

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة محمد خيضر - بسكرة -

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم العلوم الاجتماعية

شعبة علم النفس

عنوان المذكرة

## القياس الموضوعي للفصام

من خلال تطبيق الاختبار متعدد الأوجه للشخصية الثاني

- دراسة عيادية لثلاث حالات- بولاية أدرار -

مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر في علم النفس العيادي

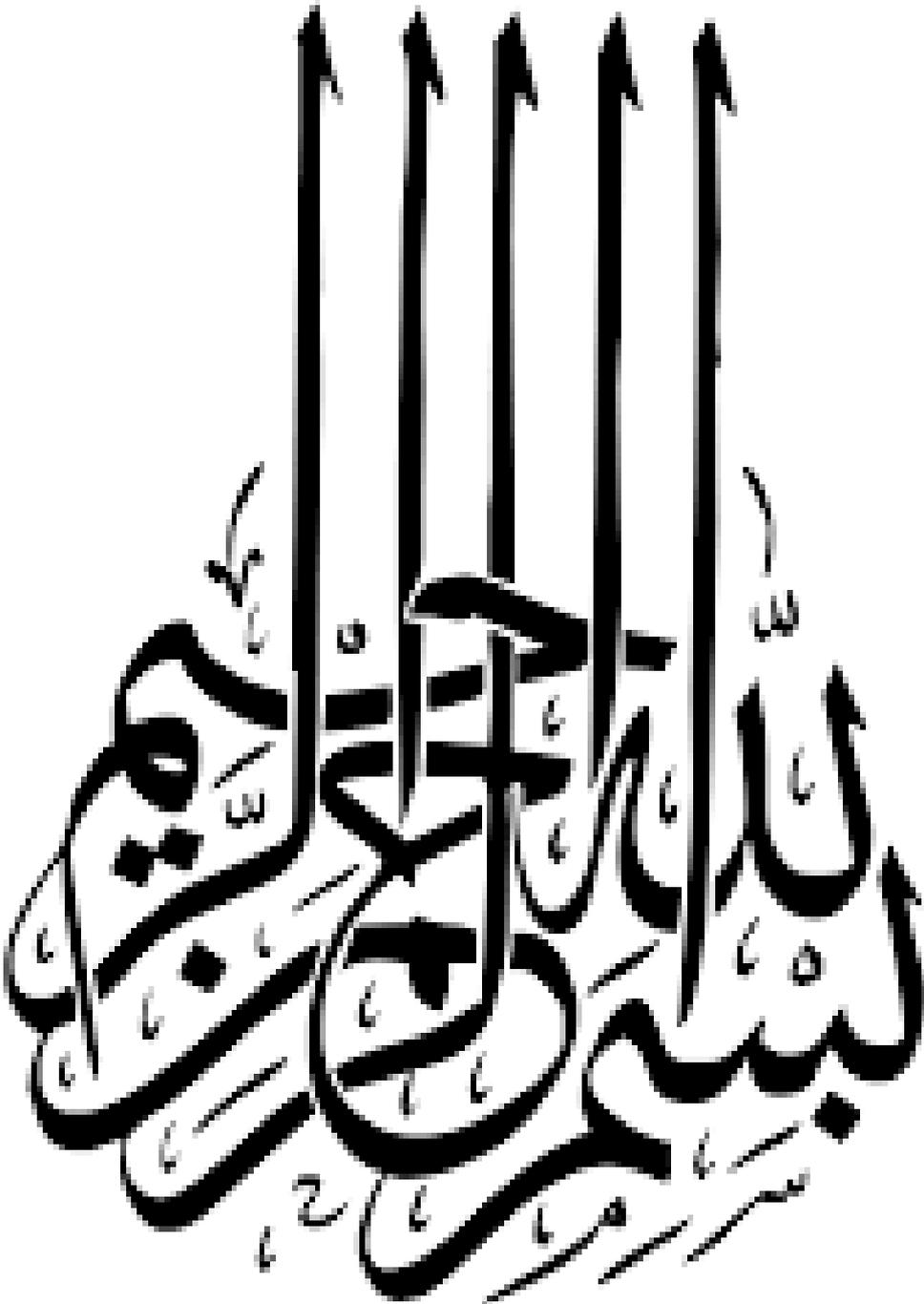
إشراف الأستاذة:

د- خليدة مليوح

إعداد الطالبة

أمال داود

السنة الجامعية 2016 - 2017



# شكر و عرفان

الشكر أولاً وآخرأ لله رب العالمين

الحمد لله الذي خلق الإنسان وعلمه وراقبه بمشيئته نوابه

وأفعاله

الحمد لله علا وجل وفقنا لإتمام هذا البحث المتواضع وهذا

كله لم يكن ليتحقق إلا بفضل.

نتقدم بالشكر الجزيل إلى الأستاذة "عليه خليدة" المشرفة

على هذه الرسالة التي تعلمنا منها الكثير فكانت لتوجيهاتها

ونصائحها وآرائها السديدة أكبر الأثر في إعداد هذه الرسالة

ووفاء وامتناناً بالفضل لأهل الفضل واحترافاً بالجميل لأهل الجميل

نتقدم بالشكر الجزيل لكل من أثنانا بعلمه وفكره وإلى كل من

وقفنا إلى جوارنا معلماً وناصحاً ومرشداً ونخص بالذكر

الأخصائيتين النفسانيتين "بغية زكية" و"مالكي ربيعة" وطاقم

الإداري للمركز الوسيط لعلاج المدمنين بولاية أدرار وكل

الشكر والتقدير إلى كل من قدم لنا مساعدة من قريب أو

بعيد.

ندرجو من الله أن يوفقهم جميعاً وأن ييسر لهم سبل الخير  
والفلاح في الدنيا والآخرة وأن يجازيهم عنا خير الجزاء.

إهداء

ء

إلى كل طالب علم في وطننا الحبيب.....  
إلى كل من كابد المشقة لبلوغ القمم.....  
إلى كل من سهر الليالي لبلوغ الأعالي.....

نهدي ثمرة جهدنا



## ملخص الدراسة:

تهدف الدراسة الحالية إلى معرفة ما إذا كان اختبار مينسوتا متعدد الأوجه للشخصية الثاني يقيس الأعراض المرضية للفصام، ومن خلال الاشكالية تمّ التطرق إلى التساؤل التالي: هل يقيس اختبار متعدد الأوجه للشخصية الثاني الأعراض المرضية للفصام؟

حيث أجريت الدراسة على ثلاث حالات فصاميين واعتمدنا في ذلك على المنهج العيادي وتطبيق مجموعة من الأدوات شملت الملاحظة العيادية والمقابلة نصف موجهة واختبار مينسوتا متعدد الأوجه للشخصية الثاني.

وتمّ التّوصل إلى النتائج التالية:

توصلنا إلى أن الفرضية قد تحققت مع الحالات الثلاث، فالحالة الأولى تمثلت بارتفاع متوسط بروفيل المفحوص من خلال السلم القاعدية  $M=68.75$  يعني أكبر من 45 وهذا يدل على أن المفحوص ضعيف التواصل مع الواقع، ومن خلال السلم  $F=62$  مع ارتفاع معادلة قودبارج  $L'indice\ de\ Goldberg=49$  أكبر من 45 يعني أن المفحوص ذهاني، إضافة إلى ارتفاع سلم الفصام  $Sc=74$  والبارانويا  $Pa=62$  والهوس الخفيف  $Ma=75$  ومن هنا نستطيع القول أن المفحوص لديه ميول فصامية في حالة هيجان حيث أن سلم البسيكاستينيا  $Pt=75$  أكبر من 70.

والحالة الثانية تميزت بارتفاع متوسط بروفيل المفحوص من خلال السلم القاعدية  $M=85.12$  أكبر من 45 هذا ما يفسر عدم النضج لدى المفحوص وبالتالي ضعف اتصاله بالواقع من خلال السلم  $F=90$  وارتفاع معادلة قودبارج  $L'indice\ de\ Goldberg=74$  أكبر من 45 يعني أن المفحوص ذهاني، وارتفاع سلالم المثلث

الذهاني الفصام Sc=89 والبارانويا Pa=95 والهوس الخفيف M=85 ومن هنا نستنتج أن المفحوص في حالة هيجان، حيث أن سلم الفصام أكبر من 70.

وارتفاع متوسط بروفيل المفحوص بالنسبة للحالة الثالثة من خلال السلام القاعدية M=68.12 أكبر من 45 بمعنى غياب تكيف المفحوص مع العالم الخارجي من خلال السلم F=112 وارتفاع معادلة قودبارج L'indice de Goldberg=81 أكبر من 45 هذا ما يدل على أنّ المفحوص شخص ذهاني إضافة إلى ارتفاع سلام المثلث الذهاني الفصام Sc=86، البارانويا Pa= والهوس الخفيف Ma=69 ومن هنا يمكن القول أن المفحوص لديه ميولات فصامية في حالة هيجان.

وانطلاقاً من الفرضية العامة يمكننا القول أنّ لاختبار مينسوتا القدرة على قياس الأعراض المرضية للفصام.



الجانحة النظرى

# الفصل الأول

## الإطار العام للدراسة

- 1- مقدمة اشكالية
- 2- فرضيات الدراسة
- 3- دواعي اختيار موضوع الدراسة
- 4- أهمية الدراسة
- 5- أهداف الدراسة
- 6- الدراسات السابقة
- 7- التحديد الإجرائي لمصطلحات الدراسة

**1- مقدمة - إشكالية :**

إن تطور العلم في مجال علم النفس زاد من تفرعه إلى فروع دقيقة قائمة بحد ذاتها لدراسة الجوانب الأساسية في السواء والاضطراب، ومن بينها علم النفس الشخصية الذي يدرس الجوانب الأساسية فيها ونموها وتطورها ومحدداتها الوراثية والبيئية وطرق قياسها واضطراباتها كل ذلك على أساس نظريات متعددة كثيرا ما تكون متباينة وإن كان الهدف مشترك وهو التنبؤ بالسلوك الإنساني في مختلف المواقف والأوقات.

لكن تطوير طرق القياس يمكن في الوقت نفسه أن يساعد على تطور النظرية ونموها حيث تضع هذه الأخيرة علاقات يمكن اختبارها ولن يتم ذلك إلا بأدوات القياس (محمد الأنصاري، 2000، ص ص 29-32) والذي يعرفه K. Bean "على أنه مجموعة من المثيرات المرتبة لتقيس بطريقة كمية أو كيفية بعض العمليات الانفعالية والعقلية أو النزوعية، على أن المثيرات قد تكون على شكل أسئلة مكتوبة أو ملقاة أو في صورة سلسلة من الأعداد أو الأشكال أو النغمات" (عباس محمود عوض، 1998، ص 32) والمسلمة الأساسية في عملية القياس النفسي أن الفرد يختلف عن غيره من الأفراد في أبعاد معينة وفي العشرينيات والثلاثينيات بدأ منحى الاختبارات الموقفية الأدائية على يد هارتشورن وماي (1928) حيث قام نفر من علماء النفس بإعداد نموذج مختلف من مقاييس الشخصية التي تقوم على الإحصاء وكان هدفهم إعداد مقاييس لقياس سمات محددة في الشخصية يمكن تطبيقها بطريقة موضوعية (محمد الأنصاري، 2000، ص 35)

وذلك لصعوبة قياس وتقدير أغلبية الظواهر السلوكية لكونها لاتخضع للملاحظة المباشرة حيث عمد الباحثون السلوكيون على تطوير تقنيات بناءا على المؤشرات الدالة على السلوك موضوع القياس بغية الكشف عن المقدار الذي يتمتع به الفرد فيما يخص هذا السلوك (بوسنة محمود، 2007، ص127).

ولقد اهتم العلماء في بداية القرن التاسع عشر بضعاف العقول لذا فقد شعروا بحاجتهم إلى مقاييس للتشخيص والتصنيف، ومن هنا كان مجال التخلف العقلي من أكثر المجالات التي برزت من خلالها مشكلة القياس والتمييز بين الأفراد (بشرى إسماعيل محمد 2004، ص16) وعلى رأسهم جيمس ماكين كاتل الذي يعتبر أول من استخدم لفظ الاختبارات العقلية ذلك أنه كان ذا تأثير قوي في حركة استخدام المقاييس النفسية كاختبارات عقلية (ليون تايلور، 1998، ص49)، هاته الأخيرة التي تعرفها أنستازي " بأنه مقياس موضوعي مقنن لعينة من السلوك" (بشرى إسماعيل محمد، 2004، ص58) وشهدت بعد ذلك حركة القياس العقلي والنفسي تطورات هائلة في بناء الاختبارات واستخدامها (محمود أحمد عمر، 2010، ص93). ومن ضمن هاته الاختبارات اختبار مينسوتا المتعدد الأوجه للشخصية والذي عدل بعد ذلك ليصبح اختبار مينسوتا المتعدد الأوجه للشخصية النسخة الثانية حيث يعتبر أحد أهم اختبارات الشخصية والأكثرها شيوعا لكونه يساعد الأخصائي النفسي في الحصول على صورة دقيقة وأكثر موضوعية لشخصية الفرد وبالرغم من إرهاقه لكل من الفاحص والمفحوص لكونه يضم عدد كبير من الأسئلة إلا أنه

يشغل مكانة هامة بين روائز الشخصية ذلك لأنه يعمل على قياس سمات الشخصية السوية والمرضية.

وفي نفس الوقت الذي ساهم فيه الأخصائيون النفسيون لظهور هذا النوع من الاختبارات تزايد الاهتمام بالصحة العقلية كما تزايد الوعي بإمكانية استخدام هاته الاختبارات في تشخيص الاضطرابات النفسية والذهانية من بينها الفصام الذي يعرف على " أنه ذهان وظيفي ناتج عن عوامل نفسية المنشأ واضطراب أساسي في الشخصية كما أنه مجموعة من الأعراض تشير إلى اضطراب عدد من الوظائف العقلية كالتفكير والإدراك واختلال كل من السلوك والإرادة والوجدان" (سمير بقيون، 2007، ص ص 432-433) كما يمثل إلى حد بعيد الانحراف العقلي وما يؤدي إليه من انحرافات سلوكية واضطرابات للشخصية والوعي الإنساني، وأشد ما يميز الفصامي هو فقدانه للعلاقة مع عالم الواقع إذ يصبح غريبا عن واقعه ومحيطه لا يمت بصلة لعالم الناس الذين من حوله من خلال تصحيح لواقع جديد مليء بالهلاوس والهذات، فدفاع الأنا تقع في اضطراب انفعالي ومشاكل نفسية وقد لا يجد هذا الصراع حوله إلا في المرض النفسي العصبي أولا والعقلي فيما بعد مما يؤدي به إلى الدخول في عالم الخيال (علي زيعور، 1986، ص ص 249-250). فالسؤال الذي يطرح نفسه: هل يقيس اختبار مينسوتا المتعدد الأوجه للشخصية الثاني الأعراض المرضية للفصام؟

**2- فرضيات الدراسة:**

- تقع بعض أعراض الفصام في المثلث الذهاني.

**3- دوافع اختيار موضوع الدراسة:**

- الاهتمام بالاضطرابات الذهانية خاصة الفصام الذي يعد أعقد الاضطرابات الذهانية الوظيفية مقارنة مع اضطرابات ذهانية أخرى.
- الاهتمام بعملية تشخيص الاضطرابات الذهانية خاصة الفصام.
- الاهتمام بتطبيق اختبار موضوعي MMPI-2 في قياس الأعراض الفصامية .

**4- أهمية الدراسة:**

- أن الأخصائيين النفسيين يستطيعون تشخيص الاضطرابات الذهانية خاصة الفصام من خلال الاختبارات الموضوعية كما الشأن في الاضطرابات العصابية.
- توضيح بعض الأعراض المرضية التابعة لاضطراب الفصام من خلال المثلث الذهاني.
- توضيح كيفية تشخيص المرضى العقلين بالمستشفيات العقلية.

**5- أهداف الدراسة:**

يتمثل في هدف رئيسي وهو: الكشف على فعالية اختبار مينسوتا المتعدد الوجه للشخصية الثاني في قياس أعراض الفصام.

**6- الدراسات السابقة:****6-1 الدراسات المحلية:**

❖ دراسة صاغي نورة بالجزائر(1994): بعنوان "اختبار صلاحية بعض أدوات التقدير السيكولوجي في تشخيص الفصام"، جامعة الجزائر.

استعملت المنهج الذي يقوم على المنهج الامبريقي والتجريب، وعلى استعمال الاحصاء وأحيانا وسائل تقنية شديدة الدقة والتعقيد، أمّا عينة البحث تكونت من 40 رجلا ينقسمون إلى مجموعتين متساويتين احدهما مرضية والأخرى سوية، وقد تمّ اختيار العينة المرضية اعتمادا على الفحص الذي أجراه الطبيب العقلي، والذي شخّص الحالات على أنهم فصامين، وفي الخطوة الثانية عمدت الباحثة إلى اجراء مقابلة عيادية مع هذه الحالات طبقت خلالها المقياس المشتق من معايير الدليل التشخيصي الاحصائي الثالث المعدّل عام 1987، أمّا العينة السوية فقد تمّ 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 كتنقية تشخيصية وعلاجية وتقويمية، مع مقابلة حرة استهدفت التعرف بالعميل وإقامة علاقة ثقة والمودة معه، والمقابلة الموجهة التي هدفت إلى الحصول على بعض المعلومات الشخصية عن العميل مثل السن وظروف السكن وحجم الأسرة والمهنة والسوابق المرضية وظروف الإقامة والسوابق المرضية في المستشفى والحالة الاقتصادية، بالإضافة إلى أسباب الدخول إلى المستشفى وعدد مرات الدخول وأنواع العلاج الذي تلقاه العميل وطول مدة المرض.

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

ومن بين الوسائل الإحصائية للتحقق صحة فروض البحث تم استخدام الوسائل الإحصائية منها تحليل التباين analysis of anova لمعرفة الفروق بين المجموعتين السوية والمرضية، اختبار شيفي دلالة 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 نتيجة البحث الحالي الذي يهدف إلى التعرف على مدى صلاحية بعض وسائل التقدير السيكولوجية في تشخيص الفصام المتمثلة بمقياس التطرف لمصطفى سويف ومقياس ايزنك، واختبار مينسوتا متعدد الأوجه:

- ميز اختبار مينسوتا متعدد الأوجه تمييزا واضحا بين العينة السوية والعينة الفصامية من خلال ظهور المثلث الذهاني أكثر بروزا في بروفيل العينة.
- ميز مقياس الفصام تمييزا واضحا بين الفصامين والأسوياء.
- ميز مقياس الذهانية لايزنك تمييزا واضحا بين الفصامين 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.

(مليوح خليفة 2014، ص ص 33-35)

❖ دراسة مليوح خليفة (2014)، بعنوان "مدى فعالية تقنيات الفحص العيادي

الاسقاطية والموضوعية في تشخيص الفصام في المجتمع الجزائري"، جامعة بسكرة

حيث هدفت إلى معرفة أهمية فعاليات تقنيات الفحص العيادي الاسقاطية

والموضوعية التي يستخدمها الأخصائي النفسي في تشخيص الفصام إضافة إلى

معرفة بعدها في التشخيصي للمرض العقلي الفصام مقارنة مع التشخيص السيكاتري الذي يعتمد على أساليب طبية بحتة، وتكونت العينة من 10 رجال وقد تم اختيار العينة اعتمادا على التشخيص السيكاتري الذي أجراه الطبيب العقلي، وتم تطبيق اختبار الرورشاخ واختبار تفهم الموضوع بالإضافة إلى اختبار مينسوتا المتعدد الأوجه للشخصية الثاني مستخدمة في ذلك تقنية الملاحظة العيادية والمقابلة العيادية.

وجاءت نتائج هذه الدراسة متطابقة مع تساؤلات البحث التي وضعتها الباحثة انطلاقا من المقابلة مع السيكاتري حيث نتج أن اختبار الرورشاخ يشخص بطريقة موضوعية الفصام وكذلك بالنسبة لاختبار تفهم الموضوع أما بالنسبة للتقنية الموضوعية مينسوتا المتعدد الأوجه للشخصية MMPI-2 فأكدت صلاحيتها في تشخيص الفصام بطريقة موضوعية وذلك من خلال ارتفاع السلام الاكلينيكية لسلم الفصام مع ارتفاع بعض السلام للمثلث العصابي والمثلث الذهاني حيث كلما ترتفع بعض أعراض المثلث العصابي والذهاني أي سلم الفصام مرتبط بعدة أعراض عصابية وذهانية.

## 2-6 الدراسات العربية:

❖ دراسة مجدي أحمد محمد عبد الله بمصر (2006) بعنوان "القياس الموضوعي

والاسقاطي للفصام" (دراسة عاملية):

تكونت عينة 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 7، 30 سنة. أما الأدوات تمثلت في استخدام ثلاثة اختبارات يفترض أنها تقيس الفصام بوصفه ذهانيا وبيانيا 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 (مينسوتا والعيسوي)، بينما لا يوجد ارتباط بين هذين المقياسين والمقياس الاسقاطي للفصام (S C) المشتق من اختبار الشخصية.

تضمن العامل الأول (مينسوتا 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 (مينسوتا والعيسوي)، بينما لم يتحقق الفرض الثاني والذي ينص على أنه يوجد ارتباط ايجابي بين أي من مقياسي مينسوتا والمقياس الاسقاطي للفصام (S C) المشتق من "اختبار حقي للشخصية".

وفيما يتعلق بالمقياس الثالث (S C) وهو اختبار الاسقاطي المشتق من "اختبار حقي الشخصية"، فالنتائج تشير إلى 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 الاسقاطي للفصام في قياسه للفصام.

(مليوح خليفة، 2014، ص ص 38-39)

#### التعليق على الدراسات السابقة:

تشابهت الدراسة الحالية مع دراسة خليفة مليوح والتي كانت بعنوان "مدى فعالية تقنيات الفحص العيادي الاسقاطية والموضوعية في تشخيص الفصام في المجتمع الجزائري" في حالات الدراسة متغير الفصام واختبار المتعدد الأوجه للشخصية الثاني والمنهج المستخدم "العيادي" وكان الاختلاف في أن هذه الدراسة اعتمدت على اختبارات

اسقاطية اختبار الورشاخ وتفهم الموضوع أمّا دراستنا اعتمدت اختبار وحيد (اختبار متعدد الأوجه للشخصية الثاني).

تشابهت الدراسة الحالية مع دراسة صاغي نورة في الهدف وهو مدى صلاحية بعض أدوات التقدير السيكولوجي في تشخيص الفصام ومنها اختبار مينسوتا المتعدد الأوجه للشخصية، واختلفت من حيث المنهج حيث استخدمت المنهج الامبريقي والتجريب إضافة إلى استخدام الوسائل الاحصائية تحليل التباين واختبار شيفي.

أما دراسة مجدي أحمد محمد عبدالله فتشابهت مع دراستنا من حيث العينة المدروسة (الفصام) واعتمد على ثلاثة مقاييس مقياسين منها موضوعية ومن المقياسين منها مقياس الفصام (س ك) مشتق من قائمة مينسوتا متعددة الأوجه للشخصية إلا انه يختلف في مقياس اسقاطي (S C) لأفت حقي، واختلفت من حيث المنهج المعتمد وهو المنهج التجريبي الاحصائي وبيئة الدراسة.

## 7- المصطلحات الإجرائية للدراسة:

\* الفصام: اضطراب وظيفي عقلي يؤدي إلى تدهور العمليات العقلية، كما أنه ناتج عن فشل الفرد في حل صراعاته النفسية نتيجة لعدم اعترافه بالواقع الخارجي فيصلح واقعه المرفوض المليء بالهلاوس والهذاء مما ينتج عنه اضطراب في السلوك عامة ومجموعة من الأعراض الايجابية والسلبية المرتبطة بعدة مواضيع متنوعة.

\* اختبار مينسوتا المتعدد الأوجه للشخصية الثاني: اختبار موضوعي يتكون من 567 بند يقيس الميول المرضية انطلاقاً من مثلث عصابي وذهاني طبق على ثلاث حالات فصامية المتواجدة بمصلحة الأمراض العقلية والمركز الوسيط لعلاج المدمنين بولاية أدرار.

\* القياس الموضوعي: هو قياس الأعراض المرضية للفصام من خلال تطبيق اختبار موضوعي مينسوتا متعدد الأوجه للشخصية الثاني .

# الفصل الثاني:

## الفصام

### تمهيد

1- نبذة تاريخية حول مصطلح الفصام

2- تعريف الفصام

3- المقاربات النظرية للفصام

4- انتشار الفصام

5- أعراض الفصام

6- أنواع الفصام

7- المراحل التطورية للفصام

8- الخصبة الفصامية

9- التشخيص

10- العلاج

11- المال

خاتمة

**تمهيد:**

يعد الفصام من أخطر الأمراض العقلية التي قد تصيب الفرد في مراحل مبكرة من حياته، إذ يتميز بمجموعة من الأعراض النفسية والعقلية والمتمحورة حول الهلاوس والهذات، واضطراب في الأفكار والتشوه في الإدراك للمريض وهو ما يؤثر على قدرته في الحكم على الأمور والانفصال عن الواقع مما يؤدي به إلى الانطواء والعزلة، بحيث تؤدي هاته الأعراض في الأخير إلى تدهور واضح في الشخصية والسلوك عامة، ويتحدد الفصام نتيجة لعوامل عدة فقد تكون وراثية أو نفسية أو اجتماعية أو بيئية كالجينات والضغط والاحباطات المتكررة والتنشئة الأسرية لذلك فإنّ العمل على التكفل المبكر يخفف من حدة الاضطراب بالتنسيق مع العلاج الدوائي.

**1- نبذة تاريخية حول مصطلح الفصام:**

إن أول من وصف الصورة السريرية لما يعرف حالياً بالفصام هو الطبيب النفسي مورل Morel حين وصف حالة صبي في الرابعة عشر من عمره يعاني من تدهور عقلي وذلك عام 1860 حيث استخدم مصطلح الخبل المبكر *Dementia praecox* لوصف هذه الحالة، وقد اعتمد كريبلين المصطلح نفسه عام 1887 واعتبره مرادفاً للفصام الطفولي والشباني تمييزاً عن الفصام التخشيبي وقد عرف الفصام المبكر بأنه زملة من الهلوسات والتوهّمات أو الهذيان واضطرابات انفعالية يرافقها السلبية وضعف

الانتباه (محمد قاسم عبدالله، 2012، ص282)، لكن بلويلر 1950 رفض وجهة نظر كريبلين المتعلقة بالتدهور الحتمي المتتالي وفضل أن يطلق على الخبل المبكر مصطلح الفصام وقرر أن الأعراض الأساسية للفصام تتضمن خلطا في الترابط والوجدان وميل الشخص للإنفصام عن الواقع ويشير الى ذلك في النقاط التالية: الترابط والوجدان، التوحد والتناقض الوجداني، وأن أعراض الهلوس والهذات ينظر اليها باعتبار أعراض ثانوية ذلك لأن وجودها يتباين من فرد لآخر. قد أشارت البحوث النفسية إلى الجوانب المختلفة لأعراض الفصام باعتبارها ناتجة عن التفاعل بين الشخص الذي يعاني عجزا معرفيا بين بيئته، واعتقد بلويلر أن مرض الفصام حالة من عدم التناسق حيث توجد الاتجاهات والأفكار والامكانات المتناقضة وبناء على ذلك تفقد الشخصية تناسقا، كما أعطى اهتماما كبيرا لمحتويات المريض واتجاهاته ودوافعه في تحديد مفهوم مرض الفصام، كما أنه ربط هلاوس وهذات المريض بتاريخ حياته وأهدافه المبكرة ومخاوفه وعلاقاته بأفراد أسرته. بالإضافة إلى أنه قسم الأعراض المرتبطة بمرض الفصام إلى أعراض أولية وأخرى ثانوية، وجعل الأعراض الأولية بمثابة مظاهر مباشرة لعملية مرضية جسمية، وتتضمن تفكك التداعي في التفكير وتناقض الاتجاهات والميول والانفعالات، والميل إلى إحلال الخيال محل الواقعية أما الأعراض الثانوية فقد اعتبرها أعراض ذات أصل نفسي، وأنها بمثابة محاولات للتكيف للاضطراب الأولي كما يرى أيضا أن الأعراض تظهر في صورة نشاط حركي زائد أو شاذ، أو عناد يصل أحيانا إلى

درجة الذهول وتتضمن سواء تأويل الإدراك، والعجز عن التجريد والتفكير غير المترابط وكثرة التكثيف وعندما توجد هذات أو هلاوس فإنها عادة تكون غير منتظمة، وقد شايحت الأوساط الطبية النفسية بلويلر على تقسيمه لأعراض الفصام محددًا إياها بالأعراض الأولية (الأساسية) والأعراض الثانوية (الإضافية) واشتهرت الأعراض الأساسية بأنها أعراض كلها تبدأ بالحرف (A) وهي التناقض الوجداني والتفكير الذاتي والتفكك الارتباطي وتكافؤ الأضداد، أما الأعراض الثانوية فإنها متنوعة وأهمها هو فساد المقدرة على اختيار الواقع، والتمييز بين ما هو موضوعي يختص بالبيئة وبين ما هو ذاتي مصدره تفكير المريض وانفعالاته ومخاوفه والعجز عن التفرقة بين المدرك والهاجس وتتأى به الهلاوس والهذات عن الواقع فتزيده انسحابًا وانطواءً فيفقدته تعامله الموضوعي مع الناس، والفصاميين لا يسلكون سلوكًا معينًا يتوخون به اشباع حاجاتهم بقدر ما هو سلوك يتجنبون به صراعاتهم والاحباطات المتكررة والمتزايدة التي يتعرضون لها (محمد الخالدي، 2006، ص ص 346-348).

## 2- تعريف الفصام:

❖ محمد الخالدي: " الفصام اضطراب عقلي وظيفي حاد يسبب حدوثه انشطار وتفكك

الشخصية، ويعمل على تدهورها تدريجيا حتى يؤدي الى التناثر".

- ❖ **ويعرفه أيضا:** على أنه مجموعة من الاضطرابات تختلف فيما بينها من حيث العوامل المسببة والاستجابة للعلاج ومصير المرض، تتفق في أنها (لزمة) مكونة من أعراض مميزة ناشئة عن اضطراب التفكير والإدراك والوجدان والسلوك وهذه الأعراض تصل إلى درجة الذهان في بعض الأوقات خلال مسار المرض (محمد الخالدي، 2006، ص345).
- ❖ **سعيد حسني العزة:** "الفصام أحد الاضطرابات التي تتضمن سلوكا ذهانيا وهو أكثرها شيوعا حيث أن مهارات الحياة اليومية تضطرب بسببه خاصة تلك التي تتضمن التفكير والاحساس بالعالم والعواطف وطريقة الحركة، لذلك يجب معرفة الأشخاص الذي يظهرهون لأننا غالبا نتأثر بتصورات خاطئة عند المصابين به".
- (سعيد حسني العزة، 2004، ص ص215-216)
- ❖ **موسوعة علم النفس والتحليل النفسي:** "الفصام مرض عقلي يصنف ضمن فئة الأمراض النفسية المعروفة بالذهان، يعتبر أكثر الأمراض الذهانية انتشارا، وهذا المرض يمزق العقل ويصيب الشخصية بالتصدع فتفقد بذلك التكامل والتناسق الذي كان يوائم بين جوانبها الفكرية والانفعالية والحركية والإدراكية" (محمد حسن غانم، 2007، ص432).
- انطلاقا مما سبق أستنتج أن الفصام هو اضطراب عقلي وظيفي يؤدي إلى تدهور مختلف العمليات مما ينتج عنه اضطراب في السلوك عامة، ناتج عن فشل الفرد في حل صراعاته النفسية نتيجة لعدم اعترافه بالواقع الخارجي وهو ما يؤدي به إلى الانطواء والعزلة في عالمه الداخلي الذي تتخلله الهلوس والهذات.

### 3- المقاربات النظرية للفصام:

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

#### 3-1 النظرية الوراثية:

نبع الحديث عن المحددات البيولوجية الممكنة للفصام عن العوامل الوراثية بحيث أجريت دراسة على الأسر التي ينتشر فيها الفصام، لكن نتائج هذه الدراسات التي بينت نسبة أعلى من التعرض لخطر الفصام بين أطفال الوالدين الفصاميين تعد مادة لتفسيرات متضاربة لذلك ركز الباحثون الوراثيون اهتمامهم على دراسة التوائم، وأن مقارنة معدلات حدوث الفصام بين التوائم الصنوية واللاصنوية يمكن أن يساعد الباحثين على عزل التأثيرات الممكنة للبيئة عن تأثيرات الوراثة فإذا كان هناك عامل وراثي مهم في الفصام ترتب على ذلك أنه يجب أن يكون عضوا التوائم الصنوية أكثر احتمالا لتطوير الاضطراب عن عضوي التوائم اللاصنوية، وقد أسفرت نتائج دراسة ديفد روزنثال في دراسته عن التبنى عام 1970 بالدنمارك أنّ الأطفال المتبنين قد أصبحوا فصاميين ذلك أنّ الأطفال الذين كان أحد والديهم البيولوجيين يعاني إمّا من الفصام أو من الهوس،

الاكتئاب يطورون الفصام أكثر من تطویرهم لدى أطفال التبني الذين كان والدهم البيولوجيان ليس لديهم تاريخ من الاضطراب النفسي (أحمد محمد عبد الخالق، 2000، ص541).

### 3-2 النظرية التحليلية:

ترى هذه النظرية أنّ ميل الفصامي إلى الإلتجاء إلى السلوك الطفولي أو النكوص إنّما ينتج عنه خبرات انفعالات سلبية تحدث خلال السنوات الأولى القليلة من الحياة، كما يرون أنّ المواقف الذي يتخذوه الأباء تكون له أهمية قصوى خلال هذه الفترة التي يتعين فيها على الطفل أن يواجه ما ينطوي عليه النضج من تحديات واحد بعد الآخر، فالأباء الذين يشجعون ما يقوم به الطفل في محاولات الإلتقان والسيطرة والذين لايتدخلون إلاّ عند الضرورة القصوى إنّما يعينونه على أن يصل إلى أقصى النمو النفسي، على أنّ الأباء الفصاميين وخصوصا الأمهات يظن أنهم ينحرفون انحرافا دلالة على هذا المعيار.

وتذهب هذه النظرية إلى أنّ أمهات الفصاميين إما يكن منسلخات انفعاليا على أطفالهن، وإما يكن مفرطات في حمايتهن لهم، فسلوك الفصامي نزيل المستشفى الذي يأكل أصابعه ويتبرز في ملابسه يفسر بأن عودته بدائية إلى أولى مراحل النمو، كما أن الهلوس السمعية والبصرية والميل إلى الإنعزال الاجتماعي تعد نتائج مباشرة لإنغماسه في الأوهام.

**3-3 النظرية السلوكية:**

يفسر السلوكيون أصل الفصام أنه يتضمن نقاط عديدة من الضعف منها، أنه بالرغم من أن التدعيم يعتبر مبدءا عاما محددًا على نحو جيد فإنه لا يوجد دليل مباشر لاكتساب السلوك الفصامي.

ويرى بافلوف أن ردود الفعل الفصامية تعود الى إنتشار نوع من الكف الوقائي في المخ، ونظرا لضعف خلايا المخ عند الفصامي تصبح المنبهات العادية حادة وبالتالي تؤدي الى تكوين الكف الوقائي، ويتكون الكف عادة في القشرة ولكنه يصل إلى جذع المخ، وتصل 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 أنّ ردود الأفعال الفصامية الأساس فيها ضعف خلايا المخ والسبب في هذا الضعف تسمم الكائن الحي كله بما في ذلك المخ واختلال العمليات الميثابولية وخاصة البروتينية أما سبب هذا التسمم فليس معروف لحد الآن (خليدة مليوح، 2014، ص ص 60-63).

**3-4 النظرية الفيزيولوجية :**

لقد وجد الطبيب (جسنج) علاقة ترابط بين الغدد الصماء أو الهرمونات ومرض الفصام ويقول أيضا أنّ مرض الفصام (الكتاتوني الدوري) يحتفظون بمادة النيتروجين

في الجسم، وأنهم يتحسنون عند طردهم لهذه المادة وقد استخدم هرمون الغدة الدرقية للتخلص من النيتروجين. وقد لاحظ الدكتور (رايز) أن 30% من مرضى الفصام يعانون من اضطراب نوعي في نشاط الغدة الدرقية.

ومن الأبحاث العربية ما قام به الدكتور أحمد عكاشة في قياس كميات (الكورتيزون) في مرضى الفصام وأثر ذلك في شفائهم، فقد وجد أن هذا الهرمون يفرزه مرضى فصام البارانويا أكثر من مرضى أنواع الفصام الأخرى، وأن نكسات المرض يصاحبها زيادة في إفراز هرمون الكورتيزون وأن شفاء المرض يصاحبه نقصان في إفراز هذا الهرمون. ويوجد كثير من الملاحظات الإكلينيكية التي تؤيد الترابط بين الفصام واضطراب الهرمونات ويندر حدوث الفصام عند الأطفال بينما يشدد وتزداد نسبته في مرحلة البلوغ والمراهقة وفي مرحلة الشيخوخة، وقد لوحظ أن بعض العقاقير مثل LSD والحشيش والماسكولين يؤدي إلى اضطرابات انفعالية وهلاوس وهذات شبيهة بأعراض الفصام مما أدى لزيادة اهتمام العلماء المعاصرين بالاضطرابات الكيميائية للهرمونات العصبية مثل الأدرنالين والسيروتونين وغيرهما، وهناك علماء آخرون يرون أنّ سبب الفصام هو مناعة ذاتية داخل الجسم وأنه يدور في دم الفصاميين أجسام مضادة تتفاعل مع مورثات مضادة في المخ تسبب إضطراباً في الجهاز العصبي يؤدي إلى أعراض هذا المرض. وقد اتجه علماء (المدرسة النمائية) إلى ربط الفصام بعوامل تكوينية وذكروا أن الفصاميين يتصفون بالنمط الأكتومورفي الذي يعني صفة التوتر المزاجي الحاد والحساس

جدا ويواجهون بيئة تفتقر إلى الدفاء العاطفي والانساني، وهم ينسحبون ويقودهم هذا الانسحاب إلى الفصام، ويركز أصحاب مدرسة التحليل النفسي على الصراعات وتجارب الطفولة واللاشعور في ظهور الفصام، ويؤكد العالم (بلويلر) أنه نتيجة الصراع والاحباط أما (أدولف ماير) فيرى أن الفصام استجابة للشخصية بأكملها على أساس البيئة الاجتماعية وتنظيم الشخصية وقد أدى هذا الرأي إلى تحديد العوامل البيئية ولاسيما الصدمات النفسية في الطفولة ونشوء الحساسية المفرطة، والحرمان العاطفي في حياة الطفل ويهيء المناخ الملائم لفصام الفرد وكذلك العلاقات أو المشكلات العائلية وأنماط السلوك النكوسي، ولاشك أن التنشئة العائلية والاجتماعية الخاطئة تكون البلادة الانفعالية عند الفصامي وتنمي فيه البرود العاطفي والهذات البارانونية.

(مروان أبو حويج، عصام الصفدي، 2009، ص ص 130-132) .

#### 4- انتشار الفصام:

لا تتوفر احصائيات شاملة لأقطار العالم ومجتمعاته تبين نسبة وقوع المرضى بين الناس وتوزيع هذا الوقوع بين طبقاته وشرائحه السكانية وحتى البلدانية التي تتوفر فيها دراسات حول الشيزوفرينيا فإن هناك تفاوتاً بين الباحثين حول ذلك. بالإضافة إلى ذلك صعوبة انتباه الأسرة أو المجتمع إلى كل حالة مرضية، قد يكون الفصام مخفياً عن الملاحظة الطبية، والصعوبة الأخرى في التقدير والتشخيص من جانب الأطباء فالمرض موجود ومعروف وموصوف من أقدم العصور، ولذلك فإن هناك ملاحظات

أخرى أفادت بها الدراسات الطبية الإحصائية في العديد من البلدان ومن أهم هذه الملاحظات أنّ أعلى نسبة لوقوع المرض هي في المدن وخاصة المدن الكبيرة والمرضى الأكثر وقوعاً هم سكان وسط المدينة منه سكان أطراف المدينة، وتقل النسبة بشكل تدريجي حتى تصل إلى أدناها في الريف، ومن الملاحظ أيضاً وجود نسبة أعلى للمرض من بين الأقليات في الطبقات الأدنى تعليمياً ومهنيًا واقتصادياً واجتماعياً، وقد فسّر الباحثون النسبة الأعلى للمرض للفئات الفقيرة والأقل حظاً اقتصادياً واجتماعياً، وكذلك في حالة كثرة التزاوج بين الأقارب، ومع ذلك تؤكد غالبية الدراسات أن المرأة تبقى أقل إصابة من الرجل لأنها أقل تعرضاً لشدائد الحياة ومسؤولياتها.

(رشيد حميد زغير، 2010، ص ص 261-262)

وتقدر نسبة انتشار الفصام في البلدان الغربية بنسبة بين 0.05 و 1% ويصاب سنوياً حوالي 0.05% بهذا المرض، ويذكر رضوان (2002) أن احتمال أن يصاب انسان بهذا المرض في مجرى حياته بنسبة 1% ونسبة النساء اللواتي يمرضن بالفصام أكثر من الرجال غير أن الرجال يمرضون بالفصام في وقت مبكر قبل النساء.

(عبد اللطيف حسين فرج، 2009، ص 165).

ولقد لاحظت بعض الدراسات حدوث الفصام بنسبة أكبر بعض الشيء بين أولئك الأفراد الذين ولدوا في فصل الشتاء مقارنة بأولئك الذين ولدوا في فصول السنة الأخرى وهو الأمر الذي يمكن تفسيره بتلك الفرضية التي ترى أن الفصام يحدث بسبب التهاب

فيروسى حدث فى الأشهر الأولى من حياة مريض الفصام لكن ذلك الفيروس بظيء التأثير فإن أثره يظهر فى سن الشباب وهى الفترة التى تبدو فيها أعراض الفصام فى العادة، وينتشر بين مرضى الفصام أيضا استخدام المخدرات، ولقد لوحظ أن 30 إلى 50% منهم تنطبق عليهم الأوصاف التشخيصية لإدمان المخدرات والكحوليات، وطبقا للدراسات الغربية فإن الحشيش (15-25% من المرضى) والكوكايين (5-10% من المرضى) هما أكثر العقاقير المدمنة استخداما، والتى يستخدمها المرضى عادة بحثا عن النشوة ولتقليل أعراض القلق والاكتئاب ومن خلال الملاحظة الاكلينيكية فإن الحشيش والأمفيتامينات (الحبوب المنشطة) هى الأكثر انتشارا بين مرضى الفصام فى العالم العربى (طارق على الحبيب، 2008، ص ص 17-20).

## 5- أعراض الفصام:

تختلف أعراض الفصام من مريض لآخر حسب شدة ومدة المرض فأحيانا ما نجد كل هذه الاضطرابات فى مريض واحد، وأحيانا تقتصر أعراض المريض على اضطراب واحد، ويعتقد كثير من الدارسين للطب النفسى أن الضلالات والهالوس أعراض مميزة لمرض الفصام، وهذا غير صحيح نظرا لأن هذه الأعراض تظهر فى جميع أنواع الذهان الوظيفى والعضوى، ومن ثم فإن الأعراض الأولية والمهمة لمرض الفصام هى اضطرابات التفكير والوجدان والارادة وكل ما هو غير ذلك فهو ثانوى.

### 5-1 اضطراب التفكير: ويقسم هذا الاضطراب إلى:

❖ **اضطراب التعبير عن التفكير:** هذا الاضطراب هو من الأعراض المميزة لهذا المرض

حيث يشعر المريض بغموض وصعوبة في التعبير عن أفكاره ويظهر ذلك في هيئة:

- **قلة وعدم الترابط بين الأفكار:** بحيث لا يستطيع المريض الاستمرار في موضوع

واحد لمدة طويلة مع تطاير أفكاره وعدم قدرته على الإنتهاء مما بدأه، أو ربط الأفكار

بعضها مع البعض.

- **صعوبة ايجاد المعنى بسهولة:** ولذلك فهو يحوم حول المعنى ويزيد في الكلام

ويستعمل الألفاظ الضخمة ويدخل في التفاصيل التافهة، ولكنه لا يستطيع التركيز على

المعنى المطلوب وإظهاره بوضوح مع إجابات هامشية تدل على أنه يحوم حول الموضوع

ولكنه لا يستطيع الدخول إلى اللب.

- **امتزاج الواقع مع الخيال واختلاط الأحداث اليومية الحقيقية باضطراب تفكيره:** مما

يجعل شكل تفكيره شبيها بما يحدث في الأحلام وتصبح الحقيقة والخيال جزءا واقعا

في حياته الفكرية.

- **عدم قدرة المريض على تحديد ماهية المشكلة:** وبالتالي عدم استطاعته التفكير

تجريديا، ويكون تفسيره عيانيا فمثلا إذا طلبت من المريض ايجاد معنى لمثل عام فيفشل

بعض المرضى بالفصام ايجاد المعنى التجريدي وراء المثل ولن يستطيع التعبير عنه

وسيفسر المثل بطريقة عيانية أي بالمعنى اللفظي.

وبالطبع يكون لذلك أثره الواضح على الاستنكار والفشل الدراسي نظرا لأن عملية التعلم تحتاج لفهم تجريدي لما يقرأه الطالب، ولهذا نلاحظ رسوب هؤلاء الطلبة، وإذا كان الطالب متقدما دراسيا، يبدأ فجأة في الرسوب وعندئذ يجب الشك في احتمال وجود اضطراب في التفكير.

ونظرا للغموض الواضح في التفكير يبدأ المريض في الإتجاه نحو الدراسات الغيبية مثل الفلسفة والدين، وقد ينتمي لأحزاب السياسية النادرة المتعصبة، والتي ترضى فيه عدم القدرة على الإلتزام بمعنى محدد، وبالطبع لايعي المريض كل الأعراض السابقة بل يشكو من صعوبة التركيز وعدم القدرة على فهم الموضوعات مع تعلقه بالتفصيلات التافهة وعدم القدرة على اتخاذ قرارات.

#### ❖ اضطراب مجرى التفكير:

- **توقف التفكير:** وهو من الأعراض المميزة لمرض الفصام حيث يتوقف المريض عن التفكير أثناء حديثه ثم يبدأ الكلام ثانية في موضوع آخر، وهذا يختلف عن كفاء وبطء التفكير الذي يحدث في مرض الاكتئاب، والذي يصبح أثناء التفكير بطيئا ولكن بطريقة مترابطة ومنتظمة، وتشبه فترات التوقف عن التفكير نوبات الصرع الخفيفة عندما يغيب الفرد عن وعيه لمدة ثوان، ثم يعاود نشاطه العادي دون الوقوع على الأرض أو حدوث أي تشنجات عضلية.

• **ضغط الأفكار:** هنا يشعر المريض بسباق دائم بين أفكاره، ويشكو من ازدحام رأسه بأفكار متعددة، ولكن عندما يسأل عن الإفصاح عنها يعجز عن ذلك، نظرا لعدم قدرته على التعبير الواضح عن هذه الأفكار، ويبدأ في إسقاط ذلك على الغير وأنهم لا يفهمونه ولا يقدر آلامه وانفعالاته وأفكاره، ويشكو من أن الطبيب لا يعطيه الوقت الكافي وقد يمضي المعالج الساعات معه، ولكنه غير قادر على تكثيف أفكاره.

### ❖ اضطراب التحكم في التفكير:

• **سحب أو الحرمان من الأفكار:** يشكو المريض من أن محتويات أفكاره تسحب منه بواسطة أجهزة خاصة وذلك لحرمانه منها نظرا لخطورتها، وأن هؤلاء العملاء يريدون استعمال هذه الأفكار في إنقاذ أو تحطيم البشرية، ويشكو دائما من الفراغ الفكري حيث أنهم قد سلبوه معظم أفكاره، ومن ثم لا يستطيع التركيز في العمل أو الاستذكار.

• **إدخال الأفكار:** يعاني المريض من أفكار دخيلة عليه من قوى خارجية تريد تسخيرها للعمل معها ويشكو المريض من أنه لاحيلة له، وعلى الرغم من مقاومته لهذه الأفكار إلا أنها قد شلت أفكاره السابقة، وأصبحت هي المسؤولة عن كل تصرفاته وبالطبع يوعز هذا التدخل للإشعاعات والعقول الالكترونية.

• **إذاعة وقراءة الأفكار:** يشكو المريض من سرقة أفكاره وإذاعتها في الراديو ونقلها للتلفزيون ونشرها في الجرائد، بل وأحيانا يعاني من أن الناس يستطيعون قراءة أفكاره ومايجول بخاطره، ولاشك أن هذا الاعتقاد الخاطيء يجعله في حالة من الخوف والدائم

نظرا لما تتطوي عليه أفكار أي فرد من خير وشر ووساوس وحميدة، مما يجعله يشعر بانكشاف أمره أمام الجميع بل وأحيانا هذا مايسبب هذا العرض في حد ذاته محاولة الانتحار.

### ❖ اضطراب محتوى التفكير:

هنا يصبح المريض أسيرا لاعتقاداته الخاطئة ووساوسه وأفكاره المرضية وتوهمه علل بدنية، ويؤول جميع أنواع السلوك التي تحيط به تبعا للضلالات التي تحتل كل محتوى تفكيره والتي تختلف من فرد لآخر.

### 2-5 اضطراب الوجدان:

#### ❖ قوة الانفعال:

يمر المريض بعدة أنواع من الانفعالات المميزة فيظهر الاضطراب في بدء الأمر في هيئة تأخر الاستجابة الانفعالية ثم تبدد الانفعال Flattening وهنا تقل قدرته على الاستجابات الانفعالية مع نقص شعوره بالألفة والعطف والحنان، وعند تقدم المرض يزيد هذا التبدد ويصاب المريض بما يسمى التجمد الانفعالي Blunting ويفقد القدرة على الاستجابة الانفعالية، وآخر هذه المراحل هو اختفاء القدرة الانفعالية تماما مع الجمود العاطفي فيظهر عدم التناسب الانفعالي Incongruity حيث يستجيب الفصامي للأخبار

السارة بالبكاء والصراخ، وكذلك بالضحك للأخبار المكدرة وذلك أكثر اضطرابات شدة الانفعال تقديما وتدل على شدة وطول المرض.

• **شكل الانفعال:** يتعرض المريض لذبذبات انفعالية مستمرة أو متكررة، فهو عرضة لحالات وقتية من النشوة والطرب والخوف والرعب والقلق والاكتئاب والتوتر، وتظهر هذه الانفعالات فجأة وتلقائية دون سبب أو تفسير على الرغم من وجود التجمد الانفعالي وتسبب هذه الذبذبات الانفعالية اندفاعات وسلوكا غير اجتماعي وبعض الجرائم وأحيانا ما تكون هذه الانفعالات الغريبة الفجائية التلقائية من بوادر بدء المرض، قبل ظهور الأعراض والعلامات الأخرى.

### 3-5 اضطراب الإرادة:

أهم ما يميز هذا الاضطراب هو فقدان قوة الإرادة، وعدم مقدرة المريض على اتخاذ أي قرارات، والسلبية المطلقة في التصرفات ويعطي المريض حينئذ اعتذارات واهية غامضة مبررا هذه السلبية، وإذا أهمل المريض لمدة طويلة يفقد إرادته بل ويفقد الاحساس بذاته ويعتقد في انتمائه إلى عالم النبات أو الحيوان أو الجماد من سحب إلى قوة مغناطيسية.

### 4-5 الضلالات Délusions :

الضلال هو اعتقاد خاطئ مرتب ومنسق، يؤمن به المريض ايمانا راسخا لا يحيد عنه مع استحالة اقناعه منطيقيا بعدم صحته ويجب حينئذ أخذ ثقافة وتعليم المريض في

الاعتبار عند تشخيص الضلال أو الهذاء لأنه كثيرا ما يخطيء الطبيب بتشخيص الهذاء ويكون ذلك جزءا من التقاليد البيئية للمريض وهو أنواع:

• **ضلالات الاضطهاد Persecut**: وهو من أكثر الضلالات شيوعا ويظهر

في الأمراض الذهانية المزمنة بغض النظر عن نوعها وعادة ما يلعب الاسقاط دورا قويا في نشأة هذا الهذاء.

• **ضلالات العظمة Grandiose**: وهنا يؤمن المريض ايمانا راسخا بأنه أذكى أو أقوى

البشر جميعا، أو أنه أوتي قوة خارقة للشفافية وللكشف عن الظواهر الغيبية وأنه مرسل بدين جديد لهداية الناس، والناس لا تستطيع اختراق ذكائه، وعادة ماتتبع هذات العظمة احساسا بالنقص وعدم الاستقرار والأمن ومن ثم ترضى هذه الهذات هذا الشعور بالنقص، وتجعل المريض يهرب من المشاكل اليومية وحقيقة أمره.

• **ضلالات التأثير Dellusions of Influence**: هنا يشعر المريض أنه تحت تأثير

قوى داخلية أو خارجية ويصبح أسير هذه الأفكار والتي تختلف تبعا لثقافته من أشعة ليزر إلى نذبات صوتية إلى أعمال وسحر.

5-5 **الهالوس Hallucinations**: نعني بالهالوس استجابات حسية واضحة دون

وجود منبه وتسمى الهالوس حسب نوع الاستجابة وهي أنواع هالوس سمعية وبصرية وشمية وحسية وتذوقية.

5-6 اضطرابات السلوك: تتعكس الاضطرابات السابقة على سلوك الفرد وتجعله في حالة مميزة من الانعزال والانسحاب من المجتمع، ويتضح اضطراب السلوك في النواحي الاجتماعية المختلفة، وقد يكون الانعزال بداية المرض قبل ظهور الهلوس والضلالات (أحمد عكاشة، 1996، ص ص317-335).

## 6- أنواع اضطراب الفصام:

لقد وضع تصنيف دولي وشامل لأنماط الفصام المختلفة أصدرته منظمة الصحة العالمية طبقاً لتصنيف الأمراض النفسية التشخيص الأخصائي الرابع الذي يقرر بأن مسار الفصام لا يوصف خلال السنة الأولى من بدء الأعراض النشطة بوصف معين، مع الإشارة إلى توصية مهمة في هذا المرض وهي أن الصورة الإكلينيكية التي تظهر لدى المصابين لا تتماشى مع ما تناوله المراجع العلمية من خصائص، وأن المريض هنا قد يظهر خصائص أكثر من نمط فصامي، وقد تظهر أعراض أخرى لنمط فصامي آخر بفترة زمنية معينة ومن أهم النوعيات السريرية لمرض الفصام مع الأعراض الإكلينيكية لكلا منها:

**1-6 الفصام البسيط Simple Schizophrenia :**

يبدأ هذا الفصام في مرحلة البلوغ ويبد بصورة تدريجية وببطء، ويعد هذا النوع من الفصام أقل خطرا وشدة من حيث الدرجة وقد تظهر الاضطرابات بوضوح في انفعالات المريض واهتماماته ونشاطه.

**1-1-6 الأعراض الاكلينيكية للفصام البسيط :**

قد يعطي هذا المرض المريض صفة الفصام على الرغم من أنه خال من أعراض ذهانية واضحة ومحددة وهي الضلالات أو الهالوس ومن أبرز أعراضه: التبدل العاطفي الانطواء الاجتماعي، ضعف الإرادة، انعدام الاتزان الانفعالي، اللامبالاة، الخمول والكسل الانسحابية وعدم تحمل المسؤولية المهنية والاجتماعية، ضعف الاهتمام بالجنس الآخر الاتكالية الزائدة، وفقد دافعية الطموح والمثابرة والإنجاز.

**2-6 الفصام الهيبفريني Hebephrenic Schizophrenia :**

يبدأ هذا الاضطراب في مرحلة المراهقة ويسميه بعض الاخصائيون بمرض جنون المراهقة، ويكون أحيانا سريع الظهور.

**1-2-6 الأعراض الاكلينيكية للفصام الهيبفريني :**

تتطور الحالة المرضية لدى المريض بالفصام البسيط وتتعدد أعراضه في هذا النمط العصابي، وأبرز هذه الأعراض: يتصف سلوك المريض بالحماسة والشذوذ، ينشغل

تفكيره بالأمور الجنسية كالإفراط في ممارسة العادة السرية، غالباً ماتكون استجاباته الانفعالية غير ملائمة مع الأحداث تظهر عليه الهذات والهالوس بوضوح، تكون عملية التداوي مفككة، الكلام غير متناسق وتغلب عليه النمطية، تسود النكوصية على تصرفات المريض فيشيع لديه الاتساح، عادات الأكل مضطربة، حياة المريض في هذا الاضطراب تتسم بالذاتية والميل الزائد للعزلة وتدهور الشخصية بصورة واضحة، الشعور الاضطهاد الشعور بالهواجس السوداوية، وبصفة عامة يتصف سلوك المريض بالتفاهة، وتتطلب جميع هذه الأعراض الاكلينيكية إدخاله مستشفى الأمراض العقلية لغرض التدخل.

### 3-6 الفصام الكتاتوني Catatonic Schizophrenia: هذا النوع يبدأ في سن الرشد

يظهر فجأة، ويغلب على شخصيته طابع الاضطراب في الحركة والسلوك.

### 1-3-6 الأعراض الاكلينيكية للفصام الكتاتوني:

الخلل الحركي في صورة الجمد catalepsy أو الذهول الكتاتوني والاهتياج وفي كليهما يسود العناد والذاتية، زيادة النشاط الحركي الذي يبدو غير هادف، ولا يتأثر بالمشيرات الخارجية، المحافظة على وضع ثابت متصلب ضد محاولات تحريكه، غرابة الحركات الارادية من خلال الوضع الذي يتخذه، هذات وهالوس مستمرة وقوية، تفكك الشخصية الدائم.

**4-6 الفصام البارانوي paranoid schizophrenia :**

ويطلق على هذا النمط بالفصام الاضطهادي وأحيانا الإضطراب الضلالي.

**1-4-6 الأعراض الاكلينيكية للفصام البارانوي:**

إن الهذات والهالوس هي السمات البارزة فيه، ويكون الانشغال بواحد أو أكثر من الضلالات أو هالوس سمعية شديدة غير منطقية تهمل الواقع، وعدم وجود الخلط في الكلام أو السلوك المختل، والأعراض الأساسية الأخرى هي توهمات اضطهادية: هذات العظمة، اضطراب التداعي، ويصاحب هذه الضلالات هالوس سمعية تهدد المريض أو تعطيه أوامر معينة. وتظهر صورة الفصام البارانوي في سن الثلاثين فتصبح اتجاهات المريض السلبية واضحة جدا، وينتشر لديه سوء التفسير، ويتهم الناس باضطهاده وظلمه وتصبح حياته مبعثرة، ويتوجب ايداعه في المستشفى وهو تلقائيا يقاوم العلاج لعدم إدراكه لخطورة مرضه.

**5-6 الفصام الوجداني Affective Schizophrenia :**

هو مجموعة من الاضطرابات الفصامية بعضها يتخذ اضطراب فصامي وجداني من نوع هالوس، واضطراب آخر يكون في صورة اضطراب وجداني من نوع الاكتئاب واضطراب ثالث يتداخل فيه النوع الأول والثاني ويشخص بالاضطراب الوجداني من النوع المختلط .

### 6-5-1 الأعراض الاكلينيكية للفصام الوجداني:

نوبات يظهر فيها خليط من الأعراض الفصامية والانفعالية الحادة فالمحتوى العقلي قد يظهر إهمال الواقع مما يوصف بالفصامية، بينما يتصف الانفعال بالمرح وأيضاً بالاكنتاب، وأن شخصيته قبل الإصابة بالمرض تتسم غالباً بالمرض الشبه فصامي، وفي حالات أخرى تتسم بالمرح والاندماج الاجتماعي وأعراض هذا النمط تتحدد بانعدام التركيز والتبند العاطفي، وعدم التناسب والتقلب المزاجي، وسلوكات عدائية ولكن على الرغم من كل هذه الحالات الإضطهادية الإضطرابية فإن المريض يكون أوفر حظاً في الشفاء من الأنواع الأخرى بمرض الفصام.

### 6-6 الفصام غير المتميز **undefined Schizophrenia**:

وهو اضطراب ينطبق عليه تشخيص مرض الفصام ولكن لا يتفق مع مواصفات أي نوع من إضطرابات الفصام الأخرى.

### 6-6-1 الأعراض الاكلينيكية للفصام غير المتميز:

يكون فيه التفكير مضطرب أو مشوش perplexity thinking والاستجابة الانفعالية يشوبها الإضطراب وتظهر في صورة إثارة أو إكتئاب، والأعراض تأتي متباينة وتبدو مركبة ومتداخلة بعضها ببعض مما يصعب على المعالج تشخيص نمط الفصام والمريض هنا تبدو عليه أعراض الفصام الكتاتوني وأحياناً يشكو من أعراض الفصام الهيبفيريني.

**6-7 الفصام المتبقي Residual Schizophrenia:**

وهو اضطراب يكون على شكل نوبة واحدة على الأقل من الفصام، وهذا النمط يستخدم لوصف حالات المرضى الذين تظهر عليهم حالات إضطرابية في تفكيرهم وفي ردود أفعالهم وقد أوشكوا على الشفاء وأصبحوا قادرين على التفاعل مع المجتمع، إلا أنهم لازالو محتفظين ببقايا السلوك وبعض أساليب التفكير والأفعال.

**6-7-1 الأعراض الاكلينيكية للفصام المتبقي:**

أعراض خالية من الذهانات كالضلالات والهلاوس أو الخطط في الكلام وأعراض سلبية تتصف بتبدل الوجدان وفقر الأفكار وضعف الإرادة، وبطء حركي وقلة النشاط، وافتقار المبادرة وضعف في التواصل اللفظي من خلال تعبيرات الوجه ونظرة العين وترنيم الصورة ووضع الجسم (أديب محمد الخالدي، 2006، ص ص 350-359).

**7- المراحل التطورية للفصام:**

• **المرحلة الكامنة:** قد تجعل أن الكثير من مرضى الفصام كانوا ومنذ فترة قد تصل للطفولة يعانون من العزلة الاجتماعية وبعض المشاكل المعرفية، وقد يكون البعض قد أظهر عدم تكيف إجتماعيا أو صعوبات لغوية، إلا أن هذا كله لا يكفي لتشخيص الفصام أو توقع تشخيصه، ولكن إذا تزايد الإنحراف والاختلاف مع بداية سن المراهقة وظهر هناك إضطرابات معرفية كثيرة أدت إلى تدهور في الأداء العام مع ظهور بعض

السلوكيات الغريبة والمعتقدات المستهجنة فإن درجة الشك ترتفع، وقد يصعب في كثير من الأحيان التأكد من أن هناك بوادر فصام مالم تظهر الهالوس والتوهامات، وقد تتشابه هذه المرحلة كثيرا مع شخصية الفرد مما يزيد الأمر صعوبة.

• **المرحلة الحادة:** والتي تظهر فيها الأعراض بشكل واضح أو مستتر تحت اضطراب السلوك، بحيث أن الشخص يتغير مع الوقت وقد يتوقف عن الدراسة أو العمل، وأحيانا قد يخرج عن المؤلف مما يلفت نظر المجتمع المحيط به، وقد دلت دراسة منظمة الصحة العالمية على أن الأعراض السابقة هي الأكثر شيوعا في الحالات الحادة، وفي هذه الحالة غالبا مايتطلب دخول المريض بالفصام المستشفى حيث يتلقى العلاج الصحيح من قبل أخصائي نفسي.

• **المرحلة المزمنة:** وفيها إما أن تسيطر الأعراض السلبية أو تبقى بعض الأعراض الإيجابية مع السلبية، ويمكن تقسيم الأعراض السلبية للنوع الأولي وهي ماينتج عن المرض نفسه، أو النوع الثانوي وهو ماينتج عن الأعراض المختلفة كرد فعل لها، أو ماينتج عن الأعراض الجانبية لبعض الأدوية المضادة للذهان، والحالات المزمنة كانت تشكل صعوبة كبيرة في العلاج حتى العقد الأخير.

• **مراحل الإستقرار:** وفيها تنتهي الأعراض الإيجابية دون وجود لأعراض سلبية وقد تستمر لفترات طويلة.

- **تعاقب المراحل:** هناك من المرضى من يمر بكل المراحل على أوقات مختلفة وقد تتداخل، فمن حالة كامنة إلى حالة حادة فاستقرار وانتكاسة ثم حالة مزمنة.
- **الانتكاسة:** عندما تعود الأعراض الحادة بعض فترة من الإستقرار، وتبدو الحالة وكأنها حادة فإن هذه المرحلة تسمى مرحلة الانتكاس، وغالبا ماتنتج عن توقف العلاج وحدثت مشاكل إجتماعية وأسرية وإنقطاع المريض عن العيادة والمتابعة وقد يخفي بعض المرضى الإنتكاسة لفترة طويلة، ويتركون الأمور تتفاقم الى درجة قد يصل المريض معها لحالة شديدة من المرض، والعنف وإثارة الإزعاج والتسبب في مشاكل مالية وإجتماعية وقانونية (عبد اللطيف حسين فرج، 2009، ص ص173-175).

#### 8- الشخصية الفصامية (قبل المرض) Schizoid Personality:

تعتبر الشخصية الفصامية بمثابة التربة التي تنمو فيها الفصام وتنسم الشخصية بما

يلي:

- العزلة الوحدة والكتمان والتحفظ والإنغلاق على الذات.
- ضعف العلاقات الإجتماعية وتفضيل الأنشطة الفردية.
- صعوبة التعبير عن المشاعر والحساسية الزائدة.
- العناد والخجل ومواجهة الخجل بأساليب إنسحابية هروبية كالاستغراق في الخيال وأحلام اليقظة (محمد قاسم عبد الله، 2012، ص285).

## 9- تشخيص الفصام:

نظرا لتعدد أشكال الفصام واختلاف سيره ومصيره فإن البعض أصبح يعتقد بأنه ليس مرضا واحدا وإنما أمراض متعددة، ولكن حيث أنه لم يظهر دليل قاطع على ذلك، وحيث أن كثيرا من الأعراض والمظاهر مشتركة فإنه لابد من التعامل مع هذه الحالة كوحدة واحدة لها أشكال وأنواع مختلفة وحتى يظهر عكس ذلك.

هنالك عدة مواصفات وضعت لتشخيص الفصام منها مواصفات منظمة الصحة العالمية (ICD10) ومواصفات المشروع الأمريكي البريطاني لتشخيص الفصام وكتاب الإحصاء والتشخيص الأمريكي الرابع و Kurt Schneider و Gabriel Langfeldt ومواصفات التشخيص البحثي (( Research Diagnostic Criteria (RDC) ) وفحص الحالة الحاضرة.

وكأمثلة على مواصفات التشخيص نذكر مواصفات Kurt Schneider ومواصفات ال DSM IV

## 9-1 مواصفات شنايدر:

إعتمد شنايدر على الأعراض التي يكثر حصولها في الفصام ويندر حصولها في أمراض أخرى وسماها أعراض المرتبة الأولى وماعدها المرتبة الثانية:

أعراض المرتبة الأولى (First rank symptoms):

- أفكار مسموعة.
- أصوات تتجادل وتتناقش.
- أصوات تعلق على تصرفات المريض.
- هلاوس جسمية.
- إذاعة الأفكار.
- سحب الأفكار أو ماشابه من التدخل في الأفكار.
- توهم الإدراك (delusional perception).
- المشاعر والأفعال التي تحدث أو توجه قوى خارجية.

أما أعراض المرتبة الثانية (Second rank symptoms) فقد تحصل في الفصام

وغيره وهي :

- أي اضطرابات أخرى في الإدراك.
- حدوث توهمات مفاجئة.
- الإرتباك الذهني (perplexity).
- تغيرات في المزاج باتجاه الكآبة أو الشفق.
- الشعور بالجفاف العاطفي وغيرها.

## 9-2 المواصفات المعتمدة في كتاب الإحصاء والتصنيف الأمريكي الرابع:

- وجود أعراض ذهانية مميزة في المرحلة الحادة للفصام إستمرت لمدة أسبوع

على الأقل وحسب واحدة من المجموعات الثلاث التالية:

المجموعة الأولى: إثنان مما يلي:

- توهمات Delusions.
- هلاوس بارزة) تستمر طوال اليوم لمدة عدة أيام أو عدة مرات في الأسبوع لعدة أسابيع وليست مقصورة على لحظات عابرة).
- إنعدام أو قلة الترابط بين الأفكار.
- سلوك كتاتوني (ذهولي أو تهيجي).
- غياب التعبير الإنفعالي أو عدم توافقه.

المجموعة الثانية: توهمات غريبة (Bizarre delusions) (تتضمن أفكارا يجدها

المجتمع المحيط غريبة مثل إذاعة الأفكار أو الاعتقاد بأنه مسير أو مسيطر عليه من قبل شخص ميت).

المجموعة الثالثة: هلاوس غريبة مثل صوت يجري تعليقا على سلوك وأفكار المصاب

أو عدة أصوات تتحدث فيما بينها.

- أثناء الإصابة بالحالة انخفض مستوى الإنجاز في مجال العمل والعلاقات الاجتماعية والعناية بالذات عن السابق، وفي الأطفال والمراهقين أصبح إنجازهم وتحصيلهم أقل مما كان توقعاً.
  - نفي وجود تشخيص لحالة اضطراب المزاج الفصامي أو اضطراب المزاج المترافق مع الأعراض.
  - استمرار الأعراض لمدة ستة أشهر على الأقل بما فيه المرحلة الحادة التي استمرت لمدة أسبوع على الأقل (إذا لم تعالج) ووجود أو عدم وجود أعراض تمهيدية تالية مرسبة.
  - لا يمكن الإثبات أن عاملاً عضوياً قد سبب هذه الأعراض وأبقاها.
  - إذا كان هناك تاريخ الإصابة بالآتية أو التوحد (Autistic disorder) فإنه يشخص الفصام إلا إذا وجدت هلاوس أو توهمات بارزة.
- (نظام أبو حجلة، 2011، ص ص 158-160)

## 10 - علاج الفصام:

ليس من الضروري أو المحتم وضع جميع المفصومين في مستشفيات الأمراض العقلية ويمكن علاج معظم الحالات المبكرة كمرضى خارجيين ولا يودع في المستشفى إلا حالات الفصام الحاد أو المزمن أو في حالة ما إذا كان يمثل المريض خطراً على نفسه أو على الآخرين، وفي حالة عدم استبصار المريض بحالته ورفض العلاج، وعلاج الفصام

عملية طويلة وتحتاج إلى كثير من الحنكة والصبر والإهتمام بالعلاقة العلاجية، والرعاية التمريضية اليقظة المستمرة.

وفيمايلي أهم ملامح عملية علاج الفصام:

### 1-10 العلاج الطبي:

ويشمل علاج الرجفة الكهربائية وخاصة في حالات الفصام والفصام الحركي ويشمل كذلك العلاج بالمهدئات للتغلب على المهلوسات والتحكم في التهيج وعلى رأسها مجموعة فينوثيازين phenothiazine ومنها ستيلازين Stelazine وكلوربرومازين Chlorpromazine ولارجاكتيل Largactil وميليريل Melleril، وعلاج الأعراض المصاحبة وخاصة المزعجة أو الخطرة على المريض أو على الآخرين، وكان بعض الأطباء يلجأون إلى العلاج الجراحي النفسي نادرا(بشق الفص الجبهي) وعندما تفشل كل الوسائل العلاجية الأخرى وفي الحالات المزمنة وبعد مضي ثلاث سنوات على الأقل.

### 2-10 العلاج النفسي:

العلاج الفردي الذي يهدف إلى تنمية الجزء السليم من الشخصية وإعادة تنظيم الشخصية والتعلم والإهتمام بإزالة أسباب المرض وشرحها وتفسيرها واشباع حاجات المريض وتنمية بصيرته وتخفيف القلق وإعادة ثقته بنفسه، مع التركيز دائماً على أهمية

العودة إلى العالم الواقعي, ويستخدم العلاج النفسي الجماعي مع الاهتمام بأفراد الأسرة والأقارب لمساعدة المريض.

ويستخدم التوجيه والإرشاد النفسي للمريض وتوجيه وإرشاد الأسرة، ويفيد التحليل النفسي في حالات قليلة جدا مع التركيز على محاولة إصلاح ضعف الأنا، ويستخدم التأهيل النفسي والاجتماعي والاحتفاظ بالعلاقات الاجتماعية والأسرية ومساعدة الأهل في رعاية المريض واهتمامهم به بهدف تحقيق التوافق النفسي والاجتماعي.

### 10-3 العلاج الاجتماعي:

ويهدف إلى تجنب الانسحاب والعزلة مع الاهتمام بإعادة التطبيع الاجتماعي وإعادة التعلم الاجتماعي والاهتمام بالنشاط الاجتماعي والرياضة والترفيه والموسيقى لربط المريض بالواقع والتقليل من استبطانه وانشغاله بذاته وأعراضه والكشف عن اضطرابات المريض وصراعاته، ويستخدم العلاج البيئي الذي يهدف إلى تعديل البيئة وإصلاح المناخ الأسري حتى يساعد ذلك في تدعيم التحسن التدريجي في حالة المريض، ويفيد العلاج بالعمل والتوجيه والتأهيل المهني لشغل المريض وإخراجه من دائرة الاستبطان والاستغراق في الذات مع تنويع العمل والعلاج باللعب في حالة فصام الطفولة.

## 11- مآل الفصام:

تحسن مآل الفصام كثيرا منذ أن اكتشف علاج الرجفات الكهربائية وحديثا مع استخدام الأدوية والعلاج النفسي أصبح المآل أحسن، وقد يحدث شفاء تلقائي في حوالي 25% من مرضى الفصام.

وأهم ملامح الشفاء هو الشفاء الاجتماعي، وتدل الاحصاءات على أن حوالي ثلث مرضى الفصام يتوافقون إجتماعيا تماما، وحوالي الثلث يتوافقون إجتماعيا إلى حد ما، والثلث الباقي يتدهورون أو ينتحرون أو يحتاجون إلى الإيداع في المستشفى مدى الحياة حين يزمن المرض ويكون التدهور العقلي المعرفي والخلقي أمرا لا مناص منه، هذا وتختلف فرص الشفاء من الفصام باختلاف درجة إزمانه.

ومرض الفصام من الأمراض التي تشاهد فيها النكسات أحيانا. وعلى العموم نجد أن نسبة الشفاء التام حوالي 25% ونسبة الإزمان حوالي 25% في مرضى الفصام، ويمكن لمرضى الفصام الذين يتلقون العلاج السليم الخروج من المستشفى في 6-12 شهرا.

ويلاحظ أن الفصام الحركي هو أحسن الأنماط الإكلينيكية للفصام من حيث المآل، يليه الفصام الهذائي ثم الفصام البسيط، أما الفصام المبكر فهو أقل الأنواع بالنسبة لسرعة الشفاء واحتماله. وعموما يكون مآل الفصام حسنا عندما تكون الشخصية متكاملة ومتوافقة وناضجة نسبيا قبل حدوث المرض، وعندما يكون بدء المرض حادا وفجائيا ودراميا،

وعندما يوجد عامل مرسب محدد، وعندما يكون التشخيص دقيقا وخطة العلاج محكمة وتعاون المريض صادقا، وعندما تكون بيئة المريض أفضل وبصيرته أفضل وذكائه أعلى، وله تاريخ من التوافق الإجتماعي والمهني والجنسي، وعندما لا توجد عوامل وراثية في الأسرة وكلما كان السن أكبر (بعد الثلاثين) عند ظهور المرض.

(حامد زهران، 2005، ص ص 541-543)

### خلاصة

من خلال ماسبق يتضح أنّ الفصام من أشد الاضطرابات الذهانية الوظيفية تعقيدا نظرا لما تحمله من أعراض ايجابية وسلبية متفاوتة الشدة ويرجع أسبابها إلى مجموعة من المقاربات النظرية، ويفسر تشخيصه ليس بالأمر السهل ولهذا صممت بعض الاختبارات الشخصية الموضوعية والمعدلة لقياسه من بينها اختبار مينسوتا متعدد الأوجه للشخصية

.MMPI-2

# الفصل الثالث:

## اختبارات الشخصية

### تمهيد

1- نبذة تاريخية حول اختبارات الشخصية

2- تعريف الاختبار النفسي

3- خصائص الاختبارات النفسية

4- الأهداف العامة للاختبارات النفسية

5- أسس تصنيف الاختبارات النفسية

6- أنواع الاختبارات السيكولوجية

أولاً: الاختبارات الاسقاطية

1- اختبار الروبرهاخ

2- اختبار تفهم الموضوع

ثانياً: الاختبارات الموضوعية

1- الاختبار متعدد الأوجه للشخصية الثاني

1-1 تاريخه

1-2 تعريفه الاختبار

1-3 المقاييس الاكلينيكية للاختبار

1-4 الاستخدامات الاكلينيكية للاختبار

1-5 أسس تصنيف الاختبارات

## تمهيد:

تعتبر الاختبارات النفسية طريقة وأسلوب يتبعه الأخصائي النفسي لقياس سمات معينة للشخصية وذلك بغرض تطوير الكفاءة أو لتشخيص الاضطرابات العقلية والمساعدة في تكوين خطة العلاج ومن بينها اختبار مينسوتا متعدد الأوجه للشخصية الثاني الذي يعد من أبرز الاختبارات الموضوعية التي تكشف على أهم سمات الشخصية التي تميز الأفراد عن بعضهم البعض، يستخدم كأداة رئيسية في قياس الشخصية وهو من أكثر الاختبارات النفسية شيوعاً وانتشاراً بين علماء النفس فيكاد لا يخلو منه أي مركز للعلوم النفسية لكونه يساعد الأخصائي النفسي في الحصول على صورة دقيقة وأكثر موضوعية لشخصية الفرد.

## 1- نبذة تاريخية حول الاختبارات النفسية:

منذ أن بدأ علم النفس كعلم أي منذ إنشاء فلهم فونت لمختبره في مدينة لايبزغ Leipzig في عام 1879م ركز الباحثون جهودهم ابتداءً على البحث عن مبادئ عامة يمكن أن تطبق على كل فرد، فقد حاول الأخصائيون النفسيون اكتشاف كيفية عمل عين الإنسان ومخه معاً لإدراك اللون والشكل والحجم، وهي ادراكات حسية تحدث لنا جميعاً، كما صمموا التجارب لدراسة عملية التعلم، ومن ثم استنتجوا ((قوانين التعلم)) كما درسوا أيضاً نمو الإنسان، وذلك بمقارنة مجموعة ذات مرحلة عمرية معينة بمجموعة أخرى ذات مرحلة عمرية أخرى، وقاموا بتحديد معايير السلوك لكل مرحلة عمرية. ووضعوا نظريات حول عملية النمو وإلى جانب ذلك كان هناك اتجاهاً ثانوياً للإهتمام والاجتهاد، فقد تنبه بعض الباحثين الأوائل في المختبرات الألمانية لعلم النفس التجريبي الحديثة النشأة، إلى الاختلاف الذي يجدره بين الأفراد المفحوصين، فهؤلاء الباحثون الذين كانت لهم في كثير من الأحيان اتجاهات عملية، أدركوا أن قياس الفروق بين الناس قد يكون له تطبيقات هامة في المدارس والمصانع

والمكاتب، وقد كان جيمس ماكين كاتل وهو أمريكي درس في مختبر فونت ذا\_ تأثير قوي في حركة استخدام المقاييس النفسية كاختبارات عقلية، وقد كان هو في الحقيقة أول من استخدم لفظ (الاختبارات العقلية) في عام 1890 ولكن كان هناك آخرون ظهوروا بوضوح في هذه الحركة خلال السنوات الأخيرة من القرن 19.

إنّ ماكان يتطلع اليه هؤلاء العلماء كثيرا هو ايجاد طريقة كمية لتقدير الذكاء العام وكانوا يعتقدون أنه يمكنهم الحصول على دليل للذكاء، إذا أمكنهم قياس جميع الخصائص وهي متجمعة معا في الأفراد، تلك التي كان يقاس كل منها على حدة في المختبرات التجريبية. الاحساس والإدراك الحسي، والانتباه والتمييز، وسرعة رد الفعل وهكذا. والانسان المتفوق\_حسب تفكيرهم هذا\_ هو الشخص الذي يحصل على درجات عالية في كل هذه الخصائص، ورغم أنه ليس هناك خطأ واضح في التفكير إلا أنّ محاولة قياس الذكاء بهذه الطريقة لم تنجح ذلك لأنه عندما قام الأخصائيون النفسيون بتحليل مقاييسهم اكتشفوا أن هذه السمات لم ترتبط بعضها ببعض ارتباطا وثيقا.

ولقياس الذكاء من وجهة نظر بينيه لابد من ايجاد وسائل لتقييم كيفية تعامل الأفراد مع المواقف التي تتطلب التفكير والحكم وحل المشكلات وعلى مدة سنوات قام بينيه بتجريب أنواع كثيرة من المهام كاختبارات محتملة لذكاء الأطفال على أطفاله وعلى أطفال من مختلف الأعمار في المدارس الفرنسية في باريس، وقام أخيرا في عام 1905 بالتعاون مع تيوفيل سيمون بنشر أول اختبار حقيقي للذكاء والذي يعتبر الأصل بالنسبة لكل الاختبارات الحالية. وعدل إختبار بينيه وسيمون ليستخدم في كثير من الدول كما صممت اختبارات للكبار بالإضافة إلى الاختبارات التي صممت خاصة للأطفال، وفي منتصف القرن العشرين توفرت آلاف من الاختبارات على اختلاف أنواعها منها الجيد، ومنها الرديء ومنها ما هو وسط (ليوناتيلر، 1971، ص ص48-50).

## 2- تعريف الاختبار النفسي:

يعرف الاختبار النفسي بأنه الوسيلة أو الأداة التي تستخدم في قياس عينة ممثلة من السلوك (عبد الهادي السيد عبده، فاروق السيد عثمان، 2002، ص21).

ويعرف أيضا على أنه أداة للحصول على عينة من سلوك الفرد في موقف مقنن وبهذا الشكل يمكن تقييم الملاحظات المضبوطة للسلوك تقييما واحدا لذا كان للاختبار النفسي مزايا لاتوجد أصلا في المقابلة أو في إجراءات دراسة الحالة (بوسنة عبد الوافي زهير، 2012، ص37).

كما يعرف على أنه عبارة عن مجموعة من الأسئلة والبنود التي تدور حول موضوع واحد أوعدة مواضيع وليس لها إجابات صحيحة أو إجابات خاطئة، إذ أن المطلوب هو معرفة رأي الفرد أو نوعية استجابته في موقف من المواقف التي يمثلها ذلك السؤال أو البند.

(عبد الفتاح غزال، 2014، ص100)

ومن التعاريف السابقة أستنتج أن الاختبار النفسي هو أداة من أدوات القياس النفسي يقيس سمة أو مجموعة من السمات لدى الفرد بغض النظر عن نوعه.

## 3- خصائص الاختبارات النفسية:

على السطح قد يبدو بسيطا على نحو سلبي تصميم اختبار فعال، ففي كل شهر تأتي في المجالات العلمية اختبارات جديدة تعمل على كشف معلومات عن أنفسنا وعلاقاتنا وحياتنا الجنسية وضغوطنا، وقدراتنا على النجاح في العمل ويمكن أن تبدو هذه الاختبارات مقنعة، ولكنها غالبا ماتكون مضللة. ولا يؤدي معظمها إلى اتساق أو معلومات دقيقة على أدائنا أو أي شيء ذي معنى خاص بأن نقف في المقارنة مع الآخرين، وإذا كان لأي اختبار أن يكون نافعا، فلا بد أن يقنن ويجب أن يبرهن على أنه يتسم بالثبات والصدق.

## 3-1 التقنين Standardisation:

افتراض أن درجات شخص ما 40 درجة على اختبار مصمم لقياس العدوانية، فماذا يعني ذلك الرقم حتى إذا عرفنا أن الدرجات على هذا الاختبار تتدرج من صفر إلى خمسين فإننا مازلنا لانعرف ما إذا كانت الدرجة 40 هي ما يحصل عليها معظم الناس أم لا، فقد تكون الدرجة أعلى أو أقل بكثير من المتوسط، وإذا كان لدرجة اختبار أن تكون ذات معنى فيجب أن نكون قادرين على مقارنتها بدرجات الناس الآخرين التي يحصلون عليها على نفس الاختبار، ونستطيع أن نفعل هذا إذا ما ذهب الاختبار خلال عملية التقنين بمعنى إذا كان الاختبار مطبقا على مجموعة كبيرة من الأشخاص الذين يصلح أداؤهم حينئذ كمييار أو نموذج، يمكن أن تقاس إزائه درجة أي فرد وتسمى المجموعة الأولية من الناس الذين تم تطبيق الاختبار عليهم بعينة التقنين.

ويجب أن تكون عينة التقنين ممثلة للمجتمع الأكبر الذي سوف يتم تطبيق الاختبار عليه، فحينما نقن الاختبار على عينة من عمال الصناعة، فإنه يكون مفيدا تماما على عمال الصناعة أكثر منه لدى الأفراد في وظائف أخرى، كما يجب أن يؤخذ في الاعتبار عوامل أخرى مثل العمر والجنس ومستوى التعليم عند انتقاء عينة التقنين، وفي بعض الحالات قد يكون من المفيد توليد أكثر من مجموعة من المعايير، وحيث أن النساء والرجال في مجتمعنا قد يختلفون في التعبير عن العدوانية مثلا، فإنه قد تكون فكرة جيدة بالنسبة لاختبار العدوانية أن تكون له معايير للذكور وأخرى للإناث، ويمكن أن تسمح هذه الاستراتيجية للإكلينيكيين بمقارنة درجات الاختبار للأشخاص مع تلك الخاصة بعينة الذكور ودرجات الإناث مع تلك الخاصة بعينة الإناث.

**3-2 الثبات Reliability:**

الثبات هو قياس الاتساق في نتائج الاختبار ويجب أن يؤدي الاختبار الجيد دائما إلى نفس النتائج في نفس المواقف، وبصفة عامة فإن الاختبار الجيد هو ذلك الذي يحقق أنواعا متنوعة من الثبات مثل الثبات بإعادة الاختبار Test-retest reliability، وثبات الصور المتكافئة Alternate-from reliability، والثبات الداخلي Interna reliability، وثبات المحكمين Interrater reliability، ويكون الاختبار له ثبات مرتفع بإعادة الاختبار إذا أدى إلى نفس النتائج حينما يطبق مرة ثانية على نفس الأفراد، والاختبار الذي تسوده أسئلة خاصة بالوقت قد لا يكون ثابتا، لأن الاجابات قد تكون مختلفة أثناء الوقت الثاني وترتبط الدرجات التي يحصل عليها الأشخاص في المرة الأولى التي يأخذون فيها اختبار معين بدرجاتهم التي يأخذونها في المرة الثانية ويتم حساب الثبات هنا من خلال معامل الارتباط بين نتائج التطبيقين وكلما ارتفع الارتباط كلما زاد الثبات.

ويكون للاختبار ثبات داخلي مرتفع حينما تؤدي الأجزاء المختلفة الخاصة به إلى نفس النتيجة وإذا كان الاختبار ثابت بشكل داخلي فإن الدرجات على نصفي الاختبار سوف ترتبط على نحو مرتفع (حسين فايد، 2005، ص ص 224-226).

**3-3 الصدق:**

يشير الصدق إلى ما إذا كان المقياس يقيس مايفترض أنه يقيسه، ولكي يكون المقياس صادقا يجب أولا أن يكون ثابتا، وهناك طرق عدة لدراسة الصدق وتتمثل في ما يأتي:

**3-3-1 صدق المضمون:** فهل البنود تحتوي على عينات جيدة التمثيل لمختلف جوانب المفهوم التي يحددها في تعريفه؟

**3-3-2 الصدق الظاهري:** أي هل البنود تبدو مناسبة في ظاهرها؟، ويعتبر الصدق الظاهري في بعض جوانبه مفهوما له صلة بالعلاقات العامة حيث يعمل على التأكد من

أن المقياس يبدو لمستخدميه المرتقيين صالحا ولكنه مع هذا يعتبر أساسيا في البحوث الكيفية الوصفية حيث يكون إظهارا مكنون النفس.

**3-3-3 صدق الارتباط بالمحك:** ما مدى ارتباط المقياس بمحك أو بمؤشر له صلة به؟ ويجوز تقسيم صدق الارتباط بالمحك إلى كل من: الصدق التلازمي الذي يرتبط فيه المقياس بمحك متوافر في الوقت الراهن، والصدق التنبؤي الذي يرتبط فيه المقياس بمحك سيتوافر مستقبلا.

**3-3-4 صدق المفهوم:** وهذا أكثر تعقيدا من كل ماسبقه، يكشف عما إذا كان نمط العلاقات بين مقاييس المفهوم موضع الاهتمام ومقاييس مفاهيم أخرى يتسق مع التنبؤات النظرية، ويمكن عرض هذه الارتباطات في مصفوفة متعددة السمات وطرائق القياس التي تبرز بشكل مبسط الارتباطات بين طرائق متعددة لقياس عدد من المفاهيم المتباينة، كما توضح هذه المصفوفة متعددة السمات وطرائق القياس كذلك مدى تباين المنهج ويقصد به ميل المقاييس من نوع واحد إلى الارتباط ببعضها البعض.

(كريس باركر وآخرون، 1999، ص ص 116-118).

#### 4- الأهداف العامة للاختبارات النفسية:

- يستهدف الاختبار النفسي التعرف على قدرات الفرد الخاصة وذكائه العام واستعداداته ومواهبه، وميوله، واتجاهاته، وذلك بقصد تصنيفه إلى مجموعات متجانسة أو من أجل توجيهه إلى الأعمال التي تتناسب مع قدراته.
- وكذلك يستخدم الاختبار النفسي في ميدان التوجيه التربوي بقصد توجيه الطلاب إلى أنواع التعليم المختلفة التي تتوافق وما لديهم من قدرات واستعدادات.
- كما يفيد الاختبار النفسي في عمليات التوجيه المهني، حيث تتاح فرصة تحقيق أكبر قدر من الانتاج والتكيف.

• ويمكن استخدام هذه الاختبارات بالإضافة إلى قياس قدرات الفرد وتوجيهه في عملية التنبؤ والتشخيص، فمن عملية التشخيص يتقرر التوقع باتجاه سلوك الفرد أو مدى اتجاهه، كما تتوضح الوسائل الملائمة لتوجيه هذا السلوك وكيفية معالجته. وهكذا تساعد الاختبارات النفسية السيكولوجية على تكوين فكرة شاملة عن شخصية الفرد وتقييم حالته وتحديد المشكلات التي يعاني منها (فيصل عباس، 1996، ص17).

تهدف اختبارات الشخصية إلى الحصول على مسح سريع لأراء الشخص عن نفسه وتقدير جوانب القوة والضعف فيها تقديرا كميا، والتعرف إلى متاعبه وجوانب قلقه ومشاعره عدم الكفاية لديه أو درجة التوافق عنده، ويساعد كل ذلك على تصنيف الفرد بوجه عام على أنه أكثر أو أقل سواءا أو شذوذا، هذا من ناحية اختبارات الشخصية المتعلقة بالجوانب الانفعالية أساسا، أما من ناحية أهدافها بوجه عام فيصنفها كل من يهودا ودويتش، وكوك تبعا لما يذكره بوفار إلى ستة أنواع من المعلومات التي تهدف الاختبارات عامة إلى الحصول عليها وهي:

- اكتشاف حقائق: يشتمل الاستخبار على معلومات مثل العمر والتعليم والديانة والمهنة والتطلعات والمقاصد.
- اكتشاف المعتقدات: في صورة التعرف إلى تحيزات المستجيب، ودرجة التمييز أو التفرقة التي يعتقد أنها توجد في المجتمع الذي يعيش فيه، بالإضافة إلى معتقداته عن الأقليات.
- اكتشاف مشاعر الشخص اتجاه بعض المجموعات: مثل الأقليات والمجرمين والذين يمارسون الجنسية المثلية.
- اكتشاف معايير السلوك: مثل وجهة نظر المفحوص عن السلوك الملائم في مختلف المواقف الاجتماعية وتجاه الآخرين.

- التعرف إلى السلوك الماضي أو الحاضر: ومثال ذلك معرفة الطريقة المميزة التي تصرف بها الشخص في الماضي في موقف معين، وتعدّ ما لم توجد أدلة على عكسها\_ منبئة بالطريقة التي سوف يتصرف بها في المواقف المشابهة مستقبلا.
- اكتشاف الأسباب الشعورية لمعتقدات الفرد وسلوكه واتجاهاته: لماذا يشعر شخص ما بمشاعر معينة بالنسبة للأقليات أو ذوي العاهات.

(أحمد محمد عبد الخالق، 2000، ص ص 45-46).

### 5- أسس تصنيف الاختبارات:

#### 1-5 التصنيف على أساس ما نقيسه:

##### 1-1-5 الاتجاهات والقيم:

- الاجتماعي.
- العنصري Racial .
- السياسي.
- الخلقى Moral .
- العقائدي religious .

#### 2-1-5 اختبارات حسية حركية:

- الابصار.
- السمع.
- المهارة الحركية.
- التآزر الحسي الحركي:
- ✓ البسيط (عين\_ يد).

✓ المركب (الأطراف والحواس).

### 2-5 التصنيف على أساس شروط الإجراء Administration:

- فردية (الاختبار يعطي لشخص واحد في المدة الواحدة).
- جمعية.
- التعليمات والفقرات شفوية.
- التعليمات والفقرات والاستجابات كتابية.
- اختبارات سرعة Speed (تقدم في زمن حدود ضيقة لقياس الكمية التي أداها الفرد أداء صحيحا في وقت قصير).
- اختبارات قوة (الحدود الزمنية واسعة ولكن درجة الصعوبة هي التي تحدد أقصى ما يصل إليه المفحوص).

### 3-5 التصنيف تبعا للمحتوى Content:

- الفقرات في صيغة مقال أو فقرات إجابتها حرة.
- فقرات الاستجابة عليها موضوعية أو محددة:
- ✓ الاختيار من اجابتين:
- صحيح - غير صحيح.
- نعم - لا.
- صحيح - خطأ.
- ✓ الاختيار من اجابات متعددة.
- ✓ المزاوجة Matching.
- ✓ التكميل.
- ✓ صيغ نادرة.
- اختبارات أدائية أوغير لفظية:

✓ عامة.

✓ المادة عينة من الشغل في أعمال معينة.

#### 4-5 التصنيف تبعاً للتصحيح:

- اختبارات تتطلب تقييماً كيفياً من الخبراء.
- التصحيح بالنسخ Stencile أي التصحيح بمفتاح مثقب.
- التصحيح بالماكينات.

#### 5-5 التصحيح على أساس تطبيق النتائج:

- اختبارات غير رسمية لاختبارات يضعها المدرسون.
- اختبارات مقننة (محمد عبد السلام أحمد، 1960، ص ص 87-88).

### 6- أنواع الاختبارات السيكولوجية:

أولاً: الاختبارات الإسقاطية:

يتألف الاختبار الإسقاطي من صورة مبهمّة أو موقف غامض أو سلوك ناقص يعرض على الشخص في صورة تشكيلية أو لفظية أو سمعية أو لفظية سمعية أو بصرية ثم يطلب منه تأويله وفق ما يدركه منه فيسقط المفحوص في هذا التأويل محتويات حياته النفسية الشعورية والاشعورية من مخاوف وصراع وقلق، ولا تستخدم هذه الاختبارات لقياس سمة معينة أو عدة سمات من الشخصية بل للحكم على الشخصية في جملتها بطريقة غير مباشرة.

#### 1- اختبار الرورشاخ:

يسمى اختبار بقع الحبر للطبيب النفسي السويسري هرمان رورشاخ (1911) ويتكون من عشر بقع من الحبر خمس منها ملونة وخمس غير ملونة، تعرض الواحدة بعد الأخرى على الشخص المفحوص ويطلب إليه أن يذكر ما يراه فيها وإن يتعلق عليها

بوصف ما تذكره به وما يتوارد على ذهنه من خواطر بصددها ثم تسجل إجابته بكل تفصيلاتها وتدرس دراسة فاحصة فيسأل المفحوص هل رأى في الصورة أناسا أو حيوانا أو مناظر طبيعية؟ وهل رأى البقعة في جملتها أو في تفاصيلها وهل تأثر بشكل البقعة أم بلونها وهل رأى الناس في حالة حركة أم سكون؟ ولكل استجابة من التي ذكرناها دلالة فرؤية البقعة في جملتها تشير إلى أن المفحوص يتسم بالقدرة على التأليف والتجريد والتأثر بالألوان يدل على الإندفاع، ورؤية الناس في حالة حركة تشير إلى الانطواء، وقد استعمل هذا الاختبار في دراسة أنماط الشخصية وفي تمييز المصابين بأمراض عقلية وتفسير هذا الاختبار يتطلب إعدادا فنيا كبيرا بعد التخصص في علم النفس الاكلينيكي.

(عبد الحميد محمد شاذلي، 2001، ص ص 327-328)

والرورشاخ حسب D. Anzieu " التركيبية اللاشعورية للأدوات، حرية الإجابات والوقت الغموض النسبي للتعليمات يجعلون من الوضعية الإسقاطية، وضعية فارغة نسبيا، الفراغ الذي يفرض على الشخص ملئه بالنداء للمصادر العميقة في شخصيته". هذا الفراغ يجب أن يسير من طرف الشخص ومن طرفنا، حيث سيكون مولدا لصراعات قديمة التي ستحاول الصعود إلى منطقة الشعور، هذه العملية تتسبب في ظهور قلق عدوانية واضطرابات سلوكية ظاهرة، تفاعل الشخص مع البطاقة يؤدي إلى طرد بعض المحسوسات المعاشة والغير ممكن التعبير عنها، إنه إختبار غير تأنيبي حيث يقوم بكشف وإبراز المميزات الدينامية بين وداخل الأجهزة النفسية للشخص.

(صالح معاليم، 2010، ص ص 3-4)

## 2- اختبار تفهم الموضوع (TAT):

كان أول من وضع اختبار تفهم الموضوع هو موراي عام 1935 كطريقة لفحص تخيلات الفرد، يتكون من عشرين بطاقة (صورة) هناك بطاقات خاصة بجميع الأشخاص

وبعضها للذكور فقط، أو للإناث فقط وبعض منها للراشدين من الرجال والنساء والآخر للصبيان ومنها للبنات تقدم للمفحوص الواحدة بعد الأخرى ويطلب منه أن يكون أو يبتدع قصة حول كل صورة تعرض عليه، ويفترض أن المفحوص حين يسرد القصة أن يغوص في أعماق حياته، خبراته الخاصة وذكرياته وما تتضمنه من رغبات ونزعات وصراعات. ويضيفها على الوقائع التي ينسبها إلى أبطال قصصه. وتكمن أهمية الاختبار في أنه يكشف لنا عن رغبات الفرد ومشاعره ونزعاته المكبوتة وقد أسقطت إلى الخارج. ويرتكز هذا الاختبار على تفسيرات (مبادئ) التحليل والمتمثلة فيما يلي:

\* أن القصة التي يعطيها الفرد تختلف من فرد إلى آخر كما تختلف عند الفرد نفسه وهي بمثابة اسقاط لأفكاره ومشاعره ونزعاته الكامنة في أعماق لاواعية وبالتالي يقتضي التقاط لاوعي المفحوص من أجل النفاذ إلى عمق معاناته الانفعالية والوجدانية.

\* غالبا ما يسقط المفحوص ذاته على الشخصية الرئيسية (البطل) في القصة نتيجة التماهي مع تلك الشخصية وهذا دلالة على واقعية المفحوص وقدرته على التماهي والاسقاط.

\* من المهم أيضا تحديد ما إذا كانت قصة المفحوص قد طالت مجمل البطاقة أم بعض أجزاء منها، فالقصة التي تستمد على مجمل البطاقة تدل على واقعية المفحوص ونظرته الكلية للأمور وقدرته على الربط بين الأفكار والأشياء، بعكس تعرضه لبعض أجزاء من البطاقة فهذا دلالة على رغبة المفحوص في التهرب من مواجهة الموقف ككل والتوجه إلى الأجزاء فقط (فيصل عباس، 1997، ص ص 27-35).

### ثانيا: الاختبارات الموضوعية:

الاختبار الموضوعي للشخصية عينة من السلوك قابلة للملاحظة في ظل الظروف العملية، وهو اختبار له معنى ومغزى بالنسبة لعدد كبير من مواقف أخرى من السلوك

ويشير إلى جوانب أخرى غير ما يقيسه في الظاهر، وهذا النوع من الاختبارات يروم قياس سلوك المفحوص لاستنتاج دون أن يكون واعيا في أي اتجاه يمكن أن يؤثر في سلوكه في التأويل، وقد يتضمّن هذا الاختبار مادة لفظية، ولكنّه يركّز على أداء الشخص وسلوكه والاختبارات الموضوعية للشخصية تقيس ما يفعله المفحوص أكثر من قياسها لما يقوله عما يفعله (أحمد محمد عبد الخالق، 2000، ص487).

### 1- الاختبار المتعدد الأوجه للشخصية 2-MMPI:

#### 1-1 تاريخه:

في عام 1892 كريبلين أول من تكلم على اختبارات الشخصية، لكن في ذلك الوقت كل اختبار لا يقيس إلا جانب واحد من الشخصية والمفهوم غير واضح خلال السنوات (1930-1940) ظهرت الحاجة إلى التشخيصات النفسية للمرضى ومعرفة شعورهم، وهذه الدراسات الأولى حول التسميات التشخيص النفسي لكل حالة خاصة للقيام بالمقابلات والاختبارات، في نفس الفترة ثورستوم 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 تصحيحات 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 (Chantel 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.

والهدف منه ايجاد مقياس موضوعي لقياس بعض الخصائص في الشخصية والتي لها علاقة بأمراض الطب النفسي.

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 هاثاواي Hathaway وهو أخصائي نفساني 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 (خليدة مليوح، 2014، ص ص 193-194).

## 1-2 تعريف الاختبار:

أداة من أدوات التقرير الذاتي التي تستخدم للفحص العام للشخصية في معظم أحوالها ويعطي نتائج مفيدة في ميدان التشخيص والتطور العلاجي والتغيرات الطارئة المرتبطة بالمعايير الحديثة في علم النفس الاكلينيكي، فضلا عن استخداماته في ميدان السواء واختيار القادة وانتقاء الأفراد وتوجيههم في الميدان المدني والعسكري وفي الميدان الأكاديمي والجنائي وغيرها من الميادين التي تتطلب الفحص النفسي الشامل.

ويتكون اختبار مينسوتا من عشرة مقاييس فرعية يطلق عليها المقاييس الاكلينيكية لأنها تهدف لتحديد مدى تشابه الفرد بفئات التشخيص الاكلينيكي المختلفة كما يتكون المقياس من ثلاثة مقاييس صدق لقياس اتجاه المفحوص نحو الاختبار وتحديد مدى صدقه أو كذبه في الاجابات.

## 1-3 المقاييس الاكلينيكية للاختبار:

- توهم المرض (Hs) Hypochondrasis: وهو يقيس مدى الانشغال الزائد بوظائف الجسم والقلق على الصحة دون مبرر، يتكون من 33 عبارة.
- الاكتئاب (D) Depression: ويتكون من 60 عبارة لقياس النظرة المتشائمة للحياة والمستقبل، ومشاعر اليأس والنقص، والانشغال الدائم بالموت، وبطء عمليات التفكير، وانخفاض مستوى النشاط وهي الخصائص التي تميز استجابات مرضى الاكتئاب، والذين يعانون من حالات الذهان الدوري.
- الهستيريا (Hy) Hysteria: وتشير عبارات هذا المقياس بعباراته الـ 60 إلى استخدام الاستجابات التي تصدر عن المرضى المصابين بعصاب الهستيريا التحولية والتهرب من المسؤوليات والتصرفات الانفعالية المضطربة وكثرة الكلام.

- الانحراف السيكوباتي (Pd) Psychopathic deviation: ويقاس هذا المقياس بعبارته الـ 50 مدى شيوع التصرفات الجانحة والخارجة عن العرف والتقاليد، والوقوع في مشكلات مع القانون نتيجة للعجز عن الاستفادة من الخبرة وضعف الاستبصار بما هو صواب أو خطأ.
- الذكورة والأنوثة (Mf) Masculinity-Feminity: وضع هذا المقياس للتعرف على ملامح الشخصية المرتبطة بالاضطراب الجنسي، أي اضطراب الدور الذكوري (عند الذكور) أو الأنثوي (عند الإناث)، ولهذا نجد أن عبارته الـ 60 تتعلق بقياس مدى الوقوع في الانحرافات الجنسية والشذوذ والميول الانثوية عند الذكور والميول الذكرية القوية عند الإناث.
- البارانويا (Pa) Paranoia: ويتكون هذا المقياس من 6 عبارات تقيس الصورة الاكلينيكية للبارانويا ويتميز المرضى في هذه المجموعة بالتشكك والحساسية الزائدة وهذيانات الاضطهاد والعظمة.
- السيكاثينيا (Pt) Psychastenia: ويتعلق هذا المقياس بتقدير خصائص تنتمي لأعصبة القلق والمخاوف المرضية والوساوس وعبارته 48.
- الفصام (Sc) Schizophrenia: يتضمن 78 عبارة لقياس جوانب من السلوك تميز المرضى الذهانيين والفصامين بفئاتهم غير المتجانسة وذلك مثل الأفكار الغريبة والسلوك الشاذ والهذيانات والهلاوس، واللامبالاة والقسوة.
- الهوس الخفيف (Ma) Hypomanie: نمط الشخصية الذي وضع هذا المقياس ذي الـ 46 عبارة لقياسه هو الاضطراب الوجداني المعروف باسم الهوس الخفيف كما يتمثل في ثلاثة جوانب هي النشاط الزائد غير الموجه، الاستثارة الدائمة وسيطرة الأفكار المتطاييرة والمفككة.

- الانطواء الاجتماعي (Si) Social introversion: يتكون هذا المقياس من 70 عبارة تقيس الرغبة في الانزواء وتجنب الاتصال الجماعي بالآخرين. ( عبد الستار ابراهيم، عبد الله عسكر، 2008، ص ص 171-178)
- وهناك مقاييس فرعية جديدة وهي كالآتي:
- **مقياس القلق A:** ويتكون من 39 عبارة وتشير الدرجة المرتفعة إلى احتمال معاناة الفرد للقلق وعدم الارتياح وبطء في إيقاعه الشخصي، متشائم، متبلد غير عاطفي وخامل، كما يبدي كثيرا من مشاعر الخجل والانعزال ويفتقد الثقة في قدراته ومهزوز ومتردد ومكفوف ومقيد، وقد يكون اندفاعيا يلقي باللوم على الآخرين على مايعانيه، ويفتقد التوازن في المواقف الاجتماعية ويقبل ويتحمل السلطة لدرجة الخضوع مع كثرة الشكوى، أما الدرجة في المدى المتوسط فتشير إلى احتمال أن تكون لديه معاناة لبعض أعراض القلق والخجل وعدم الأمان، أما الدرجة في المدى المنخفض فتشير إلى كون الشخص يبدو متوافقا، ولايبدي مظاهر القلق ويوصف بالطلاقة اللفظية والمهارات الاجتماعية.
- **مقياس الكبت R:** ويتكون من 37 عبارة وتشير الدرجة المرتفعة إلى احتمال أن يكون مقموع لاشعوريا، ولايبدي الاستعداد لمناقشة مشكلاته ويتصف بالتباطؤ والمثابرة التي لاتعرف الملل، شديد الإنكار ويحتفظ بأسراره لنفسه ويعيش حياته بحرص وحذر وإذا كانت الدرجة على مقياس القلق مرتفعة فإن الشخص يبدو مقيدا ومحاصره بهوموم، أما الدرجة في المدى المتوسط ربما يميل إلى إنكار مشاعره ومشكلاته في بعض المواقف، أما الدرجة في المدى المنخفض شخص أكثر وضوحا وقادر على مناقشة المشكلات الحالية ويفهمها ومنفتح في علاقاته الاجتماعية ويتصف بالصراحة والهدوء.

• **مقياس قوة الأنا ES:** ويحتوي على 52 عبارة وتشير الدرجة المرتفعة إلى "شخص لديه القدرة على مواجهة الكروب والضغوط الموقفية ولا تكون لديه أمراض نفسية مزمنة ومستقر وواقعي ويتحمل المسؤولية وواضح ومحدد ولديه قدرة من الثقة بالنفس والمهارات الاجتماعية، ويمكنه أن يتحمل أسلوب المواجهة في جلسات العلاج النفسي"، وتشير الدرجة في المدى المتوسط إلى "سواء الشخصية ولديه قدر من القدرة على التحكم في انفعالاته وقدر من الثقة بالنفس ومقبول من الآخرين وقدر معقول من الاهتمامات والأنشطة"، أما الدرجة في المدى المنخفض فتشير إلى "شخص يعاني من عدم القدرة على مواجهة المواقف الضاغطة، وقد يعاني من اضطرابات نفسية مزمنة، ويفتقد للمهارات الاجتماعية ولا يقبل على العلاج النفسي ولا يكون عند مستوى المسؤولية".

• **مقياس سوء استعمال العقاقير ALC:** ويتكون من 49 عبارة وتشير الدرجة المرتفعة إلى "إحتمال وجود حالة من تعاطي الخمر والعقاقير ذات التأثير النفسي ويتصف هذا الشخص بالانبساطية والاستعراضية، ويكون قد مر بخبرات اغماء ولديه تاريخ مع المشكلات السلوكية كما يستمتع بالمنافسة والمجازفة، أما الدرجة في المدى المتوسط "احتمال أن يكون أسلوب حياته دافعا إلى تعاطي المخدرات أي الخمر"، أما الدرجة في المدى المنخفض "لا توجد لديه خبرة يتعاطى المخدرات، معتدل في سلوكه وليس لديه مشكلات أو مصادمات مع القانون ولا يميل إلى الاندفاعية أو المخاطرة".

بالإضافة إلى مقاييس أخرى:

### 1-3-1 مقاييس الصدق الفرعية:

- **مقياس TRIN عدم تجانس الإجابة بين نعم و لا:** تشير الدرجات المعيارية 80 إلى أنّ الصفحة النفسية غير صادقة ربما يكون قد أجاب عن كل الأسئلة بنعم أو ب لا، أما الدرجة في المدى المتوسط فتشير إلى احتمال أن تكون الصفحة النفسية محرفة أما الدرجة في المدى المنخفض فتشير إلى أنّ الصفحة النفسية الصادقة.

- مقياس VRIN عدم اتساق الاجابات: تشير الدرجات المرتفعة إلى عدم اتساق الاستجابات والصفحة النفسية غير صادقة، أما الدرجة في المدى المتوسط فتشير إلى احتمال تحريف الصفحة النفسية، أما الدرجة في المدى المنخفض فتشير إلى أن الصفحة النفسية صادقة.

- مقياس الخطأ للصفحة الخلفية FB: وتحتوي على 40 عبارة وتشير الدرجة المرتفعة إلى أن الصفحة النفسية غير صادقة وتوجد مقاومة للتطبيق وربما تشير إلى تحريف الاجابة لطلب المساعدة كونه يحمل اضطرابا عميقا، أما الدرجة في المدى المنخفض فتشير إلى أن الصفحة النفسية صادقة.

(عبد الستار ابراهيم، عبد الله عسكر، 2008، ص ص 178-186)

### 1-3-2 مقياس الصدق:

• المقياس (?): الدرجة على هذا المقياس هي عدد العبارات التي يجب عنها المفحوص ب لا أدري (?)، أي العبارات التي لا يستطيع الاجابة عنها ب نعم أو لا. إن الدرجة المرتفعة على هذا المقياس من شأنها أن تعطي صفحة نفسية غير صادقة كلية والدرجة على المقياس (?) لها دلالاتها التشخيصية، فالدرجات المرتفعة تكثر عادة بين فئات الوهن النفسي والانقباض.

• مقياس الخطأ (ف): كلما زادت الدرجة على هذا المقياس زاد احتمال أن بعض العوامل قد تدخلت لتقلل من صدق الصفحة النفسية (فهذا المقياس يتكون من العبارات التي تستخدم لمراجعة صدق الاختبار ككل)، أما إذا قلت درجة هذا المقياس فإن ذلك يعتبر دليلا صادقا على أن استجابات المفحوص معقولة ووثيقة الصلة بالعبارات أو الموضوع الذي يجب عنه، إلا أن درجة هذا المقياس تزداد نتيجة أنواع معينة من المرض النفسي وخاصة في الحالات الشبيهة بالفصام وحالات الانقباض وعلى كل

حال، فإن ارتفاع الدرجة على المقياس (ف) يكشف أن المفحوص اختار شعورياً أو لاشعورياً إظهار نفسه في صورة لاسوية.

● **مقياس الكذب (ل):** تستمد الدرجة على هذا المقياس من 15 عبارة تتضمن كلها أموراً مقبولة اجتماعياً، إلا أنها لا تنطبق عادة على أي فرد في عالم الواقع، وهذا معناه أن الشخص يريد أن يعطي انطباعاً عن نفسه في صورة مقبولة اجتماعياً (كأن يقرر مثلاً أنه لا يكذب أبداً) ومن أمثلة هذه العبارات (أؤجل إلى الغد في بعض الأحيان ما يجب أن أعمله اليوم) فرغم أن الإجابة الصحيحة المعتادة تكون (نعم)، إلا أن الإجابة المقبولة اجتماعياً والتي يعتقد أن الناس يرضون عنها هي (لا)، فالشخص الذي يحصل على درجة مرتفعة على هذا المقياس يكون من النوع الذي يريد أن يظهر نفسه في صورة مقبولة اجتماعياً، وذلك عن طريق تحريف استجابته لعبارة المقياس، إنَّ الدرجة العالية على مقياس الكذب قد توضح أنَّ الإجابات عامة قد تأثرت بنزعة الفرد إلى الكذب أو بإعطاء صورة غير صحيحة عن نفسه.

● **مقياس التصحيح (ك):** يعبر المقياس ك بصفة عامة عن اتجاه المفحوص نحو الاختبار وهو يرتبط بالاتجاهات التي يكشف عنها مقياس الخطأ (ف) والكذب (ل) والدرجة العالية على المقياس (ك) مثل ارتفاعها في المقياس (ل)، قد تدل على استجابة دفاعية تتضمن تحريفاً مقصوداً نحو الطرف السوي، أما الدرجة المنخفضة على المقياس (ك) فهي تشير إلى أن المفحوص ينفذ نفسه بنفسه وأنه مستعد للكشف عن أعراضه وأنه يرغب في إظهار نفسه بمظهر سوي.

إلا أن البحوث الحديثة كشفت عن أن المقياس (ك) يشير إلى أن الدرجات المرتفعة على المقياس يغلب أن تميز الأفراد التوافقيين توافقا سويًا والذين يتسمون بالشعور بالمسؤولية وبالأمْن والضبط وقوة الأنا (فيصل عباس، 2003، ص 147-148)

### 1-4-4 الاستخدامات الاكلينيكية للاختبار:

لما كانت المقاييس الاكلينيكية التي يتضمنها الاختبار قد أعدت للتنبؤ لفئات التشخيص الاكلينيكي معروفة فإن هذه الاستخدامات المبكرة لاختبار تعني النظر إلى درجات كل مقياس على حدة فإذا ارتفعت فيمكن التنبؤ بوجود اضطراب يتلاءم مع طبيعة المقياس إلا أنه اتضح فيما بعد أن الأمر ليس بالبساطة فقد يحصل شخص عادي أو عصابي على درجات مرتفعة على مقياس الفصام دون أن يكون في حياته ذلك. إذ توجه الاهتمام على توزيع الدرجات على جميع المقاييس لأنها أكثر دلالة من الدرجة على مقياس واحد، عليه أن يتضح أن هناك ثلاثة أنماط رئيسية متميزة يمكن تفسيرها على ما يأتي:

\* **النمط العصابي أو المثلث العصابي:** يشير إلى الارتفاع في مقاييس ثلاثة وهي: توهم المرض والاكتئاب والهستريا.

\* **النمط الذهاني أو المثلث الذهاني:** ويدل على ارتفاع في مقاييس الفصام والبارانويا والهوس الخفيف.

\* **أما الاضطرابات السلوكية أو الجنوح:** فتتمثل في ارتفاع الدرجات على مقاييس الانحراف السيكوباتي والفصام والهوس الخفيف مع احتمال ارتفاع الدرجات على مقياس الذكورة والأنوثة (محمد جاسم محمد، 2004، ص128).

### 1-4-1 تطبيق الاختبار الجمعي:

لتطبيق الاختبار الجمعي تتبع الخطوات التالية:

- توزع أوراق الاجابة على المفحوصين.

- يطلب من كل مفحوص أن يكتب اسمه والبيانات الأخرى المطلوبة منه في ورقة الاجابة.
- توزع كراسة الاختبار\_ واحدة لكل مفحوص\_ مع التنبيه بعدم فتح الكراسة قبل إعطاء الاذن بذلك.
- يقرأ الفاحص التعليمات الواردة في مقدمة الكراسة وذلك بصوت مرتفع، وفي نفس الوقت الذي يتابع المفحوصون هذه التعليمات بالقراءة الصامتة.
- يجيب الفاحص على الأسئلة التي قد يوجهها المفحوصون، ثم يؤكد عليهم التنبيه بضرورة رسم أي علامة على كراسة الاختبار، ثم يطلب منهم فتح الكراسة والبدء في الاجابة.
- يحسن القيام بجولة واحدة بين صفوف المفحوصين للتأكد من أنهم يقومون فعلا بتنفيذ تعليمات الاختبار، ولكن لايجوز الوقوف طويلا بجانب أي مفحوص أو إبداء الاهتمام بإجاباته المعينة عن أسئلة الاختبار.
- وليس هناك وقت محدد للاجابة إلا أنه من المعتقد أن الإجابة السريعة أحسن من الاجابة بعد تفكير وتأمل طويلين، ويختلف الزمن اللازم للاجابة عن أي الصورتين من مفحوص إلى آخر، وعادة ما يستغرق الأفراد في الصورة الجمعية زمنا يتراوح من خمسين إلى تسعين دقيقة، ويختلف الزمن باختلاف ثقافة الأفراد وحالتهم الانفعالية وإلى غير ذلك من العوامل إلا أنه من المناسب تقديم ساعتين للاختبار، ويطلب من كل مفحوص تسليم كراسة الأسئلة وورقة الاجابة منفصلين بعد انتهائه من الاختبار.

### 1-5 أسس التفسير الاكلينيكي لنتائج الاختبار:

#### خطوات التفسير:

\*الخطوة الأولى: هي فحص الدرجات التي حصل عليها المفحوص في كل مقياس من مقاييس الصدق والمقاييس الاكلينيكية وتحديد ما إذا كانت تقع في المدى "السوي"

أو " العادي " أم في المدى " الملحوظ " أو "المرضي" أو في المدى "المنخفض" واستقرار دلالات هذا المدى طبقا لما أورد في عرض كل مقياس، مع مراعاة أن نفس الدرجة قد تكون رغم وقوعها في المدى " السوي" لها دلالات المدى "المرضي" طبقا للبيانات الأخرى المتوفرة. ويسجل الاكلينيكي انطباعاته وفروضه عن دلالات الدرجة على كل مقياس محاولا في نفس الوقت دراسة العلاقات بين هذه المقاييس وخاصة مع مقياس الصدق.

\***الخطوة الثانية:** هي النظرة الكلية للصفحة النفسية، إذ تؤكد البحوث الخبرة الاكلينيكية أن الشكل الكلي للصفحة النفسية أكبر دلالة من الارتفاع في الدرجة على مقياس واحد ولذلك فإنه يجدر بالاكلينيكي عند فحصه الصفحة النفسية أن يوجه انتباهه إلى الدرجات العديدة المرتفعة (والمنخفضة) بدلا من الدرجة المطلقة لأي مقياس بمفرده، ويرجع السبب في ذلك إلى الخليط المعقد من اللاسواء الذي يوجد في معظم مرضى المستشفيات والذي يعكسه الاختبار.

\***الخطوة التالية** وتتضمن في التحليل المجموعات الفرعية للمقاييس ولعل أكثر طرق هذا التحليل شيوعا وأقلها تعقيدا هي " النقطة المرتفعة" في الصفحة النفسية أي المقياسان اللذان حصل فيهما المفحوص على أعلى الدرجات التائية فوق 70، وفي بعض الحالات يتم التفسير على أساس المقياس الواحد الذي تزيد الدرجة التائية عليه عن 70 (البروفيل المدبب)، ويرجع الاكلينيكي إلى الأوصاف المعطاة للنقطة المعينة أو في المدى المعينة كما يدرس تأثير أي المقياسين في النقطة المرتفعة تكون فيه الدرجة الأعلى وبخاصة إذا كانت من النوع الذي يؤثر فيه ترتيب المقياس تأثيرا دالا.

(لويس كامل مليكة، 2000، ص ص 103-110)

## خلاصة

من خلال عرضنا لهذا الفصل والذي يتضمن اختبارات الشخصية من بينها الاختبار الموضوعي المتعدد الأوجه للشخصية الثاني والذي يعد أداة اكلينيكية تتطلب مهارة سيكولوجية عالية واعتباره قائمة طبية نفسية أكثر منها اختبارا للشخصية ومساعدة في التشخيص النفسي الطبي ذلك لأنه يكشف عن الخصائص المرضية للاضطرابات النفسية وذلك من خلال السلام الاكلينيكية العصابية والذهانية والتي سنطبقها على ثلاث حالات.



الجانحة التطبيقية

# الفصل الرابع:

## الاجراءات المنهجية للدراسة

### تمهيد

1- نبذة تاريخية حول اختبارات الشخصية

2- تعريف الاختبار النفسي

3- خصائص الاختبارات النفسية

4- الامداد العامة للاختبارات النفسية

### خاتمة

**تمهيد:**

إنّ تحديد الاطار المنهجي ضروري لأي بحث علمي إذ لا يمكن لأي باحث التخلي عنه فعملية التفكير في تأسيس عمل منهجي منظم بإمكانية أن يترجم معظم أهداف البحث المتمثلة في الاجابة على اشكالية البحث والتأكد من صحة الفرضيات ثم تحليل البيانات المتحصل عليها، كما تكمن أهمية العمل المنهجي في مجالات الدراسة المتمثلة في الدراسة الاستطلاعية، المجال المكاني والزمني، والمنهج المتبع إضافة إلى الأدوات المستخدمة.

**1-الدراسة الاستطلاعية:**

تعتبر الدراسة الاستطلاعية من بين خطوات البحث العلمي، حيث سمحت لي هذا الدراسة الأولية بالتعرف على مكان الدراسة والتأكد من وجود الحالات المراد دراستها بالإضافة إلى فحص وجمع أكبر قدر من المعلومات حول موضوع الدراسة " القياس الموضوعي للفصام من خلال تطبيق اختبار MMPI-2" توجهت إلى مصلحة الأمراض العقلية التابعة للمؤسسة العمومية الاستشفائية ابن سينا بولاية أدرار، في بداية الأمر كانت على أحسن ما يكون ونظرا لحدوث مستجدات عرقلت الدراسة والمتعلقة بإدارة المصلحة تم توقيف العمل على الرغم من كوننا قد قطعنا شوطا في دراسة الحالة، حيث تم الالتجاء إلى المركز الوسيط لعلاج المدمنين التابع للمؤسسة العمومية للصحة الجوارية بنفس المنطقة واستغرقت اجراءات الموافقة ستة أيام لتكون انطلاقة الدراسة باليوم الموالي والذي وافق 27 فيفري 2017 حيث كان هناك صعوبة في إيجاد الحالات لكونهم غير مقيمين بالمركز ذلك أن المستشفى غير إقامي، وكانت الأخصائية النفسانية الوسيط نظرا لكونها تعمل على المتابعة النفسية.

وتهدف الدراسة الاستطلاعية إلى الاسترشاد والإلمام بالمعلومات حول الظاهرة المراد دراستها على أرض الواقع، والتأكد من التصور العام، وكذلك التعرف على الصعوبات والمشاكل التي قد يتعرض لها الباحث (فطيمة ونوغي، 2014، ص240).

ومن نتائجها:

- ضبط حالات الدراسة والتي تم تشخيصها من طرف الطبيب السيكاتري على أنهم فصاميين.

- تحديد مكان اجراء الدراسة "المركز الوسيط لعلاج المدمنين".

## 2- حدود الدراسة:

### 2-1 المجال المكاني:

أجريت الدراسة الميدانية لثلاث حالات الفصام، حالتين متابعة بالمركز الوسيط لعلاج المدمنين لولاية أدرار التابع للمؤسسة العمومية للصحة الجوارية وهي مؤسسة ذات طابع إداري أنشأت بتاريخ 19 ماي 2007، تتكون من العديد من المرافق والمنشآت والمتمثلة في المركز الوسيط لعلاج المدمنين الذي يتكون من الإدارة (مكتب السكرتيرة، مكتب الأرشيف)، قسم خاص بعلاج حالات الإدمان، قسم خاص بالأمراض العقلية، مكتب الطبيب العام مكتب الأخصائي النفسي، مكتب طبيب مختص في الأمراض العقلية، مكتب المراقبة الطبية وحديقة المركز.

ملاحظة: بالنسبة للحالات المتابعة بالمركز فهي غير مقيمة وإنما تتبع علاج دوري لكل ثلاثة أشهر نظرا لعدم توفر الإقامة بالمركز.

### 2-2 المجال الزمني:

أجريت الدراسة بالمركز ابتداء من 27 فيفري 2017 إلى غاية 28 مارس 2017.

### 3- المنهج:

هو المنهج العيادي الملائم لموضوع الدراسة لقياس الموضوعي للفصام الذي يدرس الفرد كوحدة شاملة وملائم للتشخيص الذي هو الهدف الرئيسي بالبحث عن ماضي والوضع الحالي للحالات.

عرفه **عقيل حسين عقيل**: بأنه المنهج الذي يهتم بدراسة الظواهر والحالات الفردية والثنائية والجماعية والمجتمعية ويركز على تشخيصها من خلال المعلومات التي جمعها وتتبع مصادرها في الحصول على الحقائق المسببة للحالة، ويصل الى نتائج ومعالجاتها من خلال دراسة متكاملة (عقيل حسين عقيل، 1999، ص 129).

وهو المنهج الأنسب لهذه الدراسة الذي يقوم على الملاحظة المعمقة في دراسة الوحدات المختلفة في مشاكل معينة والغوص في حياتهم بغية الوصول إلى تأويل كل واقعة في ضوء الوقائع الأخرى، بأسلوبه دراسة الحالة والتي تقوم بجمع بيانات ومعلومات كثيرة وشاملة عن حالة فردية واحدة أو عدد محدود من الحالات وذلك بهدف الوصول إلى فهم أعمق للظاهرة المدروسة وما يشبهها من ظواهر، حيث تجمع البيانات عن الوضع الحالي للحالة المدروسة وكذلك عن ماضيها وعلاقتها من أجل فهم أعمق وأفضل للمجتمع الذي تمثله ويتم جمع البيانات في مثل الأسلوب بوسائل وأدوات متعددة منها المقابلة الشخصية الاستبيان، الوثائق والمنشورات (ربحي مصطفى عليان، 2000، ص 46).

## 4- أدوات الدراسة:

## 4-1 المقابلة الاكلينيكية نصف موجهة:

استعملت المقابلة الاكلينيكية نصف موجهة على الطبيب السيكاتري من خلال أسئلة مرنة تساعدنا في فهم كيفية تشخيص الفصام من قبل الطبيب السيكاتري.

هي المحادثة الجادة الموجهة نحو هدف محدد وهذا لقيام بعلاقة حقيقية من القائم بالمقابلة وبين المبحوث (عبد الفتاح محمد دويدار، 2009، ص 44).

## 4-2 الملاحظة العيادية:

وهي ملاحظة سلوك الفصامي من خلال كلامه، الهلوس المرتبطة بالمواضيع المتنوعة وهذا ما يساعدنا على التشخيص.

وتعرف الملاحظة العيادية على أنها استتفار الطرف الفاحص انتباه كافة المستقبلات الحسية والوجدانية المعرفية والروحانية لديه من أجل التقاط أي بيانات أو رسائل تصدر عن الطرف الملحوظ، قصدية كانت أو غير قصدية، وصريحة كانت أو ضمنية في مواقف خاصة أو في مواقف طبيعية أو في مواقف معدة لذلك.

(خالد خياط، 2016، ص 26)

## 4-3 اختبار الشخصية متعدد الأوجه الثاني 2-mmipi: هو اختبار موضوعي طبق

على حالات الدراسة الثلاث شخّصو على أنهم فصاميين من قبل الطبيب السيكاتري وقيس الميولات المرضية.

## خلاصة

تتاول هذا الفصل الاجراءات المنهجية من خلال التطرق للدراسة الاستطلاعية ونتائجها، بعدها تم تحديد مكان وزمان اجراء الدراسة انتقالا للمنهج، وأخيرا الأدوات المستخدمة في جمع البيانات والتي سيتم عرض نتائجها ومناقشتها في الفصل الموالي.

# الفصل الخامس:

## عرض حالات الدراسة وتحليل ومناقشة النتائج

1- الحالة الأولى

2- الحالة الثانية

3- الحالة الثالثة

تحليل ومناقشة النتائج بحسب ضوء الفرضيات

عرض حالات الدراسة:

### 1- الحالة الأولى:

تقديم الحالة:

الإسم: ز

السن: 38 سنة

الجنس: أنثى

المستوى التعليمي: جامعي

الحالة الاجتماعية: عزباء

الوضع الاقتصادي: متوسط

المهنة: أستاذة الطور المتوسط

### 2- الظروف المعيشية:

الحالة (ز) تبلغ من العمر 38 سنة، أستاذة الطور المتوسط، تقيم بولاية أدرار، عزباء تقطن مع أسرتها، الأب متقاعد منذ سنة 1975، الأم الزوجة الثانية مأكثة بالبيت ترتيبها الرابع في الأسرة، المتكونة من خمس بنات وذكورين، الثانية متوفية، الأخ الأكبر هو المتكفل بالأسرة، لديها إخوة وأخوات من زوجة الأب الأولى، كما لديها سوابق مرضية عائلية، أبناء العمومة الثلاث ( ابن عمها وأخته فصاميين، وابن عمها الآخر اكنتاب) أمّا ابنة خالتها تعاني من فصام بسيط.

تعرضت الحالة للاضطراب العقلي أثناء دراستها بالجامعة وذلك خلال السنة الثانية والتي وافقت عام 2001، بعد تعرضها لصدمة عاطفية مع أستاذها، لقد كانت طالبة

نجيبة ومن خلال معاملة أستاذها لها اعتقدت أنه يكن لها مشاعر الحب مع أنه لم يوحى لها بذلك وكانت الصدمة عند علمت أنه متزوج ورب أسرة، جاءت الحالة برفقة أختها الكبرى بعد ظهور مجموعة من الأعراض والتي تمت ملاحظتها خلال شهر ونصف من قبل أفراد الأسرة وخاصة الأخت الكبرى والتي كانت علاقتها وطيدة بها مقارنة بأفراد الأسرة الآخرين، وتمثلت الأعراض في الخجل بشكل كبير، الانطواء على الذات، اعتزال الناس سواء داخل المحيط الأسري مع أفراد الأسرة أو اتجاه المحيط الخارجي الأصدقاء والزميلات، الاحساس بمراقبة الآخرين لها، تجنب الأماكن التي تزدهم بالناس وتفضل فقط الطرقات الخالية بالإضافة إلى أنها فقدت المتعة في الكثير من الأمور التي كانت تستمتع بها سابقا مثل الأعراس وغيرها، كما أصبحت تكلم نفسها، وهذا ما استدعى إلحاقها بالمركز وعرضها على مختصة عقلية وذلك بتاريخ 24 أبريل 2001.

### 3- ملخص المقابلة مع الطبيب السيكاتري:

اعتمد الطبيب السيكاتري في تشخيصه لحالة المفحوص على الملاحظة الأولية بداية بسلوكها فقد كانت هادئة جدا تلتزم الصمت، أما بالنسبة لمظهرها العام والذي كان يبدو بشكل عادي، كما كانت تراودها هلاوس بصرية إضافة إلى الهذات التي كانت مبنية على هذيانات التأويلية بالرغم من عدم حقيقة ذلك وهذيانات الاضطهاد، وبناء على الملاحظة و DSMIV شخصه الطبيب على أنه فصام برانويدي، ومع تناول الحالة لمضادات الذهان Resperidal ، l'haldol ، Parkinal، ومتابعتها النفسية من قبل الأخصائية النفسانية بدأت تتماثل للشفاء بدرجة كبيرة بحيث يبدو عليها حالة من الاتزان والاستقرار، إلا أنها أحيانا عندما تشعر بالاستقرار في حالتها فإنها لا تلتزم بالجرعات المعطاة من قبل الطبيب وهو ما يؤدي بها إلى الانتكاسة وظهور أعراض المرض من جديد.

3- عرض اختبار مينسوتا متعدد الأوجه MMPI-2 وتحليله:

1-3 عرض الاختبار:

L	F	K	Hs	D	Hy	Pd	Mf	Pa	Pt	Sc	Ma	Si
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
60	62	59	73	53	72	66	57	62	75	74	75	53

$$L' \text{ indice de Goldberg} = L + Pa + Sc - Hy - Pt = 60 + 62 + 74 - 72 - 75 = 49$$

مؤشر قودبارج أكبر من 45 يكون الشخص ذهاني

متوسط ارتفاع البروفيل:

$$M = Hs + D + Hy + Pd + Pa + Pt + Sc + Ma$$

$$8 = 73 + 53 + 72 + 66 + 62 + 75 + 74 + 75 = 550$$

$$8 = 68.75$$

السلم F=62 مؤشر متوسط يشير إلى مرض موسوم عن وجود مشكلات ذهانية.

2-4 تحليل الاختبار:

السلام الاكلينيكية القاعدية:

1- توهم المرض: Hs=73

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 إلى التحكم في المحيط، سلوك نرجسي ومتمركز على الذات، التشاؤم والانهزامية، نظرة مستخفة للوجود معبر عن بعض العدوانية بشكل غير مباشر، نادرا ما يطبق ما يفكر فيه (لا يمر بالفعل).

### 2- الاكتئاب: D=53

ليس لهذا السلم دلالة تشخيصية واحدة لأن أعراض الاكتئاب في العديد من الأمراض لأن الدرجة التائية تقع قبل المتوسط وبالتالي لا يعد مرض، تتميز شخصية المفحوص حسب درجة هذا السلم بالاستقرار.

### 3- الهستريا: Hy=72

الدرجة التائية يعني لديه ميولات هسترية غير أنها غير مرتفعة، تتميز شخصية المفحوص حسب درجة السلم الثالث باستخدام ميكانزمات الدفاع.

### 4- الانحرافات السيكوباتية: Pd=66

تقع حسب الدرجة التائية للسلم غير أنها غير مرتفعة جدا بمعنى تميزه بسمات مرضية من الانحرافات السيكوباتية غير متوقعة.

### 5- الذكورة الانوثة: Mf=57

لا تعد مرض من خلال الدرجة التائية.

### 6- البارنويا: Pa=62

تقع الدرجة التائية حسب هذا السلم قبل المتوسط غير أنها غير مرتفعة أي لديه نوع من البارنويا.

## 7- البسيكاستينيا: Pt=75

الدرجات المتوسطة الارتفاع تشير إلى شخصية قلقة، خائف، متردد عصبي، متوتر مع نزوع إلى اضطراب القلق، يشك في ذاته ويشعر بالدونية، ينتقد ذاته ويسيء تقديرها دائم الاجترار، متصلب أخلاقي، تقليدي، خجول ويجد صعوبة في إقامة علاقات مع الآخرين.

## 8- الفصام: Sc=74

الدرجة التائية متوسطة الارتفاع تشير إلى شخصية تتميز بالعزلة، الانطوائية، صعوبة الاتصال، الفصامية، البرود واللامبالاة، تقادي الناس والمواقف الجديدة، الخجل، الشعور بالدونية، العجز وعدم الاقناع، قليل الاستثمار في العلاقات، عدواني، عنيف، عنيد وحقود، التعبير عن المشاعر، قد يتعلق الأمر بشخص مبدع مختلف، غير ممثل وغريب الأطوار.

## 9- الهوس الخفيف: Ma=75

الدرجة التائية فوق المتوسط يعني لديه سمات من الهوس الخفيف ولكن غير متوقع.

## 0- الإنطواء الاجتماعي: Si=53

الدرجة التائية تقل عن المتوسط، المشاركة في تأكيد الذات ويعانون من أعراض سوماتية.

## التحليل العام للحالة:

انطلاقاً من الملاحظة العيادية والمقابلة نصف موجهة تميز سلوك المفحوص بالاستقرار والرغبة في التعاون وإظهار نوع من التقبل مع العلم أن الحالة بتناولها للأدوية

تم اختفاء الأعراض السلبية، كما يظهر لديها بعض الميولات الفصامية وذلك من خلال فقدانها للثقة بنفسها، الشعور باليأس والإحساس بمراقبة الآخرين إضافة إلى الهذات والتي كانت تدور حول توهمات الحب والاضطهاد.

أما نتائج اختبار MMPI-2 فإن الدرجة التائية المتوسطة الارتفاع لسلم الفصام والدرجة التائية قبل المتوسط لسلم البارنويا، إضافة إلى الدرجة التائية قبل المتوسط لسلم الهوس تشير إلى أن شخصية المفحوص تتميز بالعزلة والانطواء، قليل الاستثمار في العلاقات، وبالتالي نستطيع القول أن متوسط ارتفاع سلم الفصام له علاقة بارتفاع سلم المثلث الذهاني.

وعلى حسب أقوال السيكاتري فإن المرض وراثي لدى هذه العائلة كما سبق ذكره وهذا ما أكدته دراسة كالمان (1946) إن عاملا وراثيا متتحيا يرثه الفرد يهيئه للفصام أي أن مرض الفصام نفسه لا يورث ولكن الذي يورث هو استعداد الفرد للإصابة بالفصام إذا تجمعت الأسباب الحيوية والنفسية والبيئية (حامد زهران، 2005، ص535). وهو ما اتضح من خلال دراسة عكاشة في قياس كميات الكورتيزون فقد وجد أن هذا الهرمون يفرزه مرضى فصام البارنويا أكثر من مرضى أنواع الفصام الأخرى، وأن نكسات المرض يصاحبها زيادة في إفراز هرمون الكورتيزون وأن شفاء المرض يصاحبه نقصان في إفراز هذا الهرمون ( أنظر الاطار النظري ص23).

## الحالة الثانية:

## 1-تقديم الحالة:

الاسم: ج

السن: 28 سنة

الجنس: ذكر

المستوى التعليمي: ابتدائي

الحالة الاجتماعية: أعزب

الوضع الاقتصادي: متوسط

## 2- الظروف المعيشية:

الحالة (ج) يبلغ من العمر 28 سنة، أعزب، ليس لديه عمل محدد، يقيم بولاية أدرار يقطن مع أسرته، الأب تاجر، الأم ماکثة بالبيت، ترتيبه الرابع في العائلة المتكونة من خمسة أبناء، بنتين وذكورين. ليس له سوابق مرضية عائلية، لم يكن لدى الحالة عمل محدد كما سلف الذكر حيث عمل في الفترة الأخيرة (أي قبل المرض) مؤذنا بالمسجد.

بدأ الاضطراب مع الحالة بزواج والده للمرة الثانية، مما أدى إلى دخوله في حالة كآبة ثم ليستمر الحال عندما تم اتهامه بالسرقة من طرف أفراد أسرته وبالضبط من قبل

أخواله حيث لم تثبت براءته وتكرر نفس الموقف مع الحالة عند التحاقه للعمل في المسجد حيث وأنه في فترة عمله تحصل على الاجازة في حفظ القرآن الكريم لمدة أربع سنوات، حيث تمّ اتهامه من قبل إمام المسجد بسرقة صندوق التبرعات وقد كانت علاقته طيبة مع الأشخاص الذين يترددون على المسجد للصلاة وقد أقر أحدهم ببراءة الحالة وكان شيخا كبير في السن، ليتعرض الحالة بعدها لنوبات من الهيجان وفرط النشاط لتتطور بعد ذلك إلى حالة اكتئابية. مما استدعى والدته عرضه على طبيب عام وهذا راجع إلى توصيات الطبيب العام بالذهاب إلى ولاية وهران لأن الطبيب العقلي المتواجد بولاية أدرار أخذ إجازة، وحضر الحالة إلى المستشفى بأدرار برفقة والدته لتغيير الدواء لكونه لم يناسبه إضافة إلى صعوبة الاستمرار في الذهاب لمستشفى وهران بسبب التكاليف المادية وبالتالي قرر المتابعة بمستشفى أدرار بدءا بتاريخ 10 جوان 2012.

### 3- ملخص المقابلة مع الطبيب السيكاتري:

اعتمد الطبيب السيكاتري في تشخيصه لحالة المفحوص على الملاحظة الأولية بداية بمظهره العام والذي كان يبدو عليه اللامبالاة وعدم الاهتمام، أما بالنسبة لسلوكه فقد كان هادئ جدا، استجاباته بطيئة إضافة إلى قلة الفهم والاستيعاب، كما كانت تراوده هلاوس سمعية وبصرية وهذيانات والمتمحورة حول الهذيانات الدينية، واضطرابات مزاجية وانتقاله من موضوع إلى آخر وبناءا على الملاحظة ومعطيات الدليل التشخيصي

الاحصائي الرابع تم تشخيصه على أنه فصام وجداني لكونه حالة عاطفية غير مستقرة تتميز بسلسلة غير طبيعية من نوبة الهوس المرتفع والاكتئاب المنخفض .

### 3- عرض اختبار مينسوتا متعدد الأوجه 2 وتحليله:

#### 1-3 عرض الاختبار:

L F K Hs D Hy Pd Mf Pa Pt Sc Ma Si

1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

69 85 89 84 95 53 77 74 90 87 38 90 49

$$L'indice\ de\ Goldberg = L + Pa + Sc - Hy - Pt = 60 + 95 + 89 - 74 - 77 = 74$$

مؤشر كودبارج أكبر من 45 يكون الشخص ذهاني .

متوسط ارتفاع البروفيل:

$$M = Hs + D + Hy + Pd + Pa + Pt + Sc + Ma$$

$$8 = 87 + 90 + 74 + 77 + 95 + 84 + 89 + 85 = 681$$

$$8 = 85.12$$

السلم  $F=90$  مرتفع تشير إلى مرض موسوم مؤشر جيد عن وجود مشكلات ذهانية .

### 2-3 تحليل الاختبار:

السلام الاكلينيكية القاعدية:

#### 1- توهم المرض $Hs=87$ :

يعني انشغال كبير بالحالة الجسدية (اضطرابات هضمية، تعب، ألم وضعف عام، غياب القلق الظاهر)، من مميزات شخصية المفحوص لهذا السلم الأتانية والنزوع إلى التحكم في المحيط، سلوك نرجسي ومتمركز حول الذات، التشاؤم والانهازمية، نظرة مستخفة للوجود معبر عن بعض العدوانية بشكل غير مباشر، نادرا ما يطبق فيه (لا يمر الفعل).

#### 2- الاكتئاب $D=90$ :

الدرجة التائية أكبر من المتوسط تشير إلى شخصية المفحوص التي يميزها انعدام الثقة النزوع إلى القلق والاضطراب العقلي، تفادي الصراع، الانطواء، الخجل والتحفظ.

#### 3- الهستريا $Hy=74$ :

الدرجة التائية متوسطة مما يدل على أن المفحوص لديه نوع من الميولات الهستيرية.

## 4- الانحرافات السيكوباتية Pd=77 :

الدرجة التائية متوسطة أي أن المفحوص يتميز بنوع من سمات الانحراف السيكوباتي من التمرد وصراعات الأسرة.

## 5- الذكورة والأنوثة Mf=53 :

من خلال الدرجة التائية التي تقع قبل المتوسط فهي لاتعد سمة مرضية.

## 6- البرانويا Pa=95 :

الدرجة التائية مرتفعة أكبر من 80 تعني سلوك ذهاني صريح، واضطراب في التفكير وفي بعض الأحيان بنية ذهانية يمكن أن تأخذ شكل ذهان النظم أو أفكار ومشاعر اضطهادية شعور الشخص بأنه لم يعامل كما يجب أو عومل بشكل سيء.

## 7- البسيكاستينيا Pt=84 :

الدرجات التائية المرتفعة أكبر من 65 وأقل من 85 تشير إلى شخصية المفحوص قلق خائف، متردد وعصيبا، 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.

## 8- الفصام Sc=89 :

الدرجة التائية مرتفعة أكبر من 80 تشير إلى شخصية المفحوص المتميز بالعزلة الانطوائية، صعوبة الاتصال، الفصامية، البرود واللامبالاة، تفادي الناس والمواقف الجديدة الخجل، الشعور بالدونية، العجز وعدم الاقناع، قليل الاستثمار في العلاقات عدواني عنيف، عنيد وحقود، العجز عن التعبير عن المشاعر، قد يتعلق الأمر بشخص مبدع مختلف، غير ممثل وغريب الأطوار، إضافة إلى وجود هلاوس وأفكار ذهانية، نقص الضبط مع ضعف القدرة على إصدار الأحكام.

## 9- الهوس الخفيف Ma=85 :

تعني الدرجات التائية أكبر من 80 احتمال أن يكون الشخص في مرحلة هوس حقيقي حيث تشير مميزات هذا السلم إلى أن شخصية المفحوص تتميز بالافراط الحركي، التغير الانفعالي المتكرر، انتفاخ الأنا، الشرود الذهني، النشاط والثرثرة، ولا 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 والانبساط، الاجتماعية مع سطحية العلاقات، سوء التكيف الاجتماعي والمهني، الاضطراب مع امكانية المرور بحلقات اكتئابية ظرفية.

## 0-الانطواء الاجتماعي Si=69 :

الدرجة التائية تفوق المتوسط أي درجة متتامية من الخجل الاجتماعي، تفضيل العمل الوجداني وصعوبة في تأكيد الذات على المستوى الاجتماعي .

## التحليل العام للحالة:

من خلال الملاحظة العيادية والمقابلة نصف الموجهة تميز سلوك المفحوص بنوع من الاستقرار، غرابة السلوك، الحساسية، مشاعر العدوان تجاه الأب وضعف القدرة على التركيز إضافة إلى ضعف العلاقات الأسرية، أما نتائج اختبار (MMPI-2) فإن الدرجة التائية المرتفعة لسلم الفصام والدرجة التائية المرتفعة لسلم البرانويا إضافة الى الدرجة التائية المرتفعة لسلم الهوس الخفيف تشير إلى أن شخصية المفحوص تقليدي، خجول، يجد صعوبة في إقامة علاقة مع الآخرين، العزلة، نقص الضبط مع ضعف القدرة على إصدار الأحكام، ومن هنا نستطيع القول ارتفاع سلم الفصام له علاقة بارتفاع سلم المثلث الذهاني.

وعند البحث في تاريخ الحالة لم تكن له سوابق مرضية إلا أن المشاكل النفسية والاجتماعية التي تعرض لها الحالة أدت إلى تفاقم وتفجر المرض وهو ما تؤكدته نظرية التحليل النفسي بقولها أن هذا النموذج الفصامي يفسر بوجود صدمة نفسية قاسية في الطفولة المبكرة للمريض تحيله إلى شخص شديد الحساسية لا يحتمل ضغوط واحباطات

المستقبل والتي قد يتحملها غيره من الناس وزيادة الضغوط وتراكم الاحباطات تدفعه إلى الانسحاب الكلي إلى عالم الطفولة حيث لا يوجد صراع مع عالم الواقع وحيث يجد ارضاء لا يجده في عالم الواقع ( حلمي المليجي، 2000، ص ص 104-105).

إضافة إلى أن المجتمع الذي نشأ فيه الفرد والظروف البيئية التي عاشها الفرد قد يبدأ تأثيرها عليه في أوقات متباينة واختلاف درجة تأثيرها إلا أنها تتفاعل فيما بينها في النهاية وربما تعمل متزامنة فتكون المجموعة السببية للإصابة بالمرض (أديب محمد الخالدي، 2000، ص 47)، كما يرى أدولف ماير أن الفصام استجابة للشخصية بأكملها على أساس البيئة الاجتماعية وتنظيم الشخصية وقد أدى هذا الرأي إلى تحديد العوامل البيئية ولاسيما الصدمات النفسية في الطفولة ونشوء الحساسية المفرطة، والحرمان العاطفي في حياة الطفل ويهيء المناخ الملائم لفصام الفرد وكذلك العلاقات أو المشكلات العائلية وأنماط السلوك النكوصي، ولاشك أن التنشئة العائلية والاجتماعية الخاطئة تكوّن البلادة الانفعالية عند الفصامي وتنمي فيه البرود العاطفي والهذات البارانونية ( أنظر الاطار النظري ص 24).

## الحالة الثالثة:

## 1- تقديم الحالة:

الاسم: ع

السن: 23 سنة

الجنس: ذكر

المستوى التعليمي: جامعي

الحالة الاجتماعية: أعزب

المستوى الاقتصادي: متوسط

## 2- الظروف المعيشية:

عبد النور 23 سنة، طالب جامعي، السنة الثانية تخصص اقتصاد، من ضواحي ولاية أدرار، ترتيبه الخامس في الأسرة المتكونة من ثلاث بنات وأربع ذكور، الأب متقاعد، الأم مائكة في البيت، لديه سوابق مرضية في العائلة (خاله) الذي يعاني من فصام برانويدي علاقته بوالده حسنة وكذلك بالنسبة لكل أفراد العائلة، في الجامعة واجه الحالة مشاكل مع أحد الأساتذة وكان ذلك بسبب عدم تقبل الحالة لتقييم الأستاذ له وإصراره على الحصول على أعلى الدرجات مما أدى به إلى الدخول في مشاحنات متكررة مع

الأستاذ مع إصرار الأستاذ على إعادة السنة له وهذا ما أدى به إلى الانسحاب عن الدراسة، وبدأ ينام كثيرا تهريا من الذهاب للدراسة، وقد طالت الأعراض وهو على هذه الحال حيث كان يقضي معظم الليل في التعب والصلاة حتى وقت الفجر ثم ينام، دخل الحالة إلى مصلحة الأمراض العقلية بأدرار بتاريخ 13 فيفري 2017 وذلك من خلال ملاحظة بعض الأعراض والتمثلة في كثرة النوم تصرفات غريبة كثرة السجود في أي مكان حتى في الشارع، إضافة إلى الخلط في الكلام من خلال قول والده (يقولنا أنا اسمي اسم الله الأعظم، عندي الهام باش ندخل 70 ألف وراني دخلت 56) وكانت ردة فعل الأهل بعدم تصديق أقواله مما أدى به إلى الدخول في نوبة هيجان والقيام بسلوكات عدوانية وعنيفة المتمثلة في التكسير والضرب وتفاقت حالته إلى أن وصل به الأمر إلى التجرد من ملابسه، مما دفع بوالده وأخيه بإحضاره إلى المستشفى ثم تم تحويله إلى المصلحة .

## 2- ملخص المقابلة مع الطبيب السيكاتري:

اعتمد الطبيب السيكاتري في تشخيصه لحالة المفحوص على الملاحظة الأولية انطلاقا من المظهر العام الذي كان يبدو بلباس متسخ، اللامبالاة وعدم الاهتمام تميز سلوكه بالهيجان والعنف اللفظي، الانتقال من موضوع إلى آخر بشكل سريع إضافة إلى وجود هلاوس سمعية المتمثلة في الاضطهاد والعظمة، الخلط ما بين الواقع والخيال واضطراب في السلوك، وبناءا على الملاحظة ومعطيات الدليل التشخيصي الرابع

شخص على أنه فصام هيبفريني وبتناول الحالة لمضادات الذهان L'haldol ،  
Parkinal ، Largactil أبدى تجاوب مع الدواء حيث ظهر عليه نوع من التحسن  
والاستقرار.

3- عرض اختبار مينسوتا متعدد الأوجه 2 وتحليله :

3-1 عرض الاختبار:

L	F	K	Hs	D	Hy	Pd	Mf	Pa	Pt	Sc	Ma	Si
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
112	42	62	51	66	69	53	78	64	86	69	49	53

$$L'indice\ de\ Goldberg = L+Pa+Sc-Hy-Pt=53+78+86-72-64=81$$

مؤشر كودبارج أكبر من 45 يكون الشخص ذهاني

متوسط ارتفاع البروفيل:

$$M= Hs+D+Hy+Pd+Pa+Pt+Sc+Ma$$

$$8=62+51+66+69+78+64+86+69=545$$

$$8=68.12$$

السلم F=112 مؤشر مرتفع يشير إلى مرض موسوم عن وجود مشكلات ذهانية.

### 2-3 تحليل الاختبار:

السلام الاكلينيكية القاعدية:

#### 1- توهم المرض Hs=62 :

لا يعد مرض من خلال الدرجة التائية.

#### 2- الاكتئاب D=51 :

ليس لهذا السلم دلالة تشخيصية واحدة لأن أعراض الاكتئاب في العديد من الأمراض الدرجة التائية تقع قبل المتوسط وبالتالي لا يعد مرض تشير إلى شخصية المفحوص التي يميزها الاستقرار.

#### 3- الهستيريا Hy=66 :

الدرجة التائية فوق المتوسط مما يدل على أن شخصية المفحوص تتميز بعدم النضج النفسي، التمرکز حول الذات بالإضافة إلى ضعف في الاستبصار حول أسباب المرض.

#### 4- الانحرافات السيكوباتية Pd=69 :

الدرجة التائية تفوق المتوسط أي أن المفحوص يتميز بنوع من سمات الانحراف  
السيكوباتي من التمرد وصراعات الأسرة.

5- الذكورة والأنوثة  $Mf=53$  :

من خلال الدرجة التائية التي تقع قبل المتوسط فهي لاتعد سمة مرضية.

6- البارنويا  $Pa=78$  :

الدرجة التائية أكبر من المتوسط يعني أن شخصية المفحوص تتميز بسلوك ذهاني .

7- البسيكاستنيا  $Pt=64$  :

الدرجات التائية تقع في المتوسط مما يعني أن المفحوص لديه ميولات مرضية .

8- الفصام  $Sc=86$  :

حسب الدرجة التائية لهذا السلم تتميز شخصية المفحوص بالعزلة، الانطوائية، العجز  
وعدم الاقناع، صعوبة الاتصال، الفصامية، البرود واللامبالاة، الخجل وفي الغالب القلق  
القوي الشعور بالدونية، يعاني من ضيق وقلق ذهاني، قليل الاستثمار في العلاقات،  
عدواني عنيف، العجز عن التعبير عن المشاعر، الغموض، اختلال التنظيم والتوجيه،  
إضافة إل وجود هلاوس وأفكار ذهانية، نقص الضبط مع ضعف القدرة على إصدار  
الأحكام.

9- الهوس الخفيف  $Ma=69$  :

الدرجة التائية أكبر من 65 وأقل من 79 تعني أن الشخص حيوي، كثير النشاط، مقدم وماهر، ذو مجال واسع من الاهتمامات، يميل بسرعة ولا يستقر في مكان واحد، مستقل وواثق من نفسه.

0- الانطواء الاجتماعي  $Si=49$  :

الدرجة التائية تفوق المتوسط أي درجة متنامية من الخجل الاجتماعي، تفضيل العمل الوجداني وصعوبة في تأكيد الذات على المستوى الاجتماعي كما يعانون من أعراض سوماتية .

## التحليل العام للحالة:

من خلال الملاحظة العيادية والمقابلة نصف موجهة تميز سلوك المفحوص بنوع من الاستقرار وإظهار لنوع من التقبل ويتناول الحالة للأدوية بشكل منتظم تمّ اختفاء لبعض الأعراض السلبية للمرض كما يظهر لديه ميولات فصامية من خلال الاحساس بمراقبة الآخرين، هلاوس العظمة، الانتقال من موضوع إلى آخر، أما نتائج الاختبار فإن الدرجة التائية المرتفعة لسلم الفصام والدرجة التائية المرتفعة لسلم البارانونيا بالإضافة إلى ارتفاع سلم الهوس الخفيف ومن هنا نستطيع القول ان ارتفاع سلم الفصام له علاقة بارتفاع سلم المثلث الذهاني.

ومن خلال دراسة تاريخ الحالة اتضح أن له سوابق مرضية عائلية وبالتالي وهذا ما قد يجعله أكثر قابلية واستعداد للإصابة بالمرض حيث أن الخطر يرتفع بنسبة 10.8 بالمئة حسب فرشور، ونسبة 14.2 بالمئة لكالمان ونسبة 10 بالمئة لبلانسكي، كما يرى فرويد أن ميل الفصامي إلى الالتجاء إلى السلوك الطفولي أو النكوص إنما ينتج عنه خبرات انفعالات سلبية تحدث خلال السنوات الأولى القليلة من الحياة، كما يرون أن المواقف الذي يتخذوه الأباء تكون له أهمية قصوى خلال هذه الفترة التي يتعين فيها على الطفل أن يواجه ما ينطوي عليه النضج من تحديات واحد بعد الآخر، فالأباء الذين يشجعون ما يقوم به الطفل في محاولات الإلتقان والسيطرة والذين لا يتدخلون الا عند الضرورة القصوى إنما يعينونه على أن يصل إلى أقصى النمو النفسي، كما أثبتت دراسة روزنتال أنّ الأطفال قد أصبحوا فصامين ذلك أن أحد والديهم البيولوجيين يعاني إمّا من الفصام أو الهوس ( أنظر الاطار النظري ص20).

## مناقشة النتائج على ضوء الفرضيات:

انطلاقاً من الفرضية التي مفادها "تقع بعض أعراض الفصام في المثلث الذهاني" وتطبيق أدوات الدراسة التي أعتمدنا فيها على الملاحظة العيادية والمقابلة نصف موجهة واختبار مينسوتا المتعدد الأوجه للشخصية الثاني (MMPI-2) وبعد تحليل النتائج توصلنا إلى أن الفرضية قد تحققت مع الحالات الثلاث، من خلال الملاحظة تميز سلوك الحالة الأولى بنوع من الاستقرار والرغبة في التعاون إلا أنها لا زالت تحتفظ بالذكريات القديمة التي تحولت إلى هذات إضافة إلى الاحساس بمراقبة الآخرين. أما نتائج الاختبار تمثلت بارتفاع متوسط بروفيل المفحوص من خلال السلم القاعدية  $M=68.75$  يعني أكبر من 45 وهذا يدل على أن المفحوص ضعيف التواصل مع الواقع، ومن خلال السلم  $F=62$  مع ارتفاع معادلة قودبارج  $L'$  index de Goldberg=49 أكبر من 45 يعني أن المفحوص لديه سمات الذهاني، إضافة إلى ارتفاع سلم الفصام  $Sc=74$  والبارانويا  $Pa=62$  والهوس الخفيف  $Ma=75$  ومن هنا نستطيع القول أن المفحوص لديه ميول فصامية في حالة هيجان حيث أن سلم البسيكاستينيا  $Pt=75$  أكبر من 70 وهذا ما يتفق مع دراسة صاغي نورة (1994) التي توصلت إلى أن اختبار مينسوتا متعدد الأوجه يميز تمييزاً واضحاً بين العينة السوية والعينة الفصامية من خلال ظهور المثلث الذهاني أكثر بروزاً في بروفيل العينة.

كما اتضح من خلال الملاحظة لسلوك الحالة الثالثة بظهور هلاوس العظمة ونوع من الاستقرار واللامبابة من خلال هندامه أما نتائج الاختبار تميزت بارتفاع متوسط بروفيل المفحوص من خلال السلالم القاعدية  $M=68.12$  أكبر من 45 بمعنى غياب تكيف المفحوص مع العالم الخارجي من خلال السلم  $F=112$  وارتفاع معادلة قودبارج  $L'$  indice de Goldberg=81 أكبر من 45 هذا ما يدل على أنّ المفحوص شخص ذهاني إضافة إلى ارتفاع سلالم المثلث الذهاني الفصام  $Sc=86$  ، البارانونيا  $Pa=78$  والهوس الخفيف  $Ma=69$  ومن هنا يمكن القول أن المفحوص لديه ميولات فصامية في حالة هيجان وهذا ما اكدته دراسة خليدة مليوح (2014) من خلال ارتفاع السلالم الاكلينيكية لسلم الفصام مع ارتفاع لبعض سلالم المثلث العصابي والذهاني حيث أن هذا التقنية تضيف مميزات الشخصية وترسم ملمح ليس قطعي يقيس الجوانب اللاشعورية ودلالاته النفسية.

أما الحالة الثانية تميزت بنوع من الاستقرار، غرابة السلوك، الحساسية، مشاعر العدوان تجاه الأب وضعف القدرة على التركيز والفهم، ونتائج الاختبار تميزت بارتفاع متوسط بروفيل المفحوص من خلال السلالم القاعدية  $M=85.12$  أكبر من 45 هذا ما يفسر عدم النضج لدى المفحوص وبالتالي ضعف اتصاله بالواقع من خلال السلم  $F=90$  وارتفاع معادلة قودبارج  $L'$  indice de Goldberg=74 أكبر من 45 يعني أن المفحوص ذهاني، وارتفاع سلالم المثلث الذهاني الفصام  $Sc=89$  والبارانونيا  $Pa=95$

والهوس الخفيف  $M=85$  ومن هنا نستنتج أن المفحوص في حالة هيجان، حيث أن سلم  
الفصام أكبر من 70. ذلك أن الفصامين لا يسلكون سلوكا معينا يتوخون به اشباع  
حاجاتهم بقدر ما هو سلوك يتجنبون به صراعاتهم والاحباطات المتكررة والمتزايدة التي  
يتعرضون لها ( أنظر الاطار النظري ص18).



خاتمة

## خاتمة

الفصام ذهان وظيفي مزمن يؤدي إلى تصدع الشخصية وتفككها، وهو من أعتد الأمراض العقلية وأكثرها انتشارا وتأثيرا على المريض، إضافة إلى أن التعايش معه قد يولد نمطا علائقيا غير سوي نظرا لخطورة هذا المرض وصعوبة التعامل مع المريض خاصة إذا كانت الأسرة لا تتوفر على قدر من الوعي بطبيعة المرض وهذا ما قد يعقد منه ويثقل كاهل هذه الأسرة.

وانطلاقا من النتائج التي توصلت إليها الدراسة الحالية اعتمادا على أدوات الدراسة التي تم تطبيقها والمتمثلة في الملاحظة العيادية، المقابلة نصف موجهة واختبار (MMPI-2) فقد بينت أنّ لهذه التقنية الموضوعية القدرة على قياس الأعراض المرضية للفصام والذي اتضح من خلال الحالات الثلاث بحيث تبين أنّ لها ميولات فصامية وذلك من خلال ارتفاع السلم الاكلينيكي للفصام بالنسبة للحالتين الثانية والثالثة أما الحالة الأولى متوسط الارتفاع لهذا السلم وقد يتطور مستقبلا حيث برز دور أسرتها لكونها تتعامل معها بتحفظ وابعادها عن الضغوط وعن كل ما قد يؤدي إلى تطور الاضطراب بالإضافة إلى ارتفاع متوسط البروفيل النفسي.

كما تم تفسير النتائج في ضوء الجانب النظري للدراسة والذي لا يمكن الجزم بالوصول إلى الشفاء التام لاعتباره من الذهانات المزمنة إلا أنه يتم التخفيف من ظهور الأعراض وجعل المريض قريب من الحالة السوية عن طريق العلاج الطبي الدوائي الذي يقوم به الطبيب السيكاتري لمحاولة السيطرة على الأعراض

البيولوجية والعلاج النفسي الذي يقوم به الأخصائي النفسي لمحاولة تنظيم الشخصية والدمج في المجتمع وهو ما يؤدي إلى وضع تشخيص دقيق ورسم خطة علاج مناسبة، وتبقى هذه النتائج نسبية لاعتبار كل حالة فريدة من نوعها لها خصائصها ومميزاتها.



# قائمة المراجع

الكتب بالعربية:

1- أحمد عكاشة، "الطب النفسي المعاصر"، د ط، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة،

بدون سنة.

2- أحمد محمد عبد الخالق، "استخبارات الشخصية"، ط 3، دار المعرفة الجامعية،

الازارطة، القاهرة، 2000.

3- أحمد محمد عبد الخالق، "أسس علم النفس"، ط 3، دار المعرفة الجامعية،

الازارطة، القاهرة، 2000.

4- أديب محمد الخالدي، "مرجع في علم النفس الاكلينيكي(المرضي)"، ط 3، دار

وائل للنشر، دب، 2006.

5- أديب محمد الخالدي، "المرجع في الصحة النفسية"، ط 1، دار وائل للنشر،

عمان، 2000.

6- بدر محمد الأنصاري، "قياس الشخصية"، د ط، دار الكتاب الحديث، الكويت،

2000.

7- بشرى اسماعيل محمد، "المرجع في القياس النفسي"، ط 1، مكتبة الأنجلو

المصرية، القاهرة، 2004.

8- بوسنة عبد الوافي زهير، "تقنيات الفحص الاكلينيكي"، د ط، دار الهدى للطباعة

والنشر والتوزيع، الجزائر، 2012 .

9- بوسنة محمود، "علم النفس القياسي"، د ط، ديوان المطبوعات الجامعية،

الجزائر، 2007.

10- حامد زهران، "الصحة النفسية والعلاج النفسي"، ط 4، عالم الكتب، القاهرة،

2005.

11- حسين فايد، "علم النفس الاكلينيكي"، ط 1، مؤسسة حورس الدولية للنشر

والتوزيع، الاسكندرية، مصر، 2005.

12- حلمي المليجي، "علم النفس الاكلينيكي"، ط 1، دار النهضة العربية، بيروت،

لبنان، 2000 .

13- رحي مصطفى عليان، عثمان محمد غنام، "مناهج وأساليب البحث العلمي"،

ط 1، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2000.

14- رشيد حميد زغير، "الصحة النفسية والمرض النفسي والعقلي"، ط 1، دار

الثقافة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2010.

15- سعيد حسني العزة، "تمريض الصحة النفسية"، ط 1، دار الثقافة للنشر

والتوزيع، عمان، 2004.

16- سمير بقيون، "الطب النفسي"، د ط، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع،

عمان الأردن، 2007.

17- صالح معاليم، "بعض الاختبارات في علم النفس الروشاشخ والرسم عند

الطفل"، د ط، ج2، ديوان المطبوعات الجامعية، دب، 2010.

18- طارق علي الحبيب، "الفصام"، د ط، مؤسسة حورس الدولية للنشر والتوزيع،

الاسكندرية، 2008.

19- عبد الحميد محمد شانلي، "الصحة النفسية"، ط 2، المكتبة الجامعية،

الاسكندرية، 2001.

20- عبد الستار ابراهيم، عبد الله عسكر، "علم النفس العسكري في ميدان الطب

النفسي"، ط 4، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، 2008.

21- عبد الفتاح غزال، "مدخل وعرض لأهم المقاييس والاختبارات النفسية"، د ط،

دار المعرفة الجامعية، الاسكندرية مصر، 2014.

22- عبد الفتاح محمد دويدار، "مناهج البحث في علم النفس"، ط 1، دار المعرفة

الجامعية للنشر والتوزيع، الاسكندرية مصر، 2009.

23- عبد اللطيف حسين فرج، "الاضطرابات النفسية"، ط 1، دار الحامد، مكة

المكرمة، 2009.

24- عبد الهادي السيد عبده، فاروق السيد عثمان، "القياس والاختبارات النفسية"،

ط 1، دار الفكر العربي، القاهرة، 2002.

25- عباس محمود عوض، "القياس النفسي بين النظرية والتطبيق"، د ط، دار

المعرفة الجامعية، الأزاريطة، القاهرة، 1998.

26- عقيل حسين عقيل، "فلسفته مناهج البحث العلمي"، د ط، مكتبة مدبولي، د

ب، 1999.

27- علي زيعور، "التحليل النفسي والصحة العقلية"، ط 1، دار الطليعة للطباعة

والنشر، بيروت لبنان، 1986.

28- فيصل عباس، "الاختبارات النفسية تقنياتها وإجراءاتها"، ط 1، دار الفكر

العربي، بيروت لبنان، 1996.

29- فيصل عباس، "قياس الشخصية"، ط 1، دار المنهل اللبناني ومكتبة رأس

النبع، بيروت، 2003.

- 30- فيصل عباس، "الشخصية"، ط 1، دار الفكر العربي، بيروت لبنان، 1997.
- 31- كريس باركر وآخرون، "مناهج البحث في علم النفس الاكلينيكي والارشادي"،  
د ط، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، 1999.
- 32- لويس كامل مليكة، "اختبار الشخصية المتعدد الأوجه"، ط 6، دون دار نشر،  
دب، 2000.
- 33- ليونا تايلر ترجمة سعد عبد الرحمن، "الاختبارات والمقاييس"، ط 2، مؤسسة  
الأهرام للنشر والتوزيع، القاهرة، 1988.
- 34- محمد جاسم العبيدي، "علم النفس الاكلينيكي"، ط 1، مكتبة دار الثقافة للنشر  
والتوزيع، عمان، 2004.
- 35- محمد حسن غانم، "علم النفس الاكلينيكي"، ط 1، المكتبة المصرية،  
الاسكندرية القاهرة، 2009.

36- محمود أحمد عمر وآخرون، "القياس النفسي والتربوي"، ط 1، دار المسيرة

للنشر والتوزيع، عمان الأردن، 2010.

37- نظام أبو دجلة، الطب النفسي التشخيص والعلاج، ط 1، دار زهران للنشر

والتوزيع، عمان، 2011.

الرسائل الأكاديمية:

38- خليفة مليوح، "مدى فعالية تقنيات الفحص العيادي الإسقاطية والموضوعية

في تشخيص الفصام في المجتمع الجزائري"، مذكرة لنيل شهادة الدكتوراه ل.م.د في

علم النفس العيادي، جامعة محمد خيضر، بسكرة، 2014.

39- فطيمة ونوغي، "أثر سوء التوافق الزوجي في تكوين الميل إلى الأمراض

النفسية لدى المرأة من خلال تطبيق اختبار MMPI-2"، مذكرة لنيل شهادة

الدكتوراه في علم النفس العيادي، جامعة محمد خيضر، بسكرة، 2014.

المجلات والمنشورات:

40-خالد خياط، "مقالة مبادئ ومنهجية دراسة الحالة"، مجلة أبحاث نفسية وتربوية، جانفي العدد8، جامعة عبد الحميد مهري، قسنطينة، الجزائر، 2016.

الاطروحات بالفرنسية:

41-Chantal Carrol (2001) : Validation partielle d'une version abrégée du mmpi-2 le mini clinique avec une population national, mémoire présente à la faculté de l'université laval pour l'obtention du grade de maitre en psychologie(m .p.s),canada.



الملاحق

## الملحق رقم (1)

### أسئلة المقابلة مع الطبيب السيكاتري

#### الحالة الأولى:

س1: أول ما حضرت الحالة إلى المركز ماذا لاحظت عليها ؟

ج: كانت يبدو عليها اللامبالاة من خلال هندامها، سلوكات غريبة، كما كانت تلتزم الصمت.

س2: كيف كانت استجابتها معك أثناء الجلسة ؟

ج: في البداية كانت لا تتجاوب معي، كان كلامها بطيئ جداً حيث لا يوجد تفاعل ملموس.

س3: هل كانت لديها هلاوس وهذيانات ؟

ج: نعم

س4: مانوعها ؟

ج: بالنسبة للهلاوس كانت هلاوس بصرية أمّا الهذيانات كان لديها هذيانات التأويل

(هذيانات الحب) وكانت بشكل بسيط.

س5: ما تشخيصك للحالة ؟

ج: فصام برانويدي

س6: على ماذا اعتمدت في تشخيصك للحالة ؟

ج: انطلاقا من الأعراض الظاهرة عليه والموجودة على DSM IV

س7: ما نوع الأدوية التي تتابعها الحالة ؟

ج: مضادات الذهان Parkinal , L'haldol , Resperidal

س8: وهل في رأيك تشفى الحالة ؟

ج: لا بل يتماثل للشفاء فقط.

س9: وهل الحالة تتابع أخصائي نفسي؟

ج: نعم

س10: هل في رأيك مآل الحالة قابل للشفاء بالتخلي عن الأدوية مع مرور الوقت؟

ج: لا بل تبقى تتابعه طوال حياتها لأن التخلي عنه في مثل هذه الحالات يؤدي إلى

الانتكاسة، إذ أنّ (ز) وصلت إلى درجة كبيرة من التوازن والاستقرار إلا أنّها كثيرا ما

تغير في جرعات الدواء وبالتالي تعود الأعراض من جديد وتظهر بشكل حاد.

## الملحق رقم (2)

### أسئلة المقابلة مع الطبيب السيكاتري

#### الحالة الثانية:

س1: أول ما حضرت الحالة إلى المشفى ماذا لاحظت عليه؟

ج: أولاً لقد كان الحالة يتابع لدى عدة أطباء بوهران وأحضرته والدته من أجل تغيير

الدواء لأنه لم يناسبه، كان يبدو عليه اللامبالاة وعدم الاهتمام بهندامه.

س2: كيف كانت استجابته معك أثناء الجلسة ؟

ج: كانت استجابته بطيئة كما كان يغلب عليها الصمت.

س3: هل كانت لديها هلاوس وهذيانات ؟

ج: نعم

س4: مانوعها ؟

ج: بالنسبة للهذيانات فقد كانت سمعية بصرية أما بالنسبة للهذيانات كان لديه هذاء

منتظم المتمحور حول الهذيانات الدينية إضافة إلى اضطرابات المزاج.

س5: ما تشخيصك للحالة ؟

ج: فصام وجداني لكونه يتميز بفترات مابين نوبة الهوس من هيجان وفترات اكتئاب.

س6: على ماذا اعتمدت في تشخيصك للحالة ؟

ج: على أساس الأعراض الظاهرة عليه والتي تتماشى مع DSM IV

س7: ما نوع الأدوية التي تتابعها الحالة ؟

ج: مضادات الذهان L'haldol , Resperidal

س8: وهل في رأيك تشفى الحالة ؟

ج: لا بل يتمثل للشفاء فقط.

س9: وهل الحالة تتابع أخصائي نفسي؟

ج: نعم بالتنسيق ما بين المتابعة النفسية والدوائية بدأ يظهر عليه نوع من التحسن

في حالته.

س10: هل في رأيك أنّ مآل الحالة قابل للشفاء بالتخلي عن الأدوية مع مرور

الوقت؟

ج: لا مستحيل فالدواء يساعد في التخفيف من حدة المرض لذلك يبقى يتابعه مدى

الحياة.

### الملحق رقم (3)

أسئلة المقابلة مع الطبيب السيكاتري:

الحالة الثالثة:

س1: أول ما حضرت الحالة إلى المصلحة ماذا لاحظت عليه؟

ج: لباسه متسخ، تفكك الأفكار، الانتقال من موضوع إلى آخر.

س2: كيف كانت استجابته ؟

ج: اضطراب في السلوك والذي كان يغلب عليه الهيجان.

س3: هل كانت لديها هلاوس وهذيانات ؟

ج: نعم هلاوس الاضطهاد والعظمة، هذات متعددة الانتقال من موضوع إلى آخر

بشكل سريع.

س5: ما تشخيصك للحالة ؟

ج: فصام هيبفريني ذلك لانه يظهر في مرحلة المراهقة تتخلله كثرة التخيل والأوهام،

الكلام غير متناسق والميل الزائد للعزلة.

س6: على ماذا اعتمدت في التشخيص ؟

ج: على أساس الأعراض و DSM IV

س7: ما نوع الأدوية التي تتابعها الحالة ؟

ج: مضادات الذهان L'haldol ,Parkinal ,L'argactil

س8: وهل في رأيك تشفى الحالة؟

ج: لا بالمتابعة الدوائية واهتمام كبير من الأسرة خاصة في مثل هذه الحالات.

س9: وهل الحالة تتابع أخصائي نفسي؟

ج: نعم في الأسبوع ثلاث مرات.

س10: هل في رأيك أنّ مآل الحالة قابل للشفاء بالتخلي عن الأدوية مع مرور

الوقت؟

ج: لا لأن الدواء عبارة عن مهدىء يساعد على التخفيف من ظهور الأعراض

الذهانية.