جامعة وهران2 محمد بن أحمد
كلية العلوم الاجتماعية
قسم علم النفس والارطوفونيا

صورة الجسم لدى الذهاني

مذكرة لنيل شهادة الماستر في علم النفس العيادي

إعداد الطالب:

- فرقان هواري
- شقراني بهية

تحت إشراف:

أ. سبع نادية

❖**السنة الجامعية: 2024/2023**

" On ne finit jamais comme on débute "

« Mouloud Feraoun »

ملخص البحث بالعربية:

اشكالية البحث:

تناول دراستنا موضوع صورة الجسم عند الذهاني بمركزالاستشفائي الجامعي بن زرجب وهران بالمصلحة الاستعجالات الامراض العقلية.

فقمنا بدراستها وفهمها وربطها بالعمليات النفسية التي تساهم في تشويه صورة الجسم لدى الذهاني، فاخترنا دراسة بصفة لمعرفة طبيعة صورة الجسم وطبيعة التشوهات التي تحدث فيها.

وتهدف هده الدارسة للكشف عن طبيعة التشوهات في صورة الجسم لدى الذهاني لدي وللتحقق من ذلك تم طرح الاشكالية الرئيسية والجزئية التالية:

ما طبيعة صورة الجسم عند الذهاني؟ ماهي العمليات النفسية التي تشارك في تشوة صورة الجسم؟

ولإجابة على إشكالية المطروحة قمنا بصياغة الفرضية التالية:

فرضيات البحث:

الفرضية الرئيسة:

طبيعة صورة الجسم عند الذهاني مشوهة كليا

الفرضية الجزئية

المنهج المعتمد:

لقد اعتمدنا دراستنا على المنهج العيادي المتمثل في مجموعة الخطوات المنهجية اساسها دارسة الحالة الفرد هدف منه وصول الي مناقشة الفرضيات من خلال معلومات تم تنظيمها من طرف الأخصائي النفساني

الكلمات المفتاحية: صورة الجسم – الذهان – رسم الشخص.

Résumé de la recherche

Problématique de recherche:

Notre étude traite de la question de l'image corporelle chez les patients psychotiques au sein du Service d'Urgences Psychiatriques du Centre Hospitalier Universitaire Benzarjabe d'Oran. Nous avons investigué et compris la relation entre l'image corporelle et les processus psychologiques qui contribuent à la distorsion de l'image corporelle chez les individus psychotiques. L'objectif était d'examiner la nature de l'image corporelle et les types de distorsions qui s'y produisent.

Cette étude vise à révéler la nature des distorsions de l'image corporelle chez les patients psychotiques. Pour vérifier cela, nous avons posé les questions principales et secondaires suivantes:

-Quelle est la nature de l'image corporelle chez les individus psychotiques?

-Quels processus psychologiques contribuent à la distorsion de l'image corporelle?

Pour répondre à ces questions de recherche, nous avons formulé l'hypothèse suivante:

Hypothèses de recherche:

Hypothèse principale : La nature de l'image corporelle chez les individus psychotiques est totalement déformée.

Hypothèses secondaires : Il existe des processus psychologiques qui participent à la distorsion de l'image corporelle.

Mots-clés : Image Corporelle, Psychose – Dessin De Personne

Research Summary

Research Problem:

Our study addresses the issue of body image in psychotic patients at the Benzerjab Oran University Hospital's Emergency Psychiatry Department. We investigated and understood the relationship between body image and the psychological processes contributing to body image distortion in psychotic individuals. The aim was to examine the nature of body image and the types of distortions that occur in it.

This study aims to reveal the nature of body image distortions in psychotic patients. To verify this, we posed the following main and sub-questions:

-What is the nature of body image in psychotic individuals?

-What psychological processes contribute to body image distortion?

To answer these research questions, we formulated the following hypothesis:

Research Hypotheses:

Main Hypothesis: The nature of body image in psychotic individuals is entirely distorted

Sub-hypotheses: There are psychological processes involved in the distortion of body image.

Methodology

Our study employed the clinical method, specifically a case study approach, aiming to discuss the hypotheses based on information organized by the clinical psychologist.

Keywords: Body Image, Psychosis - Drawing of The Human Figure

الإهــداء

إلى من:

شكوت لهم ضعف حفظي فأرشداني إلى ترك المعاصي

وقالا إن العلم نور ونور الله لا يهدي لعاص

الى والدينا الكريمين أطال الله في عمرهما وجزأهم الله خير الجزاء، والى

إخوتنا والذين كانوا خير سندا لنا.

وإلى الأصدقاء والزملاء أين ما كانوا كل باسمه

والى روح زميلنا "**صانع أحمد** "

وإلى الذين يقدمون العطاء ولا ينتظرون الجزاء إلا من الله سبحانه

وتعالى.

إلى كل هؤلاء نهدي بحثنا هذا، مع كل الحب وكل العطاء لهذه الفئة الغالية حيث

تبقى الكلمة الطيبة أصلها ثابت وفرعها في السماء.

- فرقان هواري / شقراني بهية -

شكـر وتـقـديـر

نتوجه بالحمد والشكر لله سبحانه وتعالى انه سهل لنا إتمام هذا البحث، فله يليق كمال الحمد والشكر.

ثم نتقدم بالشكر والامتنان إلى الأستاذة المحترمة "**سبع نادية**" على تفضلها بالإشراف على هذا البحث وحسن رعايتها و توجيهها، وما بذلته من جهود كان لها دور كبير في إخراج هذا العمل إلى حيز الوجود

و إلى الأخصائية النفسانية "**بودو سميرة**" و البروفيسور "**عماني مولاي علي**".

والى رئيسة مصلحة الاستعجالات الامراض العقلية السيدة "**بلعباس كلثوم**" والى كل **الاطباء وعمال المصلحة**

كما نوجه شكرنا الى زميلنا **ولد حاج حسين** على كل ما قدمه، وادعوا الله تعالى أن يوفقه في مساره العلمي والعملي.

كما لا يفوتنا أن نتقدم بالشكر والعرفان إلى كل اعضاء اللجنة المناقشة.

قائمة المحتويات

الملخص باللغة العربية ..... **I**

الملخص باللغة الفرنسية ..... **II**

الملخص باللغة الانجليزية III

الاهداء IV

الشكر والتقدير ..... **V**

قائمة المحتويات VI

قائمة الاشكال IX

المقدمة 1

الجانب النظري

1- الفصل الاول: الإطار العام للدراسة

1.1 - الإشكالية 3

2.1 - الفرضية الرئيسية 4

3.1 - الفرضية الجزئية 4

4.1 - اسباب اختيار الموضوع 4

5.1 - أهمية الدراسة 5

6.1 - اهداف الدراسة 6

7.1 - تحديد المصطلحات والمفاهيم الخاصة بالدراسة 7

1.7.1 - تعريف صورة الجسم 7

- التحديد الاصطلاحي 7

- التحديد اجرائيا: 7

2.7.1 - الذهان 7

- التحديد الاصطلاحي 7

- التحديد اجرائيا 8

8.1 - حدود الدراسة 8

9.1 - الدراسات السابقة 9

1.9.1 - التعقيب على الدراسات 11

2- الفصل الثاني: صورة الجسم

1.2- تمهيد 12

2.2- مفهوم صورة الجسم 12

3.2- العلاقة بين النفس والجسم 14
4.2- اهمية صورة الجسم 15
5.2- التفسيرات النظرية لصورة الجسم 16
1.5.2 - الاتجاه الظواهري 16
2.5.2 - نظرية التحليلية الفرويدية 17
6.2- نمو صورة الجسم 20
7.2- العوامل المؤثرة في تكوين صورة الجسم 22
8.2- الخلاصة 25

3- الفصل الثالث: الذهان

1.3 - تمهيد 26
2.3 - تعريف الذهان 26
3.3 - مدى انتشار الذهان 28
4.3 - الاعراض الاكلينيكية العامة للذهان 29
5.3 - انواع الاضطرابات الذهانية 31
1.5.3 - الفصام 31
2.5.3 - البارانويا 34
3.5.3 - اضطراب ثنائي القطب 37
6.3- التصنيف السياكيوباتولجي لذهان حسب DSM-5 41
7.3- النظريات المفسرة للذهان 46
1.7.3 - نظرية التحليل النفسي 46
2.7.3 - النظرية المعرفية 46
3.7.3 - النظرية السلوكية 47
4.7.3 - النظرية الاجتماعية 48
8.3- الصورة الاكلينيكية للذهان 48
9.3- خلاصة 56

الجانب التطبيقي

4- الفصل الرابع: الإجراءات الميدانية للدراسة

1.4- الدراسة الاستطلاعية 57
2.4- حدود الدراسة 57
3.4- منهج البحث 58
1.3.4- اداوت البحث 59

5-الفصل الخامس: عرض وتحليل ومناقشة النتائج

1.5- تقديم الحالات 73
1.1.5- التقرير السيكولوجي للحالة الاولى 73
2.1.5- التقرير السيكولوجي للحالة الثانية 78

3.1.5- التقرير السيكولوجي للحالة الثالثة 84
4.1.5- التقرير السيكولوجي للحالة الرابعة 91
5.1.5- التقرير السيكولوجي للحالة الخامسة 97
6.1.5- التقرير السيكولوجي للحالة السادسة 104
7.1.5-التقرير السيكولوجي للحالة السابعة 110
2.5- مناقشة نتائج البحث 116
3.5- مناقشة النتائج 119
4.5- الاستنتاج العام 120
5.5- الخلاصة العامة..... 121

خاتمة الدراسة 122

المقترحات..... 123

المراقيل..... 124

قائمة المراجع 125

قائمة الملاحق 133

قائمة الاشكال

الصورة الأولى : رسم الحالة م.م **76**

الصورة الثانية : رسم الحالة ع.ع **81**

الصورة الثالثة : ؤسم الحالة ب.ع **88**

الصورة الرابعة : رسم الحالة ز.أ **94**

الصورة الخامسة : رسم الحالة ب.ح.ع **101**

الصورة السادسة : رسم الحالة ب.م.أ **108**

الصورة السابعة : رسم الحالة ه.ك **114**

المقدمة

الـمقـدمـــــة

مع التغيرات الجسمية التي تطرأ في سيرورة نمو الفرد، تشكل هذه المرحلة تحديات نفسية خاصة مع تغير صورة الجسم، ولكن في الوقت ذاته تقدم تطورا ذاتيا، فمن خلال استثمار هذه التغيرات التي تعطي فرصة لفهم صورة الجسم بشكل افضل، حيث يصبح الفرد اكثر وعيا بجسمه ويبدا بمقارنته وتقييمه مع الاخرين حيث تاثر هذه المقارنات بشكل كبير في ثقته بنفسه وتقديره لذاته، وهذا ما يجعل التعامل مع مشاعره المتضاربة امرا صعبا، من هذا نرى أهمية صورة الجسم عند الفرد الذي لا تظهر عليه أي اضطرابات، وهذا يرجع الى الهوية القوية وادراكه المتماسك، أما إذا تعلق الأمر بتصوره المجزأ لجسده ، حيث تصبح فيه التجارب الذاتية متفككة عن بعضها البعض، وكل منها يتم التعامل معها بشكل منفصل وليس كجزء من كل، بل وفقًا لتصورات متعددة و متفرقة ومنعزلة، حيث أن الجسم الذي يجب أن يكون قادر على التواجد في العالم كوحدة متماسكة، يصبح مجزأ اثناء تلقيه مزيجًا من الانطباعات الحسية غير المفهومة والمميزة وفي سياق تأملاتنا، نرى أن الذهان يتميز بهذا التجزأ والانقطاع عن العالم المحيط، والانسحاب من الواقع بالإضافة إلى تشوهات في التفكير والإدراك، اذ تؤدي هذه الاضطرابات إلى تدهور الوظائف التي تسمح لكل فرد بأن يكون واعياً بهويته، بل فريدًا ومستقلاً، وهذا ما يطرح إشكالية صورة الجسم عند هذه الفئة من الافراد.

عادة تتطور هذه الأمراض المزمنة بشكل تدريجي مع تدهور ادراك الذات وانعدام التكيف النفسي الاجتماعي بشكل كبير كما ان الذهان يُنقل بشكل واسع من قبل وسائل الإعلام التي تعطي صورة مبالغ فيها للمريض الذهاني، مما يجعله مجرد شخصية موسومة أكثر من كونه شخصًا، وهذا بسبب كون اضطراب الذهان غير معروف بشكل جيد من قبل المجتمع ولهذا اخترنا القيام بدراستنا هذه في مصلحة الاستعجالات الامراض العقلية بالمستشفى بن زرجب؛ كان هذا الاختيار مدفوعًا برغبتنا في معرفة وفهم أفضل للمرض العقلي (الذهان بشكل خاص) في سجل تصوراته حول جسمه، ولكن أيضًا للتجربة وتطوير ممارستنا المستقبلية.

قمنا بهذه الدراسة لمعرفة تصور صورة الجسم عند الذهاني معتمدين على خطة شملت جانبين: **الجانب النظري و الجانب التطبيقي**، أما من حيت الفصول فقد وزعناها على **5 فصول** هي كالتالي:

في الفصل الأول: مدخل إلى الدراسة الذي يتضمن تحديد الإشكالية، الفرضيات، أهمية الموضوع، وأهدافه، والتعريف الإجرائي لمفاهيم البحث المستخدمة والدراسات السابقة والتعقيب عن الدراسات.

أما الفصل الثاني: فقد تضمن الحديث عن صورة الجسم، مفهومها، والنظريات التي تشرح ماهيتها.

أما **الفصل الثالث:** فقد تناول الذهان: تعريف الذهان، انواع الذهان، تصنيف الذهان، النظريات المفسرة للذهان.

أما **الجانب التطبيقي فقد خصصنا له 3 فصول :**

الفصل الرابع: يتناول منهج البحث، خصوصيته وأدواته وإجراءاته.

الفصل الخامس: يتناول عرض الحالات العيادية، مناقشة الفرضية، الاستنتاج العام.

.وأخيرا أنهينا بحثنا بالاقتراحات والتوصيات و**خـــاتمة.**

الجانب النظري

1- الفصل الأول: الإطار العام للدراسة

الإطار العام للدراسة

الإشكالية.

الفرضية العامة.

الفرضية الجزئية.

أسباب اختيار الموضوع

أهمية الدراسة.

اهداف الدراسة.

تحديد المفاهيم والمصطلحات الخاصة بالدراسة.

الدراسات السابقة.

التعقيب على الدراسات السابقة

مدخل الى الدراسة

1.1 – اشكالية الدراسة :

شملت عدة أبحاث في علم النفس دراسة موضوع صورة الجسم من بينها دراسات **Schilder** في (1942) الذي استمد دراسته من النموذج العصبي لهيد **(Head)** و النموذج اللبيدي الاستهامي لسيغموند فرويد **.S) (Freud** الذي سمح له بتحديد الاضطرابات المتعلقة بتصدع الشخصية حيث استعمل مصطلح التصور الجسمي, و عرفه كما يلي : "التصور الجسمي هو صورة ثلاثية الابعاد لكل شخص، إلا أن سنة 1977 ، Gisela PANKOW، تطرقت إلى موضوع صورة الجسم عند الذهاني نظرا لخصوصيتها العيادية التي تمتاز بالتفكك وهذا ما حفزنا إلى الاهتمام بهذا البحث خاصة لقلة الدراسات وسط المجتمعات العربية، ولضرورة رصد التصورات الجسمية عند الذهاني بهدف معرفة مميزات هذه البنية التي تأثر على ادراك صورة الجسم".

يعتبر الذهان من بين الامراض الأكثر انتشارا في الآونة الأخيرة وهذا ما تأكده الإحصائيات فمن بين كل 100 ألف شخص يصاب 15 بالفصام تحديدا؛ يبلغ معدل انتشار الاضطرابات الذهانية حوالي 3%، ويقدر معدل الإصابة السنوي في فرنسا بما لا يقل عن 15000 حالة جديدة سنويًا بين الشباب من عمر يناهز 15 الى 25 سنة **(Marie-Odile Krebs، 2021)**.

يعتبر الجانب التفككي في الاضطرابات الذهانية، الخصوصية الأكثر وضوحا في الجدول العيادي لهذا الاخير، فالتصور الجسمي للمصاب يظهر مشتتا وهذا حسب ما أشارت إليه Gisela PANKOW في قولها: "[...] تتدمر وحدة الشكل ويضيع معنى الجزء والأجزاء الموجودة بينهما. لا يعود الجسم قادرًا على الارتباط بالقانون الذي يحكم العلاقات بين البشر. يعد هذا خللا في "وظيفة الشكل" و"وظيفة المحتوى" لصورة الجسم. **(J. Pankow، 1984)**

انطلاقا من هذا الانقطاع الذي يمس القانون المتحكم في العلاقات البينية بين الافراد ويترجم عياديا باختلال مجرى التفكير، نجد انه من الضروري البحث عن تصورات صورة الجسم في ضوء هذا الاختلال الذي يمتاز بالتفكك وهذا ما تاكده الباحثة J. Pankow.

بالاخذ بعين الاعتبار المسلمة العيادية التي تنص بان "الهوية " تبنى حسب مرجعية صورة الجسم، فهي المنظمة التي تساعد على توازنها، وتأثر صورة الجسم ينتج عنه "تغيير" في بناء هذه الهوية.

وهذا ما يجعلنا نطرح سؤال الاشكالية:

ماهي طبيعة صورة الجسم عند الذهاني؟

وعلى أساسها نطرح التساؤلات الجزئية:

هل توجد عمليات نفسية تأثر على طبيعة صورة الجسم لدى الذهاني؟

من منطلق هذا التساؤل نقوم بطرح فرضيات بحثنا وهي:

2.1 – الفرضية الرئيسية: يوجد تشوه في صورة الجسم عند الذهاني

3.1 – الفرضيات الجزئية : توجد عمليات نفسية تعمل على تشويه صورة الجسم لدى الذهاني.

4.1 – اسباب اختيار الموضوع :

- قلة الدراسات في المجتمع الشمال الافريقي التي تناولت الموضوع رغم الاهمية التي يمتلكها.
- من اجل الاهتمام بالعمليات النفسية التي تشارك في تشويه صورة الجسم.
- عدم اعطاء الاهمية اللازمة لهذا الموضوع من قبل الهيئات المختصة.

5.1 – أهمية الدراسة :

الاهمية النظرية:

إن دراسة صورة الجسم لها أهمية كبيرة عند التعامل مع الأشخاص المصابين بالذهان وذلك للاسباب الاتية:

– **فهم التفكك النفسي :** تساعد دراسة صورة الجسم عند المرضى المصابين بالذهان، في فهم التفكك النفسي الملحوظ لديهم، والذي تنتج عنه التظاهرات العيادية المتمثلة بعدم الشعور بملكية او الانتماء الى الجسم الخاص به.

– **تحليل الاضطرابات العقلية :** يمكن أن تساعد دراسة صورة الجسم في تحليل وفهم السيرورات والاعداد النفسي لدى الذهاني.

– **التوجه العلاجي :** يمكن أن تساعد فهم صورة الجسم في ضبط العلاج النفسي المناسب، حيث يمكن استخدام تقنيات التشكيل وهيكلة ديناميكية لصورة الجسم لتحسين الإدراك بالجسم واعادة العلاقة بين الذهاني وجسمه.

الاهمية التطبيقية:

الأهمية التطبيقية لدراسة صورة الجسم عند الأشخاص المصابين بالذهان تتجلى في النقاط التالية:

– دراسة صورة الجسم عند الذهاني يعتبر مرجعا مهما عند البدأ بالعلاج مع هذه الحالات.

– تخفيف الأعراض وتطوير استراتيجيات لتخفيف الأعراض المرتبطة بالذهان كما يمكن أن يساعد في تحسين جودة حياته وتقليل المعاناة النفسية والجسمية.

– تحسين فهم صورة الجسم التي يمكن أن يساعد المهنيين الصحيين في التواصل بشكل فعال مع المرضى الذين يعانون من الذهان.

– تحسين الوظائف الحياتية بفضل العلاج الأساسي والتدخل العلاجي المناسب، يمكن من تحسين قدرة المريض على القيام بالمهام اليومية وتحقيق الاستقلالية في حياته اليومية.

6.1 – اهداف الدراسة :

أهداف الدراسة تتمثل فيما يلي:

– فهم تأثير الذهان على صورة الجسم:

– تحديد كيفية تأثير العمليات النفسية على صورة الجسم عند الذهاني.

– توفير مرجع عربي يساعد على فهم صورة الجسم لدى الذهاني.

7.1 – تحديد المفاهيم والمصطلحات الخاصة بالدراسة :

1.7.1 – تعريف صورة الجسم :

– التعريف الاصطلاحي :

تعرف صورة الجسم على أنها الصورة الذهنية، إيجابية كانت أو سلبية، يكونها الفرد عن جسده وتعلن عن نفسها من خلال مجموعة من الميولات السلوكية التي تظهر مصاحبة لتلك الصورة والملمح الأساسي لتعريف المظهر الجسمي لصورة الجسم هو تقييم الفرد لحجمه ووزنه أو أي جانب آخر من الجسم يحدد المظهر الجسمي. **(الدسوقي ص16، 2006)**.

– التعريف الاجرائي صورة الجسم :

هي طريقة إدراك الذهاني لجسمه وما يصاحبه من مشاعر سلبية تستطيع أن تحرك أفكاره وكفاءته لأداء وظيفي يكون نتيجة لهذا الإدراك. وتشير إلى تقييمات الأفراد وخبراتهم الانفعالية لبعضهم البعض فيما يتعلق بصفاتهم الجسمية والتي تظهر من خلال اختبارات ومقاييس نفسية.

2.7.1 – تعريف الذهان:

– التعريف الاصطلاحي:

بالفرنسية psychose كلمة مشتقة من اليونانية Psyché أي الروح أو النفس ، و Osis التي تعني الشذوذ؛ لقد استعملت كلمة ذهان للدلالة على المرض العقلي سنة 1845من طرف فينشتر سيلدن حيث أدخل مصطلح الذهان في كتابه "علم النفس الطبي" للدلالة على المرض العقلي، بينما يدل العصاب على إصابات الجهاز العصبي التي يمكن أن يترجم بعضها في أعراض ذهانية فكل ذهان هو عصاب في آن واحد لأنه لا يمكن أن يتجلى أي تغيير في النفس بدون تدخل الحياة العصبية وفي الوقت عينه إنما ليس

كل عصاب ذهان، فالمرض العقلي هو اضطراب شديد في شخصية الفرد يمس مراكز القوى العقلية التي يحدث فيها اختلال ،حيث يكون الفرد غير مستبصر بذاته ولا واعيا بمرضه ولا يبحث عن الشفاء مما يعيق تواصله الذاتي والاجتماعي **(حجازي، 2008 ،ص255)**.

- التعريف الإجرائي:

هو اضطراب عقلي خطير، يؤدي بصاحبه إلى تعطيل إدراكه واستيعابه وذاكرته وعجزه عن رعاية نفسه، أي إلى الجنون، كما يصيب الشخصية والسلوك بالتفكك والاضطراب، لذا يمنع على الذهاني أن تكون له علاقة بالآخرين، وهو لا يعي أنه مريض فهو فاقد الاستبصار حيث تأتيه هلاوس وهذيانات.

8.1 - حدود الدراسة:

- الحدود المكانية للدراسة:

اقتصر هذا البحث الاستطلاعي على مستوى مصحلة الاستعجالات الطب العقلي بالمركز الاستشفائي الجامعي بن زرجب.

- المجال الزمني للدراسة:

تم إجراء الدراسة في الفترة الممتدة من 29 / 02/ 2024 إلى غاية 06/01/ 2024 بالمركز الاستشفائي الجامعي بن زرجب وهران.

- الحدود البشرية:

تمثلت في مرضى الذهان المتواجدين داخل المؤسسة الاستشفائية.

- خصائص وشروط انتقاء مجموعة البحث:

- أن يكون المفحوص في المرحلة العمرية فوق 18سنة.

- التشخيص البسيكياتري للمفحوصين على أنهم يعانون من الذهان.
- أن تكون عينة الدراسة "مرضى الذهان " المتواجدون على مستوى المصلحة

9.1 – الدراسات السابقة :

– الدراسات الاجنبية :

– دراسة شيلدر (1942):

قدم شيلدر نموذجًا عصبيًا لفهم صورة الجسم التي تتكون من مكونات حسية ومعرفية وعاطفية؛ عند مرضى الذهان، غالبًا ما تكون هذه المكونات مشوهة أو متقطعة، مما يؤدي إلى اضطراب في صورة الجسم.

– دراسة بانكوف (1977):

ركزت بانكوف على دراسة صورة الجسم عند مرضى الفصام الذين يعانون من اضطرابات في وظائف شكل ومحتوى صورة الجسم، حيث أن وظيفة الشكل هي القدرة على إدراك الجسم ككل متماسك، بينما وظيفة المحتوى هي القدرة على إدراك أجزاء الجسم المختلفة وعلاقاتها ببعضها البعض.

– دراسة كراوس وآخرون (1984):

قارن كراوس وزملائه صورة الجسم لدى مرضى الفصام بمرضى القلق والاكتئاب، وجدوا أن مرضى الفصام يعانون من اضطرابات أكثر حدة في صورة الجسم مقارنةً بالمجموعتين الأخريتين.

– دراسة سيمون وآخرون (1990):

فحص سيمون وزملائه العلاقة بين صورة الجسم والأعراض الإيجابية والسلبية في مرضى الفصام

فوجدوا ارتباطًا إيجابيًا بين اضطرابات صورة الجسم والأعراض الإيجابية، مثل الهلوسة والأوهام.

- دراسة هولمز وآخرون (2005):

طور هولمز وزملائه مقياسًا لتقييم صورة الجسم لدى مرضى الفصام; أظهر هذا المقياس أنهم يعانون من مجموعة متنوعة من اضطرابات صورة الجسم، بما في ذلك:

- عدم الرضا عن الحجم والشكل
- الشعور بالانفصال عن الجسم
- والمشاعر السلبية تجاه المظهر.

- الدراسات العربية :

- دراسة حجازي (1984) السعودية:

بحثت هذه الدراسة في العلاقة بين صورة الجسم والهوية الذاتية لدى لدى عينة من افراد سعوديين مصابين بالفصام، ووجدت هذه الدراسة أنهم يعانون من اضطرابات في الهوية الذاتية مرتبطة باضطرابات في صورة الجسم.

- دراسة زين (2002) لبنان:

استهدفت هذه الدراسة تقييم فعالية العلاج المعرفي السلوكي في تحسين صورة الجسم لدى مرضى الفصام في عينة من المرضى اللبنانيين وجدت الدراسة أن العلاج المعرفي السلوكي كان فعالًا في تحسين صورة الجسم لدى مرضى الفصام.

- دراسة الدسوقي (2006) المصر:

هدفت هذه الدراسة إلى تقييم صورة الجسم لدى مرضى الفصام عند عينة من المرضى المصريين، اين وجدت أنهم يعانون من اضطرابات في صورة الجسم أكثر من الأشخاص الطبيعيين، كما اكتشفت علاقة

ارتباطية بين اضطرابات صورة الجسم والأعراض الإيجابية والسلبية لدى مرضى الفصام.

- دراسة أبو غزالة (2010) الاردن:

قارنت هذه الدراسة صورة الجسم لدى مرضى الفصام بمرضى القلق والاكتئاب (مثل دراسة كراوس واخرون 1984) لدى عينة من الأردنيين.

وجدت هذه الدراسة أن مرضى الفصام يعانون من اضطرابات أكثر حدة في صورة الجسم مقارنةً بالمجموعتين الأخريتين.

- دراسة الخليفة (2018) العراق:

اهتمت هذه الدراسة بالعلاقة بين صورة الجسم وجنس المريض المصاب بالفصام، وسط عينة من العراقيين، اين وجدوا أن هناك اختلافات في صورة الجسم بين مرضى الفصام الذكور والإناث.

1.9.1 - التعقيب العام للدراسة :

إن هذه الدراسات التي اعتمدنا عليها، تكشف عن فهم متزايد للتعقيدات المحيطة باضطرابات صورة الجسم لدى مرضى الفصام كما تسلط الضوء على أهمية دمج الأبعاد الحسية، المعرفية، والعاطفية في تقييم صورة الجسم، وتؤكد على أن هذه الابعاد مرتبطة بشكل وثيق بالأعراض الإيجابية والسلبية للفصام، فبشكل عام، تساهم هذه الدراسات في بناء قاعدة معرفية تسمح لنا بالحصول على فهم يؤهلنا لدراسة صورة الجسم عند الذهاني لهذا اعتمدنا عليها لتكون منطلقا لبحثنا نظرا لكونها تشترك في نفس المتغير الا وهو "صورة الجسم" وهذا ما سيساهم في في اثراء معرفتنا، الا ان هذه الدراسات تختلف في هدفها عن بحثنا لكونه يركز على الفهم العميق للصورة الجسم لدى هذه الفئة من المرضى وفهم طبيعتها، والعمليات النفسية التي تتواجد وراء صورة الجسم هذه.

2 - الفصل الثاني: صورة الجسم

صورة الجسم

تمهيد

مفهوم صورة الجسم

اهمية صورة الجسم

التفسيرات النظرية لصورة الجسم

العوامل المؤثرة في تكوين صورة الجسم

خلاصة

1.2 – تمهيد:

تعتبر صورة الجسم من أهم المفاهيم في مجال علم النفس، حيث لا تقتصر فقط على المعايير الاجتماعية المتعلقة بالمظهر الخارجي والتصورات الداخلية لتجاربنا الشخصية فيما يتعلق بالمظهر والانطباعات التي يتركها الفرد في الواقع، تفسير صورة الجسم والتمييز بين النظرة الداخلية والخارجية يُعتبر ذا أهمية كبيرة؛ حيث إننا غالبًا ما لا نرى أنفسنا بنفس الطريقة التي يرانا بها الآخرون. في هذا الفصل، سنقوم بالتفكير بعمق في هذا المفهوم النفسي الهام جدًا في حياة الأفراد.

2.2 – مفهوم صورة الجسم: (L'image du corps)

صورة الجسم هي الصورة التي نكونها في أذهاننا عن أجسامنا، أي الطريقة التي يظهر بها جسمنا لأنفسنا." هكذا يبدأ شيلدر كتابه "صورة الجسم" (image de corp).

بالاعتماد على أعمال عصره، يجمع شيلدر بين المفهوم النفسي جسدي من لدى فيرنيكه (طبيب الأعصاب الألماني)، والنموذج الوضعي للجسم من لهيد (عالم الأعصاب الإنجليزي)، وفكرة فرويد القائلة بأن الأنا هو انا جسدي قبل كل شيء، ليصل إلى تصور لدور الصورة الجسدية الأساسي في علاقة الإنسان بذاته، وأقرانه، والعالم الذي يحيط به.

يتطرق شيلدر في كتابه الى وحدة الجسم التي هي أكثر من مجرد إدراك، فهي تمثل مخطط لجسمنا الذي هو أيضًا نموذج وضعي.

إنه "ظهور الجسم لنفسه" وهذا التعريف يدل بوضوح، كما أشار هيد، أن "الصورة سواء كانت بصرية أو حركية، ليست المعيار الأساسي لقياس جميع التغيرات الوضعية، كل تغيير يطرأ، يدخل الى الشعور محملاً بعلاقته بتجربة سابقة، بالنسبة لشيلدر، يتعلق الأمر بوصف الربط بين الواقع البيولوجي للجسم وواقعه الشبقي والخيالي.

تعددت المفاهيم المرتبطة بصورة الجسم بتعدد النظريات والاتجاهات النفسية، وسنحاول في هذا العنصر اجمال أهم التعاريف والمفاهيم التي تطرق اليها علماء النفس حسب التسلسل الزمني.

بداية ب " فيشر وكليفلند " (Cleveland & Fisher 1958) اللذان اعتبرا صورة الجسم أنها: "صورة تمثل الكيان الذي يشير الى الجسم كتجربة نفسية، التي ترتكز على عواطف وسلوكات الفرد بالنسبة لجسمه، وتشتمل كل التجارب الشخصية للفرد والطريقة التي ينظم بها تلك التجارب " وحسب دولتو ماري (Françoise dolto 1961) صورة الجسم هي تركيب حي، في كل وقت حاضر، لكل تجاربنا العاطفية المتكررة والمعاشة عن طريق الاحاسيس الجنسية المعاشة، البدائية او الراهنة لأجسادنا; اذن كل الحواس تساهم في تكوين صورة الجسم.

أما مفهوم صورة الجسم في التحليل النفسي، فالجسم ليس له وجود خارج الرغبة والاستهام، بالنسبة للاكان (J. Lacan) لا يكفي أن تكون لنا تجارب و تدريب احساسي- ادراكي – حركي بل يجب استثمار لجسمنا من خلال علاقاتنا مع الأفراد و استثمارهم لنا ولجسمنا **(بدرة معتصم ميموني و مصطفى ميموني، 2010 : 44)**

يعرف جابر والكفافي (1989) صورة الجسم بأنها " صورة ذهنية نكوها عن أجسادنا ككل بما فيها الخصائص الفيزيقية والخصائص الوظيفية (إدراك الجسم) واتجاهاتنا نحو هذه الخصائص (مفهوم الجسم); صورة الجسم تتبع لدينا من مصادر شعورية و مصادر لا شعورية و تمثل مكوناً أساسياً في مفهومنا عن ذواتنا " **(علاء الدين الكفافي و جهاد علاء الدين، 2006: 109).**

تطرق كوالسكي (Kawalski 2007) الى صورة الجسم لدى المراهق، باعتبارها الطريقة التي يرى بها جسمه ومشاعره نحو جسمه، والأفراد الذين لديهم صورة ايجابية صحية عن أجسادهم ينظرون لأنفسهم بواقعية ويحبون ذواتهم الجسمية **(رغدة شريم ، 2009 :83).**

3.2 – العلاقة بين النفس والجسم:

بينّ أبو علي إبن سينا (980–1037) في كتابه (القانون) أن الأفكار المتسلطة، والغضب، والشهرة والغم أو الكآبة، والهجر والبكاء والأرق ... تؤدي كلها الى خلل في نبض الانسان، والى علّة في البدن، وذكر "إبن سينا" في كتابه عن (تهذيب الأخلاق وتطهير الأعراق) أن سبب المرض الجسمي هو مرض احد الجزئين الشريفين في الانسان، الدماغ (العقل والتفكير)، والقلب (حيث كان يعتقد قديما أن القلب هو مقر العواطف والانفعالات)، فإذا تغير حال الدماغ وبات الانسان حزينا، كئيبا تغّير وأصبح الانسان عليلا **(فيصل محمد خير الزراد 2009، : 23)**.

أشار ابراهيم قشقوش (1989: 172) لنتائج بعض الدراسات التي أجريت في مجال السيكولوجيا الى أن هناك علاقة بين الخصائص الجسمية ومختلف أنواع الوظائف العقلية. فقد كان هناك علاقة بين طول القامة و الذكاء في دراسة قام بها كل من بيليBayley (1956)و شتلورث Shuttleworth(1939) وتانرر Tanrer (1962).

يرى روجرز (1951) أن سوء التوافق النفسي يوجد عندما ينكر الكائن الحي ان يعي الخبرات الحسية والحشوية ذات الأهمية بالنسبة اليه، ويلجأ الفرد لمثل هذا المسلك الدفاعي عندما تهدد الخبرات الذات، لهذا فان خبرات كل من الذات والكائن الحي تميل الى مواصلة الاحتفاظ بالتوافق والتناسق فيما بينهما.[...] تعتبر الذات بمثابة مستجيب لما يمكن أن يشعر به الفرد من حاجات عضوية وغير ذلك من حاجات تتصل عن قريب أو بعيد بالجانب الوراثي في حياته **(ابراهيم قشقوش، 1989 : 61)**.

ان الاستجابات الانفعالية هي استجابات عضوية تتم عن طريق الجهاز العصبي الذاتي أو المستقل، ومن المعروف أن معظم أعضاء الجسم تتغذى من مصدرين يتكون أحدهما من ألياف عصبية أدروجينية Adrogienne مسببة لافراز الأدرينالين، وألياف عصبية كولنرجية

Cholinergic أي المسببة لإفراز الكولين، والنوعان متعارضان في التأثير، والهيبوتلاموس هو المكان المنظم لعمل هذه الألياف العصبية، ولإطلاق النبضات العصبية خلال الجهاز العصبي المستقل التي تغير من وظيفة اعضاء الجسم **(فيصل محمد خير الزراد 2009، : 32)**.

يقول "كارل يونغ" أن النفس كالجسم في سلوكها، لها خصائصها الفزيولوجية وتركيبها التشريحي، فالتطور الجسمي يسير جنبا الى جنب مع التطور العقلي، ويبدو وجود العلاقة في الادراك الحسي الذي يعتبر الخطوة الأولى لبقية العمليات العقلية الادراكية الأخرى، ففي الادراك الحسي تتأثر الأطراف العصبية والحاسة بمثير معين، سواء كان هذا المثير تموجات حرارية، أم ضوئية، أم ضغطا الخ. ثم ينتقل هذا التأثير بواسطة الألياف العصبية الى مركز من مراكز المخ، وهنا تنتهي مجموعة عمليات ميكانيكية فيسيولوجية ضرورية لعملية الادراك الحسي، لذا لابد من تعاون ظواهر بعضها جسمية وبعضها عقلية.

وجود العلاقات بين الجسم والعقل يبدو جليا كذلك في الحالات الانفعالية، فكل حالة من هذه الحالات: كالخوف، الغضب، أو التقزز تصحبها تغيرات جسمية نشعرها، كجفاف اللعاب وسرعة دقات القلب وسرعة التنفس الخ **(عبد العزيز القوصي، 1952: 31)** .

4.2 – اهمية صورة الجسم :

يذكر بيفر Pipher (1995) أن المظهر العام مهم في العلاقات وفي الحياة، وترى بريكي جيمس James Breakey (1997) أن خبرة الجسم مهمة للنمو النفسي والبدني، وأن صورة الجسم لها أهمية وجدانية ورمزية كذلكً.

تؤكد بيث هيتشكوك Hitchcock Beth (2002) أن القلق الرئيسي في مجتمع اليوم يرتبط بصورة الجسم، وتذكر اليزابيت Elizabeth (2006) أن صورة الجسم تلعب دوراً في اتخاذ القرارات المهنية و فعالية الذات و الاصرار **(رضا ابراهيم الأشرم، 2008 : 24)**.

5.2 – التفسيرات النظرية لصورة الجسم:

سنحاول التطرق في هذا العنصر لأهم التفسيرات النظرية التي ساهمت في توضيح مفهوم صورة الجسم.

1.5.2 – الاتجاه الظواهري (Phénoménologique):

اقترح هذا الاتجاه التمييز ما بين جسم الانسان (في الفلسفة الكلاسيكية فرقوا بين الروح والنفس)، و الجسم الموضوعي الذي يعترف بأجزائه بينه و بين المواضيع الأخرى في العلاقات الخارجية، بمعنى أن الجسم في الدراسات الفيزيولوجية والطبية هو الجسم الموضوعي و يعتبر كشيء، أما جسم الفرد الذي يعني جسمنا نحن الذي يمثل تواجدنا كقوة للتصرف و الادراك بمعنى آخر هو وسيلة و أداة ادراج الفرد في العالم: لا يوجد فرد بدون جسم وعلاقتنا بالعالم تتم من خلال الجسم، فالجسم هو غلاف و تظهر أهمية هذا الغلاف عند المماة، حيث تتحدد هويتنا من خلال الجسم.

فبالنسبة ل مارلو بونتيMerleau Ponty ، " الجسم الظاهري " هو " الجسم الحقيقي"، التشريحي، الموضوع التجريبي. يظهر أن الفرد ينضم الى العالم من أجل استكشاف جسمه لذا لا يمكننا القول أن الجسم موجود في الوقت و انما في الفضاء، فالجسم هو النواة التي تحمل الوظائف العامة لاستمرار النمو. **(Geneviévre Comeau, 2001:13 ,15)**

– الجسم بالنسبة للذات : Le Corps Pour Soi

الجسم وفقا لذلك هو الشيء الذي لا يفارق الفرد أبداً؛ يتمثل في التفرد والوحدة الزمانية والمكانية للشخص، فالجسم بالنسبة للذات هو تجسيد محور العالم، اذن هو الذي ينظم العالم ويعطي له معنى بالنسبة للفرد.

- **الجسم بالنسبة للآخر : Le Corps Pour Autrui**

ان الجسم بالنسبة للآخر هو طريقة الوجود وهذا من خلال الدخول في علاقة مع الآخر عن طريق الجسم، لان الرغبة تتشكل في الجسم كميا وكيفيا وتظهر للآخر عن طريقه.

- **الجسم في الذات: Le Corps En Soi**

يوضح هنا جنيفير كومو Geneviévre Comeau **(26:2001)** أن الجسم في الذات كشيء فيزيائي من خلال القوانين الكونية و البيولوجية، حيث تحدد حالة الجسم في الذات قدرنا مثلا كالوفاة، فالجسم يسجل ديمومتنا في الوقت والفضاء و المكان من خلال الخبرات اليومية.

2.5.2 - النظرية التحليلية الفرويدية:

يحتل الجسم مكانة مركزية في سيرورة المراهقة, والتحولات في البلوغ بتغير الذات والتعديلات الحساسة كلها تؤثر على نفسية الطفل الذي أصبح مراهقا، لذا يستوجب مصاحبة نفسية لهذه التحولات بطريقة تحافظ على الاحساس بالاستمرارية والوجود ليتقبل كل التغيرات من أجل تفادي أي صراع في النمو حيث يحدد "فرويد" في كتابه " (ثلاث رسائل)، أن الهوامات في البلوغ تعطي شكل لخبرات عنيفة يمر بها المراهق، تسمح له ببقاء هذه الوظائف وتعطي معنى لهذه التقلبات التي تعتبر خطر يهدد المراهق في الدخول في شكل من أشكال تبدد الشخصية، ومن أجل تفادي هذا الانهيار يتصرف بعض المراهقين برفض وجهات النظر المرتبطة بالدخول في البلوغ، تترجم بصعوبة تسمى ب (التفاعلات النرجسية للمراهقة)، تعبر عن الصراع المعارض بين اللبيدو النرجسي و ليبيدو الموضوع , تظهر على شكل مقاومة استثمار لمواضيع جديدة في البلوغ **(Marty 2011, :202) François**.

بالنسبة لفرويد S.Freud (1905)، الجسم حامل للرسائل الرمزية(**Cardine & Gaonach Daniel (Golder, 1995 :281)**

ويحدد "فرويد" من خلال ذلك مراحل التطور الليبيدي لصورة الجسم:

حيث ان الليبيدو هي الطاقة النفسية التي يمتلكها الانسان لبناء جسمه، و بالموازاة مع هذا التطور، للقيام بتكوين شخصيته **(طلال حرب :1994، 39)**، وأنه يتدفق الى الأنا من أعضاء وأجزاء مختلفة من الجسم **(سيجموند فرويد، 2000 : 33)** .

- المرحلة الفمية :Stade Oral

يصف "فرويد" المرحلة الفمية أو الافتراسية(Canibal) كأولى مراحل التطور الليبيدي، حيث يسود فيها ارتباط اللذة الجنسية بإثارة الفم مع تلازم تناول الغذاء، حيث تبنى بعض خصائص علاقة الموضوع الفمية، من اتحاد الليبيدو و العدوانية (حب-تدمير) و اجتياف الموضوع وصفاته و الاحتفاظ به داخل الذات. **(مريم سليم و علي زيعور، 2004 : 183)**.

- المرحلة الشرجية: Stade Anal

خلال العامين الثاني و الثالث من حياة الطفل تصبح المنطقة الشرجية مركز اهتمامات الطفل الجنسية، حيث يتزايد وعي الأطفال باحساسات المتعة الناتجة عن حركة الأمعاء على الأغشية المخاطية للمنطقة الشرجية **(مريم سليم و علي زيعور، 2004 :184)**

يتعين على الطفل أن يتعلم النظافة، وتتوقف نتائج هذا التعلم على اسلوب الأم مع الطفل ومشاعرها أثناء تدريبه على التبرز، وقد تتكون لدى الطفل اتجاهات وميول وسمات وقيم نوعية بناءً على ما سبق **(فيصل عباس، 1996 :40)**.

- المرحلة الأوديبية أو القضيبية : Stade Phallique

تتم هذه المرحلة من سن الثالثة حتى سن الخامسة أو السادسة تقريباً، وفيها يتحول التركيز الى الأعضاء التناسلية. يصل الطفل الى هذه المرحلة بسبب ازدياد نضجه الجنسي واحساسه المتنامي وهويته الجنسية **(علي اسماعيل،1995 :36)**.

وقد أدى التحليل النفسي الى اكتشاف عقدة الخصاء، في المرحلة القضيبية، بشكل ثابت، وترتبط عقدة الخصاء بصدارة عضو الذكورة عند كلا الجنسين. **(مريم سليم و علي زيعور، 2004 : 185).**

تشهد هذه المرحلة "عقدة أوديب" أعظم محددات التوافق الجنسي للطفل في المستقبل وفي رأي "فرويد" تتلخص "عقدة أوديب" في أن كل الأطفال أثناء المرحلة القضيبية يودون لو يستثارون بكل حب الوالد من الجنس المغاير، في حين يكونون غيورين وعدائيين اتجاه الوالد من الجنس المقابل **(علي اسماعيل,1995 :36).**

وفي عقدة أوديب تنشأ لدى الصبي رغبة جنسية تتجه نحو أمه مباشرة، تخترق الرغبة الجنسية لدى البنت نحو أبيها، وفي نفس الوقت، يكشف الصبي الصغير عن اتجاه متناقض وجدانيا Ambivalent اتجاه أبيه. **(مريم سليم و علي زيعور، 2004 : 185).**

- مرحلة الكمون: Période De Latence

تمتد من عمر 6 سنوات حتى عمر 11 أو 12 سنة. تتوقف التطورات الجنسية خلال هذه المرحلة حتى بلوغ مرحلة بداية المراهقة **(موريس شربل، 1995 :24).**

- المراهقة : المرحلة التناسلية (البلوغ): L'adolescence

يؤدي التغير الجسماني ونشاط الغدد التناسلية في سن المراهقة الى أن يبحث المراهق عن هدف يشبع حاجته الجنسية، ويرى فرويد أن التعلق بالوالدين واتجاه الدافع الجنسي نحوهما يظهر ثانية في بداية هذه المرحلة، الا أن هذا لا يستمر طويلاً بحكم التقاليد التي تحول دون اشباع هذا الدافع مع المحارم، فيستمر المراهق في سعيه حتى يجد من يشبع هذه الحاجة معه **(سعد جلال، :1998 31).**

ويرى "فرويد" أن التغيرات التي تحدث في فترة البلوغ (المراهقة) لا تتم في الجنسين بالطريقة ذاتها **(مريم سليم و علي زيعور، 2004 : 189).**

6.2 – نمو صورة الجسم:

يقول شويتزر Schweitzer (175:1990)أنه " لا يهتم علماء النفس فقط بالترجمات الخاصة بصورة الجسم بل ايضا ببناء صورة الجسم و هذا عند الطفل ،فالون(1954)،زازو(1957) ،بياجيه (1960)،كوبرنيك و دايلي (1968) و ايضا الى الصورة "البراقة" التي أشار اليها كل من زازو(1948)بولانجي _ بيلايجر، (1980). بحيث ان الاستحواذ التطوري لصورة الجسم الشخصي يدعم مكتسبات عديدة، ليس فقط مرئية وحسية (التي يظهرها مصطلح مخطط الجسم)، لكن معرفية ايضا (صورة مماثلة للجسم ثم رمزية ثم عملية حسب بياجيه (1937)، عاطفية واجتماعية من خلال اكتشاف الأخر والحدود بين الانا والاخر.

التركيب الاخير لنمو صورة الجسم يتمثل في إدراك الجسم كأنه فريد، مختلف عن الاخرين وكملكية خاصة والذي يوافق النظر الى الانا كمادة وكموضوع."

هناك تقارير بحثية مقدمة من طرف لوينLowen (1950) تشير الى ان "صورة الجسم تتكون عن طريق تركيب الاحاسيس التي تأتي من مختلف الاتصالات الجسمية بين الطفل و الوالدين".

في 1977، تطرقت **Laroche Pierrette** الى جودة الملمس، نظرة الاعين، حنين الطرق وكل ما يتم تسجيله في وعي الطفل، من احاسيس جسدية في بناء صورة الجسم، وهكذا:

- ام ترفض طفلها تمنعه من فرصة اختبار لذة جسده في علاقة مادية مقربة
- ام متملكة تنكر حق الطفل في تجربة جسده كما لو كان لها بحيازة جسد طفلها من اجل متعتها ورضاها الشخصي **(Laroche Pierrette,1977 : 8)** .

أما فيما يخص مرحلة المرآة، يقول لاكان (J. Lacan)أن في آخر السنة الأولى (من 8 الى 14 أشهر)، عندما يرى الطفل صورته في المرآة يبتهج ويفرح ويصرخ كأنه أدرك وحدته وتجمعت

الخبرات الجزئية عن جسمه في وحدة شاملة وهي الصورة في المرآة؛ لكن في هذا السن الطفل لا يعتبرها كصورة بل كواقع ويريد أن يلمسها ويلعب معها. و يجب انتظار 3-2 سنوات كي يعرف أنها صورته و ليست هو، و هذه المرحلة أساسية في تكوين الذات و تكوين الفرد كفاعل (Sujet) ، و هي لا تنهي تكوين ذات الطفل ووحدته و هويته، بل تبقى الهوية دينامية و تتغير مع تغير الجسم و الخبرات و العلاقات **(بدرة معتصم ميموني و مصطفى ميموني، 2010 :44)**.

أظهر شيلدر (1968)، مسجلا نفسه في الترجمات التحليلية، دور العلاقات العاطفية والجنسية في تكوين صورة الجسم؛ عند الولادة تكون الطاقة الجنسية نرجسية، بمعنى متعلقة بكل الجسم فقط بدون فرق، وتدريجيا تستثمر الطاقة الجنسية في مناطق مختلفة من الجسم والمناطق الشبقية (الفم- فتحة الشرج-القضيب) التي تلعب دور المحفز. الطاقة الجنسية لها تأثير كبير على صورة الجسم، ففي المرحلة الفمية مثلا، الفم هو المنطقة المركزية لصورة الجسم ثم يتم استثمارها في مختلف مناطق الجسم. كما يقول ان صورة الجسم التي نصنعها لأجسادنا تستطيع التأرجح لأن النموذج الوضعي للجسم ليس ثابت، بل يتغير باستمرار حسب الظروف المعاشة. لقد اعتبرناه كبناء من الشكل الابداعي، فهو مبني، ذائب، ثم مبني من جديد. في هذه العملية المستمرة، عمليات المماثلة، الاستلاء والاسقاط تلعب دورا مهما، فحين توضع صورة الجسم حسب احتياجاتنا و ميولاتنا، فإنها لا تبقى جامدة، فهناك تدفق ذائم بالاضافة أنه لا يوجد فقط هذا التغير المستمر في صورة اجسادنا بل ايضا علاقتها الفضائية و العاطفية لصور اجساد الاخرين **(Pierrette Laroche, 1977 : 9,10)**.

7.2 – العوامل المؤثرة في تكوين صورة الجسم:

تتأثر صورة الجسم بعدة عوامل وهذا وفقا لما تعرفنا عليه في العناصر السابقة من تعاريف ونظريات، اذ توجد عوامل متداخلة، خارجية وداخلية تؤثر في عملية نمو وبناء صورة الجسم لدى الأفراد، ومن بين هذه العوامل:

– عوامل السيكولوجية : التحليل النفسي للطفل و تأثير على جسمه (1931)

ان الاسهام العلمي للتحليل النفسي حدده وينيكونت "Donald . W Winnicott" (1999:233) في ثلاث أجزاء مصطنعة و تعسفية في نفس الوقت هي:

1معرفة الحياة النزوية الفردية و العلاقات بين الشخصية.

2– معرفة المزاج و الأصل الداخلي (الوساوس المرضية) أو الأفكار الخارجية المتطرفة من الاضطهاد.

3– معرفة المهام العاطفية الأولية كبناء علاقة مع العالم الخارجي، ادماج الشخصية و الشعور بوجود الجسم.

حيث يتأثر جسم الطفل بالنسبة لوينيكونت Winnicott .W Donald

(1999:234) بشكل مختلف اعتمادا على المهمة التي عليه انجازها. إذا تقاتل طفلان على لعبة مسدس على سبيل المثال، نلاحظ أولا أن كلاهما استثار سواء بالغضب أو بالخوف، أحيانا اما يخرج أحدهما أو يتلقى ضربة من الآخر، لذا يجب أن نأخذ بعين الاعتبار أن الطفل المكتئب يتصور أن هناك أشياء سيئة فيه أو أنه فارغ، التي بدورها تؤثر بشكل غير مباشر على خياله وتصوراته حول جسده.

- دور الغير أو الآخر في تكوين صورة الجسم:

نظـرة الغـير تعطـي للفـرد وجـودا واعتبـارا، لـذا فالحـب الـذي توليـه الأم لطفلهـا هـو الحـافز الأساسـي الذي يـدفع بـه الى حـب ذاتـه والبحـث عـن معرفتهـا، ويوضـح ذلـك شـيلدر بقولـه:" أن صـورة الجسم لا تبقـى أبـدا معزولـة انمـا هـي دائمـا محاطـة بصـور أجسـاد الآخـرين. وهـذا مـا يجعـل صـورة الجسم مرتبطـة بالاسـتهام وتتكـوّن علـى أساس الاسقاط والتقمص أي على أساس خيالي ومحركها هو حب واعتراف الغير لنا."

توصـلت دولتـو F. Dolto الى أن صـورة الجسـم ليسـت سـاكنة بـل ديناميـة تتغير مـع الخـبرات والتفـاعلات مـع المحـيط و مـع أجسـام الآخـرين علـى أسـاس تفاعليـة شـعورية و لا شـعورية **(بـدرة معتصم ميموني و مصطفى ميموني، 2010 : 45)**.

اما بالنسبة للقيم الاجتماعيـة الشـائعة فيمـا يتعلـق بشـكل وحجـم الجسـم المرغـوب، تغـيرت مـن القـرن الماضـي بشـكل ملحـوظ فبعـد ان كانـت البدانـة رمـز للصـحة والقـوة اصـبحت في الفـترة الاخـيرة رمـز القـبح والكسـل وعـدم القـدرة علـى ضـبط الـنفس، و احسـاس الشـخص اتجـاه نفسـه ومسـتوى تقـديره الكلـي لذاتـه وكـذلك مـا يتعـرض لـه مـن عنـف ومـن ضـرر مـادي او معنـوي **(مـريم سـليم، 2002 :320)**.

تتـأثر صـورة الجسم لـدى المراهـق بالجاذبيـة الجسـمية **(عـلاء الـدين كفـافي،2006: 237)** حيث يهتم المراهقون الصـغار بمظهرهم الخـارجي أكثر من اهتمـامهم بـأي جانـب آخـر، و لعـل الكثيرين مـنهم لا يعجـبهم مـا يرونـه في المـرآة، فالـذكور يحبـون أن يكونـوا طـويلي القامـة، و ذي كتفـين عريضـين، و أجسـام رياضـية بشـكل عـام، أمـا الانـاث فيرغـبن ان يكـن جميـلات و نحيفـات و يتمـتعن بشـكل جـذاب، بالاضـافة الى نعومـة البشـرة و جمـال الشـعر، و عمومـا يلاحـظ أن الانـاث يشـعرن بالضـيق اذا كـان لـديهن بعـض خصـائص أو سـيمات جسـمية ذكوريـة كضـخامة العضـلات أو شعر الوجه.

و تشـير الدراسـات الـتي قـام بهـا باباليـا و اولـدز Papalia& Olds (1992) الى أن الانـاث أكثـر عرضـة للشـعور بالضـغط و الاحبـاط مـن الـذكور، بسـبب زيـادة في الـوزن أو الطـول أو القصـر الشـديد**(صالح محمد أبو جادو، 2011 : 418).**

يـذكر رايـسRice (1992)أن للجاذبيـة الجسمية علاقـة هامـة بتقـدير الـذات الايجـابي لـدى المراهـق، و بالشـعبية الـتي يتمتـع بهـا بـين الرفـاق و بمـدى تقبلهم لـه، و يبـدو أن لهـا تـأثيرا في نمـو الشخصـية وفي العلاقـات والسـلوك الاجتمـاعي.

فقـد أسـفرت الدراسـات الـتي قـام بهـا ديـون و آخـرون Dion & Al (1972) علـى أن الشـخص الـذي يشـعر بالجاذبيـة الجسـمية و يكـون راضـيا عـن صـورته الجسـمية شـخص سـعيد يتمتـع بقبـول اجتمـاعي مـن قبـل الآخـرين و نـاجح في علاقاتـه الاجتماعيـة **(عـلاء الـدين كفـافي و جهـاد عـلاء الدين، 106:2006).**

8.2 – خلاصة :

الجسم يتجاوز كونه مجرد كيان عادي أو ظاهرة فيزيولوجية؛ إنه يحمل أبعادًا أعمق ترتبط بالثقافة والهوية. لم يعد الجسم يُفهم ببساطة على أنه مجموعة من الأعضاء والوظائف الحيوية، بل أصبح ينظر إليه كتجربة معيشة تعكس علاقاتنا بالعالم والآخرين. يمكننا الآن أن نفصل بين الشعور بالوجود وبين الوجود ذاته، وأن نفرق بين الكيان الفردي وبين العالم من حوله. بهذا المعنى، يمثل الجسم جزءًا لا يتجزأ من ثقافة الإنسان، حيث أن تجربتنا الجسدية تُشكل وتتأثر بالتفاعلات الاجتماعية والثقافية. إن فهم الجسم يتطلب العيش والتفاعل مع الآخرين، حيث يتجلى وجود الجسم وتكتسب معانيه من خلال التجارب الإنسانية المشتركة والعلاقات الاجتماعية التي نعيشها. بهذا، يصبح الجسم وسيطًا ثقافيًا يعكس القيم، والمعتقدات، والتقاليد المجتمعية، ولا يمكن فصله عن سياقه الثقافي والاجتماعي.

3 - الفصل الثالث: الذهان

الذهان

تمهيد

تعريف الذهان Psychosis

مدى انتشار الذهان

الاعراض الإكلينيكية العامة للذهان

أنواع الإضطرابات الذهانية

نظريات المفسرية للذهان

الصورة الاكلينيكية للاضطرابات الذهانية

الخلاصة

1.3 – تمهيد :

تُعَدّ اضطرابات الذهان من بين الحالات الشائعة التي توجد في الجداول العيادية المستخدمة في مجال علم النفس المرضي، وهي موجودة في الإصدار الخامس من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية (DSM–5) والطبعة الحادية عشرة من التصنيف الدولي للأمراض (ICD–11).

تتميز هذه الاضطرابات بتنوّع أشكالها العيادية وارتباطها بالعوامل العضوية التي قد تؤدي إلى تشكيل شخصيات مرضية. تسبب هذه الاضطرابات تأثيراً بالغاً على الوظائف العقلية والاجتماعية للأفراد المصابين بها، حيث يجد الأفراد صعوبة في التمييز بين الأفكار والتصورات الوهمية والواقع الحقيقي، مما ينتج عنه سلوك غير عادي واعتقادات غير واقعية. يُعدّ اضطراب الذهان مصدراً لتفكك واضطراب الشخصية والسلوك، مما يعيق التواصل الاجتماعي والعلاقات البينية. وعلى الرغم من أن الذهان يُعتبر اضطراباً عقلياً ونفسياً يتطلب علاجاً متخصصاً، إلا أن فهمه ودراسته يمثلان مهمة أساسية، إذ تساعد دراسة الاضطرابات الذهانية في تحليل العوامل المؤثرة في حدوثها وتطوّرها، وتسهم في تطوير استراتيجيات علاجية ووقائية فعّالة، بالإضافة إلى تحسين التشخيص المبكر وتقديم الدعم النفسي للمرضى. يساعد ذلك على تحسين جودة حياتهم وتعزيز اندماجهم في المجتمع، ويقلل من التمييز والوصمة التي قد يتعرضون لها، لذا سيتم في هذا الفصل استعراض مفهوم الذهان والنظريات المهمة المفسرة للاضطرابات الشخصية الذهانية، بالإضافة إلى تصنيفاتها حسب DSM–5.

2.3 – تعريف الذهان Psychosis :

– التعريف اللغوي :

الفعل ذهن أذهن استذهن الرجل عن الأمر أي أنساه إياه وذهن أي ذهب بذهنه فلا يعي فهو مذهون، ويقال: ذهنني عن كذا وأذهنني واستذهنني أي أنساني وألهاني عن الذكر **(ابن منظور،1970، ص154)**.

- التعريف الاصطلاحي :

بالفرنسية **psychose** كلمة مشتقة من اليونانية **Psyché** اي الروح او النفس، و **Osis** التي تعني الشذوذ؛ لقد استعملت كلمة ذهان للدلالة على المرض العقلي سنة 1845 من طرف **فينشتر سيلدن** حيث أدخل مصطلح الذهان في كتابه "**علم النفس الطبي**" للدلالة على المرض العقلي، بينما يدل العصاب على اصابات الجهاز العصبي التي يمكن أن يترجم بعضها في أعراض ذهانية فكل ذهان هو عصاب في أن واحد لانه لا يمكن أن يتجلى أي تغيير في النفس بدون تدخل الحياة العصبية وفي الوقت عينه إنما ليس كل عصاب ذهان ،فالمرض العقلي هو اضطراب شديد في شخصية الفرد يمس مراكز القوى العقلية التي يحدث فيها إختلال ،حيث يكون الفرد غير مستبصر بذاته ولا واعيا بمرضه ولا يبحث عن الشفاء مما يعيق تواصله الذاتي والاجتماعي. **(حجازي ،2008، ص255)**.

وفيما يلي نستعرض بعض التعريفات التي تناولت الذهان او المرض العقلي:

- يعرف" **زهران**" الذهان على انه اضطراب عقلي وخلل في الشخصية يجعل السلوك العام للمريض مضطربا ويعيق نشاطه الاجتماعي، ويطابق الذهان المعنى القانوني والاجتماعي للجنون من حيث إحتمالية إيذاء المريض لنفسه أو غيره أو عجزه عن الرعاية الذاتية، ويلاحظ في الذهان الانفصال عن الواقع وتشويهه، والاضطراب الانفعالي الشديد واضطراب القدرات العقلية وتفكك الشخصية ونقص البصيرة والاضطراب الواضح في السلوك. **(زهران،2005، ص85.)**

- يعرفه **وكفيلد wakefield** على أنه قصور أو إختلال وظيفي مؤذي أو ضار ويعرف أيضا على أنه خطر أو عجز(Diabilty) يصعب التنبؤ به ويعد هذان التعريفان في رأيه أكثر تحديدا أو تطابقا مع تعريفات الدليل التشخيصي والإحصائي الاصدار الرابع. **(السيد،2008، ص22)**.

- ويعتبر **الجسماني (2004)**: المرض العقلي او الذهان هو من الاضطرابات الخطيرة التي تؤثر في شخصية الفرد ككل، يظهر في صورة إختلال شديد في التفكير وفي القوى العقلية بوجه عام، كما يظهر

بشكل اضطراب ملحوظ بالحياة الانفعالية، وعجز شديد عن ضبط النفس مما يحول دون المريض ودون رعاية نفسه ويمنعه من التوافق الاسري، الاجتماعي، الوجداني، المهني، والديني وغير ذلك. والمريض العقلي يجهل ألسباب التي أدت إلى حالته والتكون لديه أية بصيرة بمشكلته **(الجسماني، 2004، ص37.)**

- **والذهان كما يراه العبيدي 2009:** هو اضطراب عقلي شديد وخلل شامل في الشخصية يعيق نشاط الفرد ذاتيا اجتماعيا ويشكل إرتباكا في سلوكه **(العبيدي، 2009، ص181)**.

يطلق عادة على هذه الحالات باللغة العامية اسم **(الجنون)**، وهو مصطلح يشيع إستعماله أيضا في المجال القانوني وقد يسمى **(فقد العقل)**، ان استخدام مصطلح **(المجنون)** او **(الجنون)** أصبح شائعا عند عامة الناس، لكن المصطلح في جوهره قانوني أكثر من كونه مصطلحا سيكولوجيا، ولا يوصف الانسان بأنه مجنون إلا بناءا على صدور حكم من محكمة بأنه كذلك وفقا لنصوص قانون معين والمصطلح السيكولوجي اللائق الاضطرابات العقلية هو **(الذهان)** **(العيسوي،2004، ص16)**.

3.3 – مدى انتشار الذهان:

مرضى الذهان كثيرون ويقدرون بنسبة 3% من عدد السكان ويقول البعض أن عدد مرضى الذهان يبلغ عدد المرضى بأمراض القلب والسرطان معا. والذهان عموما يحدث في منتصف العمر وتدل بعض الدراسات على أن متوسط العمر عند دخول مستشفى الامراض العقلية هو 44سنة إلا أننا نجد أن الفصام يبدأ مبكرا في مرحلة المراهقة وأن ذهان الشيخوخة يبدأ متأخرا. والذهان أكثر حدوثا لدى الذكور منه لدى الاناث، والذهان أكثر حدوثا بين العزاب والمنفصلين والمطلقين والارامل منه لدى المتزوجين **(شالال، 2010، ص74)**.

4.3 – الاعراض الإكلينيكية العامة للذهان :

الاعراض العامة للذهان شديدة إذا ما قورنت بأعراض الامراض العصابية فأبسط أعراض الامراض العقلية هو توقف صورة أو أكثر من صور النشاط الانساني وأعقدها تلك المتمثلة في أنماط الشذوذ، وتوقف جميع صور النشاط الانساني ومن هذه الاعراض العامة ما يلي:

- **على مستوى الادراك:**
  - **الهلاوس:**

وهو إدراك بدون موضوع مدرك واقعي وحقيقي ملموس، وتتعدد الهلاوس حسب الحواس، فهناك البصرية (رؤية أشياء ...أشخاص)، والسمعية (سماع أصوات)، واللمسية والشمية والذوقية، والهلاوس الداخلية (إحساسات داخلية لاشياء في الجسم) وهلاوس نفسية (سماع أصوات داخل الرأس، في الحلق أو المعدة). **(رضوان،2009، ص240)**.

  - **الهذيانات:**

وتختلف هذيانات مرضى الذهان كثيرا في تماسكها واتقانها، وتنقسم إلى عدة أشكال:

- **سوء التوجه في الزمان والمكان:**

كثيرون من مرضى الذهان سيؤوا التوجه أي أنهم لا يعرفون الوقت أو المكان أو الأشخاص، فيقال عن الشخص أنه سيء التوجه بالنسبة للزمان إذا كان لا يعرف التاريخ بالتقريب، ويقال إنه سيء التوجه بالنسبة للمكان إذا كان لا يعرف أين هو. وفي بعض الحالات يكون سوء التوجه دليلا على التفكك أو الخلط، ولكنه في حالات أخرى قد ينشأ عن الخبل **(جيلفورد،1956، ص402-409)**.

- **على مستوى الذاكرة:**

تشوهات معرفية على مستوى الذاكرة، تحريف الذكريات وتوجيهها فقط إلى ما هو سلبي دون ما هو إيجابي مثل ما يحدث في اضطراب الاكتئاب.

❖ **على مستوى التفكير:**

تأخر الوظائف العقلية واضطراب التفكير، بوضوح قد يصبح ذاتيا وحرفيا وخياليا وغير مترابط، ويضطرب كذلك سياق التفكير وتتذبذب الأفكار أو تتأخر ويضطرب محتوى التفكير فتظهر الأوهام مثل أوهام العظمة أو الاضطهاد أو الاثم،... و يظهر إضطراب الفهم بشدة وعادة ما يكون التفاهم مع المريض صعبا واضطراب الذاكرة واضطراب الادراك ووجود هلوسات بشتى أنواعها، ويلاحظ إضطراب الكلام وعدم تماسكه ولا منطقيته فقد يكون سريعا أو بطيئا واضطراب كمه بالنقصان أو الزيادة واضطراب محتواه، حيث يصبح في بعض الاحيان لغة جديدة خاصة، ويشاهد ضعف البصيرة أو فقدانها مع انفصال كامل عن الواقع وعدم استبصار المريض بمرضه مما يجعله لا يسعى للعلاج ولا يتعاون معه وقد يرفضه **(زهران ،2005، ص529)**.

❖ **على المستوى الانفعالي والمزاجي:**

اختلال الجانب الانفعالي لدى المريض العقلي في صورة تغيرات انفعالية متطرفة، وتفقد طابعها وتتسم بعدم الثبات وتختل كالتالي :

- الإسراف الزائد في التشاؤم واليأس والقنوط، وقد يؤدي هذا الى الانتحار .
- أو الاسراف في تظاهرات الفرح والسرور دون أي سبب معروف مما يثير انتباه المحيطين به.
- الثوران والغضب لأتفه الأسباب مع اضطرابات وجدانية متكررة من الانشراح المفرط **(محمد،2000، ص195)**.

يتصف المريض العقلي بالتبلد وعدم الثبات الانفعالي فلا يحدث أي انفعال إذا ما واجه الموافق التي تثير الانفعالات وذلك لعدم استجابته للمؤثرات الخاصة بالغضب أو الخوف، الحزن، الفرح أو عدم سيطرته على انفعالاته لأنه لا يملك القدرة على الثبات الانفعالي نتيجة المشاعر الثائرة والقلقة **(منسي ،1998، ص87)**.

❖ **على مستوى اللغة:**

تعبر اللغة عن الجانب الفكري والانفعالي للحالات، فتتسارع اللغة وتتباطأ أو تنقطع حسب مجرى التفكير، كما أنها تعبر عن محتوى خاطئ لتفكير الذهاني فتظهر في لغته الشفوية والمكتوبة التي تعبر عن هذياناته وهلاوسه، كما قد نلاحظ اختلال وتناقض على المستوى اللغوي وغموض على مستوى المفردات كاستخدام كلمات من تأليفه.

عدى هذه الأعراض الإكلينيكية العامة للمرض العقلي مع الملاحظة أن أعراض الذهان الوظيفي أبسط من أعراض الذهان العضوي اذ يسهل علاجه في صورته البسيطة قبل استفحاله إلى مرض خطير في صورته الشديدة.

5.3 – أنواع الإضطرابات الذهانية :

1.5.3 – الفصام :

– مفهوم الفصام :

لغة:

فصم: فصما الدمج ونحوه: كسره من غير أن تتفرق كسره. وتفصم وانفصم: إنكسر من غير بينونة/تصدع.

اصطلاحا:

Schizophrenia تعني إنقسام العقل، فكلمة **Schizo** تعني إنقسام و**Phrenia** تعني العقل، وهو اضطراب عقلي وظيفي حاد يسبب انشطار وتفكك الشخصية ويعمل على تدهورها تدريجيا حتى يؤدي إلى التناثر وهو مجموعة أمراض عقلية تشترك بأعراض أساسية متشابهة كالتفكير المفكك غير الواقعي والانفصام العاطفي والابتعاد عن الحقيقة والواقع والتدهور في الشخصية والسلوك **(بغالية، 2017، ص96)**.

يقصد بذهان فصام الشخصية حالة الفصام العقلي Schizophrénie التي تتميز بالبلادة والانسحاب من المجتمع ومن الحياة الاجتماعية العادية. وتبعا لتعريف سترانج Strange ، فإن الفصام إضطراب عقلي أو ذهان عقلي من الامراض الوظيفية Fonctionnel أي تلك الامراض التي لا ترجع إلى إضطرابات أو أسباب عضوية في جسم الانسان ولكنها إضطرابات تطرأ على الوظائف العقلية فقط **(العيسوي، 2011، ص185)**، وعليه فالفصام هو إضطراب عقلي يتميز بالتشوه في التفكير والتصورات الواقعية والإدراك والشعور والسلوك الاجتماعي وتعد الهلوسة من أكثر الاعراض شيوعا في الفصام وتتضمن سماع الاصوات والرؤى التي لا يمكن للشخص الاخر رؤيتها أو سماعها.

❖ **أنواع الفصام:**

الفصام البسيط:

ويقترب إلى حد ما من الطفلية المرضية، أنه الغرابة والطرافة المقلقة وهو السلوك الشاذ للفرد الذي يعيش على هامش المجتمع.

فصام المراهقة:

ويتسم بغرابة التصرفات واللغة ورد الفعل الانفعالي والمريض غالبا شارد اوغير مكترث ولكن يلاحظ كل شيء خلسة ويعلق تعليقات لاذعة وتوجد إنتقادات تدهش الناس بمنطقها الظاهري.

الفصام الكتاتوني:

وهي حالة سبات دائم أو عابر مع إنشداد أو تبلد وتصلب عضلي معمم والمريض.

الفصام البارانوي:

وفيه يسعى المريض بأي ثمن إلى المحافظة على تقديره لنفسه وعلى شعوره بقيمته **(العبيدي،2009، ص209)**

.

❖ **أعراض الفصام:**

لقد قسم "**شنايدر (Schneider Kurt)** " الأعراض إلى مجموعتين هما:

أعراض المرتبة الأولى **Symptômes Rank First** وتشمل ما يلي:

- سماع المريض لأفكاره منطوقة بصوت عال.
- هلاوس سمعية تتحدث عن المريض.
- هلاوس جسدية على هيئة أحاسيس في الجسم.
- نشر الأفكار وهو شعور المريض بأن أفكاره معروفة ويقرأها الاخرون.
- جميع المشاعر والأحداث تبدو في حس المريض وكأنها من فعل الغير.

أعراض المرتبة الثانية**Symptômes Rank Second** وتشمل ما يلي:

- اضطرابات الإدراك.
- الأفكار الضلالية الفجائية.
- الارتباك والتشويش النفسي.
- تغيرات المزاج الاكتئابية والهوسية.
- الشعور بالحرمان العاطفي **(بن علي الحبيب، 2008 ص67-66.)**.

أسباب الفصام:

أ. **المعطيات البيولوجية:**

حيث يشير المختصون في هذا المجال إلى أن الفصامي يعاني من عدم وجود توازن في الوسائط الكيميائية بالجهاز العصبي، فالاضطراب يكون على مستوى النواقل العصبية بالجهاز العصبي والمتمثلة في: النورادرينالين والدوبامين والسيروتونين.

ب. المعطيات التشريحية:

حيث يمكن أن يكون الفصام ناتجا عن النمو غير السوي الذي يصيب الفصوص الصدغية / المتوسطة، حصان **البحر(Hipoccampe)** واللوزة**(Amygdale)** والفص الصدغي والجبهي للقشرة المخية.

ت. المعطيات الوراثية:

يمكن للفصام أن يكون ذا أصل وراثي، حيث بينت بعض الدراسات أن خطر الإصابة بالفصام يرتفع إلى 4 %إذا كان الوالدان من الأقارب أما إذا كان أحد الوالدين مصابا بالفصام فإن خطر الإصابة يكون بنسبة 31% ويكون خطر الإصابة بنسبة 51% بالنسبة للتوائم **(لكحل وعواج، ،2012 ص07-06).**

ث. المخدرات:

حيث تعتبر من عوامل الخطورة التي تساعد على ظهور المرض وهناك دراسات تعتبر أن المخدرات سببا وليس مجرد عامل خطورة.

ج. عوامل بيئية ونفسية:

وجد أن بعض العوامل البيئية تساعد على نشوء الفصام مثل الإصابة بالتهابات فيروسية في الصغر أو إصابة والدة المريض بالتهابات فيروسية أثناء الحمل أو تعرض المريض لضغط نفسي كبير، أو تربية المريض في بيت يسوده رأي أحد الوالدين دون اعتبار للأخرين **(الصيخان، 2010 ،ص 127-126)**

2.5.3 - البارانويا :

- مفهوم البارانويا :

البارانويا، مصطلح مشتق من كلمة إغريقية، حيث كانت البارانويا في الماضي تعني الهذيان المزمن لكن اتسع معناه فيما بعد ليشمل ما ينتاب المريض من أوهام تلاحقه ففي هذا المرض يسقط المريض مشكلاته على غيره من الناس ويرى نفسه ضحية لتأمرهم عليه، ويرتكز هذيان مريض البارانويا على مشاعر العظمة

ومشاعر الاضطهاد ويعيش أفكارا متسلطة فالبارانويا هي عبارة عن اعتقاد جازم بفكرة خاطئة **(الصيخان، 2010، ص130)**.

البارانوي**(Paranoide)** وهي حالة من الاضطرابات الواقعية التي تتميز بالشكوك اللاحقة والهواجس الجنونية والأفكار الوهمية. يمكن أن يتم تشخيصها كاضطراب نفسي وهي غالباً ما ترتبط بمشاكل في العلاقات الاجتماعية والتفاعلات الاجتماعية **(Mark & David,2013, p303-305)** .

يُمكن تلخيص البارانويا كحالة نفسية تتميز بوجود شكوك قوية وغير مبررة اتجاه الآخرين والمحيط الاجتماعي. يعتقد الأفراد الذين يعانون من البارانويا بأن الآخرين يتآمرون ضدهم أو يسعون لإيذائهم، وعلى الرغم من أن هذه الاعتقادات غير واقعية، إلا أن الأشخاص المتأثرون يعتبرونها حقيقة ويتفاعلون معها بشكل جدي.

وفيما يتعلق بعوامل الطفولة المسؤولة عن نشأة البارانويا فقد وجد عاملان:

أ. وجود علاقة سيئة جدا بين الطفل وأمه في السنتين الأوليتين من حياته.

ب. وجود صراع بين سن 3-5 سنوات حول إتجاه الطفل نحو الوالد من الجنس المغاير**(عيسوي، 1990، ص311)**.

- أنواع البارانويا :

أ. جنون العظمة(غذاء العظمة) :

حيث يكون فيه المريض مقتنعا بقواه البدنية الاستثنائية وبجماله الصارخ وبانحداره من العائلات العريقة وأنه غني ومن المؤكد أن يصبح إنسان مثالي من أشهر مخترعين العصور.

ب. **هذيان الاضطهاد:**

يقترن غالبا بفكرة العظمة قوي إذا كان المريض يعرف كل شيء ومقتدر ويرى الأشياء بوضوح. إن يضطهده أشخاص على بعد بوسائل سحرية تؤثر على ذهنه تقضي على ثروته وتمنعه من التصرف وتحفزه على الموت ويدعي أن الناس تسمعه وتعرف كل تصرفاته **(حوحو، 2019، ص57)**

ت. **غذاء التوهم المرضى:** حيث يعتقد المريض أنه يعاني من مرض لا يمكن الشفاء منه على الرغم من تأكيد الاخصائيين له من سلامة جسمه.

ث. هذاء الهلاوس:

وتسمى الهلاوس عادة حسب نوع الاستجابة فإذا سمع المريض أصواتا تناديه أو تلعنه دون وجود أحد في الواقع فهذه تسمى هلاوس سمعية وتوجد كذلك هلاوس شمية وحسية وبصرية**(زغير، 2010،ص283)**.

أعراض البارانويا:

البارانويا، هو تفسير أحادي الاحداث، حيث يتم تفسير الأمور العادية بأشياء غير عادية. هو حالة من الجنون، يعاني فيها الشخص من الاعتقاد بوجود تهديد مستمر لحياته، وأن هناك من يلاحقه ويحاول قتله **(توفيق8 ،2014 ص181)**.

يمكن أن يكون لهذا الاضطراب أعراض خفيفة ومتوسطة وشديدة، ومن بين الأعراض الشائعة:

- الشك الزائد وعدم الثقة بالآخرين.
- الاعتقاد الثابت بأن الآخرين يريدون إيذاء المريض.
- الشعور بالتعرض الاضطهاد والتتبع من قبل الآخرين.
- الشعور بالقلق والخوف.

- الانعزال الاجتماعي والتجنب الاجتماعي.
- الهلوسة السمعية أو البصرية.
- التفكير في الأفكار الغريبة والمتطرفة والخيالية.
- الأحاسيس المزعجة والأفكار المرعبة.

- أسباب البارانويا:

يتمثل سبب البارانويا في عدم الثقة بالآخرين، والشعور بالتهديد والاضطهاد المستمر من قبل الآخرين، مما يؤدي إلى الشعور بالخوف والقلق والوحدة والعزلة، وهذا يمكن أن يؤدي إلى ظهور أعراض البارانويا **(الخليفي، 2014 ،ص128)**.

تعد البارانويا من أكثر اضطرابات الوهم شيوعا، ويعود ذلك في الغالب إلى تجارب سلبية معينة عاشها المصابون بهذا الاضطراب في حياتهم، مثل التعرض للخيانة أو الظلم أو الإهانة، وقد يزداد هذا الاضطراب بعد تجارب مشابهة أخرى، وتؤدي إلى إطلاق سراح هرمونات التوتر والخوف في الجسم. مما يؤدي إلى زيادة حدة الاضطراب **(أبو النصر، 2016 ،ص85)**.

تتأثر حالة البارانويا بالعديد من العوامل النفسية والاجتماعية والبيئية، ومن أهم هذه العوامل تجارب الصدمة النفسية المؤلمة مثل الخيانة والإهانة والتعرض للعنف أو الحروب، ويعاني المصابون بهذا الاضطراب من اضطرابات في القنوات العصبية في الدماغ، مما يؤدي إلى ظهور أفكار وهمية وشكوك وتوقعات سلبية دائمة **(المنصور،2012 ، ص35-36)**.

3.5.3 - ذهان الهوس والاكتئاب (إضطراب ثنائي القطب) :

مفهوم إضطراب ثنائي القطب: هو إضطراب يتميز بنوبات متكررة **(أي إثنين على الأقل)** يضطرب فيها مزاج الشخص ومستوى نشاطه بشكل عميق. ويتكون هذا الاضطراب في بعض الاحيان من ارتفاع في

المزاج وزيادة في الطاقة والنشاط(**هوس أو هوس خفيف)** وفي أحيان أخرى من هبوط في المزاج و انخفاض في الطاقة والنشاط **(إكتئاب) (عكاشة وعكاشة، 2018 ،ص397)**.

فاضطراب ثنائي القطب هو من الأمراض نادر الحدوث بالقياس إلى الاضطرابات الاخرى وينمو هذا الذهان في الفرد في سن مبكرة، وهو مرض ذهاني نلاحظ فيه الاضطراب الانفعالي المتطرف وتتوالى فيه دورات من الهوس والاكتئاب أو يكون خليطا من أدوار الهوس والاكتئاب **(العبيدي، 2009، ص170-171)**.

حيث يتميز هذا النوع من أنواع الذهان بالتأرجح في الحالة المزاجية من السعادة الغامرة إلى الاكتئاب الشديد، حيث أنه بعض المرضى قد يشكون من الاكتئاب أما البعض الأخر فقد تبدو عليه السعادة البالغة حيث أنه النساء أكثر عرضة للإصابة بهذا المرض من الرجال **(كمال، 2005 ،ص84-83)**.

أخيرًا، يُمكن القول بأن اضطراب ثنائي القطب هو اضطراب نفسي يتسم بتقلبات مزاجية حادة بين فترات الاكتئاب المتوسطة إلى الشديدة وفترات الهوس (الاندفاع). يُشير هذا الاضطراب إلى قدرة الفرد على الانتقال بين حالات مزاجية متناقضة بشكل مفاجئ وشديد، مما يؤثر بشكل كبير على حالته المزاجية ويُسبب له تقلبات عاطفية مفاجئة وشديدة. يُعتبر اضطراب ثنائي القطب واحدًا من أكثر الاضطرابات العقلية شيوعًا وتأثيرًا.

- أنواع إضطراب ثنائي القطب :

- النوع الأول : الاكتئاب الهوسي :

هو الأكثر شيوعا يتميز بنوبات من الاكتئاب الشديد والهوس الشديد وهذا النوع هو ما بين قطبين (نوبات مرح ونوبات إكتئاب) وبين نوبة ونوبة تكون أحيانا فترات قصيرة أو فترة طويلة، يعني حالة المرضى تتأرجح من الهوس إلى الاكتئاب أو العكس عبر أسابيع وربما شهور.

- النوع الثاني : نوبة ما تحت الهوس

هنا المريض يكون في حالة مرح ولكن مرح ليست فيه مبالغة فتأتيه لحظات الإبداع ولكن خطورتها تتمثل في المدة الزمنية للنوبة ممكن أن تكون شهرا أو شهرين ثم تنقلب إلى هوس أو اكتئاب **(عمارة وواكلي، 2018 ، ص80)**.

- النوع الثالث : إضطراب المزاج الدوري :

والذي يتميز بتناوب فترات من الكآبة مع فترات من الابتهاج غير الطبيعي التي تختلف عن الشعور بالابتهاج الطبيعي كونها تؤدي بالشخص إلى أعمال طائشة وغير مسئولة أو قول أشياء خطيرة في بعض الأحيان، حيث تتوالى فيه دورات متكررة من الهوس والاكتئاب أو يكون خليطا من أدوار الهوس و الاكتئاب**(باجي، 2022، ص336)**.

- أعراض إضطراب ثنائي القطب :

- أعراض مرحلة الهوس :

النشاط المفرط، الكلام السريع، توثر الأفكار، التصرف العدواني، الإسراف في صرف الأموال، قلة الحاجة إلى النوم، الميل إلى الالتهاء بسهولة، عدم القدرة على التركيز، فرط الثقة بالنفس، الرغبة الجنسية الشديدة. وغيرها من الأعراض وهي أمور تستمر لمدة أيام أو أسابيع متواصلة بحسب حالة الإنسان.

يقسم الهوس إلى ما يلي:

الهوس الخفيف: وهو أخف أشكال الهوس، وأعراضه: المرح المتوسط، والنشاط الواضح المعتدل، وهروب الأفكار الخفيف، والتهيجية، وعدم التسامح، والتسرع، والسعادة المفرطة.

الهوس الحاد: وأهم أغراضه السلوك الصاخب والعنف وسرعة الأفكار والنشاط الزائد جد اً والهلوسات والأوهام.

هوس هذيان وأعراضه هي نفس أعراض الهوس الحاد مضافا إليها: الخلط وعدم الترابط واضطراب الوعي واضطراب التوجيه بالنسبة للزمان والمكان والأشخاص **(بن أحمد، 2016،ص397)**.

- أعراض مرحلة الاكتئاب :

الحزن، اليأس، إنعدام الأمل، الشعور بالذنب، إضطراب الشهية، النوم، فقدان الوزن، إنخفاض تقدير الذات، التفكير بالانتحار أو الإقدام عليه، حيث قد يبدو المستقبل عند بعض المصابين بالمرض مظلما، الإرهاق، فقدان الرغبة الجنسية، القلق **(البالول ،2009 ،ص65)**.

- أعراض النوبة المختلطة :

اذا ظهرت أعراض هوس وأعراض اكتئاب أثناء مرحلة مرضية تسمى تلك باسم النوبة المختلطة في هذه الأثناء تتناوب أعراض الهوس مع شكاوى الاكتئاب في أوقات متقاربة جد وأيضا يمكن أن تظهر أعراض الاكتئاب وأعراض الهوس بالتوازي **(ريتا باور، ،2107 ص09)**.

- أسباب اضطراب ثنائي القطب :

في ظل الأبحاث العلمية الحالية ال يوجد سبب حقيقي لظهور مرض الاكتئاب والهوس ثنائي القطب ولكن هناك بعض العوامل قد تساهم في ذلك، نذكرها أدناه:

- **العوامل البيولوجية :** الغدد الصماء حيث يعكس وجود إختلالات في المنظومة العصبية الغددية كالغدة النخامية والكظرية والغدة الدرقية.

- **العوامل العصبية الكيميائية :** وتتلخص في انخفاض أو زيادة تركيز الأمينات الحيوية في المخ و اختلال ضبط منظومة الأدرينالين **(محمود و نوراتاج ،2022 ،ص283)**.

- **العوامل البيئية :** يعد تعرض الإنسان إلى الأحداث الحياتية المجهدة والصدمات العقلية من أسباب الإصابة بالمرض.

- **العوامل العضوية :** ينتشر هذا الاضطراب قبل الدورة الشهرية وفترات توقف الطمث وبعد الوالدة والمعالجة بهرمون الكورتيزون (Cortisone) وأيضا مع الالتهاب الرئوي وأورام المخ و استعمال أدوية خفض ضغط الدم.

- **العوامل الوراثية** : و هي من أهم العوامل المؤدية إلى الإصابة باضطراب ثنائي القطب فهو أكثر الاضطرابات قابلية للتوريث **(إبراهيم بركات، 2022، ص764-763)**.حيث يؤكد الباحثون على أن المرض يحدث بسبب وجود عوامل وراثية تؤدي إلى عدم استقرار التيارات العصبية في المخ وهذه التغيرات الكيميائية أكثر عرضة للتأثير بالضغوط العاطفية والجسمانية **(حجازي، 2009 ،ص170)**.

6.3 - التصنيف السيكوباتلوجي للذهان حسب DSM-5

في النسخة الخامسة للتدليل التشخيصي والاحصائي للاضطرابات العقلية تم تصنيف الاضطرابات الذهانية تحت شجرة " طيف الفصام والاضطرابات الذهانية الأخرى" وتم ما يلي:

- **الاضطراب الهذياني :**

المعيار :A وجود فكرة هذيانية (او أكثر) لمدة شهر او أكثر

المعيار B: عدم استيفاء الجدول العيادي للفصام

المعيارC: عدم وجود اختلالات او غرابة تتمظهر عياديا في السلوك (خارج سياق الأفكار الهذيانية)

المعيار D: عند حدوث نوبات الهوس أو الاكتئاب بشكل متزامن، فهي تكون قصيرة المدة مقارنة بالمدة الإجمالية للفترة الهذيانية.

المعيار E: لا يظهر الاضطراب بسبب تأثيرات فسيولوجية لمادة ما أو حالة طبية أخرى ولا يمكن تفسيره بشكل أفضل من خلال اضطراب عقلي آخر.

كما يجب تحديد نوع الهذيان:

- الهوس الشبقي: ينطبق هذا النوع عندما يكون الموضوع الرئيسي للهذيان هو الأفكار الشبقية او حالة حب نحو للفرد.

- هذيان العظمة: ينطبق هذا النوع عندما يكون الموضوع الرئيسي للهذيان هو الاعتقاد بوجود موهبة عظيمة (ولكن غير معترف بها)، أو فهم عميق للأشياء، أو تحقيق اكتشافات مهمة.

- هذيان الغيرة: ينطبق هذا النوع عندما يكون الموضوع الرئيسي للهذيان هو أن الشريك أو الشخص المحبوب غير مخلص وخائن.

- هذيان الاضطهاد: ينطبق هذا النوع عندما يتكون الموضوع الرئيسي للهذيان هو الاعتقاد بأنه هدف لمؤامرة أو احتيال أو تجسس أو خداع أو تسميم أو مضايقة أو تشهير أو عرقلة خطط طويلة المدى.

- الهذيان الجسمي: ينطبق هذا النوع عندما يتعلق الموضوع الرئيسي للهذيان بوظائف الجسم أو الأحاسيس الجسمية.

- النوع المختلط: ينطبق هذا النوع عندما لا يكون هناك موضوع هذياني محدد هو السائد.

- النوع غير محدد: ينطبق هذا النوع عندما لا يمكن تحديد الهذيان السائد بوضوح أو عندما لا يتم وصفه في أحد الأنواع المحددة

- الاضطراب الذهاني المختصر (النفخة الهذيانية)

المعيار A: وجود واحد (أو أكثر) من الأعراض التالية:

1. أفكار هذيانية.
2. هلاوس.
3. الكلام غير المنظم (على سبيل المثال، التشتت المتكرر أو عدم الترابط).
4. السلوك غير المنظم أو الجامد بشكل صارخ.

ملاحظة: لا يُدرج أي عرض إذا كان يعتبر رد فعل مقبول ثقافيًا

المعيار B: النوبة لمدة يوم واحد على الأقل لكن أقل من شهر، مع العودة الكاملة إلى مستوى الأداء السابق.

المعيار C: لا يمكن تفسير الاضطراب بشكل أفضل من خلال الاضطراب الاكتئابي الشديد أو الاضطراب ثنائي القطب مع مظاهر ذهانية، أو اضطراب ذهاني آخر مثل الفصام أو التخشب، ولا يرجع إلى التأثيرات الفسيولوجية لمادة ما (مثل تعاطي مادة أو دواء) أو حالة طبية أخرى.

الاضطراب فصامي الشكل:

المعيار :A وجود اثنين (أو أكثر) من الأعراض التالية، كل منها لفترة كبيرة من الوقت على مدى شهر واحد (أو أقل عند الاستجابة بشكل إيجابي للعلاج).

يجب أن يكون هناك واحد على الأقل من الأعراض (1) أو (2) أو (3) موجودة:

1. الهذيان.
2. الهلاوس.
3. الكلام غير المنظم (على سبيل المثال، التشتت المتكرر أو عدم الترابط).
4. السلوك غير المنظم أو الجامد بشكل صارخ.
5. الأعراض السلبية (على سبيل المثال، انخفاض التعبير العاطفي، أو فقدان الشهية).

المعيار B: تستمر نوبة الاضطراب لمدة شهر على الأقل ولكن أقل من 6 أشهر. (عندما يتعين إجراء تشخيص دون انتظار التعافي، يجب أن نسميه "مؤقتا".)

المعيار C: استبعاد الاضطراب الفصامي العاطفي والاضطراب الاكتئابي أو ثنائي القطب مع مظاهر ذهانية (إما بسبب عدم وجود نوبات اكتئاب أو هوس ملحوظة بالتزامن مع أعراض المرحلة النشطة،)

أو بسبب وجود نوبات مزاجية أثناء أعراض المرحلة النشطة مدتها الإجمالية قصيرة مقارنة بمدة الفترات النشطة والمتبقية للمرض نفسه.

المعيار D: لا يرجع الاضطراب إلى التأثيرات الفسيولوجية لمادة ما (مثل تعاطي المخدرات أو الأدوية) أو حالة طبية أخرى.

- **اضطراب الفصام :**

المعيار A: وجود اثنان (أو أكثر) من الأعراض التالية، ويجب أن يكون كل منها موجودًا لفترة كبيرة من الوقت على مدى شهر واحد (أو أقل إذا تم علاجه بفعالية).

يجب أن يكون هناك واحد على الأقل من الأعراض الثلاثة موجودة:

1. الهذيان.
2. الهلاوس.
3. الكلام غير المنظم
4. السلوك غير المنظم أو التخشب.
5. الأعراض السلبية (العجز أو انخفاض التعبير العاطفي).

المعيار B: انخفاض مستوى الأداء في مجال رئيسي مثل العمل أو العلاقات الشخصية أو النظافة الشخصية بشكل ملحوظ عن المستوى المعهود قبل بداية الاضطراب

المعيار C: استمرار اعراض الاضطراب لمدة 6 أشهر على الأقل.

خلال فترة الستة أشهر هذه، يجب أن تكون الأعراض التي تستوفي المعيار A (أي أعراض المرحلة النشطة) موجودة لمدة شهر واحد على الأقل (أو أقل في حالة العلاج الفعال)؛ في نفس الفترة الزمنية قد تظهر أيضًا أعراض بادرية أو متبقية. خلال هذه الفترات البادرية أو المتبقية، قد تظهر علامات الاضطراب

فقط كأعراض سلبية، أو كعرضين أو أكثر من الأعراض المدرجة في المعيار A موجودة في شكل مخفف (على سبيل المثال، معتقدات غريبة أو تجارب إدراكية غير عادية).

- اضطراب الذهاني العاطفي :

المعيار :A فترة متواصلة من المرض تظهر خلالها نوبة مزاجية مميزة (اكتئاب أو هوس) ومعيار A للفصام

المعيار B: هذيانات أو هلاوس لمدة أسبوعين على الأقل طوال فترة المرض لكن خارج النوبة المزاجية المميزة (اكتئاب أو هوس).

المعيار C: الأعراض التي تستوفي معايير نوبة مزاجية مميزة تكون موجودة في اغلب المدة الإجمالية للفترات النشطة والمتبقية من المرض.

المعيار :D لا يُعزى الاضطراب إلى التأثيرات الفسيولوجية المباشرة لمادة ما (على سبيل المثال، تعاطي مادة أو دواء) أو حالة طبية أخرى.

- اضطراب ذهاني ناتج عن تناول مادة – ادوية

المعيار A: وجود واحد أو اثنين من الأعراض التالية:

1. هذيانات.
2. هلاوس.

معيار B: نرى من التاريخ أو الفحص البدني أو الفحوصات الإضافية العنصرين التاليين:

- ظهور أعراض المعيار A أثناء أو بعد فترة قصيرة من تناول الدواء أو التسمم أو الانسحاب من مادة ما.
- المادة/الدواء المعني قادر على إنتاج أعراض المعيار A

المعيار C: لا يمكن تفسير الاضطراب بشكل أفضل عن طريق تشخيص اخر.

لكن يمكن أن يكون هناك دليل على وجود اضطراب ذهاني مستقل ويشمل ما يلي:

- ظهور اعراض سابقة لبدء تناول المادة/الدواء

- استمرار الأعراض لفترة طويلة بعد نهاية الانسحاب الحاد أو التسمم الشديد (على سبيل المثال، حوالي شهر واحد)؛ أو وجود دليل آخر على وجود اضطراب ذهاني مستقل (على سبيل المثال، تاريخ من النوبات المتكررة غير المحفزة بالأدوية/ المواد).

المعيار D: لا يحدث الاختلال حصراً أثناء الهذيان.

المعيار E: يؤدي الاضطراب إلى انزعاج أو ضعف كبير في المجالات الاجتماعية أو المهنية أو غيرها من مجالات الأداء المهمة **(DSM 5: 109 – 136)**.

7.3 – النظريات المفسرة الاضطرابات الذهانية :

1.7.3 – النظرية التحليل النفسي :

من وجهة النظر التحليلية فان اعراض الذهان بما فيها الهذيان هي محاولات بناء علائقية مع الواقع وهذه العلاقة الجديدة التي يتبناها الفرد مرضية ولكنها ضرورية للشخص وتتم بطريقة لا شعورية وكان فرويد يرى بان الاضطرابات الذهانية كالفصام مثالا عبارة عن صورة من صور النكوص، فأنا الذهاني لا تكون قوية بالدرجة التي تسمح بالتعامل بنجاح مع متطلبات الهو أو الانا الأعلى، فيحدث نكوص للمرحلة الفمية المبكرة أي مرحلة التجزئة والمرحلة التلاحمية التي تتوحد فيها الذات بعد وكل ما هو خارجي يعتبره امتداد لذاته ما يؤدي لعدم اعترافه بالواقع **(حافري،2016 ، ص67-68)**.

فوفقا لفرويد يعتبر الذهان نتيجة لصراعات غير واعية بين الدوافع الغريزية والقيم والمعايير الاجتماعية (صراعات غير محلولة في اللاوعي) والتي تؤثر على وظائف الذهن والسلوك. حيث أن الأفكار والعواطف المكبوتة قد يتم نقلها من اللاوعي إلى الوعي بطرق غير مفهومة وغير متناسقة.

2.7.3 – النظرية المعرفية :

تكون اعتقادات الذهانيين مبنية على أساس مخططات معرفية مضطربة وخاطئة ويكون محتوى هذه المخططات مستوحى من المجال العلائقي المضطرب تكون معتقداتهم بان العالم لم يكن ولم يخلق من اجلهم وأنهم وحيدون في أي مكان في هذا العالم، يشعرون بالتهديد والاضطهاد وأضاف كريبلن (**kraepeliin**) بأن الذهانيون يعانون من عجز وظيفة الانتباه **(حافري ،2016، ص68)**.

فوفقا للمقاربة المعرفية فالأعراض الذهانية تنشأ نتيجة الاختلال في معالجة المعلومات في الدماغ أي اختلال في تحليل وتفسير المعلومات المرسلة، حيث يمكن أن يؤدي هذا الاختلال إلى إنحراف التفسيرات غير الصحيحة. وعليه يعتبر الذهان نتيجة الاضطرابات في المعالجة المعرفية مثال: الانتباه، التذكر، التفكير، التفسير. وتعتمد هذه العمليات على المعلومات المخزنة في الذاكرة والتجارب السابقة والمعرفة المكتسبة.

3.7.3 – النظرية السلوكية :

يفسر العلماء السلوكيون أي سلوكات شاذة باعتبارها ببساطة تعلم سيء التكيف وفي هذا الصدد تشرح التفسيرات السلوكية للذهانات وخاصة الفصام كالتالي: لا ينظر الى الفصام باعتباره مختلفا اطلاقا عن اشكال أخرى من السلوك الشاذ حقا. إن السلوكيون ينظرون الى مصطلح "الفصام" باعتبار أن ليس له قيمة فيما يتعلق بعلم أسباب الامراض ونظرو اليه على نحو وصفي، فإن الإصطلاح سوف يرى نفعا فقط بقدر ما يصف بثقة نماذج خاصة من السلوك. وبتفسير أصل الفصام. فان رأي السلوكية يتضمن نقاطا عديدة من الضعف منها أنه بالرغم من التدعيم يعتبر مبدءا عاما محددا على نحو جديد، فإنه لا يوجد دليل مباشر اللاكتساب السلوك الفصامي وتوجد كذلك طرق عديدة يبدو فيها النموذج غير متسق مع الدليل المتاح **(بوهوارة، 2014، ص91)**.

وفقًا لهذه المقاربة، يُعتبر الذهان نتيجة تفاعل بين العوامل البيئية والسلوك الفردي. يمكن تفسير الذهان على أنه استجابات للفرد للبيئة المحيطة التي تتعارض مع الواقع الخارجي. يُمكن القول بأن الذهان هو نتيجة

لتشوهات وتحليل غير صحيح للمحفزات الخارجية واختلال في العمليات العقلية والسلوكية، حيث يمكن أن تؤدي هذه التشوهات إلى استجابات غير عادية وغير واقعية.

ويرى بافلوف ان ردود الفعل الفصامية تعود الى انتشار نوع من الكف الوقائي في المخ، ونظرا لضعف خلايا المخ عند الفصامي تصبح المنبهات العادية حادة وتؤدي بالتالي الى تكوين الكف الوقائي، ويتكون الكف عادة في القشرة ولكنه يصل الى جذع المخ وتتوقف الصورة الاكلينكية على قوة ومدى عملية الكف فنوبات الهياج في الكاتاتونية مثال: تحدث في الحالات التي يكون الكف محددا في القشرة فتفقد سيطرتها على طبقات ما تحت القشرة لذلك تكون حركات الكاتاتوني في نوبات الهياج مضطربة غير منتظمة وغير متناسقة **(بوهوارة، 2014 ،ص87).**

4.7.3 - النظرية الاجتماعية :

نظر هذا النموذج إلى الانسان من حيث هو كائن اجتماعي في تفاعل دائم مع الوسط الذي يعيش فيه، وأنه لمن الواضح في سياق التفاعلات الاجتماعية أن المرض العقلي يتأثر ال في شكله فحسب بل في تطوره أيضا، حيث يرى علماء الاجتماع أن المرض العقلي كانحراف ليس في حد ذاته فعل للانتهاكات والمخلافات وخرق المعايير ولكنه يرجح الى أن الاخرين هم الذين يلصقون هذا الوصم بالشخص المنحرف **(الحاج الشيخ،2013، ص77).**

تشير المقاربة الاجتماعية إلى أن العوامل الاجتماعية المحيطة بالفرد، مثل الثقافة والضغوط، يمكن أن تلعب دورًا هامًا في ظهور الأعراض الذهانية. وفقًا لهذه المقاربة، يتم تأطير وتفسير الأعراض الذهانية بناءً على القيم والمعتقدات الاجتماعية. على سبيل المثال، قد يُصف الأفراد الذين يعانون من الذهان بأنهم "مختلون عقليًا"، مما قد يؤدي إلى تعرضهم للتمييز والتهميش في المجتمع. تؤكد هذه المقاربة على أن الذهان ليس مجرد اضطراب عقلي، بل يعكس أيضًا العلاقة بين الفرد والمجتمع والثقافة التي ينتمي إليها.

8.3 – الصورة الاكلينيكية للاضطرابات الذهانية :

تتضح الصورة الاكلينيكية للذهان عامة من خلال الاعراض والالتزامات المرضية التالية:

– الضلالات: Délusions

على الرغم من عدم وجود مفاهيم محددة للجنون منذ الالاف السنين، فان الطبيب النفسي والفيلسوف الألماني كارل جاسبيرز Jaspers Karl يعتبر اول من حدد ثالثة محكات أساسية للمعتقد الضلالي وذلك في كتابه الشهير علم السيكو باثولوجي العام: "General Psychopathologie" الذي صدر عام(1913) Jaspers Karl وهي:

أولا اليقينية: Certainty (الاقتناع المطلق بالمعتقد)

ثانيا عدم إمكانية تغييره: Incorrigibilité(غير قابل للتغيير بقوة الحجة المضادة، او دليل المقابل)

ثالثا تعذر التطبيق او زيف المحتوى: Impossibility or Falsity of contentالمحتوى غير قابل للتصديق، شاذ، او اختراع غير حقيقي والأكثر من ذلك انه في حالة تضمن المعتقد الزائف لحكم قيمي، فانه يعتبر ضلالا في حالة واحدة فقط إذا كان متطرفا للغاية لدرجة انه لا يمكن اتباث الدليل على صحته . والضلالات عبارة عن معتقدات راسخة بقوة في قناعات الشخص على الرغم من الدلائل القوية التي تشير الى نقيض هذه المعتقدات.

وبخلاف الهلاوس تكون الضلالات إشارات مرضية (نتيجة لمرض او لعمليات مرضية) وباعتبار ها مرض يمكن تمييزها عن المعتقد المبني على أساس معلومات خاطئة او غير مكتملة مثال:

التحريف Confabulation التخيلات Illusions المعتقدات الأحادية التوجه الثابتة المتعلقة باتجاه سياسي او ديني معين او نتيجة مؤثرات تؤدي الى تشويش الادراك الشخصي مثل تعاطي المخدرات والكحوليات او التعرض لحالات غير طبيعية جسديا(مرض جسدي خطير مثال او ضغط نفي غير محتمل).

وتحدث الضلالات في سياق من المرض العقلي او العصبي وعلى الرغم من عدم تقيدها بوجود امراض معينة فقد وجد انها تحدث في سياق العديد من الحالات المرضية (سواء جسدية او عقلية) **(الباسوسي، 2013،ص67-68)**.

مع ذلك فان الضلالات أهمية تشخصية مميزة في الاضطرابات الذهانية التي تتضمن الفصام البارافرينيا نوبات الهوس من الاضطراب ثنائي القطب والاكتئاب الذهاني ويشتمل الذهان عللا المعتقدات الضلالية حيث يتخذ بعضها شكلا له طبيعة بارانودية Paronoid .

وصنف جاسور الضلالات الذهانية الى نوعين هما ضلالات أولية وضلالات ثانوية:

- الضلالات الأولية :

تحدد باعتبارها تلك الضلالات التي تظهر فجأة ولا يمكن فهمها في سياق ظروف العمليات العقلية الطبيعية.

- الضلالات الثانوية :

يمكن ان تكون مفهومة وتتأثر بخلفية الشخص او موقفه الحالي على سبيل المثال(الضلالات ذات المحتوى الاخالقي او الديني والمعتقدات والمتعقدات الخرافية).

وهذه الضلالات التي تحدث في الفصام وإشكالها المتعلقة تكون شاذة)لايمكن حدوثها في الحياة الواقعية(بينما الضلالات التي تحدث في الاضطراب الضلالي تكون أكثر معقولية وقبولا، لكن تظل غير حقيقية على اطلاق، وفي بعض الحالات تكون الضلالات مصاحبة لمشاعر لبارانويا والمنظور التاريخي للضلالات لدى جاسبيرز لم يجد صدى لتدعيمه خلال البحوث الحديثة التي انتقدت تعريفاته للمعتمدات الضلالية في سياق من طرح امثلة مضادة لما طرحه جاسبيرز والتي اكدت على على تباين الضلالات من حيث الحدة والانتفاع على مدار الزمن المر الذي يجعل كل من مكوني جاسيرز اليقينية، وعدم إمكانية تغيير المعتقد لا يمكن اعتبارها مكونين ضروريين في المعتقد الضلالي.

يقدم الدليل الأمريكي الاحصائي التشخيصي الرابع في طبعته المنقحة تعريفا موجزا للضلالات بصفة عامة، حيث يعتبرها المعتقدات خاطئة تتضمن سوء تأويل للمدركات او الخبرات، ويحتوي مضمونها على العديد من الموضوعات المتنوعة مثل الاضطهادية Persecutory والاشاريةReferential والجسمية Somatic والعظمةgrandiose وضلالات والدينية Religious **(Jasper's, 2013, p55)**.

- أنواع الضلالات :

صنفت الضلالات الى أربع مجموعات مختلفة وهي:

- الشاذة :Bizarre Délusions

وتتميز بشدة غرابتها، وعدم قابليتها للتصديق وهذه الضلالات يعكس محتواها وجود فقدان للسيطرة على العقل والجسم وهي تلك المتضمنة في قائمة شنايذز للأعراض من الدرجة الأولى والتي اعتبرت بصفة عامة شاذة وتتضمن اعتقاد الشخص بان أفكاره تسحب منه بواسطة قوى من الخارج، "سحب الأفكار" **Thought Withdrawal**، والاعتقاد بوضع أفكارا غريبة من داخل رأسه "اقحام الأفكار" **Thought Insertion** ، او ان جسده او تصرفاته مسلوبة منه بواسطة قوى خارجية "ضلالات التحكم **Délusions of Control** ومن الأمثلة الشائعة أيضا على هذا الضلال الشاذ الاعتقاد بان هناك شخصا ما أزال مخ المريض المصاب او ان شخصا غريبا أزال أعضائه الداخلية واستبدلهم بأعضاء شخص اخر دون ان يترك ورائه ندب او جرح. وعلى الرغم من أن الضلالات الشاذة اعتبرت من خصائص الفصام فانه من الصعب تقييمها خاصة عبر الثقافات المختلفة. والضلال يمكن اعتباره شاذا إذا كان مستحيل تصديقه وغير قابل للفهم وأيضا غير مستمد من خبرات الحياة العادية للمريض **(السابوسي ،2013 ،ص77.)**

- الضلالات الغير الشاذة: Non Bizarre Delusion

وهي عبارة عن فكرة زائفة ولكن قابلة للتصديق على الأقل مثل اعتقاد الشخص المصاب غير الصحيح بأنه تحت المراقبة المستديمة من الشرطة.

- ضلال منسجم مع المزاج: Mood – Congruent Delusion

محتوى هذا الضلال يتسق مع الحالة الاكتئابية أو الهوسية التي يمر بها الشخص المصاب، على سبيل المثال نجد ان الشخص يرى ان الاخبار التي يشاهدها في التلفاز مستهجنة منه تماما، او ان الشخص في حالة هوس يعتقد انه إله قوي.

- ضلال محايد مع المزاج :

لا يتعلق هذا الضلال بالمعاناة من حالة الفعالية معينة (اكتئابيه او هوسيه) وعلى سبيل المثال اعتقاد الشخص بان هناك أطرافا إضافية تنمو من خلفية رأسه دون ظهور مشاعر معينة نتيجة لهذا الضلال ومن ثم لا يبدو الضلال انعكاسا لحالة انفعالية معينة سواء اكتئابيه او هوسيه (**bellino , Rocca , 2023, p 98**)

إن محور الهذيان هو عبارة عن موضوع الخطاب، المحاور يمكن أن تتغير بتغيرات سريعة، هي ما يلي:

الاضطهاد: إعتقاد مطلق للفرد بأن الآخرين يريدون به شرا.

هذيان المطالبة والمجادلة: جدال، إبتكار، مثالي، إفراط في توقع المصائب.

جنون العظمة: يحس وكأنه ينادى لتغيير قدر عظيم.

التأثير: إحساس المريض بأنه يتحكم فيه بقوة خارجية خارجة عن نطاقه.

الغيرة: فكرة موجودة في داخله أن الآخر سوف يخدعه.

هذيان شبقي: إعتقاد هذياني أنه محبوب لدى الغير وأن الغير يحبه.

ديني، علمي: أنا هو المختار من طرف الرب، لدي مهمة إلهية.

توهم المرض: أفكار خاطئة تهتم بالجسم ووظائفه:

إنكار أعضاء : كأن يقول ليس لدي رئتين.

خواف المرض الهذياني: إعتقاد هذياني أنه مصاب بمرض **(بوهراوة، 2013، ص166)**.

نستنتج مما سبق ذكره أن هناك تنوعًا في تسمية أنواع الهذيانات في الذهان، حيث تختلف التسميات حسب المراجع. قدم جاسبيرز مصطلح "الضلالات"، والذي تطور فيما بعد إلى مصطلح "الهذاء". بالطبع، تختلف الأنواع والأشكال من الاضطرابات الذهانية وتتطور مع مرور الزمن، لذا يجب أن نأخذ في اعتبارنا البُعد الزماني ونستفيد من الدراسات الحديثة في فهم هذه الظاهرة بشكل أفضل.

– الهلاوس :Hallucinations

تعرف الهلاوس بالمعنى الواسع بأنها عبارة عم مدركات لدى الفرد تحدث في غياب المثير Stimulus و بالمعنى الضيق بأنها عبارة عن مدركات تحدث في حالة من اليقظة والوعي في غياب المشير الخارجي الذي له صفة الادراك الحقيقي، حيث يكون واضح وحقيقي، ويقع في البيئة الخارجية الموضوعية.

ويلاحظ من هذا التعريف قادر على تمييز الهلاوس عن الظواهر المتعلقة بلاحلام حيث ان في الحلم لايكون هناك يقظة. وكذلك يميز التعريف الهلاوس عن الخداع الذي يتضمن إساءة تأويل للواقع المدرك.

-أنواع الهلاوس :

تظهر الهلاوس في اشكال متنوعة، وتتأثر تلك الاشكال بالأعضاء الاحساس المختلقة وأحيانا تحدث متلازمة محدثة ما يسمى بالهلاوس متعددة الاحاسيس (سمعية، بصرية،).

الهلاوس البصرية Visual Hallucination:

وتشتمل على ظاهرة رؤية أشياء ليس لها وجود واقعي، او إدراك بصري لأشياء حيث لا تتوافق مع الشعور الجسمي والواقعي.

وهناك بعض التصنيفات النوعية للهلاوس البصرية تتضمن:

هلاوس بسيطة: Elenentary Hallucinations

التي تنطوي على نقرات، بقع، وقضبان من الضوء تسمى الصورة المضيئة (phosphènes) وهلاوس العين المغلقة في الظلام **closed eye hallucinations** ويشيع ظهورها بين مدمني العقاقير المخدر، فالهلاوس البسيطة هي عبارة عن إدراك الأصوات على شاكلة هسهسة، صغير، ونغمة طويلة مثال، وفي الكثير من الحالات يعتبر طنين الاذن من الهلاوس السمعية، ولان المشير السمعي موجودا في الموقف فلا يمكن ان يوصف بانه هلاوس.

الهلاوس التمثيلية او شاملة الرؤية Sccenic or Panoramic Hallucination:

وهي ليست مركبة، ولكنها تحل بقوة محل المجال البصري الكامل بمضمون هلوسي يشبه الاحلام.

الهلاوس السمعية Auditory Hallucinations

وهي ظاهرة تتعلق بالإدراك الصوت من غير وجود مشير خارجي، ويمكن تقسيمها الى فئتين رئيسيتين هما الهلاوس البسيطة والمركبة.

الهلاوس المركبة: عبارة عن تلك الاصوات او الموسيقى، او الاصوات الاخرى التي ربما تكون واضحة او لا تكون او تكون مألوفة، أو لا تكون **(السابوسي ،2013 ،ص144)**.

وبالتقديم على المعلومات التي تم استعراضها سابقاً حول الهلاوس، يمكن الاستنتاج بأن الأفراد قد يرون أشياء لا يمكن للآخرين رؤيتها، مثل وجوه الناس أو الحيوانات أو شخصيات دينية. بالإضافة إلى ذلك، يمكن أن تظهر الهلاوس في شكل تجارب للمذاقات والروائح والأحاسيس التي لا يوجد لها سبب واضح، كما يمكن أن تتجلى على شكل أصوات لا يسمعها الآخرون.

العوامل المؤدية للإصابة بالذهان:

السبب الأساسي المؤدي للذهان قد يكون مختلف من أحد لآخر فالأبحاث تجري من حوله طوال الوقت فيمكن أن يحدث الذهان بسبب عدد من الأشياء مثل:

المرض الجسمي أو الإصابة: قد ترى أو تسمع أشياء إذا كنت تعاني من ارتفاع في درجة الحرارة .سوء المعاملة أو الصدمة، إذا تعرض الشخص لسوء المعاملة أو حدث صادم فسيكون عرضة لتجربة الذهان

- اصابة الدماغ تؤدي إلى تلف خلاياه.
- التسممات الدوائية والمواد السامة، والإكثار من العقاقير والأدوية المنشطة.
- تناول الكحوليات أو المخدرات لفترة طويلة أو التسمم بها.
- الاستعداد الوارثي، فالفصامي لا يرث المرض وانما يرث الاستعداد له ويحدث المرض إذا صادف هذا الاستعداد مسببات تربوية أو بيئية أو نفسية.
- الضغوطات النفسية المتكررة ولمدة زمنية طويلة، والأزمات والمشاكل والصدمات النفسية والاجتماعية.
- حالات الحزن والحداد والاكتئاب الحادة والعميقة.
- الإختلال على مستوى النواقل العصبية والهرمونات خاصة الدوبامين والسيروتونين.

(بن أحمد ،2016 ،ص177).

9.3 – الخلاصة :

الذهان يعتبر حالة تظهر عادة في نوبات قصيرة أو طويلة المدى، تتضمن مجموعة متنوعة من الأعراض التي تتمثل في الانفصال عن الواقع والمحيط، والتباين بين الهلاوس والأوهام، والتي يصنفها الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية (DSM-5) كجزء من عدة اضطرابات نفسية مثل الفصام واضطراب ثنائي القطب والبارانويا وغيرها. على الرغم من التقدم في الدراسات والأبحاث، يظل سبب الأمراض الذهانية غامضًا، حيث يعتقد البعض أنها ناتجة عن عوامل وراثية وبيئية، بينما يرى آخرون أنها نتيجة للتعرض لضغوط نفسية وصدمات.

يتم التشخيص الدقيق للاضطرابات الذهانية من خلال تقديم العلاج السليم، والذي يشمل توجيه العلاج النفسي بشكل هام، حيث يساعد ذلك في تحديد الخطة العلاجية الصحيحة والملائمة للفرد. يتضمن هذا التشخيص تحليل التاريخ النفسي والحياتي للشخص، بما في ذلك الأحداث الحالية والسابقة والعوامل الوراثية والبيئية. يتم استخدام مجموعة من الأدوات والمقاييس النفسية لتقييم وتشخيص الحالة بدقة.

الجانب الميداني

4- الفصل الرابع: الإجراءات الميدانية للدراسة

الإجراءات الميدانية للدراسة

الدراسة الاستطلاعية

حدود الدراسة

منهج البحث

أدوات البحث

1.4 – الدراسة الاستطلاعية :

تعد الدراسة الاستطلاعية من الناحية المنهجية مرحلة تمهيدية قبل التطرق إلى الدراسة الأساسية لأي بحث علمي في العلوم الإنسانية و الاجتماعية فهي تعتبر خطوة هامة و ضرورية تساعدنا على التعرف بالخصوص على الميدان الذي تجرى فيه الدراسة و التعرف على اهم الفروض التي يمكن صياغتها صياغة دقيقة كما تهدف الدراسة الاستطلاعية إلى اختبار مدى سلامة الأدوات البحث و صلاحيتها و في إطار الدراسة الاستطلاعية التي قمنا بها بمصلحة الاستعجالات للامراض العقلية بمستشفى الجامعي بن زرجب اين وجدنا عددا كبيرا في حالات.

2.4 – حدود الدراسة :

– الحدود الزمانية :

أجريت الدراسة العيادية التطبيقية من بداية شهر فيفري 2024 إلى بداية شهر جوان 2024 وكان أفضل زمن للقيام بالمقابلة وتطبيق اختبار رسم الشخص غالبا في الفترة الصباحية ما بين (10:00–13:30) يوميا.

– الحدود المكانية :

أجريت الدراسة بالمركز الاستشفائي الجامعي الدكتور بن زرجب اليقع يقع في وسط مدينة وهران وبالضبط بلدية وهران ويعد من أهم المستشفيات، المستشفى الإقليمي بوهران يتربع على مساحة قدرها 13 هكتارا، تشمل الخدمات الإدارية، الاقتصادية، والمختبرات. تقدر قدرة استيعابه النظامية ب 2142 سرير في مقابل قدرته الحقيقية هي 2922 سريرا.

– الحدود البشرية :

تتكون العينة من حالات مختلفة الجنس مابين سن19 سنة–50سنة من المرضى المصابين بالذهان.

3.4 – منهج البحث :

– تمهيد :

يعتبر البحث عملية منظمة لجمع وتحليل البيانات لغرض من الأغراض وهذا تعريف عام tهناك طرق عديدة للبحث.

أما منهج البحث فهو ما يقوم به الباحث للحصول على نتائج لدراسته ومنهج البحث بهذا المعنى عملية منظمة غرضيه والإجراءات المستخدمة ليست أنشطة عشوائية ولكنها عمليات يتم التخطيط لها بعناية ويمكن القول ان منهج البحث هو التصميم او الخطة التي يضعها الباحث للحصول على البيانات وتحليلها بغرض الوقوف على طبيعة مشكلة من المشكلات.

فيما يخص طرق البحث (او مناهجه) هي طريقة جمع البيانات والهدف منها الحصول على المعلومات بطرق ثابتة لها قيمتها ويمكن الاعتماد عليها ويتم جمع البيانات باستخدام الطرق والأساليب القياس النفسي من اختبارات ومقابلات وملاحظة واستبيانات.

تختلف منهجية البحث بالاختلاف طبيعة البحث وتتنوع تبعا لذلك وسائله وإجراءاته ففي علم النفس العيادي يتميز البحث العلمي بالمنهجية العيادية بمعنى طبيعة الإجراءات العملية التي بواسطتها يتناول الأخصائي العيادي السلوكيات البشرية. **(طباس نسيمة2016:ص159)**

أيضا المنهج، كلمة يونانية مشتقة من كلمة –methodus– والتي تعني "يمشي من خلال"، هو أسلوب لقول وفعل شيء حسب مباديء معينة، قواعد محددة، ووفقا لنسق مقرر للوصول إلى هدف محدد. يتعلق الأمر بالسير العقلاني لروح الباحث لتحقيق المعرفة و استقصاء الحقيقة حسب القاموس السيكولوجي (1977)، بحيث في علم النفس العيادي، التجربة الميدانية في تقاطع مع النظريات و المناهج المستخدمة حسب(K Chahraoui, Bénony H 2003) **(ش. جبار 2016: ص151)**

ان موضوع علم النفس العيادي هو دراسة صورة الجسم لدى الذهاني وطريقة البحث العلمي تتمثل في دراسة الحالة الفردية اما تقنياته فتعتمد على وسائط تتشكل من مجموعة من الوسائل المعروفة في علم النفس العيادي وعليه يمكن لنا اعتبار إن المنهجية هي التي تحدد اختيار طبيعة الوسائل وادوات البحث وليس العكس.

ترتكز المنهجية العيادية على ثلاثة أقطاب اساسية لا يمكن تجاوزها والممثلة في:

أ-الملاحظة العيادية

ب-القياس او التقييم

ج- أخذ بعين الاعتبار العلاقة بين الممارس العيادي والفرد

كما نشير الى تعريف D. LAGACHE 1949 ان المنهج العيادي هو:

"La méthode clinique envisage la conduite dans perspective propre relever aussi fidèlement que possible la manière d'être et d'agir d'un être humaine concert et complet aux prives avec cette situation chercher a en établir le sens la structure et la genèse déceler les conflits qui la motivent et les démarchais qui tendent a résoudre ces conflits". **(طباس نسيمة 2016,ص160)**

1.3.4 - ادوات البحث

ان طبيعة الدراسة العلمية، كما سبق الاشارة الى ذلك تفرض علينا تطبيق خطوات المنهجية العيادية بكل خصائصها ومن ثمة الاعتماد على الادوات بحث خاصة بالمقاربة العيادية حيث تتمثل في المقابلة العيادية والملاحظة هاتان الوسيلتان اللتان تاخدان بعين الاعتبار الانتاج الكيفي للمفحوص وذلك بتحليل وتفسير خطابه سلوكياته الإيماءات لغة الجسم وتاخد تلك المقابلات العيادية البعد التشخيصي للحالة المدروسة ومن اجل معرفة طبيعة صورة الجسم لدى الذهاني عن طريق استعمال اختبارسم الشخص ل MACHOVER"

- دراسة الحالة :

يمكن تحديد دراسة الحالة على انها الملاحظة المعمقة والمستمرة للفرد في وضعية معينة دراسة شاملة لكافة الخصائص الشخصية وعلاقة هذه الجوانب فيما بينها هذه الدراسة تسمح بوصف الظواهر العادية وغير العادية النمطية مع وضع فرضيات تأخذ بعدا تشخيصيا وتوضح اسباب او كيفية معالجة الاضطرابات النفسية ومن سلبيات دراسة الحالة عدم إمكانية تعميم النتائج على الحالات الاخرى ولهذا ينبغي تدعيم الفرضيات بوسائل أخرى **(طباس نسيمة2016: ص162).**

- استخدام دراسة الحالة :

تستخدم دراسة الحالة لتحقيق عدة أغراض، فهي تستخدم بهدف التشخيص المساعدة في التوجيه او في العلاج النفسي، كما تستخدم بهدف البحث. كما تستخدم في دراسة الافراد العاديين لمساعدتهم على تحقيق أقصى قدر ممكن من النمو **(سهير كامل احمد,2004ص31)**

- المقابلة العيادية :

إن المقابلة العيادية ليست مسالة تقنيات التي يمكن تعلمها ولكن يمكن تعريفها حسب N. Sillamy على أنها محادثة او حوار مستمر حيث تستعمل كطريقة للحكم على الشخصية الفرد وتشكل جزء من الفحص النفسي. تتمثل المقابلة العيادية في التبادل الحوار بين شخصين فالمتحدث (المفحوص) لا يعرف بالتحديد ما يقوله بمعنى انه يتحدث أكثر مما يعتقد وان المستمع (الفاحص) يصغي لما يريد والى ما يستطيع ان يسمع ومن الصعوبات التي يواجهها الأخصائي النفساني العيادي معرفة كيفية البقاء حياديا لكيلا تشكل ذاتيته حاجزا أمام إمكانية طرح المفحوص لذاتيته.

نستعمل المقابلة العيادية الأخصائي النفساني بالصفة مميزة بالتركيز على المعاش والعد العلائقي كم تعتبر جزء من المنهج العيادي ومن بين التقنيات المستعملة في العلوم الاجتماعية وتعد من بين أحسن الوسائل للتعرف على التصورات الذاتية للفرد.

إن المشكل الأساسي للمقابلة العيادية مهما كان هدفها هو تعديل العلاقة الشخصية –la relation inter subjective بطريقة لا تكون فيها حضور ذاتية الأخصائي العيادي سببا في حدوث اثر متناقض كالتأكيد اللاشعوري على التوسيع في الموضوع معين فيعمل المفحوص في هذه الوضعية على ملأ ما يطلبه منه الأخصائي العيادي وهذا ما يجعل صعوبة في تسيير المقابلة العيادية من خلال استعمال و التحويل المضاد كالتواجد المكتف للأخصائي العيادي فانه يشكل أحيانا مصدر توثر او يعبر عن تناقض ذو شحنة انفعالية عدوانية أو إغواء من طرف الأخصائي العيادي وهذا ما يجعل صعوبة في تسيير المقابلة العيادية من خلال استعمال (التحويل و التحويل المضاد).**(طباس نسيمة، 2016: ص162,163)**

و تقسم المقابلة العيادية حسب الأهداف المنشودة منها إلى المقابلة تشخيصية و استطلاعية و علاجية أما إذا قسمنا أنواع المقابلات حسب نوع الأسئلة المطروحة من طرف الأخصائي فإننا نميز ثلاث أنواع من المقابلة ,للمقابلة الحرة و التي تركز أساسا على المفحوص الذي يترك له المجال فيها للتعبير بحرية و تداعي أفكاره دون تعليمات و توجيه من الأخصائي و المقابلة الموجهة التي تكون مقيدة بأسئلة مغلقة محددة مسبقا من طرف الأخصائي و التي تستدعي إجابات محددة و أخيرا المقابلة نصف الموجهة التي تعرف على أنها عملية ديناميكية تفتح المجال للمفحوص للتعبير عن مشاعره و اتجاهاته و بذلك تكون العلاقة مبنية على الثقة و تهدف إلى توجيه حديث الفرد حسب أهداف البحث حيث أنها تعتمد على تحرير الأسئلة التي تخدم الموضوع مع المحافظة على حرية التعبير لدى الفرد **(خالد حامد,2008,ص129)**.

ولذلك سنستعملها في هذا الإطار من اجل تشجيع المفحوص على التعبير التلقائي وحصد أكبر معلومات ومعطيات عن أعراض العدوان التي يعاني منها مدمني المخدرات وذلك بهدف الإجابة على التساؤل المطروح في هذه الدراسة والتحقق من الفرضية.

- الملاحظـة العيـادية :

تعتبر من الوسائل المهمة المستعملة في علم النفس العيادي تعرف بأنها المراقبة المقصودة لرصد ما يحدث وتسجيل السلوك في الوقت الذي يتم فيه فيقل بذلك احتمال تخل عامل الذاكرة لدى الملاحظ.

ولتحقيق ذلك لا بد ان تكون الملاحظة هادفة ومنظمة غير عشوائية، سنستعمل الملاحظة العيادية في دراستنا لرصد جميع السلوكيات الحالات المدروسة سواء اللفظية أو غير اللفظية خلال المقابلة كتغيرات الوجه ونبرات الصوت وحركات الجسم كما سنستعملها لملاحظة السلوك العام للحالات من خلال الحديث، اللباس، النظافة، ورصد الاستجابات العاطفية وحالة المزاج ومدى طلاقة التعبير والإنتاجية اللفظية وكذلك ملاحظة أسلوب التواصل مع الأخصائي.

- مزايا الملاحظة :

من اهم مزايا الملاحظة ما يلي:

توفير فرصة لتسجيل السلوك كما يحدث في الأوقات الطبيعية.

تستخدم عند مقاومة الأفراد للباحث وعدم تعاونهم معه لخشيتهم من عدم ارتقاء سلوكهم الى مستوى المتوقع منهم، او لخشيتهم من استخدام المعلومات التي تجمع عنهم من طرف الباحث.

تسجيل السلوك الملاحظ دون شعور الأفراد بهذه الملاحظة لتجنب اصطناع السلوك بعيدا عن الصورة الحقيقية.

تستخدم في الحالات لا يمكن للباحث من إجراء المقابلة لان الأفراد يكونون غير صالحين لدراستها كما هو الحال بالنسبة لصغار الأطفال **(زينب محمود شقير,2002ص66,67)**

– تعريف اختبار فحص الهيئة العقلية :

وضع هذا الاختبار من طرف الدكتور نصرة قويدر (1978) حيث يرتكز هذا الفحص على ملاحظات الاستجابات السلوكية التلقائية اللفظية منها والحركية بما في ذلك من المعلومات حول محيط الفرد عندما يتعلق الأمر بعرض المفحوص لمشكلته بحيث يعطي شرح لتعاليم بغية ضبط الهيئة العقلية ويحتوي على:

- الاستعداد والسلوك العام
- النشاط الفكري
- محتوى التفكير
- القدرة العقلية

الحكم والاستبصار **(طباس نسيمة2016,ص122,121)**

اختبار رسم الشخص:

لعل استخدام الرسم المقنن كأداة لدراسة الشخصية عن طريق الإسقاط الذي يتم بأساليب مباشرة أو مقنعة رمزية ودراستها بشكل مدروس، يعتبر أمر جديد في علم النفس الإسقاطي، حيث كان (لجودانف: 1926) فضل السبق في وضع اختبار مهم هو اختبار رسم الرجل وعملت على تقنينه كأداة لقياس ذكاء الأطفال ولفتت الأنظار لأهمية الرسم كوسيلة لدراسة شخصيات بعض الأطفال السيكوباثيين والعصابيين والذين أصيبوا بالتهابات الدماغ .ولكن أبحاث (جود انف) في هذا المجال لم تتعد لفت النظر وإيراد أمثلة قليلة، أما الدراسات المستفيضة في هذا الحقل فقد قامت بها (كارين ماكوفر) في العام (1949)، حيث اكتشفت حين كانت تقوم بتطبيق اختبار رسم الرجل لقياس ذكاء بعض صغار الأطفال بأن بعض ممن يحصلون منهم على نسب ذكاء متساوية يعبرون أو يسقطون في رسومهم للرجل عن اتجاهات مختلفة. وقد عززت (ماكوفر) هذه الفرضية بمتابعة تعليقات الأطفال الآنية أثناء رسمهم لصورة الرجل. كما قامت بتحسينه بعد أن تأكد لها إمكانية صلاحية الاختبار كأداة إسقاطية، حيث جعلته اختباراً لرسم الشخص

(Test Person –A–Draw) بدلاً من رسم الرجل لكي يصبح أداة إسقاطيه أكثر نفعاً، كما قامت بوضع هيكل نظري له.**(بدري، 2001:83)**

وركزت منذ ذلك الحين اهتمامها على دراسة علاقة الرسم بالشخصية، وعلى الكشف عن إمكانية أن يعكس صاحب الرسم –المفحوص– سواء كان طفلاً أم راشداً صورة جسمه أو ذاته على الشخص الذي يرسمه بشكل مباشر أو رمزي .وقد رأت (ماكوفر) أن الفرد خلال عملية الرسم يكون خاضعاً لتأثير العمليات الشعورية واللاشعورية المتصلة بصورة ذاته، ومن ثم فالشكل الإنساني المرسوم يجب أن يفهم على أنه تعبير عن الأمزجة والتوترات، وعلى أنه وسيلة لإسقاط مشاكل صاحب الرسم، وأسلوبه في تنظيم خبراته كما تنعكس من خلال نسق الجسم، ولتجسيد صراعاته النفسية حول أعضاء هذا الجسم وصفاته كما يراها، كما رأت أنه عن طريق الرسم يمكن للفرد أن يعبر عن مشاعر قوته أو ضعفه أو عجزه، كما يمكنه أن يؤكد أجزاء معينة ويهمل أو يحذف أجزاء أخرى تبعا لانفعاله بها ومشاعره نحوها.**(القريطي، 2001: 191)**

ومن جانب آخر فإن مقاومة الأطفال لرسم الشخص قد ترتبط بنظرة هؤلاء الأطفال لمفهوم الرجل ومفهوم المرأة ومفهوم الذات، فيصور أحدهم الرجل أفضل مما يصور المرأة، أو يصور نفسه أحسن أو أسوأ مما يصور غيره، أو أنه يركز على بعض عناصر الصورة دون بعضها الآخر، فيجتزئ أو يبالغ في أماكن ويهمل أو يتغاضى في أماكن أخرى. **(عطية، 1993: 44)**

حيث يعتبر اختبار رسم الشخص (ماكوفر) أول محاولة منظمة لتحليل الشخصية على أساس أسلوب تعبيري إسقاطي كما تركز في تفسيرها للرسم على التحليل الكيفي. **(مليكه، 2000: 184)**

مميزات اختبار رسم الشخص :منذ مدة طويلة واختبار رسم شكل الإنسان هو المفضل لدى الأخصائيين النفسيين كأسلوب لتقييم الشخصية، فهو لا يحتاج إلى أدوات خاصة، ويمتاز بسهولة الإجراء، ويتم تفسيره من خلال نوع من الإدراك العام الذي يشعر معظم الإكلينيكيين أنهم يستطيعونه جيداً، أيضاً فإن اختبار

رسم شكل الإنسان يزودنا نفسه من خلال تطبيقه مرة تلو الأخرى بمقياس سهل لمدى التقدم الذي يحدث خلال العلاج النفسي .وفي تقرير sundberg عام (1961) أشار إلى أن اختبار رسم الشخص لماكوفر (1949)يعد في الترتيب الثاني لأكثر الاختبارات الشائعة استخداماً في العمل الإكلينيكي في الولايات المتحدة الأمريكية، وهذا يشير بوضوح إلى أن عدداً كبيراً من الإكلينيكيين قد لمسوا فائدته وينصحون باستخدامه. **(خضر، 1999: 93)**

وتتعدد المميزات التي ذكرها الباحثون عن اختبار رسم الشخص، ويجمل (Handler:1985)هذه المميزات في النقاط التالية:

– يعد اختبار رسم الشخص اختباراً بسيطاً، وذا مهمة سهلة لمعظم المفحوصين من المرضى الكبار والأطفال وخاصة صغار الأطفال الذين يحبونه وعادة ما يتعاونون بسرعة تامة في أداءه فهم غالباً لديهم طلاقة التصوير أفضل من طلاقتهم اللفظية. **(خضر، 1999 :93)**

– إن اختبار رسم الشخص يمكن تطبيقه بسرعة وسهولة، وهو يستغرق من خمس إلى خمس عشرة دقيقة تقريباً، كما أنه يتطلب أدوات قليلة.

– يعتبر اختبار رسم الشخص أحد اختبارات الرسم القليلة الذي يحرص الأخصائي النفسي الإكلينيكي على أن يضمنه في بطارية الاختبارات النفسية.

– غالباً ما نحصل من اختبار رسم الشخص على قسط كبير من المعلومات المتعلقة بمفهوم الذات بالقدر الذي نحصل منه أيضاً على معلومات عن نمط الشخصية وتوجهاتها، ومناطق الصراع.

– يتميز اختبار رسم الشخص بأن قيوده فيما يتعلق بعمر المفحوصين ومدى ذكائهم محدودة.

– يرحب المرضى الصامتون والرافضون للتحدث غالباً بتطبيق اختبار رسم الشخص عليهم، فهو اختبار غير لفظي نسبياً، ولهذا فهو مفيد إذا وقفت اللغة كعائق كما في حالات المرضى غير المتعلمين، وضعاف العقول، والمرضى المتحدثين بغير اللغة الدارجة في المجتمع، والمريض الأبكم، والمريض الخجول أو المنسحب، والمريض الذي يأتي من خلفية ثقافية فقيرة، والذي يشعر بعدم الثقة في قدرته اللفظية، والمريض المتأخر دراسياً، أو ضعيف القراءة الذي أحياناً ما يجد عوائق انفعالية في المواقف اللفظية، وجميع هؤلاء غالباً ما يكون أداؤهم معاقاً في معظم الاختبارات اللفظية.

– يعتبر اختبار رسم الشخص مفيداً مع المرضى الذين يتسمون بالمراوغة أو الحذر، فهؤلاء المرضى يعطون استجابات لفظية عقيمة في الاختبارات اللفظية، حيث أن لديهم القدرة على فرض كثير من الضبط على تعبيراتهم اللفظية، بينما في اختبار رسم الشخص يعبر المريض عن نفسه بشكل مباشر بدرجة أكبر، وبأسلوب تلقائي مثل هؤلاء المرضى المتسمين بالحذر يكونون واعين لما يجب أن يعبروا به في الاختبارات اللفظية، ولكنهم من المحتمل أن يكونوا أقل تأكداً مما تعكسه تعبيراتهم عن أنفسهم أثناء القيام بالرسم، وهم ربما يكونون أقل ضبطاً على معظم هذه الوسائل البدائية من التعبير.

– ولكون اختبار رسم الشخص يعد أداة سريعة وسهلة، فإنه يستخدم كأداة لقياس التغير الذي يطرأ على المريض أثناء العلاج النفسي، يتم مقارنة رسم الشخص قبل وأثناء وبعد العلاج، حيث يتضح من الرسم مدى التحسن في الشكل الإنساني المرسوم خلال فترة العلاج.

– يعد اختبار رسم الشخص نقطة انطلاق ممتازة لمناقشة جوانب الصراع الخاصة بالمريض، وهنا يمكن أن يطلب من المريض أن يتداعى حول الرسم، ومن خلال إعادة التطبيق يستطيع الأخصائي النفسي الإكلينيكي أن يلاحظ التغيرات التي تطرأ على الحالة وأن يحدد جوانب الصراع التي ما زالت بحاجة إلى توجيه الاهتمام إليها.

– إن اختبار رسم الشخص أكثر ارتباطاً بعلم النفس المرضي مقارنة بالاختبارات الإسقاطية الأخرى، حيث وجد (Zucker) أن اختبار رسم الشخص هو الاختبار الأول في البطارية التشخيصية الذي يكشف المرض النفسي بشكل مبدئي، ولهذا فهو يعد أداة تنبؤية جيدة.

– لقد صنف عدد من الأمريكيين اختبار رسم الشخص كمقياس للكشف عن التقدم في مسار علاج الاضطرابات الجنسية، وذلك من خلال التعرف إلى التطور الذي حدث في رسم الشخص بنهاية العلاج.

(Handle & Leonard : 1985, 168 –167)

الاستخدام الإكلينيكي لاختبار رسم الشخص :يعد استخدام اختبار رسم الشخص كوسيلة إكلينيكية إضافة قيمة إلى جملة التكنيكات الخاصة بدراسة الشخصية، ذلك أن الزمن والمدة المستخدمة فيه تعتبر اقتصادية ولا تحتاج إعداداً خاصاً، ويمكن أن يتم الرسم في أي مكان وفي أي وقت يتوفر فيه ورقة وقلم رصاص، ولهذا السبب استخدمه العديد من الأخصائيين النفسيين، ومع قليل من التعديل في التطبيق يسهل تطبيقها على الجماعات. وترى (ماكوفر) أن استخدام رسوم شكل الإنسان إكلينيكياً كمساعد تشخيصي أو علاجي أمر مثمر عند تفسير الرسوم في ضوء كل بيانات تاريخ الحالة المتاحة، وأن تحليل رسم شكل الإنسان فيه إمكانيات أن يصبح أداة دقيقة لبحث الشخصية إذا بذل فيه الجهد البحثي الذي يستحقه.

(ماكوفر–140:1987، 141)

كما ذكر (مليكة، 2000) أن الدرجة الكمية تمثل انطباع المفحوص عن توافقه في حياته العائلية ومع أولئك الذين يشاركونه في المنزل، والدرجة الكمية للشخص تمثل صورة الذات أو نظرة الفرد التي توافقه الاجتماعي العام وقد يكون (الشخص) أيضا في الكثير من الأحيان شخصا غير الفرد نفسه، ومن المهم معرفة اتجاه الفرد نحو هذا الشخص. **(مليكه، 2000 :44)**

حيث أن هناك مجموعة من الخطوات للتحليل الكيفي:

– التحليل الدقيق –خطوة خطوة– للرسم من حيث كل العناوين العامة والفرعية حسب الأبعاد الثلاثة (التفاصيل، النسب، المنظور) ، ثم تسجيل كل عنصر يبدو انه يمثل انحرافا عن المتوسط، وكل عنصر يبدو أن له دلالته لدى المفحوص. وتسمى هذه المرحلة (التحليل على خطوات)

– المرحلة الثانية تسمى (الربط بين النتائج)، حيث يحاول الفاحص فيها تقييم وتفسير الترابط بين العناصر وتنظيمها لتكوين المفهوم.

– المرحلة الثالثة هي أن يستخلص من هذا التحليل وربط المعلومات الأساسية عن الشخصية الكلية للمفحوص وتفاعلها الدينامي مع بيئتها. **(مليكة، 2000 :46)**

ولكن ما ينبغي التحذير منه أن هذا الاختبار الإسقاطي يدخل في مجال علم النفس العيادي الخاص بأعماق الإنسان، وأن العمل في هذه الاختبارات يتطلب خبرة وبصيرة سيكولوجية. **(عطية، 1993: 28)**

اجراءات تطبيق اختبار رسم الشخص (1التجهيزات اللازمة لإجراء الاختبار :يقوم الأخصائي النفسي الإكلينيكي بإمداد المفحوص بورقة بيضاء غير مسطرة مساحة 21×27سم، وقلم رصاص مبري جيداً وممحاة، وأن يكون السطح أسفل ورقة الرسم مسطحاً وناعماً، وأن تكون الإضاءة عليها كافية، وأن يجلس المفحوص جلسة مريحة في حجرة تتسع لحركة الأذرع والأرجل، وأن يستطيع المفحوص أن يضع ذراعه بارتياح على السطح الذي سوف يرسم عليه، ومن المفضل أن يسمح للمفحوص بأن يتخذ حالته العادية من الاسترخاء، ويجب ألا نلجأ إلى فرض ظروف فيزيقية معينة على المفحوص **(لجنة الاختبارات م. د. ن،1994: 106) (Hammer,E.F, 1980: 89)، (Handler, Leonard, 1985: 172،)**

التعليمات :بعد إقامة علاقة تواصل بين الأخصائي النفسي الإكلينيكي والمفحوص، يقوم الأخصائي بوضع ورقة رسم واحدة أمام المفحوص في وضع رأسي، وقلم رصاص واحد، ويلقى عليه التعليمات التالية" :أنا عايزك ترسم شخص في هذه الورقة يعني راجل أو امرأة، ولد أو بنت، اللي إنت بدك إياه المهم يكون رسمك

كويس على قد ما تقدر"، ويجب الالتزام بهذه التعليمات وذلك لما وجده علماء القياس من أن عدم الالتزام بحرفية التعليمات، يؤثر في استجابات المفحوصين وفي أدائهم على الاختبارات المختلفة.

(خضر، 1996 ,73)

ويشير (Hammer)إلى أن مطالبة الطفل أن يقوم بالرسم من المحتمل جداً أن يؤدي إلى خفض توتره، بينما بالنسبة للراشد، فإن طلب ذلك منه يؤدي إلى مزيد من التوتر والقلق**(Hammer :1980 ,119)**

من واقع التجربة العملية، فقد لوحظ أن بعض المفحوصين يستجيبون برسم الرأس فقط أو الرأس والكتفين، أو شكل العصا، أو رسم كاريكاتيري، ويجب إعطاء مثل هؤلاء المفحوصين ورقة رسم أخرى ويوجه إليهم التعليمات التالية: "هذه المرة بدي إياك ترسم شخص مكتمل أو شخص حقيقي وليس شكل العصا أو كاريكاتير **(Handler, Leonard : 1985,174)** ، ونعني بالشخص المكتمل أن يتضمن الشكل المرسوم مناطق أربع رئيسية للجسم هي: الرأس، والجذع، والذراعان، والرجلان، وإذا ما حذفت أي منطقة من هذه المناطق تماماً فإن الشكل يعتبر غير مكتمل، أما إذا حذف جزء من منطقة معينة مثل حذف الأيدي أو القدم أو أحد أجزاء الوجه فإن الرسم يعتبر مكتملاً ومقبولاً تماماً، أما إذا رسم المفحوص شكل كاريكاتيري، أو شكل العصا، أو صورة مجسمة أو تمثيل تجريدي، فيطلب منه أن يختار ورقة رسم أخرى ويرسم شخصاً عادياً ومكتملاً **(Hammer, 1980:90)**

وإذا حذف المفحوص جزءاً أساسياً من الجسم، يحاول الفاحص أن يدفعه إلى رسم ذلك الجزء، بعد أن يكتب الفاحص ملحوظة بالحذف كي يرى ما إذا كان يمكن الحصول على مفتاح يتيح له فهم لماذا قاوم المفحوص رسم ذلك الجزء. **(ماكوفر :1987, 49)**

كذلك وجد أن كثيراً من المفحوصين يثيرون بعض الاعتراضات والأسئلة بعد إلقاء التعليمات عليهم، ويكون لزاماً على الأخصائي أن يستجيب لهم دون تعليمات جديدة، أو توضيح للمهمة المطلوبة منهم، ويمكن إعادة

التعليمات نفسها مرة أخرى مع تشجيع واستثارة المفحوص على المضي قدماً نحو القيام بالرسم المطلوب، ونعرض فيما يلي لبعض الاعتراضات والأسئلة التي يثيرها المفحوصون في موقف تطبيق اختبار رسم الشخص وكيف يستجيب الأخصائي النفسي لها:

أ) قد يتعلل المفحوص بأنه لا يعرف الرسم أو أنه ليس موهوباً من الناحية الفنية حيث يقول "أنا لا أعرف الرسم، أنا لست فناناً، أنا رسمي سيئ"، وعلى الأخصائي أن يفهم أن مثل هذه الاعتراضات ليست سوى محاولة من جانب المفحوص للهروب من الفحص، وفي مثل هذه الحالة يشجعه الفاحص ويؤكد له أن الموضوع لا يتعلق بإتقان الرسم وقدرة الشخص الفنية، إنما هو اختبار يقصد منه أن يعرف الفاحص ما يقوم به المفحوص عادة من محاولات متعددة عندما يطلب منه أن يرسم شخصاً. **(Handler 1985:174)**

ب) هناك بعض التساؤلات التي قد يثيرها المفحوص مثل: ما هو نوع الشكل الذي يجب أن أرسمه؟ هل أرسم رجلاً أم امرأة؟ هل أرسم الشخص مواجهاً أم جانبي؟ ...الخ، ويكون إجابة الفاحص عن مثل هذه التساؤلات أن يقول المفحوص: "ارسم الشكل الذي تريده، وبالكيفية التي ترغبها، فلك مطلق الحرية في ذلك **(بدري، 2001:66)**.

وعندما يتم الانتهاء من رسم الشكل الأول، يضع الأخصائي النفسي ورقة رسم أخرى أمام المفحوص ويوجه له التعليمات التالية" :الآن أريد منك أن ترسم شخص من الجنس المخالف"، فإذا كان المفحوص قد بدأ يرسم شخصاً ذكراً يقول له الأخصائي النفسي "أنت رسمت ولداً (رجلاً)، الآن ارسم بنت (أو امرأة)، كذلك إذا كان المفحوص قد رسم شكل أنثى، يقول له الأخصائي: "أنت رسمت بنتاً (امرأة)، الآن ارسم ولداً (رجلاً)، وعندما يتم إتمام هذه المهمة بشكل مرضي، يطلب من المفحوص أن يكتب اسم الجنس على كلا الشكلين، ويقوم الأخصائي بتسجيل تاريخ اليوم الذي تم فيه كل رسم، إما على وجه الورقة أو خلفها،

وبالإضافة لذلك على الأخصائي أن يسجل أياً من الشكلين تم رسمه أولا، وأياً منهما تم رسمه ثانياً ...الخ **(Handler1985 :174)**

ويجب الحصول على كلا الرسمين عندما يكون ذلك ممكناً، فإذا لم يكن الوقت كافياً إلا للحصول على رسم واحد، يفضل أن يرسم المفحوص شكلاً من نفس جنسه. **(ماكوفر، 1987: 49)**

خطوات التطبيق:

يمكن تطبيق اختبار رسم الشخص بطريقة فردية أو بطريقة جماعية، وفي الحالتين يجب الالتزام بشروط تطبيق الاختبار النفسي، وخاصة فيما يتعلق بتوفير مكان مناسب يتسع للمفحوصين، وظروف طبيعية مناسبة من حيث الإضاءة والتهوية ودرجة الحرارة، وأن يكون المكان بعيداً عن الضوضاء، كما يجب أن يلتزم الأخصائي بحرفية التعليمات ...الخ .وإذا أعطى الاختبار بطريقة فردية، كما يحدث عادة في العيادات النفسية، فيمكن للفاحص أن يسجل كل ملاحظاته الإكلينيكية عن المفحوص أثناء عملية الرسم.

(بدري، :2001 ,87، 88)

ويجب أن يهتم الأخصائي النفسي بتدوين ملاحظاته حول السلوك اللفظي والحركي للمفحوص أثناء فترة الاختبار، كيف يعبر المفحوص عن شعوره تجاه هذا العمل؟ هل يطالب بزيادة في الإيضاح والإرشاد؟ وأي طريقة يسلك ليفصح عن نفسه؟ هل يعبر عن ذلك بسلوك لفظي أم باستخدام حركات وإيماءات مختلفة؟ هل يؤدى مهمته براحة وكفاءة؟ أم يعبر عن الشك في قدرته؟ هل يقدم على الرسم بشعور ملؤه الثقة والطمأنينة، أم الشك وعدم الثقة في مقدرته؟ وكيف يعبر عن هذه الثقة في نفسه أو بعدمها؟ هل تبدو عليه بعض الأعراض العصابية والاضطرابات الانفعالية كالشعور بعدم الاستقرار والقلق والتشكك والحذر والتكبر والعدوان؟ هل هو غير آمن، سلبي، هزلي، واعي بذاته، حذر، مندفع؟ ...الخ، وهذه الملاحظات تزود الأخصائي النفسي بمعلومات هامة عن تكيف المفحوص مع البيئة ونمط شخصيته ومفهومه عن ذاته،

والوسائل التي ينتهجها للتعامل مع المواقف الضاغطة، والصراعات التي يعاني منها، وليس من شك في أن لهذه المعلومات قيمتها في دراسة شخصية المفحوص وتكوين فكرة عامة عنه.

(Hammer1980 91 :) ، (Handler 176 :1985)،(بدري، :2001 ,90).

كذلك يدون الفاحص تسلسل رسم أجزاء الشخص، والوقت الذي استغرقه المفحوص في كل جزء على حدة وتعليقات المفحوص حول ما يرسمه، وترددات المفحوص، وكامل تصرفاته أثناء الرسم، مثال ذلك: هل المفحوص توقف عن المحو ويحاول أنِ يؤكد الشكل الهزيل المرسوم؟ هل يقوم المفحوص باستجابات لفظية دفاعية (مثل: أنا لا استطيع أن ارسم بشكل جيد، أو أنا لم أدرس مطلقا الرسم في المدرسة)، هل يقوم المريض بتقييم الرسم (مثل: هذا الرجل يبدو انه غضبان). **(لجنة الاختبارات م. د. ن، :1994 ,106)،**

(Handler1985: 176)

5- الفصل الخامس: عرض وتحليل ومناقشة النتائج

عرض وتحليل ومناقشة النتائج

تقديم الحالات

محتوى سير الحصص

تحليل الرسومات

عرض وتحليل نتائج البحث

مناقشة نتائج البحث على ضوء الفرضية

1.5 – تقديم الحالات :

1.1.5 – التقرير السيكولوجي للحالة (1):

المعلومات الشخصية:

الاسم: م.م

الجنس: ذكر

السكن: وهران

السن: 19

المستوى الدراسي: 3 ثانوي

عدد الاخوة: 4

المرتبة بين الاخوة: 1

مهنة الاب: موظف (مصاب بداء السكري)

مهنة الام: ممرضة (مصابة بضغط الدم)

مكان الفحص مصلحة الاستعجالات للامراض العقلية لولاية وهران

تاريخ الفحص 2024-03-12

- أهم جوانب التاريخ النفسي و الاجتماعي :

الحالة (م.م) شاب من وهران يبلغ من العمر 19 سنة يعتبر الاول في البيت من حيث ترتيب الاخوة المستوى المعيشي للعائلة عادي تم استقباله في المصلحة من اجل التكفل الطبي بسبب ظهور الاضطرابات في السلوك من نوع تدخل المتعدد العوامل المبكر ونوبات من الهيجان والعصبية ونوع من العدوانية ورفضه للعلاج.

كانت بداية ظهور الاضطرابات في جويلية 2023 بظهور بعض الاعراض الانسحابية بعد خسارته لشهادة البكالوريا وبعد هذا الحذث الصادم بالنسبة اليه اصبحت تظهر لديه هلاوس بصرية مما جعل عائلته تلجا للعلاج بالرقية وهذا لم يعطي نتيجة فالتجؤو الى اخصائية نفسانية فقامت بتوجيهه الى مصلحة الاستعجالات العقلية فتم ادخاله الى الى المصلحة حيت سردت والدته وقائع الحادثة والسلوكات العدوانية اتجاه اخوته بدات بالضرب وصولا الى التهديد بالقتل لاخوته.

بعد اجراء المقابلة مع الحالة كانت ظاهرة عليه اعراض الهديانات الدينية (عندي علاقة شابة مع ربي) والهلاوس البصرية والحسية حيت كان يرى صور ويحس بلمسات غريبة في جسده.

- فحص الهيئة العقلية :

الاستعداد والسلوك العام:

م.م ذو قامة متوسطة ذو قامة متوسطة شعر اسود عينان بنيتان ذو بشرة بيضاء نمو جسدي يتناسب مع سنه تظهر عليه ملامح الغضب لباس نظيف ومنظم ومن خلال الملاحظة الحالة يعاني من هديانات اضطهادية ودينية وهلاوس سمعية بصرية وحسية.

النشاط العقلي:

يتكلم م.م بلغة سهلة وبسيطة ويفهم واضحة ويفهم اسئلة لكنه منكر لمرضه حيث قال (انا مشي مهبول ما عنديش فصام).

المزاج والعاطفة:

المزاج:

لديه نوع من الحزن والغضب على الملل والحيرة على وجهه.

العاطفة:

لديه احساس بالكره تجاه اخوته.

محتوى التفكير:

لديه افكار اضطهادية وهلاوس.

القدرة العقلية:

التوجيه المكاني والزماني معرفة جيدة ينسب بعض الاحدات.

الحكم والاستبصار:

غير واعي بالموقف الذي يعيشه ولديه انكار لمرضه.

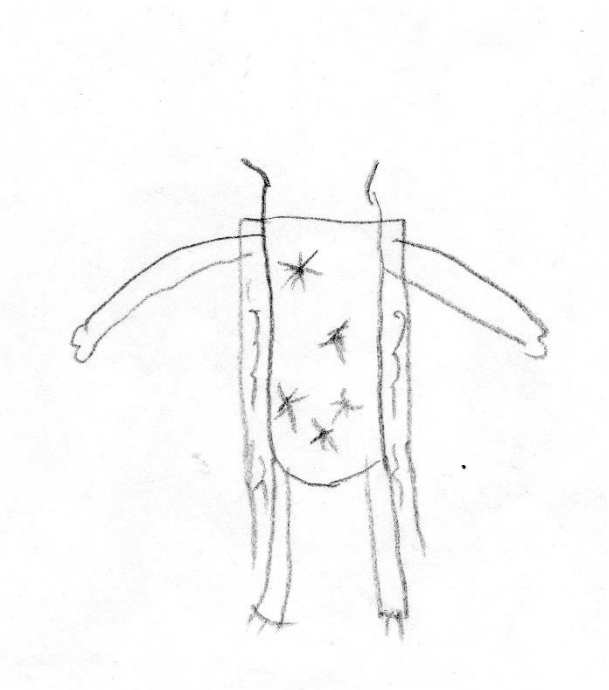
- محتوى سير الحصة الأولى01 :

بعد المقابلة الفردية مع حالة في اليوم الموالي بتاريخ **2024/03/14** قمنا باستدعاء **م.م** من غرفته حيث التقينا به بالفناء مخصص للاستراحة مرضى داخل المصلحة بطابق الأول حيث خرج وهو يقول : "**انا مشي مريض معنديش سكيزوفريني**", كان الحالة قلق و يطرح تساؤلات حول متى يخرج من المصلحة و ماهو مرضه و نلاحظ في حديثة وجود هذيانات الاضطهادية والدينية حيث قال: "**فيا مس و سحر انا مشي مريض**" عندها قمنا بالتكلم معه و توضيح نوع الاختبار حينها وافق على اجراء الاختبار , **قدمنا له**

ورقة وقلم الرصاص و ممحاة , كانت تشير الساعة 9:45, قام بالرسم وهو واقف وكان يرسم بأريحية حيث استغرق في رسم حوالي**8 دقائق ,** قام بالرسم الرجل لكن بدون رأس و عند سؤاله لماذا لم يرسم الرأس قال لي :"**كون نرسم الراس يولي فيه روح و يخرج من ورقة نتحاسب علية**". ثم قال لنا متى اخرج من المصحة أنا لست مريض، ثم عاد الى غرفته.

- تحليل الرسم :

الحالة الاولى م.م



الصورة الأولى: رسم الحالة م.م

يبلغ من العمر 19 سنة، كان متواجد بالمصلحة استعجالات الامراض العقلية من 12-03-2024 لغاية 26-03-2024.

قمنا باجراء اختبار رسم الشخص على الحالة بتاريخ 14-03-2024، اين قامت برسم في اعلى يسار الصفحة ومن خلال التحليل يدل على الهروب الى اللاواقع واللامبالاة والاندفاعية حيث كان الرسم والخطوط واضحين وكذلك حدود الجسم.

نلاحظ وجود ذراعين مفتوحين لكن ضعيفتين وغير منسجمتين وقصيرتين فحسب دليل MACHOVER فهذا يدل على نقص العلاقات مع الغير وهذا ما تم تاكيده عبر غياب اليدين (والتي تعتبر الرابط للعلاقة مع العالم الخارجي، اللمس الاكل العنف.....)

الساقين قصيرتين مقارنة بالجذع وهذا دليل على نقص الدينامكية حسب **روير** ROYER 1977 مصحوب بغياب القدمين التي تسمح بالتوزان وايضا تسمح ببناء رابط مع الواقع.

لم ترسم الحالة اليدين والقدمين بالاضافة الى الراس وهذا ما يدل على وجود صراع الذي ادى به الى الهروب الى اللاواقع وهذا واضح من خلال هذيانه الذي يعتبر استراتيجية دفاعية لاشعورية، لكن بطريقة متناقضة رسم الرقبة التي تعتبر الرابط ما بين حقل التفكير العقلاني (الراس) والحقل النزوي (الجسم).

غياب الرأس يسمح له بأن يبق في الاندفاغية وسيطرة القطب النزوي

كما نلاحظ اضافته للثياب عباءة قصيرة وغير متقنة بطريقة اندفاعية: رسم الثياب هو استثمار نرجسية لكن عباءته غير كافية (لا تغطي الجسم مع أنه قام بتزيينها) ما قد يدل على ضعف الاستثمار النرجسي والحواجز (barrages)الفكرية.

2.1.5 – التقرير السيكولوجي للحالة (2) :

المعلومات الشخصية:

الاسم: ع.ع

الجنس: ذكر

السكن: وهران

السن: 47

المستوى الدراسي: ليسانس حقوق

المهنة عون اداري في البنك سابقا

عدد الاخوة: 1

المرتبة بين الاخوة: 1

الاب: (DT2) (HTA)السن 87 سنة

الام: ميتة (2017).

مكان الفحص مصلحة الاستعجالات للامراض العقلية.

تارخ الفحص 2024-04-16

- أهم جوانب التاريخ النفسي و الاجتماعي :

الحالة (ع.ع) من وهران يبلغ من العمر 47 سنة اعزب بدون مهنة تم استقباله في مصلحة الاستعجالات للامراض العقلية وذلك طلبا من عائلة الحالة بتدخل الامن الحضري من اجل التكفل الطبي بسبب ظهور اظطرابات في السلوك من نوع عدم التوازن النفسحركي, عدوانية, وهوس اشعال النيران حيث ان الحالة رفض الخضوع للعلاج و اخد الدواء منذ 18 شهرا, يعود التاريخ المرضي للحالة لسنة 2011 وكان هذا اول تواصل له مع صلحة الامراض العقلية و من هنا بدات رحلته مع العلاج حيت تعرض الحالة لحذت صادم و هو وفاة امه سنة 2017 كما لديه احد من العائلة مريض عقلي تحت العلاج عمل الحالة قبل ظهور الاضطراب كعون اداري في البنك و عون استقبال في الفندق حيث لم تكن لديه اي انواع من التعاطي او سلوكيات التعاطي.

كانت بداية ظهور الاضطراب سنة 2011 حيث كان عمره 34 سنة حيث بدا باعراض الانسحاب والعزلة المفاجاة والهيجان والتكلم مع الذات، كان تحت المتابعة الدوائية وكان في استقرار تام حيت كانت وفاة الوالدة سنة 2017 سبب انتكاسته، كانت تظهر لدى الحالة اثناء المقابلة العيادية مع الفريق الطبي نوع من الهديانات الاضطهاذية اتجاه الدولة.

- فحص الهيئة العقلية :

الاستعداد والسلوك العام:

ع.ع ذو قامة طويلة ومتوسط البنية وعينان بنيتان شعر اسود وبشرة بنية ونمو الجسمي يتناسب مع سنه، تظهر عليه ملامح الحزن والقلق اليأس ونظرات جائرة لباس نظيف ومرتب من خلال الملاحظة يعاني من الهديانات الاضطهادية.

النشاط العقلي:

يتكلم ع.ع بلغة واضحة وبصوت منخفض يستطيع التواصل والاجابة دائما متبوعة بهديان السحر والاضطهاد اتجاه المسؤولين ويعاني من خلط الافكار.

المزاج والعاطفة:

المزاج:

لديه نوع من القلق والملل على الوجهه وحزن كبير في ذاخله وهو سريع الضجر والاحباط.

العاطفة:

لديه احساس بالكره اتجاه الدولة والمسؤوليين.

ولديه احساس بالظلم الدائم بسبب هديان السحر.

محتوى التفكير:

لديه افكار اضطهادية نحو افراد العائلة والمسؤوليين.

القدرة العقلية:

التوجيه المكاني والزماني معرفة جيدة ينسب بعض الاحداث.

الحكم والاستبصار:

غير واعي بالموقف الذي يعيشه ولا ينسب الى نفسه المرض.

- محتوى سير الحصة الثانية 2 :

بعد المقابلة الفردية مع حالة في اليوم الموالي بتاريخ **2024/04/16** قمنا باستدعاء الحالة **ع.ع** من غرفته حيث التقينا به بالداخل بجانب غرفته بطابق الأول تكلمنا مع الحالة وشرحنا له الاختبار حيث يقول : "**انا منعرفش نرسم جسم من نوع تاعي لاني هذي حاجة تجيني صعيبة** ", **قدمنا له ورقة**

وقلم الرصاص و ممحاة, كان الحالة هادئ و يتكلم بهدوء وبالصوت منخفض حيث قال: " **منيش قادر نركز باش نرسم**" ,كانت الساعة تشير الى 11:15 صباحا , قام بالرسم وهو واقف وكان يرسم بقلق حيث استغرق في رسم حوالي**4 دقائق , حيث** قام بالرسم جسم امرأة و عند سؤاله لماذا لم يرسم الرجل قال لي :" **تجيني صعيبة كون نرسم راجل** ", ثم عاد الى غرفته.

- تحليل رسم الحالة :

الحالة ع.ع:

الصورة الثانية: رسم الحالة ع.ع

تبلغ الحالة 47 سنة كان متواجد بمصلحة الاستعجالات للامراض العقلية من 16-04-2024 الى غاية 26-04-2024

قمنا بتطبيق اختبار رسم الشخص على الحالة في 16-04-2024 اين قام بالرسم في اعلى يسار الورقة ما يدل على رغبته في الهروب الى اللاواقع واللامبالاة والاندفاعية حيث كان الرسم غير واضح وبخط رفيع ورقيق وهو ما يظهر غالبا لدى الاشخاص الخجولين والمترددين، وايضا ما جعل محددات الجسم غير واضحة وبعض الاجزاء ضبابية بسبب وجود الخطوط الخفيفة، كما توجد اشكال مدببة وزوايا حادة والتي تدل على سمات العدوانية الموجودة في الرسم مما يتناقض مع دلالة الخط الرفيع (الخجل)

يعتبر الخط الرفيع دليل على الخجل، وهو يظهر كذلك عند الافراد المتوترين.

قامت الحالة برسم راس صغير مقارنة بالجسم وهذا يعتبر دلالة على الميولات الانطوائية والانعزال، الا ان هذا الراس كان بدون ملامح التي تمثل مركز التواصل فعن طريق الحواس نرى ونستمع ونتحدث فغيابها يشير الى احتمالية وجود صراعات في الجانب العلائقي وتجنب بناء العلاقات مع الاخريين، وغياب الملامح لا يسمح للاخصائي بمعرفة ما يخالج المفحوص ما قد يعكس شعور بالحذر والسطحية، الا ان وجود الانف في الوجه، والذي رسم مع خاصية الطول له دلالة عدوانية من جهة وباعتباره موضوعا قضيبيا على محاولة تاكيد على الجانب الجنسي الاستهامي (الذكوري) وهذا يتاكد من خلال نوعية الخط الواضح في رسم الشعر والتفاصيل التي اضيفت له مقارنة ببقية الرسم، اذ يعتبر تاكيدا لمؤشر العام للسعي وراء الرجولة.

اما بالنسبة للجذع فقد تم رسمه بطريقتين: فالجانب الايمن دائري الشكل فهو مرتبط اكثر بسمات انثوية، بينما الجانب الايسر ذو زوايا وهذا ما يجعله اكثر ذكورية، ما قد يدل على صراع في الهوية الجنسية وانفصام الشخص؛ كما يرتبط هذا الانقسام في الجذع مع الاختلاف في رسم الذراعين، اذ الذراع على اليمين نراها ممدودة ومبسوطة وهذه اشارة الى الرغبة في ربط العلاقة مع العالم الخارجي الا ان اليد اليمنى نلاحظها مرسومة بشكل مشوه (فاليد هي من تسمح بالامساك بالاشخاص) وهذا يدل على وجود تناقض بسبب الصراع في اقامة العلاقات وربطها، الا ان الحالة قامت بوضع خط يفصل هذه الذراع عن كما ان الذراع اليسرى

نراها غير ممدودة وقريبة من الجسم في وضعية دفاعية، وهذا دليل على التردد وعدم الرغبة في اقامة علاقات، بالاضافة الى ان اليد اليسرى تمتلك ستة اصابع ذات زوايا حادة مدببة الشكل وهذا يمتلك دلالة على العدوانية وهذا ما تم تاكيده عبر الاعراض العيادية (اضطرابات السلوك–اشعال الحرائق)

كما ان الرقبة التي تعتبر الرابط بين الحقل الفكري العقلاني (الراس) والحقل النزوي (الجسم) تم رسمها مائلة الى اليد التي تمتلك رمز العدوانية وهذا ما تثبته الحالة الانفعالية للمفحوص قبل تلقيه للعلاج الدوائي (هيجان– عدوانية نحو الاخر)

قامت الحالة برسم الثدي الذي يمتلك دلالتين: فالاولى ترمز الى عدم النضج العاطفي والنفسي الجنسي لدى الذكور، بينما الدلالة الثانية التي نجدها عبر الخط المنخفض المستعمل في رسم الثدي التي تحمل رمزية للصورة الامومية

بالاضافة الى ان الحالة قامت برسم تنورة تغطي الساقين وهذا يدل على رمزية للصورة الامومية كذلك، كما انه قام باظهار جزء السفلي من الساقين بطريقة ضعيفة ورسم القدمين باحذية: يترجم الرسم الضعيف للساقين الظاهرتين والقدمين بشعور عدم الامان النفسي والجسمي والصراعات التي تتعلق بتاكيد الذات والرابط مع العالم الخارجي كما يرمز كذلك الى الخوف من الفراغ، اضافة الى انه رسم الاقدام في حالة حركة (نحو اليمين) ما قد يدل على رغبة في التقدم نحو المستقبل الا ان راسه ملتفت نحو الماضي (الوراء)، دليل آخر على تناقضه وصراعاته.

3.1.5 – التقرير السيكولوجي للحالة (3) :

المعلومات الشخصية:

الاسم: ب.ع

الجنس: ذكر

السكن: وهران

السن: 42سنة

المستوى الدراسي: جامعي (ماستر تسويق)

عدد الاخوة: 2

المرتبة بين الاخوة: 1

مهنة الاب: متوفي

مهنة الام: ربة بيت

حالة المرضية في العائلة: لا يوجد

- أهم جوانب التاريخ النفسي و الاجتماعي :

الحالة (ب.ع)شاب من وهران يبلغ من عمر 42 سنة يعتبر اول في البيت من حيث ترتيب الاخوة له 2 أخوان أصغر منه ، الوالد متوفي ، اعزب المستوى المعيشي للعائلة لاباس به متحصل على شهادة ليسانس في العلوم التجارية حاليا بدون مهنة , تم استقباله في مصلحة الاستعجالات الامراض العقلية بتكليف من الشرطة و بطلب من العائلة لتكفل الطبي به بسبب اضطراب في السلوك من نوع : هيجان عدوان ونوبات عصبية نفسية والتي ادت الى الانهيار في الشخصية وفقدان قدرة على التفاعل بشكل طبيعي مع البيئة المحيطة وذلك بسبب توقف العلاج لمدة ثلاثة اشهر .

تعرض الحالة لحدث صادم وهو وفاة الوالد وتعرضه ايضا لحادث سنة 2015 اثناء تاديته للخدمة الوطنية حيث تعرض لطلق ناري من طرف مجموعة ارهابية ادت الى اصابته على مستوى اليد حيث سردت الحالة انه تعرض للظلم واضطهاد من طرف المسؤولين في الجيش حيث تم تصريحه بدون اي تعويض، وبعد خروجه من الجيش بدا العمل في تسويق السيارات ثم توقف عن العمل لمدة ثلاثة سنوات.

كان اول تواصل مع مصلحة الامراض العقلية 2022 حيث تم ذخوله للمصلحة الاستشفائية بسبب ظهور بعد الاعراض وهو في سن 32 سنة حيث كانت تظهر عليه اعراض العزلة ويتكلم مع نفسه مع عدم القدرة على النوم وممارسة بعض السلوكات الغريبة حسب ماصرح به أحد افراد العائلة.

بقي في المصحة لمدة 10 ايام تحت الدواء olanzapine، tegretol, nozinan، lysanxia.

حيث استقرت حالته بعد ذلك باخذه بانتظام للدواء وتحسنت حالته بشكل جيد، الا ان الحالة توقف عن أخذ الدواء لمدة 3 أشهر الاخيرة مما ادى الى حدوث الانتكاسة مما جعله غير مستقر وعدواني وعصبي لكن هذه المرة اتجاه عائلته.

- فحص الهيئة العقلية :

الاستعداد والسلوك العام:

ب.ع ذا قامة متوسطة ذو بنية جسمية ضعيفة بني البشرة ذو عينان بنيتان ونمو الجسمي لا يناسب مع سنه، تظهر عليه ملامح الغضب ونظرات جائرة لباس نظيف ومرتب من خلال الملاحظة ويعاني من القلق والهذيان والهلاوس (راني نسمع مرا تهدر معايا)

النشاط العقلي:

يتكلم ب.ع باللغة سهلة وبسيطة ومفهومة واضحة ويفهم اسئلة واجابات منتظمة دائما متبوعة بهذيان الاضطهادي نحو الام كالية دفاعية بديهية (ما متبغينيش تبغيلي غير الشر)، باضافة الى هلاوسات لفظية صوتية.

المزاج والعاطفة:

المزاج:

لديه نوع من الحزن والقلق الظاهر على الوجهه وهو سريع غضب والعدوان والاحباط.

العاطفة:

لديه احساس بكره اتجاه امه وأنها لا تحبه.

ولديه احساس بالحزن والظلم الدائم وهذا ما يترجم في الهذيانات الاضطهادية.

محتوى التفكير:

لديه افكار سلبية نحو عائلته وخصوصا امه

وجود هلاوس سمعية.

القدرة العقلية:

التوجيه المكاني والزماني معرفة جيدة ينسب بعض الاحدات

الحكم والاستبصار:

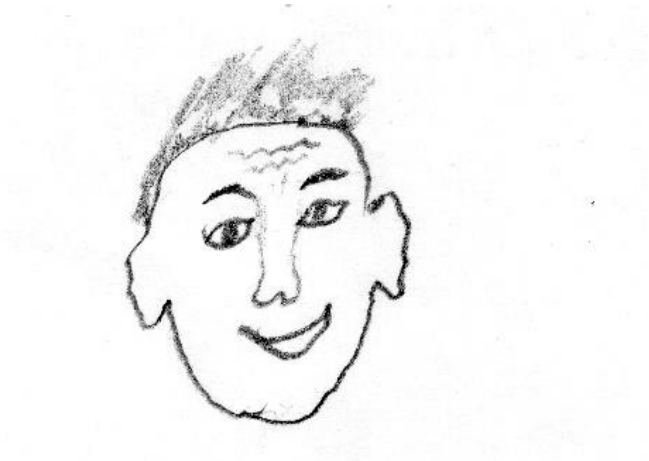
غير واعي بالموقف الذي يعيشه وهو لا ينسب المرض الى نفسه بالاستعمال الية الدفاعية (الانكار)

- محتوى سير الحصة الثالثة 03:

بعد المقابلة الفردية مع حالة في اليوم الموالي بتاريخ **2024/03/06** قمنا بالدخول عند الحالة في غرفته الحالة **ب.ع** التقينا به وشرحنا له اننا سنجري معه اختبار الرسم الرجل وشرحنا له الاختبار حيث فهم الاختبار بسهولة وقال : " **نعم و جلس ووضع رجل فوق رجل " قدمنا له ورقة وقلم الرصاص و ممحاة** , كان الحالة هادئ و يتكلم بهدوء وبالصوت منخفض حيث كان مركزا مع رسم و يقوم بالتذخين ,كانت الساعة تشير الى 09:00 صباحا , قام بالرسم وهو جالس وكان يرسم بهدوء تام ومركز مع الرسم حيث استغرق في رسم حوالي**10 دقائق ,** قام بالرسم راس فقط لكن بتفاصيل واضحة قمنا بسؤاله هل انتهيت قال : نعم طرحنا عليه سؤال مجددا هل هذا انت اجاب : "نعم هذا انا", ثم نهض وخرج الى ساحة بطابق الاول .

- تحليل الرسم:

الحالة ب.ع:



الصورة الثالثة: رسم الحالة ب.ع

تبلغ الحالة 42 سنة كان متواجد بمصلحة الاستعجالات للامراض العقلية من 05-03-2024 الى غاية 14-03-2024

قمنا بتطبيق اختبار رسم الشخص على الحالة في 06-03-2024 اين قام بالرسم في اعلى منتصف الورقة وهذا ما يدل على الجانب "الخيالي" للحالة

كما انه قام برسم وجه فقط بدون جسم، وحسب دليل Machover فهذا يعتبر امرا عاديا نظرا لكون الوجه ينوب على كامل الجسم كما ورد في الصفحة 42 من الدليل، كما كان حجم الرسم وحدوده صغيرة وهذا ما يدل على مستوى طاقة منخفض وانا ضعيف (ego amoindri) وهذا ما جعل الرسم يتميز بسمات بسيطة وبدائية دون ان يعدل في مسار الرسم.

استعمل خط سميك في الرسم اذ ان المواضيع الفصامية (sujet) تتميز بهذه الخاصية التي تستعمل كحاجز بينهم وبين البيئة لصد تاثير البيئة وحماية محتويات الجسم بشكل امن.

كما رسم الوجه بشكل بارز وهذا تعويض خيالي لضعف تاكيد الذات من خلال صورة الذات التي تترجم عبر العدوانية والهيمنة الاجتماعية، وكذلك التركيز على ملامح الوجه يدل على الانشغال التوحدي والنرجسي (الاولي).

كما نلاحظ ان الشعر مظلل بكثافة وذو شكل سيء في رسمه، وهذا يدل على وجود صراع رجولي "قد" يمتد الى سلوك منحرف جنسيا، وهذا أكده كذلك رسم الذقن الذي يدل على محاولة اظهار الرجولة، اما الحاجب فقد رسم مرفوعا نحو الاعلى فيعبر هذا عن الغطرسة والازدراء او التساؤل وموقف نقدي اتجاه الافراد.

تم رسم العين بوضوح وتركيز أكثر ، فباعتبارها نافذة الروح وتلعب ايضا دورا في تحذير الفرد من العناصر المهددة والخطيرة في بيئته، حيث اعطاها اهمية كبيرة في رسمه وهذا ما يدل على كونه شديد الانتباه لكل التفاصيل حوله، كما يمكن ان تنشا افكار تتميز بالخوف من التفاعل مع الافراد نتيجة اسقاط العدائية على الافراد في العالم الخارجي.

كما نلاحظ وجود النظرة الثاقبة التي لديها وظيفة الاداة الاجتماعية العدوانية، أكثر من كونها تجربة بصرية جمالية، كما تعني ايضا الشر او السيطرة او القوة؛ كما انه رسم العين بطريقة ذاكنة وهذا الابراز يبرر سلوكه العدائي نظرا لكون التحليل ينص على ان العين الداكنة ترمز الى صورة العداء والشك، كما ان هذا الشك قد ظهر اثناء الرسم نظرا لموقفه المشكك في جودة رسمه.

تعتبر الأذن الجزء المخصص للتعامل مع الصراع، اذ تم رسمها بطريقة كبيرة مما يدل على الحساسية نحو النقد/او الراي الاجتماعي وهذا ما تم تاكيده اثناء اجراء الرسم (نكمل؟) – (رسمت غاية؟) أو رغبة في التنصت والفضول. كما نلاحظ تشوه رسم الاذن وهذا يحمل دلالة على كثافة التجربة السمعية التي تعكسها وقد ترجم هذا التحليل عياديا عبر الهلاوس السمعية. (نسمع مرا تهدر معايا)

بالاضافة الى ان رسم الانف تم الاشارة فيه الى فتحاته وهو ما يعتبر تاكيد على العدوان.

اما الفم فقد رسمه مفتوحا وهذا دليل على الموقف السلبي الذي يستقبل فقط، كما انه رسمه اشبه بابتاسمة المهرج (ضاحك نحو الاعلى) وهذا دليل على محاولة الحصول على الموافقة.

لقد رسمت الحالة الراس فقط/ مع غياب باقي الجسم، فحسب الدليل الخاص ب Machover قد يكون هذا امرا طبيعيا، الا ان التشويه الذي نراه على مستوى الاذن الناتج عن العدائية يفرض وجود تشوه لصورة الجسم نتيجة تاثير هذه الاخيرة.

4.1.5 – التقرير السيكولوجي للحالة (4):

المعلومات الشخصية:

الاسم: ز.أ

الجنس: انثى

السكن: معسكر

السن: 33سنة

المستوى الدراسي: بدون معطيات

عدد الاخوة: بدون معطيات

المرتبة بين الاخوة: بدون معطيات

مهنة الاب: بدون معطيات

مهنة الام: لا تعمل

حالة المرضية في العائلة: الام شخصت بتخلف عقلي

مكان الفحص: مصلحة الاستعجالات الامراض العقلية

تاريخ الفحص:07-05-2024

- أهم جوانب التاريخ النفسي و الاجتماعي :

الحالة (ز.أ) شابة من معسكر تبلغ من عمر 33سنة عزباء بدون مهنة جاءت الى المصلحة في المرة الاولى هي وامها تريد ذخول الى المصلحة ولعدم وجود اوراق ولاستقرار الحالة لم تدخل للمرة اولى وهذا ما جعلها تذهب وتعود للمرة الثانية مع والدتها مجددا لكن رفقة الشرطة وذلك من اجل تكفل الطبي وبسبب اضطراب في السلوك من نوع اخلال بنظام العام وتعرفي في الاماكن العمومية هي وامها.

الحالة عند المقابلة كانت تقوم بحركات نمطية وتعابير الوجه غير معبرة كانت التواصل مع الحالة جد صعب ولم تظهر اي اعراض الهذيانات لكن لديها الهلاوس بصرية.

تم وضع الحالة في المصحة من اجل العلاج الدوائي حيث تم وضعها تحت دواء من نوع , risperidone nozinan

- فحص الهيئة العقلية :

الاستعداد والسلوك العام:

ز.أ ذات قامة قصيرة ذو بنية جسمية عادية بيضاء البشرة ذو عينان بنيتان ونمو الجسمي يتناسب مع سنها، تظهر عليه ملامح غير معبرة ولباس مهمل وغير مرتب من خلال الملاحظة وتعاني من القلق.

النشاط العقلي:

تتكلم ز.أ باللغة مفهومة نوعا ما وواضحة قليلا وبصوت منخفض وتفهم اسئلة واجابات غير منتظمة. ومتبوعة دائما بهلوسات بصرية.

المزاج والعاطفة:

المزاج:

لديها نوع من الفراغ العاطفي والقلق والعدوانية الظاهرة على الوجه وهي سريعة هيجان والاحباط.

العاطفة:

ولديها احساس بالفراغ العاطفي.

محتوى التفكير:

وجود هلاوس بصرية.

القدرة العقلية:

ليس لديها توجيه مكاني وزماني لا تنسب بعض الاحدات

الحكم والاستبصار:

غير واعية بالموقف الذي تعيشه وهي لا تنسب المرض الى نفسها ولا تنتقد سلوكاتها وتصرفاتها.

- محتوى سير الحصة الرابعة 04 :

بعد المقابلة الفردية مع حالة ز.أ في اليوم الموالي بتاريخ **2024/05/08** قمنا بالدخول عند الحالة في الغرفة المخصصة للنساء بالمصلحة المتواجد بطابق الاول ,كانت الحالة ز.أ هادئة و متعاونة التقينا بها وشرحنا لها اننا سنجري معها اختبار الرسم الرجل وشرحنا لها الاختبار حيث فهم الاختبار بسهولة ولم تتكلم **قدمنا لها ورقة وقلم الرصاص و ممحاة** , كان الحالة هادئة و لاتتكلم به حيث اخدت كل

وقتها في الرسم,كانت الساعة تشير الى **10:10** صباحا , قامت بالرسم وهي جالسة على سريرها لم تكن ظاهرة عليها ملامح القلق وكانت ترسم بهدوء تام حيث استغرقت في رسم حوالي**9 دقائق** , قامت بالرسم جسم عبارة عن شبح بتفاصيل واضحة قمنا بسؤالها هل انتهيت قال : نعم طرحنا عليها سؤال مجددا هل هذا انت اجاب : "**واه**", ثم استلقت في مكانها و لم ترد الحديث.

- تحليل الرسم :

الحالة ز.أ:

الصورة الرابعة: رسم الحالة ز.أ

تبلغ الحالة 33 سنة كانت متواجدة بمصلحة الاستعجالات للامراض العقلية من 07-05-2024 الى غاية 16-05-2024. قمنا بتطبيق اختبار رسم الشخص على الحالة في 08-05-2024.

تموضع الرسم في وسط الورقة مائل الى اليمين والى الاعلى فحسب Royer فيدل هذا على الخيال، والتفكير، والحركة المحدودة، والخجل، وكذلك الحاضر.

يشير Machover الى ان تواجد الجسم عل اليمين يشير الى الانطوائية.

يعد حجم ومكان الشكل على الورقة عامل اقل عرضة للتحكم في الوعي كما نلاحظ حجم الرسم الكبير وهذا دال على تقدير عالي للذات يعتمد على الخيال ونلاحظ طفو في الفراغ (بسبب غياب الأرجل) مما يعكس هذا النوع من الاسقاط في الموضوع وانخفاض مستوى الطاقة وانعدام الامان الاساسي.

اما بالنسبة للخط، فقد استعملت الحالة خط سميك وعريض وهذا ما يدل على وجود صراعات حادة متعلقة بالرغبة في الانسحاب وايضا كحاجز بينها وبين البيئة وهذا الخط يعبر عن محاولة حماية محتويات الجسم بطريقة امنة.

اما بخصوص الشعر فهو مرسوم بطريقة شائكة غير متناسقة وهذا يدل على الشخصية النكوصية، كما ان حجم الراس كبير وهذا ما يرمز الى تضخم الانا.

تم رسم الحاجبين مرفوعين وهذا يدل على التساؤل، بمعنى موقف نقدي أو فضولي اتجاه الافراد

اما بالنسبة الى تعبيرات الوجه التي تعكس الانشغال التوحدي النرجسي مع الحجم الكبير والميولات نحو الحركة المتوقفة والمسدودة، وهذا من اجل تعزيز الطابع الخيالي للتمركز الاناني لدى الموضوع (égotique–moïque) ففي هذه الاشكال ذات الحركة المتوقفة يكون الدافع الخيالي للحركة ملحا، لكن الشكل يبقى اسيرا لمحور النرجسية واستعراضه(exhibitionnisme)، مما يؤدي غالبا الى وضع ثابت يتناقض بشكل كبير مع وضوح الحركة الداخلية.

رسمت العينين بحجم غير متناسق فنلاحظ العينين مع بؤبؤ ينظر بطريقة مراقبة، ونلاحظ العين اليسرى صغيرة، وهذا يعكس نقص التمييز والعاطفة السطحية، اما نظرة الرسم التي تبدوا وكانها تراقب او تشك تدل على النزوة البصرية التي تهدف الى مراقبة الاخر او الحذر منهم.

كما رسمت الحالة الانف كخط عمودي مع وجود فتحتين حيث يرمز استعمال الخط الطويل في رسم الانف الى وجود قلق الخصاء، ورسم الفتحتين يرمز الى العدائية، ويظهر هذا من خلال علاقة الحالة مع امها حيث تتحكم بها باستخدام موقف عدائي (الامر) بغرض الحصول على مكانتها.

اما الفم رسم بطريقة واضحة مع وجود اسنان وهذا مؤشر على وجود العدوان الفموي في مرحلة الطفولة وهذا ما يظهر عند المرضى المصابين بالفصام، كما نلاحظ انه توجد اسنان بداخل هذا الفم منطبقة (مغلقة) باحكام وهذا راجع الى شدة الضغط (tension) الداخلي في الجهاز النفس.

اما غياب الرقبة يرمز الى غياب الجزء الذي يربط بين الحقل العقلاني (الراس) والحقل النزوي (الجسم)

كذلك الذراعين نراهم مفتوحتين مع تشديد على نوعية الخط، وهذا يشير الى الشعور بالذنب اتجاه الدوافع العدوانية او النشاط الانغماسي.

اما بالنسبة الى اليدين فقد رسمتهم بزوايا حادة ومدببة وهذا دليل على سمات العدائية.

تم رسم شكل الجذع بشكل طفل الضفدع او شكل خيالي يشبه الشبح (Casper) (غياب الساقين والقدمين) وهذه الطريقة الغير حقيقية تدل على حالة نكوص او حالة بدائية (primitif) او وجود اختلال (désorganisations).

غياب الساقين اللتان تسمحان بالتوازن وربط العلاقة بالواقع، اذ أن شكل الشبح رسم بتموج وهذا يرمز الى عدم الاستقرار والشعور بعدم الوجود فالجسم يبدوا وكأنه طائر في الهواء وهذا ما يظهر في متلازمة تبدد الشخصية.

5.1.5 – التقرير السيكولوجي للحالة (5) :

المعلومات الشخصية:

الاسم: ب.ح.ع

الجنس: ذكر

السكن: وهران

السن:40سنة

المستوى الدراسي: ثانية متوسط

عدد الاخوة: 10 / 7ذكور –3 اناث

المرتبة بين الاخوة: 10

–الأب : متوفى

–**الأم** : على قيد الحياة تبلغ من العمر 80 عامًا وتعاني من متلازمة الشيخوخة البكرية

–الإخوة : هو الأصغر في عائلة تتكون من 10 أشخاص، 7 ذكور و3 إناث

–عدم القرابة الزوجية : لا

–المادة الادمانية : لا توجد مشاكل تذكر

–الاتصال السابق بطبيب نفساني : في عام 1999 عندما كان عمره 15 عامًا

–هذا دخوله الثاني للمستشفى

مكان الفحص: مصلحة الاستعجالات الامراض العقلية

تاريخ الدخول: 07-03-2024

- أهم جوانب التاريخ النفسي و الاجتماعي :

الحالة (ب.ح.ع) شاب من وهران يبلغ من عمر 40سنة أعزب بدون مهنة جاء الى المصلحة بطلب تكليف من الشرطة وبطلب من العائلة بسبب اضطراب في السلوك من نوع الفرار من البيت وسلوك الحرق.

حسب تاريخ الاحلة وحسب ما صرح به افراد عائلته ان الحالة ولد بولادة قيصرية وكان نموه النفسي الحركي طبيعيي جدا وانه تمدرسة في السن العادي مثل كل اقرانه وان تحصيله الدراسي كان العادي حتى توقفه عن الدراسة في طور المتوسط لم يحصل الحالة على أي تدريب ولم يعمل أبدًا وكان يُصف بأنه لطيف وهادئ قبل بدء الأعراض.

يعود بداية الاضطراب إلى عام 1999 عندما كان عمره 15 عامًا، حيث بدأ الاضطراب التدريجي في السلوك. كان المريض يقول إنه يرى صورًا وكان يخاف من الوقوع في النار، وكان يتحدث بمفرده، مما دفع عائلته إلى تنظيم علاجات روحية له لكن دون جدوى.

بعد ذلك، استشار الحاله طبيبًا نفسيًا خاصًا وتم وضعه تحت علاج غير موثق.

في عام 2019، تم إدخال المريض إلى المستشفى EHS Sidi Chahmi بسبب توقف في العلاج، وخرج منه بحالة مستقرة تحت العلاجRisperdone ، Nozinan، Depakine، .Parkinane

يبدو أن الحالة (ب.ح.ع) الحالية تعود إلى شهر سبتمبر، حيث أصبح المريض قلقًا وكان يقضي أيامه في الخارج، حتى هروبه قبل أسبوع على الرغم من التزامه الجيد بالعلاج حسب قول العائلة.

واثناء الفحص الجسمي والعقلي للحالة كان المريض واعٍ ومتعاون وكان بقية الفحص طبيعي.

- فحص الهيئة العقلية :

الاستعداد والسلوك العام:

ب.ح.ع ذات قامة متوسطة ذو بنية جسمية عادية اسمر البشرة ذو عينان بنيتان ونمو الجسمي يتناسب مع سنه، تظهر عليه ملامح القلق ولباس مهمل وغير مرتب من خلال الملاحظة ويعاني من القلق

النشاط العقلي:

التواصل صعب، واللغة غير واضحة ويتم التحدث بالصوت منخفض.

المزاج والعاطفة:

المزاج:

لديه نوع من القلق الظاهر على الوجه وهو سريع الاحباط.

العاطفة:

لديه احساس

ولديه احساس بظلم.

محتوى التفكير:

لديه افكار سلبية وهذيانات اضطهادية

وجود هلاوس سمعية.

القدرة العقلية:

لا يوجد التوجه المكاني والزماني ولا ينسب بعض الاحداث

الحكم والاستبصار:

غير واعي بالموقف الذي يعيشه وهو غير مستقر من الناحية الحركية ولاينتقد سلوكاته وتصرفاته.

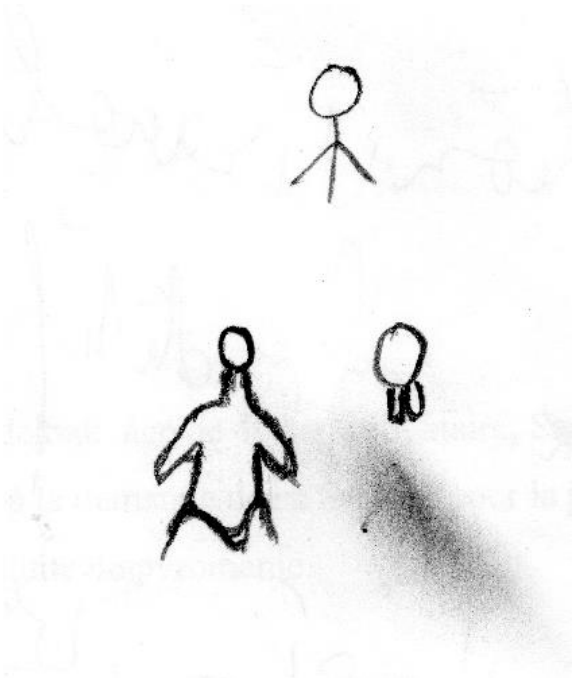
- محتوى سير الحصة الخامسة 05 :

بعد المقابلة الفردية مع حالة ب.م.ع بتاريخ **2024/03/13** قمنا بالاستدعاء الحالة في فناء المصلحة المتواجد بطابق الاول، كان الحالة **ب.م.ع** قلق جدا التقينا به بعد ما تم اخراجه من طرف الممرض شرحنا له اننا سنجري معه اختبار الرسم الرجل وشرحنا له الاختبار حيث فهم بصعوبة الاختبار وقال: " **نحاول نرسم في شحال ما رسمتش**"، كان الحالة قلق ومحتوى كلامه مصحوب بالهذيان اضطهادية ويتكلم بالوضوح وبالصوت مسموع حيث كان مركزا مع رسم ويقوم بالتذخين

مثل أصحابه، **توقف الحالة وبدا بالبكاء عندما سئلناه قال لم أستطع رسم نفسي حاول ان يمحي جزءا من الرسم بالاصبعه بالرغم من تقديم له الممحاة بعد ذلك واصل الرسم مجددا حيث** كانت الساعة تشير الى **13:30** زوالا، قام بالرسم وهو واقف وكان يرسم ويتكلم ومركزا في رسم حيث استغرق في رسم حوالي17 **دقيقة**، قام بالرسم لكن بتفاصيل غير واضحة قمنا بسؤاله هل انتهيت قال: نعم طرحنا عليه سؤال مجددا هل هذا انت اجاب: "**نعم هذا انا وسمحولي معرفتش نرسم روحي مليح**", ثم نهض وعاد الى غرفته.

- تحليل الرسم:

الحالة ب.ح.ع:



الصورة الخامسة: رسم الحالة ب.ح.ع

تبلغ الحالة 40 سنة من العمر، كانت متواجدة بمصلحة الاستعجالات للامراض العقلية من 07-03-2024 الى غاية 17-03-2024.

قمنا بتطبيق اختبار رسم الشخص على الحالة في 13-03-2024.

قامت الحالة بالرسم في اعلى وسط الورقة، فحسب Royer هذا يدل على الخيال.

قامت الحالة برسم أربع (04) اشكال كلها تعبر عنه باعتبارها جسدا واحدا وهذا ما يرمز الى الاسقاط الخاص به حول صورة جسمه.

ففي الشكل الاول كان الخط رفيعا وهو ما يظهر غالبا لدى الاشخاص الخجولين والمترددين، بينما يرمز الحجم الصغير الى النكوص واللامبلاة وهذا يترجم ضعف الطاقة وضعف الانا(Ego Amoindri).

أما في الشكل الثاني قام برسم "تفاحة آدم" وهذا رمز الى الرغبة القوية في فرض الجانب الرجولي.

كما انه قام بمحي الشكل الثالث(annulation)؛ ثم قام بربط تفاحة ادم مع جسمه وهذا يرمز حسب Machover الى وجود صراع، فنظرا لكون الوضعية الخاصة بالاختبار تفرض عمل او اعداد نفسي (élaboration) لمحتوى اسقاطي من اجل ترميزه، فلم تستطع الحالة الربط بين الحقل العقلاني (الراس) و الحقل النزوي (الجسم) من اجل التحكم في الاثارة excitations وهذا ما يؤكده التفريغ النزوي الغير متحكم به (البكاء) اثناء عجزه عن الرسم.

لم يتمكن في رسم شخص ففككه الى أربعة أجزاء، واعاد هذا الاختبار تفعيل صراعات لا شعورية حول توحيد جسمه: نلاحظ ان الشكل في عموميته غير متناسق وهذا يشير الى وجود صراع عاطفي لدى الحالة وهذا ما يؤكده سلوكه العام الذي يتميز بالمظاهر العيادية الاتية: القلق – الهيجان – واضطرابات في السلوك.

اما الشكل ارابع فقد رسم نفسه كجسم شبه كامل، باستعمال خط سميك اذ ان المواضيع الفصامية (sujet) تتميز بهذه الخاصية التي تستعمل كحاجز بينهم وبين البيئة لصد تاثيرها وحماية محتويات الجسم بشكل امن.

كما تميز الشكل بحجم راس صغير مقارنة بباقي الاشكال، وهذا يدل على الانطوائية نحو الذات.

كما ان ملامح الوجه غائبة تماما وباعتبارها تقوم بالوظيفة التعبيرية ومركز مهم للتواصل، وهذا الغياب يدل على الانفصال عن العالم الواقعي ونستشهد عل هذا بوضعية الحالة اثناء اجراء فحص الهيئة العقلية (تواصل صعب جدا، خطاب شبه واضح وصوت منخفضة – عدم توازن على المستوى النفسي الحركي – وعدم وعي تام بالمشكلة الشخصية). نلاحظ وجود الرقبة في هذا الشكل، فباعتبارها الجزء الذي يربط بين الحقل النزوي والحقل العقلاني، فهذا الربط تطلب وجود نوعية من الحواجز بينه وبين البيئة لصد تاثيرها وحماية محتويات الجسم بشكل امن هذا ما يدل عليه الخط السميك.

اما بالنسبة للكتفين نراهم غير متناسقين فالكتف الايمن جد قصير وشبه غائب، بينما الايسر واضح، وهذا يعتبر نوعا من انواع عدم الكفاية البدنية التي تدل على وجود اضطراب عاطفي.

والذراعين نراهما متدليتين وضعيفتين وقصيرتين وهذا يدل على عدم الرغبة في المشاركة والتفاعل وتكون مؤشرا على الحالة النفسية او الجسمية، كما ان هذين الذراعين المتدليتين ترتبط بالحالة العاطفية للشخص، ونلاحظ غياب الايدي والتي تعتبر الرابط للعلاقة مع العالم الخارجي، (اللمس الاكل العنف.....)

كما نلاحظ في الجذع وجود زوايا حادة وهذا يدل على وجود نوع من العدوانية.

نرى ان الساقين قصيرتين جدا مقارنة بالجذع وهذا دليل على نقص الدينامكية حسب روير Royer 1977 مصحوب بغياب القدمين التي تسمح بالتوزان وايضا تسمح ببناء رابط مع الواقع.

6.1.5 – التقرير السيكولوجي للحالة (6):

المعلومات الشخصية:

الاسم: ب.م.ا

الجنس: ذكر

السكن: خميس مليانة عين الدفلى، جندل

السن: 29

المستوى الدراسي: لا يوجد معطيات

عدد الاخوة: غير مذكور

المرتبة بين الاخوة: لا توجد معطيات

مهنة الاب: متوفي

مهنة الام: متوفية

مكان الفحص: مصلحة الاستعجالات الامراض العقلية

تاريخ الفحص :2024/04/29

- أهم جوانب التاريخ النفسي و الاجتماعي :

الحالة (ب.م.ا) شاب من عين الدفلى يبلغ من عمر 29سنة تم قدومه الى المصلحة بطلب من الشرطة بسبب اضطراب في السلوع من النوع الهيجان والتعري في اماكن العامة والعدائية والموجهة نحو المواطنين في المقهى.

ولنقص المعلومات حول الحالة لم نعرف ان كانت توجد لدى الحالة سوابق مرضية في العائلة او حول بداية مرضه كل ما لوحظ في المقابلة العيادية مع الاطباء الامراض العقلية يعود وقائع الوضعية الحالية لمدة اسبوع تقريبا حيث تم ابلاغ مصالح الامن من خلال تواصل المواطنين بهم , كان يقوم الحالة امام المقهى طيلة اسبوع بالتعري و كسر طاولات و حيث صرح ان احد اشخاص قام بهتك شرف اخته و كلما اتت الشرطة يلوذ بالفرار حيث في الاونة الاخير قام بالتجرد من ملابسه .وهنا تم القبض عليه وتحويله الى المصلحة .

اثناء المقابلة صرح الحالة انه كان يقوم باخد : halodol/40-40-40 و nozinan 100 في المساء و هذا كان منذ اعوام والان لا ياخد اي شيء .كانت تظهر اعراض القلق اثناء المقابلة وهذيانات اضطهادية و السحر وعدم الشفاء حيث كان حذر والانتباه و التركيز كان لديه ضعيفان وايضا كانت لديه متلازمة التاتير (syndrome infleunce) كما لوحظ بعد الندبات على مستوى البطن و ايضا في اليد اليسري وهذه الجروح سببها هو لنفسه .

الحالة لم يكن مستقر اثناء وصوله الى المصلحة.

- فحص الهيئة العقلية:

الاستعداد و السلوك العام:

ب.م.أ ذا قامة متوسطة ذو بنية جسمية متوسطة بني البشرة ذو عينان بنيتان ونمو الجسمي لا يناسب مع سنه، تظهر عليه ملامح القلق والعدوانية ونظرات جائرة لباس مهل وغير مرتب من خلال الملاحظة يعاني من بعض آثار جروح في يداليسرى والبطن نتيجة العدوان نحو ذات.

النشاط العقلي:

يتكلم ب.م.أ باللغة سهلة وبسيطة ومفهومة واضحة ومسموع وتواصل متعسر يفهم الاسئلة.

المزاج والعاطفة:

المزاج:

لديه نوع من العدوانية وهو سريع غضب والعدوان والاحباط.

العاطفة:

لديه احساس بالكره ضد الاخرين.

ولديه احساس بالظلم.

محتوى التفكير:

لديه افكار سلبية نحو نفسه ونحو الاخرين.

القدرة العقلية:

التوجيه المكاني والزماني معرفة جيدة لا ينسب بعض الاحدات

الحكم والاستبصار:

غيرواعي بالموقف الذي يعيشه وهو منكر لمرضه

- محتوى سير الحصة السادسة 06:

بعد المقابلة الفردية مع حالة ب.م.ا في اليوم الموالي بتاريخ **2024/05/07** قمنا بالاستدعاء الحالة في فناء المصلحة المتواجد بطابق الاول ,كان الحالة **ب.م.ا** هادئ و متعاون التقينا به وشرحنا له اننا سنجري معه اختبار الرسم الرجل وشرحنا له الاختبار حيث فهم الاختبار بسهولة وقال : " **ايه ني فاهم ني نبغي نرسم " قدمنا له ورقة وقلم الرصاص و ممحاة** , كان الحالة هادئ و يتكلم بهدوء وبالصوت مسموع حيث كان مركزا مع رسم و يقوم بالتذخين ,كانت الساعة تشير الى **11:30** صباحا , قام بالرسم وهو جالس وكان يرسم بهدوء تام ومركزا في رسم تفاصيل وجهه حيث استغرق في رسم حوالي**13 دقيقة ,** قام بالرسم راس فقط لكن بتفاصيل واضحة قمنا بسؤاله هل انتهيت قال : نعم طرحنا عليه سؤال مجددا هل هذا انت اجاب : "**نعم هذا انا شباب و عجبكم**", ثم نهض وعاد الى غرفته.

تحليل الرسم:

الحالة ب.م.أ

الصورة السادسة: رسم الحالة ب.م.أ

تبلغ الحالة 29 سنة كانت متواجدة بمصلحة الاستعجالات للامراض العقلية من 29-04-2024 الى غاية 10-05-2024

قمنا بتطبيق اختبار رسم الشخص على الحالة في 07-05-2024.

تموضع الرسم يمين الورقة فحسب Royer فيدل هذا على الخيال، والحركة المحدودة، والخجل، كما يشير Machover الى ان تواجد الجسم على اليمين يشير الى الانطوائية، وتم رسم الشكل بحجم كبير وهذا دليل على الشعور بالدونية وعدم الاهمية.

رسمت الحالة الشعر على شكل شارب وهذا مؤشر على محاولاته لتاكيد رجولته، حيث ان المعنى الرمزي للشعر هو الجنسية الرجولية.

رسمت الحالة الوجه بمبالغة كبيرة وهذا يعكس الاستثمار المفرط وتعزيزها لسمات الوجه لتعويض عدم الكفاءة وضعف تأكيد الذات.

من خلال الصورة التي رسمها لنفسه تدل على انه عدواني مسيطر وهذا ما تم تأكيده عبر السلوكات التي اظهرتها الحالة.

كما يشير الحاجب المرفوع من جهة والمنخفض من جهة اخرى الى التساؤل والشك ورسمت العين بخط سميك وداكن وبطريقة مبالغ فيها وهذا يؤكد على وجود العدائية والشك فحسب دليل Machover فان هذه العين تترجم العدوانية الناتجة عن الهذيانات الاضطهادية.

بالإضافة الى ان الانف مع رمزيته القضيبية قد رسم بشكل كبير وهذا ما يدل على محاولة تأكيد الجانب الجنسي الذكوري، والاشارة الى فتحتي الانف التي تدل على العدوانية.

ركزت الحالة على رسم الفم بطريقة ترتبط مع نوبات الغضب واستعمال اللغة البذيئة وهذا ما اكده سلوكها عياديا، بالاضافة الى ان ظهور الاسنان بداخل الفم يعتبر دليلا على العدوان الفموي في مرحلة الطفولة، كما ان الفم رسم مفتوحا وبطريقة سلبية وهذا نظرا للموقف الاستقبالي الذي تمتلكه الحالة (تلقي الرعاية).

7.1.5 – التقرير السيكولوجي للحالة (7) :

المعلومات الشخصية:

الاسم: ه.ك

الجنس: ذكر

السكن: وهران

السن: 37سنة

المستوى الدراسي: ثانوي

عدد الاخوة: 3

المرتبة بين الاخوة: 1

مهنة الاب: متوفي

مهنة الام: متوفى

حالة المرضية في العائلة: الام شخصت بذهان

ماكن الفحص: مصلحة الاستعجالات الامراض العقلية

تاريخ الفحص:30-04-2024

- أهم جوانب التاريخ النفسي و الاجتماعي :

الحالة (ك.ه) شاب من وهران يبلغ من عمر 37سنة أعزب بدون مهنة جاء بطلب من العائلة من اجل التكفل الطبي بسبب الاضطرابات في السلوك من نوع الهيجان، اخلال بنظام العام وعدم اتباعه للدواء والعلاج وايضا تعاطي المخدرات.

بدا الاضطراب يظهر لدى الحالة سنة 2015 في سن 28 سنة بعد وفاة والدته بدات تظهر لديه بعض العدوانية ضد عائلته واقربائه حيث قال:" راهم باغيين يضروني ويضربوني ". وهنا كان اول تواصل مع مصلحة الامراض العقلية سنة 2015 حيث بقي بنفس الافكار وعدائية الى سنة 2021 حيث توقفة الحالة عن أخذ الدواء وهنا كان التواصل الثاني للحالة مع المصلحة سنة 2022 وذلك بسبب تعاطيه القنب الهندي وتوقف النهائي عن أخذ الدواء، وبعد دخوله الى المصلحة عرف تحسنا ملحوظا حيث استقرت حالته بالدواء: nozinon, laroxyl, risperidone,

الحالة ه.ك في هذه الاونة الاخيرة المقدرة ب 14 يوم أصبح عدواني ويمارس السلوكات العدوانية على الاخير واصبحت تظهر عليه نوبات عصبية تتمثل في التكسير هذا ما حفز عائلته للاستشارة مجددا.

عند وصول الحالة لم تظهر عليه اعراض الهذيان ولا هلاوس لكن كان لديه نوع من الهيجان بسبب التعاطي والحاقه الضرر بالمواطنين.

- فحص الهيئة العقلية :

الاستعداد والسلوك العام:

هـ.ك ذا قامة طويلة ذو بنية جسمية عادية بني البشرة ذو عينان بنيتان ونمو الجسمي يناسب مع سنه، تظهر عليه ملامح الهيجان والعدوان لباس نظيف ومرتب من خلال الملاحظة ويعاني من الغضب والقلق

النشاط العقلي:

يتكلم هـ.ك باللغة سهلة وبسيطة ومفهومة واضحة ويفهم اسئلة واجابات منتظمة ومتماسكة. ومتبوعة دائما بتساؤلات حول خروجه من المصلحة.

المزاج والعاطفة:

المزاج:

لديه نوع من الغضب والعدوانية الظاهر على الوجهه وهو سريع هيجان والاحباط.

العاطفة:

لديه احساس بكره اتجاه الاخرين.

ولديه احساس بالظلم.

محتوى التفكير:

لديه افكار سلبية نحو الغير وخصوصا افراد عائلته

وجود هلاوس سمعية.

القدرة العقلية:

التوجيه المكاني والزماني معرفة جيدة ينسب بعض الاحدات

الحكم والاستبصار:

غير واعي بالموقف الذي يعيشه وهو لا ينسب المرض الى نفسه ولاينتقد سلوكاته وتصرفاته.

- سير محتوى الحصة السابعة07 :

بعد المقابلة الفردية مع حالة هـ.ك في اليوم الموالي بتاريخ **2024/05/07** قمنا بالاستدعاء الحالة في فناء المصلحة المتواجد بطابق الاول، كان الحالة هـ.ك منفعل و قلق التقينا به وشرحنا له اننا سنجري معه اختبار الرسم الرجل وشرحنا له الاختبار حيث فهم الاختبار وقال : " **اه انا نرسم غاية" قدمنا له ورقة وقلم الرصاص و ممحاة** , كان الحالة قلق و محتوى كلامه مصحوب بالهذيان اضطهادية و يتكلم بانفعالية وبالصوت مسموع حيث كان مركزا مع رسم و يقوم بالتذخين مثل اصحابه، كانت الساعة تشير الى **12:30** صباحا، قام بالرسم وهو جالس وكان يرسم و يتكلم ومركزا في رسم حيث استغرق في رسم حوالي**7 دقيقة ,** قام بالرسم لكن بتفاصيل غير واضحة قمنا بسؤاله هل انتهيت قال : نعم طرحنا عليه سؤال مجددا هل هذا انت اجاب : "**نعم هذا انا و داخل فيل و مع نازية** ", ثم نهض وعاد الى غرفته.

- تحليل الرسم :

الحالة هـ.ك:

الصورة السابعة: رسم الحالة هـ.ك

تبلغ الحالة 37 سنة كانت متواجدة بمصلحة الاستعجالات للامراض العقلية من 30-04-2024 الى غاية 2024-05-16

قمنا بتطبيق اختبار رسم الشخص على الحالة في 07-05-2024.

قامت الحالة بالرسم في اعلى يسار الصفحة وهذا يدل على الهروب الى للاواقع، اللامبالاة، والاندفاعية.

تم رسم صورة الشخص بطريقة صغيرة، لكنه حاول تعويض شعور النقص وانطوائيته عن طريق إضافة رسم ذو حجم كبير: رسم نفسه بداخل فيل، وكتب عبارة mamo وأضاف رسم النازية، وهذا دليل على العنصرية (xenophobie).

للفيل انف طويل ما قد يدل على رغبته في التخلص من قلق الخصاء، واستعادة السلطة والقوة، كما انه ربط شكل النازية بحرف o مما أعطاه شكل شخص اخر وتموضع في مقدمة المنصة بطريقة استعراضية

قامت الحالة برسم الشكل الأقل بروزا مصحوبا بعلم فارغ والذي يدل على الفراغ الداخلي الذي تشعر به، ثم أراد ان يملئ الصفحة حتى لا يواجهه (الفراغ) فأضاف في البداية كلمة MAMO (ام) ثم رمز النازية الذي دليلا على الغضب ورفض الغير واحساسه بالتميز على الاخرين ورغبته في التخلص (inquiétante étrangeté)، وفي الأخير أضاف شكل الفيل الذي يحتوي الجميع، وهذه التفاصيل الكثيرة التي رسمها تدل على عدم النضج العاطفي وقلق الفراغ ناجمة عن فقدان والديه وبالخصوص الام.

ان كتابة كلمة الام في وسط رسم الفيل، يحثنا على التساؤل اذا لم يكن الفيل يمثل الام، وكونه داخل الفيل يمثل علاقة اندماجية وكذلك رغبته في العودة الى رحم الام وهذا ما نراه في اتجاه الرسم الذي يدل على رغبته في العودة الى الماضي أين كان محميا.

قامت الحالة برسم ثلاث اشكال لتمثيل شخص:

- الأول صغير ومنسحب ما يدل على نقص ثقته وانطوائيته

- الثاني مصحوب برمز الناوية الذي يدل على غضبه وتميزه

- الثالث على شكل فيل رغم شفافيته فهو كبير ولديه سلطة وقادر على ان يحميه وان يبتلع (fantasme d'engloutissement)

مناقشة النتائج على ضوء الفرضية

2.5 – مناقشة نتائج البحث :

على ضوء فرضية البحث:

تطرقنا في دراستنا الى معالجة موضوع "صورة الجسم لدى الذهاني" على عينة تكونت من سبع حالات، حيث قمنا بتطبيق اختبار رسم الشخص عليهم، وهذا من اجل معرفة وتاكيد التصور الجسمي لديهم، وهذا بناءا على سيرورة الاسقاط التي تظهر عند استعمال هذا الاختبار.

قامت فرضيتنا الرئيسية على طرح فكرة وجود تشوهات على مستوى صورة الجسم عند الذهاني وهذا للإجابة على تساؤل هذا البحث المتمثل في "ماهي طبيعة صورة الجسم عند الذهاني".

بينما تمحور اهتمام الفرضية الجزئية لهذا البحث في معرفة ماهي العمليات النفسية التي تأثر على طبيعة صورة الجسم.

وبالتالي توصلنا الى النتائج التالية من خلال تحليل الرسومات حسب دليل Machover و Goodenghouf و Royer و Ada Abraham :

ففي الحالة الاولى م.م وجدنا لديها صورة جسم مشوهة وهذا نتيجة غياب الرأس واليدين والقدمين، بسبب وجود صراعات تدفعه للهروب نحو اللاواقع ونتيجة لها لا يستطيع إقامة علاقة مع العالم الخارجي (الواقع)، الا انه حاول الربط بين هذا الهروب الى اللاواقع وبين الواقع الحقيقي عن طريق استراتجية دفاعية تمثلت في الهذيان الديني، وهذا ما تسبب في ظهور صورة الجسم مشوهة – فالهذيان ياخذ محل الجسم الذي رسمه لانه ياخذ محتواه من الواقع الحقيقي الا ان الاجزاء المسؤولة عن تفسير هذا الواقع والتعامل معه غائبة تماما (الراس، اليدين، القدمين) وهذا ما اعطى في الاخير صورة مشوهة.

أما الحالة الثانية، ع.ع أظهرت النتائج امتلاكها لصورة جسم مشوهة فقط، حيث رسم هذا الأخير صورة لامرأة عوض رسمه لصورة تمتلك نفس جنسه، وهذا راجع إلى الصراعات التي تواجهها الحالة حول تأكيد ذاتها بالمقابل مع اشكالية الهوية الجنسية التي يعاني منها بسبب العلاقة الاندماجية مع الموضوع الاممي وغياب صورة الاب.

وفي الحالة ب.ع نرى اكتفاءه برسم وجه يعبر عن العدائية والحساسية اتجاه النقد الا انه لا يمكن اعتباره عاملا اثر على صورة الجسم او قام بتشويهها رغم غياب بقية الجسم بسبب كونه تحت تاثير العلاج الدوائي هذا من جهة، ومن جهة أخرى نرى ان التشوه قد انحصر فقط على طريقة رسم الاذن والخذ والذقن، الاذن التي تعبر عن كثافة التجربة السمعية التي تعاني منها الحالة، فرغم كونها تحت تاثير مضادات الذهان إلا إن التظاهرات العيادية للهلاس السمعية ظلت متواجدة وتسببت في تشوه رسم الاذن، وتشوه الذقن الذي يرتبط مع محاولة اثبات الرجولة.

أما في الحالة الرابعة ز.أ نجد انها رسمت شكلا يمتلك راسا وأذرع بشرية الان انه يمتلك جسما مشابه لاجسام الاشباح، وهذا قمنا بتحليله باعتباره انقطاع عن الواقع، فهذا الانقطاع يجعلها "تطفو" بمحاذات الواقع ولا تكون مرتبطة به ولا تتواجد به كذلك، وهذا ما جعل صورة جسمها مشوهة بسبب هذا الانفصال.

خامسا تاتي الحالة ب.ح.ع التي رسمت ثلاث اشكال والتي ترمز معا الى جسدها، وهذا يعتبر دليلا على الصورة الجسمية المفككة، فاولا رسم شكلا بدائيا طفوليا ثم رسم شكل تفاحة ادم منفصلا عن الشكل الاول، ثم رسم الشكل الثالث الذي قام فيه بتصوير شكل بشري شبه كامل، بينما نرى التشويه في الشكل الثالث الذي تظهر فيه الساقين محذوفتين.

بينما في الحالة السادسة ب.أ نرى إن الحالة رسمت ملامح بشرية بدون حدود للوجه أو وجود للجسم بشكل كامل، وهذا يعد تشوها يمس تمركز أو وجود الحالة في الواقع الحقيقي، فالملامح الموجودة ترمز إلى القدرة

على مراقبة الواقع الا ان غياب حدود الوجه والجسم تمثل غياب للتواجد في الواقع، وهذا ما ترجم في تشوه هذه الصورة الجسمية

اما بالنسبة للحالة السابعة نرى ان التشوه يمس كامل الرسم، فنرى وجود الفيل الذي يبتلع ويحتوي الاشكال الثلاثة (mamo والشكل الذي يحمل العلم، ورمز النازية) فتصور الجسم لا يظهر متماسك بل مفككا الى عدة أجزاء ومشوه بفعل وجود رموز واشكال دخيلة على الجسم البشري.

لقد تحققت الفرضية الرئيسية اين وجدنا ان كل الحالات السبعة تعاني من تشوه في صورة الجسم، وهذا ما يسمح لنا بالتطرق الى مناقشة الفرضية الجزئية التي تنص على فكرة انه: توجد سيرورات نفسية تعمل على تشويه صورة الجسم لدى الذهاني.

ففي الحالة الاولى م.م نجد ان الشكل الذي رسمه تم تشويهه بفعل العملية النفسية للهذيان، اين تم حذف الراس بالكامل بسبب الدافع الهذياني من " اعطاء الرسم روحا " – الهذيان الديني (التصورات) – (الاحكام)

اما الحالة الثانية ع.ع تم تشويه صورة الجسم بفعل عملية الاسقاط، اين اسقطت الحالة الصورة الامومية واثرت على تصورها الجسمي الخاص. (الاسقاط)

وفي الحالة الثالثة ب.ع نجد أن الصورة الجسمية قد مسها التشوه على مستوى الأذن، وهذا ما تفسره الهلاوس السمعية التي يعاني منها الحالة، فهذه الاحساسات (الهلاوس) باعتبارها عملية نفسية قد اثرت على تصور الحالة لصورة جسمه، والذقن الذي شوهته عملية اثبات الرجولة.

كذلك في الحالة الرابعة ز.أ نرى التشوه في مكانين، أولا في رسم الرأس الكبير والذي تسببت به عملية تضخم الأنا، والثاني في رسم الجسم كشبح او كجنين ضفدع وهذا بسبب عملية النكوص والهروب التي تسببت بنوع من التأخر العقلي.

اما الحالة الخامسة ب.ح.ع فنرى ان صورة جسمه مشوهة بسبب عملية التفكك التي تمس جسمه لهذا نراه قد رسم أربع أشكال تعبيرا عن جسمه كاملا.

وفي الحالة السادسة ب.م.أ الذي ظهر تشوه صورة جسمه في حذفه لحدود الوجه والجسم كاملا وهذا ناتج عن عملية تبدد الشخصية وتضخم الانا

الحالة السابعة هـ.ك ظهر تشوه الجسم في الرسم كاملا، اين أضاف رموزا واشكال لا ترتبط بجسده الحقيقي وهذا بفعل عملية النكوص، كما أضاف شكلا حيوانيا (الفيل) وهذا يعتبر تشوها بسبب عملية استهامات البلع، (التجرع – engloutissement).

3.5 – مناقشة النتائج :

بعد تحليل رسومات الحالات السبعة ومناقشة الفرضيات وجدنا ان صورة الجسم عند المريض الذهاني ذات طبيعة مشوهة، وهذا التشويه يحدث بسبب وجود عمليات نفسية تاثر على اسقاط صورة الجسم ونذكرها:

- الهذيان
- الاسقاط
- الهلاوس
- تضخم الانا
- النكوص
- التفكك
- تبدد الشخصية
- استهامات البلع.

4.5 – الاستنتاج العام :

خلال عرض النتائج ومناقشتها توصلنا الى ان صورة الجسم عند الذهاني مشوهة تماما، وهذا ما تم تاكيده من خلال اختبار رسم الشخص وحسب تحليل الحالات وفق دليل MACHOVER – JAQULINE ROYER – ada abraham – goodenghoof وجدنا صورة الجسم مشوهة لدى عينات هذا البحث فنستطيع القول ان صورة الجسم مشوهة عند جميع الحالات.

وتبقى هذه النتائج نسبية وغير قابلة لتعميم.

5.5 – الخلاصة العامة :

ان تشوه صورة الجسم يتميز بعدم رضى الفرد عن مظهره مما قد يؤدي الى ظهور مشاعر سلبية واحباطات حيث اشارت العديد من الدراسات ان التشوه في صورة الجسم يكون شائعا بين مرضى الذهان ولكن لا يزال هذا التشوه قيد الدراسة ولا تتوضح لنا طبيعته الحقيقية

ولهذا هدفت دراستنا للبحث حول هذا التشوه وطبيعته وما يتميز به من جهة العمليات النفسية.

فتبين لنا بعد اجراء دراسة على سبع حالات ان لديها تشوه كلي في صورة الجسم وهذا بعد تطبيقنا للاختبار رسم الشخص، وان كل حالة تختلف وتتميز بعمليات نفسية خاصة بها انتجت تشوها في صورة الجسم (الهذيان – الاسقاط – الهلاوس – تضخم الانا – النكوص – التفكك – تبدد الشخصية).

كما تبين من خلال تحليل رسومات الحالات ان التشوهات والعمليات النفسية هي سمة مشتركة بين كل الحالات فلا يظهر تشوه في صورة الجسم والا انه يكون مرتبطا مع عملية نفسية من نوع ما تحركه.

لقد بينت بعض الدراسات ان التشوه في صورة الجسم عند الذهاني هي نتيجة لعلاقته المضطربة مع الواقع او انفصاله عنه من خلال الهذيانات والهلاوس (خلل في الادراك والتفكير) وهذا يجعله يفشل في تحقيق تلك الصورة المثالية عن جسمه، ويجعله حبيسا لذلك العالم الداخلي المتفكك وهذا ينعكس بدوره على صورة الجسم.

واخيرا ما يتفق مع دراستنا نجد ان غالبية الدراسات السابقة تشترك من حيث المتغيرات الاساسية الا وهي صورة الجسم – الذهاني وقد وجدت هذه الدراسات بالاضافة الى دراستا الخاصة ان صورة الجسم عند الذهاني مشوهة وقد تكون في بعض الاحيان مفككة، الا ان دراستنا قد اضافت جزء العمليات النفسية التي تقف وراء هذا التشوه.

خاتمة الدراسة

خاتمة الدراسة:

نظرا لانتشار الذهان في الاونة الاخيرة، اذ انه من بين الامراض الأكثر انتشارا في الآونة الأخيرة وهذا ما تاكده الاحصائيات، فمن بين كل 100 ألف شخص يصاب 15 بالفصام تحديدا؛ يبلغ معدل انتشار الاضطرابات الذهانية حوالي 3%، ويقدر معدل الإصابة السنوي في فرنسا بما لا يقل عن 15000 حالة جديدة سنويًا بين الشباب من عمر يناهز 15 الى 25 سنة.

ونظرا لهذه الاهمية التي يحملها الذهان وغموضه، اتت دراستنا لكي تسلط الضوء على طبيعة صورة الجسم، وهذا من منطلق اهمية هذا المتغير نظرا لما يساهم به في بناء الهوية الفردية للشخص.

فمن خلال الجانب النظري الذي قمنا من خلاله بجمع المادة العلمية التي اهلتنا الى القيام بالجانب التطبيقي حيث استخدمنا تقنية الرسم وتحديدا اختبار رسم الشخص، وذلك للبحث حول طبيعة صوؤة الجسم عند الذهاني، ومن خلال استعمال دليل MACHOVERواخرون توصلنا الى النتائج التي اظهرت ان فرضية هذه الدراسة الاساسية قد تحققت وهذا بوجود تشوه يمس صورة الجسم عند الذهاني، كما تحققت الفرضية الجزئية القائلة ان هناك عمليات نفسية تساهم وتاثر في طبيعة هذا التشوه الذي يمس صوؤرة الجسم.

لكن من خلال الاعتماد في هذه الدراسة على سبع حالات فقط، فنحن نرى انه لا يمكن تعميم نتائج هذه الدراسة على كل الحالات الاخرى، وهذا راجع الى خصوصية الذهان بحد ذاته وكذلك خصوصية كل حالة، الا انه يمكن الاستفادة من نتائج بحثنا في دراسات اخرى اولا لتوسيع مجال العينة، وكذلك العمل على العمليات النفسية التي خرجنا بها وتوظيفها في دراسات اخرى تمس نفس الموضوع.

المقترحات

الاقتراحات والتوصيات:

لقد مكننا هذا العمل من معرفة التشوهات التي تمس صورة الجسم عند الذهاني وسمح لنا بالاحتكاك بهذه الفئة ومعرفة ماهية العمليات النفسية التي تتدخل في هذا التشوه، وفي ضوء الفرضيات التي انتهت اليها الدراسة يمكن ان نقدم التصويات التالية:

- استعمال تقنية MODLINGفي الجانب العلاجي الذي يخص اعادة هيكلة صورة الجسم لدى الذهاني
- الاهتمام بجانب التكفل النفسي لهذه الفئة من المرضى نظرا لاهمية التدخل النفسي العيادي من جانبنا كاخصائيين نفسانيين.
- الاهتمام بانشطة موازية لكي تمارسها هذه الفئة بغرض اعادة هيكلة معرفية.
- الاهتمام بالعلاجات الجماعية بهدف اعادة بناء التواصل مع العالم الخارجي.
- تطوير برنامج علاجي من اجل التكفل الخاص بهذه الفئة.

الصعوبات والعراقيل:

لقد واجه هذا البحث عدة عراقيل منها:

- عدم وجود اخصائية نفسانية على مستوى المصلحة، وهذا ما زاد من مستوى صعوبة العمل.
- الصعوبات التي واجهناها بغرض الحصول على "**اتفاقية التربص**"، وهذا ما أضاع الكثير من الوقت، وهذا عامل لم يخدم الدراسة.
- عدم وجود دليل تحليل اختبار رسم الشخص مترجم الى الفرنسية او العربية.
- ضيق الوقت، كان عامل جد مهم في عدم تمكيننا في إقامة دراسة يمكن تعميم نتائجها على كل الحالات.

قائمة المراجع

قائمة المراجع العربية:

1- **إبن منظور**، (1970)، لسان العرب، مصر: دار المعارف للنشر والتوزيع.

2- **أبو النصر**، احمد، (2016)، المرض النفسي والعلاج النفسي، القاهرة: دار الكتاب العربي.

3- **احمد**، ابراهيم البسوسي، (2013)، استراتيجيه العلاج للمعرفي في علاج الدهان المبكر والحاد،ط1، مصر مركز الاسكندرية للكتاب.

4- **ابراهيم قشقوش**، (1989)، سيكولوجية المراهقة، ط3، القاهرة: دار مكتبة الأنجلو المصرية للنشر.

5- **البالول**، عبد الرحمان لا محمد، (2009)، اثار الاضطراب ثنائي القطب على التفريق بين الزوجين دراسة مقاربة بين الفقه الاسلامي وقانون الاحوال الشخصية الكويتي.

6- **باجي**، نعيمة، (2022)، السند الاجتماعي الاسري والتخفيف من المعاناة النفس عقلية الاكتئاب ثنائي القطب نموذجا مجلة افاق للعلوم جامعة البليدة2. 07 (01)، 336.

7- **بغالية**، هاجر (2017)، العلاج التقليدي لمرض الصرع والفصام انطلاقا من المخايل الشعبي مقارنة بين منطقة تيسمسيلت ومنطقة مستغانم مجلة انتروبولوجيا جامعة يحي فارس، 03، (06)، 96.

8- **بن علي الحبيب**، طارق، (2008)، الفصام، الاسكندرية: مؤسسة حورس الدولية للنشر والتوزيع.

9- **بوهراوة آمنة**، (2014)، مصادر الهديان عند الدهان مذكرة ماستر غير منشورة جامعة ام البواقي العربي بن مهيدي.

10- **بدري**، مالك (2001): "سيكولوجية رسوم الأطفال، اختبارات رسم الإنسان وتطبيقاتها على أطفال البلاد العربية"، مطبعة دار الفرقان، ط،3 عمان، الأردن.

11- **بدرة معتصم ميموني**، مصطفى ميموني، (2010)، سيكولوجية النمو في الطفولة والمراهقة الجزائر، ديوان المطبوعات الجامعية.

12-**توفيق**، احمد خالد، (2014)، الاشباح يتكلمون في امور العشق والجنون مصر دار الشروق.

13-**الحاج شيخ سمية**، (2013)، التصورات الاجتماعية للمرض العقلي لدى الأطباء، مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس الاجتماعي، كلية العلوم الاجتماعية، جامعة محمد خيضر، بسكرة.

14- **حجازي سناء نصر**، (2008)، الامراض النفسية والعقلية وعلاجها وتقويم الشخصية/ علم النفس الاكلينيكي وبناء الشخصية، ط3، دار الفكر العربي للنشر والتوزيع، مصر.

15-**حجازي سناء نصر**،(2009)، علم النفس الاكلينيكي السيكولوجيا الطفولة لعلم النفس الطفولة عمان دار المسيرة لنشر والتوزيع.

16- **خضر**، عادل (1996): "ترتيب الشكل الإنساني الذكري والأنثوي في اختبار رسم الشخص ودلالته الإكلينيكية"، مجلة علم النفس، ع،38 تصدر عن الهيئة المصرية العامة للكتاب،ص ،73 القاهرة.

17- **خضر**، عادل (1999): "استخدم رسم الشخص في التشخيص والعلاج النفسي"، مجلة علم النفس، ع،51 تصدر عن الهيئة المصرية العامة للكتاب، ص،93 القاهرة.

18-**الخليفي**، عادل، (2014)، الصحة النفسية الاردن دار الرفاعي للنشر والتوزيع.

19-**خالد حامد**، (2008)، مدخل الى منهجية البحث في العلوم الاجتماعية والانسانية، جسور للنشر والتوزيع.

20-**رضوان، سامر جميل**، (2009)، في الطب النفسي وعلم النفس الاكلينيكي، ط1، الامارات العربية المتحدة دار الكتاب الجامعي.

21-**ريتا باور وآخرون**، (2017)، في مستنقع تضارب المشاعر الهوس والاكتئاب والاضطراب ثنائي القطب، ط3، فرانكفورت: الجمعية الالمانية للاضطرابات ثنائية القطب.

22-رغده شريم، (2009)، سيكولوجية المراهقة، ط1، عمان دار المسيرة للنشر والتوزيع.

23-زغير، رشيد احمد، (2010)، الصحة النفسية والمرض النفسي والعقلي عمان دار الافة للنشر والتوزيع.

24-زهران، حامد عبد السلام، (2005)، الصحة النفسية والعلاج النفسي، ط4، القاهرة عالم الكتب.

25-زينب محمد شقير، (2002)، علم النفس الاكلينيكي التشخيص النفسي العلاج النفسي الارشاد النفسي، ط2، القاهرة، مكتبة النهضة المصرية.

26-سهير كامل احمد، (2004)، الصحة النفسية والتوافق مركز الاسكندرية للكتاب القاهرة.

27-سعد جلال، (1998)، الطفولة والمراهقة. ط2. القاهرة. دار الفكر العرب.

28-سيجموند فرويد، (2000)، الموجز في التحليل النفسي تقديم محمد عثمان نجاتي ترجمة سامي محمود علي مصر مهرجان القراءة للجميع.

29-شلال، نزيه نعيم، (2010)، دعاوى العجز النفساني والاضطرابات النفسية والعصبية لبنان منشورات الحلبي الحقوقية.

30-صالح محمد ابو جادو، (2011)، علم النفس التطوري الطفولة والمراهقة. ط3. الاردن. دار المسيرة للنشر والتوزيع.

31-الصيخان، ابراهيم سالم، (2010)، اضطرابات النفسية والعقلية (الاسباب والعلاج)، عمان دار صفاء للنشر والتوزيع.

32-طلال حرب، (1994)، الفشل اسبابه ونتائجه من زاوية التحليل النفسي، ط1، بيروت منشورات دار الافاق الجديدة.

33-العيسوي، محمد عبد الرحمن، (2004)، الوجيز في علم النفس والقدرات العقلية دار المعرفة الجامعية للنشر والتوزيع.

34-**العيساوي**، محمد عبد الرحمن، (2011)، البارانويا والصحة النفسية بيروت منشورات الحلبي الحقوقية.

35-**العيساوي**، محمد عبد الرحمن، (1990)، العاصمة النفسية والهذايانات العقلية بيروت دار النهضة العربية.

36-**العبيدي محمد جاسم**، (2009) ، مشكلة الصحة النفسية امراضها وعلاجها الاردن دار الثقافة للنشر والتوزيع.

37-**عكاشة احمد**، عكاشة طارق، (2018)، الطب النفسي المعاصر مصر مكتبة الانجلو مصرية.

38-**علاء الدين الكفافي**، (2006)، الارتقاء النفسي للمراهق دار المعرفه الجامعية.

39-**عبد العزيز القوصي**، (1952)، اسس الصحة النفسية، ط4، القاهرة مكتبة النهضة المصرية.

40-**عطية**، نعيم (1993): "ذكاء الأطفال من خلال الرسوم"، ط،1 دار الطليعة، بيروت.

41-**علاء الدين الكفافي** وجهاد علاء الدين، (2006)، موسوعة علم النفس التاهيلي. المنطلقات النظرية. ط1. القاهرة. دار الفكر العربي.

42-**علي اسماعيل علي**، (1995). نظرية التحليل النفسي واتجاهاتها الحديثة في خدمة الفرد. الاسكندرية. دار المعرفة الجامعية.

43-**فوزي محمد جبل**، (2000)، الصحة النفسية والسيكولوجية الشخصية مصر المكتبة الجامعيه للنشر والتوزيع.

44-**فيصل محمد خير الزراد**، (2009)، الامراض النفسية الجسدية امراض العصر، ط2، بيروت دار النفائس.

45-**فيصل عباس**، (1996)، التحليل النفسي والاتجاهات الفرويدية، ط1، بيروت دار الفكر العرب.

46-القريطي، عبد المطلب (2001): "مدخل إلى سيكولوجية رسوم الأطفال"، ط ،2 دار الفكر العربي، القاهرة

47-كمال طارق، (2005)، الصحه النفسية للاسرة الاسكندرية مؤسسة شباب الجامعة.

48-لكحل مصطفى، عواج بن عمر، (2012)، الفصام، ط2، الجزائر دار الخلدونية للنشرو التوزيع.

49-مريم سليم وعلي زيعور، (2004)، حقول علم النفس، ط2، بيروت دار النهضة العربية.

50-موريس شربل، (1995)، التربية الجنسية. بيروت. دار المناهل.

51-مصطفي، رياض بدري (2005): "الرسم عند الأطفال"، ط،1 دار الصفاء للنشر والتوزيع، عمان.

52-مليكة، لويس كامل (2000): "دراسة الشخصية عن طريق الرسم"، ط،8 دار القلم، الكويت.

53-ماكوفر، كارين (1987): "إسقاط الشخصية في رسم الشكل الإنساني"، ترجمة: رزق ليلة، دار النهضة العربية، بيروت.

54-مريم سليم، (2002)، علم النفس النمو. ط1. بيروت. دار النهضة العربية.

قائمة الاطروحات والمجلات:

55-**حافري**، زهية غنية، (2016)، مطبوعه الدعم البيداغوجي في مقياس علم النفس المرضي موجهة لطالبة السنة الثانية ليسونس علم النفس جامعه سطيف02، كليه العلوم الانسانية والاجتماعية.

56-**حوحو ريان**، (2019)، فعالية الذكريات الباكرة في تشخيص بعض الاضطرابات النفسية في المجتمع الجزائري، (اطروحة الدكتورة غير منشورة)، بسكرة جامعة محمد خيضر

57-**رضا ابراهيم محمد الاشرم**، (2008)، صورة الجسم وعلاقته بتقدير الذات لذوي الاعاقة البصرية دراسة سيكومثرية اكلينيكية رسالة ماجستير قسم الصحة النفسية كلية التربية جامعة الزقازيق.

58-**شهيدة جبار**، (2016)، الزمن الذاتي لدى المكتئب الحصري، اطروحة لنيل شهادة الدكتوراه الثنائية في علم النفس العيادي وعلم النفس المرضي، جامعة وهران 2، جامعة باريس- ديكارت-

59-**طباس نسيمة**، (2016) أطروحة لنيل شهادة الدكتوراه، فعالية العلاج السلوكي المعرفي في تخفيف حدة القلق لدى مدمني المخدرات، جامعة وهران2.

60-**عمارة ليندة**، واكلي أيت مجبر بديعة، (2018)، اضطراب الوجدان التناقظي المظاهر التصنيف العلاج المجلة العربية "نفسانيات" جامعة محمد لمين دباغين سطيف (02)، 1 (80)، 59.

61- **لجنة الاختبارات م. د. ن** (1994): "اختبار رسم الشخص"، مجلة الثقافة النفسية، تصدر عن مركز الدراسات النفسية والنفسية الجسدية، دار النهضة العربية.،ص،106،107 بيروت.

62-**لكحل مصطفى**، (2011)، الكشف عن اداء الذاكرة الانتوبوغرافيا عند مرض العظام (رسالة مقدمة لنيل شهادة الدكتورة غير منشورة) تخصص علم النفس العيادي جامعة ابو بكر يفيد تلمسان.

قائمة المراجع الأجنبية:

63- **Ada abraham**, le dessin d'une personne, le test de machover.

64- **Daniel Ganache** & Cardine golden, (1995). Manuel de psychologie pour l'enseignement : Editions Hachette. France.

65- **David**, Barlow, Durand, Stefan, G, hofmann,(2013),Abnomal psychology : An integrative approach.Edition8.USA :Cengage learning.

66- **Donald W**. Winnicott, (1999). L'enfant, la psyché et le corps – Edition bibliothèque scientifique PAYOT et RIVAGE.

67- **François Marty**, (2011). Psychopathologie de l'adolescent 10 cas clinique. Editions in Press. Paris.

68- **Gisela Pankow** ou la possible rencontre avec le psychotique p/80-86 1984)).

69- **Genévrière Comeau**, (2001), Le corps ce qu'en disent les religions. Editions Ouvriéred.paris.

70- **Handler,** Lenord. (1985): The Clinical Use of The Draw-A-Person Test (DAP). In Newmark, C.S. Edito, Major Psychology Assessment Instruments. Boston: Allyn And Bacon.

71- **Hammer,** E.(1980): The clinical application of projective drawing, Springfield, charles c. Thomas, Puplisher. Springfield, Sixth Edition, Illinois, USA.

72- **Jacqueline Royer**, (2011), La Personnalité de l'enfent a traver le dissen du bonhomme

73- **Manuel** diagnostique et statistique des trouble mentaux, et des troubles psychiatriques (dsm5).

74- **Marie-Odile Krebs**, Ariel Frajerman Épidémiologie de la schizophrénie., (2021 : larevuedupraticien)

75- **Marilou Bruchon Schweitzer**, (1990), une psychologie du corps.PUF,1er Edition ; paris.

76- Karen Machover, (1950) personality projection in the drawing of the human figure

77- Pierrette Laroche, (1977), modification de l'image du corps chez des femmes obèses, mémoire scientifique, l'université du Québec à Trois-Rivières.

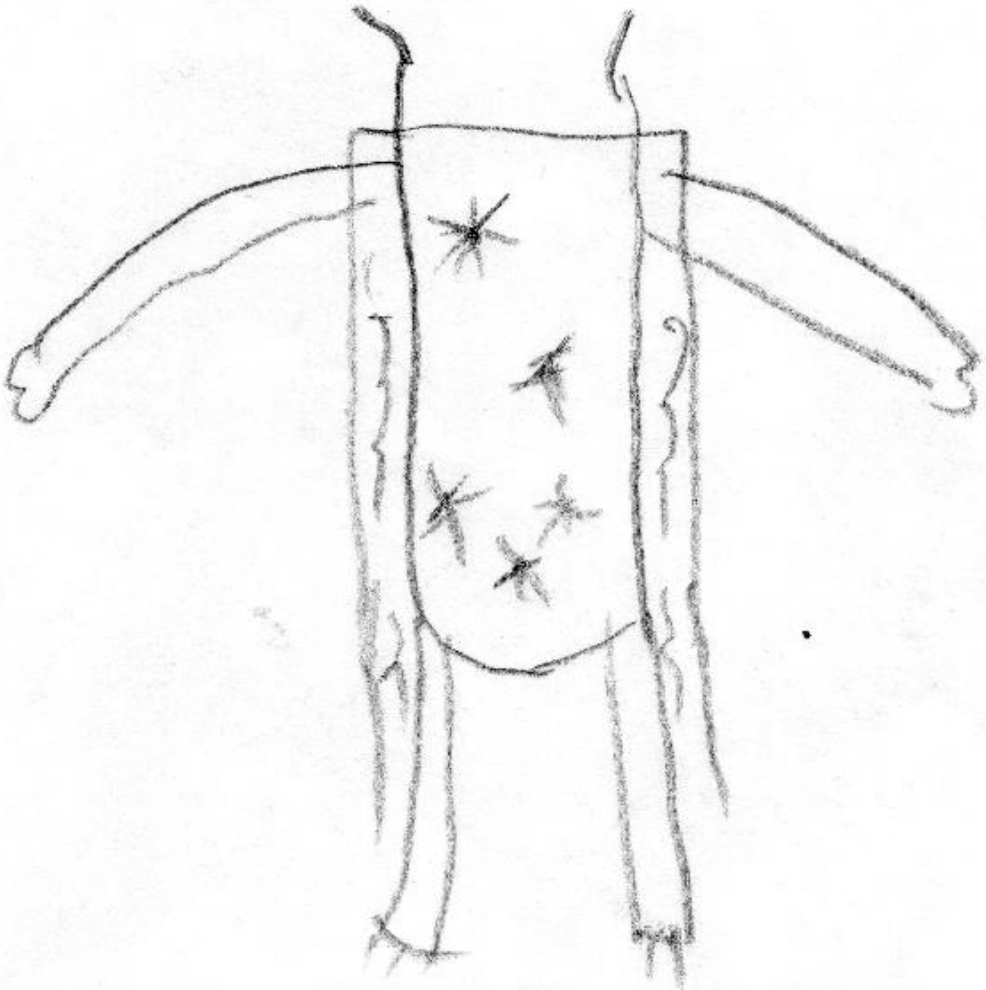
78- C. Brasso, S. Bellino, P. Bozzatello, (2023), Inter-relationships among psychopathology, cognition, and real-life functioning in early and late phase schizophrenia A network analysis approach
doi.org/10.1016/j.schres.2023.04.011

قائمة الملاحق

الملحق 01: جدول Royer

	Gauche G. 4,9 F. 4,1	**Milieu** G. 87 F. 91	**Droite** G. 1,4 F. 1,4
Haut G. 6,9 F. 6,2	G.1,2 F. 0,6 H.G. Rêver Penser Timidité Action limitée	G. 5 F. 5 H.M. Imaginaire	G. 0,7 F 0,2 H.D. Imaginer Fuite dans l'irréel Insouciance Impulsivité
Milieu G. 80,6 F. 87	G. 3 F. 3 M.G. Passé	G. 77,8 F. 83 M Présent Réel	G. 0,7 F. 0,2 M.D. Futur
Bas G. 5,4 F. 1	G. 0,7 F. 0,5 B.G. Peur Rétractation Désir de «se terrer»	G. 4 F. 3 B.M. Concret	G. 0,7 F. 0,2 B.D. Désir d'acquérir concrètement

الملحق 02: رسم الحالة م.م

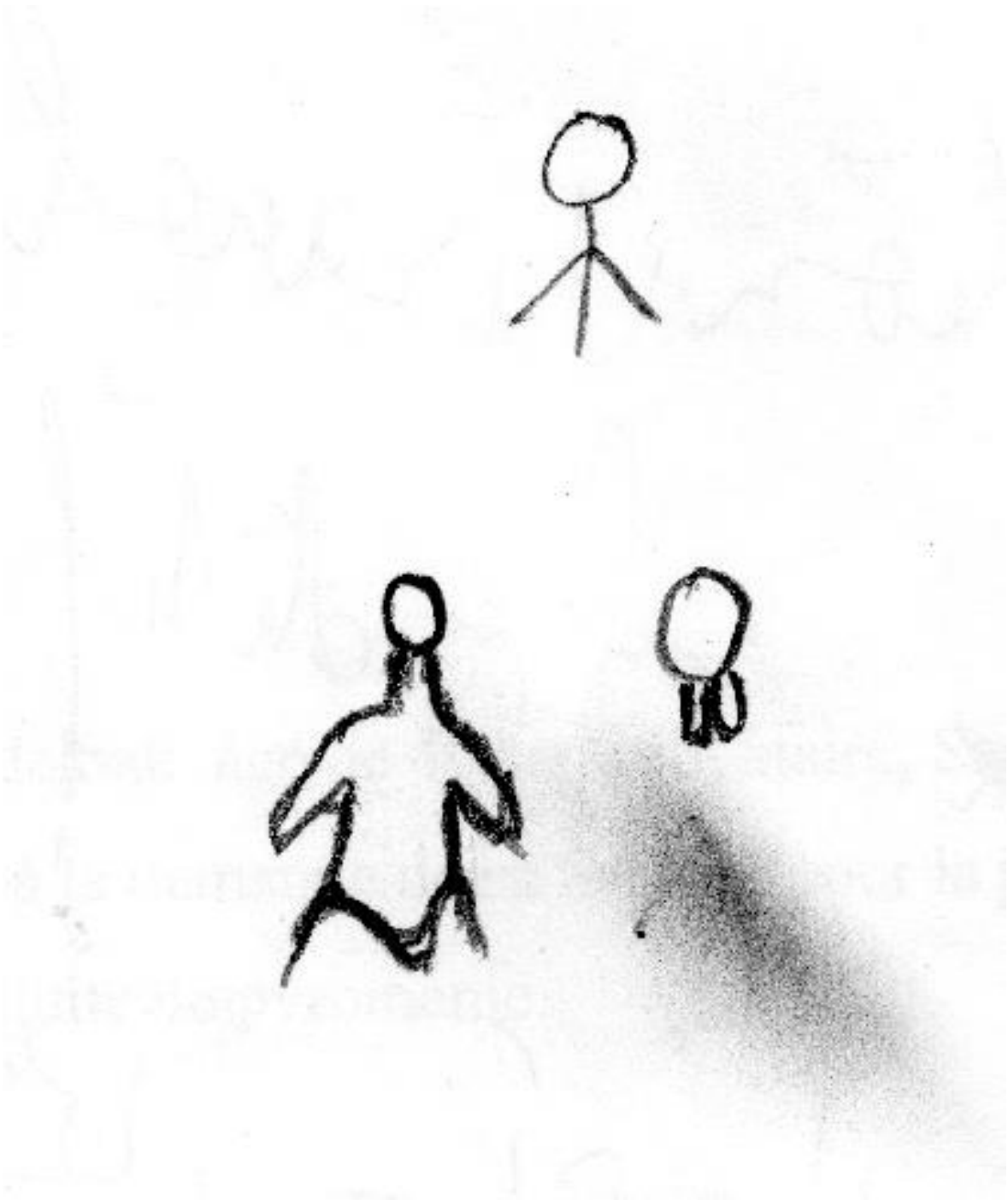


الملحق 03: رسم الحالة ع.ع

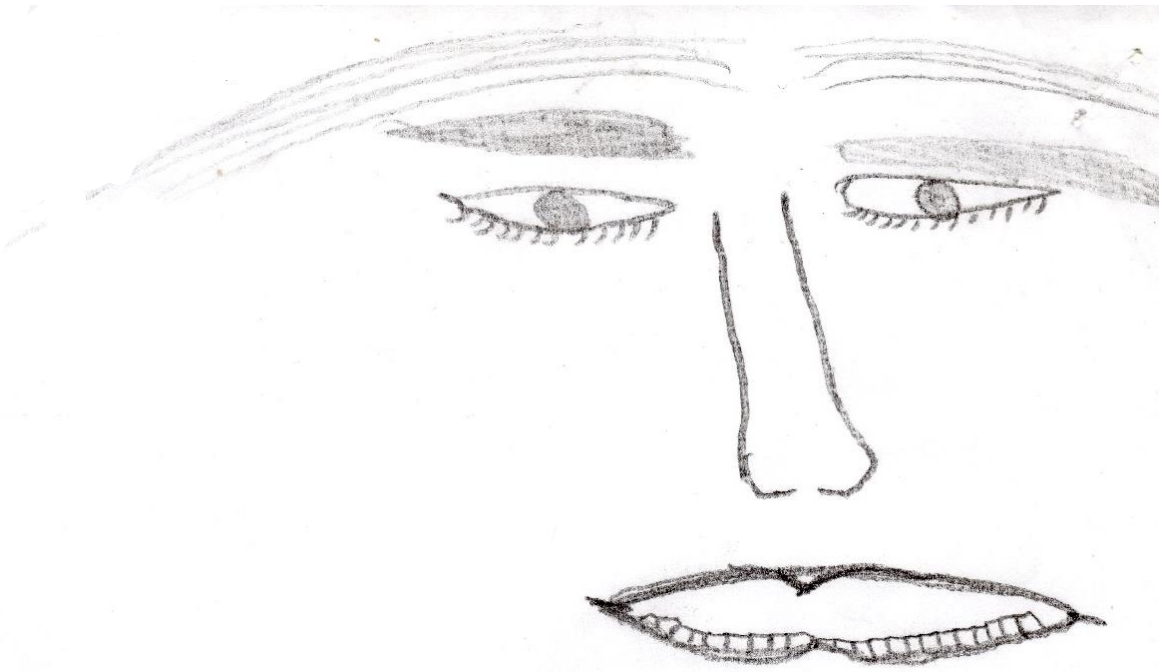
الملحق 04: رسم الحالة ب.ع

الملحق 05: رسم الحالة ز.أ

الملحق 06: رسم الحالة ب.ح.ع



الملحق 07: رسم الحالة ب.م.أ



الملحق 08: رسم الحالة ه.ك

الملحق09: محاور فحص الهيئة العقلية

المحور الأول: السلوك والاستعداد العام

نوعية اللباس

نوعية الجسم

السلوك اثناء المقابلة

المحور الثاني: النشاط العقلي

الإنتاجية اللفظية

القدرة على التعبير والتفكير

الانسداد في الكلام

تحقيق الصدى

تحقيق الثبات

المحور الثالث: المزاج ومحتوى التفكير

المزاج اثناء المقابلة

المشاعر المتكررة

المحور الرابع: محتوى التفكير

محتوى تفكير الحالة

نوعية الأفكار التي لدى الحالة

المحور الخامس: القدرة العقلية

التوجه المكاني والزماني

وجود الخلط العقلي

الانتباه والتركيز

الذاكرة

فهم الاحداث المجردة والقيم

المحور السادس: الاستبصار والحكم

القدرة الذاتية على إدراك الإشكالية الشخصية

إدراك العلاقات