

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي و البحث العلمي

جامعة محمد خيضر – بسكرة

كلية العلوم الإنسانية و الاجتماعية

قسم علم النفس

الرقم التسلسلي

رقم التسجيل

عنوان الأطروحة

**مدى فعالية تقنيات الفحص العيادي الاسقاطية والموضوعية في
تشخيص الفصام في المجتمع الجزائري (دراسة مقارنة)
(دراسة عيادية لـ 10 حالات في مدينة بسكرة)**

أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه ل.م.د في علم النفس

تخصص: علم النفس العيادي

إشراف الأستاذ

إعداد الطالبة:

د. بوسنة عبد الوافي زهير

مليوح خليفة

الاسم و اللقب	الرتبة العلمية	الجامعة	الصفة
نصر الدين جابر	أستاذ	جامعة بسكرة	رئيسا
عبد الوافي زهير بوسنة	أستاذ محاضر أ	جامعة بسكرة	مشرفا و مقرا
عبد الحميد كربوش	أستاذ	جامعة قسنطينة 2	عضوا مناقشا
محفوظ بوالشلوخ	أستاذ محاضر أ	جامعة قسنطينة 2	عضوا مناقشا
نبيل مناني	أستاذ محاضر أ	جامعة بسكرة	عضوا مناقشا
عائشة نحوي	أستاذة محاضرة أ	جامعة بسكرة	عضوا مناقشا

السنة الجامعية: 2014/2013

شكر وعرفان

نتقدم بجزيل الشكر والامتنان إلى الأستاذ المشرفه دكتور بوسنة عبد الوافي زهير

إذ نهلنا منه المعارف النظرية والممارسة العلمية واستقينا منه ثقافة البحث العلمي على أصولها لك مني كل الامتنان والتقدير أستاذي.

والشكر الخاص إلى الأستاذ جابر نصر الدين إذ تمرسنا على يديه منهجية البحث العلمي طوال ثلاث سنوات لانجاز أطروحتنا ومتابعتها لتجاوز صعوبات وعراقيل البحث .

وشكري الخاص إلى الأستاذ هالة عبد الواحد على توجيهاته ونصائحه .

الى الطبيب السيكتري بن خلية محمد بوطي وكل العاملين في مطحة الأمراض العقلية ببسكرة .

كما أتقدم بجزيل الشكر والعرفان إلى الأساتذة الأفاضل أعضاء اللجنة العلمية الذين تفضلوا بقبول مناقشة هذا العمل وتقويمه..... فلكم مني جميعا جزيل الشكر والتقدير والاحترام .

إلى الأحياء

إلى الذي يراقبني بعيدا هناك في امتداد المسافات حين اختفي لبرهة من الزمن

إلى الوجه الذي يطاردني في كل مكان

إلى الذي علمني أن أذوب في عمق الأشياء لأتحدي الزمن الباقي

إلى الصوت الذي يسمعني منفونية الحياة... صوت أبي الذي عودني على الانتظار

وسوف أكون عند رغبته البريئة.

لو أتعلو يوما من فرويد ولم أتعلق يوما بحبال فلسفته... أمي بسطت لي عمق المعاني في

فلسفة الأرض تحررت في حيا فكسبت حب أمي والأرض.

إلى القلب الصادق... لا يسعني إلا أن أحنو عليه أنه دهن أمي التي أرختني لبن الأطلاق

الحميدة.

إلى الذي يشاركونني هذا العنق الماكن في أزمتي وينتظرونني بلهفة شاردة... سأعود

إليكم إخوتي وأخواتي الأحياء .

إلى الذين أحبوني أمديهم خاكرتي وأحيان الجميلة...

إلى كل الذين كان يمكن أن أحبهم لو عرفتهم أمديكم خلاصة جسدي المتواضع.....

وإلى كل الأصدقاء أسماء برني ، ذباب ياسمين ، بولقرون حراج .

موجز الدراسة :

جاءت هذه الدراسة لمعرفة أهمية فعالية تقنيات الفحص العيادي الإسقاطية و الموضوعية التي يستخدمها الأخصائي النفسي في مصلحة الأمراض العقلية منها اختبار الرورشاخ، تفهم الموضوع والتقنية الموضوعية منيسوتا متعدد الأوجه للشخصية MMPI-2 في تشخيص الفصام، فهذا الميدان محتكر على الأطباء السيكاتريين، لهذا أرادت الباحثة إبراز مكانة الأخصائي النفسي في مصلحة الأمراض العقلية من خلال تقنيات الفحص المتنوعة ومقارنتها بالتشخيص السيكاتري ، في هذه الدراسة لا نقلل من قيمة التشخيص السيكاتري خاصة في مجال الدواء ،حيث أول ما يلتحق المريض بمصلحة الأمراض العقلية تصاحبه مجموعة من الأعراض من سلوكيات عنيفة و الهيجانات ، وهذا بالطبع يستلزم حضور الطبيب السيكاتري ،مع هذا لا يمنع من تدخل الأخصائي النفسي و مشاركته في التشخيص لمعرفة تطور مسار المرض و التنبؤ مستقبلا للتكفل بالمريض الذهاني ، فالفصام من الأمراض المعقدة نتيجة تداخل مجموعة من التناذرات من الأعراض العصبية والذهانية والمزاجية ،هذا ما صعب عملية التشخيص، لهذا اعتمدت الباحثة على معايير الاستجابات لهذه التقنيات الإسقاطية والموضوعية بوضع مميزات الفصام حسب الدراسة الجزائرية التي تضم خصائص ثقافية معينة تختلف بدورها عن البيئة الأجنبية منها دراسة سي موسي ،بن خليفة محمود ، نبيل بحري ، فالباحثة لا تشكك في فعالية التقنيات الإسقاطية أو الموضوعية لما لها من تاريخ حافل بالتطورات خاصة في مجال التشخيص، لكن أهمية الدراسة تكمن في معرفة بعدها التشخيصي للمرض العقلي الفصام مقارنة مع التشخيص السيكاتري الذي يعتمد على أساليب طبية بحتة .

وجاءت نتائج هذه الدراسة متطابقة مع تساؤلات البحث التي وضعتها الباحثة ، انطلاقا من المقابلة مع الطبيب السيكاتري ونتائج تقنية الرورشاخ ومقارنتها مع مميزات أعراض الفصام ،نتج أن اختبار الرورشاخ يشخص بطريقة موضوعية الفصام.

كذلك نتائج تقنية تفهم الموضوع ومقارنتها مع مميزات أعراض الفصام حسب الدراسة الجزائرية أكدت صلاحيتها في تشخيص الفصام ،مع الحضور المكثف لسياقات الصراع النفسي العلائقي الذي يحمل طابع العدوانية أم الاحتماء بالصورة البشرية كوسيلة دفاعية اتكالية (سندية) من العالم الفارغ الذي يعيش فيه.

أما بالنسبة للتقنية الموضوعية منيسوتا متعدد الأوجه MMPI-2 فأكدت صلاحيتها في تشخيص الفصام بطريقة موضوعية من خلال ارتفاع السلام الإكلينيكية لسلم الفصام مع ارتفاع بعض السلام للمثلث العصبي والمثلث الذهاني ،حيث كلما ارتفع سلم الفصام ترتفع بعض أعراض المثلث العصبي والذهاني،أي سلم الفصام مرتبط بعدة أعراض عصبية وذهانية .

هذا ما أدى الى بروز مكانة التقنيات الإسقاطية والموضوعية أمام التشخيص السيكاتري خاصة في مجال التشخيص للاضطراب العقلي خاصة الفصام ، فالتقنية الموضوعية منيسوتا متعدد الأوجه للشخصية MMPI-2 تضيف مميزات للشخصية وترسم ملمح ليس قطعي يقيس الجوانب اللاشعورية ودلالته النفسية ،هذا ما جعلها صالحة للتطبيق على الأسوياء وغير الأسوياء ومعرفة تطور مسار المرض مستقبلا بإبراز بنية الشخصية عن طريق المثلث العصبي والذهاني، هذا ما يجعلنا لا نستطيع الاستغناء على أي من التقنيات سواء الإسقاطية أو الموضوعية ، فهو مكملتان لبعضهما البعض .

فالتشخيص السيكاتري و النفسي مكملان لبعضهما البعض وله فائدة كبيرة للمريض الذهاني بوضعه في فئة معينة مما يسهل النجاح في التكفل الدوائي ، فالتشخيص الدقيق هو نصف العلاج ، ومن جهة أخرى تأهيل المريض ودمجه من جديد في المجتمع .

الكلمات المفتاحية : التقنيات الإسقاطية والموضوعية ،التشخيص ،الفصام

Abstract

This study came to show the importance of effectiveness of projective Clinical test techniques and the objectivity in the hands of the psychiatrist in the service of mental illness, including Rorschach test, understanding the subject and objectivity technique in Minnesota Multiphasic Personality Inventory MMPI-2 in the diagnosis of schizophrenia, where we notice that this field is a subject of psychiatrists monopoly, Which lead the researcher to show up the role psychiatrists in mental illness service, through varied examination techniques compared with psychiatric diagnosis to bring to light the efficiency of these techniques. It is true that the psychiatric diagnosis is the big part in the service, that includes the provision of medicine, at which the patient goes in a range of symptoms such as violence and frenzy, and this of course requires the presence of the psychiatrist. This does not prevent the psychoanalyst's functions in the diagnosis as a complementary work which afford prediction to insure the psychotic. on account of the schizophrenia is a complicated ailment because of difficulties in diagnosis, so as a chronic disease in a different types and overlapped symptoms. This bring the researcher about relying on the responses standards of these objective projective techniques according to the Algerian environment to keep the cultural characteristics, including the study of Si Moussi, Ben Khalifa, Bahri, through knowledge of schizophrenia features. Whilst the researcher does not criticize these projective or objective techniques, but to find out its diagnostic far outcomes when compared with psychiatric diagnosis that depends on different methods, so as to know which of them is accurate and objective. The results of this study are consistent with the assumptions made by the researcher, where by an interview with psychiatrist and Rorschach test results compared with the of schizophrenia symptoms discriminatory according to the Algerian environment, confirmed that Rorschach test is an objective diagnosis to schizophrenia.

As well as the results of the subject technique understanding compared with schizophrenia symptoms discriminatory in Algerian environment, confirmed its validity of the diagnosis of schizophrenia.

As for the objective technique of Minnesota Multiphasic Personality Inventory MMPI-2 emphasized its objectivity in diagnosing schizophrenia.

By comparing the results of each of the objective and projective techniques in the diagnosis of schizophrenia showed its effective role in the diagnosis, where the objective technique of Minnesota Multiphasic Personality Inventory MMPI-2 describes the personality characteristics, where can be applied to normal and patients to see their development in the future, as well as it underscore the character of the structure of personal through the neurotic psychotic triangle. we cannot dispense with any of the techniques whether projective or objective, because they are complementary to each other.

Finally we can say that psychiatric diagnosis and psychoanalytic diagnosis through the objective projective techniques examination are complementary to each other, and results a enormous gain to the psychotic, by eliminating symptoms on the one hand, and on the other hand the rehabilitation within the society.

Key words: projective Clinical test techniques and the objectivity, the diagnosis, schizophrenia

فهرس المحتويات

الصفحة	الموضوع
	شكر و عرفان
	إهداء
	موجز الدراسة بالعربية
	موجز الدراسة باللغة الانجليزية
	التراث الأدبي
	الفصل الأول: الإطار العام للدراسة
24	1- مقدمة إشكالية
31	2- دوافع الدراسة
31	2-1- الذاتية
31	2-2 - الموضوعية
32	3- أهمية الموضوع
32	4- أهداف الموضوع
33	5- الدراسات السابقة
33	5-1 - الدراسات المحلية (الجزائرية)
38	5-2 - الدراسات العربية
41	5-3 - الدراسات الأجنبية
45	6 - تعليق عام على الدراسة السابقة المحلية، العربية والأجنبية
47	7- التعريف الإجرائي للمصطلحات
	الفصل الثاني: الذهانات
49	تمهيد
49	1- تاريخ الذهانات
50	2 - تعريف الذهانات
52	3- مميزات الذهانات
53	4- أنواع الذهانات
53	4-1- الذهانات ذات المنشأ العضوي
53	4-2- الذهانات ذات المنشأ غير العضوي
53	5- الفصام
54	5-1- تاريخ الفصام

56	2-5- تعريف الفصام حسب المنظرين
58	3-5- انتشار الفصام
60	6- المقاربة النظرية للفصام
60	1-6- النظرية الوراثة
62	2-6- النظرية التحليلية
63	3-6- النظرية السلوكية
64	4-6- نظرية الفصام
64	5-6- نظرية التتميط الحيوي
66	6-6- النظرية الفزيولوجية
69	7-6- نظرية النوروعصبية
69	1-7-6- فرضية الدوبامينية
71	2-7-6- فرضية الجلوتامات
72	3-7-6- فرضية تفاعل بين جلوتامات والدوبامين
72	4-7-6- فرضية السيروتونين
73	8-6- نظرية متعددة الأبعاد
73	9-6- النظرية المضادة للطب النفسي
75	7- أعراض الفصام
75	1-7- الأعراض الايجابية
76	2-7- الأعراض السلبية
77	3-7- الأعراض المعرفية
78	8- أنواع الفصام
78	1-8- النوع البرانوي (الهذائي)
78	2-8- النوع المتناثر (المتفكك)
79	3-8- النوع الكتاتوني
79	4-8- النوع غير المتميز
80	5-8- النوع المتبقي
80	9- تشخيص الفصام
81	1-9- حسب DSMIV
83	2-9- حسب الأخصائي النفسي
83	10- الشخصية قبل المرض ومسار الفصام
83	1-10- الشخصية قبل المرض

84	10-2- مراحل تطور الفصام
84	10-2-1- المرحلة الأولى
84	10-2-2- المرحلة الثانية
84	10-2-3- المرحلة الثالثة
84	11- مسار الفصام
84	11-1- المرحلة الأولى
84	11-2- المرحلة الثانية
85	11-3- المرحلة الثالثة
85	11-4- المرحلة الرابعة
85	12- العلاج
85	12-1- العلاج الدوائي
89	12-2- العلاج النفسي
97	13- الثقافة الباثولوجية في المجتمع المغربي والجزائري
98	13-1- الخصائص الإكلينيكية لظاهرة الفصام في المجتمع المغربي
100	13-2- الخصائص الإكلينيكية لظاهرة الفصام في المجتمع الجزائري
103	خلاصة
	الفصل الثالث: التشخيص
105	تمهيد
105	1- التطور التاريخي للتشخيص
107	2- تعريف التشخيص
107	2-1- لغة
107	2-2- اصطلاحا
109	3- المقاربة النظرية للتشخيص
109	3-1- التحليل النفسي
110	3-2- المدرسة السلوكية
111	3-3- علم النفس الإكلينيكي
112	3-4- علم النفس التكاملي
112	3-5- العوامل الاثنية والثقافية
113	3-6- المدرسة المعرفية والنموذج الطبي
113	3-7- مقارنة علم الأعراض
114	3-8- المدرسة البنيوية الفزيولوجية

115	4- بعض المفاهيم المرتبطة بالتشخيص
115	4-1- الفحص النفسي
115	4-2- التقييم
116	4-3- التصنيف والتوثيق
116	4-4- التشخيص والعلاج
117	4-5- التشخيص والقياس
117	5- أهداف التشخيص
119	6- أسس التشخيص
119	6-1- بنية التشخيص
120	6-2- فنيات التشخيص
120	6-3- منطق التشخيص
120	7- معايير التشخيص
120	7-1- مبدأ التكامل
120	7-2- مبدأ النقاء الوقائع
121	7-3- مبدأ وفرة المعلومات
121	7-4- مبدأ الاقتصاد
121	7-5- الخصوبة
121	7-6- الانتظار
121	8- أنواع التشخيص
121	8-1- التشخيص الفارقي
122	8-2- التشخيص التصنيفي الطبي
122	8-3- التشخيص السيكودينامي
122	8-4- التشخيص الفردي
123	8-5- النمط التصنيفي
123	8-6- الشكل الديناميكي
123	8-7- التشخيص الغيابي
124	9 - أساليب التشخيص الإكلينيكي
124	9-1- أساليب متعددة
125	9-2- حسب أدلر
127	9-3- دور الأخصائي النفسي والاختبارات في تصنيف التشخيص
127	9-3-1- متطلبات السيكلوجية للأخصائي النفسي

128	9-3-2- دور الاختبارات النفسية في التصنيف التشخيصي
129	9-4- فحص النفساني للمريض
129	9-4-1- لمحة عن الفحص النفساني
131	9-4-2- وضعية الفحص النفساني
132	9-5- خطوات التشخيص النفساني
133	9-5-1- مرحلة الإعداد
133	9-5-2- مرحلة التزود بالمعلومات
134	9-5-3- مرحلة معالجة المعلومات
135	9-5-4- مرحلة اتخاذ القرارات
135	10- مشكلة التشخيص في علم النفس الإكلينيكي
136	10-1- المشكلات الأساسية في تصنيف التشخيصات
136	10-2- المشكلات التي تواجه عملية التشخيص
137	10-3- الأخصائي النفساني ومشكلة التشخيص الإكلينيكي
138	10-4- الأخصائي النفساني والمرض العقلي
140	10-5- مشكلة التشخيص في المجتمع الجزائري
141	خلاصة
	الفصل الرابع: تقنيات الإسقاطية والموضوعية
143	تمهيد
143	أولاً- التقنيات الإسقاطية
145	1- تعريف التقنيات الإسقاطية
146	2- المقاربة النظرية للتقنيات الإسقاطية
146	2-1- التحليل النفسي
147	2-1-1- اختبار الرورشاخ في الفحص السريري
149	2-1-2- اختبار تفهم الموضوع في الفحص السريري
151	2-2- مدرسة الجشتالت
152	2-3- علم النفس التجريبي
153	2-4- علم النفس الاجتماعي
154	2-5- تكامل التقنيات الإسقاطية
155	2-6- المقاربة الموضوعية
156	3- خصائص الاختبارات والأساليب الإسقاطية
158	4 - تصنيفات الأساليب الإسقاطية

158	4-1- أساليب تكوينية تنظيمية
158	4-2- أساليب بنائية
158	4-3- أساليب تفسيرية
158	4-4- أساليب تفريغية أو تظهيرية
158	4-5- أساليب تحريفية
159	4-6- أساليب التداعي
159	5- اختبار الرورشاخ
159	5-1- تاريخ الرورشاخ
160	5-2- تعريف اختبار الرورشاخ
161	5-3- وصف الاختبار
161	5-4- المضامين الكامنة للوحات
165	5-5- فوائد اختبار الرورشاخ
166	5-6- الفروق في استجابات بين الإناث والذكور
167	5-7- طريقة وخطوات تحليل برتوكولات الرورشاخ
167	5-7-1- التنقيط
167	5-7-2- التحليل الكمي
168	5-7-3- التحليل الكيفي
169	5-7-4- مميزات التوظيف الذهاني الفصام
170	5-8- الصدق والثبات في اختبار الرورشاخ
171	5-9- تقييم الرورشاخ
172	6- اختبار تفهم الموضوع
172	6-1- تعريف اختبار تفهم الموضوع
172	6-2- الأساس النظري للاختبار
173	6-3- مسلمات اختبار تفهم الموضوع
174	6-4- مواد الاختبار
175	6-5- الإيحاءات الكامنة للبطاقة
179	6-6- قيمة تفهم الموضوع
180	6-7- طريقة وخطوات تحليل تفهم الموضوع
183	6-7-1- مراحل تطبيق اختبار تفهم الموضوع
184	6-7-2- مرحلة التحليل بطاقة بطاقة
186	6-7-3- التوظيف الذهاني للفصام

187	8-6- الصدق والثبات
188	ثانيا : التقنيات الموضوعية
188	1- تعريف التقنيات الموضوعية
189	2- أنواع التقنيات الموضوعية
189	2-1- اختبارات الاستدعاء أو التكميل
190	2-2- اختبارات الخطأ والصواب
190	2-3- اختبارات المزاوجة أو المقابلة أو المطابقة
191	2-4- اختبارات الاختبار من متعدد
191	2-4-1- الجزء الأول
191	2-4-2- الجزء الثاني
191	3- مميزات الاختبارات الموضوعية
193	4- اختبار منيسوتا متعدد الأوجه للشخصية
193	4-1- تاريخه
194	4-2- تعريف الاختبار
195	4-3- مميزات MMPI
195	4-4- طريقة وخطوات تحليل منيسوتا متعدد الأوجه للشخصية
205	4-5- مميزات الفصام من خلال دليل اختبار منيسوتا متعدد الأوجه
206	4-6- تقييم اختبار منيسوتا متعدد الأوجه للشخصية
207	4-7- الانتقادات اختبار منيسوتا متعددة الأوجه للشخصية
208	4-8- تقنيات الفحص العيادي في الجزائر
209	خلاصة
	الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية للجانب التطبيقي
211	تمهيد
211	1- الدراسة الاستطلاعية
212	2- تعريف المكان
212	3- الإطار الزمني والمكاني
212	4- المنهج
212	5- الأدوات
212	5-1- الملاحظة العيادية
213	5-2- المقابلة العيادية
213	5-3- دراسة الحالة

213	4-5- الاختبارات
214	5-4-1- اختبار الرورشاخ
214	5-4-2- اختبار تفهم الموضوع
214	5-4-3- اختبار منيسوتا متعدد الأوجه للشخصية mmpi-2
215	6- وصف الحالات
215	6-1- معايير انتقاء حالات للدراسة
215	6-2- حالات الدراسة
217	خلاصة
	الفصل السادس: عرض الحالات المدروسة
219	الحالة الأولى
219	1- تقديم الحالة
220	2- ملخص المقابلة مع الطبيب السيكاتري
221	3- تطبيق اختبار الرورشاخ وتحليله
221	3-1- عرض
224	3-2- تحليل
227	4- تطبيق اختبار تفهم الموضوع وتحليله
227	4-1- عرض
235	4-2- تحليل
236	5- تطبيق اختبار mmpi-2 وتحليله
236	5-1- عرض
237	5-2- تحليل
239	التحليل العام للحالة
241	الحالة الثانية
241	1- تقديم الحالة
241	2- ملخص المقابلة مع الطبيب السيكاتري
242	3- تطبيق اختبار الرورشاخ وتحليله
242	3-1- عرض
245	3-2- تحليل
248	4- تطبيق اختبار تفهم الموضوع وتحليله
248	4-1- عرض
254	4-2- تحليل

255	5- تطبيق اختبار mmpi-2 وتحليله
255	5-1- عرض
256	5-2- تحليل
258	التحليل العام للحالة
260	الحالة الثالثة
260	1- تقديم الحالة
260	2- ملخص المقابلة مع الطبيب النفسي
261	3- تطبيق اختبار الرورشاخ وتحليله
261	3-1- عرض
263	3-2- تحليل
266	4- تطبيق اختبار تفهم الموضوع وتحليله
266	4-1- عرض
271	4-2- تحليل
272	5- تطبيق اختبار mmpi-2 وتحليله
272	5-1- عرض
272	5-2- تحليل
275	التحليل العام للحالة
276	الحالة الرابعة
276	1 - تقديم الحالة
276	2- ملخص المقابلة مع الطبيب النفسي
277	3- تطبيق اختبار الرورشاخ وتحليله
277	3-1- عرض
280	3-2- تحليل
282	4- تطبيق اختبار تفهم الموضوع وتحليله
282	4-1- عرض
288	4-2- تحليل
289	5- تطبيق اختبار mmpi-2 وتحليله
289	5-1- عرض
290	5-2- تحليل
292	التحليل العام للحالة
294	الحالة الخامسة

294	1- تقديم الحالة
294	2- ملخص المقابلة مع الطبيب السيكاتري
295	3- تطبيق اختبار الرورشاخ وتحليله
295	3-1- عرض
298	3-2- تحليل
301	4- تطبيق اختبار تفهم الموضوع وتحليله
301	4-1- عرض
307	4-2- تحليل
308	5- تطبيق اختبار 2- mmpi وتحليله
308	5-1- عرض
309	5-2- تحليل
311	التحليل العام للحالة
313	الحالة السادسة
313	1- تقديم الحالة
313	2- ملخص المقابلة مع الطبيب السيكاتري
314	3- تطبيق اختبار الرورشاخ وتحليله
314	3-1- عرض
317	3-2- تحليل
320	4- تطبيق اختبار تفهم الموضوع وتحليله
320	4-1- عرض
325	4-2- تحليل
326	5- تطبيق اختبار 2- mmpi وتحليله
326	5-1- عرض
327	5-2- تحليل
329	التحليل العام للحالة
330	الحالة السابعة
330	1- تقديم الحالة
330	2- ملخص المقابلة مع الطبيب السيكاتري
331	3- تطبيق اختبار الرورشاخ وتحليله
331	3-1- عرض
334	3-2- تحليل

337	4- تطبيق اختبار تفهم الموضوع وتحليله
337	4-1- عرض
342	4-2- تحليل
344	5- تطبيق اختبار mmpi-2 وتحليله
344	5-1- عرض
344	5-2- تحليل
346	التحليل العام للحالة
347	الحالة الثامنة
347	1- تقديم الحالة
347	2- ملخص المقابلة مع الطبيب السيكاتري
348	3- تطبيق اختبار الرورشاخ وتحليله
348	3-1- عرض
352	3-2- تحليل
355	4- تطبيق اختبار تفهم الموضوع وتحليله
355	4-1- عرض
361	4-2- تحليل
363	5- تطبيق اختبار mmpi-2 وتحليله
363	5-1- عرض
363	5-2- تحليل
365	التحليل العام للحالة
367	الحالة التاسعة
367	1- تقديم الحالة
367	2- ملخص المقابلة مع الطبيب السيكاتري
368	3- تطبيق اختبار الرورشاخ وتحليله
368	3-1- عرض
372	3-2- تحليل
375	4- تطبيق اختبار تفهم الموضوع وتحليله
375	4-1- عرض
382	4-2- تحليل
383	5- تطبيق اختبار mmpi-2 وتحليله
383	5-1- عرض

384	5-2- تحليل
386	التحليل العام للحالة
388	الحالة العاشرة
388	1- تقديم الحالة
388	2- ملخص المقابلة مع الطبيب السيكاتري
389	3- تطبيق اختبار الرورشاخ وتحليله
389	3-1- عرض
392	3-2- تحليل
395	4- تطبيق اختبار تفهم الموضوع وتحليله
395	4-1- عرض
401	4-2- تحليل
402	5- تطبيق اختبار mmpi-2 وتحليله
402	5-1- عرض
403	5-2- تحليل
405	التحليل العام للحالة
406	6- التقنيات الاسقاطية والموضوعية
413	مناقشة النتائج على ضوء التساؤلات
435	نتائج الدراسة والدراسات السابقة
437	خاتمة
439	اقتراحات
440	قائمة المراجع
461	الملاحق

فهرس الجداول

الصفحة	الجدول	الرقم
174	اللوحات المخصصة لكل صنف أو المشتركة بين الأصناف الأربعة من حيث الجنس والسن	01
216	يوضح توزيع أنواع الأمراض بالشهر من فئة الرجال بمصلحة الأمراض العقلية بسكرة خلال الفترة 2010-2011	02
217	يوضع توزيع مجموع تشخيصات لأنواع الأمراض الذهانية فئة رجال في مصلحة الأمراض العقلية بسكرة للفترة 2011-2012:	03
235	توزيع السياقات الدفاعية للحالة (01)	04
254	توزيع السياقات الدفاعية للحالة (02)	05
271	توزيع السياقات الدفاعية للحالة (03)	06
288	توزيع السياقات الدفاعية للحالة (04)	07
307	توزيع السياقات الدفاعية للحالة (05)	08
325	توزيع السياقات الدفاعية للحالة (06)	09
342	توزيع السياقات الدفاعية للحالة (07)	10
361	توزيع السياقات الدفاعية للحالة (08)	11
382	توزيع السياقات الدفاعية للحالة (09)	12
401	توزيع السياقات الدفاعية للحالة (10)	13
406	الخصائص الكمية لإجابات المفحوصين في اختبار الرورشاخ	14
409	السياقات الدفاعية لدى المفحوصين في اختبار تفهم الموضوع	15
412	السلام الإكلينيكية لدى المفحوصين في اختبار منيسوتا متعدد الأوجه	16

فهرس الأشكال

الصفحة	الشكل	الرقم
132	نموزج (Seay's 1978) لوصف المشكله النفسية على أساس جوانب الأربعة	01
185	مخطط لمراحل تطبيق اختبار TAT	02

فهرس الصور

الصفحة	المالحق	الرقم
473	نموزج لورقة الفرز (المخطط النفسي Psychogramme) المستعملة في تنقيط الرورشاخ	01
474	نموزج لورقة الفرز المستعملة في تنقيط تفهم الموضوع (Feuille de Dépouillement)	02

فهرس الصور

الصفحة	الملاحق الصور	الرقم
476	صور البطاقات العشر لاختبار الرورشاخ	01
477	صور البطاقات الثلاثة عشر لاختبار التات	02

الثروات الأديبي

الفصل الأول

الإطار العام للدراسة

- 1- مقدمة إشكالية
- 2- دوافع الدراسة
- 2-1- الذاتية
- 2-2 - الموضوعية
- 3- أهمية الموضوع
- 4- أهداف الموضوع
- 5- الدراسات السابقة
- 5-1 - الدراسات المحلية (الجزائرية)
- 5-2 - الدراسات العربية
- 5-3- الدراسات الأجنبية
- 6 - التعليق على الدراسة المحلية (الجزائرية) ،
العربية والأجنبية
- 7- التعريف الإجرائي للمصطلحات

1- مقدمة إشكالية :

علم النفس كباقي العلوم الأخرى مر بمراحل متعددة منذ نشأته، خاصة بعد انفصاله عن الفلسفة والمذاهب الكلاسيكية القديمة التي تفسر الظواهر امتدادا للخرافة بعيدة كل البعد على الأسس العلمية في تفسيرها للاضطرابات النفسية ومسبباتها، بدايتها كانت باستخدام الفراسة من خلال ربط سمات شخصية الأفراد بالصفات العقلية والخلقية ومقارنتها بالحيوانات، وبعد ظهور الأبحاث الفسيولوجية والتجريبية استعان العلماء في قياس القدرات بالفروق القائمة بينهما، وجعل الاهتمام الأكثر بعملية القياس من خلال تفسير الظواهر النفسية بطرق كمية.

فالقياس " هو عملية تكميم أو تعبير بلغة كمية حسابية عن صفات أو عوامل أو ظواهر لموضوعات نوعية ومعنوية أو سلوكية تتطلب إصدار حكم أو تقويم عنها " (سوسن شاكر مجيد 2007 ص 14)

وبتطور حركة القياس والإحصاء أصبحت الظاهرة قابلة إلى التكميم، خاصة بظهور علم النفس العيادي الذي فتح الأفق بالاهتمام أكثر بالممارسات التطبيقية والقضايا والمشاكل المرضية، هذا ما جعل الحاجة الماسة إلى إيجاد أدوات التقدير السيكولوجي لقياس الشخصية، فكان بداياتها باختبارات الأطفال للذكاء لقياس القدرات العقلية، هذا ما جعل التنافس بين العلماء في البحث عن أعمق وأحسن تقنيات الفحص العيادية للتشخيص، التي أصبحت تحتل مكانة كبيرة خاصة أن الاضطرابات النفسية تتعد من حيث الشدة والعوامل، ولمعرفة الأعراض السوية واللاسوية، وتصنيف الاضطرابات النفسية والعضوية والعقلية، فهذه الاضطرابات تتداخل فيما بينها ويجب الفصل بينهما من خلال اجتهاد العلماء في وضع الاختبارات النفسية خاصة بظهور الدليل الإحصائي الأول لتشخيص الاضطرابات العاشر ثم الثالث وتم تعديله خاصة في الوقت الراهن والمعروف بالدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية DSMIV .

فيعرف الاختبار النفسي بأنه "أداة تساعد على جمع البيانات وإجراء منظم لملاحظة سلوك الفرد، ووضعه بمساعدة مقياس رقمي أو نظام للفئات وهو أيضا مقياس موضوعي مقنن لعينة من السلوك في ظل ظروف مضبوطة". (أحمد محمد عبد الخالق 2007 ص 42)

وتنوعت الاختبارات النفسية حسب الغرض منها خاصة في تقديم المعلومات للمفحوص بدقة كبيرة وفي وقت قصير، فظهرت اختبارات الشخصية الإسقاطية بكل أنواعها، التي هي عبارة على مادة غامضة ومبهمة تقدم للمفحوص لمعرفة بعض مميزات الشخصية منها اختبار الروشاخ الممتد من المدرسة التحليلية، والذي يعتبر من الوسائل الهامة التي لقيت قبول من علماء النفس الشخصية خاصة فوائدها في نواحي التشخيص للأمراض النفسية والعقلية، وهو عبارة عن مثيرات مبهمة يستجيب لها المفحوص لإسقاط مشاعره عليها .

وبعدها ظهر نوع ثاني من الاختبارات الإسقاطية وهو اختبار تفهم الموضوع من قبل هنري موراي الذي يعتمد على سرد رواية للقصص وهذا لإسقاط شخصية المفحوص قصد التعبير عن حاجاته ودوافعه وصراعاته مع ذاته ومحيطه الخارجي لمعرفة مختلف العراقيل في حياته، واجتهدت مجموعة من العلماء في إيجاد طريقة لتحليله بدل التركيز على الحاجات والعوائق لطريقة هنري موراي (Henry Murray) بطريقة تركز أكثر على الحياة الداخلية خاصة على الإشكاليات الأديبية و ميكانزمات الدفاع، ومعرفة كيفية ارضان المفحوص للمادة المقدمة وكيفية معالجته لصراعاته .

إلى أن هناك اتجاه آخر من علماء النفس الشخصية سارعوا للبحث من جديد عن اختبارات تكون مختلفة عن التقنيات الإسقاطية التي تعتمد على مادة غامضة الى مادة موضوعية تتمثل في التقنيات الموضوعية التي تعتمد على أسئلة مباشرة للمفحوص لتساعد على التشخيص ومعرفة الميولات المرضية بين الفئات المختلفة وتشخيص الاضطرابات المختلفة، وتسارع العلماء في تطبيقها وإيجاد مميزات الشخصية للاضطرابات النفسية والعقلية، من بينها اختبار منيسوتا متعددة الأوجه للشخصية قدمه كل من أخصائي نفساني هاتواي (Hathaway) وطبيب الأمراض العقلية ماكينلي (McKinley) وهو MMPI-1 وتم تعديله الى MMPI-2 وهو اختبار موضوعي لوضع البروفيل النفسي للمفحوصين سواء ينتمي الى دائرة السواء أو العصاب أو الذهان، السيكوباتية، مما جعل العديد من الباحثين يهتموا بمجالات التقنيات الإسقاطية والموضوعية خاصة في مجال تشخيص الاضطرابات النفسية والذهانية لما لها فائدة كبيرة في التشخيص ومعرفة مميزات بنية الشخصية للتنبؤ مستقبلا بمسار المرض وطريقة التكفل المناسبة، وبموازاة تطور هذه الأعمال في الدول الغربية، اقتحم ميدان التقنيات الإسقاطية والموضوعية البلدان العربية، فظهرت البوادر للمحاولات الأولى للبلدان العربية خاصة الجزائر بوضوح الرؤية لأهمية الاختبارات الإسقاطية والموضوعية في الكشف على الجوانب الخفية والظاهرية للشخصية من خلال السواء والمرض، هذا ما جعل البحث على تكييفها ومدى تلاؤمها في المجتمع الجزائري .

وكانت مبادرة الأولى للأستاذة لطوالي في 1975 لمحاولة تطبيق أدوات اسقاطية من تفهم الموضوع وهي تعتبر المرجع لتطور أعمال النفسانيين الجزائريين خاصة بظهور الجمعية الجزائرية للبحث النفسي SARP والذي حاولا فيها الباحثون من بينهم سي موسي ، وايت سيدهم في وضع الاختبارات الاسقاطية جاهزة لفائدة التشخيص في البيئة الجزائرية ، الى جانب إنشاء جمعية علم النفس في الجزائر APA التي شملت مجموعة البحوث للماجستير والدكتوراة على الاختبارات الاسقاطية خاصة اختبار الورشاخ وتفهم الموضوع ، مما سهل في تطبيق الاختبارات الاسقاطية في مجال التشخيص وتكييفها في بيئتنا الجزائرية ، ومن الدراسات التي ساعدت في وضع معالم البحث وبلورة اشكالياتنا وعلى أساسها استنتاج الفروض منها دراسة صاغي نورة (1994) التي اهتمت بمجال التقنيات الاسقاطية والموضوعية وتكييفها في البيئة الجزائرية من خلال اختبار صلاحية بعض أدوات التقدير السيكولوجي الاسقاطية منها اختبار أيزنك والموضوعية اختبار منيسوتا متعدد الأوجه في تشخيص الفصام ، وكان الهدف منها هو التعرف على صلاحية هذه التقنيات لتشخيص الفصام في المجتمع الجزائري ومقارنتها بعينة سوية ، ودراسة البروفيسور عبد الرحمان سي موسي ، بن خليفة محمود (2010) في وضع مميزات مختلف التوظيفات النفسية لمختلف الاضطرابات النفسية والعقلية من خلال التقنيات الاسقاطية الورشاخ وتفهم الموضوع في المجتمع الجزائري التي دامت سنوات وتكيف هذه الأدوات في الوسط الجزائري الذي له خصوصية ثقافية تميزه عن المجتمع الغربي ، وخلصا الباحثان على أهمية التقنيتين في التمييز بين مستويات الاضطرابات النفسية والعقلية ، أما على المستوى العربي نجد دراسات مصرية لمجدي احمد محمد عبد الله (2006) للقياس الاسقاطي والموضوعي للفصام معتمدين على تقنية اسقاطية من إعداد ألفت حقي، عبد الرحمان عيسوي و أستنتجوا فعالية الاختبارات الاسقاطية و الموضوعية في التعرف على الأعراض المرضية للفصام ، أما فيما يخص الاهتمامات الأجنبية تظهر في مساهمة الباحثين الأجنيين مكوسكا (1956) في البحث على صلاحية اختبار الورشاخ في تشخيص الفصام البرانويدي (Paranoïde) من خلال تحليل بروتوكولاته ووضع أهم مميزات للفصام ، ودراسة تامك بفلوريدا (2007) على فهم العلاقة بين الورشاخ واختبار منيسوتا متعدد الأوجه خاصة في تقييم الاضطرابات النفسية ، وخلص الى صلاحيتها في التشخيص ، وكذلك دراسة الباحثة فرفا سير بفلندا (2007) على معرفة دور الوراثة في نقل الفصام الى الأبناء من خلال اختبار منيسوتا متعدد الأوجه للشخصية .

ونتيجة لدراسات الباحثين العرب و الأجانب ظهرت أهمية البحث في فعالية تقنيات الاسقاطية والموضوعية ، وإعطاء الصورة الكاملة لفرضيات الدراسة الحالية في تشخيص الفصام ، الذي هو مرض معقد الأسباب والتناذرات ، وانتشاره بدرجة كبيرة في مختلف الثقافات ، وعلى فئات مختلفة في الأعمار .

وظهوره نتيجة لتداخل مجموعة من العوامل الوراثية أو الصدمات وإحباطات والضغوطات المتراكمة و المتكررة في الوقت الراهن، وعدم توافق الفرد مع ذاته وبيئته في المغرب العربي والمجتمع الجزائري خاصة الذي انتشر في هذه الآونة الأخيرة مختلف الاضطرابات خاصة الاضطرابات النفسية و السلوكية و العقلية التي باتت تهدد كيانه وأمنه واستقراره ،نتيجة للتطورات وتناقضات الحياة المختلفة .

فواقع الأمراض العقلية في الجزائر في ارتفاع مخيف ،حيث كشف وزير الصحة جمال ولد عباس أن من 20 الى 30 ألف يعانون من أعراض الأمراض العقلية في الجزائر. (بلقاسم حوام 2010 ص 9)

وكذلك نجده منتشر في الجنوب الجزائري أكثر منه شمالا خاصة دائرة اينغر وعين صالح والمناطق الواقعة شمال ولاية تمنراست ،خاصة القادمون منهم من ولايات شمال الذين يشتغلون مناصب إدارية في الجنوب الكبير، وحسب دعدان حميد مختص في الأمراض العقلية ،فان عدد فحوصات المصابين قدرت 1400 فحص في السنة. (Presse Algérie www.vitamedz.com/article-16756-480476-1htm)

ونجده منتشرا أكثر خاصة عند فئة الرجال ،وهذا لعدة أسباب خاصة المخلفات العشرية السوداء الذين عايشوا المجازر والقتل والتنكيل ،والاغتصاب ، هذا ما جعل البروفيسور ريدوح بشير الذي أنشأ أول مصلحة للأمراض العقلية والطب الشرعي سنة 1996 داخل مستشفى فانون فرننتز (FANON Frantz) في البليدة التي تعد أول مصلحة على المستوى الوطني ، بالإضافة الى الظروف الاجتماعية القاهرة والصعبة التي تعاني منها الأسرة الجزائرية كالطلاق والاحباطات المتكررة نتيجة فشل في الأهداف المصيرية ، ونجد من بين الاضطرابات العقلية الخطيرة مرض الفصام الذي يعد من الأمراض المعقدة وفقدان تام للواقع ، فيعيش المريض الفصامي في واقع هوامي واسع مليء بالهذات والهلاوس نتيجة لقلق التفكك الذي يعيشه.

فالمريض العقلي أو بالأحرى الفصامي غير مسؤول عن أعماله وأفعاله ، وبالتالي أي إجرام يقوم به لا يعاقب عليه ، وهذا يرجع سلبا على المجتمع وعلى الأسرة بشكل خاص فهي تعاني الأمرين، أولهما عدم وعيها لسلوك المريض من خلال نوبات الهيجان وكذلك الهلوس التي تسيطر على سلوكه ، وكذلك الثقافة السائدة في المجتمع الجزائري أن سبب هذا الاضطراب مس من الجن أو السحر أو العين ، وبالتالي الوسيلة الناجعة لشفائه إلا من قبل الراقي ، حتى تتدهور أحوال المريض لدرجة معقدة يكون الحل الأخير هو مصلحة الأمراض العقلية.

و في حالة إذا كانت المرأة هي المريضة ، يتطلب إجراء آخر وهي حجزها في المنزل خوفا من الفضيحة وإلصاق بطاقة الوصم بأنها مريضة عقلية خوفا من فقدانها لأهلية للزواج ، وحتى إذا تداركوا مرضها فيوقفون لها الدواء على أنها تماثلت للشفاء ويقومون بتزويجها، وهنا الكارثة الكبيرة فهي خطر على ذاتها وعلى من حولها.

فالمجتمع ينظر للمريض على أنه وصمة عار ، ولا بد من التخلص منه وهذه النظرة السيئة للمريض العقلي أدت إلى تدهور كبير في حالات الذهانيين في مجتمعنا ، فالتكفل الأسري يتنازل أو يستقيل من دوره ، لهذا نجد تزايد انتشار المرضى العقليين وتشردهم في الشارع بصورة مخيفة .

فمستشفى فانون فرنتز (FANON Frantz) بالبلدية وحدة تستقبل 25 ألف مريض في كل عام ،معظمهم في حالات خطيرة تتطلب أيام طويلة من العلاج والأدوية المكلفة ،وأمام عجز المستشفيات في استقطاب العدد المتزايد للمرضى بات الشارع ملاذ مئات المجانين الذين باتو مصدر رعب وتهديد للمواطن لما يتسببون فيه من تخويف واعتداءات على المارة .(الطاهر حليمي، فضيلة مختاري 2013 ص 9)

فالفصام هو مرض عقلي خطير يؤدي إلى تدهور لجميع الجوانب الشخصية من الناحية الإدراكية والمزاجية ، والانفعالية والوجدانية والسلوكية أي انفصال العقل عن النفس ، وهذا بعد فشل الميكانزمات الدفاعية في حل الصراع ،فيختار المريض عالم خاص به بعيد على الواقع الذي يمثل له أمان ،فيستسلم للحياة الهوامية الممتلئة بالهذات والهلوس ، فيهمل نفسه ولا يبالي بها ، ويسمع أصوات ويتكلم مع نفسه مع هذات تكون متنوعة ، وهذا كله يتجسد من خلال السلوكيات الغريبة ، و يعتقد المريض بأنه معافى وسليم ، وهو صعب التشخيص نتيجة أنه متلازمة عقلية فيها العديد من الاضطرابات الذهانية مع الاضطرابات العصبية والمزاجية .

و يبدأ في فترة المراهقة التي هي فترة التقلبات و النشاطات وإحياء الإشكاليات الأوديبية من جديد ، فجأة بعد ظهور العامل المفجر والضغوطات التي بدورها تؤدي الى اختلال المخ من حيث النواقل العصبية المسؤولة على الحواس، وهذا الشذوذ يؤثر على ادراكات المريض ، هذا ما جعل علماء النفس الشخصية في جدال كبير بمسألة التشخيص العيادي للأمراض العقلية من خلال تقنيات الفحص العيادية.

فالتشخيص : "فحص الأعراض المرضية واستنتاج الأسباب وتجميع الملاحظات في صور متكاملة ، ثم نسبتها إلى مرض معين محدد أي فهم للمرض وبيان العلاقة بين الأعراض المرضية في زملة مرضية سواء بالاختبارات اسقاطية أو الموضوعية ." (مجدي أحمد محمد عبد الله 2006 ص 238)

فالتشخيص يغوص ديناميا في شخصية المريض لمعرفة أهم محطات تصادماته ومشكلته الأساسية ونجاحه يتوقف على مدى دقته وعلى العملية العلاجية.

وبما أن تشخيص الفصام صعب من خلال التعدد في مسبباته وتداخلها مع الاضطرابات الأخرى ،حيث نجد من العلماء ما يعتبر الفصام على أنه تناذرات من الأعراض ،والبعض الآخر على أنه مرض عقلي قائم بحد ذاته ، فالمرضى الفصامي ينشطر من عالمه الحقيقي ، هذا ما جعل الطبيب السيكاتري في مصلحة الأمراض العقلية هو الذي يهيمن على التشخيص فقط ، ووظيفة الأخصائي النفسي غير واضحة المعالم ودوره يبقى مهمش ، خاصة في المجتمع الجزائري الذي لم يصل الى ثقافة النفسي العيادي ، فنجد التعبير على مهنة الممرض واضحة المعالم من تقديم الأدوية والإسعافات الأولية ، غير أن مهنة الأخصائي النفسي غير واضحة بالنسبة اليهم ، ولهذا فالطبيب السيكاتري هو من يتولى المهمة الكاملة في التشخيص في مصلحة الأمراض العقلية خاصة بالتكفل الدوائي باعتبار المرض العقلي نتيجة إلى خلل في الهرمونات أو النواقل العصبية، وبالتالي فهو عضوي أكثر منه نفسي ،فيشخص هذا المريض على أنه فصام من خلال الأعراض الملاحظة، ولا يحتاج إلى تشخيص من قبل الأخصائي النفسي الذي هو الشخص الثاني المؤهل الى الفحص بواسطة تقنيات الفحص العيادي الدقيقة والعميقة سواء الاسقاطية أو الموضوعية ، و هذا بجمع معلومات شاملة على تاريخ المريض من الأسرة والمحيط العلائقي ، فهذه التقنيات أثبتت نجاعتها للمختصين النفسيين أو الممارسين في تشخيص الاضطرابات النفسية والعقلية لمعرفة مختلف التوظيفات النفسية.

وتكون تقنيات مفيدة في التشخيص خاصة إذا أحسن الأخصائيين استخدامها، إلا هناك مشكل في اختيار أحد التقنيتين في التشخيص وهذا حسب المقاربة النظرية التي ينتمي إليها الأخصائيين العياديين ومدى تمكنهم من التقنيتين وتفسيرهم لاستجابات المفحوص، فنجد منهم من يختار التقنيات الإسقاطية سواء اختبار الرورشاخ أو تفهم الموضوع لتشخيص المريض على أنه فصام، وهذا حسب الفعالية الكبيرة في الفحص، أو اختيار التقنية الموضوعية وهي منيسوتا متعدد الأوجه للشخصية MMPI-2 وهي عبارة على اختبار تمايزي لمعرفة ميولات المرضية ويتعرف على الثقافة الفرعية، فهو بمثابة سكنار للشخصية، لهذا لا يطبق وحده كأداة.

فاعتمدنا في دراستنا على المنهج العيادي الذي يتناسب في عملية التشخيص بتقنيات الفحص العيادي التي تعتمد على التدخل السيكلوجي من خلال تطبيق اختبار الرورشاخ واختبار تفهم الموضوع واختبار منيسوتا متعدد الأوجه للشخصية MMPI-2 مقارنة مع التشخيص السيكاتري.

من خلال ما تم تقديمه نستطيع طرح التساؤلات التالية التي تبلور إشكالية البحث :

ما هي مكانة التقنيات العيادية لتشخيص الأمراض الذهانية مقارنة مع التشخيص السيكاتري ؟

أو من خلال التساؤل آخر : ما هي قيمة التشخيص عبر التقنيات الإسقاطية والموضوعية مقارنة مع تشخيص الطبيب السيكاتري ؟

وعلى أساسها يمكن طرح التساؤلات الجزئية :

* هل يشخص اختبار الرورشاخ الاضطراب العقلي الفصام مقارنة مع الطبيب السيكاتري ؟

* هل يشخص اختبار تفهم الموضوع الاضطراب العقلي الفصام مقارنة مع الطبيب السيكاتري ؟

* هل يشخص اختبار منيسوتا متعدد الأوجه للشخصية MMPI-2 الاضطراب العقلي الفصام مقارنة مع الطبيب السيكاتري ؟

* هل يمكن أن نعتبر المثلث العصابي لمنيسوتا متعددة الأوجه للشخصية الاكتئاب، توهم المرض، الهستيريا أعراضا مرضية للفصام بالرغم أنها تدرج ضمن مجموعة مقاييس المثلث العصابي ؟

* هل نعتبر المثلث الذهاني لمنيسوتا متعدد الأوجه للشخصية البرانويا ،السيكاثينيا ،الفصام أعراض مرضية للفصام ؟

2- دوافع الدراسة:

هناك العديد من الدواعي للبحث في هذا في الموضوع مدى فعالية تقنيات الفحص العيادي الاسقاطية والموضوعية في تشخيص الفصام في المجتمع الجزائري منها ما هو ذاتي ومنها ما هو موضوعي .

1-2 الذاتية :

* الرغبة في معرفة مدى صلاحية تقنيات الفحص العيادي المستعملة كالرورشاخ وتفهم الموضوع مع التقنية الموضوعية منيسوتا متعدد الأوجه للشخصية MMPI-2 في تشخيص الفصام ، حيث ما التحقت الباحثة العيادية في مصلحة الأمراض العقلية بسكرة ، وهي تلاحظ تشخيص الطبيب السيكاتري للمفحوصين على أنهم فصاميين.

* ملاحظة الباحثة عدم وضوح دور الأخصائي النفسي في مصلحة الأمراض العقلية خاصة في مجال التشخيص أمام الطبيب السيكاتري.

2-2 الموضوعية :

*قلة الدراسات في البيئة الجزائرية التي تعتمد على تقنيات الفحص العيادي الاسقاطية والموضوعية الجديدة MMPI-2 .

* توضيح دور الأخصائي النفسي في مصلحة الأمراض العقلية في مجال التشخيص.

* عملية التشخيص السيكاتري للمفحوصين على أنهم فصاميين يتم بسرعة كبيرة.

*تشخيص الفصام يتم في مقابلة واحدة من خلال ملاحظة الطبيب السيكاتري للأعراض فقط دون مشاركة الأخصائي النفسي في عملية التشخيص ، وحتى إذا تمت مشاركته فلا يأخذ تشخيصه بعين الاعتبار.

* معرفة مدى وجود تغيرات مستقبلية في عملية التشخيص.

* إصاق المريض بطاقة الفصامي في مصلحة الأمراض العقلية.

3- أهمية الموضوع:

* تناولت بصورة ميدانية أهمية تقنيات الفحص العيادي الموضوعية والاسقاطية معا من خلال فعاليتها في تشخيص الفصام في مصلحة الأمراض العقلية.

* تناولت إمكانية التنبؤ بتطورات الاضطراب للمرضى مستقبلا من خلال معرفة البروفيل النفسي من خلال الاختبار الموضوعي .

* التكفل المبكر للمرضى حتى لا يشكلون تهديد على أنفسهم أو على المجتمع .

4 - أهداف الموضوع:

* الكشف على مميزات الأعراض الفصامية بين ثلاث مقياس اثنان منهما إسقاطي (رورشاخ, TAT)، والثالث مقياس موضوعي MMPI-2.

* البحث عن مميزات الفصام من خلال معرفة التنظيم الدفاعي الأوديبى من خلال اختبار تفهم الموضوع .

* البحث على الأعراض المرضية بتوضيح الملمح النفسي أو الشخصي من خلال اختبار الموضوعي MMPI-2 .

* البحث عن الأعراض المرضية من خلال مقياس الموضوعي والذي يشمل مجموعة المثلث العصابي (توهم المرض، الاكتئاب، الهستيريا) وارتباطه بالفصام.

* البحث عن الأعراض المرضية من خلال مقياس الموضوعي والذي يشمل مجموعة المثلث الذهاني (البارانويا، السيكاثينيا، الفصام) وارتباطه بالفصام .

* توضيح مكانة أخصائي النفسي باعتباره ممارسا إكلينيكيًا في مصلحة الأمراض العقلية.

* وضع المفحوص في فئة تشخيصية وفهم العميق لسلوكه.

* مساعدة في التشخيص مبكرا لوضع خطة علاجية مناسبة و التكفل النفسي الأفضل ودمجه في المجتمع حتى لا يكون خطرا على نفسه أو على الآخرين.

5- الدراسات السابقة:

رغم البحث المتواصل لم تعثر الباحثة على الدراسات السابقة التي تناولت موضوع تقنيات الفحص العيادي الإسقاطية والموضوعية في تشخيص الفصام ، وعليه فقد عمدنا إلى البحث عن الدراسات التي تناولت متغيرين أو أكثر، ولو بصفة ضمنية بغرض الاستقصاء بعض المعطيات التي قد تساعدنا في تقديم وتفسير وافي للنتائج التي سنتوصل إليها من خلال دراستنا ، ومن بين هذه الدراسات الدراسات المحلية (الجزائرية) والعربية والأجنبية :

5-1- الدراسات المحلية:

من بينها الدراسات الجزائرية و الدراسات العربية والدراسات الأجنبية حول موضوع تقنيات الفحص العيادي ومدى فعاليتها في تشخيص الفصام كالاتي :

5-1-1 دراسة صاغي نورة بالجزائر (1994): بعنوان " اختبار صلاحية بعض أدوات التقدير السيكولوجي في تشخيص الفصام"

استعملت المنهج الذي يقوم على المنهج الأمبريقي والتجريب ، وعلى استعمال الإحصاء وأحيانا وسائل تقنية شديدة الدقة والتعقيد ، أما العينة البحث تكونت من 40 رجلا ينقسمون الى مجموعتين متساويتين أحدهما مرضية والأخرى سوية ، وقد تم اختيار العينة المرضية اعتمادا على الفحص السيكاتري الذي أجراه الطبيب العقلي ، والذي شخخص الحالات على أنهم فصامين ،وفي الخطوة الثانية عمدت الباحثة الى إجراء مقابلة عيادية مع هذه الحالات طبقت خلالها المقياس المشتق من معايير الدليل التشخيصي الإحصائي الثالث المعدل عام 1987، أما العينة السوية فقد تم اختيارها من أماكن تجمع في ولاية تيزي وزو مع مراعاة الشروط العامة، حيث روعي أن تكون هذه العينة متماثلة مع العينة المرضية في السن والجنس والمستوى التعليمي والمستوى الاقتصادي الاجتماعي والحالة العائلية ويتراوح سن أفراد هذه العينة بين (21-35).

واستعملت المقابلة العيادية كتقنية تشخيصية وعلاجية وتقويمية، مع مقابلة حرة استهدفت التعرف بالعميل وإقامة علاقة ثقة والمودة معه، والمقابلة الموجهة التي هدفت الى الحصول على بعض المعلومات الشخصية عن العميل مثل السن وظروف السكن وحجم الأسرة والمهنة والسوابق المرضية وظروف الإقامة في المستشفى والحالة الاقتصادية، بالإضافة الى أسباب الدخول الى المستشفى وعدد مرات الدخول وأنواع العلاج التي تلقاه العميل وطول مدة المرض .

وتمثلت إجراءات التطبيق الذهاني في تطبيق أدوات البحث على أفراد العينة في عدة مقابلات أو حصص منها مقياس الذهان لايزنك، اختبار منيسوتا المتعدد الأوجه، مقياس التطرف .

ومن بين الوسائل الإحصائية للتحقق صحة فروض البحث تم استخدام الوسائل الإحصائية منها تحليل التباين analysis of anova لمعرفة دلالة الفروق بين المجموعتين السوية والمرضية، اختبار شيفي test scheffe وهي تقنية تعرفنا بمتوسطات المجموعتين وتقدم مقدار الاختلاف بينهما لإلقاء مزيد من الضوء على الفروق بين المجموعتين، معاملات الارتباط لمعرفة ما إذا كانت هناك ارتباطات دالة بين اختبارات المختلفة.

وكانت النتيجة البحث الحالي الذي يهدف الى التعرف على مدى صلاحية بعض وسائل التقدير لسيكولوجية في تشخيص الفصام المتمثلة بمقياس التطرف لمصطفى سويف ومقياس ايزنك، واختبار منيسوتا المتعدد الأوجه :

- ميز اختبار منيسوتا متعدد الأوجه تمييزا واضحا بين العينة السوية والعينة الفصامية من خلال ظهور المثلث الذهاني اكثر بروزا في بروفيال العينة .

_ ميز مقياس الفصام تمييزا واضحا بين الفصاميين والأسوياء .

_ ميز مقياس الذهان لايزنك تمييزا واضحا بين الفصاميين والأسوياء .

_ ميز مقياس التطرف تمييزا واضحا بين مجموعتي البحث السوية والفصامية، حيث ازداد عدد الاستجابات المتطرفة الايجابية والسلبية .

وبالتالي أن المقاييس الثلاثة دون استثناء قد اعتبرت أدوات صالحة لتشخيص الفصام ،حيث ميزت تمييزا واضحا بين العينة السوية والعينة الفصامية .(صاغي نورة 1990 ص 142)

5-1-2- دراسة سي موسى عبد الرحمان ، بن خليفة محمود بالجزائر (2010):

بعنوان : الأنظمة النفسية ومظاهرها في الاختبارات الإسقاطية

استعمل المنهج العيادي ،وتكونت العينة من 300 بروتوكول للوروشاخ ،وبروتوكول تفهم الموضوع لنفس الأفراد مع إضافة بروتوكولات البحوث الأكاديمية (دكتورة وماجستار) تصل المجموعة حوالي 1000 بروتوكول من الاختبارين ،وتمثلت الأدوات في المقابلة العيادية العلاجية منها وغير العلاجية على إتباع منهج تشخيصي مقارن بين المقابلات العلاجية ،واعتمد على اختبار الوروشاخ ،تفهم الموضوع .

النتيجة المتحصل عليها في مستويات التوظيف النفسي في الوروشاخ :

-التوظيف الهجاسي النموذجي (a- obsess)=32%

-التوظيف الهجاسي الخطير (b- obsess)=27%

-التوظيف الرهابي الخطير (b- phob)=12%

-التوظيف الحدي الاكثنابي (fon- lim- dépr)=10%

-التوظيف الهستيري النموذجي (a- hyst)=9%

-التوظيف الحدي النرجسي (fon- lim- narc)=4%

-التوظيف الهستيري الخطير (b- hyst)=3%

-التوظيف الرهابي النموذجي (a- phob)=1%

-التوظيف العظامي (parano)=1%

-التوظيف الفصامي (schizo)=1%

مستويات التوظيف النفسي في TAT:

تنتطبق نتائج تشخيصات TAT الى حد كبير مع نتائج الوروشاخ كما يوضحه الترتيب التالي :

-التوظيف الهجاسي النموذجي (a- obsess)=36%

-التوظيف الهجاسي الخطير (b- obsess)=22%

-التوظيف الحدي الاكثنابي (fon- lim- dépr)=14%

-التوظيف الرهابي الخطير (b- phob)=10%

- التوظيف الهستيري النموذجي (hyst - a) =10%
- التوظيف الحدي النرجسي (fon -lim- dépr) =4%
- التوظيف الهستيري الخطير (hyst -b) =2%
- _ التوظيف العظامي (parano) =1%
- _ التوظيف الفصامي (schizo) =1%
- مستويات التوظيف النفسي في المقابلات العيادية :
- التوظيف الهجاسي النموذجي (obsess-a) =31%
- التوظيف الهجاسي الخطير (obsess-b) =18%
- التوظيف الرهابي النموذجي (phob-a) =11%
- التوظيف الرهابي الخطير (phob-b) =10%
- التوظيف الحدي الاكتنابي (fon- lim- dépr) =10%
- التوظيف الهستيري النموذجي (hyst-a) =9%
- التوظيف الهستيري الخطير (hyst-b) =6%
- التوظيف الحدي النرجسي (fon- lim- dépr) =3%
- التوظيف العظامي (parano) =1%
- التوظيف الفصامي (schizo) =1%

النتيجة النهائية : على العموم رغم هذه الاختلافات الضئيلة في التشخيصات بين التقنيات الثلاث ،خصوصا بين التقنيات الاسقاطية والمقابلات العيادية ، فقد تأكدت فعالية اختباري الرورشاخ و TAT في تمييزها بين مستويات مختلفة من التوظيفات النفسية خاصة الاضطرابات النفسية .

(عبد الرحمان سي موسي ، محمود بن خليفة 2010 ص 262-263)

5-1-3- دراسة عدوان يوسف (2011):

بعنوان :دلالات استجابات الرورشاخ في البيئة الجزائرية

وهدفت دراسة الباحث الى معرفة دلالات مختلف استجابات الرورشاخ في البيئة المحلية ، وما يمكن أن تشير إليه أو تكشف عنه من علامات تشخيصية أو خصائص سلوكية أو سمات انفعالية أو أساليب معرفية أو حالات مزاجية أو غيرها .

اعتمد الباحث في منهج الدراسة على طريقتين :الجمع بين طريقتين ، حيث راعى في عينة الدراسة أن تتوفر على بعض المتغيرات النوعية مثل بعض الحالات المرضية المحددة أو بعض الهويات المتميزة عند بعض أفرادها أو بعض المظاهر السلوكية الخاصة أو بعض الانتماءات الجغرافية أو الثقافة المحلية وهكذا ،ثم استخلاص ما يرتبط مع مثل تلك المتغيرات من استجابات بعينها ، والتي يمكن اعتبارها من ثم دلالات على مثل تلك المتغيرات ،وهكذا بالنسبة للطريقة الثانية التي عمد الباحث فيها الى تطبيق مجموعة من أدوات القياس والفحص النفسي واستخلاص أهم النتائج التي كشفت عنها ثم استعراض مختلف استجابات عوامل الورشاح التي ترتبط مع تلك النتائج واعتبار أن تلك الاستجابات هي دلالات على مثل تلك النتائج التشخيصية المختلفة ، مع طريقة ثالثة تستند الى بعض الأساليب الإدراكية أو المعرفية والتي ترى أن مداومة الأخصائي وحرصه ومثابرته على ملاحظة ودراسة سلوك المفحوص وعلاقته بالأداء على اختبار الورشاح وأختار الباحث العينة بطريقة عرضية .

أما أدوات الدراسة تمثلت في المقابلة العيادية ، دراسة حالة ، مختلف أنظمة الملاحظة .

وطبق الباحث الاختبارات الآتية : اختبار كاتل للذكاء ،استخبار الحالات الثمانية (صيغتي أ و ب) ، الاستبيان الشامل للشخصية ، استبيان المظاهر المرضية لاضطرابات الشخصية ،مقياس الأساليب المزاجية، المقياس العالمي المصغر للفحص النفسي العصبي (ميني)، اختبار الورشاح

فكانت نتائج الدراسة تحقق الفرضية الأولى التي تؤكد وجود دلالات خاصة لمختلف استجابات الورشاح في البيئة المحلية ، وتحقق الفرضية الثانية التي تؤكد بدورها وجود اختلاف في دلالات استجابات الورشاح تبعا لمتغيرات في البيئة المحلية ،وتحقق الفرضية الثالثة التي تؤكد كذلك وجود اختلاف جوهري بين دلالات استجابات الورشاح في البيئة المحلية وبعض البيئات الأجنبية الأخرى .

(عدوان يوسف 2011 ص ص 179 -421)

5-2- الدراسات العربية :

5-2-1- دراسة مجدي أحمد محمد عبد الله بمصر (2006) :

" بعنوان " القياس الموضوعي والاسقاطي للفصام (دراسة عاملية)"

تكونت عينة هذا البحث من 30 فصاميا تم اختيارهم من نزلاء المستشفى النبوي المهندس للصحة النفسية بالمعمورة الإسكندرية ، وكان التشخيص السيكاتري لهم كالاتي: 14 حالة فصام برانويا ، 11 حالة فصام فقط، خمس حالات فصام من تصنيفات متعددة (فصام مراهقة ،فصام وجداني ،فصام بسيط) وتتراوح العمر الزمني لدى أفراد العينة بين 27 - 39 سنة بمتوسط قدره 30,7 سنة .

أما الأدوات تمثلت في استخدام ثلاثة اختبارات يفترض أنها تقيس الفصام بوصفه ذهانيا وبيانها وهي مقياس الفصام (س ك) مقياس مشتق من قائمة مينسوتا متعددة الأوجه للشخصية، اختبار الفصام (ف س) من إعداد عبد الرحمن عيسوي يقيس السلوك الفصامي ، مقياس الفصام (S .C) إعداد الفت حقي .

وأستعمل المنهج التجريبي الإحصائي متعددة.

أما النتائج المتحصل عليها يوجد ارتباط جوهري موجب بين مقياسي (منيسوتا والعيسوي)، بينما لا يوجد ارتباط بين هذين المقياسين والمقياس الاسقاطي للفصام (S.C) المشتق من اختبار الشخصية .

- تضمن العامل الأول مقياسي (منيسوتا والعيسوي) في حين كان التشعب الجوهري الوحيد بالعامل الثاني هو مقياس الفصام (S.C) "حقي".

_ ومن ثم نجد أن فرض البحث الأول قد تحقق فهناك ارتباط ايجابي مرتفع بين مقياسي الفصام (منيسوتا والعيسوي)، بينما لم يتحقق الفرض الثاني والذي ينص على أنه يوجد ارتباط ايجابي بين أي من مقياسي منيسوتا والمقياس الاسقاطي للفصام (S.C) المشتق من "اختبار حقي للشخصية "

- وفيما يتعلق بالمقياس الثالث (S.C) وهو اختبار الاسقاطي المشتق من "اختبار حقي للشخصية " .

فالناتج تشير الى أنه لا يرتبط بالمقياسين الآخرين ،كما لم يتشعب من المقياسين الآخرين على عامل واحد وإنما تشعب على عامل مستقل لم تحدد هويته ،ولذلك فمن غير الممكن التأكد من مدى صلاحيته بالنسبة إلى الاختبارين الآخرين ،وإذا كانت نتيجة هذه الدراسة تشير إلى ارتباط بين مقياسي الورقة والقلم للفصام ، إلا أنه لا تجيب عن السؤال الخاص بمدى كفاءة المقياس الإسقاطي للفصام في قياسه للفصام .

5-2-3- الدراسة الثانية : نفس الدراسة المصرية السابقة

أجرى هذا البحث على عينة الدراسة الأولى ذاتها ،واستخدم أسلوب المعالجة الإحصائية نفسه الذي اتبع في الدراسة الأولى أيضا ،ونقطتا الاختلاف بين الدراستين تتركز في المقاييس المستخدمة وفي الفرض الذي تختبره والتساؤلات التي تجيب عليها ،تمثلت أدوات البحث في استخدام "اختبار حقي للشخصية" بمقاييسه الفرعية الستة ، ومعاملات ثباته وصدقه فهي معاملات مقبولة وتحليل النتائج بطريقة التحليل العاملي .

وتوصل الى النتائج التالية :

- مقياس توهم المرض يرتبط ارتباطا ايجابيا مرتفعا بمقياسي الاكتئاب والفصام.
- مقياس الاكتئاب يرتبط ارتباطا ايجابيا بمقياس الهستيريا والهوس الخفيف.
- مقياس الهستيريا يرتبط ارتباطا ايجابيا مرتفعا بمقياس البارانويا.
- يوجد ارتباطات ايجابية جوهرية بين مقاييس توهم المرض والاكتئاب و الفصام ، وبين الاكتئاب والهستيريا والهوس الخفيف ، وبين الهستيريا والبارانويا .
- أسفر التحليل العاملي عن استخلاص ثلاث عوامل كان الأول (عامل الهوس الخفيف والاكتئاب مقابل البارانويا) ،وكان الثاني (عامل الهستيريا والبارانويا والاكتئاب) ،بينما كان الثالث (عامل الفصام والبارانويا)
- أن الاكتئاب والهوس يقاسا بهذين المقياسين (من قائمة حقي للشخصية) لا يندرجان ضمن أعراض الذهان.
- فيما يتعلق بتحديد بعض الأعراض المرضية المميزة المرتبطة بالفصام من خلال هذا الاختبار الإسقاطي، يتبين لنا أن الاكتئاب والبارانويا ربما تكون أبرز هذه الأعراض وربما يبرز هنا شيء من التناقض فيما يتعلق بعنصر الاكتئاب كما أسفر عنه التحليل العاملي كمستوى إحصائي يلخص ما قبله .

- وفيما يتعلق بكفاءة هذا الاختبار الاسقاطي وإمكاناته في قياس تلك الجوانب المرضية في شخصية الفصامي يبدو أن الأمر يحتاج إلى دراسات متعددة لمقاييسه الفرعية خاصة تلك التي تقيس صفات ذهانية مثل البارانويا والاكئاب خاصة ، ولأن هذه القائمة يمكن استخدامها في مستشفيات الأمراض العقلية والعيادات النفسية يصبح من الضروري التثبت من صلاحيتها في قياس هذه الجوانب بشكل دقيق .

- أما شكل العلاقات الداخلية بين المقاييس المستخدمة في قياس تلك الأعراض لدى عينة الفصاميين فإن معاملات الارتباط كشفت عنها ولخصتها وأكدها العوامل المستخلصة ، وأسفرت النتائج عن تأكيد الجانب الأول من التصنيف وهو الذي يتعلق بمجموعة الصفات العصابية ولم ينجح في تأكيد الجانب الثاني وهو الخاص بالصفات الذهانية .

- وأخيرا فقد تحقق البحث في الجانب الثاني منه بينما لم يتحقق في الجانب الأول، ومن المحقق أن فهم الشخص وفهم مشكلاته فهما متعمقا شاملا لا يمكن تحقيقه فقط من خلال الاعتماد على الاختبارات السيكولوجية (موضوعية أو اسقاطية) ، ولكن في ضوء البيانات الأخرى كبيانات المقابلة والملاحظة والتاريخ الشخصي والتقارير الطبية خاصة إذا كنا بصدد تشخيص مرض عقلي خطير كالفصام .

خلص أن الاختبارات النفسية (الموضوعية أو الاسقاطية) مثلها مثل جميع الوسائل يمكن الإفادة منها إذا كانت ذات كفاءة عالية وصلاحية في قياس ما تقيسه من أعراض مرضية لدى الحالة وإذا أحسن استخدامها أيضا ، كما أنها تؤدي إلى أضرار متعددة إذا ما أسيء فهمها ، فهي في يد الأخصائي أداة بالغة الفائدة والقيمة.

(مجدي أحمد محمد عبد الله 2006 ص ص 240-252)

3-5 - الدراسات الأجنبية :

1-3-5 - منكويسكا (F. Minkowska) 1956 بفرنسا :

بعنوان " اختبار الرورشاخ لدراسة الفصاميين "

العينة شملت مجموعة من الفصاميين ، تم اختيار إحدى عشر مريض، ثلاث من هؤلاء المرضى برانويا التي تتميز أغليبيتهم بنوع من الاستقرار العقلائي المجرد، واثنين مرضى الآخرين يقتربون إلى هذه المجموعة ، وثلاث ينتمون إلى مجموعة الجمود، واحدة منها حالة جمود حديثة ، وغيرها من حالات متقدمة جدا ، في حالة واحدة فصام بسيط ، واثنين الآخرين من الفصام الهذائي ، أما الأداة تمثلت في اختبار الرورشاخ.

و النتيجة المتحصل عليها في المجموعة الأولى من فرز الإجابة بطرق التقليدية أن طريقة الإدراك المهيمنة كانت الإجابات التفصيلية وخاصة الإجابات الجزئية الصغيرة المعزولة ، مع استجابة شاملة لم تتبع بالإجابات الصغيرة أو الكبيرة بطابع من التجريد مما يعكس البعد عن الواقع ، مع استمرار التحليل الذي أظهر أن معظم الاستجابات مرتبطة بالشكل ، وهذه استجابة الشكل لها ميزة خاصة من خلال تحليل المحتوى من الأشكال الهندسية ، والتشريحية رؤية الهياكل (الجماجم) العظام بطابع مجرد وجامد نتيجة لغياب الحركة بكل أنواعها ومقترنة بعاطفة ، لأن المرضى لم تستثيرهم الألوان ، وبالتالي تجريد والتصلب في الشكل والجمود، وعدم تجريد والتصلب في الشكل والجمود ، وعدم الاستجابة للون ، وهيمنة الاستجابات الكبيرة مع الاستجابات الجزئية الصغيرة المعزولة على حساب التفاصيل الكبيرة والمحتوى الأشياء والأشكال الهندسية والتشريحية. (Minkowska Françoise 1956p97)

2-2-5 - دراسة شايبير كاترين (1998) Chabert Catherine

بعنوان " تشخيص الفصام البرانويدي (paranoïde) عن طريق اختبار الرورشاخ "

تهدف الدراسة أن بروتوكول اختبار الرورشاخ قد يبرهن على تشخيص الفصام البارانويدي .

وتمثلت العينة في مجموعة من الفصاميين ، وأعمدت الدراسة على المنهج العيادي

أما النتيجة المحصل عليها في برتوكولات الحالات تمثلت في انقطاع مع الواقع، تفكيك الأهمية الوظيفية مع الواقع ، خطأ الهوية الأساسية والفضل في تحديد هشاشة الأساسية لتمثيل الذات والمتكررة ، كلها عناصر مهمة من الفصام ودليلا واضحا على التفكير المضلل و التفكير الوهمي (الهذائي) ، و ثراء الجانب السياقات الأولية التي تصطدم بميدان الوعي بوضوح أين العمليات البرانونية التي تعيق التفكير على التكيف، مما تدخل في أي سلوك العاطفية الفكرية والتكيف ، لكن على خلاف ذلك ، هذه العملية البرانونية تسمح بالمحافظة على الحياة النفسية التي رغم الباثولوجية المتطرفة يبقى المريض في أحد الأنشطة التمثيلية في نشاط التفكير .

(Chabert Chatherine 1998 p43)

5-2-3- دراسة رهيانون كوركورن، كريستفورفريث (2000) Rhiannon corcorn, Christopher

D.frith اختبار تفهم الموضوع ونظريات العقل والصعوبات المنطق الاجتماعي للفصام

تهدف هذه الدراسة على الكشف أن الفصام لديه القدرة على الاستدلال العقلي من خلال التفكير في سياقات اجتماعية فعالة ، حيث العديد من الأعراض المميزة لمرضى الفصام تعكس التغييرات عن كيفية عرض المرضى أنفسهم داخل مجالاتها الاجتماعية ، ودلت أهميتها خاصة على نظرية العقل للمصابين بالفصام .

تمثلت العينة في اختيار 59 مريض عن طريق الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع DSMIV في عملية تشخيص الفصام ، مع مجموعة ضابطة تمثلت في 44 فرد من الأسوياء ، أما الاختبارات تمثلت في اختبار تفهم الموضوع ، مقياس نظرية العقل واختبارات الأداء الفكري و السرد، معتمدين على المنهج التجريبي .

أما الأدوات شملت الجانب الإحصائي.

وكانت النتائج المتحصل عليها أن المرضى الذين تم تشخيصهم بالفصام مقارنة مع المجموعات الضابطة تختلف في الأداءات الفكرية ، وأشارت النتائج ضمن المجموعة الفصام أن منطق الفكر يكون متضررا خاصة الذين يعانون من الأفكار السلبية والأوهام خاصة في جنون العظمة ، ومع تلك الأفكار السلبية يكون أداؤهم أسوأ بكثير من تلك المجموعة الضابطة ، والاختلاف يعود إلى هؤلاء المرضى يتميزون بذاكرة فقيرة للسرد ، ومجموعة الفصام بمقارنة مع المجموعة الضابطة أشارت نتائج الاختبارات الإحصائية وجود فروق على أداء المهام التجريبية بين عينة الفصام والعينة الضابطة و الاختلافات على الأداء في استدعاء السرد.(Rhihannon .C,Christofer .D 2005 p9)

5-2-4 - دراسة داو تامك DAO TAMK بفلوريدا (2007):

بعنوان " الرورشاخ مقابل اختبار مينسوتا متعدد الأوجه للشخصية في تقييم الاضطرابات النفسية "

تهدف هذه الدراسة في المساهمة على فهم العلاقة بين mmpi-2 ومتغيرات الرورشاخ المتعلقة بالذهان ، و تناولت أثر أنماط التفاعل الاختبار على العلاقات المتبادلة بين mmpi-2 و الرورشاخ المرتبط بمؤشرات الذهان، وصحة المقاييس العقلية وفائدته الإكلينيكية لـ mmpi-2 ، واختبار الرورشاخ فيما يتعلق بالتشخيص الفارقي في عتبة من مرضى اضطراب الأولي أو الاضطراب الأولي في المزاج الذهاني ، وأعدمت على المنهج العيادي، أما العينة تمثلت في مجموعة من الشباب البالغين الذهانيين ، وتمثلت الأداة في التحليل على أساس الانحدار الهرمي.

و النتائج المتحصل عليها أن المرضى وفقا لاختبار التنبؤ تظهر استجابات متسعة أو ضيقة ، وكان الحد الأدنى من التأثير في الاتجاه المتوقع على مستوى التقارب بين MMPI-2 والرورشاخ ، كما أستند على المتغيرات لتقييم مدى الفائدة الإكلينيكية من MMPI-2 و اختبار الرورشاخ في التفريق بين الذهانيين و غير الذهانيين والكفاءة التشخيصية حسب الإحصاءات في كلتا من الحالتين، وقد أدخل اختبار مينسوتا متعدد الأوجه للشخصية MMPI-2 المتغيرات لأول مرة في التحليلات والإحصاءات لكفاءة التشخيص ، لهذا تقول الباحثة برست تراست أو فرانديا : أن الرورشاخ ساهم في التنبؤ في التشخيص مقارنة باختبار مينسوتا متعدد الأوجه للشخصية MMPI-2 ، حيث أظهرت الإحصاءات كفاءة تشخيص اختبار الرورشاخ و الاختبار الموضوعي. و اختبار مينسوتا متعدد الشخصية MMPI-2 لم يقدم قدرة تنبؤية كبيرة مقارنة باختبار الرورشاخ .

- وقد أظهرت كذلك الدراسات التحليلية صلاحية الرورشاخ تكون مماثلة لاختبار الموضوعي -MMPI- 2، ولكن يبقى اختبار الرورشاخ يبدو غير قادر على تحديد الاضطرابات النفسية بدقة أكثر باستثناء مرض الفصام والاضطراب الثنائي القطب. (Dao Tamk 2000 p 34)

5-2-5 - دراسة فرفا سير virva siira بفنلندا (2007):

بعنوان " علامات الضعف في الاضطرابات العقلية من خلال تبنيهم للوراثة المنظمة للفصام وضوابطها وقياسها من خلال اختبار منيسوتا متعددة الأوجه للشخصية "

تهدف هذه الدراسة الى العثور على علامات مرض الفصام لمعرفة منشأ هذه العلامات والتنبؤ بالاضطرابات العقلية في المستقبل ، وعلامات الانحراف النفسي التي تقاس بمؤشرات الفروع الجانبية MMPI خاصة التعرض للاضطرابات طيف الفصام ، حيث يمكن لاضطراب طيف الفصام أو اضطراب عقلي آخر يمكن التنبؤ به من الفروع الجانبية MMPI الذي هو التفاعل بين المخاطر الوراثية لمرض الفصام والأسرة، والمخاطر البيئية وقياس انحرافات التواصل من خلال MMPI ، فالغرض من هذا البحث وصف العلاقة بين العوامل الوراثية والبيئية ، والمساهمة في تطوير الصحة العقلية التي اعتمدت على إبعاد الأطفال عن أمهاتهم مرضى الفصام .

اعتمدت على دراسة طولية من خلال الوراثة بوضع الطفل من أمهات فصامين في بيئة الأخرى أي والدين بالتبني وهي دراسة فنلندية أسرة بالتبني لأطفال من أمهات فصاميات ، و قام بهذه الدراسة الأستاذ بيكاتيري لأمهات دخلوا المستشفى وشخصن على أنهم فصاميات وجنون العظمة في الفترة الممتدة من

1960 - 1979، بالاعتماد على أطفالهم ، والبيئة المتمثلة في أسر المتبنية للأطفال ، فكانت المرحلة الأولى لاختيار العينة الأصلية ، وحددت المنظمة مراقبة الآباء بالتبني من خلال الملفات وكالة التبني الوطني ، حيث اعتمدت على دراسة الأطفال من هذه الأسر المتبنية قبل عمر 4 سنوات .

النتيجة المتوصل إليها أن الانحراف السيكولوجي يقاس ب MMPI ويظهر خطورة ظهور الفصام للأطفال المتبنيين ، كما تم التحقق من التعرض للاضطرابات للفصام خاصة في أطفال المتبنيين مع تشخيص الاضطراب العقلي ، فاختبار منيسوتا متعدد الأوجه للشخصية mmpi يقيس علامات ضعف الفصام بحثاً عن علامات الضعف الوراثية لطيف الفصام و العثور على مؤشر الكذب (I) ليكون مؤشر الضعف الوحيد في العينة ، فهو المحتمل ألا يكون مؤشر الضعف ، حيث يشير اختبار منيسوتا متعدد الأوجه mmpi إلى الضعف المحدد لانفصام قبل ظهور الاضطراب العقلي، ويرتبط بمقياس الكذب مع عدم البصيرة ، وعدم المرونة الإدراكية والعاطفية وأساساً للحنان المفرط .

أما هوس الخفيف (hyp) وعدم التكيف الاجتماعي (sos) لتكون مؤشر ضعف الفصام ، وانحراف من هذه المقاييس تشير إلى عدم استجابة العاطفية و الى انخفاض الطاقة ، وتنشيط العلاقات الاجتماعية ، هذه الانحرافات في سمات الشخصية كلها أعراض غير عادية تظهر أعراض الفصام ، ونحن نفترض أن جميع هذه الصفات مرتبطة بخطر الوراثة الجينية للوالدين ، الانحراف في التواصل ، ومع ذلك فإن النتائج الحالية لا تظهر خطر الجينات للوالدين وتفاعلها لتكون مرتبطة بالهوس الخفيف ، ولكن مع وجود الاختلال الاجتماعي .

ومع ذلك فإن المقاييس هوس خفيف ، الاختلال الاجتماعي تشير إلى تجاوب العاطفة ، وانخفاض الطاقة وتنشيط الاجتماعية ، وهي لا تتوقع اضطرابات لاحقة لجميع الأمراض النفسية .

(Virva Siira 2007 p65)

6- تعليق عام على الدراسات السابقة المحلية (الجزائرية) والعربية والأجنبية :

الدراسة الجزائرية للباحثة صاغي نورة عالجت فيها مدى صلاحية بعض الاختبارات الموضوعية منها اختبار منيسوتا متعدد الأوجه تتشابه مع الدراسة الحالية في الهدف القائم في تشخيص المرض العقلي الفصام غير أنه يختلف في التقنية الاسقاطية من خلال مقياس ايزنك للشخصية والمنهج الأمبريقي المتبع ، وهي تمثل البيئة الجغرافية المعاشة ، و تميزت باعتمادها على تقنيات الأخرى تختلف عن الدراسة الحالية .

أما دراسة سي موسي عبد الرحمان ، بن خليفة محمود فتتشابه مع الدراسة الحالية في الاختبارات الاسقاطية الرورشاخ وتفهم الموضوع في معرفة مختلف التوظيفات النفسية خاصة منها الفصام .

فدراسة عدوان يوسف تتشابه مع الدراسة الحالية من خلال البيئة الجزائرية واختبار الرورشاخ ، وتختلف من خلال توظيف عدة اختبارات وهذا لمعرفة إمكانية وجود فروق في الدلالات لاختبار الرورشاخ في البيئة المحلية والبيئة الأجنبية ، أي تختلف في الهدف المراد الوصول إليه .

وتأثيرها الدراستين المصرية لمجدي أحمد محمد عبد الله والتي تعتمد على القياس الموضوعي للفصام من خلال بعض التقنيات الموضوعية والتي تتشابه مع الدراسة الحالية من خلال متغير الفصام واختبار منيسوتا متعدد الأوجه للشخصية ، أما الدراسة الثانية تتشابه من خلال الدراسة التحليلية لاختبار منيسوتا للمثلث العصابي والذهاني وارتباطه بالفصام ، وتختلفان من خلال المنهج ، فالدراسة الحالية تعتمد على المنهج العيادي .

و الدراسات الأجنبية بالرغم من اختلاف في الأبعاد الثقافية الاجتماعية والدينية ، إلا أنها تقوم بدور هادف لإبراز الدراسة الحالية في المسيرة العلمية ، نجد دراسة مكوسكا التي ركزت على تشخيص الفصام من خلال اختبار الرورشاخ ، فتتشابه مع الدراسة الحالية من خلال تقنية الرورشاخ وفعاليتها في تشخيص الفصام من خلال فرز مجموعة الاستجابات و الاعتماد على تقنية واحدة فقط .

- دراسة شابير كاترين (Chabert .C) والتي اعتمدت على تشخيص نوع من أنواع الفصام عن طريق اختبار الرورشاخ بوضع مميزات أعراض الفصام البرانوي من خلال اعتمادها على تقنية اسقاطية واحدة .

- دراسة رهيانون كوركون ،كريسفور فريث (Rhihannon .C,Christofer .D) في تشخيص الفصام من خلال تفهم الموضوع ،حيث تتشابه مع الدراسة الحالية في تقنية تفهم الموضوع ، إلا أنها اعتمدت على تقنية واحدة في التشخيص .

- أما دراسة تامك (Tamk) فهي تعتمد على تقنية الموضوعية منيسوتا متعدد الأوجه للشخصية واختبار الرورشاخ في تشخيص الفصام لمعرفة الأعراض المرضية وهذا عن طريق المنهج العيادي ،غير أنها تختلف على الدراسة الحالية من خلال عدم اعتمادها على اختبار تفهم الموضوع .

- و دراسة فرفا (Virva) التي اعتمدت على تقنية الموضوعية منيسوتا متعدد الأوجه للشخصية في تشخيص الفصام بالبحث على دور الوراثة والبيئة في ظهور الفصام ، وتتشابه مع الدراسة الحالية من خلال تقنية الفحص الموضوعية ، مع اعتمادها على الدراسة الطولية وعلى الأطفال من أمهات فصاميات، و تختلف عن الدراسة الحالية من خلال المنهج والعينة .

ومن هذه الدراسات السابقة المحلية و الأجنبية ، جعلت الباحثة تبلور تساؤلات الدراسة و رسم الخطوط العريضة لأهدافها للانطلاق هذا البحث ولاثرائها في تفسير النتائج .

7- تعريف الإجرائي للمصطلحات :

*الفصام :

هو مجموعة من التناذرات تجتمع فيها أعراض الاضطراب العصابي و الذهاني ، يمس جميع جوانب الشخصية الإدراكية والمعرفية والسلوكية والانفعالية ، مع مجموعة من الأعراض الموجبة المتمثلة في الهلوس والهذات والاختلاط في الكلام ، والمواظبة على موضوع واحد بطريقة قولبية ، أما الأعراض السلبية تتمثل في مجموعة من السلوكيات العنيفة أو المستقرة تكون مفككة ، والتناقضات ، وجملة هذه الأعراض يجب توافرها في حالات الدراسة الموجودة في مصلحة الأمراض العقلية بناء على التشخيص السيكولوجي.

*تشخيص :

استعمال الأخصائي النفسي الموجود بمصلحة الأمراض العقلية التقنيات الاسقاطية منها الرورشاخ وتفهم الموضوع ، والموضوعية منها تقنية منيسوتا متعددة الأوجه للشخصية MMPI-2 للكشف الدقيق والموضوعي على أن الحالات تتميز بأعراض الفصام .

*تقنيات الفحص العيادي :

مجموعة من التقنيات تتمثل في الاختبارات الاسقاطية و الموضوعية تستعملها الباحثة في تشخيص الفصام على مجموعة من المرضى العقلين بمصلحة الأمراض العقلية.

*** التقنيات الموضوعية :**

تتمثل في تقنية منيسوتا متعددة الأوجه للشخصية MMPI-2 تطبقها الباحثة على مجموعة من المرضى العقليين بمصلحة الأمراض العقلية لتشخيص الفصام .

*** التقنيات الإسقاطية :**

يتمثل في تقنية الـرورشاخ وتفهم الموضوع تطبقها الباحثة على مجموعة من المرضى العقليين بمصلحة الأمراض العقلية لتشخيص الفصام .

الفصل الثاني

الذهانات

تمهيد

- 1- تاريخ الذهانات
 - 2 - تعريف الذهانات
 - 3- مميزات الذهانات
 - 4- أنواع الذهانات
 - 5- الفصام
 - 6- المقاربة النظرية للفصام
 - 7- أعراض الفصام
 - 8- أنواع الفصام
 - 9- تشخيص الفصام
 - 10 - الشخصية قبل المرض ومسار الفصام
 - 11 - مسار الفصام
 - 12- العلاج
 - 13- الثقافة الباثولوجية في المجتمع المغربي والجزائري
- خلاصة

تمهيد :

يعتبر الذهان من اضطرابات المعقدة في العصر، والتي نلاحظ زيادة انتشارها من مجتمع إلى آخر، وهذا راجع لتناقضات الحياة المختلفة، وتفسيراتهم لهذا الاضطراب حسب الثقافة الباثولوجية السائدة، ونجد نوعين من الذهانات ذات المنشأ العضوي، وذات المنشأ غير عضوي (الوظيفية)، التي نجد أعقدها الفصام حيث المريض يفقد جميع جوانب الشخصية من محتوى الإدراك والتفكير والجوانب الانفعالية والوجدانية، فهو يختار عالم يعيش فيه بعيد عن الصراعات التي عجز المريض عن حلها نتيجة فشل ميكانزمات الدفاع في التكيف مع الواقع الموضوعي، فيبدل واقعه وفق لرغبات الهو وتحل الهلوس والهذات كوسيلة دفاعية جديدة لتكيفه مع الواقع الجديد، وهذا يؤثر على سلوكه وكيفية إدراكه وتصرفه إزاء المواقف والصعوبات، ونجد العديد من المقاربات النظرية التي تفسر حدوثه التي هي عبارة على مزيج من العوامل الوراثية البيولوجية والعصبية والنوروعصبية إلى جانب عوامل التنشئة الأسرية وعوامل الضغط والإحباط التي تفجر هذا الاضطراب العقلي، وهذه العوامل متداخلة فيما بينها، لهذا تظهر الصعوبة في تشخيص الفصام، ويحتوي على عدة أعراض وأنواع من الفصام وهذا حسب المراحل العمرية، فالبيئة الثقافية تلعب دورا كبيرا في تعريف المرض العقلي وكيفية التعامل معه، هذا ما يتطلب العديد من الطرق العلاجية سواء الطبية عن طريق الدواء، أو عن طريق العلاج النفسي بأنواعه، وهذا ما سنتناوله الباحثة في هذا الفصل.

الذهانات :

لمعرفة ماهية الذهانات توجب علينا معرفة تاريخ تطورها الذي تزامن مع تطور الطب الحديث، حيث نجد فرويد لم يهتم بالاضطرابات الذهانية قدر اهتمامه بالعصابات، والذهان كان يشير عليه إلا من خلال دفاعات التحويل، إلى أن تم اكتشاف الأدوية التي سطرت الحدث الهام في تطور مجال الطب وهذا ما تناولته الباحثة.

1- تاريخ الذهانات :

بدأ الاهتمام وتطورات الطب الحديث على يد الألماني كريبلن (1856-1926) من خلال تصنيف الأمراض العقلية بصورة علمية، حيث ساهم الطب النفسي في وضع علم النفس في إطار علمي للتنبؤ والقدرة على كشف عن خفايا النفس البشرية.

ومن بين اهتمامات الطبيب النفسي والأخصائي النفساني هي معرفة العلاقة بين السلوك والجسم مع ضرورة دراسة علم النفس الفزيولوجي لمعرفة وظيفة الجهاز العصبي والغدد المؤثرة في الجسم ومن بين الاكتشافات اكتشاف الأدوية للأمراض النفسية مثل الاكتئاب والقلق وتوهم المرض .

و اكتشف أن الجهاز العصبي والغدد لها دور كبير في إحداث المرض ،وتطور جراحة المخ الذي يتم عن طريق استئصال الأورام الخبيثة المسببة للذهان (المرض) .

لم يكن اهتمام فرويد بالذهان في البداية (1894-1896) قدر اهتمامه بالعصاب ،ويدل على ذلك أن الذهانات عنده مندرجة في ما سماه العصابات النفسية الدفاعية (عصابات التحويل) ، والتي قابلت العصابات الراهنة ،لكن تجربته العيادية المتدرجة مع العملاء كانت تكشف شيئاً فشيئاً عن اختلافاتهم في تناول الواقع والتكيف معه ،ومن ثم التكيف مع العلاج في إطار العلاقة التحويلية ، في حين لم يشرح في تمييز الذهانات إلا بعد ظهور مفهوم العصابات النرجسية كنتيجة لأعماله حول النرجسية والسوداوية (1913-1915)، لكنه لم يلبث أن عزل السوداوية كصنف مستقل ليعتبرها كعصاب خاص ، في الوقت الذي تميز كل من الفصام والعظام كصنفين من الذهان ، حيث على المستوى الاصطلاحي اقترح فرويد لفظ "العقلة" (paraphrénie) ليخالف لفظي "العتة المبكر" لكربيلن والفصام لبلولر ،علما أن ذلك اللفظ كان يشمل في مرحلة ما (1914) كلا الوجدتين الفصام والعظام معا. (بن خليفة محمود 2007 ص 65).

2- تعريف الذهان:

اضطراب تصيب الجهاز العقلي وتسبب اضطرابا حادا في الوظائف النفسية المختلفة كالإدراك والتفكير والانفعال والذاكرة والشعور بالهلاوس السمعية والبصرية والحسية و الشمية مع العجز عن القيام بنشاط فعال. (رشيد حميد زغير 2010 ص 254)

* حسب الطب العقلي الإكلينيكي :

مفهوم الذهان يأخذ زيادة عريضة أين يخص الأمراض عريضة متعددة والتي تكون تظاهرة وراثية مثل (الشلل)، أو أسباب أخرى محل إشكالية (الفصام مثلا)، مصطلح يميز مجموعة من الاضطرابات والوجدانات العقلية المشتركين بسلسلة من المميزات التي تتناقص نقطة بنقطة مع العصابات حيث تتميز بفقدان الاتصال مع الواقع وجهل الوضعية المرضية لأسباب وراثية، عضوية، خطورة التكهن . (Bottero.A, Canoui.P et autres 1992p 29)

* والأمراض العقلية هي كل ما يدخل تحت الاضطرابات الانفعالية والحكم على الأشياء والسلوك والشخصية بصفة عامة في كل حالة يحدث هذا الاضطراب بحيث يبدو المريض للعالم الخارجي في صورة من الشذوذ وعدم التوافق اعتبرنا أنفسنا أمام حالة من حالات المرض العقلي . (بدره معتصم ميموني 2003 ص 56)

تعريف الذهان : psychosis : "يقصد به المرض العقلي ،حيث تتصدع الشخصية بشكل ملحوظ ويحدث تفكك فيها وتضطرب صلة المريض بالواقع ويحدث سوء إدراك لهذا الواقع ،كما يحدث تدهور في المظهر العام للمريض ، وقد يظهر بعض التصرفات الطفلية كالتبول على الملابس أو السير في الشارع في حالة التعري التام أو الجزئي،ويحدث اضطراب في التفكير،وتشتت واضح،مما ينعكس على الكلام والقدرة على التعبير ، وقد يصل الأمر الى وجود لغة خاصة بالمريض وتظهر هلوسات سمعية وبصرية ويحدث اضطراب شديد في المزاج ،كما يظهر محتوى اللاشعور بصورة فجأة وصريحة في سلوك المريض .

ويظهر ذلك في الانسحاب من العلاقات الاجتماعية وفي أشكال السلوك النرجسي المتمركز حول الذات والسلوك الجنسي العدوانية ،وعادة لا يشعر الذهاني بمرضه ،ولا يعترف به ،ولا يرغب في تغيير حالته ،ولا يهتم بنفسه أو بيئته . (صلاح حسن أحمد الداھري 2008 ص 217)

تعريف :الذهان عبارة عن إعادة بناء الواقع وفق رغبات الهو ،وكأنه يريد إصلاحه ،وترى شايبير بشأن هذا الإصلاح ، تعقيا على نظرة فرويد ،أن هناك نوعا من التشابه بين الحالتين ، ففي الذهان ، يمثل البناء لجديد للعلاقة مع الواقع (كما في الهذيان والهلاوس مثلا) تعويضا لفقدان ذلك الواقع ،عكس ما هو في العصاب حيث يكون نوع من عدم الاكتراث أو التراخي اتجاه الواقع تحت تأثير عودة المكبوت (أي العرض)، ففي كلتا الحالتين يريد الأنا في مرحلة ثانوية للإصابة إصلاح الواقع ،لكن بطريقة مختلفة ."

كذلك عمق غرين مسألة كبت الواقع في الذهان ليشرح الصراع المحتدم على مستوى الحدود المحيطة
للانا (بمفهوم فيدرن)، ويتخذ ذلك الصراع أربعة أشكال متكاملة :

- نزوات التدمير ضد النزوات العلمية

- اتجاه الاستثمارات نحو الأنا ضد اتجاهها نحو الموضوع

- السياقات الأولية ضد السياقات الثانوية

- التصورات ضد اللغة (أو تصورات الأشياء ضد تصورات الكلمات). (بن خليفة محمود 2007 ص 67)

ومما سبق يتضح أن الأمراض العقلية اضطراب يمس جوانب الشخصية الإدراكية والانفعالية
والوجدانية، ويفقد المريض صلته بالواقع، ويبدو شاذا وغريبا من خلال سلوكه مقارنة بالسلوك السوي ،
ويختار عالم خاص به يتوحد فيه مليء بالهلاوس والهذات كوسيلة دفاعية لتحقيق توازنه لفقدانه للواقع.

3- مميزات الذهان :

- اضطراب واضح في السلوك بعيدا عن طبيعة الفرد من انطواء، وانعزال، وإهمال الذات، والاهتمام
بأشياء بعيدة عن طبيعته الأصلية .

- تغير في الشخصية الأصلية، واكتساب عادات وتقاليد وسلوك وتختلف عن الشخصية الأولى.

- تشويش في محتوى ومجرى التعبير في التفكير

- تغير الوجدان عن سابق أمره

- عدم استبصار المريض أو اعترافه بمرضه، ولذا يرفض العلاج

- اضطراب في الإدراك مع وجود الضلالات والهلاوس

- البعد عن الواقع والتعلق بحياة منشؤها اضطراب تفكيره وبالطبع لا يلزم وجود كل هذه الأعراض مجتمعة

(جمعة سيد يوسف 1990 ص186)

4- أنواع الذهانات : هناك نوعين من الأمراض العقلية (الذهان)

4-1- الذهانات ذات المنشأ العضوي :

وهي الذهانات الحادة les psychoses aiguës من نوع نفحة هذائية الحالات الغامضة ،الهوس،السوداوية، الصرع النفسي (اضطرابات ظرفية).

وكذلك اضطرابات التمثيل الغذائي ،نقص الفيتامينات ،أمراض الغدد الصماء ،نقص الأكسجين بالدم ،اضطراب الأملاح والمعادن في الجسم ،أمراض الشرايين المخ ،الحميات ،ذهان الحوامل والولادة ،أمراض الجهاز العصبي، ذهان التسممات . (رشيد حميد زغير 2010 ص 255)

4-2- الذهانات ذات المنشأ غير عضوي (الوظيفية) :وهي تسمى بالذهانات المزمنة

(les psychoses chroniques) مثل هذات المزمنة مجموعة الفصامين ،وهي تأخذ طابع الازمان مدى الحياة ، ومنها البارانويا paranoi ،الهوس الاكتئابي maniac depressive ،اكتئاب سن اليأس .

(Nait .B ,Bachbacha.R 1988 p11)

الباحثة ستركز على الذهانات ذات المنشأ غير عضوي الوظيفية من بينها الفصام

5- الفصام :

لمعرفة أصل المرض العقلي الفصام ، توجب علينا المرور إلى المراحل السابقة لنشأة تطور مفهوم الفصام ، وهذا عبر أزمنة السابقة أي تاريخ الاضطراب العقلي ومعرفة التشخيصات السابقة للمنظرين لهذا الاضطراب العقلي ، ولهذا يتوجب علينا الوقوف أمام محطات الأزمنة وهذا ما سنتطرق اليه .

5-1- تاريخ الفصام :

مرض الفصام قدم الاضطرابات العقلية والمعروفة على الإطلاق ، إلا أنه كانت له تسميات تختلف ما هو حاضر، وأول وصف لهذا المرض يرجع إلى عام 1400 قبل الميلاد، وفي مخططات طبية هندية ويعرف بالصورة التي تقترب من الصورة التي نعرفه به الآن. (سمير بقيون 2007 ص 94)

ولقد عزي سببه في القدم لأسباب روحية شيطانية ، فقد سمي أبوقراط في الحضارة اليونانية مرض (الملنخوليا) للدلالة على حالة قريبة من الفصام ، واستعمل العرب مصطلح (مسودن) للتعبير على المريض في عقله.

يرى عبد الله حسن فرج (2009) أن تاريخ الفصام ظهر بملاحظة العالم الفرنسي موريل Morel عندما قام بوصفه لحالة فتى في سن 14 ، كان نبيه وفطن، وفجأة تدهورت أحواله فاضطرب تفكيره وسلوكه ، وأصطلح موريل استعمال الخرف المبكر Dementia Parecox لتعبير عن حالة مرضية تبدأ من الصغر وتنتهي بالتدهور .

في عام 1870 استعمل الدكتور هيكر (Hechir) مصطلح هبفرينيا Hebephrenic ، لوصف حالة من المرض العقلي الشديد، بدأت في سن البلوغ ، وأدت إلى تدهور شديد في الشخصية ، والمصطلح الذي أستعمله مشتق من اليونانية ، ويتألف من مقطعين من (Hebe) وتعني (الشباب) ، وفرينيا تعني (العقل) ، أي عقل الشباب للدلالة على أن المرض يصيب عقل الشباب . (عبد اللطيف حسن فرج 2009 ص 163)

- أما Henrie y p Bernard (1970) سمي مرض الفصام بجنون المراهقة خاصة من خلال الأعراض المضطربة التي تتمثل في الجمود ، المرونة الشمعية ، الإغماء التخشبي، فرط في الحركة ، تعبيرات مثيرة للشفقة ، فوصفهم بالمرض المصابين بالجمود، وبعدها في فترة (1863-1868) قام طبيب هوكاهلبوم Kahlbaum إصطلاح آخر (Dementia paranoid) وصف حالة البرانويا ، وعند كريبلن خلال ملاحظاته لموريل ، كالمبوم مجموعة متنوعة من الزمالات مظاهر " الخبل المبكر " وقد ضمن كريبلن ثلاثة أحوال سبق وأن وصفها كالمبوم أو تلامذته وهي البارافرينيا (الفصام الهذائي في سن المراهقة ، والهبفرينيا والتخشب وهذا ما نطلق عليه الآن بالبارانويا أو الهذاء. (إ.م. كولز 1983 ص 91)

حيث في طبعة أطروحة كريبلن في 1893 استعمل مصطلح "الذبل المبكر" ، لكن هذه المرحلة تغطي مفهوم ضيق باستثناء (الجمودية) و"الجنون البرانويدي " ،في طبعة 1896 جمع بين مختلف أشكال تحت عنوان (عملية الاضمحلال العقلي) في المجموعة الرئيسية (الأمراض الأيضية)،في مؤتمر 1898 كريبلن شدد على أهمية التمييز بين الذبل المبكر واضطرابات الهوس الاكتئابي بإنذار تنبؤي ،ومع ذلك ظلت جزئياً من خلال إساءة فهمه بالمبالغة في الصعوبات للتمييز بين المرضى .

أما في طبعته لكتابه المعروف في 1899 ،كريبلن قدم مفاهيم أكثر وضوحاً تقريباً نفس المفهوم المعروف الآن . (Organisation nationale de la santé 1977 p30).

تعتبر هذه الفترة جميع المعلومات ساعدت في التمهيد لوضع نظرية في الفصام ، وكان ذلك على يد كريبلن Krepelin الذي قسم الأمراض العقلية إلى قسمين ، أطلق على القسم الأول ذهان الهوس والاكتئاب ،وهي من الأمراض الحادة ، وأمل الشفاء فيها كبير ، والقسم الثاني وأسماء الذبل أو العته المبكر، يصيب الأفراد في مقتبل العمر ، وقسم القسم الثاني من الأعراض العقلية إلى ثلاثة مجموعات داخلية ،كان من بينها الفصام ،إلا أن تقسيم كريبلن هذا لم يأخذ به ، لأنه لم يميز بين مجموعة وأخرى ، ولذلك نجد أن البحث في الفصام بعد كريبلن يأخذ اتجاهها آخر يتعلق بديناميات الفصام وارتباطاتها بالنظريات الجديدة في دراسة الإنسان ، أي بتفسير الفصام ، بعد إن كان الاتجاه السائد وقت كريبلن وصف أعراض الفصام ، وقد ساهم التحليل النفسي في تغيير هذا الاتجاه حيث الجدل ما هو باطن وما هو ظاهر ، وحول الشعوري واللاشعوري وأثر الخبرات الطفلية المنسية . (فيصل محمد خير الزراد 1983 ص 11)

الى حتى منتصف 1970 إكلينيكيًا لم يكن جدالاً كبيراً للمفاهيم بالنسبة كريبلن 1905 وبلولر 1911 التعريف الموثوق من قبل EY للفصام : (مجموعة من الاضطرابات تميزت بتطوير المزمّن) أو يسيطر عليها عدم الترابط ،الاختلاط الفكر الشفهي ،التناقض ،التوحد، الأفكار الهذيانية والهالوس ضعيفة التنظيم والعمق والاضطرابات المزاجية " .(Levoyer David 2009 p14)

5-2- تعريف الفصام حسب بعض المنظرين :

بعد المرور عبر المحطات التاريخية لتطور مفهوم الفصام بإبراز مسارات تطور المصطلح، نقدم مجموعة من التعريفات للمنظرين، وهذا حسب الاتجاهات العلمية و المقاربات النظرية التي ينتمون إليها ومن أهمها :

* بلولر Bleurer :

مصطلح الفصام المكون من كلمتين يونانيتين : Schizo : وتعني الانشطار ، (الانقسام) Phrenie وتعني (الفكر) : " إلى إبراز ما يمثل في نظره العارض الأساسي لهذه الأذهنة ، أي الانفصام أو التفكك ، ويتميز بخصائص تفكك الفكر والفعل ، والعاطفة، ويشار إلى هذا التفكك بالمصطلحات التقليدية التالية : التنافر ، فقدان الترابط ، التخلف واللامبالاة اتجاه الواقع ، والانكفاء على الذات مع طغيان الحياة الداخلية غارقة في النشاط الهوامي (وهو ما يطلق عليه اسم فصمة)". (جان لابانش وج.ب بونتاليس 1985 ص 395)

* ماير : " الفصام هو عدم توافق في الجانب العقلي لا يختلف عما هو عليه لدى الأسوياء، إلا في الكم فقط، فالفصام تضخيم لعناصر وجودها مؤكد في أذهان الأسوياء " (فيصل محمد خير الزراد 1983 ص 14)

* أحمد عزت راجح : "الفصام بأنه اضطراب وظيفي في الشخصية ، ويبدو في صورة أعراض في جوانب الشخصية جميعا ، الجانب الانفعالي والجانب الفكري ، والجانب السلوكي ."

* أحمد عكاشة : "الفصام هو مرض عقلي يتصف باضطراب في التفكير والوحدات والسلوكي والخلقي والاجتماعي ، مما يفقد الفرد شخصية وبالتالي يصبح عزلة عن العالم الحقيقي و المجتمع ."

(مروان أبو حويج ، عصام الصفدي 2009 ص 129)

* Bernard.B : " ذهان مزمن يؤثر تأثير عميقا في الشخصية، والذي يجب اعتباره نوع من صنف الذهان المزمن ، يتميز بتغيير عميق ومتطور للشخص ، فيتوقف هذا الأخير عن اتصال مع الآخرين ويضيع في أفكار توحديّة أي في هباء وهمي ". (Henriey. B, Bernard et les autres 1970 p 540)

* حسب الرابطة الإكلينيكية:

الفصام عبارة على أفكار وهمية ،سلوك مفكك ،وهذه الأعراض السلبية تتمثل في انخفاض الإمكانيات الوظيفية ،و هذه الأعراض، يجب أن تستمر لمدة ستة أشهر على الأقل وتؤدي إلى فقدان التكيف الاجتماعي والموضوعي . (Pierre . M L 2006 p 01)

***دافيد كوبر** : يصف كوبر الفصام على " أنه حادثة أو أزمة يعيشها الفرد في المجتمع ،أين تكون سلوكاته وتصرفاته غير صالحة بالنسبة للمجتمع " خارجية عن المؤلف " ويعتبر كوبر أن كل شخص له قابلية لهذا المرض، بمعنى أن حالة الجنون يمتلكها أي واحد منا ،لكن تكون مخفية، ولا يتوفر إلا بتوفر عوامل مفجرة (فارس بن الشيخ حسن 2001 ص 6).

- **الفصام (الشيزوفرينيا):** مرض ذهاني يحدث بصورة أكثر شيوعا في سن الرشد ، ويتميز باضطراب في الوجدان، وظهور أعراض الانسحاب إلى عالم الخيال، واضطراب التحكم الانفعالي، ووظائف التفكير واللغة، ويعيش المريض في عالم خاص من صنعه ،وكأنه يعيش في حلم .

(صالح حسن الداھري 2008 ص 310)

تعريف: "الفصام هو متلازمة عقلية تابعة لفئة الاضطرابات الذهانية ،وتتميز الصورة الإكلينيكية بفقدان الاتصال مع الواقع ،على المستوى البيولوجي العديد من التشوهات في المخ سواء البنيوية والوظيفية للأشخاص المصابين بالفصام مثل الحد في حجم المخ وزيادة حجم البطين،انخفاض حجم الفص الأمامي والحصين ،غياب التماثل المخي ، والحد من عدد العمود الفقري ، والخلايا العصبية الجذعية ، شذوذ بعض الناقلات العصبية مثل الدوبامين ،السيروتونين ،والجلوتامات ،على مستوى السلوكي الفصام هو أساسا يتميز بأعراض ذهانية المضطربة وظيفيا ،وبحضور العجز العصبي النفسي ".(Andrée.A F 2008p1)

من التعريفات السابقة يتضح لنا : أن الفصام هو متلازمة لمجموعة من الاضطرابات الذهانية والعصابية، يؤدي إلى تدهور السلوك من الجوانب الانفعالية والوجدانية والتفكير، وعدم القدرة على التكيف في الحياة الاجتماعية ، لفشل الإمكانيات الوظيفية، حيث المريض يختار عالم هوامي مليء بالهلاوس و الهذات نتيجة فشل مكنائزمات الدفاع في حل الصراع خاصة مع الواقع الخارجي ، ويفضل العزلة و ظهور الأفكار التوحيدية ، فالمريض يقطع صلته بالواقع ، ويعيش في هذا العالم الافتراضي كوسيلة دفاعية لتوازنه ، فالواقع يمثل تهديد له، و يظهر في سن مبكرة لما يشهد لها من تقلبات وتطورات في السيرورة النفسية،ولكن شيوعا في مرحلة الرشد .

5-3 - انتشار الفصام :

لا تتوفر إحصائيات شاملة لأقطار العالم ومجتمعاته، تبين نسبة وقوع المرضى بين الناس ،وتوزيع هذا الوجود بين طبقاته و شرائحه السكانية ، وحتى البلدان التي تتوفر فيها دراسات حول الشيزوفرينيا ،فإن هناك تفاوت بين الباحثين حول ذلك،بالإضافة إلى ذلك صعوبة انتباه الأسرة أو المجتمع، إلى كل حالة مرضية ، قد يكون الفصام مخفيا عن الملاحظات الطبية، والصعوبة الأخرى في التقدير والتشخيص من جانب الأطباء ، فالمرض موجود ومعروف وموصوف منذ أقدم العصور، ولذلك فإن هناك ملاحظات أخرى، أفادت بها الدراسات الطبية الإحصائية في العديد من البلدان، ومن أهم الملاحظات أن أعلى نسب وقوع المرض في المدن ،وخاصة المدن الكبيرة ، والمرض الأكثر وقوعا به هم سكان وسط المدينة منه سكان أطراف المدينة ، وتقل بشكل تدريجي حتى تصل أدناها في الريف ، ومن الملاحظ أيضا وجود نسبة أعلى للمرض من بين الأقليات في الطبقات الأدنى تعليما ومهنيا واقتصاديا . (رشيد حميد زعيز 2010 ص 262)

وأثبتت الدراسات وقوعه بدرجة أعلى للأشخاص الذين ولدوا في المناطق الحضرية في الدول الصناعية وتظهر الأعراض عند الرجال في وقت مبكر مقارنة لدى النساء ، وانتشار مرض الفصام متساوي لدى المرأة والرجال، لكن الاختلافات تكمن في ظهور المرض،وتبدأ عادة قبل سن 25 سنة عند الرجال ،وبين 25 إلى 35 سنة لدى النساء ، وحوالي 3 إلى 10 % من النساء يظهر الفصام بين سن 40 سنة ،وما يقرب من 90 % من مرضى الفصاميين في سن ما بين 15 و 55 سنة، ونادرا ما يظهر الفصام قبل سن 10 سنة أو بعد سن 60 سنة ،وقد أظهرت الدراسات أن الرجال أكثر ظهورا للأعراض السلبية من المرأة .

والنتيجة النهائية لمرض الفصام الإناث يكون أفضل من المرضى الذكور المصابين بالفصام ، خاصة أن المرأة تميل إلى العمل بصورة أفضل من الرجال اجتماعيا واقتصاديا وعائلاتهم، وغالبا ما تعاني من عدم الرعاية والنبت الاجتماعي. (Tellis Priscilla 2008p8)

و في مرحلة الطفولة ، ظهوره نادرا للغاية مما يؤثر على حوالي 1 في 40000 الأطفال ، فقط 1 في 100 من البالغين المصابين بهذا الاضطراب . (Understanding Schizophrenia big picture p11) والدراسات الأخيرة أظهرت أن هناك زيادة ظهور مرض فصام للأشخاص ولدوا أو ترعرعوا في المدن الداخلية و أيضا في الطبقات الاجتماعية والاقتصادية كبيرة التدرج، ومع زيارة انتشاره في الطبقات الشعبية من خلال الانحراف الاجتماعي وفي الطبقة الاجتماعية ، وفي المناطق المحرومة الداخلية من المدن وعوامل خطر البيئة، مثل (اكتظاظ، تعاطي المخدرات) ، أي حالات الفصام في البلدان الصناعية من 10-70 حالة جديدة من السكان، وخطر مدى الحياة يقدر بـ 0,5 - 1 % للتوزيع الجغرافي . (Martin. S , Mike. T 2002 p30)

قد يقف وراء تزايد انتشار نسبة حالات الفصام في المغرب بالنسبة لكريستوزوف الذي يسجل هو كذلك ارتفاعا ملحوظا لأشكال الكتانونية والبرانوية Paranoides ، بسبب الاضطرابات التي يعرفها المجتمع التقليدي الناجمة عن التحول نحو الحياة العصرية ، وتكون فيه الشباب هي الفئة المعرضة أكثر إلى هذا النوع من الاضطرابات، حيث يلاحظ أن 56% منهم يعانون من فصام حاد و 48% من فصام مزمن وهي نسبة عالية منهم خاصة (65 % بالنسبة للفصام الحاد و 78 % بالنسبة للفصام المزمن) .

(بن عبد الله محمد 2010 ص 168) .

و انتشار الفصام في بلدان المغرب العربي خاصة الجزائر ، بينت ارتفاع نسبة شيوع الفصام في هذه البلدان في السنوات الأخيرة ، وقد أرجع الباحثون ذلك (دوكي وموساي وكاشا) إلى التغيرات العميقة التي تشهدها هذه المجتمعات، وإلى الصراع الثقافي الحاد في المدن الكبرى، حيث الاحتكاك الفوضوي بين القيم والنماذج المتنوعة والمتناقضة وأزمة الهوية الثقافية. (Douki.S ,Moussaoui.D 1978p147)

مما سبق يتضح أن انتشار مرض الفصام بالتساوي لكلا الجنسين ، و يختلف في شدة الأعراض ، ويظهر في الطبقات الاجتماعية الكبيرة وفي الطبقات الشعبية التي تسود فيها مظاهر الفقر والحرمان والنبذ الاجتماعي وتعاطي المخدرات ، والرجال أكثر عرضة للفصام بسبب عوامل متعددة من الضغوطات الاجتماعية والاقتصادية نظرا لشدائد وصعوبات الحياة ومسؤولياتها وضغوطاتها خاصة في المجتمعات غير متماسكة.

6- المقاربة النظرية للفصام :

نجد الكثير من النظريات التي تفسر منشأ حدوث الفصام، على أساس مبدأ كل مقاربة نظرية ، والعوامل التي تفسر على أساسها ونزعاتها التحليلية .

6-1- النظرية الوراثية :

كانت وراثة المرض موضوع عمل المئات من الأسر (رودن RUDIN 1916 ، لوكسمبور 1940luxemburger ، سترومقرينstromgren ، 1950) ، في حين هذه الدراسة صعبة جدا لأن التحديد المكان الدقيق للعامل الوراثي يفترض استبعاد الدور الاجتماعي أو البيئة العائلية ، وفيما يخص خطر الوراثة ، أن نسبة الانفصام في عامة السكان تكون أقل من نسبة 1% لإخوة الفصامين ، الخطر يرتفع إلى % 10,8 حسب فرشور (1939) ، إلى نسبة 14,2% لكالمان (1946) ، ونسبة 10% لبلانسكي (1955) ، والخطر بالنسبة للأطفال ، حسب فرشور ولوكسمبور (1939) يقدر بنسبة 4,16% ، لبلانسكي (1955) بنسبة 10 إلى 15% ، ومن جهة أخرى نجد عند والدي الفصامين ، حسب كالمان 3,9% من المرضى ، وحسب بلانسكي من 5 إلى 10% ، ودراسة التوائم أكثر برهانا ، لأنه حسب سلاكر (1953) العلاقة بين أحادي البويضة تقدر بنسبة 76% ، أما بالنسبة لكالمان وهي بـ 86,20% (Henriey .P ,Bernard et les autres 1970 p 545)

وأكدت دراسة على الوراثة خاصة دراسات التبني في السبعينات والثمانينات من القرن الماضي تطور الباحثون دراسات يمكن بموجبها تمييز التأثيرات البيئية عن التأثيرات الوراثية بدقة علمية عالية ، معتمدين في ذلك على دراسات التبني Adoptive Studies ، ففي هذه الدراسات يجري نقل الأطفال بعيدا عن أسرهم التي ولدوا فيها حال ولادتهم ، أو في فترة الرضاعة ، وبالتالي فإنهم سيتعرضون إلى نوعين من الأسر ، واحد ولدوا فيها ويحملون تأثيراتها البيئية ، والأخرى نشأوا في أجوائها ويتعرضون إلى تأثيراتها البيئية، فإذا استطاعت أن ترينا هذه الدراسات أن الأطفال الذين ولدوا من أمهات مصابات بالفصام ، وتربوا في أجواء أسر أخرى سوي Normal من الناحية النفسية ، وأن هؤلاء الأطفال ظهر عليهم الفصام بنفس النسبة التي تظهر لدى أولئك الأطفال الذين ولدوا من أمهات مصابات بالفصام ، وعاشوا في أجواء هذه الأسر التي ولدوا فيها ، عندما سيكون هذا بنسبة أو دليلا قويا جدا لصالح الافتراضات الوراثية .

والواقع أنه أجريت دراسات كثيرة شملت آلاف الأطفال من كل الصنفين في عدد من دول العالم بينها : أمريكا ، الدانمارك ، النرويج وكندا ، وكانت بينها دراسات تتبعيه استمرت أكثر من 10 سنوات، واتسمت بالمنهجية العلمية ، فضلا عن الجهود الكبيرة والتكاليف الضخمة ، ويخلص المقيمون لنتائج هذه الدراسات إلى أنها قدمت دليلا مقنعا بوجود عامل بيولوجي في الفصام 1984 (Acocella Boozin) ويعلق كيتي وهو أحد الباحثين البارزين جدا في هذا الميدان ، يقول : (إذا كان الفصام أسطورة Muth ، فإنها أسطورة تتضمن مكونا وراثيا قويا. (قاسم حسين صالح 2007 ص 8)

أما الدراسات الحديثة تشير إلى وجود عوامل وراثية وعضوية وراء الإصابة بالفصام ، وفي هذا الصدد يذكر جوتزمان وشيلدرز Gottesman & Shield أن التحليل لبحثها عن الفصام في التوائم Schizophrenia in Twins يؤكد وجود الاستعداد الوراثي للتعرض لها المرض كجينات تهيأ الإصابة به ، كما يضيفان " يبدو " من حقيقة أن التوائم المتطابق Identical twin للفصامي، يكون لديه احتمال أن يكون فصاميا يعادل على أقل تقدير 42 ضعف للشخص من المجتمع العام ، ومن حقيقة أن التوائم المتأخي Fraternal twin من نفس الجنس لديه نفس الاحتمال بما يعادل تسعة أضعاف ، وان العوامل الجينية Genetic Factors (الوراثة) هي إلى حد كبير مسؤول عن البنية الخاصة لمعظم الفصاميين .

(فرج عبد القادر طه 2000 ص 336) .

6-2 النظرية التحليلية :

نجد عدة جهات نظر سيكولوجية من زاوية تحليلية فرض النكوص (The regression hypothesis) يستند هذا المنحنى في فهم أصول الفصام ومصادره إلى النظرية التحليل النفسي في الشخصية ، ونظرية التحليل النفسي ترى ميل الفصامي إلى الالتجاء إلى السلوك الطفلي أو النكوص، إنما ينتج عن خبرات انفعالات سلبية تحدث خلال السنوات الأولى القليلة من الحياة ، كما يرون أن المواقف الذي يتخذه الآباء تكون له أهميه قصوى خلال هذه الفترة التي يتعين فيها على الطفل أن يواجه ما ينطوي عليه النضج من تحديات واحد بعد الآخر، فالآباء الذين يشجعون ما يقوم به الطفل في محاولات الإتيان والسيطرة والذين لا يتدخلون إلا عند الضرورة القصوى ،إنما يعينونه على أن يصل إلى أقصى النمو النفسي ،على أن آباء الفصاميين وخصوصا الأمهات يظن أنهم يحرفون انحرافا ذا دلالة على هذا المعيار .

تذهب نظرية التحليل النفسي إلى أن أمهات الفصاميين إما يكون منسلخات انفعاليا على أطفالهن، وإما يكن مفراطات في حمايتهن لهن ، فسلوك الفصامي نزيل المستشفى الذي يأكل أصابعه ويتبرز في ملابسه يفسر بأنه عودة بدائية الى أولى مراحل النمو ،كما أن الهلوس السمعية والبصرية والميل الى الانعزال الاجتماعي تعد نتائج مباشرة لانغماسه في الأوهام . (شيلدون ؟ ص 119)

نجد فرويد ربط بين الإحباط الذي يتضمن الإحساس بالعجز أمام تحقيق دافع ما وبين الإصابة بالفصام خاصة في الحالة التي يعجز معها الأنا عن القيام بدوره كمنسق ومنظم لتلبية الحاجات وإشباعها في إطار اجتماعي (أنا أعلى) معين، مما يسمح بسيطرة مطلقة للهو، وتصبح النتيجة ضياعا في متاهات ..الخ وصراعات بين مكونات متناقضة لا منطقية ولا عقلانية ، وتعود خبرات طفلية غير ناضجة ويستدل المشتغلون في التحليل النفسي إلى صحة فروضهم مما يظهره الفصامي من أنماط سلوكية نكوصية ، حيث يظهر الفصامي عند مواجهة الصعوبات في تحقيق حاجاته ردود أفعال طفلية ، وتقوم علاقاته مع العالم الخارجي في ضوء نزواته شأن في ذلك شأن الأطفال ، كما يستدل من عادات الطعام واتجاهات الفصاميين نحوها ،وكذلك من فقرهم الوجداني ورغباتهم العدوانية على أثر مراحل الجنسية الطفلية المستمر، وهذا يتضح من خلال فقدان الأنا لدوره في التنسيق داخليا ونرجسية تبني واقعا ذاتي داخليا في مواجهة الواقع الموضوعي وكذلك رغبات جنسية مثلية مكبوتة و ضغوط النفسية تهدم الجانب الوجداني من الشخصية .

6-3- النظرية السلوكية :

يبدو أن لقوانين التعلم أثارا يمكن كشفها وملاحظاتها في أنماط سلوكية فصامية متقنة يقوم بها الفصاميون ، وهذا يشير إلى أهمية التعلم والاكْتساب كعوامل نفسية لها مكانة كبيرة في تفسير حالات الفصام ، ويفترض النموذج السلوكي إلى أن الاضطرابات عبارة عن أساليب غير توافقية متعلمة ، ولذلك فإن أفضل طريقة تفسيرها هي إعادة التعلم . (صبرة محمد علي ، أشرف محمد عبد الغني 2005ص350)

إن السلوكيون سوف ينظرون إلى الاصطلاح "فصام" باعتبار أن ليس له قيمة فيما يتعلق بعلم أسباب الأمراض Aetiology، وحتى النظر إليه على نحو وصفي ، فإن الاصطلاح سوف يرى باعتباره نافعا فقط بقدر ما يصف بثقة نماذج خاصة من السلوك .

كذلك بتفسير أصل الفصام ، فإن رأي السلوكية يتضمن نقاطا عديدة من الضعف منها ، أنه بالرغم من أن التدعيم يعتبر مبدءا عاما محددًا على نحو جيد فإنه لا يوجد دليل مباشر لاكتساب السلوك الفصامي .

(حسين فايد 2004 ص 111)

كما يرى بافلوف أن ردود الفعل الفصامية تعود الى انتشار نوع من الكف الوقائي في المخ ، ونظرا لضعف خلايا المخ عند الفصامي تصبح المنبهات العادية حادة وتؤدي بالتالي الى تكوين الكف الوقائي ، ويتكون الكف عادة في القشرة ولكنه يصل الى جذع المخ ، وتتوقف الصورة الإكلينيكية على قوة ومدى عمليات الكف ، فنوبات الهياج في الكتاتونية مثلا تحدث في الحالات يكون الكف في القشرة لذلك حركات الكتاتوني في نوبات الهياج مضطربة غير منتظمة ، وغير متناسقة ، ويرى الماديون أن ردود الأفعال الفصامية الأساس فيها ضعف خلايا المخ والسبب في هذا الضعف تسمم الكائن الحي كله بما في ذلك المخ واختلال العمليات الميتابولية وخاصة البروتينية ، أما سبب هذا التسمم فليس معروفا لحد الآن . (نبيل محمد جودة 2008 ص 40)

4-6 : نظرية الفصام :

يقول بروفيسور يحي الرخاوي الغرض الأساسي وتطوره إلى ثمة عين داخلية لها علاقة بالحواس وما حولها هي نوع محور من الإدراك القديم عبر تاريخ التطور ،تستطيع أن ترصد الداخل بما هو ،وهي التي تنشط في النوم أثناء النشاط الحالم (نوم حركة العين الرابعة rem)،كما تنشط في بداية الذهان خاصة ،وفي أطواره النشطة ،وليست بالضرورة المادة ،ونشاطها غير قاصر على الفصام ،بل هي تنشط في معظم الذهانات النشطة ، وهي ترصد الداخل "بما هو " إذا أن صعوبة التعبير عن حركية الإدراك كما تمارسها هذه العين يخلق مشاكل حين يقتصر ،أن هذه العين الداخلية (الحالة الداخلية)هي بعض نشاطات ما يسمى العقل الأحداث (بمعنى مستوى الوعي) ،وذلك برغم أنها داخلية وأنها يمكن أن نتبين معالمها من خلال العودة إلى أنواع إدراك بدائية قبل أن تتميز أدوات وأعضاء الحس ،إلا أن نقلة من هذه الإدراك إلى القدرة على وصفه هكذا ،يحتاج إلى نشاط العقل الأحداث القادر على الوصف والتعبير اللغوي الذي تميز به بدقة بالغة .

(يحي الرخاوي 2012 ص 2)

6-5- نظرية التمييط الحيوي (النظرية المزاجية) :

ليست النزعة الوراثية المسجلة في شكل الجسم ، مدرسة كرتشمير قام بتعميق هذه الدراسة ، وكانت فكرته الأساسية لكرتشمير (1921) التعارض بين صلة نوع Pyenique للهوس الإكتئابى وصلة مجموعة تمييط الحيوي للانفصام ، من بين 175 فصامى مدروس من قبل لكرباربو ، نجد أن نسبة 47 % منهم من نوع Leptosome ونسبة 34 % من نوع Dysplasique ،نسبة 17 % من نوع رياضى ،وإلا 3 % pycnique ، فنوع Dysplasique أراد به كرتشمير وصف الأشخاص المتصنعين وغير المتناسبين على أساس اضطراب الغدد الصماء ، فكريشمير يجمع بين تشكيلتين جسميتين مميزتين بكل مدارس النحيل العضلي Brévilique الدموي ، ويستدل ماير قروس (1954) ، إذا حصل للشخص أصيب بانفصام من النمط Pycnique يستحسن التشخيص . (Henriey.P, Bernard et les autres 1970 p 546)

كما ربطت مدرسة توبنجان (كرتشمار) الأنماط الحيوية التي أرادت تعريفها كنزعة للانفصام مع نوع النفسي المطابق للنوع الانطوائي لجانغ (1907) وللنظم لبلولر (1920) ، وتشير هذه المصطلحات إلى نوع مزاجي عادي ، مزاج منطوي ، الإفراط في الأحاسيس مظهر بارد ، التوجه نحو التثبيط، ولكن مسلم لمسؤوليات دافعة وغير ملائمة ، الانفصاميون الإنطوائيون أشخاص متأملون، منهجيون مجردين ،عنيدين وحالمين ، يمكننا المرور من Schizothymie إلى الانفصام (طابع مرضي) أين المزاج المنطوي يصبح منعزل ، بينما التثبيط والاندفاع يؤديان إلى عدم الاستقرار الاجتماعي وعمق التأمل والحلم يؤدي إلى روح نظام ، عقلانية مرضية ، مثالية جامدة ، استعملت الدراسات حول الوراثة استعمالا واسعا لمبدأ الانفصام،أضافت له تأكيد غير مباشر فهو بالفعل مقبول من مجموع الباحثين أن البيئة العائلية للانفصاميين تتضمن جزء من الانفصاميين (15 إلى 35 %) أعلى بكثير من عامة السكان والتي تقدر بحوالي 3 % ،من المقبول أيضا أن حوالي نصف الانفصاميين يظهرون قبل المرض ، مظهر الشخصية الانفصامية.

بالرغم من الانتقادات المقدمة ضد المبدأ للانفصام (غياب المنهجية الصارمة للإحصاء الدقيق) ، فقد فرض نفسه واستعمله كل الأطباء النفسانيين ، فالانتقادات غير مبررة إلا إذا أردنا أن نعطي لهذا العامل المزاجي دورا مبالغا فيه، والذي يعنيه له بعضهم ،عندما أردنا أن نجعل هذه الثلاثية Schizophrénie , Schizoïde , Schizothymie عملية المعتادة لتطور المرض هذا لا يطابق الحقائق ، لأنه إلا 50% من المرضى يظهرون هذا النوع من المزاج القبل الفصامي ، وأظهرت بعض الدراسات قبل ظهور الانفصام سمات مزاجية و تصرفية منها اضطرابات المزاج ، سمات عصبية ، عدوانية مندفعة قلق الوسوسة ، وحسب كادوال التي فيها الانفصام مسبوق بتطور غير عادي. (Henriey.P ,Bernard et les autres 1970 p 547)

6-6 - نظرية الفزيولوجية :

الفزيولوجية المرضية لمرض الفصام قد ظهرت نتائج هامة فيما يتعلق بالفصام ، خاصة التطورات الحديثة في تقنيات التشخيص في علم الأعصاب وتشمل التصوير بالرنين المغناطيسي (MRI) ، ويعتقد مناطق في الدماغ البشري تشارك في الفزيولوجية المرضية وتشمل الفص الجبهي ، اللوزة ، الحصين ، التلغيف Parahippocampal والمخيخ ، والسبب الحقيقي لمرض الفصام ، من خلال الأبحاث خلال عشر السنوات الماضية خاصة في مناطق معينة من المخ ، بما في ذلك الجهاز الحوفي ، والقشرة الأمامية ، المخيخ والعقدة القاعدية مترابطة هذه المجالات والخلل الاجتماعي في منطقة واحدة ، قد تكون بداية العملية أولية للمرض ، وبتصوير الدماغ تشير إلى قوة أن الجهاز الحوفي هو موقع محتمل للعمليات المرضية.

(Tellis Priscilla 2008p11)

قد أظهرت تقنيات التسجيل الجديدة في نشاط الدماغ أثناء تنفيذ المهام التجريبية التي تتطوي على وظيفة معينة المعرفية لمرضى فصاميين تتمثل في قصور النشاط من مناطق معينة في المخ ، وهكذا فإن التخطيط المعرفي أو مراقبة عمل الدماغ ، وخلل في نشاط المناطق الفص الجبهي ، ويمكن لهذه النماذج المعرفية من مرض فصام على افتراض تحقيق الوظائف العقلية العليا المشتركة في التنظيم والتكيف والسيطرة وتوضيح أوجه القصور الموجودة في الدماغ ، على سبيل المثال فإن اضطراب في التخطيط أو الرقابة الدماغ تشير إلى تفكك العلامات الإكلينيكية. (Marie .C,Bayle .H 2005 p105)

كذلك دراسات أخرى اتضح أن السبب الرئيسي خلل بالمخ أو العملية المرضية خلال فترة نمو المخ قبل ظهور المرض إكلينيكيًا بوقت طويل (Weinberger 1995) ، وتتبع لهذا الرأي ، فإن المصابين بالفصام قد يعانون من شكل من أشكال خلل نمو المخ أثناء فترة الحمل ، وبخاصة 3 أشهر الوسطى للحمل ولأسباب عصبية حيوية مختلفة ، فإن هذا الاضطراب يظهر فقط في فترة البلوغ المبكرة عند توقيت حدوث نضجها في أجزاء محدد بالمخ ، والتي تحدث بعد الولادة بفترة طويلة ، مما يجعلها غير قادرة على التكيف مع أنواع متعددة من الضغوط النفسية والاجتماعية وتقلبات الحياة ، وعلى الرغم من أن هذا الرأي لا يزال يثير جدل

(Canon 1997) ، فإن أدلة عديدة ومتنوعة تدعمه ، وبشكل خاص ، فقد تبين أن مضاعفات الحمل والولادة تضاعف احتمال حدوث الفصام مرتين أو ثلاث مرات بسبب حدوث تلف في المخ النامي .

ويبدو أن نقص الأكسجين أثناء الولادة لحرمان جنين من الأكسجين والذي يحدث في نسبة بين 20% إلى 30 % من المصابين بالفصام بالمقارنة بنسبة 5- 10 % من مجموع السكان يلعب دورا هاما حسب (McNeil 1988, canon 1988) كما تزداد احتمال الإصابة بالفصام مع حدوث بعض مضاعفات الولادة ، إن احتمال تلف مخ الجنين داخل الرحم يزداد إذا أصيبت المرأة بمرض فيروسي ، وقد لاحظ أن عدد كبير من المصابين بانفصام ، وخلل بالتركيب التشريحي الدقيق للمخ سيقدم صور الأشعة المقطعية وصور الرنين المغناطيسي صور لتركيب التشريحي الدقيق المخ ، وهذا أظهر دراسات الأشعة المقطعية المبكر عدم تماثل المخ والجهاز البطني، وبخاصة الذي يصيب الفصوص الأمامية والفص الأيسر للمخ ، هذا اللاتماثل ، لا علاقة له بتطور أو مدة المرض أو العلاج ولا يتقدم أثناء المرض (Vitu et al 1997) ، ولذلك يمكن أن يعتبر وجوده مظهرا للأحداث التي تحدث مبكرا أثناء نمو المخ ، وقد أظهرت دراسات الرنين المغناطيسي نتائج متشابهة (Andreasen et al 1986) ، إن تلازم الخلل التركيبي مع أعراض أو مجموعات الأعراض يلقي دعما أقل على الرغم من تلازم اللاتماثل من الأعراض السالبة (Messing et al 1984)، وقد تبين أن الأعراض السالبة تتلازم أيضا مع وجود ضمور في الفص الصدغي الأيسر (Ture et sheyet .al 1999) وكلما وضحت التغيرات أكثر كلما زادت شدة الاضطرابات التفكير، وحدث هلاوس سمعية (Saddathet et al 1990) ويشكل رئيسي فإن التصوير السطحي للبوزيدرون المطلق صورا مشابهة من الخلل ، وقد أظهرت دراسات سريان الدم بواسطة نفس تقنيات التصوير السابقة تلازما بين أعراض أو أنماط أعراضية معينة مع وجود خلل في سريان الدم في مناطق مختلفة أو بشكل عام فإن الأعراض الموجبة تتلازم مع زيادة في نشاط بعض المناطق ونقص في نشاط مناطق أخرى .

بينما تتلازم الأعراض السالبة غالبا مع وجود نقص في سريان الدم (Sabri et al 1997) وقد تبين فحص نسيج المخ بعد الوفاة للمصابين بالفصام وجود مشاكل في بعض أنواع خلايا المخ ، خلايا البينية الكابحة، بإخماد عمل الخلايا العصبية الرئيسية مما يمنعها من الاستجابة لمعلومات أكثر غزارة ، إذا اجتمعت هذه النتائج معا فإنها تقترح أن الفصام عبارة عن خلل في تنظيم نشاط المخ بواسطة الخلايا البينية ، مما يجعل المخ يستجيب بشكل مبالغ للمثيرات البيئية المحيطة ، ويفقد القدرة على حجب المثيرات غير المرغوب فيها ، وفي نفس الوقت يحدث نقصا في حجم الفصوص الصدغية ، التي تقوم بتسهيل المعلومات الحسية فتجعل في مقدرة الشخص أن يكتسب سلوكا مناسباً وجديدا . (<http://www.your doctor net>)

نجد الشذوذ في الجهاز المركزي هو يسبب الفصام من خلال الانحراف الوظيفي لكل من الحبل العجزي إلى الفص الجبهي، وبالتالي خلل على جميع المستويات، وحول طريقة عمل الخلايا العصبية الفردية، وبالتالي الخلل على جميع المستويات وحول طريقة عمل الخلايا العصبية الفردية بانحراف وظيفي حدودي لنظام الرقابة المتشابك، ويظهر الخلل في الإدخال والتخزين أو الاسترجاع، وأصناف كل واحد منها من الصعب تتناسب مع الانجاز العمليات الفكرية العالية من الفصمة Schizotypes. (Meehl .P 1990 p 14)

حيث تقنيات التصوير الجديدة للرنين مغناطيسي MRI من خلال الافتراضية التصوير الطبقي (PET) في الدماغ لأدمغة المصابين بالفصام (الأسوياء)، وجد العلماء الاختلاف في بنية وظائف أدمغة المصابين بالفصام ونظرائهم، ولاحظوا أن الأشخاص الذين يعانون من مرض الفصام يتميزون بتضخيم البطنين المملوءة بسائل التجويف داخل الدماغ، وفقدان المادة المادية لأنسجة من المخ، شذوذ في المادة البيضاء، والآليات العصبية بمثابة أسلاك ربط مختلفة في الدماغ تتصل بمربعات غير عادية أين يحدث الفصام.

(Understanding schizophrenia big picture p 12)

و كثرت المناقشة حول ظهور (النقطة القرمزية) في بول مرضى الفصام، فقد لوحظ أنه إذا عرضنا بول هؤلاء المرضى الفصام على ورق حساس للضوء Paper chromatography فإنه يحدث نقطة قرمزية في موقع معين من هذا الورق الحساس، وهذا لا يحدث مع بول الطبيعي وهذا برهان دامغ على وجود

اضطراب كيميائي وتمثيلي في جسم مرضى الفصام يؤدي إلى وجود مركبات شاذة في البول، وما يزال الجدل قائما بين العلماء حول موضوع (النقطة القرمزية) فالبعض يقول إن سببها هو العقاقير الكيميائية التي تعطى لهؤلاء المرضى، وهناك من يرى أنها تفاعل بين نوعيات الطعام التي يأكلها هؤلاء المرضى.

(عطوف محمود ياسين 1986 ص 304)

كذلك نجد أهمية الاضطرابات المعرفية وارتباطها بالفصام عدد قليل من الدراسات حول الموضوع لكن أن اضطراب الذاكرة العرضية تلعب دورا أساسيا لارتباطها بثلاثة مناطق وظيفية وهي نوعية الحياة (الاجتماعية والمهنية في المجتمع) ، والقدرة على التعرف وحل المشاكل الاجتماعية والقدرة على تعلم قواعد السلوك والحياة الاجتماعية .

وبعض الدراسات كشفت على نوعين الأول هو أنه مثل كل وظائف الدماغ و الذاكرة العرضية تعتمد على شبكات نظم العصبية التي تتألف من الهياكل القشرية وتحت القشرية مترابطة ويبدو أن ضعف إدراك للفصام بما فيها تلك المتعلقة بالذاكرة العرضية ، تعتمد في جزء كبير منه إلى فشل التكامل الوظيفي بين قشرة الفص الجبهي، والقشرة الرمادية الوسطى ، وقد أظهرت دراسات عديدة وجود العجز في الذاكرة العرضية في مرضى الفصام خاصة الذاكرة اللفظية أو الذاكرة البصرية وأن المرضى الذين يتلقون أولا مضادات الذهان والآثار التي يمكن أن تكون مضادة ضارة على وظائف الإدراك واختلال الوظيفي للقشرة الفص الجبهي للذاكرة العرضية تسبب مرض الفصام . (Hollat .H 1999 p15)

6-7 نظرية النوروعصبية : تتمثل في ثلاث فرضيات وهي :

6-7-1 الفرضية الدوبامينية :

تطورت في سنين الأخيرة بعد أن تبين أن مستقبلات مادة الدوبامين تنقسم لعدة أنواع من رقم 1 إلى 5، وأن مستقبل دوبامين 1 يختلف عن بقية الأنواع وأن استثارة الدوبامين 1 بالأدوية المخصصة يؤدي إلى علاج الأعراض السلبية التي كانت جعل مريض الفصام لا يستطيع العمل ويحيا حياة هامشية ، أما الدوبامين 2 فكانت تركز عليه جميع الأدوية السابقة في علاج مرض الفصام ، حيث أن زيادته كانت المسؤولة عن التهيؤات والأوهام التي كان يعانيها مريض الفصام ، وتقوم هذه النظرية إلى عدة أدلة أدوية مثل Amphetamine الذي يحرر الدوبامين ، ينتج عن تناوله سلوكيات لا يمكن تمييزها عن أعراض الفصام ، وعند إعطائه للمريض الفصامي يؤدي لاشتداد الحالة ، أيضا L-dopa الذي يتحول إلى الدوبامين، Apomorphine Bromocriptine وكل شادات لمستقبلات الدوبامين Agonist dopamine تحدث أعراض مشابهة لأعراض الفصام ، و أدوية الفصام الحالية هي عبارة عن حاصلات مستقبلات الدوبامين بعض المسارات العصبية Pathways في الجهاز اللمبي التي لها دور في المزاج والسلوك والتفكير.

تستخدم الدوبامين كناقل عصبي لدراسة افتراض أن فرط فعالية جهاز الدوبامين (المحور خاصة من (VTA) (Ventral Tegmental Area) المنطقة الحاقية الباطنية من المسؤولة عن حدوث أعراض الفصام ،أما أدوية داء باركنسون (زيادة الدوبامين) تؤدي إلى أعراض الفصام والعكس صحيح ،كما بينت الفحوصات التشريحية لأدمغة مرض الفصام بعد الوفاة بأن مستقبلات مادة الدوبامين في الخلايا العصبية هي أكثر في مرض الفصام من الناس العاديين ، وكذلك فإن حساسية هذه المستقبلات لمادة الدوبامين أكثر لدى مرض الفصام منها عند الإنسان العادي ،وكل هذه الدلائل تؤيد النظرية الدوبامينية التي تحدث في دماغ مريض الفصام. (http : // www. q8 nursing com / Forun / showthread .php ? t: 3036)

تحدث زيادة في نشاط الدوبامين في الجهاز العصبي المركزي من خلال وسيلتين زيادة الدوبامين في أماكن المشتبكات العصبية بالإضافة إلى زيادة حساسية المستقبلات العصبية ،وفي النظرية الدوبامينية للفصام تفترض أن الزيادة في مستويات مستقبلات الدوبامين أو الدوبامين في الجزء الظهرى أو البطني للجسم المخطط وراء الأعراض في الفصام الخلل يكون في المسار الميزولمبي، حيث يكون هناك فرط نشاط الدوبامين على مستواه دلائل على صحة النظرية المنشطات مثل الأمفيتامينات والكوكايين والتي تزيد من إفراز الدوبامين في الخلايا الناقلات العصبية neuro transmission ، يمكن أن يؤدي إلى هلاوس تشبه الأعراض الايجابية الشيزوفرينيا، وخاصة بعد جرعات كبيرة أو استخدام لفترات طويلة ،كما نجد كاريصور ولندفيست 1963 Carissor and lindqvist أول من افترض أن العقاقير مثل كلوبرومازين هالبريدول chlopromazine Haloperidol تخفف من أعراض الفصام من خلال تثبيط مستقبلات الدوبامين ،وبالتالي تقليل تأثير مضادات الذهان ،هذه التي أثبتت فعاليتها في العلاج على مدى 50 عاما تشترك في قدرتها على تنشيط مستقبلات الدوبامين D₂، ولوحظ أن مرضى الفصام يكون الدم الحالي الجامع (HT5) تركيزات، فيحدث خلل أساسي واحد مع ناقل عصبي تبادل في الناقلات العصبية الأخرى وهذا يؤدي إلى تغيرات طفيفة للبروتينات واستقلاب البروتين ، وغيرها من العمليات فرعي البيولوجيا الخلوية التي تشير إلى اضطراب مرض الفصام . (Tellis Priscilla 2008p11)

أقترح بعض العلماء أن كثرة الدوبامين تتجم عنها أعراض تتبع من العقد القاعدية ،وان قلة الدوبامين تتجم عنها أعراض ترتبط بالقشرة المخية الجبهية ،وقد تتجم من التأثير الكلوتاماتي غير الكافي تلك الأعراض ذاتها (زياد قطب 2004 ص 11).

كما وجد علماء آخرون أمثال الطبيب (جنسخ) وجود علاقة وترابط بين الغدد الصماء أو الهرمونات ومرض الفصام ، ويقول الدكتور جيسنغ أن مرض الفصام (الكتاتوني الدوري) يحتفظون بمادة النيترون في الجسم ، وأنهم يتحسنون عند طردهم هذه المادة ،ومن الأبحاث العربية قام الدكتور أحمد عكاشة في قياس كمية الكورتيزون في مرض الفصام وأثر ذلك في شفائهم، فقد وجد أن هذا الهرمون يفرزه مرضى فصام البارانويا أكثر من مرض أنواع الفصام الأخرى ، وأن نكسات المرض يصاحبها زيادة في إفراز هرمون الكورتيزون وأن شفاءهم يصاحبهم نقصان في إفراز من الهرمون . (مروان أبو حويج ، عصام الصفدي 2009 ص 131)

6-7-2- فرضية الجلوتامات :

بما أن مضادات الذهان النمطية (حاصرات الدوبامين) تعالج الأعراض الايجابية للمرض ولا تعالج الأعراض السلبية، افترض العلماء وجود ناقل عصبي آخر مسؤول على حدوث الأعراض السلبية للفصام ، تفترض وجود خلل وظيفي على مستوى المستقبلات العصبية للجلوتامات من النوع (NMDA) على مستوى أجزاء من الدماغ مما يؤدي إلى ظهور الأعراض السلبية للفصام ، أن كبح مستقبلات الجلوتامات من النوع (NMDA) ينتج عنه أعراض مشابهة للفصام ، والجلوماتات (Glutamate) هو حمض أميني ، وناقل عصبي منشط ، قررت بعض الدراسات أن له دورا في الأسس البيولوجية للفصام ،عندما ظهرت مضادات الذهان غير النمطية (كلوزابين ، وريسبيدون و أرلانزابين وغيره) بدأ الباحثون في التشكك في الفرض القائل بأن سد مستقبلات الدوبامين 2 بواسطة مضادات الذهان هو السبب الرئيسي لمفعوله المضاد للذهان وقد تبين أن مفعول مضادات الذهان غير النمطية (الحديثة) يشمل ميلا شديدا للعديد من أنواع المستقبلات بالإضافة إلى الدوبامين 2 تشمل من بينها مستقبلات السيروتونين ،ولهذا فإن الأبحاث الحالية تقترح أن أنواعا عديدة أخرى من المستقبلات مثل NMDA , HT2-5 , D-3 , D-4 , D-5 , D-1 تنشأة الفصام . (http/www.open the door .com / 18 arabic / 02/02/ 2002 htm)

6-7-3- نظرية تفاعل بين جلوتامات والدوبامين :

توليفها من جلوتامين ،الجلوتامين هو من النواقل العصبية الأساسية التي تثير مركز لنظام الدماغ المركزي (snc)،انها بمثابة المغير لمجموعة من المنظمات الأساسية للنواقل العصبية خاصة في نظام الدوبامين ،حوالي من 60% من العصبونات نظام المركزي الدماغى يستعمل الجلوتامات glutamate كأول للنواقل العصبية ،وحوالي 40% من النهايات المتشابكة لجهاز الدفاع المركزي المرتبطة بجلوتامات مع الدوبامين ،الذي يسمح لأثنين من النواقل العصبية لمشاركة في حدوث الفصام نتيجة لصلاية الدعم الأمبريقي ،وطريقة تفاعلات جلوتامات - دوبامين في الفصام تطورت بقاعدة العجز الملاحظ في النواقل الجلوتانرجيك والدوبامينرجيك القشرية،ومن التفاعلات في النواقل الدوبامينية للجسم المخطط.(Roy Martin 2010 p 29)

6-7-4 فرضية السيروتونين :

حديثا اكتشف أن هناك مادة أخرى مسؤولة على وجود أعراض مرض الفصام وهي مادة السيروتونين، لذا تركزت الاكتشافات العلاجية الحديثة عن تأثير إفراز السيروتونين يؤدي هذا التقدم في فهم المسببات العصبية لمرض الفصام إلى علاج الأعراض النشيطة من هذا المرض دون المساس بحيوية المريض ودون ظهور الأعراض الجانبية التي كانت منتشرة من قبل مع العلاجات التقليدية ، وبعد السيروتونين أحد أهم الموصلات العصبية في الجسم ويعرض هذا الموصل بخماسي هيدروكسي تريبتامين (Hydroxytryptamine) والمعروف (HT5)،أما دور السيروتونين في الفصام مضادات الذهان الحديثة غير النمطية، أظهرت التشابه الكبير لمستقبلات السيروتونين، بمعنى أن مضادات الذهان الحديثة هي الأكثر فعالية والأكثر بنها لمستقبلات السيروتونين ، هناك تغييرات واسعة النطاق ومعقدة في نظام السيروتونين لدى المصابين بالفصام ، هذه التفسيرات تشير إلى أن الاختلال الوظيفي في السيروتونين مشارك في أعراض المرض ، وتظهر نتائج التشريح انخفاض مستقبلات السيروتونين في لحاء الجزء الأمامي من الدماغ، والأدوية الجديدة المثبطة للسيروتونين فعالة في معالجة الأعراض السلبية (انسحاب ، بلادة العواطف ، نقص القدرة على التواصل والعلاقات الاجتماعية) ، ثم تحرير السيروتونين عن طريق تنبيه مستقبلات السيروتونين من النمط HT₂ A-5 الذي يترافق ذلك بحدوث الهلوس وبالتالي فهي تعتبر من المركبات المهلوسة تأثير السيروتونين على C.N.S

(Http // www .open the door)

6-8 نظرية متعددة الأبعاد :

نمط الأندروفيني إلى علم الوراثة من مرض فصام ، اليوم تعتبر مجموعة الأمراض للفصام لديها أسباب منطقية معقدة ينطوي على العديد من الجينات بدرجة معينة من متعدد النمط الظاهري (تأثيرات مختلفة على الجينات) والعوامل البيئية العقلية التي تؤدي للعزلة ، ويمكن أن تشارك في تغيير الوراثة للفصام ، وهذا خلال الدراسات لسكان إيرلندا أن الأشخاص المصابين بمرض الفصام مشتركة من خلال الأبعاد الإكلينيكية وسمات الشخصية ، وكذلك الأعراض السلبية والإيجابية ويحدده الأساسي الجيني المشترك، ولكن دراسات أخرى في دراسة التوائم ، أثبتت أنها قادرة على التحقق من الاستقلال الجزئي الوراثة لهذه الأبعاد الإكلينيكية ، أي الجينات لا تكون مسؤولة أقل إكلينيكيًا من الأشخاص في النمط الظاهري ، وهذا النهج العيادي الجديد رغبة في تعقيد الوراثة للمرض فصام وزيادة درجة الترابط بين النمط الجيني والنمط الظاهري A.

وهذا شجع البحث عن الخصائص العصبية والنفسية والعصبية التي تنتقل الأندوفينوتيب Endophenotypes والنتيجة هو أن النمط الظاهري من أبعاد مرض الفصام (Saoud .M, D'amato .T 2006 p24).

6-9- النظرية المضادة للطب النفسي :

يرى لانج وساز Laing and Szasz (1962) أنه لا يمكن تفسير الفصام في إطار طبي ، وأن الحل الأمثل شموله تحت الإطار الاجتماعي والإنساني ، وتتلخص النظرية في أنه عرف الفصام بأنه نعت أو لقب يتداوله ويسقطه البعض على الآخر تحت ظروف اجتماعية معينة ، وحدث سياسي ويرجع ذلك لان الفصام هو أحد أنواع الاغتراب والذي يرتكبه الإنسان في حق أخيه بطريقة وحشية عنيفة ، وان السلوك المخالف والذي يلعبه البعض بالفصام ما هو إلا إستراتيجية خاصة يلجأ إليها الفرد ، ليتعايش مع مواقف غير محتملة ، وأنه إذا لقب أحد بأنه فصام فسيبقى هذا النعت وسيتجه العلاج نحو تعزيز هذا السلوك الذي سمي بالفصام في بدو الأمر وتدور اللعبة في حضنة مفرغة . (نبيل محمد جودة 2008 ص 39) .

ويؤكد كوبر من مؤيدي هذا العلاج أن المواقف الاجتماعية والأسرية الظالمة التي يتخذها الأصحاء العاقلون ضد المرضى المجانين وهو يدين عدة مواقف ويدعو الى تفسيرها واستبدالها بمواقف إنسانية تتسم بالتفهم والرحمة وخاصة من جانب أفراد عائلة المريض ،وقد أكتشف كوبر أن المواقف العائلية القاسية تساعد على التهيئة للمرض العقلي، وتوصل الى هذا الاستنتاج عندما قام بفحص عائلات بعض المرضى المصابين بالفصام فوجد أن سلوك أفرادها تطرفا وقسوة وأن مواقفهم تعوزها المرونة وفي مثل هذه البيئة الصارمة يتعلم الطفل أنه إذا خرق القواعد والنظم فإن ذلك سيسفر عن عواقب وخيمة للغاية تسبب خرابة العائلة بأكملها ،لذلك نراه يختار أحد الطريقتين إما الإدمان الكامل والتخلي عن حريته أو الاغتراب النفسي والابتعاد كلياً عن العائلة مع ما ينجر عن ذلك من وخز الضمير الذي يظل مشتتاً في وجدان الطفل فيزيد حالته سوءاً ،ومعظم الأفراد الذين يختارون الطريق الثاني ويتركون عائلاتهم ،يدخلون مستشفيات الأمراض العقلية وهناك يجدون في المعالجين والمرضات والإداريين صور والديهم وأشقائهم وشقيقاتهم فيتصرفون أنهم يكيدون لهم ويحكون الدسائس نفسها ضدهم ،وإزاء ذلك يواجهون اختياراً جديداً فأما الانسحاب والعيش منعزلين في حجر المستشفى أو الشعور بالحنين الى عائلاتهم والطوق الى العودة لها وهنا يكمن الأمل في الشفاء ،وكثيراً من مرضى الفصام يطلق سراحهم من المستشفى، ويعودون دون فعلا الى أسرهم خلال أقل من سنة.

ويرى كوبر أن أساس الصحة النفسية والعقلية يكمن في تبادل عاطفة الحب بين الطفل والأم ،وهناك بعض الأطفال لا يتطورون تطوراً نفسياً سليماً بسبب عوامل عديدة لذلك فهم يعجزون عن الشعور بأنهم منفصلون عن أمهاتهم وأن لهم شخصياتهم المستقلة وهكذا تنعدم علاقة الحب المتبادلة بعدم وجود طرفين يتبادلانه، ففي عقل الطفل هناك فقط طرف واحد وشخصية واحدة يندمج فيها الطفل والأم معا ،وهنا يفسح المجال للاضطراب. (ياسر فهد ؟ ص 10)

7- أعراض الفصام :

علامات وأعراض مرض الفصام كثيرة وتختلف من فرد الى آخر، ويمكن أن يحدث الفصام في أي مرحلة عمرية ، وتظهر علامات مبكرة في معظم الأحيان في المراهقة سواء في وقت مبكر أو متأخر ،حيث نميز نوعين من الأعراض المتمثلة في الأعراض الايجابية والسلبية ،حيث أول من قدم المصطلحين طبيب أعصاب الانجليزي جاكسون jackson ورونولدس reynolds لكتابة ظاهرة الصرع ،أما الاستعمال المصطلحين في ميدان الطب العقلي من قبل كابرنتر ستروس (1974) capcarpenter strauss يصف هذا القسم الأعراض الايجابية والسلبية والتي تتمثل في معايير التشخيص .(Diane Morin 1999 p28)

7-1- الأعراض الايجابية :

* **مجموعة من الهلوس:** يرى ، يسمع ، يشم ، يشعر أي الأشياء التي لا وجود لها ، هذه الأعراض تشمل مختلف أوهام و الاضطهاد مثل (أن المريض يرى نفسه في قلب كل الأحداث ، وخيال العلمي) .

* اضطراب اللغة:

عند مرضى الفصام توجد عدة نماذج مقترحة مثل نموذج فريث (c, frith) الذي اقترح أن مريض الفصام يعاني من عدم القدرة على معالجة النوايا ،ومن جهته رأى بلولر (E,bleuler) أن اضطرابات اللغة عند مرضى الفصام هي ترجمة وتعبير عن اضطرابات التفكير عندهم ،أما شابمان (champman) ،فقد رأى أن الخلل يكون في التخطيط ،من أهم الاضطرابات اللغوية التي ظهرت عند هؤلاء المرضى التوقف والنمطية والوظوب ،يكون كلامه غريب مبهم ،تكون عباراته غير مفهومة وغير منطقية ،لا يعالج نواياه ولا نوايا الآخرين ،يميل الى الرمزية ،يعاني من الشرود وعدم الانتباه . (بوخميس بوفولة 2008 ص 198)

* السلوك العنيف :

رغم أن التهديدات بالعنف ، وحتى الانفجارات العدوانية الخفيفة الشدة هي شائعة في الحالات الفصامية الحادة والناكسة ، فإن السلوك الخطر هو عندما ينصاع المريض إلى الهلوس الصوتية التي تأمره بالهجوم على مضطهديه حسب ما تبدي له هذياناته وهلاوسه ، هذا السلوك هو الخطر العدواني عند مرضى الفصام ، وهناك جرائم صغيرة طفيفة ترتكب من قبل فصامين مزمنين يتصفون بالشعور بالصغارة والرفض الاجتماعي ، ولنعلم أن مخاطر الانتحار تتزايد في جميع أطوار المرض عند فصامين .

(محمد حمدي الحجار 1998ص146)

7-2- الأعراس السلبية :

*فقدان العاطفة ، الانسحاب الجماعي (العائلة ، الأصدقاء ، والتغيرات في أنماط النوم ، السلوك المعادي للمجتمع) .

* التناقض (ambivalence): حيث يظهر المريض الفصامي المشاعر والاتجاهات والأمانى والأفكار المتناقضة اتجاه الشخص أو موقف معين ، والتناقض مظهر لأمراض أخرى ، لكنه سرعان يكون أشد وطأة في الفصام

* اختلال الهوية (depersonalization): وهي أفكار غير واقعية لا تكون هذائية عادة ، ويدرك المريض شذوذها ويشكو من الكرب الذي تحدثه ، ويوجد شعور بالتغير في الشخصية أو في أجزاء الجسم ، ويشعر المريض بأنه لم يعد هو نفسه ، ولكنه لا يشعر بأنه صار شخص آخر ، وقد يكون هناك شعور مخيف بالغربة ، وبذكر المريض أن مشاعره قد تجمدت وأفكاره أصبحت غريبة ، وأن أفكاره وتصرفاته تبدو كما لو كانت تنفذ بطريقة آلية.

* عدم التناسب الوجداني : حيث تكون الاستجابات الانفعالية غير ملائمة لمحتوى التفكير ، ويكون المزاج غير متنسق أو مبالغ فيه ، وقد يشمل الاضطراب الوجداني ، واللامبالاة ، والضحالة ، والتبدل الوجداني .

(جمعة سيد يوسف 1990 ص 192)

7-3- الأعراض المعرفية :

* فكر مشوش ، عدم القدرة على التركيز ، الحجج .

(Bristol . M, Squibb 2004 p 14)

* اضطراب في شكل التفكير تتمثل في التغير من موضوع إلى موضوع آخر بسبب التداعي لتفاصيل تافهة ، الميل للتهويمات والتجريدات العامة ، أو الميل إلى العيانية الشديدة وأفكار الفصامي غامضة ، متكررة ، ولا تحمل كثيرا من الوقائع والمعلومات بالرغم من زيارة معدل الكلام .

* اضطراب في عمليات التفكير العجز عن الاستمرار في موضوع واحد مع الميل إلى تشتت التفكير نحو جوانب هامشية لا علاقة لها بالموضوع الرئيسي ، وخاصة شكل البطء في الاستنتاجات أو الاستجابة للمنبهات.

ونجد الاضطرابات المعرفية في مرض الفصام جدل في تركيز الأطباء النفسانيين بالاهتمام على الأعراض الايجابية وهو العجز المعرفي ،بالإضافة إلى طبيعة التعطيل وعلاوة على ذلك هناك العجز المعرفي يؤثر على حوالي 85% من المرض الذين يعانون مرض الفصام (Saoud .M, D'amato.T 2006P41) .

مما سبق يتضح أن أعراض الفصام تشمل جميع الجوانب من تفكير وانفعالات والجانب الحركي ، والأعراض الايجابية والسلبية ، والسلوكات التي يغلب عليها طابع الهيجانات ، وتعدد مواضيع الهذات ، هذا لا يمنع من وجود السلوك الذي يتميز بالاستقرار أي (غير الهائج) و يحمل غرابة في الأفكار ، فالفصامي له صعوبات في التكيف مع الواقع ،هذا ما جعله يعيش في عالم مليء بمجموعة من الهلوس والهذات للاحتماء بها من الواقع الخارجي ،حيث صراعه يتوقف على الأنا والواقع الخارجي ،لهذا أفكاره مجزأة ومشتتة وتأخذ العديد من مواضيع الهذات ، و لكل فصامي يتميز بمجموعة من الأعراض تختلف حتى في نفس النمط من فرد إلى آخر .

8- أنواع الفصام :

يتحدد نوع الفصام وفقا لنوع الأعراض الغالبة على الصورة الإكلينيكية في وقت التقييم

8-1 النوع البرانوي (الهدائي) paranoid :

هو نوع من الفصام تتوافر فيه المعايير التالية :

* الانتشغال بواحد أو أكثر من الضلالات ،أو وجود هلاوس سمعية متكررة

* عدم وجود أي مما يلي بشكل بارز : تفكك الكلام ،تفكك (تتاثر) السلوك ،السلوك الكنتاتوني ،تسطح العواطف أو عدم ملائمتها .

8-2 النوع المتناثر (المتفكك) DISORGANISED :

هو نوع من الفصام تتوافر فيه المعايير التالية :

وجود كل ما يلي بصورة بارزة :

*تفكك الكلام

*تفكك السلوك

*تسطح العواطف أو عدم ملائمتها

* لا تتوافر فيه المواصفات الخاصة بنوع الكنتاتوني

8-3- النوع الكاتونى Catatonic:

هو نوع من الفصام يغلب على صورته الاكلينيكية اثنان على الأقل ممايلي :

* التوقف الحركي كما يتبين في الجمدة catalepsy (متضمنة الطواعية _الانثنائية _الشمعية waxy ,flexibility) او السبات (الذهول) stupor

* النشاط الحركي المفرط (الذي يبدو بلا هدف ،ولم تستثيره مثيرات خارجية).

* السلبية (الخلفة) négativisme الشديدة (مقاومة لا داعي لها لكل التعليمات ،أو المحافظة على وضع متصلب ضد أي محاولة للتحريك).

* غرائب تتعلق بالحركة الإرادية ،كما يتبين في "الوضعة" posturing (اتخاذ أوضاع إرادية غير ملائمة وشديدة الغرابة)،أو الحركات المكررة أليا (الأسلوبية) ،أو النمطية Mannerism الظاهرة ،أو التقطيب Grimacing الظاهر .

* المصادر القولية Echoilia أو الفعلية Echopraxia

8-4 - النوع غير المتميز (Undifferentiated) :

هو نوع من الفصام تتوافر فيه الأعراض المدرجة في القائمة [أ] (الأعراض المميزة للفصام)،ولكن لا

تتوافر فيه المواصفات الخاصة بالنوع البارنوي ولا النوع المفكك ولا نوع الكاتونى .

8-5- النوع المتبقي Residual:

هو نوع من الفصام تتوافر فيه المواصفات التالية :

- أ- غياب الضلالات البارزة، والهالوس، وتفكك الكلام، والسلوك الشديد التفكك الكتاتوتي .
- ب- وجود ما يدل على استمرار الاضطراب، كما يتبين من وجود أعراض سلبية، أو وجود اثنين أو أكثر من الأعراض القائمة [أ] في صورة مخففة (مثل: اعتقادات غريبة، خبرات حسية شاذة).

(أمينة سماك، عادل مصطفى 2001 ص165)

9- تشخيص الفصام :

إن تشخيص مرض الفصام يعتمد على أنظمة التشخيص السريرية المتعارف عليها عند الأطباء الإكلينيكيين ، والتي تقوم بأخذ السيرة المرضية بدقة للمريض ، والفحص النفسي للمريض ، ولابد من استبعاد اضطرابات المزاج والأمراض الذهانية الناتجة عن المواد المهلوسة والمنشطة والمخدرة بشكل عام .

هناك مواقف لا بد للطبيب أن يكون حذرا في إعطاء تشخيص الفصام فيها، مثل الحالات التي تترافق مع أعراض غير مألوفة ، أو عند بداية حالة الذهان أو الانتكاس بعد سنوات طويلة ، أو إذ تغيرت الأعراض والمظاهر المرضية ، كما أن بداية المرض في سن الطفولة والشيخوخة لابد أن يجعلها حذرين في التشخيص

(عبد اللطيف حسين فرج 2009 ص 177) .

- وعمليا حسب التشخيص الصحة العقلية ، ليس هناك اختبار واحد يشير بشكل قاطع أن شخصا ما مصاب بالفصام ، ولذلك يجب على ممارسي الرعاية الصحية تشخيص هذا المرض عن طريق فحص طبي شامل من خلال الأسرة ، والمعلومات ، ولا يقتصر على جنس الشخص والتوجه الجنسي والخلفية الثقافية والدينية والعرقية والحالة الاجتماعية والاقتصادية ، وإنما يتطلب اختبار ذاتي للمريض الذي يجب تقييمه ، وكذلك أن يقوم الطبيب بالفحص البدني ، وعادة ما تشمل الفحوص المخبرية لتقييم صحة الشخص عامة ، واكتشاف الطبيب إذا ما كانت نتيجة أعراض نفسية من خلال طرح الأسئلة حول الأعراض ، ويبحث ما إذا كان الفرد يعاني من هلوسة أو أوهام وأعراض الاكتئاب أو الهوس أو استعمال المخدرات ، والفحص الصحة العقلية هو الذي يحدد ما إذا كان الفرد يعاني من اضطراب فصامي عاطفي أو غيرها من اضطرابات الذهانية . (Roxanne .D ,Melissa .C ?p1)

9-1 حسب DSMIV :

وهذا من خلال حسب الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع في مايلي :

أ - الأعراض المميزة :

اثنان (أو أكثر) مايلي : يحدث كل منها لفترة طويلة من الوقت خلال مدة شهر (أو أقل من شهر إذا تم علاجها بنجاح) :

1-الضلالات Delusions

2- هلاوس

3- تفكك الكلام (مثل : كثرة الخروج عن المسار Derailment أو عدم الترابط Incoherence) .

4- سلوك شديد التفكك ، أو سلوك تخشبي (ككاتوني)

5- أعراض سلبية : أي تسطح العواطف ، أو نقص (كم أو محتوى) الكلام Alogia أو فقد الإرادة .

ملاحظة : يكفي عرض واحد من [أ] إذا كانت الضلالات شاذة (شديدة الغرابة) أو كانت الهالوس تتألف من صوت لا يكف عن التعليق على سلوك الشخص أو أفكاره أو من صورتين أو أكثر في حوار مع بعضها البعض .

ب- اضطراب الوظيفة الاجتماعية / المهنية : لفترة طويلة من الوقت منذ حدوث الاضطراب يتدنى الأداء بدرجة ملحوظة عما كان عليه قبل بداية المرض في مجال أو أكثر من المجالات الوظيفية المهمة كالعامل أو العلاقات الشخصية أو العناية الذاتية (إذا كانت بداية المرض في مرحلة الطفولة أو المراهقة يفشل الشخص في بلوغ المستوى المتوقع من الانجاز في مجال العلاقات الشخصية أو المجال الدراسي أو المهني) .

ج- المدة : تستمر علامات الاضطراب لمدة ستة أشهر على الأقل ، ويجب أن تتضمن هذه الأشهر الستة شهرا على الأقل من أعيار المعيار [أ] أي أعراض المرحلة النشطة (أو أقل من شهر إذا تم علاجها بنجاح) ، وقد تتضمن فترات من الأعراض البادارية (الممهدة) Prodromal أو المتبقية Residual ، أثناء هاتين الفترتين التمهيدية والمتبقية ، أثناء هاتين الفترتين التمهيدية والمتبقية قد تتمثل علامات الاضطراب في الأعراض السلبية فقط ، أو في عرضين أو أكثر من القائمة (أ) موجودين بشكل مخفف (مثل اعتقادات غريبة ، خبرات حسية شاذة)

د. استبعاد اضطراب الفصام الوجداني واضطراب المزاج

وقد تم استبعاد تشخيص الفصام الوجداني واضطراب المزاج إما لأنه (1) لم تحدث نوبات اكتئاب عظمى أو نوبات هوس أو نوبات مختلطة متزامنة مع أعراض المرحلة النشطة ، أو (2) إذا حدثت نوبات مزاجية أثناء أعراض المرحلة النشطة ، لأن مدتها كانت قصيرة بالقياس بمدى الفترات النشطة والمتبقية .

هـ. استبعاد حالة الإدمان وحالة المرض الجسدي العام

ليس الاضطراب نتيجة للتأثيرات الفسيولوجية المباشرة لأحدى المواد (مثل : عقار إدماني ، دواء) أو نتيجة لمرض جسدي عام .

و. علاقة الفصام باضطراب النمو الشامل

إذا كان هناك تاريخ مرضي للاضطراب التوحدي (الذاتوي) أو اضطراب نمو شامل آخر، يضاف تشخيص الفصام إذا كان هناك أيضا ضلالات أو هلاوس بارزة لمدة شهر على الأقل (أو أقل من شهر إذا تم علاجها بنجاح) (أمينة سماك، عادل مصطفى 2001 ص 163)

9-2- الأخصائي النفسي :

بتطور علم النفس العيادي واعتماد على المنهج العلمي في تشخيص الاضطرابات النفسية والعقلية، فالأخصائي النفسي المتمرن يصل إلى نتائج دقيقة في تشخيص المرض العقلي خاصة الفصام، وهذا سواء بالاختبارات الأسقاطية أو الموضوعية، هذا ما يبين أهمية تدخل الأخصائي النفسي في تشخيص الأعراض للأمراض العقلية، حيث تتيح له الاختبارات معرفة مميزات الأعراض السوية والمرضية كالفصام.

مما سبق يتضح أن تشخيص الفصام يتم إجرائيا عن طريق الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية للرابطة الأمريكية للطب النفسي، وعلى تقنيات الفحص العيادي الدقيقة التي لها فائدة في عملية التشخيص، وبالتالي ضمان نجاح التكفل الدوائي والتكفل النفسي والاجتماعي للفصامي.

10- الشخصية قبل المرض ومسار الفصام:

10-1 - الشخصية قبل المرض :

هناك اهتمام متجدد في الكشف عن العلامات المبكرة بداية مرض الفصام من خلال العديد من الدراسات، التي أثبتت قيمة الإنذار (النذير) وفائدته في العلاج المبكر، وكشف سوجي sugets أن الذين يعانون من الفصام تظهر لديهم أعراض نفس مرضية ملحوظة من ضعف الأداء الاجتماعي والمهني هو مصدر القلق، فإن مسألة أشكال الفصام بداية بالغة الأهمية من حيث أنه صعب الإدراك والانتقال إلى اضطراب المزاج. (Cardine Marie 2003p18)

وكذلك بعض العلماء افترض وجود شخصية معينة قبل المرض تمهد الإصابة بمرض الفصام، وأهمها الشخصية الشبيهة بالفصامية والمضطربة، والتي تتم بسلوك مغرب، وبالانطواء والانزواء والخجل وفرط الحساسية والخيال والهدوء وصعوبة التعبير عن الانفعالات والتبذد ونقص المبادأة.

(محمد جاسم العبيدي 2009 ص 437) .

10-2- مراحل تطور الفصام :

حسب جمعية الأمراض العقلية بكندا أن الأوساط العلمية والطبية حددت ثلاثة مراحل متميزة تمر بها الناس .

10-2-1- المرحلة الأولى :

الحادة فيها تظهر الأعراض الرئيسية بوضوح، ويحدث تدريجيا أو فجأة وهذا الشخص يحتاج إلى مساعدة طبية .

10-2-2- المرحلة الثانية :

تحقيق الاستقرار في هذه الفترة ، حيث المرض تتراجع في الأعراض الحادة .

10-2-3- المرحلة الثالثة :

هذه المرحلة تكون الصعوبات ما زالت قائمة وإما تكون مستقرة أو مزمنة ، ويمكن يحدث الانتكاس الدوري من حيث القدرة وظيفته من المراحل 1 و2 .

11- مسار الفصام :

يمكن تقسيم مسار الفصام إلى أربعة مراحل :

11_1- المرحلة الأولى :

تمتد من بداية فقد المريض صلته بالواقع إلى أن تكتمل لديه الأعراض الفصامية

11-2- المرحلة الثانية :

وهي مرحلة متقدمة ، يبدو فيها المريض مستقبلا لحالته ، فالأعراض المرضية لا تظل مصدرا لانزعاج المريض، كما كانت من قبل .

11-3- المرحلة الثالثة :

وهي المرحلة قبل النهائية تفقد الأعراض حدتها الأصلية ، وتصبح متشابهة إلى حد كبير في أنواع الفصام كافة ،حتى يصعب معه التمييز بين الأنواع المختلفة خاصة بين نوع البارنوي ونوع كاتونوي.

11_4_ المرحلة الرابعة :

فيتسم سلوك المريض فيها الاندفاعية وبالأفعال الانعكاسية . (مجدي أحمد محمد عبد الله 2006 ص 206)

12 - العلاج :

12-1- العلاج الدوائي :

تحسن حالات الفصام على نطاق واسع منذ ظهور مضادات الذهان في عام 1952 ،وصولاً الى مضادات الذهان غير نمطية التي هي بمثابة نقطة تحول في التكفل النفسي لمرضى الفصام في فهم نظم عمل النواقل العصبية في الفصام ،مضادات الذهان الكلاسيكية ومضادات الذهان غير نمطية أو الجيل الثاني .

و يعتبر دولاي و دونيكر ,delay ,deniker من اقترحا مضادات الذهان لتمييز الجزئيات التي تعتمد على المعايير التالية :

* خلق حالة من اللامبالاة الحركية

* التقليل من العدوانية والهيجان

* الحد من عمل الذهان الحاد والمزمن

* الأثار الجانبية النوروعصبية والنواقل اللارادية

* عمل تحت القشرة المسيطر

وبالتالي وفق تعريف الفعالية العلاجية للجزيئات قد يكون ممكنا دون وجود الأعراض الجانبية المصاحبة ، هذه الشروط المعروفة اليوم الخاصة بغير النمطية لجزيئات مضادات الذهان مقابل الجزيئات غير نمطية التي تضم أعراض جانبية عصبية .

* مضادات الذهان غير نمطية كذلك لها فعالية مثل مضادات الذهان الكلاسيكية في الدواء للأعراض الايجابية (هذاء ،هلاوس ... الخ) وفي الدواء للأعراض السلبية (الانسحاب الاجتماعي ،انهاك المشاعر ... الخ) وبعض من الاضطرابات المعرفية غير نمطية .

- الفنوثيرازين مقابل الكلوبرومازين المعروفة للتأثيرات المسكنة والكلية

- البيتروفيونون بما فيها هالوبريدول l'halopéridol مضاد ذهان ضد الهلاوس ،وضد الهذات ومسكن قوي الذي يعتبر رئيس العائلة الكيميائية والذي لا يزال حتى اليوم مرجعا للمقارنة في الدراسات .

- الثيوكتان بما فيها flupentixol و zuclopenthixol (levoyer David 2009 p 194)

ومن بينها نجد :

* الكلوزابين **Clozapine** فعاليتها على شكل اكلينيكي (في أول مرحلة ،واضطرابات الفصام الوجداني)

* ريسبيريدون **Risperidone** هو الوحيد من مضادات الذهان غير نمطية المتوفرة على شكل حقن لعمل أطول ،وفعال بالنسبة للاعراض الايجابية ،معرفية وقلق الاكتابي ،والأعراض السلبية panss ،وتخفيضها بنسبة (60% ou 40% , >20%) ،وتخفيض أعراض للجزيئات للأعراض السلبية .

* أولزابين **Olzapine** : فعالية في تقييم دواء الفصام المقاوم من خلال دراسات لن دوناير (2004) lindennayer في تحسين الوظائف التنفيذية والانتباه والذاكرة اللفظية وذاكرة العمل والسرعة الحركية .

* أميسيلبيريد **Amisulpiride** فعال في الأعراض السلبية والمكتئبين بجرعات من 400 à 1200 mg خاصة للنواقل العصبية للجهاز اللمبي .

* أريبيبرازول **Aripiprazole** فعال للأعراض السلبية والايجابية خاصة في المرضية النفسية .

(Saoud .M, D'amato.T 2006 pp 142-191).

وهي معروفة لديها القدرة على العمل بسرعة مقارنة مع الأدوية النفسية الأخرى ، والآثار الجانبية في معظم الأحيان تشمل النعاس والدوخة ، وزيادة الشهية وربما الوزن التي تترافق مع ارتفاع مستويات السكر في الدم، وارتفاع مستوى الدهون في الجسم، وزيادة مستويات أحيانا هرمون يدعي البرولاكتين ، على الرغم من المحتمل تصلب العضلات والاهتزاز وتشنجات العضلات في حالات غير نادرة جدا غير منسقة ، ومن خلال إجراء المزيد من البحوث الأخيرة ، أن جميع الأدوية المضادة للذهان أن أقدمها الجيل الأول والجديدة فعالة . (Usprivay policy 2012 p35)

* مضادات الذهان الكلاسيكية : مع هذا مضادات الذهان الكلاسيكية لها فعالية خاصة في الأعراض السلبية والعجز العصبي المعرفي .

- استعمال ضد القلق المعمم ، العدوانية : la méthotriméprazine (nozinan)

- ضد الانسحاب : le sulpiride (dogmatil, syndil , aiglonyl) أو risperdal

- ضد الهالوس والهذاء : halopéridol أو amisulpride لكن بجرعات قوية .

(Hanus . M. ,Olivier. L 2003 p 120)

كما نجد بالرغم من تناول المريض الفصامي مضادات الذهان ، إلا هناك نوع من الفصام المقاوم فبعض المرضى لا تزال تظهر الأعراض الايجابية (مثل الأوهام والهلوسة) في الواقع ، وعادة ما يتم تقسيم فعالية العلاج بواسطة تأثيرها على الأعراض الايجابية ، إلا أن تقاوم هذا المرض ، خصوصا من الناحية الوظيفية ، ويعتمد أساسا على استمرار وجود أعراض أخرى مثل ضعف الإدراك أو أعراض سلبية .

ويمكن أن يفسر عدم وجود تعريف إجماع من أشكال مقاومة مرضى الفصام، أو يقدر على مدى سنتين من 20 إلى 45% من المرضى الذين يعانون من مرض الفصام لديها استجابة جزئية للعلاج، و5 إلى 10% ليس لها استجابة، هذه الأرقام تتطابق بشكل رئيسي إلى البيانات المتاحة عن الجيل الأول من مضادات الذهان، ويعرف عموماً مقاومة للعلاج، وغياب تحسن سريري، على الرغم من استخدام اثنين على الأقل من مضادات الذهان أي ما يعادل 75mg من كلوربرومازين أو 15 مغ / د هالدوبيريديول، وبعض المرضى لا يستجيبو للعلاجات الأخرى خاصة نتيجة تعزيز المخدرات، في الواقع سواء كانت الأعراض الايجابية قد تتحسن في غضون 4 إلى 6 أسابيع، ومن 6 إلى 12 شهراً لتحسين كامل للأعراض الوظيفية السلبية، بشرط لا تتوقف مدة العلاج، إلى جانب من الدعم النفسي، و عدم فعالية العلاج تكمن في العوامل الكامنة لهذا المرض. (Saoud .M, D'amato .T 2006 p218).

لهذا نجد المستشفى للمرضى العقليين لا مفر لهم نتيجة لجملة من الأعراض المعقدة خاصة الهيجان، وبالتالي خطر على أنفسهم وعلى الآخرين، لهذا قبل القيام بأي عملية علاج نفسي بأنواعه، يجب التكفل الدوائي، حيث هذا الشخص يفقد مكانته ويصبح شخص تحت الوصاية يمكن لأي شخص أن يأخذ القرار عنه، والذي يحدد وضعيته كعاجز، يمكن أن يدخل إلى المستشفى رغماً عنه من طرف العائلة، والوالى: "انه الشخص يستوجب استشفاه لسلامة الأشخاص والمجتمع والمريض بسبب التشوهات التي تصيب القدرات والسلوكيات" (Tyrode.Y, Albernh.T 1995 p300).

ومن كثرة الحالات يتعجب المريض من ذلك ويؤكد عند حضوره للعيادة النفسية أنه لا يشكو من أي شيء، ولا يدري لماذا أرغمه أقاربه على الحضور، ومنهم من يؤكد أنه سليم معافى، وأن الذين احضروه هم أولى بالعلاج، وهناك بعض الشكاوي نسمعها من الأهل حول ما صار إليه حال المريض أصبحت مألوفة لدينا كأطباء نفسيين لكثرة تكرارها، منها على سبيل المثال:

- سماع المريض لأصوات تكلمه، تحاوره أو توبخه أو تهدده الخ وقد يتصور أن هناك من يطارده .

- يتخيل أن أناسا يتحدثون عنه بينما يكون بمفرده ولا وجود لأحد حوله ،وقد يدفعه ذلك الى الكلام معهم فيبدو كما لو كان يكلم نفسه .. الخ أو ينفجر ضاحكا دون سبب .

- يشعر المريض بأن ما يفكر به في نفسه يتم إذاعته على كل الناس ... الخ ويشعر بأن هناك من يسحب أفكاره من رأسه ليضع محلها أفكار أخرى .(لطي شرييني 2003 ص 65)

12-2- العلاج النفسي:

للفصاميين مشروع حديث نسبيا الى كتاب السيدة غ.شونغ (ودروب نحو الحياة الذهانيين النفسية) المنشور عام 198 م، هو الذي رسم في أوربا فجر هذه المقاربة أهمية (الأمومة) التي تميزها من حب الأم ،وهذا المشروع يستحق التقدير بقدر ما يوجد ميل خارج التحليل النفسي، لاسيما أن الطب النفسي التقليدي الألماني، الى إهمال بر العالم الداخلي للفصاميين ، والواقع أن الخبل المبكر معتبر ، بدءا من ا.كريبلان مرضا عقليا متصاعدا وغير قابل للشفاء، مآله الحتمي حالة خبلية بالمعنى الحقيقي للمصطلح ، وكان أوجين بلولر هو الأول الذي فتح الباب نحو العالم الأعمق لهذا المرض ،عندما تكلم على الانطواء على الذات وتصدع الوظائف النفسية المختلفة في الفصام ،وتوصل هذا المؤلف ، المتأثر بنظرية س.فرويد الى فهم رائع للفصاميين، ولكنه لم يكن معالجا نفسيا، ولم تظهر الشروع العلاجات النفسية إلا مع أعمال ا.كريتشمر ، إذ وضع وصف الشخصية قبل المرضية (الشخصية نظير الفصامية) للفصاميين ، ويوهي تلميذ من تلاميذ بلولر ، ج كلازي،بتعزيز نزوع المرضى العفوي الى الشفاء ، ويتظاهر أنه يجهل المظاهر الفصامية ،ويجعلهم يعيشون في مشفاه حياة شبه طبيعية ،بل يجرؤ على اللجوء الى حيل تمضي ، على سبيل المثال ،الى أن يترك مصابا بالكاتاتونيا يقع في مسبح بغية إثارة التواصل اللفظي ،منذ الإصلاح الذي أسهم به في مصير المرضى العقليين فيليب بينيل عام 1973 في فرنسا ،فان تاريخ معالجة إنسانية للمغتربين العقليين هو الآن طويل على الرغم من الانتقاد الذي صاغه بهذا الصدد ميشيل فوكر تنتمته الطبيعية هي ، في وقتنا الراهن ، الطب النفسي الاجتماعي لهنري باروك (المولود عام 1897) والعلاج النفسي المؤسسي الذي اقترحه جورج دوميزون ، في مشفى هنري روسل (باريس) ، وفرانسو تسوكيل وبول سيفادون ، فمعالجة الفصاميين يؤمنها ، من الآن فصاعدا فريق طبي سيكولوجي .

وكان فرويد يتحاشى علاج الفصامين ، بسبب استعدادهم النرجسي المسبق القوي ، وبول فيدرين على أهمية أن يقوم بتحويل إيجابي بين المعالج والمريض وعلى أهمية دعم هذا التحويل ، ويلح على ضرورة أن يستمر التحليل الكلاسيكي بعد هدأة المرض، وفرويد الفصامي الذي تستولي عليه عاطفة على الأثمية الأصلية لا يمكنه أن يتواصل مع محيطه ويشبع رغباته إلا على نحو غير مباشر، فالمعالج النفسي يتوجه إذن على هذا النمط إلى مريضه توجها يستخدم فيه الشخص الثالث أحيانا ، ويشبع رغبته الأولية بالوسيلة قبل الرمزية - السحرية .

وفيما يخص حالة مرونة ، الفصامية الشابة تؤكد المؤلفة شدة الإحباط الذي كان عليها أن تصلها ، فالتقافة سترمز إلى الثدي والحليب والأمن الأمومي ، وستكون الدمى التي أصبحت بديلة أما للمعالج وإما للمريض هي الوسائل الرتيبة لتطور دونه ، والعلاج المتجه نحو التنشئة الاجتماعية ، بعد هدأة المرض غير منسي ، وتمارس جيزيلا بانكو في باريس، علاج الفصامين النفسي، محاولة توحيد صورة الجسم المجزأة والراق الأعمق من الحياة النفسية .

وألح هاري سوليفان (1892 - 1949) في و.م.أ على العلاقة بين الإنسانية وأكد التشويه (السيء التوافق وجدانيا) الذي يطرأ على طفولة الفصامين، ولكن هذا المبدأ استطاع أن ينفذ الى تطبيق بفضل المزايا الرائعة التي تتحلّى بها فرويد فروم ويضمان فاتجاهاتها (أصغ جيدا إلى المريض) ، وهو سيظل المعيار الكافي الكلي لكل علاجات الفصامين . (<http://www.doctor net>).

وبعد فوج علاجي عميق أو فعال على أساس مبادئ التحليل النفسي ، تبرز التدخلات التي تركز على المحادثة والسرد ، وليس هناك ما أصعب من إنشاء محادثة عادية حتى في الأسر التي تواجه اضطرابات الفصام ، وعلى وجه التحديد يأتي في سياقات المحادثة العفوية المصطنعة الإعداد للعمل من طقوس مصطنعة الرد . (Miermont Jacques 2000 p176)

نجد عدة علاجات من بينها :

*العلاج المعرفي السلوكي :

قد ظهر مصطلح العلاج المعرفي السلوكي في التراث العلمي في بداية الثلث الأخير من القرن العشرين وأصبح في وقت قصير العلاج النفسي الرئيسي في معظم الدول المتقدمة ، وكما يستدل من اسمه ، يعتبر هذا النوع من العلاج النفسي كما عرفة كندال 1993 Kendal محاولة دمج الفنيات المستخدمة في العلاج السلوكي التي ثبت نجاحها في التعامل مع السلوك مع الجوانب المعرفية لطالب الخدمة النفسية بهدف إحداث تغييرات مطلوبة في سلوكه ، بالإضافة إلى ذلك يهتم العلاج المعرفي السلوكي بالجانب الوجداني للمريض وبالسياق الاجتماعي من حوله من خلال استخدام استراتيجيات معرفية وسلوكية ، وانفعالية واجتماعية وبيئية لإحداث التغيير المرغوب فيه. (جمعة سيد يوسف 1990 ص 7) .

علاج معرفي السلوكي للفصاميين يعتمد على تغيير أنماط التفكير السلبي ، المساعدة الذاتية ، بسبب مشاكل في الإدراك وتعقيد نظام الخدمة في كثير من الأحيان ، تجعل من الصعب على الناس مع مرض الفصام ترتيب الرعاية الخاصة بهم ، أي مساعدة الذين يعانون من أمراض مزمنة من التنقل الى نظام معقد ، من الرعاية الصحية. (understanding schizophrenia big picture p21)

وهذا على طريق التدريب على المهارات الاجتماعية ، وتعلم طرق جديدة لحل المشاكل منها ، ويساعد على جعل الشعور والسيطرة والهلوسة أو الأوهام ، ومعروف ب CBT للحد من التوتر عن طريق تغيير أنماط السلوك وإنما التفكير والتعلم من التراجع ، والتي قد يكون لها عواقب سلبية واستبدالها بالتعلم بطرق جديدة أكثر تكيفا .(Hoffer Abram 2005 p46)

* العلاج النفسي التعليمي :

العلاج التعليمي فعالية ملحوظة في حالات الاضطرابات العقلية بصفة عامة ،والفصام خاصة بأنواعه المختلفة وبالأخص حالات الفصام البسيط ،وفصام المراهقة ، وحتى اللوثة العقلية المؤقتة ،ولكن يجب مراعاة التوقيت المناسب له مع تلك الحالات ،كما أن فعاليته مع زيادة استبصار تلك الفئات ،وأسرهم مع تعديل الاتجاهات السالبة التي تندرج تحت أعراض تلك الاضطرابات مع نجاحه في تعديل اتجاهات أسر الفصاميين .

ولقد أثبتت دراسة زانج وآخرون (1998) فعالية التدخلات العلاجية التعليمية التي اعتمدت على أساليب المحاضرات (14) محاضرة ،وأساليب المناقشة ،حيث أسفرت النتائج عن فعالية تلك التدخلات العلاجية التعليمية ،وعن نجاحها في الإقلال من عبء الرعاية ومللها لهؤلاء الأقارب المكلفين برعاية مرضاهم الذهانيين . (مدحت عبد الحميد أبو زيد 2003 ص39)

ودراسة على علاج السلوكي المعرفي لرائدها دونالد هربرت ميتشنيوم meichenbawn على الفصام والتي أوضحت فعالية ذلك العلاج مثل دراسة لوك وآخرون (1991)،دراسة جارتى وآخرون (Garety ,et al,1994) ، (دراسة رودر وآخرون 2001) (مدحت عبد الحميد أبو زيد 2002ص 246) * العلاج السلوكي :

أن الاضطراب عبارة عن أساليب غير توافقية متعلمة ولذلك فإن أفضل طريقة لتغييرها هي إعادة التعلم وفقا طريق أكثر ملائمة لتحقيق التكيف المناسب ، فالعلاج السلوكي Behaviortherapie نصيب كبير في التدخل في العديد من الأعراض غير السوية لدى الفصامين ، فقد استخدم في حالات متنوعة ومختلفة لخفض الهلوس السمعية عند هذه الفئة المرضية ، فدراسة جايمينز وزملائه (Jimenez et al 1996) اهتمت بتقييم كفاءة حزمة من العلاجات السلوكية الأساسية في خفض معدل تكرار الهلوس السمعية وزيارة على الانتباه المثير المهمة خارجية . (وفاء جاسم العوادي 2012 ص 3).

ومنها الدراسات التي عينت بتقييم كفاءة برامج العملات الرمزية وكان لطريقة العملات الرمزية مع مرضى الفصام نصيب كبير في علاجهم ، فقد أشارت دراسة هيرز وزملائه (1997) الى ضرورة استخدام برامج التدريب على المهارات الاجتماعية وكذلك أسلوب العملات الرمزية ، في علاج مرضى الذهان الحاد وبالأخص مرض الفصام المزمن ، كما توصلت معظم البحوث أن طريقة العملات الرمزية تساعد على تغيير سلوك مرض الفصام وبذلك السلوكيات ذات العلاقة بسوء التوافق. (Emmelkamp 1994 p323)

* العلاج بالتحفيز المغناطيسي عبر الجمجمة (SMT): la stimulation magnétique tranacrânienne هو علاج جديد نسبيا ، وليس على نطاق واسع ، ويستخدم المجال المغناطيسي لتحفيز مناطق الدماغ الأمامية مع النشاط غير الطبيعي ، ويمكن أن تكون مفيدة للأشخاص الذين أساسا لهم أعراض سلبية ، وهذا الأسلوب هو موسع ، ويبدو أنه أمن إلى حد ما .(Hill Fiona 2005 p8)

*العلاج النفسي والاجتماعي :

وتشمل التدريب على المهارات الاجتماعية وتقديم المشورة المهنية ، والتدريب المهني وهذا للتحسين الوظائف العصبية مثل التركيز والذاكرة والمساعدة في الأنشطة اليومية ، نجد من بينها العلاج الأسري الذي يحاول إشراك أكبر عدد من أفراد الأسرة ، ويحد من التوتر والانفعالات المتطرفة أي الكف ، من المهم التخفيف من حدة هذه التوترات لأنها يمكن أن تفاقم الأعراض من خلال تعليم أفراد الأسرة على مفهوم مرض الفصام ، وإعطائهم النصائح حول كيفية التصرف وأساليب إدارة الأزمات ، ويمكن علاج الأسرة من خلال تقديم الدعم العائلي الحقيقي من أجل تعلم العيش مع مرض الفصام اعتمادا على مرحلة من مرضه .

(understading schizophrenia big picture p21)

وكذلك مساعدة المرضى الفصامين للتعامل مع التحديات اليومية للمرض مثل صعوبة الاتصال والعمل ، والرعاية الذاتية، وخاصة الحفاظ على العلاقات ، وتعلم استخدام آليات التصدي لمعالجة هذه المشاكل والسماح للأشخاص الذين يعانون من مرض الفصام الاندماج في مجتمع العمل.

(schizophrenia national of health 2009 p14)

ترى فيونا هيل Hill.F (1985) أن الرعاية الاجتماعية للمريض الفصام يجب أن تخضع لعملية تقييم كامل للاحتياجات الصحة الاجتماعية، وهذا بتعاون كل من الطب النفسي والمؤسسات الإستشفائية والرعاية الاجتماعية ، وهذا من خلال وضع خطة للرعاية الاجتماعية ، وتليها عملية تقييم مستمرة لمدى تطورهما في توفير الرعاية الخاصة والاجتماعية لمريض الفصام .

* العلاج العائلي للانفصام :

ففي دراسة للباحث جولدستاين goldstein تأكدت فعالية العلاج العائلي في منع الانتكاسات لدى مرضى الفصام المعالجين دوائيا وعائليا بالمقارنة مع المرضى المعالجين دوائيا فقط، وتشير هذه الدراسة وعديدة غيرها الى أن العلاج العائلي يؤدي الى جوانب نفسية عديدة في شخصية المريض لا يطالها التأثير الدوائي، وتمثل خطواته في تحديد أفراد العائلة الذين يعيشون المريض والذين يتميزون بتعبير انفعالية سلبية مبالغة (الشعور بالظلم، الكره، الحسد، الرغبة بالتأثر، التدمير.... الخ) وهذا ما يؤكد الباحث brown الذي يشير الى أن 92% من الانتكاسات الانفصامية تعود لوجود مثل هؤلاء الأشخاص في عائلة المريض، مع ضرورة إعادة التوازن للصورة الأبوية فالطفل وابتداء من سن الثالثة يبدأ باستيعاب النقاط التي تتيح للأب التفوق عليه، فإذا ما وصل الطفل الى سن 5-6 سنوات تخلى عن الصراع الأوديبي لمصلحة والده وتحول صراعهما إلى محاولة الطفل تقليد أبيه والتماهي به، والطفل في هذه المرحلة يتخيل نفسه شبيها بأبيه عندما يكبر، فإذا تدخلت الأم وأحدثت تشويه في صورته الذاتية، ويكون التشويه أولى دائم اضطراب الشخصية لدى الطفل الانفصامي، ولذلك وجب توجيه الأم وتدريبها للعمل على تجميل الصورة الأبوية، كذلك تثقيف العائلة في موضوع المرض من خلال جلسات عائلية موسعة يحضرها جميع أفراد العائلة الذين يعيشون مع المريض، وإصلاح الجهاز العلائقي داخل الأسرة ومعرفة المشاكل الطارئة على العلاقات داخل الأسرة، ومن الوجهة الطبية النفسية علينا نقوم بإصلاح هذه المشاكل اعتمادا على الطريقة التي نراها مناسبة سواء أكانت سلوكية أم تحليلية أم معرفية، مع الإصرار على اقتران العلاجين الدوائي والعائلي، ولعل أفضل الفترات بالعلاج العائلي هي فترة وجود المريض في مصح. (محمد أحمد النابلسي 1988 ص 82)

* العلاج بالرياضة :

كشفت دراسة لباحثة مصرية عن إمكانية استخدام التدريب العقلي في المجال الرياضي في التأثير على مرضى الفصام، حيث تعد دراسة أول اختراق للتدريب العقلي مع عينة ذات طبيعة خاصة مثل مرضى الفصام، وتقول الباحثة المصرية دكتورة إصلاح وهبة بأن الدراسة تعد خطوة أولى نحو مجال جديد لعلم النفس الرياضي بشكل عام والتدريب العقلي في مجال الرياضي بشكل خاص، حيث مجالا جديدا لعلم النفس الرياضي غير مجال الممارسة والمنافسة الرياضية.

وهو مجال الصحة النفسية والعلاج النفسي لمرضى ذو طبيعة خاصة جدا وهم مرضى الفصام باستخدام التمارين البدنية له تأثير ايجابي بشكل أكبر من الاستخدام برنامج التدريب العقلي المصاحب للتمرينات البدنية مع العقاقير الطبية في علاج مرضى الفصام يعطي نتائج أفضل وأسرع من استخدام العقاقير الطبية فقط .
(إصلاح وهبة 2008 ص 06)

* الإرشاد النفسي والتأهيل الفصام :

أحيانا الناس يجدون صعوبة في التحدث عن الصعوبات التي يواجهونها لطلب المساعدة والدعم ، وتقديم الاستشارة والإرشاد النفسي يعطي فرصة للحديث من خلال مشاكلهم، التركيز على مشاعر الحاضر والصعوبات، ونجد عدة جماعات للإرشاد منها :

* جماعات الدعم:

هدفها معرفة كيفية التعامل مع هذا النوع من الصعوبات، في كثير من الأحيان مجموعات الدعم تقدم بيان هذا النوع من التعزيز ويكون مصدرا للنصائح، والدعم العملي بإدراج الأشخاص المصابين بالفصام في فريق مكون من عمال الصحة النفسية في المجتمع والمرضات والطب النفسي والمرشدين الذين يستطيعون تقديم النصح حول فوائد، والهدف هو نوع المساعدة المهنية للفصامين وبدأ حياتهم مرة أخرى وذلك بتغيير بعض الأمور لتجنب المواقف العصبية بناء على الاقتراحات التالية من قبل الأشخاص انطلاقا من تجاربهم الخاصة، أي كل شخص يعاني من الفصام يحتاجون إلى الاعتناء بأنفسهم ، وهذا يعني توفير الأكل والشرب وممارسة نشاط اليدين " الايجابية " بتعلم المهارات الجديدة تأخذ وفق الاسترخاء وهذا بالأنشطة الإبداعية المختلفة والبقاء مع الأصدقاء. (Hoffer.A 2005 p53)

كنموذج للتأهيل شبكة الانتعاش الاسكتلندي أنشئت لتعزيز ودعم الانتعاش في مختلف مجالات الصحة النفسية، بما فيها مرض الفصام له أهداف لرفع مستوى الوعي من الانتعاش للأفراد والأسر والخدمات العامة لبناء القدرات من خلال تبادل المعلومات والخبرات .

* الإرشاد النفسي :

هناك عدة أشياء يمكن القيام بها لمساعدة المريض ، وتساعد غيرهم من أفراد الأسرة ، التعامل مع هذا الوضع لجمع أكبر قدر ممكن من المعلومات حول الفصام ، لمعرفة المزيد من خدمات الدعم التي توجد في المنطقة أي عن طريق الجمعيات لتبادل خبرات ، أي بسؤال الطبيب عما إذا كانت هناك أدلة عملية ، جمع المعلومات لمعرفة كيفية إدارة أفضل الأزمة .

- تأكد إشراك المريض في جميع القرارات التي تقوم بها حول الموضوع .

- محاولة تشجيع المريض على الدواء حتى إذا لم يفعل تبقى دائما المحاولة .

(<http://repli.net/schizophrenie/prendre-soin-des-soignants>)

مما سبق يتضح أن المجتمع الجزائري ينعدم فيه التكفل النفسي الاجتماعي لمريض الفصام لعدم وعي الأهل بخطورة المرض ، وهذا راجع لمجموعة من المعتقدات الشعبية المترسخة في أذهانهم أنه نتيجة سحر ، أو مس من الجن ، فالمريض يعد خطرا للعائلة من خلال تصرفاته الغريبة وغير المتوقعة ، فالتكفل الدوائي موجود إلا في مصلحة الأمراض العقلية ، وعندما يخرج ينتكس من جديد لرفض العائلة تقبل حالة ابنهم بأنه مريض ويحتاج الى رعاية خاصة وإذا تحسن سلوك المريض نسبيا ، يوقفون له الدواء هذا ما يجعله ينتكس من جديد ، وتبقى الإشكالية مطروحة على مستوى التكفل بالمريض العقلي في الجزائر على المستوى العائلي والدوائي خاصة للمرضى الذين يرفضون تناول مضادات الذهان عن طريق الفم .

13- الثقافة الباثولوجية في المجتمع المغربي والجزائري :

تعدد الثقافات في وسط المجتمع المغربي أدى الى تغيير في مفاهيم خاصة في مجال الصحة والمرض، وعرف المجتمع الجزائري هذا التعدد ببعديه الثقافي خاصة في مجال السوسيو ثقافية أدى إلى تحولات في سلوك الأفراد اتجاه تعريف للصحة والمرض وهذا حسب الثقافة السائدة بين الثقافة الشعبية والطبية ، وبالتالي الثقافة هي التي تحدد شخصية أو من أبعاد الشخصية الجزائرية ،فهذا التغير مثال كغياب الكامل أو الجزئي للآم على الطفل له تأثير في ظهور بعض الاضطرابات النفسية والعقلية ، وبعض المعتقدات الشعبية على أن الغيرة ، الحسد ، السحر هي المسببات في ظهور بعض من الاضطرابات الذهانية ، هذا ما جعل التنوع في الخارطة الباثولوجية للأمراض النفسية والعقلية والصراعات في المجتمع، وهنا نركز على الفصام .

إن الفكرة التي ترى بأنه يوجد ثقافات مجهدة أكثر من غيرها وأن هناك نماذج ثقافية وضغوطات اجتماعية يمكن أن تعرض الأفراد للإصابة بالفصام أصبحت مقبولة في صفوف كثير من الباحثين Bloke Palmer,Kaplan,Sullivan,Cooper,Faris ,Robert كلهم يعتقدون بأن الفصام حالة نادرة بل مفقودة في المجتمعات المتماسكة التي لها اتصال ضعيف بالمجتمعات الغربية أو تتميز بروابط أسرية صلبة واتجاهات التسامح والعطف ، ويظل Devereux هو الباحث أولى اهتماما كبيرا "للنظرية الاجتماعية للفصام" أو ما يسمى "بالذهان العرقي" ، فوجود الفصام أو غياب الفصام في المجتمعات التقليدية الموصوفة بالبدائية يبدو مرتبطا بتطور الثقافة في هذه المجتمعات إذ أن نسبة انتشار حالات الفصام تكون متصلة الى حد كبير في نظر هذا الباحث بالتحول التدريجي للبنى الاجتماعية والثقافية وبتطورها نحو أنماط مشابهة للأنماط الغربية في كثير من المناطق في أفريقيا وفي الهند وفي غيرها .

ويكاد الأمر ذاته يحدث وينكرر في المغرب العربي بالنسبة للأستاذ سليم عمار ، فهو يشير في دراسة لأجراها في عقد الستينات حول نسبة انتشار الأمراض العقلية في تونس الى أن نسبة الفصام على مستوى المستشفى مقارنة بالعدد العام للمرضى العقلين قد تضاعفت الى مرتين بشكل ملموس سواء تعلق الأمر بالرجال أو النساء لتصل في ذلك العهد الى 27% تقريبا عند كلا الجنسين ، وهي نسبة التي تؤكدتها دراسة بوريشة في نفس البلد ويعزو سليم عمار هذه الزيادة الى التحول الذي طرأ على مستوى البنيات الأسرية بسبب تفكك الروابط التي كانت تجمع بين أفرادها وكذلك الى التحولات الجذرية في الاحتياجات والاعتقادات والطموحات لكل المجموعة .

واستنادا الى عدد حالات الفصام المسجلة في السنة بالنسبة للذكور والإناث فان نسبة انتشار الاضطراب العقلي تكون قد انتقلت من سنة 1960 - 61 - 62 الى 1969 - 70 - 71 من 14% الى 36% بالنسبة للرجال ومن 9% الى 17% فيما يخص النساء ومن 12% الى 27% بالنسبة لكلا الجنسين .

وهي نسبة بسيطة يقول سليم عمار بين التصنيف الفرنسي المعياري (20%) والتصنيف الدولي (35%) الذي يدرج ضمن حالات الفصام الهذيان المزمنا والنوبات الهذيانية .

وقد يقف نفس السبب وراء تزايد حالات الفصام في المغرب بالنسبة لكريستوزوف الذي يسجل هو كذلك ارتفاعا ملحوظا للأشكال الكاتونية والبرانوية (paranoïdes) بسبب الاضطرابات التي يعرفها المجتمع التقليدي الناجمة عن التحول نحو الحياة العصرية ، وتكون فئة المعرضة أكثر الى هذا النوع من الاضطرابات حيث يلاحظ أن 56% منهم يعانون من فصام حاد و 48% من الفصام المزمنا وهي نسبة عالية تمس العزاب منهم بخاصة (65% بالنسبة للفصام الحاد و 78% بالنسبة للفصام المزمنا).

وإذا كانت آراء الباحثين تختلف حول موضوع التكوين الثقافي بالنسبة لظاهرة الفصام ، فان أغلبهم يتفقون على دور العامل الثقافي والاجتماعي في تأثيره على أعراض هذا الاضطراب وخصائصه الإكلينيكية .

(بن عبد الله محمد 2010 ص ص 165-168)

1-13 - الخصائص الإكلينيكية لظاهرة الفصام في المجتمع المغربي .

من هذه الخصائص الإكلينيكية التي تميز ظاهرة الفصام في المغرب العربي كثير من الدراسات السابقة إلى هيمنة هذيانات الاضطهاد والتسمم السحر والاستحواذ من قبل الجن وإلى المضامين الدينية والكونية والسياسية وإلى الشكاوي الجسمية وأعراض أخرى تنتشر في ظاهرة الهستيريا ، أما الأشكال التي تتعلق بهذا المرض العقلي فتتمثل في انتشار النوبات bouffées oniroïdes الحلمية والأشكال الدورية والأشكال الهيبفرينية Hébéphénique ، بالنسبة للنساء والأشكال البرانوية paranoïdes بالنسبة للرجال ، ولكن في المقابل تندر الحالات الفصامية من النوع الذهولي struporeuse والكتاتوني catatonique وتبدو هذه الأفكار الهذيانية التي يغلب عليها عنصر الاضطهاد المميزة للطب النفسي الإفريقي مطبوعة بسمات غريبة تمنحها خصوصية نسبية ويتميز الشكل الفصامي البرانوي أو الهلوسي.

في نظر كريستودوف بردود أفعال حسية حركية متنوعة تشمل حالات الهدوء كما تشمل حالات التهيج الغاصب والاندفاع والعدوانية وهيمنة الأفكار الهذيانة البرانويية paranoïdes التي ترتبط أحيانا عند فئة قليلة من المرض بأفكار جنون العظمة. (بن عبد الله محمد 2010 ص 168)

تكتشف أن الخصائص الإكلينيكية للفصام في المجتمع المغربي له صلة بالمدلول الثقافي السائد في المجتمع وهذا الهذيان ما هو إلا انقطاع الصلة بالواقع الثقافي ، وبالتالي فحتى هذيانات المريض العقلي الفصامي مرتبطة بالتصورات الاجتماعية الثقافية السائدة هذا من خلال التشكيل النفسي الثقافي للشخصية ، فكثير ما ترى الباحثة أثناء دراستها أن هذيانات المريض على أنه مسحور أو أنه مسموم من قبل الأهل أو من الأقارب ونجده شائع لدى المرأة ، وهذا المعطى الثقافي نفسه السائد في المجتمع ،حتى المريض يتأثر فتؤثر بالأفكار الشعبية السائدة من اضطهاد، وسحر ،وعينكلها في ثقافتنا الراسخة.

كما يؤكد عبد اللطيف 2009 أن أعراض الانفصام غريبة لهذا ربطها محترفو الشعوذة ليؤكدوا المعتقدات الشعبية السائدة لمنافعهم الخاصة ، فالفصامي نجده يعاني من هلاوس سمعية أصوات تحدثه ويجدها المشعوذين الفرصة في تفسيرها حسب الثقافة الموجودة ، ويزعمون العلاج بالقرآن الكريم وهما بعيدين كل البعد، ويطلب من عائلة المريض ذبح حيوان أسود وتلطبخ الدماء عليه، أو يكتب اسمه على حجر، ونجد الناس متأثرة بالمشعوذين والدجالين ، بالرغم من أن الرسول صلى اله عليه وسلم نهى على هذا لقوله (ص) "وأعلم أن الأمة لو اجتمعت على أن يضروك إلا بشيء قد كتبه الله عليك". الحديث رواه (الترمذي) .

وهذا ما يؤكد أن الرسائل السلبية الذي يتلقاها الشخص من ثقافة ، يتوارثها عبر الأجيال هي شخصيته وقناعاته اتجاه موقف ما ،حيث أن معظم المرضى الذين تلقوا العلاج في المستشفى ، لم تتغير هذه الأفكار السلبية المتوارثة ، ومع ذلك ثبت أن تحسين السلوك ليس بالشيء الضروري إنما نجاحه يرتبط على بقاءه في المجتمع متشعبا بالانطباعات الإكلينيكية مرتبطة للقيم في المجتمع ،في حين لا يزال المرضى عقليا ينسحبون ما المجتمع فالمرضى في المستشفى أقل شفاءا بالنسبة للمرضى في المجتمع ، وهذه نتيجة علاقاتهم الشخصية و تفاعلاتهم فقبول سلوك المنحرف يعني تسامح مع المجتمع ، ولذلك أيا كان مجال لشذوذ السلوك يمكن أن يحدث بين المريض وعائلته.

ونجد أدلة قبول سلوك غير المفيد، ونجد أن عدد من عائلات أخرى في الولايات المتحدة الأمريكية لا يرتبط تحقيق النجاح في البقاء خارج المستشفى إلا من خلال مشاركة المريض مع بيئته .

وأظهر تحليل آخر أن العلاقة بين الانتماء العائلي ومستوى السلوك ما هو إلا ترجمة إلى نوع العلاقة بين الأسرة ومرحلة ما قبل الاستشفاء ، أو حادثة نفسية أو للخروج من المستشفى . (Herzlich Claudine 1970 p93)

13-2- الخصائص الإكلينيكية لظاهرة الفصام في المجتمع الجزائري :

يفسر بوسبسي الخصائص الإكلينيكية لظاهرة الفصام بهيمنة المواضيع الاضطهادية في النوبات الهذيانة بعملية التأويل المرتبطة بالتصورات التقليدية السائدة في المجتمع المغربي التي تنسب كل اضطراب وكل إصابة وكل ألم إلى الغير وكذلك أسلوب الجماعة في التكفل بالفرد في وقت مبكر وبصفة دائمة قد تمتد من الميلاد إلى الموت ، ومن هنا فإن الاضطراب العقلي لا يمكن أن ينظر إليه في تصوره الإكنتيجة لاعتداء خارجي أو عقاب مستحق بسبب تجاوز الفرد للممنوعات . (Mahfoud . B 1978 p 34)

ويأتي وصف الطبيب مونيي B. Mounier الذي اشتغل بجانب دارو J. Darrot بمستشفى الأمراض العقلية بسيد الشحمي بوهراي ليضيف بعض التوضيحات بشأن الظاهرة السيكوباتولوجية وما يميزها من خصائص إكلينيكية ووبائية لتعزز فكرة شيوع هذه الظاهرة المرضية في الوسط المغربي وتتأكد كذلك ملاحظة تطور الايجابي للنوبة الهذيانة في هذا الوسط، بالإضافة الى هذه الخصائص فانه يلاحظ أحيانا بأن النوبات الهذيانة في المجتمع المغربي تتميز بمواضيع هذيانية وهلوسية متعددة الأشكال ، كما تتميز بالانتظام في أحيان أخرى، ويغلب على هذه الموضوعات موضوع الاضطهاد والتضرر والغيرة الى جانب سمة أخرى تكاد تكون ملازمة لهذه الحالة ، سمة التهيج التي تصحب تشوش الوعي والإحساس بالغرابة وعدم التكيف والدخول في نوع من الحياة الطمينة .

هذه اللائحة الإكلينيكية خاصة بالنوبة الهذيانة في المجتمع المغربي نختتمها بمواصفات أخرى وردت في بحث علي عويطة Aouattah السابق الذكر وهي تتطابق في كثير من الجوانب مع الملاحظات السابقة ، فالهذيان المميز لهذه الظاهرة المرضية يبدو هنا متصلا كذلك بالانفصال الناجم عن القطيعة مع "المدلولات الثقافية" وهو يعمل في هذه الحالة كوسيلة دفاعية للالتفاف على القلق الخانق الذي يعاني منه المريض .

نكتشف كذلك بأن الخطاب الهذيانى لدى المريض مشبع بمتضمنات الاضطهاد والاستحواذ والسحر والتسميم وهي متضمنات تؤكد كلها على الامتداد والتواصل القائم بين المنتجات الفردية والباثولوجية والتصورات الثقافية الاجتماعية السائدة بسبب التشكيل النفسى والثقافى للشخصية فى الوسط المغاربي وبسبب استخدام المريض للهذيان كوسيلة للتعبير عن هوماته ورغباته ومتاعبه الذى عزا ببعض الباحثين افراح وبناني (Bennani .J,Ifrac .A) فى المجتمع المغاربي الى الحديث بشأن هذه الحالة المرضية عن النموذج المفضل والمعبر عن الخلفية الثقافية لدى المريض الذى ينجح أثناءها الى هلوسة الواقع .

ولكن هذه المغامرة التى يعيشها المريض يمكن أن تكون عابرة يقول عويطة (Aouattah) إذا تمكنت الجماعة من خلال المعالج التقليدي أن تقدم له التفسير اللائق الذى يحقق المساومة بين أعراض المريض وبين المطالب الاجتماعية والثقافية الجزئية، وهو الذى يكشف عن القلق الكامن الذى يعاني منه الفرد والجماعة فى أن واحد ويضع نهاية لهذه النوبة المفاجئة .(بن عبد الله محمد 2010 ص 174)

فلا وجود للفصام أو المرض العقلي، والحكم الناس الذى يأخذ على لسان المريض من خلال تعبيره أنه يمتلك جنى يتحدث معه يأمره أن يقوم بأفعال أشياء كثيرة والتي تبرز من خلال السيرورة المرضية والتي تقابلها الهالوس أو الهذات، ووجود الطقوس تؤمن بالمسكون، المربوط، المسحور والذى يعنى حضور العلاجات التقليدية من خلال المرابط، الراقي، الطالب مصطلحات يكثر ترديدها فى عقليات الناس التي مازالت تمارس وتؤمن بالخرافة، ويبقى الطب هو الحكم الأخير الذى يمكن العبور نحوه بعد فشل العلاجات التقليدية. (Bensmail .B 1993 p354)

أما الثقافة الباثولوجية للفصام من المعروف أن المرض والخدمة الصحية موضوعان شائعان فى كل مجتمعات العالم، وإنما تنتوع أنماط المرض وكيفية إدراكها، ومعالجتها بتتوع المجتمعات والثقافات، فالثقافة إذن أهميتها الحيوية فى مجال الصحة والخدمة الصحية .

فالفكرة التي ترى بأنه يوجد ثقافات مجهدة أكثر من غيرها وأن هناك نماذج ثقافية وضغوطات اجتماعية يمكن أن تعرض الأفراد للإصابة بالفصام أصبحت مقبولة في صفوف كثير من الباحثين Bloke Palmer Sullivan, Cooper ,Farirs, Robert, Kaplan كلهم يعتقدون بأن الفصام حالة نادرة بل مفقودة في المجتمعات المتماسكة و التي تتميز بروابط أسرية صلبة واتجاهات التسامح والعطف ، ويضل الباحث Devereux هو الذي أولى اهتماما كبيرا للنظرية الاجتماعية للنظام أو ما يسمى "بالهذيان العرقي".
(Bensmail Belkacem 2007 p170)

و يرى بن عبد الله محمد (2010) حتى أفكار المريض الاضطهادية تكون لها سمة غريبة مرتبطة بالسحر ، فيفسرون كثير من الأمراض العقلية على أنها تنسب الى قوى طبيعية كالسحر، والعين الشريرة ومس من الشياطين ، وتلصق في المرأة كل هذه الأفكار الاضطهادية لأنها لا تملك سوى هذه الوسيلة للتأثير على الأسرة وعلى المجتمع وبالتالي تأثير على سلوك الرجل،حيث أن مفهوم المرض خاصة العقلي يختلف حسب الثقافة وهذا الاختلاف يكمن في شكل هذا المرض والاتصال بالواقع ، وحالة المريض العقلي في المجتمع الجزائري هو نتيجة "نوبة" أو سحر تسبب أضرار للآخرين، وينظر إليها على أنها تعطيل وتهديدا للمجتمع ، فحياة المرضى العقليين في المدن الحضرية حياة فسيولوجية تتميز بالبؤس خاصة يعانون من الإهانات والشتم ، وأحيانا الرجم بالحجارة على يد عصابات الأطفال .

مما قيل في الخصائص الإكلينيكية لظاهرة الفصامي يتضح أنه يعاني في المجتمع العربي عموما بالنبذ والحرمان، وعدم فهم مدلول المرض خاصة في مجتمعنا الجزائري وربطه بالمعتقدات الشعبية كالسحر، الشعوذة ومس من الجن والشيطان ،وحتى المريض لا يتركوه يعيش حياة طبيعية ،فإذا دخل مستشفى الأمراض العقلية وصم بالمجنون ،أو ما يطلق عليه بالعامية المهبول ، وعندما يخرج الى الشارع فالأطفال ترجمه بالحجارة ويجرون ورائه ،والناس والأصدقاء يبتعدون عنه ،فمن خلال احتكاك الباحثة بمرضى عقليين في مصلحة الأمراض العقلية ببسكرة ، فالحالة التي أثرت انتباه الباحثة أن مريض دخل الى المصحة العقلية بمجموعة من السلوكيات الغريبة جدا من قولبة الفكر وإهمال نظافته .

ويتحدث مع نفسه كثيرا نتيجة لهلوس سمعية و مجموعة من الهذات، وتم تشخيصه على أنه فصامي، وبدأ التكفل الدوائي من خلال مضادات الذهان النمطية وغير النمطية التي تجاوب معها المريض وسرعان ما رجع الى الواقع نسبيا ، وتدخل التكفل النفسي بالنشاطات التي يهتم بها المريض من رياضة وغيرها ، وأقتضت مدة علاجه وخرج من المصلحة بسلوك معتدل نسبيا من خلال تفكير وكلام يبدو مستقر ، وأصبح في كل شهر يأتي للمعاينة والمراقبة والمتابعة الدوائية ، و ما لفت انتباه الباحثة عندما سألته عن حالته ، فكانت إجابته أن الأطفال والكبار يقولون له بالعامية "باس" ويجرون من حوله بالحجارة ، وهو يتألم من هذه المعاملة ، فنظرة المجتمع قاسية جدا تفتقد الى أي عاطفة أو رعاية ، ولم ينسى المجتمع وصمه بالمرض العقلي ، فهذه المعاملة السيئة وعدم الوعي لمجتمعنا تزيد حالة المريض سوءا وتدهورا ، وتشردا وانتكاسا .

خلاصة :

نستخلص أن الفصام يحدث نتيجة تفاعل عدة عوامل متداخلة فيما بينها من الاضطرابات الذهانية و بعض من الأعراض العصابية والمزاجية، و تتعدد مسببات حدوثه التي تشمل العوامل البيولوجية والنفسية وغيرها من مواقف الذي تعرض إليها الشخص ، و استعداداته الشخصية ، وهناك العديد من العلاجات المتطورة لعلاج الفصام خاصة العلاج الدوائي بمضادات الذهان غير نمطية التي أثبتت فعاليتها في العلاج والتقليل من الآثار الجانبية التي تحدثها مضادات الذهان الكلاسيكية إلا بعض المرضى يستجيبوا لها، الى جانب العلاجات النفسية التحليلية والسلوكية والمعرفية ، وحتى أساليب الرياضة أحدثت نجاحا باهرا في تعديل السلوكات السلبية ، وكذلك العلاجات الإرشادية و التكفلية النفسية لأسر الفصامي ، و بالرغم من تطور هذه الأساليب العلاجية غير أن ثقافة المجتمع الجزائري لم تتطور كالعرب ، فالثقافة السائدة في المجتمع هي التي تفرض نفسها في تفسير المرض العقلي على أنه نتيجة مس من الجن والعلاج المناسب هو الرقية الشرعية ، أو تعريف أن الفصام هو عبارة على ازدواج الشخصية وبالعامية "بوجهين" وهذا المفهوم الشائع و الخاطئ السائد في الأوساط الشعبية، وبالتالي إهمال دور الطبيب السيكاتري والأخصائي النفساني للتكفل على مستوى المريض والأسرة وبدوره تزداد حالة المريض سوءا وانتكاسا .

ونتيجة لتعقد هذا المرض من الناحية البيولوجية و النفسية أثر على ثقافة المجتمع ، وظهر مشكل كبير خاصة من ناحية تشخيص المرض على أساس أنه يضم مجموعة من التناذرات ، فالطبيب السيكاتري يستخدم أساليب تشخيصية تختلف عن الأخصائي النفساني .

الفصل الثالث

التشخيص

تمهيد

- 1- التطور التاريخي للتشخيص
- 2- تعريف التشخيص
- 3- المقاربة النظرية للتشخيص
- 4- بعض المفاهيم المرتبطة بالتشخيص
- 5- أهداف التشخيص
- 6- أسس التشخيص
- 7- معايير التشخيص
- 8- أنواع التشخيص
- 9 - أساليب التشخيص الاكلينيكي
- 10- مشكلة التشخيص في علم النفس الإكلينيكي

خلاصة

تمهيد :

يعد التشخيص من المواضيع المهمة والتي تحتل الصدارة الكبرى في ميدان علم النفس عامة ، وخاصة في علم النفس العيادي ، فهي ترتبط بعمليات دقيقة وهي العلاج وتشمل التقنيات الأساسية في الفحص العيادي فالتشخيص يغوص في الأعماق الداخلية للمفحوص لجمع المعلومات الكاملة للحالة أي البحث في ديناميات الشخصية ، وهذا يتطلب كسب ثقة المفحوص والتفاعل مع شخصيته للبحث عن مسببات المشكلة وتسريع في الوصول إلى الحل ، ونجد العديد من المقاربات تبحث على خصوصية التشخيص حسب المنطلق الفكري لهذه النظرية و طرق عديدة للتشخيص خاصة التشخيص الفارقي الذي يفرق بين اضطراب واضطراب ينتشبهون في الأعراض ، فالباحثة تناولت المشاكل المنهجية التي تؤثر في التشخيص والتقنيات التي يستخدمها الأخصائي الإكلينيكي في الفحص، وأهم المشكلات التشخيص في المجتمع الجزائري خاصة في مجال الأمراض العقلية الذي هو ميدان محتكر من قبل الطبيب السيكاتري والأخصائي النفسي الذي لا يسمح له بالتشخيص لعدم أهليته.

وعملية تشخيص الاضطراب العقلي معقدة نتيجة لتعدد وتداخل مسببات حدوثه، فالفصام يعد من التشخيصات الدقيقة والمعقدة التي تلزم الحذر والدقة الموضوعية .

1- التطور التاريخي للتشخيص :

ظهر الاهتمام تاريخيا بمصطلح وعملية التشخيص النفسي مع بدايات الاهتمام بالطب وخاصة الأمراض التي تصيب الإنسان ، حيث يستمد التشخيص أصوله من علوم الطب المختلفة ، ولم يقتصر التشخيص على جانب واحد بل امتد إلى كافة جوانب الشخصية الجسدية والنفسية والاجتماعية والانفعالية ، ويمكن العودة في نشأة هذه العملية إلى تاريخ الأطباء القدماء منذ أيام أبقراط وحضارات الصين والفراعنة فالأفكار الواردة من السحرة والكهنة.

وبدأ التحول في بدايات القرن التاسع عشر الميلادي في مرحلة إيجاد تصنيفات للأمراض التي تصيب الإنسان سواء كانت جسمية أو نفسية أو عقلية ، وظهر من الأطباء الفرنسي ' جين شاركو ' Jean Charcot والألماني ' إميل كريبيلن ' Kraepelin ، والأخصائي النفسي ' بيير جانيه ' Pierre Janet في محاولة منهم لتحديد خصائص الأمراض والاضطرابات النفسية والتي جميعها لم يكتب لها النجاح .

وبعد ذلك ظهرت الدراسات العلمية في مجال علم النفس والاهتمام بالسلوك والفروق الفردية وكان العالم الانجليزي 'فرانسيس جالتون' Francis Galton، و ثم جاء من بعده جيمس كاتل J. Cattell، مما شكل منعطفًا هامًا في مسيرة وضع الاختبارات النفسية والعقلية مما شكل الأساس لقيام عملية القياس والتشخيص النفسي، والتي من خلالها وصف الحالات والكشف عن مشكلاتها واضطراباتها سواء من حيث الأسباب والأعراض أو المؤشرات، إضافة إلى التحديد والتصنيف والعلاج.

ومع بداية القرن العشرين ظهرت مدارس جديدة على رأسها مدرسة التحليل النفسي للعالم فرويد وظهرت اختبارات جديدة لأول مرة مثل اختبارات الشخصية والذكاء، مما أرسى قاعدة هامة في عملية التشخيص العيادي والدينامي والسيكودينامي، ومحاولة إعطاء الشخصية التي تواجه مشكلة أو اضطراب نوعا من الصورة الواضحة عن أعراضها ومؤشرات تدل على حالتها ووصفها وتصنيفها وكذلك تأويل وتفسير الشخصية بصورة النهائية. (أحمد عبد اللطيف أبو أسعد، أحمد نايل العزيز 2009 ص 12)

على الرغم من أن المخطط التشخيصي الذي قام به كريبيلن قد تغير وأصبح أفضل وأكثر دقة على مر السنين، إلا أنه لا يزال المخطط التصنيفي الأساسي الذي يستخدمه الأطباء العقليون والى حد كبير السيكولوجيون المختصون في الشذوذ، ويشار إليه أحيانا على أنه نظام التصنيف الطبي العقلي أو التصنيف السيكاتري للأمراض، إن مبادئ التصنيف الأساسية لمخطط التشخيص المستخدم في الوقت الحاضر متنوعة وغير منظمة نسبيًا، فبعض الاضطرابات لا تحدها أعراضها بالقدر الذي تحدها أسبابها المفروضة، وخاصة الذهانات العضوية كالذهان الناشئ عن التسمم من جراء تناول العقاقير..... الخ، فمن المفروض استمرار الفصام لفترات أطول من الفترات التي يستمر فيها الاكتئاب (الانقباض)، وفي هذه الحالة فإن طول مدة المرض نفسه تستخدم كأساس من أسس التصنيف. (جوليان روتر 1971 ص 93)

مما سبق يتضح أن تاريخ التشخيص قديم وهو يرتبط أساسا بالطب، إلا أنه عرف تطور من قبل العلماء خاصة في تصنيفات الأمراض ذات المنشأ النفسي والعقلي والعضوي خاصة بظهور تطور القياس والاختبارات التي أصبحت التقنيات الأنسب في التشخيص.

2- تعريف التشخيص:

1-2 لغة :

التشخيص في اللغة " مصدر الفعل شخص، ويقال شخص الشيء: بمعنى عينه وميزه عما سواه، ويقال شخص الداء وشخص المشكلة أي حددها (المعجم الوجيز 1999 ص 237).

2_2 اصطلاحا :

التشخيص **Diagnosis** فحص الأعراض المرضية واستنتاج الأسباب وتجميع الملاحظات في صورة متكاملة ثم نسبتها إلى مرض معين محدد، فهم المرض وبيان العلاقة بين الأعراض المرضية في زملة syndrome مرضية، وفي الوقت الحاضر يأخذ التشخيص النفسي صورة تحديد المشكلة أو حالة المريض النفسية، والأسباب المرضية لما يواجهه من صعوبات والتغلب عليها والتنبؤ بما سوف يسفر عنه العلاج من نتائج، أي سلوك المريض في المستقبل، ويصبح التشخيص في هذه الحالة تصنيفا وصفيا **descriptive taxonommy or classification** لعلاقات طبيعة حيوية للمشكلات، وفيه أيضا يهتم بسمات شخصية الفرد وميوله ودوافعه وصراعاته ودفاعاته، أي فهم ديناميات الشخصية، وبذلك يستطيع الأخصائي النفسي الإكلينيكي فهم السلوك وتفسيره وتحقيق الفهم العميق لمشكلات التوافق .

(مجدي أحمد محمد عبد الله 2006 ص 280)

*تعريف : هو الأسلوب العلمي الذي يمكن السيكولوجي أو المعالج من التمييز بين السوي والمرضى والمفهوم نفسه مستعار من الطب البشري ، حيث يحاول الطبيب تشخيص الاضطراب البدني لمعرفة الأسباب الكامنة وراء المرض وعليه فإن تشخيص السلوك، لا يهدف إلى وضع الشخص في فئة مرضية معينة كأن نقول مثلا إن هذا الشخص يعاني من الهستيريا أو من الشيزوفرينيا أو يعاني من الوسواس ... إلخ .

(محمد جاسم العبيدي 2009 ص 25)

* روتر : هو ذلك النشاط الذي يوظف فيه السيكولوجي الإكلينيكي مهاراته والأساليب الإكلينيكية المتاحة له كي يقوم بقياس الشخصية ووصفها وتقويمها ، وتشخيص ما يطلق عليه السلوك المشكل أو الشاذ أو غير التوافقي. (إيمان فوزي 2001 ص 12)

* تعريف آخر : يعني تشريح الفرد من جميع الزوايا لفهمه ،ويمكن ملاحظته في حياتنا اليومية باستخدام سجلات الفيديو، على سبيل ذلك تقييم السلوك على أساس معايير موضوعية من خلال التجريب بالاختبارات القياسية المحددة مثل الاختبارات أو الاستبيانات بجمع قدر من الملاحظات أثناء المقابلات السريرية ، وهنا يكون توقع سلوك الفرد في عدد كبير من المواقف. (Hansenne Michel 2007 p 35)

* تشير سامية القطان 1979 : التشخيص النفسي الإكلينيكي ليس مجرد كومة من التشخيصات الجزئية المتناثرة بقدر ما هو فعل ختامي متكامل فيه التشخيصات الجزئية ضمن النظرة الكلية العامة وهو أيضا ليس عملية رص للوقائع والمعلومات فوق بعضها البعض بل هو ينطوي على عملية تأويل أو تفسير للوقائع والمعلومات ، ثم إعادة بناء الوقائع و المعلومات في وحدة كلية تتيح فهم دلالة السلوك ووظيفة أي فهم العميل في علاقته بالبيئة التي يعيش فيها . (طه عبد العظيم حسين 2008 ص 263) .

* حسب طه عبد العظيم حسين (2008): يرى أن التشخيص الطبي السيكاتري يختلف عن التشخيص النفسي الإكلينيكي ، فالأول يعتمد على التصنيف من خلال وضع المفحوص في فئة مرضية معينة ، أما التشخيص النفسي الإكلينيكي على وصف ديناميات الشخصية من خلال التعرف على العوامل التي أثرت في سلوك المفحوص للتعرف على صراعاته والميكانزمات الدفاعية التي من خلالها يخفض من حدة التوتر وهذا من خلال تفاعله مع بيئته .

* كما يرى أحمد عبد اللطيف أبو سعد ، أحمد نايل الغرير (2009) : أن روجرز rogers في فكرته حول التشخيص في نظرية العلاج المتمركز حول العميل و استخدم العلاج بالمفهوم التالي أن العلاج هو ما هو الى في الواقع تشخيص ، والتشخيص هو عملية خبرات المفحوص أكثر من كونها في ذهن الفاحص ، وبالتالي الوثوق في هذا الاتجاه ، ويتم إجراء التشخيص على أساسه .

تعريف : تجميع علامات وأعراض الوظائف الفسيولوجية المتغيرة وتصنيفاتها ، بتقسيمات عديدة ،فالتشخيص يتعلق أيضا بمعرفة المسببات و كيفية اختيار الطرق العلاجية .

(<http://www.geopsy.com/psychologie-interculturelle-et-psychotherapie/psychiatrie-adulte>)

من التعريفات السابقة للتشخيص يتضح أنه العملية السيكولوجية المعتمدة على تقنيات الفحص العيادي الإكلينيكية في جمع المعلومات على المفحوص وفحص الأعراض المرضية والكشف عن مسبباتها ، وهذا لا يعني وضع الفرد في فئة إكلينيكية معينة سواء أنه يعاني من اضطراب نفسي كالاكتئاب مثلا أو اضطراب عقلي فصام ، وإنما وصف لديناميات الشخصية كذكائه ، تفكيره وطريقة توظيفه للواقع وقدراته وإمكاناته، وأهم صراعاته النفسية ودفاعاته النفسية.... الخ .

فالتشخيص أبعد من وصفه بأنه في خانة تصنيف وإنما أشمل بغية فهم المريض جيدا ومساعدته من خلال الغوص في حياته الداخلية وتوظيفاته النفسية هذا ما يسهل لنا معرفة نوع المرض ووضع إستراتيجيات التكفل المناسبة.

3- المقاربة النظرية للتشخيص :

هناك عدة نظريات تفسر التشخيص استنادا على المعايير المبنية على كل نظرية وتوجهاتها في تأويل وفهم الفرد وسلوكه والأنماط المرضية وكيفية الوصول إلى حقائق هذه التعقيدات في النفس البشرية ، وبالتالي وضع الخطط والقواعد للوصول إلى مسبباتها .

3-1 - التحليل النفسي:

يستند إلى المنظور الطبي لعملية التشخيص، ومن ثم يقصد به فحص الأعراض النفسية المرضية و استنتاج نوع المشكلة النفسية وأسبابها، وتجميع المعلومات حولها في صورة متكاملة تساعد على تحديد نوع المشكلة الفعلي والمرض النفسي الذي يعاني منه الشخص. (فادية عمر الجولاني 2003 ص 83)

وفي هذا الصدد " يشبه فرويد التحليل النفسي بلعبة الصبر، التي يكون فيها الشخص أن يقيم صورة مكتملة ابتداء من أجزائها المبعثرة ، فليس ثمة غير حل واحد صحيح ، وطالما لم يتم التوصل إليه ، فربما استطاع المرء أن يتعرف على أجزائه معزولة ، لكن لا يوجد كل ترابط ، فإذا ما تم الوصول إلى الحل الصحيح ، فلن يكون من شك في صحته ، لأن كل جزء يجد مكانه ضمن الكل الشامل .

(محمد عبد الظاهر طيب ، حسن الدريني وآخرون 2005 ص 184)

*يرى صالح حسن أحمد الداهري (2005) :أن الاتجاه التحليلي يتجاوز دراسته وصف الشخصية ،على أنها مجموعة من السمات أو القدرات المتراسة فوق بعضها ،وبالتالي هذه السمات وحدة متكاملة وتتفاعل مع بعضها ،فهو يهتم بدراسة الطبيعة الديناميكية للشخصية ،والصراع بين الدوافع هو أساس المرض النفسي فالأخصائي النفسي يشخص مواطن الصراع في الشخصية في عملية التشخيص ،وعن أنواع ودرجات القلق والقوة الحالية لأننا ، كما أنها تكشف عن الأوليات الدفاعية التي يتخذها المريض للتخفيف من حدة التوتر والمعانات .

3-2- المدرسة السلوكية:

يرى السلوكيون هو أول خطوة لتحديد طبيعة المرض ونوعه وتحديد أسلوب المعالجة المناسب لمشكلة لإضعاف الرابطة بين المثير وهو (الفأر) مثلا أو شيء آخر وبين استجابة الخوف والقلق ، وإزالة الحساسية الانفعالية والتقليل منها ، وبالتالي يؤدي ذلك إلى انطفاء تدريجي لقوة الفعل المنعكس الشرطي المرضي وتكوين استجابة مضادة سوية ، ويستخدم المعالج السلوكي في مرحلة التشخيص أساليب وفنيات علاجية تتفق مع طبيعة المشكلة كمعرفة تاريخ الحالة ومعرفة استجابة المريض لاختبارات القلق وغيرها واستجابات المريض للاستجاب الذي يقوم به المعالج . (يوسف مدن 2006 ص 184)

3-3 - علم النفس الإكلينيكي :

يرى علم النفس الإكلينيكي التشخيص أنه دراسة معمقة لفهم الشخص أي التفرد ، أو المساعدة في حل مشكلة ما ، فهو من الواضح عملية البحث عن معلومات لوصف أو فهم مشكلة على الحد سواء ، والتشخيص ليس عنصراً أساسياً يتبعه الطبيب ، فهو يعتمد على تحليل هذا النشاط بالتركيز على الحالة و ليست عملية وصف شخص في تفرد ، وإنما إيجاد حلول للمشكلة ، وهنا يمكن أن نقول أن التشخيص الإكلينيكي هو تقييم وعملية معقدة يقوم خلالها علم النفس الإكلينيكي بالبحث عن المعلومات لشخص ما ، وأسباب المشكلة ووضعها في تقرير وكيفية التدخل وتقييم التدخلات وآثارها ، ففي الممارسة العيادية تتضح عملية البحث أكثر خاصة في العيادة النفسية و التي تتمثل في إعداد الفرد ومشكلته، وتحليلها ومعرفة أسبابها ووضع التشخيص الفارقي ، وهنا يتضح نوع الاضطراب ووضع المؤشر، وتقييم الآثار المترتبة على التدخل.

(Huber Winfrid 1987 p110)

والتشخيص الإكلينيكي ينظر بوصفه عملية من مرحلتين تتمثل في الوصف المبني على كل البيانات التي جمعت عن المريض ، و تفسير هذه النتائج بصورة تكشف عن نمط أو نسق له دلالة إكلينيكية ونجد في التحليل الدينامي لشخصية المريض ، احتلال الدوافع وأنواع الصراع مركز الاهتمام ، إلا أن النظرة إلى الدوافع تختلف باختلاف نظرية الشخصية ، فالمحلل النفسي يتحدث عن الدوافع الغريزية التي تتعارض مع مطالب البيئة، و موراي يتحدث عن الحاجات في صراعها مع ضغوط البيئة ، ولا يكفي الكشف عن مواطن وأنواع الصراع لفهم المشكلة بل يتعين الكشف عن الميكانزمات التي يلجأ إليها المريض للتخفيف من حدة الصراع .

(رأفت عسكر 2004 ص 168)

3-4- علم النفس التكاملي :

يشير التشخيص في علم النفس التكاملي إلى الحالة النفسية التي يطلق عليها ثورن (الوضع العقلي) في وقت الدراسة ولما كانت الحالات النفسية في تدفق وتغيير مضطربين فإن التشخيص الإكلينيكي يجب أن يطور مناهج قادرة على التعامل مع كل من حالي الثبات والتغيير ،حيث يرى ثورن أن الحالة النفسية محددة بالوسط التكاملي ولذا يجب أن يتضمن التشخيص دراسة الوسط التكاملي والعوامل المنظمة له ، ومن ثم فإن التشخيص عملية مستمرة ويجب ألا ينتهي أو يوقف قبل بدء المعالجة فضلا عن أن استبصارات تشخيصية جزئية يجب أن تتوفر لدى المعالج ليتمكن من اختيار طرق العلاج ومناهجه على أساس الأعراض واحتمالات خطأ التشخيص، وفي بعض الأحيان قد يكون من الضروري أن يتم تناول الحالة على أساس المحاولة والخطأ أكثر من أن يقوم على أساس عقلائي ، وقد قدم ثورن تصنيف تشخيص يتضمن الحالات التي تهملها أساليب التشخيص التقليدي. (نادر فهمي الزيود 2008 ص 331)

3-5 العوامل الأتنية والثقافية :

يكمن الخطر في التشخيص عندما يفشل المرشدون في الأخذ بعين الاعتبار العوامل الأتنية والثقافية في تفسير بعض أنماط السلوك،حيث يجب الانتباه الى المتغيرات الثقافية لتحاكي التشخيص الخاطئ لبعض العملاء ، ونلاحظ أن بعض أنماط السلوك وشخصية العميل وأسلوب حياته تم تشخيصها بالعصابية وأحيانا بالمنحرفة أو الشاذة لمجرد أنها لا تتوافق مع ثقافة المجتمع السائد ، وتؤثر النظرية التي اعتمدها في ممارستك العلاجية في طريقة تفكيرك لاستخدام إطار معين للتشخيص .

3-6- المدرسة المعرفية والنموذج الطبي :

هناك الكثير من المعالجين يختارون مقارنة تعتمد على النظرية المعرفية وعلى النموذج الطبي *médical model*، ويهتمون كثيرا بدور التقييم كمقدمة للعملية العلاجية ، و التفسير المنطقي لذلك .

إن تصميم أهداف العلاج لا يتم إلا عند ما يعرف تاريخ المريض الماضي منه والحاضر ، ومن وجهة نظر أخرى نرى المقاربة التي تختص بمعالجة النساء تنظر إلى الممارسات التشخيصية على أنها جائزة غير عادلة ومبنية على خلفية ثقافية الرجل الأبيض ، وعلى التركيز على الذكورة ، وعلى مفاهيم الصحة العقلية والمرضية للرجل الأبيض ، وهذه المقارنة تتفق مع المقاربة ما بعد الحدائة على أن التشخيص يتجاهل المضامين الاجتماعية . (جيرالد كوغى 2011 ص 80)

3-7- مقارنة علم الأعراض :

يعتبر مؤشر للظاهرة على احتمال شيئا وعلامات (مثل القلق ،على سبيل المثال) عن طريق مؤشرات التالية (على سبيل المثال ،أنا خائفة "أشعر بغصة في الحلق ") مؤشر يثير اهتمام الطبيب لمسألة الظاهرة من المحتمل أنها علامة على الاعتراف بعنصرها على وجه اليقين ، يعني بالنسبة للعياديين عملية أكبر من الوصف أو تعريف العنصر المرضي ،بل البحث عن الأدلة و عن العلامات على المستويات المختلفة، و علامة اليقين هي الاعتراف بالعنصر وتعيين سمة لها ، والمعنى في نظر الطبيب الوصف أو تعريف المرضية للبحث عن القرائن و دلائل في مختلف المستويات .

والأخصائي النفسي قد يحتاج وقتا أطول لجمع الحقائق الموضوعية لهذه المؤشرات والعلامات، وقد تشمل العديد من الحقائق التي لم يتناولها مع كل مريض: ما هي طبيعة المشكلة المطروحة من قبل المريض. فالأخصائي مهمته التشخيص والتقييم والخبرة التي توجه بحثه عن المعلومات المنظمة والبحث عن القرائن والإشارات التي تتمثل في المرض أو الاضطراب (يبحث عن علامات الفصام مثلا)، و الحالات المرضية (حالة اكتئاب أو حالة قلق مثلا)، كذلك سمات ظاهرة مرضية (مثلا سمات اللذة ، فقدان القدرة على التمتع) وميكانيزمات الدفاع . (Pedinielli.JL , Fernandez .L. F 2007 p79)

3-8 - المدرسة البنيوية الفزيولوجية :

يرى محمد جاسم العبيدي (2009) : أن الإنسان شأنه مثل كل الكائنات الطبيعية الحية ، ويتألف جسمه من السوائل والعظام والجلد والعضلات والأوتار، والتي تكون مجتمعة فيما يسميها العلماء بفزيولوجية الكائن الحي، هذا ما جعل العلماء إلى القول بارتباط الظاهرة النفسية والشخصية بالظاهرة العضوية بنية وظيفية وهذا من خلال دراسة العلاقات بين البنى والوظائف العضوية من طرف ، وبين ما يعتقد أنه مقابل من صفات شخصية كسمة وغيرها ، وهذا ما تطلبه دراسة العلاقة الترابطية تحديد نقاط عديدة للبنى والوظائف العضوية من جهة والصفات الشخصية ، وهذا ما جعل العلم التنبؤ الفرضي المبدئي الذي قابل أن يكون حقيقي أو خاطئ ، أي وظيفة العلم التحقق من التصورين أو الافتراضين ، أي أن العلاقة بين الجانب العضوي وبين علم النفس السمة أو صفة قد تأكد ولا يزال بعضها غير قابل للتحقيق ، وينتظر على طريقة التشخيص البنيوي الوظيفي ، وتبقى الوقائع والتصورات الفلاسفة ومزج نتائج الدراسات العلمية من خلال فرضياتها التنبؤية حول ماذا كانت علاقة بين العضوية وصفات الشخصية، وهذا من خلال اختبار الفرضيات مع تصاميم تناسب طبيعة العلاقة المفترضة .

مما سبق فالمقاربات النظرية للتشخيص يجب أن تضم مختلف العوامل التي لها علاقة بالمشكلة من خلال فحص الأعراض المرضية وتاريخ الحالة ومعرفة كل مصادر المسببات بطريقة عقلانية منظمة ، وعند التشخيص يجب الأخذ بمختلف العوامل الدينية والثقافية لتفسير أنماط السلوك وهذا لتتماشى وطبيعة المجتمع الذي يوجد فيه المفحوص ومع طبيعة العادات التي تنظمه حتى يفهم ما هو مرغوب وغير مرغوب في المجتمع ، وعلى أساسه تحديد اللاسواء في مجتمع له خصوصياته الدينية والثقافية وعلى أساسها وضع مميزات الاضطرابات .

فأحسن طريقة تشخيصية مناسبة في المجتمع الجزائري هي المقاربة الأثنوثقافية التي تعتمد على الدين و مجموعة من العوامل الثقافية التي تنظم العادات والتقاليد والعرف والطابوهات ، فيشخص العصابي أو ذهاني أو غير متوافق في السلوك انطلاقا بالمقارنة مع الأشخاص المتوافقين في المجتمع حسب المحك الديني والثقافي الذي يشمل مجموعة من النظم والعادات والتقاليد التي تنظم السلوك العام ، ومن هنا يتضح السلوك الشاذ وغير الشائع ، فما هو مرغوب في مجتمع ما يعتبر شاذ في مجتمع آخر .

4_ بعض المفاهيم المرتبطة بالتشخيص :

4-1 - الفحص النفسي:

حسب أديب محمد الخالدي (2006): التشخيص (diagnosis) والفحص (investigation) هو التقييم العلمي والشامل لحالة متوفرة على جميع المعلومات والبيانات ،انطلاقاً من الأعراض الكمية والكيفية ، بوسائل متعددة من ملاحظة ،مقابلة ودراسة حالة ،والتقارير الطبية والفحص العصبي ،والتقارير المدرسية والمعلومات على العلاقات العلائقية ،وهذا من قبل المعالج الإكلينيكي ،ويعد مجال التشخيص أو الفحص للحالة المرضية التي تتطلب العلاج ، فالفحص النفسي الإكلينيكي (psychodiagnosis clinical) من أهم الخطوات التي يبني عليها العلاج الإكلينيكي خاصة أن الأخصائي النفسي هدفه دراسة السلوك لمعرفة ما يرتبط من أنماط السلوك غير السوي ،وتحديد الاضطرابات العصابية والذهانية من أجل تقديم المساعدة والتكفل النفسي الجيد للمريض .

4-2 - التقييم:

تبدأ عملية التقييم (assessment) الفرد مع بداية العلاقة العلاجية ، ويتفق معظم الإكلينيكين على أنه بدون تقييم ، فان محاولات العلاج تكون بغير هدف ، بل أن أوسع النظم التصنيفية والتشخيصية انتشاراً وهو الدليل التشخيصي الإحصائي للاضطرابات العقلية والذي ينص في صفحته الأولى : "يجب أن يبدأ تخطيط برنامج علاجي بتقييم تشخيصي دقيق " ، وينتشر الاعتقاد بأن كلا من التشخيص والعلاج يتميز عن الآخر إلى الحد الذي يكون فيه أحيانا التشخيص القائم بالتشخيص شخصاً آخر غير معالج ويحاول التقييم في تقدير الكثيرين الإجابة عن أسئلة مثل : ما هي مشكلة العميل ؟ درجة حدتها ؟ ما هي المدة التي يحتمل أن يستغرقها العلاج ؟ هل العلاج الفردي أم العائلي أصلح في هذه الحالة ؟ هل يصلح هذا العميل للعلاج الجماعي ؟... الخ .

إلا أن عملية التقييم يمكن أيضاً أن تعوق العلاج، ويرى الكثيرون أنه لا يمكن الفصل بين العملتين، فالتقييم والتدخل العلاجي يقفان على متصل يتشابكان فيه على مدى العلاقة بين الأخصائي والعميل .

(لويس كامل مليكه 2010 ص 69)

حسب Gerald Corey (2011) أن هناك تقارب من وجهتي النظر في المفهومين ،حيث نجد أحدهما أن التشخيص جزء مهم في العلاج ،والثانية ترى أن التشخيص عامل ضعف وضرر بالنسبة للعملية العلاجية ،والكتاب يعتبرون التقييم والتشخيص استمرارا للعملية العلاجية ،والتي تهتم على محاولة فهم المريض كلاهما يدخلان في نشاط البحث والاكتشاف من بداية العلاج حتى نهايته .

3-4 - التصنيف والتوثيق :

يرى سامر جميل رضوان (2009) أن المنظومات التصنيف والتوثيق الطبية النفسية منذ السبعينات سعت إلى توحيد التسميات وهذا حسب التداول في الاختصاصات والثقافات ،حيث يقصد بالتصنيف (classification) تقسيم المفاهيم والمواضيع وسمات لها صفات مشتركة مع بعضها وكذلك الاضطرابات النفسية إلى أنماط منفردة والى وجهات متشابهة ،أما التوثيق (documentation systems) التي يتم تسجيل للمعطيات وتقويمها عن طريق الحاسوب ،وقد أثبتت صلاحيتها في علم نفس الأطفال والمراهقين ،مثل توثيق تاريخ الحالة وهذا وضع معطيات تاريخ الحياة التي تم جمعها من الأهل والأقارب ،أو توثيق نتائج الفحص التحديد الفحص الداخلي والعصبي الراهن ،وتوثيق الشخصية وهو تحديد الفئات التشخيصية الناشئة حسب منظومة التصنيف ،توثيق العلاج ويتم فيها وضع الإجراءات العلاجية المستخدمة وعلاجها .

وهذا يعني أن مصطلح التشخيص النفسي الإكلينيكي أو التقييم كأنهما مصطلحان في معنى مرادف أو متقارب أو متبادل.

4-4 - التشخيص و العلاج:

ينظر المعالجون النفسيون إلى عملية الفحص والتشخيص والعلاج كعملية متصلة الحلقات ، حتى وإن قام بالفحص والتشخيص أكثر من أخصائي، وتعتبر العمليات الثلاث (الفحص والتشخيص والعلاج) عمليات متكاملة ومتداخلة، فإثناء عملية الفحص والتشخيص تحت فوائد علاجية مثل الألفة بين المعالج والمريض ، وتهيئة المناخ العلاجي للمريض و إزالة مخاوفه ، ومعرفته بنفسه بدرجة أفضل ، وتصحيح مفاهيمه الخاطئة عن نفسه وعن العلاج النفسي . (إجلال محمد سري 2000 ص 58)

4-5 - التشخيص والقياس :

يرى أحمد عبد اللطيف أبو أسعد ، أحمد نايل الغزير : (2009) ارتباط في المفهومين ، حيث يرى روتر أن المهمة الأولى للأخصائي النفسي ترتبط بالقياس وهذا من خلال مقابلة الأخصائي للحالة للكشف المبدئي على الميول والإمكانيات والاستعدادات والاتجاهات من خلال الإجراءات عملية تعتمد على أدوات مصممة للكشف على القدرة الحالية التي يمر بها الفرد ، وبهذا يكون القياس الخطوة الأولى للأخصائي وتوصله إلى هدفه وهي تسبق عملية التشخيص ، ومن خلالها يتيح له القيام بعملية التشخيص بأكمل صورها .

5- أهداف التشخيص :

* تطوير المشكل من كل جوانبه ومعرفة الأسباب الكامنة وراءه ، ولهذا ينبغي أن نأخذ بعين الاعتبار أحكام التشخيص ، كما يجب ضبط هذه الأحكام عن طريق تركيب عناصر الأجوبة والملاحظات في تقرير شامل ومتناسك ، وعلى الرغم من كون التشخيص هو بشكل عام عمل وممارسة ، إلا أنه قد يتوسع إلى مجال البحث ليشمل الوصف والتفسير والتصنيف والتنبؤ والتقويم ، وهذه هي الخصائص التي تميز تشخيص الحالات الفردية والحالات الجماعية والاشتغال عليها . (بنعيسى زغبوش ، إسماعيل علوي 2011 ص 160)

* ترى إيمان فوزي (2001): أنه هدف معرفي من خلال الحصول على كم هائل من المعلومات والبيانات ولا يمكن أن يكون هدف بحد ذاته ، يجب على السيكولوجي البحث عليه ، وهو الدلالة التي تنطوي عليها كل المعلومات والبيانات التي يجمعها على العميل ، وهذه الغزارة في المعلومات تكون مفيدة في يد السيكولوجي الخبير مما يستتبط التشخيص ، فالتشخيص النفسي لا يهدف إلى تكديس الشخصيات الجزئية بل هو عبارة على تكامل الشخصيات الجزئية للوصول إلى الدلالة الكلية التي تشمل كل السلوكيات الجزئية ورسم الصورة الإكلينيكية للشخصية ، وهذا هو الهدف المرجو من هذه العملية من خلال وضع إستراتيجية عامة تتضمن خطة على تقديم الملخص التشخيصي بوضوح ، وهذا إذا كانت العملية التشخيصية مفيدة ومثمرة و لا يتحقق إلا عن طريق خطة منظمة والحكم على نجاحها من خلال التغيرات لشخصية المفحوص .

وهذا دليل على نجاح وتقدم الحالة والاستفادة من البرامج ، وكذلك الحصول على أساس لتحديد العلاج من خلال معرفة العمليات المرضية ونوع الاضطراب العضوي أو الوظيفي ، وفي التشخيص نلاحظ أن الأعراض تشير دائما إلى خلل في التكوين النفسي والجسمي للفرد ، ويفيد التشخيص الدقيق في الاختيار السليم لطريقة العلاج التي تناسب الاضطراب أو المرض . (حامد عبد السلام زهران 1997 ص 173)

* التشخيص هنا يجب ألا يقوم على التصنيف كما يفعل علماء الطب النفسي، بمعنى إصاق بطاقة بالعمل كأن نقول أن هذا الشخص هستيري أو فصامي ، بينما التشخيص النفسي يقوم على وصف ديناميات العمل بمعنى أنه يجب على المرشد النفسي أن يغوص في أعماق شخصية العميل بحثا عن العوامل الدينامية التي أثرت في تشكيل شخصية العميل وأدت إلى مشكلة الحالية، وربط المعلومات بعضها البعض وصولا إلى التشخيص السليم . (طه عبد العظيم حسين 2008 ص 215)

* أن الأحكام العادية تشكل أساس عملية التشخيص ، وهذا يعني وصف موجزا لطبيعة الاضطراب عند العميل وشدة هذا الاضطراب ، إن العديد من الجلسات العادية تتطلب منك تكوين أفكار نوعية ومحدودة لعملية التشخيص وذلك بالاستناد إلى الدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض النفسية .

* إن بعض بيانات التشخيص هي المقوم الضروري والهام في الإعداد للعلاج المناسب ، فمن خلال البحث عما إذا كان عليك أن تستخدم تشخيصا معياريا لوصف حالة العميل ، عليك أن تعرف ما إذا كان الوصف " التسمية التشخيصية للاضطراب " ستمثل بصدق وبدقة مشكلة العميل، إن المهم لمستمعك تفهم العميل ، من جهة ثانية ، إذا كان عميلك المتعالج يعاني من اضطراب ذي منشأ عضوي ، فإن التسمية أو الوصف التشخيصي المناسب باعتباره "اضطراب سيكوفيزيولوجي أو سيكوسوماتي " يحمل قيمة وصفية ضعيفة وغير كافية لذلك يعتبر وضع بعض الملاحظات التشخيصية ، بعد تحديد المشكلة أو الاضطرابات أمرا ضروريا من أجل الخطوات اللاحقة . (جون زادو ، رونالد براش 2001 ص 79)

* تكوين فروض للعمل قائمة على فهم المسترشد وفهم مشكلته مع تحديد هل حل المشكلة يحتاج إلى نصائح وإرشادية أم يحتاج إلى برنامج، تتمثل في التخطيط لبرنامج إرشادي ملائم ، مع تحديد مدى تقدم المرشد النفسي في العملية الإرشادية . (محمد أحمد إبراهيم سغان 2005 ص 115)

* حسب إجلال محمد سري (2000) : أن الكثير من الأعراض الجسمية تظهر مبكرا خلافا للأعراض العصبية والذهانية التي تظهر مؤخر ولا يفهمها المريض ومن حوله مما يؤخر تشخيصها وعلاجها المبكر ، فإن التشخيص المبكر يفيد في اختيار أنسب الطرق العلاجية للمريض .

* حسب أحمد عبد اللطيف أبو سعد ، أحمد نايل الغرير (2009): أن أهميته تنبع من خلال أنه يرتبط بصورة عميقة بالعملية العلاجية ، يوفر بوضوح المشكلة التي تحيط بالمريض من ظروف وخصائص ، وأهميته الكبرى في كونه يحدد إستراتيجية العلاجية التي تناسب المفحوص ، بالإضافة توفير المعلومات والتعامل مع المفحوص ذات العلاقة بتعليمه وتربيته.

فالتشخيص تتضح أهميته في إعداد خطة علاجية للمفحوص والطريقة التكفل النفسي المناسبة سواء على الصعيد الدوائي أو التوافق النفسي ، فإذا كانت عملية التشخيص غير دقيقة من البداية ، فإن عملية العلاج تكون معقدة جدا وغير فعالة للمفحوص ، فمشكلة التشخيص في المجتمع الجزائري تبقى مطروحة وأبعادها على الصعيد الدوائي وعلى التكفل النفسي ، فهي عملية دقيقة ومعقدة في نفس الوقت تلزم الحذر في اتخاذ القرار حول التشخيص ، فيعد الجزء الكبير من العلاج.

6- أسس التشخيص:

6-1 بنية التشخيص: ثمة وجهان متتامان للتشخيص :

* مماثلة (Assimilation): بمعنى إدراج الحالة ، ضمن نمط كفي استنادا إلى علم النفس النظري .

* ملائمة (Accommodation) بمعنى ملائمة هذا النمط الكيفي ، بحيث توضع في الاعتبار الخصائص الفريدة التي تجسد عليها النمط العام في هذه الحالة (تبدل وصفي بلغة الجشطلت) ، أي تبين الانتظام الفريد الذي يتخذه النمط الكيفي في هذه الحالة .

ومن هنا فإن التشخيص ينطوي على عملية تأويل (Interprétation) للوقائع ، والمعطيات .

6-2 - فنيات التشخيص :

إن التشخيص الجيد يستند دائما إلى أنواع عديدة من المعطيات ولكن رسم تاريخ الحياة ، والملاحظة المباشرة يظان لب المنهج الاكلينيكي ، وفيما يتصل بالملاحظة ينبغي أن ننتبه إلى أهمية الملاحظة المتصلة ، بحيث تنصب الملاحظة على وقائع عيانية تنفذ إلى الحقائق ، ولا تتخذ صورة التقرير الدوري في عدم تحده .

6-3 - منطق التشخيص :

* إن التشخيص ليس عملية رص للوقائع ، بل تأويلها لها بينها بناءا صحيحا في وحدة كلية تتيح فهم دلالة السلوك، ووظيفته أي فهم الكائن في علاقة بيئته، ويتحقق ذلك بحركة دياليكتيكية للفكر تمضي من الوقائع إلى الفرض التأويلي لتعود إلى وقائع أخرى تعدل من الفرض الأصلي وهكذا.

* عملية دينامية ليس لها من الناحية النظرية أن تتوقف، ولكن الناحية العملية تحتم التوقف ، عند الوصول إلى تأويل يجيب على المتطلبات العاجلة للحالة ، هذه الحركة الدياليكتيكية للفكر يسبقها تحديد المشكلة، ويختمها إقامة التشخيص. (محمد عبد الظاهر الطيب 2006 ص 38)

7 - معايير التشخيص :

7-1 - مبدأ التكامل:

ويعني إقامة مجموعة كاملة من المعلومات مما يتطلب الكشف عن العامل المشترك، فالمعلومات التي تم جمعها ينبغي أن تأتلف و تنتظم ضمن الشخصية بمجملها في وحدتها التاريخية، وفي علاقتها الراهنة بالبيئة.

7-2 - مبدأ التقاء الوقائع:

فالتأويل الذي ترتد إليه كثرة من الوقائع الواردة في الأحلام ، مثلا ينبغي أن ترتد إليه كثرة من الوقائع المماثلة في المسالك اليومية للشخص ضمن إطار الطرح العلاجي.

3-7- مبدأ وفرة المعلومات:

يعني أن درجة اليقين أو الاحتمال في التشخيص إنما تتوقف على ثراء ودقة المعطيات التي تم جمعها.

4-7- مبدأ الاقتصاد:

يعني أن أكثر التأويلات معقولة وهو الذي يتيح تفسير أكبر عدد من الوقائع بأقل عدد من الوقائع بأقل عدد من الفروض.

5-7- الخصوبة:

معناه أن التشخيص ليس له من قيمة إلا حين يأتي بجديد يستنتق الوقائع.

6-7- الانتظار:

بمعنى أن التشخيص لا يعدو أن يكون حكماً مؤقتاً ، ومن ثم يظل النفساني في حالة انفتاح عقلي تتيح أن يعدل تشخيصه إذا ما بررت أية وقائع جديدة، ولكي يستطيع الأخصائي النفسي أن يقوم بعملية التشخيص والتنبؤ بفعالية ينبغي عليه أن يكون واعياً لدوره وشخصيته واحتمالات انعكاساتها في تطبيقه للطريقة الإكلينيكية. (صالح حسن أحمد الداھري 2005 ص 177)

8-أنواع التشخيص :

التشخيص في مجال علم النفس الإكلينيكي النيورولوجي يستهدف التمييز بين الأعراض السيكاترية والنيورولوجية و التعرف على الاضطرابات النيورولوجية لدى مريض غير سيكاتري.

1-8 - التشخيص الفارقي :

الذي يستهدف فحص الاشتباك بين الأعراض المتداخلة بهدف تحديد الأعراض شديدة التأثير على حالة المريض والتنبؤ ، يبرز احتمالات تطورا وتدهور حالة مريض وتوقع شكل لاستجابة للعلاج ... أو توقع نتيجة معمقة أو موقف خاص . (س . إجازكول 2006 ص 8)

8-2- التشخيص التصنيفي الطبي :

ويتخذ من التصنيف أداة تساعده وينحصر في تسمية المرض أو شكوى المريض ، ويميل بعض الأخصائيين الإكلينكيين للأخذ به رغم أنه أسلوب طبي ، وأكثر الحالات التي أثبت هذا الأسلوب جدارته فيها هي حالات المرض الذي يتطلب إجراء عملية جراحية .

8-3- التشخيص السيكودينامي :

فالقاعدة التي يتخذها التشخيص فيه هي ديناميات المرض النفسية و في هذا الشكل لابد من دراسة الحالة دراسة مستفيضة من جميع جوانبها ، وخاصة من ناحية القدرات و الدوافع والانفعالات والقيم والاتجاهات وأساليب السلوك الدفاعية التي يتخذها الفرد فضلا عن آثار البيئة والمجال التي نشأ فيها .

(زينب محمود شقير 2002 ص 42)

8-4- التشخيص الفردي :

أفاد علماء النفس فائدة كبرى من طريقة فرويد في دراسة الراشدين الذين يعانون من اضطراب نفسي أو عقلي فقد كان فرويد لا يكتفي بتشخيص أمراضهم ، بل عنى عناية خاصة بدراسة تطورهم المرضي ، ونموهم النفسي وتكوين صورة واضحة المعالم عن أحداث طفولتهم ، ويبدو إذن أن طريقة التشخيص الفردي تستخدم على وجه الخصوص في دراسة الأطفال المضطربين نفسيا ، وتتطلب هذه الطريقة الماما دقيقا بتاريخ حياة الطفل ، ولا بد أن يتضمن ذلك التاريخ معلومات كافية عن أطوار نموه الانفعالي والذهني وعن ماضي علاقاته في محيط الأسرة وفي خارج ذلك المحيط ، وعن الأمراض التي ألمت به ، والأحداث الفريدة التي تعرض لها ، وعن تطور سلوكه المرضي واتجاهاته المنحرفة ، وتستخدم في الحصول على هذه المعلومات كافة السبل ، فمن مقابلة لوالدي الطفل إلى إجراء لاختبارات نفسية ، إلى أسئلة يجيب عليها الطفل نفسه ، إلى ملاحظة له اذا يلعب بمختلف أدوات اللعب ، وإذ يلهو مع غيره من أطفال العيادة النفسية .

(عبد المنعم المليجي ، حلمي المليجي 2006 ص 72)

فمنهج البحث في وصف الشخصية أو تشخيصها حسب جوليان روتر (1971): عن طريق التخطيط التصنيفي يتضمن الأعراض والخصائص للاضطرابات المختلفة، و الاختبارات التي تحدد مستوى التفكير لدى الفرد، خاصة إذا كان ما يعاني هلوسات والهذات، وما إذا كانت استجاباته الانفعالية سوية مثل الملاحظات قد تسهل عملية التشخيص .

8-5- النمط التصنيفي :

* حسب صالح حسن أحمد الدايري (2005) : هو عملية تنظيم لأعراض لحالات في مجموعة ما وهو الخطوة الأولى في الميدان الطبي العام من تقسيم الأفراد إلى مرضى ومستوى كل مرض، ولكنه من الناحية النفسية لا يساعد في التنبؤ إلى حد كبير عن تطور الحالة أو فهم سبب المرض، فمثال إذا وضعنا كل الفصاميين في فئة واحدة، ففي هذه الحالة قد تعالج هذه الحالات بالرغم من اختلاف مسبباتها لكن فقط من خلال تصنيفها على مرض واحد حيث يعتبر التصنيف مساعد فقط لعملية التشخيص كتقديم المعلومات وفرزها من خلال الدرجة أو النوع .

8-6- الشكل الديناميكي :

يعني أن التشخيص ليس وضع نظام تصنيفي جاهز للاضطرابات، بل هو عملية ديناميكية تتعلق على أفراد معينة وفي مواقف معينة ، وهذا من خلال تفاعله ببيئته ، فعلم النفس العيادي يأخذ كل حالة تجديد برنامج عمل بما يلائم حاجات الفرد موضوع التشخيص، وبالتالي التركيز أكثر على الدلائل الهامة والخاصة بالموقف الذي يعيشه هذا الفرد ، والوظيفة التي نشطت اضطرابات السلوك لديه، فالتشخيص ما هو إلا تعبير عن لحظة من لحظات التطور لتاريخ شخصيته في علاقتها بالبيئة.

8-7- التشخيص الغيبي blind diagnosis :

حسب محمد أحمد إبراهيم سغان (2005) : هو التشخيص الذي يتم من خلال نتائج الاختبارات أو السيرة الذاتية أو دراسة حالة دون مقابلة المفحوص .

9- أساليب التشخيص الإكلينيكي :

إن التشخيص عملية معقدة يقوم بها الأخصائي الإكلينيكي لجمع معلومات حول المشكلة وأسباب الخفية والصعوبات التوافقية التي يعاني منها المفحوص وهذا لتحديد نوعية الاضطراب النفسي والعقلي ، وهذا حتى يتمكن الأخصائي الإكلينيكي من وضع خطة ملائمة للتدخل العلاجي .

فالغرض من التشخيص النفسي الإكلينيكي هو اكتشاف أسباب معانات الفرد وصعوبة توافقه الشخصي والاجتماعي ، وكيفية نشأة الاضطرابات النفسية أو العقلية أو الشخصية التي دفعته للمراجعة الطبية ، وطلب التدخل الإكلينيكي ، وهنا تبدأ المهارة في انتقاء الأسلوب الأفضل الذي يناسب دراسة الحالة المرضية من بين أساليب تشخيصية متعددة ، ولكل منها مقوماتها ومميزاتها ، وتعليماتها وطريقة وصولها لأهدافها أي (إمكانية تشخيص نوع من الاضطراب النفسي ليتسنى تحديد العلاج الملائم) .

9-1- أساليب متعددة : من بين الأساليب مايلي :

* دراسة الحالة ، والمقابلة التشخيصية ، والاختبارات النفسية المقننة المباشرة منها الإسقاطية ، والتقارير الطبية، والمدرسة ، والعائلية والمهنية هي مجرد وسائل تمهيدية في عملية التشخيص النفسي والإكلينيكي، و أن التقرير النفسي (التشخيصي) الدقيق عن الحالة المرضية هو الذي يعكس صورة المريض من حيث سماته ودوافعه ، ونواحي عجزه ومتاعبه ، والمرض الذي يعاني منه ، ويعتبر التاريخ الشخصي وما يتضمنه من معلومات عن المريض من حيث مكان الولادة ، والمعلومات الأخرى التي يمكن جمعها من المصادر المختلفة ولادته حتى وقت التدخل العلاجي الإكلينيكي، كل هذه تعتبر من أهم المصادر التي تساعد على التشخيص الدقيق ، و من أهم الوسائل التي تحقق التشخيص الإكلينيكي الدقيق للوصول إلى العلاج الصحيح :منهج دراسة الحالة ، ومنهج المقابلة التشخيصية (Clinical tests diagnostic interview) منهج الاختبارات النفسية الإكلينيكية .

* منهج دراسة الحالة (case study) : تعد الحالة من الحالات التي تخضع للفحص الإكلينيكي والدراسة هي حالة فريدة من نوعها ،تتطلب إجراءات دراسية خاصة بها تتفق مع ظروفها وقدراتها العقلية ،ومكانتها الاجتماعية ،ومستواها الاقتصادي ،وعمرها الزمني والتعليمي ،لتكون ملائمة لها لتحقيق أغراض محددة تتبلور في رسم صورة واضحة للحالة المدروسة بغية اتخاذ القرار بشأنها ،وتقديم العلاج المناسب.

(أديب محمد الخالدي 2006 ص78)

9-2- حسب أدلر ADLER:

تتنوع أساليب التقييم والتشخيص في العلاج الأدلري بشكل كبير، وتهدف تلك الأساليب للوصول إلى كم نوعي وكمي من المعلومات حول سلوك الفرد من أجل القيام بعمليات التشخيص والتقييم الدقيق ،ولذلك نرى اعتماد النظرية على استخدام الأساليب الإسقاطية (الرسوم ، اختبار بقع الحبر) واستبيانات أسلوب الحياة والمقابلات المقننة ، وعلى العموم فإن أي أسلوب تشخيصي في العلاج لابد أن يشتمل على الأساليب التالية :

***اكتشاف الديناميات العائلية (Family Dynamics)** : يعتبر البحث في ديناميات العلاقة الأسرية وخاصة المبكرة من أساسيات عملية التشخيص ، فمن المهم الكشف عن طبيعة العلاقات بين المسترشد وباقي أعضاء أسرته والعلاقات بين أعضاء الأسرة أنفسهم ، وذلك بسبب أثر تلك العلاقات ودورها على تكوين أسلوب الحياة والميل الاجتماعي على اعتبار أن صورة الأسرة صورة مصغرة عن المجتمع الكبير الذي سيحيي فيه الفرد

إن الكشف عن الديناميات العلاقة الأسرية المبكرة قد يمتد ليشتمل توضيح واكتشاف أي حدث واجهته الأسرة خلال فترة تكوين أسلوب الحياة لفرد . (جلال كايد ضمرة 2008 ص 163) .

* عملية التقييم التشخيصية :

تعتبر عملية تجميع المعلومات التي يحتاجها المرء من أجل تشخيص اضطراب نفسي أو مشكلة انفعالية عملية صعبة ، تطلب الملاحظة والمقابلة على شكل أسئلة وإجابات ، وقد يطرح المعالج تشخيصا أوليا مؤقتا ويستمر فيها بعد بالتحقق منه أو تخصيصه ، وبمجرد أن تؤدي الاختبارات أو (ردود الأفعال على العلاج أو كليهما إلى نتائج إضافية ، وعادة ما يتم تقديم أدوية مخففة للألم بأكبر سرعة ممكنة للأشخاص الذين يعانون من أعراض حادة ومؤلمة ، وبمجرد أن يطرح المعالج التشخيص يقوم بمناقشة برنامج العلاج الفعلي وتنفيذه.

(سامر جميل رضوان 2002 ص 301)

*كما تتحصر الأساليب التشخيصية في علم النفس الإكلينيكي في ثلاثة تتمثل في تاريخ الحالة والمقابلة التشخيصية والاختبارات النفسية ، ثم عند الوصول إلى الحكم عن طريق هذه الأساليب الثلاثة أو واحد منها يواجه الإكلينيكي المرحلة الثانية في هذا التخصص وهي العلاج ، وهنا نجد عددا كبيرا من أساليب العلاج منها التنفيس (وهو محاولة استخراج أصول القلق النفسي أو أسباب الاضطراب)، ثم الإيحاء (وهذا يتم عن طريق المعالج أولا ثم عن طريق المريض في نهاية المرحلة العلاجية)، ونجد من ضمن الأساليب الإقناع (وهو محاولة دائمة من ناحية الإكلينيكي بتعريف المريض بأبعاد قلقه وتشجيع الاستبصار فيه) وأخيرا إبطال حساسيته وإعادة تعليمه (وهي محاولة لهدم نظم قديمة مرضية للسلوك لإحلال أخرى سليمة).

(ألفت محمد حقي ؟ ص 414)

مما سبق يتضح أن التشخيص عملية جزئية تتشكل لتعطي القلب النفسي لشخصية و ترتكز على جميع المعلومات للاحالة و المسار العائلي المبكر من حياة الفرد إلى مرحلة مناقشة العلاج الفعلي .

9-3- دور الأخصائي النفسي والاختبارات في تصنيف التشخيص :

قبل التطرق الى تقنيات الفحص التي يستعملها الأخصائي النفسي يجب معرفة الأخصائي وما هي متطلباته السيكلوجية .

9-3-1- متطلبات السيكلوجية للأخصائي النفسي :

* الأخصائي النفسي مؤهل لعملية التشخيص السيكومتری، على أن يكون المفحوص خضع إلى الفحص الطبي، ويجب أن يتمتع الأخصائي النفسي المؤهل بالكفايات التالية :

* الإعداد النظري في الاختبارات وطبيعتها وتطبيقها ، التدريب العملي المناسب على استخدام الاختبارات و القدرة على العمل ضمن فريق التشخيص و على تفسير نتائج الاختبارات لمعرفة التشريعات والقوانين و أساليب التدريس . (عصام النمر 2006 ص 45)

* هو الذي يضطلع بتطبيق بطاريات بتطبيق بطاريات الاختبارات في تلك الحالات التي يحيط بها بعض التساؤل أو الشك فيما يتعلق بالتشخيص ، وبالإضافة إلى ذلك فهو يقدم المادة الوصفية التي تعلق بالذكاء وبالشخصية . (دوجال ماكاي 2002 ص 95)

* الاعتماد على بصيرته إلى حد ما في أخذ السياق الاجتماعي الحضاري لدينا في الاعتبار، أي أن هذه الخطوة الأخيرة لا تعني بالضرورة تأكيد الاختلاف على حساب التماثل (ولا العكس) ولكن يجب أن تأخذ شكل التبني اليقظ لاتجاه استكشافي ، نتوصل من خلاله إلى تحديد نقاط التباين ونقاط التشابه بين ما لدينا وما يناظره في السياقات الفردية . (مصطفى سويف 2001 ص 68)

*تعتبر محكات التصنيف الرابع (Dignostic and statistical Mannual of Mental Disorder) (DSMIV) لجمعية الطب النفسي الأمريكية هو التصنيف الذي يتم التعامل به قبل المتخصصين ، وبالرغم من أن هذا النمط التشخيصي قد يكون له دورا توجيهيا للأخصائي الإكلينيكي في تحديد القدرات والسلوكيات التي يجب ملاحظتها أو عمل قياس لها ، إلا أنه أيضا يمكن أن يعوق في إجراء هذا التقدير، نظرا لأنه قد يشجع على التعميم ، على سبيل المثال عند تصنيف عميل ما تحت مرض الفصام البسيط فقد يعطي هذا التصنيف تصور به قدر من الخطأ في تقدير القدرات والخصائص المختلفة لدى العميل مما يؤدي إلى عدم فهمه . (إلهام عبد الرحمن خليل 2004 ص 64) .

*كما يصف لنا وليام مننجر William G .Menninger وظيفة التشخيص بالنسبة للأخصائي النفسي (في معرض مناقشته للعلاقة بين علم النفس والطب النفسي)يقول " عندما اطلب فحصا نفسيا لمريض ، فأنا لا أريد قطعاً أن أعرف نسبة ذكائه أو نسبة m إلى c في اختبار الرورشاخ ، وإنما أتوقع وصفا للشخصية ، أي أن يناقش الأخصائي النفسي طبيعة المرض ، وبناء الطابع الخلقى للمريض ،مدى قوة أو ضعف ميكانزمات الأنا أنماط الخاصة في التكيف ، التنبؤ بالمرض وإمكانيات .. الخ " (محمود زيادي 1969 ص 2)

9-3-2- دور الاختبارات في التصنيف التشخيصي:

أما دور الاختبارات كوسائل للتصنيف التشخيصي نجد الاتفاق بين الأطباء النفسيين فيما يتصل بالتشخيص الدقيق ليس مرتفعا جدا والعلامات والأعراض عاجزة عن التحديد ،ذلك أنه من الصعب إحلال فرد بثقة ضمن مجموعة خاصة ،وبناء على ذلك فإن الطبيب النفسي يتقهقر قد ما إلى "حسه الإكلينيكي " في أغلب الأوقات لكي يسد الفراغ ويتحفظ في التشخيص في حالة تدوين ملاحظاته ،ولما كان عدم الرضا واسع الانتشار داخل مهنة الطب النفسي بسبب الطبيعة غير العلمية لنهج التقييم، حيث كان هناك شعور بالحاجة الماسة للبيانات الصلبة التي من المفترض أن يقدمها أخصائيو القياس النفسي ،لذلك فقد وجد الأخصائيون الإكلينيكيون الأول أنفسهم مصبوبين في وظيفة فني المعمل Laboratory technicians ، ووجدوا أن وظائفهم محددة في إجراء سيكولوجي معادل لاختبارات الدم ، وبالاتفاق على لعب هذا الدور أصبح الأخصائيون النفسيون الإكلينيكيون مستوعبين بسهولة داخل هذا البناء المركزي الطب النفسي الموجه طبيا .

(دوجال ماكاي 2003 ص 95)

ويمكن الاستفادة بكثير من الاختبارات النفسية في تشخيص Diagnoses حالات الفصام ، ومن أمثلة هذه الاختبارات اختبار بقع الحبر الرورشاخ ، فهناك بعض العلامات والاستجابات التي توضح الفرق بين الحالات الفصام والحالات العصابية فحالات الفصام المبدئية أو الأولية تميل إلى رؤية أشياء في البقع بعيدة عن التركيب أو البناء الحقيقي للبقعة ، هذه الاستجابات الرديئة Poor Reponses تدل على النكوص المريض أو عودته إلى حالة التفكير البدائي ، وتشير إلى عجزه عن قياس الواقع والاتصال بالحقيقة .

(عبد الرحمن محمد عيسوي 2005 ص 430)

مما سبق يتضح أن دور الأخصائي النفسي في مجال التشخيص مميز خاصة أنه يمتلك تقنيات الفحص العيادي الدقيقة منها الاختبارات الإسقاطية كالرورشاخ وتفهم الموضوع للكشف عن تمثيل الذات والقواعد النرجسية ووظائف الأنا ، والتنظيم الدفاعي الأوديبي للمفحوصين اتجاه تعاملهم مع الواقع ، وكذلك اختبارات أخرى موضوعية تمايزية منها اختبار منيسوتا متعدد الأوجه للشخصية MMPI- 2 لمعرفة الميولات المرضية سواء لمعرفة السواء واللاسواء الذي يتمثل في الاضطرابات العصابية والذهانية والسيكوباتية، مع استعمال أدوات أخرى جد مكملة من ملاحظة ومقابلة ودراسة حالة لبلورة مسببات الحالة وعلاقتها بماضيها وحاضرها.

9-4- فحص النفسي للمريض Psychiatric examination :

9-4-1 - لمحة عن الفحص النفسي:

هناك طرق عديدة لفحص المريض النفسي بعضها مصمم لاستخدامه في مجال البحث العلمي والدراسات الماسحة ، مثل جدول أعراض الحالة العقلية ، وجدول أعراض الحالة النفسية ، والمرور المتعدد الأوجه للمرضى المنومين في المستشفى ، والمعينة النفسانية المعاييرة لدراسات صحة المجتمع ، وطريقة فحص الحالة العقلية الحاضرة ، وما وصلت إليه من تطور في (جداول التقييم السريري العصبي النفسي) ، وبعض طرق فحص المريض النفسي مصمم لاستخدامه في مجال المعينة السريرية التي هي نوع من التواصل اللفظي بين شخصين يقوم كل منها خلاله بالتحدث والاستماع من حيث إلى آخر .

*يرى فيصل عباس 2003: أن الفحص النفسي يقوم على العلاقة المتفاعلة بين الشخص والأخصائي من خلال الحوار المتبادل والتفاعل الدينامي فيما بينهما، وفن الحديث يرتبط بالموقف العيادي، وهذا الالتزام في كل المقابلات مع المفحوص، وهذا يتوقف على الفاحص من خلال العلاقة التي يبنها من تعاطف وتفهم وتقبل للمفحوص حتى يتم مساعدته، وتتحدد إمكانية المحكات بالأمور التالية:

*المكان المجال الذي تحدث فيه العلاقة العيادية، ولهذا توفير جو من الراحة والطمأنينة، مكان هادئ بعيد عن الضوضاء والمثيرات الخارجية، حتى لا يتشتت ذهن المفحوص وإثارة القلق لديه.

* حرية التعبير في ترك المفحوص التعبير على مشاكله بكل حرية، خاصة ماذا يريد قوله، وكيف يريد هذه لديها دلالة إكلينيكية تساعد المفحوص في الغوص في مشاكل المفحوص وفهماها.

*حسن الإصغاء يعني الأخصائي النفسي التفاعل مع شخصية المفحوص من خلال أسلوبه في الحياة، وانفعالاته، وتخيلاته وأفكاره من خلال إدراكه للأمور وكيفية التصرف إزاءها، ويجب عليه البحث دائما في أصول وأسباب المرض، وهذا من خلال الإصغاء التام، وهذا يساعده في نبرة صوت المفحوص، والإيقاع، وهذا من خلال أذن موسيقية مرهفة، وهذا من خلال سماع قلق المفحوص بأذان مفتوحة صاغية مركزة.

*التزام الحياد على النفسي التزام والاحتفاظ بذاتيته، وعدم إقحام تجاربه الشخصية العديدة، وكذلك التزام الحياد بغض النظر اتجاهات المفحوص القيم الدينية والاجتماعية والخلقية... الخ وخاصة تجنب الأحكام السابقة من خلال حديث المفحوص تفضيل جزء على الآخر.

* الملاحظات من قبل الأخصائي النفسي الوعي التي تتمثل في الإحساسات من حيث الصفاء أو التلبد والتوافق في عملية الارتباك أو الذهول، و نوع الانفعال من حيث الشدة والاستمرار في تعبيرات الوجه وتوتر العضلات، و النشاط العام للحالة، اهتمام الحالة بالدوافع والاستعدادات والعادات التي تحدد هذا النشاط.

* الاتجاه العقلي العام من معتقدات الحالة وسلوكياتها المحتوى العقلي للعميل خاصة ما يتعلق منها بأفكار تقدير الذات الزائد أو التقليل منها وأفكار توهم المرض والانعدامية والأفكار المرجعية، والتأثير ، والهداء ونوعه أن وجد محتواه الشعوري ، وعملية الإدراك التي تتمثل في حالات الاضطراب النفسي وخاصة الهذيان ، والحالات الانفعالية للحالة ، وخبرات الحالة الإدراكية ومدى إدراكه أن الهلاوس نوع من الاضطراب ، مع التركيز على الذاكرة من ناحية أنها البعيدة أو القصيرة المدى عند ذكر البيان الزمني عن تاريخ حياته . (سامي محمد ملحم 2007 ص 222-223)

9-4-2- وضعية الفحص النفساني :

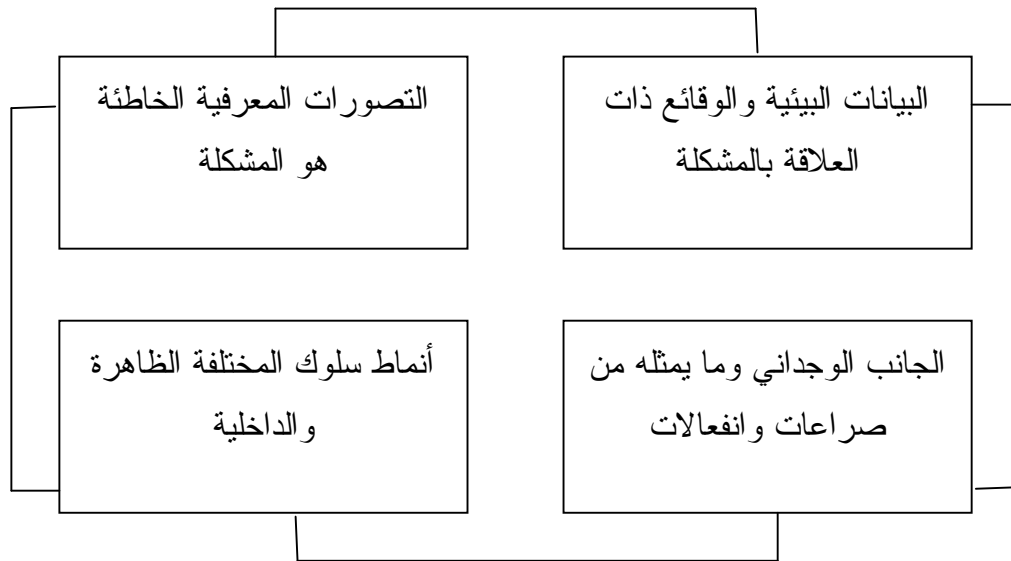
يتطلب فحص المريض النفساني في مجال المعاينة السريرية حيث ليس في الفحص النفساني وسائل أو اختبارات مادية تظهر وتقيس بالأرقام أو ترسم على شاشة شكل المرض وتطوره كما هو الحال في كثير من الفحوصات الطبية الجسمية ، في حين أن الوسائل الأساسية للطبيب في الفحص النفساني في مجال المعاينة السريرية هي حواسه من سمع ، والنظر ، وحكمته في استخدامه للمحاكمة السريرية ، ثم جمع المعلومات وتنسيقها وتحليلها ، لذا فإن الفحص النفساني في المعاينة السريرية يعتمد بشكل رئيسي على إنصات الطبيب إلى الشخص وتركه يتكلم ويعبر عن معاناته وكل ما يجول بخاطره بعفوية تامة ، وكذلك إلى مرافقي الشخص من أهله وأصدقائه المقربين ، دقة ملاحظته لتصرفات الشخص ومظاهر انفعالاته والعواطف التي تبدو عليه وتكوينه النفسي بشكل عام ، قدرة الطبيب في مساعدة الشخص على استرجاع ذكرياته أو وصفه لأحاسيسه وخبراته ومعاناته ، مما يساعد على الإلمام بحالته المرضية النفسانية وانفعالاته ، تفهم الطبيب لعوامل البيئية والإنسانية التي تؤثر على حالة الشخص وتتدخل في عملية التشخيص ، أي على الطبيب أن ينظر إلى الشخص من خلال ثلاث مستويات : الأول هو الجانب الحيوي (البيولوجي) ، الثاني هو تكوينه النفسي وصفاته الشخصية ودوافعه ، الثالث هو خلفية الاجتماعية والبيئية والثقافية والأسرية ، وهذا ما يسمى بالثلاثي الحيوي - النفسي - الاجتماعي . (محمد أحمد الفضل الخاني 2006 ص 14)

يتضح أن معاينة الطبيب السيكاتري والأخصائي النفسي في عملية التشخيص مختلفة ، فالفحص النفسي من أوليات عملية التشخيص وهي تختلف عن آليات فحص الطبيب السيكاتري ، فكل ما يظهر على المفحوص من مختلف إيماءات و التعابير الجسدية والسلوكية كله ينعكس على مدى نجاح عملية التشخيص ، وبالتالي نجاح العملية العلاجية .

9-5- خطوات التشخيص النفسي:

يشير سغان (2005) : أن عملية التشخيص تسير وفق خطوات هي تحديد المشكلة والإعداد للتشخيص ، والتزود بالمعلومات ، ومعالجة المعلومات وتفسيرها ، وتكوين الفرض التشخيصي ، وتكوين فرض تنبؤي ، ووضع الفرض على محك الاختبار فالتحرير النهائي ويصف نموذج (seay's 1978) المشكلة النفسية بالتركيز على أربعة جوانب هي :

شكل رقم (1): نموذج (seay's 1978) لوصف المشكلة النفسية على أساس جوانب الأربعة



التشخيص هو الرأي المهني للمرشد والمبني على ما لديه من بيانات ومعلومات عن المسترشد ومشكلته، ويعتمد التشخيص على مهارة المرشد وخبرته في وصف المشكلة ومن ثم التعرف على مدى تفاعل بين العوامل الذاتية والعوامل البيئية والاجتماعية والعقلية المتكاملة للمسترشد ، وكذلك تفهم المرشد لمبدأ السببية وقدرته على تفسير المعلومات التي حصل عليها . (أحمد عبد اللطيف أبو سعد 2011 ص 260)

9-5-1- مرحلة الإعداد :

* تهيئة المفحوص للتشخيص حيث يقوم الفاحص في هذا الجانب بالتأكيد على أهمية الاقتناع وممارسة التوجهات الآتية :

* المفحوص ليس حالة الوحيدة التي لديها مشكلة

* وفرة المعلومات يساعد في تحديد المشكلة والتعرف عليها ، وتحديد خصائص المفحوص

* المعلومات الصادقة توفر الكثير من الوقت والجهد عند التشخيص

* أهمية مشاركة المفحوص في التشخيص

* أهمية إمداد الفاحص النفسي بأي معلومات جديدة لا يتم التطرق إليها أثناء مرحلة التشخيص

9-5-2- مرحلة التزويد بالمعلومات :

_الأولى : معلومات أولية عن المفحوص ومشكلته ويتم التزود بها من الفاحص نفسي آخر أو من القائمين على تربيته أو من جهة عمله أو من مؤسسة اجتماعية مثل مصلحة السجونالخ .

_الثانية : معلومات يتم الحصول عليها من تطبيق أدوات جمع المعلومات والتي أشرنا إليها وهي المقابلة والملاحظة ودراسة الحالة والاختبارات النفسية يضاف إليها السيرة الذاتية للمفحوص والتناقضات التي تظهر بين أقواله وأفعاله ، بعد جمع المعلومات يتم تنظيمها ويتم هذا التنظيم في ضوء الإطار المرجعي للفاحص النفسي أو في ضوء الطريقة التي يتم بها جمع المعلومات .

9-5-3- مرحلة معالجة المعلومات :

*** الطريقة الكمية quantitative method :**

تقوم الطريقة الكمية على رصد استجابات المفحوص على الاختبارات النفسية وتحويلها إلى تقديرات كمية تكون صالحة للمعالجات الإحصائية، في بعض الأحيان يتم قياس وجود الخاصية فقط عندما يجاب على الاختبار بنعم / لا ، وفي أحيان أخرى يتم قياس وجود خاصية وشدتها باستخدام مدرج للاستجابة يحدد الفروق في الشدة مثل : توجد بدرجة شديدة ،متوسطة ،بسيطة ،لا توجد هذا النوع من المعالجة الإحصائية يستخدم عندما يكون الهدف من التشخيص تحديد وجود خصائص معينة لدى المفحوص أو تحديد قاعدة من المعلومات عن المشكلة والمفحوص قبل تطبيق البرنامج العلاجي ،وهذه المعلومات سيكون لها فائدة في المقارنات التي تتم قبل تنفيذ البرنامج وأثناء تنفيذه وبعد الانتهاء من تنفيذه .

*** الطريقة التحليلية Analytical method :**

عندما يكون هدف التشخيص تقييم شخصية المفحوص من حيث خصائصه والصعوبات التي يواجهها بجانب تشخيص مشكلته ، ومعرفة التطور التاريخي لهذه المشكلة ، فان ذلك يتحقق باستخدام الطريقة التحليلية ، من خلال المبادئ التي يقوم عليها التشخيص مبدأ وفرة المعلومات وهذا يتطلب تطبيق أكثر من أداة لجمع المعلومات ، ونظرا لأن المعلومات التي يمكن جمعها كثيرة وقد يكون من الصعب حصرها ، فينبغي أن يركز الفاحص النفسي على المعلومات التي ترتبط بالمشكلة بشكل مباشر ،ويحدد الفاحص النفسي هذه المعلومات من خلال رصيده المعرفي في مجال تخصصه وخبرته المهنية وتدريبه المستمر .

ويتطلب معالجة المعلومات تنقيتها ، أي تحديد المهم والاهم يمكن تحقيق ذلك باستخدام الوزن النسبي لكل معلومة (أي وضع درجة لكل معلومة) ، ويأتي بعد تنقية المعلومات تحديد الأفكار الرئيسية ويمكن انجاز هذه الخطوة عن طريق التركيز على ما توصل إليه مقارنة المعلومات ببعضها أو وصف المعلومات بذكر الخصائص التي توجد فيها . (محمد جاسم العبيدي 2011 ص 31)

9-5-4 مرحلة اتخاذ القرارات :

يرى عباس (1992) : العالمان "بوب" pope وسكوت scott يصاغان خطوات رئيسية تحكم إقامة التشخيص في الطريقة الإكلينيكية بمايلي :

* يصوغ الطبيب الأسئلة مع الأخصائي النفسي حول مشكلة الحالة

* يصوغ الأخصائي النفسي المشكلات في عبارات مرتبطة بالمناهج والوسائل المستخدمة

* يختار عدد من الاختبارات والوسائل النفسية التي تخدمه مع الحالة

* يقوم بمقابلة المريض ويطبق عليه العديد من الاختبارات

* يقوم بتصحيح الاختبارات الموضوعية كميًا

* يصوغ استنتاجاته عن المريض مع اعتبار أسئلة المريض نقاطا مرجعيا من خلال فحص درجات الاختبارات وكذلك استجابات المفحوص وهذا من خلال ما تحصل عليه من ملاحظة وتفاعله معه .

* ينظم الأخصائي النفسي كل البيانات والتقارير التي تحصل عليها في صورة تقرير يبعث به الى الطبيب المعالج .

10- مشكلة التشخيص في علم النفس الإكلينيكي :

تعتبر عملية التشخيص عملية معقدة في علم النفس الإكلينيكي ، خاصة أنها تتطلب مهارة أدائية وتقنية في استخدام تقنيات الفحص العيادي وتفسيرها ، لأنه من الصعوبة إصاق بالمريض من أول تشخيص على أنه مريض عقلي أو نفسي متطور .

وهذا يتضح أكثر من خلال قول " لاجاش " «أننا لا نستطيع الفصل ما بين الأشكال المتكيفة ، والأشكال المضطربة للسلوك لا لأننا نرجع إلى التصور البالي القائل بالاتصال والتجانس الكامل ما بين الصحة والمرض ، ولكن لأننا نرى فيها نهايتين مختلفتين للصراع ، لا يستطيع علم النفس الإكلينيكي ، إلا أن يضعهم الواحد بالنية للآخر .» (محمد عبد الظاهر الطيب ، حسين الدريني وآخرون 2005 ص 181)

10-1- المشكلات الأساسية في تصنيف التشخيصات :

تتبع ضرورة وقانونية فصل الاضطرابات النفسية المختلفة عن بعضها من عدد كبير من الأسباب ، إذا أنه لا بد من وصف اضطراب المريض بدقة وفصله عن المرضى الآخرين، وذلك لاعتبارات المنطق وفردانية المريض، كما يتيح التصنيف بالإضافة إلى ذلك للعلماء والعياديين الذين يريدون تبادل الخبرات حول مرضاهم التفاهم فيما بينهم ، كما أن الكثير من التشخيصات تقدم الكثير من الدلائل حول شكل العلاج المناسب ، ويعتبر الوصول الى تصنيف تشخيصي يمتلك في الوقت نفسه (أهمية علاجية) هدفا مهما للبحث ، وأخيرا تقدم الكثير من التشخيصات دلائل حول التنبؤ واتخاذ إجراءات طويلة المدى ، تكون ملائمة للتأثير على مجرى المرض بشكل إيجابي ، ويفرق شميدكه Schmedtdke في الاعتراضات على المساعي التصنيفية بين الاعتراضات من النوع الأساسي والتي تمس التصنيف بحد ذاته وتلك التي تنتقد منظومات التصنيف الخاصة المستخدمة .

وبشكل عام فقد أثبت الرأي القائل: "إن العمل العيادي والعلمي المسؤول غير ممكن بدون السعي نحو التصنيف والتوثيق الدقيقين للاضطرابات والأمراض النفسية ، قد أثبت نفسه عالميا بصورة عامة، وتتطلب المساعي التصنيفية اعتبارات طرائقية Methodical Reflexion "وحسب روتر Rutter فإنه على منظومة تصنيف الأمراض النفسية في سن الطفولة والمراهقة أن تحقق المعايير التالية :

* ينبغي للتصنيف ألا يقوم على تصورات Concepts وإنما على حقائق Facts ، ولا بد أن يتم تعريف المفاهيم المستخدمة بصورة إجرائيا Operational ، ولا بد من توفر مسرد أو دليل Glossary تكون فيه هذه المفاهيم محددة بدقة يتم تشخيص الاضطرابات أو المشكلات وليس الناس أو المرضى بوصفهم .

(سامر جميل رضوان 2009 ص 51)

10-2- المشكلات التي تواجه عملية التشخيص :

- * عدم وجود اختبارات مناسبة
- * عدم مناسبة الاختبارات لفئات العمرية
- * عدم مناسبة الاختبارات للبيئة لأنها غير مقننة .
- * الألفة بالاختبارات بين الأفراد مما يقلل من صدقها
- * عدم وجود أماكن مناسبة للتطبيق .
- * عدم وجود متخصصين و مدربين تدريب نظري عملي .

(سعيد كمال عبد الحميد 2009 ص 27)

10-3- الأخصائي النفسي ومشكلة التشخيص الإكلينيكي : Le psychologue et le problème de diagnostic clinique

ليس هناك اتفاق تام حول الدور الحقيقي الذي ينبغي أن يضطلع به الأخصائي النفسي الإكلينيكي ، ذلك أن عمله يختلف من موقف لآخر وفقا لنوع الوضع الذي يشغله ، وكذلك وفقا للتنظيم الخاص للهيئة الفنية التي قد يعمل بها السيكولوجي الإكلينيكي ، ففي مستشفيات الأمراض العقلية ، يتحدد دوره في تطبيق الاختبارات التشخيصية أو بعملية القياس النفسي ، كأدوات كاشفة ومساعدة في استكمال العمل الإكلينيكي ، فهي تكشف عن الذكاء والقدرات الخاصة بالفرد ، كما تكشف أيضا عن الجوانب المختلفة للشخصية ، وكذلك تحديد العوامل المؤثرة في سلوك الفرد، كما يتحدد دور السيكولوجي الإكلينيكي بالقيام في عملية تقييم بعض الحالات ، أو برسم خطة علاجية ، وفي حالات الأخرى ، يكون من واجباته التعاون مع الطبيب النفسي أو الاشتراك مع هيئة المعالجين من مختلف الاختصاصات من كل ميدان في عمليتي التشخيص والعلاج .

لقد وجد العصر الحديث بالترابط الوثيق بين الطبيب العقلي والأخصائي النفسي الإكلينيكي ، فكلاهما ، يهتم بالقياس العقلي وتشخيص الاضطراب والتعاون في العلاج والإرشاد النفسي ، ولهذا لم يعد من الضروري أن يقتصر العلاج فقط على الطبيب العقلي الذي يركز على خلفية طبية ، فقد باشر الأخصائي النفسي بتطبيق الاختبارات، وإجراء الكشوف النفسية لتساعد كلها على دقة التشخيص والتنبؤ والاستشارة العلاجية ، فالأخصائي النفسي الإكلينيكي يقوم بتطبيق الاختبارات وتفسيرها ليشرح اضطرابات الأفراد العقلية والانفعالية ، ويضع خطة العلاج ، (ويقوم بتنفيذ برامج العلاج) ، أي أن أصبح يعالج الاضطرابات النفسية لأحداث التوافق ، وقد يتعاون مع المتخصصين مثل أطباء الأمراض العقلية وأطباء الأعصاب ، والأخصائيين الاجتماعيين ... لتطوير برامج علاج المرض المختلفة التي تعتمد على تحليلي البيانات والمعطيات الإكلينيكية . (فيصل عباس 1994 ص 71) .

يرى دوجال ماكاي (2003) : عدم وجود الاتفاق بين الأخصائيين الإكلينيكيين خاصة في نوع الخدمات التي من المفروض القيام بها ، وقد أوضحت أخيراً أن السيكولوجي قد يجد نفسه أن يضيف أعباء بطرق خاصة ما يتناقض مع توقعاته لدوره ، فيمكن أن نشاهد الأخصائي النفسي في مكان فريد في المستشفى وهذا نظراً للطبيعة الغامضة للنظام ، ومع هذا يستطيع كل أخصائي نفسي أن يضيف لنفسه بصمة فريدة في محيط عمله ، لان هناك أربع خدمات أساسية يستطيع الأخصائي النفسي القيام بها : العلاج ، والتدريس والتقييم والبحث العلمي .

10-4 - الأخصائي النفسي والمرض العقلي :

يعتبر المرض العقلي الفصام من الاضطرابات العميقة التي تمس جميع جوانب الشخصية من عمليات الإدراك والتفكير وجميع الجوانب الوجدانية والانفعالية ، وهذا كله ينعكس على سيرورة العملية السلوكية ، فتشخيص هذا الاضطراب معقد نتيجة لتداخل عوامل عديدة ، حتى نجد تناقضات الحياة من فقر وبطالة ، كلها من الأسباب المعجلة لحدوثه نتيجة تشويه مسارات الإدراك للفصامي ، وبالتالي نجد جدالات في مسألة التشخيص من قبل العلماء في تشخيص هذا المرض ، لكن تبقى التقنيات الاسقاطية والموضوعية الحل الناجع لتشخيص هذا الاضطراب خاصة من قبل الأخصائي الإكلينيكي .

أما زينب محمود شقير (2002): معرفة أسباب الأمراض العقلية تعاني النقص ، وبالتالي التشخيص عن طريق الأعراض ، وهذا ما صعب وضع نسق تام للتصنيف ، وهذا يتفق مع كاميرن حينما قال "من خلال أن المحاولات لتصنيف الاضطرابات الوظيفية للشخصية تعد غير مرضية وينطبق هذا على أنواع من العصاب وكذلك الذهان ، وبالتالي لا نرجع إليها في حالات المعدية ، كما هو الحال في أنواع الاضطرابات العصبية، وعليه أن يتحقق الأشخاص الذين يعملون في ميدان الشدوذ ، أن التصنيفات الرسمية الحالية للأمراض النفسية لا تقوم على دليل مقنع وحاسم ، إنما هي نتيجة الضرورات العملية ، وتعتمد القرارات التي على أساسها حيث يصنف اضطراب سلوكي معين على إطار الذي تبنيه ، وتم هذا التحديد في الولايات المتحدة الأمريكية وانجلترا من خلال أغلبية الأصوات ، وعليه فشل الطب النفسي في تقديم نظام مقبول للتصنيف".

نستنتج كل من سبق أن مسألة التشخيص ليست بعملية بسيطة وهي عملية معقدة ويجب الإلمام بكل المعلومات الدقيقة للمفحوصين حتى يستطيع كل من الطبيب السيكاتري والأخصائي النفسي القيام بعملية التشخيص بطريقة موضوعية .

و باحتكاك الباحثة في مصلحة الأمراض العقلية ببسكرة يتضح أن الطبيب السيكاتري عموما يكون له النصيب الكبير في التشخيص مع تهميش دور الأخصائي النفسي نتيجة للمقاربة العضوية أن مسببات المرض العقلي إلى وجود خلل في الهرمونات ، والدواء هو الكفيل بالعلاج ، و إهمال دور الأخصائي النفسي في المشاركة في التشخيص من خلال وسائله السيكولوجية الدقيقة ، ودوره يبقى فقط في التكفل الأسري للمريض في إقناعهم بالمتابعة الدوائية .

10-5- مشكلة التشخيص في المجتمع الجزائري :

إن عملية التشخيص معقدة خاصة في الذهان، فهناك تصادم بين طبيب الأمراض العقلية والأخصائي النفسي في مصلحة الأمراض العقلية، فكلاهما تقنيات تختلف عن الآخر، فالأول يعتمد على المقابلة مع الدليل الإحصائي لتصنيف الاضطرابات النفسية DSMIV، أما الثاني فيعتمد على المقابلة والاختبارات السلوكية العيادية منها اختبار الرورشاخ وتفهم الموضوع واختبارات موضوعية منها اختبار منيسوتا متعدد الأوجه، وكذلك المقابلة مع الأسرة لمعرفة مراحل السابقة والخبرات المتراكمة، وعلى أساسه فالطبيب العقلي يشخص المريض بطريقته السيكاترية وعلى أساسها التكفل الدوائي، فالمشكلة الأساسية تتمثل في اختلاف في طريقة التشخيص، لهذا نجد العديد من المنظرين في هذه الواجهة.

إن التحديد الصحيح لاضطراب ما يعد تحدياً صاعداً، وأن أي محاولات لجعل الإجراءات التشخيصية الطبية النفسية صادقة قد أصبحت قاصرة بصورة خطيرة بسبب انعدام الاتفاق على تعريف الاضطرابات التي يفترض في هذه المحاولات تشخيصها. (ا.م. كولز 1991 ص 142)

لهذا تظهر المشكلة للطبيب والأخصائي الإكلينيكي، فالطبيب العقلي يركز على المرض والجانب اللغوي، وأن سبب حدوث الاضطراب العقلي وجود علة في الجسد، وهي بدورها أدت إلى التدهور الفكري، و يكون تدخل الطبيب عن طريق الدواء. (Sauret . M j 2002 p87)

خلاصة:

يتضح مما سبق أن التشخيص عملية ضرورية تسبق عملية العلاج وتتوقف على مدى كيفية كسب الثقة للمفحوص للتفاعل مع شخصيته لجمع المعلومات اللازمة ومعرفة استخلاص الأعراض التي على أساسها يشخص الاضطراب، فأى خلل في عملية التشخيص يحول دون تحقيق طريقة التكفل النفسي والعلاج المناسب ، وخاصة الاضطراب العقلي الفصام الذي يتطلب عملية دقيقة للفحص ، ونجد عدة مشكلات تواجه الأخصائي في المجتمع الجزائري من خلال التحويل الذي يقوم به المفحوص ، خاصة إذا تعلق بالأمر بالفصامي فهو يعيش في عالم فارغ والأخصائي بالنسبة إليه سند وكوسيلة دفاعية يحتمي بها من خطر العالم الخارجي ، وكذلك وجود صراع كبير في التشخيص مع الطبيب السيكاتري ، وهذا لسيطرته وهيمنته على عملية التشخيص باستبعاده لكل الأسباب النفسية والضغطات المتراكمة على المريض الفصامي وإرجاعها إلى خلل في الإفرازات والزيادات للنواقل العصبية ، وبالتالي تشخيصه يكون في مقابلة واحدة فقط وعلاجه من خلال الأدوية دون مشاركة الأخصائي النفسي في عملية التشخيص.

فالأخصائي النفسي يمتلك تقنيات عيادية دقيقة منها الاسقاطية والموضوعية خاصة إذا أحسن استخدامها.

الفصل الرابع

تقنيات الفحص الإسقاطية والموضوعية

تمهيد

أولاً- التقنيات الإسقاطية

1-تعريف التقنيات الإسقاطية

2- المقاربة النظرية للتقنيات الإسقاطية

3- خصائص الاختبارات والأساليب الإسقاطية

4 - تصنيفات الأساليب الإسقاطية

5- اختبار الرورشاخ

6- اختبار تفهم الموضوع

ثانياً: التقنيات الموضوعية

1- تعريف التقنيات الموضوعية

2- أنواع التقنيات الموضوعية

3- مميزات الاختبارات الموضوعية

4- اختبار منيسوتا متعدد الأوجه للشخصية

خلاصة

تمهيد:

تقنيات الفحص العيادي تاريخها قديم منذ ظهور الحضارات ، وبرزت بشكل كبير من قبل العلماء بتطور عملية القياس وحركة الإحصاء خاصة ظهور الحاجة الى تصنيف الاضطرابات العضوية والنفسية والعقلية ، والاختبارات التي تقيس سمات معينة للشخصية ، وتشخيص هذه الاضطرابات ، مما عجل في ظهور الدليل الإحصائي للاضطرابات العقلية والنفسية ، وتتنوع تقنيات الفحص منها الإسقاطية التي تعتمد على مثير غامض لتناول الحياة اللاشعورية دون يقظة للحياة الشعورية، وهذا للبحث والتوغل داخل التوظيفات النفسية، ونجد كذلك الاختبارات الموضوعية التي هي عبارة على مادة واضحة تتمثل في الاستبيانات يجب عليها المفحوص مباشرة، وهذا للقيام بعملية التشخيص خاصة للاضطرابات العقلية منها الفصام ،ونجد العديد من المقاربات التي تؤكد فعالية الاختبار الإسقاطي الرورشاخ وتفهم الموضوع في تشخيص الفصام ،وكذلك المقاربة الموضوعية التي تتمثل في التقنيات الموضوعية منها اختبار منيسوتا متعدد الأوجه MMPI-2 لتشخيص الفصام.

أولاً- التقنيات الإسقاطية :

تاريخ تقنيات الإسقاطية لها ارتباطا وثيقا بعلم النفس العيادي ، خاصة بظهور كل في الطب النفسي وعلم النفس التجريبي ، ومبدأ الهدف الإسقاطي يتمثل في استخراج آليات الدفاعية للمحتوى الداخلي .

(Andronikof .A 2008 p3)

تقتصر أهميتها في تقديم المعلومات حول ما تنتجه الشخصية من خلال معرفة التوظيف النفسي لها ،كذلك إذا حددنا النظام النظري لتوظيف هذه الوسائل لتحليل النتائج لإعطاء خصائص الشخصية سواء بصفة مجملية أو لقطاعات محددة ، فهي تقنيات حساسة للغوص في رصد الشخصيات،هذا ما جعل أنزيو وشابيير (1985) يحددان المنهجية الإسقاطية في إطار اختصاصي علم النفس الشكلي (جشطالت) والتحليل النفسي مع الاحتفاظ باختلاف طريق التساؤل ضمن كل تخصص .

فإذا كان علم النفس الشكلي يستعمل غموض الأداة كوسيلة لتناول الظروف الخارجية للإدراك

(علاقة الإنسان مع الآخرين) ، فإن التحليل النفسي يستعمل ذلك الغموض كوسيلة لتناول الظروف الداخلية (علاقة الإنسان مع عالمه الداخلي) وعلم النفس الإسقاطي وهو تخصص يحاول الجمع بين هذين التناولين (سي موسى عبد الرحمان ،بن خليفة محمود 2010 ص 15) .

قبل ما نعرف تقنيات الإسقاطية ، يجب المرور إلى مصطلح الإسقاط .

* حسب **Laplanche et pantalis** : " بالمعنى التحليلي إنها عملية عن طريقها يقوم الشخص بالإخراج من نفسه ووضعها في الآخر ، شخص أو شيء ، سميات ، أحاسيس ، رغبات إلى غاية المواضيع التي يحول أو يرفض في نفسه " .

* **Piéron** تعريف : " إنه ميكانزم دفاعي عن طريقه يدرك الشخص العالم الخارجي وخصوصا على الغير، مميزات ، صفات خاصة به ، مثال : الأصوات في الأفكار الاضطهادية ، هذا الإسقاط المرضي ينفي ما هو فنيا أصلي وحميمي " (معاليم صالح 2010 ص 5) .

* **حسب فرويد** : " إسقاط يشير إلى أحد الأساليب الدفاعية المعروفة التي اكتشفها وهو يشير إلى هروب الفرد من الدوافع غير المقبولة لديه مثل اتجاهاته السلبية العدوانية أو الجنسية نحو الآخرين بعزوها إلى الآخرين ذواتهم ، ولا يختلف استخدام مفهوم الإسقاط في اختبارات الشخصية كثيرا عن ذلك ، فالخاصية المميزة للاختبارات الإسقاطية هي أنها لا تحاول قياس الشخصية ومتغيراتها بأسئلة مباشرة ، بل تقدم للشخص منبهات غامضة غير محددة المعالم (مثلا بقع حبر ، صور ، أشكال ناقصة ، جمل ناقصة) " .

(عبد الستار إبراهيم ، عبد الله عسكر 2005 ص 167) .

مما سبق يتضح أن الإسقاط هو ميكانزم دفاعي، فالفرد يسقط مشاعر و اتجاهاته ودوافعه على الغير كوسيلة دفاعية لتوازنه مع ذاته.

1- تعريف التقنيات الإسقاطية :

حسب المنظرين :

لندزي "lindzey" (1961): " التقنية الإسقاطية وسيلة ينظر إليها بصورة خاصة حساسية للجانب المحتجب أو اللاشعور من السلوك ، وأنها تسمح أو تشجع مجموعة واسعة ومتنوعة لاستجابات المفحوص ، إنها متعددة الأبعاد لحد كبير وأنها تستخلص عادة وقائع أو معلومات أو استجابات قيمة مع تزويد المفحوص بأدنى حد من الوعي Awareness فيما يخص غاية الاختبار " . (أحمد عبد اللطيف أبو أسعد 2010 ص 195)

*أنستازي (Anastaasi) : " تتسم الاختبارات الإسقاطية باتجاه كلي شمولي يركز الانتباه على صورة كلية عن الشخصية بكاملها أكثر من قياس سمات منفصلة عن بعضها البعض ، وكذلك تكشف الاختبارات الإسقاطية من الجوانب اللاشعورية الكامنة وكلما كانت مادة الاختبار غير محددة البناء، وكلما كان الاختبار أكثر حساسية للمحتويات الدفينة، كما أشير إلى أن معظم الأساليب الإسقاطية تمثل وسائل فعالة لإذابة الجليد خلال الاتصالات التمهيديّة بين الفرد والعميل ، فالأساليب الإسقاطية تميل إلى تحويل انتباه الفرد بعيداً عن نفسه وبذلك تخفض القابلية للمقاومة كما تفيد بوجه خاص في التواصل مع الفاحص " .

(أسامة فاروق مصطفى 2011 ص 75)

*أندروز : "أن الطريقة الإسقاطية تختلف عن الطرق الذاتية والموضوعية ،أي أن الفاحص هنا لا يلاحظ سلوك المفحوص كما يحدث في مواقف الحياة ليخرج باستنتاجات معينة ،ولا هو يطلب منه أن يذكر فكرته عن سلوكه في مواقف محددة أو أحاسيسه إزاء خبرات بعينها ، وإنما يطلب منه أن يسلك بطريقة تخيلية ، كأن يبتكر قصة ما أو يفسر بقعا من الحبر أو يصنع نماذج من مادة البلاستيك ،ذلك أن هذه الطرق قصد بها أن تكشف عما يكمن من سمات وخبرات واتجاهات وتخييلات ، والتي تحدد سلوك الفرد في المواقف الفعلية ،فهي بهذا المعنى تهدف الى تحقيق أعظم قدر من الموضوعية بمعناها النفسي خاصة وأنها تطبق عادة أسلوب يقلل الى أبعد حد ممكن انشغال المفحوص بنفسه ، وتدعو بدلا من ذلك الى التحرر المطلق من أي نوع من نقد الذات ومهما يكن فان هذه الطريقة بإلحاحها على حياة المفحوص الذاتية كما تبدو في التخيل والتصور ،تقود الفرد الى تشخيص نفسه دون أي حرج له " . (عدوان يوسف 2012 ص 29)

*تعريف اخر: مقاييس للكشف عن حاجات الأفراد النفسية و مشاعرهم وطرق تفكيرهم تجاه مثير معين .

(إبراهيم محمد الحاسنة ، عبد الحكيم علي مهيدات 2009 ص 342)

*حسب عبد الستار إبراهيم ، عبد الله عسكر (2005) أن المفحوص الذي يجيب على الاختبارات الإسقاطية نتيجة لطبيعتها المبهمة الغامضة، فيسقط مشاعره وميولاته المكبوتة على الأشياء و المثيرات الغامضة التي تحويها الاختبارات.

من التعريفات السابقة للاختبارات الإسقاطية يتضح أنها هي عبارة عن وسيلة للغور في أعماق الحياة اللاشعورية لطبيعة مادتها الغامضة والمبهمة ، فالأنا يعجز على مراقبة الحياة الداخلية وضبطها، مما يجعل الجانب اللاشعوري ينطلق في التعبير على هواماته بتنظيمات دفاعية.

2- المقاربة النظرية للتقنيات الإسقاطية:

هناك قاعدة نظرية للتقنيات الإسقاطية التي تحدد البناء النفسي للشخصية وتحليل السياقات النفسية التي تشخص الاضطراب العقلي الفصام ،وتسمح بالتعامل مع وضعية أثناء الفحص النفسي في مجال السيكوباتولوجيا .

2-1- التحليل النفسي :

إن التحليل النفسي بإصراره على الحتمية النفسية وأثر الدوافع اللاشعورية قد وجه الطريقة النظرية الإسقاطية وجهة دينامية ، كما أن مفهوم الإسقاط نفسه يرجع الى (فرويد) والمفهوم التحليلي للإسقاط يعني أنه آلية دفاعية تتوسط في حل الصراعات ،وهو يعود من حيث الأصل الى أن يكون آلية دفاعية في حالة الهذاء paranoi،وقد بين (سيرز)(Sears) أن مفهوم الإسقاط في الاختبارات الإسقاطية يتعلق فقط بخصائص الشخصية من حيث دوافعها وتنظيمها ،هذه الخصائص التي تؤثر في عمليات الإدراك والحكم ،غير أن علاقة الاختبارات الإسقاطية بالتحليل النفسي لم تحدد بسبب المصطلح أو بسبب الآلية،ولكن بسبب رموز السلوك ،اللفظية والحركية، بالإضافة الى أن معظم الاختبارات الإسقاطية قد وضعت من طرف محللين نفسانيين مثل طرق اللعب والرسم الحر ،ولقد عمد (فرويد) الى الكشف عن المحتوى الكامن

اللاشعوري للحلم لأنه يعتبر من أولئك الذين يعتقدون أن قيمة السلوك الظاهر في الواقع تتجلى من خلال التعبير عما هو موجود في أعماق النفس .

ومن جهته أكد المحلل النفسي الأمريكي (زيجمانت بيتروفسكي) الذي يعتبر أشهر من أدخل المفاهيم التحليلية الى الاختبارات الإسقاطية عام (1950)، وذلك حين شبه مادة الاختبار الإسقاطي بالحلم ودعا الى اعتماد أسلوب تفسير الأحلام في المادة الإسقاطية وجعل بذلك الدور الأول في التحليل لدراسة دينامية العاطفية والصراعات والبنية اللاشعورية للشخصية .

والتقنيات الإسقاطية منها اختبار الرورشاخ ممتد من مدرسة التحليل النفسي التي يمكن النظر فيها ، أيضا بوصفه أداة بحث التي تسمح بشكل فعال في صقل العديد من البيانات ، ويمكن استخدامها كأداة جديدة للبحث من أجل فهم أفضل للتنظيم الداخلي لها ، وخاصة بوصفها أداة جديدة للبحث لتحليل البنية الداخلية للذات لمعالجة المشاكل الكامنة في الحكم الذاتي النفسي لمعالجة المشكلة الحساسة للمعارضة بين آليات الدفاع ، وآليات التفريغ *dégagement* ، ومما لاشك فيه يمكن أن يستخدم الرورشاخ لدراسة أوثق للبنية الداخلية للأنا الأعلى، ربما حتى يتمكن من المساهمة بفعالية أكبر في توضيح طبيعة موقف مثال الأعلى الذات المثالية ، خاصة في الجدل بين مسألة غرائز الموت ،مما لا شك فيه اختبار الرورشاخ يمكن أن يستخدم لدراسة وثوقية داخلية للأنا الأعلى .

يمكن أن يساهم أكثر في فعالية لتوضيح طبيعة وموقف الذات المثالية ، ويمكن استخدامها كأداة جديدة للبحث لفهم للمعلومات الداخلية بالتدقيق للبيانات . (Jidouard Henri 1988 p137)

2-1-1- إختبار الرورشاخ في الفحص السريري :

هو أساس أي فحص طبي والمراقبة السريرية لا يزال قائما ، فهو من الأساليب المساعدة في الطب النفسي حيث يحتل الفحص السريري الجزء المهم وهو جزء من فروع الطب ويطلق عليه فحص العلامات الموضوعية وهذا الفحص يظهر بعض الخصائص من قبل الفاحص للوصف بسهولة ، وفي الوقت نفسه يهين عليه الرغبة في معرفة التفاعلات الاجتماعية للمريض من أجل أن يتخذ قراره ،وهذا من خلال مخطط منظم .

ويظهر موقف الفرد من خلال استجاباته التي عبارة على الحياة الداخلية وكيفية تعامله مع الواقع الموضوعي بشكل مفيد، من خلال الاستجابة لبقعة حبر بإبراز النشاط العفوي.

في اختبار الرورشاخ لا يقتصر لنا على الاستجواب ولا استخدام أي الأسئلة، ولا كثير من المعارف المكتسبة، ولكن يضع المريض أمام الانطباعات البصرية غير متوقعة غير عادية، ومتنوع كما أن ملامح والألوان لا معنى لها ويطلق عليه ردود فعل عفوية ودون تدخل الفاحص. (Chabert Cathrine 1998 p 38)

تتمثل الإشكالية الأساسية في التوظيف الذهاني في فقدان أو اضطراب الهوية تختلف شدة وعمق ذلك الاضطراب بين الفصام والعظام، ففي الأول نجد قلق التفكك أو الانفصام (désintégration) هو الذي يحرك إنتاجية البروتوكول، وتسمى شابيير هذا النمط من الأفراد "الشخصيات المتفككة". أما في العظام أو لدى "الشخصيات التأويلية" حسب شابيير فيغلب قلق التدمير (destruction) والاضطهاد من قبل الموضوع المتسلط والمضطهد، وفي كلتا الحالتين تكون الحواجز الفاصلة بين الداخل والخارج هشّة للغاية، إلى درجة قد تصل إلى الاختلاط والذوبان في المواضيع مما يجعل الاندماج في الواقع الموضوعي مضطرباً جداً.

ويمكن إعطاء بعض المؤشرات الرئيسية التي تميز التوظيف الذهاني بصفة عامة :

* اضطراب التفكير، وتبدو في النقائص الخطيرة التي تمس القدرات الإدراكية من حيث التمييز والارتباط والتكيف مع منبهات الاختبار، ومن العلامات الدالة على ذلك نجد ارتفاع الإجابات الشاملة G وعدم تماسك نوعيتها وتركيبها، أو أحيانا كثرة الإجابات الجزئية الصغيرة Dd الغريبة وغير المنطقية، ذات الصبغة الاضطهادية غالباً، كما تظهر تلك الاضطرابات أيضاً في ضعف المحدد الشكلي الإيجابي F+ وكثرة المدركات الخاطئة F- .

هذه الأخيرة تفسح المجال للفيض الهوامي والنزوي التي تضعف الأنا وتمنعه من انجاز وظيفة التسوية والتعديل بين الرغبة والدفاع، وهو الذي يخل بطبيعة الاتصال بالواقع الخارجي ويسبب عدم فعالية سياق التمييز بين الأنا واللأنا .

* تفكك الحوار، وهو يظهر في انقطاع الروابط بين الأحداث والأفكار والعواطف التي يعبر عنها في الحديث، وغالباً ما تشتد خطورة التفكك اللغوي في البروتوكولات الفصامية خاصة، يبرز ذلك التفكك في

غرابية اللغة والألفاظ المبتدعة وغير المفهومة، ينتج ذلك عن عدم التمييز وعدم الربط بين تصور الأشياء، وتصور الكلمات، ويعتبر هذا الخلط نوعاً من الانغلاق على الذات، وطريقة فوضوية تجاه المنبهات العالم الخارجي التي تدرك كخطر وغزو اضطهادي .

* تفكك صورة الجسم وهو موجود خاصة لدى الفصاميين، وينتج عن نقص التكامل في تصورات الجسم البارز غالباً في الإجابات الانسانية المجزأة Hd أو الإجابات التشريحية ANAT التي يواظب عليها الشخص ويكررها، يعتبر ذلك علامة على نقص القدرة الاحتوائية لأجزاء الجسم، كما يبرز التفكك أيضاً في الصور المضاعفة *dédoublement* الهادفة الى رفض العلاقة من أجل انفصال المحتمل والضمني، عكس ما هو موجود لدى النرجسي حيث يمثل التضاعف بحث مرآتي دون الذوبان في الآخر، ففي هذه الحالة ليس هناك تمييز بين الأنا والآخر، فهما في توحّد تعاضدي وتداخل للأدوار، لذلك يغيب الفعل وتزول الحركة الإنسانية K عن الإجابات، كما يغيب التعبير عن النزوة وتصورها، وفي هذه الحالة تزداد المحددات الشكلية %F لسد ذلك النقص الحركي (بن خليفة محمود 2007 ص 94)

2-1-2- اختبار تفهم الموضوع في الفحص السريري :

أهمية التشخيصية لتفهم الموضوع تبرز مكانتها بالرغم من أن موراي Murray نفسه لا يلح بشكل خاص في كتابة الأساسي " استقصاءات في الشخصية Exploration in personality على الاستخدام التشخيصي لاختباره ، فإن بعض الباحثين يؤكدون على أهمية استخدام الاختبار وخاصة في مجال التشخيص الفارق ، فلقد ذكر هولت (Holt) أن اختبار تفهم الموضوع TAT أداة متعددة الأبعاد تستخرج من المفحوص كثيراً من الحقائق المتصلة به ، وقد أصبح الاختبار على الرغم مما يجد الباحث من صعوبة في إجرائه وتفسيره، ثاني الاختبارات النفسية بعد الرورشاخ في كثرة استخدامه في العيادات النفسية .

كما ذكر درابا بورت " أن العلماء يوصون باستخدام اختبار تفهم الموضوع من أجل الحصول على التاريخ السيكاتري " ومن أجل تحديد نوع العلاج الذي يصلح للحالة ، والمدة التي يحتمل أن يستغرقها ، وفي تقدير ما يترتب على العلاج من تحسن " أما "ستيرن " فيرى أن اختبار تفهم الموضوع بعد اختبارات منهجية تطبيقياً في دراسة شخصية فهو ليس فقط معيناً علمياً قديماً يلقي الضوء على جنبات عديدة منها ، ولكنه أكثر من ذلك يعد أداة تشخيصه في مجال التطبيق السيكولوجي ومجال الطب النفسي .

(محمد عبد الظاهر الطيب ، حسين الدريني 2005 ص 244)

أما سيمونديز " فقد ذكر في حديثه عن هذا الاختبار أنه " حين نشر موراي اختباره هذا أدركت على الفور أنه أداة يمكن أن تساهم في دراسة الشخصية تكون أكثر عمقا من أي دراسة تستخدم فيها الاختبارات الأخرى المعروفة ... كما أدركت أيضا أنه أداة قيمة في التشخيص لما يتيح من معرفة بديناميات الفرد .

ولقد ذكر ما سرمان وبالكن أن الاختبار ، " يلقي الضوء على طبيعة الطرح Transference لدى المفحوص ، إذ أن القصص قد توضح اتجاهات المريض نحو المعالج .

(بوشيشة كتيبة 2002 ص 244)

والتوظيف الذهاني في اختبار تفهم الموضوع حيث اضطرابات الفكر وتفكك الحوار وتشوش العلاقات مع الواقع والمواضيع تجد لها في TAT ، نجد في الحالات الذهانية الخطيرة ، كما في الفصام ، التفكك العام الذي يمس الإدراك واللغة أو الحوار وتصور الذات والعلاقات مع الواقع والأشخاص .

حيث نقدم للفصام لكونه مرجعا نموذجا للذهان ، لأنه يعبر عن انقطاع علاقات الفرد مع الآخرين ومع ذاته أي الفصام الذي يتميز باختلالات خطيرة في الاستثمارات النرجسية والموضوعية .

تتمثل في عدم الاستثمار الفكري مرتبط بعدم الاستثمار النرجسي حيث يشكل ميزة واضحة في عدم التنظيم العقلي عند الفصامين ، تفكك تصور الذات يعبر عن الخلط وفقدان الحدود التي تهاجم بقوة الهوية والإحساس دائم بالوجود ، و تفكك تصور الذات راجع إلى عدم ثبات المعالم التي تميز فيها بين الداخل والخارج ، بين الفرد والموضوع ، مع الغياب الكلي تقريبا "للاهومية" يدل على الاكتساح التدريجي للبروزات اللاشعورية عن طريق انقطاع السياقات الأولية ، بحيث كلما زادت صعوبة السياق الفصامي ، كلما فقر التوظيف النفسي من المصادر الهوامية إلى حد " الموت النفسي " الذي يسبب عجزا عقليا مثلا ، و جفاف الحياة الهوامية يمكن أن يعود إلى قوة الحركات النزوية المهدمة، التي تهاجم محتويات الفكر أي أن هناك عدم تواصل و انقطاع لروابط السياقات الفكرية، التي تتميز بالتجزئة أو التفكك على غرار تصورات الذات في عدم تواصل زمني ودون معالم مكانية، الذي يدل على تمزق الحدود والانفجار الذاتي والاسقاطي الجزئي غير المنطق للمحتويات النفسية .

(بوشيشة كتيبة 2002 ص 77)

وتنتشر هنا السياقات بصفة عشوائية من سجلات مختلفة، مع غلبة فائقة للسياقات الأولية في مجملها تقريبا بداية بتلك الدالة على التشوهات الإدراكية: E1, E2, E3, E4, E5, E6 و/أو السياقات التي تكشف عن فشل الإسقاط وشدته من حيث الفيض الهوامي والخيالي واجتياحه لساحة الشعور: E7, E8, E9, E10 و/أو السياقات المميزة لاضطرابات الهوية وفقدان المرجعية التقمصية التي تظهر في الصعوبات المعترية في تصور العلاقات مع الذات ومع المواضيع E11, E12, E13, E14, E15, E16 ووصولاً إلى تفكك وتشوه الحوار والفكر التي تبدو في سياقات مثل: E17, E18, E19, E20.

وتتفاوت هذه الاضطرابات المتعلقة بتصور الواقع والذات وبتشوش الفكر والحوار حسب السجلات الذهانية وحسب درجة الخطورة في نفس السجل، ولا يعتبر حضور السياقات الأولية لوحدها كاف للحكم على درجة خطورة الذهان، إذ أن تواجد البعض منها، وبصفة معتدلة دليل على مرونة الفكر وتسامحه النسبي اتجاه المحتويات. (بن خليفة محمود 2007 ص 94)

2-2- مدرسة الجشالت :

يجدر هنا التنويه بمدرسة الجشالت سواء في دفعها النظريات السابقة إلى التطور، أم بتأثيرها مباشرة في استخدام بعض الاختبارات مثل اختبار الرورشاخ وتفهم الموضوع (TAT)، حيث ينصب التفسير أساساً، وبشكل موسع، على دراسة التنظيم الإدراكي، ومن خلال تتبع الأسس التي تقوم عليها مدرسة الجشالت يتبين أنها تشكل ثورة في علم النفس، حيث أنها أولت اهتماماً كبيراً لوحدة الكائن الحي، وذهبت إلى الإدراك هو إدراك الكليات، وأن الكليات أسبق في الظهور من الجزئيات، وأن هذه الجزئيات ليس لها قيمة بذاتها، وإنما تستمد هذه القيمة من الكل الذي تنتمي إليه، فهي ترمي إلى اعتبار الفرد كلاً ينظم نفسه بنفسه، ولقد كان لبحوث علماء النفس الجشاليين في عملية الإدراك أثر واضح في الاختبارات الإسقاطية وخاصة من خلال تلك القوانين.

2-3- علم النفس التجريبي :

يلح (فرانك) في مقاله المنشور عام 1939 ، وفي مؤلفه لعام 1948 على أن تطور الاختبارات الإسقاطية يسير في موازاة مع التطور الفكري والعلمي الحديث ،وقد ذهب في بحثه الى أن الفزياء الجزئية المعاصرة هي التي تمكن من فهم الأسس التي تقوم عليها الاختبارات الإسقاطية ،فالفيزياء الحديثة حسب "فرانك " هي التي جاءت بروى جديدة للظواهر ، إذ تهتم اهتماما قليلا بالدراسة الكمية ذات الطابع الإحصائي ،وبدراسة الحوادث المنفردة التي تتم بصورة غير متصلة ، وبالإضافة الى هذا فقد لجأ (فرانك) الى مفهوم المجال عند (اينشتاين)(Einstein) وأدرجه كأساس للاختبارات الإسقاطية مستشهدا بما وضحه هذا الأخير حين أشار الى أنه يجب أن يتوفر لدى الباحثين خيال علمي واسع ،حتى يمكن أن يفهمو بأنه لا توجد لا شحن ولا جزئيات ،ولكن يوجد مجال في الفراغ بينها ،هذا المجال يعتبر مهما جدا لفهم مختلف الظواهر الفيزيائية ،ويعتبر هذا المفهوم في المجال غاية في الأهمية بالنسبة (فرانك)،حيث يعتبره السبيل الذي يجب أن يسلك في علم النفس ،عندما يؤكد أن مفهوم المجال يبين أن كثيرا من المفاهيم القديمة الجزئيات ،الكل ،التنظيم ،تتطور شيئا فشيئا نحو التغيير ،فهو يرى أنه من الواضح أن الذي يدعى بالجزئيات ليس عبارة عن وحدات مستقلة كما تتصور النظرية التحليلية القديمة ،أن كل جزء هو مظهر أو بعد لمركب متعدد الأبعاد والذي تمت ملاحظته وبيانه وقياسه عن طريق الاختبار ،وعلاوة على ذلك ففي سنوات (1927)و (1936) قدم (سانفورد) على ان الجوع أحدث زيادة احتمال تفسير الأطفال لمثيرات غامضة على أنها ذات علاقة بالطعام والأكل ،وهو التوجه الذي حاول (ميرفي) سنة (1942) الحصول على أدلة علمية ،وفي نفس السنة حاول كل من (ميرفي)و(بروشانسكي)(Proshansky) دراسة أثر الثواب والعقاب على الإدراك، ولئن كانت تجاربهما قد توصلت الى نتائج غامضة نوعا ما ، فإنها كشفت من جهة أخرى عن نتائج هامة تتعلق بأهمية الحاجات والقيم كمحددات للسلوك الإدراكي .

2-4- علم النفس الاجتماعي :

فتقوم على أساس افتراض مفاده أن الإدراك يتطلب وجود الموضوع المدرك والذات المدركة ولهذا فإنه لا بد أنه يتأثر بهما كليهما الموضوعي والعامل الذاتي، أما العامل الموضوعي فقد تعمقت مدرسة الجشتالت في دراسته وفي تحديد قوانينه، ولقد بدأ للباحثين أن الإدراك بمعنى المعرفة الموضوعية البحتة الذي يتوقف على تلك القوانين وحدها لا وجود له، ولذلك اتجهت الدراسات الحديثة الى الكشف عن العوامل الذاتية ودورها في عملية الإدراك، وقد درس الباحثون كثيرون مختلف العوامل الذاتية ودورها في عملية الإدراك مثل: فكرة المرء عن نفسه والاتجاهات والميول والرغبات وغيرها، فأما ما يتعلق بدور فكرة المرء عن نفسه على سبيل المثال فقد توصل (ريمي)(Raimy) من خلال دراسته في إطار العلاج النفسي غير الموجه في النقاط التالية :

* إن فكرة المرء عن نفسه، من حيث هي نظام إدراكي مكتسب، تخضع لمبادئ التنظيم الإدراكي ذاتها والتي تتحكم في الموضوعات المدركة .

* أنها تنظم سلوكه من خلال معرفته بوجود ذات أخرى مختلفة أثناء عملية العلاج، وهذا يساعد في تغيير سلوكه.

* تضعف الرابطة بين هذه الفكرة وبين الواقع الخارجي في حالات المرض النفسي .

* قد تكون هذه الفكرة ذات تقدير عالي لدى الفرد أكثر من تقديره لذاته الجسمية، ولذلك تجد بعض الناس يضحون بحياتهم من أجل فكرة ما يؤمنون بها .

* أن فكرة المرء عن نفسه تحدد كيفية إدراكه للعالم الخارجي وعندما تتغير، فإن كيفية إدراكه تلك تتغير، كذلك كما تلعب الحاجات والقيم دورا أساسيا في عملية الإدراك، وخالصة ما ذهب إليه (ريمي) هي أن العوامل الذاتية في الإدراك تعتبر مؤثرات في حياة الفرد .

وأما ما يتعلق أخيرا بدور الاتجاهات في عملية الإدراك فقد أشار (شريف)(Sherif) الى أنه ذو أهمية بالغة، وملخص ما ذهب إليه انه يزداد تدخل الاستعدادات والاتجاهات والعوامل الذاتية في عملية الإدراك

بالنسبة لسلوك الفرد ،كلما كان المجال المثير غامضا ومبهما وغير محدد.(عدوان يوسف 2012 ص ص 38-42)

2-5- تكامل التقنيات الإسقاطية :

على الرغم من انتقادات على مدى سنوات عديدة بسبب قلة وثوقية وصحة الاختبارات الإسقاطية ،لا تزال التقنيات الإسقاطية تستعمل على نطاق واسع في تقييم الشخصية ، اختبار بقع حبر رورشاخ وقد تم اختبار كل من اختبار الرورشاخ و TAT وكانت النتيجة أن لديها الثقة الكافية من خلال تعيين ووضوح المعايير ، وأظهرت الاختبارات على حد سواء صحتها في مجالات محددة من السمات والدوافع ، لكن ليس عموما فعال في تحديد الاضطرابات نفسية ، يقترح أنه قد تلعب دورا كأدوات إضافية ليتم استخدامها للتقديرات .

كما استخدام اختبار رورشاخ وتفهم الموضوع في تقييم الشخصية ،غير أن هناك العديد من إجراءات لتقييم السمات المتاحة ، والتي تختلف فيما يتعلق الهيكل والمحتوى ، والغاية مثل اختبارات الاستبيانات مختارة بعناية ومحدودة .

و تسمح المقاربة بين اختباري " الرورشاخ " و" TAT " من تحديد أدق وأوضح لتقييم التشخيص ، وهذا بالاعتماد على الشرح المزدوج الذي يقدمه كلا الاختبارين وبما يوفرانه من الحركة الدينامية من خلال التجارب والعمليات النفسية التي يمكن للفرد أن يتعامل معها .

ففي " الرورشاخ " تفكيك الصور التي تؤكد على توسع نماذج التوظيف الذهاني التي تكون واضحة في اختبار TAT من خلال وسيلة دفاعية ضعيفة من الامتثال التكيفي .

في سياقات أخرى ،وبواسطة التحليل فإن المظاهر المتناقضة تؤدي إلى الكشف عن تصرفات نفسية متطابقة في كلا الاختبارين فمثلا على المستوى العيادي فيما يخص الفصامات المزمنة ، نجد في اختبار TAT إنتاجات مفرطة في الامتالية ، وفي "الرورشاخ " نجد إجابات مجزئة كلية في الوهلة الأولى يمكن أن تعتبر هذه الاستجابات مختلفة ولكن ضمنا يمكن أن تدل على التشبث بالمدرک إلى حد الالتصاق بالمحتوى الظاهر .

على الرغم من أن كثير من الانتقادات التي تحيط باختبار الرورشاخ وتفهم الموضوع ،فيما يتعلق بصحة والموثوقية ،إلا أن التجارب لا تزال تستخدم اختبار تفهم الموضوع باعتباره أداة للتقييم الإكلينيكي وأداة البحث لدراسة الدوافع والخيال ،وأن الأدوات الإسقاطية تكون قادرة على البقاء على فترات أطول من الوقت.

(John .Q,Doane .L 2003 P 135)

2-6- المقاربة الموضوعية:

يشار الى اختبارات الشخصية الإسقاطية هي أقل تنظيماً للاستجابات ، ويأمل من هذه الاختبارات الكشف عن التعقيدات الرئيسية للشخصية من أجل تحسين فهم الفرد بأكمله ، ونجد وفقاً لفرانك (1948) تقنيات استجابات الإسقاطية تعكس الاحتياجات والدوافع ، المشاعر ، والتجاوب وعمليات التفكير بشكل تلقائي.

حسب تقلاسي (Teglassi , 2001) جميع التقنيات الإسقاطية تسمح بتفسير المطالب المهمة لحياة الفرد، وفي تنظيم الاستجابات التي عادة تكون في شكل جمل مكملة ، لكن على وجه الخصوص لا يمكن أن تكون الاختبارات الإسقاطية اختبارات عملية بالدقة المطلقة ، فهي جزء من التحقيق الإكلينيكي التي تنطوي على فهم البشر ، فمن الطبيعي أن اختبار الرورشاخ يقوم على الفحص الخارجي بدون الأخصائي الذي لديه معرفة دقيقة وملاحظة عميقة. (Beucher.M,.Duché .D et autres 1967p 295)

هذا ما جعل علماء النفس الإكلينيكي (1995) المساهمة على الكشف على أن أكثر الاختبارات الشخصية شعبية هي اختبار منيسوتا متعدد الشخصية (MMPI-2)، اختبار الرورشاخ بقعة حبر ، واختبار تفهم الموضوع (TAT) ، و كشفت الدراسة أيضاً أن كلا من اختبار الرورشاخ و تفهم الموضوع TAT والتي تحتل الرتبة العاشرة من أدوات التقييم الأكثر استخداماً ثم اختبار بقع حبر الرورشاخ H.Rorschach من خلال التركيز على تغييرات أساساً من الاختلاف لعبة طفل B LETTO حسب (Hess,Zachar & tramer 2001) منذ بداية تطور الرورشاخ .

تجدر الإشارة أن التقنيات الإسقاطية أدوات سيكومترية جيدة للتوظيف النفسي وللبناء النفسي للحياة اللاشعورية ومكانزاتها الدفاعية وخاصة في الفحص النفسي للفصام، إلا أن هناك مقارنة تقوم على تقديمها ، بل كأدوات مكملة لتقنيات أخرى لتسهيل عملية التشخيص ،ومن هذه التقنيات الموضوعية من بينها اختبار

منيسوتا متعدد الأوجه (MMPI-2) ، والتي ركزت الدراسات على الاتجاهات الحديثة في استخدام اختبار الرورشاخ بالإضافة إلى اختبار منيسوتا متعدد الأوجه للشخصية mmpi-2 بدلا أن تكون بديل والذي يسمح لدمج نقاط القوة في هذه الطريقتين. (John .Q ,Doane .C .L2003 P136)

3- خصائص الاختبارات والأساليب الإسقاطية :

* إن الموقف المثير الذي يستجيب به الفرد غير متشكل وناقص التحديد ، وأن ذلك من شأنه أن يقلل من التحكم الشعوري بالفرد في استجاباته ، مما يترتب عليه الكشف عن شخصيته بسهولة .

* إن الاختبارات الإسقاطية لا تقيس المظاهر السطحية الشخصية بل أنها تغلغل في شخصية المفحوص بشكل غير مباشر إلى التنظيم الأساسي للشخصية و الديناميكيات المؤثرة في هذا السلوك الظاهري .

* إن الفرد لا يدرك طريقة تقدير استجاباته ، ولذلك فإنه يكشف عن نفسه بسهولة ودون محالة إخفاء شخصيته أو بعض نواحيها عن المختبر .

* إن الاختبارات الإسقاطية لا تقيس النواحي الجزئية من الشخصية ولكنها تحاول أن ترسم صورة للشخصية ككل من حيث مكوناتها أو العلاقات الديناميكية بين هذه المكونات .

* إن الاستجابات لا تقدر من ناحية أنها صواب أو خطأ ولكنها تقيم من ناحية دلالاتها على شخصية المفحوص على اعتبار أنها إسقاطات لمشاعره ورغباته ومشكلاته على مدرك خارجي

(مروان أبو حويج ، عصام الصفدي 2009 ص 283)

* يرى مروان أبو حويج ، عصام الصفدي (2009) : أن نوتكات Notaktت الغموض للمثير الإسقاطي هو الذي يستثير المفحوص، والتعبير عن ذاته بطلاقة بتنوع استجاباته مما يزول العائق أمام واقعه الحقيقي ، وتكون استجاباته موضوعية .

* حرية الاستجابة حيث تزود المفحوص بكامل الحرية لمنبهات الاختبار، فالمفحوص لا يقيد فيما يخص طبيعة الاستجابات وربما جوهر الاختبارات الإسقاطية أن الحاصل النهائي يشمل شيئا ما استخلص من قبل المفحوص .

* الطريقة الكلية تعني أن الاختبارات الإسقاطية تحاول أن تدرس السلوك بكليته إنها لا تكشف السلوك الجزئي للفرد .

* إن الغرض من الاختبار لا يكشف سرا أي أنه لا نفصح المفحوص ، حيث أن القصد من الاختبار الإسقاطي غير مكشوف للمفحوص بل الأمر عكس ذلك لئلا يصبح واعيا للاختبار ويخفي مشاعره الحقيقية .

(أحمد عبد اللطيف أبو سعد 2010 ص 197)

* تعكس الأساليب الإسقاطية تأثير كل من مفاهيم التحليل النفسي (مفاهيم اللاوعي ، والإسقاط) ومدرسة الجشتالت (إدراك الكليات) .

* وعلى ضوء هذا الأساس الدينامي الوظيفي الكلي يمكن أن نلخص أن الشخصية عملية دينامية أكثر منها مجموعة سمات تظهر لدى الفرد حتى يستجيب للمثيرات الخارجية .

* أن الطريقة الإسقاطية هي محاولة لفهم شخصية الفرد فهما شاملا فهم مواقفه ومجمل نشاطاته (النفس - عاطفة ، الاجتماعية ، الفكرية ، الثقافية ، العقلية والذهنية) المتفاعلة فيما بينها ، قصد التوصل لاكتشاف الدوافع العميقة لسلوكه وتصرفاته ، إن العامل المهم في تقديم الاستجابات في الأساليب الإسقاطية هو التفسيرات الذاتية التلقائية للمفحوص وتكويناته الخاصة . (فيصل عباس 1994 ص 44)

* تزود هذه الاختبارات الإسقاطية المفحوص موقفا غير محدد البناء نسبيا من النوع الذي يسمح بالاسترسال الواسع في الإجابة عليه . (فخري رشيد خضر 2003 ص 143)

هذا يعني أن الأساليب الإسقاطية تميل إلى تحويل انتباه الفرد بعيدا عن نفسه ، حيث تخفض القابلية للمقاومة ، و تفيد بوجه خاص في التواصل مع الفاحص .

4- تصنيفات الأساليب الإسقاطية: حسب فرانك (Wiggins 1973)

4-1 أساليب تكوينية تنظيمية:

تتطلب من الفاحص أن يفرض على المفحوص المادة المعروضة كما في اختبار بقع الحبر لرورشاخ .

4-2- أساليب بنائية:

تتطلب من المفحوص تنظيم مواد محددة الحجم كما في اختبار مجموعة اللعب Play kit لدريسكول Driscol واختبار تكوين القصص المصورة لشيدمان Sheidman ، ويطلب فيها من الفرد كتابة قصة أو رسم صورة دون أي قيد على استجابته ومن أمثلة ذلك اختبار تفهم الموضوع .

4-3- أساليب تفسيرية :

يطلب فيها من المفحوص تفسير الأشياء يجيد فيها معنى شخصيا أو انفعاليا كما في اختبار الموضوع T.A.T

4-4- أساليب تفرغية أو تطهيرية :

تتيح المفحوص أن يستعيد ذاكرته وأن يتخلص من انفعالاته كما في طريقة اللعب العلاجي من خلال عمل الدمى وتحطيمها أو تشويهها كما في اختبار ليفي Levy الإسقاطي .

4-5- أساليب تحريفية :

تعطي صورة عن شخصية المفحوص من خلال التحريف أو التغيير الذي يحدثه المفحوص في أساليب الأطفال كاستخدام أساليب كلامية معينة أو إتباعه طريقة معينة في الكتابة .

(سامي محمد ملحم 2000 ص 328)

4-6- أساليب التداعي :

يطلب من الشخص الاستجابة بأقصى سرعة لمثيرات مثل الكلمات أو الصور أو المدركات ومن أمثلة ذلك اختبارات تداعي الكلمات وإكمال الجمل واختبار الرورشاخ وكشف الكذب .

* أدوات إسقاطية تعتمد على التكميل كما في اختبارات تكملة القصص Story completion test ومن أكثرها تنوعا قائمة روتر (Rother 1972) للجمل الناقصة التي تشتمل على 40 جملة ناقصة مثل

أتمنى لو أنني ، معظم الناس ، والدتي

* الأساليب الاختيار أو الترتيب حيث يختار الشخص بديلا من عدد من الصور أو البديل الأكثر توافق مع محك معين مثل الاستحسان والفرق ومن أمثلة ذلك اختبار تومكينس وهورن لترتيب الصور .

(Tomokins –Horn Picture Arrangement test) . (موسى النبهان 2004 ص 379)

5- اختبار الرورشاخ

5-1- تاريخ الرورشاخ :

في العقود الأخيرة عانى الاهتمام بالأساليب الإسقاطية إلى حد ما التذبذبات، وبتطور نظريات علم النفس المرضي في الجانب التحليلي نشطت الأساليب من جديد خاصة استخدام بقع الحبر لأغراض التشخيص من طرف J, henri, a Binet ، وتطورت تدريجيا في جميع أوروبا من 1985 ، حتى رورشاخ قدم اختباره بشكل خاص في الفترة 1918 وهذه الفترة تتوافق مع بناء من نظرية التحليل النفسي .

استخدم بقع الحبر في اظهار الحياة الداخلية للفرد من خلال التخيلات والتصورات، لم تكن فكرة جديدة عندما بدأ هرمان رورشاخ تجاربه في بداية القرن 20 ، لكن كان الأول الذي استعمل طريقة نظامية لمجموعة من المعايير لبقع الحبر من أجل التشخيص ،وقد نشر كتابه عام 1921،وفيه عرض نتائج بحوثه،وقد حمل كتابه اسم التشخيص النفسي (psycho diagnostic).

5-2- تعريف اختبار الرورشاخ :

اختبار الرورشاخ مستمد من نظرية التحليل النفسي الذي يمكن النظر فيها أيضا بوصفه أداة بحث تسمح بشكل فعال في صقل العديد من البيانات ، ويمكن استخدامها كأداة جديدة للبحث من أجل فهم أفضل لتنظيم الحياة الداخلية ، خاصة بوصفها أداة جديدة للبحث لتحليل البنية الداخلية للذات وللمعالجة المشاكلة الكامنة خاصة المعارضة بين آليات الدفاع وآليات التفريغ. (Jidouard Henri 1998 p136)

* تعريف اخر:

اختبار لدراسة الخيال ولكن بإقامة تشخيص النفسي للشخصية عند الطفل ،المراهق والراشد ،تجعل دقة الأداء من الممكن الكشف عن مؤشرات خفية تظهر السيرورات لم تتمكن الملاحظة والمقابلة من إظهارها

عند الفرد، سواء تعلق الأمر بسيرورات مرضية في طريق التكوين أو بعناصر تحمل تطوراً جيداً على مستوى الشخصية، وهذا الاختبار يسمح إذا بتقييم دينامي للموارد الحالية و الخفية للفرد ونقاط ضعفه .

(Chabert Chatherine 1998 P48)

*حسب Schafer: "الرورشاخ اختبار يكشف الخيال الشخصي ويوقد السيرورات الابداعية للشخص عن طريق مسح عام لمختلف المستويات لوظائف الجهاز النفسي، بهذا يبعث نحو صراعات الطفولة ويستجد بوظائف دفاع الأنا".

في هذا النشاط الإبداعي مستوى البناء متغير ، الانتقال من مستوى الى آخر (تسميهم شافير "الشيفت") اذ تعكس تغيرات توازن القوى النفسية الداخلية للشخص ،هي قوى تتفاعل داخل العلاقة الاختبارية مثال: "التكرار" في اتجاه متطور أو متفقر نحو مستوى بدائي أكثر أو متطور أكثر، هذه الأفاق تدمج وجهة نظر الموقعية « point de vue topique » الاقتصادية ،الديناميكية ،وتطور مفهوم الاستغلال البدائي لهدف ابتكاري . (معالم صالح 2010 ص5)

مما سبق يتضح أن اختبار الرورشاخ هو ذلك الإنتاج الإسقاطي الداخلي الذي يعلمنا بجميع التوظيفات النفسية العاطفية والنضج الفكري ،ويبين طبيعة الصراعات النفسية ومرتبطة بمرحلة الطفولة ،وهذا نتيجة للتركيبية اللاشعورية الغامضة ،فالمفحوص يملأ بمصادر العميقة في شخصيته.

5-3- وصف الاختبار :

* حسب أنستازي (Anastaasi) يتكون اختبار الرورشاخ من عشر بطاقات cards من الورق المقوى مطبوع على كل منها شكل مختلف من أشكال بقع الحبر inteblots خمس منها رمادي وأسود وخمس ملونة، حيث البطاقة الأولى باللون الأسود والثانية والثالثة بالأصفر والأحمر ، والرابعة والخامسة والسادسة والسابعة باللون الأسود والثامنة والتاسعة والعاشر بالألوان ،حيث تشتمل أشكال البطاقات cards على فراغات بيضاء تتفاوت في العدد والمساحة من بطاقة لأخرى ،إلا أنها ذات أبعاد متساوية .

(سعيد حسني العزة 2007 ص 240) .

4-5 - المضامين الكامنة للوحات :

كما تشير (Nina .R. D) ، علينا أن لا نهتم فقط بمحتوى الإجابات، وإنما من بعد ، كل هذا أساسي ومهم في التحليل وتفسير إجابات "الرورشاخ" وفق المحتوى الظاهر والكامن للوحات ضمن السياقات النفسية المستعملة وعمل الارصان .

اللوحة I:

تضع المفحوص أمام الاختبار، مما قد يذكره بتجربة اللقاء الأول مع موضوع لا يعرفه، فهي تبعث الى الصورة الجسدية لكونها ظاهريا تبدو مغلقة وهي مشكلة حول محور يظهر بوضوح، وعلى المستوى الرمزي يمكن أن تبعث الى النرجسية من خلال الصورة الجسدية وتصور الذات، أو الى العلاقة الموضوعية كالعلاقة مع الصورة الأمومية .

اللوحة II:

مشكلة حول الفراغ الأبيض وفق ثنائية الجوانب، ثلاثية الألوان (الأحمر، الأبيض، الأسود) . يمكن أن تبعث الى تصورات قديمة بصفاتها كل مبعثر، أين يوجد الأبيض في الوسط الذي يعبر عن فراغ داخلي، نقص جسدي هام، وإمكانية التوحيد والتحديد بين الداخل والخارج تكون جد حساسة، فهذا النمط من صورة الذات تكون مرتبطة بتصورات اندماجية أو مهددة . على مستوى آخر تبعث اللوحة II الى اشكالية قلق الخفاء لأن الفراغ الأبيض الاخفاء (DbI) يشعر به كثقب، جرح، أو يكون هنا استثمار معاكس بتقييم (المقدمة الوسطى) التي تحمل رمز قضيب، فالمحتويات الأنثوية متواجدة بصفة متكررة (كالحيض، الولادة، هوامات جنسية الخ ..) . في هذه الحالة تبعث اللوحة II الى التصورات العلائقية في استثمارات نزوية عدوانية أو لبيدية .

اللوحة III:

تبعث الى سياقات التقمصات الجنسية، فالثنائية الجنسية تبدو ظاهريا على مستوى أشخاص اللوحة (تباين الأعضاء الجنسية: الأنداء والقضيب) مما لا يسهل في بعض الأحيان التقمصات الجنسية، وقد تظهر الصراعات التي تجعل المفحوص في تعارض داخلي مما لا يسهل عليه معالجتها. أما فيما يخص التصورات العلائقية ذات الاستثمارات النزوية اللبيدية والعدوانية فهي تبدو أقل عنفا مما عليه في اللوحة II، فالطابع الاجتماعي التي تحمله التصورات العلائقية يعبر عنها بالبعد الإدراكي للوحة (الأشخاص) وكذلك بالإجابة المبتذلة .

اللوحة IV:

لا تبعث مباشرة الى تصور الذات بل توحى بصور السلطة نظرا لكثافتها وخصائصها الحسية ، فهذه اللوحة تبعث الى الرمزية القضيبية ليس بالضرورة ذات طابع ذكري أو أنثوي ،لكن في أحسن الأحوال تكون الرمزية القضيبية المرتبطة بالصورة الذكرية ،وهذا الذي يسمح بتفسير هذه اللوحة "كلوحة أبوية "،لكن في حالات تكون أمام الصورة الأمومية (imago) قضيبية خطيرة ومسيطرة .
فهذه اللوحة تخبرنا عن وضعيات بالنسبة للعلاقات التقمصية في قوتها الدينامية من خلال تصورات لأشخاص نشطين عملاق... أو لتصورات سلبية مع قابلية للتأثر مدعمة بالمظهر المظلل للوحة من خلال إجابات ذات دلالات حسية .

اللوحة V:

تعبر اللوحة V عن الهوية وعن تصور الذات ،فهي تبعث الى اشكالية الذات وليس فقط الى الصورة الجسدية، وهذا ما يجعلها حساسة للهشاشة النرجسية كأن تدل عن تعبيرات اكتئابية مرتبطة بتصور لاحترار الذات ،أو نوع من التأكيد على العظمة والقدرة ،أو حتى ظهور بعض العلامات كالبحت عن الرضا الجنسي ،وتعتبر هذه اللوحة، لوحة مبتذلة باختبار الواقع في تناولها للعالم الخارجي، وترابطها من حيث تصور الذات مع علاقاتها بالمواضيع الخارجية .

اللوحة VI:

تعتبر اللوحة VI،اللوحة التي تحمل الرمزية الجنسية من حيث البعد القضيبى المسيطر من خلال الجزء العلوي الوسط بإجابات (قلم ،سيف) كما أن الثنائية الجنسية ممثلة كذلك في هذه اللوحة من خلال الحساسية وقابلية التأثر مرتبطة بصور جنسية أنثوية من خلال الجزء السفلي للوحة بإجابات (زهرة ،العضو الجنسي للمرأة).

اللوحة VII:

تعبر اللوحة VII عن الرمزية الأمومية وهذا راجع للشكل المجوف وتداخل اللونين الأبيض مع الرمادي ،ف نجد عدة نماذج ممكنة للعلاقة مع الصورة الأمومية من القديمة إلى الأكثر تطورا علاقات اندماجية علاقات موضوعية متأثرة بالمرحلة الشرجية أو الفمية، الإحساس بالراحة والشعور بعدم الأمان،الطمأنينة أو القلق ،اكتئاب مرتبط بالفقدان أو البحث عن الموضوع الحسن ،فهذه اللوحة تلعب دور الوسيط في إبراز العلاقات

المبكرة على مستوى التقمصات ،اذ تسمح للمفحوص بأن يتموضع وفق النموذج الأنثوي كأن يكون هناك تعارضا صراعا أو الخضوع والسلبية مع التقييم أو التقليل من تلك الصورة الأنثوية .

اللوحة X , IX, VIII :

تبعث هذه اللوحات إلى إبراز المشاعر والعواطف التي تسمح بتناول نوع العلاقة التي تربط الفرد محيطه، غير أنه من الصعب تحديد كل رمزية على حدى لهذه اللوحات لأن ردود الأفعال متنوعة ومتداخلة ،وما يمكن توضيحه هو أن اللوحة VIII تبقى اللوحة إلى "نوعية الاتصال مع العالم الخارجي"، واللوحة IX تسهل الرجوع إلى "العلاقات الأمومة المبكرة"، أما اللوحة X فيمكن اعتبارها اللوحة التي تبعث إلى الفردانية والانفصال .

مع الإشارة أن اللوحات الملونة تسهل النكوص فكتافة الألوان تثير الأحاسيس مما يستدعي تدخل عناصر العالم الخارجي فتعبر عن علاقات أولية حسية تكون قد أثرت على الفرد من خلال تجارب اللذة و اللالذة المرتبطة بالاتصالات الأولى مع عالمه العلائقي المحيط به . (بوشيشة كتيبة 2002 ص ص45-48)

*أما التحليل النفسي حسب (D . Anzieu ,Monad) :تتضمن البطاقات الكامنة مجموعة من الإشكاليات قبل الأوديبية والأوديبية :

البطاقة I : فقدان الموضوع وصعوبة الاتصال مع الاخصائي النفساني.

البطاقة II : مشهد الذاتي البدائي (Scène primitive archique)

البطاقة III : الوصول إلى أوديب (accès à l'oedipe)

البطاقة IV : الخشاء و الأنا الأعلى (la castration et le surmoi)

البطاقة V : صورة الطيفية_ مثال الأنا (Image spéculaire_ idéal du moi)

البطاقة VI : رمزية الجنسي (symbolisme sexuel)

البطاقة VII : صورة الأم (image maternelle)

البطاقة VIII : الأجنب في الأسرة (les étrangers à la famille)

البطاقة XI: قلق قبل نزوة الموت (angoisse devant la pulsion de mort)

البطاقة X : قلق التجزئة (angoisse de morcellement)

(Cosnier.J 1975 p07)

5-5- فوائد اختبار الرورشاخ :

* يدرس الأطفال الأسوياء ذوي المشاكل و الأطفال المصابين بأمراض عقلية ونفسية ،و يعطي فكرة عن المستوى العقلي للأفراد ،كذلك عن المستوى الوجداني والانفعالي للأفراد.

* يحتاج إلى أخصائي مدرب بشكل جيد جدا حتى يتمكن من إعطاء نتيجة قريبة للشخص المفحوص .

(توما جورج خوري 1996 ص 78)

* يمكن استخدامها مع الأطفال أو صغار البالغين واختيار أساليب تعتمد على سن المفحوص ،والغرض من الفحص ،هو اختبار للشخصية لأنه يسمح بمعرفة نمط الرجوع للفرد التي تتعلق بحياة الانفعالية وعلاقتها مع البيئة مثل نمط الرجوع المعرفي ،والأداء الفكري العام .

* القدرة على تقديم المعلومات التي تشمل عناصر حيوية من حياتنا النفسية ،ويكشف على إمكانية وجود اضطرابات الطبع أو النفسية بغض النظر عن الدلالات الإكلينيكية واضحة.

* يعد من اختبارات المساعدة على التشخيص النفسي لوصف البناء النفسي والأداء العقلي والتوجيه ،العلاج النفسي ودراسة تطور للعلاج الدوائي لمرحلة من حياة والغرض من البحث .

(Debroux .P ,De Noose .L2009 p20)

* تحديد الأعراض في مخطط إكلينيكي بالمشاركة مع طبيب نفسي ، وتظهر مهمة الطبيب النفسي أكثر مع الطفل في المحاولة لتخفيف ما يحدث له في مرحلة ما ، وفي أي سياق أو بنية الشخصية (هل سياق متكامل أو تنظيم الشخصية) .

* دراسة الشخصيات التي من شأنها جعل قراءة الاختبارات الإسقاطية أكثر دقة من خلال التجارب والبحوث ، وعلى أساسها يمكن التقرير أن طفل ذهاني أو أنه غير ناضج أو قاصر .

(Traubenberg.N R , Boizou. MF 2000 p 79)

مما سبق يتضح أن اختبار الرورشاخ له فائدة كبيرة خاصة في مجال التشخيص النفسي خاصة في معرفة التوظيفات النفسية للإشكاليات ما قبل الأوديبية والأوديبية التي يمر بها الفرد في سيرورة نموه لمعرفة هل الفرد في سيرورة نفسية أي في مرحلة تطور نفسي أو يعاني من أزمة نفسية لتسهيل عملية التكفل النفسي.

5-6- الفروق في استجابات بين الإناث والذكور :

_ اللوحة III ، IV غير فعالة ونشيطة لفئة للنساء و (الفتاة)

_ البطاقة VI ، VII نشيطة وفعالة بالنسبة للذكور .

_ أما البطاقة VII تختلف من حيث الاستجابات بين الرجال والنساء .

_ البطاقة II: تتضمن نشاط وتطور الإحساس الموجب للنساء .

_ البطاقة VI غير فعالة بالنسبة للنساء بلا حركة وسلبية وبطيئة مقارنة عند الرجال.

_ البطاقة VIII يستجيب لها الرجال بطريقة محايدة وجيدة بالنسبة للنساء والصغار .

_ اللوحة IV ، VII مساوية في النشاط فعالة للإناث والذكور .

* عامل قوة :

المقارنة في الفروق بين الاستجابات بالنسبة للنساء والرجال تظهر دلالات مختلفة من خلال اللوحات الفعالة وغير الفعالة في الاستجابات خاصة للوحات III ، IV ، VI و VII فعالة ونشيطة في الاستجابات مقارنة باللوحات التي تحتوي على فراغ (L'espace) . (Cosnier .J 1975p)

5-7-1 - طريقة وخطوات تحليل بروتوكولات الرورشاخ :

في البداية تطرقنا إلى قراءة أولية لبروتوكولات الرورشاخ لمعرفة ما إذا كان تثبيط أو فائض في نوعية الاستجابة، ما إذا كانت قليلة أو كثيرة، أو جود مواظبة على موضوع واحد في اللوحات، وبعدها التحليل المفصل لكل اللوحات .

5-7-1 - التثقيط :

يعتمد تثقيط بروتوكولات على دليل تثقيط اختبار الرورشاخ لبيزمان Beizmann (1966) بتحديد موقع الاستجابات، الاستجابة الشاملة (G)، الاستجابة الجزئية (D)، الاستجابة الجزئية صغيرة (Dd)، أما الفراغات (DBI)، تليها المحددات الشكلية (F)، اللونية (C)، الحركة (K)، والاستجابة الفاتحة القاتمة (Clob)، بعدها تأتي المحتويات منها: المحتوى البشري (H)، الحيواني (A)، النباتي (Bot)، شطر (Frag)، تجريد (Abst)، الجغرافيا (Geo)، مع وضع الملاحظات من خلال الإجابات المبتذلة والرفض والصدمات .

5-7-2 - التحليل الكمي :

بعد الانتهاء من تقييم الاستجابات يقوم المصحح بجمع عدد من الإجابات المتعلقة بكل معيار ثم تقييد مختلف النسب المئوية وينشأ مجموعة العلاقات مختصرة في صيغة خاصة للمفحوص التي نجد منها نمط الإدراك، نمط الرجوع الداخلي، النسبة المئوية للإجابات الحيوانية، كل هذه التقييمات العددية والتي نضاف إليها مجموعة معايير دالة غير رقمية (الصدمة، الرفض، المثابرة، الملاحظات الوصفية) تكتب على جدول من خلاله يقوم الفاحص . (Beizmann Cécile 1982 p74)

5-7-3- التحليل الكيفي :

* تحليل السياقات العقلية ويقوم على التفسير والتحليل الدقيق لمختلف العوامل وذلك بدراسة ارتباطاتها الديناميكية وتوزيعها أو تتابعها في البرتوكول ،كما هو الشأن بالنسبة لتوزيع أنماط الإدراك (G,D,Dd,DBI) على اللوحات وفي اللوحة الواحدة ،وكذا نوعية ارتباطها بالمحددات (F,FC,CF ,FE ,EF,K ,k) خاصة بالنسبة للشكل الذي يعتمد عليه ،الى جانب أنماط الإدراك ونسبة الإجابات الحيوانية (A%) والاجابات المألوفة (BAN) في استخراج نوعية السياقات العقلية والمعرفية في تناول الواقع والمواضيع .

* الدينامية الصراعية التي تتجسد في مركبات نمط الصدى الحميم المتمثلة في الحركات الإنسانية (K) وتكافئها مع مجموع الإجابات اللونية (Xk /XC) ،وكذا مركبات الصيغة الثانوية المتمثلة في العلاقة بين الحركات الصغرى والإجابات التضليلية (xK/xE) ،ولا نكتفي هنا بالتأكيد على نمط تلك المعادلات من الانطوائية أو الانبساطية أو مختلف الأنواع ،بل يجب كذلك تحليل نوعية الحركات الإنسانية ووظائفها وانتشارها في سياق البرتوكول ،وكذلك شأن بالنسبة للحركات الصغرى أي (الحيوانية وحركات الأشياء وحركات الجزئية) .

كما تدرس نوعية الإجابات اللونية (C) والتضليلية (E) ،وظهورها أولا في البقع وفي المحتويات المناسبة لها ،يضاف إليها ذلك نسبة الاستجابات اللونية (RC%) التي تدعم الإجابات اللونية .
(سي موسي عبد الرحمان ، بن خليفة محمود 2010 ص 187)

5-7-4- مميزات التوظيف الذهاني الفصام :

حسب سي موسى عبد الرحمان ، بن خليفة محمود (2010): مميزات التوظيف الذهاني الفصام :

نجد نوعان من البروتكولات : مثبتة وفائضة

(1) بروتكولات الكف :

- تقصير في التعبير ، فقر في الألفاظ ، ضعف في الإبداع
- عدد محدود من الإجابات وهي متكررة غير مرتبطة ، خالية من المعنى ومن الصدى الرمزي ، مألوفات غير واقعية وأقل حضورا .

- خمود نفسي ، رفض الإثارة الخارجية التي تكافئ العالم الداخلي

- يعتبر الكف كدفاع ضد المعاناة الموافقة لقلق التفكك

(2) بروتكولات الفائضة :

- إنتاج وافر (هذيان) ، اندفاعي ، مختلط وغير منطقي وغيبي

- كلمات مبعثرة وأفكار متقطعة ، بروز السياقات الأولية

- إجابات تكرارية ونمطية ، مواظبة على موضوع واحد

(3) السياقات العقلية :

- تحديد موقع تعسفي وسيء

- %G مرتفع (أكثر من 50)

- إجابات G سيئة التنظيم ذات نوعية رديئة (G_{-}): تخريفية (D/G) ، مختلطة أو تعسفية (G/D) ، غياب الحدود بين الداخل والخارج .

- %D: ضعيف : عدم الاهتمام بالمفهوم وبالواقع

- إجابات Dd ضخمة ذات أجزاء نادرة وغريبة

- نمط الإدراك من نوع: Dd /D-G مرتبطة بالشكل الخالص (F) ، عدم اكتراث بالمحيط ، انقطاع الروابط %F أقل من 50 ، إخضاع الواقع لإسقاطات غالبية .

- %F+ ضعيف ، مدركات ذات حواف غير محددة وتعسفية ، ولا تعرض هذه النسبة الضعيفة بالنسبة الموسعة.

- كثرة الإجابات الشكلية من النوع الرديء (F^{-}) ، نوعية سيئة للرقابة الشكلية ، انزلاق الإدراك.

4) معالجة الصراعات :

- TRI منغلق (OK/OC) أو يميل الى الانغلاق (1K /OK ,OK/1C)، هناك مسح كلي في حالة الأولى للتأثيرات الإسقاطية على شكل بؤر نفسي .
 - إجابات K تفسيرية هذيانية كثيرة ،فيض هوامي .
 - هيمنة إجابات C خالصة :غياب احتواء الحركات النزوية ،قوة العواطف ،اكتساح انفعالي ،هشاشة الحواجز الداخلية .
 - لجوء إلى صور جسدية مفككة (Hd،تشریح للعظام ،والأحشاء خاصة دم) بالخصوص في اللوحات الملونة
 - %A مرتفع ، $H > Hd, A > Ad$ ، واختلاط الأنواع (H/OBJ ,H/A)
 - تكون الإجابات التجريدية ،محتويات غريبة ،ومرعبة .
 - رؤية أشكال مقطوعة ،مفككة ،ذائبة ومعزولة .
 - مواظبة ،مقاطع متشابهة ،قهر التكرار
 - الدفاعات الغالبة :الإسقاط ،رفض الواقع ،الانشطار ،ازدواجية الصور (التضاعف) .
- (سي موسي عبد الرحمان ، بن خليفة محمود 2010 ص 203)

5-8 - الصدق والثبات في اختبار الورشاش :

إن اختبارات بقع الحبر عامة قد أثبتت نجاحا كأدوات إكلينيكية، وقد أجريت مئات الدراسات على اختبار ورشاش كل منها تعالج جزءا واحدا من نظرية ورشاش ، ويبدو من اتجاه النتائج بنتون Benton 1950 ، وهولتزمان (Holtzman 1954)، وساراسون (sarason 1954)، أن تفسيرات ورشاش لها قيمة أكيدة من حيث الصدق تفوق المصادفة ومع ذلك فإنه يجب أن نذكر أن تفسيرات بقع الحبر تعتمد في النهاية على المعرفة التجريبية لدى الممتحن بدنياميكية السلوك الإنساني، وعلى النتائج النهائية التي نحصل عليها بالاستنتاج والمماثلة معتمدين في ذلك على خبرة الممتحن وأصالته ، وخصوبة استبصاره ، وحساسية العامة .

أما دراسات الثبات والتأثيرات الناجمة عن إعادة إجراء الاختبار تحت ظروف متباينة تدل على أن الوظائف المتعددة التي طرقها تكنيك رورشاخ ذات عالية من الثبات ، إلا أن بعضها يبدو أكثر ثباتا من البعض الآخر بوجه خاص، فإن أصالة الاستجابة أو شيوعها من أكثر التقديرات ثباتا ولا يمكن مقارنتها مع نتائج أدوات القياس السيكولوجي الأخرى، كما احتمال تأثيرها بالممتحن وتقديراتهم ضئيل .

(حلمي المليجي 2004 ص 128)

9-5 - تقييم اختبار الرورشاخ :

من الصعب أن ينظر الأخصائي النفساني المتمرس إلى اختبار " الرورشاخ " على أنه أداة سيكومترية بمعنى الكلمة حيث لا يوجد اتفاق بين المختصين على أسلوب للتصحيح أو التفسير .

* لا توجد له معايير ذات دلالة محددة متفق عليها ، وبرغم توفر العديد من الدراسات والبحوث عن هذا الاختبار، إلا أن التضارب بين النتائج هذه الدراسات والبحوث ، وتضارب أساليب التصحيح والتفسير أدى إلى تراكم المزيد من التحفظات على الرورشاخ كأداة سيكولوجية معتبرة .

* من الصعب أن نطبق الأسس السيكومترية على الرورشاخ مثل ثبات والصدق ، ومن الغريب أن بعض المفحوصين يرون أنه من السخف أن نقيس الشخصية بواسطة عناصر الاستجابة لعدة بقع الحبر .

* أنه من الصعب أن نجري على اختبار الرورشاخ دراسة مثل ثبات الاختبار بواسطة القسمة النصفية ، مثلا لأن لكل بقعة حبر تختلف عن البقع الأخرى . (محمد شحاتة ربيع 2008 ص 351)

* يعتبر هذا الاختبار أحسن الاختبارات جميعا في الكشف عن الشخصية وتكوينها ، وخاصة أن الأفراد الذين تقوم باختبارهم يكشفون عن أنفسهم دون دراية بطريقة تفسير الاختبار ودون معرفة لمعاني إجاباتهم ، ويعتبر الاختبار طريقة نافعة في تشخيص حالات كثيرة من المرض التي يستعصى اكتشافها على الاختبارات الأخرى، وهو يحتاج للخبير المتخصص الذي يتمكن من إعطائه وتفسير نتائجه . (سعد جلال 2001 ص

(192)

ويبقى الرورشاخ بالرغم من أنه أداة سيكومترية نافعة للتشخيص، إلا يبقى تنقصه الموضوعية لتعدد طرق تحليل الاستجابات ، وهو يتطلب مهارة فائقة للأخصائي النفسي، هذا ما يجعل مشكلة تحليل وتنقيط الاستجابات متناقضة بين الأخصائيين النفسيين في بعض تنقيط الاستجابات.

6- اختبار تفهم الموضوع :

1-6 تعريف اختبار تفهم الموضوع (T.A.T) : Thematic Apperception test

هو أحد الاختبارات الإسقاطية وقد وضعه العالم النفسي " موراي Murry " عام 1935 ، وتحدث عنه في كتابه الشهير " أبحاث في الشخصية " exploration in personality " ويتألف الاختبار من ثلاث مجموعات من الصور، كل مجموعة منها تشتمل على عشر صور ، وهي تمثل مشاهد نرى فيها شخصا أو عدة أشخاص في أوضاع ملتبسة تسمح بتأويلات مختلفة ، ويطلب من المفحوص في هذا الاختبار أن يقص ما حدث قبل الموقف الذي تمثله الصورة ، وما الذي يحدث الآن في الصورة، وما عسى أن يكون خاتمة القصة ، وقد اختبرت الصور اختبار يجعلها تمثل أفكارا حول العداة والخوف والخطر والحياة الجنسية والانتحار والعلاقة بين للابن ووالديه ... إلخ . (محمد بني يونس 2004 ص 490)

والفكرة التي يقوم عليها اختبار تفهم الموضوع هي أن القصص التي يحكيها المفحوص استجابة لمثل هذه الصور تكشف عن مكونات مهمة في شخصيته على أساس افتراضيين :

* أولها نزعة الناس إلى تفسير المواقف الإنسانية الغامضة بما يتفق وخبراتهم الماضية ورغباتهم الحاضرة وآمالهم المستقبلية .

* ثانيهما نزعة كثير من كتاب القصص إلى الأخذ في كثير مما يكتبون من خبراتهم الشخصية ويعبرون عما يدور في أنفسهم من مشاعر ورغبات . (أحمد محمد عبد الخالق 2002 ص 484)

6-2- الأساس النظري للاختبار :

يعتبر من الطرق الإسقاطية ثمرة ولعله يأتي بعد الرورشاخ في الأهمية ، وقام بإعداده هنري موراي (Murry) وساعده مورجان (Morgan) عام 1953 ، وقد صدر تعديله عام 1943 ، ويعتمد على مبدأ مؤداه أن الأفراد يميلون إلى تفسير المواقف الإنسانية الغامضة بما يتفق مع خبراتهم الماضية وحاجاتهم

الراهنة ، ويرى مؤلف الاختبار أنه يكشف عن الحاجات الإنسانية والدوافع المسيطرة والانفعالات والمشاعر العقد النفسية ، كما يوضح الخيالات والتداعيات الخفية ، كما أنه مفيد في الدراسة الشاملة للشخصية ، وفي تفسير اضطرابات السلوك والاضطرابات النفسية والأمراض العقلية و تشخيصها . (بدر محمد الانصاري 2000 ص 585) .

في عام 1954 مجموعة من الباحثين R ,Debray,D,Lagache,V .Shentoub ,F ,Breulet جددوا في استعمال وتفسيرات اختبار تفهم الموضوع ،المبادرة جعلتهم يتفحصون ويقدرّون هذه التجربة الإسقاطية حسب أفاق التحليل النفسي هذا التقارب سمح ببروز عمل ميكانيزمات دفاع الأنا الموجودة في القصة الرهانات الأوديبية داخل المضمون ،في هذا الأفاق أهمية هذا التقارب تتمحور في مصطلح البنى الفردية وتبيين تطابقها مع التنظيم النفسي ومع الأنظمة المختارة الجارية في الحياة الداخلية والعلائقية. (صالح معالم 2002 ص1).

من خلال ما تم عرضه يتضح أن اختبار تفهم الموضوع أداة جيدة للفحص النفسي ،فهو يعتمد على مثير غامض لتفسير اضطرابات الشخصية، وبالتالي معرفة الدفاعات النفسية التي استعملها المفحوص لمواجهة المواقف الحياتية .

6-3- مسلمات اختبار تفهم الموضوع:

يقدم "لندزي" عدة مسلمات يرى أن اختبار تفهم الموضوع يقوم عليها :

* إذا قدم للفرد موقف منبه يسمح باستجابات مختلفة ، فإن الاستجابات المعينة التي تصدر عنه تعكس أنماطه الاستجابية المميزة ونزعاته الاستجابية .

* إذا كانت الاستجابات الممكنة غير محدودة نسبيا (غموض المثير)، فإن نزعاته الاستجابية سوف يكشف عنها مدى أوسع مما يكشف عنه في حالة تحديد الاستجابة الممكنة .

* إذا تحرر موقف إستجابية من قيود الواقع المألوفة ، فإنه يمكن استثارة النزعات الاستجابية التي يتردد في الاعتراف بها والتي قد يكون واعيا بها .

* الاستجابات المعينة الممكنة لا تحدد فقط بالدوافع والخصائص الثابتة نسبيا ، ولكنها تتحدد أيضا بعمليات وسيطية مثل دفاعات الفرد وطراره المعرفي .

*تتحد الاستجابات الممكنة بالحالات الانفعالية الوقتية مثل الحزن والإحباط والصيف ،عوامل الأداة مثل الذكاء العام والسهولة اللفظية ، عوامل الضبة مثل اللون والحجم والمضمون والتضليل، الأنماط الاستجابية Response test مثل السرعة والدقة والانصياع . (محمد حسن غانم 2007 ص 209)

6-4- مواد الاختبار:

يتكون اختبار تفهم الموضوع من 31 بطاقة ،طبعت على كل منها (ماعدا بطاقة واحدة) ،صورة على ورق أبيض مقوى وتركز البطاقة واحدة بيضاء خالية من الصور ، حيث رقم فقط وذلك في البطاقات التي يمكن استخدامها مع الجنسين ومع كل من الصغار (تحت سن 14) والراشدين (فوق سن 14) ، وعدد هذه البطاقات 11 بما فيها البطاقة البيضاء رقم 16 ، رقم يتبعه الحرف B للأولاد تحت سن 14 ، رقم يتبعه الحرف G للبنات تحت سن 14 ، رقم يتبعه الحرف M للذكور فوق سن 14، رقم يتبعه الحرف F للإناث فوق سن 14 ، رقم يتبعه الحرفان MF للذكور والإناث فوق سن 14 ، رقم يتبعه الحرفان BM للأولاد والراشدين الذكور،رقم يتبعه الحرفان GF للبنات والإناث الراشدين . (لويس كامل مليكة 2010 ص 581)

أما التصنيفات الجديدة حسب V,Shentoub تستعمل ثلاثة عشر للرجال،وثلاثة عشر بطاقة للنساء، و13 للبنون،13بنات موضحة في الجدول التالي :

الجدول رقم 1 : اللوحات المخصصة لكل صنف أو المشتركة بين الأصناف الأربعة من حيث الجنس والسن

مج	اللوحات															الصنف
13	16	19	13 MF			11	10	8BM	7BM	6BM	5	4	3BM	2	1	رجال
13	16	19	13 MF			11	10	9GF	7GF	6GF	5	4	3BM	2	1	نساء
14	16	19		13B	12BG	11	10	8BM	7BM	6BM	5	4	3BM	2	1	بنون
14	16	19		13B	12BG	11	10	9GF	7GF	6GF	5	4	3BM	2	1	بنات

(سي موسي عبد الرحمان ، بن خليفة محمود 2010 ص 169)

6-5- الإبجاءات الكامنة للبطاقة :

البطاقة 1:

المواضيع الظاهرة : هي عبارة عن وصف لمحتوى الصورة مثال : "طفل ، يضع رأسه بين يديه ، ويشاهد آلة كمنجة موضوعة أمامه " .

الإبجاءات الكامنة : لوحة تفضل الرجوع الى شخصية شاب في حالة عدم نضج الوظيفي في مواجهة شيء كموضوع خاص بالراشد ، حيث تكون الرمزية تكون شفافة .

توحي إشكالية الإخفاء الى إحساس مزدوج بالقدرة أو عدم القدرة الذي يشترطه العبور الى الشهوة واللذة فهي مرجعية للاعتراف بقلق الإخفاء كمشروع تقمصي .

البطاقة 2 :

المواضيع الظاهرة : أنه مشهد يتكون من ثلاث أشخاص :

- في الصنف الأول ،شابة تحمل كتب .

- في الصنف الثاني ،رجل مع حصان ،امرأة متكئة على شجرة ،التي ممكن أن تدرك أنها حامل .

يتميز الموضوع بعدم وجود فرق في الأجيال بين الشخصيات الثلاث فالمضمون ظهر .

الإيحاءات الكامنة :العلاقة الثلاثية قابلة لإحياء الصراع الأدبي من جديد (رجل ،امرأة حامل وبنت)

عندما تكون الهوية مستقرة ،توجد تفرقة حقيقية بين الثلاث أشخاص ،كل شخص ممكن أن يكون مدرك بميزات : البنت بالكتب ،الرجل بالحصان والمرأة بالحمل ،في بعض الحالات يمكن أن يعقد الصراع في علاقة مثلية (بين الشخصين) .

_البطاقة 3BM:

الموضوع الظاهر : شخص ذو جنس وسن غير محددين ،فهو منهار أمام قدم مقعد ،عموما ،في الزاوية يوجد شيء صغير ،أحيانا صعب التعرف عليه لكن غالبا يدرك كمسدس ،إن لم يظهر والإشكالية التي ترجع إليها البطاقة تبرز لا يمكن التكلم على تعميم الموضوع .

- الإيحاءات الكامنة:ترجع البطاقة الى إشكالية ضياع الموضوع وتطرح سؤال تكوين الوضعية الاكتئابية ،من المفروض أن وضعية وهيئة الشخص تترجم أساسا الاكتئاب ،شخص هذه البطاقة غير واضح من حيث الجنس والسن .

تبنى الوضعية الاكتئابية تصبح ممكنة عندما يكون الوجدان الاكتئابي معروف ومصاحب بتمثيل من ضياع الموضوع وبالعكس إذا لم يكون اعتراف يظهر إنكار الاكتئاب كدفاع أساس ذات الهيئة الهجاسية الخطيرة .

البطاقة 4:

الموضوع الظاهر :زوجان ،امرأة قريبة من رجل يتدور عنها ،الفرق بين الجنسين واضح بصورة ظاهرة لكن لا يوجد فرق بين الأجيال .

الإيحاءات الكامنة:

ترجع الى صراع نزوي في علاقة جنسية عادية حيث أن كل شخصية يمكن أن تكون حاملة لحركة نزوية مختلفة عدوانية أو ليبرية، هذا التجاذب الوجداني يسيطر على البطاقة .

تظهر هكذا التجاذب الوجداني والصراعي للإشكالية الأوديبية الموجودة، انجذاب للشخصية من الجنس المختلف، وتنافس من نفس الجنس .

البطاقة 5:

الموضوع الظاهر : امرأة في سن متوسط، يدها على مقبض الباب تشاهد داخل الغرفة وهي ممثلة بين الداخل والخارج، داخل الغرفة منفصل .

الإيحاءات الكامنة :

إنها ترمي إلى صورة أمومة دون تفكير مسبق في اختيار السجل الصراعي سيتموقع فيه الشخص، و تشاهد صياغة مهمة لان أنماط العلاقة مع الصورة الأمومية متعددة يمكن أن تعاش كهيئة أنا أعلى (تمثل الممنوعات) تريد أن تفاجئ مشهد متجاوز .

البطاقة توحى إثارة الفضولية الجنسية وهوامات المشاهد الأثرية وكذلك الإحساس بالذنب المتعلق بالاستمنا، نظرة المرأة تلخص نزوة النظر والممنوع للأنا الأعلى والذي في هذه الحالة يسجل الصراع الداخلي في إشكالية الأوديبية .

البطاقة 6BM :

الموضوع الظاهر : زوجان، رجل من المنظور الأمامي، كأنه مهموم، وامرأة كبيرة السن تنظر الى اتجاه آخر .

الاختلاف بين الجنسين والجيلين يقوي هيكل البطاقة أن الأولى من الاختبار أين الاختلاف بين الجيلين ظاهر بطريقة واضحة .

الإيحاءات الكامنة :

ترجع إلى تقارب الأم _ ابن في محتوى مضطرب ،الفرق بين الجيلين يرمي إلى الممنوع في التقريب الأوديبى ويزيد حدة مدام الشخصين ليس متقابلين وجها لوجه .

في المحتوى الأوديبى ،الأهمية تكون متعلقة بالتقارب الممنوع ،"الطفل يجب أن يفترق عن أمه " الوجدان والحزن يعودوا إلى ألفاظ الحزن ،حزن الأب الذي يحمل في أغلب الأحيان هوام قتل الأب وهو تحتى ،هذه البطاقة مبنية على الممنوع .

البطاقة 7BM :

الموضوع الظاهر : رأسين رجال جنبا إلى جنب ،الأول شيخ متجه نحو الآخر "الشاب " .

الفرق بين الجيلين واضح ،لكن لا يوجد في هذه البطاقة نضج وظيفي للشخصين .

الإيحاءات الكامنة :

هناك تقارب أب /ابن في محتوى تعارض عند الابن ،الأجسام مقصية ،سيدور الصراع حول التقارب لهاته الشخصيتين وذلك في مجال الحنان والمعارضة (تجاذب وجداني في علاقة الأب) .

الطاقة النزوية مجندة في الحركات العدوانية والليبيدية تكون سيناريو العدوانية والتنافس والسيطرة .

البطاقة 8BM :

الموضوع الظاهر : في المستوى الأول ،شاب ،مراهق ،وحيد في جانبه بندقية ،يدير ظهره في المشهد الموجود في المستوى الثاني :يمثل هذا المشهد رجل مستلقي واثنين منحنيين عليه ،يمسك أحدهما شيء يجرح الإيحاءات الكامنة :

تحوي هذه الصورة تمثيلات يمكن أن تتعلق بقلق الاخضاء و/أو العدوانية اتجاه الصورة الأبوية .

في الإطار الأوديبى تسيطر على المشهد رغبة أخذ مكانة الأب والرغبة في قتله المصاحبة لها ،ولكن يظهر جانب آخر للعلاقة الأبوية يحاول به التصليح في حق الأب المجروح وغير المقتول ،قوة الإيحاءات هنا تثير التجاذب الوجداني الموقف في العلاقة مع صورة الأب استعمال العدوانية والليبيدو من جهة ثم الربط الممكن بين الحب والكراهية من جهة أخرى .

البطاقة 10 :

الموضوع الظاهر: يبين التقارب بين زوجين أين الوجوه وحدها متمثلة، لا يحمل فرق اجيال، لكن عدم الوضوح الكاف للصورة لا يسمح بترجمات مختلفة فيما يخص سن وجنس الشخصين .

الإيحاءات الكامنة: ترجع إلى التعبير اللييدي عند زوجين، يسترجع بوضوح مضمون الصورة، وهو تقارب ذات نوع لييدي .

الإشكالية ترجع إلى تقارب لييدي داخل علاقة جنسية عادية: انطلاقا من هذا، هل هناك اعتراف بالربط الجنسي ما بين الزوجين؟ أو هناك دفاعات هامة تبرز لمقاومة هذه التمثيلات ؟

البطاقة 11:

الموضوع الظاهر: يبين منظر خوي مصاحب بتناقض حاد فيما يحصى الظل والإضاءة، كما يظهر أيضا بعض العناصر المبنية نسبيا مثل: جسر - طريق - وهي تثير إعادة تنظيم الموضوع .

الإيحاءات الكامنة: البطاقة المقلقة ولا بد من الإحساس بهذا القلق، لان عدم الاعتراف به يترجم كإشارة مرضية في كل حالة، هذه البطاقة تسترجع مقاومة ضد الطبيعة المتمثلة بخطورة.

وهذا يرجع رمزيا إلى العلاقة للأم الطبيعية، أي الأم البدائية، هذا الموضوع يحيي مواضيع نفسية تتعلق بنظام ما قبل تناسلي تجلب إيحاءات بطاقة نكوص هام ومرهقة تطرح السؤال الأتي: كيف يمكن الخروج من النكوص والصعود لبناء وتنظيم المنظر الخوي ؟

البطاقة 19 :

الموضوع الظاهر: يمثل منزل تحت الثلج أو مشهد بحري فيه باخرة تحت هيجان حولها أشكال شباحية وأمواج، تضارب الألوان الأبيض والأسود بقوة يبين الحواشي البطاقة يسمح بتحديد فيها الداخل والخارج .

الإيحاءات الكامنة: الثلج كالبحر هما مراجع للطبيعة كما ترجع أيضا ضمنا ورمزيا للصورة الهوامية للأم المثير يحيي تنشيط إشكالية ما قبل تناسلية في استرجاع محتوى وجو يسمح بإسقاط الموضوع الجيد والسيئ البطاقة تدفع إلى النكوص واسترجاع هومات خرافية .

البطاقة 16:

الموضوع الظاهر : هي بطاقة بيضاء وهي خارقة بالنسبة للبطاقات الأخرى ،لأنها لا تمثل منظر أو شخص.

الإيحاءات الكامنة :

ترجع إلى طريقة العمل في تركيبه لمواضيعه المفضلة ،والعلاقات الموضوعية معها ،من جهة أخرى يكون الجانب التحويلي حاد لأن الموضوع خالي من التصوير ،وأين هذه البطاقة هي الأخيرة لا بد من الإلحاح بكثرة على أهمية هذه البطاقة على صعوبات تفسيرها وعلى وسع الإيحاءات التي تتضمنها .

(معالم صالح 2002 ص ص 2-22)

6-6 - قيمة تفهم الموضوع TAT :

* القدرة على كشف الخبايا اللاشعورية ومعرفة أن المفحوص راغب أو غير راغب في أداء الاختبار .

* إحضار المواد المكبوتة من اللاوعي ، فهو يعتبر من الأدوات القيمة غير متحيزة ثقافيا خلافا للاستبيانات الموضوعية.

* فكرة اختبار تفهم الموضوع مستمدة من دماغ الطفل . (Gray Jennifer 1999 p28)

* وصف ديناميات البنية النفسية للفرد والمكانزمات التي يعتمدها لتحقيق تكيفه الشخصي الاجتماعي ،فاختبار تفهم الموضوع يغلب عليه طابع " المضمون " أو " المحتوى " .

(علاء الدين كفاي ، مايسة النيال وآخرون 2009 ص 313) .

* الاستجابات يمكن تفسيرها بالكامل هذا ما يجعل الفرد حافزا لمادة غامضة للاختبار ،يعكس شخصيته الخاصة و طرق تفاعله مع مواضيع البيئة ، يتم فيها خلق القصص بإدراك لاشعوري مزيج من ثلاثة أشياء الحافز للطاقة ،وبيئة الاختبار ، ودرجة غموض الحوافز من بطاقة إلى بطاقة ،ولكن يتطلب من الفرد تفسيرها

ذاتيا للصور وخلق قصة تتطوي على افتراض الأحداث من التجارب خاصة والشعور واطهار الصراعات ، كما يوفر بيانات مفيدة من خلال السلوك الذي يساعد على التقييم النفسي في تفسيره .

(Aronow .E ,Altman . w ?p13)

6-7- طريقة وخطوات تحليل تفهم الموضوع TAT:

هناك العديد من الطرق : طريقة باك ،شنتوب ،طريقة كاترين شايبير وفرونسواز برولي ،وسنركز على طريقة فيكاشنتوب.

*طريقة فيكاشنتوب :

- سلسلة الرقابة (A): يتعلق الأمر بسياقات تدرج في معظمها في اطار اللجوء الى الواقع الخارجي.

تتضمن سلسلة الرقابة ثلاث سلاسل فرعية وتتضمن في مجملها سياقات تساهم في بناء القصة ،من خلال الرجوع الى الواقع الخارجي والأعراف والتقاليد والثقافة ،ووجود سياقات هذه السلسلة أمرا مفيدا وإيجابيا ولكن عندما يكون تواترها كثيف ،فانه يعطي بعدا هاجسيا للتنظيم النفسي ،ووجود سياقات هذه السلسلة يعطينا فكرة عن مدى غنى وتوفر التصورات تتمثل السلسلة الفرعية الأولى في استثمار الواقع الخارجي وذلك بالرجوع الى تفاصيل اللوحة باستمرار أو العودة الى المراجع الثقافية والدينية والأدبية والأعراف ،توفر هذه السياقات يوحي بعلاقة جيدة مع الواقع وسلامة الإدراك .

أما السلسلة الفرعية الثانية فتتضمن استثمار الواقع الداخلي والديناميكية النفسية يتعرف من خلالها على حدة الصراعات والامكانيات الفكرية التي يمكن أن تسمح بارصانها ،أما السلسلة الفرعية الأخيرة فتتضمن السياقات ذات النمط الهجاسي كالتحفظات الكلامية والعزل والتكوين العكسي .

- سلسلة المرونة B: تتضمن السلسلة الفرعية الأولى استثمار العلاقات والسياقات التي تظهر في هذه السلسلة نوع من التنظيم العقلي يكون متمركز حول العلاقة بالموضوع والتي عادة ما يكون فيها الفرد مختلف عن الآخر وتميزا،حيث تسمح هذه العلاقات باسقاط ما يدور في مخيلة الفرد (اختراع شخصيات ،عزل العواطف) ،الواقع الخارجي يكون مأخوذا بعين الاعتبار ،ولكن يحتمل مكانة ثانوية امام التعبير عن العواطف وبصفة عامة عن كل ما يحس به الفرد ذاتيا .

- تحتوي هذه السلسلة بدورها على ثلاث فرعية وتوفر البروتوكول على بعض بنودها يعتبر أمرا لأنه يعطينا صورة عن استثمار العلاقات والعواطف، التواتر الكبير لسياقات هذه السلسلة يعطي التنظيم النفسي للفرد وبعدها هستيريا، غير أن بعض سياقات هذه السلسلة يمكن العثور عليها في أي تنظيم نفسي آخر .
- أما السلسلة الفرعية الثانية فهي تتمثل في سياقات التهويل والتمسرح، حيث أنه وفي إطار هذه السياقات يستثمر الفرد عالمه الداخلي على غرار ما يحدث في عمل مسرحي أين يعبر عن الصراع من خلال سرد الأحداث والوضعيات العلائقية .
- بينما تمثل السلسلة الفرعية الثالثة السياقات ذات النمط الهستيري والتي تعود على أنماط دفاعية هستيرية بحتة، عندما تظهر مصحوبة سياقات السلسلة الفرعية الأولى والثانية وبعض سياقات تعود في البروتوكول كلما ظهر الطابع العصابي لشخصية الفرد .
- **سلسلة تجنب الصراع (C):** تسمح سياقات هذه السلسلة من إظهار أنماط الخطاب التي توحى الى أنواع من اضطرابات أو إشكاليات خاصة مرتبطة بتجنب الصراع اليبين نفسي، تحتوي هذه السلسلة على خمسة سلاسل جزئية، تعبر كل منها عن أنماط دفاعية خاصة تعود الى صعوبات نفسية مختلفة، تمثل السلسلة الفرعية الأولى بنود استثمار المفرط للواقع الخارجي وذلك من خلال الرجوع الى الواقع الخارجي والتشديد على الحياة اليومية والعملية والحالي والملموس والفعل والعواطف الظرفية، بنود هذه السلسلة تكتسي طابع ايجابي عندما يكون تواترها معتدلا لأنها تقف حجر عثر أمام العمليات الهوامية .
- أمام السلسلة الفرعية الثانية فتتضمن بنود الكف من خلال الصمت داخل القصص أو ايجازها بشكل كبير، اضافة الى عدم توضيح دوافع الصراعات وعدم التعريف بالأشخاص، التواتر الكبير لهذه السياقات يضر بنوعية الخطاب ويقلل من مرونة وحركية وذلك من خلال التشديد على الانطباعات الذاتية والعودة الى مصادر الشخصية والتاريخية والذاتية، اضافة الى التشديد عن الخصائص الحسية والحدود والحواف والعلاقات المرآتية تسمح هذه السياقات بمعرفة تصور الذات ونوعية من خلال التعرض الى عمق الإصابات النرجسية، في حين تمثل السلسلة الفرعية الرابعة بنود استثمار الحدود من خلال نفاذية الحدود والخلط بين الراوي وموضوع القصة أو من خلال التشديد على المدرك والمثناة والانشطار .

- تتعلق السلسلة الفرعية الخامسة بالسياقات الهوسية أو الضد اكتئابية وتظهر من خلال الاستثمار الفائق لوظيفة الاسناد، وعدم الاستقرار في التماهيات، إضافة الى الاستخفاف واللف والدوران، تواتر السياقات هذه السلسلة الفرعية يوحي بضعف سياق التفرد ولاستقلالية .

عندما تستعمل السياقات بصفة غير دائمة تشير الى نمط دفاعي لا يكون دائما موحيا باشكالية تنتمي الى التوظيف الحدي .

***سلسلة العمليات الأولية (E)**: عادة ما تكون سياقات هذه السلسلة مؤشر التوظيف نفسي من نوع الذهاني حجم هذه السياقات من الناحية الكمية والكيفية هو الذي يسمح بالتمييز بين السيرورات الأولية التي تدخل في اطار خطاب عادي وسيرورة أولية تعود الى توظيف نفسي ذهاني .

وجود هذه السياقات يظهر لنا النفوذية بين مكونات الجهاز النفسي، بمعنى آخر تسمح بإظهار مرونة في وظيفة ما قبل الشعور، غير أنه كلما كانت السيرورات الأولية حاضرة كليا ونوعيا بشكل معتبر، كلما كان أنا الفرد هشاً .

تتكون هذه السلسلة من أربعة سلاسل جزئية: السلسلة الفرعية الأولى (E1) تشير الى مستوى الإدراك وتظهر اضطراب الإدراك والعلاقة مع الواقع، السلسلة الفرعية الثانية (E2) تمثل غزارة العمليات الإسقاطية والتي تعود الى اضطراب مرتبط بطغيان الحياة الهوامية .

- السلسلة الفرعية (E3) فتمثل اضطراب معالم الهوية والموضوعية وتظهر صعوبة في تصورات العلاقات بالموضوع و تصور الذات، وأخيرا السلسلة الفرعية الرابعة (E4) (تشوه الخطاب) تشهد هذه السياقات على اضطراب في الحياة الفكرية لدى الفرد واضطراب في الخطاب .

وفي الأخير يجب القول أنه لا يجب وضع علامة وطيدة بين السياقات العمليات الأولية والتوظيف الذهاني، حيث أنه في بعض البروتوكولات، الغياب الكلي لسياقات العمليات الأولية يمكن يعود الى أنماط توظيف مرضية، حيث أن غياب الكلي لسياقات الأولية (E) وجود سياقات (CF) بشكل خاص يميز بعض أنماط لتوظيف النفسي الذهاني المزمن والذي كما هو المعمول به في البداية قراءة أولية شاملة للبروتوكول بهدف معرفة بناء القصص ووضوحها، أم هي مجرد تمسك ووصف للمحتوى الظاهر للوحة .

و بعد القراءة الأولية قمنا بالتنقيط حسب شبكة التحليل المعدة لهذا الغرض والمعدلة من طرف فرقة البحث لعلم النفس الاسقاطي بمعهد باريس V سنة 2003 . (Brelet .F chabert. C 2003 p5)

6-7-1- مراحل تطبيق الاختبار:

- إعطاء تعليمة الاختبار:

يمكن للباحث إعطاء عدة تعليمات:

"تخيل قصة انطلاقا من هذه البطاقة"، أو "تخيل قصة أكبر غناء ممكن ومأساوية بقدر الامكان لكل بطاقة"

- أما فيما يخص البطاقة 16 فلها تعليمة خاصة بها و هي كما يلي : "حتى الآن قدمت لك صور تمثل شخصيات أو مناظر، وألان سأعرض عليك هذه البطاقة الأخيرة و التي من خلالها يمكن لك أن تحكي القصة التي تريد .

6-7-2- مرحلة التحليل بطاقة ببساطة:

تعتمد على وصف السياقات والميكانزمات الدفاعية لكل لوحة لوضع إشكالية على حدة .

* التحليل العام للبروتوكول:

تعتمد هذه المرحلة على جمع وتحليل جميع السياقات السابقة التي تحصلنا عليها وهذه بجملة من العمليات :

- جمع العوامل المختلفة التي استعملها الفرد على ورقة التفحص La feuille de Dépouillement و هذا ما يسمح بتقدير نوعية السيرورات المترابطة ، آخذين بعين الاعتبار العلاقات بين التمثيلات و العواطف و ميكانزمات الدفاع من وجهة نظر موقعية اقتصادية و ديناميكية.

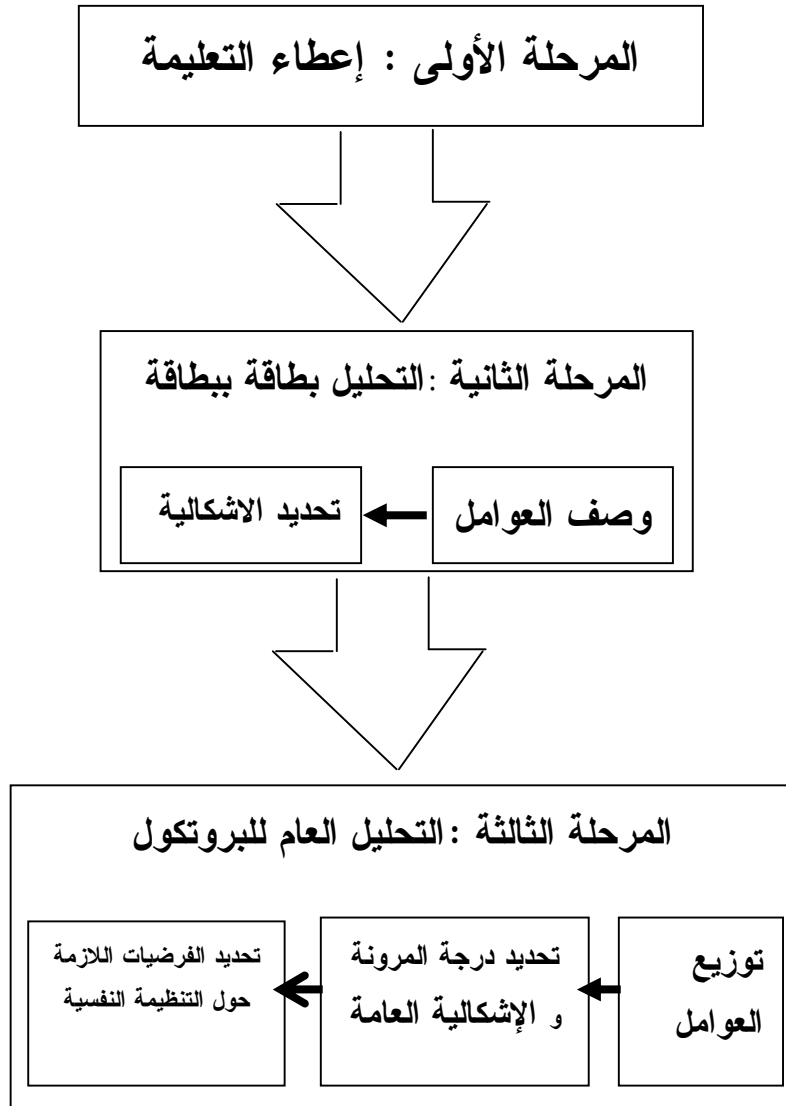
- بعد ذلك يمكن أن نستخرج النماذج المختلفة للوظيفة النفسية عن طريق وضع فرضيات حول التنظيم النفسية للفرد من خلال العلاقة بالموضوع، نوع القلق ، نوع الصراع...

و نظرا لإعتماد TAT في أغلب الدراسات العالمية وفق الطريقة الحديثة للتحليل التي وضعتها كاترين شابيير وفرنسواز بريلي ، قمنا بالإعتماد على الدليل الجديد لتحليل Nouveau Manuel du TAT في

تفسير و تحليل البروتوكول. و أهم ما يميز الطريقة الجديدة في التحليل هو اعتمادها على أسس تختلف عن التي وضعها Vica Shentoub مثل عدم تحليل المرونة في تحليل بطاقة ببطاقة و التركيز على الإشكالية و الآليات الدفاعية أولا و اعتماد ورقة التنقيط كأساس تحليلي للإستجابات، ثم وضع حوصلة في نهاية تحليل البطاقات " التحليل العام للبروتوكول التي فيها نجد الأساليب الدفاعية المرونة و الإشكالية.

(Brelet .F Chabert. C 2003 p33)

الشكل رقم (2):مخطط يوضح مراحل تطبيق اختبار TAT



- وتتمثل عملية وصف العوامل من خلال السياقات :
- سياقات سلسلة الصلابة A التي تحتوي :سياقات A1 مرجعية الواقع الخارجي ،سياقات A2_1 استثمارات الواقع الداخلي ،العمليات الوسواسية A3.
 - سياقات الصراع النفسي العلائقي B :منها سياقات الاستثمار العلائقي B1،التمسرح B2 ،عمليات هستيرية B3.
 - سلسلة سياقات تجنب الصراع C منها :افراط في الاستثمار للواقع الخارجي CF،تنشيط CI،سياقات الاستثمار النرجسي CN ،سياقات عدم استقرار الحدود CL،سياقات عمليات مضادة للاكتئاب CM.
 - سياقات بروز السياقات الأولية E التي تتمثل في سياقات تحويل الإدراك E1،سياقات قوى الإسقاط E2،سياقات عدم استقرار معالم الهوية والموضوعية E3،سياقات ضعف الخطاب E4.

(جيلالي سليمان 2012ص 28)

6-7-3- التوظيف الذهاني للفصام :

- حسب مميزات عوامل الفصام حسب سي موسى (Brelet,Shentoub,Azoulay ,Chabert)
- إنتاج مثبت أو فائض حسب الحالات ،قصص متميزة بحوار مبهم ،لا منطقي ،مجرد يصعب فهمه ،نظرا لتقطع الأفكار ،ونقص الاتصال الترابطي .
 - غياب القصص ،والأفعال والتفاعل في الخطاب
 - غياب الصدى الرمزي للصور
 - استعمال خاص وتعسفي لبعض كلمات الربط: "على " في " " أمام " مع "
 - حضور حالات الرفض في اللوحات التي تظهر تقاربا علائقيا ونزويا (4, 8BM, 10, 13MF) أو التي تذكر بصورة الأم والمواضيع (19،11،5) بسبب استحالة العجز عن تسيير و/أو استثمار العلاقات .
 - حضور قوي للسياقات الأولية E ممثلة بأغلبية الدفاعات في هذه السلسلة ،ويختلف تكرارها تبعا لدرجة الاختلال الفكري ،فكلما كان قلق التفكك معتبرا ،كلما شمل الفساد عدة جوانب من التوظيف النفسي (الإدراك ،الهوام ،الهوية ،الخطاب) .

_تمثل السياقات الأكثر حضورا في E1,E4 ,E8,E9,E10 ,E11,E17,E19 ,E20 وهي تتعلق بتهدد الروابط ورفض الاختلاف عن الآخر ،كما تتضمن أيضا الاختلاط بالآخر كدفاع ضد التفكك والموت الذي يثيره الانفصال ،يمثل الانكفاء النزوي بواسطة نزع الاستثمار و"ازالة الموضوع "حماية من الانهيار ومن الموت وتقابلها السياقات الأولية لكاترين شابير E1_1 ,E1_3,E2_3,E3_1,E4_1,E4_3,E4_2
_حضور سياقات الصلابة من نوع A2_1,A2_8,A2_3،يزيد من حدة قهر التكرار الذي يهدف الى منع أو حجز الحركة النزوية ،وتقابلها سياقات لكاترين شابير A1_4,A3_1.

_التعلق بالمدركات واليوميات (CF) يسمح بتحييد العواطف وتجنب أي بروز هوامي من أجل سد الفراغ الذي يهيمن على العلاقات الموضوعية ،كما يعزز اللجوء الى السياقات النرجسية و/أو الهوسية من نوع CM1,CN10 ,CN8 ,CN5,CN4: محاولة الاستثمار المضاد للفراغ والهشاشة النرجسية،وتقابلها سياقات تجنب الصراع لكاترين شابير CN3,CN4,CN2,CM1.

(سي موسي عبد الرحمان ، بن خليفة محمود 2010 ص 203)

6-8- الصدق والثبات :

لم يثر من الجدل فيما يتصل باستخدام الأساليب الإسقاطية ، قدر ما أثير حول استخدام الكم والإحصاء في معالجة بياناتها ، فهناك خلاف ظاهر بين علماء النفس حول قياس صدق وثبات هذه الاختبارات الإسقاطية ، يؤمنون بأنها تزود الباحث بمعطيات هامة عن ديناميات الشخصية ، وأن مسألة الثبات والصدق لا تعتبر مشكلة حقيقية ، وأن الغرض الذي وضعت من أجله هذه الاختبارات عرض إكلينيكي " هولت " أن اختبار تفهم الموضوع TAT ليس اختبار بالمعنى المفهوم في مقاييس الذكاء ، وبالتالي فإنه يصعب تطبيق مفاهيم الثبات والصدق عليها يغير كثير من التحفظ ، فاختبار تفهم الموضوع بحسب رأي هولت يقدم لنا جانبا من السلوك يمكن تحليله بعدد من الطرق ويشكل الأساس لاستنتاج خصائص عديدة للشخصية ، فاختبار TAT يقوم على أساس تحليل مضمونه ديناميا ، إذ أن هذا المضمون يتأثر تأثيرا لا نهائيا بالأبنية الحضارية الفرعية بقدر أكبر بكثير مما هو الحال بالنسبة لمقاييس الذكاء . (محمد حسن غانم 2007 ص 201)

ثانيا- التقنيات الموضوعية :

تعتبر التقنيات الموضوعية من الأدوات الأساسية للكشف على الميولات المرضية للفرد وكذلك أنماط الشخصية .

1- تعريف التقنيات الموضوعية :

هذه الأدوات الأساسية التي يستخدمها العديد من المنظرين كمرادفات وهذا للتمييز بين الأدوات الأساسية، وهي الأساليب و التقنيات التي تشير إلى إجراءات محددة والمعدة المستخدمة في تحديد النتائج على سبيل المثال تقنية الاستبيان ترمي إلى تحديد الصلات التلقائية ضمن مجموعة تقنيات المتنوعة للرصد المنتظم للتفاعل خاصة التعريف في تفاصيلها ، حيث يجب على كل المحققين إيجاد نفس النتائج التي تهدف الى الموضوعية . (Maisonneuve Jean 1973 p50)

* **التعريف :** هي استبيانات الشخصية ، وهذه الاختبارات تتكون من سلسلة من الأسئلة المغلقة ، وهذا الموضوع يجيب ب"نعم " أو "لا" يتم على نطاق دقة تتراوح من نقيض قطب إلى آخر قطب بأسلوب إحصائي، يتم تجميع العناصر الفردية في فئات تعكس الصفات النفسية والعلائقية ، على سبيل المثال اختبار المواضيع مقارنة مرة بمجموعة مرجعية ،ويستخدم اختبار منيسوتا متعدد الأوجه للشخصية (MMPI) خاصة في مجال التشخيص .(Deboeck , Larcier 2004 p 57)

* المقصود بالاستخبار Questionnaire :هو معرفة "أخبار أو معلومات " معينة عن شخص أو أشخاص معينين ، والاستخبار عبارة عن مجموعة من الأسئلة المطبوعة غالبا ، يجيب عليها الشخص بهدف الحصول على حقائق أو معلومات عنهم والاستفادة بهذه المعلومات في مجال البحث العلمي والمسح الاجتماعي .

وهناك الكثير من الاستخبارات التي تقيس الميول والدوافع والقيم والاتجاهات والجوانب الوجدانية والانفعالية والاجتماعية والحاجات النفسية ، وسمات الشخصية ... إلخ . (عبد الفتاح محمد دويدار 2009 ص 97)

* **تعريف الاختبارات الموضوعية Multiplechoice Tests**: يقصد بالاختبارات الموضوعية تلك التي تكون إجاباتها محددة ، بمعنى أن هناك إجابة صحيحة واحدة لكل فقرة فيها ، كما عرفت بالموضوعية لأن تصحيحها يتم بشكل موضوعي ، فهي لا تعتمد على ذاتية المصحح في تقدير الدرجة ، وإنما تعتمد على نموذج التصحيح كمعيار للتصحيح يلتزم به جميع المصححين للمادة الواحدة ولذلك سميت بالاختبارات الموضوعية لعدم تأثر تصحيحها بذاتية المصحح ولما تمتاز به من دقة ، وهي على عدد أشكال أشهرها الصواب والخطأ ، والاختبار من متعدد ، والمقابلة (المزوجة ، التوصيل) والتكميل ، ورغم ما تتميز به هذه الاختبارات من الموضوعية والشمول وارتفاع مؤشرات الصدق والثبات وسهولة التطبيق والتصحيح.

(إبراهيم محمد المحاسنة ، عبد الحكيم علي مهيدات 2009 ص 88).

* **تعريف الاختبار الموضوعي للشخصية** : يعرف كاتل الاختبار الموضوعي للشخصية " موقف يستخدم في التنبؤ بالسلوك في جانب معين غير الموقف الذي يقدمه وهو اختبار له مغزى بالنسبة لعدد كبير من مواقف أخرى للسلوك ويشير إلى شيء ما غير ما يقيسه في الظاهر ، كما أنه اختبار جاهز للتركيب ، قابل للنقل والحمل ، يمكن أن يستحضر بدقة في أي مكان ، يصحح موضوعيا ، رخيص ، تقنيته مختصرة عن الموقف الذي يحاول أن يتنبأ بالسلوك فيه " (أحمد محمد عبد الخالق 2007 ص 280)

ومن هذه التعريفات السابقة يتضح أن التقنيات الموضوعية هي التي لا تعتمد على مثير غامض للكشف أو الغوص في الخبايا اللاشعورية ، وهي اختبارات جاهزة وتصحح موضوعيا ولا تتدخل فيها العوامل الذاتية .

2- أنواع الاختبارات الموضوعية : وأهم الأنواع المستعملة نجد :

1-2 اختبارات الاستدعاء أو التكميل :

تعرف أيضا باختبارات ملئ الفراغ ويتألف هذا النوع من الاختبارات في العادة عبارات ناقصة تظهر بوجود خط (-) أو نقط (.....) ويطلب من المفحوص أن يملأ هذا الفراغ بكلمة أو كلمات حتى يكتمل معنى الجملة ، وتستعمل هذا النوع من الاختبارات في مجالات استدعاء المعلومات والحقائق وتذكرها ، وبخاصة فيما يتعلق بالحقائق والمفاهيم العلمية .

2-2 - اختبارات الخطأ والصواب: وتسمى (اختبارات الحقيقة والزيف):

هي من أكثر أنواع الاختبارات الموضوعية استعمالاً من قبل المعلمين لسهولة وضعها وهي عبارة عن قائمة من الفقرات ثنائية الاختيار أحدهما صحيح ، وفيها يطلب من المفحوص أن يضع إشارة (√) إذا كانت عبارة صحيحة وإشارة (x) إذا كانت عبارة خاطئة ، وتستخدم لقياس أهداف معرفية بسيطة من تذكر حقائق أو مبادئ .

2-3- اختبارات المزوجة أو المقابلة أو المطابقة :

ينكون هذا النوع من الاختبارات من قائمتين متوازيتين ، ويطلب فيها من المفحوص أن يقرن بين كل عنصر في القائمة الأولى والعنصر الذي يتمشى معه في القائمة التالية ، وتسمى القائمة الأولى والتي تحتوي على الأسئلة أو المشكلات بالمقدمات والقائمة الثانية تحتوي على الإجابات بقائمة الاستجابات ، إن هذا النوع من الاختبارات حالة خاصة من الاختيار متعدد ، والفرق بينهما أن أسئلة الاختيار من متعدد يتكون صلب السؤال فيها من مشكلة واحدة أما في المزوجة فإن صلب السؤال يتكون من عدة مشكلات و يستعمل في مجال المطابقة ، وبيان علاقة بين الكلمات ومعانيهما .(سامي عريفيج ،خالد حسين مصلح 1999 ص 166)

2-4- اختبارات الاختبار من متعدد :

من أكثر الاختبارات الموضوعية انتشارا وأكثرها صدقا وثباتا ، يتألف كل سؤال من أسئلة الاختيار من متعدد من جزأين .

2-4-1 الجزء الأول :

يسمى أصل السؤال أو (جذر السؤال) ، وهو الجزء الذي يطرح المشكلة ويطلب من المفحوص أن يحلها ويجيب عليها ، وهو في العادة عبارة خبرية ناقصة أو سؤال استفهامي .

2-4-2 الجزء الثاني :

يتألف من قائمة الطول المفتوحة للمشكلة الموجودة في أصل السؤال وتسمى هذه القائمة بالبدائل وتشمل الجواب الصحيح، بالإضافة على الإجابات الخاطئة والتي تسمى بالموهات أو المشتقات ، ويبلغ عدد البدائل في الاختبارات الشائعة أربعة ، ولو كانت خمسة لكان أفضل طريقة الإجابة على هذه الأسئلة تتم بوضع دائرة حول البديل الصحيح ، أو أي إشارة يطلبها المعلم من المفحوص .

(سامي عريفج ،خالد حسين مصلح 1999 ص 166)

3- مميزات الاختبارات الموضوعية:

* تحديد الجواب سلفا بحيث لا يختلف عليه اثنان

* إخراج رأي المصحح كليه من عملية التصحيح وذلك بأن تخصص علامة واحدة للإجابة الصحيحة وصفر الإجابة الخاطئة وعدم السماح لوجود حالة (المنزلة بين المنزلتين) ،التي تتيح للمصحح أن يعطي أجزاء من الدرجة .

- * إعطاء تعليمات واضحة محددة تتعلق بكيفية إجراء الامتحان مع وجود عينة أو أمثلة في مقدمة كراسة الأسئلة مما يلغي الذاتية أو الاختلاف في طريقة التطبيق .
- * لما كان جواب محددًا بدقة ومكتوبًا فإن عملية الإجابة لا تتطلب سوى وضع إشارة عليه ولا حاجة للكتابة مطلقًا مما يلغي أثر العوامل الخارجية .
- * حسن الخط والترتيب وجودة الإملاء وسلاسة الأسلوب وغير ذلك من العوامل كما يلغي أيضًا أثوي (الهالة) (سيع محمد أبو لبدة 2008 ص 249)
- * اقتصادية وقليلة التكاليف والجهود لأنها تطبق على أساس جماعي ولأعداد كبيرة فهي تختصر الزمن والجهود والتكلفة .
- * بسطة التطبيق والتصحيح ويكن لتصحيحها استخدام الحاسب الإلكتروني .
- * تستخدم هذه النوعية من الاختبارات في بداية التشخيص أو العلاج كمقدمة لتكوين علاقات طيبة بين الفاحص والمفحوص .
- * تساعد على الكشف لكثير من النواحي وتمكننا من التنبؤ المضبوط إلى حد كبير .

4- اختبار منيسوتا المتعدد الأوجه للشخصية MMPI :

4-1- تاريخه :

في عام 1892 كريبلن أول من تكلم على اختبارات الشخصية، لكن في ذلك الوقت كل اختبار لا يقيس الا جانب واحد من الشخصية ، والمفهوم غير واضح ، خلال السنوات (1930- 1940) ظهرت الحاجة الى التشخيصات النفسية للمرضى ومعرفة شعورهم ، وهذه الدراسات الأولى حول التسميات التشخيص النفسى لكل حالة خاصة للقيام بالمقابلات والاختبارات، في نفس الفترة ثورستوم thurstome اخترع طريقة للتقييم تحتوي على استبيانات أو خيارات من الأجوبة باحتمالات من الحل "نعم" ، أو "لا أعرف" تقدم بموضوع للحكم على أي تأكيد، وهذا لسهولة التصحيحات للاختبارات ، وتوصل الباحثين من هذه الاستبيانات :

- استكشاف أكبر عدد ممكن من جوانب الشخصية السوية والمرضية

- الاختبار ينبغي أن يكون سهل التطبيق والممارسة العيادية

- الاختبار يسمح بالتحسينات التقنية المقبولة

- الاختبار تم التحقق منه امبريقيا . (Chantal Carrol 2001 p8)

يعتبر هذا الاختبار من أهم الأدوات التي وضعت لقياس الشخصية عن طريق التقرير الذاتي ، نجد لهذا الاختبار مكانا بين اختبارات الشخصية تشبه مكان اختبار سترونج بين اختبارات الميول ، لأنه يشارك اختبار شروتج في الأساس التجريبي الذي صمم وفقا له ، وكذلك يشبه من حيث تعرضه لبحث عميق وطويل من واضعيه ، وقد ظهر هذا الاختبار في وقت كانت الحاجة إليه شديدة ، وكان الاعتماد عليه كبيرا أثناء وبعد الحرب العالمية الثانية التي شهدت توسعا كبيرا في علم النفس المرضي والعلاج النفسي ، وكذلك ساعد على انتشاره أيضا بعض الأمور الفنية المبتكرة فيه ومنذ نشره في عام 1940 ونشر دليله في عام 1943 فإنه استشار فيضا من البحوث التي استخدمته . (فؤاد صلاح سليم 2005 ص 165)

والهدف منه ايجاد مقياس موضوعي لقياس بعض الخصائص الأساسية في الشخصية والتي لها علاقة بأمراض الطب النفسي . (محمود أحمد عمر ، حصية عبد الرحمن فخرو وآخرون 2010 ص 302)

ظهر في أمريكا عام 1943 وذلك لكي يعطي تقديرا موضوعيا لبعض السمات الرئيسية في الشخصية والتي تؤثر على التوافق الذاتي والاجتماعي للفرد ، وتمثل مقاييسه المختلفة وسائل لقياس شخصية الراشدين الذين يجدون القراءة والكتابة ، والاختبار على صورتين : في الصورة الأولى تقدم عبارات الاختبار في بطاقات وهذه الصورة غير منتشرة ، أما الصورة الثانية وهي المعروفة ، والاختبار من إعداد ستراك هاتاواي Hathaway وهو أخصائي نفسي أمريكي ، متعاون مع شارلي ماكنلي Mackinely وهو طبيب نفسي أمريكي إلى جانب هذين العالمين توفر العديد من العلماء على الاهتمام بالاختبار رأسهم داهلستروم Dahlstrom ، ولش Welsh جاف Gaugh . (محمد شحاتة ربيع 2009 ص 252)

4-2- التعريف الاختبار:

اختبار الشخصية المتعدد الأوجه الإصدار الثاني من أدوات التقرير الذاتي التي تستخدم في الفحص العام للشخصية في معظم أحوالها ، ويعطي نتائج مفيدة في ميدان التشخيص والتطور العلاجي والتغيرات الطارئة مرتبطة بالمعايير الحديثة في ميدان علم النفس الإكلينيكي، فضلا عن استخداماته في ميدان السواء .

(عبد الستار إبراهيم ، عبد الله عسكر 2005 ص 154)

MMPI-2 : هو استبيان يتكون من 567 بند ، يستعمل الورق والقلم لجرد الشخصية ويطبق فرديا ، يحتوي على عشرة سلالم اكلينيكية ، وثلاث سلالم الصدق ، والنسخة المستخدمة هي النسخة الفرنسية من قبل مركز الاستشفائي pierre janet تحت اشراف النسخة المنقحة pierre gagnon .

(Chantol Carrol 2001 p56)

***تعريف اخر :** يسمح اختبار الشخصية المتعدد الأوجه MMPI بالقياس الدقيق لمميزات الشخصية في جوانبها العادية والمرضية ،بني الاختبار بتعاون بين مختص نفسي وطبيب نفسي وهما S.R.HATHAWAY et J .C.MCKINLEY ، وهو قياس تشخيص تمايزي ،فهو كأداة واحدة لا تكفي فقط ،فهو يقيس الميولات المرضية للأشخاص الأسوياء ،والمضطربين ،فهو يعتمد على الخبرة الماضية والرغبة الحالية ،وأمانة المستقبل .

ويتميز بأنه اختبارا يقيس الميول المرضية في شكل سلالم مرضية قاعدية وسلام محتوى مثل ما يفعله اختبار الشخصية المتعدد الأوجه MMPI.

4-3 - مميزات MMPI:

- هو استبيان يعرض ملاحظات شاملة عن الشخصية .
- هو استبيان يتمتع بخصائص سيكومترية قياسية مؤكدة علميا .
- هو استبيان مجهز بسلالم الصحة (القبول والرفض) التي تسمح بتحديد درجة صلاحية الاجابات عليه
- هو استبيان يمس شريحة عمرية كبيرة جدا .
- هو اختبار استجلب اهتمام الكثير من الباحثين اذ يوجد أكثر من 3500 مرجع في هذا الموضوع .

(بحري نبيل 2011 ص 1)

4-4 - طريقة وخطوات تحليل منيسوتا متعدد الأوجه للشخصية:

تتمثل شروط تطبيق عملية تطبيق الاختبار مبنية وسهلة نسبيا لكن عملية تفسير الملمح النفسي تتطلب مستوى جيد في القياس النفسي ،علم النفس العيادي ،ودراسة الشخصية ، ترتبط صلاحية النتائج المحصلة عن طريق ال MMPI-2 بشكل كبير بقدرة المفحوص على فهم تعليمة التطبيق ،وخضوعه لمتطلبات العملية، وتمثله وتفسيره لمحتوى البنود وتقديره لمستوى انطباقها على شخصيته ، تنقط كل البنود المتروكة أو المتضمنة اجابتين مثل ما تنقط العبارة "لا أعرف" ، يجب تسجيل جنس المفحوص منذ البداية من اجل اتخاذ جدول المعايير المناسب ،كما تسمح شبكات التصحيح بالحصول على الدرجات الخام في مختلف السلالم :العيادية القاعدية، سلالم الصلاحية ،سلالم المحتوى ،والسلالم الثانوية ثم تحول النقاط الخام إلى درجات التائية وتسجل على ورقة الملمح النفسي يجب أن تأخذ السلالم المعنية بقيمة K المضافة بعين الاعتبار قبل وضع الملمح النفسي .

تضاف القيمة K كاملة او جزء منها للدرجة الخام للمتغير المعني بالتصحيح بالقيمة K

السلام المعنية بالقيمة K هي :

Hs :.5K ,Pd :.4K,Pt :1K ,Sc :1K et Ma :.2K

* أنواع الملامح النفسية :

عدد الملامح النفسية الممكنة غير محدود ،اذ لا يوجد في الواقع ملمحين نفسيين متماثلين .

لتلخيص الخصائص يمكننا استعمال نظام الترميز WELSH ،الذي يخصص لكل سلم قاعدي رقم خاص به

وعليه تصبح الوسوس المرضية 1،ويحمل الاكتتاب الرقم 2 وهكذا .

مثال : السلام و الأرقام

LFK	Hs	D	Hy	Pd	Mf	Pa	Pt	Sc	Ma	Si
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0

* السلام القاعدية الاكلينيكية على ترتيب السلام :

السلم 1 :الوسوس المرضية : تشير الى نوع من العمل العصابي من خلال :

- المبالغة في الانشغال والقلق عن بعض الاضطرابات الجسمية التي ليس لها او لها القليل من الأسس

العضوية .

- رفض كل طمأنة حول الحالة الجسدية .

النتائج المرتفعة في هذا السلم ليس لها دلالة تشخيصية واحدة ،حيث يمكن أن نجدها في أمراض عقلية

متنوعة الارتفاع الكبير في القيمة التائية هذا السلم ت < 70 يعني انشغال كبير بالحالة الجسدية .(اضطرابات

هضمية ،تعب ،ألم وضعف عام ،غياب القلق الظاهر) .

الحصول على قيمة تائية منخفضة ت > 44 تعني غياب الشكاوي الجسدية الغامضة ،شخص متفتح ،تلقائي

ولا يقلق دون من ردود أفعال الآخرين .

الحصول على قيمة تائية منخفضة جدا تمثل إرادة من المفحوص لإخفاء كل الأعراض الجسمية حتى يبدو

للفاحص أنه في حالة جيدة .

■ مميزات الشخصية :

- الأنانية ، والنزوع إلى التحكم في المحيط
- سلوك نرجسي ومتمركز على الذات
- التشاؤم والانهزامية ، نظرة مستخفة للوجود
- كثير النقد والقسوة اتجاه الآخرين
- معبر عن بعض العدوانية بشكل غير مباشر
- نادرا ما يطبق ما يفكر فيه (لا يمر بالفعل)

السلم 2 :الاكتئاب :

يتشكل هذا السلم من 57 بندا ويشير الى مختلف أشكال الاكتئاب الموصوفة :

- ردود فعل اكتئابية أو فترات اكتئابية في حالة الهوس الاكتئابي .
- مشاعر الوهن والاحباط ،التشاؤم أو فقدان الأمل وهي ميزة الحالة العيادية للمكتئب ،اضافة الى وصفه بعض السمات الشخصية الأساسية مثل :
- المسؤولية المفرطة Hyperresponsabilité
- التشدد اتجاه الذات
- نزوع الى العقاب الذاتي
- ليس لهذا السلم دلالة تشخيصية واحدة لان أعراض الاكتئاب يمكن أن توجد في العديد من الأمراض ،وعليه فدلالته مرتبطة بالدرجات المحصلة في السلم الاخرى
- تعتبر الدرجة العالية جدا مؤشر على ما يلي :
- المزاج الاكتئابي ،فالشخص حزين ومتشائم
- شعور الشخص بأنه غير نافع ،مقلل (محط) لقيمه الذاتية ،والشعور بالذنب في بعض الأحيان .
- الضعف العام ،التعب النفسي ،التعب وفقدان الطاقة
- أعراض سوماتية غامضة
- الاضطراب ،القلق ،العصبية وسرعة الغضب .
- انعدام القدرة على مواجهة المستقبل بتفائل عادي .

▪ مميزات شخصية :

- انعدام الثقة في النفس .
 - النزوع إلى القلق والاضطراب العقلي
 - تفادي الصراع
 - الانطواء ، الخجل ، والتحفظ
- نجد الدرجات التائية المنخفضة جدا ت >29 عادة لدى الأشخاص العدوانيين ، الساخرين ، النازعين للبروز أو الظهور ، ويمكن لهذه النتيجة أن تعكس عدم القدرة تقبل القلق الذي يحرك دفاعات من النوع الهوسي .

السلم 3 :الهستيريا :

يتشكل هذا السلم من 60 بندا ، ويعكس :

- الاضطراب الحسية أو الحركية التي لا أساس لها من الناحية العضوية .
 - النقص أو إنكار القلق الاجتماعي .
 - النقص أو الحرمان العاطفي
 - الضجر والضييق
 - الشكاوي السوماتية
 - كبت العدوانية
- تدل الدرجات التائية المرتفعة على :
- تعدد الشكاوي السوماتية
 - النزوع في الاستجابة للضغط بأعراض سوماتية كأوجاع الرأس ، الام الصدر ، والتعب العام وخفقان القلب ، وهي أعراض تظهر وتزول بشكل مفاجيء .
 - العجز عن استبصار أسباب الأعراض ، وجهل النوايا والمشاعر العميقة .
 - إنكار وكبت التأثير يشكلان الآليات الدفاعية المتصلة
 - نزوع إلى عدم الشعور لا بالقلق ، ولا بالضغط وإلا الاكتئاب
 - لا وجود للهلاوس ولا الهذيان .
- تمثل الدرجات التائية المنخفضة ت >44 الأشخاص الفاترين ، المتصلبين والوحدانيين ،الذين تظهر عدوانيتهم في شكل سخريه وتهكم ،والتميزون بالضعف الظاهر في الأنا الأعلى .

▪ مميزات الشخصية :

- غير ناضج على المستوى النفسي ، طفلي ، و متأثر
- نرجسي و متركز على ذاته
- يبدي حاجة كبيرة لعطف و اهتمام الآخرين ، ممثّل
- ينزع إلى استغلال محيطه مع طلب العطف
- حياة اجتماعية هامة لكن علاقاته مع الآخرين سطحية
- ميل إلى تفادي المسؤولية
- يمكن أن يبدي تحمسا للفكرة في بداية ، و تقبلا للنصائح و الاقتراحات المباشرة لكنه يجد صعوبة في فهم أسباب سلوكه .

- يقاوم في الغالب التفسير

السلم 4 : الانحرافات السيكوباتية :

ويتشكل من 50 بندا تعكس :

- ازدياد أغلبية المعايير الأخلاقية و الاجتماعية للسلوك
- الخلافات العائلية
- المشاكل مع السلطة
- الاغتراب الاجتماعي
- العدوانية و العنف
- الأعمال المضادة للمجتمع
- الانحراف هنا مفهوم يعني عدم التوازن ، اللاتوازن السيكوباتي يعني نوع خاص من الشخصية المرضية .
- الدرجة التائية المرتفعة في هذا السلم دليل على :
- الاندفاعية ، الغضب ، و الصرامة
- لا يمكن توقع خرجاته مع نزوع إلى الفعل
- اللهف و عدم قبول الإحباط
- متمرد على مختلف أشكال السلطة

- علاقات أسرية يسودها الصراع
- اعتبار الآخرين مسؤولين على ما يعيشه من مشاكل
- حب المخاطرة
- السلوك المضد للمجتمع .
- **مميزات الشخصية :**
- العدوانية ، العنف ،التشاؤم ،الحقد ،التمرد ،التهكم
- الانبساط ،الاجتماعية ،اللغو ،النشاط ،الطاقة ،التلقائية ،الذكاء والثقة في النفس
- الانطباع الجيد في المرة الأولى ،لكنه سرعان ما يظهر أنه سطحي في علاقاته مع الآخرين .
- اهتمامه بالآخرين على علاقة مباشرة مع اهتماماته الشخصية
- الدرجات التائية المنخفضة ت >44 توجد لدى الأفراد التقليديين الأخلاقيين الممتثلين والسلبيين، مجال اهتمامهم محدود خصوصا في الميدان الجنسي .
- السلم 5 :الذكورة والأنوثة :**
- ويتشكل من 56 بندا تعكس مجموعة من الردود الانفعالية،الاهتمامات ،الاتجاهات والمشاعر نحو العمل والعلاقات الاجتماعية والترويح التي يختلف فيها الرجال والنساء عموما .
- عند الرجال :
- الدرجة التائية المرتفعة جدا ت <80 تعني أن الشخص :
- يعاني صراع مرتبط بهويته الجنسية
- لا يتمثل للقيم والأدوار الخاصة بالرجال عادة
- يسلك بشكل متصنع،نسوي ،منقاد وسلبى
- لديه مجال واسع من الاهتمام ،يولي اهتمام ملتمس للروحيات وما هو فني وجمالي
- طموح ،مثابر ويحب التنافس
- ذكي ،فضولي ،مبدع ،متسامح ،صاحب خيال وله مقاربة أصلية للمشكلات
- يبدو اجتماعيا ،متسامحا للآخرين وقادر على التعبير على وده .

- مسالم ومتسامح، يتنازل لتفادي المواجهة ومتحكم بشكل جيد في ذاته
 - جنسية مثلية ظاهرة خصوصا في حالة القيمة التائية في سلم الانحرافات السيكوباتية وتعني الدرجة التائية المنخفضة ت >35 أن الشخص :
 - رجولي، متمثل للدور الذكوري المثالي حركة، مغامرة وقوة جسمية
 - مغامر، خشن، فض وسوقي
 - يفضل الحركة عن الاستغراق في التفكير
 - القدرة العقلية غالبا ما تكون محدودة
 - بهذا يعوض البعض بعض الشكوك المرتبطة بذكوريتهم
- عند النساء :**

تعني الدرجة التائية المرتفعة :

- رفض الأنشطة والأدوار النسوية التقليدية
- مراكز اهتمام ذكورية الميادين المهنية والرياضية والترفيهية
- النشاط، الصرامة، التسلط والقساوة في بعض الأحيان
- الثقة في النفس، الانبساط، البرودة، انعدام القلق، الفضاضة، وانعدام الكبت، جنسية مثلية ظاهرة أو اتجاه مقابل .

- السيطرة والعدوانية خصوصا في حالة ارتفاع درجة سلم الانحرافات السيكوباتية .

* أما الدرجة التائية المنخفضة ت >35 فتعني :

- تبني الدور النسوي النموذجي
- * أما المبالغة في هذا الاتجاه فتوحي ب :
- تعويض شك حول أنثويتهم
- النزوع إلى إظهار السلبيية، الانقياد، وعدم الشعور بالأمن
- التبعية والامتثال في العلاقة مع الآخر
- إساءة تقدير الذات، توبيخها، والنواح الدائم
- رهافة الإحساس، التواضع والمثالية

توجد النتائج المنخفضة لدى النساء العصائيات وعليه يجب ربطها بنتائج السلام التي تقيس العصائيات ، كما يجب أخذ المستوى التعليمي بعين الاعتبار لأن المستوى التعليمي الضعيف أو المتوسط يقابله في العادة :

- اهتمامات واتجاهات وسلوك الدور النسوي التقليدي

- القدرة ،التوافق والحيوية

- الذكاء ،التساهل والمبادرة

- قدرة على الاستبصار وانعدام الأفكار المسبقة

السلم 6 :البرانويا :

ويشكلها 40 بند ،يغطي محتوى هذه البنود الحساسية في العلاقات والنزوع أو الميل على إساءة تأويل دوافع الآخرين وسلوكياتهم ،كما يحيل المحتوى أيضا إلى التمرکز حول الذات ومشاعر الخوف (اللامن).

الدرجة التائفة المرتفعة ت <80 تعني :

- سلوك ذهاني صريح ،واضطراب في التفكير بعض الأحيان

- بنية ذهانية يمكن أن تأخذ شكل الذهان النظم أو أفكار ومشاعر اضطهادية

- شعور الشخص بأنه لم يعامل كما يجب أو عوامل بشكل سيء

- تشخيص محتمل للفصام أو البرانويا .

أما الدرجة التائفة المنخفضة ت <35 فتعني :

- شخصية ساذجة يسهل خداعها

- شخصية متهربة ،في دفاع دائم ،خجولة وانسحابي

السلم 7 :البيكاستينيا :

ويتشكل هذا السلم من 48 بندا تعكس القلق والمخاوف المرضية والطقوس المتصلبة (السلوك القهري)

تعني الدرجة التائفة المرتفعة ت <85:

- السلوك المضطرب ،المشحون والقلق

- ضيق كبير واجترارية

- قلق حاد غير متحكم فيه

- مشاعر الذنب

- مخاوف مرضية ،وساوس قهرية وفي بعض الأحيان مرضية

أما الدرجة المتوسطة الارتفاع <65 ت <85 فهي تشير إلى شخصيات :

- قلقة ،خائفة مترددة وعصبية

- متوتر مع نزوع إلى الاضطراب القلق

- يشك في ذاته ،يشعر بالدونية ،ينتقد ذاته ويسيء تقديرها ودائم الاجترار

- متصلب أخلاقي وتقليدي

- خجول ويجد صعوبة في إقامة علاقات مع الآخرين

السلم 8 :الفصام :

يتكون السلم من 78 بندا

- محتوى البنود يتمثل في قائمة عريضة :

- المعتقدات الغامضة

- الخبرات غير المألوفة

- السلوكيات الغريبة

- المدركات العجيبة (الهالوس)

الدرجة التائية الضعيفة (ت<80) تدل على: وجود خطر التوظيف العصابي الخفي مع اضطرابات التفكير،

الغموض ،اختلال التنظيم والتوجيه .

- نجد عادة ميولا غير مألوفة وأفكار ذهانية ،هالوس ،نقص الضبط مع ضعف القدرة على إصدار

الأحكام.

- يمكن ملاحظة ذلك عند متعاطي المخدرات .

عندما تكون ت >80 : أفراد ليسوا ذهانيون ،يعانون من ضيق وقلق ذهاني ،في حاجة إلى المساعدة .

▪ **مميزات الشخصية :**

- العزلة ،الانطوائية ،صعوبة الاتصال ،الفصامية ،البرودة واللامبالاة

- نقادي الناس والمواقف الجديدة ،الخجل وفي الغالب القلق القوي

- الشعور بالدونية ،العجز وعدم الإقناع

- قليل الاستثمار في العلاقات ،عدواني ،عنيف وحقود

- العجز عن التعبير عن المشاعر

- قد يتعلق الأمر بشخص مبدع مختلف ،غير ممتثل وغريب الأطوار .

الدرجة التائية المتوسطة لا تعني الكثير ماعدا احتمال أن نجدها عند الفصامي الذي يمر بفترة هدوء تلقائية أو مباشرة لعملية جراحية .

تعكس الدرجات التائية المنخفضة ت >45 عموما شخصيات :

- ودودة ،لطيفة ،ممتثلة ،جديرة بالثقة ،منقادة ،واقعية ،وغالبا متسامحة .

السلم 9 :الهوس الخفيف :

ويتشكل من 46 بندا تغطي بعض المظاهر السلوكية والخصائص المرتبطة بهذه الحالة (النشاط الحركي الزائد، القرارات المتسارعة، الطموح الزائد، الانبساط، الأمانى العالية)

تعني الدرجات التائية العالية ت <80 احتمال أن يكون الشخص في مرحلة هوس حقيقي

(الإفراط الحركي العام ،نوع إلى الهروب من الأفكار؟ إمكانية وجود الهالوس أو ذهان العظمة)

▪ **مميزات الشخصية :**

- الإفراط الحركي ،التغير الانفعالي المتكرر ،انتفاخ الأنا

- الشرود الذهني ،النشاط والثرثرة ،لا يمكن التكهن بسلوكاته

- طغيان الحركة عن التفكير ،تعدد مراكز الاهتمام مع استثمار مكثف لكنه قصير

- سرعة الغضب ،تقبل الإحباط ،صعوبة كف التعبير عن النزوات ،والانفعالات ،الغضب ،العدوانية والعنف

- الانشراح ،الانبساط ،الاجتماعية مع سطحية العلاقات

- سوء التكيف الاجتماعي والمهني

- الاضطراب مع إمكانية المرور بحلقات اكتئابية ظرفية

الدرجات التائية المرتفعة 79 <ت >65 وتعني أن الشخص:

- حيوي ،كثير النشاط ،مقدام وماهر ذومجال واسع من الاهتمامات .

- يميل بسرعة ولا يستقر في مكان واحد .

- مستقل وواثق من نفسه

الدرجة التائية المنخفضة ت >35 تعني :

- حالة اكتئابية تظهر في شكل كبت كثيف حتى لو كانت الدرجة التائية لسلم الاكتئاب منخفضة .

- نقص الحيوية ،ضعف في مستوى النشاط ،وحالة من التعب المزمن

- شخص متوتر ،قلق ،محبط في غالب الأحيان ،وقليل الثقة بالنفس

- متواضع ،ثقة ،مسؤول ،ميل الى الضبط الكبير للنفس ،انعزالي ومنسحب .

السلم 0: الانطواء الاجتماعي :

يتشكل هذا السلم من 69 بندا وهو ليس مقياسا إكلينيكيًا بالمعنى المحدود أي لا يقتصر استعماله على مرضى المستشفيات ولكنه يمتد أيضا للأسوياء .

تعكس الدرجة التائية التي تفوق المتوسط درجة متامية من الخجل الاجتماعي، وتفضيل للعمل الوجداني وصعوبة في تأكيد الذات على مستوى الاجتماعي .

تعكس الدرجات التائية التي تقل عن المتوسط ميولا لمقابلة للدرجات العالية أي المشاركة وتأكيد الذات - يمكنهم أن يعانون من أمراض سوماتية .

الدرجة التائية الضعيفة (ت > 45) تدل على شخصية :

- واثقة من نفسها، مرتاحة وقليلة الانفعال

- تبدو قليلة المشاكل وهادئة

- قليلة الاهتمام بالوضعيات ذا المسؤولية

- لا تنتمي الى مجتمع المرضى عقليا (بحري نبيل 2011 ص 7-15)

4-5 - مميزات الفصام من خلال دليل اختبار منيسوتا متعدد الأوجه :

- متوسط ارتفاع البروفيل : $M = Hs + D + Hy + Pd + Pt + Sc + Ma / 8$

هذا المعدل يسمح بارتفاع درجة العامة بتكيف ضعيف : إذا كان معدل الارتفاع $M > 65$ يدل على مشاكل نفسية نسبيا مهمة.

- معادلة قولدبارج :

$$L'indice\ de\ Goldberg = L + Pa + Sc - Hy - Pt$$

إذا كانت النتيجة المحصلة عليها أكبر من 45 : يشخص ذهان .

- تصنيفات : رموز نموذج في نقطتين :

الذهاني :

16/61 28/82 38/83 68/86 69/96 78/87 80/08 18/81 89/98

جدول الأعراض :

- الذهان : $Sc > Pt, Sc > 80$

- عدم الثقة : Pa

- الاختلاط، والتوهان : $F > 80, Sc, Pt$: مرتفعة

- عدم التكيف: مقياس الصدق $F > 80$ تدل على صعوبات التكيف
 - السلم K: مؤشر صلاحية يسمح بإعادة تصحيح الاتجاهات الخاصة التي يتخذها المفحوص أثناء الإجابة ومنخفض يدل على مستوى قوي من القلق .
 - السلم L: تصنع شخصية مثالية و K يدل على تكيف صلب .
 - حالة هيجان: $Pt > 70, Sc > 70, Ma > 70, Pa > 70$
- (S.R hathaway et J.C mckinley 2007 p 54)

4-6- تقييم الاختبار منيسوتا: A Summary evaluation of the MMPI and MMPI 2

ينجذب الكثير من الإكلينيكين لاختبار منيسوتا الثاني (MMPI 2) لقدرته على الفرز Screening والتصنيف ، فعندما يكون الأخصائي الإكلينيكي بأمس الحاجة إلى معلومات تتعلق بمدى خطورة مشكلات المريض ، وعندما يكون عليه التوصل إلى فرضيات حول الوضع التشخيصي لذلك المريض ، يصبح الاختبار منيسوتا (MMPI 2) قيمة العالية.

وتتضح أهميته القصوى حيث نجده مفيدا وفعالا كأداة لتشخيص الاضطرابات النفسية أو لتوكيد الفرضيات ، لكن هذا الاختبار طويلا جدا بالنسبة لكثير من أهداف التقييم إذا أراد الأخصائي الإكلينيكي ببساطة أن يتعرف على وجود اكتئاب عند مجموعة من المرضى الجدد ، فإن استخدام قائمة أقصر بكثير من اختبار منيسوتا

(MMPI 2) قد يكون مفصلا ، وتقيس مدى واسعا من الأمراض ، وقليل منها فقط يتعلق بالاكتئاب ، هذا فإن شمولية الاختبار بعد نقطة قوة وضعف له في آن واحد . (تيموثي .ج. ترول 2007 ص 357)

*mmpi-2 يساعد على توجيه الأطباء في الفهم السريع والاقتصاد في التعرف على مشاكل المريض ، وهو اختبار من الأكثر الاجراءات فعالية للعلاج التي ساعدت المرضى على فهم مشاكلهم بطريقة أفضل ، وهذا الفهم يزيد من المعرفة والخبرة والثقة بخصوص القرار في نهاية المطاف لتوضيح استراتيجية عملية التفسير لاختبار منيسوتا متعدد الالوده للشخصية mmpi-2 (Nichols.D ,wiley p22)

بالرغم من وجود إيجابيات للتقنيات الموضوعية من بينها اختبار منيسوتا متعدد الأوجه MMPI_2، ونجد بعض العيوب بالرغم من أنه يعتمد على الموضوعية في التصحيح ، من خلال إيجاد نفس النتائج من قبل الأخصائيين النفسانيين .

4-7- الانتقادات اختبار منيسوتا متعدد الأوجه للشخصية (MMPI -2) :

كان من أهم الانتقادات التي توجه إلى هذا الاختبار أنه طويلا (567) سؤالا ،ولاشك أن ذلك يصيب المستجيب بالملل .

* لاحظ الباحث من خلال خبرته في تطبيق هذا الاختبار أنه كان غير صادق لأن المفحوص بعد فترة كان يؤثر على أي عبارات دون أن يعي مضمونها .

* حين نقوم بحساب الصدق ومن خلال مقياس الكذب كان لا يتم الاعتماد على نتائج هذا الاختبار ، بعد أن التعديلات الأخيرة التي أجريت عليه من خلال (فصل) كل إختبار ، على حده قد ساعد على عودة الثقة مرة أخرى في استخدام هذا الاختبار لأعراض متعددة . (محمد حسن غانم 2007 ص 264)

*النسخة الأصلية MMPI-2 تحتوي على 567 بندا تجعل الصعوبة في التركيز سواء طبق فرديا أو على جماعة ،جعل من الباحثين في المحاولة لإيجاد المعلومات دون الحاجة الى تمرير الاختبار كله متمثلة في إسقاط الأسئلة التي تعكس عدم صلاحية للمعايير الاكلينيكية للصدق ،و عدلت بالنسخة الصغيرة الاكلينيكية mini mult من قبل James Kinacannan تتكون من 71 بند . (Chantal Carrol 2001 p23)

4-8 - تقنيات الفحص العيادي في الجزائر :

إن الكتابات في النماذج السيكومرضية بالجزائر قليلة جدا في حدود معلوماتنا ،وذلك نظرا للافتقار الى نماذج عيادية مؤسسة لتوظيف نفسي خاص ومنفق عليه لدى الأوساط العلمية في علم النفس المرضي ،وحتى إذا كانت البحوث ذات الاتجاه التحليلي فهي ترتبط تقريبا بالعادة والتقاليد والطقوس الدينية منها دراسة طواليبي (1975-1982) لمعالجة الاختلالات الاجتماعية والثقافية الناتجة عن تلك التغيرات والتي انعكست على نفسية الأفراد، ودراسة عرار ف(1981) حول "الهستيريا لدى المرأة الجزائرية".

وظهر الاهتمام بالتوظيف النفسي من وجهة تشخيصية سيكومرضية بنشأة الجمعيات العلمية بداية بالجمعية الجزائرية للبحث في علم النفس (SARP) وجمعية علم النفس للجزائر العاصمة (APA) ،بالإضافة الى مجهودات مكتب المساعدة النفسية للطلبة (BAPE) أي مركز المساعدة النفسية الجامعي حاليا ،شكلت هذه التجمعات العلمية انطلاقات أولى لتوحيد الرؤى في مجال علم النفس العيادي الجدية ،وذلك من أجل استخلاص النماذج السيكومرضية للأشخاص المتوافدين على العيادات النفسية ، وسرعان ما بدأت نتائج تلك المجهودات تظهر في المنشورات العلمية ،المجلة السنوية لعلم النفس التي بدأت في الإصدار منذ 1990 بموضوعها المركزي حول "اختبار تفهم الموضوع "ذي الأهمية الكبرى في تشخيص الصحة النفسية ،وبالموازاة كانت مجلة معهد علم النفس وعلوم التربية ،كما قطعت جمعية علم النفس للجزائر (APA) شوطا كبيرا في استخلاص نتائج الفحوص والمقابلات العيادية التي تم تحليل أغلب برتوكولاتها ،والتوصل الى استخلاص بعض مميزات للتوظيف النفسي للأفراد من حيث الخصائص والسيكو مرضية لهؤلاء الأفراد . (بن خليفة محمود 2007 ص 81)

بالنسبة للممارسة العيادية في الجزائر ،حيث يوجد عدد لا بأس به من الأخصائيين الذين يستعملون الوسائل الإسقاطية ،لكن الأخصائي النفسي الممارس لهذه الوسائل يدرك أهمية التحكم فيها ،فلهذا تجده حذرا فيما يخص إرسال المفحوص الذي يتابعه إلى إجراء الفحص ،فربما الأخصائي الفاحص لا يحسن التعامل مع هذه الوسائل الإسقاطية وبالتالي سوف لن يمررها ،أولا بجمع المعطيات كما يجب ،ومنه فالنتائج بالضرورة ستختلف من حيث تناولها وتفسيرها . (بوشيشة كتيبة 2002 ص 10) .

خلاصة :

خلال تطرقنا الى المقاربات النظرية للتقنيات الإسقاطية التي يستخدمها الأخصائي النفسي منها اختبار الرورشاخ وتفهم الموضوع تعتبر تقنيات ناجعة في تشخيص الاضطراب العقلي الفصام نتيجة لمادتها المبهمة و المساعدة في معرفة السيرورات النفسية لمختلف التوظيفات الذهانية ، غير هذه التقنيات الإسقاطية تم نقدها نتيجة قصورها خاصة من قبل المقاربة الموضوعية بوضع بديل من التقنيات وهي التقنيات الموضوعية التي تعتبر تقنية فعالة في التشخيص ، وتتمثل في اختبار منيسوتا متعدد الأوجه للشخصية MMPI-2 لتشخيص الفصام ، فهو يكشف على الميولات المرضية لمختلف الاضطرابات على شكل سلالم اكلينيكية من خلال أعراض الاضطراب العصابي من سلم الاكتئاب والهستيريا وتوهم الموضوع ، والأعراض الذهانية التي تتمثل في سلم البرانويا ،الهوس ،البيكاستينيا.

فالأخصائي النفسي يستعمل التقنيات الإسقاطية والموضوعية لتشخيص الاضطراب ليكشف عن مدى نجاعة كلا التقنيتين في تشخيص الفصام الذي يعد اضطراب عقلي معقد ، فنجد تيارين من الأخصائيين النفسيين منهم من يحبذون التقنيات الإسقاطية وبالتالي النظرة التحليلية في توجهاتهم الفكرية ، ومنهم من يتبنون الاتجاه المعرفي من خلال التقنيات الموضوعية،حيث يرون أن التقنيات الإسقاطية لا تشخص الفصام بنجاعة، خاصة أن المريض الفصامي يقوم بتشويه الاستجابات ، بالمقابل الطبيب السيكاتري الذي يستعمل المقابلة في التشخيص وعلى أساسها تقديم الدواء .

الفصل الخامس

الاجراءات المنهجية للجانب التطبيقي

تمهيد

1- الدراسة الاستطلاعية

2- تعريف المكان

3- الإطار الزمني والمكاني

4- المنهج

5- الأدوات

6- وصف الحالات

خلاصة

تمهيد :

بعد التطرق إلى إشكالية البحث من خلال التساؤلات ،إلى جانب الفصل النظري الذي يتناول كل ما يخص إشكالية الدراسة والأمراض الذهانية من بينها الفصام ،التشخيص ،وتقنيات الفحص العيادي بما فيها من تقنيات الاسقاطية التي تشمل اختبار الرورشاخ واختبار تفهم الموضوع والتقنيات الموضوعية التي تشمل اختبار منيسوتا متعدد الأوجه للشخصية MMPI-2، سنتطرق في هذا الفصل الى منهجية البحث من خلال تعريف بمكان الدراسة ،الإطار الزمني والمكاني للبحث ، المنهج المتبع وصف حالات الدراسة ، وفي الأخير تقديم تقنيات البحث وعرض كيفية تطبيقها وتحليلها .

1- الدراسة الاستطلاعية :

تعتبر الدراسة الاستطلاعية من أهم خطوات البحث العلمي ،حيث من خلالها تتضح لنا الرؤية في كيفية توظيفنا لأدوات البحث العلمي وكيفية تناول الظاهرة النفسية عبر أسسها العلمية المعروفة ، و تتضح معالمها بالنسبة للباحثة ،حيث أول ما التحقت الباحثة الى مصلحة الأمراض العقلية بسكرة كاختصاصية نفسانية لم تتعرف الباحثة على دورها في هذه المصلحة خاصة أن الطبيب السيكاتري هو المسؤول الأول على التشخيص ووضع الدواء ،فأرادت الباحثة ابراز دور الأخصائي النفسي في تشخيص الأمراض العقلية باستغلال تقنيات الفحص العيادي الاسقاطية منها اختبار الرورشاخ وتفهم الموضوع ،وتقنية الموضوعية منيسوتا متعدد الأوجه للشخصية العقلية MMPI-2 ،حيث معظم التشخيصات المقدمة للحالات من طرف الطبيب السيكاتري تشخص على أنها فصام، هذا ما جعل الباحثة تحرص على توظيف تقنيات الفحص العيادي الاسقاطية والموضوعية في فحص المريض الذهاني ومقارنتها مع التشخيص السيكاتري .

ونائج الدراسة الاستطلاعية في مصلحة الأمراض العقلية بسكرة كالاتي :

* أن الطبيب السيكاتري هو المهيمن بهذه المصلحة نظرا لاعتقاده أن هذا المريض العقلي يحتاج فقط إلى العلاج الدوائي نظرا لحالته المعقدة من هياجات وسلوكات عنيفة .

* عملية تشخيص السيكاتري تقيم من خلال جلسة واحدة فقط .

* أغلب التشخيصات للاضطرابات العقلية على أنها حالات فصامية .

* أن الأخصائي النفسي دوره ضعيف ومهمش لا يهتم بتشخيصاته بحجة عدم معرفته للتركيب العضوية الجسمية ،ويبقى دوره مقتصر من خلال التكفل الأسري فقط من خلال التكفل النفسي بأسرة المريض فقط بعيد كل البعد على عملية التشخيص.

2- التعريف بالمكان :

هو مؤسسة الاستشفائية حكيم سعدان بمدينة بسكرة تم تأسيسه في 1972 وتحول من قطاع صحي الى مؤسسة عمومية استشفائية وفقا للمرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 2 جمادى الأولى عام 1428 الموافق ل 19 ماي 2007 هي مؤسسة عمومية ذات الطابع الادراي تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي وتوضع تحت وصاية الوالي وهي تتكون من هيكل للتشخيص والعلاج والاستشفاء واعادة التأهيل الطبي تغطي سكان بلدية واحدة أو مجموعة بلديات .(الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية) ويتكون من مصالح عديدة منها مصلحة الأمراض الداخلية للنساء والرجال ،مصلحة الأمراض الصدرية رجال ونساء ،مصلحة طب الأطفال ،مصلحة القلب ،مصلحة السرطان ، مصلحة الاستشفاء المنزلي ،مصلحة العدوى ،مصلحة الأمراض العقلية رجال ونساء ،سنركز على مصلحة الأمراض العقلية *مصلحة الأمراض العقلية تتكون من مصلحتين أمراض عقلية رجال ونساء ،وطبيين سيكاترين وطبيين عامين والعديد من الممرضين ،ورئيس للمصلحة ،ويتكون من 30 سرير بالنسبة لمصلحة الرجال و 20 سرير بالنسبة للنساء ،مع قاعة للنشاطات للمرضى وملعب ومطعم.

3- الاطار الزماني للبحث :

* لقد تم اجراء البحث في مصلحة الأمراض العقلية بمؤسسة الاستشفائية حكيم سعدان ببسكرة في فترة الممتدة من 2011/01/01 الى غاية 2012/12/31 على فترات متتابعة بما أن الباحثة تعمل كاختصاصية في هذه المصلحة.

4- المنهج :

اعتمدنا على دراستنا على المنهج العيادي الذي يتناسب مع طبيعة الموضوع تقنيات الفحص العيادي الاسقاطية والموضوعية في تشخيص الفصام على عدد من حالات المرضى العقلين من مدينة بسكرة ،حيث هذا المنهج يستخدم في التشخيص وكذلك في علاج الاضطرابات النفسية أو المشاكل الأخرى في اطار عيادي، ومعرفة أهم الدفاعات النفسية ،وأهم الصراعات وتوظيفاتها النفسية مع الواقع وفق سيرورة النفسية .

5- الأدوات :أعتمدت الباحثة لتناول الدراسة على مجموعة من الأدوات :

5-1- الملاحظة العيادية :

تمثلت في ملاحظة الباحثة لمميزات شخصية المفحوصين من ناحية الادراك الفكري والسلوكيات والانفعالات المصاحبة لها خاصة مجموعة الأعراض التي تتمثل في الغرابة واضطراب السلوك، وكيفية تناولهم للواقع المعاش.

5-2- المقابلة العيادية :

* استخدمنا المقابلة نصف الموجهة للطبيب السيكاتري بغية الحصول على معلومات دقيقة على كيفية تشخيص المريض العقلي على أنه فصام ،وعلى أي أساس أستند على تقييم شخصية للمفحوصين ، حيث نجد الأمراض الذهانية متداخلة فيما بينها خاصة في عملية التشخيص .

*مقابلة موجهة مع الحالات المقيمة في مصلحة الأمراض العقلية لمعرفة كيفية تناولهم لواقعهم الموضوعي، وبعض من عوامل الاستقرار النسبي لغرض تطبيق التقنيات الاسقاطية و الموضوعية فقط ، لأن هدف الدراسة تتوقف على المقابلة مع الطبيب السيكاتري على أي أساس شخص الحالات أنهم فصاميين من أجل مقارنتها مع التقنيات الاسقاطية والموضوعية ،حيث أثناء دخولهم الى المصلحة يكونون في حالة من هيجان العنيف مع وجود هذات مكثفة ومتنوعة تشمل العديد من المواضيع الجنسية والدينية والاجتماعية ...الخ ،وطبقت الباحثة على المرضى العقليين الاختبارات الاسقاطية والموضوعية بعد مدة أسبوعين من دخولهم الى مصلحة الأمراض العقلية مراعية وجود بعض من الاستقرار النسبي في السلوك لتطبيق الاختبارات .

5-3- دراسة الحالة:

استخدمنا طريقة دراسة حالة بغية الحصول على المعلومات على ماضي الحالات،ومعرفة كيفية توظيف المفحوص للواقع في الوقت الحاضر ،وتحصلنا على المعلومات من عائلاتهم سواء من الوالدين أو إخوته أو أعمامه وحتى أصدقائه بهدف التشخيص .

5-4- الاختبارات :

تكلنا في الفصل النظري على تقنيات البحث المستعملة من التقنيات الاسقاطية منها اختبار الرورشاخ و اختبار تفهم الموضوع والاختبارات الموضوعية منها اختبار منيسوتا متعدد الأوجه للشخصية MMPI-2 واستعمال مميزات الفصام حسب الدراسة الجزائرية للبروفيسور سي موسي عبد الرحمان ، بن خليفة محمود في مجال الاسقاطيات من خلال نشاطات كل من جمعتي SARP و APA كوسائل لتشخيص السير النفسي

للأشخاص الذين يتقدمون للاستشارة والمتابعة العلاجية ،ومميزات الفصام حسب الدليل لمنيسوتا متعدد الأوجه للشخصية MMPI-2.

5-4-1- اختبار الرورشاخ :

طبقتنا اختبار الرورشاخ على حالات الدراسة العشر المقيمين في مصلحة الأمراض العقلية ببسكرة ، التي تم تشخيصهم من طرف الطبيب السيكاتري على أنهم حالات فصامية ،وأعتمدنا على دراسة سي موسى عبد الرحمان ، بن خليفة محمود (2010) على مميزات التوظيف الذهاني الفصام ومقارنتها مع نتائج دراستنا الحالية في عملية تشخيص الفصام.

5-4-2- اختبار تفهم الموضوع:

طبقتنا اختبار تفهم الموضوع TAT على الحالات العشر المدروسة لمعرفة مدى قدرة المفحوص على ارضان الإشكاليات الأديبية أو عدم ارضانها ،وكذلك لمعرفة دينامية الشخصية انطلاقا من الدوافع والصراعات التحتية والعقد والهدف الأكبر هو تشخيص اضطرابات الذهانية الفصام ،وهي اللوحات المخصصة للرجال وهي ثلاثة عشر لوحة حسب تصنيف Shentoub ،Vتتمثل في :

اللوحة 1،اللوحة 2 ،اللوحة 3BM،اللوحة 4 ،اللوحة 5 ،اللوحة 6BM،اللوحة 7BM،اللوحة 8BM،اللوحة 10، اللوحة 11 ،اللوحة 13MF،اللوحة 19 ،اللوحة 16.

*وأعتمدنا على مميزات عوامل الفصام لدراسة سي موسى عبد رحمان ،و بن خليفة محمود

5-4-3- اختبار الشخصية المتعدد الأوجه MMPI:

طبقتنا اختبار منيسوتا متعدد الأوجه للشخصية MMPI-2 على عشر حالات ،وأعتمدنا على مميزات الفصام من خلال دليل لاختبار منيسوتا متعدد الأوجه الموجود في الجانب النظري .

أثناء تطبيق اختبار منيسوتا متعدد الأوجه للشخصية MMPI-2 راعينا أن المفحوص يجب أن يكون لديه نوع من التكيف النسبي مع الواقع لفهم تعليمة الاختبار ،وأختبرنا فهمه لبعض عبارات الاختبار ،حيث تطلب منه الباحثة شرح هذه العبارة ،حتى نتأكد أن اجابته لم تكن عشوائية ،مع مساعدته على شرح بعض مصطلحات الاختبار أن عجز على فهمها.

6- وصف الحالات :

6-1- معايير انتقاء حالات الدراسة :

* أن يكون المفحوص في المرحلة العمرية من 20 سنة الى غاية عمر 49 سنة، أرادت الباحثة معرفة بداية تطور اضطراب الذهاني في مرحلة المراهقة والشباب ونوعية الأعراض ومدى تعقدتها في مرحلة الرشد و مرحلة الكهولة .

* التشخيص السيكاتري للمفحوصين على أنهم فصاميين .

* أن يكون المفحوص ذو مستوى تعليمي ثانوي ،حيث التقنيات الموضوعية تتطلب نوع من المستوى التعليمي لفهم مدلول العبارات ،وهذا من شروط اختبار منيسوتا متعدد الأوجه للشخصية MMPI-2.

* أن حالات الدراسة من فئة الرجال مقيمين في مصلحة الأمراض العقلية ،وهذا راجع أن أغلب النساء تشخص باضطرابات الهوسي الاكتئابي سواء أحادي القطب أو ثنائي القطب .

6-2- حالات الدراسة :

قامت الباحثة بتطبيق التقنيات الاسقاطية من اختبار الرورشاخ واختبار تفهم الموضوع والتقنية الموضوعية MMPI-2 على ثلاثون من المفحوصين من فئة رجال ،وهذا راجع لارتفاع نسبة الفصام مقارنة مع النساء،و كان تشخيص الفصام بالنسبة لفئة النساء ب 53 حالة ،و12 حالة من الذهان المزمن خلال سنة 2011،و41 حالة فصام، و10 حالات ذهان مزمن خلال سنة 2012 أي مجموع تشخيصات الفصام لفئة النساء خلال

ف

فترة 2011-2012 تقدر ب 94 حالة، أما تشخيص المرضى من فئة الرجال على أنهم فصاميين ب 269 حالة من مجموع 358 حالة ،وجاءت بعدها التشخيصات الأخرى من النوع الذهان المزمن 73 حالة خلال عام 2011 ،أما في عام 2012 احتل تشخيص الفصام المرتبة الأولى بمجموع 241 حالة من المجموع الكلي للتشخيصات الأخرى 322 حالة ،وجاء تشخيص الذهان المزمن المرتبة الثانية بمجموع 61 حالة ،أي مجموع تشخيص الفصام خلال 2011-2012 جاء بمجموع 510 حالة فصامية وهذا من خلال التشخيص السيكاتري على أنهم فصاميين ،لكن الباحثة اختارت عشر حالات من فئة الرجال ،وهذا راجع للتنشيط الحاد للمفحوصين، حيث قدرت استجابات الرورشاخ لا تتجاوز عشر استجابة .

الجدولين أعلاه يوضح مجموع تشخيصات للأمراض الذهانية من فئة الرجال بمصلحة الأمراض العقلية خلال فترة 2011 - 201

mois	2011	2012
jan	Schizophrénie=27 Débilité=1 Toxicomanie=1 Psychose chronique=11	Schizophrénie=12 Psychose chronique=03 Toxicomanie=02
fév	Schizophrénie=26 Toxicomanie=2 Psychose chronique=07	
mars	Sx=22 Psy chro=17	Schizophrénie=11 Toxicomanie=06 Psychose chronique=02
avril	Schizophrénie=33 Parano=3 Toxicomanie=2 Psychose chronique=2	Schizophrénie=08 Débilité=1 Toxicomanie=1 Psychose chronique=1
mai	Schizophrénie=33 Psycho chronique =09 Accé maniaque=1	Schizophrénie=39 Débilité=7 Toxicomanie=02 Psychose chronique=20
jui	Schizophrénie=33 Dépression nerveuse=2 Accé maniaque=1 Psychose chronique=05 Psychose maniaque dépression =1	Schizophrénie=27 épilepsie =1 Toxicomanie=1 Psychose chronique=07
Juiillet	Schizophrénie=34 épilepsie =1 Psychose chronique=01	Schizophrénie=8 Psychose chronique=01
aout	Schizophrénie=17	Schizophrénie=20 Psychose chronique=03
sep	Schizophrénie=15 Toxicomanie=1 Psychose chronique=02	Schizophréne=37 Toxicomanie=2 Psychose chronique=12
octo	Schizophrénie=09 Toxicomanie=1 Psychose chronique=03	Schizophrénie=31 épilepsie =1 Toxicomanie=4 Psychose chronique=08
nov	Schizophrénie=22 Psychose chronique=15	Schizophrénie=17 Débilité =1 Toxicomanie=3 Psychose chronique=10 Accé maniaque=1 épilepsie =1
déc	Schizophrénie=07 Toxicomanie=1 Psychose chronique=02	Schizophrénie=31 Accé maniaque=1 épilepsie =1 Psychose chronique=04

الجدول رقم 02 : يوضح توزيع أنواع الأمراض بالشهر من فئة الرجال بمصلحة الأمراض العقلية بسكرة خلال الفترة 2011-2010

Les maladies	2011	2012
schizophrénie	269	241
débilité	1	8
toxicomanie	7	18
Psychose chronique	73	61
parano	3	0
Accé maniaque	2	2
Psychose maniaque dépressive	1	0
épilepsie	1	2
Dépression nerveuse	1	0
	358	322

الجدول رقم 03 : يوضح توزيع مجموع تشخيصات لأنواع الأمراض الذهانية فئة رجال في مصلحة الأمراض العقلية بسكرة للفترة 2011-2012:

خلاصة :

اعتمدنا في هذا الفصل على المنهج العيادي الذي هو الأنسب لحالات العشر المدروسة مع تطبيق تقنيات الفحص العيادي الاسقاطية من اختبار الرورشاخ و اختبار تفهم الموضوع ،والتقنية الموضوعية منها اختبار منيسوتا متعدد الأوجه MMPI-2، وهذا ما سنراه في الفصل التالي من خلال عرض الحالات ومناقشتها على ضوء الفرضيات والدراسات السابقة .

الفصل السادس

عرض الحالات المدروسة

الحالة الأولى

الحالة الثانية

الحالة الثالثة

الحالة الرابعة

الحالة الخامسة

الحالة السادسة

الحالة السابعة

الحالة الثامنة

الحالة التاسعة

الحالة العاشرة

الحالة الأولى :

1 - تقديم الحالة :

عبد الستار عمره 41 سنة من بسكرة ، ترتيبه الخامس من بين إخوته من الأب من مجموع ستة ذكور وأربعة بنات ، أعزب ، نشأ في جو عائلي جيد من الناحية المادية ، فأمه الزوجة الثانية متسلطة على الأب ، طريقة تربيتها لأولادها تميزت بالإفراط في الدلال ، لديه سوابق مرضية خالته تعاني من ذهان وأخوته الكبار الثلاث ، واصل دراسته حتى المستوى النهائي تخصص علوم وكان من المتفوقين ، وربطته علاقات جيدة مع الأصدقاء ، و يشهد له بالسلوك الحسن في الثانوية، وفي العام النهائي في مساره الثانوي (الباكوريا) ، ظهرت عليه بعض الأعراض من انطواء وعدم المبالاة ، وازدادت حدة بعد وفاة الأم والأب ، فأصبح عبد الستار وإخوته الثلاثة ذهانيين من أنماط مختلفة لكن بدرجات متفاوتة يفتقدون إلى أي رعاية ، و قليلا ما تذهب إليهم أختهم المتزوجة كي تقدم لهم الطعام ، وأخوه الأكبر هو من يدخل أخوته المرضى الأقل منه ويقفل الباب عليهم خاصة في الليل ، بالرغم من أنه مريض عقلي لكن أحسن تكيف نسبي مقارنة بهم فهو من النمط البرانويدي

(type paranoïde) ، منزلهم لا يصلح للعيش من تراكمات الأوساخ فيه ، وإخوته من الأب لا يهتمون بهم بالرغم من أنهم يشتغلون مناصب مهمة ، فهو دائما يدخل إلى مصلحة الأمراض العقلية لفترات طويلة جدا تقدر بثمانية أشهر ، بالرغم لا يسبب مشاكل للآخرين ، لكن وحدات الحماية تأتي به خوفا على صحته من ناحية سوء التغذية ،فهو لا يأذي الأشخاص ويقوم فيها لفترات كبيرة ، وهذا لعدم توفر تكفل نفسي ودوائي ،فهو يعتبر حالة اجتماعية لغياب التكفل الأسري .

أول دخوله إلى مصلحة الأمراض العقلية ببسكرة في 31 ماي 2001 من خلال أعراض التالية تدهور واضح من خلال السلوك ، ويقوم بتكرار العبارات وشخص على أنه فصام الهيفريني (schizophrénie hébéphrénique) ، و قدمت له مضادة للذهان من نوع النمطية (الكلاسيكية) من haldool , largactil, phenergon , nozinon , parkidil ، وأستبدلت بمضادات الذهان غير النمطية.

2 - ملخص المقابلة مع الطبيب السيكاتري :

اعتمد الطبيب السيكاتري في تشخيصه للمفحوص على الملاحظة والمقابلة والتي شملت المظهر العام المتمثل في لباسه المتسخ وإيماءاته الجامدة ، وفقر في الأفكار والتفكير والانقطاع على المجتمع والسلوك المفكك الذي تجسد في قولبة الفكر بتكرار الموضوع ، و على مجموعة من الأسئلة شملت اسمه لقبه وحياته في البداية وسبب الدخول الى المصلحة العقلية لمعرفة موضوع الهذات ومعرفة أفكاره ومدى احتفاظه بالذاكرة ، وبعد معرفة الأعراض تم تشخيص المفحوص حسب الدليل الإحصائي التصنيفي الرابع DSMIV ، وهذا الأخير يعتمد على الخبرة لتطبيقه ، حيث لا يتوفر على مواضيع الهذات ، فهو يحمل قائمة من الأعراض يجب توافرها فقط ، وانطلاقاً من الملاحظات السيكاترية تم تشخيص عبد الستار انطلاقاً من جملة الأعراض على أنه فصام تفككي (type désorganisé) وهو عبارة على ذهان مزمن خلال عام 2001 ، أما هذائه فهو غير مرتبط بموضوع ، ينتقل من موضوع الى آخر لا أساس له، يمتثل للشفاء مدام يتناول الدواء ، و إذا توقف عن تناول مضادات الذهان ترجع الأعراض من جديد فهو في دائرة الأزمات ، وحتى بالرغم من تناول مضادات الذهان غير أن المريض تصاحبه نوبات من الهيجان وهذا راجع أن الفصام هو عبارة على منحى مثل رسم القلب تتطور الأعراض في البداية وبعدها تتباعد ، الى أن تستقر من جديد على شكل خط في عمر خمسون سنة ، وأحسن مضادات الذهان غير النمطية لأنها تحافظ على امكانياته الذهنية و بها يستطيع العمل ودمجه في العائلة والمجتمع ، وهو ذهان معقد من ناحية التشخيص لاشتراك عدة تناذرات من اضطرابات أخرى ، و يتطلب فريق من أطباء والمرضى والأخصائيين النفسانيين لدمجه في المجتمع من جديد .

3- تطبيق اختبار الرورشاخ وتحليله :

3-1- عرض:

النص	التحقيق	التنقيط
اللوحة I : 25" ^تشبه نبات >تشبه حيوان 1.12د	الكل الكل	G F ⁻ Bot G F ⁻ A
اللوحة II 13" ^تشبه شيء ^حجرة >تشبه نبات 1.12د	الكل الكل الكل	G F ⁻ Obj G F ⁻ Frag G F ⁻ Bot
اللوحة III 17" ~تشبه انسان ~حماماء تشبه شيء ^أحمر حيوان 1,07	الكل الكل أحمر الكل	G F ⁻ H G CF Obj D CFA
اللوحة IV : 14" ^تشبه نبات ~تشبه حيوان 1.04د	الكل الكل	G F ⁺ Bot G F ⁻ A
اللوحة V: 13 " ~تشبه حيوان ~حمامة "48	الكل الكل	G F ⁻ A G F ⁻ A

G F ⁻ Frag G F ⁻ Bot CHOC	كلية	اللوحة VI : 4" ^تشبه شيء حجرة >تشبه نباتما عرف د1.13
G F ⁻ Frag G F ⁻ Bot	الكل	اللوحة VII : 16" ^تشبه شيء حجرة >تشبه نبات ثا1,07
G F ⁻ Bot G F ⁻ A	الكل الكل	اللوحة VIII : 13 " ^تشبه نبات >تشبه حيوان "42
G F ⁻ Frag G F ⁻ Bot	الكل	اللوحة IX : 12" ^تشبه شيء حجرة >تشبه نبات سلطنة " 56
G F ⁻ Bot G F ⁻ A	زدية الكل	اللوحة X : 22" ^تشبه نبات زرودية >تشبه حيوان عقرب د1,10

اللوحات المفضلة :

اللوحة VIII: ألوان مليحة

اللوحات غير مفضلة :

VI,IV مش مليحة

المخطط النفسي :

R = 22	G = 21 D=1	$F^- = 19$ F + = 1 SdeF=20	A = 7
R comple=0	G%=95% D%=45%	K=0 SdeK=0 CF = 2	H = 1
T.total =631		Sde C=2 E=0 Sde E=0	Bot = 8
TpS/R=29 T.d'appr = GD TRI=£K/£C=0K/2 C FC=£K/£E=0K/0E Ban = 0 Choc=1 F % = 91% F + % = 5% RC % = 27% A % = 32% H % = 4% F%=91% الموسعة الموسعة F+%=5%			Obj = 2 Frag = 4

3-2- تحليل :

إنتاج الإسقاطي للمفحوص (22 استجابة) ، تناول مدركاته الهوامية بسرعة كبيرة (29 ثا لكل استجابة) ، هذا راجع لعدم قدرته على مراقبة أفكاره ، وظهرت أكثر في تقصير العبارات، مع فقر في الألفاظ ، وضعف الإبداع من خلال التكرار يشهد على صلابة وشلل في تفكيره ، كانت إجاباته متمثلة في المحتوى النباتي (نبات) مكررة في اللوحات بطريقة مقولبة ، جعله ينكص الى المراحل الأثرية خاصة المرحلة الفمية ، مع إجابات ذات محتوى شطر، وإجابات مواظبة تكرارية ونمطية على موضوع واحد أغلبها في نفس اللوحات (تشبه حيوان، نبات، شيء) مما يبين ثقل الفراغ الذي يطغى على الإجابات تجسد في الفقر الهوامي للمحتويات ذات الحضور المتكرر، مع انعدام الإجابات المبتدلة الذي يدل على عدم تقاسم الإدراك مع المحيط من خلال قلة سياقات التماهي وبطبيعته يطرح قاعدة مرضية .

تمثلت سياقات تفكيره بعدم التوازن من خلال تناوله للبقع الذي يميزها الطغيان الكبير التحديد الكلي الشامل للمدرك (G=95%) على حساب المدركات الجزئية (D=45%)، محاولا البحث على الوحدة التحكم في الواقع، وأغلب الإجابات تعبر على الفشل الإدراكي من خلال عدم التماسك مع الواقع الخارجي وهشاشة الحدود التي تتضمن ذلك (G1F+,G19F-) بقولبة التفكير بموضوع واحد، وهذه الكثرة في المدركات الشكلية الخاطئة F⁻=19 تفسح المجال للفيض الهوامي والنزوي التي تضعف الأنا وتمنعه من انجاز وظيفته للتسوية بين الرغبة والدفاع ، و يحل بطبيعة الاتصال بالواقع الخارجي ، وعدم فعالية سياق التمييز بين الأنا ولأننا نتيجة قلق التفكك الذي تكون فيه الحواجز بين الداخل والخارج هشة، الى الاختلاط والذوبان، وهذا ما نجده لدى الذهاني .

في اللوحة I تلاشت قدرات التكيف مع الواقع الخارجي بالتحديد الكلي الشامل الخاطئ (2GF⁻) ، هذا ما يكشف فشل المفحوص في تصور الذات أو العلاقة مع الموضوع بمحتوى نباتي نكوص إلى مرحلة الطفولة . نفس التجميد في اللوحة II بمدركات خاطئة ، تقريبا نفس اللوحة (3GF⁻) بمحتوى شيء بتصورات علائقية في الاستثمارات النزوية عدوانية اتجاه قوة الاخضاء التي تفرضها البقعة، تهدف الى تشييء هذه القوة وكدفاع لتجميدها كحجرة جامدة دون وظيفة الى نكوصات الفمية.

يتواصل نفس الإدراك الخاطئ في اللوحة III ب (GF⁻) ولكن بمحتوى بشري ، هذا ما يجعل إشكالية في التقمصات الجنسية ، بطابع الشك (تشبه) وهي طريقته الخاصة لتجنب الواقع المألوف بانطباعات اللون

الأحمر (حمراء تشبه شيء) يريد بها التصورات العدوانية اتجاه البعد العلائقي للأشخاص بطريقة خفية ،ليحاول البحث عن شيء يرتكز عليه من خلال التصورات العلائقية ذات الاستثمارات العدوانية .
 نفس الجماد الدفاعي في البطاقة IV نفسه بتحديد الكلي الشامل للتكيف مع الواقع (GF+) بمحتوى نباتي أي العودة إلى نكوصات (تشبه نبات) ،لتخبرنا عن وضعيات بالنسبة للعلاقات التقمصية للصورة الأمومية من خلال العودة إلى الموضوع القديم ، وبمدر ك خاطئ (GF⁻) كأن المفحوص يقوم بتصورات سلبية اتجاهها.
 يواصل نفس الجمود الدفاعي في اللوحة V بتشويه المدرك الخارجي المألوف (GF⁻) تشبه حيوان، ليعود بعد ذلك في وضعه الى هيئة تسلبه من أي تصور أو صدى هوامي بمدركات خاطئة ، وفشله في العملية الابتدالية للتعرف على المدرك ، هذا يجسد أرضية مرضية في تصور الذات مع علاقة بالمواضيع الخارجية .

نفس الجمود الدفاعي في اللوحة VI بطريقة قولبة الموضوع بنمط المواظبة نفسه في اللوحة (I,II) بالجمود في هيئة تسلبه أي صدى هوامي (تشبه شيء حجرة) ليعود بتشويه المدركات بمحتوى نباتي لتجميد الرمزية الجنسية ، ليرفض في الأخير هذه الرمزية الجنسية ويجدها ويفضل العودة إلى نكوصات الطفولة .
 نفس الجمود الدفاعي في اللوحة VII حيث يقوم بتشويه المدركات بمحتوى شطر ونباتي بتجميد العلاقات الموضوعية المرتبطة بالموضوع القديم ليعود إلى علاقاته متأثراً بالمرحلة الفمية .
 في اللوحة VIII يقوم بتجميد الدفاع بتشويه المدرك بطريقة شاملة كأنه يجمد الاتصال مع العالم الخارجي وينكص الى المراحل السابقة .

نفس التفكير الجامد والمقوبل في اللوحة XI بتشويه المدركات بطريقة شاملة (2GF⁻) المتمثل في تجميد العلاقات الأمومية المبكرة ، ليعود من جديد إلى نكوص للمرحلة الفمية (سلاطة) .
 وتبقى نفس المواظبة في البطاقة X كما في أغلبية البطاقات، ويعمم إدراكه بتشويه المدركات الشاملة بمحتوى نباتي، ليعود من جديد إلى المرحلة الفمية (زرودية) ، ليعبر عن الفردانية والانفصال ، لينتهي على إمكانية تحرك النزوات العدوانية للمواضيع القديمة (تشبه حيوان عقرب) .

إن هذا النمط من الإدراك يطغى عليه التناول السطحي والتكراري بطريقة شاملة مقولبة ، يخدم التفكير الصلب الذي يحاول بناء حدود قوية بين الداخل والخارج بتدخل المحدد الشكلي الدفاع بارتفاع الشكليات (F%=91%) الذي منع من ب بروز الرغبة التي كانت ميزة دفاعية لمزاج طباعي صلب في غياب الإحساس الانفعالي والانطباع الهوامي ، ليستعمل المفحوص سيرورة الانشطار بين التمثيل والوجدان من خلال عدم

الاكتراث بالمحيط بكثرة الإجابات السيئة F^- نوعية سيئة للرقابة و ($F+=5\%$) الضعيف جدا ليسجل عدم استثمار المفحوص كلية للواقع ، مع $F+=5\%$ الموسعة التي تبرز ضعف قدرات التشكيل جيد والسليم للمنبهات.

فيما يخص الصراعات فالمفحوص بذل جهدا كبيرا فيما يخص الاستجابات التي تعبر على صده الهوامي بالمواظبة على موضوع واحد في معظم اللوحات لمحتويات (حيوان ، نبات ، شيء)، وظهر في نمط الرجوع العاطفي المتجه الى الانبساطي الصافي من خلال الاستثارة اللونية القليلة مقابل انعدام الحركة بتضييق الرغبة والصيغة الثانوية المتجهة الى الانغلاق ، وهذا راجع الى نقص العلاقات العاطفية مع الموضوع الأولي ، وهذا للحد من الصراعات العميقة وعدم تنشيطها بقطبيها الفكري والتصوري و النزوي العاطفي ($0K / 2C, 0K / 0E$) من الخارج ، وظهرت في الاستجابات اللونية بالانطواء $RC\%=27\%$ من خلال انعدام الحركة التي تشير بدورها الى قلة التصورات ، الى جانب بروز إشكالية التقمص ، وهذا بغياب الحركات الكبرى والصغرى بتضييق الحياة العاطفية ، بالرغم من وجود الصورة الإنسانية في البروتوكول إلا أنه عجز عن التقمصات أي تثبيت في الصراعات الأوديبية، ولقد هيمن المحتوى شطر بالتصورات الصلبة المجسدة في محتوى "حجر" في أغلب اللوحات وهي طريقة للاندماج في الموضوع والاحتماء من خطر الانفجار الضمني ، ولم يتناول البعد الحسي في اللوحات الملونة خاصة العلاقة بالمحيط الخارجي من خلال الانطواء بتجميد هذه العلاقات مع المحيط الخارجي، بما أن الأنا شبه ممحي من المشهد بالواقع الملموس ، يفسح المجال لبروز الأجزاء المنشطرة للعالم الداخلي غير المتماسك "هيكل هضمي" وطفغان المحتوى النباتي للنكوص إلى مرحلة فمية للبحث على الأمان والطمأنينة ، فالعالم حوله مهدد وخطير .

لم يمنح هذا اللاتمايز الموضوعي فرصة لتحديد الصراع نتيجة للدفاعات الشكلية التي كانت حاضرة بشدة، وأدى الى تخنيق الحركة من خلال بلورته بفعل نمط التفكير المقولب في كل اللوحات ، لهذا يمكن اعتماد فرضية الذهان من خلال سياقات التفكير والمحتويات النكوصية المختلطة ونفس المواظبة في أغلب اللوحات، وتبقى صلابة الفكر مانعة لأي بلورة تصويرية أو عاطفية في قالب صراعي ، بل العجز على إسقاطها على المواضيع المعروفة التي تكون مصدر الصراعات، وهذا ما يميز الشخصية الذهانية .

4- تطبيق اختبار TAT وتحليله :

4-1- عرض:

خلال ملاحظتنا لاستجابات المفحوص استخلصنا ما يلي:

- زمن الكمون الأولي للاستجابات كان طويل جدا
- القصص كانت قصيرة و غير متناسقة من خلال إدخال شخصيات غير موجودة
- مدركات خاطئة على طبيعة الموضوع
- إدراك أشخاص مرضى
- صدمة في البطاقة 6BM
- التركيز على الوصف مع التمسك بالتفاصيل

البطاقة 1:

1,31 د شاب صغير دخل يعمل في شركة معينة على آلة راقنة جديد مازالت ما اكتسبتش تجربة من الحياة

عملية منزلية يومية 2,39 د

CI-1 : وقت كمون طويل

E1-3 : مدركات خاطئة

A1-1 : وصف مع التمسك بالتفاصيل مع تبرير

CF-1 : التشديد على الحياة اليومية والعملية

تمثلت الأساليب الدفاعية التي اعتمدها المفحوص بوقت كمون طويل بالتنبيط كوسيلة دفاعية ، ثم يواصل ببروز السياقات الأولية بالمدركات خاطئة كوسيلة دفاعية تكيفية ، وهذا لعدم الاستقرار في التقمصات يتكلم ذكر ثم يرجع أنثى ، واللجوء إلى مرجعية الواقع الخارجي السطحي ، بالإفراط في الاستثمار الواقع الخارجي كوسيلة دفاعية CF نعتبره التباس مع واقعه بقطع الصلة مع الحقيقة .

تتمثل الإشكالية في نوعية الاستجابات التي تولد إحراج للصورة كوسيلة دفاعية للتوازن ليس لها علاقة بالبطاقة التحتية إلى إحياء تحتي، يعني عدم اعتراف المفحوص بالنضج الوظيفي ، وعدم إمكانيته للخروج التي تتمثل في منعه عبر مشروع تقمصي مستقبلا ، وعدم الاعتراف بقلق الخفاء كمشروع تقمصي ، ببروز الرمزية الشفافة .

البطاقة 2:

1,24 د راجل مع نساء النبي يعملو ويحرثو في الأرض يكافحو باش تقدم بلادنا تاينا وتاعهم في جميع ميادين الحياة الاقتصادية والسياسية الاجتماعية وثقافية 2,35 د

CI-1: وقت كمون طويل

E2-1: عدم تلاؤم بين الموضوع والمنبه

CF-1: التشديد على الحياة اليومية والعملية

A1-1: وصف مع التمسك بالتفاصيل مع التبرير

أساليبه الدفاعية تتمثل في وقت طويل كوسيلة دفاعية للتنشيط ، ليواصل ببروز السياقات الأولية ، وبعدها اللجوء الى الواقع الخارجي السطحي كوسيلة دفاعية لتجنب الصراع بمرجعية الواقع الخارجي الهش ليحاول التثبيت به كوسيلة دفاعية جمودية .

إشكالية المفحوص تتمثل في عدم وجود الاستجابات التي توحى بالإحياءات الرمزية التحننية للبطاقة ، هذا ما يوحي بعدم ارضان الإشكالية الأوديبية الثلاثية بالتمسك بالواقع الخارجي السطحي.

البطاقة 3BM:

1 د راجل طالب العلم مرآة طالبة العلم نجح وفاز وانتصر في امتحان تاع دراسته وفازت ونجحت في دراسة أو خسر وانهزم في دراسته خسرت وانهزمت في دراسة فرح راجل كي فاز ونجح في دراسته مرآة حزينة في طلب العلم 2,25 د

CI-1: زمن كمون طويل

A1-1: وصف مع التمسك بالتفاصيل مع التبرير

B1-2: إدخال شخصيات غير موجودة

E3-3: اختلاط التنظيم في التتابع الزماني والمكاني

B2-3: الانفعالات القوية

E2-3: تعبير على عواطف

اعتمد المفحوص على دفاعاته على التثبيط كوسيلة دفاعية لتجنب الصراع ، ثم التمسك بالواقع الداخلي كوسيلة دفاعية صلبة ، ثم عن طريق الاستثمار العلائقي كوسيلة تجنب للصراع النفسي العلائقي ، وبعدها بروز سياقات الأولية، ثم عن طريق التمسرح كوسيلة دفاعية لتجنب الصراع النفسي العلائقي ،ليرجع من جديد بقوى الإسقاط إلى السياقات الأولية للاحتماء بها من خطر الواقع الموضوعي .

فالإشكالية المطروحة عدم قدرة المفحوص على ارضان إشكالية اللوحة من خلال الوضعية الاكتئابية باستعمال ميكانزم تجنب الصراع ، وعدم الاستقرار في التقمصات .

البطاقة 4:

1,20د حب رجل لأمه أو أخوته أو زوجته حب تدسه أم أو أخت أو زوجة أمام ابنها أو أخوها أو زوجها أو الحبيب 2,22د

CI-1:وقت كمون طويل

A2-1: تأكيد على الخيال

B1-2: إدخال شخصيات غير موجودة في الصورة

B1-3:تعبير على المشاعر

أساليبه الدفاعية تمثلت بالتثبيط عن طريق تجنب الصراع كوسيلة دفاعية ، ثم بالاستثمار الواقع الداخلي كوسيلة دفاعية صلبة ، واللجوء إلى الاستثمار العلائقي للكف عن تجنب الصراع النفسي العلائقي .
و اشكاليته تمثلت في عدم قدرته على ارضان إشكالية اللوحة ،بسبب تجنبه إدراك العلاقة العدوانية داخل الزوج بلجوءه إلى ميكانزم تجنب الصراع النفسي العلائقي .

البطاقة 5:

1,10 د رجل جد فرح ومسرور بوجود غرفة موجودة في منزله نظيفة جميلة حسنة 1,51د

C1-1: وقت كمون أولي طويل

B1-3: تعبير على مشاعر

E3-1: اختلاط في الهويات

A1-1: الوصف مع التمسك بالتفاصيل مع التبرير

تمثلت أساليبه الدفاعية بنفس التثبيط كوسيلة دفاعية لتجنب الصراع ، ثم عن طريق الاستثمار العلائقي كوسيلة دفاعية لتجنب الصراع النفسي العلائقي ، وبعدها بروز السياقات الأولية كوسيلة دفاعية ، لينتهي بالتمسك بالواقع الخارجي كوسيلة دفاعية جمودية .

فشل المفحوص في ارضان إشكالية اللوحة التي توحى بصورة أمومية "أم تنظر وتراقب " بالاختلاط في الهويات كميكانزم دفاعي منتهقر مستعمل لرفض العلاقة بين الأشخاص حذرا من خطر التقارب بظهور السياقات الأولية .

البطاقة 6BM:

43ثا راجل وامرأته يحكو ما فهمتش راجل يهدر مع أمه زاداها طفل وكبر بعد راجل تعطيه دعوة خير 3,12د

A1-1: التمسك بالتفاصيل مع التبرير

CI-1: توقعات معتبرة

A1-3: مرجعية الى المعنى الاجتماعي

تمثلت أساليبه الدفاعية بميل المفحوص الى التمسك بالواقع الموضوعي السطحي كوسيلة دفاعية صلبة للواقع الذي يحمل ميل للالتباس، ثم التثبيط للكف من الصراع ، لينتهي من جديد الى التمسك بالواقع السطحي الموضوعي .

تمثلت اشكاليته في فشله على ارضان إشكالية اللوحة من خلال عدم إدراكه للفرق بين الأجيال ، وعدم ذكر القطب العدوانى الذي يميز العلاقة الأوديبية التي تربط الطفل بأمه بالتمسك بالواقع الخارجى السطحي والتثبيط للكف من الصراع .

البطاقة 7BM:

1,42 د رجل وأب فرح بقاء أخيه وابن فرح بملاقة جده ابن وأخو بعد عيشة في غربة فرح بوجود أبيه
2,48 د

CI-1: وقت كمون أولي طويل

B1-1: التركيز على العلاقات الشخصية

B1-3: تعبير على مشاعر

B2-2: الانفعالات القوية

تميزت أساليب المفحوص بالنتيبيات كميكانزم دفاعي لتجنب الصراع، ثم بالاستثمار العلائقي من خلال العلاقات الشخصية والمشاعر، ثم اللجوء الى التمسرح كوسيلة دفاعية لتجنب الصراع النفسي العلائقي . تشير الإشكالية اللوحة في سياق أوديبى الى الاقتراب بين الأب /ابن في محتوى انزعاج عند الطفل ،لقد أدرك المفحوص الفرق بين الأجيال ،لكن فشل في ارصان الإشكالية من خلال ميكانزم الاستثمار العلائقي تجنب للصراع النفسي العلائقي .

البطاقة 8BM:

2,26 د رجل مريض جاب طبيب مع مساعديه ومعاونوه داووه طبيب في دار ومعلمو تاو 3,35 د

E1-3: مدركات خاطئة

E4-3: ارتباطات قصيرة

تميزت أساليبه الدفاعية بميله إلى تحويل الإدراك وضعف في الخطاب من خلال بروز السياقات الأولية للاحتماء بها.

تبعث إشكالية اللوحة إلى العدوانية اتجاه الصورة الأبوية والقلق الخفاء الذي تنثيره ، لم يستطع المراهق تمييز بين الأجيال مما جعله يفشل في ارصان الإشكالية من خلال بروز السياقات الأولية كميكانزم دفاعي.

البطاقة 10:

1,02 د راجل يسلم على أمه وفرح بوجود أمه وأخته وزوجته أم وأخت وزوجة تسلم عليه وهي فرحة بلقائه
بابنه 1,53 د

CI-1: كمون أولي طويل

B1-1: التركيز على العلاقات الشخصية

B2-2: الانفعالات القوية

دفاعاته تتمثل في مواصلته بنفس التثبيطات كوسيلة دفاعية لتجنب الصراع ثم بالاستثمار العلائقي
والتصرح كوسيلة دفاعية لتجنب الصراع النفسي العلائقي .
واشكالته التي توحى إلى التقارب اللبدي داخل الزوج ، بالرغم من الصدى الهومي نتيجة الانفعالات القوية،
هذا ما جعله يفشل في ارضان اشكالية اللوحة.

البطاقة 11:

1,15 د خريطة جغرافية توضح موقع استراتيجي الذي تحتله الجزائر إسلامية عربية في قارة افريقيا 1,52 د

CI-1: كمون أولي طويل

E2-1: عدم تلاؤم بين الموضوع والمنبه

بدأ المفحوص بالتثبيطات كوسيلة دفاعية لتكيفه ثم بروز السياقات الأولية من خلال قوى الاسقاط .
ظهرت اشكالته من خلال فشله في ارضان إشكالية اللوحة المقلقة بعدم الإحساس بالقلق نتيجة التثبيطات
كميكانزم دفاعي لتجنب الصراع و بروز السياقات الأولية .

البطاقة 13MF:

1,16 د رجل محتار لمرض أمه أو أخته أو زوجته فهو يفكر في إحضار طبيب كي تتحسن حالتها الصحية والجسمية والبدنية 2,04 د
 1-1: CI: وقت أولي طويل
 1-3: A3: التردد بين التفسيرات المختلفة
 4-1: E1: أشخاص مرضى
 1-1: B1: التركيز على العلاقات الشخصية

دفاعاته بنفس التثبيط للكف من الصراع واللجوء الى العمليات الوسواسية كوسيلة دفاعية صلبة لتمسك بالموضوع، ثم بروز السياقات الأولية كوسيلة دفاعية ، لينتهي بالاستثمار العلائقي كوسيلة دفاعية لتجنب الصراع النفسي العلائقي.

تظهر اشكاليته من خلال الاستجابات التي ليس لها علاقة بالإحباط التحتية للوحة ، التي تدل على التعبير الجنسي والعدواني عند الزوجين ، هذا ما جعله يفشل في ارضان إشكاليته بسبب التثبيط نتيجة لتجنب الصراع والتركيز على العلاقات الشخصية كميكانزم دفاعي لتجنب الصراع النفسي العلائقي بين الزوجين بالتردد بين التفسيرات المختلفة .

البطاقة 16:

1,35 د رجل عالم مسلم المؤمن العربي نشأ وترعرع في وسط عائلة غنية ووسط أسرة غنية وحفظ القرآن

الكريم في سن مبكرة وتخرج دكتورة ماجستير درجة ثالثة وأصبح من العلماء مسلمين مؤمنين 3,30 د

1-CI: كمون أولي طويل

1-A2: تأكيد على الخيال

3-A1: مرجعية إلى المعنى الاجتماعي

+CN2: مثلثة الموضوع

دفاعاته تمثلت بنفس التثبيط للكف من الصراع، ثم باستثمار الواقع الداخلي كوسيلة دفاعية صلبة، وبعدها التمسك بالواقع الداخلي كوسيلة دفاعية صلبة، واللجوء إلى الاستثمار النرجسي من خلال مثلثة الموضوع الايجابي كوسيلة دفاعية لتجنب الصراع .

تعود إشكالية اللوحة إلى قدرة المفحوص على بناء أشياء بنفسه، غير أنه فشل في ارضان إشكاليته باستثمار الواقع الداخلي بطريقة صلبة بمكانيزم تجنب الصراع .

البطاقة 19:

1,33 د قرية طاح فيها حرب ولات مهجورة من الناس وعباد فيهم حي وفيهم ماتو 2,13 د

1-CI: وقت كمون أولي طويل

1-E2: عدم تلاؤم بين موضوع والمنبه

3-E2: تصورات قوية مرتبطة بموضوع عدواني

دفاعاته تمثلت في مواصلته بنفس التثبيطات للكف من الصراع، واللجوء الى السياقات الأولية كوسيلة دفاعية للاحتماء بها .

تظهر الاشكالية في عدم قدرة المفحوص على ارضان إشكالية اللوحة نظرا للحدود الهشة بين الداخل والخارج من خلال مواضيع التدمير والموت، حيث تبرز مناهج وظائفية أثرية، وبالتالي فشل في القدرات لتحديد الداخل والخارج .

2-4 - تحليل:

الجدول رقم (04): توزيع السياقات الدفاعية للحالة (01)

E	C	B	A
E1-3=2	CI-1=12	B1-2=2	A1-1=5
E2-1=3	CF-1=2	B2- 3=1	A2-1=2
E3-3=1	CN2+=1	B1-3=3	A1-3=2
E2-3=2		B1-1=3	A3-1=1
E3-1=1		B2-2=2	
E4-3=1			
E1-4=1			
11	15	11	10

التحليل العام للبروتوكول:

+++ CI-1

++ : B1-3 ++ : B1-1

++ : E2-3 : ++ et E2-1

++ :A1-1

*الأساليب الدفاعية:

نلاحظ سيطرة عوامل تجنب الصراع (C) بمجموع (15) ، ظهرت على رأسها سياقات التثبيط CI التي تمثلت في سياقات طول أزمنا الكمون (CI).

احتلت سياقات تجنب الصراع النفسي العلائقي (B) المرتبة الثانية مناصفة مع سياقات الأولية (E)، حيث طغت سياقات الاستثمار العلائقي (B1) من خلال التركيز على العلاقات الشخصية (B1-1) والتعبير على المشاعر (B1-3) ، ليليهما إدخال شخصيات غير موجودة (B1-2).

أما السياقات الأولية (E) فطغت سياقات قوى الإسقاط (E2) من خلال عدم تلاؤم بين موضوع والمنبه (E2-1) وتصورات قوية مرتبطة بموضوع عدواني .

أما سياقات الرقابة (A) احتلت المرتبة الأخيرة من خلال مرجعية الى الواقع الخارجي (A) بالتركيز على العلاقات الشخصية (A1-1).

* المرونة:

يمكن اعتبار المرونة في هذه الحالة على أنها من نمط (\pm) حسب التصنيف الذي وضعته V.Sentoub حيث نلاحظ سيطرة عوامل السياقات الأولية C إلى جانب عوامل المراقبة B خاصة B1 و عوامل السياقات الأولية E، وبدورها ظهور السياقات الرقابة A.

* الفرضية التشخيصية :

من خلال إنتاجية المفحوص في اختبار تفهم الموضوع ،الذي يعكس الجهد الكبير الذي بذله بالارتفاع المستمر لزمن لكمون الأولي الطويل مع التثبيطات الضخمة التي تهدف الى إبعاد التعبير الفكري الذي يكف من العواطف والتصورات ، وهذا باستعمال المفرط لسياقات التجنب للصراع (C) من خلال تضيق الخناق على النزوة، الى جانب سياقات الصراع النفسي العلائقي (B) الذي جاء متساويا الى السياقات الأولية (E)، حيث تجنب الصراع النفسي العلائقي من خلال سياقات الاستثمار العلائقي كوسيلة دفاعية ، لكن فشل ب بروز السياقات الأولية للمحتويات الهو التي تمثلت في عدم إدراك الموضوع ، وهذا لهشاشة الحدود بين الداخل والخارج ، مما يجعله في دائرة الذهان ،حيث فشل في جميع اركان إشكاليات اللوحة ، فالمفحوص لا يميز بين عالمه الهوامي والواقعي نتيجة للتثبيطات الكثيفة المفروضة على الدفاع.

5- تطبيق اختبار منيسوتا متعدد الأوجه MMPI-2 وتحليله:

5-1- عرض :

L	F	K	Hs	D	Hy	Pd	MF	Pa	Pt	SC	Ma	Si
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
78	90	46	72	76	70	62	48	66	80	82	66	56

$$L' \text{ indice de goldberg} = L + Pa + SC - Hy - pt = 78 + 66 + 82 - 70 - 80 = 76$$

فمؤشر قودبارج أكبر من 45 يكون الشخص ذهاني

متوسط ارتفاع البروفيل :

$$M = Hs + D + Hy + Pd + Pa + Pt + Sc + Ma / 8 = 72 + 76 + 70 + 62 + 66 + 80 + 82 + 66 / 8 = 71,75$$

0/5- 4،69،،213،87:

*رمز ولس يكون كالآتي :

5-2- تحليل :

السلم F=90 : F مرتفع تشير الى مرض موسوم مؤشر جيد عن وجود مشكلات ذهانية

السلام الإكلينيكية القاعدية :

1- توهم المرض (الوساوس المرضية) : Hs=72

- الدرجة التائية أكبر من 70 يعني انشغال كبير بالحالة الجسدية (اضطرابات هضمية ،تعب ،ألم وضعف عام ،غياب القلق الظاهر)

تتميز شخصية المفحوص حسب درجة السلم الأول بالأنانية ، والنزوع الى التحكم في المحيط ، سلوك نرجسي ومتمركز على الذات ، التشاؤم والانهازامية ، نظرة مستخفة للوجود، كثير النقد والقسوة اتجاه الآخرين ، معبر عن بعض العدوانية بشكل غير مباشر، نادرا ما يطبق ما يفكر فيه (لا يمر بالفعل).

2 - الاكتئاب D=76:

ليس لهذا سلم دلالة تشخيصية واحدة لأن أعراض الاكتئاب في العديد من الأمراض

تتميز شخصيته حسب درجة السلم الثاني بانعدام الثقة في النفس ، النزوع الى القلق والاضطراب العقلي، نقادي الصراع ، الانطواء ، الخجل ، والتحفظ .

3- الهستيريا : HY= 70

تدل الدرجات التائية المرتفعة على تعدد الشكاوي السوماتية ، النزوع في الاستجابة للضغط بأعراض سوماتية كأوجاع الرأس ،ألام الصدر ،والتعب العام ،خفقان القلب ،وهي أعراض تظهر وتزول بشكل مفاجئ، العجز عن استبصار أسباب الأعراض ، وجهل النوايا والمشاعر العميقة ، إنكار وكبت التأثير يشكلان الآليات الدفاعية المفضلة ، نزوع الى عدم الشعور بالقلق ،ولا بالضغط ،ولا الاكتئاب، لا وجود للهلاوس ولا الهذيان .

تتميز شخصية المفحوص حسب درجة السلم الثالث غير ناضج على المستوى النفسي ،طفلي ،ومتأثر،

نرجسي ومتمركز على ذاته ، يبدي حاجة كبيرة لعطف واهتمام الآخرين ،ممثل، ينزع الى استغلال محيطه مع طلب العطف ، حياة اجتماعية هامة لكن علاقاته مع الآخرين سطحية، ميل الى تفادي المسؤولية .

- يمكن أن يبدي تحمسا للفكرة في البداية ، وتقبلا للنصائح والاقتراحات المباشرة لكنه يجد صعوبات في

فهم أسباب سلوكه ، يقاوم في الغالب التفسير.

4- الانحرافات السيكوباتية : Pd = 62

الدرجة التائية فوق المتوسط يعني لديه سمات مرضية من الانحرافات السيكوباتية لكن غير مرتفع .

5- الذكورة الأنوثة : MF=48

لا تعد مرض من خلال الدرجة التائية تقع أقل من المتوسط

6- البرانويا : Pa=66

الدرجة التائية أقل من 80 يعني أن المفحوص لا يتميز بسمات البرانويا

7- البسيكاستينيا : Pt=80

الدرجات المتوسطة الارتفاع بين ت أكبر من 65 وأقل من 85 فهي تشير الى شخصية المفحوص قلق يشك في ذاته يشعر بالدونية ، ينتقد ذاته ، خائف ، متردد عصبيا ، متوتر مع نزوع الى الاضطراب القلق ، ويسيء تقديرها ودائم الاجترار ، متصلب أخلاقي ، وتقليدي ، خجول ويجد صعوبة في إقامة علاقات مع الآخرين .

8- الفصام : SC=82

يعانون من ضيق وقلق ذهاني ، في حاجة الى المساعدة .

وحسب السلم الثامن للفصام تظهر مميزات شخصيته في العزلة ، الانطوائية ، صعوبة الاتصال ، الفصامية ، البرود واللامبالاة ، تفادي الناس والمواقف الجديدة ، الخجل وفي غالب القلق القوي ، الشعور بالدونية ، العجز وعدم الإقناع ، قليل الاستثمار في العلاقات ، عدواني ، عنيف وحقود ، العجز عن التعبير عن المشاعر ، قد يتعلق الأمر بشخص مبدع مختلف ، غير ممتثل وغريب الأطوار .

9- الهوس الخفيف : Ma=66

الدرجة التائية أكبر من 65 وأقل من 79 تعني أن الشخص حيوي ، كثير النشاط ، مقدام وماهر ذو مجال واسع من الاهتمامات ، يميل بسرعة ولا يستقر في مكان واحد ، مستقل وواثق من نفسه .

0 - الانطواء الاجتماعي : Si=56

الدرجة التائية تفوق المتوسط درجة متنامية من الخجل الاجتماعي ، وتفضيل للعمل الوجداني وصعوبة في تأكيد الذات على المستوى الاجتماعي .

التحليل العام للحالة :

من خلال الملاحظة لسلوك المفحوص تميز بنوع من الاستقرار ، فهو غير عنيف ، وأفكاره فقيرة مفككة أي ينطلق من فكرة ويقطعها ، هذا ما جعل سلوكه يقترب الى التخشب مع إيماءات تخلو من أي تعبير انفعالي .

أما نتائج اختبار الرورشاخ تميز بالكف الشديد خاصة الفقر في الألفاظ ، والمواظبة على موضوع واحد في معظم اللوحات خاصة المحتوى النباتي والشطرنج ، يريد به النكوص الى المراحل السابقة خاصة المرحلة الفمية، فالصراع بين الأنا والحياة الخارجية التي تمثل له تهديد ، هذا ما يطرح إشكالية ذهانية .

بينما اختبار تفهم الموضوع من خلال ملاحظة تحليل البرتوكولات كانت القصص غير متناسقة ، الى جانب المدركات الخاطئة إدراك أشخاص مرضى ، وكثرة السياقات الأولية التي تجسدت في عدم تلاؤم بين الموضوع، والتصورات المرتبطة بموضوع عدواني للعالم الخارجي نتيجة الهشاشة الحدود بين الداخل والخارج ، هذا ما نتج عدم ارضان جميع إشكاليات الأوديبيية المطروحة بعدم التعرف على محتوياتها الكامنة هذا ما يدل أن المفحوص ذهاني .

أما نتائج اختبار منيسوتا متعدد الأوجه للشخصية mmpi-2 تمثلت في ارتفاع الدرجة التائية لسلم الفصام وسلم بسيكاستينا ، هنا نستطيع القول أن المفحوص ميولاته فصامية، و يسيطر عليه السلوك غير المستقر، والانتقال من موضوع الى موضوع آخر ، و هذاه مختلط بين موضوع وموضوع اخر ،مع ارتفاع الدرجة التائية للسالم المثلث العصابي من الوسواس المرضية $Hs=72$ ،الاكتئاب $D=76$ ،الهستيريا $Hy=70$ مع ارتفاع الدرجة التائية لكل من سلال المثلث الذهاني لكل من البسيكاستينيا $Pt=80$ ،الفصام $Sc=82$ الهوس الخفيف $Ma=66$ ،هذا ما يدل أن كلما ارتفعت الدرجة التائية لسلم الإكلينيكي الفصام ترتفع بدورها الدرجة التائية لسالم المثلث العصابي والذهاني .

من خلال دراسة تاريخ المفحوص برز الدور الهام للعوامل الوراثية في ظهور الذهان خاصة بوجود السوابق العائلية خالته، وإخوته الكبار الثلاث ، خاصة بظهور الاضطراب العقلي الفصام في مرحلة عمرية شبابية ،وهذا ما أكدته فيونا هيل: "أن بعض الجينات قد تجعل بعض الناس عرضة للفصام ،وهذه الجينات تحتوي على مواد كيميائية ترسل الرسائل وعندما يحدث الخلل لهذه الجينات يظهر الفصام " .

(Fionna Hill 2005 p4)

الى جانب اعتماد الأم على الإفراط في التدليل الى جانب السوابق المرضية العائلية ،هذا ما يذهب إليه علماء النفس التحليلين فيما يخص الإفراط في الحنان حسب شلدون (?): "تذهب نظريات التحليل النفسي أن أمهات الفصاميين إما يكون منسلخات انفعاليا على أطفالهن ،وإما يكن مفرطات في حمايتهن لهن ."
(أنظر الى الصفحة 62 في التراث الأدبي)

كذلك من المنظرين يعتبرون أن الفصام هو نتيجة لإخفاق ملحوظ في التخلي عن أنماط وظيفية تنتمي الى مرحلة الطفولة ، فالفصام في نظرهم هو فشل في "النمو" (سيلفانو 1991 ص 42)

الحالة الثانية :

1 - تقديم الحالة :

إبراهيم عمره 31 سنة من ضواحي بسكرة ، ثاني في ترتيب الأسرة من أربعة ذكور وثلاث بنات ، نشأ في ظروف معيشية قاسية، ليست لديه سوابق مرضية في العائلة ،عمل أبوه غير مستقر إلا في مواسم التمور، واصل دراسته الى سنه أولى ثانوي ثم توقف بسبب هذه الظروف ، بدأ يعمل في البيوت البلاستيكية ، كان سلوكه مستقر ، وبعدها ظهرت عليه بعض الأعراض من خلال مجموعة من الأعراض من بينها الهلوس والهذات ، وعدم النوم في الليل والهروب من المنزل ، هذا ما جعل والده يسرع به إلى طبيب عام ، إلا أن هذه الأعراض ازدادت حدة ، هذا ما استدعى دخوله إلى مصلحة الأمراض العقلية في 16 أكتوبر 2001 عن عمر 21 سنة نتيجة العدوانية نحو الأشخاص، وهو دائم الدخول أكثر من عشرون مرة ،وقدمت له مضادات الذهان النمطية (sowel(2-0-0), largactil(1-1-1), haldool(60-60-80) ، وأستبدلت بمضادات الذهان غير النمطية.

2- ملخص المقابلة مع الطبيب السيكاتري :

تم تشخيص الطبيب السيكاتري للمفحوص انطلاقا من مجموعة من المميزات المتعلقة بمظهره العام لباسه المتسخ وكثرة الأعراض السلبية التي تسيطر على سلوكه من تفكير متصلب والإنهاك في المشاعر والانسحاب، والتناقض الوجداني يضحك ويكي في مواقف غير مناسبة وبعض من الهذات والهلوس ، وعلى وفق هذه الأعراض الملاحظة تم تشخيصه على أنه فصام من النوع المتبقي المترسب (type résiduelle) الذي تبقى فيه بعض من الأعراض السلبية، وهذا حسب جملة الأعراض الملاحظة و مقارنتها مع DSMIV ، وهذا اضطراب مزمن يظهر في سن مبكرة ، و يمثل للشفاء مع تناول مضادات الذهان ،ولكن في حالة توقفها ينتكس من جديد ، وأحسن نوع من المضادات الذهانية هي المضادات غير النمطية لأنها تحافظ على امكانياته الذهنية و يستطيع العمل والاندماج في العمل وفي العائلة ، وهو اضطراب معقد من ناحية التشخيص ويتطلب فريق من الاطباء والأخصائيين ، ويمكن ادماجه في المجتمع بالتكفل الأسري بالحفاظ على تناول مضادات الذهان والتكفل النفسي والدوائي .

3- تطبيق اختبار الرورشاخ وتحليله:

3-1- عرض :

التنقيط	التحقيق	النص
G F+A Ban G F+A Ban	الكل	اللوحة I : "27 ^>_خفاش ^_نسر "55
G FC A	ملون بالأحمر	اللوحة II : "32 ^_خفاش ملون بالأحمر "58
G F ⁻ Pays DG F ⁻ Bot	الكل نصف	اللوحة III : "28 ^~_شغل هلال ^_نصف تفاحة مأكولة نصفها 1,23
G F +ABan	الكل	اللوحة IV : "36 ^~>^_شغلخفاش^. 1,30
G F+ABan	الكل	اللوحة V : "1 ^_خفاش "9

$G F^{-} A$ $G F^{-} A$	الكل	<u>اللوحة VI : 7</u> \sim خفاش $\hat{}$ خفاش "45
$G F^{-} A$ $G F^{-} A$	الكل الكل	<u>اللوحة VII : 6</u> \sim خفاش $\hat{}$ خفاش 1,06
$G C F A$	الكل	<u>اللوحة VIII : 4 "</u> \sim ملون خفاش "41
DG F Clob Bot	الشكل	<u>اللوحة IX : 10 "</u> \sim شوكة لاصقة في لحم "29
$G F^{-} A$	الكل	<u>اللوحة X : 5</u> $\hat{}$ هنا $\hat{}$خفاش "29

اللوحات المفضلة :

V, I : عجبوني خفاش صحيح

اللوحات غير مفضلة :

II, X : شغل عقرب معجونيش

المخطط النفسي :

المحتويات	المحددات	أنماط الإدراك	الخلاصة
A=11	F+=4	G=12	R=14
PAYS=1	F ⁻ =7	DG=2	ComL=0
BOT=2	SdeF=11	SdeG=14	Refus=0
	K=0	G%=100%	T .total=505"
	Sde K=0		TPS/R=36"
	FC=1		T.d'appr=G DG
	CF=1		TRI=£K/£C=0k/1,5C
	Sde C=1,5		FC=£K/£E=0K/0E
	E=0		RC%=21
	Sde E=0		BAN=4
	FCLOB=1		Choc=2
			F%=79%
			F+%=36%
			A%=79%
			H%=0%
			F%=93% الموسعة
			F+%=38% الموسعة

3-2- تحليل:

أهم ما يميز إنتاجية المفحوص الكف الشديد الذي يظهر خاصة في التعبير وضعف في الإبداع الذي ظهر في العدد المحدود من الإجابات $R=14$ أقل من المتوسط (معدل استجابة الواحدة ب 36ثا) الذي هو مؤشر على السرعة في تناول الأداة لعدم قدرته على مراقبة أفكاره والسيطرة عليها ، وتجسدت أكثر في المواظبة على موضوع واحد بقبولبة الفكر الخالي من أي معنى ، ومن الصدى الرمزي ، فنجد صنف من الإجابات يميزها طغيان المحتوى الحيواني ($A=79\%$) المكثف في مواظبة بموضوع واحد (خفاش) وارتفاعه هذا ما يوحي أنه يقوم بقبولبة الفكر نتيجة التكرارات (خفاش) وهي متجمعة في ثمانية من عشرة لوحات ، أي اللجوء الى ميكانيزمات العقلية التلقائية دون اللجوء الى التفكير واندفاعهم يفقر الفكر كوسيلة دفاعية للابتعاد على البعد العلائقي البشري ، هذا ما جعل الإنتاج الاسقاطي يبرز الفقر الهوامي للمحتويات ذات الحضور المنكر،وهنا تطرح الإشكالية الذهانية .

تتميز سياقات التفكير بطغيان تناول البقع بالتحديد الكلي الشامل للمدرك ($G=100\%$) يريد به البحث عن وحدة التحكم في الواقع الخارجي بالتعلق بالخصائص دون مراعاة نوعيتها الجيدة،وأغلب الإجابات تدل على الفشل الإدراكي الذي يوحي على ضعف قدرات الاحتواء للعالم الداخلي أو الخارجي لإرادة التوحد في الموضوع بغية التحكم فيه،وهشاشة الحدود التي تضمن ذلك ($4GF+,7GF^-$) وتكرارها عن طريق المواظبة بموضوع واحد .

تناول المفحوص في اللوحة I التصورات الهوامية للمدرك على شكل محاولة الاندماج التكيفي مع الواقع الموضوعي عن طريق التمسك بالمألوف ($2GF+,BAN$)، وهذا بعد عملية تدوير اللوحة مما يوحي أنه يعيش صدمة نتيجة موضوع لا يعرفه ، كما يبعث إلى إشكالية النرجسية من خلال الصورة الجسدية وتصور الذات حيث يمثل "النسر" الجانب الهش للموضوع الأول القابل للتلاشي ، ليواصل المفحوص في اللوحة II بمدرك لوني بعاطفة متكيفة عفوية أمام قوة الاخضاء التي تفرضها ، لتتلاشى قدرات التكيف في اللوحة III بمدركات ($2GF^-$) خاطئة لمحتوى طبيعة "هلال" ومحتوى نباتي "تفاحة" يريد بها تجميد التام للصورة الإنسانية ،وهي طريقة خاصة لتجنب الواقع المألوف هذا ما يبرز مشكل التقمصات الجنسية بالنكوص الى المواضيع القديمة خاصة منها المرحلة الفمية .

ليحاول بعدها من جديد في اللوحة IV التكيف مع الواقع المألوف وهذا بعد تدوير اللوحة ليسود فيها طابع الشك، هذا ما يستدعي محاصرته بصدمة، مع التحديد الكلي الشامل (GF+,BAN)، هذا ما يطرح مشكل التصورات السلبية أمام العلاقات التقمصية في قوتها الدينامية مع الأشخاص .

يستمر التجميد الدفاعي في اللوحة V بمواظبة بموضوع واحد "خفاش" بتكرار نفس المحتوى (GF+,BAN)، هذا ما يجعل تصور الذات بطريقة صلبة .

نفس التجميد في البطاقة VI بالمحتوى الحيواني بمدرجات فاشلة (2GF⁻,A)، وهذا ما يطرح مشكل تصور الرمزية الجنسية، وهذه النزعة المقولبة للمواضيع من أجل التحكم في هومات التفكك.

يليه نفس التجميد الدفاعي في اللوحة VII نفسه في البطاقة IV بمدرجات خاطئة (2GF⁻) ذات المحتوى الحيواني، هذا ما يطرح مشكلة العلاقة مع الصورة الأمومة خاصة بالمواضيع القديمة .

يتغير مجرى التفكير بتدخل اللوحات الملونة مباشرة في اللوحة VIII يقوم بتلوين الخفاش بمحتوى حيواني (خفاش) نفس التكرار المقولب (G CF) يتجسد إلى عاطفة متمركزة حول الذات والانقطاع مع العالم الخارجي من خلال قطع الصلة بأي صدى هومي للمحيط الخارجي .

ليغير نمط الإدراك في اللوحة XI من خلال مدرجات تعسفية تشير إلى عدم قدرة على التحكم في الذات والعالم خاصة باستجابة مخيفة تبرز عودته إلى العلاقات الأمومة المبكرة .

نفس التجميد الدفاعي في اللوحة X إلى التحديد الكلي الشامل بمدرجات مشوهة (CF⁻) بمحتوى حيواني التي تبعث إلى الانفصال والفردانية .

يسود التفكير المقولب في كل اللوحات بمواظبة بموضوع واحد وهو (خفاش) يخدم التفكير الصلب وهذا بتدخل المحدد الشكلي (F%=79%) والموسع (93%) ليعزز ذلك الميل المتصلب بفتح المجال للمدرجات الخاطئة من خلال منع الرغبة من الظهور، مع غياب الإحساس الانفعالي والانطباع الهومي يبرز غياب القدرة الفكرية لمفحوص على التلاؤم والانسجام وكفاءته في التنظيم بضرورة، وكذلك F%=36 ضعيف جدا يقابله F+%=38 الموسع الذي يوحي بضعف قدرات التشكيل الجيد والسليم للمنبهات، أي الحكم على الحقيقة غير جيد، و يسجل عدم استثمار للواقع لتجعل منها صلابة فكرية توشك أن تصبح فارغة ومندرجة في سجل الذهاني.

يعالج المفحوص صراعاته بالكف الشديد بتقصير في التعبير وبتفكير مقولب متكرر لسد أي بروز للصراع، ظهر في فقر العبارات، وعدم تكيفه مع المنبهات الإدراكية الواقعية والاجتماعية .

هذا ما جعل الصعوبة التعرف على طبيعة هذا الصراع، أما نمط الرجوع الانبساطي الصافي، و الصيغة الثانوية التي تميل الى الانغلاق نقص العلاقات العاطفية مع الموضوع الأولي (0E/1,5C,0k /0K) ، ففي البروتوكول غياب الصورة الإنسانية بأكملها يطرح إشكالية العجز عن تصور أي رغبة اتجاه الآخر وهذا يبرز إشكالية التقمص بغياب الحركات بنوعها الكبرى والصغرى بهدف دفاعي يتضمن إبعاده للاحتماء من الميول النزوية تجاهه نتيجة لنقص التجارب التقمصية الناتجة عن اللاتمايز الموضوعي خاصة بتعويضه بالمحتوى الحيواني (A=79%) الذي يخدم التفكير المقولب، حيث هيمن هذا المحتوى المتكرر على باقي الصور، وهي طريقة للاندماج في الموضوع والاحتماء به من خطر الانفجار الضمني و المحتوى النباتي بالنكوص الى المواضيع القديمة خاصة في المرحلة الفمية، حيث لم ينجح في إبقاء الحدود متماسكة وفي إخفاء العالم الداخلي الهش ، وهذا اللاتمايز الموضوعي لا يسمح بتحديد الصراع أو التعبير عنه من خلال تصور نزوة عدوانية "شوكة لاصقة في لحم" وهو تصور أولي للخطر، فالمفحوص أمام السكون التصوري في المحتويات، لا يوجد أي إحساسات لكي يعبر المفحوص بتجربته اتجاه الموضوع .

فمن خلال الصدى الهوامي لتصور المدركات عجز عن تصور الاكتئاب والنزعات العدوانية بالكف العواطف والتصورات وتحجيرها عن طريق العجز على إسقاطها للمواضيع التي تكون مصدر للصراعات نتيجة عجزه على إسقاطها ، وأمام هذا اللاتمايز الموضوعي والعجز عن التصورات الهوامية والتي نجدها من خصائص الذهان .

4- تطبيق اختبار TAT وتحليله :

4-1- عرض :

تتمثل ملاحظات استجابات المفحوص كما يلي :

- القصص كانت قصيرة و غير متناسقة بإدخال شخصيات غير موجودة في القصة
- مواضيع البطاقات كانت تدور في مجملها حول موضوع المرأة
- كثرة الارتباطات القصيرة التي لها علاقة بضعف الخطاب
- عدم تلاؤم بين موضوع والمنبه

- صدمة في البطاقة 11

البطاقة 1 :

26 ثا طفل خادم سنطيرة تاع لوح مقلدة بكرناف تخم فيها شغل خم فيها كاش مات قصة حاجة 1,03د

A1-1: الوصف مع التمسك بالتفاصيل مع التبرير

CF-1: التشديد على الحياة اليومية والعملية

E4-3: ارتباطات قصيرة

دفاعات المفحوص تتمثل في تمسكه بالواقع الخارجي السطحي للإفراط في استثمار الواقع الداخلي كوسيلة دفاعية لتجنب الصراع ، وبعدها ظهور السياقات الأولية .

اشكاليته تمثلت في عدم قدرته على ارضان إشكالية اللوحة التي تعود إلى وضعية العجز الوظيفي ، حيث اكتفى بالوصف وبمكانيزم التمسك بالواقع الخارجي السطحي .

البطاقة 2:

3ثا راجل يحرث أرضه ويزرع فيها مرية تخزر فيه تفرج فيه عجب الحال وقت خريف مرية هاز كتاب شغل تخزر فيهم 1,08د

A1-1: الوصف مع التمسك بالتفاصيل مع التبرير

B1-1: التركيز على العلاقات الشخصية

اعتمد المفحوص على دفاعاته بالتمسك بالواقع الخارجي، ثم بالاستثمار العلائقي كوسيلة دفاعية لتجنب الصراع النفسي العلائقي .

أما الإشكالية تتمثل في فشله لارصان اشكالية اللوحة في العلاقة الثلاثية ،حيث اكتفى بالوصف بالتمسك بالتفاصيل .

البطاقة 3BM:

6ثا هنا مرية تبكي قالها بويها تزوجي هي مش حابة 37ثا

2-2B:الانفعالات القوية

1-1A:الوصف مع التمسك بالتفاصيل مع التبرير

2-2B:إدخال شخصيات غير موجودة

دفاعاته تمثلت في ميله إلى التمسرح كوسيلة دفاعية لتجنب الصراع النفسي العلائقي ،ثم اللجوء إلى التمسك بالواقع السطحي كوسيلة دفاعية صلبة.

اشكاليته تمثلت فشل المفحوص في ارصان الوضعية الاكنتأبية التي تثيرها اللوحة نتيجة ميكانزم دفاعي الاستثمار العلائقي لتجنب الصراع النفسي العلائقي .

البطاقة 04:

2ثا قضية حب مرأة تخزر راجل عاشقته طيح دمعة من عينيها 41ثا

2-3B:تغليم العلاقات

3-1B:تعبير على مشاعر

دفاعاته ظهرت في ميله الى العمليات الهستيرية من خلال تغليم العلاقات ثم بالاستثمار العلائقي كوسيلة دفاعية لتجنب الصراع .

أما إشكالية هذه اللوحة تتمثل في الصراع الغريزي داخل الزوج ، حيث فشل في ارصانها من خلال ميكانيزم الاستثمار العلائقي كوسيلة دفاعية لتجنب الصراع النزوي .

البطاقة 5:

20 ثا عبد يفتح الباب رايح غرفة تاعو يقضي قضية كاش ميفركت فيوزة 1,13د

A1-1: الوصف مع التمسك بالتفاصيل مع التبرير

B3-3: عدم الاستقرار في التقمصات

E4-3: ارتباطات قصيرة

دفاعات المفحوص تمثلت في لجوءه الى مرجعية الواقع الخارجي كوسيلة دفاعية صلبة، ثم بعمليات هستيرية كوسيلة دفاعية لتجنب الصراع النفسي العلائقي، لينتهي بظهور السياقات الأولية . اشكاليته تتمثل في عدم قدرته على ارضان اشكالية اللوحة التي توحى بالصورة الأمومة من خلال الوصف مع التمسك بالتفاصيل ، وعدم الاستقرار في التقمصات من خلال "عبد" .

البطاقة 6BM:

6 ثا شغل راجل مع أمو هذا الراجل أعور يمنى يحكو في الظلام راحت تريسيتي 31ثا

B1-1: التركيز على العلاقات الشخصية

E1-4: إدراك أشخاص مشوهين

E4-3: ارتباطات قصيرة

أساليب المفحوص الدفاعية تتمثل في ميله الى الاستثمار العلائقي كوسيلة دفاعية لتجنب الصراع النفسي العلائقي، ثم بروز السياقات الأولية كوسيلة دفاعية للاحتماء بها . ترجع إشكالية اللوحة الى تقارب الأم - ابن في محتوى مضطرب ،حيث فشل في ارضان الإشكالية خلال بروز السياقات الأولية في سجل الأكثر الأثرية من مواضيع التشويه التي تبين خطورة علاقة أم - ابن .

البطاقة 7BM:

3ثا هذا واحد هو بيو يخممو في أمر ما شغل حايرين تلاقو في نفس المخابرات 35ثا

B1-1: التركيز على العلاقات الشخصية

CF-2: عواطف ظرفية

E4-3: ارتباطات قصيرة

دفاعاته تتعلق بالاستثمار العلائقي كوسيلة دفاعية لتجنب الصراع النفسي العلائقي، ثم اللجوء الى العواطف الطرفية تجنباً للصراع النفسي العلائقي، وبعدها بضعف الخطاب كمكانيزم دفاعي متقهقر في تشويه الكلام تمثل في السياقات الأولية .

أما إشكاليته ليس لها علاقة بالإيحاءات التحتية لإشكالية اللوحة تقارب الأب /ابن في محتوى تعارض عند الابن، حيث فشل المفحوص في ارضان الإشكالية نتيجة مكانيزم دفاعي لتجنب الصراع النفسي العلائقي .

البطاقة 8BM:

19ثا شغل هذا شاب قصة سيدنا حمزة نحولو كلوة تاغو هند قتلو وحشي وهند 1,00د

E2-1: عدم تلاؤم بين موضوع والمنبه

E2-3: تصورات قوية مرتبطة بموضوع عدواني

تتمثل دفاعات المفحوص في لجوء الى قوى الإسقاط من خلال بروز السياقات الأولية كوسيلة دفاعية للاحتماء بها.

تبعث إشكالية هذه اللوحة الى العدوانية اتجاه الصورة الأبوية، حيث فشل في ارضان الإشكالية بالرغم من إدراك العدوان من خلال المشاهد الأثرية .

البطاقة 10:

33ثا امرأة راجل في الظلام شغل قاعدين يخزرو في بعضاهم متزوجين 1,06د

B1-1: التركيز على العلاقات الشخصية

B3-2: تعليم العلاقات

تتمثل دفاعات المفحوص بالاستثمار العلائقي، ثم العمليات الهستيرية كوسيلة دفاعية لتجنب الصراع النفسي العلائقي.

ترجع إشكالية هذه اللوحة الى التعبير اللبيدي عند الزوجين والاعتراف بالعلاقة الجنسية عند الطرفين، حيث فشل المفحوص في ارضائها من خلال مكانيزم دفاعي لتجنب الصراع النفسي العلائقي .

البطاقة 11:

21ثا خريطة تاع جبال وأودية شغل واحد يخزر فيها خريطة تاع مجاهدين 56ثا

E2-1: عدم تلاؤم بين موضوع والمنبه

E4-3: ارتباطات قصيرة

CI-1: توقعات معتبرة داخل القصة

أساليب الدفاعية للمفحوص تتمثل في بروز السياقات الأولية من خلال قوى الإسقاط وضعف الخطاب كوسيلة دفاعية ، لينتهي بالتنشيط كوسيلة دفاعية لتجنب الصراع .

توحي إشكالية اللوحة المقلقة من خلال فشله في ارضان إشكالية اللوحة بعدم الإحساس بالقلق بمكانيزم دفاعي لتجنب الإحساس بهذا القلق ، و فشل في إحياء الإشكالية ما قبل التناسلية .

البطاقة 13MF:

6ثا راجل مع مرتو رقد معاها ناضو بكري شغل نوم خلاها راقدة 28ثا

A1-1: وصف مع التمسك بالتفاصيل مع التبرير

B1-1: التركيز على العلاقات الشخصية

E2-3: تصورات قوية مرتبطة بموضوع جنسي

دفاعات المفحوص تتمثل في التمسك بالواقع الموضوعي السطحي كوسيلة دفاعية صلبة، ثم بالاستثمار العلائقي كوسيلة دفاعية لتجنب الصراع النفسي العلائقي، وبعدها اللجوء الى السياقات الأولية للاحتماء بها .
ترجع إشكالية هذه اللوحة إلى التعبير الجنسي والعدواني عند الزوجين ،حيث فشل المفحوص في ارضان إشكالية بالرغم من أنه أدرك الجانب الشهواني للعلاقة الجنسية العادية ،لكنه فشل في إدماج الحركات العدوانية من خلال مكانيزم الاستثمار العلائقي لتجنب الصراع النفسي العلائقي .

البطاقة 16:

19ثا بلارج طير خلعنا ايديها بطلنا بنقبضوه ياخي سغربو في الحكاية 52ثا

E2-1: عدم تلاؤم بين الموضوع والمنبه

E2-2: إدراك موضوع شرير

E4-3: ارتباطات قصيرة

دفاعات المفحوص تبرز قوى الإسقاط من خلال عدم إدراك المنبه وإدراك موضوع شرير ، ثم من خلال ضعف الخطاب ببروز السياقات الأولية كوسيلة دفاعية .
توحي هذه الإشكالية الى عدم قدرة المفحوص الى بناء أشياء يقيمها بنفسه ،ولم يستطع في بناءها ولو جزئيا وهذا ببروز السياقات الأولية .

البطاقة 19 :

31 ثا إشارات محطوة جبال تاع أهرام حكمة كبيرة فيها ناس بكري 31 ثا

E2-1: عدم تلاؤم بين الموضوع والمنبه

E4-3: ارتباطات قصيرة

أساليب الدفاعية تتمثل في لجوء المفحوص الى السياقات الأولية كوسيلة دفاعية .

ترجع هذه اللوحة إلى ضرورة الاختيار بين الموضوع السيئ والجيد ،حيث فشل في ارضان الإشكالية

بسبب بروز السياقات الأولية .

4-2- تحليل :

الجدول رقم (4): توزيع السياقات الدفاعية للحالة (02)

E	C	B	A
E4-3=6	CF-1=1	B1-1=5	A1-1=5
E1-4=1	CF-2=1	B2-2=1	
E2-1=4	CI-1=1	B1-2=1	
E2-3=2		B3-2=2	
E2-2=1		B1-3=1	
		B3-3=1	
14	3	11	5

التحليل العام للبروتوكول :

E4-3 : ++ : E2-1 : ++

B1-1 : ++

A1-1 : ++

* الأساليب الدفاعية :

لقد تنوعت سياقات المفحوص ، نجد السياقات الأولية في المرتبة الأولى بمجموع (E=14) وظهرت أكثر من خلال سياقات ضعف الخطاب (E4) والتي تمثلت في ارتباطات قصيرة (E4-3) وفي قوى الإسقاط (E2) وأكثرها في عدم تلاؤم بين الموضوع والمنبه (E2-1).

تأتي سياقات الكف عن الصراع النفسي العلائقي المرتبة الثانية بمجموع (B=11) وتظهر أكثر من خلال الاستثمار العلائقي (B1) بالتركيز على العلاقات الشخصية .

أما سياقات الرقابة بمجموع (A=5) من خلال الوصف مع التمسك بالتفاصيل (A1-1) لينتهي بسياقات الكف بمجموع (C=3) .

* المرونة :

يمكن اعتبار المرونة في هذه الحالة على أنها من نمط (±) حسب التصنيف الذي وضعته،
V. sentoub، حيث نلاحظ سيطرة عوامل السياقات الأولية E الى جانب عوامل الصراع النفسي العلائقي
.B

* الفرضية التشخيصية :

من خلال مجموع البطاقات يحاول المفحوص صد الهومات والصراعات المرتبطة و الصعوبة في التعرف عليها ، لكنه فشل في تضيق الصراعات من خلال خروج محتويات الهو اللاشعورية ببروز السياقات الأولية بقوة فالسياقات الرقابة لم تستطع رقابة الحياة الداخلية من البروز نتيجة فشل دفاعات الأنا من خلال السياقات المتقهقرة من عدم الإدراك المنبه وضعف الخطاب ، كما طغت كذلك سياقات الصراع النفسي العلائقي السلبية من خلال التركيز على العلاقات الشخصية تجنب للصراع ، هذا ما يميز الشخصية الذهانية .

5- عرض اختبار منيسوتا متعدد الأوجه MMPI-2 وتحليله:

5-1- عرض :

L	F	K	Hs	D	Hy	Pd	MF	Pa	Pt	SC	Ma	Si
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
62	97	44	85	63	64	59	43	67	58	92	91	56

$$L' \text{ indice de goldberg} = L + Pa + SC - Hy - pt = 62 + 67 + 92 - 64 - 58 = 99$$

فمؤشر قودبارج أكبر من 45 يكون الشخص ذهاني

متوسط ارتفاع البروفيل :

$$M=Hs+D+Hy+Pd+Pa+Pt+Sc+Ma /8=85+63+64+59+67+58+92+91/8=72,37$$

رمز ولش يكون كالآتي : 63 FKL/405-2+، 1*89

السلم F=97:F مرتفع تشير الى مرض موسوم مؤشر جيد عن وجود مشكلات ذهانية .

5-2- تحليل :

السلام الإكلينيكية القاعدية :

1- توهم المرض (توهم المرض) : Hs=85

يعني انشغال كبير بالحالة الجسدية (اضطرابات هضمية، تعب، ألم وضعف عام، غياب القلق الظاهر) من مميزات شخصية المفحوص السلم رقم واحد بالأثمانية ، والنزوع الى التحكم في المحيط ، سلوك نرجسي ومتمركز على الذات ، التشاؤم والانهازامية ، نظرة مستخفة للوجود ، معبر عن بعض العدوانية بشكل غير مباشر ، نادرا ما يطبق ما يفكر فيه (لا يمر الفعل).

2- الاكتئاب : D=63

ليس لهذا سلم دلالة تشخيصية واحدة لأن أعراض الاكتئاب في العديد من الأمراض ومن مميزات شخصيته حسب سلم الثاني انعدام الثقة في النفس، النزوع الى القلق والاضطراب العقلي ، تفادي الصراع ، الانطواء، الخجل، والتحفظ.

3- الهستيريا : Hy=64

لا تعد مرض من خلال الدرجة التائية التي تقع قبل المتوسط

4- الانحرافات السيكوباتية : Pd=59

لا تعد مرض من خلال الدرجة التائية التي تقع قبل المتوسط

5- الذكورة الأنوثة : MF=43

لا تعد مرض من خلال الدرجة التائية

6- البرانويا : Pa=67

فهي تقع حسب درجة التائية للمرض غير أنها غير مرتفعة أي وجود نوع من البرانويا

الدرجة التائية تقع قبل المتوسط لا تعد سمة مرضية للمفحوص

7- البسيكاستينيا : Pt=58 فهي منخفضة لا تعد سمة مرضية

8- الفصام : SC=92

تدل على وجود خطر التوظيف الذهاني الخفي مع اضطرابات التفكير، الغموض، اختلال التنظيم والتوجيه .
- نجد عادة ميولا غير مألوفة وأفكارا ذهانية، هلاوس، نقص الضبط مع ضعف القدرة على إصدار الأحكام .

تتميز شخصيته للسلم رقم الثامن العزلة، الانطوائية، صعوبة الاتصال، الفصامية، البرودة واللامبالاة،
تفادي الناس والمواقف الجديدة، الخجل وفي الغالب القلق القوي، الشعور بالدونية، العجز وعدم الإقناع
- قليل الاستثمار في العلاقات، عدواني، عنيف وحقود، العجز عن التعبير عن المشاعر.

9- الخفيف الهوس : Ma=91

تعني الدرجات التائية أكبر من 80 احتمال أن يكون الشخص في مرحلة هوس الحقيقي
(الإفراط الحركي العام، نوع الى الهروب من الأفكار، إمكانية وجود هلاوس أو ذهان العظمة)
تتميز شخصيته للسلم رقم التاسع الإفراط الحركي، التغيير الانفعالي المتكرر، انتفاخ الأنا، الشرود الذهني،
النشاط والثرثرة، لا يمكن التكهن بسلوكاته، طغيان الحركة عن التفكير، تعدد مراكز الاهتمام مع استثمار
مكثف لكنه قصير، سرعة الغضب، تقبل الإحباط، صعوبة كف التعبير عن النزوات، والانفعالات
، الغضب، العدوانية والعنف، الانسحاب، الانبساط، الاجتماعية مع سطحية العلاقات، سوء التكيف الاجتماعي
والمهني، الاضطراب مع إمكانية المرور بحلقات اكتئابية ظرفية .

0- الانطواء الاجتماعي Si=56

الدرجة التائية تقل على المتوسط يعني تتميز شخصيته بالمشاركة في تأكيد الذات ويعانون من أعراض
سوماتية.

التحليل العام للحالة :

أثناء عملية الملاحظة لسلوك المفحوص داخل مصلحة الأمراض العقلية، تميز بسيطرة الأعراض السلبية الذي ظهر في فقر في الأفكار والتفكير خاصة الاختلال الفكري ، وعدم ترابط الأفكار وعدم الهيجان وعدم التركيز ، وقليل من الهذات والهلاوس .

أما اختبار الرورشاخ ظهر من خلال قلة إنتاجيته نتيجة التثبيط في التفكير ، والمواظبة على موضوع واحد من الاستجابات الحيوانية للإفراط في التمسك بالواقع الموضوعي كوسيلة دفاعية والذي يجعل تفكيره صلب بقبولة الفكر ، وكثرة المدركات السلبية ، وغياب الكامل للتقمصات البشرية لعدم التمايز الموضوعي ، وعجزه عن أي تصور ، والمحتويات النباتية بالنكوص الى المواضيع القديمة ، هذا يعطي انطباع أن المفحوص ذهاني.

أما اختبار تفهم الموضوع نتج عنه طغيان السياقات الأولية كوسيلة دفاعية لتوازنه ، فالعالم الخارجي مهدد بالنسبة له ، وبالتالي طغيان الحياة الداخلية بالرغم من وجود سياقات الرقابة غير أنها لم تقم بوظيفتها المتمثلة في رقابة الحياة الداخلية هذا ما أدى فشله في ارضان إشكاليات الأوديبية لكل اللوحات ، مما يدل على أنه ذهاني من خلال الحدود الهشة بين الداخل والواقع الخارجي المهدد له.

أما نتيجة اختبار mmpi-2 تمثلت في ارتفاع الدرجة التائية لسلم الفصام ، وكذلك ارتفاع الدرجة التائية لسلم البسيكاستينيا بمميزات أفكار ذهانية ، نقص الضبط مع ضعف القدرة على إصدار الأحكام ، وكذلك الطقوس المتصلبة ، مع ارتفاع الدرجة التائية لسلم توهم المرض Hs=85 ، والاكنتاب D=63 ، وارتفاع الدرجة التائية لكل من سلم البرانويا Pa=67 ، والفصام Sc=92 ، الهوس الخفيف Ma=91 .

هنا نستطيع القول أن ارتفاع الدرجة التائية لسلم الفصام له علاقة بارتفاع الدرجة التائية لكل من السلام المثلث العصابي والذهاني.

وأثناء التوغل في حياة المفحوص تم استبعاد السوابق المرضية العائلية ، حيث مر باجهادات الحياة من الفقر والمشاكل الاجتماعية العامل المفجر للاضطراب الذهاني نتيجة لعدة عوامل طارئة ، كما يقول Zubin (1977),spring: "الفصام هو نتيجة تفاعل بين الاستعداد البيولوجي والإجهاد ، شدة الاضطرابات هي التي

تقدم طيف واسع والذي بدوره يسمح لتقييم باستبعاد العامل البيولوجي لهذا المرض "

(Gosselin Nathalie 1998 p8)

كذلك تلعب البيئة الاجتماعية دور في حدوث الذهان خاصة الاحباطات التي يعيشها الطفل . وهذا ما يدعمه سبترز (1948-1954): "نشأة العلاقات الأولى وردود الأفعال خاصة إذا شعر الطفل في بيئته بالاحباطات، فهو يساعد بالضرورة الى ظهور مرض فصام خاصة فقدان الثقة في البيئة النفسية الاجتماعية". (Pierre .F ,Chanoit 1995p 76)

كما وصف الطبيب النفسي و.ج.ستين W .J. S تلك الحالة قائلاً : "والآن ، فعلى الرغم من إحساسه بالعجز الكلي أو بأنه يقف شاهداً لدماره الشخصي دون حراك ، إلا أنه يبذل من حيث لآخر ،محاولات يائسة للنجاة من الموت ، مثل الفريق الذي لا يجيد السباحة ، لكنه رغم ذلك لا يفتأ يقاوم الغرق بضراوة " (سيلفانو أريتي 1991 ص 53).

الحالة الثالثة :

1- تقديم الحالة :

مصطفى عمره 42 سنة من ضواحي بسكرة ،متزوج وأب لطفلين،مستواه الدراسي أولى ثانوي ،ظروفه الاجتماعية قاهرة،هذا ما جعله يتوقف عن الدراسة ، فهو يسكن في منطقة نائية ، لديه سوابق مرضية ،أمه مريضة عقليا، فبعد توقيفه عن الدراسة ظهرت عليه هذه الأعراض منذ كان عمره 23 سنة في سنة 1992 بمجموعة من الأعراض الهيجان وتكرار الكلام وصلابة في التفكير ، في أول مرة شخص على أنه اضطراب أحادي القطب الهوس ،حيث كانت له نشاطات زائدة من تكرار الكلام والنشاط الذي يظهر أكثر في أعراس الحي ، ثم تطورت هذه الأعراض في سنة 1994 ، هذا ما استدعى دخوله الى مصلحة الأمراض العقلية ببسكرة في 7 أبريل 1994 ليقوم فيه لفترة، ويرجع بعد ذلك في مدة قصيرة سبب انتكاسه لرفضه تناول الدواء،وقدمت له مضادات الذهان النمطية من $100(1/2,1/2,1/2)$ parkinane1gel, تناول الدواء،وقدمت له مضادات الذهان النمطية من $60(60-60-60)$ haldool مع غياب التكفل العائلي للمريض خاصة من ناحية الدواء ،فهو يوقف الدواء على أساس أنه شفي ثم ينتكس من جديد، وأستبدلت بمضادات الذهان غير النمطية في.

2- ملخص المقابلة مع الطبيب السيكاتري :

اعتمد الطبيب السيكاتري على مجموعة من الملاحظات الأولية والمقابلة للمفحوص على أساس مظهره الذي يبدو لا بأس به ، وتعرفه على مكان تواجده في مصلحة الأمراض العقلية ، وتميز سلوكه بالعنف اللفظي، وبأفكار العظمة أنه معروف النسب والمزاجات التي تتميز بالحزن خلال موضوعات، وينتقل من فكرة الى فكرة بطريقة سريعة، ويلعب لعبة الهوس حيث يتهرب من المواضيع ، وعلى أساس هذه الأعراض شخص المفحوص على أنه فصام من نوع الوجداني (schizophrène affective) انطلاقا من DSMIV نتيجة للمزاجات التي تلعب دور كبير ثنائي القطب الهوس والاكتئاب، وهو يمثل للشفاء بمضادات الذهان، ولكن اذا توقف ينتكس لأنه في دائرة الأزمات ، وسبب تكرار الدخول عدم وجود تكفل عائلي دوائي ، وهذا الاضطراب صعب التشخيص يتطلب تكامل من الفريق من الأطباء والنفسانيين، ويحتاج الى مضادات الذهان غير النمطية لأنها تحافظ على الامكانيات الذهنية ليستطيع العمل والاندماج في العائلة والمجتمع، و المفحوص نستطيع إدماجه من جديد في المجتمع بالتكفل الأسري والدوائي والنفسي .

3- تطبيق اختبار الرورشاخ وتحليله :

3-1- عرض:

النص	التحقيق	التنقيط
اللوحة I : 21"	الكل	GF+Aban
^>^ شبه فراشة	الكل	G F ⁻ Symb
^ شعاع كومندوس	الكل	GF±Geo
^ خريطة الجزائر	الكل	GF ⁻ A
^ عنكبوت 55"		
اللوحة II : 19"		DC Sg
^^ أحمر دم شهداء 42"	أحمر دم الشهداء	
اللوحة III : 15"		G F ⁻ obj
^ كرافات	كلية	
"41		
اللوحة IV : 36"		D F ⁻ Obj G Clob Obj GDd FClob (H)
^ ميزان	الجزء	
^ لون ما يعجبش	الكل	
^ وحش عندو عين وحدة	المسيح الدجال (H)	
1,37		
اللوحة V : 8"		G F+A Ban G F+ A Ban
^ فراشة		
^ وطواط		
"32		
اللوحة VI : 37"		CHOC
^>^ ما عرفتهاش	رفض	DG F ⁻ Anat
^ دوارة تاع جسم انسان	الكل	D F ⁻ Anat
^ الجزء رئين 59"	الجزء D1	

GF ⁻ Geo	كلية	اللوحة VII: " 28 خريطة تاع عالم 37"
D C Sg BL C ⁻ Abst G F ⁻ Pays D CF Bot D Kan A	احمر أبيض كلية برتقالي	اللوحة VIII : " 10 أحمر دم شهداء أبيض الأمل جنة برتقالي شينة حيوانات تصيد "54
CHOC	رفض	اللوحة IX : " 14 ما عرفنتش "29
D CF Bot D K (H) D F+ Bot	أصفر أخضر أخضر D5	اللوحة X : " 9 أصفر وردود ملائكة طيارة شجرة "55

اللوحة المفضلة: X, VIII: ألوان مليحة

اللوحة غير مفضلة: VII, VI: ألوان رمادية

المخطط النفسي:

R = 22	G = 10	SdeF = 13	A = 5
R.COMP.=0	GDd = 1	F + = 4	Symb = 1
T.TOTAL=501''	DG=1	F - = 8	Geo = 2
T.D'APPR=TP/R	D = 9	F ± = 1	Sg = 2
=23''	BI = 1	K = 1	Obj = 3
T.DPR: G D BI	G % = 54%	Kan = 1	(H)=2
TRI=£K/£C=1k/6,5	D % = 41%	S.DE K=2	Anat = 2
F.C=1K/0E	BI=4%	Clob = 1	Abst = 1
Refu=2		Fclob=1	Bot = 3
Ban = 3		C=2	Pays=1
F%=59%		CF=2	
F+%=20%		c ⁻ = 1	
A%=23%		Sde C=6,5	
H%=9%		Sde E=0	
RC=32%			
F% الموسعة =73%			
F+% الموسعة =41%			

3-2- تحليل :

يبدو إنتاج المفحوص على العموم متوسط بالنظر إلى عدد الإجابات المعطاة (R=22) بإجابات سريعة، كل إجابة تقدر ب 23 ثا، يعني السرعة في تناول الأداة بعدم استثمار التصور الإدراكي الهوامي، يميز البروتوكول التمسك الشديد بالواقع الخارجي (الشكل الحيواني A=5) المكثف في "فراشة، عنكبوت، وطواط، فالمحتوى متنوع و بالحضور النادر.

تمثلت سياقات التفكير للمفحوص بطغيان التحديد الكلي للمدرك (G=54%) تناول الواقع بطريقة كلية، وعدم تماسك نوعيتها، انخفاض التحديد الجزئي للمدرك (D=41%) محاولا البحث على التحكم في الواقع الخارجي، غير أنه فشل في هذا التحكم نتيجة انخفاض الدفاعات الشكلية F%= 59% بتصادم مع الدفاع والنزوة، وفتح المجال للمدركات الخاطئة من الظهور نتيجة بروز الرغبة .

و هذا يرجع لعدم تلاؤم قدراته الفكرية في الانسجام مع الواقع الخارجي وكفاءته في التنظيم الدفاعي نتيجة الفشل الإدراكي لإرادة التوحد كوسيلة دفاعية للتمسك بالموضوع وهشاشة الحدود ($G4F+$) ، $G8F^-$)، تتوزع الإجابات الجزئية بطريقة عشوائية على معظم اللوحات ، إلا أن تكرارها الغالب قد ظهر في اللوحتين البطاقة ، V, 1 : خفاش ، II, VIII : أحمر دم شهداء

فانطلق الإنتاج الإسقاطي في اللوحة 1 على شكل محاولة اندماج تكيفي في الواقع الموضوعي عن طريق التمسك بالمألوف ($GF+,BAN$) من خلال الشك "شبه" ، وبعدها بإدراك كلي سلبي فاشل لمحتويات جغرافي وحيواني التي تفتقر الى أي صدى هوامي لعدم الكفاية العقلية ، لينفجر في اللوحة الخاصة الجزء اللوني الأحمر "دم" يسجل فيه العدوانية مقابل قوة الاخضاء من خلال "شهداء" أي لم يبلغ مستوى الإدراك التصوري المكتمل لتكوين الموضوع التقمص لتتلاشى قدرات التكيف في البطاقة III بإدراك فاشل لمحتوى شيء لعدم تصور أي حركة بشرية أي تجميد التام للصورة الإنسانية بعدم قدرته على التقمص وهذا راجع لنقص التجربة العلائقية بملاحظة جزء فقط من شيء يخص البشر لتجنب الواقع المألوف .

يزيد جمود الفكر لتدخل التناول الجزئي الفاشل DF^- في اللوحة IV ويعود التشبث بالكليات بطريقة نزوية من مشاعر عدم الارتياح ومخيفة انطلاقا "وحش عندو عين" بتجزئة الوحش ، ليحاول من جديد التكيف الإدراكي للموضوع بطريقة ابتذالية من خلال استجابتين "فراشة" ($GF+BAN$) ، وطواط ($GF+BAN$) ، ليزداد عدم استقرار وعدم ثبات من خلال صدمة في البطاقة IV ويلبها العجز التصوري الإدراكي الجزئي الفاشل لمحتويات تشريحية لنقص القدرة الاحتوائية بأجزاء الجسم ، وتزول الحركة الإنسانية لتزداد معها ($F+=20\%$) لسد ذلك الفراغ النقص الحركي .

ليواصل في اللوحة VII الجمود الفكري الفاشل بمحتوى جغرافي (GF^-GEO) ، ويتغير مجرى التفكير (نمط الإدراك) بتدخل اللوحات الملونة من البطاقة VIII التي تشكل الاختيار الايجابي ، بداية بصدمة من خلال الرفض ، ويقوم بعدها بتصور فراغي تجريدي ليفشل التصور الإدراكي الكلي للطبيعة ، ليدخل اللون في المحتوى النباتي ويبحث من جديد على الأمان بالتجريد ، ليقوم بحركة جزئية حيوانية ، كلها للبحث على الأمان والرجوع إلى الطفولة التي تمثل بالنسبة له أمان يحتمي إليه من خطر الواقع الموضوعي .

لينحصر تفكير في البطاقة XI من خلال الرفض دليل على صدمة ، ليكون إدراكه في اللوحة X عن طريق جزئية لونية شكلية لمحتوى نباتي وبحركة شبه إنسانية عن طريق ذكر الأشياء الغربية ، لينجح في التصور الإدراكي الجزئي الايجابي "شجرة" نتيجة السرور بانتهاء الاختبار .

إن هذا النمط من الإدراك يطغى التناول التكراري للمنبه خاصة في اللوحات المذكورة سابقا الذي يخدم التفكير الصلب من خلال نسبتها المنخفضة يجعل المفحوص قليل العقلانية الفكرية بتداخل المظاهر العاطفية حيث جعلت السير الوظيفي معرقل ، هذا ما جعل المراقبة لا تقوم بدورها لتحسين العلاقة مع الواقع نتيجة فشله في الحكم على الحقيقة الموضوعية (F+=59%, F+=20%, F+=41% موسعة) .

أي الحكم على الحقيقة غير جيدة بضعف قدرات التشكيل جيد والسليم للمنبهات، وهذا نجده في الفراغ الهوامي لدى الذهاني عدم الرقابة للواقع .

يعالج المفحوص مساره الإنتاجي باستجابات متوسطة، وكان الرفض مرتين، أما نمط الرجوع الحميم الانبساطي المختلط ،حيث نجد الاستثارة اللونية مرتفعة مقارنة بالحركة التي تدل على فشل في إقامة العلاقات العاطفية مع المواضيع (TRI=1k/6,5C)، و الصيغة الثانوية التي تميل الى الانغلاق التي تعبر على نقص العلاقات العاطفية مع الموضوع الأولي (FC=1K/0E) (RC =32%) دليل على انبساط المفحوص خارجيا مع البيئة المحيطة به بعدم القدرة على التكيف مع الواقع الموضوعي وعدم الاستقرار، وبالرغم من وجود حركة إنسانية شبه بشرية ، وحركة حيوانية، إلا أنها تظهر إشكالية التقمص بطابع مرضي وهذا لعدم تقمص الصورة الإنسانية في البطاقة III بالرغم من تنوع المحتويات بفقدان الثراء الهوامي وعدم كفاءته في تقبل الموضوع، فيغلب عليها المحتوى الحيواني دليل على إفراط استثمار الواقع الخارجي للحماية من خطر الحياة الداخلية، وظهور النزوات العدوانية "دم"، "وحش لديه عين واحدة"، وطريقة المواظبة كانت نفسها في البطاقات ،هذا ما جعل تفكيره متصلب في إطار الفراغ الذهاني ، و برز الكف عن الصراعات بمحتويات تفتقر إلا أي صدى هوامي بالرغم من انبساطه على البيئة وهذا نتيجة لعدم الالتمايز بين المواضيع ، وهذا من مميزات الذهاني .

4- تطبيق اختبار التات وتحليله :

4-1- عرض:

تتمثل الملاحظات الأولية كآتي :

- زمن الاستجابات كان قصير جدا و بعدد قليل من الاستجابات

- القصص كانت قصيرة و غير متناسقة

_عدم تلاؤم المنبه مع الموضوع

_ارتباطات قصيرة التي تتعلق بضعف الخطاب

البطاقة 1:

2ثا طفل يقرأ مدرق كمان يقرأ في الموسيقى 24ثا

A1-3:مرجعية الى المعنى الاجتماعي

A1-1:الوصف مع التمسك بالتفاصيل مع التبرير

تتمثل دفاعاته في التمسك بالواقع الخارجي الذي فيه نوع من الالتباس لتوازنه كوسيلة دفاعية صلبة .

أما إشكالية المفحوص تتمثل في الفشل على ارضان إشكالية اللوحة في عدم الاعتراف بالنضج الوظيفي،

وعدم تجاوزه مستقبلا بسيرورات التقمص ، حيث اكتفى بالوصف فقط والتمسك بالواقع السطحي ، هذا ما

يدل على عدم الاعتراف بقلق الاخصاء كمشروع مستقبلي .

البطاقة 2:

5ثا موناليزا تفقد في ابنتها بيت حمراء 38ثا

E2-1:عدم تلاؤم بين الموضوع والمنبه

تتمثل الأساليب الدفاعية في ميل المفحوص الى قوى الإسقاط ب بروز السياقات الأولية كوسيلة دفاعية لتوازنه

اشكاليته تمثلت في عدم قدرته على إحياء العلاقة الثلاثية للصراع الأدبي من خلال عدم إدراك المنبه .

البطاقة 3BM:

4ثا هذا أمه ماتت ولى بوي راهو يبكي مش يروح الجبانة 30ثا

1-3A: التردد في التفسيرات المختلفة

2-1B: إدخال شخصيات غير موجودة

3-3B: عدم الاستقرار في التقمصات

3-2E: تصورات قوية مرتبطة بموضوع عدواني

3-1B: تعبير على مشاعر

دفاعات المفحوص تتمثل في التمسك بالعمليات الوسواسية من خلال التردد كوسيلة دفاعية صلبة ثم الاستثمار العلائقي، وعدم استقرار في التقمصات من خلال عدم الإشارة الى الشخص من خلال "هذا" بعمليات هستيرية كوسيلة دفاعية لتجنب الصراع النفسي العلائقي ، وبعدها ظهور السياقات الأولية المرتبطة بموضوع عدواني ليعاود الاستثمار العلائقي من جديد لتجنب هذا الصراع النفسي العلائقي .

تطرح المشكلة الوضعية الاكثائية التي لم يستطع المفحوص ارضانها من خلال عدم الاستقرار في التقمصات ، وإدخال شخصيات غير موجودة في المنبه بالرغم من تعبيره على المشاعر .

البطاقة 4:

4 ثا امرأة تحكي مع راجلها تقول بحبك عينيه كحل من القرابة 26ثا

1-1A: وصف مع التمسك بالتفاصيل مع التبرير

1-1B: تركيز على علاقات الشخصية

2-3B: تعليم العلاقات

دفاعاته تتمثل في استجابات تتميز بالتركيز بالواقع السطحي كوسيلة دفاعية لتوازنه ، ثم بالاستثمار العلائقي وبعمليات الهستيرية كوسيلة دفاعية لتوازنه .

لم يستطع المفحوص ارضان إشكالية اللوحة المتمثلة في صراع النزوي ببعديه اللبيدي والعدواني داخل الزوج من خلال الاكتفاء بالوصف فقط .

البطاقة 5:

3ثا عبد يقرأ أمه تخزر فيه كيفاه يقرأ في المكتب طيب تاعي 52ثا

E2-1: عدم تلاؤم بين الموضوع والمنبه

تتمثل الأساليب الدفاعية في بروز السياقات الأولية كوسيلة دفاعية لتوازنه .

والإشكالية تتمثل في عدم قدرة المفحوص في ارضائها التي تتمثل في ادراك صورة الأم تدخل وتراقب من خلال عدم استعابه للمنبه.

البطاقة 6BM:

6ثا هذا دكتور أمه بيضاء لباس عنها يعرف دواء 16ثا

E2-1: عدم تلاؤم بين الموضوع والمنبه .

دفاعاته تتمثل في لجوءه الى قوى الإسقاط ب بروز السياقات الأولية كوسيلة دفاعية لتوازنه .

أما اشكاليته تتمثل في عدم قدرته على ارضان اللوحة التي تتمثل في تقارب الأم - ابن في محتوى مضطرب من خلال عدم إدراك المنبه وعدم انسجام الموضوع .

البطاقة 7BM:

8ثا بي طفل لعباد ما يعرفش يهني فيه قولو لباس ليها مرأة ما شفوش 45ثا

E3-1: اختلاط في الهويات

E4-3: ارتباطات قصيرة

تمثلت دفاعات المفحوص في اللجوء إلى السياقات الأولية من خلال عدم استقرار معالم الهوية كمكانيزم

دفاعي متقهقر لتجنب خطر التقارب وضعف الخطاب كوسيلة دفاعية يحمي بها نفسه .

إشكالية اللوحة تدور حول تقارب أب /ابن في متعارض عند الابن ،غير أن المفحوص فشل في ارضائها

من خلال الاختلاط في معالم الهوية وربط الأشياء ليست لها علاقة مع بعضها .

البطاقة: 8BM

5ثا موسى مقص يولد في مرأة فرملة 38ثا

E2-1: عدم تلاؤم بين الموضوع والمنبه

تمثلت أساليبه الدفاعية في ميله الى قوى الإسقاط ببروز سياقات الأولية كوسيلة دفاعية لتوازنه ،حيث لم يذكر الشخصين .

أما اشكاليته تتمثل في عدم قدرته على ارضان العدوانية الموجهة نحو صورة الأب من خلال عدم إدراك المنبه وعدم تلاؤم الموضوع .

البطاقة 10:

13ثا حبيسين زوج صغار يتحابو 53ثا

E2-1: عدم تلاؤم بين الموضوع والمنبه

يواصل المفحوص ببروز السياقات الأولية كوسيلة دفاعية متقهرة لتوازنه .
أما الإشكالية تتمثل في استجابات المفحوص التي ليس لها علاقة بالإحياءات التحتية للوحة من خلال الاقتراب اللبيدي داخل الزوج ، وهذا راجع لعدم إدراك المنبه ،والموضوع كان غير منسجم بعدم التعرف على الزوجين .

البطاقة 11:

6ثا خريطة تاع شعب 20ثا

E2-1: عدم تلاؤم بين الموضوع والمنبه

دفاعاته تمثلت في بروز السياقات الأولية من جديد بقوى الإسقاط كوسيلة دفاعية لتوازنه .
أما الإشكالية تظهر أن استجاباته بعيدة تماما على الإحياءات الرمزية للبطاقة المقلقة ،حيث المفحوص بعيد على الإحساس بالقلق من خلال عدم إدراك المنبه .

البطاقة : 13MF

13ثا مرته مريضة وكتابات في طابله راجل يقرأ فيهم 32ثا

B1-1: التركيز على علاقات شخصية

E1-4: أشخاص مرضى

A1-1: الوصف مع التمسك بالتفاصيل مع التبرير

تتمثل الأساليب الدفاعية في ميل المفحوص الى نوع من التكيف بالاستثمار العلائقي كوسيلة دفاعية لتجنب الصراع النفسي العلائقي، ثم من خلال تحويل الإدراك ببروز السياقات الأولية كوسيلة دفاعية، لينتهي بالتمسك بالواقع السطحي الذي فيه نوع من الالتباس لتوازنه .

أما إشكالية هذه اللوحة تدور حول التعبير الجنسي والعواني عند الزوجين، غير أن المفحوص فشل في ارضانها من خلال الوصف فقط.

البطاقة :16

12 ثا كيلو تاع حوت كاين حوت كاين ماء كاين خرفان كاين كاين خريطة دوخهم 1,00د

E4-3: ارتباطات قصيرة

تمثلت دفاعاته في ميله الى ضعف الخطاب من خلال الارتباطات القصيرة، هذا ما أدى الى بروز السياقات الأولية كوسيلة دفاعية لتكيفه .

أما إشكالية تمثلت في عدم قدرته على بناء الأشياء بنفسه والعلاقات الموضوعية لها من خلال ضعف الخطاب، هذا ما جعله يفشل في ارضان إشكالية اللوحة .

البطاقة :19

27ثا خريطة عقل إنسان 44ثا

E2-1: عدم تلاؤم بين موضوع والمنبه

دفاعات المفحوص تتمثل في استجابات تحيي السياقات الأولية كوسيلة دفاعية متقهرة لتكيفه .

أما الإشكالية ظهرت في عدم قدرته على تنظيم الانفصال بين الداخل والخارج، هذا ما جعله يفشل في ارضان الإشكالية ما قبل التناسلية .

2-4 - تحليل لـ :

جدول (6): توزيع السياقات الدفاعية الحالة (03)

E	B	A
E2-1=7	B1-2=1	A1-3=1
E2-3=1	B3-3=1	A1-1=3
E3-1=1	B1-3=1	A3-1=1
E4-3=2	B1-1=2	
E1-4=1	B3-2=1	
12	6	5

التحليل العام للبروتوكول :

E2-1: +++

* الأساليب الدفاعية :

امتاز إنتاج المفحوص بطغيان السياقات الأولية (E=12) ، خاصة ب بروز قوى الإسقاط (E2)، التي تتمثل في عدم تلاؤم بين موضوع والمنبه (E2-1)، تأتي السياقات الصراع النفسي العلائقي بمجموع (B=6) أما سياقات الرقابة بمجموع (A=5)، وسياقات تجنب الصراع (C) منعدمة تماما .

المرونة :

نلاحظ سيطرة السياقات الأولية E المرتبطة بقوى الإسقاط من خلال عدم تلاؤم بين الموضوع والمنبه، وتليها عوامل الصراع النفسي العلائقي B ، و كانت عوامل الرقابة A حاضرة من خلال الدفاع التركيز على العلاقات الشخصية ، وعلى هذا الأساس يمكن أن نحدد المرونة من النمط الثاني (±) وذلك حسب التصنيف الذي وضعته shentoub .v .

*الفرضية التشخيصية:

نلاحظ بروز السياقات الأولية (E=12) كوسيلة دفاعية متقهرة للمفحوص وهذا راجع لفشل الأنا على مراقبة محتويات اللاشعورية للهو ،فالمفحوص أخرج هوامه الداخلي كوسيلة دفاعية لتجنب العالم الخارجي الخطير من خلال انشطاره على متطلبات الواقع، غير مراعي لشروط الضبط الخارجي، فهو مصدر تهديد

بالنسبة له ، هذا ما جعله يفشل في ارضان إشكاليات اللوحة ، مما يوحي أنه يعيش في الفراغ في دائرة الذهان

5 - تطبيق اختبار منيسوتا متعدد الأوجه MMPI-2 وتحليله .

5-1- عرض :

L	F	K	Hs	D	Hy	Pd	MF	Pa	Pt	SC	Ma	Si
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
62	96	55	70	61	61	50	49	67	75	96	103	48

$$L' \text{ indice de goldberg} = L + Pa + SC - Hy - pt = 62 + 67 + 96 - 61 - 75 = 89$$

فمؤشر قودبارج أكبر من 45 يكون الشخص ذهاني .

- متوسط ارتفاع البروفيل :

$$M = Hs + D + Hy + Pd + Pa + Pt + Sc + Ma / 8 = 70 + 61 + 61 + 50 + 67 + 75 + 96 + 103 / 8 = 72,87$$

رمز ولش يكون كالآتي / F*L-K : F*8*71,6+23 -4/50

السلم F=96: F : مرتفع تشير الى مرض موسوم مؤشر جيد عن وجود مشكلات ذهانية .

5-2- تحليل :

السلام الإكلينيكية القاعدية :

1_توهم المرض (توهم المرض): Hs=70

يعني انشغال كبير بالحالة الجسدية (اضطرابات هضمية ، تعب ، ألم وضعف عام ، غياب القلق الظاهر) من مميزات شخصية المفحوص للسلم رقم واحد بالأنانية ، والنزوع الى التحكم في المحيط ، سلوك نرجسي ومتمركز على الذات ، التشاؤم والانهازامية ، نظرة مستخفة للوجود ، معبر عن بعض العدوانية بشكل غير مباشر ، نادرا ما يطبق ما يفكر فيه (لا يمر الفعل) .

2_الاكتئاب: D=61

ليس لهذا سلم دلالة تشخيصية واحدة لان أعراض الاكتئاب في العديد من الأمراض

من مميزات شخصية للسلم الرقم الثاني انعدام الثقة في النفس ،النزوع الى القلق والاضطراب العقلي ،
تفادي الصراع ،الانطواء ،الخجل ،والتحفظ .

3-الهستيريا : Hy=61

لا تعد مرض من خلال الدرجة التائية التي تقع قبل المتوسط

4- الانحرافات السيكوباتية : Pd=50

لا تعد مرض من خلال الدرجة التائية التي تقع قبل المتوسط

5- الذكورة الأنوثة : MF=49

لا تعد مرض من خلال الدرجة التائية

6- البرانويا : Pa=67

فهي تقع حسب درجة التائية للمرض غير أنها غير مرتفعة أي لديه نوع من البرانويا

7- البسيكاستينيا : Pt=75

الدرجات المتوسطة الارتفاع بين ت أكبر من 65 وأقل من 85 فهي تشير الى شخصية مقلق ،خائف ،
متردد عصيبا، متوتر مع نزوع الى الاضطراب القلق ، يشك في ذاته يشعر بالدونية ،ينتقد ذاته ويسيء
تقديرها ودائم الاجترار، متصلب أخلاقي ،وتقليدي ،خجول ويجد صعوبة في إقامة علاقات مع الآخرين.

8- الفصام : SC=96

تدل على وجود خطر التوظيف الذهاني الخفي مع اضطرابات التفكير، الغموض ،اختلال التنظيم
والتوجيه .

- نجد عادة ميولا غير مألوفة وأفكارا ذهانية ،هلاوس ، نقص الضبط مع ضعف القدرة على إصدار الأحكام
مميزات شخصيته للسلم الثامن العزلة ،الانطوائية ،صعوبة الاتصال ،الفصامية ،البرودة واللامبالاة،تفادي
الناس والمواقف الجديدة ،الخجل وفي الغالب القلق القوي ،الشعور بالدونية ،العجز وعدم الإقناع ،قليل
الاستثمار في العلاقات ، عدواني ،عنيف وحقود ، العجز عن التعبير عن المشاعر .

9- الخفيف الهوس : Ma=103

تعني الدرجات التائية أكبر من 80 احتمال أن يكون الشخص في مرحلة هوس الحقيقي (الإفراط الحركي العام، نوع الى الهروب من الأفكار، إمكانية وجود هلاوس أو ذهان العظمة)
 مميزات لشخصيته للسلم رقم التاسع الإفراط الحركي، التغيير الانفعالي المتكرر، انتفاخ الأنا، الشرود الذهني النشاط والثرثرة، لا يمكن التكهن بسلوكاته، طغيان الحركة عن التفكير، تعدد مراكز الاهتمام مع استثمار مكثف لكنه قصير، سرعة الغضب، تقبل الإحباط، صعوبة كف التعبير عن النزوات، والانفعالات، الغضب العدوانية والعنف، الانتسراح، الانبساط، الاجتماعية مع سطحية العلاقات، سوء التكيف الاجتماعي والمهني، الاضطراب مع إمكانية المرور بحلقات اكتئابية ظرفية.

0- الانطواء الاجتماعي : Si=48

الدرجة التائية تقل على المتوسط المشاركة في تأكيد الذات ويعانون من أعراض سوماتية .

التحليل العام للحالة :

خلال ملاحظة المفحوص تميز سلوكه بالاستقرار نسبيا ، وإيماءاته جافة تخلو من أي معنى وبمزاجات مختلفة حزن وعظمة ، فهو يتكلم كثيرا ويتحرك ، وينتقل من موضوع الى موضوع ويقطعه ، مع الهيجان اللفظي .

أما اختبار الرورشاخ فكانت إنتاجيته لا بأس بها نتيجة لتنوع في المحتويات وكثرة المدركات الكلية والتعسفية يريد بها التحكم في الواقع الخارجي المهدد ، وكثرة المحتويات الحيوانية للإفراط في التمسك بالواقع الموضوعي الذي يخدم التفكير الصلب ، وعدم اللاتمايز في المواضيع ، ليفشل في إسقاط صراعاته عليها وهذا عدم اللاتمايز هو الذي يجعل المفحوص يعيش في فراغ ذهاني .

كما أظهر اختبار تفهم الموضوع بروز السياقات الأولية من خلال قوى الإسقاط كوسيلة دفاعية لتوازنه، حيث كانت سياقات الرقابة حاضرة ، هذا ما جعله يفشل في ارضان جميع الإشكاليات الأوديبية للوحات ، وهذه ميزة الذهاني ، أما اختبار MMPI-2 ظهر من خلال ارتفاع الدرجة الثانية للهوس و الفصام ، هذا ما يبين أن المفحوص يحمل الطابع الهوس الاكتئابي ، مع ارتفاع الدرجة الثانية للمثلث العصابي الذي يشمل توهم المرض $Hs=70$ ، وسلم الاكتئاب $D=61$ ، الى جانب ارتفاع الدرجة الثانية لكل من سلم الذهاني الذي يشمل سلم البرانويا $Pa=67$ ، الهوس الخفيف $Ma=103$ ، والبسيكاستينيا $Pt=75$ ، هذا له علاقة بارتفاع الدرجة الثانية لسلم الفصام ، فالفصامي في تطور مسار المرض تظهر شحنة كبيرة من النشاط ، وبمضادات الذهان تتباعد هذه النشاطات ، وبعدها تزداد الأعراض حدة حتى يتناول مضادات الذهان ، ثم تتوقف هذه الأعراض عن النشاط في مرحلة الكهولة في 50 سنة .

اتضح من خلال دراسة حالة المفحوص أن عامل الوراثة أثر كبير في اكتساب هذا الاضطراب خاصة من خلال السوابق العائلية أمه ، ففي بداية الاضطراب شخص على أنه اضطراب ثنائي القطب ، هذا ما أكده **Henniey Bernard (1979)** "أن قبل ظهور الانفصام تكون سمات مزاجية وتصرفية منها اضطرابات المزاج ، سمات عصبية ، عدوانية مندفعة ، قلق الوسوسة " . (أنظر الى الصفحة 65 في التراث الأدبي) هذا يعني أن الاضطراب العقلي في مساره يتطور في بداية المراهقة الى أن يستقر في اضطراب الفصام ، هذا ما دعمه كادول : "الانفصام مسبق بتطور غير عادي " . (أنظر الى الصفحة 65 في التراث الأدبي)

وكذلك دراسة تؤكد: " أن الفصامين يتصفون بالانتماء الأكتومورفي الذي يعني صفة التوتر المزاجي الحاد والحساس الحاد ، والحساس جدا ، ويواجهون بيئة تفتقر الى الدفاء العاطفي وهم ينسحبون الى حالة فصام "

(مروان أبو حويج ، عصام الصفدي 2009 ص 131)

* الحالة الرابعة :

1- تقديم الحالة :

بلال عمره 26 سنة ، الأصغر في إخوته من بين أربعة بنات ، وذكورين ، أعزب ، نشأ في كنف عائلة بدوية كثيرة التنقل ، بمستوى معيشي منخفض جدا ، لا توجد سوابق عائلية مرضية ، توقف عن الدراسة في سنة أولى ثانوي بسبب اضطرار الأب إلى العمل في الريف ، وعندما رجع لم يستطع مواصلة الدراسة ، هذا ما جعله ينحرف من خلال أصدقاء السوء فأصبح يتعاطى المخدرات ، وشديد القلق والهيجان ، ودائما يحمل أبوه سبب توقيفه عن الدراسة ، وأصبح الأب يقوم بوسعه لتعويضه مهما كانت الظروف من ناحية المال ، هذا ما جعله يستفز والديه أكثر للحصول على المال لتعاطي المخدرات ، وبعد مدة ظهرت عليه الأعراض من قلة الأكل والكلام مع نفسه ، والمشى في الطريق وهو عريان ، وإهمال نفسه واللامبالاة ، و كانت عدوانيته موجهة لوالديه فقط ، هذا ما جعل أبوه يسرع به الى مختصة عقلية ، ثم تحويله الى مصلحة الأمراض العقلية ببسكرة لأول مرة في 2006 عن عمر 21 سنة ، ليقيم فترة وينتسكس لرفضه للدواء ، فأبوه عجوز وأمه لا يستطيعا التكفل به ، وعندما يتدخل أخوه الأكبر أبوه لا يسمح له ، حتى انسحب أخوه من التكفل ، وهو الآن بين الشارع والمنزل ، توفي أبوه وتركه مع أمه العجوز التي دائما تهرب من المنزل إلى بناتها خوفا منه ، فهو يشكل خطر كبير عليها ، وفي الآونة الأخيرة أصبح سلوكه عدواني اتجاه الناس خاصة للأشخاص الذين يذهبون إلى المدرسة يتربصهم ويضربهم ، ويمشي عريان في الشارع ، وكل مرة يدخل الى مصلحة الأمراض العقلية ، ويتناول مضادات الذهان غير نمطية والنمطية في المصلحة ببسكرة ziprexe-haldool-nozinon ، ولكن عندما يخرج ترجع الأعراض من جديد لرفضه تناول الدواء وغياب الكامل للتكفل الأسري .

2- ملخص المقابلة مع الطبيب السيكاتري :

اعتمد الطبيب السيكاتري في تشخيص المفحوص على مجموعة من الملاحظات الأولية ، بداية بلباسه الذي يبدو لا بأس به و سلوكه يتميز بالهيجان اللفظي وإيماءاته خالية من أي معنى ، و تعابيره جافة وتناقضات في العاطفة يفرح ويبكي ، وانطلاقا من هذه الملاحظة ومقارنتها مع DSMIV كان تشخيصه السيكاتري فصام من نوع برانويدي (type paranoïde) نتيجة لثراء هذائه مع الهالوس ، وأن الأشخاص

تترقبه في كل مكان ، و يفهم أحسن من الغير ، وعائلته تريد التخلص منه، وأبوه سبب المشاكل، حيث تستقر حالته نسبيا مع تناول مضادات الذهان، غير أنه ينتكس لغياب التكفل العائلي الدوائي، و يعتقد أنه تشافى تماما ، ففي مرحلة المراهقة تزداد حدة الاضطراب خاصة في نوبات هيجانية ، وأحسن مضادات من نوع غير النمطية ليحافظ على امكانياته الذهنية ليستطيع العمل والاندماج في العائلة والمجتمع .

وهذا الاضطراب صعب التشخيص يحتاج الى فريقين من الأطباء والأخصائيين ، ونستطيع ادماجه في المجتمع من خلال التكفل النفسي والمحافظة على تناول مضادات الذهان بانتظام.

3- تطبيق اختبار الورشاخ وتحليله :

3-1- عرض :

النص	التحقيق	التنقيط
اللوحة I : 2" ^_فراشة ^_مزهريه ^_دبور طبة حمرا كحلة "35	الكل الكل الكل	G F+A Ban G F ⁻ Obj G C ⁻ F A
اللوحة II : 1" ^_فراشة ^_قلب ^_رئتين ^_كليتين "20	شكل حمر الكل شكل الجزء الأسود واحمر الجزء أسود الجزء الأسود	D F+A Ban D F+anat D F ⁻ anat D F ⁻ anat
اللوحة III : 3" ^_دبور عندو ساقين ^_ربطة عنق "23	الكل أسود الشكل أحمر (D3)	GD F ⁻ Ad D FC Obj
اللوحة IV : 3"	الكل	G F ⁻ A

G F+ A Ban D F ⁻ Anat	الجزء الشكل	دبور فراشة حجرة "27
G F+A Ban	الكل	اللوحة V: " 1 فراشة "9
G F ⁻ Obj DdG F+ Ad	الكل (Dd26)	اللوحة VI: " 2 قيتارة آلة موسيقية شلاغم تاع القط الشكل "25
G F ⁻ Anat G F+A	كلية (D4)	-اللوحة VII: " 2 جهاز هضمي شبه فراشات "29
G F+anat GCF anat Dd F+anat	الكل تاع حيوان الأخضر شكل الشكل وسط (Dd21)	اللوحة VIII : " 1 جهاز هضمي أخضر قلب عمود فقري "17
GF ⁻ Anat D CF Anat D FC Anat D FC Anat DF ⁻ Anat	الكل الوردي الشكل أزرق وأحمر وسط (D6) أزرق جانبيين	اللوحة IX : " 3 عمود فقري وردي حوض قلب رئتين معدة

		"22
DF ⁻ anat	بني	اللوحة X : " 4
DF ⁻ anat	أخضر الشكل	عمود فقري
DF ⁻ anat	أصفر الشكل	حجرة
DFC anat	وردي (D9)	قلب
DF ⁻ anat	أزرق الوسط (D6)	رئتين
DF ⁻ anat	بني الشكل	أمعاء دقيقة
		أمعاء غليظة
		"24

اللوحات المفضلة : I , V ملاح

اللوحات غير مفضلة : II, VII, VIII ملاح

المخطط النفسي :

R = 31	G = 12	F = 24	A = 7
R comple=0	GD = 1	F + = 9	Obj=3
T.total= 231	DdG=1	F ⁻ = 15	Anat= 19
Tps/R= 7"	D = 16	C ⁻ F =1	Ad = 2
T.d'appr:GDDd	Dd=1	FC=4	
TRI=£K/£C=0k/5C	G=45%	CF = 2	
FC=£K/£E=0K/0E	D=52%	Sde C=5	
RC%=45%	Dd%=3%	SdeK=0	
Ban = 4		Sde E=0	
F%=77%			
F+%=37%			
A%=23%			
H%=0%			
F%=90% موسعة			
F+%=46% موسعة			

3-2- تحليل :

يتميز إنتاج البروتوكول ببعض الوفرة الكمية للإجابات (31 إجابة بمعدل 7 ثا لكل إجابة)، وهذا الزمن سريع جدا مما جعل المفحوص يعجز على مراقبة أفكاره ،وما يميز إنتاجه الاسقاطي كثرة الاستجابات التشريحية ذات العلاقة بالعالم الداخلي (أعضاء الجسم :قلب ،رئتين ،كليتين ،حنجرة ،جهاز هضمي) والمواظبة على موضوع واحد بمحتوى تشريحي في خمس لوحات ،هذا ما يبرز أن أفكاره مختلطة وغير منطقية .

وتتوزع الإجابات الجزئية بطريقة عشوائية على معظم اللوحات ،إلا أن تكرارها الغالب قد ظهر في اللوحتين X, II ، أما الدفاعات الشكلية كانت منخفضة ،هذا ما فتح المجال من تشويه المدركات الخاطئة بفعل بروز الرغبة (F%=77%) ،ويقلبه F%=90% (الموسعة) يريد بها تحسين للواقع ،ويتجلى في ارتفاع المحتويات التشريحية ليبعد عن كل المؤثرات الانفعالية والعاطفية ،هذا ما يميز قلة تلقائيته لتخفيف من حدة الصراع من خلال إفراطه بالانسجام مع الواقع الموضوعي ، و طغيان الاستجابات الكلية (G%=45%) يحاول به البحث عن الوحدة التحكم في الواقع الخارجي ،ظهر من خلال الإفراط في العقلنة مع واقعه هذا ما جعل الحركة تثبط من الوظيفة العقلانية المستثمرة ، وهذه الوظيفة العقلية بدون أفعال F% . في اللوحة I محاولة لاندماج تكيفي مع الواقع عن طريق التمسك بالمألوف (GF+ ,BAN)،ويتجه بعدها بالتحديد الشامل المشوه بمحتوى شيء ،حيث يخفي نزعات عدوانية لتصور الذات ، و نزعات اكتئابية لعلاقته بالموضوع .

ويبقى مندمجا من جديد في اللوحة II مع الواقع الموضوعي بالتمسك بالمألوف (DF+ ,BAN) ليقوم بعدها بالتحديد الجزئي للاستجابة اللونية (D,FC) محاولا تشبته بالتعلق مع الواقع الموضوعي ،وهذا التمسك مفروض من الخارج ليشوه بعدها الإدراك بالتحديد الجزئي (2D,F⁻) بمحتوى تشريحي أمام قوة الاخضاء ،نظرا لنقص القدرة الاحتوائية لأجزاء الجسم في الصور المضاعفة إلى رفض العلاقة أمام الاخضاء من أجل الانفصال المحتمل والضمني .

تتلاشى قدرات التكيف مباشرة بتدخل اللوحة III باستجابة تعسفية بمحتوى حيواني جزئي ،كأنه يقوم بتجزئة للصورة الإنسانية، وهي طريقة خاصة لتجنب الواقع المألوف ،وهو يخفي انطباعات عدوانية (D,Obj) تفتح له المجال على عجز إدراك الصورة الإنسانية ،حيث التصورات العلائقية تلاشي قدرات تكيفه

من جديد بادراك خاطئ (G, F^-)، ليحاول من جديد الاندماج مع الواقع الموضوعي عن طريق التمسك بالمألوف ($GF+, Ban$).

وأغلب الإجابات للعالم الداخلي والخارجي تدل على الفشل الإدراكي و ضعف قدرات الاحتواء وهشاشة الحدود ($G8F+ , D16F^-$) بمحتوى شيء يخفي في طياته نزعات عدوانية اتجاه قوة الجنسية التي تفرضها هذه اللوحة، غير أنه يستجيب بطريقة تعسفية محاولا التمسك بالواقع الموضوعي بتجزئة حيوان كأنه يريد تثبيت هذه النزعة الجنسية .

ليتلاشى من جديد في اللوحة VII قدرات التكيف (G, F^-) بمحتوى تشريحي، كأنه يقوم بتشريح الصورة الأمومة من خلال تكرارها التي تحمل في طياتها رفض العلاقة للصورة الأمومة، ليحاول بعدها التكيف من خلال قوة تفرضها من الخارج ببروز عامل الشك ليخفف من ذلك التمزق .

ليبقى نمط الإدراك نفسه حتى يتدخل اللوحات الملونة خاصة في اللوحة VIII بالتمسك بالواقع الموضوعي، وبعدها بتشويه الإدراك والتمسك من جديد بمحتويات تشريحية، هذا ما يبرز مشكلة اتصال مع الواقع الخارجي بطغيان الحياة الداخلية وسيطرتها على الواقع الخارجي فهو يريد اصلاحه حسب مبدأ الهو .
و يبقى نفس التشويه في اللوحة XI ليقوم بعدها بالتحديد الجزئي بالاستجابات اللونية ، مع عاطفة مندمجة اجتماعيا خارجيا ، لكن تخفي عاطفة كبيرة متمركزة في الداخل وسيطرتها لينتهي بتشويه المدرك لأن المفحوص يبحث على شيء يرتكز إليه .

ليبقى هذا التلاشي في التكيف في البطاقة X ($5DF^-$) بسيطرة والإفراط في تناول الحياة الداخلية من خلال الرفض أي علاقة يريد الانفصال خوفا من الواقع الموضوعي فهو يريد الانفصال والفرسانية .

إن هذا النمط من الإدراك يطغى عليه المواظبة لموضوع واحد بمحتوى تشريح من خلال نقص القدرة الاحتوائية لأجزاء الجسم، فيغيب الفعل وتزول الحركة الإنسانية وتزداد المحددات الشكلية الخالصة $F\%=77\%$ لسد ذلك النقص الحركي، هذا ما جعل المفحوص يستعمل الانشطار والعزل بين التمثيل والوجدان، والموسع $F+\%=46\%$ منخفض يسجل عدم استثمار للواقع والذي يدل على الحكم على الحقيقة غير جيدة وضعف قدرات التشكيل الجيد والسليم للمنبهات، وهذا يندرج في سجل ذهاني .

يعالج المفحوص صراعاته من خلال إنتاج وافر مختلط من خلال بروز السياقات الأولية كمكانيزمات دفاعية متقهرة للتمسك بالواقع المشوه، والمواظبة على موضوع واحد والذي ظهر في نمط الرجوع العاطفي

والصيغة الثانوية المتجهان الى الانبساط الصافي من خلال ارتفاع الاستثارة اللونية المرتفعة لفشله في إقامة العلاقات العاطفية مع المواضيع لصد الاكتئاب.

أما الصيغة الثانوية التي تميل الى الانغلاق التي تدل على نقص العلاقات العاطفية في الموضوع الأولي (0K/0E ,0k /5C)، وهذا ما تجسد انبساط المفحوص خارجي للكف من الصراع كوسيلة دفاعية ، يبرز إلى حد ما إشكالية التقمص لديه من خلال غياب الحركات بنوعها الكبرى الإنسانية والصغرى ، وغياب الصورة البشرية في البرتوكول بأكمله يطرح إشكالية العجز عن تصور أية رغبة اتجاه الآخر ، إما بهدف دفاعي يتضمن إبعاده للاحتماء من الميول النزوية ، وإما بنقص التجارب التقمصية الناتجة عن اللاتمايز الموضوعي ويكون خطر فقام بنثيئه ، ولقد هيمن المحتوى المتكرر بطريقة كبيرة مفرطة والاحتماء به من خطر الانفجار الضمني، حيث نجد أحيانا سيطرة FC اندماج العاطفة بشكل مندمج للواقع المشوه، لتكون سيطرة نرجسية عاطفية في الداخل بغلبة بروز الأجزاء المنشطرة للعالم الداخلي ANAT =19، ليقوم بقولية للفكر (A=7) دون اللجوء إلى التفكير ، ويظهر من خلال نوع الضيق وقلة من المحتويات التي تفتقر إلى الصدى الهوامي لتقليص من الصراعات وكفها ، وهذا اللاتمايز الموضوعي لم يجعل الفرصة لظهور الصراع في عبارات ساكنة وغير قابلة للحركة فهي حبيسة الحياة الداخلية بالرغم من ظهور هذه الاستجابات اللونية FC ، غير أنها تتعلق بالتمسك بالخصائص الإدراكية اللونية لظاهر الأشياء ، هذا ما أدى إلى العجز عن التعرف على المواضيع التي تكون مصدرا للصراعات، وهذا يميز الشخصية الذهانية بجعل التناقضات في العاطفة واستعمالها بطريقة مكثفة حسب ما تفرضه الحياة الداخلية ، وهذه من توظيفات الذهاني .

4- تطبيق اختبار TAT وتحليله:

4-1- عرض :

تتمثل الملاحظات الأولية في مايلي :

- زمن الاستجابات كان قصير جدا و بعدد قليل من الاستجابات
- القصص كانت قصيرة والتركيز على العلاقات الشخصية
- ضعف الخطاب .
- ملاحظة وجود صدمة في البطاقة 19
- تثبيط واضح في سلوك العميل مع نزعة لرفض التجاوب مع البطاقات
- طرح الأسئلة في القصة ، واختلاط في الهويات

- عدم إدراك الموضوع الظاهري وعدم تلاؤم المنبه مع الموضوع

البطاقة 1:

6ثا هذا الطفل حائر في المعزوفة التي يعزفها يخم 24ثا

A1-1: الوصف مع التمسك بالتفاصيل مع التبرير

A2-4: تأكيد على الصراعات النفسية الداخلية

تتميز دفاعات المفحوص بالتمسك بالواقع الخارجي السطحي من خلال الوصف واستثمارات الواقع الداخلي عن طريق الصراعات النفسية الداخلية كوسيلة دفاعية جمودية.

أما الإشكالية تتمثل في استجابات المفحوص التي لها علاقة بالإحياءات التحتية من خلال الاعتراف بعدم النضج الوظيفي للطفل و التأكيد على الصراعات النفسية، هذا ما يدل على ارضان إشكالية اللوحة والاعتراف بقلق الاخصاء كمشروع تقمص .

البطاقة 2:

2 ثا بيت من وبر شعر فتاة تحمل كتاب تقرأ مثقفة حابة تخدم تبحث على حوار 33ثا

A1-1: الوصف مع التمسك بالتفاصيل مع التبرير

A1-3: مرجعية الى المعنى الاجتماعي

أما دفاعاته تمثلت في مواصلة استجاباته بالتمسك بالواقع الخارجي السطحي من خلال الوصف كوسيلة دفاعية صلبة .

تعود إشكالية اللوحة الى العلاقة الثلاثية، حيث المفحوص فشل في ارضانها من خلال عدم إحياء الصراع الأوديبى للعلاقة الثلاثية حيث اكتفى بوصف الفتاة فقط وعدم إدراك الرجل والمرأة .

البطاقة 3BM:

1 ثا هذا طفل عندو عاهة في ظهره لا ياكل ولا يشرب ولا يغسل متكي حزين 31ثا

A1-1: التمسك بالتفاصيل مع التبرير

E1-4: مشوهون

B1-3: تعبير على المشاعر

دفاعاته تمثلت في ميله الى التمسك بالواقع الخارجي كوسيلة دفاعية جمودية ثم اللجوء الى سياقات الأولية كوسيلة دفاعية لتوازنه ثم الاستثمار العلائقي من خلال تعبير على المشاعر كوسيلة دفاعية لتجنب الصراع النفسي العلائقي .

أما الإشكالية تتمثل في عدم القدرة على ارضان البعد الاكثابي من خلال الوصف وإدراك أشخاص مشوهين .

البطاقة 4:

5ثا هذارجل حزين غير ناجح في حياته العملية زوجته حزينة عليه زوجته تضموا ليها يبشعر بالحنان والدفء37ثا

A1-1: الوصف مع التمسك بالتفاصيل مع التبرير

B1-1: التركيز على العلاقات الشخصية

B1-3: تعبير على المشاعر

B3-2: تغليم العلاقات

تتمثل الأساليب الدفاعية في تمسك المفحوص بالواقع الخارجي السطحي كوسيلة دفاعية جمودية ثم اللجوء إلى الاستثمار العلائقي من خلال العلاقات الشخصية ، والتعبير على المشاعر وبعمليات هستيرية كوسيلة دفاعية لتجنب الصراع النفسي العلائقي .

اشكاليته تمثلت في عدم القدرة في ارضانها التي تدور حول صراع نزوي في علاقة جنسية عادية من خلال التركيز على الوصف .

البطاقة 5:

5ثا هذا امرأة تفتح الباب تدخل غرفته ابنها كي تطرح عليه أسئلة 30ثا

A1-1: الوصف مع التمسك بالتفاصيل مع التبرير

B1-1: التركيز على العلاقات الشخصية

B1-2: إدخال شخصيات غير موجودة

تتمثل الأساليب الدفاعية في استجابات المفحوص نفسها بالتمسك بالواقع الخارجي السطحي ثم بالاستثمار العلائقي كوسيلة دفاعية لتجنب الصراع النفسي العلائقي .

أما الإشكالية تبرز في قدرة المفحوص في إدراك الأم وربطها بعلاقة التحكم إلا أنه فشل في ارضائها من خلال الوصف .

البطاقة 6BM :

3ثا هذا راجل مثقف أمام جدته ولى أمه يتحاور معها في أمور ثقافية عملية و سياسية وأمه تظل على النافذة متكبرين على بعضاهم 42ثا

A1-1: الوصف مع التمسك بالتفاصيل مع التبرير

B1-1: التركيز على العلاقات الشخصية

A1-3: مرجعية الى المعنى الاجتماعي

A3-1: التردد بين التفسيرات المختلفة

E1-3: مدركات خاطئة

يواصل المفحوص بالتمسك بالواقع الخارجي السطحي كوسيلة دفاعية جمودية ، ثم بالاستثمار العلائقي تجنب للصراع النفسي العلائقي، وبعدها اللجوء من جديد الى التمسك بالواقع الخارجي لتبرز السياقات الأولية من خلال المدركات الخاطئة كوسيلة دفاعية .

ترجع إشكالية اللوحة الى تقارب الأم -الابن في محتوى مضطرب ، حيث فشل المفحوص في ارضائها من خلال التردد بين التفسيرات المختلفة .

البطاقة 7BM :

6ثا ابن وأبوه يضمن بعضاهم البعض اشتياق طول السفر 31ثا

A1-1: الوصف مع التمسك بالتفاصيل مع التبرير

B1-1: التركيز على العلاقات الشخصية

نفس الاستجابة للمفحوص بالتمسك بالواقع الخارجي كوسيلة دفاعية ثم بالاستثمار العلائقي عن طريق العلاقات الشخصية كوسيلة دفاعية تجنب للصراع النفسي العلائقي .

أما الإشكالية تظهر في فشل المفحوص في ارضائها التي تدور حول تقارب أب /ابن في محتوى تعارض عند الابن ،حيث اكتفى بوصف مع التبرير .

البطاقة 8BM:

3ثا هذا فنان لويس باستور يقوم بعملية جراحية لطفل 26ثا

1-2E: عدم تلاؤم بين الموضوع والمنبه

3-4E: ارتباطات قصيرة

بروز السياقات الأولية كوسيلة دفاعية متفهرة لتوازن المفحوص

تعود إشكالية اللوحة الى العدوانية اتجاه صورة الأب ، حيث المفحوص فشل في ارضائها من خلال عدم إدراك المنبه ،هذا ما يدل على فشله في إحياء تمثيلات التي تتعلق بقلق الاخضاء .

البطاقة 10:

3ثا ابن بيو يتفارقو في الحياة عاودو تلاقو سلمو على بعضهم 20ثا

3-1E: مدركات خاطئة

1-3E: اختلاط في الهويات

3-4E: ارتباطات قصيرة

استجابات المفحوص تحيي السياقات الأولية كوسيلة دفاعية متفهرة ،ويواصل من جديد المفحوص التمسك بالواقع الخارجي كوسيلة دفاعية جمودية ، ثم بروز السياقات الأولية كوسيلة دفاعية يحتمى بها من خطر الواقع.

فشل المفحوص في ارضان إشكالية اللوحة التي تعود الى التعبير اللبدي عند الزوجين من خلال الاختلاط في الهويات .

البطاقة 11:

5ثا جبل تسلقو فيه المتسلقون بالثلوج والصخور 16ثا

1-1A: الوصف مع التمسك بالتفاصيل مع التبرير

يبقى المفحوص متمسك بالواقع الخارجي من جديد كوسيلة دفاعية جمودية .

اشكاليته تتمثل في عدم قدرته على ارضائها والتي تتمثل في اللوحة المقلقة وعدم الاحساس بالقلق من خلال الوصف مع التبرير ،هذا ما يدل على عدم إحياء الإشكالية ما قبل التناسلية .

البطاقة 13MF:

5ثا هذا رجل يبكي على فقدان زوجته أو أخته 20ثا

B2-2: الانفعالات القوية

A3-1: التردد بين التفسيرات المختلفة

ميل المفحوص الى التمسرح من خلال الانفعالات القوية كوسيلة دفاعية لتجنب الصراع النفسي العلائقي، ثم بعمليات وسواسية من خلال التردد بين التفسيرات المختلفة كوسيلة دفاعية جمودية .
إشكالية تمثلت في فشل المفحوص في ارضائها التي ترجع الى التعبير الجنسي والعدواني عند الزوجين من خلال التردد بين التفسيرات المختلفة .

البطاقة 16:

1ثا جبل كبير تطل من فوق قمة الشمس أمامه منزل بيت جد كبير يطهو فيه الطعام على الساعة 10 أمام

ساقيه وفهو صغير طيور تزقزق حوله 1,04d

A1-1: الوصف مع التمسك بالتفاصيل مع التبرير

CF1: تشديد على الحياة اليومية العملية

A1-2: تدقيق زمني مكاني مرقم

لجوء المفحوص الى التمسك بالواقع الخارجي السطحي كوسيلة دفاعية جمودية، ثم ميله الى الإفراط في استثمار الواقع الخارجي كوسيلة دفاعية لتجنب الصراع.
أما الإشكالية تتمثل في عدم قدرة المفحوص على بناء الأشياء بنفسه من خلال الإفراط في استثمار الواقع الخارجي، هذا ما يدل على عدم ارضان إشكالية اللوحة .

البطاقة 19:

12 ثا قرية تطل منهامنزليين أحدهما مليء بالكراسي وأخر في مائدة مأدبة طعام 44ثا

E4-3:ارتباطات قصيرة

CI-1:توقفات معتبرة داخل القصة

ميل المفحوص الى السياقات الأولية كوسيلة دفاعية ثم بالتنشيط كوسيلة دفاعية لتجنب الصراع .

أما الإشكالية تتمثل في عدم القدرة في ارضائها من خلال الوصف والتنشيط ،هذا ما يدل على عدم قدرته على إحياء الإشكالية ما قبل التناسلية .

4-2-تحليل :

الجدول رقم (7):توزيع السياقات الدفاعية (04)

E	C	B	A
E1-4=1	CF-1=1	B1-3=2	A2-4=1
E1-3=2	CI-1=1	B1-1=4	A1-3=2
E2-1=1		B3-2=1	A3-1=2
E3-1=1		B1-2=1	A1-2=1
E4-3=3			
8	2	8	6

التحليل العام للبروتوكول :

++ :E1-3:++ et E4-3

++ :B1-1

*الأساليب الدفاعية :

لقد طغت سياقات الأولية بمجموع (E=8) من خلال ارتباطات قصيرة (E4-3)، ومدركات خاطئة (E1_3) نفسها مع سياقات الصراع النفسي العلائقي (B) بمجموع (B=8) من خلال التركيز على العلاقات الشخصية (B1-1).

أما السياقات الرقابة فجاءت بمجموع (A=6)، أما سياقات تجنب الصراع (C) فكادت تنعدم من خلال التنشيط (CI).

*المرونة :

نلاحظ سيطرة سياقات الأولية E المرتبطة بارتباطات قصيرة رغم الاستثمار العلائقي كوسيلة دفاعية لتجنب الصراع النفسي العلائقي ،وظهور سياقات الرقابة متساوية .
وعلى هذا الأساس يمكن أن نحدد المرونة من النمط الثاني (±) وذلك حسب التصنيف الذي وضعته .v .shentoub

*الفرضية التشخيصية :

بالرغم من ظهور الاستثمار العلائقي السلبي من خلال التركيز على العلاقات الشخصية لتفادي الصراع النفسي العلائقي ،غير أن الرقابة لم تستطع رقابة العالم الداخلي ،حيث برزت السياقات الأولية كوسيلة دفاعية متفهرة للاحتماء من العالم الخارجي المهدد ،حتى سياقات الكف من الصراع لم تقم بدورها لعدم التمايز الموضوعي ،وهذا الكف في الصراعات وعدم تمايزها يجعل المفحوص في دائرة الذهان .

5- تطبيق اختبار MMPI-2 وتحليله

5-1- عرض :

L	F	K	Hs	D	Hy	Pd	MF	Pa	Pt	SC	Ma	Si
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
45	120	30	67	65	72	77	58	101	78	103	75	70

$$L'indice\ de\ goldberg = L+Pa+SC-Hy-pt=45+101+103-72-78=99$$

فمؤشر قودبارج أكبر من 45 يكون الشخص ذهاني

متوسط ارتفاع البر وفيل :

$$M=Hs+D+Hy+Pd+Pa+Pt+Sc+Ma /8=67+65+72+77+101+78+103+75/8=79,75$$

رمز ولش يكون كالآتي : K# :L /F! 12+5 ، 86**79430

السلم F=120: F: مرتفع تشير الى مرض موسوم مؤشر جيد عن وجود مشكلات ذهانية .

5-2- تحليل :

السلام الإكلينيكية القاعدية :

1- توهم المرض (توهم المرض) : Hs=67

الدرجة التائية فوق المتوسط يعني يتميز بسمات من الوسواس المرضية لكن ليست مرتفعة

2- الاكتئاب : D=65

ليس لهذا سلم دلالة تشخيصية واحدة لان أعراض الاكتئاب في العديد من الأمراض

ومن مميزات شخصية المفحوص للسلم رقم 2 انعدام الثقة في النفس ، النزوع الى القلق والاضطراب

العقلي ، تفادي الصراع ، الانطواء ، الخجل ، والتحفظ .

3- الهستيريا : Hy=72

الدرجة التائية فوق متوسط يعني لديه ميولات للهستيريا لكن ليس بدرجات مرتفعة

4- الانحرافات السيكوباتية : Pd=77

الدرجة التائية المرتفعة نسبيا دليل على أن لديه نوع من سمات السيكوباتية لكن غير مرتفعة

5- الذكورة الأنوثة : MF=58

لا تعد مرض من خلال الدرجة التائية

6- البرانويا : Pa=101

الدرجة التائية المرتفعة أكبر من 80 تعني سلوك ذهاني صريح ، واضطراب في التفكير في بعض الأحيان

بنية ذهانية يمكن أن تأخذ شكل الذهان النظم أو أفكار ومشاعر و مشاعر اضطهادية ، شعور الشخص بأنه لم

يعامل كما يجب أو عوامل بشكل سيء ، تشخيص محتمل للفصام أو البرانويا .

7- البسيكاستينيا : Pt=78

الدرجات المتوسطة الارتفاع بين ت أكبر من 65 وأقل من 85 فهي تشير الى شخصية قلق ، خائف

، متردد عصيبا ، متوتر مع نزوع الى الاضطراب القلق ، يشك في ذاته يشعر بالدونية ، ينتقد ذاته ويسيء

تقديرها ودائم الاجترار ، متصلب أخلاقي ، وتقليدي ، خجول ويجد صعوبة في إقامة علاقات مع الآخرين .

8- الفصام : SC=103

تدل على وجود خطر التوظيف الذهاني الخفي مع اضطرابات التفكير، الغموض، اختلال التنظيم والتوجيه _ نجد عادة ميولا غير مألوفة وأفكارا ذهانية، هلاوس، نقص الضبط مع ضعف القدرة على إصدار الأحكام .

مميزات شخصية للمفحوص للسلم رقم الثامن العزلة، الانطوائية، صعوبة الاتصال، الفصامية، البرودة واللامبالاة، تقادي الناس والمواقف الجديدة، الخجل وفي الغالب القلق القوي، الشعور بالدونية، العجز وعدم الإقناع، قليل الاستثمار في العلاقات، عدواني، عنيف وحقد، العجز عن التعبير عن المشاعر .

9- الهوس الخفيف : Ma=75

الدرجة التائية فوق المتوسط يعني لديه سمات من الهوس الخفيف ولكن غير مرتفع

0- الانطواء الاجتماعي : Si=70

الدرجة التائية التي تفوق المتوسط درجة متنامية من الخجل الاجتماعي، وتفضيل للعمل الوجداني وصعوبة في تأكيد الذات على مستوى الاجتماعي.

التحليل العام للحالة :

أثناء الملاحظة تميز سلوك المفحوص بنوع من الهيجان اللفظي خاصة في كلامه، وبهذاء ثري جدا من خلال تعدد المواضيع الاجتماعية والاضطهادية خاصة ضد الأم ، حيث يحمل نزوات عدوانية اتجاهها، وإيماءاته غير معبرة ، أما مزاجه فيتغير كل مرة بين الضحك والسخرية والحزن الشديد على حالته ، ونظرة الاضطهاد التي تلاحقه ، فهو متعدد المواضيع ، و أفكاره غير منتظمة وخطير في نفس الوقت حيث يستلزم الرقابة .

أظهرت نتيجة اختبار الرورشاخ ثراء في إنتاجيته ،حيث بلغت 31 استجابة بمحتويات متنوعة التي تم إسقاطها، غير أن الحياة الداخلية كانت مهيمنة عليه بدرجة كبيرة و التي تجسدت في المحتويات التشريحية كبديل للواقع الموضوعي، وبروز الاستجابات المختلطة والتعسفية ، وكانت نسبة الاستجابات الشكلية مرتفعة $F\%=77\%$ ، فالمفحوص يحاول الإفراط في التمسك بالواقع الموضوعي العقلاني، والتحكم فيه كوسيلة دفاعية لاحتماء بها من هذا العالم الموضوعي الذي يشكل له تهديد مع غياب الحركة البشرية، هذا ما يبرز إشكالية التقمص ، ومزاجات مختلفة بطريقة مكثفة كلها تدل على أن المفحوص ذهاني .

أما اختبار تفهم الموضوع نتيجته تمثلت في بروز السياقات الأولية المتمثلة في الارتباطات القصيرة المتفهمة لاحتماء من العالم الخارجي ،وفشل في جميع اركان الإشكاليات الأوديبية بادراك أشخاص مشوهين، وعدم تلاؤم بين الموضوع والمنبه ،هذا ما يدل على أن المفحوص ذهاني .

بين نتائج اختبار MMPI-2 ارتفاع الدرجة التائية لسلم الفصام ،كذلك ارتفاع الدرجة التائية لسلم البرانويا، يعني أن سمات الشخصية للمفحوص تتميز بروفيل ذهاني من النوع الفصام البرانوي من خلال أفكار ومشاعر الاضطهاد ، وبالعزلة والانطواء وقليل الاستثمار في العلاقات،مع ارتفاع الدرجة التائية للسلم المثلث العصابي من توهم المرض $Hs=67$ ،الاكتئاب $D=65$ ،الهستيريا $Hy=72$ ، وارتفاع الدرجة التائية لسلم المثلث الذهاني البسيكاستينيا $Pt=78$ ، الهوس الخفيف $Ma=75$ ، يعني ارتفاع سلم الفصام له علاقة بارتفاع سلم المثلث العصابي والذهاني .

"الفصامي ذو الميول "البارانوية " يتسم سلوكه بتصديد أخطاء الناس جميعا ،وكل ما من شأنه إثبات أنهم غير منصفين ،لكنه في الحقيقة إنما يفعل ذلك في سلوكه الظاهري فقط ،ولا تحتل تلك الميول سوى القشرة السطحية من تفكيره فقد جعله المرض يسلك على هذا النحو حماية لنفسه ضد الشعور الذي يسري

في كيانه كله بفقدان الثقة بالآخرين" .(سيلفانو أريتي 1991 ص 17)

أما مسارات حياة المريض ظهرت من خلال ظروفه الاجتماعية غير المستقرة، فهو ينتمي الى عائلة بدوية وتوقفه عن الدراسة واتخاذ رفاق السوء وتعاطي المخدرات، كل هذه العوامل عجلت في ظهور الفصام .

" يعتبر الفصام رد فعل طبيعي لسلسلة من الظروف التي تردت خلال مرحلة الطفولة وليس كمرض عقلي، الذي سيكون من المستحيل إنشاء المسببات " (Pierre .F ,Chanoit 1995p76)

وكذلك أكد كوبر: " أن المواقف العائلية القاسية تساعد على التهيئة للمرض العقلي "

(أنظر الى الصفحة 74 في التراث الأدبي)

الى جانب عامل تعاطي المخدرات له أثر فعال في ظهور الفصام حسب الدراسة للصحة العقلية التي تؤكد " الأفراد الذين لديهم الفصام أكثر من المحتمل أن تكون مشكلة تعاطي المخدرات والكحول ".

(Schizophrenia national institute of mental health 2009 p 05)

الحالة الخامسة :

1- تقديم الحالة :

حسان 30 سنة ترتيبه الثاني من اثني عشر أخ من بين إخوته ثلاث بنات وذكورين، أبوه طلق أمه وتزوج امرأتين بعد أمه، تربي مع زوجات الأب ، واصل دراسته حتى أولى ثانوي، بالرغم من إمكانيات المادية الجيدة لوالده، غير أنه لا يلبي له الحاجات الضرورية ولا الدعم النفسي ، و أصدقاء المدرسة يسخران منه، فهو دائما ثيابه مقطعة ومنتسخة، وعلاقاته مع أصدقائه غير جيدة، فأبوه كان قاسيا عليه، وبعد وفاة أمه تدهورت دراسته وضبطه المراقب العام بحوزته كمية من المخدرات في جيبه، وبعدها اضطر زيان إلى الخروج عن الثانوية، فأمتهن عملية التسول مع صديق له لمدة عامين، وبعدها ظهرت على حسان بعض الأعراض فأصبح يضرب بعنف أصدقاءه وحتى الأطفال و جميع عائلته يخافونه، لديه غرفة فقط يقدمون له الطعام ويهربون وأكثر المكان الذي يذهب إليه هو الجامع، حيث يقوم بتهريب المصلين ويضرب الإمام، لهذا يأتي به عمال البلدية إلى مصلحة الأمراض العقلية ليقوم بها فترة ثم يخرج وبعدها يتم تحويله إلى مستشفى الأمراض العقلية العثمانية بقسنطينة ليقوم فيها لفترة شهرين أو ثلاث، ثم يرجع من جديد إلى قريته ليعود من جديد لمصلحة الأمراض العقلية ببسكرة، فهو دائم الدخول مابين العثمانية والمصلحة .

وأول دخوله لمصلحة الأمراض العقلية ببسكرة في 22 جوان 2004 عن عمر 22 سنة ليقوم بها فترة ويخرج وينتسكس من جديد لفقدان التكفل دوائي، وقدمت له مضادات الذهان النمطية من modicate 100/3imp , haldool-nozinon-sowel وأستبدلت بمضادات الذهان غير نمطية .

2- ملخص المقابلة مع الطبيب السيكاتري :

تمت عملية تشخيص المفحوص من قبل الطبيب السيكاتري من خلال المقابلة معتمدا على ملاحظة الأعراض التي تمثلت في لباسه المنتسخ، وفق في الأفكار والتفكير، ولم يتعرف على اسمه وبعد مدة يتذكره بحوار غير منظم مفكك وسلوك غير منظم من خلال العدوانية، ومشاعر جافة تشبه الى حد ما التخشب، حيث كان يتكلم دون ربط بين المواضيع ، وتسيطر عليه الأعراض السلبية لا يوجد الهذات، وعلى هذا الأساس شخص على أنه فصام من النوع التفككي (type désorganisé) حسب DSMIV نتيجة لهذات مفكك وصعوبة تحديده، فكان هذائه فقير جدا يردد فقط كلمات وعنيف جدا في سلوكه ، ويتكرر دخوله بسبب عدم تكفل دوائي للمفحوص ، فخطره موجه للخارج ، هذا ما يستدعي الرقابة عليه في مصلحة الأمراض العقلية .

ونظرا لعدم الرقابة العائلية الدوائية ورفضه للدواء فأحسن الأدوية الحقن الموديكات ، وهذا الاضطراب صعب التشخيص ويتطلب الفريقين من الأطباء والأخصائيين، و يمكن للمفحوص الاندماج في المجتمع من جديد من خلال التكفل النفسي الذي يشمل كذلك العائلي والمتابعة الدوائية .

3- تطبيق إختبار الرورشاخ وتحليله :

3-1- عرض :

النص	التحقيق	التنقيط
اللوحة I : 29 " ^_مشفاهم "32	رفض	CHOC
اللوحة II : 18" ^_مرأة ^_أحمر امرأة "35	كلية كلية	G F ⁻ H D C F H
اللوحة III : 6" ^_مرأة ~_مرأة ~_مرأة "32	كلية كلية كلية	G F ⁻ H G F ⁻ H G F ⁻ H
اللوحة IV : 8" ~_مرأة ~_مرأة كحلة 21	كلية كلية	G F ⁻ H G F C ⁻ H
اللوحة V : 10" ^_مرأة كحلة "17	كلية	G F C ⁻ H

G FC ⁻ H	كلية	اللوحة VI : 10 ^_مرأة كحلة 17"
G FC ⁻ H G F ⁻ H	كلية كلية	اللوحة VII : 29 ^_مرأة كحلة ^_مرأة كحلة "33
G F± obj D CF obj D CF obj D CF Bot	حمراء خضراء برتقالي	اللوحة VIII:15 ^_فوتو زين ^_حاجة حمراء ستيلو ^_حاجة خضراء لبسة ^_برتقالي ورقة 1,02
CHOC D CF Obj D CF Obj D CF Bot	رفض وردي خضراء برتقالي	اللوحة IX : "17 ^_ماعرفتهاش ^_وردي :ستيلو ^_خضراء لبسة ^_برتقالي ورقة " 1,03
CHOC G CF Bot D CF Bot D CF Bot	رفض لون وردي صفراء	اللوحة X : 1 ^_مش عارف ^_أزهار ^_وردي ورقة ^_صفراء ورقة 1,05

اللوحات المفضلة: VI, I, أ: عجبتني برك
 اللوحات غير مفضلة: II, VII, ب: معجبونيش خوفوني

المخطط النفسي :

<p>R = 21 R.COMP.=0 T.TOTAL=377” T.D’APPR=TP/R =18” T.DAPPR : G D TRI=£K/£C=0k/12C F.C=£K/£E=0K/0E Refu=3 Ban = 0 F%=33,33% F+%=7% A%=0% H%=52%</p> <p>RC% =48 % F%موسعة=33,33% F+%موسعة=7%</p>	<p>G = 12 D = 9 G % = 57% D % = 43%</p>	<p>F⁻=6 FC⁻=4 F±=1 SdeF=7 CF=10 Sde C=12 SdeK=0 SdeE=0</p>	<p>H=11 Obj=5 Bot=5</p>
--	--	---	---

3-2- تحليل :

ما يميز استجابات المفحوص أن إنتاجيته $R=21$ مقبولة على العموم من خلال التقصير في التعبير، وضعف في الإبداع، وهي متكررة بطريقة مقبولة خالية من أي معنى من خلال المواظبة في البطاقة (II,III ,IV,V,IV,VII) امرأة، امرأة كحلة .

وفي البطاقات (VIII,XI) لبسة، وفي البطاقات (VIII,XI) ورقة بطريقة مقبولة تشهد على صلابة الفكر من خلال رفض الإثارة الخارجية التي تكافئ العالم الداخلي، فكانت الاستجابات البشرية $H=52\%$ يعني إفراط في التقمصات للصور البشرية بطريقة مقبولة، هذا ما يطرح مشكلة التقمصات هل يحمل المفحوص النزعات العدوانية للصورة البشرية وتجنب خطر التقارب .

مع كثرة المحتويات النباتية (ورقة، أزهار) بطريقة مكررة فهي تعني نكوص الى الحياة الجنينية التي يريد بها المفحوص للاحتماء من خطر العالم الخارجي المهدد، وصورة المرأة الكحلة هذا ما يطرح مشكلة في عدم قدرته على تمثيلها في النظام العلائقي بوجود نزعات اكتئابية، وغياب الحركة تطرح مشكلة نضج أساسية لصراع ذا طابع تقمصي ، $F+\%=7\%$ ، والموسعة $F+\%=7\%$ منخفض يسجل عدم استثمار للواقع، والحكم على الحقيقة غير جيدة .

هذا ما يطرح إشكالية الذهان من خلال نمط استجابة المقبولة وتكرارها تقريبا في نفس البطاقات، وارتفاع $D=43\%$ دليل على عدم الاهتمام بالواقع أين التجزئة المفرطة للإدراك، هذا ما يميز الذهان .

أما سياقات التفكير تظهر من خلال تناول المفحوص للبقع مع طغيان التحديد الكلي الشامل للمدرك $G=57\%$ وعدم تماسك نوعيتها ، وضعف المدركات الشكلية ، وكثرة المدركات $F^-=6$ تفسح المجال للفيض الهوامي والنزوي التي تضعف الأنا وتمنعه من انجاز وظيفة التسوية بين الرغبة والدفاع، وهو الذي يفسد العلاقة مع الواقع الخارجي ، وعدم التمييز بين الأنا وللأنا ، فاستجابات المفحوص كلها لا تعتمد على جهد عقلي فهو يستجيب للبقعة دون المرور الى خصائصها، وأغلب الإجابات تدل على الفشل الإدراكي الدال على عدم قدرة على الاحتواء العالم الداخلي أو الخارجي وهشاشة الحدود $(1GF\pm,6GF^-)$.

ففي اللوحة ا تميزت بالرفض مما يدل على صدمة من خلال رفض للصورة الجسدية ، وفشل في تصور الذات في إطار إسقاطي تقمصي الى الرفض مع العلاقة بالموضوع .

وبعدها فشل المفحوص في قدرات التكيف بتدخل اللوحة II إذ أفرط في المحتوى البشري من خلال ($GF^{-}H$) وذكر اللون الأحمر في المحتوى البشري لبحث من خلالها على التصورات العلائقية في استثمارات النزوية العدوانية أو اللبديية .

في اللوحة III يتواصل هذا التفكير المقولب والتكراري كما في البطاقة II بمدرجات فاشلة مكررة تدل على صلابة التفكير ($3GF,^{-}H$)، ويبيّن وجود صراعات التي تجعل المفحوص في تعارض داخلي مما لا يسهل عليه معالجتها .

واصل كذلك نفس المحتوى التفكير في اللوحة IV البشري (مرأة) بطريقة مقولبة، هذا ما يطرح إشكالية التقمص نفسه لدى المفحوص بحضور شكل واللون الأكروماتيكي الذي يطرح أنه يتجه الى الاكتئاب هل المرأة الكحلة تنسب الى الإحساسات الاكتئابية الذي يطغى عليه السواد الذي تتضمن المواضيع غير المبهمة بل متداخلة الوظيفة وقد تكاد تصبح دون وظيفة .

يستمر التجميد الدفاعي في اللوحة V بتكرار نفس المحتوى بعدم إدراك المحتوى الحيواني، فهي تبعث الى إشكالية الذات من خلال الهشاشة النرجسية من خلال تعبيرات اكتئابية (FC^{-}) المرتبطة بتصور لاحتمار الذات من خلال السواد (كحلة).

وفي اللوحة IV نفس الإسقاطات الإدراكية كما في اللوحة V بتصورات اكتئابية هل "المرأة كحلة" هي التي تحمل الرمزية الجنسية القضيبيية، ويستمر كذلك في التجميد الدفاعي بنفس المدركات في نفس البطاقة . في اللوحة VI بمدركات كلية شكلية أكروماتيكية هذا ما يطرح مشكلة الاكتئاب المرتبط بفقدان أو البحث عن الموضوع الحسن من خلال إبراز العلاقات المبكرة على مستوى التقمصات "مرأة وبناتها" كأن يكون هناك تعارض للأصراع أو الخضوع والسلبية من خلال التصورات الاكتئابية .

نفس المدركات الاسقاطية في اللوحة VII من خلال النزعات الاكتئابية خاصة في فضاء الصورة الأمومية .

يتغير نمط الإدراك بتدخل اللوحات الملونة VIII حيث يبدأ المفحوص في التجريد ومحتوى شيء ونباتي من خلال تسمية الألوان ($3DCF$) بعاطفة متمركزة حول الذات وعدم الاستقرار الانفعالي ، من خلال تجميد الاتصال مع العالم الخارجي .

ويزداد ضيق التفكير بالألوان من خلال الرفض صدمة في اللوحة XI وتسمية الألوان (3DCF) مع محتوى شيء نباتي الذي يريد به النكوص الى المرحلة الفمية وعلى حساب وقايعتها والتي تحمل تشبيطات والامتاعات.

ليعمم إدراكه في البطاقة X برفض في أول الاستجابة صدمة وبمدرجات تكرارية كما في اللوحة IX بوضع تسمية للألوان وتكرار بطريقة مقولبة في نفس اللوحة بمحتوى نباتي يريد به النكوص الى المرحلة الفمية (أزهار، ورقة).

أن هذا النمط من الإدراك يطغى عليه التناول السطحي والتكراري للمنبه بطريقة شاملة والمقولبة يخدم التفكير الصلب الذي يحاول بناء حدود قوية بين الداخل والخارج، فالشكليات (G=57%) ونمط الإدراك من نوع G_D، ويتدخل المحدد الشكلي المنخفض بظهور الرغبة من خلال المردكات الخاطئة (F=33,33%) بإخضاع الواقع لإسقاطات بعدم الاستثمار للواقع .

(F+=7%) ضعيف جدا من خلال المحددات الشكلية السيئة مع انزلاق للإدراك، وهذا ما يجعل الصلابة الفكرية أن تكون مقولبة تكرارية فارغة، وهذه مندرجة في صفات الذهاني بكثرة المحتويات النباتية الذي يريد به المفحوص النكوص الى المرحلة الفمية خاصة التثبيطات في المرحلة الفمية .

نجد أن المفحوص قد أبدى نضالا قويا ومتكرر لسد أي منفذ، وخيال من خلال المحتويات التي تفتقر الى أي صدى هوامي كوسيلة دفاعية من خلال منبسط بارتفاع الاستثارة اللونية مرتفعة عبارة عن واجهة حسية تصويرية التي تدل على الفشل في إقامة علاقات مع المواضيع والجهد المتواصل لصد الاكتئاب ونمط الرجوع الحميم الانبساطي الصافي (TRI=0k /12C) ، أما الصيغة الثانوية منغلقة بنقص العلاقات العاطفية مع الموضوع الأولي (FC=0K/0E) والانبساط من خلال (RC=48%) مع غياب الحركات بنوعها الذي يبرز إشكالية النقص وبإفراط من الصورة الإنسانية في البروتوكول (H=52%)، وهذا يطرح إشكالية النقصات حول ذاته من خلال قالب المحتوى البشري الأنثوي كاختلاط في الهويات كوسيلة دفاعية من خطر التقارب، هذا ما يعكس إشكالية النقصات الجنسية والتثبيت فيها، وحضور الإجابات التجريدية من خلال مقاطع مشابهة في المواظبة تقريبا كلها في نفس اللوحات بطريقة مقولبة تكرارية، وعدم وجود شائعات هذا ما يطرح إشكالية قاعدة مرضية مع الميل للانبساط، وهذا لا يوجد أثر لحدود للعالم الخارجي، الأنا لم يقم بتسوية بين الدفاع والنزوات .

هذا ما جعل استحالة إسقاط الصراع مع التصور للمحتويات من خلال التجريد والشيء ورفض الواقع والعودة إلى المراحل السابقة في مراحل النمو للشعور بالأمان من العالم الخارجي الذي يشكل تهديد، وخطر التصورات الاكثائية بنرجسية عاطفية لتحجير النزوات من خلال عبارات الكف العملي CF بصلافة الفكر، وهذا الكف ظهر من خلال عدم التمايز للمواضيع المسقطه، وهذا يندرج من صفات الذهان .

4- تطبيق اختبار TAT وتحليله :

4-1- عرض:

تتمثل الملاحظات الأولية لاستجابات المفحوص كما يلي :

- زمن الاستجابات كان معتبر و بعدد قليل من الاستجابات
- القصص كانت قصيرة و غير متناسقة مع التعبير على المشاعر
- ملاحظة وجود أربعة صدمات في البطاقة 5,7BM ,8BM,13MF
- تثبيط واضح في سلوك العميل مع نزعة الرفض والتجاوب مع البطاقات
- ارتباطات قصيرة

البطاقة 1:

24 ثا طفل يرسم كمان موسيقى يحب موسيقى فرحان في القسم 1,35د

E1-3:مدركات خاطئة

B1-3:تعبير على المشاعر

تتمثل دفاعات المفحوص بمدركات خاطئة ببروز السياقات الأولية كوسيلة دفاعية للاحتماء ثم بالاستثمار العلائقي كوسيلة دفاعية لتجنب للصراع النفسي العلائقي .

إن إشكالية اللوحة ترمي إلى عدم النضج الوظيفي أمام موضوع الراشد (الكمان)، والذي لم يستطع المفحوص إدراكه ، وبالتالي فشل في ارضائها تجنباً لقلق الخساء الذي تثيره اللوحة من خلال المدركات الخاطئة .

البطاقة 2:

39 ثا امرأة وراجل لوحوه في الحجر طفل طفلة لوحوه في الحجر عدو حيسرق ناقة 1,40د

E1-3:مدركات خاطئة

A1-3:الاجترار

B3-3:عدم استقرار في التقمصات

E4-3:ترابطات قصيرة

دفاعاته تمثلت في بروز السياقات الأولية كوسيلة دفاعية للاحتماء بها ،ثم بعمليات وسواسية كوسيلة دفاعية جمودية ،وبعدها بالاستثمار العلائقي كوسيلة دفاعية لتجنب للصراع النفسي العلائقي ،ليرجع من جديد الى السياقات الأولية كوسيلة دفاعية متقهرة.

اشكاليته تبرز في عدم قدرته على إدراك عنصر من اللوحة من خلال عدم الاستقرار في التقمصات ،هذا ما يدل على عدم ارضانها حيث العلاقة الثلاثية غير قابلة لإحياء الصراع الأوديبي من جديد .

البطاقة 3BM:

23 ثا طفل فرحان ويكي ضربو أبوه مادار والو يحبه 1,21د

A3-1:التردد بين التفسيرات المختلفة

E2-3:تصورات مرتبطة بموضوع عدواني

B1-2:إدخال شخصيات غير موجودة

A2-3:الإنكار

B1-3:تعبير على المشاعر

الأساليب الدفاعية تبرز في ميل المفحوص عمليات وسواسية كوسيلة دفاعية جمودية ،ثم ببروز السياقات الأولية كوسيلة دفاعية للاحتماء، وبعدها عن طريق الاستثمار العلائقي كوسيلة دفاعية لتجنب الصراع النفسي العلائقي، ويرجع من جديد الى استثمار الواقع الداخلي من خلال الإنكار لينتهي بالاستثمار العلائقي كوسيلة دفاعية .

أما اشكاليته تتضح في عدم قدرة المفحوص في إدراك الوضعية الاكتئابية التي تثيرها اللوحة ،مما أدى الى عدم ارضانها من خلال التردد بين التفسيرات المختلفة .

البطاقة 4:

32 ثا امرأة مع راجل فرحانة فرحانة 1,30د

B1-1: التركيز على العلاقات الشخصية

B1-3: تعبير على المشاعر

A1-3: الاجترار

دفاعات المفحوص تمثلت في لجوءه الى الاستثمار العلائقي بالتركيز على العلاقات الشخصية والمشاعر كوسيلة دفاعية لتجنب الصراع النفسي العلائقي، ثم بعمليات وسواسية من خلال التكرار كوسيلة دفاعية صلبة أما اشكاليته تمثلت في عدم تمكنه من إدراك اشكالية اللوحة بسبب عدم إدراك العلاقة العدوانية بين الزوجين نظرا لجوءه الى الاجترار .

البطاقة 5:

11 ثا امرأة توضى شوف في أزهار تاع دار بسكويت مش عارف 43ثا

E1-3: مدركات خاطئة

E4-3: ترابطات قصيرة

CI-1: ميل للرفض

تتمثل الأساليب في ميل المفحوص الى تحويل الإدراك وضعف الخطاب ببروز السياقات الأولية للاحتماء بها ثم ميل للرفض من خلال التنبيط لتجنب للصراع .
لقد فشل المفحوص في ارضان إشكالية اللوحة التي توحى الى صورة الأمومة "الأم تنظر وتراقب" حيث أن هذه اللوحة تحيي الفضولية الجنسية وهوامات المشاهد الأثرية، وكذلك الاحساس بالذنب المتعلق بالاستمناء، وهذا لم يعيه، فاللوحة مصدر الأنا الأعلى من خلال تشويه الإدراك .

البطاقة 6BM:

4ثا عجوز ولدها يحكو قال والو قاعدين في الليل حزنان 41ثا

A1-1: الوصف مع التمسك بالتفاصيل مع عدم التبرير

B1-1: التركيز على علاقات الشخصية

A2-3: الإنكار

B1-3: التعبير على مشاعر

تتمثل الأساليب الدفاعية في ميل المفحوص الى التمسك بالواقع الخارجي كوسيلة دفاعية ،ثم عن طريق الاستثمار العلائقي تجنباً للصراع النفسي العلائقي، ليرجع من جديد الى استثمار الواقع الداخلي عن طريق الإنكار كوسيلة دفاعية صلبة ،لينتهي بالاستثمار العلائقي من جديد تجنباً للصراع النفسي العلائقي . اشكاليته تظهر في عدم قدرة المفحوص في ارضان إشكالية اللوحة التي ترجع إلى تقارب الأم -الابن في محتوى مضطرب من خلال الوصف والإنكار .

البطاقة 7BM:

6ثا راجل معرف واش دير قاعد وحدو فرحان ما عرف 31ثا

CI-1: ميل عام للرفض

A1-1: وصف مع التمسك بالتفاصيل مع عدم التبرير

B1-3: التعبير على مشاعر

CI-1: ميل الى الرفض

دفاعاته تتميز بالتثبيط كوسيلة دفاعية لتجنب الصراع ، ثم التمسك بالواقع الخارجي كوسيلة دفاعية الذي فيه نوع من الالتباس، وبعدها بالاستثمار العلائقي كوسيلة دفاعية تجنباً للصراع النفسي العلائقي ،لينتهي بتثبيط من جديد .

تبعث اشكالية هذه اللوحة في تقارب أب/ابن في محتوى تعارض عند الابن ،كما تستدعي الازدواجية العلاقة مع الأب ،حيث فشل في ارضان إشكالية اللوحة من خلال عدم إدراك الرجل الثاني ،و تجنب قلق العلاقة مع الأب من خلال ميله الى الرفض .

البطاقة 8BM:

15 ثا واحد هاز موسى حيقتل المجرمين أشرار ما عرف49ثا

E1-3:مدركات خاطئة

E2-3:تصورات قوية مرتبطة بموضوع عدواني

B1-2:ادخال شخصيات غير موجودة في الصورة

E2-2:ادراك موضوع شرير

CI-1:ميل الى الرفض

أساليبه الدفاعية تمثلت في ميله الى السياقات الأولية كوسيلة دفاعية للاحتماء بها، وبالاستثمار العلائقي من خلال إدخال شخصيات غير موجودة كوسيلة دفاعية تجنب للصراع النفسي العلائقي، ثم الرجوع الى سياقات الأولية من جديد بادراك موضوع شرير، وبعدها الى التثبيط كوسيلة دفاعية تجنباً للصراع .
تبعث هذه الإشكالية الموجهة الى العدوانية اتجاه الصورة الأبوية وقد تتعلق بقلق الاخضاء، حيث المفحوص لم يستطع ارضان إشكالية هذه اللوحة من خلال إدخال شخصيات غير موجودة في الصورة وبمدركات خاطئة وميله في الأخير الى الرفض .

البطاقة 10:

25 ثا رجل ومرأة مرتو امرأة مرأة راجل راجل 1,01د

B1-1:التركيز على العلاقات الشخصية

A3-1:تكرار اجترار

تظهر الدفاعات في الاستثمار العلائقي كوسيلة دفاعية لتجنب الصراع النفسي العلائقي، ثم بالاجترار بعمليات وسواسية كوسيلة دفاعية صلبة .
أما الاشكالية تظهر في عدم قدرة المفحوص على ارضانها، مما يدل على عدم قدرته على تصور العلاقة بين الرجل والمرأة ببعديها اللبدي والعدواني بين الزوجين من خلال الاجترار .

البطاقة 11:

12 ثا راديو تاع طبة 32ثا

1-E2: عدم تلاؤم بين موضوع والمنبه

دفاعاته تمثلت في اللجوء الى السياقات الأولية كوسيلة دفاعية للاحتماء بها .

أما الإشكالية في عدم قدرة المفحوص على ارضائها مما يدل على عدم قدرته على تحمل القلق الذي تثيره من خلال عدم الإحساس بهذا القلق وعدم القدرة على إحياء الإشكالية ما قبل التناسلية .

البطاقة 13MF:

14 ثا طفلة مع طفلة واقف مرآة راقدة مش عارف 1,04د

1-E2: عدم تلاؤم بين المنبه والموضوع

3-E4: ترابطات قصيرة

1-CI: ميل إلى الرفض

أساليبه الدفاعية تتميز باستجابات تتعلق بقوى الإسقاط وضعف الخطاب كوسيلة دفاعية لبروز السياقات الأولية ،حيث ترجع هذه اللوحة إلى التعبير الجنسي والعواني عند الزوجين ،فالمفحوص فشل في ارضان الإشكالية من خلال مكانيزم دفاعي تجنب الصراع .

البطاقة 16:

23 ثا بيت أمي حاب نعيش مع أمه أمي مع كيلوباترا ذئب 53ثا

1-A1: الوصف مع التمسك بالتفاصيل مع عدم التبرير

1-A2: تأكيد على اللحم

3-E4: ترابطات قصيرة

دفاعاته تمثلت في الوصف لتمسك بالواقع الخارجي، وباستثمارات الواقع الداخلي كوسيلة دفاعية صلبة، ثم بضعف الخطاب ببروز السياقات الأولية كوسيلة دفاعية للاحتماء بها .

أما الإشكالية تظهر في عدم ارضان المفحوص للمحتويات الكامنة للوحة من خلال عدم قدرته على تركيب مواضيعه المفضلة والعلاقات الموضوعية معها من خلال الترابطات القصيرة التي ليس لها علاقة بالموضوع السابق لها .

البطاقة 19:

35 ساعة وقت تاع الدنيا 52 ثا

E2-1: عدم تلاؤم بين الموضوع والمنبه

لجوء المفحوص الى قوى الإسقاط ببروز السياقات الأولية كوسيلة دفاعية للاحتماء بها .

أما الإشكالية تبرز في عدم قدرته على ارضائها من خلال عدم القدرة على الفصل بين الداخل والخارج .

4-2- تحليل :

الجدول رقم (8): توزيع السياقات الدفاعية للحالة (05)

E	C	B	A
E1-3=4	CI-1=5	B1-3=5	A1-3=2
E4-3=4		B3-3=1	A3-1=2
E2-3=2		B1-2=2	A2- 3=2
E2-2=1		B1-1=3	A1-1=3
E2-1=3			A2-1=1
14	5	11	10

تحليل عام للبروتوكول :

++ :E4-3:+++ et EI-3

++et :B1-1++ :B1-3

++ :A1-1

* الأساليب الدفاعية :

تميز إنتاج المفحوص بطغيان سياقات الأولية (E=14) خاصة من خلال قوى الإسقاط (E2-2) ،
والمدركات خاطئة (E1-3)، والارتباطات القصيرة (E4-3).

السياقات الصراع النفسي العلائقي بمجموع (B=11) من خلال التعبير على المشاعر (B1-3).

أما سياقات الرقابة بمجموع (A=10) من خلال التركيز على العلاقات الشخصية (A1-1)، وسياقات كف

الصراع جاءت بمجموع (C=5) من خلال زمن كمون طويل (CI-1)

المرونة :

نلاحظ سيطرة سياقات الأولية E و بروزها من خلال المدركات الخاطئة ،هذا بالرغم من وجود الرقابة الصلبة من خلال الحذر الاحتياطي ،إلى جانب ظهور عوامل المرونة B التي ظهرت في التعبير عن المشاعر .

،وعلى هذا الأساس يمكن أن نحدد المرونة من النمط الثاني (\pm) وذلك حسب التصنيف الذي وضعته .v .shentoub

*الفرضية التشخيصية :

لقد سمح اختبار المفحوص تفهم الموضوع ببروز السياقات الأولية من خلال فسخ المجال لمحتويات الهو للتعبير على عالمها داخلها ببروز الرغبة كبديل للواقع الموضوعي المشوه، بالرغم من وجود سلسلة تجنب الصراع النفسي العلائقي من خلال التعبير على المشاعر لكن بطريقة سلبية ، وظهرت سياقات الرقابة غير أنها لم تستطع تضيق الخناق عليها ،هذا ما جعل عدم التمايز الموضوعي من خلال عدم تمايز الصراع وإسقاطه، إذ اكتفى بالثبوت فقط والكف من التصورات والانفعالات ،هذا ما جعل المفحوص عدم قدرته على تصور الصراع الأوديبى وفشله في ارضان إشكاليات اللوحة جميعا ، وهذا ما يدل على أن المفحوص ذهاني انشطر الأنا عن واقعه الخارجي في تسوية بين الدفاع والنزوات.

5- تطبيق اختبار MMPI-2 وتحليله :

5-1- عرض :

L	F	K	Hs	D	Hy	Pd	MF	Pa	Pt	SC	Ma	Si
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
68	120	34	73	63	58	67	56	69	93	98	91	66

$$L' \text{ indice de goldberg} = L + Pa + SC - Hy - pt = 68 + 69 + 98 - 58 - 93 = 84$$

فمؤشر قودبارج أكبر من 45 يكون الشخص ذهاني

متوسط ارتفاع البروفيل :

$$M = Hs + D + Hy + Pd + Pa + Pt + Sc + Ma / 8 = 73 + 63 + 58 + 67 + 69 + 93 + 98 + 91 / 8 = 76,5$$

رمز ولس يكون كالاتي : #K:L ! F/35-2 + 1,640*879

السلم F=120:F مرتفع تشير الى مرض موسوم مؤشر جيد عن وجود مشكلات ذهانية

5-2- تحليل :

السلام الإكلينيكية القاعدية :

1- توهم المرض (توهم المرض): Hs=73

يعني انشغال كبير بالحالة الجسدية (اضطرابات هضمية، تعب، ألم وضعف عام، غياب القلق الظاهر ومن مميزات شخصية المفحوص في السلم رقم واحد الأنانية، والنزوع الى التحكم في المحيط، سلوك نرجسي ومتمركز على الذات، التشاؤم والانهازامية، نظرة مستخفة للوجود، معبر عن بعض العدوانية بشكل غير مباشر،

نادرا ما يطبق ما يفكر فيه (لا يمر الفعل).

2- الاكتئاب : D=63

ليس لهذا سلم دلالة تشخيصية واحدة لأن أعراض الاكتئاب في العديد من الأمراض.

ومن مميزات شخصيته في السلم رقم الثاني انعدام الثقة في النفس، النزوع الى القلق والاضطراب العقلي، تقادي الصراع، الانطواء، الخجل، والتحفظ.

3- الهستيريا : Hy=58

لا تعد مرض من خلال الدرجة التائية التي تقع قبل المتوسط

4- الانحرافات السيكوباتية : Pd=67

ترتفع بقليل على متوسط لا تعد سمة مرضية من خلال الدرجة التائية

5- الذكورة الأنوثة : MF=56

لا تعد سمة مرضية من خلال الدرجة التائية

6- البرانويا : Pa=69

الدرجة التائية أقل من 80 يعني أن المفحوص ليس لديه سمات البرانويا

7- البسيكاستينيا : Pt=93

الدرجة التائية المرتفعة أكبر من 85 ومن مميزات شخصية المفحوص السلوك المضطرب، المشحون بالقلق ضيق كبير واجترارية، قلق حاد غير متحكم فيه، مشاعر الذنب، مخاوف مرضية، ووساوس قهرية وفي بعض الأحيان مرضية.

8- الفصام : SC=98

تدل على وجود خطر التوظيف الذهاني الخفي مع اضطرابات التفكير، الغموض، اختلال التنظيم والتوجيه نجد عادة ميولا غير مألوفة وأفكارا ذهانية، هلاوس، نقص الضبط مع ضعف القدرة على إصدار الأحكام .
و مميزات شخصيته العزلة، الانطوائية، صعوبة الاتصال، الفصامية، البرودة واللامبالاة، تفادي الناس والمواقف الجديدة، الخجل وفي الغالب القلق القوي، الشعور بالدونية، العجز وعدم الإقناع، قليل الاستثمار في العلاقات، عدواني، عنيف وحقود، العجز عن التعبير عن المشاعر، قد يتعلق الأمر بشخص مبدع مختلف، غير ممتثل وغريب الأطوار.

9- الخفيف الهوس : Ma=91

تعني الدرجات التائية أكبر من 80 احتمال أن يكون الشخص في مرحلة هوس الحقيقي (الإفراط الحركي العام، نوع الى الهروب من الأفكار، إمكانية وجود هلاوس أو ذهان العظمة)
من مميزات شخصية المفحوص في السلم رقم التاسع الإفراط الحركي، التغير الانفعالي المتكرر، انتفاخ الأنا، الشرود الذهني، النشاط والثرثرة، لا يمكن التكهن بسلوكاته، طغيان الحركة عن التفكير، تعدد مراكز الاهتمام مع استثمار مكثف لكنه قصير، سرعة الغضب، تقبل الإحباط، صعوبة كف التعبير عن النزوات، والانفعالات، الغضب، العدوانية والعنف، الانسراح، الانبساط، الاجتماعية مع سطحية العلاقات، سوء التكيف الاجتماعي والمهني، الاضطراب مع إمكانية المرور بحلقات اكتئابية ظرفية .

الانطواء الاجتماعي : Si=66

الدرجة التائية فوق المتوسط درجة متنامية من الخجل الاجتماعي، وتفضيل العمل الوجداني وصعوبة في تأكيد الذات على المستوى الاجتماعي .

التحليل العام للحالة :

من خلال الملاحظة ظهر أن المفحوص يتميز بحوار غير منتظم من خلال الفقر في الألفاظ و ومشاعره الجامدة ، يتكلم في موضوعات ليست لها علاقة فيما بينها يحكي فقط، و تميز سلوكه بالعدوانية اتجاه الغير . أما اختبار الرورشاخ تميز بالمواظبة على موضوع واحد تقريبا في ستة لوحات من خلال المحتوى البشري (المرأة)، وكثرة المحتويات النباتية يريد المفحوص بها النكوص الى المرحلة الجنينية التي تمثل له أمان بدل من الواقع الموضوعي المهدد ، وارتفاع الاستجابات الجزئية الكبيرة فالمفحوص يريد تجزئة ادراكاته مع وجود التصورات الاكثائية لتحجير النزوات، هذا ما يدل على أنه ذهاني .

ظهرت نتيجة اختبار تفهم الموضوع من خلال القصص القصيرة وغير المتناسقة بطغيان السياقات الأولية من خلال قوى الإسقاط والمدركات الخاطئة والارتباطات القصيرة ، هذا ما يدل على أنه ذهاني .

أما اختبار MMPI-2 ظهر في ارتفاع الدرجة التائية للفصام، وارتفاع الدرجة التائية البسيكاستينيا تجسدت في مميزات الشخصية من خلال ميول غير مألوفة وأفكار ذهانية ،هلاوس وصعوبة الاتصال ،كذلك مشاعر الذنب والسلوك المضطرب المشحون بالقلق ،نستطيع القول أن المفحوص فصامي ، مع ارتفاع الدرجة التائية لكل من توهم المرض $Hs=73$ ،الاكتئاب $D=63$ ،الدرجة التائية البسيكاستينيا $Pt=93$ ، والهوس الخفيف $Ma=91$ ،يعني أنه كلما ارتفعت الدرجة التائية للفصام ارتفعت بدورها كل من سلالمةثلث العصابي والذهاني.

وتبين من خلال حياة المفحوص أنه نشأ في ظروف قاسية من قبل الأب من الحرمان والإحباط وتعاطيه للمخدرات التي تعتبر من العوامل المعجلة في ظهور الفصام ،خاصة أن الأب تنازل على دوره السيكولوجي، هذا ما تؤكدته دراسة شلدون (؟): " نظرية التحليل النفسي ترى ميل الفصامي الى الالتجاء الى السلوك الطفلي أو النكوص ،إنما ينتج عن خبرات انفعالات سلبية تحدث خلال سنوات الأولى القليلة من الحياة ،كما يرون أن المواقف الذي يتخذوه الآباء تكون له أهمية قصوى خلال هذه الفترة التي يتعين فيها على الطفل أن يواجه ما ينطوي عليه النضج من تحديات واحد بعد الآخر . " (أنظر الى الصفحة 62 في التراث الأدبي)

وكان دور كبير للضغوط البيئية في ظهور الفصام، وقد أشتغل العديد من الباحثين في هذه المسألة خاصة (Rabkin 1980): "المشاكل التي يواجهها معظم الناس بقلق معتدل فإنها تثير لدى الفصاميين قلقاً أكبر فيما يبدو للعالم، بالنسبة للفصاميين المزمنين، مصدراً للاضطراب والاهتياج العظيم، فكل شيء فيه يمثل مطلباً أو حملاً لا يطاق بفرضه للمجتمع أو يضعه عليهم". (قاسم حسن صالح 2008 ص 8).

كما يذكر روبرت كانكرو Robert Cancro: "مثلما يلزم وجود حيوان منوي وبويضة ليتكون الجنين، يلزم وجود عوامل بيئية وسيكولوجية ووراثية لكي يحدث الفصام". (سيلفانو أريتي 1991 ص 93).

الحالة السادسة :

1 - تقديم الحالة :

رمضان عمره 49 سنة أعزب من مشونش ، مستواه في الكتابة والقراءة يدل على أنه وصل الى مرحلة معينة من الدراسة ، فهو يعتبر حالة اجتماعية ، فأسرته تخلت عنه ، فهو يعيش في الشارع ، و الفرقة الإقليمية للدرك الوطني للمشونش هي من تكفلت بوضعه في مصلحة الأمراض العقلية ببسكرة، وهذه أول مرة يدخل فيها الى المصلحة العقلية في 03 جوان 2011 من خلال الأعراض التالية من اضطراب في السلوك و خلط في الكلام، ومجموعة من الهلوس والهذات ، وعندما يخرج يرجع الى الشارع من جديد ،وتقدم له مضادات الذهان النمطية من haldool-nozinon-parkinal، وأستبدلت بمضادات الذهان غير نمطية.

2- ملخص المقابلة مع الطبيب السيكاتري :

اعتمد الطبيب السيكاتري في عملية تشخيص المفحوص انطلاقا من DSMIV ،بجملة من الملاحظات والتي تناولت كثرة الأعراض السلبية من سلوك غير منظم تمثل في قلة الكلام والجفاف العاطفي ،وعاطفة متناقضة ، وعدم معرفته لمكان تواجه ،فهو في مرحلة التالية لمرحلة حادة ،وتم تشخيصه على أنه فصام من النوع المتبقي المترسب (type résiduelle)، وهذا راجع لسلوكه الذي يشبه النمط التخشيبي ،مع بقاء الأعراض السلبية، وعدم وجود الهلوس والهذات ،و تبقى حالته تتدهور بسبب عدم تناول مضادات الذهان ،ولا وجود لتكفل عائلي نتيجة تشرده ،مما زادت حالته شدة وتدهور،والأحسن مضادات الذهان غير نمطية للحفاظ على امكانياته الفكرية والتركيز ، لكن لعدم وجود تكفل عائلي الأحسن له الموديكات عن طريق الحقن ، وهذا الاضطراب صعب التشخيص ويتطلب تكامل الفريقين من الأطباء والاختصاصيين النفسانيين ،وبإمكانه الاندماج من جديد بالمحافظة على مضادات الذهان والتكفل النفسي والعائلي .

3- تطبيق اختبار الرورشاخ وتحليله :

3-1- عرض :

النص	التحقيق	التنقيط
اللوحة I : " 22 ^_صدر عبد ^_صدر "40	الكل الكل	DG F ⁻ Ad G F ⁻ Anat
اللوحة II : " 12 ^_2 عباد قاعدين في كرسي ^_فوق رجل رجل "32	فوق	D K H D Kp Hd
اللوحة III : 16 ^_2 كرسي كرسي ^_2 عباد بينتهم ^_2 عباد يلعبو في الهواء "36		D Kob Obj D KH D K H
اللوحة IV : " 11 ^_2 شادي مسامين "26		D Kan A
اللوحة V : " 8 ^_2 غزالة يخزرو في بعضاهم "17	يخزرو في بعضاهم	D Kan A
اللوحة VI : " 8 ^_هذه ما عرفتهاش ^_بخوشة عنكبوت "31	رفض الكل	CHOC G F ⁻ A

G Kob obj D K H	الكل	اللوحة VII : " 6 ضوء يدور 2_ عباد يطلعو "31
D F ⁻ A D Kan A		اللوحة VIII: " 14 2_ قرد 2_ قرد طالع من طالع "31
D K H D FC Bot D CF Pays	ورد أزرق	اللوحة IX : " 12 2_ بنات يلعبو بالورد شجرة ورد 2_ أزرق شط البحر "25
D FC A D CF Bot D CF(A) D FC A	أزرق بني بني	اللوحة X : " 12 2_ عقرب أزرق بني شجرة بني بخوش بخوش 2_ جرلو برتقالي "56

اللوحات المفضلة :

IV , X:فاصلة باهيين

اللوحات غير مفضلة :

I, V:مقرونة مكتفة

المخطط النفسي :

R=21	G = 3	S DeF = 4	A = 7
R comple=0	DG = 1	F ⁻ =4	Ad=1
Ttotal =325"	D = 17	FC = 3	(A)=1
TPS/R=15"	G % = 19%	CF = 3	H = 5
TRI=£K/£c=5K/4,5C	D % = 81%	K = 5	Hd = 1
FC=£k/£E=3K/0E		Kp=1	Anat = 1
Refu=1		KOb=2	obj = 2
Ban =0		Kan=3	pays = 1
A % =43 %		Sde k=11	bot = 2
H % = 29%		S de C=4,5	
F % =19%		Sde E=0	
F + % = 0%			
RC % = 43%			
F%الموسعة=71%			
F+%الموسعة=73%			

3-2- تحليل :

تميز إنتاج المفحوص بالقبول 21 استجابة، مع سرعة كبيرة في تناول الأداة (استجابة واحدة ب 15 ثا)، هذا ما يبين عجزه في مراقبة أفكاره التي تمثلت في صنف من الإجابات بارتفاع المحتوى الحيواني يكشف على الإفراط الشديد بالتمسك بالواقع الخارجي بطريقة مشوهة ،مع التناظر (2 غزاة ،2 قرد)، خاصة كل لوحات في البطاقة (II,III,IV ; V,VII,VIII;XI,X) والتي تعبر على قلة الحماية الداخلية لدى المفحوص ، وبعض من المحتويات المتعلقة بالحياة الداخلية (صدر) التي ترجع إلى العلاقات مع المواضيع القديمة.

فالإنتاج الإسقاطي يطلعنا على تناول الإجابات من خلال التناظرات ، مع وجود الوفرة الهوامية للمحتويات ذات الطابع الخالي من أي صدى هوامي، هذا ما يطرح إشكالية مرضية .
تمثلت طريقة تفكيره في تناول البقع الذي يميزها طغيان التحديد الجزئي للمدرك (D=81%) مع طابع الشك والوساوس مما أدى الى عدم الاهتمام بالواقع الخارجي أين هذه التجزئة المفرطة للإدراك ، وعدم وجود الشكل ش+ يطرح مشكلة عدم استثمار المفحوص للصراع بين الرغبة في التحكم والرضوخ للمحيط ، مما يعني عدم وجود أي استثمار للواقع ، أي محي هذا الواقع بالنسبة إليه من خلال الانشطار وتجزئة الواقع حيث الأنا غير متمايز مع الأنا .

في اللوحة I يشهد تلاشي قدرات التكيف بمدرجات تشويبية من خلال الإجابات التعسفية بمحتوى جزئي بشري وتشريحي ، هذا ما أدى الى فشل المفحوص في تصور الذات بدءا من الصورة الجسدية .
ليحاول من جديد تغيير نمط الإدراك في اللوحة II بتحديد جزئي من خلال الحركة الإنسانية الجزئية ، هذا ما ظهرت الحركة بتجسيد الانطواء على الأنا والذات وتكون الحياة الداخلية حادة ، ويكشف هذا الكف وتنشيط التصورات العلائقية في الاستثمارات النزوية اللبديية أو العدوانية .

يوصل المفحوص في اللوحة III بحركة شئيية كأنه يرمز لرغبات غير قابلة للتحقيق بمحتوى شيء من خلال النزعات العدوانية اتجاه الموضوع للقمصات الجنسية ،بعدها باستجابة جزئية حركية بشرية يحاول بهما إخفاء القمصات الجنسية لطغيان الحياة الداخلية .

ليقوم بحركة حيوانية في اللوحة IV هذا ما يبين أن المفحوص نكص إلى المواضيع القديمة وعدم النضج بتمثيله بحركة الحيوانية للسلطة الأبوية ، ويجسد فشله في تقمصات للصورة الأبوية ، والعودة من جديد إلى النكوصات القديمة .

في اللوحة V يواصل المفحوص نفس محتوى الإدراك كما في اللوحة IV بفشله عن تقمص الهوية وعن تصور الذات بالرجوع إلى نكوصات للمواضيع القديمة، فالمفحوص لم يتعرف على الواقع الإدراكي الخارجي بالاعتماد على المألوف، هذا ما يطرح مشكلة مرضية في عدم التقمصات وعدم وضع حدود للهوية أي هشاشة بين الحدود بين الداخل والخارج .

لتظهر الصدمة في اللوحة VI صدمة الجنسية ليستجيب بعدها بمدركات شاملة تشويبية (GF^-) كأنه يقوم بتشويه الرمزية الجنسية، هذا ما يطرح إشكالية في هذه اللوحة .

يتغير نمط الإدراك في اللوحة VII بمدركات شاملة شنيئة يريد بها تحرير النزوات الجنسية بنزوات عدوانية و يمثل الصورة الأمومية على أنها ضوء يدور يحمل للموضوع القديم نزوات عدوانية أن يكون هناك تعارض، وبعدها بحركة بشرية وتناظر، هذا ما يبرز قلة الحماية الداخلية من خلال الإفراط في الانطواء على النفس خاصة على الأنا.

في اللوحة VIII تتلاشى قدرات التكيف من جديد خاصة في اللوحات الملونة بتشويه المدركات (DF^-) ليغيرها بتحديد جزئي بحركة حيوانية أي نكوص وعدم النضج خاصة في اتصاله مع الواقع الخارجي . في اللوحة XI يبدأ بحركة إنسانية، هذا ما يعكس الانطواء والضغط الكبير على الحياة الداخلية، ليحاول بتحديد جزئي لوني (DCF, DFC) بمحتوى "نباتي، طبيعة" من خلال التناقضات في العواطف بعاطفة متمركزة على الذات والمقبولة اجتماعيا بين العلاقات الأمومة المبكرة .

فاللوحة X من خلال الاستجابات اللونية بتحديد جزئي ($2DFC; 2DCF$) بمحتويات حيوانية، هذا الإفراط يدل على سمات مرضية بتناقضات العواطف التي تتأرجح بين النرجسية والتقبل الاجتماعي المرتبطة مع عالمه العلائقي والمحيطي .

كانت دفاعاته الشكلية منخفضة، هذا ما فصح المجال للحياة الداخلية من بروزها من خلال المدركات الخاطئة بفعل بروز الرغبة ($F\%=19\%$) بالمقابل $F\%=71\%$ الموسعة يريد به تحسين الواقع، هذا ما يفسر اتجاه قليل العقلانية وتداخل المظاهر العاطفية ($F+=0\%$) مع $F+=73\%$ الموسعة في عدم اللجوء إلى العقلنة الموضوعية والطابع الاجتماعي أو القدرة على الاندماج العاطفي لعدم وجود نمط التفكير الشخصي، وهذا راجع لسيطرة الخيال على التفكير، وكثرة الحركات تبرز طغيان الحياة الداخلية ونكوصات وعدم النضج من خلال الحركة الحيوانية، وهذه من صفات الذهاني يلغي الواقع الاجتماعي.

فيما يخص معالجة صراعات المفحوص من خلال إنتاجه الإسقاطي تمثل في عدم لجوء الى العقلنة والجهد الفكري وعدم الاعتراف بالطابع الاجتماعي ولا لسلطته بطغيان الحياة الداخلية، وظهر في نمط الرجوع العاطفي بالإفراط في الحركة من خلال الإفراط في استثمار الحياة الداخلية، وهذا ما أثبتته نمط الرجوع الحميم ($5C, TRI=5K/4$) مستدخل أو منطوي مختلط بارتفاع الحركات التي تدل على انطواء على النفس وخاصة الأنا، والصيغة الثانوية التي تعبر على نكوص للمواضيع الأولية ($FC=3K/0E$)، وكذلك من خلال ارتفاع الاستجابات الحركية التي تعني أن المفحوص قام ببناء التصورات بطريقة مشوهة، وجود ارتفاع كبير للصورة الإنسانية ($H\%=29\%$) هذا ما يطرح مشكلة في تقمصات للصورة الإنسانية، وانسباط للخارج من خلال $RC=43\%$ بعدم القدرة المفحوص على ضبط التصورات الوجدانية فهي متناقضة تتأرجح بين عاطفة نرجسية منطوية من الداخل إلى عاطفة غير مندمجة اجتماعيا و غير مكترث بالخارج بمعنى كل ما هو ممنوع لديه مقبول وفق لمبدأ الهو، وكذلك عدم الاكتراث بالواقع الخارجي الاجتماعي المؤلف بغياب الابتدال للواقع المؤلف الذي يطرح قاعدة مرضية بعدم مبالاته بالمعايير الاجتماعية، هذا ما يطرح إشكالية مرضية، فالأنا شبه ممحي من المشهد الواقعي، هذا ما أدى إلى ظهور المحتويات النباتية والعودة إلى نكوصات للمواضيع القديمة بالإفراط في التمسك بالواقع الخارجي الحيواني خاصة اللوحة Xعقرب الذي هو تصور أولي للخطر الذي يبقى معزولا .

وعدم وجود الجهد الفكري فهو منعدم أي عقلانيته منعدمة دون مراعاة للواقع الاجتماعي ولا بمعاييرها، وعدم وضوح الصراع والعجز عن التعرف عليه وإسقاطه من خلال التناظرات في كل اللوحات التي تبرز قلة الحماية، وهذا اللاتمايز الموضوعي هو من خصائص الذهان .

4- تطبيق اختبار TAT وتحليله:

4-1- عرض:

ظهرت الملاحظات الأولية لاستجابات المفحوص فيما يلي :

_ تقصير القصة من خلال عدد قليل من الاستجابات

_ عدم تلاؤم بين المنبه والموضوع

_ عدم استقرار في التقمصات ،اختلاط في الأدوار

_ ضعف الخطاب

البطاقة 1:

18 ثا فيلم شعبي في مرآة هازة مكحلة عندها تلفون تعس روحها من الدوار الريف 48ثا

E2-1: عدم تلاؤم بين الموضوع والمنبه

E4-3: ارتباطات قصيرة

لجوء المفحوص الى قوى الإسقاط وضعف الخطاب كوسيلة دفاعية ببروز السياقات الأولية .

جاءت اشكاليته من خلال الاستجابات التي ليس لها علاقة بالإحياءات الرمزية للوحة التي تتمثل في عدم

النضج الوظيفي ،هذا ما يدل على فشله في ارضان إشكالية اللوحة وعدم تجاوز العجز مستقبلا ،و عدم

الاعتراف بمرجعية الاخفاء كمشروع تقمصي .

البطاقة 2:

11 ثا عربواية توكل معزة مصور طفل صغير لباس بيها فرحانة تخدم في زربيات 52ثا

E2-1: عدم تلاؤم بين الموضوع والمنبه

E4-3: ترابطات قصيرة

أما الإشكالية تظهر في فشل المفحوص في ارضانها و المتمثلة في إحياء العلاقة الثلاثية الأودية من خلال

عدم تعريف بالأشخاص وعدم تلاؤم الموضوع مع المنبه .

البطاقة 3BM:

11 ثا طفل مكبوب على فمو يلعب تاع فيلم الأرض فرحين معدوش مشكل 39ثا

A1-1: الوصف مع التمسك بالتفاصيل مع التبرير

E4-3: ترابطات قصيرة

A2-3: انكار

استجابات المفحوص بمرجعية الواقع الخارجي السطحي كوسيلة دفاعية صلبة، ثم بروز السياقات الأولية كوسيلة دفاعية تحميه من الصراع ، ليرجع من جديد الى استثمار الحياة الداخلية كوسيلة دفاعية صلبة. تجسدت اشكاليته في فشله على ارضان الوضعية الاكتئابية من خلال عدم التعبير على المشاعر ، واكتفى بالوصف فقط .

البطاقة 4:

8 ثا زوج راجل نساء يلعبو في فيلم تاع حرب مثلو فرحين صحاب 43ثا

A1-1: الوصف مع التمسك بالتفاصيل مع التبرير

E2-3: تصورات مرتبطة بموضوع عدواني

B1-3: تعبير على المشاعر

يبدأ المفحوص بالتمسك بالواقع السطحي كوسيلة دفاعية ثم بتصورات عدوانية كوسيلة دفاعية ب بروز سياقات الأولية لتوازنه، ثم عن طريق الاستثمار العلائقي كوسيلة دفاعية لتجنب الصراع النفسي العلائقي . تعود الإشكالية الى الاقتراب الغريزي ببعديه اللبيدي والعدواني داخل الزوج ،حيث المفحوص لم يدرك العلاقة بين الزوجين واكتفى بالوصف .

البطاقة 5:

19 ثا هذه واحدة ترسم زوج نساء يرسمو مع بعضاهم تصاور يخدمو صنعة متفاهمين بيعوها لأصحاب

التمثيل مثلو بيها 1د

1-2E: عدم تلاؤم بين الموضوع والمنبه

3-4E: ارتباطات قصيرة

استجابة المفحوص تحيي السياقات الأولية كوسيلة دفاعية لتوازنه .

فيما يخص الإشكالية فشل المفحوص في ارضائها و التي تتمثل في الأم تدخل وتراقب من خلال عدم إدراك المنبه وعدم تلاؤمه مع الموضوع .

البطاقة 6BM:

14 ثا هذا مدير ومدير يديرو في فيلم لاحظو بيها 44ثا

1-1A: الوصف مع التمسك بالتفاصيل

3-3B: عدم الاستقرار في التقمصات

لقد استجاب المفحوص بمرجعية للواقع الخارجي السطحي كوسيلة دفاعية ،ثم عدم استقرار في التقمصات من خلال عدم إدراك المرأة بعمليات هستيرية كوسيلة دفاعية لتجنب الصراع النفسي العلائقي .

توحي إشكالية اللوحة الى تقارب الأم - ابن في محتوى مضطرب ،لم يستطع إدراك الفرق بين الأجيال من خلال عدم الاستقرار في التقمصات ،حيث يمكن القول أنه لم يستطع استدخال تحريم زنا المحارم ،وبهذا لم يستطع ارضان اشكالية اللوحة .

البطاقة 7BM:

9 ثازوج رجالة ما يهدروش ماديرو حوايج سرقة محكوم راهو في الحبس كي جي وقت يخرجو مع بعضاهم

1,13د

1-1A: الوصف مع التمسك بالتفاصيل مع التبرير

2-2E: إدراك موضوع شريرو

2-1A: تدقيق مكاني زماني

المفحوص يتمسك بالواقع الخارجي السطحي كوسيلة دفاعية ،ثم بادراك موضوع شرير كوسيلة دفاعية ببروز السياقات الأولية، ليرجع من جديد الى التمسك بالواقع الخارجي حتى لا ينفلت منه كوسيلة دفاعية صلبة .

توحي إشكالية اللوحة الى تقارب بين أب /ابن في محتوى تعارض عند الابن ،حيث المفحوص فشل في ارضائها من خلال عدم التعرف على الفرق بين الجيلين واكتفى بالوصف بالتفاصيل .

البطاقة 8BM:

9ثا طفلة مصورة ترسم في عباد عندها ثقافة مشهورة خياطة عقلية جاملة تخدم على روحها ترسم بستيلو ناس يتعلمو من وراها 1,03د

1-E2:عدم تلاؤم بين موضوع والمنبه

3-E4:ارتباطات قصيرة

بروز السياقات الأولية للمفحوص من خلال قوى الاسقاط و ضعف الخطاب كوسيلة دفاعية لتكيفه مع الواقع الملتبس .

فشل المفحوص في ارضان اشكالية اللوحة التي تتمثل العدوانية اتجاه الصورة الأبوية ،حيث لم يدرك المنبه من خلال موضوعه ،هنا يمكن القول عدم قدرته على إحياء التمثيلات المتعلقة بقلق الاخضاء .

البطاقة 10:

22 ثا هذه الطفلة ترسم ترسم مودرن مدرب عليها قاعدة وحدها معاها طفلة صغيرة لباس عليها بتخدم 1,03د

1-E2:عدم تلاؤم بين الموضوع والمنبه

3-E4:ارتباطات قصيرة

يواصل المفحوص ببروز السياقات الأولية كوسيلة دفاعية لتوازنه .

تعود إشكالية اللوحة الى التقارب اللبيدي داخل الزوجين ،حيث المفحوص لم يستطع ارضائها من خلال عدم تلاؤم بين الموضوع والمنبه .

البطاقة 11:

17 ثا هذه حوتة ونعجة مرأة تمثل في فيلم 40ثا

1-E2:عدم تلاؤم بين الموضوع والمنبه

3-E4:ارتباطات قصيرة

يوصل كذلك بنفس بروز السياقات الأولية كوسيلة دفاعية لتوازنه .

تعود إشكالية اللوحة المقلقة ،حيث لم يستطع المفحوص ارضانها من خلال عدم الإحساس بهذا القلق و تجنبه بعدم إدراك الموضوع .

البطاقة 13MF:

21ثا شايب خرج وحط مرأة واحد كارتى هي ضربتو غشمتو علجال رسمة لي سرقها 60ثا

A1-1: الوصف مع التمسك بالتفاصيل مع التبرير

B3-3: عدم استقرار في التقمصات

B1-2: إدخال شخصيات غير موجودة

E2-2: تصورات قوية مرتبطة بموضوع عدواني

E1-3: مدركات خاطئة

تمسك المفحوص بالواقع السطحي كوسيلة دفاعية لتوازنه ثم عن طريق عمليات هستيرية من خلال عدم استقرار في التقمص والاستثمار العلائقي بإدخال شخصيات غير موجودة كوسيلة دفاعية، وبعدها لجوءه الى تصورات العدوانية بمدركات خاطئة ببروز السياقات الأولية كوسيلة دفاعية لتوازنه .

أما الإشكالية ظهرت في استجابات المفحوص التي ليس لها علاقة بالإحعاءات الرمزية للوحة بالتعبير الجنسي والعدواني عند الزوجين ،هذا ما جعله يفشل في ارضان اشكالية اللوحة من خلال عدم الاستقرار في التقمصات وإدخال شخصيات غير موجودة في الصورة ومدركات خاطئة .

البطاقة 16:

25 ثا كاين ظل يلعب بيوضة في وسط 1,02د

A1-1: الوصف مع التمسك بالتفاصيل مع عدم التبرير

تمسك المفحوص بالواقع الخارجي السطحي كوسيلة دفاعية صلبة لتوازنه من الواقع الذي فيه نوع من الالتباس.

تجسدت اشكاليته في عدم قدرته على ارضانها المتمثلة من خلال عدم القدرة على بناء قصة متماسكة .

البطاقة 19:

17 ثا هذا حنش مصور مع خمسة عباد تورنو في فيلم تاع خوف فيلم جرمان 55ثا

E2-1: عدم تلاؤم بين الموضوع والمنبه

E2-2: إدراك موضوع شريير

يبدأ المفحوص ببروز السياقات الأولية من خلال عدم تلاؤم بين الموضوع والمنبه كوسيلة دفاعية لتوازنه. أما الإشكالية تمثلت في فشله في ارضائها المتمثلة في تنشيط إشكالية ما قبل التناسلية من خلال عدم تلاؤم بين الموضوع والمنبه .

4-2- تحليل :

الجدول رقم (9): توزيع السياقات الدفاعية للحالة (06) :

E	B	A
E2-1=7	B1-3=1	A1-1=6
E4-3=7	B3-3=2	A1-2=1
E2-3=1	B1-2=1	A2-3=1
E2-2=3		
E1-3=1		
19	4	8

تحليل عام للبروتوكول :

E2-1 et E4-3: ++

A1-1: ++

*الأساليب الدفاعية :

إنتاج المفحوص تمثل في طغيان سياقات الأولية بدرجة كبيرة (E=19) خاصة في عدم تلاؤم بين موضوع والمنبه (E2-1) وارتباطات قصيرة (E4-3) وإدراك موضوع شريير (E2-2).

السياقات الرقابة بمجموع (A=6) من خلال التركيز على العلاقات الشخصية (A1-1)

أما سياقات المرونة فجاءت بمجموع (B=4) من خلال التعبير على المشاعر (B1-3)، وإدخال شخصيات

غير موجودة (B1-2)، كذلك عدم استقرار في التقمصات (B3-3)، وتنعدم سياقات كف الصراع (C)

5-2- تحليل :

السلام الإكلينيكية القاعدية :

1- توهم المرض (توهم المرض) : $Hs=77$

انشغال كبير بالحالة الجسدية (اضطرابات هضمية، تعب، ألم وضعف عام، غياب القلق الظاهر) هذا يعني أن مميزات الشخصية للمفحوص حسب السلم رقم 1 المتعلق بتوهم المرض بالأناثية، والنزوع الى التحكم في المحيط، سلوك نرجسي ومتمركز على الذات، التشاؤم والانهازامية، نظرة مستخفة للوجود، معبر عن بعض العدوانية بشكل غير مباشر، نادرا ما يطبق ما يفكر فيه (لا يمر الفعل).

2- الاكتئاب : $D=67$

ليس لهذا سلم دلالة تشخيصية واحدة لأن أعراض الاكتئاب في العديد من الأمراض ومن مميزات شخصية المفحوص حسب السلم الثاني انعدام الثقة في النفس، النزوع الى القلق والاضطراب العقلي، تفادي الصراع، الانطواء، الخجل، والتحفظ.

3- الهستيريا : $Hy=54$

لا تعد سمة مرضية من خلال الدرجة التائية التي تقع قبل المتوسط

4- الانحرافات السيكوباتية : $Pd=39$

لا تعد سمة مرضية من خلال الدرجة التائية التي تقع قبل المتوسط

5- الذكورة الأنوثة : $MF=43$

لا تعد سمة مرضية من خلال الدرجة التائية

6- البرانويا : $Pa=79$ الدرجة التائية أقل من 80 لا تعد سمة للمرض .

7- البسيكاستينيا : $Pt=84$

الدرجات المتوسطة الارتفاع بين ت أكبر من 65 وأقل من 85 فهي تشير الى شخصية المفحوص بقلق، خائف، متردد عصبيا، متوتر مع نزوع الى الاضطراب القلق، يشك في ذاته يشعر بالدونية، ينتقد ذاته ويسيء تقديرها ودائم الاجترار، متصلب أخلاقي، وتقليدي، خجول ويجد صعوبة في إقامة علاقات مع الآخرين .

8- الفصام : SC = 98

تدل على وجود خطر التوظيف الذهاني الخفي مع اضطرابات التفكير، الغموض، اختلال التنظيم والتوجيه _ نجد عادة ميولا غير مألوفة وأفكارا ذهانية، هلاوس، نقص الضبط مع ضعف القدرة على إصدار الأحكام .
 أما مميزات شخصيته تمثلت في العزلة، الانطوائية، صعوبة الاتصال، الفصامية، البرودة واللامبالاة، تفادي الناس والمواقف الجديدة، الخجل وفي الغالب القلق القوي، الشعور بالدونية، العجز وعدم الإقناع، قليل الاستثمار في العلاقات، عدواني، عنيف وحقود، العجز عن التعبير عن المشاعر، قد يتعلق الأمر بشخص مبدع مختلف، غير ممتثل وغريب الأطوار.

9- الخفيف الهوس : Ma=50

الدرجة الثانية أقل من المتوسط لا تعد سمة مرضية .

0- الانطواء الاجتماعي : Si=66

الدرجة الثانية تفوق المتوسط درجة متنامية من الخجل الاجتماعي، وتفضيل العمل الوجداني وصعوبة في تأكيد الذات على المستوى الاجتماعي .

التحليل العام للحالة :

يتميز سلوك المفحوص بطغيان الأعراض السلبية من خلال فقر الألفاظ والاختلاط في الجانب الفكري المعرفي، وكذلك عدم الهيجان و الاستقرار في نفس الأعراض مع وجود بعض الهذات والهلاوس . أما اختبار الرورشاخ ظهر من خلال إنتاجته المقبولة تمثلت في تنوع إسقاط المحتويات التي يغلب عليها المحتوى الحيواني الذي يريد به المفحوص التمسك بالواقع الخارجي كوسيلة دفاعية بطريقة مشوهة كبديل للواقع الحقيقي، وكثرة التناظرات في ثمانية لوحات التي تبرز قلة الحماية الداخلية، أما طريقة تفكيره تميزت بالتجزئة المفرطة التي طغت فيها المدركات الجزئية الكبيرة ، والارتفاع الكبير في المحتوى البشري الذي يطرح مشكلة في التقمصات كوسيلة دفاعية خوفا من العلاقات أو خطر التقارب، وكثرة المحتويات الحيوانية فهي تطرح مشكلة مرضية ذهانية بقولبة الفكر بطريقة اندفاعية، فالأنا منسلخ ولا يعترف بالواقع الاجتماعي من خلال عدم وجود الاستجابات المبتذلة، فالمفحوص يتشبث في المواضيع القديمة للاحتماء بها . أما اختبار تفهم الموضوع تميز بطغيان الحياة الداخلية من خلال بروز السياقات الأولية من خلال عدم تلاؤم بين الموضوع والمنبه وارتباطات القصيرة وإدراك موضوع شريير ، مما سبق نستطيع القول أن المفحوص ذهاني .

أما اختبار منيسوتا متعدد الأوجه تمثل في ارتفاع الدرجة التائية لسلم الفصام ، والدرجة التائية لسلم البسيكاستينيا من خلال بعض مميزات للشخصية من اضطرابات في التفكير ، اختلال التنظيم والتوجيه وكذلك التصلب وصعوبة في إقامة العلاقات مع الآخرين ، هذا نوع من الفصام المتبقي والمترسب الذي تكثر فيه الأعراض السلبية بدرجة كبيرة ، مع ارتفاع الدرجة التائية لسلم توهم المرض $Hs=77$ والاكنتاب $D=67$ ، وارتفاع الدرجة التائية لسلم البسيكاستينيا $Pt=84$ ، هذا ما يدل أن ارتفاع سلم الفصام له علاقة بسلام المثلث العصابي والذهاني .

من خلال تطلعنا لمسار حياة المريض تبين أنه حالة اجتماعية ، حيث تخلت عليه جميع عائلته ، وحياته تميزت بالعنف والتشرد ، هذا ما تؤكد دراسة كوبر : "المواقف الاجتماعية والأسرية الظالمة التي يتخذها الأصحاء العاقلون ضد المرضى المجانين وهو يدين عدة مواقف، ويدعو الى استبدالها بمواقف تتسم بالتفهم والرحمة وخاصة من جانب أفراد عائلة المريض " . (أنظر الى الصفحة 74 في التراث الأدبي)

وحسب ياسر فهد: "البيئة الصارمة ... الطفل الإدمان الكامل والتخلي عن حرته أو الاغتراب النفسي والابتعاد كلياً عن العائلة مع ما ينجر عن ذلك من وخز الضمير الذي يظل مشتعلًا في وجدان الطفل فيزيد حالته سوءاً" (ياسر فهد 1977 ص 6)

الحالة السابعة :

1- تقديم الحالة :

وليد عمره 20 سنة أعزب ، ترتيبه الثاني من بين ثلاث بنات وذكورين ، ظروفه المعيشية قاهرة ، أبوه مدمن كحول ومخدرات ، هذا ما جعله يتوقف عن الدراسة في مستوى أولى ثانوي ، ويتوجه إلى الحياة العملية ليتحمل مسؤولية اخوته ، فهو يعمل بائع خضر في السوق الأسبوعية ، وعلاقاته كانت كثيرة خاصة مع أصدقاء السوء ، فهو يسكن في بيت قصديري لا يتوفر لأدنى الشروط في منطقة معروفة بالمخدرات والمجرمين والمتشردين ، فهو عانى منذ صغره ، أبوه كان يضرب أمه بقسوة كبيرة جدا ، يهمل أولاده ، لهذا اضطرت أمه للعمل لأجل أبناءها في معمل التمور ، وهذه أول مرة تحدث له هذه الأعراض من خلال اضطراب في السلوك و الهذات ، والخلط في الكلام ، وعدم القدرة على النوم في الليل ، مما اضطرت الأب إلى تقديمه إلى طبيبة مختصة وتقديم الدواء ، إلا أن الأعراض ازدادت حدة من خلال الهذات والهلاوس ، مما استدعى دخوله إلى مصلحة الأمراض العقلية ببسكرة في 13 جويلية 2011 وبقي فيها لمدة شهر ، وكل شهر يرجع للفحص الطبي وللدواء ، ويدخل من فترة إلى فترة ، يتناول مضادة للذهان من النوع النمطية وغير نمطية منها lanzaprex1_0_1,nozinon1/2_1/2_1/2

2 - ملخص المقابلة مع الطبيب السيكاتري :

اعتمد الطبيب السيكاتري في تشخيص المفحوص على الملاحظة خاصة المظهر العام والذي تمثل في لباسه المتسخ ، وعلى مجموعة من الأفكار انقطاعه على المجتمع ، وفقر في ألفاظه ، مع إيماءات جافة وعاطفة متناقضة ، وهذا هو الذي يفتقر إلى موضوع ، حيث ينتقل من موضوع إلى موضوع بدون رابط بينهم ، فهو يردد عبارات أمه والعمل في الطابلة ، السراق ، وانطلاقاً من هذه المميزات تم تشخيصه على أنه فصام من النوع التفككي (type désorganisé) من خلال سيطرة الأعراض السلبية مقارنة مع DSMIV ، وهذا الاضطراب يبدأ في سن مبكرة ، ويتناول مضادات الذهان بفتترات غير منتظمة لهذا ترجع الأعراض من جديد في حدثها ، وهذا لغياب التكفل الأسري ، وأحسن مضادات الذهان غير النمطية لأنها تحافظ على امكانياته الذهنية وتركيزه عن العمل والاندماج في العائلة و المجتمع ، لكن مع تعاطيه للمخدرات من جديد

تجعل مفعول الأدوية غير مجدي و تفقد فعاليتها ، وهذا الاضطراب صعب التشخيص يتطلب فريقين من الأطباء والأخصائيين ، وبامكان المفحوص الاندماج في المجتمع بالتكفل الدوائي والنفسي .

3- تطبيق اختبار الرورشاخ وتحليله :

3-1- عرض :

النص	التحقيق	التنقيط
اللوحة I: " 13 ^~ _ تشبه خنفسة 18	كلية	G F+A Ban
اللوحة II: "8 ^ _ معرفتش ~ _ بركان ^ _ أحمر نار "33	رفض كلية أحمر (D2)	Choc GF+Frag DCF Elem
اللوحة III: "7 ^ _ هذا جرو ^ _ أحمر قرافات تاع عريس ^ _ أحمر دبوس "35	كلية أحمر (D3) أحمر (D2)	G F ^A D CF Obj D CF Obj
اللوحة IV: " 8 ^~ _ ماعرفتتش ^ _ ماعرفتتش ^ _ شبه شجرة "25	رفض رفض كلية	CHOC CHOC G F+Bot

G F+A Ban	كلية	اللوحة V: " 2 ^تشبه خفاش "5
G F ⁻ Obj G F ⁻ A	الكلية	اللوحة VI: "4 ^تشبه قيتارة د فراشة "17
G F± Frag	الكلية	اللوحة VII: "3 ~سحاب "9
D FCObj CHOC DCF Frag GF ⁻ Obj	جزئية رفض ألوان الكل	اللوحة VIII: "6 د علم تاع جزائر د ماعرفتش د أحمر صفر خضرا سحاب د الكل علم "39
G Kob Elem D CF Frag G FC Pays	كلية وردي (D6) الكل	اللوحة IX: "4 د بركان يخرج منه نار د وردي سحاب د جبل فيه حشيش "39
CHOC G F ⁻ Pays	رفض (D4)	اللوحة X: "7 ^ماعرف د طريق

D CF Frag CHOC		^_أزرق سحاب ما عرفتهاش "35
-------------------	--	---------------------------------------

اللوحات المفضلة :

III,II :باهيين

اللوحات غير المفضلة :

I, X مش مليحة عقرب تلدغو

المخطط النفسي :

R=19 T .Total=222" R. compl.=0 TPS/R =13" T.d'appr:G-D Refus=5 TRI TRI=£K/£C=0K/7C FC=£K/£E=0K/0E RC=42% Ban = 2 F%=53% F+%=42% H % = 0 % A%=21% الموسعة F%=63% F+%=54% الموسعة	G = 12 D = 7 G % = 63 D % = 37	F = 10 F + = 4 F - = 5 F ± = 1 CF = 6 FC=2 SdeC=7 Kob =1 Sde K=1 S de E= 0	A = 4 Frag=5 Elem = 2 Obj = 5 Bot = 1 Pays = 2
--	---	---	---

3-2- تحليل:

أهم ما يميز إنتاج المفحوص (19 استجابة أي ما يعادل 13 ثا لكل إجابة) الكف الشديد الذي يظهر في التعبير اللفظي الفقير على شكل قولبي تكراري يشهد على صلابة وشلل تفكيره يعني تسريع في تناول المنبه لتخلص منه بتناوله عن طريق قصر الإجابات دون التوغل في البعد الهوامي برفض البطاقات لوجود الصدمات في البطاقة II وصدمتين في البطاقة IV او VIII, X وفي التمرير التلقائي عن عدد محدود من الإجابات.

صنف من الإجابات يميزه التمسك الشديد بالواقع الخارجي في الشكل الحيواني $A=4$ المكثف ومحتويات شطر "خفوسة، بركان، جرو، شجرة"، وعدم وجود للإجابات ذات العلاقة بالعالم الداخلي. نلاحظ أنه استثمر اللوحات الملونة من خلال الاستجابات الشكلية اللونية $FC=2$ و $CF=6$ ، وعلى العموم فإن المسح الأولي للإنتاج الإسقاطي يطلعنا على ثقل الفراغ، والذي يبرز إلى الفقر الهوامي للمحتويات خاصة الأشياء الجامدة التي تمثل الشطر و نار.

ظهرت سياقات التفكير في طريقته لتناول البقع بطغيان التحديد الكلي الشامل للمدرك المرتفع $G=63\%$ وعدم تماسك نوعيتها، فالإجابات واردة لا تستند على جهد عقلي تركيبي، وأغلب الإجابات تدل على الفشل الإدراكي الدال على ضعف قدرات الاحتواء للعالم الداخلي أو الخارجي وهشاشة الحدود $(-5GF+4GF)$ ، هذا ما يخل الاتصال بالواقع الخارجي، وعدم الفعالية سياق التمييز بين الأنا ولأنا بإدخال التحفظات الكلامية ذات البعد الهجاسي الصلب (تشبه، هذا) يخفف نوع الضعف ذي التوجه الذهاني.

كانت الانطلاقة في اللوحة I على شكل محاولة اندماج تكيفي في الواقع الموضوعي عن طريق التمسك بالمألوف (BAN, GF+)، غير أن الاندماج يسوده الشك "تشبه" وعدم ثبات الموضوع المألوف في التحقيق من خلال إجابة واحدة فقط.

تلاشت قدرات التكيف مباشرة بتدخل اللوحة II من خلال وجود صدمة، إذ يكتفي بشطر ومحتوى نار بالانفجار الناري أمام قوة الاخصاء التي تفرضه البقعة.

يتواصل بادراك خاطئ في اللوحة III بمدركات خاطئة بمحتوى الحيوان (GF^-) يريد به التجديد التام للصور الإنسانية، وهي طريقة خاصة به لتجنب الواقع المألوف، ليواصل إلى تشييء المواضيع للتجميد بصورة أكبر للصورة الإنسانية من خلال الإشارة إليها فقط أحمر "قرافات تاع عريس"، "أحمر دبوس".

ليدخل في صدمتين في البطاقة IV برفض السلطة التي تمثل له الصورة الأمومة خطيرة ومسيطرة ،
وبعدها التناول الكلي الجيد للمحتوى النبات.

لينجح في إدراكه في البطاقة V بطريقة مبتدلة بتصور الذات لكن بطريقة احتقارية تمثلت في فشل في
إدراكه نتيجة طابع الشك والتحفز الكلامي (تشبهه) ، ويزداد عدم الاستقرار وعدم الثبات في اللوحة VI
بمدرجات خاطئة "تشبه قيتارة" كوسيلة دفاعية لتجنب البطاقة الجنسية .

ليحاول المفحوص في الإجابة الموائية من اللوحة VII بإجابة سريعة للأداة من خلال "سحاب" بتجميد
مجرى التفكير (نمط الإدراك) في اللوحة VIII بتدخل اللوحات الملونة خاصة في الرمزية الأمومية بالتقليل
منها، ليبدأ بالاستجابة اللونية الشبئية محاولاً من جديد دمج الألوان في محتوى شطر قولبي تكراري يريد به
قطع الاتصال مع العالم الخارجي ، لينهي بادراك كلي فاشل بمحتوى شبيء "علم" قولبي تكراري لنفس البطاقة
ليزداد انحصار وضيق التفكير أمام الألوان الطاغية والمتداخلة .

في اللوحة IX بحركة شطر دليل على التراكمات العدوانية من خلال "بركان يخرج منه نار" أي عدوانية
اتجاه الأمومة المبكرة، ويرجع بنفس نمط التفكير القولبي بحركة لونية شكلية بمحتوى شطر مع شكل لوني من
محتوى طبيعي دليل على تصلب تفكيره وقلقه .

ينهي تحقيق اللوحة X بصدمة الذي يطغى عليه التناول السطحي والتكراري للمنبه بطريقة شاملة و مقولبة
يخدم التفكير الصلب الذي يحاول بناء حدود قوية بين الداخل والخارج عن طريق إدراك كلي فاشل للمنبه
لمحتوى طبيعي بتلوين الشكل لمحتوى شطر بتجميد عالمه العلائقي المرتبطة بالاتصالات الأولى ، ليتدخل
الدفاع الشكلي المنخفض من خلال بروز الرغبة (F%=53) ليعزز الميل المتصلب من خلال المدركات
الرديئة (5F-) من بين 10 استجابات، أما الاستجابات الشكلية منخفضة (F+%=42) ويقابله الموسعة
F+%=54% تدل على عدم قدرته في الاستثمار الواقع الخارجي المبدل وفق لرغبات الهو و بعدم قدرته
على التلاؤم وكفاءته في التنظيم الدفاعي اتجاهه ، مع الحكم على الحقيقة غير جيد، ويتجلى في تعيين الفعل
وتزول الحركة بزيادة المحددات الشكلية F% لسد النقص الحركي لتجعل منها صلابة فكرية وتحجير
النزوات بالكف العملي CF يوشك أن تصبح فارغة في سجل ذهاني.

فيما يخص الصراعات بدت إنتاجيته بتفكير متكرر قولبي بخمسة صدمات وانفجار عدواني للشطر مع بروز السياقات الأولى كمكانيزمات دفاعية متقهقرة مما يصعب التعرف على الصراع أو على طبيعته ، أما الصيغة الانبساطي صافي $TRI=0K/7 C$ بارتفاع الاستثارة اللونية من خلال الفشل في العلاقات العاطفية مع المواضيع كوسيلة دفاعية لصد الاكتئاب، أما الصيغة الثانوية منغلقة لنقص العلاقات مع الموضوع الأولي $(FC=0K /0E)$ يتجلى هذا الانبساط في $RC=42\%$ للحياة الخارجية كدفاعات عظامية رد فعل لتلك النظرة الاضطهادية، حيث لا توجد رقابة للمواضيع من خلال هشاشة الحدود .

إن غياب الصورة الإنسانية في البروتوكول بأكمله يطرح إشكالية العجز عن تصور أي رغبة اتجاه الآخر إما بهدف دفاعي يتضمن إبعاده للاحتماء من الميل النزوية اتجاهه، أو بنقص التجارب التقمصية الناتجة عن اللاتمايز الموضوعي ، وهذا الأخير يكون غريباً ومصدر للخطر يجب تجميده بالتصورات الصلبة المجسدة في المحتوى "بركان ، جبل " للاندماج في الموضوع والاحتماء من خطر الانفجار الضمني ، وعدم اللاتمايز يوحي الى هيئة غير متميزة بين العالم الداخلي والخارجي بكثرة الألوان ووجود الصدمات بالفرض ، وكأن الصلابة البركان لم تتجح في إبقاء حدود متماسكة وفي إخفاء العالم الداخلي الهش، وكثرة المحتويات الشبئية غير قابلة للحركة فهي حبيسة بالبحث عن جديد "طريق ، "سحاب " على محتوى طبيعي ، وينتهي بصدمة خوفاً من الخطر والألوان من خلال عجزه عن تصور الاكتئاب والنزوات العدوانية المندرج في إطار الفراغ الذهاني .

رغم وجود عبارات الشك والتحفظ "تشبه " هذا " التي تبقى متنوعة وفقيرة مصاغة في طابع مقولب تبقى صلابة الفكر مانعة لأي بلورة تصويرية أو عاطفية في قالب صراعي والكف العواطف والتصورات، بل يصل إلى العجز عن التعرف عليها وعن إسقاطها ، وهذا النوع من اللاتمايز نجده من صفات التوظيف الذهاني .

4- تطبيق اختبار TAT وتحليله :

4-1- عرض :

تمثلت الملاحظات الأولية للاستجابات كما يلي :

- زمن الاستجابات كان قصير معتبر وقليل من الاستجابات
- القصص كانت قصيرة و غير متناسقة
- ضعف الخطاب
- التركيز على الوصف مع التمسك بالتفاصيل .
- عدم إدراك موضوع الظاهري

البطاقة 1:

4ثا هذا طفل هاز لؤلؤة يلعب بها خمم على لؤلؤة حتروح يسرقوها 35ثا

A1-1: الوصف مع التمسك بالتفاصيل مع التبرير

E1-3: مدركات خاطئة

CF-2: عواطف ظرفية

E2-2: إدراك موضوع شرير

ميل المفحوص الى الوصف بمرجعية الواقع الخارجي السطحي كوسيلة دفاعية صلبة ثم الإفراط في الاستثمار للواقع الخارجي كوسيلة دفاعية تجنباً للصراع مع بروز السياقات الأولية .

أما الإشكالية تمحورت في فشل المفحوص في ارضائها والمتمثلة في عدم النضج الوظيفي حيث لم يدرك موضوع "كمان"، مما يدل على عدم الاعتراف بالنضج الوظيفي و عدم الاعتراف بقلق الاخفاء كمشروع تقمصي .

البطاقة 2:

6ثا هذه أم تحرث في أرض تاعها وخيمة فيها تبين فرحانة هاز كتاب دور تقرى متفاهمة مع أمها 1,18د

CF-1:التشديد على الحياة العملية

E3-1:تداخل في الهويات - تداخل في الأدوار

B1-3:تعبير على عواطف

ميل المفحوص الى الإفراط في الاستثمار في الواقع الخارجي السطحي كوسيلة دفاعية صلبة، ثم بروز السياقات الأولية من خلال تداخل الأدوار والهويات كوسيلة دفاعية للتوازن، ثم اللجوء الى الاستثمار العلائقي كوسيلة دفاعية تجنب للصراعات النفسية العلائقية .

ظهرت إشكاليته في استجابات ليس لها علاقة بالإحياءات الرمزية ،هذا ما جعل المفحوص يفشل في ارضان إشكالية إحياء العلاقة الثلاثية للصراع الأوديبى من جديد بعدم ذكر الرجل الذي يمثل الأب وتداخل في الهويات والأدوار .

البطاقة 3BM:

8ثا طفل يداوي مريضة مرأة 36ثا

A1-1:وصف مع عدم التبرير

E1-4:أشخاص مرضى

B1-2:إدخال أشخاص غير موجودين

ميل المفحوص الى التمسك بالواقع الخارجي السطحي كوسيلة دفاعية ،ثم لجوءه الى قوى الإسقاط من خلال بروز السياقات الأولية كوسيلة دفاعية لتوازنه ،ثم عن طريق الاستثمار العلائقي بإدخال شخصيات غير موجودة في اللوحة كوسيلة دفاعية للكف عن الصراع النفسي العلائقي .

تبدو في إشكالية المفحوص أنه لم يتمكن من ارضانها التي تعود الى الوضعية الاكتئابية ،حيث الوجدان الاكتئابي غير معروف من خلال عدم التعبير على المشاعر .

البطاقة 4:

3ثا هذا راجل ومرتو يتفاهمو جيبو مولود 15ثا

A1-1: الوصف والتمسك بالتفاصيل مع التبرير

B1-1: التركيز على العلاقات الشخصية

استجابات المفحوص متعلقة بالوصف عن طريق التمسك بالواقع السطحي كوسيلة دفاعية صلبة ، ثم اللجوء الى العلاقات الشخصية في إطار الاستثمار العلائقي كوسيلة دفاعية لتجنب الصراع النفسي العلائقي .
أما فيما يخص الإشكالية فشل المفحوص في ارضانها و المتمثلة في الاقتراب الغريزي داخل الزوج بقطبيه اللبيدي والعدواني ، حيث اكتفى بالتركيز على العلاقات الشخصية "الزوجين " إلا عن طريق الوصف .

البطاقة 5:

24ثا ساعة تاع ضوء ليل سكوت كتب داسوهم مولا هم 1,02د

E2-1: عدم تلاؤم بين الموضوع والمنبه

E4-3: ارتباطات قصيرة

بروز السياقات الأولية من خلال قوى الإسقاط وضعف الخطاب كوسيلة دفاعية للتوازن .
لقد فشل المفحوص في إدراك الإيحاءات الرمزية التي تعود الى أم تدخل وتراقب من خلال عدم تلاؤم بين الموضوع والمنبه .

البطاقة 6BM:

2ثا هذا راجل مع أمه يحكو على عرسو فرحان هو أمه يحضر 20ثا

A1-1: الوصف مع التمسك بالتفاصيل مع التبرير

B1-1: التركيز على العلاقات الشخصية

B1-3: تعبير على مشاعر

لجوء المفحوص الى التمسك بالواقع السطحي كوسيلة دفاعية صلبة ، ثم الميل الى التركيز على العلاقات الشخصية " راجل مع أمه" وتعبير على المشاعر من خلال الاستثمار العلائقي كوسيلة دفاعية لتجنب الصراع النفسي العلائقي .

يبدو أن المفحوص فشل في ارضان إشكالية اللوحة التي تتمثل في تقارب الأم - الابن في محتوى مضطرب، بالرغم من أنه أدرك الفرق بين الجيلين .

البطاقة 7BM:

4ثا هذا أب ابن يحكو على سياسة تاع ديمقراطية متفاهمين 27ثا

1-1A: الوصف مع التمسك بالتفاصيل مع التبرير

ميل المفحوص بمرجعية الواقع الخارجي السطحي عن طريق الوصف كوسيلة دفاعية صلبة .

تمثلت اشكاليته في فشله على ارضائها المتمثلة في التجاذب الوجداني في العلاقة مع الأب من خلال الوصف فقط.

البطاقة 8BM:

15ثا هذا طفل لحقو واحد حيقتلو سالو دراهم بيوت أشرار 41ثا

1-1A: الوصف مع التمسك بالتفاصيل مع التبرير

3-3B: عدم الاستقرار في النقصات

3-2E: تصورات قوية مرتبطة بموضوع عدواني

2-2E: موضوع شرير

يبدأ المفحوص بالوصف مع التمسك بالواقع الخارجي السطحي كوسيلة دفاعية صلبة ، ثم من خلال عدم الاستقرار عن طريق إدراك المراهق على أنه طفل ، ثم بروز السياقات الأولية من خلال التصورات المرتبطة بالعدوان وإدراك موضوع شرير كوسيلة دفاعية لتوازنه .

لقد فشل المفحوص في ارضان اشكالية اللوحة المتمثلة العدوانية اتجاه الأب ، بالرغم من إدراك العدوان لكن اكتفى بوصف المشهد فقط.

البطاقة 10:

3 ثا أمه تهز في بنتها تحضنها ليها مرأة ما شفتهاش كانت مسافرة 20ثا

1-E2: عدم تلاؤم بين الموضوع والمنبه

3-E4: ارتباطات قصيرة

بروز السياقات الأولية من خلال قوى الإسقاط المتمثلة في الارتباطات قصيرة كوسيلة دفاعية لتوازنه مع الواقع الموضوعي الذي فيه نوع من الالتباس .

أما الإشكالية ظهرت في استجابات المفحوص التي لا علاقة لها بالإحياءات التحتية للوحة ، و تدور حول التعبير اللبدي عند الزوجين من خلال بروز السياقات الأولية التي تجسدت في عدم تلاؤم بين الموضوع والمنبه .

البطاقة 11:

6ثا جبل فيه ثلج وشجرات 31ثا

1-A1: الوصف مع التمسك بالتفاصيل مع عدم التبرير

ميل المفحوص الى التمسك بالواقع السطحي كوسيلة دفاعية صلبة .

أما الإشكالية ظهرت في فشله على ارضائها والتي تدور حول القلق ،حيث اكتفى فقط بالوصف دون الإحساس بهذا القلق .

البطاقة 13MF:

7ثا رجل يبكي على أمه ماتت 16ثا

1-A1: الوصف مع التمسك بالتبرير .

2-B2: الانفعالات القوية .

3-E2: تصورات مرتبطة بموضوع عدواني .

ميل المفحوص بمرجعية للواقع الخارجي للتمسك به كوسيلة دفاعية، ثم اللجوء الى التمسرح من خلال الانفعالات القوية كوسيلة دفاعية لتجنب الصراع النفسي العائلي، تليها بروز السياقات الأولية بموضوع عدواني لتوازنه .

فشل المفحوص في ارضان اشكالية اللوحة و التي تدور حول التعبير الجنسي والعدواني عند الزوجين، حيث المفحوص لم يدرك الزوجين إلا من خلال "رجل وأمه" .

البطاقة 16:

8ثا مباريات برصا مع مانشيستر تريج برصا ميسي خلطوهم مع بعضاهم وروني مادير والو 38ثا

A1-1: الوصف مع التمسك بالتفاصيل مع التبرير

E4-3: ارتباطات قصيرة

لجوء المفحوص الى التمسك بالواقع السطحي الذي فيه نوع من الالتباس كوسيلة دفاعية صلبة ،وبعدها بروز السياقات الأولية من خلال ضعف الخطاب .

تمثلت الإشكالية في عدم قدرة المفحوص على تركيب المواضيع المفضلة والعلاقة الموضوعية معها ،هذا ما يدل على عدم اركانها مكتفيا بالوصف فقط .

البطاقة 19:

14ثا باخرة رايحة للبحر 32ثا

A1-1: الوصف مع التمسك بالتفاصيل مع عدم التبرير

فيما يخص الأساليب الدفاعية تمثلت في ميل المفحوص الى مرجعية للواقع الخارجي للاحتماء به وتكيفه . أما الإشكالية تتمثل في عدم قدرة المفحوص على إحضار الخبرات الايجابية والسلبية التي تعود الى الموضوع الجيد والسيئ من خلال لجوءه الى الوصف، مما أدى الى عدم اركان الإشكالية ما قبل التناسلية

4-2- تحليل :

جدول رقم (10): توزيع السياقات الدفاعية للحالة (07):

E	C	B	A
E2-2=2	CF-2=1	B1-3=1	A1-1=10
E3-1=1	CF-1=1	B1-2=1	
E1-4=1		B1-1=1	
E2-3=2		B3-3=1	
E2-1=2		B2-2=1	
E1-3=1			
E4-3=3			
12	2	5	10

التحليل العام للبروتوكول :

E4-3: ++

A1-1: +++

* الأساليب الدفاعية :

لقد طغت سياقات الأولية بمجموع (E=12) من خلال قوى الإسقاط (E2) بادراك موضوع شيرير-E2 (2)، تصورات قوية مرتبطة بموضوع عدواني (E2-3)، عدم تلاؤم بين موضوع والمنبه (E2-1). أما السياقات الرقابة بمجموع (A=10) من خلال التركيز على العلاقات الشخصية (A1-1). وسياقات الصراع النفسي العلائقي بمجموع (B=5) تمثلت في الاستثمار العلائقي (B1)، ثم اللجوء الى سياقات التجنب التي تكاد تنعدم (C=2) من خلال الإفراط في استثمار الواقع الخارجي (CF).

المرونة :

نلاحظ سيطرة سياقات الأولية E ويليهما سياقات الرقابة A بالتركيز على العلاقات الشخصية ثم من خلال السياقات الصراع النفسي العلائقي B لينتهي بالسياقات الكف للصراع C، وعلى هذا الأساس يمكن أن نحدد المرونة من النمط الثاني (±) وذلك حسب التصنيف الذي وضعته v. shentoub.

* الفرضية التشخيصية :

لقد أظهر اختبار تفهم الموضوع طغيان سياقات الأولية E من خلال قوى الإسقاط، حيث طغت الحياة الداخلية، وسياقات الرقابة A لم تستطع رقابة الحياة الداخلية، حيث المفحوص استطاع التعبير على حياته الداخلية خوفاً من الواقع الذي يشكل له تهديد، وظهرت سياقات تجنب الصراع النفسي العلائقي من خلال الاستثمار العلائقي إلا أن كف الصراع يكاد ينعدم بالإفراط في الواقع الخارجي الموضوعي السطحي، وكف الصراع جعل مسح للتصورات الانفعالية وعدم تمايزها، هذا ما جعل المفحوص يفشل في ارضان إشكاليات اللوحة، وهذا نجده في الذهان الذي لديه نوع من الالتباس مع الواقع الخارجي.

5- تطبيق اختبار MMPI-2 وتحليله :

5-1- عرض :

L	F	K	Hs	D	Hy	Pd	MF	Pa	Pt	SC	Ma	Si
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
62	82	61	80	59	73	72	63	69	82	95	75	52

$$L' \text{ indice de goldberg} = L + Pa + SC - Hy - pt = 62 + 69 + 95 - 73 - 82 = 71$$

$$M = Hs + D + Hy + Pd + Pa + Pt + Sc + Ma / 8 = 80 + 59 + 73 + 72 + 69 + 82 + 95 + 75 / 8 = 75,62$$

فمؤشر قودبارج أكبر من 45 يكون الشخص ذهاني

رمز ولش يكون كالآتي :- LK،، F=20،، 934،6+5-20/F،، 8*71،،

السلم F=82: F: مرتفع تشير الى مرض موسوم مؤشر جيد عن وجود مشكلات ذهانية .

5-2- تحليل :

السلام الإكلينيكية القاعدية :

1-80=Hs توهم المرض (توهم المرض):

يعني انشغال كبير بالحالة الجسدية (اضطرابات هضمية ،تعب ،ألم وضعف عام ،غياب القلق الظاهر)
فيما يخص مميزات شخصية المفحوص بالأنانية ،والنزوع الى التحكم في المحيط ، سلوك نرجسي
ومتمركز على الذات ، التشاؤم والانهازمية ،نظرة مستخفة للوجود ، معبر عن بعض العدوانية بشكل غير
مباشر ،نادرا ما يطبق ما يفكر فيه (لا يمر الفعل) .

2- الاكتئاب : D=59

ليس لهذا سلم دلالة تشخيصية واحدة لأن أعراض الاكتئاب في العديد من الأمراض
تظهر مميزات شخصيته من خلال انعدام الثقة في النفس ، النزوع الى القلق والاضطراب العقلي ، تفادي
الصراع ، الانطواء ، الخجل ، والتحفظ .

3- الهستيريا : Hy=73

الدرجة التائية متوسطة مما يدل لديه نوع من الميولات الهستيريا

4- الانحرافات السيكوباتية : Pd=72

الدرجة التائية متوسطة يتميز بنوع من سمات الانحراف السيكوباتي من التمرد وصراعات مع الأسرة

5- الذكورة الأنوثة : MF=63

لا تعد مرض من خلال الدرجة التائية

6- البرانويا : Pa=69

فهي تقع حسب درجة التائية للمرض غير أنها غير مرتفعة أي يتميز بسمات البرانويا

7- البسيكاستينيا : Pt=82

الدرجات المتوسطة الارتفاع بين ت أكبر من 65 وأقل من 85 فهي تشير الى شخصية المفحوص بقلق، خائف، متردد عصبيا ، متوتر مع نزوع الى الاضطراب القلق، يشك في ذاته يشعر بالدونية، ينتقد ذاته ويسيء تقديرها ودائم الاجترار ، متصلب أخلاقي ،وتقليدي ، خجول ويجد صعوبة في إقامة علاقات مع الآخرين.

8- الفصام : SC=95

تدل على وجود خطر التوظيف الذهاني الخفي مع اضطرابات التفكير، الغموض ،اختلال التنظيم والتوجيه نجد عادة ميولا غير مألوفة وأفكارا ذهانية ،هلاوس ،نقص الضبط مع ضعف القدرة على إصدار الأحكام . تظهر سمات شخصية المفحوص من خلال العزلة ،الانطوائية ،صعوبة الاتصال ،الفصامية، البرودة واللامبالاة ، تفادي الناس والمواقف الجديدة ،الخجل وفي الغالب القلق القوي ، الشعور بالدونية ،العجز وعدم الإقناع ، قليل الاستثمار في العلاقات ،عدواني ،عنيف وحقود ، العجز عن التعبير عن المشاعر.

9- الخفيف الهوس : Ma=75

الدرجة التائية أكبر من المتوسط يعني يتميز بميولات البرانويا

0- الانطواء الاجتماعي : Si=52

الدرجة التائية تقل على المتوسط المشاركة في تأكيد الذات ويعانون من أعراض سوماتية .

التحليل العام للحالة :

أثناء الملاحظة تميز سلوك المفحوص بهيجان و كانت أفكاره فقيرة ،ينتقل من موضوع الى موضوع دون الربط بينهما ، وهذاءاته غير منظمة ،مرة يتكلم على الزواج وبعدها السرقة.

أما نتائج تحليل الورشاح تميز بالتشبيلات من خلال قلة إنتاجيته ،وجود عدة صدمات في خمس لوحات، محاولا التمسك بالواقع الخارجي بمحتوى حيواني وكثرة المحتويات الشبئية غير قابلة للحركة يحاول بها البحث عن عالم جديد لاحتواء به من العالم الخارجي الذي يمثل تهديد ،والعجز على تصور الاكتئاب ،هذا كله يطرح الإشكالية الذهانية .

وأما اختبار تفهم الموضوع ظهر من خلال القصص القصيرة وغير متناسقة مع التمسك بالتفاصيل وعدم إدراك الموضوع الظاهري ،هذا ما جعل السياقات الأولية تبرز بطريقة كثيفة للاحتواء من الواقع الخارجي المههد للحياة الداخلية بادراك موضوع شرير، والتصورات القوية المرتبطة بموضوع عدواني ،حيث سياقات الرقابة لم تستطع تثبيط الحياة الداخلية ، ومما سبق نستطيع القول أن المفحوص ذهاني .

لقد أظهر نتائج اختبار منيسوتا متعدد الأوجه MMPI-2 ارتفاع الدرجة التائية لكل من سلم الفصام وسلم السيكاستينيا وارتفاع السلم F الذي يدل على مؤشرات ذهانية خطيرة ،مع ارتفاع الدرجة التائية لسلم توهم المرض Hs=80 ،الاكتئاب D=59 ،والهستيريا Hy=73 ،وارتفاع الدرجة التائية لسلم الهوس Ma=75 ،وسلم البسيكاستينيا Pt=82،من هنا يتضح أن ارتفاع سلم الفصام له علاقة بارتفاع الدرجات التائية لسلم المثلت العصابي والذهاني

كما لعبت البيئة القاسية دور هاما في مسار حياة المفحوص خاصة إدمان الأب ومرافقة رفاء السوء ،كلها عوامل ساهمت في حدوث الاضطراب الذهاني،وهذا ما أكدته HEY: "الأهمية التي تأخذها فكرة الفكر العاطفي الجد منتشرة في شخصية القبل الفصامي ، التقطع العميق في ميزة للاستقرار في مختلف أعماله"

(Porot.A 1987 p623)

أما تعاطيه المخدرات يعتبر من الأسباب المعجلة في ظهور الذهان ، وهذه حسب الدراسات والأدلة : "في الواقع البحوث قد وجدت أدلة متزايدة على وجود صلة بين الماريجونان والفصام ،بالإضافة الى ذلك الأشخاص الذين يتعاطون المخدرات أقل احتمالا لمتابعة خطة العلاج ."

(schizophrenia national institute of mental health 2009 p5)

الحالة الثامنة :

1- تقديم الحالة :

صغيري عمره 22 سنة ، أعزب ، ترتيبه الثاني من بين ذكرين وبننتين ، مستواه المعيشي لا بأس به ، الأب موظف ، توقف عن الدراسة في مستوى أولى ثانوي ، واضطر إلى العمل و سافر لباتنة ليعمل مع أخواله ، وبعدها رجع إلى بسكرة وأشتغل في مخبزة ، فهو انطوائي كثيرا من العمل إلى المنزل،وأخلاقه كانت حميدة،ولكن بعد فترة تدهورت سلوكاته ، حيث ذهب الى صاحب عمله ليطالبه بحقوقه المالية وإلا يقتله ،الى جانب الهيجانات، وأول مرة تحدث له هذه الأعراض بمجموعة من الهذات المرتبطة بسرقة ماله من طرف صاحب المخبزة و قولبة الفكر،هذا ما جعل أبوه يتقدم به الى مصلحة الأمراض العقلية في 29 جوان 2011، ومكث فيها مدة شهر،وفي كل شهر يأتي للفحص،وقدمت له مضادات الذهان النمطية من haldool-largactil- phenergan، وبعدها استبدلت بمضادات الذهان غير النمطية.

2 - ملخص مقابلة مع الطبيب السيكاتري :

اعتمد الطبيب السيكاتري تشخيصه عن طريق DSMIV وهذا نتيجة ملاحظته لأعراض المفحوص من خلال المقابلة التي ركز فيها على مجموعة من الأسئلة ،فبدى سلوكه عدواني ، ولباسه مقبول مع نوبات من العنف، مع إيماءات جافة ،ومزاج متناقض ،أما هذاه كان متنوع في المواضيع وغير منتظم بأفكار تتمثل في سرقة ماله وهذه الفكرة أكثر تسلطا، مع هلاوس سمعية ، وعلى هذا الأساس شخص على أنه فصام من النوع البرانويدي(type paranoïde) نتيجة للهلاوس الثرية والهذات وتنوع المواضيع ، ويستجيب لمضادات الذهان غير النمطية لأنها تحافظ على امكانياته الذهنية وتركيزه في العمل والاندماج في العائلة والمجتمع ، وأول مرة يدخل الى مصلحة الأمراض العقلية ، و هذا الاضطراب صعب التشخيص لتداخل العديد من العوامل ،ويطلب وجود الفريقين من الأطباء السيكاتريين و الأخصائيين النفسانيين ، ويمكن إدماجه في المجتمع من خلال التكفل الدوائي عن طريق تناول مضادات الذهان والتكفل الأسري والنفسي.

3- تطبيق اختبار الورشاخ وتحليله :

3-1- عرض :

النص	التحقيق	التنقيط
اللوحة I : 4" ^تشبه صحن طائر >تشبه ميكي ديناصور <^تشبه ثعلب "48	الكل الكل الكل	G Kob Obj G F ⁻ (A) G F ⁻ A
اللوحة II : 12" >تشبه وجه شيطان ~صدر ،رئتين "20	وجه الجانبين الأسود D6	DGF+ (H) D F ⁻ Anat
اللوحة III : 1" >دب >يقور ~صرصور "45	الكل الأسود السفلي D7 الكل	G F ⁻ A D F ⁻ A G F ⁻ A
اللوحة IV : 6" >سحابة ~وحش ~شبح "31	الكل الكل الكل	G EF Frag G FClob (H) G FClob (H)

G F+A Ban G F ⁻ Obj	الكل الكل	اللوحة V 1" ^_خفاش ~_سفينة فضائية "23
GF ⁻ Obj G F±Frag G F ⁻ A	الكل الكل الكل	اللوحة VI : 2" ^_بابور >_سحابة ~_كبش "30
G F± Frag D ClobF (H) G F ⁻ A	الكل الرمادي الكل	اللوحة VII : 10" ~>_سحابة ^_رجل فضائي ^_ذبابة "34
G F ⁻ H D F ⁻ Anat DF ⁻ Anat DF ⁻ Anat	الكل أخضر D5 برتقالي D17 D7	اللوحة VIII: 10" ~_رجل مسكين ^_صدر بطن ^_كرش ^_بطن "35
D F ⁻ Anat	أزرق وسطي D11	اللوحة IX : 2" ^_صدر، كرش بطن

D F ⁻ Ad G F ⁻ A	برتقالي D6 الكل	رجلين نحلة "45"
G F+ Frag G F ⁻ Obj G FClob Obj	الكل الكل الكل	اللوحة X:16" >^ :سحابة > :بابور > سفينة فضائية 42"

اللوحة المفضلة :

V,I:تشبه ثعلب نحب حيوانات

اللوحة غير مفضلة :

VII , VIII:أشمنز منهم غير مفهومين

المخطط النفسي :

<p>R = 29 R.COMP.=0 T.TOTAL=353” =TPS/R =12” T.DAPPR : G D TRI = £K/£C=0K/0C F.C=£K/£E=0K/1E Refu=0 Ban = 1 F%=79% F+%=14% A%=34% H%=17% RC% =34 % F%=79% F+%=14%</p>	<p>G = 20 DG=1 G % = 72% D = 8 D % = 28%</p>	<p>SdeF =23 F + = 3 F - =18 F ±= 2 SdeC=0 EF=1 SdeE=1 FClob=4 Kob=1 Sde K=1</p>	<p>A=8 (A)=1 Ad=1 H=1 (H) =4 Anat=5 Frag=4 Obj=5</p>
---	--	--	---

3-2- تحليل:

تميز إنتاج المفحوص ببعض من الوفرة الكمية للإجابات بالنظر إلى الوقت المستغرق (29 إجابة أي ما يعادل 12 ثا لكل إجابة) يعني أنه أفرط في السرعة لتناوله المنبه دون التفكير الهومي الاسقاطي وهي بسيطة وعديمة الثراء على شكل نمطية مقولبة متكررة خاصة في البطاقة (XI,II)، البطاقة (X.IV)، البطاقة (X,V) مما يدل على صلابة وجمود في تفكيره، في البطاقة VIII (صدر، كرش، بطن). نجد إجابات الإفراط الشديد التي تتمثل في التمسك بالواقع الخارجي خاصة تبرز في الشكل الحيواني A=8 والمكثف "تعلب"، "دب"، "بقور"، "صرصور"، "خفاش"، وإجابات ذات العلاقة بالمحتوى الداخلي تتمثل في أعضاء الجسم: "صدر"، "رئتين"، "كرش"، "بطن"، "صدر" وجاءت بلغة قهرية قديمة مكررة نابعة من عالم خاص.

تمثلت السيرورة المعرفية في طريقة تناوله للبقع الذي يميزها طغيان التحديد الكلي الشامل للمدرك G=72% بصفة عابرة وبسيطة، وعدم تماسك في نوعيتها رغبة منه في التحكم بالواقع الخارجي الموضوعي، إذ يعتمد على الشكل العام للبقعة دون التركيز على خصائصها، كما أن أغلب الإجابات تدل على فشله الإدراكي الذي يريد به التوحد للتحكم في الواقع الموضوعي والهشاشة بين الحدود التي تضمن ذلك (3F+, 18GF-)، مع المدركات الشكلية الخاطئة F- وضعف المحدد الشكلي F+ هذا سهل في بروز الحياة النزوية الهومامية التي من شأنها تضعف الأنا في القيام بدوره في التسوية بين الرغبة والدفاع، وبالتالي فقدان الاتصال للواقع الموضوعي، وعدم فعالية سياق التمييز بين الأنا واللأنا.

الانطلاقة في اللوحة I بحركة شبيئية جامدة بميولات اندفاعية مرتبطة بالعنف يريد بها التكيف مع الواقع الجديد، وتليها الإدراكات الفاشلة سلبية ذات المحتوى الحيواني، فهي تعبر على الجانب الهش للموضوع المخيف "ديناصور" ليحاول بعدها التكيف من جديد في اللوحة II بادراك ايجابي لكن بتحفظ وشك من خلال تشبه شيطان (GdF+) بانطلاق من الكل إلى الجزء مما جعله يعجز عن جمع الصورة المفككة (وجه) أمام قوة الاخضاء، وهذا لقطع أي علاقة مع المواضيع الإنسانية التي لم تبلغ مستوى الإدراك التصوري التقمصي ليفشل في التصورات الإدراكية السلبية ذات المحتوى التشريحي (DF-Anat) من خلال الصور المفككة لأجزاء الجسم

يوصل تلاشي في قدرات التكيف في اللوحة III بالادراكات السلبية كلها ذات المحتوى الحيواني لتجنب الواقع المألوف يريد قطع الصلة التام للصورة البشرية والعجز عن ادراكها و هنا تطرح إشكالية عدم تقمص الصورة البشرية .

يزيد جمود فكره في اللوحة IV من خلال التناول الكلي التضليلي والمخيف بمحتوى بشري والتشبت بالكليات الفاشلة مع تؤدي الخلط في المدركات "سحابة"، "وحش"، "شبح" وهي دفاعات تميز التفكير الذهاني .
ليقوم بابتدال في اللوحة V إدراك ايجابي للخفاش (GF+BAN) ، غير أنه يفشل بادراك سلبى بتشيء GF⁻Obj التي تبرز غرابة في تفكيره بإقامة حدود مع المواضيع ، حيث كانت غير مميزة ومبهمة هل الخفاش مع سفينة فضائية ،وهنا يفشل في تصور الذات وفشل في تناول الواقع الخارجي .

ليفشل من جديد في اللوحة IV بادراكات كلية فاشلة ذات محتوى شيء شطر وحيواني ،فليس هناك إلا "بابور"، "سحابة"، "كرش" في نفس التصور الإدراكي الواحد ،هذا يدل على عدم تماسك أفكاره ،و عدم الاعتراف بالرمزية الجنسية من خلال تشيئتها، ليعاود بتكرار قولبي الفكري في البطاقة VII من خلال "سحابة"، "رجل فضاء" ،ولا يتناسب مع البقعة ،وهذا عدم إحساسه بالراحة والأمان ،فهي تشكل له تهديد مما يجعله لا يتعرف على الرمزية الأمومية .

ليحاول تغيير مجرى التفكير في البطاقة VIII بادراك فاشل لمحتوى إنساني،وبعدها يستجيب بمحتوى تشريح، فالمفحوص يواظب في هذه البطاقة على الإجابات التشريحية ويكررها علامة على نقص القدرة الاحتوائية لأجزاء الجسم ،مع رفض العلاقة من أجل رفض الانفصال المحتمل والضمني ،هذا ما يظهر في اللوحة IX تفكك صورة الجسم (صدر ،بطن ،كرش ،بطن)، ويغيب الفعل وتزول الحركة الإنسانية،كما تزداد المحددات الشكلية الخالصة F%=79 لسد ذلك النقص الحركي ليقوم بتفكير قولبي متصلب ذات محتوى تشريحي ،مع إدراك فاشل نفسه في البطاقة السابقة للتوحد وهذا للتمسك بالواقع الموضوعي المزيف مع الإجابات الإنسانية المجزأة Hd ليتداخل مع محتوى الحيواني بادراك فاشل ،وكأنه لم يفصل الصورة الإنسانية مع الحيوانية ،وهذا ما يطرح إشكالية اللاتمايز ،هذا ما يجعله لا يعترف بالمحيط و نكوصه الى المراحل الأولية الحسية بطغيان الحياة الداخلية .

وينهي تحقيق في اللوحة X بإجابة ايجابية تبعث على إمكانية تحرك النزوات "سحابة" وبطريقة شاملة و مقولبة مكررة يخدم التفكير الصلب الذي يحاول بناء حدود قوية بين الداخل والخارج ،أي علاقاته مع المحيط غير معروفة .

و بتدخل المحدد الشكلي والموسع ($F\%=79.100$) كوسيلة دفاعية لتحسين الواقع ليعزز الميل المتصلب بنوعية شكلية رديئة بالإجابات الشكلية السلبية ($F^-=18$) التي تقلل من فعالية الرقابة الهجاسية ($F+\%=14$) لتجعل منها صلابة فكرية توشك أن تصبح فارغة ومندرجة في سجل الذهاني .

بالرغم من وجود وفرة الإجابات ،غير أنه يغلب عليها الطابع التكراري المقولب ،مما صعب في ظهور الصراع فنمط الرجوع العاطفي إلى الانغلاق التام ($TRI=0K/0C$) بتحجير العواطف وتصلبها وقلة التصورات ،والصيغة الثانوية المنغلقة ($FC=0K/1E$)،و يحمل انبساط للحياة الخارجية التي هي بلا قيود وفق لرغبات الهو بإعادة واقع خاص به $RC\%=34$ ، مع طرح إشكالية التقمص من خلال غياب الحركات خاصة الإنسانية مع الاكتفاء بحركة شبيهة ،إن غياب الصورة الإنسانية التي تكاد تنعدم يطرح إشكالية العجز عن تصور أية رغبة اتجاه الآخر من خلال نقص التجارب التقمصية التي تحمل لها طابع العدوانية، وعدم وجود اللون يعني تصلب الضوابط والأحاسيس بالنسبة للمحيط الذي يتعامل معه ،إذ يعتبر كمصدر تهديد ،والأنا فقد وظيفته هذا ما جعل الأجزاء المنشطرة للعالم الداخلي غير متماسكة "رئتين " بطن " "كرش" وكأن السفينة الفضائية لم تتجح في إبقاء الحدود متماسكة وفي إخفاء العالم الداخلي الهش .

لم يمنح اللاتمايز الموضوعي الفرصة لتحديد الصراع بفعل بروز الحياة الهوامية ،بالرغم من تنوع المحتويات التي تفتقر الى أي صدى نزوي هوامي وارتفاع المحتوى الحيواني $A=34\%$ يبرز فقر التدايعات الشخصية من خلال اللجوء للالتزامية الامتثالية من دفاع الهو ، ويبين وجود قاعدة مرضية، يبحث على تمويه مصالحه العميقة التي تكون مراقبة اجتماعية ، مصوغة في عبارات ساكنة وغير قابلة للحركة فهي حبيسة الأشياء خاصة في سفينة فضاء هو تصور أولى للخطر الذي يبقى معزولا في الخلاء ،وتبقى صلابة الفكر مانعة لأي بلورة تصورية أو عاطفية في قالب صراعي بالكف عن تلك العواطف والتصورات ،بل يصل إلى العجز الى التعرف عليها أو إسقاطها على المواضيع المعروفة التي تكون مصدر للصراعات ،وهذه من صفات الذهاني .

4- تطبيق اختبار TAT وتحليله:

4-1- عرض :

تمثلت الملاحظات الأولية في :

- زمن الاستجابات كان معتبر و بعدد قليل من الاستجابات
- القصص كانت قصيرة و غير متناسقة وتعبير على المشاعر
- مواضيع البطاقات كانت تدور في مجملها حول مواضيع الاضطهاد وموضوع شريير وأشخاص مرضى مع الوصف و التمسك بالتفاصيل مع التبرير .

البطاقة 1:

21 ثا هذا طفل يخزر في القيتارة حاب يقطر بيها بصح مع أصوات تلاميذ تاع المدرسة ما نجمش يقطر
39 ثا

A1-1: الوصف مع التمسك بالتفاصيل مع التبرير

E1-3: مدركات حسية

A2-4: الصراعات النفسية

لجوء المفحوص إلى الوصف بمرجعية التمسك بالواقع الذي يبدو فيه ميل للالتباس ،ثم بتحويل الإدراك بمدركات حسية، مع بروز السياقات الأولية كوسيلة دفاعية للتوازن ، ليستثمر الواقع الداخلي من خلال الصراعات كوسيلة دفاعية صلبة .

تمثلت اشكاليته في عدم قدرته على ارضان إشكالية اللوحة في الاعتراف بالنضج الوظيفي ،حيث اكتفى بالوصف فقط وبالمدركات الحسية ،هذا ما يدل على عدم اعترافه بالنضج الوظيفي وعدم تجاوزه مستقبلا .

البطاقة 2:

20 ثا هذه أم هاز فأس في يديها تحرث بها أرض وذلك راجل قابض عود رابطو ما يهرش فرحنين زرع حينوض 48ثا

CF-1:التشديد على الحياة اليومية والعملية

B1-3:التعبير على مشاعر

E3-1:تداخل الأدوار

اعتمد المفحوص على الإفراط في التمسك بالواقع السطحي كوسيلة دفاعية لتجنب الصراع ، ثم لجوءه الى الاستثمار العلائقي بالتعبير على المشاعر كوسيلة دفاعية تجنباً للصراع النفسي العلائقي ، لينتهي ب بروز السياقات الأولية كوسيلة دفاعية .

اشكاليته توحى بتداخل في الأدوار ، هذا ما يدل على فشله على ارضانها المتمثلة في العلاقة الثلاثية، وعدم ذكر الفتاة ، وبالتالي عدم ارضانه للعلاقة الثلاثية غير قابلة لإحياء الصراع الأوديبى .

البطاقة 3BM :

29 ثا هذا راجل قابض COIN مريح ما نجمش نوض مريض من رجليه مايرتاحش ماكانش لساعدو 34ثا

A1-1:وصف مع التمسك بالتفاصيل والتبرير

E1-4:أشخاص مرضى

E2-2:مواضيع الاضطهاد

بدأ المفحوص بالوصف بمرجعية مع الواقع الخارجي كوسيلة دفاعية صلبة ، ثم لجوءه الى السياقات الأولية كوسيلة دفاعية لتحقيق نوع مع التكيف مع الواقع الملتبس .

تمثلت اشكاليته في عدم إدراكه للبعد الاكنتابي ، وفشله في ارضانها من خلال مواضيع الاضطهادية وإدراكه للأشخاص المرضى .

البطاقة 4:

22 ثا هذا أب وأم رايعين جيبو ولدهم من ذراري مش ملاح لكن طفل ما خضاش راي

بويا وأبوه ما تقلق منه 45ثا

A1-1: الوصف مع التمسك بالتفاصيل مع التبرير

B1-1: التركيز على العلاقات الشخصية

B1-2: ادخال أشخاص غير موجودين في الصورة

E2-3: تعبير على عواطف

E2-2: ادراك موضوع شرير

المفحوص تمسك بالواقع السطحي عن طريق الوصف كوسيلة دفاعية صلبة ،ثم بنوع من المرونة من خلال الاستثمار العلائقي كوسيلة دفاعية تجنباً للصراع النفسي العلائقي ،ثم لجوءه الى السياقات الأولية كوسيلة دفاعية من خلال قوى الاسقاط .

ظهرت اشكاليته في الاستجابات التي لا تدور حول الإيحاءات الرمزية للبطاقة ،هذا ما يدل على فشله في ارضائها المتمثل في التجاذب الوجداني الصراعى بين الزوجين من خلال إدخال شخصيات غير موجودة والوصف.

البطاقة 5:

28 ثا هذه أم تعيط ولدها قاتلو أرواح لكن ما يحبش جي مريح وحده يتفرج في TV خطراه عاص ولديه 46ثا

A1-1: الوصف مع التمسك بالتفاصيل مع التبرير

B1-1: التركيز على العلاقات الشخصية

B1-2: ادخال شخصيات غير موجودة

E2-2: ادراك موضوع شرير

لجوء المفحوص الى إحياء تحتي من خلال التمسك بالواقع السطحي ،وكذلك الاستثمار العلائقي كوسيلة دفاعية تجنب للصراع النفسي العلائقي ،ثم بروز السياقات الأولية لتوازنه .

تمثلت إشكالية اللوحة في الصورة الأم التي فشل في ارضائها التي تمثل تحريم ،حيث فضل تجنب العلاقة مع الأم بادراك موضوع شرير ضدها .

البطاقة 6BM:

24 ثا رجل عجوزة رايعين يخطبو لراجل لكن اهل الدار ما سقبلوش لخطراه مش خدام 46 ثا

A1-1: الوصف مع التمسك بالتفاصيل مع التبرير

لجوء المفحوص الى التمسك بالواقع الخارجي السطحي كوسيلة دفاعية صلبة .

وتمثلت اشكاليته في فشله على ارضائها المتمثلة في تقارب الأم - ابن في محتوى مضطرب ،حيث لم

يدرك نوع العلاقة إلا من خلال الوصف .

البطاقة 7BM:

26 ثا هذا راجل مع راجل راهو يتفاهمو على دراهم حيسلفو دار ما تقلق منه خطراه مش حيسلفو 52 ثا

A1-1: الوصف مع التمسك بالتفاصيل مع التبرير

B1-3: تعبير على العواطف

لجوء المفحوص الى الوصف للتمسك بالواقع الخارجي السطحي كوسيلة دفاعية ،ثم بالاستثمار العلائقي

من خلال التعبير على العواطف كوسيلة دفاعية تجنباً للصراع النفسي العلائقي .

توحي الاشكالية الى اقتراب أب /ابن وتستدعي ازدواجية العلاقة (التناقض الوجداني)، حيث لم يستطع

ادراك الفروق بين الأجيال "هذا رجل مع رجل" ،مما جعله يفشل في ارضان إشكالية اللوحة .

البطاقة : 8BM

26 ثا ثلاثة رجالة قابضين راجل حيفتحولو كرشه بالموس لخطراه ما خضاش رايعهم في سوارد سراقاة

43 ثا

A1-1: الوصف مع التمسك بالتفاصيل مع التبرير

E2-2: تصورات قوية مرتبطة بموضوع عدواني

بدأ المفحوص بالوصف للتمسك بالواقع الخارجي كوسيلة دفاعية صلبة ،ثم عن طريق تصورات عدوانية

اتجاه الموضوع بقوى الإسقاط كوسيلة دفاعية ببروز السياقات الأولية .

لقد استطاع المفحوص إدراك البعد العدواني للوحة ،غير أنه لم يستطع ارضان إشكالية اللوحة المتمثلة

في التمثيلات العدوانية اتجاه الصورة العدوانية ،وهذا من خلال ميله الى عدم تعريف الأشخاص .

البطاقة 10:

19 ثا هذا راجل يبوس في رأس أمه ويطلب منها السماح ضربها قالها أمي سامحيني سامحتو 37ثا

A1-1: الوصف مع التمسك بالتفاصيل مع التبرير

B1-1: التركيز على العلاقات الشخصية

B1-3: تعبير على المشاعر

E2-3: تصورات مرتبطة بموضوع عدواني

B2-3: مشاعر متناقضة بين رغبات متناقضة

لجوء المفحوص الى الواقع السطحي عن طريق الوصف كوسيلة دفاعية صلبة ، ثم بنوع من المرونة من خلال الاستثمار العلائقي والتمسرح لتجنب الصراع النفسي العلائقي ، لينتهي ببروز السياقات الأولية كوسيلة دفاعية .

تمحورت اشكاليته في فشله في ارضائها و المتمثلة في التقارب بين الزوجين في التعبير اللبيدي حيث حدد الفرق بين الأجيال، بالرغم لا يوجد الفرق في أجيال ، و يحمل موضوع عدواني اتجاه الموضوع

البطاقة 11:

18 ثا جبال حذا بعضاهم شهر ربيع نوض حشيش مليح 43ثا

A1-1: الوصف مع التمسك بالتفاصيل مع التبرير

E4-3: ترابطات قصيرة

ميل المفحوص الى وصف للتمسك بالواقع الخارجي سطحي كوسيلة دفاعية لتوازنه أمام الالتباس ، ثم بروز السياقات الأولية كوسيلة دفاعية .

تجسدت اشكاليته في فشله على ارضائها والمتمثلة في اللوحة المقلقة من خلال عدم الإحساس بالقلق وعدم الاعتراف به .

البطاقة : 13MF

20 ثا هذا راجل في شمبرامع مرتو بيكي لخطراه مرتو مريضة حتموت 30ثا

A1-1:الوصف مع التمسك بالتفاصيل مع التبرير

B1-1:التركيز على العلاقات الشخصية

B1-3:التعبير على المشاعر

E1-4:أشخاص المرضى

ميل المفحوص الى الوصف بمرجعية للواقع الخارجي كوسيلة دفاعية صلبة، ثم لجوءه الى الاستثمار العلائقي من خلال التركيز على العلاقات الشخصية والتعبير على المشاعر تجنباً للصراع النفسي العلائقي ، ثم اللجوء الى سياقات الأولوية كوسيلة دفاعية .

أما فيما يخص الإشكالية فقد فشل في ارضان اشكالية اللوحة من خلال التعبير الجنسي والعدواني عند الزوجين ،حيث لم يستطع ربط النزوات العدوانية والحركات اللبيدية بادراك لموضوع المريض .

البطاقة :16

13 ثا كاين واحد عندو سوارد وحاب يشري طونوبيل بصح يخسو سلفية وبعد لقي ليعطيلو دراهم شرى طونوبيل وفرح بها 57ثا

A1-1:الوصف مع التمسك بالتفاصيل مع التبرير

B1-3:تعبير على مشاعر

لجوء المفحوص الى الوصف للتمسك بالواقع الخارجي،ثم بالاستثمار العلائقي كوسيلة دفاعية تجنباً للصراع النفسي العلائقي .

ظهرت اشكاليته في عدم القدرة على ارضانها تمثلت في عدم قدرته على بناء أشياء بنفسه ،حيث اكتفى بالوصف الظاهري للوحة .

البطاقة 19:

21 ثا هذه نار شاعلة في الدار وحدها شعلت دار ما يموتش عباد خطراه أمبيلونس كاينة 33ثا

A1-1: الوصف مع التمسك بالتفاصيل والتبرير

B1-2: إدخال شخصيات غير موجودة

E2-2: إدراك موضوع شريير

ميل المفحوص الى التمسك بالواقع الخارجي السطحي كوسيلة دفاعية، ثم يميل الى الاستثمار العلائقي تجنباً للصراع النفسي العلائقي، ثم بقوى الإسقاط بادراك موضوع شريير، مع بروز سياقات الأولية كوسيلة دفاعية لتوازنه .

أما اشكاليته تمحورت في الاستجابات التي ليس لها علاقة بالإيحاءات التحتية للوحة، هذا ما يدل على أنه فشل في ارضان اشكالية اللوحة ما قبل التناسلية في عدم تنظيم الموضوع الجيد والسيئ .

4-2- تحليل :

الجدول رقم (11): توزيع السياقات الدفاعية للحالة (08) :

C	E	B	A
CF-1=1	E1-3=1	B1-3=5	A1-1=13
	E1-4=2	B1-1=4	A2-4=1
	E2-2=2	B1-2=3	
	E2-3=2	B2-3=1	
	E4-1=1		
	E4-3=1		
1	12	13	14

التحليل العام للبروتوكول :

+++ A1-1

++ :B1-1++ :B1-3

++ :E2-2

*الأساليب الدفاعية :

تميز إنتاج المفحوص بطغيان سياقات الرقابة الصلبة (A=14) خاصة من خلال الوصف مع التمسك بالتفاصيل مع التبرير (A1-1) .

ويليها السياقات الصراع النفسي العائلي (B=13) بالاستثمار العائلي عن طريق التعبير على المشاعر

(B1-3) والتركيز على العلاقات الشخصية (B1-1) مع إدخال أشخاص غير مشكلين .

أما السياقات الأولية (E=12) تمثلت في إدراك موضوع شيرير (E2-2)، لينتهي بسياقات كف الصراع

(C) التي تكاد تنعدم من خلال الإفراط في استثمار الواقع الخارجي (CF) .

المرونة :

نلاحظ سيطرة سياقات الرقابة A ،وبعدها سياقات الصراع النفسي العائلي B،وبعدها بروز السياقات

الأولية E لينتهي بكف الصراع C الذي يكاد ينعدم .

وعلى هذا الأساس يمكن أن نحدد المرونة من النمط الثاني (\pm) وذلك حسب التصنيف الذي وضعته

v .shentoub

*الفرضية التشخيصية :

أستعمل المفحوص في تناوله للمنبه سياقات الرقابة الصلبة بمرجعية للواقع الخارجي ، وكانت سياقات B

تجنباً للصراع النفسي العائلي لكن بطريقة سلبية من خلال إدخال شخصيات غير موجودة في الصورة

،وبالرغم من سيطرة سلسلة الرقابة على الحياة الداخلية غير أنها لم تمنع السياقات الأولية من الظهور

بصورة كافية لبروز الحياة الداخلية خاصة بإدراك مواضيع شريرة ،وتجنباً للصراع لعدم تصور نزوي كاف

لتجنب الواقع الخارجي المهدهد ،حيث المفحوص فشل في جميع إشكاليات الأوديبية للوحة ،هذا ما يبين أنه

فسح المجال للبعد النزوي الفياض للحياة الداخلية التي تمثل له أمان بعيدة على تهديد الواقع الخارجي ،هذا ما

يدل أن المفحوص ذهاني.

5- تطبيق اختبار اختبار MMPI-2 وتحليله :

5-1- عرض :

L	F	K	Hs	D	Hy	Pd	MF	Pa	Pt	SC	Ma	Si
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
45	120	31	62	67	51	74	57	107	82	103	88	65

$$L' \text{ indice de goldberg} = L + Pa + SC - Hy - pt = 45 + 107 + 103 - 51 - 82 = 122$$

فمؤشر قودبارج أكبر من 45 يكون الشخص ذهاني

- متوسط ارتفاع البروفيل :

$$M = Hs + D + Hy + Pd + Pa + Pt + Sc + Ma / 8 = 62 + 67 + 51 + 74 + 107 + 82 + 103 + 88 / 8 = 79,2$$

رمز ولش يكون كالآتي #K:L:F!-53/1+20،،4،97**68

السلم F=120: F: مرتفع تشير الى مرض موسوم مؤشر جيد عن وجود مشكلات ذهانية

5-2- تحليل:

السلام الإكلينيكية القاعدية :

1- توهم المرض (الوساوس المرضية) : Hs=62

الدرجة التائية أقل من المتوسط يعني لا يتميز بسمات مرضية من الوساوس المرضية

2- الاكتئاب : D=67

ليس لهذا سلم دلالة تشخيصية واحدة لان أعراض الاكتئاب في العديد من الأمراض

ومن مميزات شخصية المفحوص انعدام الثقة في النفس ، النزوع الى القلق والاضطراب العقلي ، تفادي

الصراع

_ الانطواء ، الخجل ، والتحفظ .

3- الهستيريا : Hy=51

لا تعد سمة مرضية من خلال الدرجة التائية التي تقع قبل المتوسط

4- الانحرافات السيكوباتية : Pd=74

الدرجة التائية فوق المتوسط يعني تميزه بسمات مرضية من الانحرافات السيكوباتية لكن غير مرتفعة .

5- الذكورة الأنوثة : MF=57

لا تعد سمة مرضية من خلال الدرجة التائية تقع أقل من المتوسط

6- البرانويا : Pa=107

الدرجة التائية أكبر من 80 يعني سلوك ذهاني صريح ، واضطراب في التفكير في بعض الأحيان، بنية ذهانية يمكن أن تأخذ شكل الذهان النظم أو أفكار ومشاعر اضطهادية ، تشخيص محتمل للفصام أو البرانويا

7- البسيكاستينيا : Pt=82

الدرجات المتوسطة الارتفاع بين ت أكبر من 65 وأقل من 85 فهي تشير الى شخصية المفحوص قلق ،خائف ،متردد عصيبا ، متوتر مع نزوع الى الاضطراب القلق ، يشك في ذاته يشعر بالدونية ،ينتقد ذاته ويسيء تقديرها ودائم الاجترار ، متصلب أخلاقي ،وتقليدي ، خجول ويجد صعوبة في إقامة علاقات مع الآخرين .

8- الفصام : SC=103

تدل على وجود خطر التوظيف الذهاني الخفي مع اضطرابات التفكير، الغموض ،اختلال التنظيم والتوجيه نجد عادة ميولا غير مألوفة وأفكارا ذهانية ،هلاوس ،نقص الضبط مع ضعف القدرة على إصدار الأحكام أما مميزات شخصية المفحوص تظهر من خلال سمات بالعزلة ،الانطوائية ،صعوبة الاتصال ،الفصامية البرودة واللامبالاة ، تفادي الناس والمواقف الجديدة ،الخجل وفي الغالب القلق القوي ، الشعور بالدونية العجز وعدم الإقناع ، قليل الاستثمار في العلاقات ،عدواني ،عنيف وحقود ، العجز عن التعبير عن المشاعر .

9- الخفيف الهوس : Ma=88

تعني الدرجات التائية أكبر من 80 احتمال أن يكون الشخص في مرحلة هوس الحقيقي

(الإفراط الحركي العام ،نوع الى الهروب من الأفكار ،إمكانية وجود هلاوس أو ذهان العظمة)

نجد مميزات لشخصية المفحوص بالإفراط الحركي ،التغير الانفعالي المتكرر،انتفاخ الأنا،الشروذ الذهني، النشاط والثرثرة ،لا يمكن التكهن بسلوكاته ،طغيان الحركة عن التفكير ،تعدد مراكز الاهتمام مع استثمار مكثف لكنه قصير، سرعة الغضب ،تقبل الإحباط ،صعوبة كف التعبير عن النزوات ،والانفعالات ،الغضب

العدوانية والعنف ، الانسحاب ، الانسحاب ، الانسحاب ، الانسحاب ، سوء التكيف الاجتماعي والمهني الاضطراب مع إمكانية المرور بحلقات اكتئابية ظرفية .

0- الانطواء الاجتماعي : Si=65

الدرجة التائية تفوق المتوسط درجة متنامية من الخجل الاجتماعي ، وتفضيل للعمل الوجداني وصعوبة في تأكيد الذات على المستوى الاجتماعي .

التحليل العام للحالة :

خلال ملاحظة المفحوص تميز سلوكه بالاستقرار نسبياً، غير عنيف ، ينتقل من فكرة الى فكرة ، وهذا ثري من خلال المواضيع المتنوعة التي شملت سرقة صاحب عمله لأمواله ، وأن الناس يتربصون به ويريدون إيذائه، ويضحكون عليه عندما يمشي في الطريق ، هذا ما يوحي أن المريض يحمل في ذهنه ضلالات عديدة ، وهذه من صفات الذهاني .

نتائج اختبار الرورشاخ بينت ثراء إنتاجه من خلال تنوع المحتويات ، والمواظبة على موضوع واحد في ثمانية لوحات يشهد على صلابة تفكيره ، و المحتوى التشريحي الذي يبرز طغيان للحياة الداخلية بارتفاع المحتوى الحيواني الذي يدل على قولبة الفكر بالجوء الى مكانزمات تلقائية دون اللجوء الى الفكر من خلال اندفاعهم الذي يفقر الفكر و يبرهن على وجود قاعدة مرضية .

أما نتائج اختبار تفهم الموضوع ظهرت في القصص قصيرة وغير متناسقة ، والمواضيع التي تدور حول الاضطهاد وأشخاص مرضى مع بروز سياقات الرقابة الصلبة ، غير أنها لم تكن كافية بالقدر لمراقبة الحياة الداخلية للموازنة بين الدفاع والرغبة، هذا ما جعل السياقات الأولية تظهر من خلال المواضيع الشريرة مما جعله يفشل في ارضان جميع إشكاليات اللوحة الأوديبيية ، وهذه المميزات نجدها من صفات الذهاني .

نتج عن اختبار منيسوتا متعدد الأوجه للشخصية MMPI-2 ارتفاع الدرجة التائية للبرانويا والفصام من خلال بعض من مميزات الشخصية ببنية ذهانية وأفكار ومشاعر اضطهادية ، مع العزلة والانطوائية ، صعوبة الاتصال، ووجود الهالوس ، وهذا ما يميز الشخصية الذهانية ، مع وجود سلم الاكتئاب D=67 ، وارتفاع الدرجة التائية لكل من سلم البرانويا Pa=107 ، والبسيكاستينا Pt=82، الهوس الخفيف Ma=88، مما يبين علاقة سلم الفصام ببعض من سلالم المثلث العصابي والذهاني .

أثناء تأملنا لحياة المفحوص تبيّن نشأته في وسط عائلي مقبول من حنان ورعاية ،دون وجود سوابق مرضية للعائلة ، هذا ما يطرح إشكالية فرضية الفزيولوجية ،حسب (Weinberger(1995):"المصابين بالفصام قد يعانون من شكل من أشكال خلل نمو المخ أثناء فترة الحمل ،وخاصة ثلاثة الأشهر الوسطى للحمل ولأسباب عصبية حيوية مختلفة ،فان هذا الاضطراب يظهر فقط في فترة البلوغ المبكرة عند توقيت حدوث نضجا في أجزاء محددة بالمخ ،والتي تحدث بعد الولادة بفترة طويلة ،مما يجعلها غير قادرة على التكيف مع أنواع متعددة من الضغوط النفسية والاجتماعية وتقلبات الحياة . " (أنظر الى الصفحة 66 في التراث الأدبي)

كذلك فرضية الهرمونات حيث يؤكد الدكتور جنسخ : "وجد أن هرمون الكورتيزون يفرزه مرضى فصام البرانويا أكثر من مرض أنواع الفصام الأخرى ،وأن نكسات المرض يصاحبها زيادة في إفراز هرمون الكورتيزون وأن شفاءهم يصاحبهم نقصان في إفراز هذا الهرمون. " (أنظر الى الصفحة 71 في التراث الأدبي)

الحالة التاسعة :

1 - تقديم الحالة :

بوزيد عمره 27 سنة وهو الأكبر من بين إخوته من خمسة ذكور وبنات من الأب ، نشأ في دار جده ، أمه مطلقة وهو لم يتجاوز عمره سبعة أشهر ، تربى من قبل جدته وعماته ونساء أعمامه جميعا يسكنون في نفس المنزل، أعاد أبوه الزواج مرة ثانية ،عانى كثيرا من خلال الظروف الاجتماعية القاهرة من الناحية المادية، وضغط العائلات ، واصل دراسته إلى أن توقف في السنة أولى ثانوي علوم دقيقة،وبعدها التحق بمركز التكوين المهني تخصص كهرباء السيارات ، بعد التخرج عمل عند صاحب ورشة سيارات لمدة عام ، ثم توقف عن عمل وبدأت تظهر عليه بعض الأعراض، أصبح لا ينام في الليل ويخرج من الدار كثيرا ،ويتكلم كثيرا فأخذه أبوه إلى الراقي حتى يشفى من حالته ونصحته الراقي بتسريع زواجه ،تزوج بوزيد وأنجب طفلة ،وبدأ يشتغل في مزرعة لتربية الإبل ،وعادت من جديد الأعراض لكن بأكثر حدة حيث خرج عريان بدون ملابس إلى الشارع،ودائما يحس نفسه أنه مضطهد من الناس ومن عائلته ،و المعلومات في السجل الطبي تؤكد دخوله لأول مرة الى مصلحة الأمراض العقلية ببسكرة في 27 جويلية 2005من قبل الأب والشرطة عن عمر 21 سنة من خلال مجموعة من الأعراض العنف وهذات ، ويوقف الدواء على أساس أنه شفي ،لهذا ينتكس من جديد،ويتناول مضادات الذهان النمطية منها : haldool gtt 80_80_80,nozinon100 1_1_1,tegretol200 1_1_1

وأستبدلت بمضادات الذهان غير النمطية .

2- ملخص المقابلة مع الطبيب السيكاتري :

أستعان الطبيب السيكاتري بمجموعة من الملاحظات الأولية للمفحوص بطرح مجموعة من الأسئلة عليه، فتميز سلوكه بالاندفاع ،حيث يقف ويرجع ،كل مرة ينظر ، مع ايماءات غريبة ، يجيب بطريقة جانبية لكي يتهرب ،والهيجان اللفظي والسلوكي من خلال التنوع في مواضيع الهذات خاصة الاضطهادية ،الناس تراقبه هو أقل منهم ،تلقى طعم الذل في حياته ،ومجموعة من الهلوس البصرية كرؤية الشيطان ، فهو ينطلق من فكرة الى فكرة ، ومزاجاته متناقضة من الضحك الى البكاء ، لهذا شخص على أنه فصام البرانويدي

(type paranoïde) حسب DSMIV ، وعندما تستقر حالته يخرج ويتوقف عن تناول مضادات الذهان ، لهذا في كل مرة تزداد الأعراض حدة ،فعدم وجود تكفل أسري لمراقبته هو سبب في تكرار عدد مرات

الاستشفاء ، وأحسن مضادات الذهان من النوع غير النمطية لتحافظ على امكانياته الذهنية والتركيز والقدرة على العمل والاندماج في العائلة والمجتمع .

وهذا الاضطراب صعب التشخيص لتداخل عدة عوامل ،ويتطلب فريقين من الأخصائيين النفسانيين والأطباء، وامكانية إدماج المفحوص في المجتمع من جديد من خلال التكفل الدوائي ،وتفهم وسطه أنه مريض مرض مزمن تلزمه رعاية خاصة .

3- تطبيق اختبار الرورشاخ وتحليله:

3-1- عرض :

النص	التحقيق	التنقيط
اللوحة I : 22" ^ نصف حيوان ^ جنين صغير عندو عين واحدة 45"	الكل	DG F ⁻ Ad G Dd F Clob (H)
اللوحة II : 25" ^ لون أحمر دم فوق ^ فوق شعلة نار اتحاد قوة ^ جنين أشخاص متجانسين 1,19	دم فوق اتحاد قوة متجانسين	D C Sg D CF élém D F ⁻ (H)
اللوحة III : 12' ^ نصف رباطة وردة ^ رجال سود متخاصمين متلاصقين بالرأس والشعر ^ أيادي مقطوعة يد بشر مقطوعة ^ كلاب ملوية جن 1,19د	يد مقطوعة جن	D F ⁻ Bot GDFC ⁻ H Dd FClob (Hd) D FClob (A)

G F±ABST G F+A BAN G D F ⁻ (H) Dd F+ Ad Dd F+Obj	كلية كلية لسان خارج	اللوحة IV : : 23" ^ _ معجزة ^ _ خفاش ^ _ رجل ضخم على قدميه ^ _ رأس أفعى لسان خارج ^ _ نعال 1,07د
G F+A BAN	كلية	اللوحة V 6" ^ _ خفاش 15"
D Kan Ad G EF H	فوق كلية	اللوحة VI : 12" ^ _ رأس ذئب مستند على ظهره ^ _ راجل لبس بدلة صوف 1,13
D F+ A DKH	وسط تعبر على طيران وحرية KAN	اللوحة VII : 7' ^ _ هذه وكأنها وسط فراشة تعبر على طيران وحرية ^ _ طفلين يحملان شكل دببة صغار "56
G F± Anat D F+A	الكل وردي	اللوحة VIII 29" ^ _ تبان على شكل هيكل عظمي تاع انسان أو طير

G F± Frag	الكل	ذئبين أو فأرين كتلة متجمدة 1,11
CHOC	رفض	اللوحة IX : 35" ما فهمتهاش 36"
G F ⁻ Obj D CF Bot	الكل الصفراء والخضراء	اللوحة X : 4' لون مزهرية ورود متلونة 24"

اللوحات المفضلة: VIII,X: ورد تفائل طبيعة وحياة نحس بالراحة

اللوحات غير مفضلة: I,III, غامضة منظر اشمنزازي

المخطط النفسي

<p>R = 24 R.COMP.=0 T.TOTAL=545" T.D'APPR=TP/R =23" T.DAPPR : G D Dd TRI = £K/£C=1K/4C F.C=£K/£E=1K/0E Refu=1 Ban = 2 F%=58% F+%=54% A%=33% H%=29% RC% =21 % الموسعة F%=83% الموسعة F+%=52%</p>	<p>G = 7 DG=1 GD=2 GDd=1 D = 10 Dd=3 G=46% D=42% Dd=12%</p>	<p>SdeF = 14 F + = 6 F - = 5 F ± = 3 C = 1 CF = 2 FC⁻ = 1 SdeC=4 FClob = 3 EF=1 SdeE=1 K=1 Kan=1 S deK=2</p>	<p>A = 4 (A)=1 (Ad)=3 H=3 (H)=3 (Hd)=1 Bot=2 Elem=1 Abst=1 Obj=2 Anat=1 Frag=1 Sg=1</p>
---	---	--	---

3-2- تحليل :

إنتاج المفحوص يفوق المتوسط من خلال وفرة (24 إجابة أي ما يعادل 23 ثا لكل إجابة) لكنه تناولها بسرعة كبيرة لتعبر عن عززه في مراقبة أفكاره أو السيطرة عليها، وقلب البطاقات في (I, II) ببروز السياقات الأولية من خلال النكوص الى المرحلة الجنينية، فالمفحوص أسقط هوماته من خلال المحتويات المتنوعة وهذا بارتفاع المحتوى الحيواني الذي يميزه الإفراط الشديد بالتمسك بالواقع المبني وفق رغبات الهو، والاعتراف بانتمائه للنوع البشري، غير أن وجود $(H)=3$ يجعل المفحوص له معاش اضطهادي مهدد وخطير وظهور الاستجابات الحيوانية الجزئية مرتفعة $(Ad)=3$ يبرز ميولاته للجنسية عدوانية، كما تنوعت المحتويات النباتية $Bot=2$ ، هذا ما يستدعي القول أن المفحوص لديه نكوصات الى المرحلة الفمية الجنينية، وظهور محتوى تجريد، هذا ما يجعله يعيش حياة من العقد .

وإسقاطاته دلت على التنوع من خلال وفرة المحتويات الهوامية، هذا ما يطرح إشكالية ذهانية تجسدها الاستجابات الشكلية الموجبة $F+=58\%$ التي كانت منخفضة مما يسجل عدم استثمار للواقع .

تتمثل السياقات للعمليات العقلية بتنوع أنماط الإدراك بين الإجابات الكلية التي تبدو مرتفعة $G=46\%$ ، والإجابات الجزئية الكبيرة $D=42\%$ وتظهر بالإفراط الكبير للواقع الملموس والاجتماعي، والاستجابات الجزئية مرتفعة $Dd=12\%$ التي تفرض نوعا من التعبير على الرغبة في الإتقان لإرضاء الفاحص .

الانطلاقة في اللوحة I تميزت بتلاشي في قدرات التكيف مع الواقع بالتحديد الجزئي الفاشل للمدرك باستجابات تخريفية (DGF^-) مع عدم التمسك بالمألوف، وبعدها بمدركات تعسفية بمعاش اضطهادي، غير أنه عموما يسيطر على ردود أفعاله اتجاه القلق هذا لعدم ثبات النرجسية التي ظهرت في الصورة الجسدية وتصور الذات يزيد من عدم الاستقرار في اللوحة II بتسمية الألوان NC لون الأحمر بمدرك جزئي لوني ومحتوى دم يخفي عدوانيته ويلبها بمدرك جزئي CF بمحتوى نار الذي يعبر على نرجسيته العاطفية وعدم الاستقرار الانفعالي، والبحث عن شيء يرتكز عليه بمحتوى نار يريد به تفجير النزعات العدوانية ومدركات مهددة وخطيرة جزئية تبعث على عدم تكيف بميول اضطهادية .

في البطاقة III قام بالتناول الجزئي الفاشل (DF^-) الذي يبقى بدون فعالية ومدركات تعسفية بإدخال اللون الأكروماتيكي محاولا الاتجاه بالمواضيع نحو الاكتئاب، ومدركات جزئية جزئية ذات أجزاء نادرة من خلال ($2FCLOB$) يبدو مسيطر على ردود أفعاله من النزوات العدوانية المخيفة .

نفس التناول الكلي الفاشل في البطاقة IV بمحتوى تجريدي يكشف عن تشبته بالخيال، ليحاول من جديد اندماج تكيفي مع الواقع الموضوعي عن طريق التمسك بالمألوف (DF+BAN)، وبعدها بمدرجات تعسفية بتناول جزئي فاشل بمحتوى إنساني خيالي يطرح تهديد وخطر اتجاه الأفراد من جنسه، كأنه يعيش اضطهاد من قبل البشر، ليحاول من جديد التناول الشامل للمحتوى الحيواني للصورة الرمزية القضيبيية المرتبطة بالصورة الذكرية الذي جزئها الى رأس أفعى كأنها موجهة ضده، ويحاول التغيير في نمط الإدراك من خلال الجزء الصغير Dd بمحتوى شيء هذا ما يجسد عدوانيته اتجاه وضعيات بالنسبة للعلاقات التقمصية في قوتها الدينامية من خلال تصورات السلبية للأشخاص .

يحاول في اللوحة VI التناول الجزئي لحركة حيوانية جزئية في البطاقة IV للرمزية الجنسية، هذا ما جعل المفحوص يعبر على تحرير النزوات الجنسية من خلال تجزئة الحيوان .
وبعدها تناول بطريقة كلية في البطاقة VII بمدرج مشوه GF⁻ كأنه يريد البحث عن اتصال جنسي معبر بطريقة غير ناضجة والبحث عن الاستثمار كأن اللوحة الجنسية عبارة على رجل وهذا مايدل بطريقة واضحة على تحرير النزوة الجنسية بدون أي تسامي أنا بين النزوات والدفاع .

في اللوحة VIII يحاول التكيف والاندماج مع الواقع بتناول جزئي DF+ وبحركة إنسانية ليظهر نكوصه وعدم نضجه خاصة بالعودة الى المرحلة الشرجية خاصة الى المرحلة الطفلية " طفلان يحملان دببة صغار " حيث نكص الى العلاقات القديمة مع الموضوع (الصورة الأمومة) وهذا لشعوره بعدم الأمان، الطمأنينة أو القلق، ويبقى التثنت في نمط الإدراك في البطاقة الملونة عن طريق إدراك مبهم للاتصال مع العالم الخارجي بمحتوى حيواني باهتمام جنسي مقنع، ليحاول من جديد التكيف مع الاندماج بالواقع بمحتوى حيواني (DF+)، وبعدها بمدرجات مبهمة من خلال كتلة شطر كأنه يرى المحيط الخارجي شطر مبهم واتصالاته جامدة وغامضة اتجاه من حوله .

ليجمد الدفاع في اللوحة IX من خلال الرفض، هذا ما يشهد أنه تعرض لصدمة مع العلاقات الأمومية المبكرة ليتثنت نمط الإدراك في البطاقة X بتناول شامل للمدرج الفاشل من خلال محتوى شيء الذي يبحث به على العدوانية والانفصال، ليقوم بمدرج جزئي لوني DCF بنرجسية عاطفية متمركزة حول الذات من خلال اللون.

أن هذا النمط من الإدراك $F+%=54%$ ضعيف جدا يخدم عدم استثمار المفحوص للواقع ومدركات غير محددة تعسفية و $F^- = 5$ نوعية سيئة للرقابة الشكلية لتكون أفكاره منزلة، وهذا مندرج في سجل ذهاني .

أما فيما يخص معالجة الصراعات فمساره الإنتاجي يمتاز بالوفرة، و لم يسمح ببروز صراعه والذي ظهر من خلال نمط الرجوع العاطفي المتجه إلى الانبساط المختلط من خلال ارتفاع الاستثارة اللونية التي عبارة عن واجهة حسية التي تدل على الفشل في إقامة العلاقات العاطفية مع المواضيع وكوسيلة دفاعية العظامية رد فعل لتلك النظرة الاضطهادية ($1K/0E$; $1K/4C$)، وكذلك $RC%=21%$ انطواء من الخارج لكبت تصورات الاضطهادية ، ووجود الصورة الإنسانية في البروتوكول يطرح إشكالية تصور تهديد، إما بهدف دفاعي يجعله يعيش الحياة الاضطهادية وطريقة للاندماج مع الموضوع والاحتماء من الانفجار، هذا ما جعله يقوم بالنكوص إلى مرحلة الطفولة للاحتواء فيها من خطر الذي يفرضه عليه الواقع ، حيث قام بتسمية (INC) لكن لم يستحسن طبيعة التعامل مع الألوان خاصة في اللوحة IX صدمة، هذا ما جعل بروز الأجزاء المنشطرة للعالم الداخلي لغير المتماسك "هيكل عظمي تاع إنسان أو طير "

لم تظهر الفرصة لتحديد الصراع أو التعبير عنه نظرا لعدم اللاتمايز الموضوعي من خلال المدركات التعسفية غير المحددة، وبظهور المدركات التي تعبر على أنه مسيطر على أفعاله ردود على النزوات العدوانية فهي حبيسة هذه الأشياء التي تعبر على اتجاهات العدوانية من خلال النرجسية العاطفية المتمركزة حول الذات، والمدركات التعسفية ومواضيع الاضطهادية التي يعيشها المفحوص ، وعدم اللاتمايز المواضيع نجده من صفات الذهاني .

4- تطبيق اختبار TAT وتحليله:

4-1- عرض :

كانت ملاحظات الأولية للاستجابات كالآتي :

- زمن الاستجابات كان معتبر و بعدد قليل من الاستجابات .
- القصص كانت قصيرة و غير متناسقة متجسدة في الانفعالات القوية .
- مواضيع البطاقات كانت تدور في مجملها حول الاضطهاد والمواضيع الجنسية .
- التركيز على العلاقات الشخصية.

ضعف الخطاب

البطاقة 1:

11 ناهذا فتى صغير تربي يتيم حس بالطعم الذل والحرمان يعقب وقته بالقيتارة 55ثا

3- A1: مرجعية الى المعنى الاجتماعي

1- A3: التمسك بالتفاصيل مع التبرير

2- E2: مواضيع الاضطهاد

تعود استجابات المفحوص إلى إحياء تحتي للمعنى الاجتماعي والوصف بمرجعية الواقع الخارجي كوسيلة دفاعية صلبة للتوازن أمام الواقع السطحي، ثم لجوءه إلى قوى الإسقاط من خلال مواضيع الاضطهاد كوسيلة دفاعية بروز السياقات الأولية للتوازن .

أما الإشكالية تمثلت في فشل المفحوص في ارضائها التي تتمثل في عدم النضج الوظيفي، وعدم تجاوزه مستقبلا من خلال إدخال مواضيع الاضطهاد بالعجز العميق وعدم الاعتراف بقلق الاخصاء .

البطاقة 2:

17 ثا هذه عائلة محرومة تناضل من أجل تحرير العبودية أم مهمومة لفراق ولدها تنتظره بكرة وأصيلة أب مهموم لفراق ولده عائلة محتارة لفقدان عزيز عليها راهو حي ويعود ان شاء الله 1,35د

A1-1: الوصف والتمسك بالتفاصيل

B1-1: التركيز على العلاقات الشخصية

E2-2: مواضيع الاضطهاد

B2-2: الانفعالات القوية

المفحوص قام بالوصف بمرجعية الواقع الخارجي السطحي كوسيلة دفاعية صلبة لتوازنه والمرونة، واللجوء إلى قوى الإسقاط من خلال مواضيع الاضطهاد كوسيلة دفاعية، مع بروز السياقات الأولية كوسيلة دفاعية لتوازنه وبعدها عن طريق التمسرح والاستثمار العلائقي وبالانفعالات كوسيلة دفاعية لتجنب الصراع النفسي العلائقي لتحقيق نوع من التوازن والمرونة .

إشكالية المفحوص تمثلت في استجابات ليس لها علاقة بالإحياءات التحتية الرمزية للبطاقة، هذا ما يبين عدم ارضان إشكالية البطاقة العلاقة الثلاثية الغير قابلة لإحياء الصراع الأوديبى من جديد من خلال مواضيع الاضطهاد التي تشمل الحرمان .

البطاقة 3BM:

7 ثا راجل حزين يبكي من حرمان وظلم من أهل من بعيد وقريب جانبيه مكسورة ينتظر حضور الطبيب 1,04د

A1-1: وصف مع التمسك بالتفاصيل

B2-2: الانفعالات القوية

E2-2: مواضيع الاضطهاد

E4-3: ترابطات قصيرة

B1-2: إدخال شخصيات غير موجودة

لجوء المفحوص الى التمسك بالواقع الخارجي السطحي كوسيلة دفاعية لتحقيق التوازن بنوع من المرونة من خلال التمسرح كوسيلة دفاعية تجنبنا للصراع النفسي العلائقي، مع بروز السياقات الأولية كوسيلة دفاعية من

خلال قوى الإسقاط و ضعف الخطاب ،لينتهي بالاستثمار العلائقي كوسيلة دفاعية تجنباً للصراع النفسي العلائقي .

أما الإشكالية تمثلت في فشله على ارضائها المتمثلة في الوضعية الاكتئابية،هذا ما أدى تشويه الى الادراكات الجسدية حتى أصبح الموضوع الخارجي اضطهادي .

البطاقة 4:

5ثا سميرة وزوجها هائج غاضب هي تهدأه يقول اترك البيت ظلم واضطهد وهو يحبها 57ثا

B1-1: التركيز على العلاقات الشخصية

B2-2: الانفعالات القوية

E2-2: مواضيع الاضطهاد

B3-2: تعليم العلاقات

يبدأ المفحوص بالاستثمار العلائقي والتمسرح كوسيلة دفاعية لتوازنه تجنباً للصراع النفسي العلائقي ،ثم بقوى الإسقاط ببروز سياقات الأولية من خلال مواضيع الاضطهاد ،ثم يلجأ الى عمليات الهستيرية كوسيلة دفاعية تجنب للصراع النفسي العلائقي لتحقيق نوع من المرونة والتكيف مع الواقع الذي فيه نوع من الالتباس .

تعود إشكالية اللوحة الى الاقتراب الغريزي داخل الزوج بقطبيه اللبيدي والعدواني حيث اكتفى المفحوص بالتمسرح وإدخال مواضيع الاضطهادية ،هذا ما جعله لم يرصن إشكالية اللوحة .

البطاقة 5:

3ثا أم تصرخ تتفقد ابنها هل هو نائم 32ثا

B2-2: الانفعالات القوية

B1-2: ادخال شخصيات غير موجودة

B2-1: تقديرات شخصية

لجوء المفحوص الى نوع من المرونة من خلال التمسرح و الاستثمار العلائقي تجنباً للصراع النفسي العلائقي

تمثلت اشكاليته في فشله على ارضائها والمتمثلة في الأم تدخل وتراقب من خلال إدخال شخصيات غير موجودة واعتماده على التقديرات الشخصية .

البطاقة 6BM:

1ثا عجوز بانسة في حوار ولدها توصي فيه كون فحل راجل مش حدوم أمه 29ثا

B1-1: التركيز على علاقات الشخصية

E2-2: مواضيع الاضطهاد

A1-1: الوصف مع التمسك بالتفاصيل مع التبرير

لجأ المفحوص الى الاستثمار العلائقي من خلال علاقات الشخصية كوسيلة دفاعية تجنباً للصراع النفسي العلائقي لتوازنه، ثم لجوءه الى قوى الاسقاط كوسيلة دفاعية ببروز سياقات الأولية، مع التمسك بالواقع السطحي الذي فيه نوع من الالتباس كوسيلة دفاعية صلبة .

أما اشكاليته تمثلت في محاولته للتعرف على الإيحاءات الرمزية للوحة من خلال معرفة الفرق بين الجيلين يرمي الى الممنوع في التقريب الأوديبى من خلال الوصف، غير أنه أدخل المواضيع الاضطهادية، هذا ما جعله يفشل في ارضان إشكالية اللوحة التي تتمثل في علاقة أم - طفل في عدم الارتياح.

البطاقة 7BM:

15ثا ولد يحكي مع أبيه يشجع فيه طلع مورال ابنه غلط ونجا منها يحذره فيه بما يغلطش شبه بوتفليقة 53ثا

A1-1: وصف مع التمسك بالتفاصيل مع التبرير

B1-1: التركيز على علاقات الشخصية

A2-4: تشديد على الصراعات النفسية الداخلية ذهاباً وإياباً بين التعبير النزوي والدفاع

E3-1: اختلاط في الهويات

لجوء المفحوص الى التمسك بالواقع الخارجي الذي يبدو فيه التباس كوسيلة دفاعية صلبة، ثم بالاستثمار العلائقي كوسيلة دفاعية لتجنب الصراع النفسي العلائقي، ويرجع الى الاستثمار الواقع الداخلي من خلال الصراع بين الرغبة والدفاع كوسيلة دفاعية صلبة، وفي الأخير عدم استقراره لمعالم الهوية باختلاط في الهويات كوسيلة دفاعية ببروز سياقات الأولية لتكيفه مع الواقع الذي فيه نوع من الالتباس .

اشكاليته تمثلت في إدراك الفروق بين الأجيال، غير أنه اكتفى بالوصف والاختلاط في الهويات، هذا ما يدل أنه فشل في ارضان إشكالية اللوحة التي تتمثل في تقارب أب / ابن في محتوى تعارض عند الابن.

البطاقة 8BM:

20 ثا امرأة متحيرة تحب تقول راجلها راني معاك تحدى أحزان نبدي صفحة جديدة معاه 1,01د

E2-1: عدم تلاؤم بين الموضوع والمنبه

E4-3: ارتباطات قصيرة

لجوء المفحوص الى السياقات الأولية كوسيلة دفاعية .

اشكاليته في عدم تعرفه على الاشخاص وادخال شخصيات غير موجودة (مرأة)، هذا ما يدل على فشله في ارضان قلق الاخفاء والايحاءات الرمزية التي تثيرها اللوحة العلاقة المزدوجة (التناقض الوجداني) اتجاه الأب.

البطاقة 10:

10ثا أم تحضن ابنها لعودته كان في غربة توحشاته 35ثا

A1-1: وصف التمسك بالتفاصيل مع التبرير

B2-2: الانفعالات القوية

B1-1: التركيز على العلاقات الشخصية

قام المفحوص بإحياء تحتي من خلال الوصف بمرجعية الواقع الخارجي كوسيلة دفاعية صلبة للتوازن مع الواقع الملتبس، ثم لجوءه الى نوع من المرونة من خلال التمسرح والاستثمار العلائقي كوسيلة دفاعية لتجنب الصراع النفسي العلائقي .

تمثلت اشكاليته من خلال الاستجابات التي لا تدور حول الإيحاءات الموجودة، هذا ما يبين فشله في ارضان الإشكالية بالتعبير بين الأب /ابن في اتجاه الحناني من خلال الخلط في الهويات والأدوار كوسيلة دفاعية من خطر التقارب.

البطاقة 11:

13 ثا صورة مجموعة من الهلوس شوف فيها شخص مريض 36 ثا

A2-1: تأكيد على خيال

E1-4: أشخاص المرضى

استجابات المفحوص تبرز استثمار الواقع الداخلي من خلال الخيال كوسيلة دفاعية صلبة، وبعدها يبرز سياقاته الأولية تحويل إدراك أشخاص مرضى كوسيلة دفاعية لتوازنه .
إشكالية المفحوص لم يستطع إعادة تنظيم الموضوع إلا من خلال أشخاص مرضى، هذا ما يدل على فشله في ارضان إشكالية ما قبل التناسلية .

البطاقة 13MF:

19 ثا رجل مع زوجته يجامعها غضب عليها لم تلبى طلباته الشخصية لمرضها أو ضعفها ضربها وهو نادم

على ما فعله ويبيكي ولا يستطيع فراقها 1,12د

B1-1: التركيز على العلاقات الشخصية

E2-3: تصورات قوية مرتبطة بموضوع جنسي

B2-2: الانفعالات القوية

E1-4: أشخاص مرضى

A2-4: تشديد على الصراعات النفسية الداخلية بين التعبير النزوي والدفاع

لجوء المفحوص الى الواقع السطحي من خلال الوصف كوسيلة دفاعية صلبة، ثم يبرز سياقاته الأولية كوسيلة دفاعية بموضوع جنسي، ثم الرجوع إلى التمسرح من خلال الانفعالات القوية كوسيلة دفاعية، وبعدها يبرز السياقات الأولية من جديد بإدخال أشخاص مرضى، ليستثمر واقعه الداخلي كوسيلة دفاعية صلبة .
ظهرت اشكاليته في استجابات التي ليس لها علاقة بالإحياءات التحتية من خلال عدم قدرته على ربط النزوات العدوانية والحركات اللبديية .

البطاقة 16:

8ثا رجل أهانته دنيا أهانه أهله كتفوه ربطوه وأتو مقيد وهو يبكي أنه فقد عقله ولم يفقد عقله نزع ثيابه كما ولدت أمه يريد أن يعيش مع زوجته حرية يتمتع بمرتو 1,28د

A1-1: وصف مع التمسك بالتفاصيل والتبرير

E2-2: مواضيع الاضطهاد

E2-3: تصورات قوية مرتبطة بموضوع جنسي

استجابة المفحوص قامت بإحياء تحتي من خلال الوصف بمرجعية الواقع الخارجي كوسيلة دفاعية صلبة مع بروز سياقاته الأولية من خلال قوى الاسقاط بمواضيع الاضطهاد والمواضيع الجنسية .

أما الإشكالية تمحورت في فشله على ارضائها بعدم قدرته على بناء أشياء بنفسه حيث طغت المواضيع الاضطهادية والمواضيع الجنسية .

البطاقة 19:

13ثا ربح عصير دمر كل شيء 30ثا

A1-1: وصف مع التمسك بالتفاصيل بعدم التبرير

E2-2: إدراك موضوع شرير

المفحوص يصف بمرجعية الواقع الخارجي كوسيلة دفاعية لتوازنه، ثم لجوءه الى قوى الاسقاط كوسيلة دفاعية ببرز سياقاته الأولية لتوازنه .

أما اشكاليته تمحورت في هشاشة الحدود بين الداخل والخارج من خلال التدمير التي ترجع الى مناهج وطائفية أثرية جدا ، هذا ما جعله يفشل في ارضان إشكالية ما قبل التناسلية .

4-2- تحليل :

جدول رقم (12) : توزيع السياقات الدفاعية للحالة (09):

E	B	A
E4-3=2	B1-1=6	A1-3=1
E3-1=1	B2-2=6	A3-1=1
E1-4=2	B3-2=1	A1-1=7
E2-1=1	B1-2=1	A2-1=1
E2-3=2	B2-1=1	A2-4=2
E2-2=7		
15	15	12

التحليل العام للبروتوكول :

++ E2-2

++ :B2-2++ :B1-1

++ :A1-1

*الأساليب الدفاعية :

تميز إنتاج المفحوص بطغيان سياقات الأولوية (E=15) خاصة في قوى الإسقاط (E2) من خلال مواضيع (E2-2).

وتساوت السياقات الصراع النفسي العلائقي بمجموع (B=15) مع السياقات الأولوية من خلال الانفعالات قوية (B2-2) و التركيز على العلاقات الشخصية (B1-1).

أما سياقات الرقابة بمجموع (A=12) ظهرت عن طريق التركيز على الوصف مع التمسك بالتفاصيل مع التبرير (A1-1).

المرونة :

بروز سياقات الأولوية E وسياقات الصراع النفسي العلائقي B بالتساوي ،مع ظهور سياقات الرقابة A و غياب سياقات تجنب الصراع C .
وعلى هذا الأساس يمكن أن نحدد المرونة من النمط الثاني (±) وذلك حسب التصنيف الذي وضعته .v .shentoub

*الفرضية التشخيصية :

أظهر اختبار تفهم الموضوع للمفحوص سيطرة سياقات الصراع النفسي العلائقي B مع السياقات الأولوية E، يريد به تجنب هذا الصراع النفسي العلائقي بالتركيز على العلاقات الشخصية والانفعالات القوية لتغطية الصراع، هذا لم يمنع بروز الحياة الداخلية من خلال المواضيع الاضطهادية ،حيث لم تستطع سياقات الرقابة A فرض رقابتها على الحياة الداخلية ،وانعدام السياقات تجنب الصراع C دليل على أنه غير قادر على أي تصور نزوي للصراع أو إسقاطه ،هذا ما جعله يفشل في جميع إشكالية اللوحات الأوديبية وهذا راجع لهشاشة الحدود بين الداخل والخارج واللاتمايز الموضوعي ،وعدم قدرته على بناء قصص متماسكة ،هنا نستطيع القول أن المفحوص ذهاني من خلال سيطرة السياقات الأولوية .

5- تطبيق اختبار MMPI-2 وتحليله :

5-1- عرض :

L	F	K	Hs	D	Hy	Pd	MF	Pa	Pt	SC	Ma	Si
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
58	98	38	67	53	45	59	50	78	80	94	94	51

$$L' \text{indice de goldberg} = L + Pa + SC - Hy - pt = 58 + 78 + 94 - 45 - 80 = 105$$

$$M = Hs + D + Hy + Pd + Pa + Pt + Sc + Ma / 8 = 67 + 53 + 45 + 59 + 78 + 80 + 94 + 94 / 8 = 71,25$$

فمؤشر قودبارج أكبر من 45 يكون الشخص ذهاني

_متوسط ارتفاع البروفيل :

$$\text{رمز ولش يكون كالآتي : } F * L / K \# : F = 98 : 7, 6, 1 + 4205 / 3$$

السلم F=98: F: مرتفع تشير الى مرض موسوم مؤشر جيد عن وجود مشكلات ذهانية .

5-2- تحليل :

السلام الإكلينيكية القاعدية :

1_ توهم المرض (توهم المرض) Hs=67

حسب الدرجة التائية تقع فوق المتوسط يعني لديه ميولات من الوسواس المرضية لكن ليست مرتفعة

2_ الاكتئاب D=53

ليس لهذا سلم دلالة تشخيصية واحدة لان أعراض الاكتئاب في العديد من الأمراض

تتميز شخصية المفحوص من خلال مجموعة من السمات بانعدام الثقة في النفس ، النزوع الى القلق والاضطراب العقلي ، تفادي الصراع ، الانطواء ، الخجل ، والتحفظ .

3_ الهستيريا Hy=45:

لدرجة التائية أقل من المتوسط لا تعد سمة مرضية

4_ الانحرافات السيكوباتية Pd=59

لا تعد سمة مرضية من خلال الدرجة التائية التي تقع قبل المتوسط

5_ الذكورة الأنوثة MF=50

لا تعد سمة مرضية من خلال الدرجة التائية

6_ البرانويا Pa=78

حسب الدرجة التائية أكبر من المتوسط يعني يتميز بسلوك ذهاني

7_ البسيكاستينيا Pt=80

الدرجات المتوسطة الارتفاع بين ت أكبر من 65 وأقل من 85 فهي تشير أن شخصيته تتميز بقلق ، خائف ، متردد عصيبا ، متوتر مع نزوع الى الاضطراب القلق ، يشك في ذاته يشعر بالدونية ، ينتقد ذاته ويسيء تقديرها ودائم الاجترار ، متصلب أخلاقي ، وتقليدي ، خجول ويجد صعوبة في إقامة علاقات مع الآخرين .

8_ الفصام SC=94

الدرجة التائية تدل على خطر التوظيف الذهاني الخفي مع اضطرابات التفكير، الغموض، اختلال التنظيم والتوجيه، نجد عادة ميولا غير مألوفة وأفكار ذهنية، هلاوس، نقص الضبط مع ضعف القدرة على إصدار الأحكام.

تمثلت مميزات شخصيته في العزلة، الانطوائية، صعوبة الاتصال، الفصامية، البرود واللامبالاة _ تقادي الناس والمواقف الجديدة، الخجل وفي الغالب القلق القوي، الشعور بالدونية، العجز وعدم الإقناع _ قليل الاستثمار في العلاقات، عدواني، عنيف وحقد، العجز عن التعبير عن المشاعر، قد يتعلق الأمر بشخص مبدع مختلف، غير ممثل وغريب الأطوار.

9_ الخفيف الهوس Ma=94

ارتفاع الدرجة التائية أكبر من 80 احتمال أن يكون الشخص في مرحلة الهوس الحقيقي (الإفراط الحركي العام، نوع الى الهروب من الأفكار، إمكانية وجود هلاوس أو ذهان العظمة). تتميز شخصية في الإفراط الحركي، التغيير الانفعالي المتكرر، انتفاخ الأنا، الشرود الذهني، النشاط والثرثرة، لا يمكن التكهن بسلوكاته، طغيان الحركة عن التفكير، تعدد مراكز الاهتمام مع استثمار مكثف لكنه قصير، سرعة الغضب، تقبل الإحباط، صعوبة كف التعبير عن النزوات، والانفعالات، الغضب، العدوانية والعنف الانسراح، الانبساط، الاجتماعية مع سطحية العلاقات، سوء التكيف الاجتماعي والمهني، الاضطراب مع إمكانية المرور بحلقات اكتئابية ظرفية.

0_ الانطواء الاجتماعي: Si=51

الدرجة التائية نقل على المتوسط المشاركة في تأكيد الذات ويعانون من أعراض سوماتية.

التحليل العام للحالة :

من خلال ملاحظة سلوك المفحوص تميز سلوكه بالعنف ، وكانت هذائه متنوعة وثرية بكثرة مواضيع الاضطهاد من خلال مجموعة من الضلالات أن الناس تراقبه وعاش حياة تعيسة مضطهدة والكل أحسن منه، وخلق لهذا العالم لكي يتعذب ، الى جانب المواضيع الاجتماعية مع وجود بعض الهلوس البصرية مثل يأمره رجل ليتعري ويجري .

أما اختبار الرورشاخ كانت إنتاجيته لا بأس بها ، وإسقاطاته كانت متنوعة وثرية تميزت بارتفاع المحتوى الحيواني يريد به التمسك بالواقع الخارجي كوسيلة دفاعية بطريقة تفنقر للفكر المنذفع مقولب فكريا، مع وجود الصورة البشرية كوسيلة دفاعية بجعله يعيش الاضطهادية تجنباً لخطر الانفجار الذي هو حبيس المحتويات الشيفية ، من هنا نستطيع القول أن المفحوص ذهاني.

أما نتائج اختبار تفهم الموضوع ظهرت في المواضيع التي تدور حول مواضيع الاضطهاد والجنسية التي تجسدت أكثر في طغيان سياقات الأولية من خلال قوى الإسقاط حيث لم تستطع سياقات الرقابة القيام بضبط الحياة الداخلية ، وكذلك فشل المفحوص على ارضان جميع الإشكاليات الأوديبية للوحات ، هنا نستطيع القول أن المفحوص ذهاني ، الأنا منسلخ والحدود هشة بين الداخل والخارج فهو يستثمر المواضيع الاضطهادية كوسيلة دفاعية للاحتماء بها.

نتج عن تحليل اختبار منيسوتا متعدد الأوجه للشخصية MMPI-2 مجموعة من مميزات لشخصية المفحوص من خلال ارتفاع الدرجة التائية لسلم الفصام وسلم الهوس وسلم F التي تدل على مشكلات ذهانية التي تتميز بالإفراط الحركي العام ، مع وجود نوع الى الهروب من الأفكار ، ووجود هلاوس وانتفاخ الأنا والشعور بالدونية والعجز واللامبالاة، وهذا كله يميز الشخصية الذهانية ، مع ارتفاع الدرجة التائية لسلم توهم المرض $Hs=67$ والاكنتاب $D=53$ ، مع ارتفاع الدرجة التائية لسلم البرانويا $Pa=78$ ، سلم البسيكاستينيا $Pt=80$ ، وسلم الهوس $Ma=94$ ، أي ارتفاع الدرجة التائية للفصام لها علاقة بسلم توهم المرض والاكنتاب وبالمثل الذهاني .

خلال تفحصنا لمسار حياته تتضح لنا الثقافة الباثولوجية من زاوية ضيقة بتفسير سبب اضطراب وجود سحر أو جن ،ولا بد من الراقي كبدائية لعلاج هذا ما أكده بن عبد الله (2010):"أن حتى أفكار المريض الاضطهادية تكون لها سمة غريبة مرتبطة بالسحر، فيفسرون الأمراض العقلية على أنها تنسب الى قوى طبيعة السحر، والعين الشريرة ، ومس من الشياطين ، وهذه الأفكار الاضطهادية تلصق في سلوك الرجل ".
(أنظر الى الصفحة 102 في التراث الأدبي).

وكذلك العلاج الأمثل هو الزواج وهذه أكبر خطأ ،وهذا ما يدعمه Kaplan:"مرض عقلي مهما يكن نوعه ،لا يمكن أن يقوم بعقد الزواج الشريكي لان المريض عاجز على الفهم بطريقة معقولة طبيعية ومن نتائج الصفة الرضا والقبول في الزواج "(Kaplan.H , Sadock.J 1992 p352).

مع ارتفاع سلم الاكتئاب ،حيث عرض الاكتئاب والمعروف "بتحقيق وتهميش الذات "كان الأكثر ارتباطا بالفصام الحاد وفقدان الأمل الأكثر ارتباطا بالفصام المزمن .(الخولي ،محمود 2011 ص 18)
حتى في ديننا برز في قول رسول الله صلى الله عليه وسلم : " رفع القلم عن ثلاثة النائم حتى يستيقظ، وعن الصبي حتى يحتلم، وعن المجنون حتى يعقل".

الحالة العاشرة :

1- تقديم الحالة :

محمد عمره 32 سنة من بسكرة، الأكبر من بين إخوته من مجموع بنتان ، أعزب ، توفي أبوه وهو صغير ، هذا ما جعل أمه تضطر إلى العمل كعاملة نظافة ، توقف عن الدراسة في السنة أولى ثانوي بسبب الفقر والظروف الاجتماعية القاهرة ، وبعدها لجأ إلى الشارع ورفاق السوء ، فأصبح يتعاطى المخدرات ، فمعه وقته في الشارع ، توقف فترة عن المخدرات وأصبح دائما في المنزل يضرب أخته يشتمها ، ويشك في أمه ، هذا ما جعل الأم تقوم باستدعاء الحماية المدنية لإجباره للدخول إلى مصلحة الأمراض العقلية ببسكرة لأول مرة في 21 مارس 2004 بمجموعة من الهذات العدوانية خاصة على أمه والتي تتمثل في المواضيع الاضطهادية ، وحتى عند زيارة أمه يشتمها ويكذبها في كل شيء ويتهمها بشرفها ، ومازال إلى حد الآن يدخل للمصلحة تستقر حالته ، وعندما يخرج إلى منزله لا يشرب الدواء فترجع الانتكاسات من جديد ، فهو يدور في حلقة بين الشارع ومصلحة الأمراض العقلية ببسكرة ، وقدمت له لمضادات الذهانية النمطية من 1-1-1 tegretol , 80-80-80 nozinon , 100 gtt haldool ، وأستبدلت بمضادات الذهان غير النمطية .

2- ملخص المقابلة مع الطبيب السيكاتري :

اعتمد الطبيب السيكاتري على الملاحظة من ناحية المظهر الذي يبدو لا بأس به ، مع سلوك يتميز بهيجان المتمثل في الأفكار الوسواسية وتعابير خالية من الإيماءات ، فالمفحوص ذهاني من النوع المزمن من فترة 2004 من خلال مجموعة من الأعراض الخوف والشك وكانت موضوعات هذاته متنوعة والشك ومجموعة من الاضطهادات، الى جانب الإيماءات الجافة ، فتم تشخيصه من قبل الطبيب السيكاتري على أنه فصام من النوع البرانويدي (type paranoïde) على أساس الموضوعات المتنوعة من شك و خيانة أمه وأخته و مقارنتها بأعراض الموجودة في DSMIV ، حيث تستقر حالته في المصلحة العقلية ، وعندما يخرج يوقف مضادات الذهان وترجع الانتكاسة من جديد ، فهو يعتبر نفسه معافى وأن أمه تريد التخلص منه نتيجة لمجموعة من الهلاوس السمعية، هذا ما جعل حالته تسوء لعدم قدرة الأم على التكفل الدوائي ، وأحسن المضادات من النوع غير النمطية لقلّة أثارها والحفاظ على القدرات الذهنية والتركيز والعمل والقدرة على الاندماج في العمل والمجتمع، وهو صعب التشخيص لتداخل عدة العوامل، ويستطيع المفحوص أن يندمج في المجتمع من خلال التكفل الدوائي والنفسي .

3- تطبيق اختبار الرورشاخ وتحليله :

3-1- عرض:

النص	التحقيق	التنقيط
اللوحة I: " 3 ^_خفاش "12	هذا جناحين رأسه، قلب، ذيله DF+	G F+ Aban
اللوحة II : " 10 ^_2 فأران ^_دم ^_فراغ "42	رماديان أحمر وسط D5b	D F ⁻ A DC Sg Dbl F+Géom
اللوحة III : " 4 ^_شخصان ^_دم ^_فراشة ^_....هذه صعبة جدا "1,32	جانبيين أحمر في الوسط	D F+H Ban D C Sg D F+A Ban CHOC
اللوحة IV: " 2 ^_خفاش ^_شجرة هذا ما كان "47	رأسه جناحين جانبيين DF+ الكل	G F+A Ban G F+Bot
اللوحة V : " 4 ^_خفاش ^_هذا خفاش هذا ما كان طاير "26	الكل الكل	G F+A Ban G Kan A Ban

<p>G F+Bot D KH DF+Hd</p>	<p>الكل جانبيين D1 الجانبيين سفلي D9</p>	<p>اللوحة VI : 12" شجرة تومان متلاصقين يديين ، رجلين 57"</p>
<p>CHOC DF-A D F+A</p>	<p>الجزء السفلي الرمادي</p>	<p>اللوحة VII : 14" واعرين هناك حمارين صغيرين فراشة 45"</p>
<p>DKan A G F⁻Bot DG FC Anat</p>	<p>جانبيين كلية برتقالي أحمر</p>	<p>اللوحة VIII : 10" فهدين يتسلقان شجرة شجرة 2 قلب بشر 1,04 د</p>
<p>G F+ Anat D F⁻ Anat D FC Anat D CF Sg</p>	<p>الكل وردي أخضر شكل</p>	<p>اللوحة IX : 27" جهاز هضمي للإنسان قلب الجهاز السفلي للمعدة برتقالي دم 1,31 د</p>
<p>D C Sg D F⁻ A DF+Bot</p>	<p>أحمر أخضر</p>	<p>اللوحة X : 23 " 2 دم طير حشيش</p>

DCF ABan	رمادي وسط وفوق	^_أصفر حسان بحر د2,3
----------	----------------	-------------------------

اللوحات المحببة :

٧ و III صورة واضحة نقدر نعلق عليها

اللوحات غير محببة :

I و VI مش واضحة مش ربح ما عجبونيش

Commen :2DG

Rem .sym 4

CHOC 2

المخطط النفسي :

R = 27 R.COMP.=0 T.TOTAL=626'' T.D'APPR=TP/R =23'' T.DAPPR : G D TRI =£K/£C=1K/7,5C F.C=2K/0E Refu=2 Ban = 7 F%=63% F+%=71% A%=41% H%=11% RC% =41 % F% الموسعة =81 F+% الموسعة =77	G = 8 D = 17 Dbl=1 G % = 30% D % = 63% DBL=4%	SdeF = 17 F + = 12 F - = 5 K = 1 Kan = 2 S.DE K=3 C=3 CF=2 FC=2 SdeC=7,5 SdeE=0	A = 11 H=2 Hd=1 Géom=1 Bot=4 Sg=4 Anat=4
---	--	---	--

3-2- تحليل :

تبين من القراءة الأولية لبروتوكول المفحوص أن إنتاجيته ثرية مختلطة من حيث عدد الإجابات (R=27)، أي ما يعادل 23 ثا لكل إجابة، مع أنها بسيطة، إذ نجد البطاقات المكررة في البطاقة I, II, III, IX, X, (دم)، البطاقة V, IV, I (خفاش)، ادراك تصوري بطريقة تكرارية مع قصر الإجابات دون التوغل في البعد الهوامي للوصف أو التعلق بالإجابات، فكانت الاستجابات الشكلية الموجبة %71=F+ منخفضة على المعدل، وتقابله %77=F+ الموسعة لضعف قدرات التشكيل الجيد والسليم للمنبهات، هذا يعني الحكم على حقيقة غير جيد، مما يدل على فقدان اتصاله مع مواضيع العالم الخارجي وعدم تلاؤم أفكاره وهذا راجع لعدم فعالية السياقات بين "الأنا،للأنا " و يسجل عدم استثمار لواقعه نتيجة للرقابة بقوة بين الداخل والخارج . أما العمليات العقلية فتتوزع أنماط الإدراك بين الإجابات الكلية المرتفعة يريد بها التحكم في واقعه الخارجي مع عدم تماسك نوعيتها %30=G، والإجابات الجزئية المرتفعة %63=D يوضح عدم اهتمامه بالواقع أين التجزئة المفرطة للإدراك، أما الاستجابات الجزئية الفراغ مرتفعة %4=DbI تترجم هروبه أو معارضته من خلال الرغبة في تحقيق استقلاليته لإثبات ذاته والسيطرة عليها .

فالتناول الإدراكي الشامل G بالتمسك بالمحتوى الظاهري في البطاقة (V ; IV ; III ; II ; I) بطريقة ابتدائية التي توجه الى الخلوية ، كما نجد إفراطه الشديد بالتمسك بالواقع الخارجي (الشكل الحيواني) A=11 من خلال فقر التداعيات ولجوءه الى الامتثالية والتكرار ، ووجود المحتوى الحيواني الذي يريد به الحاجة الى الأمن الطفولي واستجابات التشريح ذات العلاقة بالحياة الداخلية (قلب ،جهاز الهضمي ،المعدة) والتي تدل على نقص القدرة الاحتوائية لأجزاء جسمه خوفا من الانفصال الضمني والمحتمل .

اعتمد على سياقات تفكيره على البقع التي يميزها طغيان التحديد الجزئي للمدرك %63=D التي لا تستند الى جهد فكري بعدم اهتمامه بالواقع أين هذه التجزئة المفرطة للإدراك، واستجاباته تمثلت في نجاح ادراكه الكلي بطريقة ابتدائية مرضية وهذا كوسيلة دفاعية للتحكم في الواقع الخارجي لتعويض الواقع (G12F+ , G5F⁻).

وظهرت الاستجابات الشكلية جيدة %63=F يريد بها الافراط في التمسك بالواقع الموضوعي كوسيلة دفاعية لتوازنه ،والتناظرات في اللوحات VIII ; VII, VI ; III ; II دليل على قلة حمايته الداخلية .

فالمفحوص في اللوحة I يحاول التكيف مع واقعه الموضوعي والتمسك به، إلا أنه قام بتجزئة هذا الخفاش في التحقيق (D) مكنتها باجابة واحدة ثم في اللوحة II بقدرات تصويرية خاطئة من خلال محتوى الحيواني (DF⁻A) بذكر "فأران" يبرهن عن عجزه الإدراكي لأي تقمص في إطار قوة الاخضاء .

وبعدها إخفاء الانفجار الى العدوانية "دم" ليقوم بتصور إدراكي فراغ يريد به إخلاء الواقع الموضوعي، لينجح بعدها في اللوحة III التعرف و الاندماج في الموضوع للمحتوى الإنساني من خلال تقمصه للصورة، الإنسانية، غير أنه تتفجر النزوات العدوانية بتكرير "دم" كما في اللوحة السابقة دليل على بروز النزوات العدوانية الموجهة للصورة الإنسانية، ليقوم بطريقة ابتدالية للتعرف على المحتوى الشائع الحيواني "فراشة" بعدم استعمال أي جهد عقلي، ليرفض في الأخير استجابة التصور الهوامي من خلال الصدمة.

يقوم المفحوص في اللوحة IV التناول الكلي لمحتوى حيواني، غير أنه يقوم في التحقيق بتجزئته الى تفاصيل، وبعدها التناول الكلي بمحتوى نباتي GF+Bot، يواصل في اللوحة V بنفس الطريقة في تصور الكلي لمحتوى الحيواني بطريقة ابتدالية لكن يصر على أنه "خفاش" لكن بحركة حيوانية .

يكون استقرار في الإجابة VI عن طريق المدركات الصحيحة للمحتوى النباتي، غير أن تقلب هذه اللوحة يدل على أنه يسوده قالب الشك، ليقوم بعدها باستجابة بحركة إنسانية من خلال التجزيء المحتوى البشري (DF+Hd).

في اللوحة VII يقوم باستجابة الرفض من خلال صدمة، مع تقلب اللوحة التي تمثلت في المدركات الجزئية الخاطئة ذات المحتوى الحيواني (DF+A)، لينجح في التعرف الإدراكي على الجزء الحيواني.

في اللوحة اللونية VIII يتغير نمط الإدراك ليبدأ بالتعرف على الحركة الحيوانية، وبعدها يكرر الاستجابة كما في اللوحة VI بمدركات خاطئة يغلب عليها الطابع اللوني بذكر الألوان بمحتوى التشريحي .

في اللوحة XI يستجيب بمدركات كلية ايجابية ذات المحتوى التشريحي، ليفشل في التناول الادراك الجزئي في المحتوى التشريحي بإدخال الألوان من خلال المحتوى دم مكرر في اللوحة السابقة .

وفي اللوحة X يستجيب بتكرار المحتوى "دم" كما في اللوحة السابقة الناتج عن انفجار النزعات العدوانية، وعدم تحكم الأنا في تخفيف بين رغباته ودفاعه، ليفشل بعدها بمدركات سلبية جزئية ذات المحتوى الحيواني، وينجح في المحتوى النباتي كسروره بانتهاء الاختبار، ليستجيب بعدها بطريقة ابتدالية من خلال الشكل اللوني بمحتوى الحيواني.

نجد $F+=71\%$ منخفض مما يدل على عدم استثماره للواقع، والإجابات التشريحية $Anat=4$ والتي يكررها المفحوص علامة على نقص قدرته الاحتوائية لأجزاء جسمه والتي تجسدت أكثر في تفكك صورة الجسم في الإجابة الجزئية الإنسانية Hd، مع الاستجابات الحيوانية $H\%=11\%$ يعني فقر التداعيات الشخصية .

واللجوء للالتزامية (امتثالية) مع التكرار من خلال قولبة التفكير لتعبر على غريزة مرحة، وهذا كله يندرج في الفراغ الذهاني .

يعالج المفحوص صراعاته من خلال الثراء الهوامي للاستجابات لكن عدم تكييفه مع المنبهات الواقعية الاجتماعية، المحتويات الحيوانية التي تبعث على قولبة الفكر والامتثالية كمكانيزم دفاعي للكف من صراعاته، والمحتويات التي تبعث إلى القدرة النكوصية إلى تحرير السياقات الأولية بمحتويات نباتية خاصة إلى نكوصات الطفولة .

أما نمط الرجح الحميم $TRI=1K/7,5C$ الانبساطي المختلط الظاهري بارتفاع الاستثارة اللونية الحسية كدفاعات العظامية رد فعل لتلك النظرة الاضطهادية، وأما الصيغة الثانوية $(FC=2K/0E)$ ، وانبساط من خلال الاستجابات اللونية لكثرة الميل إلى الانبساط الظاهري كوسيلة دفاعية لإيجاد الحلول بين الدفاع والنزوة $RC=41\%$ ، وهذا للامتثالية والتكرار في تنوع في التفكير من خلال ارتفاع الأفعال $F\%$ وعبارات CF الكف العملي للنزوات لجعل الصراعات مخفية من خلال عدم التمايز اللاموضوعي وعدم إسقاطه، وهذه من صفات الذهاني.

4- تطبيق اختبار TAT وتحليله :

4-1- عرض :

الملاحظات الأولية للاستجابات كما يلي :

- زمن الاستجابات كان معتبر و بعدد قليل من الاستجابات
- القصص كانت قصيرة و غير متناسقة
- مدركات خاطئة
- التركيز على العلاقات الشخصية
- الوصف مع التمسك بالتفاصيل
- استعمال التقديرات الشخصية في القصة

البطاقة 1:

3 ثا طفل صغير يقرأ القرآن وجهه ملامح براءة وتوبة سيفوز مرتبة أولى قراية القرآن 23 ثا .

E1-3:مدركات خاطئة .

A1-1:الوصف مع التمسك بالتفاصيل مع التبرير .

لجوء المفحوص إلى سياقات الأولية كوسيلة دفاعية من خلال تحويل الأفكار، ثم التمسك من جديد بالواقع الخارجي كوسيلة دفاعية صلبة من خلال الوصف وعدم إدراك الموضوع الظاهري .
أما الإشكالية تتمثل في عدم قدرته على ارضان إشكالية اللوحة من خلال عدم الاعتراف بالنضج الوظيفي، وعدم إدراك الموضوع خاصة ببروز السياقات الأولية كمكانيزم دفاعي والاكتفاء بالوصف فقط .

البطاقة 2:

29 ثا يرى هناك عائلة تستمتع بالطبيعة الجلوس والتأمل في الأشياء وهي فرحانة مريحين 53 ثا .

A1-1:وصف مع التمسك بالتفاصيل مع التبرير

B3-3:عدم استقرار في التقمصات

B1-1:تعبير عن عواطف

بدأ المفحوص بمرجعية للواقع الخارجي السطحي كوسيلة دفاعية من خلال وصف المشهد ثم اللجوء إلى عمليات الهستيرية من خلال عدم استقرار في التقمصات مع الإشارة إلى الأشخاص تجنباً للصراع النفسي العلائقي ثم عن طريق الاستثمار العلائقي لتوازنه وتكيفه .

أما الإشكالية تتمثل في عدم ارضانه للعلاقة الثلاثية (رجل ،مرأة حمل ،بنت) لعدم وجود استجابات التي تدور حول إحياءات الرمزية ، أي عدم الاعتراف على إحياء الصراع الأوديبى .

البطاقة 3BM:

15 ثا يبدو أن هناك طفل متجه الى عمله وهو يجمع أدوات عمله محشة منجل في غابة ليس لديه مشكل 1د

A1-1:التحفظ كلامي

E1-3:مدركات خاطئة

CF-1:تشديد على الحياة اليومية والعملية

A2-3:إنكار

دفاعاته تتمثل في محاولة المفحوص بمرجعية للواقع الخارجي من خلال عملية وسواسية عن طريق التحفظ كوسيلة دفاعية ، وبعدها برزت سياقاته الأولية ،ثم لجوءه الى الإفراط في استثمار الواقع الخارجي من خلال التشديد على الحياة اليومية العملية كوسيلة دفاعية لتجنب الصراع ،ويرجع الى استثمارات الواقع الخارجي من إنكار كوسيلة دفاعية لتوازنه .

أما الإشكالية تتمثل في عدم إدراك المفحوص لإحياءات البطاقة التحتية من خلال عدم ارضان الوضعية الاكتئابية للطفل باستثمار الواقع الخارجي ، وإنكار الاكتئاب كدفاع ذات الهيئة الهجاسية الخطيرة .

البطاقة 4

6ثا امرأة ورجل تزوج يبدو فرحين بهذا الزواج إن المرأة تمسك زوجها من كتفيه لترقص معه وهو فرحان 50ثا.

B1-1:التركيز على علاقات الشخصية

B1- 3:التعبير على المشاعر

E1-3:مدركات خاطئة

المفحوص لجأ الى الاستثمار العلائقي ثم بروز السياقات الأولية كوسيلة دفاعية لتوازنه.

أما اشكاليته تمثلت في عدم وجود استجابات التي تؤدي إلى إحياء تحتي للبطاقة المتمثلة في الإحياءات الرمزية يعني عدم قدرته على ارضان الصراع النزوي في العلاقة الجنسية العادية من خلال الشك في التجاذب اللبدي .

البطاقة 5:

18 ثا امرأة ربة بيت تنظف المنزل وهي الآن تطل ترى اذ كانت منظمة معاندهاش مشكل مع راجل فرحانه

59 ثا

CF-1:التشديد على الحياة اليومية والعملية

E1-3:مدركات خاطئة

A2-3:إنكار

B1-2:إدخال شخصيات غير موجودة

B1-3:تعبير على مشاعر

بدأ المفحوص بإفراط في استثمار الواقع الخارجي كوسيلة دفاعية تجنباً للصراع ،وبعدها بروز السياقات الأولية ،ثم عن طريق استثمار الواقع الداخلي من خلال الإنكار كوسيلة دفاعية صلبة ،ثم لجوءه الى الاستثمار العلائقي بإدخال شخصيات غير موجودة في البطاقة ، وبتعبير على المشاعر تجنباً للصراع النفسي العلائقي .

أما الاشكالية تمثلت في عدم ارسان المفحوص للصورة الأمومة التي تمثل تحريم ،حيث فضل تجنب العلاقة مع الأم من خلال إدخال شخصيات غير موجودة (راجلها) كوسيلة دفاعية لتجنب العلاقة مع الأم .

البطاقة 6BM:

6 ثا شاب وجدته يختبئان من برد شديد ينظر من النافذة كيف يسقط مطر بغزارة مش فرحانين هلاك الناس

فقراء في هذه الأمطار 55 ثا

E1-3:مدركات خاطئة

E2-2:موضوع شرير

بروز السياقات الأولية من خلال تحويل الإدراك ثم بقوى الإسقاط بادراك موضوع شرير كوسيلة دفاعية.

اشكاليته برزت في عدم تواجد الاستجابات التي ليس لها علاقة بالإيحاءات التحتية للبطاقة ، أي فشل في ارسان العلاقة بين الأم والابن من خلال إدخال موضوع شرير ومدمر مع وجود هوامات تدمير أو موت الذي يبين خطورة تقارب أم - ابن .

البطاقة 7BM:

10 ثا رجل يخبر صديقه حفل بهيج هل أعجبك هذا الحفل قال عجبني متفاهمين 1د

E1-3:مدركات خاطئة

لجوء المفحوص الى إحياء تحتي للبطاقة من خلال اللجوء الى السياقات الأولية كوسيلة دفاعية لتوازنه. تمثلت إشكالية المفحوص في نوعية الاستجابات التي ليس لها علاقة بالإحياءات التحتية الرمزية للبطاقة في تقارب أبن /ابن ، هذا ما يوحي عدم ارضان هذا التجاذب الوجداني .

البطاقة 8BM:

7 ثا رجلان قتلوا رجل لنزع منه المال غني وراجل آخر يحرص عنهم نجحو في القتل رجال أشرار 1د

A1-1:وصف مع التمسك بالتفاصيل والتبرير

E2-3:تصورات قوية مرتبطة بموضوع عدواني

E2-2:إدراك موضوع شرير

بدأ المفحوص بوصف المشهد بمرجعية الواقع الخارجي السطحي كوسيلة دفاعية صلبة ،ثم اللجوء الى موضوع عدواني وإدراك موضوع شرير بقوى الإسقاط كوسيلة دفاعية ببروز السياقات الأولية لتجنب الصراع .

توحي إشكالية اللوحة الى العلاقة المزدوجة (التناقض الوجداني) اتجاه الأب ،عدم تعريف الأشخاص يجعلنا نقول فشل في ارضان إشكالية قلق الاخضاء الذي تثيرها اللوحة .

البطاقة 10:

8 ثا أخوين يتعانقان بعد فراقهما ويبدو أن محبة أكبر من الأم لابنها فرحين كانوا أخوين في الغربية

E3-1:الاختلاط في الهويات

B2-2:الانفعالات القوية

نوعية الاستجابات تدل على إحراج من هذه البطاقة كوسيلة دفاعية الى إحياء تحتي من خلال التركيز على عدم استقرار معالم الهوية الموضوعية من خلال الاختلاط في الهويات كوسيلة دفاعية ببروز السياقات الأولية، بعدها الانفعالات القوية للتمسرح لتحقيق نوع من التكيف ،ثم اللجوء الى الواقع السطحي من خلال الوصف بوسيلة دفاعية صلبة لتوازنه .

أما اشكاليته تمثلت في فشل المفحوص في ارضانها من خلال التعبير على العلاقة بين اخو وأخ ، حيث لم يفرق في تمييز بين الأجيال .

البطاقة 11:

18 ثا طبيعة صامتة وفيها أشجار ساقية تعبر دخول فصل الربيع نحس بأشجار مثمرة فرحة 59ثا

A1-1: وصف مع التمسك بالتفاصيل مع التبرير

E1-3: مدركات حسية

E2-1: عدم تلاؤم بين الموضوع والمنبه

بدأ المفحوص بوصف المشهد بمرجعية الواقع الخارجي السطحي كوسيلة دفاعية صلبة، ثم اللجوء الى قوى الإسقاط من خلال المدركات الحسية وعدم تلاؤم مع المنبه كوسيلة دفاعية ببروز السياقات الأولية لتحقيق تكيفه النسبي مع الواقع .

تمثلت إشكالية المفحوص بالوصف بمدركات حسية ،هذا ما يدل على عدم ارضان اشكالية البطاقة ما قبل التناسلية .

البطاقة 13MF:

6ثا رجل قتل زوجته بعد تناوش بينهما على أمور عائلية محبتش طيب ماكله ندم بعد قتله زوجته مباشرة رجل يبكي 14,1د

B1-1: التركيز على العلاقات الشخصية

E2-3: تصورات قوية مرتبطة بموضوع عدواني

A1-1: الوصف مع التمسك بالتفاصيل مع التبرير

B1-3: تعبير على المشاعر

بدأ المفحوص بالتركيز على العلاقات الشخصية في إطار استثمار العلائقي كوسيلة دفاعية تجنب للصراع النفسي العلائقي ثم بقوى الإسقاط من خلال موضوع عدواني "القتل" وسيلة دفاعية ببروز السياقات الأولية لتحقيق نوع من التوازن أمام الواقع السطحي ، ويلجأ إلى الوصف مع التبرير للتمسك بالواقع السطحي كوسيلة دفاعية صلبة وبعدها بنوع من مرونة للتكيف عن طريق التعبير على المشاعر في إطار استثمار العلائقي كوسيلة دفاعية للصراع النفسي العلائقي لتحقيق نوع من التكيف والمرونة مع الواقع الهش .

أما إشكاليته ظهرت استجابات المفحوص من خلال الموضوع العدواني وتأييب الضمير من جهة ،هذا ما يدل أن المفحوص أرسن إشكالية التعبير العدواني والجنسي مما يبين التذبذب بين الرغبة وحرية النزوات والدفاع بمفهوم أفاظ الممنوع والتأييب .

البطاقة 16:

2ثا هناك معلم قرآن وهناك تلاميذ جالسين وتبدو هناك طريقة تقليدية بالعصى يضرب تلاميذ راضيين 48ثا

1-1A: وصف والتمسك بالتفاصيل مع التبرير

1-1A: التأكيد على الخيال والحلم

4-2A: تشديد على الصراعات النفسية بين التعبير النزوي والدفاع

لجوء المفحوص الى الوصف بمرجعية للواقع الخارجي السطحي مع تأكيد على الخيال والصراع النفسي بين التعبير النزوي والدفاع من خلال استثمار الواقع الداخلي كوسيلة دفاعية صلبة لتحقيق نوع من التكيف الصلب

إشكالية المفحوص تمثلت في لجوئه الى الخيال من خلال نكوصه الى المراحل السابقة ،هذا ما يدل على عدم ارسان إشكالية البطاقة من خلال عدم بناء أشياء بنفسه .

البطاقة 19:

19ثا منزلين فأران راقدين خمو خايفين يخش عليهم يكلو ما يخش مر في الباب فرحين 1.14د

1-1E: عدم تلاؤم بين موضوع والمنبه

3-3E: ارتباطات قصيرة

نوعية الاستجابات تدل على إحراج من هذه البطاقة و الى إحياء السياقات الأولية كوسيلة دفاعية من خلال قوى الإسقاط وضعف الخطاب .

أما الإشكالية تمثلت في استجابات المفحوص التي لا تسمح التحديد بين الداخل والخارج وبين الموضوع الجيد والسيئ وعدم ارسان إشكالية البطاقة ما قبل التناسلية .

4-2- تحليل :

جدول رقم (13) : توزيع السياقات الدفاعية للحالة (10)

E	C	B	A
E1-3=7	CF-1=2	B3-3=1	A1-1=7
E2-2=2		B1-1=3	A2-3=2
E2-3=2		B1-3=3	A2-1=1
E3-1=1		B1-2=1	A2-4=1
E2-1=2		B2-2=1	
E4-3=1			
15	2	9	11

التحليل العام للبروتوكول:

+++ et E1-3

++ : A1-1

++ : B1-3 : ++ et B1-1

*الأساليب الدفاعية

في المجموع نلاحظ سيطرة عوامل السياقات الأولية (E=15) من خلال المدركات خاطئة (E1-3)

سياقات الرقابة بمجموع (A=11) من خلال الوصف مع التمسك بالتفاصيل مع التبرير (A1-1)

أما سياقات الصراع النفسي العلائقي بمجموع (B=9) من خلال الاستثمار العلائقي (B1) ويظهر في

التركيز على العلاقات الشخصية (B1-1) والتعبير على المشاعر (B1-3)، وكذلك بإدخال شخصيات غير

موجودة في الصورة (B1-2)، لتليها السياقات تجنب الصراع التي تكاد تنعدم (C=2) من خلال الإفراط في

استثمار الواقع الخارجي (CF).

المرونة:

يمكن اعتبار المرونة في هذه الحالة على أنها من نمط (\pm) حسب التصنيف الذي وضعتة V.Sentoub حيث نلاحظ سيطرة عوامل السياقات الأولية E إلى جانب عوامل المراقبة A خاصة A1 وعوامل المرونة B خاصة B1.

*الفرضية التشخيصية :

من خلال مجموع البطاقات نلاحظ أن المفحوص يجد صعوبة في تكوين قصص و يظهر ذلك من طغيان السياقات الأولية E سيطرة الحياة الداخلية عليه ،بالرغم من حضور سياقات الرقابة A الذي من خلال الوصف مع التمسك بالتفاصيل فقط ،وسياقات تجنب الصراع النفسي العلائقي كان من خلال تركيزه على العلاقات الشخصية بعيدة على أي تصورات نزوية مجرد وصف العلاقات فقط ،وكان حضور السياقات C بصفة كادت تتعدم من خلال الإفراط في التمسك بالواقع الموضوعي الذي بات يشكل تهديدا للمفحوص ،لهذا طغت السياقات الأولية ،هذا ما أدى إلى فشل الكامل في ارضان إشكاليات الأوديبيية للوحة ،حيث استجابات المفحوص لا تحيي الإحياءات التحتية للوحة نتيجة للمدركات الخاطئة التي سيطرت على استجاباته ،هذا ما يدل على أن المفحوص ذهاني .

5- تطبيق اختبار MMPI-2 وتحليله :

5-1- عرض :

L	F	K	Hs	D	Hy	Pd	MF	Pa	Pt	SC	Ma	Si
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
49	82	40	57	65	41	59	46	92	88	100	91	74

$$L'indice\ de\ goldberg = L+Pa+SC-Hy-pt=49+92+100-41-88=112$$

فمؤشر قودبارج أكبر من 45 يكون الشخص ذهاني

_متوسط ارتفاع البر وفيل :

$$M=Hs+D+Hy+Pd+Pa+Pt+Sc+Ma /8=57+65+41+59+92+88+100+91/8=74,12$$

رمز ولش يكون كآلاتي : $8^{**}69^{*}7^{،،}0,2+41/53 :F،، LK :$

السلم $F=82:F$: مرتفع تشير الى مرض موسوم مؤشر جيد عن وجود مشكلات ذهانية

5-2- تحليل :

السلام الإكلينيكية القاعدية :

1_ توهم المرض (توهم المرض) $Hs=57$

الدرجة التائية تقع أقل من المتوسط لا تعد سمة مرضية

2_ الاكتئاب $D=65$

ليس لهذا سلم دلالة تشخيصية واحدة لان اعراض الاكتئاب في العديد من الأمراض

ومن مميزات شخصية المفحوص انعدام الثقة في النفس ، النزوع الى القلق والاضطراب العقلي ، تفادي الصراع ، الانطواء ، الخجل ، والتحفظ .

3_ الهستيريا $Hy=41$:

لا تعد سمة مرضية من خلال الدرجة التائية التي تقع قبل المتوسط

4_ الانحرافات السيكوباتية $Pd=59$

لا تعد مرض من خلال الدرجة التائية التي تقع قبل المتوسط

5_ الذكورة الانوثة $MF=46$

لا تعد سمة مرضية من خلال الدرجة التائية

6_ البرانويا $Pa=92$

الدرجة التائية المرتفعة أكبر 80 تعني سلوك ذهاني صريح ، واضطراب في التفكير في بعض الأحيان ، بنية ذهانية يمكن أن تأخذ شكل الذهان النظم أو أفكار ومشاعر اضطهادية ، شعور الشخص بأنهم يعامل كما يجب أو عوامل بشكل سيء ، تشخيص محتمل للفصام أو البرانويا .

7_ البسيكاستينيا $Pt=88$

الدرجات المتوسطة الارتفاع بين ت أكبر من 65 وأقل من 85 فشخصية المفحوص تشير الى قلق ،خائف، متردد عصيبا، متوتر مع نزوع الى الاضطراب القلق ، يشك في ذاته يشعر بالدونية ،ينتقد ذاته ويسيء تقديرها ودائم الاجترار، متصلب أخلاقي ،وتقليدي ، خجول ويجد صعوبة في اقامة علاقات مع الآخرين .

8_ الفصام SC=100

تدل على وجود خطر التوظيف الذهاني الخفي مع اضطرابات التفكير، الغموض، اختلال التنظيم والتوجيه - نجد عادة ميولا غير مألوفة وافكارا ذهانية، هلاوس، نقص الضبط مع ضعف القدرة على اصدار الأحكام

تتضح مميزات شخصيته في العزلة، الانطوائية، صعوبة الاتصال، الفصامية، البرودة واللامبالاة، تفادي الناس والمواقف الجديدة، الخجل وفي الغالب القلق القوي، الشعور بالدونية، العجز وعدم الاقناع، قليل الاستثمار في العلاقات، عدواني، عنيف وحقد، العجز عن التعبير عن المشاعر.

9_ الخفيف الهوس Ma=91

تعني الدرجات التائية اكبر من 80 احتمال أن يكون الشخص في مرحلة هوس الحقيقي

(الافراط الحركي العام، نوع الى الهروب من الأفكار، امكانية وجود هلاوس أو ذهان العظمة)

وتظهر مميزات شخصيته في الافراط الحركي، التغير الانفعالي المتكرر، انتفاخ الأنا، الشرود الذهني، النشاط والثرثرة، لا يمكن التكهن بسلوكاته، طغيان الحركة عن التفكير، تعدد مراكز الاهتمام مع استثمار مكثف لكنه قصير، سرعة الغضب، تقبل الاحباط، صعوبة كف التعبير عن النزوات، والانفعالات، الغضب، العدوانية والعنف، الانسراح، الانبساط، الاجتماعية مع سطحية العلاقات، سوء التكيف الاجتماعي والمهني، الاضطراب مع امكانية المرور بحلقات اكتئابية ظرفية.

0_ الانطواء الاجتماعي: Si=74

تعكس الدرجة التائية التي تفوق المتوسط درجة متنامية من الخجل الاجتماعي، وتفضيل للعمل الوجداني وصعوبة في تأكيد الذات على المستوى الاجتماعي.

التحليل العام للحالة :

من خلال الملاحظة تميز سلوك المفحوص بالعنف خاصة أثناء مقابله مع والدته، يشتمها بعنف، بهذاء ثري من خلال مواضيع الشك بالخيانة ومزيج من الاضطهاد بأن جميع الناس أحسن منه، ويتكلمون عليه ويضحكون، و يتميز بمزاج متناقض للحالة النفسية يضحك ويحزن في غير المواقف الملائمة لها، وإيماءاته تتميز بالجفاف خالية من أي معنى .

أظهرت نتائج اختبار الرورشاخ وفرة انتاجيته، ونفس المواظبة على موضوع واحد في خمس لوحات بمحتوى دم، وتنوع في المحتويات خاصة المحتوى الحيواني يريد به الافراط في التمسك بالموضوع الخارجي مع قولبة الفكر بطريقة اندفاعية، وبروز الحياة الداخلية عن طريق المحتوى التشريحي، وتناوله للعمليات العقلية بطغيان التحديد الجزئي للمدرك بتجزئة المفرطة للدراك، والتناظرات في خمس لوحات التي تدل على قلة الحماية الداخلية، ونكوصه الى المراحل الطفولة من خلال المحتويات النباتية، كل هذا يدل على أن المفحوص ذهاني .

أما نتيجة اختبار تفهم الموضوع ظهرت في صعوبة في تكوين القمص بطغيان السياقات الأولية بالرغم من حضور سياقات الرقابة، لكن لم تقم بوظيفتها في مراقبة الحياة الداخلية، وفشله في ارضان اشكاليات الأوديبية لجميع اللوحات من خلال عجزه على تسيير القلق، هذا ما يطرح اشكالية ذهانية .

أما نتائج اختبار منيسوتا متعدد الأوجه MMPI-2 ظهر في ارتفاع كل من الدرجة التائية للفصام والبرانويا بمميزات قليل الاستثمار في العلاقات، عدواني وحقد وعنيف، واضطراب في التفكير والسلوك، مع وجود سلم الاكتئاب D=65 وارتفاع الدرجة التائية لسلم البرانويا Pa=92، والبسيكاستينيا Pt=88، وسلم الهوس Ma=91، يعني ارتفاع الدرجة التائية لسلم الفصام لها علاقة بالاكتئاب والمثلث الذهاني، وخلال تفحص التاريخي للمفحوص يبرز تأثير البيئة الخارجية من فقر واستهلاكه للمخدرات هي السبب في تعقد الاضطراب، فالبيئة العائلية تلعب دور كبير في وضع قاعدة للمرض، هذا ما أكدها هاي Hey: "كل التظاهرات الصدمية أو كل الظروف يمكنها أن تعرض التطور العاطفي العادي للطفل، يمكنها أن تأخذ شكل رسوب وكسب في الانفجار الذهاني كسبب طلاق الوالدين، التخلي عن الطفل والصراعات" (Porot.A 1987 p622)

مع حضور مكثف لهذات الاضطهادية، حيث "الاضطهاد دائما موجود في التعبير عن المعاناة التي تظهر المريض ينتمي لبيئة ثقافية معينة، والتي تعطيه الاحساس بشخصيته ومشاركته للمجموعة الاجتماعية والثقافية من خلال الدعاء الخيالي للقوى الطبيعية والشريرة أين تميز العاطفة الاضطهادية"

(Ben Smail1993p354)

6- التقنيات الإسقاطية و التقنية الموضوعية :

جدول (14): يبين الخصائص الكمية لاجابات المفحوصين في اختبار الرورشاخ :
التحليل الكمي :

DBL	C	K	H%	F%	
0	2	0	4%	91%	عبد الستار
0	1,5	0	0%	79%	ابراهيم
0	6,5	1	9%	59%	مصطفى
0	5	0	0%	77%	بلال
0	12	0	52%	33,33%	حسان
0	4,5	5	29%	19%	رمضان
0	7	0	0%	53%	وليد
0	0	0	17%	79%	صغيري
0	4	1	29%	58%	بوزيد
4	7,5	1	11%	63%	محمد

يبين تحليل اختبار الرورشاخ طغيان المحددات الشكلية مع انخفاضها في بعض الحالات وافراط في تقمصات البشرية وانخفاضها في بعض الحالات، مع انعدام الحركة وارتفاع المحددات الحسية وانخفاضها في بعض الحالات.

التحليل الكيفي :

الحالة الأولى :

ارتفاع الدفاعات الشكلية 91% من خلال التمسك بالواقع الخارجي كوسيلة دفاعية لقمع الرغبة من الظهور، هذا ما جعل الحركات تنعدم للتحكم في النزوات ، و تضيق الحياة الحسية ، مع العجز عن التقمصات الجنسية.

الحالة الثانية :

طغيان الدفاعات الشكلية %79 كوسيلة دفاعية للتمسك بالواقع الخارجي وهي عبارة على دفاعات شكلية لمنع الرغبة وتضييق الخناق عليها كوسيلة دفاعية لتحسين الواقع المضطرب حتى لا ينفلت منه أمام الحدود الهشة ، والانغلاق التصور العاطفي ، وغياب التقمصات البشرية التي تطرح اشكالية ضعف النقائص في بناء الازدواجية الجنسية التي أساسها اختيار الموضوع التقمصي في اطار الصراع الأوديبي .

الحالة الثالثة :

دفاعات الشكلية %59 مقبولة ، غير أن الحركات تراجعت للتحكم في النزوة ، مع انخفاض نسبة المحتوى البشري دليل على اشكالية التقمصات الجنسية في بناء الازدواجية الجنسية ، وبالتالي الخضوع لهذا النمط من الهومات .

الحالة الرابعة :

تمثلت في طغيان الدفاعات الشكلية %77 كوسيلة دفاعية لقمع النزوات من خلال قمع الحركات ، والصعوبة في التقمصات البشرية في اطار الصراع الأوديبي أي ظهور اشكالية التقمصية الجنسية للموضوعات خوفا من التقارب البشري ، مع محاولة الانبساط الظاهري لعدم التفاوض مع الرغبة والدفاع .

الحالة الخامسة :

انخفاض الدفاعية الشكلية بدرجة كبيرة %33,33 هذا ما أدى الى بروز الرغبة من خلال السياقات الأولية من محتويات الهو والافراط الكبير في التقمصات البشرية كوسيلة دفاعية لتجزئة الأنا الى المشاعر العلائقية في مراحل الأولى بطريقة مكثفة كوسيلة دفاعية لتناقضات الوجدانية والتي تحمل في طياتها الغرابة ، مع الميل الى الانبساط الظاهري كوسيلة دفاعية هوسية لوضعية اكتئابية بجمع بين النزوات .

الحالة السادسة :

نفس الدفاعات الشكلية المنخفضة بدرجة كبيرة %19 مما جعل الرغبة تبرز بطريقة مكثفة ، مع التقمصات البشرية الهائلة دفاعات للتناقضات الوجدانية مع تضييق الخناق على الانطباعات الحسية .

الحالة السابعة :

الدفاع الشكلي مقبول 53 % بتضييق الخناق على بانعدام الحركة وتثبيط النزوة، و تضييق الحياة العاطفية وتجميدها على الحركات النزوية والعدوانية ، وصعوبة التقمصات الصورة البشرية التي تطرح اشكالية التقمصات على مستوى الصراع الأوديبي ، مع النمط الانبساطي الظاهري كدفاعات هوسية فقط.

الحالة الثامنة:

طغيان الدفاعات الشكلية 79 % لقمع النزوة من الظهور من خلال السيطرة على الحركة ،وتضييق الخناق على الحياة العاطفية فالصلابة حلت على الحركات العدوانية والليبية .

الحالة التاسعة:

تمثلت دفاعاته بمحاولة التمسك بالواقع الخارجي الملتبس في قمع النزوة من الظهور من خلال تراجع في الحركات المقموعة ،مع الافراط في التقمصات البشرية كوسيلة دفاعية لتناقضات العاطفية التي يبحث عليها المفحوص وتجزئتها الى أشخاص خاصة في وقت الطفولة ، والميل الى الانبساط الظاهري لعجز الدفاع التفاوض مع النزوات.

الحالة العاشرة :

عالج المفحوص دفاعاته كما الحالة السابقة بتضييق الخناق على النزوة ، مع فشل في التقمصات البشرية خوفا من خطر التقارب والتهديد، مع الانبساط الظاهري كوسيلة دفاعية عظامية رد فعل لتلك النظرة الاضطهادية والتي تدل على فشل في اقامة العلاقات العاطفية مع المواضيع لصد الاكتئاب ، مع انعدام الاستجابات الفراغية في أغلبها للحالات دليل عدم القدرة على تسيير القلق وتحريك الحركات النزوية ، من خلال الدفاعات الشكلية والنزوات التي يستعملها المفحوص للتعامل مع الواقع .
من خلال هذه المعطيات يبرز الدور التشخيصي لاختبار الرورشاخ .

جدول (15): يظهر السياقات الدفاعية لدى المفحوصين في اختبار تفهم الموضوع

التحليل الكمي :

سياقات الرقابة A	سياقات المرونة B	سياقات تجنب الصراع C	سياقات بروز العمليات الأولية E	
10	11	15	11	عبد الستار
5	11	3	14	ابراهيم
5	6	0	12	مصطفى
6	8	2	8	بلال
10	11	5	14	حسان
8	4	0	19	رمضان
10	5	2	12	وليد
14	13	12	1	صغيري
12	15	0	15	بوزيد
11	9	2	15	محمد

يوضح طغيان سياقات الأولية على السياقات الدفاعية للحالات مع طغيان سياقات تجنب الصراع لحالة عبد الستار ، و طغيان سياقات الرقابة لحالة صغيري .

التحليل الكيفي :

الحالة الأولى :

طغيان سياقات الصراع النفسي العلائقي بطريقة مكثفة تجنباً للصراع فهو يمثل له تهديد ، هذا لم يمنع من فسح المجال للمحتويات اللاشعورية من التعبير التي ظهرت في السياقات الأولية بنوع من التحرر المروني .

الحالة الثانية :

بروز سياقات الأولية من خلال فشل دفاع الرقابة بتضييق النزوة .

الحالة الثالثة :

نفس تعامل المفحوص ببروز السياقات الأولية من خلال فتح المجال للهو للتعبير بفشل سياقات الدفاع الرقابة على الحياة الداخلية، وفشل في تجنب الصراع العلائقي في المراحل السابقة .
الحالة الرابعة :

نفس الدفاع ببروز السياقات الأولية بنوع من المرونة نتيجة فشل دفاع الرقابة على محتوى الهو ، وفشل في تجنب الصراع العلائقي .
الحالة الخامسة :

دفاعات سياقات الأولية بطريقة مكثفة مما سمح بمحتويات الهو بالتعبير ، رغم دفاعات الرقابة حاضرة لكن لم تمنع من ظهور النزوة ، وفشل في الصراع النفسي العلائقي .
الحالة السادسة :

فتح الخناق للهوامات الأولية والى النكوصات للمواضيع القديمة ، بالرغم من حضور الرقابة غير أن الصراع شديد ، مع فشل دفاعات الصراع النفسي العلائقي .
الحالة السابعة :

نفس التعامل مع دفاعات السياقات الأولية بتعبير على النزوات الداخلية وفشل دفاعات الرقابة في تضيق الخناق على المحتويات اللاشعورية ، مع فشل في دفاعات الصراع النفسي العلائقي .
الحالة الثامنة:

طغيان دفاعات الرقابة بشكل كبير من خلال قمع النزوات من الظهور بطريقة مكثفة وهذا للتحكم فيها حتى لا تتفقت ، ووجود دفاعات الصراع النفسي العلائقي ، هذا لم يسمح بعدم تمايز الصراع .
الحالة التاسعة :

فشلت دفاعات الرقابة في التحكم في النزوة ، هذا ما جعلها تظهر بقوة من خلال العمليات الأولية المتقهقرة ، مع العجز في دفاعات الصراع النفسي العلائقي .

الحالة العاشرة :

اعتمد المفحوص على نفس دفاعات الحالة التاسعة من خلال بروز سياقات الأولية من محتويات الهو نتيجة الصراع الداخلي الشديد خاصة دفاعات الصراع النفسي العلائقي بشدة .

فالذهاني لا يستثمر العلاقات ،لكن حضورها بطريقة سلبية بادخال شخصيات غير موجودة كوسيلة دفاعية للاحتماء من خطر الانفجار العدوانى على البعد العلائقي ، مع وجود مرونة نسبية للتححرر من الصراع وربطه بالعالم الخارجى من خلال بناء علاقات مع الواقع الخارجى بطريقة منتظمة وتبديلية ووسيلة دفاعية لتفريغ النزوات العدوانية وفضها ببناء واقع جديد من خلال تجزئة الأنا الى مجموعة من الأشخاص الغرباء.

ومن خلال نتائج الجدول نستنتج أن اختبار تفهم الموضوع يشخص بطريقة موضوعية الفصام .

جدول (16): يظهر السلام الإكلينيكية لدى المفحوصين في اختبار منيسوتا متعدد الأوجه :

التحليل الكمي :

F	رمز ولش	L'indice de godberg	متوسط ارتفاع البروفيل M	
90	87/78	76	71,75	عبد الستار
97	89/98	99	72,37	ابراهيم
96	98/89	89	72,87	مصطفى
120	86/68	99	79,75	بلال
120	87/78	84	76,5	حسان
117	87/78	88	68,50	رمضان
82	87/78	71	75,62	وليد
120	68/86	122	79,25	صغيري
98	89/98	105	71,25	بوزيد
82	86/68	112	74,12	محمد

يبين متوسط ارتفاع البروفيل وارتفاع معادلة قودبارج للحالات العشر

التحليل الكيفي :

من خلال اختبار منيسوتا متعدد الأوجه للحالات العشر ظهرت مميزات الشخصية للفصام من خلال ارتفاع متوسط ارتفاع البروفيل وكذلك ارتفاع معادلة قودبارج ، ورمز ولش الذي يوضح تصنيف المفحوصين من خلال نوع البروفيل النفسي للاضطراب ، مع ارتفاع مؤشر الصدق .
من خلال كل هذه المعطيات يتضح أن MMPI-2 يشخص بطريقة جيدة الفصام من خلال إعطاء بروفيل النفسي ومميزات الشخصية .

مناقشة النتائج على ضوء التساؤلات :

هل يشخص اختبار الرورشاخ الاضطراب العقلي الفصام مقارنة مع الطبيب السيكاتري؟:

الحالة الأولى :

من خلال ملاحظة ومقابلة المفحوص تميز بسلوكات غريبة ، وبالعزلة ، ولا يتكلم كثيرا إلا من خلال تحفيزه للكلام، مع الرغبة الملحة للخروج من مصلحة الأمراض العقلية ، لا يهتم بنظافته ، ويمتاز سلوكه بنوع من التخشب ، ويكرر العبارات بطريقة نمطية ، وهذا ما تحقق من خلال تطبيق اختبار الرورشاخ ، حيث استجاباته في البروتوكول كانت مقبولة من حيث الإنتاج الاسقاطي، و تمثلت في كلمات مبعثرة وأفكار متقطعة ، طغت عليها قالب النمطية بتكرار موضوع واحد شمل البطاقات وهذا من خلال اللوحات .

(اللوحة I:اللوحة II:اللوحة IV:اللوحة VI:اللوحة VII:اللوحة VIII:اللوحة IX:اللوحة X :تشبه نبات)

مما يدل على بروز السياقات الأولية كوسيلة دفاعية للاحتماء من العالم الخارجي المهدد وهذا لغلبة الصراع لمحتويات الهو وسماح الأنا بتمرير محتويات اللاشعورية لعدم فعالية في إقامة الحواجز بين العالم الداخلي والخارجي ، هذا ما أدى الى انقطاع الروابط مع الموضوع والانقطاع مع الذات والانشطار الى اتجاه تأثير النزوات بفصل الأنا عن الواقع بالنكوص الى المرحلة الفمية التي تمثل مرحلة أمان للمفحوص، كذلك نفس المواظبة على موضوع واحد في اللوحات (اللوحة I:اللوحة IV:اللوحة V:اللوحة VIII:اللوحة X:تشبه حيوان) التي تدل على وجود قاعدة مرضية بوجود المحتوى الحيواني باستثماره بطريقة نكوصية كوسيلة دفاعية لتجنب العلاقات البشرية، حيث يحتفظ بنفس المواظبة في (اللوحة II:اللوحة III:اللوحة VI:اللوحة VII:اللوحة X:تشبه شيء)، أما سياقاته العقلية تمثلت بعدم التجانس بالتحديد المدرك الشامل $G\% = 95\%$ مرتفع ، والاستجابات الجزئية $D\% = 45\%$ هذا يعني عدم الاهتمام بمفهوم الواقع ، مع ارتفاع المدركات الشكلية من النوع الرديء ($F^- = 19$) ببروز الرغبة، هذا ما يدل على نوعية سيئة للرقابة الشكلية أي انزلاق الإدراك أي عدم قدرة المفحوص على التلاؤم مع الواقع الخارجي من خلال عدم الاندماج مع منبهات البيئة المعروفة من خلال فسخ المجال للسياقات اللاشعورية من خلال المدركات الخاطئة.

بينما عالج صراعاته من خلال نمط الرجوع العاطفي $TRI = 0k/2 C$ يميل إلى الانبساط الصافي مع الصيغة الثانوية التي تميل الى الانغلاق $FC = 0K / 0E$ يريد المفحوص الحد من الصراعات العميقة وعدم

تنشيطها بقطبيها الفكري والتصوري و النزوي ،هذا ما جعلها تظهر في فقر المحتويات والتي تكررت خاصة في المحتويات الحيوانية والنباتية والأشياء .

وهذا للكف من الصراعات،و بروزها خاصة في الاستجابات الحيوانية النكوصية $A=32\%$ في أغلب اللوحات ،هذا يدل على فقر في تداعيات الشخصية وصلابة الفكر ،وهذا لكبت الاتصالات مع الصورة البشرية.

حسب مميزات الرورشاخ للمفحوص ومقارنته بمميزات التوظيف الذهاني الفصام ، نستطيع القول أن المفحوص فصامي خاصة من النوع المفكك ،حيث يسمح التصورات العاطفية وإسقاطها بطابع نكوصي من خلال التكرار وقولية الفكر والمواظبة على موضوع واحد .

الحالة الثانية :

خلال ملاحظة المفحوص يبدو سلوكه مستقر نسبيا من خلال إدراكه النسبي أنه في المستشفى ، مع وجود أفكار غريبة وعدم الاستقرار في المكان بالدوران الملفت للانتباه ، وتكرار في الكلمات .

أما نتيجة اختبار الرورشاخ من خلال المخطط النفسي تميزت بالكف الشديد من خلال العدد محدود من الاستجابات $R=14$ ومتكررة خالية من المعنى والصدى الرمزي خاصة في اللوحات (اللوحة I:اللوحة IV:اللوحة V:اللوحة VI:اللوحة VII:اللوحة X:خفاش) وكذلك (اللوحة II: اللوحة VIII:خفاش ملون)،

فالمفحوص يواظب على موضوع واحد فقط وهو الخفاش بقولية نمطية ،مع بروز السياقات اللاشعورية من خلال فسح للحركات الديناميكية الاسقاطية بالمدركات الخاطئة $F=-7$ بعدم تلاؤم الفكر مع المنبهات

المعروفة والشائعة،بفشل الدفاعات وبروز الرغبة ، فالمفحوص يقوم بتحديد المكان بطريقة تعسفية وسيئة من خلال الارتفاع الكبير للكليات $G=100\%$ ، ووجود الاستجابات التخريفية (D /G) ،وانعدام الاستجابات

الجزئية الكبيرة $D\%$ يعني عدم الاهتمام بالواقع ، $F+\%=36\%$ منخفض يدل على عدم استثمار المفحوص للواقع لتحل مكانها الصلابة الفكرية ، والحكم على الواقع غير جيد ، أما معالجة صراعاته تمثل في نمط

الرجع الحميم الذي يميل الى الانبساط الصافي $TRI=0K/1,5 C$ ، والصيغة الثانوية $FC=0K/0E$ التي تميل الى الانغلاق الذي تمثل في عدم الاستقرار في ديناميكية الصراع بالكف عن الصراعات وتضييقها التي

تفتقر الى الصدى الهوامي والرمزي، ونجد $CF=FC$ ، مع غياب التقمصات للصورة البشرية وهذا راجع لنزع الاستثمارات كرد فعل لفقدان الاتصال بالموضوع الأولي خوفا من خطر التقرب البشري خوفا من

التهديد أو نقص التجربة التقمصية ،مع فقر في المحتويات يريد بها المفحوص الكف عن صراعاته مع

ارتفاع الاستجابات الحيوانية $A\%=79\%$ من خلال الامتثالية وهي من دفاعات الهو للتمويه وتجسدت من خلال تكرار "خفاش" في كل اللوحات بطابع نكوصي للابتعاد عن استثمار مع العلاقات البشر مما تبرز قاعدة مرضية ذهانية .

من خلال مقارنة مميزات الفصامي ونتائج اختبار الرورشاخ للمفحوص يتضح أنه فصامي من خلال الانشطار بين التمثيل والوجدان ، والفقر في المحتويات والعجز على إسقاطها على المواضيع التي تكون مصدر الصراعات، وهذا النوع المتبقي المترسب التي تكثر وتبقى فيه الصلابة الفكرية المضروبة على النزوات اللبديية الذي يسمح التصورات والعواطف من خلال التفكك بين الشعور واللاشعور من خلال الأنا رفض التصور والعاطفة.

الحالة الثالثة :

بينت الملاحظة والمقابلة أن المفحوص يتميز بقدرة نسبية للتكيف من خلال معرفته المكان الذي يوجد به، وكذلك سلوكه أحسن بالنسبة للحالات الأخرى من خلال كلامه .

أما اختبار الرورشاخ بين المميزات التالية : أن إنتاج المفحوص مقبول من خلال الاستجابات، وتميزت سياقاته العقلية بتحديد الموقع بطريقة تعسفية وسيئة بارتفاع الاستجابات الكلية $G\%=54\%$ و $D\%=41\%$ منخفض من خلال عدم الاهتمام بالمفهوم الواقع بعدم تلاؤم الفكر مع الواقع خاصة عدم توافق مع المنبهات الشائعة، ووجود استجابات تخريفية (D/G)، مع الإجابات Dd نادرة وغريبة ، أما نمط الإدراك تمثل $G-$ $D-Dd$ ، وكانت دفاعاته الشكلية $F\%=59\%$ منخفضة التي تبرز عدم الاهتمام بالواقع لتسيطر عليه الصلابة الفكرية وعلى ضعف الحقيقة الموضوعية من خلال تحرير السياقات اللاشعورية بمدرجات خاطئة $F^-=8$ التي تتمثل في صعوبة إدراك الواقع كما هو، أي تشويبه.

اعتمد المفحوص في معالجة لصراعاته من خلال نمط الرجح الحميم $TRI=1K/6,5C$ الانبساطي المختلط كوسيلة دفاعية لكبت تصورات الخوف والاضطهاد الى التعبير القوي وهذا في قالب انسحابي أمام المواضيع التي تتعشه من الخارج لأنه خاضع لها، وهذا في إطار طابع نكوصي طفولي فهي مجرد دفاعات هوسية، مع الصيغة الثانوية $FC=1K/0E$ التي تميل الى الانغلاق ، و وجود حساسية للأسود والرمادي $(C^-, CLOB)$ مبينا حضور سمات رهابية واكتئابية لكبت الاضطهادات، أما الحركات فهي بعيدة على وظائفها التقمصية، مع ثراء المحتويات للتخفيف من الصراعات تمثلت في الإجابات التجريدية، رؤية الأشكال

مقطوعة ، وهذه إسقاطات للمواضيع التدميرية على الموضوع الخارجي من خلال الميولات الاكتئابية الجمع بين النزوات ، فالأنا يسقط هجوماته على الموضوع الخارجي لتخفيف من قلق التفكك .
بالمقارنة مع مميزات التوظيف الذهاني ، يتضح أن المفحوص فصامي من النوع الوجداني انبساطه من الخارج الخاضع له ، ومتعدد المواضيع مع وجود ميولات اكتئابية .

الحالة الرابعة :

أظهرت لنا الملاحظة والمقابلة أن المفحوص مستقر نسبيا ، بتعرفه لمكان تواجده ، مع وجود الغرابة في سلوكه ، و كانت أفكاره غير مترابطة ، وينكر بأنه مريض .

أما اختبار الرورشاخ أظهر المميزات من إنتاج وافر هذيان ، حيث بلغت عدد الاستجابات $R=31$ ، وإجابات تكرارية نمطية من خلال المحتويات التشريحية $ANAT=19$ بطغيان الحياة الداخلية ، أما سياقاته العقلية تمثلت في تحديده للمكان بطريقة سيئة وتعسفية ، $G\%=45$ مرتفعة ، ووجود الاستجابات مختلطة أو تعسفية (G/D) ، وجود استجابات Dd ، نمط الإدراك $G-D-Dd$ ، واستجاباته مرتبطة بالشكل من خلال $F=24$.

و $F+\%=37$ منخفض كوسيلة دفاعية في استثمار الواقع الموضوعي كوسيلة دفاعية ، مع كثرة الإجابات الشكلية من النوع الرديء $(F^-=15)$ بافساح المجال الديناميكي الحركي مع الانطباعات الحسية ، هذا ما أدت الى انحراف التفكير ، كما يعالج صراعاته بنمط الرجح الحميم $TRI=0K/5C$ الانبساطي الصافي الذي تمثل في دفاعات هوسية خالية من التصور الهوامي المفرغ من النزوات وتجسد أكثر في ارتفاع الاستجابات اللونية $RC=45\%$ والتي تدل على الفشل في إقامة العلاقات العاطفية مع المواضيع والجهد المتواصل لصد الاكتئاب الذي من شأنه أن يفتح التفكك في الحياة الداخلية .

- حضور الإجابات من نوع محتويات البدائية للهو A و OB ، المواظبة ، مقاطع متشابهة ، دفاعات المفحوص تتمثل في رفض الواقع من خلال التمسك بالمحتويات التشريحية ببروز الحياة الداخلية من خلال السياقات الأولية لاشعورية للاهتمام بها من خطر التناقض الوجداني ، أي طغيانها على حساب الرقابة الاجتماعية . وبمقارنتها مع مميزات التوظيف الذهاني يتضح أنه فصامي من النوع البرانوي نتيجة اندفاعيته الهذيانية المتعددة المواضيع .

الحالة الخامسة :

أبرزت نتائج الملاحظة والمقابلة سلوكيات غريبة للمفحوص من خلال الدوران والعدوانية اتجاه الآخرين ، وتطلبت استجاباته جهد كبير مع الإلحاح على الخروج من مصلحة الأمراض العقلية .
 أما مميزات استجابات الرورشاخ تمثلت في إنتاجه الهوامي الاسقاطي العادي $R=21$ مختلط وغير منطقي ، مع إجابات تكرارية ونمطية من خلال مواظبة على موضوع واحد (اللوحة II: اللوحة III: اللوحة IV: امرأة) ، (مرأة كحلة IV: اللوحة V: اللوحة VI: اللوحة VII: امرأة كحلة) يعني عدم تلاؤم قدراته الفكرية مع منبهات البيئة المعروفة .

تميزت سياقاته العقلية بتحديد موقعي من خلال اجابات تعسفية وسيئة ، وكانت الاستجابات الكلية مرتفعة $G\%=57\%$ مع انخفاض الاستجابات الجزئية $D\%=43\%$ هذا ما يفسر محاولة المفحوص التحكم بالواقع البديل .

نمط الإدراك $G-D$ ، $F\%=33,33\%$ منخفضة دليل على اتجاه قليل الفكرية مع تداخل المظاهر العاطفية وبروز الرغبة من خلال المدركات التشويهية ، والاستجابات الشكلية ضعيفة $F+\%=7\%$ تعني أن الحقيقة الموضوعية رديئة ، فالمفحوص قام بتحريف الواقع الموضوعي وفق للهو، وعدم الاكتراث بالطابع الاجتماعي .

عالج المفحوص صراعاته بنمط الرجح الحميم الانبساطي الصافي $TRI=0K/12C$ ، مع كثرة الاستجابات اللونية الشكلية $CF=10$ من خلال عدم فعالية الرقابة الشكلية التي تعكس تحجير النزوات من خلال عبارات الكف ، وهذه الاستثارة اللونية المفرطة ا تعبر على فشله في إقامة العلاقات العاطفية مع المواضيع لصد الاكتراب خوفا من التفكك ، مع ارتفاع نسبة الاستجابات البشرية التي تطرح إشكالية هل يريد المفحوص النكوص الى المراحل الأثرية القديمة ، أم يحمل نزعات عدوانية تدميرية اتجاه صورة الأم بصورة مكثفة من خلال تناقضات المشاعر من خلال موضوع حب وموضوع كره ، فهو يقوم بتجزئة الأنا الى عدة مشاعر متناقضة $H\%=52\%$ ، فهذه محتويات بدائية والأشخاص الذين يدلون على التقمص من الدرجة الثانية غير موظفين لأغراض تطويرية صراعية وغير قابل للتحسين، مع انعدام الاستجابات الحيوانية تماما من البروتوكول $A\%=0\%$ ، هذا ما يطرح إشكالية تقمصات البشرية بطريقة تعسفية وخاطئة ، مع قلة المحتويات التي لا تعبر على أي صدى رمزي بالكف والتخفيف من الصراعات ، وحضور الاستجابات التجريدية والشبئية (Obj, Abst) التي تخدم سياقات الهو بفشل الأنا في دفاعاته نتيجة لقلق التفكك بين الشعور واللاشعور، وعدم تمايز الموضوع.

نستنتج أن المفحوص فصامي من النوع المفكك من خلال صلابة الفكر وتفكك العاطفة مقارنة مع بروتوكول التوظيف الذهاني .

* الحالة السادسة :

بينت الملاحظة والمقابلة أن المفحوص متكيف نسبيا مع الواقع بمضادات الذهان ، حيث أستطاع التجاوب معنا في الاختبار، مع وجود غرابة في سلوكه ، وأفكاره التي كانت غير مترابطة ، حيث ينتقل من فكرة إلى فكرة .

أما نتائج اختبار الرورشاخ ظهرت من خلال استجابته المقبولة $R=21$ بإنتاج مختلط وغير منطقي ،مع طغيان الاستجابات الحيوانية A مقارنة بالمحتويات الأخرى كدفاعات الهو ولتمويه مصالحه العميقة وتجنب الاتصال مع البشر، وكلمات مبعثرة من خلال الاستجابات "بخوش عنكبوت " "قرد طالع من طالع " .

أما لسياقاته العقلية تميزت بطريقة تعسفية بارتفاع نسبة الاستجابات الجزئية الكبيرة $D\%=81$ من خلال التمسك بالواقع كوسيلة دفاعية الذي فيه نوع من الالتباس لتجنب الصراع ، مع وجود الاستجابات التخريفية ($D/G=1$)، و تمثل نوع الإدراك في $G-D$ ، وكانت دفاعاته الشكلية $F\%=19$ أقل من 50 التي توحي بعدم الاهتمام بالواقع الموضوعي الاجتماعي من خلال بروز الرغبة وفشل دفاعات الشكلية من قمعها ، وقليل العقلانية مع إخضاع الواقع لإسقاطات غالبية ، أما الاستجابات الشكلية الموجبة انعدمت $F+\%=0$ دليل على رفض المفحوص للواقع والحكم على الحقيقة الموضوعية بطريقة سيئة.

عالج المفحوص صراعاته من خلال نمط الرجح الحميم مستدخل منطوي $5K/4,5C$ بالحد من الصراعات العميقة وعدم تنشيطها بقطبيها الفكري والتصورى و النزوى العاطفى من خلال عدم الاستثمار في المواضيع ، وكانت الاستجابات اللونية الشكلية مساوية مع الشكلية اللونية $CF=FC$ ، واستجابات الحيوانية مقبولة $A\%=43$ لكنها الغالبة في الإنتاج الإسقاطى ، وتمثلت دفاعاته في ازدواجية الصور المضاعفة من خلال التناظرات في اللوحات (VII , VIII , IX, X).

نستنتج مما سبق أن المفحوص يندرج في دائرة الذهان خاصة تمسكه بالواقع الخارجى بطريقة صلبة مع الاهتمام بالجزئيات بطريقة كبيرة لتجنب هذا الواقع الذي فيه نوع من الالتباس والحذر وصد من الصراعات وعدم تمايزها ، فالمفحوص فصامي من النوع المتبقي المترسب التي تكثر فيه الأعراض السلبية.

الحالة السابعة :

تميز سلوك المفحوص بالاستقرار خلال انجاز الاختبار ، مع بعض السلوكات الغريبة التي تتمثل في عدم تماسك الأفكار ، حيث ينتقل من فكرة إلى فكرة دون ترابط بينهما .

أما نتائج اختبار الرورشاخ ظهرت من خلال مجموعة من المميزات تمثلت في استجاباته القليلة $R=19$ بتقصير في العبارات ، فقر في الألفاظ ، ضعف في الإبداع ، و الاستجابات الخالية من المعنى ومن الصدى الرمزي، وكانت الشائعات غير واقعية وأقل حضورا ($BAN=2$) التي تدل على عدم الاعتراف بالمألوف، وهذه المميزات من خصائص الذهاني .

أما سياقاته العقلية تمثلت في تحديد المكان بطريقة تعسفية ، مع الاستجابات الكلية مرتفعة $G\%=63\%$ أكثر من 60 يريد بها المفحوص التحكم في وحدة الواقع ، أما الاستجابات الجزئية ضعيفة $D\%=37\%$ مما يبين عدم الاهتمام بالتفاصيل الذي لم يستطع التحكم فيه بالرغم من الإفراط في الكليات ، أما نمط الإدراك G_D ، والاستجابات الشكلية مقبولة $F\%=53\%$ لكنها تعرقل السير الوظيفي خالية من أي معنى وفكر صلب، والدفاعات الشكلية $F+\%=42\%$ منخفضة مما يدل على عدم فعالية الجهد الفكري، وعدم تلاؤم الفكر مع الواقع الخارجي من خلال عدم الاعتراف بالمنبهات الشائعة فهي لا تعبر على صداها الهوامي والرمزي .

عالج صراعاته من خلال نمط الرجح الحميم $TRI=0K/7C$ الانبساطي المختلط للتخفيف من قلق التفكك ، مع فقر في المحتويات لتضييق الصراعات وكفها نتيجة لتفكك الموضوع ، مع وجود الاستجابات الشبئية $obj=5$ و $frag=5$ مما ما يدل على صلابة تفكيره وانحرافه.

من هنا نستطيع القول أن المفحوص فصامي من النوع المفكك وهذا بمقارنته مع مميزات التوظيف الذهاني .

الحالة الثامنة :

أثناء ملاحظة ومقابلة المفحوص ظهرت نوع من السلوكات الغريبة ، ونوع من التكيف النسبي للواقع بمعرفة مكان تواجده وهذا من خلال التكفل الدوائي ، مع وجود هذات المستمرة أن صاحب العمل الذي يعمل معه سرق أمواله ، وأفكاره كانت ثرية ، إلا أنها غير متماسكة .

أما اختبار الرورشاخ ظهر من خلال المميزات التالية من إنتاج وافر وهذيان بارتراف في عدد الاستجابات ($R=29$)، والمواظبة كانت في اللوحات (اللوحة II: XI: صدر، رئين)،

(اللوحة IV: اللوحة X: سحابة)، (اللوحة V: اللوحة X: سفينة فضائية) والتي تخدم التفكير الصلب.

* أما سياقاته العقلية تمت وفق التحديد الموقعي بطريقة تعسفية وسيئة ، بطغيان الاستجابات الكلية (G%=72%) أكثر من 60 كوسيلة دفاعية في التحكم في الواقع بطريقة صلبة ، وسيئة التنظيم من النوع التعسفية (GD=1):تشبه شيطان ،أما الاستجابات الجزئية كانت ضعيفة D%=28% تعني عدم الاهتمام بالمفهوم وبالواقع ، وظهر في عدم الترابط بين المواضيع ، فكان نمط الإدراك G-D ، مع الدفاعات الشكلية المرتفعة F%=79% يريد بها تحسين الواقع من خلال تثبيط النزوة،و ما يميزه الابتعاد عن المظاهر العاطفية كبيرة جيدا ويميزه أهمية قلة التلقائية ، وإسقاطاته تمثلت في إسقاط المواضيع التدميرية على الموضوع الخارجي، فالأنا يسقط هجماته للخارج نتيجة لتفكك في الداخل وكأن الموضوع الخارجي مضطهد ولا بد من إصلاحه .

أما الاستجابات الشكلية F+%=14% ضعيفة يفسر عدم الاهتمام بالواقع واتجاه قليل العقلانية مع تداخل المظاهر العاطفية ، و بمدركات ذات حواف غير محددة وتعسفية ، مع وجود الديناميكية الحركية التي تمثلت في بروز السياقات الأولية بكثرة الإجابات الشكلية من النوع الرديء (F⁻=18) و نوعية سيئة للرقابة الشكلية بانزلاق الإدراك من خلال بروز محتويات الهو .

يعالج المفحوص صراعاته عن طريق نمط الرجع الحميم TRI=1K/0C يميل إلى الانغلاق بالكف القوي للتصورات والعواطف بتضييق الصراع وعدم التعبير عليه ، مع وجود المحتويات الغربية في (اللوحة II:تشبه شيطان ،اللوحة IV:وحش ،شبح ،اللوحة VII:رجل فضائي) من خلال الإسقاطات التدميرية لهشاشة الحدود بين الأنا والموضوع لحد الاختلاط معه ليسقط نزواته الشريرة التدميرية للموضوع من خلال إشراكه لمواجهة تلك النزوات ، فيصيبه كما أصيب الموضوع، ومقاطع مشابهة من خلال المواظبة ،والدفاعات الغالبة رفض الواقع .

من خلال النتائج يظهر المفحوص فصامي من النوع من البرانويدي بوفرة الهذيان، التصورات الانفعالية وإسقاطات النزوات التدميرية على الموضوع الخارجي .

الحالة التاسعة :

من الملاحظة والمقابلة تبين أن المفحوص له نوع من التكيف النسبي للواقع بتعرفه على مكان تواجد مع إنكار مرضه ،أما مواضيعه تحمل طابع الاضطهادي من خلال الظلم والحرمان والبؤس واحتقار الناس له تميز إنتاجه الإسقاطي من خلال اختبار لورشاخ بإنتاج عادي بعدد الاستجابات (R=24) مع استجابات مختلطة غير منطقية وغيبية .

أما سياقاته العقلية تمثلت في التحديد الموقعي بطريقة تعسفية وسيئة ، مع ارتفاع الكليات $G=46\%$ كوسيلة دفاعية للتمسك بوحدة الواقع ، وإجابات G سيئة التنظيم التخريفية ($DG=1$) ومختلطة أو تعسفية ($GD=2$): "رجال سود مخاصمين " "رجل ضخم على قدميه" ، مع الاستجابات الجزئية المنخفضة $D=42\%$ تبين عدم اهتمامه بمفهوم وبالواقع ، مع وجود إجابات $Dd=12\%$ ذات أجزاء نادرة أو غريبة "متلاصقين بالرأس والشعر " "نعال " "رأس أفعى لسان خارج " ، أما نمط الإدراك من النوع $G-D$: مقبولة Dd -و الاستجابات الشكلية $F=58\%$ ، مع إخضاع الواقع لإسقاطات غالبية تمثلت في إسقاط النزوات التدميرية على الموضوع الخارجي وكأنه مضطهد للتخفيف من قلق التفكك المجزئ الى العديد من المواضيع التدميرية ، فدفاعاته الشكلية ضعيفة $F+=54\%$ من خلال عدم الاهتمام بالواقع مع مدركات ذات حواف غير محددة ، إجابات اللونية الشكلية أكبر الاستجابات الشكلية اللونية من $CF>FC$ أي $2>1$ مما تبرز عدم فعالية الرقابة الشكلية وحساسية للأسود والرمادي $FCLOB=3$ تعني حضور السمات الرهابية والاكنتابية وحضور الإجابات التجريدية ($ABST=1$) مع وجود محتويات الغريبة المرعبة من خلال اللوحات التي تحمل البعد العدوانى التدميري للمواضيع ، كان نمط الرجوع الحميم $TRI=1K/4C$ انبساطي مختلط كدفاعات هوسية والحركات بعيدة عن الميول النزوية بعيدة على وظائفها التقمصية ، كما نجد (اللوحة) "جنين صغير عندو عين واحدة ، اللوحة II: جنين أشخاص متجانسين ، اللوحة III: أيادي مقطوعة يد بشر ، كلاب ملوية جن ، اللوحة IV: رجل ضخم على قدميه) تسقط عبرها الحركة النزوية العدوانية ضد الموضوع الشرير ، فالمفحوص يحاول ايجاد مخرج للنظرات المضطهدة لصورة الأم المتسلطة ، فهو يحمل النزوات المتناقضة في نفس الوقت و الموضوع المحبب والشرير ، فالأنا يدافع على الحياة اللاشعورية من نزوات التدميرية على الموضوع الأول ، فيلجأ الى دفاعات مضطهدة من النمط الهذائي لصد الاكنتاب .

بعد مقارنة مميزات الرورشاخ للمفحوص مع مميزات التوظيف الذهاني للفصام يتضح أنه فصامي من خلال المواضيع الاضطهادية التي يعكسها عبر إسقاط المواضيع العدوانية من خلال التقمصات الاسقاطية على الموضوع الشرير ، و يتواجد النمط البرانوي .

الحالة العاشرة :

بينت الملاحظة والمقابلة ثراء تعبير مفحوص ، وتكيفه النسبي بقدرته على إجراء الاختبار ، غير أنه يحمل الهذات العدوانية ضد أمه بأنها امرأة شريرة وتعمل في الدعارة مع وأخته ، و الناس يتكلمون عليه

أما نتائج اختبار الرورشاخ ظهر في الإنتاج الوفير الهدياني ،حيث قدرت استجابات المفحوص (R=27) مختلطة وغير منطقية مع وجود إجابات تكرارية ونمطية في (اللوحة II:اللوحة III:اللوحة X:دم) و (اللوحة I:اللوحة IV:اللوحة V:خفاش).

تتميزت سياقاته العقلية بتحديد موقعي باجابات تعسفية وسيئة بارتفاع نسبة الاستجابات الكلية $G\%=30\%$ ، وارتفاع نسبة الاستجابات الجزئية الكبيرة $D\%=63\%$ من خلال التجزئة المفرطة في الإدراك هذا ما يطرح إشكالية عدم التوازن في التفكير، أما نمط الإدراك من النوع G-D-DbL ، والاستجابات الشكلية المقبولة $F\%=63\%$ ، أما دفاعاته الشكلية منخفضة $F+\%=71\%$ مما يسجل عدم استثمار واقعه و إسقاط المكثف.

عالج المفحوص صراعاته بنمط الرجح الحميم (TRI=1K /7,5C) الانبساطي المختلط من خلال الاستئثار اللونية المفرطة التي هي واجهة فكرية تدل على فشله في إقامة علاقات عاطفية مع المواضيع لصد الاكتئاب، فالحركات تنحصر في دفاعات هوسية بعيدا عن الميول النزوية ، وهذه الدفاعات ما هي رد فعل تلك النظرة الاضطهادية.

حضور الإجابات $K=1$ ، هيمنة الإجابات $C=3$ مع غياب احتواء الحركات النزوية ،قوة العواطف ،هشاشة الحواجز الداخلية ،اللجوء إلى الصور المفككة $Hd=1$ "يدين ،رجلين "، من خلال دفاعات الأنا التي تمثلت في إسقاط المواضيع الشريرة على الموضوع الخارجي للتخفيف من قلق التفكك في الحياة الداخلية والمجزأ الى نزوات تدميرية مع وجود المحتويات المتنوعة ،غير أنها خالية من أي صدى رمزي ،وهذا للتخفيف من الصراعات وكانت الاستجابات الحيوانية مرتفعة $A\%=41\%$ وسيلة دفاعية لعدم التواصل البشري ، الذي يبرز قاعدة مرضية .

من خلال مميزات المفحوص ومقارنته باختبار الرورشاخ تبين أنه فصامي ، ونمط الرجح الحميم المنبسط من الخارج كدفاعات عظامية لتلك النظرة الاضطهادية بسبب الصراعات، وعبارات $CF=2$ الكف العملي للنزوات، وهو من نوع البرانوي .

ومن هنا يتضح أن الحالات العشر تعاني من الفصام من خلال تطبيق اختبار الرورشاخ ومقارنة مع التشخيص السيكاتري .

2 - هل يشخص اختبار تفهم الموضوع الاضطراب العقلي الفصام مقارنة مع الطبيب السيكاتري: الحالة الأولى :

تميز إنتاج المفحوص بالتهيئات بارتفاع زمن الأولي للكمون كوسيلة دفاعية لتجنب الصراع $C1-1=12$ ، إلى جانب القصص التي تميزت بحوار مبهم نظرا لتقطع الأفكار، مع غياب القصص خاصة في جميع اللوحات من خلال عدم قدرته على ارضان إشكاليات الأديبية للوحة خاصة التي تتعلق بالتقارب العلائقي مع الأم في اللوحات (4 ، 8BM ، 10، 13MF)، مع حضور قوي للسياقات الأولية E التي تتمثل في مدركات خاطئة $E1_3$ ، وعدم تلاؤم بين الموضوع والمنبه $E2-3$ ، و اختلاط التنظيم في التتابع الزماني المكاني $E3_3$ ، واختلاط في الهويات $E3-1$ ، ارتباطات قصيرة $E4-3$ ، أشخاص مرضى $E1-4$ ، هذا ما يفسر وجود قلق التفكك، حيث كان له تأثير على تشويه كل من الإدراك ،الهوام ،الهوية ،الخطاب ، مع وجود السياقات الصراع النفسي العلائقي $B=11$ والتي تتضمن الاختلاط بالآخر كدفاع ضد التفكك والموت الذي يثيره الانفصال، ووجود سياقات الصلابة المتمثلة في الوصف مع التمسك بالتفاصيل مع التبرير $A1-1$ ، تأكيد على الخيال والحلم $A2-1$ ، و المرجعية إلى المعنى الاجتماعي الأخلاقي $A1-3$.

التحفظ الكلامي $A3-1$ الذي يهدف إلى منع الحركة النزوية ،إلى جانب وجود سياقات التجنب C من خلال التشديد على الحياة اليومية والعملية $CF-1$ من أجل تجنب بروز الهوامي لسد الفراغ على العلاقات الموضوعية حيث تم لجوء المفحوص إلى سياقات النرجسية خاصة مثلثة الموضوع $CN2+$ محاولة للاستثمار ضد الهشاشة النرجسية .

من خلال مميزات تفهم للمفحوص يتضح أن المفحوص فصامي ب بروز السياقات الأولية من خلال الانطفاء النزوي عن طريق التهديد كوسيلة دفاعية لنزع استثمارات مع الواقع الخارجي ،وهذا النوع هو نمط التفككي بحجز الحركات النزوية من خلال الاستثمار العلائقي السلبي ، ويتفق مع التشخيص السيكاتري .

الحالة الثانية:

إنتاج المفحوص كان مثبط من خلال تقصير في القصص في أغلب اللوحات بأفكار غير متناسقة من خلال إدخال " المرأة " في جميع الإشكاليات الأديبية ، وجود صدمة في اللوحة 11 التي تدل على إحياء إشكاليات ما قبل التناسلية من خلال العجز على تسيير واستثمار العلاقات ، مع طغيان السياقات الأولية في

كل السياقات الدفاعية الأخرى E=14 أهمها الارتباطات قصيرة E4-3، أشخاص مرضى E1-4، عدم تلاؤم بين الموضوع والمنبه E2-1، تصورات قوية مرتبطة بموضوع عدواني وجنسي E2-3. إدراك موضوع شرير E2-2، كذلك وجود سياقات الصراع النفسي العلائقي B كوسيلة دفاعية بتهديد الروابط ورفض الاختلاف بالغير، فيحاول المفحوص استثمار العلائقي السلبي من خلال التركيز على العلاقات الشخصية وإدخال شخصيات غير موجودة كوسيلة دفاعية لتحرر الصراع لربطه بالعالم الخارجي، وهذا للانسحاب من العالم الداخلي، وحضور سياقات الصلابة خاصة في الوصف مع التعلق بالأجزاء A1-1 الذي يهدف إلى تحجير الحركة النزوية مع الإفراط في الاستثمار للواقع الخارجي من خلال التشديد على الحياة اليومية والعملية CF1 مع عواطف ظرفية CF2 كوسيلة دفاعية لتجنب الصراع الذي يهيمن على العلاقات الموضوعية. من خلال هذه المميزات يتضح أن المفحوص فصامي المتبقي المترسب التي طغت عليه السياقات الأولية، وبقاء الأعراض السلبية.

الحالة الثالثة :

من خلال نتائج تفهم الموضوع ظهرت المميزات التالية فقصصه غير متناسقة والتي برزت في ضعف الخطاب، و السياقات الأولية E=12 كوسيلة دفاعية على باقي الدفاعات الأخرى أهمها E2-1, E2-3, E3-1, E4-3, E1-4 أي (أشخاص مرضى، ارتباطات قصيرة، اختلاط في الهويات، تصورات قوية مرتبطة بموضوع عدواني)، كذلك وجود سياقات الصراع النفسي العلائقي B=6 السلبي من خلال إدخال شخصيات غير موجودة وهذا للاحتماء من انفجار خطر الروابط من خلال روابط هشة وحضور سياقات الصلابة A=5 من خلال الوصف والتحفظ ومرجعية إلى المعنى الاجتماعي يريد به المفحوص تحجير للحركات النزوية للواقع الموضوعي.

هذا ما يدل أن المفحوص هو فصامي من خلال سيطرة السياقات الأولية نتيجة قلق التفكك الذي شمل كل من الهوام والإدراك والهوية والخطاب.

الحالة السادسة :

تميزت إنتاجية المفحوص من خلال القصص القصيرة غير متناسقة ويصعب فهمها ، مع طغيان السياقات الأولية بدرجة كبيرة E وتتمثل في سياقات قوى الإسقاط ، ضعف الخطاب ، وتحويل الإدراك (E2_1,E4-3,E2-3,E2-2,E1-3) ، وحضور سياقات الصلابة من خلال مرجعية الواقع الخارجي A1 من خلال الوصف والتمسك بالتفاصيل A1-1 و تدقيق زمني مكاني A1-2 ، و الاستثمارات الواقع الداخلي A2 من خلال الإنكار A2-3 لتحجير الحركات النزوية ، مع قلة سياقات الصراع النفسي العلائقي B من خلال إدخال شخصيات غير موجودة خوفاً من تهديد الروابط ، وقلق التفكك خوفاً من الانفصال . يتضح من هذه المميزات أن المفحوص فصامي من النوع المتبقي المترسب لكثرة السياقات الأولية كوسيلة دفاعية للاحتماء من العالم الخارجي ، حيث تسيطر الرقابة الصلبة على تحجير الحركات النزوية .

الحالة السابعة :

إنتاج المفحوص مثبط من خلال تقصير الكلمات وغير متناسقة ، ويصعب فهمها من خلال عدم الترابط في الاتصال بين القصص ، مع بروز سياقات الأولية بصورة كبيرة من خلال قلق التفكك تتمثل في (E2-2,E3-1,E1-4,E2-3,E2-1,E1-3,E4-3) وتمثلت في تحويل الإدراك ، قوى الإسقاط ، عدم استقرار معالم الهوية والموضوعية . وحضور سياقات الرقابة من خلال الوصف والتمسك بالتفاصيل مع التبرير A1-1 كوسيلة دفاعية لتحجير الحركات النزوية ، مع ظهور سياقات الصراع النفسي العلائقي كوسيلة دفاعية للاحتماء من خطر الانفصال ، كذلك سياقات تجنب الصراع من خلال التشديد على الحياة اليومية العملية CF-1 لسد الفراغ للعلاقات الموضوعية .

من هنا نستطيع القول أن المفحوص من نوع الفصام التفككي نظراً لبروز سياقات الأولية من النوع الصلب لبروز سياقات الصلابة A.

الحالة الثامنة :

استجابات المفحوص تتميز بقصر القصة وصعوبة فهمها من خلال عدم ترابط بينها ، هذا تجسد في فشله على إرضان جميع إشكاليات الأوديبية التي تطرحها اللوحات ، فالمفحوص يبتعد كل البعد على المحتوى الكامن للوحات من خلال حكايات غير منطقية ، كما نجد طغيان سياقات الصلابة A كدفاعات من خلال تحجير أي حركة نزوية من خلال الوصف مع التمسك بالتفاصيل مع التبرير A1-1 ، و استثمار الواقع الداخلي

A2-4 و حضور سياقات الصراع النفسي العلائقي B من خلال تعبير على المشاعر B1-3 ، والتركيز على العلاقات الشخصية B1-1، إدخال شخصيات غير موجودة B1-2 ، وهذا استثمار العلائقي السلبي كوسيلة دفاعية من خطر الانفصال وهشاشة روابط ، مع بروز سياقات الأولية بطريقة كبيرة E من خلال E1-3, E1-4, E2-2, E2-3, E4-1, E4-3 ، حيث سيطر قلق التفكك من خلال فساد الإدراك بتحويل الإدراك ، قوى الإسقاط ، ضعف الخطاب ، كما ظهرت سياقات تجنب الصراع C من خلال الإفراط في استثمار الواقع كوسيلة دفاعية لسد الفراغ بين الموضوع الخارجي .

ونتيجة لحوصلة اختبار تفهم الموضوع يتضح أن المفحوص فصامي من نوع البرانوي من خلال الإفراط في التمسك بالواقع الخارجي، وهذا باستثمار في العلاقات مع الأشخاص كوسيلة دفاعية للابتعاد على العالم الداخلي، ووظهور نوع من المرونة النسبية لربطه مع الواقع الخارجي بتحرير الصراع والانسحاب للعالم الداخلي.

الحالة التاسعة:

استجابات المفحوص توحى ببراء في الأفكار من خلال جملة من المواضيع الاضطهادية وتنشيط المواضيع الشريرة ، بطغيان دفاعات الأولية E=15 من خلال السياقات E2-1, E2-3, E2-2, E1-4, E3-1, E4-3 والتي شملت كل من تحويل الإدراك ، قوى الإسقاط ، ضعف الخطاب ، وحضور الدفاعات الصراع النفسي العلائقي B من خلال الانفعالات القوية B2-2 والتركيز على العلاقات الشخصية B1-1 نظرا لاستحالة التوظيف العلائقي ، إلا استثمارها كان هش لطبيعة العلاقات خوفا من الانفصال فقط ، كذلك دفاعات الصلبة A من خلال مرجعية الى الواقع الخارجي A1 ، استثمار الواقع الداخلي A2 ، وعمليات الوسواسية A3 وهذا من أجل التحكم ومراقبة الواقع .

وبالتالي نستنتج أنه فصامي، حيث فشل في جميع ارسانات إشكاليات اللوحات ، وكانت إسقاطاته من خلال المواضيع شريرة ، وهذا النمط من النوع البرانوي للتمسك بالواقع الخارجي من خلال بناء العلاقات مع الأشخاص.

الحالة العاشرة :

كانت استجابات المفحوص قصيرة وغير منطقية من خلال عدم ترابطها ، وفشل في جميع إشكاليات اللوحة ، كما سجل طغيان الدفاعات الأولية E على جميع الدفاعات ،حيث تمثلت في السياقات من تحويل الإدراك، قوى الإسقاط ،عدم استقرار معالم الهوية والموضوعية ،ضعف الخطاب ، (E1_3,E2_2,E2_3,E3_1,E2_1,E4-3)،مع حضور سياقات الصلابة A خاصة في الوصف مع التمسك بالتفاصيل A1-1 ، وهذا من خلال تحجير الحركات النزوية بطريقة صلبة ،هذا لم يمنع من ظهور دفاعات الصراع النفسي العلائقي B ،هذا ما يطرح إشكالية العجز على استثمارات العلائقية ،لكن موجودة كدفاعات سلبية من خلال تجنب خطر الانفصال نظرا لهشاشة الروابط العلائقية ،كذلك ظهور دفاعات تجنب الصراع العلائقي لتقليل الفراغ بين العالم الخارجي بالتشديد على الحياة اليومية والعملية CF-1.

حسب مميزات اختبار تفهم الموضوع يتضح أن المفحوص فصامي من النمط البرانوي (type paranoïde) من خلال الإفراط في التمسك بالواقع الخارجي كوسيلة دفاعية من خلال نوع من المرونة النسبية مع الواقع لتحرير الصراع بإنشاء العلاقات مع الأشخاص للانسحاب من العالم الخارجي ،الا أنه ظهرت في البروتوكولات سياقات الصراع النفسي العلائقي B .

بالرغم أن الفصامي لا يستثمر العلاقات ، لكن ظهرت بطريقة سلبية من خلال إدخال شخصيات غير موجودة والتعبير على المشاعر، أو التركيز على العلاقات الشخصية ببعدها الوصفي فقط وكان حضورها كبير.

ومن هنا نستطيع القول اختبار تفهم الموضوع يشخص الفصام ويتفق مع التشخيص السيكاتري للحالات العشر.

3- هل يشخص اختبار منيسوتا متعدد الأوجه للشخصية MMPI-2 الاضطراب العقلي الفصام ؟:

الحالة الأولى :

نتيجة اختبار منيسوتا متعدد الأوجه للشخصية تمثلت بارتفاع متوسط بروفيل المفحوص من خلال السلام القاعدية $M=71,75$ يعني أكبر من 45 نستطيع القول أن المفحوص تكيفه ضعيف مع الواقع ،أي مشاكل نفسية على صعيد التكيف من خلال $F=90>80$ ،مع ارتفاع معادلة قولدبارج L'indice de Golberg =76 أكبر من 45 يعني أن المفحوص يشخص على أنه ذهاني .

- من خلال جدول الأعراض الذهان نجد $sct>pt$ أي $82>72$ ،انعدام الثقة :البرانويا $Pa=66$

- الاختلاط، التوهان: $F=90$ أي $F>80$ كذلك الفصام $Sc=82$ والبسيكاستينيا $Pt=80$ مرتفعة
- تصنيف رمز للمفحوص: $87/78$ يعني ثنائية (فصام بسيكاستينيا/ بسيكاستينيا فصام).
- نلاحظ أن هناك ارتباطات من خلال سلال الإكلينيكية العصابية: حيث نجد توهم المرض، الاكتئاب، هستيريا مرتفعة لها علاقة بالمثلث الذهاني .
- ومن هذه المميزات نستطيع القول أن المفحوص لديه ميولات فصامية في حالة هيجان، حيث يسلم البسيكاستينيا أكبر من 70 أي $Pt=80$.

الحالة الثانية :

متوسط ارتفاع البروفيل للمفحوص: $M=72,37$ أكبر من 45 ، هذا ما يفسر تكيف ضعيف مع واقعه، وتتضح صعوبة التكيف من خلال سلم $F=97>80$ ، وكذلك نجد معادلة $L'indice de Golberg = 99$ يعني أن المفحوص ذهاني .

- من خلال جدول الأعراض الذهان نجد $Sc>pt$ أي $92>58$ ، أما انعدام الثقة: البرانويا $Pa=67$
- الاختلاط، التوهان: $F=97$ أي $F>80$ كذلك الفصام $Sc=92$ ، والبسيكاستينيا $Pt=58$ مرتفعة
- صنف $89/98$ أي فصام الهوس /الهوس فصام
- فيما يخص المثلث العصابي نلاحظ $Hs=85$ مرتفع، والاكتئاب $D=63$.
- أما المثلث الذهاني فنجد الفصام مرتفع $Sc=92$ ، هوس خفيف $Ma=91$
- من خلال المميزات يتضح أن المفحوص لديه ميولات فصام في حالة هيجان نتيجة لسلم الفصام أكبر من 70 أي $Sc=92>70$ فصامي .

الحالة الثالثة :

- متوسط ارتفاع البروفيل للمفحوص نجد: $M=72,87$ يعني أنه يعاني من تكيف ضعيف مع الواقع، وهذه الصعوبة أكثر تظهر من خلال سلم F مؤشر الصلاحية $F=96>80$.
- أما معادلة $L'indice de Golberg = 89$ ، فهو مرتفع أكثر من 45 ، يعني أن المفحوص ذهاني
- من خلال جدول الأعراض الذهان نجد $sc>pt$ أي $96>75$
- انعدام الثقة: البرانويا $Pa=67$
- الاختلاط، التوهان: $F=96$ أي $F>80$ كذلك الفصام $Sc=96$ والبسيكاستينيا $Pt=75$ مرتفعة
- صنف $98/89$ أي هوس الفصام /الفصام هوس.

- أما مثلث العصابي يظهر في ارتفاع توهم المرض $Hs=70$ ، الاكتئاب $D=61$ ، والمثلث الذهاني البسيكاستينيا $Pt=75$ ، هوس خفيف $Ma=103$ ، الفصام $Sc=96$.
يتضح لدينا أن المفحوص لديه ميولات فصامية في حالة هيجان، حيث نجد الفصام أكبر من 70 $Sc=96$.

الحالة الرابعة :

تميز بروفيل المفحوص بارتفاع متوسط البروفيل: $M=79,75$ ، هذا يعكس عدم تكيفه مع الواقع الخارجي من خلال سلم الصلاحية $F=120>80$
- أما معادلة: $L'indice\ de\ Golberg = 99$ أكبر من 45 يعني أن المفحوص ذهاني
- من خلال جدول الأعراض الذهان نجد $sc>pt$ أي $103>78$
- انعدام الثقة: البرانويا $Pa=101$
- الاختلاط، التوهان: $F=120$ أي $F>80$ كذلك الفصام $Sc=103$ والبسيكاستينيا $Pt=78$ مرتفعة
- صنف $86/68$ أي برانويا فصام /فصام برانويا.
- نجد ارتفاع سلالم القاعدية في المثلث العصابي توهم المرض $HS=67$ ، الاكتئاب $D=65$.
- أما المثلث الذهاني فنجد البسيكاستينيا $Pt=78$ ، هوس الخفيف $Ma=75$ ، الفصام $Sc=103$.
نتيجة لهذه المميزات يتضح أن المفحوص فصامي من نوع البرانوي، و في حالة هيجان حيث $Sc=103$ أكبر من 70.

الحالة الخامسة :

نتيجة اختبار منيسوتا متعدد الأوجه للشخصية تمثلت في متوسط ارتفاع البروفيل للمفحوص $M=76,5$ ، هذا يدل أن المفحوص أقل تكيف مع الواقع الذي يعيش فيه، ويظهر أكثر في مؤشر الصلاحية $F=120>80$.

- معادلة $L'indice\ de\ Golberg = 84$ من خلال المعدل نستطيع أن نقول المفحوص ذهاني

- جدول الأعراض الذهان نجد أي $sc>pt$ الفصام أكبر من البسيكاستينيا أي $98>80$

- انعدام الثقة: البرانويا $Pa=69$

- الاختلاط، التوهان: $F=120$ أي $F>80$ كذلك الفصام $Sc=98$ والبسيكاستينيا $Pt=93$ مرتفعة

- صنف الثنائية $87/78$ أي فصام بسيكاستينيا /بسيكاستينيا فصام.

- المثلث العصابي للسلام القاعدية تمثل في ارتفاع سلم توهم المرض $Hs=73$ ، الاكتئاب $D=63$.
- أما في المثلث الذهاني ارتفاع كل من البرانويا $Pa=69$ ، بسيكاتينيا $Pt=93$ ، الهوس الخفيف $Ma=91$ ، الفصام $Sc=98$.

من خلال مميزات اختبار متعدد الأوجه لمنيسوتا MMPI-2 ومقارنتها مع مميزات الفصامي، يتضح أن المفحوص له ميولات مرضية فصامي تفككي في حالة هيجان $Pt=93$.

الحالة السادسة :

- ظهرت مميزات نتائج الاختبار للمفحوص من خلال ارتفاع متوسط البروفيل: $M=68,50$ ، يعني يتميز بنوع من الصعوبات خاصة مع التكيف مع الواقع من خلال مؤشر الصلاحية $F=117 > 80$.
- كما نجد معادلة قولدبارج $L'indice de Golberg = 88$ ، هذه النسبة نستطيع أن نقول المفحوص أنه ذهاني.

- أما جدول أعراض الذهان لاختبار منيسوتا متعدد الأوجه MMPI-2 نجد: $sc > pt$ الفصام أكبر من البسيكاستينيا أي $98 > 84$

- انعدام الثقة: البرانويا $Pa=79$

- الاختلاط، التوهان: $F=117$ أي $F > 80$ كذلك الفصام $Sc=98$ والبسيكاستينيا $Pt=84$ مرتفعة

- صنف $87/78$ أي فصام بسيكاستينا بسيكاستينيا فصام .

- مثلث العصابي ظهر في سلم توهم المرض $Hs=77$ ، سلم الاكتئاب $D=67$.

- أما المثلث الذهاني فنجد ارتفاع كل من سلام القاعدية للبرانويا $Pa=79$ ، البسيكاستينيا $Pt=84$ ، الفصام $Sc=98$

من خلال مميزات اختبار MMPI-2 وجدول الأعراض يتضح أن المفحوص يتميز بنوع من ميولات فصام البسيكاستينيا في حالة هيجان، حيث نجد الفصام أكبر من 70 أي $Sc=98 > 70$.

الحالة السابعة :

- من خلال مميزات اختبار MMPI-2 للمفحوص نجد متوسط ارتفاع البروفيل $M=75,62$ وهذه النسبة مرتفعة، هذا ما يجسد عدم تكيفه مع الواقع، أي مؤشر الصلاحية $F=82 > 80$ يعني فقدانه للواقع .

- نجد من معادلة $L'indice de Golberg = 71$ ، نستطيع أن نقول المفحوص ذهاني .

- من خلال جدول الأعراض الذهان نجد: $sc > pt$ أي $95 > 82$

- انعدام الثقة: البرانويا Pa=69
- الاختلاط، التوهان: F=82 أي F>80 كذلك الفصام Sc=95 والبيكاستينيا Pt=82 مرتفعة
- صنف 87/78 أي فصام بيكاستينيا/ بيكاستينيا فصام .
- أما مثلث العصابي للمفحوص نجد ارتفاع كل من السلالم القاعدية توهم المرض Hs=80، الاكتئاب D=59، أما المثلث الذهاني للمفحوص فنجد ارتفاع كل من البيكاستينيا Pt=82، والفصام Sc=95.
- من خلال كل هذه المميزات نستطيع أن نقول أن المفحوص لديه ميولات فصام في حالة هيجان Pt=82 أكبر من 70.

الحالة الثامنة :

نتج عن اختبار مينسوتا متعدد الأوجه للشخصية ارتفاع متوسط البروفيل M=79,25، وهذا بمقارنته مع المتوسط 65، هذا ما يسمح لنا القول بأن المفحوص يعاني ضعف في التكيف، ويظهر أكثر من خلال مؤشر الصلاحية F=120>80 .

أما معادلة قولدبارج L'indice de Golberg =122 هذه مرتفعة مقارنة مع المتوسط 45، من خلال هذا نقول أنه ذهاني .

_ يبين جدول الأعراض لاختبار مينسوتا متعدد الأوجه مفحوص ذهاني حيث الفصام أكبر من البيكاستينيا sc>pt أي 103>82

_ انعدام الثقة: البرانويا Pa=107

_ الاختلاط، التوهان: F=120 أي F>80 كذلك الفصام Sc=103 والبيكاستينيا Pt=82 مرتفعة

_ صنف 68/86 أي برانويا فصام /فصام برانويا .

_ سلالم القاعدية للمثلث العصابي تظهر في ارتفاع كل من الاكتئاب D=67، أما المثلث الذهاني فيتمثل في

البرانويا Pa=107، البيكاستينيا Pt=82، الهوس الخفيف Ma=88، الفصام Sc=103

تتضح لنا من جدول الأعراض ومميزات اختبار مينسوتا متعدد الأوجه MMPI-2 أن المفحوص لديه

ميولات فصام البرانوي في حالة هيجان نتيجة لسلم البرانويا أكبر من 70 أي Pa=107 أكبر من 70 .

الحالة التاسعة :

توصلنا من خلال نتائج اختبار منيسوتا متعدد الأوجه أن متوسط ارتفاع البروفيل $M=71,25$ مرتفع مقارنة مع نسبة المتوسطة 45 ، هذا ما يفسر أن المفحوص يتميز بضعف في التكيف من خلال مؤشر الصلاحية $F=98>80$.

أما معادلة $L'indice de Golberg =105$ مرتفعة ، يعني أن المفحوص ذهاني .

أما جدول الأعراض الذهان نجد $sc>pt$ أي $94>80$ ، البرانويا $Pa=78$ تمثل عدم الثقة.

كما نجد الاختلاط ، والتوهان $F=98$ أي $F>80$ ، كذلك الفصام $Sc=94$ والبسيكاستينيا $Pt=80$ مرتفعة .

و صنف 89/98 أي فصام الهوس /الهوس فصام ، ومثلث العصابي للمفحوص يظهر ارتفاع في السلام القاعدية وهي الاكتئاب $D=53$ ، أما المثلث الذهاني فترتفع كل من سلم البسيكاستينيا $Pt=80$ ، سلم الهوس الخفيف $Ma=94$ ، سلم الفصام $Sc=94$.

نستخلص من كل هذه المميزات ومقارنتها بمميزات الفصام أن المفحوص له ميولات فصامية من خلال حالة الهوس $Ma=94$ وحالة الهياج $Sc=94$ ، مع وجود بعض الأعراض من الاضطرابات النفسية الأخرى.

الحالة العاشرة :

نتائج الاختبار $MMPI-2$ بينت المميزات التالية ارتفاع متوسط البروفيل للمفحوص $M=74,12$ ، مما يدل على أنه يعاني من ضعف التكيف مع الواقع الموضوعي ، وبرز أكثر من خلال مؤشر الصلاحية $F=82>80$.

أما معادلة $L'indice de Golberg =112$ فهي مرتفعة ، هنا نستطيع القول بأن المفحوص ذهاني .

ويتضح من جدول الأعراض أن المفحوص ذهاني نتيجة ارتفاع الدرجة التائية للفصام أكبر من البسيكاستينيا $Sc=100>88$ أي $Sc>80$

- الاختلاط ، والتوهان $F=82$ أي $F>80$ ، الفصام $Sc=100$ ، والبسيكاستينيا $Pt=88$ مرتفعة ، وعدم الثقة برز من خلال سلم البرانويا $Pa=92$ ، أما صنف ثنائية في شكل $86/68$ أي الفصام برانويا/البرانويا الفصام .

والمثلث العصابي من خلال السلالم القاعدية لكل من الاكتئاب $D=65$ ، والانطواء الاجتماعي $SI=74$ ،
والمثلث الذهاني تمثل في سلم البرانويا $Pa=92$ ، البسيكاستينيا $Pt=88$ ، الهوس الخفيف $Ma=91$ ، الفصام
 $Sc=100$.

من خلال جدول الأعراض يتضح أن المفحوص له ميولات ذات النمط الفصامي البرانويدي في حالة
هيجان $Pt=88 > 70$ نتيجة أن سلم البسيكاستينيا أكبر من 70.

وكنتيجة من خلال مميزات للفصام ومقارنتها بمميزات الدليل لاختبار منيسوتا متعدد الأوجه MMPI-2 ،
يمكن القول أن اختبار منيسوتا متعدد الأوجه يشخص الاضطراب العقلي الفصام، و له علاقة بالمثلث
العصابي والذهاني فهو مرتبطان مع بعضهما، حيث الفصام مرتبط بعدة أعراض من الاضطرابات النفسية،
غير أنه لا يشخص نوع الاضطراب المرتبط بالفصام ، عكس اختبارات الاسقاطية الرورشاخ أو اختبار تفهم
الموضوع ، فهو يبين البروفيل النفسي أي الميولات المرضية ،لهذا لا يطبق وحده كأداة الا مع اختبار
اسقاطي ، فهو اختبار تمايزي، ويتفق مع التشخيص السيكاتري للحالات العشر في تحديد فقط نوع
الاضطراب العقلي (الفصام) .

فنتائج اختبار الرورشاخ ، و اختبار تفهم الموضوع تعد تقنيات فحص عيادية دقيقة لتشخيص الفصام من
خلال مقارنة مميزات الفصام حسب فرقة البحث الجزائري تحت إشراف البروفيسور سي موسي ، و اختبار
منيسوتا متعدد الأوجه للشخصية MMPI-2 ، وهذا مع المقارنة مع التشخيص السيكاتري للحالات العشر .
و يمكن الاعتماد على تقنية واحدة اسقاطية سواء اختبار الرورشاخ أو اختبار تفهم الموضوع لأن كلاهما
تقنية لا شعورية تعتمد على الإيحاءات الكامنة للحياة الداخلية من خلال توضيح الإشكاليات قبل الأوديبية
والأوديبية في التشخيص والتي تمثلت في بروز العمليات الأولية ، مع اختبار موضوعي منيسوتا متعدد
الأوجه للشخصية الذي هو اختبار تمايزي ،لا نستطيع تطبيقه وحده كأداة للتشخيص ،فهو مكملان لبعضهما
البعض في عملية التشخيص الدقيق.

وأثناء تحليلنا للحالات عشر يتضح أثر المجتمع في تكوين مصادر أعراض الفصام الايجابية ، حيث
نلتمس الكثير من هذات المرضي تحمل في مضمونها عامل الحسد ، والسحر والغيرة ، فالمرضى متشبع

بأفكار هذائية من الثقافة السائدة في المجتمع الجزائري ، فهذائه الاضطهادية تحمل أفكارا شريرة من ظلم المجتمع، والمعاناة والحقرة ، وأنه مسحور من قبل العائلة أو الأصدقاء ، وهذه الثقافة متواجدة كذلك في عائلة المرضى ، فيفسرون مرض ابنهم أو ابنتهم على أساس سحر أو حسد من الدراسة أو الزواج.....خاصة للحالات ذات النمط البرانويدي (Paranoïde) ، ولا يعترفون بالمرض كحد ذاته ، وإنما نتيجة عوامل أخرى كمس من الجن ، حتى هذات المريض متنوعة فيفسرونها على أنه يرى عالم الجن أو غيرها ، فالمجتمع متشبع بثقافة متوارثة ، وبالتالي فالمريض الفصامي يتأثر بالوسط الذي يعيش فيه ، ويكون التكفل النفسي معقد لأن عائلته متشعبة بثقافة راسخة للباثولوجيا المرضية ، فلهذا يلجأون الى الرقاة أو المشعوذين مما يؤدي الى تأزم الحالة المرضية وتعقدها .

نتائج الدراسة والدراسات السابقة :

أظهرت نتائج الدراسة الحالية الاجابة على التساؤلات البحث التي مفادها أن اختبار الرورشاخ يشخص الاضطراب العقلي الفصام مقارنة مع التشخيص السيكاتري للحالات العشر ، وهذا من خلال مقارنة نتائج البروتوكول الرورشاخ مع مميزات التوظيف النفسي للفصام خاصة في المجتمع الجزائري والتي أظهرت طغيان المحددات الشكلية مع انخفاضها في بعض الحالات و افراط في تقمصات البشرية وانخفاضها في بعض الحالات، مع انعدام الحركة وارتفاع المحددات الحسية وانخفاضها في بعض الحالات، من خلال معرفة الدفاعات وتوظيف السياقات الفكرية التي تخدم الحياة الداخلية ببروز السياقات الأولية بتحرير محتويات الهو على حساب الأنا وعدم استثمار المواضيع لقلّة التقارب مع الموضوع الأولي ، أو بالدفاعات الهوسية كوسيلة دفاعية للاضطهادات والتقمصات الاسقاطية باستثمارها على المواضيع الشريرة ، و أنفقت مع النتيجة دراسة عبد الرحمن سي موسي ،محمود بن خليفة (2010) في فعالية اختبار الرورشاخ وتميزه بين المستويات المختلفة بين التوظيفات النفسية خاصة التوظيف النفسي للفصام والعظام، ومع دراسة الباحث عدوان يوسف من خلال دلالات اختبار الرورشاخ يختلف عن الدلالات البيئية الاجنبية ، و مع نتائج مميزات تحليل البروتوكول الرورشاخ للدراسة الأجنبية منكوسكا (Minkowska) (1956) بهيمنة الإجابات الجزئية مع وجود الإجابات الشاملة والمحتويات التشريرية التي تظهر الحياة الداخلية بطاقة كبيرة، وغياب الحركة وعدم الاستجابة للون لصد الصراعات للكف من التصورات والنزوات التي تؤكد على انغلاق الفكر و مع نتائج دراسة شابير كاترين (1998) من خلال مميزات بروتوكول الفصام البرانوي من خلال ثراء العمليات الأولية وتفكك في الأهمية الوظيفية مع وجود نسبة مع المرونة مع الواقع الخارجي ، ومطابقة مع نتائج دراسة داو تامك (Dao.T) (2007) التي تتمثل في صلاحية اختبار الرورشاخ في تشخيص الفصام . و الاجابة على التساؤل أن اختبار تفهم الموضوع يشخص للفصام مقارنة مع التشخيص السيكاتري فقد تحقق للحالات العشر من خلال سلسلة سياقات الدفاع التي اعتمدها المفحوص من خلال سياقات الكف وتجنب الصراع النفسي العلائقي وسياقات الأولية والرقابة ودرجة ارتباطه مع الواقع للانسحاب من العالم الداخلي ، مع طغيان سياقات الأولية على السياقات الدفاعية للحالات مع طغيان سياقات تجنب الصراع لحالة عبد الستار ، و طغيان سياقات الرقابة لحالة صغيري ، وتنفق مع دراسة عبد الرحمان سي موسى ، بن خليفة محمود (2010) من خلال تحقق النتيجة من خلال التوظيف العظامي والتوظيف الفصامي في فعالية اختبار تفهم الموضوع الذي يميز بين مستويات مختلفة بين التوظيفات النفسية والاضطرابات النفسية والذهانية خاصة الفصام .

وكانت نتائج الدراسة الحالية للاجابة على التساؤل الثالث الذي مفاده أن اختبار منيسوتا متعدد الأوجه للشخصية MMPI-2 يشخص الفصام مقارنة مع التشخيص السيكاتري وظهر في الحالات العشر من خلال ارتفاع متوسط البروفيل ، ومعادلة قودبارج وتصنيف الثنائية للمفحوص الذي برز فيها اضطراب الفصام ، وارتفاع الدرجة التائية للسلام الإكلينيكية المرتبطة بالمثلث العصابي والذهاني للحالات العشر . و تتفق مع دراسة صاغي نورة (1994) من حيث النتيجة أن اختبار منيسوتا متعدد الأوجه صالح لتشخيص الفصام حيث ميز تمييزا واضحا بين العينة السوية والعينة الفصامية من خلال ظهور المثلث الذهاني. الأكثر بروزا في بروفيل العينة وظهر في الحالات العشر تقريبا ، و مع نتيجة مجدي أحمد محمد عبد الله (2006) في أن اختبار منيسوتا فعال في تشخيص الفصام من خلال تحليل الدرجات التائية للسلام الإكلينيكية المرتبطة بالفصام في أن مقياس توهم المرض يرتبط ايجابيا مع مقياس الاكتئاب والفصام وبمقياس الهستيريا والهوس الخفيف مع مقياس برانويا ، و دراسة تامك دو (Dao Tamk) (2007) التي أظهرت الدراسة التحليلية صلاحية MMPI-2 في تشخيص الفصام ، و نتيجة دراسة فرفا سير (Virva .S) (2007) في أن MMPI يقيس علامات الفصام من خلال مؤشر الكذب ، ومقياس هوس الخفيف وعدم التكيف الاجتماعي التي ترتبط بالفصام .

وكخلاصة لنتائج الدراسة الحالية نستنتج أن الدراسات السابقة بالرغم من قلتها ،غير أنها ساهمت في إثراء دراستنا ، وعلى أساسها تبلورت تساؤلات الدراسة ،ومن خلال نستطيع القول أن التقنيات الإسقاطية والموضوعية أدوات فعالة في تشخيص الاضطراب العقلي الفصام مقارنة بالتشخيص السيكاتري .

، حيث نتج كلما ارتفعت بعض السلالم القاعدية الذهانية يزيد من ارتفاع السلالم القاعدية الإكلينيكية العصابية .

وبهذا تتضح الأهمية أكثر لكل من التقنيات الإسقاطية والموضوعية ، فهي مكملة لبعضهما البعض ، فاختبار منيسوتا متعدد الأوجه للشخصية MMPI-2 هو اختبار قياس تشخيصي تميزي لتوضيح بنية الشخصية وتطورها مستقبلا، هذا ما جعله أداة صالحة للتشخيص للأسوياء والمرضى .

وكحوصلة لهذه الدراسة التي تعتبر دراسة مفيدة للكشف على التشخيص من قبل الأخصائي النفسي ، فهذا الميدان مهيم من طرف الأطباء السيكاتريين من خلال حالات الدراسة من مدينة بسكرة لها طابع ثقافي معين ، والتي بدورها تربط بثقافة البيئة الجزائرية والتي ظهرت في النتائج للحالات العشر الدراسة أن الأفكار الهذائية للمفحوصين مرتبطة بثقافة المجتمع الجزائري والتي تحمل مواضيع الهذات المتنوعة من السحر ، الحسد ، كل هذه الأفكار منتشع بها المريض ، فالباثولوجية الجزائرية لها علاقة بهذات مريض الفصام ، و كبحث علمي لا يخلو من وجود مشاكل وعراقيل ، وهذه متعة البحث العلمي والنتيجة الحاصلة .

انطلقنا من الفرضيات الجزئية الثلاث والتي تحققت من خلال اختبار الرورشاخ وتفهم الموضوع ، و MMPI-2 ، وجاءت نتيجة التشخيص مطابقة مع الطبيب السيكاتري ، هذا ما يجعلنا نستطيع القول أن الأخصائي النفسي والطبيب السيكاتري يستطيعا معا التنبؤ على تطور مسار المرض ، ووضع خطة علاج مناسبة للتكفل بالمريض الفصامي في مصلحة الأمراض العقلية ، فهو مكملا لبعضها البعض كفريق والمساهمة في التشخيص الدقيق ، هذا ما تبرز مكانة التقنيات الإسقاطية والموضوعية في تشخيص الأمراض العقلية مقارنة مع الطبيب السيكاتري ، وبهذا يتضح دور الأخصائي النفسي الذي يتمثل في الهدف المراد الإجابة عليه في هذه الدراسة خاصة في تشخيص الأمراض العقلية بمصلحة الأمراض العقلية من خلال التقنيات الدقيقة التي يمتلكها للفحص والتي لها أبعاد تحليلية هامة في الكشف عن خصائص الشخصية لحياة الفرد من خلال ماضيه وحاضره والتنبؤ بمستقبله ومعرفة كل الصراعات النفسية وأهم ميكانزمات الدفاعية . ونتيجة هذه الدراسة تنطبق فقط على حالات الدراسة ، و لا نستطيع التعميم على الحالات الأخرى ، ويبقى نفس الهدف المطروح على الأفق المستقبلي من خلال دراسات أخرى على مرضى العقليين ، لأنه ميدان معقد، ويتطلب فريق متكامل لإيجاد طرق التكفل المناسبة .

اقتراحات:

- من خلال دراستنا التي تساهم في الكشف بوسائل عيادية اسقاطية وموضوعية في تشخيص الفصام مقارنة مع تشخيص الطبيب السيكاتري ، توجب إبراز بعض النقاط للتطرق إليهم مستقبلا ودراستها من أبرزها :
- 1- إجراء البحوث التي تهدف الى دراسة مقارنة بين التقنية الاسقاطية الرورشاخ و اختبار الموضوعي منيسوتا متعدد الأوجه للشخصية MMPI-2 مقابل الطبيب السيكاتري لتشخيص الفصام لفئة النساء.
 - 2- دراسة تهدف الى وضع تشخيص موحد يضم التشخيص السيكاتري والتشخيص بالتقنيات الاسقاطية حسب البيئة الجزائرية .
 - 3- الدراسة التي تهدف الى إيجاد الدليل التشخيصي بالتقنيات الموضوعية منيسوتا متعدد الأوجه للشخصية لتشخيص الفصام والرجال لفئة النساء حسب البيئة الجزائرية .
 - 4- إجراء بحوث تتناول مقارنة التقنيات الاسقاطية والموضوعية لتشخيص الفصام على البيئة الجزائرية لإيجاد دليل موحد لاستجابات الفصاميين على 48 ولاية .
 - 5- مشاركة الأطباء السيكاتريين مع الأخصائيين النفسانيين في وضع برامج علاجية للفصاميين انطلاقا من التنبؤات المستقبلية التي يظهرها اختبار منيسوتا متعدد الأوجه للشخصية MMPI-2 لتطور مسار اضطرابهم

قائمة المراجع

الكتب :

باللغة العربية :

- 1- أحمد عبد اللطيف أبو سعد ،أحمد نايل العزيز (2009):التشخيص والتقويم في الإرشاد،ط1، دار المسيرة للنشر والتوزيع ،عمان ،الأردن .
- 2- أحمد عبد اللطيف أبو سعد (2010) :علم النفس الشخصية ،ط1 ،عالم الكتب الحديث للنشر والتوزيع والطباعة ،عمان ،الأردن .
- 3-أحمد عبد اللطيف أبو سعد (2011):العملية الإرشادية ،ط1 ،دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة ،عمان ،الأردن.
- 4- أسامة فاروق مصطفى (2011):مدخل إلى الاضطرابات السلوكية والانفعالية (الأسباب،التشخيص العلاج)،ط1 ،دار المسيرة للنشر والتوزيع ،عمان ،الأردن.
- 5- أحمد محمد خالق (2002):أسس علم النفس ،ب ط،دار المعرفة الجامعية ،الأزاريطة ،الإسكندرية .
- 6- أحمد محمد عبد الخالق (2007):قياس الشخصية ،ب ط،دار المعرفة الجامعية ،الأزاريطة ،الإسكندرية.
- 7- أحمد محمد الخالدي (2009):المرجع في الصحة النفسية (نظرية جديدة)،ط3 ،دار الوائل للنشر،عمان، الأردن.
- 8- ألفت محمد حقي (؟) :المدخل الى علم النفس ،جامعة إسكندرية.
- 9- ا.جازكول: ترجمة عباس محمد عوض (2006):القياس التقييمي في علم النفس الإكلينيكي ،ب ط ،دار المعرفة الجامعية ،الأزاريطة ،الإسكندرية .
- 10- إجلال محمد سري (2002):علم النفس العلاجي ،ط2،مكتبة النهضة المصرية،القاهرة.

قائمة المراجع

- 11- إبراهيم محمد المحاسنة، عبد الحكيم علي مهيدات (2009): القياس والتقويم الصفّي، ط1، دار جرير للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
- 12- الهام عبد الرحمن خليل (2004): علم النفس الإكلينيكي (المنهج والتطبيق)، ط1، ايتراك للنشر والتوزيع، القاهرة، مصر.
- 13- إيمان فوزي (2001): التشخيص النفسي، ط2، مكتبة الزهراء الشروق، القاهرة.
- 14- ام. كولز: ترجمة عبد الغفار، عبد الحكيم الدماطي وآخرون (1983): مدخل إلى علم النفس المرضي الإكلينيكي، ب ط، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية.
- 15- ام. كولز: ترجمة عبد الغفار، عبد الحكيم الدماطي وآخرون (1991): مدخل إلى علم النفس المرضي الإكلينيكي، ب ط، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية.
- 16- بنعيسى زغبوش، إسماعيل علوي (2011): الإرشاد النفسي المعرفي والوساطة التربوية (تقنيات المقابلة والإنصات وتدبير الحوار)، ط1، عالم الكتب الحديث للنشر والتوزيع، بيروت.
- 17- بدر محمد الأنصاري (2000): قياس الشخصية، ب ط، دار الكتاب الحديث، القاهرة.
- 18- بن عبد الله محمد (2010): سيكوباتولوجيا الشخصية المغربية، ب ط، ديوان المطبوعات الجامعية الجزائرية، الجزائر.
- 19- بدرة معتصم ميموني (2003): الاضطرابات النفسية والعقلية عند الطفل والراشد، ب ط، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر.
- 20- توما جورج خوري (1996): الشخصية (مقوماتها، سلوكها، وعلاقتها بالتعلم)، ط1، المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع، بيروت، لبنان.

قائمة المراجع

- 21- جوليان روتر: ترجمة عطية محمود هنا، محمد عثمان نجاتي (1971): علم النفس الإكلينيكي، ب ط ديوان المطبوعات الجزائرية، الجزائر
- 22- جلال كايد ضمرة (2008): الاتجاهات النظرية في الإرشاد، ط 1، دار ضفاء للنشر والتوزيع، عمان.
- 23- جون زارو ، رونالدبراش: ترجمة محمد قاسم عبد الله (2001): دليل المبتدئين بالعلاج النفسي، ط1، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
- 24- جيرالد كوفي: ترجمة سامح وديع الخفش (2011): النظرية والتطبيق في الارشاد والعلاج النفسي، ط 1، دار الفكر ناشرون وموزعون، عمان، الأردن
- 25- حسن أحمد الداھري (2005): علم النفس الإرشادي (نظرياته وأساليبه الحديثة)، ط 1، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
- 26- حلمي المليجي (2004): القياس السيكولوجي، ط 1، دار النهضة العربية، بيروت، لبنان
- 27- حسين فايد (2004): علم النفس المرضي (السيكوباتولوجي)، ط1، مؤسسة طيبة للنشر والتوزيع.
- 28- حامد عبد السلام زهران (1797): الصحة النفسية والعلاج النفسي، ط3، عالم الكتب، عمان، الأردن.
- 29- دوجال ماكاي: ترجمة عباس محمود عوض (2002): علم النفس الإكلينيكي (النظرية والتطبيق)، ب ط، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية.
- 30- دوجال ماكاي: ترجمة عباس محمود عوض (2003): علم النفس الإكلينيكي، ب ط، دار المعرفة الجامعية، الأزاريطة، الإسكندرية.
- 31- رأفت عسكر (2004): علم النفس الإكلينيكي التشخيص والتنبؤ في ميدان الاضطرابات النفسية والعقلية، ب ط، الناشر، المؤلف.

قائمة المراجع

- 32- رشيد حميد زغير (2010) :الصحة النفسية والمرض النفسي والعقلي ، ط1، دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
- 33- زينب محمود شقير (2002): علم النفس العيادي (الإكلينيكي) التشخيص النفسي العلاج النفسي الإرشاد النفسي ، ط2 ، مكتبة النهضة المصرية ، القاهرة.
- 34- سعد جلال (2001):القياس النفسي (المقاييس والاختبارات) ، ب ط ، دار الفكر العربي ، القاهرة.
- 35- سمير بقيون (2007):الطب النفسي ، ط1 ، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع ، عمان ، الأردن.
- 36- سامي محمد ملحم (2007):مبادئ التوجيه والإرشاد النفسي ، ط1 ، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان ، الأردن .
- 37- سامي محمد ملحم (2000):القياس والتقويم ، ط 1 ، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة ، عمان ، الأردن.
- 38- سامر جميل رضوان (2009) : علم نفس الأطفال الإكلينيكي (نماذج من الاضطرابات النفسية في سن الطفولة والمراهقة)، ط1 ، دار الكتاب الجامعي ، الإمارات العربية المتحدة.
- 39- سامر جميل رضوان (2002):الصحة النفسية ، ط1، دار المسيرة للنشر والتوزيع ، والطباعة ، عمان ، الأردن.
- 40- سعيد كمال عبد الحميد (2009) : التقييم والتشخيص لذوي الاحتياجات الخاصة ، ط1 ، دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر ، الإسكندرية.
- 41- سعيد حسني العزة (2007):الإرشاد النفسي أساليبه فنياته ، ط1، دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
- 42- سيع محمد لبدة (2008):مبادئ القياس النفسي والتقييم التربوي، ط1 ، دار الفكر ، عمان ، الأردن.

قائمة المراجع

- 43- سامي عريفج ،خالد حسين مصلح (1999):في القياس والتقييم ،ط4،دار مجدلاوي للنشر،عمان، الأردن.
- 44- سمور عايش (2006):الاضطرابات النفسية والذهانية (التشخيص والعلاج)،ب ط، دار المقداد للنشر، فلسطين.
- 45- سي موسى عبد الرحمان ، بن خليفة محمود (2010):علم النفس المرضي التحليلي والاسقاطي،ط2، دار المطبوعات الجامعية ، الجزائر .
- 46- شيلدون كاشدان :ترجمة أحمد عبد العزيز سلامة ،محمد عثمانى نجاتي (؟): علم النفس الشواذ،ب ط، مكتبة أصول علم النفس الحديث ،دار الشروق ،بيروت.
- 47- صالح حسن الداھري (2008):علم النفس ،ط1 ،دار صفاء للنشر والتوزيع ،عمان ،الأردن.
- 48- صالح حسن الداھري (2008):آليات التوافق النفسي والاضطرابات السلوكية والانفعالية ،ب ط ،دار الصفاء للنشر والتوزيع ،عمان .
- 49- صبرة محمد علي ،أشرف محمد عبد الغني (2005):الصحة النفسية (بين النظرية والتطبيق) ،دار المعرفة ،الأزاريطة.
- 50- صلاح أحمد مراد ،أمين علي سليمان (2003):الاختبارات والمقاييس في العلوم النفسية والتربوية خطوات إعدادها وخصائصها ،ب ط ،دار الكتاب الحديث ،القاهرة.
- 51- طه عبد العظيم حسين (2008):الإرشاد النفسي (النظرية ،التطبيق ،التكنولوجيا)،ب ط، دار الفكر ناشرون وموزعون ،عمان ،الأردن.
- 52- عصام النمر (2006):محاضرات في أساليب القياس والتشخيص في التربية الخاصة ،ب ط ،دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع ،عمان ،الأردن.

قائمة المراجع

- 53- عبد الرحمن محمد العيسوي (2005): العلاج النفسي، ب ط، دار المعرفة الجامعية، الأزاريطة.
- 54- عبد الستار ابراهيم، عبد الله عسكر (2008): علم النفس الاكلينيكي، ط4، مكتبة الأنجلو
مصرية، القاهرة.
- 55- عبد الفتاح محمد دويدار (2009): مناهج البحث في علم النفس، ب ط، دار المعرفة الجامعية،
الأزاريطة، الاسكندرية.
- 56- علاء الدين كفاي، مايسة أحمد النيال وآخرون (2009): مقدمة في علم النفس، ب ط، دار المعرفة
الجامعة، الأزاريطة.
- 57- عبد اللطيف حسين فرج (2009): الاضطرابات النفسية (الخوف، القلق، التوتر، الأمراض النفسية
للأطفال)، ب ط، دار حامد، عمان، الأردن.
- 58- عطوف محمود ياسين (1986): علم النفس العيادي، ط2، دار الملايين، بيروت، لبنان.
- 59- عبد الستار إبراهيم، عبد الله عسكر (2005): علم النفس الإكلينيكي (في ميدان الطب النفسي)، ط3،
مكتبة أنجلو المصرية، القاهرة، مصر.
- 60- عبد الحميد محمد علي، منى إبراهيم قرشي (2009): الاتجاهات الحديثة في القياس النفسي والتقويم
التربوي، ط1، مؤسسة طيبة للنشر والتوزيع، القاهرة.
- 61- فرج عبد القادر طه (2000): أصول علم النفس الحديث، ب ط، دار قباء للطباعة والنشر
والتوزيع، القاهرة.
- 62- فيصل محمد خير الزراد (1983): الأمراض العقلية (الذهان الوظيفي العضوي)، ط1، دار القلم
،بيروت.
- 63- فيصل عباس (1994): التحليل النفسي للشخصية، ط1، دار الفكر اللبناني، بيروت، لبنان.

قائمة المراجع

- 64- فخري رشيد خضر (2003): الاختبارات والمقاييس في التربية وعلم النفس، ط1، دار القلم للنشر والتوزيع، دبي، الإمارات العربية المتحدة.
- 65- فؤاد صلاح سليم (2006): التقويم النفسي، ط1، مكتبة المجتمع العربي للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
- 66- فادية عمر الجولاني (2003): تشخيص وعلاج المشكلات الاجتماعية والنفسية، ب ط، المكتبة المصرية للطباعة والنشر والتوزيع، الإسكندرية.
- 67- لويس كامل مليكة (2010): العلاج النفسي، ط1، دار الفكر ناشرون موزعون، عمان، الأردن.
- 68- لطفي الشربيني (2003): الطب النفسي ومشكلاته الحياة، ط1، دار النهضة العربية، بيروت، لبنان.
- 69- لويس كامل مليكة (2010): علم النفس الاكلينيكي، ط1، دار الفكر، عمان، الأردن.
- 70- مجدي أحمد محمد عبد الله (2006): علم النفس المرضي (دراسة في الشخصية بين السواء والاضطراب)، ب ط، دار المعرفة الجامعية، الأزاريطة.
- 71- محمد جاسم العبيدي (2009): علم النفس الإكلينيكي، ط1، دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
- 72- معاليم صالح (2010): بعض الاختبارات في علم النفس الرورشاخ والرسم عند الطفل، ب ط، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر.
- 73- محمد أحمد ابراهيم سعفان (2005): العملية الإرشادية، ب ط، دار الكتاب الحديث، القاهرة، مصر.
- 74- مروان أبو حويج، عصام الصفدي (2009): المدخل الى الصحة النفسية، ط1، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان، الأردن.

قائمة المراجع

- 75- موسى النبهان (2004) : أساسيات القياس في العلوم السلوكية ، ط1، دار الشروق للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
- 76- محمد شحاتة ربيع (2009): قياس الشخصية ، ط 2 ، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان، الأردن.
- 77- محمود أحمد عمر ، حصه عبد الرحمن فخر و آخرون (2010): القياس النفسي والتربوي ، ط 1، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة ، عمان ، الأردن.
- 78- محمد حسن غانم (2007): القياس النفسي للشخصية ، ب ط ، المكتبة المصرية للطباعة والنشر والتوزيع، الإسكندرية.
- 79- محمد شحاتة ربيع (2008): قياس الشخصية ، ط 1 ، دار المسيرة للنشر والتوزيع للطباعة والنشر ، عمان، الأردن.
- 80- محمد جاسم العبيدي (2011): علم النفس الشخصية ، ط 1 ، دار الثقافة للنشر والتوزيع ، عمان ، الأردن.
- 81- محمد أحمد الفضل الخاني (2006): المرشد الى فحص المريض النفساني ، ط 1، منشورات الحلبي الحقوقية ، بيروت ، لبنان .
- 82- محمد عبد الظاهر الطيب ، حسين الدريني وآخرون (2005): مناهج البحث في العلوم التربوية والنفسية، ط 3 ، دار المعرفة الجامعية ، الأزاريطة ، الإسكندرية.
- 83- محمد حمدي الحجار (1998): المدخل الى علم النفس المرضي ، ط 1، دار النهضة العربية للطباعة والنشر ، بيروت ، لبنان .
- 84- مصطفى سويف (2001): علم النفس في حياتنا الاجتماعية ، ط 1 ، الدار المصرية اللبنانية ، القاهرة.

قائمة المراجع

- 85- محمد عبد الظاهر الطيب (2006): الموضوعية والذاتية في علم النفس، ط 2 ، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، مصر.
- 86- محمد عبد الظاهر الطيب ،حسين الدريني وآخرون (2000): مناهج البحث في العلوم التربوية والنفسية، ط 1 ،مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة.
- 87- محمد أحمد النابلسي (1998): العلاج النفسي العائلي ،ب ط ،دار النهضة العربية للطباعة والنشر، بيروت.
- 88- محمد بني يونس (2004): مبادئ علم النفس ، ط 1 ،دار الشروق للنشر والتوزيع ،عمان ،الأردن.
- 89- مصطفى عشوي (2010): مدخل الى علم النفس المعاصر ، ط 3 ،ديوان المطبوعات ،الجامعية .
- 90- مدحت عبد الحميد أبو زيد (2003): العلاج النفسي وتطبيقاته الجماعية (برتوكولات علاجية ودراسات تدخلية) ، ط 1 ، دار المعرفة الجامعية ، الأزريطة .
- 91- مدحت عبد الحميد أبو زيد (2002): العلاج النفسي وتطبيقاته الجماعية ، ط 2 ،دار المعرفة الجامعية الأزريطة.
- 92- ناصر الدين أبو حماد (2008): الإرشاد النفسي والتوجيه المهني ، ط 1،عالم الكتب الحديث ،جدار للكتاب العالمي للنشر والتوزيع ،عمان ،الأردن .
- 93- يوسف مدن (2006): العلاج النفسي (وتعديل السلوك الانساني بطريقة الأضداد دراسة تربوية تحليلية في ضوء سيكولوجية الأخلاق ونسق القيم الاسلامية) ، ط 1 ،دار الهادي للطباعة والنشر والتوزيع والطباعة عمان ،الأردن.

- 94–Ait Belkacem N,Bachbacha.R et autres (1988) :Elément de psychiatrie,ed,office des publication,universitaire.
- 95–Bensmail.B (1993) :La Psychiatrie aujourd’hui ,2eme cd.ed :office des publications universitaires ,alger.
- 96–Bensmail .B (2007) :Un Pionnier de la psychiatrie algerienne,dar elhouda, alger.
- 97–Bottero.A,Granger .B ,Canoui et autres(1992) :Psychiatrie de l’adulte,ed,maloine.
- 98– Beizmann Cécile (1966) :Livret de cotation des formes dans le rorschach , édition ,paris.
- 99–Brelet .F chabert. C (2003) :Nouveau manuel du tat ,2 éme édition, paris .
- 100– Beucher.M,.Duché .D et autres (1967) :Psychiatrie infantile ,4 édition ,presse universitaires de France,encyclopédie médico–chirurgicale ,paris .
- 101– Boucebci Mahfoud (1978) :Psychiatrie société et developpement,2édition,société nationale d’edition et de diffusion ,alger .
- 102– Chabert Catherine (1998) :La Psychopathologie à l’épreuve du rorschach,2édition,bruxelles.

- 103- Cardine. M , Libbey eurotext . J (2003) :**Schizophrénies débutantes diagnostic et modalités thérapeutique**, édition john libbey eurotext, France.
- 104-De boek, Larcier(2004) :**Psychologie de la benoit violsurdité**, 2 édition, bruxelles.
- 105-Douki .S, Moussaoui.D(1978) :**Manuel de psychiatrie du praticien maghrébin**, 5ème édition masson, paris.
- 106- Debroux. P , Noose de. L et les autres (2009) :**Manuel du test de rorschach approche formelle et psychodynamique** , 1 ére édition de boeck université Belgique , bruxelles.
- 107-Emmelkamp (1994) :**Strategies de la psychothérapie** , 1 édition , gustave courbert, talouse.
- 108- Herzlich Claudine (1970) :**Médecine maladie et société** , 1 édition , diffusion en France par librairie maloine, France .
- 109- Hill Fiona (1985) :**Comprendre la schizophrène**, 1 ére édition , mind, paris.
- 110-Henriey .B, Bernard et les autres (1970) :**Manuel de psychiatrie**, édition masson , paris .
- 111- Hardy. C , Baylé . M (2005) :**Le Diagnostic en psychiatrie**, armand colin.
- 112- Hansenne Michel (2007) :**Psychologie de la personnalité** , 3 édition revue et augmentée , bruxelles.

113–Hanus . M. ,Olivier. L (2003) :**Psychiatrie de l'étudiant** ,10 édition ,maloine, paris.

114–Huber Winfrid (1987):**La Psychologie Clinique**,puf,France

115– Jidouard Henri (1998) :**Le Rorschach une approche psychanalytique**,presses universitaires de lyon,lyon .

116–Kaplan .HI,Sadock.J (1992) :**Manuel de psychiatrie clinique** ,ed ,maloine

117– Minkowska Françoise (1956) :**Le Rorschach a la recherche du monde des formes**,bibliothèque neuro–psychiatriques de langue française .

118– Minkowska Françoise (2003) :**Le Rorschach a la recherche du monde des formes** ,1ère édition desclée de brower l'harmattan.

119– Maisonneuve .J (1973) :**Introduction à la psychologie** ,1 re édition, presse universitaires de France ,paris .

120– Miermont .J (2000) :**Psychothérapies contemporaines (histoires ,évolution ,perspective) l'harmattan** ,paris ,France,l'harmattan,canada .

121– Michel Lorca .P (2006) :**Mieux connaitre la schizophrénie** ,édition john libley eurotext ,France.

122– Pardinielli.JL , Fernandez .L (2007) :**L'observation clinique et l'étude de cas** ,armand ,colin .

- 123- Sauret . M j (2002) :La Psychologie clinique histoire et discours de l'intérêt de la psychanalyse ,2 édition ,toulouse .
- 124- Saoud .M, D'amato.T (2006) :La Schizophrénie de l'adulte des cause aux traitements ,masson s.a.s,paris .
- 125- Traubenbergn.R , Boizou. MF (1996) :Le Rorschach en clinique infantile ,1 ere édition ,dunod ,paris .
- 126- Pierre .F C (1995) :La Psychothérapie institutionnelle ,1 ere édition ,presses universitaires de France,paris .
- 127- Porot.A (1987) :Manuel alphabétiques,ed ,puf,paris .
- 128- Pierre .F,Chanoit (1995) :La Psychothérapie institutionnelle ,1ère édition, presses universitaires de France,paris .
- 129- Tyrode .Y,Albernih .T (1995) :Psychiatrie légale ,social ,hospitaliere, expérimentale,ed,marketing,s.a.
- 130- S.R hathaway et J.C mckinley(2007): MMPI-2 inventaire multiphasique de personnalité du minnesota-2 tm, les editions du centre de psychologie appliquée 07- france.

باللغة الإنجليزية :

- 131- Martin .S, Mike .T et les autres (2002):An Atlas of schizophrenia (the encyclopedia of visual medicine series),institute of psychiatry,De crepigny park,London ,UK.

132- Nichols .D,Wiley (?)Essentials of mmpi_2 assasment ,second edition,Canada.

133- Tellis Priscilla (2008) :Medication non Ddherence in schizophrenia in partial fulfillment of the requirements , the university of Arizona.

المجلات بالعربية :

134- إصلاح وهبة (2008، 27 ديسمبر): التدريب العقلي في المجال الرياضي يؤثر على مرض الفصام.

135- بوفولة بوخميس (2008 ، نوفمبر): اضطرابات اللغة لدى الفصامي ،مجلة العربية للطب النفسي اتحاد الأطباء النفسانيين العرب ،19 (2)، الأردن

136- قاسم حسين صالح (2007 ، 15 أوت): الفصام ،مجلة الحوار المتمدن ،المحور الفلسفة ،علم النفس، علم الاجتماع .

137- وفاء جاسم العوادي ،صفوت فرج (؟):العلاج النفسي للفصام فعالية استخدام العملات الرمزية كعلاج سلوكي في تنمية المهارات الاجتماعية لدى الفصاميين، تم استرجاعها في تاريخ 12 مارس ،2012 من <http://www.filnafs>

138- محمود جمال أبو العزائم (؟):فعالية استخدام العملات الرمزية كعلاج سلوكي في تنمية المهارات الاجتماعية لدى الفصاميين.، تم استرجاعها في تاريخ 1 مارس 2012 من [http //www .elazayem.com/schizophrenia](http://www.elazayem.com/schizophrenia) .htp

139- فارس بن الشيخ (19، 2001 ديسمبر) : التيارات المفسرة للأمراض العقلية، مجلة الطب العقلي المضاد l'antipsychiatrie

140- ياسر الفهد (1977) :الطب العقلي والطب العقلي المضاد ، مجلة عالم الفكر ،الكويت

- 141- يحيى الرخاوي (2012، 03 جويلية): "كيف" الفصام "، دون أن ينفصم"، 5(1768)، 1-6
- 142- زياد قطب (2004): سيرورة التأشير في الدماغ المصابين الفصام، العدد (أفريل - ماي)، 1-12
- 143- جمعة سيد يوسف (1994): سيكولوجية اللغة والمرض العقلي، مجلة عالم المعرفة، العدد 1923،
- 144- سيلفانو أريتي: ترجمة عاطف أحمد (1991): الفصامي كيف نفهمه ونساعده، سلسلة كتب ثقافية شهرية، يصدرها المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، الكويت .
- 145- خولي، محمود والآخرين (2011): خصائص الاكتئاب في مرضى الفصام، مجلة العرب الطب العقلي، العدد 22-(10-18)
- المجلات الفرنسية :
- 146-Andronikof.A(2008) : Le Rorschach et les techniques projectifs , revue 37-150-A1
- 147- Cosnier .J (1975) : Le Test de rorschach comme épreuve de génération de phrases psychol ,revue clinique de la communication, (travaux du laboratoire de psychologie animale et comparée)7,967-975 .
- 148- Ollat .H (1999) : Schizophrénie et mémoires épisodiques neuropsychiatrie ,revue tendances et débats,6 :16-22
- المجلات الانجليزية :
- 149-Gray Jennifer (1999): A study of the thematic apperception test with japanesse subject.

150–Rhiannon Corcoran (2005) :Thematic reasoning and theory of mind accounting for social inference difficulties in schizophrenia evolutionary psychology revue human nature, 3.1.19,Canada.

151– Roxanne. D,Edwards ,et les autres :What are treatment for schizophrenia and the side of those treatments

رسائل ماجستير ودكتوراه:

152- بن خليفة محمود (2007):علم النفس المرضي والتقنيات الإسقاطية دراسة نماذج التوظيف النفسي لدى راشدين ذوي المعاناة النفسية،رسالة دكتوراة دولة ،جامعة الجزائر

153- بوشيشة كتيبة (2002):التوظيف النفسي والوسائل الإسقاطية دراسة عيادية ومقارنة لبروتوكولات الرورشاخ وتفهم الموضوع من خلال وضعيات الفحص النفسي الأول والثاني ،رسالة ماجستير ،جامعة الجزائر

154- جيلالي سليمان (2012):الانتاج الإسقاطي عند المراهق (دراسة لعينة من المراهقين يطلبون مساعدة نفسية باستعمال اختباري الرورشاخ وتفهم الموضوع)،مذكرة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس العيادي، جامعة مولود معمري تيزي وزو .

155- جودة نبيل (2008):اتجاهات الوالدية لدى مرضى الفصام ،رسالة ماجستير في الصحة العقلية ،جامعة غزة الإسلامية ،فلسطين .

156- صاغي نورة (1993):اختبار صلاحية بعض أدوات التقدير السيكولوجي في تشخيص الفصام ،رسالة لنيل ماجستير في علم النفس العيادي ،جامعة الجزائر.

157- عدوان يوسف (2011): دلالات استجابات الورشاشخ في البيئة الجزائرية ، أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراة علوم في علم النفس العيادي ،جامعة الحاج لخضر باتنة .

الأطروحات بالفرنسية :

158- Andrée ,Anne .LF (2008) :A La recherche d'un endophénotype de la schizophrénie (étude des processus mnésiques chez les individus en début d'évolution d'une psychoses et chez leurs parents non atteints) ,thèse doctorat présente l'université laval,Québec.

159- Chantal Carrol(2001) :Validation partielle d'une version abrégée du mmpi-2,le mini clinique avecune population nationale,mémoire présente à la faculté de l'université laval pour l'obtention du grade de maitre en psychologie (m .p .s),canada .

160- Gosselin Nathalie (1998) :Evaluation de l'inhibition dans la schizophrénie (amorçage négative pour l'indentification et la localisation du distracteur) ,école de psychologie ,faculté des sciences sociales ,université laval ,Québec.

161- Levoyer David (2009) :Approche différentielle du contrôle cognitif dans les schizophrénie ,thèse doctorat psychologie,université renne .

162- Morin Diane (1999) :Les Stratégies adptatives des personnes atteintes de schizophrénie face aux symptome dysphorique perçus ,mémoire à la faculté des

études supérieures de l'université laval pour l'obtention du grade de maitre
science, Québec

163- Roy Martin (2010) : Le Perception du temps chez les personnes
schizophrènes ,à la faculte des études supérieures de l'université laval dans le
cadre du programme de doctorat en psychologie ,Québec

الأطروحات بالإنجليزية:

164- Dao Tamk (2000) : Convergent and incremental validity mmpi_2 and
rorschach on psychotic -related indices,the florida state university college of
education ,summer semester,doctora ,florida .

165-John .QS ,Doane .C L (2002) : Rorschach and thematic apperception tests
using the rorschach and thematic apperception clinical
assement,doctora,florida.

166-virva siira (2007) : Vulnerbility signes of mental disorders in adoptees with
genetic liability to schizopherenia and their contrals measures with minnesota
multiphasic personality inventory ,doctora,firland .

الجزائر :

167- بلقاسم حوام (2010، 29 مارس): 20 الى 30 ألف يعانون من أعراض الأمراض العقلية في
الجزائر، جريدة الشروق اليومي، العدد 1072، الجزائر .

168- الطاهر حلومي ، فضيلة مختاري (2013، 22 ماي) : انتشار ظاهرة تشرد المجانين في الشوارع
تسببه عجز المستشفيات، جريدة أولان، 1102، الجزائر .

169- الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، المرسوم التنفيذي رقم 07- 140 المؤرخ في 02 جمادى الأولى عام 1428 الموافق ل 19 ماي، 2007 الذي يتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية، العدد 81

170 – presse- algerie 15/06/2012 www.vitamedz.com/article-article-16756-480476-1htm

الجرائد الانجليزية:

171- Meehl.P (1990) : Toward and integrated theory of schizotaxia ,schizotypy and schizophrenia ,journal of personality disorders ,phd,4,1,99

منشورات بالعربية :

172- بحري نبيل (2011): منيسوتا متعدد الأوجه للشخصية 2-MMPI، جامعة الجزائر

173- معاليم صالح (2002): التقنيات الاسقاطية اختبار تفهم الموضوع، مطبوعات جامعة منتوري قسنطينة،

منشورات بالفرنسية :

174-Bristol Mayers(2004) : Un nouveau regard sur l'avenir ,guide d'information et d'accompagnement à l'usage des malades.

175 – Organisation nationale de la santé (1977): La Schizophrénie etude multinationale ,genève.

176- Abram Hoffer (2005) :Orthomolecular treatment of schizophrenia ,out come an affectives trial of conitive behavioral intervention by mental health nurses in schizophrenia turkingtor.

177- Aronow.E,Altman.K (?)Apratical guide to the thematic apperception test the tat in clinical practice ,group ,usa

178- Himelstein (?):Thematic apperception test administration and interpretation of the test tat,pepperdine university personality assessment.

179- Understanding schizophrenia the big picture (ND) chapter 1

180- Usprivacy Policy (2012) :What are treatment for schizophrenia and the side effets of those treatments .

181- Schizophrenia national institute of mental health (2009) :departement of health and human services national institute of mental health .nh.publication.

182- Schizophrenia national institute of mental health (2000) :departement of health and human services,us.

183- المنجد في اللغة العربية المعاصرة (2000): ط 1، دار المشرق ،بيروت ،لبنان

184- جان لابانش ر.ح .ب بونتاليس :ترجمة مصطفى حجازي (1985):معجم المصطلحات التحليل النفسي، ط 1، ديوان المطبوعات الجامعية ،الجزائر.

قائمة المراجع

185- الرابطة الأمريكية للطب النفسي (2001):ترجمة أمينة السماك ،عادل مصطفى :الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية المعايير التشخيصية، ط1، مكتبة المنار الإسلامية ،كويت.

مواقع الانترنت :

186- [http://www .geopsy .com/psychologie interculturelle et psychothérapie /psychiatrie adulte](http://www.geopsy.com/psychologie%20interculturelle%20et%20psychoth%C3%A9rapie%20/psychiatrie%20adulte) 12 /03 /2012 18 :46

187- <http://repli.net/schizophrenie/prendre-soin-des-soignants> 07/03/2012 13:25

188- <http://www.q8nursing.com/fowm/shaw/hread.p/a/p> 08/03/2012 10:00

189- [http://www.open the doors](http://www.open%20the%20doors) 24/03/2012 20:00

190- [http://www.your .doctor .net.com/arabic.02.02.02htm](http://www.your.doctor.net.com/arabic.02.02.02htm) 24/03/2012 13:15

191- [http// le cerveau .m c gill .ca / flach / a / a -03/](http://le%20cerveau.mcgill.ca/flach/a/a-03/) 1/02/2012 12 :00

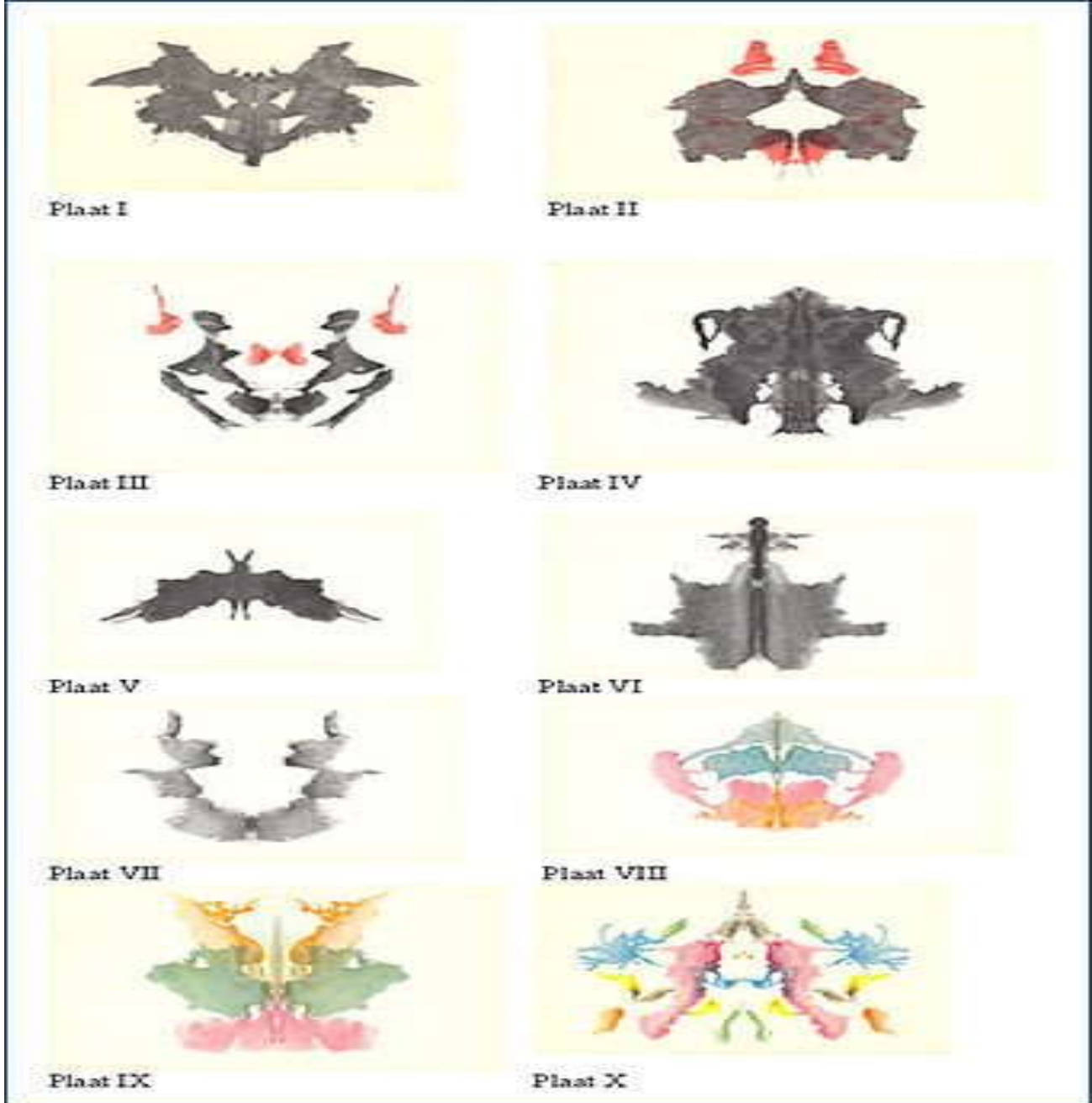
الملاحق

نموذج لورقة الفرز المخطط النفسي (psychogramme) المستعمل في تنقيط بروتوكول الرورشاخ :

المحتويات	المحددات	أنماط الإدراك	الخلاصة
A	F+	G	R
Ad	F ⁻	D/G	R .CompL
Hd	S de F	Gbl	Refus
(H)	K	G%	T .Total
Elem	Kan	D	TPS/R
Bot	S de K	D%	T .d'appr :
Sg	C	Dbl	TRI
Obj	CF	Ddbl	FC
Abstr	C ⁻	Dbl	RC%
Anat	FC ⁻		Ban
Frag	Sde C		F%
Pays	Nc		Elarg
	FE		F+%
	FE		Elarg
	Sde S		A%
	Clob		H%
	F Clob		

<p>E2-3: تعبير عن عواطف و /أو تصورات قوية مرتبطة بموضوع جنسي أو عدواني E3: <u>عدم استقرار</u> <u>معالم الهوية</u> <u>والموضوعية</u> E3-1: اختلاط الهويات - تداخل الأدوار E3-2: عدم استقرار المواضيع E3-3: اختلاط التنظيم في التتابع الزمني المكاني أو أسباب منطقية E4: <u>ضعف الخطاب</u> E4-1: أخطاء كلامية - اضطراب في التركيب اللغوي E4-2: عدم تحديد، إبهام، غموض الخطاب E4-3: ترابط جواري، بالجناس، ارتباطات قصيرة، ديك ، حمار .</p>	<p>CN3: إظهار جدول ،عاطفة معنونة ،هياة دالة على العواطف CN4: التشديد على الحدود ورصد وعلى الخصائص الحسية CN5: علاقات مرآتية CL: <u>عدم استقرار الحدود</u> CL-1: الحدود المسامية (بين الراوي /موضوع القصة ،بين الداخل والخارج) CL-2M: التأكيد على الإدراك و/أو اللمسي CL-3M: عدم تجانس الطرق الوظيفية (الداخل /الخارج ،الإدراك /الرمزية، المحسوس /المجرد) CL-4: انشطار CM: <u>عمليات مضادة</u> <u>للاكتئاب</u> CM1: استثمار فائق لوظيفة الإسناد على الموضوع (تكافئ +/ -) استدعاء الأخصائي CM2: زيادة عدم الاستقرار في التقمصات CM3: لف ودوران ،غمز الفاحص ، سخرية ،استعانة بالفاحص</p>	<p>بأجزاء نرجسية ذات الميل علائقي B3-3: عدم الاستقرار في التقمصات</p>	
--	---	--	--

صور البطاقات العشر لاختبار الرورشاخ



صور اللوحات الثلاثة عشر لاختبار التذوق



اللوحة 2



اللوحة 1



اللوحة 4



اللوحة 3BM



اللوحة 6BM



اللوحة 5



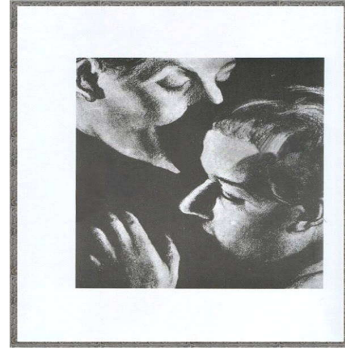
اللوحة 8BM



اللوحة 7BM



اللوحة 11



اللوحة 10



اللوحة 16

اللوحة 13MF



اللوحة 19

MMPI-2

Université Multiphasique de
Personnalité de Minnesota - 2^{ème}



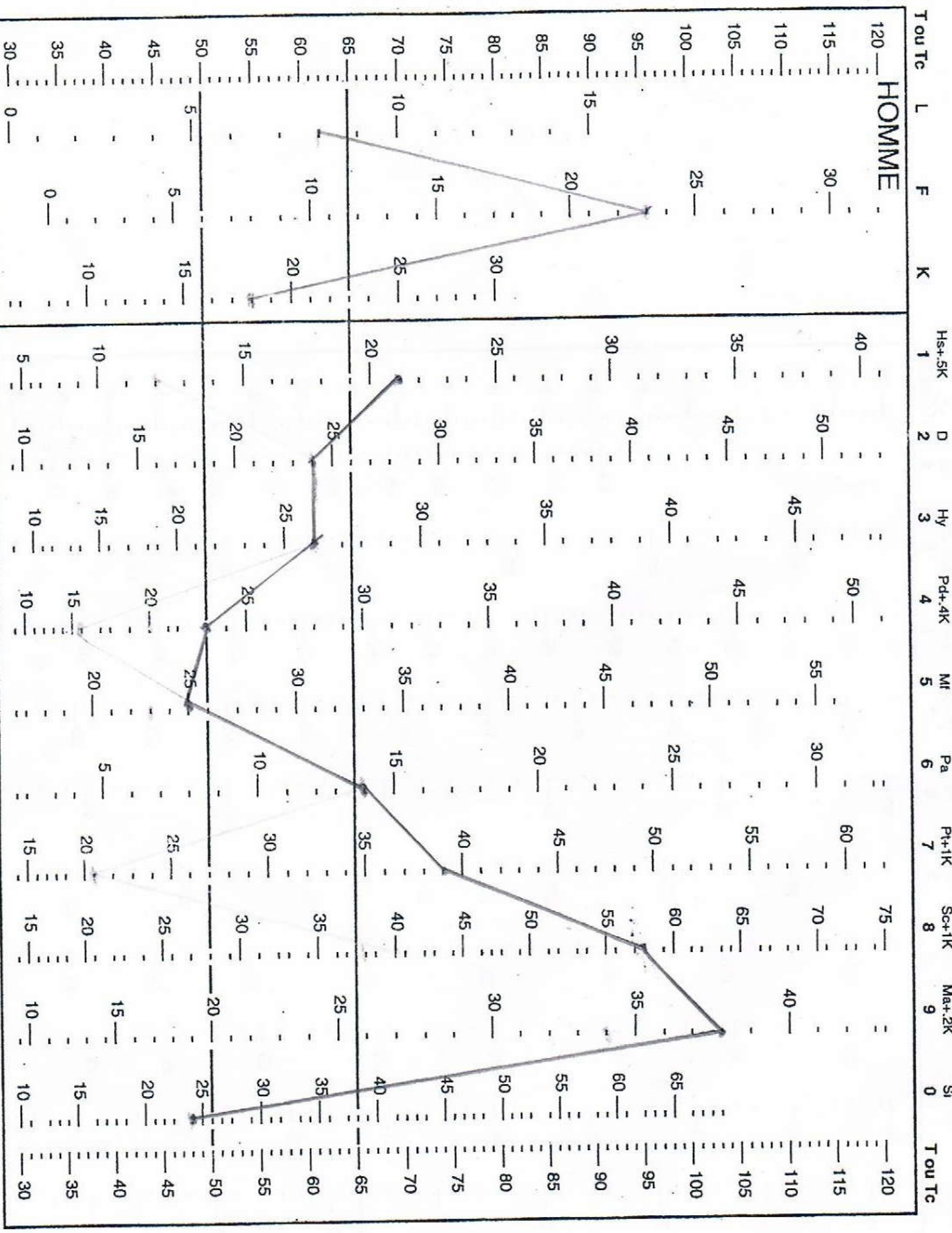
Nom : Mostafa Prénom : Mostafa
 Age : 49 ans Sexe : masculin
 Adresse : _____

Feuille de profil - Echelles cliniques de base
 Translated and Adapted by Permission.
 Copyright © 1943 (renewed 1970), 1989, 1992 by the University of Minnesota, Minneapolis, MN, U.S.A. All rights reserved.
 Copyright © 1996 of the French edition by Les Editions du Centre de Psychologie Appliquée. Tous droits réservés.
 «MMPI-2» and «Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2» are trademarks owned by The University of Minnesota.

Date de passation : 22/08/2018 Profession : DRM

Fractions de K

K	.5	.4	.2
30	15	12	6
29	15	12	6
28	14	11	6
27	14	11	5
26	13	10	5
25	13	10	5
24	12	10	5
23	12	9	5
22	11	9	4
21	11	8	4
20	10	8	4
19	10	8	4
18	9	7	4
17	9	7	3
16	8	6	3
15	8	6	3
14	7	6	3
13	7	5	3
12	6	5	2
11	6	4	2
10	5	4	2
9	5	4	2
8	4	3	2
7	4	3	1
6	3	3	1
5	3	2	1
4	2	2	1
3	2	1	0
2	1	1	0
1	1	0	0
0	0	0	0



Note brute ? 0
 Valeur de K à ajouter 9
 Note brute 8
 Valeur de K à ajouter 23
 Note brute 18
 Valeur de K à ajouter 19
 Note brute 24
 Valeur de K à ajouter 26
 Note brute 116
 Valeur de K à ajouter 25
 Note brute 44
 Valeur de K à ajouter 21
 Note brute 40
 Valeur de K à ajouter 34
 Note brute 24
 Valeur de K à ajouter 24

MMPI-2

S.R. Hathaway et J.C. McKinley
Investigative Multiphasique de
Personnalité de Minnesota - 2

Les Editions
du Centre
de Psychologie
Appliquée
ecppa
23 rue de la Harpe - 75001 Paris Cedex 05

Feuille de profil - Echelles cliniques de base

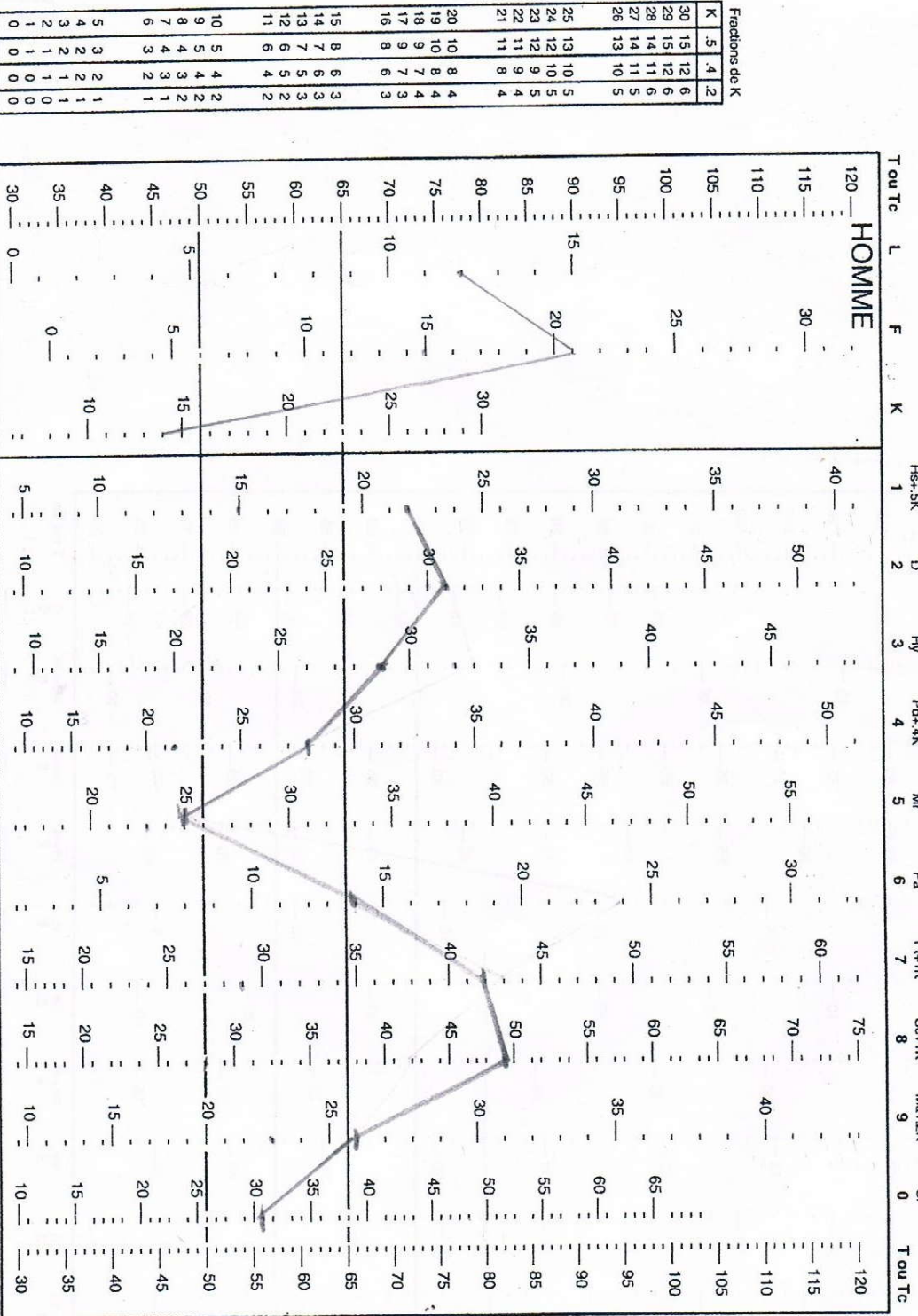
Translated and Adapted by Permission.

Copyright © 1943 (renewed 1970), 1989, 1992 by the University of Minnesota, Minneapolis, MN, U.S.A. All rights reserved.
Copyright © 1996 of the French edition by Les Editions du Centre de Psychologie Appliquée. Tous droits réservés.

MMPI-2 and *Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2* are trademarks owned by The University of Minnesota.

Nom : Philippe Prénom : Abdel scotane
Age : 47 ans Sexe : marocain
Adresse : _____

Date de passation : _____ Profession : _____



Note brute 12 L 21 F 14 K 15 Hs+5K 2 D 3 Hy 22 Pd+4K 5 Mf 14 Pa 28 Pt+1K 35 Sc+1K 23 Ma+2K 31 Si

MMPI-2™

S.R. Hathaway et J.C. McKinley
*Manuel de l'Échelle Multiphasique de
 Personnalité du Minnesota-2™*



Feuille de profil - Echelles cliniques de base

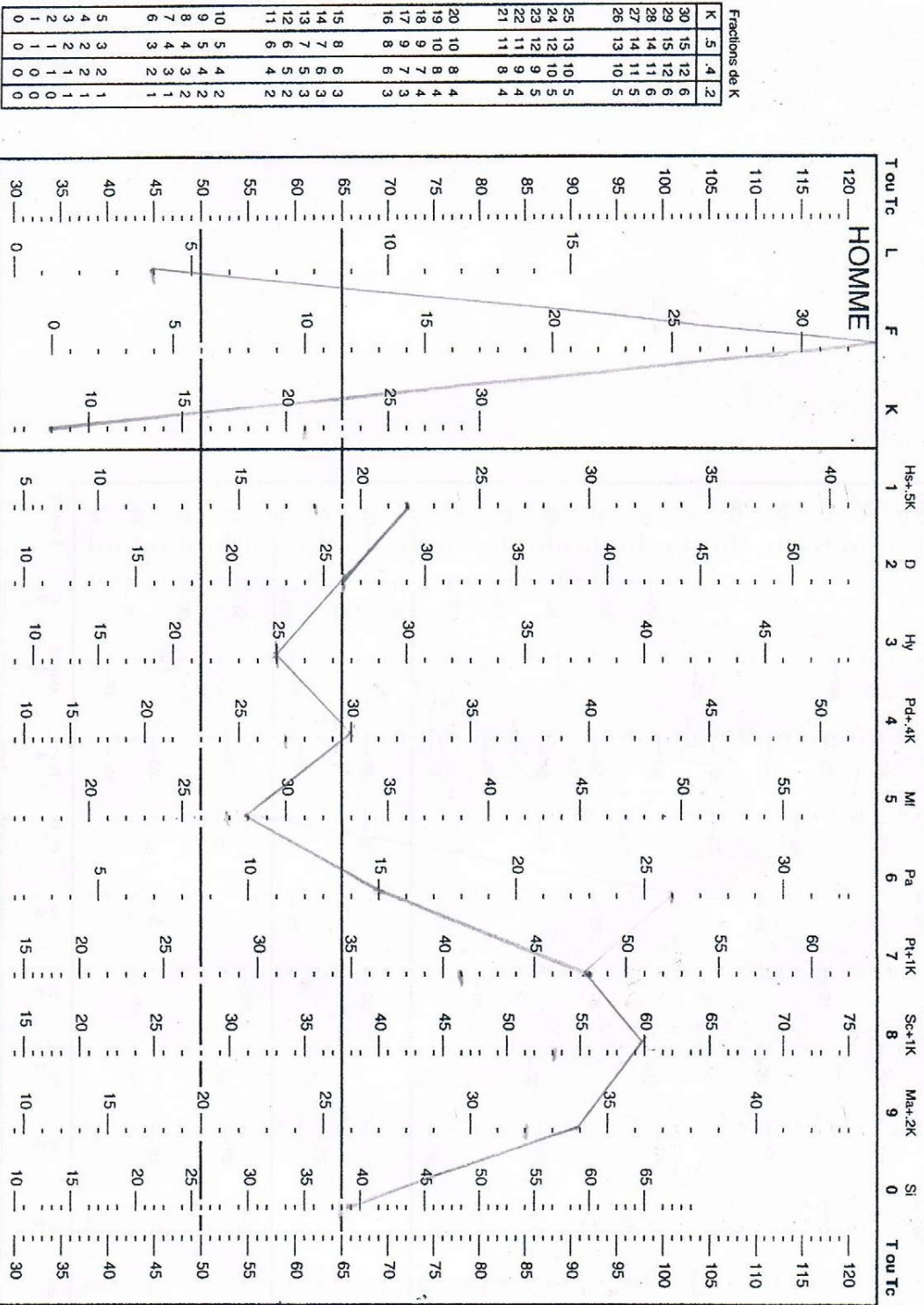
Translated and Adapted by Permission.

Copyright © 1943 (renewed 1970), 1989, 1992 by the University of Minnesota, Minneapolis, MN, U.S.A. All rights reserved.
 Copyright © 1996 of the French edition by Les Editions du Centre de Psychologie Appliquée. Tous droits réservés.

*MMPI-2™ and *Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2™ are trademarks owned by The University of Minnesota.

Nom : ZIAN Prénom : HASSEN
 Age : 30 ans Sexe : Masculin
 Adresse : _____

Date de passation : _____ Profession : _____



Note brute 4 38 8 18 25 25 27 28 45 40 52 32 39

Fractions de K

K	5	4	2
30	15	12	6
29	15	12	6
28	14	11	6
27	14	11	5
26	13	10	5
25	13	10	5
24	12	10	5
23	12	9	5
22	11	9	4
21	11	8	4
20	10	8	4
19	10	8	4
18	9	7	4
17	9	7	3
16	8	6	3
15	8	6	3
14	7	6	3
13	7	5	3
12	6	5	2
11	6	4	2
10	5	4	2
9	5	4	2
8	4	3	2
7	4	3	1
6	3	3	1
5	3	2	1
4	2	2	1
3	2	1	0
2	1	1	0
1	1	0	0
0	0	0	0

MMPI-2™

Université Multiphasique de
Paranaíba do Mato Grosso - 2™

Les Editions
du Centre
de Psychologie
Appliquée
ecppa
23 rue de Paris - 75002 Paris Cedex 02

Feuille de profil - Echelles cliniques de base

Translated and Adapted by Permission.

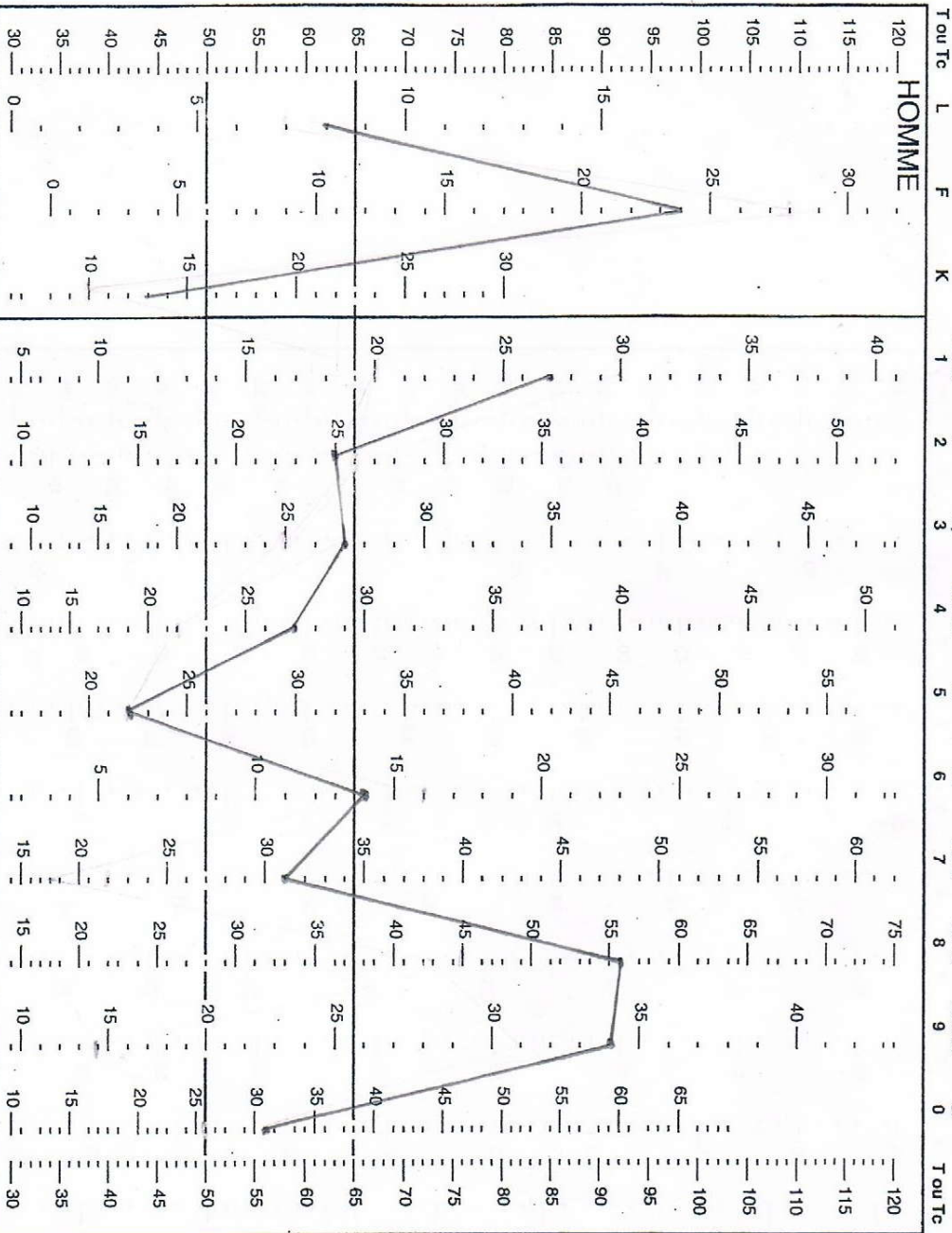
Copyright © 1943 (renewed 1970), 1989, 1992 by the University of Minnesota, Minneapolis, MN, U.S.A. All rights reserved.
Copyright © 1996 of the French edition by Les Editions du Centre de Psychologie Appliquée. Tous droits réservés.

«MMPI-2» and «Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2» are trademarks owned by The University of Minnesota.

Nom : Abraham Prénom : Abraham
Age : 31 ans Sexe :
Adresse :

Date de passation : 12/03/2011 Profession :

Fractions de K	5	4	2
30	15	12	6
29	15	12	6
28	14	11	6
27	14	11	5
26	13	10	5
25	13	10	5
24	12	10	5
23	12	9	5
22	11	9	4
21	11	8	4
20	10	8	4
19	10	8	4
18	9	7	4
17	9	7	3
16	8	6	3
15	8	6	3
14	7	6	3
13	7	5	3
12	6	5	2
11	6	4	2
10	5	4	2
9	5	4	2
8	4	3	2
7	4	3	1
6	3	3	1
5	3	2	1
4	2	1	1
3	2	1	1
2	1	1	0
1	1	0	0
0	0	0	0



Note brute ? 0
Note brute 8
L 24
F 13
K 20
Hs+5K 1
D 25
Hy 27
Pd+4K 22
Mf 28
Pa 14
Pt+1K 13
Sc+1K 13
Ma+2K 3
Si 31
T ou Tc 31
Valeur de K à ajouter 7

MMPI-2™

S.R. Hallway et J.C. McKinley
*Questionnaire Multiphasique de
 Personnalité du Minnesota - 2™*

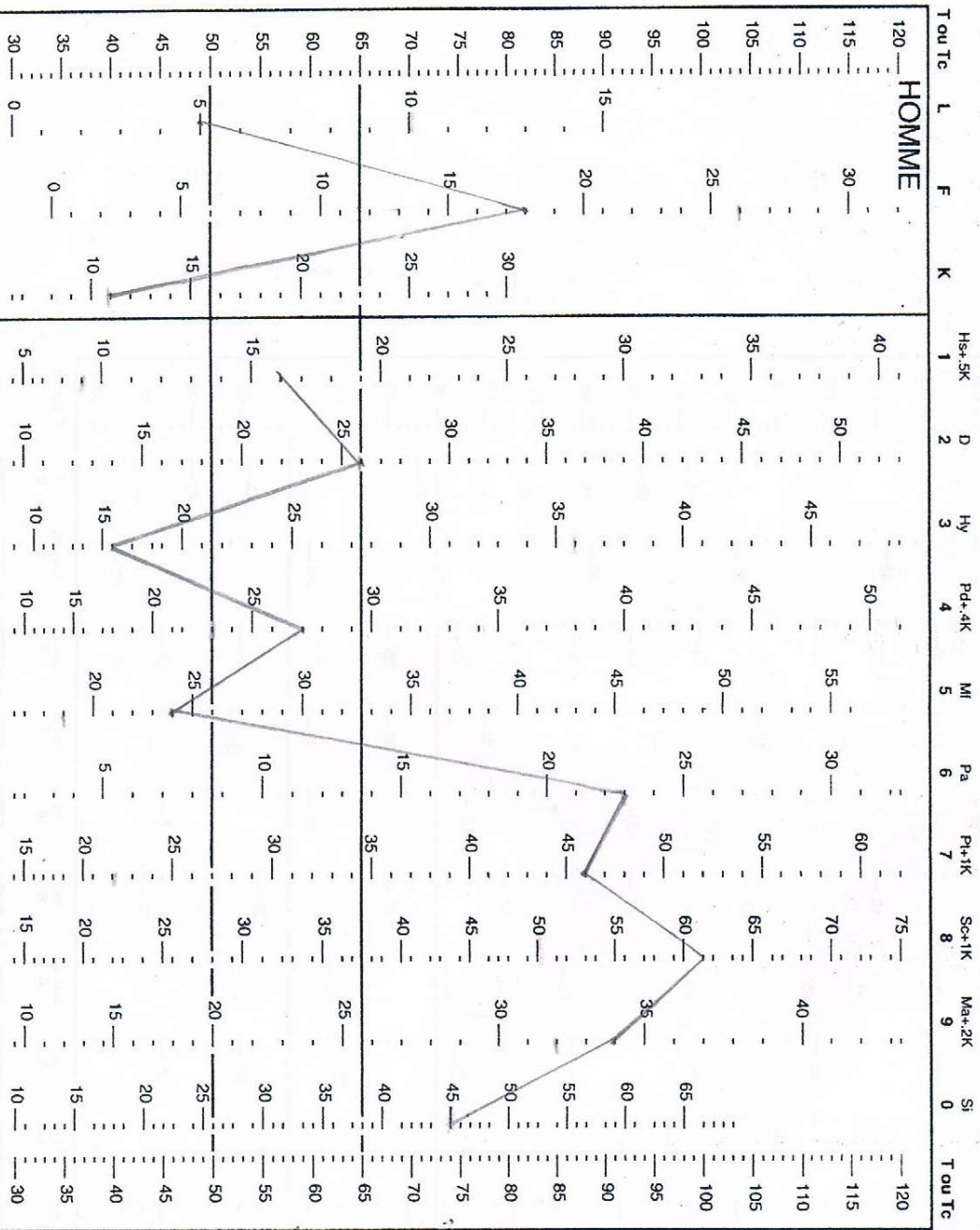
Les Editions
ecpa
 du Centre
 de Psychologie
 Appliquée
 25 rue de la Plume - 75009 Paris Cedex 20

Feuille de profil - Echelles cliniques de base

Translated and Adapted by Permission.
 Copyright © 1943 (revised 1970), 1989, 1992 by the University of Minnesota, Minneapolis, MN, U.S.A. All rights reserved.
 Copyright © 1996 of the French edition by Les Editions du Centre de Psychologie Appliquée. Tous droits réservés.
 MMPI-2 and *Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2* are trademarks owned by The University of Minnesota.

Nom : Karim Prénom : Mohamed
 Age : 32 ans Sexe : _____
 Adresse : _____
 Date de passation : _____ Profession : _____

Fractions de K	
K	.2
30	15
15	12
6	29
12	14
11	28
6	14
11	27
5	14
26	13
10	5
25	13
10	5
24	12
10	5
23	12
9	5
22	11
9	4
21	11
8	4
20	10
8	4
19	10
8	4
18	9
7	3
17	9
7	3
16	8
6	3
15	8
6	3
14	7
6	3
13	7
5	3
12	6
5	2
11	6
4	2
10	5
4	2
9	4
4	2
8	4
3	1
7	4
3	1
6	3
2	1
5	3
2	1
4	2
2	1
3	2
1	0
2	1
1	0
0	0
0	0



Note brute ? _____

MMPI-2™

2^e Edition révisée, réactualisée
 Nouvelle Multiphasique de
 Personnalité de Minnesota - 2™



Feuille de profil - Echelles cliniques de base

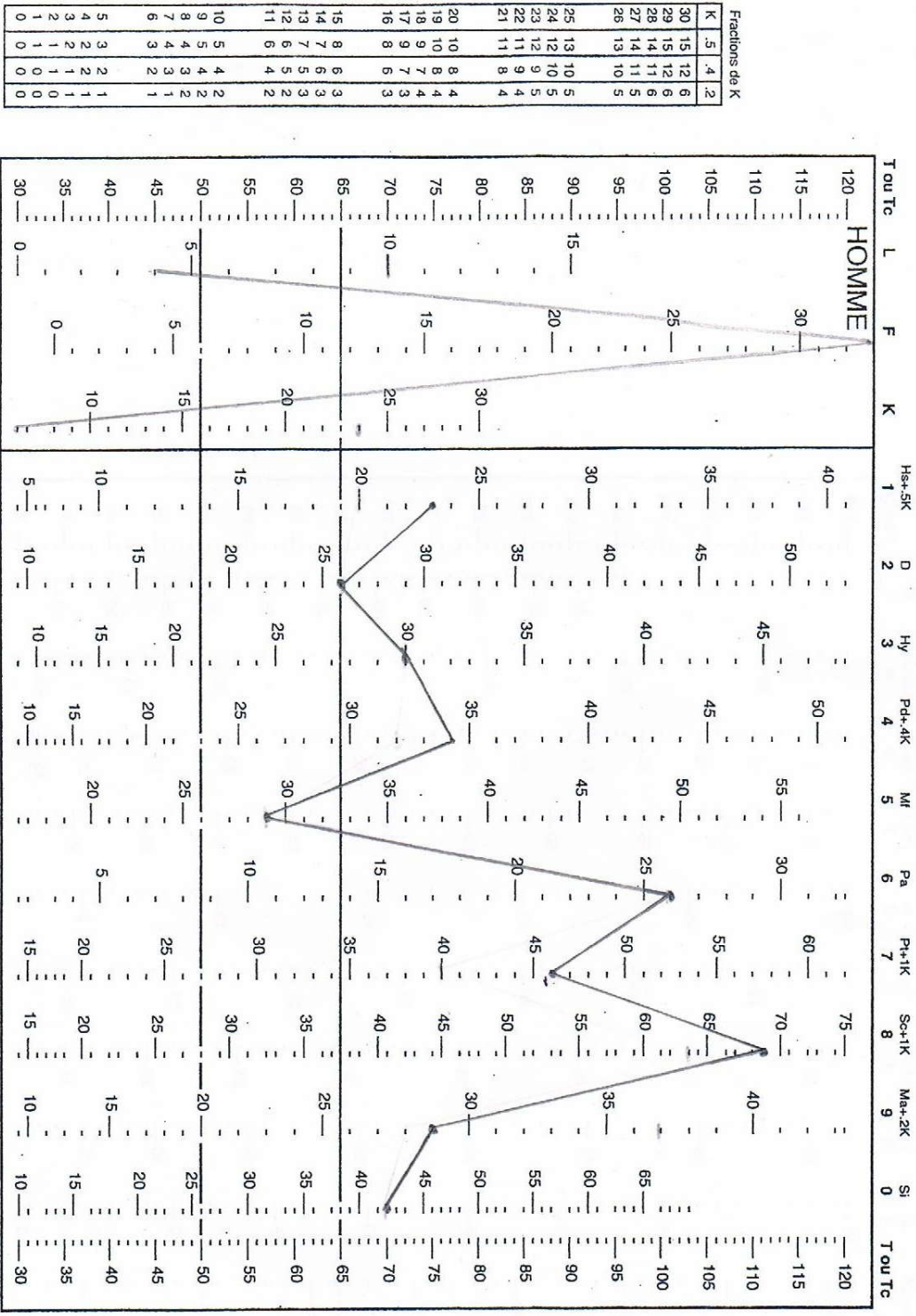
Translated and Adapted by Permission.

Copyright © 1943 (renewed 1970), 1989, 1992 by the University of Minnesota, Minneapolis, MN, U.S.A. All rights reserved.
 Copyright © 1996 of the French edition by Les Editions du Centre de Psychologie Appliquée. Tous droits réservés.

«MMPI-2» and «Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2» are trademarks owned by The University of Minnesota.

Nom : Stefan Prénom : BETHEL
 Age : 26 ans Sexe : masculin
 Adresse : _____

Date de passation : 26/02/2010 Profession : _____



Note brute : 4 Valeur de K à ajouter : 3
 Note brute : 34 Valeur de K à ajouter : 3
 Note brute : 36 Valeur de K à ajouter : 3
 Note brute : 30 Valeur de K à ajouter : 3
 Note brute : 32 Valeur de K à ajouter : 3
 Note brute : 29 Valeur de K à ajouter : 3
 Note brute : 26 Valeur de K à ajouter : 3
 Note brute : 40 Valeur de K à ajouter : 3
 Note brute : 63 Valeur de K à ajouter : 3
 Note brute : 28 Valeur de K à ajouter : 3
 Note brute : 42 Valeur de K à ajouter : 3

MMPI-2™

S.R. Hathaway et J.C. McKinley
Inventeurs Multiplicateurs de
Personnalité de Minnesota-2™

Les Éditions
du Centre
de Psychologie
Appliquée
235 rue de la Prairie - 75000 Paris, France 20

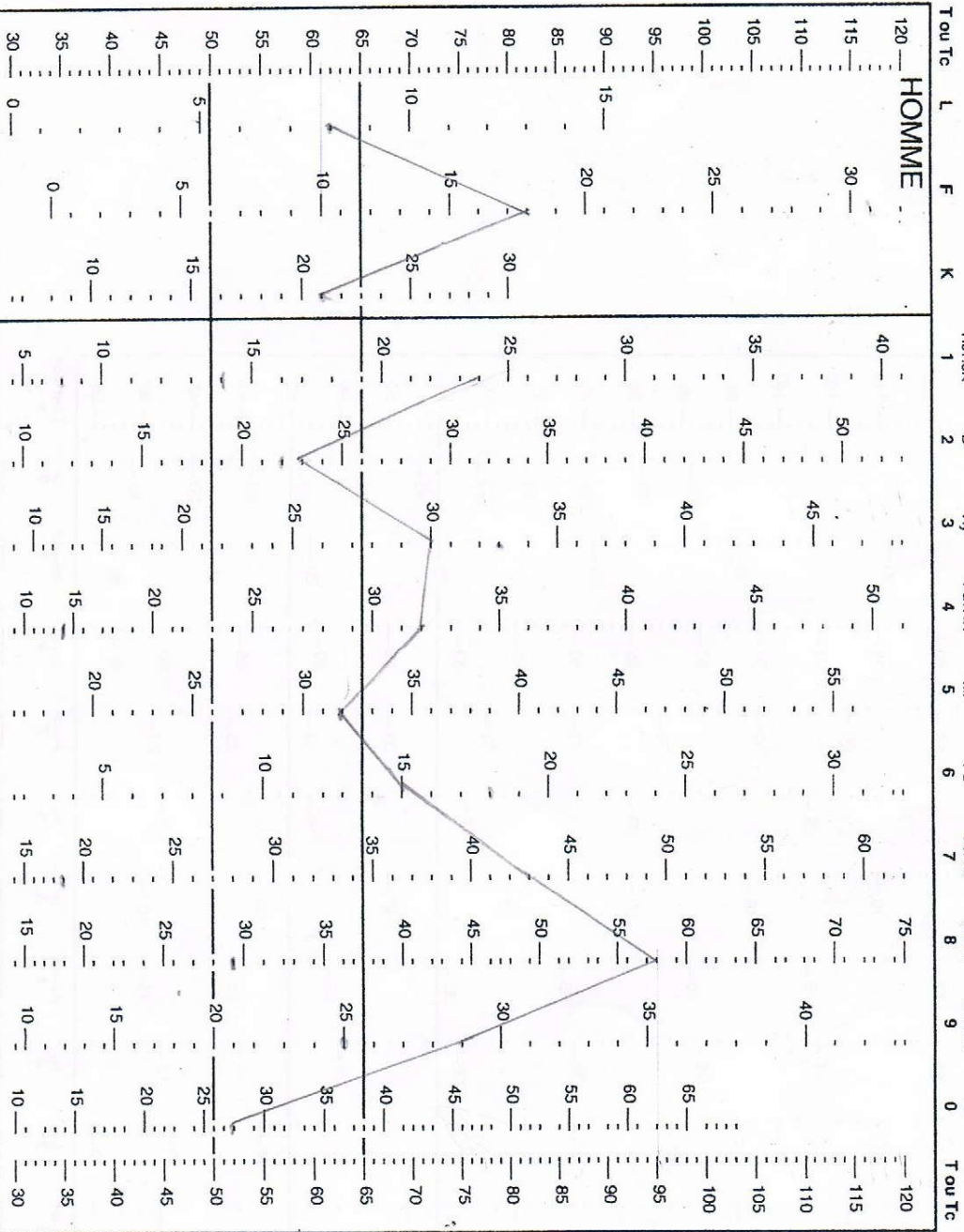
Feuille de profil - Echelles cliniques de base

Translated and Adapted by Permission.
Copyright © 1943 (revised 1970), 1989, 1992 by the University of Minnesota, Minneapolis, MN, U.S.A. All rights reserved.
Copyright © 1996 of the French edition by Les Éditions du Centre de Psychologie Appliquée. Tous droits réservés.
«MMPI-2» and «Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2» are trademarks owned by The University of Minnesota.

Nom : Wadiel Prénom : Wadiel
Age : 20 ans Sexe : M
Adresse : _____

Date de passage : Mars 2011 Profession : _____

Fractions de K	
K	5
30	15
29	15
28	14
27	14
26	13
25	13
24	12
23	12
22	11
21	11
20	10
19	10
18	9
17	9
16	8
15	8
14	7
13	7
12	6
11	6
10	5
9	5
8	4
7	4
6	3
5	3
4	2
3	2
2	1
1	1
0	0



Note brute ? 2 Valeur de K à ajouter M

MMPI-2

S.R. Hathorn et L.C. Attkisson
Manuel de l'Échelle de Personnalité de Minnesota-2



Les Éditions du Centre de Psychologie Appliquée
 25 rue de la Prairie - 75000 Paris, France

Feuille de profil - Echelles cliniques de base

Translated and Adapted by Permission.

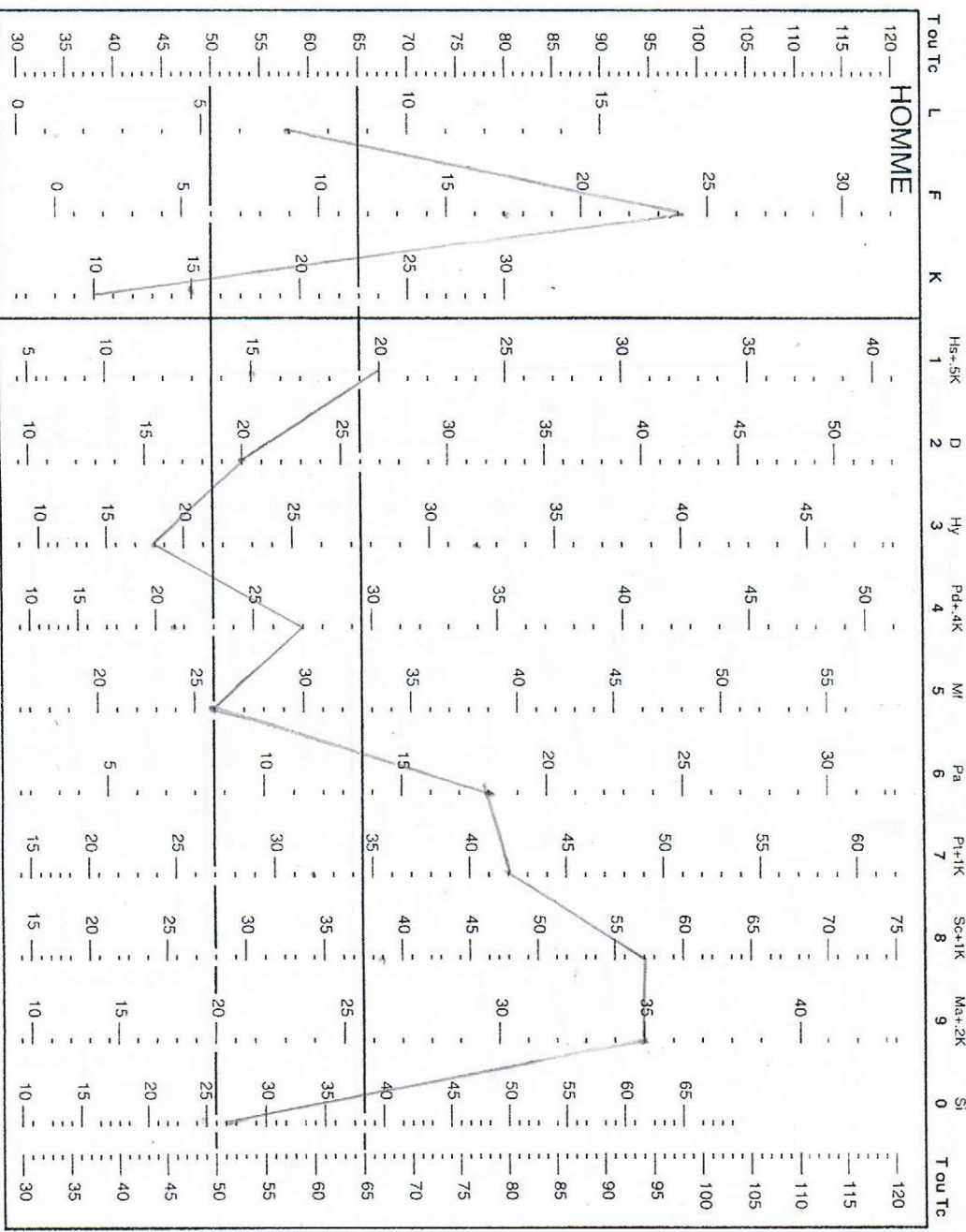
Copyright © 1943 (revised 1970), 1989, 1992 by the University of Minnesota, Minneapolis, MN, U.S.A. All rights reserved.
 Copyright © 1996 of the French edition by Les Éditions du Centre de Psychologie Appliquée. Tous droits réservés.

«MMPI-2» and «Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2» are trademarks owned by The University of Minnesota.

Nom : BOUZID Prénom : BOUZID
 Age : 27 ans Sexe : Masculin
 Adresse : _____

Date de passation : 16/05/2001 Profession : _____

Fractions de K	
K	.5
4	.2
12	.6
15	.6
29	.5
15	.6
28	.6
14	.6
27	.5
14	.5
26	.5
13	.5
10	.5
25	.5
13	.5
10	.5
24	.5
12	.5
9	.5
23	.5
12	.5
9	.4
22	.4
11	.4
8	.4
21	.4
10	.4
8	.4
19	.4
10	.4
8	.4
18	.4
9	.4
7	.4
17	.3
9	.3
7	.3
16	.3
8	.3
6	.3
15	.3
8	.3
6	.3
14	.3
7	.3
6	.3
13	.3
7	.3
5	.3
12	.2
6	.2
5	.2
11	.2
6	.2
4	.2
10	.2
5	.2
4	.2
9	.2
5	.2
4	.2
8	.2
4	.2
7	.2
4	.2
6	.2
3	.2
5	.2
3	.2
4	.2
2	.2
1	.1
3	.1
2	.1
1	.1
0	.0
1	.0
0	.0



Note brute ? 0
 Valeur de K à ajouter 5
 Note brute corrigée par K 24
 D 20
 Hy 18
 Pd+4K 23
 Mf 26
 Pa 17
 Pt+1K 32
 Sc+1K 47
 Ma+2K 33
 Si 27
 T ou Tc 100
 L 15
 F 20
 K 25
 Hs+5K 30
 D 40
 Hy 45
 Pd+4K 40
 Mf 45
 Pa 35
 Pt+1K 50
 Sc+1K 55
 Ma+2K 60
 Si 65
 T ou Tc 95

MMPI-2™

S.R. Hathaway et J.C. McKinley
*Inventaire Multidimensionnel de
 Personnalité de Minnesota - 2™*

Les Editions
 du Centre
 de Psychologie
 Appliquée
 25 rue de la Plume - 75002 Paris Cedex 02

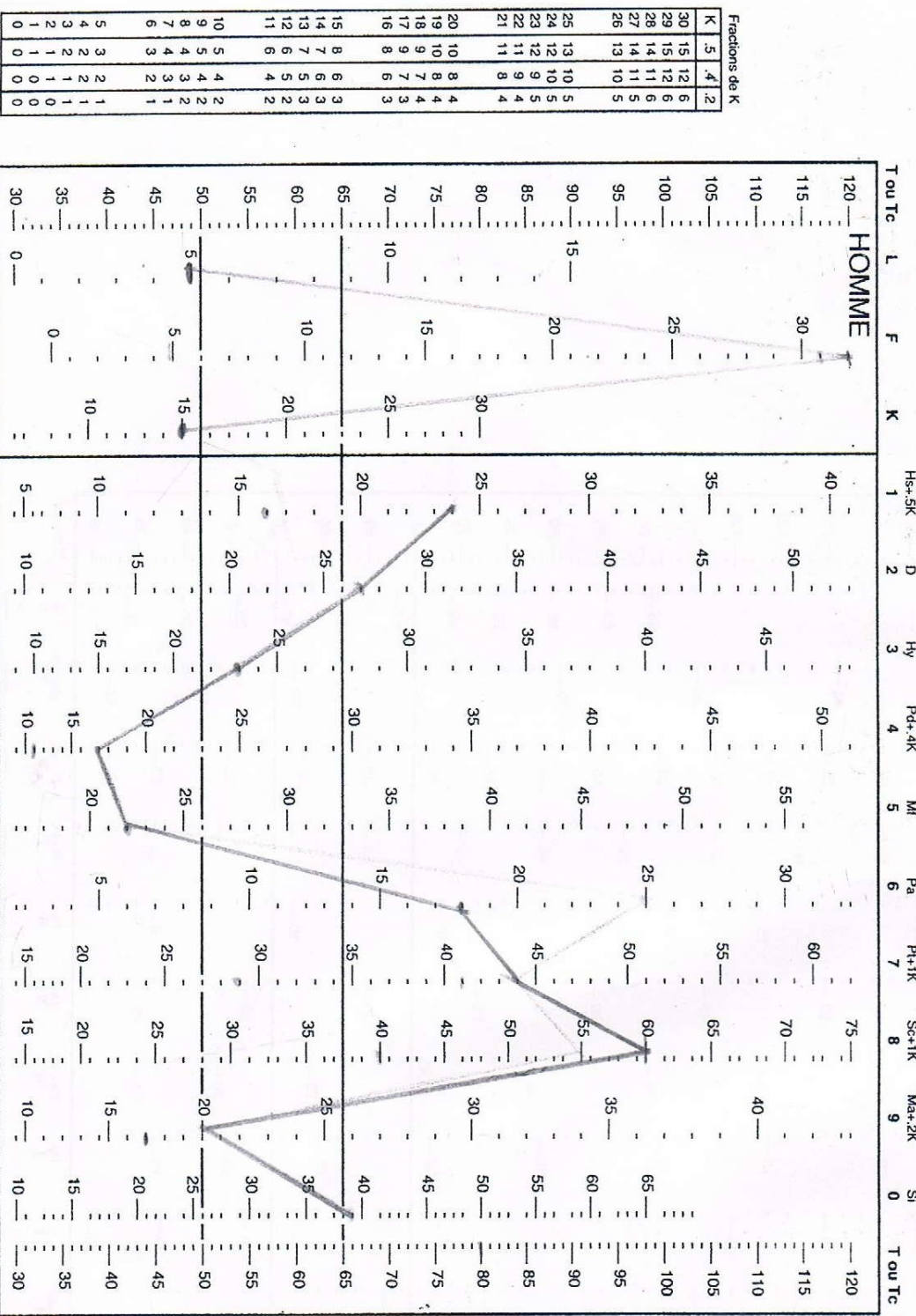
Nom : Ramelkani Prénom : Ramelkani
 Age : 49 ans Sexe : masculin
 Adresse : _____

Feuille de profil - Echelles cliniques de base

Translated and Adapted by Permission.
 Copyright © 1943 (revised 1970), 1989, 1992 by the University of Minnesota, Minneapolis, MN, U.S.A. All rights reserved.
 Copyright © 1996 of the French edition by Les Editions du Centre de Psychologie Appliquée. Tous droits réservés.

«MMPI-2» and «Minnesota Multiphasic Inventory-2» are trademarks owned by The University of Minnesota.

Date de passation : _____ Profession : _____



Fractions de K

K	5	4	2
30	15	12	6
29	15	12	6
28	14	11	6
27	14	11	5
26	13	10	5
25	13	10	5
24	12	10	5
23	12	9	5
22	11	9	4
21	11	8	4
20	10	8	4
19	10	8	4
18	9	7	4
17	9	7	3
16	8	6	3
15	8	6	3
14	7	6	3
13	7	5	3
12	6	5	2
11	6	4	2
10	5	4	2
9	5	4	2
8	4	3	2
7	4	3	1
6	3	3	1
5	3	2	1
4	2	2	1
3	2	1	1
2	1	1	0
1	1	0	0
0	0	0	0

Note brute ? 2
 Valeur de K à ajouter 8

T ou Tc L F K Hs-5K D Hy Pd+4K Mf Pa Pt+1K Sc+1K Ma+2K Si T ou Tc

5 32 15 16 27 23 14 29 18 29 45 12 39

MMPI-2

S.R. Hathaway et J.C. McKeane
*Investigative Multidimensionnelle de
 Personnalité du Minnesota - 2*

Les Editions
ecpa
 du Centre
 de Psychologie
 Appliquée
 25 rue de la Harpe - 75001 Paris Cedex 01

Feuille de profil - Echelles cliniques de base

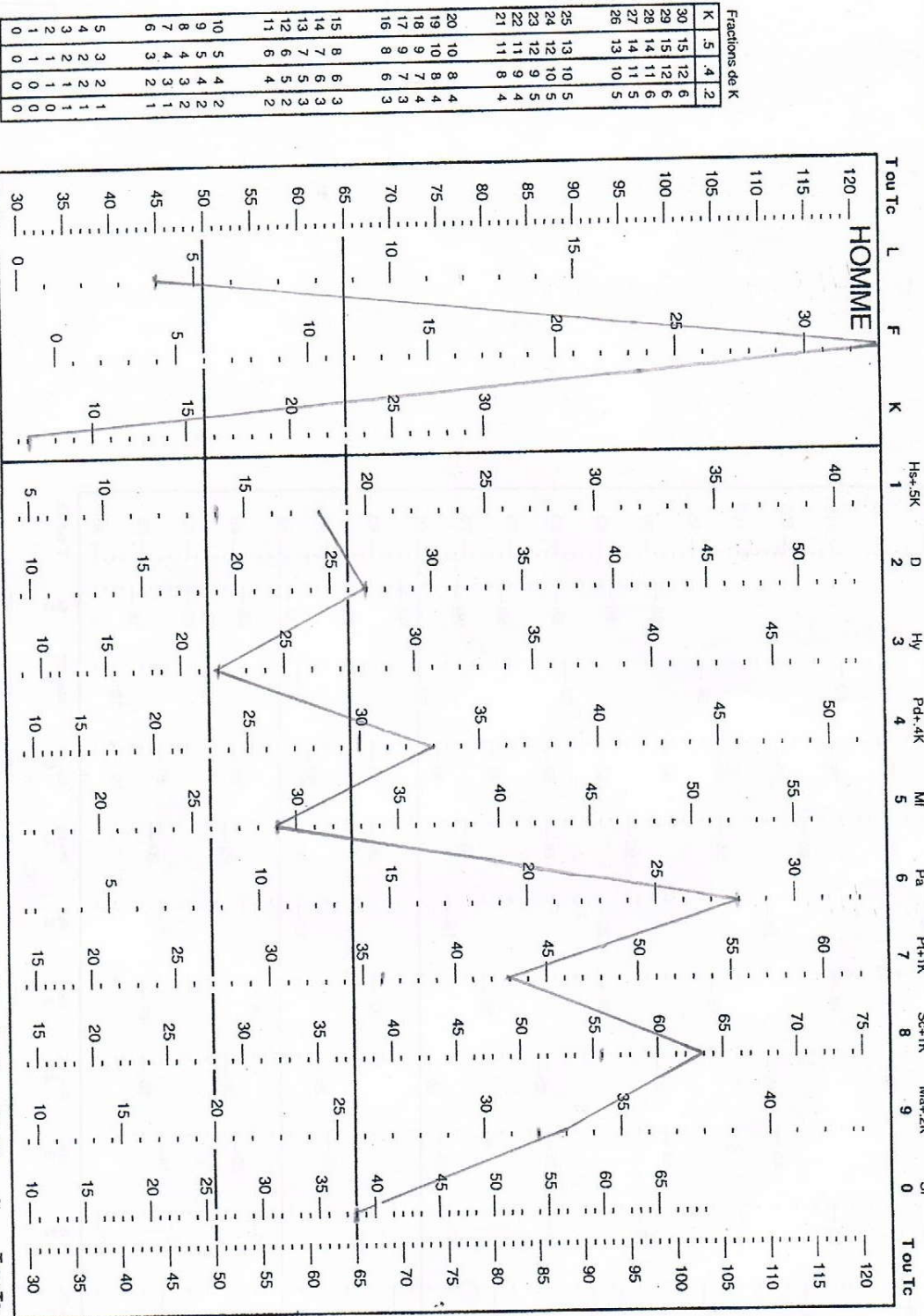
Translated and Adapted by Permission.

Copyright © 1943 (renewed 1970), 1989, 1992 by the University of Minnesota, Minneapolis, MN, U.S.A. All rights reserved.
 Copyright © 1996 of the French edition by Les Editions du Centre de Psychologie Appliquée. Tous droits réservés.

*MMPI-2® and *Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2® are trademarks owned by The University of Minnesota.

Nom : Sophiane Prénom : Wendell
 Age : 22 ans Sexe : H
 Adresse : _____

Date de passation : _____ Profession : _____



Note brute
 4 35 07 14 27 22 30 29 28 36 56 32 28