

فاعلية برنامج إرشادي سلوكي جدلي في خفض السلوك الاندفاعي لدى طلاب الجامعة ذوي أعراض اضطراب الشخصية الحدية

د. أحمد طلب*

المستخلص

هدفت الدراسة إلى: (١) التعرف إلى طبيعة العلاقة الارتباطية بين أعراض اضطراب الشخصية الحدية والسلوك الاندفاعي لدى عينة من طلاب الجامعة، (٢) بحث الفروق بين الذكور والإناث من طلاب الجامعة في السلوك الاندفاعي، ونسبة انتشار اضطراب الشخصية الحدية، (٣) الكشف عن فاعلية برنامج إرشادي سلوكي جدلي في خفض السلوك الاندفاعي لدى المجموعة التجريبية. وتكونت عينة الدراسة التجريبية من (٢٠) طالباً من الذكور تراوحت أعمارهم الزمنية ما بين (١٩,٤٢-٢٦,٥٣) سنة، بمتوسط (٢١,٢٨) سنة، وانحراف معياري (١,٦٥)، تمَّ اختيارهم من واقع (٦١٢) طالباً وطالبة (٢٧٢ ذكراً، ٣٤٠ أنثى) من طلبة جامعة الملك خالد. واستخدمت الدراسة المنهجين: الوصفي، وشبه التجريبي. وقد عرّب الباحث النسخة المختصرة من قائمة اضطراب الشخصية الحدية (إعداد: Bohus et al., 2009)، والنسخة المختصرة من مقياس السلوك الاندفاعي (إعداد: Billieux et al., 2012)، وقام بتصميم برنامج إرشادي سلوكي جدلي. وقد خلصت نتائج الدراسة إلى: (١) وجود علاقة ارتباطية موجبة دالة إحصائياً بين أعراض اضطراب الشخصية الحدية والسلوك الاندفاعي لدى طلاب الجامعة، (٢) نسبة انتشار اضطراب الشخصية الحدية لدى الإناث أكبر مقارنةً بالذكور، (٣) وجود فروق دالة إحصائياً بين الذكور والإناث في السلوك الاندفاعي لصالح الإناث، (٤) فاعلية البرنامج الإرشادي السلوكي الجدلي في خفض السلوك الاندفاعي لدى أفراد المجموعة التجريبية. وقد تمَّت مناقشة النتائج في ضوء الدراسات السابقة والإطار النظري للدراسة.

الكلمات المفتاحية: برنامج إرشادي سلوكي جدلي - اضطراب الشخصية الحدية - السلوك الاندفاعي - طلاب الجامعة.

مقدمة الدراسة وخلفيتها النظرية:

تُعدُّ المرحلة الجامعية من أهم المراحل التي يمرُّ بها الطلاب في حياتهم الدراسية. حيثُ تتشكّل شخصياتهم في هذه المرحلة، وتنتج خصائصهم العقلية والنفسية والجسمية والاجتماعية والانفعالية نحو النضج. ويحاول الطلاب في هذه المرحلة ضبط انفعالاتهم واستجاباتهم، ويسعون إلى تكامل جوانب شخصيتهم، والشعور بالاستقلالية، وتحمل المسؤوليات؛ ممَّا يعرضهم للوقوع في كثيرٍ من الاضطرابات النفسية والسلوكية.

وتتطوي المرحلة الجامعية على تغييرات كبيرة في محيط بيئة الطلاب؛ فهي تُشكّل فترةً انتقالية يمكن أن يصبحون خلالها أكثر استقلالية عن الأسرة، ويقدمون على إقامة علاقات اجتماعية مدى الحياة. بالإضافة إلى التغييرات الخارجية، ويُعدُّ سنُّ البلوغ أيضاً وقتاً حاسماً لنمو الدماغ، من حيث: الهيكل

* أستاذ مساعد - قسم علم النفس - كلية التربية - جامعة الوادي الجديد

أستاذ مشارك - قسم التربية الخاصة - كلية التربية - جامعة الملك خالد

البريد الإلكتروني: taleb3000@yahoo.com

والوظيفة، وغالبًا ما تكون للاضطرابات السلوكية التي يتعرض لها الطلاب آثارًا طويلة المدى، وقد تستمر مع مرور الوقت لفترة طويلة إذا لم يتم التعامل معها بالشكل الصحيح (Casey, Heller, Gee & Cohen, 2019; Colver & Longwell, 2013; Cservenka & Brumback, 2017).

ويتفق ذلك مع ما أشارت إليه نتائج عديد من الدراسات والبحوث السابقة من أن الطلاب في المرحلة العمرية الواقعة بين (١٥-٢٥) سنة يمرون بأكثر المراحل التي تتميز بالانفعالات المزاجية الكثيرة؛ بسبب ارتفاع مستويات الهرمونات، وتتمثل في التقلبات المزاجية الحادة، كما تنتشر فيها كثيرًا من الاضطرابات النفسية والسلوكية، مثل: اضطراب فرط الحركة/ نقص الانتباه، واضطراب القلق العام، وقلق الانفصال، والاكتئاب، والخوف الاجتماعي، ونوبات الهلع، والوسواس القهري، واضطرابات التوافق، والاضطرابات الوجدانية، واضطراب ما بعد الصدمة، واضطرابات الأكل، واضطراب المعارضة، والسلوك المضاد للمجتمع، والسلوك الاندفاعي (Al-Hunaishel, et al., 2018; Al-Modayfer & Alatiq, 2015; Alslman, Baker, & Dalky, 2017; Farshidfar, Dastjerdi, Mohammadi, Alavi & Ahmadi, 2019; Mohammadi et al., 2020; Mohammed, 2019; Seleem, Amer, Romeh & Hamoda, 2019).

وعادةً ما يظهر السلوك الاندفاعي جليًا في مرحلتي المراهقة والبلوغ؛ حيث يعدُّ من أكثر الاضطرابات السلوكية المنتشرة في هاتين المرحلتين، كما أنه يعني التصرف دون التفكير في عواقب ذلك، سواءً على الفرد نفسه أم الآخرين، كما أنه يشير إلى السلوكيات (أو الاتجاهات تجاه السلوكيات) المُتسرَّعة والمحفوفة بالمخاطر، التي تؤدي إلى نتائج سلبية على المدى الطويل (Chamberlain & Grant, 2019; Ravert & Donnellan, 2020; Quinn & Harden, 2013).

ومن الجدير بالذكر الإشارة إلى أنه بعد مراجعة الأدبيات السابقة تبين أن الاندفاع ليس بالضرورة سمة سلبية، وأنه يمكن التمييز بين عنصرين من الاندفاع: "الاندفاع المحسوب" (المغامرة)، و"الاندفاع الذهاني" (المضطرب). وينطوي "الاندفاع المحسوب" على عملية اتخاذ القرار التي تأخذ في الاعتبار العواقب والمخاطر، في حين أن "الاندفاع الذهاني" (المتطرب) لا يأخذ في الاعتبار مخاطر اتخاذ القرار؛ ففي الاندفاع المحسوب يكون الاندفاع وظيفيًا وفعاليًا؛ أي يكون الفعل مفيدًا أو مثاليًا، ويحقق وظيفة معينة في ظروف معينة؛ فقد يتطلب الأمر في بعض الأحيان السرعة في الفعل أو الكلام أو اتخاذ قرارات سريعة في بعض المواقف، لكن في الاندفاع المضطرب يكون هناك خللاً وظيفيًا؛ أي يكون الفعل مصدرًا لمشكلة أو مسببًا للضرر للذات أو للآخرين (Cyders & Smith, 2007; DeYoung, 2011; Neto & True, 2011). ومن هذا المنطلق، سوف يتم التركيز في هذه الدراسة على السلوك الاندفاعي المضطرب، وستسعى الدراسة لمحاولة تصميم برنامج إرشادي وتطبيقه للتخفيف من حدته.

ويُعرّف السلوك الاندفاعي على أنه عدم القدرة على تقدير الموقف بشكلٍ كامل قبل الاستجابة له وعدم القدرة على إرجاء الاستجابة بصرف النظر عن تأثير تلك الاستجابة (Kang, 2017). ويُعرّف على أنه بناء متعدد العوامل يهدف إلى شرح السلوكيات التي تبدو ضعيفة، أو يتم التعبير عنها قبل الأوان، أو محفوفة بالمخاطر بشكلٍ مفرط، أو غير مناسبة للموقف، أو ينتج عنها غالبًا عواقب غير مرغوب فيها

(*) اعتمد الباحث في التوثيق على الإصدار السادس من دليل الكتابة العلمية والتوثيق الصادر عن رابطة علم النفس الأمريكية APA.

(Gray, Weidacker & Snowden, 2019)، كما يُنظر له على أنه بناء متعدد الأبعاد يتميز بوجود السلوكيات دون مداوات كافية حول العواقب، ونقص التثبيط السلوكي (Lozano et al., 2018).

كما يعدُّ السلوك الاندفاعي نمطاً سلوكياً يتضمَّن عدم المقدرة على ضبط السلوك والميل نحو الاستجابة دون تفكير؛ لذلك يتَّصفُ بسرعة التهيج والتهور لأبسط الأمور (Euler et al., 2019)، ويتَّصفُ الشخص المندفع بالتحدي والمعارضة والعناد، وهذا يجعله عرضةً لكثيرٍ من الحوادث والإصابات، ويفقده صفة الاجتماعية والاستمرار في الصداقة؛ لذلك فهو سلبي في كسب صداقات الآخرين (Stevenson, Meares, & Comerford, 2003).

وتتمثَّل أعراضُ السلوك الاندفاعي ومظاهره في: التهور، والفوضوية، وسرعة الانفعال، وسهولة الإثارة، وتغير المزاج بسرعة، وعدم القدرة على ضبط النفس، وعدم التعاطف مع الآخرين، وعدم وجود علاقات جيدة مع الآخرين، والسلبية والابتعاد عن مناقشة الآخرين، والشعور بالإحباط لأتفه الأسباب والانطوائية والخجل، وتعريض النفس للمخاطر دون التفكير في النتائج، واللامبالاة بعواقب الأمور وإصدار أصوات مزعجة، والتحدُّث بطريقةٍ سريعة، وعدم اتباع التعليمات، (Chapman, Leung, & Lynch, 2008; DeYoung, 2011; Soloff et al., 2003).

وبشكلٍ عام، يمكن النظر إلى السلوك الاندفاعي على أنه نطاق واسع من التصرفات غير المُخطَّط لها والسريعة، تؤدي إلى سلوكيات غير مدروسة، وميل إلى العمل بمستوى تخطيط أقل مقارنةً بأفراد من المستوى الفكري المماثل (Sediyama, et al., 2017).

ويمكنُ النظر إلى السلوك الاندفاعي أنه يتكون من خمسة أبعاد هي: الإلحاح السلبي؛ ويشير إلى التصرف بتهور في السياقات العاطفية السلبية، والإلحاح الإيجابي؛ ويشير إلى التصرف بتهور في السياقات العاطفية الإيجابية، وضعف التروي؛ ويشير إلى عدم مراعاة عواقب التصرفات، وضعف المثابرة؛ ويشير إلى صعوبة في التركيز على المهام الصعبة والمملة، والبحث عن الإثارة؛ ويشير إلى الاستمتاع ومتابعة الأنشطة المحفزة أو المثيرة والانفتاح على تجارب جديدة وغير تقليدية (Billieux et al., 2012; Cyders, Littlefield, Coffey, & Karyadi, 2014; D'Orta, et al., 2015, Lynam, 2011; Samiefard, Fadardi, Kareshki, & Stacy, 2020; Teese, Willie, Jago, & Gill, 2020).

ولأهمية السلوك الاندفاعي، فقد خصَّصَ الدليلُ التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية والعقلية - (DSM-5) الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي (APA, American Psychiatric Association, 2013)، قسمًا كاملاً لاضطرابات السيطرة-الاندفاع؛ مثل: الاضطراب الانفجاري المتقطع، وهوس السرقة، وهوس الحريق وهوس نتف الشعر، واضطرابات المسلك (APA, 2013). ويرى عديدٌ من الباحثين أنَّ للسلوك الاندفاعي دورًا بارزًا في فهم الاضطرابات النفسية وتشخيصها؛ وقد يكون ثاني أكثر اضطراب شيوغًا في معايير الـ (DSM-5) بعد الضغوط النفسية، كما يعدُّ الاندفاعُ محورًا في النظريات المسببة للمرض النفسي؛ فقد يظهر الاندفاع في المعايير التشخيصية للاضطرابات النفسية المتنوعة؛ مثل: اضطراب الشخصية الحدية (مثل: الاندفاع في منطقتين على الأقل التي من المحتمل أن تُلحق الضرر بالذات)، واضطراب الشخصية المعادية للمجتمع (مثل: الاندفاع أو الفشل في التخطيط للمستقبل)،

واضطراب نقص الانتباه/فرط النشاط (مثل: طمس الإجابات، وصعوبة انتظار الدوران، والمقاطعة أو التطفل)، والهوس (مثل: المشاركة المفرطة في الأنشطة الممتعة التي تنطوي على احتمالات عالية لعواقب مؤلمة)، والعتة (مثل: التشويش في أداء الأعمال التنفيذية)، والشره المرضي العصبي (مثل: الشعور كما لو كان المرء لا يستطيع التحكم في كمية الطعام)، بالإضافة إلى القلق، والاكتئاب، والانتحار والإضرار بالذات، واضطراب الهلع واضطرابات تعاطي المخدرات (Berg, 2016; Calzada, et al., 2017; Lozano, Díaz-Batanero, Rojas, Pilatti & Fernández-Calderón, 2018; Lynam, 2011; Sediya et al., 2017; Whiteside & Lynam, 2001; Zhang, et al., 2020).

وفي ضوء ما سبق، يعدُّ السلوك الاندفاعي واحدًا من المحددات المميزة التي يستخدمها الـ DSM-5 لتشخيص ذوي اضطراب الشخصية الحدية Borderline Personality Disorder (BPD)؛ حيث يتضمَّن التشخيص الاندفاع في مجالين على الأقل من المحتمل أن يُلحق الضرر بالشخص نفسه (على سبيل المثال: الإنفاق، الجنس، تعاطي المخدرات، القيادة المتهورية، الإفراط في الأكل)، وعادةً يظهر ذوو اضطراب الشخصية الحدية سلوكًا مندفعًا، مثل: العدوان على الذات أو الآخرين، وهذا السلوك الاندفاعي يدفع الفرد إلى الغضب الحاد، والحالات المزاجية المتقلِّبة مع الآخرين، والابتعاد عنهم. وبالرغم من أنَّ الانتحار يعدُّ سلوكًا ناتجًا عن الاكتئاب، فإنَّه ينطوي غالبًا على الاندفاعية. وتدعم البحوث التجريبية لعلم النفس المرضي دور السلوك الاندفاعي بوصفه أحد أعراض اضطراب الشخصية الحدية. وبشكلٍ عام يتضمَّن الميل للانخراط في السلوك الاندفاعي عاملين بارزين، هما: الأول: "الاستيعاب أو الاستبطان" *internalizing*، وهو ما يفسِّر التباين في اضطرابات المزاج والقلق، ويشبه الوجدان السلبي لسمات الشخصية، والآخر: "التخارج" *externalizing*، الذي يفسر التباين في تعاطي المخدرات، والاضطرابات المعادية للمجتمع (Yalch, Hopwood, & Zanarini, 2015; Peters, Upton, & Baer, 2013).

ويندرج اضطراب الشخصية الحدية ضمن اضطرابات الشخصية المُدرَّجة في المحور الثاني من الـ DSM-5، ويتضمَّن خللاً في الوظائف المعرفية؛ مثل: الإدراك والتفكير المرتبط بالفرد وبيئته الاجتماعية الذي ينعكس على سماته وسلوكياته فتتسم بالتصلُّب والعجز وسوء التكيف، كما يتضمَّن تدهورًا في العلاقات البينشخصية والوجدانية، التي تؤثر سلبًا على علاقات الفرد بالآخرين وعلى استجابته الانفعالية (Kaplan, et al., 2016). ويتفق ذلك مع وجهة نظر (Katsakou, Pistrang, Barnicot, White & Priebe, 2019) في أنَّ اضطراب الشخصية الحدية يُشير إلى مجموعة واسعة من الصعوبات، تتضمَّن التقلبات السريعة في المزاج، والعلاقات غير المستقرة والسلوك المندفع، مثل: إيذاء النفس، وعدم الاستمرارية في العلاقات.

وينتشر اضطراب الشخصية الحدية بنسبة حوالي ٢% تقريبًا بين أفراد المجتمع العام، وحوالي ١٠% بين الأشخاص المترددين على العيادات الخارجية، وحوالي ٢٠% بين المرضى النفسيين، وحوالي ٣٠-٦٠% ممن يتم تشخيصهم على أنهم يعانون من اضطرابات في الشخصية (Bornovalova et al., 2016; Harley, Eisner, Prairie & Jacobo, 2018)، في حين توجد إحصاءات أخرى تشير إلى أنَّه ينتشر بنسبة حوالي ١٢% تقريبًا بين المجتمع العام، وحوالي ٢٥% من مرضى الرعاية الأولية،

وحوالي ٥٠% من المرضى النفسيين (Bach & First, 2018; Rolston, 2018; Tomko, Trull, Wood & Sher, 2014).

وبالرغم من أنه لا توجد أسباب مُحددة تُسبب حدوث اضطراب الشخصية الحدية، كما أنها تختلف من فردٍ لآخر، ومن ثقافةٍ لأخرى، فإنه يمكن الأخذ في الاعتبار الأسباب البيولوجية، والنفسية والاجتماعية على أنها من الأسباب الرئيسية المساعدة في تطوره. وتتمثل الأسباب البيولوجية في: العوامل الجينية والوراثية والكيميائية والعصبية، كما أظهرت الدراسات الأسرية معدلات أعلى بالسلوك الاندفاعي (الذي يعدُّ من السمات الأساسية للاضطراب) بين أقارب الدرجة الأولى للمرضى المصابين باضطراب الشخصية الحدية، بالإضافة إلى ربط العجز في عمل هرمون السيروتونين بالاندفاع. كما تتمثل الأسباب النفسية والاجتماعية في: أساليب المعاملة الوالدية الخاطئة بما في ذلك إساءة المعاملة التي يتعرض لها الأطفال وبخاصة الجنسية والبدنية، وسوء التنظيم الانفعالي للوالدين، وبطالة الوالدين، والخلل الوظيفي العائلي (Harley et al., 2016, Paris, 2014).

ويشيع استخدام مصطلح اضطراب الشخصية الحدية للدلالة على بعض الإصابات النفسية المرضية التي تقع على الحدود ما بين العصاب والذهان، وقدّم بعض علماء النفس وأطبائها عددًا من التعريفات الخاصة بمفهوم اضطراب الشخصية الحدية، التي استطاع الباحث دراستها من خلال الرجوع إلى عديدٍ من الدراسات النفسية؛ حيث تناول عديدٌ من الباحثين (APA, 2013; Bornovalov, et al., 2018; Daros et al., 2020; Michopoulos, et al., 2020; Rolston, 2018) اضطراب الشخصية الحدية على أنه يشير إلى نمطٍ ثابتٍ من عدم استقرار العلاقات، وفي صورة الذات، والانفعالات والاندفاعية الواضحة، وتظهر في مجموعة متنوعة من السياقات. ويبدأ الاضطراب في الظهور في فترة مبكرة من البلوغ، كما يُستدلُّ عليه بخمسةٍ أو أكثر من المظاهر التالية: محاولات محمومة لتجنب هجران حقيقي أو متخيل، وعلاقات غير مستقرة وحادة مع الآخرين، وعدم استقرار واضح في صورة الذات والاندفاعية في الإنفاق أو الجنس أو تعاطي المخدرات، وسلوك انتحاري متكرر، وعدم استقرار انفعالي.

ويتضح اضطراب الشخصية الحدية ويتبلور في مرحلة المراهقة أو الرشد المبكر، ويمكن أن يؤجّل إلى مرحلة منتصف العمر، ولا يظهر لدى الأطفال إلا إذا كانوا يعيشون في بيئات غير آمنة ويعانون من سوء المعاملة الجسدية و/ أو الجنسية، أو لديهم مشكلات في الهوية؛ لذلك يُفضل أن يتم تشخيصه في فترة المراهقة أو الرشد المبكر؛ لأن سمات الشخصية تصبح أكثر تحديدًا بعد هذا العمر، ويظهر الاضطراب في بدايته في شكل نوبات من فقدان السيطرة على الانفعالات والسلوكيات الاندفاعية ومستوى شديد من الألم النفسي (Gunderson & Lins, 2009; Paris, 2014).

وقد حدد الـ DSM-5 مجموعة من المحكات التي يمكنُ عن طريقها تشخيص اضطراب الشخصية الحدية؛ حيث يُستدلُّ عليه بخمسة (أو أكثر) من المؤشرات التالية: (١) محاولات محمومة لتجنب هجران حقيقي أو متخيل، مع ملاحظة أنه لا يتضمّن السلوك الانتحاري أو المشوّه للذات، (٢) نمط من العلاقات غير المستقرة والحادة مع الآخرين، يتسم بالانتقال من أقصى الكمال إلى أقصى الحط من القدر، (٣) اضطراب الهوية: ويتضمن عدم استقرار واضح وثابت في صورة الذات أو الإحساس بالذات، (٤) الاندفاعية في مجالين على الأقل من المجالات التي تحمل إمكانية إلحاق الأذى بالذات (مثل: الإنفاق،

الجنس، إساءة استعمال المواد، القيادة المتهوررة، الأكل بشرهارة)، مع ملاحظة أنه لا يتضمن السلوك الانتحاري أو المشوه للذات، (٥) سلوك انتحاري متكرر أو تلميحات أو تهديدات أو سلوك مؤذ للذات (٦) عدم الاستقرار الانفعالي الناجم عن الانفعالية الواضحة للمزاج (مثل: نوبات سوء المزاج الحاد أو الاستثارة أو القلق، تستمر عادةً لبضع ساعات ونادرًا ما تستمر لأكثر من بضعة أيام)، (٧) الشعور المزمن بالفراغ، (٨) الغضب الشديد غير المناسب أو الصعوبة في التحكم في الغضب (مثل: مظاهر متكررة للغضب، وغضب مستمر، وصراعات جسدية متكررة)، (٩) أفكار عابرة بجنون العظمة مرتبطة بالتوتر أو أعراض انفصالية شديدة (APA, 2013).

وفي ذات السياق، تشير النسخة الحادية عشرة من التصنيف الدولي للأمراض International Classification of Diseases (ICD-11)، الصادرة عن منظمة الصحة العالمية World Health Organization (WHO, 2016)، من خلال دراسة خمس حالات كلينكية إلى أن اضطراب الشخصية الحدية يمثل الخلل الأساسي في الشخصية، ويتسم هذا الاضطراب بوجود واحد أو أكثر من السمات المميزة التالية: التأثير السلبي Negative Affectivity، والانفصال Detachment، والتثبيط Disinhibition، واعتزال المجتمع Dissociality، والوسواس القهري Anankastia، كما يسمح للممارس بتصنيف الاضطراب إلى ثلاثة مستويات من الشدة (البسيط، والمتوسط، والحاد) (Bach & First, 2018; WHO, 2016).

ومما سبق يتضح أن ذوي اضطراب الشخصية الحدية هم أفراد يقعون على الحدود ما بين المرض النفسي والمرض العقلي، ويتصفون بعدم الاستقرار في مشاعرهم وانفعالاتهم الوجدانية تجاه أنفسهم والاندفاعية الشديدة التي تتضح في عديد من المواقف (مثل: الإنفاق، أو الجنس، أو تعاطي المخدرات، أو القيادة، أو الأكل....)، مما يؤدي إلى خلل واضح في علاقاتهم الشخصية مع المحيطين بهم. كما أن اضطراب الشخصية الحدية يظهر ويتضح جلياً في فترة المراهقة والبلوغ بشكل أكبر. كما أن المحددات التي يتبعها الـ DSM-5 تختلف إلى حد ما عن تلك التي حددها ICD-11 في تشخيص اضطراب الشخصية الحدية، وكان يجب عليهما تحديد صيغة واحدة تساعد الممارسين بشكل أفضل في التعرف إلى ذوي الاضطراب؛ مما يحسن من القدرة على تشخيصهم بشكل أفضل، ومن ثم التقدم نحو وضع خطة علاجية مفيدة.

وقد استخدم عديد من الباحثين برامج إرشادية/ علاجية ذات مرجعيات نظرية متعددة في علاج الأعراض لدى ذوي اضطراب الشخصية الحدية؛ فمنهم من استخدم العلاج القائم على المخططات (Farrell, Shaw & Webber, 2009; Nadort, et al., Schema-Focused Therapy (SFT) (2009)، ومنهم من استخدم العلاج النفسي القائم على التحوّل Transference-Focused Psychotherapy (TFP) (Clarkin, Levy & Schiavi, 2005; Stern & Yeomans, 2018)، ومنهم من استخدم العلاج المبني على التعقل Mentalization-Based Treatment (MBT) (Bateman, Campbell, Luyten & Fonagy, 2018; Bateman & Fonagy, 2019)، ومنهم من استخدم العلاج المعرفي السلوكي (Davidson, Cognitive behavior Therapy (CBT) (2008; Kredlow, et al., 2017) Dialectical Behavioral Therapy (DBT) (Buerger, et al., 2019; Rios, 2020; Wetterborg et al., 2020).

ويعد العلاج السلوكي الجدلي الأكثر استخدامًا وفعالية مقارنة بالعلاجات الأخرى لعلاج المرضى الذين يعانون من اضطراب الشخصية الحدية؛ حيث يساعدهم في تقليل السلوك الاندفاعي، وسلوكيات سوء التوافق، وتعلم طرق جديدة للاستجابة بشكل أكثر فعالية للمشاعر الشديدة، وذلك من خلال العلاج الفردي، ومجموعة التدريب على المهارات، والتدريب الهاتفي، وفريق استشاري من المعالجين، كما تتضمن جلسات هذا النوع من العلاج جلسات مكثفة جماعية وفردية مُتعددة أسبوعياً، جنباً إلى جنب مع الإشراف الجماعي أو الفردي (Guillén Botella, et al., 2020; Harley, et al., 2016; Keefe, الفردي أو الجماعي أو الفردي, et al., 2020; Mohamadizadeh, Makvandi, Pasha, BakhtiarPour & Hafezi 2018).

ويرجع الفضل لعالمة النفس المعروفة (Linehan 1993a,b) في تطوير العلاج السلوكي الجدلي من العلاج السلوكي المعرفي؛ حيث تمت إضافة استراتيجيات: القبول acceptance، والتحقق validation، واليقظة العقلية mindfulness، والجدلية dialectical إلى استراتيجيات العلاج السلوكي المعرفي ليكونوا معاً طريقة علاجية شاملة، وقد استخدمته في علاج عينة من ذوي اضطراب الشخصية الحدية المقبلين على الانتحار (Gunderson & Lins, 2009; Harley, et al., 2016; Kaplan, et al., 2016; Miller, Carnesale, & Courtney, 2016).

كما وضع Linehan إطاراً لاستخدام العلاج السلوكي الجدلي في علاج الشخصية الحدية، حيث صنّف مجالات العلاج إلى خمسة مجالات، هي: (١) التقلبات-الانفعالية: وهي استجابات انفعالية شديدة تصيب الأفراد الذين يعانون من الاكتئاب، والقلق، والتوتر الانفعالي الشديد، فضلاً عن مشكلات الغضب وصعوبة التعبير عنه، (٢) التقلبات-الشخصية: وهي فوضى العلاقات مع الآخرين في كثير من الأحيان والمحفوفة بالصعوبات، وانخراط الفرد في نشاطات غير متوازنة، (٣) والتقلبات-السلوكية: وهي السلوكيات الاندفاعية الشديدة، كالانتحار، (٤) والتقلبات-الفكرية: كتقلبات الفكر، بما في ذلك تبدد الشخصية، والتفكك، والأوهام، (٥) عدم التنظيم الذاتي: كالاغتراب الذاتي، فمن غير المألوف للشخص معرفة الحدود وأنه ليس لديه شعور ذاتي في كل شيء، حيث يشعر بالفراغ في الواقع (Stratton et al., 2020; Wetterborg, et al., 2020).

ويستند العلاج السلوكي الجدلي إلى أربع استراتيجيات رئيسية، هي:

١- الجدلية Daialectica: الفكرة المركزية للفلسفة الجدلية هي أنّ الحقائق المتناقضة يمكن أن توجد وتوجد في وقت واحد؛ حيث يقترح العلاج السلوكي الجدلي أنّ ذوي اضطراب الشخصية الحدية عالقون جدلياً وغير قادرين على التوفيق بين المشاعر أو الرغبات أو القوى أو وجهات النظر المتعارضة. وتتمثل مهمة المعالج في العلاج الجدلي في مساعدة ذوي الاضطراب على التوليف؛ بحيث يسمح للطرفين المتعارضين بالوجود في عمليات التفكير الخاصة بالمرضى وداخل التفاعلات العلاجية (على سبيل المثال: مكافحة المريضة لقبول الصفات التي تحبها داخلها والصفات التي تكرهها)، وعلى المعالج هنا الحفاظ على موقف يوازن قبول الأفراد كما هم في اللحظة الحالية مع موقف يبرز الحاجة إلى التحرك نحو أهداف علاج المرضى، بحيث ينقل المرضى بعيداً عن الانقسام والتفكير المتطرف والسلوك والمشاعر التي تميز ذوي الاضطراب (Linehan, 1993a; Linehan et al., 2015; Harley, et al., 2016; Rathu & Miller, 2014).

٢- التأكيد على الصحة Emphasis on Validation: إنَّ التحقُّقَ من الصحة هو استراتيجية أساسية في العلاج السلوكي الجدلي. ويحدث التحقُّق عندما يعترف المعالجُ بوجهة نظر المريض، ويبلغه أنَّ ردوده لها معنى. مثل هذا التواصل ضروري لتحقيق التوازن بين الاستراتيجيات الموجهة نحو التغيير، ولمساعدة المرضى على البقاء متحمسين للعمل الشاق للعلاج. ويسمَّحُ التحقُّق المتكرر من المعالج للمريض بالبدء في التحقُّق من صحة نفسه، وتمهيد الطريق لتحسين مهارات تعديل المشاعر وإمكانية العقل الحكيم الموضَّحة في القسم التالي (Koerner & Dimeff, 2007; Linehan, 1993a; Linehan et al., 2015).

٣- اليقظة العقلية Mindfulness: تعدُّ اليقظةُ طريقةً للحفاظ على الانتباه "عن قصد، في الوقت الحاضر بدون إصدار أحكام"، وتُدْرَسُ في خلال جلسات العلاج السلوكي الجدلي عن طريق التدريب على مجموعة من المهارات، وبمنزجة من قبل المعالجين كلما أمكن ذلك. ومهارات اليقظة العقلية هي الأساس الذي يتم بناء جميع المهارات الأخرى عليه في العلاج. وتنقسم مهارات اليقظة العقلية في العلاج السلوكي الجدلي إلى ثلاثة أقسام، هي: العقل الحكيم (وهي طريقة للمعرفة "من الداخل العميق" تجمع كلاً من المشاعر والتفكير المنطقي حتى يتمكن المرضى من التعرف إلى الحقائق الداخلية الخاصة بهم والاسترشاد بها)، ومهارات "ماذا" What skills (التي تصف الممارسات الأساسية لليقظة العقلية، مثل: المراقبة، والوصف، والمشاركة)، ومهارات "كيف" How skills (التي تصف المواقف الداخلية لعدم الحكم، والعقل الواحد، والفاعلية). والتدريب على مهارات اليقظة العقلية يولِّدُ وعياً أوسع يُمكن المرضى من خلاله من تصنيف المشاعر بدقة أكبر، وتحديد دوافع العمل، واتخاذ خيارات فعالة. كما تشير مجموعة متزايدة من الأبحاث إلى أنَّ ممارسة المعالج لليقظة العقلية لها تأثيرٌ إيجابي على كلِّ من رفاهية المعالج ونتائج العلاج (Davis & Hayes, 2011; Germer, Siegel & Fulton, 2005; Linehan, 1993b).

٤- الفريق الاستشاري Consultation Team: يتطلب إطار عمل العلاج السلوكي الجدلي أن يلتقي المعالجون الذين يستخدمون العلاج أسبوعياً لمناقشة الحالات، وتقديم الدعم وتلقيه، والحفاظ على الدقة في نموذج العلاج، وإبقاء بعضهم البعض في حالة تأهب خوفاً من الفشل الجدلي dialectical failures المحتمل. وكما يعرف معظم الممارسين الذين عملوا مع ذوي اضطراب الشخصية الحدية بالفعل، يمكن أن يكون العملُ صعباً ومرهقاً. وبدون إدراك، يمكن للمعالجين أن يقعوا في تفكير "أسود/أبيض"، ويتعاطفون مع المرضى بشكلٍ أكبر من الاستمرار في العلاج، وبذلك تُعزِّز عن غير قصد السلوكيات السيئة للمرضى؛ مما قد يؤدي إلى إنهاء العلاج قبل الأوان. ويقدم فريق الاستشارة للمعالجين فرصة لمساعدة بعضهم البعض على أن يكونوا واعين بهذه الإشكاليات في أثناء تلقيهم الدعم. كما يشجع أعضاء الفريق بعضهم البعض أيضاً على تحديد حدودهم والتمسك بها. كما يشجع الفريق الاستشاري المعالجين على تطبيق ما يستخدمونه من مهارات العلاج السلوكي الجدلي في حياتهم المهنية الخاصة (Harley, et al., 2016; Linehan, 1993a; Linehan et al., 2015; Rathu & Miller, 2014).

ويجمعُ العلاجُ السلوكي الجدلي بين الأساليب المعرفية السلوكية لتنظيم الانفعالات والتقييم الواقعي لمفاهيم مثل: تحمل الضيق، والتقبل، والتفكير العقلاني (Dimeff & Linehan, 2008)، كما يعتمد العلاج على نظرية علم الاجتماع الحيوي التي تصف المرض العقلي، ويعدُّ علاجاً فعالاً في علاج اضطراب الشخصية الحدية بوجه عام، وحالات فردية من التفكير الانتحاري المزمن بوجه خاص (Kliem, Kröger & Kosfelder, 2010; Miller, Rathus & Linehan, 2006).

ويركزُ العلاجُ السلوكي الجدلي على تعليم الأفراد تعديل المشاعر والانفعالات المتطرفة أو الزائدة عن الحد، وخفض السلوكيات السلبية الناتجة عن هذه الانفعالات، وتعليمهم كيف يتقون في انفعالاتهم وأفكارهم وسلوكياتهم الخاصة، معتمداً في ذلك على العلاج الفردي، والتدريب على المهارات (اليقظة العقلية، والفاعلية البيئشخصية، وتحمل الضغوط، وتنظيم الانفعال) والتدريب عن طريق الهاتف، واجتماع فريق التشاور (Swales & Heard, 2007).

كما يهدف العلاج السلوكي الجدلي إلى مساعدة الأشخاص في تقييم وسائل التأقلم التي يستخدمونها خلال تتابع الأحداث والأفكار والأحاسيس والسلوكيات، التي تقودهم في النهاية إلى سلوك غير مرغوب به (Linehan, et al., 2015)، ويفترض أسلوب العلاج السلوكي الجدلي أن الأشخاص يقومون بأحسن ما لديهم من أجل تجنب حدوث ذلك السلوك، لكن ينقصهم المهارات، أو أنهم يتأثرون بالتدعيمات إيجابية كانت أم سلبية، التي تتدخل في الأداء الوظيفي لهم (Buerger, Fischer-Waldschmidt, Hammerle, Auer, Parze & Kaess, 2019).

وقد أسفرت البحوث والدراسات التي أجراها Linehan وزملاؤه، وكذلك عديداً من الباحثين الآخرين عن فاعلية العلاج السلوكي الجدلي في علاج اضطراب الشخصية الحدية وأعراضها، وذلك مقارنةً بالمدخل العلاجية الأخرى (Linehan et al., 2006; Linehan et al., 2015; Lynch, Trost, Salsman & Linehan, 2007)، لدرجة أن الـ DSM-5 أوصى باستخدامه في علاج أعراض اضطراب الشخصية الحدية (APA, 2013).

ومما سبق يتضح أن أسلوب العلاج السلوكي الجدلي من أنجح الأساليب العلاجية التي تستخدم لعلاج أعراض ذوي اضطراب الشخصية الحدية، بما في ذلك السلوك الاندفاعي؛ وذلك من خلال تعديل أفكارهم ومشاعرهم السلبية، وتنظيم انفعالاتهم، وتدريبهم على مهارات اليقظة العقلية، والفاعلية البيئشخصية، وتحمل الضغوط، وتنظيم الانفعال، مما يمنحهم الثقة بأنفسهم وفي من حولهم، بشكل يؤدي إلى ضبط انفعالاتهم والتحكم فيها، والتقليل سلوكياتهم الاندفاعية بشكل أفضل. ومن هنا تتضح أهمية استخدام العلاج السلوكي الجدلي ومهاراته المتعددة لخفض السلوك الاندفاعي لدى الطلاب ذوي أعراض الشخصية الحدية.

مشكلة الدراسة:

يتضمن السلوك الاندفاعي وفق معايير الـ DSM-5 مجموعة من التصرفات التي يقوم بها الفرد بدون تفكير (كأن ينتقل من نشاط إلى آخر دون الانتهاء من النشاط الأول)، وتعكس عدم قدرته على الانتباه وقابليته للتشتت بدرجة عالية؛ مما يؤثر على تركيزه في أثناء القيام بالنشاطات المختلفة، وعدم إتمامها، والصعوبة في تنظيم الأعمال، وعدم القدرة على الانتظار، وهو بحاجة إلى مراجعته وإشراف من الآخرين (APA, 2013).

ويعد السلوك الاندفاعي من العوامل التي تُسهم في عدم تحقيق الفرد لوظائفه الأساسية في الحياة كما يرتبط بضعف القدرة على ضبط السلوك، واضطراب المسلك، والسلوك المضاد للمجتمع، وإدمان المخدرات، والغضب، والانتحار، وضعف تقدير الذات وتوكيدها، والضعف والصدمات النفسية، والقلق والاكتئاب، والنشاط الزائد، وضعف القدرة على التخطيط، والعدوان، واضطراب عجز الانتباه واضطرابات الأكل، وضعف التحصيل الدراسي (DeYoung, 2011; Gordon, 2011).

; Holcomb, Mahoney & Lawyer, 2019; Ikomi & O'Malley, 2019; Körner & Strack, 2018).

وتشير البيانات المحدودة المتاحة إلى أن السلوك الاندفاعي المضطرب ينتشر بين أفراد المجتمع بنسبة قد تصل إلى ما بين ٨-١٠٪، كما أنه ينتشر بنسبة قد تصل إلى ٣,٥٪ بين طلاب الجامعات (APA, 2013; Gordon, 2011).

وقد لاحظ الباحث في أثناء تدريسه لبعض الطلاب في الجامعة أن لديهم عديدًا من التصرفات تتمثل في: كثرة الحركة، وعدم الاستقرار على حالٍ واحد ولو لبعض الوقت، والتهور وتعريض النفس للمخاطر دون التفكير في النتائج، وفقدان الانتباه لأبسط الأسباب، وسرعة إيقاع الحديث، الذي يعكس عدم التروي في التفكير، ونسيان الأشياء الضرورية في المنزل والجامعة كالقلم والكتاب، وكذلك الاندفاع في التصرفات أو الحكم على الأمور، مما انعكس سلبيًا على علاقتهم بالآخرين، وكذلك على مستواهم الدراسي سواء في الإجابة على الاختبارات أم في المشاركة داخل قاعة المحاضرات.

وبنظرةٍ متفحصة، نجد أن التصرفات والسلوكيات السابقة تُعدُّ من مظاهر السلوك الاندفاعي الذي يُعدُّ بدوه أحد مظاهر اضطراب الشخصية الحدية، الذي يؤدي إلى صعوبة في السيطرة على المشاعر والسلوك، وفي طريقة التفكير في نفسه وشعوره بها وبالآخرين، واضطراب العلاقات بشكلٍ متكرر؛ مما يؤدي إلى مشاكل في مهام الحياة اليومية. وهذا دفع الباحث إلى دراسة الأدبيات والدراسات والبحوث المتعلقة بالسلوك الاندفاعي لدى ذوي اضطراب الشخصية الحدية؛ للوقوف على طبيعة العلاقة بين أعراض اضطراب الشخصية الحدية والسلوك الاندفاعي لدى عينة من طلاب الجامعة من جهة وعلى البرامج الإرشادية التي تُستخدم لخفض هذا السلوك وللحد منه من جهةٍ أخرى.

وبدراسةٍ عديد من الدراسات والبحوث السابقة، نجد أنها اتفقت مع بعض من الأدبيات في فاعلية العلاج السلوكي الجدلي في علاج أعراض اضطراب الشخصية الحدية بصفةٍ عامة، وكذلك في خفض السلوك الاندفاعي بصفةٍ خاصة. كما توصلت أيضًا إلى فاعليته مقارنةً بالأنواع الأخرى من البرامج الإرشادية/العلاجية؛ مثل: العلاج المعرفي السلوكي، والعلاج بالمُخططات، والعلاج الطبي، والتدريب على تنظيم العواطف (Buerger, et al., 2019; Keefe, et al., 2020; Guillén Botella, et al., 2020; Mohamadizadeh et al., 2018; Wetterborg, et al., 2020).

مما سبق يتضح للباحث أن العلاج السلوكي الجدلي يُعدُّ أحد أفضل الطرق الإرشادية/العلاجية الناجحة لخفض السلوك الاندفاعي لدى ذوي اضطراب الشخصية الحدية.

وإذا كان خفض السلوك الاندفاعي ضروريًا لأفراد المجتمع جميعًا، فإنَّ خفضه لدى الطالب-المعلم أكثر أهمية؛ بسبب أن هؤلاء الطلاب هم الطاقة القادمة وجيل المستقبل الذي يحمل على عاتقه راية التقدم والرقي للمجتمع عامة، وللتلاميذ خاصة؛ حيث يسهمون بشكلٍ كبير في تربية النشء ويؤثرون في شخصياتهم ويعلمونهم السلوكيات والقيم، وهذا يبرز ضرورة الملحة لخفض السلوك الاندفاعي لدى الطلاب-المعلمين للقيام بدورهم المنوط بهم، وبخاصةً مع ندرة البحوث العربية التي تناولت خفض السلوك الاندفاعي لدى الطلاب ذوي أعراض الشخصية الحدية، وهذا يعطي الدراسة الحالية أهمية خاصة.

وفي ضوء ما سبق يمكن صياغة مشكلة الدراسة الراهنة في التساؤل الرئيس التالي: ما فاعلية برنامج إرشادي سلوكي جدلي في خفض السلوك الاندفاعي لدى الطلاب ذوي أعراض اضطراب الشخصية الحدية؟ ويتفرع من هذا التساؤل التساؤلات الفرعية التالية:

١- ما طبيعة العلاقة الارتباطية بين أعراض اضطراب الشخصية الحدية والسلوك الاندفاعي لدى طلاب الجامعة؟

٢- ما الاختلاف في نسبة انتشار أعراض اضطراب الشخصية الحدية بين الذكور والإناث من طلاب الجامعة؟

٣- ما الاختلاف بين الذكور والإناث من طلاب الجامعة في السلوك الاندفاعي؟

٤- ما الفروق بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين: القبلي، والبعدى على مقياس السلوك الاندفاعي؟

٥- ما الفروق بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين: البعدى، والتتبعي على مقياس السلوك الاندفاعي؟

أهمية الدراسة:

تكمن أهمية الدراسة الحالية في الجوانب التالية:

١- أهمية الموضوع الذي تتناوله الدراسة؛ حيث إنها تتناول أعراض اضطراب الشخصية الحدية والسلوك الاندفاعي لدى عينة من طلاب الجامعة، باعتبارها مؤشراً من مؤشرات الصحة النفسية للفرد، ومحاولة الحد منها؛ مما يؤدي بدوره إلى تحسين علاقته بالآخرين؛ الأمر الذي ينعكس على الأداء الأكاديمي والاجتماعي، وتجعله قادراً على تحسين علاقته بذاته، وبالآخرين. وتزداد أهمية الدراسة في ظل ندرة الدراسات العربية -في حدود علم الباحث- التي تناولت أعراض اضطراب الشخصية الحدية والسلوك الاندفاعي لدى عينة من طلاب الجامعة من منظور علاجي.

٢- أهمية المرحلة العمرية لعينة الدراسة، وهي مرحلة الشباب (طلاب الجامعة) التي تعد طاقة بشرية مهمة ومؤثرة في كيان المجتمع، وتحتاج للعناية والمحافظة عليها وتوجيهها لصياغة مستقبلها ومستقبل المجتمع بفكرٍ معتدلٍ مستقيم. وتزداد أهمية الدراسة بشكلٍ أكبر في ضوء عينتها المختارة من طلاب كلية التربية؛ لما لها من تأثير على شريحة عريضة من المجتمع وإسهامها بشكلٍ رئيسي في تربية النشء.

٣- توجيه نظر المسؤولين بالجامعات بشكلٍ عام، والمربين، ووسائل الإعلام، والعاملين في مجال الإرشاد، والعديد من مؤسسات المجتمع المدني، بضرورة الاهتمام بالطرق والأساليب الملائمة للحد من أعراض اضطراب الشخصية الحدية بشكلٍ عام، والسلوك الاندفاعي بشكلٍ خاص لدى الشباب الجامعي وماله من مردود إيجابي تجاه الأفراد أنفسهم والآخرين.

٤- قد تفيد نتائج الدراسة الحالية في خفض السلوك الاندفاعي بشكلٍ عام لدى عينات ومجموعات أخرى وبشكلٍ أوسع وبتمويل أكبر، وبمشروع تتبناه مؤسسات وهيئات حكومية وغير حكومية.

٥- تكتسب هذه الدراسة أهمية ملموسة على المستوى النظري، وذلك من خلال إسهامها في زيادة الرصيد النظري للدراسات التي تتناول خفض السلوك الاندفاعي لدى ذوي أعراض اضطراب الشخصية الحدية من طلاب الجامعة؛ مما يثري المكتبة العربية في هذا المجال البحثي.

٦- قد تفيد هذه الدراسة في وضع لبنة للمقارنة بين نسبة انتشار اضطراب الشخصية الحدية لدى كلٍ من الذكور والإناث، وبخاصة في ظل عدم وجود نسب انتشار واضحة في البيئة العربية.

٧- تُعدُّ هذه الدراسة إضافة إلى التراث النفسي والتربوي، من حيث جِدَّة متغير أعراض اضطراب الشخصية الحدية والسلوك الاندفاعي من وجهة نظر علاجية في المرحلة الجامعية.

أهداف الدراسة:

تهدف الدراسة الحالية إلى تحقيق التالي:

- ١- التعرف إلى طبيعة العلاقة بين أعراض اضطراب الشخصية الحدية والسلوك الاندفاعي لدى طلاب الجامعة.
- ٢- الكشف عن الفروق في نسبة انتشار اضطراب الشخصية الحدية بين الذكور والإناث من طلاب الجامعة.
- ٣- الكشف عن الفروق بين الذكور والإناث في السلوك الاندفاعي.
- ٤- الكشف عن فاعلية برنامج إرشادي سلوكي جدلي في خفض السلوك الاندفاعي لدى عينة من طلاب الجامعة ذوي أعراض اضطراب الشخصية الحدية.

مصطلحات الدراسة وتعريفاتها الإجرائية:

١- السلوك الاندفاعي: (Impulsive Behavior (IB)

يتبنى الباحث تعريف المقياس المُستخدم في الدراسة الحالية (Billieux et al., 2012)؛ حيث يُعرّف السلوك الاندفاعي على أنه مجموعة من التصرفات التي يسلكها الطالب وتتنم بعدم مناسبتها للمواقف الذي تحدث فيها، ويُشير إلى الإلحاح، وعدم التروي، وعدم المثابرة، والبحث عن الإثارة، ويتحدّد إجرائياً في الدراسة الحالية بالدرجة التي يحصل عليها الطالب من خلال استجابته عن فقرات النسخة المختصرة من مقياس السلوك الاندفاعي المُستخدم في الدراسة الحالية.

٢- اضطراب الشخصية الحدية: (Borderline Personality Disorder (BPD)

يتبنى الباحث تعريف المقياس المُستخدم في الدراسة الحالية؛ حيث يُعرّف اضطراب الشخصية الحدية على أنه اضطراب عقلي خطير له نمط مميز من عدم الاستقرار في تنظيم المشاعر، والتحكم في الاندفاع، والعلاقات البيئيشخصية، وإدراك الذات (Bohus, et al., 2007; Bohus, et al., 2009)، ويكون فيه الفرد على الحدود ما بين المرض النفسي والعقلي، ويتميز بعدم الاستقرار في المشاعر والعلاقات مع الآخرين، والسلوك المنقطع، ويتحدّد إجرائياً في الدراسة الحالية بالدرجة التي يحصل عليها الطالب من خلال استجابته عن فقرات النسخة المختصرة من قائمة أعراض اضطراب الشخصية الحدية المُستخدمة في الدراسة الحالية.

٣- برنامج إرشادي سلوكي جدلي Dialectical Behavioral Counseling Program (DBCP)

يعدُّ الإرشادُ السلوكي الجدلي نوعاً من أنواع الإرشاد النفسي، ويعتمد على فكرة الجدلية؛ عن طريق إحداث نوعٍ من التوازن بين التقبل والرغبة في التغيير، ومسلطاً الضوء على التناقضات في حياة الفرد ومحاولة التوفيق بينها؛ من أجل تحقيق تغيير إيجابي في حياته الشخصية. كما أنَّه طريقة في الإرشاد تجمع بين فنيات العلاج السلوكي المعرفي، والاسترخاء، والمهارات المساعدة، وتعزيز الوعي الذاتي وفنائه الأساسية في العلاج هي: حل المشكلات، والتدريب على مهارات التعرض، وإدارة الطوارئ وتعديل المعارف (Linehan, 1993a-b).

ويُعرفه الباحثُ إجرائياً أنَّه شكلٌ من أشكال الإرشاد النفسي قائم على وجهة نظر Linehan، ويتكون من (١٨) جلسة إرشادية بُنيت على أساس فنيات الإرشاد السلوكي الجدلي، مثل: التدريب على اليقظة العقلية، والفصل بين المتناقضات، والتعريض، واستخدام المجاز، والتدريب على التأمل والاسترخاء، بالإضافة إلى مجموعة من الأنشطة التي تم تطبيقها، بهدف خفض السلوك الاندفاعي لدى عينة من طلاب الجامعة ذوي أعراض اضطراب الشخصية الحدية.

حدود الدراسة:

تحدّدُ الدراسةُ الحالية بموضوعها الذي يتمثّل في "فاعلية برنامج إرشادي سلوكي جدلي في خفض السلوك الاندفاعي"، وبعينتها من طلاب الجامعة ذوي أعراض اضطراب الشخصية الحدية، وبمكانها في كلية التربية بجامعة الملك خالد بالمملكة العربية السعودية، وبزمانها في الفصل الدراسي الأول من العام الدراسي (٢٠١٩/٢٠٢٠م).

الدراسات السابقة

اطّلع الباحثُ على عددٍ من الدراسات والبحوث السابقة، ويمكن تصنيفها في محورين رئيسيين هما:

(١) دراسات تناولت السلوك الاندفاعي لدى ذوي أعراض اضطراب الشخصية الحدية:

هدفت دراسة (Richmond, Tull & Gratz (2020) إلى تعرّف العلاقة بين أعراض اضطراب الشخصية الحدية، وكلٍّ من: السلوك الاندفاعي، وصعوبات تنظيم الانفعالي، وسوء استخدام العقاقير (المهدئات/ المسكنات). وتكونت عينة الدراسة من (١٩٤) أنثى تراوحت أعمارهن الزمنية ما بين (٢٠-٢٨) سنة، واستخدمت الدراسة مقياس أعراض الشخصية الحدية (إعداد: Zanarini et al., 1996)، ومقياس السلوك الاندفاعي (إعداد: Whiteside, Lynam, Miller, & Reynolds, 2005)، ومقياس صعوبات تنظيم الانفعال (إعداد: Gratz & Roemer, 2004)، وخلصت نتائج الدراسة إلى وجود علاقة ارتباطية موجبة دالة إحصائياً بين أعراض اضطراب الشخصية الحدية وكلٍّ من: مكونات السلوك الاندفاعي، وصعوبات تنظيم الانفعال، وسوء استخدام العقاقير (المهدئات/ المسكنات).

وهدفت دراسة (Richard-Lepouriel et al. (2019) إلى الكشف عن طبيعة العلاقة الارتباطية بين أعراض اضطراب الشخصية الحدية، وكلٍّ من: السلوك الاندفاعي، وتجارب صدمة

الطفولة والاضطراب ثنائي القطب، واضطراب نقص الانتباه المصحوب بفرط النشاط الحركي. وتكونت عينة الدراسة من (٧٤٤) ذكرًا تراوحت أعمارهم الزمنية ما بين (٢٥-٣٠) سنة، واستخدمت الدراسة مقياس السلوك الاندفاعي (إعداد: Patton, Stanford, & Barratt, 1995)، واستبانة صدمة الطفولة (إعداد: Bernstein et al., 2003)، ومقياس التقدير الذاتي لفرط النشاط الحركي للكبار (إعداد: Adler et al., 2006) والمعايير التشخيصية للدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية والعقلية (DSM-IV-TR)؛ لتشخيص اضطراب الشخصية الحدية، وخلصت نتائج الدراسة إلى وجود علاقة ارتباطية موجبة دالة إحصائيًا بين أعراض اضطراب الشخصية الحدية وكل من: السلوك الاندفاعي، وتجارب صدمة الطفولة، والاضطراب ثنائي القطب، واضطراب نقص الانتباه المصحوب بفرط النشاط الحركي، كما أظهرت النتائج أيضًا أن السلوك الاندفاعي يُعدُّ سمةً من سمات ذوي اضطراب الشخصية الحدية وذوي اضطراب نقص الانتباه المصحوب بفرط النشاط الحركي، كما أنه يرتبط بوجود صدمات في مرحلة الطفولة، وعلى العكس من ذلك؛ لم يكن السلوك الاندفاعي سمة من سمات ذوي اضطراب ثنائي القطب.

كما هدفت دراسة Euler et al. (2019) إلى تعرف المشكلات البيئشخصية في السلوك الاندفاعي وتنظيم الانفعال لدى ذوي اضطراب الشخصية الحدية. وتكونت عينة الدراسة من (٢١٠) أنثى تراوحت أعمارهن الزمنية ما بين (١٨-٢٨) سنة، واستخدمت الدراسة بطارية المشكلات الشخصية (إعداد: Horowitz, et al., 2000)، ومقياس صعوبات التنظيم الانفعالي (إعداد: Gratz & Roemer, 2004)، ومقياس السلوك الاندفاعي (إعداد: Patton et al., 1995)، وأظهرت نتائج الدراسة أن السلوك الاندفاعي وصعوبات تنظيم الانفعال يُعدان من سمات الشخصية الحدية، ويُسهمان بشكلٍ كبيرٍ في المشكلات البيئشخصية.

وهدفت دراسة Terzi et al. (2017) إلى تعرف طبيعة العلاقة الارتباطية بين السلوك الاندفاعي وكل من: السلوك العدواني، وإيذاء الذات، وصعوبات تنظيم الانفعال لدى ذوي اضطراب الشخصية الحدية. وتكونت عينة الدراسة من (٧٩) أنثى تراوحت أعمارهن الزمنية ما بين (١٨-٢٢) سنة، واستخدمت الدراسة مقياس السلوك الاندفاعي (إعداد: Patton et al., 1995)، واستبيان السلوك العدواني (إعداد: Buss & Perry, 1992) وبطارية السلوك الانتحاري وإيذاء الذات (إعداد: Sansone et al., 1998)، ومقياس صعوبات تنظيم الانفعال (إعداد: Gratz & Roemer, 2004)، وتوصّلت نتائج الدراسة إلى وجود علاقة ارتباطية موجبة دالة إحصائيًا بين السلوك الاندفاعي، وكل من: العدوان، وإيذاء الذات، وصعوبات تنظيم الانفعال، كما أن التقلبات في السلوك الاندفاعي يؤدي دورًا مهمًا في زيادة خطر السلوك اللاسوي لدى ذوي اضطراب الشخصية الحدية.

وهدفت دراسة Berenson et al. (2016) إلى تعرف طبيعة العلاقة الارتباطية بين السلوك الاندفاعي، وكل من: حساسية الرفض، وردود الفعل على الضغوط النفسية لدى ذوي اضطراب الشخصية الحدية مقارنة مع ذوي اضطراب الشخصية التجنبية والعاديين. وتكونت عينة الدراسة من (١٠٤) أنثى (٣٥) أنثى لديهن أعراض الشخصية الحدية، و٢٤ أنثى لديهن أعراض الشخصية التجنبية، و٤٥ أنثى من العاديات) تراوحت أعمارهن الزمنية ما بين (١٨-٢٠) سنة، واستخدمت الدراسة المقابلة الإكلينيكية المختصرة لتشخيص اضطرابات الشخصية الحدية طبقًا لمعايير DSM-IV-TR (إعداد: Pfohl et al., 2010)، وقائمة الاضطرابات السلوكية (إعداد: Gadassi et al., 2014)، وأظهرت نتائج الدراسة أن

ذوات اضطراب الشخصية الحدية أكثر اندفاعاً وحساسيةً للرفض من ذوات الشخصية المتجنبة والعاديات، كما أنّ ذوات اضطراب الشخصية الحدية والتجنبية لديهن عدم القدرة على التكيف بشكل أكبر مع الضغوط النفسية مقارنة بالعاديات.

(٢) دراسات تناولت برامج إرشادية قائمة على العلاج السلوكي الجدلي في خفض السلوك الاندفاعي لدى ذوي أعراض اضطراب الشخصية الحدية:

هدفت دراسة (Wetterborg et al. (2020 إلى تعرّف فاعلية استخدام العلاج السلوكي الجدلي مع ذوي أعراض اضطراب الشخصية الحدية، وذوي السلوك المضاد للمجتمع. وتكونت عينة الدراسة من (٣٠) طالباً تراوحت أعمارهم الزمنية ما بين (١٩-٢١) سنة، واستخدمت الدراسة قائمة المعايير التشخيصية لاضطراب الشخصية الحدية الواردة في المحور الثاني من الـ DSM-5، وبرنامج قائم على العلاج السلوكي الجدلي (إعداد الباحثين)، وأظهرت نتائج الدراسة فاعلية البرنامج القائم على العلاج السلوكي الجدلي في تخفيف أعراض اضطراب الشخصية الحدية، والمتمثلة في: الاندفاعية، وإيذاء النفس والعدوان اللفظي والجسدي، والجريمة لدى الطلاب عينة الدراسة، كما أظهرت النتائج أيضاً أنّ العلاج السلوكي الجدلي كان فعالاً بشكل أكبر لذوي اضطراب الشخصية الحدية منه بالنسبة لذوي اضطراب السلوك المضاد للمجتمع.

وهدف دراسة (Keefe et al. (2020 إلى تعرف الفروق بين العلاج السلوكي الجدلي والعلاج الطبي النفسي لخفض أعراض الشخصية الحدية. وتكونت عينة الدراسة من (١٢٠) طالباً تراوحت أعمارهم الزمنية ما بين (١٨-٢١) سنة [بواقع ٥٥ طالباً خضعوا للعلاج السلوكي الجدلي، و٢٥ طالباً خضعوا للعلاج الطبي النفسي "دواء فقط"، و٤٠ طالباً خضعوا للعلاج السلوكي الجدلي والعلاج الطبي النفسي معاً]، واستخدمت الدراسة قائمة المعايير التشخيصية لاضطراب الشخصية الحدية الواردة في الـ DSM-5، وبرنامج قائم على العلاج السلوكي الجدلي (إعداد الباحثين)، وأظهرت نتائج الدراسة أنّ العلاج السلوكي الجدلي كان فعالاً في خفض أعراض اضطراب الشخصية الحدية، مثل: السلوك الاندفاعي وإيذاء النفس، والعدوان اللفظي والجسدي، والجريمة، الشعور بالإساءة العاطفية في الطفولة، والتكيف الاجتماعي، كما أظهرت النتائج أيضاً فاعلية البرنامج القائم على العلاج السلوكي والطبي النفسي (الدوائي) معاً؛ فقد كان أكثر فاعلية في تخفيف أعراض اضطراب الشخصية الحدية لدى الطلاب عينة الدراسة من العلاج السلوكي الجدلي أو الطبي النفسي (الدوائي) بشكلٍ منفرد.

وهدف دراسة (Guillén Botella et al. (2020 إلى المقارنة بين بروتوكولات العلاج السلوكي الجدلي، والتدريب علي تنظيم العواطف في القدرة علي التنبؤ والحد من السلوك الاندفاعي والأعراض السلوكية، والخوف من الانتحار، وصعوبات حل المشكلات لدى المراهقين ذوي اضطراب الشخصية الحدية. وتكونت عينة الدراسة من (٦٧) مراهقاً (٦٣ أنثى، و٤ ذكور) تراوحت أعمارهم الزمنية ما بين (١٥-١٨) سنة، وتم تشخيصهم من خلال معايير الـ DSM-5، وقائمة المشكلات السلوكية (إعداد: Bohus et al., 2008)، وقائمة التقرير الذاتي (إعداد: Soler et al., 2013)، وخلصت نتائج الدراسة إلى فاعلية كلٍ من العلاج السلوكي الجدلي، والتدريب علي تنظيم العواطف في الحد من السلوك الاندفاعي، والأعراض السلوكية، والخوف من الانتحار، وصعوبات

حل المشكلات لدى المراهقين ذوي أعراض الشخصية الحدية، كما أوضحت النتائج أيضًا أن العلاج السلوكي الجدلي أكثر فاعلية في علاج الاندفاعية والمشكلات السلوكية.

كما هدفت دراسة (Buerger et al., 2019) إلى التحقق من تأثير العلاج السلوكي الجدلي للمراهقين على السمات الفردية (الاندفاعية، وتواتر محاولات الانتحار غير المميتة) لدى المراهقين ذوي أعراض اضطراب الشخصية الحدية. وتكونت عينة الدراسة من (٧٢) مراهقًا تراوحت أعمارهم الزمنية ما بين (١٤-١٧) سنة، واستخدمت الدراسة قائمة المعايير التشخيصية لاضطراب الشخصية الحدية الواردة في المحور الثاني من الـ DSM-5، وأظهرت نتائج الدراسة التأثير الإيجابي للعلاج السلوكي الجدلي على السمات الفردية (الاندفاعية، وتواتر محاولات الانتحار غير المميتة) للمراهقين ذوي اضطراب الشخصية الحدية.

وهدف دراسة (Mohamadizadeh et al., 2018) إلى مقارنة فاعلية العلاج السلوكي الجدلي بالعلاج بالمُخطّطات في خفض السلوك الاندفاعي لدى ذوي أعراض اضطراب الشخصية الحدية. وتكونت عينة الدراسة من (٢٤) ذكرًا (١٢) يتلقون العلاج السلوكي الجدلي، و١٢ يتلقون العلاج بالمُخطّطات) تراوحت أعمارهم الزمنية ما بين (١٨ - ٢٦) سنة، واستخدمت الدراسة مقياس بارات للسلوك الاندفاعي (إعداد: Patton et al., 1995)، وتوصّلت نتائج الدراسة إلى فاعلية كلٍ من العلاج السلوكي الجدلي والعلاج بالمخططات في الحد من السلوك الاندفاعي لدى ذوي اضطراب الشخصية الحدية، كما أشارت النتائج أيضًا إلى أن العلاج السلوكي الجدلي أكثر فاعلية في خفض السلوك الاندفاعي مقارنةً بالعلاج عن طريق المُخطّطات.

التعليق على البحوث والدراسات السابقة.

من خلال تحليل الدراسات السابقة التي تم عرضها فيما سبق، يمكن ملاحظة ما يلي:

١- **من حيث الأهداف:** تعددت أهداف الدراسات التي تم عرضها؛ فمنها دراسات تناولت السلوك الاندفاعي لدى ذوي أعراض اضطراب الشخصية الحدية، مثل: (Berenson, et al., 2016; Euler, et al., 2019; Richard-Lepouriel, et al., 2019; Richmond et al. 2020; Terzi, et al., 2017)، ومنها دراسات تناولت برامج إرشادية قائمة على العلاج السلوكي الجدلي في خفض السلوك الاندفاعي لدى ذوي أعراض اضطراب الشخصية الحدية، مثل: (Buerger, et al., 2019; Wetterborg, et al., 2020)، ومنها دراسات اهتمت بمقارنة العلاج السلوكي الجدلي مع أنواع أخرى من العلاجات (مثل: العلاج الدوائي، والتدريب علي تنظيم العواطف، والعلاج بالمُخطّطات) لخفض السلوك الاندفاعي، مثل: (Keefe, et al., 2020; Guillén Botella, et al., 2020; Mohamadizadeh et al., 2018).

٢- **من حيث العينات:** حاول الباحث قدر الإمكان الاقتصار والتركيز على الدراسات التي أُجريت على طلاب الجامعة (من المراهقين والراشدين) اتساقًا مع عينة الدراسة الحالية.

٣- **من حيث الأدوات:** اعتمدت الدراسات السابقة التي تم عرضها على مقاييس تقرير ذاتي أو استبانات لقياس أعراض اضطراب الشخصية الحدية (ومنها: Bohus et al., 2008) أو السلوك الاندفاعي

(ومنها: Whiteside, et al., 2005; Patton, et al., 1995)، كما استخدم البعض الآخر برامج إرشادية قائمة على العلاج السلوكي الجدلي ومقارنته بأنواع أخرى من العلاجات لخفض السلوك الاندفاعي.

٤- من حيث النتائج:

أ- **العلاقات الارتباطية:** أشارت نتائج الدراسات السابقة إلى وجود علاقة ارتباطية موجبة دالة إحصائياً بين أعراض اضطراب الشخصية الحدية والسلوك الاندفاعي؛ مثل الدراسات التي تم ذكرها في المحور الأول.

ب- **الفروق بين الجنسين:** لم تُشير نتائج الدراسات والبحوث السابقة التي تم عرضها إلى الفروق بين الجنسين في أعراض اضطراب الشخصية الحدية؛ نظراً لأن هذه أعراض اضطراب وليست سمات شخصية يمكن المقارنة بينها، كما أنه تم تطبيق هذه الدراسات على عينات صغيرة. وفي الإطار نفسه لم تُشير نتائج الدراسات السابقة، التي تناولت برامج إرشادية لخفض السلوك الاندفاعي لدى ذوي اضطراب الشخصية الحدية، إلى الفروق بين الجنسين في السلوك الاندفاعي؛ نظراً لأن هذه البرامج تم تطبيقها على جنس واحد فقط (ذكور أو إناث)، أو اقتصرت على المقارنة فقط على فاعلية استجابة الجنسين للبرامج الإرشادية، وهذا يعطي الدراسة الحالية أهمية خاصة.

ج- **مقارنة برامج إرشادية قائمة على العلاج السلوكي الجدلي ببرامج أخرى في خفض السلوك الاندفاعي:** اتفقت الدراسات السابقة التي تم عرضها مع عديد من الأدبيات في الإشارة إلى فاعلية العلاج السلوكي الجدلي في علاج أعراض اضطراب الشخصية الحدية بشكل عام (بما فيها السلوك الاندفاعي) كما أنها ذات فاعلية بشكل أكبر في خفض السلوك الاندفاعي بشكل خاص مقارنة بالأنواع الأخرى من البرامج العلاجية، مثل: (Keefe, et al., 2020; Guillén Botella, et al., 2020; Mohamadizadeh et al., 2018).

٥- من حيث موقع الدراسة الحالية من الدراسات السابقة:

١- إجراء الدراسة الحالية في ظل ندرة الدراسات العربية وقلة الدراسات الأجنبية التي اهتمت بموضوع الدراسة؛ حيث لم يعثر الباحث على دراسات في حدود علمه- تناولت برامج إرشادية قائمة على العلاج السلوكي الجدلي في خفض السلوك الاندفاعي لدى ذوي أعراض اضطراب الشخصية الحدية.

٢- الدراسة الحالية جاءت مساهمة للدراسات السابقة في إجرائها على عينة من طلاب الجامعة لما لهذه المرحلة من أهمية بالغة في حياة الفرد.

٣- تفردت الدراسة الحالية عن الدراسات السابقة التي تم عرضها في أدواتها المستخدمة؛ حيث عرّب الباحث أداتين أجنبيتين حديثتين لم يتم استخدامهما في الدراسات العربية من قبل، وهما: النسخة المختصرة من قائمة أعراض الشخصية الحدية (إعداد: Bohus, et al., 2009)، والنسخة المختصرة من مقياس السلوك الاندفاعي: (إعداد: Billieux et al., 2012)، كما أعدّ برنامجاً إرشادياً قائماً على العلاج السلوكي الجدلي لخفض السلوك الاندفاعي لدى ذوي أعراض اضطراب الشخصية الحدية.

٤- تفردت الدراسة الحالية في محاولة وضع تصور عن نسب انتشار اضطراب الشخصية الحدية لدى الذكور والإناث من طلاب الجامعة في البيئة العربية، ومقارنتها بالنسب العالمية.

فروض الدراسة:

١- توجد علاقة ارتباطية موجبة دالة إحصائياً بين أعراض اضطراب الشخصية الحدية والسلوك الاندفاعي لدى طلاب الجامعة.

٢- ينتشر اضطراب الشخصية الحدية لدى الإناث بشكل أكبر منه لدى الذكور من طلاب الجامعة.

٣- لا توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسط درجات الذكور ومتوسط درجات الإناث في السلوك الاندفاعي.

٤- توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين: البعدي، والقبلي في السلوك الاندفاعي، وذلك لصالح متوسطات رتب درجاتهم في القياس القبلي.

٥- لا توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين: البعدي، والتتبعي في السلوك الاندفاعي.

منهج الدراسة وإجراءاتها:

١- منهج الدراسة:

اعتمدت الدراسة الحالية على منهجين: أحدهما وصفي؛ وذلك للتعرف إلى طبيعة العلاقة الارتباطية بين أعراض اضطراب الشخصية الحدية والسلوك الاندفاعي، وأيضاً للكشف عن الفروق بين الذكور والإناث في: السلوك الاندفاعي، ونسبة انتشار اضطراب الشخصية الحدية، والمنهج الآخر شبه تجريبي؛ بهدف اختبار مدى فاعلية البرنامج الإرشادي في خفض السلوك الاندفاعي لدى عينة من طلاب الجامعة ذوي أعراض اضطراب الشخصية الحدية، وتعتمد الدراسة على التصميم التجريبي ذي المجموعتين: تجريبية، وضابطة بقياس قبلي وبعدي وتتبعي، وتحدد المنهج شبه التجريبي في الدراسة الحالية بمتغير مستقل، وهو البرنامج الإرشادي، ومتغير تابع، وهو السلوك الاندفاعي.

٢- عينة الدراسة:

أ- عينة الدراسة الأولية:

تكوّنت عينة الدراسة الأولية من (١٤١) طالباً وطالبة (٦٠ طالباً، و٨١ طالبة) تراوحت أعمارهم الزمنية ما بين (١٩,٥٢-٢٨,١٧) سنة، بمتوسط (٢٢,١٩) سنة، وانحراف معياري (١,٩٤)، تمّ اختيارهم من طلبة قسمي التعليم الابتدائي، وتربية الطفل بكلية التربية بجامعة الملك خالد، والهدف من هذه العينة هو التأكد من مناسبة الأدوات المستخدمة وملائمتها للعينة محل الدراسة، وتحديد درجة القطع.

ب- عينة الدراسة الأساسية:

تكوّنت عينة الدراسة الأساسية من (٦١٢) طالبًا وطالبة (٢٧٢ ذكرًا، ٣٤٠ أنثى) من طلبة أقسام التربية الخاصة، والتعليم الابتدائي، وتربية الطفل، وأصول الدين بكلّيتي التربية والشريعة بجامعة الملك خالد، وتراوحت أعمارهم الزمنية ما بين (١٦,٥٦-٢٦,٥٨) سنة، بمتوسط (٢١,٧٥) سنة، وانحراف معياري (١,٩٩)، والهدف من هذه العينة هو التحقق من الفروض السيكومترية للدراسة، وكذلك اختيار أفراد العينة التجريبية.

ج- عينة الدراسة التجريبية:

تكوّنت عينة الدراسة التجريبية من (٢٠) طالبًا من الذكور بكلية التربية بجامعة الملك خالد تراوحت أعمارهم الزمنية ما بين (١٩,٤٢-٢٦,٥٣) سنة، بمتوسط (٢١,٢٨) سنة، وانحراف معياري (١,٦٥)، والهدف من هذه العينة هو التحقق من الفروض التجريبية. وقد تم اختيار أفراد عينة الدراسة التجريبية من بين أفراد العينة الأساسية على أن يتحقق فيها شرطان؛ الأول: أن تكون مستوى شدة أعراض اضطراب الشخصية الحدية لدى الطالب شديدة أو بالغة الشدة [حيث اعتبر الباحث أن مستوى شدة الأعراض يكون ضعيفًا عندما تكون درجة الطالب على القائمة المستخدمة في الدراسة ما بين (٠-٢٣)، ومتوسطة عندما تكون الدرجة ما بين (٢٤-٤٦)، وشديدة عندما تكون الدرجة ما بين (٤٧-٦٩)، وبالغة الشدة عندما تكون الدرجة ما بين (٧٠-٩٢)]، والثاني: أن يحصل الطالب على درجة في مقياس السلوك الاندفاعي تساوي أو تزيد عن درجة القطع التي تم تحديدها بواسطة العينة الأولية (وبلغت ٦٧,٩٨) درجة. وقُسمت عينة الدراسة التجريبية إلى مجموعتين: تجريبية وضابطة، عدد كل منها (١٠) طلاب، وقد تمت المجانسة بين المجموعتين في متغيري الدراسة: أعراض اضطراب الشخصية الحدية، والسلوك الاندفاعي، وبعض المتغيرات الديموجرافية؛ مثل: العمر الزمني، ويوضح جدول (١) نتائج ذلك.

جدول (١): قيم Z^* ومستويات دلالتها للفروق بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعتين:

التجريبية والضابطة في متغيري الدراسة والعمر الزمني

المتغيرات	مجموعتا المقارنة	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة U	قيمة Z	مستوي الدلالة
أعراض اضطراب	تجريبية	١٠	١٢,٦٠	١٢٦	٢٩	١,٥٩٠-	غير دال
	ضابطة	١٠	٨,٤٠	٨٤			
السلوك الاندفاعي	تجريبية	١٠	١٠,٤٠	١٠٤,٠٠	٤٩	٠,٠٧٦-	غير دال
	ضابطة	١٠	١٠,٦٠	١٠٦,٠٠			
العمر الزمني	تجريبية	١٠	١١,٩٥	١١٩,٥٠	٣٥	١,٠٩٨-	غير دال
	ضابطة	١٠	٩,٠٥	٩٠,٥٠			

تشير النتائج الواردة في جدول (١) إلى عدم وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعتين: التجريبية، والضابطة في متغيري الدراسة: أعراض اضطراب الشخصية الحدية، والسلوك الاندفاعي، والعمر الزمني؛ مما يعكس تجانس العينتين في هذه المتغيرات.

(*) تعني Z النسبة الحرجة، وهي تشير إلى اتجاه الفروق بين مجموعتي المقارنة.

٣- أدوات الدراسة:

تم الاعتماد في الدراسة الحالية على الأدوات التالية:

أ- أدوات الجانب السيكمترى:

(١) النسخة المختصرة من قائمة أعراض الشخصية الحدية (من إعداد: Bohus, et al., 2009)، ترجمة وتعريب الباحث).

(أ) وصف النسخة المختصرة من القائمة وخصائصها السيكمترية في صورتها الأجنبية: أعدّ (Bohus, et al., 2009) قائمة الأعراض الحدية (٢٣ عبارة) Borderline Symptoms List (BSL-23)، بهدف قياس أعراض الشخصية الحدية لدى الفرد، وهي من أساليب التقرير الذاتي. وتتكون من بُعد واحد يتضمن (٢٣) فقرة. وتتم الاستجابة عن بنود القائمة وفقاً لمقياس ليكرت الخماسي؛ وتُقدر البدائل (تنطبق تمامًا، تنطبق بدرجة كبيرة، تنطبق بدرجة متوسطة، لا تنطبق، لا تنطبق تمامًا)، بالدرجات (٤، ٣، ٢، ١، ٠) على الترتيب. ويتراوح المدى الكلي لدرجات القائمة ما بين (٠-٩٢)، وتشير الدرجة المرتفعة إلى شدة أعراض الشخصية الحدية لدى الفرد، والعكس صحيح. وجميع فقرات القائمة مُصاغة بشكل إيجابي.

وتُعدُّ قائمة BSL-23 نسخة مختصرة من قائمة الأعراض الحدية (٩٥ عبارة) Borderline Symptoms List (BSL-95)، التي أعدها Bohus et al. (2007) لتشخيص ذوي اضطراب الشخصية الحدية. وقد تم اشتقاق (٢٣) فقرة من فقرات النسخة الأصلية BSL-59؛ حيث تميزت مجموعة من الفقرات بقدرة عالية على تمييز ذوي اضطراب الشخصية الحدية من بين المجموعات المرضية الأخرى (٩ فقرات)، وتميزت مجموعة أخرى من الفقرات بمستوى عالٍ من الحساسية للتغير (١٤ فقرة). وكانت الخصائص السيكمترية لـ BSL-23 مماثلة لتلك الموجودة في BSL-95، كما كانت معاملات الارتباط بين النسختين مرتفعة؛ حيث تراوحت ما بين (٠,٩٥٨-٠,٩٦٣) لدى خمس عينات مختلفة من الأصحاء والمرضى، كما تراوحت معاملات الاتساق الداخلي للنسخة المختصرة من القائمة (BLS-23) ما بين (٠,٩٣٥ - ٠,٩٦٩)، كما بلغ معامل الثبات عن طريق إعادة الاختبار (٠,٨٢). كما كانت هناك معاملات صدق موجبة دالة إحصائياً بين القائمة المختصرة وبين مقاييس: علم النفس المرضي، والاكتئاب، والقلق، ومعاملات صدق سالبة دالة إحصائياً مع مقياس الرفاهية العام، الأمر الذي يشير إلى أن النسخة المختصرة من القائمة BSL-23 فعّالة، وعلى درجة عالية من الموثوقية في قياس أعراض اضطراب الشخصية الحدية.

وقد حظيت النسخة المختصرة من القائمة BSL-23 بانتشارٍ واسعٍ في مجال علم النفس؛ وتم ترجمتها إلى عديدٍ من اللغات؛ منها على سبيل المثال: اللغة الصينية (Yang et al., 2018)، واللغة الإسبانية (Nicastro, Ortiz Fernández, 2016; Soler, et al., 2013)، واللغة الفرنسية (Schäfer, Dornelles, & Horta, 2016)، واللغة البرازيلية (Kröger, et al., 2014)، واللغة الفنلندية (Leppänen, Lindeman, S., Arntz, A., & Hakko, 2013)، واللغة الألمانية (Wolf, et al., 2009)، كما أكدت عديدٌ من الدراسات السابقة الأخرى على البناء العملي والخصائص السيكمترية للنسخة الأصلية للمقياس سواءً في استخدامه مع مختلف الفئات العمرية من الراشدين أو المراهقين أو الأطفال من العاديين أو ذوي اضطرابات الشخصية أو المرضى النفسيين

(De Jongh, et al., 2020; Kleindienst, Jungkunz, & Bohus, 2020; Seow, Page, & Hooke, 2020)

ب- مبررات ترجمة وتعريب النسخة المختصرة من قائمة أعراض الشخصية الحدية BSL-23 :
(١) اعتماد النسخة المختصرة من القائمة على معايير تشخيص الـ DSM-IV في تشخيص اضطراب الشخصية الحدية، التي هي نفسها معايير تصنيف DSM-V.

(٢) تُعد النسخة المختصرة من القائمة أداة موجزة، وحساسة، وسهلة الاستخدام، ومُحدّدة، ويمكن تكرارها لتقييم التغيرات في شدة الاضطراب بمرور الوقت (Nicastro et al., 2016).

(٣) ندرة وجود أدوات تقيس أعراض اضطراب الشخصية الحدية في البيئة العربية بشكلٍ عام، والبيئة السعودية بشكلٍ خاص.

ج- ترجمة القائمة وخصائصها السيكومترية في البيئة العربية: قام الباحث بترجمة فقرات القائمة من اللغة الإنجليزية إلى اللغة العربية، وبعد ذلك تمّ عرض النسختين العربية والإنجليزية على ثلاثة متخصصين في اللغة الإنجليزية لمراجعتها بهدف التأكد من مطابقة المعنى في اللغتين العربية والإنجليزية، وقد أُعيدت صياغة بعض الفقرات في ضوء آراءهم، ثم عُرضت القائمة على متخصص في اللغة العربية لتحديد مدى سلامة البناء اللغوي لفقرات القائمة، بحيث تقدم معنىً واضحاً يفهمه المفحوصون، ثم عُرضت القائمة على عدد (٥) من المحكمين المتخصصين في علم النفس التربوي والصحة النفسية؛ وذلك للحكم على مدى صلاحية القائمة للتطبيق في البيئة العربية، ومدى ملاءمة الفقرات للهدف منها. وفي النهاية استقرت الصورة التجريبية للقائمة عن (٢٣) فقرة، تمّ تطبيقها على عينة الدراسة الأولية، وقوامها (١٤١) طالباً وطالبة من طلبة الجامعة. وقد استخدمت البيانات المستخلصة منها في التحقق من الخصائص السيكومترية للقائمة من حيث: الاتساق الداخلي، والصدق، والثبات على النحو التالي:

(١) الاتساق الداخلي:

(أ) تم حساب الاتساق الداخلي للقائمة عن طريق حساب معاملات الارتباط بين الدرجة على كل فقرة من فقرات النسخة المختصرة من القائمة والدرجة الكلية؛ ويوضح جدول (٢) نتائج ذلك.

جدول (٢): معاملات الارتباط بين درجة كل الفقرة والدرجة الكلية للنسخة المختصرة من القائمة

رقم الفقرة	معامل الارتباط	رقم الفقرة	معامل الارتباط	رقم الفقرة	معامل الارتباط
١	**٠,٦١٣	٩	**٠,٧٥٩	١٧	**٠,٨٣٣
٢	**٠,٧٧٢	١٠	**٠,٧٥٠	١٨	**٠,٧٧٠
٣	**٠,٧٤٥	١١	**٠,٨٠٨	١٩	**٠,٨٢٤
٤	**٠,٦٨٥	١٢	**٠,٧٩٣	٢٠	**٠,٧٩٩
٥	**٠,٧١٨	١٣	**٠,٧٧٧	٢١	**٠,٧١٣
٦	**٠,٧١٣	١٤	**٠,٨٠٣	٢٢	**٠,٨٤٢
٧	**٠,٧٤٠	١٥	**٠,٨٠٨	٢٣	**٠,٨١١
٨	**٠,٧٧٠	١٦	**٠,٧٦٨	-	-

(**) دالة عند مستوى (٠,٠١)

يتضح من الجدول (٢) أنّ جميع معاملات الارتباط بين درجة كل الفقرة والدرجة الكلية للنسخة المختصرة من القائمة موجبة ودالة إحصائياً عند مستوى (٠,٠١)، مما يشير إلى تمتع فقراتها بالاتساق الداخلي.

(٢) الصدق العاملي التوكيدي:

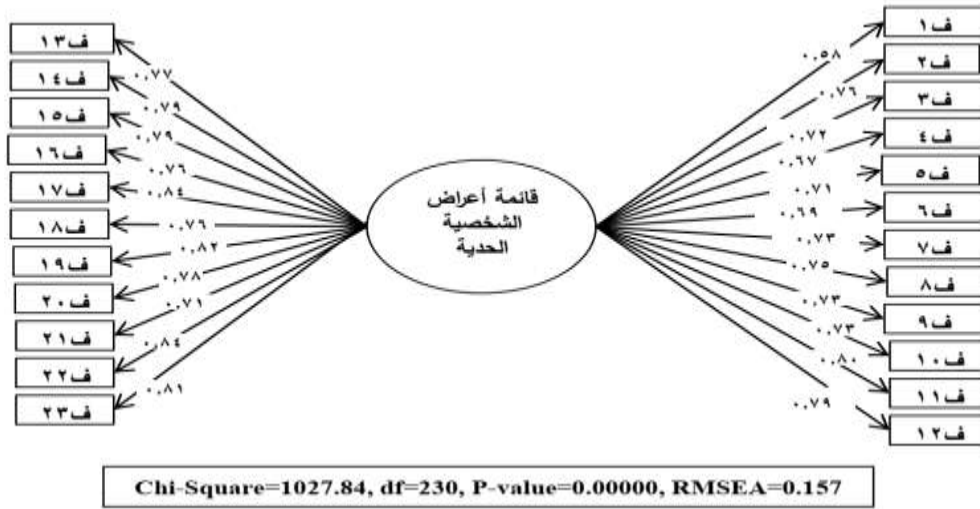
تم حساب الصدق العاملي التوكيدي Confirmatory factor analysis من الدرجة الأولى لفقرات النسخة المختصرة من القائمة باستخدام برنامج LISREL 8.54 ؛ بهدف التحقّق من تشبع (صدق) فقرات المقياس على عامل واحد وهو أعراض الشخصية الحدية، بطريقة الاحتمال الأقصى Maximum likelihood ، وكانت قيمة كاساوي [١٠٢٧,٨٤٠] بدرجات حرية [٢٣٠]، ومستوى دلالة كاساوي [٠,٠٠٠٠]، مما يشير إلى صدق جميع فقرات المقياس وتشبعها على عامل واحد كامن، وذلك يؤكد وجود مطابقة جيدة للبيانات مع النموذج المقترح؛ وهو عامل واحد.

ويوضح جدول (٣) وشكل (١) ملخصاً لنتائج التحليل العاملي لمتغير واحد مُشاهد (نموذج العامل الكامن الواحد)، حيث تراوحت معاملات صدق الفقرات ما بين (٠,٥٨١ – ٠,٨٤١)، ومن ثم فهي تفسر ما بين (٥٨,١ – ٨٤,١)% من التباين الكلي في المتغير الكامن (أعراض الشخصية الحدية).

جدول (٣): تشبعات فقرات النسخة المختصرة من قائمة أعراض الشخصية الحدية بالعامل الكامن

الفقرة	التشبع بالعامل الكامن الواحد	الخطأ المعياري لتقدير التشبع	قيمة "ت" ودالاتها الإحصائية	معامل الثبات R ²
١	٠,٥٨١	٠,٠٧٨	**٧,٤٥٥	٠,٣٣٨
٢	٠,٧٥٨	٠,٠٧٢	**١٠,٥١٩	٠,٥٧٤
٣	٠,٧٢٠	٠,٠٧٤	**٩,٨٠٠	٠,٥١٩
٤	٠,٦٦٦	٠,٠٧٥	**٨,٨٣١	٠,٤٤٣
٥	٠,٧٠٥	٠,٠٧٤	**٩,٥٢٥	٠,٤٩٧
٦	٠,٦٩١	٠,٠٧٥	**٩,٢٦٣	٠,٤٧٧
٧	٠,٧٢٩	٠,٠٧٣	**٩,٩٥٩	٠,٥٣١
٨	٠,٧٥٤	٠,٠٧٢	**١٠,٤٣٩	٠,٥٦٨
٩	٠,٧٣٠	٠,٠٧٣	**٩,٩٨١	٠,٥٣٣
١٠	٠,٧٢٩	٠,٠٧٣	**٩,٩٥٩	٠,٥٣١
١١	٠,٨٠٤	٠,٠٧٠	**١١,٤٦٧	٠,٦٤٧
١٢	٠,٧٨٨	٠,٠٧١	**١١,١٣٠	٠,٦٢١
١٣	٠,٧٧٢	٠,٠٧٢	**١٠,٧٩١	٠,٥٩٥
١٤	٠,٧٩١	٠,٠٧١	**١١,١٨٤	٠,٦٢٥
١٥	٠,٧٩٤	٠,٠٧١	**١١,٢٤٨	٦٣٠
١٦	٠,٧٥٦	٠,٠٧٢	**١٠,٤٨٤	٠,٥٧٢
١٧	٠,٨٣٥	٠,٠٦٩	**١٢,١٣٦	٠,٦٩٧
١٨	٠,٧٦٤	٠,٠٧٢	**١٠,٦٣٤	٠,٥٨٣
١٩	٠,٨١٩	٠,٠٧٠	**١١,٧٨٢	٠,٦٧٠
٢٠	٠,٧٨٢	٠,٠٧١	**١٠,٩٩٩	٠,٦١١
٢١	٠,٧٠٩	٠,٠٧٤	**٩,٦٠١	٠,٥٠٣
٢٢	٠,٨٤١	٠,٠٦٩	**١٢,٢٧٣	٠,٧٠٧
٢٣	٠,٨١٤	٠,٠٧٠	**١١,٦٧٧	٠,٦٦٢

(**) دالة عند مستوى (٠,٠١)، حيث قيم "ت" المحسوبة \leq قيمة "ت" الجدولية (٢,٥٩).



شكل (١): المسار التخطيطي لنموذج التحليل العاملي التوكيدي من الدرجة الأولى للنسخة المختصرة من قائمة أعراض الشخصية الحدية؛ حيث "ف" = الفقرة

ومما سبق يتأكد تطابق نتائج التحليل العاملي التوكيدي مع التصور الذي بُنيت عليه النسخة المختصرة من قائمة أعراض الشخصية الحدية، مما يشير إلى صدقها.

(٣) صدق التعلق بمحك:

قام الباحث بحساب صدق التعلق بمحك للنسخة المختصرة من القائمة مع قائمة "بيك" الثانية للاكتئاب (BDI-II، ترجمة وتعريب: غريب، ٢٠٠٠)، حيث أشارت عديد من الدراسات السابقة إلى أن هناك علاقة قوية بين أعراض الشخصية الحدية والاكتئاب (مثل دراسة: Söderholm, et la., 2020; Seidl, et al., 2020)، وقد بلغت قيمة معامل الارتباط (٠,٨٥٦)، وهي دالة إحصائياً عند مستوى (٠,٠١). كما قام الباحث بحساب صدق التعلق بمحك للنسخة المختصرة من القائمة مع مقياس القلق الفرعي من مقياس الصحة النفسية للمراهقين (APS، ترجمة وتعريب: البحيري، ٢٠١٠)، حيث أشارت عديد من الدراسات السابقة إلى أن هناك علاقة قوية بين أعراض الشخصية الحدية والقلق (مثل دراسة: Quenneville, et al., 2020; Vaillancourt & Brittain, 2019)، وقد بلغت قيمة معامل الارتباط (٠,٨١١)، وهي دالة إحصائياً عند مستوى (٠,٠١).

(٤) ثبات النسخة المختصرة من القائمة:

للتحقق من ثبات النسخة المختصرة من القائمة تم استخدام طريقتي ألفا كرونباخ، والتجزئة النصفية. وقد تمتعت بدرجة مناسبة من الثبات؛ حيث بلغت قيمة معامل ألفا كرونباخ للنسخة المختصرة من القائمة ككل (٠,٩٦٨)، وبلغت قيمة معامل الثبات بطريقتي: جتمان، وسبيرمان-براون (٠,٩٥٨)، على الترتيب، وجميعها معاملات ثبات مرتفعة ومقبولة، مما يعني ثباتها.

وبشكل عام، تشير النتائج السابقة إلى أن النسخة المختصرة من قائمة أعراض الشخصية الحدية تتمتع بخصائص سيكومترية جيدة من حيث: الاتساق الداخلي، والصدق، والثبات، وذلك على عينة البحث الحالي.

(٢) النسخة المختصرة من مقياس السلوك الاندفاعي: (إعداد: Billieux et al., 2012، ترجمة وتعريب الباحث).

أ- وصف النسخة المختصرة من المقياس وخصائصها السيكومترية في صورتها الأجنبية: أعد Short-Version of Billieux et al. (2012) النسخة المختصرة من مقياس السلوك الاندفاعي Urgency, Premeditation (lack of), Perseverance (lack of), Sensation Seeking, Positive Urgency (S-UPPS-P) Impulsive Behavior Scale، بهدف قياس السلوكيات الاندفاعية للفرد، وهو من أساليب التقرير الذاتي. وتتكون النسخة المختصرة من المقياس من (٢٠) فقرة تقيس ميل الفرد ونزعه إلى السلوك الاندفاعي؛ الذي يشمل خمسة أبعاد فرعية هي: الإلحاح السلبي، وضعف التروي، وضعف المثابرة، والبحث عن الإثارة، والإلحاح الإيجابي، ويتضمن كل بُعد (٤) فقرات، وتم صياغة عدد من الفقرات بشكل عكسي بالإضافة إلى صياغة بعضها الآخر بشكل إيجابي.

وتعد النسخة المختصرة من مقياس السلوك الاندفاعي S-UPPS-P نسخة مختصرة من مقياس السلوك الاندفاعي (٥٩ عبارة) UPPS-P (إعداد: Lynam, Smith, Whiteside & Cyders, 2006) والمكون من خمسة أبعاد فرعية (الأبعاد السابقة نفسها)، والذي يعد بدوره نسخة مطورة من مقياس السلوك الاندفاعي (٤٥ عبارة) UPPS (إعداد: Whiteside & Lynam, 2001)، والمكون من أربعة أبعاد فرعية (الإلحاح، والتروي، والمثابرة، والبحث عن الإثارة)، الذي تم إعداده من خلال إجراء تحليل عملي لعدد من مقاييس التقرير الذاتي التي تقيس جوانب مختلفة ومتعددة من الشخصية الاندفاعية.

وتتم الاستجابة عن بنود النسخة المختصرة من مقياس السلوك الاندفاعي S-UPPS-P وفقاً لمقياس ليكرت الرباعي؛ وتقدر البدائل (موافق بشدة، موافق إلى حد ما، غير موافق إلى حد ما، غير موافق بشدة)، بالدرجات (١، ٢، ٣، ٤) على الترتيب. وتم صياغة جميع الفقرات بشكل لا يوحي بارتباطها بالأبعاد الفرعية للمقياس. ولإستخدام الدرجة الكلية للمقياس يتم إعادة ترميز الفقرات العكسية، وبعد ذلك تُستخرج درجة الأبعاد الفرعية الخمسة، ومن ثم الدرجة الكلية للمقياس؛ وبذلك يتراوح المدى الكلي للدرجات للنسخة المختصرة من المقياس ما بين (٢٠-٨٠). وتشير الدرجة المرتفعة إلى أن الفرد أكثر اندفاعية؛ والعكس صحيح؛ حيث تشير الدرجة المنخفضة إلى أن الفرد أقل اندفاعية.

وقام Billieux, et al. (2012) بالتأكد من صلاحية النسخة المختصرة من الناحية السيكومترية وذلك بتطبيقه على عدد (٦٥٠) طالباً وطالبة من أربع جامعات أوروبية ناطقة بالفرنسية (جامعة في سويسرا، وجامعة في بلجيكا، وجامعتين في فرنسا) (٩٩ ذكراً، ٥٥١ أنثى) متوسط أعمارهم الزمنية (٢١,٩٧) سنة بانحراف معياري قدره (٤,٨٩). وقد تراوحت قيم معاملات الثبات بطريقة ألفا كرونباخ للأبعاد الفرعية ما بين (٠,٧٠ - ٠,٨٤)، كما تراوحت معاملات الارتباط للأبعاد بطريقة إعادة التطبيق ما بين (٠,٨٤ - ٠,٩٢)، كما أشارت نتائج التحليل والبناء العملي إلى التطابق الكبير بين النسخة المختصرة والنسخة الأصلية.

وحظيت النسخة المختصرة S-UPPS-P بانتشارٍ واسعٍ في مجال علم النفس؛ وتم ترجمتها إلى عديدٍ من اللغات؛ منها على سبيل المثال: اللغة الإسبانية (Herdoiza-Arroyo, & Chóliz, 2019) ، واللغة الكورية (Lim & Kim, 2018) ، واللغة الفرنسية (Calzada, et al. 2017) ، واللغة السويدية (D'Orta, et al., 2015) ، واللغة الإيطالية (Claréus, Daukantaitė, Wångby-Lundh & Lundh, 2017) ، واللغة الفارسية (Shahabi, Hasani, & Bjureberg, 2020) ، واللغة الإنجليزية (Zsila, Bóthe, Demetrovics, Billieux & Orosz, 2020) ، واللغة الإنجليزية (Cyders et al., 2014) ، كما أكدت مجموعة من الدراسات الأخرى (مثل: Gladwin, Jewiss, M., Banic, M., 2014) ، (Watts, Smith, Barch & Sher, 2020) ، (Samiefard, et al., 2020) ، (Pereira, 2020) صدق البناء العاملي والخصائص السيكومترية للنسخة المختصرة للمقياس سواءً في استخدامها مع الأطفال أم المراهقين أم الراشدين.

ب- مبررات تعريب النسخة المختصرة من مقياس السلوك الاندفاعي:

- (١) اعتمدت النسخة المختصرة من المقياس على معايير تشخيص الـ DSM-5 في تشخيص السلوك الاندفاعي.
- (٢) تُعدُّ النسخة المختصرة من المقياس أداة مختصرة، وسهلة الاستخدام، ويمكن تكرارها لتقييم التغيرات في السلوك الاندفاعي بمرور الوقت.
- (٣) ندرة وجود أدوات تقيس السلوك الاندفاعي في البيئة العربية بشكل عام، والبيئة السعودية بشكل خاص.

ج- ترجمة النسخة المختصرة من المقياس وخصائصها السيكومترية في البيئة العربية: قام الباحث بترجمة فقرات النسخة المختصرة من اللغة الإنجليزية إلى اللغة العربية، وبعد ذلك تمَّ عرضُ النسختين العربية والإنجليزية على ثلاثة متخصصين في اللغة الإنجليزية لمراجعتها بهدف التأكد من مطابقتها المعنى في اللغتين العربية والإنجليزية، وقد أُعيدت صياغة بعض الفقرات في ضوء آرائهم، ثم عُرضت النسخة المختصرة من المقياس على متخصص في اللغة العربية لتحديد مدى سلامة البناء اللغوي لفقراتها، بحيث تقدم معنىً واضحاً يفهمه المفحوصون، ثم عُرضت على عدد (٥) من المحكمين المتخصصين في علم النفس التربوي والصحة النفسية، وذلك للحكم على مدى صلاحيتها للتطبيق في البيئة العربية، ومدى ملاءمة الفقرات للهدف منها. وفي النهاية استقرَّت الصورة التجريبية للنسخة المختصرة من المقياس على (٢٠) فقرة، تم تطبيقها على عينة الدراسة الأولية، وقوامها (١٤١) طالبًا وطالبة من طلبة الجامعة. وقد استخدمت البيانات المستخلصة منها في التحقق من الخصائص السيكومترية لها من حيث الاتساق الداخلي، والصدق، والثبات على النحو التالي:

(١) الاتساق الداخلي للمقياس:

- (أ) حساب معاملات الارتباط بين درجة كل فقرة، والدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه، ويوضح جدول (٤) نتائج ذلك.

جدول (٤): معاملات الارتباط بين درجة كل فقرة والدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه

الإلحاح الإيجابي		البحث عن الإثارة		ضعف المثابرة		ضعف التروي		الإلحاح السلبي	
ر	م	ر	م	ر	م	ر	م	ر	م
**٠,٧٠٣	٥	**٠,٧٥٢	٤	**٠,٨٢٥	٣	**٠,٦٩٦	٢	**٠,٨٨٣	١
**٠,٧٩٨	١٠	**٠,٧٠٥	٩	**٠,٨٠٣	٨	**٠,٦٦٥	٧	**٠,٨٠٨	٦
**٠,٦٧٨	١٥	**٠,٧٣١	١٤	**٠,٧٥٢	١٣	**٠,٨١٣	١٢	**٠,٧٤٧	١١
**٠,٧٧٨	٢٠	**٠,٦٨٧	١٩	**٠,٨٢٤	١٨	**٠,٧٢٢	١٧	**٠,٧٥٨	١٦

(**) دالة عند مستوى (٠,٠١)

يتضح من الجدول (٤) أنّ جميع معاملات الارتباط بين درجة كل فقرة والدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه دالة إحصائيًا عند مستوى (٠,٠١).

(ب) حساب معاملات الارتباط البنينة للأبعاد الفرعية للنسخة المختصرة من المقياس، وكذلك معاملات الارتباط بين درجة كل بُعد فرعي والدرجة الكلية؛ ويوضح جدول (٥) نتائج ذلك.

جدول (٥): معاملات الارتباط البنينة للأبعاد الفرعية للنسخة المختصرة من المقياس، وكذلك معاملات الارتباط بين درجة كل بُعد فرعي والدرجة الكلية

الإلحاح الإيجابي	البحث عن الإثارة	ضعف المثابرة	ضعف التروي	الإلحاح السلبي	
-	-	-	-	-	الإلحاح السلبي
-	-	-	-	**٠,٢٤٧	ضعف التروي
-	-	-	**٠,٦٤٤	*٠,١٨٥	ضعف المثابرة
-	-	**٠,٢٩٨	**٠,٣٦٠	**٠,٣٠١	البحث عن الإثارة
-	**٠,٣٦٤	*٠,١٩١	*٠,١٨٨	**٠,٦١٩	الإلحاح الإيجابي
**٠,٧٨٦	**٠,٤٧٦	**٠,٣٥٩	*٠,٢١٣	**٠,٦٩٧	الدرجة الكلية

(*) دالة عند مستوى (٠,٠٥)، (**) دالة عند مستوى (٠,٠١)

يتضح من الجدول (٥) أن جميع معاملات الارتباط البنينة للأبعاد الفرعية للنسخة المختصرة من المقياس، وكذلك معاملات الارتباط بين درجة كل بُعد فرعي والدرجة الكلية دالة إحصائيًا سواء عند مستوى (٠,٠٥) أم (٠,٠١).

(٢) الصدق العاملي:

(أ) تمّ حساب الصدق العاملي التوكيدي Confirmatory Factor Analysis من الدرجة الأولى لفقرات النسخة المختصرة من المقياس باستخدام برنامج LISREL 8.54؛ بهدف التحقق من تشبع (صدق) فقراتها على خمسة عوامل هي: الإلحاح السلبي، وضعف التروي، وضعف المثابرة، والبحث عن الإثارة والإلحاح الإيجابي، بطريقة الاحتمال الأقصى Maximum Likelihood، التي أسفرت عن تشبع جميع مفردات النسخة المختصرة من المقياس على العوامل الخمس الكامنة عند مستوى دلالة (٠,٠١)؛ ممّا يدلُّ على صدق جميع فقراتها، ويوضح جدول (٦) نتائج ذلك.

(ب) تم حساب الصدق العاملي التوكيدي من الدرجة الثانية لأبعاد النسخة المختصرة من المقياس؛ بهدف التحقق من صدق العوامل فيها، بطريقة الاحتمال الأقصى، التي أسفرت عن تشبع العوامل الخمس على عامل عام واحد، وكانت قيمة χ^2 تساوي [٨٦,٣٣٢] بدرجات حرية [٥]، ومستوى دلالة يساوي [٠,٠٠٠]، وذلك يؤكد وجود مطابقة جيدة للبيانات مع النموذج المقترح؛ وهو خمسة عوامل فرعية. ويوضح جدول (٦) وشكل (٢) ملخصاً لنتائج التحليل العاملي لخمس متغيرات مشاهدة (نموذج العامل الكامن الواحد).

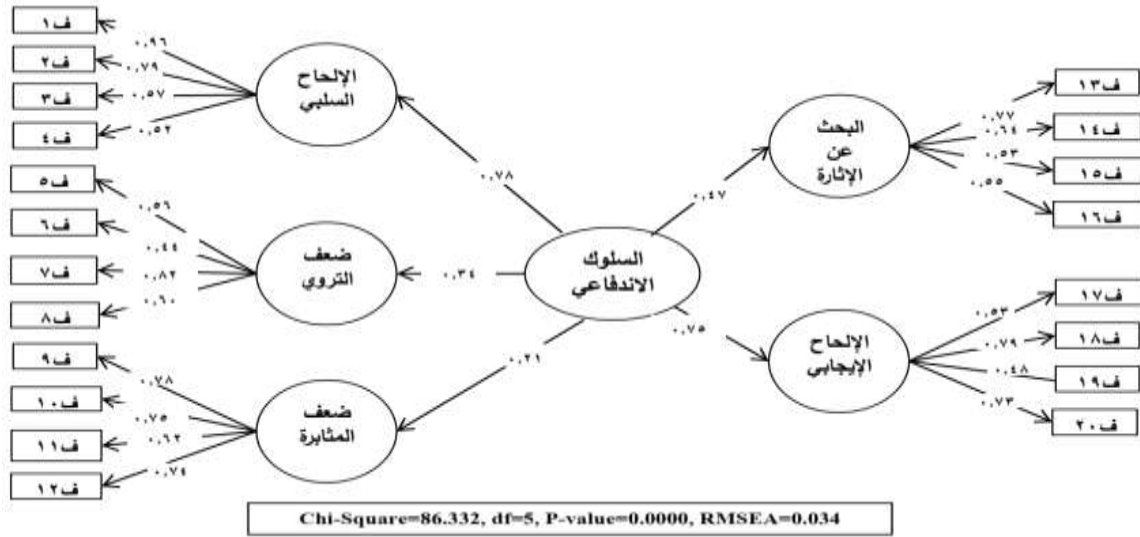
ويتضح من جدول (٦)، وشكل (٢) أن المتغيرات الخمسة المشاهدة تشبعت بالعامل الكامن حيث بلغ معامل صدق أو تشبع العامل الأول (الإلحاح السلبي) (٠,٧٨٢)، ومن ثم فهو يفسر (٧٨,٢%) من التباين الكلي في المتغير الكامن (السلوك الاندفاعي)، وبلغ معامل صدق أو تشبع العامل الثاني (ضعف التروي) (٠,٣٤٢)، ومن ثم فهو يفسر (٣٤,٢%) من التباين الكلي في المتغير الكامن، وبلغ معامل صدق أو تشبع العامل الثالث (ضعف المثابرة) (٠,٢١٤)، ومن ثم فهو يفسر (٢١,٤%) من التباين الكلي في المتغير الكامن، وبلغ معامل صدق أو تشبع العامل الرابع (البحث عن الإثارة) (٠,٤٧٤)، ومن ثم فهو يفسر (٤٧,٤%) من التباين الكلي في المتغير الكامن، وبلغ معامل صدق أو تشبع العامل الخامس (الإلحاح الإيجابي) (٠,٧٤٥)، ومن ثم فهو يفسر (٧٤,٥%) من التباين الكلي في المتغير الكامن.

جدول (٦): تشبعت فقرات النسخة المختصرة من مقياس السلوك الاندفاعي بالعوامل الخمس الكامنة من الدرجتين الأولى والثانية

معامل الثبات R^2	قيمة "ت" ودلالاتها الإحصائية	الخطأ المعياري لتقدير التشبع	التشبع بالعامل الكامن الواحد	الفقرة	البعد
٠,٩٢٢	**١٣,٣٦٣	٠,٠٧٢	٠,٩٦٠	١	الإلحاح السلبي
٠,٦٢٢	**١٠,٣٢٥	٠,٠٧٦	٠,٧٨٨	٦	
٠,٣٢٠	**٦,٩٦٥	٠,٠٨١	٠,٥٦٦	١١	
٠,٢٧٥	**٦,٣٨٣	٠,٠٨٢	٠,٥٢٤	١٦	
٠,٦١١	**٨,٣٢٧	٠,٠٩٤	٠,٧٨٢	البعد ككل	
٠,٣١٣	**٦,٠٩٦	٠,٠٩٢	٠,٥٥٩	٢	ضعف التروي
٠,١٩٥	**٤,٧٦٠	٠,٠٩٣	٠,٤٤٢	٧	
٠,٦٧٧	**٨,٦٦٦	٠,٠٩٥	٠,٨٢٣	١٢	
٠,٣٥٧	**٦,٥٠٤	٠,٠٩٢	٠,٥٩٨	١٧	
٠,١١٧	**٣,٦٥٠	٠,٠٩٤	٠,٣٤٢	البعد ككل	
٠,٦١٣	**٩,٩٥٦	٠,٠٧٩	٠,٧٨٣	٣	ضعف المثابرة
٠,٥٦٧	**٩,٤٧٥	٠,٠٨٠	٠,٧٥٣	٨	
٠,٣٨٦	**٧,٤٤٤	٠,٠٨٣	٠,٦٢٤	١٣	
٠,٥٤٥	**٩,٢٤٩	٠,٠٨٠	٠,٧٣٩	١٨	
٠,٠٤٦	*٢,٢٤٦	٠,٠٩٦	٠,٢١٤	البعد ككل	
٠,٥٩٦	**٨,٠٥٥	٠,٠٩٦	٠,٧٧٢	٤	البحث عن الإثارة
٠,٤٠٦	**٦,٧٩٧	٠,٠٩٤	٠,٦٣٧	٩	
٠,٢٨٠	**٥,٦٦٩	٠,٠٩٣	٠,٥٣٠	١٤	
٠,٢١٠	**٤,٨٥٤	٠,٠٩٤	٠,٤٥٨	١٩	
٠,٢٢٤	**٥,١٧٨	٠,٠٩٢	٠,٤٧٤	البعد ككل	
٠,٢٨٠	**٥,٩٠٣	٠,٠٩٠	٠,٥٢٩	٥	الإلحاح الإيجابي
٠,٦٢٢	**٨,٨٩٠	٠,٠٨٩	٠,٧٨٩	١٠	
٠,٢٢٧	**٥,٢٥٢	٠,٠٩١	٠,٤٧٧	١٥	
٠,٥٢٩	**٨,٢١٤	٠,٠٨٩	٠,٧٢٧	٢٠	
٠,٥٥٤	**٧,٩٨٥	٠,٠٩٣	٠,٧٤٥	البعد ككل	

(*) دالة عند مستوى (٠,٠٥)، حيث: قيمة "ت" الجدولية (٢,٥٩) < قيمة "ت" المحسوبة < قيمة "ت" الجدولية (١,٩٦).

(**) دالة عند مستوى (٠,٠١)، حيث قيم "ت" المحسوبة \leq قيمة "ت" الجدولية (٢,٥٩).



شكل (٢): المسار التخطيطي لنموذج التحليل العاملي التوكيدي من الدرجتين الأولى والثانية للنسخة المختصرة من مقياس السلوك الاندفاعي؛ حيث "ف" = الفقرة

ومما سبق يتأكد تطابق نتائج التحليل العاملي التوكيدي مع التصور الذي بُنيت عليه النسخة المختصرة من مقياس السلوك الاندفاعي، مما يشير إلى صدقها.

(٣) صدق التعلق بمحك:

قام الباحث بحساب صدق التعلق بمحك للنسخة المختصرة من المقياس مع قائمة "بيك" الثانية للاكتئاب (غريب، ٢٠٠٠)، حيث أشارت عديد من الدراسات السابقة إلى وجود علاقة قوية بين السلوك الاندفاعي والاكتئاب (مثل دراسة: Zhang, et al., 2020) وقد بلغت قيمة معامل الارتباط (٠,٨٨٨)، وهي دالة إحصائياً عند مستوى (٠,٠١). كما قام الباحث بحساب صدق التعلق بمحك للنسخة المختصرة من المقياس مع مقياس القلق الفرعي من مقياس الصحة النفسية للمراهقين (البحيري، ٢٠١٠)، حيث أشارت عديد من الدراسات السابقة إلى أن هناك علاقة قوية بين السلوك الاندفاعي والقلق (مثل دراسة: Teese, et al., 2017; Clarús, et al., 2020; Zhang, et al., 2020)، وقد بلغت قيمة معامل الارتباط (٠,٧١٥)، وهي دالة إحصائياً عند مستوى (٠,٠١).

(٤) ثبات النسخة المختصرة من المقياس:

للتحقق من ثبات النسخة المختصرة من مقياس السلوك الاندفاعي تم استخدام طريقتي ألفا كرونباخ، والتجزئة النصفية، وقد تمتعت أبعادها بدرجة مناسبة من الثبات، ويوضح جدول (٧) نتائج ذلك.

جدول (٧): معاملات ثبات النسخة المختصرة من مقياس السلوك الاندفاعي بطريقتي ألفا كرونباخ والتجزئة النصفية

التجزئة النصفية		معامل ألفا كرونباخ	الأبعاد
طريقة سبيرمان- براون	طريقة جتمان		
٠,٧٠٧	٠,٧٠٠	٠,٨١٣	الإلحاح السلبي
٠,٦٣٢	٠,٦٢٤	٠,٧٠٠	الإلحاح الإيجابي
٠,٨١٠	٠,٨٠٩	٠,٨١٢	ضعف التروي
٠,٦٤١	٠,٦٣٨	٠,٦٨٠	ضعف المثابرة
٠,٧٢٠	٠,٧٢٠	٠,٧٢٤	البحث عن الإثارة
٠,٦٧٧	٠,٦٨٥	٠,٧١٨	الدرجة الكلية

تشير النتائج الواردة في جدول (٧) إلى أن جميع معاملات ألفا كرونباخ سواء للأبعاد الفرعية أو الدرجة الكلية للنسخة المختصرة من مقياس السلوك الاندفاعي تراوحت ما بين (٠,٦٨٠-٠,٨١٣)، كما تراوحت معاملات الثبات بطريقة جتمان ما بين (٠,٦٢٤-٠,٨٠٩)، وبطريقة سبيرمان- براون تراوحت ما بين (٠,٦٣٢-٠,٨١٠)، وجميعها معاملات ثبات مقبولة؛ مما يعني ثبات النسخة المختصرة من المقياس وأبعادها الفرعية.

وبشكل عام، تشير النتائج السابقة إلى أن النسخة المختصرة من مقياس السلوك الاندفاعي تتمتع بخصائص سيكومترية جيدة من حيث الاتساق الداخلي، والصدق العملي، والثبات، وذلك على عينة البحث الحالي.

ب- أدوات الجانب الإرشادي:

(١) برنامج إرشادي سلوكي جدلي لخفض السلوك الاندفاعي لدى ذوي أعراض اضطراب الشخصية الحدية من طلاب الجامعة. (إعداد الباحث).

(أ) مصادر إعداد البرنامج:

اعتمد الباحث في تصميم البرنامج الإرشادي في الدراسة الحالية على مبادئ الإرشاد/ العلاج السلوكي الجدلي؛ حيث يُعدُّ العلاج السلوكي الجدلي وسيلة علاج نفسي مُصمَّمة من أجل مساعدة الأشخاص في تغيير نمط سلوكهم غير الفعَّال، مثل: إيذاء النفس، والتفكير بالانتحار، وإدمان المخدرات كما أنه طريقة تهدف إلى مساعدة الأشخاص في زيادة الضبط العاطفي والمعرفي؛ من خلال التعرف إلى الأمور التي تولد عندهم الأحاسيس والحالات النشطة (Linehan, 2015; Neacsiu, Rizvi & Linehan, 2010).

وأعدّ الباحث البرنامج الحالي في ضوء الاطلاع على المصادر التالية: (١) الرجوع إلى بعض التراث النظري للإرشاد/ العلاج السلوكي الجدلي، (٢) الاطلاع على بعض الدراسات السابقة التي استخدمت برامج إرشادية (وبصفة خاصة برامج قائمة على العلاج السلوكي الجدلي) لخفض السلوك الاندفاعي لدى ذوي أعراض اضطراب الشخصية الحدية، (٣) الرجوع إلى مفاهيم ومظاهر وأبعاد السلوك الاندفاعي كما تناولها الباحث في الإطار النظري للدراسة الحالية.

ب- الفئة المستهدفة من البرنامج:

تم تطبيق البرنامج الحالي على عينة مكونة من (١٠) من طلاب كلية التربية بجامعة الملك خالد بمدينة أبها بالسعودية، ممن حصلوا على مستوى شديد أو بالغ الشدة على النسخة المختصرة من قائمة أعراض الشخصية الحدية، وعلى درجة تساوي أو تزيد عن درجة القطع في النسخة المختصرة من مقياس السلوك الاندفاعي.

ج- أهداف البرنامج:

(١) **هدف وقائي:** يتمثل في تدريب أفراد عينة الدراسة على ممارسة مهارات العلاج السلوكي الجدلي من أجل خفض سلوكهم الاندفاعي؛ مما يساعدهم على التحكم في انفعالاتهم وسلوكياتهم في مواقفهم الحياتية المستقبلية، وتحقيق التوافق النفسي بوجه عام.

(٢) **هدف إرشادي/علاجي:** يتمثل في خفض السلوك الاندفاعي لدى أفراد المجموعة التجريبية.

(٣) **أهداف إجرائية:** تتمثل في الأهداف الخاصة التي تتحقق من خلال الجلسات، وتطبيق الفنيات المختلفة للبرنامج الإرشادي، ومن هذه الأهداف ما يلي:

(أ) تعرّف طبيعة السلوك الاندفاعي وأبعاده.

(ب) تعرف مبادئ العلاج السلوكي الجدلي، والتدريب على مهاراته.

(ج) تعلم طرق وأساليب جديدة لكيفية تعامل الفرد خلال المواقف الحياتية المختلفة، التي يسلك فيها سلوكاً اندفاعياً.

(د) تعميم مهارات العلاج السلوكي الجدلي عند التعامل مع جميع الأحداث والمواقف والانفعالات والخبرات الحياتية؛ ممّا ينعكس بشكلٍ إيجابي على سلوكهم الاندفاعي.

د- أسس البرنامج:

يستند البرنامج الحالي إلى الإرشاد/ العلاج السلوكي الجدلي، والذي يعتمد على فكرة الجدلية؛ عن طريق إحداث نوع من التوازن بين التقبل والرغبة في التغيير، ومسلطاً الضوء على التناقضات في حياة الفرد ومحاولة التوفيق بينها؛ من أجل تحقيق تغيير إيجابي في حياته الشخصية (Linehan, 1993a-b; Rathu & Miller, 2014; Linehan et al., 2015). ويُعدُّ العلاج السلوكي الجدلي وسيلة مصممة من أجل معالجة الأشخاص في تغيير نمط سلوكهم غير الفعّال، مثل: إيذاء الذات، والتفكير في الانتحار أو تعاطي المخدرات. كما أنه طريقة في العلاج تهدف إلى مساعدة الأشخاص في زيادة الضبط العاطفي

والمعرفي من خلال التعرف إلى الأمور التي تولد عندهم الأحاسيس والحالات النشطة (Rizvi, Steffel & Carson-Wong, 2013)، كما تهدف إلى مساعدتهم في تقييم أي وسائل التأقلم التي يستخدمونها خلال تتابع الأحداث والأفكار والأحاسيس والسلوكيات، والتي تقودهم في النهاية إلى سلوك غير مرغوب به، ويفترض أسلوب العلاج السلوكي الجدلي أنّ الأشخاص يقومون بأحسن ما لديهم من أجل تجنب حدوث ذلك السلوك، لكن ينقصهم المهارات، أو أنهم يتأثرون بتدعيمات إيجابية أو سلبية، والتي تتدخل في الأداء الوظيفي لأحدهم (Long, & Witterholt, 2013).

هـ- الفنيات والأساليب العلاجية:

أستُخدمت في الجلسات الفنيات والمهارات الإرشادية الخاصة بالعلاج السلوكي الجدلي، مثل: المناقشة والحوار، والتدريب على التأمل، والمجاز، والتعريض، والفصل بين المتناقضات الظاهرية والاسترخاء، وحل المشكلات، والحديث الذاتي، والتدريب على المهارات عبر الهاتف، بالإضافة إلى عدد من الفنيات الإرشادية السلوكية، والسلوكية المعرفية المساعدة، مثل: المحاضرة، ولعب الدور، والنمذجة والتعزيز، والتغذية الراجعة، والمراقبة الذاتية، وإعادة البناء المعرفي، والشرح، والتساؤل، والعصف الذهني، الاستماع، والتلخيص، والواجب المنزلي.

و- جلسات البرنامج:

يوضح جدول (٨) جلسات البرنامج الإرشادي وموضوعاتها والفنيات والأساليب المستخدمة.

جدول (٨): جلسات البرنامج الإرشادي وموضوعاتها والفنيات والأساليب المستخدمة

رقم الجلسة	موضوع الجلسة	الفنيات والأساليب المستخدمة
١	تعرف المجموعة التجريبية والاتفاق على الخطوط الرئيسية للجلسات	المحاضرة - المناقشة والحوار - المرح والفكاهة
٢-٣	السلوك الاندفاعي: مفهومه، وأعراضه، وأسبابه، والنتائج السلبية المترتبة عليه، والاتجاهات المختلفة في علاجه.	المحاضرة- المناقشة والحوار- إعادة البناء المعرفي - النمذجة - المراقبة الذاتية - حل المشكلات - التعزيز - التغذية الراجعة - الواجب المنزلي
٤	العلاج السلوكي الجدلي: (فلسفته، أهدافه، أهميته، ومهاراته، وفنياته) كأحد الطرق العلاجية في خفض السلوك الاندفاعي	المحاضرة- المناقشة والحوار- الشرح - التساؤل - النمذجة - إعادة البناء المعرفي- المراقبة الذاتية- التعزيز - التغذية الراجعة - حل المشكلات - التعريض - المجاز - الفصل بين المتناقضات - الواجب المنزلي.
٥ - ٩	التدريب على مهارات اليقظة العقلية: وتتضمن التدريب على: مهارات العقل الحكيم، مهارة السير إلى منتصف الطريق، ومهارات ماذا، ومهارات كيف، ومهارة الاسترخاء، ومهارة التأمل	المحاضرة- المناقشة والحوار-إعادة البناء المعرفي- لعب الدور- التعزيز - التدريب على التأمل - التغذية الراجعة- التعريض - الواجب المنزلي.
١٠ - ١١	التدريب على مهارات تحمل الضغوط: وتتضمن التدريب على: مهارات التشجيت، ومهارات تهدئة الذات، ومهارات تحسين اللحظة.	المحاضرة- المناقشة والحوار-إعادة البناء المعرفي- لعب الدور- التعريض - المجاز - المراقبة الذاتية - حل المشكلات - التغذية الراجعة- الواجب المنزلي.
١٢	التدريب على مهارات قبول الواقع: وتتضمن التدريب على: الابتسام، والقبول المطلق، ومهارات التحول العقلي.	المحاضرة- المناقشة والحوار- الشرح - التساؤل - النمذجة - إعادة البناء المعرفي- المراقبة الذاتية- التعزيز - التغذية الراجعة - حل المشكلات -

رقم الجلسة	موضوع الجلسة	الفنيات والأساليب المستخدمة
		التعريض - المجاز - الواجب المنزلي.
١٣ - ١٤	التدريب على مهارة تنظيم الانفعال: وتتضمن التدريب على: فهم الانفعالات، والحد من الحساسية الانفعالية، وتغيير الانفعالات غير المرغوب فيها.	المحاضرة - المناقشة والحوار - إعادة البناء المعرفي - المراقبة الذاتية - التعزيز - التغذية الراجعة - الواجب المنزلي.
١٥ - ١٧	التدريب على مهارات العلاقات البينشخصية الفاعلة وتتضمن التدريب على: تحديد الأهداف والأولويات، والحفاظ على العلاقات والحد من الصراع، واحصل على ما تريد أو قل لا، والحافظ على احترام الذات، ومهارات بناء العلاقات وطرق إنهاءها، ومهارات البحث عن أشخاص وجعلهم يحبونك.	المحاضرة - المناقشة والحوار - الشرح - التساؤل - النمذجة - إعادة البناء المعرفي - المراقبة الذاتية - التعزيز - التغذية الراجعة - حل المشكلات - التعريض - المجاز - الفصل بين المتناقضات - الواجب المنزلي.
١٨	التقييم وإغلاق الجلسات	المحاضرة - المناقشة والحوار - المرح والفكاهة

ز- التوزيع الزمني للبرنامج

استغرق تطبيق البرنامج ستة أسابيع؛ حيث تكوّن البرنامج من (١٨) جلسة، بواقع ثلاث جلسات أسبوعياً، وتراوح زمن كل جلسة ما بين (٤٥-٦٠) دقيقة، وبعد مرور شهر ونصف من انتهاء تطبيق البرنامج، تمّ قياس المتابعة لقياس السلوك الاندفاعي.

ح- أسلوب تطبيق البرنامج:

تمّ تطبيق البرنامج بطريقة جماعية على أفراد المجموعة التجريبية؛ وذلك لاستغلال طبيعة العمل الجماعي، وما يتميز به من تفاعل اجتماعي ومشاركة إيجابية في المواقف المختلفة، وقد اشتملت الجلسات الجماعية على بعض اللقاءات الفردية، كما تمّ استخدام أسلوب الاستشارة عبر الهاتف؛ حتى تكون هناك فرصة للتعبير بحرية عن المشاعر والأحاسيس التي قد يخجل المسترشد من التعبير عنها وسط الجماعة.

ط- مكان تطبيق البرنامج:

تم تنفيذ الجلسات الإرشادية للبرنامج بمعمل التربية الخاصة بكلية التربية بجامعة الملك خالد بأبها، نظراً لأنه معدّ ومجهز بشكل ملائم لتنفيذ الجلسات الإرشادية للبرنامج بما يحقق الأهداف المرجوة منه.

ك- تقييم ومتابعة البرنامج:

تم تقييم البرنامج من خلال القياسين القبلي والبعدي للمجموعتين التجريبية والضابطة، ومقارنة استجابات المجموعتين بالنسبة للقياس القبلي والبعدي، كما تم تقييم مدى فاعلية (استمرارية تأثير) البرنامج؛ وذلك عن طريق إجراء قياس متابعة لأفراد المجموعة التجريبية بعد مرور شهر ونصف من تطبيق البرنامج.

نتائج الدراسة:

أولاً: نتائج الفرض الأول:

ينصُّ هذا الفرضُ على أنَّه "توجد علاقة ارتباطية موجبة دالة إحصائياً بين أعراض اضطراب الشخصية الحدية والسلوك الاندفاعي لدى طلاب الجامعة". وللتحقُّق من صحة هذا الفرض تم حساب معاملات الارتباط بين درجات أفراد العينة الأساسية على النسخة المختصرة من قائمة أعراض اضطراب الشخصية الحدية، و النسخة المختصرة من مقياس السلوك الاندفاعي. ويوضح جدول (٩) نتائج ذلك.

جدول (٩): معاملات الارتباط بين أعراض اضطراب الشخصية الحدية والسلوك الاندفاعي لدى عينة الدراسة (ن=٦١٢)

السلوك الاندفاعي						المتغير
الدرجة الكلية	الإلحاح الإيجابي	البحث عن الإثارة	ضعف المثابرة	ضعف التروي	الإلحاح السلبي	
**٠,٣٦٢	**٠,٤١٣	**٠,٢٧٨	٠,٠١٧	**٠,١٥١	**٠,٥٤٢	أعراض اضطراب الشخصية الحدية

(**) دال عند مستوى ٠,٠١

يتضح من جدول (٩) وجود ارتباط موجب ودال إحصائياً عند مستوى (٠,٠١) بين أعراض اضطراب الشخصية الحدية والسلوك الاندفاعي (الدرجة الكلية، والأبعاد الفرعية: الإلحاح السلبي، وضعف التروي، والبحث عن الإثارة، والإلحاح الإيجابي) لدى أفراد عينة الدراسة، وهذا يعني أنَّه كلما زادت شدة أعراض اضطراب الشخصية الحدية لدى الفرد ارتفع تبعاً لذلك سلوكه الاندفاعي، والعكس صحيح. ويأمل الباحث أن تتأكد هذه العلاقة من خلال الدراسة التجريبية، وبالتالي تتحقَّق صحة الفرض الأول.

ثانياً: نتائج الفرض الثاني:

ينصُّ هذا الفرضُ على أنَّه "ينتشر اضطراب الشخصية الحدية لدى الإناث بشكل أكبر منه لدى الذكور من طلاب الجامعة". ولاختبار صحة هذا الفرض، تم حساب درجة القطع لتحديد الدرجة التي يتم بناءً عليها تحديد الطلاب ذوي اضطراب الشخصية الحدية. وقد بلغت قيمة درجة القطع بالنسبة للنسخة المختصرة من قائمة أعراض اضطراب الشخصية الحدية (٦٧,٨٨)؛ حيث تم حسابها على أنها تساوي المتوسط + ١,٥ × الانحراف المعياري (تم تحديدها بواسطة درجات العينة الأولية). ويوضح جدول (١٠) أعداد الطلاب ذوي اضطراب الشخصية الحدية، ونسبة انتشار الاضطراب لدى كلٍ من الذكور والإناث وفق درجة القطع.

جدول (١٠): أعداد ذوي اضطراب الشخصية الحدية من الذكور والإناث من عينة الدراسة الأساسية، ونسبة انتشار الاضطراب وفق درجة القطع

المتغير	عددهم في العينة الأساسية	عدد الذين حصلوا على درجة القطع أو أكبر	نسبة الانتشار من العدد الإجمالي لذوي الأعراض	نسبة الانتشار بالنسبة لعدد أفراد العينة الأساسية
عينة الذكور	٢٧٢	١٢	% ٢٧,٢٧	% ٤,٤١
عينة الإناث	٣٤٠	٣٢	% ٧٢,٧٣	% ٩,٤١
العدد الكلي	٦١٢	٤٤	% ١٠٠	% ٧,١٩

يتضح من جدول (١٠) أن نسبة انتشار اضطراب الشخصية الحدية لدى الإناث أكبر من نظيرتها لدى الذكور، وقد بلغت %٧٢,٧٣ ، %٢٧,٢٧ على الترتيب، وهي ما تساوي تقريباً ٢,٦٧ : ١، كما بلغت نسبة انتشار اضطراب الشخصية الحدية لدى العينة الكلية %٧,١٩، وبذلك تتحقق صحة الفرض الثاني.

ثالثاً: نتائج الفرض الثالث:

ينصُّ هذا الفرضُ على أنه "لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسط درجات الذكور ومتوسط درجات الإناث في السلوك الاندفاعي". ولتحقق من صحة هذا الفرض تم حساب قيم اختبار "ت" ومستويات دلالتها للفروق بين متوسطي درجات الذكور والإناث على النسخة المختصرة من مقياس السلوك الاندفاعي خلال القياس القبلي، ويوضح جدول (١١) نتائج ذلك.

جدول (١١): قيم اختبار "ت" ومستوى دلالتها للفروق بين متوسطي درجات الذكور والإناث على النسخة المختصرة من مقياس السلوك الاندفاعي خلال القياس القبلي

المتغير	الذكور (ن=٢٧٢)		الإناث (ن=٣٤٠)		ت	مستوى الدلالة
	ع	م	ع	م		
الإلحاح السلبي	٣,٦٧	١٠,٣٣	٣,١٨	١٠,٣٣	٢,٨٨٩-	٠,٠١
ضعف التروي	٢,٦٩	١٣	٢,١٣	١٣	١,١٣٢	غير دال
ضعف المثابرة	٢,٧٤	١٢,٩٨	٢,٢٣	١٢,٩٨	١,٢٥٠	غير دال
البحث عن الإثارة	٣,٠١	١١,٤٩	٣,٠٧	١١,٤٩	٣,٤٢٣-	٠,٠١
الإلحاح الإيجابي	٣,١٤	٩,١٣	٣,٠٣	٩,١٣	٢,٠٧٣-	٠,٠٥
الدرجة الكلية	١٠,٥٣	٥٦,٩٣	٨,٩٥	٥٦,٩٣	٢,١٥١-	٠,٠٥

يتضح من جدول (١١) وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطي درجات الذكور والإناث في: الإلحاح السلبي، والبحث عن الإثارة (عند مستوى ٠,٠١)، وفي الإلحاح الإيجابي، والدرجة الكلية للمقياس (عند مستوى ٠,٠٥) لصالح الإناث، بينما لا توجد فروق إحصائية دالة بين متوسطي درجات الذكور والإناث في بعديّ ضعف التروي، وضعف المثابرة.

رابعاً: نتائج الفرض الرابع:

ينصُّ هذا الفرضُ على أنه "توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين: البعدي، والقبلي في السلوك الاندفاعي، وذلك لصالح متوسطات رتب

درجاتهم في القياس القبلي". وللتحقق من صحة هذا الفرض تم حساب قيم Z ومستويات دلالتها للفروق بين متوسطات رتب القياسين: البعدي، والقبلي للمجموعة التجريبية في السلوك الاندفاعي (باستخدام اختبار ويلكوكسون)، ويوضح جدول (١٢) نتائج ذلك.

جدول (١٢): قيم Z ومستويات دلالتها للفروق بين متوسطات رتب درجات القياسين: البعدي والقبلي لأفراد المجموعة التجريبية في السلوك الاندفاعي

المتغير	القياس بعدي/قبلي	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	مستوى الدلالة	اتجاه الدلالة
الإلحاح السلبى	الرتب السالبة	١٠	٥,٥	٥٥	٢,٨٠٧-	٠,٠١	القياس القبلي (*)
	الرتب الموجبة	٠	٠	٠			
ضعف التروي	الرتب السالبة	١٠	٥,٥	٥٥	٢,٨١٤-	٠,٠١	القياس القبلي
	الرتب الموجبة	٠	٠	٠			
ضعف المثابرة	الرتب السالبة	١٠	٥,٥	٥٥	٢,٨١٦-	٠,٠١	القياس القبلي
	الرتب الموجبة	٠	٠	٠			
البحث عن الإثارة	الرتب السالبة	١٠	٥,٥	٥٥	٢,٨٠٧-	٠,٠١	القياس القبلي
	الرتب الموجبة	٠	٠	٠			
الإلحاح الإيجابى	الرتب السالبة	١٠	٥,٥	٥٥	٢,٨٢١-	٠,٠١	القياس القبلي
	الرتب الموجبة	٠	٠	٠			
الدرجة الكلية	الرتب السالبة	١٠	٥,٥	٥٥	٢,٨٠٩-	٠,٠١	القياس القبلي
	الرتب الموجبة	٠	٠	٠			

يُتضح من جدول (١٢) أن جميع قيم Z دالة عند مستوى (٠,٠١)، وهذا يشير إلى وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات القياسين: البعدي، والقبلي لأفراد المجموعة التجريبية في السلوك الاندفاعي، وذلك لصالح القياس القبلي. ويشير ذلك إلى احتمالية تأثير البرنامج الإرشادي الذي طُبّق على المجموعة التجريبية لخفض سلوكهم الاندفاعي. وسعيًا نحو مزيد من التأكد من أن هذا الفرق يرجع فقط إلى المتغير المستقل (البرنامج الإرشادي) وأنه لا يرجع إلى عوامل أخرى خارجية، قام الباحث بما يلي:

١- المقارنة بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعتين: التجريبية، والضابطة في السلوك الاندفاعي، وذلك من خلال القياس البعدي (باستخدام اختبار مان ويتني). ويوضح جدول (١٣) نتائج ذلك.

(*) هذا يُشير إلى أن درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياس القبلي أعلى من درجات القياس البعدي، مما يعني انخفاضها، وبذلك يكون اتجاه الفروق لصالح الدرجات ذات المتوسط الأعلى وهو القبلي.

جدول (١٣): قيم Z ومستويات دلالتها للفروق بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعتين: التجريبية والضابطة في السلوك الاندفاعي خلال القياس البعدي

المتغير	مجموعتا المقارنة	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة U	قيمة Z	مستوى الدلالة	اتجاه الدلالة
الإلحاح السلبي	تجريبية	١٠	٥,٨٥	٥٨,٥٠	٣,٥	٣,٥٥٣-	٠,٠١	المجموعة الضابطة (**)
	ضابطة	١٠	١٥,١٥	١٥١,٥٠				
ضعف التروي	تجريبية	١٠	٧,١٥	٧١,٥٠	١٦,٥	٢,٥٦٤-	٠,٠١	المجموعة الضابطة
	ضابطة	١٠	١٣,٨٥	١٣٨,٥٠				
ضعف المثابرة	تجريبية	١٠	٦,٢٠	٦٢	٧	٣,٣١٢-	٠,٠١	المجموعة الضابطة
	ضابطة	١٠	١٤,٨٠	١٤٨				
البحث عن الإثارة	تجريبية	١٠	٦,٩٠	٦٩	١٤	٢,٧٧٤-	٠,٠١	المجموعة الضابطة
	ضابطة	١٠	١٤,١٠	١٤١				
الإلحاح الإيجابي	تجريبية	١٠	٦,٨٥	٦٨,٥٠	١٣,٥٠	٢,٧٩٠-	٠,٠١	المجموعة الضابطة
	ضابطة	١٠	١٤,١٥	١٤١,٥٠				
الدرجة الكلية	تجريبية	١٠	٥,٥٠	٥٥	٠	٣,٧٩٢-	٠,٠١	المجموعة الضابطة
	ضابطة	١٠	١٥,٥٠	١٥٥				

يُتضح من جدول (١٣) أن جميع قيم Z دالة عند مستوى (٠,٠١)، وهذا يشير إلى وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعتين: التجريبية، والضابطة في السلوك الاندفاعي وذلك خلال القياس البعدي، وذلك لصالح المجموعة الضابطة.

٢- المقارنة بين متوسطات رتب درجات القياسين: القبلي، والبعدي، لأفراد المجموعة الضابطة في السلوك الاندفاعي (باستخدام اختبار ويلكوكسون). ويوضح جدول (١٤) نتائج ذلك.

جدول (١٤): قيمة Z ومستوى دلالتها للفروق بين متوسطات رتب درجات القياسين: القبلي والبعدي لأفراد المجموعة الضابطة في السلوك الاندفاعي

المتغير	القياس قبلي/بعدي	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	مستوى الدلالة
الدرجة الكلية	الرتب السالبة	٣	٤,٣٣	١٣	٠,٧٠٠-	غير دالة
	الرتب الموجبة	٥	٤,٦٠	٢٣		
	الرتب المتعادلة	٢				

يتضح من جدول (١٤) أن قيم Z غير دالة إحصائية، وهذا يشير إلى عدم وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات القياسين: القبلي، والبعدي لأفراد المجموعة الضابطة في السلوك الاندفاعي؛ أي أنه لم يحدث تغيير دال في السلوك الاندفاعي لدى أفراد المجموعة الضابطة.

ومما سبق يتضح أنه توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين: البعدي، والقبلي في السلوك الاندفاعي، وبذلك تتحقق صحة الفرض الرابع.

(**) هذا يُشير إلى أن درجات أفراد المجموعة الضابطة أعلى من درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياس البعدي، وبذلك يكون اتجاه الفروق لصالح الدرجات المجموعة ذات المتوسط الأعلى وهي المجموعة الضابطة.

خامساً نتائج الفرض الخامس:

ينص هذا الفرض على أنه "لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين: البعدي، والتتبُّعي في السلوك الاندفاعي". وللتحقُّق من صحة هذا الفرض تم حساب قيمة Z ومستوى دلالتها للفروق بين متوسطات رتب درجات القياسين البعدي والتتبُّعي لأفراد المجموعة التجريبية في السلوك الاندفاعي (باستخدام اختبار ويلكوكسون)، ويوضح جدول (١٥) قيمة Z ومستوى دلالتها للفروق بين متوسطات الرتب.

جدول (١٥): قيمة Z ومستوى دلالتها للفروق بين متوسطات رتب درجات القياسين البعدي والتتبُّعي لأفراد المجموعة التجريبية في السلوك الاندفاعي

الأبعاد	القياس متابع/بعدي	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	مستوى الدلالة
الدرجة الكلية	الرتب السالبة	٤	٧,٣٨	٢٩,٥٠	٠,٢٠٥-	غير دالة
	الرتب الموجبة	٦	٤,٢٥	٢٥,٥٠		
	الرتب المتعادلة	٠				

ويتضح من جدول (١٥) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في السلوك الاندفاعي بين القياسين البعدي والتتبُّعي.

ومما سبق يمكن تتضح صحة الفرض الخامس، مما يؤكد فاعلية البرنامج الإرشادي في خفض السلوك الاندفاعي لدى المجموعة التجريبية.

مناقشة وتفسير نتائج الدراسة:

أولاً: مناقشة وتفسير نتائج الفرض الأول:

توضح نتائج الفرض الأول الواردة في جدول (٩) في مجملها وجود علاقة ارتباطية موجبة دالة إحصائية عند مستوى (٠,٠١) بين درجات أفراد عينة الدراسة على النسخة المختصرة من قائمة أعراض الشخصية الحدية، ودرجاتهم على النسخة المختصرة من مقياس السلوك الاندفاعي (الدرجة الكلية-الأبعاد الفرعية)، وهذه النتيجة تحقق صحة الفرض الأول.

وتتفق هذه النتيجة مع نتائج دراسة Richmond et al. (2020) ونتائج دراسة Berenson et al. (2016) اللتين أشارتا إلى وجود علاقة ارتباطية موجبة دالة إحصائية بين أعراض اضطراب الشخصية الحدية والسلوك الاندفاعي.

وتتفق هذه النتيجة أيضاً مع نتيجة دراسة Richard-Lepouriel et al. (2019) التي أظهرت أن السلوك الاندفاعي يُعدُّ سمة من سمات ذوي اضطراب الشخصية الحدية، كما أنه يرتبط بوجود صدمات في مرحلة الطفولة.

كما تتفق هذه النتيجة أيضاً مع نتيجتي دراسة Euler et al. (2019) ودراسة Terzi et al. (2017) اللتين توصلتا إلى أن السلوك الاندفاعي يُسهم بشكل فعَّال في زيادة المشكلات الشخصية، ويؤدي دوراً مهماً في زيادة خطر السلوك اللاسوي لدى ذوي اضطراب الشخصية الحدية.

ويُمكن تفسير هذه النتيجة في ضوء اتجاهين رئيسيين، هما: الأول الاتجاه البيولوجي. ويفسر أصحاب هذه الاتجاه العلاقة بين أعراض اضطراب الشخصية الحدية والسلوك الاندفاعي من وجهة النظر البيولوجية التي بُنيت على وجود ملاحظات لدى الأفراد ذوي اضطراب الشخصية الحدية في وجود تغييرات في الفص الخامس بالدماغ منطقة (تحت المهاد) التي تضطلع بتنظيم العاطفة والاندفاعية والعدوانية، بالإضافة إلى ذلك، قد لا تعمل بعض الإفرازات في المخ التي تساعد على تنظيم الحالة المزاجية بشكل صحيح، مثل السيريتونين (Wrege et al., 2014). أما الاتجاه الثاني: فهو الاتجاه النفسي الاجتماعي. ويفسر أصحاب هذا الاتجاه العلاقة الارتباطية بين أعراض اضطراب الشخصية الحدية والسلوك الاندفاعي في ضوء تعرُّض عديد من المصابين بالاضطراب إلى إساءة المعاملة الجنسية أو الجسدية أو للتجاهل في مرحلة الطفولة، أو فقد أحد الوالدين أو البعد عنهم في الصغر، أو معاناة أحد والديهم من إدمان المواد المخدرة، أو من مشاكل أخرى متعلقة بالصحة العقلية، بالإضافة إلى إمكانية تعرضهم لمشاكل عدوانية وعلاقات أسرية مضطربة (McGowan, Goodwin, Bilderbeck & Saunders, 2020; Richard-Lepouriel et al., 2019; Svěrák, Linhartova, Fiala, Kašpárek & Ustohal, 2018).

وهنا يطرح الباحث تساؤلاً، هل الاتجاه البيولوجي في تفسير العلاقة بين المتغيرين يُعدُّ سبباً أم نتيجة؟ أي أنه نظراً لأن ذوي اضطراب الشخصية الحدية لديهم خللٌ بيولوجي في الدماغ يسبب قيامهم بالسلوك الاندفاعي (سبباً)، أم أنه نتيجة تكرار السلوكيات الاندفاعية لدى ذوي اضطراب الشخصية الحدية هو ما يؤثر على مراكز تنظيم الانفعالات بالدماغ ويحدث بها خللاً (نتيجة)، كما هو الحال في الاضطرابات السيكوسوماتية. كما يطرح الباحث تساؤلاً آخر بالنسبة للاتجاه النفسي والاجتماعي في تفسير العلاقة بين المتغيرين، وهو ليس كل من يُساء معاملتهم في الطفولة أو يتعرضون لظروف اجتماعية ونفسية وأسرية قاسية يصابون باضطراب الشخصية الحدية أو يكونون ذوي سلوك اندفاعي.

وبناءً على ما سبق يرى الباحث أنه من الخطأ الاعتماد على اتجاه واحد فقط في تفسير العلاقة الارتباطية بين اضطراب الشخصية الحدية والسلوك الاندفاعي، بل يجب الأخذ بالاتجاهين معاً عند تفسير العلاقة الارتباطية؛ لما لهما من دورٍ مهم في إيضاحها، بالإضافة إلى أن السلوك الإنساني غاية في التعقيد؛ مما يصعب الاعتماد على اتجاه واحد فقط في تفسيره.

ثانياً مناقشة وتفسير نتائج الفرض الثاني:

تشير نتائج الفرض الثاني الواردة في جدول (١٠) إلى نسبة انتشار اضطراب الشخصية الحدية لدى الإناث أكبر من نظيرتها لدى الذكور، وقد بلغت ٧٢,٧٣%، ٢٧,٢٧% على الترتيب، وهي ما تساوي تقريباً ٢,٦٧: ١.

وبالرغم من أن الدراسات والبحوث السابقة التي تمَّ عرضها في الدراسة الحالية لم تتناول نسبة انتشار اضطراب الشخصية الحدية بين الذكور والإناث، ولم تقارن بينهما؛ نظراً لصغر حجم عيناتها، إلا أن نتيجة الدراسة الحالية تتفق مع ما أشارت إليه الأدبيات السابقة من أن اضطراب الشخصية الحدية ينتشر لدى الإناث بشكلٍ أكبر منه لدى الذكور. وتختلف نسب الانتشار بين الجنسين تبعاً للعينات التي تم التطبيق عليها؛ حيث تراوحت نسبة انتشار الاضطراب بين الإناث مقارنة بالذكور ما بين (٢ : ١ إلى ٩ : ١). وبشكلٍ عام، فإن أغلب الدراسات ترجح أن نسبة انتشار الاضطراب لدى الإناث تُقدر بحوالي

٢,٧٣% كما أن الإناث أكثر من الذكور تردداً على العيادات النفسية طلباً للعلاج؛ حيث تُقدر نسبة ترددهن مقارنة بالذكور بحوالي ما بين (٧٠-٧٧)% كما ظهر من خلال تردد ذوي اضطراب الشخصية الحدية على الجلسات العلاجية، أن الإناث ينتشر لديهن الفصام، في حين ينتشر لدى الذكور إدمان الكحول والمخدرات، والسلوك المضاد للمجتمع. وربما يرجع هذا الفرق بين الجنسين في اضطراب الشخصية الحدية إلى اختلاف ظروف التنشئة الاجتماعية، وللطبيعة النفسية (Becker, 2018).

كما اتفقت نتيجة الدراسة الحالية أيضاً مع ما ذكره الـ DSM-5 من أن اضطراب الشخصية الحدية أكثر انتشاراً بين الإناث مقارنة بالذكور؛ حيث تصل نسبة انتشاره بين الإناث إلى الذكور حوالي (٣ : ١) (APA, 2013; Bornovalova, et al., 2018; Rolston, 2018).

وبالرغم من أن النتيجة الحالية تتفق مع عديد من الدراسات والبحوث السابقة، والـ DSM-5 حول نسبة انتشار اضطراب الشخصية الحدية لدى كل من الذكور والإناث، وبالرغم من أن هذه النتيجة تُعد مؤشراً ولبنة أولى لتوضيح نسبة انتشار اضطراب الشخصية الحدية لدى الجنسين في البيئة العربية عامة والبيئة السعودية خاصة، فإن البيئة العربية مازالت تحتاج بشكل كبير لعديد من الدراسات للتأكد من هذه النسب، وذلك على عينات أكبر؛ نظراً لمحدودية الدراسة الحالية.

ويُمكن تفسير هذه النتيجة في ضوء اتجاهين رئيسيين، هما: الأول الاتجاه البيولوجي. ويفسر أصحاب هذه الاتجاه انتشار اضطراب الشخصية الحدية بين الإناث بشكل أكبر من الذكور بسبب وجود خللاً في إفراز هرمون الأستروجين، الذي يرتبط بظهور أعراض اضطراب الشخصية الحدية، لدى الإناث بشكل أكبر من الذكور؛ حيث تحدث تغيرات في مستويات هورمون الأستروجين في أثناء الدورة الشهرية، وارتباط تلك التغيرات بوجود تقلبات وجدانية لها آثارٌ إيجابية وسلبية في الوقت نفسه على الإناث؛ فهن غالباً ما يشعرن بالسعادة والحب الزائدين في حالة المشاعر الإيجابية، ولكنهن بالمقابل يشعرن بطغيان المشاعر السلبية عند الأسى؛ فهن يشعرن بالاكئاب الشديد بدلاً من الحزن، وبالعار والإذلال بدلاً من الحرج، وبالغضب بدلاً من الانزعاج، وبالفرح بدلاً من القلق (Benson, Donnellan, & Morey, 2017; Goldhammer, Crall & Keuroghlian, 2019; Hamdullahpur, 2018; Sher, Rutter, New, Siever & Hazlett, 2019). أما الاتجاه الثاني: فهو الاتجاه النفسي الاجتماعي. ويفسر أصحاب هذا الاتجاه انتشار اضطراب الشخصية الحدية لدى الإناث بشكل أكبر من الذكور في ضوء الارتباط الوثيق بين حدوث خبرات إساءة في مرحلة الطفولة، وبخاصة الإساءة الجنسية؛ حيث إن الإناث أكثر تعرضاً للتحرش الجنسي من الذكور، حيث توصلت نتائج دراسة Young (2014) أن ٩٩,٣% من عينة النساء والفتيات، اللاتي خضعن لدراسة هدفت لوضع خريطة للتحرش ضد المرأة في مصر تحت إشراف هيئة الأمم المتحدة، قد تعرضن لأحد أشكال التحرش الجنسي الذي تزيد أو تقل نسبته وفق الأماكن أو الأوقات مع ملاحظة أن الريف يشهد نسبة أقل من حالات التحرش (Young, 2014).

وفي ضوء ما سبق، يفسر الباحث انتشار اضطراب الشخصية الحدية بين الإناث بشكل أكبر من الذكور بشكل تكاملي؛ حيث يرى ضرورة الأخذ في الاعتبار الخلل الهرموني لدى الإناث بسبب طبيعتهم البيولوجية، بالإضافة إلى أنهن أكثر عرضة لإساءة المعاملة بشكل عام، والإساءة الجنسية بشكل خاص في مرحلة الطفولة؛ بسبب ظروف وطبيعة التنشئة الاجتماعية في البيئة والثقافة العربية. كما أنه بالرغم

من أن كلا من الخلل الهرموني وظروف التنشئة الاجتماعية والنفسية السيئة التي تتعرض لها الأنثى في طفولتها يسهمان في إصابتها باضطراب الشخصية الحدية؛ فإن ذلك يتوقف بشكل رئيسي على طبيعة البناء النفسي لها، إضافة إلى قدرة الجهاز المناعي، وطبيعتها البيولوجية في الحد من تأثير ومقاومة الخلل الهرموني الذي يحدث لها.

ثالثاً مناقشة وتفسير نتائج الفرض الثالث:

تشير نتائج الفرض الثالث الواردة في جدول (١١) وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطي درجات الذكور والإناث في: الإلحاح السلبي، والبحث عن الإثارة، والإلحاح الإيجابي، والدرجة الكلية للنسخة المختصرة من مقياس السلوك الاندفاعي لصالح الإناث، بينما لا توجد فروق إحصائية دالة بين متوسطي درجات الذكور والإناث في بُعدي: ضعف التروي، وضعف المثابرة.

اختلفت نتائج الدراسات السابقة بشكل كبير حول دراسة الفروق بين الذكور والإناث في السلوك الاندفاعي؛ فقد توصلت نتائج بعض الدراسات السابقة إلى وجود فروق دالة إحصائية بين الذكور والإناث في السلوك الاندفاعي لصالح الإناث (Netto et al., 2016)، وعلى العكس من ذلك، توصلت نتائج دراسات أخرى إلى وجود فروق دالة إحصائية في السلوك الاندفاعي لصالح الذكور (Radoslavova & Velichkov, 2005)، في حين توصلت نتائج دراسات أخرى إلى عدم وجود فروق دالة بين الجنسين في السلوك الاندفاعي (Stoyanova & Giannouli, 2018).

وبالرغم من أن الدراسات والبحوث السابقة التي تم عرضها في الدراسة الحالية لم تتناول الفروق بين الذكور والإناث في السلوك الاندفاعي؛ نظراً لصغر حجم عيناتها، وأنه تم تطبيقها على جنس واحد فقط (ذكور أو إناث)، إلا أن نتيجة الدراسة الحالية تتفق بشكل جزئي مع ما أشارت إليه دراستا (Lim & Kim, 2018)، (Lim & Lee, 2014) اللتان توصلتا إلى وجود فروق بين الجنسين في بعض المقاييس الفرعية لمقياس السلوك الاندفاعي (بنسخته المطولة، والمختصرة)؛ حيث كان بُعداً "الإلحاح السلبي"، و"ضعف التروي" أعلى لدى الطالبات، في حين كان "البحث عن الإثارة" أعلى لدى الطلاب، وفي الوقت نفسه لم تكن هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين الجنسين في بُعد "الإلحاح الإيجابي"، والدرجة الكلية للمقياس. وقد فسرت هاتان الدراستان هذه النتيجة في ضوء الخصائص الاجتماعية والثقافية لطلبة الجامعات الكورية؛ فعلى سبيل المثال، فقد تتأثر الطالبات الكوريات بالقيم الشرقية التقليدية لكوريا، التي تفضل الفتيات اللطيفات على القويات اللاتي لا تستسلمن أبداً؛ وبناءً على ذلك فقد أوصت الدراستان بضرورة الأخذ في الاعتبار العوامل الاجتماعية والثقافية المحددة التي يمكن أن تشارك في الاختلافات بين البلدان في الفروق بين الجنسين في السلوك الاندفاعي.

وفي ذات السياق شددت النظريات الإجرامية على أهمية السلوك الاندفاعي بوصفه سبباً للانحراف، وأشارت إلى أنه بالرغم من أن الذكور والإناث يختلفون بشكل كبير في السلوك الاندفاعي فإن البحث مازال غامضاً حول سبب حدوث ذلك، ويقترح بعض الباحثين أن التنشئة الاجتماعية وأساليب المعاملة الوالدية (الأب- الأم) تخلق مستويات مختلفة من الاندفاع، في حين يشير آخرون إلى أن العجز المعرفي و/ أو الحركي في وقت مبكر من الحياة قد يكون المصدر لهذا الاختلاف، كما أن أنماط التعلق في الطفولة تؤدي دوراً مهماً لدى الجنسين بوصفها سبباً للسلوك الاندفاعي (Chapple & Johnson, 2007).

ويمكن تفسير الفروق بين الذكور والإناث في السلوك الاندفاعي في اتجاه الإناث ذوات اضطراب الشخصية الحدية من خلال استراتيجيات حل المشكلات؛ حيث إن الاندفاع العاطفي والسلوك الاندفاعي ما هو إلا رد فعل على العواطف وعدم التخطيط، كما أنّ السلوك الاندفاعي يرتبط بعدم الاستقرار العاطفي لدى ذوات الشخصية الحدية، ويرتبط بالمشكلات السلوكيات والانتحارية، والعنف، التخريب، والسلوكيات الجنسية الخطرة، والسلوك القهري، وتعاطي المخدرات (Sher et al., 2019).

كما يمكن تفسير وجود فروق لصالح الإناث في السلوك الاندفاعي من خلال ضعف التنظيم العاطفي والاندفاع للمشاعر؛ حيث إنّ المراهقات ذوات اضطراب الشخصية الحدية أكثر ضعفاً من الذكور ذوي اضطراب الشخصية الحدية عند التعامل مع مشاكل القلق، والضيق، والاكتئاب، والسيطرة على الانفعال (Fattore & Melis, 2016).

وأتفقاً مع وجهة النظر السابقة، وباعتبار السلوك الاندفاعي معياراً مهماً في تشخيص أعراض اضطراب الشخصية الحدية في حياة المرضى الذين يعانون منه، وبخاصة في البالغين (١٨-٢٦) سنة بالإضافة إلى أنّ تقلب المزاج، والتهيج، وعدم وجود الصبر الذي يتسبب في حدوث نوبات حادة، أو خلل السيطرة العاطفي هي من خصائص الإناث، وترتبط ارتباطاً وثيقاً بحياتهن الاجتماعية، والمشاكل النفسية التي يتعرضن لها بسبب ارتفاع الاندفاع العاطفي والضعف مقارنة بالذكور (Auerbach, Stewart & Johnson, 2017; Kogachi, Chang, Alicata, Cunningham & Ernst, 2017; Slobodin & Davidovitch, 2019).

ويفسر الباحث وجود فروق دالة إحصائية بين الجنسين في مجمل مكونات السلوك الاندفاعي لصالح الإناث، ما عدا بُعدي "ضعف المثابرة"، و"البحث عن الإثارة" لصالح الذكور في ضوء مجموعة من العوامل، وهي: عوامل خارجية؛ تتمثل في عوامل التنشئة الاجتماعية وأساليب المعاملة الوالدية للبيئة والثقافة التي تختلف بالنسبة لكل من الجنسين، بالإضافة إلى التفضيلات الاجتماعية التي تؤدي دوراً مهماً في تشكيل سلوك الأفراد، وعوامل داخلية؛ وتتمثل في العجز المعرفي و/ أو الحركي، وأنماط التعلق في مرحلة الطفولة، بالإضافة إلى ارتباط السلوك الاندفاعي بالعاطفة التي تُعدُّ سمة من سمات الإناث وعوامل بيولوجية؛ نتيجة الاختلاف التكويني والهرموني لكل من الجنسين.

ويمكن تفسير هذه النتيجة أيضاً في ضوء نتيجة الفرضين الأول والثاني؛ حيث توصلنا إلى أن السلوك الاندفاعي يرتبط باضطراب الشخصية الحدية، وأن نسب انتشار اضطراب الشخصية الحدية لدى الإناث أكبر منه لدى الذكور، ومن هذين الفرضين يمكن استنتاج أن السلوك الاندفاعي في مجمله لدى الإناث أكبر منه لدى الذكور. كما أنّ الأمر يزداد تعقيداً عند اقتران السلوك الاندفاعي باضطراب الشخصية الحدية؛ حيث يسهل الانقياد وراء العاطفة والسعي لإشباعها.

وبالرغم من محاولات التفسير السابقة للفروق بين الجنسين في السلوك الاندفاعي، فإنّ الدراسات السابقة في حيرة كبيرة لبحث هذه الفروق، بالإضافة إلى أنّ هذا الموضوع يحتاج لمزيد من الجهد والتعاون بين علماء النفس، والطب النفسي، وعلم الاجتماع لتوضيح أسباب الفروق وتفسيرها.

رابعاً: مناقشة وتفسير الفرضين الرابع والخامس:

كشفت نتائج الدراسة الحالية بعد تطبيق البرنامج الإرشادي السلوكي الجدلي على أفراد المجموعة التجريبية عن فاعليته في خفض سلوكهم الاندفاعي، وقد تأكد ذلك من خلال نتائج الفرضين الواردة في جداول (١٢، ١٣، ١٤، ١٥)، التي أشارت إلى انخفاض درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياس البعدي على النسخة المختصرة من مقياس السلوك الاندفاعي مقارنةً بدرجاتهم على القياس القبلي وبالمقارنة بدرجات أفراد المجموعة الضابطة في القياس البعدي، وعدم وجود فروق دالة إحصائية في درجات أفراد المجموعة الضابطة بين القياسين القبلي والبعدي، وكذلك عدم وجود فروق دالة إحصائية في درجات أفراد المجموعة التجريبية بين القياسين: البعدي والمتابعة، وذلك على النسخة المختصرة من مقياس السلوك الاندفاعي. وبهذه النتائج تحقق صحة الفرضين: الرابع والخامس.

وتتفق هذه النتيجة مع ما توصلت إليه نتائج عديد من الدراسات السابقة الأجنبية (Buerger, et al., 2019; Rios, 2020; Wetterborg et al., 2020) من أن برامج الإرشاد/ العلاج السلوكي الجدلي فعالة في خفض السلوك الاندفاعي لدى أفراد المجموعة التجريبية من طلاب الجامعة؛ حيث كان هناك تحسُّن واضح في درجات المجموعة التجريبية مقارنةً بالمجموعة الضابطة، أو لدى أفراد المجموعة التجريبية بعد فترة المتابعة؛ حيث لم تكن هناك فروق دالة بين القياسين البعدي والمتابعة للمجموعة التجريبية.

ويمكن تفسير هذه النتيجة في ضوء أن التدريب على مهارات الإرشاد/ العلاج السلوكي الجدلي ساعد المسترشدين في السيطرة على انفعالاتهم وسلوكياتهم؛ حيث تساعد مهارات اليقظة العقلية المسترشدين على زيادة وعيهم الذاتي، والسيطرة على الانتباه مع تقليل المعاناة وزيادة المتعة؛ كما توفر مهارات تحمل الضغوط الأدوات للحد من السلوك الاندفاعي وقبول الواقع كما هو؛ وتساعد مهارات تنظيم الانفعال على زيادة المشاعر الإيجابية وتقليل المشاعر السلبية؛ كما تساعد المهارات البيئشخصية الفعالة المسترشدين على تحسين العلاقات بين الأقران والأسرة والحفاظ عليها وبناء احترام الذات، كما أن مهارات المسار الأوسط (السير لمنتصف الطريق) تسهم في تعلم طرق لتقليل الصراع العائلي من خلال تعليم التحقق، ومبادئ تغيير السلوك، والتفكير الجدلي والتصرف (Linehan, 1993a-b; Linehan, et al., 2015; Rathu & Miller, 2014).

ويمكن تفسير هذه النتيجة أيضاً في ضوء ما يقوم به العلاج السلوكي الجدلي من تعليم المسترشدين تعديل الأفكار والمشاعر والانفعالات المتطرفة أو الزائدة عن الحد، وخفض السلوكيات السلبية الناتجة عن هذه الانفعالات، كما أنه من أنجح الأساليب العلاجية التي تستخدم لعلاج أعراض ذوي اضطراب الشخصية الحدية بشكل عام، والسلوك الاندفاعي بشكل خاص (Rathu & Miller, 2014; Swales & Heard, 2007).

كما يمكن تفسير هذه النتيجة من خلال مجموعة المهارات التي تدرب عليها المسترشدون خلال جلسات البرنامج وما لها من تأثيرات إيجابية على خفض سلوكهم الاندفاعي من خلال:

١- أن التدريب على مهارات اليقظة العقلية يُعدّ بمثابة الأساس للقيام بجميع المهارات الأخرى، كما أن التدريب على مهارات اليقظة العقلية يعالج عدم التنظيم الذاتي والمعرفي، الذي يعاني منه الأفراد ذوو اضطراب الشخصية الحدية. كما أنه بدون الوعي الفعّال، غالباً ما يكون الأفراد ذوو اضطراب الشخصية

الحدية عرضةً للسلوك المندفع الذي يعتمد على الحالة المزاجية. كما يوفر تطوير مهارات اليقظة العقلية الفرصة لاتخاذ خيارات مقصودة حول كيفية الاستجابة لمشاكل الحياة بدلاً من أن تكون تفاعلية (Linehan, 2015, Linehan et al., 2015; Linehan, 1993a-b).

٢- تتضمن المهارات البيئشخصية الفعالة مهارات السؤال عما يريده المرء أو قوله لا، والحفاظ على العلاقة، والحفاظ على احترام الذات؛ وذلك عن طريق تزويد ذوي الاضطراب بنسق منظم لتوجيه تفاعلاتهم البيئشخصية، كما يتعلمون تحدي المعتقدات الخاطئة حول العلاقات التي تتداخل مع مهاراتهم البيئشخصية، وكذلك العوامل التي قد تعوق استخدامهم للمهارات المتعلمة الجديدة (Linehan, 2015, Linehan, 1993a-b).

٣- تُسهّم مهارات تنظيم الذات في تعلم ذوي اضطراب الشخصية الحدية تحديد وتمييز انفعالاتهم، وتطوير مهاراتهم؛ لتقليل تعرضهم للمشاعر السلبية، وتجنب السلوك المعتمد على الحالة المزاجية، وزيادة تجاربهم الممتعة. وهذه المهارات ضرورية لذوي الاضطراب الذين يحاولون غالبًا إدارة عواطفهم؛ حيث يتعلمون تحديد ما يشعرون به والاعتراف به، ثم "يتصرفون بعكس" الرغبة الملحة التي تصاحب هذا الشعور، بدلاً من الانخراط في سلوكهم الاندفاعي (Linehan, 2015; Rathus & Miller, 2014).

٤- تتعامل مهارة تحمل الضغوط مع خصائص عدم التنظيم السلوكي لذوي اضطراب الشخصية الحدية الذين يتفاعلون غالبًا مع المواقف المؤلمة؛ مما يجعل الموقف أسوأ. ويتعلم المرضى من مهارات تحمل الضغوط مهارات تحمل الألم العاطفي بإتقان، وهو أمر أساسي وبخاصة في المواقف التي لا يوجد فيها حل أو لا يوجد حل فوري لها، كما تساعد على قبول المواقف كما هي في الوقت الحالي، وإيجاد معنى في التجارب المؤلمة، وفي تهدئة الذات والتحكم في السلوك الاندفاعي، وتسمى "استراتيجيات النجاة من الأزمات". كما تتضمن مهارة تحمل الضغوط مفهوم القبول الجذري؛ الذي يفترض أن الضغوط لا يمكن تجنبها في الحياة، ولا بد من قبولها والتعامل معها والاعتراف بها بدلاً من محاربتها والبعد عنها (Linehan, 2015, Linehan et al., 2015; Rathus & Miller, 2014).

ويرى الباحث أن جملة هذه النتائج والتفسيرات تشير إلى أن التدخل النفسي المتمثل في البرنامج الإرشادي السلوكي الجدلي الحالي كان فعالاً في خفض السوك الاندفاعي لدى أفراد المجموعة التجريبية من ذوي أعراض اضطراب الشخصية الحدية من طلاب الجامعة. ويُرجع الباحث هذه الفاعلية إلى الجوانب التالية:

١- أن جلسات البرنامج تضمنت عرضاً لمظاهر السلوك الاندفاعي وأسبابه، والنتائج السلبية المترتبة عليه، كما تضمنت عرضاً لأهمية العلاج السلوكي الجدلي، وأهدافه، ومهاراته، وفنياته، بوصفه أحد الطرق العلاجية في خفض السلوك الاندفاعي. وقد أدى ذلك إلى إعادة البناء المعرفي للمسترشدين حول أفكارهم الخاطئة والهدامة التي تقودهم إلى التصرف بانندفاعية، واستبدالها بأخرى صحيحة وبناءة، كما تعلموا كيفية السيطرة على انفعالاتهم السلبية والتحكم فيها، واستبدال السليبي منها بمشاعر إيجابية.

٢- أن جلسات البرنامج تضمنت عديداً من الأنشطة والواجبات المنزلية التي أدت إلى خفض السلوك الاندفاعي لدى أفراد المجموعة التجريبية، من خلال إكسابهم عدداً من المهارات، ومنها: مهارة تحمل

الضغوط، ومهارة تنظيم الانفعال، والمهارات البيئشخصية الفعّالة، ومهارة التأمل، ومهارة الاسترخاء ومهارة حل المشكلات، كما تضمنت الجلسات التركيز على مهارات اليقظة العقلية بشكل أساسي.

٣- أن جلسات البرنامج أتاحت التفاعل بين أفراد المجموعة التجريبية في أثناء الجلسات سواء في مناقشة بعض الموضوعات، أو الاشتراك في أداء بعض الأنشطة، وقد أسهم ذلك في إكسابهم بعض المهارات الاجتماعية اللازمة لتحقيق التفاعل البيئشخصي الفعّال، مما نمى لديهم مشاعر ومهارات التعايش الإيجابي مع الآخرين، والقبول غير المشروط للآخر.

٤- كما كان لأسلوب التدريب والاستشارة عبر الهاتف دورًا فعّالًا في تغيير سلوك المسترشدين؛ حيث لجأ أفراد المجموعة التجريبية لهذا الأسلوب للاستفسار، وطلب الدعم في كيفية تنفيذ بعض مهارات البرنامج كما ساعدتهم في مناقشة بعض الأمور التي يخلطون منها وجهًا لوجه مع المرشد.

وقد تأكد أثر البرنامج الإرشادي السلوكي الجدلي في خفض السلوك الاندفاعي؛ وذلك من خلال المقارنة بين متوسطي رتب المجموعتين: التجريبية، والضابطة بعد تطبيق البرنامج على أفراد المجموعة التجريبية فقط، وهو ما يعد نتيجة منطقية؛ حيث لم يتعرض أفراد المجموعة الضابطة لأية خبرات أو أنشطة قد يكون من شأنها إحداث أي أثر إيجابي بالنسبة لهم، في حين حدث تغيير إيجابي لأفراد المجموعة التجريبية التي تعرضت للبرنامج بأنشطته المختلفة، ومن ثم يمكن القول إن هذا التغيير يرجع إلى البرنامج المستخدم في خفض السلوك الاندفاعي.

كما تأكدت فاعلية البرنامج الإرشادي في خفض السوك الاندفاعي، وذلك من خلال عدم وجود فروق دالة إحصائية بين القياسين: البعدي والتتبعي للمجموعة التجريبية، وهذا يشير إلى فاعلية البرنامج إلى ما بعد انتهاءه، وفي أثناء فترة المتابعة، وعدم حدوث انتكاسة بعد انتهائه.

ويمكن تفسير ذلك في ضوء ما أكسبه البرنامج للأفراد من طرق جديدة للتعامل مع المواقف الضاغطة، وللتفاعل والتعامل الفعّال مع المحيطين بهم وقبولهم، كما يشير ذلك إلى تمكنهم من تعميم مهارات: اليقظة العقلية، وحل المشكلات، وتحمل الضغوط، وتنظيم الانفعال، والسير لمنتصف الطريق والعقل الحكيم، والتأمل، والاسترخاء التي اكتسبوها في أثناء الجلسات في التعامل مع المواقف والخبرات الحياتية المستقبلية لدرجة أنها أصبحت أسلوب حياة يتبعونها في المواقف الجديدة.

توصيات الدراسة والبحوث المقترحة:

١- الاهتمام بالإرشاد النفسي في الجامعات ووضعه على خريطة الدراسة الجامعية، بهدف خفض السلوك الاندفاعي لدى الطلاب بشكل خاص، وعلاج أعراض اضطراب الشخصية الحدية بشكل عام، لما له من مردود تنموي، ووقائي، وعلاجي على الطلاب أنفسهم وعلى المجتمع ككل.

٢- عقد مجموعة من الندوات والمحاضرات التثقيفية لطلبة الجامعة لتعليمهم مفاهيم، وقواعد وفنيات، ومهارات العلاج السلوكي الجدلي، للاستفادة منها في حياتهم العلمية والعملية.

٣- عقد مجموعة من الندوات والمحاضرات التثقيفية لطلبة الجامعة لتعريفهم بالسلوك الاندفاعي وأعراضه، وأسبابه، والنتائج السلبية المترتبة عليه، والاتجاهات المختلفة في علاجه، لمحاولة تجنبه وخفضه خلال المواقف الحياتية التي تواجههم في المستقبل.

٤- إجراء مزيد من الدراسات والبحوث حول نسب انتشار اضطراب الشخصية الحدية لدى فئات عديدة من المجتمع، وخصوصاً طلاب الجامعة، ومقارنتها مع بعضها البعض في ضوء النسب العالمية؛ للوقوف على حقيقة انتشار هذا الاضطراب في البيئة والثقافة العربية.

٥- إجراء مزيد من الدراسات حول الإرشاد/ العلاج السلوكي الجدلي للوقوف على فاعليته في خفض أعراض اضطراب الشخصية الحدية بشكل عام، وخفض السلوك الاندفاعي بشكل خاص، ومقارنته بأساليب وطرق إرشادية أخرى.

٦- إجراء مزيد من الدراسات لمحاولة إيجاد صورة أكثر اختصاراً من للإرشاد/ العلاج السلوكي الجدلي في علاج الاضطرابات النفسية والسلوكية؛ بسبب أنه يحتاج لوقت طويل ومجهود كبير سواء بالنسبة للمرشد أو المسترشد؛ مما قد يسبب مللاً للمرشد، كما قد يملّ المسترشد من تنفيذ تعليماته.

المراجع:

- البحيري، عبدالرقيب أحمد (٢٠١٠). مقياس الصحة النفسية للمراهقين. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- غريب، عبدالفتاح غريب (٢٠٠٠). مقياس الاكتئاب (د-٢) *BDI-II* التعليمات ودراسات الصدق والثبات وقوائم المعايير والدرجات الفاصلة. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- Al-Hunaishel, M. A., Almalki, M. A., Almainan, S. S., Alqahtani, T. A., Alsaadi, Z. S., Aldosari, B. M., & Al-Shehri, S. H. (2018). The association between attention deficit hyperactivity disorder and Legg–Calvé–Perthes disease in tertiary hospital-Riyadh City, Saudi Arabia. *Journal of Musculoskeletal Surgery and Research*, 2(4), 156.
- Al-Modayfer, O., & Alatiq, Y. (2015). A Pilot Study on the Prevalence of Psychiatric Disorders among Saudi Children and Adolescents: A Sample from a Selected Community in Riyadh City. *The Arab Journal of Psychiatry*, 44(2151), 1-10.
- Alslman, E. T., Baker, N. A., & Dalky, H. (2017). Mood and anxiety disorders among adolescent students in Jordan. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 23(9).
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.
- Auerbach, R. P., Stewart, J. G., & Johnson, S. L. (2017). Impulsivity and suicidality in adolescent inpatients. *Journal of abnormal child psychology*, 45(1), 91-103.
- Bach, B., & First, M. B. (2018). Application of the ICD-11 classification of personality disorders. *BMC psychiatry*, 18(1), 351.

-
- Barker, V., Romaniuk, L., Cardinal, R. N., Pope, M., Nicol, K., & Hall, J. (2015). Impulsivity in borderline personality disorder. *Psychological medicine*, 45(9), 1955.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2019). Mentalization-based treatment for borderline and antisocial personality disorder. In: *Contemporary Psychodynamic Psychotherapy* (pp. 133-148). Academic Press.
- 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.
- Becker, D. (2018). *Through the looking glass: Women and borderline personality disorder*. New York: Routledge.
- Benson, K. T., Donnellan, M. B., & Morey, L. C. (2017). Gender-related differential item functioning in DSM-IV/DSM-5-III (alternative model) diagnostic criteria for borderline personality disorder. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 8(1), 87.
- Berenson, K. R., Gregory, W. E., Glaser, E., Romirowsky, A., Rafaeli, E., Yang, X., & Downey, G. (2016). Impulsivity, rejection sensitivity, and reactions to stressors in borderline personality disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 40(4), 510-521.
- Berg, J. M. (2016). *The Heterogeneous Roles of the UPPS-P Impulsivity Pathways across Features of Psychopathology*. Doctoral dissertation, Emory University.
- Billieux, J., Rochat, L., Ceschi, G., Carré, A., Offerlin-Meyer, I., Defeldre, A. C., ... & Van der Linden, M. (2012). Validation of a short French version of the UPPS-P impulsive behavior scale. *Comprehensive Psychiatry*, 53(5), 609–615.
- Bohus, M., Kleindienst, N., Limberger, M., Stieglitz, R., Domsalla, M., Chapman, A., ... & Wolf, M. (2009). The Short Version of the Borderline Symptom List (BSL-23): Development and Initial Data on Psychometric Properties. *Psychopathology*, 42(1), 32–39.
- Bohus, M., Limberger, M. F., Frank, U., Chapman, A. L., Kühler, T., & Stieglitz, R. D. (2007). Psychometric properties of the borderline symptom list (BSL). *Psychopathology*, 40(2), 126–132.
- Bornoalova, M. A., Verhulst, B., Webber, T., McGue, M., Iacono, W. G., & Hicks, B. M. (2018). Genetic and environmental influences on the development among borderline personality disorder traits, major depression symptoms, and substance use disorder symptoms from adolescence to young adulthood. *Development and psychopathology*, 30(1), 49-65.
-

-
- Buerger, A., Fischer-Waldschmidt, G., Hammerle, F., Auer, K. V., Parzer, P., & Kaess, M. (2019). Differential change of borderline personality disorder traits during dialectical behavior therapy for adolescents. *Journal of personality disorders*, 33(1), 119-134.
- Calzada, G., Rothen, S., Radziejewska, D., Martins, D., Aranda, L., Bassini, L., & ... & D. Zullino, D. (2017). Validation of a Short French UPPS-P Impulsive Behavior Scale in Patients with Substance use Disorder. *Int J Ment Health Addiction*, 15, 1096–1102.
- Casey, B. J., Heller, A. S., Gee, D. G., & Cohen, A. O. (2019). Development of the emotional brain. *Neuroscience letters*, 693, 29-34.
- Chamberlain, S. R., & Grant, J. E. (2019). Relationship between quality of life in young adults and impulsivity/compulsivity. *Psychiatry research*, 271, 253-258.
- Chapman, A. L., Leung, D. W., & Lynch, T. R. (2008). Impulsivity and emotion dysregulation in borderline personality disorder. *Journal of personality disorders*, 22(2), 148-164.
- Chapple, C. L. & Johnson, K. A. (2007). Gender Differences in Impulsivity. *Youth Violence and Juvenile Justice*, 5(3), 221-234.
- Claréus, B., Daukantaitė, D., Wångby-Lundh, M., & Lundh, L. (2017). Validation of a Swedish version of the short UPPS-P impulsive behavior scale among young adults. *Addictive Behaviors Reports*, 6, 118–122.
- Clarkin, J. F., Levy, K. N., & Schiavi, J. M. (2005). Transference focused psychotherapy: Development of a psychodynamic treatment for severe personality disorders. *Clinical Neuroscience Research*, 4(5-6), 379-386.
- Colver, A., & Longwell, S. (2013). New understanding of adolescent brain development: relevance to transitional healthcare for young people with long term conditions. *Archives of disease in childhood*, 98(11), 902-907.
- Cservenka, A., & Brumback, T. (2017). The burden of binge and heavy drinking on the brain: effects on adolescent and young adult neural structure and function. *Frontiers in psychology*, 8, 1111.
- Cyders, M. A., Littlefield, A. K., Coffey, S., & Karyadi, K. A. (2014). Examination of a short English version of the UPPS-P impulsive behavior scale. *Addictive Behaviors*, 39(9), 1372–1376.
- Cyders, M.A. & Smith, G. T. (2007). Mood-based rash action and its components: Positive and negative urgency. *Personality and Individual Differences*. 43(4), 839-850.
-

- Daros, A. R., Rodrigo, A. H., Norouzian, N., Darboh, B. S., McRae, K., & Ruocco, A. C. (2020). Cognitive reappraisal of negative emotional images in borderline personality disorder: Content analysis, perceived effectiveness, and diagnostic specificity. *Journal of personality disorders*, 34(2), 199-215.
- Davidson, K. M. (2008). Cognitive-behavioural therapy for personality disorders. *Psychiatry*, 7(3), 117-120.
- 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.
- De Jongh, A., Groenland, G. N., Sanches, S., Bongaerts, H., Voorendonk, E. M., & Van Minnen, A. (2020). The impact of brief intensive trauma-focused treatment for PTSD on symptoms of borderline personality disorder. *European Journal of Psychotraumatology*, 11(1), 1721142.
- DeYoung, G. (2011). Impulsivity as a personality trait. In: K. Vohs & R. Baumeister (eds.), *Handbook of self-regulation: research, theory and application* (2nd ed.), (485-502). New York: The Guilford Press.
- Dimeff, L. A., & Linehan, M. M. (2008). Dialectical behavior therapy for substance abusers. *Addiction science & clinical practice*, 4(2), 39.
- D'Orta, I., Burnay, J., Aiello, D., Niolu, C., Siracusano, A., Timpanaro, L., ... & Joël Billieux, J. (2015). Development and validation of a short Italian UPPS-P Impulsive Behavior Scale. *Addictive Behaviors Reports*, 2, 19-22.
- Euler, S., Nolte, T., Constantinou, M., Griem, J., Montague, P. R., & Fonagy, P. (2019). Interpersonal problems in borderline personality disorder: associations with mentalizing, emotion regulation, and impulsiveness. *Journal of Personality Disorders*, 1-17.
- Farrell, J. M., Shaw, I. A., & Webber, M. A. (2009). A schema-focused approach to group psychotherapy for outpatients with borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 40(2), 317-328.
- Farshidfar, Z., Dastjerdi, R., Mohammadi, M. R., Alavi, S., & Ahmadi, A. (2019). The Prevalence of Psychiatric Disorders Among Children and Adolescents in Southern Khorasan Province, Iran. *Modern Care Journal*, 16(2).
- Fattore, L., & Melis, M. (2016). Sex differences in impulsive and compulsive behaviors: a focus on drug addiction. *Addiction biology*, 21(5), 1043-1051.
- Germer C. K., Siegel, R. D., & Fulton, P. R. (2005). *Mindfulness and psychotherapy*. 1st ed. New York: Guilford Press.

-
- Gladwin, T. E., Jewiss, M., Banic, M., & Pereira, A. (2020). Associations between performance-based and self-reported prospective memory, impulsivity and encoding support. *Acta Psychologica, 206*, 103066.
- Goldhammer, H., Crall, C., & Keuroghlian, A. S. (2019). Distinguishing and Addressing Gender Minority Stress and Borderline Personality Symptoms. *Harvard review of psychiatry, 27*(5), 317-325.
- Gordon, J. (2011). Impulse Control Disorders. In: S.C. Dombrowski et al. (eds.), *Assessing and Treating Low Incidence/High Severity Psychological Disorders of Childhood*, (123-160), New York: Springer Science+Business Media.
- Gray, N. S., Weidacker, K., & Snowden, R. J. (2019). Psychopathy and impulsivity: The relationship of psychopathy to different aspects of UPPS-P impulsivity. *Psychiatry research, 272*, 474-482.
- Guillén Botella, V., García-Palacios, A., Bolo Miñana, S., Baños, R., Botella, C., & Marco, J. H. (2020). Exploring the effectiveness of dialectical behavior therapy versus systems training for emotional predictability and problem solving in a sample of patients with borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 1-18.
- Gunderson, J. G. & Lins, P. S. (2009). *Borderline personality disorder: A clinical guide*. USA: American Psychiatric Pub.
- Hamdullahpur, K. (2018). *Mechanisms Contributing to Suicidal Ideation: The Relationships Between Borderline Personality Disorder Symptoms, Gender, and Emotion Dysregulation*. Master Thesis dissertation, University of Toronto.
- Harley, R., Eisner, L., Prairie, E., & Jacobo, M. (2016). Treatment of Borderline Personality Disorder. In: T.J. Petersen et al. (eds.), *The Massachusetts General Hospital Handbook of Cognitive Behavioral Therapy*, (227-242). New York: Springer Science+Business Media.
- Herbort, M. C., Soch, J., Wüstenberg, T., Krauel, K., Pujara, M., Koenigs, M., ... & Schott, B. H. (2016). A negative relationship between ventral striatal loss anticipation response and impulsivity in borderline personality disorder. *NeuroImage: Clinical, 12*, 724-736.
- Herdoiza-Arroyo, P. & Chóliz, M. (2019). Impulsivity in Adolescence: Use of a Short Version of the UPPS Questionnaire in a Sample of Latin American and Spanish Youths. *RIDEP. 50*(1), 123-135.
- Holcomb, B. M., Mahoney, C. T. & Lawyer, S. R. (2019). Impulsivity and Sexual Assault, In: W. T. O'Donohue and P. A. Schewe (eds.), *Handbook of Sexual Assault and Sexual Assault Prevention*, (369-380), New York: Springer Science+Business Media.
-

- Ikomi J, & O'Malley S.S. (2019). Alcohol use disorders. In: Ebert M.H., & Leckman J.F., & Petrakis I.L.(Eds.), *Current Diagnosis & Treatment: Psychiatry, 3e*. McGraw-Hill.
- Kang, J. W. (2017). The effect of interactive metronome training on increasing attention and impulsivity control for children with attention deficit hyperactivity disorder. *Therapeutic Science for Rehabilitation, 6*(1), 45-54.
- Kaplan, C., Tarlow, N., Stewart, J. G., Aguirre, B., Galen, G., & Auerbach, R. P. (2016). Borderline personality disorder in youth: The prospective impact of child abuse on non-suicidal self-injury and suicidality. *Comprehensive psychiatry, 71*, 86-94.
- Katsakou, C., Pistrang, N., Barnicot, K., White, H., & Priebe, S. (2019). Processes of recovery through routine or specialist treatment for borderline personality disorder (BPD): a qualitative study. *Journal of Mental Health, 28*(6), 604-612.
- Keefe, J. R., Kim, T. T., DeRubeis, R. J., Streiner, D. L., Links, P. S., & McMain, S. F. (2020). Treatment selection in borderline personality disorder between dialectical behavior therapy and psychodynamic psychiatric management. *Psychological Medicine, 1-9*.
- Kleindienst, N., Jungkunz, M. & Bohus, M. (2020). A proposed severity classification of borderline symptoms using the borderline symptom list (BSL-23). *Borderline personality disorder and emotion dysregulation, 7*, 1-11.
- Kliem, S., Kröger, C., & Kosfelder, J. (2010). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder: a meta-analysis using mixed-effects modeling. *Journal of consulting and clinical psychology, 78*(6), 936.
- Koerner K., & Dimeff, L.A. (2007). Overview of dialectical behavior therapy. In: L. A. Dimeff, & K. Koerner (eds.), *Dialectical behavior therapy in clinical practice*, (1-18), New York: Guilford Press.
- Kogachi, S., Chang, L., Alicata, D., Cunningham, E., & Ernst, T. (2017). Sex differences in impulsivity and brain morphometry in methamphetamine users. *Brain Structure and Function, 222*(1), 215-227.
- Körner, A. & Strack, F. (2018). Embodiment: Reflective and Impulsive Processes. In: G. Hauke, A. Kritikos (eds.), *Embodiment in Psychotherapy*, (97-112), New York: Springer Science+Business Media.
- Kredlow, M. A., Szuhany, K. L., Lo, S., Xie, H., Gottlieb, J. D., Rosenberg, S. D., & Mueser, K. T. (2017). Cognitive behavioral therapy for posttraumatic stress disorder in individuals with severe mental illness and borderline personality disorder. *Psychiatry research, 249*, 86-93.
- Kröger, C., Schulz, J., Kosfelder, J., Schweiger, U., McMain, S., & Kliem, S. (2014). Factorial invariance of the Emotion-Dysregulation-Scale for Canadian and German

- treatment-seeking adults with borderline personality disorder, major depression or substance dependence. *Personality and individual differences*, 71, 124-129.
- Leppänen, V., Lindeman, S., Arntz, A., & Hakko, H. (2013). Preliminary evaluation of psychometric properties of the Finnish borderline personality disorder severity index: Oulu-BPD-study. *Nordic journal of psychiatry*, 67(5), 312-319.
- Lim, S. & Kim, S. (2018). Validation of a short Korean version of the UPPS-P Impulsive Behavior Scale. *Asia-Pacific Psychiatry*, 10, e12318.
- Lim, S. Y. & Lee, Y. H. (2014). A Korean validation of the UPPS-P Impulsive Behavior Scale in college students. *Korean Journal of Clinical Psychology*, 33, 51-71.
- Linehan M. (2015). *DBT skills training handouts and worksheets*, (2nd edition). New York: The Guilford Press.
- Linehan M. (2015). *DBT skills training manual*, 2nd edition. New York: The Guilford Press.
- Linehan M. M. (1993a). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Linehan M. M. (1993b). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- 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.
- Linehan, M. M., Korslund, K. E., Harned, M. S., Gallop, R. J., Lungu, A., Neacsiu, A. D., ... & Murray-Gregory, A. M. (2015). Dialectical behavior therapy for high suicide risk in individuals with borderline personality disorder: a randomized clinical trial and component analysis. *JAMA psychiatry*, 72(5), 475-482.
- Long, B. & Witterholt, S. (2013). An overview of dialectical behavior therapy. *Psychiatric Annals*, 43(4), 152-157.
- Lozano, Ó. M., Díaz-Batanero, C., Rojas, A. J., Pilatti, A., & Fernández-Calderón, F. (2018). Concordance between the original and short version of the Impulsive Behaviour Scale UPPS-P using an IRT model. *PloS one*, 13(3), e0194390.
- Lynam, D. R. (2011). Impulsivity and Deviance. In: M. T. Bardo; D. H. Fishbein & R. Milich (eds.). *Inhibitory control and drug abuse prevention: From research to Translation*, 145-160, New York: Springer Science+Business Media.

- Lynam, D. R., Smith, G. T., Whiteside, S. P. & Cyders, M.A. (2006). *The UPPS-P: Assessing five personality pathways to impulsive behavior (Technical Report)*. West Lafayette: Purdue University.
- Lynch, T. R., Trost, W. T., Salsman, N. & Linehan, M. M. (2007). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. *Annu. Rev. Clin. Psychol.* 3, 181-205.
- McGowan, N. M., Goodwin, G. M., Bilderbeck, A. C., & Saunders, K. E. (2020). Actigraphic patterns, impulsivity and mood instability in bipolar disorder, borderline personality disorder and healthy controls. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 141(4), 374-384.
- Michopoulos, V., Beurel, E., Gould, F., Dhabhar, F. S., Schultebrasucks, K., Galatzer-Levy, I., & Nemeroff, C. B. (2020). Association of prospective risk for chronic PTSD symptoms with low TNF α and IFN γ concentrations in the immediate aftermath of trauma exposure. *American Journal of Psychiatry*, 177(1), 58-65.
- Miller, A. L., Carnesale, M. T. & Courtney, E. A. (2016). Dialectical Behavior Therapy, In: C. Sharp & J. L. Tackett (eds.), *Handbook of Borderline Personality Disorder in Children and Adolescents*, (385-401), New York: Springer Science+Business Media.
- Miller, A. L., Rathus, J. H., & Linehan, M. M. (2006). *Dialectical behavior therapy with suicidal adolescents*. New York: Guilford Press.
- Mohamadizadeh, L., Makvandi, B., Pasha, R., BakhtiarPour, S & Hafezi, F. (2018). Comparison of the efficacy of Dialectical Behavior Therapy (DBT) and Schema Therapy (ST) on impulsive behavior in patients with borderline personality disorder. *Journal of Guilan University of Medical Sciences*. 27(106), 44-53.
- Mohammadi, M. R., Salehi, M., Khaleghi, A., Hooshyari, Z., Mostafavi, S. A., Ahmadi, N., & Amanat, M. (2020). Social anxiety disorder among children and adolescents: A nationwide survey of prevalence, socio-demographic characteristics, risk factors and co-morbidities. *Journal of Affective Disorders*, 263, 450-457.
- Mohammed, A. H. (2019). Saudi Arabian Pre-Service Special Education Teachers Knowledge of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD). *Global Journal of Health Science*, 11(3).
- Nadort, M., Arntz, A., Smit, J. H., Giesen-Bloo, J., Eikelenboom, M., Spinhoven, P., ... & van Dyck, R. (2009). Implementation of outpatient schema therapy for borderline personality disorder with versus without crisis support by the therapist outside office hours: A randomized trial. *Behaviour research and therapy*, 47(11), 961-973.
- 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.

-
- Neto, R. D. & True, M. (2011). The development and treatment of impulsivity. *Psico*, 42(1), 134-141.
- Netto, L. R., Pereira, J. L., Nogueira, J. F., Cavalcanti-Ribeiro, P., Santana, R. C., Teles, C. A., . . . & Quarantini, L. (2016). Impulsivity is relevant for trauma exposure and PTSD symptoms in a non-clinical population. *Psychiatry Research*, 239, 204-211.
- Nicastro, R., Prada, P., Kung, A. L., Salamin, V., Dayer, A., Aubry, J. M., ... & Perroud, N. (2016). Psychometric properties of the French borderline symptom list, short form (BSL-23). *Borderline personality disorder and emotion dysregulation*, 3(1), 4.
- Ortiz Fernández, C. (2016). *Hacia un diagnóstico fiable y eficiente del trastorno límite de la personalidad validación de la versión española de la Borderline Symptom List-Short versión: BSL-23*. Doctoral thesis, Universitat Autònoma de Barcelona.
- Paris, J. (2014). A History of Research on Borderline Personality Disorder in Childhood and Adolescence. In: C. Sharp and J.L. Tackett (eds.), *Handbook of Borderline Personality Disorder in Children and Adolescents*, (9-16), New York: Springer Science+Business Media.
- Peters, J. R., Upton, B. T., & Baer, R. A. (2013). Brief report: relationships between facets of impulsivity and borderline personality features. *Journal of personality disorders*, 27(4), 547-552.
- Quenneville, A. F., Kalogeropoulou, E., Küng, A. L., Hasler, R., Nicastro, R., Prada, P., & Perroud, N. (2020). Childhood maltreatment, anxiety disorders and outcome in borderline personality disorder. *Psychiatry research*, 284, 112688.
- Quinn, P. D., & Harden, K. P. (2013). Differential changes in impulsivity and sensation seeking and the escalation of substance use from adolescence to early adulthood. *Development and psychopathology*, 25(1), 223.
- Radoslavova, M. & Velichkov, A. (2005). Metodi za psihodiagnostika. *Methods for psychodiagnosics*. Sofia: Pandora Prim, 115-131.
- Rathu, J. H & Miller, A. L. (2014). *DBT Skills Manual for Adolescents*. New York: The Guilford Press.
- Ravert, R. D., & Donnellan, M. B. (2020). Impulsivity and Sensation Seeking: Differing Associations with Psychological Well-Being. *Applied Research in Quality of Life*, 1-13.
- Richard-Lepouriel, H., Kung, A. L., Hasler, R., Bellivier, F., Prada, P., Gard, S., ... & Aubry, J. M. (2019). Impulsivity and its association with childhood trauma experiences across bipolar disorder, attention deficit hyperactivity disorder and borderline personality disorder. *Journal of affective disorders*, 244, 33-41.
-

- Richmond, J. R., Tull, M. T., & Gratz, K. L. (2020). The roles of emotion regulation difficulties and impulsivity in the associations between borderline personality disorder symptoms and frequency of nonprescription sedative use and prescription sedative/opioid misuse. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 16, 62-70.
- Rios, E. Y. (2020). Dialectical Behavior Therapy in the Treatment of Borderline Personality Disorder. *Journal of Cognitive-Behavioral Psychotherapy and Research*, 9(2), 148-157.
- Rizvi, S. L., Steffel, L. M., & Carson-Wong, A. (2013). An overview of dialectical behavior therapy for professional psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 44(2), 73.
- Rolston, C. (2018). Borderline Personality Disorder. In: J. S. Kreutzer, J. DeLuca, & B. Caplan (eds.). *Encyclopedia of Clinical Neuropsychology*, (506-507), New York: Springer Publishing.
- Samiefard, M., Fadardi, J. S., Kareshki, H., & Stacy, A. W. (2020). A Discussion on "Examination of a Short English Version of the UPPS-P Impulsive Behavior Scale. *Addictive Behaviors*, 104, 106287.
- Schäfer, J. L., Dornelles, V. G., & Horta, R. L. (2016). Borderline personality disorder typical symptoms among Brazilian adolescents in a foster care institution. *Vulnerable Children and Youth Studies*, 11(1), 13-23.
- Sediyama, C. Y., Moura, R., Garcia, M. S., da Silva, A. G., Soraggi, C., Neves, F. S., ... & Malloy-Diniz, L. F. (2017). Factor analysis of the Brazilian version of UPPS impulsive behavior scale. *Frontiers in psychology*, 8, 622.
- Seidl, E., Padberg, F., Bauriedl-Schmidt, C., Albert, A., Daltrozzi, T., Hall, J., ... & Jobst, A. (2020). Response to ostracism in patients with chronic depression, episodic depression and borderline personality disorder a study using Cyberball. *Journal of Affective Disorders*, 260, 254-262.
- Seleem, M. A., Amer, R. A., Romeh, A. H., & Hamoda, H. M. (2019). Demographic and clinical characteristics of children seeking psychiatric services in the Nile Delta region: an observational retrospective study. *International journal of mental health systems*, 13(1), 66.
- Seow, L. L., Page, A. C., & Hooke, G. R. (2020). Severity of borderline personality disorder symptoms as a moderator of the association between the use of dialectical behaviour therapy skills and treatment outcomes. *Psychotherapy Research*, 1-14.

-
- Shahabi, M., Hasani, J., & Bjureberg, J. (2020). Psychometric properties of the brief Persian version of the difficulties in emotion regulation scale (the DERS-16). *Assessment for Effective Intervention*, 45(2), 135-143.
- Sher, L., Rutter, S. B., New, A. S., Siever, L. J., & Hazlett, E. A. (2019). Gender differences and similarities in aggression, suicidal behaviour, and psychiatric comorbidity in borderline personality disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 139(2), 145-153.
- Slobodin, O., & Davidovitch, M. (2019). Gender differences in objective and subjective measures of ADHD among clinic-referred children. *Frontiers in human neuroscience*, 13, 441.
- Söderholm, J. J., Socada, J. L., Rosenström, T., Ekelund, J., & Isometsä, E. T. (2020). Borderline Personality Disorder With Depression Confers Significant Risk of Suicidal Behavior in Mood Disorder Patients—A Comparative Study. *Frontiers in psychiatry*, 11, 290.
- Soler, J., Vega, D., Feliu-Soler, A., Trujols, J., Soto, Á., Elices, M., ... & Pascual, J. C. (2013). Validation of the Spanish version of the Borderline Symptom List, short form (BSL-23). *BMC psychiatry*, 13(1), 1317.
- Soloff, P. H., Meltzer, C. C., Becker, C., Greer, P. J., Kelly, T. M., & Constantine, D. (2003). Impulsivity and prefrontal hypometabolism in borderline personality disorder. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 123(3), 153-163.
- Stern, B. L., & Yeomans, F. (2018). The Psychodynamic Treatment of Borderline Personality Disorder: An Introduction to Transference-Focused Psychotherapy. *Psychiatric Clinics*, 41(2), 207-223.
- Stevenson, J., Meares, R., & Comerford, A. (2003). Diminished impulsivity in older patients with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 160(1), 165-166.
- Stoyanova, S. & Giannouli, V. (2018). Bulgarian students' impulsivity differentiated by gender, age, and some scientific areas. *Psychological Thought*, 11(2), 138-147.
- Stratton, N., Mendoza Alvarez, M., Labrish, C., Barnhart, R., & McMMain, S. (2020). Predictors of dropout from a 20-week dialectical behavior therapy skills group for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Journal of personality disorders*, 34(2), 216-230.
- Svěrák, T., Linhartova, P., Fiala, A., Kašpárek, T., & Ustohal, L. (2018). Repetitive transcranial magnetic stimulation treating impulsivity in borderline personality disorder and attention deficit/hyperactivity disorder. *Transcranial Magnetic Stimulation in Neuropsychiatry*. London: IntechOpen, 41-63.
-

- Swales, M. A. & Heard, H. L. (2007). The therapy relationship in dialectical behaviour therapy. *The therapeutic relationship in the cognitive behavioral psychotherapies*, 185-204.
- Teese, R., Willie, C., Jago, A., & Gill, P. R. (2020). An Investigation of Alternative Factor Models of Impulsivity using the UPPS-P. *Journal of Personality Assessment*, 1-8.
- Terzi, L., Martino, F., Berardi, D., Bortolotti, B., Sasdelli, A., & Menchetti, M. (2017). Aggressive behavior and self-harm in Borderline Personality Disorder: The role of impulsivity and emotion dysregulation in a sample of outpatients. *Psychiatry research*, 249, 321-326.
- Tomko, R. L., Trull, T. J., Wood, P. K., & Sher, K. J. (2014). Characteristics of borderline personality disorder in a community sample: Comorbidity, treatment utilization, and general functioning. *Journal of Personality Disorders*, 28(5), 734-750.
- Vaillancourt, T. & Brittain, H. (2019). Longitudinal associations among primary and secondary psychopathic traits, anxiety, and borderline personality disorder features across adolescence. *Personality disorders*. 10(4), 354-364.
- Watts, A., Smith, G., Barch, D., & Sher, K. (2020). Factor Structure, Measurement and Structural Invariance, and External Validity of an Abbreviated Youth Version of the UPPS-P Impulsive Behavior Scale. *Psychological assessment*. 32(4), 336-347.
- Wetterborg, D., Dehlbom, P., Långström, N., Andersson, G., Fruzzetti, A. E., & Enebrink, P. (2020). Dialectical behavior therapy for men with borderline personality disorder and antisocial behavior: A clinical trial. *Journal of Personality Disorders*, 34(1), 22-39.
- Whiteside, S. P. & Lynam, D. R. (2001). The five factor model and impulsivity: using a structural model of personality to understand impulsivity. *Pers Individ Differ*, 30, 669-689.
- Wolf, M., Limberger, M. F., Kleindienst, N., Stieglitz, R. D., Domsalla, M., Philipsen, A., ... & Bohus, M. (2009). Short version of the borderline symptom list (BSL-23): development and psychometric evaluation. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 59(8), 321-324.
- World Health Organization. (2016). International classification of diseases (ICD). Retrieved from: <http://www.who.int/classifications/icd/en/>.
- Wrege, J., Schmidt, A., Walter, A., Smieskova, R., Bendfeldt, K., Radue, E. W., Lang, U. E. & Borgwardt, S. (2014). Effects of cannabis on impulsivity: a systematic review of neuroimaging findings. *Current Pharmaceutical Design*, 20, 2126-2137
- Yalch, M. M., Hopwood, C. J. & Zanarini, M. C. (2015). Hyperbolic Temperament as a Distinguishing Feature Between Borderline Personality Disorder and Mood

-
- Dysregulation. In: L.W. Choi-Kain, J.G. Gunderson (eds.), *Borderline Personality and Mood Disorders: Comorbidity and Controversy*, (119-132), New York: Springer Science+Business Media.
- Yang, H., Lei, X., Zhong, M., Zhou, Q., Ling, Y., Jungkunz, M., & Yi, J. (2018). Psychometric properties of the Chinese version of the brief borderline symptom list in undergraduate students and clinical patients. *Frontiers in psychology*, 9, 605.
- Young, C. (2014). Harass Map: Using crowd sourced data to map sexual harassment in Egypt. *Technology Innovation Management Review*, 4(3).
- Zhang, Y., Qiu, X., Ren, Q., Zhou, Z., Zhou, H., Du, J., ... & Liu, W. (2020). Psychometric Properties of the Chinese version of UPPS-P Impulsive Behavior Scale. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 185.
- Zsila, Á., Böthe, B., Demetrovics, Z., Billieux, J., & Orosz, G. (2020). Further exploration of the SUPPS-P impulsive behavior scale's factor structure: Evidence from a large Hungarian sample. *Current Psychology*, 39(1), 378-388.

The Effectiveness of Dialectical Behavioral Counseling Program to Reduce Impulsive Behavior among University Students with Symptoms of Borderline Personality Disorder.

Dr. Ahmed Teleb

Psychology department - Faculty of Education - The New Valley University

Abstract:

The study aimed to: (1) Identify the relationship between Borderline Personality Disorder (BPD) and impulsive behavior (IB) among university students. (2) Investigate the differences between males and females in IB and prevalence of BPD. (3) Explore the effectiveness of dialectical behavioral counseling program (DBCP) to reduce IB among study sample. The experimental sample of the study consisted of 20 male students (10 students for each of experimental and control group), their ages were from 19.42 to 26.53 years ($M_{age}=21.28 \pm 1.65$); they selected from 612 students (272 males, 340 females from King Khalid University. The researcher used descriptive and quasi-experimental approaches. The researcher translated BPD List-23 (prepared by: Bohus et al., 2009) and S-UPPS-P scale (prepared by: Billieux et al., 2012) to Arabic language, and design the DBCP. The study reached the following results: (1) there was a positive significant statistical relationship between BPD and IB among university students, (2) The prevalence of BPD is greater for females than males, (3) there were significant differences between males and females in IB (NU, SS, PU and total score) for females, and (4) the DBCP was effective to reduce IB among experimental group.

Keywords: Dialectical Behavioral Counseling Program - Borderline Personality Disorders – Impulsive Behavior - University Students.