

The Role of Cognitive Emotion Regulation Strategies in Predicting of Suicidal Ideation in A Sample of Female Patients with Borderline Personality Disorder BPD Compared to Normal

Ahmed A. Abdullah

Islam Eid Refaei

Hanan Sayed Salem

Abstract

Objective: The study aimed to detect the correlation between suicidal ideation and the number of suicidal attempts in patients with borderline personality disorder (BPD). The study also aimed to identify the nature of differences between patients with BPD and normal persons in each of the cognitive emotion regulation strategies and suicidal ideation, and to reveal the ability of cognitive emotion regulation strategies (Self-blame, Acceptance, Rumination, Positive Refocusing, Refocus on Planning, Positive Reappraisal, Putting into Perspective, Catastrophizing, and Blaming others) in predicting reduced suicidal ideation in patients with BPD. **Methodology:** To achieve the study objective, Cognitive Emotion Regulation Strategies Scale and the Beck Scale for Suicidal Ideation were applied to a sample of (30) patients with BPD, whose mean age is (27.88) years with a standard deviation of (7.31) years, and a sample of (30) normal females with a mean age (29.88) years and a standard deviation of (4.41) years that is significantly equivalent to the group of patients in some demographic variables. The study followed the descriptive analytical method. **Results:** The results indicated a positive correlation between the number of suicidal attempts and the total score of suicidal ideation and only the active and negative suicide desire dimensions. There were also statistically significant differences between patients with BPD and normal persons in all cognitive emotion regulation strategies in favor of normal persons except for the strategy of "Putting into Perspective." There was also a statistically significant difference between patients with BPD and normal persons in the total score of suicidal ideation and its dimensions (active and passive suicide desire and suicide planning) in favor of the normal. Finally, there were four predictable strategies (Acceptance, Refocusing on Planning, Positive Reappraisal, and Catastrophizing) that had the predictability of the total score of suicidal ideation.

Keywords: Cognitive Emotion Regulation Strategies, Suicidal Ideation, Suicide Attempts, Borderline Personality Disorder (BPD), Normal.

دور إستراتيجيات التنظيم الانفعالي المعرفي في التنبؤ بالتصور الانتحاري لدى عينة من مريضات اضطراب الشخصية الحدية مقارنة بالأسوياء

أحمد عمرو عبد الله^(*)

إسلام عيد رفاعي^(**)

حنان سيد سالم^(***)

ملخص:

هدف الدراسة: هدفت الدراسة إلى الكشف عن العلاقة الارتباطية بين التصور الانتحاري وعدد المحاولات الانتحارية لدى مريضات اضطراب الشخصية الحدية، بالإضافة إلى تعرف طبيعة الفروق بين المرضى والأسوياء في كل من إستراتيجيات التنظيم الانفعالي المعرفي والتصور الانتحاري، والكشف عن قدرة إستراتيجيات التنظيم الانفعالي المعرفي (لوم الذات، والقبول، والاجترار، وإعادة التركيز الإيجابي، وإعادة التركيز على التخطيط، وإعادة التقييم الإيجابي، ووضع الأمور في نصابها، والكاثرتية، ولوم الآخرين) في التنبؤ بخفض التصور الانتحاري لدى مريضات اضطراب الشخصية الحدية. ولتحقيق هدف الدراسة طُبّق مقياس إستراتيجيات التنظيم الانفعالي المعرفي ومقياس بيك للتصور الانتحاري (من ترجمة الباحثين)، على عينة من مرضى اضطراب الشخصية الحدية، قوامها (30) مريضة، متوسط أعمارهن (27.88) عاماً بانحراف معياري قدره (7.31) أعوام، وعلى عينة من الأسوياء قوامها (30) أنثى، متوسط أعمارهن (29.88) عاماً وانحراف معياري قدره (4.41) أعوام متكافئة مع مجموعة المرضى إلى حد كبير في بعض المتغيرات الديموغرافية. ولتحقيق هدف الدراسة اتُبع المنهج الوصفي التحليلي. أشارت نتائج الدراسة إلى وجود علاقة ارتباطية موجبة ذات دلالة إحصائية بين عدد المحاولات الانتحارية والدرجة الكلية للتصور الانتحاري وبعدي الرغبة الانتحارية النشطة والسلبية فقط. كما كان هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين مريضات اضطراب الشخصية الحدية والأسوياء في جميع إستراتيجيات التنظيم الانفعالي

(*) أستاذ علم النفس الإكلينيكي المساعد - مركز الإرشاد الجامعي بجامعة الإمام عبد الرحمن بن فيصل.

(**) محاضر، دكتوراه في علم النفس الإيجابي - مركز الإرشاد الجامعي بجامعة الإمام عبد الرحمن بن فيصل.

(***) اختصاصي نفسي إكلينيكي - المركز الاستشاري البريطاني للدكتورة هالة حماد للاستشارات النفسية.

في الاتجاه الأفضل للأسوياء، باستثناء إستراتيجية وضع الأمور في نصابها. كما كان هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين مريضات اضطراب الشخصية الحدية والأسوياء في الدرجة الكلية للتصور الانتحاري وأبعاده (الرغبة الانتحارية النشطة والسلبية والتخطيط للانتحار) في الاتجاه الأفضل للأسوياء. وأخيراً، كان هناك أربع إستراتيجيات منبئة (القبول، وإعادة التركيز على التخطيط، وإعادة التقييم الإيجابي، والكارثية) لها قدرة تنبئية بالدرجة الكلية للتصور الانتحاري.

المصطلحات الأساسية: إستراتيجيات التنظيم الانفعالي المعرفي، التصور الانتحاري، المحاولات الانتحارية، اضطراب الشخصية الحدية، الأسوياء.

مقدمة:

يعد اضطرابات الشخصية نموذجاً من السلوك الثابت نسبياً، يظهر في مرحلة المراهقة، وينتج عنه خلل في الجوانب المعرفية والانفعالية والاجتماعية والمهنية. وتعتبر اضطرابات الشخصية أصعب الاضطرابات النفسية علاجاً (محمد وآخرون، 2019). وتناولت الدراسة أحد أنواع اضطرابات الشخصية، الذي يندرج ضمن المجموعة الثانية، وهو اضطراب الشخصية الحدية، الذي يعرف في الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية DSM-5 بأنه نمط من عدم الاستقرار في العلاقات البينشخصية وصورة الذات والوجدان والاندفاعية الملحوظة (APA, 2013).

ويعد اضطراب الشخصية الحدية أكثر اضطرابات الشخصية التي يلجأ أصحابها للسلوكيات الانتحارية؛ فقد قامت دراسات عدة للتحقق من هذه الملاحظة، ومنها دراسة هورتيوز وكونويل Horwitz & Conwell التي قامت بفحص (19) دراسة، تناولت معدل انتشار السلوكيات الانتحارية لدى هؤلاء المرضى، وتوصلت إلى أن معدلات الانتحار راوحت بين (3% و 9%) (Nichols, 2014)، وهذا ما أكدته دراسة لاكسينرينج Leichsenring، التي أشارت إلى أن معدلات الانتحار لديهم راوحت بين (8 و 10%) (Leichsenring et al., 2011). أحد العوامل وراء اختيار الإناث دون الذكور في حالات اضطراب الشخصية الحدية داخل هذه الدراسة يتمثل في كون الإناث أكثر عرضة وقابلية للاضطراب، بسبب تعرضهن في حياتهن للإساءة في الطفولة وخاصة الإساءة الجنسية، بمعدل أعلى من الذكور، وهو أحد الأسباب المهمة التي تساعد على ظهور هذا الاضطراب (البشر، 2005).

وتتحدد أهمية دراسة التصور الانتحاري لدى الشخصية الحدية في الطبيعة الخاصة بالاضطراب؛ من أنه يتضمن عدداً ضخماً ومتداخلاً من الأعراض: كالاندفاعية، والتقلبات الانفعالية الحادة، وسلوكيات إيذاء الذات، والمحاولات الانتحارية (ليهى، 2006). وتبين أن نحو (9%-33%) من بين جميع حالات الانتحار المكتملة كانت لمرضى اضطراب الشخصية الحدية (Fertuck, 2007). كما يُعد الانتحار من الأسباب الرئيسة للوفاة؛ حيث يموت أكثر من (800000) شخص بسبب الانتحار كل عام (Bilsen, 2018)؛ ومن ثم فإن تحديد عوامل الخطر للأفكار والسلوكيات الانتحارية أمر بالغ الأهمية لمنع الانتحار أو التقليل منه (Brown et al., 2000)، ومن بين هذه العوامل استخدام إستراتيجيات التنظيم الانفعالي المعرفي اللاتكيفية (Kudinova et al., 2016).

يشير التنظيم الانفعالي المعرفي إلى العمليات المعرفية التي تساعد الفرد على تقييم الاستجابة الانفعالية وتعديلها؛ ومن ثم فإن نموذج الارتباط بين التصور الانتحاري مع التنظيم الانفعالي المعرفي يدعم التمايز بين الإستراتيجيات التكيفية (التقبل، وإعادة التركيز الإيجابي، ووضع الأمور في نصابها، وإعادة التقييم الإيجابي) والإستراتيجيات اللا تكيفية (لوم الذات، واجترار الأفكار، والكارثية، ولوم الآخرين) (Mukherjee et al., 2014). ووفقاً لنتائج الدراسات الحديثة، فقد ارتبط اضطراب الشخصية الحدية بمعدل انتحار مرتفع (Tabar et al., 2017). كما أن بعض نتائج الدراسات السابقة قد وجدت أن أعراض اضطراب الشخصية الحدية لها علاقة سالبة بالإستراتيجيات التكيفية وعلاقة موجبة بالإستراتيجيات اللا تكيفية. (Lotfi et al., 2018).

لذا أجريت الدراسة هنا محاولة لفهم طبيعة بعض أعراض اضطراب الشخصية الحدية خاصة التصور الانتحاري، باعتباره من عوامل الخطر للمحاولات الانتحارية الفعلية، وكان الهدف استكشاف المتغيرات الأكثر إسهاماً في حدوث التصور الانتحاري. وقد وقع الاختيار على إستراتيجيات التنظيم الانفعالي المعرفي محاولة استباقية لفهم دورها في تشكيل التصورات الانتحارية، ونظراً للطفرة الواضحة مؤخراً للبحث عن طرق تدخل علاجي حديثة وملائمة لهؤلاء المرضى؛ كالعلاج الجدلي السلوكي والعلاج بالتقبل والالتزام، كان ضرورياً إجراء هذه الدراسة كإسهام جزئي بسيط في هذا المجال البحثي والتطبيقي لخدمة مرضى اضطراب الشخصية الحدية.

مشكلة الدراسة:

نظراً لأن عملية الانتحار ترتبط عادة ببذل الفرد مجهوداً مقصوداً ومخططاً لإنهاء حياته، فقد احتل الانتحار مرتبة متقدمة في قائمة الأسباب الرئيسة للوفاة؛ ومن ثم يمكن دراسته من حيث جوانبه النفسية، وتحديداً البُعد المعرفي من المنظور النفسي الذي يتمثل في التصور الانتحاري؛ بمعنى الفكر حول السلوكيات الانتحارية والنية التي يمكن اعتبارها صانعاً مبكراً لخطر السلوكيات الانتحارية الأكثر خطورة (Mukherjee et al., 2014, 570). وأشارت بعض نتائج الدراسات الحديثة إلى أن «انفعال الخزي لدى مرضى اضطراب الشخصية الحدية يؤدي إلى الشعور بالغضب والعدائية تجاه الذات ويترتب عليه سلوك جرح الذات، ويزيد من احتمالية القيام بالسلوك الانتحاري» (Warren, 2015, 84).

كما تعتبر إستراتيجيات التنظيم الانفعالي المعرفي اللا تكيفية سمة أساسية لدى مرضى اضطراب الشخصية الحدية؛ لأنهم يعانون من صعوبات في تنظيم وإدارة الجوانب الانفعالية مقارنة بالأسوياء؛ ومن ثم يعتبر عاملاً مهماً للتشخيص (Navarro-Haro et al., 2015)؛ من حيث التأثير على تغيير طبيعة ومدة الانفعال، ومن ثم يُعد من الأمور المهمة لفهم التصور الانتحاري؛ حيث يميل الأفراد الذين يعانون من هذه الاضطرابات بخبرات انفعالية سلبية لا يمكن السيطرة عليها، وغالباً ما يفتقرون إلى المهارات اللازمة لإدارة وتنظيم هذه الخبرات، لذا يُعتقد أن التدخلات المعرفية والسلوكية لتنظيم الانفعال سوف تكون فعالة في الحد من التصور الانتحاري؛ ومن هنا كان من الضروري إلقاء نظرة علمية فاحصة على هذا الجانب؛ ومن ثم تركز هذه الدراسة على دور إستراتيجيات التنظيم الانفعالي المعرفي في التصور الانتحاري لدى مريضات اضطراب الشخصية الحدية مع مقارنتها بالأسوياء.

وعلى الرغم من وجود بعض الأدلة التي توضح أثر التنظيم الانفعالي على التصورات الانتحارية؛ مثل دراسة هورويتز وآخرين (Horwitz et al. (2018) وموخيرجي وآخرين (Mukherjee et al. (2014، فإنه لم يتم توجيه أي اهتمام حتى الآن إلى الدور الذي قد تؤديه بعض إستراتيجيات التنظيم الانفعالي المعرفي، في تطور هذه التصورات. وأغفلت كثير من الدراسات المقارنة بين مرضى اضطراب الشخصية الحدية والأسوياء كمجموعة مقارنة (محكية) في التصور الانتحاري؛ مثل دراسة مو وآخرين (Mou et al. (2018 وفي إستراتيجيات التنظيم الانفعالي المعرفي؛ مثل

دراسة سهيلة وجعفر (2017) Soheila & Jafar، على سبيل المثال لا الحصر. فكان من المهم فحص المقارنة بين المجموعتين في هذه الدراسة. وعلى الرغم من نتائج الأبحاث التي أظهرت أهمية إستراتيجيات التنظيم الانفعالي المعرفي لدى اضطراب الشخصية الحدية بشكل مستقل؛ كدراسة لطفي وآخرين (2018) Lotfi et al. وداروس وآخرين (2018) Darose، فإنه لم تدرس العلاقات بين إستراتيجيات التنظيم الانفعالي المعرفي والتصور الانتحاري؛ ومن ثم أعدت هذه الدراسة لتحديد إستراتيجيات التنظيم الانفعالي المعرفي إذا ما كان لها قدرة تنبئية بالتصور الانتحاري لدى عينة من مريضات اضطرابات الشخصية الحدية، وأي من هذه الإستراتيجيات لها قدرة تنبئية بالتصور الانتحاري لديهن.

أهمية الدراسة:

يمكن تحديد أهمية الدراسة على المستويين النظري والتطبيقي؛ فعلى المستوى النظري، لا يوجد دراسة علمية -في حدود علم الباحثين- تناولت متغيرات الدراسة مجتمعة. وتسعى هذه الدراسة إلى إلقاء الضوء على عدد من العوامل المرتبطة بالانتحار، إذا ما أثبتت الدراسة قدرة أي من إستراتيجيات التنظيم الانفعالي المعرفي على التنبؤ به. كذلك تحديد طبيعة العلاقة بين التصور الانتحاري والتنفيذ الفعلي للمحاولات الانتحارية، إضافة إلى أنها لم تقتصر على تناول عينة مرضى اضطراب الشخصية الحدية فقط، بل تناولت أيضاً عينة محكية من الأسوياء لتحديد طبيعة خلل الأداء الوظيفي لدى مريضات اضطراب الشخصية الحدية. أما على المستوى التطبيقي؛ فإنه من خلال نتائج الدراسة يمكن تعزيز الوقاية من الانتحار من خلال استخدام الأنشطة المصممة لزيادة الإستراتيجيات التكيفية للتنظيم الانفعالي المعرفي، وخفض حدة الإستراتيجيات اللاكيفية؛ ومن ثم فإن أي محاولة للتصدي لهما أو علاجهما قد تساعد على خفض أعراض اضطراب الشخصية الحدية. وتوفر الدراسة أيضاً ترجمة وأداتين إكلينيكيتين للبيئة العربية تتوافر لهما خصائص سيكومترية، ويمكن استخدامهما لتدعيم المقابلة الإكلينيكية لاضطراب الشخصية الحدية. وقد يكون لنتائج الدراسة دور في توجيه البرامج العلاجية في المستقبل.

أهداف الدراسة:

هدفت الدراسة إلى الكشف عن شكل العلاقة الارتباطية بين عدد المحاولات الانتحارية والتصور الانتحاري لدى مريضات اضطراب الشخصية الحدية، وتعرّف

طبيعة الفروق بين مريضات الشخصية الحدية والأسوياء في كل من إستراتيجيات التنظيم الانفعالي والتصور الانتحاري، كل منهما على حدة، بالإضافة إلى فحص القدرة التنبؤية للتصور الانتحاري لدى مريضات اضطراب الشخصية الحدية من خلال إستراتيجيات التنظيم الانفعالي المعرفي.

النظريات والنماذج المفسرة لمفاهيم الدراسة:

1 - التفسيرات النظرية لإستراتيجيات التنظيم الانفعالي المعرفي:

عرف «جارنيفسكي، وكرايج» (2009, 169) Garnefski, & Kraaij التنظيم الانفعالي المعرفي Emotion Cognitive Regulation بأنه: «الطريقة العقلية لإدارة الانفعالات المؤلمة».

كما عرفه «رفاعي» (2017, 59) بأنه «الدور الذي تقوم به العمليات المعرفية بطريقة شعورية أو لا شعورية -مستقرة نسبياً- في إدارة أو تنظيم أو تغيير طبيعة الاستجابات الانفعالية للأحداث السلبية، من خلال إعادة تفسير معنى المثيرات، والأحداث، التي تمكنها من تغيير مسار الاستجابات الانفعالية؛ مما يساعد على التحكم في العواطف والسيطرة على الانفعالات التالية للمواقف والأحداث الضاغطة».

أنواع إستراتيجيات التنظيم الانفعالي المعرفي: تبنى الباحثون منظور «جارنيفسكي وزملائها»؛ حيث صنفت إستراتيجيات التنظيم إلى تسع إستراتيجيات، هي:

1 - لوم الذات Self-Blame: ويشير إلى أفكار لوم الذات فيما تتعرض له من تجارب وخبرات.

2 - الاجترار Rumination: ويعني تكرار التفكير في المشاعر، والأفكار المرتبطة بالأحداث السلبية.

3 - الكارثية Catastrophizing: ويشير إلى أفكار التهويل وتضخيم المواقف التي تعرض لها الفرد بصورة مبالغ فيها، والتصور الكارثي للأحداث السلبية .

4 - لوم الآخرين Blaming-Others: ويُقصد به إلقاء اللوم على الآخرين فيما تعرض له الفرد من تجارب وخبرات واعتبارهم سبب ذلك، أو عند حدوث موقف غير سار.

5 - القبول Acceptance: ويعني الأفكار التي تؤدي إلى القبول والتعايش، والرضا عن الوضع الراهن والتسليم بأن ما حدث قد حدث.

6 - إعادة التركيز الإيجابي Positive Refocusing: أي إعادة توجيه الأفكار إلى

غيرها من الأمور، والنتائج السعيدة أو التركيز على الدروس الإيجابية المستفادة، بدلاً من الانشغال بالحدث السلبي.

7 - إعادة التركيز على التخطيط Refocus on Planning: وتكون بالتفكير في الخطوات العملية أو الفعلية التي يتعين اتخاذها من أجل التعامل مع الحدث السلبي، والإعداد لما يجلب السعادة.

8 - إعادة التقييم الإيجابي Positive Reappraisal: وذلك بالتفكير في محاولة البحث عن معنى إيجابي في الأحداث الضاغطة، وربط معنى إيجابي لهذا الحدث المجهد فيما يتعلق بنمو الشخصية.

9 - وضع الأمور في نصابها Putting into Perspective: وهي أفكار من شأنها التقليل من خطورة الحدث عند مقارنته بأحداث أخرى (Garnefski et al., 2001).

وقد عُرِفَت إستراتيجيات التنظيم الانفعالي المعرفي إجرائياً في هذه الدراسة باعتبارها الدرجة التي يحصل عليها أفراد عينة الدراسة على مقياس إستراتيجيات التنظيم الانفعالي المستخدم في الدراسة.

نظرية جروس للتنظيم الانفعالي:

وصف «جروس» Gross نموذج عمليات التنظيم الانفعالي، بأنه كل الإستراتيجيات الشعورية واللاشعورية التي تستخدم في الزيادة، أو المحافظة، أو خفض مكونات الاستجابة الانفعالية، التي تتمثل في كيفية تغيير المفاهيم في السلوك أو الوظيفة المعرفية؛ للحصول على أكبر مستوى من الرضا في الاستجابة الانفعالية (يعقوب، 2011). وفي هذا النموذج ميز «جروس» بين إستراتيجيتين مختلفتين، هما أولاً: إستراتيجية التركيز المسبق؛ وهي التي يلجأ إليها الفرد في الاستعداد للاستجابة. ثانياً: إستراتيجية التركيز على الاستجابة؛ وهي الإستراتيجية التي يلجأ إليها الفرد عندما يكون متفاعلاً في حالة الاستجابة الانفعالية. (Gross, 1998; Gross, 1999).

نموذج الإحساس الانفعالي مقابل التنظيم الانفعالي لـ «كولي» "Koole":

يأخذ هذا النموذج العوامل البيولوجية بعين الاعتبار، ويتكون من: الاستجابة الأساسية: تتضمن الخبرات الانفعالية التي تتأثر بدرجة كبيرة بمستوى إحساسهم. والاستجابة الثانوية: تتضمن التنظيم الانفعالي. وتتألف من نوعين من التنظيم

الانفعالي: التنظيم نحو الأعلى: يزيد درجة الاستجابة الانفعالية، والتنظيم نحو الأسفل: يقلل منها. أما عن الوظائف النفسية للتنظيم الانفعالي؛ فهي: (1) توجه متمركز حول الحاجة: يشير إلى حاجات الأفراد لخبرة مستويات منخفضة من الحالة الانفعالية السلبية، ومستويات مرتفعة من الانفعال الإيجابي (2) توجه متمركز حول الهدف من عمل يمكن تحفيزه بوساطة المعتقدات. و(3) توجه متمركز حول الفرد: وهو يعزز أنظمة الصحة النفسية للأفراد (Sumida, 2010).

2 - التفسيرات النظرية للتصور الانتحاري:

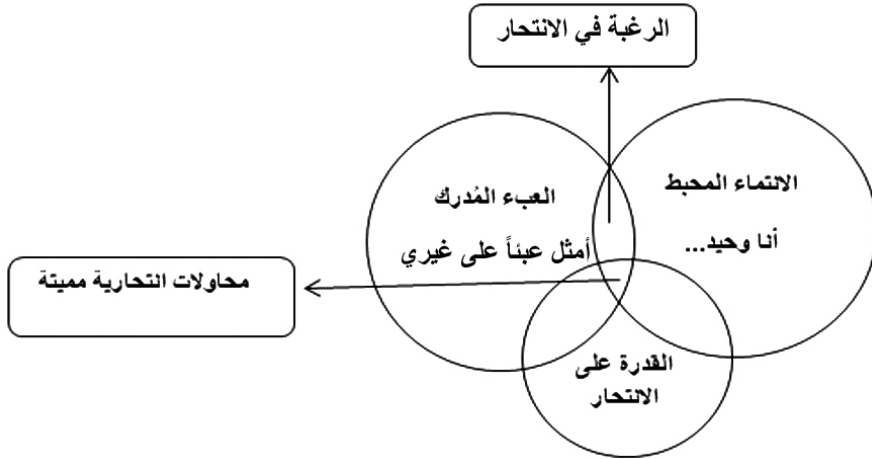
التصور الانتحاري هو «الأفكار والتصورات المرتبطة بعملية الانتحار والإقدام عليه وكيفية التخطيط والتنفيذ وتخيلات الأحداث قبل تنفيذ محاولة الانتحار وفي أثنائها وبعدها، والتفكير الانتحاري هو مرحلة مبكرة من مراحل عملية الانتحار التي قد تنتهي بالسلوك الانتحاري الكامل» (الضيدان، 2015، 546).

وعرفه «سكانلان ، وبورسيل» (1, 2009) Scanlan & Purcell على أنه «الأفكار التي تفيد بأن الحياة لا تستحق العيش؛ حيث تراوح شدتها من الأفكار السريعة إلى الخطط الملموسة والمدرسة جيداً لقتل النفس، أو الانشغال التام بإيذاء الذات». وقد عُرّف التصور الانتحاري إجرائياً في هذه الدراسة على أنه الدرجة التي يحصل أفراد العينة على مقياس بيك للتصور الانتحاري المستخدم في الدراسة.

نظرية العلاقات الشخصية في السلوك الانتحاري :

تعد من أكثر النظريات تأثيراً في تفسير الانتحار، شكل (1). يتمثل الافتراض الأساسي في أن الأفكار الانتحارية تظهر عندما ترتفع مستويات العبء المدرك. ويُعرف هذا بأنه الشعور بالعبء على الآخرين، والانتماء المحيط. وتُترجم الأفكار الانتحارية إلى محاولات عندما تتوافر القدرة على الانتحار، وتُعرف بأنها انخفاض الخوف من الموت وزيادة تحمل الألم الجسدي (De Beurs et al., 2019).

شكل (1)
نظرية العلاقات الشخصية للسلوك الانتحاري



نظرية الخطوات الثلاث للانتحار: (3ST) Three-Step Theory

فسرت هذه النظرية الانتحار في ضوء ثلاث خطوات، انظر شكل (2)، ويمكن توضيحها على النحو الآتي:

1 - **الخطوة الأولى (تطوير التصور الانتحاري):** ليس بالضرورة أن يشير الألم عامة، إلى الألم النفسي؛ إذ تشكّل السلوكيات عن طريق الإشارات السلوكية، حيث يقوم الفرد بالسلوكيات التي يتم تعزيزها ويتجنب التي يتم معاقبتها. فإذا كانت تجارب الحياة تتسم بالألم النفسي، فإن الفرد يظن أنه يعاقب بسبب مروره بالأحداث؛ مما يقلل من الرغبة في العيش ويبدأ في التفكير في الانتحار. ومع ذلك فإن الألم النفسي وحده لا يكفي لإنتاج التصورات الانتحارية. ولهذا؛ فإن اليأس له دور مؤثر أيضاً في تطوير التصور الانتحاري.

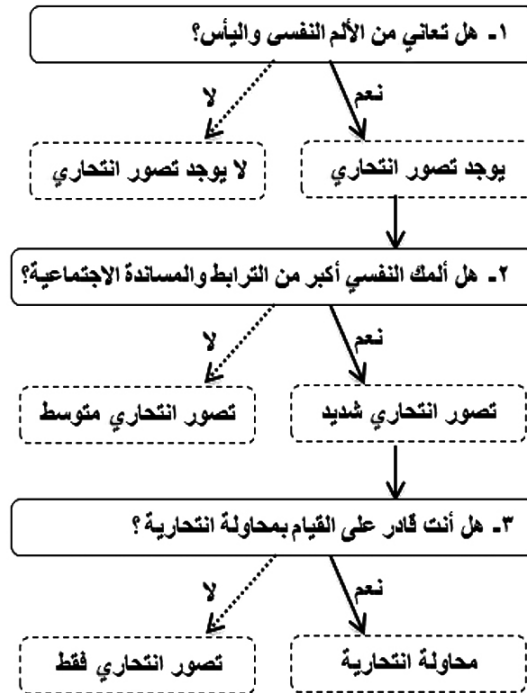
2 - **الخطوة الثانية (التصور المتوسط في مقابل التصور الشديد):** تنطوي هذه الخطوة على الترابط الاجتماعي، الذي يشير إلى تواصل الفرد وتفاعله مع آخرين؛ إذ إنه إذا ما شعر بالألم النفسي، وكان لديه ترابط اجتماعي جيد بالآخرين، فإن التصور لديه سيظل معتدلاً، ومادام الدعم الاجتماعي أكبر من الحالة المزاجية السلبية، فإنه لا يزال لدى الفرد التفكير السلبي، ولكنه لن يتقدم إلى الرغبة النشطة في الانتحار.

3 - الخطوة الثالثة (الانتقال من التصور الانتحاري إلى المحاولة الانتحارية):

بمجرد أن يكون لدى الفرد رغبة في إنهاء حياته، فإن السؤال الذي يطرح هو: هل الشخص سيتصرف بناءً على هذه الرغبة ويقوم بمحاولة جادة للانتحار؟ ويتمثل المحدد الرئيس هنا في الفرد إذا ما كانت لديه القدرة على القيام بمحاولة الانتحار. ويأتي دور الوراثة وحساسية الألم ورهاب الدم في احتمالية سلوك الانتحار. فمثلاً، سيكون بإمكان شخص لديه معرفة جيدة بالأدوات المؤدية للانتحار والوصول إليها، أن يكون أكثر قدرة على تنفيذ الأفكار الانتحارية من شخص يفتقر إلى المعرفة والوصول إلى مثل هذه الأدوات (Klonsky & May, 2015).

شكل (2)

رسم توضيحي لنظرية الخطوات الثلاث للانتحار



3 - التفسيرات النظرية لاضطراب الشخصية الحدية:

يعرّف الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية DSM-5 اضطراب الشخصية الحدية بأنه «نمط شامل من عدم الثبات في العلاقات الشخصية

المتبادلة، وصورة الذات والانفعالات، مع ظهور سلوك اندفاعي بشكل واضح. ويفترض هذا الدليل محكاً تشخيصياً بديلاً لاضطراب الشخصية الحدية مبنياً على سمات محددة، ولكي يشخص الفرد باضطراب الشخصية الحدية لا بد أن يتوافر فيه خمس سمات من تسع سمات غير توافقية» (APA, 2013, 663).

وعرفته سالم (2013، 36)، بأنه «خلل ثابت نسبياً في الشخصية، ويظهر ذلك في اضطراب الهوية، ويؤثر سلباً على الوجدان؛ مما يدفع إلى بعض السلوكيات الاندفاعية؛ كالاعتماد على المواد النفسية، والقيادة المتهورة، والإفراط في الأكل، وممارسة الجنس، ويؤدي إلى الشعور المزمن بالفراغ الداخلي واضطراب العلاقات الشخصية المتبادلة، والقيام بسلوكيات انتحارية أو سلوكيات إيذاء الذات».

وقد عُرف اضطراب الشخصية الحدية إجرائياً باعتباره درجة تطابق الفرد على المحكات التشخيصية لأعراض اضطراب الشخصية الحدية في الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس DSM-5.

افترضت لينهان Linehan محكاً تشخيصياً لاضطراب الشخصية الحدية، وهو على النحو الآتي:

- 1 - عدم الثبات الانفعالي: نوبات فجائية من مشاعر الاكتئاب والقلق وعدم الاستقرار الانفعالي.
- 2 - اضطراب العلاقات مع الآخرين: يغلب على العلاقات الشخصية الطابع الفوضوي وعدم الاستقرار.
- 3 - الاضطراب السلوكي: سلوكيات اندفاعية شديدة، وإيذاء الذات عمداً ومحاولات انتحارية.
- 4 - التذبذب المعرفي: وجود أنماط من الأفكار الغريبة والشاذة، وأفكار بارانويدية، والضلالات.
- 5 - اضطراب صورة الذات: الشعور المزمن بالفراغ، واضطراب مفهوم الذات. (Linehan, 2001).

ولا يشخص اضطراب الشخصية الحدية قبل بلوغ الفرد سن 18 سنة؛ لأن سمات الشخصية تصبح أكثر تحديداً؛ حيث تكون البداية المرضية عادة في فترة الرشد المبكر، مع نوبة من فقدان السيطرة على الانفعالات والسلوكيات الاندفاعية (سالم،

(2013). ويمكن أن يُلاحظ في المراهقة، ولكنه يشخص في مرحلة الرشد، وقد يضعف تدريجياً في منتصف العمر، وهو غير معروف كثيراً عند الأطفال. (محمود، 2012).

وسنعرض فيما يلي باختصار لبعض التفسيرات النظرية لاضطراب الشخصية الحدية:

العوامل الوراثية والتشريحية: تبين أن وجود بعض الاضطرابات النفسية لدى أحد الوالدين؛ مثل اضطراب الاعتماد على المواد النفسية، أو الاكتئاب يعد منبئات للإصابة باضطراب الشخصية الحدية (Widom et al., 2009). كما لو أن لديهم اختلالاً في جين (TPH-2) (Ni et al., 2009) وأشار سكيما (Schmahl وزملاؤه (2009) إلى أن لدى (21.9%) من مريضات اضطراب الشخصية الحدية حجم اللوزة الدماغية أصغر عن الحجم الطبيعي، وأن (13.1%) من المريضات لديهن حجم قرن آمون أصغر من الحجم الطبيعي مقارنة بالمجموعة الضابطة (Schmahl et al., 2009).

النظرية السلوكية: تذكر لينهان «أن سلوكيات مرضى اضطراب الشخصية الحدية تتشكل في ضوء التأثيرات السلبية الواقعة عليهم من قبل والديهم، والمتمثلة في إساءة المعاملة والإهمال ونشأتهم في بيئة تحكمها الشدة والبرود العاطفي والقهر واحتكاكهم المباشر بهذه التأثيرات» (محمود، 2012، 34).

النظرية المعرفية: ترى هذه النظرية أن كل سلوك مسبق بمجموعة من الأفكار والتفسيرات والتأويلات والمخططات المشوهة والإدراكات السلبية عن الذات والآخر وأنها سبب المشاعر والانفعالات السلبية التي يترتب عليها سلوكيات إيذاء الذات وتدميرها. كما أوضحت أن تعرض الشخص لخبرات ومواقف سلبية؛ كالإيذاء الجسدي أو الجنسي في مرحلة الطفولة، يساهم في تشكيل معتقدات ومخططات سلبية عن ذاته وعن الآخرين ويترتب عليها اضطراب الهوية الذاتية وصورته عن ذاته (Beck et al., 2003).

دراسات وبحوث سابقة:

المحور الأول- علاقة إستراتيجيات التنظيم الانفعالي المعرفي بالتصور الانتحاري:

قام «هورويتز وآخرون» (Horwitz et al., 2018) بدراسة هدفت إلى تعرف علاقة إستراتيجية اجترار الأفكار بالتصور الانتحاري والمحاولات الانتحارية. تكونت عينة الدراسة من (286) من المراهقين والشباب؛ (59%) إناث، (41%) ذكور، راوحت أعمارهم بين (13 و25) عاماً، وقد استخدم مقياس الاستجابة، ومقياس أعراض القلق والاكتئاب، ومقياس التصور الانتحاري. وأوضحت النتائج أنه لا توجد علاقة دالة

إحصائياً بين اجترار الأفكار والتصورات الانتحارية، ووجود علاقة موجبة ذات دلالة إحصائية بين التصور الانتحاري وأعراض الاكتئاب والقلق، ومحاولات الانتحار.

في حين هدفت دراسة «كودينوفا وآخرين» (Kudinova et al. 2016) إلى تعرف الفروق بين من يعانون أو لا يعانون من التصور الانتحاري في القدرة على التنظيم الانفعالي. تكونت عينة الدراسة من (33) من طلاب الجامعة؛ (69.7%) من الإناث، و(30.3%) من الذكور، بمتوسط عمري (19.76) عاماً، وانحراف معياري (2.12) عام، وقوم تاريخ المشاركين في التصورات الانتحارية من خلال المقابلة الدولية المصغرة للطب النفس عصبي، ومقياس مهام التنظيم الانفعالي لـ«النج»، وقد بينت أهم النتائج وجود علاقة سلبية ذات دلالة إحصائية بين إستراتيجية إعادة التقييم الإيجابي والتصور الانتحاري.

وقام «تريب وآخرون» (Tripp et al. 2016) بدراسة على عينة مكونة من (190) مشاركة، تعاني من التهاب المثانة أو متلازمة ألم المثانة من مناطق مختلفة في الولايات المتحدة الأمريكية، فأظهرت أهم نتائج الدراسة، بعد إجراء تحليل الانحدار الأحادي، أن الكارثية والاكتئاب كانا مؤشرين جيدين للتنبؤ بالتصور الانتحاري لدى عينة الدراسة.

وفي البيئة العربية أجرى «الزهراني» (2016) دراسة هدفت إلى الكشف عن الفروق في الوظائف التنفيذية بين مجترّي الأفكار الانتحارية ومحاولي الانتحار، وقد شملت عينة الدراسة (56) مشاركاً، جميعهم ذكور شخّصوا إكلينيكياً بأنهم مصابون بالاكتئاب في مستشفى الصحة النفسية بمدينة جدة، وقد استخدم الباحث مقياس التفكير بالانتحار، واختبار برج هانوي، واختبار الذاكرة العاملة. أشارت نتائج الدراسة إلى وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين اجترار الأفكار الانتحارية ومحاولة الانتحار.

كما أجرى «فوركممان وآخرون» (Forkmann et al. 2014) دراسة هدفت إلى تعرف العلاقة بين إعادة التقييم الإيجابي والقمع التعبيري والميول الانتحارية. تكونت عينة الدراسة من (232) يعانون من اضطرابات عقلية ونفسية؛ (69.4%) إناث، و(30.7%) ذكور، بمتوسط عمري (37.5) عاماً. وكان من أهم نتائج الدراسة وجود علاقة سالبة ذات دلالة إحصائية بين إعادة التقييم الإيجابي والأفكار الانتحارية، كذلك يُعد إعادة التقييم الإيجابي منبأً جيداً بالتفكير الانتحاري.

وقام «مهدي وآخرون» (Mahdieh et al. 2014) بدراسة هدفت إلى تعرف دور التنظيم الانفعالي المعرفي في التنبؤ بالتصور الانتحاري. تكونت عينة الدراسة من (250) طالباً؛ منهم (101) ذكور، و(149) إناث، طُبّق عليهم مقياس إستراتيجيات

التنظيم الانفعالي لـ«جارتيفسكي»، ومقياس التصور الانتحاري. أشارت أهم النتائج إلى وجود علاقة موجبة بين إستراتيجيات اللاتكيفية، والتصور الانتحاري، وعلاقة سالبة بين إستراتيجيات التكيفية والتصور الانتحاري، كما كانت إستراتيجيات (الكارثية، واجترار الأفكار، والقبول، وإعادة التقييم الإيجابي) منبئة بالتصور الانتحاري.

المحور الثاني- علاقة إستراتيجيات التنظيم الانفعالي المعرفي باضطراب الشخصية الحدية:

كان الهدف من دراسة «لطفى وآخرين» (Lotfi et al. (2018) هو فحص إستراتيجيات التنظيم الانفعالي المعرفي بين السجناء المصابين باضطراب الشخصية الحدية مقارنة بالأسوياء. وقد شارك (90) سجيناً ممن لديهم اضطراب الشخصية الحدية و(92) سجيناً من الأسوياء. واستخدمت المقابلة الإكلينيكية المبنية على الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية، لتشخيص اضطراب الشخصية الحدية، ومقياس إستراتيجيات التنظيم الانفعالي المعرفي لـ«جارتيفسكي». وقد أظهرت النتائج أن إستراتيجية لوم الذات والكارثية والاجترار كانت أكثر ارتباطاً باضطراب الشخصية الحدية مقارنة بالأسوياء.

كما هدفت «دراسة طبر وآخرين» (Tabar et al. (2017) إلى فحص دور إستراتيجيات التنظيم الانفعالي المعرفي في التنبؤ بسمات اضطراب الشخصية الحدية، واختير (378) طالباً؛ منهم (187) ذكور و(191) إناث من طلبة جامعة أراك. وقد أشارت النتائج إلى أن سمات اضطراب الشخصية الحدية لها علاقة موجبة بإستراتيجيات التنظيم الانفعالي المعرفي اللاتكيفية، وعلاقة سالبة بالإستراتيجيات التكيفية (القبول، وإعادة التقييم، وإعادة التركيز، ووضع الأمور في نصابها).

واهتمت دراسة «داروس وآخرين» (Daros et al. (2018) بدراسة إستراتيجيات التنظيم الانفعالي المعرفي الأكثر شيوعاً، التي يستخدمها مرضى اضطراب الشخصية الحدية وارتباطها بسلوكيات الإيذاء. تكونت عينة الدراسة من (30) فرداً من ذوي اضطراب الشخصية الحدية، و(30) فرداً من مضطربي القلق والاكتئاب المختلط، و(32) فرداً من الأسوياء. كان من أهم النتائج أن إستراتيجيات التنظيم الانفعالي المعرفي لا تكيفية لدى مجموعة اضطراب الشخصية الحدية مقارنة بالأسوياء.

في حين تناولت دراسة «أبو زيد» (2017) فعالية التدريب على اليقظة الذهنية كمدخل جدلي سلوكي في خفض صعوبات التنظيم الانفعالي وأثره على أعراض اضطراب الشخصية الحدية، وطبقت على عينة من مرضى اضطراب الشخصية الحدية، مكونة من (15) طالبة في المرحلة العمرية (25 - 35) عاماً، قُسمن إلى مجموعة تجريبية (8)

ومجموعة ضابطة (7). وطُبق عليهما قائمة أعراض الشخصية الحدية، ومقياس اليقظة الذهنية، ومقياس صعوبات التنظيم الانفعالي، وأشارت النتائج إلى فعالية اليقظة الذهنية في خفض صعوبات التنظيم الانفعالي وخفض اضطراب الشخصية الحدية.

بينما اهتم «سهيلة وجعفر» (2017) Soheila & Jafar بدراسة العلاقة بين إستراتيجيات التنظيم الانفعالي المعرفي وآليات الدفاع النفسية لمن يعانون من اضطراب الشخصية الحدية. وتكونت العينة من (396) طالباً، طُبق عليهم مقياس إستراتيجيات التنظيم الانفعالي المعرفي، وأعراض اضطراب الشخصية الحدية، واستخدام آليات الدفاع. كشف تحليل الانحدار التدريجي عن قدرة التنظيم الانفعالي المعرفي على التنبؤ بسلوك الاندفاع في اضطراب الشخصية الحدية.

واهتمت دراسة «حيدري وعليلو» (2015) Heidaria & Aliloo بتعرّف الفروق بين من يعانون من اضطرابات الشخصية الحدية، والأسوياء في التنظيم الانفعالي المعرفي، لدى عينة مكونة من (230) طالباً من طلبة الجامعة الذين استجابوا على مقياسي إستراتيجيات التنظيم الانفعالي المعرفي وقائمة ميلون. أشارت النتائج إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الطلاب الذين يعانون من اضطرابات الشخصية الحدية، والأسوياء في إستراتيجيات التنظيم الانفعالي المعرفي.

المحور الثالث- علاقة التصور الانتحاري باضطراب الشخصية الحدية:

اهتمت دراسة قام بها «بروبست وآخرين» (2018) Probst et al. بتقييم العلاقة بين التصور الانتحاري والعلاج الجدلي السلوكي لدى عينة مكونة من (44) مريضاً باضطراب الشخصية الحدية مقيمين في أحد أقسام الطب النفسي؛ بنسبة (75%) من الإناث، 25% من الذكور، بلغ متوسط أعمارهم (30.16) عاماً بانحراف معياري (9.39) أعوام، وخضعت العينة لمدة (5) أسابيع من العلاج الجدلي، وأظهرت نتائج الدراسة تحسناً ملحوظاً في التصور الانتحاري لدى المرضى.

وركزت دراسة «مو وآخرين» (2018) Mou et al. على تعرف العلاقة بين الوجدان السلبي والتفكير في الانتحار بين مرضى اضطراب الشخصية الحدية على عينة، قوامها (70) مشاركاً: (35) مريضاً باضطراب الشخصية الحدية الداخل المستشفى، (45.7%) منهم إناث، متوسط أعمارهم (44.3) عام، و(35) مريضاً باضطراب الاكتئاب. أظهرت النتائج وجود علاقة ارتباطية قوية بين الوجدان السلبي واضطراب الشخصية الحدية؛ وهو ما يعد مؤشراً قوياً لتطور التفكير الانتحاري لديهم.

بينما حاول «هومان وآخرون» (Homan et al. (2017) الكشف عن دور سلوكيات إيذاء الذات والسلوك الانتحاري في تطور اضطراب الشخصية الحدية. أجريت الدراسة على عينة مكونة من (116) مراهقاً طبق عليهم مقياس لتقييم السلوكيات الانتحارية وإيذاء الذات. أشارت النتائج إلى أن التهديد بالانتحار والقيام بسلوكيات انتحارية من أكثر عوامل الخطر التي تنبئ بتطور اضطراب الشخصية الحدية فيما بعد .

وأجرى «سولوف وكيابيتا» (Soloff & Chiappetta (2017) دراسة تتبعية حول السلوك الانتحاري لدى مرضى اضطراب الشخصية الحدية خلال (8) أعوام على عينة مكونة من (123) مريضاً باضطراب الشخصية الحدية، (76,4%) من الإناث، و(35%) منهم مقيمون داخل المستشفى، وكان متوسط أعمارهم (28.9) عاماً بانحراف معياري (8.3) أعوام. أوضحت النتائج أن الوجدان السلبي والعدوان والإقامة بالمستشفى تعد عوامل خطر للقيام بسلوكيات انتحارية.

كما أجرى «لينكس وآخرون» (Links et al. (2007) دراسة حول عدم الثبات الانفعالي والتصور والسلوك الانتحاري لدى مرضى اضطراب الشخصية الحدية لدى (82) مريضاً، متوسط أعمارهم (33.5) عاماً، وقد استخدمت مقاييس: الثبات الانفعالي، والتصور الانتحاري، واستخبار السلوك الانتحاري، ومقياس باررات للاندفاعية، ومقياس بيك للاكتئاب. أظهرت نتائج الدراسة أن شدة المزاج السلبي مرتبطة ارتباطاً ملحوظاً بشدة الأفكار الانتحارية وزيادة عدد مرات المحاولات الانتحارية.

تعقيب عام على الدراسات السابقة:

تركزت الدراسات السابقة على ثلاثة محاور لتحديد طبيعة العلاقة بين متغيرات الدراسة، وإن كان أغلبها لم يهتم بدراسة جميع المتغيرات في آن واحد؛ مما يبين مدى حداثة هذه الدراسة في تناول المتغيرات مجتمعة، فضلاً عن وجود بعض الدراسات التي قامت على عينات غير مشخصة؛ مثل طلبة الجامعة ممن لديهم درجة مرتفعة من اضطراب الشخصية الحدية؛ الأمر الذي دفع إلى دراسة مرضى اضطراب الشخصية الحدية ممن لديهم تاريخ مرضي ومشخصون من قبل طبيب نفسي. كما أغفلت كثير من الدراسات فحص الأسوياء كمجموعة مقارنة (محاكية) لمرضى اضطراب الشخصية الحدية لفحص طبيعة الفروق بين المجموعتين في التنظيم الانفعالي المعرفي والتصور الانتحاري. واستعانت الدراسات المعروضة سلفاً بعدد لا بأس به من المقاييس والأدوات التي قد تفيد في إجراءات هذه الدراسة.

كما ارتبطت متغيرات الدراسة ببعض الفئات المرضية والمتغيرات النفسية الأخرى غير التي ركزت عليها الدراسة الراهنة كالإكتئاب وإيذاء الذات والاندفاعية وغيرها. ويُستنتج من نتائج الدراسات السابقة وجود تضارب بين نتائجها من حيث طبيعة العلاقة الارتباطية بين إستراتيجيات التنظيم الانفعالي والتصور الانتحاري.

فروض الدراسة:

- 1 - توجد علاقة ارتباطية موجبة ذات دلالة إحصائية بين عدد المحاولات الانتحارية والتصور الانتحاري لدى مريضات اضطراب الشخصية الحدية.
 - 2 - توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين مريضات اضطراب الشخصية الحدية والأسوياء في متوسطات إستراتيجيات التنظيم الانفعالي المعرفي في الاتجاه الأفضل للأسوياء.
 - 3 - توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين مريضات اضطراب الشخصية الحدية والأسوياء في متوسطات التصور الانتحاري في الاتجاه الأفضل للأسوياء.
 - 4 - يمكن التنبؤ بشكل دال إحصائياً بدرجة التصور الانتحاري من خلال درجات إستراتيجيات التنظيم الانفعالي المعرفي لدى مريضات اضطراب الشخصية الحدية.
- حدود الدراسة:** اقتصرَت الدراسة على مجموعتين من الإناث، إحداهما أسوياء والأخرى من مريضات اضطراب الشخصية الحدية، المترددات على المركز الاستشاري البريطاني للدكتورة هالة حماد للاستشارات النفسية بالقاهرة خلال عام 2019م.

المنهج والإجراءات:

المنهج: بناء على مشكلة الدراسة وأهدافها فإن المنهج المناسب لهذه الدراسة هو المنهج الوصفي.

عينة الدراسة:

تكونت عينة الدراسة من مجموعتين، الأولى مرضية والأخرى من الأسوياء، اختيرتا بطريقة المعاينة المتاحة. تكونت مجموعة المرضى من (30) مريضة لديهن اضطراب الشخصية الحدية، من المترددات على إحدى العيادات الخارجية، وقد شخّصن من قبل طبيب خبير⁽¹⁾، وكانت جميعهن من الإناث؛ نظراً لأن نسبة الإناث تتجاوز نسبة الذكور في الإصابة باضطراب الشخصية الحدية؛ نظراً لسرعة استجابتهن

(1) دكتورة هالة حماد

للمثيرات السلبية وحالاتهن المزاجية غير المستقرة (بشرى وآخرون، 2017)، فضلاً عن وجود بعض العوامل البيولوجية المرتبطة بهذا الاضطراب داخل الإناث، متجسدة في صغر حجم بعض الأجزاء المخية لدى الإناث مقارنة بالذكور، وهي: اللوزة الثنائية الجانبية Bilateral amygdale وقرن أمون Hippocampus واللحاء الجبهي الحجاجي الأيسر Left Orbitofrontal (محمود، 2012، 4). وكان متوسط أعمارهن (27.88) عاماً بانحراف معياري قدره (7.31) أعوام. تكونت مجموعة الأسوياء من (30) مشاركة من الإناث مكافئة لمجموعة المرضى إلى حد كبير في بعض المتغيرات الديموغرافية، وكان متوسط أعمارهن (29.88) عاماً بانحراف معياري قدره (4.41) أعوام. تمثلت محكّات الاستبعاد في العينة في عدم اختيار أي من المرضى والأسوياء الذكور في مرحلة المراهقة والشيوخوخة، كما قد روعي خلو العينة من الأمراض الجسدية المزمنة والاضطرابات العصبية من خلال وضع أسئلة أولية عن الحالة الصحية. وروعي التكافؤ بين مجموعتي الدراسة في متغيري العمر والمستوى التعليمي في ضوء المزاوجة. وقد تم الضبط الإحصائي لهذه المتغيرات باستخدام اختبار(ت) لدلالة الفروق بين المجموعات، وهي الموضحة في جدول (1).

جدول (1)

التكافؤ بين مجموعتي الدراسة في بعض المتغيرات الديموغرافية باستخدام دلالات اختبار (ت)

م	المجموعات المتغيرات	المرضى (ن=30)		الأسوياء (ن=30)		قيم (ت) ودلالاتها
		م	ع	م	ع	
1	العمر	27.88	7.31	29.88	4.41	1.21- غ. دال
2	المستوى التعليمي بعدد سنوات التعليم	15.24	1.71	15.92	2.11	1.28- غ. دال

أدوات الدراسة:

بدأت أدوات الدراسة باستمارة البيانات الأولية الخاصة بالمتغيرات الديموغرافية، والمتغيرات الإكلينيكية. ثم الانتقال إلى مقياس إستراتيجيات التنظيم الانفعالي المعرفي ومقياس بيك للتصور الانتحاري، وهو موضح على النحو الآتي:

مقياس إستراتيجيات التنظيم الانفعالي المعرفي:

قام الباحثون بترجمة مقياس إستراتيجيات التنظيم الانفعالي المعرفي Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ)، من إعداد جارنفسكي وكاراج (Garnefski & Kraaij, 2001)، وهو مكون من تسع إستراتيجيات موزعة على (36) بنداً، (4 بنود لكل بُعد) لتقييم الجوانب المعرفية لتنظيم الانفعال يُجاب عنها ببدائل وفق مدرج خماسي يراوح من 1 (لا تنطبق تماماً) إلى (تنطبق تماماً). تراوح الدرجة الكلية على المقياس بين (36 و 180 درجة). وكانت الإستراتيجيات (الأبعاد) التسعة على النحو الآتي: لوم الذات وبنوده (1، 10، 19، 28)، والقبول وبنوده (2، 11، 20، 29)، والاجترار وبنوده (3، 12، 21، 30)، وإعادة التركيز الإيجابي وبنوده (4، 13، 31، 22)، وإعادة التركيز على التخطيط وبنوده (5، 14، 23، 32)، وإعادة التقييم الإيجابي وبنوده (6، 15، 33، 24)، ووضع الأمور في نصابها (الوضع في منظور) وبنوده (7، 16، 25، 34)، والكارثية وبنودها (8، 17، 26، 35)، ولوم الآخرين وبنوده (9، 18، 27، 36). واتسم هذا المقياس بخصائص سيكومترية جيدة في الدراسات السابقة، كما أنه تُرجم إلى لغات أخرى غير العربية. واستند الباحثون بعد ترجمة المقياس إلى العربية إلى إجراء الترجمة العكسية من قبل باحث مستقل، وقورنت هذه النسخة المترجمة بالنسخة الأصلية للكشف عن أي مشكلات في فهم البنود. ولتقدير الكفاءة السيكومترية لأدوات الدراسة، طبقت على عينة استطلاعية قوامها (20) مشاركة من مجموعة المرضى، و(20) من الأسوياء متكافئة في بعض المتغيرات الديموغرافية، طبقت عليهم فردياً، وسيتم توضيح الخصائص السيكومترية وفقاً لما يأتي:

1 - حساب صدق المقياس: قام الباحثون بعرض المقياس على (8) محكمين من المتخصصين في مجال علم النفس والإرشاد النفسي، لتقدير مدى صلاحية مقياس إستراتيجيات التنظيم الانفعالي المعرفي في قياس ما وضع لقياسه، وقد اتفق المحكمون بنسبة (80%) على أن هذا المقياس يقيس ما وضع لقياسه. كما حسب الاتساق الداخلي من خلال معاملات الارتباط بين درجات البنود بدرجة كل بُعد بالمقياس، وراوحت المعاملات لدى عينة المرضى لبُعد لوم الذات (بين 0.57 و 0.78)، والقبول (بين 0.26 و 0.79)، والاجترار (بين 0.46 و 0.76)، وإعادة التركيز الإيجابي (بين 0.26 و 0.54)، وإعادة التركيز على التخطيط (بين 0.63 و 0.79)، وإعادة التقييم الإيجابي (بين 0.33 و 0.72)، ووضع الأمور في نصابها (بين 0.39 و 0.67)، والكارثية (بين 0.25 و 0.53)، ولوم الآخرين (بين 0.27 و 0.83)؛ في حين

راوحت المعاملات لدى عينة الأسوياء لُبعد لوم الذات (بين 0.60 و 0.78)، والقبول (بين 0.39 و 0.66)، والاجترار (بين 0.26 و 0.83)، وإعادة التركيز الإيجابي (بين 0.38 و 0.79)، وإعادة التركيز على التخطيط (بين 0.77 و 0.87)، وإعادة التقييم الإيجابي (بين 0.72 و 0.86)، ووضع الأمور في نصابها (بين 0.26 و 0.55)، والكارثية (بين 0.29 و 0.63)، ولوم الآخرين (بين 0.25 و 0.71)؛ مما يشير إلى تمتع المقياس بالصدق الداخلي.

2 - حساب الثبات: حسبت معاملات الثبات لمقياس إستراتيجيات التنظيم الانفعالي المعرفي المستخدم في الدراسة من خلال طريقتي (القسمية النصفية، وألفا كرونباخ)، وهو ما يوضحه جدول (2) الذي أشار إلى أن طرق حساب معاملات الثبات أجمعت على أن أبعاد إستراتيجيات التنظيم الانفعالي المعرفي تتمتع بمعاملات ثبات مقبولة إلى مرتفعة؛ ومن ثم يتسم المقياس بالاتساق والدقة في القياس.

جدول (2)

معاملات ثبات مقياس إستراتيجيات التنظيم الانفعالي المعرفي للمرضى والأسوياء

م	المجموعات الأبعاد	المرضى		الأسوياء	
		القسمية النصفية	ألفا كرونباخ	القسمية النصفية	ألفا كرونباخ
1	لوم الذات	0.57	0.68	0.61	0.62
2	القبول	0.59	0.69	0.60	0.65
3	الاجترار	0.58	0.57	0.59	0.55
4	إعادة التركيز الإيجابي	0.52	0.53	0.57	0.58
5	إعادة التركيز على التخطيط	0.79	0.81	0.86	0.86
6	إعادة التقييم الإيجابي	0.72	0.72	0.90	0.82
7	وضع الأمور في نصابها	0.54	0.57	0.57	0.60
8	الكارثية	0.59	0.58	0.60	0.63
9	لوم الآخرين	0.67	0.65	0.76	0.70

مقياس بيك للتصور الانتحاري:

ترجم الباحثون مقياس بيك للتصور الانتحاري (Beck Scale for Suicidal Ideation (BSSI) من إعداد بيك وآخرين (Beck et al. (1988، وهو مكون من (19) بنداً لتقييم وجود الأفكار الانتحارية وشدها خلال أسبوع قبل التقييم. وتحسب الدرجة داخل كل بند على أساس مقياس رتبي من (0-2) وراوحت الدرجة الكلية للمقياس بين (0 و38). وقد اتسم هذا المقياس بخصائص سيكومترية جيدة في الدراسات السابقة. واستند الباحثون بعد ترجمة المقياس إلى العربية إلى إجراء الترجمة العكسية من قبل باحث مستقل، وقورنت هذه النسخة المترجمة بالنسخة الأصلية للكشف عن أي مشكلات في فهم البنود. وقد وزعت البنود على ثلاثة عوامل، الأول يتمثل في الرغبة الانتحارية النشطة (Active suicidal desire)، والثاني يتمثل في التخطيط للانتحار (Planning for suicide)، أما الثالث؛ فهو الرغبة الانتحارية السلبية (Passive suicidal desire). وقدرت الكفاءة السيكومترية لأدوات الدراسة، من خلال عينة استطلاعية، قوامها (20) مشاركة من مجموعة المرضى، و(20) من الأسوياء متكافئة في بعض المتغيرات الديموغرافية، وطبقت بشكل فردي، وسيتم توضيح الخصائص القياسية وفقاً لما يأتي:

1 - **حساب صدق المقياس:** قام الباحثون بعرض المقياس على (8) محكمين من المتخصصين في مجال علم النفس والإرشاد النفسي، لتقدير صدق مقياس إستراتيجيات التنظيم الانفعالي المعرفي، واتفق المحكمون بنسبة (80%) على أن هذا المقياس يقيس ما وضع لقياسه. كما حسب الاتساق الداخلي من خلال معاملات الارتباط بين درجات البنود بدرجة أبعاد المقياس؛ حيث راوحت المعاملات لمجموعة المرضى لبعد الرغبة الانتحارية النشطة بين (0.38 و0.80) وبُعد التخطيط للانتحار بين (0.42 و0.86) وبُعد الرغبة الانتحارية السلبية بين (0.39 و0.72)؛ في حين راوحت المعاملات لمجموعة الأسوياء لبُعد الرغبة الانتحارية النشطة بين (0.28 و0.78)، وبُعد التخطيط للانتحار بين (0.34 و0.65)، وبُعد الرغبة الانتحارية السلبية بين (0.26 و0.67)؛ مما يشير إلى تمتع المقياس بالصدق الداخلي.

2 - **حساب الثبات:** حسبت معاملات الثبات لمقياس بيك للتصور الانتحاري المستخدم في الدراسة من خلال طريقتي (القسم النصفية، وألفا كرونباخ)، وأشار جدول (3) في عرض النتائج لحساب معاملات الثبات، إلى أن طرق حساب معاملات الثبات أجمعت على أن مقياس بيك للتصور الانتحاري يتمتع بمعاملات ثبات مقبولة إلى

مرتفعة، وفقاً لطريقة القسمة النصفية بعد تصحيح الطول باستخدام معادلة سبيرمان براون، ووفقاً لطريقة ألفا كرونباخ؛ ومن ثم يتسم المقياس بالاتساق والدقة في القياس.

جدول (3)

معاملات ثبات مقياس بيك للتصور الانتحاري للمرضى والأسوياء

م	الأبعاد	المجموعات		المرضى		الأسوياء	
		ألفا	القسمة النصفية	ألفا	القسمة النصفية	ألفا	القسمة النصفية
1	الرغبة الانتحارية النشطة	0.80	0.79	0.73	0.77	0.73	0.77
2	التخطيط للانتحار	0.70	0.76	0.69	0.70	0.69	0.70
3	الرغبة الانتحارية السلبية	0.67	0.67	0.64	0.65	0.64	0.65
4	الدرجة الكلية للتصور الانتحاري	0.81	0.86	0.71	0.74	0.71	0.74

إجراءات تطبيق الدراسة:

اختيرت مجموعة المرضى من مريضات اضطراب الشخصية الحدية من المركز الاستشاري البريطاني للدكتورة هالة حماد للاستشارات النفسية بعد تشخيصهن من الطبيب النفسي، وبعد إجراء المقابلة الإكلينيكية شبه المقننة لاضطرابات الشخصية المطابقة لأعراض اضطراب الشخصية الحدية، وقد روعيت حقوق المرضى والأسوياء من خلال الحصول منهم على موافقة على المشاركة في إجراءات الدراسة، كما روعيت جميع الاعتبارات الأخلاقية الأخرى من حيث السرية والخصوصية. وجاءت عينة الأسوياء من المتطوعات عبر مواقع التواصل الاجتماعي ممن انطبق عليهن محكات اختيار العينة؛ ومن ثم استبعد المشاركون من المجموعتين المرضى والأسوياء، الخارجون عن هذه المحكات التي تم توضيحها في عينة الدراسة. وطبقت مقاييس إستراتيجيات التنظيم الانفعالي المعرفي وبيك للتصور الانتحاري بشكل فردي من خلال المقابلة المقننة. واستغرقت جلسة التقييم ما بين (50 إلى 70) دقيقة.

الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة:

استخدم الباحثون الأساليب الإحصائية لاختبار فروض الدراسة بناء على الحزمة الإحصائية في العلوم الاجتماعية (SPSS)، النسخة (23) اختبار ت (T Test) للمجموعات المستقلة، ومعامل الارتباط المستقيم (بيرسون)، وتحليل الانحدار المتعدد.

نتائج الدراسة ومناقشتها:

أولاً- نتائج الفرض الأول ومناقشتها:

ينص الفرض الأول على أن «هناك علاقة موجبة ذات دلالة إحصائية بين التصور الانتحاري والمحاولات الانتحارية لدى مريضات اضطراب الشخصية الحدية». ولاختبار صحة هذا الفرض استعين بمعامل الارتباط المستقيم (بيرسون) لرصد العلاقة بين عدد المحاولات الانتحارية الفعلية وأبعاد التصور الانتحاري والدرجة الكلية، وهو مبين في جدول (4).

جدول (4)

العلاقة الارتباطية بين التصور الانتحاري والمحاولات الانتحارية لمريضات اضطراب الشخصية الحدية

م	المتغيرات	معامل الارتباط	الدلالة
1	الرغبة الانتحارية النشطة - عدد المحاولات الانتحارية	0.36	0.05
2	التخطيط للانتحار- عدد المحاولات الانتحارية	0.23	غ . دال
3	الرغبة الانتحارية السلبية- عدد المحاولات الانتحارية	0.72	0.001
4	الدرجة الكلية للتصور الانتحاري- عدد المحاولات الانتحارية	0.45	0.025

يتضح من جدول (4) وجود علاقة ارتباطية موجبة ذات دلالة إحصائية بين الدرجة الكلية للتصور الانتحاري وعدد المحاولات الانتحارية الفعلية لدى مريضات اضطراب الشخصية الحدية، كما تتبين العلاقة الارتباطية نفسها بين بُعدي الرغبة الانتحارية النشطة والسلبية وعدد المحاولات الانتحارية. في حين لم يتبين أي علاقة ارتباطية بين بُعد التخطيط للانتحار وعدد المحاولات الانتحارية. ومُلاحظ في جدول (4) أن العلاقة الارتباطية بين الرغبة الانتحارية السلبية وعدد المحاولات الانتحارية أكثر العلاقات الارتباطية قوة مقارنة بالأبعاد الأخرى. وتشير النتائج أيضاً إلى أن مرضى اضطراب الشخصية الحدية قد يقدمون على محاولات انتحارية فعلية بغض النظر عن التخطيط له. وتتفق نتيجة هذا الفرض مع التفسيرات النظرية للتصور الانتحاري كنظرية العلاقات الشخصية للانتحار التي تشير إلى أن الأفكار الانتحارية قد تترجم إلى محاولات انتحارية عندما تتوافر القدرة على الانتحار (كانخفاض الخوف من الموت وزيادة تحمل الألم الجسدي)، وهو ما أكدته أيضاً الخطوة الثالثة لنظرية

الخطوات الثلاث للانتحار المتمثلة في (الانتقال من التصور الانتحاري إلى المحاولة الانتحارية)، بمجرد أن يكون لدى الفرد رغبة في إنهاء حياته (De Beurs, et al., 2019; Klonsky & May, 2015). كما تتفق مع دراسة «هورويتز وآخرين» (2018)، التي أظهرت وجود علاقة موجبة بين التصور الانتحاري ومحاولات الانتحار، ومع دراسة «الزهراني» (2016) التي أشارت إلى وجود علاقة موجبة بين اجترار الأفكار الانتحارية ومحاولة الانتحار؛ ومن ثم يعد التفكير في الانتحار من العلامات المنذرة بالسلوكيات الانتحارية. ولكن يجب علينا ألا ندرس التصورات الانتحارية بغض النظر عن السياق الخاص بها، مثل عدد المحاولات الانتحارية السابقة وإمكانية الوصول إلى الوسائل التي تساعد على الانتحار.

ثانياً- نتائج الفرض الثاني ومناقشتها:

ينص الفرض الثاني على ما يأتي: «هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين مريضات اضطراب الشخصية الحدية والأسوياء في إستراتيجيات التنظيم الانفعالي المعرفي في الاتجاه الأفضل للأسوياء». ولاختبار صحة هذا الفرض استعين بحساب الفروق بين المتوسطين باستخدام اختبار T.Test للمجموعات غير المرتبطة، ويوضح جدول (5) نتائج التحليل الإحصائي الخاص بهذا الفرض.

يتبين من نتائج اختبار «ت» في جدول (5) قبول الفرض جزئياً؛ إذ يتبين وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مريضات اضطراب الشخصية الحدية والأسوياء في إستراتيجيات التنظيم الانفعالي المعرفي (لوم الذات، والاجترار، والكارثية، ولوم الآخرين) والتكيفية (القبول، وإعادة التركيز الإيجابي، وإعادة التركيز على التخطيط، وإعادة التقييم الإيجابي) في الاتجاه الأفضل للأسوياء، في حين لم يكن هناك فروق بين المجموعتين في إستراتيجية وضع الأمور في نصابها فقط. واتفقت هذه النتيجة مع دراسة لطفي وآخرين (2018) Lotfi et al.، و«دراسة داروس وزملائه» (2018) Daros et al. التي أظهرت ارتفاع إستراتيجيات التنظيم الانفعالي المعرفي اللا تكيفية لدى مجموعة اضطراب الشخصية الحدية مقارنة بمجموعة الأسوياء. واختلفت مع نتيجة دراسة «حيدري وعليلو» (2015) Heidari & Aliloo، التي أشارت إلى عدم وجود فروق بين مرضى اضطرابات الشخصية الحدية، والأسوياء. كما

جدول (5)

الفروق بين المرضى والأسوياء في إستراتيجيات التنظيم الانفعالي المعرفي باستخدام دلالات اختبار (ت)

م	المجموعات الإستراتيجيات	المرضى (ن=30)		الأسوياء (ن=30)		قيم (ت) ودلالاتها
		م	ع	م	ع	
1	لوم الذات	13.88	3.76	9.72	3.76	3.90 دال عند 0.001
2	القبول	12.72	3.57	14.88	2.63	1.68- دال عند 0.05
3	الاجترار	15.96	2.99	12.44	3.75	3.66 دال عند 0.001
4	إعادة التركيز الإيجابي	10.8	2.73	14.44	3.27	4.25- دال عند 0.001
5	إعادة التركيز على التخطيط	12.52	3.39	16.24	3.59	3.76- دال عند 0.001
6	إعادة التقييم الإيجابي	12.48	3.28	16.08	4.01	3.47- دال عند 0.001
7	وضع الأمور في نصابها	12.16	2.23	13.2	3.21	1.32- غ. دال
8	الكارثية	14.8	2.88	11.72	3.84	3.20- دال عند 0.002
9	لوم الآخرين	12.48	3.50	9.64	3.88	2.71 دال عند 0.009

يُعد خلل التنظيم الانفعالي أحد الأعراض الواضحة لاضطراب الشخصية الحدية، ويتطور عدم تنظيم الانفعالي من الاستعداد لنظام استجابة انفعالية شديد الحساسية، يُعرف باسم «الهشاشة الانفعالية»؛ فقد يواجه الفرد بسبب الهشاشة الانفعالية خبرات منقّرة؛ مثل: (العنف بين الشخصي، والرفض الاجتماعي، والإهمال العاطفي)، قد تؤدي

إلى تغيرات بيولوجية ونفسية في تطور التنظيم الانفعالي لديه؛ مما يجعله عرضة للإصابة باضطراب الشخصية الحدية (Daros et al., 2018). وتعتبر إستراتيجيات التنظيم الانفعالي المعرفي اللا تكيفية سمة أساسية لدى مرضى اضطراب الشخصية الحدية؛ فقد أشارت الدراسات إلى «أن مرضى اضطراب الشخصية الحدية يعانون من صعوبات في تنظيم وإدارة الجوانب الانفعالية مقارنة بالأسوياء؛ ومن ثم يعتبر التنظيم الانفعالي المعرفي عاملاً مهماً للتشخيص» (Navarro-Haro et al., 2015, 123). ويمكن تفسير هذه النتيجة في ضوء النظرية المعرفية لاضطراب الشخصية الحدية التي أوضحت أن كل سلوك مسبوق بمجموعة من الأفكار والتفسيرات والمخططات المشوهة والإدراكات السلبية عن الذات والآخر وأنها سبب الانفعالات السلبية التي يترتب عليها سلوكيات إيذاء وتدمير الذات (Beck et al., 2003). كما تتفق مع النظرية البيولوجية والنفسية الاجتماعية التي أوضحت أن اضطراب الشخصية الحدية يظهر في صورة اختلال في نظام التنظيم الانفعالي (البشر، 2005). وأخيراً يمكن القول: إن إستراتيجيات التنظيم الانفعالي المعرفي تعمل على إدارة الحالة المزاجية السلبية، لإعادة توجيه الحالة الانفعالية من أجل تعديل شدة ومدة الاستجابات الانفعالية والانغماس فيها.

ثالثاً- نتائج الفرض الثالث ومناقشتها؛

ينص الفرض الثالث على ما يأتي: «هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين مريضات اضطراب الشخصية الحدية والأسوياء في التصور الانتحاري في الاتجاه الأفضل للأسوياء». ولاختبار صحة هذا الفرض استعين بحساب الفروق بين المتوسطين باستخدام اختبار T.Test للمجموعات غير المرتبطة، ويوضح جدول (6) نتائج التحليل الإحصائي الخاص بهذا الفرض.

جدول (6)

الفروق بين المرضى والأسوياء في التصور الانتحاري باستخدام دلالات اختبار (ت)

م	المجموعات الأبعاد	المرضى		الأسوياء		قيم (ت) ودلالاتها
		ع	م	ع	م	
1	الرغبة الانتحارية النشطة	7.40	3.87	2.72	2.33	5.17 دال عند 0.001
2	التخطيط للانتحار	2.2	2.02	0.82	0.61	3.78 دال عند 0.001
3	الرغبة الانتحارية السلبية	2.08	1.28	1.24	1.01	2.56 دال عند 0.014
4	الدرجة الكلية للتصور الانتحاري	11.68	6.31	4.48	3.11	5.11 دال عند 0.001

يتضح من جدول (6) أن قيمة «ت» كانت دالة في جميع المقارنات؛ ومن ثم قُبل الفرض كلياً؛ إذ تبين وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مريضات اضطراب الشخصية الحدية والأسوياء في جميع أبعاد التصور الانتحاري والدرجة الكلية له في الاتجاه الأفضل للأسوياء؛ أي أن المرضى لديهم درجات مرتفعة مقارنة بالأسوياء في التصورات والأفكار الانتحارية. وهو ما قد يظهر في شكل رغبة في الموت ووجود نية وخطة منظمة لتنفيذ ذلك، واتجاه إيجابي نحو الأفكار الانتحارية أو عدم وجود موانع أو روادع تمنعهم من القيام بمحاولات انتحارية فعالة (كالأسرة، والدين، وألم الموت، وعدم إمكانية الرجوع للحياة)؛ فقد يكون الميل للأفكار والسلوكيات الانتحارية وإيذاء الذات، نتيجة الخوف من الفراق أو الرفض الذي قد يواجهه مريض اضطراب الشخصية الحدية. واتفقت نتيجة هذا الفرض مع دراسة «هومان وآخرين» (Homan et al. (2017)، ودراسة «مو وآخرين» (Mou et al. (2018)، اللتين أوضحتا أن الانفعال السلبي - كالذنب والغضب والحزن - كان سبباً في تطور التفكير الانتحاري بين مرضى اضطراب الشخصية الحدية. وقد أشار دوبرستين وكونويل Horwitz & Conwell إلى أن معدلات الانتحار بين مرضى اضطراب الشخصية الحدية راوحت ما بين 3 % و 9 % (Nichols, 2014)، وأشارت دراسة لاكسينرينج إلى أن معدلات الانتحار لمرضى اضطراب الشخصية الحدية راوحت ما بين 8 % و 10 % (Leichsenring et al., 2011). وقد قدم الباحثون عدداً من الخصائص المرتبطة بمرضى اضطراب الشخصية الحدية

تجعلهم أكثر عرضة من غيرهم للقيام بسلوكيات انتحارية، منها وجود تاريخ سابق من الاعتماد على المواد النفسية، ومعاناتهم من اضطرابات نفسية أخرى وخاصة الاكتئاب، ومشاعر اليأس، وتاريخ أسري لمحاولات الانتحار أو التفكير في الانتحار، فضلاً عن الاندفاعية (Nichols, 2014). وقد افترضت لينهان Linehan أن الاضطراب السلوكي للأفراد ذوي اضطراب الشخصية الحدية يتمثل في السلوكيات الاندفاعية الشديدة والمحاولات الانتحارية، ويعد إيذاء الذات أحد المحركات التشخيصية للاضطراب (Linehan, 2001).

رابعاً- نتائج الفرض الرابع ومناقشتها:

ينص الفرض الرابع على ما يأتي: «يمكن التنبؤ بالتصور الانتحاري بإستراتيجيات التنظيم الانفعالي المعرفي لدى مريضات اضطراب الشخصية الحدية». ولاختبار هذا الفرض حسب تحليل الانحدار المتعدد لفحص قوة إستراتيجيات التنظيم الانفعالي المعرفي على الدرجة الكلية للتصور الانتحاري، وهو ما يوضحه جدول (7).

جدول (7)

نتائج أسلوب تحليل الانحدار المتعدد

المتغير التابع	المنبئات	الثابت	ف	دلالة ف	ر	ر ²	بيتا	قيمة (ت)	الدلالة	المعادلة التنبؤية
الدرجة الكلية للتصور الانتحاري	لوم الذات	18.35	4.41	0.001	0.71	0.49	0.04	0.26	غ. دال	التصور الانتحاري × 0.28 18.35 = - القبول - 0.39 × إعادة التركيز على التخطيط - 0.69 × إعادة التقييم الإيجابي + 0.36 × الكارثية
	القبول						-0.28	-2.15	0.037	
	الاجترار						0.16	0.26	غ. دال	
	إعادة التركيز الإيجابي						0.01	0.05	غ. دال	
	إعادة التركيز على التخطيط						-0.39	-2.16	0.036	
	إعادة التقييم الإيجابي						-0.69	-2.17	0.034	
	وضع الأمور في نصابها						-0.16	-1.20	غ. دال	
	الكارثية						0.36	1.75	0.05	
	لوم الآخرين						0.10	0.64	غ. دال	

يتضح من جدول (7) تحليل الانحدار المتعدد لأثر العوامل المتنبأ بها المتمثلة في إستراتيجيات التنظيم الانفعالي المعرفي على التصور الانتحاري. وقد أظهرت النتائج أن معامل الارتباط المتعدد بين إستراتيجيات التنظيم الانفعالي المعرفي المتنبأ بها (0.71)، وقد فسرت نسبة قدرها (47%) من التصور الانتحاري. كما تبين إمكانية للتنبؤ بالتصور الانتحاري من خلال إستراتيجيات (القبول وإعادة التركيز على التخطيط وإعادة التقييم، والكارثية)، لدى مريضات اضطراب الشخصية الحدية. ويتبين من قيم بيتا أن إعادة التقييم جاءت في المرتبة الأولى، ثم إعادة التركيز على التخطيط، ثم الكارثية، وأخيراً القبول في التنبؤ بالدرجة الكلية للتصور الانتحاري.

اتفقت هذه النتيجة مع نتائج دراسة «كودينوفا وآخرين» (Kudinova et al. 2016) التي أظهرت فروقاً بين من لديهم تصور انتحاري ومن ليس لديهم تصور انتحاري في استخدام إعادة التقييم الإيجابي لمن ليس لديهم تصور انتحاري. ومع دراسة «تريب وآخرين» (Tripp et al. 2016)، التي أوضحت أن الكارثية كانت مؤشراً جيداً للتنبؤ بالتصور الانتحاري. ومع دراسة «فوركمان، وآخرين» (Forkmann et al. 2014) التي أظهرت أن إعادة التقييم الإيجابي منبئ جيد بالتصور الانتحاري. وعلى الرغم من أن دراسة «مهدي وزملائه» (Mahdieh et al. 2014) اتفقت مع نتائج هذه الدراسة في أن إستراتيجيات (الكارثية، والقبول، وإعادة التقييم الإيجابي) كانت منبئة بالتصور الانتحاري، فإنها اختلفت في أن إستراتيجية اجترار الأفكار كانت منبئة بالتصور الانتحاري. وتتسجم النتائج الخاصة بهذا الفرض حول دور إستراتيجية القبول في خفض التصور الانتحاري، مع استخدامها بكثرة في التدخلات العلاجية النفسية المختلفة كاليقظة الذهنية، أو العلاج بالقبول والالتزام (Stikkelbroek et al., 2016). وكلما زاد قبول الفرد للانفعالات، سواء كانت إيجابية أم سلبية دون معرفة، زاد احتمال تصورهم الانتحاري، وتتسجم هذه الجزئية مع نموذج العجز المكتسب، الذي ينص على أن الانتحار يحدث عندما يشعر الفرد بأنه ليس لديه سيطرة على أحداث الحياة (Mahdieh et al., 2014)، كما ترتبط الكارثية بسوء التكيف والكرب الانفعالي؛ فيعتقد الأفراد أن ما واجهوه أسوأ بكثير مما عاناه الآخرون؛ ومن ثم يولد تصورات أكثر عن الانتحار. والتفكير في الانتحار هو إحدى وسائل التعبير عن هذه الظروف الضاغطة (Mukherjee et al., 2014). أما عن إستراتيجية إعادة التقييم الإيجابي ودورها في خفض التصور الانتحاري؛ فيمكن القول: إن الأفراد عندما يدركون أفكارهم بشكل مناسب؛ يستخدمون إستراتيجيات إيجابية لإدراك انفعالاتهم، ويستبدلون بالأفكار

السلبية أفكاراً إيجابية؛ ومن ثم سيقبل لديهم التصور الانتحاري (Mahdiah et al., 2014). كما نصت نظرية التقييم الانفعالي على أن «القدرة على التركيز على التخطيط توفر شعوراً بإمكانية التحكم في الموقف بشكل أفضل». ومن ثم من الممكن أن يكون مرضى اضطراب الشخصية الحدية أكثر اكتئاباً وتصوراً للانتحار؛ لأنهم يستخدمون الإستراتيجيات التكيفية بشكل قليل، أو يستخدمون الإستراتيجيات اللاتكيفية بشكل أكثر استجابة للأحداث السلبية (d'Acremont & Van der Linden, 2007, 280). وأخيراً يمكن القول إن الإستراتيجيات التكيفية تؤدي دوراً في شعور الفرد بالفرص من وجوده، والسعي لتحقيق الأهداف الجديرة بالاهتمام وخفض الشعور بالضغط وتعزيز الرفاه النفسي، ومن ثم إذا كان شخص ما يواجه بعض المواقف الحياتية الصعبة وكان لديه قدر كبير من القبول الذاتي، وقدرة أكبر على إعادة التقييم الإيجابي، وإعادة التركيز على التخطيط فإنه يكون قادراً على تحقيق أهدافه ولديه نظرة إيجابية إلى ذاته والآخرين والمستقبل؛ ومن ثم تقل لديه التصورات الانتحارية.

التوصيات:

- 1 - يمكن الاستفادة من نتيجة الفرض الأول في إمكانية خفض المحاولات الانتحارية من خلال وضع التصورات الانتحارية موضع الأولوية ضمن الخطة العلاجية لمرضى اضطراب الشخصية الحدية.
- 2 - أن يتم فحص أبعاد التصور الانتحاري (الرغبة الانتحارية النشطة والسلبية والتخطيط للانتحار) لدى مرضى اضطراب الشخصية الحدية وعدم الاكتفاء بالدرجة الكلية للتصور الانتحاري.
- 3 - يمكن الاستفادة من نتيجة الفرضين الثاني والثالث، في المساعدة على تشخيص مرضى اضطراب الشخصية الحدية؛ نظراً لوجود فروق ذات دلالة إحصائية بين هؤلاء المرضى والأسوياء في التصور الانتحاري وإستراتيجيات التنظيم الانفعالي المعرفي.
- 4 - يمكن الاستفادة من نتيجة الفرض الرابع، في بناء برامج علاجية قائمة على أربع إستراتيجيات تنظيم انفعالي معرفي هي (القبول وإعادة التركيز على التخطيط، وإعادة التقييم الإيجابي، والكارثية) لخفض التصور الانتحاري بشكل خاص ولعلاج اضطراب الشخصية الحدية بشكل عام.

5 - يجب أن تعتمد التدخلات العلاجية على إستراتيجيات التنظيم الانفعالي المعرفي وعدم الاكتفاء بالتنظيم الانفعالي فقط؛ مثل العلاج الجدلي السلوكي والعلاج بالقبول والالتزام، وغيرها من التدخلات العلاجية.

6 - يجب إيلاء اهتمام خاص لدور إستراتيجيات التنظيم الانفعالي المعرفي في منع التفكير في الانتحار في البرامج التعليمية والتدريبية والعلاجية.

الأبحاث المقترحة المستقبلية:

في ضوء ما تقدم من نتائج فإن الباحثين يقترحون الأبحاث الآتية:

1 - فعالية العلاج بالقبول والالتزام في خفض التصور الانتحاري لدى عينة من مرضى اضطراب الشخصية الحدية.

2 - إستراتيجيات التنظيم الانفعالي المعرفي وعلاقتها بعمقه المشاعر لدى عينة من مرضى اضطراب الشخصية الحدية.

3 - الفروق بين مرضى الاكتئاب واضطراب الشخصية الحدية في كل من إستراتيجيات التنظيم الانفعالي المعرفي والتصور الانتحاري.

4 - دور اليقظة الذهنية والتعاطف مع الذات في التنبؤ بخفض التصور الانتحاري لدى عينة من مرضى اضطراب الشخصية الحدية مقارنة بالأسوياء.

المراجع:

أبو زيد، أحمد محمد. (2017). فاعلية التدريب على اليقظة العقلية كمدخل سلوكي جدلي في خفض صعوبات التنظيم الانفعالي لدى الطالبات ذوات اضطراب الشخصية الحدية وأثره على أعراض هذا الاضطراب. *مجلة الإرشاد النفسي، جامعة عين شمس*، (51)، 1-86.

البشر، سعاد عبد الله. (2005). *مظاهر اضطراب الشخصية الحدية وعلاقتها ببعض المتغيرات النفسية والاجتماعية*. [رسالة دكتوراه غير منشورة]، كلية الآداب، جامعة القاهرة.

بشري، صمويل تامر؛ والمجذوب، علا محمد عبدالوهاب؛ والحديدي، مصطفى عبدالمحسن عبدالتواب. (2017). أعراض اضطراب الشخصية الحدية في ضوء بعض المتغيرات الديموجرافية لدى المعلمات المتزوجات. *مجلة كلية التربية جامعة أسيوط - كلية التربية*، 33(2)، 461-494.

- رفاعي، إسلام عيد. (2017). *إستراتيجيات المواجهة والتنظيم الانفعالي المعرفي وأنماط التعلق كمتغيرات منبئة بالصمود لدى ذوي الاحتياجات الخاصة من طلاب الجامعة*. [رسالة دكتوراه غير منشورة]، كلية الآداب، جامعة سوهاج.
- الزهراني، عبد الرحمن بن درباش. (2016). الوظائف التنفيذية كعوامل معرفية فارقة بين مجتري الأفكار الانتحارية ومحاولي الانتحار. *مجلة كلية التربية، جامعة الأزهر*، 167(1)، 427-453.
- سالم، حنان سيد. (2013). *مظاهر اضطرابي الشخصية الحدية والمعادية للمجتمع لدى المعتمدين على المواد النفسية*. [رسالة ماجستير غير منشورة]، كلية الآداب، جامعة القاهرة.
- الضيدان، الحميدي محمد. (2015). أساليب المواجهة وعلاقتها بالتفكير الانتحاري لدى طلاب الجامعة. *مجلة التربية*، 4(162)، 539-572.
- ليهى، روبرت. (2006). *اضطراب الشخصية البينية*، ترجمة: جمعة سيد يوسف، محمد نجيب الصبوة. العلاج النفسي المعرفي في الاضطرابات النفسية. القاهرة: إيتراك للطباعة والنشر والتوزيع.
- محمد، فاطمة عبد النبي عيد؛ والدسوقي، سلمى محمد؛ والمنسي، محمود عبدالحليم. (2019). المؤشرات السيكومترية لمقياس اضطراب الشخصية الحدية لدى المراهقات. *مجلة البحث العلمي في الآداب جامعة عين شمس*، 10(20)، 503-530.
- محمود، شيرين عبد القادر. (2012). *كفاءة بعض الوظائف المعرفية لدى مرتفعي ومنخفضي مظاهر اضطراب الشخصية الحدية في ضوء النموذج الارتقائي العصبي*. [رسالة دكتوراه غير منشورة]، كلية الآداب، جامعة القاهرة.
- يعقوب، حيدر مزهر. (2011). *التنظيم الانفعالي للطلبة المتميزين في محافظة ديالى*. ملتقى الموهبة والإبداع منعطفات هامة في حياة الشعوب، المؤتمر العربي الثامن لرعاية الموهوبين والمتفوقين، من 15-16 أكتوبر، المجلس العربي للموهوبين والمتفوقين، 450-467.
- Abdia, S., Tabanb, S., & Ghaemianc, A. (2012). Cognitive Emotion Regulation Questionnaire: Validity and Reliability of The Persian Translation of the (CERQ-36 item). *Social & Behavioral Sciences*, 32, 2-7. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2012.01.001>
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington DC: American Psychiatric Association.
- Beck, A., Freeman, A., & Davis, D., (2003). *Cognitive therapy of personality disorders*. 2nd ed. New York: Guilford Press.

- Beck, A., Steer, R., & Ranieri, W. (1988). Scale for suicide ideation: Psychometric properties of a self-report version. *Journal of Clinical Psychology*, 44(4), 499-505.
- Bilsen, J. (2018). Suicide and youth: risk factors. *Frontiers in psychiatry*, 9, 1-5.
- Brown, G., Beck, A., Steer, R., & Grisham, J. (2000). Risk factors for suicide in psychiatric outpatients: a 20-year prospective study. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 68(3), 371-377.
- d'Acremont, M., & Van der Linden, M. (2007). How is impulsivity related to depression in adolescence? Evidence from a French validation of the cognitive emotion regulation. *Journal of Adolescence*, 30(2), 271-282.
- Daros, A., Guevara, M., Uliaszek, A., McMaim, S., & Ruocco, A. (2018). Cognitive emotion regulation strategies in borderline personality disorder: diagnostic comparisons and associations with potentially harmful behaviors. *Psychopathology*, 51(2), 83-95.
- De Beurs, D., Fried, E., Wetherall, K., Cleare, S., O'Connor, D., Ferguson, E., O'Carroll, R. & O'Connor, R. (2019). Exploring the psychology of suicidal ideation: A theory driven network analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 120, 103419.
- Fertuck, E. A., Makhija, N., & Stanley, B. (2007). The nature of suicidality in borderline personality disorder. *Primary Psychiatry*, 14(12), 40- 47.
- Forkmann, T., Scherer, A., Böcker, M., Pawelzik, M., Gauggel, S., & Glaesmer, H. (2014). The relation of cognitive reappraisal and expressive suppression to suicidal ideation and suicidal desire. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 44(5), 524-536.
- Garnefski, N., & Kraaij, V. (2009). Cognitive Coping and Psychological Adjustment in Different types of stressful life events. *Individual Differences Research*, 7(3), 168-181.
- Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual Differences*, 30(8), 1311-1327.
- Gross, J. (1998). The Emerging Field of Emotion Regulation: An Integrative Review. *Review of General Psychology*, 2, 271-299.
- Gross, J. (1999). Emotion Regulation: Past, Present, Future. *Cognition & Emotion*, 13(5), 551-573.
- Heidari, S., & Aliloo, M. (2015). Comparative evaluation of cognitive emotion regulation between "B" Personality Disorders and normal persons. *Procedia-Social & Behavioral Sciences*, 185, 54-60.

- Homan, K., Sim, L., Fargo, J., & Twhig, M. (2017). Five-year prospective investigation of self-harm/suicide-related behaviors in the development of borderline personality disorder. *Personality Disorders: Theory, Research, & Treatment*, 8(2), 183-188.
- Horeish, N., Orbach, I., Gothelf, D., Efrati, M., & Apter, A. (2003). Comparison of the suicidal behavior of adolescent inpatients with borderline personality disorder and major depression. *The Journal of Nervous & Mental Disease*, 191(9), 582-588.
- Horwitz, A., Czyz, E., Berona, J., & King, C. (2018). Rumination, Brooding, and reflection: prospective associations with suicide ideation and suicide attempts. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 49(4), 1085-1093.
- Klonsky, E., & May, A. (2015). The three-step theory (3ST): A new theory of suicide rooted in the "ideation-to-action" framework. *International Journal of Cognitive Therapy*, 8(2), 114-129.
- Kudinova, A., Owens, M., Burkhouse, K., Barretto, K., Bonanno, G., & Gibb, B. (2016). Differences in emotion modulation using cognitive reappraisal in individuals with and without suicidal ideation: An ERP study. *Cognition & Emotion*, 30(5), 999-1007.
- Leichsenring, F., Leibing, E., Kruse, J., New, A., & Leweke, F. (2011). "Borderline personality disorder". *Lancet*, 377 (9), 74-84.
- Linehan, M. (1993). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. Guilford Press.
- Linehan, M., (2001). Treatment of patients with borderline personality disorder. *APA Practice Guidelines*.
- Links, P., Eynan, R., Heisel, M., Barr, A., McMain, S., & Ball, J. (2007). Affective instability and suicidal ideation and behavior in patients with borderline personality disorder. *Journal of personality disorders*, 21(1), 72-86.
- Lotfi, M., Amini, M., Fathi, Karami, A., Ghiasi, S., & Sadeghi, S. (2018). Cognitive Emotion Regulation Strategies in Prisoners With Borderline Personality Disorder. *Journal of Practice in Clinical Psychology*, 6(3), 153-158.
- Mahdieh, A., Abdollahi, M., & Hasani, J. (2014). Cognitive emotion regulation strategies in processing suicidal thoughts. *Journal of Ilam University of Medical Sciences*, 22(4), 225-235.
- Mou, D., Kleiman, E., Fedor, S., Beck, S., Huffman, J., & Nock, M. (2018). Negative affect is more strongly associated with suicidal thinking among suicidal patients with borderline personality disorder than those without. *Journal of Psychiatric Research*, 104, 198-201.

- Mukherjee, A., Dogra, A., & Banerjee, S. (2014). List Flourishing under fire: Existential meaning and cognition emotion regulation against suicidal ideation. *Indian Journal of Health & Wellbeing*, 5(5), 570–573.
- Navarro-Haro, M., Wessman, I., Botella, C., & García-Palacios, A. (2015). The role of emotion regulation strategies and dissociation in non-suicidal self-injury for women with borderline personality disorder and comorbid eating disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 63, 123-130.
- Ni, X., Chan, D., Chan, K., McMain, S., & Kennedy, J. (2009). Serotonin genes and gene-gene interactions in borderline personality disorder in a matched case-control study. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 33(1), 128-133.
- Nichols, E. (2014). *Explaining the relationship between borderline personality features and suicidal ideation*. [Doctor Of Philosophy]. University Of Texas.
- Probst, T., Decker, V., Kießling, E., Meyer, S., Bofinger, C., Niklewski, G., Mühlberger, A. & Pieh, C. (2018). Suicidal ideation and skill use during in-patient dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. A Diary Card Study. *Frontiers in Psychiatry*, 9(152), 1-7.
- Scanlan, F., & Purcell, R. (2009). Mythbuster: Suicidal Ideation MYTH: “Asking young people about suicidal thoughts or behaviours will only put ideas in their heads” Suicidal Ideation. *Mental National Youth Health*, 1-4.
- Schmahl, C., Berne, K., Krause, A., Kleindienst, N., Valerius, G., Vermetten, E., & Bohus, M. (2009). Hippocampus and amygdala volumes in patients with borderline personality disorder with or without posttraumatic stress disorder. *Journal of psychiatry & Neuroscience: JPN*, 34(4), 289-295.
- Soheila, N., & Jafar, H. (2017). The relationship between cognitive emotion regulation strategies and defense mechanisms with borderline personality disorder. *Journal Of Clinical Psychology Andishe Va Raftar (Andisheh Va Raftar) (Applied Psychology)*, 11 (43), 57-66.
- Soloff, P., & Chiappetta, L. (2017). Suicidal behavior and psychosocial outcome in borderline personality disorder at 8-year follow-up. *J Pers Disord*, 31(6), 774-789.
- Stikkelbroek, Y., Boddien, D., Kleinjan, M., Reijnders, M., & van Baar, A. (2016). *Adolescent depression and negative life events, the mediating role of cognitive emotion regulation*. *PloS one*, 11(8), 1-16.
- Sumida, M. (2010). *Clarifying the Relationship between Emotion Regulation, Gender, and Depression*. A dissertation submitted in partial fulfillment of the requirements

for the degree of Doctor of Philosophy in Psychology, Utah State University.

- Tabar, M., Chermahini, S., Nezhad, M. & Nadi, A. (2017). The Role of Cognitive Emotion Regulation Strategies in the Prediction of the Features of Borderline Personality in University Students. *International Journal of Psychology*, 11(2), 102-125.
- Tripp, D., Nickel, J., Krsmanovic, A., Pontari, M., Moldwin, R., Mayer, R., Carr, L., Yang, C. & Nordling, J. (2016). Depression and catastrophizing predict suicidal ideation in tertiary care patients with interstitial cystitis/bladder pain syndrome. *Canadian Urological Association Journal*, 10(11-12), 383-388.
- Warren, R. (2015). Emotion regulation in borderline personality disorder: The role of self-criticism, shame, and self-compassion. *Personality & Mental Health*, 9, 84-86.
- Widom, C., Czaja, S., & Paris, J. (2009). A prospective investigation of borderline personality disorder in abused and neglected children followed up into adulthood. *Journal of Personality Disorder*, 23(5), 433-46.

قدم في: نوفمبر 2019

أجيز في: ديسمبر 2020

