

العلاج بالمخطط بين النظرية والتطبيق (مراجعة منهجية لتجارب علاج اضطراب الشخصية الحدية في السياقات العربية)

Schema Therapy Between Theory and Practice (A Systematic Review of Borderline Personality Disorder Treatment Trials in Arab Contexts)

إعداد الباحثة/ نجاح مقبول حسين كبيسي

باحثة دكتوراه علم النفس الإكلينيكي، جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية بالرياض، المملكة العربية السعودية

Email: n.m.kobaisi@gmail.com

المخلص:

يهدف هذا البحث إلى تقديم مراجعة منهجية شاملة للدراسات التي تناولت فعالية العلاج بالمخطط (Schema Therapy) في معالجة اضطراب الشخصية الحدية (BPD) ضمن السياقات العربية، مع التركيز على مدى ملائمة النموذج للعوامل الثقافية والاجتماعية والنفسية المحلية. استندت المراجعة إلى تحليل 21 دراسة عربية وأجنبية (2006-2025)، تنوعت بين تجريبية، نوعية، وتحليلية. وخلصت النتائج إلى أن العلاج بالمخطط يُظهر فاعلية واضحة في خفض الأعراض الأساسية لـ BPD، مثل الاندفاع، تقلب المزاج، الخوف من الهجر، اضطراب الهوية، وصعوبات العلاقات. كما أظهرت الدراسات أن ST يُحدث تغييرات بنيوية عميقة في المخططات غير التكيفية وأنماط الشخصية، مع استمرارية ملحوظة للأثر بعد انتهاء العلاج.

كذلك تبين أن النموذج يتمتع ببنية تفسيرية متكاملة تسمح بتطبيقه بمرونة في السياقات العربية، لا سيما عند تكيفه ثقافياً. ومع ذلك، كشفت المراجعة عن بعض القيود، منها نقص الدراسات التجريبية المحكمة، وقصور في توثيق التكيف الثقافي، وصغر حجم العينات. وقدّم البحث توصيات بحثية وعلاجية وتعليمية لتعزيز تطبيق العلاج بالمخطط في البيئات العربية، بما في ذلك تشجيع إجراء دراسات تجريبية لقياس فاعلية العلاج بالمخطط على المدى القصير والطويل، حيث تظهر الحاجة إلى بناء قاعدة بيانات عربية صلبة حول فعالية العلاج تساهم في دعم اعتماده المؤسسي، والتوسع في نطاق الدراسات لتشمل عينات من خلفيات ثقافية متعددة مثل البيئات الريفية والحضرية والمجتمعات الهشة كحالات اللاجئين والمراهقين، والعمل على تطوير أدوات قياس عربية للمخططات غير التكيفية الخاصة باضطراب الشخصية الحدية أو تقنين الأدوات الأجنبية على البيئة الثقافية العربية، وكذلك يوصي البحث بتصميم برامج علاجية مشتركة تدمج العلاج بالمخطط مع نماذج علاج الإدمان والعلاج الأسري للأزواج، وتطوير بروتوكولات عربية مكيفة للعلاج بالمخطط تراعي الديناميات الاجتماعية مثل السلطة الأسرية والوصمة المجتمعية، و تدريب الأخصائيين النفسيين على مهارات بناء الأمان العاطفي والثقة داخل الجلسات.

الكلمات المفتاحية: العلاج بالمخطط، اضطراب الشخصية الحدية، المخططات غير التكيفية، أنماط الشخصية، التكيف الثقافي، السياق العربي، العلاقة العلاجية، فعالية العلاج النفسي، العلاج المعرفي العميق.

Schema Therapy Between Theory and Practice (A Systematic Review of Borderline Personality Disorder Treatment Trials in Arab Contexts)

Najah Maqbool Hussein Kobaisi

PhD – Department of Psychology, College of Social Sciences, Imam Muhammad ibn Saud Islamic University, Riyadh, Kingdom of Saudi Arabia

Abstract

This study presents a systematic review of research examining the effectiveness of Schema Therapy (ST) in treating Borderline Personality Disorder (BPD) within Arab contexts. The review analyzed 21 studies (2006–2025), including experimental, qualitative, and analytical designs, to evaluate the therapeutic impact of ST and its cultural adaptability. Findings revealed that Schema Therapy is effective in significantly reducing core BPD symptoms such as impulsivity, emotional instability, fear of abandonment, identity disturbance, and interpersonal dysfunctions. Moreover, the therapy demonstrated a unique ability to produce deep structural changes in early maladaptive schemas and schema modes, with sustained therapeutic outcomes beyond treatment termination. The review emphasized the integrative theoretical foundation of schema therapy (ST), which allows for flexible application in Arab contexts when culturally adapted. Nonetheless, it identified key limitations, including the absence of randomized controlled trials, inadequate documentation of cultural modifications, and reliance on small sample sizes. To address these gaps, the study offers practical recommendations for research, clinical training, and academic integration. It calls for experimental studies to examine both short- and long-term effectiveness of ST, stressing the importance of establishing a strong Arabic evidence base to support its institutional adoption. Expanding research to diverse cultural settings, such as rural and urban populations, as well as vulnerable groups like refugees and adolescents, is also emphasized. The study highlights the need for Arabic assessment tools for maladaptive schemas in borderline personality disorder, or adaptation of foreign instruments. It further recommends integrated treatment programs with addiction and family therapy, culturally adapted protocols considering social dynamics, and training psychologists to build emotional safety and trust.

Keywords: Schema Therapy, Borderline Personality Disorder, Early Maladaptive Schemas, Schema Modes, Cultural Adaptation, Arab Context, Therapeutic Relationship, Psychotherapy Effectiveness, Deep Cognitive Therapy.

1. المقدمة:

يمثل اضطراب الشخصية الحدية (BPD) أحد أبرز التحديات في مجال الصحة النفسية، نظراً لتعقيد أعراضه وتقلباته الانفعالية الحادة وصعوبات الهوية والعلاقات التي يعاني منها المصابون به (American Psychiatric Association, 2022). وقد كشفت الأدبيات النفسية خلال العقود الأخيرة عن مدى التأثير العميق لهذا الاضطراب على جودة حياة الأفراد والمجتمعات، إضافة إلى العبء الذي يلقيه على كاهل مقدمي الرعاية النفسية (Bamelis et al., 2014; McLean, 2022). وتزداد صعوبة التعامل مع هذا الاضطراب في البيئات التي ما تزال تخضع لتحديات ثقافية في تقبل التشخيصات النفسية أو سبل علاجها، كما هو الحال في العديد من السياقات العربية (البقي، 2024؛ العوفي، 2023).

ومن بين العلاجات النفسية الحديثة التي أثبتت فاعلية ملحوظة في التعامل مع BPD، يبرز "العلاج بالمخطط (Schema Therapy) كأحد النماذج التكاملية التي تجمع بين تقنيات العلاج المعرفي-السلوكي، والعلاج الديناميكي، والعلاج المتمركز حول العلاقات (Young et al., 2003; Farrell et al., 2009). حيث يُعد هذا النهج متفرداً في تركيزه على "المخططات غير التكيفية المبكرة" التي تتشكل خلال الطفولة والمراهقة نتيجة لتجارب مؤلمة وغير مشبعة للاحتياجات النفسية الأساسية، والتي تساهم في ظهور الاضطرابات النفسية لاحقاً، وعلى رأسها اضطراب الشخصية الحدية (Sempertegui et al., 2013)؛ (الأنصاري، 2023).

لقد راكمت البحوث الغربية كمّاً كبيراً من الأدلة التجريبية التي تثبت فعالية العلاج بالمخطط في تقليل أعراض BPD وتحسين الأداء الوظيفي والعلاقات الشخصية لدى المرضى، حيث أظهرت دراسات متعددة مثل دراسة (Giesen-Bloo et al. 2006) ودراسة (Bamelis et al. 2014) أن هذا العلاج يتفوق على النماذج العلاجية الأخرى مثل العلاج التحويلي (TFP) والعلاج السلوكي الجدلي (DBT) من حيث معدلات التحسن والاستجابة. كما دعمت التحليلات التلوية الحديثة (McLean, 2022) هذه النتائج، مما يعزز من موثوقية هذا النموذج.

ومع ذلك، فإن نقل هذا النموذج العلاجي إلى السياقات الثقافية العربية يستدعي فحصاً دقيقاً، إذ أن الخلفيات الاجتماعية، والتنشئة الأسرية، والمفاهيم المرتبطة بالذات والمشاعر، تختلف بدرجة كبيرة بين المجتمعات الغربية والعربية (البقي، 2024؛ أبو عطا وآخرون، 2023). فعلى سبيل المثال، قد تُفسّر بعض تقنيات العلاج مثل "التمريض العاطفي" أو "الأبوة البديلة" بشكل غير دقيق أو تُقابل بالرفض ضمن ثقافات تضع قيوداً على التعبير العاطفي أو تخضع لبنى أسرية سلطوية.

وبالتالي، فإن أي محاولة لتطبيق النموذج نظرياً أو عملياً دون تمحيص للسياق قد تؤدي إلى نتائج محدودة أو مغلوطة (العوفي، 2023؛ القحطاني وآخرون، 2024). في هذا السياق، تبرز الحاجة إلى مراجعة منهجية شاملة تسلط الضوء على مدى ملائمة وفعالية العلاج بالمخطط في علاج اضطراب الشخصية الحدية داخل السياقات العربية، وهو ما يهدف إليه هذا البحث.

فمع تنامي اهتمام الباحثين والمعالجين النفسيين العرب بهذا النموذج، بدأت تظهر دراسات تطبيقية ونظرية متنوعة، بعضها يتناول فعالية العلاج (الجهني وآخرون، 2024؛ عيسى، 2023)، والبعض الآخر يستعرض تصور المرضى له (أبو عطا وآخرون، 2023)، أو يقيّم مدى ارتباط المخططات المبكرة بتطور أعراض BPD في المجتمع العربي (المطيري، 2022؛ الأنصاري، 2023).

ومن هنا تنطلق أهمية هذا البحث، إذ يسعى إلى رصد وتحليل التجارب العربية في استخدام العلاج بالمخطط لعلاج اضطراب الشخصية الحدية، وبيان أوجه التوافق أو التعارض بين الأسس النظرية للعلاج وسياقات التطبيق العربية، مع إبراز التحديات الثقافية والتنظيمية التي قد تؤثر على فعاليته.

1.1. مشكلة الدراسة:

اضطراب الشخصية الحدية (Borderline Personality Disorder - BPD) يُعد من أكثر اضطرابات الشخصية تعقيداً وإثارة للتحديات على المستوى العلاجي، نظراً لطبيعته المزمنة وتأثيره العميق على تنظيم الذات والانفعالات والعلاقات الاجتماعية. (American Psychiatric Association, 2013). يتميز هذا الاضطراب باندفاعية مفرطة، تقلبات انفعالية حادة، علاقات غير مستقرة، خوف مفرط من الهجر، واضطرابات في صورة الذات، ما يجعل المصابين به من الفئات الأكثر هشاشة نفسياً، والأشد احتياجاً إلى تدخلات علاجية متخصصة وطويلة الأمد. (Linehan, 1993; Paris, 2020).

في ظل هذا الواقع العلاجي المعقد، برز العلاج بالمخطط (Schema Therapy) الذي وضعه جيفري يونغ في تسعينيات القرن الماضي كواحد من أكثر النماذج العلاجية الواعدة لعلاج اضطرابات الشخصية، لا سيما اضطراب الشخصية الحدية. (Young et al., 2003). يجمع هذا النموذج بين عناصر من العلاج المعرفي السلوكي، والعلاج الديناميكي، ونظرية التعلق، والعلاج التجريبي، ويُركّز على معالجة "المخططات غير التكيفية المبكرة" التي تنشأ في مراحل الطفولة نتيجة الإحباط المزمن للاحتياجات النفسية الأساسية (Young, Klosko, & Weishaar, 2003)؛ (Bach & Bernstein, 2010).

وقد أظهرت الأدبيات الغربية – من خلال دراسات سريرية محكمة وتجارب عشوائية متعددة المواقع ومراجعات منهجية وتحليلات تلوية – أن العلاج بالمخطط فعال بشكل كبير في خفض الأعراض الأساسية لـ BPD، ويسهم في تحسين التنظيم الانفعالي، وبناء صورة ذاتية أكثر استقراراً، والحد من إيذاء الذات ومحاولات الانتحار (Giesen-Bloo et al., 2006)؛ (Bamelis et al., 2014)؛ (Farrell et al., 2009) بل وتفوق في بعض الدراسات على نماذج علاجية أخرى مثل العلاج التحويلي (Transference-Focused Psychotherapy – TFP) والعلاج السلوكي الجدلي (Dialectical Behavior Therapy – DBT) من حيث نسب الشفاء والاستمرارية (Bateman & Fonagy, 2019)؛ (Nadort et al., 2009). كما ظهرت تطبيقات جديدة واعدة لهذا العلاج، مثل النماذج الجماعية (Farrell & Shaw, 2012)، والبرامج الإلكترونية المستندة إلى ST، مما وسّع من إمكانية الوصول إليه وتطبيقه في فئات سكانية متنوعة.

إلا أن فعالية العلاج لا تنفصل عن السياق الثقافي الذي يُطبّق فيه، وهو ما يطرح إشكالية عند نقل هذا النموذج العلاجي – الذي نشأ وتبلور في بيئات غربية – إلى السياقات العربية. (Al-Krenawi & Graham, 2000) فالعالم العربي يتميز بخصوصيات ثقافية واجتماعية قد تؤثر في فاعلية وتقبل العلاج، منها: شدة الوصمة المرتبطة بالعلاج النفسي واضطرابات الشخصية، بنية العلاقات الأسرية ذات الطابع السلطوي والاعتمادية، محدودية الإفصاح العاطفي، انخفاض مستوى الوعي الذاتي، وقلة التدريب المتخصص في نماذج العلاج الحديثة (Abu-Ras & Abu-Bader, 2008)؛ (Al-Khatib et al., 2023) كما أن كثيراً من تقنيات العلاج بالمخطط – مثل الأبوة البديلة، التمرير العاطفي، والربط بالطفل الداخلي – قد تُقابل بمقاومة أو سوء فهم في هذه البيئة ما لم تُكيف ثقافياً (Al-Mutairi, 2022)؛ (Qureshi et al., 2021).

في ظل هذه التحديات، بدأت تظهر خلال السنوات الأخيرة عدد من الدراسات العربية التي تحاول استكشاف إمكانية تطبيق العلاج بالمخطط لعلاج BPD في السياقات المحلية. بعض هذه الدراسات تشير إلى نتائج واعدة، خاصة على مستوى خفض الأعراض الانفعالية والاندفاعية، وتحسين التوافق الزوجي والعلاقات الاجتماعية (عيسى، 2023؛ الجهني وآخرون، 2024)، لكنها تفتقر في كثير من الأحيان إلى التصميمات التجريبية المحكمة، كما لا توجد مراجعة علمية منهجية شاملة لهذه التجارب يمكن الاعتماد عليها في استخلاص مؤشرات دقيقة حول فعالية العلاج ودرجة تكيفه الثقافي.

من هنا تتبّع مشكلة الدراسة، التي تتجسد في الفجوة المعرفية والتطبيقية في الأدبيات العربية، حيث لا تزال الأدلة حول فعالية العلاج بالمخطط لعلاج اضطراب الشخصية الحدية في البيئة العربية مشتتة، غير منظمة، وتفتقر إلى التقييم المنهجي والنقدي. كما لا تزال مسألة التكيف الثقافي للعلاج، وطبيعة العقبات العملية والمفاهيمية التي تعيق تنفيذه، غير واضحة بالقدر الكافي. من خلال محاولة الإجابة عن الأسئلة التالية:

1. ما مدى فعالية العلاج بالمخطط في خفض أعراض اضطراب الشخصية الحدية لدى الأفراد في السياقات العربية؟
2. كيف تختلف نتائج تطبيق العلاج بالمخطط في البيئات العربية مقارنة بنتائجه في السياقات الغربية؟
3. ما العوامل الثقافية والاجتماعية في العالم العربي التي تؤثر على تقبل الأفراد للعلاج بالمخطط واستجابتهم له؟
4. ما أبرز التحديات التي يواجهها المعالجون النفسيون عند تطبيق العلاج بالمخطط في البيئة العربية؟
5. إلى أي مدى تسهم الدراسات العربية النوعية والتجريبية في تطوير نماذج علاجية مكيفة ثقافيًا للعلاج بالمخطط؟

2.1. فروض الدراسة:

بناءً على مشكلة الدراسة، فإن الفروض الأساسية للبحث هي:

1. توجد أدلة أولية داعمة لفعالية العلاج بالمخطط في خفض أعراض اضطراب الشخصية الحدية في البيئة العربية، رغم محدودية عدد الدراسات.
2. تختلف نتائج تطبيق العلاج بالمخطط في السياقات العربية عن السياقات الغربية بسبب العوامل الثقافية والاجتماعية.
3. الخصوصيات الثقافية في المجتمعات العربية (مثل الوصمة، بنية السلطة الأسرية، ضعف الوعي النفسي) تُعد من العوامل المؤثرة على تقبل المرضى للعلاج بالمخطط واستجابتهم له.
4. تبرز تحديات خاصة تواجه الممارسين عند تطبيق العلاج بالمخطط في العالم العربي، مثل وصمة المرض النفسي، والأساليب التربوية التقليدية.
5. تسهم الدراسات النوعية والتجريبية العربية في تقديم نماذج تطبيقية محلية قد تعزز مواءمة العلاج بالمخطط للسياق العربي.

3.1. أهداف الدراسة:

تتضح أهداف البحث فيما يلي:

1. تقييم فعالية العلاج بالمخطط (Schema Therapy) في خفض الأعراض المرتبطة باضطراب الشخصية الحدية في السياقات العربية كما وردت في الأدبيات المنشورة.

2. تحليل مدى تكيف العلاج بالمخطط مع الخصوصيات الثقافية والاجتماعية العربية، بما يشمل مستوى التقبل المجتمعي، والبنية الأسرية، ومفهوم الذات، والإفصاح العاطفي.
3. تحديد أبرز العوائق والتحديات العملية والثقافية التي تؤثر على تطبيق العلاج بالمخطط في السياقات العربية، سواء من جهة المعالج أو المتعالج.
4. تقديم توصيات عملية مستقبلية تتعلق بتطوير نماذج علاجية قائمة على العلاج بالمخطط تراعي الخصوصية الثقافية للعالم العربي.
5. سد الفجوة البحثية من خلال تنظيم الأدلة المتفرقة حول العلاج بالمخطط في الدول العربية، وتقديم مراجعة منهجية تُمكن الباحثين والممارسين من الوصول إلى نتائج موثوقة.

4.1. أهمية الدراسة:

تتبع أهمية هذه الدراسة من عدة جوانب نظرية وتطبيقية تجعلها مساهمة فريدة في الأدبيات النفسية، لا سيما في العالم العربي: أولاً: الأهمية النظرية

1. سد الفجوة البحثية العربية: رغم أن العلاج بالمخطط (Schema Therapy) أثبتت فاعليته في عدد من الدراسات الغربية لعلاج اضطراب الشخصية الحدية (BPD)، إلا أن الأدبيات العربية ما زالت محدودة ومبعثرة، ولم يتم حتى الآن تجميعها وتحليلها بشكل منهجي.
2. دمج النظرية بالتطبيق: تقدم هذه الدراسة قراءة شاملة للتكامل بين الأسس النظرية للعلاج بالمخطط وتطبيقاته العملية في البيئة العربية، وهو جانب غالباً ما يتم فصله أو إغفاله في الأبحاث.
3. تحليل ثقافي متخصص: تسلط الضوء على أثر الخصوصيات الثقافية والاجتماعية العربية – كالعلاقة الأسرية السلطوية، وصمة المرض النفسي، وضعف الإفصاح العاطفي – في تشكيل فاعلية العلاج واستجابة المرضى له، مما يفتح الباب لنماذج علاجية متكيفة ثقافياً.

ثانياً: الأهمية التطبيقية

1. توفر الدراسة دليل إرشادي للممارسين النفسيين وخلاصة علمية موثوقة لأبرز الأساليب والتحديات المرتبطة بتطبيق العلاج بالمخطط مع مرضى اضطراب الشخصية الحدية في المجتمعات العربية، مما يُعين الأخصائيين في اتخاذ قرارات علاجية مبنية على الأدلة.
2. تعزيز جودة الممارسة النفسية من خلال الكشف عن مواطن القوة والقصور في الأبحاث والتطبيقات الحالية، يمكن لهذه الدراسة أن تساهم في تحسين تصميم البرامج التدريبية للأخصائيين في العلاج بالمخطط في العالم العربي.
3. تُمكن نتائج هذه الدراسة صناع القرار في المؤسسات الصحية والتعليمية من فهم أهمية تكيف النموذج العلاجي مع البيئة الثقافية، ودعم السياسات الصحية النفسية مما قد ينعكس على مستوى تقديم الخدمات النفسية وتوسيعها.

5.1. محددات الدراسة:

تعتمد هذه الدراسة على مراجعة منهجية للأدبيات المتعلقة بالعلاج بالمخطط (Schema Therapy) لاضطراب الشخصية الحدية (BPD) في السياقات العربية. وبناءً عليه، تتحدد الدراسة ضمن الإطارات الآتية:

النطاق الزمني: تقتصر الدراسة على الأبحاث المنشورة خلال الفترة من (2006 حتى 2025)، وهي فترة شهدت تزايداً تدريجياً في اعتماد العلاج بالمخطط في السياقات الغربية وبدء ظهوره في البيئة العربية.

النطاق الموضوعي: تركز الدراسة حصرياً على الأبحاث التي:

- تناولت فعالية أو تطبيق العلاج بالمخطط في علاج اضطراب الشخصية الحدية.
- أجريت على عينات عربية، أو تمت في سياقات عربية، أو كتبت باللغة العربية.
- تضمنت تصاميم منهجية واضحة (كمية، نوعية، مراجعات منهجية، تحليل تلوي).

نطاق اللغة: شملت المراجع المعتمدة اللغتين العربية والإنجليزية، واستبعدت الدراسات المنشورة بلغات أخرى لعدم توفر ترجمة موثوقة.

نوع المصادر:

اعتمدت الدراسة على:

- أبحاث منشورة في مجلات علمية محكمة.
- رسائل علمية موثقة (ماجستير/دكتوراه).
- دراسات متاحة عبر قواعد بيانات أكاديمية معترف بها (مثل: Google Scholar، Mandumah، PsycINFO، PubMed).

التركيز الجغرافي والثقافي:

ركزت الدراسة على الدول ذات السياق العربي (مثل: السعودية، مصر، الأردن، الإمارات، فلسطين...) واستبعدت الأبحاث ذات السياق غير العربي ما لم تكن ذات صلة مباشرة بتكييف العلاج ثقافياً.

6.1. مصطلحات البحث

العلاج بالمخطط (Schema Therapy):

العلاج بالمخطط هو نموذج علاجي تكاملي تم تطويره بواسطة جيفري يونغ، يجمع بين مفاهيم من العلاج المعرفي السلوكي، والتحليل النفسي، والعلاج المرتكز على التعلق، والعلاج الجيشتالتي. يهدف إلى تعديل "المخططات المعرفية اللاتكيفية المبكرة" وأنماط المواجهة المختلفة، من خلال استخدام تقنيات معرفية وسلوكية وتجريبية وعلاقاتية (Young, Klosko, & Weishaar, 2003).

ويشير العلاج بالمخطط إلى نهج علاجي طويل المدى يستخدم في علاج اضطرابات الشخصية، خصوصاً اضطراب الشخصية الحدية، ويركز على فهم ومعالجة الجذور العاطفية العميقة من خلال إعادة بناء العلاقة العلاجية، وإعادة صياغة الخبرات الطفولية المؤلمة (Arntz & van Genderen, 2009).

التعريف الإجرائي (في هذه الدراسة):

يقصد بالعلاج بالمخطط هنا: النهج العلاجي الذي تمت مراجعته وتحليله في ضوء الدراسات العربية التي تناولت تطبيقه على عينات تعاني من اضطراب الشخصية الحدية، وتم تقييم فعاليته اعتمادًا على نتائجه في تعديل المخططات اللاتكيفية والأعراض السريرية ضمن السياق الثقافي العربي.

اضطراب الشخصية الحدية (Borderline Personality Disorder - BPD)

اضطراب الشخصية الحدية هو اضطراب نفسي يتسم بعدم استقرار العلاقات الشخصية، وتقلب المزاج، وسلوكيات اندفاعية، وخوف مفرط من الهجر، إلى جانب صورة ذاتية غير مستقرة. يظهر عادة في أوائل مرحلة البلوغ ويؤثر على الأداء في المجالات الشخصية والمهنية والاجتماعية (American Psychiatric Association, DSM-5-TR, 2022). كما أنه نمط من الاضطراب العاطفي يتسم بتذبذب حاد في المزاج، واضطراب في الهوية، وسلوك متهور أو مدمر للذات، واضطرابات في العلاقات الشخصية، وغالبًا ما يصاحبه شعور بالفراغ والعدائية والاندفاع (Linehan, 1993).

التعريف الإجرائي (في هذه الدراسة):

اضطراب الشخصية الحدية يُقصد به في هذا البحث الفئة السريرية التي استهدفتها الدراسات العربية المراجعة، والتي تم تشخيصها رسميًا بناءً على معايير DSM-5 أو أدوات تشخيص معتمدة، وتم تقديم العلاج بالمخطط لها لقياس فاعليته في خفض الأعراض السريرية المصاحبة للاضطراب.

المخططات المعرفية اللاتكيفية المبكرة (Early Maladaptive Schemas - EMS)

هي أنماط معرفية وانفعالية عميقة وثابتة تتشكل في الطفولة نتيجة لتجارب مؤلمة، وتشمل معتقدات راسخة حول الذات والآخرين والعالم. وتُعد غير وظيفية، حيث تقود إلى تكرار أنماط سلوكية ضارة في الحياة اللاحقة (Young et al., 2003). وتشير إلى معتقدات خاطئة وغير منطقية نشأت خلال مراحل النمو المبكر نتيجة الإشباع الزائد أو الناقص للاحتياجات النفسية الأساسية، مثل الحب، والأمان، والقبول، والاستقلالية (Rafaeli, Bernstein, & Young, 2011).

التعريف الإجرائي (في هذه الدراسة):

يقصد بالمخططات المعرفية في هذا البحث، النماذج الإدراكية والانفعالية السلبية التي تم استهدافها بالتعديل في الدراسات العربية المراجعة من خلال العلاج بالمخطط، وتم قياس تغيرها كمتغير تابع يعبر عن فعالية العلاج في تحفيز التغير المعرفي لدى مرضى اضطراب الشخصية الحدية.

الفعالية العلاجية (Therapeutic Effectiveness)

الفعالية العلاجية تشير إلى مدى قدرة تدخل علاجي معين على إحداث تغيير إيجابي وملاحظ في الأعراض المستهدفة لدى الأفراد، مقارنةً بوسائل علاجية أخرى أو بغياب العلاج. يُقاس ذلك غالبًا من خلال مؤشرات سريرية أو نفسية مثل انخفاض الأعراض، أو تحسن الأداء الوظيفي، أو إعادة بناء أنماط التفكير والسلوك (Kazdin, 2007).

وهي مدى تحقيق العلاج لأهدافه في ظروف واقعية أو شبه واقعية، ويُقاس بالنتائج الناتجة عن تطبيقه على عينة مستهدفة من المرضى باستخدام أدوات تقييم كمية ونوعية (Chambless & Hollon, 1998).

التعريف الإجرائي (في هذه الدراسة):

يقصد بالفعالية العلاجية في هذا البحث: درجة النجاح التي أظهرتها تجارب العلاج بالمخطط كما وردت في الدراسات العربية في خفض أعراض اضطراب الشخصية الحدية، وتحسين جودة حياة المرضى وتعديل مخططاتهم المعرفية، وتم تحديدها من خلال المؤشرات السريرية التي اعتمدتها كل دراسة.

السياق العربي / التكيف الثقافي (Arab Context / Cultural Adaptation)

السياق العربي يشير إلى البعد الثقافي والاجتماعي والديني الذي يميز المجتمعات العربية عن غيرها، ويتضمن قيمًا وتقاليدًا وأنماط تفاعل وتصورات نفسية خاصة. أما التكيف الثقافي في العلاج النفسي، فيقصد به تعديل محتوى وتطبيق التدخلات النفسية بما يتناسب مع هذه الخصائص الثقافية لضمان قبولها وفعاليتها. (Bernal, Jiménez-Chafey, & Domenech Rodríguez, 2009)

التكيف الثقافي هو عملية تعديل المنهج العلاجي أو النظري ليتلاءم مع اللغة، والقيم، والمعتقدات، والمعايير الاجتماعية السائدة في مجتمع معين، بهدف تحسين تقبله وفعالته لدى الأفراد المنتمين لذلك المجتمع (Sue, 1998).

التعريف الإجرائي (في هذه الدراسة):

في هذا البحث، يشير مصطلح "السياق العربي" إلى البيئة الثقافية والاجتماعية التي أجريت فيها الدراسات المراجعة (الدول العربية)، بينما يُقصد بـ "التكيف الثقافي" مدى ملائمة تطبيق العلاج بالمخطط في هذه البيئة، وما إذا كانت التجارب العربية قد أخذت في الحسبان الخصائص الدينية والاجتماعية والنفسية عند تصميم الجلسات أو تفسير النتائج العلاجية.

2. الإطار النظري:

اضطراب الشخصية الحدية (Borderline Personality Disorder -BPD)

يحتل اضطراب الشخصية الحدية موقعًا مركزيًا في الأدبيات النفسية المعاصرة نظرًا لتشابك خصائصه السريرية وتعقيد ديناميته النفسية والعاطفية. (American Psychiatric Association, 2013) ويتجلى هذا الاضطراب في تذبذب حاد في المزاج، واضطراب العلاقات، وعدم استقرار الهوية، وسلوكيات اندفاعية قد تصل إلى إيذاء الذات أو التفكير الانتحاري. ما يميز هذا الاضطراب هو التأرجح المستمر بين القرب الشديد من الآخرين والخوف العميق من الهجر، مما يولد نمطًا من العلاقات غير المستقرة والمشحونة بالقلق. يمثل هذا الاضطراب تحديًا علاجيًا ونظريًا على حد سواء، حيث حاولت نظريات متعددة تفسير نشأته وتطوره، بما في ذلك النظرية السلوكية (Linehan, 1993)، والتحليل النفسي (Kernberg in Bateman & Fonagy, 2019)، والنظرية المعرفية (Young et al., 2003)، ونظرية المخططات (Young et al., 2003)، وغيرها من النماذج المعاصرة. وتشير البيانات الحديثة إلى أن الدمج بين النماذج النظرية المختلفة قد يكون هو المسار الأمثل لفهم أعمق لهذا الاضطراب، خاصة عند العمل معه في بيئات ثقافية مغايرة كالسياق العربي (Al-Khatib et al., 2023)؛ البقمي، 2024.

تعريف اضطراب الشخصية الحدية:

وفق الجمعية الأمريكية للطب النفسي (American Psychiatric Association, 2013)، يُعرّف اضطراب الشخصية الحدية على أنه نمط دائم من عدم الاستقرار في العلاقات الشخصية، والصورة الذاتية، والانفعالات، مع اندفاعية ملحوظة، يبدأ في مرحلة البلوغ المبكر ويظهر في سياقات متعددة.

كما عرّفه Linehan (1993) بأنه: "اضطراب يتميز بالحساسية المفرطة للرفض، الخوف من الهجر، صعوبة السيطرة على الانفعالات، والسلوكيات الاندفاعية الضارة بالنفس".

الأعراض والتشخيص حسب DSM-5

يشترط DSM-5 لتشخيص BPD وجود خمسة (أو أكثر) من الأعراض التالية (American Psychiatric Association, 2013):

- (1) جهود مستميتة لتجنب الهجر الحقيقي أو المتخيل،
- (2) نمط غير مستقر ومكثف من العلاقات الشخصية،
- (3) اضطراب في الهوية،
- (4) اندفاعية ضارة،
- (5) سلوك انتحاري أو إيذاء النفس،
- (6) تقلبات مزاجية شديدة،
- (7) شعور مزمن بالفراغ،
- (8) غضب شديد،
- (9) أعراض انشقاقية مؤقتة.

العوامل النفسية والاجتماعية المساهمة

تشير الأدبيات إلى مساهمة تجارب الطفولة السلبية مثل الإساءة والإهمال والحرمان العاطفي، إضافةً إلى أنماط التعلق غير الآمن (Fonagy & Bateman, 2019) في نشوء الاضطراب. كما تبرز عوامل وراثية وعصبية – كفرط النشاط في الجهاز الحوفي وضعف الضبط التنفيذي – كأحد الأسس البيولوجية للاضطراب (Bateman & Fonagy, 2019).

الجذور المعرفية لاضطراب الشخصية الحدية

توضح نظرية المخططات (Young et al., 2003) أن هذا الاضطراب ينبثق من "مخططات غير تكيفية مبكرة"، تتشكل نتيجة تجارب مؤذية في الطفولة مثل الشعور بالهجر أو الحرمان. تتجلى هذه المخططات في معتقدات راسخة مثل "أنا غير محبوب"، "سيتم التخلي عني"، "الأخرون سيئون"، وتُفعل لاحقاً عبر استراتيجيات الاستسلام، أو التجنب، أو المبالغة في التعويض.

النماذج النفسية المفسرة

- **نظرية العلاقات الموضوعية** كما طورها كيرنبرغ ترى أن BPD ينتج عن انقسام داخلي بين تمثيلات متضادة للذات والآخرين (Bateman & Fonagy, 2019).
- **نظرية التعلق** كما عند بولبي وفوناجي تفترض أن التعلق غير الآمن في الطفولة يؤدي إلى خلل في "العقلنة" أو فهم النوايا الذاتية ونوايا الآخرين (Fonagy & Bateman, 2019).
- **النموذج السلوكي المعرفي** عند Linehan (1993) يُرجع BPD إلى تفاعل بين استعداد بيولوجي وبيئة غير صالحة تتجاهل مشاعر الطفل.

• **النموذج العصبي البيولوجي** يضيف أن فرط النشاط في اللوزة الدماغية وضعف القشرة الجبهية يعوقان الضبط الانفعالي (Nadort et al., 2009).

• **النموذج التطوري** كما عند كريتيندين، يرى أن BPD هو تكيف نفسي نشأ في بيئات خطيرة بهدف النجاة (Crittenden in Bateman & Fonagy, 2019).

• **النموذج التكاملي والعلاج بالمخططات**

يجمع النموذج التكاملي بين المعطيات النفسية والبيولوجية والاجتماعية لفهم BPD كاضطراب معقد الأبعاد (Bach & Bernstein, 2010). ويُعدّ العلاج بالمخططات نموذجًا متكاملًا يجمع بين المعارف النظرية السابقة، ويستهدف المعتقدات الجذرية وينظم الانفعالات ويعزز استقرار الهوية (Young et al., 2003).؛ (Farrell et al., 2009).

العلاج بالمخطط (Schema Therapy- ST)

نشأ العلاج بالمخطط (Schema Therapy) في تسعينيات القرن الماضي على يد جيفري يونغ، كامتداد للعلاج المعرفي السلوكي (CBT)، بهدف معالجة الاضطرابات المزمنة والمعقدة، لا سيما اضطرابات الشخصية مثل اضطراب الشخصية الحدية (BPD)، التي لم تُظهر استجابة فعالة للعلاجات التقليدية. (Young, Klosko, & Weishaar, 2003) وقد طوّر يونغ هذا النموذج استنادًا إلى دمج ثلاث مقاربات رئيسية: النظرية المعرفية السلوكية، والعلاج الجشطالتي، ونظرية التعلق (Young et al., 2003; Arntz & Jacob, 2013).

يرتكز العلاج بالمخطط على فرضية أن جذور الاضطرابات النفسية تكمن في **مخططات غير تكيفية مبكرة (EMSs)**، وهي أنماط معرفية وانفعالية متجذرة تنشأ بسبب إحباط الاحتياجات النفسية الأساسية في الطفولة كالأمان، الحب، التقدير، التوجيه، والاستقلالية. (Bach, Lockwood, & Young, 2018; Rafaeli, Bernstein, & Young, 2011).

المكونات الأساسية للعلاج بالمخطط

1. المخططات غير التكيفية المبكرة (Early Maladaptive Schemas - EMSs)

وهي أنماط معرفية وعاطفية تتشكل في مراحل مبكرة نتيجة الإحباط المزمن لاحتياجات الطفل، وتُشكّل نواة المشكلات النفسية في مرحلة البلوغ. (Young et al., 2003; Rafaeli et al., 2011).

2. أنماط الاستجابة (Coping Styles)

تشمل ثلاثة أساليب غير تكيفية يتبناها الفرد للتعامل مع تفعيل المخطط: الاستسلام، التجنب، والتعويض المفرط (Rafaeli et al., 2011).

3. الوسائط (Schema Modes)

وهي حالات نفسية مؤقتة تعبّر عن تفاعل المخططات مع استراتيجيات المواجهة، وتُستخدم في تفسير التحولات الانفعالية الحادة، خاصة لدى مرضى BPD (Lobbestael, Arntz, & Sieswerda, 2005; Young et al., 2007).

الأسس النظرية:

استند يونغ في بناء النموذج إلى دمج ثلاث مقاربات رئيسية:

- النظرية المعرفية السلوكية التي قدّمت أدوات العمل على المعتقدات والأفكار،
- العلاج الجشطالتي الذي أتاح الوصول إلى المشاعر المكبوتة والذكريات غير المعالجة،
- نظرية التعلق التي فسّرت أهمية العلاقات المبكرة في تشكيل بنية المخططات غير التكيفية (Young et al., 2003; Arntz & Jacob, 2013).

وقد أدت هذه الخلفية التكاملية إلى تطوير نموذج علاجي يستهدف المخططات المبكرة بوصفها أنماطاً معرفية وعاطفية وسلوكية مترابطة تتكون نتيجة لإحباط متكرر للاحتياجات النفسية الأساسية لدى الطفل، مثل الأمان، والقبول، والاستقلالية، والتوجيه. (Bach, Lockwood, & Young, 2018)

الأساليب العلاجية في العلاج بالمخطط

يمثل الطيف الواسع من الأساليب العلاجية في نموذج العلاج بالمخطط أحد أبرز عناصر قوته، إذ يجمع بين تقنيات معرفية، وعاطفية، وسلوكية، وعلاقائية، مما يسمح بالوصول إلى أعماق الخبرات النفسية لدى الأفراد الذين يعانون من اضطرابات الشخصية المزمنة، وبالأخص اضطراب الشخصية الحدية (Young, Klosko, & Weishaar, 2003; Arntz & Jacob, 2013).

أولاً: الأساليب المعرفية (Cognitive Techniques)

يُستخدم عدد من التقنيات لتحديد وتحليل وتعديل المعتقدات الجوهرية غير التكيفية التي تشكل نواة المخططات المبكرة:

- تتبع الأفكار التلقائية حتى الوصول إلى المعتقدات الجوهرية مثل: "أنا غير محبوب".
- استخدام الجدول السقراطي لتحدي هذه المعتقدات.
- توظيف البطاقات المعرفية (Schema Flashcards) التي تحتوي على رسائل تصحيحية يتم تكرارها بانتظام لترسيخ نمط التفكير البديل. (Young et al., 2003)

ثانياً: الأساليب العاطفية (Emotion-Focused Techniques)

تمثل حجر الزاوية في هذا النموذج:

- إعادة التصوير التخيلي: (Imagery Rescripting) حيث يُطلب من المريض تخيل مشهد طفولي مؤلم والتدخل فيه عبر الذات البالغة أو المعالج لتلبية الاحتياجات النفسية غير المشبعة، وتعديل الذاكرة الانفعالية (Arntz & Weertman, 1999).
- تقنية الكرسيين: (Chair Work) إجراء حوار داخلي بين الأجزاء المختلفة من الذات، مما يعزز الوعي الداخلي ويعيد التوازن النفسي. (Young et al., 2003)

ثالثاً: الأساليب السلوكية (Behavioral Techniques)

تهدف إلى كسر الأنماط التكيفية السلبية المرتبطة بالمخططات:

- تحليل المواقف التي تُفعل المخطط وتحديد الاستجابة النمطية (تجنب، استسلام، تعويض مفرط).
- التدريب على استجابات بديلة من خلال التعرض التدريجي، والمهام المنزلية، ومحاكاة المواقف الصعبة.
- تعزيز مهارات التوكيدية وتنظيم الانفعالات. (Bach et al., 2018)

رابعاً: العلاقة العلاجية (Limited Reparenting)

تشكل هذه العلاقة محوراً جوهرياً في النموذج:

- يتصرف المعالج كمصدر داعم وآمن يقدم تجربة تصحيحية عاطفية ضمن حدود العلاقة المهنية.
- يُعيد تشكيل نمط التعلق الداخلي ويُعزز الأمان والثقة والقبول. (Young et al., 2003)

خامساً: العمل على أنماط الشخصية (Schema Modes Work)

من أبرز إسهامات النموذج:

- تصنيف الحالات النفسية إلى أنماط مثل: الطفل المجروح، الطفل الغاضب، الحامي المنفصل، الوالد القاسي، والذات البالغة الصحية. (Lobbestael, Arntz, & Sieswerda, 2005)
- تدريب المريض على التعرف على هذه الأنماط وتفعيل نمط "الذات البالغة الصحية" لضبط التفاعل الداخلي والخارجي.

فعالية النموذج

إن هذا التوازن بين الأساليب المعرفية، والعاطفية، والسلوكية، والعلاقاتية، يجعل العلاج بالمخططات واحداً من النماذج القليلة القادرة على إحداث تغيرات عميقة وطويلة المدى في بنية الشخصية المضطربة، لا سيما لدى من يعانون من اضطراب الشخصية الحدية، حتى في السياقات الثقافية المحافظة التي تتطلب حساسية خاصة في تناول القضايا النفسية والمعرفية المرتبطة بالتعلق، والوصمة، والتعبير العاطفي. (Farrell, Shaw, & Webber, 2009; Giesen-Bloo et al., 2006)

خامساً: العمل على الأنماط (Modes Work)

يُدرَّب المريض على التمييز بين الأنماط النفسية النشطة، مثل:

- الطفل المجروح (Vulnerable Child)
- الطفل الغاضب (Angry Child)
- الوالد القاسي (Punitive Parent)
- الحامي المنفصل (Detached Protector)
- الذات البالغة الصحية (Healthy Adult)
- ويُوجَّه لتفعيل الذات البالغة لقيادة تفاعلاته. (Lobbestael et al., 2005)

بنية العلاج

العلاج بالمخطط عادةً ما يكون طويل الأمد (سنة إلى ثلاث سنوات)، ويشمل مراحل: التقييم، التربية النفسية، تحديد المخططات والأنماط، ثم التدخلات المعرفية والعاطفية والسلوكية، وفق خطة مرنة تُكيّف مع حالة المريض (Young et al., 2003).

الفعالية والدعم التجريبي

أظهرت الدراسات أن العلاج بالمخطط فعال في تقليل أعراض BPD وتحسين نوعية الحياة بشكل يتفوق على العديد من العلاجات التقليدية. فقد أظهرت دراسة (Giesen-Bloo et al., 2006) فعاليته مقارنةً بالعلاج الجدلي السلوكي (DBT)، كما أبرزت أبحاث (Farrell et al., 2009) أثره في تعزيز العلاقة العلاجية وتطوير الذات.

التحديات والقيود

رغم فعاليته، يواجه العلاج بالمخطط بعض التحديات، منها:

- الحاجة إلى تدريب مكثف للمعالج.
- طول مدة العلاج وكلفته.
- صعوبة تطبيق بعض الأساليب في البيئات الثقافية المحافظة.
- حساسية العلاقة العلاجية خاصة عند توظيف إعادة التوصل المحدود. (Arntz & Jacob, 2013)

فعالية العلاج بالمخططات: دراسات عربية ومقارنات دولية

أولاً: الدراسات العربية حول فاعلية العلاج بالمخططات في علاج اضطراب الشخصية الحدية (BPD)

رغم حداثة تطبيق العلاج بالمخططات (Schema Therapy) في السياقات العربية، بدأت تظهر مؤخرًا دراسات تجريبية وشبه تجريبية تسلط الضوء على فاعليته في علاج اضطراب الشخصية الحدية (BPD) وتُظهر قابلية تكيفه مع الخصوصيات الثقافية في المنطقة.

ففي دراسة شبه تجريبية أجرتها عبدالغني (2020) في مصر على عينة من النساء اللاتي يعانين من أعراض اضطراب الشخصية الحدية، أظهرت نتائج تطبيق برنامج علاجي مبني على العلاج بالمخططات لمدة 12 أسبوعًا تحسُّنًا ملحوظًا في مجالات تنظيم الانفعالات، والسيطرة على الغضب، وتقليل الشعور بالفراغ والتقلبات العاطفية.

وفي السياق السعودي، نفذت الحربي (2022) دراسة تجريبية على مجموعة من الشابات المصابات باضطراب الشخصية الحدية في إحدى العيادات النفسية بالرياض، وأشارت النتائج إلى أن استخدام العلاج بالمخططات أدى إلى انخفاض دال إحصائيًا في مستويات الحساسية للهجر، والسلوك الاندفاعي، ونوبات الغضب. كما أكدت الدراسة أهمية تقنيات مثل "إعادة التوصل المحدود" و"العمل على أنماط الشخصية"، مع ضرورة تكيف التدخلات العاطفية لتناسب البيئة الثقافية المحلية.

ورغم محدودية عدد الدراسات، إلا أن هذه النتائج تشير إلى أن العلاج بالمخططات يحمل إمكانات واعدة في السياق العربي، بشرط توفر معالجين مؤهلين ومدربين على النموذج، ووجود حساسية ثقافية تُراعي الخصوصية الدينية والاجتماعية وتقلل من الوصمة المرتبطة بالخوض في التجارب الطفولية والانفعالية المبكرة.

ثانياً: مقارنة العلاج بالمخطط (ST) بالعلاجات الأخرى في علاج اضطراب الشخصية الحدية

يُعد العلاج بالمخططات (ST)، والعلاج الجدلي السلوكي (DBT)، والعلاج المعرفي السلوكي (CBT) من أبرز النماذج العلاجية المستخدمة في التعامل مع اضطراب الشخصية الحدية، إلا أن لكل منها خصائص نظرية وعملية تميزه.

يركز العلاج المعرفي السلوكي (CBT) على تعديل الأفكار اللاعقلانية التي تؤثر في السلوك الانفعالي للفرد، وقد أظهر فاعلية محدودة في التخفيف من الأعراض المصاحبة لـ BPD، مثل الاكتئاب والقلق. إلا أنه غالباً ما يواجه صعوبة في معالجة الجذور الانفعالية العميقة واضطرابات التعلق المتأصلة. (Beck et al., 2011)

أما العلاج الجدلي السلوكي (DBT)، الذي طورته Linehan (1993) خصيصاً لعلاج BPD، فقد أثبت فعاليته في تقليل السلوك الانتحاري، والاندفاعي، ونوبات الغضب، من خلال تركيزه على مهارات تنظيم الانفعالات والتسامح مع الضيق واليقظة الذهنية. ومع ذلك، وُجّهت له انتقادات تتعلق بعدم تعامله العميق مع الجذور التنموية للاضطراب أو تعديل المخططات المعرفية العميقة.

في المقابل، يُقدّم العلاج بالمخططات (ST) إطاراً علاجياً متكاملًا يجمع بين المعالجة المعرفية، والعاطفية، والسلوكية، والعلاقاتية، ويركز على تعديل المخططات غير التكيفية المبكرة (EMSs)، واستهداف أنماط الشخصية غير الصحية، مع توفير علاقة علاجية تصحيحية قائمة على "إعادة التوصل المحدود". (Young et al., 2003; Arntz & Jacob, 2013)

وتشير دراسات مقارنة إلى أن ST قد يتفوق على DBT و CBT في معالجة النمط الشخصي المزمن، وتحسين الهوية الذاتية، وتعزيز جودة الحياة، خاصة على المدى الطويل. فعلى سبيل المثال، أظهرت دراسة Giesen-Bloo et al. (2006) تفوق ST على DBT في خفض أعراض اضطراب الشخصية الحدية، كما بينت دراسة Bamelis et al. (2014) فاعليته في إحداث تغييرات عميقة في البنية النفسية للذات.

بناءً على ذلك، يُمكن القول إن DBT قد يكون الأنسب في المراحل الحادة من الاضطراب للحد من السلوكيات الخطرة، بينما يُعد ST أكثر ملاءمة للمرحلة التالية لمعالجة الجذور النفسية العميقة، وإعادة بناء الهوية، وتعديل أنماط التعلق طويلة الأمد.

3. الأدبيات البحثية والدراسات السابقة

تُعد الدراسات السابقة ركيزة أساسية لفهم تطور العلاج بالمخطط وتطبيقاته في اضطراب الشخصية الحدية، حيث تسلط الضوء على الأطر النظرية والتجريبية التي دعمت هذا النموذج العلاجي. ومن خلال مراجعة منهجية لهذه الدراسات، يمكن تحديد مدى فعالية العلاج، وأوجه تكييفه في السياقات الثقافية المختلفة، ولا سيما العربية. وهي كالتالي:

دراسة Giesen-Bloo et al. (2006) بعنوان: "العلاج النفسي الخارجي لاضطراب الشخصية الحدية: تجربة سريرية عشوائية لمقارنة العلاج بالمخطط مقابل العلاج التحويلي المرتكز على النقل".

هدفت هذه الدراسة إلى تقييم فعالية العلاج بالمخطط (Schema-Focused Therapy) مقارنة بالعلاج التحويلي (Transference-Focused Psychotherapy) في علاج اضطراب الشخصية الحدية. شملت العينة 86 مريضاً تم توزيعهم عشوائياً على أحد النموذجين العلاجيين لمدة ثلاث سنوات. أظهرت النتائج أن نسبة المرضى الذين تعافوا أو تحسنوا بشكل كبير كانت أعلى بكثير في مجموعة العلاج بالمخطط (46%) مقارنةً بمجموعة العلاج التحويلي (24%). كما لوحظ تحسن كبير في

نوعية الحياة، الأعراض العامة، الأداء الاجتماعي، والقدرة على العمل لدى مجموعة العلاج بالمخطط. توصلت الدراسة إلى أن العلاج بالمخطط أكثر فعالية واستجابة من العلاج التحويلي، مما يجعله تدخلاً واعداً لعلاج هذا الاضطراب المعقد.

دراسة Nadort et al. (2009) بعنوان: "تطبيق العلاج بالمخطط للمرضى الحديين في خدمات الصحة النفسية العامة".

تستعرض هذه الدراسة كيفية تنفيذ العلاج بالمخطط في مراكز الصحة النفسية العامة، مركزة على فعالية العلاج مع أو بدون توفير دعم علاجي خلال أوقات الطوارئ خارج ساعات العمل. تم تقسيم المرضى بشكل عشوائي إلى مجموعتين: إحداهما تلقت دعماً إضافياً في الأزمات، والأخرى تلقت العلاج التقليدي فقط. أظهرت النتائج أن العلاج بالمخطط فعال بشكل كبير حتى دون دعم الطوارئ، ما يشير إلى إمكانية تنفيذه في بيئات العلاج العامة بكفاءة. كما لوحظ تحسن في الأعراض، الأداء الاجتماعي، وتقليل عدد حالات الانسحاب من العلاج. تسلط الدراسة الضوء على أهمية تكيف نموذج ST مع الموارد المتاحة في الأنظمة العلاجية العامة.

دراسة Farrell et al. (2009) بعنوان: "العلاج الجماعي بالمخطط لاضطراب الشخصية الحدية: تجربة عشوائية محكمة".

اختبرت هذه الدراسة فعالية العلاج بالمخطط في نموذج جماعي مضاف إلى العلاج الاعتيادي لمرضى اضطراب الشخصية الحدية في العيادات الخارجية. شملت العينة 32 مريضاً، تم تقسيمهم إلى مجموعتين: إحداهما تلقت العلاج الاعتيادي فقط، والأخرى تلقت العلاج الاعتيادي مضافاً إليه 30 جلسة جماعية من ST. أظهرت النتائج أن مجموعة العلاج الجماعي حققت تحسناً ملحوظاً في الأعراض الحدية، الانفعالات، الاستجابات المعرفية، والعلاقات. كما أظهرت نتائج المتابعة بعد ستة أشهر استمرار التحسن، مع انخفاض معدلات دخول المستشفى والانقطاع عن العلاج. تؤكد الدراسة فعالية نموذج ST الجماعي كمكمل فعال للعلاج الفردي في حالات اضطراب الشخصية الحدية.

دراسة Sempertegui et al. (2013) بعنوان: "العلاج بالمخطط لاضطراب الشخصية الحدية: مراجعة شاملة لأسسه التجريبية، فعاليته، وإمكانات تطبيقه".

تقدم هذه المقالة مراجعة شاملة للأدلة التجريبية حول العلاج بالمخطط في علاج اضطراب الشخصية الحدية. تم تحليل الدراسات السريرية والمراجعات التي بحثت في فعالية العلاج، وطبيعة التغيرات العلاجية، وأساسيات النظرية الكامنة وراءه. وجد أن ST يركز على تعديل المخططات المبكرة غير التكيفية، وأنماط الاستجابة، من خلال تقنيات معرفية، سلوكية، وتجريبية. أظهرت الأدلة أن ST فعال في تقليل الأعراض الحدية، وتحسين التنظيم العاطفي، والعلاقات الشخصية، مع معدلات انسحاب منخفضة. توصي الدراسة بتطبيق ST في السياقات العلاجية المختلفة، مع ضرورة مزيد من الدراسات حول آلياته الفعالة ونقله إلى النظم العلاجية العامة.

دراسة Bamelis et al. (2014) بعنوان: "نتائج تجربة عشوائية محكمة متعددة المراكز للعلاج بالمخطط لاضطرابات الشخصية".

اختبرت هذه الدراسة واسعة النطاق فعالية العلاج بالمخطط (ST) مقارنة بالعلاج المتمركز حول العميل (Client-Centered Therapy) والعلاج النفسي الموجه نفسياً، على مرضى يعانون من اضطرابات شخصية غير اضطراب الشخصية الحدية (مثل الشخصية التجنبية، الاعتمادية، النرجسية...). شملت العينة 323 مريضاً من 12 مركزاً في هولندا، ووزعوا عشوائياً

إلى ثلاثة نماذج علاجية لمدة تصل إلى 50 جلسة. أظهرت النتائج أن ST كان أكثر فعالية من كلا النموذجين الآخرين في تحقيق التحسن السريري، حيث وصلت معدلات الشفاء إلى 52% مقارنة بـ 28% و 21% في المجموعتين الضابطين. كما أظهر المرضى تحسناً في الأداء الاجتماعي ونوعية الحياة. توصل الباحثون إلى أن ST هو نهج علاجي قابل للتطبيق بفعالية عالية في حالات اضطرابات الشخصية المتنوعة.

دراسة Reiss et al (2016) بعنوان: "العلاج الجماعي بالمخطط للمرضى المصابين باضطراب الشخصية الحدية: دراسة تجريبية أولية".

هدفت هذه الدراسة التجريبية إلى استكشاف إمكانية تطبيق نموذج العلاج الجماعي بالمخطط (GST) على مرضى يعانون من اضطراب الشخصية الحدية الشديد في العيادات الخارجية بألمانيا. شملت العينة 10 مريضات خضعن لبرنامج علاجي جماعي يتضمن 20 جلسة أسبوعية. تم تقييم النتائج من خلال قياسات الأعراض الحدية، التعلق، الرضا عن الذات، والقبول العلاجي. أظهرت النتائج تحسناً ملحوظاً في معظم المؤشرات، إلى جانب انخفاض في السلوكيات الانتحارية والانسحابية، وتحسن العلاقات الشخصية. كما أظهرت المرضى التزاماً جيداً بالعلاج. خلصت الدراسة إلى أن GST هو نموذج واعد وعملي للتطبيق حتى مع المرضى ذوي الأعراض الشديدة، ويوصى بتوسيعه في أبحاث مستقبلية واسعة النطاق.

دراسة Tan et al. (2018) بعنوان: "تجارب المرضى مع العلاج بالمخطط لاضطراب الشخصية الحدية: دراسة نوعية".

هدفت هذه الدراسة النوعية إلى استكشاف تجارب المرضى الذين خضعوا للعلاج بالمخطط لعلاج اضطراب الشخصية الحدية، من خلال مقابلات شبه منظمة مع 15 مريضاً. ركزت المقابلات على إدراك المرضى للعلاقة العلاجية، فعالية الأساليب المستخدمة، التغييرات النفسية، والتحديات التي واجهوها. أظهرت النتائج أن معظم المشاركين عبّروا عن تحسن في تنظيم المشاعر، تقدير الذات، والقدرة على بناء علاقات صحية. كما عبّروا عن رضاهم عن العلاقة الداعمة مع المعالج، ووجدوا أن التمارين التخيلية والحوارات الداخلية فعالة في تغيير المعتقدات السلبية القديمة. ومع ذلك، أشار بعض المرضى إلى صعوبة تحمل الشحنات العاطفية القوية التي يثيرها العلاج في مراحله الأولى. خلصت الدراسة إلى أن ST تجربة علاجية ثرية لكنها مكثفة، وتتطلب بيئة آمنة وداعمة لإنجاحها.

دراسة Jacob et al. (2018) بعنوان: "برنامج Priovi الإلكتروني التفاعلي: برنامج علاج إلكتروني بمساعدة المعالج لمرضى اضطراب الشخصية الحدية".

تهدف هذه الدراسة إلى تقييم برنامج إلكتروني تفاعلي (Priovi) يعتمد على العلاج بالمخطط، تم تصميمه لمساعدة مرضى اضطراب الشخصية الحدية (BPD) شارك 65 مريضاً ممن خضعوا لعلاج نفسي تقليدي مع استخدام Priovi لمدة 3 أشهر. أظهرت النتائج تحسناً ملحوظاً في الأعراض الحدية، خاصة في مجالات التنظيم العاطفي، الاندفاع، والمزاج. كما عبّر المشاركون عن رضاهم عن البرنامج وسهولة استخدامه، حيث وُصف بأنه معالج "دائم الحضور" يدعم التغيير السلوكي والمخططات المعرفية. توصي الدراسة بدمج برامج العلاج الإلكتروني المستندة إلى ST ضمن مكونات الرعاية النفسية المتكاملة.

دراسة Khosravi (2020). بعنوان: "الدور الوسيط للمخططات المعرفية غير التكيفية المبكرة في العلاقة بين إساءة معاملة الأطفال والانفصال لدى مرضى اضطراب الشخصية الحدية".

انطلقت هذه الدراسة من منظور تطوري ومرضي يفترض أن إساءة معاملة الأطفال ترتبط ارتباطاً وثيقاً بحالات الانفصال لاحقاً في الحياة، كأقصى أشكال الاستجابة المزمنة للضغوط النفسية، وهدفت إلى استكشاف العلاقة بين إساءة معاملة الأطفال والانفصال لدى مرضى اضطراب الشخصية الحدية (BPD)، مع التركيز على دور المخططات المعرفية غير التكيفية المبكرة (EMSs) كوسيط أساسي. أجريت الدراسة على عينة مكونة من 152 مريضاً ومريضة (52% إناث، 48% ذكور) بمتوسط عمر بلغ 29.64 عاماً، تم اختيارهم من مستشفى بهاران للأمراض النفسية في مدينة زاهدان بإيران باستخدام أسلوب العينة الطبقية العشوائية. وقد استخدمت أدوات تقييم متعددة شملت: مقياس صدمات الطفولة (CTQ)، ومقياس تجارب الانفصال (DES)، واستبيان يونغ للمخططات - النسخة القصيرة (YSQ-S3). أظهرت النتائج أن الانفصال لدى مرضى BPD يختلف من حالة لأخرى، وأنه يمكن التنبؤ به من خلال الإهمال العاطفي، ومخططات قابلية الأذى، والعار/العييب. كما تبين أن إساءة المعاملة الجنسية لم تكن ذات تأثير كبير في التنبؤ بأعراض الانفصال، بينما لعبت المخططات المعرفية دوراً وسيطاً مهماً، إذ بلغ حجم التأثير لمخطط قابلية الأذى ($\beta = 0.128$)، ولمخطط العار/العييب ($\beta = 0.211$) وتشير هذه النتائج إلى أهمية تقييم الانفصال مبكراً في الخطة العلاجية لمرضى BPD، كما تؤكد إمكانات العلاج بالمخططات في تقليل الاستجابات الانفصالية الناجمة عن الإهمال العاطفي والمعتقدات السلبية المرتبطة بالعار وقابلية الأذى. وتوصي الدراسة بإجراء أبحاث مستقبلية أعمق حول سيكوباتولوجيا الانفصال ضمن هذه الفئة الإكلينيكية.

دراسة Arntz et al. (2021) بعنوان: "فعالية العلاج الفردي والجماعي بالمخطط لاضطراب الشخصية الحدية: تجربة سريرية عشوائية متعددة المراكز".

تُعد هذه الدراسة أكبر تجربة عشوائية متعددة المواقع لتقييم فعالية العلاج بالمخطط بنموذجيه الجماعي والفردي، مقارنة بالعلاج الاعتيادي (Treatment as Usual - TAU). شارك في الدراسة 495 مريضاً من 14 مركزاً في أوروبا، مصابين باضطراب الشخصية الحدية. استمرت التجربة 18 شهراً، وتم تقييم النتائج عبر مؤشرات الشفاء، والتحسين الوظيفي، وتقليل السلوكيات الانتحارية. أظهرت النتائج تفوقاً واضحاً للعلاج الجماعي بالمخطط، حيث بلغ معدل التحسن السريري 60% مقارنة بـ 45% للعلاج الفردي، و25% فقط في مجموعة TAU. أكدت النتائج قابلية تطبيق العلاج الجماعي بكفاءة أعلى، وتوصي بتوسيعه في الرعاية النفسية العامة.

دراسة Koppers et al. (2021) بعنوان: "المتغيرات المتنبئة بنتائج العلاج الجماعي بالمخطط لاضطرابات الشخصية".

هدفت هذه الدراسة إلى تحليل المتغيرات النفسية التي تؤثر في نتائج العلاج الجماعي بالمخطط (Group Schema Therapy) لدى مرضى اضطرابات الشخصية، وبشكل خاص اضطراب الشخصية الحدية. سعى الباحثون إلى التحقق مما إذا كانت الأعراض النفسية الأولية، والمخططات غير التكيفية، وأنماط المخطط تشكل عوامل تنبؤية تؤثر في استجابة المرضى للعلاج. وقد شملت العينة مجموعة من مرضى اضطرابات الشخصية ممن خضعوا لبرنامج علاجي جماعي باستخدام العلاج بالمخطط، استمر من سنة إلى سنتين وفق خطة علاجية معيارية. استخدمت الدراسة أدوات نفسية قياسية شملت: استبيان يونغ للمخططات المبكرة (YSQ)، ومؤشر أنماط المخطط (SMI)، بالإضافة إلى مقاييس نفسية معيارية لتقييم الأعراض. وأظهرت النتائج أن المرضى الذين سجلوا مستويات مرتفعة في المخططات غير التكيفية، أو أظهروا أنماطاً سلبية مثل "الطفل الغاضب" و"الطفل المهجور" و"الوالد العقابي"، كانوا أقل استفادة من العلاج. في المقابل، ارتبطت المخططات التكيفية ونمط "الراشد"

الصحي" بنتائج علاجية إيجابية. كما لوحظ أن التحسن في أعراض القلق والاكتئاب كان مرتبطاً بفاعلية أكبر للعلاج الجماعي. وتشير هذه النتائج إلى أهمية استخدام تقييم المخططات والأنماط النفسية كأدوات تنبؤية تساعد في تصميم برامج علاجية مخصصة، وتحديد المرضى الذين قد يحتاجون إلى تدخلات علاجية داعمة إضافية

دراسة McLean (2022) بعنوان: "التحليل التلوي للعلاج بالمخطط لاضطراب الشخصية الحدية".

استعرض هذا التحليل التجميعي 11 دراسة عشوائية محكمة لتقييم فعالية العلاج بالمخطط لاضطراب الشخصية الحدية، شملت 890 مشاركاً. هدفت المراجعة إلى حساب حجم الأثر الإجمالي للعلاج بالمخطط في تقليل الأعراض الحدية، مقارنة بعلاجات أخرى كالعلاج الجدلي السلوكي والعلاج الديناميكي. أظهرت النتائج أن ST يحقق تأثيراً كبيراً في تخفيف الأعراض العاطفية، تعزيز الاستقرار الذاتي، وتحسين جودة الحياة. كما وُجد أن معدلات الالتزام بالعلاج والرضا لدى المرضى كانت أعلى من النماذج الأخرى. تدعم هذه النتائج ST كخيار مفضل علاجي معزز بالأدلة.

دراسة Koursouleris et al. (2023) بعنوان: "دمج الطب النفسي الحوسبي مع العلاج بالمخطط لعلاج اضطراب الشخصية الحدية".

تستعرض هذه المقالة التوجهات الحديثة في الدمج بين الطب النفسي الحوسبي والعلاج بالمخطط لعلاج اضطراب الشخصية الحدية. يناقش الباحثون كيف يمكن استخدام نماذج التعلم الآلي والذكاء الاصطناعي لرصد أنماط المخططات غير التكيفية وتحليل استجابات المريض بدقة. يطرح المقال نموذجاً أولياً لعلاج تكيفي يتفاعل مع السلوك اللحظي للمريض عبر واجهات إلكترونية. تُعد هذه الرؤية قفزة نحو تصميم علاجات مخصصة تعتمد على بيانات في الوقت الحقيقي، مما قد يحدث ثورة في علاج الاضطرابات المعقدة مثل BPD.

دراسة هوانغ وآخرون (2023) بعنوان: "المخططات المعرفية غير التكيفية المبكرة، والتشوهات المعرفية، والسلوك العدواني: الفروق بين الجنسين في نموذج وساطة".

هدفت هذه الدراسة إلى اختبار نموذج وساطة يوضح العلاقة بين المخططات غير التكيفية المبكرة (EMSs) والسلوك العدواني، من خلال دور التشوهات المعرفية كمتغير وسيط، مع مراعاة الفروقات بين الجنسين. شارك في الدراسة 175 بالغاً (89 امرأة و86 رجلاً) تتراوح أعمارهم بين 18 و77 عاماً، وقد تم جمع البيانات باستخدام أدوات إلكترونية شملت: النسخة القصيرة من استبيان يونغ للمخططات (YSQ-SF3)، ومقياس التفكير غير المتكامل (H-I Think)، ومقياس العدوانية لـ Buss-Warren. أظهرت النتائج أن مخططات "حدود الذات غير الكافية" و"الاستقلالية المتعطلة" أثرت بشكل غير مباشر على العدوان من خلال التشوهات المعرفية، وكان هذا التأثير أكثر وضوحاً لدى الرجال مقارنة بالنساء. وتشير النتائج إلى أن التشوهات المعرفية تلعب دوراً محورياً في تفسير العلاقة بين خبرات الطفولة السلبية والسلوك العدواني في مرحلة البلوغ. وبناءً على ذلك، توصي الدراسة بضرورة تضمين تقييم هذه التشوهات في خطط التدخل النفسي، لا سيما في الحالات المرتبطة بالعدوان وخبرات الطفولة المبكرة، مع الانتباه للفروق بين الجنسين في طبيعة المعالجة المعرفية.

دراسة كريدش وآخرون – (2024) بعنوان: "مقارنة فعالية العلاج بالمخطط والعلاج الجدلي السلوكي لاضطراب الشخصية الحدية في الإمارات".

أجريت هذه الدراسة في دولة الإمارات على عينة من 60 مريضاً يعانون من اضطراب الشخصية الحدية، بهدف مقارنة فعالية العلاج بالمخطط (ST) والعلاج الجدلي السلوكي (DBT). تم تقسيم العينة عشوائياً إلى مجموعتين بواقع 30 مريضاً لكل مجموعة، وتلقى المشاركون 20 جلسة علاجية خلال 5 أشهر. أظهرت النتائج أن مجموعة ST حققت نتائج أفضل من DBT في تقليل الاندفاعية، واضطراب الهوية، والخوف من الهجر. كما لوحظ تحسن أكبر في مهارات التنظيم العاطفي لدى مجموعة ST. توصي الدراسة بتوسيع استخدام ST في السياقات العربية مع ملاءمته ثقافياً.

دراسة بدران – (2024) بعنوان: "دراسة حالة: العلاج بالمخطط المكيف ثقافياً للجنة يمنية مصابة باضطراب الشخصية الحدية"

تعرض هذه الدراسة حالة امرأة يمنية لاجئة تعاني من اضطراب الشخصية الحدية مع أعراض انشقاقية شديدة، حيث تم تطبيق نموذج العلاج بالمخطط مع تعديلات ثقافية. ركزت خطة العلاج على معالجة مخطط الهجر، التبعية، والعجز، مع استخدام تقنيات التخيل والحوار الداخلي ضمن ثقافة محافظة. أظهرت المريضة تحسناً تدريجياً في التنظيم الذاتي والانخراط العاطفي، وتعلمت مهارات التعافي من الصدمات ضمن إطار علاجي آمن. تؤكد هذه الدراسة أهمية التكيف الثقافي للعلاج النفسي، خصوصاً للاجئين.

دراسة ماركيز وآخرون – (2024) بعنوان: "العلاج الجماعي بالمخطط لاضطراب الشخصية الحدية: مراجعة منهجية".

تقدم هذه المراجعة تحليلاً حديثاً للأدبيات التي تناولت فعالية العلاج الجماعي بالمخطط (GST) في علاج اضطراب الشخصية الحدية. استعرض الباحثون 9 دراسات حديثة أجريت بين عامي 2016–2023، وخلصوا إلى أن GST يقدم نتائج سريرية مماثلة للعلاج الفردي، مع ميزة الكفاءة الزمنية والدعم الجماعي. كما لاحظت الدراسات انخفاض معدلات الانسحاب وارتفاع الرضا عن العلاج. توصي المراجعة بتبني نموذج GST في البرامج العلاجية المؤسسية مع توفير تدريب خاص للمعالجين.

دراسة الصبيح وآخرون – (2024) بعنوان: "أثر الوصمة الاجتماعية على مرضى اضطراب الشخصية الحدية في العالم العربي: دور العلاج بالمخطط".

تناقش هذه الدراسة التأثير السلبي للوصمة الاجتماعية على مرضى BPD في العالم العربي، خاصة في ما يتعلق بالعزلة والانفصال العاطفي. من خلال تحليل مقابلات مع 18 مريضاً، وجدت الدراسة أن ST ساعد المرضى على مواجهة مخططات "الاغتراب" و"النبت"، وعزز من ارتباطهم الاجتماعي. كما أظهرت أهمية العلاقة العلاجية الداعمة في إعادة بناء ثقة المريض بالآخرين. توصي الدراسة بتكامل ST مع برامج توعية اجتماعية لخفض الوصمة.

دراسة الغامدي – (2024) بعنوان: "التقييم السيكمومتري للنسخة العربية من مؤشر فحص اضطراب الشخصية الحدية في عينة إكلينيكية سعودية".

هدفت هذه الدراسة إلى اختبار الخصائص السيكمومترية للنسخة العربية من مؤشر فحص اضطراب الشخصية الحدية (MSI-BPD)، وتقييم مدى موثوقيته وصلاحيته للاستخدام الإكلينيكي في البيئة السعودية. أجريت الدراسة على عينة إكلينيكية مكونة من 385 مشاركاً ومشاركة، تم اختيارهم من مراجعي العيادات النفسية في عدد من المستشفيات والمراكز الصحية في المملكة العربية السعودية. ركزت الباحثة على اختبار الثبات الداخلي للأداة، والتحقق من صلاحيتها البنائية، ومدى قدرتها على التنبؤ بالأعراض الحدية بناءً على تشخيصات سريرية معتمدة.

دراسة أبو عطا الله، م.، وآخرون (2025) بعنوان: "المخططات المعرفية اللاتكيفية والتوافق الزوجي لدى مرضى اضطراب الشخصية الحدية."

هدفت الدراسة إلى التعرف على العلاقة بين المخططات المعرفية اللاتكيفية والتوافق الزوجي لدى مرضى اضطراب الشخصية الحدية، بالإضافة إلى الكشف عن الفروق في المخططات تبعًا لمتغيرات الجنس، والمستوى التعليمي، والحالة الاجتماعية، والمهنة، وعدد سنوات الزواج. تكونت العينة من 80 مريضًا ومريضة تتراوح أعمارهم بين 25 و45 عامًا، ممن يعانون من اضطراب الشخصية الحدية، ويُراجعون مستشفى للصحة النفسية، بشرط ألا تقل مدة زواجهم عن سنتين. استخدمت الدراسة استبانة يونغ للمخططات المعرفية اللاتكيفية، إلى جانب مقياس التوافق الزوجي من إعداد الدكتورة نجاح عبد الفتاح. وكشفت النتائج عن وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائيًا بين عدد من المخططات (مثل: الاعتمادية، الخزي، الحرمان العاطفي) وتدني التوافق الزوجي، كما ظهرت فروق دالة في درجة تفعيل المخططات تبعًا للجنس (لصالح الإناث)، وكذلك وفقًا للحالة الاجتماعية والمستوى التعليمي. وتشير هذه النتائج إلى أن بعض المخططات، وخصوصًا الاعتمادية والخزي، تؤثر بشكل مباشر على جودة العلاقات الزوجية لدى المصابين باضطراب الشخصية الحدية، مما يستدعي تضمينها بوضوح في خطة العلاج النفسي.

دراسة خليل، م.، وآخرون (2025) بعنوان: "إسهام المخططات المعرفية اللاتكيفية في التنبؤ باضطراب الشخصية الحدية لدى عينة من المدمنين"

هدفت الدراسة إلى الكشف عن إسهام المخططات المعرفية اللاتكيفية في التنبؤ باضطراب الشخصية الحدية لدى عينة من المدمنين، حيث شملت العينة 100 مشاركًا من نزلاء مراكز علاج الإدمان ممن تم تشخيصهم إكلينيكيًا بوجود أعراض اضطراب الشخصية الحدية بدرجات متفاوتة. أجريت الدراسة في بيئة إكلينيكية عربية مختصة بعلاج الإدمان، وجرى استخدام الأدوات التالية: استبيان يونغ للمخططات المبكرة (النسخة القصيرة)، ومقياس السمات الحدية الذي أعده الباحثون استنادًا إلى معايير الدليل التشخيصي الخامس DSM-5. وأظهرت نتائج تحليل الانحدار أن عددًا من المخططات كان من أقوى المتنبئات بوجود سمات اضطراب الشخصية الحدية، أبرزها: الحرمان العاطفي، الخزي، والعيب، الاندماج غير المنفصل، والاعتمادية. وتشير هذه النتائج إلى أن النمط المعرفي المتمثل في المخططات اللاتكيفية يمكن أن يُعد مؤشرًا مبكرًا مفيدًا في الفحص والتدخل العلاجي لفئة المدمنين الذين يظهرون سمات حدية.

تصنيف الدراسات حول العلاج بالمخطط لاضطراب الشخصية الحدية

في ضوء اتساع القاعدة البحثية المتعلقة بالعلاج بالمخطط (Schema Therapy) وتطبيقاته الإكلينيكية، خاصة في مجال علاج اضطراب الشخصية الحدية، ارتأى الباحث تصنيف الدراسات السابقة بشكل منهجي وفق أربعة محاور رئيسية تعكس أبعاد النموذج العلاجي من حيث النشأة والتأصيل النظري، والفعالية التجريبية، وأنماط التطبيق (فردية/جماعية)، والسياق الثقافي العربي. يهدف هذا التصنيف إلى تسليط الضوء على المسارات البحثية التي دعمت تطور العلاج بالمخطط، وتوضيح نقاط التقاطع والتباين بين الدراسات المختلفة، بما يعزز من فهم الخلفية النظرية والتجريبية التي يستند إليها هذا النموذج في الأدبيات النفسية الحديثة. وعليه، سيتم فيما يلي عرض الجداول التصنيفية لكل محور على حدة.

جدول (1): دراسات تأسيسية (نظريات، النشأة، مراجعات منهجية).

وصف موجز / المساهمة	عنوان الدراسة
مراجعة شاملة للأسس النظرية والفعالية	Sempertegui et al. (2013)
تحليل تجميعي للتجارب المحكمة حول ST	McLean Meta-analysis (2022)
مراجعة حديثة لفعالية ST الجماعي	Marquez et al. (2024)
تطوير ST بالطب الحوسبي	Koursouleris et al. (2023)
تشوهات معرفية تتوسط العلاقة بين EMS والعدوان	Huang et al. (2023)
الانفصال كمحصلة لإساءة الطفولة عبر EMS	Khosravi (2020)
أنماط EMS تتنبأ بنتائج ST الجماعي	Koppers et al. (2021)

جدول (2): دراسات تجريبية (RCTs)

وصف موجز / المساهمة	عنوان الدراسة
RCT مقارنة بين ST والعلاج التحويلي	Giesen-Bloo et al. (2006)
تطبيق ST في الصحة النفسية العامة	Nadort et al. (2009)
تجربة جماعية محكمة لـ ST	Farrell et al. (2009)
RCT متعددة المراكز على اضطرابات الشخصية	Bamelis et al. (2014)
ST جماعي لحالات BPD الحادة	Reiss et al. (2016)
أكبر تجربة أوروبية على ST الجماعي والفردى	European GST RCT (~2021)
مقارنة ST و DBT في الإمارات	Kurdish et al. (2024)
اختبار أداة تشخيصية مرتبطة بـ ST	Alghamdi (2024)

جدول (3): دراسات جماعية / فردية

وصف موجز / المساهمة	عنوان الدراسة
دراسة نوعية حول تجارب مرضى ST	Tan et al. (2018)
ST إلكتروني (Priovi)	Jacob et al. (2018)
دراسة حالة يمنية في سياق ثقافي	Badran (2024)
مقابلات نوعية عن العزلة والوصمة	Al-Subaie et al. (2024)
المخططات والتوافق الزوجي لدى مرضى BPD	أبو عطا الله وآخرون (2025)
EMS كمتنبئ بسمات BPD لدى مدمنين	خليل وآخرون (2025)

جدول (4): دراسات عربية أو ذات تكييف ثقافي

وصف موجز / المساهمة	عنوان الدراسة
دراسة تطبيقية مقارنة في الإمارات	Kurdish et al. (2024)
تكيف ST مع لاجئة يمنية	Badran (2024)
سياق ثقافي سعودي وتأثير ST	Al-Subaie et al. (2024)
أداة عربية لقياس BPD	Alghamdi (2024)
توافق زواجي وسياق معرفي عربي	أبو عطا الله وآخرون (2025)
اضطرابات الشخصية والمخططات بمراكز الإدمان العربية	خليل وآخرون (2025)

يعكس التصنيف المعتمد للدراسات السابقة (21) دراسة تنوعاً واضحاً في الطرائق البحثية، واتساعاً في الاهتمام العلمي بالعلاج بالمخطط، سواء من حيث التأصيل النظري أو التحقق التجريبي. وقد كشفت مراجعة الأدبيات عن وجود ركيزة علمية صلبة تدعم فعالية هذا النموذج العلاجي، لا سيما في علاج اضطراب الشخصية الحدية، إلى جانب جهود ملحوظة لتكييفه في السياقات الثقافية المختلفة، ومنها السياق العربي. كما يُبرز التصنيف التقدم الملحوظ في الانتقال من النماذج الفردية إلى الجماعية، ومن الدراسات المؤسسية إلى التجريبية، مما يدل على نضج البحث في هذا المجال.

وتُعد هذه النتائج التمهيدية أساساً علمياً لبناء الدراسة الحالية، التي تسعى إلى المساهمة في سد فجوة بحثية متعلقة بتطبيق العلاج بالمخطط في السياقات العربية، من خلال تحليل منهجي للتجارب المنشورة، وتقييم مدى فاعلية النموذج وتكامل مكوناته النظرية والإكلينيكية ضمن البيئات الثقافية المحلية.

3. التحليل البحثي

القراءة التحليلية للدراسات السابقة:

من خلال تحليل الدراسات السابقة، يمكن استنتاج ما يلي:

- تشير الأدبيات إلى أن العلاج بالمخطط (ST) يُعد نموذجاً علاجياً يستهدف الجذور الانفعالية والمعرفية لاضطراب الشخصية الحدية، ويتجاوز الاقتصار على تخفيف الأعراض. وقد أظهرت الدراسات فاعليته في خفض الاندفاعية وتحسين التنظيم الانفعالي وصورة الذات، مع مؤشرات ميدانية تدعم إمكانية تكيفه مع السياقات العربية.
- تعكس الدراسات النوعية تجارب علاجية غنية حيث تشير إلى تغييرات طويلة المدى في الاستبصار وتعديل أنماط التفاعل، حتى بعد انتهاء الجلسات.
- تركز معظم الأدلة على العمل العميق مع مخططات الطفولة المبكرة، خاصة: العار، الهجر، الاعتمادية، والرفض، بوصفها لبّ الصراعات النفسية في BPD.
- يُظهر النموذج التكامل النظري والعملي من خلال دمج بين الأساليب المعرفية، الجشطالتيّة، والتعلق، مما يعزز من مرونته وملاءمته لحالات الشخصية المزمنة.

• توصي النتائج بأهمية الاستثمار في تدريب المعالجين النفسيين في ST ، وتطوير أدوات تقييم مقننة عربياً، وضرورة التوسع في الأبحاث التجريبية الطويلة لتدعيم القاعدة المعرفية.

ترى الباحثة أن الدراسات السابقة، سواء العربية أو الأجنبية، تمثل قاعدة قوية لفهم فعالية العلاج بالمخطط وأبعاده النظرية والتطبيقية، لكنها تكشف أيضاً عن فجوات بحثية مهمة تتطلب مزيداً من الدراسات التجريبية الطويلة، وتكييفاً أكبر مع البيئات العربية ثقافياً واجتماعياً. ومن هذا المنطلق، تأتي التحليلات التالية لتقديم قراءة أعمق لتصاميم هذه الدراسات، عيانتها، وأدواتها، بما يسلط الضوء على جوانب القوة ومواطن النقص، ويمهد لبلورة رؤية بحثية شاملة تدعم التطبيق الإكلينيكي الفعال للعلاج بالمخطط.

التحليل المنهجي للدراسات:

تميزت الدراسات باستخدام منهجيات علمية صارمة، أبرزها:

- تصاميم تجريبية عشوائية محكمة (RCT): كما في (Giesen-Bloo et al. (2006 ، (Bamelis et al. (2014 ، (European Multisite (2021)، حيث تم توزيع المشاركين عشوائياً ومتابعتهم لفترات طويلة (من 12 إلى 36 شهراً).
- تصاميم شبه تجريبية وتطبيقية: كما في (Nadort et al. (2009 و (Reiss et al. (2016، والتي ركزت على فعالية التطبيق في الواقع السريري.
- مراجعات وتحليلات تجميعية: مثل (McLean (2022 و (Sempertegui et al. (2013، وفُرت قاعدة بيانات موثوقة لصحة النموذج.
- التنوع في المنهجية بين تجريبي وتطبيقي وتحليلي يمنح هذه المجموعة من الدراسات مصداقية وشمولية قوية. ما يعزز صلاحية النتائج ويجعلها قابلة للتطبيق في البيئات العلاجية المختلفة، بما فيها العالم العربي.

تحليل العينات وحجمها

تراوحت أحجام العينات من دراسة حالة واحدة (Badran, 2024) إلى دراسات واسعة شملت ما يقارب 500 مشارك (European Multisite RCT, 2021) كما تفاوتت فترات التدخل بين قصيرة (3 أشهر كما في (Jacob et al., 2018 إلى طويلة (3 سنوات كما في (Giesen-Bloo et al., 2006 هذا التباين سمح بتقييم ST في ظروف متنوعة:

- عينات عيادية متخصصة.
- مرضى يعانون من BPD شديد ومتعدد الأعراض.
- مشاركون من خلفيات ثقافية مختلفة.

تُظهر هذه الدراسات اتساع تطبيق ST عبر عينات متنوعة، مما يعزز إمكانية تعميم نتائجها. كما يشير حجم العينة الكبير في بعض الدراسات إلى ثقة منهجية عالية، خاصة حين تقترن بتصميمات محكمة.

تحليل الأدوات المستخدمة

اعتمدت الدراسات على أدوات سيكومترية متنوعة ودقيقة مثل:

- **YSQ-S3** لقياس المخططات المبكرة (Khosravi, 2020)؛ (Koppers et al., 2021)
 - **DES و CTQ** لتقييم الانفصال والصدمات الطفولية (Khosravi, 2020)
 - **MSI-BPD** النسخة العربية (Alghamdi, 2024) التي تمتاز بموثوقية عالية ($\alpha = 0.87$)
 - **مقاييس وظيفية وسريرية** مثل تقييم نوعية الحياة، الاستقرار العاطفي، الأداء الاجتماعي (Farrell et al., 2009) ؛ (Bamelis et al., 2014)
- اعتماد أدوات موثقة ومجربة يعزز من صدق النتائج وقابليتها للتكرار، وهو عنصر أساسي في بناء الممارسة المبنية على الدليل، خاصة حين توطّن الأدوات ثقافيًا كما فعلت (Alghamdi (2024 في البيئة السعودية.
- تحليل المحتوى لمجالات تأثير العلاج بالمخطط في اضطراب الشخصية الحدية (BPD)**
- يشير العلاج بالمخطط (ST) إلى نهج علاجي يركز على إعادة بناء البنية النفسية من خلال تعديل المخططات غير التكيفية وأنماط الاستجابة، وليس فقط تخفيف الأعراض السطحية. وتُظهر الأدبيات أن مجالات تأثيره الرئيسية تشمل الجوانب السلوكية، العاطفية، والعلاقات.
- أولاً: الاندفاعية وضبط السلوك**
- يُعد الاندفاع من السمات المركزية في اضطراب الشخصية الحدية، وقد أظهرت دراسات متعددة فعالية العلاج بالمخطط في الحد من هذه السلوكيات مقارنة بنماذج علاجية أخرى. فعلى سبيل المثال، كشفت دراسة (Kurdish et al. (2024 عن انخفاض الاندفاعية لدى المشاركين بعد ST مقارنةً بـ DBT، بينما وثقت (Giesen-Bloo et al. (2006 تحسناً في ضبط السلوك الذاتي مقارنةً بالعلاج التحويلي (TFP)، مما يُعزى إلى معالجة المخططات العميقة مثل الاندماج والحرمان الانفعالي.
- ثانياً: الخوف من الهجر والعلاقات غير المستقرة**
- الخوف من الهجر من أبرز سمات اضطراب الشخصية الحدية، وينعكس في علاقات غير مستقرة تتسم بالتعلق الشديد والخوف من الفقد. وقد أظهرت دراسات مثل (Badran (2024 و (Giesen-Bloo et al. (2006 أن العلاج بالمخطط ساهم في تحسين استقرار العلاقات لدى المرضى من خلال العمل على مخططات التعلق عبر تقنيات التخيل والحوار الداخلي، مما مكّنهم من بناء أنماط أكثر توازناً في علاقاتهم الحالية.
- ثالثاً: تنظيم الانفعالات والقدرة على التهئة الذاتية**
- تُعد صعوبة تنظيم الانفعالات من التحديات الأساسية في BPD، وقد أظهرت عدة دراسات تحسناً ملحوظاً في قدرة المرضى على التهئة الذاتية بعد الخضوع للعلاج بالمخطط. توصلت (Tan et al. (2018 و (Reiss et al. (2016 إلى نتائج إيجابية في تحسين التحكم العاطفي، بينما بيّنت (Jacob et al. (2018 فاعلية تطبيق Priovi في تعزيز التنظيم الانفعالي. وتُستخدم في ST تقنيات مثل التخيل الموجه والكرسي الفارغ لاستهداف الجذور الانفعالية المرتبطة بالمخططات المبكرة.
- رابعاً: الوظائف الاجتماعية والقدرة على العمل**
- BPD تؤثر اضطرابات الشخصية الحدية سلباً على الأداء المهني والاجتماعي. وقد أظهرت دراسات مثل (Bamelis et al. (2014 و (Nadort et al. (2009 أن تطبيق ST أدى إلى تحسن في وظائف الحياة اليومية، من خلال دعم الاستقرار النفسي وتعزيز نمط "الراشد الصحي"، مما ساعد المرضى على إدارة علاقاتهم والتزاماتهم بشكل أكثر نضجاً.

خامساً: تحسين صورة الذات والهوية

يُعاني مرضى BPD من اضطراب في الهوية والشعور بالفراغ، وقد أظهرت دراسات مثل (Kurdish ، Tan et al. (2018) و (et al. (2024) و (McLean أن ST ساعد في بناء هوية أكثر ثباتاً وتعزيز الشعور بالقيمة الذاتية. ويرتبط هذا التحسن بإعادة تشكيل المخططات المرتبطة بالعار والفشل، وتعزيز مخطط الاستحقاق الصحي.

تمتاز نتائج العلاج بالمخطط بشموليتها واستدامتها، لأنها لا تكتفي بإخماد الأعراض، بل تعيد بناء الهوية والسلوك من الجذور عبر تعديل المخططات غير التكيفية التي تشكلت في الطفولة. تتكامل الأدلة من الدراسات التجريبية والنوعية لتؤكد أن ST يحدث تحولات حقيقية في مجالات الحياة الجوهرية: من "من أنا؟" إلى "كيف أعيش؟".

وهذا ما يميزه عن العديد من العلاجات الأخرى التي تركز على العرض دون التغيير البنوي طويل المدى.

يعكس هذا التنوع في مجالات التأثير قوة شمولية العلاج بالمخطط، فهو لا يستهدف الأعراض فقط بل يعيد بناء البنية المعرفية والوجدانية للمريض، وهو ما يفسر استدامة التحسن بعد انتهاء الجلسات.

المقارنة بين العلاج بالمخطط (Schema Therapy) والعلاجات النفسية الأخرى في علاج اضطراب الشخصية الحدية (BPD)

تعد المقارنة بين العلاج بالمخطط والعلاجات الأخرى خطوة حاسمة في تقييم قوته وفعالته. وتشير الأدبيات المحفوظة إلى أن ST قد خضع للمقارنة مع عدة نماذج علاجية نفسية، وأبرزها:

جدول (5): المقارنة بين العلاج بالمخطط (ST) والعلاجات النفسية الأخرى في علاج (BPD)

نوع العلاج	الدراسة المحورية	حجم العينة	نسبة التحسن	جودة الحياة وتحسين الأعراض	الهوية وتنظيم الانفعالات	الآليات المستخدمة	الالتزام بالعلاج	التحليل العام
العلاج بالمخطط (ST)	Giesen-Bloo (2006), Kurdish (2024), Bamelis (2014)	88, 60, 323	46%-52%	تفوق واضح	بارز في تقليل الخوف من الهجر والاندفاعية	التخيل، الكرسي الفارغ، التضمين العاطفي	مرتفع	يعالج الجذور ويوفر استدامة، يجمع بين العمق والدليل
TFP	Giesen-Bloo et al. (2006)	88	24%	أقل فعالية	يركّز على العلاقة التحويلية	العلاقة التحويلية	أقل التزاماً	يركز على العلاقة دون تعديل البنى النفسية

سطحي في معالجة الجذور رغم فعاليته مع السلوكيات	جيد	المهارات، تنظيم الانفعالات	لا يعالج الجذور رغم تهدئة السلوكيات	فعال سلوكيًا، محدود العمق	غير مذكور	60	Kurdish et al. (2024)	DBT
يفتقر إلى هيكلية معرفية فعالة	منخفض نسبيًا	علاقة داعمة، غير موجهة	غير متخصص في هوية الذات	يفتقر لمنهج إعادة بناء	28%	323	Bamelis et al. (2014)	CCT
يفتقر لأدلة تجريبية واضحة	متوسط أو أقل	التحليل الدينامي اللاواعي	لا يعالج الجذور النفسية بعمق	فعالية محدودة	21%	323	Bamelis et al. (2014)	PDT
ST الجماعي فعال وكفاء زمنيًا وماليًا	متوسط إلى منخفض	رعاية عامة، غير موحدة	لا يعالج الجذور النفسية	ST الجماعي تفوق	25%-60%	495	European GST RCT (2021)	TAU العلاج التقليدي

خضعت فعالية العلاج بالمخطط (ST) لعدد من المقارنات البحثية مع نماذج علاجية نفسية معروفة، مثل العلاج الجدلي السلوكي (DBT)، والتحويلي (TFP)، والدينامي (PDT). وأظهرت النتائج أن ST يتفوق من حيث الفاعلية السريرية، لا سيما في التعامل مع اضطراب الهوية، أنماط التعلق المضطربة، وصعوبات التنظيم الانفعالي. ويُعزى هذا التفوق إلى طبيعته متعددة الأبعاد، حيث يجمع بين مكونات معرفية وسلوكية وتجريبية، ويركز على جذور الاضطراب لا على أعراضه فقط، إضافة إلى مرونته في التكيف الثقافي والتقني كما ظهر في تطبيقاته الحديثة.

قوة نظرية المخطط (Schema Theory) وآفاق التطبيق السريري والثقافي

أولاً: ما الذي يميز نظرية المخطط؟

نظرية المخطط المعرفي التي طوّرها جيفري يونغ (Young, Klosko & Weishaar, 2003) تمثل امتدادًا عميقًا للنموذج المعرفي التقليدي، حيث تدمج بين:

1. المدخل المعرفي السلوكي (CBT): في العمل على الأفكار والمعتقدات.
2. نظرية التعلق (Attachment Theory): لتفسير دور العلاقات المبكرة مع الوالدين في تشكيل المخططات العاطفية.
3. العلاج الجشطالتي (Gestalt Therapy): باستخدام تقنيات تجريبية مثل الكرسي الفارغ والتخيل العلاجي.
4. العلاج الديناميكي: في فهم النزاعات اللاواعية وأنماط الدفاع.

وهذا الدمج أعطى نظرية المخطط:

- قوة تفسيرية لفهم جذور الاضطراب.
- مرونة علاجية لدمج الأدوات المعرفية والانفعالية.
- عمقًا إنسانيًا يجعلها أقرب لتجربة المريض النفسية المعقدة.

ثانيًا: مرتكزات القوة في نموذج العلاج بالمخطط (ST)

1. التركيز على "المخططات غير التكيفية المبكرة (EMSs)" وهي أنماط معرفية وانفعالية تكونت نتيجة تجارب سلبية في الطفولة المبكرة، مثل الإهمال، النقد، الإذلال، أو عدم الأمان. ففي (Khosravi (2020، وُجد أن المخططات مثل "العار"، "الاعتمادية"، و"قابلية الأذى" تتوسط العلاقة بين الإهمال العاطفي والانفصال في مرضى BPD.
2. استخدام "أنماط الاستجابة (Coping Styles)" تشرح كيف يحاول الفرد التكيف مع الألم النفسي بطرق غير فعالة (مثل التجنب، الاستسلام، أو التعويض المفرط). حيث يعمل ST على إبطالها واستبدالها باستجابات صحية.
3. نموذج "أنماط الشخصية / الأنماط النفسية (Schema Modes)" يساعد على تفسير التحولات السريعة في السلوك والمزاج، وهي خاصية مركزية في اضطراب BPD. حيث أظهرت دراسة Koppers et al. (2021) أن المرضى الذين يسيطر عليهم نمط "الطفل الغاضب" أو "الوالد العقابي" كانت استجاباتهم للعلاج أضعف، بينما نمط "الراشد الصحي" ارتبط بنتائج أفضل.
4. العلاقة العلاجية كـ "إعادة أبوية محدودة (Limited Reparenting)" حيث يلعب المعالج دورًا داعمًا لإصلاح الخبرات المبكرة المؤلمة ضمن حدود مهنية. وخاصة المصابين بـ BPD، يفتقرون لخبرة "أبوة نفسية آمنة"، و ST يُعيد بناء هذه الخبرة تدريجيًا.

ثالثًا: أدلة من الدراسات على قوة النظرية

- Sempertegui et al. (2013) أوضحوا أن ST أكثر من مجرد تقنيات، بل يستند إلى نموذج نظري متكامل يفسر سبب تطور BPD ويقترح طرق تغييره.
- Tan et al. (2018) وثقت شعور المرضى بأنهم لأول مرة يفهمون أنفسهم بعمق، نتيجة لنموذج الأنماط الذي يشرح تقلباتهم.
- McLean (2022) بين أن ST يعالج المكونات الجوهرية للاضطراب: الهوية، العاطفة، والعلاقات.
- Al-Subaie et al. (2024) أوضحت كيف ساعد ST المرضى العرب على تجاوز مشاعر "الاغتراب الاجتماعي" و"النبت"، من خلال استهداف مخططات الرفض والنبت.

رابعًا: آفاق التطبيق في البيئة العربية

أظهرت دراسات عربية حديثة مثل بدران (2024)، الغامدي (2024)، والسباعي وآخرون (2024) أن نظرية المخططات قابلة للتكيف الثقافي في البيئات العربية، شريطة إدخال تعديلات محددة تتوافق مع السياق الاجتماعي والديني المحلي. يشمل ذلك تعديل لغة التمارين والمخططات، وتقديم النماذج بطريقة تراعي حساسية موضوعات الطفولة والعلاقات الودية. كما برزت الحاجة إلى تدريب المعالجين على استخدام تقنيات مثل التخيل والحوار الداخلي بشكل فعال ومتكيف.

وقد بينت النتائج أن العلاج بالمخطط يمكن المرضى من التعبير عن مشاعرهم المرتبطة بمفاهيم حساسة مثل "العار الاجتماعي"، وهي ظاهرة شائعة في المجتمعات التقليدية. هذا التكيف يزيد من فاعلية العلاج، ويجعله أكثر قبولاً واندماجاً في السياقات المحافظة.

خامساً: إمكانات التطبيق الرقمي والذكاء الاصطناعي

في السياق الرقمي، ساهم (Jacob et al., 2018) في تطوير برنامج Priovi الإلكتروني، وهو أول نموذج علاجي رقمي قائم على ST. وقد أثبت هذا البرنامج فاعليته في نقل تقنيات العلاج إلى بيئة تفاعلية تسمح بالتدريب الذاتي وتعزيز التنظيم الانفعالي. كما أشارت دراسة (Koursouleris et al., 2023) إلى إمكانية دمج ST مع تقنيات الذكاء الاصطناعي، مثل الخوارزميات التكيفية التي ترصد تفعيل المخططات في الوقت الحقيقي، وتقدم تنبيهات أو استجابات علاجية فورية. يفتح هذا الدمج آفاقاً لعلاج رقمي مخصص يتفاعل مع احتياجات المريض بشكل ديناميكي، ويدعم استمرارية الأثر العلاجي خارج جلسات العلاج المباشر.

البنية المتكاملة بين نظرية المخطط (Schema Theory) والتطبيق العلاجي في العلاج بالمخطط (ST)

من النظرية إلى التطبيق: تكامل النموذج العلاجي في ST

يتميز العلاج بالمخطط (Schema Therapy) ببنية متكاملة تمزج بين الفهم النظري والتطبيق العلاجي العملي. يستند النموذج إلى دمج ثلاث مستويات من التفسير النفسي:

- **المستوى المعرفي:** تحليل وتحدي المعتقدات الجذرية غير التكيفية.
- **المستوى الوجداني:** تنشيط المشاعر المرتبطة بالمخططات في بيئة آمنة.
- **المستوى السلوكي:** تعديل أنماط الاستجابة غير الصحية وبناء بدائل صحية.

يعتمد ST على مفاهيم نظرية أساسية تشمل:

1. **المخططات غير التكيفية المبكرة (EMSs):** أنماط معرفية وانفعالية تتشكل في الطفولة نتيجة الإهمال أو الإساءة، مثل "العار"، "الاعتمادية"، و"قابلية الأذى" (Khosravi, 2020).
2. **أنماط الاستجابة (Coping Styles):** مثل الاستسلام أو التجنب، والتي يعمل ST على تعديلها تدريجياً عبر الحوار التربوي والتقنيات التجريبية.
3. **أنماط المخطط (Schema Modes):** مثل "الطفل المهجور" أو "الوالد الناقد"، والتي تُعالج من خلال تنشيط نمط "الراشد الصحي" كمنظم داخلي. (Koppers et al., 2021)

أما العلاقة العلاجية، فهي عنصر محوري في النموذج، وتُستخدم كـ"رعاية أبوية محدودة" (Limited Reparenting)، تهدف إلى إصلاح آثار الحرمان العاطفي السابق ضمن حدود مهنية واضحة. وتُعد هذه العلاقة علاجاً في حد ذاتها، خاصة في حالات BPD المعقدة. (Tan et al., 2018)

تُفَعَّل النظرية داخل الجلسات باستخدام أدوات وتقنيات مثل استبيان YSQ، التخيل العلاجي، الكرسي الفارغ، وتمارين الحوار الداخلي، والتي تستهدف تعديل البنية النفسية من جذورها، لا مجرد تخفيف الأعراض السطحية.

إن تكامل هذه المكونات النظرية مع تدخلات علاجية محددة يجعل ST نموذجاً متكاملًا، يجمع بين التفسير العميق والتدخل التطبيقي المنهجي، ما يعزز فعاليته في علاج الاضطرابات النفسية المزمنة، خاصة في البيئات الثقافية المحافظة.

تحليل الدراسات العربية المتعلقة بالعلاج بالمخطط واضطراب الشخصية الحدية

جدول (5): تحليل الدراسات العربية المتعلقة بالعلاج (ST) و(BPD).

عنوان الدراسة	المنهج	العينة	النتائج	تحليل الباحثة	نقاط القوة	الحاجة
بدران (2024)	دراسة حالة نوعية	امرأة يمنية لاجئة	تحسن في التنظيم الذاتي، انخفاض في أعراض الانفصال والخوف من الهجر، تعزيز مهارات التعامل مع الصدمات	أول تطبيق لنموذج ST على حالة BPD + اضطراب انشقاقي، بتكيف ثقافي عميق	عمق سريري حقيقي	تعميم النتائج من خلال تجارب أوسع على مجموعات عربية
الغامدي (2024)	دراسة سيكومترية	385 مشاركاً من مراجعي العيادات النفسية	ثبات داخلي مرتفع ($\alpha = 0.87$)، صلاحية بنائية قوية، قدرة على التمييز التشخيصي	أداة تشخيصية تمهّد لاستخدام ST مستقبلاً في السياق السعودي	أدوات مقننة عربياً	الربط بين نتائج الأداة وتطبيقات علاجية مباشرة ك-ST
السباعي وآخرون (2024)	دراسة نوعية تحليلية	18 مريضاً عربياً من الجنسين	تجاوز مخططات الاغتراب والنبذ، إعادة بناء الثقة، خفض أثر الوصمة	تركيز على العلاقة العلاجية والبعد الاجتماعي الثقافي للعلاج	تكاملاً علم النفس السريري مع علم الاجتماع الثقافي	بناء بروتوكولات تدخل خاصة بالسياق العربي
أبو عطا الله وآخرون (2025)	دراسة ارتباطية كمية	80 مريضاً متزوجاً من ذوي تشخيص BPD	ارتباط بين المخططات السلبية وتدني التوافق الزوجي، فروق حسب الجنس والحالة الاجتماعية	دعم غير مباشر لفائدة ST في معالجة العلاقات الزوجية عند مرضى BPD	دمج الجانب الأسري بالعلاج المعرفي	تدخل علاجي تجريبي لا مجرد دراسة ارتباطية
خليل وآخرون (2025)	دراسة تنبؤية كمية	100 مريض إدمان مشخص بسمات BPD	مخططات الحرمان العاطفي، العار، الاعتمادية كانت الأقوى في التنبؤ بوجود BPD	دعوة لتطبيق ST في برامج علاج الإدمان عبر استهداف جذور التفكير والسلوك التجنبي	ربط المخططات بالإدمان بشكل إكلينيكي مباشر	دراسات تجريبية تدخلية بالعلاج بالمخطط داخل مراكز الإدمان

وفيما يلي عرض تحليلي مفصل للأدوات المستخدمة ومجالات التغيير القابلة للقياس في الدراسات العربية التي تناولت ST لعلاج BPD

جدول (6): الأدوات ومجالات التغيير القابل للقياس في الدراسات العربية حول ST لـ BPD

الدراسة	الأداة المستخدمة	نوع المؤشر	مجال التغيير	دلالة التغيير
بدران (2024)	YSQ، مقابلة سريرية	تحليل نوعي + تقارير ذاتية	التفكير – التنظيم الانفعالي – العلاقة العلاجية	تحسن استبصار وتحمل الانفصال
السباعي وآخرون (2024)	مقابلات نصف منظمة	تحليل موضوعي	العلاقات – الاستبصار – مواجهة الوصمة	استمرارية التغيير بعد انتهاء العلاج
الغامدي (2024)	MSI-BPD	تحليل إحصائي – ثبات وصلاحية	تشخيص دقيق لسمات BPD	صلاحية عالية لاستخدام الأداة
أبو عطا الله وآخرون (2025)	YSQ – مقياس التوافق الزوجي	ارتباطات إحصائية	المخططات والزواج	علاقة بين EMSs والتوافق الزوجي
خليل وآخرون (2025)	YSQ + مقياس BPD	تحليل تنبؤي	الإدمان وسمات BPD	مخططات قوية في التنبؤ بالاضطراب

تعكس الدراسات العربية المتعلقة بالعلاج بالمخطط (ST) اتجاهًا متزايدًا نحو تبني النموذج في فهم وعلاج اضطراب الشخصية الحدية، رغم تفاوت المنهجيات المستخدمة. وتُظهر هذه الدراسات مساهمات ميدانية مهمة في توظيف ST ضمن سياقات واقعية مثل اللجوء، العلاقات الزوجية، الإدمان، والوصمة الاجتماعية. وقد استُخدمت أدوات تشخيص وتقييم ذات موثوقية جيدة، مثل مؤشر MSI-BPD المقنن عربيًا.

في المقابل، كشفت هذه الدراسات عن تحديات منهجية وسياقية، أبرزها: محدودية التصاميم التجريبية المحكمة، وغياب المتابعة الطويلة، وعدم تطبيق النموذج العلاجي كاملاً في معظم الحالات. كما يظل ضعف تدريب المعالجين رسميًا على النموذج، وندرة الكتيبات التطبيقية المخصصة للبيئة العربية، من أبرز الحواجز أمام التوظيف الفعال لـ ST في السياق المحلي.

استمرارية الأثر بعد انتهاء العلاج في الدراسات العربية

رغم محدودية الدراسات العربية التي طبقت نموذج العلاج بالمخطط بشكل كامل وطويل المدى، فإن بعض الأبحاث والنتائج النوعية والسريرية تشير إلى أن الأثر الإيجابي لـ ST يمتد ويتواصل حتى بعد انتهاء الجلسات، خاصة في حال تم استيفاء شروط التدخل المهني والتكثيف الثقافي. ويمكن توضيح ذلك من خلال دراسات مختارة:

أظهرت دراسة بدران (2024) فعالية استخدام العلاج بالمخطط مع حالة لاجئة يمنية تعاني من اضطراب الشخصية الحدية المصحوب بأعراض انشقاقية شديدة، حيث تم تكثيف البرنامج العلاجي ثقافيًا لينتاسب مع خلفية المريضة الدينية والاجتماعية.

عقب انتهاء البرنامج المكثف، لوحظ أن المريضة حافظت على مكتسباتها العلاجية، وتمكنت من التعامل بشكل مستقل مع محفزات الانفصال واتخاذ قرارات نابعة من مرجعية داخلية متزنة. ويُعزى هذا النجاح إلى التكرار العلاجي المكثف لتمرارين التخيل، والعمل العميق على مخططات الهجر والعار، إضافةً إلى استقرار العلاقة العلاجية التي قامت بدور تعويضي عن القصور الأبوي المبكر.

أما دراسة السباعي وآخرون (2024)، فقد سلطت الضوء على الأثر الاجتماعي للعلاج بالمخطط لدى عينة عربية مكونة من 18 مريضاً. تناولت الدراسة كيف أسهم ST في معالجة مشاعر الاغتراب والعزلة الناتجة عن الوصمة الاجتماعية المرتبطة بـ BPD، حيث أشار المرضى إلى استمرارية أثر العلاج بعد انتهائه، من خلال استخدامهم للتقنيات مثل تخيل الذات الآمنة وتفعيل نمط الراشد الصحي في مواقف حياتية فعلية. وقد بينت التحليلات أن البرنامج العلاجي أسهم في بناء بنية نفسية مستقلة ومتماسكة، مكّنت المرضى من التصدي للإهانة والرفض بطريقة تكيفية تتضمن المواجهة الوجدانية والعقلانية.

استمرارية أثر العلاج بالمخطط في السياقات العربية: غياب التجريب الطولي وقراءة تحليلية

رغم تنوع الدراسات العربية التي تناولت فعالية العلاج بالمخطط (ST) في اضطراب الشخصية الحدية، إلا أن المراجعة التحليلية تكشف عن غياب شبه تام للدراسات الطولية أو المتابعة المنتظمة التي ترصد استمرارية الأثر العلاجي بعد انتهاء الجلسات، كما هو الحال في الدراسات العالمية مثل Farrell و McLean. ويُعد هذا الغياب المنهجي أحد أبرز الفجوات البحثية في السياق العربي، مما يحد من إمكانية التحقق من استدامة فعالية ST على المدى البعيد.

مع ذلك، تشير بعض الأدلة النوعية، مثل ما ورد في دراستي بدران (2024) والسباعي وآخرون (2024)، إلى أن العلاج بالمخطط قد يُحدث تغييرات مستقرة في بنية التفكير وأنماط التفاعل، تمتد إلى ما بعد انتهاء البرنامج العلاجي. ويُعزى ذلك إلى خصائص بنيوية في النموذج، أبرزها التركيز على المخططات الجذرية، وتعزيز نمط "الراشد الصحي"، وتكوين علاقة علاجية تعويضية، إضافةً إلى توليد ذاكرة انفعالية علاجية تُفَعِّل تلقائياً عند الحاجة.

ويُحتمل أن تزداد استمرارية الأثر في حال توافرت شروط داعمة مثل التكيف الثقافي للتقنيات، والتدريب على أدوات المواجهة الذاتية، والتدرّج في فك الارتباط العلاجي. لذلك، تبرز الحاجة إلى دراسات متابعة عربية تستخدم أدوات مقننة مثل YSQ-S3 و SMI، وتتضمن تقييماً من المحيط الأسري والاجتماعي لدعم صدق النتائج الذاتية.

التغيرات القابلة للقياس والتحقق الإكلينيكي في الدراسات العربية حول العلاج بالمخطط واضطراب الشخصية الحدية

رغم أن غالبية الدراسات العربية تناولت العلاج بالمخطط (ST) من خلال مقاربات ترابطية أو وصفية، إلا أن بعضها قدّم مؤشرات إكلينيكية قابلة للقياس، توضح حدوث تغييرات معرفية وانفعالية لدى المشاركين. فقد أشارت دراسات مثل بدران (2024) والغامدي (2024) والسباعي (2024) إلى انخفاض ملحوظ في تفعيل المخططات غير التكيفية باستخدام أدوات مثل استبيان يونغ (YSQ)، مما يعكس تحولات في البنية الإدراكية.

على صعيد العلاقات والانفعالات، أظهرت دراسات مثل أبو عطا الله (2025) ارتباطاً بين المخططات السلبية وتدني التوافق الزواجي، بينما وثّقت دراسات بدران والسباعي تحسّناً في قدرة المرضى على مواجهة الانفعالات السلبية، وتوظيف مهارات ST تلقائياً في مواقف حياتية، وهو ما يدعم إمكانية استمرارية الأثر العلاجي.

كذلك، تم رصد تطور في مؤشرات الوعي الذاتي والاستبصار المعرفي، لا سيما في الدراسة النوعية للسباعي، حيث أظهر المرضى قدرة متزايدة على التمييز بين مشاعرهم الأصلية واستجاباتهم المبنية على المخططات. ووفقاً لتحليل Tan et al. (2018)، فإن قدرة المريض على الربط بين السلوك والجذور المعرفية والانفعالية تمثل مؤشراً نوعياً على فاعلية ST. وبناءً على هذه النتائج، يمكن القول إن الدراسات العربية – رغم محدودية تصميماتها التجريبية – توفر دلائل سريرية على أن ST يُحدث تغييرات قابلة للقياس في مجالات متعددة تشمل التفكير، المشاعر، العلاقات، والسلوك.

جدول (7): مظاهر التغير المرتبطة بتدخلات ST في الدراسات العربية

المجال	نوع التغير	طرق التحقق
التفكير السلبي	انخفاض المخططات	YSQ-Short Form
الانفعالات	تحسن التنظيم العاطفي	ملاحظة + DERS + مقابلة
العلاقات	تحسن في التوافق	مقاييس أسرية + تقارير خارجية
الهوية	زيادة في الاستبصار	تحليل نوعي + تقارير المعالج
السلوك	ضبط الاندفاع + خفض الانسحاب	تقرير ذاتي ومعاينة ميدانية

تؤكد هذه النتائج أن ST ليس مجرد نموذج تفسيري، بل نموذج علاجي ديناميكي إكلينيكي مؤثر، يمكن التحقق من أثره موضوعياً.

القيود والاعتبارات السياقية في الدراسات العربية المتعلقة بالعلاج بالمخطط (Schema Therapy) واضطراب الشخصية الحدية (BPD)

رغم مساهمات الدراسات العربية في استكشاف فعالية العلاج بالمخطط (Schema Therapy) في اضطراب الشخصية الحدية (BPD)، إلا أنها ما تزال تواجه عدداً من التحديات المنهجية والسياقية التي ينبغي أخذها بعين الاعتبار عند تفسير النتائج أو تعميمها. وتشمل هذه التحديات أربعة محاور رئيسية:

- 1. القيود المنهجية:** يتضح غياب الدراسات التجريبية المحكمة (RCTs) التي تقارن فعالية ST بنماذج علاجية أخرى، إضافة إلى اعتماد عينات صغيرة أو غير ممثلة، وغياب المتابعة الطويلة. كما استُخدمت أدوات أجنبية مثل YSQ دون تقنين ثقافي كافٍ في بعض الدراسات.
- 2. القيود الثقافية والاجتماعية:** يواجه تطبيق ST تحديات تتعلق بالحساسية تجاه مناقشة الطفولة والعلاقات الأبوية، وانتشار الوصمة المرتبطة بتشخيص BPD، فضلاً عن تضارب بعض المفاهيم العلاجية مع القيم المجتمعية، مثل استقلالية الفرد مقابل الطاعة الأسرية.
- 3. قيود التدريب والتطبيق:** لا تزال البرامج التدريبية المعتمدة على ST نادرة في العالم العربي، ما يؤدي إلى تطبيق جزئي للنموذج دون الالتزام الكامل بمكوناته الأساسية، إضافة إلى غياب كتيبات إرشادية مخصصة للبيئة العربية.
- 4. قيود التشخيص والأدوات:** يُلاحظ ندرة الأدوات المقننة عربياً باستثناء مؤشر MSI-BPD، مع اعتماد كبير على تقارير ذاتية في التشخيص وغياب المقابلات السريرية الموحدة مثل SCID.

ورغم هذه التحديات، توفر هذه الدراسات قاعدة أولية مهمة يمكن البناء عليها في تطوير الممارسة السريرية المبنية على ST في السياقات العربية. وتشير المراجعة التحليلية إلى مؤشرات إيجابية مبكرة، خاصة في خفض تفعيل المخططات غير التكيفية، وتحسن التوافق الزوجي والتنظيم الانفعالي، وزيادة الاستبصار الذاتي.

ولتجاوز هذه التحديات، توصي الباحثة بتبني مجموعة من الاعتبارات في الدراسات المستقبلية، من أبرزها:

جدول (8): اعتبارات منهجية وتوصيات لتطوير الدراسات المستقبلية حول ST في السياقات العربية

التوصية	الاعتبار
تنفيذ دراسات RCT تقارن ST بنماذج عربية أخرى مثل العلاج المعرفي أو الجدلي السلوكي	التصميم التجريبي
استخدام عينات تمثل مناطق متعددة وثقافات فرعية متنوعة	حجم العينة
تطوير كتيب ST عربي يتضمن أمثلة مألوفة في السياق المحلي	التكيف الثقافي
إجراء تتبع طولي لا يقل عن 6 أشهر بعد العلاج	متابعة الأثر
تأسيس برامج معتمدة عربية في ST بشراكة مع المراكز الدولية	تدريب المعالجين

أظهر تحليل الدراسات العربية التي تناولت العلاج بالمخطط (Schema Therapy) لاضطراب الشخصية الحدية أنها لا تزال في طور التأسيس العلمي والتطبيقي، وتسهم تدريجياً في بناء وعي علاجي يستند إلى نموذج معرفي-انفعالي يستهدف الجذور النفسية للمشكلات. ورغم محدودية التصميم التجريبي واعتماد عينات صغيرة، إلا أن نتائجها الأولية تشير إلى مؤشرات واعدة على فعالية النموذج، لا سيما في خفض تفعيل المخططات غير التكيفية، وتحسين التنظيم الانفعالي والتوافق الزوجي، وتعزيز الاستبصار الذاتي.

مع ذلك، تستمر تحديات منهجية وسياقية في التأثير على موثوقية هذه النتائج، من أبرزها: غياب المتابعة الطويلة، نقص الأدوات المقننة عربياً، وقلة الكوادر المؤهلة لتطبيق النموذج بشكل متكامل. كما يشكل السياق الثقافي المحافظ تحدياً إضافياً، خصوصاً عند تناول موضوعات الطفولة والعلاقات الأسرية، مما يستدعي تكيف النموذج بما يتلاءم مع خصوصية البيئة المحلية دون الإخلال بأسسه النظرية.

وانطلاقاً من ذلك، ترى الباحثة أن هذه الجهود تمثل نواة مهمة لتطوير وتوطين العلاج بالمخطط في العالم العربي، وتدعو إلى تبني استراتيجيات بحثية تكاملية تشمل التصميم التجريبي، والتكيف الثقافي، وتطوير أدوات تشخيص وتقييم مناسبة للسياق المحلي.

4. نتائج البحث ومناقشتها:

تشير نتائج الدراسات إلى دعم متسق لفعالية العلاج بالمخطط (Schema Therapy) في معالجة اضطراب الشخصية الحدية، بما يفتح المجال لتطوير تدخلات نفسية عميقة ومتسقة مع السياق الثقافي العربي. وفيما يلي مناقشة نتائج فروض الدراسة.

الفرض الأول: توجد أدلة داعمة لفعالية العلاج بالمخطط في خفض أعراض اضطراب الشخصية الحدية في البيئة العربية، رغم محدودية عدد الدراسات.

النتيجة: أظهرت الدراسات العربية (بدران، 2024؛ خليل وآخرون، 2025؛ السباعي وآخرون، 2024) تحسناً ملحوظاً في الأعراض الأساسية مثل الخوف من الهجر، الاندفاعية، والشعور بالخزي، كذلك التغييرات القابلة للقياس شملت انخفاضاً في شدة الأعراض (BSL-23)، CGI، وتحسناً في التنظيم الانفعالي (DERS)، وتراجع المخططات غير التكيفية (YSQ-S3)، ونمو نمط الراشد الصحي (SMI). وهذه النتائج تتفق مع ما ورد في (Giesen-Bloo et al. (2006 و (McLean (2022 حول أثر ST في تعديل البنى المعرفية والانفعالية العميقة التي تغذي الأعراض الحدية. وبناءً على ذلك يتم قبول الفرض الأول.

أولاً: فعالية العلاج بالمخطط في خفض أعراض BPD في السياق العربي

تبرز فعالية ST في دراسات (بدران، 2024)، خليل وآخرون (2025)، والسباعي وآخرون (2024) من خلال تحسن ملحوظ في الأعراض الأساسية مثل الخوف من الهجر، الاندفاعية، والشعور بالخزي، إلى جانب بناء الثقة والتغيير المعرفي الوجداني العميق.

تتفق نتائج الدراسات السابقة على أن العلاج بالمخطط يسهم بدرجات متفاوتة في تقليل الأعراض الأساسية المرتبطة باضطراب الشخصية الحدية، لا سيما:

جدول (9): تحليل نوعي لأبرز الأعراض المستهدفة في BPD وتحسنها وفقاً لتقارير الدراسات العربية عن ST

العرض	دلائل خفض العرض في الدراسات
الاندفاعية وعدم التنظيم الانفعالي	وثقت دراسة بدران (2024) تحسناً واضحاً في التنظيم الذاتي وضبط المشاعر لدى الحالة المدروسة، كما أشارت دراسة 2021 (ضمن الدراسات العربية) إلى تحسن واضح في هذا الجانب.
الخوف من الهجر والانفصال	أظهرت دراسة بدران انخفاضاً في هذه الأعراض بشكل ملحوظ، خاصة عند استهداف مخططات التعلق والاعتماد.
الاغتراب والشعور بالخزي	أشارت دراسة السباعي وآخرون (2024) إلى تجاوز مخططات الاغتراب والنبذ، وهي أنماط مركزية في BPD، مما انعكس على تحسن الشعور بالهوية والاندماج الاجتماعي.
الصعوبات في العلاقات الزوجية	وجدت دراسة أبو عطا الله وآخرون (2025) علاقة بين المخططات السلبية والتوافق الزوجي، ما يشير إلى إمكانية تحسين هذا الجانب من خلال العمل العلاجي المعرفي الوجداني.

يؤكد ذلك قدرة ST على التأثير في البنى المعرفية العميقة التي تغذي الأعراض السلوكية والانفعالية لـ BPD، عبر مزيج من التدخل المعرفي، العاطفي، والعلاجي العلاقي.

ثانياً: مساهمة العلاج بالمخطط في إعادة بناء أنماط التفكير الجوهرية

أشارت عدة دراسات (مثل خليل وآخرون، 2025) إلى أن مخططات مثل الحرمان العاطفي، التبعية، والعار، تُعد من أبرز المكونات المعرفية التي تتكرر لدى المصابين باضطراب الشخصية الحدية. كما بيّنت نتائج دراسة "شفاء المخططات" (2019) أن استخدام أدوات مثل التخيل، والحوار العلاجي، ساعد في خفض شدة هذه المخططات، ما ساهم في تحسن الأعراض بشكل ملموس.

نجاح ST في خفض أعراض BPD لا يتم فقط عبر تقنيات سلوكية، بل من خلال إعادة بناء الجذور المعرفية الانفعالية القديمة التي تخلق استجابات حدية تجاه الذات والعلاقات.

ثالثاً: الأبعاد الاجتماعية والثقافية وتأثيرها في خفض الأعراض

بينت دراسات مثل بدران والسباعي أهمية العلاقة العلاجية في بيئات تشهد ضعفاً في الوعي النفسي وارتفاعاً في وصمة المرض النفسي. هذه العلاقة أصبحت في حد ذاتها عاملاً مساعداً في خفض بعض الأعراض، مثل الاغتراب، الانسحاب الاجتماعي، وتدني تقدير الذات.

في السياق العربي، لا تقتصر أعراض BPD على البنية الفردية، بل تتداخل فيها عناصر اجتماعية وثقافية، مما يجعل ST فعالاً جزئياً لأنه يوفر علاقة علاجية تعويضية جديدة تعيد للمريض شعوره بالأمان والانتماء.

رابعاً: العوامل التي دعمت فاعلية العلاج بالمخطط في الدراسات السابقة

جدول (10): العوامل المعززة لنجاح العلاج بالمخطط في خفض أعراض BPD في السياقات العربية

العامل	أثره في خفض الأعراض
تكيف العلاج ثقافياً	ساعد على كسر المقاومة، وزاد من فعالية التدخل كما في دراسة بدران.
استخدام أدوات تشخيصية عربية	مكّن من تحديد المخططات بدقة (الغامدي، 2024) وبالتالي توجيه العلاج بفعالية.
التركيز على العلاقة العلاجية	أسهم في إعادة بناء الأمان الداخلي، وتقليل الانفعالات الحدية السباعي وآخرون (2024).
الدمج بين ST والعلاج الأسري	قدّم بعداً جديداً لتحسين العلاقات الزوجية كما ظهر في دراسة أبو عطا الله.

خلاصة تحليلية

1. العلاج بالمخطط أثبت فاعليته في خفض أعراض BPD عبر تقنيات تستهدف المخططات الجوهرية والانفعالات المبكرة.
 2. النتائج تدعم الفرضية القائلة بأن ST يعالج الجذور لا الأعراض فقط، مما يمنحه ميزة نسبية مقارنة بنماذج أخرى أكثر سطحية.
 3. وجود عوامل مساعدة مثل التكيف الثقافي واستخدام أدوات عربية يعزز من فعالية النموذج في البيئات العربية.
 4. هناك حاجة لاستكمال هذا التوجه النوعي بدراسات كمية تجريبية لتقديم دليل أكثر صرامة، خاصة في البيئات الإكلينيكية المتنوعة.
- الفرض الثاني: تختلف نتائج تطبيق العلاج بالمخطط في السياقات العربية عن السياقات الغربية بسبب العوامل الثقافية والاجتماعية.

النتيجة: أظهرت بدران (2024) والسباعي (2024) أن الوصمة المجتمعية وضعف الثقة في المؤسسات النفسية تؤثر على استجابة المرضى، وأظهر الغامدي (2024) أهمية تطوير أدوات تشخيصية عربية لدعم دقة التقييم. لذلك تؤكد النتائج أن التكيف الثقافي يرفع من فعالية النموذج مقارنة بنقله المباشر من الغرب، مما يتفق مع فرضيات التكيف العلاجي الثقافي في الأدبيات (Benish et al., 2011)، وبالتالي قبول الفرض الثاني.

الفرض الثالث: الخصوصيات الثقافية في المجتمعات العربية مثل (الوصمة، بنية السلطة الأسرية، ضعف الوعي النفسي) تعد من العوامل المؤثرة على تقبل المرضى للعلاج بالمخطط واستجاباتهم له.

النتيجة: وثقت دراسة بدران (2024) مقاومة في الجلسات الأولى بسبب الخلفية الثقافية المحافظة، وأظهرت دراسة السباعي (2024) أن العلاقة العلاجية خففت أثر النبذ وأعدت بناء الأمان النفسي. تدعم هذه النتائج أدبيات علاقة المعالج-المريض كعامل تغيير (Norcross & Lambert, 2018)، حيث لعبت دوراً مركزياً في تجاوز العوائق الثقافية، وبناءً على ذلك قبول الفرض الثالث.

الفرض الرابع: تبرز التحديات خاصة تواجه الممارسين عند تطبيق العلاج بالمخطط في العالم العربي، مثل وصمة المرض النفسي، والأساليب التربوية التقليدية.

النتيجة: أظهرت دراسة أبو عطا الله وآخرون (2025) أن الفروقات الجندرية في المخططات تؤثر على العلاقات الزوجية، ما يستدعي تدخلات أسرية مخصصة، وكذلك وجدت دراسة خليل وآخرون (2025) ارتباطاً بين المخططات غير التكيفية والإدمان، وأوصوا بدمج ST في برامج علاج الإدمان. تشير النتائج إلى ضرورة تدريب المعالجين على تطبيق ST ضمن برامج متعددة التخصص، بما يتماشى مع توصيات (Farrell et al., 2009) حول دمج النماذج العلاجية، وبناءً على ذلك يتم قبول الفرض الرابع.

الفرض الخامس: تساهم الدراسات النوعية والتجريبية العربية في تقديم نماذج تطبيقية محلية قد تعزز موانمة العلاج بالمخطط للسياق العربي.

النتيجة: قدمت أغلب الدراسات (بدران، 2024؛ السباعي، 2024؛ أبو عطا الله، 2025) تطبيقات عملية تراعي الأبعاد الثقافية والاجتماعية، وطور الغامدي (2024) أداة تشخيصية عربية تساهم في موانمة العلاج. تدعم هذه النتائج ما ورد في الأدبيات حول أهمية تطوير نماذج تطبيقية محلية لتحسين الالتزام ونتائج العلاج (Chowdhary et al., 2014). وبناءً على هذه النتائج يتم قبول الفرض الخامس.

بناءً على نتائج الدراسات الخمس، يتضح أن ST يمثل مدخلاً علاجياً واعداً، إذ يتجاوز الاستراتيجيات المعرفية السطحية ويخترق البنى الجذرية التي تغذي اضطراب الشخصية الحدية، كما أن تكييفه مع المتغيرات الثقافية والاجتماعية أثبت فاعلية واضحة، لا سيما حين يُدمج في بيئات علاجية تدعم الانخراط العاطفي والثقة. ومع ذلك، تبقى الحاجة ملحة لتوسيع الدراسات التجريبية ودعم المعالجين عبر تدريب متخصص ومقنن محلياً.

يتضح من مجمل النتائج أن العلاج بالمخطط يمتلك فعالية واعدة في معالجة اضطراب الشخصية الحدية في السياق العربي. وقد أظهرت الدراسات أنه ليس مجرد نموذج معرفي بل تدخل متكامل يستهدف البنية النفسية العميقة عبر آليات عاطفية وسلوكية وعلائقية. ورغم تفاوت المنهجيات، فإن نقاط الالتقاء تشمل:

1. إثبات قدرة ST على خفض الأعراض الأساسية لـ BPD في السياقات غير الغربية.
2. أهمية تكييف النموذج ثقافياً بما يتناسب مع الخصائص الاجتماعية والعائلية العربية.

3. الحاجة إلى توسيع التجارب التجريبية، وتدريب الكوادر الإكلينيكية على تطبيق ST وفق رؤية شمولية تراعي الجذور النفسية والثقافية للمريض العربي.

التغيرات القابلة للقياس والتحقق الإكلينيكي في العلاج بالمخطط (Schema Therapy - ST) لاضطراب الشخصية الحدية (BPD)

في السياق العلاجي الإكلينيكي، لا تُعدّ فعالية أي نموذج علاجي مثبتة ما لم يُظهر تغييرات قابلة للقياس والتقييم الموضوعي. يتميز العلاج بالمخطط بقدرته على إحداث تغييرات يمكن رصدها بوضوح عبر أدوات سيكومترية، تقييمات سريرية، ونتائج وظيفية. وسأعرض أدناه أهم هذه التغييرات مع الأدلة من الدراسات السابقة:

أولاً: التحسن في شدة الأعراض الحدية (BPD Symptom Severity)

تم قياس التغير من خلال أدوات مثل استبيان BSL-23 ، مقابلات SCID-5-PD ، وتقييم المعالج (CGI). وجدت دراسة McLean (2022) انخفاضاً كبيراً في شدة الأعراض عبر 11 دراسة عشوائية بنسبة تأثير مرتفعة ($Cohen's d > 0.8$) ، كما أظهرت دراسة Giesen-Bloo et al. (2006) أن 46% من المشاركين في ST تعافوا كلياً أو جزئياً مقارنة بـ 24% فقط في TFP.

تحليل إكلينيكي: هذا التغير قابل للقياس عبر أدوات معيارية، ويظهر في تراجع واضح في السلوكيات المتهورة، نوبات الغضب المفاجئة، والقلق المرتبط بالهجر.

ثانياً: تحسن في التنظيم الانفعالي (Emotional Regulation)

استخدمت الدراسات مقاييس مثل DERS ، تقييم المعالج، وتقارير المريض اليومية. أشارت Tan et al. (2018) إلى أن معظم المرضى أبلغوا عن تحسن في فهم وتنظيم مشاعرهم، بينما رصد Reiss et al. (2016) تحسناً في تحمل الانفعالات وتقليل التقلب المزاجي.

تحليل إكلينيكي: تظهر هذه التغيرات في قدرة المريض على تهدئة نفسه أثناء نوبات الغضب أو الحزن دون اللجوء إلى السلوك المؤذي، وهو مؤشر مباشر على فعالية العلاج.

ثالثاً: انخفاض في تفعيل المخططات غير التكيفية (EMSS)

اعتمدت الدراسات على استبيان يونغ (YSQ-S3) والمقارنة بين التقييمين الأولي والنهائي. أظهر Khosravi (2020) تراجعاً دالاً في مخططات مثل العار والاعتمادية، وأكد Koppers et al. (2021) أن انخفاض هذه المخططات يرتبط بنتائج علاجية أفضل.

تحليل إكلينيكي: يظهر التغير من خلال تطور العبارات الجوهرية للمريض، مثل:

"أنا غير كفء" ← "أنا أستحق الدعم"

"سيهجرني الجميع" ← "أنا قادر على بناء علاقات مستقرة."

رابعاً: نمو وتفعيل نمط الراشد الصحي (Healthy Adult Mode)

قيّم الباحثون هذا النمط باستخدام SMI وتقييم المعالج. وثّق (Koppers et al. (2021) ارتباط نمو هذا النمط بتحسين سريري مستمر.

تحليل إكلينيكي: يتجلى تفعيل الراشد الصحي في القدرة على ضبط حدود العلاقات، واتخاذ قرارات ناضجة، وتوفير الدعم الذاتي بدلاً من جلد الذات.

خامساً: التحسن في الأداء الاجتماعي والوظيفي

تم التقييم باستخدام أدوات مثل SAS، WSAS، و WHO-QoL أظهرت (Bamelis et al. (2014 تحسناً في التفاعل الاجتماعي والأداء المهني، في حين أشار (Nadort et al. (2009 إلى انخفاض الانسحاب الاجتماعي وتحسن جودة الحياة. تحليل إكلينيكي: لوحظت هذه التحسينات في الاستقرار الدراسي والمهني، انخفاض التوتر الأسري، وتقليل العزلة الاجتماعية.

سادساً: الالتزام بالعلاج واستمرارية التحسن

اعتمدت الدراسات على نسبة الحضور، وعدد الجلسات، ومقاييس رضا المريض (Jacob et al. و Farrell et al. (2009). (2018) أظهرتا التزاماً عالياً وتحسناً طويل الأمد، فيما أظهرت (Tan et al. (2018 دور الدعم العاطفي في تقليل مقاومة العلاج.

تحليل إكلينيكي: ارتفاع الالتزام مؤشر مباشر على نجاح العلاج، ويدل على شعور المريض بالأمان والفهم داخل الجلسة، مما يعزز استمرارية التعاون.

التحليل: التغييرات التي يحدثها العلاج بالمخطط ليست فقط شعورية أو انطباعية، بل موثقة عبر مقاييس معيارية واختبارات موثوقة، ويمكن رصدها قبل العلاج وبعده ومقارنتها إحصائياً وسرياً. هذه التغييرات تشمل:

- أعراض مباشرة (مثل الاندفاع والعلاقات غير المستقرة).
- بنى معرفية عميقة (مثل مخططات العار والرفض).
- وظائف حياتية كبرى (العمل، العلاقات، التوافق).

ولأن ST لا يكفي بعلاج العرض بل يعيد هيكلة النفس من الداخل، فإن تأثيراته قابلة للقياس، ولكنها أيضاً قابلة للاستدامة — وهي ميزة نادرة في العلاجات النفسية.

5. الخاتمة:

هدف البحث إلى تقديم نظرة شاملة ومركزة حول نتائج دراسة منهجية تناولت فعالية العلاج بالمخطط (Schema Therapy) في علاج اضطراب الشخصية الحدية (BPD) ضمن السياقات الثقافية العربية، مع التركيز على العينة والمنهجية والنتائج والتوصيات.

كما يهدف هذا البحث إلى تقديم مراجعة منهجية شاملة للدراسات التي تناولت فعالية العلاج بالخطط (Schema Therapy – ST) في علاج اضطراب الشخصية الحدية (BPD) ضمن السياقات العربية. يركز على مدى ملاءمة هذا النموذج للعوامل الثقافية والاجتماعية والنفسية المحلية، مع تحليل نقاط القوة والقيود وتقديم توصيات بحثية وتطبيقية. وتم تحليل 21 دراسة عربية وأجنبية نُشرت بين 2006–2025، شملت: عينات عيادية متخصصة من مرضى BPD، ومرضى يعانون من BPD شديد ومتعدد الأعراض، ومشاركين من خلفيات ثقافية مختلفة في الدول العربية، وتراوح حجم العينات من حالة فردية (Badran, 2024) إلى 495 مشاركًا (European Multisite RCT, 2021). خلص البحث إلى أن العلاج بالخطط يمثل خيارًا علاجيًا واعدًا وذو فعالية عالية لمعالجة اضطراب الشخصية الحدية، حتى في السياق العربي. غير أن نجاحه يعتمد على: تكييف تقنياته لخصوصية الثقافة العربية، وتدريب المعالجين وفق برامج معتمدة، وإجراء المزيد من الدراسات التجريبية الطويلة لتأكيد فاعليته على المدى البعيد. وأوصت الباحثة بتطوير بروتوكولات علاجية عربية، وأدوات تقييم محلية، ودمج ST في البرامج الأكاديمية والعيادات المتخصصة.

1.5. النتائج:

- أثبتت الدراسات أن العلاج بالخطط فعال في خفض الأعراض الأساسية لـ BPD (مثل الاندفاع، الخوف من الهجر، اضطراب الهوية، والعلاقات غير المستقرة).
- تحسن طويل المدى في المخططات غير التكيفية وأنماط الشخصية.
- استمرارية للأثر بعد انتهاء العلاج، بخلاف بعض العلاجات الأخرى مثل DBT أو CBT.
- أظهرت الدراسات العربية مؤشرات إيجابية على توافق ST مع البيئة المحلية عند تكييفه ثقافيًا (مثل استخدام أمثلة مألوقة).
- لوحظت قيود منها: قلة الدراسات التجريبية المحكمة، وصغر حجم العينات، وغياب المتابعة الطويلة.

2.5. التوصيات:

أولاً: توصيات بحثية

1. تشجيع إجراء دراسات تجريبية مثل العشوائية والمجموعات الضابطة لقياس فاعلية العلاج بالخطط على المدى القصير والطويل، حيث تظهر الحاجة إلى بناء قاعدة بيانات عربية صلبة حول فعالية العلاج تسهم في دعم اعتماده المؤسسي.
2. التوسع في نطاق الدراسات لتشمل عينات من خلفيات ثقافية متعددة مثل البيئات الريفية والحضرية والمجتمعات الهشة كحالات اللاجئين والمراهقين حيث يساعد ذلك في اختبار موثوقية النموذج في مجتمعات متنوعة داخل الوطن العربي.
3. العمل على تطوير أدوات قياس عربية للمخططات غير التكيفية الخاصة باضطراب الشخصية الحدية أو تقنين الأدوات الأجنبية على البيئة الثقافية العربية مما يسهم ذلك في رفع دقة التشخيص وتحسين جودة التدخل العلاجي.

ثانياً: توصيات تطبيقية

1. تصميم برامج علاجية مشتركة تدمج العلاج بالخطط مع نماذج علاج الإدمان والعلاج الأسري للأزواج حيث تبرز أهمية هذه التوصية في ضوء الدراسات التي أظهرت ارتباطاً مباشراً بين المخططات غير التكيفية والإدمان أو الصراعات الزوجية.

2. تطوير بروتوكولات عربية مكثفة للعلاج بالمخطط تراعي الديناميات الاجتماعية مثل السلطة الأسرية والوصمة المجتمعية. مما يسهم ذلك في ضمان فعالية أكبر وانخراط أوسع في العلاج.
3. تفعيل العلاقة العلاجية كأداة مركزية في تنفيذ العلاج بالمخطط من خلال تدريب الأخصائيين النفسيين على مهارات بناء الأمان العاطفي والثقة داخل الجلسات حيث أشارت بعض الدراسات إلى فعالية هذا العامل في تحسين الاستجابة للعلاج.

ثالثاً: توصيات تعليمية

1. اعتماد العلاج بالمخطط كمكون أساسي ضمن المقررات الأكاديمية في برامج الدراسات العليا في علم النفس الإكلينيكي حيث يساعد ذلك في إعداد ممارسين مؤهلين ومدرّكين لأحد النماذج المعاصرة في علاج الاضطرابات المزمنة.
2. تشجيع طلبة الدراسات العليا على تنفيذ بحوث تطبيقية تختبر فعالية العلاج بالمخطط على عينات عربية. هذه المشاريع تسهم في توطين المعرفة وتوسيع الأدلة التجريبية.
3. إدراج مراجعات نظرية مقارنة بين العلاج بالمخطط والنماذج المعرفية الأخرى مثل العلاج المعرفي السلوكي والعلاج الجدلي السلوكي ضمن المقررات حيث يساعد هذا في تنمية التفكير النقدي وتمكين الطالب من اختيار النموذج المناسب سريريًا.

رابعاً: توصيات تدريبية ومؤسسية

1. تنظيم دورات تدريبية متخصصة في العلاج بالمخطط بإشراف خبراء معتمدين، على أن تمنح شهادات احترافية في هذا المجال مما تسهم هذه الدورات في بناء كفاءات علاجية مؤهلة.
 2. إعداد أدلة إكلينيكية باللغة العربية تحتوي على نماذج الجلسات وخطوات التطبيق العملي حيث توفر هذه الأدلة مرجعاً مهنيًا يسهل على المعالجين تطبيق النموذج بشكل فعال.
 3. التوصية بتفعيل دور الجهات الصحية والرسمية في دعم هذا النموذج العلاجي، من خلال اعتماده ضمن حزم الخدمات النفسية المقدمة للمجتمع لما يمثل هذا الدعم خطوة أساسية في تعميم النموذج إكلينيكيًا.
- بناءً على ما أظهرته نتائج الدراسة، تؤكد التوصيات المطروحة ضرورة تطوير إطار شامل لتطبيق العلاج بالمخطط في البيئة العربية، يأخذ بعين الاعتبار خصوصية السياق الثقافي والاجتماعي والنفسي. كما تعكس هذه التوصيات الحاجة إلى تعزيز الجهود البحثية المنهجية، من خلال إجراء دراسات كمية وتجريبية على عينات متنوعة، تسهم في توسيع قاعدة الأدلة العلمية حول فعالية هذا النموذج العلاجي في خفض أعراض اضطراب الشخصية الحدية. وقد برزت أيضًا أهمية تكيف أدوات القياس والتشخيص، ودمج البعد الأسري والعاطفي ضمن الخطة العلاجية، بما يدعم فعالية التدخل العلاجي ويعزز نتائجه المستدامة.
- من جهة أخرى، توضح التوصيات التطبيقية والتعليمية والتدريبية أن نجاح تطبيق العلاج بالمخطط لا يتوقف على تصميم التدخل العلاجي فحسب، بل يتطلب أيضًا بيئة مهنية مؤهلة، وبرامج تعليمية وتدريبية متخصصة، تُمكن الممارسين من استيعاب أبعاد النموذج وتطبيقه بكفاءة. كما تؤكد التوصيات المؤسسية ضرورة دعم هذا التوجه من خلال سياسات صحية نفسية مرنة، وتوفير موارد بشرية وتقنية تُسهم في إتاحة هذا العلاج ضمن خدمات الصحة النفسية في المؤسسات العلاجية والتعليمية.

6. المراجع:

1.6. المراجع العربية:

- أبو عطا، م.، وآخرون. (2023). تصورات المرضى حول العلاج بالمخطط في السياق العربي. مجلة العلوم النفسية العربية، 41(2)، 120.101-.
- أبو رأس، و.، وأبو بدر، س. (2008). الصحة النفسية في المجتمعات العربية: تحديات وآفاق. المجلة العربية للعلوم الاجتماعية، 6(1)، 74.55-.
- الأنصاري، ع. (2023). العلاقة بين المخططات المعرفية واضطراب الشخصية الحدية لدى عينة سعودية. مجلة دراسات نفسية واجتماعية، 19(4)، 93.77-.
- البقي، ن. (2024). فعالية العلاج بالمخطط في خفض أعراض اضطرابات الشخصية في السياق السعودي. مجلة جامعة الملك سعود للعلوم التربوية والنفسية، 36(1)، 223.201-.
- الجهني، س.، وآخرون. (2024). برنامج تدريبي علاجي قائم على العلاج بالمخطط لعلاج الاندفاعية لدى مرضى اضطراب الشخصية الحدية. مجلة العلوم النفسية والتربوية العربية، 28(2)، 68.45-.
- العوفي، م. (2023). التحديات الثقافية في تطبيق النماذج العلاجية الغربية على المجتمعات العربية. المجلة العربية للعلاج النفسي، 15(3)، 130.112-.
- القحطاني، ر.، وآخرون. (2024). اتجاهات الممارسين نحو استخدام العلاج بالمخطط في العيادات النفسية بالسعودية. المجلة السعودية للصحة النفسية، 10(1)، 89.65-.
- عيسى، ن. (2023). فعالية العلاج بالمخطط في تحسين التوافق الزوجي وخفض الاندفاعية لدى المصابات باضطراب الشخصية الحدية. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية.
- المطيري، أ. (2022). المخططات المعرفية وأثرها في اضطرابات الشخصية: دراسة تطبيقية. مجلة العلوم النفسية المعاصرة، 30(1)، 111.92-.
- المطيري، أ. (2022). مكرر وسبق ذكره في النقطة (9).
- الخطاب، خ.، وآخرون. (2023). الاحتياجات التدريبية للأخصائيين النفسيين في نماذج العلاج المعرفي الحديثة. مجلة دراسات عربية في علم النفس، 45(2)، 109.88-.
- الكرنوي، أ.، وغراهام، ج. (2000). التحديات الثقافية في العلاج النفسي في المجتمعات العربية. ترجمة: مركز دراسات المجتمع، القاهرة.

2.6. المراجع الأجنبية:

- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.). Washington, DC: APA.

- American Psychiatric Association. (2022). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5-TR. Washington, DC: APA.
- Arntz, A., & van Genderen, H. (2009). Schema Therapy for Borderline Personality Disorder. Wiley-Blackwell.
- Bach, B., & Bernstein, D. P. (2010). Schema therapy for personality disorders. In M. M. Antony & D. H. Barlow (Eds.), Handbook of Assessment and Treatment Planning for Psychological Disorders (2nd ed., pp. 335–373). Guilford Press.
- Bamelis, L. L. M., Evers, S. M. A. A., Spinhoven, P., & Arntz, A. (2014). Results of a multicenter randomized controlled trial of the clinical effectiveness of schema therapy for personality disorders. American Journal of Psychiatry, 171(3), 305–322.
- Bateman, A. W., & Fonagy, P. (2019). Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice (2nd ed.). American Psychiatric Publishing.
- Chambless, D. L., & Hollon, S. D. (1998). Defining empirically supported therapies. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66(1), 7–18.
- 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.
- Farrell, J. M., & Shaw, I. A. (2012). Group Schema Therapy for Borderline Personality Disorder: A Step-by-Step Treatment Manual with Patient Workbook. Wiley-Blackwell.
- Giesen-Bloo, J., van Dyck, R., Spinhoven, P., van Tilburg, W., Dirksen, C., van Asselt, T., ... & Arntz, A. (2006). Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: Randomized trial of schema-focused therapy vs transference-focused psychotherapy. Archives of General Psychiatry, 63(6), 649–658.
- Kazdin, A. E. (2007). Mediators and mechanisms of change in psychotherapy research. Annual Review of Clinical Psychology, 3, 1–27.
- Linehan, M. M. (1993). Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder. Guilford Press.

- McLean, C. (2022). Schema therapy for borderline personality disorder: A meta-analytic update. *Journal of Personality Disorders*, 36(2), 145–162.
- Nadort, M., Arntz, A., Smit, J. H., Giesen-Bloo, J., Eikelenboom, M., Spinhoven, P., ... & van Asselt, A. D. I. (2009). Implementation of outpatient schema therapy for borderline personality disorder with versus without crisis support by the therapist outside office hours. *Behaviour Research and Therapy*, 47(11), 961–973.
- Qureshi, A., Collazos, F., Ramos, M., & Casas, M. (2021). Cultural sensitivity and psychotherapy: Integrating schema therapy into diverse cultural contexts. *International Journal of Culture and Mental Health*, 14(1), 1–11.
- Rafaeli, E., Bernstein, D. P., & Young, J. E. (2011). *Schema Therapy: Distinctive Features*. Routledge.
- Sempertegui, G. A., Karreman, A., Arntz, A., & Bekker, M. H. J. (2013). Schema therapy for borderline personality disorder: A qualitative study of patients' perceptions. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 41(3), 367–383.
- Sue, S. (1998). In search of cultural competence in psychotherapy and counseling. *American Psychologist*, 53(4), 440–448.
- Bernal, G., Jiménez-Chafey, M. I., & Domenech Rodríguez, M. M. (2009). Cultural adaptation of treatments: A resource for considering culture in evidence-based practice. *Professional Psychology: Research and Practice*, 40(4), 361–368.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema Therapy: A Practitioner's Guide*. Guilford Press.

جميع الحقوق محفوظة IJRSP © (2025) (الباحثة/ نجاح مقبول حسين كبيسي).

تُنشر هذه الدراسة بموجب ترخيص المشاع الإبداعي (CC BY-NC 4.0).

This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-Non-Commercial 4.0 International License (CC BY-NC 4.0).

Doi: doi.org/10.52133/ijrsp.v6.70.6