



وزارة التعليم العالي والبحث العلمي



جامعة ابن خلدون تيارت

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم علم النفس والفلسفة والأرطوفونيا

أطروحة مقدّمة لنيل شهادة دكتوراه LMD

تخصّص علم النفس العيادي

العنوان:

السياق الدلالي لمضمون الهذيان عند الفصامي

دراسة عيادية لأربع (04) حالات بولاية تيسمسيلت

. إشراف الدكتورة:

. الماحي زوبيدة

. من إعداد الطالبة الباحثة:

. لعاج جميلة

. لجنة المناقشة:

اللقب والاسم	الرتبة العلمية	المؤسسة	الصفة
يونس جميلة	أ. التعليم العالي	جامعة تيارت	رئيسا
الماحي زوبيدة	أ. محاضر "أ"	جامعة تيارت	مقررا ومشرفا
بن لباد أحمد	أ. محاضر "أ"	جامعة تيارت	مشرفا مساعدا
قليل محمد رضا	أ. محاضر "أ"	جامعة تيارت	ممتحنا
سبع هجيرة	أ. محاضر "أ"	جامعة عين تموشنت	ممتحنا
بن العيفاوي حليلة	أ. محاضر "أ"	جامعة مستغانم	ممتحنا

السنة الجامعية: 2024 / 2023م

إهداء

أهدي عملي هذا المتواضع إلى والديَّ الكريمين.

إلى جدي الغالي الذي كان محققاً لي طيلة مساري التعليمي.

إلى كلِّ إخوتي وعائلتي الكريمة، إلى أستاذتي المشرفة.

إلى كلِّ من يعاني القسام وذويهم.

إلى كلِّ من أثار لي شغفة في طريق العلم.

أهدي ثمرة جهدي

شكر وعرفان

بسم الله الرحمن الرحيم ﴿ وَإِذْ تَأَذَّنَ رَبُّكُمْ لَئِن شَكَرْتُمْ لَأَزِيدَنَّكُمْ ﴾

أحمد الله وأشكره على توفيقه وحسن عونه وتدبيره.

أقدم جزيل شكري وأسماى عبارات العرفان إلى الأستاذة المشرفة

الدكتورة «المحبي» (وبيدة)

والأستاذ مساعد المشرف الدكتور «بن لواد أحمد»

وفاءً لجهده لا يقدر وإقراراً بتوجيه وإرشادٍ جزاء حرصهما على إتمام هذا العمل.

كما أقدم شكري وتقديري إلى كلِّ الأساتذة الذين ساعدوني في إتمام عملي

خاصة الأستاذ «محمود بن خليفة».

ولا يفوتني أن أتوجه بالشكر والامتنان إلى عمّال مركز الوسيط لعلاج الإدمان، على رأسهم الطبيب

النفسي «بوجمعة جمال».

ولا يسعني إلا أن أتقدم بخالص عبارات الشكر والتقدير إلى هيئة الدراسة وذويهم على تعاونهم

معنا.

ملخص الدراسة:

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على السياق الدلالي لمضمون الهذيان عند الفصامي، وذلك بعد الكشف عن مصادر الهذيان عنده.

ولتحقيق هذه الأهداف تمّ استخدام المنهج العيادي ومنهج تحليل المحتوى، إلى جانب تطبيق اختبار الرورشاخ، على عينة شملت (04) حالات يعانون من الفصام، ويتردّدون على مركز الوسيط لعلاج الإدمان بولاية تيسمسيلت.

وقد توصلت الدراسة إلى أنّ مضمون الهذيان عند الفصامي، يحمل دلالة رمزية يمكن التنبؤ بها، من خلال تحليل محتوى هذيان المريض، كما توصلت إلى أنّ مصادر الهذيان متعدّدة لدى الفصامي، ويمكن الكشف عنها بتحليل محتوى الخطابات الهذائية، بالإضافة إلى أنّ نتائج الدراسة قد دلّت على وجود اختلاف في مصادر الهذيان عند الحالات، تبعاً لمتغيرات المستوى التعليمي والثقافي.

الكلمات المفتاحية: الهذيان؛ الفصام؛ المضمون.

Abstract:

The current study aims to understand the semantic context of the delusional content in schizophrenia, following the identification of the sources of delusions in such cases.

To achieve these goals, clinical methodology and content analysis were used, along with the Rorschach test, on a sample that included four cases suffering from schizophrenia, who frequent the intermediary center for addiction treatment in the state of Tissemsilt.

The study found that the delusional content in schizophrenia carries a symbolic significance that can be predicted through the analysis of the patient's delusional content. It also found that the sources of delusions are diverse among schizophrenics and can be identified through the analysis of the content of delusional discourse. Additionally, the study's results indicated that there is a variation in the sources of delusions among the cases, depending on educational and cultural variables.

Keywords: Delusions; Schizophrenia; Content.

قائمة المحتويات

إهداء أ

شكر وعرقان ب

ملخص الدراسة: ج

قائمة

المحتويات: د

قائمة الجداول ك

قائمة الملاحق ل

مقدمة 1

الفصل الأول: الإطار العام للدراسة

1. الطرح العام للإشكالية

الدراسة: Error! Bookmark not defined.

2. فرضيات الدراسة: Error! Bookmark not defined.

3. أهداف الدراسة: Error! Bookmark not defined.

4. أهمية

الدراسة: Error! Bookmark not defined.

5. التعريفات الإجرائية لمتغيرات الدراسة: Error! Bookmark not defined.

6. الدراسات السابقة: 16

الجانب النظري للدراسة

الفصل الثاني: الذهانات

تمهيد 24

1. الذهان عبر التاريخ: 24

2. مفهوم الذهان: 26

3. تصنيف

الذهان: Error!

Bookmark not defined.

4. مميزات الذهان: 32

5. أسباب الذهان: 32

6. أنواع الذهان: 36

7. التمايز بين الذهان والعصاب: 37

الفصل الثالث: الفصام

تمهيد Error! Bookmark not defined.....

1. تاريخ الفصام: Error! Bookmark not defined.....

2. مفهوم الفصام: Error! Bookmark not defined.....

3. مدى انتشار مرض الفصام: Error! Bookmark not defined.....

4. بداية ومسار الفصام: Error! Bookmark not defined.....

5. مراحل تطور مرض الفصام: Error! Bookmark not defined.....

6. مآل الفصام: Error! Bookmark not defined.....

7. أعراض الفصام:

..... Error! Bookmark not defined.....

not defined.

8. المقاربة النظرية للفصام: Error! Bookmark not defined.....

9. التصنيف والأشكال العيادية للفصام: Error! Bookmark not defined.....

10. معايير تشخيص الفصام: Error! Bookmark not defined.....

11. الفصام عند الطفل والمراهق: 89

12. اضطراب اللغة والفصام: 90

13. الفصام والانتحار: 93

14. علاج الفصام: 93

الفصل الرابع: الهذيان

97	تمهيد
97	1.مدخل تاريخي لتطور مفهوم الهذيان:
99	2.مفهوم الهذيان:
101	3.أعراض الهذيان:
102	4.خصائص الهذيان:
104	5.ميكانيزمات وآليات الهذيان:
106	6.مواضيع الهذيان:
110	7. تنظيم الهذيان:
111	8.بنية الهذيان:
112	9.أنواع الهذيان:
118	10.تصنيف الهذيان:
119	11.مراحل سير وتطور الهذيان:
121	12.التفسير النظري للهذيان الفصامي:
الجانب التطبيقي للدراسة	
الفصل الخامس : الإجراءات المنهجية للدراسة	
127	1.الدراسة الاستطلاعية:
129	2.الدراسة الأساسية:
129	1.2.منهج البحث وأدواته:
129	1.1.2 منهج الدراسة :
130	2.1.2. أدوات الدراسة:
130	أ. دراسة الحالة:
131	ب. الملاحظة العيادية:
131	ت. المقابلة نصف الموجهة:
132	ث. اختبار فحص الهيئة العقلية:
133	ج. تحليل المحتوى:

134	ح. اختبار الورشاش:.....
137	. مؤشرات الفصام من خلال تقنية الورشاش:.....
138	.2.2. حدود الدراسة:.....
138	.3.2. حالات الدراسة ومعايير انتقائهم:.....
الفصل السادس: عرض حالات الدراسة ونتائجها	
141	1. عرض الحالة الأولى وتفسير نتائجها:.....
161	2. عرض الحالة الثانية وتفسير نتائجها:.....
181	3. عرض الحالة الثالثة وتفسير نتائجها:.....
202	4. عرض الحالة الرابعة وتفسير نتائجها:.....
الفصل السابع: مناقشة النتائج على ضوء فرضيات الدراسة	
228	1. مناقشة وتحليل نتائج الفرضية العامة:.....
231	2. مناقشة وتحليل نتائج الفرضية الجزئية الأولى:.....
233	3. مناقشة وتحليل نتائج الفرضية الجزئية الثانية:.....
234	. استنتاج عام:.....
Error! Bookmark not defined..... خاتمة:	
242	. توصيات:.....
244	. قائمة المصادر والمراجع:.....
Error! Bookmark not defined..... قائمة الملاحق:	

قائمة الجداول

الرقم	العنوان	الصفحة
01	أهم الفروق بين العصاب والذهان	37
02	دور الوراثة في ظهور الفصام	70
03	التشخيص الفارقي للفصام والاضطرابات الذهانية	88
04	خصائص عينة الدراسة	134
05	دليل المقابلات العيادية للحالة الأولى	149
06	محتوى المقابلات مع الحالة الأولى	149
07	دليل المقابلات العيادية للحالة الثانية	167
08	محتوى المقابلات مع الحالة الثانية	168
09	دليل المقابلات العيادية للحالة الثالثة	186
10	محتوى المقابلات مع الحالة الثالثة	187

210	دليل المقابلات العيادية للحالة الرابعة	11
211	محتوى المقابلات مع الحالة الرابعة	12

قائمة الملاحق

الرقم	العناوين
01	طلب إجراء الدراسة الميدانية
02	عرض بروتوكول الورشاش للحالة الأولى
03	عرض بروتوكول الورشاش للحالة الثانية
04	عرض بروتوكول الورشاش للحالة الثالثة
05	عرض بروتوكول الورشاش للحالة الرابعة
06	بطاقات الورشاش

مقدمة

يُعتبر العقل البشري بمثابة الرابط بين الفرد والعالم الخارجي، فهو يقوم بإدراك الواقع ومؤثراته، وهو حلقة وصل بين الداخل والخارج، حيث يقوم هذا العقل بنقل صورة الواقع الخارجي إلى الداخل، وتفسيرها وفهمها، ومن ثمة الاستجابة لها وإذا ما اضطرب العقل يحدث شرخ في هذه العلاقة، ويعجز الرابط على نقل الفكرة ومعناها، فينتج الانفصال عن العالم الخارجي، وهو ما يعبر عنه في الطب النفسي والعقلي بالمرض العقلي الذهاني، الذي يصيب الحياة الانفعالية والعقلية للمريض، ويشكّل تصدّعا في الشخصية واختلالاً في الوظائف المعرفية، ممّا يجعله عاجزاً وغير مسئول عن ذاته وعن الآخرين، وغير واعٍ بأفعاله وسلوكاته.

فالمريض المصاب بالذهان شخصٌ فقد صلته بالواقع وأصبح مجنوناً بالمعنى القانوني، حيث تقع تحت الذهان جملة من الأمراض العقلية، من ضمنها الفصام «Schizophrénie» فهو من الاضطرابات العقلية، التي تندرج تحت فئة الذهان ويشكّل نسبة 80% من مجموع الاضطرابات الذهانية، حيث يعرف الفصام في معجم علم النفس والتربية أنه "مرض عقلي مظهره اضطرابات في موقف الشخص إزاء الواقع، وانفصال بين النواحي العقلية والوجدانية من الشخصية" (الجانبى، 2003، ص. 94).

يشكّل مرض الفصام وصمة اجتماعية بالنسبة للأسرة والمجتمع، نظراً لما يظهر على المريض من أعراض سلوكية وسلبية، والخطر الذي يشكّله نتيجة تدهور جميع جوانب الشخصية، فهو يعرف بعالم اللامعنى واللاموضوع، ممّا يشهد اضطراباً في الوعي والانتباه وهذا ما أثبتته دراسة (جغلول، 2022)، التي هدفت إلى تحديد مستوى الانتباه الانتقائي وتقييم قدرات الكفّ لدى الفصامي، حيث أجريت الدراسة على عيّنة متكوّنة من أربع حالات يعانون من الفصام، بمستشفى "فرانز فانون" بالبلدية، حيث استخدمت الباحثة اختبار "Stroop" واتّباع خطوات المنهج العيادي، وقد توصّلت نتائج الدراسة إلى وجود

اضطراب على مستوى الانتباه الانتقائي، خاصة المحافظة على الانتباه واستمراريته، كما أظهرت الدراسة أن هناك ضعفاً واضطراباً على مستوى قدرات الكفِّ، عند أغلب أفراد مجموعة الدراسة.

غالباً ما يظهر اضطراب الفصام في سنِّ مبكِّرة، ويحدث للشباب انفصال للعقل عن النفس، بعد فشل المکانیزمات الدفاعية في حلِّ الصراعات البدائية، وهي مرحلة إحياءٍ للخبرات القديمة، وهذا حسب رواد مدرسة التحليل النفسي، وتتزامن هذه المرحلة مع ظهور العوامل المفجِّرة المشحونة بالضغوطات والإحباطات، التي توافق فترة نهاية المراهقة وبداية مرحلة الشباب، ونتيجة لهذا يسعى المراهق إلى التمتع بالاستقلالية وفرض رغباته الجامحة، التي تقابلها سلطة الوالدين وفرض قراراتهم المتعارضة مع رغبات المراهق، ممَّا يولِّد ضغوطاً نفسية على هذا الشاب والإحساس بالحرمان والضيق وعدم الراحة؛ الأمر الذي يدفعه إلى اللجوء إلى عالم آخر يشعره بالراحة، وكبديل للعالم الواقعي وهو العالم (الهوامي)، هذا ما ينجُرُّ عنه الإصابة بالفصام وهو ما أثبتته دراسة (قيروود، 2022)، التي هدفت إلى البحث في أثر سوء المعاملة (الوالدية) في مرحلة المراهقة على الإصابة باضطراب الفصام، حيث أجريت الدراسة على عينة متكوِّنة من ثلاث حالات مصابة باضطراب الفصام، استخدمت الباحثة منهج (دراسة الحالة)، بالإضافة إلى الملاحظة والمقابلات، كما استخدمت مقياس (سوء المعاملة الوالدية) كأداة للدراسة، وتوصَّلت النتائج إلى وجود مستويات مرتفعة من سوء المعاملة الوالدية لدى المفحوصين المصابين بالفصام، كما أظهرت ذات النتائج أنه تؤثر (سوء المعاملة الوالدية) في المراهقة على الإصابة باضطراب الفصام.

حيث يرافق ظهور المرض جملة من الأعراض، التي تضعف قدرات الشخص على التواصل وفقدان الدافعية، وكذا الانسحاب الاجتماعي، إلى جانب أعراض إيجابية تتمثَّل في الهذيان والهلوسة، ودرجة واضحة من عدم التنظيم التي تبرز في فقر اللُّغة وعدم تناسق خطاب المريض، مع فقدان واضح للروابط المنطقية بين الفكر والمنطق (Carment, 2018, p. 3).

فيلجأ المريض إلى خلق عالم خاصّ به لا يفهمه ولا يدركه إلا هو، عالم مليء بالهلاوس والهوامات والهذات، تكون الهذات متنوعة تتجسّد في خطابات غريبة ومعتقدات وهمية اضطهادية. حيث تشير "Patricia cotti" إلى مصطلح الهذيان أنّه "اعتقاد غير قابل للاختزال، ولا يتزعزع من واقع مفهوم خاطئ، وهو قناعة غير قابلة للتغيير، وتصوّر لا يتوافق مع الحقيقة، تصوّر سيئ لشيء جيد" (cotti, 2011, p. 21)، أي أنّه اعتقاد لا أساس له في الواقع، وليس له تفسير منطقي معروف، وهو اعتقاد راسخ لدى المريض يصعب إقناعه ببطلانه وعدم صحّته.

ويعدّ الهذيان من أهمّ الأعراض الإيجابية الشائعة لدى مرضى الفصام، حيث تتميز هذه الهذيان بعدم التنظيم وتعدّد المواضيع التي يتم بناؤه على أساسها، أي أنّ الفكرة الهذيانية تنطلق من موضوع معيّن يختلف من مريض لآخر، وترتبط هذه المواضيع بميكانيزمات متنوعة يستند إليها المريض في بناء نسق هذيانه، حيث تكون جلّ محتوياتها غامضة وغير واضحة، وبالتالي يشكّل الفصامي عالماً خاصاً به، ينغمس من خلاله في هذيانه بعيداً عن العالم الخارجي الذي يشكّل مصدر تهديد بالنسبة له.

لطالما اعتبر الطبّ النفسي الهذيان أنّه عرض بارز، يحدث نتيجة خلل في التفكير واضطراب القدرات المعرفية، وبعض النظريات تفسّره أنّه راجع إلى الاضطرابات اللغوية الشائعة لدى الفصامي، أمّا رواد مدرسة التحليل النفسي وعلى رأسهم "سيغموند فرويد" فقد فسّر سبب نشوء الهذيان، أنّه يحدث نتيجة الاضطراب الذي يقع في مستوى مبكّر جداً من العلاقات (أم - طفل)، يرافقه نبذ الصورة الأبوية (أي: نفي وجوده) وحسب رأي "جاك لاكان" ثمة استبعاد اسم الأب (سيلامي، 2001)، وبالتالي فالهذيان عبارة عن خبرات وصراعات عايشها المريض بطفولته، لتعود وتحيا من جديد وتسقط على أرض الواقع بفعل الهذيان لكن بطريقة رمزية، وفقاً للنموذج الفرويدي يفسر الهذيان الفصامي على أنه ذكريات مرضية، أي تعود إلى التاريخ الطفولي، وهو شكل من أشكال الخبرة التي يهيمن عليها سحريا إشباع

هلاوسي للرجبة، وانخفاض القدرة على التفكير في الذات وفي التجربة المباشرة، وعدم القدرة على التمييز بين الواقع والخيال (Sass, 2010)، إن ما يعبر عنه "فرويد" في هذا الصدد هو أن جذور الهذيان تعود لخبرات طفولية، وتجارب مؤلمة تعود لمراحل مبكرة وظهورها كعرض بالفصام، ليس إلا انحدار لهذه الرغبات والتجارب الدفينة باللاشعور إلى الواقع، الذي ينفصل عنه الفصامي ويستبدله بعالم خاص به مليئاً بالهلاوس والأوهام، رغم محاولة "فرويد" في تفسيره للهذيان الفصامي، إلا أن نظريته لم تتوسع في هذا المجال بقدر إسهاماته في تحليل الهذيان المصاحب للبارانويا الذي برز من خلال تحليله للهذيان الرئيس "شريبير"، أين توسع في دراسة خطاباته الهذائية الواردة بمذكراته، وتفسير دلالاتها وتحليل ما تحمله هذه الخطابات، رغم أهمية اضطراب الفصام وانتشاره بشكل واسع أوساط المجتمعات، أما الهذيان الفصامي، هو الآخر لم يلقى اهتماماً واسعاً في مجال البحث والتفسير، فالدراسات الحالية لم تركز اهتمامها بالبحث في أصل نشوء الأعراض الفصامية خاصة الهذيان، وهذا نتيجة تركيزها على الأعراض المعرفية للفصام، والبحث في أدوات التشخيص مع استحداث برامج علاجية سلوكية لخفض شدة الأعراض.

إن ما تضيفي إليه هذه الدراسات، هو اهتمامها بالجوانب السلوكية والمعرفية للأعراض، دون التركيز على الجانب النفسي وما ينطوي عليه من صدمات وخبرات مؤلمة، التي من شأنها أن تساهم في ظهور الاضطرابات، وتشكيل الأعراض المصاحبة لهذه الأمراض النفسية والعقلية، وبالتالي فهذه الفجوة العلمية، تعد من الأسباب التي دفعت الباحثة لاختيار هذا الموضوع وهو، الرغبة في معرفة السياق الدلالي للمضمون الذي يحمله هذيان الشخص الفصامي، والرغبة أيضاً في البحث عن مصادر الهذيان والاهتمام بلغة الفصامي.

ومن بين دوافع اختيار الموضوع أيضاً نجد، غياب الدراسات العربية (من وجهة نظر الباحثة)، التي اهتمت بدراسة الهذيان دراسة نفسية تحليلية، التي من شأنها إبراز الجانب النفسي في تفسير أعراض الفصام، وكذا إظهار أهمية المراحل الأولى من نمو الشخص في

تكوين أعراض الفصام، وما يندرج تحتها من تجارب وصراعات علائقية لها دور هي الأخرى في تكوين وبناء هذه الأعراض، هذا من جهة ومن جهة أخرى، أظهرت الدراسة أهمية الصراعات اللاحقة والضغطات النفسية، التي تفوق قوتها قدرة الجهاز النفسي للمريض على التحمل، وبالتالي تسرع من ظهور مرض الفصام .

الإطار العام للدراسة

الفصل الأول: الإطار العام للدراسة

1. الطرح العام لإشكالية الدراسة

2. فرضيات الدراسة

3. أهداف الدراسة

4. أهمية الدراسة

5. التعريفات الإجرائية لمتغيرات الدراسة

6. الدراسات السابقة

1. الطرح العام لإشكالية الدراسة:

عُرف المرض النفسي والعقلي منذ القدم، لكن لم يحظ المريض بعناية واهتمام، نظراً لما كان يسود تلك المجتمعات من فكر خرافي في تفسيره للمرض العقلي، بعيداً كلّ البعد عن الأسس العلمية في تفسيرها للأمراض النفسية ومسبباتها، إلى أن انفصل علم النفس عن الفلسفة والمذاهب الكلاسيكية، وأخذ في النشأة والتطور. ومع بداية القرن التاسع عشر ظهرت العديد من الدراسات التي شهدت إسهاباً في اهتمامها بمسببات المرض النفسي، وطرق علاجه وتفسير الأعراض الظاهرة على المريض، ومن بين الأمراض العقلية التي حظيت باهتمام واسع في مجال البحث والدراسة، هي مرض الفصام «Schizophrénie» التسمية التي اقترحها (Eugene Bleuler 1911)، كبديل للتسمية القديمة المعروفة بـ "العتة المبكر dementia praecax"، التي كان "موريل" (Morel, 1860) قد أطلقها على الأمراض العقلية التي يصعب التنبؤ بمصيرها، اقترح "موريل" هذه التسمية لوصف شاب يبلغ من العمر 14 سنة، تتجاوز قدراته العقلية بكثير قدرات زملائه في المدرسة، خضع إلى وقفة مثيرة للقلق ليفسح المجال لنوع من السبات، يقترب من الذهول معتقداً أنّ الانتقال إلى حالة الخرف المبكر كان في طور التشغيل (Edouard et Martin, 2004).

تعرف هذه الأمراض بالجنون وعدم القابلية للشفاء، ويشير (صادق، ص. 122) في تعريفه للفصام أنّه "الانقسام والانفصال والانشقاق"، أي انقسام الوظائف النفسية الذي هو أحد أهمّ مميّزات الشخصية". يرجع الفضل في فهم ومعرفة الفصام العقلي إلى "كريبلين"، الذي تطرّق إلى مختلف أشكال الفصامات، مستخدماً تعبير العالم (Morel, 1860) في تفسيره للفصام العقلي، من خلال رسالته حول الأمراض العقلية لوصف الفصام، حيث نشر "كريبلين" في كتابه "رسالة في الطبّ النفسي" بالطبعة السادسة الذي جمع فيه بين (التخشب والهيبيفرينيا، والهذيان المصحوب بجنون العظمة)، ثم يقترح (بلولر، 1911) أربعة أنواع

فرعية من الفصام، (جنون العظمة، والتخشبي، والهيبفيريني، والبسيط) (Clercq et Peuskens, 2000).

الفصام؛ هو اضطراب ذهاني عقلي يصيب التركيبة البنائية في الشخصية بالتفكك، التي تظهر من خلال اضطراب الأفكار والقدرات المعرفية للمريض، متجلية في انقطاع الصلة بالواقع، وغياب الحكم مع اضطراب السلوك والوجدان، ويعرّف حسب "المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض (ICD-10 1991)" تتميز الاضطرابات الفصامية بشكل عام باضطراب أساسي في الشخصية، وتحريفات مميزة في التفكير والإدراك، وكذلك في المشاعر الغير سوية، وعادة ما يبقى الوعي والقدرة الذهنية سليمين" (نخبة من أساتذة الطب النفسي، د ت، ص. 171).

كما يعدّ الفصام من أخطر الأمراض العقلية وأكثرها تهديداً، وهو حالة عقلية مزمنة تضم مجموعة من الأعراض المتمثلة في (التفكك، الأوهام، الهلوس). ويصف الأطباء السيكاتريين الفصام كمرض ذهاني، وهذا لانقطاعه عن الواقع، ومن وجهة ثانية يعدّ أكثر غموضاً وتداخلاً مع الأمراض الأخرى، حيث تمثّل نسبة انتشاره 1% من مجموع السكان، وهو أكثر إعاقة للشباب نظراً للعجز الذي يسببه لهم، والإصابة المبكرة به التي تحدث ما بين سن 15 و 25 سنة، إذ يظهر بنسب متساوية بين النساء والرجال، وهناك نوع آخر يصيب الأطفال إلا أنه نادرٌ ما تحدث الإصابة به.

تبقى الأبحاث متناقضة حول ظهور مرض الفصام وميكانيزماته، حتى إنّ تعاريفه ما زالت غير دقيقة، مقارنة مع الاختلافات الموجودة بين مدارس الطب النفسي والعقلي، وهذا التناذر المرضي يضم مجموعة من الأعراض العيادية. التي حدّدها الدليل التصنيفي التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية في نسخته الخامسة (2014) بوجود: هلاوس، كلام غير منظم، أوهام، سلوكيات كاتاتونية، أعراض سلبية. ويشكّل هذا المرض عائقاً كبيراً في المجتمعات نتيجة العجز الذي يسببه للمريض، والقصور المعرفي الحادّ المؤثر على جميع

جوانب الشخصية، المتسبب في انقسام وحدتها وتفككها، فمن ناحية الإدراك يضطرب إدراكه، ويحتاج إلى تركيز عالي للتمييز البصري والسمعي، أمّا المزاج فيصبح متقلّباً، مع عجز في ضبط النفس وسلوك سلبي متناقض (Ambivalence)، حيث يتمييز الفصامي بظهور تناذرات إيجابية وسلبية، نخس بالذكر منها الهذيان الذي يعرفه "بارجوري" على أنه: "اعتقاد ويقين خاطئ، يستلزم منه تقديم تفسير لإدراكاته وتجاربه" (Berjerrt, 1982, p. 67)، وتتخذ هذه الأعراض الهذيانة عدّة أشكال تختلف حسب مصادرها، كما يشير "لطي الشربيني" بتعريفه للهذيان، في معجم مصطلحات الطب النفسي على أنه "خلل في حالة الوعي والوظائف العقلية، يحدث بصورة مفاجئة مع علامات نفسية وعصبية نتيجة لأسباب مختلفة". وقد اهتمّ المحلل النفسي "سيغموند فرويد" بالهذيان باعتباره المكان الوحيد الذي تظهر فيه الاضطرابات المعرفية، مستعيناً في تفسيره لهذا العرض بحالات مرضية من واقع التجربة، حيث يشير "فرويد" في كتابه الموجز في التحليل النفسي أنّ الهذيان "هو اعتقاد مرضي في وقائع غير حقيقية، أو في تصوّرات خيالية لا أساس لها من الواقع، وأكثر الموضوعات شيوعاً هي العظمة والاضطهاد، الغيرة والذنب" (القماش، 2000، ص. 154). حيث تتخذ الأوهام الهذيانة عدّة أشكال التي (سبق ذكرها) من طرف "فرويد"، ما يزيد الحالة تعقيداً هو إيمان الفصامي بهذه الأفكار والمعتقدات وتمسكه بها. تتمثل هذه الأفكار أساساً في أوهام وتصورات خيالية، تكون بشكل اضطهادي أو أفكار عظيمة، تترجم في شكل خطابات لفظية، كأن يعتقد المريض أنّ أحداً ما يتجسس عليه، أو جماعة تتآمر ضده ويكرهونه، فالعلماء والأطباء يعتبرون هذه الخطابات والكلام راجعة إلى اضطراب الوعي والتعبير، وقد أجريت عدّة دراسات حول لغة الفصامي، كدراسة (بوفولة، 2008) التي درس فيها اضطراب اللغة عند الفصامي، والتعرّف على التغيّرات التي تحدث في لغته. باستخدام استبيان (تعداد اللغة عند الفصامي)، أظهرت نتائج الدراسة أنّ لغة الفصامي تحتوي على قولبات لفظية، اضطراب التوقف، الوظوبية والخطاب المبهم.

كما فسّر العلماء اضطراب اللغة أنّه راجع لاضطراب الأفكار، فهم يعبرون عن أنفسهم بشكل مضطرب، وقد أولى الأطباء النفسانيون اهتماماً كبيراً بلغة الفصامي، لما لها من أهمية في تشخيص المرض، إلا أنّهم أهملوا جانباً من هذه اللغة، وهو الأفكار التي يهذي بها الشخص الفصامي، وظلّوا يعتقدون أنّها ترجع لاضطراب مجرى التفكير والوعي، دون البحث عن مصادر إنتاج هذه الأفكار والخطابات، في ظلّ غياب الفكر والذاكرة والفقر الذي يعاني منه المريض في لغته، وقد أشار الباحثون والعلماء الأوائل من بينهم "كريبلين وبلويلر"، من خلال تحليلهم للمقابلات الإكلينيكية والتطرّق إلى دلالات الألفاظ والمعاني، كخصائص مميزة في خطابات الفصامي، حيث يرى "كريبلين" أنّ الفصامي فقد خاصيّة التنظيم، والترتيب المنطقي لتسلسل أفكاره، ونقص التكامل الدلالي في لغته.

أمّا "بلويلر" فيصف لغة الفصامي على أنّها تتسم بنقص الربط بين الأفكار، بطريقة منطقية (سيد، 1990، ص. 197). مع هذا بقيت المحاولات ضئيلة في تفسير وتحليل خطابات الهذيان لدى الفصامي وتحديد دلالتها، مقتصرة على إسهامات المحلّل النفسي "سيغموند فرويد" و"جاك لاكان". حيث قاما بدراسة الخطابات الهذيانية، وتحليلها بهدف الكشف عن أسبابها والمضمون الذي تحمله هذه الكلمات.

ويرى المحلّل اللساني الفرنسي «J. lacan» أنّ هذيان الفصامي يشهد انزلاقاً مستمراً على صعيد السلسلة المدلول عنها، و يظهر المريض كأنّه يهرب من العالم الواقعي ليلجأ إلى عالم خاص به وهو الخيال، لتصبح كلماته ذات دلالة لا يدركها إلا هو (بوفولة، 2008). أمّا (Freud, 1911) فقد ذكر أنّ مضمون هذه الهذيان، يرجع إلى خبرات النمو التي عاشها المريض في طفولته، وما تشهده من صراعات وإحباطات ناتجة عن المحيط والأسرة، وهي أساس انفجار هذا الهذيان كدفاع ضدّ هذه الرغبات اللاواعية، فهذه الكلمات ليست إلاّ تعبيراً عمّا عاشه المريض وأثر فيه وتمّ كبته، وبعد فشل عملية الكبت تمّ انحدار هذه الخبرات إلى الواقع، بفعل الإسقاط مشكلة ضمن سلسلة من الأوهام والتصورات تعرف بالهذيان.

فرغم أهمية هذا العرض لدى مرضى الفصام كونه يعبر عن حياة نفسية، وخبرات لاشعورية تكشف المعاش النفسي للمريض، إلا أنه لم يلقى اهتماما واسعا في مجال الدراسة والبحث في العصر الحالي حيث اقتصرت دراسته فقط على نظريات "سيغموند فرويد" و"جاك لاكان"،

ودراسة (Ali Mohamed, 2017) التي جاءت بعنوان «Language Disorder and information processing between schizophrenics categories and normals» هدفت هذه الدراسة للكشف عن الفروق بين مرضى الفصام الهذائي وغير الهذائي، في فهم اللغة وإنتاجها ومعالجة المعلومات، وكذا الكشف عن الفروق بين مرضى الفصام الهذائي وغير الهذائيين والمبجوثين من الأسوياء في فهم اللغة وإنتاجها، ومعالجة المعلومات عن طريق بعض الاختبارات الإكلينيكية، وقد أظهرت نتائج الدراسة بوجود فروق دالة إحصائية بين عينات البحث لصالح الأسوياء، عن مرضى الفصام (الهذائي وغير الهذائي) في فهم اللغة وإنتاجها ومعالجة المعلومات، كما ظهرت فروق دالة إحصائية بين عينة المرضى لصالح مرضى الفصام الهذائي، عن مرضى الفصام غير الهذائي في فهم اللغة وإنتاجها ومعالجة المعلومات، فقد اهتمت هذه الدراسة بفهم اللغة وإنتاجها لدى مرضى الفصام الهذائي، ومقارنتها بغير الهذائيين، ولم يتم التطرق إلى دراسة الهذيان من الناحية السيكلوجية.

وبما أن الهذيان يعتبر عرضا مهما لدى مرضى الفصام، يساعد في عملية التشخيص بالنسبة للمختصين، في مجال علم النفس العيادي والطب النفسي، ومن وجهة نظر "سيغموند فرويد" فهو يعبر عن واقع نفسي، وخبرات لاشعورية تعود لمراحل بدائية من نمو المريض، فرغم أهمية هذا العرض إلا أنه لم يحظى بالدراسة من الناحية السيكلوجية، بمعنى البحث عن دلالة الهذيان وعن السياقات التي تحملها هذه الخطابات، التي توصف في الطب النفسي كضرب من الجنون، كما أن جل الدراسات التي تطرقت إلى الهذيان قد ركزت على الجانب المعرفي للمرضى، واعتبرت الهذيان راجع إلى خلل في محتوى التفكير، أو أنه يحدث نتيجة اضطراب اللغة لدى الفصامي، وما يجعلنا نشكك في صحة هذا الطرح هو أن لغة الفصامي وجل

خطاباته عبارة عن أحداث ووقائع، مبنية على أفكار تم انتاجها من خيال المريض، فإذا كان هناك اضطراب في التفكير واللغة للفصامي، فلا يستطيع هذا الأخير انتاج خطابات هذيانية، وهذا ما أغفلته الدراسات السابقة حول الهذيان، وهو البحث عن أصل هذا الخطابات ودلالاتها واختلافها من مريض لآخر.

ف نظرا لقلة الدراسات حول هذا الموضوع خاصة الجزائرية منها (في حدود علم الباحثة)، تم اقتراح موضوع الدراسة الحالية، حول مضمون الهذيان لدى الشخص الفصامي، وتفسيره من خلال الدراسة التطبيقية والنظرية وهذا انطلاقا من إشكالية، مفادها فهم الدينامية النفسية التي تحملها المضامين الهذيانية، وكذا تحليل هذه الأفكار وفهم سياقاتها والدلالة التي تحملها، وقد ساعدتنا في الإجابة عن هذه التساؤلات وأخرى، خطابات المرضى التي تم تسجيلها بالمقابلات الميدانية مع حالات الدراسة، ولدراسة وترجمة هذه المواضيع استندنا إلى الخلفية النظرية المتمثلة في نظرية التحليل النفسي وتفسيرها للهذيان الفصامي، وكذا المنهجية المختارة لقيام البحث.

وانطلاقا مما سبق يمكننا تحديد إشكالية البحث ضمن التساؤلات التالية:

. الإشكالية العامة: يسعى البحث الحالي لمعالجة إشكالية أساسية تتمثل فيما يلي:

. ما السياق الدلالي لمضمون الهذيان عند الفصامي؟

وأما التساؤلات الجزئية:

1. ما هي مصادر الهذيان عند الفصامي؟

2. هل تختلف مصادر الهذيان باختلاف المستوى التعليمي والثقافي للمريض الفصامي؟

2. فرضيات الدراسة:

1.2. الفرضية العامة:

- يحمل مضمون الهذيان عند الفصامي دلالة رمزية يمكن التنبؤ بها.

2.2. الفرضيات الجزئية:

1. توجد مصادر متعدّدة للهذيان يمكن اكتشافها بتحليل محتوى الخطابات الهذائية.

2. تختلف مصادر الهذيان عند مرضى الفصام تبعاً لمتغيّرات المستوى التعليمي

والثقافي.

3. أهداف الدراسة:

تهدف هذه الدراسة للكشف عن:

- الدلالة التي يحملها مضمون الهذيان الفصامي.

- مصادر الهذيان عند الفصامي من خلال تحليل محتوى الخطابات الهذائية.

- اختلاف مصادر الهذيان عند مرضى الفصام تبعاً لمتغيّرات المستوى التعليمي والثقافي.

4. أهمية الدراسة:

تكمّن أهمية هذه الدراسة من الناحية النظرية في التركيز على الهذيان، باعتباره عرض أساسي في الفصام، كما تكتسي قيمة علمية من حيث المعلومات التي تحتويها، حول الجانب النظري وأهمية المتغيرات التي تناولتها الدراسة.

وتتمثّل أيضاً أهمية الدراسة الحالية بالكشف عن السياق الدلالي لمضمون الهذيان عند الفصامي، باعتباره موضوعاً لم يتمّ تناوله من قبل، وبالتالي تبرز الأهمية بالمساهمة في إثراء وتزويد المعرفة والبحث العلمي بنتائج جديدة، بالإضافة إلى أهميتها في كونها الدراسة الوحيدة

(في حدود علم الباحثة)، التي حاولت دراسة دلالة مضمون الهذيان من الناحية السيكلوجية، وبالتحديد من خلال تحليل المادة الهذيانية، بصورة ميدانية وهذا بتسجيل الخطابات الهذائية وتحليلها التي اعتبرها الطب النفسي كضربٍ من الجنون.

كما تعتبر هذه الدراسة من الدراسات القليلة من نوعها في الجزائر، بحيث تفتح المجال للدراسات التطبيقية بالبحث خاصة في أعراض الفصام ودلالاتها النفسية، التي تشهد قصوراً من ناحية البحث، هذا إلى جانب توضيح علاقة الإحباطات، والصراعات النفسية بالمراحل المبكرة من النمو في تكوين مضمون الهذيان.

أمّا بخصوص الدراسات في البيئة العربية التي تناولت مضمون الهذيان عند المريض الفصامي، فلم نتمكن من الحصول على أيّ دراسة سابقة نعزّز بها دراستنا هذه.

كما تظهر أيضاً أهمية الموضوع في كونه ينتمي إلى علم النفس المرضي، الذي يعتبر مجال تخصص الباحثة.

5. التعريفات الإجرائية لمتغيرات الدراسة:

1.5 الفصام:

يعرّف الفصام أنه "مرض أو مجموعة متلازمات تتميز بأعراض محدّدة أكثر أو أقلّ وتتطوّر إلى انشقاق عميق في الشخصية" (daninas, 2015, p. 22).

ويعرف الفصام إجرائياً أنّه: مرض عقلي يتميّز بانحرافٍ واضحٍ في القدرات المعرفية، وانقسام للوظائف النفسية، مع تجسيد الانفصال عن العالم الخارجي، حيث يجد المريض صعوبةً في الإدراك والتفكير، مع اضطراب في السلوك وتظهر على المريض الهلوس السمعية والبصرية مع أوهام وأفكار هذيانية لا يدركها إلا هو، ويعرف الفصام بأنّه النتيجة التي يحصل عليها المريض في اختبار الرورشاخ.

2.5 الهذيان:

تُعرّف الأوهام على أنّها "معتقدات خاطئة لا تتزعزع من أصول مرضية، وتشمل خصائص معينة تتمثل في: عدم القبول من قبل الناس من نفس الخلفيات الاجتماعية، الدينية، التعليمية، مع القناعة المطلقة التي يحملها، وعدم قابليتها للإصلاح عن طريق التجربة أو الحجّة، ومحتواها يكون غريباً ومستحيلاً" (Kufa, 2009, p. 219).

ويُعرّف الهذيان إجرائياً بأنه؛ مجموعة الأوهام والخيالات والتصوّرات غير الواقعية، التي تظهر في كلام المريض الفصامي أثناء إجراء المقابلات، على شكل خطابات تحمل معاني ورموز لها دلالاتها الخاصة، التي تختلف من مريض لآخر ولا يملك لها دليلاً أو برهاناً على صحّتها، إضافة إلى أنّ هذه الهذيان تصبح عالمة الخاص الذي يتوحّد به، كونها تسمح له بإسقاط رغباته وصراعاته دون الخضوع لمبدأ الواقع ورقابة الأنا.

3.5 مضمون الهذيان:

يُعرّفه معجم مصطلحات الطب النفسي على أنّ: "الكلمة تدلُّ على المحتوى بمعناه المجرّد والمعنوي، مثل محتوى التفكير" (الشربيني، د. س، ص. 34).

ويعرف المضمون إجرائياً؛ أنّه المحتوى الخاص بالكلام، أي كلّ ما يقوله أو يكتبه الفصامي من أجل إيصال رسالة للآخر، تحمل هذه الرسالة رموزاً لغويةً، وأفكاراً ومعاني لها علاقة بشخصية الفصامي تميّزه عن غيره، فمضمون الهذيان هو المعنى الخفي للعبارات والأفكار الواردة في الخطابات الهذائية، والدلالة التي تحملها في محتواها.

4.5 السياق الدلالي:

يُعرّفه (لطفى الشربيني) في معجم مصطلحات الطب النفسي؛ أنّه "الدلالات اللفظية التي لها علاقة بالحالة النفسية".

ويُعرّف السياق الدلالي إجرائياً؛ بأنّه المعنى والرمزية التي تحملها الكلمات والخطابات في محتواها، فهذه الكلمات والأفكار تعبّر عن حالة نفسية غير معروفة عاشها الفصامي، ولا يستطيع التعبير عنها بمعناها الحقيقي، لتعود وتظهر من جديد بصيغة تحمل رموزاً وإشارات تعرف بالسياق الدلالي، يمكننا من خلالها الاستدلال عن المعنى الحقيقي لهذه الخطابات والأفكار، بتحليلها وفكّ رموزها ومن ثمّ ربطها بالحالة النفسية للفصامي.

5.5. التعريف الإجرائي للذهان:

الذهان عبارة عن مجموعة من الاضطرابات العقلية الحادّة، التي تحدث خلافاً عميقاً في الشخصية، يظهر من خلال عجز في السلوك الطبيعي للأفراد، واختلال شامل في جوانب الشخصية (العقلية، النفسية، السلوكية، المعرفية)، ومن مظاهره؛ ارتباك في الوظائف الذهنية، واضطرابات تمسّ الفكر والتواصل، وعدم القدرة على التكيف، وفقدان الصلّة بالواقع.

6. الدراسات السابقة:

باعتبار أن العلم تراكمياً فالدراسات السابقة تعد بمثابة المصدر، الذي يغذي منه الباحث التراث النظري لبحثه ومساعدته في الاطلاع على أدبيات البحث العلمي التي تتعلق بموضوع دراسته، فالباحث يستند إلى نتائج البحوث السابقة لتفسير نتائج دراسته، وبما أن هذه الدراسة تعد من البحوث الأصيلة، التي لم يتم التطرق إليها من قبل، سوف تعرض الباحثة أهم الدراسات التي تناولت أحد متغيرات الدراسة وهو الفصام وعلاقته ببعض المتغيرات الأخرى.

- دراسة (Granholm et al, 2005) هدفت هذه الدراسة إلى المقارنة بين العلاجات المعرفية السلوكية، والعلاجات الأخرى في التخفيف من شدّة أعراض الفصام، حيث تكوّنت عيّنة الدراسة من 76 مريضاً بالفصام المزمن المقاوم للعلاج، يتوزعون بين كبار السنّ ومتوسطي الأعمار، استخدمت الباحثة مقياس « PANSS » وبرنامج علاجي معرفي سلوكي، توصّلت الدراسة إلى تفوّق العلاج المعرفي السلوكي على العلاجات الأخرى، بتحسين الأعراض الموجبة والسالبة لدى المرضى الذين تمّ تطبيق البرنامج العلاجي عليهم،

كما أسفرت نتائج الدراسة على تحسُّن في الجوانب المعرفية والمهارات الحياتية، حيث اكتسبت عيّنة الدراسة أساليب المواجهة وزيادة الخبرة الموضوعية، وتحسُّن في الوظائف المعرفية والاجتماعية.

- **دراسة (لكحل، 2011)** التي جاءت بعنوان "الكشف عن أداء الذاكرة الأتوبيوغرافية عند مرضى الفصام" هدفت الدراسة إلى الكشف عن الذاكرة الأتوبيوغرافية عند مرضى الفصام، حيث اعتمد الباحث على منهج دراسة الحالة مستخدماً أداة الملاحظة، والمقابلة العيادية، وتاريخ الحالة بالإضافة إلى إجراء اختبار "ذاكرة الأحداث الأتوبيوغرافية"، فتكوّنت عيّنة الدراسة من أربع حالات مصابة بالفصام البرانويدي، وقد أسفرت نتائج الدراسة على وجود قصور في ذاكرة الأحداث الأتوبيوغرافية عند حالات الفصام، بمعنى أنّ حالات الدراسة تسترجع ذكريات أقلّ في كلّ المراحل العمرية، كما توصّلت إلى أنّ هناك قصوراً واضطراباً في عملية الاستذكار الواعية بالإضافة إلى اضطراب في تنظيم الهوية الشخصية لدى الحالات الفصامية.

- **دراسة (مليوح، 2014)** التي جاءت بعنوان "مدى فعالية تقنيات الفحص العيادي الإسقاطية والموضوعية في تشخيص الفصام في المجتمع الجزائري دراسة عيادية لـ 10 حالات"، هدفت هذه الدراسة إلى معرفة أهمية فعالية تقنيات الفحص العيادي الإسقاطية والموضوعية التي يستخدمها الأخصائي النفسي في مصلحة الأمراض العقلية منها اختبار "الرورشاخ"، و"تفهم الموضوع" والتقنية الموضوعية "منيسوتا" متعدّد الأوجه للشخصية "MMPI-2" في تشخيص الفصام، فتمّ إجراء الدراسة على عيّنة متكوّنة من 10 حالات مصابة بالفصام، وهذا بتطبيق التقنيات الإسقاطية السابقة، حيث توصّلت النتائج إلى أنّ تقنية تفهم الموضوع ومقارنتها مع مميّزات أعراض الفصام حسب الدراسة الجزائرية أكّدت صلاحيتها في تشخيص الفصام، أمّا بالنسبة للتقنية الموضوعية (منيسوتا متعدّد الأوجه

MMPI-2) فأكدت صلاحيتها في تشخيص الفصام، بطريقة موضوعية من خلال ارتفاع السالم الإكلينيكية لسلم الفصام.

- ودراسة (Ali Mohamed, 2017) التي جاءت بعنوان «Language Disorder and information processing between schizophrenics categories and normals» حيث تهدف هذه الدراسة إلى الكشف عن الفروق بين مرضى الفصام الهذائي وغير الهذائي، في فهم اللغة وإنتاجها ومعالجة المعلومات، وكذا الكشف عن الفروق بين مرضى الفصام الهذائي وغير الهذائيين والمبحوثين من الأسوياء في فهم اللغة وإنتاجها، ومعالجة المعلومات عن طريق بعض الاختبارات الإكلينيكية، واعتمد الباحث على طريقة تصميم المجموعات والمقارنة بينهم على عينة تتكوّن من 50 مريضاً مصاباً بالفصام، تنقسم إلى 25 مريضاً بالفصام الهذائي، و25 مريضاً فصام غير هذائي، أمّا المجموعة الثانية الخاصّة بالمقارنة تكوّنت من 50 مبحوثاً من الأسوياء، تمّ تطبيق اختبار رسوم المكعبات، واختبار توصيل الدوائر، واختبار الفهم، واختبار المفردات، وبطارية فهم اللغة وإنتاجها، واختبار معالجة المعلومات.

وقد أظهرت نتائج الدراسة بوجود فروق دالة إحصائية بين عينات البحث لصالح الأسوياء، عن مرضى الفصام (الهذائي وغير الهذائي) في فهم اللغة وإنتاجها ومعالجة المعلومات، كما ظهرت فروق دالة إحصائية بين عينة المرضى لصالح مرضى الفصام الهذائي، عن مرضى الفصام غير الهذائي في فهم اللغة وإنتاجها ومعالجة المعلومات.

- ودراسة (جغول، 2022) التي جاءت بعنوان "دراسة الانتباه الانتقائي وقدرات الكفّ لدى الفصامي، دراسة ميدانية بمستشفى "فرانز فانون" بالبليدة، حيث هدفت هذه الدراسة إلى تحديد مستوى الانتباه الانتقائي، وتقييم قدرات الكفّ لدى الفصامي، أتّبعَت الباحثة المنهج العيادي القائم على دراسة الحالة، كما قامت بتطبيق اختبار "Stroop" لتقييم مستوى الانتباه الانتقائي وتقييم قدرات الكفّ، على عينة تتكوّن من أربع حالات يعانون من الفصام بمستشفى "فرانز

فانون"، حيث توصّلت النتائج إلى وجود اضطراب على مستوى الانتباه الانتقائي، عند الفصامي الراشد خاصّة في المحافظة على الانتباه واستمراريته، كما أظهرت ذات النتائج أنّ هناك ضعفاً واضطراباً على مستوى قدرات الكفّ عند أغلب أفراد مجموعة الدراسة.

- **دراسة (سالمان، 2023)** التي جاءت بعنوان "فعالية برنامج علاجي سلوكي جدلي في خفض شدّة أعراض اضطراب الفصام -دراسة حالة لأحد طلّاب الجامعة"، حيث هدفت الدراسة إلى تشخيص أعراض الفصام وتحديد شدّتها لدى أحد طلّاب (جامعة المنيا)، وإعداد برنامج علاجي سلوكي جدلي وقياس فعاليته في خفض شدّة بعض أعراض الفصام لدى الحالة، واعتمدت الدراسة على المنهج العيادي والمنهج شبه التجريبي لدراسة الحالة، بالاعتماد على الأدوات التالية (استمارة معلومات، مقياس متلازمة الأعراض الموجبة والسالبة لتحديد شدّة أعراض الفصام « PANSS »، واختبار (تفهم الموضوع للكبار TAT)، والبرنامج العلاجي السلوكي الجدلي لخفض شدّة أعراض الفصام)، أوضحت نتائج الدراسة اتفاقاً على نتائج التشخيص الإكلينيكي للدراسة الحالية، مع التشخيص الطّبي للحالة باضطراب الفصام، كما أسفرت النتائج عن فعالية البرنامج العلاجي السلوكي الجدلي في خفض شدّة أعراض الفصام، وتأخير خطر احتمالات الانتكاسة لدى الحالة.

7- تعقيب على الدراسات السابقة:

بعد عرض لأهم الدراسات السابقة التي تناولت بعض المتغيرات وعلاقتها بالفصام، اتضح من خلال نتائج الدراسات أن الباحثون اهتموا بعلاج أعراض الفصام، من خلال فهم الأسباب المؤدية إليها، كما اهتموا بإيجاد التقنيات العلاجية للتخفيف من حدة أعراض هذا الاضطراب.

وبالتالي ما نستخلصه من خلال عرض هذه الدراسات أنه؛ توجد ندرة في الدراسات التي اهتمت بتحليل الهذيان ودراسة الجانب النفسي لأعراض الفصام، كما ركزت جل البحوث السابقة على استحداث برامج علاجية للتخفيف من شدة الأعراض الفصامية، وكذا اختبار

فعالية اختبارات تشخيص الفصام، هذا إلى جانب الاهتمام بالجوانب المعرفية للفصامي كالذاكرة، والانتباه واضطرابات النوم، بالإضافة إلى فهم لغة الفصامي.

فمن أهداف الدراسات السابقة حول الفصام نجد، المقارنة بين العلاجات المعرفية السلوكية والعلاجات الأخرى في التخفيف من شدة أعراض الفصام، وإعداد برنامج علاجي سلوكي جدلي وقياس فعاليته في خفض شدة بعض أعراض الفصام، ثم التأثير العلاجي للرياضة على الأعراض الموجبة والسالبة لدى المرضى المصابين بالفصام، إلى جانب معرفة أهمية فعالية تقنيات الفحص العيادي، الإسقاطية والموضوعية التي يستخدمها الأخصائي النفسي، في مصلحة الأمراض العقلية لتشخيص الفصام، بالإضافة إلى تشخيص أعراض الفصام وتحديد شدتها بإعداد برنامج علاجي سلوكي جدلي وقياس فعاليته في خفض شدة هذه الأعراض، كما هدفت باقي الدراسات إلى الكشف عن الذاكرة الأوتوبيوغرافية عند مرضى الفصام، وكذا الكشف عن الفروق بين مرضى الفصام الهذائي وغير الهذائي، في فهم اللغة وإنتاجها ومعالجة المعلومات، ثم تحديد مستوى الانتباه الانتقائي وتقييم قدرات الكف لدى الفصامي، بالإضافة إلى معرفة العلاقة التي تربط اضطرابات النوم بالأعراض الموجبة والسالبة لدى مرضى الفصام.

لقد اختلفت هذه الدراسات من حيث العينة، التي تنوعت من دراسة حالة واحدة إلى عينة من 50 - 100 مريض مع تنوع العمر الزمني لأفراد العينة، من متوسطي الأعمار إلى كبار السن، كما تنوعت الأدوات المستخدمة بين اختبار «Stroop» لتقييم مستوى الانتباه الانتقائي، وبين الاختبارات الإسقاطية «TAT و MMPI-2»، كما تمت الاستعانة ببعض المقاييس كمقياس "اضطرابات النوم"، و"بطارية فهم اللغة"، بالإضافة إلى اختبار "معالجة المعلومات"، واختبار "ذاكرة الأحداث الأوتوبيوغرافية"، فهذا التنوع في الأدوات المستخدمة تبعاً لمتطلبات البحث العلمي، إلا أن هناك اتفاق عام على استخدام مقياس « PANSS »

للأعراض الموجبة والسالبة للفصام بين معظم الدراسات، كما تنوعت البرامج العلاجية للتخفيف من أعراض الفصام.

كما اتفقت معظم الدراسات حول المنهج المستخدم وهو المنهج العيادي الذي يعتمد على دراسة الحالة والمنهج شبه التجريبي.

واتفقت أيضا نتائج الدراسات السابقة على، فعالية البرامج العلاجية في خفض أعراض الفصام، ومساعدة الفصامي على التكيف في المجتمع، كما اتفقت على فعالية المقاييس المستخدمة في تشخيص أعراض الفصام وإظهار دور الأخصائي العيادي في المصحات العقلية في عملية التشخيص، وبالتالي فهذه الدراسات مكنت الباحثة من الاطلاع على مختلف الوسائل المستخدمة، وتوضيح نظرتها حول الفجوات العلمية، وبالتالي فما استخلصناه من هذه الدراسات هو أن معظمها ركزت على العلاجات السلوكية المعرفية في خفض شدة الأعراض، والكشف عن الأعراض المعرفية وعلاقتها بالأعراض الموجبة والسالبة للفصام.

أما دراستنا الحالية فقد تناولت السياق الدلالي لمضمون الهذيان عند الفصامي، ففي حدود علم الباحثة أنه لا توجد دراسات أخرى تطرقت إلى هذا الموضوع في البيئة الجزائرية أو على مستوى البيئة العربية، فما جاءت به دراستنا هذه يختلف عن الدراسات السابقة من حيث الأهداف، فقد هدفت هذه الدراسة إلى البحث عن عرض هام وأساسي لدى مرضى الفصام، ودراسته من الناحية السيكلوجية دراسة تحليلية، اعتمدت فيها الباحثة على المنهج العيادي ودراسة الحالة، من خلال تسجيل الخطابات الهذائية لحالات الدراسة، وإعطاء أهمية لهذه الخطابات التي أهملتها الدراسات السابقة ولم تحظى بالدراسة والتحليل من خلالها، فالجوانب التي اتفقت فيها دراستنا والدراسات السابقة هو عينة الدراسة التي مست مرضى الفصام، كما اتفقت مع البعض من حيث أدوات الدراسة وهي اختبار الرورشاخ، وقد اختلفت دراستنا مع الدراسات السابقة من حيث استخدامنا لمنهج تحليل المحتوى، الذي ارتكزنا فيه على تحليل

الهديان، والاهتمام بالتاريخ النفسي والاجتماعي للحالات باعتباره الأساس في تكوين مضمون الهديان وبنائه، وبالتالي فالإضافة التي جاءت بها دراستنا هي تسليط الضوء على عرض أساسي من الأعراض الإيجابية للفصام، وإعطائه أهمية من الناحية السيكلوجية التحليلية، وتفسير دلالاته ومضمونه من خلال إرجاعها إلى مرحلة هامة من حياة المريض، وهي مرحلة الطفولة وما تعثر بها من خبرات وصراعات خبرها هذا الأخير، وتم كبتها ومنعها من الخروج إلى أرض الواقع بفعل عملية القمع والكبت، وهذا من خلال مقارنة ماجاءت به دراستنا بأعمال "سيغموند فرويد" حول أصل نشوء الهديان وما توصلت إليه نظريته في ذلك.

الجانب النظري للادراسة

الفصل الثاني: الذهانات

تمهيد

- 1 . تاريخ الذهان
- 2 . تعريف الذهان
- 3 . تصنيف الذهان
- 1.3 . التصنيف الفرنسي للذهان
- 2.3 . التصنيف حسب DSM-5
- 4 . مميزات الذهان
- 5 . أسباب الذهان
- 6 . أنواع الذهان
- 7 . التمايز بين الذهان والعصاب

تمهيد

الذهان مرض عقلي معقد، يحدث خللاً عميقاً في شخصية المريض، ممّا يُفقدّه توازنه النفسي والعقلي والعاطفي، ويشهد الذهان انتشاراً واسعاً في العصر الحالي، عبر مختلف الثقافات والطبقات الاجتماعية، وتختلف نسب حدوثه من مجتمع لآخر، تبعاً لأحداث الحياة المتنوعة. وكلّ مجتمع له تفسيره العلمي الخاص للذهان، وذلك حسب المرجعية الثقافية له، وحسب درجة الوعي والثقافة الباتولوجية السائدة، ونمّيز بين نوعين من الذهانات: الذهان ذو المنشأ العضوي، والذهان ذو المنشأ غير العضوي (الوظيفي)، وهو ما سنتطرّق إليه بالتفصيل في هذا الفصل.

1. الذهان عبر التاريخ:

عُرفت الأمراض العقلية منذ أن عُرفت البشرية، فهي ليست وليدة العصر الحديث، وإنّما هناك عدّة أحداث تاريخية عبر الزمن تدلّ على وجودها، ومعاناة البشرية من هذه الأمراض على مرّ العصور، غير أنّ نظرة المجتمع لتلك الاضطرابات وتفسيرهم لها ولطرق علاجها قد اختلفت وتغيّرت عبر التاريخ.

فعلم النفس ليس وليد العصر الحديث، وإنّما يعود تاريخه إلى الأزمنة القديمة، والدليل على ذلك أنّ علاج الاضطرابات أو الأمراض العقلية قد بدأ في العصور البدائية، الذي كان يتّبع التفسير العلمي السائد في تلك الحقبة الزمنية، حيث وجد الأثريون جماجم بشرية كانت قد نُشرت بأداة تشبه المنشار، وحُفرت فيها ثقوب صغيرة أُزيلت منها رقائق خفيفة، وهذه الجماجم تعود إلى سكان الكهوف، الذين أصيبوا باضطرابات عقلية أو نفسية، وتمّ علاجهم بثقب الجماجم لاعتقادهم بوجود أرواح شريرة في داخلها، وأنّ فتح هذه الثقوب يساعد على طرد الأرواح الشريرة من أدمغتهم (قاسم، 2015). وهو التفسير العلمي الذي كان سائداً في العصور البدائية ومبنيّ على تصوّرات ميتافيزيقية.

أمّا البابليون فنظروا إلى المريض العقلي على أنه مُبتلى بعفريت، وهو سبب مرضه، وطال اعتقادهم بأنّ الإنسان الممسوس هو شخص آثم، وعلاجه يتطلّب اكتشاف الإثم، فيقوم منشد التعاويذ واسمه "الاشيبو" بقراءة جداول الآثام، حتى يشخص الذنب ويتمّ قهر العفريت، وإخراجه من الجسد باستعمال طقوس غريبة (قاسم، 2015).

وقام الفراعنة بتشخيص المرض العقلي بناء على اعتقادهم، أن الأمراض تنشأ من غضب آلهتهم، أو من تأثير أرواح الموتى وتقمصهم لجسد المريض وامتلاكه، وأنّ هذه الأرواح بعد دخولها للجسم، منها ما يصيب العظام ومنها ما يفتك بالأعضاء، ومنها ما يعيش على لحم بطنه ويموت المريض من جرّاء فتكها، وكان من أهمّ دعائم علاج المرضى العقليين عند المصريين القدماء معرفة الطلسم والسحر، لطرد الأرواح الخطرة والقضاء عليها لأنّها سبب المرض، باستعمال الرقى والعزائم السحرية والتعاويذ في العلاج (بن فرج الله، 2017).

أمّا في العصر الحديث، وبالتحديد بعد الثورة الفرنسية، تغيّرت النظرة القديمة إلى الأمراض العقلية، واعتبر بذلك أنّه مرض مثله كمثل أيّ مرض جسمي عضويّ، ومن ثمة بدأ الاهتمام بالنظرة الإنسانية وبالدراسة العلمية للمرضى العقليين، ويعتبر الطبيب الفرنسي "فيليب بينل" أوّل من حرّر المريض العقلي من التعذيب وأدخله في فئة المرضى (الوافي، 2006).

وقد ظهر مصطلح الذهان لأول مرّة في القرن (التاسع عشر)، لكي يشكّل محطة في التطور، الذي أدّى إلى تكوين مجال مستقلّ في البحث في الأمراض العقلية، والتي لا تتميز فقط عن أمراض الدماغ والأعصاب، باعتبارها أمراضاً جسدية، بل تتميز أيضاً عمّا كان يعتبرها التقليد الفلسفي المزمّن بأنّها "أمراض الروح". وانتشر المصطلح في أدبيات الطبّ العقلي باللغة الألمانية للدلالة على الأمراض العقلية على وجه العموم، أي (الجنون) دون أن يتضمّن ذلك أيّ نظرية نفسية المنشأ عنه، وكان مصطلح الذهان يدلّ على الإصابات التي

تدخل ضمن اختصاص الطبيب العقلي، وتتخلص في لائحة أعراض نفسية أساساً، باعتبار أنَّ حالات الذهان لا تعود أسبابها إلى الجهاز العصبي.

وفي نهاية القرن التاسع عشر، ظهر المصطلحان المتعارضان اللذان ينفيان بعضهما البعض، ونعني بهما العصاب والذهان، وتمَّ تطوير كلا المصطلحين (لابلانشر، وبونتاليس، 1987).

أمَّا "سيغموند فرويد" فقد انصبَّ جلُّ اهتمامه في البداية على العصاب، أمَّا الذهان فقد أدرجه فيما أطلق عليه العصابات الدفاعية النفسية (عصابات التحويل). ووفق ملاحظاته العيادية لمرضاه، التي كشفت له عن الاختلاف بين العصاب والذهان، من حيث تحوُّل العلاقة مع الواقع وسوء التكيف الاجتماعي، ظهر مصطلح جديد يعرف بالعصابات النرجسية، نتيجة لعمله حول السوداوية والنرجسية. وفي الأخير استطاع التمييز بين العصاب والذهان، من خلال تصنيف الفصام والعظام تحت فئة الذهان، واقترح لفظ العقلة Paraphrénie ليخالف تسمية "كريبلين" لمصطلح العته المبكر، والفصام لـ "بلولر"، وقد شمل فيه كلَّ من الفصام والعظام (سي موسى وبن خليفة، 2008).

2. مفهوم الذهان:

1.2. التعريف اللغوي:

كلمة ذهان أو Psychosis مركبة، ومستمدَّة من تعبير إغريقي قديم وهو Psyche أي العقل أو النفس، و OSIS تعني الحالة المضطربة أو المشوشة، وتشير الكلمة بصفة عامة إلى الحالة غير الطبيعية للعقل (الباسوسي، 2013، ص. 23).

2.2. التعريف الاصطلاحي:

والكلمة في حدِّ ذاتها تعتبر مصطلحاً في الطبِّ النفسي، له مضامين وراثية للحالة العقلية، التي توصف عادةً مقترنة بفقدان التواصل مع الواقع، والأفراد الذين يعانون من

الذهان *Psychose* يوصفون بأنهم ذهانيون *Psychotiques*، وتطلق كلمة ذهان على "الحالات النفسية المنشأ، التي يحدث لها اختلال في جميع وسائل التكيف والتوافق العقلي والاجتماعي، والمهني والديني" (الغازن، د.ت، ص. 121).

وهناك عدّة مرادفات يمكن استخدامها إلى جانب مصطلح الذهان، كالأمرض العقلية والاضطرابات الذهانية والتنازلات الذهانية، وكان يُعبّر عن الذهان باضطراب العقل، واستخدم المصطلح لأول مرة من طرف (Feuchter-Sleben, 1945)، كما استخدم مرادفاً لكلمة جنون *insanity*، حتى سنة 1940 تقريباً، ويعدّ قصور الأداء المعرفي مقومه الرئيسي، خاصّة في مجال الإدراك والتفكير (كولز، 1982، ص. 89).

وتعرف منظمة الصحة العالمية الذهان أنّه؛ "حالة مرضية تؤثر على عقل الشخص، وتشوّه طريقة تفكيره، وفهمه للعالم من حوله، ويفقد المصاب اتصاله بالواقع، ولا يدرك أنّ أفكاره وتصوّراته غير حقيقية، ممّا قد يشعره بالخوف أو الضيق، ويعجز المصابون بالذهان عن الاضطلاع بمسؤولياتهم المعتادة، المتعلقة بالأسرة أو العمل، أو المدرسة أو الأنشطة الاجتماعية، ونادراً ما يتّسم مرضى الذهان بالعنف والعدوان" (WHO, 2020).

ويشير معجم مصطلحات الطب النفسي إلى مصطلح الذهان أنّه؛ "يستخدم هذا التعبير لوصف الاضطرابات العقلية الشديدة، التي تضطرب فيها علاقة المريض مع الواقع، وذلك مقارنة بحالات العصاب *Névrose*، التي تكون أقلّ تأثيراً على حالة المريض. ومن الاضطرابات الذهانية الشائعة حالات الفصام والبارانويا، والاضطرابات الوجدانية والذهانات العضوية، أمّا الذهانية *Psychotiques* فإنّها من أبعاد وصفات قياس الشخصية، مثل العصابية *Névrotiques* ويطلق وصف ذهاني *Psychotic* على المريض بالاضطرابات الذهانية (الشربيني، د.ت، ص. 148).

أمّا في موسوعة علم النفس فيشار إلى مفهوم الذهان على أنّه؛ "حالة عقلية أو ذهنية، شاذة أو مرضية"، تؤلّف بدورها وحدة محدّدة المعالم من وحدات المرض، وقد أطلق هذا

اللفظ في وقت من الأوقات، بشكل عام على أيّة حالة أو عملية عقلية ككل، فالذهان هو اختلال الذهن، بحيث تضطرب القوى العقلية لدى المرء، ويصاب بعجز شامل متواصل يحول دون تبيّنه للحقيقة، أو معرفته للأشياء من حوله، ويلزمه عادة اضطراب شديد الخطورة في سلوكه وشخصيته (رزوق، 1987، ص. 128).

ويعرّف أيضاً الذهان في معجم علم النفس والتحليل النفسي بأنه؛ يقتصر استخدامه على الأمراض، سواء أكانت وظيفية أم عضوية المنشأ، وتبعاً لكلّ من "هانتر R. Hunter وعايدة مكالبين" I. Macalpine فإنّ هذا المصطلح قد أدخله (Feuchtere sleben, 1945)، في كتابه عن علم النفس الطبي، وكان يقصد به المرض العقلي. إذ أنّ كلّ ذهان من وجهة نظره، إنّما هو عصاب في نفس الوقت، بينما ليس كلّ عصاب ذهناً في الآن نفسه (طه وآخرون، د.ت، ص. 205).

كما تمّ تعريف الذهان حسب معجم الطبّ العقلي وعلم النفس المرضي الإكلينيكي كمايلي: "مرض عقلي خطير يصيب الشخصية بشكل كامل، ويحتاج غالباً إلى تكفّل علاجي مكثّف، مع الحاجة إلى استشفاء المريض أحياناً" (بوعود، 2021، ص. 38).

ويشير أيضاً الذهان اصطلاحاً في الطبّ النفسي والتحليل النفسي - حسب معجم العلوم الاجتماعية: إلى أنه "اضطراب نفسي خطير يصيب الشخصية بأسرها، فتضطرب علاقة المريض بعالمه اضطراباً شديداً، وتختلّ استجاباته الانفعالية، كما قد تختلّ وظائفه العقلية، اختلالاً شديداً، أو اختلالاً محدوداً، وهو مصطلح مرادف للمرض العقلي (أو ما يعرف في المصطلح الشعبي الشائع الجنون) (غانم، 2006، ص. 133).

ومن جهة أخرى يُعرّف الذهان على أنّه اضطراب عقلي خطير، وخلل شامل في الشخصية، يجعل السلوك العام للمريض مضطرباً، ويعيق نشاطه الاجتماعي، ويشاهد في الذهان الانفصال عن الواقع وتشويهه واضطراب الانفعال الشديد، واضطراب القدرات العقلية،

وتفكُّك الشخصية، ونقص البصيرة، والاضطراب الواضح في السلوك (زهرا، 2005، ص. 527).

أمَّا الدكتور "مصطفى فهمي" فقد أشار إلى المرض العقلي بأنَّه: "المرض الذي يتناول كافة الاضطرابات الانفعالية، والسلوكية، والذهنية، والشخصية بصفة عامَّة، ويعكس حالات الشذوذ وانعدام التوافق" (عطوف، 1986، ص. 281).

بالإضافة إلى اعتبار الذهان كذلك أنَّه: "اضطراب خطير في الشخصية بأسرها، يظهر في صورة اختلال شديد في القوى العقلية وإدراك الواقع، إضافة إلى اضطراب بارز في الحياة الانفعالية، وعجز شديد في ضبط النفس، ممَّا يحول دون الفرد وتدبير شؤونه، ويمنعه من التوافق بكلِّ صورته: الاجتماعي، والعائلي، والمهني (سهير، د.ت، ص. 113).

وحسب اتجاه التحليل النفسي يطلق "فرويد" على الحالات الذهانية اسم الأعصاب النرجسية، التي يستعصي عليها العلاج التحليلي، وقَدَّم لها تفسيراً عجز عنه الطبُّ النفسي، حيث يرجع وصفه لها بالنرجسية، إلى أنَّ نقطة الضعف في تطوُّر (الليبيدو) توجد في مرحلة سابقة، وهي الطور النرجسي، أين يقع التثبيت لليبيدو (الحفني، 2005، ص. 09).

3. تصنيف الذهان:

في سنة (1900م) عُقد أوَّل مؤتمر طبيّ في باريس، لوضع أوَّل قائمة للتصنيف الأوروبي للأمراض، غير أنَّ هذه القائمة لم تتضمَّن الأمراض العقلية، واستمرَّ تجاهلها حتَّى سنة 1936م، عندما صدرت القائمة الخامسة (ICD.5) التي تضمَّنت الأمراض العقلية، ضمن أمراض الجهاز العصبي، محتوية على أربع مجموعات هي: النقص العقلي، الفصام، ذهان الهوس والاكتئاب، وكلَّ الأمراض العقلية الأخرى.

وفي سنة 1948، صدرت القائمة السادسة (ICD.6)، التي اشتملت لأول مرة على فصل خاص بالأمراض العقلية، متضمِّنة أسباب المرض والوفاة. وتوالت القوائم، وبمساعدة منظمة

الصحة العالمية (W.H.O)، صدرت القائمة الثامنة (ICD.8) متضمنة وصف الأعراض، والتشخيص الفارقي، وعلاج الاضطرابات العقلية، حتى صدور القائمة العاشرة للتصنيف الأوروبي (ICD.10) في عام 1988.

أما التصنيف الأمريكي التشخيصي الإحصائي الثالث (D.S.M.III) الذي صدر سنة 1987م، فقد تضمن مواصفات تشخيصية وعلاجية للاضطرابات العقلية العضوية متمثلة في:

- اضطرابات عقلية عضوية ترتبط باضطراب جسدي أو لسبب غير معروف وتشمل:
- الفصام.
- الاضطراب الضلالي.
- اضطرابات ذهانية غير مصنفة في مكان آخر (الحجاوي، 2004، ص. 130).

1.3. التصنيف الفرنسي الأول:

أ. **الذهانات الحادة:** تتميز بحالات توهم وجيزة، تسود الأعراض الذهانية غالباً، دون أن يكون للشخص استعداداً مسبقاً ليتطور إلى حالة ذهانية، ومع مرور الوقت لا تستمر الأعراض بشكل دائم، وتتنوع أسبابها، كالأسباب النفسية، المتمثلة في الانهيار العاطفي المؤلم، والضغط النفسية الكبيرة الناتجة عن ضغوط المنافسات والامتحانات، وعدم القدرة على تحملها، وتضم هذه المجموعة حسب اقتراح (بيزانسون 2005)، نفخة الهذيان الحادة BDA، الارتباك العقلي، الهوس والكآبة (Franck, 2012, p. 23).

ب. **الذهانات المزمنة:**

يطلق أيضاً على هذا النوع حالات التوهم المزمنة، ويتميز هذا النوع بالوجود الدائم والاستمرارية للأعراض الذهانية، وغالباً ما يكون النشاط الوهمي حاضراً، ويخترق حياة

الشخص بالكامل، وتتأثر الحياة الاجتماعية والعاطفية والمهنية للمريض، كما يمكن أن تظلّ الأعراض كما هي طوال حياة المريض. (Franck, 2012)

2.3. تصنيف الذهان حسب الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس: DSM-5

- الاضطراب التوهمي.
- الاضطراب الذهاني الوجيز.
- الاضطراب الفصامي الشكل.
- الفصام.
- اضطراب الفصام الوجداني.
- الاضطراب الذهاني المحدث بمواد.
- الاضطراب الذهاني بسبب حالة طبية أخرى.
- الكاتاتونيا المرافقة لاضطراب عقلي آخر.
- الكاتاتونيا بسبب حالة طبية أخرى.
- الكاتاتونيا غير المحددة.
- اضطراب طيف الفصام والاضطرابات الذهانية المحددة الأخرى.
- اضطراب طيف الفصام والاضطرابات الذهانية الأخرى غير المحددة, (DSM- 5, 2013).

4. مميزات الذهان:

- الذهان لا يتناول جانباً واحداً في الشخصية كالعصابي، وإنما تصاب فيه كافة جوانب الشخصية.

- انفصال كامل عن الواقع.
- إصابة الجهاز العصبي حتمية.
- الشفاء والعلاج صعب وطويل، يحتاج لعلاج مكثف، مع رفض الامتثال للعلاج، بسبب عدم الوعي والاستبصار بالمشكلة.
- تلعب فيه الوراثة والاستعداد الجيني الدور الرئيسي. (مغازي، 2011، ص. 19).

5. أسباب الذهان:

1.5 حسب مدرسة التحليل النفسي:

ترى "ميلاني كلاين" أنّ الصراع بين نزوات الحياة والموت، وبين الحب والكراهية يلعب دوراً حاسماً، خلال المرحلة "الفصامية الاكتئابية" الأولى، تكون التخيّلات العدوانية والحركات الاندفاعية العنيفة، الموجهة نحو الأمّ مصدراً للقلق لا يمكن نسبتها إلى الذات، بل يتمّ إسقاطها من خلال آلية الإسقاط على الشيء الذي يصبح مضطهداً، وبالتالي تقسيم الموضوع إلى موضوع جيّد وموضوع سيّء، وعليه لا تصبح الذات متميّزة عن الموضوع، وتصبح أيضاً مجزأة، والذات الموحّدة يمكن ملاحظتها فقط في المرحلة الثانية التي تسمّى "اكتئابية" يصبح الموضوع واحداً جيداً وسيئاً في الوقت نفسه، وهذا التوحيد يؤدي إلى ظهور الصراعات الداخلية، التي تولّد الشعور بالذنب ويرتبط الوصول إلى هذه المرحلة بالهيكل الأوديبية، وبالتالي يفشل ويعود ويثبت بالمرحلة الأولى وإلى آليات الدفاع الأولى (Nicolas, 1995).

ويفسّر "لاكان" بالعودة إلى "فرويد" الذهان بأنّه يرجع إلى شلل أو تعطلّ ما، قد يصيب مركز العقدة الأوديبية، ويرتبط هذا التعطلّ بالشلل الذي يحدث لوظيفة في التركيبة النفسية للذهاني، وهذا التعطلّ المركزي يجعل الموضوع الذكري المضطهد ينسلخ عن ذات الفرد، ممّا يمنعه من رفع تساؤلاته إليه، وهكذا يكون الذهاني ملزماً بابتكار ذاتي، وتركيب شخصي

خاص، لشبكة ذات شكل رمزي، يحاول من خلالها ابتداع إجابات مُرضية إلى حدِّ ما، لتساؤلاته بخصوص القضايا الوجودية الكبرى بالنسبة إليه (لاكان، 2013).

وحسب فرويد يرجع الذهان إلى عاملين هما:

□ العامل النرجسي الذي لم يطاله الخصاء.

□ بناء الهذيان على أساس أبوي، ممَّا يشير إلى غياب هيكله هذا البناء في مراحل تكوّن الذاتية.

ففي الذهان ترجع الظواهر العرضية للنكوص، إلى الوقت الذي بزغت فيه الأنا إلى الوجود لأول مرة، فالرضيع يبدأ حياته من النرجسية الأولية، حيث لا تكون أجهزة الجهاز النفسي قد تمايزت عن بعضها البعض بعد، والذهان هو نكوص إلى النرجسية، أي إلى مرحلة ما قبل تشكل الأنا، بحيث يفقد موضوعاته وينسحب من الواقع، وأناه تتهار، فانهايار الواقع هو الوظيفة الأساسية للأنا، وأعراض انحلال الأنا التي تبلغ حدَّ التمزُّق الخطير في تواصل الشخصية، حيث أنّ بعض الأعراض هي تعبيرات مباشرة عن انهيار نكوصي للأنا، وعن محو للتمايزات التي تحقّقت خلال النمو النفسي، وإحالتها إلى البدائية (مرسيلينا، 2010).

ويطلق "فرويد" اسم الذهان على مجمل الدفاعات النفسية المرضية، لحالات الخلط الهلوسي والميجالومانيا، والذهان الهستيرى وما يطلق على تسميته ذهان الدفاع، ويشير "فرويد" إلى التشابه بين العصاب والذهان، فكلاهما مثلاً عبارة عن نكوص، وفي حالة الذهان يكون النكوص إلى الطور النرجسي، وخاصّة المرحلة الفموية، ويفقد الذهاني اهتماماته بالموضوعات، وينسحب "الليبيدو" عنده مرتدّاً إلى الذات، وينكص الأنا إلى المراحل المبكرة التي كان تمايزه فيها عن الهو، ويفصل عن الواقع، وتغلب العمليات الأولية على العمليات الثانوية، والذهان يشبه الحلم، كما أنّه لا يعيش الواقع، وينكر مطالبه، ويحسم صراعاته بالانحياز للمطالب الغريزية (الحفني، 2005).

حسب وجهة نظر الفرويدية: فإنَّ التغيُّرات المهمَّة الأولى في الذهان، (كاضطراب الهوية، والإحساس بالواقع، واضطراب الفكر، وصعوبة الحداد)، تقع في مرحلة جدُّ مبكرة من تطوُّر الفرد بالضبط في المرحلة الشفهية، من زمن الإثارة الذاتية والنرجسية الأولية وحتى من بداية ترسيخ النرجسية الثانوية، حيث يحدث الصراع بين الأنا والواقع الخارجي، وتتفصل الرغبة الجنسية جزئياً عن المواضيع الخارجية، وتتراجع عن الأنا وتؤسّس حالة بدائية غير موضوعية من النرجسية، فالذهان إذن حسب "فرويد" يكون نتيجة كبح الواقع والهروب منه، كما أنَّ الشخص يبتكر واقعاً خيالياً جديداً حسب رغبات الهو، فهناك نفي للواقع، حيث أنَّ هذا الانسحاب من العالم يحدث بشكل ضخم ويؤدّي إلى الشعور المعيش بالكارثة ونهاية العالم (Gérard et Dominique, 2017).

2.5 الذهان حسب جاك لاكان J. lacan :

بالنسبة "لفرويد" الذهان عبارة عن نكوص لمرحلة عميقة من مراحل تشكُّل الأنا، أي المرحلة النرجسية التي تسبق تمايز الأنا عن الموضوع، ويعود الذهان إلى ما يسمّيه "فرويد" الإغفال أو النبذ أي: "نبذ الأنا" وإنكارها للمواضيع والتصوُّرات غير المحتملة، وفي المقابل استند "جاك لاكان" إلى مفهوم "فرويد" عن النبذ، واعتبره كميكانيزم دفاعي أساسي للذهان، ويتمثّل النبذ أو الإغفال في عدم ترميز ما كان يجب ترميزه عبر الخفاء، وبالتالي يصبح إغفاءً رمزياً للتصوُّرات وللقوانين الأبوية، وما يتمّ نبذه من النظام الرمزي يعاود الظهور في الواقع (عسكر، 2000).

وقد استند "جاك لاكان" في صياغته للإغفال على حجب القوانين الأبوية وعدم استدخالها، أي إغفال لاشعوري للاستعارة الأبوية، واستقرارها عبر اللغة التي تؤسّس النظام الرمزي، حيث يحاول الذهاني ملأ المكان الناقص لاسم الأب في لا شعوره بالمواضيع الخارجية، والإغفال بالمعنى الصحيح هو سقوط الأب بصفة جوهرية ويصبح وجوده رمزياً فقط، وهذا الرمزي لا وجود له إلا في اللغة، فيبحث عنه الذهاني في الواقع ولا يجيب الواقع عن سؤاله

إلا في صورة هلاوس تشير إلى الذهان، وعليه ما يمكننا قوله أنّ الذهاني يلجأ إلى الهلاوس والضلالات ليسدّ الفجوة التي انفتحت في لا شعوره نتيجةً لغياب اسم الأب، فتعطي هذه الضلالات معنى للعالم المنهار حول الذهاني وسدّ الفجوة (عسكر، 2000).

3.5. الأسباب الأخرى:

وفيما يلي سنذكر بعض العوامل التي من شأنها أن تتسبب في حدوث الذهان:

- أ. الاستعداد الوراثي المهيأ، إذا توفرت العوامل البيئية المسببة للذهان .
- ب. العوامل العصبية والإصابات، مثل التهاب وجروح وأورام المخ، والجهاز العصبي المركزي، والزهري والتسمم، وأمراض الأوعية الدموية والدماغ، كالنزيف وتصلب الشرايين.
- ج. الصراعات النفسية والإحباطات والتوترات النفسية الشديدة، وانهيار وسائل الدفاع النفسي أمام هذه الصراعات والإحباطات والتوترات.
- د. المشكلات الانفعالية في الطفولة والصدمات النفسية المبكرة.
- هـ. الاضطرابات الاجتماعية وانعدام الأمن، وأساليب التنشئة الاجتماعية الخاطئة في الأسرة، مثل الرفض والتسلط والحماية الزائدة (زهران، 2005، ص. 529).

6. أنواع الذهان:

1.6 الذهان العضوي:

وهو مرض عقلي ذو منشأ عضوي - نورولوجي أو فيزيولوجي، يرتبط بتلف جزئي أو كلي في الجهاز العصبي ووظائفه، ومن أشكاله اضطرابات الغدد الصماء والأورام المخية، وجنون الشيخوخة Senile Psychosis، وجنون الإدمان على الخمر والمخدرات Drug addiction، والإصابة بالزهري والجنون (عطوف، 1986، ص. 282).

وتتميز الأعراض الإكلينيكية للذهان العضوي ب:

- ✓ اضطرابات الذاكرة، خاصة الذاكرة القريبة، مع خلط الذكريات بعضها ببعض، على الرغم من تباين المسافات الزمانية بينها.
- ✓ التغيرات الوجدانية، كفقدان الاهتمام بالعالم وعدم الاكتراث به، كما تظهر في بعض حالات ذهان الشيخوخة.
- ✓ التدهور العقلي العام، كالعجز عن التجريد وفهم الأفكار الجديدة، والعجز عن الحكم الجيد، والجمود، خاصة في حالات ذهان العضوي، الناتج عن تحلل المراكز العصبية في الجهاز العصبي نتيجة للشيخوخة.
- ✓ النوبات الصرعية، حيث تؤدي إصابات المخ أحياناً إلى اضطرابات في النشاط الكهربائي وإيقاعاته في المخ، مما يسبب النوبات الصرعية.
- ✓ اضطرابات الانتباه، كالتشتت السريع للانتباه والذهيان، والذي يتمثل في صعوبة التحكم في الانتباه بتغييره، أو تثبيته، مع سهولة عدم التركيز، نتيجة للتركيز على منبهات خارجية أو داخلية، غير مرتبطة بالموضوع الأصلي للانتباه (إبراهيم وعسكر، 2008، ص. 83).

2.6 الذهان الوظيفي:

وهو المرض العقلي الذي لا يرجع إلى سبب عضوي، بل هو نفسي المنشأ، ومن أهم أشكاله الإكلينيكية: الفصام، البارانويا، ذهان الهوس والاكتئابي (زهران، 2005، ص. 528)، كما أنه يرجع في المقام الأول إلى الحدث التاريخي السيكولوجي للفرد، وإلى الصدمات الانفعالية والأحداث الأليمة التي تعرّض لها الشخص منذ طفولته المبكرة، فهو الاضطراب الذي تكون فيه العوامل النفسية غالبية في إحداثه (الوافي، 2006).

وتتميز الأعراض الإكلينيكية للذهان الوظيفي ب:

- أ. اضطراب في النشاط الحركي، فيظهر البطء والجمود، والأوضاع والحركات الشاذة الغريبة، وقد تظهر زيادة في النشاط وعدم استقرار، وهيجان وميل للتخريب.

- ب. اضطراب في التفكير، وقد يصبح ذاتياً، خيالياً، غير مترابط، وتتأخر عنده الوظائف العقلية، كما يظهر خلط الأفكار وتأخرها وتشتتها.
- ج. ظهور الهلوسة والأوهام، كالعظمة أو الاضطهاد أو الإثم.
- د. عادة ما يصعب التواصل مع المريض بسبب الهلوس.
- هـ. سوء التوافق الشخصي والاجتماعي والمهني.
- و. اضطراب في السلوك، الذي يظهر بشكل نمطي، وشاذ، وانسحابي (سهير، دت، ص. 114).

7. التمايز بين الذهان والعصاب:

يختلف الذهان عن العصاب من حيث الأعراض وشدتها، وكذا عوامل الإصابة بالاضطراب، ومدى استبصار المريض بمشكلاته، وفي علاقته مع العالم الخارجي، التي تعتبر عرضاً أساسياً في عملية التشخيص، إضافة إلى مدى قابليته للعلاج.

. جدول رقم (01):

. يمثل أهم الفروق بين العصاب والذهان.

الذهان	العصاب	
<ul style="list-style-type: none"> - تفكُّك شامل وحادّ للشخصية. - انقطاع الصلة بالواقع، ودقّة العلاقات الاجتماعية. 	<ul style="list-style-type: none"> - درجة دنيا من تفكُّك الشخصية. - حدّ أدنى من تدهور العلاقات الاجتماعية والاتصال بالواقع. 	السلوك العام
<ul style="list-style-type: none"> - تطوُّر الآليات الدفاعية إلى أوهام مزيفة وهلوسات خاطئة. - بلادة في الشعور، وتشوُّش الفكر، وانحراف العقل. 	<ul style="list-style-type: none"> - آليات دفاعية متعدّدة، تسيء إلى جانب جزئي من التكيف الفردي، الذي يرتبط بالمشكلة. - انعدام الهلوسة وسلامة الفكر والشعور والعقل من الانحراف. 	الأعراض
<ul style="list-style-type: none"> - فقدان الإحساس بالهوية، واضطراب التوجّه الزماني والمكاني. 	<ul style="list-style-type: none"> - إدراك العصابي لذاته في المكان والزمان، وندرة التيهان. 	التوجه
<ul style="list-style-type: none"> - عدم الوعي بالمرض والعجز عن تقويم السلوك. 	<ul style="list-style-type: none"> - الإحساس بشذوذ السلوك بدرجة ما من درجات الوعي. 	التبصر
<ul style="list-style-type: none"> - عدوانية اتجاه الآخرين. 	<ul style="list-style-type: none"> - لا يصل إلى مرحلة الاعتداء الصريح على الآخرين. 	العلاقات الاجتماعية
<ul style="list-style-type: none"> - الحجز بالمستشفى شرط ضروري للعلاج. 	<ul style="list-style-type: none"> - القدرة على متابعة المهنة ولا يحتاج إلى الحجز بالمستشفى. 	العلاج

المصدر: (عبيد، 2008، ص. 26)

الفصل الثالث: الفصام

تمهيد

- 1 . تاريخ الفصام
- 2 . تعريف الفصام حسب المنظرين
- 3 . مدى انتشار الفصام
- 4 . بداية ومسار الفصام
- 5 . مراحل تطور الفصام
- 6 . مآل الفصام
- 7 . أعراض الفصام
- 8 . المقاربة النظرية للفصام
- 9 . التصنيف والأشكال العيادية للفصام
- 10 . معايير تشخيص الفصام
- 11 . التشخيص الفارقي للفصام
- 12 . الفصام عند الطفل والمراهق
- 13 . اضطرابات اللغة والفصام
- 14 . الفصام والانتحار
- 15 . علاج الفصام

تمهيد

يمكن تمييز الفصام على أنه أحد الأمراض العقلية التي تناولها الطب العقلي، وميدان علم النفس بشكل واسع، ورغم التقدم العلمي الذي أحرزه مجال الطب، إلا أن الممارسات العلاجية الشائعة، سواء الطبية أو الدوائية، لا يستجيب لها هذا المرض، فمازالت الأعراض الشائعة للمرض يصعب التحكم فيها وإزالتها، كما يصعب فهمها وهي تتفاوت من مريض لآخر، وبالتالي فهي تعيق حياة المريض الاجتماعية وتجعله ينغزل عن العالم .

وسنتناول في هذا الفصل تاريخ الفصام، وما أهم العوامل المتسببة في ظهوره، ومختلف الأعراض المصاحبة للمرض، وأهم أنماطه الإكلينيكية، بالإضافة إلى أبرز الاتجاهات التي فسرت هذا المرض.

1. تاريخ الفصام:

إنَّ أوَّل من بحث في نشأة وملامح اضطراب الفصام وخصائصه، هو العالم الفرنسي "إسكرول"، كما وصفه الطبيب النفسي الفرنسي (هورل، 1857)، بأنه تناذر مرضي نفسي، يصيب صغار السن (المراهقين خصوصاً)، ويتبعه تطوُّر وخيم أطلق عليه تسمية "العتة المبكر"، واعتبره نتاجاً لتتَّكُّس إرثي .

أمَّا من حيث التطوُّر، فقد اعتبر الطبيب النفسي الألماني (كاهلبوم سنة 1874)، التناذر الجمودي كوحدة مرضية مستقلة، وكان قد بدأ في دراسة الهيبفيرينيا (الخلل العقلي - خبل البلوغ) سنة 1863، واستكملها تلميذه "إيكر" الذي فصل هذا التناذر سنة 1871، معتبراً إيَّاه اضطراباً نفسياً يصيب الشباب، وفي سنة 1891 وصف الطبيب النفسي الروسي "كور ساكوف" حالة نفسية ذات بدءٍ حادِّ، وتطوُّرٍ وخيم، أسماها "الديسنويا" (الودرني، 1986) .

وإلى جانب إسهامات هؤلاء الأطباء، يعدُّ الطبيب النفسي البلجيكي "بينديكت موريل" Morel.B أوَّل من وصف الفصام رسمياً، حيث أطلق عليه اسم "الخرف المبكر"، وكان هذا

عام 1852. ثم جاء الطبيب النفسي الألماني "إميل كريبلين" Kraepelin، الذي أطلق على مجموعة من الأمراض التي تظهر في سنّ المراهقة اسم الخرف المبكر Dementia Praecox، وذلك سنة 1896، في ورقته المسومة بـ: "تشخيص الخرف المبكر" وكان هذا في المؤتمر التاسع والعشرين للعلاج النفسي، حيث أشار إلى وجود نوعين مختلفين من الذهان؛ هما الأمراض الإكتئابية - الهوسية، أوالذهان الهوسي الإكتئابي (Maniaco-Depressive psychoses)، والخرف المبكر، الذي يتضمّن عدداً من المفاهيم التشخيصية مثل: بارانويا الخرف، والكاتاتونيا، والهيبفيرينيا (قاسم، 2015، ص. 225). ويرى "كريبلين" أنّ "العرض الأساسي في الجنون المبكر ينصبّ على الحياة الانفعالية، التي يفنقدها المريض كلياً (فرويد، 1963، ص. 179). أمّا ما جاء به آنذاك، فهو عبارة عن مجموعة من المعايير، التي يتمّ الاستناد إليها في تشخيص هذا الخرف المبكر، والتي نذكر من بينها:

أ. اضطراب الانتباه والقدرة على الفهم.

ب. الهلوس، خاصّة الهلوس السمعية.

ج. سماع المريض لأفكاره.

د. ضحالة الانفعالات، بل وجمودها وأحياناً عدم مناسبتها للمواقف.

هـ. اختلال الوظائف المعرفية، خاصّة عدم الحكم الصائب على الأمور.

و. شعور المريض، بل واعتقاده بأنّ هناك قوى خارجية تسيطر على أفكاره.

ز. اختلال محتوى التفكير.

ح. انخفاض الدافعية، والمحاكاة، والنمطية، والتهيج الكتاتوني (غانم، 2006، ص.

136).

وقد عدل "بلويلر" Bleuler, U مفهوم الجنون المبكر بناءً على دراسته للاضطرابات الأساسية، التي تصيب الوظائف النفسية الكبرى في هذا المرض (تداعي الأفكار والحياة

الانفعالية، والعلاقة بالعالم الخارجي) (فرويد، 1963)، ولهذا السبب يعدُّ الطبيب النفسي السويسري "يوجين بلويلر"، أوّل من أطلق اسم الفصام أو الشيزوفرينيا (بمعنى العقل المشطور) على هذا المرض، سنة 1911، وكانت هذه التسمية بديلاً للمصطلح الذي أطلقه "كريبلين"، وهو العته المبكر. وقد اعترض "بلويلر" Bleuler على هذا المصطلح لسببين: الأوّل هو بأنّ ما اعتقده "كريبلين" أنّ هذا المرض لا يظهر إلا في فترة الشباب غير صحيح، لأنّ هذا الأخير يمكن أن يظهر في أيّ فترة زمنية من العمر، كما لم يوافق "كريبلين" أيضاً على فكرة أنّ العته المبكر هو ذهان للشباب، يقابله ذهان الشيخوخة لدى المسنين (غانم، 2006).

وقد اشتهر "بلويلر" بتقسيمه لأعراض الفصام، محدّداً إيّاها بالأعراض الأولية (الأساسية)، والأعراض الثانوية (الإضافية)، وقام بتقديم أربعة أعراض أساسية وهي:

❖ التناقض الوجداني: ويقصد به تضارب انفعالات المريض مع بعضها البعض، ومع سلوكه، ولا تتعلّق بموقفه ولا تقتضيها ظروفه.

❖ التفكير الذاتي: ويعني أنّ أفكار المريض مصدرها ذاته، وليس الواقع الموضوعي، وهي أفكار تخصّه ولا يفهمها غيره.

❖ التفكّك الارتباطي: وهو لا يكون بين أفكاره وسلوكه ارتباط، أو يوجهها إلى هدف، وأنّ كلّ ما يصدر عنه يكون عفويا.

❖ تكافؤ الأضداد: ويقصد بها أنّ أفكار وانفعالات المريض متضاربة، ومتساوية في تعارضها، وتلغي بعضها البعض، ويترتّب على صراعاتها المتعادلة، أن تقصر همّته، ويبطل فعله، ويتبدّل وجدانه (بورجوا، 2012، ص. 22).

أمّا "شنايدر" Schneider فقد وصف سنة 1940م عدداً من الأعراض، سمّاها أعراضاً من الدرجة الأولى، ذات الأهمية في تشخيص الفصام وتشمل :

- سماع المريض لأفكاره بصوت مرتفع.
- هلاوس سمعية تعلق على سلوك المريض.
- ضلالات التأثير وتكون من قبل قوى خارجية، وأنَّ هناك قوَّة خارجية تتحكَّم في تفكيره وجسمه، وتنتشر أفكاره على الناس.
- ضلالات الخضوع لسيطرة قوى خارجية، تتحكَّم بتصرفاته (الحجاوي، 2004، ص. 199).

أمَّا "فرويد"، فكانت له وجهة نظر دينامية للفصام، حيث اعتبر من بين الحالات التي تندرج تحته البارانويا، والتي أطلق عليها اسم البارافرينيا. Paraphrenia كما نبَّه إلى أنَّه للغة الفصامي، وأعراضه، وأفعاله، معنى ودلالة، يمكن فهمها في إطار عمليات التفكير الأولية، وتتَّصل عملياً بخبراته الحياتية، وفي بحوثه ومقالاته في الباتولوجيا النفسي 1914، حاول أن يردَّ الظواهر العصابية والذهانية، إلى التغيرات غير السوية التي تطرأ على "الليبيدو"، واعتبر الذهان دفاعاً ضدَّ الخبرات الصادمة، التي تدفع بالمريض إلى الانسحاب من الواقع غير المحتمل (الحفني، 2005). وقد حاول "فرويد" أن يوضِّح الأوهام التي يتعرَّض لها المريض، مثل الشعور بالاضطهاد، والشعور بالعظمة، والغيرة، وأنَّ المريض لا يعيش في انسجام مع الآخرين، ولكنه يعيش متَّجهاً نحو الموت، وهذا النوع من التفكير يوجد لدى الأفراد المراهقين، الخجولين، المحيَّين للعزلة (مغازي، 2011).

وحتى فيما نشر من مقالاته خلال سنة 1894، أشار "فرويد" إلى أنَّ ميكانيزم الإسقاط يعتبر الميكانيزم الأساسي في الهذات شبه البارانية، وفي دراسته لحالة "شريبير" سنة 1911، قدَّم "فرويد" فرضيته الأساسية للبارافرينيا، وركَّز على عملية الانسحاب من الواقع، والأعراض الصارخة التالية للفصام، والمتمثِّلة في سحب الليبيدو عن موضوعات العالم الخارجي، وارتداده للأنا، ممَّا يسبِّب ظهور السمات العظامية، فتكون حينها محاولة استعادة التواصل مع الواقع عن طريق الهذات والهوسات، وفي سنة 1920، حاول "فرويد" أن يمايز بين

العصاب والذهان، على ضوء المفاهيم الجديدة، باعتبار أنّ الأنا هو المسؤول عن السيطرة على المطالب الغريزية القادمة من الهو، وعلى متطلبات العالم الخارجي، وأيّ قصور في عمل الأنا، قد يتسبّب في استحداث أعراض الفصام (الحفني، 2005).

وحتى نهاية الستينيات، كانت عيادة الفصام مبنية على ما يسمى بالتشخيصات الذاتية، إلى حين تطوير أنظمة التشخيص الموحدة دولياً، في منتصف السبعينيات، والذي أدّى إلى ظهور التصنيفان الدوليان: الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية، الذي قام بصياغته مجموعة من الأطباء النفسيين الأمريكيين (DSM)، والتصنيف الدولي للأمراض، الذي صاغته منظمة الصحة العالمية (WHO (ICD).

2. مفهوم الفصام:

1.1. لغة :

فَصَمَ، فَصَمًا: الدَّمَج ونحوه، كسره من غير أن تتفرَّق كسره.

تَفَصَّمَ، انفَصَّمَ: انكسر من غير بينونة، تصدَّع (المنجد، 1998، ص. 520).

2.2. اصطلاحاً:

يشير الطبيب النفساني "أحمد عكاشة" في كتابه: علم النفس الفيزيولوجي، بأنّ الفصام "هو مرض عقلي، يتّصف باضطراب في التفكير، والوجدان، والسلوك، وأحياناً الإدراك، ويؤدّي إن لم يعالج في بداية الأمر إلى تدهور واضح في المستوى السلوكي، والخلقي، والاجتماعي، ممّا يفقد الفرد شخصيته، وبالتالي يصبح في عزلة عن العالم الحقيقي والمجتمع" (عطوف، 1986، ص. 296).

يطلق على الفصام بالانجليزية Schizophrenia، وبالفرنسية Schizophrénie، أمّا بالعربية فتختلف التسميات حسب المراجع منها: الشيزوفرينيا، وانفصام الشخصية، وإزدواج الشخصية، وانفصال العقل، وانشقاق الشخصية، والفصام.

واقترح "بلويلر" مصطلح الفصام، سنة 1911، وهو يتكوّن من كلمتين يونانيتين:

Schiz: وتعني الانشطار، أو الانقسام، و Phrenie: وتعني الفكر، والعرض الأساسي هو الانفصام أو التفكك (لابلونش وبونتاليس، 1997، ص. 395).

ويعرفه "بلويلر" قائلاً: "نعني بكلمة الجنون المبكر، أو الفصام، مجموعة من الأمراض العقلية، تكون مزمنة أحياناً، وتتسم أحياناً بتقطع هجماتها، وقد تتقطع أو تتراجع في أي مرحلة، ولكنها لا تسمح بالعودة إلى الحالة الأصلية" (فرويد، 1963، ص. 180).

ويُعرّف الفصام في موسوعة علم النفس بأنه "ضرب من الخلل العقلي، يشمل ما كان يعرف سابقاً بالجنون المبكر، أو خبل الشباب، ويتميّز بالتفكك والتحلل، لا سيما بين العمليات الفكرية والشعورية أو الانفعالية، حيث تعاني هذه الأخيرة من التشويش والاضطراب بدرجة كبيرة، وتوجد أربعة أنواع من هذا التخلل أو الانهيار وهي: خبل البلوغ، والإغماء التخشبي، وجنون الاضطهاد، والبارافرنيا (رزوق، 1987، ص. 206).

وتعرفه جمعية علم النفس الأمريكية بأنه: "مجموعة من الاستجابات الذهانية، التي تتميز باضطراب أساسي في العلاقات الواقعية، وتكوين المفهوم، واضطرابات وجدانية وسلوكية وعقلية، بدرجات متفاوتة، كما تتميز بميل قوي للبعد عن الواقع، وعدم التناغم الانفعالي، والاضطرابات في مجرى التفكير، والسلوك الارتدادي، كما قد تميل بعض الحالات إلى التدهور (جمعة، 1990، ص. 192).

ويعرّف في معجم علم النفس والتربية على أنه: "مرض عقلي مظهره اضطرابات في موقف الشخص إزاء الواقع، وانفصال بين النواحي العقلية والوجدانية للشخصية" (الجاني، 2003، ص. 94).

كما يُعرّف في موسوعة الطب النفسي بأنه: "اضطراب في العديد من وظائف الأنا، ينتج عنه عدم قدرة المريض على التمييز بدقّة وثبات، بين الواقع الداخلي والخارجي، مع فشله في المحافظة على اتصاله بالعالم الخارجي" (الحجاوي، 2004، ص. 198).

تعريف منظمة الصحة العالمية سنة 1991 للفصام، حسب المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض: ICD-10 "تتميز الاضطرابات الفصامية بشكل عام باضطراب أساسي في الشخصية، وتحريفات مميّزة في التفكير والإدراك، وكذلك في المشاعر، التي تكون غير سوية ومتبدّلة، وعادة ما يبقى الوعي والقدرة الذهنية سليمين، وإن كان يمكن بروز بعض مظاهر القصور المعرفي، مع مرور الوقت" (منظمة الصحة العالمية، 1999، ص. 113).

ويُعرّف الفصام في معجم علم النفس والتحليل النفسي بأنه: "مرض عقلي، يصنّف ضمن فئة الأمراض النفسية المعروفة بالذهان، ويعتبر أكثر الأمراض الذهانية انتشاراً، حيث يمزّق هذا المرض العقل، ويصيب الشخصية بالتصدع، فتفقد بذلك التكامل والتناسق الذي كان يوائم بين جوانبها الفكرية والانفعالية والحركية والإدراكية (طه وآخرون، د.ت، ص. 348).

أمّا المعجم الموسوعي في علم النفس فيعرف الفصام على أنّه "حالة مرضية، تتميز بتدمير بنية الشخصية أو تفكّكها، وتعتبر المسؤولة عن فقدان اتصال الفرد بالواقع، وعن فقدان التكيف التدريجي مع وسطه" (سيلامي، 2001، ص. 1985).

أمّا منظمة الصحة العالمية فتعرّف الفصام بأنه: "اضطراب ذهاني مزمن وشديد، يصيب أكثر من 21 مليون شخص في العالم، ويرتبط الفصام بإعاقة وخيمة، وقد يؤثر سلباً على الأداء التعليمي والمهني للفرد (WHO. 2020).

ويُعرّف معجم الطب النفسي والعقلي الفصام بأنه: "مجموعة من الاضطرابات التي تختلف من حيث العوامل المسببة للاضطراب، والاستجابة للعلاج، ومصير المرض، وتتفق في كونها متلازمة، مكوّنة من عدّة أعراض مميّزة، ناشئة عن حدوث خلل في التفكير والإدراك،

والوجدان، والسلوك، ويشمل هذا الخل معظم الوظائف الأساسية، التي تعطي للشخص العادي الشعور بشخصيته الفردية، وبالتميز، وباستقلاله الذاتي (عواد، 2011، ص. 151). ويعرّف الفصام بمجموعة من الاضطرابات الذهانية الشديدة، التي تتميز بأعراض إيجابية (أوهام، وهلوسة، وعدم تنظيم الفكر والسلوك)، بالإضافة إلى العديد من الأعراض السلبية المزعومة، (عاطفة أقل حيوية، وغياب الإرادة، وكسل، ونقص في الفائدة، والانسحاب الاجتماعي، ونقص الانتباه، وسوء الكلام). ويمكن أن تستمر الأعراض السلبية لفترة طويلة بعد اختفاء الأعراض الإيجابية (Quellet, 2012).

3. مدى انتشار مرض الفصام:

لا توجد إحصائيات شاملة لجميع دول العالم حول نسب انتشار هذا المرض، ومدى وقوعه في المجتمعات، وتوزيعه بين مختلف شرائح المجتمع، فقد توصلت بعض الدراسات إلى وجود اختلاف بين الباحثين حول هذه النسب، نظراً لقلّة الوعي الثقافي بالمرض، وسببته، ومدى شيوع التفسير التقليدي لحدوث الاضطراب، الذي يعزى إلى أسباب روحية، وهذا بدوره يعيق الاكتشاف المبكر للمرض وعلاجه، بالإضافة إلى صعوبة التشخيص من طرف الأطباء.

ويقدر معدل انتشار الفصام بحوالي 1% من مجموع سكان العالم، حيث تبدأ أعراض هذا المرض بالظهور بين سن 15 و40 سنة، وفي 3/4 من المرضى تظهر الحالة بين سن 16 و25 سنة، لذلك فهو المرض الذي يصيب الشباب بشكل مباشر وخطير، ويهدد تحقيق الذات، والتنمية المهنية، والاندماج الاجتماعي للفرد. ويتأثر الرجال والنساء بالتوتيرة نفسها، غير أنّه يمكن أن يظهر المرض بشكل عام عند الرجال، في وقت مبكر على عكس النساء. وتحدث النوبة الأولى عادة بين أواخر سنّ المراهقة وأوائل العشرينات، وتقرّر الدراسات الوبائية إلى أن نسبة الذكور المصابين، من الفئة العمرية من 16 إلى 20 سنة، أكثر من نسبة النساء المصابات من الفئة العمرية من 25 إلى 40 سنة (Desclin, 2006).

وتظهر الأعراض عند الرجال في وقت مبكر مقارنة بالنساء، حيث تقدر نسبة الإصابة برجلين إثنين لكل امرأة، تتراوح أعمارهم بين 15 و24 سنة، أي بنسبة 62% من الرجال، و42% من النساء، وغالباً ما يحدث الفصام قبل سن 25، ونادراً ما يظهر قبل 10 سنوات، أو بعد بلوغ 60 سنة، وتفيد بعض الدراسات الطبية الإحصائية بأنه يزداد انتشار الفصام في الطبقات الاجتماعية المتواضعة، والأدنى تعليمياً ومهنياً واقتصادياً، وفي التجمعات الحضرية وفي المدن، وتقل بشكل تدريجي في الريف (Daninos, 2015).

ويحدث المرض في نصف أقارب الوالدين بنسبة 0,9 إلى 1,8%، وبين كل الأقارب من 7 إلى 15%، أما بالنسبة للأطفال الذين لهم والد أو والدة مصابة بالفصام، فتتراوح نسبة الإصابة بين 7% إلى 16%، وللذين لديهم الوالدين معاً مصابون بالفصام، فتصل النسبة من 40% إلى 68%، ولدى التوأمين تتراوح نسبة الحدوث بين 30 . 40% (مغازي، 2011).

4. بداية ومسار الفصام:

. الشخصية قبل الإصابة بمرض الفصام:

افترض بعض العلماء وجود شخصية معينة قبل المرض، تمهد للإصابة بمرض الفصام، وأهمها الشخصية الشبيهة بالفصامية والمضطربة، والتي تتسم بسلوك غريب، والانطواء، والانزواء وفرط الحساسية، والخيال، والهدوء، وصعوبة التعبير عن الانفعالات، والتبدل، ونقص الإرادة (العبيدي، 2009).

وفي أكثر من نصف الحالات، فإن شخصية المريض قبل ظهور الأعراض تكون شخصية غريبة ومنغلقة، ويتكوّن جسماني نحيل وضعيف، ويبيد المريض قبل الإصابة بالمرض أعراضاً غريبة بعض الشيء، غير أنّ هذه الأعراض لا تصل إلى حدّ المرض النفسي أو العقلي، ونذكر من بين هذه الأعراض: الخجل، والانعزال، وأحلام اليقظة، كما قد يظهر لدى المريض تدهور القدرات المعرفية، كالقلق، والاكتئاب، ممّا يجعل التعامل معه صعباً، ويتطور المرض يصبح المريض متبدلاً عاطفياً، ولا يبالي بأيّ شيء (طارق، 2005).

وقد يلاحظ على المريض قبل الظهور الحقيقي للمرض الأعراض التالية:

- تغير مفاجئ في السلوك.
- إهمال النظافة، والعناية الشخصية، والغذاء والملابس.
- اكتئاب ملحوظ ومستمر (غالباً ما يظهر على أنه إرهاق).
- الأرق، وزيادة النشاط الليلي، والانسحاب النهاري، والعزلة.
- نوبات الغضب، والغضب المدمر، والعدوانية اتجاه أفراد الأسرة.
- نوبات التدين، والتصوّف، والتنجيم.
- فقدان الوزن بشكل كبير وسريع (Desclin, 2006, p. 27).

5. مراحل تطور مرض الفصام:

غالباً ما يبدأ الفصام بشكل تدريجي، بحيث يمكن أن يصيب الفرد، دون أن يلاحظه أحد، سواء بالنسبة للمصاب أو لعائلته، ولفترة من الزمن. إلا أنه في بعض الأحيان تظهر الأعراض بسرعة، ويسهل التعرف عليها وللفصام ثلاثة مراحل وهي:

أ. المرحلة الانتاجية أو مرحلة الإنذار:

نلاحظ في كل صور الفصام تهرب الشخص عن الواقع، مع انشقاق الشحنات الوجدانية السليمة عن العمليات المعرفية، وهذا الانسحاب والانشقاق هما العامل الأساسي في الظهور المبكر للأعراض، مع بداية التخلي عن المسؤولية، وعدم الاهتمام بالواجبات والعلاقات الاجتماعية، ويمتد فقدان المريض لصلته بالواقع، من بداية المرض إلى أن تكتمل لديه الأعراض الفصامية (مجدي، 2000، ص. 205).

وبتحليل تاريخ حياة المريض، نجد بأنه عادة ما يكون لديه طابع فصامي، أي أنه ظهر عليه تأخر بالجانب الانفعالي والمعرفي، لكن البداية لم تكن واضحة للملاحظ مع تغيرات

فيزيولوجية وحركية، مع ظهور القلق، والشعور باللامعنى، وصولاً إلى الرعب الفصامي، ليصبح حينها مرضه ظاهراً مكشوفاً للمجتمع (الدسوقي، 1974، ص. 142).

ومع تطوّر الأعراض تدريجياً يبدأ الشخص المصاب، في فقدان الاهتمام بأنشطته المعتادة، وعزل نفسه عن الأصدقاء وأفراد الأسرة، فتصبح أفكاره غير واضحة، ويجد صعوبة في التركيز، ويعاني من اللامبالاة، مفضلاً قضاء معظم أوقاته بمفرده. وقد يصبح أيضاً شديد التركيز على مواضيع معينة، كمشاعر الاضطهاد، والدين، والمشاهير. هذه السلوكيات تبدو مزعجة للأسرة والأصدقاء، الذين لا يشكّون أنها ناجمة عن مرض الفصام، وعادة ما تتبع هذه المرحلة بمرحلة نشطة، يمكن أن تستمر لأسابيع أو شهور، وحتى سنوات.

وتظهر هذه المرحلة غالباً في فترة المراهقة، وبشدة متغيرة، كما تسبق الأعراض السلبية للمرض الأعراض الإيجابية (Daninos, 2015).

ب. المرحلة النشطة:

تعرف أيضاً بالمرحلة الحادة من المرض، ويظهر على الشخص أعراض الذهان، بما في ذلك الأوهام والهلوسة، وتشوهات الفكر، والاضطرابات السلوكية والعاطفية. ومع ذلك يمكن أن تكون هذه الأعراض ناجمة أيضاً عن اضطرابات عقلية أو جسدية أخرى، كالاضطراب ثنائي القطب، والذهان الناجم عن المخدرات، وصدّات الرأس، لذلك لا بد من الاعتماد على معايير أخرى لتشخيص مرض الفصام (Ernest et all, 2018).

وغالباً ما تظهر المرحلة النشطة للمرض، بعد المرحلة الانتاجية، غير أنه، وفي بعض الأحيان، تظهر أعراض المرحلة النشطة بشكل مفاجئ.

ج. المرحلة المتبقية:

وهي تأتي بعد المرحلة النشطة، فمجرد أن تهدأ الأعراض، غالباً ما يصبح الشخص المريض فاتراً، ومنسحباً، كما يجد صعوبة في التركيز، وتشبه الأعراض في هذه المرحلة، أعراض المرحلة الانتاجية.

ويمكن أن تحدث المرحلة النشطة من الفصام مرة أو مرتين في الحياة، ولكن في بعض الأحيان، يعاني الشخص المريض بالفصام من نوبات عديدة. وتجدر الإشارة، إلى أنه بعد كل مرحلة نشطة تميل الأعراض المتبقية إلى الزيادة، بحيث تتأثر قدرة الشخص على العمل بشكل طبيعي ومنتزاد (Ernest et all, 2018, p. 4).

6. مآل الفصام:

من خلال الدراسات التي أقيمت على مرضى الفصام وجد أن:

▪ 50% من الحالات تتطور نحو العجز وتصبح مزمنة.

▪ ما بين 10-20% من الحالات، تسجل تحسناً.

▪ 10% من الحالات تقدم على الانتحار (بوعود، 2021، ص. 114).

وتذكر بعض الدراسات أن 20 — 25% من المرضى يتعافون، بعد واحدة أو أكثر من الأزمات، ليصبحوا قادرين على الحياة بشكل مستقل.

وأن 20-25% من المرضى يحتاجون إلى إشراف، حتى خارج بيئة المستشفيات.

ويقال أن 60% من المرضى يمكنهم الاستغناء عن المستشفيات (Desclin, 2006, p. 28).

ويقدر معدل وفيات الفصام من 1.6 إلى 3 مرات أعلى لدى عموم السكان، وينخفض متوسط العمر المتوقع لدى 20% منهم، ويعزى هذا الانخفاض إلى الانتحار، والإصابة

بأمراض جسدية، وصعوبة الحصول على الرعاية، والظروف الاجتماعية والاقتصادية غير المواتية (Granger et Naudin, 2019).

7. أعراض الفصام:

يتفق الأطباء والباحثون على وصف الأعراض الذهانية للفصام المصنفة اليوم إلى فئتين: الأعراض الايجابية، والأعراض السلبية.

1.7 الأعراض الإيجابية:

وهي تنتج أفكاراً وأوهاماً، وهلاوس، وسلوكيات غير مفهومة، واضطرابات في مسار الفكر، حيث تنتج الأوهام عن أفكار خاطئة لدى المريض، لاسيما الاضطهاد وسرقة الفكر، والأفكار المفروضة، والتي هي تفسير أو إعادة بناء للواقع، وغالبا ما تصاحبها علامات الاكتئاب والقلق (Dupuy, 2002).

1.1.7 الهذيانات: Delusions وهي تعني وجود فكرة غير منطقية وغير واقعية يقنع بها المريض، ويفسر بها الأحاسيس والتجارب التي يمر بها، ويتصرف بناء عليها، وتسمى أيضا الضلالات. ومن أمثلة ذلك: هذيان الاضطهاد، هذيان الإشارة، هذيان التأثير والسيطرة، هذيان ديني (المالح، 2000، ص. 66).

وهو سمة مميزة جدا لمرض الفصام، وغالبا ما يلاحظ في بداية المرض، وفي أشكال الفصام، مع ظهور مفاجئ، أين يكون الهذيان مرتفعا جدا وواضحا، ويرافقه ارتفاع في درجة القلق. أما الحالات المتقدمة لمرض الفصام، فغالبا ما يكون الهذيان لديها مخفيا، ولا يتم التعبير عنه بشكل جيد، ويتميز الهذيان في مرض الفصام بتنوع مواضيعه وآلياته، وافتقاره إلى التنظيم والغرابة، وخطورته المحتملة، وتطوره نحو التشويه. كما أنه لا يعاني مريض الفصام من الهذيان، طالما استمر مرضه لكن هذيانه يسمى مزمن (Granger et

Naudin, 2019)

إن ما يميز الهذيان أو الأوهام عن باقي الأعراض، أنها قناعات عميقة لا تتناسب مع الواقع أو الثقافة التي ينتمي إليها الشخص، يتم تفسير الأوهام أحيانا على أنها تشوهات شديدة، أو تفسيرات خاطئة لتصورات الشخص أو تجاربه، ومن بين الأوهام الشائعة لدى المرضى المصابين بالفصام نجد: الاقتناع بالتبع أو التجسس، أو اليقين بأن شخصا ما يتمنى له الأذى (جنون العظمة)، أو الاعتقاد بأن جسده وأفكاره تخضع لسيطرة وقوى خارجية، والإيمان أن له أهمية خاصة، أو امتلاك سلطات غير عادية (Ernest, 2018).

ومن بين الهذيان الشائعة لدى الفصامي نجد الاضطهاد، حيث تسيطر على المريض أفكار الاضطهاد والشك، والعزلة الاجتماعية، والاعتقاد بأن الآخرين يتآمرون عليه، ويدبرون له المكائد، كما نجد أيضا هذيان العظمة، حيث تسيطر على المريض أفكارا، محتواها أنه عظيم وموهوب، ويتمتع بقدرات عقلية خارقة، وأنه يشغل مناصبا مهما، ويستطيع أن يكلم الأنبياء أو أنه نبي (نبيل، 2004، ص. 187).

2.1.7. الهالوس: يعرف الطبيب النفسي الفرنسي "جان إيتان إسكيرول" الهلوسة بأنها إدراك بلا شيء. فهي عدم تنظيم عميق للفضاء المعيشي، والتركيبات الجسدية التي تعطيه معنى. ويمكن أن تكون الهالوس سمعية، أحيانا حينما يسمع المريض أصواتا في الخارج من خلال الأذن، كما يمكن أن تكون صوتية، وتسمى الصوت اللفظي، عندما يتعلق الأمر بسماع كلمات (Granger et Naudin, 2019, p. 23).

بالنسبة للمريض فإنَّ الهلوسة حقيقية كما لو كانت تتوافق مع الواقع المعاش، تظهر تقنيات التصوير الدماغية بالفعل أثناء الهلوسة، ووجود نشاط قشري في المناطق الدماغية المسؤولة عن الرؤية والسمع مثلا، مشابه لما لوحظ أثناء التحفيز الحسي الحقيقي (Desclin, 2006).

ويقول العديد من المرضى، حسب ما لاحظته المحلل النفسي "دانيال لاغاتش"، بأنهم يتلقون الأوامر والتعليقات على الأفعال، والسخرية، والإهانات، والإيحاءات، وذلك من طرف

أشخاص يمكن أن يكونوا رجالاً أو نساءً، معروفين أو غير معروفين، آلة أو كائنات فضائية، أصدقاء أو أعداء، وغالباً ما يكون مصحوباً بشعور مزعج بالمراقبة، لا يترك الشخص بمفرده أبداً، وأحياناً يدفع به ذلك إلى الانتحار (Granger et Naudin, 2019, p. 23).

إنَّ عمل الدماغ المتغيّر يجعل الإدراكات البصرية، والشمية، والذوقية والحسيّة، تتحوّل إلى إحساسات يمكن أن يساء تفسيرها من قبل الدماغ، فيمكن للمريض أن يسمع ويرى، ويشعر بطريقة واقعية تماماً أشياء غير موجودة في الواقع، وتعتبر الهلوسة السمعية هي الأكثر شيوعاً، حيث يؤدي الإدراك الدماغى المشوّه إلى اختلاط وتشويش الإدراكات الحسية، التي لم يعد بإمكان المريض فرزها أو ربطها بشكل صحيح مع بعضها البعض، أو تفسيرها .

• اضطرابات التفكير والكلام: وتنقسم إلى:

• اضطراب في التعبير عن التفكير .

• اضطراب في مجرى التفكير .

• اضطراب التحكم في التفكير .

• اضطراب محتوى التفكير (غانم، 2010، ص. 128).

وغالباً ما تظهر صعوبة في فهم التفكير الفصامي، وذلك من خلال ربط المريض للكلمات والجمل، فتظهر للمتلقى بدون معنى، فهي تعكس انعدام الترابط في الحديث وتحوّل الأفكار من موضوع إلى آخر، بطريقة غير مترابطة، وفضلاً عن اضطراب التفكير لدى الفصامي، نجده دائماً متأثراً بأصوات الكلمات وليس بمعانيها، أي ربط الكلمات حسب القافية، ومن هنا تظهر مشكلة إدراك المعنى (حسين، 2013).

ويؤثر الفصام على قدرة الشخص على الربط بين أفكاره والتواصل بشكل واضح ومنطقي، وهو ما ينعكس على الطريقة التي يعبر بها الشخص عن نفسه، كأن يقفز من ديك إلى حمار، وإنتاج كلمات لا تعني شيئاً، وتجميع أفكار لا صلة لها ببعض (Ernest, 2018) .

3.1.7 الاضطرابات السلوكية:

➤ اضطراب الإحساس بالذات أو بالهوية: الفصاميون لا يكونون متأكدين من يوم إلى آخر، حتى من لحظة إلى أخرى من هؤلاء الذين يسكنون أجسامهم، أو عمّا إذا كانت أجسامهم حقيقية أم لا، وهذا يدعو المريض بالفصام إلى التفكير، والانشغال بالأسئلة الوجودية الفلسفية عن هويته، وربما يؤدّي هذا الاضطراب في الإحساس بالذات إلى تحوّل الفصامي إلى التفكير الخداعي أو الوهمي، حيث يعتقد المريض أنّه تحت سيطرة قوى أفراد خارجيين، ممّا يؤدّي في بعض الحالات إلى الاحساس بالعجز، مصحوباً بالأفكار الوسواسية، ممّا يمنعهم من الحركة، بسبب الافتقار إلى الدافع، أو بسبب تناقض الوجدان (عبد السلام، 2016، ص. 44).

➤ البلادة الانفعالية: وهي تؤدّي بصاحبها إلى عدم التأثر وعدم الميل إلى المشاركة مع الآخرين، فوجد الفصامي يفقد الاهتمام، فلا يتفاعل مع أحد، ويفقد الأصدقاء بسهولة، ولا يصنع شبكة من العلاقات الاجتماعية مع الآخرين، ويميل إلى الخوف والحزن، ويستثار بسهولة، فيغضب من أقل شيء، ولا يهتم بأي من المعايير أو الأعراف، فهو يتعامل بعدم اكتراث، وعدم انتماء (صبحي، 2003، ص. 250).

➤ الإثارة الحركية الشديدة: حيث لوحظت هذه الحالة على بعض الأفراد المصابين بالفصام، وتتكوّن هذه الحالة المهتزة التي تسمّى الإثارة الجامدة، من نوبات غير منتظمة من الحركة غير المنضبطة وغير المنظمة، ويكون مفرط النشاط، أو مدمراً، أو عنيفاً، ويظهر الخلل الوظيفي الحركي أيضاً على أنّه حركات متكررة لا معنى لها تعرف بالقوالب النمطية، كما يظهر المرضى سلوكيات مميزة تتضمن جزءاً واحداً من الجسم (التشنجات اللاإرادية، تحريك الشفاه بدون صوت، التلملم بالأصابع، شدّ اليد، أو فرك الفخذ) (Glatt et al, 2019, p. 8). أمّا الشخص المريض بالفصام فقد تمّ إثبات القصور المعرفي السمعي والشمّي والحسي الجسدي لديه، كما يعاني مرضى الفصام من صعوبة الربط بين المعلومات

المرئية ضمن نافذة زمانية ومكانية، فلا يستطيع إدراكها بطريقة موحدة، ويعرف صعوبة في ربط المعلومة الإدراكية (Antoinette, 2011).

➤ اضطراب الانتباه: ويأخذ المظاهر التالية:

❖ سهولة تحول انتباه الفرد من موضوع لأخر على الرغم من محاولة تركيز انتباهه على الموضوع الأول.

❖ تبدل الانتباه بحيث يصعب أن يستثار انتباه الفرد نحو موضوع معين.

❖ الدخول في حالات من الهذيان والذهول، والتي تقلل من قدرة الفرد على الانتباه للمواقع المحيطة به.

❖ الدخول في حالة غيبوبة، حيث يفقد الشخص وعيه بما يحيط به ويكاد يستحيل على المنبهات الخارجية جذب انتباهه إليها، واستجابته لها واستثارتها إيَّاه (غانم، 2010، ص. 129).

2.7. الأعراض السلبية:

وتتمثل أساساً في سحب الاستثمار من الواقع، والميل للانطواء، وتراجع القدرات العقلية في التفكير، والكلام وردّ الفعل، والتي كان الفصامي يمتلكها قبل إصابته بالمرض، كما يلاحظ انخفاض التفاعلات العاطفية، واضطرابات معرفية على مستوى التركيز والانتباه والذاكرة، والقدرة على التجريد (كوروغلي، 2017). وتهيمن على الأعراض السلبية لديه عجز في الاتصال، والانسحاب، وانخفاض القدرة على التواصل مع الآخرين، ومشاركة نفس الإطار المرجعي العقلاني، ونقص الحافز، والتناثر العاطفي والحركي، الذي يؤدي إلى اضطراب في الأداء الاجتماعي (Dupuy, 2002).

ويمكن تمييز جوانب الأعراض السلبية كالتالي:

- اضطراب التفكير، اضطراب الإدراك، اضطراب الوجدان، الإحساس بالذات، الإرادة، العلاقة بالعالم الخارجي، السلوك.

1.2.7 فقدان العلاقة مع الواقع (الانسحاب الاجتماعي):

ويكون عن طريق تهميش المريض لنفسه، وتحويل عالمه إلى عالم خاص، هذا الانسحاب يساهم في زيادة الصعوبات التي يواجهها المريض في الاتصال التلقائي بالآخرين، فالبراغماتية والبلادة العاطفية، وقلة الإرادة والمبادرة ترسم صورة سلبية عن المرض، فالشخص الفصامي يفقد الاتصال الحيوي بالواقع وهو ما يجعله يرى نفسه مضطراً لإعطاء معنى له، من خلال التشكيك في كل شيء، والتفكير المستمر في طبيعة الواقع الغريب بالنسبة له، وغالباً ما يرتبط الوهن بالجهد الهائل الذي يجب عليه بذله للتشبث بالحياة وإعطائها معنى (Granger et Naudin, 2019).

2.2.7 الاضطراب الجوهرى للفكر:

- **غموض التفكير:** هنا يبدو تفكير الفصامي متداخلاً ومكتفياً، حيث تبدو بدايته واضحة ولكنها لا تؤدي إلى شيء.
- **اللاترابط:** وهنا يظهر الكلام الدال على الفكر عادة غير مترابط، فتظهر الجمل مثلاً مبتدأ بلا خبر، أو عدّة عبارات غير متماسكة ولا تصل إلى هدف له معنى مفيد.
- **التفكك:** يطلق هذا اللفظ بصفة عامّة على عدم الترابط البسيط، وعلى كثير من مظاهر الافتقار إلى الوحدة الضامة لأيّ مسار فكري.
- **اللاتوافق:** ويعني عدم ترابط الفكر مع العاطفة المصاحبة له عادة، مثل أن يضحك المريض وهو يحكي مأساة أو يسمع نبأ فاجع.
- **عرقلة توقف التفكير:** يتوقف التفكير ويشكو المريض من ذلك، أو يستمرّ بعد التوقف في موضوع جديد غير الذي بدأ به.

■ فقر التفكير: يكون محتوى التفكير فقيراً، فلا يخرج المريض عن موضوعات قليلة محدودة، يدور ويلفُّ حولها دون انقطاع (نخبة أساتذة، 2017، ص. 185).

3.2.7 الاضطرابات الانفعالية المتناقضة أو المحدودة:

وتعني قصوراً في التعبير عن الانفعالات من خلال الوجه، والتواصل بالعين، وتنغيم الكلام (بحيث يكون الكلام غير مصاحب بأيّة انفعالات)، وحركات اليد والرأس، بالإضافة إلى تبدل الانفعالات والذي يعكس محدوديته، في مدّة وشدّة التعبيرات الانفعالية (الغباشي وسعد، د ت، 652). فمرضى الفصام يفشلون في إظهار استجابة عاطفية طبيعية، وعادة ما يكون سلوكهم غير متجاوب وانسحابي، في المواقف التي يجب أن تشعرهم بالسعادة أو بالحزن، وهو ما يعرف ببلادة التعبير الانفعالي. فالتعبير الانفعالي، لا تكون له علاقة بالحدث أو التفكير الذي يراد التعبير عنه (حسين، 2013).

4.2.7 التغييرات في العادات والقدرة الوظيفية:

تظهر في بعض الأحيان حركات نمطية متكررة ملفتة للنظر لدى الفصاميين، فقد يأرجح المريض رجله طوال النهار، أو يهزُّ رأسه باستمرار، ويشكل السلوك الجمودي عرضاً آخر من الأعراض، فقد يجمد المريض في وضعية واحدة ولا يكون قادراً على الطعام أو الكلام (كاس وبرداس، 2009).

ومن أهمّ مظاهر اضطراب العادة والسلوك نجد الانسحاب والانعزال والبعد عن الواقع، وفقد الاهتمام بالذات وبالأسرة، مع الإهمال في العمل، وعدم التجاوب مع الغير، مما يجعل التقرب إليه صعباً، إضافة إلى نقص التفاعل مع البيئة (العبيدي، 2009).

ويمكن للفصاميين أن يكونوا عدوانيين، الأمر الذي قد يجعلهم خطيرين أحياناً على الآخرين، كما نجد آخرين يتصرفون بشكل فضولي مُلح، إلا أنّ غالبيتهم لا تقصد الشرّ لأحد، وإنما تفضل الاحتفاظ به لنفسها .

وإلى جانب هذه الأعراض هناك أعراض وسمات يشترك فيها كلّ الفصامين، والتي من شأنها المساعدة على عملية تشخيص المرض، وهذه السمات يتميز بها الشخص الفصامي دون غيره، ونذكر منها:

- * انخفاض نسبة الزواج التي تستمر طويلاً، وغالباً ما تنتهي بالطلاق.
- * تكرار كثير للمشكلات المدرسية.
- * عدم استقرار كثير لظروف العمل.
- * ارتفاع نسب محاولات الانتحار.
- * عدم استيفاء الشروط اللازمة للإنجاز.
- * تكرار الغياب في العمل وضعف المردود (كاس وبرداس، 2009، ص. 110).

5.2.7 ضعف التواصل الاجتماعي:

ونعني به نقص الحاجة للتفاعلات الاجتماعية، وربما تكون مصاحبة لانعدام الإرادة، كما يمكن أن تظهر في محدودية فرص التفاعلات الاجتماعية، وضعف الاهتمام الجنسي، وعدم الرغبة في بناء صداقات جديدة، وعدم الاهتمام أو تجنّب قضاء الوقت مع الأصدقاء (الغباشي وسعد، د ت، ص. 653).

6.2.7 الاضطرابات العاطفية:

تمتألاً عاطفة الفصامي بالتناقض "كل دافع عاطفي ينقل الحب والكراهية، والرغبة في الإغواء والهجوم"، يتّسم بالتخدير العاطفي والبرودة والانفصال، أمّا النشاط الجنسي للمصاب بالفصام يتميز بالتشويه العميق للعلاقة مع الآخر، تكون إمّا ذاتية واستمناء، وغالباً ما تحرم من السيناريوهات الخيالية، ويتمّ إشباع الرغبات الجنسية المكبوتة والشذوذ الجنسي (Daninos, 2015).

7.2.7 تبُّد الشخصية:

ونعني به فقدان إحساس الفرد بالفردانية، ممَّا يؤثر على السلامة الجسدية والهوية، والوعي الذاتي، مصحوباً بالغرابة، وظهور قلق شديد من الانفصام والتفكُّك، ويمكن أن يكون وحشياً في نوبة هذيانية حادَّة تؤدي إلى إيماءات عن وجود تجربة جسدية مجزأة: التأمل في اليدين، والوقوف لفترات طويلة أمام المرأة، ووجود شكٍّ حول حدود الجسم، وانطباع بالتغيُّر في الشكل، وحجم بعض أجزاء الجسم، ممَّا يؤدي إلى طلب فحص البصر، أو طلب طرف ثالث للطمأنينة (Daninos, 2015).

3.7 الأعراض المعرفية والأعراض الأخرى:

يعود تناول الاضطرابات المعرفية إلى مرحلة "كريبلين وبلولر"، أين تحدثا عن اضطرابات الذاكرة والانتباه. واعتبرا أن الاضطرابات المعرفية عاملا رئيسيا في التنبؤ بتطور الحالة لدى الفصامي، وإمكانية اندماجه الاجتماعي من جديد، وقد أظهرت الدراسات الحديثة أنَّ الاضطرابات المعرفية تعدّ في خضم الأعراض لدى الفصامي، وتدوم طيلة حياته، بل حتى في المراحل الأكثر استقراراً منها، وتعتبر مزمنة ومؤثرة على التوظيف المعرفي للفصامي عموماً (تواتي وحدادي، 2016).

وتشير الإحصائيات أنَّه 55% إلى 80% من الأشخاص الفصاميين، يعانون من الاضطرابات المعرفية، ولكن بدرجات متفاوتة، حيث أنَّ 27% منهم يعانون اضطرابات شديدة، في حين 41% منهم يتميَّزون باضطرابات متوسطة الشدَّة، أما 16% المتبقية فتوصف اضطراباتهم المعرفية بالبسيطة (تواتي وحدادي، 2016، ص. 42).

وفي دراسة لـ (Schellin, Mucullough & Kymberlie, 2013)، التي هدفت إلى الكشف عن أثر فصام الطفولة، على القدرات العقلية والمعرفية لدى الأطفال والمراهقين، وذلك من خلال قياس قدراتهم المعرفية باستخدام مقياس "وكسلر" للذكاء (الصورة الرابعة)، حيث تكوَّنت عينة الدراسة من مجموعتين: المجموعة التجريبية 22 مريضاً بالفصام،

والمجموعة الثانية تكونت من 22 فرداً سويّاً، تراوحت أعمارهم بين (18-10) سنة، كما تمّ استخدام مقياس « PANSS » لتقييم مرضى الفصام وتشخيصهم، وأشارت نتائج الدراسة إلى تدهور بعض الوظائف المعرفية لدى مرضى الفصام، كالقدرة على الفهم والانتباه، والاستدلال والذاكرة العاملة، واختلال الإدراك، مقارنة بمجموعة الأسوياء، الذين أظهروا تفوقاً في تلك القدرات (السوسي والنيل، 2019).

1.3.7 العجز في الترميز والحفظ:

أثبت الباحثون أنّ المصابين بالفصام يعانون من اعتلال في الإدراك، ولكن ليس في استجابات التذكّر (التذكّر الواعي)، ولا في استجابات المعرفة، وقد قدّم (paulsen 1995 et al, دراسة حول التعلّم اللفظي وأداء الذاكرة في الفصام، والتي تبين وجود عيوب أو عجز في الترميز والاسترجاع، غير أنّ معدلات النسيان الطبيعية والإدراك الجيد نسبي بالمقارنة مع التذكر النشط، ومجمل أداء الذاكرة يظهر أنّ ثمة صلة مع عمق الترميز لدى مرضى الفصام، وبالإضافة إلى ذلك، فإنّ مرضى الفصام يكونون غير قادرين على الإحتفاظ بالمعلومات خلال فترات قصيرة (العنبي، 2014).

أمّا دراسة (دريس وتواتي، 2021) التي بحثت في موضوع حول اضطراب الذاكرة العاملة لدى الفصامين، والتي استخدمت فيها الباحثة بطارية التقييم المعرفي «BEC 96» لتقييم اضطرابات الذاكرة والاضطرابات المعرفية المصاحبة، كشفت عن وجود صعوبات من متوسطة إلى ظاهرة في بنود البنية الفضائية والتوجّه، وهو ما يترجم وجود اضطراب في المفكرة البصرية الفضائية، إضافة إلى وجود اضطرابات ظاهرة في بنود التذكّر، والتعلّم، والتشغيل العقلي، وحلّ المشكلات، وهو ما يترجم أيضاً بوجود عجز في الذاكرة العاملة لدى الفصامين.

2.3.7 اضطراب الإدراك والحركة المبكرة للمعلومات:

الإدراك عبارة عن عملية ديناميكية تتكوّن من بناء تمثيلات عقلية متماسكة للبيئة المباشرة، من خلال تنظيم المعلومات التي توفرها أعضاؤنا، عبر تقليل كمية المعلومات بين الصورة والرسالة المنقولة، بواسطة العصب البصري، كما تقدّم الأنظمة الإدراكية معلومات مجردة، تكمل أو تضخم العناصر الجزئية للعضو في الواقع الذي يستجيب للبيانات الحسيّة، أمّا لدى الشخص المريض بالفصام، فقد ثبت وجود قصور معرفي سمعي لديه، وكذا في الجوانب المتعلقة بالشّمّ والحسّ الجسد، ويعاني أيضاً مريض الفصام من صعوبة في عملية الربط بين المعلومات المرئية ضمن نافذة زمانية ومكانية معيّنة، فلا يستطيع إدراكها بطريقة موحّدة ويعرف بصعوبة ربط المعلومة الإدراكية (Antoinette, 2011).

3.3.7 نقص القدرة على الحكم والاستبصار:

إنّ ما نسبته (65 — 70 %) من المرضى لا يؤمنون بأنّهم مرضى ويحتاجون إلى علاج، كما يرفضون الاعتراف بوجود المرض، ولا يذهبون إلى الطبيب بمحض إرادتهم، بل ويؤمنون أنّ الآخرين هم الذين يجعلونهم يائسين، ويخلقون لهم المشاكل (Desclin, 2006, p. 21).

4.3.7 الازدواجية والتناقض الوجداني:

يشير مصطلح الازدواجية إلى الأفكار والرغبات، والمشاعر المتضاربة تجاه الأشخاص أو الأشياء أو المواقف، فيميل الأشخاص المصابون بالفصام إلى الشعور بعدم اليقين والشكّ، كما يجدون صعوبة كبيرة في اتخاذ القرارات، حتى فيما يتعلّق بالأشياء غير المهمّة، مثل كيفية ارتداء الملابس، وحتى عندما يكونون قادرين على اتخاذ القرار، فإنّهم غالباً ما يواجهون صعوبة في الالتزام به (Ernest, 2018).

5.3.7 الارتياب: أو عدم الثقة في أيّ طرف بشكل مبالغ، وشاكٍ عميق بكلّ العلاقات الخاصة به (كعلاقته بأمه مثلاً)، ويشكّ أنّها على علاقة بأحد آخر أو أحد الجيران (موسى، 2021، ص. 42).

8. المقاربة النظرية للفصام:

1.8. المقاربة النسقية:

-عوامل أسرية: لقد توصل الباحثون إلى وجود علاقة بين تعبير الأسرة الانفعالي وانتكاس مريض الفصام، والمقصود بالتعبير الانفعالي، السلوك التطفلي العدائي، الانتقادي أو المتسلط، والذي يعامل به المريض المعافى، وكأنّه طفل صغير، وقد صمّم أصحاب هذا الاتجاه اختباراً لقياس مستوى التعبير الانفعالي لدى أسر الفصاميين، فوجدوا أنّ معدّل الانتكاس ينخفض عند تعديل سلوك هذه الأسر، ومن الخصائص الأخرى التي يميّز بها أسر الفصاميين نجد:

✓ الرابطة المزدوجة: صدور الأوامر المتناقضة من الأمّ إلى الطفل (إفعل، لا تفعل).

✓ الأسر الملتوية: وهي أسرة يسود فيها طرف ويتخطى الطرف الأخر.

✓ الأسر المشطورة: يعيش الزوجان كلٌّ في جانب لا يجمع بينهما سوى المسكن (الطلاق العاطفي).

✓ اضطراب تفكير الأبوين أو أحدهما: وأنماط الاتصال الغامضة والمعتلة (عسكر، 2009، ص. 190).

أمّا "ريش Ruesch" الذي توصل من خلال دراسته حول دور التناقضات في السلوك، والتي أجراها على مجموعة من مرضى الفصام، واستندت إلى تحليل الاتصال والعلاقة بين التناقض في الرسائل والفصام، إلّا أنّ الفرد الذي يواجه مراراً وتكراراً، في مراحل الطفولة، موقفاً علائقياً قائماً على القيود والتناقض سيصاب بأعراض ذهانية، فقد سعى الباحثون

جاهدين لإظهار أنّ الاضطرابات النفسية، منشأها يعود إلى اضطراب في التواصل مع الذات أو مع الآخرين، إمّا بسبب إدراك مشوّه للرسائل القادمة من الخارج، أو خلل في التعبير عن الرسائل للآخرين، ففي بداية 1950 بدأت فكرة البحث عن مصدر مرض الفصام، وقد توصل كلٌّ من "بيتسون" Bateson مع أعضاء مجموعته (Jackson, Haley, et Weakland) إلى أنّ الأسرة تحتوى على هذا المصدر الموجود في التواصل بل وتحدّد نوع الاتصال المسؤول، وهو شكل معيّن من التناقض في الأوامر، يعرف بـ"الرابطة المزدوجة" وعليه فإنّ الفرد المحاصر في الرابطة المزدوجة، تظهر عليه أعراض انفصام الشخصية (Dominique et Edmond, 2020). غالباً ما يُعبّر مرضى الفصام عن أنفسهم بطريقة غامضة، تجعل كلامهم غير مفهوم تقريباً، فنظريات التعلّم تظهر لنا بأنّنا نتعلّم التواصل، بناءً على السياق العلائقي الذي نتطوّر فيه، فتصرفات الفرد على أيّ نحو كانت تحدّد السياق الذي تعلم فيه التواصل، وبالتالي فمريض <الفصام يجب أن يعيش حسب هذه النظرية، في نوع من الاتصال المتناقض يعرف "بالرابطة المزدوجة"، وهي عبارة عن رسالة تنقل في نفس الوقت محتويات غير متوافقة ومتناقضة، وتتكوّن ضمن مجموعة من العناصر التي تتمثّل في:

- وجود شخصين أو أكثر: شخص ضحية، وآخر يفرض عليه قيوداً مزدوجاً.
- تجربة متكررة: يأتي الرابط المزدوج بانتظام في الاتصال.
- أمر قضائي أو سلبي "يتخذ شكل التهديد": لا تفعل هذا وإلا سأعاقبك (بصيغة إذا لم تفعل هذا فسأعاقبك).
- أمر ثانوي: يتناقض مع الأوّل على مستوى أكثر تجريداً، يتمّ تعزيزه بعقوبة لفظية أو غير لفظية.
- أمر قضائي سلبي ثالثي: يمنع الضحية من الهروب من الموقف، (لا يملك الطفل الوسائل الجسدية والنفسية لترك والدته) (Dominique et Edmond, 2020, p. 36).

ويؤكّد " ليدز " أنّ الطفل الذي يصاب بالفصام، ما هو إلا مظهر من المظاهر المرضية للأسرة المضطربة والمريضة، ويحدث الاضطراب في العلاقة مع الوالدين، حين يكون هناك انقسام عاطفي، أحدهما سلبي اعتمادي، والآخر بشخصية سائدة ومسيطر، وعادة ما تكون الأم هي المسيطرة وصاحبة الرأي الأول في الأسرة، وتسمّى بالأمّ الباعثة على الفصام، فيتجاهل الطفل أباه، ويصبح الأب شخصية ضعيفة، ويؤكّد العالمان (وارنج ووريكش 1966) أنّ البرود العاطفي بين الوالدين، هو المحرّك والباعث لمرض الفصام (صادق، د ت، ص. 125).

ومنذ حوالي 40 عامًا، أجريت دراسة في المعهد الوطني الأمريكي للصحة العقلية، لتحديد ما إذا كان التواصل الأسري المضطرب يسبّب الفصام، وفي سلسلة من التجارب المضبوطة، تمّت دراسة أنماط التفاعل الأسري على أربع عائلات لكلٍ منها طفل مصاب بالفصام، وذلك باستخدام المقابلات المسجلة والاختبارات النفسية، وأظهرت النتائج بأنّ آباء الأفراد المصابين بالفصام أظهروا نوعين من التواصل المضطرب، أحدهما يتعلّق بالتفكير "غير المتبلور" والذي يتألّف من أفكار غامضة دون تفكير واضح، والآخر هو التفكير "المجزأ"، الذي يصف الأفكار التي انفصلت عن بعضها البعض (Glatt et al, 2019) وقد افترض الباحثون أنّ هذه الأنواع من انحراف الاتصال أثّرت على التطوّر المعرفي للأطفال.

أمّا (ليدز 1963) فيعتقد أنّ الفصامي ما هو إلا أحد أفراد عائلة مريضة، خاصّة عندما يكون أحد الوالدين ضعيفاً وسلبيّاً، والآخر سائداً، قويا، مسيطراً، أو يسود بين الوالدين الطلاق العاطفي، وغالبا ما يسود الاضطراب في تفكير آباء وأمّهات الفصاميين (الموصلي وحسن، 2009) وبالتالي توصّل الكثير من الباحثين إلى أنّه توجد عدّة أنواع مختلفة من اضطراب الفكر التي شوهدت في مرض الفصام، وهي نتيجة مباشرة لاتصالات عائلية "غير متبلورة" و"مجزأة"، ولاختبار هذه الفرضية اختبر العلماء ثلاث مجموعات من الآباء، بناءً على تشخيص أطفالهم بالفصام أو العصاب أو عدم وجود اضطراب عقلي، وقد تمّ تصنيف

78% من أزواج الوالدين بشكل صحيح، وفقاً لمجموعة التشخيص الخاصة بأطفالهم، ووجد أن آباء الأفراد المصابين بالفصام كانوا أكثر عرضة لأن يكونوا غير طبيعيين، من آباء مرضى العصاب أو أشخاص عاديين، ولكن لم يتم العثور على مثل هذا الاختلاف بين أمهات الأفراد المصابين بالفصام أو العصاب (Glatt et al, 2019). وبالنسبة للعوامل الاجتماعية، فيلاحظ وجود بعض الأمراض، في طبقات اجتماعية اقتصادية معينة أكثر من غيرها، إذ يترافق الفقر مثلاً باحتمال كبير بحدوث أمراض القلب، والدورة الدموية ومع حدوث الاكتئاب، كما يظهر الفصام في الطبقات الاجتماعية المحرومة اقتصادياً، واجتماعياً بتكرار كبير، ويرى بعض العلماء بأنه يمكن للإرهاقات اليومية أن ترفع بالتشارك مع الرعاية الطبية غير الكافية من خطر الإصابة بالفصام (سامر، 2009).

2.8. المقاربة البيولوجية:

1.2.8 فرضية النمو العقلي العصبي: تشير العديد من البيانات البيولوجية والمعرفية والسريية إلى أن مرض الفصام هو؛ مرض نمائي عصبي يؤثر على التطور البيولوجي العصبي للشخص من الولادة إلى مرحلة البلوغ، حيث أنه قد تحدث التغيرات البيولوجية عند الولادة، لكنها لن تظهر إلا في وقت متأخر، ولا سيما في فترة المراهقة، ومن بين عوامل الخطر التي تم الإبلاغ عنها والعتور عليها بشكل متكرر لدى الأشخاص الذين أصيبوا لاحقاً بالذهان هي:

نقص الأكسجين لدى الجنين، وانخفاض الوزن عند الولادة، التشوهات الخلقية، اضطرابات التكامل الحسي والحركي في الطفولة، وتشوهات تشريحية عصبية، وضمور قشري، وتضخم بطيني، وشذوذ في عدم تناسق الدماغ (Franck, 2012).

تعتمد هذه الفرضية على التشوهات الهيكلية الدماغية، التي لوحظت في القشرة الأمامية خاصة، التي يكون دورها ترابطياً بشكل أساسي، ووفقاً للدراسات الوبائية بأثر رجعي، فإن هذه التشوهات هي التي تؤدي إلى الاضطرابات المبكرة في النمو الدماغية، الناتجة عن

عدم تنظيم الموصلات المشبكية، وتحدث أثناء مرحلة تكون الجنين، أو الفترة المحيطة بالولادة.

لقد تمّ اقتراح هذه الفرضية بشكل خاص لوجود العديد من العوامل الحيوية والبيئية، التي من المحتمل أن تشارك في سوء التطور العصبي للجنين، والتي نذكر منها:

○ **عامل فيروسي:** لوحظ ارتفاع معدل مواليد مرضى الفصام في شهري مارس وأفريل، وهي الفترة التي تتزامن وانتشار الأنفلونزا، خاصة عندما تحدث خلال الأشهر الثلاثة الثانية من الحمل.

○ **عامل غذائي:** وهو مرتبط على وجه الخصوص بنقص الفيتامينات الذي قد يسبب تشوهات في الجهاز العصبي المركزي، مثل إغلاق الأنبوب العصبي.

○ **عامل مجهول المصدر:** مرتبط بمضاعفات الولادة (فترة غير طبيعية، ولادة طويلة)، وقد تؤدي هذه التشوهات في مرحلة المراهقة، أو مرحلة البلوغ المبكرة، إلى ظهور اضطراب الفصام (Dupuy, 2002).

وقد وجد "جونستون وفريقه" سنة 1976م في دراستهم حول مرض الفصام، تضحماً في تجاوير الدماغ حيث يدور السائل النخاعي، ومع تطوّر التصوير المقطعي والتصوير بالرنين المغناطيسي مؤخراً، أثبتت مراجعة نتائج 193 دراسة للتصوير بالرنين المغناطيسي أجريت بين عامي 1988 و2000، وجود تشوهات معينة في الدماغ لدى مرضى الفصام، بما في ذلك تضخيم البطينين الدماغيين، مع شذوذ في المادة البيضاء والمادة الرمادية في الفص الصدغي، وفي كثير من الأحيان توجد أيضاً حالات شذوذ في الفص الجبهي وفي الفص الجداري.

2.2.8 فرضية الدوبامين: (Dopamine) هناك دلائل معينة تشير إلى وجود، شذوذ

بيوكيماوي نوعي في أدمغة الأشخاص الذين يعانون من الفصام، ويرجع ذلك إلى زيادة نشاط

الدوبامين في أدمغة الفصاميين، وتؤيد هذه النظرية فكرة أن الفصام مرتبط بزيادة نشاط الألياف العصبية، التي تفرز الناقل العصبي المسمى بالدوبامين، أو ازدياد حساسية مستقبلاته، وهذه النظرية تقوم على مبدأ أن المخدرات التي تؤثر في معالجة الفصام تقلل من نشاط الدوبامين، حيث لاحظ الباحثون أن المخدرات المضادة للذهان لها فائدتها في علاج بعض أعراض الفصام، ولها أيضا آثار جانبية تشبه أعراض الشلل الرعاشي، المعروف بأنه ينتج عن انخفاض كمية الدوبامين في مناطق عصبية معينة في المخ، وبالتالي فإنّ جزئيات مادة المخدرات تعيق مستقبلات الدوبامين، ومن هنا ينتج الفصام عن زيادة النشاط في مناطق عصب الدوبامين، وهناك أدلة أثبتتها بعض الدراسات، التي تمّ إجراؤها على مخ المرضى بالفصام تشير بأنّ مستقبلات الدوبامين، تتميزّ بكبر عددها أو أنّها عالية الحساسية لدى بعض المصابين بالفصام، وبالتالي فالعلاجات التي تقدّم للشخص المريض بالفصام تساهم في تحسين الأعراض وغلق مستقبلات الدوبامين وخفض نشاط أليافه (كرينج وآخرون، 2016).

3.8 النظرية الوراثية:

يركّز رواد هذا الاتجاه على مجموعة من النقاط الأساسية نذكر منها:

أنّ الفصام يسري في العائلات، حيث تتراوح مخاطر الإصابة بالفصام على مدى الحياة بالنسبة للأشقاء والأطفال المصابين ما بين 4% و14%، وهو ما يزيد من خطر الإصابة بنحو عشرة أضعاف لدى عامّة السكان.

تظهر دراسات التبيّي بأنّ خطر الإصابة بالفصام، ينتقل إلى الأقارب البيولوجيين للمرضى، وليس الأقارب بالتبّي، ممّا يشير إلى أنّ الفصام ينتشر في العائلات بسبب الجينات، وليس بالتعلّم أو بالأبوة السيئة.

تمّ اكتشاف العديد من الجينات المسببة لمرض الفصام، ولكن معظم الجينات المسببة للاضطراب غير معروفة (Glatt et al, 2019).

وقد حدّد فريق من العلماء نسبة حدوث الفصام بسبب الوراثة كما هو موضّح في الجدول التالي:

. جدول رقم (02):

. يمثل دور الوراثة في ظهور الفصام

نسبة تكرار المرض	درجة الوراثة
40-60 %	التوائم المتشابهة
40 %	الوالدان مصابان معا
17-20 %	والد واحد مصاب
14 %	الإخوة الأشقاء
7 %	الإخوة غير الأشقاء

المصدر: (منظمة الصحة العالمية، 1999، ص. 114).

وفي دراسات أجريت في أوروبا، أظهرت بأنّ المخاطر التي يتعرّض لها آباء وإخوة وأخوات، الأشخاص المصابين بالفصام تتراوح بين 4% و14% في المتوسط، وتزيد بنحو عشرة أضعاف عن تلك التي يتعرّض لها عامّة السكان. أمّا بالنسبة للأطفال المصابين بالفصام فكان الخطر 12%، أي ما يقارب 15 ضعفا من الخطر العام للسكان، أمّا في حالة إصابة كلا الوالدين بالفصام يزيد الخطر إلى حوالي 40 %، كما يقدر خطر الإصابة على العمّات والأعمام وأبناء الإخوة، بثلاثة أضعاف الخطر في عموم السكان، وقد أظهرت هذه الدراسات بأنّه كلّما اقتربت علاقة دم الشخص المصاب بالفصام، زاد خطر الإصابة بالاضطراب (Glatt et al, 2019).

4.8. المقاربة النفسية:

تقرُّ هذه النظرية بأنَّ الفصام مرض عقلي يمزق العقل، ويصيب الشخصية بالتصدُّع، فتفقد بذلك التكامل والتناسق الذي كان يوائم بين جوانبها الفكرية والانفعالية والحركية والإدراكية، وكأنَّ كلَّ جانب منها أصبح منفصلاً ومستقلاً عن بقية الجوانب الأخرى، ومن هنا تبدو غرابة الشخصية وشذوذها (مرسيلينا، 2010).

وقد أرجع "سيغموند فرويد" الاضطرابات الذهانية إلى حالة النكوص Regression، أي العودة إلى مرحلة من مراحل النمو السابقة، فعلى ضوء ذلك ينسحب الفرد من الحقيقة الحاضرة ويعود إلى حالة الطفولة، فيسلك ويدرك ما كان يسلكه ويدركه وهو طفل، فالذات تنسحب من عالم الحقيقة لكي تعود إلى عالمها الخاص، أين يصبح هذا العالم أقلَّ ألماً بالنسبة لها، أمَّا التدهور العقلي فيرجعه "فرويد" إلى حالة النكوص وعودة الذات إلى مرحلة اللاتمايز البدائية، أي مرحلة الخيال والبعد عن الواقع (العيسوي، 2011).

كما يقرُّ رواد اتجاه التحليل النفسي بأنَّ الفصام يحدث بسبب الصراع النفسي، بين رغبات الفرد الأولية اللاشعورية والتزاماته الاجتماعية، وإذا استمرَّ هذا الصراع فترة طويلة لدى الفرد ولم يجد حلاً له، يختلُّ التفكير والسلوك ممَّا يؤدي أحياناً إلى الانطواء والفصام، ويقرُّ كلُّ من "فرويد وفينخل" بأنَّ الاضطراب ينشأ من الصراع اللاشعوري للفصامي ممَّا يؤدي إلى انهيار الدفاعات أثناء مواجهتها للنزعات، وبالتالي ينكص الفصامي إلى مراحل مبكرة من النمو النفسي (الحجاوي، 2004).

كما أنَّ ضعف الأنا (Ego) الناتج عن نقص الأمومة، الذي يؤدي إلى نقص التمييز بين الذات والموضوع، ونقص اتساق الوظائف النفسية وتكاملها، وبدائية الصراعات المتولّد عن العدوان، يؤدي كلُّ ذلك إلى نقص المقاومة لكلِّ أنواع الضغوط، وفقد الاتصال بالواقع. (الزعبي، 2013). وهذا كله ليس إلا نكوصاً إلى المراحل البدائية من حياة الشخص، أين يكون في حالة ضعف واتكالية، فحسب الاتجاه التحليلي فإنَّ هذا النكوص يكون إلى

النرجسية الأولى أي نحو حبِّ الذات والتقدير الزائد لها، أمّا اللاشعور فيصبح عند الفصامي شعوراً، لأنَّ العملية الأولية والأساليب الأولية للتفكير تبرز في الصدارة من جديد (مرسيلينا، 2010).

وحسب وجهة نظر أصحاب التحليل النفسي دائماً، فإنَّ الفصام ليس إلا نكوصاً إلى المرحلة الفمية، أي إلى فترة ما قبل تمييز الأنا عن الهو، حيث أنَّ الفصامي يفتقد الأنا التي يختبر بها الواقع والاتصال به وينهمك في ذاته، ويعزى النكوص إلى القلق الحاد الذي يعود إلى الدوافع العدوانية أو الجنسية اللاشعورية الحادّة (الزعبي، 2013).

ويركّز أصحاب الاتجاه التحليلي، على أنَّ الأعراض الفصامية هي تعبيرات مباشرة عن انهيار نكوصي للأنا، وعن محو للتمايزات التي تحقّقت خلال النمو النفسي وإحالتها إلى البدائية، من خلال العديد من الأعراض منها:

الصنف الأول: يشمل حياً تدمر العالم والأحاسيس البدنية وفقدان الشخصية وهذيانات العظمة، والأساليب البدائية في التفكير والكلام.

الصنف الثاني: هلوسات وهذيانات، ومعظم الغرائب الاجتماعية والكلامية المميزة، وأعراض كاتاتونية مختلفة (مرسيلينا، 2010).

وترى "ميلاني كلاين" بأنَّ الأشهر الأولى من حياة الطفل، وما ينشأ عنها من مشاعر إيجابية أو سلبية تجاه الذات أو الآخرين، هي أساس الموقف البارانوي الفصامي، وتكوين دفاعات مرضية تستمرُّ حتى الكبر، أمّا "فيربيرن" فيرى بأنَّ انشقاكات الأنا التي تتداخل مع وظائفه التكيفية وتكامله واختباره للواقع، ومع العلاقات غير الناضجة للموضوع، تمنع الانتقال من الاعتمادية الفموية إلى الاعتمادية الناضجة المبنية على التمييز بين النفس والآخر، بينما أكدَّ "وينيكوت" بأنَّ الأنا المنفصل إذا تكامل فإنّه يتبلور في إحساس ثابت بالنفس، فالأمُّ الطيبة تنمّي نفساً حقيقية، بينما الأمُّ غير الطيبة فتنمّي نفساً زائفة تتحطّم في الذهان (الحجاوي، 2004).

وبالتالي من وجهة نظر "فرويد" فإنَّ الفصام يحدث نتيجة للصراع بين الأنا والعالم الخارجي، أي أنَّ العلاقة بالواقع هي نفسها مضطربة، ويكون الهذيان عنصراً أساسياً من شأنه أن يملأ الفجوة في علاقة الأنا بالواقع الخارجي، علاوة على ذلك تكون هيمنة الهو على الأنا هي التي تولّد الصراع بين الأنا والعالم الخارجي، وعندما تضع الأنا نفسها في خدمة الهو، فإنّها تتسحب من جزء من الواقع، وهذا القمع سيكون أساس الفصام أين سيتم قطع العلاقة مع الواقع، واستبداله بخلق عالم جديد وهمي ومهلوس (Franck, 2012).

أ. النموذج السيكودينامي:

تحاول هذه المقاربة إعطاء معنى للأعراض انطلاقاً من المفاهيم والنظريات المفسرة للدينامية النفسية لشخصية المريض، ولقد أرجع "فرويد" كلّ الظواهر العرضية للنكوص، إلى الوقت الذي بزغت فيه الأنا إلى الوجود لأول مرة، فالرضيع يبدأ حياته من النرجسية الأولية، حيث لا تكون فيها أجهزة الجهاز النفسي قد تمايزت عن بعضها البعض، ولا يحدث فيها أي تشكّل للموضوعات، وعليه فالفصام نكوص إلى النرجسية، إلى مرحلة ما قبل تشكّل الأنا، بحيث أن الفصامي يفقد موضوعاته، وينسحب مع الواقع وتنهّار أناه التي تبلغ حدّ التمرّق الخثير في الشخصية، فينهّار الواقع معها (مرسيلينا، 2010).

بالإضافة إلى ذلك تشير نظرية "فرويد" إلى أنّ نشوء الذهان يحدث نتيجة سحب الاستثمار الليبيدي، للعالم الخارجي متبوعاً بالاستثمار المفرط لليبيدو الأنا، وفي محاولة مرضية لإعادة بناء هذا العالم الخارجي المفقود، تظهر إعادة استثمار الواقع الفصامي (كوروغلي، 2017).

لقد تطوّرت النظرة النكوصية كأصل للاضطرابات الفصامية على يد "ميلاني كلاين"، التي تعتبر وحدة الكائن أو تفكّكه تابعة للوضعيتين الفصامية العظامية والإكتئابية، بحيث يغلب على الوضعية الأولى التفكّك والانشطار، أمّا الثانية فيميّزها تكامل المواضيع وتماسك الأنا، حيث تمكّن الوضعية الإكتئابية من تنمية ميول الجمع بين النزوات، انطلاقاً من إصلاح صورة الموضوع المنشطر بفعل النزوات التدميرية، التجزيئية المميزة للمرحلة

الفصامية العظامية، فيصبح الطفل قادراً على التوفيق بين الموضوع المحبوب والموضوع المكروه، في إطار موحد يغلب عليه التناقض الوجداني (Ambivalence) (سي موسي وبن خليفة، 2009).

غير أنه إذا كان الانشطار مفرطاً وقوياً، فإنه يعمق المسافة بين نزوتي شطر الموضوع، فيصبح الموضوع المثالي مقابل الموضوع الشرير في حركة صراع مستمر، يدافع فيها الأنا بتوظيف الموضوع الأول ضدّ الثاني، تفادياً للهجمات المهددة والمفككة من الداخل، وبناءً على ذلك تعتبر "كلاين" قلق التفكك (Angoisse de morcellement) المحرك الأساسي للسياق الفصامي، هذا الأخير الذي يعدّ نكوصاً إلى هذه الوضعيات الطفولية، وللتخلص من هذا القلق يلجأ الأنا إلى إسقاط الهجمات الداخلية على موضوع خارجي، ليصبح كموضوع مضطهد (سي موسي، وبن خليفة، 2009).

5.8. المقاربة السلوكية المعرفية:

فسر "بافلوف" حسب الاتجاه السلوكي ردود الأفعال الفصامية، على أنها ترجع إلى انتشار نوع من الكفّ الوقائي في المخّ، ونظراً لضعف خلايا المخّ عند الفصامي، تصبح المنبهات العادية حادة، وتؤدي بالتالي إلى تكوين الكفّ الوقائي، الذي يتكوّن عادة في القشرة، ولكنّه يصل إلى جذع المخّ، وتتوقف الصورة الإكلينيكية على قوّة عمليات الكفّ، فنوبات الهياج في الكتاتونية مثلاً، تحدث في الحالات التي يكون فيها الكفّ في القشرة، لذلك فحركات الكتاتوني في نوبات الهياج نجدها مضطربة وغير منتظمة وغير متناسقة (مليوح، 2022).

وتفسّر النماذج المعرفية من بينها نموذج بيك، الفصام من خلال "التشوهات المعرفية"، والتي من ضمنها التحيزات المعرفية، التي من المفترض أن تدعم ظهور واستمرار الأعراض الذهانية، خصوصاً الضلالات والهلاوس، وتصيب تلك التحيزات أنماطاً من النشاط المعرفي، مثل: أسلوب العزو، أسلوب اتخاذ القرار، الإدراك الاجتماعي، الوعي بالمعرفة، وتظهر تلك التحيزات أثناء معالجة أنواع معينة من المعلومات، كما تشير هذه التحيزات المعرفية إلى

تفضيلات أو ميول للاستجابة تحدث أثناء معالجة المعلومات، وتعمل على إثارة الخبرة الضاللية (الغباشي وسعد، د ت، ص. 654).

وقد أشارت الدراسات إلى وجود هذه التحيزات عند مرضى الفصام نذكر منها:

- * العزو (التفسير السببي): حيث يميل مرضى الفصام إلى لوم الآخرين على فشلهم.
- * القفز إلى الاستجابات والحاجة للإغلاق: يميل المرضى إلى الوصول لأحكام قوِّية بناء على أدلة ضعيفة، حتى في المواقف التي لا يظهر فيها محتوى ضلالي واضح.
- * التحيز للأدلة غير المؤكدة، وتحيز للقبول المتساهل.
- * خلل الإدراك الاجتماعي.
- * الثقة الزائدة في الأخطاء (مشكلات الوعي بالذاكرة).
- * المخططات المعرفية السلبية (الغباشي وسعد، د ت، ص. 655).

6.8. المخططات المعرفية:

تتميز المخططات (schémas) المصممة عند الفصاميين بانخفاض تقدير الذات، وتدلُّ على تصوُّر مضطرب جدًّا للعلاقات مع المحيط، ويعتقدون بقوة فشلهم في الماضي والحاضر والمستقبل، هذا التصوُّر الذي يكوِّنوه عن أنفسهم يجعلهم يحطون من قيمتهم، ويتخلَّون عن استعمال المنطق الاجتماعي والقواعد الاجتماعية، ويلجأون إلى أحلام اليقظة، ورفض أيِّ اتصال مع الواقع، وقد بيَّنت الدراسات بأنَّ هذه المخططات قد تكوَّنت في سنِّ الطفولة، أمَّا ظهورها فقد يكون متأخرًا (بوفولة، 2014).

ويشرح نموذج (Frith 1992) الفصام بوجود اضطرابات في كلِّ من التمثيلات العقلية، والمراقبة الذاتية ونظرية العقل، وقد أصبح وصف أعراض الفصام أكثر وضوحاً بالتركيز على الاضطرابات المعرفية؛ وفي الوقت الحالي نجد بأنَّ التفسير المعرفي الأكثر إرضاءً

لمرض الفصام، هو وجود اضطرابات في الترميز، والتنبؤ بالإضافة إلى قصور في التمثيل العقلي، مما يؤدي إلى عجز في التعلم، الحفظ، التفكير، استخدام الوظائف التنفيذية وحلّ المشكلات (دريس وتواتي، 2021).

7.8. الأسباب العضوية العقلية:

لقد ظهر بأنّ بعض الأمراض العضوية التي تحدث في الجهاز العصبي، تؤدي إلى أعراض شبيهة بأعراض مرض الفصام، (زهري الجهاز العصبي والحمى الشوكية، وبعض أورام المخ)، مع وجود اضطراب في رسم المخ لدى الفصامين، فضلا عن ضمور في الخلايا العصبية، وبعض التغيرات في نسيج المخ لدى بعض الفصامين (العبيدي، 2009). هذا بالإضافة إلى وجود اضطراب في وظائف خلايا المخ، وينشأ هذا الاضطراب نتيجة الإفراط في الكحوليات، وغيرها من السموم والمخدرات إلى جانب أورام المخ وإصابات الرأس والعدوى (مجدي، 2000).

9. التصنيف والأشكال العيادية للفصام:

1.9. التصنيف الكلاسيكي: وهو يصنف الفصام على النحو التالي:

* الفصام البسيط S. Simple

* فصام المراهقة S. Hébéphrénique

* الفصام الكاتاتوني S. catatonique

* الفصام البارانوي S. paranoïde

وقد تمّ إدراج أنواع أخرى في الفصام حديثا، نذكر منها:

* الفصام الوجداني.

* الفصام غير المتميّز.

- * الفصام المتبقي.
- * الفصام التفاعلي.
- * الفصام شبه السيكوباتي (بعود، 2021).

2.9. التصنيف حسب DSM:

- الفصام البارانوي (الذهائي).
- الفصام غير المنظم، الفصام الكاتاتوني.
- الفصام غير المتميز.
- الفصام المتبقي.
- الاضطراب الفصامي الشكل (لشهور فقط).
- اضطراب الفصام الوجداني.
- الاضطراب الذهاني الوجيز.
- الاضطراب الذهاني المشترك.
- اضطراب ذهاني ناتج عن مرض جسدي.
- اضطراب ذهاني ناتج عن تعاطي المواد المخدرة. (DSM, 2004)

ونحاول، فيما يلي، عرض بعض أنماط الفصام بالتفصيل:

1.2.9 الفصام البسيط:

يتميز هذا النمط بقلّة الهلوسات والأوهام، غير أنّ المصاب به يبدي أعراضاً تجعله ينفصل عن الواقع بالتدرّج والتي من بينها:

نقص النشاط الموضوعي مع عدم القدرة على التركيز، الذي يؤدي إلى نقص الاتصال الاجتماعي، مع انعدام المسؤولية والانسحاب والانطواء وسوء التوافق الاجتماعي، وهو الأمر

الذي يجعل المريض يشعر بعدم القدرة على القيام ببعض الأعمال البسيطة، ممّا ينعكس على إحساسه بعدم الاستقرار في العمل (الوافي، 2006).

وتبدأ أعراض المرض بطريقة تدريجية، منذ سنّ البلوغ تقريباً، وعبر فترة طويلة من الزمن، وقد وجد "كانت" Kant في دراسته بأنّ حوالي ثلث مرضى الفصام البسيط ينحدرون من أسر تعاني من الذهان الوظيفي، ونحو هذا العدد ينحدرون من بيوت محطّمة وبيوت الإيواء، والبيوت التي تعيش في جوّ من الكراهية والخلاف والنزاع والنفور (العيسوي، 2011).

2.2.9 الفصام البارانوي الهذائي:

ييدي الأفراد المصابون بفصام البارانويا خوفاً من الاضطهاد، حيث تتتابهم أوهام العظمة، متمثلة في الاعتقاد بأنهم مهمون بدرجة كبيرة، فمنهم من يعتقد بأنه ملك، ومنهم من يعتقد بأنه المسيح، كما أنّ المصابين بهذا النوع تتتابهم هلاوس سمعية بصرية، وبينون حياتهم على معتقدات وإدراكات خاطئة، لكن وعلى الرغم من وجود هذه الأوهام، إلا أنّ بعض المصابين بالفصام البارانوي يستجيبون للواقع، ويستطيعون العيش خارج المصحّات (دافيدوف، 1992).

والفصام الهذائي يتميّز بوجود الهذيانات والهلاوس بشكل واضح، مقارنة مع الأعراض الأخرى، وهو يبدأ في سنّ متأخرة بالنسبة للأنواع الأخرى، كما أنّه أحسن إنذار بشكل عام من حيث تكوّن المرض، والإعاقة الاجتماعية والمهنية، ويبدو التكيّف العام للمريض أفضل قبل ظهور المرض عليه، كما تبدو العوامل الوراثية أكثر وضوحاً مقارنة مع الفصام الشبابي، والعديد من هؤلاء المرضى يتزوّجون ويعملون، ويستطيعون الاستقلال بأنفسهم (المالح، 2000).

. أعراضه الإكلينيكية:

- الانشغال بواحد أو أكثر من الهذيان، مع هلاوس سمعية متكررة.
- عدم وضوح الأعراض التالية بشكل بارز: كلام غير منظم، السلوك الكاتاتوني، تسطح العواطف، السلوك غير المنظم (الحمادي، 2004، ص. 77).

3.2.9 الفصام التخشبي أو الذهولي (الكاتاتوني):

يبرز الاضطراب النفس حركي بشكل واضح في هذا النوع من الفصام، ويتأرجح الاضطراب الحركي بين النشاط الشديد والذهول التام، وقد يبقى المصاب في وقفة أو جلسة متخشبة متجمدة لمدة طويلة، في شكل أوضاع تصلبية، منها الجنيني والصلبي والقرفصاء. ويشير مصطلح الفصام التخشبي إلى صعوبة حركة العضلات، وإلى جمودها، وفقدان القدرة على القيام بالنشاط الحركي، ويبدو المريض في حالة جمود وخمول، كما لو كان تمثالاً من الشمع، والفصام التخشبي أقل أنواع الفصام خطورة (عبد السلام، 2016).

ويسود الصورة الإكلينيكية لهذا النوع من الفصام، الأعراض التالية:

- الذهول الكاتاتوني: ضعف شديد في الاستجابة للمؤثرات الخارجية، أو انخفاض ملحوظ في الحركات والأنشطة التلقائية.
- السلبية الكاتاتونية: مقاومة بدون مبرر لكل الأوامر أو محاولات تحريك المريض.
- التصلب الكاتاتوني: الاحتفاظ بوضعية جامدة ومقاومة كل المحاولات لتغييرها.
- الهياج الكاتاتوني: الهياج الحركي غير الهادف، والذي لا يخضع لمؤثرات خارجية.
- الوضعية الكاتاتونية: تعمد اتخاذ الوضعيات الغريبة أو غير المناسبة (عبد السلام، 2016، ص. 48).

4.2.9 فصام المراهقة أو الهيبفيريني:

وصفه مؤخراً "هيكِر" Hecker وهو تلميذ "كالبوم" kahlbaum وهو يمثل نسبة 20% من أشكال الفصام، يبدأ عند الشباب أو المراهقين ويعود اسمه إلى "هيببي" إلهة الشباب اليونانية، وفي هذا النوع من الفصام تكون الاستجابات الانفعالية غير ملائمة وهو يبدأ في سنٍ مبكرة، ويتطوّر ببطء وإن لم يعالج ينتهي بتدهور تامٍ في الشخصية، ويكون مرضى هذا الفصام انطوائيين، ولا يقيمون علاقات مع الآخرين، ويستجيب هذا النوع بشكل ضعيف للعلاجات المضادة للذهان (Haouzir et Bernoussi, 2007).

ويتميّز الفصام الهيبفيريني بأعراض إيجابية، كالهذيان، والهلوسة، والتفكير والسلوك غير المنظمين، وأعراض أخرى سلبية كغياب الإرادة والمتعة، والانسحاب الاجتماعي، وقصور في الانتباه، وضعف في الكلام، واللامبالاة والعنف، ويحدث هذا النوع غالباً في سنّ البلوغ، ويبدأ بالميل إلى الحزن والأفكار الغامضة للاضطهاد، أو حركات الغضب والعنف، مع ضعف في النشاطات اليومية والمهارات الاجتماعية (Quellet, 2012).

. أعراضه الإكلينيكية:

- يحدث في سنّ مبكرة (المراهقة).
- ضعف الإرادة والكسل، وانعدام العناية الشخصية.
- هلاوس.
- توهمات.
- اضطراب في التفكير (شلبي وآخرون، د ت، ص. 56).

5.2.9 الفصام المتبقي:

هي حالات ذهانية تستوفي الشروط العامّة للفصام، ولكنها لا تنطبق على أيّ نوع من الأنواع الأخرى، فقد يبدو المريض أحياناً بأنه يشكو من الكاتاتونيا، وأحياناً أخرى قد تتطابق صورة مرضه والهيبيفرينيا (مغازي، 2011، ص. 59). وغالباً ما يلاحظ مع تقدّم العمر، انخفاضاً في الأعراض الإيجابية، غير أنّ أسبابه لاتزال مجهولة، ويمكن أن يستمرّ لعدّة سنوات دون تسجيل نوبات حادّة (Quellet, 2012).

. أعراضه الإكلينيكية:

- وجود ما يدلّ على استمرار الاضطراب بصورة أقلّ حدّة.
- غياب أو وجود أعراض بصورة منخفضة، في اثنتين على الأقلّ ممّا يلي:
- أعراض سلبية (العناد، أو يفعل عكس ما يطلب منه).
- توهّمات.
- هلاوس.
- كلمات غير مترابطة.
- السلوك المتفكّك.
- الكاتاتونيا (شليبي وآخرون، د ت، ص. 57).

6.2.9 الفصام غير المتميز:

هذا النوع من الفصام يجمع مزيجاً من علامات الأشكال السابقة، لكن لا تنطبق عليه محكّات الفصام الكاتاتوني وغير المنتظم، وتتميّز أعراضه بأنّ المريض يبدأ يشكو ممّا لم يسبق له أن شكا منه من قبل، كما أنّ أعراض الفصام تظهر لديه لأوّل مرّة في شكل هجمة

قويّة، كما يبدو على المريض الخوف والقلق والاضطراب والتشويش، فضلاً عن استحالة تحديد نمط الفصام (مغازي، 2011).

. أعراضه الإكلينيكية:

. كلام غير منظم.

. سلوك غير منظم.

. أعراض سلبية وفقدان الإرادة (Haouzir et Bernoussi, 2007, p. 42).

7.2.9 الفصام الوجداني :

وهو مجموعة من الاضطرابات الفصامية، حيث يتخذ بعضها اضطراباً فصامياً وجدانياً من نوع هلاوس، واضطراباً آخر يكون في صورة اضطراب وجداني من نوع اكتئاب، واضطراباً ثالثاً يتداخل فيه النوعين؛ الأول والثاني، ويشخص بالاضطراب الفصامي الوجداني من النوع المختلط (الخالدي، 2006).

وهو عبارة عن تصرفات فصامية يصاحبها اضطراب شديد في الطبع، ويظهر ذلك من خلال الشعور بالجنون أو الاكتئاب، وغالباً ما تقلُّ اضطرابات الطبع بعد شهور قليلة، بالرغم من وجود فترات من الحياة صعبة أو عصيبة.

وفي هذا النوع من الفصام يبكي المريض بحرقة، ويكون مكتئباً، ويشكو من الخوف أن يقتل نفسه، ويدّعي أنّ هناك أصواتاً تدعوه إلى الانتحار، ويصاحب ذلك شحوبٌ وجه المريض، وعدم تناوله الطعام لعدّة أيام وإلى جانب الأعراض الفصامية، نجد تغييرات واضحة في الحالة الوجدانية أو المزاجية لديه، حيث نجده يمرُّ بفترات من الاكتئاب وفترات أخرى من الفرح (عبد السلام، 2016).

. أعراضه الإكلينيكية:

وجود نوبة اكتئابية في فترة ما، أو نوبة هوس، أو نوبة مختلطة، بشرط وجود الأعراض الفصامية في المعيار A .

استمرار الأعراض الفصامية لمدة أسبوعين على الأقل، ولا يصاحبها أعراض وجدانية (DSM – 4, 2004).

10. معايير تشخيص الفصام:

تعتمد عملية تشخيص الفصام على أنظمة التشخيص السريرية المتعارف عليها، والتي تقوم على أخذ السيرة المرضية بدقة، والفحص النفسي السريري للمريض، ولا بدّ من استبعاد اضطراب المزاج، والأمراض الذهانية الناتجة عن استخدام الأدوية والعقاقير المخدّرة، التي تعمل على إدخال الإنسان في حالة من الهلوسة (الداهري، 2005، ص. 80).

ومن بين التصنيفات العالمية المعتمدة في التشخيص، والتي لا تختلف كثيراً في محكاتها، التصنيفات التالية:

1.10. معايير التشخيص حسب الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية والعقلية (DSM – 4) :

تعتمد المحكات التشخيصية للفصام وفق هذا التصنيف، على وجود عرضين أو أكثر، خلال الفترة الزمنية المحددة بـ 06 أشهر، والتي نذكر من بينها:

- أوهام
- هلاوس.
- كلام غير منظم.
- سلوك غير منظم أو جمودي.

2.10 أعراض سلبية (وجدان سطحي، فقر الكلام، ضعف الإرادة) (DSM-4).

2.11 معايير التشخيص حسب الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية

(DSM – 5, 2014)

منذ سنة (2013) تمّت مراجعة المعايير التشخيصية من طرف الأطباء النفسانيين وعلماء النفس، حيث بدأ العمل بهذه النسخة في تشخيص مرض الفصام، وتمّت إضافة كلمة "طيف" في النسخة الخامسة منه، ليصبح طيف الفصام، والاضطرابات الذهانية الأخرى.

A- تواجد اثنين (أو أكثر) من الأعراض التالية، لفترة تحدّد بشهر واحد (أو أقلّ، إذا عولجت بنجاح)، على أن يكون أحد هذه الأعراض:

• هذيان.

• هلاوس.

• كلام غير مننظم (مثل الانحراف المتكرّر أو التفكّك).

• سلوك غير مننظم أو كتاتوني، بشكل واضح.

• أعراض سلبية (تناقض في التعبير العاطفي، أو فقد الإرادة).

B ظهور قصور في مجال أو أكثر من مجالات الأداء الوظيفي الأساسية، كالعمل أو العلاقات الشخصية أو الرعاية الذاتية خلال فترة زمنية معتبرة، وذلك قبل حدوث النوبة (أو الإخفاق في بلوغ المستوى المنتظر في العلاقات الشخصية أو الإنجاز الأكاديمي أو المهني، عندما تكون البداية في الطفولة أو المراهقة).

C دوام استمرار علامات الاضطراب لمدة سِتّة أشهر على الأقلّ، ينبغي أن تتضمن فترة

السِتّة أشهر هذه، شهراً من الأعراض (أو أقلّ إذا عولجت بنجاح)، والتي تحقّق المعيار A

(أي أعراض الطور النشط)، كما قد تتضمن فترات من الأعراض البادية أو المتبقية، وقد

يتجلى الاضطراب أثناء هذه الفترات البادية أو المتبقية بأعراض سلبية فحسب، أو اثنين أو أكثر من الأعراض المدرجة في المعيار A، والتي تكون موجودة بشكل مخفّف (مثل اعتقادات مستغربة، وتجارب إدراكية غير مألوفة).

D الفصام الوجداني والاضطراب الاكتئابي، أو ثنائي القطب مع المظاهر الذهانية، والتي تمّ استبعادها بسبب:

- لم تحدث نوبات الاكتئاب الجسيم أو ثنائي القطب، بشكل متزامن خلال الطور النشط للأعراض.

- إذا حدثت نوبات مزاجية خلال الطور النشط للأعراض، إلا أنّ حضورها يدم لفترة أقصر من الفترة الكلية للطور النشط المتبقي من المرض.

E استهلاك عقاقير ومواد سامّة:

لا يعزى المرض لتأثيرات فيزيولوجية لأيّ مادّة (مثل سوء استخدام عقار، دواء)، أو عن حالة طبيّة عامّة.

F إذا كان هناك تاريخ لاضطراب طيف التوحّد، أو اضطراب التواصل ذو البدء الطفلي. فالتشخيص الإضافي للفصام لا يصنّف، إلا إذا كانت الأوهام أو الهلاوس بارزة، بالإضافة إلى كون الأعراض الأخرى المطلوبة للفصام، قد وجدت لشهر واحد على الأقلّ (أو أقلّ إذا عولجت بنجاح).

1..1 حدّد ما إذا كان:

يمكن تطبيق هذه المحدّدات بعد مرور سنة من ظهور الاضطراب، وفي حال عدم تناقضها مع المعايير التشخيصية لسير المرض.

1..2 النوبة الأولى، حالياً في هدوء جزئي: نقصد بالهدوء الجزئي الفترة التي يحافظ فيها المريض على التحسّن، ويتمّ خلالها الوفاء بالمعايير التشخيصية جزئياً.

3..1 النوبة الأولى، حالياً في هدوء كامل: الهدوء الكامل هو الفترة الفاصلة بعد النوبة السابقة، حيث لا توجد خلالها أي أعراض محدّدة للاضطراب.

4..1 نوبات متعدّدة، حالياً في النوبة الحادّة: يتمّ تحديد النوبات المتعدّدة، بعد نوبتين على الأقلّ، أي بعد النوبة الأولى، أين يحدث هدوء للأعراض وانتكاسة واحدة.

5..1 المستمر: الأعراض المستوفية لمعايير تشخيص الاضطراب موجودة خلال معظم مسار المرض، مع فترات من الأعراض دون العتبة التشخيصية بحيث تكون وجيزة جداً، بالنسبة لمسار المرض الكلي.

6..1 غير محدّد:

حدّد فيما إذا كان: مع كاتاتونيا.

7..1 حدّد الشدّة الحالية:

يتمّ تصنيف الشدّة حسب التقييم الكميّ للأعراض الأولية للذهان، بما في ذلك الأوهام، والهلاوس، والكلام غير المنظم، والسلوك الحركي الشاذّ، والأعراض السلبية، حيث يتمّ تقييم كلّ من هذه الأعراض حسب شدّتها الحالية، (الأشدّ في آخر 7 أيام)، على مقياس مكوّن من 5 نقاط، تتراوح من 0 (غير موجودة) إلى 4 (حاضر وشديد). (5 - DSM، 2015، ص. 45 . 46).

3.10. معايير التشخيص حسب المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للاضطرابات النفسية والسلوكية: (ICD 10)

تتطلبّ محكات تشخيص الفصام حسب المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للاضطرابات النفسية والسلوكية، الصادر عن منظمة الصحة العالمية، هي وجود إحدى الأعراض التالية: لمدة شهر على الأقلّ:

- صدق الأفكار، إدخال الأفكار أو سحبها، إذاعة الأفكار.

- أوهام (ضلالات)، هذيان التحكّم أو التأثير، التي تنسب بوضوح إلى حركات الجسم أو الأطراف وإدراك ضلالي.
 - أصوات هلوسية، تعلّق بشكل مستمرّ على سلوك المريض.
 - هذيان لا يتناسب مع الثقافة.
 - انقطاعات أو انحرافات في تسلسل الأفكار، والتي تؤدّي إلى كلام غير منظمّ.
 - سلوك جمودي تخشبي وذهول، قوالب من الوضعية الشمعية.
 - أعراض سلبية (الخمول، فقد الاهتمام، فقر الكلام، البلادة).
 - تغيّر واضح وثابت في بعض جوانب السلوك، كالذاتية، والانسحاب الاجتماعي.
- (ICD – 10, 2004, p. 95–96).

4.10 التشخيص الفارقي للفصام:

1.4.10 الشخصية الفصامية:

يتمثّل المظهر الرئيسي للشخصية الفصامية في الانعزال عن العلاقات الاجتماعية، وعدم التجاوب الانفعالي مع الآخرين، ويبدأ هذا النمط مع بداية البلوغ، ويبرز في سياقات اجتماعية عديدة، ولا تبدو لدى هذا الشخص رغبة في التآلف أو تكوين علاقات حميمة بالآخرين، ولا يرحب بأن يكون عضواً في أسرة أو جماعة (إبراهيم وعسكر، 2008).

كما يُجمع علماء النفس المرضي بأنّه يظهر على الشخصية الفصامية غرابة السلوك، وعدم القدرة على التعبير عن الانفعالات، وتشوّه حدود الأنا، وعدم انسجام تركيب الشخصية، وفقدان التهيئة لمواجهة خبرات الحياة ومشاكلها اليومية، للهروب من الواقع، والاستغراق في أحلام اليقظة (الوافي، 2006). ومن أمثلة الشخصية الفصامية ما نشاهده في الأب

المتسلّط، والأمّ التي تتّصف بالطّاعة العمياء، والزوج الغيور غير زائدة، والزوجة السلبية، والطفل المثالي، والعامل غير المنتج والرئيس القاسي (القمودي، 2017).

2.4.10 اضطراب الشخصية شبه الفصامية:

تبدأ الشخصية الفصامية في مرحلة الطفولة، وتبقى لفترة طويلة، ومنها ما قد يتحوّل إلى اضطراب الفصام، وتتجسّد فيه الإعاقة من خلال ضيق العلاقات الاجتماعية، وأحياناً اختلال في الأداء الوظيفي (عواد، 2011).

وتتميّز هذه الشخصية بوجود نمط ثابت من القصور في العلاقات الاجتماعية، والعلاقات الشخصية المتبادلة، متّسمة بعدم ارتياح حادّ، أو قصور في القدرة على تكوين علاقات حميمية، مع الميل إلى البعد عن الاختلاط بالناس، والحساسية الزائدة والخجل، واللجوء إلى الخيال وأحلام اليقظة، بشكل يتنافى مع معاشة الواقع، مع إدراكية ومعرفة تصل لدرجة الغرابة في السلوك، ويبدأ الاضطراب في بداية مرحلة الرشد، ويبرز في سياقات متعدّدة (عبد الستار، 2006).

يتميّز المضطربون بعدم تمايزهم في العلاقات الاجتماعية، حيث تسود حياتهم عزلة اجتماعية، ولا يستمتعون بالعلاقات الحميمة، ويفضلون أن يبقوا وحيداً بدون أصدقاء مقربين، أو قد يكتفون بصديق واحد فقط، ويكونون ضيّقي الوجدان، ويبدو عليهم البرود الانفعالي، والتباعد الوجداني.

ويصاحب ذلك عدم القدرة على إظهار العداة وغموض الأهداف، والانطواء، ونقص في المهارات الاجتماعية، كما أنّ المصابين بهذا الاضطراب يكونون غير قادرين على إقامة علاقة ألفة مع الجنس الآخر، ونادراً ما يتزوّجون (عواد، 2011).

3.4.10 طيف الفصام والاضطرابات الذهانية الأخرى:

. جدول رقم (03):

. يمثّل التشخيص الفارقي للفصام والاضطرابات الذهانية

<p>في مقابل الفصام أو الاضطراب فصامي الشكل</p>	<p>الفصام والاضطراب فصامي الشكل، يتميّزان باختلال يستمرّ لعدّة أشهر (6 أشهر للفصام وما بين 1-6 أشهر بالنسبة للاضطراب فصامي الشكل)، معرقل للأداء بشدّة يتضمّن شهراً من الأعراض الذهانية النشطة، ويجب تمييزها عن....</p>
<p>تتطلب أن يكون السبب حالة طبيّة عامة. لا يتمّ التشخيص بالفصام أو الاضطراب فصامي الشكل، إذا كانت الأعراض الذهانية تعزى بشكل كامل إلى التأثيرات الفيزيولوجية المباشرة لحالة طبيّة أخرى.</p>	<p>اضطراب ذهاني ناجم عن حالة طبيّة أخرى، هذيان أو اضطراب عصبي معرفي جسيم ناجم عن حالة طبيّة أخرى.</p>
<p>تتطلب أن تكون الأعراض الذهانية قد بدأت واستمرت من خلال استعمال المواد (بما في ذلك الآثار الجانبية للأدوية). لا يتمّ التشخيص بالفصام أو الاضطراب فصامي الشكل، إذا كانت الأعراض الذهانية تعزى بشكل كامل إلى التأثيرات الفيزيولوجية لمادة.</p>	<p>اضطراب ذهاني ناجم عن مادة/دواء، اضطراب عصبي معرفي ناجم عن مادة/دواء</p>

<p>يتميّز بأعراض تستوفي المعايير التشخيصية للنوبة الإكتئابية الجسيمة، أو النوبة الهوسية، وتستمرّ النوبات المزاجية طيلة المراحل اللاحقة.</p> <p>بالفصام تكون نوبات المزاج مستمرة لفترة قصيرة بالمرحلة النشطة والمتبقية للمرض.</p>	<p>اضطراب الفصام الوجداني</p>
<p>تتميز بأعراض ذهانية أو كاتاتونية تظهر فقط خلال النوبات الهوسية، أو النوبات الاكتئابية الجسيمة.</p>	<p>اضطراب الاكتئاب الجسيم مع مظاهر ذهانية، الاضطراب ثنائي القطب 1 أو 2 مع مظاهر ذهانية.</p>
<p>يتميّز بأعراض ذهانية تدوم من يوم إلى شهر على الأكثر.</p>	<p>الاضطراب الذهاني الوجيز</p>
<p>يتميّز بوهامات تظهر في غياب الأعراض الأخرى المميزة للفصام (مثلاً: الهلاوس السمعية أو البصرية، الكلام الغير منظم، الشلوك الغير منظم، أو الكاتاتوني، الأعراض السلبية).</p>	<p>الاضطراب الوهامي</p>

المصدر: (فيرست، 2022، ص. 253-254).

11. الفصام عند الطفل والمراهق:

في الطفولة الأولى تظهر بعض أعراض الفصام، كمرحلة مبكرة تتمثل في التأخر أو الانحراف في اللغة، مع استجابات غريبة اتجاه المحيط، أمّا الطفولة الثانية فتظهر أعراض تقلب المزاج وردود أفعال حادة وغريبة وغير مبررة، إلى جانب فرط النشاط (مارك لويس بورجوا، 2012).

يعود مرض الفصام في أغلب الحالات إلى مرحلة المراهقة، ويظهر بعد البلوغ ثم يتطور في سنّ النضج ويمكن أن ينفجر الفصام في وقت متأخر، ويظهر مرض الفصام لدى الغالبية العظمى في سنّ مبكرة، بين 18 و28 عاماً، ويكون ظهور المرض مبكراً عند الرجال، ومن الصعب الكشف عن بداية ظهور الفصام، إلا أنه يظهر على الشخص فجأة تغييراً في هيئته، إذ يغرق في حالة من أحلام اليقظة، ويُظهر مواقف شاذة ويبدو أنه غائب، ويضحك بطريقة شاذة وغريبة، كما يُظهر ميولاً قويّة إلى الانعزال التام والكسل ونقص الإرادة، كما يصبح هؤلاء الأشخاص خاملين وغير مبالين بما حولهم، ولا يشعرون بأيّ ارتباط أو اهتمام اتجاه أيّ كان ومهما كان، حيث لا يظهر عليهم لا الحماس ولا الفضول، ولا الانفعال ولا التنافر، ولا الحب ولا الكراهية، لا شيء غير الفراغ والفقر الذي يمنع كلّ اتصال (بيير، د.ت).

ولا تظهر دلالات هذا المرض إلا بعد مرحلة التطور، التي تظهر فيها بعض السلوكيات كالهيجان واللامبالاة الشاملة إزاء الحوادث والمحيط، والخمول، والفقدان الكلي لردود الفعل، والصراخ والهلوسة، ويظهر الفصام على أنه مرض المراهقة، لكن هذه الأخيرة تشير إلى فترة زمنية محدّدة من الحياة، التي تختلف مدّتها وثقافتها من مجتمع إلى آخر، ومن سياق اجتماعي إلى آخر، حتى لو كانت معظم الأمراض تبدأ فعلياً في مرحلة المراهقة والبلوغ المبكر (بيير، د.ت).

يرتبط الفصام ارتباطاً وثيقاً بمرحلة المراهقة، مهما كانت مدّتها الزمنية التي تظلّ نسبيّة، ويتجلّى ذلك في موقف وكلام "فرويد" الذي لم يتغيّر أبداً، والذي كشفه في الجزء

الثالث من مقالاته عن نظرية الجنس، أين تطلُّ الحياة العلائقية للطفل، مهما كانت غنيّة ومنتوّعة ومليئة بأشياء حقيقية للغاية تلقائية، ويدعمها "فرويد" بحقيقة أنّ الطفل طوال مرحلة الطفولة، يتعلّم الحبّ المساند لأنّ ما يؤهّل في النهاية حسب وجهة نظر "فرويد"، هو المواجهة بين حركة غريزية وكائن خارج الجسد الصحيح (David et al, 2020). ولهذا السبب تطلُّ المواجهة بين الفم والثدي فريدة من نوعها، ونموذجاً أولياً لأيّ علاقة جنسية هدفها الطعام، حتى اللحظة التي يواجه فيها محركاً جديداً، الذي يظهر مع سنّ البلوغ، ويطلق على الاضطرابات العقلية لمرض الفصام، والتي ترتبط بهذه الحركة الدقيقة العمليات التي تبدأ عند ظهور محرك جديد (David et al, 2020).

12. اضطراب اللغة والفصام:

هناك اعتقاد سائد لدى بعض الباحثين بأنّ الفصامي الراشد، شخص تلقى تدريباً وتدعياً على الحديث واستخدام اللغة لعدّة سنوات، وعليه فإنّ سلوكه اللفظي قد وصل إلى مرحلة من الاستقرار قبل أن يصاب بالمرض، ومن الحقائق التي كشف عنها الفحص السيكاتري للحالة العقلية لبعض المرضى النفسيين، أنّهم يعانون من اضطراب في الوعي الإدراكي والتعبير والكلام والحكم، وفضلاً عن الأفكار المضطربة لدى الفصاميين، فإنّهم يعبّرون عن أنفسهم بشكل مضطرب، ولذلك يولي الأطباء النفسيون اهتماماً كبيراً بلغة الفصاميين، لما لها من أهمية من أجل الوصول إلى التشخيص (مغازي، 2011). وقد أشار بعض الباحثين إلى بعض الاضطرابات اللغوية، التي تظهر أساساً في اللغة الشفوية والمكتوبة، عاكسة بذلك اضطرابات في مجرى الفكر، حيث يمكن ملاحظة حالات الخرس أو شبه الخرس (Daninos, 2015).

ويعدُّ ضعف التواصل اللفظي أحد السمات التشخيصية العديدة لمرض انفصام الشخصية، والمنظور الأصلي لعلماء الأمراض النفسية، افترضوا أنّ المرضى الذين يُظهرون إعاقات في

التواصل اللفظي، هم مضطرب التفكير، ويمكن وصف الظواهر التي تشتمل على اضطراب الفكر إلى نوعين:

➤ **اضطراب التفكير السلبي:** فقر الكلام (alogia)، ويحدث لدى المرضى الذين يعانون من أعراض سلبية أخرى غير لغوية.

➤ **اضطراب التفكير الإيجابي:** يتضمّن العديد من الظواهر المختلفة التي تؤدي إلى خطاب غير منظم، ويصعب متابعته ويحدث مع الأعراض الإيجابية الأخرى، ويشمل الانحراف، ونمطاً من الكلام التلقائي الذي يميل إلى الانزلاق عن المسار الذي تكون فيه الأفكار المعبر عنها إما مرتبطة بشكل غير مباشر أو غير مرتبطة تماماً، ويلاحظ أيضاً شذوذاً على مستوى الكلمات المفردة، بالنسبة للجمل والخطاب (kuperberg, 2011).

وهناك دراسات وضعت فرضيات لشرح الخلل اللغوي في الفصام، حيث تشير الفرضية الأولى إلى أنّ التشوّهات في بنية ووظيفة الذاكرة الدلالية، تؤدي إلى تشوّهات لغوية، بينما يشير الفرض الثاني إلى أنّ الخلل اللغوي ينشأ من شذوذ في بناء واستخدام السياق، وعادة ما تعزى عيوب السياق إلى ضعف إدارة المستودعات، أو العجز العام في الوظيفة التنفيذية (kuperberg, 2011).

ولقد اقترح "فرويد" تفسيراً لاضطرابات اللغة (عدم الترابط اللفظي، هروب الأفكار، اللامنطقية)، التي تواجه بعض مرضى الفصام بدءاً من التمييز بين العمليات الأولية (اللاواعية)، التي يحكمها مبدأ اللذة، والعمليات الثانوية (الواعية) التي يحكمها مبدأ الواقع، ويعتقد "فرويد" بأنّ هذه الاضطرابات ناتجة عن ضغط من العمليات الأولية، أي ضغط الأداء اللاواعي الذي يتجاهل الواقع والمنطق، وهو ما سيتمّ التعبير عنه على المستوى السريري، بخطاب لا يأخذ في الاعتبار القواعد اللغوية اللازمة، لضمان إنتاج لفظي متماسك، يتكيّف مع السياق التمهيدي (Franck, 2012).

. مظاهر اضطراب اللغة عند مرضى الفصام:

من الحقائق التي كشف عنها الفحص السيكاتري للحالة العقلية لبعض المرضى النفسيين، أنهم يعانون من اضطراب في الوعي والإدراك، والتعبير، والكلام، والحكم، فالفصاميون يتميزون بالإضافة إلى الأفكار المضطربة، بأنهم يعبرون عن أنفسهم بشكل مضطرب، كما أنّ الاضطراب في استخدام اللغة لدى الفصاميين، من أهم المؤشرات على وجود الاضطراب الذهاني لديهم (جمعة، 1990).

قدّم "فريث" frith نموذجاً أثناء تفسيره لاضطرابات اللغة عند الفصامي، أثاره من خلال فقدان مستويات عالية من اللغة التي تظهر في نقطتين هما:

* **تخطيط الخطاب:** قلّص "فريث" frith اضطراب اللغة إلى اضطراب التواصل، المتمثل في الارتباك في استخدام الضمائر وتكرار الكلمات.

* **العجز في الإنتاج اللغوي:** حيث ينتج عن هذا العجز فقراً في محتوى الخطاب، ويضيف "فريث" frith أيضاً فقر في الجوانب غير اللفظية للتواصل، والتي تظهر في نقص استخدام تعابير الوجه، مع حساسية عاطفية أقلّ، إضافة إلى التناقض في الخطاب (Leroy et Beaune, 2005, p. 567).

ويظهر اضطراب اللغة لدى الفصاميين كمخرجات (إنتاج) أكثر منه كإدراك، وهو ما تشير إليه دراسة (كوهين وكامي، 1967) في تقريرهما بأنّ الفصاميين أقلّ دقة من الأسوياء في إرسال رسالة لفظية، وكثيراً ما يقول الباحثون بأنّ الفصاميين ينتجون لغة شاذة أو مرضية، وينسون الدور النشط للمستقبل في تكوين حكمه على هذه اللغة (جمعة، 1990).

13. الفصام والانتحار:

في دراسة "الجيري وويستر ماير" حول معرفة العوامل المؤدية للمحاولات الانتحارية، حيث كان عدد العينة متساوياً بين الذكور والإناث؛ أظهرت هذه الدراسة النتائج التالية:

- ✓ خلال السنوات المبكرة لظهور المرض، تكون معدلات الإقدام على الانتحار لدى مرضى الفصام، أعلى منها لدى المرضى النفسيين من ذوي الحالات المستقرة.
- ✓ ومرضى الفصام المصابين بالإحباط والاكتئاب هم أيضاً أكثر ميلاً للإقدام على الانتحار، مقارنة بسائر المرضى النفسيين.
- ✓ الأفراد غير المتزوجين من مرضى الفصام يكونون أكثر ميلاً للانتحار، مقارنة بالأفراد المتزوجين (مغازي، 2011، ص. 65 . 66).

14. علاج الفصام:

1.14 العلاج الدوائي:

يقسم العلاج الدوائي إلى مراحل، تبعاً لحالة المريض على النحو التالي:

- * **المرحلة الحادة:** تستمرّ من (4 إلى 8 أسابيع)، وتتميّز بالأعراض الذهانية، وتحتاج للتدخل الإكلينيكي المباشر، وقد تمثل أول نوبة لحالة مزمنة.
- * **المرحلة المستقرة:** (الثابتة) وتستمرّ (06 أشهر) حيث تتم السيطرة على الأعراض الحادة، ولكن المريض يبقى معرضاً لخطر الانتكاس، لو حدث أيّ انقطاع عن الدواء، أو تعرّض لأيّ نوع من الضغوط.
- * **المرحلة الداعمة أو المحافظة:** يكون فيها المريض في تحسّن نسبيّ، والهدف من العلاج في هذه المرحلة، هو منع الانتكاس، وتقييم المريض من ناحية تحسّنه الوظيفي (رشدي، دس، ص. 86).

2.14. العلاج النفسي:

يهدف العلاج النفسي إلى تدعيم المريض من خلال إقامة علاقة علاجية صادقة، بين المعالج والمريض، التي من المتوقع صعوبة تكوينها، بسبب شكوك المريض وقلقه من

هذه العلاقة، من جهة وضعف استبصاره بمرضه، ونزعاته التدميرية من جهة ثانية، ولعلّ العلاقة العلاجية هي المدخل الرئيسي للطرق العلاجية المختلفة، وذلك من خلال وضع برامج تعديل السلوك الفردي والجماعي، والتدريب على المهارة الاجتماعية، ويتمّ العلاج الجماعي من خلال وضع المريض ضمن مجموعة من المرضى، مع وجود المعالج ومساعديه، حيث تتميّ المهارات الاجتماعية والتفاعل مع الآخرين، مع إعطاء قوّة تدعيمية لهذا الاتجاه، بغية إبعاد المريض عن حالة العزلة (الخالدي، 2006).

3.14. العلاج بالعمل:

ونعني به محاولة شغل المريض مهنيّاً أثناء وجوده بالمستشفى، حسب طبيعة عمله السابق، بحيث يكون هذا العمل يتناسب مع قدراته ومع أعراض مرضه (الموصلي، 2009).

4.14. العلاج السلوكي المعرفي:

يستخدم بعض المعالجين الأساليب المعرفية السلوكية لعلاج الهلوس السمعية، باعتماد أسلوب التقارير اللفظية، التي تشير إلى الخبرات المرضية، وقد أشارت دراسة (ألومبا، 1971) وهو من المهتمين بعلاج الهلوسة السمعية، لدى المصابين بمرض الفصام، إلى نجاح استخدام التسكين المنظم، وكذا أسلوب العزل لخفض السلوك الهلوسي، ويتضمّن هذا الأسلوب إبعاد المريض عن بيئته الاجتماعية، ووضعه في مكان منعزل، لمدة عشر دقائق، وقد تحقّق انخفاض جوهري في هذا السلوك بعد خمسة وثلاثين يوماً، كما تحقّق انخفاض واضح في السلوك الهلوسي (الخالدي، 2006).

الفصل الرابع: الهديان

تمهيد

1. تاريخ الهديان
2. تعريف الهديان حسب المنظرين
3. أعراض الهديان
4. خصائص الهديان
5. ميكانيزمات الهديان
6. مواضيع الهديان
7. تنظيم الهديان
8. بنية الهديان
9. أنواع الهديان
10. تصنيف الهديان
11. مراحل تطور وسير الهديان
12. التفسير النظري للهديان الفصامي

الذهيان هو إدراك مشوّه للواقع ينطلق من قناعة مطلقة من ذات المريض، حول صحّة أفكاره وأوهامه التي تظهر ضمن أشكال متعدّدة، ويتمُّ بناء هذه الأفكار المغلوطة والحوار الذي يتّسم بالغرابة وصعوبة التصديق، انطلاقاً من آليات نفسية ومواضيع ينتمي إليها الذهيان، حيث يتّخذ المريض الذهيان كبديل للحياة الواقعية ويستبدله بعالمه الخارجي، كما أنّه يتمسّك به، وتنتج حالة الذهيان عن حالة صحّيّة مرضية كالإصابة بالأمراض العقلية، أو نتيجة سوء استهلاك العقاقير والأدوية، ومن خلال هذا الفصل سنحاول التطرّق بالتفصيل إلى الأشكال العيادية للذهيان، وآليات إنتاجه وأهمّ مصادره، وما هي الدلالة التي تحملها هذه الأفكار والخطابات التي تعتبر موضوع بحثنا؟

1. مدخل تاريخي لتطوّر مفهوم الذهيان:

في القرن التاسع عشر وفي فرنسا أطلق الطبيب النفسي "أسكيرول"، تسمية «الحالات الجنونية الجزئية»، أو «الحالات الهوسية المنعزلة»، إشارة إلى أنّ سلوك المريض يظلّ طبيعياً خارج منظومته الهذيانية، وعلى إثره اهتمّ (لا سيغ، 1852) بالبعد السريري للذهيان المزمن، مشيراً إلى موضوعه من خلال تصنيفه (ذهيان التعقّب)، كما اعتبر تطوّر الذهيان عنصراً أساسياً للتشخيص، وتبعه في ذلك (فوفيل وموريل وفالرية) (الودرني، 1986).

أمّا "إميل كريبلين" kraepelin ففي الطبعة السابعة من "كتابه المدرسي للطب النفسي"، بدأ بما يمكن اعتباره الآن مفهوماً غير متمايز لأوهام الاضطهاد، حين أوضح في كتابه بأنّ المرضى يشعرون بخضوعهم للمراقبة، ويعتقدون بأنّ الناس يتآمرون عليهم، وكانت الأوهام الجسدية بارزة وغالباً ما ارتبطت بالاضطهاد المتخيّل، ولقد احتوى كتاب "كريبلين" على أوصاف متشابهة للذهيان وأكثر تفصيلاً، كما ظهر لاحقاً في روايته "paraphrenia" و"paranoia"، التي أظهر فيها كيفية نشوء الذهيان وخاصة النوع الاضطهادي، وقد أعطاهما

تسميات تختلف عن التسميات الحالية (Peter, 2017). إلا أنّ أوصاف "كريبلين" كانت مجرد وصف فقط.

وفي نهاية القرن التاسع عشر أكد الطبيب "مورك ومانيان"، على ضرورة التفريق بين الهذيان المنطقية والمنسجمة، والهذيان المضطربة غير المنتظمة، والتي تظهر في الفصام والبارافرنيا، وهي تشير إلى تكس ذهني، بينما لا تتجم الهذيان المنتظمة عن قاعدة مرضية متكاملة (Peter, 2017).

واتّجه المؤلفون الفرنسيون كذلك إلى الاهتمام بوصف الهذيان، تبعاً لآليات الإنتاج (الحدس، الاستنتاج، التأويل، الهلوس، الأوهام، الخيال). أمّا في ألمانيا فإنّ (كريبلين 1899) فصل فيما أسماه العته المبكر تنازراً هذيانياً دون هلاوس، أو تطوّر عتهي أسماه الزور: البارانونيا، وهي تسمية ابتكرها (كاملبوم 1863)، كما اتّجه "بلولر" U, Bleuler إلى تحديد الآليات المركزية المرضية النفسية، التي تنظم الهذيان وعزاها إلى اضطرابات في التداعي، والتناسق الفكري بحيث قربها إلى مفهوم الفصام (الودرني، 1986).

ويعتبر الطبيب النفسي والفيلسوف الألماني "كارل ياسبرز" Karl Jaspers المؤلف الوحيد الذي حدّد تعريف الهذيان، كما صاغ نظرية الأوهام التي لا يزال تأثيرها صائباً حتى اليوم، وقدم الأوصاف الدقيقة للأعراض، ظهر تفكير "ياسبرز" حول الهذيان في طبعات متتالية من كتابه "علم النفس المرضي العام" الذي نشر آخره في عام 1959 (Peter, 2017). ويعتبر أيضاً أول من حدّد ثلاث محكات أساسية للمعتقد الضلالي، وذلك في كتابه الشهير (علم السيكوباتولوجي 1913) وهي:

• اليقينية: **certainty** الإقتناع المطلق بالمعتقد.

• عدم إمكانية تغييره: **incorrigibility** غير قابل للتغيير بقوة الحجّة المضادّة، أو الدليل المقابل.

• تعذر التصديق أو زيف المحتوى: **impossibility or falsity of content** المحتوى غير قابل للتصديق، شاذ أو اختراع غير حقيقي (الباسوسي، 2013، ص. 27).

أمّا (شنايدر، 1949) فقد ميّز بين نوعين من الهذيان: من ناحية كانت هناك تصوّرات وهمية تشبه إلى حدّ ما أوهام الإشارة، ومن ناحية أخرى، كان هناك ما أشار إليه بالأفكار والحدس والذي غطّى جميع أنواع الهذيان (Peter, 2017).

2. مفهوم الهذيان:

يطلق على الهذيان أيضاً تسميات ومعاني أخرى، فقد نجد البعض يعبر عنها بالضلالات، والبعض الآخر بالأوهام.

1.2. التعريف اللغوي:

نشأت كلمة هذيان في القرن السادس عشر، حيث اشتقّ الفعل يهذي من اللاتينية DELIRARE، ويعني الخروج عن المسار الصحيح بالتحريف، أو بالتنبؤ وهو الهوس التنبؤي الذي تحدّث عنه أفلاطون (كلود، 2015، ص. 28).

2.2. التعريف الاصطلاحي:

تعرف الفكرة الوهمية على أنّها "اعتقاد كاذب ذو محتوى سخيّف، بشكل واضح وبدون أساس محتمل في الواقع" (sass, 2010, p. 40).

ويعرف معجم علم النفس والتربية الهذيان على أنّه "حالة من الهذيان أو الاختلاط العقلي، ومن أعراضه التوهّم واضطراب في الإدراك الحسيّ" (الجاني، 2003، ص. 42).

ويعرّف الهذيان في معجم علم النفس والتحليل النفسي "بأنّه أفكار شاذّة وغير منطقية توجد لدى المريض، ويعتقد في صحّتها ويستحيل إقناعه ببطلانها، وهذه الفكرة أو الأفكار ليست واقعية ولا تتفق ومستوى الفرد الثقافي أو العقلي أو التعليمي أو الوظيفي أو الاقتصادي أو

الاجتماعي أو ما بلغه من سنّ، وهو عرض عادة يشيع في معظم الأمراض الذهانية، والتي تقترب في معناها من مفهوم الجنون" (طه وآخرون، د.ت، ص. 472).

ويعرّف الهذيان في موسوعة علم النفس بأنه "تلك الضلالات والأوهام الباطلة، بمعنى تلك الاعتقادات والآراء الخاطئة، التي يتعدّر تقويمها بالطرق العقلية والأساليب المنطقية، وتصبح من الأوهام الجنونية فيما لو استمرّت على حدّتها ورسوخها في الذهن" (رزوق، 1987، ص. 285).

ويعرّف في المعجم الموسوعي لعلم النفس "شكل من الفكر المرضي يشوّه علاقات الفرد بالواقع تشويهاً خطيراً، ويتجلّى على الأغلب بإنشاءات عقلية، (أفكار هذائية) مخالفة للصواب يتبنّاها المريض باقتناع" (سيلامي، 2001، ص. 660).

أمّا معجم الطبّ النفسي والعقلي فيعرّف الهذيان بأنه "أفكار خاطئة وثابتة، لا يمكن تغييرها بالحجّة والمنطق، ولا تتناسب ومستوى ثقافة الشخص وبيئته، وهي أحد الأعراض المرضية الناشئة من اضطراب محتوى التفكير" (عواد، 2011، ص. 338).

ويعرّف "سيغموند فرويد" **Freud S.** الهذيان في كتابه، "الموجز في التحليل النفسي" أنّه: "اعتقاد مرضي في وقائع غير حقيقية، أو في تصوّرات خيالية لا أساس لها من الواقع" (محمود والقماش، 2000، ص. 154).

كما يعرفه الطبيب النفسي "جاسبرز" (Jaspers 1959) الهذيان أنّه "معتقدات خاطئة ثابتة، وغير قابلة للإصلاح ولا تتماشى مع الخلفية الاجتماعية والثقافية للفرد (Mckenna, 2017, p. 01).

وفي موسوعة شرح المصطلحات النفسية يعرّف الهذيان بأنه "عبارة عن توهمات، وهو من الأعراض النفسية الذهانية المهمّة، وتعني وجود اعتقاد خاطئ لدى المريض يصدقه ولا يتفق

مع الواقع، ومنها أنواع مختلفة تصاحب حالات الفصام والهوس والاكتئاب والذهانات العضوية" (الشربيني، 2001، ص. 92).

ويقدم "الدليل الأمريكي الإحصائي التشخيصي الرابع" في طبعته المنقحة تعريفاً موجزاً للهديان، حيث يعتبره على أنه: "معتقدات خاطئة تتضمن سوء تأويل للمدركات أو الخبرات، ويحتوي مضمونه على العديد من الموضوعات المتنوعة" (الباسوسي، 2013، ص. 30).

ويعرف الهديان في معجم مصطلحات علم النفس أنه "اعتقاد خاطئ غير مطابق للواقع، ولا يمكن إقناع الشخص المصاب بفساد اعتقاده، ويمتاز أيضاً بعدم اتساقه مع تربية الشخص وثقافته وبيئته، والنزعة إلى الارتياب والتشكيك والمجادلة" (الخانن، د ت، ص. 39).

3. أعراض الهديان:

* ارتباك عقلي مع اختلال الوعي ممّا يظهر في بطء الاستجابة، وعدم القدرة على متابعة المحادثة والانتباه للحوادث الخارجية.

* تغيير في المزاج مع اكتئاب.

* قلق شديد مصحوب باضطرابات سلوكية وخوف.

* اضطرابات في النوم مع يقظة بدرجات متفاوتة من الشدّة، وأحلام اليقظة، وتفكير أشبه بالحلم، والميل إلى النوم نهاراً والاستيقاظ ليلاً.

* ضعف الذاكرة خاصّة ما يتعلّق بتسجيل الأحداث الآنية، نتيجة نقص الفهم والانتباه، حيث يظهر اضطراب الذاكرة القريبة.

* حالة من التهيج واللامبالاة.

* اضطراب التوجّه الزماني والمكاني (Pierre et al, 1983, p. 3-4).

* اضطراب في الإدراك مصحوباً بهلاوس سمعية بصرية.

- * اضطراب التفكير خاصّة عندما يضطرب الوعي، يظهر ببطء وصعوبة في تركيز الأفكار أو تكوين أفكار معقّدة، مع عدم تنظيمها وظهور أفكار غير منطقية وغريبة.
- * التبول في الأماكن العامّة.
- * خلع الملابس في الشارع والنوم على الأرض.
- * تزيد حدّة الأعراض في المساء والليل (منظمة الصحة العالمية، 1999، ص. 235).

4. خصائص الهديان:

تتميز الأفكار الهديانة عن خلل المحاكمة والأفكار الخاطئة، فهي تتسم بقناعة شبه مطلقة لا يمكن دحضها، ولا يمكن نقدها أو الإثبات أو المحاكمة فهي بداهة داخلية، تعبّر عن اضطراب وخيم في البنية النفسية للفرد، وتؤثر الأفكار الهديانة بعمق على الفرد وتوجّه سلوكه وكلّ أفعاله، تكون الأفكار الهديانة شخصية فلا يشارك المريض فيها أفراداً آخرين، من الانتماء العرقي نفسه، والثقافي الاجتماعي، ومن العمر نفسه والعصر والمعتقدات (الودرني، 1986).

. ومن خصائص الهديان نجد:

- أ. عدم قبول الناس من نفس الخلفيات الاجتماعية والدينية والتعليمية.
 - ب. القناعة المطلقة التي تحملها وعدم قابليتها للإصلاح من خلال التجربة أو الجدل.
 - ج. محتوياتها غالباً ما تكون سخيفة أو مستحيلة.
- وقد اقترح "شـنايدر" خصائص الوهم من خلال ثلاث خبرات: المزاج الوهمي، الإدراك الوهمي، والأفكار الوهمية المفاجئة (الوهم الذاتي) (Kareem, 2009).

وقد أنشأ "توماس أولتمان" Thomas oltmanns قائمة بخصائص الهديان، لكنّه قد أوضح أنّ هذه الخصائص غير كافية لتشخيص الهديان، وأنّه من الضروري وجود خصائص أخرى إلى جانبها منها:

- * التوازن بين الحجج "المؤيدة" و"ضدّ" الاعتقاد، هو أنّ الناس الآخرين يعتبرون الفكرة غير قابلة للتصديق تماماً.
- * يتقاسم الآخرون القناعة.
- * يتمّ الحفاظ على الإقتناع بعزم.
- * ينشغل الشخص بقناعته ويصعب عليه عدم التفكير فيها وعدم الحديث عنها.
- * يتضمّن المعتقد مرجعاً شخصياً وليس فكرة دينية، أو علمية أو سياسية غير تقليدية.
- * يتسبّب الاعتقاد في معاناة ذاتية أو يتعارض مع الأداء الاجتماعي أو المهني.
- * لا يبلغ الشخص عن أيّ جهود ذاتية لمقاومة معتقده (Feys, 2020).

ومن خصائص الأوهام أيضاً أنّها تظهر بقوة كونها ظاهرة غير عادية، بدلاً من تقديم نوع من المبالغة في أنواع التفكير غير الواقعي، ورحلات التخيّل التي نعرضها جميعاً من وقت لآخر، ويبدو أنّها لا تشبه المعتقدات العادية على الإطلاق، ونقطة انطلاقهم هي المستحيل أو شبه المستحيل، ثمّ يصلون إلى مستوى مذهب من الغرابة والسخافة، وبهذا المعنى فإنّ الأوهام حقاً غير مفهومة، وهي موجّهة بشكل عام إلى منطقة واحدة صغيرة نسبياً من معتقدات الشخص، حيث يعتقد المرضى المخدوعون عادة أنّهم يتأمر ضدّهم، أو فجأة يصبحون مهمّين للغاية أو يخضعون لتغيّرات جسدية مزعجة (Cotti, 2011).

5. ميكانيزمات أو آليات الهذيان:

ما يقصد بالآليات أنها تُظهر الطريقة التي يتمُّ من خلالها بناء الهذيان وتنظيمه، وغالباً ما يكون التمييز بين بعضها واضحاً، خاصّة إذا تمَّ العثور على العديد منها في الحالة المرضية نفسها.

1.5. ميكانيزم التفسير:

وهو رأي شخصي يتمُّ طرحه على حدث خارجي، وهو جزء من منطق متحيّز وموجّه بقناعة ضلالية، حيث يجد المريض تفسيراً لأيّ حدث، ويميّز «Sérieux و Capgras» بين التفسير الخاطئ والتفسير الوهمي، فالأول قابل للتصحيح والثاني جزء من قناعة المريض، يمكن أن تكون التفسيرات خارجية المنشأ وتؤثر على الواقع الخارجي، مثال: (لقد كان قريباً لمُدّة نصف ساعة يراقبني)، أو داخلية المنشأ تؤثر على الجسد، مثال: (لديّ ألم في عضلاتي، إنّها الأدوية التي تستخدمها الممرضة، إنّها تريد أن تشلّني) (Barthélémy et

Bilheran, 2007)

2.5. ميكانيزم الحدس:

يظهر عند المريض على مستوى تفكيره، مع اعتقاد راسخ وفجائي بصحة مطلقة للفكرة الهذيانية، حيث يقتنع المريض بفكرة خاطئة ولا يوجد إثبات مهمّ لها، مثال: "زوجي لديه عشيقه، أنا متأكّدة" (بوفولة، 2008).

3.5. ميكانيزم الخيال:

يشبه السرد الرومانسي أو الخيالي ويصل في الغالب إلى بناءٍ ذي نمطٍ شبه فصامي، وهي تتمثّل في بناء عالم غير واقعي، وتوجد بشكل خاص في الأوهام المجرّدة (بوفولة، 2008).

والتخيُّل آليَّة لخلق مواقف أو أحداث وهمية، يتمُّ إثراء بناء الهذيان تدريجياً، ويصاحب الهذيان حجج مبررة وروابط شـبه منطقية، بين المحتويات المختلفة (Barthélemy et Bilheran, 2007).

4.4. ميكانيزم الوهم:

يؤثّر على الجهاز الإدراكي ويتكوّن من إدراك المحفّز بطريقة مشوّهة (تشويه صورة وصوت)، ويكون المضمون بسيطاً أو معقّداً في موضوع واحد أو مواضيع متشابكة، مثل مؤامرات الغشّ والخداع والتجسّس والمراقبة، أو الإضرار بالسّم أو الأدوية أو محاولة إعاقة الأهداف، ويتّخذ المريض من أحداث تافهة نواة يبني عليها قصّة الوهم (الضلال)، ويكون في العادة خائفاً وغاضباً (منظمة الصحة العالمية، 1999).

5.5. ميكانيزم الهلوسة:

يمكن تعريف الهلوسة على أنّها إدراك لشيء غير موجود يتطلّب إدراكه، وهي تعني عدم وجود حافز خارجي، ولكن مع ذلك يتمّ اختباره على أنّه موجود من قبل المريض، ويقول (Ey 1973) بشأن الهلوسة بأنّ "ظاهرة الهلوسة التي يمرُّ بها الفرد، يجب أن لا يكون بها مظهر الإدراك وبالتالي لها صفة مزدوجة"، أي التأثير على حساسيته أو حواسه وظهوره خارج ذاتيته، ويمكن أن تكون الهلوسة البصرية، السمعية، الذوق، الشمّ، اللمس (Barthélemy et Bilheran, 2007).

6. مواضيع الهذيان:

وظيفة مواضيع الهذيان هي إعطاء دلالة على محتوى الهذيان، قد يتمحور الهذيان حول موضوع رئيسي أو عدّة مواضيع، كما قد يرتبط الموضوع الواحد بعدّة آليات مختلفة، وسنعرض مجموعة من المواضيع الأكثر شيوعاً فقط.

1.6 الاضطهاد:

المريض مقتنع بأن هناك من يريد أن يؤذيه جسدياً ومعنوياً، ومهنيًا وعائليًا، وأشكال الاضطهاد متعدّدة منها: المراقبة، التظليل، والتهديد، والافتراء، والمكائد، والتسمّم (Cotti, 2011). حيث يقدّم الشخص القليل فقط من أفكار الأذى، أو يذهب إلى حدّ الشعور بالهجوم أو المضايقة أو حتّى ضحيّة مؤامرة، ويكون المضطهدّ في بعض الأحيان شخصاً محدداً يحدّده المريض، حيث يصبح كلّ عنصر من عناصر الحياة اليومية، دليلاً على رغبة الناس في إلحاق الضرر به (Barthélémy et Bilheran, 2007).

2.6. الإدعاء أو المطالبة:

تكون المواضيع ذات مزاج مفعم بالحيوية، وشخصية صعبة وحساسة، ويظهر المرضى أنّهم مستأوون وانتقاميون، وغالباً ما يكونون مثاليين ومتحمّسين، متعصبين للسياسة أو الدين أو الإصلاح الاجتماعي، ويعتمد خصوصاً على التأويل ويدفع المريض إلى الاحتجاج، والشكاوي والمطالبة بحقوق مفترضة وحتى الاعتداء لفرص قناعات (Henri, 1996).

. ومن أنماطه:

• المشاكسون الإجراءيون: يعتقدون أنّ حقوقهم هضمت وأملاكهم سرقت، فيكثرون من الشكاوي والإجراءات القضائية، ولا يقنعون بأخطائهم فيتّهمون الآخرين كالقضاة بالخداع والتآمر والرشوة، كما أنّهم يدمّرون أنفسهم في المحكمة لكسب دعوى سخيفة، وهم يتراكمون في مشاعر الكراهية والانتقام، وقد يذهبون إلى حدّ ارتكاب الجرائم ضدّ أعدائهم (الودرني، 1986، ص. 295).

- **المثاليون المتحمسون:** يتمحور هديانهم حول عقيدة روحانية أو فلسفية أو اجتماعية، أو سياسية فينشأون الجمعيات، ويكثرون من الأنشطة العشوائية ويندفعون بشكل أعمى ومتعصب، لفرض أفكارهم، التي يعتقدون أنها الوسيلة الوحيدة لإنقاذ العالم من الكارثة.
- **أصحاب الاختراعات:** يحاولون إقناع ذوي الشأن بأنهم توصلوا إلى اختراع عبقرى، وعندما يتم ردهم يتهمون الآخرين بسرقة اختراعاتهم أو بالتآمر عليهم، فينشغلون بالخطوات والشكاوي والاحتياطات الدفاعية، والهجومية لإحباط المؤامرات والمناورات التي تمتص كل نشاطهم (Henri, 1996).

3.6. الغيرة:

في هذا النوع من الهديان يكون المريض مقتنعاً بخيانة زوجته، ووهم الغيرة تهيمن عليه الآلية التفسيرية، وتولد خطة عمل حقيقية تحوّل الشخص المتأثر إلى محقق حقيقي، فيبحث عن أدلة لصالح قناعاته، حيث ينبعث الموضوع العاطفي من الأشياء الصغيرة والشكوك والريبة، التي تتحوّل إلى يقين حقيقي وفق نظام معتقداته، ويتم تفسير جميع التصرفات وفقاً للاعتقاد الراسخ بأن الزوجة غير مخلصه، والأقارب شركاء في هذه الخيانة المفترضة ويتم تتبع الماضي وتفسيره في ضوء الهديان، وما يميّز سلوك وموقف الشخص المريض هو ردود أفعاله (Guidetti, 2004) ويظهر في الصيغة "لست أنا التي أحب الرجل، بل هي التي تحبه"، حيث يشك أن زوجته تحب كل الرجال الذي هو نفسه مفتون بهم، ولا تحتاج الصيغة هنا إلى الإسقاط كي تستبدل لأنها إدراك خارجي، كما تنطبق هذه الصيغة على المرأة أيضاً لتكون الصيغة "لست أنا التي تحب النساء بل هو الذي يحبهم" (سي موسي وابن خليفة، 2008).

4.6. هوس الشبقية:

يعرّف الهوس الجنسي على أنه الإيمان بأنه محبوب من طرف شخص معين، في حين أن هذا الشخص لا يظهر أي حب على الإطلاق، غالباً ما يكون شخصاً يتمتع بمكانة

اجتماعية معترف بها، ويكون المريض مقتنعاً بأنّ الآخر يحبه ولا يمكنه العيش في سعادة دونه.

ووفقاً لـ "Clérambault" يتجلّى الهوس الشبقي في ثلاث مراحل :

- يأمل الفرد بأن يحب.
- يشعر بالضيق من عدم وجود إيماءات حبّ تأتي من الآخر.
- يولّد شعوراً بالاستياء (Barthélémy et Bilheran, 2007, p. 32).

5.6. العظمة:

هي وصف حالة من وهم الاعتقاد، حيث يبالغ الإنسان بوصف نفسه بما يخالف الواقع، فيدّعي امتلاك قابليات استثنائية وقدرات جبّارة أو مواهب مميّزة، أو أموال طائلة أو علاقات مهمّة ليس لها وجود حقيقي، قد يقتنع المريض بأنّه ابن الله وأنّه مكلف برسالة، ويتمتّع بقوة خارقة للطبيعة (Nicolas, 1995).

وهي أيضاً كتضخيم في تقدير المريض لذاته، وغالباً ما يتمّ ملاحظتها في حالات التوهّم الحادّة، أو الاضطرابات الفصامية مثل (المريض مستثمر في مهمّة إلهية، يجب عليه استعادة السلام في العالم فهو من نسل شخص مشهور، هو مؤلف، مخترع لامع) (Guidetti, 2004).

6.6. الدين والتصوّف:

تنشأ المعتقدات الدينية من ثقافة الشخص، وتبدأ الأوهام الدينية في خلق صراعات كبيرة، ويمتاز هذا الوهم بقوة القناعة في مواجهة الأدلّة المتناقضة، وعدم القابلية للإصلاح والالتزام الشخصي ويعتقد المريض أنّه قريب بشكل خاص من المسيح أو الله وقديس، وله روحانية خاصّة (peter, 2017).

7.6. الانتماء:

تتعلق الأفكار الوهمية بنسب المريض أو أسلافه، وتظهر من خلال اعتقاد المريض أنه من عائلة أخرى غير عائلته، ولديه أبوان غير عاديين، وحتى مشهورين أو من أصول أخرى، وغالبا ما ترتبط هذه الأفكار بأفكار العظمة (Barthélémy et Bilheran, 2007).

8.6. التأثير:

يعتقد المريض أن هناك من يؤثر عليه، ويدفعه للتصرف أو التفكير دون أن يكون له إرادة في ذلك، أي: تتحكم في تصرفاته قوى خارجية ولم تعد أفكاره تخصه (الخالدي، 2006).

9.6. المرجعية:

يكون لدى الشخص أفكار مرجعية فيربط أحداثاً غير مهمة بإطار وهمي، ويحول الأمور المهمة إلى أنشطة تافهة يقوم بها الآخرون، ويستخدم مصطلح الهذيان المرجعي للتعبير عن معنى التفسيرات الوهمية، والتجربة الأساسية التي يعيشها هؤلاء المرضى أن يكونوا موضع اهتمام، أو إشارة أو حقد معين، أو إخراج أو إهانة (Henri, 1996).

10.6. التوهم الهيبوكوندريا:

وفيه يعتقد المريض أنه معتل الصحة وتسمى اعتلال الصحة الجسمي، أو أنه معتل الصحة العقلية وتسمى ضلالات الجنون، ويلاحظ في حالات الفصام والاكنتاب، ومن ثمة ضلالات الجنون الذي لا يشفى، الأم التي تعتقد أنها مريضة بالجنون وأنه قد انتقل منها إلى أطفالها، ولا أمل من شفائهم فتقتلهم وتنتحر (الخالدي، 2006).

11.6. الإشارة:

وتعرّف أيضاً بأوهام المرجعية حيث يسقط الناس تلميحات حول ما يقوله الشخص، أو يقول أشياء ذات معنى مزدوج، أو يفعل الأشياء بطريقة خاصة لإيصال معنى خاص، قد

يبدو أنّ الحي بأكمله يتحدّث عنه، أو قد يرى إشارات لنفسه على التلفزيون أو في الصحف، قد يبدو أنّه متابع أو حركاته ملحوظة (peter, 2017).

12.6 هذيان الخيانة:

وهو اعتقاد المريض بعدم وفاء زوجته له وأنها تخونه، ويكون الشخص المضطرب في هذا النوع من الهذيان، مقتنعاً تماماً ودون وجود سبب بأن زوجته أو حبيبته تخونه، ويقوم بجمع أدلة وهمية ضعيفة ليؤكد هذه الخيانة، ويقوي من هذيانه بهذه الأدلة (عواد، 2011).

7. تنظيم الهذيان:

يتمّ التعبير عن التنظيم في الهذيان من خلال مجموعة من المؤشرات التالية:

أ. **درجة التنظيم:** ما يقصد بالتنظيم هو مدى تنظيم الأفكار الوهمية في أنظمة ومستوى تماسكها، فعندما يتمّ تنظيم الهذيان فإنه يتخذ موضوعاً أساسياً، يتمّ التعبير عن التفسيرات الوهمية في تطوّر متماسك ومنظّم في الواقع، أمّا الهذيان غير المنظم يتطوّر من خلال مواضيع وآليات متعدّدة، مع تناقض واضح، وهنا يبرز الهذيان متعدّد الأشكال — (Magnan).

ب. **درجة الامتداد:** يمكن أن يقتصر الهذيان على جزء واحد من حياة الشخص، كما يمكنه أن يغزو العالم بأكمله للموضوع ويكون التمسك بالهذيان كلياً، ومن هنا لا يتمّ التشكيك في القناعة الوهمية من قبل المريض.

ج. **تطابق المزاج:** يظهر بالتزام المريض بأفكاره الوهمية، والشعور بالعواطف التي يثيرها فيحدث التطابق، كما يحدث ألاً تتوافق الأوهام مع المشاعر والمزاج، ويحدث التناقض المزاجي خاصّة في الفصام، والمواقف المتناقضة حول الوضع نفسه كتعايش الحزن والفرح في الموقف نفسه.

د. الحدة: وهنا يجدر بنا التحدث عن الذهيان الحادّ، والذهيان المزمن، فيمكن أن يكون حاداً خلال أيام أو أسابيع، ويطلق عليه اسم مزمن عندما يمتدّ بمرور الوقت ويعود بشكل دوريّ خلال سنوات، حيث تظهر الأوهام الحادّة في أنواع مختلفة من الأمراض (الحالات الحدودية، العصابات، الخرف)، أمّا الأوهام المزمنة فتتعلّق أكثر بالذهان (Barthélémy et Bilheran, 2007).

أمّا من ناحية موضوعات الاضطهاد تتطوّر في البداية في تماسك نسبي، فلا يمكن للمرء في أيّ وقت التحدّث عن تطوّر الذهيان، في المنطق والنظام والوضوح، فعندما يتمّ طرح الموضوعات الصوفية يختفي أيّ مظهر من مظاهر التماسك، يصبح الفكر شبه منطقي تتصادم الأفكار والزمان والمكان، في هذه الأساطير التي تمّ إنشاؤها من الصفر (Welniarz, 1982).

8. بنية الذهيان:

1.8. هذيانات منظمة:

بالنسبة للذهيان المصاحب للذهان يكون عبارة عن أفكار خاطئة، تتناقض مع الواقع الاجتماعي والثقافي الذي يتطوّر فيه، وتتكوّن الفكرة الوهمية من الآليات والمواضيع وهنا يكمن الذهيان المنظم، ويظهر التنظيم المنطقي له حول موضوع واحد أو موضوعين، ممّا يؤديّ إلى ظهور خطاب متماسك، وغالباً ما يكون هذا النوع بالنسبة للذهان المصاب بجنون العظمة. (Guidetti, 2004)

2.8. هذيانات غير منظمة:

إذا كانت غير مرتبة مع بعضها البعض أو متشابكة، أو مفردة الغرابة وتتنوّع بما تحمله من معنى (عواد، 2011)، بمعنى تكون المواضيع والآليات متعدّدة دون تنظيمها

بطريقة منطقية، أي وهم متعدّد الأشكال وغير منظّم وغير مفهوم وغامض، تظهر درجة من الاتساع وغالباً ما يصاحب هذا النوع الحالات المصابة بالفصام (Guidetti, 2004).

9. أنواع الهذيان:

1.9. الهذيان المصاحب بجنون العظمة:

لقد أسّس «Clérambault» منذ 1921 فئة الذهان العاطفي، وفصلها عن مجموعة البارانويا والدفاع عن فكرة أشكالها الوهمية الثلاثة، (الهوس الجنسي، الغيرة، الادعاء)، لها جذورها في العاطفة أي عاطفة لديها ميول المرور إلى الفعل، لكن "جاك لاكان" منذ 1931 رفض عزل المجال العاطفي عن الذهان، واعتبر أنّ الأوهام العاطفية هي من مرتبة جنون العظمة، خاصّة وأنّ أوهام الادعاءات والغيرة والهوس الشبقي هي جزء من صورة جنون العظمة، بسبب الفكرة السائدة والمستمرّة للاضطهاد التي بنيت عليها (Hamon, 2020).

عرّف (كربلين، 1899) البارانويا على أنّها "تطوّر خبيث تحت الاعتماد على الأسباب الداخلية، ووفقاً للتطوّر المستمرّ لنظام الوهم الدائم الذي لا يتزعزع، والذي يثبت نفسه مع الحفاظ الكامل على النظام، ووضوح الفكر والإرادة والعمل (Henri, 1996).

لقد تمكّن "س. فرويد" من تحديث نظريته عن وهم الاضطهاد من خلال قضية "شريبير" الشهيرة، التي قدّم ووصف نفسه ضمن أحد أوهامه الهلوسة الواقعة بين أشكال البارانويا، حيث كان موضوع الاضطهاد واضحاً، ويرى "فرويد" أنّ "السبب العرضي للهذيان في اندفاع الرغبة الجنسية بين المثليين، الكفاح ضدّ هذا الدافع ينتج عنه صراع مؤلّد للظواهر الدنيئة"، وينطلق موضوع الاضطهاد من دفاع أولي عن طريق الصيغة: "أنا لا أحبّ هذا النوع من الجنس ولكنّي أكرهه"، ويتبعه العرض "لست أنا من يكرهه، بل هو الذي يكرهني وبالتالي يضطهدني"، ويحدث هذا بفعل آلية الإسقاط (Welniarz, 1982).

بالنسبة للعديد من المؤلفين المعاصرين، فإنَّ جنون العظمة بعيداً عن كونه ذهناً داخلياً كما أشار "كريبيلين"، هو على العكس من ذلك رُدُّ فعلٍ جوهري على أحداث الوجود، بهذا المعنى تحدّث "ياسبرز" عن تطوّر الشخصية الوهمي باعتباره بناءً يتضمّن في نظام الأنا وعالمه وردود أفعاله على أحداث الوجود، كما سلّطت مدرسة التحليل النفسي الضوء على آليات إسقاط الصراعات اللاواعية، ترمز مواضيع الهذيان المتمثلة في الاضطهاد، والغيرة، والهوس الشبقي إلى الدفاعات ضدّ الدوافع الجنسية المثلية، إلى جانب اعتبارها المحرّك النفسي الديناميكي لهذا الهذيان، وهو الانحدار إلى المراحل القديمة وخاصّة إلى النبضات العدوانية للمرحلة السادية الشرجية. (Henri, 1996)

وقد أعطى "فرويد" أهمية للرغبات الجنسية المثلية في نشأة البارانويا، وذلك بالرجوع إلى مرحلة تمرّ خلالها الغريزة الجنسية أثناء تطوّرهما، من الإثارة الجنسية الذاتية، إلى حبّ الأشياء، حيث تتكوّن هذه المرحلة بدءاً من شروع الفرد النامي بجمع دوافعه في وحدة كانت تتصرّف حتى ذلك الحين بطريقة ذاتية، من أجل التغلّب على موضوع الحبّ ويأخذ نفسه وجسده كموضوع قبل الانتقال إلى موضوع آخر، وهي المرحلة الوسيطة بين الإثارة الجنسية الذاتية وحبّ الأشياء في سياق التطوّر الطبيعي، لكن بعض الناس يتوقّفون عند هذا الحدّ لمُدّة طويلة بشكل غير عادي، وسمات هذه المرحلة تستمرّ لدى هؤلاء الأشخاص في مراحل لاحقة، وأخذ الذات كموضوع للحبّ، وتؤدّي المرحلة إلى اختيار كائن يتمنّع بنفس الأعضاء التناسلية المتشابهة، أي الاختيار المثلي للموضوع ومن ثمّة الشذوذ الجنسي (Welniarz, 1982)

2.9. الهذيان والحلم:

لقد أولى أتباع التحليل النفسي في الطبّ النفسي أهمية لمحتوى ومعنى الأحلام وخاصة لدى مرضى الفصام، فهم يمدّدون هذه النظرية إلى محتوى الهذيان الذي يصلون فيه إلى حدّ التأكيد على أنّه أصل الظاهرة الوهمية ويحافظ عليها، وقد يشترك الهذيان مع الحلم

في العديد من النقاط، فالهذيان هو حلم يقظ لا يستطيع المريض الخروج منه، كما أن المريض لا يستطيع أن يمنع أو يتوقّف عن الحلم، على الرغم من كونه في حالة يقظة، إنّ هذا العجز يجعله يقوم بالخلط وبشكل دائم بين العالم الخارجي والحلم الداخلي، ويحرمه من الفصل بين هاذين العالمين وعدم الخضوع لكليهما، ويمكن الفصل بين الهذيان والحلم ضمن نقطتين أساسيتين وهما:

- أن الحلم لا تزج عبثيته ولا غرابته.

- كما أنه يمكن للفرد السليم أن يحلم أثناء نومه (Desclin, 2006).

وتصوّر "فرويد" في تفسير الأحلام أنّ النفس تتكوّن من ثلاث أنظمة مترابطة: "أنظمة اللاوعي، واللاوعي، واللاوعي، والوعي. والمحلل النفسي (Lucie Cantin 2002) حريص على ملاحظة اللاوعي، وهو بالنسبة "لفرويد" {القوة الدافعة... وأثر الذاكرة الذي يسعى إلى بناء نفسه ويسبب تكوين الحلم}، ويقول فرويد أنّ كلّ حلم يمكن تتبّعه إلى رغبة طفولية في الإشباع، هذه الرغبة ولدت من خسارة أساسية تشكّل اللاوعي، أي وجود القمع الذي يسميه فرويد "غير مقبول للوعي"، الذي يعمل بدوره كسبب القوة الدافعة للحلم كموضوع مفقود للرغبة، وهكذا يمكننا أن نبدأ بفرضية أنّ الحلم يفشل على عكس الوهم في توفير أيّ إرضاء، لأنّ سببه قوّته الدافعة فهو غير قابل للتدمير، وبالتالي فالحلم والوهم يمكننا القول أنّهما الأساليب التي تسعى جاهدةً إلى تحقيق الرغبات، والحلم طريقة تفشل بالضرورة أمّا عن طريق الوهم يسافر الذهاني أبعد من العصابي، على طريق تحقيق الرغبة ما يسميه "فرويد" {المسار... من الإثارة الدافع إلى الإدراك، الرضا}، والهלוسة الحسيّة هي إعادة استحضار تصوّر إشباع الحاجة (Fimiani, 2021).

3.9. الهذيان والفصام:

الهذيان هو سمة مميّزة جدًّا لمرض الفصام، والهذيان الذي تمّ ملاحظته لدى الفصام متنوّع للغاية، وغالباً ما يلاحظ في بداية المرض وفي أشكال الفصام مع ظهور مفاجئ،

ويكون مرتفعاً وواضحاً ويرافقه درجة من القلق، لا يعاني مريض الفصام من الهذيان طالما استمر مرضه لكن هذيانه يسمّى مزمناً، ومن بين الآليات التي نواجهها غالباً في مرض الفصام هي الهلوسة والتفسيرات، الحدس الوهمي والخيال، ويعدّ الاضطهاد أحد أكثر المواضيع الوهمية شيوعاً في الفصام، ويمكن تفسير الهذيان الفصامي من قبل البعض على أنه آلية دفاعية، تهدف إلى ملء الفراغ الفصامي أو القلق الفصامي، ومن قبل البعض الآخر هو كتعبير عن اضطراب بيولوجي، في مناطق القشرة الدماغية التي تنظّم تصوراتنا وحكمنا، ويتميّز بتنوع مواضيعه وافتقاره إلى التنظيم والغرابة (Granger et Naudin, 2019).

وإنّ أوّل وظيفة للهذيان هي الاحتواء النفسي، وهذا استناداً إلى المفاهيم التي قام بتطويرها "ديدي أونزيو" D. Anzieu، من خلال نظريته حول الغلاف النفسيّ ففي حالة الفصام، لم يعد قادراً على مواجهة حدود ونقاط ارتكاز داخل التنظيم العقلي، وتكمن وظيفة الاحتواء في عملية ثابتة للحفظ الكمي والتخزين، وبناءً على ذلك فالتكوينات الوهمية ستشكّل حاوية نفسية يمكن أن تودع فيها الهلوسة، ويوفّر إمكانية وجود مساحة ذهنية يتمّ فيها وضع بقايا الذاكرة، للتجربة المريرة واحتواء تواتراتها التي لا تطاق، ويعتبر الهذيان كوعاء منظمّ مناسب يرحب بعودة الانقسام الأولي، وإنتاجات الهذيان تشوّهها الرغبات القديمة للموضوع، ويتشكّل العمل الوهمي من خلال البدء بعمل الهلوسة مدفوعاً بالتوقعات الليبيدية التي اهتزت أثناء الصدمة الأولية، والعمل الوهمي بدوره سيظهر جانباً تصالحياً، ويضيف "س. فرويد" أنّ الهذيان ينتقل إلى تحوّل كبير لما يعود من الماضي المؤلم إلى الموضوع، وينفّذ الهذيان وظيفة احتواء تهدف إلى السيطرة على الفائض المؤلم الذي يعاد تنشيطه داخل مظاهر الهلوسة، ووظيفة الحاوية للهذيان ستجعل من الممكن ربط المحتوى الهلوسي بالتصورات النفسية الأولى، ممّا يعطي تفسيراً معيّنًا لما تمّ اختباره قديماً (Flémal et al, 2010).

4.9. هذيان ما بعد الولادة:

يعود هذا الشكل من الهديان إلى الألم النفسي أكثر منه إلى الألم الجسدي، ويرتبط ببنية شخصية المرأة ولا يوجد تصنيف محدد لهذا النوع من الهديان، يحدث هذا النوع بنسبة 75% لدى النساء، في الفترة التي تعقب الولادة أي خلال ستة أسابيع الأولى من الولادة، وتظهر الأعراض التالية:

- حالة تخليطية هذيانية.
- اضطرابات بالوعي تصل إلى تبدُّد الذهن.
- اضطرابات عاطفية عميقة.
- هيجان وقلق.
- خطر الانتحار أو قتل الوليد.
- هذيان يتمحور موضوعه غالباً حول الولادة والعلاقة بين الأم والطفل، (إنكار الحمل، شعور بالذنب، هذيان تعقب يتعلَّق بالولد) (الودرني، 1986، ص، 247-248).

5.9. الهديان والاضطرابات العضوية:

يُصاحب الهديان الأمراض النفسية والعضوية، بسبب حساسية الدماغ لأيّ تغييرات كيميائية أو دوائية، متضمّنة لكلّ أنواع الاضطرابات العضوية الحادّة، تشمل كلّ درجات الاضطراب وفي أحيان أخرى تظهر فقط بعض الأعراض، تشمل حالة اليقظة والاستجابة كلامياً، وزيادة الحركة واضطراب وجداني شديد، مع ضعف التعرف على الواقع وظهور الهلوسة، ومن الحالات الأكثر تعرضاً للإصابة بالهديان هم الأطفال، وذلك لعدم اكتمال الدماغ ممّا يجعلهم متحسسين لأيّ تغيير في الجسم كارتفاع درجة الحرارة، أو الالتهابات الحادّة، وكذلك بالنسبة للمستئين فإنّ تصلُّب شرايين الدماغ، مع قلّة الخلايا القشرية بالدماغ يجعلهم أكثر عرضة للتأثر بانخفاض مستوى السكر بالدم، أو هبوط ضغط الدم ونقص

الأكسجين، كلُّ هذه المضاعفات من شأنها أن تؤدي إلى حالة الذهيان، ومن بين الأمراض العضوية المسببة أيضاً للذهيان نجد: الإصابة بالخرف، والأورام خاصّة الدماغية، والإصابات الدماغية، والالتهابات كالتهاب السحايا، والصرع (منظمة الصحة العالمية، 1999).

6.9. الهجمة الذهانية الحادة:

وهي تتوافق مع الاضطراب الذهاني الوجيز، وهي عبارة عن نوبة توهمية مع ظهور مفاجئ غالباً ما يسبقها أرق وسلوك غير عادي، كالأحباط، والتوتر، والشلل، وتحدث دون سبب خارجي واضح، ويتميز هذا الاندفاع الذهاني الحادُ بنشاط الوهم القوي، حيث تتشابه الموضوعات والآليات المختلفة ممّا يعطي الذهيان جانباً غنياً ومتعدّد الأشكال، حيث تتميز الأفكار الوهمية بشكلها الغير منظم فتتعدّد الآليات والمواضيع، وتؤدي الهجمة الذهانية إلى قلق كبير لدى المريض، وهي نوبة وحشية صاخبة تحدث بشكل عام في غضون ساعات، حتى لو سبقها بعض العلامات السريرية، وتستمرُّ بضعة أسابيع نظراً لكونه فئة تشخيصية مؤقتة (Guidetti, 2004).

وتحدث الهجمة الذهانية عادة لدى المراهق أو الشاب تحت سنّ الثلاثين، حيث يكون الشخص هسّ الشخصية محدود النضج الانفعالي، ذا طبع حسّاس وقلقٍ ويجد صعوبة في التكيف، وتنشأ هذه الهجمة غالباً إثر رضوض نفسية أو جسدية خاصّة العصبية منها، وتتجم عنها اضطرابات في الحسّ والإدراك، والوعي والحكم، والعلاقة مع العالم الخارجي، تُشفى نسبة 30-50% من الحالات، كما يمكن لنسبة 40-50% أن تتطوّر بشكل دوري، وقد أكّدت بعض الإحصائيات أنّ نسبة 15-30% قد تتطوّر إلى حالة فصام (الودرني، 1986، ص. 245).

10. تصنيف الهلزيان:

اقترح "كارل ياسبرز" تصنيفاً للهلزيان من خلال مجموعتين أساسيتين هما:

1.10. هذيانات أولية:

المعروفة بالأوهام الصحيحة أو الحقيقية، وهي نتيجة تجربة أوهام أولية لا يمكن استنتاجها من أي ظاهرة مرضية أخرى، وإن جوهر التجربة الوهمية الأولية، هو أن معنىً جديداً ينشأ فيما يتعلّق ببعض الأحداث النفسية الأخرى (Kareem, 2009).

وحسب "ياسبرز" تتميز الأوهام الأولية بـ:

- * القناعة التي يتمسك بها المريض بفكرته.
- * حقيقة أن الاعتقاد الوهمي لا يتأثر بحجج أو تجارب معاكسة مقنعة.
- * تصوّر متحوّل للواقع (Feys, 2020, p. 669).

2.10. هذيانات ثانوية:

المعروفة بالوهم مثل الأفكار الوهمية، يمكن فهمها أنها ناشئة عن تجارب مرضية أخرى، قد يكون لمرض الفصام أوهام الاضطهاد الثانوي للهلوسة السمعية، وتشمل الأوهام الثانوية، أوهام الاضطهاد المرجعية، الذنب، التضليل الديني، ووهم السيطرة (Kareem, 2009).

ويمكن أيضاً تصنيفها إلى: هذيانات دائمة أو عابرة، وحيدة أو متعدّدة، ثابتة أو مبتدلة وتفسّر كونها تنجم عن آليات إسقاطية لا شعورية، تحرّر الشخص من أحاسيس وعواطف مزعجة ينسبها إلى أشخاص آخرين (الودرني، 1986).

11. مراحل سير وتطور الهذيان:

1.11. آلية التثبيت في مرحلة النرجسية:

تحدّث "فرويد" عن آلية تكوين الهذيان والمضمون الذي يحمله، فالى جانب هيمنة العقدة الأبوية وصدارتها في نشوء الهذيان، يضيف إليها مسبباً آخر وهو المرحلة التي تمرُّ بها الغريزة الجنسية، في تطوُّرها من الرغبة الجنسية الذاتية إلى حبِّ الأشياء، وتوزيع الطاقة اللبيدية، فهذه المرحلة يصفها "فرويد" بـ"مرحلة النرجسية"، حيث يقول Freud أنّ هذه المرحلة يقوم فيها الفرد النامي بتجميع غرائزه الجنسية، في وحدة واحدة من أجل الانتقال إلى شيء محبوب، في هذه الحالة يأخذ جسده كموضوع استثمار قبل الانتقال إلى كائن آخر، هي مرحلة حتمية في التطوُّر الطبيعي، لكن "فرويد" يشير إلى أنّ البعض يقفون في هذه المرحلة بشكل مطوّل، وهناك العديد من سمات المرحلة تستمر لدى هؤلاء الأشخاص، إلى مراحل لاحقة من تطوُّرهم (Freud, 1913). إنّ ما يقصده "فرويد" أنّ هؤلاء الأشخاص تصبح لديهم ميولات جنسية مثلية، بفعل عملية التثبيت السابقة التي توفّر الأساس للاستعداد المرضي، للإصابة بالاضطرابات النفسية بسبب أنّهم لم يستطيعوا تحرير أنفسهم من مرحلة النرجسية، كما يضيف "فرويد" أنّ هذه الفئة من الأشخاص يتعرّضون لخطر تدفُّق الرغبة الجنسية، حيث لا تجد هذه الرغبة القنوات المفتوحة لها، فتصبح حرّة ولا يستطيعون مقاومة أنفسهم ضدّ هذه الرغبة ويحدث نوع من الإحباط.

2.11. آلية القمع:

يرجع "فرويد" منشأ الهذيان إلى مراحل بدائية من النمو، وذلك لما تلعبه الخبرات المسجلة في تلك المرحلة من دور مهمّ، في تكوين الاستعداد للإصابة بالمرض، ولم تحن لحظة انفجاره إلا بوجود إحباطات أو صراعات لاحقة، فلا يستطيع الفرد مقاومتها فيحدث الهذيان كدفاع ضدّ هذه الصراعات من جهة، وضدّ المكبوتات البدائية من جهة أخرى.

فخبرات القمع الأولي قد تمّ تسجيلها وتثبيتها في اللاوعي أو حتّى عمليات القمع الثانوي، لا يمكنها المقاومة ضدّ المشاهد الأولية، فيقول «Jean-Richard Freymann» أنّه في حالة استعادة المشاهد الحقيقية، هنا القمع لم يعد يعمل ونحن أمام نفخة هذيانية، (هذيان منظم) بالإضافة إلى أوهام الغيرة والهوس الجنسي، كما يمكن اعتبار أوهام العظمة والهذيان المنظم أنّها بمثابة ملء للهو التي يعاني منها، وفي الوقت نفسه لا يمكنه العودة إلى المراحل السابقة لأنّها لم تعد فعّالة. أما الهذيان المركّب فهو الطريقة الوحيدة التي يلجأ إليها، لضمان البقاء على قيد الحياة وهو نوع من الانفجار (Freymann, 2001). حيث يعتبر الهذيان كحلّ يتّخذه الشخص للدفاع ضدّ التهديد، الذي يعيشه ومضمونه هو إفلات اللاشعور لمكوناته، وانحدارها إلى الواقع في ظلّ غياب الرقابة سواء بصورة مشوّهة أم صريحة.

• **المرحلة الأولى:** تبدأ من التثبيت الذي يسبق أيّ قمع، تكمن في أنّ المكوّن الغريزي لم ينشأ مع كلّ الرغبة الجنسية، أي التطوّر الطبيعي يبقى موقوفاً في الطفولة، ويصبح التيار الليبيدي ينتمي إلى اللاوعي كتيار مكبوت، وفي المرحلة الأولى ينشأ الاستعداد المرضي، وهي بمثابة تحديد للمراحل اللاحقة.

• **المرحلة الثانية:** تعرف بقمع ما بعد الحقيقة، وتصدر من الأمثلة الواعية للأنا وكأنّ التثبيت يتراجع، تظهر بقايا الغرائز فتستسلم للقمع، وهنا ينشأ صراع بينها وبين الأنا، وربما يتمّ قمع التطلّعات النفسية وتشكّل نفوراً، وبالتالي فرفض التطلّعات الواعية وجاذبية اللاواعية يساعدان في نجاح القمع.

• **المرحلة الثالثة:** هنا يحدث فشل القمع وعودة المكبوت، فيبدأ الصراع يحيا من لحظة التثبيت، وينطوي على تراجع في تطوّر الرغبة الجنسية، والقمع بالمعنى الأصلي الذي أشار إليه "فرويد"، هو عملية انفصال للرغبة الجنسية عن الناس، أو الأشياء المحبوبة سابقاً أي سحب الاستثمار، وتبقى حرّة تطفو على النفس تبحث عن كائن لتتعلّق به، وفي حالة حدوث توترات تؤثّر على الأشخاص، ومع غياب المواضيع تعود الرغبة لتلتصق بالأنا

وتستخدم لتضخيمه، هي نفس المرحلة السابقة للنرجسية التي كانت فيها الأنا هو الموضوع الجنسي الوحيد، والإصابة بالمرض والأعراض الظاهرة ليست إلا إحياءً لمراحل سابقة، وهذا التضخيم ينتج عنه أوهام العظمة في الهذيان، كما ذكر "فرويد" أنّ تشكيل الهذيان هو محاولة للشفاء، يعني إعادة البناء ونجاحها هو بمثابة تعديل داخلي، من خلال استعادة العلاقة مع الأشياء والناس بإزالة القمع، ويتم تحقيقه عن طريق الإسقاط (Freud, 1911).

12. التفسير النظري للهذيان الفصامي:

1.12. نظرية التحليل النفسي:

يرى أصحاب المنشأ النفسي، ومنهم على وجه الخصوص (س. فرويد، و س. فورنزي، وك. أبرهام، وم. كلاين)، أنّ الهذيان يحتوي شيئاً ممّا أنكره الفرد في الواقعي، إنّه أسلوب في خلق أشياء مجدداً وإنقاذها على هذا النحو من فقدان والدمار، وبما أنّه يندرج ضمن سيرورة ذهانية فهو يميّز بتثبيت أو نكوص إلى مرحلة مبكرة، من النمو النفسي الوجداني (مرحلة ما قبل التناسلية)، ففي الفصام الهذائي يقع الاضطراب في مستوى مبكر جداً من العلاقات (أم - طفل)، يرافقه نبذ الصورة الأبوية أي نفي وجوده، وحسب رأي "جاك لاكان" ثمة استبعاد اسم الأب (سيلامي، 2001).

حيث أنّه وفي الفصام المصحوب بهذيان العظمة يحدث للذات في هذه المرحلة كما لو أنّها لم تعد لديها الإمكانية في الحفاظ على نفسها في الموضوع الحقيقي (أنا - موضوع)، بمعنى الأنا منفصلة عن موضوعها الحقيقي، وفي هذا المستوى لا يستطيع الموضوع فصل رغبته أو خياله عن الإدراك الخارجي، وفي المقابل يحدث تشويشاً عميقاً بين الواقع والأوهام من الداخل والخارج، للتجربة الموضوعية والذاتية، وهو ما يفسّر الثراء الخاص لهذه الأشكال السريرية في مظاهر الهلوسة والهذيان، وقد أوضح "فرويد" أنّ ما يحدث في الهذيان هو وضع الجزء السيء من الأنا خارج الموضوع، في عملية الانقسام ويبقى الجزء الجيد داخلياً، ما يعرف بإسقاط الجسم السيئ، وتمثّل حركة الإسقاط هذه إلى الخارج في الشكل الوهمي

للجسم السيئ، إحدى الآليات الأكثر شيوعاً في الخطاب الذي يتم تمثيله، ويتم الإسقاط في البيئة الخارجية ويتميز الموقف بظهور المظاهر الوهمية، من خلال ما يمكن أن يشعر به على أنه سيئ (أفكار الاضطهاد، العدوانية) (Guidetti, 2004).

كما أضاف "س. فرويد" من خلال تفسيره للهذيان، يصرُّ "فرويد" أنَّ الهذيان هو أحد أشكال الشفاء أو محاولة للشفاء، أمَّا "ساس" Sass فيرى أنَّ الهذيان هو تدفُّق من اللاوعي إلى الواقع، وفشل في وظيفة احتواء الحدود، حدود غزو العمليات الأولية وهو الانحدار نحو الرضا الوهمي، وجنون العظمة لرغبات الطفولة المبكرة، أو حتى نحو أشكال الخبرة غير الناضجة، التي تسبق تطوُّر الشعور بالذات، أو القدرة على النقد الذاتي لما وراء الوعي، وإدراك التمايز بين الذات والهدف في الداخل والخارج (Englebert et al, 2017).

كتب Freud عن حالات البارانويا، وعن الأسباب في اندلاع الهذيان في منشوره

(Un cas de paranoïa qui contredisait, la théorie psychanalytique de cette affection, 1915) الذي طرح فيه مجموعة من الحالات المرضية وقام بتحليلها، حيث يقول أنَّ جوهر التخيلات اللاواعية التي تظهر على الشخص الهادي، تشكِّل جزءاً من المشهد الأولي الطفولي (الإغواء، الإخفاء)، والذي يقصد به المواضيع الجنسية على وجه التحديد، وهي أصل هذه التخيلات البدائية، لأنَّ الأعراض تلعب فقط دور المنشِّط للخيال النموذجي لهذه الملاحظات المسجَّلة، كما يدعم "أوتورانك" "فرويد" في هذا الطرح، مع إضافة خيال الاستماع الذي يعتبر كمطلب ضروري في إنتاج التخيلات اللاواعية، أي استماع الطفل إلى والديه. (Freud, 1915)

2.12. الهذيان كاستجابة نفسية ضد الخوف:

النظام الوهمي ينطلق من نظرية مفادها حماية الأنا من الصدمات، وممَّا لا يطاق من خلال الثالوث الدفاعي النموذجي، في شكل من التجنُّب في مزيج من الإنكار والتوقع والتبرير، في هذا النمط من التجنُّب يتم ضمان حماية الأنا من خلال إنكار موضوع المعاناة،

وإبعاد الألم عن الوعي والإسقاط في الخارج على المضطهدين، والأنا هي وظيفة نفسية لكن عندما تكون هذه الوظيفة هشة أو ضعيفة، يتم تعديل العلاقة مع العالم الخارجي، وينظر إلى العالم الخارجي على أنه تهديد الخوف حتى إنكاره والتجنب دائماً، مما يؤدي إلى العزلة وهذه الأخيرة ليست عرضاً وإنما حلاً لهشاشته، والحل هو الابتعاد عن التهديد والانسحاب الاجتماعي، وبرز الاضطهاد من خلال الذات الهشة، المهددة من قبل الآخرين، وهذا التهديد هو نتيجة إسقاط الخوف نفسه، وموضوع الخوف في الخارج. أما محتوى الهذيان مصدر مهم للمعلومات، ويوفر أدلة تسمح بالعودة إلى العلاقة بين الأنا وموضوع الخوف، وبالنسبة للمريض حلٌ لضيقه وهو كحلٍ لضمان البقاء، والدفاع ضدَّ الخوف كما يوفر الهذيان طريقاً للهروب من خطر التهديد الذي لا يطاق، والهذيان حسب وجهة نظر Michel Marie-Cardine و«olivier Chambon» ليس إنتاجاً إرادياً، إنه يتطور خارج الأنا وخارج وعي المريض، وهو يوفر للأنا الضعيفة تعويضاً لتصبح الأنا من أجله عظيمة (Bordeleau, 2020).

3.12. النظريات المعرفية:

1.3.12. النظرية النفسية العصبية المعرفية:

لقد برز (Crow, 1980) عالم أبحاث الفصام من خلال رسم تمييز مفاهيمي بين الأعراض الإيجابية، كالأوهام والهلوسة واضطراب الفكر، حيث أظهر أن هناك ضعفاً أو غياباً في الوظيفة الطبيعية، وهي مرتبطة بتضخيم البطين الجانبي من الدماغ. أمّا (Liddle 1987) من خلال دراسة أجراها على 40 مريضاً بالفصام، يعانون من الهلوسة والأوهام وصف "Liddle" هذا العامل بالتشويه الواقعي الذي يظهر في شكل أوهام. في حين أرجع كلٌّ من (Halligan and David, 2001) وهم من مؤسسي الطب النفسي العصبي المعرفي- الهذيان إلى اضطرابات الذاكرة الدلالية وكذا نظرية العقل، فالذاكرة الدلالية راسخة بقوة في وظيفة الدماغ، وهي منطقة ضعف في مرض الفصام

وبالتالي فهناك ارتباط وثيق بين الهذيان كعرض للفصام واضطراب الذاكرة الدلالية الذي يعجز فيه المريض، على تذكر الأحداث واسترجاع الذكريات (Peter, 2017).

كما تشرح النظرية المعرفية الظواهر الوهمية من خلال، حقيقة أنّ الشخص يواجه صعوبة في التعرف على نفسه كموضوع للفعل، فيمكنه أن ينسب إلى الآخر ما هو نيّته كما لو أنّ أفعاله قد نتجت عن قوّة خارجية، وهذا يفسّر عدداً من ظواهر التلقائية العقلية، فالأفكار الوهمية للاضطهاد والمرجعية، ستكون نتيجة لاضطراب في القدرة على تمثيل نوايا الآخرين (Barthélémy et Bilheran, 2007, p. 74).

2.3.12. نظرية العقل:

ترجع نظرية شذوذ العقل في تفسيرها للهذيان إلى أعمال (Frith, 1992) في كتابه "The Cognitive Neuropsychology of Schizophrenia"، حيث جادل أنّ هذيان الفصام المتمثّل في السيطرة على الفضائيين، يمكن أن يفهم على أنّه اضطراب في المراقبة الذاتية، وفشل في تمثيل الحالات العقلية للفرد وللآخرين، والفشل في هذه القدرة يجعلهم يستمرون في تقديم استنتاجات حول الحالات العقلية للآخرين، وغالباً ما يخطئون في فهمها التي تظهر في أوهام الإشارة، وهو ما يترجم باضطراب في التمثيل الواعي لأهدافهم الخاصّة، والنية الكامنة وراء الفعل وخلل في استدلال نوايا الآخرين وأفعالهم (Peter, 2017).

3.3.12. نموذج فشل تصفية المعلومات:

يقترح كلّ من (Fish 1961 ; Mcghie et Chapman 1961 ; Arieti 1967) أنّ الهذيان لم يعد اضطراباً إدراكياً، وهو يحدث نتيجة نقص في مراقبة البيئة بسبب تدهور وظيفة قنوات الإدخال الحسيّة، ويفسّر هذا الاضطراب الإدراكي بفشل آلية التصفية للمعلومات الخارجية، التي تسمح عادة بمعالجة المعلومات عن طريق استبعاد العناصر الغير مهمّة (Barthélémy et Bilheran, 2007).

الجانب التطبيقي للدراسة

الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية للدراسة

1. الدراسة الاستطلاعية
2. الدراسة الأساسية
2. 1 منهج البحث وأدواته
2. 2 أدوات الدراسة
2. 3 العينة ومعايير انتقائها
2. 4 حدود الدراسة
- . مؤشرات الفصام من خلال تقنية الـرورشاخ

1. الدراسة الاستطلاعية:

الدراسة الاستطلاعية من الخطوات الأساسية، التي تُبنى عليها البحوث العلمية في ميدان العلوم الاجتماعية والإنسانية، فهي تتيح لنا إمكانية التعرف على الإطار الزمني والمكاني الذي تتم فيه الدراسة، وكذا الحصول على المعلومات الأولية حول المشكلة المراد دراستها، كما أنها تساعد في اكتشاف الثغرات والأخطاء، التي من شأنها أن تؤثر على نتائج البحث، فالدراسة الاستطلاعية يمكن الباحث من استقصاء هذه العقبات، وتجنبها خلال مباشرته للدراسة الأساسية.

وبناءً على ما سبق ذكره قمنا بدراسة استطلاعية من خلال مقابلة مجموعة من المرضى، الذين كانوا يراجعون الطبيب النفسي، بمركز الوسيط لعلاج الإدمان، وتمّ تشخيصهم على أنهم يعانون من الفصام، حيث تمّ جمع المعطيات الأولية للحالات.

1.1. أهداف الدراسة الاستطلاعية:

الأهمية التي تكتسبها الدراسة الاستطلاعية تكمن في الدور الذي يلعبه في تحديد موضوع البحث، وضبط أهمّ الأساليب التي تستعين بها الباحثة في الميدان، والتحقّق من مدى فاعليتها وصلاحيتها في تحقيق النتائج، وتمثّل هذه المرحلة خطوة تجريبية بقصد استطلاع إمكانية التطبيق، ورسم معالم العمل أمام الباحث قبل التطبيق الفعلي لخطوات الدراسة.

وحتى يتسنى لنا إجراء البحث توجّب علينا القيام بعدّة زيارات إلى مكان الدراسة، (مركز الوسيط لعلاج الإدمان) قصد الوقوف على الأهداف التالية:

- التأكد من وجود عيّنة الدراسة واستيفائها على الشروط اللازمة.
- الكشف عن الصعوبات التي قد تعترضنا أثناء البحث لمحاولة تفاديها خلال الدراسة الأساسية.

- الوقوف على الاختيار الأمثل للعيّنة بغية الوصول إلى نتائج صادقة.
- التعرف على الثغرات والأخطاء وضبطها تحضيراً للدراسة الأساسية.
- تمكين الباحثة من كشف المتغيرات التي تؤثر على موضوع البحث.

2.1 الإطار الزمني والمكاني للدراسة الاستطلاعية:

1.2.1. الإطار المكاني:

مركز الوسيط لعلاج الإدمان وهو المركز الوحيد المتخصّص في علاج الإدمان، على مستوى (ولاية تيسمسيلت) كما يضمن المتابعة الخارجية للمرضى العقلين، تمّ افتتاح المركز سنة 2014، يقمّ المركز التكلّف الطّبي والنفسي، مع توفير البرامج العلاجية للمدمنين على المخدرات، ويتكوّن المركز من فريق طبيّ يتشكّل من 02 طبيب نفسي، 01 طبيب عام، 02 نفساني عيادي، مساعدة اجتماعية، 02 ممرّض، ورئيس مصلحة.

2.2.1. الإطار الزمني:

تمّ إجراء الدراسة الاستطلاعية بمركز الوسيط لعلاج الإدمان بولاية تيسمسيلت، في الفترة الممتدّة من 2021/10/04 إلى غاية 2021/12/31 بمعدّل يوم كامل كلّ أسبوع.

3.1. اختيار عينة الدراسة خلال الدراسة الاستطلاعية:

هذه الدراسة تُعنى بوجود المرضى الذين يعانون من الفصام، وقد تمّ تشخيصهم من طرف الطبيب النفسي، وهم في حالة مستقرّة، مع الأخذ بعين الاعتبار متغيّر السنّ وإقضاء الباثولوجية العصبية أو الإدمانية.

قمنا بالفحص النفسي لـ 20 حالة مصابة بالفصام حيث قمنا بأخذ المعلومات الأولية لكلّ الحالات، مع تسجيل أرقام الهواتف الخاصّة بالأهل، للتواصل معهم من أجل الحضور للمقابلات.

بعد الاتصال بالحالات وإجراء الفحص النفسي لهم، وقع الاختيار على 04 حالات، التي تستوفي شروط إجراء البحث، والذين حظوا بالدراسة الأساسية.

4.1. صعوبات الدراسة:

- عدم موافقة عائلات المرضى لإجراء المقابلات، تفادياً للوصمة الاجتماعية والخجل من المرض.
- اقتصار عمل الطبيب النفسي بالمركز على يوم واحد بالأسبوع، وهو ما جعلنا نستغرق مدةً طويلة في انتقاء الحالات.
- تباعد مواعيد الحضور إلى الطبيب المحددة بثلاثة أشهر.
- عدم إمكانية حضور الحالات إلى المركز دون موعد من الطبيب، من أجل التعاون وإجراء المقابلات.
- إقامة معظم الحالات بمناطق بعيدة عن المدينة وعن مقرّ المركز.
- حدوث انتكاسات للمرضى ممّا يجعلهم يتغيّبون عن حضور المقابلات.
- نظراً لاستقرار حالة المرضى وخضوعهم للعلاج الدوائي، تختفي الأعراض، ممّا يصعب مهمّتنا وهدفنا في الحصول على إنتاج هذيانى غني ونشط.

2. الدراسة الأساسية:

1.2. منهج البحث وأدواته:

1.1.2. منهج الدراسة:

لكلّ دراسة منهجٌ خاصٌّ بها تقوم عليه، كونه خطوةً أساسية لا يخلو منها أيُّ بحثٍ علميٍّ، ويُعرّف المنهج على أنّه:

فالمنهج إذن هو: دليل الباحث في الوصول إلى نتائج الموضوع المراد دراسته، ولا يكون هذا إلاّ باتّباع خطوات منهجية تصل في النهاية إلى حقائق علمية، وباعتبار أنّ المنهج يحدّد

انطلاقاً من طبيعة الموضوع وأهدافه، فقد اعتمدنا في هذه الدراسة على المنهج العيادي، باعتباره المنهج الأنسب لموضوع الدراسة، كما أنه منهج يختص بدراسة الفرد كحالة منفردة، ويتيح إمكانية جمع المعطيات وتحليل السلوك، بناءً على مجموعة من التقنيات والأدوات المنهجية، ويُعرف المنهج العيادي كالتالي:

. المنهج العيادي:

ويتميز المنهج العيادي عن بقية المناهج كونه يمكن من التعرف على الحالة، وخصوصياتها سواء في الماضي أو الحاضر، وجمع أكبر قدر من المعلومات بطريقة علمية بعيداً عن الذاتية، وكذا التعرف على الشخصية ككل بوصفها دينامية لا يمكن تجزئتها، لهذا سنعتمد على المنهج العيادي في دراستنا لغرض التعرف على السلوكيات الخاصة بالحالة، ورصد أهم المؤشرات النفسية والاجتماعية وإعطاء تقييم لها، وسنعتمد من خلاله على تقنية دراسة الحالة بالاعتماد على الملاحظة العيادية، والمقابلة العيادية، واختبار فحص الهيئة العقلية، وكذا تطبيق اختبار الروشاخ، وتحليل المحتوى وذلك بهدف الحصول على الخطابات الهذيانية لدى الشخص الفصامي، وكشف الدلالة الرمزية التي تحملها الهذيانات انطلاقاً من المعاش النفسي للحالات والتاريخ النفسي الاجتماعي، الذي يتم الحصول عليه باعتماد وسائل جمع البيانات.

.2.1.2. أدوات الدراسة:

أ. دراسة الحالة:

تعدّ من الأساليب المهمة لجمع البيانات التي تتدرج تحت المنهج العيادي، فهذه التقنية تتطلب إماماً شاملاً ودقيقاً بحاضر وماضي الحالة، ودراسة معمّقة لمختلف الجوانب النفسية والشخصية والاجتماعية، وكذا دراسة تطوّر تاريخها المرضي ووصف مراحل نموّها البدائية، ودراسة المعاش النفسي والنمط العلائقي لها، كما يمكن اعتبار تقنية دراسة الحالة

بمثابة الوعاء، الذي ينظّم ويقيم فيه الباحث كلّ المعلومات والبيانات، التي حصل عليها انطلاقاً من الوسائل والأدوات الخاصة بجمع البيانات.

ب. الملاحظة العيادية:

كلّ باحث في ميدان علم النفس يعتمد في عمله على الملاحظة سواء كانت مباشرة أو غير مباشرة، فهي تعدّ من الأدوات المهمّة لجمع البيانات من الميدان، وهي أيضاً تساعد على المشاهدة الدقيقة للظاهرة محلّ الدراسة، وتساهم في رصد الظواهر النفسية وملاحظة السلوكات والإيماءات وكلّ ما يظهر على الحالة خلال المقابلة.

ت. المقابلة نصف الموجهة:

- المقابلة: المقابلة من بين الأدوات المهمّة لجمع المعطيات في مجال البحوث الخاصّة بميدان علم النفس العيادي، وهي عبارة عن أداة مهمّة في فهم التوظيف النفسي للفرد، والوصول إلى المعطيات الذاتية له، فهي تساعد الباحث على كشف الصراعات العلائقية والنفسية للحالات، عن طريق الاتصال المباشر مع الحالة وتسهيل الفهم العميق لها، وبالتالي فهي تقنية مهمّة وضرورية في العمل الميداني تقوم على تفاعل بين ذاتيتين، الفاحص والمفحوص من أجل جمع شامل للمعلومات عن الحالة المراد دراستها، واعتمدنا في دراستنا على المقابلة نصف الموجهة، نظراً لأنّها تساعد في جمع بيانات تفصيلية عن الحالة، وقمنا بتبنيّ المقابلة نصف الموجهة كونها تفسح المجال للمفحوص للتعبير بحرية، وتشجّع على التداعي باستعمال أسئلة مفتوحة توجّه المفحوص لتقديم إجابات تخدم الأهداف المنهجية التي قام بتسطيرها الباحث، وتسمح له بجمع بيانات دقيقة وفهم الدينامية النفسية الشعورية واللاشعورية للمفحوص، إلى جانب القيام بفحص الهيئة العقلية للحالات.

- سير المقابلات:

من خلال المقابلات العيادية مع الحالات التي كانت من 06 إلى 08 مقابلات، وزمن كلِّ مقابلة نصف ساعة استهدفنا من خلالها ما يلي:

- تحديد الأفكار الهذيانية وأهمُّ ما جاء في التاريخ النفسي الاجتماعي للحالة.

- فحص الهيئة العقلية.

- تطبيق اختبار الرورشاخ.

ث. اختبار فحص الهيئة العقلية:

هو اختبار مهمُّ في عملية الفحص العيادي، تمَّ وضعه من طرف الدكتور (نصرة قويدر، 1978)، من خلال هذا الفحص يركِّز الفاحص على تسجيل كلِّ الاستجابات اللفظية والانفعالية، والسلوكية والحركية، وهذا انطلاقاً من سلسلة المقابلات التي يجريها المفحوص، ويعرض من خلالها مشكلته وعلى هذا الأساس يستطيع الفاحص ضبط الهيئة العقلية للمفحوص، وتنظيمها وفق النموذج التالي:

- الاستعداد والسلوك العام.

- النشاط العقلي.

- المزاج والعاطفة.

- محتوى التفكير.

- القدرة العقلية.

- الحكم والاستبصار.

ج. تحليل المحتوى:

تحليل المحتوى من الطرق المناسبة لتحليل المقابلات وتحليل الخطابات المسجلة أثناءها، التي يستند إليها الباحث بهدف الوصف الموضوعي والمنظم للأفكار الهديانية، هذا إلى جانب كشف المحتوى الكامن لهذه الخطابات الهديانية، انطلاقاً من المحتوى الظاهر المتمثل في هذيان المريض الفصامي وإعطاء معنى ودلالة لخطاب هذا الأخير، ويعرّف على أنه أسلوب موضوعي ونظامي يوصف ظاهرة ما، أو حدثاً ما، أو تحليل ظاهرة أو حدث أو شخصية (عبيدان وآخرون، 2015). وبالتالي تعتمد تقنية تحليل المحتوى على الكلمات والألفاظ، التي تعتبر كبيانات ورموز لها معاني ودلالات، يتم تحليلها انطلاقاً من المواضيع والميكانيزمات التي تبني عليها هذه الهديانات.

ح. اختبار الرورشاخ:

يرجع أساس اختبار الرورشاخ إلى محاولات عدد من العلماء، خلال النصف الثاني من القرن التاسع عشر، وبداية القرن العشرين المؤكدة لأهمية استخدام بقع الحبر كمؤشر للقدرة المعرفية، والتداعي والخيال البصري وسمات الشخصية، إلا أنّ بداية استخدام التكنيك لم تتضح إلا على يد الألماني، "هيرمان رورشاخ Hermann Rorschach" حيث قدّم في عام 1921 اختبار بقع الحبر بشكل يُمكن المعالجين الاستفادة منه (برونو، 2003).

- تعريف ووصف الاختبار:

يتكوّن الرورشاخ من عشر بطاقات تحتوي كلّ منها، على بقعة مشابهة لبقعة الحبر المتناظرة الجانبين تقريباً، تتكوّن خمس منها من اللونين الأسود والرمادي، على درجات مختلفة من التضييل والتلازم تعرف بالبطاقات اللالونية، في حين تتكوّن الخمس الأخرى من نفس اللونين، إضافة إلى ألوان أخرى، وذلك أيضاً على درجات متفاوتة من التضييل والتلازم وتعرف بالبطاقات اللونية.

و"الرورشاخ" اختبار يتضمّن الشخصية العاطفية والهوامية، فحسب "D. Anzieu" التركيبية اللاشعورية للأدوات، وحرية الإجابات، والوقت، الغموض النسبي للتعليمات يجعلون من الوضعية الإسقاطية وضعية فارغة نسبياً، والفراغ الذي يفرض على الشخص ملأه بالنداء للمصادر العميقة في شخصيته"، حيث أنّ هذا الفراغ سيكون مولداً لصراعات قديمة التي تحاول الصعود إلى الشعور، فالتفاعل مع البطاقة يتسبّب في ظهور القلق، والعدوانية وبعض الاضطرابات السلوكية، وهو اختبار يكشف ويبرز الميزات الدينامية بين وداخل الأجهزة النفسية للفرد (معالم، 2010).

كما يكشف اختبار الرورشاخ التوظيف النفسي والانفعالي للفرد، ويُمكن من التشخيص البنيوي وبالتشخيص المعمّق للشخصية ككلّ، ويسمح بتحديد المؤشرات المرضية والدينامية النفسية للفرد، وبإمكان هذا الاختبار إظهار النقاط الهشّة للشخصية، ويعبّر "دانيال لاقاش" عن بطاقات الاختبار أنّها "صورة الداخل"، فهي عبارة عن صور متناظرة وغامضة وليس لها تحديد شكلي، فبطاقات "الرورشاخ" تحرك الإدراك والإسقاط، أي يدرك البطاقة ثمّ يقوم بالإسقاط، فمن خلال المحيط يستطيع الإدراك الخيالي والإسقاط على الواقع، أي إسقاط الصورة الداخلية للحياة النفسية للفرد إلى الواقع انطلاقاً من هذه اللوحات، خاصّة ما يتعلّق بوظائف الجهاز النفسي وصراعات الطفولة، التي تعود إلى مراحل بدائية من حياة الفرد، بعيداً عن الرقابة الواعية للشعور، أين يدخل في عمل خيالي أي تصوّر الشيء خيالياً ثمّ تصوّر الكلمة من خلال الإجابة، حيث يكون المفحوص في وضعيتين التركيز ثمّ الاسترخاء، فاختبار "الرورشاخ" يترجم العمليات الإدراكية انطلاقاً من الشروحات والتشبيهات للوحات بأشياء أخرى خيالية، والربط بينها عقلياً والتجميع بين البقع خيالياً من خلال الواقع الخارجي للوحة، أمّا الإسقاط فيظهر بالحدس من خلال ربطها بعناصر خارجية، وكذلك انشغالات المفحوص والعلاقة بالمواضيع الداخلية والخارجية، والعواطف والاستهام، وكذا المواضيع الحالية والبدائية.

- البُعد الحسيّ للوحات:

يتضمّن الاختبار عشر بطاقات مختلفة الشكل، أمّا اللون فاللوحة (1) سوداء، واللوحات (2،3) اللوحات الحمراء بالأسود، اللوحات (4،5،6) لوحات سوداء، اللوحة (7) الرمادي والأسود، أمّا اللوحات (8،9،10) لوحات ملوّنة.

- البعد البنيوي والشكلي للوحات:

- اللوحات (1،4،5،6) يميّزها التناظر، فيها بقع مغلقة وهذا يسمح للمفحوص بالإدراك الكلّي للوحة، وإسقاط للصورة والشيء المتمركز في اللوحة يعطي لنا تصوّر الذات وتمركز الأنا، هذه اللوحات تحلّل لنا الحدود بين الأنا والآخر، وأيضاً الهوية وتسمح بالقدرة على تصوّر النفس كشخص منفرد عن الآخر، أي تصوّر صورة الذات والجسد المميّزة.

- اللوحات (2،3،7) يوجد فراغ في الوسط والجوانب، ووجود كتلتين أي؛ الأنا والآخر، وهنا تصوّر للعلاقات أي علاقة نرجسية أو صراعية، تتمثّل بحيوية موضوعية لبيدانية أو عدوانية.

- اللوحتان (8،9) وجود مركز متناظر وجوانب متناظرة ووجود عدّة ألوان، والمركز هو مرجع لتصوّر الذات، أمّا الجوانب فهي تصوّر العلاقات.

- اللوحة (10) غنيّة بالألوان وتحتلّ مكاناً كبيراً من الورقة، وهي تنشط النكوص إلى المراحل البدائية.

- المحتوى الكامن للوحات:

- اللوحة 1: أوّل لوحة تدخل المفحوص إلى الاختبار، فهو يعيش للمرّة الثانية تجربة الاتصال مع الموضوع غير المعروف، وهي صورة تثير العلاقات الأولى مع الموضوع الأوّل، وتبعث إلى العلاقة الموضوعية أي الصورة الأمومية، وصورة الجسد، وتصورّ الذات.

- اللوحة 2: تبعث هذه اللوحة إلى تصوّرات الاندماج مع الآخر أي الموضوع، تصوّرات التدمير، وإشكالية قلق الخصاء فالفراغ الأبيض يشعر به كثقب أو كجرح، وتبعث أيضاً

التصورات العلائقية في استثمارات نزوية عدوانية أو لبيدية، والفرغ الأبيض يعبر عن الفراغ الداخلي، ونقص جسدي مهم وإمكانية التوحيد والتحديد بين الداخل والخارج تكون جُ حساسة.

- **اللوحة 3:** تبعث اللوحة عن سياقات التقمّصات الجنسية، والهوية الجنسية وكذا الفروق بين الجنسين، وتكشف عن التصوّرات اللبيدية والعدوانية انطلاقاً من البعد الإدراكي للوحة.

- **اللوحة 4:** تمثّل تصوّر الجسد، وهي اللوحة الأبوية أي الإستهجمات الأبوية وتصور صورة القوّة والسلطة، أي التصوّرات الذكورية تعبر عن الرمزية القضيبية، المرتبطة بالصورة الذكرية الأمومية خطيرة.

- **اللوحة 5:** تعبر اللوحة عن تصوّرات الذات والهويّة، حيث تعود إلى إشكالية الذات وليس فقط الصورة الجسدية، هذا ما يجعلها جُ حساسة للهشاشة النرجسية.

- **اللوحة 6:** تعبر عن الرمزية الجنسية من حيث البُعد القضيب المسيطر، والجنسية المثلية، وهناك الصورة الجنسية الأنثوية ممثلة باللوحة.

- **اللوحة 7:** تعبر عن الرمزية الأمومية، حيث تمسّ العلاقات والصورة الأمومية علاقات اندماجية فمية أو شرجية، والإحساس بالراحة أو عدم الأمن، والطمأنينة أو القلق والاكتئاب، المرتبط بالفقدان أو البحث عن الموضوع المفقود، وتعتبر اللوحة كوسيط لعلاقات أولية في الإطار التقمصي، هذه اللوحة تسمح للمفحوص بالتموضع وفق النموذج الأمومي، وفي الوقت نفسه النوع الأنثوي، إمّا بالمعارضة أو الصراع، والخضوع أو السلبية، أو بتقدير لهذا النوع الأنثوي أو التقليل من قيمته.

- **اللوحة 8، 9، 10:** ترتبط هذه اللوحات بالمشاعر والعواطف، والانفعال وتسهّل التعبير عنهم، تسمح بتناول نوع العلاقة التي يتعامل بها الفرد مع المحيط، الحساسية للواقع، وتعيد تنشيط المظاهر الأولية والاتصال الحسي، المعاش النفسي وتجارب اللذة والكدر، اللوحة 8

لوحة الاتصال مع العالم الخارجي، اللوحة 9 لوحة الرحم لأنها تعبر عن أول تجارب معاشة مع الأم، اللوحة 10 لوحة الانفصال والفردانية، واللوحات الملونة تسهل النكوص فكثافة الألوان تثير الأحاسيس.

واختبار "الرورشاخ" يمكننا استخدامه كأداة مهمّة للبحث، تسمح بشكل فعّال بصقل البيانات وإظهار السيرورات التي يصعب إظهارها عن طريق الملاحظة والمقابلة، بسبب المقاومة ورقابة الأنا.

- مؤشرات الفصام من خلال تقنية الرورشاخ:

تتمثّل الإشكالية الأساسية في التوظيف الذهاني في فقدان أو اضطراب الهوية، فيظهر قلق التفكك أو الانفصام وهو الذي يحرك إنتاجية البروتوكول، وتسمّى "كاترين شابير" هذا النمط من الأفراد بالشخصيات المتفككة، كما تكون الحواجز الفاصلة بين الداخل والخارج هشة للغاية، إلى درجة الاندماج والذوبان في المواضيع، ممّا يجعل الاندماج في الواقع الموضوعي مضطرباً جداً (Chabert, 2012).

قام (سي موسى وبن خليفة، 2008) بتقديم مجموعة من المؤشرات الرئيسية التي تميّز التوظيف الذهاني وبالأخصّ الفصام وهي:

- اضطرابات التفكير، وتبدو في النقائص الخطيرة التي تمسّ القدرات الإدراكية، من حيث الارتباط والتمييز والتكيف مع منبهات الاختبار، ومن العلامات الدالة على ذلك نجد، ارتفاع الإجابات الشاملة (G)، وعدم تماسك نوعيتها وتركيبها.

- كثرة الإجابات الجزئية الصغيرة (Dd) الغريبة وغير المنطقية، ذات الصبغة الاضطهادية غالباً.

- ضعف المحدّد الشكلي الإيجابي (+F).

- كثرة المدركات الخاطئة ($-F$)، وهي بدورها تسمح للفيض الهوامي والنزوي، والتي تضعف الأنا وتمنعه من إنجاز وظيفة التسوية والتعديل بين الرغبة والدفاع، ويخلُ الاتصال بالواقع الخارجي، وعدم التمييز بين الأنا واللاأنا.

- تفكُّك الحوار، يظهر في غرابة اللغة والألفاظ المبتدعة، وهو ينتج عن عدم الربط بين تصوُّر الأشياء وتصورُ الكلمات.

- تفكُّك صورة الجسم، يظهر في الإجابات الإنسانية المجزئة (Hd)، أو الإجابات التشريحية ($Anat$) التي يواظب عليها الشخص ويكرِّرها، وهذا دليل على نقص القدرة الاحتوائية لأجزاء الجسم.

- غياب الفعل، وزوال الحركة الإنسانية (k)، إضافة إلى غياب التعبير عن النزوة وتصوراتها.

ازدياد المحددات الشكلية الخالصة ($F\%$) لسدِّ النقص الحركي.

2.2. الحدود الزمانية للدراسة:

كون دراستنا تتمحور حول الهذيان كعرض مصاحب لمرض الفصام، فقد أجريت الدراسة على عيّنة من المرضى المصابين بالفصام الراشدين، الذين تمَّ تسجيل الهذيان لديهم وهم في حالة استقرار، خلال الفترة الممتدة من أبريل 2022 إلى غاية أبريل 2023.

3.2. حالات الدراسة:

أ. معايير انتقاء الحالات:

- المرضى الذين تمَّ تشخيصهم بمرض الفصام من طرف طبيب نفسي باستخدام

معايير DSM5

- أن يكون سنُّ المفحوص بين 20 سنة و49 سنة.

- أن تكون الحالات من كلا الجنسين (ذكور، إناث).

- أن تكون الحالات من مستوى تعليمي مختلف.
- اختيار الحالات ممَّن يعيشون بالمدينة وبالريف.
- المرضى الذين أظهروا استعداداً لإجراء المقابلة.
- تمَّ استبعاد المرضى الذين لديهم اضطرابات مصاحبة، أو اضطرابات عصبية، ومدمني المواد ذات التأثير النفساني.
- تمَّ استبعاد المرضى الذين يعانون من حالة ذهان حادّ.
- تمَّ استبعاد المرضى الذين لا يستطيعون إعطاء الموافقة بالمساعدة .
- تمَّ استبعاد المرضى الذين يقطنون بمناطق منعزلة ويصعب عليهم التنقُّل.
- تمَّ استبعاد الحالات التي تمَّ تشخيصها حديثاً، أو الحالات غير المستقرّة.

ب. حالات الدراسة:

تكوّنت حالات الدراسة من (04) حالات، يعانون من مرض الفصام وهم في حالة مستقرّة، إلى جانب أنّهم يخضعون إلى العلاج الدوائي، تمَّ اختيارهم بطريقة قصدية بعد الاطلاع على الملفات الطبية، وهذا قصد البحث عن المادة الهذيانية.

. جدول رقم (04):

. يمثل خصائص عينة الدراسة:

الحالة	السن	المستوى التعليمي	الحالة المدنية	المهنة
ق أ	41 سنة	ثانوي	متزوج	حارس
ع ت	39 سنة	متوسط	عزباء	ماكثة بالبيت
س ل	42 سنة	ثانوي	عزباء	ماكثة بالبيت
م خ	36 سنة	متوسط	أعزب	بطل

الفصل السادس: عرض حالات الدراسة ونتائجها

1. عرض الحالة الأولى وتفسير نتائجها

2. عرض الحالة الثانية وتفسير نتائجها

3. عرض الحالة الثالثة وتفسير نتائجها

4. عرض الحالة الرابعة وتفسير نتائجها

. أولاً. عرض الحالات:

1. عرض الحالة الأولى وتفسير نتائجها:

1.1. تقديم الحالة:

. الاسم: (ق أ).

. السن: 41 سنة.

. المستوى الدراسي: الطور الثانوي.

. المهنة: حارس.

. الحالة المدنية: متزوج وأب لطفلين.

. الإقامة: تيسمسيلت.

. المرض: الفصام.

2.1 فحص الهيئة العقلية:

1.2.1 الاستعداد والسلوك العام:

(ق أ) البنية الجسمية متوسطة، العيون بنية والشعر أسود، وبشرة سمراء يلبس لباساً منظماً ونظيفاً، يهتم بمظهره الخارجي ويحب الأناقة، كان الاتصال مع (ق أ) سهلاً منذ البداية واستجاب لطلب إجراء المقابلات دون تردد، أين عبّر عن شعوره بالوحدة وحاجته إلى المساعدة من طرف الإخوة، والمجتمع كذلك يضطهده ويتعرض للحسد على مكانته وأسرته التي استطاع بناؤها على الرغم من المرض، واستطاع إنجاب أطفال والاعتناء بهم.

كما ظهر على الحالة مشاعرُ الحزن والتوتر والتفكير في أسرته، التي لا يستطيع إعالتها بمفرده نظراً لتدني راتبه، وزيادة المصاريف، فكان خلال كل المقابلات يفتح الحديث

عن الفقر ويشكو غلاء المعيشة وعدم اكتراث إخوته بحالته، وصعوبة تسديد المصاريف والخوف من فقدان أسرته وترك زوجته له، ممّا يدفعه لطلب المساعدة من الجمعيات الخيرية.

2.2.1 النشاط العقلي:

(ق أ) كلامه واضح، لكنّه يتميّز بالترار والسرعة، ونقص التسلسل في الحديث الذي يظهر أحياناً في الانتقال من موضوع لآخر، دون الانتهاء من الموضوع السابق ويظهر كذلك في عدم انسجام الأفكار وعدم ارتباطها مع بعضها، إضافة إلى وجود أفكار هذيانية محتواها يتعلّق بالعظمة والاضطهاد، الغيرة، ممّا جعل (ق أ) غير قادرٍ على إنتاج أفكار جديدة، فمعظم المقابلات كانت تحتوي على الخطابات نفسها المتكرّرة نتيجة فقر محتوى التفكير.

3.2.1 المزاج والعاطفة:

يقدم (ق أ) مزاجاً حزيناً وقلقاً وبعض مشاعر الاكتئاب خلال سير الحصص، كما أظهر انزعاجه بشأن حالته الصحيّة، ونظرة المجتمع إليه، التي تُشعره بالتوتر والخجل، كما لاحظنا تناقضاً في العواطف لدى المريض.

4.2.1 محتوى التفكير:

(ق أ) لديه بعض الأفكار غير المترابطة، وعند بداية الحديث عن موضوع ما لا تكون له نهاية، بحيث ينتقل إلى موضوع ثانٍ، كما لا حظنا عليه فقراً في محتوى خطابه التي تنحصر في مواضيع محدّدة وقليلة، كما أنّ جلّ الأفكار كانت مرتبطة بمواضيع الاضطهاد.

5.2.1 القدرة العقلية:

الحالة (ق أ) لديه توجُّه زمني ومكاني جيّد، أمّا الذاكرة فهناك صعوبة في استرجاع الأحداث القديمة خاصّة المتعلّقة بمرضه، ويجد أيضاً صعوبة في ترتيب الأحداث وتسلسلها، فهو يعاني من ربط الأحداث سواء في الماضي أو الحاضر.

6.2.1 الحكم والاستبصار:

الحالة (ق أ) غير واعٍ بأسباب مرضه فهو ينسبها إلى أسباب ومنطلقات غير منطقية، كما يظهر عدم الوعي بالأفكار الهديانة ومقتنع بصحّتها ومتمسك بها، بالإضافة إلى أنّه يجد صعوبة في اتخاذ القرارات في حياته، فكثيراً ما يلجأ إلى استشارة الطبيب.

3.1. التاريخ النفسي والاجتماعي للحالة:

كان أوّل اتصال مع الحالة بمكتب الطبيب، عند حضوره بمفرده لموعد مع الطبيب النفسي، وهو يراجع الطبيب منذ أكثر من 07 سنوات، توقّف (ق أ) عن الدراسة بالسنة الثانية ثانوي، بسبب إعادة السنة وصعوبة التركيز داخل القسم، وعبر هذا الأخير أن بداية المرض كانت منذ سنة 1997، وهي المرحلة التي تزامنت مع قضاء فترة الخدمة العسكرية، أين ساءت الحالة الصحيّة للحالة، وكانت كبدية لظهور أعراض المرض، كما ذكر (ق أ) أنّه لم يتحمّل ظروف الخدمة العسكرية، التي تميّزت حسب أقواله بالصرامة في تطبيق القوانين العسكرية والقسوة، وسوء المعاملة والتعنيف، إلى جانب الغضب والعوانية الجسدية واللفظية، التي تذكّره بالمعاملة الوالدية التي كان يتلقاها بمرحلة الطفولة من طرف الأب، والذي كانت معاملته لأبنائه تتصف بالقسوة والعنف، والغضب والتحقير.

عاش الحالة في جوٍّ أسريّ تسوده الصراعات والخلافات، وكذا قساوة الأب وإهماله لأسرته، أمّا الوالدة لم يكن دورها بارزاً في الأسرة نتيجة سيطرة الأب على زمام الأمور، حيث أنّها كانت تخضع لأوامره وتخاف منه.

يعيش (ق أ) مع الزوجة والأبناء بعيداً عن العائلة، ويرى أنّ عائلته تضطّهده ولا تحبّه، فالأب كان يعمل بالمؤسسة العقابية، وذكر المبحوث أنّ والده كان يعاملهم بنفس معاملة المساجين، كما وذكر المريض أنّه كان يتعرّض للتمييز بين إخوته من طرف الوالدين، وبعد وفاة الوالدين أصبح الإخوة لا يهتمّون لأمره ولا لمرضه.

4.1 ملخص المقابلة مع طبيب الأمراض العقلية ودراسة الملف:

لقد سبق ظهور المرض مجموعة من الأعراض، لكن لم يتمّ الاهتمام بالحالة وتمّ استدعاؤه إلى صفوف الخدمة العسكرية، بسنّ العشرين وبالضبط في سنة 2000، أين أصيب بصدمة نفسية وخرج من الخدمة العسكرية، أمّا بداية العلاج فكانت منذ سنة 2005.

- عدد مرّات الاستشفاء بمستشفى الأمراض العقلية ثلاث مرات.
- الأعراض التي ظهرت على الحالة هي:
- الخوف من الموت، والعزلة، وعدم الاستقرار النفسي الحركي، وضعف العلاقات الاجتماعية، وهذيان مختلط (العظمة، الاضطهاد)، سلوك مصادّ للمجتمع.

. العلاج الدوائي:

- Largactil goutte
- Nozinan 25 mg
- Tegritol 25 mg

5.1. عرض محتوى المقابلات:

. جدول رقم (05):

. يوضح دليل المقابلات العيادية للحالة الأولى.

رقم المقابلة	محتواها
المقابلة الأولى	إجراء الفحص النفسي وتسجيل المعلومات الأولية للحالة
المقابلة الثانية	تسجيل الخطابات الهذائية
المقابلة الثالثة	تسجيل الخطابات الهذائية
المقابلة الرابعة	تسجيل الخطابات الهذائية
المقابلة الخامسة	تسجيل الخطابات الهذائية
المقابلة السادسة	تطبيق اختبار الرورشاخ
المقابلة السابعة	تسجيل الخطابات الهذائية

. جدول رقم (06):

. يوضح محتوى المقابلات للحالة الأولى.

رقم المقابلة	الأسئلة	الإجابات
المقابلة الأولى	- السلام عليكم، وأشراك لاباس. - راك شافي على المرض وقتاش	- لابس الحمد لله - أنا كنت نشوف بوتقلقة، قالي احكم الرئاسة، ونشوف الطابي لحر مفرّش وأنا نمشي عليه. - ونسلم على هواري بومدين في المطار.

<p>- كنت نشوف روجي رئيس.</p> <p>- في صغري كنت متوقّع رايح نمرض، وفي 6 ولا 7 سنين كنت نشوف روجي كبرت ومرضت.</p> <p>- العجوز الوالدة ما تعاملناش مع بعض، والشيباني ثاني يفرز واحد خير من واحد، يديرو واحد خير من واحد.</p> <p>- خاوتي ما يتهلأوش فيا وعارفيني بولادي.</p> <p>- كي مرضت حسيت انفجرت حاجة طرطقت في قلبي.</p> <p>- كي يضربوني ويخلو خاوتي نمرض ونزير وننضر.</p> <p>- ما زالني ننضر أمي قالت لكان زاد هذا الطفل عند محمد خويا لكان سميتو رسيم، ربي عطاني علاه تفرزي.</p> <p>- نحس كايين خلل بين خاوتي ما عييت نعرفو وما عرفنوش.</p> <p>- أنا كي يجو عندي نسلف ونتهلا فيهم، وأنا كي نروح كي شغل كلب ودخل وهذا بيت القصيد لي نحوس عليه.</p> <p>- خطبت في شحال من بلاصة وما بغاوش يعطوني يهدروا فيا، العرب يفركتو وما يلמוש.</p> <p>- أنا نمشي بنيتي ماشي بالخدع.</p>	<p>بداك وإذا تقدر</p> <p>احكي لي كفاش</p> <p>كنت قبل المرض.</p> <p>- كفاش كانت المعاملة تاع الوالدين معاك وعلاقتك بيهم كفاش كانت.</p>	
--	---	--

<p>- قالك إذا ما ربحتش تسلك على خير .</p> <p>- والله ماني عارف، لكان ربي يفرّج عليّ نعيش مليح.</p> <p>- من الصغر كان مشاكل في الدار، الشيباني يضرب العجوز تغيضني ومن بعد تزوج عليها، وفي الصيف لي فات كنت لاباس عليّ، حتى عيطولي قالولي راجل أختي قتل واحد ثما قبضتني la tentions.</p>	<p>- واش راك تتمنى.</p>	
<p>- حياتي دّمرت، حياتي دّمرت جات في صحتي.</p> <p>- هدرّة الناس génie ، هدرّة الناس واعرة.</p> <p>- راني نتمنى الدنيا نطلقها بالثلاث.</p> <p>- لي يخدم يخدم لذيك الدار، مكان والو الدنيا فانية، الريح في الشبك، هي صعيبّة الواحد يروح فارغ لذيك الدار، هذا المرض تّوجر عليه يوم القيامة.</p> <p>- خاوتي بخير عليهم وما يخموش عليّ.</p> <p>- خويا عندو الدراهم 11 touchée مليون وما بوركليش كي زاد الطفل عندي، وأنا بوركتلو وما عنديش.</p> <p>- لي يقدرك واجبلو.</p> <p>- أنا الكلام لي كنت نقولو منطقي المرحوم ثاق فيه.</p> <p>- كي نهدر الدنيا قاع تستف.</p> <p>- حكم تاع بكري.</p>	<p>- واش راك اليوم بخير.</p> <p>- احكيلي على الأسرة تاعكم وكفاش عاداتكم وكفاش عايشين.</p>	<p>المقابلة الثانية</p>

<p>- لي يزرع الريح يحصد عبادو. - خيام البخل ما يقدو ما يدو، وخيام القرع فايزين بالبارود. - الفار يبني الدار؟ الفار شيطان كفاه يبني الدار. - أطلب العلم ولو في الصين. - "علموا أولادكم الرماية والسباحة وركوب الخيل".</p>		
<p>- أنا كي نخرج نصيب روجي. - "ما أوتيتم من العلم إلا قليلا". - الدفلة عمرها ما تجيب التفاح. - أنا كي نريح مع جماعة في الطابلة، الدنيا قاع تستف - علاش؟ والله ماني عارف. - أنا أحسن منهم في الهدرة. - أنا كي نقعد ما يجرنيش، كي تهدر يحوس يدي من عندك، شكون مول الخير تعرفيه أنتي ولا أنا؟ يعرفو ربي سبحانو. - أنت تريد وأنا أريد والله يفعل ما يريد. - الحياة كفاح، الحياة جاهد على مرتك، ولادك وصحتك. - خذ الحكمة من أفواه المجانين.</p>	<p>- صباح الخير، اليوم راك تبان مليح. - كفاش راك تشوف الحياة؟</p>	<p>المقابلة الثالثة</p>

<p>- من بكري هكا. - أنا نرفد نقبض من الجماعة. - أنا لوكان ما مرضتش نوصل، الطبيب قال لبابا يوصل. - نخرج طيار، ولا إطار في الدولة، ولا ضابط في الشرطة، العلم ما عندوش حدود. - ما نظلمش الناس وما نديش رزق الناس. - قال ربي "إني حرمت الظلم على نفسي، إن الظلم ظلمات يوم القيامة" - لي يدير الخير عمرو ما يشور. - عندي طفل نكي الله يبارك، نكبرهم ويوصلوا أنا موكلهم الحلال ماشي الحرام. - الدنيا صفي واشرب، أنت تشربي الماء مخروض لازم صافي. - الدنيا هاذي مكان والو كاين لي دا سرو معاه، القلوب صناديق. - الصمت حكمة وتتفرق الأحكام وتتفرق الأقوال. - السكوت من ذهب والهدرة من فضة.</p>	<p>- من وين تعلمت هذه الحكم؟ - واش كنت حاب تخرج قبل ما تمرض؟ - كفاش تشوف ولادك؟ - واش تقدر تدير ولا تغير في الدنيا؟</p>	
<p>- مانيش مليح، الجرح ما يضر غير مولاه، والله مانى مليح.</p>	<p>- صباح الخير، واش راك مليح؟</p>	<p>المقابلة الرابعة</p>

- شوفي والله ماني مليح، مانيش مليح.
- كي مرضت قلت كلام موزون ومترن.
- كي نريح في الطابلة الدنيا قاع تسمع وتسكت.
- المرحوم مات، عاود الزواج وخلي طفلة في عمرها 07 أشهر.
- أنا خدام أنا ما نستسلمتش للمرض، قليل لي يديرها الصحيح وماهوش دايرها.
- تزوجت ودرت دار ودرت ذراري.
- كنت نقول كلام موزون، بصح مانيش عارف لخواوتي حسدوني في ذاك الذكاء.
- أنا ذكي حاجة باينة ذكي، أنا كي نريح في الطابلة يجاوبني كي شغل.
- نحسهم داسين عليا حاجة بصح ما عرفتهاش شاهي هي، خاوتي وأمي قاع.
- normalement أنا مريض نمشي بالدواء normalement يرافقوني في الحالة الزوجية، المعاملة تلعب دور، puisque كي يعاملك تعرفو.
- الناس يحسدوني يقولوا كفاه كان مريض وداخل شحال من مرة l'annexe وخرج ورزقوا ربي الشفا، وخدم وتزوج وجاب الذراري.
- أنا واحد تعرفي شتا قالي؟ تخيلي قالي كفاه أنا 09 سنين زواج ورحت لمكة ودعيت ربي يعطيني الذراري، وما عطانيش أنت كفاه عطاك.

<p>- وحد النهار نمشي برا حتى واحد السيد قال نسمع فيه، ياودي مريض هذا يمشي بالدواء كفاه حتى ثرا وجاب ولاد.</p> <p>- حاسديني القلوب صناديق، يدري بيهم غير ربي سبحانو، بصح تضر الهدرة هاذيك.</p> <p>- الحياة جهاد، الحياة كفاح، كافح في صحتك في ولادك، في حياتك.</p>		
<p>- الدنيا هاذي ما تفهمهاش، الدنيا يطيق عليها غير ربي.</p> <p>- الدنيا لي يعرفها يعيش، والأخرة لي يعرف ربي.</p> <p>- الدنيا ساعة واجعلها طاعة، الدنيا مهمومة.</p> <p>- هاذي دار الابتلاء، والأخرة دار القرار الصبح قاع ثم، الصبح عند ربي سبحانو.</p> <p>- الحياة كفاح جاهد.</p> <p>- مانيش قادر على الدنيا.</p> <p>- لكان دريت ما نتزوجش قاع، لكان دريت يصرا هكذا، parce que الزوجة يحرشوها الناس كفاه يمشي بالدواء ومازالك قاعدة عندو، الناس يفركتو ما يلموش.</p> <p>- الهدرة تضر يجو للمرأة تاعي ويقولولها كولي الكاشي وما تثرش، كي شافوني في ذيك الحالة، قالوا ما ينجمش يرجع كما كان.</p>	<p>- كفاش راك اليوم لاباس؟ راك تبان خير من المرة لي فاتت.</p>	<p>المقابلة الخامسة</p>

<p>- باه وفتت على رجلها ماشي حية ساهلة، وجريت ماشي حية ساهلة، راهم صحاح وما داروش الديار.</p> <p>- أنا شفتهم كاين لي صحيح وموفرلها كلشي وراحت وخالاتو.</p> <p>- الرزق ماشي غير دراهم، ممكن راحة بال، ممكن ذراري، ممكن صحة، هاذو الناس فتنة، "الفتنة أشد من القتل".</p> <p>- يحوسوا يشوفوك تقيس حوالاك وتمشي برا، يحوسوا يشوفوك في السبيطار وموسخ.</p> <p>- ما يبغوش يشوفوك مع ولادك تمشي وتدور.</p> <p>- قالك كل نعمة ولها حسود.</p>	
--	--

6.1. استخراج مواضيع وآلية إنتاج الهذيان الواردة في خطابات الحالة:

- أنا كنت نشوف بوتقلقة، قالي احكم الرئاسة، ونشوف الطابي لحر مفرش وأنا نمشي عليه.
- ونسلم على هواري بومدين في المطار.
- كنت نشوف روجي رئيس.
- مصدر الهذيان: هذيان اجتماعي/ وآلية الإنتاج المستخدمة التخيل، الهلوسة/ الموضوع العظمة.
- في صغري كنت متوقّع رايح نمرض، وفي 6 ولا 7 سنين كنت نشوف روجي كبرت ومرضت.
- أنا الكلام لي كنت نقولو منطقي المرحوم ثاق فيه.
- كي نهدر الدنيا قاع تستف.
- حكم تاع بكري.

- أنا كي نريخ مع جماعة في الطابلة، الدنيا قاع تستف.
- أنا أحسن منهم في الهدرة.
- أنا كي نقعد ما يجربنيش، كي تهدر يحوس يدي من عندك.
- نخرج طيار، ولا إطار في الدولة، ولا ضابط في الشرطة، العلم ما عندوش حدود.
- كي مرضت قلت كلام موزون ومترن.
- كي نريخ في الطابلة الدنيا قاع تسمع وتسكت.
- أنا خدام أنا ما نستسلمتش للمرض، قليل لي يديرها الصحيح وماهوش دايرها.
- تزوجت ودرت دار ودرت ذراري.
- مصدر الهديان: هذيان اجتماعي/ وآلية الإنتاج المستخدمة التخليل، / الموضوع العظمة.
- كنت نقول كلام موزون، بصح مانيش عارف لخاوتي حسدوني في ذاك الذكاء.
- أنا ذكي حاجة باينة ذكي، أنا كي نريخ في الطابلة يجاوبني كي شغل، نحسهم داسين عليا
حاجة بصح ما عرفتهاش شاهي هي، خاوتي وأمي قاع.
- الناس يحسدوني يقولوا كفاه كان مريض وداخل شحال من مرة l'annexe وخرج ورزقوا
ربي الشفا، وخدم وتزوج وجاب الذراري.
- أنا واحد تعرفي شتا قالي؟ تخيلي قالي كفاه أنا 09 سنين زواج ورحت لمكة ودعيت ربي
يعطيني الذراري، وما عطانيش أنت كفاه عطاك.
- وحد النهار نمشي برا حتى واحد السيد قال نسمع فيه، ياودي مريض هذا يمشي بالدواء كفاه
حتى ثرا.
- حاسديني القلوب صنديق، يدري بيهم غير ربي سبحانو، بصح تضر الهدرة هاذيك.
- لكان دريت ما نتزوجش قاع، لكان دريت يصرا هكذا، parce que الزوجة يحرشوها
الناس كفاه يمشي بالدواء ومازالك قاعدة عندو، الناس يفركتو ما يلموش.
- الهدرة تضر يجو للمرأة تاعي ويقولولها كولي الكاشي وما تثریش، كي شافوني في ذيك
الحالة، قالوا ما ينجمش يرجع كما كان.

- باه وقفت على رجليا ماشي حية ساهلة، وجريت ماشي حية ساهلة، راهم صحاح وما داروش الديار.
- يحوسوا يشوفوك تقيس حوالك وتمشي برا، يحوسوا يشوفوك في السبيطار وموسخ.
- ما يبغوش يشوفوك مع ولادك تمشي وتدور.
- قالك كل نعمة ولها حسود.
- مصدر الهذيان: هذيان اجتماعي/ وآلية الإنتاج المستخدمة الهلوسة والتفسير،/ الموضوع الاضطهاد والعظمة.

7.1. تفسير أهم ما جاء في هذيان الحالة:

تميّز الإنتاج الهذيان للحالة (ق أ) بالثراء ما يفسّر بالدينامية النفسية النشطة للحالة، التي تترجم بوجود صراعات قويّة، التي تظهر في شكل دفاع ضدّ التهديد الداخلي والواقع، حيث لجأ إلى الهذيان كتسوية بين الداخل والخارج، برز الإنتاج الهذيان من خلال تعدّد الميكانيزمات والمواضيع، وهو ما يجعل الهذيان في شكل متسلسل وغير منظم، أمّا مصدر الهذيان فهو اجتماعي، حيث تقول الحالة "أنا كنت نشوف بوتفليقة، قالي احكم الرئاسة ونشوف tapie لحر وأنا نمشي عليه"، لقد استخدم الحالة ميكانيزم الهلوسة، والتخيّل أمّا الموضوع فانحصر في العظمة، ودلالة استخدام كلمة "بوتفليقة" فهي تعبّر عن المركز الأوّل والقوّة، السلطة العليا والحكم، وهو تلك القوة الخارقة التي يلجأ إليها لمواجهة الضعف والدفاع ضدّ الإحباط، وفي سياق آخر تدلّ على فرض القوانين والانصياع لها دون معارضة، والمعنى الذي تحمله هذه الرمزية هو أنّه لا يمكن لأحد أن يأخذ منصب الرئيس غير الأب، الذي يمثّل السلطة الأبوية ونموذج التقمّص الأوّل، إلّا أنّ هذا التقمّص لم يحدث وفشل، أي أنّه لم يكتمل، حيث ظهر من خلال الرغبة في أخذ مكان الأب، وسيادة الأسرة والتماهي به إلّا أنّ هذا لم يحدث وبقيت هذه الرغبات عالقة بالاشعور، ونتيجة لهذا تكوّن مركّب النقص لدى الحالة ثمّ عاد للظهور مرّة أخرى، بفضل الهذيان لكن بشكل رمزي ليتمّ إسقاطه على أرض الواقع أين تمّ التعبير عنه بالعظمة، حتى يستطيع تعويض ذلك النقص وملء الفجوة

الداخلية، من خلال استبدال الأب بالرئيس والشيء المشترك بينهما هو السلطة، ويظهر هذا في قوله "أنا كنت نشوف روعي رئيس"، وكأنه يريد القول أريد أن تكون لي مكانة وسلطة عليا لا يمكن لأحد أن يعلو عليه، والكل يخضع حتى يستطيع سدّ الفراغ الداخلي وتعويض النقص، ويظهر هذا في قوله "نسلم على هواري بومدين"، ويؤكد فشله في تقمص الصورة الأبوية وعدم تجاوز المركب الأوديبى وأصبح هذا القلق يلزمه، لكنه يحاول إنكاره ومواجهته ببروز الأنا الضعيفة وراء العظمة، التي تظهر في كلام الحالة "أنا الكلام لي كنت نقولو منطقي، الكلام لي كنت نقولو الناس قاع تسنّف"، هذه العظمة هي رمزية تحمل في طياتها أسى معاني الضعف والفشل الداخلي والهشاشة النفسية، التي تمتد جذورها إلى مراحل بدائية من نمو الحالة، نتيجة فشل الأنا في عملية احتواء الحدود والحفاظ على الرغبات الدفينة، فهذه الإسقاطات ليست إلا انعكاساً لرغبات طفولية وإحباطات عادت بنفس القوة، لتسقط على الواقع بإدراك نابع من الخارج، فهذه العظمة ليست إلا دفاع ضدّ التهديد الداخلي الذي منبعه جبروت الأب وقوّته.

"حكم تاع بكري كي نضرب الطالبة الناس قاع تسنّف، لأني أحسن منهم في الهدرة"، الضعف الداخلي للأنا يدفعها للبحث في الخارج عن تعويض خيالي لا يمكن أن يكون إلا في الهديان، من خلال البحث عن قوّة تشعره بالأمان ضدّ الإحساس الداخلي والتهديد الذي يعيشه داخلياً، والدفاع ضدّ قلق الخصاص وملأ الهو الضعيفة، بإحساس نابع من الخارج يحمل القوّة والأمان والعظمة التي تشعره بالراحة.

استخدم أيضاً الاضطهاد من خلال تعبيره عن الحسد والمؤامرة، وهي أحاسيس داخلية تمّ التعبير عنها بإدراك نابع من الخارج، فهذا الاضطهاد هو إسقاط للصراعات اللاواعية وبينّ رغبة الأنا في التخلّص من هذه النزوات التدميرية، وفشلها في التصدي لها ويظهر هذا في قوله "يحوسوا يشوفوك تقيس حوالك وتمشي برا، يحوسوا يشوفوك في السبيطار ما يبغوش يشوفوك مع ولادك تمشي وتدور".

8.1. تحليل بروتوكول الرورشاخ:

الإنتاج الإسقاطي للمفحوص تميّز بالفقر الظاهر في ضعف الإجابات (07 اجابات)، والكفّ الشديد إلى جانب ضعف الإبداع والتعبير اللفظي الفقير على شكل قولبي، بمعدل (57%) لكلّ اجابة وهو مؤشّر على السرعة في تناول الاختبار، نظراً لعدم قدرته على مراقبة أفكاره والسيطرة عليها، مع تفكير متباطئ وكثرة الاجابات التشرّحية ذات العلاقة بالعالم الداخلي (دماغ، كلاوي)، وتميّزه بالمنطوية والتكرارية والمواظبة على نفس المحتوى بنفس البطاقة، ممّا يُظهر ثقل الفراغ الذي يطغى على الإجابات، التي تتجسّد في الفقر الهوامي للمحتويات ما يوحي بصلاية وشلل التفكير، والتسرع في تناول المنبه والتخلّص منه عن طريق تقصير الإجابات، دون التعمّق في الجانب الهوامي من خلال رفض البطاقات Refus = 3، الذي يدل على وجود الصدمات في البطاقة VI, VII, II، وقلب البطاقات III, VI, X, VII وهو ما يوحي ببروز السياقات الأولية، وقد تميّزت المحتويات بالندرة في إسقاط الهوامات ببروز المحتوى الحيواني A= 2، وظهور المحتوى الحيواني بكثرة في إجابات التحقيق، الذي يثبت التمسك بالواقع وفق رغبات الهو.

. سياقات التفكير:

تميزت سياقات التفكير بطغيان الإجابات الكلية G%= 57، من خلال تناول الواقع بطريقة كلية، بحثاً عن الوحدة والتحكّم في الواقع الخارجي، أما التحديد الجزئي D%= 43 فكان متوسطاً من خلال نمط الاجابة المقولبة، أمّا الدفاعات الشكلية تميّزت بارتفاع المدركات الخاطئة بفعل بروز الرغبة، والفشل الإدراكي الذي يريد به التحكّم في الواقع الموضوعي، والهشاشة بين الحدود في ظلّ عدم القدرة على مراقبة الأفكار والسيطرة عليها، وفي المقابل ضعف المدركات الشكلية F+ وكثرة المدركات الخاطئة F-= 4، التي تفسح المجال للفيض الهوامي والنزوي ممّا يضعف الأنا، وتمنعه من القيام بوظيفة التسوية بين

الرغبة والدفاع، ممّا يجعله يفقد الاتصال بالواقع الموضوعي، وعدم فعالية سياق التمييز بين الأنا واللاأنا.

تميّزت الانطلاقة في اللوحة I بإدراك محتوى شيء للاندماج والتكيّف مع الواقع الموضوعي، عن طريق التمسك بالمواضيع الخارجية GF+ obj إلا أنّ هذا الاندماج والتمسك بالعالم الخارجي، من خلال موضوع مشيء (طيارة)، عوض الطائر هو ما يكشف عن فشل المفحوص وعجزه عن تصوّر الذات في علاقة مع موضوع مجسد في شيء جامد، ثم يليها الرفض في اللوحة II الذي يعبر عن صدمة ذات علاقة بالرفض القطعي لتصورات الإخصاء، التي تحيها اللوحة (اللون الأحمر)، ليواصل باللوحة III بقلبها كتعبير عن عدم تحمل رؤية الموضوع في هيئته الطبيعية، والميل إلى نكرانه، وذلك بإدراك موضوع جزئي DF- Hd متمثل في محتوى جزء بشري، وكأنّه يقوم بتجزئة الصورة الإنسانية، وعدم تصوّر أيّ حركة بشرية أي التجميد التام لتلك الصورة الإنسانية وما يتعلق بها من تقمّص، إلى حصر تصور العلاقات ورفضها من خلال الاكتفاء بإدراك جزء فقط من الصورة الإنسانية لتجنب الواقع المألوف.

ليحاول في اللوحة IV من جديد الانتقال من تصور محتوى فكري بشري إلى محتوى حيواني بطريقة مقولبة عن طريق إدراك كليّ فاشل GF-A، ما يطرح إشكالية النكوص إلى المواضيع القديمة المهدة والسامة، من خلال اللجوء إلى إدراك المحتوى الحيواني السام (عقرب) الذي يجسد السلطة الأبوية، والعدوانية، وفشل تقمّص صورة الأب، ويعزز ذلك بإضافة إجابة في التحقيق بتناول جزئي خاطئ من خلال محتوى جزء من الحيوان المستحضر، DF-A/Ad في الإجابات التلقائية، للتخفيف من خطورة وتهديد الموضوع التسلطي، وهذا بإدراك أجزاء من العقرب ما يطرح مشكل التصورات السلبية أمام العلاقات التقمصية.

يستمر في تناوله الشامل بإدراك محتوى حيواني مألوف في البطاقة الخامسة V في ظل القولية والتكرار والمواظبة على نفس الموضوع، مجسدا تصور الذات بطريقة صلبة وتخريفية، تذكر بمؤشرات دالة على الفصام، ثم يواصل في اللوحة VI برفض البطاقة، كتعبير عن صدمة أمام محتوى اللوحة، يحاول استدراكه بإجابة إضافية يمرر فيها الفشل الإدراكي لجزء تشريحي، DF-Anat/Hd يكشف عن نقص القدرة الاحتوائية لأجزاء الجسم.

يواصل في اللوحة VII بالرفض مع قلب اللوحة، قد يعبر عن صدمة أمام الفراغ الذي يذكر بنقائص الاحتواء التي أظهرت لديه العجز شبه الكامل عن تصور أي محتوى يرمز لصور الأمومة أو الأنوثة.

يتغير مجرى الإدراك في اللوحات الملونة التي أثارت في تصوراته نفس المحتوى، الذي تكرر فيها بأسلوب المواظبة، إذ نجد نفس المحتوى التشريحي مستحضرا "دماغ" في اللوحتين VIII و IX وبتناول شامل خاطئ GF-Anat/H أو تناول جزئي ناجح تارة أخرى DF-Anat/Hd، هذا التشوش في إدراك الموضوع يترجم الغموض الذي ينتاب الفكر في معالج محتوياته الذكروية، (Contenus mnésiques) "دماغ.... هو mémoire تاع بنادم" المنسوبة، سواء للإنسان (في الإجابات التلقائية للوحة الثامنة والتاسعة)، أو للحيوان (في تحقيق الوحة الثامنة). وذلك يدعم مرة أخرى نقص القدرة الاحتوائية لأجزاء الجسم، والميل إلى قطع الاتصال مع العالم الخارجي، ورفض العلاقة لتجنب تصورات الانفصال، يحاول الاستدراك في إجابات التحقيق للوحة الثامنة DKan+A بتناول جزئي لحركة حيوانية، رغبة في التكيف مع الواقع والاندماج بمحتوى حيواني، وبعدها بمدرك كلي لمحتوى تشريحي، وحركة حيوانية Gkan Anat/Ad ذات مضمون فمي حيواني "دماغ حيوان راه ياكل".

هذا التمسك بالواقع الموضوعي المزيف المرفق بالإجابات الإنسانية المجزئة يطرح إشكالية اللاتمايز، مما يجعله ينكر المحيط، وينكص إلى المراحل البدائية الحسية بطغيان الحياة

الداخلية، ثم يواصل في اللوحة X بالمواظبة على موضوع واحد والتفكير النمطي، باجابة جزئية لمحتوى تشريحي DF- Anat يعكس تصورات التفكك والانفصال، والخوف من الواقع الموضوعي، من خلال العودة إلى العالم الداخلي لعمل التصفية، وبناء الحدود بين الداخل والخارج عن طريق محتوى تشريحي (كلاوي) والمواظبة عليه بطريقة مقولبة .

على العموم يطغى على النمط الإدراكي التناول التكراري المقولب بطريقة شاملة، ما يفسر صلابة التفكير كمحاولة لبناء الحدود بين الداخل والخارج، والمواظبة على موضوع واحد بمحتوى تشريح، يبرز نقص القدرة الاحتوائية لأجزاء الجسم، مع زوال الحركة الإنسانية وطغيان المحدد الشكلي $F\%=100$ ، لتعزيز الميل المتصلب بفتح المجال للمدركات الخاطئة من خلال منع الرغبة من البروز، مع غياب الإحساس الانفعالي والانطباع الهوامي، في الوقت الذي ينخفض فيه التناول الشكلي $F\%+43$ الذي يترجم عدم الاستثمار الجيد والناجح للواقع، والذي يميز التفكير الذهاني .

. معالجة الصراعات:

يتعامل المفحوص مع الصراعات بالكف الشديد وتقدير التعبير المتكرر والتفكير النمطي، ولا يترك المجال لظهور أي طابع نزوي من خلال طغيان الحياة الداخلية. يتسم نمط الرجوع بالانغلاق التام $TRI=0K/0C$ وتجميد العواطف مع قلة التصورات، أمّا الصيغة الثانوية $FC=0k/0E$ فهي أيضا منغلقة، وتتجه نحو نفس الهدف لسد منافذ التصور والصراع. تبدو نسبة الإجابات اللونية مرتفعة $Rc\%=42\%$ تكشف عن الميل إلى الانبساط كوسيلة للدفاع والتسوية بين الرغبة والدفاع، كما ظهرت إشكالية التقمص في غياب الحركة الإنسانية والاكتفاء بأجزاء تشريحية فقط، يوحى بنقص التجارب التقمصية، بالإضافة إلى غياب الإجابات اللونية ممّا يوحى بتصلب الأحاسيس اتجاه المحيط، وهذا يكشف عن ضعف الأنا وفقدان وظيفتها الظاهر في انشطار العالم الداخلي وتجزئته، والفشل في إبقاء الحدود متماسكة وإخفاء العالم الداخلي الهش.

لقد طرح اللاتمايز الموضوعي مشكل عدم القدرة على تحديد الصراع، نتيجة الدفاعات الشكلية التي طغت على البروتوكول، مع تضييق الحركات والنزوات بنمط تفكير مقولب في كلِّ اللوحات، ومن خلال فقر الصدى الهوامي لتصور المدركات نسجل عجز عن تصور الاكتئاب، والنزعات العدوانية، وحتَّى عدم القدرة على إسقاطها وإبقائها حبيسة الحياة الداخلية، كما أن غلبة المحتوى الحيواني على البروتوكول دليل على إفراط استثمار الواقع الخارجي للحماية من خطر الحياة الداخلية .

. خلاصة:

بمراعات مميزات التوظيف الذهاني التي سجلناها في بروتوكول المفحوص والمتمثلة في:

. صلابة وشلل التفكير (تفكير متباطئ، النمطية، التكرارية).

. طغيان الإجابات التشريحية.

. ارتفاع نسبة الإجابات الكلية $G\% = 57$.

. ارتفاع المدركات الشكلية الخاطئة، وضعف المدركات الشكلية الإيجابية.

. الاندماج مع الواقع الموضوعي بشكل مضطرب من خلال ظهور المحتوى الحيواني.

. العجز عن تصور الذات وتصور العلاقة وتجميد للصورة الإنسانية.

تصور الذات بطريقة صلبة ورفض التصور للعلاقات.

. بروز العدوانية والاضطهاد.

. ظهور تصورات التفكك والانفصال.

. هشاشة الحدود بين الداخل والخارج.

. نمط إدراك مقولب وتكراري.

. الافراط في استثمار الواقع مع ضعف الأنا وفقدان وظيفتها.

. انشطار العالم الداخلي وتجزئته.

يتضح أن هذا التوظيف من النمط الفصامي البرانوي نظرا لتعدد المواضيع وبروز الاندفاعات الهذيانية الاضطهادية.

2. عرض الحالة الثانية وتفسير نتائجها:

1.2. تقديم الحالة:

. الاسم: (ع ت).

. السن: 39 سنة.

. المستوى الدراسي: التاسعة أساسي.

. المهنة: /

. الحالة المدنية: عزباء.

. عدد الإخوة: 08 . الرتبة: 02.

. الإقامة: تيسمسيلت.

. المرض: الفصام.

2.2. فحص الهيئة العقلية:

1.2.2. الاستعداد والسلوك العام:

(ع ت) البنية الجسمية ممتلئة، العينان سودوان، والبشرة سمراء تلبس الحجاب المتحضر منظم ونظيف، تهتم بمظهرها الخارجي، وجد حساسة من لون بشرتها وجمالها.

منذ اللقاء الأول مع (ع ت) كان الاتصال معها سهلاً، كانت تتحدّث بتلقائية مع خجل، والابتسامة لا تفارق وجهها، كانت لديها انشغالات نرجسية حول شكلها وقامتها، وقلقها من بقاء الشمس الظاهرة على وجهها، التي كانت تظنّها سبباً في تأخّر الزواج ونفور الخطّاب منها، استجابت (ع ت) لطلب إجراء المقابلات بعد استشارة الأب، عبّرت أنّها بحاجة لمن يسمعها ويفهمها وتعبر له عن أفكارها، التي ترفض الأسرة سماعها وتمنعها من التحدّث بهذه الحوارات، كانت قلقة بشأن تأخّر الزواج وعدم الإقبال على طلبها كونها كبيرة في السنّ، ذكرت أنّها تعيش مع الأسرة بجوٍّ مرحٍ يسوده التفاهم والاحترام وهم يهتمون لأمرها.

لكن كانت ملامح الحزن بادية على وجهها، التي فسّرتها بغموض مصيرها ومستقبلها، وكذا حالتها الصحيّة التي تؤثر على مزاجها، إضافة إلى رغبتها في ترك الأدوية اعتقاداً منها بشفائها من مرضها.

2.2.2. النشاط العقلي:

تعبر (ع ت) عن أفكارها بوضوح، ولديها لغة سليمة، كما تتسم أفكارها بعدم التسلسل والترابط، الذي يظهر في الانتقال من موضوع لآخر، إضافة إلى وجود أفكار هذيانية، محتواها يتضمّن الهلوسة الحسيّة والبصرية، ولديها صعوبة إنتاج أفكار جديدة أين تكرّرت الخطابات، نفسها خلال المقابلات دون القدرة على استحضار مواضيع مختلفة .

3.2.2. المزاج والعاطفة :

تتميّز (ع ت) بسلوك هادئ خلال الحصص، ومزاج حزين مع مشاعر الاكتئاب التي تظهر في ملامحها، وتفسّر هذا الحزن بتأخّرها عن الزواج وتقدّمها في السنّ، وأنّ سبب عزوف الخطّاب عنها هو استهلاكها للدواء، كما أظهرت (ع ت) انزعاجها من شكلها وقلق بسبب لون البشرة، التي تشعرها بالتوتر والخجل، كما أظهرت قلقها من استهلاك الأدوية.

4.2.2. محتوى التفكير:

(ع ت) لديها أفكار غير متسلسلة وغير مترابطة، كما أنها تثبت فقراً في محتوى التفكير الذي يظهر من خلال صعوبة إنتاج الأفكار، وعند بداية موضوع يصعب عليها إنهاؤه، وعدم القدرة على العودة إلى موضوع سابق، وجلُّ خطاباتنا تتمحور حول سبب إصابتها بالمرض وأفكار الهلوسة التي تعانيتها والحدس والتفسير والتأثير الخيال.

5.2.2. القدرة العقلية:

(ع ت) تتوجّه جيّداً زمانياً وفضائياً، أمّا الذاكرة تجد صعوبة في تذكر بعض الأحداث، خاصّة المتعلقة بتاريخها المرضي وعدم القدرة على استرجاع تفاصيل مرضها، كما أنها تتذكّر جيّداً حياتها وسلوكها قبل الإصابة بالمرض .

6.2.2. الحكم والاستبصار:

(ع ت) غير واعية بمرضها وبأسبابه فهي تنسبها إلى أسباب ومنطلقات غير منطقية، كالإصابة بمسّ وأنّ الشياطين تتعرّض لها، وتعتدي عليها بالضرب باستمرار وهي تترجم بهلوس حسيّة بصرية، وهي مقتنعة بصحّة أفكارها الهذيانية وتمسّكة بها، ويصعب مجادلتها وإقناعها ببطلان هذه الأفكار.

3.2. التاريخ النفسي والاجتماعي للحالة:

(كان أول اتصال مع الحالة بمكتب الطبيب، عند حضورها رفقة الأب لموعد مع الطبيب السيكاتري، (ع ت) تراجع الطبيب منذ سنة 2009.

توقفت (ع ت) عن الدراسة بالسنة التاسعة أساسي، بسبب إعادة السنة وصعوبة التركيز، مع إصابتها بإغماءات متكرّرة داخل القسم، على الرغم من أنّها ذكرت بأنّ نتائجها الدراسية كانت جيّدة قبل ظهور أعراض المرض، (ع ت) تهتمّ بمظهرها ولباسها، لديها بعض الشكوك والوساوس حول جمالها، تقول الحالة عن طفولتها أنّها مرّت بطفولة صعبة، بسبب نمط

التربية القاسي الذي يتنوع من الفقر وضعف الدخل الأسري وما ينعكس عنه من شعور سلبي، إلى نمط التربية الذي يتميز بنوع من القيود التي تفرضها الأسرة على الأبناء، كمنع البنات من الخروج وعدم السماح لهم بزيارة الأقارب، تقول أنّها لم تشعر بالحرية، تذكر (ع ت) بعد توقفها عن الدراسة بقيت بالمنزل، وتشتغل بالخياطة والطرز إلى أن بدأت أعراض المرض، التي ظهرت من خلال الوسوس والشكّ ثمّ تطوّرت بعد ذلك.

4.2. ملخص المقابلة مع الطبيب النفسي ودراسة الملف:

- ظهر المرض لأول مرة بسنّ 17 سنة، لكن لم يتمّ العلاج والتشخيص مبكراً.
- من بين الأعراض التي ظهرت على الحالة:
- البكاء، وهذيان الاضطهاد، وهلاوس حسية سمعية، والقلق، واضطراب في السلوك، وعدم الوعي بالاضطراب.

. العلاج الدوائي:

- Risperdal 02 mg

5.2. عرض محتوى المقابلات:

. جدول رقم (07):

. يوضح دليل المقابلات العيادية للحالة الثانية.

رقم المقابلة	محتواها
المقابلة الأولى	إجراء الفحص النفسي للحالة وتسجيل المعلومات الأولية
المقابلة الثانية	تسجيل الخطابات الهذائية
المقابلة الثالثة	تسجيل الخطابات الهذائية
المقابلة الرابعة	تسجيل الخطابات الهذائية

المقابلة الخامسة	تسجيل الخطابات الهذائية
المقابلة السادسة	تسجيل الخطابات الهذائية
المقابلة السابعة	تطبيق اختبار الرورشاخ
المقابلة الثامنة	مقابلة مع أخ الحالة

. جدول رقم (08):

. يوضح محتوى المقابلات للحالة الثانية.

رقم المقابلة	الأسئلة	الإجابات
المقابلة الأولى	- السلام عليكم، واش راكي لاباس. - (ع) احكي لي شوي على روحك وكفاش كبرتني.	- بخير الحمد لله - شتا نحكيك أنا من سنة 2009 كانت الأم مريضة بسرطان الثدي، وأنا بعد ما حبست القرابة قعدت في الدار، لا خرجة لا زيارة نسحق حاجة يجيبوهالي، وبابا كان خدام في الصحراء، كنا وحدنا وأنا جاني خطاب بديت نعلم بيه وحببتو، جابولي خالي ومن بعد ماجاش طول عليّ، وليت نوسوس. - كما رقدت في الليل مرضت جاتني العادة الشهرية والأوجاع، وفي الليل ما نعرف جني ولا إنسي بدا يضرمني، برمح السيف بديت ننتلق وما نقاومش مدة 03 سنوات، وهو يضرب فيّ وبديت نشوفهم خيالات قدامي. - رقيت عند الراقي قالي جنون ضربوك.

<p>- بلاك حاجة تاع مومنين، ولا حاجة تاع جنّ كي ولأت العادة الشهرية.</p> <p>- نحسّ بلمس في أعضائي التتاسلية، ويضربوني بالسيف والشاقور في أعضائي.</p> <p>- رحّت لدار جدي اشتكيت لـ les gendarmes قالولي هاذوك (ساتيليت) satellite يستعملوا هاذو الصوالح.</p> <p>- أنا متبعيني على الماء.</p> <p>- فراشي صبتو مقطع قاع في الوسط بسبب الطعنات تاع الضرب.</p>		
<p>- الحمد لله</p> <p>- أنا كان بيا سحر فالحق، رقيت صبت السحر، عمي رقالي قالي السحر، باينة داروه عايلتنا. داروه على جال الخطّاب لي جاني والزواج باه ما نزوجش كي شافوه كلّ وحدة تقول أنا نديه.</p> <p>- يغيروا منّي دارولي السحور نضريت منّو، ولّي شعري ينسل قلعولي الراقي بالاستفراغ.</p> <p>- جابولي خطّاب كلّ وحدة تقول نديه، قالو عليّ ماشي شريفة باه يبطلوا.</p>	<p>- السلام عليكم، واش راكي لاباس.</p>	<p>المقابلة الثانية</p>
<p>- لاباس الحمد لله.</p> <p>- أبي عاطينا حرية، بصّح ماشي حرية كاملة كلّ وقت تخرجي مكاش، مثلاً ندي كلمة ونجيب كلمة مكاش،</p>	<p>- صباح الخير (ع)، راكي مليحة اليوم.</p>	<p>المقابلة الثالثة</p>

<p>ولا تهديري في وحدة مكاش، أبي ما يخليناش نديرو واش نبغو كاين انضباط، بصح عايشين مليح. - أنا نمرض كي نزعف ونتقلق نمرض. - وأنا قاع بي الزواج ما نكذبش عليك، تزوجت أختي الكبيرة وتزوجت أختي لي أصغر مني، وأنا لي يجي يبطلّ لي يجي مكاش، كلّ مرّة يقولو إشاعة زعفت، ما عندي حتى إشكال مخالف الزواج، وزيد يقولوا عليّ إشاعات يقولوا نحوسها طويلة وذيك وذيك. - ما عنديش الزهر، شحال من خطّاب يجي ويروح، نزعف ونقول لياه ما كتبش ربي ماشي حاجة ساهلة، قاع لي عندنا تزوجوا قعدت غير أنا ووحدة صغيرة، ووحدة مريضة بالسكر. - بديت نطّلع ونهبّط قلت خالي ما دانيش وما هدرش عليّ، زعفت وصرا لي صرا ومرضت. - الزين من عند ربي بصّح شويا، الزواج مكتوب، كي ما تديش مكتوبك لي يكون قلبك حاليلك فيه صرالي قاع هكاك.</p>	<p>- (ع) احكي لي على العائلة تاعك وعلاقتك معاهم. - بدأت (ع ت) بالبكاء وكانت تشعر بحزن بسبب هذا الأمر.</p>	
<p>- إيه بسباب الخطّاب لي جاني وليت هكا. - كنت نوض في الليل نحسّ واحد يذبني. - نحسّ واحد يضرب فيّ وكي ندخل les toilettes نحس الضربات فيّ، ييداو فيّ الضربات حتى فراشي في الوسط تقطع، هاذوك الصوالح يضربوني،</p>	<p>- (ع ت) راكي متفكرة بعد ما مرضتي واش كنتي تشوفي والخيالات لي</p>	<p>المقابلة الرابعة</p>

<p>هلكوني في راسي وضروسي قاع راحولي، الفراش تقطع قاع.</p> <p>- في النهار يضربوني يضربوني هاذوك الصوالح، ضرباتهم راهم في، بلاصة كي لـ perssez وسلوكا رقاق.</p> <p>- وليت نسني فيه كل يوم يجي، غدوة يجي ومن بعد قطعت لياس .</p> <p>- لي كانوا يضربوني خيالات كحولا وبيوضا، خضر، وكي نرقد نشوفهم.</p> <p>- قالي عمي جن رقالي والحمد لله، فراشي تقطع قاع.</p> <p>- كي نرقد ييداو ذوك الضربات وذوك الصوالح يصرولي، peressez نسمعها كما هي تعيط.</p> <p>- نحس النار شاعلة في راسي وفي جسمي، أنا نقول بلاك جن عييت منها.</p> <p>- ندير الخمار ما نقلعوش نخاف الضربات وقلعولي خويا.</p> <p>- قاعدة نتفرج نشتي فيلم ولا مسلسل نتفرج فيه، حتى تبدا الضربات على الرأس على لكتاف.</p> <p>- جاني في راسي هاذو جوارينا لي دارولي هكا، في صفة جوارينا، دادون، رشيد وخوه، محمد نقاز، جاتي في صفتهم.</p> <p>- كنت باغية نقرا، كنت شاتية نقرا وما قرئتش، كي نتفكرها غاضتتي قرأيتي كي ما قرئتش.</p>	<p>كنتي تشوفهم احكلي عليهم.</p>	
--	---------------------------------	--

<p>- الحمد لله، الواحد غير قلة الشيء تقلقو، وما علاه يتقلق بصح الحمد لله.</p> <p>- أنا غي ذلك المشكل تاع المكتوب لي جاني وما صدقش أثر عليّ، وما ملي رقيت قالي الراقي راكي مليحة، رقيت ريحت قالي كان فيك جن وراح.</p> <p>- زعما صح هاذي قضية جن ولا إنس، على خاطر أنا كنت نحس بالضرب تاعهم، بصح راني مليحة.</p> <p>- أنا المشكل تاع الدواء هو مقلقني بغيت نحبسو، أنا راني مليحة نقدر نقعد بلا بيه، بصح كي تصرا مناوشات صغيرة برك نبدا نرجف ونتقلق.</p> <p>- بصح فراشي صابوه قاع محفور في الوسط، كي كانوا يضربوني دارولو هكاك، بصح دوك خلاص راحولي.</p>	<p>- واش راكي لابس.</p>	<p>المقابلة الخامسة</p>
<p>- احنا كئنا عايشين لابس علينا عادي كما أي أسرة متفاهمين، و(ع) كانت تقرا مليح كانت ناجحة في القرية عادي، بصح ما كناش ندخلو عند الجوارين و la familles كل واحد في حدو غير بالمناسبة بابا ما يبغيش أدخل أخرج.</p> <p>- وشويا بدات (ع) تتعزل ولات تقعد وحدها كي احنا نكونو مع بعض مجمعين ونضحكوا ما تدخلش معانا، بصح ما ديناهاش فيها قلنا غير هاك وخلاص.</p>	<p>- ممكن تحكي لي على (ع) كفاش كانت طفولتها وعلى كفاش مرضت.</p>	<p>المقابلة السادسة مع الأخ</p>

<p>- من بعد كانت في سن المراهقة صرات وحد الموت عندنا تلمت كامل العائلة، واحنا عائلة كبيرة هي مرضت طاحت تغاشات، طلعتها لسبيطار، ومن بعد قعدت عادي حتى ولات تتخيل خيالات يخرجولها من الحيط، والجوارين راهم يشوفوا فيها وراهم يضربوا فيها.</p> <p>- بدينا نرقولها غير مع الرقية، ومن بعد جنبناها للطبيب وراهي مليحة من ذاك الوقت الحمد لله.</p>	
--	--

6.2. استخراج مواضيع والية انتاج الهذيان الواردة في خطابات الحالة:

- في الليل ما نعرف جنّي ولا إنسي بدا يضربني، برمح السيف بديت نتقلّ وما نقاومش مدّة 03 سنوات، وهو يضرب فيّ وبديت نشوفهم خيالات قدامي.
- رقيت عند الراقي قالي جنون ضربوك.
- مصدر الهذيان: مصدر ثقافي،/ ميكانيزم الإنتاج الهلوسة، الوهم، المواضيع/ التأثير، التوهم.
- رقيت عند الراقي قالي جنون ضربوك.
- بلاك حاجة تاع مومنين، ولا حاجة تاع جن كي ولات العادة الشهرية.
- نحسّ بلمس في أعضائي التناسلية، ويضربوني بالسيف والشاقور في أعضائي.
- رحنت لدار جدّي اشكيت لـ les gendarmes قالولي هاذوك (ساتيليت) satellite يستعملوا هاذو الصوالح.
- أنا متبعيني على الماء.
- فراشي صبتو مقطع قاع في الوسط بسبب الطعنات تاع الضرب.
- مصدر الهذيان: هذيان ثقافي / آلية الإنتاج الهلوسة، الخيال، التفسير، المواضيع/ التأثير، التوهم.

- أنا كان بيّ سحر فالحق، رقيت صبت السحر، عمي رقالي قالى السحر، باينة داروه عايلتنا. داروه على جال الخطّاب لي جاني والزواج باه ما نزوجش كي شافوه كلّ وحدة تقول أنا نديه.
- يغيروا مّني دارولي السحور نضريت مّنو، ولا شعري ينسل قلعولي الراقى بالاستفراغ.
- مصدر الهذيان: هذيان ثقافي، /آلية الإنتاج الهلوسة، الخيال، التفسير، المواضيع/ التأثير، التوهم.
- كنت نوض في الليل نحسّ واحد يذبني.
- نحسّ واحد يضرب فيّ وكي ندخل les toilettes نحسّ الضربات فيّ، بيداو فيّ الضربات حتى فراشي في الوسط تقطّع، هاذوك الصوالح يضربوني، هلكوني في راسي وضروسي قاع راحولي، الفراش تقطع قاع.
- في النهار يضربوني يضربوني هاذوك الصوالح، ضرباتهم راهم فيّ، بلاصة كي لـ peressez وسلوكا رقاق.
- وليت نسنى فيه كل يوم يجي، غدوا يجي ومن بعد قطعت لياس .
- لي كانوا يضربوني خيالات كحولا وبيوضا، خضر، وكي نرقد نشوفهم.
- قالى عمي جن رقالي والحمد لله، فراشي تقطّع قاع.
- كي نرقد بيداو ذوك الضربات وذوك الصوالح يصراولي، peressez نسمعها كما هي تعيط.
- نحسّ النار شاعلة في راسي وفي جسمي، أنا نقول بلاك جن عييت منها.
- ندير الخمار ما نقلعوش نخاف الضربات وقلعولي خويا.
- قاعدة نتفرّج نشتي فيلم ولا مسلسل نتفرّج فيه حتى تبدا الضربات على الرأس على لكتاف.
- جاني في راسي هاذو جوارينا لي دارولي هكا، في صفة جوارينا، دادون، رشيد وخوه، محمد نقاز، جاتي في صفتهم.

- مصدر الهذيان: هذيان ثقافي / الية الإنتاج الهلوسة، الخيال، التفسير، المواضيع / التأثير، التوهم، الاضطهاد.
- رقيت ريحت قالي كان فيك جن وراح.
- زعما صح هادي قضية جن ولا إنس، على خاطر أنا كنت نحس بالضرب تاعهم.
- بصح فراشي صابوه قاع محفور في الوسط.
- مصدر الهذيان: هذيان ثقافي / آلية الإنتاج الهلوسة، الخيال، المواضيع / التأثير، التوهم.

7.2. تفسير أهم ما جاء في هذيان الحالة:

ظهر الإنتاج الهذياني للحالة (ع ت) في ارتباطه بالموضوع الواحد، كما تميّز بالفقر في الإنتاج، حيث اعتمدت الحالة في بناء الهذيان على المصدر الثقافي، أمّا الميكانيزمات فلجأت إلى الهلوسة، الخيال، الوهم والتفسير، والمواضيع اتخذت الاضطهاد والتوهم كموضوع أساسي للهذيان، تفسر السببية المرضية بالمصدر الثقافي التقليدي يرجع إلى ثقافة البيئة التي تنتمي إليها الحالة وفلسفة تفسيرها للأمراض والمعتقدات التي يتلقاها الأفراد، فالخلفية الثقافية مصدر الأفكار والكلمات للأفراد، حيث ظهر هذا حسب أقوال الحالة "كما رقدت في الليل جاتي العادة الشهرية، وفي الليل ما نعرف جني ولا إنسي بدا يضربني برمح السيف....رقيت عند الراقي قالي جنون ضربوك.....بلاك حاجة تاع مومنين ولا تاع جن"، طغى على الإنتاج الهذياني في هذا المقطع الهلوسة الحسية، المرافقة للخيال والتوهم أمّا الموضوع فأنحصر في الاضطهاد.

ويعبّر الهذيان التالي "جاني خطّاب بديت نحلم بيه وحببتو، جابولي خالي ومن بعد ما جاش طول عليّ، وليت نوسوس" عن دلالة معناها أنّ الرغبات التي سبقت مرحلة اندلاع المرض، هي رغبات ممنوعة تمّ كبتها ومنعها من الخروج إلى أرض الواقع، فرغبة الحالة في أن يتقدّم شخص إلى خطبتها فكرة راودتها في مرحلة سابقة، ونتيجة عدم تحقيقها أصيبت بالإحباط

واهتزَّ الكيان النفسي لها، وتمَّ قمع هذه الرغبات بفعل الكبت ورقابة الأنا، إلى أن تمَّ بفعل الهذيان تدفق اللاوعي وخروج الرغبات إلى الواقع لكن بصورة مشوَّهة لا تعبّر عن المعنى الحقيقي لها، فبدل أن تقول حلمي الزواج ورؤية شخص يتقدّم لخطبتي، جاءت بصيغة جاني خطّاب بديت نحلّم بيه وحببتو.....".

أمّا هذيان التوهم والخيال المدعوم بميكانيزم الهلوسة الظاهر في قولها "تحسّ بلمس في أعضائي التناسلية، ويضربوني بالسيف والشاقور في أعضائي"، يعبّر عن الرغبات الجنسية الدفينة والمكبوتة باللاشعور، تمَّ قمعها بمراحل سابقة قد تعود إلى المرحلة التي سبقت اندلاع المرض وبالتحديد سنّ المراهقة، أو رغبات تعود إلى مراحل بدائية تمَّ منع خروجها أو حتى التعبير عنها في الواقع، مما دفعها إلى اللاوعي وتشكيل حالة صراع وتراكم للإحباطات، لكن بفعل الهذيان ونتيجة التشويه عبرت الحالة عن هذه الرغبات الجنسية والأحاسيس الداخلية، عبّرت عنها بإدراك نابع من الخارج أنّها ضربات وطعنات صادرة من الخارج، ومن مصادر مجهولة تنسبها إلى عالم الجن وتدعم هذا بتفسير راجع إلى الخلفية الثقافية لها "الراقي قالي جنون ضربوك"، فنزوات الموت التدميرية تطغى على الجانب الهوامي للحالة، ويظهر في فشل الأنا للتصدّي لهذه النزوات الذي يظهر في قولها " نحسّ النار شاعلة في راسي وفي جسمي، أنا نقول بلاك جن عيّيت منها، ندير الخمار ما نقلعوش نخاف الضربات وقلعولي خويا".

أمّا السببية المرضية فتفسرها بخلفية ثقافية محضة، "أنا كان بيّ سحر فالحق، رقيت صبت السحر، عمي رقالي قالي السحر"، وتفسّر أيضاً تأخرها في الزواج وعدم إقبال الرجال على طلبها إلى السحر واتّخذت الاضطهاد كموضوع لتفسير هذا المعتقد، ثمّ تنتقل مباشرة إلى العظمة تلجأ إلى العظمة كدفاع ضدّ التهديد الداخلي والحماية ضدّ الانهيار، وكتعويض عن النقص والضعف والإحباط الذي تشعر به اتجاه هذا الموضوع، ظهر هذا في تعبيرها "يغيروا منّي دارولي السحور نضريت منو" العظمة هي تعويض للشعور بالنقص الذي تعيشه

جزءاً عدم الرضا عن صورتها وشكل جسمها، وحلّ وسطي بين التهديد الداخلي المتمثل في القلق والخوف والتوتر، والخارجي المتمثل في الموضوع الأصلي، وبالتالي فهي تعيش بين صراعين فتلجأ إلى العظمة والاضطهاد للدفاع ضدّ هذا التهديد.

وبالنسبة لوهم الشاب الذي تقدّم لخطبتها هو وهم ظهر بسبب أنّ الحالة فاتتها فرصة الزواج وأن تعيش حالة حب وسعادة، والرغبة الشديدة في الزواج التي سبقت مرحلة اندلاع المرض، وهي مرحلة مهمّة جدّاً لدى الحالة جعلتها تشعر بالإحباط، وتركت في ذاتها آثاراً نفسية بقيت راسخة لتعود وتظهر من جديد في شكل هذيان، كما تعبّر أيضاً "نوض في الليل نحس واحد يذبحني"، لا يمكن لأيّ شيء أن يحرم الشخص من النوم، ويذبحه سوى القلق والحزن الذي يعتري الإنسان ويحرمه من النوم.

8.2. تحليل بروتوكول الرورشاخ:

أهم ما يميز إنتاج المفحوصة وفرة الإجابات بمعدل (32 اجابة)، تناولت المدرك الهوامي بطريقة سريعة بمعدل (26 ثا) لكلّ اجابة، وهو ما يترجم بعدم القدرة على مراقبة الأفكار، كما تميز بالكف الشديد الذي يظهر في التعبير اللفظي الفقير، الوارد على شكل قولبي تكراري يشهد على صلابه وشلل التفكير، والمواظبة على موضوع واحد (دودة في اللوحة II , III)، (سحاب اللوحة IV, VIII, IX VII)، ما يجسد بالفقر الهوامي للمحتويات، وثقل الفراغ الذي يطغى على الإجابات، والتسرع في تناول المنبه للتخلص منه عن طريق تقصير الإجابات، وهذا ما يترجم بضعف الإبداع، وقد تميزت المحتويات بالندرة في إسقاط الهوامات من خلال طغيان المحتوى الحيواني الذي يثبت التمسك بالواقع وفق رغبات الهو.

انقسمت إجابات المفحوصة إلى ثلاثة أصناف متمثلة في المحتوى الحيواني $A=6$ ، المكثّف في الحركة الحيوانية (خفاش طاير، فراشة، دودة رايحة تفتح)، وهو ما يوحي بالتمسك الشديد بالواقع الخارجي، وكذلك النكوص إلى مراحل بدائية وخاصّة المرحلة الفمية، وإجابات تتعلق بتشيء المواضيع الخارجية $Obj=7$ ، (صاروخ، إبرة، محرار)، وإجابات الشطر

6 = Frag، وهذا يرمز إلى الخلط بين العالم الخارجي الموضوعي وعالم الحيوان والنبات، إلى جانب ظهور فقر وفراغ في التفكير الظاهر في الفقر الهوامي للمحتويات ذات الطابع الحضوري المتكرر، وهو ما يطلعنا بعدم القدرة على تقاسم الإدراك مع المحيط من خلال سياقات التماهي وهذا بدوره يطرح إشكالية الذهان $F+ \% = 70$.
. سياقات التفكير.

أمّا السياقات العقلية فتتوزع أنماط الإدراك بين الإجابات الكليّة المرتفعة، التي يريد بها التحكم في الواقع الخارجي مع عدم ترابطها وتماسك نوعيتها $G \% = 28$ ، والإجابات الجزئية أيضاً التي ترتفع بمعدل $D \% = 75$ ، هذا الارتفاع في التجزئة المفرطة للإدراك يميّز الذهان وهو ما يوحي بالخوف من قلق التجزء، خاصّة في اللوحات الثلاثة الأخيرة، وهي وسيلة دفاعية بطريقة مشوّهة كبديل للواقع الحقيقي، هذا إلى جانب ارتفاع المدركات الخاطئة $6F-$ بفعل بروز الرغبة والفضول الإدراكي الذي تريد به التحكم في الواقع الموضوعي، وبروز الهشاشة بين الحدود في ظل عدم مراقبة الأفكار والسيطرة عليها، بالإضافة إلى وجود الاعتراف بالانتماء إلى العالم البشري $H=1$ ، الذي يظهر أنّ الحالة لها معاش اضطهادي، وكذلك بروز المحتوى النباتي $Bot=3$ وهو ما يستدعي أنّ الحالة لديها نكوصات إلى المرحلة الفمية، وظهور محتوى التجريد ما يجعله يعيش حياة العقد.

فكثرة المدركات الشكلية الخاطئة $6 = F-$ تفسح المجال للفيض النزوي، الذي يضعف الأنا وتمنعه من إنجاز وظيفة التسوية بين الرغبة والدفاع، فهذا الفشل الإدراكي يدل على ضعف قدرات الاحتواء، وهشاشة الحدود بين العالم الداخلي والخارجي، بالإضافة إلى عدم التمييز بين الأنا واللاأنا.

المسح الأوّلي للإنتاج الإسقاطي يطلعنا على الفقر الهوامي للمحتويات، خاصّة تعلّقه بالأشياء الجامدة وإجابات الشطر، وبروز النزوات العدوانية، (إبرة، نار، صاروخ، محرار)، المجسّدة في المحتويات الشكلية الموجبة $F+ \% = 70$ ، وهو متوسط ممّا يدلّ على استثماره

للواقع، وفي المقابل ظهور الاجابات الشكلية بمعدل مرتفع $F\%=75$ ، يريد بها التمسك بالعالم الخارجي الموضوعي كوسيلة دفاعية لتوازنه.

انطلقت الحالة في اللوحة I بمحاولة الاندماج التكميلي في الواقع الموضوعي المؤلف، المرتبط بحركة حيوانية (D/GKan+ Ban)، إلا أن هذا الاندماج غير ثابت ويسوده خلط بين المدركات وهي دفاعات تميّز التفكير الذهاني، ثم ينتقل إلى الشك والتدقيق في التفاصيل، والتعليقات على البقعة لتشويه هذا الواقع، وبروز القولية الفكرية، والمواظبة على نفس الموضوع.

ويُتَّجه في اللوحة II بحديد كلي لمحتوى حيواني بإدراك خاطئ ومضلل بتدوير اللوحة، ممّا يوحي أنّ الحالة تعيش صدمة نتيجة موضوع لا تعرفه، ويسود الاجابات الشك من خلال التحفظات الكلامية (زعمًا شاهي) وبفعل قوّة الإخفاء التي تفرضها اللوحة، تمرُّ إلى التجزئة بمحتوى جامد DF+Géo، وهو تجميد لأيّ علاقة مع المواضيع الخارجية لتبقى هامة دون وظيفة، ثمّ تواصل بنفس اللوحة بتحديد جزئي لمحتوى الشطر وكأنّه يقوم بتجزئة الصورة الإنسانية، والعجز عن جمع صورة الجسم المفككة، أمام قوة الإخفاء التي تفرضها اللوحة، وهي طريقة خاصّة لتجنّب الواقع المؤلف، بنفس اللوحة تبقى المواظبة والتكرار على نفس الموضوع نتيجة فقر التصورات الهوامية، ثم تتلاشى قدرات تكيفه من جديد بإدراك خاطئ -GEF- وتثبيط التصوّرات العلائقية، مع المواضيع الإنسانية التي لم تبلغ مستوى الإدراك الصوري المكتمل لتكون موضوع التقمص، كما تضيف في التحقيق إجابات جزئية بمدركات فاشلة ومكرّرة تدل على صلابة التفكير، ووجود صراعات داخلية لدى الحالة.

وتوحي لنا H الاستجابة التي ظهرت من خلال (ثقب تاع أوزون)، إلى ضعف الأنا في احتواء الصراعات وحلّها ودلالة على الهشاشة الداخلية، أمّا حضور اللون الأحمر فهو يترجم ببروز الاستثمارات النزوية العدوانية والليبيدية، واللون الأسود هو الآخر يطرح الاتجاه إلى

النزعة الاكتئابية المرتبطة بالسواد، كما يوحي لنا الضوء والشمس بهشاشة الموضوع الأول وضعفه.

تواصل في اللوحة III التمسك بالواقع المألوف بتحديد كلي لمحتوى إنساني، (GF+HBan) وتوظيف التناظر بتجميد النزوات ثم بروز التصوّرات العلائقية ذات الاستثمارات العدوانية (دم، جرح).

وتواصل الإدراك الجزئي بمحتوى حيواني لتجنّب التصوّرات العلائقية، والعودة إلى تشيؤ المواضيع والتعلّق بالمألوف، ثم تنتقل إلى تحديد جزئي لمحتوى تشريحي وهو عجز إدراكي جزئي، تفتح المجال للعجز عن جمع شتات الجسم في صورة حية، وزوال الحركة الإنسانية لتزداد معها المدركات الشكلية الإيجابية $F+%=70%$ ، لسد ذلك الفراغ للنقص الحركي، ثم تظهر النزعة الاكتئابية بتسمية اللون الأسود والرمادي والأحمر الذي يرمز للنزوات العدوانية، ما جعل الرقابة لا تقوم بدورها ممّا أدّى إلى ظهور النزوات العدوانية والليبيدية، نتيجة الفشل الإدراكي وضعف احتواء وهشاشة الحدود، يجعل النزعات العدوانية اتجاه قوّة الجنسية التي تفرضها اللوحة، أمّا عدد الاجابات الشائعة 4 فهي تشير إلى عدم تكيف تفكير الحالة مع الواقع المعاش.

نفس الجماد الدفاعي في البطاقة IV بالتحديد الكلي والتكيف مع الواقع GF+ بمحتوى نباتي الذي يسمح بالنكوص إلى مواضيع أولية، يسودها الشكّ (جابلي ربي شكل ورقة نبات)، لتخبرنا عن العلاقات التقمصية للصورة الأمومية في قوّتها الدينامية، وتصوّر الجسد مجزأ وهشّ (سحاب)، إلى جانب عدم القدرة على تصوّر القوّة من خلال العودة إلى الموضوع القديم، وخطط المدركات وتميّزه بالشطّر والتجزؤ (DEKob Frag) مع التحديد الشامل لمحتوى خيالي (GF+(H)، للتعبير عن الحياة الخيالية الغنية بالهوامات الأمومية، والتعبير عن الصراعات العلائقية غير المحلولة، ثم تضيف في إجابات التحقيق بتحديد كلي ومدرك

خاطئ لمحتوى حيواني GF-A وهو ما يطرح الصراع غير المحلول في العلاقة مع الصورة الأمومية.

يستمر التجميد الدفاعي في اللوحة V مع المواظبة على موضوع واحد، (خفاش) GF+ Ban ليعود بعد ذلك ويشوّه تصوّر الذات ويقوم بتجزئتها والتعبير عن الهشاشة النرجسية، من خلال التأكيد على اللون الأسود والرمادي لتأكيد العظمة واستعراض القدرات، كما يكشف هذا التشبث بالمظهر الخارجي والحسي عن البحث المتواصل لإقامة الحدود غير الواضحة والمظلمة للمواضيع. الاحساسات الاكتئابية الظاهرة في اللون الأسود، الذي يتضمن تصورات الموت فالمواضيع غير مميزة ومبهمة ومتداخلة.

نفس التجميد في البطاقة VI بتحديد جزئي 3DF+ وتشويؤ المحتوى، وهو ما يطرح مشكلة تصوّر الرمزية الجنسية، ويليها العجز التصوري الإدراكي الجزئي لمحتويات تشريحية، ممّا يترجم بنقص القدرة الاحتوائية بأجزاء الجسم، ليعود بعدها للتكثيف مع الواقع من خلال عناصر طبيعية، فلا يملك إلا اللجوء إلى العناصر الجامدة لضبط تصوّرات التفكك.

تحاول في اللوحة الموالية VII العودة إلى النزعة المقولبة، والمواظبة على المواضيع السابقة، (سحاب، فراشة) من أجل التحكم في هومات التفكك البارزة في اللوحة السابقة، والتعبير عن العلاقة الأمومية الغامضة والعلاقة الهشة التي يسودها الشكّ GE Frag، ثمّ تناول بطريقة كلية لمحتوى لوني حيواني، من خلال البحث عن الاستثمار في الموضوع الذي تفرضه اللوحة، وتحرّر للنزوة الجنسية بدون دفاع.

يتواصل نمط الإدراك بتدخل اللوحات الملونة في اللوحة VIII من خلال المواظبة على المواضيع السابقة، وتجميد العاطفة باللون الأسود الذي يترجم ب بروز النزعات الاكتئابية، ويبرز التشويؤ في البطاقة الملونة، عن طريق إدراك مبهم للاتصال مع العالم الخارجي، بمحتوى شطر كأنّه يرى المحيط شطراً، ليحاول من جديد التكثيف مع الواقع بمدرك مبهم من خلال كتلة (جبال)، من أجل الحفاظ على الحدود الصلبة التي تخفي الهشاشة والفراغ،

واتصاله بالمحيط جامد وغامض اتجاه من حوله، ثم يفشل مرة أخرى من خلال المواظبة على نفس الموضوع (سحاب)، الذي يظهر هشاشة الحدود بين الداخل والخارج.

في اللوحة IX يبقى التفكير منحصراً بالمواظبة على نفس الموضوع السابق، بحركة شطر للعلاقة الأمومية وهو تحرك للنزوات (سحاب طالع)، وبإدراك فاشل لعنصر طبيعي (شبه نار) وهو دليل على التراكمات العدوانية، أي عدوانية اتجاه الأمومة المبكرة ويرجع بتحديد جزئي، بمحتوى طبيعي صلب (عمود بناء) دليل على تصلب التفكير والقلق، ورفض للعلاقات وإنكار للإجابات الإنسانية والحيوانية، من خلال عدم الاعتراف بالمحيط والواقع والنكوص إلى المراحل الأولية الحسية، من خلال التحديد الجزئي بمحتوى تجريدي وينحصر تفكيره أمام الألوان الطاغية، والمتداخلة فيكتفي بتسميتها.

تناولت الحالة في اللوحة X الاستجابات اللونية بتحديد جزئي DCF2 بمحتوى حيواني ونباتي، وهو عبارة عن نرجسية عاطفية متمركزة حول الذات من خلال اللون، أمّا طغيان التحديد الجزئي الفاشل -3DF بسيطرة العناصر الطبيعية والأشياء، يريد بها الفردانية والانفصال خوفاً من الواقع الموضوعي، ثمّ يفشل بمدركات سلبية جزئية ذات محتوى نباتي لسروره بانتهاء الاختبار، ليستجيب بعدها بطريقة مبتذلة بتسمية الألوان ثمّ يختم بتحديد جزئي ومدرك سلبي لمحتوى شيء بحثاً عن العدوانية والانفصال.

هذا النمط من الإدراك الذي يطغى عليه التناول التكراري بطريقة مقولبة وجزئية يحاول به لم شتات الجسم المجزء خوفاً من قلق التجزأة، أما المحدد الشكلي $F\% = 75\%$ ، الذي يريد به تحسين الواقع، وبالنسبة للمحدد الشكلي الخاطئ $F-8$ من بين 32 استجابة لتقليل فعالية الرقابة الهجاسية، وتزداد $F+\% = 70\%$ لعدم اللجوء إلى العقلنة الموضوعية والطابع الاجتماعي، وعدم القدرة على الاندماج العاطفي وغياب نمط التفكير الشخصي بسيطرة الخيال على التفكير، وتزداد المحددات الشكلية $F\% = 75\%$ لسدّ النقص الحركي هذا ما جعل الحالة تستعمل الانشطارات وتدرج ضمن السجل الذهاني.

. معالجة الصراعات

في سجّل الصراعات حاولت المفحوصة بفائض الإجابات القصيرة المتميز بالكف والتعبير المتكرر والنمطي، التعبير عن الصدى الهوامي، وذلك بالمواظبة على موضوع واحد لمحتوى (نبات، شئ، حيوان)، وظهر نمط الرجوع المتّجه إلى الانبساطي التام من خلال ضعف الاستثارة اللونية وفي المقابل غياب الحركة، والصيغة الثانية التي تميل إلى الانغلاق ما يترجم بتضييق العلاقات العاطفية مع الموضوع الأولي، وصعوبة الاستثمار الفكري العلائقي نظراً لتبعيتها القويّة للمحيط الخارجي ($K/1C, 0K/3E0$)، كما ظهرت الاجابات اللونية $RC\% = 34\%$ دليلاً على انبساط الحالة مع البيئة الخارجية، ووسيلة للدفاع والتسوية بين الرغبة والدفاع، ففي البروتوكول هناك وجود لحركة إنسانية شبه بشرية، التي تبرز إشكالية التقمص، وحركة حيوانية التي توحى بالعجز عن تصوّر الرغبات اتجاه الآخر، ممّا يبيّر إشكالية التقمص بغياب شبه تام للحركات كدفاع اتجاه النزوات، نتيجة غياب التقمصات الناتجة عن اللاتمايز الموضوعي، الذي تمّ تعويضه بالمحتوى الحيواني والنباتي، وهو دليل على الاستثمار في الواقع الخارجي للحماية من خطر الحياة الداخلية، وظهور النزوات العدوانية (دم، جرح، نار)، والمواظبة بموضوع واحد الذي يجعل صلابة تفكيره تصبّ في قالب الذهاني.

وجود C2 في اللوحة X دلالة على ميولاتها الطفولية، كما يشير وجود صدمة اللون الأحمر في اللوحة II والإشارة إليها في اللوحة III، التي تشير إلى عدوانية تفصح عن نفسها، أمّا صدمة اللون الأسود تؤكّد وجود الحصر والكبت المرتبطة بميولات اكتئابية لدى الحالة، والافراط في استثمار الواقع بغلبة المحتوى الحيواني وتشبيء المواضيع الخارجية، للحماية من خطر الحياة الداخلية وإخفاء هشاشة الحدود بين الداخل والخارج.

. خلاصة

بمراعاة مميزات التوظيف الذهاني التي سجلناها في بروتوكول المفحوصة والمتمثلة في :

. صلابة وشلل التفكير .

. غلبة المحتوى الحيواني الذي يجسد في التمسك بالواقع الخارجي .

. الخلط بين المواضيع وعدم تسلسلها وترابطها .

. نقص القدرة الاحتوائية لأجزاء الجسم .

. إجابات التفكك، وتفكك صورة الجسم .

. ارتفاع المدركات الجزئية 75 % = D.

– ارتفاع المدركات الخاطئة -6F، التي تفسح المجال للفيض الهوامي والنزوي الذي يضعف الأنا .

. غياب المحتوى البشري والحركات الإنسانية .

. غياب التمييز بين الأنا اللاأنا .

. العجز عن تصور الذات وتصور الآخر .

. تثبيط التصورات العلائقية .

يتضح أن هذا التوظيف من النمط الفصامي الوجداني، من خلال انبساطه مع الخارج الخاضع له مع وجود نزعات اكتئابية، وعدوانية مكبوتة .

3. عرض الحالة الثالثة وتفسير نتائجها:

1.3. تقديم الحالة:

- . الاسم: (س ل) .
- . السن: 42 سنة.
- . المستوى الدراسي: الطور الثانوي.
- . المهنة: مآكثة بالبيت.
- . الحالة المدنية: عزباء.
- . الإقامة: تيسمسيلت.
- . المرض: الفصام.

2.3. فحص الهيئة العقلية:

1.2.3. الاستعداد والسلوك العام :

(س ل) تتمتع ببنية جسمية ضخمة، ولها عينان سودوان وشعر أسود، ذو بشرة بيضاء ترتدي الحجاب، لا تهتم بمظهرها الخارجي الظاهر في عدم تنظيم الملابس وعدم تنسيقها، وقد ذكرت أنها لا تستطيع اللباس بمفردها، وتتعب كثيراً بسبب السمنة الزائدة، أمّا الاتصال الأول مع (س ل) تميّز بالسهولة والتلقائية في الحديث، منذ البداية واستجابت لطلب إجراء المقابلات دون تردد كما اشترطت الاستئذان من والدها، بدأت الحالة بسرد معاناتها مع المرض وعن معاملة الأهل لها، بصوت منخفض وهي تترقّب الباب خوفاً من أن يسمعها الوالد.

كما ظهرت ملامح الحزن والتحسر على وفاة الوالدة، وتذكر بحزن أنه لو كانت الأم على قيد الحياة لما تعرّضت إلى ما تعيشه مع أسرتها اليوم، وأحياناً أخرى كانت تلوم

الوالدين عن تخليهما عنها وتركها عند الجدّة، وتعزو سبب مرضها إلى هذا الحرمان الذي عاشته، فخلال كلّ المقابلات كانت تتذكر هذه الحادثة وهذا الألم، على الرغم من مرور السنين عليه إلا أنّ تأثيره لا يزال يرافقها ويشعرها بالحزن والضيق.

2.2.3. النشاط العقلي:

(س ل) كلامها واضح إلا أنّ صوتها جدّ منخفض، وتفسّره بالخوف من سماع الأب للحوار، مع التكرار لبعض الكلمات، وعدم التسلسل في الحديث الذي يظهر من خلال الانتقال من موضوع لآخر، دون الانتهاء من الموضوع السابق ويظهر كذلك في عدم انسجام الأفكار وعدم ارتباطها مع بعضها، وصعوبة في العودة إلى الموضوع نفسه، أو حتى إنهاء الموضوع الذي هي بصدد الحديث فيه، إضافة إلى أنّ معظم خطاباتها تتمحور حول الأفكار الهذيان، محتواها وميكانيزماتها تتعلّق بالتوهم والخيال، والهلوسة والاضطهاد، ليس لديها القدرة على إنتاج أفكار واقعية خالية من المحتوى الهذيان، فمعظم المقابلات كانت تصبّ في مواضيع الهذيان وباليات مختلفة وغير منظمة، إضافة إلى وجود فقر في محتوى التفكير للتعبير عن ما هو واقعي وعن نفسها وعن حالتها الصحية .

3.2.3. المزاج والعاطفة:

تظهر (س ل) بمزاج حزين وتعبر بأحاديثها عن مشاعر اليأس والتحسّر، كما تظهر بعض ملامح الاكتئاب عليها، التي تظهر باللامبالاة وعدم الاكتراث ومشاعر الذنب، كما أظهرت انزعاجها بشأن حالتها الصحيّة، وعن منظرها وشكلها وحجمها الذي تراه عائقاً في حياتها حسب تفكيرها، إلى جانب الشعور بالخجل والقلق بشأن الانتقادات والسخرية التي توجه إليها.

4.2.3. محتوى التفكير:

(س ل) أفكارها غير مترابطة وغير متناسقة، تجد صعوبة في بدء الموضوع وعند بداية الحديث عن موضوع تنتقل إلى موضوع آخر، دون الانتهاء من نفس الموضوع، وعند تذكرها يصعب عليها تكملة الحديث، كما لا حظنا عليها فقراً في محتوى خطاباتنا التي تضمّنت مواضيع الهديان فقط.

5.2.3. القدرة العقلية:

(س ل) لا تستطيع تحديد التوجّه الزمني والمكاني بشكل جيّد، أمّا الذاكرة فهناك صعوبة في استرجاع الأحداث القديمة خاصّة المتعلّقة بمرضها وطفولتها، وتجد أيضاً صعوبة في ترتيب الأحداث وتسلسلها، فهي تعاني من ربط الأحداث سواء في الماضي أو الحاضر، كما تقدّم نقص في إدراك بعض المواضيع والأحداث، إلى جانب غياب التركيز والإدراك لما يدور حولها.

6.2.3. الحكم والاستبصار:

(س ل) ليس لديها إدراك ووعي بأسباب مرضها، كما تظهر عدم الوعي بالأفكار الهديانة ومقتنعة بصحّتها ومتمسّكة بها، ولديها إيمان قويّ بصحّتها، وليس لديها قدرة على اتّخاذ القرارات في حياتها أو إبداء رأيها بمواضيع تخصّها، فالأب هو المسؤول الوحيد عن كلّ ما يخصّها ويعنيها.

2.3. التاريخ النفسي والاجتماعي للحالة:

الاتصال الأوّل الذي جمعنا بالحالة كان بمكتب الطبيب، وذلك عند حضورها رفقة الأب لموعد مع الطبيب السيكاتري، وهي تراجع الطبيب منذ سنة 2010، زاولت (س ل) الدراسة بعيدة عن منزل الأهل وقد توقفت بالمستوى الثانوي، بسبب إعادة السنة وتراجع مستواها مع صعوبة التركيز داخل القسم، إضافة إلى أنّها كانت تعاني من آلام بالرأس،

وإغماءات متكررة بالمدرسة، ذكرت (س ل) أنها كانت تدرس بمنطقة منعزلة بمدرسة داخلية، بعيداً عن منزل الأسرة رفقة الجدّة، وجاءت الإصابة بالمرض مباشرة بعد وقوع حادث بالمدرسة، وهي المرحلة التي تواكب سنّ المراهقة، وعلى إثر هذا بدأت أعراض المرض بالظهور بشكل حادّ مباشرة بعد الحادث، كما ذكرت (س ل) أنها تعرضت إلى الاضطهاد والتئمّر من طرف الزملاء بالمدرسة، خاصّة مع ظهور الأعراض التي تمثّلت في العزلة وضعف التحصيل.

عاشت الحالة (س ل) بمنزل الجدّة في جوّ أسريّ خالٍ من الحبّ والعطف والاهتمام، جوّ تسوده الصراعات والخلافات، أمّا علاقتها بالوالدين ذكرت أنها لم تحظ بالاهتمام والحنان من طرفهما، هذا إلى جانب حالة الفقر وضعف الدخل الذي كانت تعيشه الحالة، وترجع سبب غيابها عن العائلة إلى الفقر والاحتياج الذي مرّت به الأسرة، أمّا المعاملة التي تتلقّاها من الأسرة فلم تكن بالمعاملة الحسنة.

حالياً تعيش (س ل) مع الأب والإخوة، أمّا الأمّ فقد توفيت منذ زمن طويل، كما أبدت الحالة استياءها من معاملة أختها لها وعدم اهتمام الأب بها، أيضاً وقد ذكرت (س ل) أنها كانت تتعرّض للتهميش والتمييز بينها وبين أختها من طرف الوالد، وهي محرومة من القيام بمهام داخل البيت، كما أنها تقضي معظم وقتها بمفردها، بسبب رفض الأخوات الجلوس معها ومشاركتها بمواضيع يتحدّثن عنها.

4.3. ملخص المقابلة مع الطبيب النفسي ودراسة الملف:

ظهر المرض بسنّ مبكرة، وتمّ نقلها إلى مستشفى الأمراض العقلية عدّة مرّات بسبب الانتكاسات التي كانت تتعرّض لها، ومن بين الأعراض التي كانت تظهر على الحالة هي الأعراض السلبية بشكل كبير، أمّا الأعراض الإيجابية تمثّلت في الهلوسة وهذيان الاضطهاد.

. العلاج الدوائي:

- Abilify 10 mg

5.3. عرض محتوى المقابلات:

. جدول رقم (09):

. يوضح دليل المقابلات العيادية للحالة الثالثة.

رقم المقابلة	محتواها
المقابلة الأولى	إجراء فحص نفسي للحالة وتسجيل المعلومات الأولية
المقابلة الثانية	تسجيل الخطابات الهذائية
المقابلة الثالثة	تسجيل الخطابات الهذائية
المقابلة الرابعة	تسجيل الخطابات الهذائية
المقابلة الخامسة	تسجيل الخطابات الهذائية
المقابلة السادسة	تسجيل الخطابات الهذائية
المقابلة السابعة	تسجيل الخطابات الهذائية
المقابلة الثامنة	تسجيل الخطابات الهذائية
المقابلة التاسعة	تطبيق اختبار الرورشاخ
المقابلة العاشرة	مقابلة مع الأب

. جدول رقم (10):

. يوضح محتوى المقابلات للحالة الثالثة.

رقم المقابلة	الأسئلة	الإجابات
المقابلة الأولى	- السلام عليكم، واش راكي (ل)، احكي لي كفاش عشتي حتى الوقت لي مرضتي.	- الشيرات كانوا ما يعاملونيش مليح، أنا ما نعرفش نقرا وهو ما المعاملة تا عهم كانت قاسية. - في دار جدّي وجداتي كبار وخالي وخالتي بصّح ما كانوش يعاملوني مليح، شويا حنا ما عندناش رحمت نتربّي عند جدّي من الصغر، وهو ما مكاش لي متهلّي بيّ، ما يشروليش، ما يعطونيش، كنت نرجع لقلبي وما كنتش عارفة في الحق، لكان كنت عارفة ما نتكلش عليهم في الحق، نتكل على ربي وعلى روعي. - كنت شويا في القرية نعرف شويا ويوروني، كنت نشيطة ومن بعد بديت نثقل، كثرة مع المغرب، في القيلولة ما نرقدش نكره حياتي، ما نعرفش ننسج كي كبرت وليت نرفه على روعي، ومن بعد كي كبرت قاع مرضت ضربوني شيرات، تم ضربوني بالحجر وكلشي غير وحدهم، صالح ماتت الله يرحمها كانوا يضربوني مع بعض، يتفاهموا ويضربوني ومن بعدها، نظن الضرب هو ضرني.

<p>- حتى حسيت روجي ماشي مليحة، ما نركزش في القراية والقراية شوياء، أنا من قبل في الحق القراية ماشي.....، الحفيظ شوياء الحفيظ نهار شفتي الناس تقعد نهار، تحفظ أنا نقعد عام باه نحفظ.</p> <p>- ومن بعد كي مرضت ومن بعد بالرقية، ومن بعد الدوا ولا...، ورقاولي وسيت حسيت روجي مليحة، أستاذ ثما تاع علوم رقالي كان يقريني صبت روجي مليحة، راح كالسحر ولا صبت روجي خفيفة وليت غاية، تاع الصح حوايج ماشي عارفتهم من الداخل وليت نبادر فيهم، هوما في رواجهم حارو فيا.</p> <p>- أنا ما عنديش صحابات نسقسي من عندهم، في الابتدائية ذيك ثاني.....ولا العلم في راسي نصيبو هو يتفرغ قاع، ولا استقبلت ثاني نواسي ويروجلي خطرات، صورة إنسان ثاني تختفي من النظر تاعي لازم نشوفهم.</p>		
<p>مرة كنت قاعدة هكا في الليل، وكنت لابسة tailleur أحمر مانيش عارفة شتى كنت ندير، قاعدة هكا في المرقد مانيش عارفة قاع شتى هاذيك الحاجة، أنا ثاني على ذاك ما واسيتش.</p> <p>- النظافة ثاني ما كنتش صح، صح ما كنتش كانت قليلة ما كانتش نظافة كاملة تاع تدواش من ذاك الثقل، كنت سمينية ما نقدرش نحس بروجي طويلة، وأنا لا، غير الظل تاعي تجيني التهيئات، نقول راني</p>	<p>- صباح الخير - اليوم راكي مليحة، حسب رأيك واش هو سبب مرضك.</p>	<p>المقابلة الثانية</p>

<p>مليحة ورائي، بصح أنا لا، في الحقيقة كي نروح للمراية نتأثر بزاف، هوما كانوا بزاف مركزين عليا، يشتموني يواسوني، ماشي مخلييني قاع نقرا.</p> <p>- خطرات نتأثر كي يعاشوني ويواسوني ويضربوني، وما يهدروش معايا على كل رايحة وجاية، كل دقيقة يواسو أنا هكا ما نتحملش.</p> <p>- نقول علاه مانيش ختهم، علاه حشمو عليا لكان أختهم بلاك يقولك علاه يحشمو عليا، نقول كما هكا في نفسي وكى نقول في نفسي نتألم صح، نقول في الدار ماني لاقية روجي ومع الناس ماني لاقية روجي، لكان نصيب نقعد وحدي مانيش في حاجة ليهم، بصح كي يعاشوني ويدخلوا في رواحهم، نقول لكان راني زعما مانيش في حاجة ليهم قادرة نستغنى عليهم، بصح كي راهم يواسو نزيد كثر نستغنى ما يهمش خلاص، راهم يعاملوا فيا المعاملة القاسية.</p>		
<p>- ملي مرضت ذيك المرضة هكا رحط طول حتى وليت نسترجع، كي دخلت toilette وخرجت هبطت من الدرج، وليت لابسة tailleur أحمر وماشطة شعري كنت قاعدة ونشوف، شفت الظلمة مقابلتي toilette وأنا نشوف قلت بلاك من النظافة ذيك، وحاجة تاع مس ولا حاجة تاع جن ولا كي خرجت وحوست على الشيخة، والشيخ والشيرات كانوا صحباتي مع فريدة بنت عمي وساعد فتيحة، ما</p>	<p>- احكيلى على مرضك - كفاه مرضتي أول مرة</p>	<p>المقابلة الثالثة</p>

صبتهمش وانفعلت ما حسيتش روجي وليت نشوف كل حاجة حمراء ظلمة، كل حاجة ظلامت عليا زدت بزاف، خرجت من هاذي الحالة ومن بعد قلت بلاك من العادة الشهرية، هذا مكان هاذي الضربة أثرت عليا، قعدت غير نهس منها قعدت ماشي مليحة ومن بعد نصيب روجي ماشي مليحة.

- أنا بلاك راكي سمعتي ولا، أنا متابعة قاع حياتي عندي Dossier تاع بلي كي كنت نقرا في الابتدائي، رغم السن تاعي بصح راكي عارفة.

- ما رانيش عارفة كفاه حتى الحمل صرالي، تخيلي نتيا وحدة في سن 10 سنين والطبيب Déjà دارلي العملية، ثما برا في المدرسة تاينا يسموها جبار الزيتون، تعدى عليا المعلم تاينا وثاني التلميذ تعدى عليا، ما نيش عارفة كاش حاجة أخرى الله يعلم، ماشي مركزة أنا الله يعلم، من بعد ثاني تكرر هذاك لل....، المرة الأولى والمرة الثانية تكرر كي عاودت العام تكرر الحمل، كان ولد عمي ووحد آخر بدان تكرر، غي من ربي وخلص هاذيك الاعتداءات باينة، بصح الحمل الثاني من ربي وخلص وحدها صدقيني والله، وقاع لي من ربي كثر من مرة 03 مرات.

- مرة نشفى على روجي عند جدة درت العملية لروحي صدقيني الدم يواسي، وأنا بموس Jaillet

- ما رانيش عارفة
احكي لي واش صرا.

<p>وطيحتو، دارنا علبالهم بصح ماشي محسسيني بهذاك الواسمو، عمرهم ما جرحوني يقولولي وينتا، أنا كي وليت في حاجة مادية قلت الدولة تعاوني، قالولي لا غير تواسي روحك تشوهي روحك، برك كاين لي ما علابالهمش كايين لي ما صدقوش حاجة كما هاذي.</p> <p>- الطبيب تاعي هذا قتلو مرة بصح هو متحفظ وأنتي قتلك نتمنى تتحفظي.</p> <p>- وحدة دارهالي الطبيب السنة الرابعة ولا الثالثة، دارولي تاع الأولى ودارولي تاع الثالثة، ودارولي السنة السادسة ثاني الله يعلم هاذيك باقية غامضة، ولي درتهم في الطبيعة لروحي صحا، واحتفظت بذوك ل..... كما خالتي قتلها ربي هاذي الطفلة معاك، ما زادتش قاع جبدتلي عليها ما هيش تهدر معايا، بنتها تشبه ل.... كي تشوفها تشوفي بنتها تشبهلها كي تزوجت، بصح تاعي أنا مش عارفة وين دارتها ما بغيتش نقولها ما بغيتش نسقسي، أنا لكان كان ماذايبا علاه تعبت مكاش لي يحترمهم ومكاش لي يعايرهم غير أنا مسؤولة عليهم.</p>	<p>- وين راهم الأطفال تاعك.</p> <p>- احكي لي على المرات لخرين تاع الحمل.</p>	
<p>- لآباس الحمد لله، كي يعاوني ربي سبحانه نكون غاية.</p> <p>- شوفي خاوتي كانوا صغار والكبار تأثروا حاجة كما هاذي جلدك يشوك، كنت نغيظهم خاوتي وماما كما</p>	<p>- السلام عليكم واش راكي (ل) لآباس.</p>	<p>المقابلة الرابعة</p>

<p>أنا نغيظها مباشرة بصح أختي شويا، قتلك الحمل فوتو.</p> <p>- ثاني دخلت السبيطار هنا في السنة الخامسة إعادات حمل، جيت دخلت دخلوني وعطاوني الذري، خرجناهم أنا وخالتي هي ثاني داتها ولاو عندها 02، وكي وليت في الثانوية ثاني عطيتها هذاك الطفل، عطيتها ثاني دخلت السبيطار هنا صح عانيت تبقى عند ربي.</p> <p>- أنا ماني لاقية حتى مشكلة حتى وراسي، وحتى والماديات وكلشي قاع والحمد لله لابس، بصح أنا عارفة فكرة الإنجاب ومتجنبة كنت نحوس نتزوج ومن بعد الله غالب، أمي وأبي ماشي قاع باغيين وأنا عندي أمل.</p> <p>- كي خرجت من l'école قلت القرية هي أهم شيء لكان قريت ونجحت خير، قلت لكان غير قريت وراني عارفة كنت غير نفوت في الوقت، بغيت ننتحر كليت الكاشيات تاع خالي وزدت دوا تاع جداتي، عمرت كاس تاع كاشيات وعمرت الماء وشربتهم.</p>		
<p>- مانيش مليحة من ولادي راهم عند خالتي وهي راهي متجاهلة هكا عبالها، أنا ما زدت سقسيتها وهي ما زادت قاتلي هاذيك هي ل.....</p>		<p>المقابلة الخامسة</p>

<p>- تقريباً راني شاكّة فيهم هكا كاين واحد صغير، ولخرين راني شاكة فيهم بلي هوما بصّح مانيش باغية نسقسيها.</p> <p>- وخالتي وحدة أخرى ثاني ذيك لي قتلك ثاني تاع بورباكي ثاني عندها واحد، وهاذيك عندها شيرات وحدة اسمها سهام ووحدة خيرة، ووحدة فريال نشك فيهم بناتي وهوما ما يواسوش، هوما استغلوهم صابوهم هكا زعما واساوهم كي رباوهم على أساس يربوهم يدوهم قاع زعما، مكاش لي سقسى عليهم غير أنا وأنا كنت باغية ما كنتش في الدار، مالا كي استغلوهم وخلص أنا ماما تكون أختها ما زادتش سقسات متسامحة قاع، علبالها بصح سامحة مش باغية قاع تسقسي، عمرها ولا جبدتلي في ذاك الواسمو.</p> <p>- خالاتي قاع تزوجوا هوما كبار وتربيت معاهم.</p> <p>- أنا بغيت نواسي بصّح خلاص سمحت قاع كلش، قلت ما نزيدش نسقسي قلت حتى إذا قالولي نواسيهم.</p> <p>- بصّح راني متأكدة مش كما أنا، أنا فرق كبير إحنا فرق كبير يقولك زعما سمحتي فينا زعما، ما يتقبلوش ما تجيش، إحنا نبغوا والدينا ونطيعو أمرهم وتربينا عندهم، وعارفين قاع بصح هادو لا بصح مانيش عارفة.</p>	<p>- كفاش راكي اليوم (ل) راكي تحسي روحك مليحة.</p>	
---	--	--

- ما نعرفوش هكا عشوائيا كنت صغيرة، لي من ربي هكا عشوائيا تقريبا هكا أنا حسيت بلي هكا، أنا صغيرة بصح كاين اعتداءات بصح نقول بلي ربي قاع كي نكون صغيرة، مع لي أنا كي الطبيب هو لي خبرني، قالي صغيرة ونتابعو الواسمة بلاكي تزيدي، بلاك نستأصلوا قاع الواسمة لــــ.....، باه ما تزيديش ما تجيبش بصح استأصلوه ما دارولي كي دخلت هنا الواسمو، قالولي ما تزيديش تحملي وقاع بصح قالولي ارجعي ممكن تعاودي تحملي، زعما الدواء وأنا ما رجعتش.

- قالولي ما ترقدش على هذا الأمر حتى في école' اقالنا للمعلم تاينا، قالنا ما تخلوش رواحكم تحملوا قالنا كولوا الدواء تاين الحمل، وما تخلوش رواحكم تجيبوه كما هكا زعما قال أنتوما راكم برا، راكم مقطوعين قالنا احتمال كما نقولو يصرا كما هكا، كولو دواء الحمل، ما تخلوش رواحكم تجيبوه كما هكا هادي لي قالها .

- هوما الشيرات لي كانوا يقرأو معايا صح لا بصح هوما ما يواسوش، هوما يخافو والديهم ما يتعداوش عليهم، وأنا كي ما عندي حتى حد ما عندي لا خو ما عندي والو ثاني، أنا ثاني استهزيت فرطت في روجي، أنا ثاني ما تهليتش في روجي قاع والله غير رحنت من دارنا، ما عنديش ثاني ما تهليتش في

- احكيلي على الأب
تاع ولادك.

<p>روحي ثاني كي رحى من عند ماما، لكان قعدت عند ماما تساعدي ما تخليش، حتى ومن ربي كي وليت هكذا نقعد غير وحدي نحس روعي ثقيلة، مباشرة نقعد عام ولا نتجاوز العام وأنا حامل يقعدلي عام، ويزيد فوقها عام واحد آخر وبطني هكا كبيرة كما هكا صدقيني، بطني شويا ماشي خارجة بزاف ما يروحش نخدم نبغي نطحو، هكا ناكل عشوائيا كما مرة بغيت ننتحر كليت الدواء تاع الفأر أنا كليت منو شويا بصح ما.....</p> <p>- كنت نحاول الانتحار نكره ما نبغيش، السبة منهم كي متجاوزين حدودهم معايا الشيرات هذا مكان.</p> <p>- لي تعداو عليا كانوا يقرؤ معايا كاين جربي، غزلي، كاين لي ما نعرفهمش ما نركزش معايم.</p>		
<p>- الحمد لله</p> <p>- عندي بزاف ما رحتش، هوما جاو وجابوا هاذوك الذراري معايم ولادي، راهم كبار في وسط هاذوك بصح ما بانتليش قاع، ما عرفتهاش في وسط بناتها 2 كي نروحو نصيبها، تقول غير الشبه تاعي بصح تتبدل بصح مانيش محددة ل....، هوما تقريبا وحد الثلاثة شبه ما قدرتش نميز بيناتهم، كي نروح عندها ثما هكا زعما هي في روحها بلاك مفهيمهم بلي وحدة هكا، كاين سهام وخيرة عند هاذو وفريال هاذي صغيرة غي كما راهي في الجامعة، وهاذوك سمية</p>	<p>- واش راكي لابس.</p> <p>- راكي تروحي عند الجدة تاعك ولا قاعدة غير في الدار.</p>	<p>المقابلة السادسة</p>

<p>ووحدة ريمة قتلها سميها ريمة وحدة ما تشبهلهاش، هي ثاني عندها نفس الشيء عندها بنتها كما هكذا، أنا حشمت ما زدتش سقسيتها.</p> <p>- نحس عادي نعرف بلي هوما بصح ما، نتمنى ونقول لكان راهم معايا بصح ومن بعد نقول احنا رايحين رايحين كما يقولك.</p> <p>- نقول احنا عند أمهاتنا كما أنا قادرين، كما أنا ما عشتش مع ماما عادي جاتي حاجة عادي نقول أنا راني دايرتها.</p> <p>- أنا ثاني ماما لكان عشت عندها قلت ماما مسكينة الله يرحمها تقول تقول لكان.....صرالهم كما أنا زعما عادي زعما، تقول زعما تقول أنا صغيرة وتقدرت عليا وخسرت صحتي، كما هكا تقول زعما لكان جاو يمشوا بالأمر تاعي برك، زعما ما يخالفوش عليا في أمر لي نقولهم عليها يديروها ماشى بالواسمو، ما نشرطش عليهم صوالح ياسر برك يبعونا وهذا مكان.</p>		
<p>- أنا كنت السبة في مرضي كنت لاباس عليا غير بغيت نخرج هكا.</p> <p>- هاذيك لي نفس الشبه ومتأكدة منها هاذيك خطرش قلت أنا أول مرة قاع نتهلا فيها أنا ونربها عندي، بصح كي داوها شويا كبيرة 05 سنين ولا 06 تمشي وتهدر، ومن بعد قلت قلت بلي هاذيك بغيت زعما</p>	<p>- واش راكي اليوم بخير، احكي لي شكون</p>	<p>المقابلة السابعة</p>

<p>قلت تتربى عندي وقاع ومن.....، زعما هكا نتهلا فيها وهي تتهلا فيا، ما نتعشب بزاف نتكل عليها من ذاك خلاص، هوما سمعوني كي كنت نهدر معاها، قتلهم أنا ما نتعشب في قرأتي نقرا شويا مش ما نقراش، بصح البقية كما يقولك هي كاشما تخدم وكاشما تواسي.</p> <p>- ومن بعد هوما قتلهم هكا تخدم قتلهم نتهلا فيها وتتهلا فيا، قتلهم نكبر لقدر الله زعما نصيبها هي واش من واحد قاس والديه، ولا واش من وحدة قاست ولادها، ها المهم أنا قتلهم تعبت وخلاص.</p> <p>- قتلهم نخدم ما بغاوش لبغات نسيق ولا.</p> <p>- أنا سبة المرض تاعي بغيت نخرج قتلهم ندير تكوين ولا، المهم ما نقعدش في الدار ما بغاوش، كي ما بغاوش تسببت أنا بالطبيب كنت شويا وليت نفوت ونجي للطبيب.</p> <p>- عندي 2 خوات وحدة كبيرة ووحدة صغيرة في الجامعة، لابس نعاونهم في الدار خطرات ونغسل لروحي ونساعدهم شويا، شويا ماناش متفاهمين زعما أنا ما نخسر ما في حدودي مهما وصل بيا المرض، بصح هوما شويا هكا ما يجمعوش معايا، أنا نبغي نجمع معاهم ما نصيبهمش.</p>	<p>كان السبب في مرضك.</p>	<p>- علاقتك مع العائلة مليحة.</p>
--	---------------------------	-----------------------------------

<p>- خطرات نحس نقول علاه غير أنا نروح عندهم هو ما علاه ما يجوش عندي، غير وحدهم ما خلاونيش يقولولي بلي راكي تشخري. - بابا ما يبغينيش الصبح كما نقولو نستحق نشري حاجة ما يشريليش، مش غير وحدو هكا يجيبلي حاجة راني مسحقتها، أنا بالتحديد يكرهني فيهم ما يبغينيش فيهم. - هو طبعو هو ماشي حنين قاع ما يبغيناش، هو ماما الله يرحمها وما يبغهاش. - بصح احتظي بهادو الأسرار، أبي ما علاباليش بيه نقولهاو بصح لخرين لا.</p>	<p>- وباباك احكي عليه.</p>	
<p>- كانت تقرا في سيدي عابد ودخلوا عليهم الإرهاب، منها ما ولاتش مليحة وأنا ما فقتلهاش ولات عنيفة، وحكمتها الخلعة وبعد هذا الحادث مرضت. - بنتي كانت لاباس عليها وعاقلة وكانت عايشة عند جداتها، وما كان عندها حتى مشكل وتربات عند جداها، علاقتهم normal مكاش لي يهدر قاع معاها تقعد معنا شوي، ومن بعد تروح لجداها حتى من بعد لي قتلو وحد الشرطي ثما في سيدي عابد، ودخلوا الإرهاب على المدرسة كسروا القش والصوالح، وداو وخرجوهم قاع برا في الليل هي كانت تقرا داخلي، ومن بعد كي شغل صراتلها كي الخلعة هادي سبتها</p>	<p>- تقدر تحكي على (ل) كفاش عاشت وتربات وكفاش جاها المرض.</p>	<p>المقابلة مع الأب</p>

جابتهاالي طفلة مريضة، ديتها للطبيب رحت شويا ومن بعد رجعت حالتها.		
---	--	--

6.3. استخراج مواضيع والية انتاج الهذيان الواردة في خطابات الحالة:

- مرضت ضربوني شيرات، تمّ ضربوني بالحجر وكلشي غير وحدهم، كانوا يضربوني مع بعض، يتفاهموا ويضربوني ومن بعدها، نظن الضرب هو ضّرني.
- راهم يعاملوا فيّ المعاملة القاسية.
- مصدر الهذيان: هذيان اجتماعي/ آلية الإنتاج، الهلوسة، التخيل، الوهم/ المواضيع، الاضطهاد، الادعاء.
- وأنا نشوف قلت بلاك من النظافة ذيك، وحاجة تاع مسّ ولا حاجة تاع جن.
- ما رانيش عارفة كفاه حتى الحمل صرالي، تخيلي نتيا وحدة في سن 10 سنين والطبيب Déjà دارلي العملية، ثما برا في المدرسة تاعنا يسمّوها جبار الزيتون، اعتدى عليّ المعلم تاعنا وثاني التلميذ اعتدى عليّ، ما نيش عارفة كاش حاجة أخرى الله يعلم، ماشي مركزة أنا الله يعلم، من بعد ثاني تكرر هذاك لل....، المرّة الأولى والمرّة الثانية تكرر كي عاودت العام تكرر الحمل، كان ولد عمي وواحد آخر بدان تكرر، غي من ربي وخلص هاذيك الاعتداءات باينة، بصّح الحمل الثاني من ربي وخلص وحدها صدقيني والله، وقعلي من ربي كثر من مرة 03 مرات.
- مرة نشفى على روجي عند جدّة درت العملية لروحي صدقيني الدم يواسي، وأنا بموس Jaillet وطيحوتو، دارنا علبالهم بصّح ماشي محسسيني بهذاك الواسمو، عمرهم ما جرحوني يقولولي وينتا، أنا كي وليت في حاجة مادية قلت الدولة تعاوني، قالولي لا غير تواسي روجك تشوهي روجك، برك كاين لي ما علبالهمش كاين لي ما صدقوش حاجة كما هاذي.
- وحدة دارهالي الطبيب السنة الرابعة ولا الثالثة، دارولي تاع الأولى ودارولي تاع الثالثة، ودارولي السنة السادسة ثاني الله يعلم هاذيك باقية غامضة، ولي درتهم في الطبيعة لروحي صحا، واحتفظت بذوك ل..... كما خالتي قتلها ربي هاذي الطفلة معاك، ما زادتش

- قاع جبدتلي عليها ما هيش تهدر معايا، بنتها تشبه ل... كي تشوفيا تشوفي بنتها تشبهلها
 كي تزوجت، بصّح تاعي أنا مش عارفة وين دارتها ما بغيتش نقولها ما بغيتش نسقسي، أنا
 لكان كان ماذابيا علاه تعبت مكاش لي يحترمهم ومكاش لي يعايرهم غير أنا مسؤولة عليهم.
- مصدر الهذيان: هذيان اجتماعي/ آلية الإنتاج، الهلوسة الحسية، التفسير، التخيل/
 المواضيع، التأثير، التوهم.
- ثاني دخلت السبيطار هنا في السنة الخامسة إعادات حمل، جيت دخلت دخلوني وعطاوني
 الذري، خرجناهم أنا وخالتي هي ثاني داتها ولاو عندها 02، وكي وليت في الثانوية ثاني
 عطيتهاها هذاك الطفل، عطيتهاها ثاني دخلت السبيطار هنا صح عانيت تبقى عند ربي.
- مانيش مليحة من ولادي راهم عند خالتي وهي راهي متجاهلة هكا علبالها.
- وخالتي وحدة أخرى ثاني ذيك لي قتلك ثاني تاع بورباكي ثاني عندها واحد، وهاذيك عندها
 شيرات وحدة اسمها سهام ووحدة خيرة، ووحدة فريال نشكّ فيهم بناتي.
- ما نعرفوش هكا عشوائيا كنت صغيرة، لي من ربي هكا عشوائيا تقريبا هكا أنا حسيت بلي
 هكا، أنا صغيرة بصّح كاين اعتداءات بصح نقول بلي ربي قاع كي نكون صغيرة.
- مصدر الهذيان: هذيان اجتماعي/ آلية الإنتاج، الهلوسة الحسية، التفسير، التفسير،
 التخيل/ المواضيع، التأثير، التوهم.
- حتى ومن ربي كي وليت هكذا نقعد غير وحدي نحسّ روحي ثقيلة، مباشرة نقعد عام ولا
 نتجاوز العام وأنا حامل يقعدلي عام، ويزيد فوقها عام واحد آخر وبطني هكا كبيرة كما هكا
 صدقيني، بطني شويا ماشي خارجة بزاف ما يروحش نخدم نبغي نطيحو، هكا ناكل عشوائيا
 كما مرّة بغيت ننتحر كليت الدواء تاع الفئران كليت منو شويا.
- لي تعدّاو عليّ كانوا يقرأو معايا كاين جربي، غزلي، كاين لي ما نعرفهمش ما نركزش
 معاهم.
- خطرات نحسّ نقول علاه غير أنا نروح عندهم هوما علاه ما يجوش عندي، غير وحدهم ما
 خلاونيش يقولولي بلي راكي تشخري.

- وبابا ما يبغينيش الصبح كما نقولو نستحق نشري حاجة ما يشريليش، مش غير وحدو هكا يجيبلي حاجة راني مسحتتها، أنا بالتحديد بكرهني فيهم ما يبغينيش فيهم.
 - هو طبعو هو ماشي حنين قاع ما يبغيناش، هو ماما الله يرحمها وما يبغياش.
 - مصدر الهذيان: هذيان اجتماعي/ آلية الإنتاج، الهلوسة الحسيّة، التفسير، التخيل/ المواضيع، التأثير، الوهم، الاضطهاد.
- 7.3. تفسير أهمّ ما جاء في هذيان الحالة:

الإنتاج الهذيان للحالة (ع ت) تميّز بالفقر وعدم التنظيم، واتخاذ الخلفية الثقافية والاجتماعية كمصدر لإنتاج الهذيان، أمّا المواضيع فانحصرت في الاضطهاد والتوهم، الخيال، التي تكرّرت في جلّ خطابات الحالة، وبالنسبة الميكانيزمات التي اعتمدت عليها في بناء الهذيان لم تخرج عن إطار الهلوسة والتوهم، التفسير والتخيّل، ومن خلال تقصي التاريخ النفسي والاجتماعي للحالة، تبين أنّها مرّت بطفولة قاسية وحرمان عاطفي من قبل الأسرة التي تخلّت عنها لتمنحها للجدّة من أجل العيش معها بعيداً عن والديها وفي سنّ مبكّرة، وهو ما ترتّب عنه صراعات وإحباطات متراكمة، بالإضافة إلى سوء المعاملة ونمط التربية القاسية التي خضعت لها والتهميش والتجاهل الذي تعرّضت له، كلّ هذا إلى جانب الإحساس بالنقص، الذي تولّد لديها جرّاء الإحساس بالتمييز من قبل الوالدين، في ترك الإخوة بجانبها وإخراجها من حيّز الأسرة، وشعورها بالوحدة والتفرقة جعلها تفقد ثقتها بنفسها وتحقيرها لذاتها التي تنظر إليها نظرة دونية، فهذه الإحباطات والصراعات الداخلية البدائية التي تكوّنت لدى الحالة، جعلتها تكوّن مفهوم الاضطهاد من المجتمع ككلّ وليس من الأسرة فقط، وبالتالي فكّل هذيانها يدور حول موضوع الاضطهاد.

كما يعبر توهم الحالة بالحمل المدعوم بالهلوسة والتخيّل عن دلالة ورمزية، تفسّر بتحليل واضح للغاية وهو أنّ بعد الحالة عن الأهل، بمرحلة الطفولة والشعور بالخذلان والتخلّي عنها وكبح رغبتها في العيش ضمن أسرتها، جعلها تقوم بكبت هذه الإحباطات

والصراعات وتعيش بحزن، لكن وبفعل الهذيان الذي عقب اندلاع المرض ظهرت خيالات تحمل دلالة ومعنى في مضمونها، فتعبير الحالة بـ "ما رانيش عارفة كفاه حتى الحمل صرالي، تخيلي نتيا وحدة في سنّ 10 سنين والطبيب Déjà دارلي العملية..... كما خالتي قتلها ربي هاذي الطفلة معاك"، هذا الهذيان هو تقمّص وإسقاط للفعل الذي قامت به الأمّ على ذاتها، للتخفيف من حدّة الألم والإحباط، وفي المقابل تبرّر فعلة الأمّ كونها ليس لها مسؤولية وقدرة على التربية والحماية، لكن تنكر وتتجاهل دور الأب الجاحد، الذي أهمل طفله وتنفى وجوده في الواقع، من خلال قولها أنّها لا تعرف من يكون الأب الحقيقي للأطفال، أمّا عن العملية التي أجراها الطبيب في سنّ 10 سنوات، فدلالته تعبّر على أنّ ما يحدث بعد العملية وهو الجرح الذي يبقى أثره، فهي تؤدّ القول بطريقة مشوّهة أنّه بسنّ مبكّرة عاشت جراحاً، لازالت آثارها حتى اليوم كآثار الجرح الذي يتأصل بالجسد.

وتقول الحالة أنّ لها ثلاث بنات وولد، وفي الحقيقة أنّ الحالة تملك ثلاث إخوة بنتان وولد، وهذه دلالة وترجمة لواقع عاشته الحالة وأثر على نفسيّتها أين تمت معاشة نفس الحدث خيالياً وعن طريق الهذيان بطريقة رمزية وتشويه للواقع، أمّا الاضطهاد فنتج عن الإحساس بالنقص، المكوّن نتيجة عدم الرضا عن صورة الجسم وعن شكلها، جعلها تعيش في عزلة عن المجتمع، ويتكوّن لها مفهوم سلبي عن الذات والآخرين، وبالتالي تدرك أنّ العالم كلّهُ يضطهدها.

كما يمكن أن يتّخذ هذيان إنجاب الأطفال سياقاً آخر، وهو الرغبات المكبوتة وهي الرغبة في الإنجاب، فقد كانت محور هذيانها نتيجة قوّتها وسيطرتها، ما أضعف الأنا ومنعها من الدفاع واحتواء الرغبات الدفينة وسيطرة الهو ورغباته، والإنكار التام للواقع المدعوم بعودة المكبوت وفشل عملية القمع.

8.3. تحليل نتائج بروتوكول الرورشاخ:

تظهر الإنتاجية في البرتوكول للمفحوصة بالفقر والمحدودية في الإجابات (12 إجابة) وهو ما يوحي بنوع من الكفّ الشديد، الذي يظهر في التعبير اللفظي الفقير الوارد على شكل قولبي تكراري، وهو ما يترجم بصلاية وشلل التفكير دون التوغّل في البعد الهوامي من خلال رفض البطاقة VII، لوجود صدمة في البطاقة I و V مع محدودية الإجابات الإضافية، والتسرع في تناول الأداة، دون تكنها من الوصول إلى إثرائها والتنوع في محدداتها ومحتوياتها.

صنف من الإجابات يميّزه التمسك الشديد بالواقع الخارجي بكثرة المحتوى الحيواني المكثّف A= 5، (حيوان، خفّاش، دب، سنجاب) والاعتراف بانتمائه للنوع البشري، لكن وجود H=2 يظهر أنّ للمفحوص معاش اضطهادي مهّد وخطير.

. سياقات التفكير

تميزت السياقات المعرفية بعدم التوازن، فتوزّعت أنماط الإدراك بين ارتفاع الإجابات الجزئية للمدرك، D%=50 بصفة عابرة وبسيطة وهي تجزئة مفرطة للإدراك، والإجابات الكلية المرتفعة 33% = G التي تريد بها التحكم في الواقع الخارجي، اجابات المفحوصة لا تعتمد على جهد عقلي فهي تستجيب للبقعة دون المرور إلى خصائص اللوحات، كما أنّ هذه الإجابات تعبّر عن الفشل الإدراكي الظاهر في عدم القدرة على احتواء العالمين الداخلي والخارجي وهشاشة الحدود GF±2.

في اللوحة I نلمس صعوبة في الانطلاق، الذي تتخلله كلمات معبرة عن محاولة إخلاء الفكر من كل ما يحتويه، "ما بانش هذا، في ما يخص مانيش فاهمة"، وهوما يجسد صدمة بالرفض والعجز عن إدراك الصورة الجسدية وفشل تصوّر الذات، مع عدم القدرة على تصوّر العلاقة بالموضوع في إطار إسقاطي، لتنتقل بتجزئة الجسد بمدرك جيد لمحتوى

بشري DF+H، ما يرمز إلى عدم القدرة على تصوّر الجسد في وحدة كلية مع التعليق على شطره (جسم امرأة بصّح الرأس مكاش)، والإشارة بالأصبع لنتفقد جسمها وكأنه غير موجود.

تواصل في اللوحة II بمدرّك جزئي لمحتوى بشري DF+ Hd، يسجّل فيه العجز عن جمع شتات صورة الجسد المفكّكة أمام قوّة الإخصاء التي تفرضها اللوحة، يتمّ التعبير عن قطع العلاقة مع المواضيع الإنسانية بفصل جزء من الجسم، لتجسيد الانطواء على الذات والأنا وتثبيط التصورات العلائقية، ثمّ تضيف من خلال التركيز على اللون الأحمر D EF Anat بتحديد جزئي لمحتوى تشريحي بفشل في إدراك صورة الجسم المفكّكة، لتغطية الحركات النزوية التي تستدعيها هذه التصورات.

تستمر بتشبيء المدرّك في اللوحة III بمحتوى جزئي شائع DF+ obj Ban كمحاولة للاندماج في الواقع من خلال التمسك بالمألوف، والعجز عن إدراك الصور الإنسانية بعدم القدرة على التقمّص، بسبب نقص التجارب العلائقية، تبقى الإجابة مندرجة في إطار المألوف كدفاع ضد بروز أي تمايز جنسي وأي حركة نزوية.

يحاول من جديد التكيّف الإدراكي للموضوع في اللوحة IV بمحتوى جزء إنساني Dd F+ Hd، وهو ما يطرح إشكالية التقمّص لدى المفحوصة بتجزئة الصورة الإنسانية، أمّا نمط الإدراك بجزئية Dd إنسانية هو ما يجسّد عدوانيته، اتجاه وضعيات بالنسبة للعلاقات التقمصية المشوّهة، ويكشف عن نقص القدرة الاحتوائية لأجزاء الجسم، وفشل تقمص صورة الأم، لتدخل بعدها في صدمة برفض السلطة التي تمثّل صورة الأمومة بشكل خطير ومسيطر، ما يطرح مشكل التصورات السلبية أمام العلاقات التقمصية.

في اللوحة V نجحت بإدراك إيجابي لمحتوى حيواني GF+ABan وهي إجابة شائعة، ما يجعل تصوّر الذات بطريقة صلبة، وتخريفية وهي مؤشرات دالة على الفصام، وفي اللوحة VI تقوم بالسماح للرمزية الجنسية بالظهور بمدرّك جزئي فاشل لمحتوى إنساني DdF-H، ثمّ تواصل في اللوحة VII بصدمة ورفض البطاقة بسبب محتوى الصورة الأمومية

وما تتطوي عليه من صراعات والنكوص إلى مراحل بدائية، أي صدمة أمام الفراغ الذي يذكر بنقائص الاحتواء التي أظهرت لديها العجز شبه الكامل عن تصور أي محتوى يرمز لصور الأمومة أو الأنوثة، وفي اللوحة VIII تحاول من جديد الاندماج والتكثيف مع الواقع المألوف، من خلال تحديد كلي لمدرک إيجابي بمحتوى حيواني GF+ABan مع غياب الاستجابة الإنسانية كرفض للتصورات العلائقية، واستعملت الحالة المحتوى الحيواني المبهم لتظهر النكوص إلى المرحلة الفمية والعلاقات القديمة مع الموضوع، ثم تواصل بتحديد كلي لمدرک مبهم ومحتوى حيواني مبهم GF±A الإندماج في الواقع الموضوعي، ثم تنتقل إلى تجزئة الموضوع وعدم ثباته DF+A ويبقى التشتت في نمط الإدراك في البطاقة الملونة عن طريق إدراك مبهم للاتصال مع العالم الخارجي بمحتوى حيواني، والميل إلى قطع الاتصال مع العالم الخارجي ورفض العلاقة لتجنب تصورات الانفصال، وهو ما يطرح إشكالية اللاتمايز.

ليجمد الدفاع في اللوحة IX بمدرک جزئي واستجابة لونية ومدرک سلبي لمحتوى جامد DCF- Elem، مع عاطفة متمركزة في الداخل ويمثل استجابة مخيفة خطر وتهديد (نار) الذي يبرز العودة إلى العلاقة الأمومية المبكرة، ثم تواصل بنفس التجميد من خلال إجابة التحقيق بإدراك جزئي فاشل لمحتوى موضوع خارجي DF-obj. لتجميد العلاقات، ثم ينتقل إلى البطاقة X بتحديد كلي مبتور وإدراك مبهم لمحتوى حيواني الذي يبعث إلى الانفصال والفردنة G/DF± A والمحتوى الحيواني يريد به النكوص إلى المرحلة الفمية.

يطغى على هذا النمط من الإدراك التناول السطحي والتكراري، بمحتوى واحد (حيوان) بطريقة مقولبة تخدم التفكير الصّلب تحاول به بناء الحدود بين الداخل والخارج، بتدخل المحدد الشكلي المرتفع F%=91 ليعزز ذلك الميل المتصلب، لسدّ النقص الحركي الظاهر في غياب الحركة الإنسانية، ما يعزز الميل المتصلب بفتح المجال للمدرکات الخاطئة، و

والمدرک الإيجابي $F+ \% = 16$ منخفض يسجل عدم استثمار للواقع الذي يدلُّ على الحكم على الحقيقة غير الجيدة، وهو ما يميِّز السجِّل الذهاني.

. معالجة الصراعات

أبدت المفحوصة عبر مسارها الإنتاجي نضالاً قوياً ومتكرراً لسد أي منفذ يسمح ببروز الصراعات، التي ظهرت بالكفِّ الشديد الظاهر في تقصير العبارات والتفكير المقولب، الذي يمنع من بروز الرغبة والصراع وعدم التكيف مع المنبهات الواقعية والاجتماعية من خلال ثلاثة صدمات، ورفض ثلاث لوحات وهو دليل على الكبت الذي يتعلَّق بالرمزية الجنسية الكامنة.

فقد بذلت الحالة جهداً في التعبير عن الصدى الهوامي، بالمواظبة على نفس المحتوى (حيوان، شيء)، أمَّا نمط الرجوع فهو منغلق $TRI=0K/0C$ وتجميد العواطف مع قلة التصورات، بالإضافة إلى غياب الاستثارة اللونية وانعدام الحركة، وتتميِّز الصيغة الثانوية كذلك بالانغلاق $FC= 0k/0E$ نتيجة غياب العلاقات العاطفية مع الموضوع الأولي، وسد منافذ التصور والصراع، أما الإجابات اللونية $Rc\%= 41$ دليل على انبساط الحالة خارجياً مع البيئة المحيطة به، وكوسيلة للتسوية بين الرغبة والدفاع، واتخاذها كهدف دفاعي للاحتماء من خطر الحياة الداخلية، وغياب الرقابة للمواضيع من خلال هشاشة الحدود هذا إلى جانب غياب الحركات بنوعها الكبرى والصغرى، يتضمَّن إبعاده للاحتماء من الميل النزوية اتجاهه، مع بروز المحتوى الحيواني $A\%= 41$ الذي يخدم التفكير المقولب، وهو نتيجة نقص التجارب التقمصية الناتجة عن اللاتمايز الموضوعي ما يطرح مشكل عدم القدرة على تحديد الصراع، ومن خلال فقر الصدى الهوامي لتصور المدركات نسجل عجز عن تصور الاكتئاب والنزعات العدوانية، وحتى عدم القدرة على إسقاطها وإبقائها حبيسة الحياة الداخلية، كما أن غلبة المحتوى الحيواني على البروتوكول دليل على إفراط استثمار الواقع الخارجي للحماية من خطر الحياة الداخلية.

. خلاصة .

بمراعاة مميزات التوظيف الذهاني التي سجلناها في بروتوكول المفحوص أو المبحوث والتمثلة في :

. صلابة وشلل التفكير .

. فقر في الإجابات وغلبة الإجابات الشكلية الغريبة، ذات الصبغة الاضطهادية.

. ضعف المحدد الشكلي الإيجابي .

. ضعف الاتصال بالعالم الخارجي .

. إجابات التفكك والعجز عن تصور الذات .

. تفكك صورة الجسم (المدركات الإنسانية المجزأة) .

. ضعف تصور العلاقات وقطع العلاقة مع المواضيع الإنسانية .

. إجابات تخريفية .

. إدراك مضطرب للواقع وضعف استثماره .

. تجميد العواطف .

. هشاشة الحدود بين الداخل والخارج .

تبين أن التوظيف من النمط الفصامي المتبقي الذي يتسم بطغيان الأعراض السلبية، والاهتمام بالجزئيات التي يتجنب بها الواقع بطريقة صلبة، وعدم تمايز الصراعات .

4 . عرض الحالة الرابعة وتفسير نتائجها:

1.4 . تقديم الحالة:

. الاسم: (م خ).

. السن: 36 سنة.

. المستوى الدراسي: التاسعة أساسي.

. المهنة: بطّال.

. الحالة المدنية: أعزب.

. عدد الإخوة: 08 . الرتبة: 04.

. الإقامة: بلدية المعاصم . تيسمسيلت.

. المرض: الفصام.

2.4 . فحص الهيئة العقلية:

1.2.4 . الاستعداد والسلوك العام:

(م خ) بنيته الجسمية ضعيفة، العينان زرقوان، بشرته بيضاء وله شعر أصفر كثيف ولحية طويلة، يلبس ثياباً قديمة وغير نظيفة، وعدم الاهتمام بالذات أو بمظهره الخارجي، ولا ينتبه لنظرة المجتمع وآراء الناس حوله، وهو دائم الانشغال بالهلاوس والأفكار الهذيانة.

تميّز اللقاء الأوّل مع (م خ) بالسهولة في الاتصال، ووافق على إجراء المقابلات، لم نجد أيّ صعوبة في التحدّث معه، كان يتحدّث بتلقائية دون توقّف، ولا يحبّ التحدّث عن أسرته، فكلمّا نسأله يغيّر الموضوع وينتقل إلى موضوع آخر، يتحدّث (م خ) بسرعة ويحبّ إنهاء المقابلات، تظهر عليه أعراض التوتّر وملامح الحزن والاكتئاب بادية على وجهه، يفضّل

البقاء بمفرده مع عدم الرغبة في التواصل مع من حوله، إلى جانب غرابة الكلام والسلوك، وصعوبة الربط بين أفكاره.

2.2.4. النشاط العقلي:

(م خ) لغنة غير سليمة وبلا معنى، كما أنّ أفكاره تتميز بعدم التسلسل والترابط، الذي يظهر في الانتقال من موضوع لآخر، دون الانتهاء من الموضوع السابق، إضافة إلى وجود أفكار هذيانية، محتواها يتضمّن الهلوسة الحسيّة والبصرية، والحدس لديه صعوبة في إنتاج أفكار جديدة والمواصلة في نفس سياق الكلام، خلال المقابلات دون القدرة على استحضار مواضيع مختلفة، مع تكرار الكلام دون التركيز على معناه .

3.2.4. المزاج والعاطفي:

يظهر (م خ) خلال سير الحصوص بسلوك قلق وتوتر غير معروف السبب، يريد المغادرة وصعوبة قضاء وقت طويل بمكان واحد، (م خ) لديه مزاج متقلب وحزين مع مشاعر الاكتئاب التي تظهر على ملامحه، وعدم الميل إلى مشاركة الآخرين والتفاعل معهم، والانسحاب الاجتماعي، يتعامل باللامبالاة مع إثارة حركية، بالإضافة إلى أنّ تعبيراته الانفعالية محدودة.

4.2.4. محتوى التفكير:

(م خ) لديه أفكار غير متسلسلة وغير متناسقة ومتراطة، كما أن تفكيره يتصف بالفقر في الإنتاجية (إنتاج الأفكار)، وأفكاره تتمحور حول الأوهام والخيالات، غير المنطقية ومعتقدات يصعب تصديقها، وعند بداية موضوع يصعب عليه إنهاؤه، وعدم القدرة على العودة إلى موضوع سابق، وجلّ خطاباته مضمونها يدور حول سبب إصابته بالمرض والهلوسة والحدس والتفسير والتأثير، الخيال، الاضطهاد.

5.2.4. القدرة العقلية:

(م خ) لديه توجه زمني ومكاني، أمّا الذاكرة يعاني صعوبة في تذكر الأحداث خاصّة المتعلّقة بالتاريخ المرضي والنفسي، وعدم القدرة على استرجاع تفاصيل حياته، إلى جانب عدم القدرة على الانتباه لما يدور حوله، وإظهار صعوبة في التركيز .

6.2.4. الحكم والاستبصار:

(م خ) غير واعٍ بمرضه وبأسبابه فهو ينسبه إلى معتقدات ومنطلقات غير منطقية، كالتعرّض للسحر والإصابة بمسّ، وأنّ هناك أشخاصاً يتأمرون ضدهً وتسبّبوا في مرضه، وهم يلاحقونه باستمرار مع الانغماس بالهلاوس وصعوبة التفريق بين الواقع وعالمه الخاص، وهو مقتنع بصحّة أفكاره الهذيانية ومتمسك بها ولا يجوز مناقشته حول صحّتها، ويصعب مجادلته وإقناعه ببطلان هذه الأفكار.

3.4. التاريخ النفسي والاجتماعي للحالة:

كان أوّل اتصال مع الحالة بمكتب الطبيب، عند حضوره بمفرده لمراجعة موعد مع الطبيب السيكاتري، (م خ) تردّد على عدّة أطباء لكنّه في كلّ مرّة يتوقّف عن العلاج، وينسى مواعيده الطبيّة، كما أنّه غير حريص على أخذ دوائه بالإضافة إلى إهمال عائلته له.

ترك (م خ) مقاعد الدراسة بالسنة التاسعة أساسي، بسبب إعادة السنة وعدم القدرة على مواصلة الدراسة بسبب تدنّي نتائجه، هذا وقد اتّجه إلى عالم الشغل نظراً لحاجته إلى المال من أجل التدخين، ثمّ التحق بصفوف الخدمة العسكرية، التي لم يقض بها وقتاً طويلاً وكانت بمثابة العامل المفجّر للاضطراب، ولم يتحمّل النظام العسكري وضوابطه، وهو الأمر الذي دفعه للخروج من صفوف الجيش، وقد بلغ الهذيان ذروته وفقدان تام للاتصال بالواقع الخارجي، وبعد غيابه لفترة ومكوته بالشارع، تمّ نقله إلى مستشفى الأمراض العقلية، ليباشر بالعلاج وقد استقرّت حالته الصحيّة، لكن بعد الخروج من المستشفى وعدم الاستمرار بالعلاج

الدوائي، تراجعت حالته وأصبحت العائلة تخضعه إلى العلاج الشعبي والتردد على الأطباء، نتيجة عدم تقبلها إصابته بمرض عقلي.

(م خ) لا يهتمُ بشكله ولا مظهره الخارجي، منشغل بأفكاره ومعتقداته الهذيانية، ينتمي إلى عائلة مستواها المعيشي ضعيف وليس لديهم اهتمام أو وعي بمرضه ولا يقدّمون له أيّ مساعدة، كما ذكر أنّه قد تلقى نمط تربية جدّ قاسٍ مصحوباً بالفقر وتدنيّ المستوى الثقافي، ممّا أثر على سوء حالته المرضية.

4.4. ملخص المقابلة مع الطبيب النفسي ودراسة الملف:

ظهر المرض على الحالة بعد دخوله الخدمة العسكرية، كانت البداية باضطراب ذهاني خفيف، حيث تمّ سجنه مرّتين قبل التشخيص النهائي بسبب حالة الهيجان التي كانت تتتابه، ومن بين الأعراض التي كانت ظاهرة عليه هي: الهلوسة السمعية والبصرية، كان يرى وجوهاً صغيرة ووجوهاً لحيوانات، وهذيان الاضطهاد، وقلق، واضطراب النوم وعنف جسدي ولفظي.

. العلاج الدوائي:

- hldol goutte
- nozinan 25 mg
- olonzapine 10 mg

5.4. عرض محتوى المقابلات:

. جدول رقم (11):

. يوضح دليل المقابلات العيادية مع الحالة الرابعة.

رقم المقابلة	محتواها
المقابلة الأولى	إجراء فحص نفسي للحالة وتسجيل المعلومات الأولية
المقابلة الثانية	تسجيل الخطابات الهذائية
المقابلة الثالثة	تسجيل الخطابات الهذائية
المقابلة الرابعة	تسجيل الخطابات الهذائية
المقابلة الخامسة	تسجيل الخطابات الهذائية
المقابلة السادسة	تطبيق اختبار الرورشاخ
المقابلة السابعة	تسجيل الخطابات الهذائية

. جدول رقم (12):

. يوضح محتوى المقابلات للحالة الرابعة.

رقم المقابلة	الأسئلة	الإجابات
المقابلة الأولى	- السلام عليكم واش راك لابس. - احكي لي شوي على المرض تاعك إذا	- كنت في العسكر في سنة (2000)، كنت قابض جماعة إرهاب يا ودي قابضهم، كي خرجت لقاولي سحّار إذا كتبك. - أنا هاذي صراتلي كي كنت في العسكر.

<p>- أنا كي خرجت من l'armée كنت قابض إرهاب، قابضهم في الحيط أيا والجماعة، الجماعة هادو وصاو عليّ سحّار، السحّار هذا يعرفني نظنو هوما وصاوه، كون مكاش هو مكاش لي يدور بيّ، أيا قالي تخاف على روحك، ما بغاش يحكلي علاه، لقالي في الطريق يسحر خشني جن، خشني جن هذا، خشني جن هذا خشني حب صفر، وحد لقراد صفر يجو كي القمح دايرين، خشولي هنا في الدماغ وبدوا يحرقوا فيه من الداخل، والنار تشعل والنار تشعل فيه، النار تشعل، تشعل، تشعل وأنا بدا المخ ينشف، المخ ولا ينشف، المخ والدم ولا ينشف، هيا ثما جنيت قاع، كي جنيت أودي وحد الحالة كنت فيها كون تشوفي كفاه كنت داير، وشتى الميهان تسيل، أودي كنت لا حالة، في الواسمهة، أيا ومن كينا ولا يتلواي العروق يتلواو، العروق تاوعي ولاو يتلواو، هادي هي فلواسمهة.</p> <p>- الجن هذا لي خشني كي اللفعة داير، يجي يمشي يجي يمشي، كاين لي يجي يجري ويجري ويخشلي تحت تحت الشوك، ويخشلي تحت الواسمهة ويضربني، مكانش يواسي.</p>	<p>تتذكر كفاش مرضت أول مرّة.</p>	
<p>- لابس الحمد لله. - أنا كي رقيت قالولي أنتايا، يليق كي تروح للطبيب قولو يعطيلك الحبة الحمرا تمصها كي الحلوى،</p>	<p>- واش راك لابس. - احكلي كفاش مرضت.</p>	<p>المقابلة الثانية</p>

<p>قالولي تعاونك قتلو كفاه قالي تمصها تحت اللسان، قالولي وحد الحلوة راها تتباع تاع جنون، قالي قالي تمصها تحت اللسان.</p> <p>- أنا كي قلت للطبيب ما فهمنيش، قتلو يا ودي قالولي أنا الراقي قالي، قالي بلي أنتايا قالي الطبيب يعطيك حبة تمصها كالحلوى تاع ذكيرة، قالي قولو تاع الذاكرة، قالي قولو هاذيك يعطيهالك، كي قتلوا ما... يعطيني غير القطرة والكاشي هذا.</p> <p>- ومن بعد الحالة تاعي دهورت قاع، وليت نفشل وليت ما نطيقش نتمشى، وليت...وما وليتش نطيق نتمشى، وليت نثقل وليت ما نطيقش نتمشى، وليت في الليل نهترف نبات نهترف في الليل، كي نرقد يجيني غاشي يبات يهدر معايا، يجيني غاشي الضحك يضحكوا يواسو وأنا راقد، كي نفظن نصيبهم يهدروا معايا أيا و.....</p>	<p>- الوقت لي مرضت رحت عند الطبيب وكملت تعالج ولا حبست.</p> <p>- ومن بعد كفاش بدات حالتك زيد كمل.</p>	
<p>- لا قتلك أنا قتلك قضيتي واعرة، قضيتي تاع جيش والجيش هذا الجيش، الإرهاب هذا مخلط ما تحصيش لي تاكل فيك لي تاكل معاه، والله ما تثيق فيه والله ما تثيق فيه في الوقت هذا.</p> <p>- هيا ضوك هو هوما عطاولو عطاولو و و و وعطاولو رشوة، واحد قالي كي شافوني ما بريتش</p>	<p>- كايين ناس هوما سبب مرضك يحسدوك ولا كفاش؟</p>	

<p>على يدو جابولو دار، بـ faïence دارو faïence والرخام كي واساوها قضيتي صاعبة أنا. - هيا ومن بعد الهدرة وليت ما نطيقلهاش راسي يشلوش.</p>		
<p>- لابس، يساعفوني، يساعفوني. - أه في صغري غاية، والله لا غاية. - الضحك، اللعب، الخدمة من الخدمة ما نخرجش. - كنت نخدم عند المقاولين، بني مع المقاولين برك. - لا عشتها مغبون خدام، مغبون خدام من المقاولين ما نخرجش. - كنت خدام على هم الدار من الخدمة ما نخرجش، كنت خدام، وكنت وكنت مواسي. - وكنت أيا وكنت غايا كي كنت صغير، لي يجمعني يقول كون صبت ما نوضش معاه، أيا كما ضوك كي خسرت مكاش قاع لي..... - كابينين، كابينين أنا الراقي قالي عندك أنت يغيروا منك، قالي عنك أنت اللحم تاعك يغير، قالي ما عندكش أنت الواسمو.</p>	<p>- احكيلى شويا على العائلة تاعك كفاش عايشين؟ - احكيلى على كنت صغير كفاش عشت؟ وكفاه يعاملوك أهلك؟ - واش كنت تخدم؟ - كفاش عشت الصغر تاعك. - كايين ناس يغيروا منك.</p>	<p>المقابلة الثالثة</p>

<p>- يديروها شغل يهبلو، كي شغل كاين وحد الغاشي ثما في فرنسا كون تخزروا، ما تطيقش تخزر فيه تغير أنا منهم.</p> <p>- من عند ربي من عند ربي، كاين اللحم يغير البونادم يغيرو، شغل كي تخزر فيه ما تطيقش تغير، الغير هذا شغل القلب تاغو يبغي يخرج، القلب تاغو يبغي يهتك يغير، أنا المشيباني كي يشوفني يغير يقولي ما تخزرش روحك في المرايا تغير.</p> <p>- هيا ولل...، هيا ولل...والراقي جاء، جاء يكتب للشفا أيا خزر في وجهي غار حرقني قاع والله لحرقني.</p> <p>- الوسواس لي راه يجيني كما ضرورك، الإنسان كي شغل يتوسوس، كما أنا قالولي طالب على حقا في الدولة، قالولي طالب على حقا وليت نتوسوس، بلاك ما عيطوليش، هوما عيطولي بلاك كذا.</p> <p>- هوما عيطولي وقاع هو كذا شغل وليت نتوسوس.</p>	<p>- لي يغيروا منك يأنوك؟</p> <p>- مزال عندك الوسواس، واش راهم يقولوك؟</p>	
<p>- هوما عيطولي في Télé ، هوما المواطنة.</p> <p>- عيطولي قالولي تقدم طالب على حقا، أنا ما رحنتش.</p> <p>- ها مريض، مريض تروح للوزير، من الوزير تدي كذا تهدر معاه، مع يجيك الوسواس يجيك كذا.</p> <p>- إيه عندي حق على جال الجيش لي حكمتو.</p>	<p>- شكون هوما؟ وشكون الدولة؟</p> <p>- علاه يعيطولك؟</p> <p>- زيد كمل كي عيطولك ومن بعد.</p>	

	<p>- علاه ما رحتش .</p> <p>- راك تشوف عندك حق عندهم؟</p>	
<p>- أنا كي كنت ثم la drogue ما عنديش la drogue .</p> <p>- أنا سببتها دارولي بخور في طريقي، دارولي بخور ضوك أنا كي جيت فايت، حتى نشوف يشعل في ذيك الورقة، و sotie عليا وقالوا يعرك فيا، أودي ما خلايش، من ثم شغل أنا الطبيب قالولي يعطيك الحبة الحمراء، قالي هاذي تعاونك هاذي تخرج الجن، قالي يعطيك الحبة الحمراء تمصها كالحلوة.</p> <p>- أنا كي قلت للطبيب قالي لا، قالي أنا واش نعرف ماشي أنت، ولا يعطيني الدوا كما هذا.</p> <p>- ها العباد واحد يقولك اعطيني الصوارد ولا نقتلك، هوما بزاف كما لقباش إرهاب كي كنت ثما قدامي، معول يهرب العسكر بالجن يكتب ويحرق، العسكر ما خرجش parce que لكان طار لكان خبطنا في بلاصة من البلايص، هيا من ثم وصاو عليا هاذي سبتها.</p>	<p>- تقدر تحكي لي على الجيش لي كنت حاكمو وقالولك طالب على حقك.</p> <p>- شكون هوما لي راهم يديرولك هكا وعلاه؟</p>	<p>المقابلة الرابعة</p>

<p>- مزال يجيني الوسواس.</p> <p>- راه مريض، راه مريض.</p> <p>- راسي بيذا يحرق.</p> <p>- راسي يتوسوس، كي شغل راسي يشوك، ومن بعد يتوسوس.</p> <p>- علاه؟</p> <p>- ها قتلك مسحور.</p> <p>- الجماعة السلفية، هاذ الجماعة السلفية وصاو واحدة عليا هاذيك طريقي.</p> <p>- ها قابضهم، قابضهم على القريطة، ومن بعد تلاقيت أنا وياهم face أيا لكتبت بيهم compte-rendu ، جاوبوني وصاو واحد، شغل الواحد هذا ساخف على المال، ولا يحكي لي أعطيني المال، أعطيني المال، قتلو كي دعوة المال قالي المال.</p> <p>- أيا ناض قابض وحد الوراقي يكتب ويحرق، يكتب يحرق حتى طارت فيا حاجة.</p> <p>- ومن بعد خرج خرج خشي كي الحنش داير، يضربني للقلب والراس ويدور، مرضت وليت نتخلط وما نحصيش راسي.</p> <p>- أيا ومن بعد السيد هذا كي هدرت معاه نايفني، ما حبش يهدر معايا.</p> <p>- غير تهدر معاه يقول المال، شغل ساخف على المال.</p>	<p>- واش راك لابس،</p> <p>- كفاش راك مع رمضان؟</p> <p>- علاه واش بيك؟</p> <p>- احكي لي على الوسواس لي راه يجيك.</p> <p>- شكون لي تشك فيه سحرك؟</p> <p>- واش خصهم عندك؟</p>	<p>المقابلة الخامسة</p>
---	--	-----------------------------

<p>- نعرفو اسمو ميلود، كي قتلو علاه قالي المال أعطيني غير المال.</p> <p>- راح كتب بيا في تيارت هو مكريزي، في العقل ماشي كما أنا حطني أنا لي ضربتو بحجرة عند حلوز.</p> <p>- كي ولا راسي يطبخ رحت ل scanner قالي ما عندك والو أنت أرقى.</p> <p>- رقيت مكاش، ومن بعد الراقي قالي عندك سحور، سحور هذا كما قالي هو.</p> <p>- قالي مرشوش، مدفون، وميكول وعيان، قالي مأثرتك على الدم.</p> <p>- قتلو كي ندير، قالي أرقى فوت، وزيد قالي لا يفهمو الصوالح هادي.</p> <p>- شتى نشوف، شوفي الكبير تديه الزوبيا، لما داتنيش غير الزوبيا، لما عشيتش مع الشوارع نتلاوح.</p> <p>- أثر عليا المرض نعشي نطايش مع الزوبيا هادي لاني نخمم فيها.</p> <p>- كي شغل جان أنا مرضي جان، الدوا مع الجان مش كيف كيف.</p> <p>- الجان كي شغل ولا يتبلي دمي على حساب ما شت، أنا الجان يتبلي دمي ويصفيلي الدوا، باه ما يخدمليش في راسي، لا ما شتونيش غي في الزوبيا أثر عليا.</p>	<p>- أنت تعرف هذا السيد.</p>	<p>- كفاش راك تشوف في حالتك؟</p>
---	------------------------------	----------------------------------

6.4. استخراج مواضيع وآلية إنتاج الهذيان الواردة في خطابات الحالة:

- كنت قابض جماعة إرهاب يا ودي قابضهم، كي خرجت لقاولي سحار إذا كتبك.
- كنت قابض إرهاب، قابضهم في الحيط أيا والجماعة، الجماعة هاذو وصاو عليّ سحّار، السحّار هذا يعرفني نطنو هوما وصّاو، كون مكاش هو مكاش لي يدور بيّ، أيا قالي تخاف على روحك، ما بغاش يحكي لي علاه، لقا لي في الطريق يسحر خشني جن، خشني جن هذا، خشني جن هذا خشني حب صفر، وحد لقراد صفر يجو كي القمح دايرين، خشولي هنا في الدماغ وبدوا يحرقوا فيه من الداخل، والنار تشعل والنار تشعل فيه، النار تشعل، تشعل، وأنا بدا المخ ينشف، المخ ولا ينشف، المخ والدم ولا ينشف، هيا ثما جنيت قاع، كي جنيت أودي وحد الحالة كنت فيها كون تشوفي كفاه كنت داير، وشتي الميهان تسيل، أودي كنت لا حالة، في الواسمة، أيا ومن كينا ولا يتلوا العروق يتلوا، العروق تاوعي ولا يتلوا، هادي هي في لواسمة.
- الجن هذا لي خشني كي اللفعة داير، يجي يمشي يجي يمشي، كاين لي يجي يجري يجري ويخشلي تحت الشوك، ويخشلي تحت الواسمة ويضربني، مكانش يواسي.
- مصدر الهذيان: هذيان اجتماعي/ الميكانيزمات: التفسير، الحدس، التخيل، الوهم، الهلوسة/ المواضيع: التأثير، المرجعية.
- كي نرقد يجيني غاشي يبات يهدر معايا، يجيني غاشي الضحك يضحكوا يواسو وأنا راقد، كي نطقن نصيبهم يهدرو معايا.
- أنا الراقي قالي عندك أنت يغيروا منك، قالي عنك أنت اللحم تاعك يغير.
- من عند ربي من عند ربي، كاين اللحم يغير البونادم يغيرو، شغل كي تخزر فيه ما تطيقش تغير، الغير هذا شغل القلب تاعو يبغي يخرج، القلب تاعو يبغي يهتك يغير، mème أنا الشيباني كي يشوفني يغير يقولي ما تخزرش روحك في المرايا تغير.
- هيا ولل... هيا ولل...والراقي جاء، جاء يكتب للشفا أيا خزر في وجهي غار حرقني قاع والله لحرقني.

- مصدر الهذيان: اجتماعي، الميكانيزمات/ الهلوسة، التفسير، التخيل، المواضيع/ العظمة
- أنا قالولي طالب على حَقَّ في الدولة، قالولي طالب على حَقَّ وليت نتوسوس، بلاك ما عيطوليش، هوما عيطولي.
- هوما عيطولي في Télé ، هوما المواطنة.
- عيطولي قالولي تقدّم طالب على حَقَّ.
- إيه عندي حقّ على جال الجيش لي حكمتو.
- مصدر الهذيان: اجتماعي، الميكانيزمات/ الهلوسة، التفسير، التخيل، المواضيع/ العظمة
- أنا سبّتها دارولي بخور في طريقي، دارولي بخور ضوك أنا كي جيت فايت، حتى نشوف يشعل في ذيك الورقة، وsotie عليا وقالوا يعرك فيّ، أودي ما خلاليش، من ثمّ شغل أنا الطبيب قالولي يعطيك الحبة الحمراء، قالي هاذي تعاونك هاذي تخرج الجن، قالي يعطيك الحبة الحمراء تمصها كالحلوة.
- معوّل يهرب العسكر بالجن يكتب ويحرق، العسكر ما خرجش parce que لكان طار لكان خبطنا في بلاصة من البلايص، هيا من ثمّ وصاو عليّ هاذي سبّتها.
- ها قتلك مسحور.
- الجماعة السلفية، هاذ الجماعة السلفية وصاو واحدة عليّ هاذي طريقي.
- ها قابضهم، قابضهم على القريطة، ومن بعد تلاقيت أنا وياهم face أيا لكتبت بيهم compte-rendu، جاوبوني وصاو واحد، شغل الواحد هذا ساخف على المال، ولا يحكلي أعطيني المال، أعطيني المال، قتلو كي دعوة المال قالي المال.
- أيا ناض قابض وحد الوراقي يكتب ويحرق، يكتب يحرق حتّى طارت فيا حاجة.
- ومن بعد خرج خرج خشني كي الحنش داير، يضربني للقلب والراس ويدور، مرضت وليت نتخلط وما نحصيش راسي.
- أيا ومن بعد السيد هذا كي هدرت معاه نايفني، ما حبش يهدر معايا.
- غير تهدر معاه يقول المال، شغل ساخف على المال.

- نعرفو اسمو ميلود، كي قتلو علاه قالي المال أعطيني غير المال.
- راح كتب بيا في تيارت هو مكريزي، في العقل ماشي كما أنا حطني أنا لي ضربتو بحجرة عند حلوز.
- كي ولا راسي يطبخ رحت ل scanner قالي ما عندك والو أنت ارقى.
- رقيت مكاش، ومن بعد الراقي قالي عندك سحور، سحور هذا كما قالي هو.
- قالي مرشوش، مدفون، وميكول وعيَّان، قالي مأثرتك على الدم.
- كي شغل جان أنا مرضي جان، الدوا مع الجان مش كيف كيف.
- الجان كي شغل ولا يتبعلي دمي على حساب ما شت، أنا الجان يتبعلي دمي ويصفيلي الدوا، باه ما يخدمليش في راسي، لا ما شتونيش غي في الزوبيا أثر عليّ.
- مصدر الهذيان: هذيان اجتماعي، الميكانيزمات/ التفسير، الحدس، التخيل، الوهم، الهلوسة، المواضيع/ التأثير، المرجعية، العظمة.

7.4. تفسير أهم ما جاء في هذيان الحالة:

ظهر النشاط الهذيانى بالغنى والتوسع، نتيجة الدينامية النفسية القوية داخل الجهاز النفسى، كما تميّز بعدم التنظيم وسوء التنسيق، حيث ارتبط هذيان الحالة بالمصدر الاجتماعى فى الإنتاج والبناء، ويظهر هذا بتفسير السببية المرضية بطابع اجتماعى، من خلال قوله "ومن بعد الراقي قالي عندك سحور، سحور هذا كما قالي هو.... قالي مرشوش، مدفون، وميكول،..... قالي مأثرتك على الدم كي شغل جان أنا مرضي جان، الدوا مع الجان مش كيف كيف"، كما تميز أيضا بتعدد المواضيع والميكانيزمات.

تعتبر مرحلة الطفولة التي عاشها الحالة مرحلة صعبة، نتيجة حالة الفقر والتهميش والإهمال التي مرّ بها، كلّها شروط فرضت على الحالة تسجيل خبرات مؤلمة تاركة آثارها النفسية محفورة باللاوعي وممنوعة من التعبير عنها في الواقع، لتصل إلى مرحلة المراهقة وهي الفترة التي سبقت انفجار المرض، وهي مرحلة بدورها رسمت معالم المرض وحدوده

وكانت بمثابة المحفز لاندلاعه، والمنشط وكذا المحرك الأساسي للهذيان، وهذا كون مرحلة المراهقة تزامنت مع سنوات العشرية السوداء، وهي الأخرى تركت بصمتها في نفوس الأفراد نتيجة الضغوطات والصدمات، وحالة الرعب والخوف التي انتشرت بين أفراد المجتمع، وبما أنّ الحالة ينحدر من منطقة عانت من ويلات العشرية السوداء، يلي ذلك نظام الخدمة العسكرية والالتزام الإجباري بالانضمام إلى صفوفه، ما جعل المرض ينفجر والهذيان يصل إلى ذروته، وكان لهذيان العظمة كموضوع أساسي في جلّ الخطابات " أنا الراقي قالي عندك أنت يغيروا منك، قالي عندك أنت اللحم تاك يغير"، حيث ركّز الحالة على العظمة بناءً على أنّه يعاني نوعاً من الضعف، والتهديد الداخلي الذي يفسّر بالخوف والشعور بالنقص، ولتعويض هذا الجانب السلبي من الذات وهذا الضعف الذي يعانيه الأنا، فيلجأ إلى العظمة للدفاع ضدّ هذا التهديد والصراع الداخلي، والصراع الخارجي المتمثّل في القلق والخوف، الذي تثيره المواضيع الخارجية وما تحويه من إحباطات وتهديدات، أمّا موضوع الاضطهاد الذي يدركه بفعل الإسقاط على الواقع وبإدراك داخلي مشوّه، إنّما هو دلالة على حجم الاضطهاد والكره، والأحاسيس السلبية التي يكوّنها ضدّ الجيش والعساكر وجماعات الإرهاب، بسبب ما أحسّه من خوف وسوء معاملة داخل النظام العسكري فجميع أشكال الحقد والكره التي يحملها ضدّ هذا النظام يدركها على أنّهم هم يضطهدونه ويتعرّضوا له بالأدنيّة وقاموا بسحره " الجماعة السلفية، هاذ الجماعة السلفية وصاو واحدة عليّ هاذيك طريقي".

8.4. تحليل بروتوكول الرورشاخ:

أهم ما يميز الإنتاج الإسقاطي للمفحوص وجود مضامين غير متطوّرة وفقيرة جداً، الظاهرة بالكفّ الشديد والمحدودية في الاجابات $R=6$ من خلال التقصير في التعبير اللفظي، وضعف الإبداع ما يشهد على صلابة وشلل التفكير، تناول مدركاته الهوامية بمعدل (90 ثا لكل اجابة)، وهو إيقاع بطيء في تفكير الحالة، بحيث نجده غير قادر على حيادية اجاباته، ما يشير إلى المجهود الدفاعي غير الفعّال في أغلب الاجابات، تتضمن الكفّ، عدم

المعرفة ، والتردد وهو ما يترجم بفرض الرقابة الهجاسية على الأفكار، وقد شكّل البروتوكول صدمة للحالة 7 = Choc وارتفاع حالات الرفض 3 = Refus ، أمّا إجاباته فهي مرتبطة بالمحتوى الحيواني A=3 تعبّر عن تمسّكه بالواقع الخارجي بشكل مضطرب للدفاع ضد الخطر الداخلي والاحتماء منه، وكذلك المحتوى التشريحي، الذي يعكس التفكك والانفصال ما يبرز أنّ أفكاره مختلطة وغير منطقية مع انعدام الإجابات المبتدلة التي تدلّ على عدم تقاسم الإدراك مع المحيط، نتيجة قلة سياقات التماهي وهو ما يطرح قاعدة مرضية، مع عدم فعالية سياق التمييز بين الأنا واللاأنا، بإدخال التحفّظات الكلامية ذات البعد الهجاسي الصلب (هذا، شتا هادي)، وهو ما يخفّف نوع الضعف ذي التوجّه الذهاني.

المسح الأولي للإنتاج الإسقاطي يطلعننا على ثقل الفراغ الذي يطغى على الإجابات، البارز في الفقر الهوامي للمحتويات ذات الحضور النادر وهذا ما يطرح إشكالية ذهانية.

. سياقات التفكير

ظهرت سياقات التفكير للمفحوص بالتحديد الكليّ المتوسط 33 = G% ، ما يشير إلى ارتفاع التفكير المجرد وطغيان المحدّد الجزئيّ مع بروز الشكّ والوساوس ممّا أدّى إلى عدم الاهتمام بالواقع وتجزئته، 50 = D% دليل على عدم الاهتمام بالواقع وهذه التجزئة المفرطة للإدراك مؤشر على الذهان، إلى جانب ارتفاع إجابات الشطر الجزئية 16 = Dd% دليل على عدم القدرة على احتواء أجزاء الجسم في وحدة كليّة، مع ارتفاع الدفاعات الشكلية 83 = F% التي يريد بها تحسين الواقع، أمّا وجود المحتوى التشريحي يبرّر بالابتعاد عن المؤثرات الانفعالية والعاطفية، وغياب الاجابات البشرية يطرح مشكل التقمّصات، لتقابلته 60 = F+% ما يعكس ضعف قدرات التشكيل الجيدّ والسليم للمنبهات هذا يعني الحكم على حقيقة غير جيّدة، ممّا يبرّر فقدان الاتصال مع مواضيع العالم الخارجي وعدم ملاءمة أفكاره، أمّا غياب الاجابات البشرية يطرح صعوبة تصوّر الذات كوحدة نفسية مدمجة.

وتكشف أغلب الإجابات عن الفشل الإدراكي الدال على ضعف قدرات الاحتواء للعالم الداخلي أو الخارجي وهشاشة الحدود.

كانت الانطلاقة في اللوحة I كمحاولة للاندماج التكيّفي مع الواقع الموضوعي، من خلال التمسك بالمألوف GF+ A Ban ممّا يبعث إلى إشكالية النرجسية من خلال الصورة الصورة الجسدية، وتصوّر الذات حيث يمثّل "الخفاش" الجانب الهشّ للموضوع الأوّل القابل للتلاشي، لتتلاشى قدرات التكيّف بتدخل اللوحة II أمام قوّة الإخصاء بصدمة ورفض البطاقة، ويستمر في البطاقة III بصدمة أخرى ما يفسّر بفشل التقمّصات الجنسية، ليلدّها انفجار لوني Nc يكتفي فيه بتسمية الألوان (احمر، لكحل)، بإسقاطات عدوانية اتجاه موضوع التقمّص الأوّل مرفوقاً بنزعات اكتئابية مجسّدة باللون الأسود، تفتح المجال للعجز عن جمع شتات الجسم في صورة حية، وتجميد الصورة الإنسانية وعدم القدرة على التقمّص بسبب نقص التجارب العلائقية وتجنّب الواقع المألوف، ليستمرّ بعدم الثبات ويحاول الاندماج في الواقع من خلال الإجابات الإضافية بمدرك كلّي فاشل لمحتوى حيواني والتمسك بالواقع من خلال المألوف GF-A Ban، ويواصل هذا التكيّف بمدرك كلّي لحركة حيوانية GkanA Ban، ليريز النزعات العدوانية اتجاه الموضوع للتقمّصات الجنسية، لتتلاشى قدرة التكيّف من جديد بصدمة في البطاقة IV برفض السلطة التي تمثّل له صورة الأمومة، ما يطرح إشكالية فشل تقمّص الهوية وتصوّر الذات، بحضور الألوان التي توحى أنّه يتّجه إلى الاكتئاب، والنكوص إلى المواضيع القديمة وعدم النضج وتمثيله من خلال تسمية اللّون الأسود (تصويرة بلكحل) والمواظبة على نفس الموضوع، وفي البطاقة V تظهر إسقاطات إدراكية بتصوّرات إكتئابية لمحتوى حيواني بطريقة مقولبة GF+ A Ban، (خفاش كحل) وهو تصوّر الذات بطريقة احتقارية وهو يحمل رمزية جنسية قضيبية ويستمرّ بنفس التجميد الدفاعي لنفس المدركات في نفس البطاقة.

وفي اللوحة VI يستمر عدم وعدم ثبات وفشل الدعائم النرجسية بمدركات جزئية شكلية DF+ Anat لمحتوى تشريحي، كوسيلة دفاعية لتجنب الجنسية وعدم الاعتراف بها، ثم يضيف بمدرك جزئي فاشل لمحتوى تشريحي شطر DdF- Anat ممّا يدلّ على عدم تماسك الأفكار وعدم الاعتراف بالرمزية الجنسية من خلال شطرها، لينتقل في اللوحة VII بصدمة كرفض للرمزية الأبوية وقطع الاتصال والعلاقات، ثمّ يواصل في البطاقة VIII بصدمة أخرى كرفض للعلاقات ورفض للانفصال المحتمل والضمني، يضيف DF±A عن طريق إدراك مبهم للاتصال مع العالم الخارجي، بمحتوى حيواني كمحاولة للاندماج والتكيف مع الواقع.

ليجمد الدفاع في اللوحتين IX و X من خلال الرفض وهو ما يترجم بوجود صدمات مع العلاقات الأمومية المبكرة، والرفض هو تعبير عن الانفصال خوفاً من الواقع الموضوعي فهو يريد الانفصال والفردانية، ثمّ يحاول من خلال الإجابات الإضافية الاندماج في الواقع بمدرك جزئي فاشل لمحتوى حيواني، DF- A كتعبير عن تحرك النزوات العدوانية للمواضيع القديمة، وتظهر مشكلة الاتصال مع الواقع الخارجي ببروز محتوى تشريح الذي يريد به إصلاح الواقع حسب مبدأ هو DF- Hd anat، ويضيف بتناقضات العواطف DF- A التي تبعث إلى الانفصال والفردانية وهي سمات مرضية.

هذا النمط من الإدراك يتميّز بقلة الإنتاجية نتيجة التثبيط في التفكير، والكفّ والمواظبة على موضوع واحد بمحتوى حيواني، يتميّز بالفقر في الإبداع وتناول المدركات بطريقة مقولبة ما يجعل الحالة قليل العقلانية الفكرية، وما يخدم التفكير الصلب بمحاولة بناء الحدود بين الداخل والخارج بتدخّل المحدّد الشكلي كدفاع 83 = F%، ما يمنع ظهور الرغبات ووسيلة دفاعية لتحسين العلاقة بالواقع.

. معالجة الصراعات

تعامل المفحوص مع الصراعات بالكف الشديد وتحجير العواطف، إلى جانب تقصير الإجابات، والطابع القولي المتكرر، واجه المنبه بدفاع قوي ومتكرر لسد أي منفذ ببروز الرفض للواقع، وبالنسبة لنمط الرجوع يتميز بالانغلاق $TRI = 0K/0C$ بتحجير العواطف وتصلبها وقلة التصورات، والصيغة الثانوية منغلقة وتتجه نحو نفس الهدف لسد منافذ التصور والصراع، بنقص العلاقات العاطفية مع الموضوع الأولي $Rc\% = 16$ دليل على انطواء الحالة خارجيا مع البيئة المحيطة وهذا بعدم القدرة على التكيف والاستقرار ولكبت التصورات الاضطهادية، كما تظهر إشكالية التقمص بطابع مرضي وهذا من خلال العجز عن تصور الذات وغياب الاستجابة البشرية في البطاقة III مع الإفراط في استثمار الواقع من خلال الاستجابات الحيوانية، أما غياب الصورة البشرية في البروتوكول يترجم بعجز عن تصور التقمصات، أي التثبيت في الصراعات الأوديبية. أما تسمية الألوان فهي تخدم نزعة التحكم في العاطفة.

لقد طرح اللاتمايز الموضوعي مشكل عدم القدرة على تحديد الصراع، نتيجة الدفاعات الشكلية التي طغت على البروتوكول، مع تضيق الحركات والنزوات بنمط تفكير مقولب في كل اللوحات، ومن خلال فقر الصدى الهوامي لتصور المدركات نسجل عجز عن تصور الاكتئاب والنزعات العدوانية، وحتى عدم القدرة على إسقاطها وإبقائها حبيسة الحياة الداخلية، كما أن غلبة المحتوى الحيواني على البروتوكول دليل على إفراط استثمار الواقع الخارجي للحماية من خطر الحياة الداخلية.

. خلاصة

بمراعاة مميزات التوظيف الذهاني التي سجلناها في بروتوكول المفحوص أو المبحوث والتمثلة في :

. الكف الشديد والمحدودية في الإجابات.

. صلابة وشلل التفكير مع ضعف الإبداع.

. فرض الرقابة الهجاسية على الأفكار.

. إجابات التفكك والتحفظات الكلامية.

. عدم تمايز الأنا.

. ارتفاع عدد الإجابات الجزئية مقارنة بالكليات.

. غلبة إجابات الشطر.

. ارتفاع نسبة الدفاعات الشكلية.

. اضطراب العلاقة في الاتصال بالعالم الخارجي.

. العجز عن تصور صورة الذات.

. هشاشة الحدود.

. فشل تقمصات الهوية.

. تجسيد الصورة الإنسانية.

. بروز النزوات العدوانية.

يتضح أن هذا التوظيف من النمط الفصامي المفكك، ما يظهر في كبت التصورات العاطفية وإسقاطها بطابع نكوصي الظاهر في التكرار والقولبة والمواظبة على نفس الموضوع وزيادة عدد الصدمات.

الفصل السابع: مناقشة النتائج على ضوء فرضيات الدراسة

1. مناقشة وتحليل نتائج الفرضية الأساسية
2. مناقشة وتحليل نتائج الفرضية الفرعية الأولى
3. مناقشة وتحليل نتائج الفرضية الفرعية الثانية

استنتاج عام

خاتمة

توصيات الدراسة

قائمة المصادر والمراجع

قائمة الملاحق

. مناقشة نتائج الدراسة وتحليلها على ضوء الفرضيات:

إنّ نتائج الدراسة الحالية والتي شملت (04) حالات مصابة بالفصام بتعدّد أنماطه، تمّ تشخيصهم من طرف طبيب الأمراض النفسية والعقلية، مع الاستعانة باختبار الرورشاخ، تمّ تطبيقه على حالات الدراسة بمركز الوسيط لعلاج الإدمان بولاية تيسمسيلت، فقد أنّقت نتائج الدراسة مع ما جاء بأدبيات البحث بشكل عام، أمّا بالنسبة لفرضيات الدراسة فقد كانت النتائج كالتالي:

1. مناقشة وتحليل نتائج الفرضية العامّة ونصّها كالتالي:

. يحمل مضمون الهذيان عند الفصامي دلالة رمزية يمكن التنبؤ بها.

تحقّقت نتائج هذه الفرضية بالنسبة لكلّ الحالات، وهذا انطلاقاً من محتوى الهذيان الذي كان يحمل دلالة تمّ التنبؤ بها، من خلال تتبّع التاريخ النفسي والاجتماعي للحالات وتحليل معطياته باستخدام أسلوب تحليل المحتوى، فهذه الهذيانات عبّرت بالفعل عن ماضي وخبرة نفسية عايشها المريض بمرحلة معيّنة من مراحل نموّه الطبيعي، أين كانت هذه الآلام والمعاناة أقوى من قدرة تحمّل الجهاز النفسي، وبما أنّ الأنا يقوم بقمع الرغبات والصراعات والإحباطات، ولا يسمح لها بالخروج إلى أرض الواقع، لكن الهذيان وبمراحل لاحقة يعدّ الطريق الوحيد، الذي يسمح بالتعبير عن هذه المحتويات اللاشعورية، لكن بطريقة مشوّهة ورمزية، فهذه الرغبات تحمل رموزاً وشفرات تعبّر عن معاناة وصراعات بدائية، يمكن الاستدلال عنها بالرجوع إلى ماضي كلّ حالة وتحليله.

فالهذيان عبارة عن أفكار ومعتقدات غير منطقية، يؤمن بها المريض الفصامي ويقنع بصحّتها، فهذه الألفاظ والخطابات تحمل دلالة رمزية متأصلة بالأوعي، تعود أسبابها إلى إحباطات وصراعات تعرّض لها المريض في مراحل سابقة، أو إحباطات لاحقة عاشها المريض، وبالتالي فكلّ الرغبات المقموعة التي تمّت إزاحتها ودفنها بالأوعي، ولا تسمح لها رقابة الأنا بالظهور من جديد، ونتيجة فشل عملية احتواء الحدود وانشطار الأنا يحدث صراع

بينها وبين العالم الخارجي، نتيجة مرض الفصام فهي تسمح بغزو السيرورات الأولية والرغبات الدفينة، إلى الواقع وإسقاطها بموضوع خارجي يختلف عن الموضوع الأول أو يتشارك معه في بعض الخصائص، لكن الإسقاط والانفلات والتدفق اللاواعي يكون بصورة رمزية تختلف عن الصورة الأولية، مجسدة في خطابات وكلمات يهذي بها الشخص المريض تُعرف بالأوهام، فهذه المحتويات التي يتم إسقاطها على الواقع الخارجي ليست إلا رغبات مكبوتة، تم قمعها في مراحل سابقة، ويمكن الاستدلال على هذه الرموز والمعاني، التي يحملها الهذيان من خلال الرجوع إلى التاريخ النفسي والاجتماعي للحالات، الذي يتم معرفته انطلاقاً من المقابلات مع الحالات ومع نويهم، فمن خلال هذه الفرضية وبالاستناد إلى المرجعية النظرية لـ "سيغموند فرويد"، في تحليله لحالة الرئيس "شريبير" ومحاولته إعطاء معنى ورمزية لهذيان المريض، فهو يبين لنا من خلاله أن الهذيان له ميزة وله معنى، وبعض العمليات كالانقسام والإسقاط تشارك في تحويل التجربة التي لا تطاق إلى فكرة وهمية، فمن خلال الاستثمار النرجسي في الواقع يعتبر الحاوية الجديدة لتدفق الإثارة الداخلية، المتمثلة في الاضطهاد والغيرة، فالمحتوى الظاهر المتمثل في كلام الحالة، والألفاظ التي يتم تسجيلها خلال المقابلات، بإمكانها أن تكشف لنا عن المحتوى الكامن لهذه الخطابات، المتمثل في الدلالات والرموز والمعاني التي جاءت في مضمون الهذيان.

ولقد أظهرت نتائج الدراسة الحالية والمتعلقة بالفرضية الأولى، التي تم استخراجها من خلال تحليل خطابات هذيانية أن مضمون الهذيان لدى المريض الفصامي، يحمل رمزية ودلالة يمكن التنبؤ بها، فهذه الخطابات والأفكار والمعتقدات التي يكررها المريض، ليست إلا انعكاساً لحياة نفسية وخبرات ماضية وتجارب مؤلمة، تركت آثاراً بليغة في نفس المريض وتم كتبها وإزاحتها إلى اللاشعور، ولا يستطيع التعبير عنها وعن هذه الإحباطات التي تراكمت بسبب سوء المعاملة الوالدية، أو نمط التنشئة الاجتماعية الذي تخضع له الحالة وبالتالي يصبح غير قادر عن التعبير بحرية، وتعد الإصابة بالفصام أحد الاضطرابات التي تسمح بقطع العلاقة مع الواقع والانغماس في الذات، ممّا يساعد على انفلات رغبات الهو وتدفق

اللاشعور، وبزوغها إلى أرض الواقع بفعل غياب رقابة الأنا وسيطرة الهو على الواقع، وبالتالي تعود تلك الإحباطات والصراعات السابقة لتحتيا من جديد بفعل الهذيان، لكن تترجم وتسقط بطريقة مشوهة ورمزية تختلف من مريض لآخر، وما يجعلنا ننتبأ بدلالة هذه الرغبات والإحباطات، هو ربطها بالتاريخ النفسي والاجتماعي والعلائقي للمرضى، ومختلف الحوادث والصدمات التي تعرّضوا لها، ويكون هذا من خلال الاطلاع على ملف المريض، أو بالاتصال المباشر مع الأسرة التي بدورها تطلعنا على تاريخ المريض، وهذا ما يتفق مع ما جاء به "سيغموند فرويد" من خلال تحليله لهذيان الرئيس شريبر، في نظريته التي خلصت إلى أنّ "الحلم والهذيان ينبعان من نفس المصدر أي من المكبوت"، ويضيف أيضاً أنّ عودة هذا المكبوت تعود بنفس قوّة الحدث وقوّة الألم، وبنفس الضغط الذي واجهه بالماضي وبالتالي لا يستطيع تحمّله فيسقطه في الواقع على شكل هذيان، وخروج جميع الرغبات اللاواعية والصراعات البدائية إلى أرض الواقع (Augustin, 1990).

وتنطبق فرضيتنا مع ما جاء به "ساس" Sass الذي يرى أنّ الهذيان هو تدفّق من اللاوعي إلى الواقع، وفشل في وظيفة احتواء الحدود، حدود غزو العمليات الأولية وهو الانحدار نحو الرضا الوهمي، وجنون العظمة لرغبات الطفولة المبكرة، أو حتى نحو أشكال الخبرة غير الناضجة، التي تسبق تطوّر الشعور بالذات، أو القدرة على النقد الذاتى لما وراء الوعي، وإدراك التمايز بين الذات والهدف في الداخل والخارج (Englebert et al, 2017).

كما أثبتت معظم الدراسات والنظريات المفسرة للاضطرابات النفسية، أنّ أساس السلوكيات المضطربة والاضطرابات يعود إلى مراحل بدائية من نمو الفرد، ومنشأ لكل صراعاته وسلوكاته اللاحقة هي انعكاس لما خبره الفرد بمراحل سابقة.

ومن الملاحظ أنّ جميع حالات الدراسة بعد تحليل مضمون هذياناتهم، وربطها بالتاريخ النفسي والعلائقي لهم، تبين أنّ هناك تأثيراً واضحاً وعلاقةً بين ما تمّ تسجيله

بمحتوى الخطابات، ومواضيع الهذيانات وبين التاريخ النفسي والاجتماعي للحالات، فالمعاملة القاسية وأساليب التربية غير السوية المشحونة بالصراعات، والإهمال والتعنيف، لعبت دوراً في تكوين مشاعر الإحباط والعزلة لدى الحالات، مما انجر عنه تكوين أعراض الاضطهاد والإحساس بالنقص، وقد تمّ كبت هذه الإحباطات ومنعت من التعبير عنها، فالأب المشكك الذي يزرع في أبنائه التشكيك يجعل الأبناء في حالة توتر وشكٍ وتفكير مضطرب، كما أنّ الإهمال والتجاهل والإحباط والاكنتاب والعزلة التي يعيشها الفرد بمراحل نموه تساهم بظهور الشكوك والهلاوس لاحقاً.

فقد أوجدت بعض الدراسات أنّ سبب ظهور الاضطهاد في المجتمع، هو اهتمام الوالدين بالابن الأكبر أو الأصغر وإهمال البقية، مما يجعله ينطوي ويكون مشاعر سيئة وتنمو لديه مشاعر الكراهية والحقد، وهذه التراكمات تولد صراعات تتوالى عبر مراحل النمو، ثمّ تقمع وتمنع من الظهور لتعود وتظهر من جديد في شكل أعراض مرضية، فإذا تعلّق الأمر بالهذيان الفصامي تتعدّد المواضيع الهذيانية مع غموضها وتمييزها بعدم التنظيم.

2. مناقشة وتحليل نتائج الفرضية الجزئية الأولى: والتي تنصّ:

. توجد مصادر متعدّدة للهذيان يمكن اكتشافها بتحليل محتوى الخطابات الهذائية.

تحقّقت نتائج هذه الفرضية وهذا من خلال تحليل محتوى الهذيانات، التي تمّ استخراجها من المقابلات، أنّ لكلّ مريض مصدر معيّن يلجأ إليه في بناء هذيانه وميكانيزماته، وهذا حسب البيئة والثقافة التي ينتمي إليها المريض، ومردّد هذا أنّ الطفل يولد صفحة بيضاء فبمجرّد احتكاكه بالمجتمع والقائمين على تربيته، من أسرة ومحيط في مجتمع معيّن يتأثر الطفل بثقافة وتنشئة بيئته التي ينتمي إليها، فالبيئة لها تأثير مباشر في تكوين شخصية الفرد وثقافته واكتساب مهاراته، فالطفل يتشبع بتعاليم دينته، ويتّبع أنماط سلوك مجتمعه وعاداته وتقاليده وحدّة انفعاله، وبما أنّه خالي الذهن فهو مستعدّ لاستقبال جميع الخبرات والمعلومات وتخزينها.

ومما يجدر بنا الإشارة إليه أنّ البيئة الجزائرية عريقة، تحوي على خصائص دينية وثقافية واجتماعية متعدّدة، حسب تعدّد البيئات وتعدّد الشعوب والأعراق فيختلف مصدر الهذيان، حسب البيئة التي ينتمي إليها المريض، وحسب نمط التنشئة التي يتلقاها كما تختلف الثقافات باختلاف الشعوب والبيئات، فمصدر الهذيان لدى مريض يعيش بالغرب ليس نفسه لدى مريض يعيش بالدول النامية أو العربية، وفي الجزائر ثقافة مناطق الشمال ليست نفسها بمناطق الجنوب، فهناك مناطق متشعبة بتعاليم دينية، وهناك ممّن هم يحملون قيم وعادات وتقاليد اجتماعية، والبعض الآخر لديهم فكر سياسي متحصّر، فبناءً على الثقافة والبيئة ونمط التنشئة يكون مصدر الهذيان لدى المرضى، لكن المواضيع والميكانيزمات تختلف من مريض لآخر، حسب التكوين النفسي ومضمون الهذيان لكلّ مريض، فهناك من تتعدّد مواضيعه وميكانيزماته وهناك من يتّخذ موضوعاً واحداً يكرّره.

فالخلفية الثقافية للمريض تلعب دوراً في تكوين اللغة، والأفكار وتكوين التصوّرات عن المجتمع والعلاقات، فيتّخذ أسرته ومجتمعه ومعتقداته وثقافته كمرجع لتفسير ما يدور حوله، ثمّ تتكوّن وتترسّخ شخصيته تبعاً لما تمّ تخزينه، لتكون مصدراً لكلّ فعلٍ أو قولٍ أو سلوكٍ يصدر عنه كونها تؤثر في سلوكه، وعلاقته مع الآخرين وفي استجاباته الشخصية، وبهذا نجد أنّ الثقافة والمجتمع هي التي تحدّد تصوّر الفرد ونمط تفكيره وأفعاله، وبالتالي فمصادر الهذيان تختلف باختلاف التصوّرات الثقافية والاجتماعية والعرقية للأفراد.

كما أنّ الإنسان وريث بيئته فلغته وسلوكه هي نتاج مجتمع وثقافة وبيئة، طبعت فيه طابعها وعاداتها وتقاليدها التي تختلف عن باقي المجتمعات، فمن خلال تحليل هذيان الحالات الأربعة ظهرت مصادر متعدّدة للهذيان، لكنّ المصدر المتكرّر هو المصدر الاجتماعي، إلا أنّ هذا لا ينفي وجود مصادر أخرى تكون حسب تنشئة الفرد وحسب الثقافة التي يتشبع بها، بالنسبة لعينة الدراسة طغى على خطاباتهم المصدر الاجتماعي والثقافي، وهذا دليل على أنّ أفراد العينة من بيئة واحدة وينتمون إلى نفس الثقافة، ومتشبهون بالعادات

والتقاليد المشتركة فلو نلاحظ أنّ كلّ الحالات تفسّر الإصابة بالمرض بالسببية الاجتماعية والثقافية، وهي الإصابة بالمسّ والجنّ والسحر، وهي تفسيرات مشتركة ومتوارثة، وخلفية ثقافية شعبية واحدة.

فبناءً موضوع الهذيان يكون انطلاقاً من المصدر الذي يتشعب به المريض، بغضّ النظر عن كونه اضطهاداً، أو عظمة أو خيالاً، فهو دوماً يصدر من مجتمع ليعود ويسقط هذا الموضوع على نفس المجتمع، ومحتوى الخطابات الهذائية والمواضيع التي يبني عليها الهذيان، لا يمكن أن يخرج عن السياق الذي يعيش فيه الفرد، فكما يؤثر المعاش النفسي والنمط العلائقي للفرد على سلوكاته وأعراضه المرضية، كذلك تتأثر الأعراض والسلوكات بالبيئة والمجتمع والثقافة التي ينتمي إليها المريض، وبهذا تتحدّد مصادر الهذيان وفق ما يتأثر به الفرد في نمط تنشئته، فقد تكون هذيان ذات طابع اجتماعي، وتتشكّل من عناصر وخصائص اجتماعية مثلاً، وبهذا نتنبأ بأنّ الفرد أو المريض قد يكون مصدر هذيانه اجتماعي، كونه تأثر بأعراف وتقاليد وخصائص اجتماعية أورثها المجتمع للفرد.

3. مناقشة وتحليل نتائج الفرضية الجزئية الثانية: والتي تنص

. تختلف مصادر الهذيان عند مرضى الفصام تبعاً لمتغيرات المستوى التعليمي والثقافي.

لقد تحققت نتائج هذه الفرضية أيضاً وهذا انطلاقاً من مقارنة هذيان عيّنة الدراسة، بالنسبة للحالة الأولى كان المستوى التعليمي الطور الثانوي، وهو ينتمي إلى أسرة ذات مستوى تعليمي وثقافي جيّد، فكان مصدر الهذيان سياسياً ويصبّ في محتويات ومواضيع متنوعة وغنيّة، ويوحى بثقافة الشخص المتكلم، أمّا الحالات الأخرى فكان المستوى التعليمي لهم الطور المتوسط، وبالتالي كان مصدر الهذيان الخاص بهم اجتماعياً ثقافياً شعبوياً.

بهذا يمكننا أن نستنتج أنّ المستوى الثقافي والتعليمي للفرد يلعب دوراً في ترجمة أفكاره، فكما ارتفع المستوى التعليمي والثقافي للفرد، تنوّعت أفكاره وكانت غنيّة ومعبرة عن ثقافته ومستواه، وحددت البيئة والثقافة والمجتمع الذي ينتمي إليه، والعكس بالنسبة للمستوى

التعليمي والثقافي الضعيف، الذي يترجم في محدودية الأفكار وتكرارها وسذاجتها، وكان محتواها بسيطاً وتقليدياً.

فالثقافة والقيم والأفكار والمعتقدات التي تحملها الأسرة والمجتمع وتورثها للفرد، تعتبر المحدد الرئيسي لأسلوب تفكير وكلام هذا الأخير، ويتبناها في تفسير المرض أو حتى طرق العلاج، فإذا كانت الأسرة التي يعيش ضمنها هذا الفرد تقسر الإصابة بالمرض تعود لمسببات غيبية، وبفعالية العلاج التقليدي، لا شك أن المريض سوف يحمل نفس المعتقدات وهذا ملاحظانه عند بعض حالات الدراسة، أين فسرت الإصابة بالمرض أنها تعود للإصابة بالمس واعتداء الشياطين، وراحت تسلك مسلك العلاج بالرقية، وهذا ملاحظناه في مصدر الهذيان لدى حالات الدراسة، يدعون أنهم مصابون بالسحر والمس.

وهذا ما جاء من خلال دراسة (الحواري 2011) التي توصلت بأن تمثلات الافراد لأسباب المرض النفسي وطرق علاجه تبدو أكثر ارتباطا بالخلفية الثقافية للمجتمع، حيث تؤثر هذه الخلفية في تكوين عوامل مختلفة كالدين واللغة والتراث ثم الخبرات المتراكمة على مدى طويل.

وتتفق نتيجة هذه الفرضية مع ما توصلت إليه دراسة (صولة، 2014)، إلى أن هناك تأثير واضح للجماعة المرجعية حول تصور المرض لدى المريض، كما للمعالجين دور هام في تصور المرض. وتؤثر الظروف الاقتصادية والاجتماعية السيئة بشكل غير مباشر على تصور المرض خاصة لدى الفئة الفقيرة من المرضى. وتمثل العناصر الثقافية بما فيها الثقافة الشعبية، والدينية، والحديثة، والمستوى التعليمي، لدى المرضى متغيرات بالغة الأهمية في تصور المرض.

. استنتاج عام:

إنّ دراسة محتوى الهذيان للمريض الفصامي، والبحث في الدلالات التي تحملها هذه الخطابات والمعتقدات، التي أقلُّ ما يُعبَّر عنها أنّها اعتقادات خاطئة لا أساس لها من الصّحة، تعود إلى خللٍ في التفكير، تفسح المجال للكشف عن جانبٍ مهمٍّ من حياة المريض الفصامي، وهو الخبرات اللاشعورية المؤلمة، والنماذج العلائقية المبكّرة المشحونة بالصراعات، وما تلعبه من دور في تكوين بنية الهذيان ومحتوياته، وتحديد مواضعه وميكانيزماته.

فالخطاب الهذيانى والأفكار الوهمية التي يعتبرها الطبُّ النفسي كضرب من الجنون، تعدُّ بمثابة النافذة التي نطلُّ بها عن ماضي المريض الفصامي، خاصّة أنّ علاقته بالواقع منقطعة ولا يستطيع التعبير عن ألمه، ولا يمكنه إدراكه على عكس العصابي الذي يستطيع الكشف عن مكبوتاته، وصراعاته من خلال التقنيات والجلسات النفسية، فالفصامي يتّخذ طريقة وحيدة للتعبير عن صراعاته البدائية، وإحباطاته والنماذج العلائقية الفاشلة وكلِّ ما تعرّض له بمراحل نموه وهي الهذيان، فهذه الهذيانات تحمل دلالات رمزية حول المعاش النفسي للفصامي.

فجلُّ الأفكار الهذيانية مبنية على مصدر ديني، أو اجتماعي، أو ثقافي، أو سياسي....، وهذه المصادر موجودة بالمجتمع ومتداولة بين الأفراد، فمن الطبيعي أن يرث الفرد ثقافة مجتمعه وعاداته وتقاليده، ويستدخل كلّ معانيه ويتشبع بأفكاره وتعاليمه، وهذا ضمن محيطه الأسري والاجتماعي، وبالتالي يكون مصدر الهذيان وفق الثقافة التي يتشبع بها الفرد، والأكثر تأثيراً في تنشئة هذا المريض فإمّا تكون سياسية، أو دينية أو اجتماعية أو ثقافية، وعليه يمكننا القول أنّ مصدر الهذيان يُبنى وفق نموذج التنشئة الاجتماعية التي تلقاها الفرد.

إذن يمكننا أن نستنتج من خلال هذه الدراسة أنّ الهذيان لا يمكن اعتباره ضرباً من الجنون، ولا خلافاً في التفكير كما اعتبره الطبّ النفسي، وإنّما هو عبارة عن خطابات لا واعية تعبّر عن معاش نفسي، لا شعوري تمّت إزاحته إلى اللاوعي بفعل آلية القمع، وهي بدورها تحمل رموزاً ودلالات، تمكّننا من الاستدلال عن المعنى الحقيقي والخفيّ لهذه الأفكار، والخطابات ومحتواها من خلال ربطه بالتاريخ النفسي والاجتماعي للمريض، أمّا بخصوص مصدر الهذيان فهناك مصادر متعدّدة له، فكلّ مريض لديه مرجعية ثقافية أو اجتماعية أو دينية أو سياسية، يبني بها تصوّراته وأفكاره وكذا تكوين شخصيته، فمثل ما يؤثر فيها يتأثر بها، فالمريض الفصامي قبل مرحلة المرض كان شخصاً عادياً يحمل ثقافة أسرته ومجتمعه، وكون أفكاره وتصوراته انطلاقاً من تتشنته ضمنهم، فهو ابن أسرته ومجتمعه، وما هو متداول بشكل متكرّر لدى حالات الدراسة هو المصدر الاجتماعي، وبالتالي فمرحلة الهذيان ليست إلا تفرغاً لخبرات مؤلمة عايشها المريض، في مراحل سابقة من نموه تعود مواضيعها إلى أحداث خبرها المريض في مراحل بدائية، لكنّها تستند إلى مرجعية معيّنة أي السائدة لدى مجتمع ومحيط وأسرة المريض.

أمّا بخصوص اختلاف مصدر الهذيان تبعاً لمتغيّر المستوى التعليمي والثقافي للمريض، فمحتوى الهذيان لمريض ذو مستوى تعليمي وثقافي جيّد، ليس نفس المصدر لمريض ذو مستوى تعليمي ضعيف، فارتفاع المستوى التعليمي يعكس أفكار وتصورات المرضى ولغتهم، والمرجعية التي يستندون إليها في بناء أفكارهم الهذيانية، كما أنّ للثقافة التي ينتمي إليها المريض دوراً في تحديد مصدر هذيانه ومواضيعه، فإذا كان ينتمي إلى أسرة متعلّمة وثقافتها جيّدة، فأفكاره وخطاباته تكون متنوّعة وتعكس مستوى ثقافته، أمّا المريض الذي ينتمي إلى ثقافة بدائية وبسيطة وأفكاره تقليدية، فمن الطبيعي أن تكون أفكاره ولغته وتصوراته محدّدة بناءً على الثقافة التي ينتمي إليها، ويتميّز بمحدودية الأفكار وبساطتها وتعكس المستوى الثقافي للمريض، وبالتالي الأفكار الهذيانية تنطلق من مصدر يعتبر

كمرجعية أساسية للمريض، وهذا المصدر يختلف من مريض لآخر ويتأثر بالمستوى التعليمي للمريض.

بالنسبة لحالات الدراسة أغلبها ذو مستوى تعليمي متوسط، فهي تشترك في نفس الأفكار والتصوّرات، ولها نفس المصدر الهذيانى وهذا بحكم أنّهم ينتمون إلى نفس الثقافة ويشتركون بنفس الخصائص والتصوّرات، باستثناء حالة واحدة تتميز بمستوى تعليمي وثقافي جيد، عبّر عنه بتنوع أفكاره وغناها، الظاهر في الأفكار والتصوّرات واللغة الجيدة.

خاتمة

انطلقنا في هذه الدراسة من فرضية رئيسية مفادها أنه؛ يحمل مضمون الهذيان عند الفصامي دلالة رمزية يمكن التنبؤ بها، باعتبار أن الهذيان هو عرض أساسي في مرض الفصام يستند إليه في التشخيص من طرف الطبيب السيكاتري، وهو عبارة عن أفكار وخطابات يهذي بها المريض الفصامي خلال فترة مرضه، حيث تبنى هذه الهذيان على ميكانيزمات ومواضيع تختلف من مريض لآخر، فالطب النفسي لم يول أهمية لهذه الأفكار والمعتقدات التي يعبر عنها بأنها خاطئة ولا أساس لها من الصحة، تحدث نتيجة خلل في التفكير، واختبار الفرضية تم تسجيل خطابات المرضى خلال المقابلات، ثم تحليلها ومقارنتها بالتاريخ النفسي والاجتماعي لحالات الدراسة، وهذا ما تطلب طرح افتراضات جزئية تندرج ضمن سياق البحث حيث أظهرت النتائج ما يلي:

محتوى الهذيان يحمل دلالة رمزية تم التنبؤ بها من خلال تحليل محتوى الهذيان، وتتبع التاريخ النفسي والاجتماعي للحالات، وتحليل معانيه باستخدام أسلوب تحليل المحتوى، فهذه الهذيان ليست إلا انعكاساً لخبرات نفسية لا شعورية، خبرها المريض بمراحل بدائية من نموه وتعرف بعودة المكبوت، أو قد ترجع لمراحل لاحقة تسبق فترة الإصابة بالمرض، فكل أشكال المعاناة النفسية والحرمان والإحباطات، التي يتعرض لها الفرد قبل المرض، ويتم قمعها وتمنعها الأنا من الإفلات والخروج إلى أرض الواقع، فبمجرد الإصابة بالفصام الذي يسمح ب بروز السيرورات الأولية، وفشل عملية الكبت تعود وتحيا هذه الصراعات بنفس القوة بفعل الهذيان، الذي يعد المنفذ الوحيد للتعبير عن المحتويات اللاشعورية، لكن بطريقة مشوهة ورمزية يعبر عنها من خلال، مواضيع الهذيان وميكانيزماته التي بُني على أساسها، أو هي بدورها يعبر عنها بكلمات ومعتقدات وخطابات غريبة تُعرف بالأوهام، يمكن الاستدلال عنها وفك شفرتها بالرجوع إلى ماضي الحالة وتحليله، فمن خلال تحليل هذيانات

حالات الدراسة وربطها بالتاريخ النفسي لها قد أظهرت أنّ الهذيان يحمل دلالة رمزية تمّ التنبؤ بها.

كما أظهرت نتائج الدراسة الحالية عن وجود مصادر متعدّدة للهذيان، يمكن اكتشافها بتحليل محتوى الخطابات الهذائية، فكلُّ مريض يبني هذيانه انطلاقاً من مصدرٍ إمّا سياسي، أو ثقافي، أو اجتماعي، أو ديني، أي حسب نمط التشبُّه والمعايير والتعاليم التي يتلقاها الفرد ويتشبع بها، فالمحيط والأسرة والمجتمع والثقافة لهم دور في تكوين شخصية الفرد ونمط تفكيره، فهذه المؤسسات الاجتماعية تطبع لدى الفرد، نمطاً معيّناً من الأفكار والسلوكيات والعادات والمعايير، التي يفسّر بها كلُّ ما يصدر عن الفرد، وتصبح مصدراً لسلوكياته وأفكاره ويحمل نفس خصائصها، كما يختلف مصدر الهذيان من مريضٍ لآخر وهذا حسب البيئة التي ينتمي إليها ونمط التشبُّه التي تلقاها بمراحل نموّه، وبالنسبة لحالات الدراسة فقد تكرر لديهم المصدر الاجتماعي والثقافي، كونهم ينتمون إلى نفس البيئة الاجتماعية ويشتركون بنفس الخصائص الثقافية، فمحتوي الهذيان والمواضيع التي يبني عليها هذا الأخير، لا يمكن أن تخرج عن السياق الذي يعيش فيه الفرد، فكما يؤثّر المعاش النفسي والنمط العلائقي للفرد على سلوكياته وأعراضه المرضية، كذلك تتأثّر الأعراض والسلوكيات بالبيئة والمجتمع والثقافة التي ينتمي إليها المريض، وبهذا تتحدّد مصادر الهذيان وفق ما يتأثّر به الفرد في نمط تشبُّهته، فقد تكون هذياناً ذات طابع اجتماعي، وتشكّل من عناصر وخصائص اجتماعية مثلاً، وبهذا نتنبأ بأنّ الفرد أو المريض قد يكون مصدر هذيانه اجتماعياً، كونه تأثّر بأعراف وتقاليده وخصائص اجتماعية أورها المجتمع للفرد.

كما قد أفادت نتائج الدراسة بوجود اختلاف في مصادر الهذيان، عند مرضى الفصام تبعاً لمتغيّرات المستوى التعليمي والثقافي، فالمريض الذي نشأ في أسرة ذات مستوى ثقافي عالٍ ومستواه التعليمي جيّد، يختلف مصدر هذيانه على المريض الذي نشأ في أسرة تحمل ثقافة شعبية، ومستواه التعليمي والثقافي ضعيف، فالمستوى الجيّد يوحى بتنوّع الأفكار

ووضوح اللغة، أمّا المستوى الضعيف فيتميّز بمحدودية اللغة والأفكار، كما أنّها تحمل معاني ورموزاً تنتمي إلى الثقافة الشعبية التقليدية التي تتّسم بالبساطة والتكرار ومقاومة التجديد.

. توصيات الدراسة:

- إجراء دراسات مشابهة على عيّنة أكبر من مرضى الفصام، مع الأخذ بعين الاعتبار متغيرات أخرى.
- توسيع البحث في مجال الأمراض العقلية خاصة مرض الفصام وإعطاء أهمية لأعراضه.
- ضرورة اهتمام المختصين في علم النفس بالجانب النفسي لمرضى الفصام، وإعطاء تكفل أمثل لهم.
- تسليط الضوء على الأعراض الأخرى لمرض الفصام والبحث في مدلولاتها النفسية.
- توعية أسر مرضى الفصام بسبب المرض وضرورة المتابعة الطبية والنفسية بعيداً عن الطب الشعبي.
- محاولة إدماج مرضى الفصام في المجتمع، وإخراجهم من العزلة والانطواء من خلال العلاج بالعمل.
- العمل على إجراء دراسات حول البرامج العلاجية في البيئة الجزائرية، التي تساعد في التخفيف من حدة الأعراض لدى مرضى الفصام وتساعدهم على التكيف في المجتمع.

قائمة المصادر والمراجع

قائمة المصادر والمراجع

. قائمة المراجع:

أ . المراجع باللغة العربية:

- . إبراهيم، عبد الستار، وعسكر، عبد الله. (2008). علم النفس الإكلينيكي - في ميدان الطب النفسي، ط4، مكتبة الأنجلو المصرية.
- . أبو أسعد، أحمد، والنوري، سلطان. (2016)، دراسة الحالة في إطار جديد، ط1، مركز ديونو لتعليم التفكير.
- . الباسوسي، أحمد إبراهيم. (2013)، استراتيجية العلاج النفسي المعرفي في علاج الذهان المبكر والحاد، مركز الإسكندرية للكتاب.
- . الجانبي، مرهف كمال. (2003). معجم علم النفس والتربية، ج 1، مجمع اللغة العربية. الحجاوي، عبد الكريم. (2004). موسوعة الطب النفسي، ط1، دار أسامة.
- . الحفني، عبد المنعم. (2005). موسوعة عالم علم النفس - المعجم الموسوعي للتحليل النفسي، المجلد 2، ط 1، دار نوبليس.
- . الحواري، فاطمة. (2011). تمثيلات المجتمع للمرض النفسي وعلاقتها بطرق العلاج، أطروحة دكتوراه، جامعة فاس، المملكة المغربية.
- . الخازن، منير وهيبية. (د ت). معجم مصطلحات علم النفس - الأول من نوعه في اللغة العربية، دار النشر للجامعيين.
- . الخالدي، أديب محمد. (2006). مرجع في علم النفس الإكلينيكي المرضي - الفحص والعلاج، ط1، دار وائل للنشر.
- . الداھري، صالح حسن احمد. (2005). مبادئ الصحة النفسية، ط 1، دار وائل للنشر.

قائمة المصادر والمراجع

- . الدسوقي، كمال. (1974). *الطب العقلي والنفسي- علم الأمراض النفسية التصنيفات والأعراض المرضية*، ط1، دار النهضة العربية.
- . الزعبي، أحمد محمد. (2013). *الأمراض النفسية والمشكلات السلوكية والدراسية عند الأطفال*، ط1، دار زهران للنشر.
- . السرسبي، أسماء محمد، والنيل، محمود السيد. (أكتوبر 2019). القدرة التمييزية لمقياس وكسلر للذكاء الصورة الرابعة في التمييز بين مرضى (الفصام . الإكتئاب) لدى عينة من المراهقين، *دراسات الطفولة*، جامعة عين الشمس.
- . الشربيني، لطفي. (2001). *موسوعة شرح المصطلحات النفسية*، ط1، دار النهضة العربية.
- . الشربيني، لطفي. (د ت). *معجم مصطلحات الطب النفسي . سلسلة المعاجم الطبية المتخصصة*، مركز تعريب العلوم الصحية، مؤسسة الكويت للتقدم العلمي.
- . العبيدي، محمد جاسم. (2009). *علم النفس الإكلينيكي*، ط1، دار الثقافة للنشر.
- . العتيبي، عائشة فارس عبد الله. (2014). اضطراب الوظائف المعرفية لدى مرضى الفصام المبكر والفصام الزمن بالمقارنة بالأسوياء دراسة مقارنة، *مجلة كلية الآداب*، العدد (55).
- . العدوانى، أحمد مشاري. (يناير 1990). *سيكولوجية اللغة والمرض العقلي*، سلسلة كتب ثقافية شهرية، العدد (145)، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب.
- . العيسوي، عبد الرحمن محمد. (2011). *البارانويا والصحة النفسية*، ط1، منشورات الحلبي.

قائمة المصادر والمراجع

- . الغباشي، سهير فهيم، وسعد، محمود محمد. (د ت). فعالية برنامج تدريبي للوعي بما وراء المعرفة في خفض شدة بعض الأعراض السلبية لدى مرضى الفصام، مجلة دراسات عربية، مجلد 16، العدد (3)، 647-686.
- . القمودي، عيشة علي حميدة. (2012). دراسة تجريبية مقارنة لأداء الذاكرة الدلالية وذاكرة الأحداث الشخصية لدى مرضى الفصام والأسوياء، أطروحة دكتوراه، جامعة تونس.
- . المالح، حسان عدنان. (2000). الطب النفسي والحياة. مقالات. مشكلات. فوائد، الجزء 2، ط1، دار الإشراقات.
- . المنجد في اللغة والإعلام. (1998). منشورات دار المشرق.
- . الموصللي، وداد، وحسن، عبد الغني محمود. (2009). الصحة النفسية، دار زهران.
- . النجار، خالد عبد الرزاق. (2008). دراسة الحالة، مركز التنمية الأسرية.
- . الوافي، عبد الرحمن. (2006). مدخل إلى علم النفس، دار هومة للنشر.
- . الودرني، محمود هاشم. (1986). مدخل إلى الطب النفسي وعلم النفس المرضي، ط 1، دار الحوار.
- . برونو، كلوبفر، وهيلين، ديفيدسون. (2003). تيكنيك الرورشاخ. سلسلة الاختبارات الإسقاطية، (عبد الفتاح، حسين، ترجمة؛) منشورات جامعة أم القرى مكة،
<http://www.pdfactory.com/>
- . بن فرج الله، بخته. (ديسمبر 2017). واقع الاضطرابات العقلية في الجزائر، مجلة السراج في التربية وقضايا المجتمع، العدد (04)، جامعة حمه لخضر .
- . بوحوش، عمار وآخرون. (2019). منهجية البحث العلمي وتقنياته في العلوم الاجتماعية، المركز الديمقراطي العربي للدراسات الاستراتيجية والسياسية والاقتصادية.

قائمة المصادر والمراجع

- . بورجوا، مارك لويس. (2012). الفصام (إسكندر، جرجي معصب؛ ترجمة؛ ط1). مجد المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر. ISBN: 978-614-417-026-7
- . بوعود، أسماء. (2021). الاضطرابات النفسية والعقلية . بين التناول السيكلوجي الحديث والتناول النفسي الديني الإسلامي، ط 1، دار الحامد للنشر.
- . بوفولة، بوخميس. (2008). اضطراب اللغة عند مرضى الفصام، *the Arab journa of psychiatry ,vol 19 , N 02 ,175- 198*
- . بوفولة، بوخميس. (2014). الاضطرابات اللغوية عند الفصامي . دراسة نفسية تحليلية، دار جوانا للنشر.
- . بيير، راكو. (د.ت). العصاب والأمراض الذهنية. الانتصارات المذهلة لعلم النفس الحديث، (رعد إسكندر، وأركان بيثون، ترجمة) مكتبة التراث الإسلامي.
- . تواتي، مريم، وحدادي، دليلة. (جانفي 2016). الذكاء لدى الفصامي بين مؤشر للتخلف العقلي ودليل لتدهور القدرات المعرفية، الأكاديمية للدراسات الاجتماعية والإنسانية، العدد 15، 41. 47.
- . جغلول، دليلة. (2022). دراسة الانتباه الانتقائي وقدرات الكف لدى الفصامي . دراسة ميدانية بمستشفى فرانز فانون بالبليدة، مجلة المقدمة للدراسات الإنسانية والاجتماعية، المجلد 07، العدد (01)، 363 . 380.
- . جمعة، سيد يوسف. (يناير 1990). سيكولوجية اللغة والمرض العقلي، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، العدد 145.
- . جمعية الطب النفسي الأمريكية . (2014). الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية *DSM5*، (الحمادي أنور، ترجمة). Elsevier Masson. (2013).

قائمة المصادر والمراجع

- . حسين، فالح حسين. (2013). علم النفس المرضي والعلاج النفسي، ط 1، مرز ديبونو لتعليم التفكير.
- . دافيدوف، ليندا. (1992). مدخل إلى علم النفس، (طواب سيد، ومحمود عمر، ونجيب خزام، ترجمة؛ ط3). الدار الدولية للنشر. (1976).
- . دريس، سهام، وتواتي، نواره. (2021). اضطراب الذاكرة العاملة لدى الفصامين، مجلة الجامع في الدراسات النفسية والعلوم التربوية، المجلد 06، العدد (02)، 167. 183.
- . رزوق، أسعد. (1987)، موسوعة علم النفس، ط 3، الموسوعة العربية للدراسات والنشر.
- . رشدي، رضا. (د ت). المرجع الدوائي في الطب النفسي، د ط، مكتبة الأنجلو المصرية.
- . زهران، حامد عبد السلام. (2005). الصحة النفسية والعلاج النفسي، ط4، عالم الكتب للنشر.
- . سالمان، الشيماء محمود. (2023). فعالية برنامج علاجي سلوكي جذلي في خفض شدة اعراض اضطراب الفصام - دراسة حالة لأحد طلاب الجامعة، مجلة مركز الإرشاد النفسي، المجلد 08، العدد (15).
- . سليمان، سناء محمد. (2010). أدوات جمع البيانات في البحوث النفسية والتربوية، ط1، علم الكتب.
- . سهير، كامل أحمد. (د.ت). الصحة النفسية والتوافق، مركز الإسكندرية للكتاب.
- . سي موسي، عبد الرحمن، وبن خليفة، محمود. (2008). علم النفس المرضي التحليلي والإسقاطي. الأنظمة النفسية ومظاهرها في الاختبارات الإسقاطية، ج 1، ديوان المطبوعات الجامعية.

قائمة المصادر والمراجع

- . سي موسي، عبد الرحمن، وابن خليفة، محمود. (2009). علم النفس المرضي التحليلي والإسقاطي. نماذج من التوظيفات العصابية والذهانية، ج 2، ديوان المطبوعات الجامعية.
- . سيلامي، نوربير. (2001). المعجم الموسوعي في علم النفس (وجيه، أسعد، ترجمة؛ ج 05). مكتبة الصمد. (2000).
- . سيلامي، نوربير. (2001). المعجم الموسوعي في علم النفس (وجيه، أسعد، ترجمة؛ ج 06). مكتبة الصمد. (2000).
- . صولة، فيروز. (2014). المتغيرات الاجتماعية لتصور المرض وأساليب علاجه. رسالة دكتوراه. جامعة بسكرة، الجزائر.
- . شلبي، محمد أحمد، والدسوقي، محمد إبراهيم، وزيزي، السيد إبراهيم. (د س). تشخيص الأمراض النفسية للراشدين مستمدة من *DSM-5 & DSM-4*، مكتبة الأنجلو المصرية.
- . صادق، عادل. (ب س). الطب النفسي، الدار السعودية للنشر والتوزيع.
- . صبحي، سيد. (2003). الإنسان وصحته النفسية، مكتبة الأسرة .
- . طارق، كمال. (2005). الصحة النفسية للأسرة، مؤسسة شباب الجامعة.
- . طه، فرج عبد القادر، وأبو النيل، محمود السيد، وقنديل، شاكراً عطية، وحسين، عبد القادر محمد، عبد الفتاح، ومصطفى، كامل. (د. ت). معجم علم النفس والتحليل النفسي، ط1، دار النهضة العربية.
- . عبد الستار، إبراهيم. (2006). مدخل تشخيصي علاج نفسي متعدد المحاور لاضطرابات الشخصية، مجلة شبكة العلوم النفسية العربية، المجلد 03، العدد 09 .

قائمة المصادر والمراجع

- . عبد السلام، عمارة إسماعيل. (يناير 2016). الفصام (الشيزوفرينيا)، مجلة التربوي، العدد 08.
- . عبد السلام، محمد. (2020). *مناهج البحث في العلوم الاجتماعية والإنسانية*، مكتبة نور.
- . عبيدان، ذوقان، وكايد، عبد الحق، وعبد الرحمن، عدس. (2015). *البحث العلمي مفهومة وأدواته وأساليبه*، ط 17، دار الفكر.
- . عسكر، رأفت السيد. (2009). *علم النفس الإكلينيكي - التشخيص والتنبؤ في ميدان الاضطرابات النفسية والعقلية*.
- . عسكر، عبد الله السيد. (2000). *مدخل إلى التحليل النفسي اللاكاني*، ط 1، مكتبة الأنجلو المصرية.
- . عطوف، محمود ياسين. (1986). *علم النفس العيادي - الإكلينيكي*، ط 2، دار العلم للملايين.
- . عواد، محمود. (2011). *معجم الطب النفسي والعقلي*، دار أسامة للنشر والتوزيع.
- . غانم، محمد حسن (2006). *الاضطرابات العقلية والنفسية والسلوكية*، ط 1، مكتبة الأنجلو المصرية.
- . غانم، محمد حسن. (2011). *المرأة واضطراباتها النفسية والعقلية*، ط 1، دار إيتراك للطباعة والنشر.
- . فرويد، سيغموند. (1963). *ثلاث مقالات في نظرية الجنسية*، (سامي، محمود على، ترجمة). دار المعارف.
- . فرويد، سيغموند. (2000). *الموجز في التحليل النفسي*، (محمود سامي، والقماش، عبد السلام، ترجمة) مكتبة الأسرة.

قائمة المصادر والمراجع

- . فيرست، ميشال. (2022). دليل *DSM-5* للتشخيص الفارقي، (بوزيان فرحات، ترجمة) دار أجيال الرقمي. (2022). ISBN: 978-9931-14-009-2.
- . قاسم، حسين صالح. (2015). *الاضطرابات النفسية والعقلية . نظرياتها، أسبابها، طرائق علاجها*، ط1، دار دجلة للنشر والتوزيع.
- . قيرو، الطاهر. (2022). أثر سوء المعاملة الأبوية في المراهقة على الغصابة بالفصام - دراسة لبعض الحالات بولاية باتنة، مجلة الروائر، المجلد 06، العدد (02)، 49 - 58، ISSN : 2602-5914/EISSN :2716-9596
- . كاس، ألدنام وبرداس. (2009). *في الطب النفسي وعلم النفس الإكلينيكي* (سامر، جميل رضوان، ترجمة؛ ط1). دار الكتاب الجامعي.
- . كرينج، أنا وآخرون. (2016). *علم النفس المرضى . استنادا على الدليل التشخيصي الخامس، (الحويلة، امثال هادي، ترجمة؛ ط 2)*. مكتبة الأنجلو المصرية.
- . كلود، كيتيل. (2015). *تاريخ الجنون - من العصور القديمة وحتى يومنا هذا*، (سارة، رجائي يوسف، وكريستينا، سمير فكري، ترجمة؛ ط1). مؤسسة هنداوي للتعليم والثقافة. (2009).
- . كوروغلي، محمد لمين. (جوان 2017). *مقاربة وبائية للفصام، مجلة أبحاث نفسية وتربوية، مجلد ج، العدد 10، 419-432*.
- . كولز، إم. (2011). *المدخل إلى علم النفس المرضي الإكلينيكي*، (عبد الغفار، عبد الحكيم الدماطي، وآخرون، ترجمة). دار المعرفة الجامعية. (1982).
- . لاكان، جاك. (2013). *الذهانات - السيمينار الكتاب الثالث*، (الفقيه، عبد الهادي، ترجمة؛ ج 01، العدد 32) إصدارات شبكة العلوم النفسية العربية.

قائمة المصادر والمراجع

- . لكحل، مصطفى. (2011). الكشف عن أداء الذاكرة الأتوبيوغرافية عند مرضى الفصام، أطروحة دكتوراه، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة تلمسان.
- . مازن، حسام محمد. (2010). أصول مناهج البحث في التربية وعلم النفس، ب ط، دار الفجر للنشر والتوزيع.
- . متولي، فكري لطيف. (2016). دراسة الحالة في علم النفس، ط1، مكتبة الرشد.
- . مجدى، أحمد محمد عبد الله. (2005). علم النفس المرضى . دراسة في الشخصية بين السواء والاضطراب، دار المعرفة الجامعية.
- . مرسلينا، شعبان حسن. (2010). البنية الذهانية وأعراض الفصام النكوصية . دراسة نفستحليلية، مجلة أبحاث ودراسات، العدد 25- 26.
- . معاليم، صالح. (2010). بعض الاختبارات في علم النفس الرورشاخ والرسم عند الطفل، ج2، ديوان المطبوعات الجامعية.
- . مغازي، نهى سعدي أحمد. (2011). الخدمة الاجتماعية وفصام الشخصية، ط1، دار الوفاء لنديا الطباعة.
- . مليوح، خليدة (2022). اضطراب الفصام لدى المسن . مدخل نظري تحليلي، مجلة الرسالة للدراسات والبحوث الإنسانية، مجلد 07، العدد 03، 108-120.
- . مليوح، خليدة. (2014). مدى فعالية تقنيات الفحص العيادي الإسقاطية والموضوعية في تشخيص الفصام في المجتمع الجزائري دراسة عيادية ل 10 حالات، (رسالة دكتوراه) منشورة، جامعة محمد خيضر بسكرة.
- . منظمة الصحة العالمية. (1999). المرشد في الطب النفسي - كتاب طبي جامعي، المكتب الإقليمي للشرق الأوسط.

قائمة المصادر والمراجع

. موسى، إيمان مصيلحي محمد. (2021). معوقات استخدام مقياس بانز لتشخيص الفصام لدى المصحات النفسية المصرية، مجلة كلية الآداب، الجزء الثالث، العدد 56.

. نبيل، صالح سفيان. (2004). المختصر في الشخصية والإرشاد النفسي، ط 1، لإيتراك للنشر والتوزيع.

. نخبة من أساتذة الطب النفسي بالوطن العربي. (2017). دليل الطب النفسي. شهادات من واقع التجربة، وكالة الصحافة العربية.

ب . المراجع باللغة الأجنبية:

– Antoinette, prouteau. (2011). *Neuropsychologie clinique de la schizophrénie*, dunod.

– Augustin, jeanneau. (1990). *Les délires non psychotiques*, 1^{er} éd, presses universitaires de France.

– Barthélémy, sophie , et Bilheran, ariane . (2007). *Le Délire*, Armand colin.

– Bergeret, J. (1982). *Psychologie pathologique – théorique et clinique*, 8^{em} éd, Masson.

– Bordeleau, Daniel. (2020). *La psychose une réponse à la peur*, *Revue de Psychologie analytique*, vol 01 N (09), 75 – 122,

Doi 10.3917 /rpa 1.009.0075.

– Chabert, Catherine. (2012). *Le Rorschach en clinique adulte–interprétation psychanalytique*, 3^{em} éd, Dunod.

قائمة المصادر والمراجع

- Clercq, Michel, et Peuskens, Josph. (2000). *Les troubles schizophréniques*, De boeck université.
- Cotti, patricia. (2011). *Délires et hallucinations– définitions et mécanismes*, soins psychiatrie, n° 272.
- Daninos, Sandra. (2015). *Etude D'un cas clinique–complexite diagnostique schizophrénie au psychose hystérique*, these d'état de docteur en medecine, université de Picardie J ules verns .
- David, Christina, et Michel, de m'uzan, et Serge, viderman. (2020). *Le schizophréne en mal d'objet*, 1^{er} éd, universitaires de France / humensis.
- Desclin, Jean. (2006). *La Schizophrenie – Ce que les familles et les proches des malades devraient savoir*, www. Mens–sana. be.
- Dominique, picard, et Edmond, marc. (2020). *L'ecole de palo alto*, 3^{em} éd, Universitaires de France / Humensis.
- Dupuy, Corinne, (mars 2002). *La schizophrénie– une pathologie aussi fréquente que mal connue*, Fondation Recherche Médicale, <http://www.frm.org/informez/info>.
- Edouard, de pertot, et Martin, weyeneth. (2004). *Psychiatrie et psychithérapie– une approche psychanalytique*, 1^{er} éd, de boeck université.

قائمة المصادر والمراجع

- Englebert, Jérôme et all. (2017). *Schizophrénie conscience de soi intersubjectivité*, de boeck supérieur.
- Ernest, Debbie, et Vuksic, olga, et Shepard– Smith, Ashley. (2018). *La schizophrénie – Guide d’information*, Centre de toxicomanie et de santé mentale.
- Feys, jean– louis. (2020). Transidentité et délire, *L’information psychiatrique*, vol 96, n (08), pp: 667–674.
- Fimiani, Bret. (2021). *Psychosis and Extreme States– an Ethic for Treatment*, the Palgrave Lacan Series, USA, <https://doi.org/10.1007/978-3-030-75440-2> .
- Flémal, Simon, et Bernard, Chouvie, et Alex, Lefèbvre. (2010). Corps et psychose – la fonction cicatrisante du délire dans la schizophrénie, *l’évolution psychiatrique*, (75), pp 395– 407
- Freud, Sigmund. (1911). *Le Président Schreber – Remarques psychanalytique*, 2 – 70. Récupéré de <http://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k5443802k>.
- Freud, Sigmund. (1915). *Un cas de paranoïa – qui contredisait la théorie psychanalytique de cett affectio*, pp 2–11. Récupéré de Gallica. bnf. fr/ark:/12148/bpt6k5444010p, p.39,40.

قائمة المصادر والمراجع

- Freymann, Jean-Richard, et Patris, Michel. (2001), *Du délire au désir – les dix propriétés de la clinique psychanalytique*, 1^{er} éd, Paris: Arcanes, 128,129.
- Gérard, pirlot, et Dominique, cupa. (2017). *Approche psychanalytique des troubles psychiques*, 2^{em} éd, Armand colin.
- Glatt, Stephen j, and Faraone, Stephen v, and Tsuang, Ming t. (2019). *Thefacts Schizophrenia*, 4th ed, oxford University Press.
- Granger, bernard et Naudin, jean (2019). *La schizophrénie – idées reçues sur une maladie de l’existence*, 3^{em} éd,le cavalier bleu, paris.
- Guidetti, Michèle, et Virginie, laval. (2004). *Campus Psychologie*, armand colin.
- Hamon, Romuald. (2020). odelirio paranoico de reivindicação – crimes de gozo em nome do ideal, *Revista latinoamericana de psicopatologia fundamental*, 23 (2), 291 – 312. <http://dx.doi.org/10.1590.14154714.2020v23n2p291.8>
- Haouzir, Sadek, et Bernoussi, amal. (2007). *Les Schizophrénies*, 2^{em} éd, Armand colin, ISBN : 978-2-200- 35200-4.
- Henri, Ey et p, Bernard, et CH, Brisset. (1989). *Manuel de psychiatrie*, 6^{em} éd, masson.

قائمة المصادر والمراجع

- Jean–pierre, Olié, et Thierry, Gallardra, et Edwige, Duaux. (2012). *Psychiatrie*, 2^{em} éd, Médecine sciences publications.
- Kareem, nasir husain. (2009). Delusions of schizophrenia a clinical study on a group of Iraqi pasients in diwaniya teaching hospital and al–rachad mental hospital, *Kufa med journal*, vol 12, n (02).
- Kuperberg, Gina r. (2011). Language in schizophrenia, *NPA Author Manuscriot*, vol 04, n (8), 476– 589.
- Leroy, Fabrice, et Beaune, daniel. (2005). Langage et schizophrénie: intentio, contexte et pseudo–concepts, *bulletin de Psychologie*, vol 58, N (5), 567 – 577.
- Kareem? Nasir Husain. (2009). Delusions of schizophrenia a clinical study on a group of Iraqi patients in diwaniya tea ching hospital & al–rashad mental hospital, *Kufa Med. Journal*. vol.12 N 02.
- Nicolas, Georgieff. (1995). *La schizophrénie*, Dominos Flammarion, ISBN : 2–08–035240–7.
- peter, Mckenna. (2017). *Delusions*, 1st pub, Cambridge, unversity press.
- Quellet, Lucie. (2012). *Notions de base sur les maladies mentales– Guide pratique d’intervention*, 3^{em} éd, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

قائمة المصادر والمراجع

-
- Sass, louis a. (2010). *Les paradoxes du délire*, 1^{er} éd, Cornell University Press.
 - Welniarz, Bertrand. (1982). *Reflexion sur la paraphrenie a propos d'un cas de delire fantastique*, these du doctorat, universite paris.
 - _ Ali, Mohamed. (2017). *Language Disorder and information processing between schizophrenics' categories and normals*, p.h.d thesis, departement of psychology, benha university.
 - _ Carment, L. (2018). *Le contrôle moteur et oculomoteur dans la scchizophrénie : princopaux contributeurs de déficit sensorimoteur* _ thèse de doctorat, Sorbonne université, <https://tel.archives-ouvertes.fr/te l-02868509>.
 - Franck, salomé. (2012). *Qu'est-ce que les psychoses-clinique, modèles et prises en charge*, dunod.

. المواقع الالكترونية:

. منظمة الصحة العالمية. (2020). الذهان والفصام.

- [http:// www. Abhatook. Com](http://www.Abhatook.Com), 28 /09/2021; 08 :20

قائمة

الملاحق

. ملحق (01): طلب إجراء الدراسة الميدانية



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة ابن خلدون - تيارت -



كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
نيابة العمادة لما بعد التدرج
البحث العلمي والعلاقات الخارجية

رقم القيد 144 / ان.ع.ب.ت.ب.ع.ع.خ.ك.ع.!! / 2022

الى السيد: مدير مركز الإدمان الوسيط - ولاية تيسمسيلت

الموضوع: طلب الترخيص لإجراء دراسة ميدانية

تحية وبعد

في إطار تثمين وترقية البحث العلمي لطلبة الدكتوراه (ل.م.د) علوم اجتماعية - علم النفس
ولاسيما الطلبة الذين يشتغلون على مواضيع تتعلق بشكل كبير بتخصص علم النفس العيادي
يشرفنا ان التمس من سيادتكم المحترمة الترخيص للطلبة: لعاج جميلة.

المسجلة بالسنة الثانية دكتوراه (ل م د) تخصص علم النفس العيادي للقيام بزيارة ميدانية الى مؤسستكم
الموقرة من أجل إجراء دراسة ميدانية متعلقة بموضوع أطروحة الدكتوراه الموسومة بـ :

" السياق الدلالي لمضمون الهذيان عند الفصامي "

و ذلك ابتداء من : 2022/04/25 إلى غاية: 2022/07/04.

وفي الأخير تقبلوا منا أسمى عبارات الاحترام والتقدير.

تيارت في: 2022/04/24



DR. W. IKHLEF
PSYCHIATRIE
N° Ordre: 15/6137

. ملحق (02): عرض بروتوكول الرورشاخ للحالة الأولى

. الزمن الكلي للاختبار 12د و 49 ثا

التنقيط	التحقيق	الاستجابة	اللوحات
G F+ Obj الاجترارية	. تبان كاملة طيارة (الكل) . الجهات في أربعة (الأجزاء الجانبية)	"10 1). هاذي اللوحة راهي تبانلي طيارة. طيارة" . راهي تبانلي غي طيارة هذا ما راهي تبانلي" . ماني نشوف والو . تبانلي طيارة يا طيببة " 55	I
Refus Choc الاجترارية	. ما عرفتهاش لا . رفض	"15 . هاذي ما عرفتهاش. (رفع اليد) . هاذي ما عرفتهاش . هاذي ما عرفتهاش شتهاي هي . " V . والله ما عرفتها ما بانتليش صاي صاي "	II
DF- Hd	. الجزء الأسفل الوسط هاذي la mémoire	"14 1) V. راس تاع بنادم" . راس تاع بنادم هذا، . بصح ماشي باينتلي. . باين راس تاع بنادم هذا مكا "26	III
G F- A	. الكل . عقرب الأطفال عندها جنحين (الجزء السفلي أيمن وأيسر) DD F± A/Ad	"16 2). عقرب تبانلي ولا" عقرب تبانلي . عقرب" عقرب هذا مكان. "44	IV

قائمة الملاحق

<p>G/DF+A BanCont</p>	<p>. الأجزاء الجانبية الأربعة</p>	<p>"7 . هاذي وسمها 4). ذي فراشة، . فراشة، يا طيبية" . فراشة، . فراشة، . ذي فراشة، "27</p>	<p>V</p>
<p>Refus</p>	<p>. رفض . هاذي مش عارف تبالني L'estomac تاع بنادم . الجزء الوسط D F- Anat</p>	<p>"10 . هاذي ما عرفتهاش . ما عرفتهاش . ما عرفتهاش شتاهي هاذي "ماعرفتهاش". ما عرفتهاش "13</p>	<p>VI</p>
<p>Refus Choc</p>	<p>. ما عرفتهاش . رفض</p>	<p>"10 . ما عرفتهاش . إرجاع اللوحة. . ما تجيش". ما تبالنيش . هي راها مرسومة هكا ما تبالنيش" . والله ما عرفتها، والله ما عرفتها . راهم يبانو كامل كيف كيف "25</p>	<p>VII</p>
<p>G F- Anat اجترارية</p>	<p>. الكل . هنا حيوان راه ياكل مش عارف شتا راه ياكل DKan+A . الجزء الجانبي باللون الأحمر . دماغ حيوان راه ياكل مش عارف شتا (الكل) Gkan Anat/Ad</p>	<p>"10 5). دماغ تاع راس تاع بنادم . دماغ هذا هو الدماغ . دماغ "16</p>	<p>VIII</p>

قائمة الملاحق

DF+Anat/Hd	٧. دماغ . الجزء الأسفل (الوسط)	"11 6). دماغ ثاني دماغ . دماغ" تبايلي هذا . هو تاع بنادم la mémoire "15	IX
DF- Anat	. الجزء الكبير في الوسط . تبايلي غي حشرات GF+A . ورتيلة راهم هنا DF+A Ban . الكل	"11 7). ٧ تبايلي كلاوي تاع بنادم . كلاوي" . كلاوي" . " كلاوي"، كلاوي" . راه بيان غي كلاوي أنا "27	X

. اللوحات المفضلة :

. اللوحة رقم رقم (05) فراشة لأنها فراشة

. اللوحة رقم رقم (06) لأنها تبان في التصويرة شابة.

. اللوحات غير المفضلة:

. اللوحة رقم رقم (10) فيها الهوايش

. اللوحة رقم رقم (08) ثاني فيها الهوايش

. المخطط النفسي للحالة الأولى:

الخلاصة	أنماط الإدراك	المحددات	المحتويات
R = 7	G = 4	F+= 3	A= 2
Refus = 3	D = 3	F- = 4	Ad=0
Rép/ad=6	Dd = 0	F±=0	H = 0
T .T=4'7''	Di = 0	ΣF = 7	Hd= 3
Tp/R = 57''	G% = 57	K = 0	(H)=
TRI=0K/0C	D% = 43	Kan = 0	Elém=0
Rc%= 42%	Dd% = 0	(2kan à l'enquête)	Bot=0
FC=0k/0E	Dbl=0	Kob=0	Sg=0
F% = 100		Kp=0	Anat = 3
F+% = 43		C = 0	Obj = 1
H% = 14		C' =	Choc = 2
A%= 2		E = 0	Ban = 1
		EF= 0	Frag=0
			Pays=0
			Cont=1

ملحق رقم (03): بروتوكول الورشاح للحالة الثانية

. الزمن الكلي للاختبار: 19 د و 12 ثا

التقدير	التحقق	الاستجابة	اللوحات
D/GKan+C'A Ban	. الكل الجزء العلوي الأبيض (الوسط) وهو يجي في الليل وهذا الشكل تاعو ban	07" 1). خفاش، خفاش طائر . خفاش طائر (ابتسامه) les tache دايرين منا..... . هادي جابلي ربي الجنحة تاعو . le vide لي يجي في الجنحة . هذا الشكل تاع الخفاش . هادو القواطع تاعو . هادي ما تجيش فيه هادي normalement يجي قاع مبلع هنايا، هادي الفتحة ما فيهش والله أعلم (ضحك). . اللون تاعو هو رمادي ماشي أسود. 1.14"	I
GFE-A DF+ Géo DC' Frag DCF Frag GEF-Pays	. الكل الجزء العلوي بالأحمر الوسط الأبيض الجزء السفلي الأحمر . الوسط الكل دودة هادو قرون استشعار D dF-Ad وهادو عينين وشكل تاع فمها الفوق. Dd F-Ad . الجوانب أجنحة	04" 2). دودة..... . زعما قاع شاهي؟ . تصويرة 3).خريطة 4). هنايا ضوء 5). أو شمس أحمر، حمراء 6). هنايا كما الثقب تاع الأوزون، . والشكل راه عاطينا شكل دودة هنا . دودة القز، . دودة القز أو الأخرى تجي منقطة نسيتها..... . الدعسوقة.....	II

قائمة الملاحق

	<p>Dd F-Ad</p> <p>٧. شمس في الجزء العلوي بالأحمر</p> <p>. أرجل بالأحمر في الأسفل. DF+ Hd.</p>	<p>. وهذا كشغل لحرراء.....</p> <p>. الدودة هاذي جابلي ربي دودة الحرير، (ضحك)</p> <p>. اللون الأسود راه زايد بزاف، اللون الأسود زايد هذا مكان.</p> <p>" 1.35</p>	
<p>GF+H Ban</p> <p>DC Sang</p> <p>DF+ A</p> <p>DFC Obj Ban</p> <p>DF+ Anat</p>	<p>. كل اللوحة</p> <p>. الشكل الكبير</p> <p>. الأجزاء الجانبية باللون الأحمر</p> <p>. الوسط</p> <p>. الجزء السفلي باللون الأسود</p>	<p>" 07</p> <p>7). هذا جابلي ربي آدميين راهم متقابلين</p> <p>8). هذا دم</p> <p>. ولا جرح</p> <p>. ولا حية.....</p> <p>. تنهد أستغفر الله،</p> <p>9). ولا نقاط هكا حمر</p> <p>10). هاذي كما papillon</p> <p>. شكل قرفاطة حمرا</p> <p>11). هاذي ثاني شكل رحم المرأة</p> <p>. كي تشوفي بني آدميين، ناس 2 رجال و2 نساء متقابلين.....</p> <p>. واللون الأحمر والأسود هو لي راه متغلب هنا في الصورة والرمادي هاذي لي شتها 1.6"</p>	III
<p>GF+ Bot</p> <p>DEKob Frag</p> <p>GF+ (H)</p>	<p>. كل الشكل</p> <p>. الجزء الأيمن الأيسر (الرمادي)</p> <p>. كل اللوحة</p> <p>. أشباح نشوفهم في تليفزيون ولا في المنام</p> <p>مثلا، ولا يحكو عليهم.</p> <p>. هاذي دودة مألوفة</p> <p>ماشبي دارقة عليا.</p> <p>GF-A</p>	<p>"04</p> <p>12). ٧ هاذي جابلي ربي شكل ورقة، ورقة نبات</p> <p>13). ولا شكل السحاب كما يقولو لي هايح.....</p> <p>14). شكل من الأشكال شكل أشباح،</p> <p>. جن ولا مش عارفة.....</p> <p>"33</p>	IV

قائمة الملاحق

<p>GF+A Ban</p> <p>DkanC'+ A</p>	<p>. كل اللوحة</p> <p>. الكل</p> <p>. دودة القز في الوسط</p> <p>كامل من فوق لتحت</p>	<p>"09</p> <p>15). فراشة.....</p> <p>. فراشة</p> <p>16). ولا دودة القز كي يكون المساء ورايحة</p> <p>تفتح هاذي هي.</p> <p>. اللون تاها أسود ورمادي بزاف.</p> <p>"30</p>	<p>V</p>
<p>DF+Obj</p> <p>DF+ Anat</p> <p>DF+Pays/Elém</p>	<p>. الجزء الوسط</p> <p>. الجزء الوسط</p> <p>. الجزء الوسط</p>	<p>"05</p> <p>17). هذا كما المحرار</p> <p>. ميزان تا ع الحرارة.....</p> <p>18). هذا شكل عمود فقري ولا.....</p> <p>19). ساقية من ماء والله أعلم (ضحك)</p> <p>"37</p>	<p>VI</p>
<p>GE Frag</p> <p>GFC'+A</p>	<p>. كل اللوحة</p> <p>. الكل</p>	<p>"05</p> <p>20). هذا جاني سحابة.....</p> <p>21). ولا فراشة،</p> <p>فراشة ثلاث أجنحة، لونها رمادي</p> <p>"15</p>	<p>VII</p>
<p>DFE Frag</p> <p>DF+ pays</p>	<p>. الجزء الأعلى (باللون</p> <p>الرمادي)</p> <p>. الجزء في الأعلى</p> <p>. الجزء</p>	<p>"09</p> <p>22). هذا شكل سحاب وخلص</p> <p>. شكل أسود</p> <p>23). جبل، جبال.....</p> <p>. هذا مكان، سحاب ثاني "36</p>	<p>VIII</p>
<p>DEKob Frag</p> <p>DF- Elem</p>	<p>. الجزء اليمين</p> <p>. الجزء الأسفل</p> <p>. الجزء الوسط</p>	<p>"03</p> <p>24). هذا جابلي ربي سحاب طالع في</p> <p>السماء.....</p> <p>25). أو شبه نار.....</p> <p>. سحاب</p> <p>ولا نار صاي.....</p> <p>. الألوان أزرق، أخضر، برتقالي، وأحمر</p>	<p>IX</p>

قائمة الملاحق

DF+ Obj/abstr	. ألوان ناصعة.	26). هذا العمود لي في الوسط جابلي ربي عمود كما يقولو تاع بناء . عمود بناء أسرة ولا بناء ركيزة كما يقولو "42	
DF+ Obj DCF Obj DF- Bot DCFBot	. الجزء في الأعلى . الأجزاء الجانبية (اللون الأزرق) . الجزء (اللون الأصفر)	"06 27). هذا شكل صاروخ 28). كما واسمو نسييتو، طرطيقات، مفرقات 29). وهذا شكل شجرة، 30. ورود، ألوان أزرق وأحمر . اللون لي غالب دائما هو لي متغلب هنا . اللون لي foncé بزاف هو لي راه متغلب في الصورة.....هذاك مش عارفة 31). إبرة أنسولين . جاي شكل إبرة.....أو seringue مش عارفة 32). أو ميزان حرارة "1.12	X
DF- Obj DF-Obj	. الجزء الأعلى . الجزء الأعلى		

. اللوحات المفضلة:

. اللوحة رقم 01: لأنها شكل خفاش والشكل تاعو في حد ذاتو خفاش.

. اللوحة رقم 05: لأنو عجيني شكل خفاش أو فراشة.

. اللوحات غير المفضلة:

. اللوحة رقم 06: لأنو شكلها ماشي زين، بشع.

. اللوحة رقم 04: هاذي شكلها ما هناش ثاني فيه لون واحد، شرير حاجة شريرة، صورتها

بشعة.

. المخطط النفسي للحالة الثانية:

الخلاصة	أنماط الإدراك	المحددات	المحتويات
R = 32	G = 9	F+= 14	A= 6
Refus = 0	D = 24	F- = 6	Ad= 0
Rép/ad= 5	D/G= 1	F± = 0	H = 1
T .T=8'33''	Dd = 0	ΣF = 20	Hd= 0
Tp/R = 26''	Di = 0	K = 0	(H)= 1
TRI=0K/1C	G% = 28	Kan = 2	Elém= 2
Rc%= 34	D% = 75	Kob = 2	Bot= 3
FC=0k/3E	Dd% = /	C = 1	Sg= 1
F% = 75	Dbl= /	C' = 4	Anat = 2
F+% = 70		CF = 3	Obj = 7
H% = 3		E = 3	Choc = 0
A%=19		EF= 1	Ban = 4
		FE= 2	Frag= 6
			Pays= 3
			Géo = 1
			Abstr = 1

. ملحق رقم (04): عرض بروتوكول الورشاح للحالة الثالثة

. الزمن الكلي للاختبار: 17د و 3ثا

اللوحات	الاستجابة	التحقق	التنقيط
I	"19 . ما بانش هذا . زعما نحدد لك غير منا هكا ولا قاع. . في ما يخص مانيش فاهمة 1). هكا جسم امرأة (الإشارة بالأصبع). . في الوسط امرأة..... . غير منا جسم امرأة بصح الرأس مكاش. . اليدين حددتهم هاهم، جسم امرأة. "1.07	. ميل إلى الرفض . الجزء الوسط الفوق مكان الرأس . الأجزاء الجانبية . الراس مكاش مكانه في الفوق.	Tend/ Choc DF+H
II	"13 . هاذو منا الفوق نشوف قاع هكا ولا نبدأ نقسم و..... . أنا زعما خطرات نقول هكا نشوفهم نصف. 2). نقسم هاذو أيدي، وهاذو منا خارجين..... . حددت غير هاذو 2، وهذا منا ما يبانليش، ما عرفتش..... 3). كلي جسم وراه دارق بهذا، بصح راه يبانلي غير الأيدي منا. . هاذي وهاذي خارجين منا. "1.15	. اليدين خارجين للفوق بلحمر. . جسم دارق تحت لون لحمر . الجزء يمين، يسار. . الجزء (اللون الأحمر) الذي يقع تحت اللون الأسود.	Dd F+ Hd D EF Anat
III	"10 4). هاذي ربطة عنق لي يديروها هنايا (الإشارة إلى العنق) . هاذي لي في الوسط.....هاذي غير لي راني شايقة	. الجزء الوسط (اللون الأحمر).	DF+ Obj Ban

قائمة الملاحق

		. في الوسط ربطة عنق هذا مكان. "47	
Dd F+ Hd CHOC	. الجزء الأسفل	"11 5). هاذو أرجل امرأة في الأسفل تحت قاع الأسفل. . هنايا هادي لي بانكلي وصاي هاهم هنا في الأسفل قاع..... . هذا مكان غير الأسفل، غير هنايا أرجل امرأة، وهنا ثاني تبان غير هنا، بزاف بانلي أرجل امرأة. "1.42	IV
GF+A Ban	. كل اللوحة	"12 6). خفاش راني نشوف في خفاش هذا مكان "50	V
Dd F- H	. ما عرفتوش ما عبرتش عليه. . الجزء الأسفل (الوسط)	"16 7). ما ميزتش فيها حتى حاجة ما ميزت فيها حتى حاجة هذا لي هنا رجل وامرأة..... . رجل وامرأة..... هادي لي ميزتها. "4.'1	VI
Choc Refus	. ما عرفتوش . رفض	"16 . ما عبرتش قاع عليها..... ما عبرتش عليها ما قدرتش قاع. . ما نقدرش تساعديني شويًا..... . لا لا "52	VII
GF+A Ban	. كل اللوحة	"5 8). هذا حيوان وهذا حيوان في نفس الوقت.	VIII

قائمة الملاحق

<p>GF±A</p> <p>DF+A</p>	<p>. الكل</p> <p>. ما عرفتش، ما علاباليش</p> <p>ما يعبر حتى على حاجة</p> <p>. لا مابان حتى حاجة</p> <p>. الجزء الجوانب (اللون الأحمر)</p> <p>. المهم ما عرفتوش دب ولا فنك.</p>	<p>. هذا ك</p> <p>9). ماشي السنجاب،</p> <p>. دب</p> <p>10). ولا هاك على شكل الفنك،</p> <p>. ولا الدب.</p> <p>. وقبلا الله أعلم، صح عندو ذيل و.....ما</p> <p>عرفتش</p> <p>. المهم حيوانين بصح هذا واحد، هذا منا لهننا،</p> <p>. وهذا دب</p> <p>"42</p>	
<p>DCF- Elém</p>	<p>. الجزء أيمن أيسر (اللون البرتقالي)</p> <p>. وهذا قيتار من الشكل تبان.</p> <p>DF-Obj</p>	<p>16"</p> <p>11). لا نار بلاك هنا.....</p> <p>. ما عرفتش.....</p> <p>"42</p>	<p>IX</p>
<p>G/DF± A</p>	<p>. الجزء الأعلى (اللون الرمادي واللون الأسود)</p>	<p>6"</p> <p>12). هذا هذا حيوان.</p> <p>. 2 حيوانات،</p> <p>. هذا ثاني حيوان،</p> <p>. هذا لهننا حيوان</p> <p>. وهذا حيوان.</p> <p>. غير حيوان هنا وهنا</p> <p>"39</p>	<p>X</p>

. اللوحات المفضلة:

. اللوحة رقم 03: لأنها عجبتي نبغي ربطة العنق.

. اللوحة رقم 10: لأنو في اللون كي الفراشة.

قائمة الملاحق

. اللوحات غير المفضلة:

. اللوحة رقم 07: لأنو ما عندها حتى تعبير.

. اللوحة رقم 06: ما عجبتيش وخلص.

. المخطط النفسي للحالة الثالثة:

المحتويات	المحددات	أنماط الإدراك	الخلاصة
A= 5	A= 5	G = 4	R = 12
Ad= 0	Ad= 0	D = 6	Refus = 1
H = 2	H = 2	Dd = 3	Rép/ad=1
Hd= 2	Hd= 2	Di = 0	T .T =10'6''
(H)= 0	(H)= 0	G% = 33	Tp/R = 88''
Elém= 1	Elém= 1	D% = 50	TRI=0K/0C
Bot= 0	Bot= 0	Dd% = 25	Rc%= 41
Sg= 0	Sg= 0	Dbl= /	FC=0k/0E
Anat = 1	Anat = 1		F% = 91
Obj = 1	Obj = 1		F+% = 16
Choc = 3	Choc = 3		H% = 33
Ban = 3	Ban = 3		A%= 41

. ملحق رقم (05): عرض بروتوكول الورشاخ للحالة الرابعة

. الزمن الكلي للاختبار: 16د و 28ثا

اللوحات	الاستجابة	التحقق	التنقيط
I	"03 1) . خفاش..... . خفاش. . هاذي التصويرة قاع راهي خفاش..... . هذا ماني نشوف. "34	. الكل . قاع يشبه للخفاش الجانيين، الجناحين، التحت، الفوق.	GF+ A Ban
II	"06 . ما نعرف قاع شتا ذي الحية..... . قاع شتاهي..... . ما قاع شتاهي. "24	. رفض	Choc refus
III	"04 . ما قاع شتا ذي الحية. . هاندو ما نعرفهمش أنا. 2).....تصويرة بلحمر ولكحل.لحمر ولكحل معاه.لحمر ولكحل. "37	. هاذي ثاني تشبه للخفاش GF-A Ban غي كما خوه في راسو كل اللوحة . الخفاش في الطيرة تاغو. GkanA Ban	Choc Nc
IV	"03 . كيف كيف تصويرة بلكحل، تصويرة بلكحل.تصويرة بلكحلjamais شفت هاندو الصوالح في حياتي أنا.....jamais. "30	. الكل . لحمر تحت CN . رفض	Choc
V	"02 3) . خفاش..... خفاش،	. الكل	GFC+ A Ban

قائمة الملاحق

	<p>. خفاش في جنحتيه وراسو . الجزء أعلى، أسفل، يمين، يسار</p>	<p>خفاش بلكل خفاش. "27</p>	
<p>DF+ Anat DdF- Anat</p>	<p>. الجزء الوسط من الأعلى إلى الأسفل. . الجزء يسار.</p>	<p>"04 4). عظم سن 5). كلاوي ولا قاع شتا هذا . عظم سن كي لعظم عظم سن ولا عظم سن. "27</p>	<p>VI</p>
<p>Choc</p>	<p>. قاع كحل، قاع كحل ولبيض في الوسط NC . رفض.</p>	<p>"04 . يا ودي هادو صاعين الفيلسوف وما يجيبهمش والله غير الفيلسوف ما يجيبهمش. . ما قاع شتا هي ذي تصويرة بلكل بصح ما قاع شتا هادي. "33</p>	<p>VII</p>
<p>Choc DF+-A</p>	<p>. ذيب DF+ A على لطرف ولا نعجة DF- A. . الجزء الأجزاء الجانبية. . خضر، حمر، صفر CN</p>	<p>"05 . ما قاع شتا هادي . كيف كيف ما عرفتهمش ما عرفتهمش Jamais شفت الصوالح هادو. 6). هذا هذا ذيب . ولا نعجة ذيب. "51</p>	<p>VIII</p>
<p>Choc Refus</p>	<p>. رفض . قاع ألوان، خضر، حمر، صفر CN</p>	<p>"12 . ما عرفتهاش، . ما عرفتهاش إرجاع البطاقة. "32</p>	<p>IX</p>

قائمة الملاحق

CHOC	DF- خفاش قاع الوسط	"10	X
Refus	A عنكبوت، DF-A الأطراف كلية DF- Hd anat في الوسط غزال DF- A	"30	
			لا ما عرفتهاش..... لا ما عرفتهاش..... لا..... ما عرفتهاش.

. اللوحات المفضلة:

. اللوحة رقم 09: زينة ألوانها زينين.

. اللوحة رقم 08: ألوانها زينين.

. اللوحات غير المفضلة:

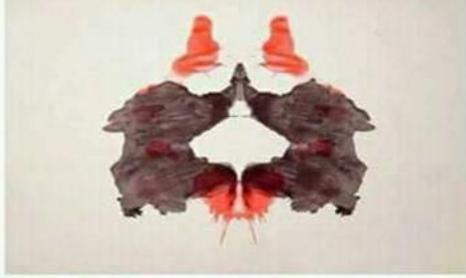
. اللوحة رقم 02: لأنها كحلة.

. اللوحة رقم 06: لأنها كحلة.

. المخطط النفسي للحالة الرابعة:

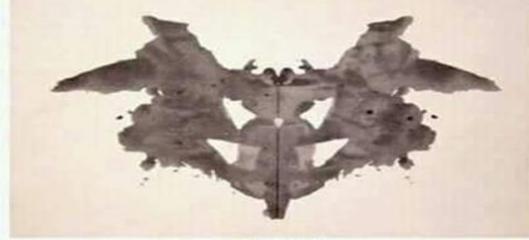
الخلاصة	أنماط الإدراك	المحددات	المحتويات
R = 6	G = 2	F+= 3	A=3
Refus = 3	D = 3	F- = 1	Ad= 0
Rép/ad=11	Dd = 1	F± = 1	H = 0
T .T=5'41''	Di = 0	ΣF = 5	Hd= 0
Tp/R = 90''	G% = 33	K = 0	(H)= 0
TRI=0K/0C	D% = 50	Kan = 0	Elém= 0
Rc%= 16	Dd% = 16	Kob= 0	Bot= 0
FC=0k/0E	Dbl= /	Kp= 0	Sg= 0
F% = 83		C = 0	Anat = 2
F+% = 60		C' = 0	Obj = 0
H% = 0		E = 0	Choc = 7
A%= 50		EF= 0	Ban = 2
			Frag= 0
			Pays=0

ملحق رقم (06): بطاقات الورشاح



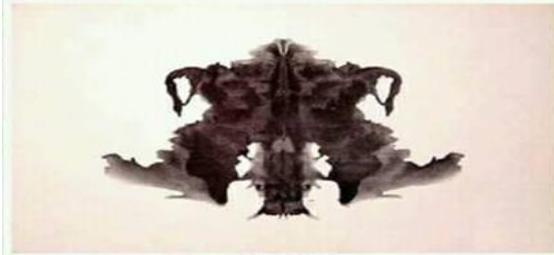
البطاقة الثانية:
تفسير الاستجابية:

(حيوانان أو رجلان في حركة تفاعلية)
تكشف الاستجابية الأولى عن الصراعات الأساسية في الطفولة ، فإذا أصيب
المفحوص بصدمة اللون ، فتكون الاستجابية إما اضطراب انفعالي أو هيجان عدواني.
الجزء الأوسط يكشف عن تمثيلات جنسية .
الجزء المركزي في الأعلى (اللون الأحمر) يمثل العضو التناسلي للرجل .
الجزء الأحمر في الأسفل يمثل العضو التناسلي للمرأة .
إن أسلوب ومحتوى الاستجابية تبين درجة اضطراب المفحوص الانفعالي من
المشاكل الجنسية ، ويظهر هذا الاضطراب جلياً إذا ظهرت الاستجابية في الأجزاء
الدقيقة المركزية ، أو إذا ظهرت له الصورة ملطخة بالوحل أو الدم .



البطاقة الأولى:
تفسير الاستجابية:

(أي كائن له جسم في الوسط وجناحان على الجانبين) . وهذه دلالة على الخضوع
إلى الوالدين ، دون أي نزعة للمعارضة ضد أومرهما . كما أنها قد تشير إلى أن
الفرد قد قبل سيطرة الوالدين عليه)
الجزء الجانبي وجه شخص (دلالة على موقف النقد المنظم) .
الجزء المركزي في الوسط رؤية تمثال إنسان (دلالة على الجنسية المثلية -الكامنة) .
رؤية ملابس داخلية أو ملابس شفافة (دلالة على اتجاه نحو كشف ما هو وراء وجوه
الناس).
الجزء العلوي رؤية أيادي (تعني إما طلب النجدة أو التهديد) .
رؤية فاه مفتوح (دلالة على الاعتداء أو تهديد بالكلام) .
الدلالات العامة للبطاقة كلها تعني : إذا كان إدراك البقعة كلها على شكل
سفينة ، فهي إشارة للحياة داخل الرحم أو تبعية كاملة للام .
رؤية وجه شيطاني أو غير اعتيادي (دلالة على العدوانية المدفونة لدى الشخص) .
رؤية وجه مہرج يتسم (دلالة على تمتع بروح مرححة مع بة للفكاهة لدى الشخص) .



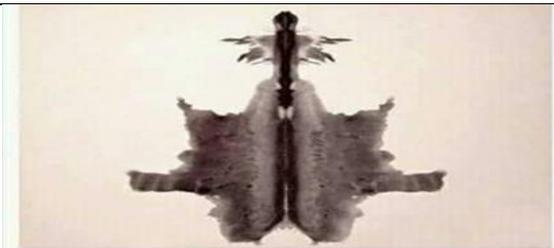
البطاقة الرابعة:
تفسير الاستجابية:

كائن إنساني أو حيواني ، ورؤية جزئتان للأجزاء الجانبية .
الاستجابية إلى البقعة كلها : قطعة خشب محترقة ، وأصبحت فحمة ، أو كتلة
سوداء تشير إلى الموضوعات الانتحارية أو أفكار الموت والقتل
والافتراض المقترح يقوم على المعنى الرمزي للابوة : فاستجابية الفرد تمثل
سلطة الأبوين ، والقلق الطفولي ، والشعور بالذنب تجاه الأنا الأعلى ، مركب عقدة
الخصاء .
إعطاء رموز جنسية ، العضو التناسلي في الجزء الواضح المركزي من الجهة
السفلى ، إذ قد يدرك كراس حيوان ، أو جذع شجرة ، أو إذا كانت الأجزاء
المنحرفة تدرك على هيئة ثعابين ، راقصات ، أوراق ذابذة .
رموز أنثوية ، في الجزء المركزي من الجهة العليا ، رأس نبات ، فإذا عكس
المفحوص رموز الذكورة و الأنوثة ، تكون إشارة إلى الاضطراب الجنسي ، وإذا
كانت الاستجابية الجنسية محسومة بتظليل ، فهذه دلالة على علاقة جنسية متبادلة



البطاقة الثالثة:
تفسير الاستجابية:

(كائنات بشرية وساقان في حالة حركة)
إن غياب إدراك الكائنات البشرية يبين عجزاً مرضياً للتطابق مع الكائنات البشرية
الأخرى .
الوجه الإنساني المدرك بدون تظليل أو التشكيك في نوع الجنس دلالة الكبت
المتعلق بالرجولة ، فالرجل يخاف من رجولته ، والمرأة تخاف من المعاشرة
الجنسية مع الجنس الآخر (تعبير عن العلاقة الأوديوية) .
إذا كان الاستجابية الكلية تشير إلى دمس متحركة فهذا يعني تأثير الأفكار الفصامية .
إذا كان إدراك الأجزاء المركزية السفلى تشير إلى فك في حالة انكماش فهي تعني
اتجاهات بارانويا أو الخوف ممن يحيطون به .



البطاقة السادسة:
تفسير الاستجابية:

المعنى الكلي هو المعنى الجنسي
الجزء العلوي دلالة لرمز قضيب ، الجزء الوسط السفلي دلالة لرمز العضو الأنثوي .
تفسير التظليلات الظاهرة في البقعة تكشف عن جنسية متسمة في شخصية
الفرد ، فالجزء النصف الداخلي قد يبدو كفرادي محاط بتلال مستديرة ، وهذه
إشارة إلى مشكل الفرد الجنسية ، أو كاستجابية قلقة مثل رؤية حيوان منحرج
فيالوسط .
الخط في الوسط مثل قذيفة ، أو سفينة تشق الماء ، أو الهواء إشارة إل ى جنسية مثلية أو
اتجاهات بارانويا .
الجزء الجانبي السفلي إدراك الرأس ، دلالة مع مشاكل السلطة .
الأجزاء الصغيرة في الوسط ، مثل وكر ، بيضة دلالة تكورس طفلي أو انشغال
بالولادة .



البطاقة الخامسة:
تفسير الاستجابية:

خفاش أو أي كائن له جناحان
الهدف من هذه البطاقة الكشف عن مدى تكيف الفرد مع الواقع ، كما تكشف
طبيعة الكبت الذي يعانيه الفرد .
في حال خلو المدرك من الاستجابية الشائعة (خفاش) فهذه إشارة إلى عجز
الفرد عن ارتباطه بالواقع (حالة مرضية) .
رؤية التظليل في هيئة حيوان تكشف عن شعور الفرد تجاه العالم الخارجي .
تكشف البطاقة عن تمثيلات الذات (الأنا المثالي) ، الفرد يتجنب هذا التمثل في
استجابيات غير شخصية ، أو استجابيات رمزية ، شابة في رداء اسود رسومي
خاص للسهرة .



البطاقة الثامنة:
تفسير الاستجابة:

- الاستجابة الكلية: شجرة الميلاد، شعارات مستندة إلى حيوانات، لوحة تشريحية، أو مجموعة حيوانات: دب ضبا، خراف...
- القسم الوري اللون الأزرق، استجابات للجزء الكبير، فراشة، مشد.
- نظارات شمسية، لوح تلج، بحيرة، تمثال رخام.
- الجزء العلوي الرمادي (استجابات للجزء الكبير): جسم كلب ممتد، قرون، جذع شجرة، إكليل.
- اللون الوري - البرتقالي (الجزء السفلي): فراشة، رنة.
- اللون الوري فقط: عجول.
- اللون البرتقالي فقط: قبعات.



البطاقة السابعة:
تفسير الاستجابة:
تمثل عادة الأمومة

- إن خلو الاستجابة من التظليل العادي المؤت دلالة إلى اضطراب في العلاقات مع الأم، الحفرة في الوسط تمثل حضن الأم. وهناك علامات عديدة لاشواغ الاضطراب: (إدراك حيوان أو أطفال أو رؤية امرأة واحدة يوضع مقلوب، كثرة استجابهات اللعب أو الحيوانات تدل على عدم نضج النمو الاجتماعي، وصعوبة الوصول إلى علاقات مع الجنس الآخر.
- إدراك البقعة كلها على أنها غيوم، دلالة على الفلق وعدم الأمن.
- رؤية الثلج أو كتلة من الجليد إشارة إلى نقص الاحتكاك مع الأم أو إلى برودة في العلاقة.
- الجزء الوسط السفلي، رمز للعضو الجنسي الأنثوي.
- الجزء الصغير المركزي في الأسفل (كمنزل صغير) إشارة إلى حاجة طفلية للاحتواء.
- إدراك الأجزاء الصغيرة على أنها بحيرة من الجليد، تعني نقص الاحتكاك مع الآخر.



البطاقة العاشرة:
تفسير الاستجابة:

- من أكثر البطاقات تشتتاً من حيث الشكل.
- تفسيرات للتقطيعات الخاصة بالألوان، دودة قر خضراء، عصافير زرقاء، غزلان، كلاب صفراء.
- تفسيرات خاصة بالتظليل، ثيران تقف على الجزء الأخضر، حشرات، تنقائل، عناكب ترحف على خبيبتها (في الجزء الأزرق الخارجي)، أشخاص يمشون (الجزء الوري).
- ملاحظة: هناك بعض الاستجابات التي تكشف الاضطرابات: إما بسبب اللون أو بسبب تشتت البقع في أطراف متعددة من البطاقة، وهي عادة تشير إلى صدمة انفعالية قاسية، أو إلى حالة فصامية غير متكيفة مع الحياة الاجتماعية أو العمل.



البطاقة التاسعة:
تفسير الاستجابة:

- أكثر البطاقات غموضاً، وتشير إلى استجابة تشريحية.
- الجزء الكبير البرتقالي، سحرة، أو مهرجون أو أشياء غريبة.
- الجزء الكبير الوري، رأس بشري، رأس طفل أو سمكة، وهذه دلالة للتعلق بموضوعات الحب الطفولي.
- الجزء الأخضر، رأس على شكل غبي.