
٦. عدم الاستقرار الوجداني (مثل حدة الطباع، وقلق يستمر عادة لبضع ساعات، ونادرًا ما يستمر لأكثر من بضعة أيام).
٧. مشاعر مزمنة من الملل والخواء.
٨. الغضب الشديد غير المناسب، أو صعوبة التحكم في الغضب (مثل غضب مستمر، نوبات متكررة من الهياج، شجار متكرر).
٩. أفكار عابرة معاودة مرتبطة بالضغط (بارانويا) أو أعراض فصامية خطيرة عابرة أيضًا.

## أعراض اضطراب الشخصية الحدية:

١. الأعراض النفسية: قد أشار Eyden,et.al(2016) إلى بعض أعراض اضطراب الشخصية الحدية، مثل: الاكتئاب، وأنماط التعلق غير الآمن، وعدم الاستقرار العاطفي. كما أوضح Inoue,et.al(2015) أن نسبة كلٍ من: الاكتئاب، والغضب، والعدوان، والارتباك تزداد في المرضى الذين يُعانون من اضطراب الشخصية الحدية.
٢. الأعراض السلوكية: أكدت دراسة New,et.al(2008) إلى أن الأعراض الأساسية لاضطراب الشخصية الحدية تتمثل في: العلاقات غير المستقرة، واضطراب الهوية، والفرغ المزمن، والتقلبات السلوكية (الاندفاع، والانتحار). كذلك توصلت دراسة Ferraz,et.al(2009) إلى أن المرضى الذين يُعانون من اضطراب الشخصية الحدية يتميزون بمستويات عالية من الاندفاع، حيثُ يكون لديهم الاندفاع سمة في العديد من المجالات. وقد اتفق كل من عكاشة وعكاشة (٢٠١٠، ٧٠١-٧٠٢)، وعبد الرحيم (٢٠٠١)، على أن أصحاب الشخصية الحدية يتسموا بعدم استقرار في العلاقات الشخصية وبالتحول السريع في الوجدان وتشوه صورة الذات وشيوع حالات الغضب والتقلب المزاجي فضلاً عن الأفعال والسلوكيات الاندفاعية وعدم القدرة على تحمل الوحدة وتكرار السلوك الانتحاري. كما اتفق كل من حقي (١٩٩٥، ٤٠٥)؛ ومالوني (Malony (2009، وكموران، وهوارد (٢٠١٢، ٥٠٤) أن أصحاب الشخصية الحدية لديهم علاقات بين شخصية غير مستقرة، ومشاعر مزمنة بالفرغ والخواء، ومحاولات للانتحار، وميل إلى تناول المنبهات العصبية والمواد المخدرة، مما يجعلهم عرضه للسلوكيات الاندفاعية وتقلبات المزاج، وتباين الاتجاهات

إزاء الذات والآخرين. كما أشارت دراسة (Choudhary&Thapa (2014)، إلى أن مضطربي الشخصية الحدية يُعانون من ضعف ملحوظ في عدة نواحي في حياة المرضي منها العلاقات المهنية والحميمية والوظيفية والفشل الأكاديمي ومشكلات في التكيف بشكل عام وتعاطي المخدرات والشعور بالذنب والحزن والملل.

### العوامل والأسباب المؤثرة في تطور الشخصية الحدية:

لقد ارتبط اضطراب الشخصية الحدية بالعديد من العوامل، منها: العوامل الوراثية، والبيئية، والبيولوجية، والجينية، وسوء المعاملة، والصدمات النفسية خلال مرحلة المراهقة (Rogosch& Cicchetti, 2005)، وذلك على النحو التالي:

١- الأسباب البيولوجية: إن إحدى المسببات الرئيسية لاضطراب الشخصية الحدية هي العوامل البيولوجية وتتقسم تلك العوامل إلى عوامل وراثية وجينية، وعوامل عصبية وكيميائية (Paris, et. al, 2013)

٢- التعرض إلى الإساءة في مرحلة الطفولة: اتفق كل من (Putnam& Silk, 2012; Evren, et. al, 2005, 55)، علي أنّ التعرض للإيذاء الجنسي والجسدي أثناء مرحلة الطفولة من الأسباب الهامة التي تؤدي إلى ظهور اضطراب الشخصية الحدية. كذلك أشارت البشر (٢٠٠٥) إلى وجود ارتباط موجب بين مظاهر اضطراب الشخصية الحدية، والتعرض للإساءة في الطفولة. كذلك أشارت دراسة (Elices, et. al (2015)، إلي تأثير صدمات الطفولة والسمات المزاجية على اليقظة العقلية لدي ذوي اضطراب الشخصية الحدية.

٣- أساليب المعاملة الوالدية الخاطئة: أشارت دراسة البشر (٢٠٠٥)، إلى وجود فروق دالة بين مرتفعي ومنخفضي اضطراب الشخصية الحدية في الإدراك السلبي للمعاملة الوالدية. وكذلك أشار فالج (٢٠٠٦)، إلى أنّ استخدام القسوة والتسلط الصرامة والقسوة، يولد لدي الطفل شعور بالتوتر والضيق والغضب، والتي قد تكون سبباً في الشعور بعدم الأمان والخوف من المجهول والتذبذب في المشاعر والوجدان. كما أشار (Helgeland & Torgersen, 2004)، إلى أنّ الإساءة والإهمال والبيئة غير المستقرة من العوامل التي تسهم في تطور اضطراب الشخصية الحدية لدى الأشخاص. حيث أشارت دراسة (Rogosch & Cicchetti, 2005)، إلى أنّ هناك علاقة بين سوء المعاملة واضطراب الشخصية الحدية.

٤- العامل الثقافي الاجتماعي: أكد كل من (حمودة، ١٩٩١؛ مخيمر، ٢٠٠٦، ١٧٩)، دور العامل الثقافي والاجتماعي في حدوث اضطرابات الشخصية، ومنها (عوامل الخطورة الاجتماعية، والفقر، وانخفاض مستوى الدخل، وفقد الوالد لوظيفته، أو مرضه، أو الفروق الحادة في المستوى الاقتصادي بين أفراد المجتمع، وكذلك فترات التغيير الاجتماعي والصراعات السياسية التي تحفز العدوان وتشجع عليه).

#### ثانياً: صعوبات التنظيم الانفعالي:

تُمثل الانفعالات ركن هام في حياتنا اليومية، فهي تعمل على تحديد وتوجيه المسار النمائي لشخصية الفرد بما يحمله من عواطف وأفكار (Purnamaningsih, 2017, 53). وهي حالة دورية قصيرة نسبياً تعتمد على نمط إدراك الشخص للمؤثرات الداخلية أو الخارجية وتحدث كاستجابة لتحديات اجتماعية وفسولوجية معينة

(Gross&John, 2003, 348). وعملية تنظيم الانفعالات كما أشار (Thompson, 2011, 56)، تتكون من العمليات الخارجية والداخلية المسؤولة عن مراقبة وتقييم وتعديل ردود الأفعال الانفعالية، خاصة الحاد والوقتي منها، وذلك لتحقيق أهداف الفرد. ويضيف (O'Neill,2015,21) أن تنظيم الانفعالات عملية يقصد بها القدرة على مواجهة وتنظيم الانفعالات بشكل واضح وبطريقة صحيحة. ويتفق معه (Kuo,et.al,2016,52) حيث يرون أن التنظيم الانفعالي عملية يحاول الفرد بواسطتها تعديل عملية توليد الانفعالات وغالبًا ما يكون هدفها التقليل من حدة الانفعالات الشخصية. وقد أكد (Imanparvar&Ghasemi(2016) أن التنظيم الانفعالي من المتغيرات النفسية ذات الأثر الواضح في حياة الأفراد لكونه يمكنهم من التعامل الفعّال مع مختلف المواقف الحياتية من خلال استخدام مجموعة من الاستراتيجيات التي تؤثر في انفعالات الفرد الداخلية، كما أنه من الأنماط السلوكية المتعلمة والمكتسبة من خلال مرور الفرد بخبرات مختلفة نتيجة للتأثر بالمشورات المحيطة.

وهو المقدرة على ضبط الانفعالات والتعامل معه وإظهار الأنماط السلوكية المناسبة وتوجيهها بهدف العمل على تحقيق هدف معين (Teimourpour,et.al,2015,46). وتُعني مهارة تنظيم الانفعال السيطرة على الانفعالات والعواطف والسيطرة على الانفعالات حيال المواقف الضاغطة المختلفة وتعزيز الانفعالات الإيجابية والابتعاد عن الاندفاعية وزيادة الوعي الانفعالي (دسوقي، ٢٠٢٢، ١٤). ويُعرف التنظيم الانفعالي أيضًا بأنه: استخدام استراتيجيات مناسبة

بشكل موقفي لتنظيم الانفعالات بمرونة، وتعديل الاستجابات الانفعالية للانفعالات المرغوب فيها، من أجل تحقيق الأهداف الفردية والمطالب الطرفية وتشمل وعي الفرد بخبراته الانفعالية، وقدرته على المواجهة الإيجابية للتأقلم مع السياقات الضاغطة، ومواجهة الانفعالات المكروهة، وفهم وقبول الانفعالات والتعبير عنها، والقدرة على التحكم في السلوكيات الاندفاعية، والتصرف وفقاً للأهداف المرغوبة عندما يعاني الفرد من المشاعر السلبية (أحمد، وآخرون، ٢٠١٩، ٦٤٠). ويُقاس إجرائياً بالدرجة التي تحصل عليها الطالبة على مقياس صعوبات التنظيم الانفعالي المستخدم في الدراسة.

#### أبعاد التنظيم الانفعالي:

قدم (Gratz&Roemer,2004,52) تصوراً لأبعاد التنظيم الانفعالي متضمناً ستة أبعاد وهي:

١. قصور في الوعي بالاستجابات الانفعالية
٢. عدم وضوح الاستجابات الانفعالية.
٣. عدم قبول (رفض) الاستجابات الانفعالية.
٤. وصول محدود إلى استراتيجيات التنظيم الانفعالي الفاعلة.
٥. صعوبة في ضبط الاندفاعية عند مواجهة الانفعالات السلبية.
٦. صعوبة الانخراط في سلوكيات موجهة نحو الهدف عند مواجهة الانفعالات السلبية.

## النماذج المفسرة للتنظيم الانفعالي واستراتيجياته:

- النموذج المعرفي للتنظيم الانفعالي: **Cognitive model of Emotion Regulation**

**Regulation**: قدم كلاً من فيليبوت وآخرون (Philippot, et.al, 2004) نموذجاً للتنظيم الانفعالي يُشير إلى أن تنظيم الانفعال لا يُعد ظاهرة بسيطة ولكنه عملية تتضمن عدة أنظمة مترابطة وهي الانتباه، الإدراك، الذاكرة، واتخاذ القرار والوعي، فعلى سبيل المثال قد يؤدي ادراك الخسارة إلى استجابات فعلية، على الرغم من تعرض الفرد لمجموعة متنوعة من المعلومات من مصادر مختلفة لكن هناك ما يدفع الفرد إلى الانتباه لجزء معين من المعلومات، إضافة لذلك فإن ذكريات الفرد وخبراته الماضية هي مخططات معرفية تؤثر بدورها على سلوك الفرد الانفعالي، كما أن لها تأثير على صنع القرار، حيث أن عملية اتخاذ القرار واختيار الإجراءات المناسبة له من الممكن أن تعمل أيضاً على تنظيم الانفعال وتقلل من الآثار السلبية المختلفة المحتمل حدوثها نتيجة لتلك الأحداث.

- نموذج جروس: **Gross model of Emotion Regulation**: ويُعد نموذج

"جروس" من أشهر النماذج المفسرة للتنظيم الانفعالي وأكثرها انتشاراً وقد درس "جروس" بعناية الكيفية التي من خلالها يؤثر الفرد على انفعالاته ويتحكم فيها، وقد اقترح "جروس" أن تنظيم الانفعال يتضمن جميع الاستراتيجيات الواعية وغير الواعية التي يستخدمها الفرد لزيادة أو حفظ أو خفض واحدة أو أكثر من مكونات نزعات الاستجابة الانفعالية المتمثلة في المكون التجريبي "الشعور الذاتي بالانفعال"، المكون السلوكي "الاستجابات السلوكية"، والمكون الفسيولوجي "الاستجابات الجسمية كمعدل

ضربات القلب والتنفس" (Gross,1999,552-553). وأشار جروس Gross (2002,282) إلى أن تنظيم الانفعال يشمل تغيرات في ديناميات الانفعال من حيث إخفائه، أو زيادة وقت، أو حجم، أو مدة الانفعال، أو إزاحة الاستجابات في هذه المجالات السلوكية والتجريبية والفسولوجية، كما يتضمن أيضاً التغيرات في ترابط تكوينات الاستجابة التي تظهر الاستجابة، كما هو الحال عندما يرتفع المكون الفسيولوجي في الانفعال في حال عدم إظهار المكون الفسيولوجي.

- نموذج ثومبسون: **Thompson**: ويرى ثومبسون (2011,54) Thompson أن التنظيم الانفعالي يتضمن تعزيز الاستثارة الانفعالية بالإضافة إلى منعها أو إضعافها، وأن المهارات التي يستخدمها الفرد لتنظيم انفعالاته تنمو من خلال تدخلات الآخرين في مرحلة الطفولة حيث يبذل الآباء جهداً كبيراً. مراقبة وتفسير وتعديل الحالات الانفعالية لأبنائهم بهدف تنظيمها، ومع نضج الأبناء يستخدم الآباء تدخلات مباشرة وغير مباشرة كتوجيه بدائل الاستجابة للحفاظ على الصحة الانفعالية للأبناء وكذلك تهذيب الانفعالات بما يتوافق مع التوقعات الثقافية والاجتماعية المتعلقة بالمشاعر والتعبير عنها، علاوة على ذلك تؤثر العلاقات بين الوالدين والأبناء مع من حولهم على التنظيم الانفعالي وكفاءة استراتيجيات التحكم في الاستثارة التي يكتسبها الأطفال في إطار العلاقات الاجتماعية.

ويتكون نموذج ثومبسون "Thompson" للتنظيم الانفعالي من سبع عمليات رئيسية هي:

١-العوامل العصبية العضوية وتشمل مكونات الجهاز العصبي المسؤول عن تنظيم الاستثارة من خلال عمليات التنشيط والتثبيط.

٢-عمليات الانتباه: وتعني تنظيم المعلومات المثيرة انفعالياً من خلال صرف الانتباه أو إعادة تركيز الانتباه.

٣-تفسير الأحداث المثيرة وهي تفسير المعلومات الانفعالية من أجل تخفيض تأثير الحالة الوجدانية السلبية.

٤-تنظيم الإشارات الانفعالية الداخلية وتشمل إعادة تفسير وترجمة المؤشرات الداخلية للاستثارة الانفعالية.

٥- استخدام مصادر المواجهة: وتعني استخدام الفرد لمصادر المواجهة.

٦- تنظيم المتطلبات الانفعالية للمواقف المشابهة وتتضمن التنبؤ بالمتطلبات الانفعالية للمواقف المألوفة وضبطها.

٧-اختيار بدائل الاستجابة التكيفية وتتضمن التعبير عن الانفعال بأسلوب يتفق مع أهداف الفرد الشخصية المرتبطة بالموقف (Putnam&Silk,2005,901)

-نموذج لازاروس: Lazarus model: أشار بيشارت (Besharat&Shahidi,2014) إلى استراتيجيات التنظيم الانفعالي بأنها استراتيجيات مواجهة وقد وصفها لازاروس Lazarus، بأنها جهود معرفية وسلوكية يبذلها الفرد لمواجهة الأحداث الضاغطة التي يمر بها، وتتم من خلال استراتيجيتين رئيسيتين هما:

-**التركيز على المشكلة:** وهي استراتيجية يستخدمها الفرد للسيطرة على المشكلة بمعرفة مصادرها واتخاذ إجراءات نشطة وحلول حاسمة للتغلب عليها.

-**التركيز على الانفعال:** وهي استراتيجية تركز على الانفعال المصاحب للمشكلة ومحاولة تقليل المعاناة وتخفيف التوتر والاضطراب الذي يصاحبها من خلال الابتعاد وتجنب التفكير فيها والإنكار واللجوء إلى بعض المهدئات والاسترخاء (Lazarus,2006)

- **نموذج جارنفسكي وآخرون:** يرى جارنفسكي وآخرون (Garnefski,et.al,2002) أن التنظيم الانفعالي يُعد عمليات عقلية واعية للأفراد للتعامل مع استثارة المعلومات الانفعالية وتعديل التعبيرات عن الخبرات الانفعالية سواء الإيجابية أو السلبية بما يتناسب مع مواقف الحياة اليومية المختلفة، ويشتمل التنظيم الانفعالي على عدد من الاستراتيجيات المعرفية حددها جارنفسكي وآخرون (Garnefski,et.al,2001)، في تسع استراتيجيات مقسمة على بعدين رئيسيين وهما:

١. استراتيجيات إيجابية/توافقية: وتشمل: التقبل "Acceptance"، وإعادة التركيز الإيجابي "Positive Refocusing"، التركيز على التخطيط "Refocusing on planning"، إعادة التقييم الإيجابي "Positive Reappraisal"، رؤية الموقف من منظور آخر "Putting into Perspective".

٢. استراتيجيات سلبية غير تكيفية: وتشمل: لوم الذات "self-Blame"، الاجترار "Rumination"، التفكير الكارثي "Catstrophizing"، لوم الآخرين "Other Blame" (Garnefski,et.al,2001,1311-1313)

**ثالثاً: العلاج القائم على التعقل: Mentalization Based Therapy:**

أكد كل من كرجمان (Kurgman,2013) وموركين وآخرون (Morken,et.al,2014)، أن التعقل هو تفكير تأملي يمثل مدى فهم واستيعاب العقل للتجارب الشخصية وتجارب الآخرين أيضاً وهو قدرة الفرد على التفكير في الذات واستيعاب سلوك الآخرين وترجمته بشكل صحيح وذلك عن طريقة استدلالات معقولة حول دوافع الآخرين الداخلية، ويعمل التعقل على إزالة الغموض الذي يتعلق بالعواطف والمشاعر حتى يستطيع الفرد أن يكون أنماط تفكير عقلانية. وذكر كل من بليس ومك كاردل (Bliss&MCCardle,2014)، ولارنيسين وآخرو (Laurenseen,et.al,2014)، أن التعقل هو القدرة على التفكير في الذات وفي العلاقة مع الآخرين وتفسير الذات والآخرين، وذلك فيما يتعلق بالعمليات العقلية الداخلية كالمشاعر والانفعالات والرغبات، لذلك هو نشاط عقلي تخيلي لما قبل الوعي.

وإن العلاج بالتعقل هو طريقة كشفية تمكن المعالجين من اعتماد منهج علاجي متماسك شامل ومتعدد الأوجه كي يتم تفعيله كمؤشر لأنماط نفسية معينة، فمفهوم التعقل قدم منذ أكثر من عشرة أعوام لدى "فوناجي ومعاونيه" ليصف الطريقة التي يفهم بها الأفراد السلوكيات الخاصة بهم أو بالآخرين في تفاعلهم مع الآخرين، وذلك من خلال دمج تيارات موازية مثل ميادين التحليل النفسي وعلم النفس النمو وعلم النفس المعرفي (Choi-Kain&Gunderson,2008;Potthof&Moini-Afchari,2014). ويسلط العلاج القائم على التعقل الضوء على وظيفة التعقل ويعمل

على تعزيزها ويساعد المرضى على معرفة متى يقومون بممارسة التفكير العقلي بشكل فعال، فممارسة التعقل تشجع المريض على أن يكون متأملاً ويلفت انتباهه إلى الوقت الحاضر إلى الإلمام بالأفكار والمشاعر، مع الحفاظ على وجهات النظر الأخرى، ويعمل التعقل أيضاً على الاعتراف بسياق ودور تفكير الآخر، وأن هناك أكثر من طريقة واحدة لرؤية الأشياء وفهمها ويذكرنا أيضاً أننا إذا أردنا أن نعرف ما يفكر فيه الشخص الآخر من مشاعر فما علينا إلا أن نسأله ونتفهمه (Kurgman,2013)

والعلاج القائم على التعقل هو مجموعة من التدريبات المنظمة والتعليم النفسي المخطط والمحدد لتدعيم مهارات التعقل، وتعزيز قدرة المريض على التفكير والتعقل، بهدف تحسين وعي المريض بذاته، وخفض سوء تنظيم الانفعال والصعوبات الاندفاعية وإيذاء الذات ومشكلات الهوية وتقلب الوجدان في ضوء علاقة متزنة (مطاوع، ٢٠٢٠، ٢٠٧٧).

ويُمثل العلاج القائم على التعقل أهمية كبرى في خفض أعراض الشخصية الحدية واضطراباتها؛ خاصة إيذاء الذات والاندفاعية والقلق والوجدان المكتئب؛ حيث يعتمد على عدد كبير من فنيات التعقل واستراتيجياته (Swenson&Choi- Kain,2015;Haskins&Appling,2017).

ويهدف العلاج بالتعقل إلى تحسين قدرة المريض العقلية على التفكير الواقعي، كما يهدف إلى خفض إيذاء الذات والضغوط الانفعالية، وتحسين الوظائف الاجتماعية للشخص (Griffiths,et.al,2019)،

كما أن هذا النوع من العلاج يهتم بتعليم الشخص الفهم الصحيح، ويُنمي لديه القدرة على التعقل، وفهم الحاجات والرغبات الشخصية له وللآخرين بشكل صحيح، كما أنه يُدرب الأشخاص على البُعد عن الثنائية في التفكير، أو التطرف في ردود الأفعال، والتقييم السليم والسلوك (Swenson&Choi-Kain,2015).

**المبادئ والقواعد التي يقوم عليها العلاج القائم على التعقل:**

أ. قواعد تنظيمية للعلاج القائم على التعقل: أشار فوناجي وبيتمان (Fonagy&Bateman,2004) إلى وجود بعض قواعد تنظيمية للعلاج القائم على التعقل وهي: (التنظيم، التنفيذ المتناسق، التركيز على العلاقات، المرونة، البرنامج الفردي للرعاية).

ب. أساسيات في العلاج القائم على التعقل: أوضح بوتوف وموني أفشري (Potthoff&Moini-Afchari,2014) أن هناك نقاطاً أساسية في العلاج القائم على التعقل وهي كالتالي:

١. يجب أن تكون الوقفة الأساسية التي تثير الاهتمام والفضول من قبل المعالج تجاه المرضى محددة وواضحة ومفهومة وليست مبهمة.

٢. طرح الأسئلة يحفز التعقل ويشجع التأمل الذاتي Self-reflection ويشجع أيضاً على الانفتاح مثال لتلك الأسئلة:

- لا أعتقد أنني أفهم تماماً ما تعنيه؟
- في الواقع أنا لست متأكداً من أنني أفهمك؟
- أنا لست متأكداً من أنني أفهمك ... هل أنت تقول ذلك...؟

هذه الأنواع من التدخلات تثبت للمرضى أن طريقة تفكيرهم ليست كما يفكر بها الآخرون.

٢.التطابق ووضع العلامات والتأكد من صحتها أي التحقق من صحة إجابة المريض وذلك بتكرار السؤال مرة أخرى.

ت.الملاح الرئيسية التي يقوم عليها العلاج القائم على التعقل:

حدد فوناجي وبيتمان (2006) Fonagy&Bateman بعض الملاح الرئيسية والهامة التي ينبغي أن تكون في البرنامج العلاجي الخاص بالتعقل، ويمكن تلخيصها كما يلي:

- ١.يطلب من المعالج أن يركز بشكل منظم على الحالة العقلية للمرضى من حيث أفكارهم و مشاعرهم ورغباتهم ومتطلباتهم بهدف بناء فكرة عن الحالات الداخلية. .
- ٢.يطلب من المعالج أن يتجنب المواقف التي يتحدث فيها المريض عن أفكاره ومشاعره والتي لا يمكنه فيها ربطها بالواقع الملموس.
- ٣.لا يتم تفسير الأفعال الحتمية على مدار العلاج أو فهمها فيما يتعلق بمعناها غير المقصود ولكن يتم تفسيرها فيما يتعلق بالموقف أو الحدث.

أهداف العلاج القائم على التعقل:

للعلاج القائم على التعقل أهداف رئيسية هي:

- تعزيز التعقل بشأن الذات.
- تعزيز التعقل بشأن الآخرين.

-تعزيز التعقل بشأن العلاقات.

-إعادة تحديد التعقل عند فقدانه في حالة الظروف التي تؤدي إلى فقدانه  
(Bateman,et.al,2007)

رابعاً: اليقظة العقلية **Mindfulness**: كمدخل من مداخل العلاج الجدلي السلوكي:  
**:Dialectical behavioral Therapy**

العلاج الجدلي السلوكي هو أحد علاجات الموجة الثالثة للعلاج السلوكي؛ حيثُ تركز تلك الموجة على القبول وتغيير السلوك والتأكيد على أهمية الوعي بالعمليات المعرفية، والتأكيد على اليقظة العقلية والجدل بصورة أكبر من الموجة الأولى والثانية، والتأكيد على وظيفة الخبرة النفسية بدلاً من التركيز بشكل فريد على الملامح السطحية للسلوك (Blenkiron,2010,281؛ نينا ودرايدن، ٢٠١٨، ٢٤٣). وهو طريقة حديثة من طرق العلاج النفسي ارتبط بإسم "مارثا لينهان **Marsha Linehan**" التي صاغت أسس ومبادئ وإستراتيجيات تلك النظرية في أكثر من مؤلف لها بناءً على خبراتها الكلينيكية مع النساء المشخصات باضطراب الشخصية الحدية اللذين لديهم ميول نحو الانتحار (Linehan&Wilks,2015). ويُعد العلاج السلوكي الجدلي تعديل للعلاج المعرفي السلوكي (سليمان، ٢٠١٠، ٨). ويقوم هذا النمط العلاجي على إكساب العميل للمهارات الجديدة وتشجيعه على تعميمها في الحياة اليومية، وإحداث التوازن الجدلي بين النقل والرغبة في التغيير (Bohus,et.al,2000,876;Swales,2009,164). كما يهدف إلى تعليم الفرد خفض أو تعديل الانفعالات الحادة أو المتطرفة، والعمل على خفض السلوك السلبي

المرتبط بالانفعالات وزيادة الثقة في انفعالاته وأفكاره وسلوكه (Linehan&Wilks,2015). حيثُ يعتمد على ثلاثة أنماط رئيسة في العلاج، وهي العلاج الفردي، والعلاج الجماعي، والتدريب المهارى (التدريب على اليقظة العقلية، وفعالية التعامل مع الآخرين، وتنظيم الانفعالات، وتحمل الإحباط)، والتدريب على الهاتف (أبو زيد، ٢٠١٧، ٨؛ Bohus,et.al,2000,876;Swales,2009,164;Linehan&Wilks,2015).

وكذلك التدريب على الأزمات، وبناء البيئة، كما ينتمي هذا المدخل للعلاج السلوكي المعرفي ويُعد منهجًا متكاملًا في العلاج النفسي (أبو زيد، ٢٠١٧، ٨). ويُعرف بأنه منهج علاجي يعتمد على فكرة الجدلية عن طريق إحداث نوع من التوازن بين التقبل والرغبة في التغيير (حسن، ٢٠١٦، ٥٤). كما أنه طريقة في العلاج تجمع بين فنيات العلاج المعرفي السلوكي والاسترخاء والمهارات المساعدة، وتعزيز مهارات الوعي الذاتي، وفنيات المعالجة الأساسية كحل المشكلات، والتدريب على مهارات التعرض، وإدارة الطوارئ، وتعديل المعارف (Linehan,1993,19؛ حسن، ٢٠١٦، ٥٤). وكذلك يُركز هذا النمط العلاجي على تدريب العملاء على المهارات السلوكية التكيفية التي من شأنها مساعدتهم على التخلص من السلوكيات اللاتوافقية واستبدالها بسلوكيات فعالة، كالتدريب على تنظيم الانفعالات وتحمل الضغوط وحل المشكلات (Neacsiu,et.al,2010,832). وتشمل تقنيات حل المشكلات تعليم العميل مهارات للمساعدة على تنظيم الانفعالات وتحمل الأذى، وكذلك مهارات خاصة بالانتباه وزيادة تركيز العميل (فايد، ٢٠٠٦، ٣٤٥). كما أن هذا العلاج قائم في فنياته على الجدلية والإقناع المنطقي والتقبل والتغيير واليقظة العقلية بالإضافة إلى فنيات العلاج السلوكي

المعرفي كحل المشكلات، المحاضرة والحوار والمناقشة والواجبات المنزلية بالإضافة إلى التنفيس الانفعالي والتحصين التدريجي (أحمد، ٢٠٢٠، ١١١-١١٢). ويعرفه راجا (٢٠١٩، ٢٥-٢٦) بأنه: يمثل مجموعة من الأساليب العلاجية المعرفية التي تنطلق من مبادئ النظرية المعرفية في الجدل والتفكير الجدلي لحل المشكلات والقضايا المتناقضة، ومبادئ الفلسفة الجدلية الحديثة ونظرية الترابط والتكامل داخل السياق (الخارجي الاجتماعي والداخلي المعرفي الانفعالي) لحياة المرضى والمنحرفين الذين يعانون من اضطراب الشخصية البينية، واضطرابات تعاطي المخدرات ومختلف أنماط السلوكيات الإدمانية ومشكلات الانتحار وإيذاء الآخرين (المشكلات المهددة لحياتهم وحياة الآخرين)، والمشكلات المهددة لنوعية الحياة بكافة أشكالها. واتفقت كل من أحمد (٢٠٢٠، ١١١-١١٢)، ودسوقي (٢٠٢٢، ٩) على أن العلاج الجدلي السلوكي بأنه نوع من العلاج يُساهم في إدارة الذات وإدارة الانفعالات والخبرات السلبيّة التي قد يتعرض لها الفرد، ويعمل على تقبل الفرد للصدمات، كما يُساهم في تحسين القدرة على التواصل مع الآخرين من خلال فهم ردود أفعالهم وفهمها بأكثر من طريقة مما يساعد على اتخاذ سلوكيات مناسبة معهم.

ومن خلال استقراء ما سبق، يمكن القول أن العلاج السلوكي الجدلي يُعد نمطاً علاجياً نفسياً ينتمي لمدخل العلاج المعرفي السلوكي، ويقوم على تحسين المهارات الحياتية للعميل ويهدف إلى مساعدته على تحقيق الاتزان الانفعالي وذلك بتخفيف حدة الانفعالات وزيادة انتظامها واستقرارها، وينطوي هذا العلاج على فكرة الجدلية من منظور الحوار البناء، والتخلص من المتناقضات بمحاولة التوفيق بينها من خلال

الإقناع وتشجيع العميل على دمج الأفكار المتناقضة ورؤية الواقع بوجوهه المتعددة، كما يتضمن مجموعة من الفنيات المعرفية والسلوكية والجدلية، والتي يمكن استخدامها للوصول إلى أهداف العلاج.

### أهداف العلاج السلوكي الجدلي:

-يهدف العلاج الجدلي السلوكي إلى التركيز على استقرار العميل وتحقيق السيطرة السلوكية، خفض السلوكيات التي تهدد الحياة، زيادة المهارات السلوكية الفعالة (مهارات تنظيم المشاعر والفعالية الذاتية)، خفض الأنماط السلوكية الخطرة (Dimeff & Linehan, 2001, 11)

-التدريب على مهارات تساعد على زيادة القدرة على المرونة وبناء حياة خاصة ذات قيمة ومعنى، من خلال تعلم الجمع بين إمكانية التغيير وتقبل الأشياء.  
-تعلم كيفية تغيير الأفكار والمشاعر والسلوكيات غير المرغوبة، والتعامل مع الأحداث التي تسبب لنا الشعور بالتعاسة والتوتر (Linehan&Wilks, 2015, 2)  
-تحسين القدرات السلوكية للعميل في مختلف المواقف الحياتية، مع تنمية دافعيته للتغيير، وذلك بتعديل بعض عاداته السلوكية وتعزيزه، وكذلك مساعدته على تعميم ما تعلمه من مهارات سلوكية جديدة خلال العملية العلاجية في المواقف الحياتية المختلفة (Dimeff&Linehan, 2001, 10).

-تعليم الأفراد تعديل العواطف المتطرفة أو الزائدة عن الحد وخفض السلوكيات الناتجة عن هذه الانفعالات المتطرفة، ويهدف أيضًا إلى تعليمهم الثقة في انفعالاتهم الخاصة، وفى أفكارهم وفى سلوكياتهم، معتمداً في ذلك على العلاج الفردي، والتدريب على

المهارات (اليقظة العقلية، الفاعلية البين شخصية، تحمل الضغوط، تنظيم الانفعالات)  
(Swales&Heard,2007,190)

### مبادئ العلاج السلوك الجدلي:

يستند العلاج السلوكي الجدلي إلى ثلاثة أمور أساسية، وهي: تعديل السلوك، ودعم السلوكيات الحيوية الاجتماعية، والتركيز على الممارسات التأملية ومهارات اليقظة العقلية وقبول الواقع؛ ويركز العلاج في المقام الأول على دمج الذهن ومهارات اليقظة العقلية بوصفها عناصر أساسية، وما يميز العلاج السلوكي الجدلي عن التدخلات السلوكية هو تركيزه على التناقضات مع محافظته على المرونة، ويمثل العلاج السلوكي الجدلي أحد المكونات ذات الفعالية، حيث يعتمد بدرجة كبيرة على الإقناع المنطقي الذي يستطيع من خلال مساعدة المسترشد في التعرف على الدور التي تلعبه الأفكار اللاعقلانية والأفكار الآلية التلقائية النفسية في حدوث الضيق والكره في تطوير الاعتقادات اللاعقلانية، وتغييرها واستبدالها بأفكار ومعتقدات عقلانية تُساهم في خفض الاضطراب (Linehan,1993,37)

### مراحل العلاج الجدلي السلوكي:

يتلقى المرضى في العلاج السلوكي الجدلي ثلاثة أنماط رئيسية من العلاج وهي: النمط الأول العلاج الفردي، النمط الثاني مجموعة المهارات، النمط الثالث التدريب عبر الهاتف (التدريب الهاتفي)، ففي العلاج الفردي يتلقى المرضى جلسات فردية مرة واحدة أسبوعياً يتراوح الزمن النموذجي لكل جلسة من ساعة إلى ساعة ونصف، وبالنسبة لمجموعة المهارات يتم التدريب على مهارات اليقظة العقلية والفاعلية البين

شخصية وتنظيم الانفعال وتحمل التوتر، ثم يطلب من المرضى الاتصال هاتفياً بمعالجهم للتدريب على المهارات قبل إيذاء أنفسهم ويطرح عليهم المعالج البدائل لسلوك إيذاء الذات أو بدائل السلوك الانتحاري (سليمان، ٢٠١٠، ٩-١٠). ولكل مرحلة من مراحل العلاج السلوكي الجدلي عدة أهداف، وهذه المراحل هي:

١. المرحلة الأولى: مرحلة ما قبل العلاج: وتهدف إلى: كسب وتنمية التحالف العلاجي، وإمداد العميل بالإطار الذي يستند عليه العلاج، وتوجيه العميل نحو العلاج والالتزام، فضلاً عن الموافقة على الخطة والأهداف العلاجية الموضوعية، وتحديد مواعيد الجلسات، وسؤال العميل عن الخبرات العلاجية السابقة له (Safer,et.al,2009,31)

٢. المرحلة الثانية: وتهدف إلى التركيز على مشكلات العميل وخفض الاضطرابات والمشكلات الحياتية، وفيها يتعلم العميل كيفية مواجهة الصعوبات التي يعاني منها عن طريق تطبيق المهارات السلوكية التي يهتم العلاج بتعليمها للعميل (Robins&Chapman,2004,76)

٣. المرحلة الثالثة: وتهدف إلى زيادة احترام الذات والامتثال للعلاج، وتحقيق الكفاءة الذاتية، فضلاً عن رفع الروح المعنوية وتقبل نوعية الحياة (Dimeff&Linehan,2001,11)

٤. المرحلة الرابعة: وتهدف إلى التأكيد على تلاشى الشعور بالنقص والذي قد يشعر به العميل حتى بعد حل المشكلات، وكذلك بلوغ الشعور بالبهجة، والمرح، وزيادة الشعور بالحرية والرفاهية (Koerner&Dimeff,2007,6).

**تعقيب:**

مما سبق يتضح أن برنامج العلاج السلوكي الجدلي يعتمد على مجموعة من الأساليب العلاجية التي تنطلق من مبادئ النظرية المعرفية السلوكية، ويتميز بكفاءته في مساعدة الأفراد في كيفية التغلب والتعامل مع الانفعالات والمشاعر المؤلمة والأفكار السلبية، وذلك من خلال بعض المهارات الأساسية التي يقوم المعالج بتدريب الأفراد عليه خلال الجلسات العلاجية، وهي: مهارات اليقظة العقلية، ومهارات الفاعلية البين شخصية، ومهارات تنظيم الانفعالات، ومهارات تحمل الضغوط، وقد اعتمد الباحث على أسس هذه المهارات في بناء البرنامج العلاج المستخدم في هذه الدراسة لتخفيف حدة اضطراب الشخصية الحدية وأعراض صعوبات التنظيم الانفعالي الناتجة عنه لدى أفراد عينة الدراسة

ويُعرف الباحث العلاج السلوكي الجدلي في الدراسة الحالية بأنه: نوع من العلاج النفسي يقوم على وجهة نظر "لينهان" في العلاج السلوكي الجدلي ويتكون من (٣٥) جلسة علاجية على أساس فنيات العلاج السلوكي الجدلي، مثل: التدريب على مهارات اليقظة العقلية، والفصل بين المتناقضات، واستخدام المجاز، وأسلوب دفاع الشيطان، والتدريب على التأمل والاسترخاء، والاستشارة عبر الهاتف، بالإضافة إلى مجموعة من الأنشطة والمهارات التي تم تطبيقها بهدف تخفيف بعض أعراض اضطراب الشخصية الحدية لدى أفراد عينة الدراسة والشعور بصعوبات التنظيم الانفعالي الناتجة عنه.

## اليقظة العقلية:

ترى (Langer,1989,65) أن اليقظة العقلية عملية حيوية تكمن أهميتها في كونها إحدى المتطلبات الرئيسة للعديد من العمليات العقلية كالتفكير والإدراك والتذكر والتعلم، فمن دون هذه العملية قد لا يحدث إدراك أو قد يواجه الفرد صعوبة في تذكر الأشياء مما يعرضه للوقوع في العديد من الأخطاء سواء على صعيد عملية التفكير أم على صعيد السلوك وتنفيذه. وتُعنى اليقظة العقلية من وجهة نظر نيف (Neff,2003,232) بأنها "حالة من الوعي المتوازن الذي يجنب الفرد النقيضين من التوحد الكامل بالهوية الذاتية، وعدم الارتباط بالخبرة، ويتبع رؤية واضحة لقبول الظاهرة النفسية والانفعالية. وعرفها برون وآخرون (Brown,et.al.,2007,823) بأنها الانتباه الواعي الموضوعي في اللحظة الحاضرة. وتُعرف بأنها: "طريقة في التفكير تؤكد على الانتباه إلى بيئة الفرد وأحاسيسه الداخلية دون إصدار أحكام سلبية أو إيجابية، وأن الفرد عندما يمتنع عن إصدار حكم على خبرة بأنها جيدة أو سيئة، فإنه يمكنه أن يعرضه بشكل واقعي وتحقيق استجابة تكيفية" (Kettler,2010,4). وتُعرف اليقظة العقلية بأنها: "الوعي بالخبرات لحظة بلحظة moment to moment" دون إصدار حكم، وبهذا المعنى ينظر إليها على أنها حالة وليست سمة، ويمكن تنميتها من خلال الممارسات والأنشطة مثل التأمل (Davis&Hayes,2011,198). كما تُعنى اليقظة العقلية: الوعي بالأحداث، والتركيز على العوامل الرئيسية، وعدم إصدار الأحكام على الخبرات (Javedani,et.al.,2017,99). كما عُرفت اليقظة العقلية بأنها طريقة خداع

بسيطة متعلقة بجميع الخبرات التي يمكن أن تخفف المعاناة، وتمهد الطريق للتحول الشخصي الإيجابي، وهي عملية نفسية أساسية نتعلم منها كيف نستجيب لل صعوبات الحياة التي لا يمكن تجنبها، وليست فقط الصعوبات اليومية، بل يمكن عن طريقها مواجهة المشكلات النفسية الحادة مثل التفكير في الانتحار، وتُعرف بأنها عملية انتباه عن قصد لخبرة اللحظة، فاليقظة العقلية من فنيات الإرشاد السلوكي الجدلي التي تساعد على تغيير اتجاهات الفرد عن طريق تغيير انفعالاته، ويتم في التدريب على اليقظة العقلية تعليم العميل مهارات اليقظة من خلال التمرينات الخاصة، والتي تؤدي إلى أن يكتسب العميل بصيرة قوية (الجميل، ٢٠٢٠، ٣٩١).

**وُقاس اليقظة العقلية إجرائياً:** بالدرجة التي تحصل عليها المفحوصات على مقياس اليقظة العقلية المستخدم في الدراسة الحالية.

**وبمراجعة البحوث والدراسات السابقة في مجال اليقظة العقلية، يتبين أنها قامت على أساس افتراضين، وهما:**

-**الأول:** أن اليقظة العقلية ترتبط بعلم النفس الإيجابي، ويمكن اعتبارها منبئاً قوياً بمخرجات الصحة النفسية، ولها تأثير قوي في الأداء والتوافق، وحاجراً ضد الضغوط النفسية (الضبع، ومحمود، ٢٠١٣، ٥).

-**الثاني:** أن اليقظة العقلية تستخدم كعامل وقائي ضد المرض، وتسهم في علاج العديد من الاضطرابات. وقد تأكد هذا الافتراض من خلال ما أشارت إليه نتائج الدراسات السابقة من فاعلية اليقظة العقلية كمتدخل علاجي في علاج القلق (Kim,et.al.,2009)، وقدمت الدراسات الأجنبية من خلال نتائجها أدلة تنهض

بفاعلية التدريب على اليقظة العقلية في تخفيف حدة الاكتئاب سواء على عينات اكلينيكية، أو غير إكلينيكي، ولدى فئات عمرية مختلفة. ويتضح ذلك من خلال دراسات كل من: (Smith,et.al,2007)؛ ودراسة (Kitsumban,et.al,2009)؛ ودراسة (Beckerman&Corbett,2010)؛ ودراسة (Kaviani,et.al,2011)؛ ودراسة (Bédard,et.al,2012).

ولليقظة العقلية فوائد متعددة، أجملها ويسبيكر وزملاؤه (Weissbecker,et.al,2002,299) في تعزيز الشعور بالقدرة على إدارة البيئة المحيطة من خلال تعزيز الاستجابات التكيفية لمواجهة الضغوط، وتحسين الشعور بالتماسك، لأن الوعي لحظة بلحظة ربما يسهل الانفتاح على الخبرات والإحساس بها.

#### التدريب على اليقظة العقلية:

يهدف التدريب على اليقظة العقلية إلى تنمية أسلوب حياة العميل، مما يساعده على التخلص من اندفاعاته وتحسين مزاجه الشخصي، فيتم تدريبه على الوعي بمدركاته وأفكاره الداخلية وما يمر به من خبرات خارجية، ويتم استخدام "ماذا"، "كيف"، فيقصد بمهارة "ماذا" ما المواقف التي يتعرض لها المسترشد وطريقة تقييمه وملاحظته لها، ومهارة "كيف" وتشير إلى كيف يتعامل المسترشد مع تلك المواقف، ويتم تدريبه على عدم إصدار الأحكام، وتجنب التفكير المتطرف، واتسام سلوكياته بالمهارة (الشافعي، ٢٠١٨، ١٧٨؛ العتيبي، ٢٠٢٣، ١٦).

وتتطلب اليقظة العقلية التركيز على عمل شيء واحد في الوقت وتركيز الانتباه تمامًا على المهمة التي في متناول اليد، ويتم هذا عن طريق ممارسة فنية العقل الواحد One Mindfully، والتي تساعد العميل على الاستمرار في التركيز على اللحظة الحاضرة،

والتخلي عن الاجترار (الرجوع) للماضي، أو القلق عن المستقبل، ولفت الانتباه للحظة الحاضرة بهذه الطريقة يُعزز الوعي، لإثراء الخبرة أو يسلط الضوء على الجوانب الملاحظة سابقاً في الخبرة والتي تحدث بشكل متكرر مع الأحداث، وتشجع اليقظة العقلية الفرد على التركيز في الفاعلية بدلاً من أن يصبح واقعاً في أحكام غير الخير ضد الشر (الجميل، ٢٠٢٠، ٣٩٢-٣٩٣).

وتُساهم مهارة اليقظة العقلية في مساعدة المريض على التأمل والانفتاح على المشاعر والأفكار، وتسمح للفرد برؤية جديدة لخبراته التي مر بها، وتتطلب تلك المهارة استخدام التوازن في التعامل مع الخبرات السلبية ومعايشتها بدلاً من احتجازها والانفتاح على الخبرات العقلية دون إصدار أحكام سلبية وذلك وفقاً لخطوات محددة تتمثل في مراقبة الأفكار والمشاعر السلبية والسيطرة عليها وعدم إطلاق أحكام سلبية تدين الذات (دسوقي، ٢٠٢٢، ١٤).

ويهتم البحث الحالي بدراسة التدريب على اليقظة العقلية كاستراتيجية علاجية ضمن استراتيجيات العلاج السلوكي الجدلي الذي قدمته لينهان، حيثُ ترى أن اليقظة العقلية طريقة خداع بسيط متعلقة بجميع الخبرات التي يمكن أن تخفف المعاناة وتمهد الطريق للتحويل الشخصي الإيجابي، وهي عملية نفسية أساسية نتعلم منها كيف نستجيب لصعوبات الحياة التي لا يمكن تجنبها، وليست فقط الصعوبات اليومية بل يمكن عن طريقها مواجهة المشكلات النفسية الحادة مثل التفكير في الانتحار (Linehan,1993). فهي عملية تركيز وانتباه عن قصد الخبرة للحظة (Heard&Swales,2015)

ويؤكد (Aguirre&Galen,2013) أن التدريب على اليقظة العقلية كإستراتيجية من استراتيجيات العلاج السلوكي الجدلي تُعد من الفنيات التي تساعد على السيطرة على أعراض الشخصية الحدية من خلال استهداف وضبط أعراض الشخصية الحدية، حيث يتم في التدريب على اليقظة العقلية تعليم العميل مهارات اليقظة العقلية من خلال التمرينات الخاصة، والتي تؤدي إلى أن يكتسب العميل بصيرة قوية.

وأعطت لينهان Linehan أهمية كبيرة للتدريب على اليقظة العقلية من بين نماذج التدريب المهاري الأخرى، حيثُ أكدت على تعليم العميل نماذج التدريب المهاري (التدريب على اليقظة العقلية والفاعلية البين شخصية والتنظيم الذاتي، وتحمل الضغوط)، وأن فاعلية استخدام هذه المهارات يعتمد على درجة اتقان مهارات اليقظة العقلية، وبالرغم من أن التدريب على اليقظة العقلية يُمثل وحدة أو نموذج مستقل يتم التدريب عليها بشكل منفصل، إلا أنها ضمنته في بداية تعليم كل نموذج من نماذج التدريب المهاري، فمثلاً عند التدريب على مهارات الفاعلية البين شخصية ينبغي البدء بالتدريب على مهارات اليقظة العقلية كمفتاح للتدريب على مهارات الفاعلية البين شخصية، وهكذا مع النماذج المهارية الأخرى (Swales&Heard,2007)

ويعتمد التدريب على اليقظة العقلية على الموقف الجدلي للتوازن بين الرغبة في التغير جنباً إلى جنب مع قبول المعاناة الحتمية، وذلك لخفض أو القضاء على الألم وعدم الراحة قدر الامكان، وقد يكون الهدف النهائي لفنية اليقظة العقلية هو خلق الوعي لحظة بلحظة لخبرة العميل، فضلاً. تعليمه فنيات اليقظة العقلية، لممارستها والاستفادة منها في أي وقت (O'Brien,et.al,2008). ويتضمن التدريب على اليقظة العقلية

تعليم العميل الانتباه المباشر للعمليات الداخلية الخاصة، وهذا يتيح للمرشد أن يكون مدركاً لمشاعر العميل وافكاره وتصرفاته ما تظهر في اللحظة الراهنة وتعرف التجربة الداخلية للعميل دون الحكم عليها أو انتقادها، وفي الوقت نفسه ينمي لدى العميل القدرة على احتواء تلك المشاعر والتمسك بها دون العمل بها (الجميل، ٢٠٢٠، ٣٩٢؛ Gilbert&Leahy,2007).

ويختلف تصميم البرامج التدريبية القائمة على اليقظة العقلية في العلاج السلوكي الجدلي عن برامج التدريب على اليقظة العقلية في مداخل العلاج الأخرى التي تعتمد على اليقظة العقلية، بالرغم من أن اليقظة العقلية في كل الأحوال مستمدة من البوذية، وهو ما أشار إليه (Heard&Swales,2015) من أن التدريب على اليقظة العقلية في العلاج السلوكي الجدلي يختلف عن التدريب على اليقظة العقلية في المداخل الأخرى القائمة على اليقظة العقلية، حيث إن المداخل الأخرى تكسب العميل اليقظة العقلية عن طريق الممارسة التعليمية التجريبية الموسعة في حين أن العلاج السلوكي الجدلي يعلم مهارات اليقظة العقلية بداية بطريقة أكثر جدلية من خلال الممارسات القصيرة والتي غالباً ما تكون متميزة بالتركيز.

كما قدمت "لينهان" مجموعة من فنيات تطوير اليقظة العقلية في العلاج السلوكي الجدلي تشمل عدم الحكم Non-Judgmentally، والعقل الواحد One Mindfully، والفاعلية Effectively فاليقظة العقلية تتطلب أن نتخلى عن الأحكام القيمية جيد، سيئ، ينبغي أن لا ينبغي أن كان يجب، وكان لا يجب، فالأحكام تضيف أبنية الخبرة الملاحظة، وينتج عنها أن الملاحظ قد يتفاعل مع هذه الأبنية بدلا من الحقيقة، والصعوبة الرئيسية للمعالج والعميل أن هذه الأحكام قد تزيد من شدة التأثير في طرق

المشكلة، وأن المدخل الجدلي يدعو المعالج والعميل إلى ممارسة عدم الحكم على الأفكار أو التصرفات وذلك لمنع تفاقم الانفعال (Heard&Swales,2015) حيثُ تتطلب اليقظة العقلية التركيز على عمل شيء واحد في الوقت وتركيز الانتباه تمامًا على المهمة التي في متناول اليد، ويتم هذا عن طريق ممارسة فنيه العقل الواحد One Mindfully، والتي تساعد العميل على الاستمرار في التركيز على اللحظة الحاضرة، والتخلي عن الاجترار والرجوع للماضي، أو القلق على المستقبل ولفت الانتباه للحظة الحاضرة بهذه الطريقة يعزز الوعي لإثراء الخبرة ويسلط الضوء على الجوانب غير الملاحظة سابقًا في الخبرة والتي تحدث بشكل متكرر مع الأحداث وتشجع اليقظة العقلية الفرد على التركيز في الفاعلية بدلًا من أن يصبح واقفًا في أحكام الخير ضد الشر (Swales&Heard,2007).

وتُشير البحوث والدراسات إلى أن اليقظة العقلية تؤثر بشكل دال على ردود الفعل الانفعالية (Creswell,et.al,2007). وتوصلت دراسة (Tadić,et.al (2009 إلى أن اليقظة العقلية تؤثر بشكل كبير على خصائص الشخصية، كما ترتبط سلبياً بصعوبات التنظيم الانفعالية. وتستخدم برامج التدريب على اليقظة العقلية على نطاق واسع في تحسين التنظيم الانفعالي (Jimenez,et.al,2010). فتُعتبر صعوبات التنظيم الانفعالي سمة مُميزة لأعراض الشخصية الحدية، وفتيات اليقظة العقلية المتضمنة في العلاج الجدلي السلوكي فعالة في الحد من الأعراض الانفعالية وتعزيز التنظيم الذاتي لدى ذوي اضطراب الشخصية الحدية (Feliu-Soler,et.al,2014).

## الدراسات السابقة:

تمت مراجعة البحوث والدراسات السابقة المرتبطة بمتغيرات الدراسة، واقتصر العرض التفصيلي للبحوث والدراسات المرتبطة ارتباط مباشر بمتغيرات الدراسة، وذكر النتائج الخاصة بكل دراسة، وتم وضع هذه الدراسات في ثلاث مجموعات؛ المجموعة الأولى: الدراسات التي تناولت صعوبات التنظيم الانفعالي واليقظة العقلية لدى ذوي الشخصية الحدية. والمجموعة الثانية: الدراسات التي تناولت أثر التدريب على اليقظة العقلية على خصائص ذوي اضطراب الشخصية الحدية، والمجموعة الثالثة: الدراسات التي تناولت أثر العلاج القائم على التعقل على خصائص ذوي اضطراب الشخصية الحدية. وذلك على النحو التالي:

أولاً: دراسات تناولت صعوبات التنظيم الانفعالي واليقظة العقلية لدى ذوي الشخصية الحدية:

اتفقت كل من دراسة (Wupperman & Neumann, 2006; Wupperman, et. al, 2009) ، على وجود علاقة سالبة بين أعراض الشخصية الحدية ومهارات اليقظة العقلية، وعلاقة سالبة بين صعوبات التنظيم الانفعالي ومهارات اليقظة العقلية. كما أشارت دراسة (Gratz, et. al (2009) ، إلى أن كل من العجز في التنظيم الانفعالي والتنظيم الذاتي كانا مرتبطين بأعراض الشخصية الحدية بدرجة كبيرة. وتوصلت دراسة (Salsman & Linehan (2012) ، إلى وجود علاقة موجبة بين كل من صعوبات التنظيم الانفعالي والوجدان وأعراض الشخصية الحدية، وعلاقة موجبة بين صعوبات التنظيم الانفعالي والوجدان السلبي. وأشارت دراسة Perroud, et. al (2012) ، إلى أن بُعد القبول بدون حكم (من أبعاد اليقظة العقلية) ، كان

بمثابة ميكانيزم ممكن للتغير الموجب، وكانت الزيادة في هذا البُعد مرتبطة بالتحسن في خصائص الشخصية الحدية. وتوصلت دراسة (Riviera (2013، إلى أن القصور في مهارات اليقظة العقلية كان مرتبط بأعراض الشخصية الحدية. واتفقت كل من دراسة (Barnow, et. al (2012 ؛ ودراسة (Gratz, et. al (2013 ، على أنّ النساء ذوات اضطراب الشخصية الحدية يُعانون من صعوبات في التنظيم الانفعالي. وتوصلت دراسة (Herr, et. al (2013 ، إلى أنّ صعوبات التنظيم الانفعالي تتوسط العلاقة بين أعراض الشخصية الحدية والمشكلات البين شخصية. كما أشارت دراسة (Elices, et. al (2015 ، إلى تأثير صدمات الطفولة والسمات المزاجية على اليقظة العقلية لدي ذوي اضطراب الشخصية الحدية

ثانياً: دراسات تناولت أثر التدريب على اليقظة العقلية على خصائص ذوي اضطراب الشخصية الحدية:

أشارت دراسة (McQuillan, et. al (2005 ، إلى فاعلية العلاج السلوكي الجدلي المكثف بعد ثلاثة أسابيع في خفض أعراض اضطراب الشخصية الحدية والاكتئاب واليأس لدي مرضي العيادات الخارجية. وأشارت دراسة (Stepp, et. al (2008 ، إلى فاعلية العلاج السلوكي الجدلي المعتمد على التدريب على مهارات (اليقظة العقلية، الفاعلية البين شخصية، التنظيم الانفعالي، التسامح مع الضغوط)، في خفض أعراض الشخصية الحدية. وأشارت دراسة (Solar, et. al (2009 إلى فاعلية تأثير العلاج السلوكي الجدلي (التدريب المهاري على اليقظة العقلية) مقابل العلاج الجماعي المعياري (Standard Group Skills Training) على أعراض الشخصية الحدية، وارتبط التدريب المهاري على اليقظة العقلية بانخفاض معدل

التسرب مع العلاج ٣٤,٥% مقابل ٦٣,٤% في العلاج الجماعي المعياري، كما تفوق التدريب المهاري على العلاج الجماعي في مجالات المزاج والانفعال مثل القلق، والاكتئاب، والتوتر والغضب، وعدم الاستقرار الوجداني، كما ارتبط التدريب المهاري بتحسّن إكلينيكي واضح وانخفاض معدلات التسرب من النجاح، وأوصت الدراسة بأن التدريب المهاري له دور كبير في خفض أعراض الشخصية الحدية. وأشارت دراسة (Solar, et. al (2012) ، إلى أن التدريب على اليقظة العقلية كان مرتبطاً بتحسّن في الأعراض السيكاترية العامة والأعراض الانفعالية، ووجود تأثير موجب على الانتباه والاندفاعية. وأشارت دراسة (Feliu-Soler, et. al (2014) إلى أنّ مجموعة التدريب على اليقظة العقلية أظهرت تحسّن كبير في الأعراض الإكلينيكية، وممارسة اليقظة العقلية كانت مرتبطة إيجابياً بالتحسّن الإكلينيكي وبانخفاض صعوبات التنظيم الانفعالي. وأشارت دراسة (Neacsiu, et. al (2014) ، إلى أن العلاج السلوكي الجدلي كان فعّالاً في خفض تجنب الخبرات الانفعالية والتعبير عن الغضب أكثر من العلاج المجتمعي، بينما لا توجد فروق في الشعور بالذنب، القلق، الخجل، قمع الغضب، وسمة الغضب. وأشارت دراسة (Soler, et. al (2016) ، إلى أن التدريب على مهارات اليقظة العقلية لدى ذوي اضطراب الشخصية الحدية كان أفضل في تأجيل الإشباع وتغيرات في إدراك الزمن بما يتفق مع انخفاض الاندفاعية، في حين لا توجد فروق بين التدريب على اليقظة العقلية والتدريب على الفاعلية بين الشخصية فيما يتعلق بالعناصر الأخرى للاندفاعية. وأوصت الدراسة بأن التدريب على اليقظة العقلية قد يؤثر على بعض جوانب الاندفاعية في حين لا يؤثر في الجوانب الأخرى. وأشارت دراسة (Elices, et. al (2016) ، إلى أنّ التدريب على

اليقظة العقلية مدخل مُفيد في خفض أعراض الشخصية الحدية، وفي نفس الوقت تحسين قدرات الذهن. وأشارت دراسة أبو زيد (٢٠١٧)، إلى فعالية اليقظة العقلية كمدخل علاجي سلوكي في تحسين مهارات اليقظة العقلية، وخفض صعوبات التنظيم الانفعالي لدي عينة من طلاب الجامعة مضطربي الشخصية الحدية

#### تعقيب:

هدفت بعض الدراسات إلى دراسة العلاقة بين صعوبات التنظيم الانفعالي وأعراض الشخصية الحدية كدراسة كل من (Barnow, et. al, 2012; Salsman& Herr, et. al, 2013; Gratz, et. al, 2013; Linehan, 2012). وهدفت بعض الدراسات إلى التعرف على علاقة اليقظة العقلية بأعراض الشخصية الحدية كدراسة كل من (Wupperman&Neumann,2006;Wupperman,et.al,2009;Perroud,et al,2012;Elices,et.al,2015).. وهدفت بعض الدراسات إلى التعرف على فاعلية التدريب على اليقظة العقلية في خفض أعراض الشخصية الحدية كدراسة كل من (Stepp, et. al, 2008; Soler, et. al, 2009; Elices, et. al, 2016). وهدفت بعض الدراسات إلى التعرف على فعالية التدريب على اليقظة العقلية في تحسين مهارات اليقظة العقلية، كدراسة (Elices, et. al (2016). وهدفت بعض الدراسات إلى خفض صعوبات التنظيم الانفعالي لدي أعراض الشخصية الحدية، مثل دراسة كل من (Feliu-Soler, et. al; 2014; Neacsiu, et. al, 2014). وتتفق الدراسة الحالية مع الدراسات التي استخدمت التدريب على اليقظة العقلية في خفض أعراض الشخصية الحدية وخفض صعوبات التنظيم الانفعالي. وتوصلت

بعض البحوث والدراسات إلى وجود علاقة بين صعوبات التنظيم الانفعالي وأعراض الشخصية الحدية، كدراسة كل من (Barnow, et. al, 2012; Salsman& (2013; Gratz, et. al, 2013; Herr, et. al, 2013; Linehan, 2012). كما توصلت بعض الدراسات إلى وجود علاقة بين اليقظة العقلية وأعراض الشخصية الحدية كدراسة كل من (Wupperman&Neumann,2006;Wupperman,et.al,2009;Perroud,et (2015;Elices,et.al,2012).. كما توصلت بعض البحوث إلى فاعلية التدريب على اليقظة لعقلية في خفض أعراض الشخصية الحدية كدراسة كل من (Stepp, (2016; Elices, et. al, 2009; Soler, et. al, 2008). وأيضًا توصلت بعض البحوث إلى فعالية التدريب على اليقظة العقلية في تحسين مهارات اليقظة العقلية كدراسة (Elices, et. al (2016). وتوصلت بعض البحوث إلى فاعلية التدريب على اليقظة العقلية في خفض صعوبات التنظيم الانفعالي لدى ذوي أعراض الشخصية الحدية، كدراسة كل من (Feliu-Soler, et. al, 2014; (2014).Neacsiu, et. al,

ثالثًا: الدراسات التي تناولت أثر العلاج القائم على التعقل على خصائص ذوي اضطراب الشخصية الحدية:

وأشارت نتائج دراسة (Bateman& Fong (2008، إلى أنه بعد ثماني سنوات من الانتهاء من العلاج القائم على التعقل استمرت النتائج الإيجابية في إظهار تفوق طبي عن العلاج التقليدي، فبالنسبة إلى سلوك الانتحار قل من ٧٤% إلى ٢٣%، واستخدام المواد المخدرة قل من ١,٨% إلى ٠,٢%، ووجد أيضًا تحسن في الحالة

المزاجية وتغيرات في مستوى الاكتئاب إلى الأفضل وكذلك في الشعور بالوحدة والفراغ، وكان التحسن بدرجة أكبر في الأفعال الاندفاعية المتهورة، أما الأفراد الذين تلقوا العلاج التقليدي فكانت أعراض اضطراب الشخصية الحدية أكثر وضوحاً وبنسبة أعلى لديهم. وأشارت نتائج دراسة (Beteman & Fonagy, 2010) إلى انخفاض في جميع أعراض اضطراب الشخصية الحدية لدى المجموعة التجريبية مقابل المجموعة الضابطة، والتي لم يظهر عليها أي تغير ملحوظ في نفس الفترة، وبدأ التحسن لدى المجموعة التجريبية في أعراض الاكتئاب وانخفاض في الميل إلى الانتحار وسلوك إيذاء الذات وكذلك لوحظ تحسن في الأداء الاجتماعي والبين شخصي، وقدرة أفضل على إدارة الانفعال والاندفاع. كما أشارت نتائج دراسة (Bales, et. al, 2012) إلى نجاح البرنامج العلاجي القائم على التعقل في خفض أعراض محاولات الانتحار وتصرفات إيذاء الذات، كما لوحظ أيضاً انخفاض تعاطي المواد المخدرة وتحسن ملحوظ في الوظيفة الاجتماعية وتحسن في العلاقات البين شخصية وارتفاع معدل الإحساس بالهوية. كما أشارت نتائج دراسة (Brüne, et. al, 2013) ، إلى أن دافعية مريضات الشخصية الحدية للعلاج القائم على التعقل واندماجهن فيه كانت ممتازة، وكشفت النتائج عن أن الأعراض الخاصة باضطراب الشخصية الحدية انخفضت بشكل ملحوظ، وتغيرت إجابتهن من الاتجاه المضاد للمجتمع إلى إجابات داعمة مؤيدة للمجتمع. وأشارت دراسة (Laurenson, et. al, 2014) ، إلى جدوى وفاعلية العلاج القائم على التعقل في علاج مرافقين مصابين باضطراب الشخصية الحدية، خصوصاً أن المرضى أبدوا تحسناً ملحوظاً وانخفاضاً في كل من الاكتئاب والقلق والشعور بالفراغ وانخفاض محاولات الانتحار وانخفاض

معدلات تقلب المزاج. وتوصلت دراسة (Edel, et. al (2017) إلى فعالية التكامل بين العلاج بالتعقل والعلاج السلوكي الجدلي في خفض أعراض الشخصية الحدية، كما أشارت إلى أن التكامل بين المدخلين العلاجين كان أكثر فعالية في خفض أعراض الشخصية الحدية، وخفض مستوي القلق والاكتئاب وأعراض الشخصية الحدية وإيذاء الذات لدي العينة التجريبية للدراسة. وتوصلت دراسة **Sharma& Fowler (2018)**، إلى نتائج إيجابية دالة للعلاج بالتعقل في تحسين مستوي الشعور بالأمل في المستقبل، وخفض أعراض الشخصية الحدية لدي مراهق من ذوي الميول الانتحارية، وقد استمر العلاج لمدة تراوحت بين أربعة إلى خمسة أشهر. وتوصلت دراسة **أحمد، وآخرون (٢٠١٨)** إلى فعالية مدخل العلاج بالتعقل في خفض حدة أعراض اضطراب الشخصية الحدية لدي عينة من طالبات الجامعة قوامها سبع طالبات، واستمرار فعالية العلاج خلال فترة المتابعة. وأشارت دراسة **Juul, et. al (2019)**، إلى فعالية العلاج بالتعقل في خفض أعراض الشخصية الحدية لدي بعض المرضى، وتحسن مستوي التكيف الاجتماعي وجودة لدى عينة الدراسة التجريبية. وأشارت دراسة **Einy, et. al (2019)**، إلى فعالية العلاج بالتعقل في تحسين قوة الأنا وخفض ميكانيزمات الدفاع، وأن العلاج بالتعقل أكثر فعالية من العلاج المعرفي التحليلي في تحسين قوة الأنا، وخفض أعراض الشخصية الحدية. وأسفرت دراسة **Griffiths, et. al(2019)** عن نتائج إيجابية للعلاج بالتعقل في خفض مستوي إيذاء الذات والقلق الاجتماعي وأعراض الشخصية الحدية، وتحسين مستوي التنظيم الانفعالي لدى عينة من ذوي الشخصية الحدية شملت ٤٨ شخصاً. وأشارت دراسة **مطاوع (٢٠٢٠)**، إلى فعالية مدخل العلاج القائم على التعقل في

تحسين مهارات التعقل وخفض أعراض اضطراب الشخصية الحدية وصعوبات التنظيم الانفعالي والاكنتاب لدى أفراد المجموعة التجريبية من المتعثرين دراسياً من طلاب الجامعة تضمنت (١٧) طالباً، خلال القياس البعدي مقارنة بالقياس القبلي من ناحية، ومن مقارنة بالمجموعة الضابطة من ناحية أخرى، كما كشفت النتائج عن استمرار فعالية البرنامج في خفض أعراض الشخصية الحدية وصعوبات تنظيم الانفعال والاكنتاب لدى أفراد المجموعة التجريبية خلال قياس المتابعة، وهذه النتائج تُدعم مدخل العلاج القائم على التعقل في خفض أعراض اضطراب الشخصية الحدية.

#### تعقيب:

من حيثُ اضطراب الشخصية الحدية؛ فقد تناولت معظم الدراسات أعراض اضطراب الشخصية الحدية في ضوء المعايير التشخيصية للاضطراب وفقاً لـ DSM-5 منفرداً، وبعضها ركز على أعراض الاضطراب في ضوء علاقته بالاضطرابات النفسية الأخرى أثناء العلاج، ومنها اضطراب القلق والاكنتاب واضطراب الهوية وقوة الأنا وميكانيزمات الدفاع غير الناجحة، وغيرها، وتأتي الدراسة الحالية لتحسين التعقل وخفض مستوي صعوبات تنظيم الانفعال لذوي الشخصية الحدية. ومن حيثُ المدخل العلاجي، فقد اعتمد بعضها على مدخل العلاج القائم على التعقل منفرداً كدراسات (Sharma & Fowler, 2018; Juul, et. al, 2019; Griffiths, et. al, 2019) ، واستخدم البعض الآخر مدخلاً متكاملًا من العلاج بالتعقل والعلاج السلوكي الجدلي كدراسة (Edel, et. al (2017) ، أو العلاج المعرفي التحليلي كدراسة (Einy, et. al (2017).

## أدوات الدراسة:

٣. مقياس اضطراب الشخصية الحدية: (إعداد، سناري، وآخرون، ٢٠٢٠)

- وصف المقياس: يتكون مقياس اضطراب الشخصية الحدية من (٩٧) عبارة موزعة على تسعة أبعاد، حيثُ يمثل كل بُعد مظهر من مظاهر أعراض اضطراب الشخصية الحدية بواقع (٨٧) عبارة إيجابية، و(١٠) عبارات سلبية، ويوضح الجدول التالي أبعاد المقياس التسعة، ووصف كل بُعد وعدد عبارات كل بُعد:

جدول (١): عبارات مقياس اضطراب الشخصية الحدية الخاصة بكل محك من المحكات التسعة

عدد العبارات	العبارات	وصف البُعد	البُعد
١١	١٠-١- ٣٢-١٩- ٤٩-٤٠- ٦٠-٥٣- ٧٠-٦٥- ٧٦	يقيس المخاوف التي يتعرض لها بسبب فقدان الأشخاص المقربين منه، وعدم القدرة على تكوين صداقات سليمة ومستقرة، بالإضافة إلى فقدان الإحساس بالأمان، مما يجعلهم يلجئون إلى الكذب (ملحوظة: لا يتضمن سلوك انتحاري، أو تشويه الذات الوارد بالمحك الخامس)	الأول: جهود ثائرة لتجنب الهجر الحقيقي أو الخيالي
١٢	١٣-٧- ٣٦-٢٥- ٥٠-٤٥- ٧٥-٦٢	يقيس الصراع الذي يجول بداخلهم من مشاعر مختلطة بين التفاؤل والتشاؤم حيثُ يكون هناك مزيج بين المثالية والتطرف	الثاني: نموذج غير مستقر من العلاقات الشخصية التي تتميز بالتعاقب بين التطرف

	-٥٥-٨٠ ٩٠-٨٢		في المثالية وعدم الاستقرار
١٣	-١٤-٢ -٢٦-٢٠ -٨٧-٧٧ -٩٥-٥٦ -٨٤-٦٤ -٤١-٩٢ ٤٨	يقيس القدرة على تحديد الأهداف وكيفية الوصول إليها وتحقيقها، بالإضافة إلى القدرة على التصرف بحكمة في المواقف التي يتعرض لها، وكذلك مدى الإحساس بالثقت في بعض المواقف.	الثالث: اضطراب الهوية التي تتميز بشكل غير مستقر لصورة الذات والإحساس بها
٦	-١١-٨ -٢٧-٢١ ٤٧-٣٧	يقيس الاندفاع والتهور في تصرفات الأشخاص مما يؤثر بالسلب على صحتهم، بالإضافة إلى الإسراف والتبذير في صرف الأموال (ملحوظة: لا يتضمن سلوك انتحاري، أو تشويه الذات الوارد بالمحك الخامس)	الرابع: الاندفاعية في مجالين على الأقل من المجالات التي تحمل إمكانية إلحاق الأذى بالذات (مثل: الإنفاق، والجنس، وتعاطي المخدرات، وإساءة استعمال الثروة، والقيادة المتهورة، والأكل الزائد)
١٠	-١٢-٣ -٤٢-٣٣ -٥٩-٧٤	يقيس الميول الانتحارية لدى الأشخاص الذين يشعرون بخيبة الأمل، بالإضافة إلى اللجوء للتفنن في طرق تشويه الذات.	الخامس: سلوك انتحاري متكرر، أو إيماءات، أو تهديدات،

	-٩٤-٨٨ ٥٧-٦٧		أو تشويه الذات.
١٠	-١٥-٩ -٣٥-٢٨ -٥٢-٤٤ -٧٢-٦٦ ٨٩-٧٩	يقيس النوبات التي يتعرض لها الأشخاص من توتر وخوف، مما يؤثر على الحالة المزاجية لديهم، فيجعلهم يشعرون دائماً بتقلب في المزاج وعدم الاستقرار الوجداني.	السادس: عدم الاستقرار الوجداني (مثل: حدة الطباع، قلق يستمر عادة لبعض ساعات، ونادراً ما يستمر لأكثر من بضعة أيام)
١١	-١٨-٤ -٢٩-٢٢ -٣٩-٣٤ -٦١-٤٦ -٨٧-٧٣ ٩٧	يقيس الوحدة والفرغ الذي يشعر بهما الأشخاص، ومدى رغبتهم في البقاء بمفردهم، مما يجعلهم في حالة عزلة عن الآخرين ويعيشون في عالم خاص بهم	السابع: مشاعر مزمنة من الملل والخواء.
١٢	-١٧-٦ -٣٠-٢٣ -٦٣-٥٤ -٨١-٩١ -٩٦-٦٩ ٨٣-٥٨	يقيس الصعوبة في التحكم في الغضب، مما يؤدي إلى ظهور نوبات عنيفة من الغضب تصل إلى حد الشجار اليدوي مع الآخرين، حيث يكون من السهل استثارتهم.	الثامن: الغضب الشديد غير المناسب أو صعوبة التحكم في الغضب (مثل: غضب مستمر، ونوبات متكررة من الهياج، وشجار متكرر).

١٢	٥-١٦-	يقيس الاضطهاد والقهر الذي يتعرض له	التاسع: أفكار عابرة
	٢٤-٣١-	الأشخاص من قبل الآخرين، مما يجعلهم كثيرون	معاودة مرتبطة
	٧١-٩٣-	الشك بالآخرين، ويفقدون الثقة بهم، فيلجئون	بالضغوط (بارانويا)، أو
	٣٨-٤٣-	إلى التحايل عليهم لتحقيق رغبتهم في جمع	أعراض فصامية خطيرة
	٥١-٦٨-	الثروة والقيام بالمهام التي يفضلونها.	عابرة أيضًا.
	٧٨-٨٥-		

### الخصائص السيكو مترية لمقياس اضطراب الشخصية الحدية:

**صدق المحكمين:** تم عرض المقياس على مجموعة من أعضاء هيئة التدريس بقسمي الصحة النفسية وعلم النفس التربوي، بلغت (١٠) أعضاء، حيث تم حذف (١٠) عبارات لتكرارها أو عدم مناسبتها، كما تم تعديل (١٤) عبارة من عبارات المقياس. وبعد إجراء التعديلات اللازمة بناءً على رأي المحكمين، أصبحت عبارات المقياس (١١١) عبارة، وبعد حساب صدق المفردات لمقياس اضطراب الشخصية الحدية، تم حذف (١٤) عبارة، وبذلك أصبح المقياس في صورته النهائية (٩٧) عبارة.

**صدق المفردات:** قامت الباحثة معدة المقياس بحساب صدق الاختبار بطريقة صدق المفردات، حيث تم حساب معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة، ودرجة البُعد المنتمية إليه، ودرجة العبارة والدرجة الكلية للمقياس على عينة قوامها (١٨٠) طالب وطالبة، وفي ضوء معاملات الارتباط تم استبعاد العبارات التي لم تصل معاملات ارتباطها إلى مستوي الدلالة.

-**ثبات المقياس:** قامت الباحثة بحساب معاملات ثبات الاختبار بطريقتين وهما: طريقة ألفا كرونباخ، وطريقة التجزئة النصفية، وتراوحت قيمة ألفا بين (٠,٥٦١: ٠,٩٦٨) وهي معاملات دالة إحصائياً تدل على ثبات عالي للمقياس.

-**تصحيح المقياس:** تم صياغة المقياس بعدد معين من العبارات بحيث يكون لكل عبارة ثلاث بدائل يختار منها الطالب ما يتلاءم مع طبيعته شخصيته وهي (دائماً - أحياناً - نادراً)، هذه البدائل في العبارات الإيجابية عند القيام بتصحيحها يقابلها درجات (١-٢-٣)، بينما في العبارات السلبية يقابلها درجات (١-٢-٣)، ويتم حساب درجة كل بُعد من أبعاد المقياس بجمع درجات الطالب على كل عبارة من العبارات التي يحتوي عليها البعد، كما يتم حساب الدرجة الكلية للمقياس بجمع درجة الطالب التي يحصل عليها في كل بُعد من الأبعاد التي يتضمنها المقياس.

**الخصائص السيكومترية لمقياس اضطراب الشخصية الحدية في الدراسة الحالية:**

-**الاتساق الداخلي:** تم حساب الاتساق الداخلي للمقياس في الدراسة الراهنة عن طريق حساب معامل الارتباط بين درجة كل بندٍ من بنود المقياس ودرجة البعد المنتمية إليه، وكذلك حساب معاملات الارتباط بين درجة كل بندٍ من بنود المقياس والدرجة الكلية للمقياس، كما تم حساب الاتساق الداخلي للدرجة الكلية للبعد مع الدرجة الكلية للمقياس، وأشارت نتائج الاتساق الداخلي إلي أن قيم معاملات ارتباط الاتساق الداخلي لكل عبارة من عبارات مقياس اضطراب الشخصية الحدية بالدرجة الكلية للبعد الذي تمثله كانت جميعها دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (٠,٠١)، ومستوى دلالة (٠,٠٥)، حيث تراوحت معاملات الارتباط فقرات البعد الأول (جهود ثائرة لتجنب الهجر الحقيقي أو الخيالي) بالنسبة للدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه

(٠,٣٣٨-٠,٨٤٠)، وبالنسبة للدرجة الكلية للمقياس (٠,٢٦٩-٠,٨٥٤). كما تراوحت معاملات الارتباط فقرات البُعد الثاني (نموذج غير مستقر من العلاقات الشخصية التي تتميز بالتعاقب بين التطرف في المثالية وعدم الاستقرار) بالنسبة لدرجة الكلية للبُعد الذي تنتمي إليه (٠,٤٦٩-٠,٨٨١)، وبالنسبة للدرجة الكلية للمقياس (٠,٣٣٤-٠,٨٥٠). وتراوحت معاملات الارتباط فقرات البُعد الثالث (اضطراب الهوية التي تتميز بشكل غير مستقر لصورة الذات والإحساس بها) بالنسبة لدرجة الكلية للبُعد الذي تنتمي إليه (٠,٥٨٥-٠,٨٨٨)، وبالنسبة للدرجة الكلية للمقياس (٠,٥١٤-٠,٨١٤). تراوحت معاملات الارتباط فقرات البُعد الرابع (الاندفاعية في مجالين على الأقل من المجالات التي تحمل إمكانية إلحاق الأذى بالذات) بالنسبة لدرجة الكلية للبُعد الذي تنتمي إليه (٠,٥٣٢-٠,٧٩٢)، وبالنسبة للدرجة الكلية للمقياس (٠,٤٦٢-٠,٨٥٤). تراوحت معاملات الارتباط فقرات البُعد الخامس (سلوك انتحاري متكرر، أو إيماءات، أو تهديدات، أو تشويه الذات) بالنسبة لدرجة الكلية للبُعد الذي تنتمي إليه (٠,٣٣٣-٠,٩١٠)، وبالنسبة للدرجة الكلية للمقياس (٠,٢٦٩-٠,٨٥٤). تراوحت معاملات الارتباط فقرات البُعد السادس (عدم الاستقرار الوجداني (مثل: حدة الطباع، قلق يستمر عادة لبعض ساعات، ونادرًا ما يستمر لأكثر من بضعة أيام) بالنسبة لدرجة الكلية للبُعد الذي تنتمي إليه (٠,٤٩٧-٠,٨٣١)، وبالنسبة للدرجة الكلية للمقياس (٠,٤١٧-٠,٨٦٢). تراوحت معاملات الارتباط فقرات البُعد السابع (مشاعر مزمنة من الملل والخواء) بالنسبة لدرجة الكلية للبُعد الذي تنتمي إليه (٠,٦٢٧-٠,٨٤٤)، وبالنسبة للدرجة الكلية للمقياس (٠,٥٧٣-٠,٧٩٤). تراوحت معاملات الارتباط فقرات البُعد الثامن (الغضب الشديد غير المناسب أو صعوبة التحكم في

الغضب) بالنسبة لدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه (٠,٣٧٢-٠,٨٠٧)، وبالنسبة للدرجة الكلية للمقياس (٠,٢٦٩-٠,٨٥٤). وتراوحت معاملات الارتباط فقرات البعد التاسع (أفكار عابرة معاودة مرتبطة بالضغوط (بارانويا)، أو أعراض فصامية خطيرة عابرة أيضًا) بالنسبة لدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه (٠,٢٥٧-٠,٩٢٦)، وبالنسبة للدرجة الكلية للمقياس (٠,٣٣٤-٠,٨٥٤). كما أوضحت النتائج أن قيم معاملات الارتباط بين أبعاد المقياس وبين الدرجة الكلية للمقياس مرتفعة ودالة موجبة عند مستوى (٠,٠١) مما يشير إلى توفر الاتساق الداخلي بمقياس اضطراب الشخصية الحدية وإلى إمكانية استخدامه في الدراسة الحالية.

-ثبات مقياس اضطراب الشخصية الحدية في الدراسة الحالية: تم حساب الثبات بطريقة ألفا كرونباخ وسبيرمان وجتمان للتجزئة النصفية لكل من الأبعاد والدرجة الكلية لمقياس اضطراب الشخصية الحدية، وأشارت النتائج إلى أن قيمة ثبات ألفا كرونباخ لكل من بُعد من الأبعاد التسعة السابقة، والدرجة الكلية اضطراب الشخصية الحدية، بلغت على التوالي (٠,٨٦٦-٠,٩٠٥-٠,٩٤٣-٠,٨٠٤-٠,٨٧٩-٠,٨٧٠-٠,٩٢٩-٠,٨٩٠-٠,٩٠٠-٠,٩٨٥)، وجاءت قيمة جتمان للتجزئة النصفية للدرجة الكلية لمقياس اضطراب الشخصية الحدية، والبعد الأول، والبعد الثالث، والبعد السابع (٠,٩٩٥-٠,٨٩٢-٠,٨٨٢-٠,٨٦٠)، على الترتيب. وتم الاعتماد هنا على قيمة جتمان للتجزئة النصفية (نظرًا لعدم تساوى تباين الدرجات على نصفي المقياس). وجاءت قيمة سبيرمان بروان للتجزئة النصفية لكل من البعد (الثاني، والرابع، الخامس، السادس، الثامن، التاسع)، بلغت على التوالي (٠,٧٧٤-٠,٨٠٧-٠,٨٩٣-٠,٦٩٧-٠,٨٤٢-٠,٨٧٩). وهي قيمة عالية تبين ثبات عبارات مقياس اضطراب الشخصية

الحدية وصلاحيته لتحليل وتفسير نتائج الدراسة. وتم الاعتماد هنا على قيمة التجزئة النصفية لسبيرمان (نظرًا لتساوى تباين الدرجات على نصفي الاستبيان - أي تجانس التباين - وهذا شرط من شروط التكافؤ).

٢- مقياس اليقظة العقلية: أعده (Baer, et.al, 2006) وأعدده للعربية البحيري، وآخرون (٢٠١٤)، ويتكون من ٣٩ بنداً، ويشكل خمسة عوامل لليقظة العقلية، وهي: الملاحظة والوصف والتصرف بوعي وعدم الحكم على الخبرات الداخلية، وأخيراً عدم التفاعل مع الخبرات الداخلية، ويتكون كل عامل من (٨) بنود، فيما عدا عامل "عدم التفاعل" يتكون من (٧) بنود، على النحو التالي:

١. بُعد الملاحظة: وتقيسه الفقرات بالأرقام (١-٦-١١-١٥-٢٠-٢٦-٣١-٣٦)

٢. بُعد الوصف: وتقيسه الفقرات بالأرقام (٢-٧-١٢-١٦-٢٢-٢٧-٣٢-٣٧)

٣. بُعد التصرف بوعي في اللحظة: وتقيسه الفقرات بالأرقام (٥-٨-١٣-١٨-٢٣-٢٨-٣٤-٣٨)

٤. بُعد عدم الحكم على الخبرات الداخلية: وتقيسه الفقرات بالأرقام (٣-١٠-١٤-١٧-٢٥-٣٠-٣٥-٣٩)

٥. بُعد عدم التفاعل مع الخبرات الداخلية: وتقيسه الفقرات بالأرقام (٤-٩-١٩-٢١-٢٤-٢٩-٣٣)

وتتم الإجابة على المقياس من خلال إجابة خماسية تتبع تدرج ليكرت بين (تنطبق تماماً - لا تنطبق تماماً)، حيثُ تحصل الإجابة تنطبق تماماً على (٥) درجات، بينما تحصل الإجابة لا تنطبق تماماً على (درجة واحدة) إذا كانت العبارة موجبة الاتجاه

والعكس صحيح في حالة العبارة سالبة، والفقرات السالبة في المقياس تأخذ الأرقام (٣-٥-٨-١٠-١٢-١٣-١٤-١٦-١٧-١٨-٢٢-٢٤-٢٥-٢٨-٣٠-٣٤-٣٥-٣٨-٣٩)، ويستجيب المفحوص على العبارة من خلال مقياس خماسي التقدير (نادر جداً- نادرًا- أحيانًا- غالبًا- دائمًا)، ويتم إعطاء الدرجات (١-٢-٣-٤-٥) لكل استجابة على التوالي بالنسبة للعبارة الإيجابية، (٥-٤-٣-٢-١) بالنسبة للعبارة السلبية.

**صدق المقياس:** قام معدو المقياس (Baer, et. al (2006)، بالتحقق من صدق المقياس وبنيته العاملية باستخدام التحليل العاملي الاستكشافي وذلك على عينة قوامها (٦١٣) من طلبة الجامعة الذين يدرسون مقرراً في علم النفس وتم التوصل إلى خمسة عوامل مستقلة وكان التباين العاملي الكلي (٣٣%) وقد تم التحقق من هذه العوامل باستخدام التحليل العاملي التوكيدي على عينتين مختلفتين، وأسفرت النتائج عن تشعب العوامل الخمسة تشعباً دالاً إحصائياً على سمة كامنة واحدة (اليقظة العقلية)، وكانت قيم هذه التشعبات (٠,٣٤-٠,٥٧-٠,٧٢-٠,٧٢-٠,٥٥) للعوامل الخمسة على الترتيب (الملاحظة- الوصف- التصرف بوعي- عدم الحكم- عدم التفاعل). ثم أجرى الباحثون التحليل العاملي التوكيدي على عينة قوامها (٢٦٨) مشاركاً، وأسفرت النتائج عن ملاءمة النموذج، فيما عدا عامل الملاحظة، ولكن في دراسة تالية (Baer, et. al, 2008) شملت ممارسة التأمل باليقظة العقلية، تحققت ملاءمة عامل الملاحظة. كما توفرت مؤشرات جيدة لحسن المطابقة لنموذج العوامل الخمسة في العديد من الدراسات التقنية للمقياس في الثقافات الأجنبية، وكذلك في البيئة العربية دراسة البحيري، وآخرون (٢٠١٤)، وتمتع مقياس الوجوه الخمسة لليقظة العقلية بصدق

محتوى ملائم، حيثُ إن كل بنوده أخذت بشكل مباشر من مقاييس اليقظة العقلية المتوفرة، ومن ثم خضعت بنوده بالفعل لمراجعة الخبراء (Lorentz, 2012, 75). وتم التحقق من صدق التكوين للمقياس في دراسة بير وزملائه (Baer, et. al, 2006) ، حيثُ ارتبط مقياس الوجوه الخمسة إيجابيًا مع المقاييس السابقة لليقظة العقلية. ويُعد مقياس الوجوه الخمسة لليقظة العقلية وفقًا (Johnson, 2007) في مراجعته الشاملة لمقاييس اليقظة العقلية- مقياسًا واعدًا وصادقًا لأنه أكثر مقاييس اليقظة العقلية شمولًا، حيثُ إنه يغطي المظاهر المختلفة للتكوين، واستمد بنوده من مقاييس اليقظة العقلية الأخرى.

-**الثبات:** أظهرت نتائج دراسة (Baer, et. al (2006) ، أن المقاييس الفرعية لمقياس الوجوه الخمسة لليقظة العقلية تتمتع بمستوى جيد من الاتساق الداخلي، إذ تراوحت قيم معامل ألفا كرونباخ بين (٠,٧٥، و٠,٩١). كما كانت الارتباطات بين العوامل الخمسة متوسطة، ولكنها دالة وتراوحت بين (٠,١٥، و٠,٣٤)، كما توافرت مؤشرات اتساق داخلي أخرى ملائمة في دراسة عبد الرقيب البحيري وزملائه (٢٠١٤).

-**الخصائص السيكومترية لمقياس (اليقظة العقلية) في الدراسة الحالية:**

-**الاتساق الداخلي:** تم حساب الاتساق الداخلي للمقياس في الدراسة الراهنة عن طريق حساب معامل الارتباط بين درجة كل بندٍ من بنود المقياس ودرجة البُعد المنتمية إليه، كما تم حساب الاتساق الداخلي بين الدرجة الكلية لكل بُعد والدرجة الكلية للمقياس. وأشارت نتائج الاتساق الداخلي إلي أنّ قيم معاملات ارتباط الاتساق الداخلي لكل عبارة من عبارات مقياس اليقظة العقلية بالدرجة الكلية للبعد الذى تمثله،

وكانت جميعها دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (٠,٠١)، حيث تراوحت معاملات الارتباط بالنسبة لبعد (الملاحظة) (٠,٣٤١-٠,٩٧٥)، وبالنسبة لبعد (التصرف بوعي في اللحظة الحاضرة) (٠,٤٥٠-٠,٨٤٤)، وبالنسبة لبعد (عدم الحكم على الخبرات الداخلية) (٠,٦١٢-٠,٩٥٦)، وبالنسبة لبعد (الوصف) (٠,٤٤٠-٠,٨١٧)، وبالنسبة لبعد (عدم التفاعل مع الخبرات الداخلية) (٠,٦١٢-٠,٩٠١)، وهي قيم دلة عند مستوى دلالة (٠,٠١)، وجميعها أكبر من القيمة الجدولية عند مستوى دلالة (٠,٠١) و(ن=١٨٠). كما أوضحت النتائج أن قيم معاملات الارتباط بين أبعاد المقياس وبين الدرجة الكلية للمقياس مرتفعة ودالة موجبة عند مستوى (٠,٠١) مما يُشير إلى توفر الاتساق الداخلي بمقياس العوامل الخمسة لليقظة العقلية وإلى إمكانية استخدامه في الدراسة الحالية.

-ثبات مقياس العوامل الخمسة لليقظة العقلية في الدراسة الحالية: تم حساب الثبات بطريقة ألفا كرونباخ وسبيرمان وجتمان للتجزئة النصفية لكل من الأبعاد والدرجة الكلية لمقياس العوامل الخمسة لليقظة العقلية، وأشارت النتائج إلى أن قيمة ثبات ألفا كرونباخ لكل من بُعد (الملاحظة- التصرف بوعي في اللحظة الحاضرة- عدم الحكم على الخبرات الداخلية- الوصف- عدم التفاعل مع الخبرات الداخلية)، والدرجة الكلية لمقياس اليقظة العقلية بلغت على التوالي (٠,٧٩٨-٠,٨٧٨-٠,٨٨٩-٠,٧٩٦-٠,٨٨٤)، وجاءت قيمة جتمان للتجزئة النصفية للدرجة الكلية لمقياس اليقظة العقلية (٠,٨٦٠)، وقيمة سبيرمان بروان للتجزئة النصفية لكل بُعد من الأبعاد (الملاحظة-التصرف بوعي في اللحظة الحاضرة-عدم الحكم على الخبرات الداخلية-الوصف)، بلغت على التوالي (٠,٧١٥-٠,٧٨١-٠,٩٠٠-٠,٦٢٧). وهي قيمة

عالية تبين ثبات عبارات مقياس اليقظة العقلية وصلاحيته لتحليل وتفسير نتائج الدراسة. وتم الاعتماد هنا على قيمة التجزئة النصفية لسبيرمان (نظرًا لتساوى تباين الدرجات على نصفي الاستبيان - أي تجانس التباين - وهذا شرط من شروط التكافؤ)، بينما تم الاعتماد على قيمة جتمان للتجزئة النصفية لكل من الدرجة الكلية، وبُعد (عدم التفاعل مع الخبرات الداخلية) والتي بلغت (٠,٧٦٩)

(٢) مقياس صعوبات التنظيم الانفعالي (الصورة المختصرة): إعداد (Bjureberg, et. al, 2016) (تعريب: أحمد، آخرون، ٢٠١٩):

- وصف المقياس: يتكون المقياس من (١٦) عبارة موزعة على خمسة أبعاد رئيسية وهى رفض الاستجابات الانفعالية (عدم القبول) ويتكون من (٣) عبارات، وصعوبات الانخراط في سلوك موجه نحو الهدف (الأهداف) ويتكون من (٣) عبارات، وصعوبات ضبط الاندفاع (الاندفاع) ويتكون من (٣) عبارات، ووصول محدود لاستراتيجيات تنظيم الانفعالات (الاستراتيجيات) ويتكون من (٥) عبارات، وعدم قبول الاستجابات الانفعالية (الوضوح) ويتكون من (٢) عبارة ويعتمد المقياس على طريقة التقرير الذاتي، حيث الإجابة على بنود المقياس باختيار إجابة واحدة من خمس إجابات (دائمًا - معظم الوقت - أحيانًا - نادرًا - أبدًا)، وتتراوح درجات الاستجابة على العبارات على التوالي (١ - ٢ - ٣ - ٤ - ٥).

- الخصائص السيكومترية للمقياس: لتقنين المقياس والتحقق من صلاحية تطبيقه في البيئة العربية طبق المقياس على عينة قوامها (٥٦٤) طالب وطالبة بجامعة الفيوم وأسوان بجمهورية مصر العربية، وجامعة الملك خالد بالمملكة العربية السعودية

بمتوسط عمري (٢٠,١٩) سنة، وانحراف معياري (٠,٧٥)، وقام مقتني المقياس بحساب صدق وثبات المقياس بالطرق التالية:

١-التجانس الداخلي: حيث تم حساب معاملات الارتباط بين كل عبارة ومجموع كل بعد للمقياس، كما تم حساب معاملات الارتباط بين مجموع كل بعد مع الدرجة الكلية للمقياس، وأوضحت النتائج تمتع المقياس بدرجة عالية من التجانس الداخلي.

٢-الصدق الظاهري: حيث تم ترجمة النسخة الأصلية للمقياس وتم التأكد من صحة الترجمة من خلال العرض على متخصصين في اللغة الإنجليزية وعلم النفس والصحة النفسية.

٣-الصدق العاملي: وقد أسفرت نتائج التحليل العاملي عن خمس عوامل، تراوحت جذورها الكامنة ما بين (٤,١٤) للعامل الأول، و(١,٨٧) للعامل الخامس، بنسبة تباين كلي (١٠,٩٢) وهي قيمة مرتفعة جداً، وتمثل العوامل الخمس الموجودة في المقياس الأجنبي. كما تم عمل تحليل عاملي توكيدي للمقياس وأوضحت نتائجه أن قيمة كا<sup>٢</sup>(٢٨٠١) عند درجة حرية (٥) غير دالة إحصائياً، مما يشير إلى صدق المقياس.

-ثبات المقياس: للتحقق من ثبات المقياس تم حساب كل من:

١.معامل ألفا كرونباخ لعبارات كل بعد على حدة وللمقياس ككل، وكانت النتائج كالتالي: بعد رفض الاستجابات الانفعالية (عدم القبول) (٠,٨٦)، وبعد صعوبات الانخراط في سلوك موجه نحو الهدف (الأهداف) (٠,٦٩)، وبعد صعوبات ضبط الاندفاع (الاندفاع) (٠,٧٩) وبعد وصول محدود لاستراتيجيات تنظيم الانفعالات (الاستراتيجيات) (٠,٨٠)، وبعد عدم قبول الاستجابات الانفعالية (الوضوح) (٠,٧٦)،

والمقياس ككل (٠,٨٩)، وجميعها قيم مرتفعة مما يؤكد تمتع جميع عبارات المقياس بدرجة مرتفعة من الثبات.

٢. التجزئة النصفية باستخدام معادلة سبيرمان - براون، وكانت النتائج كالتالي: بعد رفض الاستجابات الانفعالية (عدم القبول) (٠,٨٥)، وبعد صعوبات الانخراط في سلوك موجه نحو الهدف (الأهداف) (٠,٧٣)، وبعد صعوبات ضبط الاندفاع (الاندفاع) (٠,٦١) وبعد وصول محدود لاستراتيجيات تنظيم الانفعالات (الاستراتيجيات) (٠,٨٩)، وبعد عدم قبول الاستجابات الانفعالية (الوضوح) (٠,٧٦)، والمقياس ككل (٠,٥٥)، وجميعها قيم مرتفعة مما يؤكد تمتع جميع عبارات المقياس بدرجة مرتفعة من الثبات.

الخصائص السيكو مترية لمقياس صعوبات التنظيم الانفعالي في الدراسة الحالية:  
-الاتساق الداخلي: قام الباحث بحساب الاتساق الداخلي لمقياس صعوبات التنظيم الانفعالي وذلك بحساب معامل الارتباط بين كل عبارة ومجموع كل بُعد، كما تم حساب الاتساق الداخلي بين الدرجة الكلية للبُعد مع الدرجة الكلية للمقياس، حيثُ تراوحت معاملات الارتباط بالنسبة لبُعد (عدم القبول) (٠,٧٤٩-٠,٧٦٢)، وبالنسبة لبُعد (الأهداف) تراوحت معاملات الارتباط ما بين (٠,٧٤٣ - ٠,٩١٦)، وبالنسبة لبُعد (الاندفاع)، (٠,٦٨٢-٠,٧٣٦)، وبالنسبة لبُعد (الاستراتيجيات)، (٠,٧٠٨ - ٠,٩٧٦)، وبالنسبة لبُعد (الوضوح)، (٠,٩٧٥-٠,٩٧٧)، وجميعها دالة عند مستوي دلالة (٠,٠٥). كما أشارت نتائج الاتساق الداخلي إلى أن جميع أبعاد مقياس صعوبات التنظيم الانفعالي مرتبطة وموجِباً ودالة إحصائياً مع الدرجة الكلية لمقياس

صعوبات التنظيم الانفعالي، مما يُعطي دليل على صلاحية مقياس صعوبات التنظيم الانفعالي للتطبيق في الدراسة الحالية

- ثبات مقياس صعوبات التنظيم الانفعالي: أشارت النتائج إلى أن قيمة ثبات ألفا كرونباخ لكل من بُعد (عدم القبول - الأهداف - الاندفاع - الاستراتيجيات - الوضوح)، والدرجة الكلية لمقياس صعوبات التنظيم الانفعالي بلغت على التوالي (٠,٦٢٠ - ٠,٧٩٦ - ٠,٦٨١ - ٠,٩٤٦ - ٠,٩٥٠ - ٠,٩٣٦). وبلغت قيمة التجزئة النصفية بطريقة سبيرمان - براون لكل من (الدرجة الكلية لمقياس صعوبات التنظيم الانفعالي، وبُعد "الوضوح") (٠,٩٥٠ - ٠,٩٠٠) على الترتيب، وتم الاعتماد هنا على قيمة التجزئة النصفية لسبيرمان (نظرًا لتساوي تباين الدرجات على نصفي الاستبيان - أي تجانس التباين - وهذا شرط من شروط التكافؤ). بينما تم الاعتماد على قيمة التجزئة النصفية بطريقة جتمان لكل من (عدم القبول - الأهداف - الاندفاع - الاستراتيجيات)، (٠,٦٤١ - ٠,٦٢٧ - ٠,٦٥١ - ٠,٩٤٧)

### ٣- مقياس التعقل: إعداد المرشدي (٢٠٢٢)

يتكون مقياس التعقل من (٣٤) عبارة، موزعة على ثلاثة أبعاد هي: البعد الأول: الوعي بالخبرة ويتكون هذا البعد من (١٣ بندًا)، وبُعد (تقبل الخبرة الحالية وعدم إصدار أحكام تقييمية تجاهها)، ويتكون من (١٣ بندًا)، والبُعد الثالث: التعبير عن الأفكار والمشاعر، ويتكون من (٨ بنود وتمثلها الأرقام من ٢٨-٣٥). ويتم الإجابة على هذه الفقرات من خلال أربعة بدائل هي: {لا ينطبق (الدرجة ١)، ينطبق قليلاً (الدرجة ٢)، ينطبق كثيرًا (الدرجة ٣)، ينطبق دائمًا (الدرجة ٤)}. وتتراوح الدرجة على المقياس من (٣٤ إلى ١٣٦ درجة).

الخصائص السيكو مترية لمقياس التعقل، كما قامت به مُعدة المقياس:

- الصدق الظاهري (صدق المحكمين): تم عرض المقياس على ١٠ من المتخصصين في علم النفس من أساتذة القاهرة، وتم استبعاد بند واحد وهو (أحدث نفسي أنه لا ينبغي أن أكون حزينا) لحصوله على نسبة اتفاق أقل من ٨٠%، كما تم استبدال بعض الكلمات من بعض الفقرات.

- صدق المفهوم: تم حساب صدق المفهوم باستخدام ارتباط كل بُعد بالدرجة الكلية للمقياس، وأشارت النتائج إلى ارتفاع معاملات الارتباط بين أبعاد المقياس والدرجة الكلية عند مستوي دلالة (٠,٠١).

- ثبات المقياس: تم حساب ثبات مقياس التعقل بطريقتي ألفا كرونباخ والقسمية النصفية: وبلغ معامل ألفا كرونباخ لكل من (الوعي بالخبرة، تقبل الخبرة، التعبير عن الأفكار والمشاعر، والدرجة الكلية لمقياس التعقل) (٠,٦٣٢-٠,٥٤٨-٠,٦٨١-٠,٧٢٨) على الترتيب، لعينة الزوجات كما بلغت القسمية النصفية بعد تصحيح الطول (٠,٦٩٨-٠,٦٢١-٠,٦٤٢-٠,٨٠٩). كما تم حساب الاتساق الداخلي من خلال الارتباط بين البند وكل من درجة البند الفرعي، وبين درجة البند والدرجة الكلية لمقياس التعقل، وكانت جميع معاملات الارتباط أعلى من (٠,٠٣)، مما يدل على أن معاملات ثبات التعقل بمكوناته مقبولة.

### الخصائص السيكو مترية لمقياس التعقل في الدراسة الحالية:

- **الاتساق الداخلي:** قام الباحث بحساب الاتساق الداخلي لمقياس التعقل وذلك بحساب معامل الارتباط بين كل عبارة ومجموع كل بُعد، كما تم حساب الاتساق الداخلي بين الدرجة الكلية للبعد مع الدرجة الكلية للمقياس، حيث تراوحت معاملات الارتباط بالنسبة للبعد (الوعي بالخبرة) (٠,٦٢١-٠,٧٤٩)، وبالنسبة للبعد (تقبل الخبرة وعدم الحكم عليها)، (٠,٦١٧-٠,٨٢٤)، وبالنسبة للبعد (التعبير عن الأفكار والمشاعر)، (٠,٦٣٢-٠,٨٣٨)، وجميعها دالة عند مستوى دلالة (٠,٠١)، كما جاءت جميع معاملات ارتباط أبعاد مقياس التعقل دالة إحصائياً مع الدرجة الكلية لمقياس التعقل، مما يُعطي دليل على صلاحية مقياس التعقل للتطبيق في الدراسة الحالية.

-**الثبات:** أشارت النتائج إلى أن قيمة ثبات ألفا كرونباخ لكل من بُعد (الوعي بالخبرة-تقبل الخبرة وعدم الحكم عليها- التعبير عن الأفكار والمشاعر)، والدرجة الكلية لمقياس التعقل (٠,٧٣٠-٠,٧٥٢-٠,٧٨٤-٠,٨٦٦)، على الترتيب. كما بلغت قيمة التجزئة النصفية بطريقة سبيرمان براون لكل من (الدرجة الكلية للمقياس، و"بُعد" التعبير عن الأفكار والمشاعر" (٠,٨٢٠-٠,٦٩٩)، بينما تم الاعتماد على قيمة جتمان للتجزئة النصفية في كل من بُعد (الوعي بالخبرة-تقبل الخبرة وعدم الحكم عليه)، والتي بلغت (٠,٦٨٢-٠,٦٩٠)، على الترتيب. وهذه النتائج تؤكد تمتع مقياس التعقل وأبعاده الفرعية بدرجة مرتفعة من الثبات، يصلح معها استخدامه في الدراسة الحالية

البرامج العلاجية المستخدمة في الدراسة:

أولاً: برنامج العلاج القائم على التعقل:

يهدف العلاج القائم على التعقل إلى تعليم المرضى من أن يصبحوا أكثر وعياً بأفكارهم ومشاعرهم وأحاسيسهم الجسدية، والارتباط بها بشكل مختلف، على سبيل المثال يُشجع المرضى على الارتباط بالأفكار والانفعالات بوصفها أحداثاً عابرة في العقل بدلاً من التماهي معها، أو التعامل معها على أنها تمثيلات دقيقة للواقع. كذلك يعلم العلاج المعرفي القائم على التّعقل المهارات التي تسمح للأفراد بالتخلي عن الروتين المعرفي المعتاد (التلقائي) المخثل، ولاسمياً أنماط التفكير الاجتراري المرتبطة بمخاطر الانتكاس في المستقبل (Williams,et.al,2008). ويهدف البرنامج الحالي إلى خفض بعض أعراض اضطراب الشخصية الحدية، وخاصة صعوبات تنظيم الانفعال المصاحبة له.

الأسس العامة للبرنامج:

حق الفرد المُصاب باضطراب الشخصية الحدية في الإرشاد النفسي، فالتعامل مع هذا الاضطراب، ومحاولة تخفيفه يجعل الفرد يتعلم مداخل تكيفية تساعده على أن يتوافق مع الأزمات التي يعيشها، ويحل مشكلاته (حمودة، ٢٠٠٧، ٧٠١-٧٠٢).

• أهداف البرنامج الإجرائية:

- تحسين مهارات التعقل لدى الطالبات ذوات ذوي الشخصية الحدية.
- تحسين مهارات التفكير لدى ذوات الشخصية الحدية.
- تحسين مستوى السلوك المسؤول لدى الطالبات.

-خفض صعوبات تنظيم الانفعال لدى الطالبات ذوات ذوي الشخصية الحدية.

-خفض مستوى السلوك الاندفاعي والمتهور لدى الطالبات ذوات الشخصية الحدية.

-خفض مستوى إيذاء الذات لدى الطالبات ذوات الشخصية الحدية.

-تحسين العلاقات الشخصية لدى الطالبات ذوات الشخصية الحدية.

-تحسين مستوى المزاج.

-خفض مستوى أعراض الاكتئاب.

• مصادر إعداد البرنامج:

-الأطر النظرية التي اهتمت أو أصّلت للعلاج القائم على التعقل، وكذلك الدراسات التي تناولت فعالية العلاج القائم على التعقل، والبرامج العلاجية التي أصّلت للتعقل، واختبرت فنياته واستراتيجياته، ومنها: دراسة أحمد، وآخرين (٢٠١٩)، وكل من دراسة (Bateman&Fonagy,2004;Hayward,2008;Bateman&Fonagy,2010; Rossouw,2015;Falconer,et.al,2017;Bateman,et.al,2018) وغيرها

من الدراسات والكتابات التي أصّلت لهذا المدخل العلاجي.

-الدراسات والأطر النظرية التي تناولت اضطراب الشخصية الحدية، ومنها (APA(2013)؛ وكل من دراسة:

(Hopwood,2018;TetiMayer,et.al,2019;Tunç&Eren,2019;Juurlink,et al,2019) .. وغيرها من دراسات تشخيص وعلاج أعراض اضطرابات

ومشكلات ذوي الشخصية الحدية.

**الفنيات المستخدمة في البرنامج:**

أفاد الباحث في إعدادهِ وتطبيقهِ للعلاج القائم على التعقل على استخدام فنيات ونماذج تدريبية معرفية مختلفة تركز على تحسين مهارات التعقل والتفكير وتنظيم الانفعال والوعي بالذات والآخرين بشكل أكثر واقعية، إذ ركزت الجلسات على العلاج المعرفي وفنياته (تحديد الأفكار التلقائية والعمل على تصحيحها)، كما ركزت الجلسات على النَّعْلُ وفنياته (التنفس بِنَعْلُ، فحص الجسم بِنَعْلُ، نَعْلُ المشاعر)

**Identifying automatic thoughts** - تحديد الأفكار التلقائية والعمل على تصحيحها:

وفيها يُدرب المريض على فحص الأفكار والتمييز بين الأفكار السلبية والإيجابية ومناقشة الأدلة واكتشاف المعتقد غير العقلاني الكامن خلف الأفكار التلقائية السلبية واستبدالها بأفكار إيجابية بناءً على أدلة تؤدي إلى نتائج حسنة، ويُدرب المريض على نموذج سجل الأفكار.

**Mindful-Breathing** - التنفس بِنَعْلُ: التنفس بِنَعْلُ هو ممارسة بسيطة متاحة

للجميع ممارستها المنتظمة تحقق فوائد مثل تقليل التوتر، وزيادة الهدوء والوضوح والوعي الذاتي والإحساس بالسيطرة، فضلاً عن تعزيز السعادة والسلام والصمود في المواقف العصيبة، ويرتبط التنفس بِنَعْلُ ارتباطاً وثيقاً بتمارين التنفس العميق، وهو يأخذ خطوة إلى الأمام ويربط بين فوائد النفس العميق وعملية وتقنيات النَّعْلُ (Kar, et. al, 2014; Joyce, 2018)، وتتضمن تقنيات اقتران اليقظة والتنفس، تنمية الوعي بتجربتك في اللحظة الحالية، والعيش في كل لحظة على أكمل وجه ممكن. ومن وجهة نظر عملية يُعد التنفس قوة الحياة. فعندما نستنشق، فإنه يجلب الأكسجين إلى

الخلايا، وعندما نزر نطلق النفايات على شكل ثاني أكسيد الكربون، وتؤثر أنواع التنفس المختلفة على أجسامنا بشكل مختلف؛ على سبيل المثال، التنفس المنتظم يوازن الجهاز العصبي. ولنتذكر أن الهدف الأساسي من التنفس بتعقل هو الهدف الأساسي من هذا التأمل هو وصف التنفس بتعقل بأنه مجرد وعي هادئ، ولا يتضمن إصدار أحكام، مما يسمح للأفكار والمشاعر بالظهور والذهاب دون الوقوع في فخها (Amalie, 2022).

- **فحص الجسم بتعقل: Mindful Body Scan** : هو تأمل وعي مفتوح يساعد في توسيع وعي العقل بالجسم، والتخلص من التوتر وتهدئة العقل، وهو فنية تأمل فعالة بشكل خاص لتقوية التركيز والانتباه وتهدئة التنفس، كما أن فحص الجسم يركز على الوعي بأحاسيس الجسم من خلال جعل المشاركين يحركون تركيزهم من الرأس إلى أخمص القدمين، ويلاحظون الأحاسيس داخل أجسادهم وتساعدهم على الشعور بمزيد من الارتباط مع الجسم، ويوفر لنا فنية فحص الجسم فرصة لتجربة أجسامنا كما هي دون الحكم عليها أو محاولة تغييرها. إنها تسمح لنا بملاحظة وإخراج أي مصادر توتر لم نكن على علم بها من قبل، مثل أكتاف مرتفعة أو عضلات الفك المشدودة، كما تسمح لنا فنية فحص الجسم بممارسة التنظيم الذاتي حتى نتمكن من القيام بقرارات تستند إلى القيم بدلاً من الاستجابة للانفعالات والقرارات السابقة التي ربما لم نخدمنا. وتساعد عمليات فحص الجسم أيضًا على تنمية تقبلنا لأجسامنا، مما يُساعد في التخلص من الانزعاج وصورة الجسم السلبية والقلق بشأن الألم والمرض (Baltzell& Summers, 2018; Yalim, 2018; Khazan, 2019)

- **تعقل المشاعر: Mindfulness of Emotions**: وفيه يتعلم الفرد أن يرى مشاعره ويختبرها بشكل مباشر وبوضوح، ولا توجد عاطفة غير مناسبة في مجال ممارسة التَّعْقُل. ولا عواطف يتم تجنبها، أو التركيز على بعض أنواع العواطف دون غيرها. مع التَّعْقُل نحن نسمح للعواطف في الظهور عند وجودها، دون التعقيدات الإضافية لحكم مسبق، أو التفضيلات، أو النفور، أو الرغبات، أو التثبيت، أو المقاومة، أو ردود الفعل الأخرى. ببساطة ترك المشاعر وحدها؟ وبمجرد رؤية العواطف بشكل أكثر وضوحًا ومع الاستقرار يمكن الحصول على رؤى حول أسباب المشاعر المزعجة، والاحتفاظ بالعواطف في ذهننا، دون قمع، وبمرور الوقت، ستساعد هذه المهارة في تقليل تكرار المشاعر السلبية ومدتها والتصرف وفقا إليها بمهارة أكبر (إسماعيل، ٢٠٢٢، ٣٢١).

كما استخدم الباحث الأساليب التالية:

- **المحاضرة والمناقشة**: وتعتمد على المنحى المعرفي، إذ يُقدم الباحث معلومات نفسية يدور حولها نقاش مفيد في التعلم، وإعادة التعلم وتعديل اتجاهات المرضى
- **التعليم النفسي: Psychoeducation**: وهو شكل من أشكال التعليم يُقدم للمرضي بهدف إعطائهم قاعدة معرفية أقوى لمعرفة اضطرابهم وطرق التكيف معه رغم وجود الاضطراب، وقد استخدمها الباحث بهدف التعريف باضطراب الشخصية الحدية وأعراضه، وطبيعة المشكلات الناجمة عنه.
- **الواجب المنزلي**: وهو ما يكلف به المسترشد في الجلسة الإرشادية أو العلاجية من كتابة أو ممارسة لينفذه خارج الجلسة ليتم مناقشته في الجلسة أو الجلسات الإرشادية

التالية، وذلك بهدف استمرارية ممارسة واكتساب المهارات (العطية، ٢٠٠٨، ٩٤). حيث يكلف المعالج المنتفع ببعض المهام المنزلية (كتدوين الأفكار - قراءة بعض الكتب) (الشناوي، ١٩٩٨، ١١٦) وتُعد فنية الواجب المنزلي من أحد الفنيات الهامة في أي برنامج علاجي، حيث تُعتبر مقياس لمدى تطبيق التوصيات العلاجية والإرشادية في بيئة المريض خارج نطاق الجلسات، وبالتالي نجاح البرنامج العلاجي مع الحالة (عبد الغنى، ٢٠١٦، ٢٠٢). وللواجبات المنزلية دور كبير في زيادة فاعلية العلاج المعرفي خصوصاً، فهي الفنية التي يبدأ ويختتم بها المعالج جلسته، وهي تستخدم لتحسين إدراك الأفكار، كما تساعد على تقدم العلاج المعرفي سريعاً وتعطى فرصة للفرد لممارسة مهارات ووجهات نظر جديدة ومنطقية لمعرفة أفكاره غير العقلانية ومحاولة تعديلها (الشناوي، ومحمد، ٢٠١٠، ١١١-١١٢). وقد تم استخدام الواجب المنزلي في البرنامج الحالي: في ممارسة الفنيات والأساليب السلوكية والمعرفية المكتسبة في الجلسات العلاجية من قبل أعضاء المجموعات التجريبية من أجل استمرارهن في تحقيق هدف البرنامج العلاجي.

- **سجل الأفكار: Thought Record Sheet** : وهو من أكثر إجراءات العلاج المعرفي استخداماً لتحديد الأفكار غير العقلانية ودحضها واستبدالها بأفكار بديلة عقلانية.

- **النمذجة: Modeling** : وفيها يؤدي خطواتها، ويتعمد الباحث الحديث بصوت مرتفع في البداية حتى يتأكد من فهم المرضى واستيعابهم لخطوات تأدية المهارة المطلوبة، فالباحث يقدم نفسه بصفته نموذجاً تعليمياً تدريبياً.

- تصميم البرنامج:

- تم مراجعة الأطر النظرية الواردة في مصادر الإعداد وبعض البرامج العلاجية، وفي ضوء أهداف الدراسة الحالية تم تحديد أهداف البرنامج العلاجي، وتحديد فنياته وأساليبه العلاجية.

- تم تحديد الجلسات وهدف كل جلسة وفنياتها وأساليبها وإجراءاتها العلاجية وأدواتها.

- تحديد الأنماط العلاجية من جلسات فردية وجماعية وتحديد جلسات التعليم النفسي.

- كتابة أجندة عمل الجلسات متضمنة جميع أجزائها من التهيئة إلى تقييم الجلسة.

- إجراء بعض التعديلات على البرنامج.

- وضع الخطة الزمنية.

- الأساليب المتبعة في الجلسات:

- التعليم النفسي، ويتخلل معظم الجلسات، ويهتم بتعليم وتدريب الأشخاص على العديد من المهارات الشخصية والاجتماعية والحياتية في إطار مدخلي التعقل والواقع، ويتضمن فيديوها و مواد تعليمية متعددة.

- العلاج النفسي، ويتم من خلال توظيف بعض الفنيات العلاجية المتبعة في العلاج القائم على التعقل، كما تتخلل العديد من الجلسات وخاصة الجلسات الفردية، ويركز على مهارات التعقل وتنظيم الانفعال والمهارات الشخصية والاجتماعية.

**جلسات البرنامج:**

تضمن البرنامج (٥) جلسات فردية مكررة بإجمالي (٣٥) جلسة، و(٢٥) جلسة جماعية، بإجمالي (٣٠) جلسة، بواقع جلسة واحدة جماعية وجلستين فردية أسبوعياً، ولمدة ثلاثة شهور، تراوحت مدة الجلسات بين (٤٥-٥٥) دقيقة، وقد استغرق البرنامج حوالي (١٢) أسبوعاً، بالإضافة إلى جلسة ختامية لتطبيق القياس البعدي لمقاييس الدراسة.<sup>(١)</sup>

**ثانياً: برنامج التدريب على اليقظة العقلية:**

تم إعداد برنامج التدريب على اليقظة العقلية في ضوء تقنيات العلاج الجدلي السلوكي الذي وضعته "لينهان"، ويُعتبر التدريب على اليقظة العقلية أحد نماذج مجموعة التدريب المهاري التي تم وضعها ضمن استراتيجيات العلاج السلوكي الجدلي.

**-الهدف العام للبرنامج:** يهدف البرنامج الحالي إلى تنمية مهارات اليقظة العقلية وخفض صعوبات التنظيم الانفعالي والتعرف على أثره في أعراض الشخصية الحدية. ويُعد تحديد الأهداف أولى الخطوات التي يجب مراعاتها عند التخطيط لبناء أي برنامج، فهي الأساس الذي يتم في ضوءه اختيار محتوى البرنامج، وتحديد أساليب وطرق تقييمه، كما أنها توجه المعالج وتساعد على اختيار الخبرات المناسبة في إطار العملية التدريبية، وقد تم تحديد هذه الأهداف في الآتي:

<sup>١</sup> ملحق (١): المخطط التفصيلي للبرنامج المعرفي القائم على التعقل لمضطربات الشخصية الحدية

- **هدف وقائي:** يتمثل في تدريب عينة الدراسة على ممارسة اليقظة العقلية حتى تكون أسلوب حياة في التعامل مع الخبرات السلبية وكذلك لتنمية قدرتهم على مواجهة المشكلات التي تواجههم مما يحقق التوافق النفسي.
- **هدف علاجي:** يتمثل في خفض أعراض اضطراب الشخصية الحدية لدى عينة الدراسة المستهدفة ممن حصلوا على درجات مرتفعة على مقياس أعراض الشخصية الحدية.
- **هدف إجرائي:** يتمثل في الأهداف الخاصة التي تتحقق من خلال الجلسات وتطبيق الفنيات المختلفة للعلاج القائم على اليقظة العقلية وتتلخص فيما يلي:
  - الوعي بالأفكار التي تؤدي إلى مشكلات اضطراب الشخصية الحدية.
  - التركيز على اللحظة الحالية ومواجهة الأفكار السلبية التي يمر بها الفرد
  - التدريب على التفكير بطريقة إيجابية بدلاً من التفكير السلبي.
  - التدريب على تقبل الخبرات المختلفة دون إصدار أحكام عليها.
  - التدريب على التركيز للتغلب على النقب العاطفي والغضب
  - التدريب على التركيز للتغلب على سلوكيات الاندفاع وإيذاء الذات والانتحار.
  - التدريب على التركيز للتغلب على أفكار الاضطهاد والانفصال.
  - التدريب على التركيز للتغلب على اضطراب الهوية ومشاعر الفراغ وكراهية النفس.
  - التدريب على التركيز للتغلب على اضطراب العلاقات مع الآخرين.
  - التدريب على التركيز للتغلب على إساءة الفهم والخوف من الهجر.
  - التدريب على الملاحظة الواعية من خلال المواقف الحقيقية
  - تعميم ممارسة اليقظة العقلية في جميع المواقف الحياتية.

- تدريب الطالبات على ممارسة تمارين الاسترخاء المختلفة لصرف التفكير ومواجهة الأفعال القهرية.
- تدريب الطالبات على التغلب على الأفكار الاضطهادية والشك بالآخرين.
- تدريب الطالبات على مهارات العلاقات البين شخصية الفعالة من خلال تحديد الأولويات وملاحظة تغييرها عند التفاعل مع الآخرين، بالإضافة إلى مساعدتهن في البحث عما ينبغي فعله أو الإجابة بـ "لا" للأشياء والمطالب التي لا يستطعن القيام بها.
- تعريف الطالبات بمهارات اليقظة الذهنية.
- إكساب الطالبات مهارة ممارسة العقل الحكيم.
- تعريف الطالبات وتدريبهم على مهارة تحكم في عقلك: (ما هي).
- تعريف الطالبات وتدريبهم على مهارات التحكم في العقل: مهارات (كيف)
- إكساب الطالبات مهارات الفاعلية البين شخصية
- تعريف الطالبات وتدريبهم على مهارة الحصول على ما تريد (DEAR MAN)
- تعريف الطالبات وتدريبهم مهارة على الحفاظ على العلاقة (GIVE)، ومهارة حافظ على احترام نفسك (FAST)
- إكساب الطالبات مهارات بناء العلاقات وإنهاء المدمر منهم.
- تعريف الطالبات بمهارات تقبل الواقع، مهارة القبول المطلق والتحويل الذهني، ومهارة نصف الابتسامة والأيدي الهادئة، وتدريبهم عليها.
- تعريف الطالبات على مهارات تنظيم المشاعر، ومهارات فهم وتسمية المشاعر، ومهارات تغيير الاستجابات العاطفية، مهارة التحقق من الحقائق، وتدريبهم عليها.

- تعريف الطالبات على مهارات التقليل من تأثير التفكير العاطفي، مهارة تراكم المشاعر الإيجابية، ومهارة المحافظة على التفكير من خلال العناية بالجسم، وتدريبهم عليها.

- تعريف الطالبات وتدريبهم على مهارة الوعي بالمشاعر الحالية، ومهارة التحكم بالمشاعر الحادة

- مساعدة الطالبات على تعلم كيفية استخدام مهارات العلاج الجدلي السلوكي في الحياة اليومية.

#### الأساس النظري للبرنامج:

يستند البرنامج الحالي إلى التدريب على اليقظة العقلية في ضوء استراتيجيات العلاج السلوكي الجدلي الذي وضعته "لينهان"، ويعتبر التدريب على اليقظة العقلية أحد نماذج مجموعة التدريب المهاري التي تم وضعها ضمن استراتيجيات العلاج السلوكي الجدلي. ويهدف هذا النوع من العلاج كما يرى (O'brien, et. al, 2008)، إلى تنمية وعي الأفراد بالحالة التي يشعرون بها أثناء مرورهم بالمواقف والأفكار سواء كانت سلبية أو إيجابية، وصرف الانتباه عن المواقف السلبية التي تنشأ في فكر الفرد بالإضافة إلى الوصول إلى الوعي بالحواس بشكل عميق والتركيز وتحسين الانتباه وتقبل الأفكار والمشاعر دون إصدار أحكام عليها؛ كما يستهدف تخفيف حدة القلق وتحسين مستوى الانتباه وتنظيم الذات وذلك من خلال التدريب على التركيز والتأمل ويقوم هذا العلاج على اعتقاد مفاده أنه إذا كان الشخص قادراً على التحكم في حالته الداخلية فيمكنه الفهم والوعي بالأعراض والسلوكيات الكامنة وراء المشكلات النفسية والعمل على الحد منها أو التوافق معها. وتم تطبيق هذا التدخل من خلال التدريب الجمعي على مهارات

اليقظة العقلية خلال اثنا عشر أسبوعاً بواقع (٢٩) جلسة، تراوحت مدة الجلسة الواحدة بين ساعة إلى ساعة ونصف تقريباً، كما خضعت المشاركات في التدريب لواجب منزلي للتدريب على التأمل والتركيز لمدة تتراوح بين (٣٥) (٤٥) دقيقة يومياً<sup>(١)</sup>

مصادر بناء البرنامج:

- السلوكي الجدلي، للوقوف على أهم الفنيات التي تم استخدامها ومنها:  
(Dimeff& Linehan, 2001; Linehan, et. al, 2002; Robins& Chapman, 2004; Koerner& Dimeff, 2007; Swales& Heard, 2007; O'brien, et. al, 2008; Lynch& Cheavens; 2008; Safer, et. al, 2009; Matta, 2012; Linehan& Wilks, 2015; Linhean, 2015; Ahovan, et. al, 2016; Linehan, 2018; Flynn, et. al, 2021) ، وكذلك دراسات كل من: (فايد، ٢٠٠٦؛ سليمان، ٢٠١٠؛ راجا، ٢٠١٩).
- تم الاطلاع على برامج التدريب على اليقظة العقلية في العلاج السلوكي الجدلي ومنها: (Himmelstein, et. al, 2011; Feliu-Soler, et. al, 2014; Soler, et. al, 2016)
- البحوث والمؤلفات النظرية التي اهتمت باضطراب الشخصية الحدية وخصائصها ومنها: (Barnow, et. al, 2009; Gratz, et. al, 2009)

<sup>١</sup>ملحق (٢): المخطط التفصيلي للبرنامج الجدلي السلوكي لدى عينة من مضطربات الشخصية الحدية

- برامج العلاج السلوكي الجدلي واضطراب الشخصية الحدية ومنها: (Feliu- Soler, et. al, 2014)

أسس ومبادئ البرنامج العلاجي وقواعده:

اعتمد بناء البرنامج وتنفيذه على ما يلي:

- الاعتماد على بعض الأسس والمبادئ العامة للعلاج النفسي، والتي تتمثل في: الثبات النسبي للسلوك الإنساني، وإمكانية التنبؤ به، ومرونته، واستعداد الفرد وحقه في العلاج النفسي، واستمرارية عملية العلاج.

- الاعتماد على الأسس الفلسفية والتي تتمثل في: مراعاة طبيعة الفرد، والاهتمام بكيونته، والاهتمام بأخلاقيات العلاج النفسي، بالإضافة إلى اعتماد البرنامج على الأسس النفسية، والمتمثلة في: مراعاة الحالة النفسية للحالة، ومطالب النمو للمرحلة العمرية التي توجد بها.

- بناء برنامج العلاج السلوكي الجدلي لتخفيف بعض أعراض اضطراب الشخصية الحدية والشعور بصعوبة التنظيم الانفعالي الناتج عنه بناءً على أسس ومبادئ العلاج السلوكي الجدلي.

- تم الاعتماد في تنفيذ البرنامج على فنيات العلاج السلوكي الجدلي.

- تم تقديم كل مرحلة من مراحل العلاج السلوكي الجدلي من خلال مجموعة من المهارات والأنشطة والواجبات المنزلية.

كما تم بناء برنامج التدريب على اليقظة العقلية بناءً على أسس وقواعد ومبادئ العلاج السلوكي الجدلي باعتبار التدريب على اليقظة العقلية نموذج في مجموعة التدريب المهاري ضمن فنيات العلاج السلوكي الجدلي، ويقوم البرنامج الحالي على مجموعة من

الأسس النظرية التي تنطلق من استراتيجيات التدخلات القائمة على مهارات اليقظة العقلية التي وضعها (Kabat-Zinn, 2003) للتدريب على اليقظة العقلية. والتي تم تدريب عينة الدراسة عليها، وتتمثل في:

- التركيز **Mindfulness**: ويقصد بها إيلاء الانتباه بطريقة معينة عن عمد، في الوقت الراهن، دون إصدار أية أحكام، والتركيز في اللحظة الحالية بدلاً من التفكير فيما يجب أن نؤديه في مكان وزمان آخرين.
- الملاحظة **Observing** وهي مراقبة وملاحظة أو حضور الخبرات الداخلية والخارجية مثل الأحاسيس والإدراكات والمشاعر والمشاهد، والأصوات والروائح.
- الوصف **Describing**: وهو القدرة على وصف الخبرات الداخلية بالكلمات
- العمل بوعي **Acting with awareness** وهو أن يكون الشخص حاضرًا في نشاطاته الآنية، بحيث لا يقوم بأعماله بشكل آلي في حين يكون تركيز الانتباه لديه في مكان آخر، في حالة تعرف بالطيار الآلي.
- عدم التفاعل: **Non reactivity**: أي عدم التفاعل مع التجربة الداخلية بمعنى الميل للسماح للأفكار والمشاعر أن تأتي وتذهب دون التفاعل معها.
- عدم الحكم: **Non- Judging**: ويقصد بها عدم إصدار أحكام تقييمية نحو أي موقف أو خبرة سواء كانت جيدة أو سيئة؛ أي محاولة التعايش مع الخبرة كما هي؛ وذلك لأن هذه الأحكام قد تسيطر على أفكارنا كما أنها سابقة لأوانها.

- الصبر **Patience** ويشير إلى الفهم والتقبل لأي لحظة يمر بها الفرد، حيث قد تتكشف بعض الأمور غير الواضحة في وقتها المحدد مما يتطلب الصبر والمثابرة من جانبه.

- عقل المبتدئين **Beginners mind**: ويقصد بها التعامل مع الخبرات ورؤيتها كأنها تحدث لأول مرة، بدلاً من رؤيتها من خلال المعتقدات والأفكار الموجودة مسبقاً لدى الفرد.

- عدم السعي **Non Striving** ويشير إلى عدم السعي نحو تغيير ما لا يمكن تغييره في الواقع، فعندما يسعى الفرد لتحقيق أي أهداف مع عدم قدرته على تحقيقها فإن ذلك يجعله عرضة للضغط وعدم الرضا.

- التقبل **Acceptance** ويشير إلى تقبل الفرد لخبراته لحظة حدوثها كما هي في الواقع.

- دعها تذهب **Letting go** وتُشير إلى ترسيخ مبدأ الاستغناء وعدم الارتباط بالأفكار والمشاعر والمواقف والخبرات وتركها تذهب بعيداً عن الفرد: حيث إن الاحتفاظ بهذه الأفكار والمشاعر من شأنه أن يؤدي إلى المعاناة النفسية.

#### الفنيات المستخدمة في البرنامج:

اعتمد الباحث بصفة أساسية عند بناء جلسات برنامج العلاج السلوكي الجدلي على عدد من الفنيات التي يقوم عليها العلاج السلوكي الجدلي، مثل: التدريب على اليقظة العقلية، مهارة الإقناع الجدلي، أسلوب التسلسل وتحليل السلوك، التخيل أو التصور، التنظيم والتحكم بالانفعالات، التفكير الجدلي، التحويل، النمذجة التقليدية الحية،

المناقشة الجدلية وأسلوب المجاز، فنيات حل المشكلات، مثل التعديل المعرفي، صرف الانتباه، الاسترخاء العضلي، فنيات العلاقات الشخصية الفعالة، الاستشارة عبر الهاتف؛ إلى جانب بعض الفنيات المساعدة، وهي: المناقشة والحوار، التحصين التدريجي، الواجب المنزلي، بالإضافة إلى الفنيات التالية:

١. **التنفس اليقظ: Mindful breathing**: تسهم فنية التنفس اليقظ في تحسين الانتباه وتوفير الهدوء النفسي، الأمر الذي يساعد في خفض الضغوط النفسية التي يمر بها الفرد وذلك عن طريق توجيه الانتباه لعملية التنفس ونتم هذه العملية عن طريق جلوس الأفراد بشكل مريح مع وضع اليدين على الساقين ثم تركيز الانتباه على خبرة جسمية معينة ومن ثم التدريب على عملية التنفس بطريقة صحيحة (شهيق- زفير) عن طريق الأنف والفم مع توجيه الانتباه لحركة البطن عن طريق وضع اليد عليها أثناء عملية التنفس حيث يساعد التنفس اليقظ على الاسترخاء التام الذي يؤدي إلى صرف الانتباه عن الأشياء المؤلمة (Mak, et. al, 2018; Bluth, et. al, 2013; Harris, 2017)

٢. **المشي التأملي: Walking Meditation**: تهدف هذه الفنية إلى توجيه الانتباه إلى الجسم ككل وما يحدث فيه أثناء عملية المشي، وذلك عن طريق تدريب الأفراد على المشي الذي لا يهدف إلى الوصول لنقطة معينة؛ مما يساعد على التفاعل مع الخبرات أثناء الحركة وكذلك تنمية القدرة على توجيه الوعي إلى الجسم أثناء الحركة (Baer, Krietemeyer, 2006)

٣. **الملاحظة: Observing**: وتُعني المراقبة وتوجيه الانتباه إلى الحواس المختلفة ويمكن التدريب عليها عن طريق الأكل اليقظ Mindful Eating حيث يتم تشجيع

المتدرب على التركيز على حواسه المختلفة أثناء تناول الطعام بداية من الإحساس بشكلها عن طريق اللمس ثم التركيز على رائحتها وأخيرا تذوقها حيث يتم توجيه انتباه المتدرب إلى التركيز على الطعام الموجود معهم وصرف انتباهه عن أي شيء آخر وفي حالة ورود أفكار غير سارة إلى ذهنه فعليه ذكرها والاعتراف بها دون إصدار أي أحكام عليها، ثم العودة إلى الطعام مره أخرى (Barnow, et. al, 2012; Harris, 2017)

٤. الوصف: **Describing**: وتعني فنية الوصف القدرة على وصف الخبرات الداخلية بالكلمات.

٥. العمل بوعي: **Acting with awareness**: وتعني أن يكون الشخص حاضرا في نشاطاته الآنية، بحيث لا يقوم بأعماله بشكل آلي في حين يكون تركيز الانتباه لديه في مكان آخر في حالة تعرف بالطيار الآلي.

٦. عدم إصدار أحكام **Non judging**: أي عدم إصدار الأحكام على الخبرة الداخلية من خلال اتخاذ موقف تقييمي نحو الأفكار والمشاعر الداخلية.

٧. عدم التفاعل **Non reactivity**: وتعني عدم التفاعل مع التجربة الداخلية، بمعنى الميل للسماح للأفكار والمشاعر أن تأتي وتذهب دون التفاعل معها (Bear, et. al, 2006)

٨. التأمل **Meditation**: يعتبر التأمل تدخلا فعالا في الحد من الآثار النفسية السلبية التي يمر بها الفرد كما يساهم في الهدوء وخفض التوتر والإجهاد ويساعد في تحسين القدرة على إدراك الذات؛ وفيه يتم توجيه العقل إلى اللحظة الحالية بدلا من التفكير في الماضي أو المستقبل وذلك عن طريق الجلوس الهادئ والاستماع إلى موسيقى هادئة

مع ضرورة توجيهه إلى عدم التفكير في أي شيء مع التدريب على التنفس اليقظ أثناء علمية التأمل والتدريب على ملاحظة ورصد أي انفعالات تدخل في مجاله الإدراكي مع توجيهه إلى عدم ممارسة أي رد فعل أو استجابة الفعالية تجاه هذه الانفعالات (Barnow, et. al, 2012; Harris, 2017)

٩. التأمل المتسامي (التجاويزي) **Transcendental Meditation**: طريقة تهدف إلى الوصول بالإدراك من المستوى السطحي إلى الاستمتاع بالمستوى الأكثر استقراراً للعقل، حيث تسمح هذه العملية الوصول بالعقل الواعي إلى مصدر الفكر وذلك بشكل منهجي، وتمارس هذه الفنية لمدة عشرون دقيقة وذلك مرتين يومياً حيث أنها ممارسة عقلية بحتة ولا تتطلب أي تغيير في نمط الحياة (Maharishi & Yogi, 1994; Maharishi, 2001)

١٠. فنيات مساعدة مرتبطة بالعلاج المعرفي وتتمثل في الحوار والمناقشة الجماعية وصرف الانتباه، والنمذجة الحية، وإعادة البناء المعرفي، والواجبات المنزلية  
فروض الدراسة:

ينص الفرض الأول على: "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب درجات مجموعة العلاج القائم على التعقل (التجريبية الأولى)، ومجموعة التدريب القائم على اليقظة العقلية (التجريبية الثانية)، والمجموعة الضابطة على كل من مقياس (اضطراب الشخصية الحدية - صعوبات التنظيم الانفعالي - اليقظة العقلية - التعقل) قبل تطبيق البرامج العلاجية".

وللتحقق من صحة هذا الفرض تم حساب دلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية الأولى والمجموعة التجريبية الثانية، والمجموعة الضابطة على كل من مقياس (اضطرابات الشخصية الحدية- صعوبات التنظيم الانفعالي- اليقظة العقلية-التعقل) باستخدام اختبار كروسكال واليس "Kruskal-Wallis Test" لدلالة الفروق بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعات الثلاثة قبل تطبيق البرامج كما يلي: جدول (٢): نتائج اختبار "كروسكال واليس" لدلالة الفروق بين المجموعتين التجريبتين والمجموعة الضابطة على مقاييس الدراسة في القياس القبلي

الأبعاد	المجموعات	ن	متوسط الرتب	كا <sup>٢</sup>	درجة الحرية	مستوى الدلالة
جهود تائرة لتجنب الهجر الحقيقي أو الخيالي	المجموعة الأولى	٦	١١,٦٧	٢,١٦٤	٢	٠,٣٣٩
	المجموعة الثانية	٦	٩,٠٠			
	المجموعة الضابطة	٦	٧,٨٣			
	العينة الكلية	١٨				
نموذج غير مستقر من العلاقات الشخصية التي تتميز بالتعاقب بين التطرف في المثالية وعدم الاستقرار	المجموعة الأولى	٦	١٠,٢٥	١,٢٤٨	٢	٠,٥٦٣
	المجموعة الثانية	٦	٨,٠٠			
	المجموعة الضابطة	٦	١٠,٢٥			
	العينة الكلية	١٨				
اضطراب الهوية التي تتميز بشكل غير مستقر	المجموعة الأولى	٦	٩,٠٠	١,٠٦٣	٢	٠,٥٨٨
	المجموعة الثانية	٦	١٠,٥٠			
	المجموعة الضابطة	٦	٩,٠٠			

				١٨	العينة الكلية	لصورة الذات والإحساس بها
٠,٣٢٢	٢	٢,٢٦٧	١١,٠٠	٦	المجموعة الأولى	الاندفاعية في مجالين على الأقل من المجالات التي تحمل إمكانية إلحاق الأذى بالذات
			٩,٥٠	٦	المجموعة الثانية	
			٨,٠٠	٦	المجموعة الضابطة	
				١٨	العينة الكلية	
٠,١٣٣	٢	٤,٠٣٢	١١,٦٧	٦	المجموعة الأولى	سلوك انتحاري متكرر، أو إيماءات، أو تهديدات، أو تشويه الذات.
			١٠,٣٣	٦	المجموعة الثانية	
			٦,٥٠	٦	المجموعة الضابطة	
				١٨	العينة الكلية	
٠,٥٦٣	٢	١,١٤٨	١٠,٢٥	٦	المجموعة الأولى	عدم الاستقرار الوجداني (مثل: حدة الطباع، قلق يستمر عادة لبعض ساعات، ونادراً ما يستمر لأكثر من بضعة أيام)
			٨,٠٠	٦	المجموعة الثانية	
			١٠,٢٥	٦	المجموعة الضابطة	
				١٨	العينة الكلية	
٠,٥٨٨	٢	١,٠٦٣	٩,٠٠	٦	المجموعة الأولى	مشاعر مزمنة من الملل والخواء
			١٠,٥٠	٦	المجموعة الثانية	
			٩,٠٠	٦	المجموعة الضابطة	
				١٨	العينة الكلية	
٠,١١٩	٢	٤,٢٥٠	١١,٠٠	٦	المجموعة الأولى	الغضب الشديد غير المناسب أو صعوبة التحكم في الغضب
			١١,٠٠	٦	المجموعة الثانية	
			٦,٥٠	٦	المجموعة الضابطة	
				١٨	العينة الكلية	

٠,٣٢٢	٢	٢,٢٦٧	١١,٠٠	٦	المجموعة الأولى	أفكار عابرة معاودة مرتبطة بالضغط (بارانويا)، أو أعراض فصامية خطيرة عابرة أيضاً.
			٩,٥٠	٦	المجموعة الثانية	
			٨,٠٠	٦	المجموعة الضابطة	
				١٨	العينة الكلية	
٠,١٠٩	٢	٤,٤٣٧	١٢,٧٥	٦	المجموعة الأولى	الدرجة الكلية لمقياس اضطراب الشخصية الحدية
			٩,٣٣	٦	المجموعة الثانية	
			٦,٤٢	٦	المجموعة الضابطة	
				١٨	العينة الكلية	
٠,٣٥٩	٢	٢,٠٥٥	٧,٥٠	٦	المجموعة الأولى	عدم القبول
			١٠,٣٣	٦	المجموعة الثانية	
			١٠,٦٧	٦	المجموعة الضابطة	
				١٨	العينة الكلية	
٠,١١٩	٢	٤,٢٥٠	٦,٥٠	٦	المجموعة الأولى	الأهداف
			١١,٠٠	٦	المجموعة الثانية	
			١١,٠٠	٦	المجموعة الضابطة	
				١٨	العينة الكلية	
٠,٦٥٠	٢	٠,٨٦٢	١٠,٥٠	٦	المجموعة الأولى	الاندفاع
			٨,٠٠	٦	المجموعة الثانية	

			١٠,٠٠	٦	المجموعة الضابطة	
				١٨	العينة الكلية	
٠,١٦٧	٢	٣,٥٧٦	٦,٣٣	٦	المجموعة الأولى	الاستراتيجيات
			١١,٠٨	٦	المجموعة الثانية	
			١١,٠٨	٦	المجموعة الضابطة	
				١٨	العينة الكلية	
٠,٣٦٨	٢	٢,٠٠٠	١٠,٠٠	٦	المجموعة الأولى	الوضوح
			١٠,٠٠	٦	المجموعة الثانية	
			٨,٥٠	٦	المجموعة الضابطة	
				١٨	العينة الكلية	
٠,٢٤٦	٢	٢,٨٠٥	٦,٦٧	٦	المجموعة الأولى	الدرجة الكلية للتنظيم الانفعالي
			١١,٤٢	٦	المجموعة الثانية	
			١٠,٤٢	٦	المجموعة الضابطة	
				١٨	العينة الكلية	
٠,٢٣٢	٢	٢,٩٢٤	١٢,٠٠	٦	المجموعة الأولى	الملاحظة
			٩,٥٠	٦	المجموعة الثانية	
			٧,٠٠	٦	المجموعة الضابطة	
				١٨	العينة الكلية	
٠,٣٦٦	٢	٢,٠٠٨	١١,٣٣	٦	المجموعة الأولى	الوصف
			١٠,٠٠	٦	المجموعة الثانية	

			٧,١٧	٦	المجموعة الضابطة	
				١٨	العينة الكلية	
٠,٢٠٩	٢	٣,١٣٢	١٢,٠٠	٦	المجموعة الأولى	التصرف بوعي في اللحظة الحاضرة
			٩,٦٧	٦	المجموعة الثانية	
			٦,٨٣	٦	المجموعة الضابطة	
				١٨	العينة الكلية	
٠,٢٠٠	٢	٣,٢٢١	١٢,٠٠	٦	المجموعة الأولى	عدم الحكم على الخبرات الداخلية
			٩,٦٧	٦	المجموعة الثانية	
			٦,٨٣	٦	المجموعة الضابطة	
				١٨	العينة الكلية	
٠,٢٣٢	٢	٢,٩٢٤	١٢,٠٠	٦	المجموعة الأولى	عدم التفاعل مع الخبرات الداخلية
			٩,٥٠	٦	المجموعة الثانية	
			٧,٠٠	٦	المجموعة الضابطة	
				١٨	العينة الكلية	
٠,١٦٨	٢	٣,٥٦٦	١٢,١٧	٦	المجموعة الأولى	الدرجة الكلية لليقظة العقلية
			٩,٨٣	٦	المجموعة الثانية	
			٦,٥٠	٦	المجموعة الضابطة	
				١٨	العينة الكلية	
٠,٣١٣	٢	٢,٣٢٣	١٢,١٧	٦	المجموعة الأولى	الوعي بالخبرة الحالية وملاحظتها
			٨,٠٨	٦	المجموعة الثانية	
			٨,٢٥	٦	المجموعة الضابطة	
				١٨	العينة الكلية	
٠,١٠٦	٢	٤,٤٩٦	٧,٠٨	٦	المجموعة الأولى	تقبل الخبرة الحالية وعدم
			٨,٢٥	٦	المجموعة الثانية	

			١٣,١٧	٦	المجموعة الضابطة	إصدار أحكام تقييمية تجاهها
				١٨	العينة الكلية	
٠,٤٥٨	٢	١,٥٦٣	٨,٧٥	٦	المجموعة الأولى	التعبير عن الأفكار والمشاعر
			٨,٠٨	٦	المجموعة الثانية	
			١١,٦٧	٦	المجموعة الضابطة	
				١٨	العينة الكلية	
٠,٤٣٥	٢	١,١٦٦٤	٨,٦٧	٦	المجموعة الأولى	الدرجة الكلية لمقياس التعقل
			٨,٠٨	٦	المجموعة الثانية	
			١١,٧٥	٦	المجموعة الضابطة	
				١٨	العينة الكلية	

يتضح من جدول (٢) السابق؛ عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب درجات عينة الدراسة من طالبات الجامعة في المجموعتين التجريبتين والمجموعة الضابطة على كل من مقياس (اضطراب الشخصية الحدية، صعوبات التنظيم الانفعالي، اليقظة العقلية، التعقل) قبل تطبيق البرامج العلاجية، فمن خلال حساب قيمة "كا<sup>٢</sup>" في كل أبعاد مقاييس الدراسة، وبالكشف عن دلالتها الإحصائية وجد أنها غير دالة إحصائياً، أي أنه لا يوجد فروق بين المجموعات الثلاث (التجريبية الأولى - التجريبية الثانية- المجموعة الضابطة) في القياس القبلي

ينص الفرض الثاني على: "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب درجات مجموعة العلاج القائم على التعقل (التجريبية الأولى)، ومجموعة التدريب القائم على اليقظة العقلية (التجريبية الثانية)، والمجموعة الضابطة على كل من مقياس

(الشخصية الحدية- صعوبات التنظيم الانفعالي- اليقظة العقلية- التعقل) بعد تطبيق البرامج العلاجية".

وللتحقق من صحة هذا الفرض تم حساب دلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية الأولى والمجموعة التجريبية الثانية، والمجموعة الضابطة على كل من مقياس (صعوبات التنظيم الانفعالي- الشخصية الحدية- اليقظة العقلية- التعقل) باستخدام اختبار كروسكال وليس لدلالة الفروق بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعات الثلاثة بعد تطبيق البرامج كما يلي:

جدول (٣): نتائج اختبار " كروسكال وليس" لدلالة الفروق بين المجموعتين التجريبيتين والمجموعة الضابطة" على مقاييس الدراسة في القياس البعدي

الأبعاد	المجموعات	ن	متوسط الرتب	كا <sup>٢</sup>	درجة الحرية	مستوى الدلالة
جهود ثائرة لتجنب الهجر الحقيقي أو الخيالي	المجموعة الأولى	٦	٦,٥٨	١٠,٧٩٨	٢	٠,٠١
	المجموعة الثانية	٦	٦,٦٧			
	المجموعة الضابطة	٦	١٥,٢٥			
	العينة الكلية	١٨				
نموذج غير مستقر من العلاقات الشخصية التي تتميز بالتعاقب بين التطرف في المثالية وعدم الاستقرار	المجموعة الأولى	٦	٧,٦٠٨	٩,٤١٤	٢	٠,٠١
	المجموعة الثانية	٦	٦,٠٨			
	المجموعة الضابطة	٦	١٤,٨٣			
	العينة الكلية	١٨				
اضطراب الهوية التي تتميز بشكل غير مستقر لصورة الذات والإحساس بها	المجموعة الأولى	٦	٧,١٧	١٢,٠٧٩	٢	٠,٠١
	المجموعة الثانية	٦	٥,٨٣			
	المجموعة الضابطة	٦	١٥,٥٠			
	العينة الكلية	١٨				

٠,٠١	٢	١١,٧٩٧	٦,٥٨	٦	المجموعة الأولى	الاندفاعية في مجالين على الأقل من المجالات التي تحمل إمكانية إلحاق الأذى بالذات
			٦,٤٢	٦	المجموعة الثانية	
			١٥,٥٠	٦	المجموعة الضابطة	
				١٨	العينة الكلية	
٠,٠١	٢	٨,٧٧٧	٦,٨٣	٦	المجموعة الأولى	سلوك انتحاري متكرر، أو إيماءات، أو تهديدات، أو تشويه الذات.
			٧,٠٠	٦	المجموعة الثانية	
			١٤,٦٧	٦	المجموعة الضابطة	
				١٨	العينة الكلية	
٠,٠١	٢	٦,٣٢٦	٨,٠٠	٦	المجموعة الأولى	عدم الاستقرار الوجداني (مثل: حدة الطباع، قلق يستمر عادة لبعض ساعات، ونادراً ما يستمر لأكثر من بضعة أيام)
			٦,٦٧	٦	المجموعة الثانية	
			١٣,٨٣	٦	المجموعة الضابطة	
				١٨	العينة الكلية	
٠,٠١	٢	١٢,٠٣٣	٧,٣٣	٦	المجموعة الأولى	مشاعر مزمنة من الملل والخواء
			٥,٦٧	٦	المجموعة الثانية	
			١٥,٥٠	٦	المجموعة الضابطة	
				١٨	العينة الكلية	
٠,٠١	٢	١١,٧٥٦	٦,٦٧	٦	المجموعة الأولى	الغضب الشديد غير المناسب أو صعوبة التحكم في الغضب
			٦,٣٣	٦	المجموعة الثانية	
			١٥,٥٠	٦	المجموعة الضابطة	
				١٨	العينة الكلية	
٠,٠١	٢	٧,٨٢٨	٧,٠٨	٦	المجموعة الأولى	أفكار عابرة معاودة مرتبطة

			٧,٠٠	٦	المجموعة الثانية	بالضغوط (بارانويا)، أو أعراض فصامية خطيرة عابرة أيضاً.
			١٤,٤٢	٦	المجموعة الضابطة	
				١٨	العينة الكلية	
٠,٠١	٢	١١,٦٥٢	٧,١٧	٦	المجموعة الأولى	الدرجة الكلية لمقياس اضطراب الشخصية الحدية
			٥,٨٣	٦	المجموعة الثانية	
			١٥,٥٠	٦	المجموعة الضابطة	
				١٨	العينة الكلية	
٠,٠١	٢	٦,٥٠٠	٧,٠٠	٦	المجموعة الأولى	عدم القبول
			٧,٦٧	٦	المجموعة الثانية	
			١٣,٨٣	٦	المجموعة الضابطة	
				١٨	العينة الكلية	
٠,٠١	٢	٧,٩٤٤	٧,٠٠	٦	المجموعة الأولى	الأهداف
			٧,٦٧	٦	المجموعة الثانية	
			١٣,٨٣	٦	المجموعة الضابطة	
				١٨	العينة الكلية	
٠,٠١	٢	٩,٢٦٩	٦,١٧	٦	المجموعة الأولى	الاندفاع
			٧,٦٧	٦	المجموعة الثانية	
			١٤,٦٧	٦	المجموعة الضابطة	
				١٨	العينة الكلية	
٠,٠١	٢	٧,٢٣٦	٧,٠٠	٦	المجموعة الأولى	الاستراتيجيات
			٧,٨٣	٦	المجموعة الثانية	
			١٣,٦٧	٦	المجموعة الضابطة	
				١٨	العينة الكلية	
٠,٠١	٢	٦,٨٠٠	٧,٥٠	٦	المجموعة الأولى	الوضوح

			٧,٥٠	٦	المجموعة الثانية	
			١٣,٥٠	٦	المجموعة الضابطة	
				١٨	العينة الكلية	
٠,٠١	٢	٨,٥١٣	٦,٥٨	٦	المجموعة الأولى	الدرجة الكلية للتنظيم الانفعالي
			٧,٥٠	٦	المجموعة الثانية	
			١٤,٤٢	٦	المجموعة الضابطة	
				١٨	العينة الكلية	
٠,٠١	٢	١٢,٤٤٤	١١,٥٠	٦	المجموعة الأولى	الملاحظة
			١٣,٥٠	٦	المجموعة الثانية	
			٣,٥٠	٦	المجموعة الضابطة	
				١٨	العينة الكلية	
٠,٠١	٢	١٢,١٢٥	١٣,٥٨	٦	المجموعة الأولى	الوصف
			١١,٤٢	٦	المجموعة الثانية	
			٣,٥٠	٦	المجموعة الضابطة	
				١٨	العينة الكلية	
٠,٠١	٢	١١,٦٧٢	١٢,٢٥	٦	المجموعة الأولى	التصرف بوعي في اللحظة الحاضرة
			١٢,٧٥	٦	المجموعة الثانية	
			٣,٥٠	٦	المجموعة الضابطة	
				١٨	العينة الكلية	
٠,٠١	٢	١١,٨٣٤	١٢,٢٥	٦	المجموعة الأولى	عدم الحكم على الخبرات الداخلية
			١٢,٧٥	٦	المجموعة الثانية	
			٣,٥٠	٦	المجموعة الضابطة	
				١٨	العينة الكلية	
٠,٠١	٢	١١,٩٧٣	١٢,٩٢	٦	المجموعة الأولى	عدم التفاعل مع الخبرات

			١٢,٠٨	٦	المجموعة الثانية	الداخلية
			٣,٥٠	٦	المجموعة الضابطة	
				١٨	العينة الكلية	
٠,٠١	٢	١١,٥١١	١٢,٥٠	٦	المجموعة الأولى	الدرجة الكلية لليقظة العقلية
			١٢,٥٠	٦	المجموعة الثانية	
			٣,٥٠	٦	المجموعة الضابطة	
				١٨	العينة الكلية	
٠,٠١	٢	١١,٢٤١	١٣,٥٨	٦	المجموعة الأولى	الوعي بالخبرة الحالية وملاحظتها
			١١,١٧	٦	المجموعة الثانية	
			٣,٧٥	٦	المجموعة الضابطة	
				١٨	العينة الكلية	
٠,٠١	٢	١٠,٧٨٨	١٣,٢٥	٦	المجموعة الأولى	تقبل الخبرة الحالية وعدم إصدار أحكام تقييمية تجاهها
			١١,٣٣	٦	المجموعة الثانية	
			٣,٩٢	٦	المجموعة الضابطة	
				١٨	العينة الكلية	
٠,٠١	٢	٨,٥٤٩	١٢,٨٣	٦	المجموعة الأولى	التعبير عن الأفكار والمشاعر
			١١,١٧	٦	المجموعة الثانية	
			٤,٥٠	٦	المجموعة الضابطة	
				١٨	العينة الكلية	
٠,٠١	٢	٨,٦٢٥	١٢,٩٢	٦	المجموعة الأولى	الدرجة الكلية لمقياس التعقل
			١١,١٧	٦	المجموعة الثانية	
			٤,٤٢	٦	المجموعة الضابطة	
				١٨	العينة الكلية	

يتضح من جدول (٣) السابق؛ وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب درجات عينة الدراسة من طالبات الجامعة في المجموعتين التجريبتين والمجموعة الضابطة على كل من مقياس (صعوبات التنظيم الانفعالي- الشخصية الحدية- اليقظة العقلية- التعقل) بعد تطبيق البرامج العلاجية، فمن خلال حساب قيمة "كا<sup>٢</sup>" في كل أبعاد مقياس الدراسة، وبالكشف عن دلالتها الإحصائية وجد أنها دالة عند مستوى دلالة (٠,٠١)، أي أن الفروق بين المجموعات الثلاث (التجريبية الأولى - التجريبية الثانية- المجموعة الضابطة) فروق جوهرية على مقياس الدراسة، لذا تم استخدام اختبار مان ويتني "Mann-Whitney U" لدلالة الفروق بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعات المستقلة للكشف عن اتجاه الفروق بين المجموعات الثلاث. وكانت النتائج كما يلي:

جدول (٤): المتوسطات (م) والانحرافات المعيارية (ع) وقيمة (مان ويتني) لدرجات عينة الدراسة ودلالة الفروق بين المجموعة التجريبية الأولى والمجموعة التجريبية الثانية في القياس البعدي

المتغيرات	المجموعة	المتوسط	الانحراف	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة U	قيمة W	قيمة Z	الدلالة
جهود ثائرة لتجنب الهجر	المجموعة الأولى	٢٢,٨٣٣	١,٩٤٠	٥,٠٨	٣٠,٥٠	٩,٥٠٠	٣٠,٥٠٠	١,٣٩٣	٠,١٦٤
	المجموعة الثانية	٢٤,١٦٦	١,٤٧١	٧,٩٢	٤٧,٥٠				
نموذج غير مستقر من	المجموعة الأولى	٢٧,٨٣٣	٢,٦٣٩	٧,٢٥	٤٣,٥٠	١٣,٥٠٠	٣٤,٥٠٠	٠,٧٤٢	٠,٤٥٨
	المجموعة	٢٦,٦٦	٣,٣٢٦	٥,٧٥	٣٤,٥٠				

								الثانية	العلاقات
٠,٤٥٨	٠,٧٤٢	٣٥,٠٠	١٤,٠٠٠	٤٣,٠٠	٧,١٧	٢,٨٧٥	٣٠,٦٦٦	المجموعة الأولى	اضطراب الهوية
				٣٥,٠٠	٥,٨٣	٣,٧٦٣	٢٩,١٦٦	المجموعة الثانية	
٠,٩٣٣	٠,٠٨٤	٣٨,٠٠	١٧,٥٠٠	٣٩,٥٠	٦,٥٨	١,٤٧١	١٢,٨٣٣	المجموعة الأولى	الاندفاعية
				٣٨,٥٠	٦,٤٢	٠,٨١٦	١٢,٦٦٦	المجموعة الثانية	
٠,٤٦٣	٠,٧٣٤	٣٤,٥٠٠	١٣,٥٠٠	٣٤,٥٠	٥,٧٥	١,٥٠٥	٢١,٦٦٦	المجموعة الأولى	سلوك انتحاري
				٤٣,٥٠	٧,٢٥	١,٦٣٢	٢٢,٣٣٣	المجموعة الثانية	
٠,٥٠٥	٠,٦٦٧	٣٥,٠٠	١٤,٠٠	٤٣,٠٠	٧,١٧	٢,٥٨٨	٢٣,٥٠٠	المجموعة الأولى	عدم الاستقرار الوجداني
				٣٥,٠٠	٥,٨٣	٣,٢٠٩	٢٢,٥٠٠	المجموعة الثانية	
٠,٤٠٧	٠,٨٢٩	٣٤,٠٠	١٣,٠٠	٤٤,٠٠	٧,٣٣	٢,٦٣٨	٢٦,٠٠	المجموعة الأولى	مشاعر مزمنة من الملل والخواء
				٣٤,٠٠	٥,٦٧	٣,٣٢٦	٢٤,٦٦٦	المجموعة الثانية	
٠,٨٦٨	٠,١٦٦	٣٨,٠٠	١٧,٠٠	٤٠,٠٠	٦,٦٧	٢,٩٩٤	٢٦,١٦٦	المجموعة	الغضب

								الأولى	الشديد
				٣٨,٠٠	٦,٣٣	١,٧٢٢	٢٥,٨٣٣	المجموعة الثانية	
٠,٨٧١	٠,١٦٣	٣٨,٠٠	١٧,٠٠	٤٠,٠٠	٦,٦٧	١,٥١٦	٢٧,٥٠٠	المجموعة الأولى	أفكار عابرة مرتبطة بالضغط
				٣٨,٠٠	٦,٣٣	٣,١٢٥	٢٦,٨٣٣	المجموعة الثانية	
٠,٨٧٣	٠,١٦٠	٣٨,٠٠	١٧,٠٠	٤٠,٠٠	٦,٦٧	١٥,٦٠٣	٢١٨,٦٦٦	المجموعة الأولى	ك. اضطراب الشخصية الحدية
				٣٨,٠٠	٦,٣٣	١٩,٧٧٢	٢١٤,٨٣٣	المجموعة الثانية	
٠,٨٦٣	٠,١٧٣	٣٨٩,٠٠	١٧,٠٠	٤٠,٠٠	٦,٦٧	١,٠٣٢	٦,٣٣٣	المجموعة الأولى	عدم القبول
				٣٨,٠٠	٦,٣٣	٠,٧٥٢	٦,١٦٦	المجموعة الثانية	
٠,٣١٧	٠,٩٩٩	٣٦,٠٠	١٥,٠٠	٤٢,٠٠	٧,٠٠	٠,٤٠٨	٦,١٦٦	المجموعة الأولى	الأهداف
				٣٦,٠٠	٦,٠٠	٠,٠٠٠	٦,٠٠	المجموعة الثانية	
٠,٨٦٣	٠,١٧٣	٣٨,٠٠	١٧,٠٠	٤٠,٠٠	٦,٦٧	١,٢٦٤	٧,٠٠٠	المجموعة الأولى	الاندفاع
				٣٨,٠٠	٦,٣٣	١,٣٢٩	٦,٨٣٣	المجموعة الثانية	

								الثانية	
٠,٣١٧	٠,٩٩٩	٣٦,٠٠٠	١٥,٠٠	٤٢,٠٠	٧,٠٠	٠,٤٠٨	١٠,١٦٦٧	المجموعة الأولى	الاستراتيجيات
				٣٦,٠٠	٦,٠٠	٠,٠٠	١٠,٠٠	المجموعة الثانية	
٠,٥٢٣	٠,٦٣٨	٣٦,٠٠	١٥,٠٠	٤٢,٠٠	٧,٠٠	٢,٠٦٥	٥,٣٣٣	المجموعة الأولى	الوضوح
				٣٦,٠٠	٦,٠٠	١,٦٣٢	٤,٦٦٦	المجموعة الثانية	
٠,٣٣٦	٠,٩٦٢	٣٤,٠٠	١٣,٠٠٠	٤٤,٠٠	٧,٣٣	٢,٩٦٦	٣٥,٠٠	المجموعة الأولى	ك. التنظيم الانفعالي
				٣٤,٠٠	٥,٦٧	٠,٥١٦	٣٣,٦٦٦	المجموعة الثانية	
٠,٣٠٩	١,٠١٧	٣٣,٠٠	١٢,٠٠	٥,٥٠	٣٣,٠٠	٠,٥١٦	٣٢,٦٦٧	المجموعة الأولى	الملاحظة
				٧,٥٠	٤٥,٠٠	١,٨٩٧	٣٤,٠٠٠	المجموعة الثانية	
٠,٢٨٤	١,٠٧١	٣٢,٥٠٠	١١,٥٠٠	٤٥,٥٠	٧,٥٨	٠,٦٣٢	٣٤,٠٠	المجموعة الأولى	الوصف
				٣٢,٥٠	٥,٤٢	٢,٢٥٨	٣٢,٥٠٠	المجموعة الثانية	
٠,٨٠٤	٠,٢٤٨	٣٧,٥٠٠	١٦,٥٠٠	٣٧,٥٠	٦,٢٥	١,٢٦٤	٣٤,٠٠	المجموعة الأولى	التصرف بوعي
				٤٠,٥٠	٦,٧٥	٢,١٩٠	٣٤,٠٠	المجموعة الثانية	
٠,٨٠٥	٠,٢٤٧	٣٧,٥٠٠	١٦,٥٠٠	٣٧,٥٠	٦,٥٢	١,١٦٩	٣٣,٨٣٣	المجموعة الأولى	عدم الحكم

				٤٠,٥٠	٦,٧٥	٢,٧٣٨	٣٤,٥٠٠	المجموعة الثانية	على الخبرات
٠,٦٧٦	٠,٤١٧	٣٦,٥٠٠	١٥,٠٠	٤١,٥٠	٦,٩٢	٢,١٣٦	٢٩,٨٣٣	المجموعة الأولى	عدم التفاعل مع الخبرات
				٣٦,٥٠	٦,٠٨	١,٨٦١	٢٩,٦٦٦	المجموعة الثانية	
٠,٩٩٩	٠,٠٠٠	٣٩,٠٠٠	١٨,٠٠٠	٣٩,٠٠	٦,٥٠	٤,٥٨٩	١٦٤,٣٣٣	المجموعة الأولى	الدرجة الكلية لليقظة العقلية
				٣٩,٠٠	٦,٥٠	١٠,٦٣٣	١٦٤,٦٦٦	المجموعة الثانية	
٠,٣٢١	٠,٩٩٣	٣٣,٠٠٠	١٢,٠٠٠	٤٥,٠٠	٧,٥٠	١,١٦٩	٤٩,٨٣٣	المجموعة الأولى	الوعي بالخبرة الحالية
				٣٣,٠٠	٥,٥٠	٤,٠٢٠	٤٧,٨٣٣	المجموعة الثانية	
٠,٨٠٣	٠,٢٥٠	٣٧,٥٠٠	١٦,٥٠٠	٤٠,٥٠	٦,٧٥	٢,٥٠٩	٤٩,٥٠٠	المجموعة الأولى	تقبل الخبرة الحالية
				٣٧,٥٠	٦,٢٥	٥,٣٦٦	٤٨,٠٠	المجموعة الثانية	
٠,٨١٨	٠,٢٦٨	٣٧,٥٠٠	١٦,٥٠٠	٣٧,٥٠	٦,٢٥	١,٦٣٢	٢٤,٦٦٦	المجموعة الأولى	التعبير عن الأفكار والمشاعر
				٤٠,٥٠	٦,٧٥	٣,١٢٥	٢٤,١٦٦	المجموعة الثانية	
٠,٩٣٤	٠,٠٨٣	٣٨,٥٠٠	١٧,٥٠٠	٣٩,٥٠	٦,٥٨	٢,٦٨٣	١٢٤,٠٠	المجموعة الأولى	ك. لمقياس التعقل
				٣٨,٥٠	٦,٤٢	١١,٨٩٩	١٢٠,٠٠	المجموعة الثانية	

يتضح من جدول (٤) السابق؛ لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب درجات طالبات الجامعة في المجموعة التجريبية الأولى (العلاج القائم على التعقل)، والتجريبية الثانية (التدريب القائم على اليقظة العقلية) على كل من مقياس (الشخصية الحدية- صعوبات التنظيم الانفعالي - اليقظة العقلية- التعقل). وتتفق هذه النتيجة مع نتائج دراسة حسين (٢٠١٦) والتي أشارت إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات كل من مجموعة العلاج الجدلي السلوكي ومجموعة العلاج بالتعقل التجريبتين على مقياس أعراض اضطراب الشخصية الحدية وأبعاده الفرعية

جدول (٥): المتوسطات (م) والانحرافات المعيارية (ع) وقيمة (مان ويتي) لدرجات عينة الدراسة ودلالة الفروق بين المجموعة التجريبية الأولى (العلاج القائم على التعقل) والمجموعة الضابطة في القياس البعدي

المتغيرات	المجموعة	المتوسط	الانحراف	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة U	قيمة W	قيمة Z	الدلالة
جهود ثائرة لتجنب الهجر الضابطة	المجموعة الأولى	٢٢,٨٣٣	١,٩٤٠	٣,٥٠	٢١,٠٠	٠,٠٠٠	٢١,٠٠٠	٢,٤٩٥	٠,٠٠١
	المجموعة الضابطة	٣٠,٨٣٣	٣,٣٧١	٩,٥٠	٥٧,٠٠				
نموذج غير مستقر من العلاقات	المجموعة الأولى	٢٧,٨٣٣	٢,٦٣٩	٣,٨٣	٢٣,٠٠	٢,٠٠٠	٢٣,٠٠٠	٢,٥٨٥	٠,٠٠١
	المجموعة الضابطة	٣٢,٦٦٦	٢,٠٦٥	٩,١٧	٥٥,٠٠				
اضطراب الهوية الضابطة	المجموعة الأولى	٣٠,٦٦٦	٢,٨٧٥	٣,٥٠	٢١,٠٠	٠,٠٠٠	٢١,٠٠٠	٢,٩٦١	٠,٠٠١
	المجموعة الضابطة	٣٨,٣٣٣	٠,٥١٦	٩,٥٠	٥٧,٠٠				

٠.٠١	٢,٩٣٩	٢١,٠٠	٠,٠٠	٢١,٠٠	٣,٥٠	١,٤٧١	١٢,٨٣٣	المجموعة الأولى	الاندفاعية
				٥٧,٠٠	٩,٥٠	٠,٨٣٦	١٧,٥٠٠	المجموعة الضابطة	
٠.٠١	٢,٦٦٢	٢٣,٠٠	٢,٠٠	٢٣,٠٠	٣,٨٣	١,٥٠٥	٢١,٦٦٦	المجموعة الأولى	سلوك انتحاري
				٥٥,٠٠	٩,١٧	٣,٦١٤	٢٧,٦٦٦	المجموعة الضابطة	
٠.٠١	٢,١٣٥	٢٦,٠٠	٥,٠٠	٢٦,٠٠	٤,٣٣	٢,٥٨٨	٢٣,٥٠٠	المجموعة الأولى	عدم الاستقرار
				٥٢,٠٠	٨,٦٧	١,٣٦٦	٢٧,٣٣٣	المجموعة الضابطة	
٠.٠١	٢,٩٥٠	٢١,٠٠	٠,٠٠	٢١,٠٠	٣,٥٠	٢,٦٣٨	٢٦,٠٠	المجموعة الأولى	مشاعر مزمنة من الملل والخواء
				٥٧,٠٠	٩,٥٠	٠,٥١٦	٣٢,٣٣٣	المجموعة الضابطة	
٠.٠١	٢,٩٣٩	٢٣,٠٠	٠,٠٠٠	٢١,٠٠	٣,٥٠	٢,٩٩٤	٢٦,٦٦٦	المجموعة الأولى	الغضب الشديد
				٥٧,٠٠	٩,٥٠	٢,١٦٠	٣٤,٦٦٦	المجموعة الضابطة	
٠.٠١	٢,٥٤٠	٢١,٠٠	٢,٥٠٠	٢٣,٥٠	٣,٩٢	١,٥١٦	٢٧,٥٠٠	المجموعة الأولى	أفكار عابرة مرتبطة بالضغط
				٥٤,٥٠	٩,٠٨	٣,٦٦٩	٣٣,٦٦٦	المجموعة الضابطة	
٠.٠١	٢,٩٠٣	٢٤,٥٠	٠,٠٠٠	٢١,٠٠	٣,٥٠	١٥,٦٠٣	٢١٨,٦٦٦	المجموعة الأولى	ك. اضطراب الشخصية الحدية
				٥٧,٠٠	٩,٥٠	١٥,٩١٢	٢٧٥,٠٠	المجموعة الضابطة	
٠.٠١	٢,٤٠٨	٢٤,٥٠	٣,٥٠٠	٢٤,٥٠	٤,٠٨	١,٠٣٢	٦,٣٣٣	المجموعة الأولى	عدم القبول
				٥٣,٥٠	٨,٩٢	٢,٨٠٤	١١,٦٦٦	المجموعة الضابطة	
٠.٠١	٢,٥٢٩	٢٤,٥٠	٣,٥٠٠	٢٤,٥٠	٤,٠٨	٠,٤٠٨	٦,١٦٦	المجموعة الأولى	الأهداف

				٥٣,٥٠	٨,٩٢	٢,٨٠٤	١١,٦٦٦	المجموعة الضابطة	
٠.٠١	٢,٦٩٩	٢٢,٥٠	١,٥٠٠	٢٢,٥٠	٣,٧٥	١,٢٦٤	٧,٠٠٠	المجموعة الأولى	الاندفاع
				٥٥,٥٠	٩,٢٥	١,٧٢٢	١١,١٦٦	المجموعة الضابطة	
٠.٠١	٢,٤٨٨	٢٤,٥٠	٣,٥٠٠	٢٤,٥٠	٤,٠٨	٠,٤٠٨	١٠,١٦٦٧	المجموعة الأولى	الاستراتيجيات
				٥٣,٥٠	٨,٩٢	٤,٨٨٥	١٩,٦٦٦	المجموعة الضابطة	
٠.٠١	٢,٣٤٥	٢٧,٠٠	٦,٠٠	٢٧,٠٠	٤,٥٠	٢,٠٦٥	٥,٣٣٣	المجموعة الأولى	الوضوح
				٥١,٠٠	٨,٩٢	٠,٠٠٠	٨,٠٠٠	المجموعة الضابطة	
٠.٠١	٢,٧٩١	٢٢,٠٠	١,٠٠٠	٢٢,٠٠	٣,٦٧	٢,٩٦٦	٣٥,٠٠	المجموعة الأولى	ك. للتنظيم الانفعالي
				٥٦,٠٠	٩,٣٣	١١,٨٥٦	٦٢,١٦٦	المجموعة الضابطة	
٠.٠١	٣,٠٥٢	٢١,٠٠	٠,٠٠	٥٧,٠٠	٩,٥٠	٠,٥١٦	٣٢,٦٦٧	المجموعة الأولى	الملاحظة
				٢١,٠٠	٣,٥٠	١,٢٢٤	١٦,٥٠٠	المجموعة الضابطة	
٠.٠١	٢,٩٦١	٢١,٠٠	٠,٠٠	٥٧,٠٠	٩,٥٠	٠,٦٣٢	٣٤,٠٠	المجموعة الأولى	الوصف
				٢١,٠٠	٣,٥٠	١,٩٤٠	١٨,١٦٦	المجموعة الضابطة	
٠.٠١	٢,٩٢٩	٢١,٠٠	٠,٠٠	٥٧,٠٠	٩,٥٠	١,٢٦٤	٣٤,٠٠	المجموعة الأولى	التصرف بوعي
				٢١,٠٠	٣,٥٠	١,١٦٩	١٦,٨٣٣	المجموعة الضابطة	
٠.٠١	٣,٠٠٠	٢١,٠٠	٠,٠٠٠	٥٧,٠٠	٩,٥٠	١,١٦٩	٣٣,٨٣٣	المجموعة الأولى	عدم الحكم على الخبرات
				٢١,٠٠	٣,٥٠	٠,٨١٦	١٦,٣٣٣	المجموعة الضابطة	
٠.٠١	٣,٠٠٠	٢١,٠٠	٠,٠٠	٥٧,٠٠	٩,٥٠	٢,١٣٦	٢٩,٨٣٣	المجموعة الأولى	عدم التفاعل

				٢١,٠٠	٣,٥٠	٠,٤٠٨	١٤,١٦٦	المجموعة الضابطة	مع الخبرات
٠.٠١	٢,٩٣٩	٢١,٠٠	٠,٠٠	٥٧,٠٠	٩,٥٠	٤,٥٨٩	١٦٤,٣٣٣	المجموعة الأولى	الدرجة الكلية
				٢١,٠٠	٣,٥٠	٥,٤٠٣	٨٢,٠٠	المجموعة الضابطة	لليقظة العقلية
٠.٠١	٢,٨٩٢	٢١,٠٠	٠,٠٠	٥٧,٠٠	٩,٥٠	١,١٦٩	٤٩,٨٣٣	المجموعة الأولى	الوعي بالخبرة
				٢١,٠٠	٣,٥٠	١,٨٧٠	١٥,٥٠٠	المجموعة الضابطة	الحالية
٠.٠١	٣,٠٠٠	٢١,٠٠	٠,٠٠٠	٥٧,٠٠	٩,٥٠	٢,٥٠٩	٤٩,٥٠٠	المجموعة الأولى	تقبل الخبرة
				٢١,٠٠	٣,٥٠	٠,٨١٦	٢٠,٦٦٦	المجموعة الضابطة	الحالية
٠.٠١	٢,٩٢٩	٢١,٠٠	٠,٠٠٠	٥٧,٠٠	٩,٥٠	١,٦٣٢	٢٤,٦٦٦	المجموعة الأولى	التعبير عن الأفكار والمشاعر
				٢١,٠٠	٣,٥٠	٠,٩٨٣	١١,٨٣٣	المجموعة الضابطة	
٠.٠١	٢,٨٩٢	٢١,٠٠	٠,٠٠	٥٧,٠٠	٩,٥٠	٢,٦٨٣	١٢٤,٠٠	المجموعة الأولى	ك. لمقياس التعقل
				٢١,٠٠	٣,٥٠	٢,٣٦٦	٤٨,٠٠	المجموعة الضابطة	

يتضح من جدول (٥) السابق؛ وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠,٠١) بين متوسط رتب درجات طالبات الجامعة في المجموعة التجريبية الأولى (العلاج القائم على التعقل)، والمجموعة الضابطة على كل من مقياس (الشخصية الحديدية- صعوبات التنظيم الانفعالي - اليقظة العقلية- التعقل)، وذلك لصالح المجموعة التجريبية الأولى (العلاج القائم على التعقل)، والذي تم تطبيق البرنامج العلاجي القائم على التعقل عليها في مقابل عدم تطبيق أي برامج علاجية على المجموعة الضابطة.

وتتفق هذه النتيجة مع نتائج دراسة (Beteman&Fonagy (2010)، والتي أشارت إلى انخفاض في كل من أعراض الاكتئاب وانخفاض في الميل إلى الانتحار وسلوك إيذاء الذات، وتحسن في الأداء الاجتماعي والبيئ شخصي وقدرة أفضل على إدارة الانفعال والاندفاع لدى المجموعة التجريبية مقابل المجموعة الضابطة والتي لم يظهر عليها أي تغير ملحوظ في نفس الفترة. كما تتفق هذه النتيجة مع نتائج دراسة (Einy,et.al (2019)، والتي أشارت إلى فعالية العلاج بالتعقل في تحسين قوة الأنا وخفض ميكانيزمات الدفاع وخفض أعراض الشخصية الحدية لدى أفراد المجموعة التجريبية في مقابل عدم وجود أي تحسن لدى المجموعة الضابطة. كما تتفق هذه النتيجة مع نتائج دراسة مطاوع (٢٠٢٠)، والتي أشارت إلى فعالية مدخل العلاج القائم على التعقل في تحسين مهارات التعقل وخفض أعراض اضطراب الشخصية الحدية وصعوبات التنظيم الانفعالي والاكتئاب لدى عينة من طلاب الجامعة لدى أفراد المجموعة التجريبية في مقابل المجموعة الضابطة التي لم يظهر عليها أي تحسن.

جدول (٦): المتوسطات (م) والانحرافات المعيارية (ع) وقيمة (مان ويتي) لدرجات عينة الدراسة ودلالة الفروق بين المجموعة التجريبية الثانية (التدريب القائم على اليقظة العقلية) والمجموعة الضابطة في القياس البعدي

المتغيرات	المجموعة	المتوسط	الانحراف	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة U	قيمة W	قيمة Z	الدلالة
جهود ثائرة لتجنب الهجر الضابطة	المجموعة الثانية	٢٤,١٦٦	١,٤٧١	٣,٦٧	٢٢,٠٠	١,٠٠٠	٢٢,٠٠	٢,٨١٢	٠.٠١
	المجموعة الضابطة	٣٠,٨٣٣	٣,٣٧١	٩,٣٣	٥٦,٠٠				

٠.٠١	٢,٥٩٩	٢٣,٠٠	٢,٠٠٠	٢٣,٠٠	٣,٨٣	٣,٣٢٦	٢٦,٦٦	المجموعة الثانية	نموذج غير مستقر من العلاقات
				٥٥,٠٠	٩,١٧	٢,٠٦٥	٣٢,٦٦٦	المجموعة الضابطة	
٠.٠١	٢,٩٦٦	٢١,٠٠	٠,٠٠	٢١,٠٠	٣,٥٠	٣,٧٦٣	٢٩,١٦٦	المجموعة الثانية	اضطراب الهوية
				٥٧,٠٠	٩,٥٠	٠,٥١٦	٣٨,٣٣٣	المجموعة الضابطة	
٠.٠١	٢,٩٦١	٢١,٠٠	٠,٠٠	٢١,٠٠	٣,٥٠	٠,٨١٦	١٢,٦٦٦	المجموعة الثانية	الاندفاعية
				٥٧,٠٠	٩,٥٠	٠,٨٣٦	١٧,٥٠٠	المجموعة الضابطة	
٠.٠١	٢,١٣٩	٢٦,٠٠	٥,٠٠	٢٦,٠٠	٤,٣٣	١,٦٣٢	٢٢,٣٣٣	المجموعة الثانية	سلوك انتحاري
				٥٢,٠٠	٨,٦٧	٣,٦١٤	٢٧,٦٦٦	المجموعة الضابطة	
٠.٠١	٢,١٣٥	٢٦,٠٠	٥,٠٠	٢٦,٠٠	٤,٣٣	٣,٢٠٩	٢٢,٥٠٠	المجموعة الثانية	عدم الاستقرار الوجداني
				٥٢,٠٠	٨,٦٧	١,٣٦٦	٢٧,٣٣٣	المجموعة الضابطة	
٠.٠١	٢,٩٦١	٢١,٠٠	٠,٠٠٠	٢١,٠٠	٣,٥٠	٣,٣٢٦	٢٤,٦٦٦	المجموعة الثانية	مشاعر مزمنة من الملل والخواء
				٥٧,٠٠	٩,٥٠	٠,٥١٦	٣٢,٣٣٣	المجموعة الضابطة	
٠.٠١	٢,٩٦١	٢١,٠٠	٠,٠٠٠	٢١,٠٠	٣,٥٠	١,٧٢٢	٢٥,٨٣٣	المجموعة الثانية	الغضب الشديد
				٥٧,٠٠	٩,٥٠	٢,١٦٠	٣٤,٦٦٦	المجموعة الضابطة	
٠.٠١	٢,٣١٦	٢١,٠٠	٤,٠٠	٢٥,٠٠	٤,١٧	٣,١٢٥	٢٦,٨٣٣	المجموعة الثانية	أفكار عابرة مرتبطة بالضغط
				٥٣,٠٠	٨,٨٣	٣,٦٦٩	٣٣,٦٦٦	المجموعة الضابطة	
٠.٠١	٢,٩٠٨	٢١,٠٠	٠,٠٠	٢١,٠٠	٣,٥٠	١٩,٧٧٢	٢١٤,٨٣٣	المجموعة	ك. اضطراب

		٠						الثانية	الشخصية
				٥٧,٠٠	٩,٥٠	١٥,٩١٢	٢٧٥,٠٠	المجموعة	الحدية
٠.٠١	٢,٤١٢	٢٤,٥٠	٣,٥٠٠	٢٤,٥٠	٤,٠٨	٠,٧٥٢	٦,١٦٦	المجموعة الثانية	عدم القبول
				٥٣,٥٠	٨,٩٢	٢,٨٠٤	١١,٦٦٦	المجموعة الضابطة	
٠.٠١	٢,٧٣٩	٢٤,٠٠	٣,٠٠	٢٤,٠٠	٤,٠٠	٠,٠٠٠	٦,٠٠	المجموعة الثانية	الأهداف
				٥٤,٠٠	٩,٠	٢,٨٠٤	١١,٦٦٦	المجموعة الضابطة	
٠.٠١	٢,٧٠٤	٢٢,٥٠	١,٥٠٠	٢٢,٥٠	٣,٧٥	١,٣٢٩	٦,٨٢٣	المجموعة الثانية	الاندفاع
				٥٥,٥٠	٩,٢٥	١,٧٢٢	١١,١٦٦	المجموعة الضابطة	
٠.٠١	٢,٦٩٠	٢٤,٠٠	٣,٠٠	٢٤,٠٠	٤,٠٠	٠,٠٠	١٠,٠٠	المجموعة الثانية	الاستراتيجيات
				٥٤,٠٠	٩,٠	٤,٨٨٥	١٩,٦٦٦	المجموعة الضابطة	
٠.٠١	٢,٨٠٣	٢٤,٠٠	٣,٠٠	٢٤,٠٠	٤,٠٠	١,٦٣٢	٤,٦٦٦	المجموعة الثانية	الوضوح
				٥٤,٠٠	٩,٠	٠,٠٠٠	٨,٠٠٠	المجموعة الضابطة	
٠.٠١	٢,٩٦١	٢١,٠٠	٠,٠٠	٢١,٠٠	٣,٥٠	٠,٥١٦	٣٣,٦٦٦	المجموعة الثانية	ك. للتنظيم الانفعالي
				٥٧,٠٠	٩,٥٠	١١,٨٥٦	٦٢,١٦٦	المجموعة الضابطة	
٠.٠١	٣,٠٠٠	٢١,٠٠	٠,٠٠	٥٧,٠٠	٩,٥٠	١,٨٩٧	٣٤,٠٠٠	المجموعة الثانية	الملاحظة
				٢١,٠٠	٣,٥٠	١,٢٢٤	١٦,٥٠٠	المجموعة الضابطة	
٠.٠١	٢,٩١٨	٢١,٠٠	٠,٠٠٠	٥٧,٠٠	٩,٥٠	٢,٢٥٨	٣٢,٥٠٠	المجموعة الثانية	الوصف
				٢١,٠٠	٣,٥٠	١,٩٤٠	١٨,١٦٦	المجموعة الضابطة	
٠.٠١	٢,٩٥٠	٢١,٠٠	٠,٠٠٠	٥٧,٠٠	٩,٥٠	٢,١٩٠	٣٤,٠٠	المجموعة الثانية	التصرف بوعي
				٢١,٠٠	٣,٥٠	١,١٦٩	١٦,٨٣٣	المجموعة الضابطة	

٠.٠١	٣,٠٣٥	٢١,٠٠	٠,٠٠٠	٥٧,٠٠	٩,٥٠	٢,٧٣٨	٣٤,٥٠٠	المجموعة الثانية	عدم الحكم على الخبرات
				٢١,٠٠	٣,٥٠	٠,٨١٦	١٦,٣٣٣	المجموعة الضابطة	
٠.٠١	٣,٠١٧	٢١,٠٠	٠,٠٠٠	٥٧,٠٠	٩,٥٠	١,٨٦١	٢٩,٦٦٦	المجموعة الثانية	عدم التفاعل مع الخبرات
				٢١,٠٠	٣,٥٠	٠,٤٠٨	١٤,١٦٦	المجموعة الضابطة	
٠.٠١	٢,٩٣٩	٢١,٠٠	٠,٠٠٠	٥٧,٠٠	٩,٥٠	١٠,٦٣٣	١٦٤,٦٦٦	المجموعة الثانية	الدرجة الكلية لليقظة العقلية
				٢١,٠٠	٣,٥٠	٥,٤٠٣	٨٢,٠٠	المجموعة الضابطة	
٠.٠١	٢,٨٩٢	٢١,٠٠	٠,٠٠٠	٥٧,٠٠	٩,٥٠	٤,٠٢٠	٤٧,٨٣٣	المجموعة الثانية	الوعي بالخبرة الحالية
				٢١,٠٠	٣,٥٠	١,٨٧٠	١٥,٥٠٠	المجموعة الضابطة	
٠.٠١	٣,٠٠	٢١,٠٠	٠,٠٠٠	٥٧,٠٠	٩,٥٠	٥,٣٦٦	٤٨,٠٠	المجموعة الثانية	تقبل الخبرة الحالية
				٢١,٠٠	٣,٥٠	٠,٨١٦	٢٠,٦٦٦	المجموعة الضابطة	
٠.٠١	٢,٩٦١	٢١,٠٠	٠,٠٠٠	٥٧,٠٠	٩,٥٠	٣,١٢٥	٢٤,١٦٦	المجموعة الثانية	التعبير عن الأفكار والمشاعر
				٢١,٠٠	٣,٥٠	٠,٩٨٣	١١,٨٣٣	المجموعة الضابطة	
٠.٠١	٢,٨٩٢	٢١,٠٠	٠,٠٠٠	٥٧,٠٠	٩,٥٠	١١,٨٩٩	١٢٠,٠٠	المجموعة الثانية	ك. لمقياس التعقل
				٢١,٠٠	٣,٥٠	٢,٣٦٦	٤٨,٠٠	المجموعة الضابطة	

يتضح من جدول (٧) السابق؛ وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠,٠١) بين متوسط رتب درجات طالبات الجامعة في المجموعة التجريبية الثانية (التدريب على اليقظة العقلية)، والمجموعة الضابطة على كل من مقياس (اضطراب الشخصية الحدية- صعوبات التنظيم الانفعالي- اليقظة العقلية- التعقل)، وذلك

لصالح المجموعة التجريبية الثانية القائمة على (التدريب على اليقظة العقلية)، والذي تم تطبيق البرنامج العلاجي القائم على التدريب على اليقظة العقلية عليها في مقابل عدم تطبيق أي برامج علاجية على المجموعة الضابطة.

وتتفق هذه النتيجة مع ما توصلت إليها دراسات (Wuperman&Neumann,2006;

Wupperman,et.al,2009;Soler,,et.al,2009;Himelstein,et.al,2011;Pe  
rroud,et.al,2012;Soler,et.al,2012;Feliu-

Soler,et.al,2014;Ribeiro,2015;Elices,et.al,2016;

، والتي توصلوا إلى فاعلية التدريب على اليقظة العقلية كمدخل (Soler,et.al,2016)

سلوكي جدلي في خفض صعوبات التنظيم الانفعالي لدي ذوي اضطراب الشخصية

إلى أن اليقظة العقلية تؤثر (Wupperman,et.al(2009) الحدية، حيثُ توصل

بشكل كبير على خصائص الشخصية الحدية، كما ترتبط سلبياً بصعوبات التنظيم  
الانفعالي.

كما تتفق هذه النتائج مع التوصيات والأطر النظرية التي رأت أن التدريب على اليقظة  
العقلية ذو تأثير إيجابي على صعوبات التنظيم الانفعالي ومواجهة المواقف الصعبة،  
فيرى (Creswell,et.al(2007) أن العلاج السلوكي الجدلي واستراتيجياته من المهمة  
والفعالة في علاج اضطراب الشخصية الحدية وأعراضها، وأن اليقظة العقلية- أحد  
استراتيجيات العلاج السلوكي الجدلي- تؤثر بشكل دال على ردود الفعل الانفعالية.

ويرجع الباحث هذه النتيجة إلى تعرض أفراد المجموعة التجريبية لمحتوى البرنامج دون  
المجموعة الضابطة، حيثُ اعتمد البرنامج على التدريب على اليقظة العقلية في ضوء

استراتيجيات العلاج السلوكي الجدلي الذي وضعته "لينهان" ويُعتبر التدريب على اليقظة العقلية أحد نماذج مجموعة التدريب المهاري التي تم وضعها ضمن استراتيجيات العلاج السلوكي الجدلي. ويهدف هذا النوع من العلاج كما يرى (O'brien,et.al,2008) إلى تنمية وعي الأفراد بالحالة التي يشعرون بها أثناء مرورهم بالمواقف والأفكار سواء كانت سلبية أو إيجابية، وصرف الانتباه عن المواقف السلبية التي تنشأ في فكر الفرد بالإضافة إلى الوصول إلى الوعي بالحواس بشكل عميق والتركيز وتحسين الانتباه وتقبل الأفكار والمشاعر دون إصدار أحكام عليها، كما يستهدف تخفيف حدة القلق وتحسين مستوي الانتباه وتنظيم الذات، وذلك من خلال التدريب على التركيز والتأمل. ويقوم هذا العلاج على اعتقاد مفاده أنه إذا كان الشخص قادرًا على التحكم في حالته الداخلية فيمكنه الفهم والوعي بالأعراض والسلوكيات الكامنة وراء المشكلات النفسية والعمل على الحد منها أو التوافق معها (Mak,et.al,2018). وقد توصلت دراسة (Perroud,et.al,2012;Soler,et.al,2012;Elices,et.al,2016)، إلى فاعلية التدريب على اليقظة العقلية كمدخل سلوكي جدلي في خفض أعراض الشخصية الحدية في القياس البعدي لدى أفراد المجموعة التجريبية دون المجموعة الضابطة التي لم تتعرض للتدريب، كما أكدت هذه الدراسات على أن التدريب على اليقظة العقلية وفتياتها المختلفة تساعد في تحسين خصائص الشخصية الحدية، كما أن استراتيجية "القبول بدون حكم" بمثابة ميكانيزم ممكن للتغير الموجب، وكانت الزيادة في هذه الاستراتيجية مرتبطة بالتحسن في خصائص الشخصية الحدية، كما أكدت أيضًا على تحسن الأعراض المرضية العامة والأعراض الانفعالية، فكان هناك تأثير موجب على الانتباه والاندفاعية وتخفيف المعاناة لدي ذوي اضطراب الشخصية الحدية. هذا إلى

جانبا أن البرنامج التدريبي- الذي تعرض له أفراد المجموعة التجريبية- قد تضمن عددًا من الفنيات الإرشادية، منها: فنية التنفس اليقظ، والمشي التأملي، والملاحظة، والوصف، والعمل بوعي، وعدم إصدار الأحكام، وعدم التفاعل، والتأمل، والتأمل المتسامي (التجاويزي)، والمناقشة والتعزيز والتدعيم، والواجبات المنزلية؛ حيث تم استخدام هذه الفنيات في شكل منظومة تدريبية متكاملة ومتراصة تتناسب مع تعقد وتشابك مشكلة المعاناة من أعراض الشخصية الحدية، كما تتناسب مع خصائص أعضاء المجموعة التدريبية، يُضاف إلى ما سبق أن البرنامج الذي تعرض له أفراد المجموعة التجريبية- قد تضمن أيضًا عددًا من الأنشطة والتدريبات كتدريب كل من (تمهل وفكر بتروي- الوعي عند الشعور بإساءة فهمك- التعرف على العقلية المدمرة للذات- هل تمارس أفكارًا انتحارية أو مؤذية للنفس دون أن تدري- الرغبة الملحة للبلع- لا تتحركي- ركزي على أصابع قدميك- الغوص في الجليد- أدوات التركيز التي تساعدك على الاتصال بالواقع- تطبيق مهارة عدم إصدار الأحكام والالتزام بالحقائق- لاحظي الأفكار وصفوها، ثم دعها تمضي- لاحظ وصف كيف تتغير- تعلم ما هو مهم بالنسبة لك- ركزي على نفسك- ركزي انتباهك على الفراغ الذي تشعر به- تقبلي الواقع كما هو- أفعال تنمي من اللطف تجاه نفسك- الطبيعة البشرية المشتركة). لذا كان من المتوقع تخفيف أعراض الشخصية الحدية لدى أفراد المجموعة التجريبية مقارنة بأفراد المجموعة الضابطة التي لم تتعرض لهذه التدخلات والمعالجات التدريبية.

كما عملت برامج التدريب على اليقظة العقلية في تحسين التنظيم الانفعالي، والذي يشمل عمليات التنظيم الانفعالي والمزاج الانفعالي، بالإضافة التي استراتيجيات القبول

والتوقف عن رد الفعل الانفعالي للخبرة (Jimenez,et.al,2010). كما عملت برامج التدريب على اليقظة العقلية على تحسين التنظيم الانفعالي من خلال زيادة القبول والوعي الذاتي. فعلى سبيل المثال في برامج التدريب على اليقظة العقلية يلاحظ العميل المشاعر غير السارة والآلام كخبرات والتي تكون مقبولة بدلاً من الاندفاع برد فعل أو اجترارها أو تجنبها بشكل مزمن باعتبارها غير مقبولة (Williams,et.al.,2008).

وتدعم نتائج هذه الفرضيات نتائج البحوث والدراسات التي توصلت إلى وجود علاقة بين مهارات اليقظة العقلية وصعوبات التنظيم الانفعالي لدى ذوي اضطراب الشخصية الحدية، فتوصلت دراسة Wupperman,et.al.(2009) إلى وجود علاقة عكسية بين اليقظة العقلية صعوبات التنظيم الانفعالي والعصابية لدى ذوي اضطراب الشخصية الحدية. ودراسة Wupperman&Neumann(2006) التي توصلت إلى وجود علاقة سالبة بين صعوبات التنظيم الانفعالي ومهارات اليقظة العقلية.

**ينص الفرض الثالث على:** "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات عينة الدراسة في المجموعتين التجريبيتين في القياسات (القبلي-البعدي-التتبعي) على كل من مقياس (اضطراب الشخصية الحدية- صعوبات التنظيم الانفعالي- اليقظة العقلية- التعقل)،

ويتفرع من هذا الفرض، الفروض التالية:

١. توجد فروق دالة إحصائياً في متوسطي أداء المجموعة التجريبية الأولى (العلاج القائم على التعقل) بين القياسين القبلي والبعدي، والقياسين القبلي والتتبعي على كل من مقياس (اضطراب الشخصية الحدية- صعوبات التنظيم الانفعالي- اليقظة العقلية-التعقل).

٢. لا توجد فروق دالة إحصائياً في متوسطي أداء المجموعة التجريبية الأولى (العلاج القائم على التعقل) بين القياس البعدي والتتبعي على كل من مقياس (صعوبات التنظيم الانفعالي- الشخصية الحدية- اليقظة العقلية-التعقل).

للتحقق من صحة هذين الفرضين استخدم الباحث تحليل فريدمان للقياسات المتكررة نظراً لصغر حجم العينة ولوجوب استخدام تحليل القياسات المتكررة في حالة وجود أكثر من قياسين متكررين لضمان دقة النتائج (Elliott & Woodward, 2007, 49)

جدول (٨): دلالة الفروق بين القياسات الثلاث في كل من مقياس (اضطراب الشخصية الحدية- صعوبات التنظيم الانفعالي- اليقظة العقلية-التعقل) لدى أفراد عينة الدراسة من المجموعة التجريبية الأولى

الأبعاد	القياس	الإحصاء الوصفي		اختبار فريدمان	
		متوسط	انحراف معياري	متوسط الرتب	ك <sup>٢</sup>
جهود ثائرة لتجنب الهجر	قياس قبلي	٣٢,٨٣٣	٠,٤٠٨	٣,٠٠	١١,٤٧٤
	قياس بعدي	٢٢,٨٣٣	١,٩٤٠	١,٤٢	
					٠,٠١

		١,٥٨	٢,٠٠٠	٢٣,٠٠٠	قياس تتبعي	
٠,٠١	١٠,٣٨١	٣,٠٠	١,٢٢٤	٣٥,٥٠٠	قياس قبلي	نموذج غير مستقر من العلاقات
		١,٥٨	٢,٦٣٩	٢٧,٨٣٣	قياس بعدي	
		١,٤٢	٢,٤٢٢	٢٧,٦٦٦	قياس تتبعي	
٠,٠١	١٠,٣٨١	٣,٠٠	٠,٤٠٨	٣٨,٨٣٣	قياس قبلي	اضطراب الهوية
		١,٤٢	٢,٨٧٥	٣٠,٦٦٦	قياس بعدي	
		١,٥٨	٣,٦٦٩	٣٠,٦٦٦	قياس تتبعي	
٠,٠١	١١,٢٠٠	٣,٠٠	٠,٠٠٠	١٨,٠٠٠	قياس قبلي	الاندفاعية
		١,٣٣	١,٤٧١	١٢,٨٣٣	قياس بعدي	
		١,٦٧	١,٥٠٥	١٣,٣٣٣	قياس تتبعي	
٠,٠١	١١,١٤	٣,٠٠	٠,٤٠٨	٢٩,٨٣٣	قياس قبلي	سلوك انتحاري
	٣	١,٢٥	١,٥٠٥	٢١,٦٦٦	قياس بعدي	
		١,٧٥	١,٦٣٢	٢٢,٦٦٦	قياس تتبعي	
٠,٠١	١٠,٣٨١	٣,٠٠	١,٢٢٤	٢٩,٥٠٠	قياس قبلي	عدم الاستقرار الوجداني
		١,٤٢	٢,٥٨٨	٢٣,٥٠٠	قياس بعدي	
		١,٥٨	٢,٣٣٨	٢٣,٦٦٦	قياس تتبعي	
٠,٠١	١٠,٨٠٠	٣,٠٠	٠,٤٠٨	٣٢,٨٣٣	قياس قبلي	مشاعر مزمنة من الملل والخواء
		١,٥٠	٢,٦٣٨	٢٦,٠٠	قياس بعدي	
		١,٥٠	٣,١٤١	٢٦,٣٣٣	قياس تتبعي	
٠,٠١	١١,٤٧٤	٣,٠٠	٠,٤٠٨	٣٥,٨٣٣	قياس قبلي	الغضب الشديد
		١,٤٢	٢,٩٩٤	٢٦,١٦٦	قياس بعدي	
		١,٥٨	٢,٨٥٧	٢٦,٨٣٣	قياس تتبعي	

٠,٠١	١١,٢٠٠	٣,٠٠	٠,٠٠٠	٣٦,٠٠	قياس قبلي	أفكار عابرة مرتبطة بالضغط
		١,٣٣	١,٥١٦	٢٧,٥٠٠	قياس بعدى	
		١,٦٧	٢,٠٠٠	٢٨,٠٠٠	قياس تتبعي	
٠,٠١	١٠,١٧٤	٣,٠٠	٣,٢٥٠	٢٨٩,١٦٦	قياس قبلي	ك. اضطراب الشخصية الحدية
		١,٢٥	١٥,٦٠٣	٢١٨,٦٦٦	قياس بعدى	
		١,٧٥	١٦,١٠٤	٢٢٢,١٦٦	قياس تتبعي	
٠,٠١	١١,٢٠٠	٣,٠٠	١,١٦٩	١٢,١٦٦	قياس قبلي	عدم القبول
		١,٦٧	١,٠٣٢	٦,٣٣٣	قياس بعدى	
		١,٣٣	١,٠٩٥	٦,٠٠٠	قياس تتبعي	
٠,٠١	١١,٤٧٤	٣,٠٠	٠,٥١٦	١٢,٣٣٣	قياس قبلي	الأهداف
		١,٤٢	٠,٤٠٨	٦,١٦٦	قياس بعدى	
		١,٥٨	٠,٥١٦	٦,٣٣٣	قياس تتبعي	
٠,٠١	١١,٤٧٤	٣,٠٠	١,٠٣٢	١١,٦٦٦	قياس قبلي	الاندفاع
		١,٤٢	١,٢٦٤	٧,٠٠٠	قياس بعدى	
		١,٥٨	٠,٨١٦	٧,٣٣٣	قياس تتبعي	
٠,٠١	١١,٤٧٤	٣,٠٠	١,٢١١	٢٠,٦٦٦	قياس قبلي	الاستراتيجيات
		١,٤٢	٠,٤٠٨	١٠,١٦٦٧	قياس بعدى	
		١,٥٨	٠,٥١٦	١٠,٣٣٣	قياس تتبعي	
٠,٠١	٨,٤٠٠	٢,٧٥	٠,٠٠٠	٨,٠٠٠	قياس قبلي	الوضوح
		١,٧٥	٢,٠٦٥	٥,٣٣٣	قياس بعدى	
		١,٥٠	١,٦٧٣	٥,٠٠٠	قياس تتبعي	

٠,٠١	١٠,٨٠٠	٣,٠٠	٢,٨٥٧	٦٤,٨٣٣	قياس قبلي	ك. للتنظيم الانفعالي
		١,٥٠	٢,٩٦٦	٣٥,٠٠	قياس بعدي	
		١,٥٠	٣,٠٣٣	٣٥,٠٠٠	قياس تتبعي	
٠,٠١	١١,٤٧٤	١,٠٠	٢,٥٨٨	٢٠,٥٠٠	قياس قبلي	الملاحظة
		٢,٥٨	٠,٥١٦	٣٢,٦٦٧	قياس بعدي	
		٢,٤٢	١,٢١١	٣٢,٣٣٣	قياس تتبعي	
٠,٠١	١١,٤٧٤	١,٠٠	٣,٢٠٤	٢٠,٦٦٦	قياس قبلي	الوصف
		٢,٥٨	٠,٦٣٢	٣٤,٠٠	قياس بعدي	
		٢,٤٢	٠,٥١٦	٣٣,٦٦٦	قياس تتبعي	
٠,٠١	١١,٤٧٤	١,٠٠	٢,٠٦٥	١٨,٦٦٦	قياس قبلي	التصرف بوعي
		٢,٥٨	١,٢٦٤	٣٤,٠٠	قياس بعدي	
		٢,٤٢	١,٢١١	٣٣,٦٦٦	قياس تتبعي	
٠,٠١	١١,٢٠٠	١,٠٠	١,٣٢٩	١٨,١٦٦	قياس قبلي	عدم الحكم على الخبرات
		٢,٦٧	١,١٦٩	٣٣,٨٣٣	قياس بعدي	
		٢,٣٣	١,٢٢٤	٣٣,٥٠٠	قياس تتبعي	
٠,٠١	١١,٤٧٤	١,٠٠	١,٩٤٠	١٦,٨٣٣	قياس قبلي	عدم التفاعل مع الخبرات
		٢,٤٢	٢,١٣٦	٢٩,٨٣٣	قياس بعدي	
		٢,٥٨	١,٩٤٠	٣٠,١٦٦	قياس تتبعي	
٠,٠١	١١,١٤٣	١,٠٠	٩,٤٩٥	٩٤,٨٣٣	قياس قبلي	الدرجة الكلية لليقظة العقلية
		٢,٧٥	٤,٥٨٩	١٦٤,٣٣٣	قياس بعدي	
		٢,٢٥	٤,١٣١	١٦٣,٣٣٣	قياس تتبعي	

٠,٠١	١١,٤٧٤	١,٠٠	١,٦٣٢	١٧,٦٦٦	قياس قبلي	بالخبرة الوعي الحالية
		٢,٤٢	١,١٦٩	٤٩,٨٣٣	قياس بعدى	
		٢,٥٨	٠,٧٥٢	٥٠,١٦٦	قياس تتبعي	
٠,٠١	١١,٤٧٤	١,٠٠	٢,٥٢٩	١٩,٠٠٠	قياس قبلي	تقبل الخبرة الحالية
		٢,٤٢	٢,٥٠٩	٤٩,٥٠٠	قياس بعدى	
		٢,٥٨	٢,١٩٠	٥٠,٠٠٠	قياس تتبعي	
٠,٠١	١١,٢٠٠	١,٠٠	٢,٦٣٩	١٠,٨٣٣	قياس قبلي	التعبير عن الأفكار والمشاعر
		٢,٦٧	١,٦٣٢	٢٤,٦٦٦	قياس بعدى	
		٢,٣٣	١,٦٣٢	٢٤,٣٣٣	قياس تتبعي	
٠,٠١	١٠,٣٨١	١,٠٠	٥,٨٢٢	٤٧,٥٠٠	قياس قبلي	ك. لمقياس التعقل
		٢,٤٢	٢,٦٨٣	١٢٤,٠٠	قياس بعدى	
		٢,٥٨	١,٦٤٣	١٢٤,٥٠٠	قياس تتبعي	

يتضح من خلال جدول (٨) السابق؛ وجود فروق دالة إحصائية في متوسطي أداء المجموعة التجريبية الأولى (مجموعة العلاج القائم على التعقل) بين القياسات الثلاث (القبلي والبعدى والتتبعي) على كل من مقياس (اضطراب الشخصية الحدية- صعوبات التنظيم الانفعالي- اليقظة العقلية-التعقل)، ولمعرفة اتجاه الفروق لصالح أي قياس منهم قام الباحث بعمل المقارنة الثنائية لفريدمان بين القياسات الثلاث، والجدول التالي رقم (٩) يوضح تلك النتيجة:

جدول (٩): المقارنة الثنائية لفريدمان بين القياسات الثلاث في كل من مقياس (اضطراب الشخصية الحدية-صعوبات التنظيم الانفعالي- اليقظة العقلية-التعقل) لدى أفراد عينة الدراسة من المجموعة التجريبية الأولى

المقارنات الثنائية بين القياسات		القياسات		الأبعاد
القياس القبلي		القياس البعدي		
الفرق بين المتوسطين	الدلالة (p)	الفرق بين المتوسطين	الدلالة (p)	
١,٤١٧	↑*٠,٠٢١	١,٥٨٣	↑*٠,٠١٨	جهود تائرة لتجنب الهجر
٠,١٦٧	١,٠٠٠			
١,٤١٧	↑*٠,٠١٨	١,٥٨٣	↑*٠,٠٤٢	نموذج غير مستقر من العلاقات
٠,١٦٧	١,٠٠٠			
١,٤١٧	↑*٠,٠٤٢	١,٥٨٣	↑*٠,٠١٨	اضطراب الهوية
٠,١٦٧	١,٠٠٠			

						التتبعي	
↑*٠,٠٦٣	١,٣٣٣	↑*٠,٠١٢	١,٦٦٧			القياس القبلي	الاندفاعية
١,٠٠٠	٠,٣٣٣					القياس البعدي	
						القياس التتبعي	
↑*٠,٠٣٠	١,٢٥٠	↑*٠,٠٠٢	١,٧٥٠			القياس القبلي	سلوك انتحاري
٠,٣٨٦	٠,٥٠٠					القياس البعدي	
						القياس التتبعي	
↑*٠,٠١٤	١,٤١٧	↑*٠,٠٠٦	١,٥٨٣			القياس القبلي	عدم الاستقرار الوجداني
٠,٧٧٣	٠,١٦٧					القياس البعدي	
						القياس التتبعي	
↑*٠,٠٠٩	١,٥٠٠	↑*٠,٠٠٩	١,٥٠٠			القياس القبلي	مشاعر مزمنة من الملل والخواء
١,٠٠٠	٠,٠٠٠					القياس	

						البعدي	
						القياس	
						اللتبعي	
↑*٠,٠١٤	١,٤١٧	↑*٠,٠٠٦	١,٥٨٣			القياس	الغضب الشديد
						القبلي	
٠,٧٧٣	٠,١٦٧					القياس	
						البعدي	
						القياس	
						اللتبعي	
↑*٠,٠٢١	١,٣٣٣	↑*٠,٠٠٤	١,٦٦٧			القياس	أفكار عابرة
						القبلي	مرتبطة
٠,٥٦٤	٠,٣٣٣					القياس	بالضغوط
						البعدي	
						القياس	
						اللتبعي	
↑*٠,٠٣٠	١,٢٥٠	↑*٠,٠٠٢	١,٧٥٠			القياس	ك. اضطراب
						القبلي	الشخصية
٠,٣٨٦	٠,٥٠٠					القياس	الحدية
						البعدي	
						القياس	
						اللتبعي	
↑*٠,٠٠٤	١,٦٦٧	↑*٠,٠٢١	١,٣٣٣			القياس	عدم القبول

						القياس القبلي	
٠,٥٦٤	٠,٣٣٣					القياس البعدي	
						القياس التتبعي	
↑*٠,٠١٤	١,٤١٧	↑*٠,٠٠٦	١,٥٨٣			القياس القبلي	الأهداف
٠,٧٧٣	٠,١٦٧					القياس البعدي	
						القياس التتبعي	
↑*٠,٠١٤	١,٤١٧	↑*٠,٠٠٦	١,٥٨٣			القياس القبلي	الاندفاع
٠,٧٧٣	٠,١٦٧					القياس البعدي	
						القياس التتبعي	
↑*٠,٠١٤	١,٤١٧	↑*٠,٠٠٦	١,٥٨٣			القياس القبلي	الاستراتيجيات
٠,٧٧٣	٠,١٦٧					القياس البعدي	
						القياس	

						التتبعي	
↑*٠,٠٣٠	١,٢٥٠	↑*٠,٠٢٣	١,٥٠٠			القياس القبلي	الوضوح
٠,٦٦٥	٠,٢٥٠					القياس البعدي	
						القياس التتبعي	
↑*٠,٠٠٩	١,٥٠٠	↑*٠,٠٠٩	١,٥٠٠			القياس القبلي	ك. للتنظيم الانفعالي
١,٠٠٠	٠,٠٠٠					القياس البعدي	
						القياس التتبعي	
↑*٠,٠١٤	١,٤١٧	↑*٠,٠٠٦	١,٥٨٣			القياس القبلي	الملاحظة
٠,٧٧٣	٠,١٦٧					القياس البعدي	
						القياس التتبعي	
↑*٠,٠١٤	١,٤١٧	↑*٠,٠٠٦	١,٥٨٣			القياس القبلي	الوصف
٠,٧٧٣	٠,١٦٧					القياس	

						البعدي	
						القياس التتبعي	
↑*٠,٠١٤	١,٤١٧	↑*٠,٠٠٦	١,٥٨٣			القياس القبلي	التصرف بوعي
٠,٧٧٣	٠,١٦٧					القياس البعدي	
						القياس التتبعي	
↑*٠,٠٢١	١,٣٣٣	↑*٠,٠٠٤	١,٦٦٧			القياس القبلي	عدم الحكم على الخبرات
٠,٥٦٤	٠,٣٣٣					القياس البعدي	
						القياس التتبعي	
↑*٠,٠٠٦	١,٥٨٣	↑*٠,٠١٤	١,٤١٧			القياس القبلي	عدم التفاعل مع الخبرات
٠,٧٧٣	٠,١٦٧					القياس البعدي	
						القياس التتبعي	
↑*٠,٠٣٠	١,٢٥٠	↑*٠,٠٠٢	١,٧٥٠			القياس	الدرجة الكلية

						القبلي	الليقظة العقلية
٠,٣٨٦	٠,٥٠٠					القياس البعدي	
						القياس المتبعي	
↑*٠,٠٠٦	١,٥٨٣	↑*٠,٠١٤	١,٤١٧			القياس القبلي	الوعي بالخبرة الحالية
٠,٧٧٣	٠,١٦٧					القياس البعدي	
						القياس المتبعي	
↑*٠,٠٠٦	١,٥٨٣	↑*٠,٠١٤	١,٤١٧			القياس القبلي	تقبل الخبرة الحالية
٠,٧٧٣	٠,١٦٧					القياس البعدي	
						القياس المتبعي	
↑*٠,٠٢١	١,٣٣٣	↑*٠,٠٠٤	١,٦٦٧			القياس القبلي	التعبير عن الأفكار والمشاعر
٠,٥٦٤	٠,٣٣٣					القياس البعدي	
						القياس	

التتبعي	القياس القبلي	القياس البعدي	القياس التتبعي
ك. لمقياس التعقل	↑*٠,٠٠٦	١,٥٨٣	↑*٠,٠١٤
القياس القبلي	٠,٧٧٣	٠,١٦٧	١,٤١٧
القياس البعدي			
القياس التتبعي			

يتضح من جدول (٩) السابق؛ وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد عينة الدراسة من المجموعة التجريبية الأولى في كافة أبعاد مقياس الدراسة (اضطراب الشخصية الحدية- صعوبات التنظيم الانفعالي- - اليقظة العقلية-التعقل)، وذلك بين أفراد عينة الدراسة بين القياسين القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي. كما أشارت نتائج جدول (٨) السابق، إلى عدم وجود فروق ذات دلالة بين القياسين البعدي والتتبعي في كل من مقياس (اضطراب الشخصية الحدية- صعوبات التنظيم الانفعالي- - اليقظة العقلية-التعقل)، وتدل هذه النتيجة على فعالية العلاج القائم على التعقل في خفض اضطراب الشخصية الحدية وتحسين مستوى التعقل واليقظة العقلية لديهن، وخفض مستوي صعوبات التنظيم الانفعالي لديهن، واستمرار هذا التحسن بعد توقف جلسات البرنامج. وتتفق هذه النتيجة مع نتائج بعض الدراسات السابقة فيما يتعلق بفعالية العلاج بالتعقل في خفض اضطراب الشخصية الحدية، منها دراسات كل من (Edel,et.al,2017;Sharma&Fowler,2018;Juul,et.al,2019;Einy,et.al,

(2019; Griffiths, et. al, 1019)، وكذلك نتائج دراسة كل من (أبو زيد، ٢٠١٧؛ مطاوع، ٢٠٢٠). وتدعم نتائج هذه الدراسات نتائج الدراسة الحالية، وتزيد من الثقة في نتائجها من ناحية، وتسهم في تفسيرها من ناحية أخرى.

كما تتفق هذه النتائج مع نتائج دراسة كل من (Bateman & Fonagy, 2008; 2010; Bales, et. al, 2012; Brüne, et. al, 2013; Laurensen, et. al, 2014)، والتي أشاروا إلى فاعلية برنامج العلاج القائم على التعقل في التخفيف من بعض أعراض اضطراب الشخصية الحدية لدى عينة من طلاب الجامعة.

كما أن نتائج الدراسات السابقة المتعلقة بعلاج الشخصية الحدية تُدحض الاعتقاد في أنّ اضطراب الشخصية الحدية غير قابلة للعلاج؛ أو أن الشخصية الحدية مقاومة للعلاج، ذلك أن التدخل العلاجي يؤدي إلى تحسن تدريجي لدى ذوي الشخصية الحدية (Gunderson, et. al, 2011)

ويرى الباحث أن تكامل فنيات العلاج القائم على التعقل لها دور مهم في تفسير نتائج الدراسة وتحقيق أهدافها، وتحقيق نتائج إيجابية، سواء تحسين مستوى التعقل لدى الأشخاص، أو خفض صعوبات تنظيم الانفعال لديهم، أو خفض حدة أعراض اضطراب الشخصية الحدية، والذي يبدو من خلال التدريب على فهم الحالات العقلية للطالبة، كما هو في الواقع، باعتباره يعكس حالة عقلية لها، بالإضافة إلى تقييم سلوك الآخرين في ضوء العلاقات الشخصية والاجتماعية الواقعية.

كما أن تكامل فنيات وأساليب مدخل العلاج بالتعقل أتاح مساحة مقبولة لتناول العديد من الجوانب المضطربة في الشخصية؛ سواء وجدانية أو معرفية أو سلوكية أثناء الجلسات بالإضافة إلى إتاحة مساحة من الحرية للباحث في تناوله لأعراض الشخصية الحدية، وهذا ما ذهب ودعا إليه بعض الباحثين (Swenson & Choi, 2015; Kain, 2015; Haskins & Appling, 2017)

ويركز العلاج بالتعقل على مساعدة المرضى لفهم حالتهم النفسية بشكل أكثر وضوحاً، وذلك من خلال تقديم مساعدة أكثر فاعلية لتنظيم انفعالاتهم، مع تركيز انتباههم وضبط سلوكهم وتصوراتهم حول أفعالهم من ناحية، وسلوكيات الآخرين من ناحية أخرى، بحيث يكون الهدف النهائي للعلاج هو زيادة فهم الذات، وتحسين الأداء الشخصي من خلال عملية التعقل (Sharma & Fowler, 2018).

ويعمل العلاج القائم على التعقل على إكساب الفرد التفكير والتعقل في العديد من الاتجاهات؛ منها التعقل تجاه الذات وفهمها والوعي بها، والتعقل تجاه الآخرين وفهمهم بشكل موضوعي، والتعقل نحو العلاقات بين الشخصية، كما أن هذا المدخل العلاجي يركز على عدة جوانب منها تحسين التعاطف والحيادية والمراقبة والوعي والاسترخاء العقلي للفرد وتركيز وتوجيه الانتباه وتعزيز التلقائية، وذلك في محاولة مستمرة ومنظمة وهادفة؛ للتخلص من درجات التشويش العقلي، ومعالجة حالات التفكير العقلي الهش، وتحفيز كفاءة التفكير النفسي مع ذوي الشخصية الحدية، فضلاً عن أنه يركز على صعوبات الاندفاع والعلاقات غير المستقرة، ويعمل على تفسير السلوك بشكل معقول

وموضوعي، من خلال فهم العمليات العقلية المتعلقة بهذا السلوك (Moller, et. al, 2017)

كما يساعد العلاج القائم على التعقل على تحسين حالة الأنا، ويعزز بشكل كبير قوتها، كما يعزز الآليات الدفاعية للأنا، في ضوء أنها المسؤولة عن النظام العقلي لدى الفرد، كما أنه يساعد على تحسين وتعزيز التسامح العقلي مع الذات والآخرين، ويساعد على دعم عمليات التركيز والانتباه والوعي بشكل كبير؛ مما يساعد الفرد في تكوين صور واقعية موضوعية عما يدور في عقله تجاه ذاته وتجاه الآخرين والأحداث والعلاقات الشخصية (Edel, et. al., 2017; Swenson & Choi-Kain, 2015; Moller, et. al, 2017; Einy, et. al., 2019)

وتسهم مبادئ وأساليب العلاج القائم على التعقل في تفسير جانب كبير من فعالية برنامج الدراسة في خفض أعراض الشخصية الحدية: حيث تركز أساليب هذا المدخل العلاجي على الجوانب غير السوية أو المضطربة في الشخصية، وتعمل على مساعدة الشخص على تجاوز اضطرابه في ضوء مبادئ التعقل واستراتيجياته على اعتبار أن اضطراب الشخصية يمثل شكلاً من أشكال قصور العقل أو قصور التعقل والتفكير. كما تلعب العلاقة بين المعالج والعميل دوراً مهماً في نجاح العملية وتحقيق نتائج إيجابية تمكنهم من الاستفادة منها فيما بعد في حياتهم الخاصة حيث أن التقبل والفهم والاهتمام والرغبة في المساعدة على تعلم طرق تساعدهم على التحكم في سلوكهم وتصرفاتهم لها نتائج إيجابية في تحسين جوانب الشخصية (Etherington, 2017)

وقد ركز البرنامج العلاجي على جانب مهم في العلاج ألا وهو تحسين مستوى تعقل الطالبات ابتداء من تقييم الحالة العقلية للوقوف على صعوبات التعقل إلى تنمية مهارات التعقل المختلفة سواء المتعلقة بالذات وفهمها بشكل واقعي أو المتعلقة بالآخرين، وفهم الحالات العقلية للآخرين وسلوكهم ومشاعرهم، وتفسيرها بشكل أكثر موضوعية وواقعية، وذلك لأن صعوبات التعقل تقف خلف معظم الصعوبات الشخصية والانفعالية واضطراب الشخصية. وتتضمن صعوبات التعقل نقص الاهتمام بالحالات العقلية ونقص تخيل ما يفكر فيه الآخرون، والتأكيد على الجهود الخارجية والأوصاف السلوكية، وفقد الوعي بالعلاقات بين الواقع الداخلي والخارجي (Dimitrijević, et. al, 2018; Fonagy& Target, 2008)

كما يؤدي توظيف فنيات العلاج القائم على التعقل دورًا مهمًا في إحداث تغييرات إيجابية لدى الأفراد خلال جلسات العلاج ومن هذه الفنيات فنية تعقل الانتقال أو الانتقال المتعقل والتي تساعد في تحديد الحالات العقلية للفرد وتساعد في إدراك تلك الحالات أو الخبرات العقلية بشكل أكثر موضوعية وتفيد الفرد في فهمه وتفسيره لها وإمكانية طرح تصورات بديلة لتلك الحالات العقلية، بما يسمح بالتخلص التدريجي من حالات عقلية تم إدراكها بشكل غير متعقل إلى حالة التعقل من خلال تحفيز قدرة الفرد على التفكير لمواجهة الصعوبات والمشكلات التي ترتبط بسلوكيات إيذاء الذات وتنظيم الانفعال وعدم استقرار العلاقات بين الشخصية (Bateman& Fonagy, 2004)

كما يمكن تفسير النتائج في ضوء أن العلاج بالتعقل يطلب استفسارات وتوضيح أكثر في ضوء الحفاظ على التعقل من منطلق أن التعقل الأكثر استقرارا يؤدي إلى مزيد من الشعور بالأمن، ومزيد من المرونة والحرية، كما أنه يساعد الأشخاص على التفكير في ضوء سياق من العلاقات الشخصية، كما يعمل على خفض إيذاء الذات من خلال عمليات التقييم وتنظيم الحول، والمساعدة في فهم الذات وتحسين الأداء الشخصي، وبالتالي يجعل الشخص أكثر فعالية طول الوقت (Swenson & Choi-Kain, 2015). ويؤثر العلاج بالتعقل مدخل العلاج القائم على التعقل في خفض أعراض اضطراب الشخصية الحدية العديد من الأساليب والفنيات المهمة في تحقيق الأهداف العلاجية، منها: فنية التوقف والانتقال وأساليب تقييم السلوك الشخصي وتحديد الحالة العقلية وتركيز الانتباه وضبط السلوك والتأمل اليقظ بالإضافة إلى استراتيجيات تنظم الانفعال وتضبطه، وهذه المجموعة من الفنيات والأساليب ساهمت في تحسين مستوى التعقل لدى الطالبات من خلال التركيز على الحالات العقلية وتحديدها وتقييمها والذي ظهر تأثيره في كف الاستجابات الانفعالية السلبية كالوجدان غير المستقر ومشاعر الغضب والاكتئاب.

كما أن للجلسات الجماعية أهمية في تحقيق أهداف العلاج، والتي ساعدت على فهم السلوك الشخصي في علاقته بسلوك الآخرين، وتوجهاتهم وردود أفعالهم بعد تقييمها وفهمها بشكل يؤثر بتقييم الحالة العقلية للآخرين أيضا بشكل واقعي بعيدا عن سوء التفسير أو الفهم، وهذا كله يحسن مستوى التعقل من ناحية، ويحسن الأداء الشخصي الاجتماعي من ناحية أخرى حيث يرتبط التعقل بجودة العلاقات، كما يتضمن التعقل

الوعي بطبيعة الحالات النفسية والجهود المبذولة لتحديد الحالات العقلية خاصة السلوكيات الشخصية وتمييز أشكال الحالات العقلية والوعي بها (Dimitrijević, et. al, 2018)

كما ركزت أنشطة البرنامج على دعم الأنشطة العقلية للطالبات من خلال التدريب على تقييم التفكير وتقييم المشاعر ودحض التفكير الثنائي ورفضه تمامًا، وتحسين التفكير متعدد الرؤى والتفكير التكتيكي المحتمل؛ خاصة وأن الكثير من المشكلات المتعلقة بالتعقل ترجع إلى فترات الطفولة، وما يتعلق بها من متغيرات أثرت بشكل أو بآخر في تكوين الشخصية؛ لاسيما التعلق غير الآمن، وربما نقص أو فشل المشاعر مع الوالدين والحالات النفسية في الطفولة (Bateman & Fonagy, 2006). كما أن دعم استراتيجيات تنظيم الانفعال التي تم توظيفها من خلال فنيات وأساليب التعقل والواقع لها دور كبير في ضبط الانفعال، وتسوية الحالة الوجدانية لصالح الشخص، وما يرتبط بكل هذا من خفض سلوك إيذاء الذات أو التفكير فيه.

كما لعب توظيف فنية طرح الأسئلة دورا مهما في العلاج، والتي تساعد الفرد في تقييم سلوكه، وتحديد احتياجاته ورغباته مع غرس الشعور بالأمل لديه، كما تعمل العلاقة العلاجية وتبعث على الشعور بالحرية والتعبير عن الذات بشكل أكثر إيجابية وأكثر تحديًا، كما يمنحه الفرصة لاكتشاف قدرته على السيطرة على تصرفاته ورغباته، والتحكم في اختياراته (Haskins & Appling, 2017)

ولقد أسهمت العديد من أنشطة البرنامج وتدريباته في استمرار فعالية البرنامج في خفض أعراض اضطراب الشخصية الحدية وصعوبات تنظيم الانفعال باعتباره أبرز

أعراض الشخصية الحدية، ومن هذه الأنشطة إقامة علاقات اجتماعية جديدة ومحاولة اكتساب صداقات جديدة وزيادة حجم العلاقات الاجتماعية مع الآخرين من زملاء الدراسة، ولا شك أن دعم العلاقات الاجتماعية له دور مهم في زيادة وعي الفرد بمن حوله من ناحية ووعيه بدوره الاجتماعي بين أقرانه من ناحية أخرى، بالإضافة إلى دفع الطالبات إلى تحمل مسؤولية بعض الأنشطة الطلابية سواء على مستوى التنظيم أو حتى المشاركة، وما له من أهمية في الانفتاح على تعلم خبرات ومهارات جديدة وما يرتبط بكل ذلك من إعادة تنظيم الانفعال بشكل مقبول والتخلص من المشاعر الوجدانية السلبية.

١. توجد فروق دالة إحصائية في متوسطي أداء المجموعة التجريبية الثانية (مجموعة التدريب القائم على اليقظة العقلية) بين القياسين القبلي والبعدي، والقياسين القبلي والتتبعي على كل من مقياس (اضطراب الشخصية الحدية- صعوبات التنظيم الانفعالي- اليقظة العقلية- التعقل)

٢. لا توجد فروق دالة إحصائية في متوسطي أداء المجموعة التجريبية الثانية (مجموعة التدريب القائم على اليقظة العقلية) بين القياس البعدي والتتبعي على كل من مقياس (اضطراب الشخصية الحدية- صعوبات التنظيم الانفعالي- اليقظة العقلية- التعقل)

جدول (١٠): دلالة الفروق بين القياسات الثلاث في كل من مقياس (اضطراب الشخصية الحدية- صعوبات التنظيم الانفعالي- اليقظة العقلية- التعقل) لدى أفراد عينة الدراسة من المجموعة التجريبية الثانية

الأبعاد	القياس	الإحصاء الوصفي		اختبار فريدمان	
		متوسط	انحراف معياري	متوسط الرتب	كا <sup>٢</sup>
جهود نائرة لتجنب الهجر	قياس قبلي	٣٢,٥٠٠	٠,٥٤٧	٣,٠٠	١١,٤٧٤
	قياس بعدي	٢٤,١٦٦	١,٤٧١	١,٤٢	
	قياس تتبعي	٢٤,٥٠٠	١,٦٤٣	١,٥٨	
نموذج غير مستقر من العلاقات	قياس قبلي	٣٥,٠٠٠	١,٠٩٥	٣,٠٠	١٠,٨٠٠
	قياس بعدي	٢٦,٦٦٦	٣,٣٢٦	١,٥٠	
	قياس تتبعي	٢٦,٦٦٦	٣,٥٥٩	١,٥٠	
اضطراب الهوية	قياس قبلي	٣٩,٠٠٠	٠,٠٠٠	٣,٠٠	١١,٤٧٤
	قياس بعدي	٢٩,١٦٦	٣,٧٦٣	١,٥٨	
	قياس تتبعي	٢٨,٨٣٣	٣,١٨٨	١,٤٢	
الاندفاعية	قياس قبلي	١٧,٨٣٣	٠,٤٠٨	٣,٠٠	١١,٢٠٠
	قياس بعدي	١٢,٦٦٦	٠,٨١٦	١,٣٣	
	قياس تتبعي	١٣,١٦٦	٠,٩٨٣	١,٦٧	
سلوك انتحاري	قياس قبلي	٢٩,٦٦٦	٠,٥١٦	٣,٠٠	١١,٤٧٤
	قياس بعدي	٢٢,٣٣٣	١,٦٣٢	١,٤٢	
	قياس تتبعي	٢٢,٦٦٦	١,٧٥١	١,٥٨	
عدم الاستقرار الوجداني	قياس قبلي	٢٩,٠٠٠	١,٠٩٥	٣,٠٠	١١,٢٠٠
	قياس بعدي	٢٢,٥٠٠	٣,٢٠٩	١,٣٣	
	قياس تتبعي	٢٣,١٦٦	٢,٧٨٦	١,٦٧	
مشاعر مزمنة من	قياس قبلي	٣٣,٠٠٠	٠,٠٠٠	٣,٠٠	١٠,٨٠٠

		١,٥٠	٣,٣٢٦	٢٤,٦٦٦	قياس بعدى	الملل والخواء
		١,٥٠	٢,٥٨٨	٢٤,٥٠٠	قياس تتبعي	
٠,٠١	١٠,٨٠٠	٣,٠٠	٠,٤٠٨	٣٥,٨٣٣	قياس قبلي	الغضب الشديد
		١,٥٠	١,٧٢٢	٢٥,٨٣٣	قياس بعدى	
		١,٥٠	٢,٢٥٨	٢٥,٥٠٠	قياس تتبعي	
٠,٠١	١١,٤٧٤	٣,٠٠	٠,٤٠٨	٣٥,٨٣٣	قياس قبلي	أفكار عابرة مرتبطة بالضغط
		١,٥٨	٣,١٢٥	٢٦,٨٣٣	قياس بعدى	
		١,٤٢	٢,٩٤٣	٢٦,٦٦٦	قياس تتبعي	
٠,٠١	٩,٤٧٨	٣,٠٠	٠,٨١٦	٢٨٧,٦٦٦	قياس قبلي	ك. اضطراب الشخصية الحدية
		١,٤٢	١٩,٧٧٢	٢١٤,٨٣٣	قياس بعدى	
		١,٥٨	١٨,٢٧٢	٢١٥,٦٦٦	قياس تتبعي	
٠,٠١	١١,٤٧٤	٣,٠٠	٠,٨١٦	١٢,٦٦٦	قياس قبلي	عدم القبول
		١,٤٢	٠,٧٥٢	٦,١٦٦	قياس بعدى	
		١,٥٨	٠,٥٤٧	٦,٥٠٠	قياس تتبعي	
٠,٠١	١١,٢٠٠	٣,٠٠	٠,٤٠٨	١٢,٨٣٣	قياس قبلي	الأهداف
		١,٦٧	٠,٠٠٠	٦,٠٠	قياس بعدى	
		١,٣٣	٠,٥١٦	٥,٦٦٧	قياس تتبعي	
٠,٠١	١١,٤٧٤	٣,٠٠	٠,٥١٦	١١,٣٣٣	قياس قبلي	الاندفاع
		١,٥٨	١,٣٢٩	٦,٨٣٣	قياس بعدى	
		١,٤٢	١,٣٦٦	٦,٣٣٣	قياس تتبعي	
٠,٠١	١١,٤٧٤	٣,٠٠	١,٣٢٩	٢١,٨٣٣	قياس قبلي	الاستراتيجيات
		١,٤٢	٠,٠٠٠	١٠,٠٠	قياس بعدى	

		١,٥٨	٠,٨١٦	١٠,٣٣٣	قياس تتبعي	
٠,٠١	٩,٥٠٠	٢,٨٣	٠,٠٠٠	٨,٠٠٠	قياس قبلي	الوضوح
		١,٥٠	١,٦٣٢	٤,٦٦٦	قياس بعدي	
		١,٦٧	١,٦٧٣	٥,٠٠٠	قياس تتبعي	
٠,٠١	٩,٨١٨	٣,٠٠	٢,٣٣٨	٦٦,٦٦٦	قياس قبلي	ك. للتنظيم الانفعالي
		١,٥٠	٠,٥١٦	٣٣,٦٦٦	قياس بعدي	
		١,٥٠	١,٣٢٩	٣٣,٨٣٣	قياس تتبعي	
٠,٠١	١١,٢٠٠	١,٠٠	٣,٣٤٦	١٩,٠٠٠	قياس قبلي	الملاحظة
		٢,٦٧	١,٨٩٧	٣٤,٠٠٠	قياس بعدي	
		٢,٢٣	٢,١٦٠	٣٣,٣٣٣	قياس تتبعي	
٠,٠١	١١,٤٧٤	١,٠٠	٣,٢٨٦	٢٠,٠٠٠	قياس قبلي	الوصف
		٢,٥٨	٢,٢٥٨	٣٢,٥٠٠	قياس بعدي	
		٢,٤٢	١,٩٤٠	٣٢,١٦٦	قياس تتبعي	
٠,٠١	١١,٤٧٤	١,٠٠	٢,٤٤٩	١٨,٠٠٠	قياس قبلي	التصرف بوعي
		٢,٥٨	٢,١٩٠	٣٤,٠٠	قياس بعدي	
		٢,٤٢	١,٩٦٦	٣٣,٦٦٦	قياس تتبعي	
٠,٠١	١١,٢٠٠	١,٠٠	١,٧٦٠	١٧,٥٠٠	قياس قبلي	عدم الحكم على الخبرات
		٢,٦٧	٢,٧٣٨	٣٤,٥٠٠	قياس بعدي	

		٢,٣٣	٢,٦٨٣	٣٤,٠٠٠	قياس تتبعي	
٠,٠١	١١,٤٧٤	١,٠٠	٢,٢٨٠	١٦,٠٠٠	قياس قبلي	عدم التفاعل مع الخبرات
		٢,٤٢	١,٨٦١	٢٩,٦٦٦	قياس بعدي	
		٢,٥٨	١,٦٧٣	٣٠,٠٠٠	قياس تتبعي	
٠,٠١	١٠,١٧٤	١,٠٠	١٢,٦٢٩	٩٠,٥٠٠	قياس قبلي	الدرجة الكلية لليقظة العقلية
		٢,٧٥	١٠,٦٣٣	١٦٤,٦٦٦	قياس بعدي	
		٢,٢٥	٩,٦٠٠	١٦٣,١٦٦	قياس تتبعي	
٠,٠١	١١,٤٧٤	١,٠٠	١,٤٧١	١٦,١٦٦	قياس قبلي	الوعي بالخبرة الحالية
		٢,٥٨	٤,٠٢٠	٤٧,٨٣٣	قياس بعدي	
		٢,٤٢	٥,١٢٨	٤٦,٥٠٠	قياس تتبعي	
٠,٠١	١١,٤٧٤	١,٠٠	١,٢١١	١٩,٦٦٦	قياس قبلي	تقبل الخبرة الحالية
		٢,٥٨	٥,٣٦٦	٤٨,٠٠	قياس بعدي	
		٢,٤٢	٥,١٢٥	٤٧,٦٦٦	قياس تتبعي	
٠,٠١	١١,٤٧٤	١,٠٠	٣,١٤٦	١٠,٥٠٠	قياس قبلي	التعبير عن الأفكار والمشاعر
		٢,٥٨	٣,١٢٥	٢٤,١٦٦	قياس بعدي	
		٢,٤٢	٢,٨٥٧	٢٣,٨٣٣	قياس تتبعي	
٠,٠١	١١,١٤٣	١,٠٠	٤,٩٦٦	٤٦,٣٣٣	قياس قبلي	ك. لمقياس التعقل
		٢,٧٥	١١,٨٩٩	١٢٠,٠٠	قياس بعدي	
		٢,٢٥	١١,٥٢٣	١١٨,٠٠٠	قياس تتبعي	

يتضح من خلال جدول (١٠) السابق؛ وجود فروق دالة إحصائية في متوسطي أداء المجموعة التجريبية الثانية (مجموعة العلاج القائم على التدريب على اليقظة العقلية) بين القياسات الثلاث (القبلي والبعدي والتتبعي) على كل من مقياس (اضطراب

الشخصية الحدية- صعوبات التنظيم الانفعالي-اليقظة العقلية-التعقل)، ولمعرفة اتجاه الفروق لصالح أي قياس منهم قام الباحث بعمل المقارنة الثنائية لفريدمان بين القياسات الثلاث، والجدول التالي رقم (١١) يوضح تلك النتيجة:

جدول (١١): المقارنة الثنائية لفريدمان بين القياسات الثلاث في كل من مقياس (اضطراب الشخصية الحدية - صعوبات التنظيم الانفعالي - اليقظة العقلية- التعقل) لدى أفراد عينة الدراسة من المجموعة التجريبية الثانية

الأبعاد	القياسات	المقارنات الثنائية بين القياسات			
		القياس القبلي		القياس البعدي	
		الفرق بين المتوسطين (p)	الدلالة	الفرق بين المتوسطين (p)	الدلالة
جهود ثائرة لتجنب الهجر	القياس القبلي			١,٥٨٣	↑*٠,٠٠٦
	القياس البعدي				
	القياس التتبعي				
نموذج مستقر من العلاقات	القياس القبلي			١,٥٠٠	↑*٠,٠٠٩
	القياس البعدي				
	القياس التتبعي				
اضطراب الهوية	القياس القبلي			١,٤١٧	↑*٠,٠١٤
	القياس البعدي				

						القياس التتبعي	
↑*٠,٠٢١	١,٣٣٣	↑*٠,٠٠٤	١,٦٦٧			القياس القبلي	الاندفاعية
٠,٥٦٤	٠,٣٣٣					القياس البعدي	
						القياس التتبعي	
↑*٠,٠١٤	١,٤١٧	↑*٠,٠٠٦	١,٥٨٣			القياس القبلي	سلوك انتحاري
٠,٧٧٣	٠,١٦٧					القياس البعدي	
						القياس التتبعي	
↑*٠,٠٢١	١,٣٣٣	↑*٠,٠٠٤	١,٦٦٧			القياس القبلي	عدم الاستقرار الوجداني
٠,٥٦٤	٠,٣٣٣					القياس البعدي	
						القياس التتبعي	
↑*٠,٠٠٩	١,٥٠٠	↑*٠,٠٠٩	١,٥٠٠			القياس القبلي	مشاعر مزمنة من الملل والخواء
١,٠٠٠	٠,٠٠٠					القياس البعدي	
						القياس التتبعي	
↑*٠,٠٠٩	١,٥٠٠	↑*٠,٠٠٩	١,٥٠٠			القياس القبلي	الغضب الشديد
١,٠٠٠	٠,٠٠٠					القياس البعدي	
						القياس التتبعي	

↑*٠,٠٠٦	١,٥٨٣	↑*٠,٠١٤	١,٤١٧			القياس القبلي	أفكار عابرة
٠,٧٧٣	٠,١٦٧					القياس البعدي	مرتبطة
						القياس التتبعي	بالضغوط
↑*٠,٠١٤	١,٤١٧	↑*٠,٠٠٦	١,٥٨٣			القياس القبلي	ك. اضطراب
٠,٧٧٣	٠,١٦٧					القياس البعدي	الشخصية
						القياس التتبعي	الحدية
↑*٠,٠١٤	١,٤١٧	↑*٠,٠٠٦	١,٥٨٣			القياس القبلي	عدم القبول
٠,٧٧٣	٠,١٦٧					القياس البعدي	
						القياس التتبعي	
↑*٠,٠٢١	١,٣٣٣	↑*٠,٠٠٤	١,٦٦٧			القياس القبلي	الأهداف
٠,٥٦٤	٠,٣٣٣					القياس البعدي	
						القياس التتبعي	
↑*٠,٠١٤	١,٤١٧	↑*٠,٠٠٦	١,٥٨٣			القياس القبلي	الاندفاع
٠,٧٧٣	٠,١٦٧					القياس البعدي	
						القياس التتبعي	
↑*٠,٠١٤	١,٤١٧	↑*٠,٠٠٦	١,٥٨٣			القياس القبلي	الاستراتيجيات
٠,٧٧٣	٠,١٦٧					القياس البعدي	

						القياس التتبعي	
↑*٠,٠٤٣	١,١٦٧	↑*٠,٠٢١	١,٣٣٣			القياس القبلي	الوضوح
٠,٧٧٣	٠,١٦٧					القياس البعدي	
						القياس التتبعي	
↑*٠,٠٠٩	١,٥٠٠	↑*٠,٠٠٩	١,٥٠٠			القياس القبلي	ك. للتنظيم الانفعالي
١,٠٠٠	٠,٠٠٠					القياس البعدي	
						القياس التتبعي	
↑*٠,٠٢١	١,٣٣٣	↑*٠,٠٠٤	١,٦٦٧			القياس القبلي	الملاحظة
٠,٥٦٤	٠,٣٣٣					القياس البعدي	
						القياس التتبعي	
↑*٠,٠١٤	١,٤١٧	↑*٠,٠٠٦	١,٥٨٣			القياس القبلي	الوصف
٠,٧٧٣	٠,١٦٧					القياس البعدي	
						القياس التتبعي	
↑*٠,٠١٤	١,٤١٧	↑*٠,٠٠٦	١,٥٨٣			القياس القبلي	التصرف بوعي
٠,٧٧٣	٠,١٦٧					القياس البعدي	
						القياس التتبعي	

↑*٠,٠٢١	١,٣٣٣	↑*٠,٠٠٤	١,٦٦٧			القياس القبلي	عدم الحكم
٠,٥٦٤	٠,٣٣٣					القياس البعدي	على الخبرات
						القياس التتبعي	
↑*٠,٠٠٦	١,٥٨٣	↑*٠,٠١٤	١,٤١٧			القياس القبلي	عدم التفاعل مع
٠,٧٧٣	٠,١٦٧					القياس البعدي	الخبرات
						القياس التتبعي	
↑*٠,٠٣٠	١,٢٥٠	↑*٠,٠٠٢	١,٧٥٠			القياس القبلي	الدرجة الكلية
٠,٣٨٦	٠,٥٠٠					القياس البعدي	لليقظة العقلية
						القياس التتبعي	
↑*٠,٠٠٦	١,٥٨٣	↑*٠,٠١٤	١,٤١٧			القياس القبلي	الوعي بالخبرة
٠,٧٧٣	٠,١٦٧					القياس البعدي	الحالية
						القياس التتبعي	
↑*٠,٠٠٦	١,٥٨٣	↑*٠,٠١٤	١,٤١٧			القياس القبلي	تقبل الخبرة
٠,٧٧٣	٠,١٦٧					القياس البعدي	الحالية
						القياس التتبعي	
↑*٠,٠١٤	١,٤١٧	↑*٠,٠٠٦	١,٥٨٣			القياس القبلي	التعبير عن
٠,٧٧٣	٠,١٦٧					القياس البعدي	الأفكار

والمشاعر						القياس
						التتبعي
			١,٧٥٠	↑*٠,٠٠٢	١,٢٥٠	القياس القبلي
					٠,٥٠٠	القياس البعدي
					٠,٣٨٦	القياس
						التتبعي

يتضح من جدول (١٢) السابق؛ وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد عينة الدراسة من المجموعة التجريبية الثانية في كافة أبعاد مقاييس الدراسة (اضطراب الشخصية الحدية- صعوبات التنظيم الانفعالي-اليقظة العقلية-التعقل)، وذلك بين أفراد عينة الدراسة بين القياسين القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي. كما أشارت نتائج جدول (١٢) السابق، إلى عدم وجود فروق ذات دلالة بين القياسين البعدي والتتبعي في كل من مقياس (اضطراب الشخصية الحدية- صعوبات التنظيم الانفعالي- - اليقظة العقلية-التعقل)، وتدل هذه النتيجة على فعالية العلاج القائم على التدريب على اليقظة العقلية في خفض اضطراب الشخصية الحدية وتحسين مستوى التعقل واليقظة العقلية لديهن، وخفض مستوي صعوبات التنظيم الانفعالي لديهن، واستمرار هذا التحسن بعد توقف جلسات البرنامج.

وتتفق هذه النتيجة مع ما توصلت إليها دراسات

(Wuperman&Neumann,2006;Stepp,et.al,2008;Soler,,et.al,2009; Himelstein,et.al,2011;Perroud,et.al,2012;Sole,et.al,2012; Feliu-Soler,et.al,2014;Ribeiro,2015;Elices,et.al,2016 ؛

(Soler, et. al, 2016) ، من فعالية البرامج التدريبية على اليقظة لعقلية في تخفيف أعراض الشخصية الحدية لدى أفراد المجموعة التجريبية في القياس البعدي مقارنة بالقياس القبلي.

كما تتفق نتائج هذه الدراسة مع نتائج البحوث والدراسات التي توصلت إلى فاعلية التدريب على اليقظة العقلية في خفض صعوبات التنظيم الانفعالي لدى ذوي أعراض الشخصية الحدية، مثل دراسة كل من (Feliu-Soler, et. al, 2014; Neacsiu, et. al, 2014).

كما تتفق نتائج هذه الدراسة مع نتائج البحوث والدراسات التي توصلت إلى فاعلية التدريب على اليقظة العقلية كمدخل سلوكي جدلي في تحسين اليقظة العقلية وخفض أعراض الشخصية الحدية، فتوصل (Himelstein, et. al (2011 إلى فاعلية التدريب على اليقظة العقلية في تحسين مهارات اليقظة العقلية لدى عينة من الشباب المسجونين، وتوصل (Ellices, et. al (2016 ، إلى فاعلية التدريب على اليقظة العقلية في تحسين القدرات المرتبطة باليقظة العقلية.

ويرجع الباحث هذه النتيجة إلى الأثر الإيجابي الذي أحدثه التدخل والمعالجة التدريبية المنظمة، مما أدى إلى تخفيف المعاناة من أعراض الشخصية الحدية لدى أفراد المجموعة التجريبية، كما يرجع الباحثان التحسن الذي طرأ على أفراد المجموعة التجريبية الثانية إلى مراعاة البرنامج التدريبي لمجموعة من الأسس والمبادئ النفسية والتربوية ومنها:

- وضوح فكرة البرنامج والهدف منه وهو تخفيف أعراض الشخصية الحدية.
  - مرونة البرنامج بحيث يتناسب مع طبيعة أفراد المجموعة التجريبية.
  - دقة وتكامل الأنشطة والتدريبات المقدمة في البرنامج.
  - سهولة التدريب بحيث يستطيع الفرد النجاح فيه مما يدعم ثقته بنفسه.
  - إشعار المشارك بأهمية وقيمة التدريب الذي يؤديه سواء بمفرده أو داخل المجموعة.
  - التركيز على الجوانب الإيجابية في الشخصية والعمل على تدعيمها.
  - توفير الوقت الكافي لأداء التدريب بحيث تُتاح لكل فرد الفرصة للاستفادة من التدريب.
  - قدرة المتدرب على إخراج المشاعر المكبوتة بحيث يؤدي إلى عملية تفرغ انفعالي.
  - الدافعية المرتفعة لأفراد المجموعة العلاجية وإقرارهم من خلال المقابلة الشخصية برغبتهم في تخفيف المعاناة من أعراض الشخصية الحدية.
  - المساندة العلاجية من خلال العلاقة العلاجية القائمة على التفهم والمعاملة الودية والإنصات والتعبير عن المشاعر وحرية التعبير عن المعاناة.
  - التنفيس الانفعالي بجانب الجاذبية لأنشطة البرنامج وأهدافها نحو تخفيف المعاناة.
- كما يرجع الباحث هذه النتيجة إلى فاعلية التدريب على اليقظة العقلية في تخفيف أعراض اضطراب الشخصية الحدية لدى طالبات المجموعة التجريبية الثانية، حيث إنَّ البرنامج كان مُعدًا بصفة مباشرة للتدريب على مهارات اليقظة العقلية، فقد تضمن البرنامج بالإضافة للتعريف النظري لمهارات اليقظة العقلية تدريبات وتمارين عملية تُمارسها الطالبة داخل الجلسة وخارجها مما كان له دورًا واضحًا في تخفيف أعراض الشخصية الحدية. كما ترجع فاعلية البرنامج إلي أنه أثناء إعداده وتنفيذه كان هناك

حرصاً على الوصول بالمشاركة إلى مرحلة الإتقان، وهذا يتفق مع ما أشارت إليه "لينهان" من أن فاعلية التدريبات المهارية قد ترجع إلى إتقان العميل لتلك المهارات (Heard & Swales, 2015)، وهو ما كان يحرص عليه الباحث، فقد تم تدريب أفراد المجموعة التجريبية بعدة طرق بدءاً من التعريف بالمهارة إلى الممارسة العملية أثناء الجلسة، ومن ثم تشجيع الفرد على الممارسة في أنشطة حياته اليومية، فالتدريب قد تكرر بشكل كافي وفي مواقف متعددة مما أدى إلى إتقان العميل للمهارة بشكل كبير، حيث كانت تهدف التدريبات إلى خلق الوعي لحظة بلحظة، فالمشارك كان يمارس المهارة وينقلها في الجلسة، ثم يتم تشجيعه على ممارسة تلك التمرينات في الحياة اليومية، وبصفة خاصة عند التعرض للمواقف الضاغطة، ثم يطلب منه أن يقارن بين مشاعره قبل ممارسة المهارة وبعدها، وهذا يتفق مع ما ذكره (O'brien, et. al, 2008) من أن برامج التدريب على اليقظة العقلية تعتمد على الموقف الجدلي للتوازن بين الرغبة في التغيير جنباً إلى جنب مع قبول المعاناة الحتمية وذلك لخفض أو القضاء على الألم وعدم الراحة قدر الإمكان، وقد يكون الهدف النهائي لبرامج التدريب على اليقظة العقلية هو خلق الوعي لحظة بلحظة لخبرة العميل، بالإضافة إلى تعليمه فنيات اليقظة العقلية لممارستها والاستفادة منها في أي وقت.

كما يرجع الباحث هذه النتيجة-التي تُشير إلى كفاءة وفعالية التدريب على اليقظة العقلية-إلى تعدد الفنيات المستخدمة والتي كان من أهمها فنية التنفس اليقظ حيث أسهمت في تحسين الانتباه وتوفير الهدوء النفسي، الأمر الذي ساعد في خفض الضغوط النفسية التي يمر بها الفرد وذلك عن طريق توجيه الانتباه لعملية التنفس مما

يعمل على الاسترخاء التام الذي يؤدي إلى صرف الانتباه عن الأشياء المؤلمة. وفنية المشي التأملي التي ساعدت علي توجيه الانتباه إلى الجسم ككل وما يحدث فيه أثناء عملية المشي، وذلك عن طريق تدريب الأفراد على المشي الذي لا يهدف إلى الوصول لنقطة معينة؛ مما ساعد على التفاعل مع الخبرات أثناء الحركة، وكذلك تنمية القدرة على توجيه لوعي إلى الجسم أثناء الحركة، كما عملت فنية الملاحظة على المراقبة وتوجيه الانتباه إلى الحواس المختلفة من خلال تشجيع المتدرب على التركيز على حواسه المختلفة أثناء تناول الطعام بداية من الإحساس به عن طريق المس ثم التركيز على رائحته وأخيرًا تذوقه؛ وفي حالة ورود أفكار غير سارة إلى ذهنه فعليه ذكرها والاعتراف بها دون إصدار أي أحكام عليها، ثم العودة إلى الطعام مرة أخرى. وعملت فنية الوصف على وصف الخبرات الداخلية بالكلمات. كما ساعدت فنية العمل بوعي على حضور المشاركة في نشاطاتها الآنية، بحيث لا يقوم بأعماله بشكل آلي، حيث يكون تركيز الانتباه لديه في مكان آخر. وعملت فنية عدم إصدار الأحكام على عدم إصدار الأحكام على الخبرة الداخلية، من خلال اتخاذ موقف تقييمي نحو الأفكار والمشاعر الداخلية. وساعدت فنية عدم التفاعل على عدم الميل للسماح للأفكار والمشاعر أن تأتي وتذهب دون التفاعل معها. كما ساعدت فنية التأمل في الحد من الآثار النفسية السلبية التي يمر بها الفرد، كما أسهمت في الهدوء وخفض التوتر والإجهاد وفي تحسين القدرة على القدرة إدراك الذات؛ حيث يتم توجيه العقل إلى اللحظة الحالية بدلاً من التفكير في الماضي أو المستقبل وذلك عن طريق الجلوس الهادئ والاستماع إلي موسيقى هادئة مع ضرورة توجيهه إلى عدم التفكير في أي شيء مع التدريب على التنفس اليقظ أثناء عملية التأمل، وتدريب الفرد على

ملاحظة ورصد أي انفعالات تدخل في مجاله الإدراكي مع توجيهه إلى عدم ممارسة أي رد فعل أو استجابة انفعالية تجاه هذه الانفعالات. كما ساهمت فنية التأمل المتسامي (التجاويزي) إلى الوصول بالإدراك من المستوى السطحي إلى الاستمتاع بالمستوى الأكثر استقرارًا للعقل، حيثُ تسمح هذه العملية الوصول بالعقل الواعي إلى مصدر الفكر وذلك بشكل منهجي؛ وتمارس هذه الفنية لمدة عشرون دقيقة وذلك مرتين يوميًا، حيثُ أنها ممارسة عقلية بحتة ولا تتطلب أي تغيير في نمط الحياة. كذلك عملت فنية الواجبات المنزلية على نقل الأثر الإيجابي للأنشطة والتدريبات التي تعلمها أفراد المجموعة التجريبية الثانية وشاركوا فيها وتدربوا عليها خلال الجلسات إلى المواقف الحياتية الواقعية، كما ساهم أسلوب التقييم المتبع في نهاية كل جلسة في التأكد من تحقيق أهداف الجلسة، وإعطاء مؤشرًا إيجابيًا يمكن من خلاله الانتقال إلى الجلسة التالية، كما كان لهذا الأسلوب أثر كبير في نجاح البرنامج وفعاليتته. وهذا بجانب أن تركيز البرنامج على الحوار والمناقشة والأنشطة والتدريبات المصاحبة، وتعبير أفراد المجموعة العلاجية عما بداخلهم أدي إلى تخفيف المعاناة وتكوين إيجابي نحو الحياة والمواقف التي يواجهونها.

كما أشارت النتائج على استمرارية أثر فاعلية البرنامج التدريبي وإحداثه تغيرات إيجابية مستمرة في سلوك أفراد المجموعة التجريبية بعد فترة المتابعة والتي استغرقت شهرين تقريبًا، ومن جهة أخرى جاءت نتائج هذا الفرض لتدعم نتائج بعض الدراسات السابقة، حيثُ تتفق هذه النتيجة مع نتائج دراسات (Perroud,et.al,2012;Soler,et.al,2012;FeliuSoler,et.al,2014;Ribeir

(Soler, et. al, 2016; Elices,et.al,2016; o,2015) والتي أشارت إلى استمرار فاعلية برامج التدريب على اليقظة العقلية كمدخل سلوكي جدلي في خفض أعراض الشخصية الحدية، ويعزو الباحث هذه النتيجة إلى نجاح البرنامج التدريبي في نقل الخبرات والأنشطة والتدريبات التي عايشتها أفراد المجموعة التجريبية وتعايشوا معها أثناء تطبيق البرامج إلى مواقف الحياة الواقعية، حيثُ تكشف النتائج بوضوح نقل الأثر الإيجابي للممارسة التدريبية التي شاركوا فيها وتعلموا منها وتدربوا عليها في الجلسات وتعميمه في حياتهم بشكل عام، وخاصة وأن البرنامج الحالي يعتمد على التدريب على اليقظة العقلية كمدخل سلوكي جدلي الذي يهدف إلى تنمية وعي الأفراد بالحالة التي يشعرون بها أثناء مرورهم بالمواقف والأفكار سواء كانت سلبية أو إيجابية، وصرف الانتباه عن المواقف السلبية التي تنشأ في فكر الفرد بالإضافة إلى الوصول إلى الوعي بالحواس بشكل عميق والتركيز وتحسين الانتباه وتقبل الأفكار والمشاعر دون إصدار أحكام. وقد تمت الاستفادة هنا من استناد البرنامج إلى التدريب على اليقظة العقلية في ضوء استراتيجيات العلاج السلوكي الجدلي الذي وضعته "لينهان"، الذي يُعتبر التدريب على اليقظة العقلية أحد نماذج مجموعة التدريب المهاري التي تم وضعها ضمن استراتيجيات العلاج السلوكي الجدلي. الذي يستهدف تخفيف حدة القلق وتحسين مستوى الانتباه وتنظيم الذات، وذلك من خلال التدريب على التركيز والتأمل. حيثُ يقوم هذا العلاج على اعتقاد مفاده أنه إذا كان الشخص قادرًا على التحكم في حالته الداخلية فيمكنه الفهم والوعي بالأعراض والسلوكيات الكامنة وراء المشكلات النفسية، والعمل على الحد منها أو التوافق معه، ويطبق هذا التدخل من خلال التدريب الجمعي على مهارات اليقظة العقلية خلال ثمانية أسابيع

وتتراوح مدة الجلسة الواحدة بين ساعتين إلى ساعتين ونصف تقريباً، كما خضعت المشاركات في التدريب لواجب منزلي للتدريب على التأمل والتركيز لمدة تتراوح بين (٣٥ : ٤٥) دقيقة يومياً.

كذلك يرجع الباحث استمرارية فعالية البرنامج التدريبي وأثره الإيجابي على سلوك أفراد المجموعة التجريبية إلى نجاحه في تنمية الطاقات والقدرات الإيجابية الكامنة واستثمارها، وتوجيهها للعمل بفعالية لتحويل أعراض الشخصية الحدية إلى المستوى التوافقي، وذلك من خلال ما تضمنته الجلسات التدريبية من محتوى وأنشطة وفتيات وتدريبات ساهمت في تحقيق أهداف البرنامج، حيث ساهم البرنامج في امتلاك أفراد المجموعة التجريبية أدوات وآليات التعديل والتغيير بأنفسهم، وهذا الامتلاك هو القوة الذاتية التي تجعل صاحب الشعور بالمعاناة قادراً على السيطرة على المواقف والأحداث. كما يفسر الباحث استمرارية فعالية البرنامج التدريبي من خلال إتاحة البرنامج الفرصة لأفراد المجموعة التجريبية لرؤية ذاتهم ومشكلاتهم ورؤية الآخرين والمواقف والأفكار والأحداث من جوانب متعددة، وبمنظرة أوسع وأشمل تحقق التفاعل الإيجابي والانفتاح على الذات وعلى الآخرين.

يُضاف إلى ما سبق أن البرنامج أسهم في إكساب أفراد المجموعة التجريبية بدائل متعددة لاستجابات المشاعر الإيجابية، وهذه الاستجابات كانت نتاجاً لتصوراتهم ومساهماتهم واقتراحاتهم، ونتيجة لما تم اكتسابه والاقتناع به وممارسته والتدريب عليه وتطبيقه في ظل الدعم الذاتي والدعم الخارجي من الباحث وباقي أفراد المجموعة التجريبية. كذلك يرجع الباحث استمرارية فاعلية البرنامج إلى امتداد مساحة مشاركة

الأعضاء الفعالة في تطبيق الفنيات وتدريبات البرنامج بأنفسهم داخل الجلسات وخارجها؛ إذ أن معظم فنيات البرنامج أصبحت جزءًا من برنامجهم اليومي، فقد أصبح التعزيز نابغًا من ذواتهم، والفنيات التدريبية أصبحت جزءًا من حياتهم، إضافة إلى التنفيس الانفعالي الذي تحقق لهم من خلال التفاعل وتبادل الخبرات وتبني لغة الحوار والمناقشة. كما يرجع الباحث استمرارية فعالية البرنامج إلى اشتراك أفراد إلى اشتراك أفراد المجموعة التجريبية الثانية في التدريب وامتداد مساحة مشاركتهم في قيامهم بتطبيق التدريب بأنفسهم داخل الجلسات؛ إذ أن معظم أنشطة البرنامج أصبحت جزءًا من حياتهم اليومية، إضافة إلى ثقة التي تحققت لهم من خلال التفاعل والحوار وتبادل الخبرات. كما يرجع الباحث استمرارية فعالية البرنامج إلى تطبيق فنيات المتعددة واستخدامها في شكل منظومة تدريبية ومتراصة تتناسب مع متغير الشخصية الحدية وخصائص أفراد المجموعة التجريبية.

كما ساعدت العلاقة العلاجية بالإضافة للأنشطة والتدريبات المصاحبة في تعديل الأفكار لدى أفراد المجموعة التجريبية لتكون أكثر إيجابية مما انعكس على المزاج الإيجابي والسلوك الإيجابي، وهذه المشاعر الإيجابية تستمر معهم كقوة دافعة وداعة وكابحة لمعانتهن. كذلك عملت فنية الواجبات المنزلية على نقل الأثر الإيجابي للتدريب التي مارستها وتعلمتها الطالبات، وشاركن فيها خلال الجلسات إلى المواقف الحياتية؛ حيث تم من خلالها انتقال أثر البرنامج إلى مواقف الحياة الواقعية، مما كان له أثر كبير في نجاح البرنامج. ومن هنا يمكن القول بأنه نظرًا لأن أفراد المجموعة

التجريبية الثانية ساهمن بأنفسهن في عملية تخفيف معاناتهن، لذلك كانت النتيجة استمرار فعالية البرنامج بعد فترة المتابعة.

ينص الفرض الرابع على: "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات عينة الدراسة في المجموعة الضابطة في القياسات (القبلي- البعدي- التبعي) على كل من مقياس (صعوبات التنظيم الانفعالي- الشخصية الحدية- اليقظة العقلية-التعقل)

جدول (١٣): دلالة الفروق بين القياسات الثلاث في كل من مقياس (اضطراب الشخصية الحدية- صعوبات التنظيم الانفعالي- اليقظة العقلية-التعقل) لدى عينة الدراسة من المجموعة الضابطة

الأبعاد	القياس	الإحصاء الوصفي		اختبار فريدمان	
		متوسط	انحراف معياري	متوسط الرتب	كأ <sup>٢</sup>
جهود تائرة لتجنب الهجر	قياس قبلي	٣٢,١٦٦	٠,٩٨٣	٢,٠٨	٠,٨١٩
	قياس بعدي	٣٠,٨٣٣	٣,٣٧١	٢,٠٨	
	قياس تتبعي	٣٠,٣٣٣	٣,٢٠٤	١,٨٣	
نموذج غير مستقر من العلاقات	قياس قبلي	٣٥,٠٠٠	١,٥٤٩	٢,٤٢	٠,١٧٤
	قياس بعدي	٣٢,٦٦٦	٢,٠٦٥	١,٦٧	
	قياس تتبعي	٣٣,١٦٦	٢,٤٨٣	١,٩٢	
اضطراب الهوية	قياس قبلي	٣٨,٨٣٣	٠,٤٠٨	٢,٥٠	٠,١١٠
	قياس بعدي	٣٨,٣٣٣	٠,٥١٦	١,٨٣	

		١,٦٧	٠,٧٥٢	٣٨,١٦٦	قياس تتبعي	
٠,١٧٤	٣,٥٠٠	٢,٣٣	٠,٥١٦	١٧,٦٦٦	قياس قبلي	الان دفاعية
		٢,٠٨	٠,٨٣٦	١٧,٥٠٠	قياس بعدي	
		١,٥٨	٠,٧٥٢	١٧,١٦٦	قياس تتبعي	
٠,٨١٩	٠,٤٠٠	٢,٠٨	٠,٨٩٤	٢٩,٠٠٠	قياس قبلي	سلوك انتحاري
		٢,٠٨	٣,٦١٤	٢٧,٦٦٦	قياس بعدي	
		١,٨٣	٣,٤٤٨	٢٧,٣٣٣	قياس تتبعي	
٠,١٣٥	٤,٠٠٠	٢,٣٣	١,٣٦٦	٢٧,٦٦٦	قياس قبلي	عدم الاستقرار الوجداني
		١,٨٣	١,٣٦٦	٢٧,٣٣٣	قياس بعدي	
		١,٨٣	١,٣٦٦	٢٧,٣٣٣	قياس تتبعي	
٠,٠٩٧	٤,٦٦٧	٢,٣٣	٠,٤٠٨	٣٢,٨٣٣	قياس قبلي	مشاعر مزمنة من الملل والخواء
		١,٥٨	٠,٥١٦	٣٢,٣٣٣	قياس بعدي	
		٢,٠٨	٠,٥١٦	٣٢,٦٦٦	قياس تتبعي	
٠,٥٨٤	١,٠٧٧	٢,١٧	٠,٥١٦	٣٥,٣٣٣	قياس قبلي	الغضب الشديد
		٢,٠٨	٢,١٦٠	٣٤,٦٦٦	قياس بعدي	
		١,٧٥	٢,١٣٦	٣٤,١٦٦	قياس تتبعي	
٠,٤٧٢	١,٥٠٠	٢,٢٥	٠,٥١٦	٣٥,٦٦٦	قياس قبلي	أفكار عابرة مرتبطة بالضغوط
		٢,٠٠	٣,٦٦٩	٣٣,٦٦٦	قياس بعدي	
		١,٧٥	٣,٤٨٨	٣٣,١٦٦	قياس تتبعي	
٠,٠٧٦	٥,١٥٨	٢,٤٢	٣,٧١٠	٢٨٤,١٦٦	قياس قبلي	ك. اضطراب الشخصية الحدية
		٢,٢٥	١٥,٩١٢	٢٧٥,٠٠	قياس بعدي	
		١,٣٣	١٤,٨٤٢	٢٧٣,٥٠٠	قياس تتبعي	

٠,٩٠٥	٠,٢٠٠	٢,٠٨	٠,٤٠٨	١٢,٨٣٣	قياس قبلي	عدم القبول
		١,٩٢	٢,٨٠٤	١١,٦٦٦	قياس بعدي	
		٢,٠٠	٣,٢٦٥	١١,٦٦٦	قياس تتبعي	
٠,٤٩٧	١,٤٠٠	٢,٠٨	٠,٤٠٨	١٢,٨٣٣	قياس قبلي	الأهداف
		١,٧٥	٢,٨٠٤	١١,٦٦٦	قياس بعدي	
		٢,١٧	٢,٤٤٩	١٢,٠٠٠	قياس تتبعي	
٠,٦٠٧	١,٠٠٠	٢,٠٠	٠,٨١٦	١١,٦٦٦	قياس قبلي	الاندفاع
		١,٧٥	١,٧٢٢	١١,١٦٦	قياس بعدي	
		٢,٢٥	١,٧٦٠	١١,٥٠٠	قياس تتبعي	
٠,٨١٩	٠,٤٠٠	٢,٠٨	١,٣٢٩	٢١,٨٣٣	قياس قبلي	الاستراتيجيات
		١,٨٣	٤,٨٨٥	١٩,٦٦٦	قياس بعدي	
		٢,٠٨	٥,٠٧٦	٢٠,١٦٦	قياس تتبعي	
٠,٦٠٧	١,٠٠٠	١,٩٢	٠,٨١٦	٧,٦٦٦	قياس قبلي	الوضوح
		٢,١٧	٠,٠٠٠	٨,٠٠٠	قياس بعدي	
		١,٩٢	٠,٨١٦	٧,٦٦٦	قياس تتبعي	
٠,٥٨٠	١,٠٩١	١,٨٣	١,١٦٩	٦٦,٨٣٣	قياس قبلي	ك. للتنظيم الانفعالي
		١,٨٣	١١,٨٥٦	٦٢,١٦٦	قياس بعدي	
		٢,٣٣	١٢,٣٧٧	٦٣,٠٠	قياس تتبعي	
٠,٦٠٧	١,٠٠٠	٢,٠٨	٢,٥٠٩	١٧,٥٠٠	قياس قبلي	الملاحظة
		١,٨٣	١,٢٢٤	١٦,٥٠٠	قياس بعدي	
		٢,٠٨	١,٥٤٩	١٧,٠٠٠	قياس تتبعي	
٠,٢٢٣	٣,٠٠٠	٢,٠٠	١,٨٦١	١٨,٣٣٣	قياس قبلي	

		١,٧٥	١,٩٤٠	١٨,١٦٦	قياس بعدى	الوصف
		٢,٢٥	١,٧٦٠	١٨,٥٠٠	قياس تتبعي	
٠,٠٩٧	٤,٦٦٧	١,٦٧	١,٢١١	١٦,٦٦٦	قياس قبلي	التصرف بوعي
		١,٩٢	١,١٦٩	١٦,٨٣٣	قياس بعدى	
		٢,٤٢	٠,٩٨٣	١٧,١٦٦	قياس تتبعي	
٠,٣٦٨	٢,٠٠٠	٢,٠٨	١,٠٣٢	١٦,٦٦٦	قياس قبلي	عدم الحكم على الخبرات
		١,٧٥	٠,٨١٦	١٦,٣٣٣	قياس بعدى	
		٢,١٧	٠,٨١٦	١٦,٦٦٦	قياس تتبعي	
٠,٦٠٧	١,٠٠٠	٢,٠٨	١,٦٠٢	١٤,٨٣٣	قياس قبلي	عدم التفاعل مع الخبرات
		١,٨٣	٠,٤٠٨	١٤,١٦٦	قياس بعدى	
		٢,٠٨	٠,٨٣٦	١٤,٥٠٠	قياس تتبعي	
٠,٠٩٢	٤,٧٦٩	١,٩٢	٦,٦٠٣	٨٤,٠٠٠	قياس قبلي	الدرجة الكلية لليقظة العقلية
		١,٥٨	٥,٤٠٣	٨٢,٠٠	قياس بعدى	
		٢,٥٠	٤,٧٩٢	٨٣,٨٣٣	قياس تتبعي	
٠,١٧٤	٣,٥٠٠	٢,٤٢	٢,٠٩٧	١٦,٠٠٠	قياس قبلي	الوعي بالخبرة الحالية
		١,٦٧	١,٨٧٠	١٥,٥٠٠	قياس بعدى	
		١,٩٢	١,٤٧١	١٥,٨٣٣	قياس تتبعي	
٠,٠٦١	٥,٦٠٠	٢,٥٠	١,١٦٩	٢١,١٦٦	قياس قبلي	تقبل الخبرة الحالية
		١,٨٣	٠,٨١٦	٢٠,٦٦٦	قياس بعدى	
		١,٦٧	١,٠٣٢	٢٠,٣٣٣	قياس تتبعي	

٠,٢٣٢	٢,٩٢٣	٢,٢٥	١,٢١١	١٢,٣٣٣	قياس قبلي	التعبير عن الأفكار والمشاعر
		١,٥٨	٠,٩٨٣	١١,٨٣٣	قياس بعدى	
		٢,١٧	٠,٨١٦	١٢,٣٣٣	قياس تتبعي	
٠,٢٩١	٢,٤٧١	٢,٣٣	٣,٤٤٩	٤٩,٥٠٠	قياس قبلي	ك. لمقياس التعقل
		١,٥٨	٢,٣٦٦	٤٨,٠٠	قياس بعدى	
		٢,٠٨	١,٢٢٤	٤٨,٥٠٠	قياس تتبعي	

يتضح من خلال جدول (١٣) السابق؛ عدم وجود فروق دالة إحصائية في متوسطي أداء المجموعة الضابطة بين القياسات الثلاث (القبلي والبعدى والتبعي) على كل من مقياس (صعوبات التنظيم الانفعالي- الشخصية الحدية- اليقظة العقلية-التعقل)، وهذه النتيجة يفسرها الباحث إلى استمرار وجود اضطراب الشخصية الحدية وصعوبات التنظيم الانفعالي، وعدم وجود اليقظة العقلية والتعقل مقارنة بنتائج الفرض الثالث وهو وجود تحسن لدى كل من أفراد المجموعة التجريبية الأولى والمجموعة التجريبية الثانية، والذي يرجع إلى التدخل بالبرامج العلاجية في خفض حدة اضطراب الشخصية الحدية، وهذه النتيجة تؤكد فعالية كل من العلاج القائم على التعقل، والتدريب القائم على اليقظة العقلية، لذا يُعد عدم تعرض المجموعة الضابطة للبرامج العلاجية هو السبب في عدم وجود فروق دالة بين متوسطات القياس القبلي والبعدى والتبعي.

## توصيات الدراسة:

١. عمل ندوات توعوية لطالبات الجامعة وأسرهه من أجل التوعية باضطراب الشخصية الحدية وكيفية التعامل معهم.
٢. التركيز على علاجات الموجة الثالثة من العلاج المعرفي السلوكي في علاج الاضطرابات النفسية.
٣. إجراء مزيد من الدراسات للتعرف على حجم انتشار اضطراب الشخصية الحدية لدى طلاب وطالبات الجامعة وكذلك لدى فئات عمرية مختلفة.
٤. إجراء المزيد من الدراسات للتحقق من فعالية العلاج القائم على التعقل والعلاج السلوكي الجدلي باستخدام استراتيجية اليقظة العقلية واستراتيجيات أخرى، والجمع بينهما في علاج حالات اضطراب الشخصية الحدية وكذلك اضطرابات نفسية أخرى.

ملحق (١): المخطط التفصيلي للبرنامج المعرفي القائم على التعقل لمضطربات الشخصية الحدية

رقم الجلسة	عنوان الجلسة Objective of session	أهداف الجلسة Aims of session	الفنيات المستخدمة Techniques used

<p>الجلسة الأولى</p> <p>الجلسة الأولى</p> <p>الجلسة الأولى</p>	<p>جلسة تحديد الأهداف من الالتحاق بالبرنامج المعرفي القائم على التعقل</p> <p>جلسة تحديد الأهداف من الالتحاق بالبرنامج المعرفي القائم على التعقل</p> <p>جلسة تحديد الأهداف من الالتحاق بالبرنامج المعرفي القائم على التعقل</p>	<p>الجلسة الأولى</p> <p>الجلسة الأولى</p> <p>الجلسة الأولى</p>
<p>الجلسة الثانية (جماعية)</p> <p>الجلسة الثانية (جماعية)</p> <p>الجلسة الثانية (جماعية)</p>	<p>اضطراب الشخصية الحدية (تدخل "جماعية")</p> <p>اضطراب الشخصية الحدية (تدخل "جماعية")</p> <p>اضطراب الشخصية الحدية (تدخل "جماعية")</p>	<p>الجلسة الثانية (جماعية)</p> <p>الجلسة الثانية (جماعية)</p> <p>الجلسة الثانية (جماعية)</p>
<p>الجلسة الثالثة (جماعية)</p> <p>الجلسة الثالثة (جماعية)</p> <p>الجلسة الثالثة (جماعية)</p>	<p>المفاهيم الأساسية للعلاج المعرفي القائم على التعقل</p> <p>المفاهيم الأساسية للعلاج المعرفي القائم على التعقل</p> <p>المفاهيم الأساسية للعلاج المعرفي القائم على التعقل</p>	<p>الجلسة الثالثة (جماعية)</p> <p>الجلسة الثالثة (جماعية)</p> <p>الجلسة الثالثة (جماعية)</p>

	التَّعَقُّلُ	للـعلاج القائم على التَّعَقُّلِ - أن تتعرف الطالبات على مبادئ وافتراضات العلاج القائم على التَّعَقُّلِ.
الجلسة الرابعة والخامسة	فنية التنفس (تدخل "فردية")	- أن تتعرف الطالبات على فنية التنفس بتعقُّل. - أن تتعرف الطالبات على معني التَّعَقُّلِ ومكوناته وأهميته وخصائص الشخص المتأمل، وأمثله لبعض مهارات التَّعَقُّلِ في الحياة. - أن تتدرب الطالبات على التنفس بتعقُّل (في أثناء الأفكار السلبية ركز على تنفسك، أغلق عينيك، خذ نفساً عميقاً، ركز جيداً في أثناء دخول النفس من جسدك وخروجه)
الجلسة السادسة	فنية فحص الجسم بتعقُّل (تدخل "فردية")	- أن تتعرف الطالبات على فنية فحص الجسم بتعقُّل. - أن تتعرف الطالبات على معني فحص الجسم بتعقُّل وفوائده. - أن تتدرب الطالبات على ممارسة فحص الجسم بتعقُّل.
		التعليم النفسي، النمذجة، مقاطع فيديو عن التنفس بتعقُّل، الواجب المنزلي: (ممارسة التنفس بتعقُّل في بعض المواقف التي تستدعي حالة الاكتئاب والتوتر).
		التعليم النفسي، النمذجة، الواجب المنزلي: (ممارسة فحص الجسم في المنزل بتعقُّل).

<p>الجلسة السابعة</p> <p>التعليم النفسي، النمذجة، الواجب المنزلي: (ممارسة فحص الجسم في المنزل بتعقل)</p>	<p>فنية تعقل المشاعر (تدخل "فردية")</p> <p>- أن تكتسب الطالبات فنية تعقل المشاعر.</p> <p>- أن تتعرف الطالبات على معنى تعقل المشاعر وفوائده.</p> <p>- أن تتدرب الطالبات على ممارسة تعقل المشاعر (تسمية الانفعال، القبول، الهدوء، الفحص بعمق).</p>	<p>الجلسة السابعة</p>
<p>الجلسة الثامنة</p> <p>المحاضرة والمناقشة - التعزيز - الواجب المنزلي - التغذية الراجعة</p>	<p>"إدارة الذات": (تحديد الأهداف)</p> <p>- أن تتعرف الطالبات على ماهية الانفعالات وخصائصها وأنواعها ومكوناتها ووظائفها.</p> <p>- فحص الأفكار التلقائية من خلال عرض أمثلة واقعية للخبرات الانفعالية للمرضى</p>	<p>الجلسة الثامنة</p>
<p>الجلسة التاسعة والعاشر</p> <p>التركيز-الملاحظة- الوصف- التنفس اليقظ-التأمل- العمل بوعي.</p>	<p>الاضطراب الانفعالي</p> <p>- أن تتعرف الطالبات على مصطلحات التقلب العاطفي والغضب والحساسية الانفعالية.</p> <p>- أن تتدرب الطالبات على مهارات التخلص من التقلب العاطفي.</p> <p>- أن تتدرب الطالبات على استخدام اللاغضب مع الآخرين.</p> <p>- أن تتدرب الطالبات على مهارة التحرر من معاناة الحساسية الانفعالية والانفعالات المعدية.</p>	<p>الجلسة التاسعة والعاشر</p>
<p>الجلسة الحادية عشر</p> <p>المناقشة، العصف الذهني، التعزيز، المراقبة الذاتية</p>	<p>الوعي الذاتي:</p> <p>- أن تفهم الطالبات انفعالاتهن</p> <p>- أن تُدرك الطالبات أهمية الوعي بانفعالاتها وتستبصر بمشكلاتها من خلال عملية</p>	<p>الجلسة الحادية عشر</p>

	التثقيف النفسي - أن تُعبر الطالبات عن انفعالاته - أن تُقيم الطالبات انفعالاتها	"فهم الانفعالات"	
الجلسة الثانية عشر	مهارة تنظيم الانفعال - أن تتعرف الطالبات على الانفعالات وخاصة الحزن وما يؤدي إلى ألم - أن تتدرب الطالبات على تخفيف حالة عدم الارتياح نتيجة للكشف والتحدث عن هذا الموقف الذي يؤدي للألم والحزن		المناقشة، والحوار الجدلي - النمذجة - لعب الدور - الجولات
الجلسة الثالثة عشر	"التحكم في الانفعالات" - أن تتعرف الطالبات على كيفية التحكم في الانفعالات - أن تكتسب الطالبات مفاهيم إيجابية حول (الذات الأخلاقية) - أن تكتسب الطالبات مهارة توجيه الضمير الخلقى - أن تُدرك الطالبات أهمية القيم الدينية		الإصغاء - الإقناع - التفسير - لعب الأدوار
الجلسة الرابعة عشر والخامسة عشر	التحكم في حالة الغضب - أن تتعرف الطالبات على أساليب لخفض حالة اجترار الغضب والضغط النفسية كالتعريض - أن تتدرب الطالبات على كيفية إجراء فنية التعريض للخبرات التي تستدعى حالة إيجابية القرار دون انفعالية - أن تكتسب الطالبات مهارة التعبير عن		التعريض - الواجب المنزلي - المجاز - نشاط: ماذا يحدث لو...

	مشاعرهم بفاعلية بما يساعد على التخلص أو التخفيف من حالة اجترار الغضب والانفعال والتعبير عنه في مكان مناسب يمكن استيعابه، وبالتالي خفض حالة الغضب والانفعال		
الجلسة السادسة عشر والسابعة عشر	الوعي الذاتي: "تقييم نقاط القوة والضعف"	<ul style="list-style-type: none"> <li>- أن تعي الطالبات نقاط القوة والضعف في أي موقف</li> <li>- أن تكتسب الطالبات المعارف والمعلومات والمهارات اللازمة لمفهوم إدارة الذات، ومبادئها، وأهميتها</li> <li>- أن تتعرف الطالبات على مفهوم تأكيد الذات.</li> <li>- أن تميز الطالبات بين تأكيد الذات وعدم تأكيد الذات والعدوان.</li> <li>- التدريب على قول "لا"</li> <li>-</li> </ul> <p>ن تكتسب الطالبات أفكار إيجابية نحو الذات</p>	
الجلسة الثامنة عشر والتاسعة عشر والعشرون	الوعي الذاتي "إدراك آثار الأفكار والانفعالات"	<p>١. أن تكتسب الطالبات مهارة المراقبة الذاتية من خلال شرح العلاقة بين الانفعال والتفكير والسلوك ويتم ذلك من خلال:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- معرفة آلية عمل الأفكار والانفعالات والمشاعر وتأثيرها في السلوك</li> </ul>	<p>تقنية المراقبة الذاتية- تقنية الجدول الثلاثي A. B. C- قائمة تسمية المشاعر لبيك COCIPTYALOZATION - الواجب المنزلي</p>

	<p>٢- أن تُدرك الطالبات أثر انفعالاتها على سلوكها وأفكارها وتصرفاتها</p> <p>٣- أن تتدرب الطالبات على تسمية المشاعر والأفكار والتفريق بين المشاعر الإيجابية والمشاعر السلبية</p> <p>٤- أن تُحدد الطالبات مفهوم الأفكار التلقائية "الأوتوماتيكية" ويتم ذلك من خلال:</p> <p>- التدريب على فنية مراقبة الحوار الذاتي الداخلي</p> <p>-</p> <p>لتفريق بين الأفكار التلقائية الإيجابية والأفكار التلقائية المشوهة.</p>	<p>ت والمشاعر على السلوك"</p>	
<p>إذابة الجليد- الحوار والمناقشة- العصف الذهني</p>	<p>- أن تعرف الطالبات معنى المشاعر</p> <p>- أن تعرف الطالبات أنواع المشاعر .</p> <p>- أن تكتشف الطالبات أهمية المشاعر</p> <p>- أن تتفاعل الطالبات مع أقرانها إيجابية</p>	<p>الوعي الذاتي: "استبصار الطالبات بأنواع المشاعر وكيفية التفريق والتحكم فيها"</p>	<p>الجلسة الحادية والعشرون</p>

<p>الجلسة الثانية والعشرون</p> <p>إدارة الذات الإنسانية: (تنظيم الانفعالات والمشاعر والأفكار السلوكية)</p> <p>فنية العمود الثلاثي، المناقشة الجماعية، المحاضرة المباشرة، العصف الذهني، لعب الأدوار، التعزيز، التعبير عن الذات، الاسترخاء، الواجبات المنزلية، استراتيجية مهارات تنظيم المشاعر، استراتيجية مهارات فهم وتسمية المشاعر، استراتيجية مهارة الوعي بالمشاعر الحالية، ومهارة التحكم بالمشاعر الحادة</p>	<p>- أن تتعرف الطالبات على الوعي بالمشاعر الحالية، ومهارة التحكم بالمشاعر الحادة</p> <p>- أن تتدرب الطالبات على مهارة التعبير عن الانفعالات والمشاعر وتنظيمها</p>		
<p>الجلسة الثالثة والعشرون</p> <p>مهارات تغيير الاستجابات العاطفية</p> <p>الاستجابات العاطفية</p> <p>أن تتعرف الطالبات على مهارة التحقق من الحقائق</p> <p>أن تتدرب الطالبات على مهارة التحقق من الحقائق في الحياة اليومية</p>	<p>- أن تتعرف الطالبات على مهارات تغيير الاستجابات العاطفية</p> <p>- أن تتعرف الطالبات على مهارة التحقق من الحقائق</p> <p>- أن تتدرب الطالبات على مهارة التحقق من الحقائق في الحياة اليومية</p>		
<p>الجلسة الرابعة والعشرون</p> <p>مهارات التقليل من تأثير التفكير العاطفي</p> <p>التقليل من تأثير التفكير العاطفي</p> <p>أن تتعرف الطالبات على مهارات التقليل من تأثير التفكير العاطفي</p> <p>أن تتدرب الطالبات على مهارات التقليل من تأثير التفكير العاطفي</p>	<p>- أن تتعرف الطالبات على مهارات التقليل من تأثير التفكير العاطفي</p> <p>- أن تتدرب الطالبات على مهارات التقليل من تأثير التفكير العاطفي</p>		

الواجب المنزلي، استراتيجية مهارات النقل من تأثير التفكير العاطفي		العاطفي (حياة ذات قيمة ومعنى)	
المناقشة والحوار، المحاضرة الجماعية، سرد قصة، الاسترخاء، التغذية الراجعة، مهارات التواصل، التلخيص، التعزيز الإيجابي، الواجب المنزلي، استراتيجية مهارات تقبل الواقع، استراتيجية مهارة القبول المطلق والتحويل الذهني.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- أن تتعرف الطالبات على مهارات تقبل الواقع</li> <li>- أن تتدرب الطالبات على تطبيق مهارات تقبل الواقع</li> <li>- أن تتدرب الطالبات على مهارة القبول المطلق والتحويل الذهني</li> <li>- أن تتدرب الطالبات على تعلم كيفية مهارة القبول المطلق والتحويل الذهني</li> </ul>	مهارات تقبل الواقع	الجلسة الخامسة والعشرون
المناقشة والحوار، المحاضرة الجماعية، سرد قصة، الاسترخاء، التغذية الراجعة، مهارات التواصل، التلخيص، التعزيز الإيجابي، الواجب المنزلي، استراتيجية مهارات تقبل الواقع، استراتيجية تطبيق مهارات الاستعداد، استراتيجية نصف الابتسامة والأيدي الهادئة، استراتيجية اليقظة الذهنية	<ul style="list-style-type: none"> <li>- أن تتعرف الطالبات على مهارات الاستعداد، ومهارة نصف الابتسامة والأيدي الهادئة، ومهارة اليقظة الذهنية بالأفكار الحالية</li> <li>- أن تتدرب الطالبات على تطبيق مهارات الاستعداد، ومهارة نصف الابتسامة والأيدي الهادئة، مهارات اليقظة الذهنية بالأفكار الحالية.</li> <li>- أن تتدرب الطالبات على تعلم كيفية استخدام مهارات تقبل الواقع في الحياة</li> </ul>	مهارات تقبل الواقع (مهارة نصف الابتسامه والأيادي الهادئة)	الجلسة السادسة والعشرون

اليومية	الذهنية بالأفكار الحالية		
<p>التحفيز</p> <p>على</p> <p>الحديث</p> <p>الذاتي</p> <p>الإيجابي</p>	<p>الجلسة السابعة والعشرون</p>	<p>- أن تتعرف الطالبات على التقبل والتوافق الاجتماعي والنفسي والأسرى</p> <p>- أن تتعرف الطالبات على التقبل والتفاعل الاجتماعي في الأسرة وفي المدرسة</p>	<p>الواجب المنزلي - استراتيجية: التحفيز للتعرف على التناقضات- استراتيجية استبدال الإيجابية مكان السلبية</p>
<p>(تفهم</p> <p>وجهات</p> <p>نظر</p> <p>الآخرين)</p>	<p>الجلسة الثامنة والعشرون</p>	<p>- أن تذكر الطالبات الإساءات المرتكبة في حق الآخرين</p> <p>- أن تتعرف الطالبات على كيفية إحلال السلوك الإيجابي محل السلبي</p> <p>- أن تذكر الطالبات أهمية إعادة البناء المعرفي في تصحيح السلوكيات الخاطئة.</p> <p>- أن تُدرك الطالبات أهمية التسامح في الشخصية الإنسانية السوية.</p> <p>- أن تتعرف الطالبات على كيفية بناء التفهم نحو الشخص المسيء.</p>	<p>إذابة الجليد- الحوار والمناقشة- العصف الذهني- الواجب المنزلي</p>
<p>تعميم</p> <p>الخبرات</p> <p>الجديدة</p>	<p>الجلسة التاسعة والعشرون</p>	<p>- أن تتعرف الطالبات على اكتشاف أهمية دورهم في الحياة</p> <p>- أن تتدرب الطالبات على أهمية ما تعلموه من خبرات جديدة للتغلب على الأفكار التي تؤدي إلى حالة الضغوط النفسية.</p>	<p>المراقبة الذاتية- الواجب المنزلي</p>

	<p>- أن تتدرب الطالبات على تأمل حقيقة أفكارهم اللاعقلانية واندفاعاتهم وإمكانية خفض حدتها</p>		
الجلسة الثلاثون	<p>- مناقشة الطالبات بإيجابيات وسلبيات البرنامج.</p> <p>- تطبيق المقاييس البعدية</p> <p>تحديد موعد لقاء متابعة أسبوعي</p>	<p>ختام وإنهاء البرنامج (جلسة التطبيق البعدي والمتابعة)</p>	التعزيز، التلخيص

## ملحق (٢):

المخطط التفصيلي للبرنامج الجدلي السلوكي لدى عينة من مضطربات الشخصية  
الحدية

رقم الجلسة	عنوان الجلسة	أهداف الجلسة	الغيات المستخدمة
الجلسة الأولى التطبيق جمعي	جلسة تعارف وتحديد التوقعات من البرنامج. وحد الطالبات على التفاعل والمشاركة.	- تطبيق مقاييس الدراسة في القياس القبلي للدراسة - التعارف بين المعالج وأفراد البرنامج (إقامة علاقة مهنية بين المعالج وبين أعضاء البرنامج "كسر الحواجز"). - أن تتعرف الطالبات على أهمية البرنامج والفائدة المرجوة منه. - أن تتعرف الطالبات على بالبرنامج الجدلي السلوكي، ماهيته، وأهدافه - الاتفاق على قواعد العمل. - تحديد التوقعات من البرنامج.	طرح الأسئلة- التفاعل- التفسير-الإيضاح- الإصغاء.

رقم الجلسة	عنوان الجلسة	أهداف الجلسة	الفيئات المستخدمة
الجلسة الثانية التطبيق جمعي	مفهوم الجدلية	<ul style="list-style-type: none"> <li>- أن تتعرف الطالبات على مفهوم الجدلية</li> <li>- أن تتعرف الطالبات على الأثر الإيجابي للجدلية</li> <li>- أن تتمكن الطالبات من ربط مفهوم الجدلية بالمواقف الحياتية</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>المناقشة والحوار -</li> <li>المحاضرة الجماعية - سرد قصة - الاسترخاء - التغذية الراجعة - التلخيص -</li> <li>مهارات التواصل - التعزيز الإيجابي - الواجب المنزلي</li> </ul>
الجلسة الثالثة: التطبيق جمعي	المفاهيم الأساسية للعلاج الجدلي السلوكي وتطبيقاتها	<ul style="list-style-type: none"> <li>- أن تتعرف الطالبات على ماهية العلاج السلوكي الجدلي</li> <li>- أن تتعرف الطالبات على أسس العلاج السلوكي الجدلي</li> <li>- أن تتعرف الطالبات على مبادئ وافترضات العلاج السلوكي الجدلي</li> <li>- أن تتعرف الطالبات على فنيات العلاج السلوكي الجدلي</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>المناقشة والحوار -</li> <li>المحاضرة</li> </ul>

رقم الجلسة	عنوان الجلسة	أهداف الجلسة	الفنيات المستخدمة
الجلسة الرابعة	بناء الوعي المعرفي باضطراب الشخصية الحدية	<ul style="list-style-type: none"> <li>- أن تتعرف الطالبات على اضطراب الشخصية الحدية وأعراضه والأفكار والمعتقدات المرتبطة به، والاضطرابات النفسية المصاحبة له</li> <li>- تبصير الطالبات بالآثار السلبية لاضطراب الشخصية الحدية</li> <li>أن تكتسب الطالبات المعلومات التي تنمى استبصارهم بمشكلاتهن</li> </ul>	المحاضرة المباشرة، المناقشة، التلخيص، العصف الذهني، التعزيز، المراقبة الذاتية، التعليم والتطبيع.
الجلسة الخامسة	مهارات اليقظة الذهنية (العقل الحكيم)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- أن تتعرف الطالبات مهارات اليقظة الذهنية</li> <li>- أن تتعرف الطالبات بمهارة العقل الحكيم</li> <li>- أن تتعرف الطالبات على أهداف مهارات العقل الحكيم</li> <li>- أن تتدرب الطالبات على مهارة العقل الحكيم</li> </ul>	المناقشة والحوار، المحاضرة الجماعية، سرد قصة، الاسترخاء، التغذية الراجعة، مهارات التواصل، التلخيص، التعزيز الإيجابي، الواجب المنزلي، العقل الحكيم- استراتيجيات مهارات اليقظة الذهنية- استراتيجيات مهارة العقل الحكيم

رقم الجلسة	عنوان الجلسة	أهداف الجلسة	الفيئات المستخدمة
الجلسة السادسة	مهارات اليقظة الذهنية (مهارات ماذا)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- أن تتعرف الطالبات بمهارة تحكم في عقلك: (ما هي)</li> <li>- أن تتعرف الطالبات على أهداف مهارة ما هي</li> <li>- أن تتعرف الطالبات على تعلم كيفية استخدام مهارة ما هي في الحياة اليومية</li> <li>- أن تتدرب الطالبات على مهارة ما هي</li> </ul>	<p>المناقشة والحوار، المحاضرة الجماعية، سرد قصة، الاسترخاء، التغذية الراجعة، مهارات التواصل، التلخيص، التعزيز الإيجابي، الواجب المنزلي، مهارة لاحظ، مهارة الوصف، مهارة شارك- استراتيجيات مهارات اليقظة الذهنية ماذا (ما هي)</p>
الجلسة السابعة	مهارات اليقظة الذهنية (كيف)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- أن تتعرف الطالبات على مهارات التحكم في العقل: مهارات كيف</li> <li>- أن تتدرب الطالبات على مهارات (كيف)</li> <li>- أن تتدرب الطالبات على كيفية استخدام مهارات (كيف) في الحياة اليومية</li> </ul>	<p>المناقشة والحوار، المحاضرة الجماعية - سرد قصة- الاسترخاء- التغذية الراجعة-مهارات التواصل- التلخيص-التعزيز الإيجابي-الواجب المنزلي- استراتيجيات اليقظة الذهنية (كيف)، مهارة الانتباه الأوحده، مهارة الفاعلية</p>

رقم الجلسة	عنوان الجلسة	أهداف الجلسة	الفنيات المستخدمة
الجلسة الثامنة والتاسعة	مهارات الفاعلية البين شخصية	<ul style="list-style-type: none"> <li>- أن تتعرف الطالبات على مهارات الفاعلية البينشخصية</li> <li>- أن تتعرف الطالبات على أهداف مهارات الفاعلية البينشخصية</li> <li>- أن تتدرب الطالبات على مهارات الحصول على الأهداف بمهارة</li> <li>- أن تتدرب الطالبات على مهارة الحصول على ما تريد (DEAR MAN)</li> <li>- أن تتدرب الطالبات على كيفية استخدام مهارات الفاعلية البينشخصية في الحياة اليومية</li> </ul>	<p>المناقشة والحوار، المحاضرة الجماعية، سرد قصة، الاسترخاء، التغذية الراجعة، مهارات التواصل، التلخيص، التعزيز الإيجابي، الواجب المنزلي، استراتيجية مهارات الفاعلية البينشخصية، استراتيجية مهارات الحصول على الأهداف بمهارة، استراتيجية مهارة الحصول على ما تريد (DEAR MAN)</p>

رقم الجلسة	عنوان الجلسة	أهداف الجلسة	الفايات المستخدمة
الجلسة العاشرة والحادية عشر	مهارات الحفاظ على العلاقة والاحترام الذاتي	<ul style="list-style-type: none"> <li>- أن تكتسب الطالبات معلومات عن مهارة الحفاظ على العلاقة (GIVE)</li> <li>- أن تكتسب الطالبات معلومات عن مهارة حافظ على احترام نفسك (FAST)</li> <li>- أن تتعرف الطالبات على أهداف مهارة الحفاظ على العلاقة (GIVE)، ومهارة حافظ على احترام نفسك (FAST)</li> <li>- تدريب الطالبات على كيفية استخدام مهارات الحفاظ على العلاقة واحترام الذات في الحياة اليومية</li> </ul>	<p>المناقشة والحوار، المحاضرة الجماعية، سرد قصة، الاسترخاء، التغذية الراجعة، مهارات التواصل، التلخيص، التعزيز الإيجابي، الواجب المنزلي، استراتيجية مهارة الحفاظ على العلاقة (GIVE)، استراتيجية مهارة حافظ على احترام نفسك (FAST)</p>

رقم الجلسة	عنوان الجلسة	أهداف الجلسة	الفنيات المستخدمة
الجلسة الثانية عشر والثالثة عشر	بناء العلاقات البيشخصية وإنهاء الضار منها	- أن تتعرف الطالبات على مهارات بناء العلاقات وإنهاء المدمر منهم - أن تتدرب الطالبات على مهارات بناء العلاقات وإنهاء المدمر منهم - أن تتدرب الطالبات على كيفية استخدام مهارات بناء العلاقات وإنهاء المدمر منهم في الحياة اليومية	المناقشة والحوار، المحاضرة الجماعية، الاسترخاء، مهارات التواصل، التلخيص، التعزيز الإيجابي، الواجب المنزلي، استراتيجيات مهارات بناء العلاقات وإنهاء المدمر منهم
الجلسة الرابعة عشر	الخوف من الهجر وإساءة الفهم	- أن تتعرف الطالبات على مصطلح الخوف من الهجر وإساءة الفهم. - أن تتدرب الطالبات على مهارة التخلص من معاناة الخوف من الهجر. - أن تتدرب الطالبات على مهارات التخلص من معاناة إساءة الفهم	التركيز-الملاحظة- الوصف- التنفس اليقظ- التأمل- عدم إصدار الأحكام

رقم الجلسة	عنوان الجلسة	أهداف الجلسة	الفيئات المستخدمة
الجلسة الخامسة عشر	الاضطراب السلوكي	<ul style="list-style-type: none"> <li>- أن تتعرف الطالبات على مصطلحات السلوك الانتحاري وإيذاء الذات والاندفاع.</li> <li>- أن تتدرب الطالبات على مهارات التخلص من معاناة الأفكار المتعلقة بالانتحار وإيذاء الذات.</li> <li>- أن تتدرب الطالبات على مهارة التخلص من معاناة الاستجابة للرغبات الملحة.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>التركيز-الملاحظة-</li> <li>الوصف- التنفس اليقظ-</li> <li>التأمل- عدم التفاعل.</li> </ul>
الجلسة السادسة عشر	الاضطراب المعرفي	<ul style="list-style-type: none"> <li>- أن تتعرف الطالبات بمصطلح الانفصال عن الواقع وتبدد الواقع وتبدد الشخصية.</li> <li>- أن تتدرب الطالبات على مهارات التخلص من معاناة الانفصال عن الواقع.</li> <li>- أن تتدرب الطالبات على مهارات الاتصال بالواقع.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>التركيز-الملاحظة-</li> <li>الوصف- التنفس اليقظ-</li> <li>التأمل- الانتباه.</li> </ul>

رقم الجلسة	عنوان الجلسة	أهداف الجلسة	الفتيات المستخدمة
الجلسة السابعة عشر	الاضطراب المعرفي	<ul style="list-style-type: none"> <li>- أن تتعرف الطالبات بمصطلح أفكار الاضطهاد.</li> <li>- أن تتدرب الطالبات على مهارات التخلص من معاناة الأفكار الاضطهادية.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>التركيز-الملاحظة-</li> <li>الوصف-التنفس اليقظ-</li> <li>التأمل</li> </ul>
الجلسة الثامنة عشر	الاضطراب الذاتي	<ul style="list-style-type: none"> <li>- أن تتعرف الطالبات على مصطلح الهوية وعناصرها.</li> <li>- أن تتدرب الطالبات على مهارة التخلص من معاناة اضطراب الهوية.</li> <li>- أن تتدرب الطالبات على مهارات التخلص من معاناة عدم الشعور بالانتماء لهوياتهم.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>التركيز-الملاحظة-</li> <li>الوصف- التنفس اليقظ-</li> <li>التأمل المتسامي</li> </ul>

رقم الجلسة	عنوان الجلسة	أهداف الجلسة	الفيئات المستخدمة
الجلسة التاسعة عشر	الاضطراب الذاتي	<ul style="list-style-type: none"> <li>- أن تتعرف الطالبات على مصطلح مشاعر الفراغ المزمنة ومشاعر اليأس والوحدة والعزلة.</li> <li>- أن تتدرب الطالبات على مهارات التخلص من معاناة مشاعر الفراغ المزمنة ومشاعر اليأس والوحدة والعزلة.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>التركيز-الملاحظة-</li> <li>الوصف- التنفس اليقظ-</li> <li>التأمل.</li> </ul>
الجلسة العشرون	الاضطراب الذاتي	<ul style="list-style-type: none"> <li>- أن تتعرف الطالبات على مصطلح مشاعر كراهية النفس.</li> <li>- أن تتدرب الطالبات على مهارة التخلص من مشاعر كراهية النفس.</li> <li>- أن تتدرب الطالبات على مهارات ممارسة الإشفاق على النفس</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>التركيز-الملاحظة-</li> <li>الوصف- التنفس اليقظ-</li> <li>التأمل.</li> </ul>

رقم الجلسة	عنوان الجلسة	أهداف الجلسة	الفنيات المستخدمة
الجلسة الحادية والعشرون	تحليل السلوك الخاطئ	<ul style="list-style-type: none"> <li>- أن تتعرف الطالبات على السلوك الخاطئ وتحليله</li> <li>- أن تتعرف الطالبات على خطوات تحليل التسلسل لحل المشكلات</li> <li>- أن تكتسب الطالبات مهارة كيفية تحليل السلوك والمشاعر والأفكار التي ترتبط بالمشكلات الحياتية وتسبب التوتر والاستياء</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>المناقشة والحوار-</li> <li>المحاضرة الجماعية- سرد قصة- الاسترخاء- التغذية الراجعة- التلخيص- مهارات التواصل- التعزيز الإيجابي- الواجب المنزلي</li> </ul>

رقم الجلسة	عنوان الجلسة	أهداف الجلسة	الفنيات المستخدمة
الجلسة الثانية والعشرون	صنع واتخاذ القرار: (محاكية وتعديل المعتقدات الخاطئة المرتبطة بالتنمر)	<p>- أن تتعرف الطالبات على الأفكار اللاعقلانية الخاصة بأخطاء التفكير والمشاعر المرافقة لها.</p> <p>- أن تتعرف الطالبات على آلية عمل الأفكار اللاعقلانية وكيفية تعديلها لأخرى عقلانية</p> <p>- أن تتدرب الطالبات على آلية تعبئة نماذج تعديل الأفكار اللاعقلانية.</p> <p>- أن تتدرب الطالبات على معالجة الأفكار اللاعقلانية غير المتكيفة</p> <p>أن تتدرب الطالبات على كيفية خلق وعي معرفي جديد من خلال تعلم بعض التقنيات لمحاكية المعتقدات الخاطئة لديهم وإعادة تشكيل البنية المعرفية.</p>	<p>المحاضرة المباشرة- تمرين ثلاثي المراحل- تقنية ملء الفراغ fill the blanket - مخطط الدائرة العقيمة Lathrgy circle - تقنية السجل اليومي للأفكار المختلة وظيفياً</p> <p>D.R.D.T - تقنية لعب الدور المنطقي/ غير المنطقي</p>

رقم الجلسة	عنوان الجلسة	أهداف الجلسة	الفنيات المستخدمة
الجلسة الثالثة والعشرون	مهارات تحمل الضغوط والأزمة (الجزء الأول)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- أن تتعرف الطالبات على مهارة تحمل الضغط والأزمة وأهميتها.</li> <li>- أن تتعرف الطالبات على أهداف مهارات تحمل الضغط والأزمة</li> <li>- أن تتعرف الطالبات بمهارة توقف (STOP) ومهارة الإيجابيات والسلبيات.</li> <li>- أن تتدرب الطالبات على مهارة توقف (STOP) ومهارة الإيجابيات والسلبيات</li> <li>- أن تتدرب الطالبات على كيفية استخدام مهارات تحمل الضغط والأزمة في الحياة اليومية.</li> </ul>	<p>المناقشة والحوار، المحاضرة الجماعية، سرد قصة، الاسترخاء، التغذية الراجعة، مهارات التواصل، التلخيص، التعزيز الإيجابي، الواجب المنزلي، استراتيجية مهارات تحمل الضغط والأزمة، استراتيجية مهارة توقف (STOP)، استراتيجية مهارة الإيجابيات والسلبيات.</p>

رقم الجلسة	عنوان الجلسة	أهداف الجلسة	الفايات المستخدمة
الجلسة الرابعة والعشرون	مهارات تحمل الضغط والأزمة (مهارة التشتيت ومهارة تهدئة الذات)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- أن تتعرف الطالبات على (مهارة التغاضي أو التشتيت)</li> <li>- أن تتعرف الطالبات على مهارة تهدئة الذات بالحواس</li> <li>- أن تتدرب الطالبات على مهارة التشتيت ومهارة تهدئة الذات</li> </ul>	<p>المناقشة والحوار، المحاضرة الجماعية، سرد قصة، الاسترخاء، التغذية الراجعة، مهارات التواصل، التلخيص، التعزيز الإيجابي، الواجب المنزلي، استراتيجية مهارة تهدئة الذات بالحواس والتشتيت الذهني</p>
الجلسة الخامسة والعشرون	مهارات تحمل الضغط والأزمة (مهارات تغيير كيمياء الجسم ومهارات تحسين اللحظة)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- أن تتعرف الطالبات على مهارات تغيير كيمياء الجسم وتحسين اللحظة</li> <li>- أن تتعرف الطالبات على أهداف مهارات تغيير كيمياء الجسم ومهارات تحسين اللحظة</li> <li>- أن تتدرب الطالبات على مهارات تغيير كيمياء الجسم وتحسين اللحظة</li> </ul>	<p>المناقشة والحوار، المحاضرة الجماعية، سرد قصة، الاسترخاء، التغذية الراجعة، مهارات التواصل، التلخيص، التعزيز الإيجابي، الواجب المنزلي، استراتيجية مهارات تغيير كيمياء الجسم ومهارات تحسين اللحظة.</p>

رقم الجلسة	عنوان الجلسة	أهداف الجلسة	الفنيات المستخدمة
الجلسة السادسة والعشرون	التخلص من الضغوط	<ul style="list-style-type: none"> <li>- أن تتعامل الطالبات بإيجابية مع الضغوط والمشكلات الحياتية</li> <li>- أن تتعرف الطالبات على استراتيجيات اليقظة العقلية (التأمل)</li> <li>- أن تتدرب الطالبات على كيفية إجراء فنية اليقظة العقلية (التأمل) بما يساعد على التغلب على مشاعر الحزن والضغوط غير المنطقية</li> <li>- أن تكتسب الطالبات مهارة الوعي العقلي للأمور والخبرات الشخصية التي يتعرضون لها وكيفية تعاملهم معها، مما يخلصهم من حالة الضغوط النفسية ويحسن مزاجهم الشخصي.</li> </ul>	الحوار الجدلي والمناقشة - اليقظة العقلية

رقم الجلسة	عنوان الجلسة	أهداف الجلسة	الفيئات المستخدمة
الجلسة السابعة والعشرون	التخلص من الضغوط النفسية	<ul style="list-style-type: none"> <li>- أن تتعرف الطالبات على النواتج السلبية للضغوط النفسية</li> <li>- أن تتدرب الطالبات على كيفية إجراء فنية التخيل الذاتي بما ينمي لديهن مشاعر إيجابية</li> <li>- أن تتدرب الطالبات على استحضار ذكريات لمواقف إيجابية</li> <li>- أن تتدرب الطالبات على كيفية إجراء الفصل بين المتناقضات الظاهرية</li> <li>- أن تتدرب الطالبات على الوعي بعدم عقلانية حالة الحزن المستمرة والضغط باستمرار وعدم جدواها.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>التخيل الذاتي- الواجب المنزلي-الفصل بين المتناقضات الظاهرية- نشاط التحكم في النفس</li> </ul>

رقم الجلسة	عنوان الجلسة	أهداف الجلسة	الفيئات المستخدمة
الجلسة الثامنة والعشرون	التحصين ضد الضغوط النفسية	<ul style="list-style-type: none"> <li>- أن تتعرف الطالبات على مفهوم الضغط النفسي وأسبابه وأعراضه وآثاره السلبية.</li> <li>- أن تتعرف الطالبات على أساليب مواجهة الضغط النفسي.</li> <li>- أن تتعرف الطالبات على دور الاسترخاء والتخيل في التخفيف من الضغط النفسي.</li> </ul>	العصف الذهني، المناقشة الجماعية، التعزيز، الاسترخاء، أسلوب التحصين ضد التوتر، الواجب المنزلي
الجلسة: التاسعة والعشرون	جلسة ختامية وإنهاء البرنامج (جلسة التطبيق البعدي والمتابعة)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- مناقشة الأعضاء بإيجابيات وسلبيات البرنامج.</li> <li>- تطبيق المقاييس البعدي</li> <li>- تحديد موعد لقاء متابعة أسبوعي</li> </ul>	الحوار والمناقشة - فنية الاسترخاء-الواجب المنزلي.

## Abstract

The current research aimed to identify the differences between the differences between training based on Mindfulness as a dialectical behavioral approach and Mentalization Based Therapy in reducing in reducing some symptoms of borderline personality disorder and emotional regulation difficulties among a sample of female students at the Faculty of Arts, Fayoum University, as well as identifying the extent to which the effectiveness of the treatment continues after the follow-up period. Which reached two months in the two experimental groups (the dialectical therapy group based on mental alertness), (the mindfulness therapy group), and the control group. The exploratory sample consisted of (180) female students, whose ages ranged between (19-23) years, with an average age of (20.1636) years and a standard deviation of (1.639). The study sample consisted of (18) female students, whose ages ranged from (20- 23 years) with an average age of (21.33) years and a standard deviation of (1,782). The basic sample was divided randomly into two experimental groups. The first experimental group (6) were female students, with an average age of (21.66) years and a standard deviation of (1.183). They were given a treatment program based on reasoning. The second experimental group (6) female students, with an average age of (21.50) years and a standard deviation of (1.974). The training program based on mental alertness was applied to them as a dialectical behavioral approach, in addition to the control group, which also consisted of (6) female students.

With an average age of (21.33) years and a standard deviation of (1.861), who suffer from borderline personality disorder. The study tools were: Borderline Personality Disorder Scale, Emotional Regulation Difficulties Scale, Mental Vigilance Scale, and Sanity Scale. The results of the study resulted in: the absence of statistically significant differences between the average scores of the two experimental groups and the control group before applying the therapeutic programs, and the presence of statistically significant differences between them after applying the therapeutic programs, and the presence of statistically significant differences in the average performance of the two experimental groups between the pre- and post-measurements, and the two measurements. The pre- and follow-up tests on each of (borderline personality disorder - difficulties in emotional regulation - mental alertness - sanity), and there were no differences between the post- and follow-up measurements, and there were no significant differences between the average scores of the control group in the measurements (pre-post-post-following) on each of the following. Scale (borderline personality disorder - difficulties in emotional regulation - mental alertness - rationality).

**Keywords:** Dialectical Behavior Therapy (DBT)-  
borderline personality disorder- Emotion Regulation Difficulties

## المراجع:

## أولاً: المراجع العربية:

أبو زيد، أحمد محمد جاد الرب. (٢٠١٧). فاعلية التدريب على اليقظة العقلية كمدخل سلوكي جدلي في خفض صعوبات التنظيم الانفعالي لدى طالبات نوات اضطراب الشخصية الحدية وأثره على أعراض هذا الاضطراب. مجلة الإرشاد النفسي، مركز الإرشاد النفسي، جامعة عين شمس، (٥١)، ٦٨-١.

أبوزيد، عبد الجواد خليفة. (٢٠٢١). اضطراب الشخصية الحدية (دليل علمي). تأليف: دانيال جيه فوكس، ترجمة: عبد الجواد خليفة أبو زيد، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية.

أحمد، رحاب يحيى. (٢٠١٨). فاعلية العلاج القائم على التعقل في تخفيف حدة بعض أعراض اضطراب الشخصية الحدية لدى عينة من طلاب الجامعة. مجلة كلية التربية ببها، ٣(١١٦)، ٣٦٣-٣٨٦.

أحمد، رحاب يحيى. (٢٠٢٠). فعالية العلاج السلوكي الجدلي في تحسين التنظيم الانفعالي لدى المراهقات وأثره على تخفيف اضطراب شره الأكل العصبي لديهن. مجلة كلية التربية ببها، ٣(١٢١)، ١٠٥-١٦٥.

أحمد، رحاب يحيى؛ بدر، إسماعيل إبراهيم؛ جاب الله، منال عبد الخالق؛ وعبد القادر، أشرف أحمد. (٢٠١٨). فاعلية العلاج القائم على التعقل في تخفيف حدة أعراض اضطراب الشخصية الحدية لدي عينة من طلاب الجامعة. مجلة كلية التربية، جامعة بنها، ٢٩(١١٦)، ٣٦٣-٣٩٢.

أحمد، عادل سيد عبادي؛ وسفيان، نبيل صالح؛ وأمين، عبد الناصر عبد الحليم. (٢٠١٩). الصورة العربية لمقياس صعوبات التنظيم الانفعالي على عينة من طلبة الجامعة في ضوء أثر متغيري النوع والثقافة. المؤتمر العلمي الثاني للعلوم الإنسانية: العلوم الإنسانية وتحديات العصر، جامعة الأندلس للعلوم والتقنية، صنعاء، (٢)، ٦٣٣-٦٥٥

إسماعيل، محمود عطية محمود. (٢٠٢٢). أثر العلاج المعرفي القائم على التعقل في خفض أعراض اضطراب الشره العصبي لدى عينة من مرضى الشره العصبي المنتكسين. دراسات نفسية، ٣٢(٢)، ٢٩٥-٣٤٠.

أمين، منار مجدي عبد الحميد. (٢٠١٧). اضطراب الشخصية الحدية وعلاقته باضطراب الشخصية المضادة للمجتمع لدى عينة من طالبات كلية البنات، القاهرة، جامعة عين شمس، كلية البنات للآداب والعلوم والتربية، ع ١٨٤/ج ١

البحيري، عبد الرقيب أحمد؛ والضبع، فتحدي عبد الرحمن؛ طلب، أحمد على؛ والعوامل، عائدة أحمد. (٢٠١٤). الصورة العربية لمقياس العوامل الخمسة لليقظة العقلية: دراسة ميدانية على عينة من طلاب الجامعة في ضوء أثر متغيري لثقافة والنوع. مجلة الإرشاد النفسي، عين شمس، ٣٩، ١١٩-١٦٦.

البحيري، عبد الرقيب. (٢٠١٥). مقياس اضطراب الشخصية الحدية. الأنجلو المصرية، القاهرة.

البشر، سعاد عبد الله. (٢٠٠٥). مظاهر اضطراب الشخصية الحدية وعلاقتها ببعض المتغيرات النفسية الاجتماعية. رسالة دكتوراه، كلية الآداب، جامعة القاهرة.

بشري، صمويل؛ المجذوب، علا؛ والحديبي، مصطفى. (٢٠١٧). أعراض الشخصية الحدية في ضوء بعض المتغيرات الديموغرافية لدى المعلمات المتزوجات. مجلة كلية التربية، جامعة أسيوط، ٣٣(٢)، ٤٦١-٤٩٤.

الجميل، زهراء عبد المهدي محمد على. (٢٠٢٠). فاعلية برنامج إرشادي قائم على العلاج السلوكي الجدلي (اليقظة العقلية) لتغيير اتجاهات الشباب نحو الهجرة. مجلة الآداب، كلية الآداب، جامعة بغداد، (١٣٤)، ٣٨٣-٤١٠.

حسن، دعاء الصاوي السيد. (٢٠١٦). فاعلية كل من العلاج الجدلي السلوكي والعلاج بالتعقل في تخفيف أعراض اضطراب الشخصية الحدية وأثر كل منهما في تحسين التوافق الزوجي لدى عينة من معلمات التعليم الأساسي المتزوجات. رسالة دكتوراه، كلية التربية، جامعة سوهاج.

حقي، ألفت. (١٩٩٥). الاضطراب النفسي. مركز الإسكندرية للكتاب، الإسكندرية.

حمودة، محمود عبد الرحمن. (٢٠٠٧). أمراض النفس. مركز الطب النفسي والعصبي للأطفال، القاهرة.

حمودة، محمد. (١٩٩١). الطفولة والمرافقة، المشكلات النفسية، العلاج. القاهرة، رقم الإيداع، ٩١/٨١٨٠.

حورية، ولد يحيي. (٢٠٠٨). خبرات الإساءة في مرحلة الطفولة وعلاقتها باضطراب الشخصية الحدية لدى عينة من طلاب الجامعة. مجلة كلية التربية، جامعة بنها، (٧٦)، ٨٧-١٢٤.

خطاب، محمد أحمد. (٢٠٢٠). ديناميات اضطراب الشخصية الحدية لدى عينة من المراهقين (دراسة إكلينيكية متعمقة). القاهرة، جامعة عين شمس، مجلة الإرشاد النفسي، ٦٢(١).

دسوقي، حنان فوزي أبو العلا. (٢٠٢٢). فعالية العلاج السلوكي الجدلي في خفض الشعور بالاكتئاب لدى أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد وأثره على الرضا عن الحياة لديهم. مجلة إدارة البحوث والنشر العلمي، كلية التربية، جامعة أسيوط، ٣٨(٢١)، ٧٠-١.

راجا، شيلا. (٢٠١٩). دليل علمي تكاملي لعلاج الصدمة النفسية واضطراب كرب ما بعد الصدمة: العلاج المعرفي السلوكي والعلاج الجدلي السلوكي والتقبل والالتزام والعلاج بمعالجة المعلومات الصدمية والعلاج النفسي السلوكي. ترجمة: محمد نجيب الصبوة، مكتبة الأنجلو المصرية.

سعيد، منة الله سامح. (٢٠٢٣). البروفيل النفسي لمضطربي الشخصية الحدية، دراسة سيكومترية - إكلينيكية. جامعة المنصورة، مجلة كلية التربية، (١٢١)، ١٦٩٧-١٧١٥.

سليمان، عبد الرحمن سيد. (٢٠١٠). العلاج السلوكي الجدلي (الدياليكتيكي) كعلاج لسلوك تدمير الذات: إطار نظري، مجلة علم النفس، الهيئة المصرية العامة للكتاب، ٢٣(٨٤، ٨٥، ٨٦، ٨٧)، ٢٧-٦.

سناري، هالة خير؛ وخلف، هدي أحمد؛ وعلي، هبة سليم أحمد. (٢٠٢٠). الخصائص السيكومترية لمقياس اضطراب الشخصية الحدية للمراهقين (بحث مشتق

من رسالة علمية، تخصص صحة نفسية). مجلة شباب الباحثين في العلوم التربوية، كلية التربية، جامعة سوهاج، (٤)، ٤٢٧-٤٥٧

الشافعي، نهلة فرج على. (٢٠١٨). فعالية الإرشاد السلوكي الجدلي في خفض الحساسية الانفعالية السلبية لدى طلاب الجامعة. مجلة دراسات عربية في التربية وعلم النفس، رابطة التربويين العرب، (١٠٤)، ١٦٧-٢١٠

الشناوي، محمد محروس. (١٩٩٨). نظريات الإرشاد والعلاج النفسي، موسوعة الإرشاد والعلاج النفسي. دار الغريب للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة، مصر.

الشناوي، محمد محروس؛ ومحمد، عبد الرحمن السيد. (٢٠١٠). العلاج السلوكي الحديث، أسسه وتطبيقاته. دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة، مصر.

الضبع، فتحي عبد الرحمن؛ ومحمود، أحمد على طلب. (٢٠١٣). فاعلية اليقظة العقلية في خفض أعراض الاكتئاب النفسي لدى عينة من طلاب الجامعة. مجلة الإرشاد النفسي، جامعة عين شمس، (٣٤)، ١-٧٥.

عبد الرحيم، أحمد. (٢٠٠١). الصحة النفسية للأطفال ذوي الحالات البينية في القدرات العقلية. رسالة دكتوراه، كلية الآداب، جامعة عين شمس.

عبد الغنى، عبد العزيز. (٢٠١٦). برنامج تدريبي لتحسين الإدراك الفونولوجي وأثره على علاج اضطرابات الكلام واللغة لدى الأطفال المعاقين عقلياً القابلين للتعلم، القاهرة، رسالة دكتوراه، جامعة عين شمس.

العتيبي، محمد حوال. (٢٠٢٣). فاعلية الإرشاد السلوكي الجدلي في خفض سلوك التمر المدرسي لدى طلاب المرحلة الثانوية بمحافظة عفيف. مجلة الجامعة

الإسلامية للعلوم التربوية والاجتماعية، الجامعة الإسلامية بالمدينة المنورة، (١٣)،  
٤٠-١.

العطية، أسماء عبد الله. (٢٠٠٨). الإرشاد السلوكي المعرفي لاضطرابات القلق لدى  
الأطفال. ط١، مؤسسة حورس الدولية، الإسكندرية.

عكاشة، أحمد؛ وعكاشة، طارق. (٢٠١٠). الطب النفسي المعاصر. ط١٥، الأنجلو  
المصرية، القاهرة.

علي، السيد فهمي. (٢٠١٠). علم النفس المرضي دراسات ونماذج لحالات ذات  
اضطرابات نفسية وعلاجها، دار الجامعة الجديدة، الإسكندرية

علي، السيد فهمي. (٢٠١٠). علم النفس المرضي دراسات ونماذج لحالات ذات  
اضطرابات نفسية وعلاجها. دار المعرفة الجامعة الجديدة، الإسكندرية

عناقرة، فاطمة؛ والخوالدة، محمد. (٢٠٠٧). دور التعليم في الحراك الاجتماعي للمرأة  
العاملة من وجهة نظر عينة من النساء العاملات في المجتمع الأردني وعلاقة ذلك  
ببعض المتغيرات. مجلة جامعة دمشق للعلوم التربوية، ٢٣ (١).

فالح، حسين. (٢٠٠٦). دراسة مقارنة في اضطراب الشخصية الحدية لدى طلاب  
الجامعة المستنصرية تبعاً لأساليب المعاملة الوالدية. مجلة القادسية في الآداب والعلوم  
التربوية- العراق، (١)، ١١٤-١٣٥.

فايد، حسين على. (٢٠٠٦). العلاج النفسي (أصوله- أخلاقياته- تطبيقاته). القاهرة،  
مؤسسة طيبة.

كموران، ماري؛ وهوارد، ريتشارد. (٢٠١٢). الشخصية واضطراباتها والعنف. ترجمة عبد المقصود عبد الكريم، المركز القومي للترجمة، القاهرة.

لينهان، مارثا. (٢٠١٤). العلاج المعرفي السلوكي لاضطراب الشخصية الحدية. ترجمة: ألفت حسين كحلة، الأنجلو المصرية، القاهرة.

مخيمر، عماد. (٢٠٠٦). علم النفس المرضي. القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.

المرشدي، سمية أحمد عبد الستار. (٢٠٢٢). التعقل كمتغير معدل للعلاقة بين الضغوط الأسرية والأعراض النفسية الجسمية لدى عينة من الأزواج والزوجات. رسالة دكتوراه، كلية الآداب، قسم علم النفس، جامعة القاهرة.

مطاوع، محمد مسعد عبد الواحد. (٢٠٢٠). فعالية مدخل العلاج القائم على التعقل في خفض أعراض اضطراب الشخصية الحدية وصعوبات تنظيم الانفعال لدى الطلاب المتعثرين دراسيًا. جامعة سوهاج، كلية التربية، المجلة التربوية، (٧٧)، ٢٠٦٨-٢١٢١.

نيناء، مايكل ودرابدين، ويندى. (٢٠١٨). العلاج المعرفي السلوكي: ١٠٠ نقطة أساسية وتكنيك، ترجمة: عبد الجواد خليفة أبو زيد، مكتبة الأنجلو المصرية. يوسف، شوقي. (٢٠٠٨). قياس الشخصية الحدية لدى عينة من طلاب جامعة الموصل. مجلة أبحاث كلية التربية الأساسية، العراق، (٢)، ٢١-٤٣.

## ثانياً: المراجع الأجنبية:

Aggen, S. H., Neale, M. C., Røysamb, E., Reichborn-Kjennerud, T., & Kendler, K. S. (2009). A psychometric evaluation of the DSM-IV borderline personality disorder criteria: age and sex moderation of criterion functioning. *Psychological Medicine*, 39(12), 1967-1978.

<https://doi.org/10.1017/S0033291709005807>

Aguirre, B., & Galen, G. (2013). *Mindfulness for borderline personality disorder: Relieve your suffering using the core skill of dialectical behavior therapy*. New Harbinger Publications.

Ahovan, M., Balali, S., Shargh, N. A., & Doostian, Y. (2016). Efficacy of dialectical behavior therapy on clinical signs and emotion regulation in patients with obsessive-compulsive disorder. *Mediterranean Journal of Social Sciences*, 7(4), 412-418. <http://dx.doi.org/10.5901/mjss.2016.v7n4p412>

Amalie, A.(2022). *What Is Mindful Breathing? Exercises, Scripts, and Videos*. <https://positivepsychology.com/mindful-breathing/>

American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders(5<sup>th</sup> Ed)* (DSM–5). American Psychiatric Publishing.

<https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>

Aragonès, E., Salvador-Carulla, L., López-Muntaner, J., Ferrer, M & Piñol, J. (2013). Registered prevalence of borderline personality disorder in primary care databases, *Gac Sanit*, 27 (2), 171-174.

- Baer, R. & Krietemeyer, J. (2006). Overview of mindfulness- and acceptancebased treatment approach. (In) Baer, R. (Ed.). *Mindfulness based Treatment Approaches: Clinicians Guide to Evidence Base and Applications. United State of America: Academic Press in an Imprint of Elsevier*, 3-27.
- Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., & Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*, 13(1), 27-45.
- Baer, R. A., Smith, G. T., Lykins, E., Button, D., Krietemeyer, J., Sauer, S., ... & Williams, J. M. G. (2008). Construct validity of the five facet mindfulness questionnaire in meditating and nonmeditating samples. *Assessment*, 15(3), 329-342.
- Bales, D., van Beek, N., Smits, M., Willemsen, S., Busschbach, J. J., Verheul, R., & Andrea, H. (2012). Treatment outcome of 18-month, day hospital mentalization-based treatment (MBT) in patients with severe borderline personality disorder in the Netherlands. *Journal of personality disorders*, 26(4), 568-582. <https://doi.org/10.1521/pedi.2012.26.4.568>
- Baltzell, A., & Summers, J. (2018). *The power of mindfulness: Mindfulness meditation training in sport (MMTS)*. Springer. <https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-319-70410-4>
- Barnicot, B., & Crawford, M. (2018). Posttraumatic Stress Disorder in Patients with Borderline Personality Disorder: Treatment Outcomes and Mediators. *Journal of Traumatic Stress*, 31, 899–908.

Barnow, S., Limberg, A., Stopsack, M., Spitzer, C., Grabe, H. J., Freyberger, H. J., & Hamm, A. (2012). Dissociation and emotion regulation in borderline personality disorder. *Psychological medicine*, 42(4), 783-794.

<https://doi.org/10.1017/S0033291711001917>

Barnow, S., Stopsack, M., Grabe, H. J., Meinke, C., Spitzer, C., Kronmüller, K., & Sieswerda, S. (2009). Interpersonal evaluation bias in borderline personality disorder. *Behaviour research and therapy*, 47(5), 359-365.

<https://doi.org/10.1016/j.brat.2009.02.003>

Bateman, A., & Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for borderline personality disorder: Mentalization-based treatment*. Oxford: Oxford University Press.

<https://doi.org/10.1093/med:psych/9780198527664.001.0001>

Bateman, A., & Fonagy, P. (2006). *Mentalization-based treatment for borderline personality disorder: A practical guide*. Oxford: Oxford University Press.

Bateman, A., & Fonagy, P. (2008). Comorbid antisocial and borderline personality disorders: mentalization-based treatment. *Journal of clinical psychology*, 64(2), 181-194.

<https://doi.org/10.1002/jclp.20451>

Bateman, A., & Fonagy, P. (2010). Mentalization based treatment for borderline personality disorder. *World psychiatry*, 9(1), 11-15. <https://doi.org/10.1002%2Fj.2051-5545.2010.tb00255.x>

Bateman, A., Campbell, C., Luyten, P., & Fonagy, P. (2018). A mentalization-based approach to common factors in the treatment of borderline personality disorder. *Current opinion in psychology*, 21, 44-49.

<https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.09.005>

Bear, R., Smith, G., Hopkins, J., Krietemeyer, J., & Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*, 13, 27 – 45.

Beckerman, N. L., & Corbett, L. (2010). Mindfulness and cognitive therapy in depression relapse prevention: A case study. *Clinical Social Work Journal*, 38(2), 217-225.

Bédard, M., Felteau, M., Marshall, S., Dubois, S., Gibbons, C., Klein, R., & Weaver, B. (2012). Mindfulness-based cognitive therapy: benefits in reducing depression following a traumatic brain injury. *Advances in mind-body medicine*, 26(1), 14-20.

Besharat, M. A., & Shahidi, V. (2014). Mediating role of cognitive emotion regulation strategies on the relationship between attachment styles and alexithymia. *Europe's Journal of Psychology*, 10(2). 352–362.

<https://doi.org/10.5964/ejop.v10i2.671>

Bjureberg, J., Ljótsson, B., Tull, M. T., Hedman, E., Sahlin, H., Lundh, L. G., ... & Gratz, K. L. (2016). Development and validation of a brief version of the difficulties in emotion regulation scale: the DERS-16. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, 38, 284-296. <https://doi:10.1007/s10862-015-9514-x>

Blenkiron, P. (2010). Stories and Analogies in Cognitive Behaviour

- Therapy. <https://www.proquest.com/openview/2cc5d42fc42ecedf0121b318d2fe76fa/1?pq-origsite=gscholar&cbl=5997>
- Bliss, S., & McCardle, M. (2014). An exploration of common elements in dialectical behavior therapy, mentalization based treatment and transference focused psychotherapy in the treatment of borderline personality disorder. *Clinical Social Work Journal*, 42, 61-69. <https://doi.org/10.1007/s10615-013-0456-z>
- Bluth, K., Roberson, P. N., Billen, R. M., & Sams, J. M. (2013). A stress model for couples parenting children with autism spectrum disorders and the introduction of a mindfulness intervention. *Journal of family theory & review*, 5(3), 194-213. <https://doi.org/10.1111/jftr.12015>
- Bøen, E., Hummelen, B., Elvsåshagen, T., Boye, B., Andersson, S., Karterud, S., & Malt, U. F. (2015). Different impulsivity profiles in borderline personality disorder and bipolar II disorder. *Journal of affective disorders*, 170, 104-111. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.08.03>
- Bohus, M., Haaf, B., Stiglmayr, C., Pohl, U., BoÈhme, R., & Linehan, M. (2000). Evaluation of inpatient dialectical-behavioral therapy for borderline personality disorder—a prospective study. *Behaviour research and therapy*, 38(9), 875-887. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(99\)00103-5](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(99)00103-5)
- Brickell, C. (2018). Diagnosis and treatment of borderline personality disorder in the college mental health setting. *Current Psychiatry Reports*, 20, 38. <https://doi/10.1007/s11920-018-0905-z>

- Brown, K. W., Ryan, R. M., & Creswell, J. D. (2007). Mindfulness: Theoretical foundations and evidence for its salutary effects. *Psychological inquiry*, 18(4), 211-237. <https://doi.org/10.1080/10478400701598298>
- Brüne, M., Dimaggio, G., & Edell, M. A. (2013). MENTALIZATION-BASED GROUP THERAPY FOR INPATIENTS WITH BORDERLINE PERSONALITY DISORDER: PRELIMINARY FINDINGS. *Clinical Neuropsychiatry*, 10(5), 196-201.
- Chanen, A. & Thompson, K. (2018). Early intervention for personality disorder. *Journal of current opinion in psychology*, 21, 132-135.
- Chanen, A. M., McCutcheon, L. K., Jovev, M., Jackson, H. J., & McGorry, P. D. (2007). Prevention and early intervention for borderline personality disorder. *Medical Journal of Australia*, 187(S7), S18-S21. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2007.tb01330.x>
- Choudhary, S., & Thapa, K. (2014). Clinical profile of borderline personality disorder in North India. *Psychological Studies*, 59, 374-382. <https://doi.org/10.1007/s12646-014-0236-z>
- Creswell, J. D., Way, B. M., Eisenberger, N. I., & Lieberman, M. D. (2007). Neural correlates of dispositional mindfulness during affect labeling. *Psychosomatic medicine*, 69(6), 560-565. <https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e3180f6171f>
- Davis, D. M., & Hayes, J. A. (2011). What are the benefits of mindfulness? A practice review of psychotherapy-related

research. *Psychotherapy*, 48(2), 198-208.

<https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/a0022062>

Dimeff, L., & Linehan, M. M. (2001). Dialectical behavior therapy in a nutshell. *The California Psychologist*, 34(3), 10-13.

<https://www.ebrightcollaborative.com/uploads/2/3/3/9/23399186/dbtinanutshell.pdf>

Dimitrijević, A., Hanak, N., Altaras Dimitrijević, A., & Jolić Marjanović, Z. (2018). The Mentalization Scale (MentS): A self-report measure for the assessment of mentalizing capacity. *Journal of personality assessment*, 100(3), 268-280.

<https://doi.org/10.1080/00223891.2017.1310730>

Edel, M. A., Raaff, V., Dimaggio, G., Buchheim, A., & Brüne, M. (2017). Exploring the effectiveness of combined mentalization-based group therapy and dialectical behaviour therapy for inpatients with borderline personality disorder—A pilot study. *British Journal of Clinical Psychology*, 56(1), 1-15.

<https://doi.org/10.1111/bjc.12123>

Einy, S, Narimani, M., & Movahed, F. (2019). Comparing the Effect of Mentalization-Based Therapy and Cognitive Analytical Therapy on Ego Strength and Defense Mechanisms of People with Borderline Personality Disorder. *Quarterly of The Horizon of Medical Sciences*. 25(4),324-339

Elices, M., Pascual, J. C., Carmona, C., Martín-Blanco, A., Feliu-Soler, A., Ruiz, E., ... & Soler, J. (2015). Exploring the relation between childhood trauma, temperamental traits and mindfulness in borderline personality disorder. *BMC psychiatry*, 15(1), 1-7.

<https://doi.org/10.1186/s12888-015-0573-z>

Elices, M., Pascual, J. C., Portella, M. J., Feliu-Soler, A., Martín-Blanco, A., Carmona, C., & Soler, J. (2016). Impact of mindfulness training on borderline personality disorder: A randomized trial. *Mindfulness*, 7(3), 584-595.

<https://doi.org/10.1007/s12671-016-0492-1>

Elliott, A. C., & Woodward, W. A. (2007). *Statistical analysis quick reference guidebook: With SPSS examples*. Sage.

Etherington, K. (2017). Personal experience and critical reflexivity in counselling and psychotherapy research. *Counselling and Psychotherapy Research*, 17(2), 85-94. <https://doi.org/10.1002/capr.12080>

Eyden, J., Winsper, C., Wolke, D., Broome, M. R., & MacCallum, F. (2016). A systematic review of the parenting and outcomes experienced by offspring of mothers with borderline personality pathology: Potential mechanisms and clinical implications. *Clinical psychology review*, 47, 85-105.

<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.04.002>

Falconer, C. J., Cutting, P., Davies, E. B., Hollis, C., Stallard, P., & Moran, P. (2017). Adjunctive avatar therapy for mentalization-based treatment of borderline personality disorder: a mixed-methods feasibility study. *BMJ Ment Health*, 20(4), 123-127.

<http://dx.doi.org/10.1136/eb-2017-102761>

Feliu-Soler, A., Pascual, J. C., Borràs, X., Portella, M. J., Martín-Blanco, A., Armario, A., ... & Soler, J. (2014). Effects of Dialectical Behaviour Therapy-mindfulness training on emotional reactivity in borderline personality disorder: preliminary results. *Clinical psychology & psychotherapy*, 21(4), 363-370.

<https://doi.org/10.1002/cpp.1837>

Ferraz, L., Vázquez, M., Navarro, J. B., Gelabert, E., Martin-Santos, R & Subira, S. (2009). Dimensional assessment of personality and impulsiveness in borderline personality disorder, *Personality and individual differences*, 46 , 140 - 146 .

Florange, J., & Herpertz, S. (2019). Parenting in Patients with Borderline Personality Disorder, Sequelae for the Offspring and Approaches to Treatment and Prevention. *Current Psychiatry Reports*, 21, 9. <https://doi.org/10.1007/s11920-019-0996-1>

Flynn, D., Kells, M., & Joyce, M. (2021). Dialectical behaviour therapy: Implementation of an evidence-based intervention for borderline personality disorder in public health systems. *Current Opinion in Psychology*, 37, 152-157.

<https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2021.01.002>

Fonagy, P., & Target, M. (2008). Attachment, trauma and Psychoanalysis: Where psychoanalysis meets neuroscience. U: Jurist EL, Slade A, Bergner S, eds. Mind to Mind. Infant Research, Neuroscience, and Psychoanalysis.

Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual differences*, 30(8), 1311-1327. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(00\)00113-6](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(00)00113-6)

Garnefski, N., Van Den Kommer, T., Kraaij, V., Teerds, J., Legerstee, J., & Onstein, E. (2002). The relationship between cognitive emotion regulation strategies and emotional problems: comparison between a clinical and a non-clinical sample. *European journal of personality*, 16(5), 403-420.

Gilbert, P., & Leahy, R. L. (Eds.). (2007). *The therapeutic relationship in the cognitive behavioral psychotherapies*. Routledge.

Grant, B. F., Chou, S. P., Goldstein, R. B., Huang, B., Stinson, F. S., Saha, T. D., ... & Ruan, W. J. (2008). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV borderline personality disorder: results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of clinical psychiatry*, 69(4), 533-545.

Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, 26(1), 41-54.

<http://dx.doi.org/10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94>

Gratz, K. L., Tull, M. T., Matusiewicz, A. M., Breetz, A. A., & Lejuez, C. W. (2013). Multimodal examination of emotion regulation difficulties as a function of co-occurring avoidant personality disorder among women with borderline personality disorder. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 4(4), 304-314.

<https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/per0000020>

Gratz, K. L., Tull, M. T., Reynolds, E. K., Bagge, C. L., Latzman, R. D., Daughters, S. B., & Lejuez, C. W. (2009). Extending extant models of the pathogenesis of borderline personality disorder to childhood borderline personality symptoms: The roles of affective dysfunction, disinhibition, and self-and emotion-regulation deficits. *Development and*

*psychopathology*, 21(4), 1263-1291.

<https://doi.org/10.1017/S0954579409990150>

Griffiths, H., Duffy, F., Duffy, L., Brown, S., Hockaday, H., Eliasson, E., ... Schwannauer, M. (2019). Efficacy of Mentalization-based group therapy for adolescents: the results of a pilot randomized controlled trial. *MBC psychiatry*, 19, 167.

<https://doi.org/10.1186/s12888-019-2158-8>.

Gross, J. J. (1999). Emotion regulation: Past, present, future. *Cognition & emotion*, 13(5), 551-573.

<https://doi.org/10.1080/026999399379186>

Gross, J. J. (2002). Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology*, 39(3), 281-291.

<https://doi.org/10.1017/S0048577201393198>

Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of personality and social psychology*, 85(2), 348-362.

<https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-3514.85.2.348>

Gunderson, J., Stour, R., McGlashan, T., Shea, M., Morey, L., Grilo, C., ... Skodol, A. (2011). Ten-Year Course of Borderline Personality Disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 68, 827.

<https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.37>. PMID:

21464343

Harris, K. (2017). A Teacher's journey to mindfulness: Opportunities for joy, hope, and compassion. *Journal of Childhood Education*, 93(2), 119-127.

Haskins, N. H., & Appling, B. (2017). Relational-cultural theory and reality therapy: A culturally responsive integrative framework. *Journal of Counseling & Development*, 95(1), 87-99. <https://doi.org/10.1002/jcad.12120>

Hayward, M. (2008). *Mentalization-based Treatment for Borderline Personality Disorder: A Practical Guide*. By Anthony Bateman & Peter Fonagy. Oxford University Press. 2006.£ 19.95 (pb). 204 pp. ISBN 0198570902. *Psychiatric Bulletin*, 32(5), 200-200. <https://doi.org/10.1192/pb.bp.106.014076>

Heard, H. L., & Swales, M. A. (2015). *Changing behavior in DBT: Problem solving in action*. Guilford Publications.

Helgeland, M. I., & Torgersen, S. (2004). Developmental antecedents of borderline personality disorder. *Comprehensive psychiatry*, 45(2), 138-147.

<https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2003.09.001>

Herr, N. R., Rosenthal, M. Z., Geiger, P. J., & Erikson, K. (2013). Difficulties with emotion regulation mediate the relationship between borderline personality disorder symptom severity and interpersonal problems. *Personality and mental health*, 7(3), 191-202. <https://doi.org/10.1002/pmh.1204>

Himmelstein, S., Hastings, A., Shapiro, S. & Heery, M. (2011). Mindfulness training for self – regulation and stress with incarcerated youth: A pilot study. *The Journal of Community and Criminal Justice*, 59(2), 151 – 165.

Hopwood, C. J. (2018). Interpersonal dynamics in personality and personality disorders. *European Journal of Personality*, 32(5), 499-524. <https://doi.org/10.1002/per.2155>

Imanparvar, S., & Ghasemi, M. (2016). The Role of Emotion Regulation Strategies and Behavioral Activation System (BAS) in Social Adjustment of Adolescents With Conduct Disorder. *Modern Applied Science*, 10(10), 1-75.

<https://doi:10.5539/mas.v10n10p75>

Javedani, M., Aerabsheybani, H., Ramezani, N., & Aerabsheybani, K. (2017). The Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) in increasing infertile couples' resilience and reducing anxiety, stress, and depression. *NeuroQuantology*, 15(3),49-100.

Jimenez, S. S., Niles, B. L., & Park, C. L. (2010). A mindfulness model of affect regulation and depressive symptoms: Positive emotions, mood regulation expectancies, and self-acceptance as regulatory mechanisms. *Personality and individual differences*, 49(6), 645-650.

<https://doi.org/10.1016/j.paid.2010.05.041>

Johnson, N. (2007). Self-report measures of mindfulness: a review of the literature.

Joyce, S., Shand, F., Bryant, R. A., Lal, T. J., & Harvey, S. B. (2018). Mindfulness-based resilience training in the workplace: Pilot study of the internet-based Resilience@ Work (RAW) mindfulness program. *Journal of medical Internet research*, 20(9), e10326. <https://preprints.jmir.org/preprint/10326>

Juul, S., Lunn, S., Poulsen, S., Sørensen, P., Salimi, M., Jakobsen, J. C., ... & Simonsen, S. (2019). Short-term versus long-term mentalization-based therapy for outpatients with subthreshold or diagnosed borderline personality disorder: a

protocol for a randomized clinical trial. *Trials*, 20, 1-10.

<https://doi.org/10.1186/s13063-019-3306-7>

Juurlink, T. T., Vukadin, M., Stringer, B., Westerman, M. J., Lamers, F., Anema, J. R., ... & Van Marle, H. J. (2019). Barriers and facilitators to employment in borderline personality disorder: A qualitative study among patients, mental health practitioners and insurance physicians. *PLoS One*, 14(7), e0220233.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0220233>

Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 144 – 156.

Kar, P. C., Shian-Ling, K., & Chong, C. K. (2014). Mindful-STOP: Mindfulness Made Easy for Stress Reduction in Medical Students. *Education in Medicine Journal*, 6(2), 48-56

Kaviani, H., Javaheri, F., & Hatami, N. (2011). Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) reduces depression and anxiety induced by real stressful setting in non-clinical population. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 11(2), 285-296.

Kettler, K. M. (2010). Mindfulness and cardiovascular risk in college students.

from:<http://web3.unt.edu/honors/eaglefeather/w%20p-content/2010/08/Kettler-Kristen-072910-FINAL.pdf>

Khazan, I. (2019). *Biofeedback and mindfulness in everyday life: Practical solutions for improving your health and performance*. WW Norton & Company.

Kim, Y. W., Lee, S. H., Choi, T. K., Suh, S. Y., Kim, B., Kim, C. M., ... & Yook, K. H. (2009). Effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy as an adjuvant to pharmacotherapy in patients with panic disorder or generalized anxiety disorder. *Depression and anxiety*, 26(7), 601-606.

Kitsumban, V., Thapinta, D., Sirindharo, P. B., & Anders, R. L. (2009). Effect of cognitive mindfulness practice program on depression among elderly Thai women. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 13(2), 95-108.

Koerner, K., & Dimeff, L. A. (2007). Overview of dialectical behavior therapy. In L. A. Dimeff & K. Koerner (Eds.), *Dialectical behavior therapy in clinical practice: Applications across disorders and settings* (pp. 1–18). Guilford Press. <https://psycnet.apa.org/record/2007-14074-001>

Korzekwa, M. I., Dell, P. F., Links, P. S., Thabane, L., & Webb, S. P. (2008). Estimating the prevalence of borderline personality disorder in psychiatric outpatients using a two-phase procedure. *Comprehensive Psychiatry*, 49(4), 380-386. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2008.01.007>

Krugman, S. (2013). Mentalization in group: Implicit and explicit. *group*, 37(2), 119-133. <https://doi.org/10.13186/group.37.2.0119>

Langer, E. J. (1989). *Mindfulness. the United States of America*: Addison-Wesley/Addison Wesley Longman.

Laurensen, E. M., Hutsebaut, J., Feenstra, D. J., Bales, D. L., Noom, M. J., Busschbach, J. J., ... & Luyten, P. (2014).

Feasibility of mentalization-based treatment for adolescents with

borderline symptoms: A pilot study. *Psychotherapy*, 51(1), 159-166. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/a0033513>

Laverdière, O., Ogrodniczuk, J. S., & Kealy, D. (2019). Interpersonal problems associated with passive-aggressive personality disorder. *The Journal of nervous and mental disease*, 207(10), 820-825. <https://doi.10.1097/NMD.0000000000001044>

Law, K. C., & Chapman, A. L. (2015). Borderline personality features as a potential moderator of the effect of anger and depressive rumination on shame, self-blame, and self-forgiveness. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 46, 27-34. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2014.07.008>

Lazarus, R. S. (2006). *Stress and emotion: A new synthesis*. Springer publishing company.

Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford Publications. <https://www.amazon.com/Cognitive-BehavioralTreatment-Borderline-PersonalityDisorder/dp/0898621836>.

Linehan, M. M. (2018). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford Publications.

Linehan, M. M., & Dexter-Mazza, E. T. (2008). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual*, 4, 365-420.

Linehan, M. M., & Wilks, C. R. (2015). The course and evolution of dialectical behavior therapy. *American journal of*

*psychotherapy*, 69(2), 97-110.

<https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.2015.69.2.97>

Linehan, M. M., Armstrong, H. E., Suarez, A., Allmon, D., & Heard, H. L. (1991). Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of general psychiatry*, 48(12), 1060-1064.

<https://doi:10.1001/archpsyc.1991.01810360024003>

Linehan, M. M., Comtois, K. A., Murray, A. M., Brown, M. Z., Gallop, R. J., Heard, H. L., ... & Lindenboim, N. (2006). Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Archives of general psychiatry*, 63(7), 757-766.

<https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/article-abstract/209726>

Linehan, M. M., Dimeff, L. A., Reynolds, S. K., Comtois, K. A., Welch, S. S., Heagerty, P., & Kivlahan, D. R. (2002). Dialectical behavior therapy versus comprehensive validation therapy plus 12-step for the treatment of opioid dependent women meeting criteria for borderline personality disorder. *Drug and alcohol dependence*, 67(1), 13-26. [https://doi.org/10.1016/S0376-8716\(02\)00011-X](https://doi.org/10.1016/S0376-8716(02)00011-X)

Linhean, M. M. (2015). DBT Skills Training Handouts and Worksheets.

[https://survivingcptsd.files.wordpress.com/2018/01/dbt\\_skills\\_training\\_handouts\\_and\\_worksheets\\_linehan\\_marsha\\_srg.pdf](https://survivingcptsd.files.wordpress.com/2018/01/dbt_skills_training_handouts_and_worksheets_linehan_marsha_srg.pdf)

Lorentz, N. (2012). *Measuring mindfulness: A critical review*. The Chicago School of Professional Psychology.

Lynch, T. R., & Cheavens, J. S. (2008). Dialectical behavior therapy for comorbid personality disorders. *Journal of Clinical Psychology, 64*(2), 154-167. <https://doi.org/10.1002/jclp.20449>

Maharishi, M. & Yogi, M. (1994). *Vedic Knowledge for everyone: An Introduction*. Maharishi Vedic.

Maharishi, M. (2001). *Science of being and art of living: Transcendental Meditation*. N.Y: Plume.

Mak, C., Whittingham, K., Cunnington, R., & Boyd, R. (2018). Efficacy of Mindfulness-Based Interventions for Attention and Executive Function in Children and Adolescents—a Systematic Review. *Mindfulness, 9*(1), 59-78.

Martin, D. (2005). *Comparative Treatments for Borderline Personality Disorder* in Freeman, A. & Stone, M. *Borderline Personality Disorder*, New York: Springe.

Matta, C. (2012). *The Stress Response: How Dialectical Behavior Therapy Can Free You from Needless Anxiety, Worry, Anger, and Other Symptom*. New Harbinger Publications.

McCormick, B., Blum, N., Hansel, R., Franklin, J. A., John, D. S., Pfohl, B., ... & Black, D. W. (2007). Relationship of sex to symptom severity, psychiatric comorbidity, and health care utilization in 163 subjects with borderline personality disorder. *Comprehensive psychiatry, 48*(5), 406-412. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2007.05.005>

McQuillan, A., Nicastro, R., Guenot, F., Girard, M., Lissner, C., & Ferrero, F. (2005). Intensive Dialectical Behavior Therapy for Outpatients with Borderline Personality Disorder Who Are in Crisis. *Psychiatric services*, 56(2), 193-197.

<https://doi.org/10.1176/appi.ps.56.2.193>

Möller, C., Karlgren, L., Sandell, A., Falkenström, F., & Philips, B. (2017). Mentalization-based therapy adherence and competence stimulates in-session mentalization in psychotherapy for borderline personality disorder with co-morbid substance dependence. *Psychotherapy Research*, 27(6), 749-765.

<https://doi.org/10.1080/10503307.2016.1158433>

Morken, K., Karterud, S., & Arefjord, N. (2014). Transforming disorganized attachment through mentalization-based treatment. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 44, 117-126.

<https://doi.org/10.1007/s10879-013-9246-8>

Neacsiu, A. D., Lungu, A., Harned, M. S., Rizvi, S. L., & Linehan, M. M. (2014). Impact of dialectical behavior therapy versus community treatment by experts on emotional experience, expression, and acceptance in borderline personality disorder. *Behaviour research and therapy*, 53, 47-54.

<https://doi.org/10.1016/j.brat.2013.12.004>

Neacsiu, A. D., Rizvi, S. L., & Linehan, M. M. (2010). Dialectical behavior therapy skills use as a mediator and outcome of treatment for borderline personality disorder. *Behaviour research and therapy*, 48(9), 832-839.

<https://doi.org/10.1016/j.brat.2010.05.017>

Neff, K. D. (2003). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and identity*, 2(3), 223-250.

<https://doi.org/10.1080/15298860309027>

New, A. S., Triebwasser, J., & Charney, D. S. (2008). The case for shifting borderline personality disorder to Axis I. *Biological Psychiatry*, 64(8), 653-659.

<https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2008.04.020>

O'Brien, K. M., Larson, C. M., & Murrell, A. R. (2008). Third-wave behavior therapies for children and adolescents: Progress, challenges, and future directions. *Acceptance and mindfulness treatments for children and adolescents: A practitioner's guide*, 15-35.

O'Neill, J. J. (2015). *A Correlational Study Examining the Relationship between Attachment Styles and Emotion Regulation in Adult Inpatient Marijuana Users*. Grand Canyon University.

<https://www.proquest.com/openview/b30bf2d26ac9c5a37b18eb45dc424306/1?pq-origsite=gscholar&cbl=18750>

Ooi, j., Michael, j., Lemola, S., Butterfill, S., Siew, C., & Walasek, I. (2020). Interpersonal Functioning in Borderline Personality Disorder Traits: A Social Media Perspective. *Scientific Reports*, 10, 1068. <https://doi.org/10.1038/s41598-020-58001-x>

Paris, J. (2007). Why psychiatrists are reluctant to diagnose: borderline personality disorder. *Psychiatry (Edgmont)*, 4(1), 35-39. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20805927>

Paris, J., Chenard-Poirier, M. P., & Biskin, R. (2013). Antisocial and borderline personality disorders revisited. *Comprehensive*

*psychiatry*, 54(4), 321-325.

<https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2012.10.006>

Perroud, N., Nicasro, R., Jermann, F., & Huguelet, P. (2012). Mindfulness skills in borderline personality disorder patients during dialectical behavior therapy: Preliminary results. *International journal of psychiatry in clinical practice*, 16(3), 189-196.

<https://doi.org/10.3109/13651501.2012.674531>

Philippot P., Baeyens C., Douilliez C. & Francart, B. (2004). Cognitive regulation of emotion: Application to clinical disorders. *The Regulation of Emotion*. New Jersey. Lawrence Erlbaum Associates, 73-99.

Pizzarello, S., & Taylor, J. (2011). Peer substance use associated with the co-occurrence of borderline personality disorder features and drug use problems in college students. *Journal of American College Health*, 59(5), 408-414.

<https://doi.org/10.1080/07448481.2010.513407>

Potthoff, P., & Moini-Afchari, U. (2014). Mentalization-based treatment in groups—a paradigm shift or old wine in new skin?. *Group Analysis*, 47(1), 3-16.

<https://doi.org/10.1177/0533316413518488>

Purnamaningsih, E. H. (2017). Personality and emotion regulation strategies. *International Journal of Psychological Research*, 10(1), 53-60. <https://10.0.83.252/20112084.2040>

Putnam, K. M., & Silk, K. R. (2005). Emotion dysregulation and the development of borderline personality disorder. *Development and psychopathology*, 17(4), 899-925.

<https://doi.org/10.1017/S0954579405050431>

- Ribeiro, A. (2015). Interpersonal Change during Dialectical Behavior Therapy for Borderline Personality Disorder: An Evidence-Based Case Study. *An Unpublished Ph.D.*, California Lutheran University.
- Rivera, A. C. (2013). *Mindfulness and self-compassion in relation to borderline personality disorder*. Alliant International University.
- Robins, C. J., & Chapman, A. L. (2004). Dialectical behavior therapy: Current status, recent developments, and future directions. *Journal of personality disorders*, 18(1), 73-89. <https://doi.org/10.1521/pedi.18.1.73.32771>
- Rogosch, F. A., & Cicchetti, D. (2005). Child maltreatment, attention networks, and potential precursors to borderline personality disorder. *Development and psychopathology*, 17(4), 1071-1089. <https://doi.org/10.1017/S0954579405050509>
- Rossouw, T. I. (2015). The use of mentalization-based treatment for adolescents (MBT-A) with a young woman with mixed personality disorder and tendencies to self-harm. *Journal of clinical psychology*, 71(2), 178-187. <https://doi.org/10.1002/jclp.22153>
- Safer, D. L., Telch, C. F., & Chen, E. Y. (2009). *Dialectical behavior therapy for binge eating and bulimia*. Guilford Press.
- Salsman, N. L., & Linehan, M. M. (2012). An investigation of the relationships among negative affect, difficulties in emotion regulation, and features of borderline personality disorder. *Journal of Psychopathology and Behavioral*

*Assessment*, 34, 260-267. <https://doi.org/10.1007/s10862-012-9275-8>

Segal, D., Gottschling, J., Marty, M., Meyer, W., & Coolidge, F. (2015) Relationships among depressive, passive-aggressive, sadistic and self-defeating personality disorder features with suicidal ideation and reasons for living among older adults. *Aging & Mental Health*, 19(12), 1071-1077.

Sharma, S., & Fowler, J. C. (2018). Restoring hope for the future: Mentalization-based therapy in the treatment of a suicidal adolescent. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 71(1), 55-75. <https://doi.org/10.1080/00797308.2017.1416863>

Smith, A., Graham, L., & Senthinathan, S. (2007). Mindfulness-based cognitive therapy for recurring depression in older people: A qualitative study. *Aging and Mental Health*, 11(3), 346-357.

Soler, J., Elices, M., Pascual, J. C., Martín-Blanco, A., Feliu-Soler, A., Carmona, C., & Portella, M. J. (2016). Effects of mindfulness training on different components of impulsivity in borderline personality disorder: results from a pilot randomized study. *Borderline personality disorder and emotion dysregulation*, 3(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s40479-015-0035-8>

Soler, J., Pascual, J. C., Tiana, T., Cebrià, A., Barrachina, J., Campins, M. J., ... & Pérez, V. (2009). Dialectical behaviour therapy skills training compared to standard group therapy in borderline personality disorder: a 3-month randomised controlled clinical trial. *Behaviour research and therapy*, 47(5), 353-358. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2009.01.013>

Soler, J., Valdepérez, A., Feliu-Soler, A., Pascual, J. C., Portella, M. J., Martín-Blanco, A., ... & Pérez, V. (2012). Effects of the dialectical behavioral therapy-mindfulness module on attention in patients with borderline personality disorder. *Behaviour research and therapy*, 50(2), 150-157.

<https://doi.org/10.1016/j.brat.2011.12.002>

Soloff, P., White, R., & Diwadkar, V. A. (2014). Impulsivity, aggression and brain structure in high and low lethality suicide attempters with borderline personality disorder. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 222(3), 131-139.

<https://doi.org/10.1016/j.psychresns.2014.02.006>

Stepp, S. D., Epler, A. J., Jahng, S., & Trull, T. J. (2008). The effect of dialectical behavior therapy skills use on borderline personality disorder features. *Journal of personality disorders*, 22(6), 549-563.

<https://doi.org/10.1521/pedi.2008.22.6.549>

Swales, M. A. (2009). Dialectical Behaviour Therapy: Description, research and future directions. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 5(2), 164-177.

<https://doi.org/10.1037/h0100878>

Swales, M. A., & Heard, H. L. (2007). The therapy relationship in dialectical behaviour therapy. *The therapeutic relationship in the cognitive behavioral psychotherapies*, 185-204.

Swenson, C. R., & Choi-Kain, L. W. (2015). Mentalization and dialectical behavior therapy. *American Journal of Psychotherapy*, 69(2), 199-217.

<https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.2015.69.2.199>

Tadić, A., Wagner, S., Hoch, J., Baškaya, Ö., Von Cube, R., Skaletz, C., ... & Dahmen, N. (2009). Gender differences in axis I and axis II comorbidity in patients with borderline personality disorder. *Psychopathology*, 42(4), 257-263.

<https://doi.org/10.1159/000224149>

Teimourpour, N., Besharat, M. A., Rahiminezhad, A., Rashidi, B. H., & Lavasani, M. G. (2015). The mediational role of cognitive emotion regulation strategies in the relationship of ego-strength and adjustment to infertility in women. *Journal of family & reproductive health*, 9(2), 45-52.

Thompson, R. A. (2011). Emotion and emotion regulation: Two sides of the developing coin. *Emotion Review*, 3(1), 53-61.

<https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1754073910380969>

Trull, T. J. (2001). Structural relations between borderline personality disorder features and putative etiological correlates. *Journal of abnormal psychology*, 110(3), 471-481.

<https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0021-843X.110.3.471>

Tunç, P., & Eren, N. (2019). Psychodynamic formulation in borderline personality disorder: A case study. *Journal of psychiatric nursing*, 10(4), 309-316.

Weissbecker, I., Salmon, P., Studts, J. L., Floyd, A. R., Dedert, E. A., & Sephton, S. E. (2002). Mindfulness-based stress reduction and sense of coherence among women with fibromyalgia. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 9(4), 297-307.

Widiger, T. A. (2005). A temperament model of borderline personality disorder. In *Borderline personality disorder* (pp. 85-104). CRC Press.

Williams, J. M. G., Russell, I., & Russell, D. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy: Further issues in current evidence and future research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76*(3), 524–529. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.76.3.524>

Wupperman, P., & Neumann, C. S. (2006). Depressive symptoms as a function of sex-role, rumination, and neuroticism. *Personality and Individual Differences, 40*(2), 189-201. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2005.05.017>

Wupperman, P., Neumann, C. S., Whitman, J. B., & Axelrod, S. R. (2009). The role of mindfulness in borderline personality disorder features. *The Journal of nervous and mental disease, 197*(10), 766-771.

<https://doi:10.1097/NMD.0b013e3181b97343>

Yalim, D. (2018). *Don't Worry, Blissful Body Scan Meditation Will Boost Life Quality*. [https://bayart.org/body-scan-meditation/?expand\\_article=1](https://bayart.org/body-scan-meditation/?expand_article=1)

Zimmerman, M., Rothschild, L., & Chelminski, I. (2005). The prevalence of DSM-IV personality disorders in psychiatric outpatients. *American Journal of Psychiatry, 162*(10), 1911-1918. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.10.1911>